Journal of Research and Health Innovative Development

วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ

วารสาร วิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ

Journal of Research and Health Innovative Development

eISSN : 2774-0404



ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม – สิงหาคม 2567)

Vol.5 No.2 (May – August 2024)

วารสารวิจัย และพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ
Journal of Research and Health Innovative Development
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
Roi-Et Provincial Public Health office

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

กำหนดการตีพิมพ์ : ราย 4 เดือน ปีละ 3 ฉบับ
กำหนดออก : เดือนมกราคม พฤษภาคม และกันยายน

คณะกรรมการวารสารวิจัย และพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

ที่ปรึกษา :

นายแพทย์สุรเดชช ชวะเดช	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
นายแพทย์วัชระ เอี่ยมรัศมีกุล	นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
นางสุชาดา ฑีฆายุพันธุ์	ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านทันตสาธารณสุข) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
นายประวุฒิ ละครราช	เภสัชกรเชี่ยวชาญ (ด้านเภสัชสาธารณสุข) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
นางพัชรา ชมภูวิเศษ	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
นายประจวบ จำลองเพ็ง	นิติกรชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
ว่าที่ พ.ต.ดิษณ์กร สิงห์ยะเมือง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

บรรณาธิการ :

นายแพทย์นิสิต บุญอะรัญ	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) รก. นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

กองบรรณาธิการ :

แพทย์หญิงรัชฎาพร สีลา	นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลหนองฮี
ทันตแพทย์สุรศักดิ์ โกมาลย์	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลจังหาร
ทันตแพทย์นฤพร ชูเสน	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลพนมไพร
นางนริศรา พันธุ์ศิลา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลเชียงขวัญ
ดร.มะลิวรรณ อังคณิตย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
ดร.สุภารัตน์ ทัพโพธิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจตุรพักรพิมาน
ดร.นันทิพัฒน์ พัฒนโชติ	นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
เภสัชกรพิทยาภรณ์ ซิมเมอร์มันน์	เภสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลศรีสมเด็จ
ดร.ประภาศรี ทุมะลา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

กองบรรณาธิการจากภายนอก :

ดร.ธีรยุทธ อุดมพร	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
รศ.ดร.พงษ์เดช สารการ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.ดร.สงครามชัยย์ ลีทองดีศกุล	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รศ.ดร.สุมัทนา กลางคาร	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รศ.ดร.ประยูร วงศ์จันทรา	คณะสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผศ.ดร.เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผศ.ดร.อารี บุตรสอน	วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ผศ.ดร.สมบัติ อัปมระกา	สถาบันวิจัยวลัยรุกขเวช มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผศ.อรทัย พงษ์แก้ว	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด
ดร.อรุณ บุญสร้าง	วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ดร.วิโรจน์ เซมรัมย์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
ดร.เพ็ชรบูรณ์ พูลผล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี
ดร.กรรณิการ์ ตฤณวุฒิพงษ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น
อาจารย์บุญเรือง ศิรินาม	นักรังสีการแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
ดร.วิภาดา จันทร์มณฑล	นักเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ดธนบุรี

ฝ่ายจัดการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด :

ดร.เสฐียรพงษ์ ศิวินา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
ดร.ประภาศรี ทุมะลา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
นางสาวเดือนเพ็ญ แก้วประสาร	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

พิมพ์ที่ : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด 273 ถนนเทวาภิบาล ตำบลในเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด 45000
โทรศัพท์ 0-4351-1754 ต่อ 121 โทรสาร 0-4351-1087

ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงตีพิมพ์ในวารสารวิจัย และพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ถือเป็นผลงานวิชาการ งานวิจัย วิเคราะห์ ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้ประพันธ์ กองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยเสมอไป และผู้ประพันธ์จะต้องรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง

คำแนะนำสำหรับการส่งบทความเพื่อตีพิมพ์

ผู้ประสงค์จะส่งต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์ในวารสารควรเตรียมต้นฉบับตามคำแนะนำทั้งนี้เพื่อความสะดวก และรวดเร็วในการลงพิมพ์

การเตรียมบทความต้นฉบับ

ต้นฉบับควรพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป Microsoft Word for Windows โดยใช้กระดาษพิมพ์ขนาด A4 พิมพ์หน้าเดียวด้วยอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 เว้นบรรทัดใช้ระยะ single space ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยเว้นระยะห่างจากขอบกระดาษด้านบน 3 ซม. ด้านล่าง 2.54 ซม. ขอบซ้าย 3 ซม. และขอบขวา 2.54 นิ้ว พิมพ์เลขหน้ากำกับทุกแผ่น อยู่ด้านบนขวาห่างจากขอบบน 2 ซม. จำนวนเนื้อหาไม่เกิน 10 หน้า (ไม่นับเอกสารอ้างอิง)

ชื่อเรื่อง ควรสั้น กะทัดรัด และสื่อถึงเป้าหมายหลักของการศึกษา (ไม่ใช้คำย่อ) ความยาวไม่เกิน 100 ตัวอักษร ชื่อเรื่องต้องมีภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ขนาด Font คือ 16 points ตัวหนาโดยพิมพ์ชื่อเรื่องอยู่ตรงกลาง

ชื่อผู้นิพนธ์ ชื่อผู้นิพนธ์ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช้คำย่อ) ขนาด Font คือ 14 point ตัวหนา ด้านขวาของกระดาษ และระบุชื่อ ที่อยู่หน่วยงานหรือสถานที่ผู้นิพนธ์ทำงาน หมายเลขโทรศัพท์มือถือ รวมทั้ง E-mail ของผู้นิพนธ์ที่ใช้ติดต่อ

บทคัดย่อ (Abstract) (Abstract) เป็นเนื้อความย่อตามลำดับโครงสร้างของบทความ ได้แก่ วัตถุประสงค์ (Purpose) รูปแบบการวิจัย (Study design) วัสดุและวิธีการวิจัย (Materials and Methods) ผลการวิจัย (Main finding) และสรุป และข้อเสนอแนะ (Conclusion and recommendations) ประมาณ 250-300 คำ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์มีความหมายในตัวเอง ไม่ควรมีคำย่อ ต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

คำสำคัญ (Keywords) (Key words) ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อ มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เป็นหัวข้อเรื่องสำหรับช่วยในการค้นหาบทความ โดยใช้ Medical Subject Heading (MeSH) terms ของ U.S National Library of Medicine เป็นแนวทางการให้คำสำคัญ

บทความวิจัย

ประกอบด้วย

บทนำ เป็นส่วนหนึ่งของบทความที่บอกเหตุผล นำไปสู่การศึกษา เป็นส่วนที่อธิบายให้รู้ปัญหา ลักษณะ และขนาด เป็นการนำไปสู่ความจำเป็นในการศึกษาวิจัยให้ได้ผลเพื่อแก้ปัญหาหรือตอบคำถามที่ตั้งไว้ หากมีทฤษฎีที่จำเป็นต้องใช้ในการศึกษา อาจวางพื้นฐานไว้ในส่วนนี้ได้ แต่ไม่ต้องทบทวนวรรณกรรมที่ไม่เกี่ยวกับจุดมุ่งหมายของการศึกษา และให้รวมวัตถุประสงค์การวิจัย ในส่วนท้ายของบทนำ

วิธีดำเนินการวิจัย ระบุรูปแบบการวิจัย เช่น Randomized double blind, Descriptive หรือ Quasi-experiment บอกประชากรหรือกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้รวมทั้งการได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ผลการวิจัย แสดงผลที่พบตามลำดับหัวข้อของแผนการศึกษาอย่างชัดเจน ดูง่าย ถ้าผลไม่ซับซ้อน ไม่มีตัวเลขมาก บรรยายเป็นร้อยแก้ว แต่ถ้าตัวเลขมาก ตัวแปรมากควรใช้ตาราง หรือแผนภูมิ โดยไม่ต้องอธิบายตัวเลขในตารางซ้ำอีกในเนื้อเรื่อง ยกเว้นข้อมูลสำคัญๆ แปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์และสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้อย่างจำกัด

วิจารณ์ แสดงบทวิจารณ์ผลการศึกษาว่าตรงกับวัตถุประสงค์ สมมติฐานของการวิจัยหรือแตกต่างไปจากผลงานที่มีผู้รายงานไว้ก่อนหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใดจึงเป็น

เช่นนั้น วิจารณ์ผลที่ไม่ตรงตามที่คาดหวังอย่างไม่ปิดบัง อาจแสดงความเห็นเบื้องต้นตามประสบการณ์หรือข้อมูลที่ตนมีเพื่ออธิบายส่วนที่โดดเด่นแตกต่างเป็นพิเศษได้ ควรมีข้อสรุปว่า ผลที่ได้ตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัยหรือไม่ และให้ข้อเสนอแนะที่นำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์หรือให้เป็นประเด็นคำถามที่ควรมีการวิจัยต่อไป

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

กิตติกรรมประกาศ ในกรณีที่ต้องการระบุคำขอบคุณผู้ให้ความช่วยเหลือให้จัดทำเป็นย่อหน้าเดียว แจ้งให้ทราบว่ามีการช่วยเหลือที่สำคัญจากที่ใดบ้าง เช่น ผู้บริหาร ผู้ช่วยเหลือทางเทคนิคบางอย่าง และสนับสนุนทุนการวิจัยเท่าที่จำเป็น

เอกสารอ้างอิง เป็นการรวบรวมรายชื่อเอกสารที่ใช้อ้างอิงข้อความในเนื้อเรื่อง โดยการอ้างอิงจะใช้เป็นตัวเลขวางบนไหล่บรรทัดท้ายประโยค (ระบบ Vancouver) เรียงลำดับก่อนหลังตามที่ปรากฏในเนื้อเรื่องส่วนรายชื่อของเอกสารที่ใช้อ้างอิงนั้น จะนำมาเรียงในส่วนของเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่อง ทั้งนี้ตัวเลขที่กำกับในเนื้อเรื่องจะต้องสอดคล้องกับลำดับที่ในรายการอ้างอิงท้ายบทความ

แบบฟอร์ม

ชื่อเรื่อง(ภาษาไทย)

(TH Sarabun PSK 16 pt ตัวหนา)

ชื่อเรื่อง(ภาษาอังกฤษ)

(TH Sarabun PSK 16 pt ตัวหนา ขึ้นต้นคำด้วยตัวพิมพ์ใหญ่)

ชื่อผู้วิจัย(ภาษาไทย).....*
(TH Sarabun PSK 14 pt ตัวหนา ชิดขวา)
ชื่อผู้วิจัย(ภาษาอังกฤษ).....
(TH Sarabun PSK 14 pt ตัวหนา ขึ้นต้นชื่อและสกุลด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ ชิดขวา)
Corresponding author: E-mail: .....(TH Sarabun PSK 14 pt ตัวธรรมดา ชิดขวา)

บทคัดย่อ (TH Sarabun PSK 16 pt)

วัตถุประสงค์ : .....
รูปแบบการวิจัย : .....
วัสดุและวิธีการวิจัย : .....
ผลการวิจัย : .....
สรุปและข้อเสนอแนะ :.....

คำสำคัญ : .....; .....; .....

*ตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงานหรือสังกัด

Abstract

Purpose : .....

Study design : .....

Materials and Methods : .....

Main findings : .....

Conclusion and recommendations : .....

Keywords : .....; .....; .....

---

*ตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงานหรือสังกัด (ภาษาอังกฤษ TH Sarabun PSK 14 pt)

บทนำ

.....

.....

วัตถุประสงค์การวิจัย

.....

.....

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

.....

.....

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

.....

.....

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

.....

.....

การเก็บรวบรวมข้อมูล

.....

.....

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

.....

.....

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

.....

.....

ผลการวิจัย

.....

.....

ตารางภาพและแผนภูมิ จำนวนที่เหมาะสมคือ 1-5 ตาราง หรือภาพ โดยมีลำดับที่และชื่อของตารางหรือภาพอยู่ด้านบน

วิจารณ์

.....

.....

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

กิตติกรรมประกาศ

.....

.....

เอกสารอ้างอิง (ระบบ Vancouver)

1. .....

.....

2. .....

.....

3. .....

.....

หมายเหตุ : ต้นฉบับบทความควรมีความยาว 10-15 หน้า

สารบัญ

หน้า

ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อผลลัพธ์ด้านความรู้ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกย่าง อำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ 15
Effects of Family Participation Program on Knowledge Outcome, Health Promoting Behaviors and Blood Pressure Outcomes in Pre-hypertension Adult in Khok Yang Sub-District Health Promoting Hospital, Prakhon Chai district, Buri Ram Province
วัชระ เสงี่ยมศักดิ์

การพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานและผลลัพธ์การให้บริบาลทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด 31
Development of pharmaceutical Care Process and Effect Evaluation on Type 2 diabetic patients at Mueangsuang Hospital, Roi-Et Province
ณัฐวุฒิ แหล่งสนาม

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอโพนทราย จังหวัดร้อยเอ็ด 50
Effects of Self-management Programs on self-management Behavior Hemoglobin A1C of Type 2 diabetes mellitus patients in Phonsai District Roi-Et Province
กรกฎา จันทร์สม

การพัฒนารูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดในมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีน งานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลโซ่พิสัย อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ 63
Development of newborn care models for mothers who use methamphetamine Labor and Delivery Department So Phisai Hospital So Phisai District Bueng Kan Province
วิไลลักษณ์ กองคำ, ฐิศิรักน์ จันทรักษ์

การประเมินประสิทธิผลของนวัตกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของผู้สูงอายุในโรงเรียน/ชมรมผู้สูงอายุในจังหวัดร้อยเอ็ด 74
Evaluation of the Aging Health Promotion Innovation in Elderly School in Roi Et Province
ปิยมณฑ์ พฤกษชาติ, สดุดี ภูห้องไสย

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

รูปแบบการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น องค์การบริหารส่วนตำบลขี้เหล็ก อำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด 84
Model of Efficiency on Management of Local Health Insurance fund Khe Lek Subdistrict Administrative Organization, Atsamat District, Roi-Et
นันทิยา ประดิษฐ์

ผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลทางไกลกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 100
The Effect of Telenursing program with Glycemic Control in Type 2 Diabetes Mellitus Patients
นิยม ประโกสันตัง

การพัฒนาแนวทางการควบคุมและป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในหญิงตั้งครรภ์โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด 112
The Development of Guideline for Anemia Prevention and Solution on Iron Deficiency Anemia in Pregnant Women Chaturapakphiman Hospital, Roi-Et
ชิตชนัญ โพธิ์ชัยหล้า

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับวัณโรคระยะแฝงในบุคลากรที่มีความเสี่ยงสูง โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา 129
Prevalence and associated factors with latent tuberculosis among high-risk health workers in Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital
กิตติพล ไพรสุทธิรัตน

รูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในอำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด 144
Development of a Model on Promoting Rational Drug use in Srisomdet District, Roi-Et Province
พิทยาภรณ์ ซิมเมอร์มันน์

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม 167
The development of care models in Psychiatric Patients by Development Process of District Level Quality of life in Phonsawan District Nakhon Phanom Province
ประดิษฐ ศรีแสน, รัชนี ศรีแสน, แสงเดือน ศรีวรสาร, ธัชวิทย์ วงศ์เข็มมา

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหนองหญ้าปล้อง จังหวัดเพชรบุรี 181
Factors affecting the performance of promoting mental health and preventing mental health problems in the community of village health volunteers, Nong Ya Plong District Phetchaburi Province
ศุภมาส อรชร

การพัฒนาศักยภาพชุมชนในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นในพื้นที่อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด 193
The development community potential in Basic Life Support Salaphum District Roi-Et province
ปารณัท พรมศิริ

การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต โรงพยาบาลหนองพอก ปี 2566 206
The Development of Clinical Supervision Model for Sepsis in NongPhok Hospital, 2023
จิราพร กำหอม, ปิยนุช พลเยี่ยม, ลัดดาวัลย์ ศรีสุภา

ประสิทธิผลของการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ และคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลโรงพยาบาลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด ปี 2566 217
The efficacy of focus charting in enhancing the caliber of nursing recordings and nursing recording quality Hospital Nong Phok, Roi Et Province
ปิยนุช พลเยี่ยม, ธีราพร อาจชุมชัย, ปัญจา ชมภูธวัช

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและเสี่ยงก่อความรุนแรง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด 230
Development of a Care model for Substance-induced Psychosis on Serious Mental Illness and Risk to Violence, Mueang Roi-Et District, Roi-Et Province
ปิยกัณญา แก่นวิชา, สุณี อาวรณ์, วิไลลักษณ์ ดวงบุปผา

การพัฒนาระบบการดูแลเด็กสมาธิสั้นแบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน ของโรงพยาบาลอาจสามารถ 242
Development of Community Network Participated Care system with Attention-deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), At Samat Hospital
จิดาภา แสงกล้า, รัชนีกร ไข่หิน, มานิตย์ ชาชิโย, ชาญณรงค์ ชัยอุดมสม, กรรณิการ์ โชคชาตรี, ประนอม นนทฤทธิ์

การพัฒนารูปแบบการบริการคลินิกวาร์ฟารินในหน่วยงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหนองพอก 256
The development of service model for warfarin clinic in outpatient department, Nongphok hospital
วิรังรอง ไชยจิตร, อัฐภิญญา ตะกรุดเพ็ง, พิมพ์พรรณ ทองประมูล

การพัฒนารูปแบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม 268
Model of Telemedicine Service for chronic disease in Phayakkhaphumphisai Hospital Mahasarakham Province
สังวาลย์ วงศ์สมศักดิ์, พัฒน์สรณ์ บุราณรักษ์, ชญาภา เยยโพธิ์

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา 2 ราย 282
Nursing Care for Septic shock : Two case studies
สายนิน ชินบุตร

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมและการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมการควบคุมน้ำตาลในเลือด และ HbA1C ในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วม อำเภอเชียงขวัญ จังหวัดร้อยเอ็ด 301
Effects of Program to Promote Behaviors and self-management on Knowledge, Glycemic Control Behaviors and HbA1C in elderly people with diabetes without co-morbidities Chiang Kwan District, Roi Et Province
ทินเทวัญ พุทธลา

การพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ 312
Development of care Model for HIV and AIDS Patients at Suwannaphum Hospital
ชุ่มเมือง จันปุ่ม

ผลของการใช้โปรแกรมการให้บริการผ่านระบบเภสัชกรรมทางไกลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลกุดจับ จังหวัดอุดรธานี 324
Effects of a Tele-pharmacy to Medication Compliance in Chronic Disease Patients Kutchap Hospital, Udonthani Province
วันชัย พันศรี

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยภาวะขาดสุรา (Alcohol Withdrawal) ที่เข้ารับการรักษาในตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลนาเชือก 336
Development of Alcohol Withdrawal Care System to Admitted In-Patient Department, NaChuak Hospital
บังอร วรหิน, รจนา มูลแวง, ปวีณกานต์ จวนสาง

ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบ โรงพยาบาลรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อหุ่นดีสุขภาพดี กรณีศึกษา : โรงพยาบาลขอนแก่น 350
Results of health Literated hospital model for Smart and healthy people, a case study Khon Kaen Hospital
เดือนเพ็ญ ใจเต้

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่มารับบริการที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด 359
Effects of a self-management supporting program for diabetes mellitus risk group who received services at the Wellness Center in Roi Et hospital
วนิดา วงษ์ตา, อุไรพรณ์ ทิดจันทึก, นุสกร เนืองษา, ชวนพิศ เสิกนาค, ประภัสสร เกตุศรี

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยงที่มารับบริการในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด 370
Effects of a Health Literacy Enhancement Program for Cervical Cancer Prevention Behavior of Women Receiving Treatment at Roi Et Hospital
เสาวราภรณ์ แฝงสะโด

การพัฒนาแนวปฏิบัติการทางพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤต โรงพยาบาลจังหาร 382
Development of Nursing Practice Guidelines for Early Warning Signs On Patients with Sepsis, Changhan Hospital
ละดาวัลย์ ขุราษี

ประสิทธิภาพการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนตำบลบ้านกลาง อำเภอเมืองนครพนม จังหวัดนครพนม 396
Efficiency of the Solid Waste Management of the People in Banklang Sub-district, Muang Nakhon Phanom District, Nakhon Phanom Province
ศิร ตะโพธิ์

การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลปทุมรัตต์ 404
Development and Evaluation the Clinical Nursing Practice Guidelines for Preterm Birth Prevention at Phatumrat Hospital
วิไลพร อะมะมูล

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โรงพยาบาลโพนทอง 418
Development of clinical nursing practice guideline by using patient center model among tuberculosis patient at Phonthong hospital
วันเพ็ญ พูลเพิ่ม

การศึกษาความเชื่อมั่นของผู้มารับบริการต่อร้านขายยาแผนปัจจุบันที่ไม่ใช่ยาอันตราย และยาควบคุมพิเศษ (ข.ย.2) ที่ผ่านมาตรฐานวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน (GPP) จังหวัดร้อยเอ็ด 431
A study of the confidence of those receiving services at drug stores that are not dangerous drugs and specially controlled drugs that passed the Good pharmacy practice (GPP) in Roi-et Province
ดารณี ชิตทรงสวัสดิ์, มานิตย์ ทวีหันต์, ระพิตราภรณ์ พิพัฒนมงคล, พงศกร โคสุโน

การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย 438
Development of the community participation model for promoting early childhood development
กันหา ไกรแก้ว, อุไรพรณ์ ทิดจันทึก, ปิยวรรณ หาญเวช

การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยนอกตามมาตรฐานการพยาบาล โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด 447
The development of outpatient guidelines according to Nursing standards Chaturaphakphiman Hospital Roi Et Province
อริญญา บุญอรัญ, สุภารัตน์ ทัพโพธิ์, มนทกานติ์ ตั้งนพรัตน์กุล

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการสุขาภิบาลอาหารต่อการดำเนินงานสุขาภิบาลโรงอาหาร และการตรวจการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในโรงเรียนประถมศึกษา เทศบาลเมืองร้อยเอ็ด 457
Effect of Food Sanitation Promotion program on Food Sanitation Implementation and Coliform Bacteria Contamination in Primary School, Roi-Et Municipality
ปริษา อุทัยวรรณ

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

ผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อความรู้ ทัศนคติ และการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30- 60 ปี โรงพยาบาลหนองพอก 468
Effects of Program which Applies a Health Belief Model on Knowledge, Attitude and Cervical Cancer Screening for Women aged 30-60 years, Nong Phok Hospital
บุษบา สมบัติศรี, กัญญาณัท ศักดิวงค์

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้เป็นโรคเบาหวานโดยใช้ระบบติดตามพิกัดสัญญาณไฟจราจร ในพื้นที่บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยขะยุง อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี 480
Development of a Care Model for People with Diabetes Using a Traffic Light Signal Tracking System in the Service Area of Huai Khayung Sub-district Health Promoting Hospitals, Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani
สมสวย คำอู, จรูญศรี มีหนองหว้า, เพชรรัตน์ พิบาลวงศ์, อรุณศรี ผลเพิ่ม

การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่โดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด 491
The Development of a Area Bases Disease Surveillance, Prevention, and Control System Through a Participatory Planning Process by the Health Service Network in Atsamat District, Roi-Et Province
วิชัย พลสะทอน

การพัฒนาระบบและกลไกการดำเนินงานเพื่อป้องกันอุบัติเหตุทางถนน โดย ศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด 507
Development of Systems and Mechanisms for Implementation of Road Accident Prevention by the Road Safety Operation Center of Selaphum District, Roi-Et Province.
สันติ ธรณี

ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อผลลัพธ์ด้านความรู้ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกย่าง อำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์

Effects of Family Participation Program on Knowledge Outcome, Health Promoting Behaviors and Blood Pressure Outcomes in Pre-hypertension Adult in Khok Yang Sub-District Health Promoting Hospital, Prakhon Chai district, Buri Ram Province

วัชระ เสงี่ยมศักดิ์*

Watchara Sangiamsak

Corresponding author: E-mail: watchara50@gmail.com

(Received: March 17, 2024; Revised: March 24, 2024; Accepted: April 24, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อผลลัพธ์ด้านความรู้ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกย่าง จังหวัดบุรีรัมย์

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study)

วัสดุและวิธีการวิจัย : ตัวอย่างเป็นกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงที่ในเขตของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกย่าง จำนวน 86 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มๆ ละ 43 คน กลุ่มทดลองใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว 7 กิจกรรม ระยะเวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบบทดสอบ และแบบบันทึกการตรวจร่างกาย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรผลลัพธ์ด้านความรู้ พฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตหลังการทดลองระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% Confidence interval

ผลการวิจัย : หลังการทดลอง 12 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคดันโลหิตสูงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p<.001$) โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคดันโลหิตสูงมากกว่า 6.69 คะแนน (95%CI; 5.41, 7.97) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p<.001$) โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพมากกว่า 0.84 คะแนน (95%CI; 0.69, 0.99); หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย Systolic blood pressure น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p<.001$) โดยมีค่าเฉลี่ย Systolic blood pressure น้อยกว่า 18.27 มิลลิเมตรปรอท (95%CI; 12.15, 24.40) และหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย Diastolic blood pressure น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p<.001$) โดยมีค่าเฉลี่ย Systolic blood pressure น้อยกว่า 23.07 มิลลิเมตรปรอท (95%CI; 19.04, 27.09)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมฯ ส่งผลให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้น ส่วน Systolic blood pressure และ Diastolic blood pressure ลดลง

คำสำคัญ : การมีส่วนร่วมของครอบครัว; ความรู้; พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ; กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกย่าง

Abstract

Purposes : To study the effects of family participation program on knowledge outcome, health promoting behaviors and blood pressure outcomes in pre-hypertension adult in Khok Yang Sub-District Health Promoting Hospital, Buri Ram province.

Study design: Quasi-experimental study.

Materials and Methods: 86 of participants were pre-hypertension adult in area of Ban Khok Yang Sub-District Health Promoting Hospital, 43 of divided into experimental and comparison group. The experimental group was a family participation program consisted of 7 activities with a duration of 12 weeks. Data was collected using a questionnaire, tests and physical examination records. Descriptive statistics were analyzed and comparison of mean score differences of knowledge outcome variables, health behaviors and blood pressure after an intergroup experimental group were performed using an independent t-test at 95% confidence interval (95%CI).

Main findings: After 12 weeks of trial, the experimental group had a mean score of knowledge about hypertension than the comparison group ($p<.001$), with a mean score of knowledge about hypertension greater than 6.69 scores (95%CI; $p < .001$). 5.41, 7.97); the experimental group had a higher mean health behavior score than comparison group ($p<.001$), with a mean health behavior score greater than 0.84 scores (95%CI; 0.69, 0.99); After trial, the experimental group had mean systolic blood pressure less than comparison group ($p<.001$), with mean systolic blood pressure less than 18.27 mmHg. (95%CI; 12.15, 24.40), and after trial, the experimental group had mean diastolic blood pressure less than the comparison group ($p<.001$), with mean systolic blood pressure less than 23.07 mmHg. (95%CI; 19.04, 27.09).

Conclusion and recommendations: The results of this study indicate that program this resulted an knowledge increased, health promoting behaviors and blood pressure outcomes keep decreasing.

Keywords : Family Participation; Knowledge outcome; Health promoting behaviors; Pre-hypertension Adult

* Public Health Technical Officer, Professional Level, Khok Yang Sub-District Health Promoting Hospital.

บทนำ

กลุ่มโรค NCDs (Noncommunicable diseases หรือโรคไม่ติดต่อ) เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลก ทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม จากการรายงานข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) พบประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรค NCDs มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 38 ล้านคน (คิดเป็นร้อยละ 68 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก) ในปี พ.ศ. 2555 เป็น 41 ล้านคน (คิดเป็นร้อยละ 71 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก) ในปี พ.ศ. 2559 โดยกลุ่มโรค NCDs ที่พบการเสียชีวิตมากที่สุด ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด (17.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 44) รองลงมาคือ โรคมะเร็ง (9.0 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 22) โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง (3.8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 9) และโรคเบาหวาน (1.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 4) ซึ่งในแต่ละปีพบผู้เสียชีวิตจากโรค NCDs ในกลุ่มอายุ 30-69 ปี หรือเรียกว่า “การเสียชีวิตก่อนวัยอันควรมากถึง 15 ล้านคน โดยร้อยละ 85 เกิดขึ้นในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและกลุ่มประเทศที่มีรายได้ปานกลางโดยปัญหาดังกล่าวก่อให้เกิดความสูญเสียปีสุขภาวะและส่งผลกระทบต่อการพัฒนาเศษฐกิจและสังคมอย่างรุนแรง[1-2]

ขณะเดียวกันโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศและเป็นสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดโรคอื่น ๆ ตามมา เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ ภาวะไตวายเรื้อรัง และโรคอื่นๆ ทุกภาคส่วนมีความพยายามในการจัดระบบบริการให้การรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมาอย่างต่อเนื่องกว่า 20 ปี โดยให้ความสำคัญกับการจัดกระบวนการเสมอภาคในผู้ป่วยทุกกลุ่ม เน้นการขยายการจัดบริการทางคลินิกด้วยมาตรฐานการบริการตามรูปแบบของศูนย์ความเป็นเลิศไปในทุกพื้นที่ของประเทศ เมื่อเกิดความแออัดภายในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ได้มีการกระจายผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการใกล้บ้านด้วยกระบวนการจัดบริการแบบย่อส่วน โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง เป็นสาเหตุที่คร่าชีวิตของคนทั่วโลกเป็นจำนวนมากในแต่ละปี ปัจจุบันคนไทยมีความดันโลหิตเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้น ปัญหาหลักของการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย คือ การที่ผู้ที่เป็นโรคไม่ได้ตระหนักว่าเป็นโรค แม้จะตระหนักก็ยังไม่เชื่อถือ และไม่ได้ติดตามรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง[3]

นอกจากนี้ประเด็นต่าง ๆ ในด้านคุณภาพของการวินิจฉัยการรักษาและติดตามในระบบสาธารณสุขก็ยังต้องได้รับการพัฒนาและปรับปรุงอีกมาก ผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย พบว่า ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic blood pressure, SBP) เพิ่มขึ้น จาก 115.3 มม.ปรอท ในปีพ.ศ. 2535 เพิ่มเป็น 121.8 มม.ปรอท ในปี พ.ศ.2557 โดยในผู้ชายมีค่าเฉลี่ยเพิ่มจาก 116.9 มม.ปรอท เป็น 124.4 มม.ปรอท ส่วนในผู้หญิงมีค่าเฉลี่ยเพิ่มจาก 113.7 เป็น 119.4 มม.ปรอท ประชากรในเขตเมืองมีค่า SBP เฉลี่ยเพิ่มจาก 117.2 มม.ปรอท เป็น 120.8 มม.ปรอท ส่วนในชนบทเพิ่มจาก 114.9 มม.ปรอท เป็น 122.6 มม.ปรอทในขณะที่ความชุกของโรคความดันโลหิตสูง ในประชากรไทยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป เพิ่มจากร้อยละ 17.0 ในปี พ.ศ. 2535 มาเป็นร้อยละ 24.7 ในปี พ.ศ. 2557 โดยในผู้ชายความชุกเพิ่มจากร้อยละ 18.1 เป็นร้อยละ 25.6 ส่วนในผู้หญิงเพิ่มจากร้อยละ 15.9 เป็นร้อยละ 23.9 โดยเฉพาะความชุกของโรคความดันโลหิตสูงจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น ปัญหาหลักของการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย คือ การที่ผู้ป่วยไม่ได้ตระหนักว่าเป็นโรค และการที่ยังไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้ลดลงมาตามเกณฑ์ปฏิบัติได้ และยังพบว่าแนวโน้มของการไม่ตระหนักถึงการเป็นโรคของผู้ป่วยลดลงจากร้อยละ 72.4 ในปีพ.ศ. 2547 เหลือร้อยละ 44.7 ในปี พ.ศ. 2557 ในขณะที่สัดส่วนของผู้ที่ได้รับการรักษาและสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ต่ำกว่า 140/90 มม.ปรอทเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.6 ในปี พ.ศ. 2547 มาเป็นร้อยละ 29.7 ในปี พ.ศ. 2557 (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (Thai Hypertension Society) และพบว่า อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ปีงบประมาณ พ.ศ.2559-2562 จำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มคนที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป มีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 40-44 กลุ่มอายุ 50 -59 ปี มีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 21 -22

กลุ่มอายุ 40 -49 ปี มีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ8-9 และ กลุ่มอายุ 15-39 มีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพียงร้อยละ 1 เท่านั้น โดยในปีล่าสุดมีแนวโน้มสูงขึ้นเมื่อเทียบกับปีก่อนหน้านี้[2]

เช่นเดียวกับสถานการณ์จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดบุรีรัมย์ ปี พ.ศ.2564 จำแนกตามกลุ่มอายุดังนี้ กลุ่มอายุ <15 ปี จำนวน 80 ราย กลุ่มอายุ 15-39 ปี จำนวน 2,755 ราย กลุ่มอายุ 40-49 ปี จำนวน 10,851 ราย กลุ่มอายุ 50-59 ปี จำนวน 32,444 ราย และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 101,505 ราย ตามลำดับ และอัตราการป่วยตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงพบมากในกลุ่มอายุ 40-49 ปี จำนวน 33 ราย กลุ่มอายุ 50-59 ปี จำนวน 104 ราย และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 1,598 ราย จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยและอัตราป่วยตายเพิ่มขึ้นตามกลุ่มอายุ และสอดคล้องกับสถานการณ์จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกย่าง อำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2560-2564 พบว่า มีจำนวน 33, 28, 3, 2 และ 22 ราย ตามลำดับ และกลุ่มเสี่ยง จำนวน 266, 154, 98, และ 23 ราย ตามลำดับ[4] เมื่อวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาการควบคุมความดันโลหิตหรือการที่ยังไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทยได้ดีเท่าที่ควร เกิดจาก 3 สาเหตุคือ สาเหตุที่แรกคือมีผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 45 (คิดเป็นประมาณ 5.8 ล้านคน) ไม่เคยทราบหรือเคยทราบแต่ไม่ตระหนักมาก่อนว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง แม้ว่าอาจเคยได้รับการวัดความดันโลหิตมาก่อนแล้ว เนื่องจากผู้ที่ได้รับการวัดความดันโลหิตและได้รับแจ้งว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง มักจะไม่มีอาการและไม่มั่นใจในระบบ และความถูกต้องแม่นยำของการวัดความดันโลหิต ตลอดจนขาดความเข้าใจถึงความแปรปรวนที่เกิดขึ้นตามปกติจากการวัดความดันโลหิตอย่างไรก็ตาม การขาดความเอาใจใส่ในการใช้อุปกรณ์และในวิธีการวัดความดันโลหิตให้ถูกต้องของบุคลากรทางการแพทย์ ก็เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความไม่มั่นใจดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยไม่อยากจะมาติดตามเพื่อรักษาหรือเฝ้าระวังโรคอย่างต่อเนื่อง สาเหตุที่สอง คือ มีผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงร้อยละ 6 (คิดเป็นประมาณ 0.8 ล้านคน) ที่ทราบและตระหนักแล้วว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง แต่ปฏิเสธการรักษาหรือไม่ได้รับการติดตาม และรักษาอย่างถูกต้อง เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์ไม่ได้ใช้ความพยายามอย่างเหมาะสมที่จะอธิบายและสร้างความเข้าใจถึงผลเสียของโรคความดันโลหิตสูงที่จะเกิดขึ้นต่อสุขภาพของผู้ป่วย โดยอาจไม่มีเวลาเพียงพอที่จะเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามจนเกิดความกระจ่าง ปล่อยให้ผู้ป่วยอาศัยข้อมูลจากความเชื่อหรือข่าวสารที่คลาดเคลื่อนมาใช้ตัดสินใจที่จะไม่ติดตามและไม่รักษาให้ดีตามวิธีการที่ถูกต้องของหลักการแพทย์แผนปัจจุบัน และสาเหตุที่สาม คือ การที่มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงซึ่งแม้จะได้รับการรักษาอยู่ แต่ก็ยังคุมความดันโลหิตไม่ได้ประมาณ 2.5 ล้านคนทั่วประเทศ สาเหตุอาจมาจากความไม่สะดวกในการเข้ามารับยาในโรงพยาบาล จากปัญหาด้านภูมิลำเนาที่อยู่ห่างไกล ระยะเวลาในการรอคอยเพื่อรับการตรวจรักษา การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ผลข้างเคียงของยา ยาที่ไม่มีคุณภาพหรืออุปสรรคที่ต้องใช้ยารวมกันหลายชนิด ทำให้รับประทานยาให้ครบถ้วนได้ลำบาก การขาดความเอาใจใส่เพื่อปรับเพิ่มระดับยาขึ้นเมื่อคุมความดันโลหิตไม่ได้ จากการละเลยของทั้งแพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ ก็เป็นสาเหตุที่มีความสำคัญไม่น้อย สาเหตุสำคัญอีกประการหนึ่งในระบบการรักษา คือการที่แพทย์ไม่มีเวลาให้แก่ผู้ป่วยมากพอและผู้ป่วยเองก็ไม่ทราบถึงระดับความดันโลหิตเป้าหมายที่เหมาะสมของตนเอง ดังนั้น เมื่อรู้สึกว่าสบายดีอยู่แล้ว ก็มักจะไม่เรียกร้องให้แพทย์ได้ปรับยาเพื่อเข้าสู่ระดับความดันโลหิตเป้าหมายที่ดีที่สุด[3]

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมามีการศึกษาในกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง พบว่ามี โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง ระยะเวลา 4 สัปดาห์ พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คะแนนเฉลี่ยความดันซีสโตลิก และคะแนนเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิก

แตกต่างกัน[5] ใช้กิจกรรมสร้างสัมพันธ์ เสริมพลังบวก ความหวังสุขภาพองค์รวม ทบทวนตนเอง เป้าหมายมีไว้พุ่งชน โยคะคลายเครียด Let's relax โภชนาการต้องรู้ เมนูที่รัก และ My Idol พบว่า โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด และค่าความดันโลหิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน ในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล และบุคลากรกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือด ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด และค่าความดันโลหิตลดลง (สุตาภัทร ประดับแก้ว) กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ระยะเวลา 10 สัปดาห์ โดยประยุกต์ทฤษฎีด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองตามหลัก 3อ. 2ส. (อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา) และนำการออกกำลังกายด้วย "ตาราง 9 ช่อง" มาประยุกต์ใช้กับกลุ่มทดลอง ใช้เวลาในการศึกษา 10 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต พฤติกรรมการป้องกันตนเองตามหลัก 3อ. 2ส. สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และระดับความดันโลหิตในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ ลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ[6]

นอกจากนั้นยังพบว่าการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าความชุกของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงและโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นตามดัชนีมวลกาย สรุปได้ว่าดัชนีมวลกายที่มากกว่าปกติมีผลทำให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงพัฒนาไปเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ การลดดัชนีมวลกายให้ได้ประสิทธิภาพต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งการรับประทานอาหารตามแนวทางต้านโรคความดันโลหิตสูง (Dietary approaches to stop hypertension) เป็นวิธีที่ได้รับการยอมรับ เช่นเดียวกับผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่าการรับประทานอาหาร DASH สามารถลดน้ำหนักได้ 1.42 กิโลกรัมภายในเวลา 8 - 24 สัปดาห์[7] ดังการศึกษาของพัชรวิลัย ลอมแปลง และคณะ[8] พบว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหารมีความสัมพันธ์ทางลบกับความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิค สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมและการวิเคราะห์แบบเมต้า พบว่าการรับประทานอาหาร DASH สามารถลดความดันซิสโตลิก และไดแอสโตลิค 6.74 และ 3.54 มิลลิเมตรปรอทตามลำดับ และในประเทศไทยมีการศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมควบคุมการรับประทานอาหารต้านโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน พบว่าการรับประทานอาหารตามแนวทางอาหารต้านโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนสามารถลดระดับความดันโลหิตได้[9]

จากการทบทวนเอกสารข้างต้นชี้ให้เห็นว่าพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เป็นการปฏิบัติกิจกรรมทางสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวเพื่อดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และควบคุมพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของสมาชิก ทำให้สมาชิกในครอบครัวที่มีความเจ็บป่วยได้รับการดูแลเอาใจใส่ ได้รับการช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของครอบครัวไม่ว่าในส่วนใดจะเกิดผลกระทบทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อส่วนอื่นๆ ของครอบครัวด้วย เพื่อคงไว้ซึ่งสมดุลในครอบครัว[10]; ปัจจัยด้านครอบครัว ซึ่งได้แก่การทำหน้าที่ครอบครัว และพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพและสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้[11]; ปัจจัยด้านครอบครัวที่เป็นอุปสรรค ได้แก่ การรับประทานอาหารของครอบครัว เช่น การรับประทานอาหารรสเค็ม และอาหารมันเป็นต้น เพราะผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะเลือกรับประทานอาหารตามที่ครอบครัวของตนเองรับประทานอยู่ประจำ[12] ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกย่าง

จังหวัดบุรีรัมย์ขึ้น เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนมีจำนวนลดลงต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อผลลัพธ์ด้านความรู้ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกย่าง จังหวัดบุรีรัมย์

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) แบบ 2 กลุ่มวัดผลก่อนและหลังทดลอง (Two group pre-post design) ระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่เมษายน-มิถุนายน 2566 รวมระยะเวลา 12 สัปดาห์

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร เป็นกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกย่าง จังหวัดบุรีรัมย์ที่ได้จากการคัดกรองประจำปี พ.ศ.2565 จำนวน 92 คน และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ คือ (1) ความดันโลหิตซีสโตลิก (Systolic Blood Pressure) อยู่ระหว่าง 120-129 มิลลิเมตรปรอท หรือมีค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic Blood Pressure) อยู่ระหว่าง 85-89 มิลลิเมตรปรอท (2) อายุ 35 ถึง 60 ปี (3) อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกย่าง จังหวัดบุรีรัมย์ (4) ไม่มีปัญหาในการสื่อสาร สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกครั้ง และ (5) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และเกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) คือ (1) กลุ่มตัวอย่างที่เจ็บป่วยด้วยโรคอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคไต และ (2) ระยะเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

2. ตัวอย่าง เป็นกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกย่าง จังหวัดบุรีรัมย์ ผู้วิจัยคำนวณขนาดของตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้จากงานวิจัยที่ศึกษามาแล้วของเพ็ญศรี สุพิมล[13] ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงอายุ 35-59 ปี อำเภอส่องดาว จังหวัดสกลนคร จึงได้นำคะแนนตัวแปรหลัก (Main outcome) คือ คะแนนความรู้ทั้งในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบมาหาค่าความแปรปรวน ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มทดลอง จำนวน 43 คน เท่ากับ 12.53 คะแนน และค่าความแปรปรวนเท่ากับ 1.94 และค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 44 คน เท่ากับ 10.36 คะแนน และค่าความแปรปรวนเท่ากับ 2.88 มาคำนวณมาจากวิธีวิเคราะห์อำนาจการทดสอบขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนวณจากโปรแกรม G*Power 3.1.5 มี Effect size =0.72, p = .05, Power =.95 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 86 คน จำแนกเป็นกลุ่มทดลอง 43 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 43 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ ได้แก่ เครื่องมือในการทดลอง และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีการสร้างและพัฒนาเครื่องมือ โดยการศึกษาทฤษฎี เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องแล้วนำมาสร้างเครื่องมือให้ครอบคลุมเนื้อหาตามความมุ่งหมาย ถูกต้องตามเกณฑ์และสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย ทดสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของภาษา และความตรงของเนื้อหา

1. เครื่องมือวิจัยในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยพัฒนามา และต่อยอดมาจากงานวิจัยของปาณิสรา ส่งวัฒนายุทธ และคณะ[5] โดยแบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มย่อย กลุ่มละ 5-6 คน ระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยคนเดียวกันเป็นผู้ดำเนินการกิจกรรมให้เหมือนกันทุกกลุ่ม ซึ่งมีกิจกรรม 7 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 เสริมความรู้และร่วมแลกเปลี่ยน (ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 ระยะเวลา 90 นาที) ห้องประชุม

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกย่าง โดยการสร้างสัมพันธภาพในกลุ่ม กิจกรรมวัดความดันโลหิตด้วยตนเองและบันทึก โดยผู้วิจัยแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์รายละเอียด ระยะเวลาการทำการวิจัย เพื่อสร้างความคุ้นเคยก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ อาการ และอาการแสดงของโรคความดันโลหิตสูง การรักษา การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันความดันโลหิตสูง เช่น ออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด รวมทั้งการอธิบายบทบาทของครอบครัวในการมีส่วนร่วมในการสนับสนุน จัดเตรียมอาหารที่เหมาะสม และการกำกับติดตามในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างผู้วิจัยกลุ่มตัวอย่าง และครอบครัวเปิดโอกาสให้ซักถาม และผู้วิจัยพูดกระตุ้นและชักจูงให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความสามารถตนเองว่าจะมีสุขภาพที่ดีและสามารถดูแลตนเองไม่ให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงได้ หากมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและสามารถควบคุมการปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งให้กลุ่มวอย่างตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติตัว ผู้วิจัยสรุปประเด็นที่ได้เรียนรู้ด้วยกันและนัดหมายการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 2 เสริมการออกกำลังกายโดยการแกว่งแขน (ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 ระยะเวลา 90 นาที) ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ ทักทาย กิจกรรมวัดความดันโลหิตด้วยตนเองและบันทึก ประเมินความก้าวหน้าในการปฏิบัติตัว เลือกตัวแทนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1 คน มาเล่าถึงการปฏิบัติตัวจนประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจนประสบความสำเร็จในการควบคุมระดับความดันโลหิต พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ให้คำแนะนำในการออกกำลังกายโดยการแกว่งแขน ใช้เวลาแกว่งแขน กับกลุ่มตัวอย่าง ครอบครัว ร่วมกันฝึกการออกกำลังกายประมาณ 30 นาที 3 ระยะ 7 ท่า จนสามารถปฏิบัติได้ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่าง และครอบครัว ซักถามข้อสงสัย สรุปประเด็นที่ได้เรียนรู้ร่วมกัน และนัดหมายการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 3 เสริมการรับประทานอาหารลดเค็มและไขมันสูง (ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 2 ระยะเวลา 90 นาที) ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ ทักทาย ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ ทักทาย กิจกรรมวัดความดันโลหิตด้วยตนเอง และบันทึก กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างพูดถึงการปฏิบัติตัวด้านการออกกำลังกายว่ามีการปฏิบัติตัวเป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ยังมีสิ่งใดที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติการออกกำลังกาย จากนั้นผู้วิจัยแนะนำการเลือกเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การยกตัวอย่างเมนูอาหารที่รับประทานในแต่ละมื้อแต่ละวัน พร้อมทั้งครอบครัวมีส่วนร่วมในการเลือกจัดซื้อ การเตรียมอาหารที่เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง และครอบครัวจะมีการติดตามการปฏิบัติตนในการรับประทานอาหารอย่างเนื่อง ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย สรุปประเด็นที่ได้เรียนรู้ร่วมกันและนัดหมายการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 4 เสริมทีมช่วยกันวางแผนลดความเครียด (ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 3 ระยะเวลา 90 นาที) ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ ทักทาย กิจกรรมวัดความดันโลหิตด้วยตนเองและบันทึก สอบถามกลุ่มตัวอย่างถึงการปฏิบัติตัวด้านการรับประทานอาหารการออกกำลังกายในสัปดาห์ที่ผ่านมาว่าปฏิบัติได้มากน้อยเพียงใด แลกเปลี่ยนประสบการณ์ของกลุ่มตัวอย่างครอบครัว และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พร้อมทั้งร่วมกันอภิปรายหาแนวทางแก้ไข ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความเครียด กล่าวชักจูงให้เกิดความมั่นใจและความพยายามในการดูแลตนเองต่อไปเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย สรุปประเด็นที่ได้เรียนรู้ร่วมกัน และนัดหมายการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มครั้งต่อไป ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย สรุปประเด็นที่ได้เรียนรู้ร่วมกัน และนัดหมายการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 5 เสริมการติดตามและกำลังใจ (ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 4 ระยะเวลา 90 นาที) ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ ทักทาย กิจกรรมวัดความดันโลหิตด้วยตนเองและบันทึก สอบถามกลุ่มตัวอย่างถึงการปฏิบัติตัวด้านการรับประทานอาหารการออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดในสัปดาห์ที่ผ่านมาว่าไม่สามารถ

ปฏิบัติได้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ของกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งร่วมกันอภิปรายหาแนวทางแก้ไข ผู้วิจัยเสริมแรงให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่างครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านติดตามให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้อย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมที่ 6 กิจกรรมเยี่ยมเสริมพลัง (ครั้งที่ 5-11 สัปดาห์ที่ 5-11 ระยะเวลา 60 นาที) ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพทักทาย กิจกรรมวัดความดันโลหิตด้วยตนเอง และบันทึก สอบถามกลุ่มตัวอย่างถึงการปฏิบัติตัวด้านการรับประทานอาหารการออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และเข้าห้องครัวบ้านกลุ่มเสี่ยง ในสัปดาห์ที่ผ่านมาว่าไม่สามารถปฏิบัติได้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ของกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งร่วมกันอภิปรายหาแนวทางแก้ไข ผู้วิจัยเสริมแรงให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่าง และครอบครัวติดตามให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้อย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมที่ 7 กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (ครั้งที่ 12 สัปดาห์ที่ 12 ระยะเวลา 60 นาที) ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพทักทาย กิจกรรมวัดความดันโลหิตด้วยตนเอง ประเมินความรู้และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ บันทึก พร้อมทั้งร่วมกันอภิปรายหาแนวทางแก้ไข ผู้วิจัยเสริมแรงให้กำลังใจและกล่าวขอบคุณ กลุ่มตัวอย่าง และครอบครัวที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินโครงการวิจัยครั้งนี้

สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบ จะได้รับการดูแลตามโปแกรมปกติจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกย่าง คือ การให้คำแนะนำในการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย

2. แบบสอบถามเพื่อการวิจัยประกอบด้วย 4 ตอน คือ ตอนที่ 1 ลักษณะทางประชากร ประกอบด้วยตัวแปร เพศ อายุ สถานภาพสมรส น้ำหนักตัวส่วนสูง รอบเอว อาชีพหลัก ระดับการศึกษา และประวัติในครอบครัวมีญาติสายตรงป่วยเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือโรคอ้วน ตอนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยพัฒนามาจากงานวิจัยของวิริยา สุขวงศ์ และคณะ[14] ที่ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย สาเหตุ อาการและอาการแสดง และภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ การรับประทานยาอย่างถูกต้อง การตรวจตามนัด ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบคือ ตอบถูก และตอบผิด จำนวน 20 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ตอบให้ 0 คะแนน ตอนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยพัฒนามาจากงานวิจัยของไชยยา จักรสิงโต[15] ที่ได้ศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ที่มีภาวะเสี่ยงสูงต่อการป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคอ้วน เป็นแบบสอบถามแบบมาตรวัดประมาณค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ จำนวน 37 ข้อ

แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของครอบครัว ผู้วิจัยพัฒนามาจากงานวิจัยของภัทรา แสนธรรมมา[16] ได้ศึกษาผลการเสริมสร้างพลังอำนาจของครอบครัวต่อการมีพลังอำนาจในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ เป็นแบบสอบถามแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 40 ข้อ และตอนที่ 4 แบบบันทึกการตรวจร่างกาย เป็นแบบบันทึกระดับความดันโลหิตที่ได้จากการวัดโดยอ้อม โดยวัดระดับความดันโลหิตก่อนเริ่มการทดลอง และหลังการทดลองแล้วนำค่าความดันโลหิตมาแปลผลตามเกณฑ์ของ JNC คือ ผู้ป่วยที่มีค่าความดันซีสโตลิก (Systolic pressure) มากกว่าหรือเท่ากับ 140 mmHg หรือ มีค่าความดันไดแอสโตลิค (Diastolic pressure) มากกว่าหรือเท่ากับ 90 mmHg[17]

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขอความร่วมมือจากกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงโดยประสานงานกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยพิจารณาจากผลการตรวจคัดกรองประจำปีเทียบกับเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออกของโครงการวิจัย จากนั้นดำเนินการสัมภาษณ์ความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง

ก่อนดำเนินการทดลอง การเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลาก (Simple random sampling) เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบจนครบจำนวน 86 คน จำแนกเป็นกลุ่มทดลอง 43 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 43 คน

2. จัดปฐมนิเทศบุคลากรที่เข้าร่วมการวิจัยทั้ง 2 กลุ่ม เพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับกิจกรรมในโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคโดยชี้ให้เห็นถึงความสำคัญและประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมโครงการ การเตรียมตัวก่อนการทำกิจกรรมการออกกำลังกาย ซึ่งเกี่ยวเนื่องกับงานวิจัย และแจกอุปกรณ์ที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ เครื่องวัดความดันโลหิต พร้อมอธิบายวิธีการใช้งานและการบันทึกข้อมูลลงในสมุดสุขภาพประจำตัว

3. กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบรายละเอียดของวิธีปฏิบัติในการทดสอบและการเก็บข้อมูล พร้อมทั้งลงชื่อในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Consent form)

4. ผู้วิจัยดำเนินการวัดตัวแปรตาม โดยมีตัวแปรตาม คือ (1) ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง (2) พฤติกรรมสุขภาพ และ (3) ค่าความดันโลหิต โดยการวัดความรู้ และพฤติกรรมสุขภาพใช้แบบวัดทั้ง 2 ฉบับนั้นผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ทำแบบวัดทั้ง 2 ฉบับด้วยตนเองพร้อมกันทั้ง 2 กลุ่ม ใช้เวลาประมาณ 50 นาที และตรวจสุขภาพกลุ่มตัวอย่างก่อนดำเนินการทดลอง ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง และความดันโลหิต

5. ดำเนินการจัดโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยกิจกรรม 7 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 เสริมความรู้ และร่วมแลกเปลี่ยน กิจกรรมที่ 2 เสริมการออกกำลังกายโดยใช้รำกระบอง กิจกรรมที่ 3 เสริมการรับประทานอาหารลดเค็มและไขมันสูง กิจกรรมที่ 4 เสริมทีมช่วยกันวางแผนลดความเครียด กิจกรรมที่ 5 เสริมการติดตามและกำลังใจ กิจกรรมที่ 6 กิจกรรมเยี่ยมเสริมพลัง และกิจกรรมที่ 7 กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ รวมจัดกิจกรรมทั้งสิ้น 12 ครั้ง ส่วนกลุ่มควบคุมใช้ชีวิตประจำวันตามปกติ

6. กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มบันทึกพฤติกรรมของตนเองเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์

7. การทดสอบหลังจากจัดโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น 12 สัปดาห์ โดยทำแบบวัดทั้ง 2 ฉบับ และตรวจวัดความดันโลหิต ผู้วิจัยวัดความดันโลหิต ผู้วิจัยดำเนินการด้วยตัวเอง โดยใช้เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดดิจิตอล (Automatic blood pressure monitor) ยี่ห้อออมรอน (Omron) รุ่น HEM-6121 โดยให้กลุ่มตัวอย่างนั่งพักเป็นเวลา 15 นาที ก่อนทำการวัด และบันทึกผลลงในสมุดสุขภาพประจำตัว

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเพื่อวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้ 1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ข้อมูลลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส น้ำหนักตัว ส่วนสูง รอบเอว อาชีพหลัก ระดับการศึกษา และประวัติในครอบครัวมีญาติสายตรงป่วยเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือโรคอ้วน และวิเคราะห์ตัวแปรพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ระดับความดันโลหิตซีสโตลิก และความดันไดแอสโตลิก โดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) ทดสอบการกระจาย (Distribution of normality) ของตัวแปรผลลัพธ์ด้านความรู้ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และความดันโลหิตก่อนทดสอบสมมติฐานการวิจัย โดยใช้สถิติ One-Sample Kolmogorov-Smirnov test และ 3) สถิติเชิงอนุมานในการเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรผลลัพธ์ด้านความรู้ พฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบใช้สถิติ Independent t-test ที่ระดับความเชื่อมั่นทางสถิติ 95% Confidence interval (95%CI)

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เลขที่ 16/2023 ตั้งแต่วันที่ 30 มีนาคม 2566 - 29 มีนาคม 2567 เมื่อโครงการผ่านการพิจารณาแล้ว ผู้วิจัยแสดงหนังสือแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยและหนังสือแสดงข้อมูลต่อกลุ่มตัวอย่างทุกราย

หากผู้ให้ข้อมูลไม่ต้องระบุชื่อนามสกุลของตนเอง ไม่มีผลกระทบต่อการรักษา ผู้วิจัยมีการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม การวิเคราะห์และการแปลข้อมูล โดยไม่อ้างอิงถึงตัวบุคคล หน่วยงาน และโรงพยาบาลไม่ว่ากรณีใดๆ และข้อมูลจะถูกทำลายหลังจากเสร็จสิ้นการวิจัย

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 86 คน จำแนกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง จำนวน 43 คน กลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 43 คน ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นหญิง จำนวน 24 คน (55.8%) อายุเฉลี่ย 45 ปี สถานสมภาพสมรสคู่ จำนวน 41 คน (95.3%) น้ำหนักตัวเฉลี่ย 58.20 กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ย 161.80 เซนติเมตร รอบเอวเฉลี่ย 81.93 เซนติเมตร ประกอบอาชีพเกษตรกรรม จำนวน 24 คน (55.8%) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น/ปวช. จำนวน 25 คน (58.1%) มีประวัติครอบครัวมีญาติสายตรงป่วยเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงหรือโรคอ้วน จำนวน 33 คน (76.7%) และความดันโลหิตบนเฉลี่ย 115 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตล่างเฉลี่ย 71.21 มิลลิเมตรปรอท ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นหญิง จำนวน 25 คน (58.2%) อายุเฉลี่ย 45 ปี สถานภาพสมรสคู่ จำนวน 35 คน (81.1%) น้ำหนักตัวเฉลี่ย 57.76 กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ย 161.95 เซนติเมตร รอบเอวเฉลี่ย 77.20 เซนติเมตร ประกอบอาชีพเกษตรกรรม จำนวน 28 คน (65.1%) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น/ปวช. จำนวน 31 คน (72.1%) มีประวัติครอบครัวมีญาติสายตรงป่วยเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือโรคอ้วน จำนวน 33 คน (76.7%) และความดันโลหิตบนเฉลี่ย 133 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตล่างเฉลี่ย 94.28 มิลลิเมตรปรอท ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทางประชากร		กลุ่มทดลอง	กลุ่มเปรียบเทียบ
		n(%)	n(%)
เพศ	ชาย	18(41.8)	19(44.2)
	หญิง	25(58.2)	24(55.8)
อายุ(ปี)	Mean(SD.)	45.00(8.00)	44.60(6.93)
	Min(Max)	35.0(60.0)	35.0(57.0)
สถานภาพสมรส	โสด	5(11.6)	1(2.3)
	คู่	35(81.4)	41(95.3)
	หม้าย/ร้าง/แยกกันอยู่	3(7.00)	1(2.3)
น้ำหนักตัว(ก.ก)	Mean(SD.)	58.20(7.68)	57.76(9.19)
	Min(Max)	47.0(83.0)	40.0(80.0)
ส่วนสูง(ซ.ม.)	Mean(SD.)	161.80(7.72)	161.95(6.73)
	Min(Max)	148.0(180.0)	148.0(178.0)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร		กลุ่มทดลอง	กลุ่มเปรียบเทียบ
		n(%)	n(%)
รอบเอว(ซ.ม.)	Mean(SD.)	81.93(5.84)	77.20(6.08)
	Min(Max)	66.0(93.0)	62.0(89.0)
อาชีพ	เกษตรกรรม	24(55.8)	28(65.1)
	ข้าราชการ	6(14.0)	4(9.3)
	รับจ้าง	13(30.2)	11(25.6)
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	8(18.6)	5(11.6)
	มัธยมศึกษาตอนต้น/ปวช.	25(58.1)	31(72.1)
	มัธยมศึกษาตอนปลาย	9(20.9)	0(0.0)
	ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	1(2.3)	4(16.3)
ประวัติครอบครัวมีญาติสายตรงป่วยเป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูงหรือโรคอ้วน			
	ไม่มี	10(/23.3)	10(23.3)
	มี	33(76.7)	33(76.7)
ความดันโลหิตบน	Mean(SD.)	115(11.25)	133(16.75)
	Min(Max)	100(158)	100(170)
ความดันโลหิตล่าง	Mean(SD.)	71.21(5.77)	94.28(11.95)
	Min(Max)	60(84)	74(114)

2. หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคดันโลหิตมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคดันโลหิตมากกว่า 6.69 คะแนน (95%CI; 5.41, 7.97) และหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพมากกว่า 0.84 คะแนน (95%CI; 0.69, 0.99) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคดันโลหิตสูงและพฤติกรรมสุขภาพ หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปร	n	Mean(SD.)	Mean diff.(SE)	95%CI	p
ความรู้เกี่ยวกับโรค HT					
กลุ่มทดลอง	43	15.74(1.53)	6.69(0.64)	5.41, 7.97	<.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	43	9.05(3.94)			
พฤติกรรมสุขภาพ					
กลุ่มทดลอง	43	1.81(0.07)	0.84(0.07)	0.69, 0.99	<.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	43	0.97(0.47)			

3. หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย Systolic blood pressure น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยมีค่าเฉลี่ย Systolic blood pressure น้อยกว่า 18.27 มิลลิเมตรปรอท (95%CI; 12.15, 24.40) และหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย Diastolic blood pressure น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยมีค่าเฉลี่ย Systolic blood pressure น้อยกว่า 23.07 มิลลิเมตรปรอท (95%CI; 19.04, 27.09) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย Systolic blood pressure และ Diastolic blood pressure หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปร	n	Mean(SD.)	Mean diff.(SE)	95%CI	p
Systolic blood pressure					
กลุ่มทดลอง	43	115(11.25)	18.27(3.07)	12.15, 24.40	<.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	43	133(16.75)			
Diastolic blood pressure					
กลุ่มทดลอง	43	71.21(5.77)	23.07(2.03)	19.04, 27.09	<.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	43	94.28(11.95)			

วิจารณ์

1. ผลการทดลองครั้งนี้ พบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคดันโลหิตสูงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบโดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคดันโลหิตมากกว่า 6.69 คะแนนสอดคล้องกับการศึกษากลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการคัดกรองจากประชาชนที่มีอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป จากโรงพยาบาลบางปลาม้าตำบลโคกคราม อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี ใช้ระยะเวลา 3 เดือนในการเก็บข้อมูล ดำเนินการ 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1

การค้นพบสถานการณ์จริง เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นขั้นตอนที่พยายามให้บุคคลค้นพบและยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงกับตนเอง ทำให้เกิดการตอบสนองด้านอารมณ์ด้านสติปัญญาการรับรู้ และพฤติกรรมการตอบสนองด้านอารมณ์มีการทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง กิจกรรมในขั้นตอนนี้ เป็นการได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเรื่องโรคความดันโลหิตสูงและแนวทางการดูแลตนเอง ทำให้กลุ่มตัวอย่างพร้อมที่จะรับรู้ เกิดกำลังใจ มีความเชื่อมั่นในความรู้ความเข้าใจของตน เกิดการยอมรับสภาพการณ์ที่เป็นจริง ช่วยปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึกในทางที่ดีมีกำลังใจที่ดีขึ้น ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณกิจกรรมในขั้นตอนนี้ให้กลุ่มทดลองได้สะท้อนคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ผ่านมา โดยใช้คำถามสะท้อนคิดความสามารถในการปฏิบัติตัวดูแลตนเองที่ผ่านมา คำถามช่วยให้กลุ่มทดลองคิดทบทวนและสำรวจปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองทำให้เกิดความเข้าใจชัดเจน นำไปสู่การปรับปรุงเปลี่ยนแปลงการดูแลตนเอง เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองที่ดีขึ้น ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติด้วยตนเอง กิจกรรมในขั้นตอนนี้ให้กลุ่มทดลองยกตัวอย่างปัญหาผลกระทบจากการดูแลตนเองเป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน โดยการรับฟังการเล่าประสบการณ์ที่ดีเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ใช้กระบวนการกลุ่มในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์มีการอภิปรายปัญหาร่วมกัน วิเคราะห์ตนเอง กลุ่มทดลองสามารถเลือกวิธีปฏิบัติที่คิดว่าตนต้องปรับปรุงเปลี่ยนแปลงเพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง เกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น มีความมุ่งมั่นไปสู่เป้าหมายด้วยคุณค่าของตนเอง ผู้วิจัยให้กำลังใจในการนำไปปฏิบัติที่บ้านโดยกำหนดระยะเวลา 1 เดือน พร้อมกับแนะนำให้สมาชิกติดตามสนับสนุนซึ่งกันและกันอย่างต่อเนื่อง และขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ กิจกรรมในขั้นตอนนี้ ให้กลุ่มทดลองนำวิธีปฏิบัติที่ตนตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ถ้าพบปัญหาในการปฏิบัติตามทางที่เลือกแล้วใช้กระบวนการกลุ่มในการร่วมมือแก้ไขปัญหา กลุ่มทดลองสามารถหาวิธีแก้ปัญหาที่กลุ่มเสนอแนะด้วยตนเอง ถ้าปฏิบัติแล้วเกิดประสิทธิภาพหรือความสำเร็จ กลุ่มทดลองเกิดความรู้สึกมีอำนาจในการควบคุมสิ่งต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อตนเองได้ มีความสามารถและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการแก้ปัญหานั้นสำหรับใช้ในครั้งต่อไป เมื่อพบปัญหาสามารถย้อนกลับไปในวงจรของกระบวนการอย่างมีพลวัตร ถ้าไม่สำเร็จจะได้รับกำลังใจในการปรับปรุง แก้ไขและปฏิบัติต่อไป จากกระบวนการกลุ่ม ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันของสมาชิกในกลุ่ม ช่วยให้ได้เรียนรู้ปัญหาและแนวทางแก้ไข ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนความรู้สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม[18]

2. หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพมากกว่า 0.84 คะแนน พบผลเช่นเดียวกับการศึกษาในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์ ที่คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่ผู้วิจัยกำหนด จำนวน 60 ราย ใช้เกณฑ์คัดเข้า คือ อายุระหว่าง 35-59 ปี ความดันโลหิตขณะพักมีระดับความดันซิสโตลิก (Systolic blood pressure) เท่ากับ 130–139 มม.ปรอทหรือมีระดับความดันไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure) เท่ากับ 85-89 มม.ปรอท แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน ที่ผ่านการทดสอบผ่านการตรวจสอบความตรง ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตนทั้งด้านอาหาร การออกกำลังกาย อารมณ์และการจัดการความเรียดของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และแตกต่างจากกลุ่มควบคุม[19] สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง อาศัยอยู่ในตำบลหนองพลับ อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี ซึ่งพบว่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ

หลังจากกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าและมีระดับความดันโลหิตน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ และจากผลการวิจัยครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและลดระดับความดันโลหิต ดังนั้นพยาบาลควรนำโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไปใช้กับกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง เพื่อควบคุมความดันโลหิตโดยเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไปควรติดตามผลของโปรแกรมในระยะยาวขึ้น[5]

3. หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย Systolic blood pressure น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ โดยมีค่าเฉลี่ย Systolic blood pressure น้อยกว่า 18.27 มิลลิเมตรปรอท และหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย Diastolic blood pressure น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ โดยมีค่าเฉลี่ย Systolic blood pressure น้อยกว่า 23.07 มิลลิเมตรปรอท พบผลเช่นเดียวกับการศึกษาในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์ พบว่า ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของกลุ่มทดลองแตกต่างจากก่อนเข้าโปรแกรม และแตกต่างจากกลุ่มควบคุม[19] และพบว่าเมื่อควบคุมอิทธิพลของระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกก่อนการทดลองพบว่า กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกหลังการทดลองแตกต่างกัน โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกต่ำกว่ากลุ่มควบคุม[20] ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าการออกกำลังกายโดยการแกว่งแขนช้าๆ จำนวนเริ่มจากน้อยไปสู่มากค่อยๆ เพิ่มขึ้นทีละน้อย จากครั้งหรือไม่เกิน 30 นาที/วัน ช่วยลดการกระตุ้นการทำงานของระบบซิมพาเธติก (Sympathetic nervous system) เนื่องจากเป็นการเคลื่อนไหวร่างกายที่ช้า นุ่มนวล การหายใจช้า ลึกสม่ำเสมอ จิตจดจ่ออยู่กับการเคลื่อนไหวและการหายใจจึงทำให้เกิดสมาธิ ร่างกายหลั่งสารแห่งความสุขที่เรียกว่าเอ็นโดฟิน (Endorphin) สู่กระแสเลือดการหายใจลึก ทำให้กระตุ้นเส้นประสาทวากัส (Vagus nerve) ซึ่งเป็นระบบประสาทพาราซิมพาเธติก ให้ทำงานดีขึ้น ร่างกายและจิตใจจึงผ่อนคลายความเครียดลดลง และพบผลเช่นเดียวกับเกสราวรรณ ประดับพจน์ และศิริลักษณ์ แก่นอินทร์[21] ที่ได้พัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงในอำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยการฝึกทักษะการออกกำลังกายโดยการเดินร่วมกับการแกว่งแขน ได้แก่ การอบอุ่นร่างกาย การออกกำลังกายด้วยการแกว่งแขนที่ถูกวิธี ตามด้วยการเดินเร็วระยะทางประมาณ 2 กิโลเมตร ผ่อนคลายกล้ามเนื้อด้วยการเดินช้าลง และตามด้วยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ และฝึกทักษะการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารเพื่อลดความเสี่ยงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เป็นการสาธิตอาหารแลกเปลี่ยนสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง สื่อที่ใช้ ได้แก่ โมเดลอาหารแลกเปลี่ยน แผ่นพับ ภาพพลิก และคนต้นแบบ เป็นสัปดาห์ที่ 12 สัปดาห์ ส่งให้ระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองลดลงกว่ากลุ่มควบคุม

นอกจากนี้การออกกำลังกายแบบแกว่งแขนถือเป็นการออกกำลังกายประเภทแอโรบิกทำให้หัวใจ และปอดมีความแข็งแรง หลอดเลือดส่วนปลายมีแรงต้านลดลงจึงส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลง[20,22] และการออกกำลังกายทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจและระบบไหลเวียนโลหิตดีขึ้น ส่งผลต่อการทำงานของระบบประสาทซิมพาเธติคและแคทโคลามีนในเลือด ทำให้การหดตัวและคลายตัวของกล้ามเนื้อเป็นจังหวะ ช่วยบีบตัวให้เลือดไหลกลับหัวใจเพิ่มขึ้นและกระตุ้นการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจมีความแข็งแรงมากขึ้น หดตัวได้มากขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจช้าลง ส่งผลให้ช่วงหัวใจคลายตัวนานขึ้น ทำให้เลือดที่ออกจากหัวใจต่อนาทีมีปริมาณเพิ่มขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดมากขึ้น ความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจซึ่งแปรผันตามการเต้นของหัวใจลดลง ทำให้ความดันโลหิตซิสโตลิกลดลง[23]

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ ควรนำโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวนี้ไปใช้กับบุคคลกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปสู่การป้องกันโรคที่ประยุกต์ทฤษฎีทางการพยาบาลร่วมกับหลักของอาหารและออกกำลังกาย (การเดินแกว่งแขน) และโดยเฉพาะการสนับสนุนจากครอบครัว

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยต่อไป

2.1 ควรศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของประกอบการดูแลบุคคลกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงอื่นที่มีบริบทคล้ายกับการวิจัยนี้

2.2 ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในด้านค่าดัชนีมวลกาย พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการดื่มสุราต่อระดับความดันโลหิต

2.3 ควรศึกษาวิธีการกระตุ้นให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงออกกำลังกายทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง มีแรงจูงใจในการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ สามารถออกกำลังกายได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ควรมีการพัฒนาศักยภาพพยาบาลโดยเฉพาะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนให้มีความรู้เกี่ยวกับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพการออกกำลังกาย และการบริโภคอาหารเพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจและสามารถดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังอื่นๆ ได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ.2562. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2563.
2. ภัทระ แสนไชยสุริยา, บังอร เทพเทียน, ปาริชาติ จันทร์จรัส, ภูษิต ประคองสาย, กุมารี พัชนี, ปิยฉัตร ตระกูลวงษ์. รายงานผลการศึกษาโครงการทบทวนสถานการณ์และผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทย พ.ศ. 2560–2562. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค; 2563.
3. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (Thai Hypertension Society). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562 (2019 Thai Guidelines on The Treatment of Hypertension). เชียงใหม่: ทริคธิงค์; 2562.
4. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกย่าง. รายงานผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์; 2564.
5. ปาณิสรา ส่งวัฒนายุทธ, กมลพรรณ วัฒนากร, ขวัญตา กลิ่นหอม, พัชรนันท์ รัตนภาค. ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง. Veridian E-Journal, Science and Technology Silpakorn University สาขาวิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยี. 2559;(3)3:1-14.
6. ฉัตรลดา ดีพร้อม, นิวัฒน์ วงศ์ใหญ่. ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลชุมพร อำเภอเมยวดี จังหวัดร้อยเอ็ด. J Sci Technol MSU. 2562;(38)4:451-61.
7. Soltani S, Shirani F, Chitsazi M J, SalehiAbargouei A. The effect of dietary approaches to stop hypertension (DASH) diet on weight and body composition in adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials. Obesity reviews. 2016;29(4):442-54.
8. พัชรวิลัย ลอมแปลง, นงนุช โอบะ, ชมนาด วรรณพรศิริ. ปัจจัยทำนายความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุอายุต่ำกว่า 40 ปี ที่อาศัยในจังหวัดอุตรดิตถ์. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 2554;5(2):12-22.
9. Saneei P, Salehi-Abargouei A, Esmaillzadeh A,

Azadbakht L. Influence of dietary approachesto stop hypertension (DASH) diet on blood pressure: A systematic review and meta-Analysis on randomized controlled trials. Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases. 2014;24(12):1253-61.

10. Wright L M, Leabey M. Nursing and families: A guide to family assessment And intervention. Philadelphia: F. A. Davis; 2009.
11. นงเยาว์ ใบยา. ปัจจัยผู้ป่วยและปัจจัยครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง [วิทยานิพนธ์]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2554.
12. Wexler R, Elton T, Pleister A, Feldman D. Barriers to blood control as reported By African American patients Journal of National Medical Association. 2009;101(6):597-603.
13. เพ็ญศรี สุพิมล. ผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงอายุ 35-59 ปี อำเภอส่องดาว จังหวัดสกลนคร [วิทยานิพนธ์]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
14. ไชยา จักรสิงห์โต. ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ที่มีภาวะเสี่ยงสูงต่อการป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคอ้วน [วิทยานิพนธ์]. ฉะเชิงเทรา: มหาวิทยาลัยราชภัฏราชครินทร์; 2560.
15. ภัทรา แสนธรรมมา. ผลการเสริมสร้างพลังอำนาจของครอบครัวต่อการมีพลังอำนาจในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ [วิทยานิพนธ์]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
16. Joint National Committee. 2003. The seventh report of the joint nation committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure: The JNC7 report. Journal of the American Medical Association. 2560;30(2);25-72.
17. วิริยา สุขวงศ์, ธนพร วรรณกูล, ชลิดา โสภิตภักดีพงษ์. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา; 2554.
18. เนติยา แจ่มทิม, สินีพร ยืนยง, ปุรินทร์ ศรีศศลักษณ์. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชากรที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ตำบลโดกคราม อำเภอบางปลาม้า จ.สุพรรณบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา. 2559;22(1):65-76.
19. วงค์ชญพจณ์ พรหมศิลา, สุภาพร แนวบุตร, ประทุมา ฤทธิ์โพธิ์. ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตน และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของบุคคลกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง. พยาบาลสาร. 2562;46(2):96-107.
20. ลลิตา บุญงาม, ชนัญชิดาดุษฎี ทูลศิริ, สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ. ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบขี่กงต่อระดับความดันโลหิตของสตรีกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดสิงห์บุรี. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2560;25(1):82-94.
21. เกสราวรรณ ประดับพจน์, ศิริลักษณ์ แก่นอินทร์. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 self ต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต และเส้นรอบเอวของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์. 2564;8(5):148-61.
22. Lee M S, Lee M S, Choi E S, Chung H T. Effects of Qigong on blood pressure, blood pressure determinants and ventilatory function in middle-aged patients with essential hypertension. American Journal of Chinese Medicine, 2003;31(3):489-97.
23. Belardinelli R. Exercise training in heart failure patients. In K. Wasserman (Ed.), Cardiopulmonary exercise test and cardiovascular health. New York: Fututar; 2002.

การพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานและผลลัพธ์การให้บริบาลทางเภสัชกรรม สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

Development of pharmaceutical Care Process and Effect Evaluation on Type 2 diabetic patients at Mueangsuang Hospital, Roi-Et Province

ณัฐวุฒิ แหล่งสนาม*

Nutthawut Langsanam

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

(Received: March 20, 2024; Revised: March 27, 2024; Accepted: April 27, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานในการบริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยเบาหวานและประเมินผลลัพธ์การให้บริบาลทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : การวิจัยครั้งนี้แบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ การวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา และความจำเป็นในการพัฒนา การพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานในการบริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยเบาหวาน และการติดตามประเมินผลลัพธ์ในการพัฒนาการให้บริบาลทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบเก็บข้อมูลที่พัฒนาขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังพัฒนาด้วย Percentage Differences และวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย : สถานการณ์และความจำเป็นในการพัฒนา พบว่า ขาดแนวทางปฏิบัติในการให้บริบาลเภสัชกรรมที่เป็นแนวทางเดียวกัน มีการใช้เครื่องมือประเมินปัญหาด้านยาและอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่หลากหลาย การขาดการประเมินความรู้และความร่วมมือในการใช้ยา และยังไม่มีการเชื่อมโยงและบูรณาการระบบงานไปถึงระดับชุมชนและครัวเรือน โดยได้ทำการพัฒนาแนวทางการบริบาลเภสัชกรรมขึ้น คือ การติดตามปัญหาและการจัดการปัญหาด้านยา การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การส่งเสริมความรู้ด้านโรคเบาหวานและความร่วมมือในการใช้ยา และติดตามผลลัพธ์การดำเนินงาน ซึ่งหลังพัฒนางานมีการเปลี่ยนแปลงลดลงของระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) ระดับ LDL และดัชนีมวลกาย (22.80%, 15.78%, 21.76% และ 2.11% ตามลำดับ)

สรุปและข้อเสนอแนะ : การพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานและผลลัพธ์การให้บริบาลทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นการพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น โดยการประเมิน ติดตามปัญหาด้านยาและจัดการปัญหาด้านยาที่เหมาะสม เพิ่มความปลอดภัยในการใช้ยาโดยการติดตามอาการไม่พึงประสงค์ และเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาล โดยการส่งเสริมความรู้เรื่องโรคเบาหวานและความร่วมมือในการใช้ยา เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนแนวทางที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปพัฒนาเป็นแนวทางในการให้บริบาลทางเภสัชกรรมในโรคอื่น ๆ ต่อไป

คำสำคัญ : ผู้ป่วยเบาหวาน; การพัฒนา; การบริบาลเภสัชกรรม

*เภสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลเมืองสรวง

Abstract

Purposes : To develop the operational process of pharmaceutical care for diabetic patients and the results of pharmaceutical care for type 2 diabetic patients at Mueangsuang Hospital Roi Et Province.

Study design : Action Research.

Materials and Methods : This research is divided into 3 phases: 1) Situation analysis 2) Development process of pharmaceutical care for type 2 diabetic patients and 3) Results in development process of pharmaceutical care. Data were collected using a form and data were analysed using descriptive statistics. Compare results before and after development with paired sample t-test and content analysis.

Main findings : Situation found that there is a lack of uniform guidelines for pharmaceutical care. A variety of tools are used to assess drug problems and adverse drug reactions. Lack of assessment of knowledge and adherence. And lack of integration of work system to the community and household levels. We have developed guidelines for pharmaceutical care by following up on drug related problem and solve the problem, monitoring adverse reaction, Promoting knowledge and adherence. Results After developing the process for pharmaceutical care operations, the percentage differences were as follows 1) 22.80% decrease in blood glucose level (FBS), 2) 15.78% decrease in cumulative blood glucose level (HbA1c) and 3) 21.76% decrease in LDL level, and 2.11% decrease in body mass index, respectively.

Conclusion and recommendations : Developing the operating process and results of pharmaceutical care for type 2 diabetes patients is increase work mor efficient by find and solve the drug related problem, improve medication safety by monitoring for adverse reactions and increase efficiency in medical treatment by promoting knowledge and adherence. So that diabetic patients can control their disease effectively. As well as the developed guidelines, they can be developed as guidelines for providing pharmaceutical care in other diseases in the future.

Keywords : Diabetic patients; Development; Pharmaceutical care

*Registered Pharmacist, Professional Level, Mueangsuang hospital.

บทนำ

สถานการณ์โรคเบาหวาน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในระดับโลก รวมถึงในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2563 จากการรายงานของกรมควบคุมโรค[1] ประเทศไทย พบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานในระบบทะเบียนจำนวน 3.3 ล้านคน มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานทั้งหมด 16,388 คน (อัตราตาย 25.1 ต่อประชากรแสนคน) ค่าใช้จ่ายทางด้านสาธารณสุข ในการรักษาโรคเบาหวานทั้งหมด 47,596 ล้านบาทต่อปี และโรคเบาหวานยังคงเป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดโรคอื่นๆ ในกลุ่มโรค NCDs เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตวายเรื้อรัง เช่นเดียวกับในพื้นที่อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด ที่มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในปี 2564-2566 มีจำนวน 1,103 ราย , 1,173 ราย และ 1,254 ราย ตามลำดับ[2]

จากจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ย่อมส่งผลกระทบต่อการให้บริการจากบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะการตรวจรักษาที่จำเป็นต้องมีการให้การดูแลที่รวดเร็วมากขึ้นซึ่งบางครั้งคุณภาพการรักษาอาจจะไม่ดีพอในการดูแลผู้ป่วยรายคนเนื่องจากโรคเบาหวานต้องการการดูแลที่ต่อเนื่องและซับซ้อนทั้งจากตัวผู้ป่วยเอง และทีมบุคลากรทางการแพทย์[3] ดังนั้นกิจกรรมการให้ดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีประสิทธิภาพ จะต้องมีการพัฒนาร่วมกันในระดับสหวิชาชีพ โดยจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าสาเหตุที่ผู้ป่วยเบาหวานไม่สามารถควบคุมโรคได้มีจำนวนมาก เนื่องจากขาดสหสาขาวิชาชีพในการช่วยสนับสนุนระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยแบบเดิมไม่เอื้อต่อการพัฒนาดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้มีการทบทวนการดำเนินงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ เพื่อเป็นการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานให้ครอบคลุม และเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานของการดูแล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีศักยภาพในการดูแลตนเองให้ดีและมีประสิทธิผลที่ดีขึ้น[4]

การพัฒนากระบวนการการปฏิบัติงาน ด้วยรูปแบบการให้บริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคเบาหวาน จึงเป็นการดูแลที่คำนึงถึงการดูแลผู้ป่วยที่พิจารณาจากการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมทุกมิติทั้งกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยผู้ป่วยจะได้รับการดูแลและติดตามผู้ป่วยทุกด้าน เช่น การติดตามปัญหาการใช้ยาและจัดการปัญหาด้านยา การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การส่งเสริมความรู้ในด้านโรคเบาหวาน การติดตามความร่วมมือในการใช้ยา การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เหมาะสม การออกกำลังกายที่เหมาะสม การดูแลทางด้านจิตใจ การปรับระดับการใช้ยาให้เหมาะสมกับผู้ป่วย และมีการเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรค และส่งผลให้ผลลัพธ์ทางคลินิกในด้านการควบคุมระดับ HbA1C ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในญี่ปุ่น[5] ที่การดูแลด้วยกระบวนการบริบาลเภสัชกรรม จะทำให้ค่าเฉลี่ยของค่า HbA1c ลดลงมากกว่าการดูแลรักษาโรคแบบปกติ การตรวจสอบอย่างใกล้ชิดของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลเลือดไม่ดี จะทำให้ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมมากขึ้น และมีความร่วมมือจากการใช้ดีขึ้น ส่งผลให้ระดับค่า HbA1c มีค่าลดลงและลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน อีกทั้งผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากขึ้น การให้บริบาลทางเภสัชกรรมจะช่วยลดปัญหาความทุกข์ทรมานจากโรคเบาหวาน ผู้ป่วยได้รับเวลาที่เพียงพอในการได้รับความรู้ ผู้ป่วยสามารถที่จะปรึกษาเมื่อเกิดปัญหาต่าง ๆ ในชีวิต ผู้ป่วยมีความมั่นใจและมีความรู้มากขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นจากการรักษาโรคเบาหวาน

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การพัฒนากระบวนการการปฏิบัติงาน ด้วยรูปแบบการให้บริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคเบาหวาน จะช่วยในการบรรเทาทุกข์ผู้ป่วยในด้านร่างกาย จิตใจ และการปฏิบัติที่ดีต่อการดูแล และรักษาตนเอง นำมาซึ่งผู้ป่วยปรับตัวในสังคมและมีจิตวิญญาณที่ดี ทำให้สภาวะโรคดีขึ้นจากการรักษา ซึ่งเป็นการขยายบทบาทการทำงานของเภสัชกรคลินิกในการให้คำปรึกษา การติดตาม การปรับระดับยา เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลด้านยา ส่งผลต่อการเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ผู้ป่วย และทำให้รัฐบาลสามารถที่จะลดค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพได้ ซึ่งจะส่งผลต่อระบบเศรษฐกิจในการลดต้นทุนค่าใช้จ่ายทางด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมให้ระบบการดำเนินงานมีคุณภาพที่ดีขึ้น และทำให้ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน

จากโรคที่เป็นได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานในการบริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยเบาหวานและผลลัพธ์การให้บริบาลทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานในการบริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยเบาหวาน ในโรงพยาบาลเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด โดยแบ่งการดำเนินการศึกษาวิจัยออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา และความจำเป็นในการพัฒนา ระยะที่ 2 การพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานในการบริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยเบาหวาน ตามแนวคิดของวงจร PAOR ของ Kimmis and MC Taggart[6] ที่ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนย่อย คือ การวางแผน (Plan) การดำเนินงาน (Act) การสังเกต (Observe) การสะท้อนผล (Reflection) และระยะที่ 3 การติดตามประเมินผลลัพธ์ในการให้บริบาลทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หลังจากมีการพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานในการให้บริบาลเภสัชกรรม โดยทำการศึกษาระหว่างวันที่ 20 กันยายน 2566 ถึง 20 กุมภาพันธ์ 2567 รวมระยะเวลาในการศึกษา 6 เดือน

ผู้เข้าร่วมให้ข้อมูล แบ่งผู้เข้าร่วมให้ข้อมูลออกเป็น 3 ระยะตามการดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา และความจำเป็นในการพัฒนา ผู้เข้าร่วมให้ข้อมูล คือ คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) ซึ่งประกอบด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 20 คน ได้แก่ แพทย์ 3 คน เภสัชกร 5 คน พยาบาล 8 คน และวิชาชีพอื่น ๆ 4 คน โดยการประชุม นำเสนอข้อมูลแลกเปลี่ยนปัญหาในการใช้ยาที่พบ และผลลัพธ์ทางด้านคลินิกของการรักษาผู้ป่วยเบาหวานในระดับโรงพยาบาล

ระยะที่ 2 การพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานในการบริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยเบาหวาน ผู้เข้าร่วมให้ข้อมูล ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่ทำการคัดเลือกมาอย่างจำเพาะเจาะจง จำนวน 50 คน โดยมี

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1) เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลเมืองสรวง ระหว่าง 20 กันยายน 2566 ถึง 20 ธันวาคม 2566 ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน ICD10 E10-E14

2) มีผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดี (Uncontrolled DM, HbA1c > 7% กรณีไม่มีโรคร่วม หรือ HbA1c > 8% กรณีมีโรคร่วม หรือ FBS > 180 มก./ดล.

3) สามารถสื่อสารกับผู้วิจัยได้

4) สมัครใจในการเข้าร่วมศึกษาวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

1) เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ย้ายที่อยู่ หรือสถานบริการระหว่างการศึกษาวิจัย

2) เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขาดนัดติดต่อกัน 2 ครั้ง

ระยะที่ 3 การติดตามประเมินผลลัพธ์ในการให้บริบาลทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หลังจากมีการพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานในการให้บริบาลเภสัชกรรม ผู้ร่วมให้ข้อมูลเช่นเดียวกันกับระยะที่ 1

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ระยะตามระยะการดำเนินวิจัย ได้แก่

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา และความจำเป็นในการพัฒนา เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ สรุปข้อมูลจากการประชุมคณะกรรมการเภสัชกรรมบำบัด การนำเสนอข้อมูลผลการดำเนินงานที่ผ่านมา ปัญหาและอุปสรรค และผลลัพธ์ทางด้านการใช้ยา ได้แก่ ความร่วมมือในการใช้ยา อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา (Drug related problem) ผลลัพธ์ทางด้านคลินิกในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) ดัชนีมวลกาย

ระยะที่ 2 การพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานในการบริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยเบาหวานเครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้น โดยประกอบด้วย 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ข้อคำถามในการประเมินความรู้ และการติดตามผลลัพธ์ทางคลินิก จำนวน 33 ข้อ ประกอบด้วย

- เพศ อายุ สิทธิการรักษา อาชีพ ประวัติการแพ้ยา การใช้ยานอกโรงพยาบาล ประวัติการใช้ยาสมุนไพร/ลูกกลอน/ยาชุด/อาหารเสริม โรคร่วมอื่น ๆ ระยะเวลาในการเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ประวัติการดื่มสุรา ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติความเสี่ยงของโรคเบาหวานในครอบครัว ความเครียด การรับประทานอาหารที่มีไขมัน วิธีการเก็บยา การเกิดอาการข้างเคียงจากยา จำนวนยากับวันนัดสภาพยา การกินยา

- ข้อคำถามในการประเมินความรู้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย ข้อคำถาม 10 ข้อ โดยแบ่งระดับคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง (ได้คะแนน 8-10 คะแนน) ปานกลาง (ได้คะแนน 6-7 คะแนน) และต่ำ (ได้น้อยกว่า 6 คะแนน)

- การติดตามผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) ดัชนีมวลกาย

1. ส่วนที่ 1 ได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยการหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index, CVI) โดยขอรับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ แพทย์ผู้รับผิดชอบคลินิกเบาหวาน 1 ท่าน พยาบาลผู้รับผิดชอบคลินิกเบาหวาน 1 ท่านและเภสัชกรผู้รับผิดชอบคลินิกเบาหวาน 1 ท่าน โดยแบบเก็บข้อมูล มีค่า CVI เท่ากับ 0.96

2. ส่วนที่ 2 แบบประเมินปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วย (Drug related problem, DRPs) โดยการศึกษาครั้งนี้ใช้เกณฑ์การประเมินปัญหาจากการใช้ยาตามแนวคิดของ Hepler และ Strand[7]

3) ส่วนที่ 3 แบบประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ตามแนวทางประเมิน Naranjo' algorithm[8]

4) แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยา MTB-Thai ของ พรรณทิพา ศักดิ์ทอง[9] คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อนำมาประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย โดยแบ่งระดับคะแนนความร่วมมือของการใช้ยาของผู้ป่วยเป็น 3 ระดับ ได้แก่ สูง (ได้คะแนน 24 คะแนน) ปานกลาง (ได้คะแนน 22-23 คะแนน) และต่ำ (ได้คะแนน ≤21) ซึ่งแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยานี้ผ่านการทดสอบขั้นต้นด้านความตรงทางเนื้อหาจากการประเมินความสอดคล้องของข้อคำถามกับทฤษฎีโดยอาจารย์เภสัชกรและเภสัชกรโรงพยาบาล มีค่า I-CVI แต่ละข้อคำถามอยู่ระหว่าง 0.92-1.0 และมีค่า S-CVI รวมของเครื่องมือเป็น 0.97 ซึ่งผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้อย่างน้อย 0.80 และ 0.90 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ตามระยะการดำเนินวิจัย ได้แก่

ระยะที่ 1 ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลการวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา และความจำเป็นในการพัฒนาจากการสรุปแลกเปลี่ยนความคิดเห็นจากการประชุมคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด

ระยะที่ 2 ผู้วิจัยและเภสัชกรทั้งหมด จำนวน 4 คน ร่วมกันเก็บข้อมูลการพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานในการบริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยเบาหวาน ในด้านความรู้ด้านโรคเบาหวาน ความร่วมมือในการใช้ยา การติดตามปัญหาการใช้ยา การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การจัดการปัญหาด้านยา และความร่วมมือในการใช้ยา และผลลัพธ์ทางด้านคลินิก โดยดำเนินการเก็บข้อมูลสัปดาห์ละ 5-10 คน

ระยะที่ 3 การติดตามประเมินผลลัพธ์ในการให้บริบาลทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้วิจัยทำการสรุปข้อมูลที่เกี่ยวข้อง นำเสนอในการประชุมคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ระยะที่ 1 ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาและความจำเป็นด้วยการสรุปเชิงเนื้อหา (Content analysis) และสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ระยะที่ 2 การพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานในการบริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยเบาหวาน ผู้วิจัยใช้การสรุป

เชิงเนื้อหา (Content analysis) ในการเปรียบเทียบการพัฒนากระบวนการในการปฏิบัติงานบริบาลเภสัชกรรม

ระยะที่ 3 การติดตามประเมินผลลัพธ์ในการให้บริบาลทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้วิจัยใช้สถิติอนุมานด้วย Percentage Difference ในการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงในด้านความร่วมมือในการใช้ยา อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น และผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนเริ่มดำเนินการ และครบ 3 เดือนหลังจากเภสัชกรให้การบริบาลเภสัชกรรม

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด วันที่ 15 กันยายน 2566 หมายเลขรับรอง COE 1022566

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาระยะที่ 1 วิเคราะห์ความต้องการปัญหาและความจำเป็นในการพัฒนา โดยการทำการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในฝ่ายเภสัชกรรม และนำเสนอข้อมูลต่อคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) โดยการทบทวนข้อมูลการดำเนินงานจากสรุปรายงานตัวชี้วัดในระดับโรงพยาบาลและระดับหน่วยงาน ซึ่งผลการทบทวนถึงความต้องการ ปัญหาและความจำเป็นของการพัฒนา พบว่า ขาดแนวทางปฏิบัติในการให้บริบาลเภสัชกรรมที่เป็นแนวทางเดียวกัน มีการใช้เครื่องมือประเมินปัญหาด้านยาและอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่หลากหลาย การไม่สามารถประเมินความรู้และความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน เนื่องจากข้อจำกัดด้านการให้บริการ การไม่มีพื้นที่ในการให้คำปรึกษาด้านยา จึงทำให้ไม่สามารถใช้เวลาได้เต็มที่ในการติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ และยังไม่มีการเชื่อมโยง และบูรณาการระบบงานไปถึงระดับชุมชนและครัวเรือน ซึ่งเมื่อสะท้อนข้อมูลต่อคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) จึงส่งผลให้เกิดการเริ่มการศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยสู่การพัฒนาระบบในขั้นตอนต่อไป โดยการจัดคัดเลือกผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้า โดยเลือกมาแบบจำเพาะเจาะจง จำนวน 50 คน ทำการสัมภาษณ์และจัดเก็บข้อมูลไปข้างหน้าในด้านข้อมูลทั่วไป และจัดเก็บข้อมูลด้านคลินิกเป็นพื้นฐานแรกเริ่มแบบย้อนหลัง และทำการติดตามผลไปข้างหน้า โดยการให้การบริบาลเภสัชกรรม โดยการนัดพบเภสัชกรทุก 3 เดือน ซึ่งผลการศึกษาในขั้นตอนนี้ จะกล่าวถึงคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวานที่ทำการศึกษา ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (58.00%) ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปีขึ้นไป (56.00%) มีสิทธิการรักษา คือ สิทธิบัตรทอง 30 บาท (92.00) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม/ทำนาเป็น (82.00%) ไม่มีการแพ้ยา/อาหาร/สารเคมี (90.00%) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีประวัติการใช้ยานอกโรงพยาบาลโดยไปหาแพทย์ที่คลินิก (22.00%) เคยใช้ยาสมุนไพร/ลูกกลอน/ยาชุด/อาหารเสริม (64.00%) มีประวัติโรคร่วมโดยเป็นโรคความดันโลหิตสูง (48.00%) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มากกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี (56.00%) ไม่ดื่มสุรา (78.00%) และไม่สูบบุหรี่ (84.00%) ครอบครัวมีประวัติความเสี่ยงของโรคเบาหวาน (98.00%) มีความเครียดเป็นบางครั้ง (54.00%) ส่วนใหญ่รับประทานอาหารที่มีไขมันบางครั้ง (58.00%) มีการจัดเก็บยาที่ถูกต้อง (66.00%) ไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเบาหวาน (56.00%) มียาเหลือมากกับวันนัด (84.00%) สภาพยาทั่วไปปกติ (88.00%) จัดยากินเอง (76.00%) และยาเบาหวานที่ได้รับเป็นยาเม็ดลดน้ำตาลร่วมกับยาฉีดอินซูลิน (36.00) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลของเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนการพัฒนา (n=50)

คุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล	จำนวน(ร้อยละ)
เพศ	
หญิง	29(58.00)
ชาย	21(42.00)
อายุ	
<60 ปี	22(44.00)
≥ 60 ปี	28(56.00)
สิทธิการรักษาพยาบาล	
บัตรทอง 30 บาท	46(92.00)
เบิกได้/จ่ายตรง	2(4.00)
ประกันสังคม	2(4.00)
อาชีพ	
เกษตรกรรม/ทำนา	41(82.00)
ค้าขาย	2(4.00)
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	2(4.00)
รับราชการ	1(2.00)
รับจ้าง	4(8.00)
ประวัติแพ้ยา	
ไม่เคยแพ้ยา/อาหาร/สารเคมี	45(90.00)
เคยแพ้	5(10.00)
ประวัติการใช้ยานอกโรงพยาบาล	
คลินิก	11(22.00)
ร้านยา	9(18.00)
คลินิกการพยาบาล	2(4.00)
ไม่มีประวัติการใช้ยานอกโรงพยาบาล	28(56.00)
ประวัติการใช้ยาสมุนไพร/ลูกกลอน/ยาชุด/อาหารเสริม	
ไม่เคยใช้	18(36.00)
เคยใช้	32(64.00)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

คุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล	จำนวน(ร้อยละ)
โรคร่วมอื่น ๆ	
ความดันโลหิตสูง	24(48.00)
ไขมันในเลือดสูง	16(32.00)
โรคหลอดเลือดสมอง	2(4.00)
โรคข้อเสื่อม	1(2.00)
โรคไต	7(14.00)
ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2	
< 10 ปี	22(44.00)
≥ 10 ปี	28(56.00)
ประวัติการดื่มสุรา	
ประจำ	5(10.00)
บางครั้ง	11(22.00)
ไม่ดื่ม	39(78.00)
ประวัติการสูบบุหรี่	
ประจำ (>20 มวน)	2(4.00)
บางครั้ง (10-20 มวน)	6(12.00)
ไม่สูบ	42(84.00)
ประวัติความเสี่ยงของโรคเบาหวานในครอบครัว	
ไม่มี	1(2.00)
มี	49(98.00)
ความเครียด	
ไม่เครียด	17(34.00)
บางครั้ง	27(54.00)
เครียดบ่อย	6(12.00)
การรับประทานอาหารที่มีไขมัน	
ประจำ	12(24.00)
บางครั้ง	29(58.00)
ไม่เคย	9(18.00)

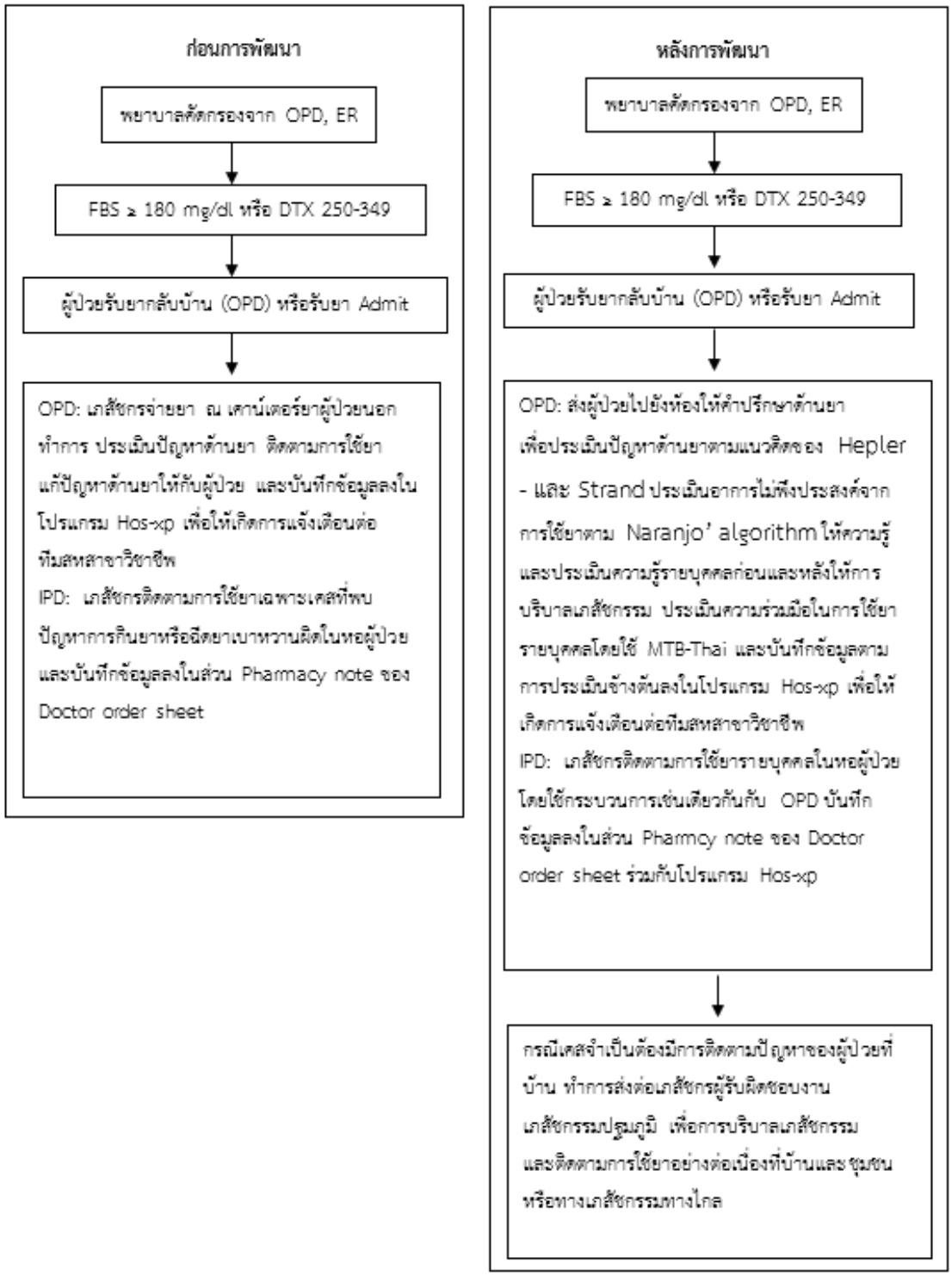
ตารางที่ 1 (ต่อ)

คุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล	จำนวน(ร้อยละ)
วิธีการเก็บยา	
ถูก	33(66.00)
ผิด	17(34.00)
การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาเบาหวาน	
ไม่มี	28(56.00)
มี	22(44.00)
จำนวนยากับวันนัด	
หมดก่อนนัด	3(6.00)
ยาเหลือมาก	42(84.00)
พอดี	5(10.00)
สภาพยา	
ปกติ	44(88.00)
เสื่อมสภาพ	6(12.00)
การกินยา	
ผู้ป่วยจัดยากินเอง	38(76.00)
ผู้ดูแล	12(24.00)
ยาเบาหวานที่ได้รับ	
ยาเม็ดลดน้ำตาล 2 ชนิด	15(30.00)
ยาเม็ดลดน้ำตาลมากกว่า 2 ชนิด	6(12.00)
ยาเม็ดลดน้ำตาล+อินซูลิน	18(36.00)
อินซูลิน	11(22.00)

2. ผลการศึกษาระยะที่ 2 การพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานในการบริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยเบาหวาน โดยเป็นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับทีมสหสาขาวิชาชีพผ่านคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) ในการพัฒนากระบวนการปฏิบัติงาน ร่วมกับการนำเสนอข้อมูลที่จัดเก็บในการศึกษาระยะที่ 1 เพื่อมุ่งเน้นให้เกิดระบบการดำเนินงานในการดูแลและบริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยเบาหวานให้มีประสิทธิภาพ ซึ่งขั้นตอนนี้ส่งผลให้เกิดการพัฒนาเปลี่ยนแปลง ได้แก่ 1) การจัดทำห้องให้คำปรึกษาด้านยาที่แยกออกมาชัดเจนไม่รวมกับหน้างานที่ให้บริการ ซึ่งเดิมการให้คำปรึกษาด้านยาจะเป็นพื้นที่ที่รวมกับเคาน์เตอร์การจ่ายยา โดยสำหรับการให้บริการผู้ป่วยนอก (OPD) จะให้การบริบาลเภสัชกรรมที่ห้องให้คำปรึกษาด้านยา กรณีผู้ป่วยใน (IPD) จะให้การบริบาลเภสัชกรรม ณ ข้างเตียงผู้ป่วย หรือใช้ห้องให้คำปรึกษาด้านยา เช่นเดียวกันกับผู้ป่วยนอก (OPD) ในกรณีที่เป็นญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย 2) การกำหนดบทบาทหน้าที่เภสัชกร และการฝึกปฏิบัติในการให้บริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยเบาหวาน โดยการกำหนดตารางการปฏิบัติงานหมุนเวียนของเภสัชกรที่รับผิดชอบในการให้บริบาลเภสัชกรรมรายวันที่ชัดเจน ร่วมกับการจัดทำขั้นตอนการปฏิบัติงานที่ชัดเจนให้เป็นแนวทางปฏิบัติที่เป็นแนวทางเดียวกันโดยการติดตามผู้ป่วย

ที่ให้การบริบาลเภสัชกรรมทุก 3 เดือน และให้ทำการปิดเคสที่เกี่ยวข้องหากผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยา และผลลัพธ์ทางคลินิกในระดับดีถึงดีมาก 3) การจัดเตรียมเครื่องมือในการให้บริบาลเภสัชกรรม ได้แก่ แบบประเมินปัญหาและจัดการปัญหาด้านยา แบบประเมินความรู้ และความร่วมมือในการใช้ยา แบบประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เครื่องมือในการให้ความรู้ เช่น แผ่นพับในการให้ความรู้ การให้ความรู้ผ่านสื่อช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ต่าง ๆ 4) การกำหนดแนวทางระบบการบันทึกและจัดเก็บข้อมูลในระบบเวชระเบียนและระบบโปรแกรมคอมพิวเตอร์ HOS-XP โดยมีการบันทึกเพื่อเชื่อมต่อข้อมูลให้ทีมสหสาขาวิชาชีพได้รับรู้ข้อมูลร่วมกันทั้งในส่วนของการให้บริการผู้ป่วยนอก (OPD) และผู้ป่วยใน (IPD) 5) การกำหนดวิธีการในการให้ความรู้แบบรายบุคคลและให้ความรู้กรณีรายกลุ่มเมื่อเจอปัญหาในการใช้ยาแบบเดียวกัน 6) การกำหนดขั้นตอนในการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับ FBS ≥ 180 mg/dl หรือ DTX 250-349 ไปยังห้องให้คำปรึกษาด้านยา และ 7) การติดตามและประเมินผลการดำเนินงานรายเดือนและรายไตรมาส การเปรียบเทียบผลในด้านความรู้ และความร่วมมือในการใช้ยาก่อนและหลังการดำเนินการ การเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางด้านคลินิกก่อนและหลังให้การบริบาลทางเภสัชกรรม ซึ่งขั้นตอนในการพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานในการบริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แสดงผลการเปรียบเทียบขั้นตอนก่อนและหลังการพัฒนา ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานในการบริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังการพัฒนา



3. ผลการศึกษาระยะที่ 3 การติดตามประเมินผลลัพธ์ในการให้บริบาลทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แบ่งออกเป็น ดังนี้

3.1 ผลการติดตามปัญหาจากการใช้ยา (Drug related problem, DRPs) ตามแนวทางของ Hepler และ Strand[8] ซึ่งแบ่งเป็น 4 ด้าน พบว่า 1) ด้านความเหมาะสมของข้อบ่งใช้ (Indication) ผู้ป่วยควรได้รับยาเพิ่ม (Need for additional drug therapy) โดยเกิดปัญหาในด้านการที่ไม่ได้รับยาลดไขมันกรณีที่ผลไขมันในเลือดระดับ LDL มีค่าสูงเกินกว่า 100 mg/dL (6.00%) และผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่จำเป็น (Unnecessary drug therapy) คือ มีการสั่งใช้ยา ACEI inhibitor ร่วมกันกับยา ARB blocker (4.00%) 2) ด้านประสิทธิผลของการใช้ยา (Efficacy) ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่เหมาะสม (Inappropriate drug) โดยได้รับยาที่มีประวัติเคยแพ้ยา (2.00%) และผู้ป่วยได้รับยาขนาดน้อยเกินไปในผู้ป่วยที่ได้รับยาอินซูลิน (8.00%) 3) ด้านความปลอดภัยในการใช้ยา (Safety) ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse drug reaction) (44.00%) และขนาดยาที่ได้สูงเกินไป (Dosage too high) ในผู้ป่วยไตที่มีค่า eGFR ≤ 30 ml/min/1.73m^2 ที่ได้รับยา Metformin (10.00%) และ 4) ด้านความสามารถในการใช้ยาตามสั่งหรือการใช้ยาตามแพทย์สั่ง (Compliance) โดยผู้ป่วยมีการปรับยาใช้เองไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่ง (6.00%) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงผลการติดตามปัญหาจากการใช้ยาแยกตามประเภทของปัญหา (Drug related problem, DRPs) ตามแนวทางของ Hepler และ Strand[7] (n=50)

ประเภทของปัญหาจากการใช้ยา	จำนวน(ร้อยละ)
1. ความเหมาะสมของข้อบ่งใช้ (Indication)	
- ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่จำเป็น (Unnecessary drug therapy)	2(4.00)
- ผู้ป่วยควรได้รับยาเพิ่ม (Need for additional drug therapy)	3(6.00)
2. ประสิทธิผลของการใช้ยา (Efficacy)	
- ได้รับยาที่ไม่เหมาะสม (Inappropriate drug)	1(2.00)
- ขนาดยาที่ใช้ต่ำเกินไป (Dosage too low)	4(8.00)
3. ความปลอดภัยในการใช้ยา (Safety)	
- การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse drug reaction)	22(44.00)
- ขนาดยาที่ได้สูงเกินไป (Dosage too high)	5(10.00)
4. ความสามารถในการใช้ยาตามสั่งหรือการใช้ยาตามแพทย์สั่ง (Compliance)	3(6.00)

3.2 ผลการติดตามอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาเบาหวาน ในผู้ป่วยเบาหวาน 50 คน พบการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ขึ้น จำนวน 22 ราย โดยอาการที่เกิดขึ้นมีลักษณะส่วนใหญ่ เป็นอาการเหงื่อแตก ใจสั่น หน้ามืด เป็นลม (Hypoglycaemia) (22.00%) รองลงมา คืออาการท้องเสีย ท้องอืด แน่นท้อง (14.00%) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงลักษณะอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาเบาหวาน (n=50)

ลักษณะอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาเบาหวาน	จำนวน(ร้อยละ)
เหงื่อแตก ใจสั่น หน้ามืด เป็นลม (Hypoglycaemia)	11(22.00)
คลื่นไส้ อาเจียน	2(4.00)
ท้องเสีย ท้องอืด แน่นท้อง	7(14.00)
เบื่ออาหาร	1(2.00)
ปวดศีรษะ	1(2.00)

3.3 ผลการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยจำนวน 50 คน ก่อนการพัฒนาผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับปานกลาง (6-7 คะแนน) (50.00%) รองลงมา คือ ระดับต่ำ (น้อยกว่า 6 คะแนน) (38.00%) และระดับสูง (8-10 คะแนน) (12.00%) ตามลำดับ โดยหลังพัฒนา พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับความรู้ที่เพิ่มสูงขึ้น คือ ผู้ป่วยมีระดับปานกลาง (6-7 คะแนน) (48.00%) รองลงมา คือระดับสูง (8-10 คะแนน) (18.00%) และระดับต่ำ (น้อยกว่า 6 คะแนน) (16.00%) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวาน (n=50)

ระดับความรู้เรื่องโรคเบาหวาน	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
ระดับสูง (8-10 คะแนน)	6(12.00)	18(36.00)
ระดับปานกลาง (6-7 คะแนน)	25(50.00)	24(48.00)
ระดับต่ำ (น้อยกว่า 6 คะแนน)	19(38.00)	8(16.00)

3.4 ผลการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาโดยใช้แบบสอบถาม MTB-Thai[10] พบว่าผู้ป่วยจำนวน 50 คน ก่อนพัฒนา ส่วนใหญ่มีระดับความร่วมมือในการใช้ยาเบาหวานที่ระดับต่ำ (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 21 คะแนน) (60.00%) รองลงมา คือ ระดับปานกลาง (22-23 คะแนน) (24.00%) และระดับสูง (24 คะแนน) (16.00%) โดยหลังพัฒนา พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับความร่วมมือในการใช้ยาเบาหวานในระดับสูง (24 คะแนน) คือ (56.00%) รองลงมา คือ ระดับปานกลาง (22-23 คะแนน) (36.00%) และ ระดับต่ำ (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 21 คะแนน) (8.00%) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนและร้อยละของความร่วมมือในการใช้ยา โดยใช้แบบสอบถาม MTB-Thai[9] (n=50)

ความร่วมมือในการใช้ยาเบาหวาน	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
ระดับสูง (24 คะแนน)	8(16.00)	28(56.00)
ระดับปานกลาง (22-23 คะแนน)	12(24.00)	18(36.00)
ระดับต่ำ (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 21 คะแนน)	30(60.00)	4(8.00)

3.5 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ และคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยา พบว่า หลังพัฒนากระบวนการให้บริบาลเภสัชกรรมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้น 18.35% และคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น 7.08% ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และความร่วมมือในการใช้ยาก่อนและหลังการดำเนินการ

ความรู้และความร่วมมือในการใช้ยา	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา	% Difference
	Mean(SD.)	Mean(SD.)	
คะแนนเฉลี่ยความรู้	6.04(1.34)	7.26(1.63)	+18.35
คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือ	21.78(1.27)	23.38(0.88)	+7.08

3.6 ผลการติดตามผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่า หลังการพัฒนากระบวนการการให้บริบาลเภสัชกรรมมีลดลงของระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) ระดับ LDL และดัชนีมวลกาย (22.80%, 15.78%, 21.76% และ 2.11% ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลังการพัฒนากระบวนการการให้บริบาลเภสัชกรรม

การติดตามผลลัพธ์ทางคลินิก	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา	% Difference
	Mean(SD.)	Mean(SD.)	
ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS)	224.10(57.80)	178.24(29.65)	-22.80
ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c)	9.23(2.08)	7.88(1.58)	-15.78
ระดับ LDL	80.18(20.65)	64.44(14.41)	-21.76
ดัชนีมวลกาย (BMI)	27.29(6.71)	26.72(13.90)	-2.11

วิจารณ์

ผลการศึกษาระยะที่ 1 วิเคราะห์ความต้องการ ปัญหาและความจำเป็นในการพัฒนา พบปัญหา การขาดแนวทางปฏิบัติในการให้บริบาลเภสัชกรรมที่เป็นแนวทางเดียวกัน มีการใช้เครื่องมือประเมินปัญหาด้านยาและอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่หลากหลาย การไม่สามารถประเมินความรู้และความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน เนื่องจากข้อจำกัดด้านการให้บริการ การไม่มีพื้นที่ในการให้คำปรึกษาด้านยา จึงทำให้ไม่สามารถใช้เวลาได้เต็มที่ในการติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ และยังไม่มีการเชื่อมโยงและบูรณาการระบบงานไปถึงระดับชุมชนและครัวเรือน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพรพิมล รัศมีวงษ์จันทร์[10] ที่พบว่าปัญหาการพัฒนางานบริบาลเภสัชกรรม ได้แก่ การที่สหสาขาวิชาชีพไม่สามารถเข้าถึงบันทึกการบริบาลทางเภสัชกรรม การขาดการปรับปรุงแนวทางการให้บริบาลเภสัชกรรมให้เป็นปัจจุบัน การขาดการประเมินความรู้ ความพึงพอใจ การขาดการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานในโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (รพ.สต) อาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดปัญหาตามมา เช่น การใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา การเกิดเชื้อดื้อยา การเกิดประสบการณ์ที่ไม่ดีต่อการเข้ารับบริการ ส่งผลให้การรักษาไม่เป็นไปตามเป้าหมายและอาจสูญเสียงบประมาณที่ไม่จำเป็น และสอดคล้องกับการศึกษาของบุญรักษ์ ฉัตรรัตนกุลชัย[11] ที่พบว่าปัญหาการให้การบริบาลเภสัชกรรมที่มีความหลากหลาย แตกต่างกันในแต่ละบุคคลอาจจะส่งผลต่อประสิทธิภาพของการดำเนินงาน ดังนั้นการพัฒนาการดำเนินงานบริบาลเภสัชกรรม จะต้องมีการสร้างแนวปฏิบัติที่มีความชัดเจนและมีความเฉพาะตามบริบทของโรงพยาบาล เนื่องจากแนวปฏิบัติเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่สามารถเพิ่มคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย โดยสถานการณ์ปัญหาที่พบ คือ ผู้ป่วยเบาหวานมีการจัดเก็บยาที่ไม่ถูกต้อง ร้อยละ 34 ซึ่งน้อยกว่าการศึกษาของพจมาลย์ บุญกลาง[12] ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับยาอินซูลิน จะพบปัญหาในด้านการจัดเก็บยาไม่ถูกต้อง โดยเก็บไว้ในตู้เย็นใต้ช่องแช่เข็ง และเก็บไว้โดยไม่ได้แช่เย็นร้อยละ 69.20 ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเบาหวาน ร้อยละ 44 ซึ่งมากกว่าการศึกษาของณัชชา เตียวอิศเรศ และคณะ[13] ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ร้อยละ 13.20 ผู้ป่วยเบาหวานมียาเหลือ ร้อยละ 84 สภาพยาทั่วไปปกติ ร้อยละ 88 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปนัดดา แสงทอง และคณะ[14] ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีความชุกของการมียาเหลือใช้ ร้อยละ 86.80 เนื่องจากปัจจัยในด้านการกินยาผิดของผู้ป่วย การสั่งจ่ายยาเกินนัดของแพทย์

ผลการศึกษาระยะที่ 2 การพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานในการบริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนตามวงจรการพัฒนาของ Kimmis and MC Taggart[6] คือ 1) การค้นหาปัญหาและวางแผนในการพัฒนาการดำเนินงานบริบาลเภสัชกรรม 2) การพัฒนาแนวทางในการให้บริบาลเภสัชกรรมที่ครอบคลุมตั้งแต่ในโรงพยาบาลถึงชุมชน 3) การสะท้อนปัญหาและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และ 4) การติดตามและประเมินผลในการให้บริบาลเภสัชกรรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสิรวิชญ์ พันธนา และคณะ[15] ที่พบว่าการให้บริบาลทางเภสัชกรรมโดยการเชื่อมโยงระบบจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ภายใต้ 4 ขั้นตอน คือ การวินิจฉัยปัญหา การวางแผนการบริบาลทางเภสัชกรรม การบริบาลทางเภสัชกรรมและการสรุปประเมินผล ร่วมกับการพัฒนาแอปพลิเคชั่น “หมอยา” เพื่อช่วยเตือนในการรับประทานยาของผู้ป่วย และการมีส่วนร่วมจากบุคลากรทางด้านสาธารณสุขในชุมชน อสม. และญาติ จะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา มีการใช้ยาที่ถูกต้องมากขึ้น และส่งผลให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น การพัฒนางานกระบวนการปฏิบัติงานในการบริบาลเภสัชกรรมในครั้งนี้สอดคล้องกับกับแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน ปี 2566[16] ของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยการมีทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันในการกำหนดระบบเพื่อดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้มีประสิทธิภาพ โดยการมีส่วนร่วมของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยและรับผิดชอบต่อผลการรักษาโดยตรง จะทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษา

พยาบาลลดลงและทำให้คุณภาพการรักษาเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Lobas และคณะ[17] และสอดคล้องกับการศึกษาของศศิธร ศิริวราศัย[18] ที่พบว่าแนวทางที่เหมาะสมในการบริบาลเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย การติดตามปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาและเรียงลำดับปัญหา เพื่อการจัดการปัญหา การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การปรับแผนการรักษาให้เหมาะสมรายบุคคล และการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้ผลการรักษาผู้ป่วยดีขึ้น ช่วยลดปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วย และสามารถใช้เป็นแนวทางในการบริบาลทางเภสัชกรรมให้กับผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ต่อไป

ผลการศึกษาระยะที่ 3 การติดตามประเมินผลลัพธ์ในการให้บริบาลทางเภสัชกรรม โดยการประเมินปัญหาจากการใช้ยา (Drug related problem, DRPs) พบปัญหาจากการใช้ยาที่มากที่สุด คือ การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเบาหวาน คือ อาการเหงื่อแตก ใจสั่น หน้ามืดเป็นลม (Hypoglycaemia) ร้อยละ 22 ซึ่งมากกว่าการศึกษาของสุภาพร สนองเดช[19] ที่พบว่า ในการบริบาลเภสัชกรรมในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง พบว่าผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาร้อยละ 8.70 เนื่องจากการเก็บข้อมูลการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น เป็นการสอบถามประวัติย้อนหลังตั้งแต่เริ่มใช้ยาเบาหวานมา จึงอาจทำให้มีการค้นเจอปัญหาด้านยาที่สูงมากกว่า และน้อยกว่าการศึกษาของนีลนาถ เจ๊ะยอ[20] ที่พบการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ร้อยละ 8.40 เนื่องจากเป็นการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาฉีดอินซูลินอย่างเดียว แต่การศึกษาในครั้งนี้ทำการศึกษาในการใช้ยาเบาหวานทั้งชนิดกินและฉีด ในด้านผลการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาโดยใช้แบบสอบถาม MTB-Thai พบว่า หลังการพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานด้านการบริบาลเภสัชกรรม ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวานและความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มมากขึ้นคิดเป็นเปอร์เซ็นต์ส่วนต่างเทียบกับก่อนการพัฒนา 18.35% และ 7.08% ตามลำดับ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปิยะฉัตร ธรรมแก้ว[21] ที่พบว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การให้ความรู้ด้านยา การสาธิตและทบทวนการใช้ยาเบาหวาน สามารเสริมสร้างความรู้ให้กับผู้ป่วยเบาหวานได้มากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น มีการดูแลตนเองที่เหมาะสมมากขึ้น ซึ่งเภสัชกรมีบทบาทที่สำคัญในการให้ความรู้และให้คำแนะนำด้านยาให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าของการรักษา ทำให้ผู้ป่วยร่วมมือเพื่อส่งผลต่อการรักษาที่ดีขึ้น ผู้ป่วยมีแนวโน้มในการให้ความร่วมมือในการใช้ยาที่เพิ่มมากขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของวิกานดา เวชอุบล และคณะ[22] ที่พบว่าการให้การบริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จะทำให้ลดปัญหาจากการใช้ยาได้อย่างชัดเจนในด้าน ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา การใช้ยาโดยไม่จำเป็น และการใช้ยาไม่สมเหตุผล โดยการให้คำปรึกษาด้านยาด้วยการให้การบริบาลทางเภสัชกรรม จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือที่ดีต่อการใช้ยา ในด้านผลลัพธ์ทางคลินิกหลังการพัฒนามีการเปลี่ยนแปลงคิดเป็นเปอร์เซ็นต์ที่ลดลงเมื่อเทียบกับก่อนการพัฒนารูปแบบใน 3 ด้าน ได้แก่ 1) ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) 2) ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) และ 3) ระดับ LDL (22.80%, 15.78%, 21.76% ตามลำดับ) และดัชนีมวลกายก่อนและพัฒนารูปแบบ มีความแตกต่างกัน ลดลง 2.11% ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอนัญญา สองเมือง และคณะ[23] ที่พบว่า การมีส่วนร่วมของเภสัชกรโดยการให้บริบาลเภสัชกรรมแบบเชิงรุก จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (FBS และ HbA1c) อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายมากขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของสุนิดา สดากร[24] ที่พบว่า ภายหลังการให้คำแนะนำจากเภสัชกรร่วมกับการบริบาลเภสัชกรรมโดยทำการติดตามการใช้ยาทางโทรศัพท์ จะทำให้สัดส่วนของผู้ป่วยมีค่า LDL ตามเกณฑ์เพิ่มขึ้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับการให้คำแนะนำอย่างเดียว ($p<.001$)

สรุป การพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานและผลลัพธ์การให้บริบาลทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นการพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ด้านกระบวนการบริบาลทางเภสัชกรรม เพื่อเป็นการ

ประเมินและติดตามปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้ยา นำสู่การจัดการปัญหาด้านยาที่เหมาะสม เพื่อเป็นการเพิ่มความปลอดภัยในการใช้ยา โดยการติดตามอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นจากการใช้ยา และเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาล โดยการส่งเสริมความรู้เรื่องโรคเบาหวานและความร่วมมือในการใช้ยา เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนแนวทางที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปพัฒนาเป็นแนวทางในการให้บริบาลทางเภสัชกรรมในโรคอื่น ๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. การประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาเบาหวานในครั้งนี้ ทำการประเมินโดยใช้แบบฟอร์ม MTB-Thai เพียงอย่างเดียว ซึ่งในการประเมินความร่วมมือด้านยาที่ดีควรมีการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาแต่ละรายว่าควรจะใช้วิธีการใด เนื่องจากบริบทของแต่ละคนมีความแตกต่างกัน ซึ่งในการประเมินความร่วมมือในการใช้ยามีหลายวิธี เช่น การนับเม็ดยาที่เหลือด้วยตัวผู้ป่วยหรือบุคลากรทางแพทย์หรือเครือข่าย การให้ผู้ป่วยร่วมประเมินโดยการใช้ Visual scale หรือการบันทึกเวลาการรับประทานยาในแบบฟอร์มหรือการนำเทคโนโลยีทางออนไลน์มาใช้ในการติดตาม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง และน่าเชื่อถือมากที่สุด

2. การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการประเมินผลเมื่อมีการให้การบริบาลเภสัชกรรมไปแล้ว 3 เดือน ซึ่งควรมีการติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอในระยะ 1 ปีขึ้นไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด ทีมเภสัชกรและทีมสหสาขาวิชาชีพที่ได้ร่วมกันในการนำเสนอแลกเปลี่ยนแนวคิดความคิดเห็นเพื่อการพัฒนากระบวนการดำเนินงานด้านการบริบาลเภสัชกรรมให้มีประสิทธิภาพและเป็นการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานให้มีคุณภาพต่อไปในพื้นที่ ตลอดจนการช่วยเหลือ การอำนวยความสะดวกเพื่อทำให้การศึกษาครั้งนี้ สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์ศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์. การอบรมระยะสั้นหลักสูตรประกาศนียบัตรการบริบาลทางเภสัชกรรม [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 15 สิงหาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=seminardetail&subpage=seminar_detail&id=1216
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. กรมควบคุมโรครณรงค์วันเบาหวานโลก ปี 2564 ตระหนักถึงการดูแลรักษาโรคเบาหวาน ให้ได้รับการรักษาอย่างทั่วถึง [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 20 สิงหาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=21692&deptcode=brc
3. อัญชนา พีดขุนทด. การบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดอินซูลินโรงพยาบาลบ้านด่าน. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2566;38(1):237-46.
4. นิตยาวรรณ กุลณาวรรณ, ณิณ ประพงศ์เสนา, นิตย์ธิดา ภัทรธีรกุล, ธีรวุฒิ พงศ์เศรษฐไพศาล. การพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานและประเมินผลลัพธ์การบริบาลทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ณ คลินิกเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบางบ่อ [อินเทอร์เน็ต]. 2554 [เข้าถึงเมื่อ 20 สิงหาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://has.hcu.ac.th/jspui/bitstream/123456789/1098/1/Nittayawan-Kulnawan.pdf
5. Ichiki Y, Kobayashi D, Kubota T, Ozono S, Murakami A, Yamakawa Y, et al. Effect of patient education for diabetic outpatients by a hospital pharmacist: a retrospective study. YAKUGAKU ZASSHI. 2016;136:1667-74.
6. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ef. Victoria : Deakin University press; 1988.
7. Hepler C D, Strand L M. Opportunities and Responsibilities in Pharmaceutical Care.

Am J Hosp Pharm. 1990.47(3):533-43.

8. Naranjo C A, Busto U, Sellers E M, Sandor P, Ruiz I, Roberts E A, et al. A method forestimating the probability of adverse drug reactions. Clin Pharmacol Ther. 1981;30(2):239-45.
9. พรรณทิพา ศักดิ์ทอง. การพัฒนาเครื่องมือการบริบาลด้านยา คุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2561.
10. พรพิมล รัศมีวงษ์จันทร์. การพัฒนาระบบการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยวัณโรค อำเภอค่ายบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี. วารสารสหการเพื่อสุขภาพ. 2566;5(1):38-54.
11. บุญรักษ์ ฉัครรัตนกุลชัย. การพัฒนาแนวปฏิบัติการให้บริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยเภสัชกรครอบครัว โรงพยาบาลเก้าเลี้ยว จังหวัดนครสวรรค์. วารสารวิชาการแพทย์และสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3. 2564;18(3):167-78.
12. พจมาลย์ บุญกลาง. ผลการดูแลผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่มีการใช้อินซูลินฉีดผ่านกิจกรรมเยี่ยมบ้าน. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2563;1(3):149-55.
13. ณัชชา เตียวอิศเรศ, สรวิศ ตั้งตระกูลพาณิช, กานต์ธิดา พุทธกาล. การสำรวจปัญหาที่เกี่ยวกับยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ณ คลินิกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแหลมฉบัง [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 1 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://opac1.lib.buu.ac.th/medias3/b00332027/59210023.pdf.
14. ปนัดดา แสงทอง, นิตยา เพ็ญศิรินภา, พาณี สีตกะลิน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมียาเหลือใช้ของผู้ป่วยนอกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2562;5(3):1-13.
15. สิรวิชญ์ พันธนา, ประภาเพ็ญ สุวรรณ, สุรีย์ จันทรโมลี, สุธรรม นันทมงคลชัย. การพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2562:6(3):1-13.
16. ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน ปี 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 1 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://drive.google.com/file/d/1OAlDiCyGsJYA1-wTAxoOu6yL_YL9c7IG/view.
17. Lobas N H, Lepinski P W, Abramowitz P W. Effects of pharmaceutical care on medication cost and quality of patient care in an ambulatory-care clinic. Am J Hosp Pharm. 1992;49:1681-8.
18. ศศิธร ศิริวราศัย. การบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยเบาหวาน [อินเทอร์เน็ต]. 2545 [เข้าถึงเมื่อ 1 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://digital_collect.lib.buu.ac.th/research/2566_111.pdf.
19. สุภาพร สนองเดช. ผลของการบริบาลเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในสถานบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายโรงพยาบาลเลย. วารสารเภสัชกรรมคลินิก. 2565;28(3):85-97.
20. นีลนาถ เจ๊ะยอ. ความชุกและปัจจัยทำนายความล้มเหลวในการใช้ยาฉีดอินซูลินของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2559;10(3):333-9.
21. ปิยะฉัตร ธรรมแก้ว. การพัฒนาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลเพ็ญ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 10 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://backoffice.udpho.org/openaccess/control/download.php?id=MjY=.
22. วิกานดา เวชอุบล, พลอยกาญจน์ เกียรติวัฒน์, ทัดตา ศรีบุญเรือง. ผลของการให้บริบาลเภสัชกรรมต่อปัญหาจากการใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2564:13(1):127-42.
23. อนัญญา สองเมือง, ธนัฏชา สองเมือง, นันทิกร จำปาสา. ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้วยการบริบาลทาง

เภสัชกรรมแบบเชิงรุก. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2560;32(3):236-43.

24. สุนิดา สดากร. ผลของการให้คำแนะนำโดยเภสัชกรร่วมกับการติดตามการรักษาทางโทรศัพท์ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 10 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://kb.psu.ac.th/psukb/bitstream/2016/10404/1/391363.pdf

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอโพนทราย จังหวัดร้อยเอ็ด

Effects of Self-management Programs on self-management Behavior Hemoglobin A1C of Type 2 diabetes mellitus patients in Phonsai District Roi-Et Province

กรกฎา จันทร์สม*

Karakada junsom

Corresponding author: E-mail: korya2513@gmail.com

(Received: March 22, 2024; Revised: March 28, 2024; Accepted: April 27, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอโพนทราย จังหวัดร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental) แบบ 2 กลุ่มมีการทดสอบวัดผลก่อน และหลังการทดลอง (Two group pre-post test research design)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ได้แก่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มารับการรักษาที่โรงพยาบาลโพนทราย จำนวน 64 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 32 ราย และกลุ่มทดลอง 32 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการบริการตามปกติกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองโดยประยุกต์จากแนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer & Gaelick (1988) เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการจัดการตนเอง 4 ขั้นตอน 12 สัปดาห์ แบบบันทึกการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Chi-Square test และ Paired t-test

ผลการวิจัย : กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดและการจัดการความเจ็บป่วยดีกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) กลุ่มทดลองมีค่าระดับน้ำตาลสะสมเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ควรนำโปรแกรมดังกล่าวมาจัดทำเป็นกิจกรรมที่ต่อเนื่องในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และสามารถจัดการกับโรคได้ด้วยตนเองอย่างถูกต้อง และครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทุกคน ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดได้

คำสำคัญ : โปรแกรมการจัดการตนเอง; พฤติกรรมการจัดการตนเอง; ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลโพนทราย

Abstract

Purposes : To study the effects of the self-management program on the self-management behavior of patients. Diabetes mellitus type 2, Phonsai District Roi-Et province.

Study design : This Quasi -experimental research (Two groups pre-post test research design)

Material and Methods : The sample group used in this study included type 2 diabetic patients whose levels were controlled blood sugar not 64 patients came for treatment at phonsai hospital, divided into a control group of 32 cases and an experimental group of 32 cases. The control group received normal service,the experimental group received a self-management program by I applied the self-management concept of Kanfer&Gaelick (1988). The research tools included a 4 step. 12 week self-management program, a behavior modification recording form, personal information questionnaire,self-management behavior questionnaire. Data were analyzed using Chi-Square test and Paired t-test.

Main findings : The experimental group had self-management behavior in eating food, taking medicine, Exercise, stress management and illness management are better than before joining the program and are better. The control group was statistically significant ($p<.05$). The experimental group had a significantly lower average cumulative sugar level than the control group, statistically significant ($p<.05$).

Conclusion and recommendations : The said program should be made into a continuous activity in hospital and related subdistrict health promoting hospitals to provide patients with knowledge and the ability to manage their disease by themselves correctly and to cover all type 2 diabetic patients who are unable to control their blood sugar levels.

Keywords : Self-management program; Self-management behavior; Type 2 diabetes patients

*Registered Nurse, Professional Level, Phonsai Hospital.

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคที่ประชากรทั่วโลก และในประเทศไทยมีการเจ็บป่วยเป็นจำนวนมาก และมีแนวโน้มความรุนแรงเพิ่มขึ้น สาเหตุของโรคส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมการดำเนินชีวิตประจำวัน ทั่วโลกพบว่ามีผู้ป่วยเบาหวาน 537 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในอีก 24 ปีข้างหน้า (พ.ศ. 2588) จะมีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 783 ล้านคน (International Diabetes Federation: IDF) ปัจจุบันประชากรไทยวัยผู้ใหญ่ป่วยเป็นโรคเบาหวานถึง 4.8 ล้านคน และมักเกิดภาวะแทรกซ้อนเมื่ออายุเพิ่มขึ้น ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและดูแลรักษาเพียงร้อยละ 35.6 หรือเพียง 3.3 ล้านคน บรรลุเป้าหมายในการรักษาได้เพียง 0.9 คน ทำให้อัตราการเสียชีวิตจากโรคเบาหวานในเมืองไทยมีมากถึง 200 รายต่อวัน คาดการณ์ว่าความชุกของโรคเบาหวานจะเพิ่มสูงขึ้นถึง 5.3 ล้านคนภายในปี 2583 ผู้หญิงเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 9.8 ในขณะที่ผู้ชายเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 7.8 กลุ่มอายุ 60-69 ปี พบว่ามีความชุกของโรคเบาหวานสูงที่สุดร้อยละ 15.9 ในผู้ชายและร้อยละ 21.9 ในผู้หญิง[1] สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2560-2562 พบว่า อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 1,344.95, 1,439.04 และ 1,528.91 ตามลำดับ

สถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวาน อำเภอโพนทราย จังหวัดร้อยเอ็ด[2] มีความชุกของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่าปี พ.ศ. 2563-2565 เท่ากับ 4,714.39/5, 268.61 และ 5,647.29 ต่อแสนประชากรตามลำดับและยังพบผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ (HbA1c>7%) พ.ศ.2563-2565 เท่ากับร้อยละ 44.9, 41.63 และ 50.5 ถึงแม้การคุมระดับน้ำตาลผ่านเกณฑ์ แต่ยังพบภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญเช่น เป็นแผลเรื้อรังจนต้องตัดอวัยวะ พ.ศ.2563-2565 เท่ากับ 3, 7 และ 2 คนตามลำดับ ภาวะแทรกซ้อนทางไต พ.ศ.2563-2565 เท่ากับ 5.99%, 5.05% และ 3.74% ตามลำดับ ภาวะแทรกซ้อนเบาหวานขึ้นจอประสาทตา พ.ศ.2563-2565 เท่ากับ 7.45%, 8.50% และ 7.83% และทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ปี พ.ศ.2564-2566 เท่ากับ 346,832 บาท 397,552 บาท และ 467,379 บาทส่วนพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานอำเภอโพนทราย จังหวัดร้อยเอ็ด ปี พ.ศ.2562 พบว่าพฤติกรรมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาเบาหวานอยู่ระดับปานกลาง ดังนั้นหากผู้ป่วยได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยให้มีส่วนร่วมในการจัดการตนเองจะทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี และมีหลักฐานจากการวิจัยที่พบว่า การสนับสนุนการจัดการตนเองเป็นหนึ่งในหกองค์ประกอบของการดูแลโรคเรื้อรังเช่น ความสัมพันธ์ที่ต่อเนื่องของผู้ป่วยกับทีมดูแล การดูแลเป็นรายบุคคลตามความต้องการของผู้ป่วย การดูแลที่คาดการณ์ความต้องการของผู้ป่วย และบริการตามหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ และความร่วมมือระหว่างแพทย์ ซึ่งผู้ป่วยจะต้องสามารถจัดการตนเองในการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การดูแลเท้า และปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม[3] จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการจัดการความเครียดและด้านการรับประทานยาจะช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้[4] และ พบว่าผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองสามารถลดระดับน้ำตาลสะสมเกาะเม็ดเลือดแดงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[5] ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจนำแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์[6] มาออกแบบโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่คุมไม่ได้ มีการเก็บรวบรวมข้อมูลและประเมินแก้ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อตัดสินใจและลงมือปฏิบัติพฤติกรรมใหม่ในการไปสู่เป้าหมายที่กำหนดรายบุคคลจะทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถจัดการกับพฤติกรรมของตนเองได้ สามารถคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มากขึ้น และนำผลที่ได้เป็นข้อมูลสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการพัฒนาระบบบริการในคลินิกและปรับรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับผู้ป่วย โดยมุ่งหมายให้การดูแลรักษาโรคเบาหวานที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพสามารถลดปัญหาแทรกซ้อนต่างๆ ที่จะเกิดต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

2. เพื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้ป่วยเบาหวานระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

2. ภายหลังการทดลอง ค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มทดลองลดลงกว่าก่อนการทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) โดยศึกษาแบบสองกลุ่มใช้แบบแผนการทดลองชนิดวัดก่อนและหลัง (Two groups pre - post test design) ระยะเวลาดำเนินการระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนมีนาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาล ตำบลโพนทราย อำเภอโพนทราย จังหวัดร้อยเอ็ด ใช้การรักษาชนิดยากิน ไม่มีภาวะแทรกซ้อน จำนวน 435 คน คำนวณขนาดตัวอย่าง (Sample size) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 คน เพื่อป้องกันการสูญหาย (Drop out) ของกลุ่มตัวอย่างได้เลือกกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 10 ดังนั้นขนาดตัวอย่างที่ได้คือกลุ่มละ 32 คน จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มเท่ากับ 64 คน

กลุ่มตัวอย่าง เลือกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจากการสุ่มอย่างง่ายโดยจับสลากแบ่งกลุ่ม โดยมีเกณฑ์คัดเข้าดังนี้ เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่คุมระดับน้ำตาลไม่ได้ (HbA1c>7%) ที่ขึ้นทะเบียนที่โรงพยาบาลโพนทราย อายุ 35-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่ต่ำกว่า 6 เดือน ได้รับยาลดระดับน้ำตาลในเลือดชนิดรับประทาน ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังจากโรคเบาหวาน สามารถอ่านหนังสือและเขียนภาษาไทยได้ ผู้ป่วยเบาหวานยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออกจากโปรแกรม ดังนี้ มีภาวะแทรกซ้อนหรือเจ็บป่วยรุนแรงไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ ขอยกเลิกจากการวิจัยหรือไม่สะดวกใจ ย้ายที่อยู่/ภูมิลำเนา ผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการตั้งครรภ์ ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตประสาทความผิดปกติทางพฤติกรรมและการสื่อสาร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้วิจัยได้พัฒนามาจากแนวคิดการจัดการตนเอง[6] เป็นการจัดกิจกรรมเพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมายที่กำหนด ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้ 1) การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) 2) การติดตามตนเอง (Self monitoring) 3) การประเมินตนเอง (Self evaluation) 4) การเสริมแรงตนเอง (Self reinforcement) ใช้เวลาทั้งหมด 12 สัปดาห์

2. คู่มือสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 คู่มือจะประกอบด้วยความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองในด้านการควบคุมระดับน้ำตาล การออกกำลังกาย การควบคุมการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การจัดการความเครียดและการจัดการความเจ็บป่วย

3. แบบบันทึกการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีการตั้งเป้าหมายวางแผนลงมือปฏิบัติและประเมินผลด้วยตนเอง ประกอบด้วย เป้าหมาย/แผนการที่วางไว้

โดยผู้ป่วยเป็นผู้บันทึกเอง โดยผู้วิจัยตรวจสอบแบบบันทึกการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมระหว่างการทำกลุ่มแต่ละครั้ง ซึ่งทำให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม

4. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน ประยุกต์มาจากเครื่องมือ Diabetes Self-Management Questionnaire (DSMQ) มี 4 ด้าน คือ 1) การจัดการระดับน้ำตาล 2) การควบคุมการรับประทานอาหาร 3) การออกกำลังกาย และ 4) การจัดการความเครียด และการจัดการกับการเจ็บป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) คือ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Chi-square และ Paired samples t-test

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่การรับรอง COE 0032567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (62.50%) มีอายุเฉลี่ยระหว่าง 55-59 ปี (78.16%) สถานภาพคู่ (81.30%) ระดับการศึกษาประถมศึกษา (75.00%) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (59.35%) ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน 6-10 ปี (65.63%) มีโรคร่วม (53.12%) ไม่สูบบุหรี่ (96.90%) ค่า HbA1c อยู่ในช่วง 7-8% (81.26%) กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (62.50%) มีอายุเฉลี่ยระหว่าง 55-59 ปี (78.13%) สถานภาพคู่ (84.40%) ระดับการศึกษาประถมศึกษา (75.00%) อาชีพเกษตรกรรม (84.40%) ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน 6-10 ปี (68.75%) มีโรคร่วม (75.00%) ไม่สูบบุหรี่ (93.75%) ค่า HbA1c อยู่ในช่วง <7 และ 7-8 % (37.50%)

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยทดสอบความแตกต่างระหว่างลักษณะข้อมูลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าข้อมูลที่ไม่แตกต่างกัน (p>.05) ได้แก่ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่เป็นโรค การสูบบุหรี่แต่พบว่ามีข้อมูลที่แตกต่างกันทางสถิติ (p<.05) ได้แก่ อายุ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และทดสอบความแตกต่างระหว่างลักษณะข้อมูลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=64)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	χ^2	p
	จำนวน(%)	จำนวน(%)		
เพศ			0.71	.503
หญิง	20(62.50)	20(62.50)		
ชาย	12(37.50)	12(37.50)		
ช่วงอายุ (ปี)	(Mean=56.28,SD.=4.37) Max=59,Min=43	(Mean=56.37,SD.=4.84) Max=59,Min=42	1.84	.034

ตารางที่ 1 ต่อ

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	χ^2	p
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)		
40-44	1(3.10)	2(6.25)		
45-49	3(9.37)	3(9.37)		
50-54	3(9.37)	2(6.25)		
55-59	25(78.16)	25(78.13)		
สถานภาพสมรส			1.37	.505
คู่	26(81.30)	27(84.40)		
หม้าย	5(15.60)	5(15.60)		
หย่า/แยกกันอยู่	1(3.10)	0(0.00)		
ระดับการศึกษา			6.50	.689
ประถมศึกษา	24(75.00)	24(75.00)		
มัธยมศึกษา	6(18.80)	6(18.80)		
อนุปริญญา	1(3.10)	1(3.10)		
ปริญญาตรี	1(3.10)	0(0.00)		
สูงกว่าปริญญาตรี	0(0.00)	1(3.10)		
อาชีพ			10.73	0.826
เกษตรกรรม	19(59.35)	27(84.40)		
ค้าขาย	4(12.50)	1(3.10)		
รับจ้างทั่วไป	2(6.25)	0(0.00)		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	6(18.80)	2(6.25)		
แม่บ้าน	1(3.10)	2(6.25)		

ตารางที่ 1 ต่อ

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	χ^2	p
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)		
ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน(ปี)			167.45	.368
	(Mean=8.96, SD.=6.80) Max=30,Min=1	(Mean=9.0,SD.=5.08) Max=20,Min=2		
≤ 5	11(34.37)	10(31.25)		
6-10	21(65.63)	22(68.75)		
โรคร่วม			2.05	.152
มี	17(53.12)	24(75.00)		
ไม่มี	15(46.88)	8(25.00)		
ประวัติการสูบบุหรี่			0.70	.793
ไม่สูบ	31(96.90)	30(93.75)		
สูบ	1(3.10)	2(6.25)		
ค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด HbA1c			.736	.085
<7	3(9.37)	12(37.50)		
7-8	26(81.26)	12(37.50)		
>8	3(9.37)	8(25.00)		

พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาของกลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.001) ส่วนกลุ่มควบคุมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯพบว่าไม่แตกต่างจากหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (p=.572) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ด้านการรับประทานยา ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ในกลุ่มควบคุม (n=32) และกลุ่มทดลอง (n=32)

พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา	ก่อนได้รับโปรแกรม	หลังได้รับโปรแกรม	95%CI	p
	Mean(SD.)	Mean(SD.)		
กลุ่มทดลอง	24.22(2.61)	25.41(2.18)	.64,1.73	.001
กลุ่มควบคุม	22.44(2.07)	22.53(2.15)	-.24,.43	.572

พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหารระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหารของกลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.001) ส่วนกลุ่มควบคุมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯพบว่าไม่แตกต่างจากหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (p=.325) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ด้านการรับประทานอาหารระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ในกลุ่มควบคุม (n=32) และกลุ่มทดลอง (n=32)

พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหาร	ก่อนได้รับโปรแกรม	หลังได้รับโปรแกรม	95%CI	p
	Mean(SD.)	Mean(SD.)		
กลุ่มทดลอง	24.22(2.61)	27.81(1.85)	2.46,4.74	.001
กลุ่มควบคุม	25.66(3.02)	25.63(3.04)	-.09,.03	.325

พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกายของกลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.001) ส่วนกลุ่มควบคุมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯพบว่าไม่แตกต่างจากหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (p=.109) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ด้านการออกกำลังกายระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ในกลุ่มควบคุม (n=32) และกลุ่มทดลอง (n=32)

พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกาย	ก่อนได้รับโปรแกรม	หลังได้รับโปรแกรม	95%CI	p
	Mean(SD.)	Mean(SD.)		
กลุ่มทดลอง	13.78(3.19)	16.34(2.10)	1.41,3.71	.001
กลุ่มควบคุม	13.09(2.41)	12.88(2.24)	-.49,.05	.109

พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการจัดการความเครียดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการจัดการความเครียดของกลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.001) ส่วนกลุ่มควบคุมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯพบว่าไม่แตกต่างจากหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (p=..325) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ด้านการจัดการความเครียดระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ในกลุ่มควบคุม (n=32) และกลุ่มทดลอง (n=32)

พฤติกรรมการจัดการตนเอง ด้านการจัดการความเครียด	ก่อนได้รับโปรแกรม	หลังได้รับโปรแกรม	95%CI	p
	Mean(SD.)	Mean(SD.)		
กลุ่มทดลอง	6.75(1.39)	7.38(0.87)	.30,.95	.001
กลุ่มควบคุม	4.97(1.35)	4.91(1.35)	-.19,.06	.325

พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการจัดการความเจ็บป่วยระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการจัดการความเจ็บป่วยของกลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.014) ส่วนกลุ่มควบคุมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.001) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ด้านการจัดการความเจ็บป่วยระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ในกลุ่มควบคุม (n=32) และกลุ่มทดลอง (n=32)

พฤติกรรมการจัดการตนเอง ด้านการจัดการความเจ็บป่วย	ก่อนได้รับโปรแกรม	หลังได้รับโปรแกรม	95%CI	p
	Mean(SD.)	Mean(SD.)		
กลุ่มทดลอง	9.63(2.13)	10.38(1.69)	.16,1.34	.014
กลุ่มควบคุม	6.75(1.39)	7.38(0.87)	.30,.95	.001

ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของกลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.001) ส่วนค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของกลุ่มควบคุมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า ไม่แตกต่างจากหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (p=.237) ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ผลของการประเมินระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม ในเลือด HbA1c	ก่อนได้รับโปรแกรม	หลังได้รับโปรแกรม	95%CI	p
	Mean(SD.)	Mean(SD.)		
กลุ่มทดลอง	7.45(0.81)	6.89(0.49)	.40,.68	.001
กลุ่มควบคุม	7.80(1.81)	8.00(1.37)	-.55,.14	.237

เปรียบเทียบร้อยละของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด HbA1c พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯกลุ่มทดลองมีค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมอยู่ในระดับที่ควบคุมได้ดี (Good control) ควบคุมได้พอใช้ (Fair control) และควบคุมได้ไม่ดี (Poor control) ร้อยละ 9.38, 81.24 และ 9.38 ตามลำดับภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มทดลองมีการควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดในระดับดีเพิ่มขึ้นร้อยละ 84.38 และระดับพอใช้ลดลง ร้อยละ 12.50 ระดับควบคุมได้ไม่ดีลดลง ร้อยละ 3.12 ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบร้อยละของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมจำแนกตามระดับการควบคุมน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด

ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด	ระดับ		
	Good control (%)	Fair control (%)	Poor control (%)
ก่อนเข้าโปรแกรม	9.38	81.24	9.38
หลังเข้าโปรแกรม	84.38	12.50	3.12

วิจารณ์

สมมติฐานที่ 1 ภายหลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ผลการวิจัย พฤติกรรมการจัดการตนของกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการจัดการตนเองสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหารการรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการจัดการความเจ็บป่วยดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมดีขึ้นและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

การศึกษาครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานที่ 1 อธิบายได้ว่าเนื่องจากที่คลินิกโรคเรื้อรังมีผู้มารับบริการเป็นจำนวนมากต่อเมื่อเปรียบเทียบกับระยะเวลาที่จำกัดจึงทำให้ลักษณะของการให้คำแนะนำและการสอนของพยาบาลเวชปฏิบัติเป็นแค่ลักษณะการสอนทั่วๆ ไป เช่น งดรับประทานอาหารหวาน เค็ม รับประทานยา สม่ำเสมอ ห้ามขาดยา ห้ามหยุดยาเองและให้มาตรวจตามแพทย์นัด ห้ามกินยาหม้อ ยาชุด ซึ่งไม่มีแนวทางการพยาบาลหรือการให้คำแนะนำที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยในแต่ละรายส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้และพฤติกรรมด้านต่างๆอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลางแต่ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทำให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านต่างๆอยู่ในระดับเหมาะสมมากซึ่งเป็นผลมาจากโปรแกรมการจัดการตนเองที่พัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดการจัดการตนเอง[6]โดยมีพื้นฐานจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม คือบุคคลพยายามที่จะดูแลตนเองหรือควบคุมตนเองในเรื่องพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมเพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วย ซึ่งการจัดการตนเองนั้นต้องอาศัยกระบวนการกำกับตนเอง (Self-regulation process) เป็นการมุ่งเน้นให้บุคคลมีการควบคุมพฤติกรรมขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านต่างๆโปรแกรมการจัดการตนเองที่ใช้แนวคิดนี้ประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1.การตั้งเป้าหมาย (Goal-Setting) การกำหนดเป้าหมายเป็นความร่วมมือของผู้ป่วยและบุคลากรทีมสุขภาพมีการต่อรองและการตัดสินใจร่วมกันโดยรวมถึงการกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อนำไปสู่ความสำเร็จในการควบคุมโรคหรือความเจ็บป่วย ควรกระทำภายหลังบุคคลได้รับการเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยเขียนกำหนด

เป้าหมายของตัวเองในแต่ละด้าน ด้วยการกำหนดแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย เพื่อให้การควบคุมเบาหวานและสุขภาพดีขึ้น 2. การติดตามตนเอง (Self-Monitoring) เป็นขั้นตอนการสังเกตตนเอง (Self-Observation) เป็นปัจจัยสำคัญต้องลำดับความสำคัญของปัญหา เช่น การสังเกตว่าตัวเองมีอะไรผิดปกติไปจากเดิมและต้องมีการบันทึก 3. การประเมินตนเอง (Self- Evaluation) มีการเรียนรู้เกี่ยวกับการตรวจสอบอาการเปลี่ยนแปลงของตนเองสามารถที่จะประเมินผล และมีการตัดสินใจเกี่ยวกับข้อมูลที่เปลี่ยนแปลง 4. การให้แรงเสริมตนเอง (Self-Reinforcement) เมื่อตนเองสามารถปรับตนเองให้เป็นไปตามเป้าที่กำหนดหรือเป็นขั้นตอนในการให้รางวัลแก่ตนเองเมื่อบรรลุเป้าหมาย หลังจากที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ดีขึ้นและทำให้ค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของกฤตกร หมั่นสระเกษ และ คณะ[7] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลิน พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเอง (M=90.6, SD.=7.0) เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง (M=83.37, SD.=9.14) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p<.05 ซึ่งการส่งเสริมการจัดการตนเองที่มีการติดตามช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น สอดคล้องกับภรณ์ทิพย์ ศรีสุข และนงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์[8] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมอาหารคาร์โบไฮเดรตและส่งเสริมการออกกำลังกายผ่านระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่ากลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองทำการให้ความรู้ฝึกทักษะดูแลตนเอง 4 ด้านโดยใช้วีดีโอร่วมด้วย ทบทวนความรู้ติดตามความก้าวหน้าใช้เวลา 12 สัปดาห์ ส่งข้อมูลผ่านเครือข่ายอินเตอร์เน็ตทางไลน์แอปพลิเคชั่น มีค่าคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (p=.001) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของประพิมศรี หอมฉุย และคณะ[9] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในกระแสเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้พฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และระดับน้ำตาลในกระแสเลือดต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p< .05

สมมติฐานที่ 2 ค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) ของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มทดลองลดลงกว่าก่อนการทดลอง

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองภายหลังได้รับการดูแลตามโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและค่าเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดต่ำว่ากลุ่มควบคุมภายหลังได้รับการดูแลการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<.05 โดยพบว่ากลุ่มทดลองภายหลังได้รับการดูแลตามโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และค่าเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดเท่ากับ 6.89 (SD.=.49) กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดเท่ากับ 8.00 (SD.=1.37) ผลการศึกษาที่เป็นเช่นนี้แสดงถึงการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและค่าเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีประสิทธิภาพดีทำให้กลุ่มทดลองเข้าใจและเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดและค่าเฉลี่ยสะสมในเลือดได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของธัสมน นามวงษ์ และคณะ[10] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในการฉีดอินซูลินของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระยะเวลากิจกรรม 14 สัปดาห์พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษากนกวรรณ ด้วงกลัด และคณะ[11] ศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ ปีงบประมาณ 2560

ที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 47 คลองขวาง สำนักอนามัย กรุงเทพมหานครผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ความตระหนักรู้ในโรคเบาหวาน ทักษะการจัดการตนเองและพฤติกรรมการจัดการตนเองในการควบคุมโรคเบาหวานมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) ค่าเฉลี่ยค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง (FBS) ของกลุ่มทดลองลดลงจากก่อนการทดลองและลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) และสอดคล้องกับการศึกษาของศุภพงศ์ ไชยมงคล[12] ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอคอนสาร จังหวัดชัยภูมิ ผลการวิจัยพบว่า หลังการการใช้โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ค่าเฉลี่ยระดับ HbA1c ลดลง ความรู้โรคเบาหวาน และการรับรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรค อาการ อาหาร และการดูแลสุขภาพทั่วไปและการดูแลเท้า ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.001, <.001 และ .49 ตามลำดับ) มีการรับรู้ด้านสุขภาพด้านการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่มีการดูแลตนเองด้านการไปพบแพทย์มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.004)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ควรนำโปรแกรมดังกล่าวมาจัดทำเป็นกิจกรรมที่ต่อเนื่องในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และสามารถจัดการกับโรคได้ด้วยตนเองอย่างถูกต้อง และครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทุกคนที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

2. ควรนำเสนอผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ต่อผู้บริหารและผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้มีการสนับสนุน การใช้โปรแกรมดังกล่าวอย่างต่อเนื่องและยังช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้

3. ควรเผยแพร่โปรแกรมดังกล่าวไปยังคลินิกเบาหวานในโรงพยาบาลอื่นๆเพื่อใช้เป็นประโยชน์หรือเป็นโปรแกรมทางเลือกหนึ่งในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารและยา การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดและการจัดการความเจ็บป่วยให้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามผลการดำเนินโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดซึ่งส่งผลต่อการควบคุมโรคเบาหวาน และภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและลดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานระยะยาวต่อไป

2. การศึกษาครั้งนี้เป็นการวัดประเมินผลลัพธ์เพียง 2 ครั้งก่อนและหลังการทดลอง ดังนั้นจึงไม่สามารถยืนยันถึงความยั่งยืนของประสิทธิผลของโปรแกรมฯได้ จึงควรมีการติดตามวัดระดับน้ำตาลในเลือดซ้ำอย่างน้อยทุก 3 เดือน 6 เดือนและ 1 ปีเพื่อประเมินความยั่งยืนของโปรแกรมฯในระยะยาว

3. ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกันในผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มอื่นๆเพื่อให้มีการพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองได้กว้างขวางยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณบุคลากรทุกท่านที่เกี่ยวข้องตลอดจนผู้ป่วยและผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพนทรายที่ให้ความช่วยเหลือสนับสนุนในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาสยามบรมราชกุมารี สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงาน

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์; 2566.

2. โรงพยาบาลโพนทราย. สถิติ HDC. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาล; 2566.
3. Wagner E H, Austin B T, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: Translating evidence into action. Health affairs. 2001;20(6):64-78.
4. ปรางค์ บัวทองคำวิเศษ, ดวงกมล ปิ่นเฉลียว, สุทธีพร มูลศาสตร์. ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลท่าก๊อ อำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย. วารสารพยาบาลตำรวจ. 2560;9(1):105-16.
5. Chrvala C A, Sherr D, Lipman R D. Diabetes self-management education for adults with type 2 diabetes mellitus: A systematic review of the effect on glycemic control. Patient education and counseling. 2016;99(6):926-43.
6. Kanfer F H, Gaelick L. Self-management methods. In: Kanfer F H, Goldstein A P, editors. Helping people Change. New York: Pergamon Press; 1988. p. 233-83.
7. กฤตกร หมั่นสระเกษ, ทัศนีย์ รวิวรกุล, สุนีย์ ละกำปั่น. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อกาiควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลิน. The Journal of Baromarajonani College of Nusing, Nakhonratchasima. 2562;25(2),87-103.
8. ภรณ์ทิพย์ ศรีสุข, นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมอาหารคาร์โบไฮเดรตและส่งเสริมการออกกำลังกายผ่านระบบเครือข่ายอินเตอร์เน็ตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี. 2565;30(1):12-23.
9. ประพิมศรี หอมฉุย, ศิวิไลซ์ วนรัตน์วิจิตร, ชญานินท์ ประทุมสูตร. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในกระแสเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรดิตถ์. 2563;12(1):240-53.
10. ธัสมน นามวงษ์, สุมาลี ราชนิยม, รัชชนก กลิ่นชาติ. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในการฉีดอินซูลินของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า. 2561;29(2):112-22.
11. กนกวรรณ ด้วงกลัด, ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา, ณัฐกมล ชาญสาธิตพร. โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล. 2563;36(1),66-83.
12. ศุภพงศ์ ไชยมงคล. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอคอนสาร จังหวัดชัยภูมิ. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2564;15(37):237-49.

การพัฒนารูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดในมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีน งานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลโซ่พิสัย อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ

Development of newborn care models for mothers who use methamphetamine Labor and Delivery Department So Phisai Hospital So Phisai District Bueng Kan Province

วิไลลักษณ์ กองคำ* ฐิศิรักน์ จันทรักษ์**
Wilailuck Kongkham, Tisiruk Chantarak
Corresponding author: E-mail: Wilailuck_m@hotmail.com
(Received: March 28, 2024; Revised: April 2, 2024; Accepted: April 29, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสภาพการณ์ พัฒนารูปแบบและศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดในมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีน งานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลโซ่พิสัย

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มเป้าหมายหลักเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 8 คน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพงานการพยาบาลผู้คลอด จำนวน 5 คน พยาบาลวิชาชีพที่มาเวียนขึ้นปฏิบัติงานที่งานการพยาบาล ผู้คลอด จำนวน 3 คน และทารกแรกเกิดที่มารดาใช้สารเมทแอมเฟตามีนและปัสสาวะได้ผลบวก มาคลอดที่โรงพยาบาลโซ่พิสัย จำนวน 7 คน การวิจัยแบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา 2) พัฒนารูปแบบการดูแล 3) ทดลองการใช้รูปแบบ 4) ประเมินผล ดำเนินการตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเดือนมีนาคม 2567 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับการดูแลทารกแรกเกิดในมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีน, แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการประเมินทารกแรกเกิดในมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนและแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลทารกแรกเกิดในมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา เปรียบเทียบความแตกต่างความรู้เรื่องการดูแลทารกแรกเกิดในมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนก่อนและหลังการพัฒนาฯ โดยใช้สถิติ T-test dependent ($p<.05$)

ผลการวิจัย : 1) ระยะวิเคราะห์สถานการณ์พบว่า ปัญหาการดูแลทารกแรกเกิดในมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนทั้งด้านการนโยบาย ระบบงาน บุคลากรพยาบาลและด้านความต้องการใช้รูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดในมารดาใช้สารเมทแอมเฟตามีน 2) รูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดในมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ (1) ซักประวัติเกี่ยวกับยาและการใช้สารเสพติด (2) มีประวัติเสี่ยง (3) ตรวจปัสสาวะเพื่อหาสารเสพติดและคัดกรองโดยใช้ Immunochomatography (IMC) (4) ส่งต่อคลินิกยาเสพติด (5) แพทย์ตรวจเฝ้าระวัง (6) ปรึกษากุมารแพทย์เพื่อเฝ้าระวัง 3) หลังใช้รูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดในมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนพบว่า ทารกแรกเกิดไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ผู้ปฏิบัติงานมีการปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดในมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนได้ (95.0%) มีความรู้เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมาก ดังนั้น รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถใช้ประเมินภาวะแทรกซ้อนทารกแรกเกิดในมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนได้ถูกต้อง รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ เหมาะสำหรับนำรูปแบบไปใช้ในหน่วยงานอื่นที่มีบริบท/สถานการณ์ปัญหาที่คล้ายกัน

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการศึกษาครั้งนี้จะใช้เป็นรูปแบบการพยาบาลทารกแรกเกิดในมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีน เพื่อประเมิน เฝ้าระวังและลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนในทารกแรกเกิด ทำให้เกิดผลลัพธ์การพยาบาลที่มีคุณภาพ

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ; รูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดที่มารดาใช้สารเมทแอมเฟตามีนในห้องคลอด; ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดในมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีน

*,**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลโซ่พิสัย

Abstract

Purposes : To study the situation develop a model and study the results of developing a newborn care model for mothers who use methamphetamine in nursing care So Phisai Hospital.

Study design : Action Research.

Materials and Methods : The main target group is 8 professional nurses, including 5 professional nurses working in birth nursing, 3 professional nurses who come to work in birth nursing, and newborns whose mothers use methampheta. Her urine and urine were positive. 7 people came to give birth at So Phisai Hospital.The research is divided into 4 phases: 1) analyze the problem situation, 2) develop a care model, 3) test the use of the model, 4) evaluate results. Conducted from January to March 2024, data were collected using in-depth interviews about caring for newborns in mothers who use methamphetamine, assessment of compliance with guidelines for evaluating newborns in mothers who use methamphetamine, and knowledge test about care newborns of mothers who use methamphetamine. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation and content analysis. Compare differences in knowledge about newborn care among mothers who used methamphetamine before and after the development using the dependent t-test statistic ($p<.05$).

Main findings : 1) Situation analysis phase found that problems in caring for newborns in mothers who use methamphetamine in terms of policies, work systems, nursing personnel, and the need for newborn care models for mothers who use methamphetamine. 2) The model for caring for newborns in mothers who use methamphetamine consists of 6 steps: (1) taking a history of drugs and substance use, (2) having a history of risk, (3) checking. Urine to look for addictive substances and screening using Immunochomatography (IMC) (4) Referral to drug clinic (5) Doctor for surveillance (6) Consult a pediatrician for surveillance 3) After using the newborn care model for mothers who used methamphetamine, it was found that The newborn had no serious complications. Practitioners were able to follow the newborn care model for mothers who use methamphetamine (95.0%). Their knowledge increased at a high level. Therefore, the developed model can be used to accurately assess neonatal complications in mothers who use methamphetamine. Fast and efficient Suitable for using the model in other departments with similar contexts/problem situations.

Conclusion and recommendations : The results of this study will be used as a model for neonatal nursing in mothers who use methamphetamine in order to evaluate, monitor and reduce the severity of complications in newborns. Causes quality nursing results.

Keywords : Model development; Newborn care model for mothers who use methamphetamine in the delivery room; Results of development of newborn care model for mothers who use methamphetamine.

---

*,**Registered Nurse, Professional Level, So Phisai Hospital.

บทนำ

การเสพสารเสพติดในสตรีตั้งครรภ์มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทั่วโลก[1] จากรายงานยาเสพติดโลกปี ค.ศ. 2020 ของสำนักงานสหประชาชาติว่าด้วยยาเสพติด และอาชญากรรมพบผู้ใช้สารเสพติดทั่วโลกสูงขึ้นและคาดการณ์ว่าวิกฤติการระบาดของ COVID–19 จะยิ่งเพิ่มความเสี่ยงการใช้สารเสพติดเพิ่มขึ้น[2] ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกพบผู้ใช้สารเสพติดสูงกว่าภูมิภาคอื่นทั่วโลกและประเทศไทยพบผู้กระทำผิดคดียาบ้ามากที่สุด ยาบ้าหรือ เมทแอมเฟตามีน (Methamphetamine) เป็นยาเสพติดที่พบว่ามีการใช้เพิ่มมากขึ้นในสตรีตั้งครรภ์ซึ่งออกฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง โดยกระตุ้นการหลั่งโดปามีน และยับยั้งการเก็บกลับ ทำให้ผู้เสพมีอาการไม่อยู่นิ่ง ลดความอยากอาหาร รู้สึกผ่อนคลาย สมาธิลดลง และการใช้เมทแอมเฟตามีนในระหว่างตั้งครรภ์มีผลกระทบต่อทารกตั้งแต่ในครรภ์และหลังคลอด คือ เกิดภาวะคลอดก่อนกำหนดตัวเหลืองและภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและยังพบว่าการเสพเมทแอมเฟตามีนทำให้เพิ่มอาการครรภ์เป็นพิษทารกโตช้า รกลอกตัวก่อนกำหนดและคลอดก่อนกำหนด[3]

อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ พบสถิติหญิงตั้งครรภ์มารับการฝากครรภ์ ในปี พ.ศ. 2564 - 2566 จำนวน 298, 313 และ 240 ราย ตรวจพบมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีน จำนวน 0, 11, 2 ราย จากสถิติการคลอดในปี พ.ศ. 2564 - 2566 จำนวน 180, 221 และ 180 ราย ตามลำดับมีทารกแรกเกิดที่เกิดจากมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีน จำนวน 7, 20 และ 9 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 3.89, 9.05, 5 ตามลำดับ[4] ในปัจจุบันแม้ว่าผู้ปฏิบัติงานในห้องคลอดจะทราบถึงสถานการณ์มารดาที่ใช้สารเสพติดแต่ปัญหาที่พบคือ หญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดเสพเมทแอมเฟตามีนไม่ได้มารับการฝากครรภ์และผู้ปฏิบัติงานในห้องคลอดจะตรวจพบสารเมทแอมเฟตามีนเมื่อสตรีตั้งครรภ์มาคลอดที่โรงพยาบาล ทารกแรกเกิดบางรายจึงมีอาการซึม ตัวเหลือง มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำและไม่สามารถดูดนมมารดาได้ ทำให้น้ำหนักตัวน้อย ทารกเจริญเติบโตช้า ดังนั้นผู้ปฏิบัติงานในห้องคลอดที่ได้ดูแลทารกแรกเกิดในมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนจึงมีความจำเป็นต้องมีองค์ความรู้มีรูปแบบในการดูแลทารกแรกเกิดที่ชัดเจน เพื่อวางแผนในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด ซึ่งที่ผ่านมาพบว่า มีการประเมินอาการถอนยาในทารกแรกเกิด และติดตามอาการที่แผนกห้องคลอด แต่ยังไม่มีรูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดในมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนที่ชัดเจน การปฏิบัติการพยาบาลไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีแนวคิดที่จะศึกษาและพัฒนารูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดในมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีน เพื่อวางแนวทางในการดูแลรักษาและลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดกับทารกต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสภาพการณ์ พัฒนารูปแบบ และศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดในมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีน งานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลโซ่พิสัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การพัฒนารูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดในมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีน งานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลโซ่พิสัย อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ ผู้วิจัยได้ออกแบบเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา 2) พัฒนารูปแบบการดูแล 3) ทดลองการใช้รูปแบบ 4) ประเมินผล เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดในมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนและได้ดำเนินการวิจัยตั้งแต่ เดือนมกราคม 2567 – เดือนมีนาคม 2567

พื้นที่ศึกษา การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการที่งานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลโซ่พิสัย อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ

ผู้ให้ข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้รับบริการ ได้แก่ ทารกแรกเกิดที่มารดาใช้สารเมทแอมเฟตามีน และปัสสาวะได้ผลบวกที่มาคลอดในห้องคลอด โรงพยาบาลโซ่พิสัย ในช่วงระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือน มีนาคม 2567 และกลุ่มผู้ให้บริการ พยาบาลวิชาชีพที่มาปฏิบัติงาน

ที่งานการพยาบาลผู้คลอดโรงพยาบาลโซ่พิสัย โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 8 คน (ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพในงานการพยาบาลผู้คลอด จำนวน 5 คน พยาบาลวิชาชีพที่มาเวียนขึ้นปฏิบัติงานที่งานการพยาบาลผู้คลอด จำนวน 3 คน)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา ได้แก่ รูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดในมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีน ซึ่งผู้วิจัย และผู้ร่วมวิจัยได้ร่วมกันสร้างขึ้นจากการระดมสมองและทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก 2) แบบประเมินการปฏิบัติ 3) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลทารกแรกเกิดในมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีน

การหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน สำหรับแบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลได้มีการหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการทดสอบสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาชได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .98

วิธีดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ ดำเนินการโดย 1) รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยทารกแรกเกิดในมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีน 2) สัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพที่มาปฏิบัติงานที่งานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลโซ่พิสัย จำนวน 8 คน (ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพในงานการพยาบาลผู้คลอด จำนวน 5 คน พยาบาลวิชาชีพที่มาเวียนขึ้นปฏิบัติงานที่งานการพยาบาลผู้คลอด จำนวน 3 คน) โดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับการดูแลทารกแรกเกิดในมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีน 3) ประเมินความรู้พยาบาลวิชาชีพที่มาปฏิบัติงานที่งานการพยาบาลผู้คลอด โดยใช้แบบวัดความรู้เกี่ยวกับทางการดูแลทารกแรกเกิดในมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีน (วัดความรู้ Pre-test) จำนวน 8 คน

แนวทางการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพในงานการพยาบาลผู้คลอด เพื่อศึกษา วิเคราะห์สภาพปัญหา การดูแลทารกแรกเกิดในมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนที่งานการพยาบาล ผู้คลอด โรงพยาบาลโซ่พิสัย ซึ่งประเด็นการสัมภาษณ์ดังต่อไปนี้ 1) บทบาทหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในการดูแลทารกแรกเกิดในมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีน 2) ปัญหาและอุปสรรคที่พบในการปฏิบัติงาน 3) รูปแบบในการดูแลทารกแรกเกิดในมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีน

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดในมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีน งานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลโซ่พิสัย โดยนำประเด็นปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์มาสะท้อนในเวทีการประชุมเชิงปฏิบัติการในกลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้อง และทำการสนทนากลุ่มเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหา หลังจากนั้นดำเนินการวางแผน ลงมือปฏิบัติ สังเกตและสะท้อนการปฏิบัติร่วมกันกับผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัยและผู้ร่วมกิจกรรม มีการสรุปผลการดำเนินการและข้อเสนอแนะเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาต่อไป

ระยะที่ 3 นำรูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดในมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนไปใช้ในการปฏิบัติงาน โดยชี้แจงและอธิบายขั้นตอนการปฏิบัติในเชิงระบบให้เป็นแนวทางเดียวกัน

ระยะที่ 4 การประเมินผลลัพธ์โดย 1) สังเกตการปฏิบัติงานตามรูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดในมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีน 2) ทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลทารกแรกเกิดในมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีน (Post-test) และ 3) การสะท้อนกลับการปฏิบัติงาน (Reflection: R) นำข้อมูลการประเมินผลมาสรุป และปรับปรุงเพื่อนำเสนอผลการศึกษาวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) เปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้เรื่องการดูแลทารกแรกเกิดในมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนก่อนและหลังการพัฒนาฯ โดยใช้สถิติ T-test dependent ($p<.05$)

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะรับการรับรองจากคณะกรรมการ

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ โดยได้คำนึงถึงหลักความเป็นอิสระ ความเท่าเทียมและความเป็นธรรมต่อผู้ร่วมโครงการ และได้ระมัดระวังในการเก็บข้อมูลเป็นความลับ โดยการให้รหัสแทนชื่อผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยได้คำนึงถึงการปกป้องจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คือ ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัยและการรักษาความลับของข้อมูล การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ รหัส BKPH 20024-009 ลงวันที่ 16 มกราคม 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ห้องคลอด โรงพยาบาลโซ่พิสัย เป็นเพศหญิงและจบการศึกษาในระดับปริญญาตรีทั้งหมดและส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 31-40 ปี ถึงร้อยละ 50 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (87.50%) ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลโซ่พิสัยตั้งแต่บรรจุรับราชการ และมีอายุงาน 11-20 ปี (50.00%) โดยส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพประจำการที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลโซ่พิสัย (62.50%)

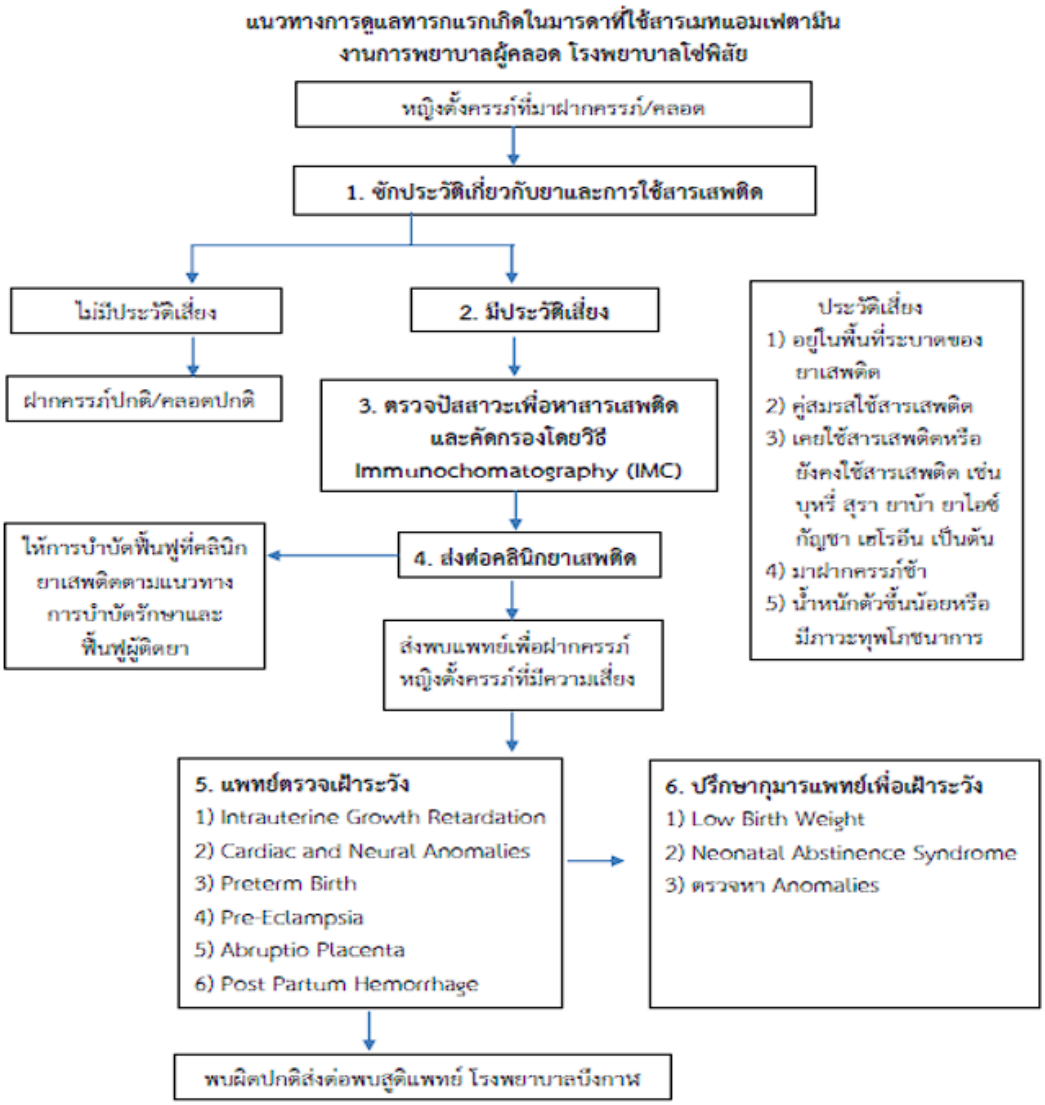
1.2 ทารกแรกเกิดในมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนที่มารดาคลอดที่ห้องคลอด โรงพยาบาลโซ่พิสัย เป็นเพศหญิง (57.15%) เพศชาย (42.85%) และส่วนใหญ่ทารกที่คลอดมีอายุครรภ์ครบกำหนดคลอด (71.43%) ทารกแรกเกิดทั้งหมดคลอดผ่านทางช่องคลอด ส่วนใหญ่มีน้ำหนักแรกเกิดมากกว่า 2,500 กรัมขึ้นไป (71.43%) มีคะแนนการประเมิน Apgar Score นาทีที่ 1 มากกว่า หรือเท่ากับ 9 คะแนน ขึ้นไป (85.71%) และมีขนาดเส้นรอบศีรษะเฉลี่ย 33.10 (+ 1.0) เซ็นติเมตร มีความยาวของทารกเฉลี่ย 52.70 (+ 2.2) เซนติเมตร

2. ผลการวิจัย

1) ระยะวิเคราะห์สถานการณ์พบว่า ปัญหาการดูแลทารกแรกเกิดในมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนทั้งด้านการนโยบาย ระบบงาน บุคลากรพยาบาล และด้านความต้องการใช้รูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดในมารดาใช้สารเมทแอมเฟตามีน ผลการศึกษาพบว่า ด้านนโยบายผู้บริหารได้มีการกำหนดนโยบายหรือแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่เสพสารเสพติด และมีภาวะติดสุรา มีการจัดตั้งกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด มีการมอบหมายบุคลากรที่รับผิดชอบงานไว้อย่างชัดเจน มีการสนับสนุนบุคลากรที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาล และ รพ.สต. เข้าร่วมการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ แต่ยังไม่ครอบคลุมถึงกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ห้องคลอด ด้านระบบงาน สำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ห้องคลอด ยังไม่มีรูปแบบ/แนวปฏิบัติการดูแลทารกแรกเกิดในมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนที่ชัดเจน ขาดการทบทวนระบบการดูแลประสานงาน และสื่อสารกับผู้เกี่ยวข้องเกี่ยวกับระบบการดูแลทารกแรกเกิดในมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีน (ยังไม่มี Flow Chart) ยังไม่มีแนวปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษร ด้านบุคลากรพยาบาล พบว่า จำนวนบุคลากรพยาบาลงานการพยาบาลผู้คลอดมีน้อย (อัตรากำลังไม่เพียงพอ) และมีการหมุนเวียนในการปฏิบัติงาน (บุคลากรมีความหลากหลาย) และเมื่อมารดาหลังคลอดย้ายไปห้องพิเศษตึกผู้ป่วยสามัญ พยาบาลที่ตึกสามัญที่ดูแลไม่มีความชำนาญในการประเมินทารกแรกเกิดในมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีน อีกทั้งบุคลากรทางพยาบาลยังไม่เคยพัฒนาองค์ความรู้ในเรื่องนี้ ไม่มีรูปแบบในการดูแลทารกแรกเกิดในมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนที่ชัดเจนและยังพบว่าทารกบางรายจะได้รับการประเมินอาการเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนหรือพบความผิดปกติเท่านั้น ซึ่งถ้าทารกมีภาวะถอนยาจะเกิดความล่าช้าในการดูแลผู้ป่วย อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน และไม่ปลอดภัยสำหรับทารก ด้านความต้องการใช้รูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดในมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีน พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานต้องการรูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดในมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนที่ชัดเจน จะช่วยให้การดูแลทารกแรกเกิดได้อย่างครอบคลุมทั่วถึง การประเมินอาการถอนยาในทารกแรกเกิดที่มารดาใช้สารเมทแอมเฟตามีนได้อย่างมีคุณภาพมากขึ้น ในงานการพยาบาลผู้คลอด ควรมีรูปแบบและแนวทางการดูแล

ทารกแรกเกิดที่มารดาใช้สารเมทแอมเฟตามีนที่ชัดเจน จากการปฏิบัติงานปัจจุบันพบว่ายังไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ต่างคนต่างทำ ขาดความต่อเนื่องและการส่งเสริมให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลทารกยังมีน้อย ไม่มีรูปแบบเฉพาะ ปัญหาคือรูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดในมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนยังไม่ชัดเจน

2) รูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดในมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีน จากผลการพัฒนา พบว่าประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ (1) ซักประวัติเกี่ยวกับยา และการใช้สารเสพติด (2) มีประวัติเสี่ยง (3) ตรวจปัสสาวะเพื่อหาสารเสพติดและคัดกรอง โดยใช้ Immunochomatography (IMC) (4) ส่งต่อคลินิกยาเสพติด (5) สูติแพทย์ตรวจเฝ้าระวัง และ (6) ปรึกษากุมารแพทย์เพื่อเฝ้าระวัง ดังรูปภาพที่ 1



รูปภาพที่ 1 แนวทางการดูแลทารกแรกเกิดในมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีน

3) หลังใช้รูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดในมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีน พบว่า ทารกแรกเกิดไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ผู้ปฏิบัติงานมีการปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดในมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนได้ (95.0%) มีความรู้เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมาก

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดในมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนก่อน-หลัง การพัฒนารูปแบบของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ห้องคลอด โรงพยาบาลโซ่พิสัย ผลการศึกษา พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดในมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนก่อนพัฒนารูปแบบ เท่ากับ 31 และหลังการพัฒนารูปแบบ เท่ากับ 43 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่า คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดในมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ห้องคลอด โรงพยาบาลโซ่พิสัย เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดในมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนก่อน-หลังการพัฒนารูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดในมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีน

การปฏิบัติ	Mean(SD.)	t	p
ก่อนการพัฒนารูปแบบ	31(3.42)	-62.7	<.001
หลังการพัฒนารูปแบบ	43(1.29)		

การเปรียบเทียบคะแนนความรู้เฉลี่ยก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดในมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ห้องคลอด โรงพยาบาลโซ่พิสัย พบว่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้ก่อนการพัฒนารูปแบบเท่ากับ 10.55 และหลังพัฒนารูปแบบเท่ากับ 13.50 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่า คะแนนเฉลี่ยของความรู้หลังหลังใช้โปรแกรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้เฉลี่ยก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดในมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีน ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ห้องคลอด โรงพยาบาลโซ่พิสัย

คะแนนความรู้	Mean(SD.)	t	p
ก่อนพัฒนารูปแบบ	10.55(2.12)	- 54.02	<.001
หลังพัฒนารูปแบบ	13.50(0.75)		

ข้อมูลอาการและอาการแสดงของทารกแรกเกิดในมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนที่มาคลอดที่ห้องคลอด โรงพยาบาลโซ่พิสัย อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ จำนวน 7 ราย จำแนกตามภาวะแทรกซ้อนที่พบ พบว่าทารกแรกเกิดทั้ง 7 ราย มีอาการถอนยาน้อย (NAS≤4) และพบภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำร้อยละ 28.57 ภาวะทารกไม่สามารถรับนมได้ร้อยละ 28.57 ภาวะตัวเหลืองร้อยละ 14.29 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ข้อมูลของทารกแรกเกิดในมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีน ที่คลอดที่ห้องคลอด โรงพยาบาลโซ่พิสัย จำแนกตามภาวะแทรกซ้อนที่พบ (N=7)

ข้อมูลอาการ/อาการแสดง ทารกแรกเกิด	จำนวน(ร้อยละ)
การช่วยกู้ชีพหลังทารกคลอด	
ได้รับการช่วยกู้ชีพ	0(0.00)
ไม่ได้รับการช่วยกู้ชีพ	7(100.00)
ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ	
น้ำตาลต่ำกว่า 60 mg%	2(28.57)
น้ำตาลมากกว่าหรือเท่ากับ 60 mg%	5(71.43)
ภาวะทารกไม่สามารถรับนมได้	
พบ	2(28.57)
ไม่พบ	5(71.43)
ภาวะตัวเหลือง	
พบ	1(14.29)
ไม่พบ	6(85.71)
ทารกมีความพิการแต่กำเนิด	
พบ	0(0.00)
ไม่พบ	7(100.00)
ทารกที่มีอาการถอนยา	
อาการถอนยาน้อย (NAS ≤ 4)	7(100.00)
อาการถอนยาน้อย (NAS > 4)	0(0.00)
ระยะเวลาผลปัสสาวะเป็นบวกเฉลี่ย (วัน)	4.6 (± 1.7)
ระยะเวลาที่นอนโรงพยาบาลเฉลี่ย (วัน)	5.7 (± 1.5)

ดังนั้น รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถใช้ประเมินภาวะแทรกซ้อนทารกแรกเกิดในมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนได้ถูกต้อง รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ เหมาะสำหรับนำรูปแบบไปใช้ในหน่วยงานอื่นที่มีบริบท/สถานการณ์ปัญหาที่คล้ายกัน

วิจารณ์

หลังการพัฒนารูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดในมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีน งานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลโซ่พิสัย อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ พบว่า พยาบาล

วิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ห้องคลอดมีความรู้ และการปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดในมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนสูงกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและพบว่าพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ห้องคลอดมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากหลังการพัฒนาหน่วยงานมีรูปแบบการดูแล/ขั้นตอนการดูแลทารกแรกเกิดในมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนที่ชัดเจน เป็นลายลักษณ์อักษร มีการพัฒนาร่วมกัน มีการชี้แจงรายละเอียดต่าง ๆ ในการใช้ มีการปฏิบัติตามขั้นตอนการดูแล (FLOW CHART) มีการใช้แบบประเมิน NAS Score ในการเฝ้าระวัง และป้องกันภาวะแทรกซ้อนทารกแรกเกิดในมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนทุกราย ทำให้ทารกแรกเกิดปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เกิดผลลัพธ์การรักษาพยาบาลที่ดี เกิดความพึงพอใจต่อผู้รับบริการ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับฉฏาธร ปรานมนตรี และคณะ[5] ซึ่งพบว่า รูปแบบการดูแลทารกโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลางในมารดาวัยรุ่นที่คลอดบุตรก่อนกำหนดและประเมินผลการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ 1) การสร้างสัมพันธภาพกับมารดา 2) การให้ข้อมูลสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วย 3) การให้ข้อมูลพฤติกรรมทารก 4) การสอนสาธิตกิจกรรมดูแลบุตร 5) การเสริมพลังมารดา 6) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับทีมสหสาขา ความรู้ของมารดาและพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดมีคะแนนเฉลี่ยหลังใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนใช้ มารดา และพยาบาลมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลทารกโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลางอยู่ในระดับมาก สรุปคือ รูปแบบการดูแลทารกโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลางมีประสิทธิภาพในการเพิ่มความรู้และความพึงพอใจของมารดาและพยาบาล ส่งผลดีต่อการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดและสอดคล้องกับศิริกิจ เพิ่มพูน[6] ที่พบว่า รูปแบบการส่งต่อทารกแรกเกิดที่มีปัญหาระบบทางเดินหายใจ ประกอบด้วย 4 องค์ ประกอบหลัก คือ 1) แนวทางการประเมินอาการทารก 2) แนวทางการเตรียมทารกก่อนส่งต่อ 3) แนวทางการส่งต่อทารก 4) แนวทางการติดตามผลหลังส่งต่อ จากการประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการส่งต่อพบว่า คุณภาพการส่งต่อทารกแรกเกิดหลังใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสูงกว่าก่อนใช้ ทีมส่งต่อมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการส่งต่อทารกแรกเกิดอยู่ในระดับมาก สรุปได้ว่า รูปแบบการส่งต่อทารกแรกเกิดที่มีปัญหาระบบทางเดินหายใจมีประสิทธิภาพในการเพิ่มคุณภาพการส่งต่อและความพึงพอใจของทีมส่งต่อ ส่งผลดีต่อสุขภาพและการรักษาพยาบาลของทารกกลุ่มนี้ และในการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดในมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีน งานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลโซ่พิสัย อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ พบมีผู้ศึกษาวิจัยในประเทศไทยจำนวนน้อยมาก กระทรวงสาธารณสุขมีแผนยุทธศาสตร์ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด แต่ยังไม่มีนโยบายในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนเฉพาะกลุ่ม และเป็นเรื่องที่ใหม่และท้าทาย ดังนั้น จึงยังไม่พบผลงานวิจัยที่สอดคล้องและสนับสนุนผลการวิจัยครั้งนี้เท่าที่ควร

1. ความเป็นไปได้ในการใช้รูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดในมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีน งานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลโซ่พิสัย อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาร่วมกันว่า มีความง่าย และสะดวกในการใช้ มีความชัดเจนในการปฏิบัติ มีเนื้อหาที่ครอบคลุมการรักษาพยาบาลทารกแรกเกิดในมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีน ในการปฏิบัติตามข้อเสนอแนะมีความชัดเจนของข้อเสนอแนะ มีความเหมาะสมกับการนำไปใช้ในหน่วยงาน สามารถแก้ไขปัญหาหรือทำให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้รับบริการ มีความเป็นไปได้ที่จะนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อไปและขยายผลไปใช้ในหน่วยงานอื่น ๆ

2. ปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนา ได้แก่ 1) รูปแบบการพัฒนานี้การดูแลทารกแรกเกิดในมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีน อาจจำเป็น ต้องอาศัยความร่วมมือจากสหสาขาวิชาชีพและหลายหน่วยงานเพิ่มขึ้น เช่น งานจิตเวช งานเวชปฏิบัติชุมชน เป็นต้น 2) มีข้อจำกัดด้านเจ้าหน้าที่ที่มีการหมุนเวียนปฏิบัติงานในงานการพยาบาลผู้คลอด ทำให้เกิดอุปสรรคในการเก็บข้อมูล 3) ความยุ่งยาก

และซับซ้อนในการดำเนินการในด้านมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนขณะตั้งครรภ์ ปัญหาที่พบคือ เมื่อตรวจเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะเป็นบวก บางส่วนจะไม่มารับการฝากครรภ์ ขาดการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องขณะตั้งครรภ์ จากการสอบถามยังพบบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวใช้สารเมทแอมเฟตามีนร่วมด้วย โดยใช้แบบสูดพ่นควัน เมื่อหยุดใช้ยาแล้วยังได้รับควันจากบุคคลในครอบครัวเช่นเดิม บางรายไม่ให้ความร่วมมือไม่ยินยอมตรวจปัสสาวะ และ 4) ด้านผลงานวิจัยและวิชาการ การศึกษารูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดในมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนพบว่ายังมีน้อยมาก

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้

1) พยาบาลที่ปฏิบัติงานหน่วยงานการพยาบาลผู้คลอดมีการดูแลทารกแรกเกิดในมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนอย่างมีประสิทธิภาพ 2) องค์กรได้ทราบถึงข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการที่สามารถนำไปจัดรูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดในมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนอย่างเป็นระบบ และ 3) ได้รูปแบบและแนวทางเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลทารกแรกเกิดในมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนงานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลโซ่พิสัย อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการกำกับติดตามการปฏิบัติตามรูปแบบแนวทางการดูแลทารกแรกเกิดในมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนให้ได้ตามมาตรฐาน จะทำให้ลดความรุนแรงและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนในระยะแรกเกิดของทารกได้ 2) ควรมีการประเมินรูปแบบดูแลทารกแรกเกิดในมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนเป็นระยะ เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และ 3) ควรมีการประเมินความพึงพอใจของผู้ร่วมกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดในมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนหลังการนำรูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดในมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนมาใช้ในงาน

เอกสารอ้างอิง

1. อดิศักดิ์ ไวเขตการณ์. ผลลัพธ์การตั้งครรภ์ของมารดาและทารกในสตรีตั้งครรภ์ที่เสพสารเมทแอมเฟตามีนระหว่างตั้งครรภ์. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2564;18(2):105–12.
2. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). Synthetic Drugs in East and Southeast Asia Latest Developments and Challenges [Internet]. 2021 [cited 5 Jan 2024]. Available from: https://www.unodc.org/roseap/uploads/documents/Publications/2021 /Synthetic_Drugs_in_East_and_Southeast_Asia_2021.pdf
3. ทิพย์อุษา จันทร์ทองศรี. ผลกระทบจากการเสพสารเมทแอมเฟตามีนของมารดาขณะตั้งครรภ์ต่อทารกในระยะแรกเกิด โรงพยาบาลเซกา จังหวัดบึงกาฬ. [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 5 มกราคม 2567]. เข้าถึงจาก: https://skko.moph.go.th/dward/document_file/oa/research_file_name/20230717133205_976338236.pdf
4. ระบบสารสนเทศ. สถิติผู้ป่วยงานห้องคลอด (รายงาน ก. 2) ปี 2564-2566. โรงพยาบาลโซ่พิสัย; 2566.
5. ฉฏาธร ปรานมนตรี, สิริกานต์ แรงกสิกร, วรรณภา ตั้งแต่ง, วรรณนี รังผึ้ง. การพัฒนารูปแบบการดูแลทารกโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลางในมารดาวัยรุ่นที่คลอดบุตรก่อนกำหนด หอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. วารสารสาธารณสุข และวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2564;4(1):161-74.
6. ศิริกิจ เพิ่มพูน. การพัฒนารูปแบบการส่งต่อทารกแรกเกิดที่มีปัญหาระบบทางเดินหายใจ เครือข่ายจังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2564;18(1):122-31.

การประเมินประสิทธิผลของนวัตกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของผู้สูงอายุในโรงเรียน/ชมรมผู้สูงอายุในจังหวัดร้อยเอ็ด

Evaluation of the Aging Health Promotion Innovation in Elderly School in Roi Et Province

ปิยมณฑ์ พฤกษชาติ* สดุดี ภูห้องไสย**
Piyamon Phugsachat, Sadudee Phuhongsai
Corresponding author: E-mail: piyamon6560@gmail.com
(Received: March 28, 2024; Revised: April 4, 2024; Accepted: May 2, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อประเมินประสิทธิผลของการใช้นวัตกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในโรงเรียน/ชมรมผู้สูงอายุในจังหวัดร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยชุมชนมีส่วนร่วม (Participatory Action Research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ 6 แห่ง จำนวน 184 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 134 คน (ร้อยละ 72.8) อายุเฉลี่ย 69.18 ± 6.40 ปี (60-87 ปี) โดยนำนวัตกรรมฯ ได้แก่ หลักสูตร ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวแซบ ไปใช้อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้งๆละ 3 ชั่วโมง และแผนการดูแลสุขภาพรายบุคคล (Wellness Plan) ไปใช้เป็นระยะเวลา 6 เดือน ในช่วงเดือนมีนาคม 2564 - เดือนมกราคม 2565 ประเมินประสิทธิผลของนวัตกรรมฯ โดยเปรียบเทียบภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ก่อน - หลัง ด้วยสถิติ Paired t-test และ McNemar's Chi-square

ผลการวิจัย : ภายหลังการใช้นวัตกรรม พบว่า น้ำหนัก รอบเอว การพลัดตกหกล้ม ความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ระยะเวลาในการทำ TUGT และภาวะเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า (2Q+) ไม่แตกต่างกันทางสถิติ (p>.05) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ปัญหาปวดหัวเข่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าเฉลี่ยคะแนนสภาพสมอง (AMT) เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.021) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยพฤติกรรมการแปรงฟันก่อนนอนทุกวัน และการนอนหลับได้ 7 - 8 ชั่วโมงต่อคืนเป็นประจำเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.038, .013)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถดูแลตนเองได้ เน้นการแก้ไขความเสี่ยงด้านสุขภาพเฉพาะ รายบุคคล และการมีส่วนร่วมของชุมชน ดังนั้นควรขยายผลไปใช้ในโรงเรียน/ชมรมอื่นๆ หรือกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้มาโรงเรียนผู้สูงอายุ ให้มีความแตกฉานด้านสุขภาพต่อไป

คำสำคัญ : นวัตกรรมส่งเสริมสุขภาพ; แผนการดูแลสุขภาพรายบุคคล; โรงเรียน/ชมรมผู้สูงอายุ

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

Abstract

Purpose : To evaluation of the aging health promotion innovation in elderly school by compared before and after of the health condition and behavior.

Study design : Participatory action research.

Materials and Methods : The operation in the elderly persons in 6 elderly school in Roi Et province there are 184 persons. The study using the ageing health promotion innovation in elderly school is "no falling, no dementia, no depressed and eat delicious course" in llesson plan at the elderly school. At least a time per month and 3 hours by the time and using the Wellness Plan for practice at home, the periods for using the ageing health promotion innovation in elderly school is 6 months. The materials in the study is the interview form. The quantity data by Paired t-test and McNemar's Chi-square statistic. The study is on March, 2022- January,2023. Mean age (Minimum-Maximum) of the subjects was 69.18 ± 6.40 years (60 - 87 years), mostly 134 females (72.8%).

Main findings : After using the aging health promotion innovation in elderly school. The weight, waist, the problem of falling, risk of falling, average of timing of TUGT, The risk of depressed (2Q+) are not significant different (p>.05). The average of diastolic blood pasture, the knee pain problem are significant decreased. The average of AMT score is significant increased (p=.021). The average of health behavior score is increased especially the teeth brush in 2 munities per day and sleeping for 7-8 hours per day behavior are significant (p=.038, .013)

Conclusion and recommendation : The goal of aging health promotion innovation in elderly school are health literacy in elderly persons. The health promotion to correct the health personal risk and community participation. To expand the results in another elderly school and the elderly persons out of elderly school.

Keywords : Aging health promotion innovation; Wellness Plan; Elderly school

*Public Health Technical Officer, Professional Level, Roi Et Provincial Public Health Office
**Registered Nurse, Senior Professional Level. Regional Health Promotion Centre 7 Khonkaen

บทนำ

ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และในปี พ.ศ. 2564 จะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2574 ประเทศไทยกลายเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super aged society) คือ สัดส่วนของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปจะเพิ่มขึ้นสูงเป็นร้อยละ 32.1[1] ซึ่งจากสถานการณ์ดังกล่าวจะทำให้เกิดผลกระทบในหลายๆด้าน ทั้งทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมโดยรวม การเตรียมการเพื่อรองรับสถานการณ์สังคมผู้สูงอายุจึงเป็นประเด็นที่สำคัญ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพที่เรื้อรัง ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทางเสื่อมสภาพด้านร่างกาย ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของระบบต่างๆลดลง ความต้านทานต่อโรคลดลง ผู้สูงอายุจึงเกิดปัญหาสุขภาพได้มากกว่าวัยอื่น และส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ดังนั้น จึงต้องให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพก่อนวัยสูงอายุและหลังเข้าสู่วัยสูงอายุ เพื่อลดผลกระทบด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมโดยรวม[2]

จากรายงานการสำรวจสุขภาวะผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ.2556 พบว่า ผู้สูงอายุไทย มีความเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง/ปัญหาสุขภาพ ดังต่อไปนี้ โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 41 โรคเบาหวานร้อยละ 18 ข้อเข่าเสื่อมร้อยละ 9 เป็นผู้พิการร้อยละ 6 โรคซึมเศร้า ร้อยละ 1 และผู้ป่วยติดเตียงร้อยละ 1 ซึ่ง โรคเหล่านี้ ล้วนมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นและเป็นโรคที่รักษาไม่หาย ทำให้มีภาวการณ์พึ่งพา ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องและระยะยาว ผู้สูงอายุจำนวนมากมีปัญหาข้อเข่าเสื่อม และครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุมีฟันแท้เหลือน้อยกว่า 20 ซี่ ทำให้ไม่สามารถเคี้ยวอาหารได้ ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน[3] ซึ่งโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีปัจจัยเสี่ยงมาจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ รับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม และขาดการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ได้แก่ ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง น้ำตาลในเลือดสูง ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ซึ่งทำให้เป็นโรคไม่ติดต่อในที่สุด โดยกลุ่มโรคไม่ติดต่อ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง โรคเรื้อรัง จะค่อยๆ มีอาการและอาการรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ ทีละน้อยเมื่อไม่ได้รับการดูแลรักษา และจากรายงานการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ที่ผู้สูงอายุไทยปี พ.ศ.2559 (จากการประเมินแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ) 2561, 2562 และ 2563 (จากการสำรวจกรมอนามัย) พบว่าผู้สูงอายุไทยมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ร้อยละ 27.8, 54.4, 52.0 และ 49.64 ตามลำดับ ยังไม่ถึงร้อยละ 60 แม้ว่าจากการสำรวจข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 7 ปี พ.ศ.2563 พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ร้อยละ 78.3 แต่ยังพบว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรังยังเป็นปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 7 ซึ่งจากการสำรวจภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 7 มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเบาหวานและความดันโลหิตสูงร้อยละ 12.4 และ 11.3 ตามลำดับ[3]

โรงเรียนผู้สูงอายุเป็นการดำเนินงานอีกรูปแบบหนึ่งที่เกิดจากการดำเนินงานหลายภาคส่วน เพื่อส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เกิดจากแนวคิดที่ตระหนักถึงคุณค่าความสำคัญ และพลังของผู้สูงอายุ โดยการสร้างพื้นที่ส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุบนพื้นฐานการมีส่วนร่วมของชุมชนท้องถิ่น และภาคีเครือข่าย โดยมุ่งหวังให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องที่มีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิต ซึ่งโรงเรียนผู้สูงอายุเป็นรูปแบบหนึ่งในการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต การจัดการศึกษา การพัฒนาทักษะเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุ จะเป็นเรื่องที่ผู้สูงอายุสนใจและมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิต ช่วยเพิ่มพูนความรู้ ทักษะชีวิตที่จำเป็น โดยวิทยากรจิตอาสาหรือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องขณะเดียวกันก็เป็นพื้นที่ที่ผู้สูงอายุจะได้แสดงศักยภาพ โดยการถ่ายทอดภูมิความรู้ประสบการณ์ที่สั่งสมแก่บุคคลอื่น เพื่อสืบสานภูมิปัญญาให้คงคุณค่าคู่กับชุมชน ภายใต้แนวคิดการส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ตลอดชีวิตของผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ

เพื่อให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้ พัฒนาทักษะในการดูแลตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยอยู่บนพื้นฐานแนวคิดที่ว่า “ผู้สูงอายุมีคุณค่าและมีศักยภาพควรได้รับการส่งเสริม สนับสนุนให้มีส่วนร่วมทำประโยชน์ให้สังคม และส่งเสริมการเรียนรู้ให้ผู้สูงอายุ โดยเชื่อมโยงกับประสบการณ์ของผู้สูงอายุ สาระการเรียนรู้จะต้องทำให้ผู้สูงอายุสามารถนำไปใช้ได้จริงในชีวิตปัจจุบัน เพิ่มโอกาสในการรวมกลุ่มในลักษณะ เครือข่ายหรือชุมชน” การดำเนินงานโรงเรียนผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมโดยทุกภาคส่วน “ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมสร้าง” และมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน การจัดการเรียนรู้ให้ผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุมีความสุข เกิดทักษะในการดูแลตนเอง มีคุณภาพชีวิตที่ดี[4] ซึ่งในประเทศไทยมีจำนวนโรงเรียนผู้สูงอายุทั้งสิ้น 2,025 แห่ง เขตสุขภาพที่ 7 มี 706 แห่ง (ร้อยละ 34.86) และจังหวัดร้อยเอ็ดมีจำนวน 215 แห่ง ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ร่วมกับหน่วยงานที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ อาทิเช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยและผู้แทนจากโรงเรียนผู้สูงอายุ ในจังหวัดร้อยเอ็ด ได้ร่วมขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุผ่านชมรม/โรงเรียนผู้สูงอายุมาโดยตลอด

จากภาวะดังกล่าว หลายๆหน่วยงานได้ตระหนักถึงความสำคัญในการพัฒนาส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยมีนโยบายการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มุ่งเน้นการบูรณาการงานร่วมกับภาคีเครือข่าย โรงเรียนผู้สูงอายุเป็นการดำเนินงานอีกรูปแบบหนึ่งที่เกิดจากการดำเนินงานหลายภาคส่วน เพื่อส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ซึ่งเกิดจากแนวคิดที่ตระหนักถึงคุณค่าความสำคัญ และพลังของผู้สูงอายุ โดยการสร้างพื้นที่ส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ บนพื้นฐานการมีส่วนร่วมของชุมชนท้องถิ่น และภาคีเครือข่าย โดยมุ่งหวังให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องที่มีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิต สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด และภาคีเครือข่ายได้เล็งเห็นความสำคัญดังกล่าว จึงได้มีการพัฒนานวัตกรรมส่งเสริมสุขภาพ และสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง โดยปัจจุบันได้มีการนำหลักสูตรการเรียนการสอนเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ คือ หลักสูตร ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวแซบ ไปใช้ในเพื่อดำเนินกิจกรรมการเรียนการสอนในวันที่ผู้สูงอายุมาร่วมกิจกรรมที่โรงเรียน/ชมรม ร่วมกับดำเนินการจัดทำแผนการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล (Wellness Plan) เพื่อให้ผู้สูงอายุแต่ละท่านนำไปปฏิบัติที่บ้านเป็นกิจวัตรประจำวันในการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นนวัตกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ โดยเน้นกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อให้เกิดการพัฒนา ต่อยอดงานส่งเสริมสุขภาพจะส่งผลให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ จนเกิดเป็นต้นแบบการเรียนรู้สำหรับโรงเรียนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินประสิทธิผลของการใช้นวัตกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุจังหวัดร้อยเอ็ด โดยเปรียบเทียบภาวะสุขภาพและพฤติกรรมก่อน - หลังการใช้นวัตกรรม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยชุมชนมีส่วนร่วม (Participatory action research) โดยศึกษาในกลุ่มนักเรียนผู้สูงอายุที่มาโรงเรียนเป็นประจำในโรงเรียนผู้สูงอายุจำนวน 6 แห่งในจังหวัดร้อยเอ็ด ได้แก่ โรงเรียนผู้สูงอายุตำบลเหล่า อำเภอทุ่งเขาหลวง โรงเรียนผู้สูงอายุตำบลศรีสมเด็จ อำเภอศรีสมเด็จ โรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลชัยวารี อำเภอโพธิ์ชัย โรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลหนองพอก อำเภอหนองพอก โรงเรียนผู้สูงอายุเมืองเกษ อำเภอเกษตรวิสัย และโรงเรียนผู้สูงอายุวิชชาลัยสร้างสุข อำเภอสุวรรณภูมิ จำนวนทั้งสิ้น 184 คน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

ที่มาเรียนในโรงเรียนผู้สูงอายุเป็นประจำ ระหว่างเดือนมีนาคม 2564 - มกราคม 2565

ขนาดตัวอย่าง และการคำนวณขนาดตัวอย่าง

คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 ค่า (ก่อน-หลัง) และใช้ข้อมูลอ้างอิงจากการศึกษาของฐิติชญา ฉลาดล้น, สุทธีพร มูลศาสตร์ และ วรรณรัตน์ ลาวัง เรื่องการพัฒนารูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี[5] ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้จะใช้ขนาดตัวอย่างนักเรียนในโรงเรียนผู้สูงอายุอย่างน้อยโรงเรียนละ 30 คน โดยในการเก็บข้อมูลจะเลือกโรงเรียนผู้สูงอายุตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงในพื้นที่จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 6 แห่ง จะทำการเก็บข้อมูลจากนักเรียนผู้สูงอายุทุกรายที่มาเรียนในวันที่ผู้วิจัยลงพื้นที่เก็บข้อมูล

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

1) ผู้สูงอายุ อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มาเรียนในโรงเรียนผู้สูงอายุ

2) ผู้สูงอายุ อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มาโรงเรียนในพื้นที่ในช่วงที่มีการใช้นวัตกรรมฯ ตลอดช่วงการศึกษาวิจัย

3) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ

4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

1) เสียชีวิต/ย้ายถิ่นที่อยู่ระหว่างการศึกษาวิจัย

2) ขาดเรียนเกินกว่าร้อยละ 50

3) อาสาสมัครไม่สามารถประเมินภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในช่วงก่อน หรือหลังดำเนินการได้

เกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation criteria)

1) อาสาสมัครมีปัญหาที่ทำให้ไม่พร้อมร่วมกระบวนการศึกษาต่อไป

2) อาสาสมัครเปลี่ยนใจ และไม่ยินดีจะเข้าร่วมการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบเก็บข้อมูลและแบบสัมภาษณ์ ใช้ในการประเมินนักเรียนในโรงเรียนผู้สูงอายุ ในส่วนของแบบสัมภาษณ์นี้ มีการประชุมทีมวิจัยเพื่อทำความเข้าใจในแบบสัมภาษณ์แต่ละข้อ และการใช้ภาษาในการสัมภาษณ์โดยการสัมภาษณ์จะใช้ผู้สัมภาษณ์คนเดิมในทุกพื้นที่แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 ข้อมูลภาวะสุขภาพได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง เส้นรอบเอว ความดันโลหิต

ส่วนที่ 3 แบบสอบถาม/ประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพ ประกอบด้วย

3.1 แบบคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อการหกล้มด้วย Timed Up and Go Test (TUGT)

3.2 แบบสอบถามปัญหาสุขภาพ

3.3 แบบทดสอบสภาพสมอง Abbreviated Mental Test (AMT)

3.4 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q+

3.5 แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

นำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างไปวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ก่อน - หลัง การใช้นวัตกรรมโดยใช้สถิติ Paired t-test และ McNemar's Chi-square

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กรมอนามัย เลขที่ 021 ให้ไว้ วันที่ 14 มกราคม 2564

ผลการวิจัย

การศึกษาประสิทธิผลของการใช้นวัตกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุจังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งมี 5 ขั้นตอนคือ 1) ได้รับความรู้ด้านสุขภาพผ่านหลักสูตร ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวแซ่บ อย่างน้อย เดือนละ 1 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง เป็นระยะเวลา 6 เดือน 2) ประเมินภาวะสุขภาพ/ความเสี่ยงด้านสุขภาพก่อนการใช้แผนฯ 3) ออกแบบแผนดูแลสุขภาพรายบุคคล (Wellness Plan) ให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ/ความเสี่ยงด้านสุขภาพ 4) ทบทวนและปรับปรุงแผนการดูแลสุขภาพและนำแผนไปใช้เป็นระยะเวลา 6 เดือน 5) การประเมินภาวะสุขภาพ/ความเสี่ยงด้านสุขภาพซ้ำ ประเมินผลการใช้แผนโดยเปรียบเทียบภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพก่อน - หลัง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (72.8%) อายุเฉลี่ย 69.18 ± 6.40 ปี อายุน้อยที่สุด 60 ปี และมากที่สุด 87 ปี ส่วนสถานภาพสมรส (62.0%) ส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษา (81.0%) อาชีพเป็นเกษตรกรรม (64.1%) มีผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง (2.2%) มีโรคประจำตัว (54.3%) โดยโรคที่พบมากที่สุดคือ ความดันโลหิตสูง (37.0%) รองลงมาคือเบาหวาน (28.0%) และผลการประเมิน ADL พบว่าเป็นกลุ่มติดสังคม (100.0%) โดยกิจวัตรประจำวันที่ปฏิบัติได้น้อยที่สุดคือ การกลั้นปัสสาวะได้ (94.0%)

ผลการประเมินภาวะสุขภาพ ก่อน – หลังการทดลองใช้นวัตกรรมส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียนผู้สูงอายุ (Wellness Plan) พบว่าเมื่อทำการเปรียบเทียบน้ำหนัก ก่อน - หลังการใช้โปรแกรมไม่แตกต่างกันทางสถิติ (58.44 ± 10.31 VS 58.47 ± 9.59; p=.888) รอบเอวก่อนและหลังการใช้โปรแกรมไม่แตกต่างกันทางสถิติ (82.40± 9.42 VS 82.33 ± 9.61; p=.899 ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต DBP ลดลงจาก 76.38 ± 7.93 เป็น 75.08 ± 6.45 มีนัยสำคัญทางสถิติโดยมีค่า p=.021 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ภาวะสุขภาพ ก่อน - หลังการทดลองใช้นวัตกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (n=184)

	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	p
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	
น้ำหนัก (กก.) (Mean±SD.)	58.44 ± 10.31	58.47 ± 9.59	.888
ดัชนีมวลกาย (กก./ม.^{2})			
ต่ำกว่าเกณฑ์ (<18.5)	13(7.1)	7(3.8)	
ปกติ (18.5-22.9)	82(44.6)	87(47.3)	
เกินเกณฑ์ (23.0-24.9)	33(17.9)	41(22.3)	
อ้วนระดับ 1 (25.0-29.9)	47(25.5)	40(21.7)	
อ้วนระดับ 2 ขึ้นไป (30.0+)	9(4.9)	9(4.9)	
รอบเอว			
Mean±SD.	82.40± 9.42	82.33 ± 9.61	.899
ปกติ (≤ ส่วนสูงหาร 2)	74(40.2)	76(41.3)	
เกิน (>ส่วนสูงหาร 2)	110(59.8)	108(58.7)	

ตารางที่ 1 (ต่อ)

	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	p
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	
ความดันโลหิต			
SBP (Mean±SD.)	123.34 ± 12.59	122.47 ± 12.24	.268
DBP (Mean±SD.)	76.38 ± 7.93	75.08 ± 6.45	.021
ปกติ (<140/90)	159(86.4)	161(87.5)	
เกิน (≥ =140/90)	25(13.6)	23(12.5)	

ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อน - หลังการใช้นวัตกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาปวดหัวเข่ามากที่สุด รองลงมาคือกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ และปัญหาด้านการมองเห็น โดยปัญหาที่พบว่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.021) คือ ปัญหาปวดหัวเข่าลดลงจาก (28.8%) เป็น (19.6%) ดังแสดง ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อน - หลังการใช้นวัตกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (n=184)

	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	p
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	
มีปัญหาด้านการมองเห็น	20(10.9)	20(10.9)	1.00
มีปัญหาด้านการได้ยิน	8(4.3)	8(4.3)	1.00
มีปัญหากลืนลำบาก	4(2.2)	3(1.6)	1.00
มีปัญหากลั้นปัสสาวะไม่อยู่	23(12.5)	14(7.6)	.078
ท้องผูก/อุจจาระราด	9(4.9)	4(2.2)	.227
ปัญหาเคลื่อนที่	9(4.9)	8(4.3)	1.00
ปัญหาปวดหัวเข่า	53(28.8)	36(19.6)	.021

การพลัดตกหกล้มและความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ก่อน-หลังการใช้นวัตกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า ก่อนใช้นวัตกรรมกลุ่มตัวอย่างเคยพลัดตกหกล้มในรอบ 6 เดือน (6.5%) และหลังใช้นวัตกรรมฯ ลดลงเหลือ (6.0%) แต่ไม่มีความแตกต่างทางสถิติ เช่นเดียวกับระยะเวลาในการทำ Timed Up and Go Test ที่พบว่าค่าเฉลี่ยลดลงจาก 11.12 ± 3.52 เป็น 10.88 ± 3.63 วินาที แต่ไม่มีความแตกต่างทางสถิติ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การพลัดตกหกล้ม และความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มกลุ่มตัวอย่าง ก่อน-หลังการใช้นวัตกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (n=184)

	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	p
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	
การพลัดตกหกล้มในรอบ 6 เดือน	12(6.5)	11(6.0)	1.00
ระยะเวลาในการทำ			
Timed Up and Go Test (TUGT)	11.12± 3.52	10.88 ± 3.63	.20
ปกติ (<12 นาที)	134(72.8)	142(77.2)	
เสี่ยงต่อภาวะหกล้ม (≥12 นาที)	50(27.2)	42(22.8)	

ผลการประเมินคะแนนสภาพสมอง : Abbreviated Mental Test (AMT) ก่อน-หลังการใช้นวัตกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ย AMT เพิ่มขึ้นจาก 9.02 ± 0.89 เป็น 9.40 ± 0.76 คะแนน ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่า p<.001 ผลการประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q+ ก่อน-หลังการใช้นวัตกรรมฯ พบว่า เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า (2Q+) ก่อนทดลอง 7 คน คิดเป็นร้อยละ 3.8 และหลังทดลองลดลงเหลือ 3 คน คิดเป็นร้อยละ 1.6 แต่ไม่พบความแตกต่างทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 คะแนนสภาพสมอง: Abbreviated Mental Test (AMT) และ ผลการประเมินภาวะซึมเศร้า (2Q+) ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อน-หลังการใช้นวัตกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (n=184)

	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	p
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	
ค่าเฉลี่ย ±SD จากคะแนนเต็ม 10	9.02 ± 0.89	9.40 ± 0.76	<.001
ผลประเมิน สภาพสมอง (AMT)			.453
ปกติ (ตอบถูก > 7 ข้อ)	178(76.7)	181(98.4)	
เสี่ยงสมองเสื่อม (ตอบถูก ≤ 7 ข้อ)	6(3.3)	3(1.6)	
ภาวะเสี่ยงซึมเศร้าจาก 2Q+			.110
ปกติ	177(96.2)	181(98.4)	
เสี่ยงซึมเศร้า	7(3.8)	3(1.6)	

ผลการประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ก่อน-หลัง การใช้นวัตกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ จากคะแนนเต็ม 8 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเพิ่มจาก 5.10 ± 1.48 เป็น 5.31 ± 1.78 คะแนน โดยมีค่า p=.124 โดยพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การแปรงฟันก่อนนอนทุกวัน นานอย่างน้อย 2 นาที และ การนอนหลับได้ 7-8 ชั่วโมงต่อคืนเป็นประจำ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ก่อน-หลังการใช้นวัตกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	p
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	
แปรงฟันก่อนนอนทุกวัน นานอย่างน้อย 2 นาที	108(58.7)	126(68.5)	.038
มีกิจกรรมทางกาย/ออกกำลังกาย จนรู้สึกเหนื่อยกว่าปกติ อย่างน้อยวันละ 30 นาทีเป็นประจำ	87(47.3)	99(53.8)	.155
ดื่มน้ำสะอาดได้อย่างน้อยวันละ 8 แก้วเป็นประจำ	96(52.2)	105(57.1)	.289
กินผัก/ผลไม้ได้วันละ 400 กรัมหรือ 5 กำมือเป็นประจำ	77(41.8)	84(45.7)	.410
ไม่เคยสูบสูบบุหรี่ / เคยสูบแต่เลิกแล้ว	178(96.7)	181(98.4)	.375
ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์/ดื่มเฉพาะเทศกาล	180(97.8)	181(98.4)	1.00
ได้พบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อตรวจสุขภาพประจำปี	142(77.2)	150(81.5)	.322
นอนหลับได้ 7- 8 ชั่วโมงต่อคืนเป็นประจำ	51(27.7)	70(38.0)	.013
ค่าเฉลี่ย ±SD คะแนนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์จากคะแนนเต็ม 8	5.10± 1.48	5.31 ± 1.78	.124
มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ครบ 8 ข้อ	10(5.4)	20(10.9)	.052

วิจารณ์

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า หลังการใช้นวัตกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในโรงเรียน/ผู้สูงอายุจังหวัดร้อยเอ็ด ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต DBP ลดลงจาก 76.38 ± 7.93 เป็น 75.08 ± 6.45 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.021) สอดคล้องกับการศึกษาของ น้ำทิพย์ ยิ้มแย้ม และคณะ[6] ที่ศึกษาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิ๊บสัน 4 ขั้นตอน ซึ่งผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีค่าความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) ส่วนปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาปวดหัวเข่ามากที่สุด รองลงมาคือมีปัญหากลั้นปัสสาวะไม่อยู่ และปัญหาด้านการมองเห็น สอดคล้องกับ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย[7] ที่พบว่าปัญหาด้านสุขภาพผู้สูงอายุที่สูงเป็นอันดับแรก คือ การเคลื่อนไหวร่างกาย รองลงมาคือการได้ยินหรือสื่อความหมาย และด้านการมองเห็นตามลำดับ ผลการประเมินคะแนนสภาพสมอง (AMT) พบว่า หลังการใช้นวัตกรรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ย AMT เพิ่มขึ้นจาก 9.02 ± 0.89 เป็น 9.40 ± 0.76 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) สอดคล้องกับการศึกษาของสุวิมล แสงเรือง และคณะ[8] ที่ศึกษาผลของการใช้หลักสูตรไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย ร่วมกับแผนการดูแลสุขภาพรายบุคคล (Wellness Plan) แบบมีส่วนร่วมในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง 9 ด้านที่พบว่าหลังการทดลองใช้หลักสูตรไม่พบผู้สูงอายุที่มีคะแนนเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม (AMT) และผลการประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ พบว่าหลังการใช้นวัตกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยเพิ่มจาก 5.10 ± 1.48 เป็น 5.31 ± 1.78 คะแนน (p=.124) โดยพฤติกรรมพึงประสงค์ที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ การแปรงฟันก่อนนอนทุกวันนานอย่างน้อย 2 นาที และการนอนหลับได้ 7-8 ชั่วโมงต่อคืนเป็นประจำ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของปัทมา ผาติภัทรกุล และคณะ[9] ที่ศึกษาประสิทธิผลโปรแกรม

ส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดสระบุรี โดยกลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรม 8 สัปดาห์ รวม 15 ชั่วโมง ผลการวิจัยพบว่าคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นและอยู่ในระดับดีในด้านการรับประทานอาหาร และการผ่อนคลายความเครียด

ข้อเสนอแนะ

การใช้นวัตกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเป็นรูปแบบมุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถดูแลตนเองได้ มีประสิทธิภาพในการป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ควรอย่างยิ่งที่จะมีการขยายผลไปใช้ในโรงเรียน/ชมรมผู้สูงอายุอื่นๆ หาแนวทางขยายแนวคิดนี้ไปยังกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้มาเรียนในโรงเรียนผู้สูงอายุให้มีความแตกฉานด้านสุขภาพต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและคณะครูผู้สอนโรงเรียนผู้สูงอายุ Care Manager อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน และผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุทั้ง 6 แห่ง ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มอนามัยผู้สูงอายุ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการสำรวจสุขภาวะผู้สูงอายุไทย ปี 2556 ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ. กรุงเทพฯ: วัชรินทร์ พี.พี.; 2556.
2. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กรมอนามัย; 2562.
3. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการสำรวจสุขภาวะผู้สูงอายุไทย ปี 2563. กรุงเทพฯ: วัชรินทร์ พี.พี.; 2563.
4. กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์. คู่มือโรงเรียนผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: กองส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ; 2562.
5. ฐิติชญา ฉลาดล้น, สุทธีพร มูลศาสตร์, วรรณรัตน์ ลาวัง. การพัฒนารูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี. วารสารพยาบาลพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2560;27(2):154-67.
6. น้ำทิพย์ ยิ้มแย้ม, ยุวดี รอดจากภัย. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลแก่งดินสอ อำเภอนาดี จังหวัดปราจีณบุรี. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 2560;24(2):45-58.
7. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย. คู่มือมาตรฐานบริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. กรุงเทพฯ: สำนักบริการวิชาการ มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2561.
8. สุวิมล แสงเรือง และคณะ. ผลของการใช้หลักสูตรไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย ร่วมกับแผนการดูแลสุขภาพรายบุคคล (Wellness Plan) แบบมีส่วนร่วมในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง 9 ด้าน. วารสารสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2566;8(4):233-43.
9. ปัทมา ผาติภัทรกุล, ผุสดี ก่อเจดีย์, พเยาว์ พงษ์ศักดิ์ชาติ, ศิริธร ยิ่งเรงเริง, ชุติมา บูรพา, ประภาส จักรพล. ประสิทธิผลโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดสระบุรี. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2561;12 (ฉบับพิเศษ):52-60.

รูปแบบการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น องค์การบริหารส่วนตำบลขี้เหล็ก อำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด

Model of Efficiency on Management of Local Health Insurance fund Khe Lek Subdistrict Administrative Organization, Atsamat District, Roi-Et

นันทิยา ประดิษฐ์*
Nantiya Pradit
Corresponding author: E-mail: Tam_7218@yahoo.com
(Received: April 2, 2024; Revised: April 9, 2024; Accepted: May 9, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนารูปแบบ และประเมินผลลัพธ์รูปแบบการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นองค์การบริหารส่วนตำบลขี้เหล็ก อำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบลงมือปฏิบัติร่วมกัน (Mutual collaborative action research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นเครือข่ายภาคท้องถิ่น จำนวน 48 คน เครือข่ายภาควิชาการ จำนวน 2 คน และผู้ร่วมร่วมวิจัยจากเครือข่ายภาคประชาชน จำนวน 33 คน การดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะการวิเคราะห์สถานการณ์ ระยะการพัฒนา และระยะการประเมินผล การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบทดสอบ แบบสอบถาม แบบบันทึก และแบบสังเกต ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนตุลาคม 2564 ถึงเดือนกันยายน 2565 และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย : 1) การศึกษาสถานการณ์ปัญหา พบว่า พบปัญหาทั้งด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุ และด้านการจัดการ ตามลำดับ 2) รูปแบบการเพิ่มประสิทธิภาพฯ ประกอบด้วยการศึกษาบริบทของพื้นที่ การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ การจัดเวทีประชุมประชาคม การอบรมพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการ การศึกษาดูงาน การประเมินตนเอง การนิเทศ ติดตาม สนับสนุน การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการเปรียบเทียบผลการดำเนินงานก่อนและหลังการพัฒนา และ 3) คณะกรรมการ อนุกรรมการกองทุนและตัวแทนกลุ่มต่างๆของกองทุนหลักประกันสุขภาพมีระดับความรู้เรื่องกองทุนและการบริหารจัดการกองทุนโดยรวมอยู่ในระดับดี การมีส่วนร่วม และคะแนนเฉลี่ยการดำเนินงานโดยรวม เพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนา

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายมีความรู้ การมีส่วนร่วม และการดำเนินงานโดยรวมเพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนา

คำสำคัญ : การเพิ่มประสิทธิภาพ; การบริหารจัดการ; กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

Abstract

Purposes : To revealed a situation, develop models and evaluate results on efficiency on management of local health insurance fund Khe Lek Subdistrict Administrative Organization, Atsamat, Roi-Et.

Study design : Mutual collaborative action research.

Materials and Methods : 48 of key informants were from the local sector network, 2 of participants from academic network, and 33 of co-researchers from public sector network. The research were divided into 3 phases: situation analysis phase, development phase, and evaluation phase. Data collection were used tests, questionnaires, recordings and observational forms. The research was conducted from October 2021 to September 2022 and analyzed using frequencies, percentages, means and standard deviations.

Main findings : 1) Revealed of problem situation found that problems were found in personnel, budget, materials and management. 2) The context of area organizing, a workshop organizing a community forum Board potential, development training study tour Self-evaluation, supervision, monitoring, support, organizing a forum to exchange knowledge and comparison of operating results before and after development were efficiency on management of local health insurance fund Porphan municipality, respectively. And 3) the committee, fund subcommittee and representatives of various groups of health insurance fund have a good level of knowledge about fund and overall fund management. Participation and overall operating average score Increased from before development.

Conclusion and recommendations : The results of this research resulted in target having knowledge, participation and overall operations increased from before development.

Keywords : Efficiency; Management; Local Health Insurance fund

*Public Health Technical Officer, Professional Level, Roi Et Provincial Public Health Office

บทนำ

องค์การสหประชาชาติได้กำหนดเป้าหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืนในช่วงระหว่างปี พ.ศ.2558 -2573 ซึ่งการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น ได้ถูกกำหนดให้เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาที่ยั่งยืนของสหประชาชาติ และสำหรับประเทศไทย การดำเนินงานด้านหลักประกันสุขภาพของประชาชนได้เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 ส่งผลให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชนชาวไทยทุกคนในการเข้าถึงบริการด้านการสาธารณสุขอย่างทั่วถึง ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาการดำเนินงานร่วมกันในด้านการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพ ภายใต้ความร่วมมือระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้ช่วยส่งเสริมให้ประชาชนในกลุ่มที่ต้องได้รับการบริการด้านการสาธารณสุขเป็นกรณีพิเศษ อาทิ กลุ่มแม่และเด็ก กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มคนพิการ กลุ่มผู้ประกอบอาชีพที่มีความสี่ยง รวมถึงกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรัง สามารถเข้าถึงบริการทางสุขภาพอย่างเหมาะสมและทั่วถึงตามเจตนารมณ์แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545[1]

ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นระบบที่ประกันให้ประชาชนทั้งหมดและชุมชนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นได้อย่างมั่นใจ ทั้งการส่งเสริม การป้องกัน การบำบัดรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการดูแลแบบประคับประคอง ที่มีคุณภาพเพียงพอ และมีประสิทธิผล โดยไม่มีปัญหาด้านคำใช้จ่ายจากการใช้บริการ โดยรวมมีความหมายครอบคลุมวัตถุประสงค์ใหญ่ๆ 3 ประการ คือ (1) ความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยทุกคนที่มีความจำเป็นรับบริการควรได้รับบริการไม่ใช่เฉพาะผู้ที่สามารถจ่ายได้ (2) บริการต้องมีคุณภาพเพียงพอที่จะทำให้สุขภาพของผู้รับบริการดีขึ้น และ (3) ทุกคนควรได้รับการคุ้มครองค่าใช้จ่ายหรือความเสี่ยงทางการเงินเมื่อเจ็บป่วย เพื่อให้มั่นใจว่าจะไม่ล้มละลายจากการใช้บริการ คณะกรรมการหลักฯ โดย สปสช. เป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับประเทศ มีกิจกรรมหลักที่สำคัญคือ การลงทะเบียนสิทธิของประชาชนการกำหนดสิทธิประโยชน์ การจัดหาหน่วยบริการให้ประชาชน การจัดซื้อบริการสาธารณสุข (การบริหารจัดการกองทุน) การควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการ การจัดให้มีระบบสารสนเทศและข้อมูลการติดตามและประเมินผล การปกป้องสิทธิ และสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชน[2]

ตลอดระยะเวลา 12 ปี ของการมีกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่หรือที่รู้จักและเรียกกันทั่วไปว่า “กองทุนตำบล” เติบโตเข้มแข็งจนส่งผลให้เป็นกองทุนที่มีมิติในการดำเนินงานที่กว้างขึ้น มิติที่สำคัญคือการสนับสนุนส่งเสริมคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ การที่จะทำให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้นได้จริงนั้น จะต้องมีการประสานการทำงานกับทุกฝ่ายทั้งภาคของประชนท้องถิ่นสาธารณสุข ตลอดจนมีการบูรณาการการทำงานเชิงนโยบายร่วมกัน โดยยึดพื้นที่และประชาชนเป็นศูนย์กลางในการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน ในระยะเวลาที่ผ่านมากองทุนตำบลก็สามารถดำเนินงานเพื่อให้ประชาชนในท้องถิ่นเข้าถึงบริการสาธารณสุข โดยเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคให้เกิดขึ้นจริงในชุมชน เพราะสาเหตุของการเกิดโรคส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากพฤติกรรมทางสังคม ซึ่งมิติทางสังคมท้องถิ่นจะมีความใกล้ชิด และรับรู้เรื่องราวที่เกิดขึ้นในชุมชนของตนเองได้ดี ท้องถิ่นจึงมีบทบาทสำคัญในการจัดการตามสภาพปัญหาของแต่ละพื้นที่ แต่ด้วยสถานการณ์ปัจจุบันผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นการดำเนินงานดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) จึงเป็นเป้าหมายสำคัญที่เพิ่มเข้ามา เพื่อส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพให้กับกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียง ที่อยู่ในชุมชนให้ได้รับการดูแลและเข้าถึงบริการสาธารณสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี จึงเป็นอีกภารกิจหนึ่งที่สำคัญของกองทุนตำบล[3]

อย่างไรก็ตามการดำเนินงานของ สปสช. อาจยังมีช่องว่างหรือไม่ทั่วถึง รวมถึงอาจมีปัญหาอุปสรรคอื่น ๆ อีกมากในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ที่ทำให้ประชาชนเข้าไม่ถึงบริการการประสานกำหนดให้ อปท. เป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่จะช่วยปิดช่องว่างและเพิ่มการเข้าถึงบริการของประชาชน

ในท้องถิ่น ดังนั้น ประกาศคณะกรรมการหลักตั้งแต่ปี พ.ศ.2557 จนถึงฉบับปี พ.ศ.2561 จึงออกแบบให้ อปท. ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพโดยมีทุนหรืองบประมาณที่เป็นการสมทบร่วมกันระหว่าง สปสช. กับ อปท. ที่เรียกว่า “กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่” เป็นเครื่องมือให้ อปท. เป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการกองทุน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ สถานบริการ หน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานอื่น องค์กรหรือกลุ่มประชาชน เพื่อให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น ซึ่งเป็นการมุ่งเน้นให้กองทุนฯ เป็นฐานในการดูแลสุขภาพให้กับชุมชน และเป็นทุนหนุนเสริมสร้างประโยชน์ด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่[1]

เงินกองทุนฯ สามารถจ่ายเพื่อสนับสนุน และส่งเสริมเป็นค่าใช้จ่ายตามแผนงาน โครงการหรือกิจกรรมที่คณะกรรมการกองทุนอนุมัติ เช่น (1) เพื่อสนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ สถานบริการหรือหน่วยงานสาธารณสุข (2) เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดกระบวนการหรือกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคขององค์กรหรือกลุ่มประชาชนหรือหน่วยงานอื่น (3) เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือศูนย์ที่ดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาและดูแลเด็กเล็กในชุมชน ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หรือหน่วยงานที่รับผิดชอบศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือศูนย์ที่ดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาและดูแลเด็กเล็กในชุมชน หรือการพัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุหรือคนพิการในชุมชน (4) เพื่อสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการบริหารหรือพัฒนากองทุนหลักประกันสุขภาพให้มีประสิทธิภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (5) เพื่อสนับสนุน และส่งเสริมกิจกรรมกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติในพื้นที่ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขได้ตามความจำเป็น เหมาะสม และทันต่อสถานการณ์ได้นอกจากนั้น สปสช. ยังสนับสนุนเงินค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ค่าบริการ LTC) เข้ากองทุนฯ โดยให้ อปท. บริหารจัดการสนับสนุนให้แก่ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หน่วยบริการ หรือสถานบริการเพื่อจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามชุดสิทธิประโยชน์การบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง[4]

เช่นเดียวกับจากการประเมินผลการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นเทศบาลตำบลปอภาร จังหวัดร้อยเอ็ดในปี พ.ศ. 2562-2564 พบว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความตื่นตัวและความสนใจงานด้านสร้างเสริมสุขภาพเพิ่มมากขึ้น มีการทำงานแบบบูรณาการในรูปของเครือข่ายสุขภาพ ประชาชนมีส่วนร่วม ทำให้เกิดความสามัคคีและสัมพันธภาพอันดีระหว่างภาครัฐและประชาชน แต่ปัญหาอุปสรรคสำคัญที่พบ คือ ขาดความร่วมมือที่ดีระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโครงการไม่สอดคล้องกับเป้าประสงค์ของการดำเนินงานด้านสุขภาพในระดับอำเภอและจังหวัด เมื่อพิจารณาสาเหตุของปัญหาสอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับการรับรู้ ค่านิยม ความต้องการ สภาพทางเศรษฐกิจและสังคมและอายุ และการมีตำแหน่งในชุมชนของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้ชุมชนต้องการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนาหรือไม่ ความรู้เกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีผลต่อการบริหารงานหลักประกันสุขภาพผ่านกลไกคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับจังหวัด การรับรู้ประโยชน์มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมการตอบสนองและมีผลต่อความเป็นไปได้ของการปฏิบัติ การที่บุคคลจะปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ได้ดีเพียงใดขึ้นอยู่กับการรับรู้บทบาทของตนเองกระบวนการบริหารจัดการ เป็นวิธีการจัดการเพื่อให้องค์กรบรรลุวัตถุประสงค์ตามขั้นตอนการบริหาร การสื่อสารเป็นเครื่องมือและปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งของการบริหารจัดการ

กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น เป็นสิ่งที่นำไปสู่การปฏิบัติงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพเกิดความสามัคคีกันในหมู่คณะ[5]

แนวทางแก้ไขปัญหาดังกล่าวข้างต้นจึงต้องการที่บุคคลจะเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนา จะต้องมีการเปิดโอกาสให้บุคคลในทุกระดับในชุมชนที่มีความพร้อมเข้าร่วมพัฒนาด้วยความสมัครใจ และมองเห็นประโยชน์ของการพัฒนานั้นๆ และมีบทบาทในการจัดการสุขภาพของตนเอง ก่อให้เกิดการสร้างนวัตกรรมสุขภาพชุมชนที่สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพหรือสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้รูปแบบการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นองค์การบริหารส่วนตำบลขี้เหล็ก จังหวัดร้อยเอ็ด ขึ้นเพื่อให้เครือข่ายสามารถเข้าถึงบริการของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนารูปแบบ และประเมินผลลัพธ์รูปแบบการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นองค์การบริหารส่วนตำบลขี้เหล็ก จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบลงมือปฏิบัติร่วมกัน (Mutual collaborative action research) ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ.2564 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ.2565

พื้นที่ศึกษา กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นองค์การบริหารส่วนตำบลขี้เหล็ก จังหวัดร้อยเอ็ด

ผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วย 1) **เครือข่ายภาคท้องถิ่น** ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ประกอบด้วย นายกองค์การบริหารส่วนตำบล (1 คน) ผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่ (2 คน) สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลที่สภามอบหมาย (2 คน) หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ (2 คน) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่คัดเลือกกันเอง (2 คน ผู้แทนหมู่บ้านที่ประชาชนในหมู่บ้านคัดเลือกกันเอง (5 คน) ปลัดองค์บริหารส่วนตำบล (1 คน) อนุกรรมการ (10 คน) ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (10 คน) ผู้ใหญ่บ้าน (5 คน) ตัวแทนกลุ่มแม่และเด็ก (1 คน) ตัวแทนกลุ่มผู้สูงอายุ (1 คน) ตัวแทนกลุ่มคนพิการ (1 คน) ตัวแทนกลุ่มผู้ประกอบอาชีพที่มีความเสี่ยง (1 คน) ตัวแทนกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (1 คน) ตัวแทนครูโรงเรียนในเขตพื้นที่ (3 คน) โดยมีหลักเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ (1) อายุ 20 ปี ขึ้นไป สามารถอ่านออกเขียนได้ (2) สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย และเข้าร่วมการวิจัยจนครบกระบวนการ (3) ผู้ที่มีตำแหน่งเป็นกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ อนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ หรือผู้นำชุมชน หรือตัวแทนจากกลุ่มประชาชนและมีเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ (1) พ้นจากตำแหน่งระหว่างการวิจัย (2) ย้ายถิ่นฐานออกจากพื้นที่ หรือเสียชีวิตระหว่างการวิจัย รวม 48 คน และ **2) เครือข่ายภาควิชาการ** จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขี้เหล็ก ประกอบด้วยนักวิชาการสาธารณสุขและพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 2 คน

ผู้ร่วมวิจัย เป็นเครือข่ายภาคประชาชน ประกอบด้วย ตัวแทนผู้สูงอายุ ตัวแทนกลุ่มคนพิการ ตัวแทนกลุ่มผู้ประกอบอาชีพที่มีความเสี่ยง ตัวแทนกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ตัวแทนครูโรงเรียนในเขตพื้นที่ ตัวแทนเยาวชน และอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 33 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นองค์การบริหารส่วนตำบลขี้เหล็ก จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งผู้วิจัย และผู้ร่วมวิจัยได้ร่วมกันสร้างขึ้นจากการระดมสมองและทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) แบบทดสอบความรู้ ใช้ทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักก่อนและหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการ

มีลักษณะเป็นแบบปรนัยตอบแบบเลือกตอบ ลักษณะข้อคำถามเป็น 2 ตัวเลือก คือใช่ และไม่ใช่ โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว จำนวน 15 ข้อ กำหนดการให้คะแนนในแต่ละข้อ โดยตอบถูกได้ 1 คะแนนตอบผิดได้ 0 คะแนน วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาระดับความรู้โดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนไว้ ดังนี้ คะแนนสูงกว่า ร้อยละ 80 จัดอยู่ในระดับดี คะแนนระหว่าง ร้อยละ 60 - 80 จัดอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 จัดอยู่ในระดับควรปรับปรุง[6] ซึ่งจะวัดคะแนนดังกล่าวจะได้รับความรู้ ดังนี้ คะแนนสูงกว่าร้อยละ 80 (12 - 15 คะแนน) จัดอยู่ในระดับดี คะแนนร้อยละ 60 -80 (9 - 11 คะแนน) จัดอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (0 - 8 คะแนน) จัดอยู่ในระดับควรปรับปรุง และ 2) แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างและพัฒนาจากแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องใช้สอบถามกลุ่มเป้าหมายก่อนการพัฒนาและหลังพัฒนาประกอบด้วย 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะทางประชากรของผู้เข้าร่วมวิจัย มีทั้งหมด 9 ข้อได้แก่ ตัวแปรเพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ บทบาททางสังคม ประสบการณ์ และการดำรงตำแหน่งในกองทุน

ส่วนที่ 2 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลมีลักษณะการวัดมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) ตามแบบมาตรวัดของลิเคิรท์ (Likert's Type scales) แบบเลือกตอบ 5 ตัวเลือก ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย (1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (2) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ (3) การมีส่วนร่วมประเมินผล (4) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และ (5) การมีส่วนร่วมในการสร้างนวัตกรรม ซึ่งกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมายดังนี้ มากที่สุด หมายถึง การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมตามข้อความนั้นทุกครั้ง (5 คะแนน) มาก หมายถึง การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมตามข้อความนั้นเกือบทุกครั้ง (4 คะแนน) ปานกลาง หมายถึง การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมตามข้อความนั้นประมาณครึ่งหนึ่งของกิจกรรมทั้งหมด (3 คะแนน) น้อย หมายถึง การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมตามข้อความนั้นเป็นบางครั้ง (2 คะแนน) และน้อยที่สุด หมายถึง การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมตามข้อความนั้นเพียงเล็กน้อย (1 คะแนน) เกณฑ์การแปลผลค่าคะแนนการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพของคณะกรรมการและอนุกรรมการกองทุน ผู้วิจัยพิจารณาจากค่าคะแนนที่ได้จากแบบสอบถามแบ่งระดับของการมีส่วนร่วม 5 ระดับ ดังนี้ ระดับการมีส่วนร่วมค่าคะแนนเฉลี่ย มากที่สุด (4.21-5.00 คะแนน) มาก (3.41-4.20 คะแนน) ปานกลาง (2.61-340 คะแนน) น้อย (1.81-2.60 คะแนน) และน้อยที่สุด (1.00-1.80 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามแบบมาตรวัดของลิเคิรท์ (Likert's type Scale) มี 3 ระดับ ได้แก่ มาก ปานกลางและน้อย โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงตัวเลือกเดียว จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ด้าน คือ (1) การบริหารจัดการกองทุน (2) การมีส่วนร่วม และ (3) การสร้างนวัตกรรม ซึ่งได้กำหนดเกณฑ์ในการตอบแบบสอบถามออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ระดับการดำเนินงานมาก (3 คะแนน) ระดับการดำเนินงานปานกลาง (2 คะแนน) ระดับการดำเนินงานน้อย (1 คะแนน) นำคะแนนมาหาค่าเฉลี่ยแล้วกำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมายค่าเฉลี่ยโดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (ช่วงคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34-3.00) หมายถึง ระดับการดำเนินงานอยู่ในระดับมาก (ช่วงคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.67-2.33) หมายถึง ระดับการดำเนินงานอยู่ในระดับปานกลาง และ(ช่วงคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 - 1.66) หมายถึง ระดับการดำเนินงานอยู่ในระดับน้อย ส่วนที่ 4 ปัญหาอุปสรรค การดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพเป็นคำถามลักษณะปลายเปิดประกอบด้วยปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ การบริหารจัดการกองทุน การมีส่วนร่วม และการสร้างนวัตกรรม

3) ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการทำตามแผนปฏิบัติการดังนี้ (1) แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม และ (2) แบบสังเกต สังเกตการเข้าร่วมประชุม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน สำหรับรูปแบบการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นองค์การบริหารส่วนตำบลขี้เหล็ก จังหวัดร้อยเอ็ด ได้มีการหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการทดสอบสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .82

วิธีดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ ดำเนินการโดย 1) รวบรวมข้อมูลจากรายงานผลการดำเนินงานของกองทุน 5 ปี ย้อนหลัง โดยใช้แบบรวบรวมข้อมูล 2) สนทนากลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก 12 คน ประกอบด้วยนายกองค์การบริหารส่วนตำบล หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใน ปลัดองค์บริหารส่วนตำบล ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ใหญ่บ้าน ตัวแทนกลุ่มแม่และเด็ก ตัวแทนกลุ่มผู้สูงอายุ ตัวแทนกลุ่มคนพิการ) ตัวแทนกลุ่มผู้ประกอบอาชีพที่มีความเสี่ยง ตัวแทนกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และตัวแทนครูโรงเรียน

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นองค์การบริหารส่วนตำบลขี้เหล็ก โดยนำประเด็นปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์มาสะท้อนในเวทีสนทนากลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักที่เกี่ยวข้องและทำการสนทนากลุ่มเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหา หลังจากนั้นดำเนินการวางแผนลงมือปฏิบัติ สังเกต และสะท้อนการปฏิบัติร่วมกันกับผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัยและผู้ร่วมกิจกรรมมีการสรุปผลการดำเนินการและข้อเสนอแนะเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาต่อไป

ระยะที่ 3 การประเมินผล ดำเนินการไปพร้อมกับการพัฒนารูปแบบการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นองค์การบริหารส่วนตำบลขี้เหล็ก โดยประเมินจาก 1) แบบสอบถามการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ 2) แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลมีลักษณะ และ 3) แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)[7]

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 1522564 โดยได้คำนึงถึงหลักความเป็นอิสระความเท่าเทียมและความเป็นธรรมต่อผู้ร่วมโครงการ และได้ระมัดระวังในการเก็บข้อมูลเป็นความลับโดยการให้รหัสแทนชื่อผู้ให้ข้อมูล

ผลการวิจัย

แบ่งการนำเสนอออกเป็น 3 ส่วนตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

การวิเคราะห์สถานการณ์ (1) คณะกรรมการอนุกรรมการกองทุนและตัวแทนกลุ่มต่างๆ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (56.25%) อายุระหว่าง 50-59 ปี (41.67%) อายุเฉลี่ย 49.02 ปี อาชีพเกษตรกรรม (47.92%) สถานภาพสมรสคู่ (79.17%) จบการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี (35.42%) รายได้ต่อเดือน 5,001-10,000 บาท (31.25%) บทบาททางสังคมเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (31.25%) ประสบการณ์การดำเนินงานร่วมกับเทศบาลตำบลหรือกองทุนฯ 5-6 ปี (47.92%) การดำรงตำแหน่งในกองทุนฯ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน ตัวแทนกลุ่มต่าง ๆ ในกองทุนฯ (47.92%) และก่อนการพัฒนาคณะกรรมการ อนุกรรมการกองทุน และตัวแทนกลุ่มต่างๆ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลตำบลมีระดับความรู้เกี่ยวกับกองทุนและการบริหารจัดการกองทุนอยู่ที่ระดับปานกลาง จำนวน 36 คน (75.00%) รองลงมาอยู่ระดับดี จำนวน 11 คน (22.92%) เมื่อวิเคราะห์เป็นรายด้านพบว่า (1) ด้านบุคลากร พบว่า คณะกรรมการบริหารกองทุนขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระเบียบ

ข้อบังคับการใช้จ่ายเงินของกองทุน และกลุ่ม องค์กร และชุมชนที่ขอรับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพขาดความรู้ความเข้าใจและทักษะพัฒนาโครงการตามระเบียบการใช้จ่ายเงินของกองทุน (2) ด้านงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพขาดการประชุมวางแผนการใช้จ่ายเงินก่อนที่จะทำแผนงานโครงการประจำปี ส่งผลให้เกิดปัญหาในการสนับสนุนงบประมาณ และเกิดความล่าช้าในการสนับสนุนงบประมาณ (3) ด้านวัสดุอุปกรณ์พบปัญหาการจัดทำเอกสารการจัดซื้อจัดจ้างตามประเภทกิจกรรมที่ 4 งบบริหารจัดการในการจัดซื้อ และ (4) ด้านการจัดการ เช่น ขาดการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการบริหารกองทุนด้านต่างๆ ขาดการประชุมการวางแผนการดำเนินงาน หรือจัดทำปฏิทินการปฏิบัติงานประจำปีของกองทุน และขาดการประชาสัมพันธ์การดำเนินงานต่างๆของกองทุนให้เครือข่ายและชุมชนได้รับทราบระยะเวลาในการดำเนินงานของกองทุนอย่างต่อเนื่องทั้งก่อน ระหว่าง และหลังดำเนินการ

จากปัญหาดังกล่าวได้มีการวางแผนตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ปัญหาโดยนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์ในระยะที่ 1 เข้าสู่ที่ประชุมและร่วมกันระดมสมองเพื่อวางแผนร่วมกันระหว่างผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัย และผู้ร่วมกิจกรรม กำหนดเป้าหมายและกิจกรรมการพัฒนาแผนดำเนินการตัวชี้วัดและผลลัพธ์ร่วมกัน ในระยะนี้ได้ประเด็นการพัฒนารูปแบบการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นเทศบาลตำบลปอภาร ได้แก่ 1) การเข้าถึงบริการบริการกองทุนฯ 2) การพัฒนาศักยภาพของคณะกรรมการกองทุนฯ 3) การใช้จ่ายงบประมาณกองทุนเพื่อแก้ไขปัญหาในพื้นที่ 4) การนำเสนอผลของโครงการต่อกรรมการกองทุนและองค์กรอื่นๆ 5) การสร้างนวัตกรรมสุขภาพชุมชน และ 6)กิจกรรมไม่สอดคล้องกับนโยบายระดับประเทศ

การพัฒนารูปแบบการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับของถิ่นองค์การบริหารส่วนตำบลขี้เหล็ก จังหวัดร้อยเอ็ด เกิดกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องภายใต้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ จำนวน 2 วงจร ดังนี้



รูปแบบการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น
องค์การบริหารส่วนตำบลขี้เหล็ก อำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด

วงจรที่ 1 : การพัฒนารูปแบบการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับของถิ่นองค์การบริหารส่วนตำบลขี้เหล็ก จังหวัดร้อยเอ็ด (ตุลาคม 2564 - มีนาคม 2565) กิจกรรมการพัฒนา ดังนี้

1. ประชุมชี้แจงทีมผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลเพื่อสร้างความตระหนักในรูปแบบการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นองค์การบริหารส่วนตำบลขี้เหล็ก จังหวัดร้อยเอ็ด

กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่ สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลที่สภามอบหมาย หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่คัดเลือกกันเอง ผู้แทนหมู่บ้านที่ประชาชนในหมู่บ้านคัดเลือกกันเอง ปลัดเทศบาลตำบล อนุกรรมการ ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ใหญ่บ้าน ตัวแทนกลุ่มแม่ และเด็ก ตัวแทนกลุ่มผู้สูงอายุ ตัวแทนกลุ่มคนพิการตัวแทนกลุ่มผู้ประกอบอาชีพที่มีความเสี่ยงตัวแทนกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ตัวแทนครูโรงเรียนในเขตพื้นที่ รวม 48 คน

2. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการภายในให้ความรู้เกี่ยวกับการบริหารจัดการกองทุนฯ

3. เพิ่มสมรรถนะคณะกรรมการกองทุนฯ ทั้งด้านความรู้และทักษะการค้นหาปัญหา และวิเคราะห์ปัญหาในพื้นที่โดยการจัดประชุม/อบรมภายใน และส่งประชุม/อบรมภายนอก

4. การประชาสัมพันธ์เชิงรุกเกี่ยวกับขั้นตอนการดำเนินงานของกองทุนฯ ให้ทุกกลุ่มเข้าถึงการให้บริการของกองทุนฯ

จากการดำเนินงานในระยะที่ 1 พบว่า คณะกรรมการกองทุนมีความตื่นตัวและตระหนักในการค้นหาปัญหา และวิเคราะห์ปัญหาในพื้นที่ อย่างไรก็ตามจากการดำเนินงานระยะที่ 1 พบปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับความหลากหลากหลายในการใช้เครื่องมือในการเขียนโครงการเพื่อนำเสนอปัญหาเข้าสู่การพิจารณาของคณะกรรมการกองทุนฯ ไม่ถูกต้องเหมาะสม และไม่เป็นตามเงื่อนไขของกองทุนฯ

วงจรที่ 2 : การพัฒนารูปแบบการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับของถิ่นเทศบาลตำบลปอภารและเครือข่ายบริการ (เมษายน - กันยายน 2565) กิจกรรมการพัฒนา ดังนี้ (1) ประชุมชี้แจงคณะกรรมการกองทุนฯ (2) ประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ให้เข้าร่วม โดยใช้ช่องทางต่าง ๆ เช่น ติดแผ่นป้ายประชาสัมพันธ์ในชุมชน กระจายเสียงในหอกระจายข่าวของหมู่บ้าน เสียงทางวิทยุชุมชนและให้ข้อมูลผ่านอาสาสมัครสาธารณสุข และ (3) จัดอบรมให้ความรู้และทักษะการเขียนและพัฒนาโครงการฯแก่เครือข่าย

จากการดำเนินงานในระยะที่ 2 พบว่า การดำเนินการเชิงรุกในระดับชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงบริการบริการของกองทุนฯ โดยความร่วมมือกับอาสาสมัครสาธารณสุข โรงพยาบาลลูกข่ายองค์กร/หน่วยงานในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องมีความชัดเจนและปฏิบัติได้จริง บุคลากรผู้ให้บริการ และผู้เกี่ยวข้องมีความรู้และทักษะการเขียนโครงการฯ เบื้องต้นมากขึ้น รวมทั้งระบบให้คำปรึกษา และการประสานงาน ระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและเทศบาลตำบลปอภารมีความชัดเจน และสะดวกมากขึ้น

การประเมินผล (เดือนกันยายน 2565) โดย

ขั้นตอนที่ 1 การจัดประชุมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของคณะกรรมการ อนุกรรมการกองทุนและตัวแทนกลุ่มต่างๆ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพ เพื่อร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดำเนินงานแก้ไขปัญหาและพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลตามแผนปฏิบัติการ โดยถอดบทเรียนหาปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัญหา อุปสรรค นำข้อมูลไปวางแผนแก้ไขปัญหาและพัฒนากองทุนในรอบต่อไป โดยใช้เทคนิคกระบวนการสนทนากลุ่ม ได้ดำเนินการในวันที่ 9 กันยายน 2565 ณ ห้องประชุมเทศบาลตำบล ปอภาร ผลการประชุมพบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การมีส่วนร่วมของเครือข่ายทุกภาคส่วนในชุมชน ทุกคนให้ความร่วมมือในขั้นตอนต่างๆ โดยเฉพาะผู้บริหารและคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ได้ร่วมคิดร่วมวางแผนร่วมปฏิบัติและร่วมแก้ไขพัฒนากระบวนการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพคณะกรรมการ อนุกรรมการกองทุนและตัวแทนกลุ่มต่างๆ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพ อีกทั้งมีการร่วมการเสนอแผนงานโครงการการสร้างการรับรู้ การประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนได้เข้าถึงการดำเนินงานของกองทุน ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นคือคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ บางคนละเลยไม่ปฏิบัติตามหน้าที่ที่ได้รับการแต่งตั้งมอบหมาย คณะกรรมการและคณะอนุกรรมการกองทุนมีภาระหน้าที่งานประจำอื่นที่ต้องรับผิดชอบทำให้ประสิทธิภาพของการทำงานลดลง การประชาสัมพันธ์

เกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุนและการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนให้ประชาชนรับรู้ยังมีน้อย และปัญหาอุปสรรคที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ การดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีความซับซ้อน ยุ่งยากในการเสนอแผนงานโครงการฯ ต้องผ่านกระบวนการหลายขั้นตอน ตั้งแต่เสนอให้คณะกรรมการของกองทุนอนุมัติแล้วยังต้องเสนอไปที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอนุมัติอีกครั้ง ซึ่งแผนงานโครงการฯ ยังต้องอิงกฎหมาย ระเบียบ ประกาศของกองทุนหลักประกันสุขภาพอีกด้วยทำให้เกิดการทำงานที่ไม่มีความคล่องตัว ทำให้ไม่ต้องการใช้งบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพในการดำเนินงานจัดทำแผนงานโครงการ

ขั้นตอนที่ 2 การเปรียบเทียบผลของกระบวนการดำเนินงาน ก่อนและหลังการพัฒนากองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลขี้เหล็ก ระดับความรู้เกี่ยวกับกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นก่อนและหลังการพัฒนาของคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการกองทุน และตัวแทนกลุ่มต่างๆ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพ พบว่า คณะกรรมการ คณะอนุกรรมการกองทุน และตัวแทนกลุ่มต่างๆ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพ มีระดับความรู้เกี่ยวกับกองทุนและการบริหารจัดการกองทุนก่อนการพัฒนาอยู่ที่ระดับปานกลาง จำนวน 36 คน (ร้อยละ 75.00) และหลังการพัฒนาอยู่ที่ระดับดี จำนวน 47 คน (ร้อยละ 97.92)

การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นโดยรวมและรายด้าน ก่อนและหลังการพัฒนาของคณะกรรมการ อนุกรรมการกองทุน และตัวแทนกลุ่มต่างๆ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพ พบว่า คณะกรรมการอนุกรรมการกองทุนและตัวแทนกลุ่มต่างๆ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุน โดยรวมและรายด้าน 4 ด้าน คือ ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการสร้างนวัตกรรมก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับน้อย ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผลอยู่ในระดับปานกลาง หลังการพัฒนา มีคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุน โดยรวมและรายด้าน 3 ด้าน คือด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ และด้านการมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์อยู่ในระดับมาก การมีส่วนร่วมในการประเมินผล และการมีส่วนร่วมในการสร้างนวัตกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งเพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น โดยรวมและรายด้านก่อนและหลังการพัฒนาของคณะกรรมการ อนุกรรมการกองทุนและตัวแทนกลุ่มต่างๆ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพ พบว่า คณะกรรมการอนุกรรมการกองทุน และตัวแทนกลุ่มต่างๆ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพ มีคะแนนการดำเนินงานกองทุน โดยรวมและรายด้าน 2 ด้าน คือ ด้านการบริหารจัดการกองทุน และด้านการมีส่วนร่วม ก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับน้อยและด้านการสร้างนวัตกรรมอยู่ในระดับปานกลาง หลังการพัฒนา มีคะแนนการดำเนินงานกองทุนโดยรวมและรายด้าน 2 ด้าน คือ ด้านการบริหารจัดการกองทุน และด้านการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมากและด้านการสร้างนวัตกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งเพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนาโดยสรุปขั้นตอนของรูปแบบการพัฒนาเครือข่ายในพื้นที่ในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ ซึ่งเริ่มจากการวางแผน การปฏิบัติการ การสังเกต และการสะท้อนผลการปฏิบัติ ได้ผลเป็นกระบวนการของรูปแบบการพัฒนาเครือข่ายในพื้นที่ในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ จำนวน 9 ขั้นตอน คือการศึกษาบริบทของพื้นที่ การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ การจัดเวทีประชุมประชาคม จัดทำแผนงานโครงการ การอบรมพัฒนาศักยภาพ คณะกรรมการ อนุกรรมการ ตัวแทนกลุ่มต่างๆ การศึกษาดูงานกองทุนต้นแบบ การประเมินตนเอง การนิเทศ ติดตามสนับสนุนการดำเนินงานการจัดประชุมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียน การเปรียบเทียบผลของกระบวนการดำเนินงาน

ผลการพัฒนารูปแบบการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นเทศบาลตำบลปอภาร จังหวัดร้อยเอ็ด สรุปได้เป็น 9 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาบริบทของพื้นที่ เป็นการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปเพื่อนำมาเป็นแนวทางการวางแผนการปฏิบัติการ ในการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพ ทำให้ทราบถึงข้อมูลและสภาพทั่วไปของกองทุน ผลการดำเนินงานของกองทุนที่ผ่านมา

ขั้นตอนที่ 2 การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการคณะกรรมการอนุกรรมการกองทุนและตัวแทนกลุ่มต่างๆ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพ เพื่อวางแผนการดำเนินงานโดยวิเคราะห์สถานการณ์ประเมินสภาพปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานกองทุนที่ผ่านมา มากำหนดเป็นแผนปฏิบัติการในการแก้ไขปัญหาและพัฒนาการดำเนินงานกองทุน โดยประยุกต์ใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมและผลการประชุมเชิงปฏิบัติการของคณะกรรมการอนุกรรมการกองทุนและตัวแทนกลุ่มต่างๆ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพ ได้แก่ การอบรมพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการ อนุกรรมการกองทุนและตัวแทนกลุ่มต่างๆ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพ และการศึกษาดูงานกองทุนต้นแบบเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการดำเนินงานพัฒนากองทุน

ขั้นตอนที่ 3 การจัดเวทีประชุมประชาคมจัดทำแผนงานโครงการของคณะกรรมการอนุกรรมการกองทุน และตัวแทนกลุ่มต่างๆ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพในการสร้างเสริมสุขภาพการป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพและการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุกตามประเด็นปัญหาสุขภาพของแต่ละหมู่บ้านที่ได้จัดลำดับความสำคัญของปัญหา มาวางแผนในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ โดยนำมาจัดเป็นแผนงานโครงการ เพื่อแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของแต่ละประเด็นปัญหา ผลการจัดเวทีประชุมประชาคมจัดทำแผนงานโครงการ พบว่า คณะกรรมการ อนุกรรมการกองทุนและตัวแทนกลุ่มต่างๆ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพ ส่วนใหญ่ให้ความสนใจและมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นระดมความคิดเห็นและร่วมดำเนินการในทุกขั้นตอน ซึ่งได้แผนงานโครงการครอบคลุมวัตถุประสงค์ของกองทุนหลักประกันสุขภาพทั้ง 5 หมวดกิจกรรม จำนวน 20โครงการ เพื่อเป็นแผนงานโครงการของกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลขี้เหล็กประจำปีงบประมาณ 2565

ขั้นตอนที่ 4 การอบรมพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการอนุกรรมการกองทุนและตัวแทนกลุ่มต่างๆ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลขี้เหล็ก พบว่า คณะกรรมการอนุกรรมการกองทุนและตัวแทนกลุ่มต่างๆ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลขี้เหล็ก ส่วนใหญ่ มีความรู้ ความเข้าใจในการดำเนินงานกองทุนเพิ่มมากขึ้นจากเดิม สามารถบอกถึงบทบาทหน้าที่ของตนเอง บอกเกี่ยวกับขั้นตอนกระบวนการในการดำเนินงานกองทุนได้ เช่น ขั้นตอนการเบิกจ่ายเงิน ขั้นตอนการจัดทำแผนงานโครงการ การรายงานผลการดำเนินงาน อีกทั้งบทบาทหน้าที่ในการติดตามประเมินผลแผนงานโครงการ

ขั้นตอนที่ 5 การศึกษาดูงานกองทุนต้นแบบ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์พบว่า คณะกรรมการอนุกรรมการกองทุนและตัวแทนกลุ่มต่างๆ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพมีความรู้ ความเข้าใจ ในการดำเนินงานกองทุนในหลายๆ ด้านเพิ่มมากขึ้น เช่น การจัดตั้งกองทุนตามแนวนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายต่างๆ ของชุมชนการมีส่วนร่วมของประชาชนและประโยชน์ที่ประชาชนจะได้รับจากการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพด้านการสมทบงบประมาณจากภาคประชาชน ด้านการสร้างเสริมนวัตกรรมสุขภาพในชุมชนด้านการจัดทำแผนงานโครงการ มีการนำแผนสุขภาพชุมชนมาใช้ซึ่งแผนงานโครงการนั้นได้นำมาปฏิบัติจริง

ขั้นตอนที่ 6 การประเมินตนเองตามแบบประเมินการบริหารจัดการกองทุนจากการประเมินตนเองโดยคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลขี้เหล็กทุกคน ตามแบบประเมินการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พบว่า ได้ระดับคะแนน 70 คะแนน เป็นกองทุนที่มีศักยภาพดี ระดับ A (ระดับคะแนน 70-89) ซึ่งจากการประเมินตนเองในแบบประเมินการบริหารจัดการกองทุน เป็นการประเมินจากการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในภาพรวมของกองทุน และคาดหวังว่าการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ จะบรรลุวัตถุประสงค์ของการบริหารจัดการ

กองทุนตามที่ตั้งเป้าหมายไว้

ขั้นตอนที่ 7 การนิเทศ ติดตาม สนับสนุนการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพโดยคณะกรรมการนิเทศติดตาม สนับสนุนกรบริหารจัดการกองทุนระดับอำเภอ ใช้แบบประเมินตามแบบประเมินการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ทั้ง 3 หมวดกิจกรรม ได้แก่ หมวดการบริหารจัดการกองทุน หมวดการมีส่วนร่วม และหมวดผลลัพธ์ ซึ่งผลการนิเทศติดตามสนับสนุนการบริหารจัดการกองทุน พบว่า ได้ระดับะแนนจำนวน 59 คะแนน เป็นกองทุนที่มีศักยภาพปานกลาง ระดับ B (ระดับคะแนน 50-69)

ขั้นตอนที่ 8 การจัดประชุมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของคณะกรรมการ อนุกรรมการกองทุน และตัวแทนกลุ่มต่างๆ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพ เพื่อร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดำเนินงานแก้ไขปัญหาและพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ ตามแผนปฏิบัติการ โดยถอดบทเรียนหาปัจจัยแห่งความสำเร็จ และปัญหาอุปสรรค นำข้อมูลไปวางแผนแก้ไขปัญหา และพัฒนากองทุนในรอบต่อไป ผลการประชุม พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชน ให้ความสนใจ ให้ความร่วมมือ โดยเฉพาะผู้บริหาร และคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติและร่วมแก้ไขพัฒนากระบวนการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ คณะกรรมการอนุกรรมการกองทุนและตัวแทนกลุ่มต่างๆ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพ มีความสนใจและเรียนรู้ข้อมูลใหม่ๆ เกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุน อีกทั้งต้องมีการสร้างการรับรู้ ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนได้เข้าถึงการดำเนินงานของกองทุน และสำหรับปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ คือ คณะกรรมการ และคณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ บางคนละเลยไม่ปฏิบัติตามหน้าที่ที่ได้รับการแต่งตั้ง เนื่องจากมีภาระหน้าที่งานประจำอื่นที่ต้องรับผิดชอบ ทำให้ประสิทธิภาพของการทำงานลดลง การประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุนและการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนให้ประชาชนรับรู้ยังมีน้อย และปัญหาอุปสรรคที่สำคัญอีก

ประการหนึ่ง คือ การดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีความยุ่งยาก ซับซ้อนในการเสนอแผนงานโครงการ ต้องผ่านกระบวนการหลายขั้นตอน เกิดการทำงานที่ไม่มีความคล่องตัวทำให้ไม่ต้องการใช้งบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพในการดำเนินงานจัดทำแผนงานโครงการซึ่งสามารถสรุปประเด็นปัญหาจากการจัดประชุมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียนได้ 10 ประเด็นพร้อมร่วมเสนอแนวทางการแก้ไขปัญหาเพื่อใช้ในการพัฒนาการดำเนินงานกองทุนต่อไป

ขั้นตอนที่ 9 การเปรียบเทียบผลของกระบวนการดำเนินงานก่อนและหลังการพัฒนากองทุนหลักประกันสุขภาพ มีทั้งหมด 3 ด้าน ดังนี้

1) ระดับความรู้ พบว่า คณะกรรมการ อนุกรรมการกองทุนและตัวแทนกลุ่มต่างๆของกองทุนหลักประกันสุขภาพ มีระดับความรู้เรื่องกองทุนและการบริหารจัดการกองทุน ก่อนการพัฒนาอยู่ที่ระดับปานกลาง และหลังการพัฒนาอยู่ที่ระดับดี

2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ พบว่าคณะกรรมการ อนุกรรมการกองทุนและตัวแทนกลุ่มต่างๆ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนโดยรวม ก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับน้อย และหลังการพัฒนาอยู่ในระดับมาก เพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนา

3) การดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ พบว่า คณะกรรมการ อนุกรรมการกองทุนและตัวแทนกลุ่มต่างๆ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยการดำเนินงานกองทุนโดยรวม ก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับน้อย และหลังการพัฒนาอยู่ในระดับมาก ซึ่งเพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนา

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จ และปัญหาอุปสรรคของรูปแบบการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นองค์การบริหารส่วนตำบลขี้เหล็ก จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามกรอบแนวคิดการวิจัยของรูปแบบการพัฒนาเครือข่ายในพื้นที่ในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ 4 ขั้นตอน ได้แก่

การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) ขั้นสังเกตผลการปฏิบัติงาน (Observation) และขั้นสะท้อนกลับการปฏิบัติ (Reflection) โดยมีปัจจัยแห่งความสำเร็จดังนี้

1. การทำงานแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ โดยภาคีเครือข่ายในชุมชน ทุกภาคส่วนให้ความร่วมมือ ร่วมใจในการพัฒนาการดำเนินงานกองทุน ทั้งการเข้าร่วมประชุมประชาคมจัดทำแผนงานโครงการ การประชุมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดำเนินงานแก้ไขปัญหาและพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ รวมทั้งร่วมแสดงความคิดเห็นในขั้นตอนต่างๆ อีกด้วย

2. การมีความพร้อมในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ โดยมีทั้งคณะกรรมการบริหารจัดการกองทุน และคณะอนุกรรมการกองทุน ซึ่งมาจากภาคีเครือข่ายในหลากหลายภาคส่วนของพื้นที่ เพื่อช่วยในการขับเคลื่อนให้การดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยภาคีเครือในพื้นที่จะเสริมสร้างให้เกิดพลังของชุมชนในด้านสุขภาพที่มีความเข้มแข็งกระตุ้นให้ภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม และการดำเนินงานร่วมกันของภาคีเครือข่าย โดยการเปิดโอกาสให้มีการเสนอแผนงานโครงการด้านสุขภาพโดยประชาชนเพื่อประชาชน ซึ่งเป็นกระบวนการที่ชุมชนมีส่วนร่วมคิด ร่วมค้นหา ร่วมเรียนรู้ ร่วมกำหนดทิศทาง ร่วมจัดกิจกรรมการพัฒนาและร่วมรับผลประโยชน์ให้มากที่สุด

3. การได้รับการสนับสนุนจากคณะผู้บริหารขององค์การบริหารส่วนตำบล ในการสมทบงบประมาณเข้าร่วมการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ รวมทั้งการได้รับการสนับสนุนจากคณะกรรมการกองทุน อนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ที่ให้ความสำคัญในการดำเนินงานของกองทุน โดยมีการร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติ และร่วมแก้ไขพัฒนากระบวนการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สนับสนุนในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชนทำให้สามารถบริหารจัดการได้อย่างเป็นรูปธรรมอย่างต่อเนื่องทุกๆ ปี

สำหรับปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานตามรูปแบบการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นองค์การบริหารส่วนตำบลขี้เหล็ก จังหวัดร้อยเอ็ด มีดังนี้

1. คณะกรรมการ คณะอนุกรรมการกองทุน และตัวแทนกลุ่มต่างๆ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพ ส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพ และไม่เคยเข้าร่วมประชุมสัมมนาหรือแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทำให้ไม่เข้าใจเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ครอบคลุม ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพฯ พ.ศ.2557 อีกทั้งยังมีภาระหน้าที่งานประจำอื่นๆ ที่ต้องรับผิดชอบ ทำให้ประสิทธิภาพของการทำงานร่วมกับกองทุนหลักประกันสุขภาพน้อยลง

2. การเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติฉบับใหม่ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2557 ทำให้ต้องมีการศึกษาทำความเข้าใจ อีกทั้งบางประเด็นยังไม่มีการทำความเข้าใจกันได้ชัดเจน ทำให้ผู้นำไปปฏิบัติไม่สามารถดำเนินการบริหารจัดการกองทุนได้อย่างเต็มที่ ส่งผลทำให้การบริหารจัดการด้านงบประมาณไม่บรรลุวัตถุประสงค์เป็นที่น่าพอใจ ผลการประเมินการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ จึงคงอยู่ในระดับปานกลาง

3. การดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีกระบวนการหลายขั้นตอนในการเสนอแผนงานโครงการต้องเสนอผ่านทั้งคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อีกทั้งยังต้องอิงระเบียบของกองทุนและประกาศของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหลายขั้นตอน ส่งผลให้การทำงานที่ไม่คล่องตัว และล่าช้า ทำให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ไม่ต้องการใช้งบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพในการดำเนินงานจัดทำแผนงานโครงการ

วิจารณ์

ผลการวิจัยครั้งนี้พบผลเช่นเดียวกับการประเมินการบริหารและจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นเทศบาลตำบลบ้านเวียง อำเภอร้องกวาง จังหวัดแพร่ ปัจจัยนำเข้าพบว่า คณะกรรมการกองทุนฯ ส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกองทุนสุขภาพชุมชน ไม่มีความพอเพียงต่อโครงการเสนอมาจากชุมชน ด้านกระบวนการ พบว่า การดำเนินงานเพื่อให้ประชาชนมีความเข้าใจทราบข้อมูลกองทุนฯ น้อยมาก เพราะทราบข่าวสารจากการบอกต่อๆ กัน ด้านการบริหาร และดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ พบว่า คณะกรรมการได้มีกระบวนการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม แต่เนื่องจากประชาชนที่เป็นเจ้าของปัญหายังขาดทักษะการเขียนโครงการ และด้านระบบการติดตาม พบว่า ปัญหาการดำเนินงานคือ เรื่องหลักเกณฑ์แนวทางในการใช้จ่ายงบประมาณเพื่อดำเนินกิจกรรมต่างๆ ยังมีความคลุมเครือไม่ชัดเจนส่งผลต่อการพิจารณาอนุมัติโครงการและควบคุมกำกับของคณะกรรมการฯ[8] ; ปัญหาและอุปสรรคก่อนการพัฒนา ได้แก่ 1) ศักยภาพคณะกรรมการ 2) การกำหนดอำนาจหน้าที่ 3) การสร้างการรับรู้ของชุมชนต่อกองทุน 4) การติดตามประเมินผล 5) การมีส่วนร่วม และ 6) นวัตกรรมสุขภาพชุมชน[9]

รูปแบบการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นครั้งนี้พบผลเช่นเดียวกับการศึกษาของเทศบาลตำบลตาลเลียน อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี พบว่ารูปแบบฯ ประกอบด้วย 1) วิเคราะห์สภาพปัญหา 2) กระบวนการสนทนากลุ่ม และสังเคราะห์แนวทาง 3) ทำแผนปฏิบัติการ 4) ปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ 5) นิเทศและประเมินผล และ 6) สรุปและข้อเสนอแนะ[9]; โมเดล (NAMMONG Model) ดังนี้ 1) Need คือ ความต้องการ 2) Ability คือการพัฒนาศักยภาพ 3) Money คืองบประมาณ 4) Motivation คือการเสริมพลัง 5) Organization คือ ผู้บริหารสูงสุดขององค์กรเห็นความสำคัญและให้ความร่วมมือ 6) Network คือ การสร้างเครือข่าย 7) Good Governance คือ การบริหารจัดการที่ดี โดยสรุป ปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานครั้งนี้ คือ การสร้างกลไกให้เกิดความเข้าใจ และการมีส่วนร่วมจริงของประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพและทีมคณะกรรมการ เพื่อมุ่งสู่เป้าหมายร่วมกันบนการใช้ฐานข้อมูลในพื้นที่ในการขับเคลื่อน[10]

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการประเมินผลการจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในจังหวัดนครราชสีมาพบว่า ด้านบริบท การจัดสรรเงินการจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติภายในหน่วยงานเป็นไปตามระเบียบหลักเกณฑ์การจัดสรรเงิน Fixed cost ด้านปัจจัยนำเข้า การบริหารจัดการเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติชัดเจนมีความชัดเจนนการดำเนินงาน ด้านกระบวนการ ผู้นำไปปฏิบัติสามารถนำเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไปใช้ในการดำเนินงานต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม และด้านผลลัพธ์ การบริหาร จัดการเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นไปตามวัตถุประสงค์ ทั้งนี้การประเมินผล โดยภาพรวมอยู่ที่ระดับประสิทธิภาพดีมาก (Mean=4.21, SD.=0.69) ส่วนคู่มือการปฏิบัติงานด้านการเงิน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา สามารถเป็นต้นแบบในการปฏิบัติงานด้านการเงินได้เป็นอย่างดีข้อเสนอแนะ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรจัดอบรมเพิ่มเติมความรู้เกี่ยวกับการเงินการคลังให้กับบคลากรอย่างต่อเนื่อง[11]; หลังการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการบริหารกองทุน มีความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานเชิงกลยุทธ์ การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเชิงกลยุทธ์ความพึงพอใจในการดำเนินงานเชิงกลยุทธ์ และความสามารถในการดำเนินงานเชิงกลยุทธ์เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาศักยภาพ ผลการวิเคราะห์เนื้อหา พบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จ ได้แก่ การมีสวนร่วมการสร้างภาคีเครือข่าย การส์ร้างความรู้ความเข้าใจ กรประชาสัมพันธ์และการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำรูปแบบการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการกองทุนไปประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นในพื้นที่อื่นๆ ได้[12] และเช่นเดียวกับผลการศึกษาประสิทธิผลการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลโคกพระเจดีย์ อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม

โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean =3.79, SD. = 1.32) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ประสิทธิผลการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การทุกด้านอยู่ในระดับมากได้แก่ ด้านบริการส่งเสริมสุขภาพ (Mean=3.58, SD.= 0.34) ด้านป้องกันโรค (Mean =3.78, SD.=0.41) ด้านฟื้นฟูสมรรถภาพ (Mean=3.71,SD.=1.46) และด้านปฐมภูมิเชิงรุก(Mean=3.60, SD.=0.41) ทุกด้านอยู่ในระดับมากตามลำดับ[13]

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ดังนี้ 1) ด้านการประชาสัมพันธ์กองทุนหลักประกันสุขภาพควรมีการให้ความรู้ความเข้าใจการประชาสัมพันธ์ บทบาทหน้าที่ของกองทุนหลักประกันสุขภาพ การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร โครงการต่าง ๆ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพ และการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนให้กับประชาชนได้รับทราบข้อมูลขาวสาร เป็นประจำและต่อเนื่อง ผ่านสื่อต่าง ๆ ในหลายช่องทางไม่ว่าจะเป็นการประชาสัมพันธ์ทางแผ่นพับ ปฏิทิน และทาง Web site ของหน่วยงาน 2) ด้านการมีส่วนร่วมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพควรมีส่วนร่วมกับหน่วยบริการสาธารณสุขในชุมชน ผู้นำท้องถิ่น องค์การบริหารส่วนตำบลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในกิจกรรมโดยให้คณะกรรมการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรค การเพิ่มทักษะในการร่วมคิด ร่วมวางแผนโครงการต่าง ๆ การคัดเลือกและสรรหาคณะกรรมกองทุนหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนในพื้นที่ทราบ และ 3) ด้านการติดตามประเมินผล กองทุนหลักประกันสุขภาพควรแต่งตั้งคณะกรรมการในการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานขององค์การบริหารส่วนตำบลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้ผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจ และประสบการณ์ในการทำการประชาสัมพันธ์ การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติด้านการประเมินผลการดำเนินงานของคณะกรรมการ และการเขียนรายงานความก้าวหน้าของกองทุน อย่างเป็น

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป 1) ควรทำวิจัยเกี่ยวกับ ด้านการประชาสัมพันธ์ของคณะกรรมการกองทุนโดยการใช้สื่อและช่องทางการประชาสัมพันธ์ของคณะกรรมการที่มีความหลากหลายและเข้าใจง่าย และ 2) ควรทำศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการกองทุนกับหน่วยบริการสาธารณสุขในชุมชน ผู้นำท้องถิ่นและหน่วยงานอื่น ๆ ในการคัดเลือกและสรรหาคณะกรรมการเพื่อวางแผนร่วมคิดร่วมตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆของกองทุนหลักประกันสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). คู่มือปฏิบัติงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดแสงจันทร์การพิมพ์; 2562.
2. พงษ์พิพัฒน์ ชุ่มสีดา. ประสิทธิผลของการบริหารแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ของสาธารณสุขอำเภอในจังหวัดนครราชสีมา [วิทยานิพนธ์]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2559.
3. อรจิตต์ บำรุงสกุลสวัสดิ์ และคณะ. คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (long Term Care) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ 2559 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.); 2564 [เข้าถึงเมื่อ 28 สิงหาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: http://www.dop.go.th/download/knowtedge/th1552463947-147 O.pdf.
4. สุรชัย เทียมพูล. ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพการบริหารกองทุนตำบลหนองม่วง อำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว [วิทยานิพนธ์]. ฉะเชิงเทรา: มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์; 2560.
5. ณิชนันท์ งามน้อย, พีระพล รัตนะ. ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดนนทบุรี. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2559:10:96-105.

6. บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลสำหรับวิจัย. กรุงเทพฯ: จามจุรี; 2549.
7. ชูศรี วงศ์รัตนะ. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: เทพเนรมิตการพิมพ์; 2546.
8. นิกร พรมท้าว, สุวรัฐ แลสันกลาง. การประเมินการบริหารและจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นเทศบาลตำบลบ้านเวียง อำเภอร้องกวาง จังหวัดแพร่. วารสารวิชาการวิทยาลัยบริหารศาสตร์. 2562;2(2):1-14.
9. ปวรรณรัตน์ หอมหวน, เรือน สมณะ, อัจฉรา จินวงษ์. การพัฒนาการจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น โดยใช้หลักการบริหารอย่างมีธรรมาภิบาลของเทศบาลตำบลตาลเลียน อำเภอกุดจับ จังหวัด อุดรธานี. วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม. 2559;6(2):114-22.
10. สามารถ พันธ์สระคู, วรพจน์ พรหมสัตยพรต, กฤษณ์ ขุนลึก. รูปแบบการพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลน้ำโมงอำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 2560;36(2):223-34.
11. รัชนี อนุตรวิชา. การประเมินผลการจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. 2564;7:176-93.
12. ธนศักดิ์ ธงศรี, ภัทรภร เจริญบุตร, เผ่าไทย วงษ์เหลา. รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดำเนินงานเชิงกลยุทธ์ของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลโคกก่องอำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี. 2561;7(2):46-57.
13. พระมหาฉัตร กตสาโร (มาสวัสดิ์). ประสิทธิผลการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลโคกพระเจดีย์ อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม. [สารนิพนธ์]. พระนครศรีอยุธยา: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย; 2561.

ผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลทางไกลกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2

The Effect of Telenursing program with Glycemic Control in Type 2 Diabetes Mellitus Patients

นิยม ประโกสันตัง*

Niyom Pragosuntung

Corresponding author: E-mail: pathum.qic@gmail.com

(Received: April 3, 2024; Revised: April 10, 2024; Accepted: May 10, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลทางไกลกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอปทุมรัตต์ จังหวัดร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ชนิด 2 กลุ่มวัดก่อน-หลัง (Two groups pre-post test design)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ส่งต่อไปรับการดูแลต่อเนื่องที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3 แห่งในอำเภอปทุมรัตต์ คัดเลือกโดยวิธีจำเพาะเจาะจง จำนวน 64 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 32 ราย และกลุ่มทดลอง 32 ราย เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2566 ถึง กุมภาพันธ์ 2567 เก็บรวมรวมข้อมูลโดยใช้ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน 3) แบบบันทึกค่า HbA1C จากเวชระเบียน และ 4) รูปแบบการพยาบาลทางไกล หาค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามโดยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาร์คได้ .80 และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Independent t -test

ผลการการวิจัย : ภายหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลทางไกลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย HbA1C ของกลุ่มทดลอง 6.95(SD.±0.79) mg% พบว่าลดลงแตกต่างจากกลุ่มควบคุม 7.30(SD.±1.51) mg% อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .05$) ส่วนในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติไม่พบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย HbA1C

สรุปและข้อเสนอแนะ : รูปแบบการพยาบาลทางไกล สามารถนำไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ที่อยู่ในชุมชน ให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้ ซึ่งควรมีการติดตามผลในระยะยาว รวมถึงควรมีการประเมินผลในมิติอื่นๆ เช่นการวัดความพึงพอใจ ต้นทุนบริการและสมรรถนะของพยาบาลในการให้บริการทางไกล เพื่อพัฒนาระบบบริการพยาบาลให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้นในอนาคต

คำสำคัญ : การพยาบาลทางไกล; การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด; เบาหวานชนิดที่ 2

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลปทุมรัตต์

Abstract

Purposes : This research aimed to study the effect of Tele-nursing program on the glycemic control level in Type 2diabetes patients at the Health Promoting Hospital, Pathumrat District, Roi Et Province.

Study design : Quasi-Experimental research, Two groups pre-post test design.

Materials and Methods : The sample group consists of type 2 diabetic patients who were referred for continuous care at three subdistrict health promotion hospitals in Pathumrat district. A total of 64 participants were selected through purposive sampling, with 32 in the control group and 32 in the experimental group. Data was collected during November 2023 to February 2024. The research tools used included 1) A questionnaire on demographic data 2) a questionnaire on health behavior for diabetic patients 3) The glycemic control level was collected data from medical records and 4) Tele-nursing care program as an experimental instrument. The content validity index of .90 and reliability was assessed using cronbach's alpha coefficient was .80. The data were analyzed using descriptive statistics and Independent t-test.

Main findings : The results showed that after using the telenursing program with type 2 diabetic patients, it was found the mean score of health behaviors in the experimental group was significantly higher than the control group ($p<.01$). Additionally, the mean HbA1C level in the experimental group was 6.95 (SD.±0.79) mg%, which significantly decreased compared to the control group 7.30(SD.±1.51)mg% ($p<.05$). However, in the group receiving normal care, there was no significant difference in the mean HbA1C level.

Conclusion and recommendations : The Tele-nursing program is recommended for health behavior modification. In addition, it can be used for diabetic patients who have uncontrolled blood sugar in the community. There should be long-term follow-up of the results of using the tele-nursing program and the effectiveness in other dimensions, such as patient satisfaction, unit cost and nurses' competence in Tele-nursing. To improve and develop a nursing service system to be more efficient in the future.

Keywords : Tele-nursing; Glycemic control: Type 2 diabetes mellitus

* Registered Nurse, Professional Level, Pathumrat Hospital.

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของโลก จากข้อมูลองค์การอนามัยโลกพบว่าในปี พ.ศ.2565 มีประชากรทั่วโลกป่วยเป็นเบาหวาน 422 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2588 จะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 642 ล้านคน[1] จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่ายกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ.2562-2563 พบว่าความชุกของโรคเบาหวานในประชาชนอายุ มากกว่า 15 ปี มีความชุกเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ.2557 จากร้อยละ 8.9 เป็นร้อยละ 9.5 ซึ่งมีการเพิ่มขึ้นทุกปี[2] และอันดับการเสียชีวิตของคนไทยในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีสถิติการเสียชีวิตจากโรคเบาหวานต่อประชากรแสนคนเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในปี พ.ศ.2562 - 2565 มีอัตราเท่ากับ 14.93, 17.53, 17.83 และ 21.17 ตามลำดับ ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมาย คือมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) มากกว่าร้อยละ 7 จะส่งผลกระทบทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อตัวผู้ป่วยตามมา[3] ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดขนาดเล็ก เช่น โรคจอประสาทตาเสื่อม ไตวายเรื้อรัง โรคของเส้นประสาท ภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดขนาดใหญ่ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหลอดเลือดส่วนปลายอุดตัน เป็นต้น นอกจากผลกระทบต่อตนเองแล้วยังส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขคือทำให้สูญเสียทรัพยากรและงบประมาณในการดูแลรักษาเบาหวานมากขึ้น

ข้อมูลการรายงานสภาวะสุขภาพของประชาชนในจังหวัดร้อยเอ็ด ในปี พ.ศ.2565 มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานสะสม จำนวน 80,639 ราย ในปี พ.ศ.2564-2566 มีผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ร้อยละ 22.47, 26.50 และ 26.04 ตามลำดับ[4] ด้านสถานการณ์โรคเบาหวานในอำเภอปทุมรัตต์ มีผู้ป่วยโรคเบาหวานตั้งแต่ปี พ.ศ.2564-2566 จำนวน 2,933 คน 3,320 คน และ 3,525 คน ตามลำดับ ซึ่งมีผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จาก กลุ่มเสี่ยงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ.2564-2566 ร้อยละ 2.47, 1.75 และ 2.64 ตามลำดับ ในขณะที่มีผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ที่มีค่า HbA1C<7 mg/dl ได้เพียงร้อยละ 18.26, 23.70 และ16.43 ตามลำดับ[5] ซึ่งถือว่ายังไม่บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้คือร้อยละ 50 รูปแบบในการจัดบริการตรวจรักษาในคลินิกเบาหวานของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปทุมรัตต์ มีการแบ่งลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ออกเป็น 3 กลุ่มสี ได้แก่ กลุ่มสีเขียว กลุ่มสีเหลืองและกลุ่มสีแดง จัดบริการโดยการนัดให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์เดือนละ 1 ครั้ง หากผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการของโรคได้ดีแพทย์จะนัดมาเพื่อติดตามอาการ ทุก 2-3 เดือน ส่วนในการดูแลรักษาโรคเบาหวานร่วมกับเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละแห่งมีการส่งผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ให้ไปรับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน โดยการสนับสนุนยาและเวชภัณฑ์จากโรงพยาบาลปทุมรัตต์ ปัจจุบันการถ่ายโอนภารกิจของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปสังกัดกับองค์การบริหารส่วนจังหวัด ผู้ป่วยเบาหวานได้ถูกส่งกลับมารักษาในคลินิกโรคเบาหวานในโรงพยาบาล ทำให้เกิดความแออัดระยะเวลารอคอยเฉลี่ย 3-4 ชั่วโมง

จากปัญหาในการจัดบริการดังกล่าว คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ ได้มีนโยบายในการแก้ไขวางแผนส่งผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ไปรับการรักษาต่อเนื่องในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพแต่ละแห่งจำนวน 12 แห่ง ในปีงบประมาณ พ.ศ.2567 เพื่อลดความแออัดและลดระยะเวลารอคอยผู้มารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย สะดวก โดยในปัจจุบันมีการนำรูปแบบการนำเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เข้ามาให้บริการร่วมด้วยซึ่งจากการศึกษาของรัฐศาสตร์ สุดหนองบัว[6] พบว่า การตรวจผ่านระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) และการตรวจแบบดั้งเดิมในผู้ป่วยเบาหวานมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) และค่าเฉลี่ยน้ำตาลขณะอดอาหาร (Fasting Plasma Glucose) ไม่แตกต่างกัน ซึ่งในงานวิจัยของธัญญลักษณ์ แซ่อึ้ง[7] พบว่า การตรวจติดตามแบบบูรณาการผ่านระบบการดู และสุขภาพทางไกล (Telehealth) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ที่ใช้อินซูลินสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลรักษาโรคเบาหวานและผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น จะเห็นว่าในยุคของการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมดิจิทัลมากขึ้น บุคลากรสาธารณสุขจำเป็นต้องมีการปรับตัวเพื่อให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลง ในการจัดบริการระบบการแพทย์ทางไกลนอกจากวิชาชีพแพทย์แล้ว พยาบาลนับเป็นวิชาชีพที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยใกล้ชิด ปัจจุบันมีการเพิ่มบทบาทของการพยาบาลทางไกล (Tele-nursing) ซึ่งสภาการพยาบาลมีนโยบายในการสนับสนุนการจัดระบบบริการพยาบาลทุกรูปแบบที่ให้การพยาบาล แก่ประชาชนอย่างต่อเนื่องมีคุณภาพได้มาตรฐาน มีความตระหนักในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของประชาชนอย่างทั่วถึง และเท่าเทียม ประชาชนสามารถดูแลและจัดการสุขภาพตนเองได้ ประกอบกับ ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ทำให้มีความจำเป็นที่ต้องพัฒนาระบบบริการการพยาบาลทางไกล เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลทางไกลสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ โดยมติคณะกรรมการสภาการพยาบาลในการประชุมครั้งที่ 11/2563 เมื่อวันที่ 16 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2563 และได้ออกประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง แนวทางการพยาบาลทางไกล (Tele -nursing)[8] ในราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 138 ตอนพิเศษ 33 ง วันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2564 ในประกาศฉบับนี้ ให้ความหมายของการพยาบาลทางไกลไว้ว่า เป็นการพยาบาลและการผดุงครรภ์เพื่อให้คำปรึกษาและแก้ปัญหาเกี่ยวกับสุขอนามัยภายใต้กรอบความรู้แห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ โดยนำระบบดิจิทัลมาใช้ในการให้บริการ ทั้งนี้ โดยความรับผิดชอบของผู้ให้การพยาบาลทางไกล หมายถึงผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลชั้นหนึ่งหรือผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพจากสภาการพยาบาลและปฏิบัติงานในสถานพยาบาล มีความรู้และทักษะการพยาบาลทางไกลตามที่สภาการพยาบาลกำหนดส่วนผู้รับการพยาบาลทางไกลหมายถึงบุคคลที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องและหรือการดูแลระยะยาวจากสถานพยาบาล โดยมีแนวทางปฏิบัติการให้การพยาบาลทางไกล ดังนี้ 1) ต้องมีการยืนยันตัวตนของผู้ให้การพยาบาลทางไกลและผู้รับการพยาบาลทางไกลภายใต้มาตรฐาน 2) สารสนเทศของสถานพยาบาลนั้น 3) ประเมินผู้รับการพยาบาลทางไกลโดยการทบทวนจากประวัติสุขภาพเดิมและประเมินภาวะสุขภาพเพิ่มเติม 4) วิเคราะห์ข้อมูลและวินิจฉัยการพยาบาล โดยประเมินอาการและความรุนแรง ความเสี่ยง ข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพ และเกณฑ์ที่สภาการพยาบาลประกาศ 4) วางแผนการพยาบาลและให้การพยาบาล จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล 5) บันทึกการพยาบาลทางไกลที่ให้แก่ผู้รับการพยาบาลทางไกล 6) ประเมินผลการให้การพยาบาลทางไกล และ 7) ประสานการส่งต่อเมื่อประเมินแล้วพบว่าผู้รับการพยาบาลทางไกลควรไปรับบริการในสถานพยาบาลที่มีศักยภาพที่เหมาะสมกับอาการหรือปัญหาสุขภาพของผู้รับการพยาบาลทางไกล สรุปได้ว่า การพยาบาลทางไกลจึงเป็นรูปแบบของการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการให้บริการทางการพยาบาลแก่ผู้มารับบริการด้วยระบบทางไกลร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยปัญหาการพยาบาล การวางแผนทางการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลลัพธ์ของการพยาบาลอย่างเป็นองค์รวม

การพยาบาลทางไกลจึงเป็นอีกช่องทางสำหรับดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เป็นระบบที่เข้าถึงง่าย เป็นการสื่อสารสองทางทั้งภาพและเสียง สามารถเสริมสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยเบาหวานและดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพได้ เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งจากงานวิจัยของ Yang S, et al[9] พบว่า การพยาบาลทางไกลช่วยลดระดับ HbA1C ในผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Shahsavari and Bavarsad[10] พบว่า การพยาบาลทางไกลโดยใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนและติดตามทางโทรศัพท์ มีผลทำให้ลดระดับของ HbA1C และค่าดัชนีมวลกายลดลงอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้กับงานวิจัยของสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ[11] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการให้บริการวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยโรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวาน และความดันโลหิตสูง) พบว่ารูปแบบการให้บริการวิถีใหม่ในอนาคตทำให้ประชาชนเข้าถึงจุดตรวจ คัดกรองได้ง่าย

มีจุดคัดกรองที่มีอุปกรณ์การตรวจที่เพียงพอและอยู่ใกล้บ้านและต้องทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงเพิ่มขึ้นด้วย อย่างไรก็ตาม การมีเทคโนโลยีที่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ง่ายสะดวก ผู้ป่วยต้องมีเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองด้วย จึงจะทำให้สามารถควบคุมอาการของโรคได้ ปัจจุบันหน่วยบริการต่างๆมีการให้สุขศึกษาโดยเจ้าหน้าที่อย่างต่อเนื่องในการติดตามอาการทุกครั้งที่มารับบริการที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แต่ยังพบปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้ จากการศึกษาของจิตราวดี สอนวงศา[12] พบว่าผู้ที่มีภาวะเบาหวานควบคุมไม่ได้ขาดความตระหนักในการจัดการอาหารให้เหมาะสมกับโรคเนื่องจากอยู่ในวัยทำงาน และอาชีพที่ต้องใช้แรงงานต้องบริโภคอาหารเพื่อให้มีกำลัง โดยเฉพาะข้าวเหนียวเป็นอาหารที่ประกอบด้วยน้ำตาลสูง ประกอบกับไม่มีเวลามาจัดการพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้มากนัก จึงส่งผลให้ผู้ที่อยู่ในวัยทำงานมีความคิดว่าการรับประทานอาหารยาก็สามารถควบคุมโรคได้ ยังไม่มีอาการแสดงให้เห็น จึงขาดความตระหนักในการปฏิบัติตนให้เหมาะสมกับการเจ็บป่วยของตนเอง มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่หลากหลาย หนึ่งในแนวคิดทฤษฎีที่นำมาศึกษาวิจัยคือ แนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเอง (Self-management Theory) ของ Kanfer and Gaelick-Buys[13] ซึ่งจะเน้นให้บุคคลมีส่วนร่วมในการคิด วิเคราะห์ วางแผนนำไปสู่การจัดการตนเอง เห็นคุณค่าและตระหนักถึงความสำคัญของพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับปัญหาในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลทางไกล (Tele-nursing) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ส่งไปรับการรักษาต่อเนื่องในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอปทุมรัตต์ จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อจะได้นำผลการวิจัยไปวางแผนการจัดบริการที่เหมาะสมกับบริบทและเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานเข้าถึงบริการได้สะดวกในการรับบริการ ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ตลอดจนสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้ตามเป้าหมายต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลทางไกลกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอปทุมรัตต์ จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ชนิด 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two Groups Pre-Post test Deign) ระยะเวลาดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2566-เดือนกุมภาพันธ์ 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรในการศึกษาครั้งนี้คือผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการส่งต่อไปรักษาต่อเนื่องในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตพื้นที่อำเภอปทุมรัตต์ จังหวัดร้อยเอ็ด คัดเลือกพื้นที่นำร่อง 3 ตำบล ตามพื้นที่การอยู่อาศัยได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสระบัว, โนนสวรรค์ และดู่ใหญ่ จำนวน 64 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด คำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการใช้โปรแกรม G*Power โดยกำหนด ระดับความเชื่อมั่น α =.05 กำหนดค่าอำนาจในการทดสอบ (Power Analysis) = .80 คำนวณขนาดตัวอย่างจากค่าอิทธิพล (Effect Size)=0.5 ค่าเฉลี่ย สองกลุ่มโดยใช้ ผลการศึกษาของจิตรา จันทร์เกตุ[14] ได้ศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรม ส่งเสริมพฤติกรรมการปรับตัวด้านโภชนาการต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดราชบุรี ซึ่งมีตัวแปรที่คล้ายคลึงกัน ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 64 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการพยาบาลปกติ จำนวน 32 ราย และกลุ่มทดลองเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลด้วยรูปแบบการพยาบาลทางไกลที่พัฒนาขึ้น จำนวน 32 ราย โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างตามหมายเลขการจัดเรียงทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยแบบจำเพาะเจาะจง (Purposive Random Sampling) ตามสัดส่วนของผู้ป่วยที่ส่งกลับไปรับยาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสวรรค์ ดู่ฝายใหญ่ และสระบัว

เกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง Inclusion criteria คือ

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษาในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลปทุมรัตต์ที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ตามเกณฑ์อายุมากกว่า 35 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง

2. สามารถเข้าร่วมกิจกรรมครบตามรูปแบบการพยาบาลคลินิกโรคเบาหวานจนเสร็จสิ้นการวิจัย

3. สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยและสื่อสารได้อย่างเข้าใจ

4. กลุ่มตัวอย่างมีผู้ดูแลหรือมีโทรศัพท์และหรือสามารถใช้แอพพลิเคชั่น LINE

เกณฑ์การคัดออก Exclusion criteria คือ

1. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามรูปแบบหรือขอออกจากการวิจัยหรือย้ายภูมิลำเนา

2. มีอาการทรุดลงอยู่ในภาวะวิกฤต

3. มีภาวะแทรกซ้อนหรือผู้ป่วยเสียชีวิต

4. ไม่มีโทรศัพท์ หรือไม่สามารถติดต่อกับผู้วิจัยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ 2 ท่าน มีค่า CVI 0.90 และนำผลการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ หลังจากนั้นนำไปทดลองกับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย เพื่อตรวจสอบความเที่ยงของเนื้อหา (Reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาร์ค 0.80 เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อสอบถามข้อมูลของผู้ป่วย ประกอบด้วย ตัวแปร อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเจ็บป่วยเบาหวาน ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index) โรคประจำตัวอื่น และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลตั้งต้น

ส่วนที่ 2 รูปแบบการพยาบาลทางไกลโดยมีแบบการติดตามทางโทรศัพท์ โดยการติดตามจำนวน 3 ครั้ง ในเดือนที่ 1, 2 และ เดือนที่ 3 โดยใช้เวลา ประมาณ 20 นาที/ครั้ง โดยผู้วิจัยประยุกต์มาจากแนวปฏิบัติการพยาบาลทางไกลในผู้สูงอายุที่บ้านด้วยการจัดการสุขภาพตนเองของกองการพยาบาล[15] บนพื้นฐานความเชื่อด้านการจัดการสุขภาพตนเอง[14] ประกอบด้วย กระบวนการ 5 A ได้แก่ Assess, Advise, Agree, Assist และ Arrange มีความหมายดังนี้

Assess: ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเบาหวาน ความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเอง

Advise: ให้คำแนะนำด้านสุขภาพ เช่นความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น ปรับการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นต้น

Agree: ตกลงบริการ เป็นการตกลงเป้าหมายร่วมกันในการจัดการสุขภาพตนเอง

Assist: ให้การช่วยเหลือ โดนสอน สาธิต ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยเบาหวานผ่านการพยาบาลทางไกล

Arrange: ติดตามผล โดยติดตามการปฏิบัติตนของผู้ป่วยเบาหวานให้เป็นไปตามเป้าหมายที่ตกลงกันไว้

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน โดยประยุกต์แนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเอง (Self-management Theory) ของ Kanfer and Gaelick-Buys[13] มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการควบคุมอาหาร 7 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย 4 ข้อ ด้านการรับประทานยา 6 ข้อ ด้านการจัดการความเครียด 3 ข้อ และด้านพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน 10 ข้อ โดยสอบถามผู้ป่วยเบาหวานว่ามีพฤติกรรมเหล่านี้บ่อยเพียงใดในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขออนุมัติเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลปทุมรัตต์ ประสานงานกับเจ้าหน้าที่คลินิกพิเศษและผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสวรรค์ สระบัว และดู่ฝายใหญ่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ตรวจสอบรายชื่อผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับ

การส่งออกไปรับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพทั้ง 3 แห่งตามเกณฑ์คุณสมบัติคัดเข้า

3. ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจง (Purposive Random Sampling) ตามสัดส่วนของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 3 แห่ง ดังนี้

ชื่อรพ.สต.	ประชากร(คน)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง(คน)
1. รพ.สต. โนนสวรรค์	50	24
2. รพ.สต. สระบัว	40	16
3. รพ.สต. ดู่ฝายใหญ่	70	24
รวม	160	64

4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองผู้ช่วยวิจัย 3 คน โดยการใช้รูปแบบการพยาบาลทางไกลในผู้ป่วยเบาหวาน แบ่ง 2 กลุ่ม ดังนี้

4.1 การพยาบาลปกติ ขั้นตอนการบริการผู้ป่วยเบาหวานในรพ.สต. ได้แก่ ยื่นบัตรที่จุดคัดกรองคลินิกของรพ.สต. ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดความดันโลหิต เจาะเลือดส่งตรวจหาระดับ HbA1C พยาบาลซักประวัติเข้ารับการตรวจกับแพทย์ผ่านระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) พบเภสัชกรให้ข้อมูลเรื่องยา ประสานส่งต่อทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ให้ความรู้คำแนะนำการปฏิบัติตัวและนัดหมายครั้งต่อไป เดือนที่ 4 จะทำการเจาะเลือดส่งตรวจหาระดับ HbA1C และทำแบบสอบถามหลังการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลทางไกลในผู้ป่วยเบาหวาน

4.2 การพยาบาลด้วยรูปแบบการบริการพยาบาลทางไกลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ขั้นตอนการจัดรูปแบบการบริการพยาบาลทางไกลในผู้ป่วยเบาหวาน ดังนี้ 1) พบกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้แก่ ยื่นบัตรที่จุดคัดกรอง ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดความดันโลหิต เจาะเลือดส่งตรวจหาระดับ HbA1C ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และแผนการเข้าร่วมการพยาบาลทางไกล 2) ให้ผู้ป่วยตอบแบบสัมภาษณ์โดยใช้ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน 5 ด้าน พยาบาลให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการจัดการตนเอง 3) พยาบาลซักประวัติ ประเมินอาการ เข้ารับการตรวจกับแพทย์คลินิก NCD ผ่านระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) พบเภสัชกรให้ข้อมูลเรื่องยา ประสานส่งต่อทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง 4) ให้ความรู้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังตรวจและนัดหมายครั้งต่อไปถ้าค่าระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่า 180 mg/dl ติดต่อกัน 2 ครั้ง จะส่งกลับมารักษาที่คลินิกเบาหวานในโรงพยาบาลปทุมรัตต์และติดตามเยี่ยมบ้าน 5) นัดหมายการรับยาผ่านรพ.สต. 6) ผู้วิจัยใช้โทรศัพท์/Line application เพื่อติดตามอาการทุก 1 เดือน เป็นระยะเวลา 3 เดือน และ7) เดือนที่ 4 จะทำการเจาะเลือดส่งตรวจหาระดับ HbA1C และทำแบบสอบถามหลังการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลทางไกลในผู้ป่วยเบาหวาน สิ้นสุดโครงการ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างโดยใช้สถิติวิเคราะห์ด้วย Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมของการวิจัย

ผู้วิจัยได้ขอรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด โดยได้รับการอนุมัติ เลขที่ COE 0992566 วันที่ 18 กันยายน 2566 เมื่อได้รับการพิจารณาแล้ว จึงดำเนินการขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล สำหรับการขอความร่วมมือจากหน่วย

ตัวอย่างนั้น ผู้วิจัยได้อธิบายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ระยะเวลาของการวิจัยและขั้นตอนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์และผลกระทบจากการวิจัยครั้งนี้ พร้อมกับเปิดโอกาสให้หน่วยตัวอย่างซักถามข้อสงสัยต่างๆ จนเกิดความเข้าใจและตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยได้อย่างอิสระ ไม่มีการบังคับหรือข่มขู่ใด ๆ ทั้งสิ้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงลายมือชื่อเข้าร่วมการวิจัยในใบแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยขึ้นอยู่กับความสมัครใจของหน่วยตัวอย่าง และถ้าหน่วยตัวอย่างไม่พอใจที่จะเข้าร่วมการวิจัยต่อไป หน่วยตัวอย่างสามารถออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ซึ่งจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่หน่วยตัวอย่างต้องได้รับตามปกติ โดยข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะถูกเก็บเป็นความลับและจะไม่นำข้อมูลที่ได้รับไปใช้ประโยชน์อื่นนอกเหนือจากวัตถุประสงค์ที่ได้แจ้งให้หน่วยตัวอย่างทราบก่อนการวิจัย

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนส่งต่อไปรับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3 แห่ง จำนวน 64 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 32 คน และกลุ่มควบคุม 32 คน ไม่มีการสูญหายระหว่างการศึกษา ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (79.70%) มีอายุเฉลี่ย 66.18(SD. ±8.61) ปี สถานภาพสมรสคู่ (68.80%) ระดับการศึกษาสูงสุดคือประถมศึกษา (78.10%) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (62.50%) ระยะเวลาการป่วยเป็นเบาหวาน 12.09(SD.±8.03) ปี ดัชนีมวลกาย 23.87(SD.±4.04) มีโรคประจำตัวอื่นนอกจากเบาหวาน (37.50%) ระดับ HbA1C ตั้งต้นเฉลี่ยกลุ่มควบคุม 7.30(SD.±1.66) กลุ่มทดลอง 7.56(SD.±1.44) ซึ่งข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสามารถจำแนกเป็นรายกลุ่มดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทางประชากร		กลุ่มทดลอง(n=32)	กลุ่มควบคุม(n=32)
เพศ	ชาย	9(28.10)	4(12.50)
	หญิง	23(71.90)	28(87.50)
สถานภาพสมรส	โสด	2(6.30)	3(9.40)
	คู่	22(68.80)	18(56.30)
	หม้าย	8(25.00)	11(34.42)
การศึกษาสูงสุด	ประถมศึกษา	25(78.10)	29(9.06)
	มัธยมศึกษา	7(21.90)	3(9.41)
อาชีพ	เกษตรกรรม	20(62.52)	16(50.00)
	ทำงานบ้าน	11(34.41)	13(40.60)
	รับจ้าง	1(3.10)	3(9.40)
อายุ (ปี)		64.96(SD.±8.35)	67.40(SD.±8.83)
ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน		11.68(SD.±7.82)	12.50(SD.±8.34)
ดัชนีมวลกาย (kg/m^2)		24.44 (SD.±4.60)	23.31(SD.±3.36)
มีโรคประจำตัวอื่นร่วม		12(37.50)	11(34.40)
ระดับ HbA1C ตั้งต้น (mg%)		7.56(SD.±1.44)	7.30(SD.±1.66)

การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าก่อนทดลองในทั้งสองกลุ่มมีคะแนนค่าเฉลี่ยการจัดการตนเองไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อสิ้นสุดโครงการพบว่า กลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.013) โดยกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นสูงกว่ากลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองที่ใช้รูปแบบการพยาบาลทางไกล

	กลุ่มทดลอง(n=32)	กลุ่มควบคุม(n=32)	Mean diff.	95%CI	p
ก่อนทดลอง	71.68(SD.±4.67)	72.09(SD.±1.3.82)	0.40	-2.54, 1.72	.705
หลังทดลอง	74.87(SD.±4.09)	72.34(SD.±3.83)	2.53	.54, 4.51	.013

ผลการเปรียบเทียบค่า HbA1C เมื่อสิ้นสุดการศึกษา พบว่าค่าเฉลี่ยของ HbA1C ในกลุ่มควบคุมลดลง 0.03 mg% ส่วนค่าเฉลี่ยของ HbA1C ในกลุ่มทดลอง 0.51mg% เมื่อทดสอบค่าเฉลี่ยของ HbA1C ของกลุ่มทดลองก่อน และหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลทางไกล พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.049) แต่ในกลุ่มควบคุมที่ให้การพยาบาลตามปกติ ไม่พบความแตกต่างกันของค่าเฉลี่ยของ HbA1C ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1C) ของกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองที่ใช้ รูปแบบการพยาบาลทางไกล

	กลุ่มทดลอง(n=32)	กลุ่มควบคุม(n=32)	Mean diff.	95%CI	p
ก่อนทดลอง	7.56(SD.±1.44)	7.33(SD.±1.66)	0.75	-.02, 1.53	.58
หลังทดลอง	6.95(SD.±0.79)	7.30(SD.±1.51)	0.60	-.001, 1.21	.049

วิจารณ์

จากการศึกษาผลการใช้รูปแบบการพยาบาลทางไกลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการส่งต่อไป ดูแลต่อเนื่องที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 3 แห่ง ผู้วิจัยได้อภิปรายตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ว่า กลุ่มที่ใช้รูปแบบการพยาบาลทางไกลมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.01) สอดคล้องการการศึกษาของ กรวิชญ์ ศรีประเสริฐ และคณะ[16] พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการพยาบาลทางไกลจะมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเองของ Kanfer and Gaelick-Buys[13] เป็นกลวิธีที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับการเจ็บป่วยของตนเอง โดยใช้ร่วมกับแนวทางการปฏิบัติการให้การพยาบาลทางไกลตามแนวทางการปฏิบัติของสภาการพยาบาล[8] โดยผู้วิจัยได้ค้นหาสาเหตุและประเด็นปัญหาจากแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งประกอบไปด้วยการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานและวางแผนการให้การพยาบาลทางไกลโดยใช้หลักการ 5A เป็นรายบุคคลมีการติดตามทางโทรศัพท์หรือทาง Line application เป็นระยะ ทำให้ผลการวิจัยครั้งนี้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น รวมถึงผลลัพธ์ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลสะสมในเลือด

ก็บรรลุเป้าหมายด้วยผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของกลุ่มที่ใช้รูปแบบการพยาบาลทางไกลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Sa Yang et al. และ Mamaghani H A, et al.[9,17] พบว่า การพยาบาลทางไกลช่วยลดระดับ HbA1C ในผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Arezoo Shahsavari[10] พบว่าการพยาบาลทางไกลโดยใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนและติดตามทางโทรศัพท์ มีผลทำให้ลดระดับของ HbA1C และค่าดัชนีมวลกายลดลงอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ผลการศึกษาของธัญญาลักษณ์ แซ่ตั้ง[7] พบว่า ผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยการใช้ระบบการติดตามแบบทางไกลและการสะท้อนข้อมูลป้อนกลับอย่างเป็นระบบสามารถลดค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ร้อยละ -1.11 mg% สอดคล้องกับงานวิจัยของเบญจมาศ ถาดแสง และคณะ[18] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการพยาบาลทางไกลสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังพบว่าการเดินทางมารับบริการ มีปัญหาระดับมากและค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการมีปัญหาในระดับปานกลาง และได้กำหนดรูปแบบการพยาบาลทางไกลที่เหมาะสมและเป็นไปตามแนวทางที่สภาการพยาบาลกำหนด

ผลการศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่า การนำแนวทางพยาบาลทางไกล (Tele-nursing) มาใช้กับผู้ป่วยเบาหวานที่ส่งต่อไปรับการดูแลต่อเนื่องที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงได้และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ซึ่งเป็นระบบที่เข้าถึงง่าย สะดวก เป็นการสื่อสารสองทางทั้งภาพ และเสียง สามารถเสริมสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยเบาหวานและดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพได้ เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองโดยพยาบาลที่มีความรู้ความสามารถในการให้คำปรึกษาติดตามเป็นระยะผู้ป่วยได้รับบริการดูแลรักษาพยาบาลที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตของแต่ละชุมชน การพยาบาลทางไกลที่มีคุณภาพสามารถลดการแออัด ลดระยะเวลารอคอย ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้ง่าย และครอบคลุม สามารถจัดการตนเองได้ที่บ้าน เป็นต้นแบบในการจัดบริการแก่ชุมชนอื่นๆได้นำไปประยุกต์ใช้ต่อไปตามความเหมาะสมของพื้นที่

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาติดตามผลการใช้รูปแบบการพยาบาลทางไกลในระยะยาวโดยการวัดผลลัพธ์การดูแลจากระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C)

2. ควรศึกษาผลของการจัดการตนเองร่วมกับการให้การพยาบาลทางไกล ในกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่ต้องได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่องตามบริบทของชุมชน

3. ควรศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับ อสม. ในการติดตามเยี่ยมบ้านเป็นคู่มสุขภาพ โดยพยาบาลในคลินิก NCD ทำหน้าที่เป็นผู้ให้การพยาบาลทางไกล ณ สถานบริการสุขภาพ ผ่าน อสม. เพื่อให้บริการในรายที่ไม่สามารถใช้สมาร์ทโฟนหรือเทคโนโลยีการสื่อสารที่จำเป็นต่อการสนับสนุนการพยาบาลทางไกล

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณทุกท่านที่มีส่วนร่วมทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี พื้นที่ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล ได้แก่ เจ้าหน้าที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลปทุมรัตต์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดูใหญ่ สระบัว และโนนสวรรค์ ตลอดจนผู้เกี่ยวข้องและอาสาสมัครทุกท่านที่ได้เสียสละเวลาและให้ความร่วมมือจนงานวิจัยนี้เสร็จสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Diabetes [Internet]. 2023 [cited 2024 Jan 20]. Available from: https://www.who.int/health-topics/diabetes#tab=tab_1
2. วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรรคเจริญ, วราภรณ์ เสถียรนพเก้า. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2564.

3. ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566. กรุงเทพฯ: บริษัทศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด; 2566.
4. Ministry of Public Health. Health data center [Internet]. 2023 [cited 2024 Jan 20]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11.
5. โรงพยาบาลปทุมรัตต์. รายงานผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 เครือข่ายสุขภาพอำเภอปทุมรัตต์ จังหวัดร้อยเอ็ด. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาลปทุมรัตต์; 2566.
6. รัฐศาสตร์ สุดหนองบัว. การเปรียบเทียบประสิทธิผลของการตรวจผ่านระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) และการตรวจแบบดั้งเดิมในผู้ป่วยเบาหวานเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2567;13(2):200-10.
7. ธัญญาลักษณ์ แซ่ตั้ง. ประสิทธิผลในการควบคุมระดับน้ำตาลโดยการใช้ระบบการติดตามแบบทางไกล และการให้ข้อมูลย้อนกลับอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รักษาด้วยอินซูลินและควบคุมระดับน้ำตาลไม่ถึงเป้าหมาย [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2565.
8. Nursing Council. Announcement of the nursing and midwifery council regarding guidelines for tele-nursing. (Tele-nursing). Royal Gazette. 2565;138(33):49-51.
9. Yang S, Jiang Q, Li H. The role of telenursing in the management of diabetes: A systematic review and meta-analysis. Public Health Nursing. 2019;36:575-86.
10. Shahsavari A, Bavarsad M B. Is Telenursing an Effective Method to Control BMI and HbA1c in Illiterate Patients Aged 50 Years and Older With Type 2 Diabetes? A Randomized Controlled Clinical Trial. Journal Caring Sciences. 2020;9(2):73-9.
11. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์: พัฒนารูปแบบการให้บริการวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวาน และความดันโลหิตสูง). บริษัท สินทวีการพิมพ์ จำกัด; 2565.
12. จิตราวดี สอนวงศา. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้โดยกระบวนการมีส่วนร่วม. วารสารการพยาบาล สุขภาพและการศึกษา. 2563;3:46-55.
13. Kanfer F H, Gaelick-Buys L. Self-management methods. In: Kanfer F H, Goldstein A P (Eds.), Helping people change: A textbook of methods. Pergamon Press; 1991.
14. จิตรา จันทร์เกตุ. ผลลัพธ์ของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการปรับตัวด้านโภชนาการต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดราชบุรี [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยครีสเตียน; 2558.
15. กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการจัดระบบบริการพยาบาลทางไกลในผู้สูงอายุที่บ้านด้วยการจัดการสุขภาพตนเอง. นนทบุรี; 2567.
16. กรวิชญ์ ศรีประเสริฐ, ศิวพร อึ้งวัฒนา, เดชา ทำดี. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองผ่านการพยาบาลทางไกลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะป่วยเบาหวานควบคุมไม่ได้ในชุมชน. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2566;50(3):99-115.
17. Mamaghani H A, Tabrizi F J, Seyedrasooli A, Sarbakhsh P, Gargari R B, Zamanzadeh V, et al. Effect of Empowerment Program with and without Telenursing on Self Efficacy and Glycosylated Hemoglobin Index of Patients with Type-2 Diabetes: A Randomized Clinical Trial. Journal of Caring Sciences. 2021;10:22-8.

18. เบญจมาศ ถาดแสง, ปิยะพันธุ์ นันตา, นภาพร วงศ์วิวัฒนนุกิจ, เพลินจิต คำเสน, สุทธิลักษณ์ จันทะวัง. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลทางไกลสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา. 2567;32:76-86.

การพัฒนาแนวทางการควบคุมและป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในหญิงตั้งครรภ์โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

The Development of Guideline for Anemia Prevention and Solution on Iron Deficiency Anemia in Pregnant Women Chaturapakphiman Hospital, Roi-Et

ชิตชนัญ โพธิ์ชัยหล้า*

Chitchanan Pochailar

Corresponding author: E-mail: chitchanun.sa@gmail.com

(Received: April 4, 2024; Revised: April 11, 2024; Accepted: May 11, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเอง และค่าฮีมาโตคริตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางก่อนและหลังได้รับแนวทางการควบคุมและป้องกันโลหิตจาง

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนหลังการทดลอง (Pretest- posttest design)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางที่มาฝากครรภ์โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมานที่มีคุณสมบัติในการคัดเข้า (Inclusion criteria) จำนวน 22 ราย ระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่เดือนมกราคม-เดือนพฤศจิกายน 2566 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบบบันทึก และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และPaired t-test

ผลการวิจัย : หญิงตั้งครรภ์พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อลดภาวะโลหิตจางมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.001) โดยมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมเพิ่มขึ้น 1.63 คะแนน (95%CI: 1.32, 1.94) และหญิงตั้งครรภ์มีค่าเฉลี่ยค่าฮีมาโตคริตมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมเพิ่มขึ้น 1.63 คะแนน (95%CI: 1.69, 5.57)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าแนวทางที่พัฒนาขึ้นส่งผลให้พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การกินยาเสริมธาตุเหล็ก และเพิ่มความเข้มข้นของเลือดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะโลหิตจางได้

คำสำคัญ : การควบคุมและป้องกันโลหิตจาง; ขาดธาตุเหล็ก; หญิงตั้งครรภ์

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

Abstract

Purposes : To compare self-care behaviors and hematocrit values of pregnant women with anemia before and after receiving guidelines for controlling and preventing anemia.

Study design : Quasi-experimental research; One group pretest- posttest design.

Materials and Methods : 22 of pregnant samples with anemia who came for prenatal care at Chaturaphakphiman Hospital who met inclusion criteria. The implementation period was from January to November 2023. Data were collected using a questionnaire, recording form. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and Paired t-test.

Main findings : Pregnant women's self-care behavior to reduce anemia had a significantly higher overall mean score than before the experiment (p=.001), with an overall mean score increasing by 1.63 (95%CI: 1.32, 1.94). And pregnants had a significantly higher mean hematocrit value than before the experiment (p<.001), with an overall mean score increasing by 1.63 points (95%CI: 1.69, 5.57).

Conclusion and recommendations : The results indicate that developed guidelines have an effect on food consumption behavior. Taking iron supplements It could increased blood concentration in pregnant women and teenagers who had anemia.

Keywords: Anemia prevention and solution; Iron deficiency anemia; Pregnancy

* Registered Nurse, Professional Level, Roi Et Provincial Public Health Office.

บทนำ

ภาวะโลหิตจางเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ซึ่งพบได้บ่อยในหลายประเทศ โดยเฉพาะประเทศที่กำลังพัฒนา ภาวะโลหิตจางที่พบบ่อยคือภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กระหว่างตั้งครรภ์ที่พบว่าสูงถึงร้อยละ 95.0 ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางระหว่างตั้งครรภ์ โดยสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการสะสมเหล็กไว้ไม่พอ[1] หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางระหว่างตั้งครรภ์ถือว่าเป็นการตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงโดยความรุนแรงจะเพิ่มขึ้นตามระดับค่าฮีมาโตคริทหรือค่าฮีโมโกลบินที่ลดน้อยลง[2] ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กระหว่างตั้งครรภ์ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มีการติดเชื้อได้ง่าย[3] เนื่องจากระบบภูมิต้านทานของร่างกายมีความสามารถในการตอบสนองลดลง และเมื่อมีการเสียเลือดจากการตั้งครรภ์หรือการคลอดอาจทำให้เกิดการเสียชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ในระยะตั้งครรภ์หรือระยะคลอดได้

นอกจากนี้การมีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กระหว่างตั้งครรภ์ที่รุนแรงในหญิงตั้งครรภ์ ยังเพิ่มโอกาสในการคลอดก่อนกำหนด คลอดทารกน้ำหนักน้อย[4] แท้งหรือทารกตายในครรภ์ นอกจากนี้ภาวะ โลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กระหว่างตั้งครรภ์อย่างรุนแรงทำให้หญิงตั้งครรภ์มีภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำส่งผลให้ทารกมีภาวะโตช้าในครรภ์[5] และจากการวัดระดับของธาตุเหล็กที่สะสมในร่างกายของทารก (Cord ferritin) พบว่า ทารกมีระดับการสะสมของธาตุเหล็ก (Iron stores) น้อย ซึ่งทำให้ทารกมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในวัยทารกเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อทารกในระยะหลังคลอด โดยทารกจะมีพัฒนาการไม่สมวัย และหากไม่ได้รับการแก้ไขจนถึงในวัยเรียนเด็กเหล่านี้จะมีความผิดปกติของการเจริญเติบโต เบื่ออาหาร เหนื่อยง่าย และมีความสามารถในการทำงานลดลง ขาดสมาธิ ไม่กระตือรือร้นในการเรียน ดังนั้น จึงอาจกล่าวได้ว่าภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กระหว่างตั้งครรภ์สามารถส่งผลให้ทั้งหญิงตั้งครรภ์และทารกได้รับอันตรายได้โดยตรง

สำหรับในประเทศไทยได้มีการศึกษาย้อนหลังเกี่ยวกับน้ำหนักทารกแรกคลอดพบว่า ทารกที่เกิดจากหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กระยะตั้งครรภ์มีน้ำหนักน้อยกว่าทารกที่เกิดจากหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก และยังพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กระยะตั้งครรภ์ มีโอกาสเสี่ยงในการคลอดทารกน้ำหนักน้อยเพิ่มขึ้น 1.29 เท่า[6] เช่นเดียวกับองค์การอนามัยโลก พบว่าหญิงตั้งครรภ์ทั่วโลกมากกว่าร้อยละ 40 มีปัญหาภาวะโลหิตจางในระยะตั้งครรภ์ ประเทศไทยถูกจัดให้อยู่ในอันดับที่ 6 ของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ที่พบปัญหาภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์และสามารถพบปัญหาดังกล่าวได้ในทุกภาคของประเทศ[7] จากรายงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ปีงบประมาณ พ.ศ.2562-2566 หญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง 10.78%, 13.13%, 13.03%, 13.96% และ 18.59% ตามลำดับ อย่างไรก็ตามในปี พ.ศ.2564 ยังพบว่า ผลการดำเนินงานหญิงตั้งครรภ์ได้รับยา เม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และกรดโฟลิก ในภาพรวมจังหวัดร้อยละ 86.8 (เป้าหมาย ร้อยละ 100) อำเภอที่มีผลการดำเนินงานต่ำกว่าเป้าหมาย ได้แก่ อำเภอเมืองร้อยเอ็ด โพนทอง เมยวดี เสลภูมิ พนมไพร จตุรพักตรพิมาน หนองพอก หนองฮี สุวรรณภูมิ และเกษตรวิสัย จากการตรวจสอบข้อมูล พบว่า สถานบริการที่บันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน ได้แก่ คลินิกฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด สถานบริการบางแห่ง บันทึกข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ซ้ำซ้อน หรือบางแห่งไม่บันทึกการจ่ายยาในวันเดียวกับวันให้บริการทำให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน อำเภอที่มีการคัดกรองภาวะโลหิตจาง พบว่า เป็นการตรวจทางห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาล อนุมานได้ว่าเป็นการตรวจเลือดกรณีเด็กป่วยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จึงมีค่า HCT หรือ Hb และไม่มีอำเภอใดที่มีผลการตรวจคัดกรองภาวะโลหิตจางในเด็ก 6-12 เดือน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภาวะโลหิตจางในเด็ก 6-12 ปี ของจังหวัดร้อยเอ็ดสูงถึงร้อยละ 37.18 (ค่าเฉลี่ยของประเทศอยู่ที่ร้อยละ 24.4) ดังนั้น เด็ก 6-12 เดือนจึงควรได้รับการตรวจคัดกรองภาวะโลหิตจาง ก่อนการเริ่มให้กินยาย้ำเสริมธาตุเหล็กเมื่ออายุ 9 เดือนอย่างน้อยร้อยละ 70 และเมื่อได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กครบ 3 เดือน ควรได้รับการ

คัดกรองภาวะโลหิตจางอีกครั้ง ซึ่งราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แนะนำให้คัดกรองภาวะโลหิตจางในเด็กอายุ 6-12 เดือน อย่างน้อย 2 ครั้ง จะเห็นได้ว่าในภาพรวมอัตราการเกิดภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ของจังหวัดร้อยเอ็ดยังคงสูงกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้ให้ไม่เกินร้อยละ 10.0 ข้อมูลทางสถิติเบื้องต้นสะท้อนให้เห็นว่าปัญหาภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ยังคงเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ และจำเป็นต้องได้รับการแก้ไข

สาเหตุของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในขณะตั้งครรภ์การขาดธาตุเหล็กในขณะตั้งครรภ์สามารถแบ่งได้ 3 สาเหตุหลักคือ (1) ความต้องการธาตุเหล็กเพิ่มขึ้นในสตรีตั้งครรภ์พบว่าต้องการธาตุเหล็ก 1,200 มิลลิกรัมตลอดระยะเวลาของการตั้งครรภ์ทารกในครรภ์และการสร้างเนื้อเยื่อของรกมีความต้องการธาตุเหล็ก 300 - 350 มิลลิกรัม เพื่อใช้ในการเจริญเติบโต[8] จำนวนที่เอาไปสร้างเม็ดเลือดแดงสำหรับสตรีตั้งครรภ์ 500 มิลลิกรัม เลือดที่สูญเสียไปในระหว่างการคลอดประมาณ 100 มิลลิกรัม และถูกขับถ่ายออกจากร่างกายอีก 200 มิลลิกรัม ภาวะโลหิตจางจะเริ่มแสดงอาการ เมื่อร่างกายมีการเพิ่มปริมาตรของเลือดในไตรมาสที่ 2 ของการตั้งครรภ์ และค่าฮีโมโกลบินจะลดต่ำลงแม้ว่าปริมาตรของเลือดจะไม่เพิ่มขึ้นอีกต่อไปในไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์แต่ความต้องการในการใช้ฮีโมโกลบินในสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์เพิ่มขึ้นตามสัปดาห์ของการตั้งครรภ์ ทำให้สตรีตั้งครรภ์มีอาการของภาวะโลหิตจาง (2) การสูญเสียเลือดเป็นระยะเวลานาน เช่น มีพยาธิปากขอในลำไส้ โรคกระเพาะอาหาร และริดสีดวงทวารและการมีประจำเดือน และ (3) การรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กน้อย และการดูดซึมธาตุเหล็กผิดปกติ ทำให้ได้ธาตุเหล็กน้อยเนื่องจากการรับประทานอาหารบางชนิด เช่น นม และข้าว ซึ่งต้านการดูดซึมธาตุเหล็กและการดูดซึมธาตุเหล็กผิดปกติทำให้ได้ธาตุเหล็กน้อยเนื่องจากการรับประทานอาหารบางชนิดที่ต้านการดูดซึมธาตุเหล็ก[9] นอกจากนั้นยัง พบว่าอาจเกิดจากสาเหตุอื่นๆ เช่น คือ 1) สาเหตุที่ป้องกันไม่ได้ประกอบด้วยสาเหตุที่เกิดจากความผิดปกติระหว่างตั้งครรภ์ ได้แก่ การตกเลือดระหว่างการตั้งครรภ์ เช่น รกเกาะต่ำ การแท้ง เป็นต้น และ 2) สาเหตุที่ป้องกันได้ ประกอบด้วยสาเหตุจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น ขาดธาตุเหล็กจากการรับประทานอาหารไม่เพียงพอ การเสียเลือดจากการเป็นแผลในกระเพาะอาหาร และการเป็นพยาธิปากขอโดยจากการศึกษาในรายละเอียดพบว่า สาเหตุของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กระหว่างตั้งครรภ์ส่วนใหญ่เกิดจากการได้รับธาตุเหล็กไม่เพียงพอ ทั้งนี้เพราะมีข้อจำกัดในเรื่องของแหล่งอาหาร และการนำประโยชน์ไปใช้ในร่างกาย ซึ่งจากการศึกษาเพิ่มเติมพบว่าเกิดจากการได้รับธาตุเหล็กไม่เพียงพอเกิดจากการรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กน้อย การไม่รับประทานอาหารที่ส่งเสริมการดูดซึมของธาตุเหล็กและการรับประทานอาหารที่ขัดขวางการดูดซึมของธาตุเหล็ก เช่น ชา กาแฟ เป็นต้น

ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์ส่งผลกระทบต่อทั้งมารดาและทรกในครรภ์ส่งผลให้ (1) ผลกระทบของมารดา สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กมีภาวะคลอดก่อนกำหนดได้มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะโลหิตจาง 3.46 เท่า และเกิดภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยได้มากกว่า 1.99 เท่า[10] ปริมาณความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงที่ไหลเวียนในร่างกายของสตรีตั้งครรภ์มีปริมาณน้อยส่งผลให้หลอดเลือดขาดเลือดไปเลี้ยงจึงทำให้รกเสื่อม มารดาจึงเกิดภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด ภาวะแท้งและเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนดได้[11] และพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางยังมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะน้ำคร่ำน้อย ตกเลือดหลังคลอด รกลอกตัวก่อนกำหนดและการติดเชื้ออีกด้วย[12] และ (2) ผลกระทบต่อทารก ได้แก่ อัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น ทารกคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักแรกเกิดต่ำ (น้อยกว่า 2,500 กรัม) อาการตัวเหลือง และการติดเชื้อ[13] โดยเกิดจากการขาดธาตุเหล็กบนเม็ดเลือดแดง ทำให้เม็ดเลือดแดงมีจำนวนน้อย ส่งผลต่อการจับ และลำเลียงออกซิเจน และสารอาหารไปเลี้ยงทารกในครรภ์ได้ในปริมาณน้อย มีผลต่อการเจริญเติบโตของทารก ส่งผลให้ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย[14] และจากการศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ส่งผลกระทบต่อมารดา และทารกอย่างมาก เพื่อเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

ที่อาจจะเกิดขึ้นกับสตรีตั้งครรภ์ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญที่จะเป็นผู้ให้คำแนะนำในการดูแลตนเองแก่สตรีตั้งครรภ์[15]

อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อหาแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก พบว่ามีการศึกษาโดยจัดทำเป็นโปรแกรมเพื่อส่งเสริมการป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ซึ่งได้แก่ การให้สุขศึกษาและการตั้งเป้าหมายร่วม แต่โปรแกรมดังกล่าวไม่ได้นำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ และมีการศึกษาโดยนำระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem[16] มาประยุกต์ใช้ในการดูแลตนเองเพื่อลดภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์[17] ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ช่วยทำให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อลดภาวะโลหิตจางดีขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ Seaharattanapatum et al[18] ที่ได้พัฒนาโปรแกรมอาหารสมดุลของยาบำรุงธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กที่ทำการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กขณะตั้งครรภ์ โดยโปรแกรมประกอบด้วย แบบบันทึกการรับประทานยาบำรุงธาตุเหล็ก แบบบันทึกการรับประทานอาหาร 3 วัน ซึ่งมีทั้งหมด 3 กระบวนการ คือ (1) การให้ความรู้ด้านโภชนาการ และธาตุเหล็กเสริม (2) การฝึกวางแผนมื้ออาหาร และ (3) โทรศัพท์ติดตาม พบว่า โปรแกรมอาหารสมดุลของยาบำรุงธาตุเหล็กสามารถลดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ และการศึกษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางในประเทศจอร์แดนทำการทดลองกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางโดยกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามมาตรฐาน และกลุ่มทดลองได้รับการดูแลจากพยาบาลผดุงครรภ์ในการส่งเสริมความรู้ผ่านสื่อวิดีโอและสื่อการสอนเกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง ร่วมกับการติดตามการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก ผลการศึกษาพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับความรู้และติดตามการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กมีความรู้ในการเลือกเมนูอาหารประจำวันและระดับค่าฮีโมโกลบิน (Hb) สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[19]

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการควบคุมและป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ดังนี้ ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาแนวทางการควบคุมและป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด ขึ้นเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ลดความเสี่ยงของสตรีตั้งครรภ์ และให้คำแนะนำแก่สตรีตั้งครรภ์โดยให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการรักษา ข้อควรปฏิบัติขณะรับประทานยา และแหล่งอาหารที่มีธาตุเหล็ก และแนะนำการรับประทานอาหารที่ช่วยดูดซึมธาตุเหล็ก หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้การดูดซึมธาตุเหล็กได้ไม่ดีเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเอง และค่าฮีมาโตคริตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางก่อนและหลังได้รับแนวทางการควบคุมและป้องกันโลหิตจาง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนหลังการทดลอง (Pretest- posttest design) โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและค่าฮีมาโตคริตในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่เดือนมกราคม-เดือนพฤศจิกายน 2566 โดยมีรายละเอียดดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางที่มารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด ตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเดือนพฤศจิกายน 2566

กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางที่มาฝากครรภ์โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด โดยกำหนดคุณสมบัติในการคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ (1) หญิงตั้งครรภ์มาฟังผลเลือดครั้งแรกมีค่าฮีมาโตคริตน้อยกว่าร้อยละ33.0 (2) มีอายุครรภ์น้อยกว่า 28 สัปดาห์ (3) ผลการคัดกรองพาหะโรคเลือดจางธาลัสซีเมียปกติ ไม่เป็นโรคเลือดอื่นๆ (4) ไม่มีโรคแทรกซ้อนอื่นๆ ได้แก่ โรคทางอายุรกรรม เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคทางศัลยกรรม เช่น ริดสีดวงทวาร โรคกระเพาะอาหาร โรคทางสูติกรรม เช่น แท้งคุกคาม (5) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ (6) สามารถติดต่อได้ทางโทรศัพท์ และ (7) ยินดีและสมัครเข้ารวมโครงการวิจัยและกำหนดเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้ (1) มีผลการตรวจภาวะโลหิตจางธาลัสซีเมียโอเอฟ (OF) และ ดีซีไอพี (DCIP) ผิดปกติ และ (2) มีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูงโรคความผิดปกติของเลือดต่างๆ มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม เช่น ภาวะครรภ์เป็นพิษ หรือภาวะเลือดออกก่อนคลอด

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ใช้การคำนวณค่าขนาดอิทธิพลความแตกต่าง (Effect size) จากโปรแกรม G*power Means: Difference between two dependent means (matched pairs) Analysis: A priori: Compute required sample size Input: Tail(s) = One; Effect size dz =0.74 ;α err prob =0.05; Power (1-β err prob)= 0.95 โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 0.95 กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.74 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 22 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

1. เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย (1) แนวทางการควบคุมและป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้ทฤษฎีความสำเร็จตามเป้าหมายเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กระหว่างตั้งครรภ์เป็นแนวทางการพยาบาล โดยผู้วิจัยได้พัฒนามาจากงานวิจัยของนงเยาว์ สายแก้ว[20] และแนวทฤษฎีความสำเร็จตามเป้าหมายของ King[21] ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมโดยทำการศึกษาทฤษฎีความสำเร็จตามเป้าหมายของ King และจากการศึกษาค้นคว้าจากตำราเอกสาร บทความ ทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ และอาจารย์ที่ปรึกษานำมาสร้างเป็น โปรแกรมการพยาบาลใช้ทฤษฎีความสำเร็จตามเป้าหมายเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กระหว่างตั้งครรภ์ โดยมีขั้นตอนการสร้างโปรแกรมเริ่มจากการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารวิชาการ วารสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ ความเสี่ยงความรุนแรง การรักษาและการป้องกันของการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กระหว่างตั้งครรภ์ เช่น อาหารที่มีธาตุเหล็กสูง อาหารที่ส่งเสริมการดูดซึมของธาตุเหล็ก อาหารที่ขัดขวางการดูดซึมของธาตุเหล็ก จากนั้นนำแนวคิดต่าง ๆ ที่ได้ศึกษาค้นคว้าจากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา กำหนดโครงสร้าง และวัตถุประสงค์ของโปรแกรมให้ครอบคลุมเกี่ยวกับการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กระหว่างตั้งครรภ์ สาเหตุ อาการความเสี่ยง ความรุนแรง การรักษาและการป้องกันอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง อาหารที่ส่งเสริมการดูดซึมของธาตุเหล็ก อาหารที่ขัดขวางการดูดซึมของธาตุเหล็ก และการตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างพยาบาลและหญิงตั้งครรภ์ โดยมีรายละเอียดแต่ละขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินสภาพ (Assessment) เป็นขั้นตอนของการสร้างสัมพันธภาพ และมีการแลกเปลี่ยนข้อมูล ระหว่างหญิงตั้งครรภ์กับผู้วิจัย

1. ผู้วิจัยแนะนำตนเองให้หญิงตั้งครรภ์รู้จัก และพยายามสร้าง สัมพันธภาพที่ดีเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความรู้สึกอบอุ่นไว้วางใจและมั่นใจในการปฏิสัมพันธ์กัน ผู้วิจัยได้แจ้งให้หญิงตั้งครรภ์ทราบว่าผู้วิจัยมีความเข้าใจและตระหนักถึงปัญหาของการตั้งครรภ์ โดยเฉพาะภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในระหว่างตั้งครรภ์พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กระหว่างตั้งครรภ์

2. หญิงตั้งครรภ์ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการ

ป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก (Pretest) จำนวน 19 ข้อ มีรายละเอียดของพฤติกรรมการป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กรวม 4 ด้าน คือ ด้านการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการหลีกเลี่ยงสิ่งขัดขวางการดูดซึมของธาตุเหล็ก และด้านการดูแลตนเอง

3. ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กระหว่างตั้งครรภ์ตามแผนการสอน มีการประเมินความรู้หลังการสอน โดยใช้แบบสอบถามความรู้เรื่องภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในขณะตั้งครรภ์ซึ่งต้องผ่านเกณฑ์อย่างน้อยร้อยละ 80 ถ้าไม่ผ่านผู้วิจัยให้ความรู้เพิ่มจนผ่านเกณฑ์ แผนการสอนเรื่องภาววะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กระหว่างตั้งครรภ์ จำนวน 2 ชุด เป็นแผนการสอนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อใช้ความรู้เป็นแนวทางปฏิบัติในการป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กระหว่างตั้งครรภ์ ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการให้หญิงตั้งครรภ์มีข้อมูลและความรู้เพียงพอที่จะไปตั้งเป้าหมายตกลงเลือกวิธีปฏิบัติที่จะบรรลุเป้าหมายที่กำหนดได้ เนื้อหาในการให้ความรู้จะครอบคลุมเรื่องความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กระหว่างตั้งครรภ์ สาเหตุของการเกิดภาวะ โลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กระหว่างตั้งครรภ์รวมทั้งการป้องกันตามสาเหตุ หลักการรับประทานอาหารเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กระหว่างตั้งครรภ์ และการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก โดยจัดให้มีการสอน 2 ครั้ง ครั้งแรกจะสอนครบทั้ง 2 ชุด โดยเริ่มสอนเมื่ออายุครรภ์ 12–24 สัปดาห์ โดยมีการติดตามประเมินผลซ้ำเมื่อพบกันครั้งที่ 2 แผนการสอนแต่ละชุด มีเนื้อหาและกิจกรรมดังต่อไปนี้

แผนการสอนชุดที่ 1 เนื้อหาการให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับภาวะ โลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในขณะตั้งครรภ์ สาเหตุการป้องกันของการเป็นแผลในกระเพาะอาหารและการเป็นพยาธิปากขอกิจกรรม 1) ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับหญิงตั้งครรภ์และบรรยายโดยใช้ภาพพลิก มีการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นระหว่างพยาบาล และหญิงตั้งครรภ์ใช้เวลาในการสอน 30 นาที และ 2) หญิงตั้งครรภ์ได้รับการประเมินความรู้ความเข้าใจหลังการสอน โดยการให้ตอบแบบสอบถามถ้าได้คะแนนไม่ถึงร้อยละ 80 จะมีการทบทวนให้ความรู้เพิ่มจนผ่านเกณฑ์

แผนการสอนชุดที่ 2 เนื้อหาการให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง อาหารที่ช่วยส่งเสริมการ ดูดซึมของธาตุเหล็ก อาหารที่ขัดขวางการดูดซึมของธาตุเหล็ก และความรู้เกี่ยวกับยาเสริมธาตุเหล็ก กิจกรรมมีรายละเอียดดังนี้ 1) ผู้วิจัยบรรยายโดยใช้ภาพพลิกให้ดูตัวอย่างอาหารของจริงมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลความรู้ความเข้าใจกับหญิงตั้งครรภ์ ใช้เวลาในการสอน 30 นาที 2) หญิงตั้งครรภ์ได้รับการประเมินความรู้ความเข้าใจหลังการสอน โดยการให้ตอบแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ถ้าได้คะแนนไม่ถึงร้อยละ 80 จะมีการทบทวนให้ความรู้เพิ่มจนผ่านเกณฑ์ โดยมีการใช้สื่อการสอนดังนี้คือ 1) ภาพพลิกเรื่องภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กระหว่างตั้งครรภ์ ประกอบด้วยรูปภาพและข้อความที่สอดคล้องกับแผนการสอน 2) คู่มืออาหารกับภาวะโลหิตจาง เป็นเอกสารที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์กลับไปอ่านทบทวน และใช้ข้อมูลความรู้ประกอบการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุความสำเร็จตามเป้าหมาย โดยเนื้อหาในคู่มือเน้นเรื่องอาหารที่สอดคล้องกับแผนการสอน ทั้งนี้เนื่องจากบุคคลจะจำได้ชั่วคราวการได้ทบทวนจะทำให้ความจำและความรู้ความเข้าใจมากขึ้น ขั้นตอนการจัดทำคู่มือประกอบด้วยการศึกษาเนื้อหาตามแผนการสอน รวบรวมใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายมีรูปภาพสีเพื่อให้ดูภาพตัวอย่างอาหาร ได้คล้ายของจริงมากที่สุด ทำให้น่าสนใจ ออกแบบรูปเล่มที่กะทัดรัด สะดวกต่อการพกพา มีความหนา 23 หน้า กว้าง 14 ซม. ยาว 21 ซม. โดยที่เนื้อหาในคู่มือประกอบด้วย บทนำ อาหารกับธาตุเหล็ก ตำรับอาหารกับภาวะโลหิตจาง แผ่นพับเรื่องภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ เป็นการสรุปเนื้อหาจากคู่มืออย่างสั้นๆ ซึ่งเน้นย้ำในเรื่องอาหารเพื่อให้ง่ายต่อการทบทวนและการนำไปใช้ จัดทำโดยใช้ภาพสี ใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายขนาดกระดาษ เอ 4 พับ 3 ส่วน

ขั้นตอนต่อไปนี้เป็นกิจกรรมที่ให้การพยาบาลรายบุคคล

1. หลังจากให้ความรู้และประเมินความรู้ผู้วิจัย และหญิงตั้งครรภ์ร่วมกันวิเคราะห์พฤติกรรมการป้องกันภาวะโลหิตจางตามแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันภาวะโลหิตจางที่หญิงตั้งครรภ์ได้ตอบไว้แล้วเป็นรายบุคคล โดยผู้วิจัยเปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์อธิบายอย่างอิสระ ผู้วิจัยฟังอย่างตั้งใจในข้อมูลของหญิงตั้งครรภ์แต่ละคน และยอมรับความคิดเห็นโดยไม่ได้แย้งหรือตัดสิน

2. ผู้วิจัยกระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์เปิดเผยความรู้สึกอย่างเปิดเผยของตนเองต่อผลการประเมินพฤติกรรมการป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก และต่อผลเลือดของตนเอง โดยให้ซักถามข้อสงสัยหรือคำอธิบายเพิ่มเติมผู้วิจัยอธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับข้อมูลที่หญิงตั้งครรภ์ต้องการ เช่น ข้อมูลปริมาณและชนิดของอาหารสำหรับหญิงตั้งครรภ์และเปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์บอกให้ทราบเกี่ยวกับปัญหาการปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะโลหิตจางและปัญหาอื่นๆ

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนการพยาบาล (Planning) เป็นขั้นตอนการกำหนดปัญหาและวิธีการแก้ปัญหาร่วมกัน การกำหนดการแก้ปัญหาขึ้นอยู่กับผลการประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กจากขั้นตอนที่ 1 ว่าหญิงตั้งครรภ์มีปัญหาในด้านใดบ้าง และด้านที่หญิงตั้งครรภ์พิจารณาเห็นว่ามีความสำคัญมากถือเป็นด้านที่ต้องเน้นในการพยาบาล ส่วนการกำหนดวิธีการแก้ปัญหาได้คำนึงถึงความคาดหวังและความต้องการของหญิงตั้งครรภ์ซึ่งมีขั้นตอนต่างๆ ดังนี้

2.1 การตั้งเป้าหมายร่วมกัน (Mutual goal setting) ผู้วิจัยได้กระตุ้นและเปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์ก็เปิดเผยความรู้สึกและซักถามข้อมูลเพิ่มและได้เสนอเป้าหมายของตนเอง ได้ทราบถึงเป้าหมายของผู้วิจัยในการจัดกระทำต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กที่เป็นปัญหา เมื่อพบว่าเป้าหมายของผู้วิจัยกับเป้าหมายของหญิงตั้งครรภ์ไม่สอดคล้องกัน ผู้วิจัย และหญิงตั้งครรภ์ได้ร่วมกันพิจารณาเลือกเป้าหมายที่เป็นไปได้และทั้งสองฝ่ายยอมรับ

2.2 การเสนอวิธีการแก้ปัญหาเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย (Explore means to achieve goal) หากหญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถเสนอวิธีการแก้ปัญหา หรือระบุความช่วยเหลือของผู้วิจัยที่จะช่วยให้บรรลุตามเป้าหมาย ผู้วิจัยได้เสนอวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมสำหรับปัญหาเกี่ยวกับวิธีการปรับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในแต่ละด้านเช่นวิธีการรับประทานยาเพื่อลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน วิธีการรับประทานผักให้ได้มากขึ้น

2.3 การเลือกวิธีการแก้ปัญหาที่ช่วยให้บรรลุเป้าหมาย (Agree on means to achieve goal) ผู้วิจัยและหญิงตั้งครรภ์ตกลงเลือกวิธีการแก้ปัญหาที่ทั้งสองฝ่ายยอมรับร่วมกันว่าเป็นไปได้และเหมาะสมสำหรับหญิงตั้งครรภ์แต่ละราย

ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) ความสำเร็จตามเป้าหมายโดยหญิงตั้งครรภ์และผู้วิจัยปฏิบัติกิจกรรมตามวิธีที่ตกลงร่วมกันหลังจากหญิงตั้งครรภ์ และผู้วิจัยกำหนดเป้าหมายเพื่อการป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กร่วมกันหญิงตั้งครรภ์รับทราบวิธีปฏิบัติ เช่น หญิงตั้งครรภ์ ได้ตั้งเป้าหมายเพื่อเพิ่มธาตุเหล็กให้กับร่างกายมีวิธีปฏิบัติคือต้องปฏิบัติเรื่องการรับประทานเนื้อสัตว์ทุกวัน รับประทานอาหารประเภทผักที่มีธาตุเหล็กสูงทุกวัน ส่วนผู้วิจัยมีหน้าที่ช่วยหญิงตั้งครรภ์ในการส่งเสริมสนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์สามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมาย โดยมีกิจกรรมหลักคือ 1) หญิงตั้งครรภ์ปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางตามแผนที่ตกลงร่วมกันกับผู้วิจัย 2) หญิงตั้งครรภ์บันทึกการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กในแบบบันทึกการรับประทานยาทุกครั้งที่รับประทาน 3) หญิงตั้งครรภ์บันทึกการรับประทานอาหารภายใน 1 วัน ในแบบบันทึกการรับประทานอาหารติดต่อกันเป็นเวลา 7 วัน 4) หญิงตั้งครรภ์พบผู้วิจัยตามนัด ทำการประเมินผลปรึกษาหารือร่วมกับผู้วิจัยเพื่อประเมินการบรรลุตามเป้าหมาย 5) ผู้วิจัยสนับสนุนและให้กำลังใจให้หญิงตั้งครรภ์ในการปฏิบัติ 6) ผู้วิจัยบันทึกปัญหา เป้าหมาย และวิธีการปฏิบัติเพื่อการบรรลุตามเป้าหมาย ในแบบบันทึกความสำเร็จ 7) ผู้วิจัยอำนวยความสะดวกในการติดต่อประสานงาน และ 8) ผู้วิจัยพบหญิงตั้งครรภ์ตามนัด

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) เป็นขั้นตอนการประเมินผลการพยาบาล หมายถึง การที่ผู้วิจัยและหญิงตั้งครรภ์ร่วมกันประเมินผลการปฏิบัติว่าสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดร่วมกันหรือไม่ ถ้ามีสิ่งใดเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติช่วยกันหาวิธีขจัดอุปสรรคนั้น ถ้าไม่ได้เป็นเพราะสาเหตุอะไร หญิงตั้งครรภ์และผู้วิจัยก็ร่วมกันปรับปรุงวิธีปฏิบัติต่อไป โดยมีกิจกรรมหลัก คือ 1) ผู้วิจัยติดตามประเมินผลการปฏิบัติโดยใช้โทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 2 และ 6 และพบหญิงตั้งครรภ์เพื่อประเมินผลในคลินิกสัปดาห์ที่ 4 และ 8 และบันทึกผลการประเมินในแบบบันทึกความสำเร็จ และระหว่างการประเมินการปฏิบัติตัวผู้วิจัยรับฟังปัญหาอย่างตั้งใจและเปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์แสดงความรู้สึก และ 2) ผู้วิจัย และหญิงตั้งครรภ์ร่วมกันกำหนดวิธีปฏิบัติตามความเหมาะสมเพื่อการบรรลุตามเป้าหมาย ในกรณีที่ไม่สามารถแก้ปัญหาการปฏิบัติตนได้ เช่นในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการคันเพราะเกิดจากการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กไม่สามารถรับประทานยาต่อได้ผู้วิจัยแนะนำและส่งต่อเพื่อการรักษา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะ โลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กระหว่างตั้งครรภ์ ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามลักษณะทางประชากรเป็นแบบเติมคำในช่องว่างและเลือกตอบตามความเป็นจริง โดยถามเกี่ยวกับตัวแปรอายุ การศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว ภาวะเสี่ยงในการตั้งครรภ์ การกินยาเม็ดเสริมไอโอดีน อายุครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรก และ Hct 2) แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กระหว่างตั้งครรภ์ จำนวน 14 ข้อ แบ่งเป็น 5 รายด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็ก การรับประทานอาหารที่ช่วยดูดซึมธาตุเหล็ก การงดอาหารที่ขัดขวางการดูดซึมธาตุเหล็ก การรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กที่ถูกต้อง และการป้องกันภาวะโลหิตจางซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเอง แบบสอบถามลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) กำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 5 ระดับ ตั้งแต่ 0 (ไม่ปฏิบัติเลย) ถึง 4 (ปฏิบัติประจำ) การคิดคะแนนในการวิจัยครั้งนี้ใช้คะแนนพฤติกรรมการป้องกันภาวะโลหิตจางเป็นคะแนนรวม รายด้านและรายข้อ โดยคะแนนที่มากหมายถึงหญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กที่ดี และ 3) แบบบันทึกการรับประทานอาหาร ซึ่งเป็นแบบฟอร์มที่ให้หญิงตั้งครรภ์บันทึกอาหารที่รับประทานทุกมื้อ ใน 1 วัน โดยบันทึกติดต่อกัน วันก่อนพบกับพยาบาลที่แผนกฝากครรภ์ตามนัด

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือวิจัยดังนี้ 1) ศึกษาค้นคว้าเอกสาร บทความ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กระหว่างตั้งครรภ์ 2) สร้างข้อคำถาม แล้วให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ตรวจสอบและแก้ไขเพิ่มเติม และ 3) นำข้อคำถามที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจข้อคำถาม และปรับปรุงเพิ่มเติมเพื่อให้ได้ข้อคำถามที่มีความหมายชัดเจน ใช้ภาษาที่เหมาะสม และครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการวิจัย

3. เครื่องมือการกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบบันทึกความสำเร็จ เป็นแบบบันทึกความสำเร็จในการแก้ปัญหาร่วมกันบันทึกโดยผู้วิจัย และสร้างขึ้นจากการศึกษาค้นคว้าเอกสาร บทความ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ทำการบันทึกโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย หัวข้อปัญหาการวางแผนการแก้ไขปัญหาและความสำเร็จในการแก้ไขปัญหา ลักษณะเป็นตารางแบบเปิดสำหรับลงบันทึก

โดยมีขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ ดังนี้ 1) ศึกษาค้นคว้าเอกสาร บทความ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กระหว่างตั้งครรภ์ 2) นำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ และแก้ไขเพิ่มเติม และ 3) จัดทำแบบสอบถามเพิ่มเติมให้ครอบคลุมความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ รวมทั้งความรู้ที่เกี่ยวกับพยาธิปากขอและการเป็นแผลเลือดออกในกระเพาะอาหารเพิ่มเติม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือกำกับการทดลองไปปรึกษาที่ปรึกษางานวิจัยเพื่อตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษา

แล้วนำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ซึ่งเป็นอาจารย์ที่เชี่ยวชาญด้านมารดา และทารก จำนวน 3 ท่าน พยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ในแผนกฝากครรภ์ 1 ท่านและโภชนากร 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาภาษาที่ใช้ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และความเหมาะสมในการนำไปใช้ จากนั้นนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับที่ปรึกษา แล้วจึงนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างซึ่งผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กและแบบทดสอบความรู้เรื่องภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กพบค่าความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .82 และ .95 ตามลำดับ

2. การหาความเที่ยง (Reliability) โดยแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กระหว่างตั้งครรภ์ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันภาวะโลหิตจางที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีลักษณะคล้ายตัวอย่าง จำนวน 30 ราย นำข้อมูลมาคำนวณหาความเที่ยง โดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronlach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันภาวะโลหิตจางเท่ากับ .86

การดำเนินการทดลอง การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยแบ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียมการ ขั้นดำเนินการทดลองและขั้นเก็บรวบรวมข้อมูลขั้นเตรียมการ

1. ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดเสนอผู้อำนวยการหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลจุตรพักตรพิมาน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตในการดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูลเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาล

2. ผู้วิจัยปรึกษาขั้นตอนการทำวิจัยร่วมกับเจ้าหน้าที่แผนกตรวจครรภ์ และชี้แจงรูปแบบของการคัดเลือกกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กำหนดช่วงเวลาในการศึกษาทดลอง

3. ผู้วิจัยไปติดต่อที่แผนกฝากครรภ์ เวลา 08.00 น. ทุกวันจันทร์ วันพุธ และวันพฤหัส ศึกษาประวัติหญิงตั้งครรภ์จากระบบฐานข้อมูลและสมุดทะเบียนฝากครรภ์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน โดยจับฉลากได้หญิงตั้งครรภ์ที่มีเบอร์คิวเลขคู่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ตรวจสอบคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้และขึ้นทะเบียนไว้เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยที่ผู้วิจัยเข้าแนะนำตัวสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย ขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างและแจ้งให้หญิงตั้งครรภ์ทราบว่าขั้นตอนการวิจัยไม่ทำให้หญิงตั้งครรภ์เสียเวลาในขั้นตอนของการตรวจครรภ์ตามปกติเพราะผู้วิจัยเริ่มพบหญิงตั้งครรภ์หลังจากเสร็จสิ้นขั้นตอนการตรวจครรภ์แล้วเท่านั้น พร้อมทั้งการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการศึกษา

2. ขั้นดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 (หญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์ประมาณ 12-24 สัปดาห์ดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยเข้าพบหญิงตั้งครรภ์ แนะนำตัวกับหญิงตั้งครรภ์ พูดคุยซักถามเกี่ยวกับสภาพร่างกายภาวะ ไม่สุขสบายต่างๆ เช่นอาการแพ้ท้อง การรับประทานอาหารบอกวัตถุประสงค์ และ ขอความร่วมมือในการทดลอง อธิบายวิธีขั้นตอนการเก็บข้อมูลและวิธีการทดลองให้กลุ่มตัวอย่างทราบ ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการทดลองอีกครั้งหลังจากนั้นให้ตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจาง (Pretest)

2. ผู้วิจัยให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ โดยมีการแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กเป็นรายบุคคลหรือร้ายกลุ่มเล็กๆ (2-3 คน) ตามรายละเอียดของแผนการสอนทั้ง 2 ชุด ซึ่งประเด็นการอภิปรายความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ สาเหตุของการเกิดกาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ผลกระทบของภาวะโลหิตจางต่อการตั้งครรภ์ อาการ และการป้องกันภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ สาเหตุของการเป็นแผลในกระเพาะอาหารและการป้องกัน สาเหตุของการ

เป็นพยาธิปากขอและการป้องกันการรับประทานอาหารเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ความรู้เกี่ยวกับยาเสริมธาตุเหล็กและการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก หลังจากนั้นประเมิน โดยใช้แบบทดสอบเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กระหว่างตั้งครรภ์ ทั้งนี้เพื่อประเมินว่าหญิงตั้งครรภ์มีความรู้เพียงพอที่จะปฏิบัติตามเป้าหมายที่วางไว้ได้ ซึ่งหญิงตั้งครรภ์ที่ได้คะแนนน้อยกว่า ร้อยละ 80 ได้รับการให้ข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่ยังไม่เข้าใจ จนกว่าจะได้คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 ซึ่งหลังจากการสอน พบว่า มีหญิงตั้งครรภ์ตอบได้น้อยกว่าร้อยละ 80 เพียง 3 คนเท่านั้น ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ความรู้เพิ่มจนผ่านหมดทุกคน

3. หญิงตั้งครรภ์กำหนดปัญหาและวิธีการแก้ปัญหาร่วมกันเป็นรายบุคคลโดยมีการตั้งเป้าหมายร่วมกัน (Mutual goal setting) ผู้วิจัยได้กระตุ้นและเปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์ได้เสนอเป้าหมายของตนเอง มีการเสนอวิธีการแก้ปัญหาเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย (Explore means to achieve goa) หากหญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถเสนอวิธีการแก้ปัญหาผู้วิจัยได้เสนอวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมสำหรับวิธีการปรับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในแต่ละด้านและการเลือกวิธีการแก้ปัญหาที่ช่วยให้บรรลุเป้าหมาย (Agree on means to achieve goal) โดยผู้วิจัยและหญิงตั้งครรภ์ตกลงเลือกวิธีการแก้ปัญหาการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางในแต่ละด้านที่ทั้งสองฝ่ายยอมรับร่วมกันว่าเป็นไปได้ และเหมาะสมสำหรับหญิงตั้งครรภ์แต่ละราย

4. ผู้วิจัยบันทึกเป้าหมายที่กำหนดร่วมกันปัญหาของหญิงตั้งครรภ์ และแนวทางปฏิบัติที่เลือกร่วมกันในแบบฟอร์มบันทึกความสำเร็จ

5. ผู้วิจัยมอบแบบบันทึกการรับประทานอาหารโดยให้บันทึกติดต่อกันกันเป็นเวลานาน 7 วัน มอบคู่มืออาหารกับภาวะโลหิตจางและแผ่นพับภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ และรับแบบบันทึกการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กซึ่งเป็นแบบฟอร์มตามปกติของโรงพยาบาลจากแผนกฝากครรภ์

6. ในสัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามประเมินผลการปฏิบัติตามเป้าหมายว่าปฏิบัติได้หรือไม่ ถ้าปฏิบัติไม่ได้ดำเนินการปรับแผนการปฏิบัติตามความเหมาะสมของหญิงตั้งครรภ์แต่ละรายซึ่งมีผลทำให้หญิงตั้งครรภ์ปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กได้ดีขึ้น เช่น รับประทานยาเสริมธาตุเหล็กและอาหารที่มีธาตุเหล็กได้เพิ่มขึ้น แล้วนัดหมายการพบกันครั้งต่อไปที่แผนกฝากครรภ์ (ซึ่งตรงกับวันฝากครรภ์ครั้งต่อไป)

ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 4 (หญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์ประมาณ 16 - 28 สัปดาห์) ดำเนินการ ดังนี้

7. ผู้วิจัยทบทวนความรู้และประเมินผลการปฏิบัติเพื่อการบรรลุตามเป้าหมายซักถามปัญหา และอุปสรรคในการปฏิบัติตามเป้าหมาย โดยให้ผู้วิจัยประเมินจากแบบบันทึกและให้หญิงตั้งครรภ์เล่าถึงพฤติกรรมต่างๆ เช่น การรับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก และอาหารต่างๆ รวมทั้งพฤติกรรมการป้องกันการเป็นแผลในกระเพาะอาหารและการป้องกันการเป็นพยาธิปากขอ ทั้งนี้เพื่อการประเมินผลความสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดร่วมกัน ในรายที่ปฏิบัติได้ไม่สำเร็จผู้วิจัยและหญิงตั้งครรภ์หาแนวทางแก้ไขและโดยการปรับแผนการปฏิบัติร่วมกัน ผู้วิจัยได้แจกแบบฟอร์มบันทึกอาหารที่รับประทานโดยให้บันทึกติดต่อกัน เป็นเวลา 7 วัน

8. สัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามประเมินผลการปฏิบัติตามเป้าหมายถ้าไม่สำเร็จ เช่น ไม่รับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก ผู้วิจัยให้หญิงตั้งครรภ์บอกถึงสาเหตุเพื่อประเมินหาปัญหาและสาเหตุที่ไม่สามารถรับประทานยาได้ ถ้าหญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถที่ตัดสินใจปรับวิธีปฏิบัติได้ผู้วิจัยให้ข้อมูลสนับสนุนและเสนอวิธีปฏิบัติให้หญิงตั้งครรภ์ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมได้ผู้วิจัยนัดพบหญิงตั้งครรภ์อีก 2 สัปดาห์ เพื่อให้ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กหลังการสิ้นสุดการวิจัย

ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 8 (หญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์ประมาณ 24-32 สัปดาห์) ให้หญิงตั้งครรภ์ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กระหว่างตั้งครรภ์ หลังการสิ้นสุดการวิจัย ผู้วิจัยกล่าวปิดการทดลองและกล่าวขอบคุณ หญิงตั้งครรภ์

ที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยกลุ่มควบคุม มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยพบหญิงตั้งครรภ์ตามวันนัดฝากครรภ์ กล่าวทักทายพาหญิงตั้งครรภ์ไปรับการฝากครรภ์ และให้คำแนะนำในไตรมาส 2 ตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพแผนกฝากครรภ์ ซึ่งมีการสอนเป็นรายเป็นกลุ่มๆละ 10- 15 คน ในเรื่องการปฏิบัติตัวระหว่างตั้งครรภ์ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การรับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก และมีแบบฟอร์มให้หญิงตั้งครรภ์ทุกรายบันทึกการรับประทานทุกครั้งโดยการบันทึกสิ้นสุดเมื่อเจ็บครรภ์คลอด หลังจากนั้นผู้วิจัยให้หญิงตั้งครรภ์ตอบแบบสอบถามการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กระหว่างตั้งครรภ์

2. ผู้วิจัยพบหญิงตั้งครรภ์ตามวันนัดฝากครรภ์ปกติและให้หญิงตั้งครรภ์ตอบแบบสอบถามการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กระหว่างตั้งครรภ์เป็นครั้งที่ 2 โดยห่างจากการตอบครั้งแรก 8 สัปดาห์ ผู้วิจัยกล่าวปิดการทดลองและกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS for window Version 11.5 ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired simple t-test

2. วิเคราะห์ผลการวิจัย โดย 1) ทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการพยาบาลใช้ทฤษฎีความสำเร็จตามเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กระหว่างตั้งครรภ์หลังได้รับการพยาบาลแตกต่างจากก่อนดำเนินการหรือไม่ โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Paired sample t -test) และ 2) ทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ว่าหลังการทดลอง หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการพยาบาลใช้ทฤษฎีความสำเร็จตามเป้าหมายมีค่าเฉลี่ยค่าฮีมาโตคริตแตกต่างจากก่อนดำเนินการหรือไม่ โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Paired sample t-test)

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง สร้างสัมพันธภาพและแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัยและชี้แจงให้ทราบว่าการตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง คำตอบและข้อมูลต่าง ๆ จะเป็นความลับ และนำไปประยุกต์ใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น นอกจากนี้ในระหว่างการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างไม่พอใจหรือไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัยจนครบเวลา กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกเลิกการวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบต่อบริการพยาบาลที่ได้รับส่วนการนำเสนอข้อมูลต่างๆ จะนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริง และหากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา สำหรับข้อมูลและแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้เก็บไว้ในตู้เก็บเอกสารล็อคกุญแจ ซึ่งผู้วิจัยเก็บกุญแจไว้กับตนเองซึ่งในการทดลองหญิงตั้งครรภ์ทุกคนให้ความร่วมมือจนครบระยะเวลาและไม่มีหญิงตั้งครรภ์ที่ขาดคุณสมบัติที่ต้องคัดออกจากการวิจัย

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 22 คน อายุเฉลี่ย 25 ปี (SD.=6.18) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา จำนวน 17 คน (77.3%) ประกอบอาชีพแม่บ้าน จำนวน 8 คน (36.4%) ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 16 คน (72.7%) ไม่มีภาวะเสี่ยงในการตั้งครรภ์ จำนวน 14 คน (63.6%) การกินยาเม็ดเสริมไอโอดีนทุกวัน จำนวน 15 คน (66.2%) อายุครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกเฉลี่ย 13.5 สัปดาห์ (SD.= 5.98) ต่ำสุด 3 สัปดาห์ สูงสุด 31 สัปดาห์ Hct ฝากครรภ์ครั้งแรกเฉลี่ย 30.13% (SD.=2.43) และ Hct ตรวจซ้ำเฉลี่ย 33.77% (SD.=3.51)

2. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อลดภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ หลังการทดลอง พบว่าหญิงตั้งครรภ์พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อลดภาวะโลหิตจางมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.001) โดยมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมมากกว่า 1.63 คะแนน (95%CI: 1.32, 1.94) เมื่อพิจารณา

เป็นรายด้านทั้ง 5 ด้าน หลังการทดลองพบว่า หญิงตั้งครรภ์มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็ก มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมมากกว่า 1.62 คะแนน (95%CI: 1.30, 1.92) ; หญิงตั้งครรภ์มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ช่วยดูดซึมธาตุเหล็กมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมมากกว่า 1.47 คะแนน (95%CI: 1.07, 1.86); หญิงตั้งครรภ์มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมงดอาหารที่ขัดขวางการดูดซึมธาตุเหล็กมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมมากกว่า 1.52 คะแนน (95%CI: 1.09, 1.93); หญิงตั้งครรภ์มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กที่ถูกต้องมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมมากกว่า 1.63 คะแนน (95%CI: 1.32, 1.94); หญิงตั้งครรภ์มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะโลหิตจางมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมมากกว่า 1.51 คะแนน (95%CI: 1.37, 1.76) และหญิงตั้งครรภ์มีค่าเฉลี่ยค่าฮีมาโตคริตมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมมากกว่า 1.63 คะแนน (95%CI: 1.69, 5.57) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อลดภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	n	Mean(SD.)	Mean diff.(SE.)	95%CI	p
รับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็ก					
ก่อนการทดลอง	22	1.58(0.34)	1.62(0.14)	1.30, 1.92	<.001
หลังการทดลอง	22	3.20(0.56)			
รับประทานอาหารที่ช่วยดูดซึมธาตุเหล็ก					
ก่อนการทดลอง	22	1.72(0.46)	1.47(0.18)	1.07,1.86	<.001
หลังการทดลอง	22	3.18(0.64)			
งดอาหารที่ขัดขวางการดูดซึมธาตุเหล็ก					
ก่อนการทดลอง	22	1.57(0.47)	1.52(0.20)	1.09, 1.93	<.001
หลังการทดลอง	22	3.09(0.69)			
รับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กที่ถูกต้อง					
ก่อนการทดลอง	22	1.54(0.38)	1.63(0.15)	1.32, 1.94	<.001
หลังการทดลอง	22	3.18(0.57)			
การป้องกันภาวะโลหิตจาง					
ก่อนการทดลอง	22	1.57(0.49)	1.51(0.18)	1.23, 2.00	<.001
หลังการทดลอง	22	3.14(0.59)			
โดยรวม					
ก่อนการทดลอง	22	1.58(0.17)	1.57(0.09)	1.37, 1.76	<.001
หลังการทดลอง	22	3.15(0.35)			

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยค่าฮีมาโตคริตก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	n	Mean(SD.)	Mean diff.(SE.)	95%CI	p
ค่าฮีมาโตคริต					
ก่อนการทดลอง	22	30.13(2.43)	3.64(0.93)	1.69, 5.57	.001
หลังการทดลอง	22	33.77(3.51)			

วิจารณ์

1. ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อลดภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์หลังการทดลองพบว่า หญิงตั้งครรภ์พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อลดภาวะโลหิตจางมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมมากกว่าก่อนการทดลอง โดยมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมมากกว่า 1.63 คะแนน พบผลเช่นเดียวกับในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กที่มาฝากครรภ์โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[22] และสอดคล้องกับผลการวิจัยซึ่งพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากขาดธาตุเหล็กมีพฤติกรรมที่ดีขึ้น หลังจากได้รับการดูแลโดยรูปแบบการเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราชและพฤติกรรมของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวโลหิตจาง มีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีขึ้น ตั้งแต่ฝากครรภ์ครั้งแรกจนกระทั่งใกล้คลอดเป็นรูปแบบที่สามารถนำไปใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะซีดในหน่วยงาน โดยการนำไปประยุกต์ให้เหมาะสมกับพื้นที่และความสอดคล้องของวัฒนธรรมชุมชนนั้นๆ ในการแก้ไขปัญหาโลหิตจาง และภาวะแทรกซ้อนในหญิงตั้งครรภ์ ขณะคลอด หญิงหลังคลอด ตลอดจนถึงทารกหลังคลอดที่กินนมแม่หรืออาจนำไปปรับใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์[23]

2. ผลการวิจัยครั้งนี้พบผลเช่นเดียวกับการศึกษาที่โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา: ซึ่งพบว่าระดับฮีมาโตคริตสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสอดคล้องกับการศึกษาผลการให้ยาเสริมธาตุเหล็กแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กและพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และยาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 พบว่าหญิงตั้งครรภ์ ร้อยละ 10.5 ได้รับยาธาตุเหล็กโดยเฉลี่ยต่อวันน้อยกว่า 60 มิลลิกรัม ร้อยละ 38.0 ได้รับยาธาตุเหล็กโดยเฉลี่ยต่อวัน 60 -1 19. มิลลิกรัม ร้อยละ 19.4 ได้รับยาธาตุเหล็กโดยเฉลี่ยต่อวัน 120-179.9 มิลลิกรัม และร้อยละ 32 ได้รับยาธาตุเหล็กโดยเฉลี่ยต่อวัน 180 มิลลิกรัมขึ้นไป ซึ่งปริมาณธาตุเหล็กขนาดเพียงพอในการรักษาภาวะโลหิตจางคือ 180 มิลลิกรัมขึ้นไปเมื่อนำข้อมูลความเข้มข้นของเลือดมาวิเคราะห์ พบว่า กลุ่มที่มีความเข้มข้นของเลือดดีขึ้นถึงระดับปกติ ร้อยละ 31.2 กลุ่มภาวะโลหิตจางคงเดิม ร้อยละ 25.7 และกลุ่มที่มีความเข้มข้นของเลือดแย่ลงจากครั้งแรกปกติเป็นภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 43.1 ซึ่งจะเห็นได้ว่า หญิงตั้งครรภ์ยังคงมีภาวะโลหิตจางร้อยละ 68.8 อีกทั้งพบความแตกต่างปริมาณธาตุเหล็กที่ได้รับโดยเฉลี่ยต่อวันระหว่างกลุ่มภาวะโลหิตจางและความแตกต่างของความเข้มข้นของเลือดครั้งที่ 2 และครั้งที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 พบปริมาณธาตุเหล็กที่ได้รับโดยเฉลี่ยต่อวันและการได้รับยาเม็ดวิตามินซีร่วมกับยาเสริมธาตุเหล็กมีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจาง โดยมีผลให้ภาวะโลหิตจางดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ตามลำดับ นอกจากนี้จากการศึกษายัง พบว่า การรับประทานอาหารที่มีวิตามินเอสูงเป็นประจำและแบบแผนอาหารมื้อหลักลักษณะ High bioavailability มีความเกี่ยวข้องกับภาวะโลหิตจาง[24]; หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะโลหิตจางหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมโภชนาการ

มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และยาเสริมธาตุเหล็กและความเข้มข้นของเลือดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังได้รับบริการฝากครรภ์ตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.001) ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการส่งเสริมโภชนาการช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และยาเสริมธาตุเหล็กและเพิ่มความเข้มข้นของเลือดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะโลหิตจางได้[25]; ฮีมาโตคริตของหญิงตั้งครรภ์ มีระดับดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=11.348, p<.05)[26]

การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจเนื่องมาจากแนวทางการควบคุมและป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมานครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องร่วมกับใช้กรอบแนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลของคิงที่มีข้อตกลงเบื้องต้น คือ จุดมุ่งหมายของการพยาบาลคือการดูแลบุคคล ซึ่งบุคคลเป็นระบบเปิดที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ทั้งนี้คงได้ใช้กระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยนำไปสู่ Transaction และ Goal Attainment ในที่สุด โดยที่พยาบาลและผู้ป่วยต่างก็มีข้อมูลและมีการรับรู้เป็นของตนเองมาก่อน สำหรับพยาบาลจะได้ข้อมูลของผู้ป่วยมาจากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ โดยใช้ทักษะการติดต่อสื่อสารเพื่อให้ทราบความเป็นมาและปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งจะนำมาประกอบกับความรู้ทางวิชาชีพพยาบาล เป็นข้อมูลและการรับรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับผู้ป่วย คิงได้เสนอขั้นตอนของกระบวนการ Transaction ไว้ คือ 1) Action หมายถึงพฤติกรรมที่แสดงออกของผู้มารับบริการ 2) Reaction หมายถึงปฏิกิริยาของผู้มารับบริการต่อปัญหาหรือสิ่งรบกวน 3) Disturbance หมายถึงปัญหาหรือสิ่งที่รบกวนผู้มารับบริการซึ่งทำให้ผู้นั้นต้องมาโรงพยาบาล 4) Mutual Goal Setting ทั้งพยาบาลและผู้มารับบริการจะร่วมกันค้นหาและกำหนดจุดมุ่งหมายที่เป็นไปได้ และ 5) Explore Means to Achieve Goal พยาบาลและผู้ป่วยร่วมกันคิดค้นวิธีการที่จะนำไปสู่การปฏิบัติให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่ตั้งเอาไว้ร่วมกัน 6) Agree to Means ทั้งผู้มารับบริการและพยาบาลจะต้องมีความเห็นพ้องต้องกันและยอมรับในวิธีการปฏิบัติดังกล่าว 7) Transactions เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกในขั้นสุดท้ายซึ่งแสดงให้เห็นว่าจุดมุ่งหมายนั้นสำเร็จตามที่ตั้งเอาไว้ ผู้มารับบริการจะหลุดพ้นจากปัญหาที่รบกวนมาตั้งแต่ต้นและพยาบาลก็จะเป็นผู้ส่งเสริมให้ผู้มารับบริการปฏิบัติการดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเองต่อไปเพื่อให้มีภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรงมากที่สุดคุณภาพชีวิตที่ดี[27]

ดังนี้จึงส่งผลให้การวิจัยครั้งนี้พบว่า หลังการทดลองหญิงตั้งครรภ์พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อลดภาวะโลหิตจางมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมมากกว่าก่อนการทดลองโดยมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมมากกว่า 1.63 คะแนน และระดับฮีมาโตคริตสูงกว่าก่อนการทดลอง

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ควรเพิ่มประเด็นความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กลงในโปรแกรมสุขศึกษาตามปกติของห้องฝากครรภ์ ผ่านสื่อต่างๆ เช่น สื่อออนไลน์ Tiktok แผ่นพับ ภาพพลิก วีดิทัศน์เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับความรู้ที่ถูกต้อง อันจะนำไปสู่พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

2. แนวทางการควบคุมและป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์มุ่งเน้นเฉพาะการดูแลตนเองเท่านั้นควรที่จะนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมเพื่อเป็นแรงสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมถาวร

3. บุคลากรในทีมสุขภาพต้องเห็นความสำคัญ และตระหนักถึงอันตรายของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก สามารถให้คำแนะนำแก่หญิงตั้งครรภ์ในการป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กได้อย่างถูกต้อง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาแนวทางการควบคุมและป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ในลักษณะนี้ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น เบาหวาน เป็นต้น

2. ควรศึกษาแนวทางการควบคุมและป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองร่วมกับกระบวนการกลุ่มกับ

หญิงตั้งครรภ์ไตรมาสแรก เพื่อแนวทางการควบคุม และป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่หญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์

3. ควรศึกษาประสิทธิผลของแนวทางการควบคุมและป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์โดยประยุกต์แนวคิดหรือทฤษฎีอื่นๆกับหญิงตั้งครรภ์หรือหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่สมรสแล้ว เพื่อเป็นการเตรียมพร้อมให้เป็นมารดาที่มีสุขภาพดี

เอกสารอ้างอิง

1. Olds S B, London M L, London M L, Wieland Ladewig P A. Maternal- Newborn Nursing A Family and Community- Based Approach. New Jersey: Prentice-Hall; 2000.
2. จตุพล ศรีสมบูรณ์, อภิชาต โอฬารรัตนชัย, ชาเนนทร์ วนาภิรักษ์. คู่มือสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา. กรุงเทพฯ: แมคกรอ-ฮิล อินเตอร์เนชั่นแนน อินเตอร์ไพรส์อิงค์; 2538.
3. Ayoya M A, Spiekermann-Brouwer G M, Traoré A K, Stoltzfus R J, Garza C. Determinants of anemia among pregnant women in Mali. Food and nutrition bulletin. 2006;27:3-11.
4. Milman N. Iron prophylaxis in pregnancy-general or individual and in which dose? Annal of hematology. 2006;88:824-27.
5. Mishra V, Thapa S, Retherford R D, Dai X. Effect of iron supplementation during pregnancy on birth weight: evidence from Zambabwe. Food nutrition bulletin. 2005;26(4):338-47.
6. ประเทือง เหลี่ยมพงศาสพุทธิ, ชยันตร์ธร ปทุมานนท์, ชไมพร ทวิชศรี. ผลของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ต่อน้ำหนักทารกแรกคลอดเมื่อครรภ์ครบกำหนดที่โรงพยาบาลลำปาง. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2547;13(4):459-65.
7. World Health Organization [WHO]. Worldwide prevalence of anemia 2016 - 2019, WHO Globaldatabase on anemia [Internet]. 2021 [cited 5 Jan 2024]. Available from: https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/anaemia_in_women_and_children
8. Juul S E, Derman R J, Auerbach M. Perinatal iron deficiency: Implications for Mothers and infants. Neonatology. 2019;115(3):269-74.
9. Chantanamongkol K. Nursing care for women with congenital diseases. Pathum Thani: Rangsit University. (In Thai); 2016.
10. Finkelstein J L, Kurpad A V, Bose B, Thomas T, Srinivasan K, Duggan C. Anaemia and iron deficiency in pregnancy and adverse perinatal outcomes in Southern India. European Journal of Clinical Nutrition. 2020;74(1):112-25.
11. Blackburn S. Maternal fetal, neonatal physiology-e-book: A clinical perspective. St. Louis: Elsevier Health Sciences; 2017.
12. Young M F, Oaks B, Tandon S, Martorell R, Dewey K, Wendt A. Maternal Hemoglobin concentrations across pregnancy and maternal and child health: A systematic review and meta-analysis (P11-033-19). Annals of the New York Academy of Sciences. 2019;1450(1):47-68.
13. Pavord S, Daru J, Prasannan N, Robinson S, Stanworth S, Girling J, et al. UK guidelines on the management of iron deficiency in pregnancy. Br J Haematol. 2020;188(6):819-30.
14. Brannon P M, Taylor C L. Iron supplementation during pregnancy and infancy: Uncertainties and implications for research and policy. Nutrients. 2017;9(12):1327.
15. วรรณพร คำพิลา, เบญจพร ฐิติญาณวิโรจน์, สุกัญญา รักศรี, ปวินตรา มานาดี, ทิพวรรณ ทัพซ้าย, สุธิดา สิงห์ศิริเจริญกุล. การดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก: บทบาทที่ท้าทายของพยาบาล.

วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2565;30(2);134-42.

16. Orem D E. Nursing: Concepts of practice (6th ed.). St. Louis: Mosby-Year Book; 2001.
17. Jehnok M. The effect of supportive educative program for reduction of anemia on self-care behavior of Muslim pregnant women. Master of Nursing Science Thesis, Advanced Midwifery, Graduate School, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University; 2012.
18. Seaharattanapatum B, Sinsuksai N, Phumonsakul S, Chansatitporn N. Effectiveness of balanced diet-iron supplement program among pregnant women with anemia: A quasi-experimental study. Pacific Rim International Journal of Nursing Research. 2011;25(4):653-65.
19. Abujilban S, Hatamleh R, Al-Shuqerat S. The impact of a planned health Educational program on the compliance and knowledge of Jordanian pregnant women with anemia. Women & health. 2019;59(7):748-59.
20. นงเยาว์ สายแก้ว. ผลของการพยาบาลใช้ทฤษฎีความสำเร็จตามเป้าหมายต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
21. King I M. “King’s Theory of Goal Attainment.” Nursing Science Quarterly. 1992;5:(1):19-25.
22. ธีราภรณ์ บุณยประภาพันธ์, ศิริวรรณ แสงอินทร์, สุพิศ ศิริอรุณรัตน์. ผลของโปรแกรมการสนับสนุน และให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับฮีมาโตคริตในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2561;26(4):40-50.
23. วีรวรรณ บุญวงศ์. รูปแบบการเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ ในเขตพื้นที่บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช. กลุ่มพัฒนาแม่และเด็กศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช; 2560.
24. กันยา โพธิปีติ. การศึกษาผลการให้ยาเสริมธาตุเหล็กแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กและพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และยาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5; 2562.
25. ศรัณยา ลาโมะ, สุนันทา ยังวนิชเศรษฐ, เบญญาภา ธิติมาพงษ์. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมภาวะโภชนาการต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและยาเสริมธาตุเหล็ก และความเข้มข้นของเลือดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะโลหิตจาง. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2563;31(1):224-236.
26. สมศรี ปลิวมา, หทัยรัตน์ บุษยพรรณพงศ์. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร. วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี. 2565;31(2):165-79.
27. ดารัสนี โพธารส. การนำทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิงมาใช้ในการดูแลผู้รับบริการในปี 2000. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2542;7(2):41-51.

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับวัณโรคระยะแฝงในบุคลากรที่มีความเสี่ยงสูง โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

Prevalence and associated factors with latent tuberculosis among high-risk health workers in Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital

กิตติพล ไพรสุทธิรัตน*

Kittipol Praisuthirat

Corresponding author: E-mail: ktp.occmed@gmail.com

(Received: April 12, 2024; Revised: April 19, 2024; Accepted: May 19, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับบุคลากรที่มีวัณโรคระยะแฝง

รูปแบบการวิจัย : การศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการสัมผัสวัณโรคจำนวน 283 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามร่วมกับผลตรวจสุขภาพซึ่งมีผลการตรวจเลือดด้วยวิธี IGRA และผลอ่านเอกซเรย์ทรวงอกโดยรังสีแพทย์ในผู้ที่พบมีการติดเชื้อ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเชิงอนุมาน (Odds ratio; OR และ 95%CI) และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับวัณโรคระยะแฝง

ผลการวิจัย : ความชุกการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในบุคลากรที่เสี่ยงสูงต่อวัณโรคอยู่ที่ 32.5% สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง ได้แก่ ดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ (OR=6.66; 95%CI: 1.30-33.96) ประวัติได้รับการตรวจคัดกรอง/สงสัยวัณโรค (OR=3.04; 95%CI: 1.02-9.04) และประสบการณ์การทำงานที่เพิ่มขึ้น (OR = 1.12; 95%CI: 1.03-1.21)

สรุปและข้อเสนอแนะ : การศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าควรส่งเสริมให้บุคลากรมีดัชนีมวลกายสมส่วน เข้าถึงการตรวจคัดกรองวัณโรค และหมั่นตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี ส่วนบุคลากรที่พบว่ามีการติดเชื้อระยะแฝงควรได้รับการตรวจติดตาม และเฝ้าระวังวัณโรคอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : วัณโรคระยะแฝง; บุคลากรสุขภาพ; Interferon-gamma release assay

*นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

Abstract

Purposes : To determine prevalence and associated factors with health workers who found latent tuberculosis infection (LTBI).

Study design : Cross-sectional descriptive study.

Materials and Methods : To study among 283 high-risk health workers, using questionnaire from these workers that obtained demographic data and occupational data, and health checkup results, including Interferon-Gamma Release Assay (IGRA) and X-ray reports from Radiologists. Data was analyzed as descriptive statistic, odds ratio and 95%CI was also used to describe factors associated with LTBI.

Main findings : Prevalence of LTBI in high-risk health workers was 32.5%. Significant factors for LTBI were obesity (OR=6.66; 95%CI: 1.30-33.96), History of previous screening for tuberculosis (OR=3.04; 95%CI: 1.02-9.04) and years of work experience (OR=1.12; 95%CI: 1.03-1.21).

Conclusion and recommendations : This study revealed that prevalence of LTBI in high-risk health workers was more than World Health Organization report. Appropriate health promotion and programs should be supported for normal BMI, access to screen tuberculosis infection and regularly annual checkup. In health workers who tested positive for IGRA, they should be considered for regular tuberculosis surveillance.

Keywords : latent tuberculosis infection; Health workers; Interferon-gamma release assay

*Medical Physician, Professional Level, Occupational Medicine Department, Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital

บทนำ

วัณโรคเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขโลก ส่วนวัณโรคระยะแฝงก็มีความสำคัญเช่นกันตามรายงานขององค์การอนามัยโลกที่บ่งว่ามีถึงประมาณ 1 ใน 4 ของประชากรโลกที่พบมีการติดเชื้อวัณโรค (M. tuberculosis)[1] ในผู้ที่เป็นวัณโรคระยะแฝงนี้ ประมาณครึ่งหนึ่งจะมีอาการป่วยเป็นวัณโรคภายใน 2 ปีหลังจากมีการติดเชื้อ[2-3] และอีกครึ่งหนึ่งจะเป็นหลังจาก 2 ปี ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่มักเป็นเด็กและผู้ที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ[3-6] ทางองค์การอนามัยโลกได้แนะนำทำการตรวจและพิจารณาดูแลรักษาหากพื้นที่นั้นๆ สามารถกระทำได้[7] การตรวจวินิจฉัยวัณโรคระยะแฝง (LTBI) สามารถตรวจได้ 2 วิธีคือ การทดสอบทางผิวหนัง (Tuberculin skin test; TST) และการตรวจวัดระดับสาร Interferon-gamma (Interferon-gamma release assay; IGRA) ในเลือด[7-9] วิธี IGRA นี้มีความจำเพาะมากกว่าการตรวจ TST[10-12] เนื่องจากไม่เกิดผลบวกลวงจากการได้รับวัคซีนบีซีจีและจากการติดเชื้อ Non-tuberculous mycobacteria แต่มีราคาค่อนข้างสูงและยังไม่ได้มีให้ตรวจได้มากนัก ปัจจุบัน IGRA สามารถตรวจได้ 2 แบบ คือ QuantiFERON-TB Gold In-Tube หรือ QFT-GIT (หลักการ Enzyme-linked immunosorbent assay; ELISA) และ T-SPOT TB (การนับจำนวนเซลล์) โดยวิธี T-SPOT TB มีความไวและความจำเพาะที่สูงกว่า[13-14] แต่ก็ไม่ได้แตกต่างกันมากนัก ทั้งนี้การตรวจ IGRA ไม่สามารถแยกการติดเชื้อระยะแฝง (LTBI) กับระยะแพร่เชื้อ (Active TB) ได้ จึงต้องมีการตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอก (CXR) ด้วยเพื่อคัดแยกผู้ที่อาจจะมีลักษณะเข้าได้กับวัณโรคระยะแพร่เชื้อ (Active TB)

การศึกษาวัณโรคระยะแฝงในไทยมีการศึกษาอยู่บ้าง เช่น ในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง เป็นต้น[15-19] ด้วยเหตุที่ประเทศไทยเป็นพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของวัณโรคสูง (High TB burden) กลุ่มสำคัญที่ดูแลรักษาผู้ที่เจ็บป่วยก็คือ บุคลากรสุขภาพ (Health workers)[20] ซึ่งมีโอกาสรับ-แพร่กระจายเชื้อได้และมีความเสี่ยงสูงมากกว่าประชากรทั่วไปหรือผู้ประกอบอาชีพอื่นๆ[21-24] เหตุผลข้างต้นนี้ทางผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในการศึกษาวัณโรคระยะแฝงในบุคลากรเหล่านี้ด้วยวิธี IGRA ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการดูแลเฝ้าระวังต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับบุคลากรที่มีวัณโรคระยะแฝง

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานประจำในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ซึ่งมีความเสี่ยงสูงต่อการสัมผัสวัณโรคจำนวน 317 ราย เป็นกลุ่มตัวอย่าง 283 ราย พิจารณาโดยมีเกณฑ์การคัดเข้าคือ บุคลากรในแผนกหรือตำแหน่งที่มีความเสี่ยงสูงต่อการสัมผัสวัณโรค (High-risk TB) [ตามหลักเกณฑ์ของศูนย์ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเกาหลีใต้: Korea CDC Guidelines for managing tuberculosis][25] และยินยอมเข้าร่วมวิจัย เกณฑ์การคัดออกคือ มีประวัติเคยป่วยเป็นวัณโรคหรือกำลังรักษาวัณโรคอยู่ มีเหตุลาใดๆส่งผลให้ไม่สามารถเก็บข้อมูลได้ และไม่ยินยอมเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1) แบบสอบถามที่เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงสูงต่อการสัมผัสวัณโรค ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการทำงาน 2) ข้อมูลผลตรวจสุขภาพ : การตรวจเลือดวิธี IGRA [ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการด้วยวิธี Interferon-Gamma Release Assay: IGRA (QuantiFERON-TB Gold Plus) ที่กองวัณโรค กรุงเทพมหานคร] 3) ข้อมูลผลอ่านภาพถ่ายรังสีทรวงอก (CXR) ในผู้ที่ตรวจเลือด IGRA พบผลเป็นบวก; Positive (อ่านผลโดยรังสีแพทย์)

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ใช้สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง (จำนวนและร้อยละ) และสถิติเชิงอนุมาน (Odds ratio และ 95%CI) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับวัณโรค

ระยะแฝง (LTBI) มีค่านัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคน โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เลขที่ 22/2565

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง 283 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (90.1%) อายุอยู่ในช่วง 30-39 ปี (29.1%) ดัชนีมวลกายส่วนใหญ่เกินเกณฑ์ (59.5%) กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง (8.7%) รองลงมาเป็นโรคเบาหวานและโรคปอดเรื้อรัง (6.5%) และ (2.2%) ตามลำดับ จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (69.3%) มีประวัติสูบบุหรี่ (5.0%) ได้รับวัคซีนบีซีจี (BCG) (79.3%) มีญาติ/ครอบครัวเป็นวัณโรค (8.7%) เคยคลุกคลีกับผู้ป่วยวัณโรค (56.0%) เคยได้รับการตรวจคัดกรอง/สงสัยวัณโรค (24.0%) และได้รับการตรวจเอกซเรย์ทรวงอกในการตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี (94.6%) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=283)

ข้อมูล	จำนวน(%)
เพศ	
หญิง	255(90.1)
ชาย	28(9.9)
อายุ (ปี)	
น้อยกว่า 30	80(28.4)
30-39	82(29.1)
40-49	77(27.3)
50 ปีขึ้นไป	43(15.2)
มัธยฐาน = 36 พิสัยควอไทล์ = 16	
ดัชนีมวลกาย (kg/m^2)	
น้อยกว่า 18.5	20(7.2)
18.5 - ไม่เกิน 23	92(33.3)
ตั้งแต่ 23 ขึ้นไป	164(59.5)
โรคประจำตัว	
ไม่มีโรคประจำตัว	206(74.9)
โรคความดันโลหิตสูง	24(8.7)
โรคไขมันในเลือดสูง	24(8.7)
โรคเบาหวาน	18(6.5)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน(%)
โรคปอดเรื้อรัง	6(2.2)
โรคธาลัสซีเมีย/โลหิตจาง	4(1.5)
โรคมะเร็ง	1(0.4)
โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง	1(0.4)
โรค SLE	1(0.4)
ระดับการศึกษา	
ต่ำกว่าปริญญาตรี	71(26.3)
ปริญญาตรี	187(69.3)
ปริญญาโทขึ้นไป	12(4.4)
การสูบบุหรี่	
ไม่สูบ	268(95.0)
สูบ	14(5.0)
การได้รับวัคซีนบีซีจี (BCG)	
เคย	172(79.3)
ไม่เคย	45(20.7)
ประวัติวัณโรคในครอบครัว	
ไม่มี	253(91.3)
มี	24(8.7)
การคลุกคลีกับผู้ป่วยวัณโรค	
ไม่เคย	111(44.0)
เคย	141(56.0)
ได้รับการตรวจคัดกรอง/สงสัยวัณโรค	
ไม่เคย	209(76.0)
เคย	66(24.0)
ตรวจสุขภาพเอกซเรย์ทรวงอกทุกปี	
ใช่	262(94.6)
ไม่ใช่	15(5.4)

ข้อมูลการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่อยู่ในตำแหน่งพยาบาลระดับชำนาญการมากที่สุด (31.2%) ปฏิบัติงานที่ผู้ป่วยใน (61.8%) สัมผัสกับผู้ป่วยโดยตรง (88.6%) ปฏิบัติงานมานานมากกว่า 10 ปี (48.9%) ระยะเวลาทำงานมากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน (76.6%) ปฏิบัติงาน 6-7 วันต่อสัปดาห์ (69.7%) บุคลากรสวมใส่หน้ากากอนามัยทุกครั้ง (57.8%) ทำหัตถการกับผู้ป่วย (85.8%) โดยมีทำหัตถการประเภทละอองฝอย (Aerosol) ร่วมด้วย (75.2%) และบุคลากรเกือบครึ่งหนึ่งเห็นว่าการระบายอากาศในพื้นที่ปฏิบัติงานไม่เหมาะสม ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละข้อมูลการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง (n=283)

ข้อมูล	จำนวน(%)
ตำแหน่งงาน	
พยาบาลปฏิบัติการ	76(30.0)
พยาบาลชำนาญการ	79(31.2)
พยาบาลชำนาญการพิเศษ	6(2.4)
ผู้ช่วยพยาบาล/ช่วยเหลือคนไข้	60(23.7)
นักเทคนิค/วิทย์ฯการแพทย์	5(2.0)
พนักงานทั่วไป/ธุรการ/บริการ	22(8.7)
เจ้าพนักงานสาธารณสุข	4(1.6)
พนักงานกู้ชีพ	1(0.4)
แผนกงาน	
ผู้ป่วยใน	175(61.8)
ผู้ป่วยนอก	11(3.9)
ผู้ป่วยวิกฤต	57(20.1)
ผู้ป่วยฉุกเฉิน	34(12.1)
ห้องปฏิบัติการ	6(2.1)
งานเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย	
ไม่ได้สัมผัสผู้ป่วยโดยตรง	32(11.4)
สัมผัสผู้ป่วยโดยตรง	249(88.6)
จำนวนปีที่ปฏิบัติงาน (ปัจจุบัน)	
ไม่เกิน 5 ปี	90(32.4)
มากกว่า 5 ปี ถึง 10 ปี	52(18.7)
มากกว่า 10 ปี	136(48.9)
มัธยฐาน 10 ปี พิสัยควอไทล์ 12.25 ปี มากสุด 37 ปี	

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน(%)
ระยะเวลาทำงานต่อวัน	
≤ 8 ชั่วโมงต่อวัน	65(23.4)
> 8 ชั่วโมงต่อวัน	213(76.6)
จำนวนวันทำงานต่อสัปดาห์	
≤ 5 วัน/สัปดาห์	77(30.3)
6-7 วันต่อสัปดาห์	177(69.7)
การสวมใส่หน้ากากอนามัย	
ใส่ทุกครั้ง	163(57.8)
ใส่บ่อยครั้ง	53(18.8)
ไม่ได้ใส่/ไม่ค่อยได้ใส่	66(23.4)
ประเภทหน้ากากอนามัยที่ใช้	
Surgical mask	162(58.5)
N95	60(21.7)
หน้ากากผ้า	5(1.8)
Surgical mask และ N95	48(17.3)
P100	2(0.7)
การทำหัตถการผู้ป่วย	
ไม่ได้ทำ	40(14.2)
ทำ	242(85.8)
หัตถการประเภทละอองฝอย	
ไม่มี	70(24.8)
มี	212(75.2)
การระบายอากาศในพื้นที่	
เหมาะสม	151(54.3)
ไม่เหมาะสม	127(45.7)

พิจารณาความชุกการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในบุคลากรจากการตรวจด้วยวิธี Interferon-gamma release assay (IGRA) ซึ่งได้รับการสนับสนุนโดยห้องปฏิบัติการกองวัณโรค กรุงเทพมหานคร รายงานผลการตรวจเป็นผลบวก (มีการติดเชื้อ) และผลลบ (ไม่มีการติดเชื้อ) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความชุกการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง (LTBI) คิดเป็นร้อยละ 32.5 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความชุกของการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง (LTBI) จากการตรวจด้วยวิธี IGRA (n=283)

ผลตรวจเลือดด้วยวิธี IGRA	จำนวน(%)
ผลลบ (Negative)	191(67.5)
ผลบวก (Positive)	92(32.5)

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง (LTBI) พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง (LTBI) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ได้แก่ ดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ และประวัติได้รับการตรวจคัดกรอง/สงสัยวัณโรค ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง (LTBI) ด้วยสถิติเชิงอนุมาน

ปัจจัย	OR	95%CI	p
อายุ (ปี)			
น้อยกว่า 30	1		
30 ถึง < 40	0.804	0.182, 3.559	.774
40 ขึ้นไป	0.690	0.063, 7.571	.761
ดัชนีมวลกาย (kg/m^2)			
18.5-23 (ปกติ)	1		
< 18.5 (ต่ำ)	4.936	0.862, 28.276	.073
> 23 (สูง)	6.663	1.307, 33.961	.022
ระดับการศึกษา			
ปริญญาตรีขึ้นไป	1		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	1.169	0.355, 3.845	.797
โรคเบาหวาน			
ไม่มี	1		
มี	1.062	0.186, 6.084	.946
โรคปอดเรื้อรัง			
ไม่มี	1		
มี	0.618	0.058, 6.584	.690

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ปัจจัย	OR	95%CI	p
การได้รับวัคซีน BCG			
เคย	1		
ไม่เคย	1.984	0.651, 6.048	.228
ประวัติมีวัณโรคในครอบครัว			
ไม่มี	1		
มี	1.748	0.401, 7.632	.457
ประวัติคลุกคลีผู้ป่วยวัณโรค			
ไม่เคย	1		
เคย	0.845	0.318, 2.247	.736
ประวัติได้รับตรวจคัดกรอง/สงสัยวัณโรค			
ไม่เคย	1		
เคย	3.049	1.028, 9.045	.045

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการทำงานกับการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง (LTBI) พบว่า ปัจจัยการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง (LTBI) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< .05) ได้แก่ ประสบการณ์การทำงาน (ปี) ส่วนปัจจัยที่ไม่ได้มีนัยสำคัญทางสถิติแต่มีแนวโน้มที่ใกล้เคียงรองลงมาคือ การทำหัตถการกับคนไข้บ่อยครั้ง/ทุกครั้ง (p=.092) และการไม่สวมใส่/ไม่ค่อยได้สวมใส่หน้ากากอนามัย (p=.10) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการทำงานกับการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง (LTBI) ด้วยสถิติเชิงอนุมาน

ปัจจัย	OR	95%CI	p
ลักษณะงาน			
ห้องปฏิบัติการ-ผู้ป่วยนอก	1		
ผู้ป่วยวิกฤต	0.493	0.022, 11.120	.656
ผู้ป่วยฉุกเฉิน	1.681	0.084, 33.723	.734
ผู้ป่วยใน	0.641	0.043, 9.591	.747
งานเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย			
ไม่ได้เกี่ยวข้องโดยตรง	1		
เกี่ยวข้องโดยตรง	6.909	0.655, 72.882	.108

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ปัจจัย	OR	95%CI	p
ประสบการณ์การทำงาน (ปี)	1.121	1.033, 1.217	.006
ระยะเวลาการทำงานในแต่ละวัน			
ไม่เกิน 8 ชั่วโมง	1		
มากกว่า 8 ชั่วโมง	1.411	0.360, 5.525	.621
จำนวนวันทำงานต่อสัปดาห์			
ไม่เกิน 5 วันต่อสัปดาห์	1		
6-7 วันต่อสัปดาห์	0.893	0.319, 2.500	.829
การสวมใส่หน้ากากอนามัย			
ใส่ทุกครั้ง	1		
ใส่บ่อยครั้ง	0.986	0.282, 3.452	.982
ไม่ใส่/ไม่ค่อยได้ใส่	2.336	0.849, 6.426	.100
การทำหัตถการกับคนไข้			
ไม่ได้ทำ	1		
ทำบางครั้ง	0.452	0.075, 2.736	.388
ทำบ่อยครั้ง/ทุกครั้ง	0.182	0.025, 1.323	.092
การทำหัตถการประเภทละอองฝอย			
ไม่มี	1		
มี	2.251	0.330, 15.364	.408
การระบายอากาศในพื้นที่			
เหมาะสม	1		
ไม่เหมาะสม	1.051	0.398, 2.775	.920

วิจารณ์

การศึกษานี้ในกลุ่มตัวอย่าง 283 ราย พบการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงคิดเป็นความชุกร้อยละ 32.5 ใกล้เคียงกับผลสำรวจในบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศไทยซึ่งพบร้อยละ 31.41[26] และในบุคลากรประเทศโปรตุเกสร้อยละ 32.6[27] แต่ก็แตกต่างจากหลายการศึกษา ดังเช่นขององค์การอนามัยโลก (WHO) พบการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงมีความชุกร้อยละ 24.8[28] และของประเทศเกาหลีใต้ที่พบความชุกร้อยละ 16[25] ระดับความชุกที่แตกต่างกันเนื่องจากพื้นที่ประเทศไทยจัดว่าเป็นโรคประจำถิ่น (Endemic area) สำหรับเชื้อวัณโรคซึ่งถ้าเทียบกับสัดส่วนประชากรในบางภูมิภาคแล้วแนวโน้มพบได้มากกว่า อีกทั้งกลุ่มเป้าหมายเป็นบุคลากรที่มีความเสี่ยงสูงในการสัมผัส-ติดเชื้อวัณโรคได้มากกว่าทั่วไป[1,21,25,29,30]

แนวโน้มจึงมีโอกาสพบในสัดส่วนที่มากกว่าได้

1) สำหรับดัชนีมวลกาย พบว่าการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ที่มีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์จะเพิ่มโอกาสการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงได้เป็น 6.66 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่มีดัชนีมวลกายปกติ มีบางการศึกษาที่มีผลสอดคล้องดังกล่าว[31] แต่แตกต่างจากหลายการศึกษาซึ่งพบว่าภาวะทุพโภชนาการ (Malnutrition) หรือดัชนีมวลกายต่ำ (Low BMI) มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อวัณโรคมากขึ้น[32-34] ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ที่มีน้ำหนักน้อยเกินไปร่างกายจะมีการขาดสารอาหารได้ ส่งผลต่อระบบภูมิคุ้มกันและมีโอกาสติดเชื้อหรือเป็นวัณโรคได้เร็วกว่า แต่ถ้าหากน้ำหนักมากเกินไปก็ส่งผลต่อโครงสร้างและเมตาบอลิซึมของร่างกาย รวมถึงสมดุลระบบภูมิคุ้มกันที่อาจทำงานไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ส่วนประวัติได้รับการตรวจคัดกรอง/สงสัยวัณโรค พบว่า สัมพันธ์กับการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ที่ได้รับการตรวจคัดกรอง/สงสัยวัณโรคมีโอกาสติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง 3.04 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่เคยได้รับการตรวจคัดกรองวัณโรค แสดงว่าผู้ที่เคยได้รับการตรวจคัดกรองวัณโรคเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงสูงในการสัมผัสเชื้อวัณโรคหรืออาจจะเริ่มติดเชื้อระยะแฝงแล้วแต่ยังไม่ได้เป็นโรคก็เป็นได้ อันเนื่องมาจากประวัติการสัมผัสคลุกคลีกับผู้ที่เป็นวัณโรคและ/หรือมีอาการ-อาการแสดงที่เข้าข่ายสงสัยวัณโรค

2) การมีโรคประจำตัว/ภาวะที่ส่งผลให้ประสิทธิภาพภูมิคุ้มกันลดลงมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคได้มากขึ้น[4,29] เช่น โรคเบาหวาน[25,35-37] การติดเชื้อเอชไอวี[38] โรคไตวาย[39] โรคปอดเรื้อรัง[40-42] เป็นต้น ผลการศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างโรคดังกล่าวข้างต้นกับการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง ทั้งนี้อาจเนื่องจากระยะของโรคและการควบคุมรักษาตัวโรคนั้นๆด้วย ประกอบกับจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีค่อนข้างน้อยและจำนวนผู้ที่มีโรคประจำตัวดังกล่าวมีสัดส่วนที่น้อยถึงน้อยมาก จึงไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ

3) การไม่พบรอยแผลเป็นจากการฉีดวัคซีนบีซีจี (BCG) มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง[43] ในการศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับวัคซีนบีซีจี (BCG) กับการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างบางส่วนไม่แน่ใจเกี่ยวกับประวัติการได้รับวัคซีน สัดส่วนการพิจารณาจึงน้อยลงประกอบกับการได้รับวัคซีนบีซีจีลดความเสี่ยงในแง่การดำเนินโรคจากระยะแฝงไปสู่การเป็นวัณโรคที่มีอาการอย่างชัดเจน แต่มิได้ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคส่วนบุคคล[29,44] จึงไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ

4) สำหรับการคลุกคลีกับผู้ป่วยวัณโรค ผลการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์กับการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง แตกต่างจากหลายการศึกษา[16,17,25,45] แต่ทว่าการคลุกคลีกับผู้ป่วยวัณโรคซึ่งเป็นการเพิ่มความเสี่ยงการติดเชื้อวัณโรคในทางระบาดวิทยาผู้ที่สัมผัสใกล้ชิดจะมีโอกาสติดเชื้อ และเป็นวัณโรคเพียงประมาณร้อยละ 1[29] อีกทั้งขึ้นกับปัจจัยอื่นด้วย เช่น ระบบภูมิคุ้มกันแต่ละบุคคล การสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันขณะคลุกคลีกับผู้ป่วย ระยะเวลาอยู่ร่วมกันนาน (> 8 ชั่วโมงต่อวันหรือ 120 ชั่วโมงต่อเดือน) ระบบระบายอากาศในพื้นที่ เป็นต้น[46]

5) ประสบการณ์การทำงาน (ปี) พบว่ามีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง โดยประสบการณ์การทำงานที่เพิ่มขึ้น 1 ปีจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง 1.121 เท่าเมื่อเทียบกับของเดิม สอดคล้องกับหลายการศึกษาทั้งไทย[15,16,18] และต่างประเทศ[45,47] เนื่องจากการปฏิบัติงานของบุคลากรเหล่านี้มีความเสี่ยงสูงต่อการสัมผัสเชื้อวัณโรค หากปฏิบัติงานในส่วนนี้เป็นเวลานาน ทั้งสภาพแวดล้อมและผู้ป่วยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลที่เข้าได้กับวัณโรค ก็จะยิ่งเพิ่มโอกาสการสัมผัสหรือการรับเชื้อวัณโรคเข้าสู่ร่างกายได้

ผลการศึกษาในประเด็นการสวมใส่หน้ากากอนามัยไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง แต่ก็มีแนวโน้มเห็นได้ว่าผู้ที่ไม่ได้สวมใส่หรือไม่ค่อยได้สวมใส่หน้ากากอนามัยอาจจะเกี่ยวข้องกับการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงได้ (p=.10) ทั้งนี้ขึ้นกับหลายปัจจัย เช่น ความตระหนักส่วนบุคคล ชนิด-คุณภาพของหน้ากากอนามัย ความไม่สบายในการสวมใส่และการสวมใส่หน้ากากอนามัยที่ถูกต้อง

การทำหัตถการกับคนไข้รวมถึงหัตถการประเภทละอองฝอย (Aerosol) เป็นการคลุกคลีกับผู้ป่วย และสารคัดหลั่งพอสมควร ในส่วนการทำหัตถการกับคนไข้ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง แต่ก็พอเห็นแนวโน้มได้ว่าการทำหัตถการกับคนไข้บ่อยครั้ง/ทุกครั้งอาจจะเกี่ยวข้องกับการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงได้ (p=.092) ส่วนการทำหัตถการประเภทละอองฝอยไม่พบความสัมพันธ์กับการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง ผลดังกล่าวแตกต่างจากบางการศึกษา[45,48] อาจเนื่องจากหลายปัจจัย เช่น ประสบการณ์ที่เคยทำหัตถการเหล่านี้ทำให้ป้องกันตนเองและสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอย่างรัดกุม ปริมาณเชื้อของคนไข้ที่แตกต่างกันในแต่ละราย สุขอนามัยในการล้างมือหลังทำหัตถการ/หลังสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันและขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่มีค่อนข้างน้อย จึงไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ควรคำนึงถึงการระบายอากาศในพื้นที่ด้วย แม้ว่าจะไม่พบความสัมพันธ์กับการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง แต่ผลการศึกษามีจำนวนเกือบครึ่งหนึ่งที่เห็นว่ามีการระบายอากาศในพื้นที่ไม่เหมาะสม ซึ่งควรจะมีการพิจารณาสำรวจในเชิงพื้นที่โดยละเอียดต่อไป

ข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้พบความชุกการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงร้อยละ 32.5 ซึ่งค่อนข้างสูงกว่ารายงานขององค์การอนามัยโลก สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง ได้แก่ ดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ ประวัติได้รับการคัดกรอง/สงสัยวัณโรค และประสบการณ์การทำงานที่เพิ่มขึ้น ดังนั้นมาตรการส่งเสริมสุขภาพให้บุคลากรมีดัชนีมวลกายที่สมส่วน การเข้าถึงการตรวจคัดกรองวัณโรค และหมั่นตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปีเป็นสิ่งที่ควรสนับสนุนอย่างครอบคลุม สำหรับบุคลากรที่พบมีติดเชื้อระยะแฝงควรได้รับการตรวจติดตามและเฝ้าระวังวัณโรคอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณในความอนุเคราะห์จากกองวัณโรค กรมควบคุมโรค และคุณสายใจ สมิทธิการ ที่ช่วยสนับสนุนประสานงานเกี่ยวกับการส่งตรวจและวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ รวมถึงบุคลากรของโรงพยาบาล ได้แก่ พยาธิวิทยา (ห้องปฏิบัติการวัณโรค) รังสีวิทยา เวชระเบียน อาชีวเวชกรรม หัวหน้าแผนกต่างๆและผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและยินดีสละเวลาอันมีค่าสนับสนุนจนสำเร็จได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2020 [Internet]. 2020 [cited 2022 June 23]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336069/9789240013131-eng.pdf.
2. Lalvani A, Pareek M. A 100-year update on diagnosis of tuberculosis infection. Br Med Bull. 2010;93:69-84.
3. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค. แนวทางการป้องกัน และควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค (Guidelines for Prevention and Control of tuberculosis transmission), 2559 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 28 มิถุนายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://www.แนวทางการป้องกันฯการแพร่กระจายเชื้อ.pdf (tbthailand.org).
4. World Health Organization. Guidelines on the management of latent tuberculosis infection [Internet]. 2015 [cited 2022 June 23]. Available from: https://LTBI Guidelines_new.indd (nih.gov).
5. Kasprowicz V O, Churchyard G, Lawn S D, Squire S B, Lalvani A. Diagnosing latent tuberculosis in high-risk individuals: rising to the challenge in high-burden areas. J Infect Dis. 2011;204(4): 1168-78.
6. Hasan T, Au E, Chen S, Tong A, Wong G. Screening and prevention for latent tuberculosis in immunosuppressed patients at risk for tuberculosis: a systematic review of clinical

practice guidelines. BMJ Open. 2018;8(9): e022445.

7. Getahun H, Matteelli A, Abubakar I, Aziz M A, Baddeley A, Barreira D, et al. Management of latent Mycobacterium tuberculosis infection: WHO guidelines for low tuberculosis burden countries. Eur Respir J. 2015;46(6):1563-76.
8. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค. แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2561: National Tuberculosis Control Programme Guideline, Thailand, 2018 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 28 มิถุนายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://www.NTP2018.pdf (tbthailand.org).
9. กองวัณโรค กรมควบคุมโรค. คำแนะนำเรื่องการวินิจฉัยและรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง (Latent Tuberculosis Infection), 2562 [อินเตอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 9 กรกฎาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://www.คำแนะนำเรื่องการวินิจฉัยและรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง.pdf(tbthailand.org).
10. Pai M, Zwerling A, Menzies D. Systematic review: T-cell-based assays for the diagnosis of latent tuberculosis infection: an update. Ann Intern Med. 2008;149(3):177–84.
11. Pai M, Kalantri S, Dheda K. New tools and emerging technologies for the diagnosis of tuberculosis: part I. Latent tuberculosis. Expert Rev Mol Diagn. 2006;6(3):413-22.
12. Centers for Disease Control and Prevention. Latent Tuberculosis Infection: A Guide for Primary Health Care Providers [Internet]. 2020 [cited 2022 July 9]. Available from: https://Latent Tuberculosis Infection: A Guide for Primary Health Care Providers (cdc.gov).
13. Bae W, Park K U, Song E Y, Kim S J, Lee Y J, Park J S, et al. Comparison of the Sensitivity of Quanti FERON-TB Gold In-Tube and T-SPOT.TB According to Patient Age. PLoS One. 2016;11(6):e0156917.
14. ธนพรรณ เรียงรอด. T-SPOT.TB การทดสอบใหม่ที่แทนที่ QuantiFERON-Gold In-Tube (QFT-GIT). งานห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. 2562;6(1):7-11.
15. บุญเชิด กลัดพ่วง, ชำนาญ ยุงไธสง, ผลิน กมลวัทน์. อัตราความชุกการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในโรงพยาบาลขนาดใหญ่จากการตรวจด้วยวิธี Interferon-Gamma Release Assay (IGRA). วารสารโรคเอดส์. 2563;33:21-35.
16. Nonghanphithak D, Reechaipichitkul W, Chaiyasung T, Faksri K. Risk factors for Latent Tuberculosis Infection among Health-Care Workers in Northeastern Thailand. Southeast Asian J Trop Med Public Health. 2016;47(6):1198-208.
17. Faksri K, Reechaipichitkul W, Pimrin W, Bourpoern J, Prompinij S. Transmission and risk factors for Latent Tuberculosis Infections among index case-matched Household Contacts. Southeast Asian J Trop Med Public Health. 2015;46(3):486-95.
18. Aksornchindarat W, Yodpinij N, Phetsuksiri B, Srisungngam S, Rudeeaneksin J, Bunchoo S, et al. T-SPOT(R). TB test and clinical risk scoring for diagnosis of latent tuberculosis infection among Thai healthcare workers. J Microbiol Immunol Infect. 2021;54(2):305-11.
19. Khawcharoenporn T, Apisarnthanarak A, Sangkitporn S, Rudeeaneksin J, Srisungngam S, Bunchoo S, et al. Tuberculin Skin Test and QuantiFERON((R))-TB Gold In-Tube Test for Diagnosing Latent Tuberculosis Infection among Thai Healthcare Workers. Jpn J Infect Dis. 2016;69(3):224-30.

20. กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค. แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมวัณโรคในบุคลากรที่ปฏิบัติงานของสถานพยาบาล [อินเตอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 4 กรกฎาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://1042520200831040621.pdf (moph.go.th).
21. พีรวัฒน์ ตระกูลทวีสุข, อนุชิต นิยมปัทมะ, สุนทร บุญบำเรอ, เนสินี ไชยเอียย. วัณโรคในบุคลากรสังกัดโรงพยาบาลตติยภูมิ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือประเทศไทย. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2560;32(3):204-13.
22. Hermes L, Kersten J F, Nienhaus A, Schablon A. Risk Analysis of Latent Tuberculosis Infection among Health Workers Compared to Employees in Other Sectors. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(13):4643.
23. Napoli C, Ferretti F, Di Ninno F, Orioli R, Marani A, Sarlo MG, et al. Screening for Tuberculosis in Health Care Workers: Experience in an Italian Teaching Hospital. Biomed Res Int. 2017:7538037.
24. Peters C, Kozak A, Nienhaus A, Schablon A. Risk of Occupational Latent Tuberculosis Infection among Health Personnel Measured by Interferon-Gamma Release Assays in Low Incidence Countries-A Systematic Review and Meta-Analysis. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(2):581.
25. Yeon J H, Seong H, Hur H, Park Y, Kim YA, Park YS, et al. Prevalence and risk factors of latent tuberculosis among Korean healthcare workers using whole-blood interferon-gamma release assay. Sci Rep. 2018;8:10113.
26. Hfocus.org. Udonthani: Phiwat Thai public health Foundation (TH); 2012. The survey revealed 31.41 % of health workers infected with latent tuberculosis. [internet]. 2018 [cited 2022 Aug 25]. Available from: https://www.hfocus.org/content/2018/11/16525.
27. Torres Costa J, Sa R, Cardoso M J, Silva R, Ferreira J, Ribeiro C, et al. Tuberculosis screening in Portuguese healthcare workers using the tuberculin skin test and the interferon-gamma release assay. Eur Respir J. 2009;34(6):1423-8.
28. Cohen A, Mathiasen V D, Schon T, Wejse C. The global prevalence of latent tuberculosis: a systematic review and meta-analysis. Eur Respir J. 2019;54(3).
29. Jiamjarasrangsi W. Epidemiology of occupationally acquired tuberculosis in healthcare workers. Chula Med J. 2003;47(5):353-67.
30. Joshi R, Reingold A L, Menzies D, Pai M. Tuberculosis among health-care workers in low-and middle-income countries: a systematic review. PLoS Med. 2006;3(12):e494.
31. Cubilla-Batista I, Ruiz N, Sambrano D, Castillo J, de Quinzada M O, Gasteluiturri B, et al. Overweight, Obesity, and Older Age Favor Latent Tuberculosis Infection among Household Contacts in Low Tuberculosis-Incidence Settings within Panama. Am J Trop Med Hyg. 2019;100(5):1141-4.
32. Kumar N P, Nancy A P, Moideen K, Menon P A, Banurekha V V, Nair D, et al. Low body mass index is associated with diminished plasma cytokines and chemokines in both active and latent tuberculosis. Front Nutr. 2023;10:1194682.
33. Badawi A, Liu C J. Obesity and Prevalence of Latent Tuberculosis: A Population-Based Survey. Infect Dis (Auckl). 2021;14:1178633721994607.

34. Anuradha R, Munisankar S, Bhootra Y, Kumar N P, Dolla C, Kumaran P, et al. Coexistent Malnutrition Is Associated with Perturbations in Systemic and Antigen-Specific Cytokine Responses in Latent Tuberculosis Infection. Clin Vaccine Immunol. 2016;23(4):339-45.
35. Lee M R, Huang Y P, Kuo Y T, Luo C H, Shih Y J, Shu C C, et al. Diabetes Mellitus and Latent Tuberculosis Infection: A Systematic Review and Metaanalysis. Clin Infect Dis. 2017;64(6):719-27.
36. Barron M M, Shaw K M, Bullard K M, Ali M K, Magee M J. Diabetes is associated with increased prevalence of latent tuberculosis infection: Findings from the National Health and Nutrition Examination Survey, 2011–2012. Diabetes Res. Clin. Pract. 2018;139:366–79.
37. Jackson C, Southern J, Lalvani A, Drobniewski F, Griffiths C J, Lipman M, et al. Diabetes mellitus and latent tuberculosis infection: baseline analysis of a large UK cohort. Thorax. 2019;74(1):91-4.
38. National HIV Curriculum. Latent Tuberculosis Infection [Internet]. [Cited 2022 Sep 8]. Available from: https://www.Latent Tuberculosis Infection - Core Concepts (uw.edu).
39. Steć A, Magry Ś A, Załuska W. The prevalence and risk factors for latent Mycobacterium tuberculosis infection in patients with chronic kidney disease. Journal of Pre-Clinical and Clinical Research. 2023;17:1-4.
40. Dias V L, Storrer K M. Prevalence of latent tuberculosis infection among patients with interstitial lung disease requiring immunosuppression. J Bras Pneumol. 2022;48(2):e20210382.
41. Ehrlich R, Akugizibwe P, Siegfried N, Rees D. The association between silica exposure, silicosis and tuberculosis: a systematic review and meta-analysis. BMC Public Health. 2021;21:953.
42. ฐมฤกษ์ แสงเงิน. ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อวัณโรคแฝงของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด. ศรีนครินทร์เวชสาร 2565;37(4):407-18.
43. Chanpho P, Chaiear N, Kamsa-Ard S. Factors Associated with Latent Tuberculosis Infection among the Hospital Employees in a Tertiary Hospital of Northeastern Thailand. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(18):6876.
44. Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for Preventing the Transmission of Mycobacterium tuberculosis in Health-Care Settings [Internet]. 2005 [cited 2022 Sep 8]. Available from: https://www.rr5417.pdf (cdc.gov).
45. Apriani L, McAllister S, Sharples K, Alisjahbana B, Ruslami R, Hill PC, et al. Latent tuberculosis infection in healthcare workers in low- and middle-income countries: an updated systematic review. Eur Respir J. 2019;53(4).
46. จตุพร วันไชยธนวงศ์, วิภา รีชัยพิชิตกุล, อภิชาติ โซ่เงิน. การคัดกรองและรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในผู้สัมผัสร่วมบ้าน. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2563;35(5):639-48.
47. Belo C, Naidoo S. Prevalence and risk factors for latent tuberculosis infection among healthcare workers in Nampula Central Hospital, Mozambique. BMC Infect Dis. 2017;17(1):408.
48. Herzmann C, Sotgiu G, Bellinger O, Diel R, Gerdes S, Goetsch U, et al. Risk for latent and active tuberculosis in Germany. Infection. 2017;45(3):283-90.

รูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในอำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด
Development of a Model on Promoting Rational Drug use in Srisomdet District, Roi-Et Province

พิทยาภรณ์ ซิมเมอร์มันน์*
Pittayaporn Zimmermann
Corresponding author: E-mail: Kawao2523@gmail.com
(Received: April 13, 2024; Revised: April 21, 2024; Accepted: May 21, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสถานการณ์ การพัฒนารูปแบบและศึกษาผลลัพธ์ของการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของอำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : การวิจัยครั้งนี้แบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ และความจำเป็นในการพัฒนา ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และระยะที่ 3 การติดตามประเมินผลลัพธ์รูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบเก็บข้อมูลที่พัฒนาขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังพัฒนาด้วย Percentage difference และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย : รูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของอำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด ประกอบด้วย 4 มาตรการ ได้แก่ 1) มาตรการระดับโรงพยาบาลและระดับ รพ.สต. 2) มาตรการระดับผู้ประกอบการด้านสุขภาพ 3) มาตรการระดับเครือข่าย แกนนำ และ 4) มาตรการในระดับชุมชน ด้วยการมีกิจกรรมในการพัฒนาความรู้และความรอบรู้ในทุกระดับ การใช้เครื่องมือเพื่อช่วยในการสั่งใช้ยาที่สมเหตุผล การส่งเสริมด้านจริยธรรมให้กับบุคลากรทางการแพทย์ การดูแลด้านยาเพื่อความปลอดภัยของประชาชน และการเฝ้าระวัง ติดตาม กำกับ ประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบส่งผลให้มีการสั่งใช้ยาในโรค URI, โรค AD และโรค CW ที่เหมาะสมเพิ่มมากขึ้น (29.20%, 6.19% และ 2.76% ตามลำดับ) อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะใน 3 กลุ่มโรค ได้แก่ โรค URI, โรค AD และโรค CW ที่ลดลง (21.70%, 22.82% และ1.98% ตามลำดับ)

สรุปและข้อเสนอแนะ : การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล จะต้องมีการพัฒนาให้ครอบคลุมทุกระดับตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลถึงระดับชุมชน การพัฒนาทุกภาคส่วนจะทำให้เกิดการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ส่งผลทางตรงให้มีการใช้ยาที่เหมาะสมมากขึ้น และส่งผลทางอ้อม คือ ค่าใช้จ่ายด้านยาที่ลดลง และช่วยลดภาวะดื้อยาตามมา

คำสำคัญ : รูปแบบ; ยาปฏิชีวนะ; การใช้ยาอย่างสมเหตุผล

*เภสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลศรีสมเด็จ

Abstract

Purpose : To study the situation, develop a model and study the results of rational drug use (RDU) in Srisomdet District Roi Et Province.

Study design : Action Research.

Materials and Methods : This research is divided into 3 phases: 1) Situation analysis 2) Development a model and 3) Monitoring and evaluating results in a model of RDU. Data were analyzed using descriptive statistics. Compare results before and after development with percentage difference and content analysis.

Main findings : Model for RDU in Srisomdet district, Roi Et Province consists of 4 system: 1) Development at hospital level and subdistrict health promotion hospital level 2) development at the health entrepreneur level 3) development at the network and leaders level and 4) development at the community level. By having activities to develop knowledge and thoroughness at every level. Using tools to assist in the prescription, promoting ethics, medication safety care and continuous surveillance. The results of the model development was increase in the appropriate prescriptions in URI, AD and CW (29.20%, 6.19%, and 2.76%, respectively). The rate of antibiotic use was decreased in URI, AD and CW disease (21.70%, 22.82% and 1.98%, respectively).

Conclusion and recommendations: Development of a model for RDU must be developed to cover all levels, from the hospital level to the community level. Development of all sectors will lead to more efficacy and safety. The directly results is appropriate use medicines and indirect result are reduced drug costs and drug resistance.

Keywords : Model; Antibiotic; Rational drug use

*Registered Pharmacist Professional Level, Srisomdet hospital

บทนำ

ปัญหาการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุสมผลในประเทศไทยเกิดขึ้นทั้งในสถานพยาบาลและชุมชน โดยเกิดขึ้นจากหลายปัจจัย ได้แก่ ผู้สั่งใช้ยา ผู้ใช้ยา ผลิต ผู้กระจายยา และการควบคุมกำกับตามกฎหมาย ทำให้ปัญหาการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสมได้ถูกยกมาเป็นนโยบายแห่งชาติด้านยาในปี พ.ศ.2544[1] แต่จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมาในด้านของการสั่งใช้ยา ยังพบปัญหาจากการสั่งใช้ยาที่เกินจำเป็น ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยให้มีโอกาสเสี่ยงจากผลข้างเคียง และอันตรายจากการใช้ยา รวมถึงการเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เกินความจำเป็น โดยเฉพาะการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่เหมาะสม ซึ่งในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (ปี พ.ศ.2543-2554)[2] พบคนไทยติดเชื้อดื้อยากว่าปีละ 88,000 คน ทำให้จำนวนวันที่ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลรวมนานเพิ่มขึ้นมากกว่า 1 ล้านวันต่อปี และมีผู้เสียชีวิตมากกว่าปีละ 38,000 คน ซึ่งคิดเป็นการสูญเสียทางเศรษฐกิจโดยรวมสูงถึง 4.2 หมื่นล้านบาท 5 ในด้านผู้ใช้ยา[3] ยังพบปัญหาการขาดความรู้ในการใช้ยาที่สมเหตุผล การเรียกหายา และใช้ยาที่ไม่เหมาะสม ในด้านผู้ผลิตยังขาดจิตสำนึกที่ดีในการผลิตยาที่ดี เช่น การผลิตอาหารที่มีการปลอมปนของยาอันตราย ยาสเตียรอยด์ ยาไวอากร้า ยาไซบูทรามีน กัญชา เป็นต้น ในด้านการกระจายยา ยังพบการกระจายยาที่ไม่เหมาะสม คือ บริษัทยามีการกระจายยาอันตรายลงยังสถานบริการด้านสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ร้านขายยา และคลินิกสุขภาพมีการกระจายยาอันตรายไปยังร้านค้าชำ และร้านค้าชำมีการกระจายยาอันตรายลงสู่ประชาชนในชุมชน เนื่องจากมีการเรียกหาและต้องการเข้าถึงยาอันตราย ซึ่งส่งผลกระทบ เกิดการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม เกิดอันตรายและผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ ไม่สามารถที่จะควบคุมและรักษาโรคที่เป็นอยู่ได้เนื่องจากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่อันตราย ตลอดจนเกิดการดื้อยาปฏิชีวนะตามมา

โรงพยาบาลศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นโรงพยาบาลขนาด F2 มีการดำเนินงานด้านการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่การดำเนินงานตามโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use Hospital, RDU Hospital)[4] โดยใช้แนวทางการดำเนินงานตามกุญแจ PLEASE ซึ่งประกอบด้วยกุญแจในการดำเนินงานที่สำคัญ 6 ประการ คือ 1) การส่งเสริมความเข้มแข็งของคณะกรรมการเภสัชกรรมและบำบัด (Pharmacy and therapeutics committee strengthening) 2) การจัดทำฉลากยา ฉลากยาเสริมและข้อมูลยาสู่ประชาชน (Labeling and leaflet for patient information) 3) การจัดทำหรือจัดหาเครื่องมือจำเป็นที่ช่วยให้เกิดการสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Essential RDU tools) 4) การสร้างความตระหนักรู้ของบุคลากรทางการแพทย์และผู้รับบริการต่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Awareness for RDU principles among health personnel and patients) 5) การดูแลด้านยาเพื่อความปลอดภัยของประชากรกลุ่มพิเศษ (Special population care) และ 6) การส่งเสริมจริยธรรม และจรรยาบรรณทางการแพทย์ในการสั่งใช้ยา (Ethics in prescription) นอกจากนั้นยังมีการดำเนินงานการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU community) ซึ่งจากการดำเนินงานของ RDU hospital และ RDU community ยังพบปัญหาการสั่งใช้ยาที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะการใช้ยาปฏิชีวนะ ประชาชนขาดความรู้ ความเขาใจ การรับรู้ทัศนคติความเชื่อที่ผิด ส่งผลให้เกิดการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม ขาดความตระหนักถึงปัญหาเชื้อดื้อยา มาตรการเพื่อการเข้าถึงยาและควบคุมราคายายังไม่เข้มงวด ไม่ได้รับการรักษาตามแนวทางการรักษามาตรฐาน การจำหน่ายยาโดยไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งมีการกระจายยาในชุมชนและมีการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมในชุมชน

จากสถานการณ์ปัญหาข้างต้น เพื่อเป็นการพัฒนาการดำเนินงานการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และมีความต่อเนื่อง จึงได้ทำการพัฒนาการดำเนินงานด้วยกระบวนการวิจัยแบบ Action research โดยใช้กระบวนการ PAOR ของ Kemmis and Mctaggart[5] ซึ่งมีเป้าหมายในการดำเนินงาน คือ เพื่อทำให้ประชาชนเกิดความปลอดภัยจากการใช้ยาและการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน จึงทำให้มีการจัดทำการพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานในการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในอำเภอศรีสมเด็จ ให้เป็นรูปแบบการ

ดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งผลให้ประชาชนเกิดความปลอดภัยจากการใช้ยา ตลอดจนสามารถเป็นแบบอย่างที่ดีในการดำเนินงานเพื่อพัฒนางานด้านการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลให้กับโรงพยาบาลแห่งอื่น และกระทรวงสาธารณสุขต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์ การพัฒนารูปแบบ และผลลัพธ์ของรูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล อำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในอำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด โดยการใช้แนวคิดการพัฒนางานตามวงจร PAOR ของ Kemmis and MC Taggart[5] ที่ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนย่อย คือ การวางแผน (Plan) การดำเนินงาน (Act) การสังเกต (Observe) การสะท้อนผล (Reflection) ภายใต้การประยุกต์ใช้กุญแจสำคัญ 6 ประการในการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล[4] ได้แก่ 1) การสร้างความเข้มแข็งของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด 2) การจัดทำฉลากยามาตรฐาน ฉลากยาเสริม และข้อมูลสู่ประชาชน 3) การจัดทำหรือจัดหาเครื่องมือจำเป็นที่ช่วยให้เกิดการสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุผล 4) การสร้างความตระหนักรู้ของบุคลากรทางการแพทย์และผู้มารับบริการ 5) การดูแลด้านยาเพื่อความปลอดภัยของประชากรกลุ่มพิเศษ และ 6) การส่งเสริมจริยธรรมและจรรยาบรรณทางการแพทย์ในการสั่งใช้ยา และแบ่งการศึกษาวิจัยออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความจำเป็นในการพัฒนา ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบในการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และระยะที่ 3 การศึกษาผลลัพธ์การใช้รูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยทำการศึกษาระหว่างวันที่ 22 เมษายน 2566 ถึง 22 ธันวาคม 2566 รวมระยะเวลาในการศึกษา 8 เดือน โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ปัญหา และความจำเป็นในการพัฒนา โดยการศึกษาถึงสถานการณ์ปัญหาการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลในพื้นที่อำเภอศรีสมเด็จ และสถานการณ์การใช้ยาปฏิชีวนะในระดับโรงพยาบาลศรีสมเด็จ ได้แก่ การใช้ยาปฏิชีวนะใน 3 กลุ่มโรค การใช้ยาปฏิชีวนะในโรคทางเดินหายใจส่วนบน (Upper respiratory infection, URI) การใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute diarrhea AD), การใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ (Clean wound, CW) ด้วยการศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากฐานข้อมูลโปรแกรม RDU-R9 ร่วมกับข้อมูลจากโปรแกรม HDC ของกระทรวงสาธารณสุขระหว่างวันที่ 22 มิถุนายน 2565 ถึง 22 ธันวาคม 2565

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบในการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ด้วยวงจร PAOR ของ Kemmis and MC Taggart[5] ดังต่อไปนี้

ขั้นที่ 1 การวางแผน (Plan) เป็นการวางแผนในการดำเนินการวิจัย การกำหนดขั้นตอนและกรอบเวลาในการดำเนินงานวิจัย การทบทวนวรรณกรรมและบทความงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การประสานงานกับผู้เข้าร่วมให้ข้อมูล การสร้างเครื่องมือและแบบสอบถาม การนำเสนอแบบสอบถามต่อผู้เชี่ยวชาญ การจัดเตรียมเครื่องมือ และอุปกรณ์ที่ใช้ในงานวิจัย เช่น แผ่นพับ สื่อต่าง ๆ ในการให้ความรู้ การวางแผนในการติดตามการดำเนินงานวิจัย เพื่อให้เกิดแนวทางการดำเนินงานภายใต้กรอบเวลาที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

ขั้นที่ 2 การดำเนินงาน (Act) เป็นการปฏิบัติตามแผนการปฏิบัติการที่วางไว้ ได้แก่ 1) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล 2) การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายแกนนำและผู้ประกอบการร้านค้าชำในชุมชน 3) การสร้างเครือข่ายชมรมคุ้มครองผู้บริโภคในพื้นที่เพื่อแจ้งเตือนภัยด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และ 4) การสร้างแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล

ขั้นที่ 3 การสังเกต (Observe) เป็นการประชุม

ตามกำหนดการที่วางไว้ เพื่อสังเกตการณ์และติดตามผลการดำเนินงานเป็นระยะโดยการสรุปและติดตามผลตัวชี้วัดที่สำคัญ ได้แก่ การจัดเก็บสรุปข้อมูลก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ การจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัดในด้านการใช้ยาปฏิชีวนะใน 3 กลุ่มโรค ได้แก่ อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรค URI และ AD ≤ ร้อยละ 20, อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรค CW ≤ ร้อยละ 40

ขั้นที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection) เป็นการคืนข้อมูลและสะท้อนผลผ่านการประชุมตามแผนกำหนดการที่วางไว้ เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ วิเคราะห์หาสาเหตุปัจจัยผลสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรคที่เกี่ยวข้อง เพื่อสะท้อนผลการดำเนินงาน และปรับแผนการพัฒนาเป็นวงจรต่อไปอย่างต่อเนื่อง

ระยะที่ 3 การศึกษาผลลัพธ์การใช้รูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เป็นการสรุปผลการเปรียบเทียบก่อนและหลังพัฒนาในด้านรูปแบบก่อน และหลังการพัฒนา การเปรียบเทียบตัวชี้วัดก่อนและหลังพัฒนารูปแบบในด้านการยาปฏิชีวนะ ได้แก่ อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรค URI, อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรค AD และอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรค CW และความเหมาะสมในการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะตามแนวทางปฏิบัติ

ผู้เข้าร่วมให้ข้อมูล

แบ่งผู้เข้าร่วมให้ข้อมูลออกเป็น 3 ระยะตามการดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ปัญหา และความจำเป็นในการพัฒนา ผู้เข้าร่วมให้ข้อมูลประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ 1) คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) ซึ่งประกอบด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวนทั้งหมด 20 คน ได้แก่ แพทย์ 3 คน เภสัชกร 6 คน พยาบาล 7 คน ทันตแพทย์ 1 คน แพทย์แผนไทย 1 คน กายภาพบำบัด 1 คน และเทคนิคการแพทย์ 1 คน เพื่อทำการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยมีเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออกดังต่อไปนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) คือ 1. เป็นคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) มาอย่างน้อย 1 ปี 2. เข้าร่วมกิจกรรมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นมากกว่าร้อยละ 80 และ 3. ยินดีเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ 1. ผู้ที่ย้ายสถานที่ปฏิบัติงาน และ 2. ผู้ที่อยู่ระหว่างการลาเรียนต่อ และ 2) เวชระเบียนข้อมูลจากโปรแกรม HDC ร่วมกับโปรแกรม RDU-R9 ย้อนหลัง 6 เดือนในช่วงเวลาเดียวกัน (22 มิถุนายน 2565 ถึง 22 ธันวาคม 2565) ทั้งหมดในโรค URI 3,954 ครั้ง, โรค AD 934 ครั้ง และโรค CW 495 ครั้ง เพื่อติดตามผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดในการใช้ยาปฏิชีวนะ 3 กลุ่มโรคก่อนที่จะทำการพัฒนารูปแบบ โดยมีเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออกดังต่อไปนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) คือ 1. ข้อมูลเวชระเบียนมีความสมบูรณ์ 2. การวินิจฉัยให้รหัสโรค ICD10 ของการใช้ยาปฏิชีวนะ 3 กลุ่มโรค ได้แก่ 1) โรค URI ICD10 คือ J00, J01.0-J01.4, J01.8-J01.9, J02.0, J02.9, J03.0, J03.8-J03.9, J04.0-J04.2, J05.0-J05.1, J06.0, J06.8-J06.9, J10.1, J11.1, J20.0-J20.9, J21.0, J21.8-J21.9, H65.0-H65.1, H65.9, H66.0, H66.4, H66.9, H67.0, H67.1, H67.8, H72.0-H72.2, H72.8, H72.9 2) โรค AD ICD10 คือ A000, A001, A009, A020, A030-A033, A038-A039, A040-A050, A053-A054, A059, A080-A085, A09, A090, A099, K521, K528-K529 และ 3) โรค CW ICD10 คือ S00-S01, S05, S07-S11, S16-S21, S28-S31, S38-S41, S46-S51, S56-S61, S66-S71, S76-S81, S86-S91, S96-S99, T00-T01, T04-T07, T09.0-R09.1, T11.0-T11.1, T13.0-T13.1, T14.0-T14.1, T14.6-T14.9, T20-T25, T29-T32, W50-W64, X00-X19, X20-X29, X30-X39

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ เวชระเบียนของผู้ป่วยที่ทำการส่งต่อ (Refer)

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบในการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ผู้เข้าร่วมให้ข้อมูล ได้แก่ คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) เช่นเดียวกันกับการศึกษา โดยมีเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกเช่นเดียวกับการศึกษา

ในระยะที่ 1 จำนวน 20 คน โดยทำการศึกษาระหว่างวันที่ 22 เมษายน 2566 ถึง 21 มิถุนายน 2566

ระยะที่ 3 การศึกษาผลลัพธ์การใช้รูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ผู้เข้าร่วมให้ข้อมูล ได้แก่ เวชระเบียนทั้งหมดจากโปรแกรม HDC และโปรแกรม RDU-R9 ตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกเช่นเดียวกันกับระยะที่ 1 ระหว่างวันที่ 22 มิถุนายนถึง 22 ธันวาคม 2566 ทั้งหมดในโรค URI 2,216 ครั้ง, โรค AD 873 ครั้ง และโรค CW 538 ครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ตามระยะการดำเนินวิจัย ได้แก่ **ระยะที่ 1** การศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความจำเป็นในการพัฒนา เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ สรุปข้อมูลจากการประชุม และแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) และแบบเก็บข้อมูลสถานการณ์ และปัญหาการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยขอรับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ แพทย์ 1 ท่าน พยาบาล 1 ท่านและเภสัชกร 1 ท่าน โดยแบบเก็บข้อมูลมีค่า CVI เท่ากับ 1 โดยแบบเก็บข้อมูลที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย ข้อมูล 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ประวัติการแพ้ยา สิทธิการรักษา การลงรหัสโรค ICD10 เวลาที่มารับบริการ (ในหรือนอกเวลาราชการ) วิชาชีพที่สั่งยา และส่วนที่ 2 เป็นการประเมินความเหมาะสมจากการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ความถูกต้องในการใช้ยาปฏิชีวนะตามรหัสโรคตามแนวทางปฏิบัติที่กำหนดไว้ โดยประเมินความเหมาะสมของผู้สั่งใช้ยา และความเหมาะสมในการสั่งใช้ยาในเวลาและนอกเวลาราชการ **ระยะที่ 2** การพัฒนารูปแบบในการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ การสรุปข้อมูลจากการประชุมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด **ระยะที่ 3** การศึกษาผลลัพธ์การใช้รูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบเก็บข้อมูลสถานการณ์และปัญหาการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เช่นเดียวกับระยะที่ 1

การเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ตามระยะการดำเนินวิจัย ได้แก่ **ระยะที่ 1** ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลการศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความจำเป็นในการพัฒนา จากการสรุปแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในด้านปัญหาของการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลใน 3 กลุ่มโรคจากการประชุมคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) จำนวน 20 คน และผู้วิจัยศึกษาข้อมูลสถานการณ์ความเหมาะสมในการใช้ยาปฏิชีวนะจากฐานข้อมูลโปรแกรม RDUR9 ร่วมกับโปรแกรม HDC ในช่วงระหว่างวันที่ 22 มิถุนายน 2565 ถึง 22 ธันวาคม 2565 **ระยะที่ 2** ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลการพัฒนารูปแบบในการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลจากการสรุปแลกเปลี่ยนความคิดเห็นจากการประชุมคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) จำนวน 20 คน โดยใช้แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้น โดยทำการพัฒนาระบบระหว่างวันที่ 22 เมษายน 2566 ถึง 21 มิถุนายน 2566 **ระยะที่ 3** การศึกษาผลลัพธ์การใช้รูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองจากแบบบันทึกข้อมูลในการติดตามสถานการณ์และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นโดยการเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ ในด้านการติดตาม 1) ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะใน 3 กลุ่มโรค 2) ร้อยละความเหมาะสมในการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะใน 3 กลุ่มโรคตามแนวทางปฏิบัติ 3) ร้อยละความเหมาะสมในการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะใน 3 กลุ่มโรค ตามแนวทางปฏิบัติของผู้สั่งใช้ยา และ 4) ร้อยละความเหมาะสมในการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะใน 3 กลุ่มโรคในช่วงในเวลาราชการและนอกเวลาราชการ โดยติดตามข้อมูลจากฐานข้อมูลโปรแกรม RDUR9 ร่วมกับโปรแกรม HDC ในช่วงระหว่างวันที่ 22 มิถุนายนถึง 22 ธันวาคม 2566

การสังเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1) ระยะที่ 1 ผู้วิจัยทำการการศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความจำเป็นในการพัฒนาด้วยการสรุปเชิงเนื้อหาจากการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น (Content analysis) และวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาปัญหา ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

2) ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบในการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ผู้วิจัยใช้การสรุปเชิงเนื้อหา

(Content analysis) จากการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการประชุมในด้านปัญหาและแนวทางพัฒนารูปแบบในพื้นที่

3) ระยะที่ 3 การศึกษาผลลัพธ์การใช้รูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ผู้วิจัยใช้การเปรียบเทียบ Percentage difference ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบในการติดตามผลลัพธ์ 4 ด้าน คือ 1) ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะใน 3 กลุ่มโรค 2) ร้อยละความเหมาะสมในการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะใน 3 กลุ่มโรคตามแนวทางปฏิบัติ 3) ร้อยละความเหมาะสมในการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะใน 3 กลุ่มโรคตามแนวทางปฏิบัติของผู้สั่งใช้ยา และ 4) ร้อยละความเหมาะสมในการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะใน 3 กลุ่มโรคในช่วงในเวลาราชการและนอกเวลาราชการ

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด วันที่ 21 ธันวาคม 2565 หมายเลขรับรอง COE 1202565

ผลการวิจัย

1.ผลการศึกษาระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความจำเป็นในการพัฒนา จากการสรุปแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในด้านปัญหาของการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลใน 3 กลุ่มโรคจากการประชุมคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) และศึกษาข้อมูลสถานการณ์ความเหมาะสมในการใช้ยาปฏิชีวนะใน 3 กลุ่มโรค (โรค URI, โรค AD, โรค CW) พบว่า

1.1 สถานการณ์ปัญหาของการใช้ยาอย่างสมเหตุผลโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน (Upper respiratory tract infection, URI) มีการให้รหัสโรคหลัก ICD10 (pdx) ในการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะของโรค URI จำนวนทั้งหมด 3,954 ครั้ง โดยมีการให้รหัสโรคหลัก 3 ลำดับแรกมากที่สุด คือ J00 Common cold (38.21%), J209 หลอดลมอักเสบเฉียบพลัน (19.95%) และ J039 ต่อมทอนซิลอักเสบ (12.26%) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาการใช้ยาปฏิชีวนะในโรค URI ตามแนวทางที่กำหนด พบว่ามีการสั่งใช้ยาเหมาะสม (ให้รหัสโรคตามแนวทางและไม่สั่งใช้ยาปฏิชีวนะ) (69.65%) มากกว่าการสั่งใช้ยาไม่เหมาะสม (ให้รหัสโรคตามแนวทางและสั่งใช้ยาปฏิชีวนะ) (30.35%) โดยรหัสโรค J039 ต่อมทอนซิลอักเสบ มีการสั่งใช้ยาไม่เป็นไปตามแนวทางมากที่สุด (10.12%) เมื่อพิจารณาในด้านความเหมาะสมในการสั่งใช้ยาจำแนกตามผู้ที่สั่งใช้ยารักษา URI พบว่า พยาบาลมีการสั่งใช้ยาเหมาะสมมากกว่าแพทย์ (36.80%) และ (32.85%) ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาตามการสั่งใช้ยาแยกตามเวลาที่สั่งใช้ยารักษา URI พบว่าในเวลาทำการ (วันทำการ เวลา 08.00-16.00 น.) มีการสั่งใช้ยาเหมาะสมมากกว่านอกเวลาทำการ (67.93%) และ (22.21%) ตามลำดับ และเมื่อพิจารณารายการยาที่สั่งใช้ในโรค URI พบว่าร้อยละของการใช้ยาปฏิชีวนะ เท่ากับ (30.35%) (เป้าหมาย < ร้อยละ 20) โดยมีการใช้ยา Amoxicillin มากที่สุด (25.80%) และเมื่อมีการใช้ยาปฏิชีวนะไม่เหมาะสมเกิดขึ้น จะส่งผลให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในด้านการจ่ายยาผิด (Dispensing Error) (30.35%) ตามมา (เป้าหมาย < ร้อยละ 0.5) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สถานการณ์ปัญหาของการใช้ยาอย่างสมเหตุผลโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน (Upper respiratory tract infection, URI) (n=3,954)

สถานการณ์ปัญหาของการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรค URI	จำนวน(ร้อยละ)
รหัสโรคหลัก ICD10 (pdx) ในการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะของโรค URI	
J00 Common cold	1,511(38.22)
J209 หลอดลมอักเสบเฉียบพลัน	789(19.95)
J039 ต่อมทอนซิลอักเสบ	477(12.06)
ICD10 อื่น ๆ	1,177(29.77)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

สถานการณ์ปัญหาของการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรค URI	จำนวน(%)
การใช้ยาปฏิชีวนะในโรค URI ตามแนวทางที่กำหนด	
สั่งใช้ยาเหมาะสมตามแนวทาง (ให้รหัสโรคตามแนวทางและไม่สั่งใช้ยาปฏิชีวนะ)	2,754(69.65)
สั่งใช้ยาไม่เหมาะสมตามแนวทาง (ให้รหัสโรคตามแนวทางและสั่งใช้ยาปฏิชีวนะ)	1,200(30.35)
J00	145(3.67)
J209	317(8.02)
J039	400(10.12)
ICD10 อื่น ๆ	338(8.55)
การสั่งใช้ยาจำแนกตามผู้ที่สั่งใช้ยารักษา URI	
แพทย์	2,015(50.96)
สั่งใช้ยาเหมาะสมตามแนวทาง	1,299(32.85)
สั่งใช้ยาไม่เหมาะสมตามแนวทาง	716(18.11)
พยาบาล	1,939(49.04)
สั่งใช้ยาเหมาะสมตามแนวทาง	1,455(36.80)
สั่งใช้ยาไม่เหมาะสมตามแนวทาง	484(12.24)
การสั่งใช้ยาแยกตามเวลาที่สั่งใช้ยารักษา URI	
ในเวลาทำการ (วันทำการ เวลา 08.00-16.00 น.)	2,687(67.93)
สั่งใช้ยาเหมาะสมตามแนวทาง	1,876(47.45)
สั่งใช้ยาไม่เหมาะสมตามแนวทาง	811(20.49)
นอกเวลาทำการ (นอกเวลาราชการ,วันหยุดราชการและวันนักขัตฤกษ์)	1,267(32.04)
สั่งใช้ยาเหมาะสมตามแนวทาง	878(22.21)
สั่งใช้ยาไม่เหมาะสมตามแนวทาง	389(9.84)
อัตราการใช้ยาในโรค URI	
อัตราการไม่ใช้ยา ATB	2,754(69.65)
อัตราใช้ยา ATB (เป้าหมาย < ร้อยละ 20)	1,200(30.35)
Amoxicillin	1,020(25.80)
Roxithromycin	128(3.24)
Ceftriaxone	31(0.78)
Bactrim	6(0.15)
Norfloxacin	5(0.13)
Metronidazole	4(0.10)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

สถานการณ์ปัญหาของการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรค URI	จำนวน(%)
Dicloxacillin	3(0.08)
Erythromycin	2(0.05)
Doxycycline	1(0.03)
การเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาจากการจ่ายยาไม่เหมาะสม (Dispensing Error)	1,200(30.35)

1.2 สถานการณ์ปัญหาของการใช้ยาอย่างสมเหตุผลโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute diarrhea, AD) มีการให้รหัสโรคหลัก ICD10 (pdx) ในการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะของโรค AD จำนวนทั้งหมด 934 ครั้ง โดยมีการให้รหัสโรคหลัก 3 ลำดับแรกมากที่สุด คือ A099 ท้องร่วงหรือลำไส้อักเสบ 64.45%, A059 อาหารเป็นพิษจากเชื้อแบคทีเรียอื่นที่ระบุรายละเอียด (17.56%) และ K528-529 กระเพาะอาหารกับลำไส้อักเสบ (7.71%) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาการใช้ยาปฏิชีวนะในโรค AD ตามแนวทางที่กำหนด พบว่ามีการสั่งใช้ยาเหมาะสม (ให้รหัสโรคตามแนวทาง และไม่สั่งใช้ยาปฏิชีวนะ) (76.23%) มากกว่าการสั่งใช้ยาไม่เหมาะสม (ให้รหัสโรคตามแนวทางและสั่งใช้ยาปฏิชีวนะ) (23.77%) โดยรหัสโรค A099 ท้องร่วงหรือลำไส้อักเสบมีการสั่งใช้ยาไม่เป็นไปตามแนวทางมากที่สุด (11.78%) เมื่อพิจารณาในด้านความเหมาะสมในการสั่งใช้ยาแยกตามผู้ที่สั่งใช้ยารักษา AD พบว่า พยาบาลมีการสั่งใช้ยาเหมาะสมมากกว่าแพทย์ (58.67%) และ (17.56%) ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาตามการสั่งใช้ยาแยกตามเวลาที่สั่งใช้ยารักษา AD พบว่าในเวลาทำการ (วันทำการเวลา 08.00-16.00 น.) มีการสั่งใช้ยาเหมาะสมมากกว่านอกเวลาทำการ (53.75%) และ (22.48%) ตามลำดับ และเมื่อพิจารณารายการยาที่สั่งใช้ในโรค AD พบว่า ร้อยละของการใช้ยาปฏิชีวนะ เท่ากับ23.77% (เป้าหมาย < ร้อยละ 20) โดยมีการใช้ยา Norfloxacin มากที่สุด (20.45%) และเมื่อมีการใช้ยาปฏิชีวนะไม่เหมาะสมเกิดขึ้น จะส่งผลให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในด้านการจ่ายยาผิด (Dispensing Error) (23.77%) ตามมา (เป้าหมาย < 0.5%) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สถานการณ์ปัญหาของการใช้ยาปฏิชีวนะ (Antibiotic, ATB) อย่างสมเหตุผลโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute diarrhea, AD) (n=934)

สถานการณ์ปัญหาของการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรค AD	จำนวน(%)
รหัสโรคหลัก ICD10 (pdx) ในการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะของโรค AD	
A099 ท้องร่วงหรือลำไส้อักเสบ	602(64.45)
A059 อาหารเป็นพิษจากเชื้อแบคทีเรียอื่นที่ระบุรายละเอียด	164(17.56)
K528-529 กระเพาะอาหารกับลำไส้อักเสบ	72(7.71)
ICD10 อื่น ๆ	96(10.28)

ตารางที่ 2 (ต่อ)

สถานการณ์ปัญหาของการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรค AD	จำนวน(%)
การใช้ยาปฏิชีวนะในโรค AD ตามแนวทางที่กำหนด	
สั่งใช้ยาเหมาะสมตามแนวทาง (ให้รหัสโรคตามแนวทางและไม่สั่งใช้ยาปฏิชีวนะ)	712(76.23)
สั่งใช้ยาไม่เหมาะสมตามแนวทาง (ให้รหัสโรคตามแนวทางและสั่งใช้ยาปฏิชีวนะ)	222(23.77)
A099	110(11.78)
A059	29(3.10)
K528-529	61(6.53)
ICD10 อื่น ๆ	22(2.36)
การสั่งใช้ยาแยกตามผู้ที่สั่งใช้ยารักษา AD	
แพทย์	258(27.62)
สั่งใช้ยาเหมาะสมตามแนวทาง	164(17.56)
สั่งใช้ยาไม่เหมาะสมตามแนวทาง	94(10.06)
พยาบาล	676(72.38)
สั่งใช้ยาไม่เหมาะสมตามแนวทาง	548(58.67)
สั่งใช้ยาไม่เหมาะสมตามแนวทาง	128(13.70)
การสั่งใช้ยาแยกตามเวลาที่สั่งใช้ยารักษา AD	
ในเวลาทำการ (วันทำการ เวลา 08.00-16.00 น.)	677(72.48)
สั่งใช้ยาไม่เหมาะสมตามแนวทาง	502(53.75)
สั่งใช้ยาไม่เหมาะสมตามแนวทาง	175(18.74)
นอกเวลาทำการ (วันหยุดราชการและวันนักขัตฤกษ์)	257(27.52)
สั่งใช้ยาไม่เหมาะสมตามแนวทาง	210(22.48)
สั่งใช้ยาไม่เหมาะสมตามแนวทาง	47(5.03)
อัตราการใช้ยาในโรค AD	
อัตราการไม่ใช้ยา ATB	712(76.23)
อัตราการใช้ยา ATB (เป้าหมาย < ร้อยละ 20)	222(23.77)
Norfloxacin	191(20.45)
Metronidazole	22(2.36)
Amoxicillin	9(0.96)
การเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาจากการจ่ายยาไม่เหมาะสม (Dispensing Error)	222(23.77)

1.3 สถานการณ์ปัญหาของการใช้ยาอย่างสมเหตุผลโรคแผลสะอาด (Clean wound, CW) มีการให้รหัสโรคหลัก ICD10 (pdx) ในการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะของโรค CW จำนวนทั้งหมด 495 ครั้ง โดยมีการให้รหัสโรคหลัก 3 ลำดับแรกมากที่สุด คือ S900-903, S907-S913, S917-S919 การบาดของนิ้วเท้าและเท้า (26.06%), S600-602, S607-S611, S617-619 การบาดเจ็บของนิ้วมือ และมือ (21.01%) และ S800-801, S807-S808, S810-S811, S817-819 การบาดเจ็บเข่าและขา (11.72%) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาการใช้ยาปฏิชีวนะในโรค CW ตามแนวทางที่กำหนด พบว่ามีการสั่งใช้ยาเหมาะสม (ให้รหัสโรคตามแนวทางและไม่สั่งใช้ยาปฏิชีวนะ) (41.21%) ซึ่งน้อยกว่าการสั่งใช้ยาไม่เหมาะสม (ให้รหัสโรคตามแนวทาง และสั่งใช้ยาปฏิชีวนะ) (58.59%) โดยรหัสโรค S900-903, S907-S913, S917-S919 การบาดของนิ้วเท้าและเท้ามีการสั่งใช้ยาไม่เป็นไปตามแนวทางมากที่สุด (20.40%) เมื่อพิจารณาในด้านความเหมาะสมในการสั่งใช้ยาแยกตามผู้ที่สั่งใช้ยารักษา CW พบว่า พยาบาลมีการสั่งใช้ยาเหมาะสมมากกว่าแพทย์ (31.11%) และ (10.30%) ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาตามการสั่งใช้ยาแยกตามเวลาที่สั่งใช้ยารักษา CW พบว่าในเวลาทำการ (วันทำการ เวลา 08.00-16.00 น.) มีการสั่งใช้ยาเหมาะสมมากกว่านอกเวลาทำการ (20.08%) และ (13.33%) ตามลำดับ และเมื่อพิจารณารายการยาที่สั่งใช้ในโรค CW พบว่าร้อยละของการใช้ยาปฏิชีวนะเท่ากับ (58.59%) (เป้าหมาย < 40%) โดยมีการใช้ยา Dicloxacillin มากที่สุด (57.98%) และและเมื่อมีการใช้ยาปฏิชีวนะไม่เหมาะสมเกิดขึ้น จะส่งผลให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในด้านการจ่ายยาผิด (Dispensing Error) (58.59%) ตามมา (เป้าหมาย < 0.5%) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 สถานการณ์ปัญหาของการใช้ยาปฏิชีวนะ (Antibiotic, ATB) อย่างสมเหตุผลโรคแผลสะอาด (Clean wound, CW) (n=495)

สถานการณ์ปัญหาของการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรค CW	จำนวน(%)
รหัสโรคหลัก ICD10 (pdx) ในการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะของโรค CW	
S900-903, S907-S913, S917-S919 การบาดของนิ้วเท้าและเท้า	129(26.06)
S600-602, S607-S611, S617-619 การบาดเจ็บของนิ้วมือและมือ	104(21.01)
S800-801, S807-S808, S810-S811, S817-819 การบาดเจ็บเข่าและขา	58(11.72)
ICD10 อื่น ๆ	204(41.21)
การใช้ยาปฏิชีวนะในโรค CW ตามแนวทางที่กำหนด	
สั่งใช้ยาเหมาะสมตามแนวทาง (ให้รหัสโรคตามแนวทางและไม่สั่งใช้ยาปฏิชีวนะ)	204(41.21)
สั่งใช้ยาไม่เหมาะสมตามแนวทาง (ให้รหัสโรคตามแนวทางและสั่งใช้ยาปฏิชีวนะ)	290(58.59)
S900-903, S907-S913, S917-S919	101(20.40)
S600-602, S607-S611, S617-619	74(14.95)
S800-801, S807-S808, S810-S811, S817-819	33(6.67)
ICD10 อื่น ๆ	82(16.57)

ตารางที่ 3 (ต่อ)

สถานการณ์ปัญหาของการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรค CW	จำนวน(%)
การสั่งใช้ยาแยกตามผู้ที่สั่งใช้ยารักษา CW	
แพทย์	102(20.60)
สั่งใช้ยาเหมาะสมตามแนวทาง	51(10.30)
สั่งใช้ยาไม่เหมาะสมตามแนวทาง	51(10.30)
พยาบาล	393(72.39)
สั่งใช้ยาเหมาะสมตามแนวทาง	154(31.11)
สั่งใช้ยาไม่เหมาะสมตามแนวทาง	239(48.28)
การสั่งใช้ยาแยกตามเวลาที่สั่งใช้ยารักษา CW	
ในเวลาทำการ (วันทำการ เวลา 08.00-16.00 น.)	314(63.43)
สั่งใช้ยาเหมาะสมตามแนวทาง	139(20.08)
สั่งใช้ยาไม่เหมาะสมตามแนวทาง	176(35.56)
นอกเวลาทำการ (วันหยุดราชการและวันนักขัตฤกษ์)	180(36.36)
สั่งใช้ยาเหมาะสมตามแนวทาง	66(13.33)
สั่งใช้ยาไม่เหมาะสมตามแนวทาง	114(23.03)
อัตราการใช้ยาที่ในโรค CW	
อัตราการไม่ใช้ยา ATB	204(41.21)
อัตราการใช้ยา ATB (เป้าหมาย < ร้อยละ 40)	290(58.59)
Dicloxacillin	287(57.98)
Amoxicillin	3(0.61)
การเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาจากการจ่ายยาไม่เหมาะสม (Dispensing Error)	290(58.59)

ผลการศึกษาระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบในการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยเป็นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับทีมสหสาขาวิชาชีพผ่านคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) โดยการใช้วงจรการพัฒนางานตามวงจร PAOR ของ Kemmis and MC Taggart ที่ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนย่อย คือ การวางแผน (Plan) การดำเนินงาน (Act) การสังเกต (Observe) การสะท้อนผล (Reflection) ภายใต้การประยุกต์ใช้กุญแจสำคัญ 6 ประการในการดำเนินงานตามแนวทางส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยคณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลระดับชาติ ได้แก่ 1) การสร้างความเข้มแข็งของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด 2) การจัดทำฉลากยามาตรฐาน ฉลากยาเสริม และข้อมูลสู่ประชาชน 3) การจัดทำหรือจัดหาเครื่องมือจำเป็นที่ช่วยให้เกิดการสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุผล 4) การสร้างความตระหนักรู้ของบุคลากรทางการแพทย์และผู้มารับบริการ 5) การดูแลด้านยาเพื่อความปลอดภัยของประชากรกลุ่มพิเศษ และ 6) การส่งเสริมจริยธรรมและจรรยาบรรณทางการแพทย์ในการสั่งใช้ยา ซึ่งสรุปได้ดังตารางที่ 4 และเกิดรูปแบบในการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของอำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อให้เกิดการพัฒนางานที่มีประสิทธิภาพ โดยรูปแบบที่พัฒนาขึ้นแสดงในตารางที่ 5 ซึ่งประกอบด้วยการพัฒนาส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล 4 ระดับ คือ ระดับโรงพยาบาลและ รพ.สต., ระดับ

ผู้ประกอบการด้านสุขภาพ, ระดับเครือข่ายแกนนำ และระดับชุมชน ดังต่อไปนี้ 1) การพัฒนาการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในระดับโรงพยาบาลและระดับ รพ.สต. ด้วยการมุ่งเน้นการจัดทำแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน การสื่อสารการใช้แนวทางปฏิบัติและติดตามการใช้แนวทางปฏิบัติไปยังบุคลากรรายคนที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการสั่งใช้ยาจนถึงการจ่ายยา ด้วยการใช้เครื่องมือมาช่วยในการกระตุ้นเตือน เพื่อสร้างความตระหนักก่อนที่จะมีการสั่งยาหรือจ่ายยาไปยังผู้ป่วย ได้แก่ จัดทำแนวทางปฏิบัติในการสั่งใช้ยา 3 กลุ่มโรคไว้ประจำโต๊ะตรวจทุกจุด, จัดทำแนวทางการลงรหัสโรคไว้ประจำโต๊ะตรวจทุกจุด และจัดทำระบบแจ้งเตือน Alert ICD[10] กระตุ้นเตือนการสั่งใช้ยาผ่านระบบโปรแกรมสั่งยาและโปรแกรมจ่ายยา การนำโปรแกรม RDUR[9] มาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลรายเดือนร่วมกับการติดตามผลลัพธ์การดำเนินงานกับโปรแกรม HDC การจัดเก็บข้อมูลและทบทวนในด้านการสั่งใช้ยาและจ่ายยาที่ไม่ถูกต้อง (Medication error) ในด้านการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่สมเหตุผลรายโรคไปยังการรายงานข้อมูล 3P-safety รายเดือน การจัดประชุมและอบรม เพื่อให้ความรู้และทำความเข้าใจแนวทางการดำเนินงาน ตลอดจนแนวปฏิบัติตามจริยธรรมและสื่อสารไปยังผู้ปฏิบัติทุกระดับที่เกี่ยวข้อง และการติดตาม กำกับ ประเมินผลรายเดือน รายไตรมาส และรายปี เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด 2) การพัฒนาการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลให้กับผู้ประกอบการด้านสุขภาพ ได้แก่ คลินิก ร้านขายยา สถานพยาบาล โดยการส่งเสริมให้ความรู้ ความรอบรู้ สร้างความร่วมมือในการปฏิบัติตามแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล โดยเฉพาะการลงข้อมูลให้ครบถ้วนก่อนจ่ายยาต้องมีการระบุชื่อยา ชนิดของยา วิธีการใช้ให้ครบถ้วน 3) การพัฒนาการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลให้กับเครือข่าย แกนนำ โดยการสร้างความตระหนักรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างถูกต้อง และสามารถแนะนำให้ความรู้ให้กับประชาชนในพื้นที่ได้ โดยเครือข่ายและแกนนำที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ อสม., เด็กนักเรียนกลุ่ม อย.น้อย, กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ, กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ด้วยการอบรมเครือข่ายแกนนำและประชาชน ในด้านความรอบรู้ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และการสร้างเครือข่ายเกษตรกรผู้เลี้ยงสัตว์และผู้จำหน่ายยาและอาหารสัตว์ มีการออกเยี่ยมสำรวจและพัฒนาแนวทางในการให้ยาอย่างสมเหตุผลในภาคการเกษตร และ 4) การพัฒนาการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลให้กับชุมชน ด้วยมาตรการการเฝ้าระวังและแจ้งเตือนภัยในชุมชน การลดการแพร่กระจายยาปฏิชีวนะที่ไม่เหมาะสมในชุมชน โดยการให้ความรู้ผู้ประกอบการร้านค้าชำ ให้มีการจำหน่ายยาที่ถูกต้อง โดยการออกตรวจให้ความรู้ ติดตามและสร้างร้านค้าต้นแบบ และจัดตั้งแกนนำชมรมคุ้มครองผู้บริโภคขึ้นในพื้นที่ เพื่อเป็นศูนย์แจ้งเตือนภัยในด้านการใช้ยา และผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสม ดังแสดงในตารางที่ 4

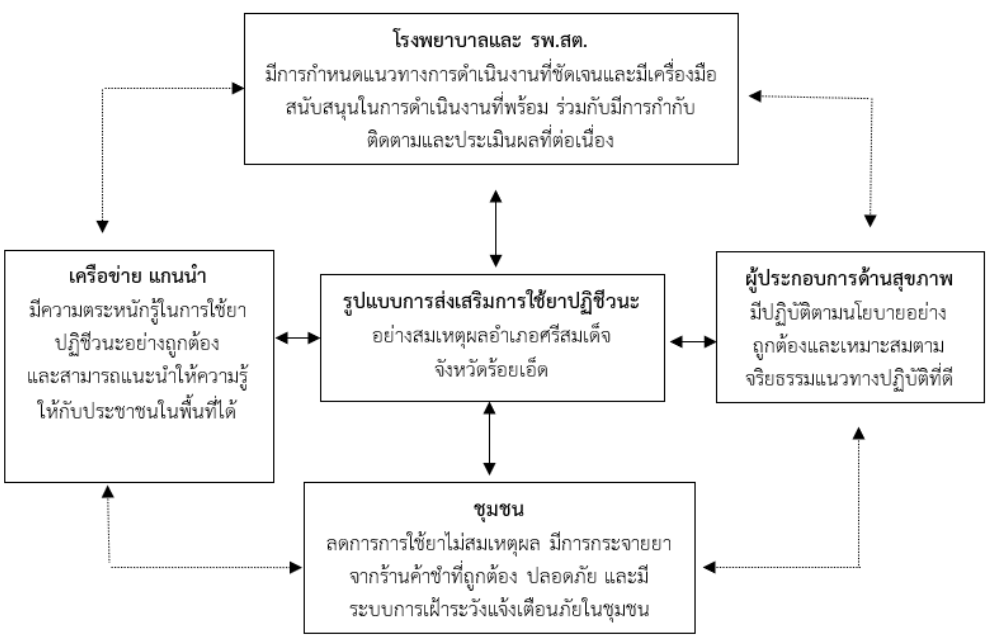
ตารางที่ 4 สรุปปัญหาและสาเหตุต่อความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและการวางแผนในการพัฒนา

ปัญหาและสาเหตุ	แนวทางการพัฒนา
1. ด้านการจัดทำเครื่องมือที่ช่วยให้เกิดการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล 1) การขาดเครื่องมือกระตุ้นเตือนและขาดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนต่อการดำเนินงาน 2) การขาดการวิเคราะห์ข้อมูลในการสั่งใช้ยาและจ่ายยาที่ผิดพลาด 3) การขาดการสะท้อน ติดตามและการกำกับผลการดำเนินงานที่ต่อเนื่อง	1) จัดทำแนวทางปฏิบัติในการสั่งใช้ยา 3 กลุ่มโรคไว้ประจำโต๊ะตรวจทุกจุด -จัดทำแนวทางการลงรหัสโรคไว้ประจำโต๊ะตรวจทุกจุด -จัดทำระบบแจ้งเตือน Alert ICD10 กระตุ้นเตือนการสั่งใช้ยา 2) การวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการสั่งใช้ยา -การนำโปรแกรม RDUR9 มาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลรายเดือนร่วมกับการติดตามผลลัพธ์การดำเนินงานกับโปรแกรม HDC ของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีประเด็นในการติดตามดังนี้ 1) ติดตามสัดส่วนการสั่งใช้ยาที่เหมาะสมรายคนต่อรายโรค 2) ติดตามสัดส่วนมูลค่าการใช้ยาปฏิชีวนะใน 3 กลุ่มโรค 3) ติดตามปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะใน 3 กลุ่มโรค 3) การจัดทำรายงานแจ้งเตือนรายเดือนต่อคณะกรรมการ PTC ผ่านช่องทาง Line group ทุกเดือน เพื่อสื่อสารในระดับสหวิชาชีพ -การจัดเก็บข้อมูลและทบทวนในการสั่งใช้ยาและจ่ายยาที่ไม่ถูกต้อง (Medication error) โดยเพิ่มตัวชี้วัดด้านการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่สมเหตุผลรายโรคไปยังการรายงานข้อมูล 3P-safety รายเดือน -การสรุป ประเมินผล และร่วมกันทบทวนเชิงสหสาขาวิชาชีพทุกไตรมาส
2. ด้านการสร้างความตระหนักรู้ และของบุคลากรทางการแพทย์ -ขาดการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะบุคลากรใหม่ - การขาดความเข้าใจต่อการลงรหัสโรค (ICD10)	-จัดทำแนวทางปฏิบัติในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลร่วมกันระหว่างทีมบุคลากรทางการแพทย์ -จัดประชุมและอบรม เพื่อให้ความรู้และทำความเข้าใจแนวทางการดำเนินงาน และสื่อสารไปยังผู้ปฏิบัติทุกระดับที่เกี่ยวข้อง -จัดประชุมและทบทวนการให้รหัสโรคการใช้ยาปฏิชีวนะใน 3 กลุ่มโรค
3. ด้านการส่งเสริมจริยธรรมและจรรยาบรรณทางการแพทย์ในการสั่งใช้ยา -การขาดการติดตามและกระตุ้นเตือนบุคลากรทางการแพทย์ -การมีปัญหาที่ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะจาก รพ.แต่ได้รับจากสถานประกอบการด้านสุขภาพ	-ให้ความรู้ด้านการคัดเลือกยาแก่บุคลากรทางการแพทย์ในระดับโรงพยาบาล และจัดทำเกณฑ์ในจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหา และส่งเสริมการขายยา ภายใต้แนวทางการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ตรงตามหลักจริยธรรมทางการแพทย์ -การส่งเสริมความรู้และความตระหนักรู้ให้แก่สถานประกอบการด้านสุขภาพ ได้แก่ คลินิก ร้านยา สถานพยาบาล ตามนโยบายส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และให้มีการลงข้อมูลให้ครบถ้วนก่อนจ่ายยาต้องมีการระบุชื่อยา ชนิดของยา วิธีการใช้ให้ครบถ้วน

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ปัญหาและสาเหต	แนวทางการพัฒนา
4. การดูแลด้านยาเพื่อความปลอดภัยของประชาชน -การขาดการส่งเสริมความรู้ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลยังไม่ครอบคลุมถึงภาคประชาชน	-จัดทำโครงการในการส่งเสริมความตระหนักรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลให้กับภาคประชาชน เครือข่าย แกนนำที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ 1) อบรมเครือข่าย แกนนำและประชาชน ในด้านความรอบรู้ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล 2) ให้ความรู้ผู้ประกอบการร้านค้าชำ ให้มีการจำหน่ายยาที่ถูกต้อง โดยการออกตรวจให้ความรู้ ติดตามและสร้างร้านค้าต้นแบบ 3) เครือข่ายเกษตรกรผู้เลี้ยงสัตว์ และผู้จำหน่ายยาและอาหารสัตว์ มีการออกเยี่ยมสำรวจและจัดทำโครงการและสร้างแนวทางในการให้ยาอย่างสมเหตุผลในภาคการเกษตร 4) จัดตั้งแกนนำชมรมคุ้มครองผู้บริโภคขึ้นในพื้นที่ เพื่อเป็นศูนย์แจ้งเตือนภัย เฝ้าระวังในด้านการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสม

ตารางที่ 5 แสดงรูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลอำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด



3. ผลการศึกษาระยะที่ 3 การติดตามประเมินผลลัพธ์รูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในอำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด ใน 3 กลุ่มโรคมีดังต่อไปนี้

3.1 ผลลัพธ์การใช้ยาปฏิชีวนะในโรค URI ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ พบว่า หลังพัฒนารูปแบบมีการใช้ยาปฏิชีวนะในโรค URI ทั้งหมดลดลง (21.70%) มีการใช้ยาปฏิชีวนะในโรค URI ที่เหมาะสมตามแนวทางปฏิบัติเพิ่มขึ้น (29.20%) โดยเมื่อแยกตามผู้สั่งยา พบว่า แพทย์และพยาบาลมีการสั่งใช้ยาที่เหมาะสมเพิ่มขึ้น (38.67%) และ (19.74%) ตามลำดับ และเมื่อแยกตามการสั่งใช้ยาในเวลา-นอกเวลาราชการ พบว่า ในเวลาราชการมีการสั่งใช้ยาเหมาะสมเพิ่มขึ้น (3.23%) และนอกเวลาราชการมีการสั่งใช้ยาเหมาะสมเพิ่มขึ้น (66.73%) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงผลลัพธ์การใช้ยาปฏิชีวนะในโรค URI เปรียบเทียบก่อนและหลังพัฒนา

ผลลัพธ์การใช้ยาปฏิชีวนะในโรค URI	ก่อนพัฒนา (n=3,954)	หลังพัฒนา (n=2,216)	% difference
	จำนวน(%)	จำนวน(%)	
1. ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรค URI ทั้งหมด (<น้อยกว่าร้อยละ 20)	1,200(30.35)	541(24.41)	-21.70
2. ร้อยละความเหมาะสมในการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะในโรค URI ตามแนวทางปฏิบัติ	2,754(69.65)	2,071(93.46)	29.20
3. ร้อยละความเหมาะสมในการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะในโรค URI ตามแนวทางปฏิบัติ แยกตามผู้สั่งใช้ยา			
-แพทย์	1,299(32.85)	1,077(48.60)	38.67
-พยาบาล	1,455(36.80)	994(44.86)	19.74
4. ร้อยละความเหมาะสมในการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะโรค URI แยกในเวลา-นอกเวลาราชการ			
-ในเวลาราชการ	1,876(47.45)	1,086(49.01)	3.23
-นอกเวลาราชการ	878(22.21)	985(44.45)	66.73

3.2 ผลลัพธ์การใช้ยาปฏิชีวนะในโรค AD ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ พบว่า หลังพัฒนารูปแบบมีการใช้ยาปฏิชีวนะในโรค AD ทั้งหมดลดลง (22.82%) มีการใช้ยาปฏิชีวนะในโรค AD ที่เหมาะสมตามแนวทางปฏิบัติเพิ่มขึ้น (6.19%) โดยเมื่อแยกตามผู้สั่งยา พบว่า แพทย์มีการสั่งใช้ยาที่เหมาะสมเพิ่มขึ้น (30.30%) และพยาบาลมีการสั่งใช้ยาที่เหมาะสมลดลง (2.42%) และเมื่อแยกตามการสั่งใช้ยาในเวลา-นอกเวลาราชการ พบว่า ในเวลาราชการมีการสั่งใช้ยาเหมาะสมลดลง (88.19%) และนอกเวลาราชการมีการสั่งใช้ยาเหมาะสมเพิ่มขึ้น (91.31%) ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 แสดงผลลัพธ์การใช้ยาปฏิชีวนะในโรค AD เปรียบเทียบก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ

ผลลัพธ์การใช้ยาปฏิชีวนะในโรค AD	ก่อนพัฒนา (n=934)	หลังพัฒนา (n=873)	% difference
	จำนวน(%)	จำนวน(%)	
1. ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรค AD ทั้งหมด (<น้อยกว่าร้อยละ 20)	222(23.77)	165(18.90)	-22.82
2. ร้อยละความเหมาะสมในการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะในโรค AD ตามแนวทางปฏิบัติ	712(76.23)	708(81.10)	6.19
3. ร้อยละความเหมาะสมในการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะในโรค AD ตามแนวทางปฏิบัติแยกตามผู้สั่งใช้ยา			
-แพทย์	164(17.56)	208(23.83)	30.30
-พยาบาล	548(58.67)	500(57.27)	-2.42
4. ร้อยละความเหมาะสมในการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะโรค AD แยกในเวลา-นอกเวลาราชการ			
-ในเวลาราชการ	502(53.74)	182(20.85)	-88.19
-นอกเวลาราชการ	210(22.48)	526(60.25)	91.31

3.3 ผลลัพธ์การใช้ยาปฏิชีวนะในโรค CW ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ พบว่า หลังพัฒนารูปแบบ มีการใช้ยาปฏิชีวนะในโรค CW ทั้งหมดลดลง (1.98%) มีการใช้ยาปฏิชีวนะในโรค CW ที่เหมาะสมตามแนวทางปฏิบัติเพิ่มขึ้น (2.76%) โดยเมื่อแยกตามผู้สั่งยา พบว่า แพทย์มีการสั่งใช้ยาที่เหมาะสมเพิ่มขึ้น (57.39%) และพยาบาลมีการสั่งใช้ยาที่เหมาะสมลดลง (25.89%) และเมื่อแยกตามการสั่งใช้ยาในเวลา-นอกเวลาราชการ พบว่า ในเวลาราชการมีการสั่งใช้ยาเหมาะสมเพิ่มขึ้น (14.68%) และนอกเวลาราชการมีการสั่งใช้ยาเหมาะสมลดลง (28.16%) ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 แสดงผลลัพธ์การใช้ยาปฏิชีวนะในโรค CW เปรียบเทียบก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ

ผลลัพธ์การใช้ยาปฏิชีวนะในโรค CW	ก่อนพัฒนา (n=495)	หลังพัฒนา (n=538)	% difference
	จำนวน(%)	จำนวน(%)	
1. ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรค CW ทั้งหมด (<น้อยกว่าร้อยละ 40)	290(58.58)	309(57.43)	-1.98
2. ร้อยละความเหมาะสมในการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะในโรค CW ตามแนวทางปฏิบัติ	205(41.41)	229(42.57)	2.76

ตารางที่ 8 (ต่อ)

ผลลัพธ์การใช้ยาปฏิชีวนะในโรค CW	ก่อนพัฒนา (n=495) จำนวน(%)	หลังพัฒนา (n=538) จำนวน(%)	% difference
3. ร้อยละความเหมาะสมในการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะในโรค CW ตามแนวทางปฏิบัติ แยกตามผู้สั่งใช้ยา			
-แพทย์	51(10.30)	100(18.59)	57.39
-พยาบาล	154(31.11)	129(23.98)	-25.89
4. ร้อยละความเหมาะสมในการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะโรค CW แยกในเวลา-นอกเวลาราชการ			
-ในเวลาราชการ	139(28.08)	175(32.53)	14.68
-นอกเวลาราชการ	66(13.33)	54(10.04)	-28.16

วิจารณ์

ผลการศึกษาระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความจำเป็นในการพัฒนา พบว่า ก่อนพัฒนารูปแบบการใช้ยาปฏิชีวนะในทั้ง 3 กลุ่มโรค ได้แก่ โรค URI, โรค AD และโรค CW ซึ่งในโรค โรค URI และ โรค AD ส่วนใหญ่มีการสั่งใช้ยาเหมาะสมตามแนวทางร้อยละ 69.65, ร้อยละ 76.23 ตามลำดับ และโรค CW ส่วนใหญ่มีการสั่งใช้ยาไม่เหมาะสมตามแนวทาง ร้อยละ 58.59 และทั้ง 3 กลุ่มโรคมีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมายในโรค URI, โรค AD และ CW เท่ากับร้อยละ 30.35, ร้อยละ 23.77 และร้อยละ 58.59 (เป้าหมาย โรค URI และ โรค AD < ร้อยละ 20 และเป้าหมายโรค CW < ร้อยละ 40) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Guillermo V.Sanchez และคณะ ในปี 2014[6] ที่พบว่า ในการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะในโรค โรค URI, โรค AD ยังไม่ผ่านเกณฑ์ในประเทศสหรัฐอเมริกา แม้ผู้สั่งใช้ยาจะมีความรู้ที่ดีต่อการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล แต่การสั่งใช้ยากับไม่สัมพันธ์กับระดับความตระหนักรู้ต่อการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล (p=.742) เนื่องจากผู้สั่งใช้ยามักจะเลือกใช้ยาปฏิชีวนะ เพราะความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนการลุกลามจนอาจเกิดการติดเชื้อ และผู้ป่วยมีการร้องขอให้จ่ายยาปฏิชีวนะ หากไม่จ่ายยาปฏิชีวนะให้ผู้ป่วยอาจจะส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยได้ จึงทำให้มีการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะเกินเป้าหมาย และในโรค CW ที่พบการใช้ยาปฏิชีวนะเกินเป้าหมาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกิตติ วงศ์ไพรินทร์[7] ที่พบว่า มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรค CW ร้อยละ 54.70 เนื่องจากบาดแผลที่เกิดขึ้นเป็นบาดแผลที่มีสิ่งปนเปื้อนและควรมีการใช้ยาปฏิชีวนะโดยเฉพาะในบาดแผลที่เกิดจากสัตว์กัด และความจำเป็นที่ต้องมีจ่ายยาปฏิชีวนะในโรค CW เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นแผลที่ผู้ป่วยมารับการรักษาล่าช้าเกินกว่า 6 ชั่วโมง จึงจำเป็นต้องมีการสั่งจ่ายยาปฏิชีวนะ โดยยาปฏิชีวนะที่สั่งจ่ายไม่เหมาะสมมากที่สุดในโรค URI คือ Amoxicillin ร้อยละ 25.80 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสาวิตรี เหล่าไพบูลย์และคณะ[8] ที่พบว่า รูปแบบการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะที่พบมากที่สุดในผู้ป่วยโรคคอหอยอักเสบเฉียบพลัน คือ ยา Amoxicillin 500 มิลลิกรัม รับประทานวันละ 2 ครั้ง ระยะเวลา 5 วัน โรค AD คือ Norfloxacin ร้อยละ 20.45 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของดุสิตา ตู้ประกาย[9] ที่พบว่า ในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการโรคท้องร่วงเฉียบพลัน ยาที่ใช้มากที่สุด คือ ยา Norfloxacin ร้อยละ 28.39 โดยในโรค AD พบการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสมร้อยละ 64.90 และโรค CW ยาที่ใช้มากที่สุด คือ Dicloxacillin ร้อยละ 58.59 ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของชุติมาภรณ์ ไชยสงค์

และคณะ[10] ที่พบว่า ยาปฏิชีวนะนะที่ใช้มากที่สุด คือ Amoxicillin ร้อยละ 63.90 ระยะเวลาการรักษาเฉลี่ย 5 วัน เนื่องจากขนาดของโรงพยาบาลที่แตกต่างกัน ลักษณะของบาดแผลที่ต่างกันจะส่งผลต่อการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า แม้ว่าจะมีการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสมตามแนวทางปฏิบัติใน 3 กลุ่มโรค แต่ในด้านอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะยังไม่ผ่านเกณฑ์ ดังนั้นจึงควรมีมาตรการในการพัฒนาการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เพื่อให้เกิดแนวทางการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ และครอบคลุมมากขึ้น

ผลการศึกษาระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบในการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลภายใต้การประยุกต์ใช้กุญแจสำคัญ 6 ประการ (PLEASE) ส่งผลให้เกิดรูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในพื้นที่อำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด 4 ระดับ คือ ระดับโรงพยาบาลและ รพ.สต., ระดับผู้ประกอบการด้านสุขภาพ, ระดับเครือข่ายแกนนำ และระดับชุมชน เนื่องจากปัญหาด้านการใช้ยาปฏิชีวนะของอำเภอศรีสมเด็จ ประกอบด้วย การขาดเครื่องมือกระตุ้นเตือน การขาดแนวทางปฏิบัติและการสื่อสารในการดำเนินงานที่ชัดเจน การขาดการสะท้อน ติดตามและกำกับผลการดำเนินงานที่ต่อเนื่อง และการขาดการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลที่ยังไม่ครอบคลุมไปถึงระดับผู้ประกอบการด้านสุขภาพและในระดับชุมชน โดยการพัฒนาการส่งเสริมในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในระดับโรงพยาบาลนั้นสอดคล้องกับการศึกษาของพันธ์ทิพย์ คงศรีและคณะ[11] ที่พบว่า ปัญหาของการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ การขาดนโยบายที่สื่อสารลงสู่ผู้ปฏิบัติที่ไม่ชัดเจน การขาดอัตรากำลังที่ไม่เพียงพอ การขาดงบประมาณในการดำเนินการจัดการในการแบ่งโซนแยกผู้ป่วย บุคลากรไม่เห็นความสำคัญของผลกระทบที่เกิดขึ้น การสื่อสารข้อมูลไปยังทีมสหสาขาวิชาชีพไม่ครอบคลุมในทุกมิติ เมื่อนำข้อมูลปัญหานำเข้าจึงทำให้เกิดการพัฒนาในด้านแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาที่เป็นระบบมากขึ้นในด้านการประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วย การป้องกันและควบคุมไม่ให้เชื้อดื้อยาแพร่กระจาย และสอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉรา ไชยธรรม และหทัยกาญจน์ เชาวนพูนผล[12] ที่พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะของแพทย์ ประกอบด้วย 1) ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ ประสบการณ์ ความเคยชิน และความเชื่อของแพทย์ผู้สั่งใช้ยา 2) ปัจจัยเสริม คือ การร้องขอจากผู้ป่วยและผู้นำ และปัจจัยเอื้อ ได้แก่ กรอบบัญชียากุญแจสำคัญ 6 ประการ (PLEASE) และการสื่อสาร ซึ่งปัจจัยเหล่านี้สามารถพัฒนาระบบในการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะให้มีความสมเหตุผลร่วมกัน โดยการกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล มีแนวทางการสั่งใช้ยาของแพทย์ มีแนวทางในการจ่ายยา และเพิ่มช่องทางในการสื่อสารระหว่างแพทย์ พยาบาลและเภสัชกร และการมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง จะทำให้การพัฒนาระบบที่ทำให้เกิดผลสัมฤทธิ์ที่ดีขึ้นในด้านอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะที่ลดลง มูลค่าการใช้ยาปฏิชีวนะลดลง ส่งผลให้เกิดการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผลมากขึ้น การพัฒนาการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในระดับผู้ประกอบการสุขภาพ ได้แก่ คลินิก ร้านขายยา สถานพยาบาล สอดคล้องกับบทความบรรณาธิการของวารสารวิจัยระบบสาธารณสุข[13] ที่ให้ข้อมูลว่าการดำเนินงานการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational drug use, RDU) ในประเทศไทยมีมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2553 และใช้มาตรการตามแนวทางขององค์การอนามัยโลกด้วยการกำหนดให้เป็นนโยบายระดับประเทศ การใช้ยาตามแนวทางเวชปฏิบัติ การส่งเสริมความรู้ให้กับบุคลากรทางการแพทย์ และประชาชนทั่วไป การส่งเสริมความมีจริยธรรมในการสั่งใช้ยา ผ่านกลไกความร่วมมือของฝ่ายต่าง ๆ โดยในปี พ.ศ.2565 เป็นต้นมา มีการปรับรูปแบบในการดำเนินงานไปสู่เครือข่ายและภาคส่วนต่าง ๆ ในทุกระดับตั้งแต่ระดับโรงพยาบาล ผู้ประกอบการสุขภาพ และชุมชน ซึ่งในภารส่วนของผู้ประกอบการสุขภาพนั้น สามารถทำได้ด้วยการขอความร่วมมือในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศนโยบายให้สถานประกอบการสุขภาพต้องมีการระบุรายละเอียดข้อมูลที่จำเป็นก่อนส่งมอบยา ได้แก่ ชื่อยา ความแรง วิธีใช้ และข้อควรระวังในการใช้ยาบนฉลากยาที่จ่ายให้แก่ผู้ป่วย การแสดงอัตราค่ารักษาพยาบาลและค่ายา โดยเริ่มบังคับใช้ในเดือนมีนาคม

พ.ศ.2565 เป็นต้นมา และในด้านการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในระดับเครือข่ายแกนนำและระดับชุมชนนั้น สอดคล้องกับการศึกษาของชนม์ชนกต์ ยงกุลวณิชนันท์[14] ที่พบว่ารูปแบบในการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ประกอบด้วย 6 กิจกรรม คือ 1) พัฒนาศักยภาพบุคลากร 2) การสร้างการรับรู้แก่ประชาชน 3) การสร้างเครือข่ายการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในชุมชน 4) การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในชุมชน 5) การจัดเวทีเสวนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับบุคลากรทางการแพทย์ และ 6) การกระตุ้นเตือนโดยการโทรศัพท์ติดตามการใช้ยา ซึ่งสรุปได้ว่ารูปแบบที่พัฒนามุ่งเน้นการพัฒนาเครือข่ายและการสร้างการกระตุ้นเตือนในระดับชุมชน ส่งผลให้บุคลากรทางการแพทย์ ประชาชน เครือข่ายมีความรู้และพฤติกรรมในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001)

ผลการศึกษาระยะที่ 3 การติดตามประเมินผลลัพธ์ในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของอำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ดผลลัพธ์ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ ได้แก่ ในโรค URI พบว่า หลังพัฒนารูปแบบมีการใช้ยาปฏิชีวนะในโรค URI ทั้งหมดลดลงร้อยละ 31.76 มีการใช้ยาปฏิชีวนะในโรค URI ที่เหมาะสมตามแนวทางปฏิบัติเพิ่มขึ้นร้อยละ 13.84 การใช้ยาปฏิชีวนะในโรค AD พบว่า หลังพัฒนารูปแบบ มีการใช้ยาปฏิชีวนะในโรค AD ทั้งหมดลดลงร้อยละ 20.49 มีการใช้ยาปฏิชีวนะในโรค AD ที่เหมาะสมตามแนวทางปฏิบัติเพิ่มขึ้นร้อยละ 6.39 และการใช้ยาปฏิชีวนะในโรค CW พบว่า หลังพัฒนารูปแบบมีการใช้ยาปฏิชีวนะในโรค CW ทั้งหมดลดลงร้อยละ 1.96 มีการใช้ยาปฏิชีวนะในโรค CW ที่เหมาะสมตามแนวทางปฏิบัติเพิ่มขึ้นร้อยละ 2.80 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทีม PTC โรงพยาบาลบางไทร[15] ที่พบว่าหลังการให้ความรู้กับเจ้าหน้าที่ แพทย์ พยาบาลที่สั่งใช้ยา มีการจัดทำคู่มือแจกไปยังจุดสั่งยา ประชุมชี้แจงในคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) และการสะท้อนกลับให้บุคลากรทางการแพทย์ทราบอย่างต่อเนื่องทุกเดือน โดยการกระตุ้นเตือน ส่งผลให้การสั่งใช้ยาในกลุ่มโรค URI และโรค AD ลดลง และสอดคล้องกับการศึกษาของจักรพันธุ์ ศิริบริรักษ์[16] ที่พบว่า การอบรมให้ความรู้แก่แพทย์ การนำแผ่นพับให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยวางไว้ที่โต๊ะตรวจ และการแจ้งเตือนด้วยโปรแกรมตรวจโรค เมื่อมีการสั่งยาปฏิชีวนะอย่างไม่เหมาะสม สามารถลดการสั่งยาปฏิชีวนะใน URI, AGE และการป้องกันการติดเชื้อในบาดแผลสดลงได้ร้อยละ 9.39 (p < .001, 95%CI 7.48-11.31), 7.03 (p < .001, 95%CI 3.72-10.33) และ 2.60 (p = .020, 95%CI 0.40-4.80) ตามลำดับ โดยไม่มีความแตกต่างของอัตราการกลับมาพบแพทย์ซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง และอัตราการนอนโรงพยาบาลในผู้ป่วย URI รวมทั้งไม่พบความแตกต่างของอัตราการเกิดแผลติดเชื้อในผู้ป่วยบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ ในผู้ป่วย AGE และสอดคล้องกับการศึกษาของธีรนุช พรหมจันทร์[17] ที่พบว่า การแทรกแซงการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะแก่แพทย์ผู้สั่งใช้ยาด้วยการสะท้อนกลับข้อมูลส่งผลให้อัตราการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะในรอบไตรมาสลดลงและมูลค่ายาการใช้ยาลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนให้การแทรกแซง และในด้านอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในทั้ง 3 กลุ่มโรค มีแนวโน้มลดลงจากก่อนการพัฒนาในโรค URI (เป้าหมาย < ร้อยละ 20) ก่อนพัฒนาร้อยละ 30.35 และหลังพัฒนาร้อยละ 20.71 โรค AD (เป้าหมาย < ร้อยละ 20) ก่อนพัฒนาร้อยละ 23.77 และหลังพัฒนา (เป้าหมาย < ร้อยละ 20) ร้อยละ 18.90 และโรค CW ก่อนพัฒนาร้อยละ 58.58 และหลังพัฒนาร้อยละ 57.43 ซึ่งแม้ว่าโรค URI และโรค CW จะยังไม่ผ่านเกณฑ์ในด้านอัตราการใช้ แต่การใช้มาตรการที่พัฒนาขึ้นด้วยการประยุกต์ใช้กุญแจ PLEASE ด้วยการสะท้อนข้อมูลและพัฒนากิจกรรมที่ต่อเนื่อง เช่น การทำระบบการเตือนค่าทางห้องปฏิบัติการในโปรแกรม Hos-xp การจัดทำระบบให้คำปรึกษาด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และการติดตาม กำกับรายงานผลทุก 3 เดือน จะส่งผลให้การใช้ยาปฏิชีวนะมีความสมเหตุผลมากขึ้น ค่าใช้จ่ายด้านยาปฏิชีวนะลดลง ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยมากขึ้นจากการใช้ยา และเกิดความร่วมมือที่ดีสำหรับการพัฒนางานจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสัญชัย ปลื้มสุดและคณะ[18] และสอดคล้องกับการศึกษาของศศิพงศ์ ทิพย์รัชดาพร และสมคิด เจนกลาง[19]

ที่พบว่า บุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการอบรมการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ปีละ 1 ครั้ง 3 ปีต่อเนื่องกัน จะมีทัศนคติที่ดีในการไม่สั่งใช้ยาปฏิชีวนะในโรคเป้าหมายเพิ่มขึ้น อัตราการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะเกินความจำเป็นลดลง โดยมีการสั่งใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาปฏิชีวนะเพิ่มขึ้น และมูลค่าการใช้ยาปฏิชีวนะของสถานบริการของรัฐลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p<.05$) ดังนั้น ผลลัพธ์ของการศึกษาในครั้งนี้ แม้ว่าในด้านการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้จะผ่านเกณฑ์เป็นส่วนใหญ่ แต่เมื่อติดตามผลการดำเนินงานในด้านอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะ ซึ่งยังไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมายที่วางไว้ จึงควรมีมาตรการในการทบทวนและสะท้อนข้อมูลข้างต้นไปยังระดับกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้มีการทบทวนตัวชี้วัดเป้าหมาย และมีการพัฒนาร่วมกันในบริบทของโรงพยาบาลที่หลากหลาย เพื่อให้ตัวชี้วัดที่ติดตามสามารถสะท้อนคุณภาพในด้านการบริการได้อย่างแท้จริงและสามารถนำไปใช้ได้จริงภายใต้การยอมรับของทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกัน

สรุป การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในอำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด ประกอบด้วยมาตรการในการดำเนินงาน 4 ด้าน ได้แก่ มาตรการในระดับโรงพยาบาลและ รพ.สต. มาตรการในระดับผู้ประกอบการด้านสุขภาพ มาตรการในระดับเครือข่าย แกนนำ และมาตรการในระดับชุมชน เพื่อเป็นการส่งเสริมให้มีการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในทุกภาคส่วนร่วมกัน และเป็นการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานให้มีความครอบคลุมและมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ส่งผลทางตรงให้มีการใช้ยาที่เหมาะสมมากขึ้น และส่งผลทางอ้อม คือ ค่าใช้จ่ายด้านยาที่ลดลง และช่วยลดภาวะดื้อยาตามมา

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาในครั้งนี้ ยังขาดการศึกษาในด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในส่วนของบุคลากรทางการแพทย์ภาคประชาชน ซึ่งหากมีการศึกษาด้านนี้เพิ่มเติม จะทำให้สามารถได้ข้อมูลเชิงลึกเพื่อนำเข้าสู่การพัฒนางานที่มีประสิทธิภาพในอีกรูปแบบหนึ่ง

2. การศึกษาครั้งนี้นำเสนอผลลัพธ์เฉพาะรูปแบบในด้านมาตรการในระดับโรงพยาบาล ซึ่งยังขาด การนำเสนอผลลัพธ์ในด้านการพัฒนาผู้ประกอบการด้านสุขภาพ ผลลัพธ์ในด้านการพัฒนาเครือข่ายและแกนนำ และผลลัพธ์ในด้านชุมชม เนื่องจากข้อจำกัดของการนำเสนอข้อมูล ซึ่งควรมีการนำเสนอข้อมูลด้านนี้ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด ทีมเภสัชกรโรงพยาบาลศรีสมเด็จ และทีมคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) โดยสหสาขาวิชาชีพ ที่ได้ร่วมกันในการนำเสนอแลกเปลี่ยนแนวคิดความคิดเห็น เพื่อการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในพื้นที่ให้สำเร็จ ลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ. สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 12 การขับเคลื่อนการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนอย่างเป็นระบบ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 22 สิงหาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.thaidrugwatch.org/download/series/series45.pdf.
2. นพคุณ ธรรมธัชอารี, นุชรินธ์ โตมาชา, ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. การขับเคลื่อนนโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในประเทศไทย (Advocacy on Rational drug use policy in Thailand). วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2565;16(3):1-8.
3. กมลรัตน์ นุ่นคง. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนเพื่อความปลอดภัยจากการใช้ยาของประชาชน ในเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก. [วิทยานิพนธ์]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2565.
4. อนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล. คู่มือการดำเนินงานโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational drug use hospital manual) [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 22 สิงหาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.mrd-hss.moph.go.th/mrd1_hss/wp-content/uploads/2019/04/RDU-hospital-manual.pdf.

5. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ef. Victoria : Deakin University press; 1988.
6. Guillermo V. Sanchez. Effects of Knowledge, Attitudes, and Practices of Primary Care Providers on Antibiotic Selection, Unites States. Emerging Infectious Diseases. 2014;20(12):1667-74.
7. กิตติ วงศ์ไพรินทร์. การพัฒนารูปแบบการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ : กรณีศึกษาโรงพยาบาลอัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม. วารสารแพทย์เขต 4-5. 2566;42(2):263-76.
8. สาวิตรี เหล่าไพบูลย์กุล, จิระวดี กลับนวล, ณิชารีย์ สุวรรณพงศ์, ศิริภรณ์ เดชาพงษ์, วรรณวิภา แก้วมณี, ธนวัฒน์ คงยศ. ความเหมาะสมและรูปแบบของการได้รับยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยโรคคอหอยอักเสบเฉียบพลัน ณ โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิแห่งหนึ่ง. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2561;11(4):754-63.
9. ดุสิตา ตู้ประกาย. การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสมสำหรับโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในผู้ป่วยนอกศูนย์สุขภาพชุมชนในเมือง. พุทธชินราชเวชสาร. 2562;36(3):274-81.
10. ชุติมาภรณ์ ไชยสงค์, พิริยา ติยาภักดิ์, อนัตตเดช วงศรียา, สุรศักดิ์ ไชยสงค์. ประเภทของบาดแผลและรูปแบบการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยอุบัติเหตุของโรงพยาบาลมหาสารคาม. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2562;13(1):116-24.
11. พันธ์ทิพย์ คงศรี, รัชนี แท้วิรุฬห์, สุวิมล ชูแก้ว, บุบผา รักษานาม. สถานการณ์การติดเชื้อ แนวโน้มของยาต้านจุลชีพที่ไวต่อเชื้อ และแนวทางในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาสำหรับบุคลากรทางการพยาบาล โรงพยาบาลสิเกา จังหวัดตรัง. วารสารศาสตร์สุขภาพ และการศึกษา. 2566;3(2):62-78.
12. อัจฉรา ไชยธรรม, หทัยกาญจน์ เชาวนพูนผล. การพัฒนาระบบการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล : กรณีศึกษาโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจและบาดแผลสดจากอุบัติเหตุของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในภาคเหนือตอนบน. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2562;13(1):74-87.
13. นพคุณ ธรรมธัชอาร, นุชรินธ์ ศุภสิทธิ์, พรรณารุโณทัย โตมาชา. การขับเคลื่อนนโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในประเทศไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2565;16(3):281-8.
14. ชนม์ชนกต์ ยงกุลวณิชนันท์. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา. 2566;3(3):91-106.
15. ทีม PTC โรงพยาบาลบางไทย. การศึกษาผลการลดลงของการใช้ยาปฏิชีวนะเกินความจำเป็นในกลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจ (URI) และโรคกลุ่มอุจจาระร่วง (AGE) โดยวิธีการรายงานอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะทุกเดือนในวันประชม. [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 20 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก https://ayo.moph.go.th/main/file_upload/subforms/2016_80169fe192959e1ed1a6760a3d0611a/ลำดับที่%204%20การศึกษาผลการลดลงของการใช้ยาฯ _201601281148.pdf.
16. จักรพันธุ์ ศิริบริรักษ์, จุฑามาศ สุวรรณเลิศ, ผกาพรรณ ดินชูไท, ฉวีรัตน์ ชื่นชมกุล. ผลของกลวิธีเพื่อลดพฤติกรรมการสั่งยาปฏิชีวนะของแพทย์ในแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาล. บูรพาเวชสาร. 2564;8(2):26-41.
17. ธีรนุช พรหมจันทร์. ผลของมาตรการควบคุมการใช้ยาปฏิชีวนะตามแนวคิด Behavioral Economics : กรณีศึกษาในโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในจังหวัดปัตตานี [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 20 เมษายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://kb.psu.ac.th/psukb/bitstream/2016/17993/1/5910721003.pdf.
18. สัญชัย ปลื้มสุด, ยอดพร โพธิดอกไม้, ทวีวุฒิ ประธานราษฎร์, บัณฑิต พิทักษ์. ประสิทธิผลของการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาลชื่นชม

จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2565;31(1):127-34.

19. ศศิพงค์ ทิพย์รัชดาพร, สมคิด เจนกลาง. ผลลัพธ์ของการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในสถานบริการของรัฐ ในอำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร. วารสารเภสัชกรรมไทย 2561;10(2):316-23.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม

The development of care models in Psychiatric Patients by Development Process of District Level Quality of life in Phonsawan District Nakhon Phanom Province

ประดิษฐ ศรีแสน* รัชนี ศรีแสน แสงเดือน ศรีวรสาร*** ธัชวิทย์ วงศ์เข็มมา****
Pradit Srisan* rachanee Srisan** Sangduen Sriworasan*** Touchawit WongKhemma****
Corresponding author: E-mail: praditsri19@gmail.com
(Received: April 22, 2024; Revised: April 29, 2024; Accepted: May 29, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : 1) เพื่อพัฒนารูปแบบ และประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม

รูปแบบการวิจัย : วิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างได้แก่ 1) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอโพนสวรรค์ 21 คน 2) คณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 35 คน 3) ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ดูแลและญาติ จำนวน 621 คน ขั้นตอนการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ 2) พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ 3) ประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ดำเนินการในพื้นที่อำเภอโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต แบบประเมินความพึงพอใจ และแบบประเมินผลการดำเนินงานตามกระบวนการ UCCARE วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดย สถิติ t - test (One sample) และ การวิเคราะห์สหสัมพันธ์อย่างง่าย

ผลการวิจัย : มีระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช มีเกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง มีแนวทางปฏิบัติต่อผู้ที่มีอาการทางจิต และกรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน มีระบบการเชื่อมข้อมูล มีการจัดตั้งกองทุนช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวช หลังการพัฒนาระบบ พบว่า คะแนนค่าเฉลี่ยบทบาทคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ รายด้านและโดยรวม สูงกว่าค่าเกณฑ์ที่คาดหวังทุกด้าน ($p<.05$) คะแนนค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วยผู้ดูแลและญาติ รายด้านและโดยรวม สูงกว่าค่าเกณฑ์ที่คาดหวังทุกด้าน ($p<.05$) บทบาทคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตรายด้านและโดยรวม มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานตามกระบวนการ UCCARE ($p<.01$)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ควรส่งเสริมให้มีการใช้แนวทางในการดูแลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช; ผู้ป่วยจิตเวช; การพัฒนาคุณภาพชีวิต

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโพนสวรรค์
**นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโพนสวรรค์
***พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลโพนสวรรค์
****นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโพนสวรรค์

Abstract

Purposes : 1) To study the development of the model and evaluate the results of developing a model for caring for psychiatric patients through the district level quality of life development process, Phonsawan District, Nakhon Phanom Province.

Study design : Action Research.

Materials and Methods : By using purposive sampling, the participants consisted of 1) 21 people in the District Quality of Life Development Committee, Phonsawan District, 2) 35 people with Psychiatric Patients subcommittee, and 3) 621 people with Psychiatric Patients,Relative and Caregiver. There were 3 phases of research. Phase 1 analyzed the situation. Phase 2 improving the quality of life at the district level, Phase 3 evaluated the development of a care model in Psychiatric Patients Conducting research in Phonsawan District Nakhon Phanom Province. Questionnaire on the performance of roles and duties of the Quality of Life Development Committee satisfaction assessment form and the UCCARE process performance evaluation form. Data were analyzed using descriptive statistics t-test (One sample) statistics and a simple correlation analysis. The results showed that.

Main findings : There was a care system for Psychiatric Patients, CPG in care, Standard Operating Procedure of Phonsawan district and data linking, borrowing equipment and a fund has been established to help Psychiatric Patients Fundraising is organized in order to have a budget to help Psychiatric Patients. 1) Average scores for the roles of the committee and sub-committee on quality of life improvement at district level, each aspect and overall after system development higher than the expected threshold in all aspects with statistical significance at the .05 level. 2) Average scores for patient and caregiver satisfaction after system development side by side and overall above threshold expected, all aspects were statistically significant at the .05 level. 3) Roles of the Board and Sub-Committees on Individual and Overall Quality of Life Development have a relationship with a statistically significant UCCARE-based performance at .01 level.

Conclusion and recommendations : The use of guidelines for the continuous care of Psychiatric Patients should be promoted.

Keywords : The development of care models in Psychiatric Patients; Psychiatric Patients; District Level Quality of life

*Public Health Technical Officer, Professional Level Phonsawan District Public Health Office

**Public Health Technical Officer, Professional Level Phonsawan District Public Health Office

***Registered Nurse, Professional Level PhonSawan Hospital

****Public Health Technical Officer, Senior Professional Level Phonsawan District Public Health Office

บทนำ

แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 - 2579) ประกอบด้วย 4 Excellences ได้แก่ ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention and Protection: PP&P Excellence) ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) และแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2561 - 2580) ที่มุ่งพัฒนาและขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตและจิตเวชให้มีประสิทธิภาพ ลดปัจจัยเสี่ยง เพิ่มปัจจัยคุ้มครองด้านสุขภาพจิต ส่งเสริมให้ประชาชนมีความตระหนัก และความเข้าใจต่อปัญหาสุขภาพจิต รวมทั้งสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่าย ในการลดอคติต่อผู้มีปัญหาสุขภาพจิต[1]

จากรายงานศูนย์ข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า จำนวนผู้ป่วยจิตเวชมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา อาทิ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นจาก 30,247 คน ในปี พ.ศ.2562 เป็น 33,891 คน ในปี พ.ศ.2564 ซึ่งเป็นไปตามแนวโน้มเดียวกันกับสถานการณ์ทั่วโลก โดยส่วนหนึ่งเกิดจากวิกฤตการระบาดของไวรัสโควิด-19 ปี พ.ศ.2566 จังหวัดนครพนม มีผู้ป่วยจิตเวช 9,740 คน คิดเป็นอัตราป่วย 1,629 ต่อแสนประชากร อำเภอโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม มีแนวโน้มผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มขึ้น ตั้งแต่ปี พ.ศ.2563-2566 จำนวนผู้ป่วย 1,033, 1,278, 1,514 และ 1,574 ราย ตามลำดับ ซึ่งส่วนใหญ่เมื่อกลับไปสู่ชุมชน ผู้ป่วยหรือญาติขาดการดูแลและกินยาอย่างต่อเนื่อง และบางรายขาดผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะวิกฤตทางสุขภาพจิต กลับมารักษาซ้ำด้วยโรคเดิมและส่งผลให้เกิดเกิดอาการอาการคลุ้มคลั่ง ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น และทำลายทรัพย์สิน สถานการณ์ปัญหาผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนาระบบเพื่อการดูแลช่วยเหลือและเพิ่มการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ โดยจำเป็นต้องมีการจัดการในระดับชุมชน การที่จะพัฒนาระบบชุมชนจัดการตนเองต้องอาศัยแกนนำหลักที่เข้มแข็ง โดยเฉพาะคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีหน้าที่โดยสรุป คือ กำหนดเป้าหมาย แนวทางบูรณาการความร่วมมือ เสนอแนะให้คำปรึกษา ติดตามประเมินผลการดำเนินงานเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนในระดับอำเภอ สำหรับเจตนารมณ์ของการมี พชอ. ก็เพื่อให้เกิดบูรณาการ ทุกภาคส่วนในการส่งเสริมให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยมุ่งเน้นแก้ไขหรือจัดการปัญหาที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่นั้นๆ นอกจากนี้ เจตนารมณ์สำคัญอีกประการ คือการส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในทุกระดับตั้งแต่ระดับการกำหนดนโยบาย ไปจนถึงระดับปฏิบัติการ เป็นการลดช่องว่างหรือทลายกำแพงการทำงาน[2]

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นกลไกที่ถูกคาดหวังว่าจะช่วยทำให้การขับเคลื่อนงานตามยุทธศาสตร์ของชาติได้อย่างแท้จริงโดยอาศัยภาวะการนำร่วม (Collective Leadership) ของภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ในการกำหนดความต้องการของพื้นที่แปลงนโยบายสู่การปฏิบัติ แก้ไขปัญหาต่างๆ ของพื้นที่อย่างใกล้ชิด จริงจังและต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตโดยเฉพาะกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตามแนวคิด “คนอำเภอเดียวกันไม่ทอดทิ้งกัน” และ “คนไทยใส่ใจดูแลกัน” ได้ยืนยันว่าระบบสุขภาพอำเภอ มีองค์ประกอบต่างๆ ที่ส่งผลให้เกิดศักยภาพของการพึ่งพากันเอง มีความแตกต่างไปจากระบบสุขภาพตำบลและระบบสุขภาพจังหวัด เพราะองค์ประกอบของระบบสุขภาพตำบลมีน้อยกว่า ในขณะที่องค์ประกอบต่างๆ ที่มีอยู่ภายในระบบสุขภาพจังหวัดมีความใกล้ชิดประชาชนน้อยกว่าระบบสุขภาพอำเภอ ดังนั้นการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอจึงเป็นระดับที่จะนำไปสู่เป้าหมายของการเป็นตัวของตัวเอง พึ่งตนเองและพึ่งพากันเอง ซึ่งการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอได้มีการลงนามความร่วมมือ (MOU: Memorandum of Understanding) ระหว่างกระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุขสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งได้ MOU กับทุกพื้นที่ครอบคลุมทุกอำเภอในปี พ.ศ.2561

จังหวัดนครพนมได้มีการดำเนินงานตามนโยบายขับเคลื่อนพัฒนาชีวิตความเป็นอยู่และสุขภาพของประชาชนในอำเภอ โดยใช้ “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตั้งแต่ปี พ.ศ.2559 เป็นต้นมา โดยขับเคลื่อนในพื้นที่ทุกอำเภอ จากการสรุปผลการจัดประชุมถอดบทเรียนของคณะกรรมการติดตามประเมินผล พบว่าโอกาสในการพัฒนาของจังหวัดนครพนมในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ได้แก่ ความเข้าใจบทบาทหน้าที่ของ พชอ. ความรู้เกี่ยวกับ พชอ. การประเมินตนเองตามเกณฑ์ UCCARE ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน การใช้และคืนข้อมูลนำสู่การหาประเด็นปัญหาคุณภาพชีวิตและการสนับสนุนทรัพยากรต่างๆ เช่น งบประมาณ บุคลากร วัสดุสิ่งของต่างๆ ในการดำเนินงาน[3] บทเรียนจากการสังเคราะห์ประสบการณ์ของพื้นที่ที่ได้ดำเนินการของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตใน 12 อำเภอของจังหวัดนครพนม พบว่า ประเด็นปัญหาที่มีการดำเนินการจะเป็นเรื่องเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช การแก้ปัญหาโรคไม่ติดต่อ การจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม การลดอุบัติเหตุ รวมถึงงานคุ้มครองผู้บริโภคและการดูแลให้มีอาหารปลอดภัย และจากบทเรียนระบุว่าการดำเนินการของคณะกรรมการยังคงต้องได้รับการสนับสนุน และพัฒนาต่อไป[4] สอดคล้องกับข้อค้นพบจากเยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พบว่าบางพื้นที่สามารถดำเนินการพัฒนางานในรูปแบบของการร่วมกับภาคีเครือข่ายได้อย่างเป็นรูปธรรมเกิดผลการดำเนินงานที่เป็นเชิงกระบวนการของการขับเคลื่อนที่ค่อนข้างดี ประชาชนได้รับผลงานจากการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในขณะที่บางพื้นที่กำลังเริ่มต้นดำเนินการซึ่งทั้งนี้ก็ขึ้นอยู่กับต้นทุนเดิมของแต่ละพื้นที่ประกอบกับการดำเนินงานที่เป็นไปตามแนวทางประชารัฐที่มีคณะกรรมการซึ่งถูกคัดเลือกและแต่งตั้งมาจากหลายภาคส่วนให้มาทำงานร่วมกัน จากที่มีบทบาทอื่น ๆ ทางสายงานหรือทางสังคมเมื่อได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอก็อาจจะต้องใช้เวลาที่จะปรับตัว และปฏิบัติตาม อย่างไรก็ตามการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งเป็นกลุ่มด้วยโอกาสเข้าถึงบริการยากจะต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการจัดระบบดูแลถึงระดับชุมชน โดยเฉพาะในพื้นที่อำเภอโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา “การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม” ซึ่งจะเป็นรูปแบบที่สำคัญที่จะสะท้อนการดำเนินการในพื้นที่รวมไปถึงการได้ข้อเสนอที่อาจจะช่วยสนับสนุนให้การขับเคลื่อนการดำเนินการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เพื่อขยายสู่พื้นที่อื่นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบ และประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ระยะเวลาตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2566 – เดือนมีนาคม 2567 ซึ่งมีขั้นตอนดำเนินการวิจัย มี 3 ระยะดังนี้

ผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการในพื้นที่อำเภอโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม คัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยวิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) และเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ โดยมีรายละเอียดผู้เข้าร่วม การวิจัย ดังนี้ 1) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออำเภอโพนสวรรค์ จำนวน 21 คน 2) คณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 35 คน และ 3) ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ดูแลและญาติ จำนวน 621 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น 2) แบบประเมินผลการดำเนินงานตามกระบวนการ UCCARE จากแนวทางการประเมินการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.) ตามกระบวนการ UCCARE

เขตสุขภาพที่ 8 และ 3) แบบประเมินความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช สำหรับผู้ป่วยจิตเวชหรือญาติ หรือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ไปตรวจสอบหาความตรงเชิงเนื้อหา ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ส่วนการหาความเที่ยงของแบบสอบถามได้นำไปทดลองใช้ในกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 คน ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างและปรับแก้เพื่อให้มีความครอบคลุมและเหมาะสมในการนำไปใช้กับกลุ่มเป้าหมายจริงในพื้นที่ จำนวน 17 ข้อ ผ่านตรวจสอบคุณภาพมีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) อยู่ระหว่าง 0.70 - 1.00 ค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง 0.42 - 0.85 ความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.87 ข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ 2) แบบประเมินผลการดำเนินงานตามกระบวนการ UCCARE เป็นแบบประเมินมาตรฐานการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.) ตามกระบวนการ UCCARE ที่เขตสุขภาพที่ 8 พัฒนาขึ้น[4] ผ่านการตรวจสอบทั้งความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) และความเที่ยง (Reliability) และ 3) แบบประเมินความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช สำหรับผู้ป่วย ผู้ดูแลและญาติ จำนวน 12 ข้อ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) อยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 ค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง 0.48 - 0.89 ความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.92 เป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอน ดังนี้ 1) ศึกษารายนามและจำนวนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตามคำสั่งแต่งตั้ง ในปีที่ผ่านมา และคณะอนุกรรมดูแลผู้ป่วยจิตเวช ของพื้นที่อำเภอโพนสวรรค์ เพื่อวางแผนในการเก็บรวบรวมข้อมูล 2) ประสานผู้รับผิดชอบงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูล 3) ซักซ้อมความเข้าใจกับผู้ช่วยเก็บข้อมูลให้เข้าใจตรงกันในแนวทางการประเมินการดำเนินงาน พชอ. ตามกระบวนการ UCCARE เขตสุขภาพที่ 8 4) ผู้วิจัยและทีมผู้ช่วยเก็บรวบรวมชี้แจงวัตถุประสงค์ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษาเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม และนัดหมายขอเข้าพบเพื่อการสัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่ม และ 5) ผู้วิจัยขอรับแบบสอบถามกลับนำไปวิเคราะห์และประมวลผลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ การศึกษาครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปใช้สถิติ ได้แก่ 1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) วิเคราะห์ข้อมูล คุณลักษณะส่วนบุคคล และตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้น โดยการหาความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ 2. สถิติเชิงวิเคราะห์ ประกอบด้วย 1) วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยบทบาทคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอกับเกณฑ์ที่คาดหวัง หลังการพัฒนาระบบ โดยใช้สถิติ t-test (One Samples) 2) วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแล หลังการพัฒนาระบบกับเกณฑ์ที่คาดหวัง ร้อยละ 70 (3.5 คะแนน) โดยใช้สถิติ t-test (One Samples) และ 3) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Correlation Analysis) ระหว่างบทบาทคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตกับการดำเนินงานตามกระบวนการ UCCARE โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product-moment correlation coefficient)

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคนจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยจังหวัดนครพนม เลขที่ REC 079/66 เพื่อพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ผลเชิงกระบวนการ

1. วิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชเพื่อจัดประเภทและความต้องการการดูแล

คณะอนุกรรมการที่ได้รับการแต่งตั้งในการ

ดำเนินงานตามประเด็นปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้าน รับทราบปัญหาและความต้องการการช่วยเหลือของผู้ป่วยได้นำข้อมูลมาจัดประเภท ทีมสหวิชาชีพสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ฝ่ายป้องกัน และความมั่นคงอำเภอ เจ้าหน้าที่ตำรวจ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุข ที่ได้รับการแต่งตั้งเป็นคณะอนุกรรมการในการดำเนินงานตามประเด็นปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ได้ร่วมประชุมวิเคราะห์ปัญหา จำนวน 4 ครั้ง รับทราบข้อมูล และได้ติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้าน รับทราบปัญหา และความต้องการการช่วยเหลือของผู้ป่วยจิตเวชได้นำข้อมูลมาจัดประเภท ตามความต้องการการดูแล พบว่า กลุ่มสีเขียว (กลุ่มไม่มีอาการ) มีจำนวนมากที่สุด (60.87%) รองลงมา คือ กลุ่มสีแดง (กลุ่มฉุกเฉิน เร่งด่วน) (23.19%) และกลุ่มสีเหลือง (กลุ่มเฝ้าระวัง) (15.94%) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลการจัดกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช (N=621)

จัดกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช	จำนวน(ร้อยละ)
กลุ่มสีแดง (กลุ่มฉุกเฉิน เร่งด่วน)	144(23.19)
กลุ่มสีเหลือง (กลุ่มเฝ้าระวัง)	99(15.94)
กลุ่มสีเขียว (กลุ่มไม่มีอาการ)	378(60.87)
รวม	621(100.00)

ปัญหาและความต้องการการช่วยเหลือของผู้ป่วยจิตเวช

ปัญหาที่พบ 1) กลุ่มสีแดง (กลุ่มฉุกเฉิน เร่งด่วน) ปัญหาที่พบ คือมีการเสพยาเสพติดร่วม ทำให้เกิดอาการทางจิตเวช แสดงอาการอาละวาด คลุ้มคลั่ง ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะขาดการกินยาหรือฉีดยาต่อเนื่อง ญาติไม่ให้การดูแลที่ดีเท่าที่ควร ต้องได้นำตัวเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลจิตเวชทันที เมื่อออกจากสถานพยาบาลมาพักฟื้นที่บ้าน ต้องได้รับการดูแลจากญาติ อย่างใกล้ชิด อสม. ผู้นำชุมชน ทีมสหวิชาชีพ ต้องออกเยี่ยมตามแผนอย่างสม่ำเสมอ และการช่วยเหลือด้านความเป็นอยู่ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ 2) กลุ่มสีเหลือง (กลุ่มเฝ้าระวัง) ปัญหาที่พบ คือ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่เริ่มควบคุมตนเองไม่ได้ มีท่าทีที่อาจเกิดอันตรายต่อ ตนเอง ผู้อื่น และทรัพย์สิน ซึ่งจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มหนัก ต้องจัดการภายใน 7 วัน ต้องได้พบแพทย์และรักษาด้วยการทานยาอย่างสม่ำเสมอ เฝ้าระวังการเสพยาเสพติด ต้องได้รับการดูแลจากญาติ อย่างใกล้ชิด ติดตามการรักษาจาก อสม. ผู้นำชุมชน ทีมสหวิชาชีพ และการช่วยเหลือด้านความเป็นอยู่ และ 3) กลุ่มสีเขียว (กลุ่มไม่มีอาการ) เป็นกลุ่มที่มีประวัติการเสพยาแต่ไม่มีอาการทางจิตเวช ผู้ป่วยกลุ่มนี้ ต้องได้รับการดูแลจากญาติ อย่างใกล้ชิด ติดตามเฝ้าระวังโดย อสม. ผู้นำชุมชน

2. ผลการประเมินกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชโดยคณะอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อรับการดูแลและรักษาต่อในกรณีที่จำเป็น เกิดผลลัพธ์ดังนี้

1) ได้ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ (1) มี CPG การดูแลร่วมกัน (2) มีการเชื่อมต่อข้อมูลการส่งต่อและการรับกลับของโรงพยาบาลและ รพ.สต. เครือข่ายทางกลุ่ม Line กลุ่มการดูแลผู้ป่วยจิตเวช กลุ่ม Antidrug_PSW และกลุ่มพัฒนาคุณภาพชีวิตโพนสวรรค์ กลุ่ม Facebook: จิตเวชและยาเสพติดโพนสวรรค์ (3) เกิดกระบวนการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการคลุ้มคลั่ง และ (4) มีการจัดตั้งทีม 5 เสือ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และมอบบทบาท คือ **บทบาทของ อสม.** ได้แก่ ค้นหาผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนจาก 5 สัญญาณเตือน ไม่หลับไม่นอน เดินไปเดินมา พูดจาคนเดียว หงุดหงิดฉุนเฉียว เที่ยวหวาดระแวง (SMI-V Scan) เพิ่มมาตรการ

ชุมชนเพื่อลดโอกาสเสี่ยงเกิดอาการคลุ้มคลั่ง ส่งเสริมความรอบรู้ของประชาชนเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันความรุนแรง ร่วมทีมบริหารสถานการณ์ฉุกเฉินด้านความรุนแรงในชุมชน และประสานหน่วยงานอื่นเพื่อขอความช่วยเหลือ ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน ชรบ รพ.สต. **บทบาทของผู้นำ** ชุมชน ได้แก่ ค้นหาผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนจาก 5 สัญญาณเตือน ไม่หลับไม่นอน เดินไปเดินมา พูดจาคนเดียว หงุดหงิดฉุนเฉียว เที่ยวหวาดระแวง (SMI-V Scan) เพิ่มมาตรการชุมชนเพื่อลดโอกาสเสี่ยงเกิดอาการคลุ้มคลั่ง ส่งเสริมความรอบรู้ของประชาชนเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันความรุนแรง จัดตั้งทีมบริหารสถานการณ์ฉุกเฉินด้านความรุนแรงในชุมชนและประสานหน่วยงานอื่นเพื่อขอความช่วยเหลือ ได้แก่ ตำรวจ กู้ชีพ ชรบ และรพ.สต. **บทบาทของ รพ.สต.** ได้แก่ ค้นหาและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงทั้งผู้ป่วยจิตเวช/ยาเสพติดเก่าใหม่และประชาชนทั่วไป จาก 5 สัญญาณเตือน ไม่หลับไม่นอน เดินไปเดินมา พูดจาคนเดียว หงุดหงิดฉุนเฉียว เที่ยวหวาดระแวง (SMI-V Scan) ให้คำแนะนำญาติ และผู้ป่วย ประสานการดูแลแบบบูรณาการ จัดการข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด (One data center) V-CARE และติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยกับเครือข่ายในชุมชน **บทบาทของ อบต./เทศบาล** ได้แก่ ออกเหตุ รถนำส่งผู้ป่วยร่วมกับทีมระดับหมู่บ้าน และติดตามช่วยเหลือและลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วยกับเครือข่ายในชุมชน (กรณีผู้ป่วยกลุ่มสีแดงและกลุ่มสีเหลือง) **บทบาทของ ตำรวจ/ปกครอง** ได้แก่ ป้องกันอันตรายจากผู้ป่วย จิตเวชและยาเสพติด เผชิญเหตุ ประเมินความเสี่ยง เจรจา กรณี คลุ้มคลั่งในชุมชน ประชาชนแจ้งเหตุฉุกเฉินที่เบอร์ ตำรวจประจำหมู่บ้าน นำส่งผู้ป่วยร่วมกับทีมระดับหมู่บ้าน และติดตามช่วยเหลือและลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วยกับเครือข่ายในชุมชน (กรณีผู้ป่วยกลุ่มสีแดงและกลุ่มสีเหลือง) และ 5) มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และซ้อมแผนระงับเหตุ

2) เกิดกองทุนช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวช

3. ผลการประเมินผลการจัดตั้งกองทุนช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวช การจัดการระดมทุน และการมีงบประมาณสนับสนุนกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างต่อเนื่อง

1) มีการจัดการระดมทุน เพื่อให้มีงบประมาณช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชโดยการระดมทุนหลายรูปแบบทั้งจากภาครัฐ เอกชนและภาคประชาชน เช่น การทำผ้าป่าสามัคคี การแข่งขันฟุตบอลการกุศล การแข่งขันเปตองการกุศล และการรับบริจาคจากการทำบุญในงานศพ ผลการจัดระดมทุนช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวช ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 กิจกรรมระดมทุนช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวช

กิจกรรมระดมทุน	รายรับ(บาท)
1. การทำผ้าป่าสามัคคี 1 เมษายน 2564	45,000
2. การแข่งขันฟุตบอลการกุศล จำนวน 2 ครั้ง	17,500
3. การแข่งขันเปตองการกุศล 10 เมษายน 2565	65,000
4. การรับบริจาคจากการทำบุญในงานศพ	8,500
รวม	136,000 บาท

2) การจัดกิจกรรมปั่นจักรยานเยี่ยมและมอบเงินสิ่งของช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวช ในรอบ ปี พ.ศ. 2566 จำนวน 12 ครั้งช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวช 60 รายๆละ 1,500 บาท เป็นเงิน 90,000 บาท

ตอนที่ 2 ผลเชิงผลลัพธ์

2.1 ผลการประเมินตามตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้น

ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องตามตัวชี้วัดที่พัฒนาขึ้น พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเวชในพื้นที่ที่ขึ้นทะเบียนเข้าถึงบริการตามมาตรฐาน ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการการดูแลและช่วยเหลือด้านคุณภาพชีวิตพื้นฐาน (100.00%) รองลงมา คือ ค้นหาผู้ป่วยโรคจิตเวชรายใหม่และนำเข้ารับรักษา และผู้ป่วยจิตเวชที่ขาดยาได้รับการแก้ไขให้ได้รับยา (91.67%) และ (75.00%) ตามลำดับ และเกิดนวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวช 2 นวัตกรรม คือ (1) นวัตกรรม 4 หมอ 1 ญาติ และ (2) นวัตกรรม 5 เสือ ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องตามตัวชี้วัดที่พัฒนาขึ้น

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย (คน)	ผลงาน จำนวน(ร้อยละ)
1. ผู้ป่วยโรคจิตเวชในพื้นที่ที่ขึ้นทะเบียนเข้าถึงบริการตามมาตรฐาน	621	621(100.00)
2. ค้นหาผู้ป่วยโรคจิตเวชรายใหม่และนำเข้ารับการรักษา	76	57(75.00)
3. ผู้ป่วยจิตเวชที่ขาดยาได้รับการแก้ไขให้ได้รับยา	24	22(91.67)
4. ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการเยี่ยมบ้าน	621	621(100.00)
5. ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการการดูแลและช่วยเหลือด้านคุณภาพชีวิตพื้นฐาน	144	144(100.00)
6. เกิดนวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวช (เป้าหมาย 2 ผลงาน)	2 ผลงาน	2(100.00)

2.2 ผลการประเมินบทบาทคณะกรรมการ และคณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอหลังการพัฒนาระบบ พบว่า คะแนนค่าเฉลี่ยบทบาทคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอรายด้านและโดยรวมอยู่ในระดับสูงทุกด้าน โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดได้แก่ด้านการขับเคลื่อนและประเมินผล (Mean= 3.33, SD.=0.34) รองลงมาได้แก่ ด้านการร่วมรับผิดชอบ ร่วมเติมเต็มส่วนขาด (Mean=3.32, SD.=0.49) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับบทบาทคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ หลังการพัฒนาระบบ

บทบาทคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการ	Mean(SD.)	ระดับบทบาท
1. ด้านการร่วมคิด ร่วมพิจารณา ร่วมเป็นเจ้าของ	3.30(0.38)	สูง
2. ด้านการร่วมรับผิดชอบ ร่วมเติมเต็มส่วนขาด	3.32(0.49)	สูง
3. ด้านการขับเคลื่อนและประเมินผล	3.33(0.33)	สูง
โดยรวม	3.32(0.34)	สูง

ผลการเปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยบทบาทคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอกับเกณฑ์ที่คาดหวัง หลังการพัฒนาระบบ โดยใช้สถิติ t-test (One Samples) คะแนนค่าเฉลี่ยบทบาทคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอกับเกณฑ์ที่คาดหวัง (ร้อยละ 80.00 หรือ 3.2 คะแนน) หลังการพัฒนาระบบ พบว่า คะแนนค่าเฉลี่ยบทบาทคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ รายด้านและโดยรวม สูงกว่าค่าเกณฑ์ที่คาดหวังทุกด้าน ($p<.05$) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยบทบาทคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอกับเกณฑ์ที่คาดหวัง (ร้อยละ 80 หรือ 3.2 คะแนน) หลังการพัฒนาระบบ

บทบาทคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการ	Mean(SD.)	t
1. ด้านการร่วมคิด ร่วมพิจารณา ร่วมเป็นเจ้าของ	3.30(0.38)	2.73
2. ด้านการร่วมรับผิดชอบ ร่วมเติมเต็มส่วนขาด	3.32(0.49)	2.48
3. ด้านการขับเคลื่อนและประเมินผล	3.33(0.33)	4.01
โดยรวม	3.32(0.34)	3.56

2.3 ผลการประเมินความพึงพอใจ

ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วย ผู้ดูแลและญาติ หลังการพัฒนา พบว่า คะแนนค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วย ผู้ดูแลและญาติ รายด้านและโดยรวมอยู่ในระดับมากทุกด้าน โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดได้แก่ ความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการที่ได้รับ (Mean= 4.06, SD.= 0.57) รองลงมาได้แก่ความพึงพอใจต่อสิ่งสนับสนุน/อำนวยความสะดวก (Mean= 4.00, SD.= 0.47) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ ความพึงพอใจต่อแนวนโยบาย (Mean= 3.96, SD.= 0.49) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วย ผู้ดูแลและญาติ หลังการพัฒนาระบบ

ความพึงพอใจ	Mean(SD.)	ระดับ
1. ความพึงพอใจต่อแนวนโยบาย	3.96(0.49)	มาก
2. ความพึงพอใจต่อขั้นตอนการดำเนินงาน	3.98(0.52)	มาก
3. ความพึงพอใจต่อสิ่งสนับสนุน/อำนวยความสะดวก	4.00(0.47)	มาก
4. ความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการที่ได้รับ	4.06(0.57)	มาก
โดยรวม	4.00(0.32)	มาก

2.3.3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วย ผู้ดูแลและญาติ หลังการพัฒนาระบบกับเกณฑ์ที่คาดหวัง (70.00%) (3.5 คะแนน) โดยใช้สถิติ t-test (One Samples) พบว่า คะแนนค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ หลังการพัฒนาระบบ รายด้านและโดยรวม สูงกว่าค่าที่คาดหวัง (3.5 คะแนน) ทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ผลการเปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วย ผู้ดูแลและญาติ หลังการพัฒนาระบบกับเกณฑ์ที่คาดหวัง (ร้อยละ70 หรือ 3.5 คะแนน)

ความพึงพอใจ	Mean(SD.)	t
1. ความพึงพอใจต่อแนวนโยบาย	3.96(0.49)	14.92
2. ความพึงพอใจต่อขั้นตอนการดำเนินงาน	3.98(0.52)	14.68
3. ความพึงพอใจต่อสิ่งสนับสนุน/อำนวยความสะดวก	4.00(0.47)	16.96
4. ความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการที่ได้รับ	4.06(0.57)	15.52
โดยรวม	4.00(0.32)	24.71

2.4 ผลการดำเนินงานตามหลัก UCCARE

1) ผลการประเมินการดำเนินงานตามกระบวนการ UCCARE จากแนวทางการประเมินการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.) พบว่า กระบวนการ UCCARE จากแนวทางการประเมินการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.) อำเภอโพนสวรรค์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงมากที่สุด (98.20%) รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง (1.80%) โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (Mean= 4.83, SD.= 0.42) ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ผลการประเมินการดำเนินงานตามกระบวนการ UCCARE

ระดับการประเมิน	จำนวน(ร้อยละ)
ระดับสูง (3.68 คะแนนขึ้นไป)	55(98.21)
ระดับปานกลาง (2.35 – 3.67 คะแนน)	1(1.79)
ระดับต่ำ (น้อยกว่า 2.35 คะแนน)	0(0.00)
(Mean= 4.83, SD.= 0.42)	
รวม	56(100.00)

2) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตกับการดำเนินงานตามกระบวนการ UCCARE พบว่า บทบาทคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตรายด้านและโดยรวมมีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานตามกระบวนการ UCCARE อย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตกับการดำเนินงานตามกระบวนการ UCCARE

ตัวแปร	X1	X2	X3	X4	Y
1. บทบาทด้านการร่วมคิด ร่วมพิจารณา ร่วมเป็นเจ้าของ (X1)	1.00	.42**	.66**	.79**	.36**
2. บทบาทด้านการร่วมรับผิดชอบ ร่วมเติมเต็มส่วนขาด (X2)		1.00	.82**	.85**	.34**
3. บทบาทด้านการขับเคลื่อนและประเมินผล (X3)			1.00	.96**	.31**
4. บทบาทโดยรวม (X4)				1.00	.38**
5. การดำเนินงาน UCCARE (Y)					1.00

**p<.01

3) ผลการประเมินระดับการพัฒนาการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ประเด็นการดูแลผู้ป่วยจิตเวช อำเภอโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม พบว่ามีการพัฒนาอยู่ในระดับ 5 ได้แก่ การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย (Community participation) และการแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร (Resource sharing and human development) และ มีการพัฒนาอยู่ในระดับ 4 ได้แก่ การงานเป็นทีม (Unity Team) การให้ความสำคัญกับประชาชนกลุ่มเป้าหมาย (Customer Focus) การชื่นชม และให้คุณค่า (Appreciation) การแก้ไขปัญหาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต (Essential care) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 10 ระดับการพัฒนาการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ประเด็นการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแต่ละองค์ประกอบ

องค์ประกอบ	ระดับการพัฒนา	เหตุผล
1. การงานเป็นทีม (Unity Team)	4	มีทีม พชอ.อำเภอและทีมอนุกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชร่วมดำเนินการ
2. การให้ความสำคัญกับประชาชนกลุ่มเป้าหมาย (Customer Focus)	4	มีการทบทวนการดูแลผู้ป่วย ลงเยี่ยมบ้าน/เรียนรู้พัฒนาให้ดีขึ้น ผลลัพธ์ตรงเป้า/แลกเปลี่ยนบทเรียนที่ได้รับ และออกแบบการดูแลให้ตรงความต้องการของผู้ป่วย
3. การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย (Community participation)	5	มีการร่วมมือระหว่างคณะกรรมการ พชอ. คณะอนุกรรมการฯ ภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชน รวมถึงญาติผู้ป่วย
4. การชื่นชม และให้คุณค่า (Appreciation)	4	มีการประกาศเกียรติคุณของผู้บริจาคผ่านสื่อออนไลน์ และให้คุณค่าชื่นชมผู้ป่วยที่สามารถฟื้นฟูสภาพตนเองได้สนับสนุนฟื้นฟูอาชีพตามความต้องการของผู้ป่วย

ตารางที่ 10 (ต่อ)

องค์ประกอบ	ระดับการพัฒนา	เหตุผล
5. การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร (Resource sharing and human development)	5	มีการพัฒนาบทบาทของคณะกรรมการ พชอ. และการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของคณะอนุกรรมการ ส่วนการแบ่งปันทรัพยากร มีการระดมทุนจากการจัดผ้าป่า/การแข่งขันเปตองการกุศล/การบริจาคจากเอกชน/ญาติประชาชนที่เสียชีวิต
6. การแก้ไขปัญหาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต (Essential care)	4	มีการแก้ไขปัญหาตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ โดยประเมินจากการเยี่ยมผู้ป่วย โดยการช่วยเหลือเป็นเงินรายละ 1,500 บาท จำนวน 60 ราย เป็นเงิน 90,000 บาท และยังมีสิ่งของการดำรงชีพ อุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย

อภิปรายผล

1. อภิปรายผลผลเชิงกระบวนการ

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในกลุ่มสีแดง (กลุ่มฉุกเฉิน เร่งด่วน) ปัญหาที่พบ คือมีการเสพยาเสพติดร่วม ทำให้เกิดอาการทางจิตเวช แสดงอาการอาละวาด คลุ้มคลั่ง ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะขาดการกินยาหรือฉีดยาต่อเนื่อง ญาติไม่ให้การดูแลที่ดีเท่าที่ควร ต้องได้นำตัวเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลจิตเวชทันที่ เมื่อออกจากสถานพยาบาลมาพักฟื้นที่บ้านต้องได้รับการดูแลจากญาติอย่างใกล้ชิด อสม. ผู้นำชุมชน ทีมสหวิชาชีพต้องออกเยี่ยมตามแผนอย่างสม่ำเสมอ และการช่วยเหลือด้านความเป็นอยู่ ด้านสังคมและเศรฐกิจ กลุ่มสีเหลือง (กลุ่มเฝ้าระวัง) ปัญหาที่พบ คือ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่เริ่มควบคุมตนเองไม่ได้ มีท่าทีที่อาจเกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และทรัพย์สิน ซึ่งจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มหนัก ต้องจัดการภายใน 7 วัน ต้องได้พบแพทย์และรักษาด้วยการทานยาอย่างสม่ำเสมอ เฝ้าระวังการเสพยาเสพติด ต้องได้รับการดูแลจากญาติอย่างใกล้ชิด ติดตามการรักษาจาก อสม. ผู้นำชุมชน ทีมสหวิชาชีพและการช่วยเหลือด้านความเป็นอยู่ และกลุ่มสีเขียว (กลุ่มไม่มีอาการ) เป็นกลุ่มที่มีประวัติการเสพยาแต่ไม่มีอาการทางจิตเวช ผู้ป่วยกลุ่มนี้ ต้องได้รับการดูแลจากญาติอย่างใกล้ชิด ติดตามเฝ้าระวังโดย อสม. ผู้นำชุมชน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอได้มีการนำเสนอปัญหา และทบทวนกระบวนการการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง คณะอนุกรรมการการดูแลการดูแลผู้ป่วยจิตเวช มีการประชุมร่วมกัน เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช มี CPG การดูแลร่วมกัน มีการเชื่อมต่อข้อมูลการส่งต่อ และการรับกลับของโรงพยาบาลและ รพสต.เครือข่ายทาง กลุ่ม Line กลุ่มการดูแลผู้ป่วยจิตเวช กลุ่ม Antidrug_PSW และกลุ่มพัฒนาคุณภาพชีวิตโพนสวรรค์ กลุ่ม Facebook: จิตเวชและยาเสพติดโพนสวรรค์ หลังจากเยี่ยมผู้ป่วยแล้วก็จะส่งภาพเข้ากลุ่ม Line กลุ่มการดูแลผู้ป่วยจิตเวช กลุ่ม Antidrug_PSW และกลุ่มพัฒนาคุณภาพชีวิตโพนสวรรค์ กลุ่ม Facebook:จิตเวชและยาเสพติดโพนสวรรค์ เพื่อให้เกิดการสื่อสารพร้อมกับการประเมินผลการเยี่ยมจากทีมเยี่ยมดูแลผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ เจ้าหน้าที่ปกครอง ตำรวจ อปท. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาล และ อสม. นอกจากนี้ยังมี ผู้นำชุมชน พัฒนาชุมชน ทีม พชอ. ร่วมเยี่ยมผู้ป่วย เพื่อเสริมพลังผู้ป่วยผู้ดูแล และญาติ เกิดกระบวนการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการคลุ้มคลั่ง มีการจัดตั้งทีม 5 เสือ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ (1) ตำรวจ (2) ปกครอง (3) องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล (4) สาธารณสุข (รพ.สต./รพช.) และ (5) ญาติ/อสม. และมอบบทบาทการดำเนินงาน สอดคล้องกับงานวิจัยของ

รัศมี ชุดพิมาย[5] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

ผลลัพธ์การดำเนินการพบว่า เกิดกองทุนช่วยเหลือการดูแลผู้ป่วยจิตเวช มีการจัดการระดมทุน เพื่อให้มีงบประมาณช่วยเหลือการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยการระดมทุนหลายรูปแบบ ทั้งจากภาครัฐ เอกชนและภาคประชาชน เช่น การจัดฟุตบอลการกุศล เปตองการกุศล การขอรับบริจาคจากภาคเอกชน การบริจาคจากงานฌาปนกิจ ทำให้มีงบประมาณสนับสนุนกิจกรรมการดูแลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเกิดจากการขับเคลื่อนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ นำโดยท่านนายอำเภอโพนสวรรค์ สาธารณสุขอำเภอโพนสวรรค์ นายก อบต. ทุกแห่ง นายกเทศมนตรีเทศบาลตำบลโพนสวรรค์ และคณะกรรมการ พชอ. ทำให้เกิดการช่วยเหลือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชทั้งเป็นเงินสด และเครื่องอุปโภคบริโภค ตามปัญหาและความต้องการการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

2. อภิปรายผลการวิเคราะห์เชิงผลลัพธ์ ผลการประเมินตามตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้น ประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคจิตเวชในพื้นที่ที่ขึ้นทะเบียนเข้าถึงบริการตามมาตรฐาน มีการค้นหาผู้ป่วยโรคจิตเวชรายใหม่และนำเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยจิตเวชที่ขาดยาได้รับการแก้ไขให้ได้รับยา ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการการดูแลและช่วยเหลือด้านคุณภาพชีวิตพื้นฐาน และเกิดนวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในผู้ป่วย ผู้ดูแลและญาติ

ผลการประเมินบทบาทคณะกรรมการ และคณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พบว่า คะแนนค่าเฉลี่ยบทบาทคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอรายด้าน และโดยรวมอยู่ในระดับสูงทุกด้าน และ ผลการเปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยบทบาทคณะกรรมการ และคณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอกับเกณฑ์ที่คาดหวังพบว่า หลังการพัฒนาระบบ มีคะแนนค่าเฉลี่ยบทบาทคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ รายด้านและโดยรวม สูงกว่าค่าเกณฑ์ที่คาดหวัง ทุกด้าน ซึ่งเกิดจากการอบรมเชิงปฏิบัติการในการขับเคลื่อนของทีมวิจัยทำให้คณะกรรมการ พชอ. เกิดแรงกระตุ้นการขับเคลื่อน สองคล้องกับการศึกษาของอนุพงศ์ ชาวคอนไชยและกัลยามาศ แจ่มกลาง[6]

ผลการประเมินการดำเนินงานตามกระบวนการ UCCARE จากแนวทางการประเมินการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.) พบว่า กระบวนการ UCCARE จากแนวทางการประเมินการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.) มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ได้แก่ 1) การทำงานเป็นทีม (Unity Team) มีทีม พชอ.อำเภอและทีมอนุกรรมการดูแลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชร่วมดำเนินการ 2) การให้ความสำคัญกับประชาชนกลุ่มเป้าหมาย (Customer Focus) มีการทบทวนการดูแลผู้ป่วยลงเยี่ยมบ้าน/เรียนรู้พัฒนาให้ดีขึ้น ผลลัพธ์ตรงเป้า/แลกเปลี่ยนบทเรียนที่ได้รับ และออกแบบการดูแลให้ตรงความต้องการของผู้ป่วย 3) การมีส่วนร่วมของชุมชน และภาคีเครือข่าย (Community participation) มีการร่วมมือระหว่าง พชอ. ทั้งภาครัฐ เอกชน ภาคีเครือข่าย และญาติ 4) การชื่นชม และให้คุณค่า (Appreciation) มีการประกาศเกียรติคุณของผู้บริจาคผ่านสื่อออนไลน์ และให้คุณค่าชื่นชมผู้ดูแล ผู้ป่วยที่สามารถฟื้นฟูสภาพตนเองได้) การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร (Resource sharing and human development) มีการพัฒนาบทบาทของ พชอ. และ การพัฒนาทักษะการดูแลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของคณะอนุกรรมการ ภาคีเครือข่าย ส่วนการแบ่งปันทรัพยากร มีการระดมทุนจากการจัดฟุตบอลการกุศล เปตองการกุศล การจัดทำผ้าป่า การบริจาคจากเอกชน งานฌาปนกิจ 6) การแก้ไขปัญหาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต (Essential care) มีการแก้ไขปัญหาตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติโดยประเมินจากการเยี่ยมผู้ป่วย โดยการช่วยเหลือเป็นเงิน รายละ 1,500 บาท จำนวน 60 ราย เป็นเงิน 90,000 บาท และและยังมีสิ่งของการดำรงชีพ อุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตรายด้านและโดยรวม กับการดำเนินงานตามกระบวนการ

UCCARE พบว่า บทบาทคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตรายด้านและโดยรวมมีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานตามกระบวนการ UCCARE

กล่าวโดยสรุป การพัฒนาชีวิตความเป็นอยู่ และสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชในอำเภอ โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเป็นผู้ขับเคลื่อน ด้วยการบูรณาการเป้าหมาย ทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวมอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในอำเภอ ทำให้เกิดประสิทธิผลสูงสุดและเกิดความต่อเนื่อง ควรมีการทบทวนระบบและปรับปรุงตามสภาพปัญหาและบริบทอย่างสม่ำเสมอ จึงจะทำให้ผู้ป่วยจิตเวช มีความเป็นอยู่ทางสังคม มีสุขภาวะทางกาย จิตที่ดี เกิดความยั่งยืนสืบไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ด้านการพัฒนารูปแบบการดูแลการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผลจากการวิจัยในครั้งนี้พบว่า หลังการพัฒนาระบบการดูแลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชทำให้ผู้ป่วยจิตเวชมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังนั้น จึงควรส่งเสริมให้มีการใช้แนวทางดังกล่าวในการดูแลการดูแลผู้ป่วยจิตเวช อย่างต่อเนื่อง

1.2 ด้านการพัฒนาบทบาทคณะกรรมการ และคณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ผลการวิจัยที่พบสามารถนำไปวางแผนและจัดระบบในการดูแลการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ สามารถนำไปปรับใช้กับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ในพื้นของตนเองได้ตามความเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาศักยภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ในการจัดบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชระยะยาว

2.2 ควรศึกษาต้นทุนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ที่มีสภาพปัญหาด้านต่างๆ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการจัดสรรงบประมาณ ที่จะต้องใช้ในการดูแล

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2565. กรุงเทพฯ; 2565.
2. พรทิพย์ วชิรดิลก. ระบบการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินจิตคลุ้มคลั่งแบบไร้รอยต่อและบูรณาการในประเทศไทย: การนำไปใช้และการติดตามประเมินผลในพื้นที่นำร่อง. รายงานวิจัย. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ; 2564.
3. ศิริลักษณ์ ใจช่วง. ถอดบทเรียนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.) จังหวัดนครพนม. เอกสารประกอบการประชุม. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม; 2562.
4. เขตสุขภาพที่ 8. เอกสารประกอบการประชุมพัฒนาศักยภาพบุคลากรดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในเขตสุขภาพที่ 8; 2560.
5. รัศมี ชุดพิมาย. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 256;16(3):851-67.
6. อนุพงศ์ ชาวคอนไชย, กัลยามาศ แจ่มกลาง. การบริหารจัดการเชิงระบบสู่การพัฒนาบริการสุขภาพจิตแบบ “ใกล้บ้าน ใกล้ใจในชุมชน” อำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2565;16(3):784-98.

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหนองหญ้าปล้อง จังหวัดเพชรบุรี

Factors affecting the performance of promoting mental health and preventing mental health problems in the community of village health volunteers, Nong Ya Plong District Phetchaburi Province

ศุภมาส อรชร*

Supamas Aurachon

Corresponding author: E-mail: msaura13@gmail.com

(Received: April 30, 2024; Revised: May 5, 2024; Accepted: May 31, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการปฏิบัติงานและปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอหนองหญ้าปล้อง จังหวัดเพชรบุรี

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study)

วัสดุและวิธีการวิจัย : อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 175 คนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนเมษายน 2567 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด วิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์และสมการถดถอยพหุคูณ กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย : (1) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 67.8 (2) ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ($p< .001$) ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม (Beta=.509) และทักษะการสื่อสารเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านอารมณ์ (Beta=.358) โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนได้ คิดเป็นร้อยละ 64.5 (R^2=.645)

สรุปและข้อเสนอแนะ : หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน โดยส่งเสริมให้ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม เช่น ข้อมูลข่าวสาร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวกในการดำเนินงาน และพัฒนาให้มีทักษะการสื่อสารเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านอารมณ์แก่ประชาชนต่อไป

คำสำคัญ : ปัญหาสุขภาพจิต; อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน; แรงสนับสนุนทางสังคม; ทักษะการสื่อสารเพื่อการเปลี่ยนแปลง

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลหนองหญ้าปล้อง จังหวัดเพชรบุรี

Abstract

Purposes : To study the work performance and factors affecting the performance of promoting mental health and preventing mental health problems in the community of village health volunteers in Nong Ya Plong District Phetchaburi Province.

Study design : Descriptive study.

Materials and Methods : A total of 175 village health volunteers who met the inclusion criteria collected data using a questionnaire between January and April 2024. Data were analyzed using statistics: percentage, mean, standard deviation, minimum, and maximum values. Analyze correlation coefficients and multiple regression equations. Statistical significance was determined at the .05 level.

Main finding : (1) Most of the sample group performed work to promoting mental health and preventing mental health problems in the community at a moderate level, 67.8 percent. (2) Factors affecting the performance of promoting mental health and preventing mental health problems in the community of village health volunteers ($p< .001$) include: social support (Beta=.509) and communication skills for change in emotional health behavior (Beta=.358). Together they can explain variations in the performance of promoting mental health and preventing mental health problems in the community accounting for 64.5 percent ($R^2 = .645$).

Conclusion and recommendations : Relevant agencies should encourage village health volunteers to be motivated to the performance of promoting mental health and preventing mental health problems in the community. By promoting social support such as information, budget, materials, and operational facilities. And should continue to develop communication skills for change in emotional health behavior for the people.

Keywords : Mental health problems; Village health volunteer; Social support; Communication skills for change

*Expert professional nurse, Nong Ya Plong Hospital, Petchaburi Province

บทนำ

ในปี พ.ศ.2564 มีการประเมินว่าประชากรทั่วโลกประมาณ 811 ล้านคน ประสบกับปัญหาสุขภาพจิต หรืออาจเป็นผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 10.7 ของประชากรทั้งหมด โดยพบว่าเพศหญิงประสบกับปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าเพศชายเนื่องด้วยมีจิตใจที่อ่อนไหวกว่าเพศชาย แต่ปัญหาสุขภาพจิตที่มาจากแอลกอฮอล์และสารเสพติดกลับพบว่าเพศชายมีมากกว่าเพศหญิงถึง 2 ใน 3 ของจำนวนผู้ป่วยในประเภทนี้ สามารถแบ่งผู้ประสบปัญหาสุขภาพจิตได้ 7 รูปแบบ ได้แก่ 1) โรควิตกกังวล ประมาณ 284 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 3.8 จากประชากรทั้งหมด 2) โรคซึมเศร้า ประมาณ 264 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 3.4 จากประชากรทั้งหมด 3) โรคไบโพลาร์ ประมาณ 46 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 0.6 จากประชากรทั้งหมด 4) โรคจิตเภท ประมาณ 20 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 0.3 จากประชากรทั้งหมด 5) โรคกินผิดปกติ ประมาณ 16 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 0.2 จากประชากรทั้งหมด 6) จิตเวชจากการติดแอลกอฮอล์ ประมาณ 110 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 1.4 จากประชากรทั้งหมด และ 7) จิตเวชติดสารเสพติด ประมาณ 71 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 0.9 จากประชากรทั้งหมด และการเกิดความเครียดสะสมจากสถานการณ์ของโรคโควิด-19 จึงสามารถคาดการณ์ได้ว่าน่าจะมีผู้ประสบปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าร้อยละ 10.7 ของประชากรทั้งหมด[1]

ประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าจาก 1.3 ล้านคนในปี พ.ศ.2558 มาเป็น 2.3 ล้านคนในปี พ.ศ. 2564 หากพิจารณาข้อมูลเชิงลึกก็จะพบว่ามีกลุ่มที่ควรเฝ้าระวังทั้งหมด 3 กลุ่ม ประกอบด้วย ผู้สูงอายุกว่า 8 แสนคน อยู่ในภาวะความจำเสื่อม และในจำนวนนี้กว่าร้อยละ 90 กำลังเผชิญกับปัญหาสุขภาพจิต ต่อมาคือวัยรุ่นที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปที่คาดการณ์ว่ามีจำนวนผู้ป่วยถึง 1.5 ล้านคน แต่กลับมีเพียง 1 ใน 3 เท่านั้นที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา และกลุ่มสุดท้ายคือบุคลากรทางการแพทย์ในกลุ่มงานจิตเวช ที่มีภาวะหมดไฟเพิ่มขึ้นเกือบ 5 เท่าจากเดิมร้อยละ 2.7 ในปี 2563 เป็นร้อยละ 12.2 ในปี พ.ศ.2565 ซึ่งตัวเลขเหล่านี้บ่งบอกว่าปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยเริ่มมีปัญหา[2] ทั้งนี้ ยังไม่รวมผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอีกราว 1.4 ล้านคน ทำให้มีผู้ป่วยรอคิวเข้ารับการรักษาอย่างเนืองแน่น ในขณะที่ประเทศไทยมีจิตแพทย์เพียง 860 คน[3]

ในปีงบประมาณ พ.ศ.2567 กระทรวงสาธารณสุขชูประเด็นการขับเคลื่อนด้านการบริการทางการแพทย์ให้ครอบคลุม พร้อมส่งเสริมงานสุขภาพจิตเพื่อลดช่องว่างการเข้าถึงบริการจิตเวชและยาเสพติดเชื่อมโยงการทำงานทุกภาคส่วน ในการพัฒนางานสุขภาพจิตชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นผู้มีบทบาท และเป็นพลังสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยให้ประชาชนในชุมชนมีสุขภาพจิตที่ดี และสามารถอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข ทำให้ชุมชนของตนเองเป็นชุมชนสุขภาพจิตดี โดยมีบทบาทตามสโลแกน “สอดส่องมองหา ใส่ใจรับฟัง ส่งต่อเชื่อมโยง” สำหรับบทบาทสอดส่องมองหา (Look) เป็นการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต โดยการมองหา สังเกต และเข้าถึงผู้ที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน บทบาทใส่ใจรับฟัง (Listen) เป็นการดูแลจิตใจคนในชุมชน ได้แก่ การบรรเทาหรือแก้ไขปัญหา และการส่งเสริมให้ความรู้ด้านสุขภาพจิต เช่น รับฟัง ให้คำปรึกษา แนะนำ ให้ข้อคิดเตือนใจแก่คนที่ทุกข์ใจ ปลอบโยนให้กำลังใจ เยี่ยมเยียนถามไถ่อาการ ส่วนบทบาทการส่งต่อเชื่อมโยง (Link) เป็นการช่วยให้ประชาชนได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยการพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติให้เห็นความสำคัญของการกินยาหรือปฏิบัติตัวตามที่แพทย์แนะนำ การประสานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการส่งต่อ การติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับเจ้าหน้าที่สาสาธารณสุข การสื่อสารให้ประชาชนในชุมชนรับรู้เกี่ยวกับบริการสายด่วนกรมสุขภาพจิต 1323 ที่ให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง[4]

เช่นเดียวกับอำเภอหนองหญ้าปล้อง จังหวัดเพชรบุรี ประกอบด้วยพื้นที่ 4 ตำบล 31 หมู่บ้าน ประชากร 16,450 คน มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 269 คน การเกิดปัญหาสุขภาพจิตในพื้นที่ซึ่งเก็บข้อมูลตามตัวชี้วัดที่สำคัญในปีงบประมาณ พ.ศ.2564-2566 ได้แก่ 1) อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเท่ากับ 12.26, 12.21 และ 6.07 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ซึ่งค่าเป้าหมายไม่เกิน 8 ต่อแสนประชากร 2) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ

ที่ได้มาตรฐานเท่ากับร้อยละ 79.69, 85.85 และ 81.54 ตามลำดับ ซึ่งค่าเป้าหมายต้องมากกว่าร้อยละ 80 3) ผู้ป่วยโรคจิตเข้าถึงบริการสุขภาพจิต เท่ากับร้อยละ 61.7, 69.61 และ 74.51 ตามลำดับ ซึ่งค่าเป้าหมายต้องมากกว่าร้อยละ 82 4) ผู้ที่มีปัญหาโรคสมาธิสั้นเข้าถึงบริการเท่ากับร้อยละ 29.91, 39.42 และ 41.35 ซึ่งค่าเป้าหมายต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 25 และ 5) ผู้ที่มีปัญหาโรคออทิสติกเข้าถึงบริการเท่ากับร้อยละ 0.0 ทั้ง 3 ปีงบประมาณ ซึ่งค่าป้าหมายต้องมากกว่าร้อยละ 55.0[5]

จะเห็นได้ว่าส่วนใหญ่ผลการดำเนินการได้ดีกว่าค่าเป้าหมาย ไม่มากเท่าที่ควร และบางตัวชี้วัดตกเกณฑ์ การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน จึงต้องอาศัยพลังความร่วมมือจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านซึ่งอยู่ใกล้ชิดกับประชาชน โดยดำเนินการตามบทบาทสอดส่องมองหา ใส่ใจรับฟัง และส่งต่อเชื่อมโยง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหนองหญ้าปล้อง จังหวัดเพชรบุรี เพื่อนำข้อค้นพบไปสู่การวางแผนกำหนดกลยุทธ์และมาตรการในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อไป โดยได้นำแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต[6] และประยุกต์ใช้ทฤษฎี 2 ปัจจัยของ Herzberg[7] มาเป็นกรอบในการศึกษาเพื่อหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการปฏิบัติงานและปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอหนองหญ้าปล้อง จังหวัดเพชรบุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนเมษายน 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มประชากรเป้าหมาย ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอหนองหญ้าปล้อง จำนวน 269 คน ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ตารางคำนวณกลุ่มตัวอย่างของ Krejcie & Morgan[8] ได้ขนาดตัวอย่างทั้งสิ้น 159 คน ผู้วิจัยเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญเสียกลุ่มตัวอย่าง และป้องกันการสูญหายของข้อมูล จึงศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 175 คน ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่ายตามสัดส่วนประชากรของแต่ละสถานบริการสุขภาพที่ดูแลรับผิดชอบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) 1) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมาแล้วไม่น้อยกว่า 2 ปี และ 2) ยินดีเข้าร่วมโครงการศึกษาวิจัยจนเสร็จสิ้น

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) 1) ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต และ/หรือเป็นผู้ป่วยจิตเวช และ 2) ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้จนเสร็จสิ้น

เกณฑ์การยกเลิกการศึกษาวิจัย (Discontinuation criteria) 1) มีการย้ายออกนอกพื้นที่อำเภอหนองหญ้าปล้องในระหว่างการศึกษาวิจัย และ 2) มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการศึกษาวิจัย หรือเสียชีวิต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยปรับปรุงและพัฒนาขึ้นจากต้นฉบับของ นายชยา เครื่องทิพย์ นักวิชาการอิสระ โดยศึกษาจากแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ ทัศนคติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม ทักษะการสื่อสารเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านอารมณ์ และคู่มือปฏิบัติงานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 6 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยตัวแปรเพศ อายุ อายุการเป็น อสม. สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้เฉลี่ยต่อเดือน รายจ่ายเฉลี่ยต่อเดือน การอยู่อาศัย โรคประจำตัว การเข้าอบรมเกี่ยวกับงานสุขภาพจิต บทบาทอื่นในชุมชน และการมีสมาชิกในครอบครัวหรือญาติมีปัญหาสุขภาพจิต

ตอนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับงานด้านสุขภาพจิตชุมชน มีข้อคำถามทั้งหมด จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วยข้อความที่ใช่ (ถูกต้อง) จำนวน 7 ข้อ และข้อความที่ไม่ใช่ (ไม่ถูกต้อง) จำนวน 5 ถ้าตอบถูกจะได้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดจะไม่ได้คะแนน (คะแนนเป็น 0) การแปลผลค่าคะแนนใช้เกณฑ์ของ Bloom[9] ดังนี้ คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 เท่ากับ 0–7 คะแนน มีความรู้ต่ำ, คะแนนร้อยละ 60–79.99 เท่ากับ 8–9 คะแนนมีความรู้ปานกลาง, คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป เท่ากับ 10–12 คะแนน มีความรู้สูง

ตอนที่ 3 แบบวัดทัศนคติต่อการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตชุมชน มีลักษณะคำถามให้เลือกตอบเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) ตามมาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert scale) จำนวน 10 ข้อ แบ่งเป็นทัศนคติเชิงบวกจำนวน 5 ข้อ ทัศนคติเชิงลบจำนวน 5 ข้อ ใช้การประมาณค่า 4 ระดับ[10] ดังนี้ เห็นด้วยน้อยที่สุด = 1 (เชิงลบ = 4), เห็นด้วยน้อย = 2 (เชิงลบ = 3), เห็นด้วยมาก = 3 (เชิงลบ = 2), เห็นด้วยมากที่สุด = 4 (เชิงลบ = 1) วิเคราะห์ผลในภาพรวมโดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ[11] สามารถแปลผลได้ดังนี้ ทัศนคติในระดับน้อย = 10.00–20.00 คะแนน, ทัศนคติในระดับปานกลาง = 20.01–30.00 คะแนน, ทัศนคติในระดับมาก = 30.01–40.00 คะแนน วิเคราะห์ผลรายข้อเพื่อแบ่งคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 4 ระดับ[11] แปลผลดังนี้ น้อยที่สุด = 1.00–1.75 คะแนน, น้อย = 1.76–2.50 คะแนน, มาก = 2.51–3.25 คะแนน, มากที่สุด = 3.26–4.00 คะแนน

ตอนที่ 4 การรับรู้ความสามารถของตนเอง ลักษณะคำถามให้เลือกตอบเป็นแบบประเมินค่า (rating scale) ตามมาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert scale) จำนวน 10 ข้อ แต่ละข้อมีระดับการรับรู้แบ่งเป็น 4 ระดับ[10] ได้แก่ รับรู้น้อยที่สุดแทนค่าด้วย 1, รับรู้น้อยแทนค่าด้วย 2, รับรู้มากแทนค่าด้วย 3, รับรู้มากที่สุดแทนค่าด้วย 4 วิเคราะห์ผลในภาพรวมโดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ[11] สามารถแปลผลได้ดังนี้ รับรู้ในระดับน้อย = 10.00–20.00 คะแนน, รับรู้ในระดับปานกลาง = 20.01–30.00 คะแนน, รับรู้ในระดับมาก = 30.01–40.00 คะแนน วิเคราะห์ผลรายข้อเพื่อแบ่งคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 4 ระดับ[11] แปลผลดังนี้ น้อยที่สุด = 1.00–1.75 คะแนน, น้อย = 1.76–2.50 คะแนน, มาก = 2.51–3.25 คะแนน, มากที่สุด = 3.26–4.00 คะแนน

ตอนที่ 5 การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ลักษณะคำถามให้เลือกตอบเป็นแบบประเมินค่า (rating scale) ตามมาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert scale) จำนวน 10 ข้อ แต่ละข้อแบ่งเป็น 4 ระดับ[10] ได้แก่ ได้รับน้อยที่สุดแทนค่าด้วย 1, ได้รับน้อยแทนค่าด้วย 2, ได้รับมากแทนค่าด้วย 3, ได้รับมากที่สุดแทนค่าด้วย 4 วิเคราะห์ผลในภาพรวมโดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ[11] สามารถแปลผลได้ดังนี้ ได้รับในระดับน้อย = 10.00–20.00 คะแนน, ได้รับในระดับปานกลาง = 20.01–30.00 คะแนน, ได้รับในระดับมาก = 30.01–40.00 คะแนน วิเคราะห์ผลรายข้อเพื่อแบ่งคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 4 ระดับ[11] แปลผลดังนี้ น้อยที่สุด = 1.00–1.75 คะแนน, น้อย = 1.76–2.50 คะแนน, มาก = 2.51–3.25 คะแนน, มากที่สุด = 3.26–4.00 คะแนน

ตอนที่ 6 ทักษะการสื่อสารเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านอารมณ์ ลักษณะคำถามให้เลือกตอบเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) ตามมาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert scale) จำนวน 10 ข้อ แต่ละข้อมีระดับการรับรู้แบ่งเป็น 4 ระดับ[10] ได้แก่ รับรู้น้อยที่สุดแทนค่าด้วย 1, รับรู้น้อยแทนค่าด้วย 2, รับรู้มากแทนค่าด้วย 3, รับรู้มากที่สุดแทนค่าด้วย 4 วิเคราะห์ผลในภาพรวมโดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ[11] สามารถแปลผลได้ดังนี้ รับรู้ในระดับน้อย = 10.00–20.00 คะแนน, รับรู้ในระดับปานกลาง = 20.01–30.00 คะแนน, รับรู้ในระดับมาก = 30.01–40.00 คะแนน วิเคราะห์ผลรายข้อเพื่อแบ่งคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 4 ระดับ[11] แปลผลดังนี้ น้อยที่สุด = 1.00–1.75 คะแนน, น้อย = 1.76–2.50 คะแนน, มาก = 2.51–3.25 คะแนน, มากที่สุด = 3.26–4.00 คะแนน

ตอนที่ 7 การปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน มีลักษณะคำถามให้เลือกตอบเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) ตามมาตรวัด

แบบลิเคิร์ท (Likert scale) จำนวน 27 ข้อ แต่ละข้อมีระดับการรับรู้แบ่งเป็น 4 ระดับ[10] ได้แก่ ปฏิบัติน้อยที่สุด แทนค่าด้วย 1, ปฏิบัติน้อยแทนค่าด้วย 2, ปฏิบัติมาก แทนค่าด้วย 3, ปฏิบัติมากที่สุดแทนค่าด้วย 4 วิเคราะห์ผลในภาพรวมโดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ[11] สามารถแปลผลได้ดังนี้ มีการปฏิบัติงานฯ ในระดับน้อย = 27.00–54.00 คะแนน, มีการปฏิบัติงานฯ ในระดับปานกลาง = 54.01–81.00 คะแนน, มีการปฏิบัติงานฯ ในระดับมาก = 81.01–108.00 คะแนน วิเคราะห์ผลรายข้อเพื่อแบ่งคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 4 ระดับ[11] แปลผลดังนี้ น้อยที่สุด = 1.00–1.75 คะแนน, น้อย = 1.76–2.50 คะแนน, มาก = 2.51–3.25 คะแนน, มากที่สุด = 3.26–4.00 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แบบสอบถามมีค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้อ (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 30 คน เพื่อดูความเข้าใจในเนื้อหา และวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้ KR-20[12] สำหรับวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับงานด้านสุขภาพจิตชุมชน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.924 และวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค[13] สำหรับทัศนคติต่อการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตชุมชน การรับรู้ความสามารถของตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม ทักษะการสื่อสารเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านอารมณ์ และการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.927, 0.913, 0.904, 0.873 และ 0.916 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 8 แห่งในอำเภอหนองหญ้าปล้องแห่งละ 1 คน เพื่อขอให้เป็นผู้ช่วยนักวิจัยในการเก็บข้อมูลจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบ สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองหญ้าปล้อง ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตัวเอง โดยมีการอธิบายให้ผู้ช่วยนักวิจัยรับทราบเกี่ยวกับประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย วิธีการและขั้นตอนการวิจัย และแนวทางการสุ่มตัวอย่างโดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่ายจากบัญชีรายชื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบของสถานบริการสุขภาพแต่ละแห่ง ทั้งนี้ ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยอธิบายสาระสำคัญของโครงการวิจัยโดยสรุปให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านรับทราบก่อนตอบแบบสอบถามในวันประชุมประจำเดือนของสถานบริการสุขภาพแต่ละแห่ง โดยดำเนินการระหว่างวันที่ 1-31 มกราคม 2567 จากนั้นผู้ช่วยนักวิจัยรวบรวมแบบสอบถามส่งให้ผู้วิจัยต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับงานด้านสุขภาพจิตชุมชน ทัศนคติต่อการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตชุมชน การรับรู้ความสามารถของตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม ทักษะการสื่อสารเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านอารมณ์ และการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน วิเคราะห์โดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด 2) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามโดยใช้การทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน 3) วิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตามได้แก่ การปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน โดยใช้สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน และ 4) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี เลขที่ คมจ.พบ. 059/2566 ลงวันที่ 25 ธันวาคม 2566 ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามข้อกำหนดของคณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์เพื่อพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างอย่างเคร่งครัด มีการชี้แจงรายละเอียดของโครงการศึกษาวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับ พร้อมทั้งแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่ามีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามในบางข้อ และให้ความมั่นใจว่าข้อมูลที่ได้จะเก็บไว้เป็นความลับ มีเพียงนักวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยเท่านั้นที่จะเข้าถึงข้อมูลได้ และการนำเสนอข้อมูลจะทำในภาพรวมเพื่อใช้ประโยชน์

ทางวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85.6 มีอายุเฉลี่ย 52.71 ปี (SD.=9.39) โดยกลุ่มอายุที่มากที่สุดคือ 51–60 ปี (39.1%) อายุการเป็น อสม.เฉลี่ย 15.26 ปี (SD.=9.06) มีอายุงานอยู่ในช่วง 6–10 ปี มากที่สุด (22.4%) สถานภาพคู่ (55.2%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (40.3%) อาชีพเกษตรกร (51.7%) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 7,673.10 บาท (SD.=5,039.16) รายจ่ายเฉลี่ยต่อเดือน 6,774.94 บาท (SD.=5,177.79) อาศัยอยู่กับคู่สมรสและลูกหลาน (38.5%) ไม่มีโรคประจำตัว (58.0%) เคยเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับงานสุขภาพจิตในรอบปีที่ผ่านมา (60.3%) ไม่มีบทบาทอื่นในชุมชน (50.6%) และไม่มีสมาชิกในครอบครัว หรือญาติสนิทมีปัญหาสุขภาพจิตหรือเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต (91.4%)

2. ผลการวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับงานด้านสุขภาพจิตชุมชน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับงานด้านสุขภาพจิตชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง (38.5%) มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 8.30 คะแนน (SD.=1.93) ข้อที่ตอบถูกมากที่สุด ได้แก่ การปฐมพยาบาลด้านจิตใจ คือการให้ความช่วยเหลือด้านจิตใจแก่ผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์รุนแรงให้มีความรู้สึกดีขึ้น และลดความเครียดลง (ใช่) ตอบถูกร้อยละ 92.0 และข้อที่ตอบผิดมากที่สุด ได้แก่ อสม. ควรพัฒนาทักษะการการสั่งสอนและการว่ากล่าวตักเตือนเพื่อนำไปใช้กับผู้มีปัญหาสุขภาพจิต (ไม่ใช่) ตอบผิด (89.1%)

3. ผลการวิเคราะห์ทัศนคติต่อการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตชุมชน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง (51.1%) มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 30.57 คะแนน (SD.=4.16) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ท่านรู้สึกยินดีเมื่อคนในชุมชนมีความรักมีความสามัคคีปรองดองกัน (เชิงบวก) (Mean=3.40, SD.=.82) และข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ท่านคิดว่าปัญหาวัยรุ่นก่อกวนความวุ่นวายในชุมชนต้องใช้มาตรการทางกฎหมายมาจัดการเท่านั้นจึงจะได้ผล (เชิงลบ) (Mean=2.43, SD.=1.02)

4. ผลการวิเคราะห์การรับรู้ความสามารถของตนเอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง (65.5%) มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 26.47 คะแนน (SD.= 5.87) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ท่านมีทักษะความสามารถในการสร้างมนุษยสัมพันธ์ที่ดีกับผู้คน (Mean=2.86, SD.=.72) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ท่านมีความสามารถในการค้นหาผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือเร่งด่วน เช่น ผู้ที่เศร้าโศกเสียใจอย่างรุนแรง กินไม่ได้นอนไม่หลับ เครียดมาก (Mean=2.51, SD.=.78) และท่านมีความสามารถในการคิดวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนได้ (Mean=2.51, SD.=.74)

5. ผลการวิเคราะห์การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง (70.2%) มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 28.27 คะแนน (SD.=5.31) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ เมื่อเกิดปัญหาในการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนท่านสามารถขอคำปรึกษาจากผู้ที่เกี่ยวข้องได้ เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (Mean=3.10, SD.=.63) และข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ท่านได้รับสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์หรืองบประมาณเพื่อใช้ในการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชน (Mean=2.43, SD.=.80)

6. ผลการวิเคราะห์ทักษะการสื่อสารเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านอารมณ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทักษะการสื่อสารเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 69.0 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 27.25 คะแนน (SD.=5.46) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ท่านมีทักษะในการรับฟังผู้อื่นพูดระบายปัญหาความทุกข์ใจ (Mean=2.85, SD.=.74) และข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ท่านมีทักษะในการออกแบบเนื้อหาด้านส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตเพื่อการถ่ายทอดให้ผู้อื่นรับรู้ (Mean=2.52, SD.=.71)

7. ผลการวิเคราะห์การปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนในระดับปานกลาง (67.8%) มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 74.44 คะแนน (SD.=15.49) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ท่านร่วมมือกับเพื่อน อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุ เช่น การร้องรำทำเพลงในชมรมผู้สูงอายุ การอวยพรปีใหม่ การรดน้ำดำหัวในประเพณีสงกรานต์ (Mean= 2.96, SD.=.70) และข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ท่านให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวที่มีปัญหาความขัดแย้งระหว่างสมาชิกในครอบครัว (Mean=2.56, SD=.72) และท่านให้การช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดยส่งต่อไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือโรงพยาบาล (Mean=2.56, SD.=.82)

8. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p< .001$) ประกอบด้วย 2 ปัจจัยเรียงตามลำดับที่ส่งผลจากมากไปน้อยดังนี้ 1) แรงสนับสนุนทางสังคม (Beta=.509) และ 2) ทักษะในการสื่อสารเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านอารมณ์ (Beta=.358) ตัวแปรอิสระทั้ง 2 ตัวแปรสามารถอธิบายความผันแปรของการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (64.5%) (R^2=.645) และสามารถเขียนสมการ $y = a + bx$ เพื่อทำนายได้ดังนี้

SM = 4.812 + 1.483(SS) + 1.016(SC) ดังมีรายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณของตัวแปรในการทำนายปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน (SM) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหนองหญ้าปล้อง จังหวัดเพชรบุรี ด้วยวิธี Stepwise

ตัวแปรอิสระ	b	SE	Beta	t	p	Tolerance	VIF
แรงสนับสนุนทางสังคม (SS)	1.483	.188	.509	7.879	<.001	.499	2.006
ทักษะการสื่อสารเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านอารมณ์ (SC)	1.016	.183	.358	5.549	<.001	.499	2.006

Constant=4.812 R=.803 R^2=.645 Adj. R^2=.641

วิจารณ์

1. จากผลการวิจัยที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง ตามทฤษฎีของ Herzberg[7] สรุปได้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต้องการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน เพื่อบรรลุเป้าหมายการเป็นชุมชนสุขภาพจิตดี จึงมีแรงจูงใจมาจากการที่คนในชุมชนให้เกียรติ และยอมรับในความรู้ความสามารถ ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมองว่าการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนเป็นงานที่ท้าทายความสามารถ ทั้งนี้ มีการกำกับดูแล และการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งมีความใกล้ชิดสนิทสนมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยที่งานสุขภาพจิตชุมชนเป็นนโยบายที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งผลของการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานและมีความสอดคล้องสัมพันธ์กับปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับงานด้านสุขภาพจิตชุมชน

ทัศนคติต่อการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตชุมชน การรับรู้ความสามารถของตนเอง การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และทักษะการสื่อสารเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านอารมณ์ของกลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 5 ปัจจัยต่างก็อยู่ในระดับปานกลางจึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลาง การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ประคองจิตร ขุลีเทาว์[14] ที่พบว่าการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหล่มเก่า จังหวัดเพชรบูรณ์ อยู่ในระดับปานกลาง; พัชรี รอดสวัสดิ์ และเกษร สำเภาทอง[15] ที่พบว่าการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขเขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร อยู่ในระดับปานกลาง และศิริลักษณ์ ช่วยดี และคณะ[16] ที่พบว่าการปฏิบัติงานด้านจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอแห่งหนึ่ง จังหวัดกาญจนบุรี อยู่ในระดับปานกลาง

2. จากผลการศึกษา พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติประกอบด้วย 2 ปัจจัย เรียงตามลำดับที่ส่งผลจากมากไปน้อยคือ แรงสนับสนุนทางสังคม และทักษะในการสื่อสารเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านอารมณ์ สามารถนำมาอภิปรายผลได้ดังต่อไปนี้

2.1 แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานในเชิงบวกกับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมายความว่าเมื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้นจะส่งผลให้มีการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนเพิ่มมากขึ้น ในทางตรงกันข้าม ถ้าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมลดลงก็จะส่งผลให้การปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนลดลงเช่นกัน House[17] กล่าวว่าแรงสนับสนุนทางสังคมหมายถึงสิ่งที่ผู้รับได้รับในด้านความช่วยเหลือทางด้านข้อมูลข่าวสาร วัตถุสิ่งของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน และเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการ แรงสนับสนุนทางสังคมอาจมาจากบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน และเพื่อนร่วมงาน Pender[18] กล่าวว่าการสนับสนุนทางสังคมแบ่งเป็น 5 ระบบคือ 1) ระบบสนับสนุนตามธรรมชาติ ได้แก่ จากครอบครัว ญาติพี่น้อง 2) ระบบสนับสนุนจากเพื่อน 3) ระบบการสนับสนุนจากองค์กรด้านศาสนา 4) ระบบการสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ และ 5) ระบบสนับสนุนจากกลุ่มอาชีพอื่น ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้อาสาสมัครสาธารณสุขได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน เพื่อน อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสอดคล้องกับการศึกษาของ ประคองจิตร ขุลีเทาว์[14] ที่พบว่าการสนับสนุนจากองค์กรเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหล่มเก่า จังหวัดเพชรบูรณ์;พัชรี รอดสวัสดิ์ และเกษร สำเภาทอง[15] ที่พบว่าปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง เช่น การฝึกอบรมและพัฒนาความรู้เรื่องสุขภาพจิต การติดตามนิเทศงานในพื้นที่ การสนับสนุนงบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขเขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร;นิชนันท์ สุวรรณกูฏ และคณะ[19] ที่พบว่าการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ และการสนับสนุนของครอบครัวเป็นปัจจัยทำนายสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดอุบลราชธานี; พิมลกานต์ ติ๊บบุญศรี และวิราสิริรี์ วสีวีรสิร์[20] ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี และนาตยา สุดจ้อย[21] ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย

ทักษะในการสื่อสารเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านอารมณ์ เป็นปัจจัยที่ส่งผลในเชิงบวกกับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมายความว่าเมื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีทักษะในการสื่อสารเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านอารมณ์เพิ่มขึ้นจะส่งผลให้มีการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนเพิ่มมากขึ้น ในทางตรงกันข้ามถ้าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีทักษะในการสื่อสารเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านอารมณ์ลดลงก็จะส่งผลให้การปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนลดลงเช่นกัน Rimal & Lapinski[22] กล่าวว่าการสื่อสารสุขภาพมีความเกี่ยวข้องกับทุกแง่มุมของสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี รวมถึงการป้องกันโรคภัย การส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต กฤษณพงศ์ เลิศบำรุงชัย[23] กล่าวว่าการสื่อสารสุขภาพเป็นการดำเนินงานเพื่อการสื่อสารระหว่างผู้รับสารและผู้ส่งสาร เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพได้ง่ายและทั่วถึง มีการจัดองค์ความรู้แบบมีส่วนร่วม แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ร่วมกับผู้อื่น

การศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าทักษะการสื่อสารสุขภาพส่งผลต่อการปฏิบัติงาน ได้แก่การศึกษาของ สาหร่าย จันสา[24] ที่พบว่าทักษะการสื่อสารส่งผลต่อการจัดการด้านความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลรัฐบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร และการศึกษาของ เปรมฤดี ศรีวิชัย และพินทอง ปินใจ[25] ที่พบว่าทักษะการสื่อสารเป็นปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของพยาบาลหัวหน้าเวร โรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดพะเยา

ข้อเสนอแนะ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรดำเนินการดังนี้

1. ควรส่งเสริมสนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน เพื่อการบรรลุเป้าหมายชุมชนสุขภาพจิตดีตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โดยเน้นการค้นหาคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิต แจ้งผลการคัดกรองและให้สุขภาพจิตศึกษาเบื้องต้น ดูแลต่อเนื่องในชุมชนเพื่อป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิต เฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำ ส่งเสริมกิจกรรมและอาชีพในรายที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ให้คำแนะนำแก่ญาติในการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนการส่งต่อเมื่อเกินขีดความสามารถตามบทบาทสอดส่องมองหา ใส่ใจรับฟัง ส่งต่อเชื่อมโยง

2. ควรส่งเสริมสนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ สนับสนุนข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวกในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน มีการสร้างขวัญกำลังใจยกย่องในผลการปฏิบัติงาน และให้ข้อเสนอแนะเมื่อประสบปัญหาในการปฏิบัติงานจากผู้นำชุมชน ตลอดจนมีการเยี่ยมเสริมพลังจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อให้คำปรึกษาและเสริมสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติงานแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างต่อเนื่อง

3. ควรพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีทักษะการสื่อสารเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านอารมณ์แก่ประชาชน เช่น ทักษะในการรับฟังผู้อื่นพูดระบายปัญหาความทุกข์ใจ ทักษะในการให้กำลังใจแก่ผู้มีปัญหาทุกข์ใจ ทักษะในการเสริมแรงเพื่อสร้างความมั่นใจให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านอารมณ์ ทักษะในการโน้มน้าวจิตใจเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพด้านอารมณ์ที่เหมาะสม ทักษะในการออกแบบเนื้อหาด้านส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตเพื่อการถ่ายทอดให้ประชาชนรับรู้ และทักษะในการใช้สื่อเพื่อประกอบการถ่ายทอดความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตแก่ประชาชน เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองหญ้าปล้อง ที่ได้สนับสนุนและให้ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณอาจารย์ชยา เครื่องทิพย์ นักวิชาการอิสระ ที่อนุญาตให้ใช้แบบสอบถามต้นฉบับมาปรับปรุงพัฒนาเป็นเครื่องมือวิจัย และกรุณาให้ข้อเสนอแนะแนวทางในการวิเคราะห์ข้อมูล และการใช้สถิติในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต. ข่าวหนังสือพิมพ์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 2 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=31458
2. กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม. เปิดแนวโน้ม 5 อนาคตสุขภาพจิตคนไทย จุดพลิกผันแห่งความสุขที่ท้าทายในอีก 10 ปีข้างหน้า [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 2 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.mhesi.go.th/index.php/content_page/item/9381-660119interesting-2.html
3. กรมสุขภาพจิต. รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2565. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2566.
4. กรมสุขภาพจิต. บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ สาขาสุขภาพจิตชุมชน สอดส่องมองหาใส่ใจรับฟัง ส่งต่อเชื่อมโยง. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; ม.ป.ป.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี. สรุปผลการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2566. เอกสารอัดสำเนา; 2566.
6. กรมสุขภาพจิต. รายงานการวิจัยองค์ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต. [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 3 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://dmh.go.th/faq/mentalhealth.asp#:~:text=%E0%
7. Herzberg F. The Motivation to Work (2nd ed). New York: John Wiley and Sons; 1959.
8. Krejcie R V, Morgan D W. Determining sample size for research activities. Educ Psychol Meas 1970;30(3):607–610.
9. Bloom B S. Human characteristics and school learning. New York: Mc Graw-Hill; 1976.
10. อัจศรา ประเสริฐสิน. เครื่องมือการวิจัยทางการศึกษาและสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ: สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2563.
11. Best J W, Kahn J V. Research in education. 3rd ed. New Jersey: Prentice hall; 1986.
12. บุญชัช เมฆแก้ว. รายงานการวิจัยเรื่องการพัฒนาชุดช่วยวิเคราะห์ข้อมูลแบบเรียลไทม์หาค่าความเชื่อมั่นแบบทดสอบ (KR-20). พังงา: วิทยาลัยชุมชนพังงา; 2562.
13. Cronbach Lee J. Educational Psychology. New York: Harcourt Brace Jevanovich; 1977.
14. ประคองจิตร ขุลีเทาว์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหล่มเก่า จังหวัดเพชรบูรณ์ [วิทยานิพนธ์]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2557.
15. พัชรี รอดสวัสดิ์, เกษร สำเภาทอง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขเขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร. วารสารการพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิต. 2559;30(3):92–108.
16. ศิริลักษณ์ ช่วยดี, โสภิณ แสงอ่อน, พัชรินทร์ นินทจันทร์. การศึกษาการปฏิบัติงานด้าน จิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2560;31(1):41–59.
17. House R J. A path goal theory of leader effectiveness. Administrative Science Quarterly 1971;16(2):321–8.
18. Pender N J. Health Promotion in Nursing

Practice. New York: Appleton Century-Crofts Norwalk; 1987.

19. นิชนันท์ สุวรรณกูฏ. ปัจจัยทำนายสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. 2564;23(2):71–84.
20. พิมลกานต์ ติ๊บบุญศรี, วิราสิริรี์ วสีวีรสิว์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2566;9(3):113–24.
21. นาตยา สุดจ้อย. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย. เอกสารรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์; 2566.
22. Rimal R N, Lapinski M K. Why health communication is important in public health [อินเทอร์เน็ต]. 2552 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 3 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://www.who.int/bulletin/volumes/87/4/08-056713/en/
23. กฤษณพงศ์ เลิศบำรุงชัย. การสื่อสารสุขภาพดิจิทัล (Digital Health Communication) [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 4 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://touchpoint.in.th/digital-health-communication/
24. สาหร่าย จันสา. อิทธิพลของการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและการทำงานเป็นทีมต่อการจัดการด้านความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลรัฐบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลทหารบก. 2560;18(ฉบับพิเศษ): 299–307.
25. เปรมฤดี ศรีวิชัย, พินทอง ปินใจ. ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของพยาบาลหัวหน้าเวรโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดพะเยา. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2560;35(3):155–64.

การพัฒนาศักยภาพชุมชนในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นในพื้นที่อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

The development community potential in Basic Life Support Salaphum District Roi-Et province

ปารณัท พรมศิริ*

Paranath Promsiri

Corresponding author: E-mail: Nutonlylove25@gmail.com

(Received: May 20, 2024; Revised: May 24, 2024; Accepted: June 13, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาศักยภาพชุมชนในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นในพื้นที่อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : การศึกษาแบบวิจัยและพัฒนา (Research and Development)

วัสดุและวิธีการวิจัย : การวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ ระยะดำเนินการ และระยะประเมินผล กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 10 คน แกนนำ จิตอาสา จำนวน 60 คน และประชาชนที่อาศัยในพื้นที่ 3 ตำบล จำนวน 276 คน ที่ได้มาจากการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ดำเนินการตั้งแต่เดือนมีนาคมถึงเดือนพฤษภาคม 2567 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และแบบประเมิน วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา และ Paired sample t-test

ผลการวิจัย : ภายหลังการอบรมแกนนำจิตอาสา (ครู ก) มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นสูงกว่าก่อนอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) และมีการปฏิบัติได้ตามมาตรฐาน เรื่อง ความเร็วในการกดหน้าอก และการกดหน้าอกต่อการปล่อย และการใช้เครื่อง AED ถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 78.8 และ 75.7 ตามลำดับ และภายหลังการอบรม ครู ข มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) และมีการปฏิบัติได้ตามมาตรฐาน และการใช้เครื่อง AED ถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 63.8 และ 63.8 ตามลำดับ

สรุปและข้อเสนอแนะ : ควรพัฒนาศักยภาพในระบบปฏิบัติการฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นและแพร่หลาย เพื่อให้ประชาชนมีความมั่นใจในระบบการแพทย์ฉุกเฉินและประชาชนมีอัตรารอดชีวิตจากภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล

คำสำคัญ : การช่วยฟื้นคืนชีพ; การพัฒนาศักยภาพชุมชน

*นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลเสลภูมิ

Abstract

Purposes : To develop community potential in basic resuscitation in the area of Selaphum District, Roi Et Province.

Study design : Research and Development study.

Material and Methods : The research were dcivided into 3 phases: 1) situation analysis phase 2) implementation phase and 3) evaluation phase. The sample group consisted of 10 medical personnel, 60 volunteer leaders and 276 people living in 3 sub-districts, Obtained from simple random sampling, conducted from March to May 2024. Data were collected using a questionnaire and assessment form data were analyzed using descriptive statistics and Paired sample t-test.

Main findings : After training the volunteer leaders (Teacher A) had an mean scores of knowledge about resuscitation. The preliminary level was significantly higher than before the training ($p<.001$). And the standards for chest compression speed and chest compression per release were met. And correct use of the AED were 78.8% and 75.7%, respectively. And after the training, Teacher B had an average score of knowledge about resuscitation. The preliminary level was significantly higher than before the training ($p<.001$) and there were compliance with the standards and correct use of the AED, accounting for 63.8% and 63.8%, respectively.

Conclusion and recommendations : The potential in emergency operating systems should be developed to more efficient. And widespread so that people have confidence in emergency medical system and that people have a better survival rate. Out-of-hospital cardiac arrest.

Keywords : Resuscitationz; Community capacity development

**Medical Doctor, Professional Level, Salaphum Hospital.

บทนำ

ภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล (Out-of-hospital cardiac arrest: OHCA) เป็นภาวะฉุกเฉินที่ ผู้ที่เกิดอาการควรได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน เพราะความล่าช้าแม้เพียงเสี้ยววินาทีก็อาจส่งผลต่ออัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย จากรายงานสถิติทั่วโลกพบอัตราการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลประมาณ 20-140 คนต่อประชากรแสนคน และมีผู้รอดชีวิตเพียงร้อยละ 2-11 ภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลทางด้านสุขภาพในสหรัฐอเมริกาและในทวีปยุโรปซึ่งทุกๆปีมีประชากรประมาณ 275,000-420,000 คน[1] เสียชีวิตจากภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล ดังนั้นการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานถือว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งผู้ที่พบเห็นเหตุการณ์จำเป็นที่จะต้องขอความช่วยเหลือผ่านเบอร์โทรศัพท์ฉุกเฉินให้รวดเร็วและสามารถลงมือทำการช่วยฟื้นคืนชีพ (Cardiopulmonary resuscitation: CPR) และใช้เครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (Automated external defibrillator: AED) ได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว รวมถึงให้ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินสามารถเข้าช่วยเหลือเพื่อทำการกู้ชีพขั้นสูง (Advance life support: ALS) ได้ทันท่วงที

จากสถิติการให้บริการห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ในปี พ.ศ. 2564-2566 มีผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นที่ต้องทำการช่วยฟื้นคืนชีพจำนวน 63, 90 และ 51 รายตามลำดับ[2] โดยในจำนวนนี้เป็นผู้ที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล จำนวน 55, 59 และ 41 รายตามลำดับ คิดเป็นอัตราการกลับมาของการไหลเวียนโลหิต (Return of Spontaneous Circulation: ROSC) ร้อยละ 30.91 แม้ว่าสถิติการรอดชีวิตจะสูงกว่าสถิติโลก แต่เนื่องจากประชากรในพื้นที่น้อยกว่าถ้าเทียบกับจำนวนประชากรทั่วโลกและส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่ได้รับการ CPR ภายนอกโรงพยาบาลเกิดขึ้นโดยเจ้าหน้าที่กู้ชีพ (First responder: FR) และชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูง (Advance life support unit) มีส่วนน้อยที่ญาติทำ CPR ก่อนนำส่งหรือทำ CPR ในที่เกิดเหตุก่อนชุดปฏิบัติการฉุกเฉินไปถึง ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยในฐานะแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินได้เห็นถึงความสำคัญของการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นในผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล จึงได้สนใจที่จะพัฒนาศักยภาพคนในชุมชนให้มีความรู้และทักษะรวมทั้งสามารถถ่ายทอดความรู้ที่ได้รับเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นให้แก่บุคคลอื่นต่อไปได้เพื่อลดการสูญเสีย และเพิ่มโอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วยควบคู่ไปกับการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินผ่านหมายเลข 1669

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาศักยภาพชุมชนในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นในพื้นที่อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ในพื้นที่อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด เนื่องจากเป็นพื้นที่ชุมชนกึ่งเมือง โดยทำการศึกษาตั้งแต่เดือนมีนาคม ถึงเดือน พฤษภาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกตามกระบวนการในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะวิเคราะห์สถานการณ์

ประชากรเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 10 คน และกลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรทางการแพทย์ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน โรงพยาบาลเสลภูมิ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 10 คน โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ คือ 1) เคยผ่านหลักสูตรการอบรมการช่วยคืนชีพขั้นพื้นฐาน 2) เป็นผู้มีประสบการณ์และเคยให้ความรู้เกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน และ 3) ยินดีและความสมัครใจเข้าร่วมวิจัย

ระยะที่ 2 และ 3 ระยะดำเนินการและระยะประเมินผล

ประชากร แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ (1) แกนนำจิตอาสาในพื้นที่อำเภอเสลภูมิ ประกอบด้วย นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่กู้ชีพ บุคลากรในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำหมู่บ้าน ครู และ

นักเรียน (2) บุคคลทั่วไป คือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ดกลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย (2.1) แกนนำจิตอาสาในพื้นที่อำเภอเสลภูมิ (ครู ก) ประกอบด้วย นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่กู้ชีพ บุคลากรในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำหมู่บ้าน ครู และนักเรียนคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 60 คน โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ คือ 1) สามารถเข้าร่วมการฝึกอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน 2) มีความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ให้กับบุคคลอื่นได้ และ 3) มีความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ (2.2) บุคคลทั่วไป (ครู ข) คือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ 3 ตำบลของอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด คือ ตำบลกลาง ตำบลขวัญเมือง และตำบลนาเมือง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 276 คน โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ คือ 1) เป็นผู้ที่มีความสนใจในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน 2) สามารถสื่อสารและเข้าใจโดยใช้ภาษาไทย 3) อยู่ในพื้นที่ที่ผู้วิจัยสามารถติดตามเยี่ยมได้ และ 4) เป็นผู้ยินยอมให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ ชุดการสอนการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานสำหรับประชาชน ประกอบด้วย 1) คู่มือการสอนการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับการประเมิน ณ ที่เกิดเหตุ และการใช้เครื่อง AED วิธีการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน และการฝึกปฏิบัติการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานและ 2) สื่อประกอบสอน ได้แก่ วิดีทัศน์ในการฝึกปฏิบัติการช่วยคืนชีพขั้นพื้นฐานวิดีทัศน์การใช้เครื่อง AED และ PowerPoint

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ และอาชีพ

2.2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานสร้างโดยบวร วิทยชำนาญกุล และคณะ[3] ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 3 ด้าน ได้แก่ คำถามเกี่ยวกับการกดหน้าอก (วิธีการ ความลึก อัตราการกด ตำแหน่งในการกดหน้าอก) การใช้หมายเลข 1669 และการใช้เครื่อง AED ลักษณะคำถามเป็นแบบปรนัย 4 ตัวเลือก เกณฑ์การให้คะแนนคือ ถ้าตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน มีจำนวน 10 ข้อ กำหนดเกณฑ์การประเมิน คือ

0 – 7 คะแนน หมายถึง ไม่ผ่านเกณฑ์ที่โครงการกำหนด

8 – 10 คะแนน หมายถึง มีความรู้ความเข้าใจตามเกณฑ์ที่โครงการกำหนด

2.3 แบบประเมินทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น สร้างโดยบวร วิทยชำนาญกุล และคณะ[3] เป็นการประเมินความสามารถทางการปฏิบัติการฟื้นคืนชีพโดยให้ทีมวิจัยในโครงการเป็นผู้ประเมินโดยใช้หุ่น CPR ประกอบด้วยการประเมินความลึกในการกดหน้าอก (เซนติเมตร) จำนวนครั้งในการกดหน้าอกแบบปล่อยสุดต่อแบบปล่อยไม่สุด ความเร็วในการกดหน้าอก (ครั้งต่อนาที) ระยะเวลาในการกดหน้าอกทั้งหมด และการใช้เครื่อง AED ลักษณะคำถามเป็นการเลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติถูกต้อง ปฏิบัติไม่ถูกต้อง และไม่ได้ปฏิบัติ เกณฑ์การให้คะแนนคือ หากผู้เข้าร่วมอบรมปฏิบัติจะได้ 1 คะแนน หากไม่ได้ปฏิบัติหรือปฏิบัติไม่ถูกต้องจะได้ 0 คะแนน มีจำนวนทั้งหมด 18 ข้อ ทั้งนี้ ได้กำหนดเกณฑ์การประเมิน คือ ผู้เข้าร่วมจะต้องปฏิบัติให้ผ่านทุกขั้นตอนทั้ง 4 ด้าน จึงจะผ่านเกณฑ์ที่งานวิจัยกำหนด

2.4 แบบประเมินความพึงพอใจ สร้างโดยบวร วิทยชำนาญกุล และคณะ[3] เป็นการประเมินความพึงพอใจในการเข้าร่วมอบรมประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ด้าน คือ 1) ด้านวิทยากร 2) ด้านสถานที่ ระยะเวลาและอาหาร 3) ด้านการบริการของเจ้าหน้าที่ 4) ด้านความเข้าใจ และ 5) ด้านการนำความรู้ไปใช้ มีทั้งหมด 17 ข้อ ลักษณะของแบบประเมินจะตอบด้วยระดับความพึงพอใจทั้งหมด 5 ระดับ คือ ระดับ 5 คือ พอใจอย่างมาก ระดับ 4 คือ พอใจมาก ระดับ 3 คือ พอใจปานกลาง ระดับ 2 คือ ไม่พอใจ ระดับ 1 คือ ไม่พอใจอย่างมาก)

ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยแบ่งขั้นตอนในการรวบรวมข้อมูลวิจัยเป็น 3 ระยะ ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

ระยะที่ 1 ระยะวิเคราะห์สถานการณ์

1. ทำหนังสือจากโรงพยาบาลเสลภูมิถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อขออนุญาตเข้าดำเนินการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

2. จัดประชุมบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลเสลภูมิจำนวน 10 คน เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการปรับปรุงชุดการสอนการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานสำหรับประชาชน และการจัดอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพคนในชุมชนให้สามารถถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานในชุมชน โดยครอบคลุมถึงการประชาสัมพันธ์และการคัดเลือกคนในชุมชน

3. จัดเตรียมความพร้อมในการจัดอบรมพร้อมทั้งแบบสอบถามที่ใช้ในการอบรม



ภาพที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้และเตรียมสถานที่ในการจัดอบรม

2. ผู้วิจัยจัดอบรมพัฒนาศักยภาพ ครู ก จำนวน 60 คน โดยนำชุดการสอนการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานสำหรับประชาชนมาใช้ในการจัดอบรม เป็นระยะเวลา 120 นาที ประกอบด้วย 1) การบรรยายเกี่ยวกับการประเมิน ณ ที่เกิดเหตุและการใช้ เครื่อง AED เป็นระยะเวลา 15 นาที 2) การบรรยายวิธีการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานเป็นระยะเวลา 15 นาที 3) การฝึกปฏิบัติการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน โดยเน้นให้ผู้อบรมได้ฝึกการกดหน้าอกกับหุ่นสาธิตการช่วยฟื้นคืนชีพ และสามารถใช้เครื่อง AED ได้ถูกต้องทุกคน ซึ่งใช้ระยะเวลา 60 นาที และ 4) การทดสอบความรู้ทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติเป็นระยะเวลา 30 นาที

3. ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยในการประสานงาน

เพื่อให้ ครู ก จัดอบรมการสอนการช่วยคืนชีพขั้นพื้นฐานให้แก่ประชาชนในชุมชน (ครู ข) จำนวน 276 คน ตามกระบวนการสอนการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานสำหรับประชาชน โดยแบ่งการจัดอบรมเป็นจำนวน 3 ครั้ง ครั้งละ 120 นาที



ภาพที่ 2 การบรรยายและฝึกปฏิบัติ

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล

1. ประเมินความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นของ ครู ก และ ครู ข โดยประเมินความรู้ก่อนและภายหลังการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพ

2. ประเมินทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและความพึงพอใจในการจัดอบรมของครู ก และครู ข โดยประเมินภายหลังการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพ



ภาพที่ 3 การประเมินทักษะ

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป คะแนนทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น และคะแนนความพึงพอใจโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นก่อนและหลังการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพ โดยใช้สถิติการทดสอบทีแบบกลุ่มสัมพันธ์ (Paired Sample t-test)

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่การรับรอง COE 0302567

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพในการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่ 1 แกนนำจิตอาสา (ครู ก) จำนวน 60 คน โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย จำนวน 30 คน และเพศหญิงจำนวน 30 มีอายุเฉลี่ยประมาณ 31.1 ปี และส่วนใหญ่เป็นนักเรียน (31.7%) รองลงมาคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และเจ้าหน้าที่กู้ชีพ (50.0%) และ (13.3%) ตามลำดับ กลุ่มที่ 2 บุคคลทั่วไป (ครู ข) จาก 3 ตำบลของอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 276 คน โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (67.4%) มีอายุเฉลี่ย 37.1 ปี และส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป (49.6%) รองลงมาคือ นักเรียน (34.8%) และเกษตรกรรม (11.2%) ตามลำดับ

2. ผลการพัฒนาศักยภาพบุคคลในการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นในชุมชน

2.1 ผลการพัฒนาศักยภาพแกนนำจิตอาสา (ครู ก) ภายหลังจากผู้วิจัยจัดอบรมพัฒนาศักยภาพแกนนำจิตอาสา (ครู ก) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นภายหลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ดังแสดงในตารางที่ 1 และเมื่อประเมินทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทักษะในการปฏิบัติได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐานในเรื่องของความเร็วในการกดหน้าอก และการกดหน้าอกต่อการปล่อย สำหรับคะแนนเฉลี่ยในการทำ CPR ถูกต้อง และการใช้เครื่อง AED ถูกต้อง (78.8%) และ (75.7%) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นของครู ก ก่อนและหลังการอบรม (n=60)

คะแนน	ก่อนการอบรม	หลังการอบรม	Mean diff.(SE.)	95%CI	p
	Mean(SD.)	Mean(SD.)			
ความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นเบื้องต้น	5.45(1.33)	8.45(1.21)	3.00(.137)	2.73, 3.27	<.001

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยของคะแนนทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของครู ก (n=60)

หัวข้อ	Mean(SD.)
การกดหน้าอก	
ความลึกในการกดหน้าอก	4.5 เซนติเมตร (0.78)
สัดส่วนการกดหน้าอก (ปล่อยสุด/ปล่อยไม่สุด)	87.9(6.88)
ความเร็วในการกดหน้าอก	118.5 ครั้งต่อนาที
เวลากดหน้าอก/เวลาทั้งหมด	90.8 นาที (5.53)
คะแนนเฉลี่ยในส่วนของการทำ CPR	78.8(7.98)
การใช้เครื่อง AED ถูกต้อง	75.7(6.47)

หมายเหตุ : 1) มาตรฐานการกดหน้าอกลึกคือ กดลึก > 5 เซนติเมตร
2) มาตรฐานของการกดหน้าอกเร็วคือ กดเร็ว 100-120 ครั้งต่อนาที

2.2 ผลการพัฒนาศักยภาพบุคคลทั่วไป (ครู ข) ภายหลังการจัดอบรมเสร็จสิ้น แกนนำจิตอาสา (ครู ก) ที่ได้รับพัฒนาศักยภาพแล้วได้นำการสอนการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานสำหรับประชาชนไปใช้เพื่อถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ให้แก่บุคคลทั่วไปในชุมชน (ครู ข) ผลจากการประเมินคะแนนความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานในกลุ่ม ครู ข จำนวน 276 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น ภายหลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) ดังแสดงในตารางที่ 3 และเมื่อประเมินทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของกลุ่มครู ข พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทักษะในการปฏิบัติได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐานในเรื่องของความลึก ความเร็วในการกดหน้าอก และการกดหน้าอกต่อการปล่อย สำหรับคะแนนเฉลี่ยในการทำ CPR ถูกต้อง และการใช้เครื่อง AED ถูกต้อง (63.8%) และ (63.8%) ตามลำดับดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นของครู ข ก่อนและหลังการอบรม (n = 276)

คะแนน	ก่อนการอบรม	หลังการอบรม	Mean diff.(SE.)	95%CI	p
	Mean(SD.)	Mean(SD.)			
ความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น	5.40(1.27)	8.69(1.23)	3.29(.068)	3.16, 3.42	<.001

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยของคะแนนทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของครู ข (n = 276)

กิจกรรม	Mean(SD.)
การกดหน้าอก	
ความลึกในการกดหน้าอก	6.5 เซนติเมตร (0.99)
สัดส่วนการกดหน้าอก (ปล่อยสุด/ปล่อยไม่สุด)	87.9(6.69)
ความเร็วในการกดหน้าอก	111.7 ครั้งต่อนาที
เวลากดหน้าอก/เวลาทั้งหมด	92.8 นาที(4.84)
คะแนนเฉลี่ยในส่วนของการทำ CPR	63.8(5.83)
การใช้เครื่อง AED ถูกต้อง	63.8(5.83)

หมายเหตุ : 1) มาตรฐานการกดหน้าอกลึกคือ กดลึก > 5 เซนติเมตร
2) มาตรฐานของการกดหน้าอกเร็วคือ กดเร็ว 100-120 ครั้งต่อนาที

2.3 ผลความพึงพอใจต่อการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพคนในชุมชนในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น ภายหลังจากการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพคนในชุมชนในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจโดยรวม (92.4%) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระยะเวลาในการจัดอบรม การบริการของเจ้าหน้าที่ และการอำนวยความสะดวกของเจ้าหน้าที่ (100.0%) รองลงมาเป็นความพึงพอใจความเข้าใจในเรื่องนี้หลังอบรม และสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้ (96.0%) แต่การตอบคำถามของวิทยากรพึงพอใจน้อยสุด (82.0%)

สำหรับความพึงพอใจต่อการจัดอบรมของบุคคลทั่วไป (ครู ข) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจโดยรวม (87.8%) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในการเตรียมตัวและความพร้อมของวิทยากร (94.0%) รองลงมาเป็นความพึงพอใจต่อการให้คำแนะนำตอบข้อซักถามของเจ้าหน้าที่ (92.0%) แต่ความเข้าใจในเรื่องนี้ก่อนอบรมพึงพอใจน้อยที่สุด (80.0%) ดังแสดงในตารางที่ 5 และ 6

ตารางที่ 5 ร้อยละของคะแนนความพึงพอใจของครู ก โดยรวมและเป็นรายข้อ (n = 60)

ข้อคำถาม	ร้อยละ
1. การเตรียมตัวและความพร้อมของวิทยากร	94.0
2. สามารถอธิบายเนื้อหาได้ชัดเจนตรงประเด็นเข้าใจง่าย	90.0
3. การตอบคำถามของวิทยากร	82.0
4. เอกสารประกอบการบรรยายเหมาะสม	90.0
5. สถานที่มีความสะอาดและเหมาะสม	86.0
6. ความพร้อมของอุปกรณ์โสตทัศนูปกรณ์/หุ่นจำลอง	88.0
7. ระยะเวลาในการจัดอบรม	100.0
8. การบริการของเจ้าหน้าที่	100.0
9. การอำนวยความสะดวกของเจ้าหน้าที่	100.0
10. การให้คำแนะนำตอบข้อซักถามของเจ้าหน้าที่	92.0
11. ความเข้าใจในเรื่องนี้ก่อนอบรม	84.0
12. ความเข้าใจในเรื่องนี้หลังอบรม	96.0
13. สามารถอธิบายความรู้และการทำ CPR ได้	94.0
14. สามารถอธิบายความรู้และการใช้เครื่องมือ AED ได้	94.0
15. สามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้	96.0
16. สามารถนำความรู้ไปเผยแพร่ถ่ายทอดต่อให้กับชุมชน	90.0
17. มีความมั่นใจและสามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้จริง	94.0
โดยรวม	92.4

ตารางที่ 6 ร้อยละของคะแนนความพึงพอใจของครู ข โดยรวมและเป็นรายข้อ (n = 276)

ข้อคำถาม	ร้อยละ
1. การเตรียมตัวและความพร้อมของวิทยากร	94.0
2. สามารถอธิบายเนื้อหาได้ชัดเจนตรงประเด็นเข้าใจง่าย	90.0
3. การตอบคำถามของวิทยากร	88.0
4. เอกสารประกอบการบรรยายเหมาะสม	90.0
5. สถานที่มีความสะอาดและเหมาะสม	86.0
6. ความพร้อมของอุปกรณ์โสตทัศนูปกรณ์/หุ่นจำลอง	88.0
7. ระยะเวลาในการจัดอบรม	90.0

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ข้อคำถาม	ร้อยละ
8. การบริการของเจ้าหน้าที่	92.0
9. การอำนวยความสะดวกของเจ้าหน้าที่	90.0
10. การให้คำแนะนำตอบข้อซักถามของเจ้าหน้าที่	92.0
11. ความเข้าใจในเรื่องนี้ก่อนอบรม	80.0
12. ความเข้าใจในเรื่องนี้หลังอบรม	90.0
13. สามารถอธิบายความรู้และการทำ CPR ได้	86.0
14. สามารถอธิบายความรู้และการใช้เครื่องมือ AED ได้	86.0
15. สามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้	82.0
16. สามารถนำความรู้ไปเผยแพร่ถ่ายทอดต่อให้กับชุมชน	86.0
17. มีความมั่นใจและสามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้จริง	82.0
โดยรวม	87.8

วิจารณ์

1. แกนนำจิตอาสา (ครู ก) มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นภายหลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมและเมื่อประเมินทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทักษะในการปฏิบัติได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐานในเรื่องของความเร็วในการกดหน้าอก และการกดหน้าอกต่อการปล่อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ธีราภรณ์ ฉายาวุฒิพงศ์[4] พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นคืนชีพในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลซึ่งเข้ารับการรักษา ณ ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาล กุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ได้แก่ การมีผู้พบเห็นขณะหัวใจหยุดเต้นและได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพก่อนทีมช่วยเหลือไปถึง ดังนั้นการพัฒนาความรู้ด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานให้แก่ประชาชนจึงมีความสำคัญในระบบการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อเพิ่มอัตราการรอดชีวิตในอนาคตต่อไป และสอดคล้องกับการศึกษาของของปพิชญา พิเชษฐบุญเกียรติ[5] พบว่า การกดนวดหัวใจเบื้องต้นโดยประชาชนที่พบเหตุการณ์ (Bystander CPR) และเวลาที่รถพยาบาลไปถึงที่เกิดเหตุน้อยกว่า 8 นาทีช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีวิต และยังสอดคล้องกับห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิต (Chain of survival) ตามแนวทาง Cardiac Life Support ของ The American Heart Association 2020 สอดคล้องกับ พรพิไล นิยมถิ่น[6] พบว่า 1) ปัญหาการปฏิบัติการกู้ชีพขั้นสูง คือไม่มีการเตรียมความพร้อม หรือไม่มีการฝึกปฏิบัติ ทีมไม่สามารถนำความรู้ที่ได้จากการอบรมปีละครั้งมาใช้ มีข้อผิดพลาดด้านการประเมิน เฝ้าระวัง และทักษะทำให้ผู้ป่วยฟื้นคืนชีพน้อย 2) รูปแบบการฝึกอบรม ประกอบด้วย เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร บุคลากร ได้แก่ วิทยากรผู้ดำเนินโครงการและผู้เชี่ยวชาญด้านการกู้ชีพ ผู้ปฏิบัติในทีมกู้ชีพ 3) คะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะการปฏิบัติการกู้ชีพหลังฝึกอบรมสูงกว่าก่อนการฝึกอบรม 4) คุณภาพการปฏิบัติการกู้ชีพหลังพัฒนาสูงกว่าก่อนพัฒนา เช่นการเตรียมความพร้อมสม่ำเสมอ มีการฝึกปฏิบัติเพื่อเพิ่มทักษะให้ทีมงานกู้ชีพมีความคล่องตัว และการแก้ไขจุดบกพร่องในการปฏิบัติ

2. บุคคลทั่วไป (ครู ข) มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานหลังการอบรมสูงขึ้นกว่าการอบรมและส่วนใหญ่มีทักษะในการปฏิบัติได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐานในเรื่องของความลึก ความเร็วในการ

กดหน้าอก และการกดหน้าอกต่อการปล่อย สำหรับคะแนนเฉลี่ยในการทำ CPR ถูกต้อง และการใช้เครื่อง AED ถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 63.8 และ 63.8 สอดคล้องกับการศึกษาของพรรณนารัฐ อร่ามเรือง และคณะ[7] พบว่า ผู้บาดเจ็บที่ได้รับการช่วยเหลือดูแลรักษาโดยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีชีพจรกลับมา ณ จุดเกิดเหตุร้อยละ 4.4 มีชีพจรกลับมาที่ห้องฉุกเฉินร้อยละ 55.6 ผู้ที่ได้รับการกดหน้าอกโดยผู้พบเหตุก่อนที่บริการการแพทย์ฉุกเฉินจะไปถึงมีชีพจรกลับมามากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการกดหน้าอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.03) และสอดคล้องกับการศึกษาของประภา บุตรตัะ[8] พบว่า ภายหลังการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพคนในชุมชนโดยใช้ชุดการสอนการช่วยคืนชีพขั้นพื้นฐานสำหรับประชาชนพบว่ากลุ่มแกนนำมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นภายหลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ควรมีการทดสอบประสิทธิผลของการใช้ชุดการสอนการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานสำหรับประชาชน โดยกำหนดช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่าง และจำกัดข้อบ่งชี้ทางด้านสุขภาพเพิ่มเติม เช่น ปวดเข่า ปวดท้อง ปวดหลัง และปวดแผลผ่าตัดที่จะมีผลต่อการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ

2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรนำชุดการสอนการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานสำหรับประชาชนไปปรับใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพคนในชุมชนเพื่อให้เกิดการขยายผลการให้ความรู้และทักษะเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานในพื้นที่อย่างแพร่หลาย ทั้งในกลุ่มบุคลากรทางสาธารณสุข นักเรียน นักศึกษาในสถานศึกษา บุคลากรในโรงเรียน แกนนำชุมชน และเจ้าหน้าที่ในสถานที่ท่องเที่ยวสำคัญ

3. ควรพัฒนาศักยภาพในระบบปฏิบัติการฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นเพื่อให้ประชาชน มีความมั่นใจในระบบการแพทย์ฉุกเฉินและประชาชนมีอัตรารอดชีวิตจากภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณบุคลากรทุกท่านที่เกี่ยวข้องตลอดจนภาคีเครือข่ายและผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสลภูมิที่ให้ความช่วยเหลือสนับสนุนในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. American Heart Association. About Cardiac Arrest [Internet]. 2020 [cited 2023 Nov 20]. Available from https://bit.ly/2PqcFxK.
2. โรงพยาบาลเสลภูมิ. สถิติ HDC. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาลเสลภูมิ; 2566.
3. บวร วิทยชำนาญกุล, มาริสา ทองนอก, ธนพรรณ วงษา, ประภา บุตรตัะ, หทัยกาญจน์ การกะสัง, ปริญญาลักษณ์ ไตรสัตยกุล, และคนอื่นๆ. โครงการสร้างพื้นฐานการช่วยฟื้นคืนชีพให้ฝังรากลึกในระดับประชาชน. เชียงใหม่: หน่วยบริหารจัดการและส่งมอบผลลัพธ์ (ODU) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2564.
4. ธีราภรณ์ ฉายาวุฒิพงศ์. ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการฟื้นคืนชีพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลที่ได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ ณ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี. 2565; 30(1):58-67.
5. ปพิชญา พิเชษฐบุญเกียรติ. ปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีวิตของผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. เชียงรายเวชสาร. 2564;13(1):43-57.
6. พรพิไล นิยมถิ่น. การพัฒนารูปแบบการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงสำหรับทีมกู้ชีพโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย จังหวัดเลย. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร. 2562;22(3):22-30.
7. พรรณนารัฐ อร่ามเรือง, กรองกาญจน์ สุธรรม, บวรวิทยชำนาญกุล, วีรพล แก้วแปงจันทร์, วิพุธ

เล้าสุขศรี, รัดเกล้า สายหร่าย. และคนอื่นๆ. การรอดชีวิตของผู้บาดเจ็บหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลที่ได้รับการช่วยเหลือดูแลรักษาโดยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2563; 14(1):43-50.

8. ประภา บุตรตั๊ะ. โครงการขยายรูปแบบพัฒนาศักยภาพชุมชนในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นในพื้นที่อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่: บริษัทสยามพิมพ์นานา จำกัด; 2564.

การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต โรงพยาบาลหนองพอก ปี 2566

The Development of Clinical Supervision Model for Sepsis in NongPhok Hospital, 2023

จิราพร กำหอม* ปิยนุช พลเยี่ยม ลัดดาวัลย์ ศรีสุภา*****

Chirapon Kumhom, Piyanoot Phonyiam, Laddawan Srisupa

Corresponding author: E-mail: Chirapon2522@gmail.com

(Received: May 22, 2024; Revised: May 26, 2024; Accepted: June 17, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสถานการณ์ และพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต โรงพยาบาลหนองพอก

รูปแบบการวิจัย : วิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบบทำงานร่วมกัน (Mutual collaborative approach)

วัสดุและวิธีการวิจัย : ประชากรและกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลหนองพอก คัดเลือกตามคุณสมบัติคัดเข้าและคัดออก แบ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพผู้นิเทศ 5 คน พยาบาลวิชาชีพผู้รับนิเทศ 26 คน ดำเนินการ 3 ระยะ ดังนี้ 1) ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ ศึกษารูปแบบการนิเทศทางคลินิก ศึกษาสถานการณ์การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มติดเชื้อในกระแสโลหิต และศึกษาความต้องการการพัฒนาการนิเทศทางคลินิก 2) ระยะดำเนินการพัฒนา นำสถานการณ์ที่ผ่านการวิเคราะห์นำเสนอในที่ประชุม พัฒนาโดยใช้วงรอบการวิจัยเชิงปฏิบัติการดำเนินการวางแผน ลงมือปฏิบัติ สังเกตและสะท้อนการปฏิบัติร่วมกัน 3) ระยะประเมินผลระหว่างดำเนินการ และประเมินผลโดยรวมเมื่อสิ้นสุดการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เชิงลึกประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไปและแนวคำถามหลักที่ใช้ในการสัมภาษณ์ แบบสังเกตการณ์การปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คิดเปอร์เซ็นต์ส่วนต่าง และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย : 1) สถานการณ์การนิเทศทางคลินิกกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต โรงพยาบาลหนองพอก พบว่าด้านรูปแบบการนิเทศแนวทางการนิเทศแตกต่างกันในแต่ละแผนกตามประสบการณ์และความเข้าใจของผู้นิเทศ ด้านการปฏิบัติการพยาบาลพบการประเมินและการดูแลที่ไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยเฉพาะรายในแต่ละระยะของการดำเนินโรค พยาบาลขาดความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล และด้านความต้องการการพัฒนาพบว่า ต้องการให้มีการกำหนดรูปแบบการนิเทศทางคลินิกที่ชัดเจนเป็นไปในแนวทางเดียวกัน 2) รูปแบบการนิเทศทางคลินิกกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ (1) กำหนดหัวข้อการนิเทศและนัดหมายการนิเทศ (2) เลือกแนวทางการนิเทศทางคลินิกร่วมกันระหว่างผู้นิเทศและผู้รับนิเทศ (3) ทำการนิเทศทางคลินิกตามวัน เวลาและแนวทางที่ตกลงร่วมกัน (4) ผู้นิเทศบันทึกผลการนิเทศทางคลินิกและนำเสนอผู้บังคับบัญชา และหลังการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลิกที่พัฒนาขึ้นเปอร์เซ็นต์ส่วนต่างการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดเชื้อในกระแสโลหิตในแต่ละระยะการดำเนินโรค พบว่า ระยะ SIRS เท่ากับ 1.79, ระยะ Sepsis เท่ากับ 3.24 และระย Severe sepsis/Septic shock เท่ากับ 1.28 แสดงให้เห็นว่ามีการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติการพยาบาลในทางที่ดีขึ้น

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้ลดช่องว่างระหว่างผู้นิเทศและผู้รับนิเทศ สร้างบรรยากาศการเรียนรู้ รูปแบบใหม่มีแนวทางการนิเทศที่ชัดเจน และนำรูปแบบนี้ไปขยายผลในการนิเทศทางคลินิกกลุ่มโรคสำคัญอื่นต่อไป
คำสำคัญ : นิเทศทางคลินิก; ติดเชื้อในกระแสโลหิต

*, **, ***พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลหนองพอก

Abstract

Purposes : To study the situation and develop a clinical supervision model for a group of patients with sepsis of the Nong Phok Hospital.

Study design : Action research with Mutual collaborative approach.

Materials and Methods : The population and sample were professional nurses working at Nong Phok Hospital. Selection according to inclusion and exclusion qualifications divided into 5 professional nurses who supervise and 26 professional nurses who supervise, there are 3 phases as follows: 1) Situation analysis phase. Study the clinical supervision model Study the nursing situation for patients with sepsis. And study the needs for the development of clinical supervision 2) Development process Bring the analyzed situation to the meeting. Developed using an action research cycle of planning, implementing, observing and reflecting on practice together. 3) Evaluation period during implementation and evaluate the overall results at the end of the research. The tools used in the research include: the in-depth interview consists of 2 parts: general information and main questions used in the interview. Practice observation form of professional nurses Data were analyzed using descriptive statistics. Calculate the percentage difference and analyze content data.

Main findings : 1) Situation of clinical supervision for sepsis in Nong Phok Hospital found that in terms of supervision style, supervision methods differed in each department according to the experience and understanding of the supervisors. In terms of nursing practice, it was found that assessment and care were not appropriate for specific patients at each stage of disease progression. Nurses lack confidence in nursing practice. And in terms of development needs, it was found that there was a need for a clear clinical supervision model to be in the same direction. 2) Clinical supervision model for sepsis Model consists of 4 steps: (1) determine the topic of supervision and schedule the supervision appointment; (2) select the clinical supervision method jointly between the supervisor and the supervisee; (3) conduct clinical supervision by day agreed time and direction. (4) The supervisor records the results of clinical supervision and presents them to the supervisor. It was found that after using the developed click supervision model, the percentage difference in nursing activities in caring for patients with sepsis at each stage of disease progress was as follows: SIRS stage equal to 1.79, Sepsis stage equal to 3.24, and Severe sepsis/Septic shock was 1.28, showing that there was a change in nursing practice for the better.

Conclusion and recommendations : The results of this research resulted in reducing the gap between supervisors and those receiving supervision. Create a new learning atmosphere with clear supervision guidelines. And extend this model to clinical supervision in other important disease groups.

Keywords : Clinical supervision; Sepsis

---

*, **, ***Registered Nurse, Professional Level, NongPhok Hospital.

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต (Sepsis) และภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตรุนแรง (Severe sepsis) จัดเป็นภาวะวิกฤติทางสาธารณสุขที่มีความสำคัญในระดับโลก และมีอัตราการเสียชีวิตสูง เป็นความเจ็บป่วยที่มีสาเหตุจากความผิดปกติในการตอบสนองของร่างกายต่อการติดเชื้อ ทำให้เกิดการอักเสบทั่วร่างกาย มีการทำงานของระบบอวัยวะต่างๆผิดปกติ นำไปสู่การเสียชีวิตจากระบบอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ และเป็นสาเหตุการตายสูงถึง 1 ใน 4 ของผู้ป่วยภาวะติดเชื้อทั้งหมด[1] ปัจจัยที่ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ได้แก่ การวินิจฉัยที่ล่าช้า การได้รับยาต้านจุลชีพช้ากว่า 1 ชั่วโมง การได้รับยาต้านจุลชีพที่ไม่ครอบคลุมเชื้อ และการได้รับสารน้ำไม่พียงพอและไม่เหมาะสม การจัดการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสโลหิตจึงเป็นเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยระดับชาติ (National Patient Safety Goal) ซึ่งสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งสหรัฐอเมริกาได้พัฒนาแนวปฏิบัติสากลในการจัดการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสโลหิตชนิดรุนแรงและรณรงค์ Survival sepsis campaign (SSC) ประกอบด้วย 1) การสร้างกลไกในการค้นพบผู้ป่วยตั้งแต่ระยะเริ่มต้น เน้นการตรวจคัดกรอง การวินิจฉัย 2) การรักษาการติดเชื้อและฟื้นฟูระบบไหลเวียนโลหิตอย่างรวดเร็ว ได้แก่ การให้ยาต้านจุลชีพภายใน 1 ชั่วโมง การบริหารสารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอ การควบคุมความดันโลหิต และความเข้มข้นของออกซิเจนในหลอดเลือดดำส่วนกลางเพื่อประคับประคองอวัยวะต่างๆ และ 3) การทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมีการประสานงาน และติดตามอาการของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ประเทศไทยได้มีการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสโลหิตโดยประยุกต์แนวทางของ SSC มาใช้ในหลายโรงพยาบาล ซึ่งพบว่าการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่รวดเร็ว เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย[2]

โรงพยาบาลหนองพอกเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง (F2) มีพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด จำนวน 61 คน สถิติ 4 ปี ย้อนหลังพบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนมีภาวะช็อคจากการติดเชื้อของหน่วยงานผู้ป่วยในและส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลแม่ข่าย ยังมีแนวโน้มสูงในปี พ.ศ.2562 – 2565 คิดเป็นร้อยละ 61.90, 47.62, 76.92 และ 59.09 ตามลำดับ ในปี พ.ศ.2566 (ตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566) จากการทบทวนบันทึกทางการพยาบาลและศึกษาเวชระเบียนผู้ป่วยในที่วินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต จำนวน 5 ฉบับ พบว่ามีผู้ป่วยอาการทรุดลงมีภาวะช็อค ถึงร้อยละ 60 ด้านการรักษาพยาบาลยังพบปัญหาการประเมินอาการและการประเมินซ้ำหลังการให้การรักษาพยาบาลยังไม่เหมาะสม การวินิจฉัยล่าช้า การดูแลรักษาที่ไม่เป็นไปตามแนวทางปฏิบัติ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลหนองพอก กำหนดให้มีการนิเทศทางการพยาบาลในหน่วยงานแต่ยังพบปัญหาการนิเทศ คือ พยาบาลผู้นิเทศไม่เข้าใจในระบบการนิเทศทางคลินิก ขาดการวางแผนกิจกรรมการนิเทศทางคลินิกร่วมกัน ขาดการติดตามประเมินผลการนิเทศและแนวทางปฏิบัติที่อย่างต่อเนื่อง

ผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกการพยาบาลกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตโรงพยาบาลหนองพอก ปี พ.ศ.2566 ขึ้น โดยนำวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis & McTaggart เป็นกรอบแนวคิดเชิงกระบวนการ และใช้แนวคิด GROW model[3] เป็นกรอบแนวคิดเชิงเนื้อหาการนิเทศทางคลินิก อันจะเกิดประโยชน์ในการควบคุมคุณภาพการบริหารทางการพยาบาลในให้การบริการพยาบาลแก่กลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตเป็นไปตามมาตรฐาน ผู้นิเทศมีแนวทางในการนิเทศทางคลินิก กลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่ชัดเจน ผู้รับการนิเทศมีทักษะ และสามารถปฏิบัติตามแนวทางดูแลรักษากลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตและเกิดผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ป่วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์ และพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตโรงพยาบาลหนองพอก

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบบทำงานร่วมกัน (Mutual collaborative approach)

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลหนองพอก คัดเลือกตามคุณสมบัติคัดเข้า และคัดออก แบ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพผู้นิเทศ 5 คน พยาบาลวิชาชีพผู้รับนิเทศ 26 คน ดำเนินการระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2566 – 30 กันยายน 2566 ดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยการศึกษารูปแบบการนิเทศทางคลินิกกลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลหนองพอก ปัญหาอุปสรรคของการนิเทศ การศึกษาสถานการณ์การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มติดเชื้อในกระแสโลหิต และการศึกษาความต้องการการพัฒนานิเทศทางคลินิกกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต

2. ระยะดำเนินการพัฒนา ผู้ร่วมวิจัย คือ พยาบาลผู้นิเทศงาน เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานผ่านการอบรมการนิเทศทางการพยาบาลอย่างน้อย 1 ครั้ง จำนวน 5 คน พยาบาลผู้รับนิเทศ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานสังกัดกลุ่มงานการพยาบาล จำนวน 26 คน เป็นการนำประเด็นสถานการณ์ที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์มาสะท้อนในที่ประชุมกลุ่มงานการพยาบาลเพื่อสร้างความตระหนักและมีส่วนร่วมในการพัฒนา หลังจากนั้นดำเนินการวางแผน โดยใช้วงรอบของวิจัยเชิงปฏิบัติการ ลงมือปฏิบัติ สังเกต และสะท้อนการปฏิบัติร่วมกันกับผู้ร่วมวิจัยตามวงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการแต่ละวงจร

3. ระยะประเมินผล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 การประเมินผลระหว่างดำเนินการพัฒนาเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาและปรับปรุงแก้ไขในแต่ละวงจรปฏิบัติการ, ส่วนที่ 2 การประเมินผลโดยรวมเมื่อสิ้นสุดการวิจัย เป็นการสังเคราะห์การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต ซึ่งเป็นการสรุปภาพรวมเกี่ยวกับกระบวนการพัฒนา พร้อมเสนอการเรียนรู้ที่ได้จากกระบวนการพัฒนาและข้อเสนอแนะแนวคิดในการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการพัฒนา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยจำแนกตามระยะของการวิจัย ดังนี้

1. เครื่องมือการวิจัยในระยะวิเคราะห์สถานการณ์ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วย อายุ เพศ ประสบการณ์การทำงานนับเวลาเป็นจำนวนปี และ แนวคำถามหลักที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก สำหรับผู้นิเทศประกอบด้วย 5 ข้อคำถาม และสำหรับผู้รับนิเทศ ประกอบด้วย 5 ข้อคำถาม พัฒนาจากแนวคำถามหลักในการสัมภาษณ์เชิงลึกของ สมพร รอดจินดา[4]

2. เครื่องมือการวิจัยในระยะดำเนินการพัฒนา และระยะประเมินผล ได้แก่ แบบสังเกตการณ์การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะ SIRs จำนวน 3 ข้อ, ระยะ Sepsis จำนวน 8 ข้อ และระยะ Severe Sepsis/ Septic shock จำนวน 16 ข้อใช้ มาตรวัดแบบ 3 ระดับ โดยระดับคะแนน 2 = ปฏิบัติทุกครั้ง ระดับคะแนน 1 = ปฏิบัติบางครั้ง และระดับคะแนน 0 = ไม่ปฏิบัติ ซึ่งพัฒนาจาก แนวสอบถามตามการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดของพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินของ ภาพิมล โกมล[5]

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยอายุรแพทย์ พยาบาลผู้ชำนาญการด้านการนิเทศทางการพยาบาล และผู้ชำนาญการด้านการดูแลกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต ตรวจสอบคุณภาพผู้วิจัยปรับปรุงเครื่องมือตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และการทดสอบ Reliability ชนิดความสอดคล้องภายใน Internal consistency reliability โดยใช้สถิติ Cronbach's Alpha Coefficient ได้เท่ากับ .827

การเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลจำแนกตามระยะการวิจัย ดังนี้

1. การเก็บรวบรวมข้อมูลระยะวิเคราะห์สถานการณ์ ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ด้วยแบบสัมภาษณ์เชิงลึกทำการ

สัมภาษณ์แบบตัวต่อตัวในพยาบาลผู้นิเทศ และสัมภาษณ์แบบกลุ่มในพยาบาลผู้รับการนิเทศ

2. การเก็บรวบรวมข้อมูลระยะดำเนินการพัฒนา ได้แก่ 1) จัดทำแผนพัฒนาการนิเทศทางคลินิกกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต โดยใช้ข้อมูลจากการวิเคราะห์สถานการณ์มาเป็นประเด็นในการพัฒนา ซึ่งผู้วิจัยสร้างการมีส่วนร่วมโดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ร่วมกันกำหนดทิศทางการนิเทศทางคลินิกและการปฏิบัติการพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต จัดทำคู่มือการนิเทศทางคลินิก แผนการนิเทศทางคลินิกและแบบบันทึกการนิเทศโดย จากนั้นทำการประชุมชี้แจงเตรียมความพร้อมผู้นิเทศฯ พัฒนาศักยภาพผู้นิเทศฯโดยทบทวนหลักการนิเทศฯ สาธิตการนิเทศฯตามแนวคิด GROW ประกอบด้วย 1) การกำหนดเป้าหมายร่วมกัน 2) การวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันว่าเป็นอย่างไร 3) การกำหนดทางเลือก 4) กำหนดสิ่งที่จะทำต่อไป ผู้วิจัยชี้แจงให้ผู้ร่วมวิจัยทราบเกี่ยวกับรูปแบบการนิเทศฯทางคลินิกก่อนเริ่มปฏิบัติตามคู่มือที่พัฒนาขึ้น โดยแจ้งผ่านสื่อออนไลน์กลุ่มงานการพยาบาล และที่ประชุมคณะกรรมการกลุ่มงานการพยาบาล และสะท้อนการปฏิบัติโดยการวิพากษ์กระบวนการดำเนินงานเพื่อค้นหาจุดเด่น ประเด็นที่ต้องปรับปรุง ปัญหาอุปสรรค นำข้อมูลไปวางแผนปรับปรุงรูปแบบการนิเทศทางคลินิก (วงจรที่ 1) 2) ผู้นิเทศฯ กำหนดนัดหมายผู้รับนิเทศฯให้ทราบล่วงหน้าโดยให้ผู้รับการนิเทศฯมีส่วนร่วมในการกำหนดวันนัดหมาย ผู้นิเทศฯและผู้รับการนิเทศฯ ร่วมกันเลือกแนวทางการนิเทศฯ คือ 1) การนิเทศฯตามแผนการนิเทศฯ 2) การสอนแนะโดยการจำลองสถานการณ์ 3) การทบทวนแก้ปัญหาข้างเตียง และ 4) การทบทวนเวชระเบียน จากนั้นปฏิบัติการนิเทศฯตามแนวทางที่กำหนดร่วมกัน โดยใช้เทคนิคการซักถามตามแนวทาง GEOW ทำการสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ให้ข้อเสนอแนะใช้เวลาการนิเทศฯ 30 – 60 นาที ผู้นิเทศฯให้ข้อมูลสะท้อนกลับเชิงบวกและเปิดโอกาสให้ผู้รับนิเทศฯได้แสดงความคิดเห็นเมื่อสิ้นสุดการนิเทศฯ ผู้นิเทศฯบันทึกผลการนิเทศลงในแบบบันทึกที่ได้สร้างขึ้นเพื่อใช้เป็นข้อมูลต่อไป (วงจรที่ 2) และ 3) ประชุมหัวหน้างานและพยาบาลผู้นิเทศฯเพื่อสรุปผลการนิเทศฯ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

3. ระยะประเมินผล หลังสิ้นสุดการนำรูปแบบการนิเทศทางคลินิกกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตไปปฏิบัติโดยทำการนิเทศพยาบาลกลุ่มเป้าหมายครบร้อยละ 100 ผู้วิจัยสรุปผลการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิก สะท้อนผลการดำเนินงาน

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Percentage differential และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ซึ่งได้ดัดแปลงขั้นตอนของการวิเคราะห์เชิงปรากฏการณ์วิทยา ดังนี้ 1) ทำการวิเคราะห์ข้อมูลในระหว่างเก็บข้อมูล 2) สรุปข้อมูล และ 3) นำข้อมูลมาอธิบายภาพรวม

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 1262565 เมื่อวันที่ 29 ธันวาคม 2565 การวิจัยนี้เป็นการวิจัยในโรงพยาบาลซึ่งผู้วิจัยปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่วิจัย ผู้วิจัยได้มีการดำเนินการเพื่อลดความไม่เป็นอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในกระบวนการขอความยินยอม โดยก่อนการวิจัยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่าง และให้ความมั่นใจกับกลุ่มตัวอย่างในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือปฏิเสธ โดยไม่มีผลต่อประโยชน์ที่จะได้รับในพื้นที่วิจัย และการเลือกปฏิบัติจากผู้วิจัย รวมทั้งมีการเก็บข้อมูลเป็นความลับ ไม่เปิดเผยชื่อและนามสกุล และผลการวิจัยจะรายงานเป็นภาพรวม

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาสถานการณ์การนิเทศทางคลินิกกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต โรงพยาบาลหนองพอก ปี 2566 พยาบาลผู้นิเทศเป็นเพศหญิง (100.00%) มีอายุระหว่าง 41 - 50 ปี (80.00%) และมีประสบการณ์การทำงานที่โรงพยาบาลหนองพอก 11 – 20 ปี (80.00%)

สำหรับพยาบาลผู้รับนิเทศฯ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (88.46%) อายุไม่เกิน 30 ปี (61.54%) ประสบการณ์การทำงานที่โรงพยาบาลหนองพอก น้อยกว่า 5 ปี (57.69%) พบว่าปัญหาสำคัญการนิเทศทางคลินิกกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต โรงพยาบาลหนองพอก ดังนี้

1.1 ด้านรูปแบบการนิเทศ พบว่าที่ผ่านมาไม่มีนโยบายการนิเทศทางคลินิกที่ชัดเจน ไม่มีการจัดทำแผนการนิเทศทางคลินิก ผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศไม่เข้าใจเป้าหมายของการนิเทศ ผู้นิเทศไม่ให้ความสำคัญของการนิเทศทางคลินิก ขาดความต่อเนื่องในการนิเทศ แนวทางการนิเทศจะแตกต่างกันออกไปในแต่ละแผนกตามประสบการณ์และความเข้าใจของผู้นิเทศ ผู้นิเทศไม่มีความมั่นใจในการแนะนำผู้รับนิเทศ ในด้านผู้รับการนิเทศต้องการให้มีการกำหนดช่วงเวลาที่ไม่ใช่การรับ-ส่งเวรเนื่องจากเป็นเวลาที่เร่งรีบ ผู้รับการนิเทศไม่มีความพร้อมทำให้บรรยากาศการนิเทศไม่ดี ผู้รับการนิเทศรู้สึกอึดอัด

1.2 สถานการณ์การปฏิบัติการพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต โรงพยาบาลหนองพอก พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานทราบถึงแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดเชื้อในกระแสโลหิต ตั้งแต่การประเมิน การประเมินซ้ำ การวางแผนดูแล และการดูแลต่อเนื่อง แต่ยังพบปัญหาการประเมินซ้ำที่ไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยเฉพาะรายในแต่ละระยะของการดำเนินโรค พยาบาลยังขาดความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลกรณีไม่มีคำสั่งการรักษา

1.3 ด้านความต้องการการพัฒนาการนิเทศทางคลินิกกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต พบว่า ผู้นิเทศมีความต้องการให้มีการกำหนดรูปแบบการนิเทศที่ชัดเจนและเป็นไปในแนวทางเดียวกันทั้งโรงพยาบาล การจัดทำแผนการนิเทศทางคลินิกในกลุ่มโรคสำคัญที่ชัดเจน และต่อเนื่อง ผู้รับการนิเทศต้องการให้สามารถกำหนดเวลาที่จะรับการนิเทศได้โดยสะดวกทั้งผู้นิเทศและผู้รับนิเทศ รวมถึงต้องการให้มีการนิเทศรายกลุ่มในโรคสำคัญอย่างต่อเนื่องทุกเดือน

2. การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต โรงพยาบาลหนองพอก รูปแบบการนิเทศทางคลินิกกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้มีผู้เกี่ยวข้องเข้าร่วม การพัฒนาตั้งแต่หัวหน้าพยาบาล หัวหน้างานศูนย์พัฒนาคุณภาพ และผู้ร่วมวิจัย รูปแบบการนิเทศทางคลินิกกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต โรงพยาบาลหนองพอก ปี พ.ศ. 2566 ประกอบด้วย

2.1 คู่มือการนิเทศทางคลินิกกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต

2.2 แผนการนิเทศทางคลินิกกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต ซึ่งพิจารณาเลือกหัวข้อการจัดทำแผนการนิเทศทางคลินิกจากสถิติสาเหตุการเสียชีวิตในแผนกผู้ป่วยในที่เป็นพื้นที่การศึกษา ผู้นิเทศฯได้ตกลงร่วมกันกำหนดแบบบันทึกการนิเทศทางคลินิก และใช้แบบบันทึกนี้ในการสรุปผลการนิเทศทางคลินิก เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงการนิเทศทางคลินิกต่อไป รวมถึงใช้เป็นการสรุปรายงานเพื่อส่งไปยังหัวหน้าพยาบาลต่อไป

2.3 ขั้นตอนการนิเทศทางคลินิกแบบทำงานร่วมกัน เป็นขั้นตอนการปฏิบัติการนิเทศทางคลินิกภายใต้สังคมที่มีช่องว่างระหว่างวัยในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ เน้นการสร้างสัมพันธภาพแบบเป็นกันเอง พูดคุยเสนอแนะในเชิงสร้างสรรค์ ไม่ชี้นำแต่เน้นการตั้งคำถามให้คิด เพื่อพัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติของผู้รับการนิเทศ ขั้นตอนดังนี้ 1) ผู้นิเทศนัดหมายแจ้งเรื่องการนิเทศให้กับผู้รับการนิเทศทราบ และเปิดโอกาสให้ผู้รับการนิเทศได้กำหนดวันเวลาที่จะรับการนิเทศ 2) ผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศเลือกแนวทางการนิเทศที่เหมาะสมร่วมกัน ซึ่งมี 4 แนวทาง คือ การนิเทศตามแผนการนิเทศ การสอนแนะโดยการจำลองสถานการณ์ การทบทวนแก้ปัญหาข้างเตียง และการทบทวนเวชระเบียน 3) ทำการนิเทศทางคลินิกตามแนวทางที่ตกลงร่วมกัน โดยใช้การซักถามพูดคุยตามเทคนิค GROW Model สังเกตการปฏิบัติกิจกรรม การพยาบาล และให้ข้อเสนอแนะใช้เวลานิเทศ 30 -60 นาที ผู้นิเทศให้ข้อมูลสะท้อนกลับเชิงบวกแก่ผู้รับนิเทศและเปิดโอกาสให้ผู้รับนิเทศได้แสดงความคิดเห็น 4) ผู้นิเทศบันทึกผลการนิเทศลงในแบบบันทึกการนิเทศทางคลินิกที่สร้างขึ้น

2.4 กลยุทธ์ในการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิก

กลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต โรงพยาบาลหนองพอก พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จคือ การทำงานแบบมีส่วนร่วม โดยผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยมีการวางแผนร่วมกัน กำหนดปัญหา แนวทางการแก้ไขปัญหา นอกจากนี้การเสริมแรงจูงใจ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้เชิงสร้างสรรค์ การสื่อสารด้วยความเป็นมิตร เป็นปัจจัยเสริมให้ผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศมีทัศนคติที่ดีต่อรูปแบบการนิเทศที่พัฒนาขึ้นและนำไปใช้ในการพัฒนาได้อย่างต่อเนื่อง

3. ผลการเปรียบเทียบกระบวนการดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต โรงพยาบาลหนองพอก ปี พ.ศ. 2566 พบว่า ค่าเฉลี่ยข้อมูลรวมทั้งหมดหลังการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตมีค่าเพิ่มขึ้น 7.6% แสดงว่ามีการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดเชื้อในกระแสโลหิตได้ดีขึ้นครอบคลุมตามระยะการดำเนินโรคมากขึ้น เมื่อแยกเป็นระยะพบว่า 1) ระยะ SIRS เพิ่มขึ้น 8.63%, ระยะ Sepsis เพิ่มขึ้น 15.89% และระยะ Severe Sepsis/Septic shock มีเพิ่มขึ้น 5.10% ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบเปอร์เซ็นต์ส่วนต่างกระบวนการดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดเชื้อในกระแสโลหิตก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิก

กิจกรรมการพยาบาลตามระยะการดำเนินของโรค	คะแนนการปฏิบัติกิจกรรม		% Differences
	ก่อน	หลัง	
ระยะ SIRS	133	145	+8.63
ระยะ Sepsis	274	312	+15.89
ระยะ Severe Sepsis/Septic shock	649	683	+5.10
ข้อมูลเฉลี่ยรวมทั้งหมด	1056	1140	+7.6

ผลการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาจากการสังเกตการปฏิบัติทั้งแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม พบว่า บรรยากาศในการนิเทศทางคลินิกมีความเป็นกันเอง ไม่ตึงเครียด ผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศมีการรับรู้ว่าได้มีการทบทวนความรู้วิชาการมากขึ้น ทำให้มีความรู้เพิ่มขึ้น การนิเทศทางคลินิกมีแบบแผนมากขึ้น มีแนวทางในการนิเทศ และการนิเทศทางคลินิกมีความต่อเนื่องมากขึ้น

วิจารณ์

จากการวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การนิเทศทางคลินิก พัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต โรงพยาบาลหนองพอก และเปรียบเทียบกระบวนการดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิก ผลการพัฒนาได้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต ประกอบด้วย คู่มือการนิเทศทางคลินิก แผนการนิเทศทางคลินิก ขั้นตอนการนิเทศทางคลินิก และกลยุทธ์ในการพัฒนาการนิเทศทางคลินิก ผลการเปรียบเทียบกระบวนการให้การดูแลผู้ป่วยพบว่าค่าเปอร์เซ็นต์ส่วนต่างเป็นบวกทั้ง 3 ระยะของการดำเนินโรค แปลผลได้ว่าหลังการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกที่พัฒนาขึ้น พยาบาลวิชาชีพให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดเชื้อในกระแสโลหิตได้ดีขึ้น

รูปแบบการนิเทศทางคลินิกกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เมื่อผู้ร่วมวิจัยที่เป็นผู้นิเทศนำแผนการนิเทศทางคลินิกไปใช้ทำให้มีความมั่นใจในการนิเทศ สอนแนะแก้ปัญหาให้กับผู้รับการนิเทศได้ ผู้รับนิเทศให้การดูแลผู้ป่วยได้เหมาะสมสอดคล้องกับระยะการดำเนินของโรคมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริวรรณ เมืองประเสริฐ และคณะ[6] ที่พบว่า รูปแบบการนิเทศแบบมีส่วนร่วม

ที่ประกอบด้วย แผนการนิเทศทางคลินิก และขั้นตอนการปฏิบัติการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วมที่ชัดเจน ทำให้ผู้นิเทศรับรู้ว่ามีความรู้เพิ่มขึ้น มีความมั่นในในการนิเทศและมีแนวทางที่ชัดเจน ส่วนผู้รับการนิเทศรับรู้ว่าได้อ่านทบทวนวิชาการ มีความรู้เพิ่มขึ้นจากเดิม และขั้นตอนการนิเทศชัดเจน ช่วยให้ไม่เครียด ค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจหลังใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วมสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ และสอดคล้องกับการศึกษาของ รัชนีวรรณ คูตระกูล และคณะ[7] พบว่า คะแนนหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความรู้และทัศนคติในการนิเทศทางคลินิกเพิ่มขึ้น พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนความรู้การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มติดเชื้อในกระเลือดชนิดรุนแรงเพิ่มขึ้น หลังการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกที่ประกอบด้วย การกำหนดบทบาทหน้าที่ของ ผู้นิเทศ การกำหนดประเด็นในการนิเทศทางคลินิก การวางแผนและการดำเนินกิจกรรมการนิเทศทางคลินิกร่วมกันระหว่างหัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลวิชาชีพ, เช่นเดียวกับการศึกษา ผลการนิเทศทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลสังคมของอนิรุทธ์ วังไชย[8] ซึ่งผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับการนิเทศทางคลินิกพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยอันดับความรู้ และการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดสูงกว่าก่อนได้รับการนิเทศ ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าการนิเทศทางคลินิกทำให้พยาบาลได้พัฒนาความรู้และการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดและมีความพึงพอใจในการนิเทศทางคลินิกและสอดคล้องกับการศึกษาของ สุวรรณา นาที[9] ที่ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วม ผลการศึกษาพบว่า การเปิดโอกาสให้พยาบาลวิชาชีพหัวหน้าเวรในบทบาท ผู้นิเทศทางคลินิก ได้แสดงข้อคิดเห็นร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และพยาบาลทุกคนเห็นว่าการนิเทศทางคลินิกเป็นเครื่องมือสำคัญในการให้คำปรึกษาติดตามกำกับ ควบคุมคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลให้เป็นไปตามมาตรฐานการพยาบาล

การนิเทศทางคลินิกโดยใช้แนวคิดแบบ GROW model เป็นเครื่องมือในการสอนโดยใช้การสนทนา ช่วยให้ผู้รับการนิเทศมีความรู้ ทักษะที่ดีในการปฏิบัติงาน และผู้ที่ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงานความเชื่อมั่น และกล้าตัดสินใจได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาที่ พบว่าการใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลตามรูปแบบ GROW model ของการผ่าตัดฉุกเฉินนอกเวลาราชการโรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบว่าพยาบาลผู้รับการนิเทศมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[10] และสอดคล้องกับการศึกษาของ อรอนงค์ ธาราไพศาลสุข[11] ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าการนิเทศตามการโค้ชแบบโกว์ส่งผลให้ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นและพยาบาลวิชาชีพเกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน โดยพบว่าความพึงพอใจหลังการโค้ชแบบโกว์สูงกว่าก่อนการใช้การโค้ชแบบโกว์ทั้งในผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นและพยาบาลผู้ปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งอรุณ บุตรศรี และคณะ[12] ซึ่งพบว่า ความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพภายหลังการได้รับการนิเทศตามโมเดลการโค้ชของโกว์สูงกว่าก่อนมีการใช้การนิเทศตามการโค้ชของโกว์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จะเห็นได้ว่ารูปแบบการนิเทศทางคลินิกกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต โรงพยาบาลหนองพอกที่พัฒนาขึ้นทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกเป็นกระบวนการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติการพยาบาลเป็นไปในทางที่ดีขึ้น ก่อให้เกิดประโยชน์หรือข้อดีหลายประการ เช่น รูปแบบการนิเทศทางคลินิกช่วยให้ผู้นิเทศทางการพยาบาลมีแนวทางที่ชัดเจนในการนิเทศทางคลินิกในหน่วยงาน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางที่กำหนดครอบคลุมมากขึ้น

กล่าวโดยสรุป การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยใช้รูปแบบ GROW model ทำให้มีแนวทางการนิเทศทางคลินิกที่ชัดเจน เป็นการสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ พัฒนาสมรรถนะวิชาชีพ ส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดี ลดช่องว่างระหว่างวัยในการทำงาน ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำแนวทางการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตนี้ไปขยายผลในการพัฒนาการนิเทศทางคลินิกกลุ่มโรคสำคัญอื่นๆต่อไป อีกทั้งควรมีการติดตามผลการนิเทศ ความต่อเนื่องในการนิเทศทางคลินิกเพื่อให้ผู้นิเทศมีความชำนาญในการนิเทศทางคลินิกมากยิ่งขึ้น รวมถึงจะเป็นการสร้างบรรยากาศการเรียนรู้รูปแบบใหม่ให้กับพยาบาลวิชาชีพรุ่นใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต โรงพยาบาลหนองพอก ปี พ.ศ.2566 ในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี เนื่องจากได้รับความอนุเคราะห์และความช่วยเหลือจากบุคคลหลายท่าน ผู้วิจัยขอขอบพระคุณนพ.กิตติศักดิ์ พนมพงศ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองพอก คุณปัญจา ชมภูธวัช หัวหน้ากลุ่มงาน การพยาบาลโรงพยาบาลหนองพอก คุณวิรังรอง ไชยจิตร หัวหน้าศูนย์ควบคุมคุณภาพและบริการโรงพยาบาลหนองพอก พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลหนองพอกทุกคน ที่ให้การช่วยเหลือและเป็นกำลังใจในการจัดทำโครงการวิจัยจนเสร็จสมบูรณ์ ผู้วิจัยรู้สึกยินดีเป็นอย่างยิ่ง จึงใคร่ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

เอกสารอ้างอิง

1. Dellinger R P, Levy M M, Rhodes A, Annane D, Gerlach H, Opal S M, et al. Surviving Sepsis Campaign: International guidelines for management of severe sepsis and septic shock. Crit Care Med. 2013;41(2):580–637.
2. สมาคมเวชบำบัดวิกฤต. การดูแลรักษาผู้ป่วย Severe Sepsis และ Septic Shock (ฉบับร่าง) แนวทางเวชปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย; 2558.
3. วิตมอร์, จอห์น. โค้ชชิ่งกลยุทธ์การโค้ชเพื่อพิชิตเป้าหมายอย่างมืออาชีพ. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: ภาพพิมพ์; 2010.
4. สมพร รอดจินดา. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด หอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลน่าน [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2562.
5. ภาพิมล โกมล. คุณภาพการจัดการดูแลผู้มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสิงห์บุรี. วารสารสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. 2560; 6(2):32-43.
6. ศิริวรรณ เมืองประเสริฐ, อุษณีย์ คงคากุล, นริสรา สะมาแอ, ทัศณียา ไข้บวช, จุฑามาศ เอี่ยมวุฒิวัฒนา, สรวงสุดา เจริญวงศ์. การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วมของกลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. 2561;10(2):13-24.
7. รัชนีวรรณ คูตระกูล, พิชญพันธุ์ จันทระ, พัชรี ยิ้มแย้ม, สุรีย์พร ภุมภาคา, รัชนี นามจันทรา. การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกการพยาบาลกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรง. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 2562;30(2):193–209.
8. อนิรุทธ์ วังไชย. ผลการนิเทศทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในโรงพยาบาลสังคม. งานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลสังคม; 2565.
9. สุวรรณา นาที. การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกสาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินแบบมีส่วนร่วม กลุ่มงานการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลอุดรธานี. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี. 2565;30(2);292-304.
10. อรอุมา สารีพร. การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลของพยาบาลผ่าตัดฉุกเฉินนอกเวลาราชการ แผนกการผ่าตัด โรงพยาบาลศรีนครินทร์. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร. 2565;25(3);58–69.
11. อรอนงค์ ธาราไพศาลสุข. ผลของการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ของผู้บริหารทางการพยาบาล

ระดับต้นที่โรงพยาบาลเอกชน [วิทยานิพนธ์]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2561.

12. รุ่งอรุณ บุตรศรี. ผลของการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ของผู้บริการการพยาบาลระดับต้นต่อความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน. 2563;26(2):84-96.

ประสิทธิผลของการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ และคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลโรงพยาบาลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด ปี 2566

The efficacy of focus charting in enhancing the caliber of nursing recordings and nursing recording quality Hospital Nong Phok, Roi Et Province

ปิยนุช พลเยี่ยม* ธีราพร อาจชุมชัย ปัญจา ชมภูธวัช*****
Piyanoot Phonyiam, Theraporn Artchumchai, Punja Chomputawat
Corresponding author: E-mail: pannappz2555@gmail.com
(Received: May 22, 2024; Revised: May 26, 2024; Accepted: June 17, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ พัฒนาคุณภาพ และศึกษาประสิทธิผลการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ (Focus charting Record)

รูปแบบการวิจัย : เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

วิธีดำเนินการวิจัย : กลุ่มผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ตึกผู้ป่วยใน จำนวน 13 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) เวชระเบียนผู้ป่วยในที่เข้ารับการรักษา ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม - 30 เมษายน 2566 จำนวน 339 ชาร์ท คัดเลือกตามเกณฑ์ คัดเข้าคัดออก ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 164 ชาร์ท เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ (Focus charting nursing record) การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดย ผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) ได้เท่ากับ 0.90 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย : การวิเคราะห์สถานการณ์ผลการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ (Focus charting) การบันทึกไม่ครอบคลุมทั้ง A-I-E (Assessment-Intervention-Evolution) ไม่สามารถค้นหาปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยหรืออาจค้นหาได้แต่ขาดการบันทึกเอกสารหลายส่วนทำให้บันทึกซ้ำซ้อนต้องใช้เวลาการบันทึกนาน บันทึกไม่สนับสนุนการปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง บันทึกข้อมูลเป็น Routine มองไม่เห็นปัญหาผู้ป่วยเป็นรายบุคคล และไม่เป็นตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย ส่วนการพัฒนาคุณภาพมีกระบวนการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1. การวางแผน (Plan) 2. การปฏิบัติ (Action) 3. สังเกต (Observe) และ 4. การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) และผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนรวมการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ (Focus charting) เชิงปริมาณหลังการพัฒนา มีค่าเฉลี่ยระดับคะแนนเพิ่มขึ้นจาก 1.58 คะแนน เป็น 1.74 คะแนน ส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยของข้อมูลครบถ้วนและเชิงคุณภาพหลังการพัฒนา มีค่าเฉลี่ยระดับคะแนนเพิ่มขึ้นจาก 2.24 คะแนน เป็น 2.55 คะแนน ส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยของข้อมูลการบันทึกครบถ้วนสมบูรณ์ 100%

สรุปและข้อเสนอแนะ : การวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้การสื่อสารข้อมูลผู้ป่วยให้แก่ทีมวิชาชีพได้ชัดเจน ง่ายต่อการอ่าน และลดระยะเวลาในการบันทึก หัวหน้างานควรมีการมอบหมายงานให้พยาบาลวิชาชีพทบทวนการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

คำสำคัญ : การบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ; Focus charting

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลหนองพอก
**พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลหนองพอก
***พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลหนองพอก

Abstract

Purposes : To analyze the situation, develop quality and study the effectiveness of specific nursing care focus charting record (Focus charting Record).

Study design : Action Research.

Material and Methods : The population and sample consisted of 13 professional nurses working at the inpatient building. Purposive sampling of in-patient medical records during day 1 March - April 30, 2023, 339 charts, selected according to criteria sort out a sample group of 164 charts were obtained. The tools used in the research were: Recording Quality Assessment Questionnaire focus charting nursing record qualified person. The content validity index (CVI) was equal to 0.90. Data were analyzed using descriptive statistics, including percentage, mean and standard deviation.

Main findings : Focus charting nursing outcomes situation analysis. The module does not cover either A-I-E (Assessment-Intervention-Evolution) to discover the patient's real or potential problems. But the lack of documentation causes many parts of the record to be duplicated many times, resulting in a large number of records that do not support the operation of nurses. Quality development, there is a 4-step process: 1. Plan 2. Action 3. Observe and 4. Reflection. Comparative analysis of the mean total scores for quality assessment of nursing records with a quantitative focus charting after development. The mean scores increased from 1.58 to 1.74. Most of them had the mean of complete and qualitative data after development. There was an increase in the mean score from 2.24 to 2.55. Most had the mean of complete information.

Conclusion and recommendations : This research resulted in clear communication of patient information to the professional team easy to read and shorten recording time supervisors should assign professional nurses to continuously review specific nursing records to achieve the development of nursing quality.

Keywords : Focus charting Record; Focus charting

*Registered Nurse, Professional Level, NongPhok Hospital

** Registered Nurse, NongPhok Hospital

*** Registered Nurse, Senior Professional Level, NongPhok Hospital

บทนำ

รูปแบบการบันทึกการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting) ของโรงพยาบาลหนองพอก มีการเปลี่ยนแปลงการบันทึกจากรูปแบบเดิมตั้งแต่ปี พ.ศ.2554 จนถึงปัจจุบัน ผลการประเมินทบทวนเวชระเบียน (Audit) ตามเกณฑ์สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ส่วนการบันทึกทางการพยาบาลพบว่า ลดลงจากเดิมปี พ.ศ.2562 ร้อยละ 87.11 เป็นร้อยละ 85.16 ในปี พ.ศ.2564 จึงมีการทบทวนบันทึกทางการพยาบาล และศึกษา Pilot Project ในเวชระเบียนผู้ป่วยในจำนวน 60 ชาร์ท พบว่า การบันทึกทั้งด้านปริมาณ และคุณภาพค่าคะแนนต่ำในประเด็นการบันทึกข้อมูลทั่วไป โดยมีการระบุชื่อ-นามสกุล และตำแหน่งพยาบาลผู้ประเมินแรกรับด้วยลายมือที่อ่านออกชัดเจนได้ร้อยละ 65 ส่วนด้านอื่นๆ มีค่าคะแนนมากกว่าร้อยละ 71 บันทึกยังไม่ครอบคลุมประเด็นความเสี่ยง และไม่สอดคล้องกับสภาพปัญหาผู้ป่วย พยาบาลยังไม่สามารถค้นหาปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยหรืออาจค้นหาได้แต่ขาดการบันทึกเอกสารหลายส่วนทำให้บันทึกซ้ำซ้อน ต้องใช้เวลาการบันทึกมาก บันทึกไม่สนับสนุนการปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ทึกข้อมูลเป็น Routine มองไม่เห็นผู้ป่วยเป็นรายบุคคล และไม่เป็นตามมาตรฐาน ขาดการประเมินผลที่เพียงพอ

หากมีการนำหลักการเกณฑ์การประเมินการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ มาใช้ในการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลอย่างเป็นรูปธรรม มีการพัฒนาการบันทึกการพยาบาลให้ถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ จะเป็นหลักฐานสำคัญที่ใช้ในการประเมินคุณภาพการรักษาผู้ป่วย เป็นข้อมูลสำคัญทางการพยาบาลต่อประสิทธิภาพของการดูแล รักษา โดยผู้จัดทำโครงการได้จัดทำเกณฑ์การประเมินความสมบูรณ์ของเวชระเบียนขึ้น ซึ่งอิงจากการใช้กระบวนการพยาบาล (หลัก AIE) กองการพยาบาล[1] การพยาบาลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมโดยหลัก 4 C (ถูกต้อง Correct, ครบถ้วน Complete, ชัดเจน Clear และ ได้ใจความ Concise) และอิงจากคู่มือการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน[2] เพื่อให้พยาบาลพึงพอใจในรูปแบบการบันทึก Focus charting และอาจเป็นหลักฐานทางกฎหมายได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ พัฒนาคุณภาพ และศึกษาประสิทธิผลการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ (Focus charting Record)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การวางแผน (Planning) 2) การปฏิบัติ (Action) 3) การสังเกต (Observing) และ 4) การสะท้อนกลับ (Reflecting)

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกงานผู้ป่วยในของโรงพยาบาล หนองพอก และผ่านการอบรมการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting Records) จำนวน 61 คน และเวชระเบียนผู้ป่วยในที่เข้ารับบริการระหว่างเดือน 1 มีนาคม - เมษายน 2566 จำนวน 339 ชาร์ท

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

1. เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกงานผู้ป่วยในของโรงพยาบาลหนองพอก และผ่านการอบรมการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting) คัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเข้า คัดออก ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 13 คน

2. เวชระเบียนผู้ป่วยในเป็นที่เข้ารับบริการระหว่างเดือน 1 มีนาคม – เมษายน 2566 ตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าและคัดออก จำนวน 164 ชาร์ท

3. การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย คัดเลือกตามเกณฑ์คัดเข้า และคัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Include Criteria)

1. เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ขึ้นเวรปฏิบัติงานที่หน่วยงานผู้ป่วยในโรงพยาบาลหนองพอก และมีอายุงานมากกว่า 2 ปี

2. ผ่านการอบรมการบันทึกทางการพยาบาล

แบบชี้เฉพาะ (Focus Charting Records)

3. ยินดีเข้าร่วมงานวิจัย

4. เวชระเบียนผู้ป่วยในที่มีระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ไม่น้อยกว่า 48 ชั่วโมง และจำหน่ายจากโรงพยาบาล คำนวณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*POWER ได้กลุ่มตัวอย่าง 164 ชาร์ท นำเวชระเบียนมาจัดเรียงทั้งหมด 339 ชาร์ท และเรียงลำดับแยกกลุ่มโรค และใส่หมายเลข 1 – 164 สุ่มหยิบแต่ละกลุ่มโรคจำนวนเท่าๆกัน จนครบตามจำนวนเวชระเบียนตามที่กำหนด โดยสุ่มแบบเป็นระบบ (Systemic Sampling)

เกณฑ์การคัดออก (Exclude Criteria)

1. ไม่สมัครใจเข้าร่วมวิจัยต่อ

2. ไม่ได้เข้าร่วมประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการเรื่องการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting Records)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การวิจัยนี้ใช้เครื่องมือในการวิจัย 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์สภาพปัญหาบันทึกทางการพยาบาล ได้แก่ การสนทนากลุ่ม (Focus group) ในปัญหาที่จำเป็นต้องแก้ไขในการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting Records) ได้แก่ Focus list; ส่วนของการบันทึก Focus list ที่ไม่สัมพันธ์กัน, Nursing Goal และ Nursing Process; ความครอบคลุมในการบันทึก เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาที่นำไปสู่การแก้ปัญหา จึงจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมวิเคราะห์และร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในรูปแบบการพัฒนาตามมาตรฐานที่กำหนด แล้วนำแนวทางที่ได้ไปใช้จริง โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (kemmis & Mc Taggart)[3] โดยเริ่มจากขั้นตอนการวางแผน (Plan) ขั้นปฏิบัติการ (Action) ขั้นสังเกตการณ์และบันทึกผล (Observation) และขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) และประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีกระบวนการบันทึกตามกรอบแนวคิดเชิงระบบของบันทึกทางการพยาบาล[4] มีกระบวนการ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (plan) การวางแผนการพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลตามแนวทางการบันทึกแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting) โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้ประสานงานภายในทีมและรวบรวมผลการวิเคราะห์ปัญหามาออกแบบการพัฒนาในช่วงระยะเวลาที่กำหนด ซึ่งกิจกรรมการวางแผนประกอบด้วยขั้นตอนย่อยที่สำคัญ คือ การทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยใน ส่วนของ Focus list, Nursing Goal และ Nursing Process การจัดทำร่างแนวปฏิบัติการคัดแยก โดยเลือกประเด็นปัญหาที่พบเพื่อวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา กำหนดวัตถุประสงค์ และผลลัพธ์ แจ้งให้พยาบาลผู้ปฏิบัติทราบและดำเนินการโดยการจัดทำโครงการและการกำหนดกิจกรรม ตั้งแต่ 1 มีนาคม 2566

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) ประยุกต์ใช้กระบวนการบันทึกตามกรอบแนวคิดเชิงระบบของบันทึกทางการพยาบาล[4] มีกระบวนการ ดังนี้

1. การกำหนดเป้าหมาย หัวหน้ากลุ่มงาน การพยาบาลให้นโยบายและมอบหมายงานเรื่องการพัฒนาระบบการบันทึกทางการพยาบาล โดยหัวหน้าตึกผู้ป่วยในเป็นผู้รับนโยบายไปถ่ายทอดสู่ผู้ปฏิบัติ เพื่อการบันทึกทางการพยาบาลที่ถูกต้องได้มาตรฐาน สามารถเป็นประโยชน์ในการสื่อสารข้อมูลและปัญหาผู้ป่วยในทีมสหสาขาวิชาชีพ

2. การออกแบบการบันทึก กำหนดแบบฟอร์มการบันทึกแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting) ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วนคือ 1) วัน เดือน ปี 2) Focus list 3) Nursing Goal และ 4) Nursing process

3. การสื่อสาร หน่วยงานผู้ป่วยในดำเนินการจัดทำ Work shop ค้นหาปัญหาจากกาบันทึกทางการพยาบาล จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องกระบวนการพยาบาลพื้นฐานสำคัญของการบันทึก, การค้นหาปัญหาผู้ป่วยข้างเตียง (TCAB) โดย Demonstrate, Nursing Care plan, แนวคิดการบันทึกแบบ Focus charting องค์ประกอบของ Focus charting การบันทึก Focus charting กิจกรรม Work shop แลกเปลี่ยนเรียนรู้ใน Case study ออกแบบและจัดทำคู่มือการบันทึกทางการพยาบาล

4. การนำลงสู่การปฏิบัติ โดยมอบหมายให้พยาบาลปฏิบัติตามคู่มือ มีการนิเทศติดตาม และประเมินการบันทึก

ทางการพยาบาลโดยใช้เกณฑ์ประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล (Audit)

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observe)

1. การใช้ประโยชน์ เป็นการสื่อสารในทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน และต่อเนื่อง หรือเป็นข้อมูลวิจัย หรือพัฒนาต่อยอด

2. การติดตามและการปรับปรุง โดยมีการนิเทศติดตามหน้างานทุกวันโดยหัวหน้างาน และ Audit chart โดยคณะกรรมการบริการในกลุ่มการพยาบาลทุกเดือน และปรับปรุงคุณภาพการบันทึก

3. สังเกต (Observe) การนำแนวทางพัฒนาที่ปรับปรุงขึ้นมาและนำไปถ่ายทอดให้พยาบาลในหน่วยงานผู้ป่วยใน นำไปใช้โดยการศึกษานำร่องเพื่อประเมินผลการใช้แล้วนำมาพัฒนาปรับปรุงแก้ไขจนได้แนวทางการบันทึกรายโรคที่ครอบคลุม

4. ติดตามประเมินผล เรื่องความถูกต้องการของการบันทึกจากหน้างานโดยหัวหน้างานทุกวันในวันราชการเวรเช้า และทบทวนโดยคณะกรรมการบริการทบทวนทุก 1 เดือน

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection)

วิเคราะห์ประเมินผลการใช้แนวทางการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ (Focus charting) และสะท้อนผลลัพธ์ของการพัฒนาสู่ผู้ปฏิบัติ หัวหน้างาน และคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการ ปรับปรุงและพัฒนาสะท้อนกลับข้อมูลเป็นวงล้อของการพัฒนา ต่อไป

ระยะที่ 3 สรุปและประเมินผลการวิจัย ระยะสรุปและประเมินผลการวิจัย (Evaluation) ทำการสรุป และประเมินผลการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะตามแนวทางที่พัฒนาขึ้น กำหนดตารางการทบทวนตามแบบฟอร์มการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล เก็บสถิติผลการทบทวนการบันทึกที่ยังไม่สมบูรณ์ว่ามีผลการทบทวนเป็นอย่างไร รวมทั้งการประเมินความรู้ของพยาบาลผู้ปฏิบัติหลังดำเนินการพัฒนา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือการบันทึกคุณภาพการพยาบาลแบบชี้เฉพาะทั้งด้านปริมาณและด้านคุณภาพ ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย คณะกรรมการพัฒนาระบบบันทึกทางการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล ผู้ชำนาญการด้านการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ และพยาบาลที่ทำหน้าที่บันทึกทางการพยาบาลผ่านการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาและโครงสร้างรวมทั้งความถูกต้องเหมาะสมของภาษา โดยนำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับแก้ไข และทดสอบค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) ได้เท่ากับ 0.90 ทดลองใช้กับ เวชระเบียนผู้ป่วยใน จำนวน 33 ชาร์ท แล้วนำมาเปรียบเทียบกัน คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นได้ค่าเท่ากับ 0.90

การเก็บรวบรวมข้อมูล ขั้นตอน คือ 1. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา ได้แก่ แบบประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ (Focus charting) ซึ่งประกอบด้วย ด้านปริมาณ (Quantity) และด้านคุณภาพ (Quality) ดังนี้ 1) ด้านปริมาณ (Quantity) การประเมินมีจำนวน 20 ข้อ แบ่งระดับการประเมินและเกณฑ์การให้คะแนนออกเป็นระดับ ดังนี้ การแปลผลคะแนนใช้มาตรวัดแบบ 3 ระดับ โดย ระดับคะแนน 2 = ข้อมูลครบถ้วนหรือสมบูรณ์ ระดับคะแนน 1= ข้อมูลไม่ครบถ้วนหรือไม่สมบูรณ์ ระดับคะแนน 0 = ไม่มีข้อมูลหรือข้อมูลไม่ถูกต้อง และ 2) ด้านคุณภาพ (Quality) การประเมินมีจำนวน 20 ข้อ แบ่งระดับการประเมินและเกณฑ์การประเมินโดยใช้มาตรวัดแบบ 4 ระดับ การแปลผลค่าคะแนน โดยระดับคะแนน 3 =มีการบันทึกครบ 100% ระดับคะแนน 2 = มีการบันทึกมากกว่า 50% ระดับคะแนน 1= มีการบันทึกน้อยกว่า 50% ระดับคะแนน 0 =ไม่มีการบันทึก

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ การวิเคราะห์ข้อมูลโดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความครบสมบูรณ์เรียบร้อยแล้วมาวิเคราะห์และประมวลผล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows (Statistic Package for the Social Sciences), โปรแกรม Excel และนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตาราง ข้อมูลทั่วไปใช้การแจกแจง ความถี่ ร้อยละ และสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และ

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คำนึงถึงจริยธรรมเป็นสำคัญ จะดำเนินการภายหลังได้รับการอนุมัติและรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด หมายเลขใบรับรอง COE 0422566 ลงวันที่ 7 เมษายน 2566 ทั้งนี้โดยกลุ่มเป้าหมายต้องยินยอมเข้าร่วมโครงการโดยได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการ ระยะเวลาและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษาให้กลุ่มเป้าหมายได้รับทราบ และขออนุญาตให้กลุ่มเป้าหมายตอบแบบสอบถามข้อมูล และการแสดงความคิดเห็น พร้อมทั้งแจ้งสิทธิในการบอกยกเลิกการเข้าร่วมโครงการได้ตลอดเวลา กลุ่มเป้าหมายมีอิสระในการตอบแบบสอบถาม เมื่อกลุ่มเป้าหมายยินยอมที่จะเข้าร่วมโครงการ ให้ลงลายเมือชื่อในใบยินยอม และพร้อมที่จะยกเลิกทันทีเมื่อผู้เข้าร่วมโครงการไม่พร้อมหรือไม่ยินยอม

ผลการวิจัย

1) การวิเคราะห์สถานการณ์การบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ (Focus charting) หน่วยงานผู้ป่วยในมีการใช้ระบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 มีการจัดประชุมวิชาการก่อนการปรับเปลี่ยนจากระบบเดิม ผลการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Internal Audit) ส่วนการบันทึกทางการพยาบาลได้ผลการประเมินต่ำและการบันทึกไม่ครอบคลุมทั้ง A-I-E (Assessment-Intervention- Evaluation) เมื่อมีพยาบาลจบใหม่มาจะถ่ายทอดรุ่นต่อรุ่นโดยไม่ได้อบรมเพิ่มเติม จึงไม่สามารถค้นหาปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย หรืออาจค้นหาได้แต่ขาดการบันทึกเอกสารหลายส่วนทำให้บันทึกซ้ำซ้อน ต้องใช้เวลาการบันทึกมาก บันทึกไม่สนับสนุนการปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง บันทึกข้อมูลเป็น Routine มองไม่เห็นผู้ป่วยเป็นรายบุคคล และไม่เป็นตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย

2) วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมผลการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ (Focus charting) เชิงปริมาณก่อนการพัฒนา พบว่า ประเด็นการประเมินทั้งหมด จำนวน 20 ข้อ ส่วนใหญ่มีข้อมูลครบถ้วน จำนวน 19 ข้อ (95.00%) (Mean=1.58, SD.=0.58)

3) วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมผลการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ (Focus charting) เชิงคุณภาพก่อนการพัฒนา พบว่า ประเด็นการประเมินทั้งหมด จำนวน 20 ข้อ มีการบันทึกด้านคุณภาพมากกว่า 50% และบันทึกครบ จำนวนอย่างละ 10 ข้อ (50.00%) (Mean=2.24, SD.=0.82)

โดยจากการทบทวนรายละเอียดการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน (Chart admit) จำนวน 82 chart พบว่า 1) ลายมือชื่อของพยาบาล เขียนไม่ชัดเจน อ่านไม่ออก ไม่ระบุตำแหน่ง และไม่ลงลายมือชื่อพยาบาลประเมินแรกรับ 2) การบันทึกไม่ครอบคลุมประเด็นความเสี่ยง และไม่สอดคล้องกับปัญหาผู้ป่วย 3) การบันทึก Focus list และ Progress note ไม่สัมพันธ์กัน เขียนปัญหาใน Progress note แต่ไม่มีใน focus list (การตั้งวินิจฉัยทางการพยาบาล) และ Focus Goal (การตั้งเป้าหมายการดูแล) 4) ส่วนใหญ่ไม่ระบุระยะเวลาเป็นโรคประจำตัว ระยะเวลาเริ่มป่วยในการซักประวัติในอดีต (Past illness) และไม่ลงบันทึกเวลาการใช้ยาต่อเนื่อง 5) ไม่พบบันทึกการใช้เครื่องมือประเมินโรคเสี่ยงสำคัญ เช่น S-O-S ในผู้ป่วยโรคติดเชื้อในระบบเลือด (Sepsis) เมื่อแรกรับ ไม่ประเมินซ้ำตามแนวทางปฏิบัติ และไม่ได้รายงานแพทย์ (S-O-S4) ในผู้ป่วยอาการทรุดลง/ไม่ประเมิน Pain Score ในผู้ป่วยที่มาด้วยปวด 6) Case Acute Psychosis การวางแผนจำหน่ายไม่สอดคล้องกับการวางแผนการต่อดูแลต่อเนื่อง ควรสังเกตอาการเอะอะโวยวาย และบันทึกว่าเฝ้าระวังอาการที่จะทำร้ายคนอื่นเช่นเก็บของมีคมให้มิดชิด ให้รับประทานยาต่อเนื่องมีผู้กำกับการกินยาและ 7) ใบประเมินแรกรับไม่บันทึกการตรวจร่างกาย และในผู้ป่วย Cerebral concussion ไม่พบการประเมิน Neuro sign และสัญญาณชีพ

ปัญหาจากการวิเคราะห์และทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยในสรุปผลและพัฒนาวงล้อที่ 2 ดังนี้

1) พัฒนาการบันทึกชื่อ-นามสกุลและตำแหน่งพยาบาลให้อ่านออกชัดเจน โดยใช้ตราประทับพร้อมระบุตำแหน่ง และเลขประกอบวิชาชีพพยาบาล 2) มอบหมายให้หัวหน้าเวรทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยในตอนเช้าหลังรับเวร และก่อนส่งเวชระเบียนไปส่งมอบงานประกัน และสะท้อนข้อมูลกลับรายบุคคล 3) มีระบบการนิเทศพยาบาลรายบุคคลและรายกลุ่ม โดยนิเทศทางคลินิกโรคต่างๆ 4) Lean ระบบการบันทึกการประเมินกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยให้เป็น One page ในแบบฟอร์ม Admission Note จาก 2 หน้าให้เหลือเพียง 1 หน้ากระดาษ 5) จัดให้มีการประชุมวิชาการเรื่องการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะและการทำ workshop และ 6) วิเคราะห์เปรียบเทียบร้อยละความแตกต่างการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะก่อนและหลังดำเนินการทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

4) วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมผลการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ (Focus charting) เชิงปริมาณก่อนและหลังการพัฒนา หลังการพัฒนา พบว่า ค่าเฉลี่ยคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ (Focus charting) เชิงปริมาณโดยรวมเพิ่มขึ้น (9.64%) เมื่อพิจารณารายข้อหลังการพัฒนา พบว่า ประเด็นการประเมินสภาวะทางเศรษฐกิจและสัมพันธภาพของผู้ป่วยและครอบครัว การประเมินสภาพจิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณของผู้ป่วย และการวางแผนจำหน่ายของผู้ป่วยสอดคล้องกับปัญหาความเจ็บป่วย (Discharge Planning Need) มีคะแนนรวมผลการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ (Focus charting) เชิงปริมาณ เพิ่มขึ้นคิดเป็น 31.45%, 27.71% และ 17.63% ตามลำดับ แต่การประเมินอาการสำคัญและสภาวะผู้ป่วย/เหตุผลที่รับผู้ป่วยในในความดูแล (Chief complain) และการบันทึกประวัติการเจ็บป่วยในอดีต (Past illness history) ลดลงคิดเป็น 2.68% และ 4.50% ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนโดยรวมประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ (Focus charting) เชิงปริมาณก่อนและหลังการพัฒนา

ลำดับ	ประเด็นการประเมิน	ก่อน	หลัง	% Diff.
		Mean(SD.)	Mean(SD.)	
1	มีการระบุชื่อ-นามสกุลและตำแหน่งพยาบาลผู้ประเมินแรกรับด้วยลายมือที่อ่านออกชัดเจน	1.26(0.56)	1.32(0.46)	+4.65
2	มีการบันทึกวันเดือนปีเวลาที่ประเมินอย่างชัดเจนทุกครั้ง/ทุกแห่ง	1.76(0.45)	1.87(0.36)	+6.06
3	การประเมินอาการสำคัญและสภาวะผู้ป่วย/เหตุผลที่รับผู้ป่วยในในความดูแล (Chief complain)	1.89(0.31)	1.84(0.50)	-2.68
4	การบันทึกประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน (Present illness)	1.81(0.38)	1.84(0.50)	+1.64
5	การบันทึกประวัติการเจ็บป่วยในอดีต (Past illness history)	1.59(0.51)	1.52(0.58)	-4.50
6	การบันทึกประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัว (Family Illness History)	1.45(0.75)	1.58(0.81)	+8.58
7	การประเมินสภาพจิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณของผู้ป่วย	1.43(0.75)	1.89(0.36)	+27.71

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลำดับ	ประเด็นการประเมิน	ก่อน	หลัง	% Diff.
		Mean(SD.)	Mean(SD.)	
8	การประเมินสภาวะทางเศรษฐกิจและสัมพันธภาพของผู้ป่วยและครอบครัว	1.42(0.75)	1.95(0.28)	+31.45
9	การประเมินสภาพร่างกาย ครอบคลุมทุกระบบที่สัมพันธ์กับความเจ็บป่วย	1.60(0.56)	1.78(0.48)	+10.65
10	การประเมินความต้องการวางแผนจำหน่ายของผู้ป่วยสอดคล้องกับปัญหาความเจ็บป่วย(Discharge Planning Need)	1.50(0.65)	1.79(0.40)	+17.63
11	การระบุประเด็นปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยในภาพรวม (Focus List)	1.54(0.52)	1.59(0.49)	+3.19
12	การระบุเป้าหมาย/ผลลัพธ์ที่คาดหวังจากการพยาบาล (Goal/outcome)	1.52(0.52)	1.61(0.48)	+5.75
13	การระบุประเด็นปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วย (Focus in Nursing progress note)	1.52(0.52)	1.71(0.47)	+11.76
14	การประเมินสภาพ (Assessment: A)	1.65(0.47)	1.77(0.42)	+7.02
15	การปฏิบัติการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย (Intervention: I)	1.74(0.46)	1.80(0.42)	+3.39
16	การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล (Evaluation: E)	1.64(0.50)	1.81(0.44)	+9.86
17	การประเมินซ้ำ/การประเมินสภาวะผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบัน (Status update)	1.57(0.52)	1.81(0.46)	+14.20
18	การให้ข้อมูล/ความรู้ด้านสุขภาพ (Health promotion) สอดคล้องกับปัญหาความเจ็บป่วย	1.60(0.56)	1.77(0.51)	+10.09
19	การวางแผนจำหน่าย (Discharge planning)สอดคล้องกับความต้องการการดูแลต่อเนื่อง	1.53(0.54)	1.71(0.51)	+11.11
20	การบันทึกสรุปการรักษาพยาบาลและสภาวะผู้ป่วยก่อนจำหน่าย (Nursing discharge Summary)	1.64(0.50)	1.78(0.48)	+8.19
	รวม	1.58(0.58)	1.74(0.47)	+9.64

5) วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมผลการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ (Focus charting) **เชิงคุณภาพ**ก่อนและหลังการพัฒนา หลังการพัฒนา พบว่า ค่าเฉลี่ยคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ (Focus charting) เชิงคุณภาพโดยรวมเพิ่มขึ้น (12.94%) เมื่อพิจารณารายข้อหลังการพัฒนา พบว่า ประเด็นการประเมินสภาพจิตใจ อารมณ์จิตวิญญาณของผู้ป่วย การประเมินสภาวะทางเศรษฐกิจและสัมพันธภาพของผู้ป่วยและครอบครัว และการวางแผนจำหน่าย (Discharge planning) สอดคล้องกับความต้องการการดูแลต่อเนื่อง เพิ่มขึ้นคิดเป็น 29.75%, 27.78% และ 20.25% ตามลำดับ แต่ประเด็นมีการบันทึกทางการพยาบาลด้วยลายมือที่อ่านออกหรือสามารถอ่านได้โดยง่ายชัดเจนทั้งฉบับ และ การบันทึกประวัติการเจ็บป่วยในอดีต (Past illness history) ลดลงคิดเป็น 0.47% และ 1.82% ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนโดยรวมประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ (Focus charting) เชิงคุณภาพก่อนและหลังการพัฒนา

ลำดับ	ประเด็นการประเมิน	ก่อน	หลัง	% Diff.
		Mean(SD.)	Mean(SD.)	
1	มีการลงชื่อ-นามสกุลและตำแหน่งพยาบาลผู้บันทึกด้วยลายมือที่อ่านออกชัดเจนทุกแห่ง	2.01(0.72)	2.02(0.57)	+0.50
2	มีการบันทึกทางการพยาบาลด้วยลายมือที่อ่านออกหรือสามารถอ่านได้โดยง่ายชัดเจนทั้งฉบับ	2.12(0.82)	2.11(0.54)	-0.47
3	การประเมินอาการสำคัญและสภาวะผู้ป่วย/เหตุผลที่รับผู้ป่วยในในความดูแล (Chief complain)	2.63(0.71)	2.77(0.65)	+5.19
4	การบันทึกประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน (Present illness)	2.58(0.66)	2.78(0.67)	+7.46
5	การบันทึกประวัติการเจ็บป่วยในอดีต (Past illness history)	2.22(0.97)	2.18(0.93)	-1.82
6	การบันทึกประวัติการแพ้ (ได้แก่ยา อาหารอื่นๆ) และอาการที่แพ้	2.34(1.1)	2.74(0.77)	+15.75
7	การประเมินสภาพจิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณของผู้ป่วย	2.06(1.12)	2.78(0.63)	+29.75
8	การประเมินสภาวะทางเศรษฐกิจและสัมพันธภาพของผู้ป่วยและครอบครัว	2.17(1.05)	2.87(0.47)	+27.78
9	การประเมินสภาพร่างกาย ครอบคลุมทุกระบบที่สัมพันธ์กับความเจ็บป่วย	2.34(0.95)	2.67(0.61)	+13.17
10	การประเมินความต้องการวางแผนจำหน่ายของผู้ป่วยสอดคล้องกับปัญหาความเจ็บป่วย (Discharge Planning Need)	2.25(0.91)	2.67(0.55)	+17.07

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลำดับ	ประเด็นการประเมิน	ก่อน	หลัง	% Diff.
		Mean(SD.)	Mean(SD.)	
11	การระบุประเด็นปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยในภาพรวม (Focus List)	2.24(0.77)	2.41(0.65)	+7.31
12	การระบุเป้าหมาย/ผลลัพธ์ที่คาดหวังจากการพยาบาล (Goal/outcome)	2.12(0.80)	2.48(0.65)	+15.65
13	การระบุประเด็นปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วย(Focus in Nursing progress note)	2.17(0.76)	2.6(0.56)	+18.03
14	การประเมินสภาพ (Assessment: A)	2.28(0.79)	2.57(0.61)	+11.96
15	การปฏิบัติการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย (Intervention: I)	2.40(0.68)	2.59(0.63)	+7.62
16	การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล (Evaluation: E)	2.32(0.72)	2.65(0.53)	+13.28
17	การประเมินซ้ำ/การประเมินสภาวะผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบัน (Status update)	2.24(0.81)	2.68(0.59)	+17.89
18	การให้ข้อมูล/ความรู้ด้านสุขภาพ (Health promotion) สอดคล้องกับปัญหาความเจ็บป่วย	2.37(0.71)	2.67(0.72)	+11.90
19	การวางแผนจำหน่าย (Discharge planning)สอดคล้องกับความต้องการการดูแลต่อเนื่อง	2.13(0.78)	2.61(0.68)	+20.25
20	การบันทึกสรุปการรักษาพยาบาลและสภาวะผู้ป่วยก่อนจำหน่าย (Nursing discharge Summary)	2.34(0.67)	2.7(0.61)	+14.29
	ค่าเฉลี่ย	2.24(0.82)	2.55(0.63)	+12.94

วิจารณ์

ผลการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ดังนี้

1) การวิเคราะห์สถานการณ์การบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ (Focus charting) การวิเคราะห์สถานการณ์ผลการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ (Focus charting) การบันทึกไม่ครอบคลุมทั้ง A-I-E (Assessment-Intervention-Evolution) พยาบาลจบใหม่หรือพยาบาลที่ขึ้นปฏิบัติงานหมุนเวียนไม่สามารถค้นหาปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยหรืออาจค้นหาได้แต่ขาดการบันทึกเอกสารหลายส่วนทำให้บันทึกซ้ำซ้อน ต้องใช้เวลาการบันทึกมาก บันทึกไม่สนับสนุนการปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่องบันทึกข้อมูลเป็น Routine มองไม่เห็นปัญหาผู้ป่วยเป็นรายบุคคลและไม่เป็นตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย

2) การพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ (Focus charting) ผลการเปรียบเทียบผลต่าง

ของค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมผลการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการ พยาบาลแบบชี้เฉพาะ (Focus charting) เชิงปริมาณก่อนการพัฒนามีค่าเฉลี่ยระดับคะแนนการประเมินเพิ่มขึ้นจาก 1.58 คะแนน และหลังการพัฒนามีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 1.74 คะแนน การบันทึกที่ไม่ผ่านเกณฑ์เป็นการบันทึกชื่อ นามสกุลของพยาบาล แต่ส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยของข้อมูลสมบูรณ์ครบถ้วน และการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนรวมผลการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลเชิงคุณภาพแบบชี้เฉพาะ (Focus charting) หลังการพัฒนา พบว่า มีค่าเฉลี่ยระดับการประเมินเพิ่มขึ้นจาก 2.24 คะแนน เป็น 2.55 คะแนน ส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยของข้อมูลครบถ้วนสมบูรณ์ 100%

3) ประสิทธิผลคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ (Focus charting Record) ผลการเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมผลการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ (Focus charting) เชิงปริมาณก่อนการพัฒนามีค่าเฉลี่ยระดับคะแนนการประเมินเพิ่มขึ้นจาก 1.58 คะแนน และหลังการพัฒนามีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 1.74 คะแนน และการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนรวมผลการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลเชิงคุณภาพแบบชี้เฉพาะ (Focus charting) หลังการพัฒนา พบว่า มีค่าเฉลี่ยระดับการประเมินเพิ่มขึ้นจาก 2.24 คะแนน เป็น 2.55 คะแนน ส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยของข้อมูลครบถ้วนสมบูรณ์ 100% เมื่อแยกเป็นประเด็นรายด้าน พบว่า เชิงปริมาณประเด็นด้านข้อมูลทั่วไปก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ก่อนการพัฒนามีค่าเฉลี่ยระดับคะแนนการประเมินเพิ่มขึ้นจาก 1.51 คะแนน และหลังการพัฒนามีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 1.60 คะแนน มีข้อมูลการบันทึกครบถ้วน แต่เชิงคุณภาพประเด็นด้านข้อมูลทั่วไป พบว่า ก่อนและการพัฒนามีค่าเฉลี่ยระดับ 2.06[5] คำหรือวลีสำคัญที่บันทึกจะเป็นข้อมูลสื่อสารสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย สามารถใช้สื่อสารข้อมูลสำคัญของผู้ป่วยให้แก่ทีมวิชาชีพอื่นที่ร่วมให้การดูแลรักษาได้ชัดเจน ถ้าการบันทึกที่รวบรัด กระชับ ชัดเจนจะง่ายต่อการอ่านและลดระยะเวลาในการบันทึก หลังจากแก้ปัญหาใช้ตราประทับทำให้อ่านง่ายมีความชัดเจนมากขึ้น ลดปัญหาการอ่านชื่อ-นามสกุลพยาบาลไม่ออก ส่วนประเด็นด้านการประเมินสภาพประกอบด้วยการประเมินแรกรับโดยการซักประวัติอาการสำคัญและประวัติในอดีต การตรวจร่างกายและการวางแผนการจำหน่าย พบว่าข้อมูลส่วนใหญ่มีความสมบูรณ์ครบถ้วนประเด็นด้านการบันทึกทางการพยาบาลและด้านการวางแผนจำหน่าย ซึ่งประกอบด้วยการระบุประเด็นปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยในภาพรวม (Focus List) ผลลัพธ์ที่คาดหวังจากการพยาบาล (Goal/outcome) ปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วย (Focus in Nursing progress note) การประเมินสภาพ (Assessment: A) การปฏิบัติการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย(Intervention: I) การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล (Evaluation: E) และการวางแผนจำหน่าย(Discharge planning) พบว่า หลังการพัฒนามีความสมบูรณ์ของข้อมูล และมีการบันทึกครบ 100% อธิบายได้ว่า บันทึกทางการพยาบาลเปรียบเสมือนตัวแทนของวิชาชีพพยาบาลสามารถอธิบายการปฏิบัติการพยาบาลที่ได้กระทำกับผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อีกทั้งยังสามารถใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายหากเกิดการฟ้องร้อง หรือคดีความที่เกี่ยวเนื่องกับการรักษาพยาบาล[1] การบันทึกทางการพยาบาลจึงเป็นเอกสารสำคัญที่พยาบาลบันทึกให้ครบถ้วนสมบูรณ์ การศึกษาคุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลอานันทมหิดล หลังการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลแบบ Focus charting สูงกว่าก่อนการใช้แบบบันทึก (p=.05) ความพึงพอใจในการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลแบบ Focus charting ของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับมาก (Mean= 3.89, SD. = .690) และสอดคล้องการพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงราย[6] ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=4.41, SD.=0.12)

ข้อเสนอแนะ

1) การบันทึกทางการพยาบาลจะเป็นหลักฐานทางการพยาบาลที่สะท้อนคุณภาพการพยาบาล ซึ่งจะเกิด

หลังการปฏิบัติการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ดังนั้นไม่ควรบันทึกก่อนปฏิบัติการพยาบาล

2) เพื่อเป็นการเพิ่มความตระหนัก และพัฒนาระบบการบันทึกอย่างต่อเนื่อง ควรมีการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการบันทึกทางการพยาบาล เช่นมี Leadership ในการตรวจสอบ นิเทศ กำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้หน้างาน ชื่นชม และให้รางวัล

3) การสร้างรูปแบบของฟอร์มต่างๆ (Template) ในการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะให้ถูกต้องครอบคลุม จะสามารถนำไปปรับใช้กับผู้ป่วยแต่ละราย จะส่งเสริมการพัฒนาระบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบดิจิทัล (Digital) ในอนาคต

4) ควรมีการมอบหมายให้พยาบาลทบทวนเวชระเบียนภายใน (Internal audit) เดือนละ 1 ฉบับ ทุกคนเพื่อที่จะได้ทบทวนการบันทึก และนำมาปรับปรุงแก้ไขทำให้เกิดการเรียนรู้ที่ถูกต้องและเกิดประโยชน์สูงสุด

เอกสารอ้างอิง

1. กองการพยาบาล. การควบคุมคุณภาพการพยาบาล. เล่ม 5. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2539.
2. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล สภาการพยาบาล กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน. นนทบุรี: สหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับลิสชิ่ง จำกัด; 2563.
3. Kemmis S, Mc Taggert R. The action research planner (3rd ed.) Victoria, Australia: Deakin university Press; 1988.
4. ยุวดี เกตสัมพันธ์. Focus charting. เอกสารประกอบโครงการฝึกอบรมพยาบาลเพื่อการบริหารหอผู้ป่วย. รุ่นที่ 12 วันที่ 1 พฤศจิกายน 2565; 2565.
5. พจนีย์ ธีระกุล. ผลของการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลแบบ Focus charting ต่อคุณภาพการพยาบาลตามการ รับรู้ของผู้ป่วย และความพึงพอใจในการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2558.
6. วราภรณ์ ภัทรมงคลเขตต์, พร บุญมี. การพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงราย. วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ. 2560;18:123-36.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและเสี่ยงก่อความรุนแรง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

Development of a Care model for Substance-induced Psychosis on Serious Mental Illness and Risk to Violence, Mueang Roi-Et District, Roi-Et Province

ปิยกัณญา แก่นวิชา* สุณี อาวรณ์ วิไลลักษณ์ ดวงบุปผา*****

Piyakanya Kaenwicha, Sunee Arvon, Wilailuk duangbubpa

Corresponding author: E-mail; piyakanyaapp@gmail.com

(Received: May 22, 2024; Revised: May 27, 2024; Accepted: June 18, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนารูปแบบ และประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและเสี่ยงก่อความรุนแรง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : เป็นวิจัยแบบเชิงปฏิบัติการ (Action research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็น 1) ผู้ใช้บริการ ได้แก่ ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและเสี่ยงก่อความรุนแรงและญาติผู้ดูแลในครอบครัวในระยะศึกษาสถานการณ์ 60 คน ระยะพัฒนารูปแบบ 20 คน 2) บุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้อง 10 คน และ 3) ผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงานและญาติผู้ดูแลในครอบครัว จำนวน 10 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูล แบบประเมิน และแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัย : 1) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีการรับรู้สถานการณ์ปัญหาตรงกัน มีความตระหนักและให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและมีภาวะเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนหรือก่อความรุนแรงซ้ำ แต่ยังขาดแนวทางการดูแล การส่งต่อ และการฟื้นฟูที่ชัดเจนและเป็นแนวทางปฏิบัติเดียวกัน 2) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดฯ ประกอบด้วย 3 ขั้นคือ ขั้นคัดกรองที่ศูนย์คัดกรอง รพ.สต./โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ขั้นส่งต่อดูแลรักษาโดยศูนย์คัดกรองยาเสพติดและขั้นบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ และ 3) การประเมินการหยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือนหลังการบำบัดฟื้นฟู พบว่า ผลการตรวจปัสสาวะเป็นบวก (Positive) 15 คน (50.00%) และผลเป็นลบ (Negative) 50 คน (50.00%) ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและเสี่ยงก่อความรุนแรงมีแนวโน้มลดลงจากปี พ.ศ.2564 –2566 เป็น 110%, 21% และ 3% รายตามลำดับ

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลลัพธ์จากการวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยยาเสพติดได้รับการดูแลและติดตามอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : การดูแลผู้ป่วยยาเสพติด; อาการทางจิตและเสี่ยงก่อความรุนแรง

*, *** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

Abstract

Purposes : To study situation, develop a model, and evaluate a care model for substance-induced psychosis on serious mental Illness and risk to violence, Mueang Roi-Et District, Roi-Et Province.

Study design : Action research.

Materials and Methods : The Key informants were 1) service users, including substance-induced psychosis on serious mental Illness and risk to violence; and family caregivers in the situation study phase, 60 of participants and 20 of participants in model development phase, 2) related service personnel, 10 of participants, and 3) those primarily responsible for operations and family caregivers,10 of participants. Data were collected using data recording forms, assessment forms, and group discussion questions. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation and content analysis.

Main findings : 1) Stakeholders had the same perception of problem situation. There was awareness and importance of caring for drug patients who have mental illnesses and are at risk of causing violence in community or repeating violence. But there was still a lack of clear and uniform guidelines for care, referral, and rehabilitation. 2) The model for caring for drug patients consists of 3 stages, namely screening stage at screening center at Subdistrict Health Promoting Hospital and Roi-Et Hospital, to be taken care of by a drug screening center and rehabilitation therapy, and 3) Evaluation of continued drug cessation 3 months after rehabilitation treatment. It was found that 15 of participants were urine test results a positive in (50.00%) and a negative in 50 of participants (50.00%) of drug patients with psychotic symptoms and risk of violence was to decrease from 2021 - 2023 BE to 110%, 21%, and 3%, respectively.

Conclusion and recommendations : Results from this research result in drug patients receiving continuous care and follow-up.

Keywords : Care model for substance-induced; Psychosis on serious mental Illness risk to violence

*, *** Registered Nurse, Professional Level, Roi Et Provincial Public Health Office.

** Registered Nurse, Professional Level, Roi Et Hospital.

บทนำ

ยาเสพติดเป็นภัยร้ายแรงต่อสังคมและประเทศชาติ เป็นปัญหาเชิงโครงสร้างก่อให้เกิดปัญหาสังคม มีผลเสียต่อบุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคมโดยรวม ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิต ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ความสงบสุขของประชาชนและความมั่นคงของชาติ จากรายงานข้อมูลสถานการณ์ยาเสพติดโลก ปีค.ศ.2020 (World Drug Report 2020) ของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Office on Drugs and Crime : UNODC) พบว่า ปี พ.ศ.2561 ทั่วโลกมีผู้ใช้ยาเสพติด ประมาณ 269 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 5.3 ของประชากร ยาเสพติดประเภทสารสังเคราะห์กลุ่มแอมเฟตามีน (Amphetamine - type stimulants: ATS) มีแนวโน้มขยายตัวเพิ่มขึ้น[1]

ประเทศไทยยังคงมีแนวโน้มการแพร่ระบาดยาเสพติดเพิ่มมากขึ้นเป็นปัญหาด้านสาธารณสุข เศรษฐกิจ สังคม และความมั่นคงของประเทศ รัฐบาลตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นและกำหนดให้การป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติดเป็นนโยบายเร่งด่วน โดยใช้กลยุทธ์ให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมกันในการแก้ไขปัญหา ใช้หลักการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติดในทิศทางเดียวกับนโยบายยาเสพติดโลก ภายใต้แนวคิด “ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด คือ ผู้ป่วย” ตลอดจนใช้มาตรการทางกฎหมายอย่างเฉียบขาดกับผู้ที่กระทำผิดในการค้ายาเสพติด อย่างไรก็ตามสถานการณ์ปัญหายาเสพติดยังไม่มีแนวโน้มลดลง ดังรายงานผลการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2563 ของสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม[2] พบว่า ยาเสพติดที่มีการแพร่ระบาดมากที่สุด คือ ยาบ้า (ร้อยละ 77.9) รองลงมาคือ ไอซ์ (ร้อยละ 9.7) กัญชา (ร้อยละ 4.8) เฮโรอีน (ร้อยละ 2.3) ในด้านการบำบัดรักษามีผู้ใช้สารเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟู จำนวน 180,483 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 89.9 เป็นกลุ่มอายุ 20 - 24 ปี รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 25-29 ปี และกลุ่มอายุ 30 - 34 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มผู้เสพ ร้อยละ 57.4 กลุ่มผู้ติด ร้อยละ 38.6 และกลุ่มผู้ใช้ร้อยละ 4.0

เช่นเดียวกับจังหวัดร้อยเอ็ด ยังเป็นพื้นที่มีการแพร่ระบาดของยาบ้า จากข้อมูลด้านการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพผู้ติดยาเสพติดในระบบ บสต. ปี พ.ศ.2561- 2565 พบว่า มีผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟู จำนวน 3,549, 3,816, 3,808, 3,372, 1,890 คน ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 18 - 24 ปี, 25-29 ปี, 30-34 ปี ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีอาชีพ รับจ้าง ผู้ใช้แรงงาน ว่างงาน ยาเสพติดที่ใช้มาก คือ ยาบ้า กัญชา สารระเหย ผลการบำบัด ผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูมีอัตราการคงอยู่ในระบบการบำบัดร้อยละ 76.3, 74.12, 69.94, 66.71, 84.29 ตามลำดับและมีร้อยละการหยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังการบำบัด พบว่า 99.62, 99.41, 98.84, 98.86 และ 98.63 ตามลำดับ[3] ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยยาเสพยามีแนวโน้มการเข้าถึงบริการลดลง ในขณะที่สถานการณ์ผู้ป่วยยาเสพติดก่อความรุนแรงในชุมชนมากขึ้น ซึ่งสะท้อนพฤติกรรมการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ เมื่อกลับไปอยู่ในชุมชนหลังผ่านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ โดยมีแนวโน้มกลับไปเสพซ้ำสูงขึ้นในระยะการติดตามหลังการบำบัดฟื้นฟู ในช่วง 6 เดือนขึ้นไป ปัญหาการกลับไปเสพซ้ำส่วนใหญ่เกิดจาก ทักษะการเผชิญปัญหาไม่มีประสิทธิภาพ การเผชิญสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง ทั้งสถานการณ์เกี่ยวกับตัวบุคคลและสถานการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคลนั้น นอกจากนี้ยังพบปัญหาในชุมชนว่ากลุ่มผู้เคยใช้เสพยาเสพติดมีการใช้ยาเสพติดต่อเนื่องหรือมีพฤติกรรมดื่มสุราร่วมด้วยก็ยิ่งมีความเสี่ยงต่อการกลับไปเสพซ้ำมากขึ้น อาจส่งผลให้มีอาการทางจิตร่วมด้วย และเสี่ยงต่อพฤติกรรมการก่อความรุนแรงในชุมชน[4]

กระทรวงสาธารณสุขตระหนักถึงความสำคัญในการแก้ไขปัญหานี้ จึงพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและยาเสพติดให้ครอบคลุมในสถานพยาบาลทุกระดับ และพัฒนาความร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ เพื่อให้กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยได้รับการค้นหาและดูแลต่อเนื่องในชุมชน โดยอาศัยความร่วมมือของหน่วยงานด้านความมั่นคง และหน่วยงานด้านสังคมในการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับโอกาสการรักษาเหมาะสมเท่าเทียม และไม่ถูกตีตราจากสังคม ภายใต้การกำกับดูแลของคณะอนุกรรมการประสานงาน

เพื่อการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิตระดับจังหวัด ตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ.2562 และคณะทำงานบูรณาการคัดกรองบำบัดรักษา ฟื้นฟูสมรรถภาพและฟื้นฟูสภาพทางสังคมระดับจังหวัด ภายใต้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ.2564 ซึ่งจะมีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้มีบทบาทหน้าที่สำคัญในการขับเคลื่อนและบูรณาการการทำงานของทั้งสองคณะให้เหมาะสมและเป็นไปตามกฎหมาย[3]

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้างต้น ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ใช้ยาและสารเสพติดแบบครบวงจร ผู้ป่วยได้เข้าถึงการบำบัดรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ ลดอันตราย และความรุนแรงที่จะเกิดกับตัวผู้ป่วย ครอบครัว หรือสังคมโดยรวม ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาวิจัยการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต และเสี่ยงก่อความรุนแรง ในพื้นที่อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อหารูปแบบการดำเนินงานที่มีการเชื่อมโยงการค้นหาคัดกรอง นำผู้ป่วยเข้าระบบบำบัดรักษา การฟื้นฟูระยะยาว เตรียมความพร้อมในการคืนผู้ป่วยสู่ชุมชน และการติดตามเฝ้าระวังเพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ อีกทั้งช่วยลดปัญหาผู้เสพยาเสพติดก่อความรุนแรงในชุมชน สังคมปลอดภัย ประชาชนสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนารูปแบบ และประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและเสี่ยงก่อความรุนแรง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและเสี่ยงก่อความรุนแรง ครั้งนี้เป็นวิจัยแบบเชิงปฏิบัติการ (Action research) จำแนกเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การวางแผน (Planning) โดยประยุกต์ใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชน (2) การปฏิบัติตามแผน (Action) (3) การสังเกตผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติ (Observation) และ (4) การสะท้อนผลหลังจากการปฏิบัติ ซึ่งจะนำไปสู่การปรับปรุงแก้ไขการปฏิบัติงานต่อไป (Reflection)

พื้นที่การดำเนินการวิจัย คือ อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด แบ่งเป็น 3 ระยะคือ ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตในชุมชน ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและเสี่ยงก่อความรุนแรงในชุมชน และระยะที่ 3 การศึกษาผลของรูปแบบและการประเมินผลการดำเนินงานและปรับปรุงแก้ไขต่อเนื่องในชุมชน

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญในการศึกษาครั้งนี้ ได้มาโดยการคัดแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดโดยมีหลักเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย ดังนี้

ผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วย 1) ผู้ใช้บริการ ได้แก่ ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและเสี่ยงก่อความรุนแรง และญาติผู้ดูแลในครอบครัวในระยะศึกษาสถานการณ์ 60 คน ระยะพัฒนา 20 คน 2) บุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด 10 คน และ 3) ผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงานรูปแบบผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและเสี่ยงก่อความรุนแรง และญาติผู้ดูแลในครอบครัว 10 คน

ผู้ร่วมวิจัย เป็นบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดโรงพยาบาลร้อยเอ็ดและเครือข่ายบริการ 10 คน และผู้ร่วมกิจกรรม ได้แก่ คณะกรรมการเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองร้อยเอ็ดและคณะกรรมการป้องกันยาเสพติดอำเภอเมืองร้อยเอ็ด 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้การดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและเสี่ยงก่อความรุนแรง ซึ่งผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยได้ร่วมกันสร้างขึ้นจากการระดมสมองและทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ตัวแปรอายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ และประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติการเข้ารับการบำบัด 2) แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการดูแล และส่งต่อผู้ป่วยผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต และเสี่ยงก่อความรุนแรงที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีจำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบปฏิบัติและไม่ปฏิบัติ/ปฏิบัติไม่สมบูรณ์ โดยกำหนดคะแนนค่าน้ำหนักคะแนน 2 ระดับ (1 = ปฏิบัติ, 0-ไม่ปฏิบัติ/ปฏิบัติไม่สมบูรณ์) สำหรับแบบประเมินนี้พยาบาลผู้รับผิดชอบหลักตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและเสี่ยงก่อความรุนแรงของโรงพยาบาลร้อยเอ็ดเป็นผู้ใช้ในการประเมินการปฏิบัติของบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้อง 3) แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่มในระยะศึกษาสถานการณ์ และระยะทดลองการพัฒนาระบบบริการ ลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด และ 4) แนวทางการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแล ลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด

การหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน สำหรับแบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต และเสี่ยงก่อความรุนแรง ได้มีการหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการทดสอบสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาชได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .895

วิธีดำเนินการวิจัย การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและมีภาวะเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนอย่างมีส่วนร่วม โดยใช้การนำกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) โดยมีผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) ในการดำเนินการทุกขั้นตอน ดังนี้

1. ระยะวางแผน กำหนดนโยบายการดูแลผู้ป่วยโรคจิตและผู้ใช้สารเสพติดที่มีอาการทางจิตและมีภาวะเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (Planning and Health Promotion Policy Making) แบ่งเป็น 6 ขั้น ดังนี้ (1) ขั้นเตรียมชุมชน คณะผู้วิจัยจัดประชุมประชาสัมพันธ์โครงการฯ ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการดำเนินโครงการ แนวคิด หลักการมีส่วนร่วมที่นำมาใช้ในการดำเนินการ และประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นต่อชุมชน ในที่ประชุมประจำเดือนของชุมชน มีการทบทวนแนวคิด หลักการของการสร้างเสริมสุขภาพ และประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพของชุมชน ผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วย กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล บุคลากรสาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มแม่บ้านกลุ่มแกนนำผู้สูงอายุ กลุ่มเยาวชนโรงเรียน พระภิกษุและประชาชนผู้สนใจ (2) ขั้นวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน และฉายภาพอนาคตที่พึงประสงค์ในการดูแลสร้างเสริมสุขภาพชุมชน โดยปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแต่ละกลุ่มเสนอข้อมูล ทั้งสถานการณ์ปัจจุบันและภาพอนาคตที่พึงประสงค์ หลังจากนั้นตัวแทนแต่ละกลุ่มนำเสนอข้อมูลของตนเอง และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นอย่างสร้างสรรค์ จนทุกคนมีการรับรู้ในสถานการณ์ปัจจุบัน และภาพอนาคตที่พึงประสงค์ตรงกันผู้เข้าร่วมดำเนินการ ประกอบด้วยแกนนำชุมชน ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ตัวแทนองค์การบริหารส่วนตำบล บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ครูโรงเรียนในเขตพื้นที่เป้าหมาย นักเรียนชั้นประถมศึกษาของโรงเรียนในเขตพื้นที่เป้าหมาย ตัวแทนวัยรุ่นที่ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยและประชาชนที่ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย (3) ขั้นกำหนดนโยบายการดูแลผู้ป่วยโรคจิต และผู้ใช้สารเสพติดที่มีอาการทางจิตและมีภาวะเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (Policy SMI-V: Care) หลังจากวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน และฉายภาพอนาคตที่พึงประสงค์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาของชุมชนใน 4 ประเด็น คือ ขนาดของปัญหา ความรุนแรงของปัญหา ความยากง่ายในการแก้ปัญหา และความสนใจในการแก้ปัญหาของชุมชน โดยการให้คะแนน แล้วนำมาจัดลำดับความสำคัญ ผู้เข้าร่วมดำเนินการเป็นกลุ่มเดียวกับข้อ 2 (4) ขั้นสร้างแนวทางการพัฒนาเป็นขั้นตอนการหาวิธีการและเสนอทางเลือกในการพัฒนาตามที่ได้สร้างภาพพึงประสงค์

หรือที่ได้ช่วยกันกำหนดภาพที่พึงประสงค์ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียร่วมกันหามาตรการ วิธีการ และค้นหาเหตุผลเพื่อกำหนดทางเลือกในการพัฒนา กำหนดเป้าหมาย กำหนดกิจกรรม และจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรม โครงการโดยแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ 1) กำหนดกิจกรรมโครงการที่จะทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามภาพพึงประสงค์ และ 2) การจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรม โครงการโดยระบุ (1) กิจกรรมหรือโครงการ ที่หมู่บ้านชุมชน ท้องถิ่นทำเองได้เลย (2) กิจกรรมหรือโครงการที่บางส่วนต้องการความร่วมมือหรือการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานที่ร่วมทำงานสนับสนุนอยู่ และ (3) กิจกรรมที่หมู่บ้าน ชุมชน ตำบลไม่สามารถดำเนินการได้เอง ต้องขอความร่วมมือจากภายนอก เช่น ดำเนินการจากแหล่งอื่นทั้งภาครัฐและเอกชน ซึ่งมีโครงการที่ดำเนินการทั้งสิ้นในช่วงระยะเวลา 1 ปี (5) ขั้นพัฒนาศักยภาพทีมแกนนำ คณะผู้วิจัยมีสัมพันธภาพกับทีมแกนนำในพื้นที่เป็นอย่างดี เนื่องจากเป็นพื้นที่เป้าหมายในการบริการวิชาการ ทำให้สามารถสร้างความเข้าใจในกระบวนการ บทบาท และความรับผิดชอบในการบริหารจัดการโครงการ ภาวะผู้นำ และการทำความเข้าใจความต้องการของสมาชิกในชุมชนได้ไม่ยาก โดยดำเนินการพัฒนาศักยภาพแกนนำเรื่องการทำงานเป็นทีม ภาวะผู้นำ และการบริหารโครงการฯ จำนวน 2 ครั้ง มีกลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมโครงการเป็นกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล แกนนำผู้สูงอายุ แกนนำกลุ่มแม่บ้าน เยาวชนและอสม. และ (6) ขั้นวางแผนการดำเนินการ โดยคณะวิจัยจัดประชุมแกนนำชุมชน ตัวแทนกลุ่มแม่บ้านตัวแทนกลุ่มผู้สูงอายุ ตัวแทนเยาวชน และ อสม. ในการกำหนดแผนการดำเนินการ ขั้นตอนการทำงาน ข้อตกลงร่วมในการทำงานร่วมกัน กำหนดคณะกรรมการย่อยของแต่ละโครงการฯ กำหนดกิจกรรมย่อยเสนอในที่ประชุม มีการปรับปรุงจากการนำเสนอจนทุกคนเห็นพ้องต้องกัน จึงกำหนดเป็นแผนงานของโครงการ

2. ระยะดำเนินการ (Action Period) ในระยะนี้แกนนำชุมชน ชาวบ้านร่วมกับคณะวิจัย นำแนวทางการพัฒนาที่วางแผนไว้ไปสู่การดำเนินกิจกรรมโครงการย่อยที่กำหนดขึ้นไปดำเนินการวางแผน ลงมือปฏิบัติ สังเกต และสะท้อนการปฏิบัติร่วมกันกับผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัยและผู้ร่วมกิจกรรมมีการสรุปผลการดำเนินการและข้อเสนอแนะเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาต่อไป

3. ระยะกำกับติดตามและประเมินผล (Monitoring and Evaluation) ระยะนี้เป็นการสะท้อนคิดและปรับปรุงกระบวนการระหว่างการดำเนินการ “ชุมชนจัดการตนเอง” กรณีผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและมีภาวะเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงแบบมีส่วนร่วมของจังหวัดร้อยเอ็ด นำไปปฏิบัติตามแผน/โครงการ โดย (1) การประชุมคณะทำงาน และผู้เกี่ยวข้องระยะทุกวันที่ 20 ของเดือน เพื่อการประเมินผลการดำเนินการเบื้องต้น ถอดบทเรียนความสำเร็จ อุปสรรคในการดำเนินการ และคืนข้อมูลให้กับชุมชน ในประเด็นที่เป็นอุปสรรคมีการปรับปรุงกระบวนการให้เหมาะสมจากการมีส่วนร่วมในการพิจารณาของผู้เกี่ยวข้องผู้ร่วมกิจกรรมเป็นกลุ่มเดียวกับข้อ 2 (2) สรุปประเมินผลเมื่อสิ้นสุดระยะ เวลาดำเนินการที่กำหนดมีการเก็บข้อมูลเพื่อติดตามประเมินผลระหว่างเดือนมีนาคม-เดือนกันยายน 2566 โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่มจัดประชุมผู้เกี่ยวข้องเพื่อการสะท้อนคิด และถอดบทเรียนหัวหน้าโครงการและคณะทำงานสรุปรายงานโครงการทั้งหมด และ (3) รายงานสรุปการนำกระบวนการมีส่วนร่วมไปสู่การดูแลผู้ป่วยโรคจิตและผู้ใช้สารเสพติดที่มีอาการทางจิตและมีภาวะเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (Policy SMI-V: Care) หัวหน้าโครงการหัวหน้าโครงการย่อย และคณะทำงาน สรุปรายงานโครงการทั้งหมด และจัดทำรายงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล จากการใช้กระบวนการ PAR ทำให้เกิดประโยชน์ต่อบุคคล ครอบครัว และชุมชน คณะวิจัยเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณจะเป็นส่วนของข้อมูลลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้ความถี่ ร้อยละ และข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) กำหนดแก่นสาระจากการตีความ (Thematic Analysis) โดยผู้วิจัยอย่างอิสระในการหาข้อสรุปของประเด็นหลัก และการให้ความหมาย สำหรับประเด็น

ที่ผู้วิจัยมีความเห็นไม่ตรงกัน จะนำมาวิเคราะห์ เพื่อหาข้อตกลงร่วมกันอีกครั้งหนึ่งเพื่อให้ได้ข้อสรุปของกระบวนการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 1442565 รับรองเมื่อวันที่ 22 ธันวาคม 2565 โดยได้คำนึงถึงหลักความเป็นอิสระความเท่าเทียมและความเป็นธรรมต่อผู้ร่วมโครงการ และได้ระมัดระวังในการเก็บข้อมูลเป็นความลับโดยการให้รหัสแทนชื่อผู้ให้ข้อมูล

ผลการวิจัย

แบ่งการนำเสนอออกเป็น 3 ส่วนตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ผลการศึกษาสถานการณ์ปัญหา พบว่า (1) ผู้ปฏิบัติงานด้านยาเสพติด อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จำนวน 20 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชายเป็นเพศหญิง จำนวน 14 คน (70.0%) อายุระหว่าง 45-55 ปี สถานภาพสมรสคู่ (80.0%) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (80.0%) ประสบการณ์ทำงานด้านยาเสพติดช่วง 5-10 ปี (50.0%) และ (2) สรุปสถานการณ์จากการสนทนากลุ่ม พบว่า ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มีการรับรู้สถานการณ์ปัญหาตรงกัน มีความตระหนักและให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและมีภาวะเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนหรือก่อความรุนแรงซ้ำ แต่ยังไม่มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เป็นแนวทางปฏิบัติเดียวกัน

2. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและเสี่ยงก่อความรุนแรงในชุมชน สามารถกำหนดแนวทางการจัดการดูแลผู้ป่วยอย่างครบวงจร ดังนี้ 1) ศูนย์คัดกรอง รพ.สต./โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ประเมินคัดแยกประเภทผู้ป่วยยาเสพติดที่สมัครใจมาบำบัดเอง หรือญาติ ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ปกครอง เจ้าหน้าที่ตำรวจ ศาลสั่ง โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว Overt Aggression Scale (OAS) แบ่งกลุ่มผู้ป่วย ดังนี้ คือ (1) กลุ่มสีเขียว (คะแนน OAS - 0) ไม่มีอาการทางจิตเวช (2) กลุ่มสีเหลือง (คะแนน OAS-1) มีอาการทางจิตเวชร่วมด้วย แต่อยู่ในระยะอาการสงบ (3) กลุ่มสีส้ม (คะแนน OAS - 2) มีพฤติกรรมไม่หลับไม่นอน เดินไปเดินมา พูดจาคนเดียว หงุดหงิดฉุนเฉียว หวาดระแวง และ (4) กลุ่มสีแดง (คะแนน OAS-3) มีพฤติกรรมคลุ้มคลั่ง อาละวาด 2) การจัดการส่งต่อ ดูแลรักษา โดยศูนย์คัดกรองยาเสพติด พิจารณาตามระดับความรุนแรงของภาวะเสพติด ตามประเมินพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด (บคก.กสธ.) V.2 และความเสี่ยงก่อความรุนแรงตามแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว OAS ดังนี้ คือ (1) กลุ่มสีเขียว เจ้าหน้าที่ศูนย์คัดกรองประเมินพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด (บคก.กสธ.) V.2 หากเป็นกลุ่มผู้ใช้ผู้เสพ สามารถบำบัดฟื้นฟูในชุมชน CBTx หรือการให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice : BA) และหรือ การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention : BI ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (2) กลุ่มสีเหลือง ส่งต่อโรงพยาบาลร้อยเอ็ด พยาบาลจิตเวชประเมินพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด และส่งพบจิตแพทย์เพื่อรับการดูแลรักษาตามมาตรฐาน (3) กลุ่มสีส้ม และกลุ่มสีแดง เจ้าหน้าที่ตำรวจ/เจ้าหน้าที่ปกครอง นำส่งห้องฉุกเฉินโรงพยาบาล เพื่อจัดการภาวะฉุกเฉิน และส่งต่อให้จิตแพทย์ดูแลรักษาตามมาตรฐานการรักษา และ 3) การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยทีมสหวิชาชีพตามรูปแบบการบำบัดรักษาที่เหมาะสมตามระดับความรุนแรงของภาวะเสพติดตามแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด (บคก.กสธ.) V.2

ตารางที่ 1 รูปแบบการบำบัดรักษาที่เหมาะสมตามระดับความรุนแรงของภาวะเสพติด

กลุ่มผู้ป่วย	แนวทางการช่วยเหลือ
คะแนน V.2 = 2-3 (ผู้ใช้)	เจ้าหน้าที่ รพ.สต.การให้ความรู้และส่งเสริมสุขภาพ (Health Education & Promotion) การให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice : BA) และหรือการบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention : BI จำนวน 1 - 2 ครั้ง เป็นเวลา 2 สัปดาห์การบำบัดโรคร่วมทางจิตเวช
คะแนน V.2 = 4 - 26 (ผู้เสพ)	บำบัดรูปแบบ CBTx 3 เดือน การรักษาแบบผู้ป่วยนอก Modified Matrix program 4 เดือนจิตสังคมบำบัดในโรงเรียน 1-2 เดือน อาจใช้การรักษาด้วยยาร่วมด้วยการบำบัดโรคร่วมทางจิตเวช
คะแนน V.2 ≥ 27 (ผู้ติด)	การบำบัดแบบผู้ป่วยในการรักษาแบบผู้ป่วยนอกและหรือการรักษาด้วยยาร่วมด้วยการรักษาโรคร่วมทางจิตเวชส่งต่อสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

4) การติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน หลังได้รับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ อย่างน้อย 4 ครั้ง/ปี ตามแนวทางติดตามผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู เพื่อเฝ้าระวังอาการทางจิตกำเริบ จากการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ และหรือขาดการรักษาต่อเนื่อง

3. การประเมินผลรูปแบบพบว่า (1) ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและเสี่ยงก่อความรุนแรง ทั้งหมด 30 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (80.0%) อายุอยู่ในช่วง 21-30 ปี (65.15%) จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น (68.90%) สถานภาพสมรสโสด (71.10%) ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป (66.14%) รายได้เฉลี่ย 5,000-10,000 บาทต่อเดือน (75.0%) มีประวัติการใช้ยาเสพติดครั้งแรกช่วงอายุ 12-17 ปี (72.15%) และเคยเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูมากกว่า 1 ครั้ง (70.00%) (2) การหยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือนหลังการบำบัดฟื้นฟู พบว่า ผลการตรวจปัสสาวะเป็นบวก จำนวน 15 คน (50.00%) และผลเป็นลบ จำนวน 50 คน (50.00%) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละการหยุดเสพต่อเนื่องหลังการบำบัดฟื้นฟูและผลการตรวจสารเสพติดในปัสสาวะของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง ระยะ 2 สัปดาห์ 1, 2, 3 เดือน (n = 30)

ระยะเวลาหลังบำบัด	ผลการตรวจปัสสาวะ (จำนวน/ร้อยละ)	
	ผลบวก (Positive)	ผลลบ (Negative)
2 สัปดาห์	10(33.33)	20(66.67)
1 เดือน	10(33.33)	20(66.67)
2 เดือน	12(40.00)	18(60.00)
3 เดือน	15(50.00)	15(50.00)

3.3 ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต และเสี่ยงก่อความรุนแรง มีแนวโน้มลดลง จากปี พ.ศ.2564 – 2566 เป็นจำนวน 110%, 21% และ 3% ราย ตามลำดับ ซึ่งเป็นผลจากการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและเสี่ยงก่อความรุนแรงในชุมชน

3.4 สรุปจากสนทนากลุ่มผู้ปฏิบัติงานด้านยาเสพติด พบว่า ทุกคนสามารถดำเนินการได้ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและเสี่ยงก่อความรุนแรงในชุมชน โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว OAS และแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด (บคก.กสธ.) V.2 และสามารถประสานเพื่อการส่งต่อได้ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและเสี่ยงก่อความรุนแรงในชุมชน สามารถติดตามดูแลหลังผู้ป่วยผ่านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องตามมาตรฐาน เพื่อติดตามเฝ้าระวังการก่อความรุนแรงซ้ำ จากการกลับไปเสพซ้ำหรือขาดการรักษาต่อเนื่อง ประเด็นที่ต้องการพัฒนาต่อยอดการดำเนินงาน คือ การป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติดเชิงบูรณาการทุกภาคส่วน มีมาตรการจัดการกลุ่มผู้ค้าในชุมชนอย่างเข้มข้น และจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาว กรณีผู้ป่วยมีปัญหากลับไปเสพซ้ำบ่อย ครอบครัวชุมชนไม่พร้อมดูแล เพื่อส่งเสริมทักษะการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ ทักษะอาชีพ พร้อมกับเตรียมความพร้อมของครอบครัว ชุมชน และคืนคนดีสู่สังคมต่อไป

วิจารณ์

1) ผลการวิจัยครั้งนี้พบผลเช่นเดียวกับการศึกษาในพื้นที่จังหวัดปัตตานีพบว่าสาเหตุการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำของผู้ที่ผ่านการบำบัดรักษาอาการติดสารเสพติดในพื้นที่จังหวัดปัตตานี ผลการวิจัยพบว่า ขาดความเข้มแข็งด้านจิตใจในการต่อต้านความรู้สึกอยากกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ ผู้ปกครองและครอบครัวเลี้ยงดูในลักษณะปล่อยปละละเลยไม่ใส่ใจต่อบุตรหลาน ขาดทักษะในการปฏิเสธการชักชวนจากเพื่อนที่ยังใช้สารเสพติดอยู่ ซึ่งเกิดจากความเกรงใจเพื่อน และติดว่าตนเองสามารถควบคุมตนองได้ ขาดกิจกรรมหรืออาชีพหลัก และอาชีพเสริม ผู้ที่ติดสารเสพติดไม่ต้องการที่จะเลิกใช้สารเสพติดด้วยใจจริง ปัจจัยกระตุ้นให้ผู้ที่ผ่านการบำบัดรักษาอาการติดสารเสพติดกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำล้วนแล้วเกิดจากสาเหตุ และปัจจัยต่างๆ ปัจจัยกระตุ้นภายในเมื่อชีวิตเกิดความเบื่อหน่าย ความเหงา ความเครียด ขาดความหวังใจชีวิต ส่วนปัจจัยกระตุ้นภายนอก อาทิเช่น การพบเพื่อน ปัญหาในครอบครัว การสื่อของผู้ปกครองสถานที่ชุนชนที่คุ้นเคยเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด การไม่ได้รับการยอมรับไม่ไว้วางใจจากผู้ปกครองและสมาชิกในชุมชน[5] เช่นเดียวกับการศึกษาในอำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนส่วนใหญ่เป็นหน้าที่ของญาติหรือคนในครอบครัวขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน และภาคีเครือข่าย และการแก้ไขปัญหาเดิมนั้นบทบาทหน้าที่หลักเป็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ขาดการบูรณาการเข้ากับระบบสุขภาพระดับอำเภออย่างจริงจัง ขาดการประสานงานระหว่างผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอย่างชัดเจน ครอบครัว และชุมชนยังขาดความรู้ความเข้าใจในการเฝ้าระวังมีความรู้สึกกังวล หวาดกลัว รวมทั้งยังไม่มีระบบเฝ้าระวังผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงอย่างชัดเจนการป้องกันและแก้ไขปัญหาจำเป็นต้องมีการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแล และภาคีเครือข่ายให้มีทักษะมีความรู้ความเข้าใจ มีส่วนร่วมในการสร้างระบบเฝ้าระวัง และสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกระดับเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลต่อเนื่อง เกิดระบบเฝ้าระวัง เกิดรูปแบบการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม และเกิดเครือข่ายต่อไป[6] และสภาพปัญหาของการกระทำผิดซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชมีสาเหตุหลักมาจาก 1) ความเครียด ความกดดัน และความขับข้องใจที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย 2) การขาดยาเพราะขาดคนช่วยดูแล ตลอดจนคนรอบข้างอย่างครอบครัวหรือชุมชนขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช 3) การตีตราของผู้คนในชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดที่พึ่งและถูกกีดกันออกจากสังคมขณะที่อุปสรรคในการป้องกันอยู่ด้วยกันดังนี้ คือ 1) ปัญหาด้านยาเสพติด เนื่องจากปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติดที่มีราคาถูกและหาง่าย 2) ปัญหาด้านความรู้ความเข้าใจในเรื่องสุขภาพจิตของประชาชน และ 3) ปัญหาเชิงระบบและโครงสร้างเพราะการขาดกำลังคน และรอยต่อของระบบการส่งต่อระหว่างสถานพยาบาลกับเรือนจำ[7]

2) ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องการบำบัดระบบเมทริกซ์ โปรแกรมร่วมกับการเสริมสร้างความรู้ด้านโทษ และผลกระทบของยาเสพติดซึ่งเป็นรูปแบบที่มีประสิทธิผลดี ผู้ป่วยมีความรู้มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีอัตราการไม่เสพซ้ำ 3 เดือนหลังจบการบำบัด (3 months remission rate) เพิ่มขึ้น เป็นไปตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้ป่วยพึงพอใจมากขึ้น ผู้ให้การบำบัดให้ความรู้ผู้ป่วยง่าย และชัดเจนขึ้น และมีแนวทางเดียวกัน[8] เช่นเดียวกับการศึกษาบทบาทของคณะกรรมการหมู่บ้านกับการมีส่วนร่วมในการบำบัดผู้ติดยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (CBTX) ในอำเภอเดิมบางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี พบข้อสังเกตว่านอกจากการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการหมู่บ้านแล้วสิ่งที่ทำให้คณะกรรมการหมู่บ้าน สามารถดำเนินโครงการการบำบัดผู้ติดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและประสบความสำเร็จได้นั้น มีองค์ประกอบเพิ่มเติม คือ (1) ประชาชน (คณะกรรมการหมู่บ้าน) เป็นผู้ริเริ่มในการนำโครงการนี้เข้ามาในหมู่บ้านโดยไม่ได้รอให้ส่วนราชการเป็นผู้สั่งการลงมายังหมู่บ้าน (2) ประชาชน (คณะกรรมการหมู่บ้าน) มีการสร้างเครือข่ายความร่วมมือในลักษณะของเครือข่ายการบริหารกิจการบ้านเมือง (3) มีการระดมงบประมาณในหมู่บ้าน ผ่านการประชาคมหมู่บ้าน โดยไม่ได้พึ่งพางบประมาณที่มาจากฝ่ายรัฐดังนั้นจะเห็นได้ว่าฝ่ายปกครองจะต้องเป็นผู้ที่ค้นหาศักยภาพของแต่ละหมู่บ้าน โดยแต่ละหมู่บ้านมีศักยภาพไม่เท่ากันและต้องไม่คาดหวังให้ทุกหมู่บ้านเก่งในด้านเดียวกัน แต่ควรส่งเสริมให้แต่ละหมู่บ้านดำเนินการตามศักยภาพตนเองและตามความประสงค์ของแต่ละหมู่บ้าน ต้องมีการกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมผ่านการประชาคมหมู่บ้าน และฝ่ายปกครองมีหน้าที่ในการช่วยให้คณะกรรมการหมู่บ้านสร้างเครือข่ายกับหน่วยงานต่างๆ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ งบประมาณ ทรัพยากรบุคคล และทรัพยากรในด้านอื่นๆ เพื่อให้เกิดการทำงานแบบเครือข่าย และสามารถบูรณาการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ได้[9]

ในทำนองเดียวกับแนวทางการป้องกันผู้ป่วยจิตเวชอาการกำเริบรุนแรงซ้ำในชุมชนตำบลสระพังทอง อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ประกอบด้วยขั้นตอน 1) การมีส่วนร่วมในชุมชน โดยทุกภาคส่วนในชุมชนควรเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช มีการจัดกิจกรรมร่วมกันในชุมชน รวมถึงการแสดงออกถึงความรักความห่วงใยแก่ผู้ป่วยซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชมีอาการดีขึ้น 2) การมีกิจกรรมร่วมกันของคนในชุมชนโดยให้ผู้ป่วยจิตเวชเข้าร่วมการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง 3) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตเวชและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน 4) การตั้งกฎเกณฑ์ของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งกฎเกณฑ์ในชุมชนนั้นสามารถใช้บังคับการกระทำอันเป็นปัจจัยเสี่ยงที่จะส่งผลถึงการกำเริบของอาการผู้ป่วยได้ เช่น การห้ามจำหน่ายเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์แก่ผู้ป่วยจิตเวช การจำหน่ายเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ช่วงเวลา 17.00-21.00 น. งดจำหน่ายในวันพระวันสำคัญทางพระพุทธศาสนา และห้ามขายเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ให้แก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี เป็นต้น 5) การแก้ไขปัญหาระบบการติดตามผู้ป่วยผิดนัดโดยใช้การสื่อสารผ่านระบบ Line, Facebook และ 7) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สรุปผลการดำเนินงานและถอดบทเรียนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย เป็นระยะๆ เพื่อหาจุดบกพร่องหรือวิเคราะห์ปัญหานำไปสู่การปรับปรุงแก้ไขพัฒนาให้เหมาะสมกับ ความต้องการของผู้ป่วย/ญาติผู้ดูแลตามบริบทของชุมชน[10] และสอดคล้องกับรูปแบบการป้องกันตนเองในการใช้สารเสพติดซ้ำของผู้ที่ผ่านการบำบัดรักษาอาการติดสารเสพติดในพื้นที่จังหวัดปัตตานี พบว่ามี 4 รูปแบบ คือ 1) รูปแบบการป้องกันตนเองในการใช้สารเสพติดซ้ำด้วยตนเอง พบว่า (1) การส่งเสริมความรู้ การส่งเสริมทักษะชีวิต และสร้างภูมิคุ้มกันด้วยหลักศาสนาอิสลาม (2) การสร้างเป้าหมายและตารางการดำเนินชีวิตใหม่ (3) การกระตุ้นในระดับจิตใต้สำนึกและความคิดให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้วยการปลูกฝังรู้สึกถึงความเกรงกลัวต่อพระผู้เป็นเจ้า ความกตัญญูกตเวทีต่อผู้ปกครอง (4) การสร้างความเชื่อมั่นให้เกิดขึ้นในตนเองว่าตนเองสามารถหลีกเลี่ยงการกลับเข้าสู่วงจรเดิมได้ (5) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางความคิด (6) การเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาต้องสมัครใจ 2) รูปแบบการป้องกันตนเองในการใช้สารเสพติดซ้ำด้วยครอบครัว พบว่า (1) การเสริมสร้าง

ความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ปกครองเกี่ยวกับสารเสพติด และการบำบัด (2) การสร้างความไว้วางใจ ความเชื่อใจต่อผู้ผ่านการบำบัดรักษาอาการติดสารเสพติด (3) การสร้างพื้นที่หรือวงสนทนาระหว่างสมาชิกในครอบครัวให้เกิดบรรยากาศของการพูดคุยสนทนาเพื่อสร้างความเข้าใจ (4) การวางแผนเพื่อการสร้างเป้าหมายในชีวิตแก่ผู้ที่ผ่านการบำบัดฯ (5) การสื่อสารของสมาชิกภายในครอบครัวที่จะต้องตั้งอยู่บนพื้นที่ฐานความเข้าใจความรู้สึกของผู้ที่ผ่านการบำบัดรักษาอาการติดสารเสพติด (6) การเตรียมความพร้อมของผู้ปกครอง เพื่อรองรับการกลับมาของผู้ที่ผ่านการบำบัดรักษาอาการติดสารเสพติด (7) การเตรียมพร้อมด้านอาชีพ 3) รูปแบบการป้องกันตนเองในการใช้สารเสพติดซ้ำด้วยชุมชนและสังคมพบว่า (1) การปรับมุมมองทางความคิดของสมาชิกในชุมชนในลักษณะของการไม่ตีตราถึงความผิดพลาดที่เกิดขึ้นในอดีต (2) การสร้างคุณค่าในตัวผู้ผ่านการบำบัดรักษาอาการติดสารเสพติด (3) ชุมชนต้องเป็นชุมชนที่มีความรู้เกี่ยวกับการจัดปัญหาของสารเสพติดได้ (4) การสร้างบรรยากาศของการเรียนรู้ภายในชุมชน โดยเฉพาะการเข้าถึงการศึกษา (5) การสร้างอาชีพเสริม (6) การมีส่วนร่วมในการจัดการชุมชนของสมาชิกในชุมชน (7) การมีผู้นำที่ดีและมีความเข้มแข็ง และ 4) รูปแบบการป้องกันตนเองในการใช้สารเสพติดซ้ำด้วยระบบกฎหมาย พบว่า การดำเนินการทางกฎหมายเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยเพิ่มโอกาสแก่ผู้ที่ติดสารเสพติดสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติด้วยการพิจารณา การกำหนดสิทธิการเข้าถึงข้อมูลและการเผยแพร่ข้อมูลส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ที่ผ่านการบำบัดอาการติดสารเสพติดต่อสาธารณะ อาจจะส่งผลกระทบต่อผู้ที่ผ่านการบำบัดรักษาฯ ได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถหาทางออกและช่องทางที่สร้างโอกาสและความเป็นธรรมแก่ทั้งสองฝ่ายได้[5]

3) ผลการวิจัยครั้งนี้พบผลเช่นเดียวกับการศึกษาที่โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยหยุดเสพที่ 3 เดือน หลังครบการบำบัดร้อยละ 76.9 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับประสิทธิผลการบำบัดรักษา คือ การบำบัดรักษาแบบสมัครใจ (p=.03) กล่าวได้ว่า การบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติดโดยใช้รูปแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรมแบบประยุกต์ของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์มีประสิทธิผล จึงควรประชาสัมพันธ์เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการบำบัดรักษาแบบสมัครใจของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์เพื่อเพิ่มโอกาสในการหยุดเสพสารเสพติด; พัฒนาเครื่องมือเป็นชุดเสริมสร้างความรู้และชุดประเมินความรู้ผู้ป่วย สำหรับผู้ป่วยสารกระตุ้นประสาท จำนวน 17 ข้อ ผู้ป่วยกัญชา 10 ข้อ และผู้ป่วยสารระเหย 10 ข้อ มีผู้จบการบำบัดสารกระตุ้นประสาท 43 คน กัญชา 27 คน และสารระเหย 12 คน ผู้ป่วยสารกระตุ้นประสาทมีคะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นร้อยละ 36.7 (คะแนนเฉลี่ย 10.93±2.91 และ 14.94±1.82, p<.001) ผู้ป่วยกัญชามีคะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นร้อยละ 79.6 (คะแนนเฉลี่ย 4.90±1.88 และ 8.80±0.78, p< .001) และผู้ป่วยสารระเหยมีคะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นร้อยละ 83.7 (คะแนนเฉลี่ย 3.69+0.89 และ 6.78 ± 1.06, p< .001) อัตราการไม่เสพซ้ำ 3 เดือนหลังจบการบำบัดเพิ่มจากร้อยละ 80.4 ในปี พ.ศ.2560 เป็นร้อยละ 92.7 ในปี พ.ศ.2562 และอัตราจบการบำบัดเพิ่มจากร้อยละ 61.3 ในปี พ.ศ.2560 เป็นร้อยละ 81.2 ในปี พ.ศ.2562 ผู้ป่วยที่มีคะแนนความรู้หลังจบการบำบัดระดับสูงหยุดเสพยาได้ 3 เดือนหลังจบการบำบัดในอัตราที่สูงกว่าผู้ป่วยที่มีคะแนนความรู้ระดับต่ำ และผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดร้อยละ 64.6 และระดับมาก ร้อยละ 27.1[8]; กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช และการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเพิ่มขึ้นก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง และหลังการพัฒนาอยู่ในระดับมาก (Mean=13.55, SD.=2.80 และ Mean=16.05, SD.=2.88 ตามลำดับ) และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <.05) โดยมีคะแนนผลต่างค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 2.50 คะแนน (95%CI-1.67-3.33) ส่วนคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเพิ่มขึ้นโดยก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับน้อยและหลังการพัฒนาอยู่ในระดับมาก (Mean=1.49, SD.=0.38 และ Mean= 2.58, SD.=0.16 ตามลำดับ) และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ (p<.05) โดยมีคะแนนผลต่างค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 1.10 คะแนน (95%CI=1.01-1.17)[9-11]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย จากการดำเนินงาน พบว่า (1) ปัญหาสภาพแวดล้อมภายใน และขั้นตอนการดำเนินงาน เช่น ความไม่ชัดเจนในการปฏิบัติและแนวทางการปฏิบัติในการนำผู้เสพเข้าสู่กระบวนการบำบัดที่ไม่ชัดเจน ทำให้การทำงานล่าช้าได้ (2) การนำผู้เสพเข้าสู่กระบวนการบำบัดที่ต้องมีการชี้แจงขั้นตอนการปฏิบัติให้แก่ทีมงาน เพื่อให้ทุกพื้นที่มีการดำเนินงานที่เหมือนกัน และงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรสำหรับการดำเนินงานตามโครงการดังกล่าว ควรมีความยืดหยุ่นเอื้อต่อการปรับใช้ตามความเป็นจริงในพื้นที่และครอบคลุมความจำเป็น (3) การค้นหาผู้เสพยาเสพติดอาจไม่ได้รับความร่วมมือจากผู้ปกครองของผู้ที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดในหมู่บ้านชุมชน และ (4) การติดตามไม่สามารถติดตามผู้ผ่านการบำบัดโครงการดังกล่าวได้ เนื่องจากย้ายไปอยู่ที่อื่นโดยไม่ทราบสถานที่ จึงต้องมีการติดตามอยู่ต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการป้องกัน และปราบปรามยาเสพติด แผนปฏิบัติการด้านการป้องกัน และปราบปรามยาเสพติด พ.ศ.2565. กระทรวงยุติธรรม; 2565.
2. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ.2563. กรุงเทพฯ: กองกฎหมาย สำนักงานคณะกรรมการป้องกัน และปราบปรามยาเสพติด; 2563.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. สรุปสถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวช.ร้อยเอ็ด: กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด; 2565.
4. สุกุมา แสงเตือนฉาย, สำเนา นิลบรรพ์, วัชรี มีศิลป์. คู่มือการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดยาและสารเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ. กรุงเทพฯ: สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี; 2563.
5. อับดุลคอลิก อัรรอฮีมีย์, สวัสดิ์ ไหลภาภรณ์, จิรัชยา เจียวก๊ก, ฐานิดาภัทฐ์ แสงทอง. รูปแบบการป้องกันตนเองในการใช้สารเสพติดซ้ำของผู้ติดสารเสพติดในพื้นที่จังหวัดปัตตานี : กรณีศึกษาผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดในศูนย์บำบัดบ้านแสนสุข และสถาบันปอเนาะพัฒนาเยาวชน. ศูนย์ศึกษาปัญหายาเสพติด (ศศก.); 2564.
6. รัศมี ชุดพิมาย. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชนด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2565;16(3):851-67.
7. กฤตภาส ไทยวงษ์. การพัฒนาแนวทางการป้องกันกระทำผิดซ้ำในผู้ป่วยนิติจิตเวช [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2565.
8. นีรนุช โชติวรางกูล. การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรู้ร่วมกับการบำบัดระบบเมทริกซ์โปรแกรมในผู้ป่วยยาเสพติดเพื่อป้องกันการเสพซ้ำ. วารสารวิชาการแพทย์และสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3. 2564;18(3):203-24.
9. สันติ อุทรังษ์, ไกรทอง ไชยมัชชิม, สายทิพย์ สงัดเงียบ, ธัญญลักษณ์ ไชยสุขมูลเรอรุพ. การพัฒนารูปแบบการป้องกันผู้ป่วยจิตเวชอาการกำเริบรุนแรงซ้ำในชุมชนตำบลสระพังทอง อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2566;32(5):850-63.
10. วรินทร ทิพย์คำ. บทบาทของคณะกรรมการหมู่บ้านกับการมีส่วนร่วมในการบำบัดผู้ติดยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (CBTX): กรณีศึกษาอำเภอเดิมบางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2564.
11. กนกลักษณ์ ศิริรุ่งวัฒนากุล. ประสิทธิผลและปัจจัยที่มีผลต่อการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติดโดยใช้รูปแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรมแบบประยุกต์ของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. สวรรค์ประชารักษ์เวชสาร. 2562;16(1):23-33.

การพัฒนาระบบการดูแลเด็กสมาธิสั้นแบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน ของโรงพยาบาลอาจสามารถ

Development of Community Network Participated Care System with Attention-deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), At Samat Hospital

จิดาภา แสงกล้า* รัชนีกร ไข่หิน มานิตย์ ซาชิโย*** ชาญณรงค์ ชัยอุดมสม****
กรรณิการ์ โชคชาตรี***** ประนอม นนทฤทธิ์******
Jidapa Sangkla, Ratchaneekohn kaihin, Manit Sachiyo, Charnnarong Chaiudomsom,
Kannik Chockatree, Pranom Nontarit**
Corresponding author: E-mail: aomsinphuwin@gmail.com
(Received: May 23, 2024; Revised: May 28, 2024; Accepted: June 24, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อการวิเคราะห์สถานการณ์ พัฒนาระบบ และประเมินระบบการดูแลเด็กสมาธิสั้นแบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนของโรงพยาบาลอาจสามารถ

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development : R&D)

วัสดุและวิธีการวิจัย : ผู้ให้ข้อมูลหลักประกอบด้วยผู้ใช้บริการ ผู้ให้บริการ และผู้รับผิดชอบระบบดูแลผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นในเครือข่ายบริการ ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนตุลาคม 2564 ถึงเดือนกันยายน 2566ระยะเวลาดำเนินงาน 3 ปี การวิจัยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ การวิเคราะห์สถานการณ์ พัฒนาระบบ และประเมินผลระบบ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรม SNAP-IV (Short Form) แบบประเมิน การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น และแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัย : 1) พบปัญหาทั้ง Pre-hospital In-Hospital และ Referral system 2) ระบบการดูแลเด็กสมาธิสั้นแบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน ประกอบด้วย (1) วิเคราะห์และศึกษาสภาพปัญหา (2) พัฒนาศักยภาพเครื่องข่ายด้านความรู้และปรับทัศนคติของผู้เกี่ยวข้อง (3) คัดกรองและค้นหาในชุมขน และโรงเรียน (4) ส่งต่อโรงพยาบาลชุมชนในรายที่ไม่ซับซ้อนส่งพบแพทย์ Coaching โดยจิตแพทย์เด็กและให้รักษา แต่ในรายที่ซับซ้อนส่งต่อโรงพยาบาลร้อยเอ็ด (5) คืนข้อมูล เพื่อติดตาม และดูแลร่วมกัน และ (6) แลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดย After action review หลังดำเนินการแต่ละวงรอบ และ 3) ผลการประเมินระบบฯ พบว่า ความชุกของโรคสมาธิสั้น ตั้งแต่ ปี พ.ศ.2564-2566 พบว่า คิดเป็น 9.11% (282/3,094), 9.66% (302/3,125), 11.43% (306/2,678) พบอุบัติการณ์การก่อเหตุความรุนแรงลดลง คิดเป็น 70.0%, 50.0% และ 40.0% ตามลำดับ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนโดยรวมเพิ่มขึ้น 76.81% และสามารถใช้ชีวิตในโรงเรียน และสังคมอย่างปกติสุขเพิ่มขึ้น 30.46%

สรุปและข้อเสนอแนะ : จากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าระบบการดูแลเด็กสมาธิสั้นสามารถลดปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นได้ ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้อควรนำไปปรับใช้ให้สอดคล้องกับบริบทต่อไป

คำสำคัญ : การดูแลเด็กสมาธิสั้น; แบบมีส่วนร่วม; เครือข่ายชุมชน

*,**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลอาจสามารถ ***ผู้อำนวยการโรงเรียนอนุบาลเมืองอาจสามารถ
****นายแพทย์ชำนาญการ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
*****ผู้อำนวยการกองการศึกษา ศาสนาและวัฒนธรรม ประเพณี องค์การบริหารสวนตำบลดู่
******ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านลิ้นฟ้า

Abstract

Purposes : To analyze a situation, develop the system, and evaluate results on community network participated care system with attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD), At Samat Hospital.

Study design : This research is a Research and Development (R&D) study.

Materials and Methods : The Key informants were include service users, service providers, and those responsible for the care system for children with ADHD within the service network. The research was divided into three phases: situation analysis, system development, and system evaluation. Data collection were carried out using the SNAP-IV (Short Form) behavior rating scale, an evaluation form for adherence to ADHD care and referral guidelines, and a set of focus group discussion. Data analysis were performed using frequency, percentage, mean, standard deviation and content analysis.

Main findings : 1) Issues were found in the pre-hospital, in-hospital, and referral systems. 2) The ADHD care system involving community network participation consists of: (1) analyzing and studying the problem situation, (2) enhancing the network's knowledge and adjusting the attitudes of those involved, (3) screening and identifying cases in the community and schools, (4) referring non-complex cases to community hospitals to be seen by a physician coached by a child psychiatrist, and referring complex cases to Roi Et Hospital, (5) providing feedback for follow-up and joint care, and (6) exchanging knowledge through After Action Review after each cycle of implementation. And 3) The evaluation results showed that the prevalence of ADHD from 2021 to 2023 were 9.11% (282/3,094), 9.66% (302/3,125), and 11.43% (306/2,678), respectively. Additionally, the incidence of violent incidents decreased to 70.0%, 50.0%, and 40.0% respectively. The overall academic achievement increased by 76.81%, and the ability to live a normal life in school and society improved by 30.46%.

Conclusion and recommendations : This study shows that ADHD care system can reduce behavioral problems in ADHD. Therefore, related agencies should continue to adapt it to be consistent with context. The research was conducted from October 2021 to September 2023, spanning a period of 3 years.

Keywords : Attention-deficit Hyperactivity Disorder care (ADHD); Participated; Network Community

*,**Registered Nurse, Professional Level, At Samat Hospital.

***Directo of the Education, Muang At Samat.

****Medical Physician, Professional Level, Institute for Child and Adolescent Mental Health Northeast.

*****Director of the Education, Religion Culture and Traditions Division, Du Subdistrict Administrative Organization.

******Teacher, Ban Lin Fa Child Development Center.

บทนำ

โรคสมาธิสั้นเป็นโรคที่พบบ่อยในจิตเวชเด็ก อาการที่สำคัญของโรคสมาธิสั้นคือขาดสมาธิ อยู่ไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่น และดื้อต่อต้าน[1] ประเทศไทยมีอัตราความชุกของโรคสมาธิสั้นประมาณร้อยละ 6.0 และพบมากในเพศชายมากกว่าหญิง 3 - 4 เท่า การรักษามีทั้งการใช้ยาและการปรับพฤติกรรม เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นไม่สามารถใช้ชีวิตในห้องเรียนได้เหมือนเด็กปกติ มักจะรบกวนชั้นเรียนเนื่องจากการที่ทำอะไรไม่ได้เท่ากับเพื่อนจะรู้สึกเศร้าและหงุดหงิด เมื่อไม่เป็นที่ชื่นชอบของเพื่อนร่วมชั้นจะไม่อยากไปโรงเรียน รู้สึกโดดเดี่ยวไร้ค่า ทำให้มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวได้ ผลกระทบที่แท้จริงของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นที่ไม่ได้รับการประเมินและการบำบัดรักษานั้นมีความรุนแรงและเป็นปัญหาระยะยาวทั้งต่อตัวเด็กครอบครัวและสังคม[2-4] เช่นเดียวกับสถานการณ์เด็กสมาธิสั้นในอำเภออาจสามารถตั้งแต่ปี พ.ศ.2560-2566 พบว่า ค้นพบเด็กสมาธิสั้นและได้เข้าสู่กระบวนการรักษาแล้ว จำนวน 14, 38, 164, 230, 424 ,450, 454 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.38, 7.86 , 34.96 , 49.69 , 91.59, 103.52 และ 111.66 ตามลำดับ จากจำนวนเด็กวัยเรียนทั้งหมด 7, 944 คน และทั้งหมดมีปัญหาการเรียน บางรายก่อความรุนแรงในสังคม[5]

อาการของโรคสมาธิสั้นที่สำคัญ คือ พฤติกรรมขาดสมาธิที่ต่อเนื่อง พฤติกรรมซนมากกว่าปกติหรืออยู่ไม่นิ่ง และพฤติกรรมขาดการยั้งคิดหรือหุนหันพลันแล่น เด็กสมาธิสั้นนั้นยังมีปัญหาที่สำคัญ คือ การขาดทักษะทางสังคม ได้แก่ พฤติกรรมเจ้ากี้เจ้าการ ก้าวร้าว แกล้งผู้อื่น หงุดหงิดง่าย ไม่ตั้งใจในขณะปฏิบัติกิจกรรม และการไม่เคารพกฎกติกากลุ่มจนทำให้เกิดการขัดแย้งกับผู้อื่น ปัญหาเหล่านั้นส่งผลให้เด็กสมาธิสั้น มีพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับลักษณะของบุคลิกภาพแบบอันธพาลที่จะเกิดขึ้นในวัยผู้ใหญ่ที่จะก่อให้เกิดผลกระทบต่อตัวเด็กสมาธิสั้นเอง ครอบครัว ตลอดจนสังคมรอบข้าง และที่สำคัญส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น[3] ผลกระทบของโรคสมาธิสั้นต่อตัวเด็ก ส่งผลให้มีปัญหาการเรียน การออกจากระบบการศึกษา เนื่องจากความบกพร่องด้านความสามารถในการเรียนรู้ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงมีปัญหาในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากปัญหาพฤติกรรม เป็นต้น ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในเรื่องความเครียดในการดูแล กรจัดการกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น มีภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นในการรักษาหรือดูแลเด็กตลอดจนส่งผลกระทบต่อสังคม เช่น เป็นอันตรายต่อสังคม เนื่องจากมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง มีพฤติกรรมเกเร (Conduct disorder) ดื้อต่อต้าน (Oppositional defiant disorder) เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาการใช้สารเสพติดและปัญหาทางจิตเวชอื่นๆ นอกจากนี้อาจก่อให้เกิดอาชญากรรมและความรุนแรงในสังคมตามมาได้[6] จากการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้นมีหลายปัจจัย เช่น ด้านพฤติกรรมของเด็กและครอบครัว ได้แก่ เด็กที่มีพฤติกรรมการรังแก ข่มขู่ ระดับความรู้สึกมีค่าในตนเองต่ำ ความขัดแย้งในครอบครัว ครอบครัวขนาดใหญ่มีบุตรมากกว่า 4 คน เด็กไม่ได้อยู่กับพ่อ-แม่พ่อแม่เป็นโรคจิตประสาท ติดสุรา หรือสารเสพติดและเด็กที่มีประวัติสอบตกล้วนเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมและปัญหาทางอารมณ์ รวมถึงพ่อแม่ที่เลี้ยงดูเด็กในทางลบ เช่น การทำโทษ ไม่เคยชมหรือให้รางวัลพูดถึงพฤติกรรมไม่ดีของเด็กอยู่เสมอ ใช้ความรุนแรงก็มีความสัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้น[7]

ปัจจุบันการรักษาภาวะสมาธิสั้นส่วนใหญ่จะบำบัดรักษาด้วยยา และแบบผสมผสานเช่น การบำบัดด้วยยาร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคม และการบำบัดทางเลือกในการรักษาด้วยยา จะมียาหลักที่ใช้บ่อยกับการรักษาเด็กกลุ่มนี้คือ ยาเมททิลฟินิเดท (Methy/phenidate) หรือ ริทาลิน (Rialin) โดยจะออกฤทธิ์ที่สมองส่วนหน้าซึ่งทำหน้าที่ควบคุมระดับการตื่นตัวและสมาธิ ยาตัวนี้ออกฤทธิ์เร็วเห็นผลชัดเจนและมีความปลอดภัยสูง เด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นร้อยละ 75-80 จะตอบสนองดีต่อยา แต่อย่างไรก็ตามผลข้างเคียงของยาคือ ทำให้เด็กเบื่ออาหาร น้ำหนักลด ปวดศีรษะและนอนไม่หลับ[8] สำหรับการบำบัดทางจิตสังคมในแต่ละรูปแบบขึ้นอยู่กับพฤติกรรมและสภาพปัญหาของเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นและบริบทของครอบครัวและผู้ดูแล การบำบัดทางจิตสังคมได้แก่ การช่วยเหลือทางด้านจิตใจ การให้ความรู้เรื่องที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคแก่บิดามารดา การให้เด็กเข้าใจเกี่ยวกับ

พฤติกรรมของตนเองว่าตนเองไม่ได้เป็นคนไม่ดี การปรับพฤติกรรมแด็ก ได้แก่ ฝึกให้เด็กมีสมาธิ มีความอดทน รู้จักควบคุมตนเอง การปรับพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็ก เช่น โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมตามแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กชายสมาธิ การทำพฤติกรรมบำบัดเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น เป็นต้น และการช่วยเหลือเด็กทางด้านการเรียน โดยบิดามารดาควรมีการประสานงานกับครูที่ดูแลเด็กเพื่อจัดการเรียนการสอนที่เหมาะสมให้แก่เด็ก[9]

อย่างไรก็ตามบทบาทของพยาบาลในการดูแลเด็กสมาธิสั้นต้องประสานความร่วมมือกันระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ปกครอง และครู โดยมีเป้าหมายร่วมกัน คือ มุ่งเน้นให้เด็กมีความปลอดภัยทั้งจากอุบัติเหตุ การใช้ยา อันตรายที่จะเกิดขึ้นทั้งต่อตนเองและผู้อื่น ส่งเสริมให้เด็กสามารถดูแลช่วยเหลือรับผิดชอบตนเองได้เหมาะสมตามช่วงวัย มีความภาคภูมิใจในตนเองปรับตัวอยู่กับครอบครัวเพื่อนในโรงเรียนและสังคมได้ พยาบาลซึ่งทำหน้าที่ติดต่อโดยตรงกับแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ผู้ปกครอง และครู จึงมีบทบาทสำคัญ ทั้งการประสานให้เด็กได้รับการรักษาช่วยเหลือ การส่งเสริมกำลังใจให้ผู้ปกครองมีการจัดการกับความเครียด ยอมรับการเจ็บป่วย ตอบสนองความต้องการและการดูแลเด็กที่เหมาะสม รวมถึงการให้คำแนะนำในการคัดกรอง การสังเกตุอาการและการดูแลให้เด็กได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องที่โรงเรียนกับครู ซึ่งบทบาทหลักของพยาบาลในการดูแลเด็กสมาธิสั้น[10]

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของผู้ดูแลถือเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญอย่างมากในการดูแลเรื่องการรับประทานยาของเด็ก ทั้งการตัดสินใจในการให้เด็กใช้ยาและการปฏิบัติเพื่อให้เด็กรับประทานยาสมาธิสั้นต่อเนื่อง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาระบบการดูแลเด็กสมาธิสั้นแบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนของโรงพยาบาลอาจสามารถ ประเด็นด้านทัศนคติของผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคสมาธิสั้น การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการรับรู้ตราบาปของเด็กสมาธิสั้น การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเกิดผลข้างเคียงจากยารักษาสมาธิสั้น ความถี่ในการรับประทานยารักษาสมาธิสั้นต่อวันและระยะเวลาในการใช้ยารักษาสมาธิสั้น ซึ่งผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปปรับใช้ในการวางแผนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ พัฒนาระบบ และประเมินผลระบบการดูแลเด็กสมาธิสั้นแบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนของโรงพยาบาลอาจสามารถ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development : R & D) ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนตุลาคม 2564 ถึงเดือนกันยายน 2566 ระยะเวลาดำเนินงาน 3 ปี ทำการศึกษาที่ในโรงพยาบาลอาจสามารถ และโรงพยาบาลเครือข่ายประกอบด้วยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภออาจสามารถ จำนวน 13 แห่ง และ PCU โรงพยาบาลอาจสามารถ จำนวน 1 แห่ง

ผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วย 1) ผู้ใช้บริการ ได้แก่ ผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น และผู้ดูแล ในระยะศึกษาสถานการณ์ จำนวน 10 คน ระยะพัฒนาระบบดูแล จำนวน 12 คน 2) บุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลอาจสามารถ จำนวน 17 คน และ 3) ผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงานระบบดูแลผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นในเครือข่ายบริการ จำนวน 16 คน ผู้ร่วมวิจัย เป็นบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลอาสามารถและเครือข่ายบริการ จำนวน 72 คน และผู้ร่วมกิจกรรม ได้แก่ คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภออาจสามารถ (คป.สอ.) เทศบาลตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำชุมชน โรงเรียน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 90 คน

เครื่องมือที่ใช้การดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติการดูแลและส่งต่อเด็กสมาธิสั้นในระบบการดูแล ซึ่งผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัยและเครือข่ายได้ร่วมกันสร้างขึ้นจากการระดมสมอง และทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) แบบประเมินพฤติกรรม SNAP-IV (Short Form) ของสถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข[11] สำหรับผู้ปกครอง และครูประกอบด้วยข้อมูลของชื่ออายุ เทอม ผู้ตอบแบบสอบถามมีความสัมพันธ์กับเด็กเป็นคุณครูประจำ วันที่ประเมิน ปี ชั้นเรียน และผลการเรียนเฉลี่ยเป็นแบบประเมินแบบมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับวิธีการแปลผลดังนี้แต่ละข้อคิดคะแนนเป็น 4 ระดับ 0 = ไม่เลย 1 = เล็กน้อย 2 = ค่อนข้างมาก 3 = มาก ประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อ จำแนกเป็น 3 ด้าน คือ ด้านขาดสมาธิ 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-9 (SNAP-Inattention) ด้านซนอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 10-18 (SNAP-Hyperactivity/Impulsivity) และด้านดื้อ /ต่อต้าน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 19-26 (SNAP-ODD) แล้วรวมคะแนนของแต่ละด้านเปรียบเทียบกับ คะแนนมาตรฐานของผู้ปกครอง หากมีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับะแนนมาตรฐาน ให้สงสัยว่าเด็กมีปัญหาในด้านนั้นๆ ก่อนพาเด็กไปพบแพทย์เพื่อได้รับการตรวจเพิ่มเติมต่อไป

	คะแนนมาตรฐานสำหรับครู	คะแนนมาตรฐานสำหรับผู้ปกครอง
ด้านขาดสมาธิ	18	16
ด้านซน อยู่ไม่นิ่ง หุนหันพันแล่น	11	14
ด้านดื้อ ต่อต้าน	8	12

2) แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบปฏิบัติและไม่ปฏิบัติ/ปฏิบัติไม่สมบูรณ์ โดยกำหนดคะแนนค่าน้ำหนัก คะแนน 2 ระดับ (1 = ปฏิบัติ, 0 = ไม่ ปฏิบัติ/ปฏิบัติไม่สมบูรณ์) สำหรับแบบประเมินนี้พยาบาลผู้รับผิดชอบหลักในระบบการดูแลโรงพยาบาลอาจสามารถ เป็นผู้ใช้ในการประเมินการปฏิบัติของบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและเครือข่าย

3) แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ แนวคำถามการสนทนากลุ่มในระยะศึกษาสถานการณ์ และระยะทดลองการพัฒนาระบบบริการ ลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด

4) แนวทางการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแลลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน สำหรับแบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลและส่งต่อเด็กสมาธิสั้นได้มีการหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการทดสอบสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .92

วิธีดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ ดำเนินการโดย 1) รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับการส่งต่อในปีงบประมาณ พ.ศ.2560-2566 โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย 2) สัมภาษณ์ผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นและผู้ดูแล จำนวน 12 คน 3) สนทนากลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลอาจสามารถ จำนวน 5 คน ประกอบด้วย แพทย์ 1 คน พยาบาล 2 คน และนักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 2 คน 4) สนทนากลุ่มผู้รับผิดชอบหลักการดำเนินงานระบบการดูแลในเครือข่ายบริการ จำนวน 15 คน โดยเป็นพยาบาลจากโรงพยาบาลอาจสามารถ จำนวน 1 คน สำนักงานสาธารณสุขอำเภออาจสามารถ 1 คน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 13 คน

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบการดูแลเด็กสมาธิสั้นโดยนำประเด็นปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์มาสะท้อนในเวทีการประชุมเชิงปฏิบัติการในกลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องและทำการสนทนากลุ่มเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหา หลังจากนั้นดำเนินการวางแผน

ลงมือปฏิบัติ สังเกต และสะท้อนการปฏิบัติร่วมกันกับผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัยและผู้ร่วมกิจกรรมมีการสรุปผลการดำเนินการและข้อเสนอแนะเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาต่อไป

ระยะที่ 3 การประเมินผล ดำเนินการไปพร้อมกับการพัฒนาระบบการดุแลเด็กสมาธิสั้นโดยประเมินจาก 1) แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย 2) แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลและส่งต่อเด็กสมาธิสั้น 3) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม และ 4) แนวทางการสัมภาษณ์ผู้ดูแล

วิเคราะห์ข้อมูล

ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

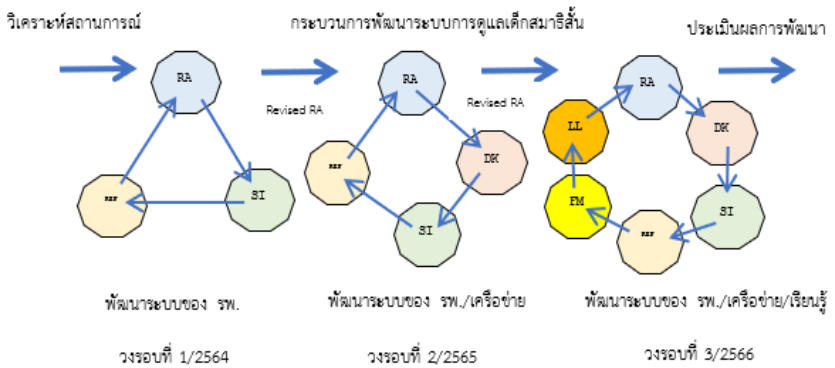
งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดเลขที่ COE1452563/ COE1765864/ COE1472565 โดยได้คำนึงถึงหลักความเป็นอิสระความเท่าเทียมและความเป็นธรรมต่อผู้ร่วมโครงการ และได้ระมัดระวังในการเก็บข้อมูลเป็นความลับโดยการให้รหัสแทนชื่อผู้ให้ข้อมูล

ผลการวิจัย

แบ่งการนำเสนอออกเป็น 3 ส่วนตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ พบปัญหาทั้ง Pre-hospital In-Hospital และ Referral system จากปัญหาดังกล่าวได้มีการวางแผนตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ปัญหาโดยนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์ในระยะที่ 1 เข้าที่ประชุมและร่วมกันระดมสมองเพื่อวางแผนร่วมกันระหว่างผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัย และผู้ร่วมกิจกรรม กำหนดเป้าหมายและกิจกรรมการพัฒนาแผนดำเนินการตัวชี้วัดและผลลัพธ์ร่วมกัน ในระยะนี้ได้ประเด็นการพัฒนาระบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น ได้แก่ (1) วิเคราะห์และศึกษาสภาพปัญหา (Analyze and assess the current problems; **RA**) (2) พัฒนาศักยภาพเครือข่ายด้านความรู้และปรับทัศนคติของผู้เกี่ยวข้อง (Develop the knowledge network's capacity and adjust the attitudes of relevant stakeholders; **DK**) (3) คัดกรองและค้นหาในชุมชน และโรงเรียน (Conduct screening and identification within communities and schools; **SI**) (4) ส่งต่อโรงพยาบาลชุมชนในรายที่ไม่ซับซ้อนส่งพบแพทย์ Coaching โดยจิตแพทย์เด็กและให้รักษาแต่ในรายที่ซับซ้อนส่งต่อโรงพยาบาลร้อยเอ็ด (Refer uncomplicated cases to community hospitals for medical evaluation, with coaching from child psychiatrists for treatment; **REF**) (5) คืนข้อมูล เพื่อติดตาม และดูแลร่วมกัน (Provide feedback to enable joint monitoring and care; **FM**) และ(6) แลกเปลี่ยนเรียนรู้โดย After action review หลังดำเนินการแต่ละวงรอบ (Lesson learn; **LL**)

การพัฒนาระบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น เกิดกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องภายใต้วงรอบการวิจัยและพัฒนาเป็น 3 วงรอบ ดังนี้ (ดังแผนภาพ 1)



วงรอบที่ 1: การพัฒนาระบบการดูแลเด็กของโรงพยาบาลอาจสามารถ (ตุลาคม 2563-กันยายน 2564) จากการวิเคราะห์สภาพปัญหาพบว่า เด็กสมาธิสั้นยังเข้ารับการบริการไม่ทั่วถึง เด็กก่อเหตุความรุนแรง/การลักขโมย และเด็กสมาธิสั้นไม่ได้รับการยอมรับจากเพื่อนเนื่องจากปัญหาพฤติกรรมกิจกรรมการพัฒนา ดังนี้

(1) จัดอรมผู้บริหารโรงเรียนร่วมกับผู้บริหาร รพ.สต. ทุกแห่ง (2) จัดอบรม เจ้าหน้าที่ รพ.สต.แห่งละ 2 คน ร่วมกับครูเพื่อการส่งข้อมูลและการประสานงานร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลกับโรงเรียน (3) จัดอบรมครูโรงเรียนละ 2 คน ให้ครูที่ผ่านการอบรม นำความรู้ไปเผยแพร่ต่อครูในโรงเรียน (4) ครูร่วมค้นหาเด็กกลุ่มเสี่ยงต่อสมาธิสั้นโดยใช้แบบประเมิน SNAP IV สำหรับครู (5) ออกดำเนินการเชิงรุกในชมุชนให้ความรู้แก่ผู้ปกครองเด็กวัยเรียนทุกคนที่ รพ.สต. (6) ฝึกปฏิบัติทำแบบประเมิน SNAP IV สำหรับผู้ปกครอง โดยอธิบายให้ละเอียด ในแต่ละข้อและแปลผลแบบประเมิน (7) ส่งต่อเด็กกลุ่มเสี่ยงเข้าสู่กระบวนการรักษา และ (8) ประสานเจ้าหน้าที่ตำรวจในการเก็บรวบรวมจำนวนเด็กวัยเรียนที่ก่อเหตุและมีคดีในความรับผิดชอบ.สภ.อาจสามารถ

จากการดำเนินงานในระยะที่ 1 พบว่า เครือข่ายข่ายในชมุชนมีความตื่นตัวและตระหนักในการดูแลผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามจากการดำเนินงานระยะที่ 1 พบปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับเด็กสมาธิสั้นได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง บางคนยังก่อเหตุความรุนแรง/การลักขโมย และผลการเรียนอยู่ในต่ำกว่าเกณฑ์

วงรอบที่ 2 : การพัฒนาระบบการดูแลเด็กสมาธิสั้นของโรงพยาบาลอาจสามารถและเครือข่าย (ตุลาคม 2564- กันยายน 2565) กิจกรรมการพัฒนา คือ (1) จัดอบรมครูทุกคนทุกโรงเรียนในพื้นที่อำเภออาจสามารถทั้งครูที่สังกัด สพป. (ครูประถมศึกษา) และสังกัด อปท.ทุกแห่งทุกคน (ครู ศพด.) เรื่อง การคัดกรอง ค้นหา และการดูแลเด็กสมาธิสั้น เพื่อให้เด็กกลุ่มนี้มีผลการเรียนอยู่ในระดับดีขึ้นหรือผ่านเกณฑ์ (2) จัดอบรม กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ประธาน อสม.และ อสม.ทุกแห่ง ทุกหมู่บ้าน ทุกตำบล (3) จัดอบรมปรับทัศนคติ ผู้ปกครองในการรักษาที่ต่อเนื่อง และ (4) ประสานเจ้าหน้าที่ตำรวจในการเก็บรวบรวมจำนวนเด็กวัยเรียนที่ก่อเหตุและมีคดีในความรับผิดชอบของ สภ.อาจสามารถ

จากการดำเนินงานในระยะที่ 2 พบว่า การดำเนินการเชิงรุกในระดับชุมชน และเครือข่ายเพื่อให้เด็กได้รับการดูแลที่ถูกต้องและเหมาะสม โดยความร่วมมือกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงเรียนประถมศึกษา ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก องค์กร/หน่วยงานในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องมีความชัดเจนและปฏิบัติได้จริง ผู้เกี่ยวข้องมีความรู้และทักษะการดูแลเด็กสมาธิสั้นเบื้องต้นมากขึ้น กระบวนการคัดกรองและดูแลผู้ป่วย รวมทั้งระบบให้คำปรึกษา และการประสานงานระหว่างหน่วยงานมีความชัดเจนและสะดวกมากขึ้น

วงรอบที่ 3: การพัฒนาระบบการดูแลเด็กสมาธิสั้นของโรงพยาบาลอาจสามารถและเครือข่าย (ตุลาคม 2565- กันยายน 2566) กิจกรรมการพัฒนา คือ เด็กสมาธิสั้นได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง และก่อเหตุความรุนแรง/การลักขโมย (แต่แนวโน้มลดลง)

จากการดำเนินงานในระยะที่ 3 พบว่า กระบวนการคัดกรองและดูแลเด็กสมาธิสั้นรวมทั้งระบบให้คำปรึกษาการประสานงาน และการติดตามผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลอาจสามารถกับโรงพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 13 แห่ง ครูโรงเรียนประถมศึกษา จำนวน 56 แห่ง และครูประจำศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 16 แห่งมีความชัดเจน สะดวกและรวดเร็วมากขึ้น

การประเมินผล (ตุลาคม 2564 - กันยายน 2566)

1. ลักษณะทางประชากร เด็กสมาธิสั้นตั้งแต่ พ.ศ.2564-2566 พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (66.59%, 67.11%, 67.40%) อายุมาก/กว่าหรือเท่ากับ 10 ปี (68.86%, 98.89%,70.93%) ไม่ใช่บุตรคนเดียว (73.58%, 74.22%,73.56%) กำลังเรียนอยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 (12.26%) ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 (12.44% และ12.77%) และอาศัยอยู่กับญาติๆ (46.23%, 53.33%, 53.74) ส่วนผู้ปกครอง พบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นญาติ (56.13%, 46.88%, 46.25%) สถานภาพสมรสของบิดามารดาสมรสแล้ว(96.81%, 76.88%, 80.17%) รายได้ครอบครัวเฉลี่ย15,000-40,000 ต่อเดือน

(96.22%, 95.33%,96.03%) ความเพียงพอของรายได้ และหนี้สินไม่เพียงพอ (100.00%, 100.00%, 100.00%) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครอง

ลักษณะทางประชากร		พ.ศ.2564	พ.ศ.2565	พ.ศ.2566
		จำนวน(%)	จำนวน(%)	จำนวน(%)
ข้อมูลทั่วไปของเด็ก (n)		424	450	454
เพศ	ชาย	66.59	67.11	67.40
	หญิง	33.490	32.888	32.599
อายุ	6-9 ปี	31.13	31.111	30.39
	≥10 ปี	68.86	98.89	70.93
บุตรคนเดียว	ใช่	26.415	25.771	26.431
	ไม่ใช่	73.58	74.22	73.56
ระดับชั้นเรียน	ป.1	9.198	9.333	12.334
	ป.2	8.726	8.666	10.572
	ป.3	11.792	8.888	9.471
	ป.4	11.556	12.444	12.775
	ป.5	12.264	8.888	9.251
อาศัยอยู่กับ	บิดาและมารดา	31.132	28.000	30.396
	บิดาหรือมารดา	22.641	18.666	15.859
	ญาติๆ	46.226	53.333	53.744
ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง				
ผู้ให้ข้อมูล	บิดา	12.264	16.444	22.466
	มารดา	31.603	36.666	31.277
	ญาติ	56.13	46.88	46.25
สถานภาพสมรสของบิดามารดา				
	สมรส	96.81	76.88	80.17
	แยกกันอยู่	1.41	1.77	2.42
	หย่า	2.64	18.66	15.85
	หม้าย	6.13	2.66	1.54

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	พ.ศ.2564	พ.ศ.2565	พ.ศ.2566
	จำนวน(%)	จำนวน(%)	จำนวน(%)
รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน			
<15,000 บาท	3.77	4.66	3.96
15,000-40,000	96.23	95.34	96.04
ความเพียงพอของรายได้และหนี้สิน			
เพียงพอ	0.00	0.000	0.00
ไม่เพียงพอ	100.00	100.00	100.00

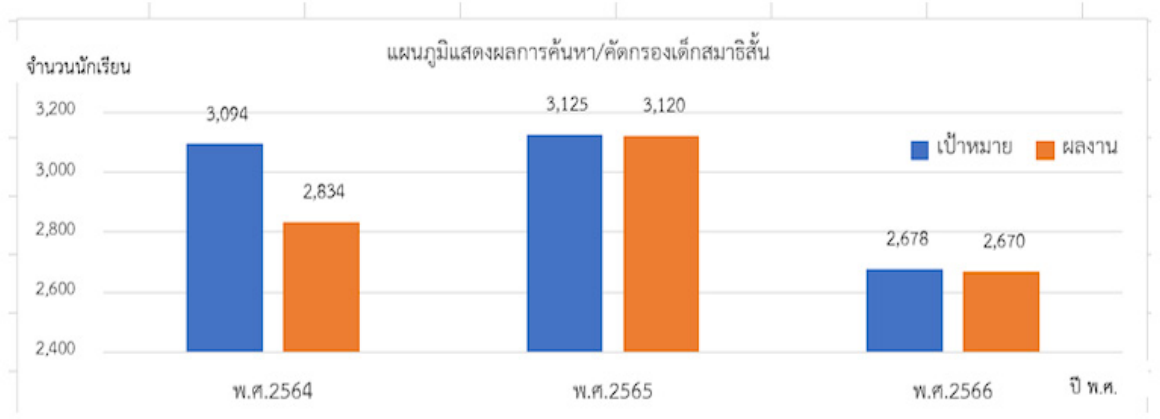
2. ความชุกของโรคสมาธิสั้น ตั้งแต่ ปี พ.ศ.2564-2566 พบว่า ความชุกของโรคสมาธิสั้น ตั้งแต่ปี พ.ศ.2564-2566 พบว่าความชุกของโรคสมาธิสั้น คิดเป็นร้อยละ 9.11% (282/3,094), 9.66% (302/3,125), 11.43% (306/2,678) รายตามลำดับ เด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (66.59%, 67.11%, 67.40%) อายุมาก/กว่าหรือเท่ากับ 10 ปี (68.86%, 98.89%,70.93%) ไม่ใช่บุตรคนเดียว (73.58%, 74.22%,73.56%) กำลังเรียนอยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 (12.26%) ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 (12.44% และ 12.77%) และอาศัยอยู่กับญาติๆ (46.23%, 53.33%, 53.74) ส่วนผู้ปกครอง พบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นญาติ (56.13%, 46.88%, 46.25%) สถานภาพสมรสของบิดามารดาสมรสแล้ว (96.81%, 76.88%, 80.17%) รายได้ครอบครัวเฉลี่ย15,000-40,000 ต่อเดือน (96.22%, 95.33%,96.03%) ความเพียงพอของรายได้และหนี้สินไม่เพียงพอ (100.00%, 100.00%, 100.00%) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความชุกของโรคสมาธิสั้นจำแนกตามเพศ ระดับช่วงชั้น และกลุ่มย่อยของโรคสมาธิสั้น

การจำแนก		ความชุกของโรคสมาธิสั้น (%)		
		พ.ศ.2565	พ.ศ.2566	พ.ศ.2564
ความชุก		9.11	9.66	11.43
เพศ	ชาย	66.51	67.11	67.40
	หญิง	33.49	32.88	32.59
ระดับชั้น	ชั้นประถมศึกษาตอนต้น	30.18	26.88	32.37
	ชั้นประถมศึกษาตอนปลาย	23.82	21.33	22.03
ประเภทของโรคสมาธิสั้น				
	Hyperactive/impulsive type (n)	424	450	454
	ชาย	282(66.51)	302(67.11)	306(67.40)
	หญิง	142(33.49)	148(32.89)	148(32.60)

3. การค้นหาผู้ป่วยในชุมชน พบว่า ปี พ.ศ.2566 มีอัตราความชุกมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 11.43 รองลงลงมา คือ ปี พ.ศ.2565 คิดเป็น 9.66% และ 9.11% ตามลำดับ การค้นหา/คัดกรองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 91.59%, 99.98% และ 99.70% ตามลำดับ และดังแสดงในแผนภูมิ





4. ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียน พบว่า เด็กสมาธิสั้นตั้งแต่ พ.ศ.2564-2566 มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนโดยรวมเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 76.81 และสามารถใช้ชีวิตในโรงเรียน และสังคมอย่างปกติสุขเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 30.46

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบร้อยละความแตกต่างผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของเด็กโรคสมาธิสั้นโดยรวม

ตัวแปร	ปีการศึกษา 2564	ปีการศึกษา 2565	ปีการศึกษา 2566	% Differences
ก่อนการพัฒนา(คน)	424	450	454	
หลังการพัฒนา(คน)	85	162	191	+76.81
%	20.04	63.00	40.07	

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ตัวแปร	ปีการศึกษา 2564	ปีการศึกษา 2565	ปีการศึกษา 2566	% Differences
ใช้ชีวิตในโรงเรียน	121	261	295	
สังคมอย่างปกติสุข(%)	50.00	58.00	67.97	

วิจารณ์

1) ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี พบว่ามีผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นเข้ามารับการตรวจรักษามีจำนวนเพิ่มขึ้นตั้งแต่ ปี พ.ศ.2563 - 2565 มีจำนวน 480, 495 และ 542 คน ตามลำดับ ทั้งนี้ยังพบว่าเด็กสมาธิสั้นอายุ 6-12 ปี ที่มารับบริการ มีปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวถึงร้อยละ 57.5 โดยบิดามารดามักพาเด็กพบจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นเนื่องด้วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวและทะเลาะกับเพื่อนที่โรงเรียน หงุดหงิดโวยวาย ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ บางครั้งขณะรับการประเมินจากพยาบาลเด็กไม่สามารถรอได้ แสดงพฤติกรรมข้างปาข้าวของ เช่น ปากกา ดินสอ สมุด ใส่พยาบาล เป็นต้น[12]จากอาการความผิดปกติที่สำคัญ 3 ประการ คือ ขาดสมาธิ ขาดความจดจ่อ และการควบคุมตนเองไม่ดี ส่งผลให้เด็กสมาธิสั้นไม่สามารถใช้ชีวิตเหมือนเด็กปกติ ทำอะไรไม่ได้เท่าเพื่อน จะรู้สึกเศร้าหงุดหงิด และเมื่อไม่เป็นที่ชื่นชอบของเพื่อนร่วมชั้นจะไม่อยากไปโรงเรียน เด็กจะรู้สึกโดดเดี่ยวไร้ค่าทำให้มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดพฤติกรรมรุนแรงได้ความซุกชนไม่อยู่นิ่งไม่อาจจะทนอะไรได้ ทำให้ไม่สามารถทำอะไรได้สำเร็จส่งผลกระทบต่อเด็กที่เป็นโรคนี้ทำให้เกิดปัญหาทั้งที่บ้านและที่โรงเรียน รวมทั้งมีความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงทั้งต่อตนเองและผู้อื่น สาเหตุส่วนหนึ่งเกิดจากผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีความเครียดสูงและปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดเกิดจาก 2 แหล่งคือ ปัจจัยจากผู้ดูแลและปัจจัยจากเด็ก[13] ผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นมากกว่าครึ่งมีความเครียดในการดูแลเด็ก[14] โดยพบการศึกษาในต่างประเทศซึ่งผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีความเครียดสูงถึงร้อยละ 89.00[15] และผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นมีความเครียดในการดูแลเด็กสูงกว่าผู้ปกครองเด็กทั่วไป[16] จากการศึกษา พบว่าปัญหาสุขภาพจิตในผู้ปกครองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กสมาธิสั้น ผู้ดูแลที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม ขาดความแข็งแกร่งในชีวิต ขาดทักษะการสื่อสารในครอบครัว และปัญหาพฤติกรรมในเด็กจะมีความเครียดที่สูงกว่าผู้ดูแลที่สามารถปรับตัวได้[17]

2) ระบบการดูแลเด็กสมาธิสั้นแบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนของโรงพยาบาลอาจสามารถครั้งนี้ สอดคล้องกับการพัฒนาระบบบริการเด็กโรคสมาธิสั้นโดยการให้ความรู้ครูพี่เลี้ยงเด็ก ในปฐมวัย โคยเป็นวิทยากรในการอบรมให้ความรู้ มีช่องทางพิเศษเพื่ออำนวยความสะดวกให้ผู้ปกครองสามารถมาตรวจคัดกรองได้ตามวันเวลาที่นัดหมายและมีการส่งต่อตามแนวทางอย่างเป็นระบบ การเชื่อมโยงระบบการดูแล การคัดกรอง ดูแลกลุ่มเสี่ยงระหว่างโรงเรียนกับโรงพยาบาล มีการทำงานร่วมกับโรงเรียนในการดูแลช่วยเหลือนักเรียนกลุ่มเสี่ยง ปัญหาพฤติกรรม อารมณ์และการเรียน มีการพัฒนาบุคลากร โดยให้รับการอบรมจาก รพ.พระศรีมหาโพธิ์ จัดสถานที่ในโรงพยาบาลเพื่อใช้ในการคัดกรอง บำบัด และฟื้นฟูผู้ป่วย มิระบบการส่งต่อและติดตามเด็กที่มีปัญหาอาการสมาธิสั้นจากชุมชนและโรงเรียนมีการคัดกรองและส่งต่อมา รพ. น้ำยืน มีการพัฒนาบุคลากรที่ผ่านการอบรมคัดกรองเด็กที่มีอาการของโรคสมาธิสั้น การจัดการอบรมเจ้าหน้าที่ รพ.และรพ.สต.ด้านวิชาการ/บุคลากรพัฒนาศักยภพของบุคลากร ในการเพิ่มพูนความรู้และทักษะที่เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นการดูแลรวมถึงการรักษาและการให้บริการเด็กสมาธิสั้นระดับต่าง ๆ การอบรมเครือข่ายภาพรวมทั้งอำเภอ โดยเน้นอบรมเครือข่าย อปท. เทศบาลโรงเรียน มาช่วยคัดกรองและดูแลเด็กร่วมกัน ต้องการบุคลากรวิชาชีพเฉพะที่สามารถตรวจวินิจฉัยได้หรือบุคลากรที่ผ่านการอบรมเพิ่มพูนความรู้ด้านสุขภาพจิต

เด็กเละวัยรุ่น ต้องการสถานที่ที่เหมาะสมในการคัดกรอง รวมถึงระบบส่งต่อ ข้อมูลย้อนกลับที่เชื่อมโยง ชัดเจน และการจัดการด้านยา[18]

3) ผลการประเมินผลระบบการดูแลเด็กสมาธิสั้นแบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนของโรงพยาบาลอาจสามารถพบผลเช่นเดียวกับศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลหลักของเด็กที่โรงพยาบาลสงขลา พบว่า คะแนนเฉลี่ยปัญหาพฤติกรรม 3 ด้าน ของเด็กสมาธิสั้นหลังการเข้าร่วมโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครองลดลงทุกด้าน คือ พฤติกรรมขาดสมาธิ (M=11.78, SD. = 3.99) พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง/ วู่วามหุนหัน (M=10.56, SD.=5.40) และพฤติกรรมดื้อต่อต้าน (M=8.33, SD.=3.68) ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[19]; หลังให้การพยาบาลตามกรอบแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน และกระบวนการพยาบาลโดยมีข้อวินิจฉัยการพยาบาล 7 ข้อ พบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 อาการดีขึ้น มีสมาธิมากขึ้น นิ่งไม่ก้าวร้าว กรณีศึกษารายที่ 2 พบว่า อาการดีขึ้นบ้างเล็กน้อย ยังมีการทำร้ายมารดาเมื่อโกรธ และมารดาโมโหเนื่องจากมารดากำลังรักษาโรคซึมเศร้า[12]; ผู้ดูแลมีปัญหาการดูแลการรับประทานยาและการปรับพฤติกรรมของผู้ป่วย พยาบาลจำเป็นอย่างยิ่งในการให้ความรู้ผู้ดูแลเรื่องโรคสมาธิสั้น การรับประทานยาการปรับพฤติกรรมแก่ผู้ดูแล เนื่องจากผู้ดูแลยังมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการรับประทานยา และการปรับพฤติกรรมให้แก่ผู้ป่วย หลังจากมีการให้การบำบัดแบบ One to- one แก่ผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแลมีทัศนคติที่ดีต่อการรับประทานยา และดูแลเกี่ยวกับการรับประทานยาของผู้ป่วยได้ต่อเนื่อง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Boudreau & Mah[20] ที่พบว่า ทัศนคติของผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยาสมาธิสั้นมีผลต่อการตัดสินใจในการให้เด็กรับประทานยา หากผู้ดูแลมีทัศนคติทางบวกจะมีแนวโน้มในการคงไว้ซึ่งการดูแลให้เด็กรับประทานยาต่อไป และสดอคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของสุพร อภินันทเวช[21] ที่กล่าวว่าการรักษาโรคสมาธิสั้นด้วยยา และจิตสังคมบำบัดในประเทศไทยนั้นทัศนคติที่ถูกต้องต่อเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นยังคงต้องมีการประชาสัมพันธ์ถึงกระบวนการรักษาภาวะแทรกซ้อนและโอกาสการหายขาด เพื่อช่วยให้เกี่ยวข้อง เข้าใจและหันมาให้การช่วยเหลือเด็กตั้งแต่แรกเริ่ม

การศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยถือเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลและผู้เกี่ยวข้อง โดยให้ความสำคัญตั้งแต่อาการแรกรับ ประวัติครอบครัว การเลี้ยงดู การรักษาด้วยยาร่วมกับการปรับพฤติกรรมเพื่อให้ผลการรักษามีประสิทธิภาพสูงสุด การดูแลผู้ป่วยพยาบาลจำเป็นต้องมีทักษะในการปรับพฤติกรรม การให้ความรู้ มีความเชี่ยวชาญในการประเมินอาการ และการประสานงานกับโรงเรียนหน่วยงานอื่นๆ เพื่อติดตามอาการของผู้ป่วย เพื่อช่วยลดผลกระทบจากปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าว และโรคร่วมในเด็กสมาธิสั้น

ข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยครั้งนี้พบปัญหาหลายประการ เช่น ด้านการให้ความรู้ยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ปกครอง อสม. หรือบุคคลที่ใกล้ชิดกับเด็กได้มีความรู้เกี่ยวกับดูแลเด็กสมาธิสั้น ด้านการคัดกรองผู้ปกครองที่มาอบรมส่วนใหญ่อายุมาก ทำให้สายตาไม่ดี ไม่เข้าใจคำอธิบาย หรือข้อคำถามในแบบบันทึกแบบประเมิน หรือผู้ปกครองทำแบบประเมินบางครั้ง ไม่ได้อยู่กับเด็กตลอดเวลา ทำให้ไม่ทราบถึงพฤติกรรมที่แท้จริงของเด็ก ด้านการแปลผลบุคลากรที่รับผิดชอบมีจำนวนไม่เพียงพอ (1 คน) ทำให้การแปลผลล่าช้า ด้านการวินิจฉัยโรงพยาบาลอาจสามารถไม่มีแพทย์เฉพาะทาง ทำให้การวินิจฉัยบางครั้งล่าช้า (รายที่ซับซ้อน บางรายต้องโทรศัพท์ประสานบางครั้งแพทย์ไม่รับโทรศัพท์บางรายต้องส่งไป รพ.ร้อยเอ็ด หรือผู้ปกครองไม่พาไป หรือไปช้า) และด้านการรักษาต่อเนื่อง ผู้ปกครองไม่นำเด้กมารับยาต่อเนื่องได้ อาจเพราะปัจจัยต่างๆ เช่น ติดธุระ ไม่มีพาหนะ บ้านอยู่ไกลหรือไม่มีเงินใช้จ่ายในการเดินทาง (บางครั้งต้องจ้างเหมารถมา)

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรยกระดับพัฒนาระบบบริการเด็กโรคสมาธิสั้นตามระดับบริการให้ชัดเจน และเชื่อมโยงกันทั้งระบบ เช่น แนวปฏิบัติ บุคลากรที่ผิดชอบทุกระดับให้ชัดเจน พัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง กำกับ

ติดตาม และประเมิน จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และอุปกรณ์สื่อต่างๆ และเน้นการประชาสัมพันธ์ทุกช่องทาง ดังนี้

ระดับปฐมภูมิ (1) พ่อแม่หรือผู้ดูแล ต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรคสมาธิสั้น และสามารถสังเกตพฤติกรรมและประเมินอาการภาวะสมาธิสั้นเบื้องต้น สามารถช่วยเหลือเด็กเบื้องต้นที่บ้านโดยจัดกิจกรรมและปรับสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมและสามารถดูแลเด็กต่อเนื่องและสอดคล้องกับโรงเรียนและโรงพยาบาล (2) ครูโรงเรียนประถมศึกษา สามารถสังเกต พฤติกรรมและประเมินอาการของโรคสมาธิสั้นเบื้องต้น และเครื่องมือคัดกรองนักเรียนที่มีภาวะสมาธิสั้น บกพร่องทางการเรียนรู้และออทิซึมได้ สามารถปรับพฤติกรรมและจัดการเรียนการสอนที่เหมาะสมกับเด็กที่มีอาการและเด็กโรคสมาธิสั้น และ (3) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) พยาบาลวิชาชีพสามารถคัดกรองอาการเบื้องต้นด้วยเครื่องมือ SNAP-/V ประเมินพัฒนาการของเด็ก ให้คำแนะนำในการปรับพฤติกรรมแก่ครูและพ่อแม่หรือผู้ดูแล ส่งต่อและรับผู้ป่วยจากโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ พร้อมกับสื่อสารข้อมูลความต้องการของผู้รับบริการอย่างเป็นระบบ สามารถติดตามดูแลเด็ก ด้วยการประเมินอาการเป็นระยะๆ และสามารถสร้างเครือข่ายในการดูแลเด็กอย่างต่อเนื่องร่วมกับโรงเรียน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นองค์กรชุมชน และผู้เกี่ยวข้องได้

ระดับทุติยภูมิ โรงพยาบาลชุมชน (รพท.) (1) รับส่งต่อจากบริการปฐมภูมิ รพ.สต. พ่อแม่หรือผู้ดูและ/หรือครูโดยตรง และ (2) การติดตามผลและดูแลอย่างต่อเนื่อง

ทุติยภูมิและตติยภูมิ (รพท.และ รพศ.) การตรวจวินิจฉัยโรคและการบำบัดรักษาแพทย์สามารถประเมินอาการของโรคสมาธิสั้นในเด็กผู้มารับบริการ อายุ 4-18 ปี พยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่นให้คำแนะนำการปรับพฤติกรรมกับครูและผู้ปกครองในเด็กที่มีอาการสมาธิสั้น สามารถติดตามประเมินอาการของเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคสมาธิสั้น มีระบบยาเมทิลเฟนนิเดทในการรักษาโรคสมาธิสั้นในเด็กที่ได้รับการวินิจฉัย เภสัชกรสามารถให้คำแนะนำการใช้ยาและติดตามอาการไม่พึงประสงค์กับผู้ดูแลและครูโรงเรียนประถมศึกษาได้ มีระบบติดตามอาการไม่พึงประสงค์และผลการใช้ยา บุคลากรด้านสุขภาพจิตอื่น ๆ เช่น นักจิตวิทยา นักกิจกรรมบำบัด ร่วมทีมการประเมินอาการและบำบัดทางสังคมจิตวิทยา และกิจกรรมบำบัด และสามารถให้คำแนะนำพ่อแม่หรือผู้ดูแลและครูในการปรับพฤติกรรมที่บ้านและที่โรงเรียนได้ และการติดตามผลและดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งระบบได้

เอกสารอ้างอิง

1. 1. Martin A, Volkmar F R, Lewis M. Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A ComprehensiveTextbook. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
2. Wiener J M. Textbook of Child and Adolescent Psychiatry. 2nd.ed. Washington, DC: American Psychiatric Pres; 2007
3. ภาสกร คุ้มศิริ. ความสัมพันธ์ระหว่างการตีตราบาปทางสังคม เจตคติ และการสนับสนุนทางสังคมในเด็กสมาธิสั้น [วิทยานิพนธ์].กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2561.
4. สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์. สถิติผู้รับบริการผู้ป่วยนอกเปรียบเทียบปีงบประมาณ 2556-2559 [Internet]. 2017 [cited 2023 Mar 2]. Available from: http://www.smartteen.net/main/admin/download/-745-1476695416.pdf
5. โรงพยาบาลอาจสามารถ. ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์. กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลอาสามารถ; 2566.
6. จิดาภา แสงกล้า. รายงานการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการตีตราบาปทางสังคมกับเจตคติ และการสนับสนุนทางสังคมในเด็กสมาธิสั้นในเครือข่ายสุขภาพอำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด. กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลอาจสามารถ; 2564.
7. Danforth J S, Anderson L P, Barkley R A, Stokes T F. Observations of interactions between Parents and their hyperactive children: Research and clinical implications.

Clinical Psychology Review. 1991;11(6):703-27.

8. กนกวรรณ โคตรพัฒน์. ผลของโปรแกรมศิลปะบำบัดตามกระบวนการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดทางการพยาบาลต่อภาวะสมาธิสั้นของเด็กโรคสมาธิสั้น [วิทยานิพนธ์]. สงขลา:มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2562.
9. ติชิลา แสงแก้ว, อรวรรณ หนูแก้ว, วันดี สุทธรังสี. ผลของโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมตามแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กชายสมาธิสั้น. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2560; ฉบับพิเศษ (4):214-29.
10. สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้. คู่มือแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น [อินเทอร์เน็ต] 2562. [เข้าถึงเมื่อ 29 มีนาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.sicam.go.th.
11. สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือดูแลสุขภาพจิตเด็กวัยเรียน. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2555.
12. วาริศา สังข์ทอง. การพยาบาลเด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวในช่วงก่อนวัยเรียน: กรณีศึกษา 2 ราย. กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี; 2566.
13. Theule J, Wiener J, Tannock R, Jenkins J M. Parenting stress in families of children with ADHD: A mela-analysis. Journal of Emotional and Behavioral Disorders. 2013;21(1):3-17.
14. Narkunam N, Hashim A H, Sachdev M K, Pillai S K, Ng C G. Stress among parents of children with attention deficit hyperactivity disorder, a Malaysian experience. Asia-Pacific Psychiatry. 2014;6(2):207-16.
15. Cussen A, Sciberras E, Ukoumunne O C, Efron D. Relationship between symptoms of attention-defcit/hyperactivity disorder and family functioning: a community-based study. Eur J Paediatr. 2012;171:271-80.
16. Sethi S, Gandhi R, Anand V. Study of Level of Stress in the Parents of Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Journal of Indian Association for Child and Adolescent Mental Health. 2012;8(2):25-37.
17. กานต์ตริน ศรีสุวรรณ, สมจิตต์ ลุประสงค์, สงวน ธานี, เกษร สายธนู, ก้องกฤษฎากรณ์ ชนแดง. ผลของโปรแกรมอบรมผู้ดูแลร่วมกับการสะท้อนคิดต่อทักษะการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2565;36(2):49-61.
18. ชัยวัฒน์ ดาราสิชฌน์. การพัฒนาระบบการดูแลเด็กสมาธิสั้นแบบบูรณาการโดยผู้ปกครอง บุคลากรทางการแพทย์ และครูอำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2562;7(1):78-83.
19. กัลยา สุวรรณสิงห์, อรวรรณ หนูแก้ว, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, กัลยา โหดทีม. ผลของโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครองต่อปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น. 2563;34(3):37-51.
20. Boudreau A, Mah J W T. Predicting Use of Medications for Children with ADHD: The Contribution of Parent Social Cognitions. Journal of the Canadian Academy of Child And Adolescent Psychiatry. 2020;29(1):26-32.
21. สุพร อภินันทเวช. การรักษาโรคสมาธิสั้นด้วยยา และจิตสังคมบำบัดในประเทศไทย. เวชบันทึกศิริราช. 2559;9(3):175-81.

การพัฒนารูปแบบการบริการคลินิกวาร์ฟารินในหน่วยงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหนองพอก
The development of service model for warfarin clinic in outpatient department, Nongphok hospital

วิรังรอง ไชยจิตร* อัฐภิญญา ตะกรุดเพ็ง พิมพ์พรรณ ทองประมูล*****
Wirungrong chaiyajit, Autthapinya Tagrudpen, Pimpan Thongpramul
Corresponding author: E-mail; m4132112@gmail.com
(Received: May 23, 2024; Revised: May 29, 2024; Accepted: June 26, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนารูปแบบ และประเมินผลรูปแบบการบริการคลินิกวาร์ฟารินในหน่วยงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลหนองพอก

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

วัสดุและวิธีวิจัย : ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร เทคนิคการแพทย์ และพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 15 คน และผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน จำนวน 50 คน ดำเนินการเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ ระยะดำเนินการ และระยะประเมินผล เก็บข้อมูลจากการสืบค้นในโปรแกรมระบบ HIS การสังเกต การสอบถามข้อมูล การประชุมกลุ่ม เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผล ได้แก่ แบบสอบถามประเมินความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาวาร์ฟารินของผู้ป่วย ผลค่า INR ภาวะแทรกซ้อนการเกิด Major-Minor bleeding และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย : ได้รูปแบบการบริการคลินิกวาร์ฟารินในโรงพยาบาลหนองพอก ผลการประเมินรูปแบบพบว่า ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องยาวาร์ฟารินผ่านการประเมิน ร้อยละ 86.00 คะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 14.94 คะแนน พฤติกรรมการใช้ยาวาร์ฟารินอยู่ในระดับดีมากที่สุด ร้อยละ 56.00 อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 44.00 INR อยู่ในช่วงเป้าหมาย (2-3.5) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 54.18 เป็นร้อยละ 62.58 พบภาวะแทรกซ้อน Minor bleeding 12 ราย Major bleeding 1 ราย ผลการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาพบปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาวาร์ฟาริน ได้ 4 ประเด็นดังนี้ ด้านการรับรู้ค่าการแข็งตัวของเลือด ด้านการใช้ยา ด้านการปฏิบัติตัว ด้านการมารับยาตามนัด

สรุปและข้อเสนอแนะ : การพัฒนารูปแบบการบริการคลินิกวาร์ฟารินควรเหมาะสมตามบริบทแต่ละพื้นที่ เพื่อให้เกิดการใช้ยาวาร์ฟารินที่มีประสิทธิภาพ และลดการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

คำสำคัญ : ยาวาร์ฟาริน; รูปแบบการบริการ

*,**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหนองพอก
***เภสัชกรปฏิบัติการ กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลหนองพอก

Abstract

Purposes : To study the situation, develop a model, and evaluate the service model of the warfarin clinic in outpatient department, Nongphok hospital.

Design : Action research.

Materials and Methods : Participants in the research include doctors, pharmacists, medical technicians. And professional nurses working in the outpatient department, 15 people and 50 patients receiving warfarin, conducted in 3 phases including the situation analysis phase processing period and performance evaluation period. Collect data from searching in the HIS program, observing, making inquiries, group meeting. Tools used for evaluation including a questionnaire to assess patient's knowledge and behavior in warfarin use, INR results, major-minor bleeding complications and content analysis.

Main findings : The results of the study were warfarin clinic service model in Nongphok Hospital. The results of the model evaluation found that Patients' knowledge about warfarin was assessed at 86.00%. The average score was 14.94 points. Warfarin use behavior was at the most good level, 56.00%, at the fair level, 44.00%. The percentage of INR within the target range (2-3.5) increased from 54.18% to 62.58%. Minor bleeding complications were found: 12 cases, Major bleeding 1 case. Results of content analysis. Four problems arising from the use of warfarin were found as follows: Awareness of blood clotting values, drug use and behavior in terms of receiving medicine according to appointment.

Conclusion and recommendations : The development of service model for warfarin clinic should be appropriate according to the context of each area. In order to achieve effective use of warfarin and reduce adverse reactions from warfarin.

Keywords : Warfarin medicine; Service model for warfarin clinic

*,**Registered Nurse, Outpatient Department, Nongphok hospital

***Pharmacist, Pharmaceutical and Consumer Protection Division, Nongphok hospital

บทนำ

ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (ยาวาร์ฟาริน) เป็นยาเม็ดซึ่งจะช่วยทำให้การแข็งตัวของเลือดลดลง ช่วยป้องกันการพอกตัวของลิ่มเลือดเพิ่มในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง และส่งผลให้หลอดเลือดตีบตันได้ทั้งในรูปแบบของ Thrombosis หรือ Thromboembolism[1] ยาวาร์ฟารินจะให้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคระบบไหลเวียนโลหิต และโรคหลอดเลือดสมอง การแปรผันหรือการตอบสนองของยาวาร์ฟารินในผู้ป่วยเป็นผลมาจากหลายปัจจัย เช่น พันธุกรรม พบว่าในแต่ละเชื้อชาติมีความแตกต่างในการตอบสนองของยาวาร์ฟารินและปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ อาหารโดยเฉพาะอาหารที่มีปริมาณวิตามินเคสูง การเกิดอันตรกิริยากับยาอื่น อายุ เพศ และภาวะของผู้ป่วย เช่น ภาวะการทำงานของตับและไตบกพร่อง[2] จากการศึกษาอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาวาร์ฟารีน[3] ในผู้ป่วย 142 ราย เกิดอาการไม่พึงประสงค์ 53 ราย รวม 91 เหตุการณ์ พบมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ มีค่า International Normalized Ratio (INR) ที่มากกว่า 5 รองลงมา เกิดจ้ำเลือดตามร่างกาย และมีเลือดปนออกมาในปัสสาวะ บางการศึกษาพบไอ หรืออาเจียนเป็นเลือด เลือดออกตามไรฟัน ภาวะเลือดออกผิดปกติ[4] และพบปัญหาจากการใช้ยาวาร์ฟาริน มากที่สุดคือ ผู้ป่วยไม่ได้รับยาตามแพทย์สั่ง รองลงมา ผู้ป่วยได้รับยาในขนาดที่มากเกินไป และผู้ป่วยได้รับยาในขนาดที่น้อยเกินไป[2] ซึ่งการใช้ยาวาร์ฟารินยังคงเป็นปัญหาทั้งเรื่องของความรู้ พฤติกรรมการปฏิบัติตัว และยังพบเรื่องอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

สำหรับการพัฒนา Service plan สาขาโรคหัวใจในเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulant) ในโรงพยาบาลหลายแห่งได้มีการพัฒนาและจัดตั้งคลินิกวาร์ฟาริน มีการทำงานร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ มีการพัฒนาระบบบริการมาอย่างต่อเนื่องทั้งในระดับแม่ข่าย จนถึงลูกข่าย ทั้งนี้ยังพบปัญหาเรื่องผู้ป่วยบางส่วนยังขาดความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาวาร์ฟารินในการควบคุมค่า INR ที่เหมาะสม การซื้อยามารับประทานเอง การปฏิบัติตัวที่ยังไม่ถูกต้อง การศึกษาของประภัสสร ขุนพรหม[5] พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้ผ่านเกณฑ์ เพียงร้อยละ 34.59 ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่เคยได้รับความรู้หรือคำแนะนำเรื่องการใช้ยาวาร์ฟารินมาแล้วอย่างน้อยคนละ 1 ครั้ง และร้อยละ 65.41 ที่มีความรู้ไม่ผ่านเกณฑ์ ซึ่งความรู้ในการใช้ยามีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้อง ต่อเนื่อง และตรงตามแผนการรักษา ในการศึกษาของวิทยา วิริยะมนต์ชัย[6] ที่มีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินในโรงพยาบาลปากเกล็ด จังหวัดนนทบุรี โดยใช้การคิดเชิงออกแบบเป็นฐาน ได้มีการปรับปรุงระบบบริการโดยให้ทีมพยาบาลให้ข้อมูลและให้ความรู้ในการปฏิบัติตัว ส่วนเภสัชกรทบทวนความรู้เรื่องยาวาร์ฟาริน วิธีใช้ยา ข้อควรระวังและภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา พบว่าหลังพัฒนารูปแบบคะแนนความรู้ในการใช้ยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สัดส่วนจำนวนครั้งของค่า INR ที่อยู่ในช่วงเป้าหมายการรักษาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 40.68 เป็น ร้อยละ 52.15

โรงพยาบาลหนองพอก ซึ่งเป็นโรงพยาบาลในระดับ F2 ได้เริ่มดำเนินการจัดตั้งคลินิกวาร์ฟารีนขึ้นที่งานผู้ป่วยนอก เมื่อพฤษภาคม พ.ศ.2561 เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น จากการศึกษาข้อมูลย้อนหลังโรงพยาบาลหนองพอก มีผู้ป่วยที่ได้รับยา Warfarin เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2563 ถึง พ.ศ.2565 เพิ่มขึ้นจาก 91 ราย 99 ราย และ 114 ราย ตามลำดับ จำนวนครั้งที่เข้ารับบริการจากปี พ.ศ.2563 ถึง พ.ศ.2565 เป็น 516, 597 และ 774 ครั้ง ส่วนผลลัพธ์ของการรับประทานยาวาร์ฟารีน และได้ค่า INR (2-3.5) ตามเป้าหมายลดลง ในปี พ.ศ.2563 ถึง พ.ศ.2565 จากร้อยละ 59.03, 55.58 และ 54.25 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในปี พ.ศ.2565 โดยมีค่า International Normalized Ratio (INR) ที่มากกว่า 5 ร้อยละ 2.29 (17 ครั้ง) และพบการเกิดภาวะแทรกซ้อนระดับรุนแรง (Major bleeding) 2 ราย ร้อยละ 0.32 เป็นปัญหาจากภาวะของผู้ป่วยที่พบเป็นนิ่วในกระเพาะปัสสาวะ 1 ราย และซื้อยาฟ้าทะลายโจรมารับประทานเองทำให้มีปัสสาวะเป็นเลือด 1 ราย และในปี พ.ศ.2566 พบภาวะแทรกซ้อนระดับรุนแรง 1 ราย ร้อยละ 0.23 จากการปรับเพิ่มยาเกินขนาด ขาดการตรวจสอบซ้ำของการเพิ่ม/ลดขนาดยา ส่งผลกระทบ

โดยตรงกับผู้ป่วย สำหรับการเกิดภาวะแทรกซ้อนระดับไม่รุนแรง (Minor bleeding) ในปี พ.ศ.2565 พบ 14 ราย ร้อยละ 2.25 โดยส่วนใหญ่เป็นการเกิดจ้ำเลือดตามตัว เป็นผลจากการมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ทำให้เพิ่มฤทธิ์ของยาโดยเฉพาะหน้ามะม่วงจะพบได้บ่อย บางรายมีพฤติกรรมดื่มสุรา และพบปัญหาผู้สูงอายุไม่มารับยาตามนัดจากการที่ผู้สูงอายุไม่มีผู้ดูแลพามารับยาที่โรงพยาบาล ทำให้ต้องขาดยา ได้รับยาไม่ต่อเนื่อง

จากการทบทวนปัญหาพบว่า รูปแบบการบริการคลินิกวาร์ฟารีนของโรงพยาบาลหนองพอกยังไม่มีความชัดเจนในการบริการ มีการปรับเปลี่ยนหมุนเวียนของแพทย์ ขาดการตรวจสอบข้อมูลการดูแลผู้ป่วยหลังเข้ารับการตรวจรักษา ไม่มีระบบติดตามการขาดนัด และการให้ความรู้โดยเภสัชกรยังไม่เพียงพอทำให้กลุ่มที่มีค่า INR ไม่อยู่ในค่าเป้าหมาย การควบคุมกำกับของพยาบาลผู้รับผิดชอบในคลินิกยังไม่ชัดเจน ผู้วิจัยจึงต้องการพัฒนารูปแบบการบริการคลินิกวาร์ฟารินในหน่วยงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลหนองพอก เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยที่มารับยาในคลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลหนองพอก วัตถุประสงค์วิจัย เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนารูปแบบและประเมินผลรูปแบบการบริการคลินิกวาร์ฟารินในหน่วยงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลหนองพอก

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิด P-A-O-R Spiral Cycle ของเคมมิส และแมค แทกการ์ด[7] ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติตามแผน (Action) การสังเกตผล (Observation) การสะท้อนผล (Reflection)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร เทคนิคการแพทย์ และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานผู้ป่วยนอก จำนวน 15 คน และผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินเพื่อใช้ป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตันและได้รับการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่องที่คลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลหนองพอก ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 – 30 เมษายน 2566 จากจำนวนทั้งหมด 110 คน ทำการคัดเลือกโดยใช้เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย ตามเกณฑ์คัดเข้า และคัดออก จำนวน 50 คน ระยะเวลาในการศึกษา มกราคม - กันยายน 2566

วิธีดำเนินงานวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ

1) ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ : ศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์การบริการในคลินิกวาร์ฟารินในรูปแบบเดิม ปัญหา อุปสรรคที่พบ อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น โดยการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง สอบถามข้อมูลจากผู้ให้บริการ โดยสอบถามแพทย์ เภสัชกร พยาบาล และนักเทคนิคการแพทย์ที่เคยให้บริการผู้ป่วยเกี่ยวกับการบริการในคลินิกวาร์ฟารีน และสังเกตแบบมีส่วนร่วมระหว่างให้บริการในคลินิกวาร์ฟาริน จัดเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกค่า INR แบบประเมินความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาวาร์ฟารินของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย

2) ระยะดำเนินการ

2.1 ขั้นการวางแผน (Planning) : ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูล สถานการณ์ในการดำเนินการจัดบริการในคลินิกวาร์ฟารินในปัจจุบัน จากนั้นประชุมคณะทำงานพัฒนารูปแบบบริการคลินิกวาร์ฟารินที่แต่งตั้งขึ้น โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลสถานการณ์ที่ได้วิเคราะห์ให้ทีมรับทราบข้อมูล ปัญหา สาเหตุของปัญหาในการจัดบริการคลินิกวาร์ฟาริน อุบัติการณ์สำคัญที่เกิดขึ้น ให้แพทย์บรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับโรค และข้อบ่งชี้ในการใช้ยาวาร์ฟาริน เภสัชกรให้ความรู้เรื่องยาวาร์ฟาริน การออกฤทธิ์ ข้อควรระวัง การเกิดอันตรกิริยาของยา พยาบาลให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วย การให้คำแนะนำผู้ป่วย จากนั้นร่วมระดมสมองในการหาแนวทางการจัดบริการที่เหมาะสมตามบริบทของโรงพยาบาลหนองพอก ตั้งแต่ผู้รับบริการมาถึงโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย

2.2 ขั้นดำเนินการปฏิบัติตามแผน (Action) : จัดทำแนวทางการให้บริการในคลินิกวาร์ฟารีน หน่วยงานผู้ป่วยนอก หลังจากนั้นดำเนินการตามรูปแบบบริการคลินิกวาร์ฟารินที่ได้พัฒนาขึ้นในวันที่ให้บริการคลินิกวาร์ฟาริน

2.3 ขั้นเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกตผล (Observation) : เป็นขั้นตอนนำรูปแบบบริการคลินิกวาร์ฟาริน

ที่ได้พัฒนาขึ้นไปใช้ดำเนินการกับผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน ที่เข้ารับบริการในคลินิกวาร์ฟาร์ริน ทำการบันทึกผลการเกิดอุบัติการณ์สำคัญ ปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างดำเนินการ ในวันที่มีจัดบริการคลินิกวาร์ฟารินติดตามผลค่า INR เป็นระยะเวลา 3 เดือน

2.4 ขั้นวิเคราะห์รูปแบบและสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) : เป็นขั้นตอนประเมินผลในวงรอบที่ 1 ที่ได้พัฒนาระบบบริการในคลินิกวาร์ฟาริน และนำไปใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน เป็นระยะเวลา 3 เดือน ระหว่างเดือน มกราคม – มีนาคม 2566 จากนั้นประชุมกลุ่มเพื่อสะท้อนข้อมูลที่ได้จากการสังเกต การทบทวนปัญหาอุปสรรค อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น และออกแบบระบบบริการใหม่ในวงรอบที่ 2 เป็นการปรับปรุงรูปแบบบริการคลินิกวาร์ฟาริน เพื่อให้ได้รูปแบบบริการที่เหมาะสมกับการปฏิบัติจริงในหน้างาน นำรูปแบบการบริการที่ได้พัฒนาขึ้นในรอบที่ 2 ไปดำเนินการต่อเนื่องอีก 5 เดือน (เมษายน - สิงหาคม 2566) ทำการประเมินผลกับผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินโดยใช้แบบสอบถามประเมินความรู้ และพฤติกรรมของผู้ป่วยในการใช้ยาวาร์ฟาริน ประเมินค่า INR

3) ระยะประเมินผลการปฏิบัติ

เป็นการประเมินผลภายหลังการพัฒนารูปแบบบริการคลินิกวาร์ฟารินที่ได้พัฒนาในระยะที่ 2 โดยสรุปเนื้อหา จากการประชุมสรุปร่วมกับผู้ร่วมวิจัยกลุ่มที่ 1 และสะท้อนผลลัพธ์ที่เกิดจากการพัฒนารูปแบบบริการคลินิกวาร์ฟารินที่ได้จัดทำขึ้น ปัญหาและอุปสรรคจากการดำเนินงานตามรูปแบบ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) จากการประชุมกลุ่ม และข้อมูลจากการสอบถามผู้ป่วยที่นอกเหนือจากแบบสอบถามโดยเป็นคำบอกเล่า ของผู้ป่วย ภายหลังสิ้นสุดการดำเนินการวิจัย และสรุปผลการประเมินความรู้ และพฤติกรรมประเมินค่า INR

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้พัฒนารูปแบบการบริการผู้ป่วยในคลินิกวาร์ฟาริน โดยอ้างอิงตามคู่มือทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยในวาร์ฟารินคลินิก ของศูนย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด พ.ศ.2561 ปรับปรุงตามรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย ได้แก่

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล จากข้อมูลที่สืบค้น ในโปรแกรมระบบ HIS : Hospital Information system ของโรงพยาบาลหนองพอก เพื่อค้นหา และบันทึกค่า INR ของผู้ป่วย ช่วงเดือน มกราคม - กันยายน 2566 และคิดร้อยละของค่า INR ที่อยู่ในช่วงเป้าหมายที่กำหนดคือ 2.0 – 3.5 และการบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสังเกตการสอบถามข้อมูล การประชุมกลุ่ม

2.2 แบบสอบถามประเมินความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาวาร์ฟารินของผู้ป่วย ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะของกลุ่มผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ ระยะเวลาที่ได้รับยาวาร์ฟาริน การรับประทานยา อาการความเจ็บป่วย/สภาวะโรคของผู้ป่วย และโรคประจำตัวของผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้เรื่องยาวาร์ฟาริน โดยแบบสอบถามดัดแปลงจากแบบสอบถาม Warfarin Knowledge Assessment Questionnaire (WKA)[8] ประกอบคำถามจำนวน 18 ข้อ ครอบคลุมประเด็นความรู้ที่เกี่ยวข้องกับยาวาร์ฟารินทั้งหมด 8 มิติ โดยข้อคำถามเชิงบวก ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 6, 9, 12, 13, 14, 15, 16, 18 หากตอบ ใช่ ค่าคะแนนเท่ากับ 1 หากตอบไม่ใช่ หรือไม่ทราบ ค่าคะแนนเท่ากับ 0 ส่วนข้อคำถามเชิงลบ ได้แก่ ข้อ 5, 7, 8, 10, 11, 17 หากตอบ ใช่ ค่าคะแนนเท่ากับ 0 หากตอบไม่ใช่ หรือไม่ทราบ ค่าคะแนนเท่ากับ 1 เกณฑ์การประเมินแบบสอบถาม จากคำถาม 18 ข้อ คิดเป็น 18 คะแนนหากกลุ่มเป้าหมายตอบได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 13 คะแนน คือ “ผ่าน” หากน้อยกว่า 13 คะแนน คือ “ไม่ผ่าน”

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาวาร์ฟารีน โดยแบบสอบถามดัดแปลงจากแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาวาร์ฟารีนของรัชนี ผิวผ่อง และคณะ[9] มีลักษณะข้อคำถามชนิดปลายปิด จำนวน 10 ข้อ มีคำตอบให้เลือก 3 แบบ พฤติกรรมที่ปฏิบัตินั้น ปฏิบัติสม่ำเสมอ ปฏิบัตินานๆครั้ง และไม่ปฏิบัติ เกณฑ์การประเมิน

พฤติกรรมการใช้ยาวาร์ฟาริน คะแนนเต็ม 20 คะแนน แบ่งคะแนนตามผลการประเมินด้านพฤติกรรมเป็น 3 ระดับ คะแนน 14 – 20 แสดงว่ามีพฤติกรรมการใช้ยาวาร์ฟารินที่ดี / คะแนน 7 – 13 ระดับพอใช้ / คะแนน 0 – 6 ไม่เหมาะสม

แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผลการวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยคำนวณจากสูตรของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson : KR20) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ความรู้เรื่องยาวาร์ฟาริน ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับเท่ากับ 0.87 ส่วนพฤติกรรมการใช้ยาวาร์ฟาริน ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับเท่ากับ 0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพได้จากการสังเกต การสอบถามข้อมูล การประชุมกลุ่ม ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) และแบบสอบถามที่ได้ตอบเรียบร้อยแล้วมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ ประมวลผลเบื้องต้นด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

ได้รับการอนุมัติและรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด หมายเลขใบรับรอง COE1122565 ลงวันที่ 22 ธันวาคม 2565

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่ามีการพัฒนารูปแบบ 2 วงจร ตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ จากการวิเคราะห์สถานการณ์ พบว่า

ด้านระบบงาน : มีแนวทางปฏิบัติเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน ที่มีผู้รับผิดชอบประจำคลินิกชัดเจน แต่เนื่องจากผู้รับผิดชอบคลินิกย้ายไปประจำที่หน่วยงานห้องคลอด จึงได้มอบหมายให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานเวรแปดชั่วโมงรับผิดชอบ การให้คำแนะนำยังไม่ชัดเจนและเป็นการให้บริการที่หน่วยงานผู้ป่วยนอกร่วมกับผู้ป่วยทั่วไป ดังนั้นผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินจึงไม่ได้พบพยาบาลเจ้าของคลินิกทุกคน จะพบพยาบาลจุดซักประวัติที่หมุนเวียนกันมาอยู่ที่จุดซักประวัติหน่วยงานผู้ป่วยนอก

ด้านบุคลากร : พยาบาลผู้รับผิดชอบเป็นเวรแปดชั่วโมง จัดเวรเช้าผู้ป่วยนอกให้ตรงกับวันที่เปิดให้บริการคลินิกวาร์ฟาริน แต่ยังขาดความต่อเนื่องในการดูแล พยาบาลจุดซักประวัติมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินยังไม่ชัดเจน การให้คำแนะนำจากเภสัชกรทำได้ไม่เต็มที่เนื่องจากได้ส่งคนไข้ที่ผล INR อยู่นอกช่วงการรักษา 2 – 3.5 พบเภสัชกรทุกคน จึงเป็นภาระงานในการปรับเปลี่ยนยาวาร์ฟาริน อีกทั้งมีการหมุนเวียนของแพทย์เป็นประจำ มีการเริ่ม Start ยาวาร์ฟารินในรายใหม่ ซึ่งจากคู่มือทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยในวาร์ฟารินคลินิก[10] ไม่ใช่เกณฑ์ของโรงพยาบาลลูกข่ายในการเริ่มต้นให้ยาจะต้องเป็นรับส่งต่อจากโรงพยาบาลแม่ข่ายเท่านั้น

ด้านผู้รับบริการ : ผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบในคลินิกวารฟารินมีปริมาณเพิ่มขึ้น จาก 41 ราย/234 ครั้ง ในปี 2561 ที่เริ่มจัดตั้งคลินิกเพิ่มเป็น 114 ราย/774 ครั้ง ในปี พ.ศ.2565 ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำแต่เมื่อกลับบ้านจำไม่ได้ มีผู้รับบริการที่เป็นผู้สูงอายุต้องอาศัยผู้ดูแล แต่บางครั้งเมื่อให้คำแนะนำผู้ดูแลไม่ได้อยู่ด้วย

รูปแบบการบริการคลินิกวาร์ฟาริน : ได้แนวทางการจัดระบบบริการคลินิกวาร์ฟารินประกอบด้วย ปรับเปลี่ยนวันให้บริการเป็นวันอังคารที่ 2 และ 4 ของเดือน กำหนดเงื่อนไขการให้บริการ และการประเมินผู้ป่วยก่อนเข้ารับการตรวจรักษา กำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมสหวิชาชีพที่ชัดเจน กำหนดข้อบ่งชี้ของการได้รับยาวาร์ฟาริน และการเริ่มให้ยาในผู้ป่วยรายใหม่ การให้คำแนะนำผู้ป่วยเป็นแนวทางเดียวกัน (Take home message) ร่วมกับให้แผ่นพับความรู้แก่ผู้ป่วย การจัดผู้ป่วยเข้ารับการตรวจรักษา โดยปรับเปลี่ยนเป็นการให้บริการตามสีไฟจราจร และปรับปรุงระบบนัดผู้ป่วย

ซึ่งการจัดผู้ป่วยเข้ารับการตรวจรักษา โดยปรับเปลี่ยนเป็นการให้บริการตามสีไฟจราจร ดังนี้

- สีแดง เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงและวิกฤติเร่งด่วน คือ ระดับค่า INR มากกว่าหรือน้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (กำหนดค่าวิกฤต INR<1.5 หรือ INR>4) ร่วมกับมีอาการผิดปกติ ได้แก่ วิงเวียน ปวดศีรษะ มีรอยจ้ำเลือดตามร่างกาย อาเจียน มีประวัติ ปัสสาวะ อุจจาระมีเลือดออก หรือบาดเจ็บจนเลือดออกผิดปกติให้พบเภสัชกรก่อนพบแพทย์ เพื่อให้คำแนะนำการปรับลด/เพิ่มขนาดยา และพิจารณาปัจจัยที่มีผลต่อค่า INR ของผู้ป่วย ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย โดยจะให้คำปรึกษานานกว่ากลุ่มสีอื่น จากนั้นเข้ารับการตรวจรักษาเป็นลำดับแรก

- สีเหลือง เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงและวิกฤติเร่งด่วน คือ ระดับค่า INR มากกว่าหรือน้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (กำหนดค่าวิกฤต INR<1.5 หรือ INR>4) แต่ไม่มีอาการร่วมที่ผิดปกติให้พบเภสัชกรก่อนพบแพทย์เป็นลำดับถัดไป ให้คำแนะนำการใช้ยา การสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ

- สีเขียว ผู้ป่วยที่มีระดับ INR ปกติไม่มีการเปลี่ยนแปลงของอาการแสดงและภาวะอื่นๆที่ผิดปกติเข้ารับการตรวจรักษาในลำดับที่สาม และไม่ต้องรถพบเภสัชกรก่อนพยาบาลสามารถให้คำแนะนำ โดยเป็นคำแนะนำแบบสั้น (Take home message) และให้แผ่นพับสุขศึกษาแก่ผู้ป่วยได้พบเภสัชกรเมื่อรับยา และให้คำแนะนำวิธีการใช้ยา

การประเมินผลการปฏิบัติ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่คลินิกวาร์ฟาริน จำนวนทั้งหมด 50 คน เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 54.00) สถานภาพสมรส ชีวิตคู่ (ร้อยละ 60.00) การศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 84.00) ไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 58.00) ระยะเวลาที่ได้รับยาวาร์ฟารินมากกว่า 5 ปี (ร้อยละ 56.00) ทุกรายรับประทานยาได้ถูกต้อง และสามารถจัดรับประทานด้วยตนเองร้อยละ 78.00

ส่วนที่ 2 ผลการประเมินความรู้เรื่องยาวาร์ฟาริน

ผลการประเมินความรู้เรื่องยาวาร์ฟารินผ่านการประเมิน 43 ราย คิดเป็นร้อยละ 86.00 แต่ยังมี 7 ราย ที่ยังไม่ผ่านการประเมินความรู้เรื่องยาวาร์ฟาริน คะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 14.94 โดยคะแนนสูงสุด 18 คะแนน ต่ำสุด 9 คะแนน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผลการประเมินความรู้เรื่องยาวาร์ฟาริน (n=50)

ความรู้เรื่องยาวาร์ฟาริน	จำนวน	ร้อยละ
- ผ่านการประเมิน (≥13 คะแนน)	43 (Max = 18 คะแนน)	86.00
- ไม่ผ่านการประเมิน (<13 คะแนน)	7 (Min = 9 คะแนน)	14.00
คะแนนเฉลี่ย	14.94 คะแนน	

ส่วนที่ 3 ผลการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาวาร์ฟาริน

พฤติกรรมการใช้ยาวาร์ฟารินอยู่ในระดับดีมากที่สุด จำนวน 28 ราย ร้อยละ 56.00 ส่วนที่เหลือจำนวน 22 ราย มีพฤติกรรมการใช้ยาวาร์ฟารินอยู่ในระดับพอใช้ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผลการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาวาร์ฟาริน (n=50)

ระดับพฤติกรรมการใช้ยาวาร์ฟาริน	จำนวน(ร้อยละ)	การแปลผล
- คะแนน 14 – 20	28(56.00)	พฤติกรรมการใช้ยาวาร์ฟารินที่ดี
- คะแนน 7 - 13	22(44.00)	พฤติกรรมการใช้ยาวาร์ฟารินระดับพอใช้
- คะแนน 0 - 6	0(0.00)	พฤติกรรมการใช้ยาวาร์ฟารินที่ไม่เหมาะสม

ผลการประเมินค่า INR

ผลการประเมินร้อยละ INR อยู่ในช่วงเป้าหมาย (2-3.5) เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 54.18 เป็น ร้อยละ 62.58 พบภาวะแทรกซ้อน Minor bleeding และ Major bleeding เพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 2.90 เป็นร้อยละ 3.32 ดังแสดงในตารางที่ 3-4

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของ INR อยู่ในช่วงเป้าหมาย (n=50)

ระยะเวลา	จำนวน (ราย/ครั้ง)	ร้อยละ INR อยู่ในช่วงเป้าหมาย (2-3.5)
มกราคม - มีนาคม 2566	104 ราย/241 ครั้ง	54.18
เมษายน - สิงหาคม 2566	105ราย/391 ครั้ง	62.58

ผลการประเมินด้านภาวะแทรกซ้อน

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละผลการเกิดภาวะแทรกซ้อน Minor bleeding และ Major bleeding (n=50)

ระยะเวลา	Minor bleeding	Major bleeding	ร้อยละการเกิด bleeding
มกราคม - มีนาคม 2566	7 ราย	0 ราย	2.90
เมษายน - สิงหาคม 2566	12 ราย	1 ราย	3.32

ผลการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ข้อมูลที่ได้จากการสอบถามผู้ป่วย ผู้ดูแล พบปัญหา 4 ด้าน ได้แก่

1) ด้านการรับรู้ค่าการแข็งตัวของเลือด ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบค่าการแข็งตัวของเลือด ว่าผลเลือดของตนเองมีค่าเท่าใด ทราบเพียงว่าผลเลือดปกติ “ค่าเลือดไม่รู้ว่าเท่าไร ไปทีไรหมอก็บอกแต่ผลเลือดดีผลเลือดปกติเด้อ”

2) ด้านการใช้ยา ผู้ป่วยสูงอายุจะมีปัญหาเรื่องการใช้ยา ส่วนใหญ่จะลืมทานยา ต้องมีผู้ดูแลคอยช่วยดูแลเรื่องการรับประทานยา และจะใช้วิธีจดจำสียาแทน ยกตัวอย่าง เช่น ภรรยาอายุ 75 ปี ดูแลผู้ป่วยที่เป็นสามีอายุ 77 ปี จะบอกว่า “จำสียาเอาแหล่วคุณหมอว่ากินตอนได่”

3) ด้านการปฏิบัติตัว พยาบาลจะให้ความรู้อยู่แต่ไม่ค่อยเข้าใจ ศึกษาจากเอกสารที่พยาบาลให้มากกว่า การรับประทานอาหารบางรายระวังเรื่องการรับประทานผัก แต่บางครั้งทำได้ไม่เต็มที่ ทราบว่าการทานผักใบเขียว แต่ควรรับประทานในปริมาณเท่าเดิมทุกวัน บางรายให้ประวัติว่าตอนป่วยเป็นโควิด ได้ทานยาฟ้าทะลายโจรจากการที่ลูกหลานซื้อมาให้รับประทาน ทำให้มีจุดจ้ำเลือดออกที่แขนทั้งสองข้าง บางรายญาติซื้ออาหารเสริมมาให้รับประทาน พอมาพบแพทย์ตามนัดก็ได้แจ้งหมอให้งดอาหารเสริม

4) ด้านการมารับยาตามนัด ส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่าจะมารับยาตรงนัด มีบางรายที่ลืมนัดแต่เมื่อมียาวาร์ฟาริน

เหลือจะมาอีกครั้งเมื่อยาหมด ยกตัวอย่าง ผู้ป่วยอายุ 56 ปี “มีบางครั้งลืมนัด แต่รอจนยาหมดค่อยมา” บางรายทราบวันนัดแต่เห็นว่ายายังเหลือจึงไม่ได้มาตรงนัด จะมาก็ต่อเมื่อยาหมด

วิจารณ์

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นทำให้การปฏิบัติในคลินิกวาร์ฟารินเป็นระบบมากขึ้น มีการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ มอบหมายบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน ผู้ป่วยได้รับความรู้ คำแนะนำที่เป็นรูปแบบเดียวกัน สามารถจดจำได้ง่ายจาก Take home message แผ่นพับ รวมถึงคำแนะนำของเภสัชกรตามแนวทางการให้คำแนะนำการใช้ยาวาร์ฟาริน ปรับระบบบริการตามประเภทสีไฟจราจรที่กำหนดประเภทผู้ป่วยเป็นสีแดง สีเหลือง สีเขียว แนวทางการเริ่มรับยาวาร์ฟารินในรายใหม่ แนวทางการนัดหมายผู้ป่วย ซึ่งสิ่งสำคัญคือการให้ทีมสหวิชาชีพ มีองค์ความรู้ก่อนให้บริการ เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินที่ตรงกัน และแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากการให้การดูแลผู้ป่วยจริง เช่นเดียวกับการศึกษาของวิทยา วิริยะมนต์ชัย[6] ที่ได้สร้างแนวทางปฏิบัติในการดูแลจัดบริการโดยทีมสหวิชาชีพที่มีการอบรมให้มีองค์ความรู้ก่อนให้บริการ ร่วมกันออกแบบกิจกรรมดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมอย่างเป็นระบบตามแนวคิดการออกแบบความคิด รูปแบบจึงตอบสนองปัญหาที่เกิดขึ้นจริงช่วยแก้ปัญหาผู้ป่วยได้ครอบคลุม นอกจากนี้การทำงานร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพ จะเกิดผลดีต่อการเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา การค้นหาปัญหาจากการใช้ยาและให้คำแนะนำที่ถูกต้องเพื่อให้มีพฤติกรรมการปฏิบัติที่ดี รวมถึงเป็นแนวทางในการปรับขนาดยาเพื่อให้สอดคล้องกับค่า INR ของผู้ป่วย เช่นเดียวกับการศึกษาของสกนวรรณ พวงหอม และคณะ[11] พบว่าการทำงานร่วมกันในสหสาขาวิชาชีพ โดยเภสัชกรเป็นผู้ช่วยในการสัมภาษณ์ประวัติผู้ป่วย ช่วยค้นหาปัญหาการใช้ยา รวมไปถึงแนะนำขนาดยาวาร์ฟารินที่ปรับตามค่า INR ของผู้ป่วย และบันทึกข้อมูลทั้งหมดลงในแบบบันทึกก่อนที่ผู้ป่วยจะพบแพทย์นั้นสามารถช่วยเพิ่มประสิทธิผลของการรักษาและความปลอดภัยให้กับผู้ป่วยได้ และการให้ความรู้กับผู้ป่วยช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาได้

สำหรับด้านการให้ข้อมูลสื่อสุขศึกษาที่เป็นแบบ Take home message รวมทั้งให้แผ่นพับสุขศึกษาของพยาบาล หรือเภสัชกรให้คำแนะนำตามแนวทางการให้คำแนะนำการใช้ยาวาร์ฟาริน ที่เป็นแนวทางเดียวกัน ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเพิ่มมากขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของประภัสสร ขุนพรหม[5] ที่แสดงให้เห็นความสำคัญของความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาวาร์ฟารินที่ไม่ผ่านเกณฑ์ถึงร้อยละ 65.41 ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างทุกคนจะเคยได้รับคำแนะนำเรื่องการใช้ยาวาร์ฟารินจากเภสัชกรมาแล้วอย่างน้อยคนละ 1 ครั้ง ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญและปรับกลวิธีการให้ความรู้ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษาควรเน้นย้ำให้ความรู้ผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอในทุกครั้งที่มารับบริการ ในการศึกษาของรัชนี ผิวผ่อง และคณะ[9] การมอบหนังสือคู่มือการดูแลตนเองในการใช้ยาวาร์ฟารินสำหรับผู้สูงอายุเป็นการส่งเสริม และพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งไม่สามารถจดจำได้หมดจากการให้ความรู้เพียงครั้งเดียว

จากข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย เป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป และมีโรคร่วมมากกว่า 1 โรคถึง 17 ราย ร้อยละ 34.00 และจากผลการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาข้อมูลที่ได้นอกเหนือจากแบบประเมิน พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุจะมีปัญหาเรื่องการใช้ยา ส่วนใหญ่จะลืมทานยา ต้องมีผู้ดูแลคอยช่วยดูแลเรื่องการรับประทานยา และจะใช้วิธีจดจำสียาแทน ซึ่งอาจส่งผลต่อการควบคุมระดับ INR ให้อยู่ในช่วงเป้าหมายได้ เช่นเดียวกับการศึกษาอุทัย เพ็งธรรม[12] พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปี เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะเลือดออกในผู้ป่วยที่รับประทานยาวาร์ฟาริน อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุมีแนวโน้มจะมีโรคร่วมจำนวนมาก มีการใช้ยาจำนวนมาก ซึ่งอาจจะเสี่ยงต่อการเกิดอันตรกิริยากับยาวาร์ฟาริน อาจมีการทำงานของตับหรือไตบกพร่องซึ่งส่งผลต่อการแปรรูปหรือกำจัดออกของยาวาร์ฟาริน ปัญหาการรับประทานยา เช่น การหลงลืม การอ่านหนังสือไม่ออก การมองเห็นฉลากไม่ชัดเจน

การประเมินความรู้เรื่องยาวาร์ฟาริน พบว่า ร้อยละ 86.00 ผ่านการประเมินความรู้ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 14.94 คะแนน ใกล้เคียงกับการศึกษาความรู้ในการใช้ยาวาร์ฟารินและการควบคุมค่า International normalized ratio เป้าหมายของผู้ป่วยนอก ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ของปฐวี โลหะรัตนากร และคณะ[8] ที่พบคะแนนความรู้เฉลี่ยในการใช้ยาวาร์ฟารินเท่ากับ 13.6 คะแนน มีผู้ป่วยผ่านเกณฑ์ประเมินความรู้ร้อยละ 72.80 จากจำนวนที่ประเมิน 206 ราย ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด การให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาวาร์ฟารินยังเป็นสิ่งจำเป็น รวมถึงการสอบถามข้อมูลการใช้ยา การให้ข้อมูลค่าการแข็งตัวของเลือด การทวนสอบถามความเข้าใจทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมถึงการให้ข้อมูลด้านการรับประทานอาหารขณะใช้ยาวาร์ฟารินในทุกครั้งที่เข้ารับบริการ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการใช้ยา เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ Kim J H, et al.[13] พบว่าผู้ป่วยที่มีความรู้ความเข้าใจดีเกี่ยวกับการใช้ยาวาร์ฟารินจะมีความร่วมมือในการใช้ยาและการรักษาด้วยยาวาร์ฟารินมีประสิทธิผลสูงกว่ากลุ่มที่มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาวาร์ฟารินไม่เพียงพอ

การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาวาร์ฟาริน อยู่ในระดับดีมากที่สุด จำนวน 28 ราย ร้อยละ 56.00 ส่วนที่เหลือจำนวน 22 ราย มีพฤติกรรมการใช้ยาวาร์ฟารินอยู่ในระดับพอใช้ เป็นผลจากความรู้ที่ผู้ป่วยได้รับทั้งจากพยาบาล และเภสัชกร ที่เน้นย้ำถึงความสำคัญของการใช้ยาวาร์ฟารินและโดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะทราบว่าตนเองได้รับยาวาร์ฟารินจะมีการพกสมุดประจำตัวผู้ใช้ยาและแสดงสมุดประจำตัวทุกครั้งเมื่อไปใช้บริการในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลอื่นและจะรับประทานยาตรงเวลา ไม่ได้เพิ่ม ลด หรือหยุดยาเอง และจากข้อมูลการสอบถามผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบค่าการแข็งตัวของเลือด ว่าผลเลือดของตนเองมีค่าเท่าใด ทราบเพียงว่าผลเลือดปกติ บางรายให้ญาติช่วยดูค่าการแข็งตัวของเลือดในสมุดประจำตัว ถ้าค่าน้อยแสดงว่าผลเลือดดี หรือบางรายทราบค่าการแข็งตัวของเลือดของตนเองจากสมุดประจำตัว แต่ไม่ทราบค่าปกติของตนเองว่าต้องควบคุมให้อยู่ระดับใด ดังนั้นควรเพิ่มความรู้เรื่องการแจ้งผลการแข็งตัวของเลือด ให้เข้าใจได้ง่าย และย้ำถึงการใช้ประโยชน์จากสมุดประจำตัวเพื่อดูค่าการแข็งตัวของเลือด และเปรียบเทียบค่าการแข็งตัวของเลือดกับครั้งที่ผ่านมา สอดคล้องกับการศึกษาของรุจิรา บุตรจันทร์ และคณะ[14] ที่ใช้การแจ้งผลเลือดตามสัญญาณไฟจราจรเพื่อสร้างความเข้าใจ ง่ายต่อการสื่อสารกับผู้ป่วย และผลการพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวาร์ฟารินตามเกณฑ์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โรงพยาบาลบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี ยังสรุปได้ว่าผู้ป่วยที่ใช้ยาวาร์ฟารินมีพฤติกรรมที่ดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาโดยมีพฤติกรรมอยู่ในระดับมาก (Mean=2.78, SD.=0.14)

การประเมินร้อยละ INR อยู่ในช่วงเป้าหมาย (2-3.5) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 54.18 เป็นร้อยละ 62.58 และพบภาวะแทรกซ้อน Minor bleeding 12 ราย Major bleeding 1 ราย ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากการที่ปรับวันที่มีผู้รับบริการน้อย และการเฝ้าระวังอาการโดยแบ่งตามสีไฟจราจร เจ้าหน้าที่มีเวลาเพิ่มขึ้นในการซักถามข้อมูล ประเมินรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาตามกลุ่มสี สามารถค้นหาปัญหาของผู้ป่วยได้เพิ่มมากขึ้น และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการใช้ยาได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของรุจิรา บุตรจันทร์ และคณะ[14] ที่ให้บริการโดยแบ่งตามสัญญาณไฟจราจรเช่นเดียวกัน แต่ให้คำนิยามประเภทสีแตกต่างกัน ใช้เพื่อสื่อสารสร้างความเข้าใจในการแจ้งผลเลือดกับผู้ป่วย ซึ่งการแบ่งการบริการตามสีไฟจราจร ทำให้เพิ่มคุณภาพการบริการที่คลินิกวาร์ฟาริน ค่า INR อยู่ในช่วงเป้าหมายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 41.67 เป็น 51.28 ส่วนการศึกษาของเกษร สังข์กฤษ และคณะ[15] พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน โรงพยาบาลสกลนคร โดยใช้รูปแบบของพยาบาลนำทางคลินิกในการจัดการดูแลผู้ป่วยในคลินิกวาร์ฟาริน ร่วมกับแนวคิดการจัดการตนเอง ให้บริการแบบเบ็ดเสร็จ ณ จุดเดียว ผลลัพธ์ทางคลินิกด้านการดูแล พบว่าร้อยละของระดับค่า INR อยู่ในช่วงที่มีผลดีต่อการรักษาจาก 32.2 เพิ่มขึ้นเป็น 39.1 ร้อยละการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาจาก 4.3 ลดลงเป็น 2.8 และร้อยละของการเกิดปัญหาด้านการใช้ยาจาก 27.5 ลดลงเป็น 24

ส่วนการพบภาวะแทรกซ้อน Minor bleeding และ

Major bleeding ที่เพิ่มขึ้นจากเดิม อาจเป็นผลจากการค้นหาปัญหาในผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น หลังปรับปรุงระบบพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจในการซักถามข้อมูลอาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น และเภสัชกรมีเวลาเพิ่มขึ้นในการซักถามปัญหาและผลข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยา และพบว่าการเกิด Major bleeding เป็นผลจากการไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุรา ทั้งที่ให้ความรู้ให้ข้อมูลในทุกครั้งที่มาใช้บริการ ต่อเมื่อเกิดภาวะเลือดออกในกระเพาะอาหารได้รับการส่งต่อเพื่อรักษาที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เมื่อกลับมารับยาจึงยอมรับในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองให้เหมาะสมมากขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของพีระพงศ์ ภูบาล[16] ที่ศึกษาสถานการณ์ปัญหาการใช้ยาวาร์ฟาริน และการพัฒนาระบบติดตามดูแลความปลอดภัยจากการใช้ยาวาร์ฟารินในระดับปฐมภูมิ พบปัญหาด้านสังคมมีผู้ป่วยที่ยังคงดื่มสุราและสูบบุหรี่ ซึ่งทั้งสุราและบุหรี่มีผลต่อการออกฤทธิ์ของยาวาร์ฟารินและเพิ่มความเสี่ยงเรื่องโรคหลอดเลือดและหัวใจ จึงจำเป็นที่จะต้องช่วยให้ผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินเลิกดื่มสุราและเลิกสูบบุหรี่ นอกจากนี้ยังพบ Minor bleeding ที่เป็นผลจากการรับประทานมะม่วงสุกถึง 7 ราย ดังนั้นควรให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาคำแนะนำที่เข้มข้นเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง การห้ามทานมะม่วงสุกตามฤดูกาล ในทุกครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการที่คลินิกวาร์ฟาริน

ข้อเสนอแนะ

1. ด้วยยาวาร์ฟารินมีปัจจัยหลายอย่างที่ส่งผลต่อค่าการแข็งตัวของเลือดและอาจเกิดอาการไม่พึงประสงค์ได้จากการใช้ยาไม่ถูกต้อง ดังนั้นจึงควรมีการประสานงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และงาน HHC ในการติดตามการใช้ยาที่บ้านของผู้ป่วย เพื่อค้นหาปัญหาและให้คำแนะนำด้านการใช้ยาในผู้ป่วยเฉพาะราย

2. ควรนำการติดตามผ่านระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เข้ามามีส่วนช่วยในการติดตาม ผู้ที่ได้รับยาวาร์ฟารินโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อให้มีการใช้ยาวาร์ฟารินและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมมากยิ่งขึ้น

3. แนะนำให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการเรียนรู้เกี่ยวกับการใช้ยาวาร์ฟารินของผู้สูงอายุเพื่อให้คาดการณ์ปรับเปลี่ยน และลงมือปฏิบัติในการตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้สูงอายุที่ใช้ยาวาร์ฟารินได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

4. ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อค่า INR ในบริบทของโรงพยาบาลหนองพอก เพื่อนำไปสู่การออกแบบระบบบริการ หรือพัฒนาโปรแกรมให้ความรู้ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. แนวทางการรักษาผู้ป่วยด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดรับประทาน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2553.
2. สาวิตรี เหล่าไพบูลย์กุล, อังคณา ช่วยชัย, ศิวกร บันลือพืช, ภาธร บรรณโศภิษฐ์, สิรปภา มาตมูลตรี, วรรณดี คงเทพ. ปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วยนอกที่ได้รับยาวาร์ฟารินที่มีค่า INR นอกช่วงการรักษา โดยการเยี่ยมบ้านในอำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช. ใน: กรวิทย์ อยู่สกุล, เพชรรัตน์ บุญร่วมแก้ว, ศุภลักษณ์ ไพศาล. การประชุมวิชาการระดับชาติ “วลัยลักษณ์วิจัย” ครั้งที่ 11; วันที่ 27-28 มีนาคม 2562; ณ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช. นครศรีธรรมราช; 2562. หน้า 1-7.
3. สาวิตรี ทองอาภรณ์, โพยม วงค์ภูวรักษ์, วรนุช แสงเจริญ, วิบุล วงค์ภูวรักษ์. อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาวาร์ฟารินของผู้ป่วยในจังหวัดสงขลา. การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 2; วันที่ 4-5 กันยายน 2555; ณ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. นนทบุรี; 2555. หน้า 216 -26.
4. สิริรัตน์ วนาพรหม. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการไม่พึงประสงค์และผลการรักษาผู้ป่วยที่ใช้ยาวาร์ฟารินในโรงพยาบาลหนองหาน (แม่ข่าย) และโรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์ (ลูกข่าย) จังหวัดอุดรธานี. วารสารโรงพยาบาลนครพนม. 2564;8(2):15-27.

5. ประภัสสร ขุนพรหม. ความรู้ความร่วมมือในการใช้ยาวาร์ฟารินต่อการควบคุมค่าการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยในคลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลพัทลุง. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย. 2564; 3(3):28-38.
6. วิทยา วิริยะมนต์ชัย. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินในโรงพยาบาล ปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี โดยใช้การคิดเชิงออกแบบเป็นฐาน. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 2563;10(1):118-31.
7. Kemmis S. McTaggart R. The action Research planer. (3rd ed.). Victoria: Deakin University; 1988.
8. ปฐวี โลหะรัตนากร, พลอยไพลิน ฤทธิบุญ, ยุวธิดา หงส์ริญญา, มณีพิมาย ไชยชุน, สุเทพ ทักษิณาเจนกิจ, วีรวรรณ อุชายภิชาติ. ความรู้ในการใช้ยาวาร์ฟาริน และการควบคุมค่า Internal normalized ratio เป้าหมายผู้ป่วยนอกศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2559;31(3):257-265.
9. รัชนี ผิวผ่อง, สุปรีดา มั่นคง, อภิญญา ศิริพิทยคุณกิจ, สุกิจ แย้มวงษ์. ผลของโปรแกรมพัฒนาความสามารถของผู้สูงอายุที่ได้รับยาวาร์ฟารินต่อความรู้พฤติกรรมการดูแลตนเอง และภาวะเลือดออกผิดปกติ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา. 2555;20(2):93-110.
10. ศูนย์หัวใจโรงพยาบาลร้อยเอ็ด. คู่มือทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยในวาร์ฟารินคลินิก (Multidisplinary care team in warfarin clinic). ขอนแก่น: หจก.โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2561.
11. สกนวรรณ พวงหอม, อรอนงค์ หงส์ชุมแพ, ศิรษา แซ่เนี้ยว. การพัฒนาแบบบันทึกปัญหาเนื่องจากการใช้ยา และคำแนะนำการปรับขนาดยาในผู้ป่วยใช้ยาวาร์ฟาริน. วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล. 2559;1(1):74-84.
12. อุทัย เพ็งธรรม. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเลือดออกผิดปกติในผู้ป่วยที่ใช้ยา warfarin. ลำปางเวชสาร. 2551; 33:83-92.
13. Kim J H, Kim G K, Kim E J, Park S, Chung N, Chu S H. Factors affecting medication adherence and anticoagulation control in Korean patients taking warfarin. J cardiovasc Nurs. 2011;26(6):466-74.
14. รุจิรา บุตรจันทร์, สงครามชัย ลีทองดี, รับขวัญ เชื้อลี. การพัฒนารูปแบบคุณภาพบริการคลินิกวารฟาริน ตามเกณฑ์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โรงพยาบาลบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี. 2562;8(1):39-55.
15. เกษร สังข์กฤษ, ทัศนีย์ แดขุนทด, อุไรวรรณ ศรีดามา. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน โรงพยาบาลสกลนคร. วารสารสมาคมพยาบาลฯสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 2555;30(4):96-108.
16. พีระพงศ์ ภูบาล. การศึกษาสถานการณ์ปัญหาการใช้ยาวาร์ฟารินและการพัฒนาระบบติดตามดูแลความปลอดภัยจากการใช้ยาวาร์ฟารินในระดับปฐมภูมิ [วิทยานิพนธ์]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2563.

การพัฒนารูปแบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

Model of Telemedicine Service for chronic disease in Phayakkhaphumphisai Hospital Mahasarakham Province

สังวาลย์ วงศ์สมศักดิ์* พัฒน์สรณ์ บุราณรักษ์ ชญาภา เยยโพธิ์*****
Sungwan Vongsomsak, Patsorn Buranrak, Chayapa Yoiepho
Corresponding author: E-mail: sungwalaya@hotmail.com
(Received: June 2, 2024; Revised: June 7, 2024; Accepted: July 5, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนารูปแบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญเป็นทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน 17 คน บุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 40 คน ผู้รับบริการโรคเรื้อรังใน รพ.สต. 376 คน ดำเนินวิจัยตั้งแต่เดือนตุลาคม 2566 - พฤษภาคม 2567 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย : รูปแบบการจัดบริการการแพทย์ทางไกล 5 ขั้นตอน คือ 1) การคัดเลือกและจัดตั้งสถานีสุขภาพดิจิทัลใน รพ.สต. 2) จัดตั้งคณะทำงานระดับอำเภอ 3) ระบบสื่อสาร Application Line, Program Zoom meeting, Smart Card, Program HOSxP 4) การตรวจรักษาทางไกล (Telemedicine) ประกอบด้วย การยืนยันตัวตนผู้รับบริการ การลงข้อมูลผู้ป่วยใน HOSxP การซักประวัติ การตรวจรักษา พยาบาลแนะนำหลังตรวจ เภสัชกรแนะนำการใช้ยา และรับยาในรพ.สต. หรือจัดส่งยาทางไปรษณีย์ 5) การบันทึกข้อมูลบริการ หลังการพัฒนาพบว่าผู้รับบริการมีความพึงพอใจเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และบุคลากรใน รพ.สต. ความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean =4.67, SD.=0.58) ทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean =4.52, SD.=0.59)

สรุปและข้อเสนอแนะ : การจัดบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) สามารถตอบสนองต่อความต้องการผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการตรวจของแพทย์ได้ง่าย สามารถลดความแออัดลดระยะเวลารอคอยและลดค่าใช้จ่าย

คำสำคัญ : จัดบริการการแพทย์ทางไกล; โรคเรื้อรัง; Telemedicine

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย
**นายแพทย์ชำนาญการ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย
***พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย

Abstracts

Purposes : To develop a telemedicine service model for chronic disease patients at in Phayakkhaphumphisai Hospital Mahasarakham Province.

Study design : Action research.

Material and Methods : Specific targeted sample groups include: a multidisciplinary team at the hospital (17 members), support staff at health centers (40 individuals) and chronic disease patients at health centers (376 individuals). The research period will span from October 2023 to May 2024. Data collection methods will include interviews, group discussions, patient satisfaction surveys and team satisfaction assessments. Quantitative data will be analyzed using descriptive statistics, while paired t-tests and content analysis will be used for qualitative data.

Main findings : The telemedicine service model consists of 5 steps: 1) Establishment of digital health stations in health centers. 2) Formation of district-level working groups. 3) Communication systems using Line application, Zoom meeting program, Smart Card and HOSxP program. 4) Telemedicine services including a) patient identification, b) patient data entry in HOSxP, c) medical history collection, d) remote consultation, e) post-consultation nursing guidance, f) pharmacist medication advice, g) medication dispensation in health centers or postal delivery. 5) Service documentation post-implementation showed significantly increased patient satisfaction (statistically significant at $p < .05$) and highest staff satisfaction levels in health centers (Mean = 4.67, SD. = 0.58) and hospital multidisciplinary teams (Mean = 4.52, SD. = 0.59).

Conclusion and recommendations : Telemedicine services effectively meet the needs of patients seeking physician consultations remotely. This approach reduces congestion, waiting times and overall healthcare costs.

Keywords : Telemedicine Service; Chronic Disease; Telemedicine

*Register Nurse Professional Level, Phayakkhaphumphisai Hospital

***Medical Physician, Professional Level, Family Physician, Phayakkhaphumphisai Hospital

***Register Nurse Senior Professional Level, Phayakkhaphumphisai Hospital

บทนำ

แผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุขระยะ 20 ปี ที่กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำขึ้นเพื่อให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579) ได้ตั้งเป้าหมายให้ “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” และได้กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนา ประกอบด้วย (1) การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP&P Excellence) (2) ระบบบริการ (Service Excellence) (3) การพัฒนาคน (People Excellence) และ (4) ระบบบริหารจัดการ (Governance Excellence)[1] โดยอำเภอพยัคฆภูมิพิสัยได้กำหนดตัวชี้วัดหลักระดับองค์กร (Corporate KPIs) เป้าหมายในปี พ.ศ.2567 ที่สอดคล้องกับ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ที่ได้ทบทวนและจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดมหาสารคามโดยนำมากำหนดประเด็นยุทธศาสตร์ จำนวน 6 ประเด็น ดังนี้ ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนาขีดความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองแก่ประชาชน ชุมชน อย่างเข้มแข็งและยั่งยืน มุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion & Prevention & Protection Excellence) ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 บริการเป็นเลิศ (Service Excellence) ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 5 บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) ภายใต้วิถีพอเพียง ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 6 บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ภายใต้วิถีพอเพียง พร้อมทั้งผลักดันการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขสู่ยุคดิจิทัล กำหนดให้โรงพยาบาลทุกแห่งเพิ่มการบริการสุขภาพผู้ป่วยด้วยการแพทย์ทางไกล เป้าหมายเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของประชาชน การพัฒนาระบบบริการแพทย์ทางไกล จึงมีความสำคัญยิ่ง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ส่งผลให้โรงพยาบาลทุกแห่งมีความแออัด และระยะเวลารอคอยที่ยาวนานเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง การพัฒนาระบบบริการเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการรักษาต่อเนื่องด้วยความสะดวก ปลอดภัย และลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการด้วยการแพทย์ทางไกล จึงมีความสำคัญยิ่ง

ปัจจุบันวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีได้เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวันของมนุษย์โดยเฉพาะอย่าง ยิ่งเทคโนโลยีการสื่อสารและโทรคมนาคมที่นับวันยิ่งจะทำระบบต่างๆ พัฒนาก้าวหน้าและรวดเร็วมากขึ้น จากอดีตเราเคยใช้โทรศัพท์สำหรับพูดคุยติดต่อสื่อสารเท่านั้น แต่ปัจจุบันเราสามารถใช้โทรศัพท์มือถือเพื่อเชื่อมต่อกับสื่อออนไลน์ต่างๆได้ ทำให้เห็นทั้งภาพเคลื่อนไหวและได้ยินเสียงของคู่สนทนาของเราในเวลาเดียวกัน ช่วยให้การติดต่อสื่อสารเป็นเรื่องสะดวกสบายมากขึ้น นอกจากนี้ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีด้าน การสื่อสาร โทรคมนาคมยังช่วยส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาด้านการศึกษา ด้านเศรษฐกิจ รวมถึงในด้านการแพทย์และสาธารณสุขนั้น ได้นำเทคโนโลยีดังกล่าวมาใช้เพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยที่อยู่ห่างไกลนี้ว่า การแพทย์ทางไกลหรือ Telemedicine/Telehealth เมื่อความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการสื่อสาร และวิทยาศาสตร์การแพทย์เปลี่ยนผ่านสู่การเพิ่มขีดความสามารถในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ โดยการพัฒนาเครื่องมือเทคโนโลยีและสภาพแวดล้อมที่ทำให้ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการสามารถใช้บริการของสถานพยาบาลที่เหมือนจริงมากขึ้น ซึ่งนอกจากจะเพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการการแพทย์ของประชาชนแล้ว ยังเป็นการลดต้นทุนค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ เพิ่มความพึงพอใจและส่งเสริมภาพลักษณ์ที่ทันสมัยของสถานพยาบาลในการให้บริการที่ประชาชนเป็นศูนย์กลาง ในปัจจุบันสาธารณสุขยุคใหม่ได้ยกระดับการดูแลสุขภาวะทุกมิติมุ่งเพิ่มคุณภาพชีวิตประชาชนทุกคน ทุกกลุ่มวัย มุ่งเน้นนโยบายดิจิทัลสุขภาพ (Digital Health) โดยการพัฒนา Virtual Hospital ซึ่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้บรรจุบริการการแพทย์ทางไกลเป็นสิทธิประโยชน์ในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่ปีพ.ศ.2564 โดยโรคที่ดำเนินการในระยะแรกคือ โรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยอาการคงที่ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หอบหืด มะเร็ง จิตเวชและโรคเรื้อรังอื่นๆ และมีการขยายผลการพัฒนาเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน

การเปลี่ยนการรักษาพยาบาลผู้ป่วยแบบดั้งเดิมในโรงพยาบาลสู่การรักษาแบบเสมือนจริง ซึ่งแนวโน้มของโรงพยาบาลเสมือนจริงเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากสามารถ

เป็นตัวชี้วัดความก้าวหน้าและการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขและบริการทางการแพทย์ในโลกที่ต่างเร่งรัดการพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อช่วยลดต้นทุนโดยยังมีผลลัพธ์ทางการรักษาพยาบาลที่ดีขึ้นสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้หลากหลายและมีประสิทธิภาพ ซึ่งกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแนวทางการพัฒนาระบบบริการโรงพยาบาลเสมือนจริง (Virtual Hospital) เพื่อใช้ในการออกแบบระบบบริการที่ตอบสนองความต้องการการรักษาในยุคดิจิทัลโรงพยาบาลเสมือนจริง (Virtual Hospital) หมายถึง โรงพยาบาลที่ให้บริการด้านสุขภาพระยะไกลในระบบออนไลน์ในลักษณะที่แพทย์สามารถให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยได้แบบทันที (Real-time) ผู้ป่วยและแพทย์สามารถพูดคุยตอบโต้กันได้ และผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้ครบวงจรและปลอดภัย เสมือนมาโรงพยาบาลด้วยตนเอง[2]

การบริการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) หรือการตรวจเสมือนจริง (Virtual care) คือ การให้บริการดูแลสุขภาพทางไกล โดยผู้เชี่ยวชาญทั้งหมดใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสาร สำหรับการแลกเปลี่ยนที่มีประสิทธิภาพในการวินิจฉัยการรักษา ป้องกันโรค รวมถึง การศึกษาอาการบาดเจ็บ การวิจัยและประเมินผล และเพื่อประโยชน์สำหรับการศึกษาต่อเนื่องของ บุคลากรทางการแพทย์ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization)[2] ได้กล่าวถึงการแพทย์ทางไกลไว้ว่า เป็นการดูแลรักษาทางการแพทย์ ที่หมายรวมถึงการให้บริการทางการแพทย์ ทางการพยาบาล การวินิจฉัย การให้คำปรึกษา และการรักษา การให้ความรู้ และการส่งข้อมูลทางการแพทย์ โดยใช้ทัศนูปกรณ์เชิงปฏิสัมพันธ์และการสื่อสารข้อมูล สรุประบบการแพทย์ทางไกลเป็นการใช้ เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารต่าง ๆ หรืออุปกรณ์มัลติมีเดีย มาช่วยส่งเสริมด้านการดูแลสุขภาพ การรักษาทางด้านการแพทย์ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สะดวก รวดเร็วแม้ผู้ป่วยกับแพทย์จะอยู่ห่างไกลกัน Telemedicine (การแพทย์ทางไกล) หมายถึง นำเอาความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีการ สื่อสารโทรคมนาคม มาประยุกต์ใช้กับงานด้านการแพทย์โดยตรง โดยใช้การส่งสัญญาณผ่านสื่อโทรคมนาคม อันทันสมัย เช่น เทคโนโลยีการสื่อสารผ่าน Video Conference เป็นต้น โดยแพทย์ต้นทาง และปลายทาง สามารถติดต่อกันได้ด้วยภาพเคลื่อนไหว และเสียงรวมถึงการแลกเปลี่ยนข้อมูลของคนไข้ระหว่างหน่วยงาน การติดต่อสื่อสารระหว่างคนไข้และแพทย์รวมทั้งการอบรมทางการแพทย์ต่างๆ[3] ระบบการแพทย์ทางไกล หมายถึง การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารต่างๆ หรือ อุปกรณ์ มัลติมีเดียมาช่วยส่งเสริมด้านการดูแลสุขภาพ การรักษาทางด้านการแพทย์ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สะดวก รวดเร็วแม้ผู้ป่วยกับแพทย์จะอยู่ห่างไกลกันเพียงใดก็ตาม[3] สรุประบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine System) เป็นการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารต่างๆ หรือ อุปกรณ์มัลติมีเดียมาช่วยส่งเสริมด้านการดูแลสุขภาพ การรักษาทางด้านการแพทย์ให้เป็นไปอย่างมี ประสิทธิภาพ สะดวก รวดเร็วแม้ผู้ป่วยกับแพทย์จะอยู่ห่างไกลกัน

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพยัคฆภูมิพิสัย มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 20 แห่ง ซึ่งในปี พ.ศ. 2566 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 9 แห่ง และจำนวน 11 แห่งกำลังจะถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม ในเดือนตุลาคม พ.ศ.2567 ซึ่งระบบบริการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง ที่ต้องรับยาและรับการดูแลต่อเนื่อง นับเป็นสิ่งที่ท้าทายต่อการจัดบริการหลังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ่ายโอนครบทั้งหมด โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย เป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายขนาด 90 เตียง เปิดให้บริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD Clinic) โดยให้บริการตรวจ วินิจฉัย และรักษาผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และสนับสนุนการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีอัตราเพิ่มขึ้นทุกปี แต่ระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวยังมีข้อจำกัดในการให้บริการ ทั้งในด้านของผู้รับบริการ ยังพบผู้ป่วยที่ขาดนัดรับยาไม่ต่อเนื่องหรือไม่ได้ตรวจเลือด และพบแพทย์

ตามมาตรฐานประจำปี เนื่องจากพื้นที่ส่วนใหญ่มีระยะทางห่างจากโรงพยาบาล รวมทั้งมีความยากลำบาก หรือไม่สะดวกในการเดินทางมารับบริการ ขาดผู้ดูแล หรือพาหนะ ในส่วนของสถานบริการพบว่าพื้นที่ให้บริการของคลินิกมีผู้รับบริการจำนวนมาก พื้นที่บริการแออัดคับแคบ ระยะเวลารอคอยยาวนานขึ้นทั้งระยะเวลารอตรวจ และรอรับยา และในด้านผู้ให้บริการพบอัตรากำลังบุคลากรมีจำกัด มีแพทย์เฉพาะทางหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเพียง 1 คน ไม่เพียงพอต่อภาระงานที่มากขึ้นทุกปี ความพึงพอใจในการทำงานลดลง ขาดช่องทางการสื่อสารกับบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างเป็นระบบ ดังนั้นการใช้ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) หรือการตรวจเสมือนจริง (Virtual Care) จึงน่าจะเป็นอีกทางเลือกหนึ่งสำหรับการช่วยแก้ปัญหาดังกล่าว เนื่องจากระบบการแพทย์ทางไกลเป็นวิธีการที่ทำให้ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องเดินทางมายังโรงพยาบาล แต่ยังได้รับบริการเหมือนกับการเดินทางไปตรวจที่โรงพยาบาลด้วยตนเอง ทำให้ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และสามารถลดความแออัดของโรงพยาบาลลงได้ นอกจากนี้ระบบการแพทย์ทางไกลยังเป็นช่องทางสื่อสารแบบทันสถานการณ์ระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่าย และเครือข่ายสุขภาพ รวมถึงยังสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศของชาติที่ให้นำเทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสารมาใช้กับบริการทางการแพทย์ โดยกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดตัวชี้วัดให้ผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้รับบริการแพทย์ทางไกล มากกว่าร้อยละ 30

โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จึงได้ดำเนินการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขการแพทย์ทางไกล Telemedicine ตั้งแต่ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2566 โดยได้ดำเนินการครั้งแรกในงานผู้ป่วยนอก คลินิกโรคเรื้อรัง ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ตามเกณฑ์แล้วส่งกลับไปรับยาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพใกล้บ้าน โดยมีเป้าประสงค์เพื่อเพิ่มเข้าถึงบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยในพื้นที่ที่มีอุปสรรคทางภูมิศาสตร์ โดยไม่มีข้อจำกัดเรื่องเวลาและสถานที่ ลดระยะเวลารอคอยตรวจจากจำนวนผู้ป่วยที่มากขึ้น ลดการเดินทาง และลดความแออัดในโรงพยาบาล เพื่อได้เกิดความพึงพอใจในคุณภาพการบริการ (Service Quality Satisfaction)[4] หมายถึง เป็นคุณภาพการให้บริการที่มีการพัฒนามาจากการดูแลเอาใจใส่ ความไว้เนื้อเชื่อใจ และการตอบสนองตามความต้องการของผู้ป่วย ที่สามารถส่งผลกระทบต่อกระบวนการการกลับมาใช้บริการซ้ำ (Repurchase) โดยองค์ประกอบของคุณภาพของการบริการสามารถแบ่งออกได้เป็น 5 มิติ ดังนี้ คือ (1) ความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibility) (2) ความเชื่อถือไว้วางใจได้ (Reliability) (3) การตอบสนองต่อผู้ป่วยที่รวดเร็ว (Responsiveness) (4) การประกันคุณภาพหรือการให้ความเชื่อมั่นต่อผู้ป่วย (Assurance) และ (5) การเอาใจใส่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล (Empathy) งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัยจึงได้พัฒนารูปแบบการจัดบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) มาใช้ในการบริการผู้ป่วยในชุมชนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในพื้นที่อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม เพื่อเพิ่มความพึงพอใจในบริการ และตอบสนองต่อความต้องการผู้ป่วยในพื้นที่ห่างไกลที่เดินทางมาลำบากมากขึ้น

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อพัฒนารูปแบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้แนวคิดของ Kemmis & Mc Taggart ดำเนินการตั้งแต่เดือน 1 ตุลาคม 2566 - 31 พฤษภาคม 2567

พื้นที่วิจัย ผู้วิจัยเลือกผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่รับบริการที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งผู้วิจัยปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่ จึงสามารถเข้าถึงข้อมูลและดำเนินกระบวนการวิจัยเป็นไปด้วยดี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เลือกผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ที่สามารถให้ข้อมูลได้ลึกและตรงประเด็น (Key Informant) แบบจำเพาะเจาะจงประกอบด้วย 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มที่ร่วมพัฒนาระบบภายในในโรงพยาบาล ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพในรพ. ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข นักวิชาการคอมพิวเตอร์ รวม 17 คน 2) บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวม 40 คน 3) ผู้รับบริการโรคเรื้อรังรายเก่าที่ควบคุมได้ และขึ้นทะเบียนที่โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย ทั้งรับยาที่โรงพยาบาลและรับยาที่รพ.สต. จำนวน 376 คน

เกณฑ์คัดเข้าและคัดออก ใช้เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ ผู้ป่วยเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงที่รับยาในรพ.สต. เป็นผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการ มีเวลาเข้าร่วมจนสิ้นสุดโครงการ อาศัยอยู่ในพื้นที่จริงตลอดการศึกษา เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือผู้ที่ย้าย ลาออก เสียชีวิตหรือ ไม่ได้อยู่ในพื้นที่จนสิ้นสุดโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1. แบบสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม ในกลุ่มผู้บริหารผู้ให้บริการ ทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยผู้รับบริการ อาสาสมัครสาธารณสุข ประชาชนในชุมชน เป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับบทบาทการสนับสนุนการจัดบริการ ปัญหาอุปสรรคของระบบบริการและข้อเสนอแนะการบริการ 2. แบบสัมภาษณ์/สนทนากลุ่มผู้ป่วย ผู้รับบริการเกี่ยวกับความสะดวกในการรับบริการ ปัญหาอุปสรรคของระบบบริการ และข้อเสนอแนะ ความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน 3. แบบประเมินความพึงพอใจผู้ป่วยต่อคุณภาพบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง 5 ด้าน จำนวน 15 ข้อ โดยเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) กำหนดค่าน้ำหนักคะแนน 5 ระดับ (ระดับน้อยที่สุด หมายถึง ค่าน้ำหนักคะแนนเท่ากับ 0.01-1.5, ระดับน้อย หมายถึง ค่าน้ำหนักคะแนนเท่ากับ 1.51-2.5, ระดับปานกลาง หมายถึง ค่าน้ำหนักคะแนนเท่ากับ 2.51-3.5, ระดับมากหมายถึง ค่าน้ำหนักคะแนนเท่ากับ 3.51-4.5, ระดับมากที่สุด หมายถึง ค่าน้ำหนักคะแนนเท่ากับ 4.51-5.0) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านได้ค่า IOC 0.6-1 ค่าความเชื่อมั่น Alpha Coefficient ของ Cronbach เท่ากับ 0.84 4. แบบประเมินความพึงพอใจทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลต่อคุณภาพบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง 5 ด้าน จำนวน 15 ข้อ โดยเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) กำหนดค่าน้ำหนักคะแนน 5 ระดับ (ระดับน้อยที่สุด หมายถึง (ระดับน้อยที่สุด หมายถึง ค่าน้ำหนักคะแนนเท่ากับ 0.01-1.5, ระดับน้อย หมายถึง ค่าน้ำหนักคะแนนเท่ากับ 1.51-2.5, ระดับปานกลาง หมายถึง ค่าน้ำหนักคะแนนเท่ากับ 2.51-3.5, ระดับมากหมายถึง ค่าน้ำหนักคะแนนเท่ากับ 3.51-4.5, ระดับมากที่สุด หมายถึง ค่าน้ำหนักคะแนนเท่ากับ 4.51-5.0) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า IOC 0.6-1 ค่าความเชื่อมั่น Alpha Coefficient ของ Cronbach เท่ากับ .87 5. แบบประเมินความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต่อคุณภาพบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง 5 ด้าน จำนวน 15 ข้อ โดยเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) กำหนดค่าน้ำหนักคะแนน 5 ระดับ (ระดับน้อยที่สุด หมายถึง (ระดับน้อยที่สุด หมายถึง ค่าน้ำหนักคะแนนเท่ากับ 0.01-1.5, ระดับน้อย หมายถึง ค่าน้ำหนักคะแนนเท่ากับ 1.51-2.5, ระดับปานกลาง หมายถึง ค่าน้ำหนักคะแนนเท่ากับ 2.51-3.5, ระดับมาก หมายถึง ค่าน้ำหนักคะแนนเท่ากับ3.51-4.5, ระดับมากที่สุด หมายถึง ค่าน้ำหนักคะแนนเท่ากับ 4.51-5.0) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า IOC 0.6-1 ค่าความเชื่อมั่น Alpha Coefficient ของ Cronbach เท่ากับ 0.85 และ 6. แบบรายงานข้อมูลผู้ป่วยที่มาใช้บริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ขั้นตอนการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ดังนี้ 1) ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำสู่การออกแบบวิจัย 2) การศึกษาสภาพปัญหา จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากสถิติผู้ป่วย และปัญหาที่พบจากการให้บริการในคลินิกโรคเรื้อรัง เช่น ระยะเวลารอคอย การขาดนัดขาดยา

รวมทั้งสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มเพื่อหาข้อมูลเพิ่มเติมจากทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ผู้รับบริการ ผู้ป่วยและญาติ อาสาสมัครสาธารณสุข 3) การศึกษาปัญหา และความต้องการการพัฒนาจัดบริการการแพทย์ทางไกลจากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรังในโรงพยาบาล พร้อมทั้งสัมภาษณ์เชิงลึกตัวแทนผู้ป่วยและญาติที่รับบริการในรพ.สต. เพื่อทราบความต้องการการดูแลและปัญหาอุปสรรคในการรับบริการต่างๆ ที่ผ่านมา หลังจากนั้น นำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อนำสู่การพัฒนาในระยะที่ 2 ต่อไป

ระยะดำเนินการพัฒนา นำข้อมูลที่สรุปได้จากระยะที่ 1 คืนข้อมูลผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการระดมสมอง ร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลและในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักวิชาการคอมพิวเตอร์ มาร่วมคิดร่วมวางแผนเพื่อสร้างความตระหนักถึงความสำคัญและมีส่วนร่วมในการพัฒนา หลังจากนั้น ดำเนินการวางแผน โดยจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action plan) ลงมือปฏิบัติ สังเกต และสะท้อนการปฏิบัติร่วมกันกับผู้วิจัยตามวงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการแต่ละวงจร

ระยะการประเมินผล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) การประเมินผลระหว่างดำเนินการพัฒนาที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาและปรับปรุงแก้ไขในแต่ละวงจรปฏิบัติการ และ 2) การประเมินผลโดยรวมเมื่อสิ้นสุดการวิจัย เป็นการสังเคราะห์การพัฒนาจากผลลัพธ์การจัดรูปแบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยประมวลคำสำคัญและเชื่อมโยงความเป็นเหตุเป็นผลของข้อมูลแล้วนำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่ มีการตรวจสอบข้อมูลที่ได้จนมีความมั่นใจในความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) โดยใช้หลายวิธีการในการเก็บข้อมูล และเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมศึกษาตรวจสอบความถูกต้องของการวิเคราะห์ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย เลขที่10/2566 ลงวันที่ 15 ตุลาคม 2566

ผลการวิจัย

1. **ระยะวิเคราะห์สถานการณ์** พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนารูปแบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ดังนี้ คือ (1) ผู้รับบริการในคลินิกโรคเรื้อรังมีความแออัดเฉลี่ย 90-100 คนต่อวัน เนื่องจากมีคลินิกโรคเรื้อรังมีจำนวนมาก ผู้ป่วยเบาหวาน 5,023 คน (รับยาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1,974 คน) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 8,573คน (รับยาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4,119 คน) ซึ่งได้จัดแบ่งรับยาในโรงพยาบาลและรับยาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กลุ่มที่ต้องรับยาที่โรงพยาบาลเหมือนเดิมได้แก่ กลุ่ม Uncontrol มีความเสี่ยงทางคลินิกสูง หรือมีภาวะแทรกซ้อนหลายอย่างจำเป็นต้องรับยาที่ไม่มีรายการยาในรพ.สต. และต้องพบแพทย์เฉพาะทางจะไม่ส่งออกไปรับยาที่รพ.สต. และกลุ่มที่เข้าเกณฑ์ส่งกลับไปรับยาที่รพ.สต.ใกล้บ้านได้และสมัครใจกลับไปรับยาในรพ.สต.ใกล้บ้าน เช่น ควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเกณฑ์ ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ มียาที่ผู้ป่วยจะต้องรับในรพ.สต. และผู้ป่วยสิทธิ์บัตรประกันสุขภาพ ซึ่งกลุ่มเหล่านี้สามารถให้บริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ได้ (2) ระยะเวลารอคอยในคลินิกโรคเรื้อรัง พบระยะเวลารอคอย (จากเริ่มยื่นบัตรจนถึงรับยา) ในคลินิกโรคเรื้อรังเฉลี่ยเท่ากับ 90.25 นาที ซึ่งระยะเวลารอรับยานานที่สุด เท่ากับ73.97นาที[1] จึงจำเป็นต่อการ

จัดบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เพื่อให้ตอบสนองต่อนโยบายลดแออัดลดรอคอยของกระทรวงสาธารณสุข (3) สภาวการณ์เปลี่ยนแปลงด้านการสื่อสารด้วยระบบดิจิทัลมากขึ้น ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มนำนโยบายส่งเสริมพัฒนาระบบดิจิทัลตั้งแต่ปีพ.ศ.2564 มาใช้อย่างต่อเนื่อง เริ่มต้นจากนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 แบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) หรือนำ Telenursing มาใช้ในการพยาบาลทางไกลมากขึ้น และ (4) การเปลี่ยนแปลงบทบาทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลังเริ่มต้นการกระจายอำนาจ พบว่าหลังเข้าสู่ระบบการกระจายอำนาจของภาครัฐได้มีรพ.สต.สมัครใจย้ายไปสังกัดอบจ. จำนวน 9 แห่งเมื่อ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2566 คงเหลือ 11 แห่งที่กำลังจะย้ายไปสังกัดอบจ.ทุกแห่ง ในวันที่ 1 ตุลาคม 2567 และซึ่งที่ผ่านมาตั้งแต่ต้นปีพ.ศ. 2566 คลินิกโรคเรื้อรัง ได้เริ่มนำระบบ Telemedicine มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับยาในรพ.สต. เพื่อพบแพทย์ปีละ 1 ครั้ง และแจ้งผลการตรวจเลือดประจำปี โดยดำเนินการต่อเนื่องในผู้ป่วยที่รับยาในรพ.สต.ทั้ง 20 แห่ง หลังการกระจายอำนาจจึงเป็นโอกาสในการนำแนวคิด 3 หมอมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน เพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล และในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังที่เคยรับยาในรพ.สต ยังได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่องจากแพทย์ในโรงพยาบาลเหมือนเดิม

2. การพัฒนารูปแบบการจัดบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)

2.1 รูปแบบการจัดบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) พบว่า ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) คัดเลือกและจัดตั้งสถานีสุขภาพดิจิทัลใน รพ.สต. โดยเริ่มดำเนินการในสถานที่ที่มีความพร้อมวัสดุอุปกรณ์คอมพิวเตอร์และสมัครใจเข้าร่วมการบริการการแพทย์ทางไกล 2) จัดตั้งคณะทำงานสถานีสุขภาพดิจิทัลระดับอำเภอ เพื่อดำเนินการ เตรียมความพร้อมของผู้นำชุมชนและอสม. และพัฒนาศักยภาพอสม./ประชาชนให้สามารถเข้าถึงระบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ที่จัดตั้งขึ้นได้ 3) ระบบสื่อสารการในจัดบริการการแพทย์ทางไกล(Telemedicine) โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย ประกอบด้วย Application 4 ระบบ ได้แก่ Application Line สำหรับผู้ป่วย/ผู้ดูแล เพื่อใช้ในการติดต่อสื่อสารให้ข้อมูลต่างๆ หรือใช้โต้ตอบกลับระหว่างเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแล Program Zoom meeting ใช้เป็นโปรแกรมในการตรวจรักษาการแพทย์ทางไกล ซึ่งความละเอียดของภาพเสมือนจะขึ้นกับอุปกรณ์ที่ใช้ โปรแกรมส่งตรวจสถานีสุขภาพ (Smart Card) ซึ่งพัฒนาโดยนายปัญญา ผ่องศรีงาม นักวิชาการคอมพิวเตอร์ โรงพยาบาลยางสีสุราช โดยการเสียบบัตรประชาชนเข้าเครื่องสมาร์ทการ์ดที่เชื่อมต่อกับคอมพิวเตอร์สำหรับเข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อส่งข้อมูลการวัดสัญญาณชีพ การตรวจระดับน้ำตาลเข้าระบบ HOSxP โรงพยาบาล และ และ Program HOSxP สำหรับให้แพทย์ผู้ตรวจรักษา พยาบาลบันทึกการซักประวัติหรือการให้คำแนะนำ เป็นโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นสำหรับสถานพยาบาลเก็บข้อมูลผู้ป่วยและช่วยบุคลากรทางการแพทย์ให้บริการผู้ป่วย มีลักษณะเป็น Hospital Information System และเป็นโปรแกรมที่สามารถเชื่อมโยงโครงสร้างพื้นฐานด้านเครือข่ายในการให้บริการผู้ป่วยเพื่อบันทึกข้อมูลผู้ป่วย การตรวจรักษา สั่งยา บันทึกผลการตรวจหรือการรักษา การนัดต่างๆเป็นต้น ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ใช้ภายในจังหวัดมหาสารคามตั้งแต่ระดับสถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชนและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

2.2 การตรวจรักษาทางไกล (Telemedicine) โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน คือ ก) การยืนยันตัวตนผู้รับบริการโดยใช้เครื่อง Visit บัตรประชาชนที่เชื่อมต่อระบบข้อมูล HOSxP ของโรงพยาบาล ข) การวัดสัญญาณชีพ เจาะระดับน้ำตาล ลงข้อมูลในระบบ HOSxP ที่รพ.สต. ค) พยาบาลในรพ.สต. คัดกรอง ซักประวัติ ประเมินอาการและลงข้อมูลใน HOSxP ง) ใช้ระบบ Zoom meeting การตรวจรักษากับแพทย์ ลงข้อมูลการรักษาใน HOSxP จ) พยาบาลให้คำแนะนำหลังตรวจหรือ การลงนัดครั้งถัดไป จ) เภสัชกรแนะนำการใช้ยาผ่านระบบ Telepharm หรือLine OA และ ฉ) รับยาในรพ.สต. หรือ จัดส่งยาทางไปรษณีย์

2.3 การบันทึกข้อมูลรับบริการการแพทย์ทางไกลใน HOSxP สะท้อนผลโดยใช้กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทบทวนรูปแบบที่ดำเนินการการแพทย์ทางไกล

(Telemedicine) ในขั้นตอนการวางแผนและการปฏิบัติตามแผน พบจุดเด่นในการบริการคือ ผู้ป่วยได้รับความสะดวกไม่ต้องเดินทางไกล บุตรหลานผู้ดูแลไม่ต้องเสียเวลาทั้งวันในการพามารับยาที่โรงพยาบาล และในคลินิกโรคเรื้อรังสามารถลดความแออัดได้ จากการพัฒนาครั้งนี้พบจุดบกพร่องและข้อเสนอแนะ คือ การใช้เครื่องมือสื่อสารในระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ยังต้องใช้นักวิชาการคอมพิวเตอร์ในการควบคุมดูแลระบบ และในการส่งยาทางไปรษณีย์ไม่พบปัญหาจากการส่งยาล่าช้าหรือยาหาย แต่พบในกรณีอสม.หรือญาติมารับยาแทนทำให้ยาถึงมือผู้ป่วยช้า เป็นต้น

จากการพัฒนารูปแบบพบประเด็นเรื่องความสามารถการใช้ระบบสื่อสาร ได้จัดประชุมพัฒนาศักยภาพการใช้เครื่องมือและระบบสื่อสารร่วมกับบุคลากรสาธารณสุขและอสม.ในทุกรพ.สต. จำนวน 1 ครั้ง และพัฒนาต่อในวงรอบที่ 2 ยังพบปัญหาด้านการใช้ระบบคอมพิวเตอร์การเชื่อมต่อระบบกับ HOSxP ก่อนรับบริการ และการนำระบบ Zoom ที่เห็นภาพชัดเจน สื่อสารได้ง่ายมากกว่ามาใช้ในการแนะนำการใช้ยาแทนระบบ Telepharm ทำให้แนะนำการใช้ยามีประสิทธิภาพมากขึ้น



ภาพที่ 1 รูปแบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

3. ผลการประเมินรูปแบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัยได้ดำเนินการคัดกรองและแยกผู้ป่วยกลุ่มควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ ส่งกลับไปรับยาที่รพ.สต.ใกล้บ้านมาอย่างต่อเนื่อง แต่หากมีภาวะแทรกซ้อนหรือควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหรือระดับความดันโลหิตไม่ได้จะส่งกลับมารักษาในโรงพยาบาลเช่นเดิม ในระบบการดูแลต่อเนื่องนี้ได้จัดระบบการตรวจเลือดประจำปีอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เป้าหมายเพื่อลดความแออัดและสะดวกในการรับบริการจึงจัดระบบการเจาะเลือดในรพ.สต. และเจ้าหน้าที่นำส่งตรวจที่โรงพยาบาลโดยจะจัดคิวตามที่พื้นที่รพ.สต. และห้องปฏิบัติการทางการแพทย์สะดวกให้บริการโดย Case Manager เบาหวานเป็นผู้บริหารจัดการระบบนี้มาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้ป่วยในปัจจุบันโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัยได้จัดระบบบริการพบแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและแจ้งผลการตรวจเลือดผ่านระบบ Telemedicine ยกเว้นกรณีที่ผิดปกติต้องเข้ามาปรับยาหรือจำเป็นต้องกลับมารับยาในโรงพยาบาลโดยสรุปผลการประเมินรูปแบบบริการ 4 ส่วน ดังนี้

3.1 สรุปข้อมูลผู้ป่วยที่ใช้บริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด 5,023 คน ที่รับยาในรพ.สต.1,974 คน (39.29%) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ทั้งหมด 8,573 คน รับยาในรพ.สต. 4,119 คน (48.05%) รวมผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูง ที่รับยาใน รพ.สต. ทั้งหมด 6,093 คน เป็นผู้ป่วยที่ได้รับบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ทั้งหมด 2,278 คน (37.39%) ของผู้ป่วยที่รับยาในรพ.สต.ทั้งหมด แยกราย รพ.สต. จาก มากที่สุดไปหาน้อยที่สุด ดังนี้

รพ.สต.หนองระเวียง 188 คน คิดเป็นร้อยละ 8.25
รพ.สต.แก่นท้าว 150 คน คิดเป็นร้อยละ 6.59
รพ.สต.เขวาทุ่ง 149 คน คิดเป็นร้อยละ 6.54
รพ.สต.เมืองเตา 147 คน คิดเป็นร้อยละ 6.45
รพ.สต.หนองหว้าเฒ่า 146 คน คิดเป็นร้อยละ 6.41
รพ.สต.สระแคน 135 คน คิดเป็นร้อยละ 5.97
รพ.สต.ดอนติ้ว 119 คน คิดเป็นร้อยละ 5.22
รพ.สต.โนนม่วง 118 คน คิดเป็นร้อยละ 5.17
รพ.สต.ดอนหลี่ 115 คน คิดเป็นร้อยละ 5.04
รพ.สต.โนนจาน 112 คน คิดเป็นร้อยละ 4.92
รพ.สต.สระบาก 111 คน คิดเป็นร้อยละ 4.87
รพ.สต.มะโป่ 105 คน คิดเป็นร้อยละ 4.61
รพ.สต.ดอนหมี 101 คน คิดเป็นร้อยละ 4.43
รพ.สต.ดงยางน้อย 86 คน คิดเป็นร้อยละ 3.78
รพ.สต.นาสีนวล 71 คน คิดเป็นร้อยละ 3.12
รพ.สต.หนองบะ 68 คน คิดเป็นร้อยละ 2.98
รพ.สต.หนองแก 61 คน คิดเป็นร้อยละ 2.68
รพ.สต.สำโรง 61 คน คิดเป็นร้อยละ 2.68
รพ.สต.เม็กดำ 56 คน คิดเป็นร้อยละ 2.46
รพ.สต.เมืองเสือ 54 คน คิดเป็นร้อยละ 2.37

ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย 55 คน คิดเป็นร้อยละ 2.41

3.2 ประเมินความพึงพอใจผู้ป่วยต่อคุณภาพบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) พบว่า มีความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการการแพทย์ทางไกลเพิ่มขึ้นทุกด้าน โดย 1) ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการการแพทย์ทางไกล (Tangibles) (Mean=4.43, SD.= 0.64 2) ด้านความน่าเชื่อถือ (Reliability) Mean= 4.28, SD.= 0.75 3) ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ (Responsiveness) Mean=3.98, SD.=0.76 4) ด้านการประกันคุณภาพและความเชื่อมั่น (Assurance) Mean= 4.55, SD.=0.56 และ 5) ด้านความเข้าอกเข้าใจหรือการดูแลเอาใจใส่ (Empathy) Mean= 4.53, SD.=0.56 เปรียบเทียบความพึงพอใจก่อนและหลังพัฒนาพบว่าผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อรูปแบบบริการการแพทย์ทางไกลหลังพัฒนาเพิ่มสูงขึ้น t=11.03 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความพึงพอใจผู้ป่วยต่อคุณภาพบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)

คุณภาพบริการTelemedicine	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	95%CI	t	p
	Mean(SD.)	Mean(SD.)			
1. ความเป็นรูปธรรมของบริการ Telemedicine	3.65(0.87)	4.43(0.64)	0.66, 0.97	10.4	<.0001
2. ความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้	3.75(0.94)	4.28(0.75)	0.99, 0.75	8.24	<.0001
3. การตอบสนองที่รวดเร็ว	3.52(0.85)	3.98(0.76)	0.33, 0.61	6.75	<.0001

ตารางที่ 1 (ต่อ)

คุณภาพบริการTelemedicine	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	95%CI	t	p
	Mean(SD.)	Mean(SD.)			
4. การประกันคุณภาพและการให้ความเชื่อมั่น	3.82(0.88)	4.55(0.56)	0.75, 0.65	8.88	<.0001
5. การเอาใจใส่เป็นรายบุคคล	4.00(0.71)	4.53(0.56)	0.53, 0.50	8.21	<.0001
ภาพรวม	3.750.95	4.36(0.68)	2.66, 3.84	11.03	<.0001

3.3 ผลการประเมินความพึงพอใจทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลต่อคุณภาพบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) โดยรวมพบว่า อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean=4.52,SD.=0.59) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าด้านการสนับสนุนอื่นๆ มีความพึงพอใจมากที่สุด (Mean=4.59,SD.=0.60) แต่มีความพึงพอใจต่อด้านการจัดการระบบและอุปกรณ์สื่อสาร และด้านการจัดทำเกณฑ์มาตรฐานและแนวทางการปฏิบัติน้อยที่สุด (Mean=4.41,SD.=0.60) และ (Mean=4.41, SD.= 0.69) ตามลำดับดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความพึงพอใจทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลต่อคุณภาพบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)

คุณภาพบริการการแพทย์ทางไกล	Mean(SD.)	ระดับความพึงพอใจ
1. ด้านการบริหารจัดการ	4.53(0.50)	มากที่สุด
2. ด้านการจัดการระบบและอุปกรณ์สื่อสาร	4.41(0.60)	มาก
3. ด้านการจัดทำเกณฑ์มาตรฐานและแนวทางการปฏิบัติ	4.41(0.69)	มาก
4. ด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากร	4.65(0.59)	มากที่สุด
5. ด้านการสนับสนุนอื่นๆ	4.59(0.60)	มากที่สุด
ภาพรวม	4.52(0.59)	มากที่สุด

3.4 ผลการประเมินความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต่อคุณภาพบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean= 4.67,SD. = 0.58) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ด้านการสนับสนุนอื่นๆ มีความพึงพอใจมากที่สุด (Mean=4.60,SD.=0.49) แต่ด้านการจัดทำเกณฑ์มาตรฐานและแนวทางการปฏิบัติมีความพึงพอใจน้อยที่สุด (Mean=4.33, SD.=0.57) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต่อคุณภาพบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)

คุณภาพบริการการแพทย์ทางไกล	Mean(SD.)	ระดับความพึงพอใจ
1. ด้านการบริหารจัดการ	4.35(0.69)	มาก
2. ด้านการจัดการระบบและอุปกรณ์สื่อสาร	4.50(0.55)	มากที่สุด
3. ด้านการจัดทำเกณฑ์มาตรฐานแลแนวทางการปฏิบัติ	4.33(0.57)	มาก
4. ด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากร	4.58(0.59)	มากที่สุด
5. ด้านการสนับสนุนอื่นๆ	4.60(0.49)	มากที่สุด
โดยรวม	4.67(0.58)	มากที่สุด

วิจารณ์

การพัฒนารูปแบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ประสบความสำเร็จ เนื่องจากรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ และปัญหาความความต้องการของผู้รับบริการ ทำให้ผู้ป่วยสะดวกกว่าการมารับบริการในคลินิกแบบเดิม การบริการรูปแบบใหม่นี้ช่วยให้ประหยัดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ไม่ต้องใช้ผู้ดูแลพามาตรวจที่โรงพยาบาล และยังสามารถได้พูดคุยกับแพทย์ผู้รักษาโดยตรงหากมีอาการที่ต้องตรวจเพิ่มเติมก็จะมีใบนัดมาพบแพทย์เฉพาะทางที่เกี่ยวข้องได้สะดวกมากยิ่งขึ้น จากความสะดวกในการเข้ารับบริการนี้จึงมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นซึ่งสอดคล้องแนวทางการพัฒนาระบบบริการโรงพยาบาลเสมือนจริง (Virtual Hospital) หรือการตรวจเสมือนจริง (Virtual Care) นำมาพัฒนาเพื่อสร้างความยั่งยืนในระบบบริการให้สามารถรองรับวิกฤติต่างๆ รวมถึงเพื่อปรับระบบบริการในรูปแบบเสมือนจริงในกลุ่มโรคที่อาการไม่รุนแรงให้สอดรับกับสถานการณ์ เพื่อแก้ปัญหาความล่าช้าในการให้บริการทางการแพทย์ ลดความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาล ลดปัญหาความขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ในระบบบริการสุขภาพ และประหยัดค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วยของกรมการแพทย์[2] นอกจากนี้ยังช่วยเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงแพทย์เฉพาะทางของผู้ป่วยที่เดินทางมาลำบากได้มากขึ้น ส่วนระบบสื่อสารที่นำมาใช้ในระบบบริการรูปแบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ที่เชื่อมต่อกับระบบข้อมูล HOSxP ของโรงพยาบาล และใช้ระบบ Zoom ให้เห็นภาพเสมือนจริงนั้นนับเป็นเรื่องใหม่สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขในการใช้งานระบบดังกล่าวในระยะแรกเริ่ม รวมถึงบุคลากรสาธารณสุขที่ยังไม่มั่นใจในความปลอดภัยในการรักษาและความยั่งยืนของระบบบริการการแพทย์ทางไกลของโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับนัฐยา พานิชย์ดี[3] ที่ศึกษาเรื่อง การประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อการพัฒนาคุณภาพการให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินทางไกลในชนบท ที่ว่าอุปสรรคของการใช้บริการระบบการแพทย์ทางไกล คือ 1) ต้องมีการสร้างและวางระบบซึ่งต้องดำเนินการประสานงานหลากหลายฝ่าย อาจก่อให้เกิดความยุ่งยากในการดำเนินงานและการประสานงาน 2) แพทย์ที่ให้การรักษาแพทย์ทางไกล ต้องมีความเชี่ยวชาญอาการในการรักษาพยาบาลผ่านจอคอมพิวเตอร์ คือสามารถดูลักษณะของผู้ป่วยผ่านระบบการให้บริการการแพทย์ทางไกลและต้องมีความรู้ความสามารถใช้เครื่องมือทางอีเลคทรอนิกส์ได้ด้วย 3) การรักษาด้วยวิธีการแพทย์ทางไกลยังไม่มีมาตรการทางกฎหมายออกมาเป็นแนวทางในการรักษาให้แพทย์ และผู้ให้บริการทางการแพทย์ แต่บุคลากรผู้ปฏิบัติงานยังมี

ความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถในการใช้อุปกรณ์สื่อสารได้อย่างถูกต้องสามารถใช้งานได้อย่างราบรื่นไม่ติดขัด มีความมั่นใจในการใช้อุปกรณ์สื่อสาร และคิดว่าการใช้เครื่องมือสื่อสารเป็นสิ่งที่เรียนรู้ได้ ในขณะเดียวกันหากเกิดปัญหาในการใช้บริการก็มีผู้ที่ให้ความช่วยเหลือได้สอดคล้องกับการศึกษาของธนพร ทองจูด[5] เรื่องการศึกษาปัจจัยของการตรวจรักษาด้วยโทรเวชกรรมที่มีผลต่อทัศนคติและความตั้งใจเลือกใช้บริการโทรเวชกรรมของผู้รับบริการโรงพยาบาลรามาธิบดี และในส่วนของบุคลากรสาธารณสุขนั้นนับเป็นระบบที่สื่อสารกันได้สะดวก มีความละเอียดและสามารถบูรณาการกับงานบริการปกติในโรงพยาบาลได้ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของธนพร ทองจูด[5] เช่นเดียวกัน จากการนำรูปแบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ไปใช้ในพื้นที่ รพ.สต. 20 แห่ง ทำให้ผู้ป่วยผู้ใช้บริการเห็นประโยชน์ที่หลากหลายมากยิ่งขึ้น เนื่องจากไม่ต้องตื่นเช้ามืด งดน้ำงดอาหารไม่นานนักก่อนเจาะเลือด ไม่มีความลำบากในการเดินทางและการเคลื่อนย้ายกรณีนั่งรถเข็น ไม่ต้องมีผู้ดูแลพามาโรงพยาบาล รวมถึงไม่พบความแออัดและระยะเวลารอคอยที่ยาวนานทุกขั้นตอนเหมือนกับที่มาตรวจในโรงพยาบาล จึงส่งผลต่อความพึงพอใจในบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เพิ่มสูงขึ้น

ระบบสื่อสารข้อมูลในการบริการทางไกลได้ใช้การเชื่อมต่อระบบ HOSxP กับโปรแกรม Visit เข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยใช้บัตรประชาชนอ่านข้อมูลผ่านสมาร์ทการ์ดยืนยันตัวตนก่อนเข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งจะทำให้ข้อมูลการรับบริการผู้ป่วยเชื่อมกับโรงพยาบาลเป็น OP visit ในโรงพยาบาลทุกราย ซึ่งระบบที่จัดตั้งสามารถเห็นข้อมูลบริการ การใช้ยาโรคประจำตัวต่างๆได้เหมือนตรวจในโรงพยาบาล แต่อย่างไรก็ตามยังต้องมีนักวิชาการคอมพิวเตอร์ไปดูแลระบบสื่อสารในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกครั้งที่เปิดให้บริการ ซึ่งเป็นอุปสรรคอีกประการหนึ่งของการใช้ระบบการแพทย์ทางไกลในการตรวจรักษาผู้ป่วยสอดคล้องการศึกษาของนัฐยา พานิชย์ดี[3] อุปสรรคของการใช้ระบบการแพทย์ทางไกล คือ 1) เครือข่ายระบบสื่อสารไม่ครอบคลุมพื้นที่ชนบท 2) แพทย์ที่ให้การรักษาต้องมีความเชี่ยวชาญอาการในการรักษาผ่านจอคอมพิวเตอร์และต้องสามารถใช้เครื่องมือทางอีเลคทรอนิกส์ได้ 3) ขาดแนวทางการรักษาแพทย์ทางไกลและผู้ให้บริการทางการแพทย์ยึดถือปฏิบัติ ดังนั้นจึงต้องมีการพัฒนาควบคู่กันระหว่างความเชี่ยวชาญทางการแพทย์ร่วมกับแนวทางการรักษาผ่านระบบการแพทย์ทางไกล

ข้อดีของการนำระบบ Zoom meeting มาใช้ในการบริการทางไกลแทนโทรศัพท์ส่วนตัวของผู้ป่วยทางไลน์ คือ ภาพและเสียงชัดเจน ระบบมีความเสถียร สามารถให้บริการได้หลายคน ผู้ป่วยเข้าถึงได้ทุกคนลดความเหลื่อมล้ำด้านการใช้อุปกรณ์ แต่ยังมีข้อจำกัดบริการการแพทย์ทางไกลเนื่องจากจากการเปลี่ยนผ่านสู่การกระจายอำนาจเต็มทุกพื้นที่ ในวันที่ 30 กันยายน 2567 นี้ ซึ่งอาจจะมีผลต่อการบริการและการแบ่งปันค่าดำเนินการ แต่อย่างไรก็ตามการดูแลผู้ป่วยร่วมกันโดยนำจุดเด่นของแต่ละหน่วยงานที่สังกัด มาร่วมมือร่วมใจในการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่นับเป็นโอกาสในการพัฒนาที่สำคัญของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ข้อเสนอแนะ

1. ควรอบรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะการนำการแพทย์ทางไกลไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยอื่นที่มีปัญหาการเข้าถึง เช่น กลุ่มเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้พิการเพื่อการเข้าถึงแพทย์เฉพาะทางได้ง่าย และผู้ป่วยทางสุขภาพจิตที่เข้าถึงบริการยากเพื่อลดการขาดยา

2. เพิ่มสมรรถนะของผู้ใช้ด้านการใช้ระบบพยาบาลทางไกลที่ต้องประเมินอาการ และประเมินผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เช่น กลุ่มผู้ป่วย Stroke กลุ่มผู้สูงอายุ

3. นำไปเป็นเครื่องมือในการสร้างการประสานความร่วมมือ (Collaboration) กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหลังถ่ายโอนไปครบทุกแห่ง

เอกสารอ้างอิง

1. งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย. รายงานสถิติการบริการโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย ประจำปี 2566. มหาสารคาม: โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย; 2566.
2. กรมการแพทย์. แนวทางการพัฒนาระบบบริการโรงพยาบาลเสมือนจริง (Virtual Hospital). นนทบุรี: กรมการแพทย์; 2566.
3. นัฐยา พานิชย์ดี. การพัฒนาระบบบริการแพทย์ทางไกลคลินิกเฉพาะโรค (Telemedicine) โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. วารสารวิชาการทางการพยาบาล และวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2566;3(2):127-42.
4. ชีวัน เจริญสุข. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในคุณภาพบริการ (Service Quality Satisfaction) [อินเทอร์เน็ต]. 2562. [เข้าถึงเมื่อ 9 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://maymayny.wordpress.com/2020/04/07/แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง-2/.
5. ธนพร ทองจูด. การศึกษาการตรวจรักษาด้วยโทรเวชกรรมที่มีผลต่อทัศนคติและความตั้งใจเลือกใช้บริการโทรเวชกรรมของผู้รับบริการของโรงพยาบาลรามาธิบดี [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2564.

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา 2 ราย
Nursing Care for Septic shock : Two case studies

สายนิน ชินบุตร*
Sainin Chinnabut
Corresponding author: E-mail; saininselaphum@gmail.com
(Received: June 2, 2024; Revised: June 8, 2024; Accepted: July 8, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 2 รายที่มารับบริการในโรงพยาบาลเสลภูมิ

รูปแบบการวิจัย : การเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย

วัสดุและวิธีการวิจัย : การศึกษารายกรณีนี้เป็นการเปรียบเทียบในผู้ป่วย Septic shock จำนวน 2 ราย โดยศึกษาในผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 ที่เข้ามารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเสลภูมิ ระหว่างวันที่ 7 เดือน มกราคม 2567- 8 เดือนมกราคม 2567 และศึกษาในผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเสลภูมิ ระหว่างวันที่ 19 เดือนมกราคม 2567- 25 เดือนมกราคม 2567 การเก็บข้อมูลโดยใช้แนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน และแนวคิดกระบวนการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

ผลการวิจัย : ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการนำเครื่องมือประเมินผู้ป่วย Sepsis ได้แก่ SIRS, qSOFA, NEWS มาช่วยประเมินคัดกรองและค้นหาความเสี่ยงทางคลินิกทำให้สามารถให้การพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว ทันท่วงที ได้แก่ การดูแลระบบไหลเวียนโลหิต การเฝ้าระวังภาวะไม่สมดุลของอิเลคโตรไลท์ การให้สารน้ำ การให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาภายใน 1 ชั่วโมง การเก็บสิ่งส่งตรวจ การให้ยากระตุ้นความดันโลหิต ประเมินและติดตามอาการอย่างใกล้ชิด จนสามารถทำให้ผู้ป่วยชะลอการล้มเหลวของอวัยวะสำคัญและช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตได้

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าพยาบาลควรมีความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างชำนาญนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละคนได้อย่างมีประสิทธิภาพเกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดี

คำสำคัญ : ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด; การพยาบาล

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลเสลภูมิ

Abstract

Purposes : To study and compare the nursing care of 2 patients with septic shock receiving services at Selaphum Hospital.

Study design : Comparison of 2 case studies.

Material and Methods : The first case study patient came to receive treatment in the emergency department. Selaphum Hospital between 7 january 2024 - 8 january 2024 and studied in the second case study patient who was admitted to the inpatient department at Selaphum Hospital. Between 19 january 2024 - 25 january 2024. Collecting data using the concept assessment of patient health status according to Gordon's 11 health plans and nursing process concepts applied in the care of patients with septic shock.

Main findings : Applying nursing theory to care for patients with septic shock. The blood is appropriate, keeping the patient safe. The results from the study found that Both case study patients received Sepsis patient assessment tools such as SIRS and qSOFA, NEWS to help assess, screen and find clinical risks. The clinic allows for quick and timely nursing care. Including care for the circulatory system. Monitoring of electrolyte imbalances, giving fluids, receiving antibiotics according to the treatment plan within 1 hour and collecting things. Send for inspection giving medication to stimulate blood pressure evaluate and monitor symptoms closely. Until it can make the patient delays the failure of vital organs and helps patients survive.

Conclusion and recommendations : The results of this research indicate that therefore, nurses should have knowledge and skills in nursing patients. Skilled management of septic shock leads to nursing actions consistent with the problem of Each patient can effectively achieve good nursing results.

Keywords : Septic shock; Nursing

*Registered Nurse Professional Level, Selaphum Hospital.

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เป็นกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis syndrome) ที่มีพยาธิสภาพซับซ้อนและคุกคามต่อชีวิตที่ส่งผลให้มีอัตราการเสียชีวิตสูง ติด 1 ใน 5 ของอัตราการเสียชีวิตทั่วโลก โดยพบว่ามีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดจำนวน 20-30 ล้านรายทั่วโลก และทุก 1 ชั่วโมงจะมีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจำนวน 1,000 คน หรือ 24,000 คนต่อวัน นับเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตลำดับต้นๆของประชากรทั่วโลก[1] และในประเทศไทยพบอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ปี พ.ศ. 2557 – 2559 จำนวน 65.3, 66.4 และ 68.2 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นภาวะที่เกิดขึ้นจากปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกาย (Systemic inflammatory response syndrome หรือ SIRS)[2] ต่อการอักเสบร่วมกับการติดเชื้อ ซึ่งบางครั้งผู้ป่วยที่มาตรวจอาจพบเพียงอาการแสดง 2 ใน 4 อย่างของภาวะ SIRS หากหาสาเหตุของการติดเชื้อไม่ได้หรือละเลย จะทำให้โรคดำเนินต่อไปจนทำให้เกิดอาการที่แสดงถึงการติดเชื้อในกระแสเลือดที่รุนแรงขึ้น จนเกิดอวัยวะเสียหน้าที่อย่างน้อยหนึ่งแห่งขึ้นไป (Severe sepsis) ต่อมาระบบไหลเวียนเลือดในร่างกายจะไม่เพียงพอ จนเกิดภาวะช็อก (Septic shock) แม้จะได้รับการแก้ไขโดยให้สารน้ำทดแทนแล้วและทำให้เกิดหลายระบบในร่างกายทำงานล้มเหลว (Multiple organ failure) จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยที่มีภาวะ Septic shock ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดแบบภาวะวิกฤตภายใน 3 ชั่วโมง เพื่อลดความรุนแรงและป้องกันการเสียชีวิตจากภาวะ Septic shock

สำหรับสถานการณ์ของอัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-acquired sepsis ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2563-2565 พบร้อยละ 31.92, 34.09 และ 35.73 ตามลำดับ จังหวัดร้อยเอ็ด[3] ในปี พ.ศ.2566 พบมีผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดไม่ระบุชนิด จำนวน 143 ราย และโรงพยาบาลเสลภูมิพบอัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-acquired sepsis ในปี พ.ศ.2564-2566 ร้อยละ 1.79, 2.94 และ 4.27 ตามลำดับ[4] ซึ่งพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น จากสถิติจะเห็นได้ว่าในระยะ 3 ปีที่ผ่านมา แนวโน้มความครอบคลุมในการดูแลแบบภาวะวิกฤต ผู้ป่วย Septic shock มีมากขึ้น นั่นแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วย Septic shock รอดชีวิตในช่วง 3 ชั่วโมงแรก และเข้ารับการดูแลที่หอผู้ป่วยมากขึ้น ซึ่งผู้ป่วยทุกรายจำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบ Close observe เนื่องจากหลังให้สารน้ำตามเกณฑ์แล้ว ความดันโลหิตยังต่ำ ต้องให้ยา Vasopressor มีการเปลี่ยนแปลงสติสัมปชัญญะ เช่น สับสน มึนงง ท้องเสีย คลื่นไส้และอาเจียนอย่างแรง มีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ ปัสสาวะออกน้อยกว่า 0.5 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/ชั่วโมง ประกอบกับผู้ป่วยที่มารักษาส่วนใหญ่ต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาลในขณะที่จำนวนเตียงที่รับผู้ป่วยมีไม่เพียงพอ จึงทำให้การตรวจวินิจฉัย และนอนรักษาในหอผู้ป่วยต้องใช้เวลานานขึ้นเนื่องจากผู้ป่วย Severe sepsis และ Septic shock มีอัตราการเสียชีวิตสูง ประกอบกับโรงพยาบาลเสลภูมิ ได้เปิดให้บริการ ICU แม้ว่าพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางมาแล้ว แต่ยังมีความจำเป็นในการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ Septic shock แบบหน้างานให้มีความชำนาญมากขึ้น ด้วยเหตุนี้ในฐานะผู้ศึกษาเป็นหัวหน้างานได้ร่วมกับทีมพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลเสลภูมิ จึงได้ทบทวนกรณีศึกษาเพื่อจัดทำแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะ Septic shock ขึ้น เพื่อใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาคุณภาพบริการ อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีมีความปลอดภัยต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการดำเนินของโรค ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์การพยาบาลในผู้ป่วยภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดในโรงพยาบาลเสลภูมิ จำนวน 2 ราย

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย โดยคัดเลือกผู้ป่วยแบบเฉพาะเจาะจง 2 รายที่มารับบริการแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและแผนกหอผู้ป่วยใน ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ 2567 โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางในการดูแล มีการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ การสังเกต การเก็บรวบรวมข้อมูล มาวิเคราะห์ ข้อมูลเปรียบเทียบตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอนเพื่อประเมินปัญหาผู้ป่วย กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล ประเมินผลลัพธ์การพยาบาล สรุปผลและวิเคราะห์เพื่อให้ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ การสังเกต การเก็บรวบรวมข้อมูลมาวิเคราะห์ ข้อมูลเปรียบเทียบตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอนเพื่อประเมินปัญหาผู้ป่วย กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล ประเมินและสรุปผล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ดำเนินการศึกษาสถิติข้อมูลผู้ป่วยภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดในพื้นที่อำเภอเสลภูมิศึกษาค้นคว้าเอกสารตำรางานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด 2) ประสานงานพยาบาลที่รับผิดชอบในหอผู้ป่วยใน และอุบัติเหตุฉุกเฉินเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติม แนะนำตัวกับผู้ป่วยและญาติ ขออนุญาตผู้ป่วยและญาติเพื่อนำมาศึกษาเป็นกรณีศึกษา อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา ประเมินสภาพผู้ป่วย ติดตามเยี่ยมเมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัดที่โรงพยาบาลเสลภูมิ 3) ศึกษาผู้ป่วยตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ดังนี้ (1) ประเมินและรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย (2) ระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (3) วางแผนการพยาบาล (4) ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาล (5) ประเมินผลการพยาบาล และปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลให้มีความเหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและ 4) สรุปผลการศึกษาเรียบเรียงเนื้อหาตามหลักวิชาการและการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล เผยแพร่ไปยังหน่วยงานภายในโรงพยาบาลเสลภูมิและทางสื่ออิเลคทรอนิคส์

ผลการศึกษา

ข้อมูลประวัติสุขภาพและการประเมินสภาพผู้ป่วยกรณีศึกษา

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

ข้อมูลส่วนบุคคล	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
เพศ	ชาย	หญิง
อายุ	63 ปี	70 ปี
สถานภาพสมรส	คู่	คู่
ศาสนา	ศาสนาพุทธ	ศาสนาพุทธ
การศึกษา	จบประถมศึกษาปีที่ 4	จบประถมศึกษาปีที่ 4
อาชีพ	ทำนา	ผู้สูงอายุไม่ได้ทำงาน
สิทธิการรักษา	บัตรทองผู้สูงอายุ	บัตรทองผู้สูงอายุ
วันที่เข้ารับการรักษา	7 มกราคม 2567	19 มกราคม 2567

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
วันที่จำหน่าย	8 มกราคม 2567	25 มกราคม 2567
รวมระยะเวลาในการรักษาโรค	1 วัน	6 วัน
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	ไข้ ไอมีเสมหะมีน้ำมูกปวดตามร่างกายปวดท้องถ่ายอุจจาระเหลว 3 ครั้ง วิงเวียนศีรษะเหนื่อยหายใจหอบ เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน	ไข้สูง บวม หายใจเหนื่อยหอบนอนราบไม่ได้ ก่อนมาโรงพยาบาลมา 1 วัน
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	2 วันก่อนมาโรงพยาบาลมีไข้ ไอมีเสมหะ ไอมากขึ้นหายใจเหนื่อยหอบ ปวดท้องถ่ายอุจจาระเหลว 3 ครั้งมีอาการวิงเวียนศีรษะ	3 วันก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการบวม ไอมีเสมหะ เหนื่อยหอบ รับประทานยาโรคประจำตัว DM, HT, CKD Stage4 อาการพอทุเลา 1 วันก่อนมีไข้สูง บวมมากขึ้นตามใบหน้าหลังเท้า
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	-ปฏิเสธโรคประจำตัว -ดื่มสุราทุกวันๆละ 1-2 แก้ว -ไม่สูบบุหรี่	-ป่วยเป็นโรค DM, HT, CKD stage 4 รับประทานยาที่โรงพยาบาลเสลภูมิเป็นประจำ -ไม่ดื่มสุราและไม่สูบบุหรี่
ประวัติการแพ้ยา/สารเคมี	ไม่มีประวัติแพ้ยาและสารเคมี	ไม่มีประวัติแพ้ยาและสารเคมี
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	สมาชิกในครอบครัวสุขภาพดี ไม่มีโรคประจำตัว	สมาชิกในครอบครัวสุขภาพดี ไม่มีโรคประจำตัว
การวินิจฉัยโรค	-Septic shock -Hypokalemia -Hypomagnesemia -Acute Kidney Injury -Pneumonia	-Septic shock -Pneumonia -Chronic kidney disease stage 4 -Diabetes mellitus type2

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
	-Acute respiratory failure	-Essential hypertension
		-Hypovolemicshock
		-Anemia

จากตารางที่ 1 พบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 มีอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ไข้ ไอ มีเสมหะ มีน้ำมูก ปวดตามร่างกาย ปวดท้อง ถ่ายอุจจาระเหลว 3 ครั้ง วิงเวียนศีรษะเหนื่อยหายใจหอบ เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน ซึ่งเป็นอาการแสดงที่ชัดเจนของโรค Sepsis/ Septic shock ร่วมด้วย ในผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 มีอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ไข้สูง หนาวสั่น ปวดศีรษะ บวม หายใจหอบเหนื่อย ไอมีเสมหะ นอนราบไม่ได้ ไม่มีอาเจียน รับประทานอาหารได้น้อย ไม่มีถ่ายเหลวเป็นก่อนมาโรงพยาบาล 3 วัน ประวัติป่วยเป็นโรคป่วยเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ไตวายเรื้อรังรับประทานยาที่โรงพยาบาลเสลภูมิเป็นประจำ แพทย์ตรวจวินิจฉัยโรค Septic shock ให้นอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล

ตารางที่ 2 แสดงผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

สิ่งที่ตรวจ	ค่าปกติ/หน่วยนับ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1		ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่2	
		ค่าที่ตรวจได้	การแปลผล	ค่าที่ตรวจได้	การแปลผล
Hemoglobin	11.6-16.3 g/dl	11.4	ปกติ	7.6	ต่ำกว่าปกติ
Hematocrit	37 – 54 %	31.6	ต่ำกว่าปกติ	21.6	ต่ำกว่าปกติ
Platelet count	140-440 cell/mm^3	120	ต่ำกว่าปกติ	385	ปกติ
WBC count	5-10 cell/mm^3	13.66	สูงกว่าปกติ	20.20	สูงกว่าปกติ
Neutrophil	50-70 %	90	สูงกว่าปกติ	77	สูงกว่าปกติ
Lymphocyte	25-40 %	8	ต่ำกว่าปกติ	17	ต่ำกว่าปกติ
Monocyte	2-8 %	2	ปกติ	6	ปกติ
Eosinophil	2-4 %	0	ปกติ	0	ปกติ
Basophil	0-2 %	0	ปกติ	0	ปกติ
MCV	80 -96 fl	88.8	ปกติ	57.9	ต่ำกว่าปกติ
MCH	28-33 pg	32	ปกติ	20.4	ต่ำกว่าปกติ
RDW-CV	12-15 fl	14	ปกติ	14.9	ปกติ
MCHC	33-36 g/dL	36.1	ปกติ	35.2	ปกติ

จากตารางที่ 2 วิเคราะห์เปรียบเทียบผลการตรวจ Complete blood count วันแรกพบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีผลผิดปกติ Neutrophil และ WBC สูงกว่าปกติ บ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีการอักเสบและติดเชื้อเฉียบพลัน โดยเฉพาะเชื้อแบคทีเรีย ซึ่งร่างกายตอบสนองโดยการเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็วและจับกินเชื้อโรคโดยตรง และพบ Lymphocyte ต่ำกว่าปกติทำหน้าที่สร้างภูมิต้านทานต่อเชื้อแบคทีเรียในภาวะติดเชื้อ ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 มีผลการตรวจ Complete blood count ที่พบผิดปกติหลายตัว เช่น มีระดับ Hct, Hb, MCV, MCH ต่ำกว่าปกติ เป็นผลจากภาวะ Septic shock ทำให้เลือดไปเลี้ยงไตลดลง จึงทำให้การทำงานของไตบกพร่อง ทำให้มีการสร้างสาร Erythropoietin (อีริโทรโพอิติน) ซึ่งเป็นฮอร์โมนในร่างกายที่ผลิตขึ้นจากไต ทำหน้าที่ช่วยสร้างเซลล์เม็ดเลือดแดงที่มีส่วนสำคัญในการเพิ่มระดับฮีโมโกลบิน จึงทำให้ผู้ป่วยซีดได้ และในผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 มีภาวะซีดเนื่องจากมีโรคประจำตัว CKD Stage 4 ร่วมด้วย

ตารางที่ 3 ผลการตรวจ Blood chemistry ของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

สิ่งที่ตรวจ	ค่าปกติ/ หน่วยนับ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1		ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่2	
		ค่าที่ตรวจได้	การแปลผล	ค่าที่ตรวจได้	การแปลผล
BUN	7-18.7 mg/dl	28	สูงกว่าปกติ	46	สูงกว่าปกติ
Creatinine	0.51-1.17 mg/dl	1.82	สูงกว่าปกติ	2.73	สูงกว่าปกติ
eGFR	>120ml/min/1.73m^2	38.66	ต่ำกว่าปกติ	16.99	ต่ำกว่าปกติ
Total Protein	6.4-8.7 g/dl	7.78	ปกติ	7.73	ปกติ
Albumin	3.5-5.2 g/dl	3.9	ปกติ	4.2	ปกติ
Globulin	2.5-3.0 g/dl	3.9	สูงกว่าปกติ	3.5	สูงกว่าปกติ
Total Bilirubin	0.2-1.2 mg/dl	1.8	สูงกว่าปกติ	1.0	ปกติ
Direct Bilirubin	0-0.5 mg/dl	1.2	สูงกว่าปกติ	0.3	ปกติ
SGOT	<40 U/L	52	สูงกว่าปกติ	12	ปกติ
SGPT	< 41 U/L	28	ปกติ	25	ปกติ
ALP	40-150 U/L	194	สูงกว่าปกติ	135	ปกติ
K	3.5-5.1 mmol/L	2.30	ต่ำกว่าปกติ	4.70	ปกติ
Na	136-145 mmol/L	130	ต่ำกว่าปกติ	119	ต่ำกว่าปกติ
Cl	98-107 mmol/L	89	ต่ำกว่าปกติ	86	ต่ำกว่าปกติ
CO2	22-29 mmol/L	29	ปกติ	19	ต่ำกว่าปกติ
Anion gap	7-16 mmol/L	14.3	ปกติ	18.7	สูงกว่าปกติ
Magnesium	1.6-2.6 mg/dl	0.94	ต่ำกว่าปกติ	1.88	ปกติ
Serum lactate	9-45 mg/dl	47	สูงกว่าปกติ	23	ปกติ
Calcium	8.4-10.2 mg/dl	9.4	ปกติ	9.5	ปกติ
Phosphorus	2.3-4.7 mg/dl	2.18	ต่ำกว่าปกติ	3.66	ปกติ

จากตารางที่ 3 วิเคราะห์เปรียบเทียบ ผลการตรวจ Blood chemistry พบว่า ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 มีผลการตรวจ Blood chemistry ที่พบผิดปกติเหมือนกัน ได้แก่

- ค่า BUN และ Cr สูงกว่าปกติบ่งชี้ถึงการมีภาวะแทรกซ้อนของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จนเกิดภาวะไตวายเฉียบพลัน (AKI) ทำให้การทำงานของไตล้มเหลว มีภาวะของเสียคั่งในร่างกายจากไตสูญเสียหน้าที่ในการกรองและผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 ซึ่งมีโรคประจำตัว CKD Stage 4 ร่วมด้วยจึงทำให้ไตถูกทำลายอย่างรุนแรง และการทำงานของไตลดลงอย่างมากนำไปสู่การสะสมของสารพิษและของเหลวในร่างกาย

- Globulin คือ โปรตีนสำคัญของ Total protein ชนิดหนึ่งที่ลอยได้ในกระแสเลือดที่ถูกผลิตขึ้นจากตับ และมีปริมาณมากกว่าโปรตีนชนิดอื่นเป็นสารภูมิต้านทานที่ช่วยทำลายจุลชีพก่อโรค ถ้าพบค่า Globulin สูงขึ้นผิดปกติก็ย่อมบ่งชี้ได้ว่าในขณะนั้นระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายกำลังอยู่ในสภาวะระดมพลเพื่อการต่อสู้ทำลายล้างกับจุลชีพก่อโรคที่กำลังล่วงล้ำเข้าสู่ร่างกายให้หมดไปในผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 ส่งผลให้ Total Bilirubin, Direct Bilirubin, SGOT, ALP สูงไปด้วยซึ่งอาจทำให้มีปัญหาที่ตับได้เนื่องจากผู้ป่วยดื่มสุราทุกวัน

- K, Na, Cl, Magnesium มีต้นเหตุมาจากต่อมหมวกไตลดการทำงานลง ทำให้มีผลต่อเนื่องจนผลิตฮอร์โมนแอลโดสเตอโรน (Aldosterone) ได้ลดน้อยลง เมื่อฮอร์โมนแอลโดสเตอโรนลดน้อยก็จะไปบังคับไตให้ดูดกลับโซเดียมไม่ได้เต็มที่ จึงทำให้โซเดียมในเลือดลดต่ำลง รวมถึงคลอไรด์ด้วยในผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 มีอาการถ่ายอุจจาระเหลว 3 ครั้ง

- ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีค่า Lactate สูงกว่าปกติ บ่งชี้ว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยค่า Lactate เป็น Maker ของสภาวะที่เซลล์ขาดออกซิเจน (Cellular hypoxia) ภายใต้สภาวะ Anaerobic จะได้ผลิตภัณฑ์สุดท้าย คือ Lactate รวมถึงการกำจัดออกของไตและตับลดลงก็จะทำให้มีการคั่งค้างมากยิ่งขึ้น

ตารางที่ 4 ผลการตรวจ Blood gas ของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

สิ่งที่ตรวจ	ค่าปกติ/ หน่วยนับ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1		ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่2	
		ค่าที่ตรวจได้	การแปลผล	ค่าที่ตรวจได้	การแปลผล
pH	7.32-7.43	7.402	ปกติ	7.447	สูงกว่าปกติ
pCO2(V)	42-51mmHg	22.2	ต่ำกว่าปกติ	32.8	ต่ำกว่าปกติ
pO2(V)	80-100mmHg	56	ต่ำกว่าปกติ	48	ต่ำกว่าปกติ
pHCO3-(V)	22-29mmol/L	16.7	ต่ำกว่าปกติ	22.8	ปกติ
BE(ecf) (V)	-2-+3mmol/L	-11.2	ต่ำกว่าปกติ	-2	ปกติ
cSO2(V)	94-98%	90	ต่ำกว่าปกติ	86	ต่ำกว่าปกติ

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้ป่วยรายกรณีที่ 1 มีค่า pH ปกติแต่พบค่าความดันบางส่วนของก๊าซออกซิเจน, คาร์บอนไดออกไซด์ และค่าความเข้มข้นไฮโดรเจนไอออนของเลือดต่ำกว่าปกติเกิดจากมีการระบายอากาศที่มากเกินไปและเกิดภาวะด่างในร่างกายจากการหายใจเกิดภาวะกรดจากการเผาผลาญทำให้ผู้ป่วยมีภาวะ Metabolic Acidosis และ Moderate hypoxia ซึ่งเกิดจากผู้ป่วยท้องเสียด้วย ผู้ป่วยรายกรณีศึกษาที่ 2 มีค่า ph สูงกว่าปกติพบค่าความดันบางส่วนของก๊าซออกซิเจน และค่าก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ต่ำกว่าปกติเกิดจากมีการระบายอากาศที่มากเกินไปและเกิดภาวะด่างในร่างกายจากการหายใจเกิดภาวะกรดจากการเผาผลาญทำให้ผู้ป่วยมีภาวะ Moderate

hypoxia ซึ่งเกิดจากผู้ป่วยเบาหวานและโรคไตด้วย ส่วนค่าร้อยละของ Hemoglobinที่จับกับออกซิเจน พบมีค่าต่ำกว่าปกติทั้ง 2 รายส่งผลให้ค่า O2Sat ต่ำกว่า 98 %

ตารางที่ 5 ผลการตรวจ Hemoculture ของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

สิ่งที่ตรวจ	ค่าปกติ/ หน่วยนับ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1		ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2	
		ค่าที่ตรวจได้	การแปลผล	ค่าที่ตรวจได้	การแปลผล
Gram stain	Negative	Gram negative bacilli	ติดเชื้อแบคทีเรีย	Gram negative bacilli	ติดเชื้อแบคทีเรีย
Culture	Negative	Klebsiella pneumoniae	ติดเชื้อแบคทีเรีย	Escherichia coli.	ติดเชื้อแบคทีเรีย

จากตารางที่ 5 ผู้ป่วยรายกรณีศึกษาที่ 1 พบเชื้อ Klebsiella pneumoniae เป็นเชื้อแบคทีเรียที่ปกติจะอาศัยในลำไส้มนุษย์และไม่ก่อให้เกิดโรค แต่หากเชื้อนี้แพร่ไปอยู่โรคเหล่านี้ได้แก่ โรคติดเชื้อในกระแสเลือดจาก K.pneumoniae จะก่อให้เกิดไข้หนาวสั่น วิงเวียนศีรษะ คล้ายจะเป็นลม และ มีอาการซึมหรือหมดสติ ผู้ป่วยรายกรณีศึกษาที่ 2 พบเชื้อ Escherichia coli. เป็นเชื้อแบคทีเรียที่พบในระบบทางเดินปัสสาวะและในผู้สูงอายุมีอาการมีไข้ ปวดท้อง ท้องอืด เบื่ออาหาร จากการตรวจ Hemoculture เพื่อค้นหา Source infection พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีการติดเชื้อในกระแสเลือดจากเชื้อ Gram negative bacilli ซึ่งเป็นเชื้อแบคทีเรียก่อโรคปอดติดเชื้อ (Pneumonia) โดยแบคทีเรียจะปล่อย Endotoxin เข้าไปในกระแสเลือด ทำให้เกิดการอักเสบเกิดขึ้นและเนื้อเยื่อบริเวณนั้นถูกทำลายส่งผลให้เกิดการขยายตัวของหลอดเลือด ทำให้การทำหน้าที่ของหลอดเลือดผิดปกติเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (Septic shock) ตามมา

ตารางที่ 6 การประเมินภาวะ Sepsis/Septic shock ตาม Systemic Inflammatory Response Sysdrome (SIRS) และ quick SOFA score (qSOFA)[5]

เกณฑ์การประเมิน	อาการแสดง	
	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
SIRS		
1. การชักประวัติอาการตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไป+Infection 1. อุณหภูมิร่างกาย > 38 °C หรือ <36°C 2. อัตราการเต้นของหัวใจ > 90 ครั้งต่อนาที 3. อัตราการหายใจ > 20 ครั้งต่อนาที หรือความดันก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดแดง (PCO2) < 32 mmHg	**ประเมิน SIRS ได้ 4 ข้อ** 1. อุณหภูมิ 39.9 °C 2. ชีพจรเบาเร็ว 120 ครั้ง/นาที 3. อัตราหายใจ 32 ครั้ง/นาที 4. CBC พบ WBC 13,660 cell/mm^3	**ประเมิน SIRS ได้ 4 ข้อ** 1. อุณหภูมิ 38.5 °C 2. ชีพจรเบาเร็ว 100 ครั้ง/นาที 3. อัตราหายใจ 22 ครั้ง/นาที 4. CBC พบ WBC 20,200 cell/mm^3

ตารางที่ 6 (ต่อ)

เกณฑ์การประเมิน	อาการแสดง	
	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
4. จำนวนเม็ดเลือดขาว > 12,000/ไมโครลิตรหรือ < 4,000/ไมโครลิตร หรือเซลล์เม็ดเลือดขาวตัวอ่อน (band form) > 10%		
2. ประเมิน qSOFA 2 ใน 3 ข้อ	**ประเมิน qSOFA ได้ 3 ข้อ**	**ประเมิน qSOFA ได้ 2 ข้อ**
1. อัตราการหายใจ ≥ 22 ครั้ง/นาที	1. อัตราการหายใจ 30 ครั้ง/นาที	1. อัตราหายใจ 22 ครั้ง/นาที
2. ระดับการรู้สึกตัวลดลงคะแนน < 15 คะแนน	2. GCS แรกรับ 15 คะแนน ลดลงเหลือ 4 คะแนน (E1V1M2)	2. SBP 85 mmHg
3. ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว ≤100 mmHg	3. SBP 90 mmHg	

จากตารางที่ 6 พบว่าผู้ป่วยรายกรณีศึกษาที่ 1 มีภาวะที่สงสัยหรือยืนยันว่าผู้ป่วยมีการติดเชื้อในร่างกายร่วมกับมีลักษณะของ SIRS 4 ข้อส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการ Severe sepsis และเข้าสู่ภาวะ Septic shock มีภาวะ Organ dysfunction เกิด Hypotension ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ซึมลง ในผู้ป่วยรายกรณีศึกษาที่ 2 มีลักษณะของ SIRS 4 ข้อ ยังสามารถวัดความดันโลหิตได้ และตอบสนองต่อการรักษาด้วยสารน้ำทดแทน

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบการรักษาและปฏิบัติการพยาบาลตาม Sepsis Bundle Protocol

แนวทางปฏิบัติ	เป้าหมาย	การรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ	
		ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
1. Oxygen Supplement 1.1 keep O2 sat ≥ 95% 1.2 เปิดเส้น 2 เส้น ≥18 peripheral line 1.3 Retained foley's Catheter	-เพื่อให้เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ	-ได้รับ 0.9%NSS load 1,000 ml then 100 ml/hr -DTX 166 mg% -ส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาต่อที่ตึกผู้ป่วยใน -Retain foley's cath วันที่ 2 ของการรักษา -On ETT เข้าวันที่ 2 ของการรักษา	-ได้รับ 0.9%NSS load 1,500 ml then 100 ml/hr -DTX =HI -Retain foley's cath -On HFNC Flow 40 LPM Fio2 0.4 Temp 34ºC keep O2sat≥95%

ตารางที่ 7 (ต่อ)

แนวทางปฏิบัติ	เป้าหมาย	การรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ	
		ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
1.4 DTX			
2. Crytalloid 30 ml/kg/hr หรือ 1,500 ml	-เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำป้องกันเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆลดลง -เพื่อให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะช็อกภายใน 1 ชั่วโมง	-ได้รับการ Load 0.9 % NSS Total 2,000 ml ภายใน 1ชั่วโมง -ได้รับการ U/S : IVC เพื่อประเมินความเพียงพอของการให้สารน้ำเพียงพอ (U/S: IVC collapsibility index 40 % max 1.43 min 0.97)	-ได้รับ 0.9%NSS load 1,500 ml ภายใน 1 ชั่วโมง -ไม่ได้รับการประเมินความเพียงพอของการให้สารน้ำ
3. Take H/C 2 specimens Lactate ครั้งที่ 1-2	-เพื่อส่งเลือดตรวจเพาะเชื้อภายใน 1 ชั่วโมง	ที่ ER เวลา 08.00 น. ส่ง H/C X2 ผล Positive: Gram negative bacilli Culture : Klebsiella pneumoniae ผล Serum Lactate ครั้งที่ 1= 47 mg/dl ครั้งที่ 2= 87 mg/dl	ที่ ER เวลา 19.15 น. ส่ง H/C X 2 ผล H/C = No growth after 24 hrs ผล Positive: Gram negative bacilli Culture : Escherichia coli ผล Serum Lactate ครั้งที่ 1 = 23 mg/dl ครั้งที่ 2 = 22 mg/dl
4. Start antibiotic ภายใน 1 ชม. หลัง Take H/C และ Culture อื่นๆ	-เพื่อให้ผู้ป่วยได้ Antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมง หลังวินิจฉัย	-ที่ ER เวลา 10.00 น. ได้รับ Ceftriaxone 2 gm iv stat then OD (10 นาที หลังวินิจฉัย) และส่ง H/C -เวลา 13.00 น เพิ่ม ATB เป็น Azithromycin 2x1 ac x 5 day	-ที่ ER เวลา 21.00 น.ได้รับ Meropenem 2 gm iv stat (12 นาทีหลังวินิจฉัย) และ Meropenem 500 mg IV q 12 hr และส่ง H/C -วันที่ 4 เปลี่ยน ATB เป็น Ceftriaxone2 gm iv stat then OD

ตารางที่ 7 (ต่อ)

แนวทางปฏิบัติ	เป้าหมาย	การรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ	
		ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
5. Start Norepinephrine (0.02-2 mcg/kg/min) Keep MAP≥65 mmHg	เพื่อให้ผู้ป่วยมีปริมาณเลือดไปเลี้ยงอวัยวะและเนื้อเยื่อต่างๆอย่างเพียงพอ ค่า MAP ปกติภายใน 1 ชั่วโมง	-ได้รับ Levophed 20 mg/hr 08.00 น. วันที่ 8 มค.67 IV titrate ทีละ 3 ml/hr ทุก 1 hr keep MAP ≥65 mmHg BP ≥90/60mmHg MAP=64 mmHg ขณะนำส่ง รพ.ร้อยเอ็ด MAP =50 mmHg BP=68/32 mmHg	-ไม่ได้รับ Norepinephrine
6. Refer ข้อบ่งชี้คือ -ใส่ ET Tube/ Respiratory failure -MAP≤65 mmHg /High dose Norepinephrine -AKI need RRT -Serum Lactate≥ 4 mmol/L -การผ่าตัดกำจัดแหล่งติดเชื้อ	เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยและพ้นจากภาวะหายใจล้มเหลว	ผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ในการ Refer คือ เวลา 04.20 น. วันที่ 8 ม.ค.67 ผู้ป่วยหายใจหอบเหนื่อย เป่าปาก ตาลอย ซึมลง GCS =E1V1M2 BP =90/50 mmHg หายใจ 30 ครั้ง/นาที On ETT No 7.5 Serum Lactate 47 เพิ่มขึ้น 87 mg/dl MAP=64 mmHg ขณะนำส่ง รพ.ร้อยเอ็ด MAP=50 mmHg BP=68/32 mmHg	ผู้ป่วยไม่มีข้อบ่งชี้ในการ Refer
7. Admit ข้อบ่งชี้ คือ -Urine ≥ 0.5cc /kg/hr (6 hr) -Lactate clearance≥10%	เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ต่อเนื่องเหมาะสมและปลอดภัย	ผู้ป่วย Admit ด้วยโรค Pneumonia ĉ Sepsis ตั้งแต่แรกรับที่ ER -Lactate mmol/L ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะ Septic shock เวลา 04.00 น.	ผู้ป่วย Admit ด้วยโรค Chronic kidney disease stage 4 ĉ Volume overload มีภาวะ Septic shock ในวันที่ 2 ของการรักษาในโรงพยาบาล วินิจฉัย

ตารางที่ 7 (ต่อ)

แนวทางปฏิบัติ	เป้าหมาย	การรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ	
		ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
Lactate อยู่ในค่าปกติ ≤2mmol/L - Source control เวลา....		วันที่ 8 ม.ค.67 (วันที่ 2 ของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล)	เพิ่ม เป็น Pneumonia Ĉ Septic shock ผู้ป่วยผ่านพ้นภาวะ Septic shock เวลา 15.05 น.วันที่ 23 มค.67 (วันที่ 5 ของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล)

ตารางที่ 8 การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

ประเด็นเปรียบเทียบ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
1. แบบแผนสุขภาพ	ชายไทย 63 ปี อาชีพทำนาดื่มสุราทุกวันมีประวัติไข้สูง ไอมีเสมหะ ซึม ถามตอบช้า วิงเวียนศีรษะ ถ่ายอุจจาระเหลว จึงมาโรงพยาบาล	หญิงไทย 70 ปีไม่ได้ทำงาน มีโรคประจำตัว DM/HT/CKD stage 4 ไข้สูง ไอมีเสมหะ บวม หายใจหอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ จึงมาโรงพยาบาล	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมาโรงพยาบาลด้วยอาการไข้สูง ซึ่งเป็นอาการแสดงที่ร่างกายมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อการติดเชื้อแต่มีประวัติที่เป็นสาเหตุเสี่ยงในการติดเชื้อที่ต่างกัน รายที่ 1 ประวัติเสี่ยงด้านการรับประทานอาหาร รายที่ 2 มีประวัติเสี่ยงผู้สูงอายุและมีโรคไตวาย
2. พยาธิสภาพของอาการและอาการแสดง	ที่ ER เวลา 07.37 น. มีไข้สูง 39.9°C E4V5M6 BP=153/79mmHg P=120 /min RR=32/min MAP 64 mmHg O2sat 97%	ที่ ER เวลา 17.46 น.มีไข้หนาวสั่น ไอมีเสมหะ หายใจเหนื่อยหอบ บวมนอนราบไม่ได้ E4V5M6, อุณหภูมิ 38.5 °C P 100/min RR 20 /min BP= 177/72	ผู้ป่วยรายที่ 1มีการเกิด Septic shock ที่รุนแรงกว่าเนื่องจากผู้ป่วยมีการดำเนินของโรคมาก่อนหน้านี้เช่น ถ่ายอุจจาระเหลว 3 ครั้ง ไข้สูงไอมีเสมหะหายใจหอบ

ตารางที่ 8 (ต่อ)

ประเด็นเปรียบเทียบ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
2. พยาธิสภาพของอาการและอาการแสดง (ต่อ)	NEWS=12คะแนน ผลตรวจพบDTX 166 mg% ฟังปอดพบ Crepitation both lung ผล CXR Rt infiltration both lung พบค่า CBC ผิดปกติดังนี้ Hct 31.6 %,WBC 13,660 cell/mm^3, Neutrophil 90%, PLT 120,000 cell/mm3, Lymphocyte 8 %, Creatinine 1.82 mg/dl, BUN28 mg/dl, eGFR 38.66 ml/min/ 1.73m2, Lactate 47mg/ dl, Bilirubin1.2mg/ dl, Na130mmol/L,K 2.30 mmol/L, CI89mmol/L, Globulin 3.9g/dl, SGOT 52 U/L,ALP 194U/L, Magnesium 0.94mg/dl PCO229mmol/L, EKG12 Lead พบ SinusTachycardia ผล H/C =Klebsiella	mmHg MAP 64 mmHg O2 sat 96% NEWS Score 8 คะแนน ฟังปอดพบ Crepitation both lung เจาะเลือดผลที่ผิดปกติ คือ CBC พบ Hb 7.6g/dl, Hct21.6%,MCV 57.9fl, MCH 20.4pg ,WBC 20, 200 cellmm^3, Neutrophil77, Lymphocyte17%Creatinine2.73mg/dl, BUN 46mg/dl, eGFR16.99ml/ min/1.73m2, Lactate23 mg/dl, Na119mmol/L,CI 86mmol/L, Globulin3.5g /dl, PCO219mmol/L, pH7.447, pCO2 32.8mmHg, pO2 48 mmHg, DTX=HI, EKG12 Lead พบ Sinus Tachycardia, CXR พบ Reticular infiltration H/C=Escherichia coli. แพทย์วินิจฉัย Pneumonia Ĉ Septic shock ให้พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนัก	เหนื่อยและเข้ารับการรักษาล่าช้าแรกรับการประเมินและตรวจคัดกรองไม่ครอบคลุม จนเกิดภาวะ Septic shock ที่รุนแรงกว่าทั้งระบบไหลเวียนโลหิตและระบบหายใจมีภาวะเสียสมดุลกรด-ด่างทำให้เนื้อเยื่อขาดเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงเกิดการเผาผลาญแบบไม่ใช้ออกซิเจน (Anaerobic metabolism) จนทำให้ร่างกายเกิดภาวะ Lactic acidosis ต้องได้รับการแก้ไขโดยใส่ท่อช่วยหายใจและส่งต่อเพื่อรักษาที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 เกิด Septic shock จากการมีภาวะรั่วซึมของสารน้ำออกนอกหลอดเลือด (Vascular leakage) ปริมาณเลือดในร่างกายลดลงซึ่งทำให้เกิด Hypovolemic shock ส่งผลให้หัวใจสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆไม่เพียงพอ

ตารางที่ 8 (ต่อ)

ประเด็นเปรียบเทียบ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
	pneumoniae แพทย์วินิจฉัย Pneumonia Ĉ Septic shock ให้พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยใน เวลา 04.30 น. วันที่ 8 มค.67 พยาบาลประเมินผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยตาลอย หายใจหอบเหนื่อย เป่าปาก GCS=E1V1M2 DTX=141mg%, RR 30 /min, BP 90/50 mmHg, P 110 /min MAP 50 mmHg O2 sat 93 %, Serum lactate 87 mg/dl, Na 135mmol/L, K 2.90 mmol/L, PCO2 16mmol/L รายงานแพทย์ เวลา 04.40 น. แพทย์ตรวจเยี่ยมพิจารณา on Endotracheal tube นำส่งโรงพยาบาลร้อยเอ็ด		เมื่อได้ Fluid Resuscitation ทำให้มีการขยายตัวของหลอดเลือด (Vasodilatation) ส่วนปลายดีขึ้นมีการดูแลตามมาตรฐานการป้องกันการติดเชื้อ มีการให้ยาปฏิชีวนะได้ทันเวลา
3. การรักษาภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด	-Load NSS 1,000 ml then 100 ml/hr -Ceftriaxone 2 gm IV OD -Azithromycin 250 mg 2 amp IV OD x 5day -มีภาวะ K, Mg ต่ำ	-Load NSS 1,500 ml then 100 ml/hr -Retain foley’s cath -On HFNC Flow 40 LPM Fio2 0.4 Temp 34 C° keep O2sat ≥95 %	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการรักษาตาม Sepsis guideline 2021ได้แก่ Fluid resuscitation ให้เพียงพออย่างน้อย 30 ml/kg ใน 3 ชั่วโมงแรก

ตารางที่ 8 (ต่อ)

ประเด็นเปรียบเทียบ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
	(K=2.30, Mg=0.94) -E.KCL 30ml q 3 hr x 3 ครั้ง 50%Mgso4 4 ml+DW 100ml IV drip 4 hr เวลา 04.30 น. วันที่ 8 ม.ค.67 =E1V1M2 BP=90/50 mmHg -On ETT -Load NSS 1000 ml free flow -Retain foley's cath -Levophed 4 mg+5%DW 250 ml IV drip 20 ml/hr titrate 3 ml/hr q 5 min keep MAP ≥65 mmHg -Meropenem 2 gm IV stat -Refer รพ.ร้อยเอ็ด	-RI 10 U sc -50%$Mgso_4$ 4 ml+DW 100ml IV drip 4 hr -Meropenem 2 gm IV stat then 500 mg q 12 hr -PRC 1 U IV in 4 hr -CPM 10 mg IV ก่อนให้เลือด -Ceftriaxone 2 gm IV OD จนครบ 14 วัน	ชนิดของสารน้ำเป็น crystalloids เนื่องจากการทำงานของตับผิดปกติ จึงได้ให้ 0.9 %NSS อย่างเดียวในผู้ป่วยรายที่ 1 ได้รับยากระตุ้นความดันโลหิตคือ Levophed และผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมง หลังการวินิจฉัย
4. ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	1. มีภาวะช็อกเนื่องจากการติดเชื้อในกระแสเลือด 2. มีภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากปอดอักเสบ	1. มีภาวะช็อกเนื่องจากการติดเชื้อในกระแสเลือด 2. มีภาวะน้ำเกินเนื่องจากไตสูญเสียหน้าที่	พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เหมือนกัน 6 ข้อ และข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่แตกต่างกัน คือผู้ป่วยรายที่ 1

ตารางที่ 8 (ต่อ)

ประเด็นเปรียบเทียบ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
	3. มีภาวะกรดจากการเผาผลาญเนื่องจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด 4. มีภาวะไม่สมดุลของ Electrolyte ในเลือด 5. ไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้สูงจากพยาธิสภาพของโรค 6. มีภาวะระบบหายใจล้มเหลว (Respiratory failure) 7. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต	3. มีภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากปอดอักเสบ 4. มีภาวะกรดจากการเผาผลาญเนื่องจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด 5. มีภาวะไม่สมดุลของ Electrolyte ในเลือด 6. มีโอกาสได้รับอันตรายจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) 7. ไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้สูงจากพยาธิสภาพของโรค 8. แบบแผนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเปลี่ยนแปลงเนื่องจากการเจ็บป่วยอยู่ในระยะวิกฤต 9. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต 10. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ในการดูแลตนเอง	มีปัญหาภาวะการหายใจล้มเหลวเนื่องจากพยาธิสภาพของโรคเช่น เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ (Poor tissue perfusion) เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเสียสมดุลของ Electrolyte ส่งผลให้ระบบหายใจล้มเหลว ผู้ป่วยรายที่ 2 ที่แตกต่างคือมีปัญหาการทำงานของไตเสื่อมทำให้อวัยวะล้มเหลวหลายระบบ เช่น ซีด หัวใจเต้นผิดปกติ ระดับน้ำตาลแปรปรวน

วิจารณ์

กรณีศึกษาผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต มีการประเมินความรุนแรงของผู้ป่วยโดยปฏิบัติตาม CPG Sepsis fast tract เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ตามนโยบาย Service plan ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤต ซึ่งมีทั้งภาวะช็อกจากการติดเชื้อและเสี่ยงต่อภาวะหายใจล้มเหลว ตั้งแต่การใช้เครื่องมือในการคัดกรองผู้ป่วย (SIRS) และเมื่อประเมินเข้าเกณฑ์พิจารณา รายงานแพทย์เพื่อประเมินซ้ำ หากทราบว่าเป็นโรคติดเชื้อในกระแสเลือด และให้การช่วยเหลือภายใน 1 ชั่วโมงจะช่วยให้อัตราการรอดชีวิตสูงขึ้น รวมทั้งการประเมินและติดตามโดยใช้ S0S score การวินิจฉัย การวางแผนการดูแล การรายงาน

แพทย์ต้องเป็นไปอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง ทันท่วงที เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและเกลือแร่ (Electrolyte) ทดแทนอย่างเพียงพอ การให้ยากระตุ้นการหดตัวของหลอดเลือดเพื่อเพิ่มความดันโลหิต การส่งเลือดตรวจเพาะเชื้อการได้รับยาปฏิชีวนะที่รวดเร็ว เพื่อให้พ้นระยะช็อกอย่างรวดเร็ว สิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยได้ พยาบาลต้องมีความรู้และความเข้าใจในการใช้ Protocol severe sepsis และ Septic shock มีความรู้ความสามารถทักษะในการประเมินผู้ป่วย[6] การวางแผนการพยาบาล การประเมินซ้ำให้ครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วยพร้อมทั้งความสามารถในการประเมินภาวะฉุกเฉิน อาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เพื่อรายงานแพทย์ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทิฏฐิ ศรีวิสัย[7] ระบุว่าพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉินนับว่าเป็นบุคคลสำคัญด่านหน้าในการดูแลและให้การพยาบาลผู้ป่วยที่เกิดภาวะช็อกตั้งแต่กระบวนการในการคัดกรองผู้ป่วยจนถึงการส่งต่อ และให้การพยาบาลในภาวะฉุกเฉิน มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยาและมีความเสี่ยงสูง และการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลืออย่างรวดเร็วและเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐธยาน์ บุญมาก[8] กล่าวว่าพยาบาลต้องมีความไวต่อการสังเกต เก็บรวบรวมข้อมูลสามารถประเมินผู้ป่วยและรายงานแพทย์ได้ทันท่วงที จะสามารถให้การรักษาพยาบาลได้อย่างรวดเร็วมีประสิทธิภาพย่อมเกิดประโยชน์กับผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลควรตระหนักว่าเมื่อผู้ป่วยมีไข้ให้นึกถึงโรคติดเชื้อในกระแสเลือดด้วยทุกครั้งและใช้ NEWS score ในการคัดกรองผู้ป่วย และเมื่อประเมินเข้าเกณฑ์จะได้รายงานแพทย์เพื่อประเมินซ้ำเพราะการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือดถือว่าเป็นชั่วโมงของชีวิต หากทราบว่าเป็นโรคติดเชื้อในกระแสเลือดและให้การ ช่วยเหลือภายใน 1 ชั่วโมงจะช่วยให้อัตราการรอดชีวิตสูงขึ้น

2. ควรมีระบบการจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อให้การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย Sepsis/Septic shock สู่การปฏิบัติให้ครบถ้วน มีการนิเทศการปฏิบัติต่อเนื่อง และรับผิดชอบการเก็บตัวชี้วัดในหน่วยงานนำมาวิเคราะห์ปัญหาวางแผนแก้ไขพัฒนาต่อไปอย่างต่อเนื่อง

3. พัฒนาระบบหรือแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด และผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดในโรงพยาบาลเสลภูมิ ทั้งในงานผู้ป่วยนอก งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน หอผู้ป่วยสามัญ และหอผู้ป่วยหนัก ให้เป็นแนวทางเดียวกันและพัฒนาแนวทาง Sepsis First ICU

4. ควรมีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบเกี่ยวกับโรคติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อให้สามารถดูแลตนเอง และบุคคลในครอบครัวให้ห่างไกลโรคติดเชื้อในกระแสเลือด โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงในการเกิดโรคติดเชื้อในกระแสเลือด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณบุคลากรทุกท่านที่เกี่ยวข้องตลอดจนผู้ป่วยและผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสลภูมิที่ให้ความช่วยเหลือสนับสนุนในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-acquired. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 25 เมษายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://healthkpimoph.go.th/kpi2/kpi/index/?id=1448
2. สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย. การดูแลรักษาผู้ป่วย Severe sepsis และ Septic shock (ฉบับร่าง) แนวทางเวชปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: สมาคมเวชบำบัดวิกฤต; 2558.
3. กระทรวงสาธารณสุข. HDC [อินเทอเน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 22 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://ryg.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php
4. โรงพยาบาลเสลภูมิ. เวชสถิติ. สถิติผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ปี 2563-2566. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาล; 2566.

5. นนทรัตน์ จำเริญวงศ์, สุพรรณิการ์ ปิยะรักษ์, ชยธิดา ไชยวงษ์. การประเมินและการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2563;7(1):319-30.
6. ทัศนี รอดภัย. การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะช็อก. วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุข จังหวัดพิจิตร. 2566;64(1):59-67.
7. ทิฏฐิ ศรีวิสัย. ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ : ความท้าทายของพยาบาลฉุกเฉิน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรดิตถ์. 2560:9(2):152-63.
8. ณัฐธยาน์ บุญมาก. การพยาบาลฉุกเฉินในภาวะช็อกจากการติดเชื้อ. J Med Health Sci. 2562:26(1):65-73.

ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมและการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมการควบคุมน้ำตาลในเลือด และ HbA1C ในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วม อำเภอเชียงขวัญ จังหวัดร้อยเอ็ด

Effects of Program to Promote Behaviors and self-management on Knowledge, Glycemic Control Behaviors and HbA1C in elderly people with diabetes without co-morbidities Chiang Kwan District, Roi Et Province

ทินเทวัญ พุทธลา*
Tintawan Puttala
Corresponding author: E-mail; tintawanpui@gmail.com
(Received: June 3, 2024; Revised: June 9, 2024; Accepted: July 9, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรม และ HbA1C ของผู้สูงอายุที่ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานและไม่มีโรคร่วม อำเภอเชียงขวัญ จังหวัดร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : กึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research)

วัสดุและวิธีวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและไม่มีโรคร่วม จำนวน 40 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า ดำเนินการตั้งแต่เดือนตุลาคม 2566 ถึงเดือนเมษายน 2567ระยะเวลา 25 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบทดสอบความรู้ที่มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ (KR20) เท่ากับ 0.69 ค่าความยากง่ายรายข้อตั้งแต่ 0.68 ถึง 0.85 และค่าอำนาจจำแนกรายข้อตั้งแต่ 0.20 ถึง 0.80 แบบสอบถามพฤติกรรมมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ 0.75 และแบบบันทึก HbA1C การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการจัดกิจกรรมด้วย Paired t-test

ผลการวิจัย : หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้น 2.27 คะแนน (95%CI; 1.78,2.63); กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยมีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้น 10.55 คะแนน (95%CI; 9.31,11.78) และกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ย HbA1C น้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยมีค่าเฉลี่ย HbA1C ลดลง 0.67% (95%CI; 0.42, 0.92)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยมีค่า HbA1C อยู่ในเกณฑ์ปกติเพิ่มขึ้น ดังนั้นแพทย์ควรศึกษาและรับฟังข้อมูลผู้ป่วยถึงเหตุผลที่ผู้ป่วยมีค่าน้ำตาลในเลือดสูงไม่ได้ และควรเสริมพลังทุกๆ ครั้งที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์

คำสำคัญ : การสร้างเสริมพฤติกรรม; การจัดการตนเอง; ผู้สูงอายุ

*นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลเชียงขวัญ

Abstract

Purposes : To develop a program to promote behavior and self-management in controlling blood sugar levels among elderly people with diabetes without co-morbidities. and to compare HbA1C, knowledge and behavior for controlling blood sugar levels before and after program development Chiang Khwan District Roi Et Province.

Study design : Quasi-experimental research.

Materials and methods : The sample consisted of 40 elderly people with diabetes and no co-morbidities who met the inclusion criteria from October 2023 to April 2024 duration 25 weeks. Data were collected using a knowledge test with a reliability value for the entire version (KR20) equal to 0.69. Difficulty values for each item ranging from 0.68 to 0.85. Discriminant power values for individual items ranging from 0.2 to 0.8. The Behavior Questionnaire has a confidence value for the entire version equal to 0.75 and HbA1C recording form. Data were analyzed using descriptive statistics. Compare the means before and after the activity using a paired t test.

Main findings : The sample group had a significantly higher average knowledge score about diabetes than before joining the program ($p<.001$), with an average knowledge score higher than 2.27 points (95%CI;1.78,2.63); the sample group had a significantly higher average blood sugar control behavior score than before participating in the program ($p<.001$). The behavior of controlling blood sugar levels was more than 10.55 points (95%CI; 9.31,11.78) and the sample had a mean HbA1C that was significantly lower than before activity the program ($p<.001$) with het average HbA1C was lower than before 0.67% (95%CI; 0.42,0.92).

Conclusion and recommendations : The results of this research resulted in patients having HbA1C values within the normal range. Therefore, doctors should study and listen to patients about the reasons why patients do not have high blood sugar levels. and should strengthen empowerment every times the doctor saw the patient.

Keywords: Behavior promotion; Self-management; Elderly

* Medical Physician, Professional Level, Chiang Kwan hospital.

บทนำ

สถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลกในปี พ.ศ.2564 มีผู้ป่วยจำนวน 537 ล้านคนและคาดว่าในปี พ.ศ.2573 จะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน และโรคเบาหวานมีส่วนทำให้เสียชีวิต สูงถึง 6.7 ล้านคน หรือเสียชีวิต 1 รายในทุกๆ 5 วินาที จากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี และมีผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระบบทะเบียน 3.3 ล้านคน ในปี พ.ศ.2563 จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย (NHES) ครั้งล่าสุด (ครั้งที่ 4) ในปี ค.ศ.2008-2009 พบว่าความชุกของโรคเบาหวานมีแนวโน้มสูงขึ้นในผู้สูงอายุ ซึ่งจะพบสูงสุดในกลุ่มอายุ 60-69 ปี คือ ร้อยละ 16.7 รองลงมาคืออายุ 70-79 ปี ร้อยละ 15.8[1] ความชุกของโรคเบาหวานในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในการสำรวจครั้งล่าสุดปีพ.ศ. 2563[2] พบว่าเพศหญิงมีความชุกสูงกว่าเพศชาย คือ เพศหญิงร้อยละ 11.1 เพศชายร้อยละ 8.00 เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุ พบความชุกต่ำสุดในกลุ่มอายุ 15-29 ปี คือ ร้อยละ 2.1 กลุ่มอายุ 30-44 ปี คือ ร้อยละ 5.4 กลุ่มอายุ 45-59 ปี คือ ร้อยละ 12.1 จากนั้นเพิ่มขึ้นสูงสุดในกลุ่มอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 19.2 กลุ่มอายุ 70-79 ปี คือ ร้อยละ 18.8 และเมื่ออายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 11.8[3] โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุสืบเนื่องจากวิถีชีวิตที่ไม่เหมาะสม ร่วมกับการหลั่งอินซูลินลดลงจากกระบวนการสูงอายุ ถึงแม้ว่าจะเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้แต่สามารถควบคุมได้ด้วยยาและอาหาร เบาหวานทำให้อายุขัยลดลงและก่อให้เกิดปัญหาแทรกซ้อนที่สำคัญในกลุ่มโรค NCDs เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตวายเรื้อรัง[4] เบาหวานขึ้นจอประสาทตา (Diabetic retinopathy) การสูญเสียเท้าจากแผลเบาหวาน ซึ่งส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิต ภาวะเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว นอกจากนี้ประเทศชาติยังต้องสูญเสียงบประมาณในการรักษาโรค และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การรักษาโรคเบาหวานมีจุดมุ่งหมายที่สำคัญ คือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้มีระดับใกล้เคียงคนปกติ รวมทั้งระดับไขมันในเลือดและปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่มีร่วมอยู่ได้ตามกำหนดเพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา และผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ป้องกันภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะสั้นและในระยะยาว ป้องกันไม่ให้เกิดการทุพพลภาพหรือการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร[5]

เช่นเดียวกับอำเภอเชียงขวัญ จังหวัดร้อยเอ็ด มีผู้ป่วยเบาหวาน 1,957 คน เป็นผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานทั้งสิ้น 1,090 คน คิดเป็นร้อยละ 55.70 จำแนกเป็นโรคเบาหวานอย่างเดียว 168 คน คิดเป็นร้อยละ 15.41 เป็นโรคเบาหวานกับความดันโลหิตสูงจำนวน 862 คน คิดเป็นร้อยละ 79.08 เป็นเบาหวานกับภาวะแทรกซ้อนไตวาย อัมพาต เบาหวานขึ้นจอประสาทตาและอื่นๆ จำนวน 125 คน คิดเป็นร้อยละ 11.47 และพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือไม่มีโรคร่วมมีค่า HbA1C < 7 เพียง 42 คน คิดเป็นร้อยละ 25 ซึ่งเป็นกลุ่มที่ควรได้รับการดูแลอย่างเร่งด่วนก่อนที่จะมีโรคร่วมที่จะส่งผลให้คุณภาพชีวิต ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้นในการดูแลของญาติและครอบครัว ทั้งทางตรง และทางอ้อม

อย่างไรก็ตามการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคเรื้อรังต่อเนื่อง ชี้ให้เห็นถึงปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมที่เกาะติดเม็ดเลือดแดง (HbA1C) ในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเบาหวาน และจากข้อมูลที่ได้จากการสำรวจเบื้องต้น พบว่าปัจจัยเสี่ยงเรื่องพฤติกรรมที่ทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลได้ยังคงสูงมาก ทั้งการบริโภค การออกกำลังกาย การดื่มสุรา เครื่องดื่มชูกำลัง เครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง การเข้ารับบริการที่ไม่สะดวกของผู้ป่วยเนื่องจากการมาพบแพทย์ต้องให้บุตรหลานเป็นผู้พามา การไม่มีช่องทางสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ ซึ่งการจะดูแลผู้ป่วยเบาหวานในวัยสูงอายุนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management concept) ของ Kanfer & Gaelick[6] ในการพัฒนาโปรแกรมที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประกอบด้วย 4 ทักษะ ได้แก่ 1) การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) 2) การติดตามตนเอง (Self-monitoring) 3) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) 4) การให้

แรงเสริมตนเอง ((Self-reinforcement) ซึ่งมีแนวคิดพื้นฐานว่า การจัดการตนเองเป็นความรับผิดชอบของบุคคลในการปฏิบัติหรือการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง โดยบุคคลจะต้องเรียนรู้และมีทักษะในการหลีกเลี่ยงสถานการณ์ปัญหาที่มีโอกาสเกิดขึ้น หรือการรับมือกับปัญหาในสถานการณ์ที่ตนเองเผชิญอยู่[7] บุคลากรมีหน้าที่จูงใจและให้การสนับสนุนบุคคลให้มีการปรับพฤติกรรมไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ โดยเฉพาะผู้วิจัยเป็นผู้รับผิดชอบคลินิกเบาหวาน ที่ต้องใช้ทักษะในการบูรณาการ ความรู้ทางการแพทย์เรื่องโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อน พฤติกรรมส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดร่วมกับความรู้ในการจัดโปรแกรมการจัดการตนเอง และความเชื่อมั่นในการสร้างแรงจูงใจ สร้างเสริมพลังให้ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล เป็นหัวหน้าทีมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยเป็นรายกรณี การจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานทั้งอำเภอเชียงขวัญที่ต้องใช้การศึกษา การติดตามการประเมินอย่างต่อเนื่อง ใช้ทักษะความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยมามากกว่า 5 ปี ที่มีความคุ้นเคยได้รับการยอมรับอย่างต่อเนื่อง ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประกอบกับในปี พ.ศ.2566 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทุกแห่งในจังหวัดร้อยเอ็ด ได้ถ่ายโอนไปที่ อบจ. ทำให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานมีการปรับเปลี่ยน โดยผู้ป่วยโรคเรื้อรังทุกคนเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลเชียงขวัญเพียงแห่งเดียว ผู้วิจัยซึ่งดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลเชียงขวัญ มา 5 ปี จึงได้พัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรม และการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอเชียงขวัญ จังหวัดร้อยเอ็ด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมเป็นเวลา 6 เดือน เปรียบเทียบ HbA1C ความรู้ และพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลก่อนและหลังการทดลอง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรม และ HbA1C ของผู้สูงอายุที่ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน และไม่มีโรคร่วม อำเภอเชียงขวัญ จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบ One group pretest posttest

ประชากรศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษา เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอายุ 60-79 ปี ที่ไม่มีโรคร่วมและที่พักอาศัยในอำเภอเชียงขวัญ จำนวน 168 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอายุ 60-79 ปี ที่พักอาศัยในอำเภอเชียงขวัญ โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าจำนวน 40 คน ได้คัดเลือกทุกคนเข้าร่วมศึกษาโดยมี **เกณฑ์การคัดเข้า** 1) ผู้ป่วยทั้งชายหญิงอายุ 60-79 ปี HbA1C > 7 ในการคัดกรองต้นปีงบประมาณ พ.ศ.2567 และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วม 2). สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ และ 3) ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลมี Smartphone และยินดีเข้าร่วมกิจกรรมให้คำปรึกษา/ข้อมูล เยี่ยมทาง Line (Tele-medicine) รายบุคคลกับผู้ขอรับการประเมิน ต่อเนื่อง 6 ครั้ง ตามเวลาที่ผู้ป่วยพร้อม **เกณฑ์การคัดออก** 1) ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมน้อยกว่า 5 ครั้ง 2) ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคร่วม 3) ย้ายออกนอกอำเภอเชียงขวัญไม่สามารถติดต่อได้ 4) ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการนอนพักรักษาตัวที่ ICU และ 5) เสียชีวิต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา “โปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมและการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผล ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล เป็นแบบสอบถาม และผลทางห้องปฏิบัติการ 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ประวัติป่วยเป็นเบาหวาน การศึกษา ความเพียงพอของรายได้ สุขภาพ การใช้มือถือ ผู้ดูแล ความสะดวกในการเดินทางมารับบริการ ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน 10 ข้อ แต่ละข้อ

มีคำตอบ ใช่ ไม่แน่ใจ ไม่ใช่ โดยค่าคะแนนที่ให้คือ 1 ที่ตอบใช่ คะแนน 0 คือ ไม่แน่ใจและไม่ใช่ ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 20 ข้อ แต่ละข้อมีคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้งและไม่ปฏิบัติ โดย ปฏิบัติเป็นประจำ ได้ 3 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง ได้ 2 คะแนน และไม่ปฏิบัติได้ 1 คะแนน และส่วนที่ 4 ค่า HbA1C การประเมินผล โดย 1. ร้อยละกลุ่มตัวอย่างมีค่า HbA1C < 7 มากกว่าร้อยละ 40 และ 2. การเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 80 (5 ใน 6 ครั้ง)

การหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย แบบทดสอบความรู้ที่มีค่าเชื่อมั่นทั้งฉบับ (KR20) เท่ากับ 0.69 ค่าความยากง่ายรายข้อตั้งแต่ 0.68 ถึง 0.85 ค่าอำนาจจำแนกรายข้อตั้งแต่ 0.2 ถึง 0.8 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.75

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ ได้แก่ การจัดทำคำสั่ง และแผนปฏิบัติการ ประชุมทีมทำงานถึงกิจกรรมตามแผนจัดทำโครงการเพื่อขอดำเนินการและขอจริยธรรมการวิจัย

2. ขั้นดำเนินการ ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างรับการทำกิจกรรมเป็นรายบุคคลโดยผู้ขอรับการประเมินเป็นผู้ปฏิบัติเอง ครั้งละ 20-30 นาที (กรณีที่กลุ่มตัวอย่างมารับบริการที่คลินิก คือ เดือนที่ 1, 3, 5) ครอบคลุมแนวคิด 1) การตั้งเป้าหมาย 2) การติดตามตนเอง 3) การประเมินตนเอง 4) การให้แรงเสริมตนเอง ในเนื้อหา (1) ความรู้ ภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติตนในการควบคุมระดับน้ำตาล การส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวาน ที่เหมาะกับสภาพร่างกาย เวลา (ออกแบบร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วยเป็นรายบุคคล) การรับประทานยา โรคแทรกซ้อนจากเบาหวาน ภาวะน้ำตาลต่ำน้ำตาลสูงและวิธีป้องกันแก้ไข การตรวจและดูแลเท้าประจำวัน การเลือกรองเท้าที่เหมาะสม การดูแลสุขภาพช่องปาก การดูแลสุขภาพทั่วไป ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมที่ถูกต้องในการสร้างแรงจูงใจ เสริมพลังในการบรรลุเป้าหมาย (2) ให้ความรู้เกี่ยวกับผลของการออกกำลังกายต่อสุขภาพ ฝึกปฏิบัติการออกกำลังกาย ที่แผนกกายภาพบำบัด การเลือกออกกำลังกายที่เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละคน และวิธีการออกกำลังกายที่ถูกต้อง โดยผู้ขอรับการประเมินเป็นผู้ประสาน เชิญชวน ประเมินร่วมกับกายภาพบำบัด (เหมาะกับตัวผู้ป่วย) และติดตามการออกกำลังกายต่อเนื่องที่บ้าน (3) ความรู้ด้านโภชนาการ ความสำคัญของการควบคุมอาหารในโรคเบาหวาน สารอาหารชนิดต่างๆ ปริมาณอาหารและการแบ่งมื้ออาหารที่เหมาะสมกับวัย สภาวะการทำงาน หลักการเลือกอาหารที่เหมาะสมเพื่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและน้ำหนักตัวพลังงานในอาหารแต่ละประเภทที่ผู้ป่วยชอบรับประทาน พลังงานที่เกินความจำเป็น (มีสื่อโมเดล) (4) การรับประทานยาที่ถูกต้อง ผลข้างเคียง การเก็บยาที่ถูกต้อง (5) ประเมินความเครียด และการปฏิบัติตนเพื่อลดความเครียด (6) เพิ่มทักษะการจัดการตนเองการตั้งเป้าหมาย การกำกับตนเองประชุมทีมจัดทำแนวทางปฏิบัติและกลุ่มเป้าหมายดำเนินตามกิจกรรม 6-7 ครั้ง ปรับปรุงแนวทางปฏิบัติให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายในเดือนที่ 2, 4, 6 ที่กลุ่มตัวอย่างไม่ได้มารับบริการที่คลินิก

ผู้ขอประเมินจะเป็นผู้เยี่ยม/ประสานการดูแล ตรวจสอบการปฏิบัติตน การจัดการตนเองที่มีผลต่อพฤติกรรมการลดน้ำตาล ผ่าน Line / Telemedicine (มีแบบประเมินเพื่อเป็นคู่มือในการปรับกระบวนการโปรแกรม) มีเนื้อหา 1) สอบถามพฤติกรรมการบริโภค การรับประทานยา การออกกำลังกาย ความเครียด การพักผ่อน การทำงาน อาการที่ผู้ป่วยไม่สุขสบาย ภาวะแทรกซ้อน ผลข้างเคียงจากการใช้ยาในเดือนที่ผ่านมา ผล FBS BMI ที่จะนำมาคืนข้อมูลและนำมาร่วมในการให้คำปรึกษา 2) ให้คำปรึกษารายบุคคล ผ่าน Line / Tele medicine ใช้เทคนิคสร้างแรงจูงใจและเสริมพลัง การจัดการตนเองของผู้ป่วย การตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การจัดการอารมณ์ ความวิตกกังวล ปรับการปฏิบัติงาน 3) การเยี่ยมที่บ้านผู้ป่วย ดูสิ่งแวดล้อมเพื่อเสริมพลัง ให้กำลังใจให้การดูแลทั้งครอบครัวในการสร้างพฤติกรรมที่ลดความเสี่ยงในการป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆ ปรับกระบวนการโปรแกรมการจัดการตนเองของแต่ละบุคคลเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีพลังอำนาจในการจัดการตนเองมากขึ้น

3. ประเมินผล ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างได้รับการตรวจ HbA1C ตอบแบบสอบถามและสรุปผลการดำเนินงานตามโครงการ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ ข้อมูลส่วนบุคคล คะแนนความรู้ พฤติกรรม HbA1C ใช้วิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรม ก่อนและหลังการพัฒนาด้วย Paired t test

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับใบรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัย เลขที่รับรอง COE 1112566 ณ วันที่ 11 ตุลาคม 2566

ผลการศึกษา

1. กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (62.50%) อายุเฉลี่ย 63.97 ปี อายุต่ำสุด 60 ปี สูงสุด 70 ปี การศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษามากที่สุด (42.50%) อายุเฉลี่ยที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน 55.67 ปี (อายุเริ่มเป็นเบาหวานต่ำสุด 40 ปี สูงสุด 65 ปี) รายได้ส่วนมากเพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ (35.00%) ความรู้สึกว่าสุขภาพไม่แข็งแรงแต่ดูแลตนเองได้มากที่สุด (42.50%) ใช้มือถือของตนเองและคนในครอบครัวในการสื่อสารกับแพทย์ และสหวิชาชีพ (97.50%) ผู้ดูแลเป็นคนในครอบครัวมากที่สุด (77.50%) และผู้ป่วยสามารถไปโรงพยาบาลได้ด้วยตนเอง (92.50%) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไป (n=40 คน)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(%)
เพศ	
ชาย	15(37.50)
หญิง	25(62.50)
อายุ	
Min=60 ปี, Max=70 ปี Mean(SD.)=63.97(3.48)	
น้ำหนัก	
Min=45 กก, Max=80 กก. Mean(SD.)= 64.27(8.91)	
ส่วนสูง	
Min=148 ซม. Max=177 ซม. Mean(SD.)= 64.27(8.91)	
อายุเริ่มเป็นเบาหวาน	
Min=40 ปี, Max= 65 ปี Mean(SD.)= 55.67(5.58)	
ประถมศึกษา	17(42.50
มัธยมศึกษา/ปวช.	14(35.00)
ปวส./อนุปริญญา	6(15.00)
ปริญญาตรีขึ้นไป	3(7.50)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(%)
รายได้เพียงพอกับรายจ่าย	
เพียงพอ/เหลือเก็บ	7(17.50)
เพียงพอ/ไม่เหลือเก็บ	14(35.00)
เพียงพอบางครั้ง	10(25.00)
ไม่เพียงพอ	9(22.50)
ท่านรู้สึกว่าสุขภาพเป็นอย่างไร	
ร่างกายแข็งแรง	14(35.00)
ไม่แข็งแรงแต่ดูแลตนเองได้	17(42.50)
ไม่แข็งแรงมีญาติช่วยดูแล	9(22.50)
ไม่แข็งแรงไม่มีญาติหรือใครดูแล	0(0.00)
ท่านใช้มือถือของ	
ตนเอง	26(65.00)
คนในครอบครัว	13(32.50)
อสม./คนอื่น	1(2.50)
ผู้ดูแล	
สามี/ภรรยา	14(35.00)
บุตร/หลาน	25(62.50)
ญาติ	1(2.50)
ความสะดวกในการไปโรงพยาบาล	
สะดวก	37(92.50)
ไม่สะดวก	2(5.00)
สะดวกบางครั้ง	1(2.50)

2. หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้มากกว่า 2.27 คะแนน (95%CI; 0.18,2.63); กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยมีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 10.55 คะแนน (95%CI;9.31, 11.78) และกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ย HbA1C น้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยมีค่าเฉลี่ย HbA1C น้อยกว่าก่อน 0.67% (95%CI; 0.42, 0.92) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการพัฒนา

ตัวแปร	Mean(SD.)	Mean difference	95%CI	p
ความรู้				
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	5.12(1.84)	2.27	0.18, 2.63	<.001
หลังร่วมโปรแกรม	7.40(1.59)			
พฤติกรรม				
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	40.77(3.15)	10.55	9.31, 11.78	<.001
หลังร่วมโปรแกรม	51.32 (2.30)			
HbA1C				
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	7.72(0.50)	0.67	0.42, 0.92	<.001
หลังร่วมโปรแกรม	7.04(0.54)			

วิจารณ์

ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรม และการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมการควบคุมน้ำตาลในเลือด และ HbA1C ในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วม ผู้วิจัยใช้แนวคิดการจัดการตนเอง ของ Kanfer & Gaelick[6] ในการพัฒนาโปรแกรม ที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประกอบด้วย 4 ทักษะ ได้แก่ 1) การตั้งเป้าหมาย 2) การติดตามตนเอง 3) การประเมินตนเอง 4) การให้แรงเสริมตนเอง เป็นเวลา 6-7 เดือน มีกิจกรรมทั้งในและนอกโรงพยาบาล และใช้ Telemedicine ร่วมในการจัดทำกิจกรรม พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวาน เมื่ออายุ 55.67 ปี และยังคงไม่มีโรคร่วมเมื่ออายุผ่านมาที่เฉลี่ยอายุ 63.97 ปี

คะแนนความรู้และพฤติกรรมที่พบว่าหลังการจัดกิจกรรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และพฤติกรรมสูงกว่าก่อนการทดลองและมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับงานวิจัยของ กนกวรรณ ด้วงกลัด และคณะ[8] ที่ได้ศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-Management) ของ Creer ซึ่งเป็นกระบวนการจัดการตนเองในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนรูปแบบพฤติกรรมของตนเอง เป็นการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มทดสอบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ใช้ระยะเวลา 6 เดือน และพบว่าทักษะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคเบาหวาน โดยใช้กระบวนการใกล้เคียงกับงานวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ การตั้งเป้าหมาย การรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์การตัดสินใจการลงมือปฏิบัติและการประเมินตนเอง โปรแกรมนี้สามารถทำให้กลุ่มทดลองควบคุมค่าน้ำตาลในเลือดดีขึ้นกว่าเดิม มีค่าน้ำตาลในเลือดลดลง ส่งผลทำให้กลุ่มทดลองเกิดความเชื่อมั่นในตนเองเพิ่มมากขึ้นว่าตนเองนั้นสามารถจัดการตนเอง โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมค่าน้ำตาลในเลือดให้เหมาะสมกับภาวะของกลุ่มทดลองแต่ละราย สอดคล้องกับงานวิจัยของกฤตกร หมั่นสระเกษ และคณะ[9] ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลิน โดยกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้อินซูลิน อายุระหว่าง 35-59 ปี โดยประยุกต์ในแนวคิดการจัดการตนเองในการออกแบบโปรแกรม ระยะเวลา 6 สัปดาห์ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง 2 กลุ่ม โดยโปรแกรมที่ใช้ในการทดลองคือ กิจกรรมที่ 1 “รู้เท่าทันห่างไกล โรคแทรกซ้อน” ในสัปดาห์ที่ 1 โดยใช้สื่อแผ่นภาพและโมเดล อุปกรณ์การฉีดยาอินซูลิน สมุดคู่มือการจัดการตนเอง สมุดบันทึกการจัดการตนเอง

โทรศัพท์ติดตาม เพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองในด้านการประเมินตนเองและการติดตามตนเองให้กลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล 2 ครั้ง ๆ ละไม่เกิน 15 นาที ในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 และผลการศึกษาพบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้ยาฉีดอินซูลินก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบตามการเปลี่ยนแปลงของระดับ พบว่า ส่วนใหญ่ของผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ร้อยละ 46.67 ในขณะที่ผู้ป่วยกลุ่มเปรียบเทียบไม่เปลี่ยนแปลงร้อยละ 44.83 แต่การวิเคราะห์ทางสถิติพบว่าการเปลี่ยนแปลงของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (p=.629)

การจัดการตนเอง เป็นกระบวนการฝึกการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค ได้แก่ การให้ความรู้โรคเบาหวานรายบุคคลรายกลุ่ม กำหนดเป้าหมายในการควบคุมเบาหวานที่เป็นไปได้จริงตามสภาพภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ติดตามเฝ้าระวัง ประเมินตนเอง แก้ปัญหาและตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการชักจูงโน้มน้าวให้ลงมือปฏิบัติ[10] โดยผู้ป่วยเบาหวานที่มี HbA1C > 8% ได้รับการจัดโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ติดตามการเจาะน้ำตาลในเลือดปลายนิ้วทุกสัปดาห์ พบว่าหลังการทดลอง ค่าน้ำตาลในเลือดลดลงแต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้วยเหตุผลของกลุ่มตัวอย่างคือ ผลไม้ที่มีความหวานตามฤดูกาลทำให้ผู้ป่วยเบาหวานไม่สามารถงดได้ ซึ่งโปรแกรมในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้ การตั้งเป้าหมาย การติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการให้แรงเสริมตนเอง เน้นการให้การดูแลรักษา ทั้งการประเมินพฤติกรรม การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย การแนะนำให้คำปรึกษา ตามปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย สร้างการยอมรับในวิธีการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย การช่วยเหลือสนับสนุนในส่วนที่ผู้ป่วยต้องการ และติดตามประเมินผลอาการผู้ป่วยด้วยตนเอง เป็นการให้บริการทั้งในโรงพยาบาล เยี่ยมบ้าน Telemedicine อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง โดยใช้การสร้างความเข้าใจกับผู้ป่วยและญาติ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่สำคัญต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ได้แก่ พฤติกรรมด้านการควบคุมอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ประเมินอาการตนเอง และการขอคำปรึกษาปัญหาสุขภาพได้ตลอดเวลากับผู้วิจัย และทีมเยี่ยมบ้าน การเยี่ยมติดตามอาการผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุโดยการใช้ Telemedicine เป็นการดูแลที่ได้ประสิทธิภาพ สามารถลดระดับน้ำตาล (HbA1C) มีความสัมพันธ์กับการลดระดับน้ำตาลและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวานที่ดีขึ้น[11] โดยประโยชน์ที่ได้จากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นผู้สูงอายุคือ การปรับปรุงการรักษา ลดระยะเวลาการเดินทาง ลดระยะเวลารอคอย มีความคุ้มทุนประหยัดค่าใช้จ่ายทั้งทางตรงและทางอ้อมในการเข้ารับการรักษา และปิดช่องว่างของกระบวนการรักษาให้มีประสิทธิภาพ[12] สัมพันธ์กับการศึกษาของละมัย หงษา และธิดารัตน์ อุทก[13] ที่ศึกษาผลโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองผ่านบริการพยาบาลทางไกลในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่เป็นโรคเบาหวาน พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองมากกว่ากลุ่มควบคุม 2.0 คะแนน (95%CI: 1.2, 2.7) และงานวิจัยของเนตรนภา บุญธนาพิศาน[14] พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) และพบว่าการส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอพพลิเคชั่นไลน์ สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ส่งผลให้ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงได้เป็นอย่างดี ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการประยุกต์ใช้แอพพลิเคชั่นเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อไปได้ ในการศึกษาครั้งนี้ อุปสรรคที่เกี่ยวกับเครื่องมือสื่อสารของผู้ป่วยลดลงมาก จะเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างมีมือถือของตนเองและคนในครอบครัวมากถึงร้อยละ 97.50 ทำให้การทำวิจัยในครั้งนี้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถประสานการเยี่ยมได้อย่างถูกต้อง สะดวกต่อผู้ป่วยและญาติ ในกรณีที่ต้องได้ลางานเพื่อพาผู้ป่วยผู้สูงอายุมาโรงพยาบาล

ถึงแม้ผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นผู้สูงอายุจะมีความรู้ มีพฤติกรรมในการป้องกันไม่ให้ค่า HbA1C มากกว่า 7 มีการตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ผู้วิจัยที่เป็นแพทย์เจ้าของคลินิกเบาหวานและมีกระบวนการติดตามผู้ป่วยด้วยค่าน้ำตาลในเลือดทุก 1-2 เดือน แต่ก็พบว่าความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีการแปรเปลี่ยนไปตามบริบท สิ่งแวดล้อมและสิ่งสนับสนุนจากครอบครัว จึงต้องมีการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีความยืดหยุ่นเพื่อช่วยให้ผู้ป่วย ผู้ดูแลมีการพัฒนาการจัดการตนเองไปในทางที่เหมาะสม[15] โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีดัชนีมวลกายมากที่อาจเนื่องมาจากร่างกายของผู้สูงอายุเป็นช่วงที่มีความเสื่อมของตับอ่อน สภาพร่างกายที่ไม่เอื้อต่อการออกกำลังกาย ข้อจำกัดจากการเจ็บป่วย ที่มีผลทำให้การตอบสนองของอินซูลินลดลง[16] ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้มีการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับสูง (Mean= 70.10, SD. = 12.44) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความรู้ในการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในระดับปานกลาง (r= .65, .36, .30 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ทีมสหวิชาชีพ ทีมดูแลโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาลควรนำโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรม และการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมการควบคุมน้ำตาลในเลือดและ HbA1C ในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีโรคร่วมหรือโรคเรื้อรังอื่นๆ และนำไปประยุกต์ใช้ในงานประจำ

1.2 Telemedicine ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านสามารถนำไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ รวมถึงผู้ป่วยที่ไม่สะดวกมารับบริการที่โรงพยาบาล โดยอาจปรับเป็น application ‘Line” หรือระบบอื่นๆ ที่เอื้อในการจัดบริการสุขภาพ

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มอายุต่ำกว่า 40 ปี ซึ่งเป็นอายุที่เริ่มเป็นเบาหวานใหม่ๆ และยังต้องดำเนินชีวิตอีกยาวนานกับโรคเบาหวาน รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นตามมา

2.2 ควรมีการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกและสามารถที่จะนำมาปรับกระบวนการทำงานของแพทย์และทีมสหวิชาชีพที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด

เอกสารอ้างอิง

1. สมเกียรติ โพธิสัตย์ และคณะ. การทบทวนวรรณกรรมสถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการบริการ ด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. กรุงเทพฯ: อาร์ตควอลิไฟท์; 2557.
2. วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรรคเจริญ, วราภรณ์ เสถียรนพเก้า. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2564.
3. อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์. รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2563.
4. สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. โรคเบาหวาน [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: [เข้าถึงเมื่อ 1 สิงหาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/02/181256/
5. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯสยามบรมราชกุมารี สมาคมต่อมไร้ท่อ แห่งประเทศไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน. พิมพ์ครั้งที่ 3. ปทุมธานี: บริษัท ร่มเย็น มีเดีย จำกัด; 2560.
6. Kanfer, Gaelick. Goals and self-regulation: Applications of theory to work settings. In M. L. Maehr & P. R. Pintrich (Eds.), Advances in

Motivation and Achievement Greenwich, CT: JAI Press. 1991;7:1287-326

7. กรรณิการ์ แสนสุภา, นเรศ กันธะวงค์. การจัดการตนเอง: ทักษะในการพัฒนาตนเองอย่างยั่งยืน. วารสารศิลปศาสตร์ (วังนางเลิ้ง) มทร. พระนคร. 2564;1:25-37.
8. กนกวรรณ ด้วงกลัด, ปัญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนาผ, ณัฐกมล ชาญสาธิตพร. โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล. 2563;36(1):66-83.
9. กฤตกร หมั่นสระเกษ, ทัศนีย์ รวิวรกุล, สุนีย์ ละกำปั่น. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลิน. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล. 2562;25(2):87-103.
10. อุดมโชค อินทรโชติ. ผลของการสนับสนุนการจัดการตนเองแบบมีส่วนร่วมในผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลนาฝาย อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ. ชัยภูมิเวชสาร. 2563;40(1):137-47.
11. Lee S W H, Chan C K Y, Chua S S, Chaiyakunapruk N. Comparative effectiveness of telemedicine strategies on type 2 diabetes management: A systematic review and network meta-analysis. Meta-Analysis. 2017;7(1):12680.
12. Zhai Y K, Zhu W, Cai Y, Sun D, Zhao J. Clinical- and Cost-effectiveness of Telemedicine in Type 2 Diabetes Mellitus: A Systematic Review and Meta-analysis. Medicine (Baltimore). 2014;93(28):e312.
13. ละมัย หงษา, ธิดารัตน์ อุทก. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองผ่านบริการพยาบาลทางไกล ในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่เป็นโรคเบาหวาน. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2566;4(3):256-67.
14. เนตรนภา บุญธนาพิศาน. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอพพลิเคชั่นไลน์ต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้. [ปริญญานิพนธ์]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2564.
15. วิมลรัตน์ บุญเสถียร. การจัดการตนเองในผู้ที่เป็นเบาหวาน: กระบวนการของแต่ละบุคคล. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล. 2563;36(1):66-83.
16. สุจิตรา บุญประสิทธิ์, สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์, ชมนาด สุ่มเงิน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ. 2559;32(1):44-56.

การพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ
Development of care Model for HIV and AIDS Patients at Suwannaphum Hospital

ชุ่มเมือง จันปุ่ม*
Chummuang Janpum
Corresponding author: E-mail; Paesuwan16@gmail.com
(Received: June 4, 2024; Revised: June 11, 2024; Accepted: July 11, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสภาพปัญหาการเข้าถึงการรับบริการของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและพัฒนาประเมินรูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : ผู้ให้ข้อมูลสำคัญคือ ทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก 12 คน และผู้รับบริการรับยาต้านไวรัสเอชไอวี 234 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย การระดมความคิดเห็นด้านสภาพปัญหาโดยใช้แผนที่ความคิด การสนทนากลุ่ม รวบรวมข้อมูลจากเอกสารการปฏิบัติงาน แนวทางปฏิบัติ การสังเกตและแบบบันทึกกิจกรรม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการจำแนกประเภท วิเคราะห์แบบอุปนัย ตีความหมาย สร้างข้อสรุปและอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละและค่าเฉลี่ย ดำเนินการตั้งแต่เดือนตุลาคม 2566 ถึงเดือนมีนาคม 2567

ผลการวิจัย : จากการจัดกระบวนการแผนที่ความคิดพบว่าปัญหาในการเข้าถึงการรับบริการได้แก่การค้นหาผู้ติดเชื้อยังมีน้อย ขาดการติดตามประเมินผู้ป่วยก่อนและหลังการรับยาต้านไวรัส วินัยในการกินยาของผู้ป่วย ผู้ป่วยขาดความรู้เรื่องการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผลการสนทนากลุ่มปรากฏผลคือ 1) บุคลากรไม่เพียงพอ 2) ควรมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนนำมาใช้ได้สะดวก 3) บุคลากรและผู้ป่วยอยากให้จัดอบรมความรู้ใหม่ๆ ได้นำปัญหาเข้าสู่ที่ประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย มีการปรับปรุงเรื่องอัตรากำลัง พัฒนาทีมสหวิชาชีพ ปรับปรุงสถานที่ให้เป็นสัดส่วน พัฒนา CPG จัดทำแนวทางและขั้นตอนการปฏิบัติพร้อมประเมินผลหลังนำมาใช้ 1 เดือน

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ ส่งผลให้กระบวนการทำงานเป็นทีม การพยาบาลแบบองค์รวม การสร้างเครือข่ายในชุมชน และเสริมสร้างความแข็งแกร่งให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

คำสำคัญ : ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์; การพัฒนา; รูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ

Abstract

Purposes : To study the problem of access to services for people living with HIV and develop Evaluating models of care for people living with HIV Suwannaphum Hospital Roi-Et Province.

Study design : Action Research.

Material and Methods : The sample group was the clinical care quality development team consisted of 12 people and 234 ART recipients. The research tools included : Brainstorming ideas, Problem situation using mindmaps group chat gather information from work documents,guidelines for observing and recording activities qualitative data were analyzed using classification. Analyze inductively, interpret meanings, draw conclusions and explain phenomena. Statistics used in quantitative data analysis include frequencies, percentages and averages. Running from October 2023 to March 2024.

Main findings : From organizing the mind mapping process, it was found that problems in accessing services include: There are still,few searches for infected people. Lack of follow-up and evaluation of patients before and after receiving antiretroviral drugs. Patient discipline in taking medicine. Patients lack knowledge about continuous treatment. The results of the focus group discussion were: 1) There are not enough personnel. 2) There should be clear guidelines that can be easily used. 3) Personnel and patients want new knowledge training to be organized. The problem was brought to the meeting of the Quality Development Committee. Take care of the sick There have been improvement in manpower and development of multidisciplinary teams. Improving the location to be proportional,developing CPG , creating guidelines and procedures. Practice and evaluation after 1 month of use.

Conclusion and recommendations : Results of this research this results in a teamwork process, holistic nursing creating a network in the community and strengthening people living with HIV/AIDS.

Keywords : People infected with HIV/AIDS; Development; Care model for people with HIV and AIDS

*Registered Nurse, Professional Level, Suwannaphum Hospital.

บทนำ

ความพยายามในการแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศไทย อาศัยกรอบแนวทางการปฏิบัติที่ระบุไว้ใน แผนปฏิบัติการเร่งรัดการยุติปัญหาเอดส์ ประเทศไทย พ.ศ. 2558 - 2562 ซึ่งมุ่งเน้นการให้บริการแบบผสมผสานที่มีประสิทธิผล และได้มีการพัฒนามาตรการบูรณาการการป้องกันให้ต่อเนื่องกับการรักษาอย่างครอบคลุมในกลุ่มประชากรหลัก และผู้มีพฤติกรรมเสี่ยงอัน ได้แก่ ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีดโดยกำหนดกรอบการทำงานให้อยู่ในรูปแบบของชุดบริการ RRTTPR ซึ่งประกอบด้วย การเข้าถึงเพื่อให้ความรู้และอุปกรณ์ป้องกัน (Reach - R) การชักชวนเข้าสู่ระบบบริการ (Recruit - R) การคัดกรองและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี (Test - T) การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีในผู้ที่พบผลเลือดบวก (Treat - T) การทำให้มีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (Prevent - P) และการทำให้คงอยู่ในระบบบริการการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง (Retain - R) จนสามารถกดปริมาณไวรัสได้ในระดับที่จะไม่ถ่ายทอดเชื้อสู่ผู้อื่น ทั้งนี้สถานการณ์เอดส์ในประเทศไทย ณ สิ้นปี พ.ศ. 2565[1] พบว่าแนวโน้มของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ของประเทศไทยลดลง โดยมีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ 9,230 ราย ผู้ที่เสียชีวิตเนื่องจากเอดส์ 10,972 ราย และผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่ 561,578 ราย ซึ่งร้อยละ 97 ของการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ถึงแม้ว่าสถานการณ์จะมีแนวโน้มลดลง แต่จากการทบทวนการดำเนินงานเอดส์ของประเทศไทย ยังพบช่องว่าง และประเด็นท้าท้ายสำคัญที่ต้องการการพัฒนา เช่น คาดประมาณผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่พบว่าเป็นกลุ่มอายุ 15 - 24 ปี สูงถึงร้อยละ 49 การให้บริการยาป้องกันก่อนสัมผัสเชื้อเอชไอวี (PrEP) และความครอบคลุมการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯยังต่ำกว่าเป้าหมาย ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ล่าช้าโดยเฉพาะกลุ่มประชากรทั่วไปที่มีความเสี่ยงต่ำ อัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดมีแนวโน้มสูงขึ้น โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด มีสถิติผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวีทั้งหมดในปี พ.ศ.2563-2565 จำนวน 43, 33 และ 54 รายตามลำดับ และ พบว่าขณะเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีมีผู้ติดเชื้อที่มีระดับ CD4<200 cell/mm3 อยู่ในเกณฑ์ที่สูงโดยในปี พ.ศ.2563-2565 พบร้อยละ 4.04, 1.61 และ 3.46 ตามลำดับ บ่งบอกถึงการทราบสถานะการติดเชื้อ และการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวีช้า แสดงถึงอัตราความครอบคลุมของผู้ที่ทราบผลการติดเชื้อแต่เข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวียังต่ำกว่าเกณฑ์ ส่วนผู้ป่วยได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีมียอดสะสมในปี พ.ศ.2563-2565 จำนวน 619, 623 และ 636 คนตามลำดับโดยมีอัตราผู้ป่วยที่สามารถกดไวรัสได้สำเร็จ ซึ่งต้องมีปริมาณไวรัสในกระแสเลือด (Viral Load: VL) หลังจากได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี โดยกำหนดค่าของ VL<1,000 copies/ml ในปี 2563 – 2565 คิดเป็นร้อยละ 84 .00, 88.00 และ 89.00 ตามลำดับ[2] ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายคือร้อยละ 95 จากการวิเคราะห์รูปแบบบริการเดิมมีการให้บริการทางการแพทย์ตามแนวทางการตรวจรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ การตรวจ CD4, VL และการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ แต่ยังไม่ได้ร่วมกันปรับเป็นระเบียบปฏิบัติงานทางคลินิก (Clinical Practice Guideline: CPG) ประกาศใช้ร่วมกัน ทำให้ทีมผู้ดูแลมีแนวทางปฏิบัติยังไม่ชัดเจน ในด้านบริการดูแลผู้ป่วยเอชไอวีในปัจจุบัน พบปัญหาการเข้าถึงบริการ การกินยาที่ไม่ต่อเนื่องของผู้ป่วยพบปัญหาว่าบางคนไม่ได้รับยา การส่งเสริมการเข้าถึงระบบบริการจะเพิ่มความครอบคลุมในการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี และเพิ่มความปลอดภัยจากการใช้ยา รวมทั้งเฝ้าระวังติดตามการเกิดเชื้อดื้อยาต้านไวรัสเอชไอวี มีผู้ป่วยบางรายไม่กล้ามารับยาต้านไวรัสเอชไอวี เพราะคลินิกบริการรูปแบบเดิมมีการจัดบริการที่ให้ผู้ป่วยพบกันหมด จัดบริการเดือนละ 1 ครั้ง ทำให้บางคนไม่กล้าเข้า กลุ่มใหญ่จึงต้องมารับบริการนอกเวลา การรับบริการไม่เอื้อต่อการเข้าถึงทำให้ขาดยา ผู้วิจัยจึงได้อาศัยการมีส่วนร่วมในกระบวนการสะท้อนกลับเกี่ยวกับปัญหาการปฏิบัติเพื่อให้เกิดการพัฒนาปรับปรุงการทำงานให้ดีขึ้นจึงทำการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อแก้ไขปัญหาของรูปแบบเดิม ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ และ

ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาการเข้าถึงการรับบริการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

2. เพื่อพัฒนาและประเมินรูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) (ใช้แนวคิดของเคมมิสและแมคทากกาท) ในโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ระยะเวลาในการศึกษาตั้งแต่เดือนตุลาคม 2566 ถึง มีนาคม 2567

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญและผู้ร่วมวิจัย ทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิกประกอบด้วยแพทย์ 1 คน พี่เลี้ยงกลุ่ม 1 คน เจ้าหน้าที่งานชันสูตร 1 คน เภสัชกร 1 คน เจ้าหน้าที่ห้องบัตร 1 คน เจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานวัณโรค 1 คน พยาบาลให้คำปรึกษา 6 คน กลุ่มตัวอย่างรวม 12 คน และผู้รับบริการรับยาต้านไวรัสเอชไอวี (ARV) อายุ 15 ปีขึ้นไปอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไปและสามารถร่วมกิจกรรมได้ตามแผนการดำเนินงาน 565 คน ผู้วิจัยได้คัดเลือกขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างของ Yamane อ้างอิงใน กัญญ์สิริ จันทร์เจริญ[3] ได้กลุ่มตัวอย่าง 234 คน การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic random sampling) จากทะเบียนรายชื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัย ดังนี้

ขั้นเตรียมการ

1. ศึกษาสภาพปัญหา บริบท รูปแบบการปฏิบัติงานในคลินิกรับยาต้านไวรัส โดยศึกษาเอกสารบันทึกการให้บริการ แนวทางปฏิบัติงานในคลินิกรับยาต้านไวรัสในประเด็นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การค้นหากลุ่มเสี่ยงการประชาสัมพันธ์ แนวทางการดูแลรักษา การติดตามประเมินผู้ป่วยก่อนและหลังรับยาต้านไวรัส การนัดหมาย การกินยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างต่อเนื่อง (Adherence) การติดตามเมื่อมีการขาดนัด กรณีมีผลดื้อยา (Drug resistant: DR) การขอรับบริการให้คำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เพื่อปรับเปลี่ยนสูตรยา

2. ระดมความคิดเห็นสภาพปัญหาการรับบริการดูแลรักษาในคลินิกรับยาต้านไวรัส โดยใช้เทคนิคแผนที่ความคิด (Mind map) ในประเด็น “ภาพฝันการรับบริการในคลินิกรับยาต้านของโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ” มีกิจกรรม 1 วัน ในวันที่ 19 ธันวาคม 2566 มีผู้เข้าร่วมกิจกรรม 234 คน ดำเนินการโดยวิทยากรกระบวนการของโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ

ขั้นปฏิบัติการวิจัย

1. การวางแผนปฏิบัติการ ผู้วิจัยได้ระดมความคิดเห็นพัฒนารูปแบบการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีในคลินิกรับยาต้านไวรัส ที่เหมาะสมโดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) กับทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก (PCT) ในวันที่ 20 ธันวาคม 2566 ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ มีผู้เข้าร่วมสนทนา 12 คน ในประเด็นทำอย่างไรกลุ่มเสี่ยงจึงจะเข้าถึงระบบได้มากขึ้น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์รายใหม่จะเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสได้อย่างรวดเร็วและมีคุณภาพได้อย่างไร และผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับยาจะกดเชื้อไวรัสตามที่ต้องการหรือไม่ การวางแผนแก้ปัญหาทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก คณะกรรมการบริหาร และทีมผู้วิจัยประชุมทบทวนประเด็นปัญหา สาเหตุ และระดมแนวทางการแก้ปัญหาหรือเปลี่ยนแปลงในระดับต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง แต่งตั้งคณะทำงาน แบ่งหน้าที่รับผิดชอบ จัดทำแผนปฏิบัติการ ปรับปรุงแนวทางการดำเนินงาน ประกอบด้วย แนวทางการค้นหาการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเสี่ยง แนวทางปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ การติดตามการรักษา การส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วย

2. การปฏิบัติการตามแผน ทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก ได้มอบหมายงาน และจัดแบ่งหน้าที่ให้แก่ผู้รับผิดชอบ พัฒนาศักยภาพบุคลากรตามภาระงานที่รับผิดชอบ จัดระบบบริการให้สอดคล้องกับแผนที่ได้วางไว้และนิเทศ ติดตามความก้าวหน้า

3. การติดตามประเมินผลปฏิบัติการ ผู้วิจัยติดตาม

ประเมินผลปฏิบัติการจากการสังเกต จดบันทึกกิจกรรมติดตามตรวจสอบการลงมือปฏิบัติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยการระดมความคิดเห็นด้านสภาพปัญหาโดยใช้เทคนิคแผนที่ความคิด (Mind map) การสนทนากลุ่ม รวบรวมข้อมูลจากเอกสารการปฏิบัติงาน แนวทางปฏิบัติ การสังเกต และแบบบันทึกกิจกรรม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการจำแนกประเภท วิเคราะห์แบบอุปนัย ตีความหมาย สร้างข้อสรุปและอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล ขั้นการวางแผนปฏิบัติการมีการจัดกระบวนการสนทนากลุ่มใช้การสังเกต และแบบบันทึกกิจกรรมและการระดมความคิด ใช้กระบวนการแผนที่ความคิดโดยแกนนำผู้ติดเชื้อ,บุคลากรทางการแพทย์ ขั้นการนำแผนปฏิบัติการลงมือปฏิบัติจริงใช้การมอบหมายงาน, พัฒนาศักยภาพบุคลากร,จัดระบบบริการให้สอดคล้องกับแผนที่ได้วางไว้ ขั้นติดตามประเมินผลปฏิบัติการโดยพยาบาลประจำคลินิกเป็นคนสังเกตสรุปผลการดำเนินงานและแนวทางปฏิบัติในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาในคลินิกรับยาต้านไวรัส ขั้นสะท้อนผลปฏิบัติการโดยใช้กระบวนการกลุ่มวิเคราะห์ ทบทวนปรับปรุงในแต่ละจุดที่มีปัญหาและลงมือปฏิบัติในรอบต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์ด้วยการจำแนกประเภท วิเคราะห์แบบอุปนัย ตีความหมาย สร้างข้อสรุป และอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นและข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้การวิเคราะห์สถิติความถี่ ร้อยละ และ ค่าเฉลี่ย

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่การรับรอง COE 0292566 รับรองเมื่อวันที่ 5 เมษายน 2566

ผลการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 129 คน (55.12%) เพศหญิง 105 คน (44.88%) มีอายุเฉลี่ย 47.27 ปี อาชีพเกษตรกรรม (53.85%) CD4 เฉลี่ย 184.13 Cell/mm^3 Adherence เฉลี่ยร้อยละ 88.88 ระยะเวลาที่รักษาเฉลี่ย 7.57 ปี

ขั้นการวางแผนปฏิบัติการ

1. ศึกษาสภาพปัญหาของรูปแบบบริการ การปฏิบัติงานในคลินิกรับยาต้านไวรัส โดยศึกษาเอกสารบันทึกการให้บริการแนวทางปฏิบัติงานในคลินิกรับยาต้านไวรัส ยังไม่มีการค้นหากลุ่มเสี่ยงในชุมชนแต่บริการตรวจคัดกรองแก่ประชาชนที่มาขอตรวจเอชไอวีที่โรงพยาบาล การประชาสัมพันธ์ และช่องทางการสื่อสารยังมีน้อยไม่หลากหลาย แนวทางปฏิบัติงานด้านการดูแลรักษายังไม่ได้ปรับเป็นระเบียบปฏิบัติงานทางคลินิก (Clinical Practice Guideline: CPG) ใช้ร่วมกันของทีมแต่จะยึดตามความเห็นของแพทย์เป็นเรื่องๆไป โดยอ้างอิงตามคู่มือแนวทางการตรวจวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ปี พ.ศ. 2565[4] มีการติดตามประเมินผู้ป่วยก่อนและหลังรับยาต้านไวรัส มีการนัดตรวจ CD4, VL และการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ ยังขาดการติดตามกรณีไม่มาตรวจตามนัด การประเมินการกินยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง (Adherence) รายบุคคลทำโดยเภสัชกรเฉพาะกรณีที่ผู้ป่วยมารับยาด้วยตนเอง กรณีมีผลดื้อยาในรอบ 1 ปี ยังไม่ได้ส่งไปรับบริการให้คำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (Consult HIV Expert) เพื่อปรับเปลี่ยนสูตรยา จำนวน 5 คน วิเคราะห์สภาพปัญหาการเข้าถึงบริการพบข้อมูลการให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในปี พ.ศ.2566 มีผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 12 คน ได้รับยาต้านไวรัส จำนวน 7 คนคิดเป็นร้อยละ 58.33 โดยรายใหม่ที่เริ่มยาต้านไวรัสมีค่า CD4 < 200 cell/mm3 ร้อยละ 66.66 และยังพบว่าไม่ได้รับยา 2 คน ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยวัณโรคและเสียชีวิตก่อนรับยาต้านไวรัส 1 คน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่สามารถลดปริมาณไวรัสได้มีปริมาณ ≤ 1,000 Copies/ml. ในปี พ.ศ.2565 พบร้อยละ 86.94

2. ระดมความคิดเห็นด้านสภาพปัญหาการรับบริการจากผู้รับบริการดูแลรักษาในคลินิกรับยาต้านไวรัสโดยใช้

เทคนิคแผนที่ความคิด (Mind map) ในประเด็น “ภาพฝันการรับบริการในคลินิกรับยาต้านของเรา” พบว่า 1) ต้องการมีสุขภาพที่แข็งแรง CD4 สูงๆ และ VL < 50 Copies/ml ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีตามมาตรฐาน 2) ต้องการมีสิ่งแวดล้อมและสถานที่ในการรับบริการที่ดี เพราะการจัดโซนการให้บริการคับแคบ อากาศถ่ายเทไม่สะดวก ห้องน้ำไม่สะอาด 2 ห้องไม่พร้อมใช้ น้ำดื่มไม่เพียงพอ 3) ต้องการได้รับการบริการที่ดีเพราะที่ผ่านมามีการจัดคิวไม่เป็นระเบียบ ผู้ให้บริการเสียงเบา ทำให้การสื่อสารไม่ชัดเจน เจ้าหน้าที่ขาดความเอาใจใส่ผู้ป่วยขาดความตระหนักต่อการบริการ เช่น ให้บริการเร่งรีบเกินไป เจ้าหน้าที่ให้บริการมีน้อย 4) ต้องการความรู้เรื่องโรคเอดส์ 5) ต้องการได้เบี้ยยังชีพเพิ่มขึ้น การเดินทางมารับบริการลำบาก ไม่มีรายได้ 6) ต้องการแกนนำที่มีศักยภาพ และเครือข่ายเพิ่มขึ้น เพราะดูแลไม่ทั่วถึง บทบาทของแกนนำไม่ชัดเจน เพื่อนไม่ให้การยอมรับเท่าที่ควร 7) ต้องการให้ครอบครัว/ชุมชน สังคมไม่ตีตราเพราะผู้ป่วยรู้สึกยังไม่ได้รับการช่วยเหลือเท่าที่ควร ต้องการให้เจ้าหน้าที่ลงเยี่ยมประเมินปัญหา ไม่อยากให้มองผู้ป่วยเป็นภาระของครอบครัว 8) ต้องการให้กลุ่มเสี่ยงได้รับการตรวจคัดกรองและกลุ่มผู้ติดเชื้อเข้าถึงบริการมากขึ้น

กระบวนการปฏิบัติการวิจัย

1. การวางแผนปฏิบัติการ การจัดกระบวนการระดมความคิดเห็นพัฒนารูปแบบการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีในคลินิกรับยา ต้านไวรัสที่เหมาะสมโดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) พบว่า ด้านกลุ่มเสี่ยง จากการสนทนากลุ่มได้รับข้อมูลว่าโดยมากกลุ่มเสี่ยงจะเป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และกลุ่มวัยเจริญพันธุ์ โรงพยาบาลจะตรวจคัดกรองแก่ประชาชนที่มาขอตรวจที่โรงพยาบาลการประชาสัมพันธ์ยังมีน้อยช่องทางการสื่อสารไม่หลากหลาย และยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเสี่ยงขาดความตระหนักรู้ไม่กล้ามารับบริการเพราะรู้สึกอาย/ตีตรา; ด้านการบริการบุคลากรรับผิดชอบประจำคลินิกมีคนเดียว พบปัญหา คือ ผู้รับผิดชอบหลักลาหรือไปราชการ ได้มอบหมายงานให้ผู้รับผิดชอบที่เป็นพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานทำงานแทนในลักษณะงานฝากและทั้ง 2 คน ไม่เคยผ่านการอบรมทำให้เข้าใจไม่ชัดเจนในระบบการให้บริการ ยังขาดองค์ความรู้/ทักษะในกระบวนการดูแลผู้ป่วยและขาดความเชื่อมั่นในการให้บริการ; ด้านคลินิกรับยาต้าน ผู้ติดเชื้อบางรายยังขาดความตระหนักในการดูแลตนเอง สมาชิกในกลุ่มยังขาดการวางเป้าหมายการดูแลตนเอง ยังมีพฤติกรรมดื่มสุรา/สูบบุหรี่ และผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ส่วนหนึ่งยังอยู่ในพื้นที่แต่ไม่มารับยาด้วยตนเองจะมีญาติมารับแทนทุกครั้งยกเว้นในวันนัดมาเจาะเลือด ทำให้ไม่ได้รับการประเมินการกินยา ขาดการกระตุ้นหรือเสริมพลังสร้างวินัยการกินยาและการดูแลตนเอง จากการประเมินการรับประทานยาโดยเภสัชกร เฉลี่ยร้อยละ 42.31 ที่มีวินัยในการกินยา > 95% การจัดการในรายที่กินยาแล้วกดไวรัสไม่ได้หรือมีผลดื้อยาช้าและไม่เป็นระบบ การออกติดตามเยี่ยมบ้าน เดิมทำโดยพี่เลี้ยงกลุ่มระยะหลังมีกลุ่มแกนนำผู้ติดเชื้อออกเยี่ยมแต่ทำได้ไม่ครอบคลุม สมาชิกยังไม่ยอมรับ; การทำกิจกรรมกลุ่ม ในช่วงปี พ.ศ.2564-2566 ไม่มีการดำเนินการทำกิจกรรมกลุ่ม ผู้ป่วยจะมารับยาตามนัดโดยมีขั้นตอนการจัดบริการดังนี้ รับบัตรคิว วัดสัญญาณชีพ พบแพทย์ และรับยา รับใบนัดก่อนกลับบ้าน

ผลการประชุมทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิกคณะกรรมการบริหาร ผู้วิจัยได้นำแนวทางในการแก้ปัญหามาจัดทำแผนปฏิบัติการ ดังนี้

P1 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเครือข่ายเพื่อให้ความรู้สร้างความตระหนักในการค้นหาและเพิ่มกระบวนการค้นหากลุ่มเสี่ยง

P2 ประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพปรับ CPG ให้ทันสมัยปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล

P3 อบรมฟื้นฟูความรู้สำหรับทีมพี่เลี้ยงและผู้เกี่ยวข้องเพื่อเพิ่มศักยภาพมั่นใจในการดูแลรักษาผู้ป่วย

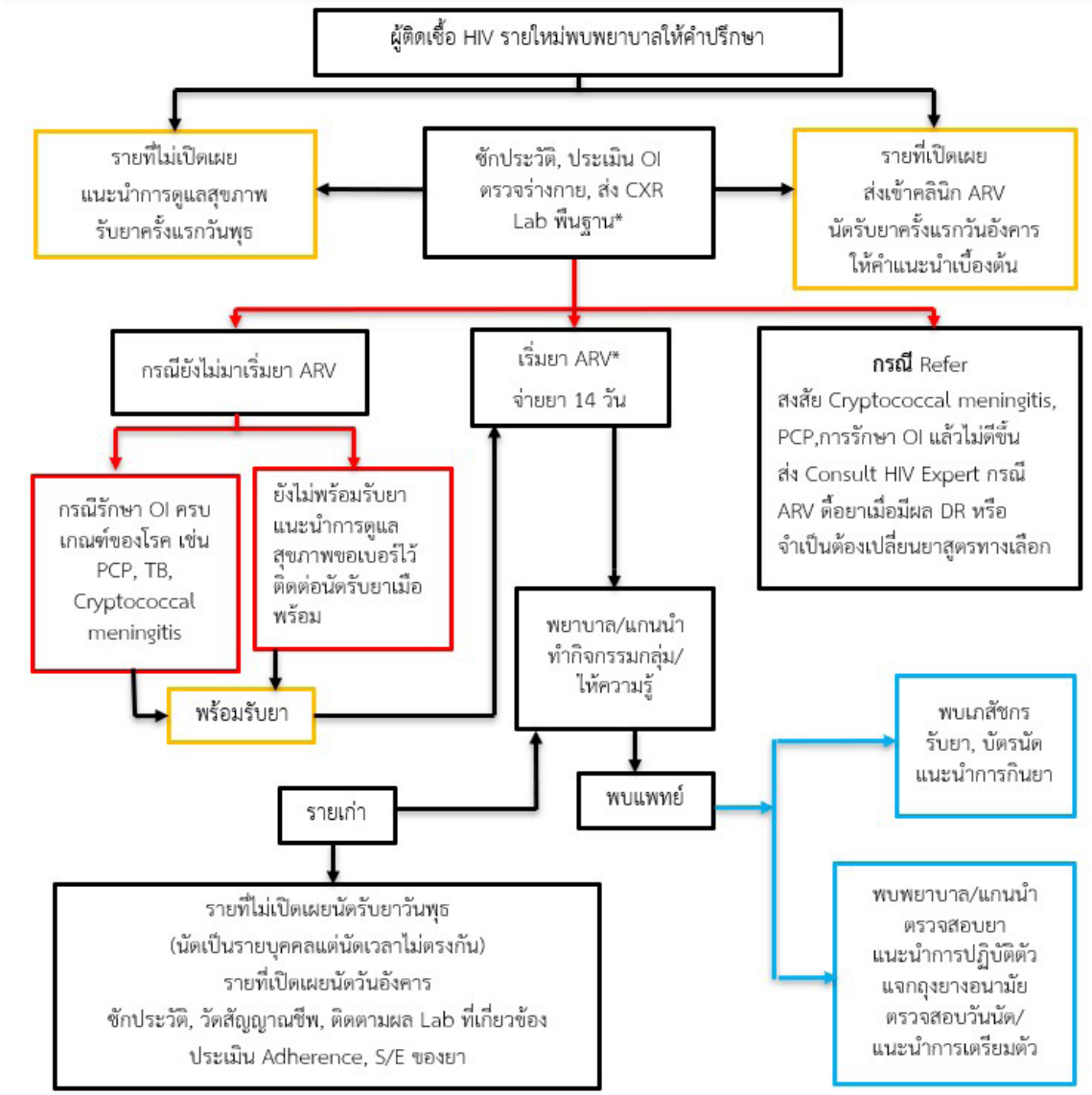
P4 การอบรมฟื้นฟูศักยภาพผู้ประสานงาน (HIV Coordinator: HIV Co) เสนอแผนระยะสั้น เชิญวิทยากรที่เป็น HIV Co ที่มีประสบการณ์การดูแล ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จากโรงพยาบาลใกล้เคียงมาให้ความรู้ และฝึกทักษะแก่ HIV Co และทีมที่ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ และระยะยาวส่งอบรมพัฒนาศักยภาพของ HIV

Co โดยบรรจุในแผนพัฒนาบุคลากรระยะ 3 ปี

การปฏิบัติการตามแผน (Action)

A1 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเครือข่ายเพื่อให้ความรู้ สร้างความตระหนักในการค้นหาและเพิ่มกระบวนการค้นหากลุ่มเสี่ยง จัดประชุม 5 แห่งๆ ละ 1 ครั้ง ในระหว่างวันที่ 25-29 ธันวาคม 2566 สร้างเครือข่ายในชุมชนเพิ่มเติมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ครบ 17 แห่ง อสม.เชี่ยวชาญเฉพาะโรคเอดส์ครอบคลุม 21 หมู่บ้าน ให้สามารถประชาสัมพันธ์เชิญชวนกลุ่มเสี่ยงมาตรวจคัดกรอง มีการติดป้ายประชาสัมพันธ์เชิญชวนกลุ่มเสี่ยงตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในสถานบริการ บริการเจาะเลือดให้แก่กลุ่มเสี่ยงที่สมัครใจใน รพ.สต. 17 แห่ง มีกลุ่มเสี่ยงสมัครใจตรวจ 457 ราย ผลลบทั้งหมด และในรายที่ความเสี่ยง และมีอาการแสดงที่ตรงกับเอดส์ 2 คน เปิดเผยสถานการณ์ติดเชื้อเอชไอวีกับครอบครัวและสมัครใจเข้ารับการตรวจที่โรงพยาบาล ผลเอชไอวีเป็นบวกทั้ง 2 คน คนที่ 1 เพศชาย อายุ 33 ปี มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกันเมื่อหลายปีที่ผ่านมา สมัครใจเริ่มรับยาต้านเมื่อ 3 มกราคม 2567 CD4 = 3 cell/mm3 คนที่ 2 เพศชาย อายุ 28 ปี เป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายทำงานบริการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน เริ่มรับยาต้านเมื่อ 18 มกราคม 2567 CD4 = 14 cell/mm^3 ทั้ง 2 คน กินยาต่อเนื่อง และมาตรวจตามนัด

A2 จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และจัด ประชุมคณะกรรมการเดือนละ 1 ครั้ง ครั้งแรกได้สรุปปัญหาเบื้องต้นและเสนอให้พัฒนางานคุณภาพรูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยการอบรมฟื้นฟูศักยภาพ HIV Co และทีมที่ดูแลผู้ติดเชื้อ เอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เนื่องจากต้องใช้ความรู้และทักษะเชิงลึก จึงเสนอแผนพัฒนาบุคลากรระยะเร่งด่วน โดยได้เชิญวิทยากรที่เป็น HIV Co ที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มาให้ความรู้และฝึกทักษะ ในเดือนมกราคม 2567 ทำให้มีการปรับ CPG ให้ทันสมัย ประกาศใช้ในเดือนมกราคม 2567 ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 Flow chart ระเบียบปฏิบัติงานทางคลินิก (Clinical Practice Guideline: CPG)
* เริ่มยา ARV ทุกราย ในทุกจำนวน CD4 ที่มีความพร้อมที่จะกินยา โดยยึดคู่มือ PCT การเริ่มยา (ยึดแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ปี 2565

A3 ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลได้พิจารณาเห็นชอบให้ใช้อาคาร ARI เป็นสถานที่ให้บริการคลินิกดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ได้ปรับปรุงห้องน้ำที่มีอยู่เดิม จำนวน 2 ห้อง ให้พร้อมใช้และมีคนงานดูแลทำความสะอาด จัดให้มีที่บริการน้ำดื่มให้เพียงพอให้กลุ่มเข้าใช้บริการในเดือน มกราคม 2567

A4 อบรมฟื้นฟูความรู้สำหรับทีมพี่เลี้ยง และผู้เกี่ยวข้องเพื่อเพิ่มศักยภาพ สร้างเสริมความมั่นใจในการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยเชิญวิทยากรจากนอกองค์กร มาให้ความรู้เรื่องความตระหนักรู้เรื่องโรคเอดส์ การปรับทัศนคติเชิงลบต่อคน/กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และเทคนิคในการจัดกระบวนการกลุ่ม 1 ครั้ง ในเดือนมกราคม 2567 และเมื่อให้บริการในคลินิกยาต้านไวรัสเสร็จ จะมีการประชุมถอดบทเรียน เพื่อปรับใช้ในการให้บริการครั้งต่อ ๆ ไป (ผลการฝึกอบรมคือทีมพี่เลี้ยงมีความรู้ใหม่ๆที่เกี่ยวข้องกับการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี)

การติดตามประเมินผลปฏิบัติการ ผู้วิจัยติดตามประเมินผลปฏิบัติการจากการสังเกต จดบันทึกกิจกรรมติดตามตรวจสอบการลงมือปฏิบัติ พบว่า

1. ภายหลังการทำกิจกรรมกลุ่มใน 1 เดือนแรก ทีมพี่เลี้ยงขาดประสบการณ์ในการทำกิจกรรมกลุ่ม สมาชิกกลุ่ม ไม่คุ้นเคยยังไม่ไว้วางใจ จึงได้ปรับกระบวนการทำงาน อีกโดยการซักซ้อมก่อนทำกลุ่มจริง จัดให้ทีมพี่เลี้ยงประจำกลุ่ม 2 คน อย่างน้อยเป็นผู้มีประสบการณ์ทำกลุ่ม 1 คน หลังเลิกคลินิกบริการพี่เลี้ยงแต่ละท่านถอดบทเรียนที่ได้รับและยังพบปัญหาว่า สมาชิกบางคนมีการรับรู้น้อยและไม่กล้าแสดงออก (บางคนพูดเยอะเสียงดังทำให้บางคนไม่กล้าแสดงออก) บางคนมาช้า ทำให้ทำกลุ่มล่าช้า บางรายปฏิเสธการเข้าร่วมในกิจกรรมกลุ่ม ทีมจึงเสนอข้อตกลงร่วมในการทำกลุ่มให้ชัดเจน เช่น กำหนดระยะเวลาให้ชัดเจนทุกครั้ง ในการทำกลุ่มครั้งต่อไปจัดทำแผนระบุกิจกรรมและระยะเวลาให้ทราบล่วงหน้า มอบหมายแกนนำช่วยเป็นพี่เลี้ยงประจำกลุ่ม กระตุ้นให้สมาชิกแสดงออกให้ครบทุกคน พี่เลี้ยงอีกคนเป็นผู้สังเกตการณ์ และบันทึกข้อมูลการสนทนา

2. การแก้ไขปัญหาด้านความรู้และวินัยการกินยาโดยการทำกิจกรรมกลุ่มทุกครั้งที่มารับบริการ และเน้นให้เห็นความสำคัญและผลดีต่อสุขภาพของการมาตามนัด โดย 1) สร้างความตระหนัก เน้นย้ำถึงวินัยในการกินยาสม่ำเสมอ ตรงเวลา โดยปรับกระบวนการให้สุขศึกษาผ่านกิจกรรมกลุ่ม เพิ่มช่องทางการประเมิน การกินยาทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล การให้รางวัลผู้ที่นำยาเก่ามาคืนและมีวินัยในการกินยาดี 2) กรณีผู้ป่วยที่มีปัญหาการกินยา เภสัชกรประจำคลินิก ARV วิเคราะห์ร่วมกับผู้ป่วย หาสาเหตุปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน เช่น บางรายกินยาไม่ตรง ตั้งนาฬิกาปลุกไม่เป็น จัดให้มีการแลกเปลี่ยนรายที่กดไวรัสได้สำเร็จ เป็นการถอดบทเรียนในกลุ่มผู้ป่วย พบว่ามีการตั้งนาฬิกาปลุก ป้ายเตือนเวลา เป็นต้น จากการส่งตรวจ VL ใน ปีงบประมาณ 2567 ถึงสิ้นเดือนมีนาคม 2567 จำนวน 234 ราย พบร้อยละของผู้ป่วยเอชไอวีที่สามารถกดไวรัสได้สำเร็จหลังจากได้รับยาต้านไวรัส (VL < 1,000 copies/ml.) จำนวน 211 คน คิดเป็นร้อยละ 90.17 ภายหลังการอบรมฟื้นฟูศักยภาพ HIV Co ในเดือน มกราคม 2567 ได้ดำเนินการส่งผลดื้อยาเพื่อปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเอดส์ที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ซึ่งเป็นคนที่ยังไม่ได้ส่ง Consult HIV Expert ในปี พ.ศ.2567 จำนวน 3 คน คนที่ 1,2 อายุ 43 ปี คนที่ 3 อายุ 39 ปี ภายหลังส่งปรึกษา HIV Expert พบว่าไม่ดื้อยา แต่เป็นผลจากไม่มียาในกระแสเลือด แพทย์พิจารณาให้กินยาสูตรเดิม ทีมจึงได้ให้คำปรึกษาสร้างวินัยการกินยาและเสริมพลังด้วยกิจกรรมกลุ่มทำให้กดเชื้อได้ โดยมีผลตรวจภายหลังการปรับวินัยการกินยา 6 เดือน ผล VL < 20 copies/ml ทั้ง 3 คน คนที่ 4 อายุ 60 ปี ยังไม่เปลี่ยนสูตรยาแต่เสียชีวิตก่อนและรายที่ 5 มีภาวะของจิตเวช ที่เกิดภายหลังทำให้ไม่สามารถเปลี่ยนสูตรยาได้ และในปี 2567 พบมีผลดื้อยารายใหม่ 2 คน เมื่อได้ผลการตรวจการดื้อยา (DR) สามารถส่ง Consult HIV Expert ภายใน 1 สัปดาห์ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการปรับเปลี่ยนสูตรยาได้เร็วขึ้น

วิจารณ์

1. การดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีพบว่า การอบรมฟื้นฟูศักยภาพ HIV Co และทีมที่ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ทำให้มีการพัฒนาความรู้และทักษะเชิงลึก สามารถนำมาปรับใช้ ในการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพมากขึ้น การจัดทำ CPG แล้วประกาศใช้ร่วมกันทำให้มีแนวทางปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงกล้าเปิดเผยตนกับครอบครัวและเข้าสู่ระบบการรักษา และรายที่กินยาสามารถกดไวรัสสำเร็จสูงขึ้นสอดคล้องกับงานวิจัยของ ประจักร เหิกขุนทด[5] พบว่า ทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิกได้ดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ โดยการศึกษาบริบท รูปแบบการปฏิบัติงานในคลินิกรับยาต้านไวรัส วิเคราะห์สภาพปัญหาการเข้าถึงบริการ การให้บริการดูแลรักษา ขั้นปฏิบัติการวิจัยได้เพิ่มความรู้ สร้างความตระหนักแก่ทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก และสร้างเครือข่ายในชุมชน ทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ อบรมฟื้นฟูศักยภาพ ผู้ประสานงาน (HIV Coordinator: HIV Co) และทีมที่ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ปรับระเบียบปฏิบัติงานทางคลินิก (Clinical Practice Guideline: CPG) ให้ทันสมัย

2. การแก้ไขปัญหาการเข้าถึงบริการพบว่า การเพิ่มความรู้ความตระหนักแก่บุคลากร สร้างเครือข่ายรพ.สต.และ อสม. เชี่ยวชาญดำเนินการค้นหาและประชาสัมพันธ์เชิงรุกในชุมชนทำให้มีกลุ่มเสี่ยงสมัครใจ ตรวจเลือด 457 คน แสดงว่า การให้ความรู้และประชาสัมพันธ์เชิงรุก สามารถกระตุ้นกลุ่มเสี่ยงให้เข้าถึงบริการการตรวจเอชไอวีได้ นอกจากนี้ยังส่งผลให้รายที่มีความเสี่ยงและมีอาการแสดงที่ตรงกับเอดส์เปิดเผยสถานะเสี่ยงต่อญาติในครอบครัวญาติรับรู้และนำมารับบริการ ผลเอชไอวี เป็นบวกทั้ง 2 คน แสดงว่าการทำให้ประชาชนรับรู้จนกล้าเปิดเผยสถานะยอมรับการตรวจเข้าสู่การรักษาซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สัจพงษ์ โชคคติวัฒน์ และดวงฤดี วรชิน[6] จากการจัดกระบวนการ “แผนที่ความคิด” พบว่าปัญหา และความคาดหวังในการมารับบริการได้แก่ การอำนวยความสะดวกและรูปแบบให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีในคลินิก ผลการสนทนากลุ่มปรากฏผล คือ 1) พยาบาลประจำคลินิกทำหน้าที่ไม่ทันเวลา 2) ควรมีแนวทางปฏิบัติให้ใช้ได้สะดวก และเป็นลายลักษณ์อักษร 3) อยากให้จัดอบรมความรู้ใหม่ๆ และข้อมูลจากการศึกษาเอกสารและการให้ข้อมูลจากผู้ปฏิบัติงาน ปรากฏผลคือ 1) ผู้ป่วยขาดนัดกินยาไม่ตรงเวลา 2) สิ่งส่งตรวจไม่เหมาะสมการวางแผนแก้ปัญหา และพัฒนาได้นำปัญหาเข้าสู่ที่ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลและคณะทำงานคุณภาพ มีการปรับปรุงด้านอัตรากำลังคน พัฒนาทีมสหวิชาชีพ ปรับอาคารสถานที่ให้เป็นสัดส่วน พัฒนา CPG จำนวน 2 เรื่อง จัดทำแนวทางและขั้นตอนการปฏิบัติงานแล้วนำมาทดลองใช้ 1 เดือน พบมีข้อที่ต้องปรับปรุงได้แก่ การเริ่มยาต้านไวรัสในผู้ป่วยใหม่ทั้งในรายที่เปิดเผยและไม่เปิดเผย การซักประวัติ การประเมินโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และจัดการปัญหาเมื่อมีโรคร่วมไม่ชัดเจน การนัดหมายในครั้งแรกและครั้งต่อมาไม่ชัดเจนรวมถึงกรณีการส่งต่อจึงได้ปรับปรุงขั้นตอนการปฏิบัติงานใหม่เป็นครั้งที่ 2 ซึ่งมีการนำไปใช้ตั้งแต่เดือนเมษายน 2562 ถึงปัจจุบัน และส่งผลให้ติดเชื้อเอชไอวีรายเก่าที่ไม่เปิดเผยตัวยินยอมเปิดเผยตัว 5 ราย และรายที่ขาดนัด จำนวน 6 รายกลับมารับยาต่อจำนวน 5 ราย

3. การปรับแนวทางการดำเนินงานให้มีการใช้กิจกรรมกลุ่ม ระบบเพื่อนช่วยเพื่อน การให้คำปรึกษารายบุคคล การมีวินัยการกินยา การมาตามนัดทำให้การกดไวรัสสำเร็จร้อยละ 90.17 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของนันทนา เสียงล้ำ[7] ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับ ผลของการให้แนวทางการดูแลเพิ่มเติมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีสูงอายุในโรงพยาบาลบึงกาฬ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองมีร้อยละความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี ส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือดีมาก เนื่องจากแนวทางในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีในปัจจุบันมีการใช้ยาชนิดสูตรพื้นฐานรวมเป็นเม็ดเดียว (Teevir*) มีผลข้างเคียงน้อย รับประทานง่าย และรับประทานวันละครั้ง ทำให้มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาได้ต่อเนื่องสม่ำเสมอมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ

งานวิจัยของภัทรกันย์ วงค์ตาหล้า[8] ได้ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในรักษ์สุขภาพ โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัสหลังการเข้าร่วมวิจัยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) มีค่าเฉลี่ยความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์มีค่าเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 91.6 (SD.= 2.5) เป็นร้อยละ 98.9 (SD.=1.2) และดัชนีชี้วัดด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย (BMI) มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 20.80 กิโลกรัม/เมตร2(SD.=2.60) เป็น 21.20 กิโลกรัม/เมตร^2 (SD.=2.4) และระดับภูมิคุ้มกัน CD4 Lymphocyte มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 396.5 เซลล์/มม.3 (SD.= 203.20) เป็น 500.9 เซลล์/มม.^{3} (SD.= 190.00) ซึ่งมีค่าเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

4. การแก้ไขการดื้อยามีการส่งผลดื้อยาปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเอดส์ที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด และทีมได้ให้คำปรึกษาสร้างวินัยการกินยาและเสริมพลังด้วยกิจกรรมกลุ่มปรับวินัยการกินยา 6 เดือน ทำให้กดเชื้อได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของกัญญา พฤฒิสืบ[9] ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการขาดนัดการรักษา และศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านโครงสร้างสถานบริการ บุคคล ชุมชน ที่มีผลต่อการขาดนัดในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านตั้งแต่ 12 เดือนขึ้นไปมี ประวัติขาดนัดเกิน1สัปดาห์อย่างน้อย 1 ครั้ง ในรอบปี พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการขาดนัดการรักษา (1) ด้านการเข้าถึงบริการ ได้แก่ มีระยะทางไกลจากบ้านพักหรือที่ทำงานพบมากที่สุด (2) ด้านคุณภาพคลินิก พบว่า ไม่มีความเป็นส่วนตัว และกลัวถูกเปิดเผยเลือดให้ผู้อื่นรู้ (3) ด้านการทำงานและครอบครัว พบว่า ทำงานงานยุ่งต้องดูแลครอบครัว (4) ด้านสุขภาพพบว่า มียารับประทานเหลือพบมากที่สุด (5) ด้านการรับรู้ข้อมูลอื่นๆ การย้ายกลับบ้าน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในครั้งนี้

1.1 จากการทบทวนและปรับปรุงวิธีทำงานครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เรียนรู้กระบวนการพัฒนาการทำงานเป็นทีมของผู้ปฏิบัติงาน การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์แบบองค์รวม การสร้างเครือข่ายในชุมชน และเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่กลุ่มผู้ติดเชื้อ ความมีคุณค่าของแกนนำที่ช่วยปฏิบัติงาน ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการ และคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ และทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้

2.1 ควรส่งเสริมให้เกิดการยอมรับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ร่วมกันสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอดส์และการรักษาโรคตลอดจนการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถใช้ชีวิตร่วมกับคนอื่นในสังคมได้อย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี

2.2 ควรมีการติดตามประเมินผลระยะยาวในการนำรูปแบบที่พัฒนาแล้วนี้ไปใช้ เพื่อเพิ่มคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยให้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง

3. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

3.1 ควรมีการศึกษาวิจัยรูปแบบและช่องทางการสื่อสารที่สนับสนุนให้กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ยังไม่ยอมมารับยาเองได้มองเห็นประโยชน์ของการมาพบแพทย์ และเข้าสู่กระบวนกลุ่มจะได้รับการเสริมพลังและกระตุ้นการดูแลตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณบุคลากรทุกท่านที่เกี่ยวข้องตลอดจนภาคีเครือข่ายและผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุวรรณภูมิที่ให้ความช่วยเหลือสนับสนุนในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์ว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ.2560-2573 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 8 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: http//aidssti.ddc.moph.go.th/contents/view/1759
2. โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ. สรุปสถานการณ์การให้บริการ

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ ปี 2566. โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ; 2566.

3. กัญญสิริ จันทร์เจริญ. บทที่ 5 การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง [อินเตอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 ต.ค. 2566]. 2554. เข้าถึงได้จาก: https://www.ict.up.ac.th/surinthips/ResearchMethodology_2554...PDF.
4. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2564/2565. 2565. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดสำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2565.
5. ประจักร เหิกขุนทด. การพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลส่องดาว. วารสารโรคเอดส์. 2564;33(3):151-64.
6. สัจพงษ์ โชคคติวัฒน์, ดวงฤดี วรชิน. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีโรงพยาบาลเจริญศิลป์. วารสารโรคเอดส์. 2563;32(1):15-27.
7. นันทนา เสียงล้ำ. ผลของการให้แนวทางการดูแลเพิ่มเติมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีสูงอายุในโรงพยาบาลบึงกาฬ [วิทยานิพนธ์]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2563.
8. ภัทรกันย์ วงค์ตาหล้า. การพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในรักษ์สุขภาพ โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2564;6(3):91-103.
9. กัญญา พฤฒิสืบ. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการขาดนัดการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต. Thai AIDS Journal. 2564;33(3):139-50.

ผลของการใช้โปรแกรมการให้บริการผ่านระบบเภสัชกรรมทางไกลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลกุดจับ จังหวัดอุดรธานี

Effects of a Tele-pharmacy to Medication Compliance in Chronic Disease Patients Kutchap Hospital, Udonthani Province

วันชัย พันศรี*

Wanchai Phansri

Corresponding author: E-mail; wanchai.phansri@gmail.com

(Received: June 4, 2024; Revised: June 11, 2024; Accepted: July 11, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติตัว และความร่วมมือในการใช้ยารวม และเพื่อศึกษาความพึงพอใจในการใช้บริการเภสัชกรรมทางไกล

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง (One group pretest-posttest)

วัสดุและวิธีการศึกษา : กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลกุดจับ และ รพ.สต.ทุกแห่ง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) จำนวน 100 ราย ดำเนินการระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนเมษายน 2567 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบสอบถามความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติตัวในการใช้ยา และความร่วมมือในการใช้ยาที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (KR20) เท่ากับ 0.75 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.82 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติตัวและความร่วมมือในการใช้ยา โดยใช้สถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย : (1) หลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตัวด้านยาเพิ่มขึ้นทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) (2) หลังการเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยาสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) (3) ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการรับบริการเภสัชกรรมทางไกลเพิ่มขึ้น ($p <.001$) และค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยก่อนการวิจัยมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 61.83±28.92 เป็น 21.96±7.96 ผู้ป่วยมีค่าใช้จ่ายที่ลดลงเมื่อเทียบกับการต้องมารับบริการที่โรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลมีความเกี่ยวข้องกับสหวิชาชีพอื่นๆ ด้วย ดังนั้น ควรศึกษาเพิ่มเติมร่วมกันกับทีมสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ โดยใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเพื่อให้เกิดการพัฒนาระบบบริการให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ : บริการเภสัชกรรมทางไกล; ผู้ป่วยเบาหวาน; ความร่วมมือในการใช้ยา

* เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลกุดจับ จังหวัดอุดรธานี

Abstract

Purpose : To compare the results before and after using the tele-pharmacy service program on knowledge, attitude and behavior and cooperation in the use of medicine, including satisfaction in using tele-pharmacy services.

Study design : This one group pretest-posttest quasi-experimental study.

Materials and Methods : A sample group of 100 patients in the area of responsibility of Kutchap Hospital and all Subdistrict Health Promoting Hospitals. The sample was selected by stratified random sampling from diabetic patients. Study between February, 2024 – April, 2024. The study tools were (1) a tele-pharmacy service program (2) a questionnaire regarding knowledge, attitudes and practices in using medicine. And cooperation in the use of medicine. Tools checked by experts content validity was checked using the consistency index method. Check difficulty the discriminatory power and reliability were checked by using cronbach's alpha coefficient and Kuder-Richardson correlation coefficient of 20 with reliability values of 0.82 and 0.75, respectively. Analyzed general information using descriptive statistics Compare the average scores of knowledges, attitude, behavior and cooperation in using medicine using Paired t-test statistics, significant level set at less than .05.

Main findings : The results of the study found that (1) patients' knowledge, attitude and drug practices had a significant increase in all aspects after the experiment ($p<.001$). (2) Patients had Cooperation in medication use after the trial was significantly higher than before the trial ($p <.001$). (3) Patients' satisfaction with tele-pharmacy services increased significantly ($p <.001$). And patient expenses before the research had an average cost of 61.83±28.92 to 21.96±7.96. Patients had significantly lower expenses compared to having to receive services at the hospital ($p<.001$).

Conclusion and recommendations : The results of this study indicate that tele pharmacy services are related to other multidisciplinary fields. Therefore, further studies should be conducted in collaboration with other multidisciplinary teams, with the patient at center, to enhance the appropriateness of the service system.

Keywords : Tele-pharmacy; Patient with diabetic mellitus disease; Medication adherence

*Pharmacist, Professional Level Pharmaceutical and Consumer Protection Division Kutchap Hospital Udonthani Province

บทนำ

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกและของประเทศไทย ทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม จากการรายงานขององค์การอนามัยโลก[1] พบว่า ประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 38 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 68.0 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก ในปี พ.ศ. 2555 เป็น 41 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 71.0 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก ในปี พ.ศ.2559 โรคที่พบการเสียชีวิตมากที่สุด ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 17.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 44.0 รองลงมาคือ โรคมะเร็ง 9.0 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 22.0 โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง 3.8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 9 และโรคเบาหวาน 1.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 4 ในประเทศไทยโรคไม่ติดต่อ[2] ที่สำคัญ ประกอบด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน ภาวะความดันโลหิตสูงและโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งการดูแลรักษาโรคเรื้อรังในกรณีที่ต้องใช้ยาพื้นฐานตามที่องค์การอนามัยโลกกำหนดนั้น ในระดับอำเภอของประเทศไทย มีครบทุกอย่าง ถึงแม้ว่ายาหรือเทคโนโลยีบางชนิดจะยังไม่มีในระดับตำบล แต่ด้วยแนวทางการส่งต่อและการจัดบริการ ที่ครอบคลุมประชากรระดับอำเภอ จึงสามารถกล่าวได้ว่าประชาชนไทยสามารถเข้าถึงยา และเทคโนโลยีขั้นพื้นฐานได้อย่างทั่วถึง นอกจากนั้นยังมีกระบวนการอื่นที่ช่วยเพิ่มการเข้าถึงการบริการที่ดีขึ้น คือ นโยบายการกระจายผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อติดตามการรักษาต่อที่หน่วยปฐมภูมิใกล้บ้าน เพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลและเพิ่มคุณภาพการบริการรักษา ประกอบกับนโยบายการดึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมด้านสุขภาพซึ่งทำให้มีการสนับสนุนด้านเทคโนโลยีพื้นฐานในระดับปฐมภูมิเพิ่มมากขึ้น และจากสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ในปี พ.ศ.2563 เป็นต้นมา ทำให้เกิดนวัตกรรมในการรักษาพยาบาลในผู้ป่วยเกิดขึ้นหลายอย่าง โดยหนึ่งในนั้นคือการรักษาพยาบาลด้วยระบบการแพทย์ทางไกล (Tele-medicine) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขที่จำเป็นได้แม้ไม่ได้เดินทางมาโรงพยาบาลด้วยตนเอง และการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Tele-pharmacy) โดยการสื่อสารด้านยากับผู้ป่วยของเภสัชกรเพื่อให้ผู้ป่วยมีการใช้ยาที่ถูกต้องก็เป็นหนึ่งในระบบการแพทย์ทางไกลนี้ด้วย

เช่นเดียวกับอำเภอกุดจับสถิติการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง[3] ก็มีอัตราที่สูงตามภาพรวมของประเทศเช่นกัน โดยพบว่าโรคความดันโลหิตสูงมีอัตราป่วยที่ร้อยละ 13.51 เบาหวาน ร้อยละ 8.33 โรคหลอดเลือดและสมอง ร้อยละ 1.30 และโรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 1.11 โดยรวมเฉพาะสี่โรคนี้มีอัตราป่วยร้อยละ 24.25 คิดเป็นผู้ป่วย 12,635 ราย โดยถ้าจะเปิดให้การบริการที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และผู้ป่วยมารับยาเองจะทำให้มียอดผู้ป่วยที่มารับบริการสูงและไม่สามารถจัดบริการได้ทัน เกิดปัญหาการแออัด การรอคอยนาน และข้อร้องเรียนต่างๆตามมา ดังนั้นในปี พ.ศ.2565 เป็นต้นมา จึงเริ่มมีการกระจายผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด หรือความดันโลหิตได้ ออกไปรับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โดยแบ่งผู้ป่วยโรคเรื้อรังออกเป็น 3 กลุ่มย่อย คือ กลุ่มที่ควบคุมอาการได้ดีไม่มีภาวะแทรกซ้อน ให้รับบริการที่ รพ.สต.ให้บริการโดย รพ.สต.เอง กลุ่มที่สอง กลุ่มที่ควบคุมอาการได้/มีภาวะแทรกซ้อนที่ไม่รุนแรง รับบริการที่รพ.สต.ให้บริการโดยระบบ Tele-medicine/tele-pharmacy กลุ่มที่สาม ยังไม่สามารถควบคุมอาการ/มีภาวะแทรกซ้อน มารับบริการที่โรงพยาบาลด้วยตนเอง ประกอบกับนโยบายรัฐบาลของกระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ พ.ศ.2567 ซึ่งเป็นนโยบายเร่งด่วนจำนวน 13 ข้อ (Quick win ใน 100 วัน)[4] โดยหนึ่งในนั้นคือการส่งเสริมการแพทย์ปฐมภูมิ ที่ผลักดันให้เกิดการแพทย์ทางไกลอย่างน้อยจังหวัดละ 1 โรงพยาบาล ซึ่งในจังหวัดอุดรธานีผลักดันให้เกิดการแพทย์ทางไกลในทุกโรงพยาบาล เพื่อลดความแออัดของผู้ป่วยจากปัญหาสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้นและจากปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์

การให้บริการระบบการแพทย์ทางไกลของโรงพยาบาลกุดจับ จะดำเนินการร่วมกันในทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งแพทย์สั่งยาผ่านระบบการแพทย์ทางไกล (Tele-medicine)

พยาบาลคัดกรองผู้ป่วยผ่านระบบการพยาบาลทางไกล (Tele-nursing) เภสัชกรดำเนินการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Tele-pharmacy) โดยในส่วนของเภสัชกรจะดำเนินการจ่ายยา ให้คำแนะนำด้านยาและจัดส่งยาให้ผู้ป่วยจนถึงบ้านโดยที่ผู้ป่วยไม่ต้องมารับบริการที่โรงพยาบาล โดยในส่วนของการทำบริการการแพทย์ทางไกล หรือการบริการเภสัชกรรมทางไกล มีผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ 811 ราย ผู้ป่วยกระจายในพื้นที่รับผิดชอบของทุก รพ.สต.การดำเนินการจะดำเนินการเฉพาะในช่วง 13.00 น. – 16.00 น. ของวันจันทร์ ถึงศุกร์ (ยกเว้นวันอังคาร) ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความจำเป็นที่จะต้องพบเภสัชกรเพื่อทวนสอบการใช้ยา จัดการปัญหาจากการใช้ยาร่วมกับผู้ป่วย และตรวจสอบยาและให้บริการจ่ายยาโดยเภสัชกร ตามมาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรม ดังนั้นหากผู้ป่วยได้รับคำแนะนำจากเภสัชกรและมีการติดตามทางโทรศัพท์ภายใต้ประกาศสภาเภสัชกรรม[5] ฉบับที่ 56/2563 เรื่อง การกำหนดมาตรฐานและขั้นตอนการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Tele-pharmacy) ซึ่งจากนโยบายการดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยเกิดความสนใจว่าการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลจะทำให้ผู้ป่วยพึงพอใจมากน้อยขนาดไหน มีความร่วมมือในการใช้ยาที่มากขึ้นหรือไม่ สามารถลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยได้จริงหรือไม่ และผู้ป่วยมีความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติตนในการใช้ยาแตกต่างจากการมารับยาด้วยตนเองที่โรงพยาบาลหรือไม่ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษาเรื่อง ผลของการใช้โปรแกรมการให้บริการผ่านระบบเภสัชกรรมทางไกลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลกุดจับ จังหวัดอุดรธานี เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลต่อความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติตัว และความร่วมมือในการใช้ยา และเพื่อประเมินความพึงพอใจในการใช้บริการเภสัชกรรมทางไกล

วิธีดำเนินการและขั้นตอนการศึกษา

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (One group pre-test – post-test design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการการแพทย์ทางไกลและบริการเภสัชกรรมทางไกล โรงพยาบาลกุดจับ จังหวัดอุดรธานี จำนวน 811 คน กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนของการทดสอบแบบสองทางที่ 0.05 กำหนด Power ที่ 0.80 คำนวณค่า Effect size ได้ระดับปานกลาง 0.5 คำนวณขนาดตัวอย่างจากโปรแกรมสำเร็จรูป G*power ได้ขนาดตัวอย่าง 45 คน เพื่อคำนึงถึงการสูญหายของตัวอย่างและเพิ่มอำนาจการทดสอบทางสถิติ ได้เพิ่มจำนวนตัวอย่างเป็น 100 คน คัดเลือกโดยการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) เพื่อให้ผู้ป่วยกระจายไปในทุกพื้นที่ รพ.สต.อย่างเท่าเทียมกันและจำนวนกลุ่มตัวอย่างจะขึ้นกับจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่รับบริการเภสัชกรรมทางไกลในเขตรับผิดชอบนั้นๆ แล้วนำมาจับฉลากตาม รพ.สต. จากทะเบียนผู้ป่วย จำนวน 811 คน โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยราย รพ.สต. ได้ดังนี้

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสถานบริการสาธารณสุข

สถานบริการสาธารณสุข	ประชากร (คน)	กลุ่มตัวอย่าง (คน)
โรงพยาบาลกุดจับ	123	15
รพ.สต.โสกแก	30	4
รพ.สต.ดงบัง	51	6
รพ.สต.ดงหวาย	40	5

ตารางที่ 1 (ต่อ)

สถานบริการสาธารณสุข	ประชากร (คน)	กลุ่มตัวอย่าง (คน)
รพ.สต.ขอนยูง	26	3
รพ.สต.หนองฆ้อง	69	9
รพ.สต.ตาลเลียน	29	4
รพ.สต.เหล่าตำแย	35	4
รพ.สต.บ่อทอง	74	9
รพ.สต.โคกสว่าง	76	9
รพ.สต.บ้านโพธิ์	114	14
รพ.สต.สร้างแป้น	143	18

เกณฑ์การคัดอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criterias) ผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกนี้ เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการเภสัชกรรมทางไกลในเขตรับผิดชอบทางไกล ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลกุดจับ และ รพ.สต.ทุกแห่ง อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี จำนวน 100 คน โดยกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังต่อไปนี้ 1) ผู้ป่วยนี้ เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการเภสัชกรรมทางไกล ในเขตรับผิดชอบของทุก รพ.สต. อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี 2) ผู้ป่วยควบคุมอาการได้และเข้าเกณฑ์การส่งต่อเพื่อทำเภสัชกรรมทางไกล 3) ให้ความร่วมมือในการวิจัย ช่วยเหลือตนเองได้ดี และสมัครใจเข้าร่วม 4) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ อ่านออกเขียนได้ 5) ไม่มีปัญหาด้านการได้ยินเสียง หูไม่หนวกหรือตึงจนเป็นอุปสรรคในการสื่อสาร และ 6) ใช้โทรศัพท์มือถือที่สามารถติดต่อสื่อสารผ่านไลน์ หรือแมสเซนเจอร์ หรือ โทรศัพท์ได้ และเกณฑ์คัดอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criterias) ได้แก่ 1) ผู้ป่วยเสียชีวิต 2) ไม่สามารถเข้าร่วมในการวิจัยได้ต่อเนื่อง และ 3) อายุมากกว่า 80 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 อย่าง ได้แก่

1) แบบเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เช่น อายุ เพศ โรคร่วม เป็นต้น ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติในการบริหารจัดการยาของผู้ป่วย ส่วนที่ 3 แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา โดยใช้เครื่องมือวัด แบบประเมินการให้ความร่วมมือในการใช้ยา Modified Morisky Medication Adherence Scale (modified MMAS)[6] ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน พบว่าแบบสอบถามและแบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยามีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม และวัตถุประสงค์ (Index of item objective congruence : IOC) รายข้ออยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00 จากนั้นนำไปปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือตามข้อเสนอแนะและหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยเครื่องมือที่เป็นแบบ Dichotomous ใช้ Kuder - Richardson 20 (KR-20) - 21 (KR-21) ซึ่งข้อคำถามด้านความรู้ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.82 เครื่องมือที่เป็นแบบ Likert scale ใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคช (Chronbach ‘s alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของข้อคำถามเกี่ยวกับทัศนคติ เท่ากับ 0.82 ส่วนความเที่ยงข้อคำถามการปฏิบัติตน เท่ากับ 0.75 และได้ค่าความเที่ยงของ Morisky MMAS เท่ากับ 0.64 ซึ่งแม้จะมีค่าความเที่ยงต่ำกว่า 0.7 ผู้วิจัยยังนำมาใช้ในการประเมินความร่วมมือ เนื่องจากเป็นแบบประเมินสำเร็จรูปที่ใช้กันแพร่หลาย และมีการทดสอบความยากง่ายของคำถาม (Difficulty) โดยผลการทดสอบ พบว่าข้อคำถามด้านความรู้มีค่าเท่ากับ 0.50 และด้านความร่วมมือ

ในการใช้ยา มีค่าเท่ากับ 0.59 และอำนาจจำแนก (Discrimination) ได้น้อยกว่า 0.05 ซึ่งถือว่ามีอำนาจในการจำแนกดีมาก

2) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ การให้บริการเภสัชกรรมทางไกล ผ่านการประชุม ทบทวนกำหนดแนวทางการดำเนินงานโดยคณะกรรมการทีมนำทางคลินิก (Clinical Lead Team :CLT) ของโรงพยาบาลกุดจับ พร้อมทั้งแก้ไขและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

การแปลผลคะแนนรวมความรู้ในการกินยาของผู้ป่วยเบาหวาน ตามแนวคิดของบลูม[7] ดังนี้

ระดับความรู้

คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 – 100 หมายถึง มีความรู้ในระดับดี

คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79 หมายถึง มีความรู้ในระดับปานกลาง

คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 หมายถึง มีความรู้ในระดับน้อย

การแปลผลคะแนนทัศนคติ และการปฏิบัติในการจัดการยาของผู้ป่วย ใช้เกณฑ์การแบ่งคะแนนเป็นกลุ่มตามแนวคิดของเบสท์[8] ซึ่งแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.21 – 5.00 หมายถึง ผลการปฏิบัติได้สูงที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.41 – 4.20 หมายถึง ผลการปฏิบัติสูง

คะแนนเฉลี่ย 2.61 – 3.40 หมายถึง ผลการปฏิบัติปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.81 – 2.60 หมายถึง ผลการปฏิบัติต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.80 หมายถึง ผลการปฏิบัติได้ต่ำสุด

การแปลผลความร่วมมือในการใช้ยา Modified Morisky Medication Adherence Scale (modified MMAS) ฉบับแปลเป็นภาษาไทย[9] ประกอบด้วย ข้อคำถาม 8 ข้อ มีการแปลผล ดังนี้

8 คะแนน แสดงว่า ผู้ป่วย มีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในระดับมาก

6-7 คะแนน แสดงว่า ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในระดับปานกลาง

<6 คะแนน แสดงว่า ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในระดับต่ำ

การเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูล จะดำเนินการโดยผู้วิจัยเองทั้งหมด เพื่อลดความคลาดเคลื่อน และอคติที่เกิดจากผู้เก็บรวบรวมข้อมูล โดยจะออกเก็บข้อมูลตรงกับวันที่นัดผู้ป่วยเข้ารับบริการการแพทย์ทางไกล/เภสัชกรรมทางไกล เพื่อให้เกิดความสะดวกต่อทั้งผู้ป่วย และผู้ทำการวิจัย

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1) เตรียมความพร้อมบุคลากรในฝ่ายเภสัชกรรม แพทย์ พยาบาลประจำคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และ รพ.สต.ที่ได้รับการสุ่มตัวอย่างโดยอธิบายถึงวัตถุประสงค์การดำเนินการวิจัย การปฏิบัติในขั้นตอนการวิจัย และเซ็นต์ชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2) เลือก อสม.ที่รับผิดชอบหลังคาเรือนผู้ป่วยที่ถูกสุ่มเลือก นัดเข้าประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อช่วยเป็นพี่เลี้ยงในการนำส่งยาของผู้ป่วย

3) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยข้อมูลส่วนบุคคลได้จากการให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม ส่วนข้อมูลเกี่ยวกับโรคและยาดูเพิ่มเติมจากโปรแกรม HOSXP

4) จัดแบ่งผู้ป่วยโรคเบาหวานออกเป็น 3 กลุ่มย่อยตามการควบคุมโรคได้และจัดกลุ่มเข้ารับการตรวจรักษา (1) กลุ่มที่ควบคุมโรคได้ดี ส่งผู้ป่วยกลับ รพ.สต.ให้ดำเนินการนัด ตรวจรักษา จ่ายยาให้ผู้ป่วยได้เอง ด้วยการสั่งยาเดิมตามที่แพทย์สั่งจ่ายยาล่าสุด (ความดันโลหิตไม่เกิน 140/90 มม.ปรอท และFBS น้อยกว่าหรือเท่ากับ 126 มก./มล) (2) กลุ่มที่ควบคุมอาการได้ปานกลาง ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะนัดทำการรักษาด้วยการแพทย์ทางไกลและการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Tele-pharmacy) (ความดันโลหิตไม่เกิน 160/90 มม.ปรอท และFBS ระหว่าง 126–180 มก./มล.) และ (3) กลุ่มที่ยังไม่สามารถควบคุมอาการได้ นัดเข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลกุดจับ (Onsite) (ความดันโลหิตมากกว่า 160/90 มม.ปรอท และ FBS มากกว่า 180 มก./มล.)

5) การเตรียมวัสดุ อุปกรณ์ในการทำ Tele-medicine

และ Tele-pharmacy โดย (1) ใช้โปรแกรม Tele-medicine ที่ให้แพทย์สื่อสารกับผู้ป่วยผ่านหน้าจอคอมพิวเตอร์ โดยแพทย์จะเข้าถึงข้อมูลการรักษาของผู้ป่วยในระบบ HosXP (2) ในระยะแรกผู้ป่วยจะมารวมตัวที่ รพ.สต. เพื่อรอทำ Tele-medicine กับแพทย์และ Tele-pharmacy กับเภสัชกร และ (3) ในระยะที่ 2 ในผู้ป่วยที่มีความพร้อมในการใช้โทรศัพท์มือถือและใช้โปรแกรมไลน์ หรือ Messenger จะ Tele-medicine และ Tele-pharmacy จะสื่อสารกับผู้ป่วยโดยตรงโดยผู้ป่วยไม่ต้องเดินทางมาที่ รพ.สต.

6) การนำส่งยาให้ผู้ป่วย จะจัดยาโดยฝ่ายเภสัชกรรม โรงพยาบาลกุดจับ และนำส่งโดยพนักงานขับรถโรงพยาบาลในเช้าวันถัดไปหลังจากทำ Tele-medicine/ Tele-pharmacy โดยการส่งผ่าน รพ.สต. และนำส่งถึงบ้านโดยอสม.ของแต่ละหมู่บ้าน และในเดือน เมษายน 2567 มีการจ้างเหมาบริษัทเอกชนนำส่งยาให้ผู้ป่วยถึงบ้านตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข

วิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับอธิบายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมานด้วยสถิติ Paired t-test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยครั้งนี้หลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ได้รับเอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี รหัสโครงการ UDREC 5767 ลงวันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2567 โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีเก็บข้อมูลและให้อิสระแก่กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเก็บข้อมูล

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า จำนวนผู้ป่วยก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม มีจำนวนเท่ากัน คือ 100 ราย ไม่มีผู้ป่วยออกจากการทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (64.0%) อายุเฉลี่ย 68.30 ปี (SD. ± 7.82) สถานภาพสมรสคู่ (60.0%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (90.0%) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (71.0%) ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน 1 – 5 ปี (53.0%) โรคร่วม คือ โรคความดันโลหิตสูง (61.0%) โดยมีโรคร่วมเฉลี่ย 1 โรค (57.0%) ผู้ป่วยกินยาด้วยตนเอง (53.0%) ผู้ป่วย (60.0%) รับยาที่โรงพยาบาลกุดจับ และเดินทางมารับบริการโดยรถจักรยานยนต์มากที่สุดที่ (60.0%) และรองลงมาคือเดินทางมาโดยรถยนต์ (32.0%)

2. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติ พบว่า

2.1 คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องการใช้ยา 7.28 คะแนนระดับความรู้อยู่ในระดับปานกลาง (Mean=7.28, SD.=1.32) หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องการใช้ยาเพิ่มขึ้นเป็น 9.75 คะแนน ระดับความรู้อยู่ในเกณฑ์ดี (Mean= 9.75, SD.=0.64) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องการใช้ยากลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมด้วยสถิติที พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการใช้ยาหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ($p<.001$) แต่เมื่อแยกเปรียบเทียบความรู้เรื่องการใช้ยาตามหลัก 5 R ด้วยสถิติที พบว่า ความรู้ด้านการใช้ยาถูกคน ถูกยา ถูกขนาดและถูกเวลา หลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ($p<.001$) ส่วนความรู้ด้านถูกทางมีคะแนนก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมไม่แตกต่างกัน ผู้ป่วยมีระดับความรู้อยู่ในเกณฑ์ดี

2.2 ทัศนคติต่อการใช้ยา พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติเรื่องการใช้ยาในระดับสูง 3.58 คะแนน (3.58 ± 0.63) หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติเรื่องการใช้ยาเพิ่มขึ้นเป็นสูงสุด 4.79 คะแนน (4.79±0.14) เมื่อเปรียบเทียบ

ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยทัศนคติเรื่องการใช้ยากลุ่มตัวอย่างก่อน–หลัง ด้วยสถิติที พบว่า ผู้ป่วยมีทัศนคติเรื่องการใช้ยาหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม (p<.001) แต่เมื่อแยกวิเคราะห์ข้อมูลรายกลุ่มความถูกต้องในการใช้ยาตามหลัก 5 Right[10] พบว่า ทัศนคติในการใช้ยา ถูกคน ถูกยา ถูกขนาด ถูกทาง และถูกเวลา หลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม (p<.001)

2.3 พิจารณาจากการปฏิบัติตัวด้านการใช้ยา พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนรวมการปฏิบัติตัวเรื่องการใช้ยาอยู่ในระดับสูง (3.78±0.40) หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติเรื่องการใช้ยาเพิ่มขึ้นเป็นสูงสุด 4.88 คะแนน (4.88±0.18) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวเรื่องการใช้ยากลุ่มตัวอย่างก่อน–หลัง ด้วยสถิติที พบว่า ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวเรื่องการใช้ยาหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม (p<.001) แต่เมื่อแยกวิเคราะห์ข้อมูลรายกลุ่มความถูกต้องในการใช้ยาตามหลัก 5 R พบว่า การปฏิบัติตัวในการใช้ยาถูกคน ถูกยา ถูกขนาด และถูกเวลา หลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม (p<.001) แต่ด้านถูกทาง ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวเรื่องการใช้ยาไม่แตกต่างกัน

เมื่อพิจารณาความร่วมมือในการใช้ยาโดยใช้แบบประเมิน MMAS พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการให้ความร่วมมือในการใช้ยาต่ำ (Mean=3.82, SD.=0.99) หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นเป็นปานกลาง (Mean=6.78, SD.=0.54) ค่าเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยาหลังใช้โปรแกรมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (p<.001) และพิจารณาด้านความพึงพอใจ พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจสูงสุด (Mean=4.77, SD.=0.55) หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจเพิ่มขึ้นเป็นสูงสุด (Mean=4.95, SD.=0.22) ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจหลังใช้โปรแกรมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p=.002 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติตัวด้านการใช้ยาและความร่วมมือในการใช้ยาโดยใช้หลัก 5 Rights กลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (n = 100)

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		95% CI	p
	Mean(SD.)	ระดับ	Mean(SD.)	ระดับ		
ด้านความรู้						
ถูกคน (Right patient)	0.48(0.18)	น้อย	0.97(0.13)	ดี	0.45, 0.53	<.001
ถูกยา (Right drugs)	0.71(0.23)	ปานกลาง	0.97(0.09)	ดี	0.21, 0.31	<.001
ถูกขนาด (Right dose)	0.72(0.45)	ปานกลาง	0.97(0.17)	ดี	0.15, 0.35	<.001
ถูกทาง (Right route)	0.96(0.20)	ดี	0.98(0.14)	ดี	0.028, -0.07	.41
ถูกเวลา (Right time)	0.88(0.33)	ดี	0.96(0.20)	ดี	0.07, 0.15	.03
โดยรวม	7.28(1.32)	ปานกลาง	9.75(0.64)	ดี	2.18, 2.76	<.001

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		95% CI	p
	Mean(SD.)	ระดับ	Mean(SD.)	ระดับ		
ด้านทัศนคติ						
ถูกคน (Right patient)	3.44(0.98)	สูง	4.77(0.26)	สูงสุด	1.13, 1.53	<.001
ถูกยา (Right drugs)	3.61(0.83)	สูง	4.81(0.22)	สูงสุด	-1.38, -1.02	<.001
ถูกขนาด (Right dose)	3.6(0.45)	ปานกลาง	4.85(0.17)	สูงสุด	-2.64, -2.00	<.001
ถูกทาง (Right route)	4.8(0.20)	สูงสุด	4.90(0.14)	สูงสุด	-0.62, -0.196	<.001
ถูกเวลา (Right time)	4.4(0.33)	สูงสุด	4.80(0.20)	สูงสุด	0.91, 1.43	<.001
โดยรวม	3.58(0.63)	สูง	4.79(0.14)	สูงสุด	3.71, 3.49	<.001
ด้านการปฏิบัติตัว						
ถูกคน (Right patient)	3.00(0.98)	ปานกลาง	4.81(0.39)	สูงสุด	1.60, 2.02	<.001
ถูกยา (Right drugs)	3.17(0.72)	ปานกลาง	4.84(0.52)	สูงสุด	1.49, 1.85	<.001
ถูกขนาด (Right dose)	4.79(0.74)	สูงสุด	4.91(0.47)	สูงสุด	0.59, 0.29	<.001
ถูกทาง (Right route)	4.96(0.24)	สูงสุด	5.00(0.00)	สูงสุด	0.009, -0.09	.103
ถูกเวลา (Right time)	3.86(0.89)	สูง	4.92(0.23)	สูงสุด	0.89, 1.24	<.001
โดยรวม	3.78(0.40)	สูง	4.88(0.18)	สูงสุด	3.71, 3.49	<.001
ความร่วมมือในการใช้ยา MMAS	3.82(0.99)	ต่ำ	6.78(0.54)	ปานกลาง	0.39, 0.46	<.001
ความพึงพอใจในการใช้บริการ	4.77(0.55)	สูงสุด	4.95(0.22)	สูงสุด	0.29, 0.66	.002

การเปรียบเทียบผลของการใช้โปรแกรมการให้บริการผ่านระบบเภสัชกรรมทางไกลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมโปรแกรม 61.83 บาท (S.D. ± 28.92) และหลังเข้าร่วมโปรแกรม 21.96 บาท (SD. ± 7.96) ค่าใช้จ่ายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (p<.001) และพบว่า ผู้ป่วยนำยาเดิมมาด้วยหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมากขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (p<.001) ส่วนการรับรู้อาการไม่พึงประสงค์จากยาพบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยรับรู้มากขึ้นกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p = .024 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาพบแพทย์ การนำยาเดิมมา และการรับรู้การเกิดอาการ ไม่พึงประสงค์

ตัวแปร			95%CI	p
ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาพบแพทย์และรับยา				
	ก่อนทดลอง	61.83(28.92)	33.88, 45.86	<.001
	หลังทดลอง	21.96(7.96)		
การนำยาเดิมมาด้วย				
	ก่อนทดลอง	1.23 (0.53)	1.49, 1.73	<.001
	หลังทดลอง	2.84 (0.37)		
การรับรู้การเกิดอาการไม่พึงประสงค์				
	ก่อนทดลอง	0.25(0.59)	0.023, 0.32	.024
	หลังทดลอง	0.08(0.39)		

วิจารณ์

1. จากผลการวิจัย พบว่า การให้บริการเภสัชกรรมทางไกล มีผลทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ถูกต้องมากขึ้น พร้อมทั้งมีทัศนคติในการใช้ยาที่เพิ่มมากขึ้น และยังส่งผลทำให้ปฏิบัติตัวในการกินยาถูกต้องมากขึ้นเช่นกัน ทัศนคติในการใช้ยา และการปฏิบัติตนในการใช้ยาเพิ่มขึ้น เกิดจากที่ผู้ป่วยมีความรู้มากขึ้น ซึ่งเมื่อมีความรู้ จะทำให้เกิดความคิดทัศนคติในการใช้ยาที่ถูกต้อง จนนำไปสู่พฤติกรรม หรือการปฏิบัติตนในการใช้ยาที่ถูกต้องมากยิ่งขึ้น ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Believe Model)[11] สำหรับอธิบายพฤติกรรมสุขภาพตามปัจจัยต่างๆ 6 ด้านประกอบด้วย การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค แรงจูงใจด้านสุขภาพ และปัจจัยร่วมอื่นๆ

2. ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น เกิดจากการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการคิด ในการเสนอแนะ[12] และเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนไม่มากและไม่เร่งรีบในการรับบริการ ประกอบกับผู้ป่วยส่วนมากเป็นโรคมานาน ได้รับการให้กระตุ้นจากทั้งแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และสหวิชาชีพอื่นๆมาเป็นระยะ แต่สิ่งที่ต้องพึงระลึกคือกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุแม้จะมีความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการใช้ยามากขึ้นและความร่วมมือในการใช้ยามากขึ้นก็ตามแต่ก็จำเป็นต้องปรับปรุงหรือต้องมีปัจจัยร่วมอื่นๆ ในการเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ดี ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ[13] มีหลายด้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยทางด้านยา ผู้ให้บริการ ระบบบริการ สภาวะทางเศรษฐกิจและสังคม

3. ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการเข้ารับบริการมากขึ้น จากการที่ไม่ต้องเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาล ไม่ต้องรอคอยนาน ค่าใช้จ่ายต่างๆที่ใช้ในการเดินทางมารับบริการลดลง[14] และหลังเข้ารับบริการเภสัชกรรมทางไกลทางโรงพยาบาลจะจัดส่งยาให้ผู้ป่วยจนถึงบ้าน โดยไม่ต้องเดินทางมารับยาเอง โดยทางทางสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ[15] ได้สนับสนุนค่าบริการการแพทย์ทางไกล 50 บาทต่อครั้ง และค่าบริการด้านยาและเวชภัณฑ์สำหรับการจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ไปยังผู้ป่วยที่บ้าน 50 บาทต่อครั้ง เฉพาะสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่วนสิทธิการรักษาอื่นๆถ้าต้องการให้มีการนำส่งยาให้ถึงบ้าน สามารถเข้ารับบริการได้ โดยเสียค่าใช้จ่ายครั้งละ 65 บาท

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. การนำส่งยาให้ผู้ป่วยโดยผ่านบริการของเอกชน Health rider เป็นโปรแกรมเสริมขั้นตอนการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลของสถานพยาบาล Health rider จะมีหน้าที่นำส่งยาให้ถึงมือผู้ป่วยภายในระยะเวลาไม่เกิน 2 ชั่วโมง หลังจากทางเภสัชกรจัดเตรียมยา ลงข้อมูลผู้ป่วยในระบบ และกดเรียกพนักงานรับส่งยา ซึ่งถือว่ามีความสะดวกมากกว่าการจัดส่งทางไปรษณีย์ หรือทางขนส่งอื่นๆ แบบเดิม แต่ยังมีข้อจำกัดคือ ถ้าผู้ป่วยนอกเหนือจากสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะต้องชำระค่านำส่งยาเอง ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ปฏิเสธการรับยาจากพนักงานนำส่งยา เมื่อผู้ป่วยไม่ได้รับยา ก็ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้กินยาที่สมควรได้รับตามที่แพทย์สั่ง ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้เกิดความไม่พอใจในบริการสาธารณสุขได้ จึงต้องมีการใช้การนำส่งยาของผู้ป่วยกลุ่มนี้ผ่านทาง รพ.สต. จึงทำให้ได้รับยาล่าช้ากว่าคนอื่น

2. โปรแกรมการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล ถ้าต้องการเห็นหน้าของผู้ป่วย เพื่อให้มีความสะดวกในการบริการต้องอาศัยการเชื่อมต่อเครือข่ายผ่านทางอินเตอร์เน็ต ผู้ป่วยบางคนยังไม่มีความสะดวก จึงยังต้องอาศัยการรวมกลุ่มเข้ามา รพ.สต.ตามวันนัดเพื่อจะได้อาศัยระบบเครือข่ายอินเตอร์เน็ตของรพ.สต.ในการเข้ารับบริการ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนมากเป็นผู้สูงอายุและอายุขัยเฉลี่ยสูงเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในการวิจัยครั้งต่อไป ควรต้องขยายอายุกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 80 ปี เพื่อให้เป็นตัวแทนของประชากรได้ดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Non-communicable disease [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 25 มิถุนายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases20
2. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดำเนินงาน NCD clinic plus 2566 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: 2567. [เข้าถึงเมื่อ 25 มิถุนายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1376920230127075004.pdf
3. กระทรวงสาธารณสุข. ฐานข้อมูล Health Data Center : HDC [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 25 มิถุนายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://udn.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php
4. สำนักนายกรัฐมนตรี. นโยบายรัฐบาล มาตรการ Quick Win [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 25 มิถุนายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.thaigov.go.th/news/contents/details/75332
5. สภาเภสัชกรรม. ประกาศสภาเภสัชกรรม ที่ 56/2563 เรื่องการกำหนดมาตรฐานและขั้นตอนการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Tele-pharmacy) [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 25 มิถุนายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.pharmacycouncil.org/index.php?option=content_detail&menuid=68&itemid=1846&catid=0
6. Yap A F, Thirumoorthy T, Kwan Y H. Medication adherence in the elderly. Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics. 2016;7(2):64-7.
7. Bloom B S, Krathwohl D R. Taxonomy of educational objectives: the classification of educational goals: Cognitive Domain: Longman; 2020.
8. Best J W, Kahn J V. Research in Education: Allyn and Bacon; 1998.
9. พุทธชาติ มากชุมนุม, นลินี พูลทรัพย์, ทิพาพร พงษ์เมษา. ผลของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดย ทีมสหสาขาวิชาชีพ. Veridian E-journal Science and Technology Silpakorn University. 2559;3(1):013-33.
10. Saneha C, Musikthong J, Sripasong S, & Samai, T. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลการรับรู้เกี่ยวกับวิธีการให้ยาอย่างปลอดภัยกับการปฏิบัติการให้ยาอย่างปลอดภัยของนักศึกษาพยาบาลในสถาบันการศึกษาพยาบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร. Nursing Science Journal of Thailand.

2018;36(1),17-30.

11. ทศพล ดวงแก้ว, พัชรินทร์สิรสุนทร. การประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Marshall H. Becker ในการศึกษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนเมืองจังหวัดพิษณุโลก. วารสารการวิจัยเพื่อพัฒนาชุมชน(มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์). 2560;10(3):101-13.
12. สุภาพร สุปินธรรม. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการใช้ยาต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับบริการผ่านระบบเภสัชกรรมทางไกลโรงพยาบาลป่าซางจังหวัดลำพูน. เภสัชกรรมคลินิก. 2566;29(1): 51-64.
13. MacLaughlin E J, Raehl C L, Treadway A K, Sterling T L, Zoller D P, Bond C A. Assessing medication adherence in the elderly. Drugs & aging. 2005;22(3):231-55.
14. NUALLAONG P, & Thavornwattanayong W. Outcomes of Tele-pharmacy on Asthma Control in Ratchaburi Hospital. J Health Sci Med Res. 2023;41(4):e2023928.
15. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๖[อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 25 มิถุนายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nhso.go.th/storage/downloads/main/233/ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการ ระดับปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๖.PDF

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยภาวะขาดสุรา (Alcohol Withdrawal) ที่เข้ารับการรักษาในตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลนาเชือก

Development of Alcohol Withdrawal Care System to Admitted In-Patient Department, NaChuak Hospital

บังอร วรหิน* รจนา มูลแวง ปวีณกานต์ จวนสาง*****

Bungorn Worrahin* Rodjana Moonwaeng Paweenkan Juansang*****

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

(Received: June 7, 2024; Revised: June 15, 2024; Accepted: July 15, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาระบบและประเมินผลการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะขาดสุรา (Alcohol Withdrawal) ที่เข้ารับการรักษาในตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลนาเชือก

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยและพัฒนา (Research and development research)

วัสดุและวิธีการศึกษา : กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ป่วย Alcohol Withdrawal 40 คน และทีมสหวิชาชีพ 30 คน ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนเมษายน 2566 ถึงเดือนมกราคม 2567 แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะวิจัย และระยะพัฒนา เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย : 1) ระยะการวิจัย จากข้อมูลเชิงประจักษ์พบปัญหา ทั้งระบบบริการ ด้านผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ การใช้แบบประเมิน ความรุนแรงของภาวะถอนฤทธิ์สุรา การได้รับการผูกยึด อุบัติเหตุจากการดูแล(หกล้ม/ตกเตียง) การจัดการความเสี่ยง การบำบัดตามนัดกลับมาดื่มสุราในช่วงระยะ 3 เดือน ส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาก็เพิ่มมากขึ้น และระบบการดูแลผู้ป่วยภาวะขาดสุรา (Alcohol Withdrawal) ประกอบด้วย 2 ระบบ คือ 1) ระบบการให้ยา 2) ระบบการเฝ้าระวังความเสี่ยงที่เกิดจากการได้รับยา Benzodiazepine ทั้งแบบกิน และฉีดเข้าหลอดเลือดดำ มีการปรับระบบใบสั่งยาเฉพาะสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสุรา (Standing Order For Alcohol use disorder) และ 2) ผลการประเมินพบว่า ผู้ป่วยได้รับการประเมินระดับความรุนแรงของภาวะถอนฤทธิ์สุรา 13 คน (93.33%) ความรุนแรงของภาวะถอนฤทธิ์สุราอยู่ในระดับ Minimal to mild 13 คน (93.33%) มีจัดการความเสี่ยงในผู้ที่ดื่มสุราในโรงพยาบาล โดยให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการดื่มสุรา (Brief advice) 10 คน (66.67%) ผู้ป่วยมาบำบัดตามนัดในคลินิกเลิกสุรา 12 คน (80.00%) แต่กลับมาดื่มสุราในช่วงระยะ 3 เดือนที่ได้รับการบำบัดฟื้นฟู จำนวน 5 คน (33.33%)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าระบบการดูแลผู้ป่วย Alcohol Withdrawal ที่พัฒนาขึ้นส่งผลให้มีผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ : ระบบการดูแลผู้ป่วย; ภาวะขาดสุรา (Alcohol Withdrawal)

*, **, *** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนาเชือก

Abstract

Purposes : To develop and evaluate the system for the care and treatment of patients with Alcohol Withdrawal Syndrome admitted to the inpatient unit at NaChuak Hospital.

Study design : Research and Development (R&D).

Materials and Methods : 40 of patients with Alcohol Withdrawal and a multidisciplinary team of 30 members were target group. The research was conducted from April 2023 to January 2024 and divided into two phases were research and development. Data collection were carried out using questionnaires and focus group discussion guidelines. The data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and content analysis.

Main findings : 1) Research phase: Empirical data has revealed several issues, including challenges within the service system, problems faced by service providers and recipients, the use of assessment tools for the severity of alcohol withdrawal syndrome, incidents of patient restraint, bed fall accidents, risk management and instances of patients relapsing into alcohol consumption within a three-month follow-up period. These factors contribute to increased healthcare costs. The care system for patients with alcohol withdrawal comprises 2 systems: (1) Medication Administration System, (2)Risk Surveillance System for Benzodiazepine Administration: The system for monitoring and managing the risks associated with the administration of benzodiazepines, including both oral and intravenous routes,A tailored system of medical orders specifically designed for inpatients suffering from alcohol withdrawal syndrome, incorporating standing orders for managing alcohol use disorder and , 2) Results of System Evaluation: (1)Severity Assessment of alcohol withdrawal syndrome, 36 individuals (86.67%)were assessed for the severity of alcohol withdrawal, Of these, 22 individuals (48.89%) were identified with moderate risk, Additionally, 27 individuals (60.00%) were categorized as having severe alcohol withdrawal. (2)Evaluation Results: The assessment of system revealed that 13 patients (93.33%) were evaluated for the severity of alcohol withdrawal syndrome. Among them, 13 patients (93.33%) were classified as having minimal to mild withdrawal severity. Risk management for patients consuming alcohol in the hospital included providing brief advice to 10 patients (66.67%). Twelve patients (80.00%) attended follow-up appointments at the alcohol cessation clinic; however, 5 patients (33.33%) relapsed into alcohol consumption within three months of receiving treatment and rehabilitation.

Conclusion and recommendations : The results of this study indicate that the developed care system for patients with Alcohol Withdrawal Syndrome has led to improved patient outcomes.

Keywords : Care System; Alcohol Withdrawal.

*, **, *** Registered Nurse Professional Leve; NaChuak Hospital.

บทนำ

สถานการณ์การบริโภคแอลกอฮอล์ (Alcohol Consumption) ทั่วโลกในปี ค.ศ.2016 กว่าร้อยละ 50.0 ของประชากรโลก (3.1 พันล้านคน) ที่มีอายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไป มีประวัติหยุดดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา และ 2.3 พันล้านคน ยังคงเป็นนักดื่มปัจจุบัน จากข้อมูลพบนักดื่มที่มีจำนวนมากที่สุดใน 3 ทวีปคือ อเมริกา ยุโรปและแปซิฟิกตะวันตกโดยมีปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ต่อประชากร (Total alcohol per capita consumption: APC) ที่อายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไปเฉลี่ย จาก 5.5 ลิตรต่อคนต่อปี ในปี ค.ศ.2005 เพิ่มเป็น 6.4 ลิตรในปี ค.ศ.2010 และคงเท่าเดิมในปี ค.ศ.2016 และในปัจจุบันเพิ่มเป็น 15.1 ลิตรต่อคนต่อปี[1] การดื่มสุราเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต พฤติกรรมการดื่มที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงหรืออันตรายมีได้หลายลักษณะ ดื่มจนติดสุรา พฤติกรรมการดื่มดังกล่าวก่อปัญหาทั้งต่อตัวผู้ดื่มเอง ครอบครัว และสังคม เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดปัญหาสัมพันธภาพ เกิดอุบัติเหตุพิการบาดเจ็บ ต้องนอนโรงพยาบาล หรือเสียชีวิตก่อนวัยอันควร[2] สะท้อนได้จากข้อมูลรายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย 2557 พบว่าการเสพติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ก่อให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Years Lost due to Disability) เป็นอันดับหนึ่งในเพศชาย โดยเฉพาะในช่วงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งเป็นกำลังสำคัญของชาติในอนาคต[3]

จากผลการสำรวจปัญหาสุขภาพจิตพบคนไทยอายุ 18 ปีขึ้นไปที่มีความผิดปกติพฤติกรรมการดื่มสุรา หรือ Alcohol use disorders 2.7 ล้านคน โดยเป็นผู้ดื่มแบบอันตราย (alcohol abuse) 1.8 ล้านคน และ เป็นผู้ดื่มแบบติด (Alcohol dependence) 9 แสนคน แต่ในจำนวนนี้เข้ารับบริการสุขภาพจากฐานระบบ 43 แฟ้มของกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2559 เพียง 168,729 คน นั่นหมายความว่ามีผู้ปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุราที่ควรได้รับการดูแลทางการแพทย์ได้รับบริการจริงเพียงร้อยละ 6.13 แสดงถึงช่องว่างการเข้าถึงบริการของผู้มีปัญหาการดื่มสุราที่สูงมากการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรามิได้จำกัดเฉพาะผู้ติดสุราเท่านั้น แต่ยังหมายรวมถึงผู้ดื่มแบบอันตรายและดื่มแบบเสี่ยง ซึ่งมีอยู่เป็นจำนวนมาก และเป็นเหตุให้เกิดผลเสียทั้งต่อสุขภาพเรื้อรัง เช่น ตับแข็ง มะเร็ง หรือเฉียบพลัน เช่น อุบัติเหตุ สิ้นเปลืองทรัพยากรบริการสุขภาพ อีกทั้งส่งผลกระทบต่อครอบครัวและสังคม จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการดำเนินการทั้งระบบเพื่อลดอันตรายจากปัญหาดังกล่าว ดังนั้นการดูแลช่วยเหลือผู้มีปัญหาการดื่มสุรา จึงควรดำเนินการในสถานบริการสุขภาพทุกระดับ ตั้งแต่ระดับ สอ. PCU. รพ.สต. รพช.รพท. รพศ. ไม่จำกัดเพียงสถานบำบัดเฉพาะทาง เนื่องจากปัญหาการดื่มสุรามีขนาดใหญ่ มีระดับความรุนแรงที่หลากหลาย และวิธีการดูแลที่มีประสิทธิผลควรเริ่มตั้งแต่ปัญหาในระยะแรก และให้การดูแลติดตามใกล้ชิดต่อเนื่องในชุมชน การแก้ไขปัญหาการดื่มสุรา ไม่ใช่บทบาทของคนใดคนหนึ่งหรือหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง แต่เป็นความรับผิดชอบร่วมกันทั้งผู้ดื่ม บุคคลรอบข้าง ชุมชน บุคลากรสุขภาพทุกระดับ และต้องทำไปพร้อมกันทั้งระบบ ไม่สามารถแก้ไขปัญหาเพียงจุดใดจุดหนึ่งได้[4]

นอกจากนั้นยังพบว่า สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทย ประจำปี พ.ศ. 2560 โดยศูนย์วิจัยปัญหาสุรา พบว่า จากประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 55.9 ล้านคนทั่วประเทศ กว่าครึ่งหนึ่งร้อยละ 57.18 เป็นผู้ไม่เคยดื่มสุราเลย ผู้เคยดื่มแต่เลิกแล้วร้อยละ 14.41 และมีนักดื่มปัจจุบันร้อยละ 28.41 โดย เพศหญิงร้อยละ 81.05 ไม่เคยดื่มสุราเลยในชีวิต และเป็นนักดื่มปัจจุบันร้อยละ 10.62 ส่วนใหญ่ดื่มเบียร์บ่อยที่สุด ส่วนในเพศชายมีผู้ไม่เคยดื่มสุราเลยเพียงร้อยละ 31.62 ส่วนใหญ่เป็นนักดื่มปัจจุบันร้อยละ 47.46 โดยที่อายุ 45 ปีขึ้นไป จะดื่ม “สุรา” (เหล้าขาว เหล้าแดง วิสกี้ บรั่นดี) บ่อยที่สุด สัดส่วนนักดื่มปัจจุบันสูงที่สุดในภาคเหนือ (ร้อยละ 35.40 และต่ำสุดในภาคใต้ (ร้อยละ 16.05) รูปแบบการดื่ม มักดื่มเป็นครั้งคราว ร้อยละ 56.06 ตามด้วยดื่มเป็นประจำ (สัปดาห์ละ 1 ครั้งหรือมากกว่า) ร้อยละ 43.94 โดยข้อมูลการบริโภคแอลกอฮอล์คิดเป็นปริมาตรเอทานอลบริสุทธิ์ (ต่อประชากรที่ดื่ม) คิดเป็น 8.22 ลิตรต่อคนต่อปี (Total Annual Alcohol

per drinker) แต่หากนำมาคำนวณปริมาตรเอทานอลบริสุทธิ์ต่อประชากรทั้งประเทศ (Total Annual Alcohol per capita) คิดเป็น 2.33 ลิตร ต้น[5-6] เช่นเดียวกับสถิติโรงพยาบาลนาเชือกพบว่าในปี งบประมาณ พ.ศ. 2563 -2565 มีจำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการดื่มสุรานอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล จำนวน 54,67 และ 61 ราย ตามลำดับ และพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา จำนวน 32,43,38 ราย ตามลำดับ จำนวนผู้ป่วยที่ Re-admit จำนวน 2,3,2 ราย ตามลำดับ[7]

ภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol withdrawal) เป็นอาการที่เกิดขึ้นเมื่อผู้เสพติดสุราลดปริมาณหรือหยุดดื่มหลังจากดื่มสุราอย่างหนักเป็นเวลานานตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV (American Psychiatric Association (APA)[8] เกิดจากความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมองไม่สมดุล สามารถอธิบายกระบวนการเกิดภาวะถอนพิษสุราด้วยแนวคิด “Kindling Process” ของ Ballenger and Post[9] กล่าวว่าผลจากการที่ได้รับตัวกระตุ้นเดิมซ้ำๆ เกิดตัวกระตุ้นทางไฟฟ้าที่ทำให้เกิดความผิดปกติในการส่งสัญญาณนำไฟฟ้าของสารสื่อประสาทในสมองโดยที่ GABA (A) เกิดการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของ Adenosines โดยมีความผิดปกติของ GABA receptors ลดลง ทำให้การยับยั้งการทำงานของสมองน้อยลงและมีการส่งผ่านของสารสื่อประสาท N-methyl-D-aspartate (NMDA) เพิ่มจำนวนของ Kainite glutamate receptors เกิดการกระตุ้นของเซลล์ประสาทมากขึ้นส่งผ่านระบบประสาทอัตโนมัติเกิดความไวสูง (Sensitization) จึงต้องใช้ปริมาณแอลกอฮอล์ขนาดสูงเพื่อจะกดระบบประสาทได้ เมื่อหยุดดื่มทันที จึงเกิดผลของการกระตุ้นสะท้อนกลับ (Rebound stimulatory effect) ส่งผลให้มีอาการแสดงของระบบประสาทอัตโนมัติทำงานมากกว่าปกติ เช่น เหงื่อออก ใจสั่น มือสั่น กระวนกระวายรวมถึงการรบกวนระบบฮอร์โมนและระบบอื่นในร่างกายทำให้เกิดอาการวิตกกังวลและอาการชักและขณะที่มีภาวะขาดสุราจะมีการส่งผ่าน Dopamine เพิ่มขึ้น ทำให้เกิดอาการประสาทหลอน ซึ่งเป็นผลทำให้เกิดภาวะถอนพิษสุราที่รุนแรงขึ้น และมีอัตราการตายสูงถึงร้อยละ 30.0[10-11]

จากการทบทวนเอกสาร พบว่า การดูแลผู้ป่วย Alcohol withdrawal ที่นอนรักษาในโรงพยาบาลนั้นเป็นการดูแลผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการขาดแอลกอฮอล์ที่มีข้อมูลสนับสนุนที่สำคัญคือมีอาการขาดแอลกอฮอล์เช่น มือสั่น เหงื่อออกคลื่นไส้ หงุดหงิด และมีคะแนนประเมินอาการขาดแอลกอฮอล์ (CIWA-Ar = ≤19) ซึ่งมีกิจกรรมการพยาบาล คือ (1) ประเมินสัญญาณชีพและอาการขาดแอลกอฮอล์ทุก 2 ชั่วโมงจนอาการขาดแอลกอฮอล์ทุเลาลง เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของระดับอาการขาดแอลกอฮอล์ (2) ให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ประเมินอาการก่อนและหลังการให้ยา (3) เฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากยากดระบบประสาทส่วนกลางมาก เช่น ง่วงนอนมาก หายใจช้า การทรงตัวไม่ดี เดินเซ กล้ามเนื้ออ่อนแรง หากพบอาการดังกล่าวต้องรีบรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาปรับขนาดยา (4) ดูแลความสะอาด ความสุขสบาย การพักผ่อนอย่างเพียงพออย่างน้อยวันละ 6 ชั่วโมง โดยจัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยแสงสว่างเพียงพอ ลดสิ่งเร้าที่มากระตุ้น (5) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ (6) อธิบายให้ผู้ป่วย และญาติทราบถึงการดำเนินของอาการขาดแอลกอฮอล์และ (7) บันทึกทางการพยาบาล เพื่อติดตามอาการเปลี่ยนแปลง[6]

จากปัญหาดังกล่าวจึงได้มีการประชุมปรึกษาร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องเพื่อหาแนวทางการแก้ไขปัญหาโดยนำแนวคิดระบบบริการผู้ป่วยผู้ป่วย Alcohol Withdrawal เป็นกรอบแนวคิดเชิงเนื้อหา และใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิต ประกอบด้วยขั้นตอนการทำงาน 7 ขั้นตอน ซึ่งเป็นการประยุกต์ใช้องค์ความรู้สุขภาพจิตผ่านกระบวนการวิจัย และพัฒนา เพื่อให้ได้ผลผลิตเป็นนวัตกรรมใหม่ที่มีคุณภาพให้สามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยจะร่วมมือกันทำงานอย่างต่อเนื่อง โดยร่วมกันวางแผนเพื่อแก้ปัญหา นำแผนสู่การปฏิบัติจริง มีการสังเกตและสะท้อนผลของการปฏิบัติจากนั้นจะเข้าสู่ขั้นตอนของการวางแผนปรับปรุง และดำเนินการใหม่เป็นวงจร จนกว่าจะได้ระบบบริการในผู้ป่วย Alcohol Withdrawal ที่เหมาะสม และสอดคล้องกับ

บริบทของการดำเนินงานของโรงพยาบาลนาเชือก และเครือข่ายบริการ เพื่อให้ผู้ป่วยผู้ป่วย Alcohol Withdrawal ได้รับการบริการที่มีประสิทธิภาพลดอัตราการเสียชีวิต ความรุนแรงของโรคและความพิการต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนาระบบและประเมินผลระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะขาดสุรา (Alcohol Withdrawal) ที่เข้ารับการรักษาในตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลนาเชือก

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) เพื่อพัฒนาระบบและประเมินผลระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะขาดสุรา (Alcohol Withdrawal) ที่เข้ารับการรักษาในตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลนาเชือก ตามแนวทางการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต (2554)[12] 7 ขั้นตอน ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนเมษายน 2566 ถึงเดือนมกราคม 2567

กลุ่มเป้าหมาย กลุ่มเป้าหมายแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วยผู้ป่วยแอลกอฮอล์และทีมสหวิชาชีพ ดังนี้ 1) ผู้ป่วยแอลกอฮอล์เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคภาวะผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตประสาท เนื่องจากการเสพแอลกอฮอล์ ได้แก่ F10.0-F10.9 ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคขององค์การอนามัยโลก ครั้งที่ 10 (ICD - 10) ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลนาเชือกคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเข้าได้กลุ่มเป้าหมายในระยะวิจัย 15 คน ระยะทดลองใช้ในระบบ (Pilot study) 10 คน และระยะพัฒนา 15 คน และ 2) ทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลนาเชือก ซึ่งเป็นผู้ทดลองใช้แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในระยะถอนฤทธิ์สุราแบบผู้ป่วยใน 30 คน ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 28 คน ซึ่งปฏิบัติงานตึกผู้ป่วยใน แพทย์ 1 คน และเภสัชกร 1 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย ได้แก่

1. แบบเก็บข้อมูลการรักษาผู้ป่วยติดสุราที่ผู้วิจัยได้ทำการพัฒนาขึ้น โดยข้อมูลประกอบด้วย (1) ลักษณะทางประชากร ได้แก่ ตัวแปรเพศ อายุ สิทธิการรักษา อาชีพ รายได้ โรคร่วมทางจิต การใช้สารเสพติดระหว่างดื่มสุรา ชนิดของสารเสพติดที่ใช้ ระยะเวลาที่ดื่มแอลกอฮอล์ การวินิจฉัยโรค ประเภทผู้ป่วย การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังจากนอนโรงพยาบาล ลักษณะภาวะแทรกซ้อนที่เกิด การได้รับการผูกยึด การได้รับอุบัติเหตุจากการดูแล (การหกล้ม/ตกเตียง) การติดตามผลการรักษา จำนวนผู้ป่วยที่ส่งต่อรักษาและสาเหตุของการส่งต่อรักษา (2) แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา AUDIT: Alcohol Use ; Disorders Identification test ของสำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เป็นแบบประเมินแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ 0, 1, 2, 3 และ 4 จำนวน 10 ข้อ การแปลผลคะแนนระดับความเสี่ยง คือ 0-7 คะแนน หมายถึง ผู้ดื่มแบบเสี่ยงต่ำ (Low risk drinker) 8-15 คะแนน หมายถึง ผู้ดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous drinker) 16-19 คะแนน หมายถึง ผู้ดื่มแบบอันตราย (Harmful use) > 20 คะแนน หมายถึงผู้ดื่มแบบติด Alcohol dependence

2. ระบบการดูแลผู้ป่วยถอนแอลกอฮอล์ผู้ป่วยในโรงพยาบาลนาเชือกประกอบด้วย 3 ระบบ คือ 1) ระบบการให้ยาโดยพิจารณาชนิดของยาที่มีผลน้อยต่อการถอนฤทธิ์สุรา เช่น ยาบางตัวมีผลทำให้เกิดการชักได้ง่าย จึงได้เปลี่ยนเป็นยาตัวอื่นที่เหมาะสมกว่า 2) ระบบการเฝ้าระวังความเสี่ยงที่เกิดจากการได้รับยา Benzodiazepine ทั้งแบบกิน และฉีดเข้าหลอดเลือดดำ และ 3) ระบบใบสั่งการรักษาทางการแพทย์ (Medical order) ปรับเป็นระบบเฉพาะสำหรับผู้ป่วยแอลกอฮอล์ที่มีภาวะถอนฤทธิ์สุราแบบผู้ป่วยใน (Standing order for alcohol use disorder)

วิธีดำเนินการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้แบ่งการวิจัยเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะการวิจัย (Research period) (เดือนเมษายน 2566)

1) การวิเคราะห์ความต้องการและความจำเป็นในการพัฒนา (Need Analysis) เป็นการรวบรวมข้อมูลสถานการณ์ ปัญหา ความต้องการ จากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

และผู้เกี่ยวข้องเพื่อให้ได้ข้อมูลในการพัฒนาเทคโนโลยีที่ตรงตามความต้องการของผู้ใช้และกลุ่มเป้าหมาย และมีหลักฐานเชิงประจักษ์ของปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data) สำหรับการเปรียบเทียบเพื่อศึกษาผลลัพธ์หรือปัญหาที่ลดลงภายหลังการใช้เทคโนโลยี

2) กำหนดกรอบแนวคิดและการทบทวนวรรณกรรม (Conceptual framework) เป็นการกำหนดกรอบแนวคิด จัดทำเพื่อแสดงทิศทาง ขอบเขต และความสัมพันธ์ของตัวแปรที่จะศึกษา ทำให้มั่นใจว่าการศึกษาหรือพัฒนานี้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการพัฒนาเทคโนโลยีเรื่องนั้นๆ เชื่อมโยงไปถึงการสร้างเครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล

3) การอกแบบและการจัดทำต้นร่าง (Prototype development) การออกแบบและจัดทำต้นร่างเทคโนโลยีสุขภาพจิต เป็นการประยุกต์องค์ความรู้และใช้ความคิดสร้างสรรค์ในการออกแบบสื่อการเรียนรู้ และระบบ/รูปแบบการดำเนินงานสุขภาพจิต เพื่อนำไปใช้ในการดำเนินงานสุขภาพจิตให้บรรลุเป้าหมาย การออกแบบสื่อการเรียนรู้ต้องกำหนดเป้าหมายการเรียนรู้ให้ชัดเจน วิเคราะห์เนื้อหา กำหนดขอบเขตเนื้อหา และออกแบบกระบวนการที่ใช้หรือรูปลักษณ์ให้ตรงกับความต้องการและความสนใจของกลุ่มเป้าหมาย

4) การทดสอบคุณภาพ (Testing) การทดสอบต้นร่างเทคโนโลยีสุขภาพจิตเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ เนื่องจากเป็นกระบวนการที่ทำให้เชื่อมั่นว่าเทคโนโลยีสุขภาพจิตที่พัฒนาขึ้นมีคุณภาพ ตรงตามเป้าหมายที่กำหนด สามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล

5) การทดลองใช้ในระบบ (Pilot study) (พฤษภาคม-กรกฎาคม 2566) กระบวนการทดลองใช้เทคโนโลยีสุขภาพจิตในระบบกับกลุ่มเป้าหมาย 10 คน มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของเทคโนโลยีสุขภาพจิต ซึ่งเป็นเป้าหมายแรกและเป็นเป้าประสงค์ของโปรแกรม และประเมินประสิทธิภาพของการใช้เทคโนโลยีสุขภาพจิต เป็นการเตรียมการสำหรับการขยายผลต่อไป

ระยะพัฒนา (Development period) (เดือนสิงหาคม 2566-มกราคม 2567)

6) การขยายผล (Scale up program) เป็นการเพิ่มผลกระทบของเทคโนโลยีสุขภาพจิตที่ผ่านการทดลองใช้ในระบบแล้วว่าประสบความสำเร็จ เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์กับคนจำนวนมาก และสนับสนุนนโยบายการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องในขั้นตอนนี้การดำเนินการมีความคล้ายคลึงกับการทดลองใช้ในระบบ เพียงแต่มีความแตกต่างกันในขนาดของพื้นที่หรือขอบเขตงานนั่นคือการขยายผลจะมีพื้นที่ดำเนินงานขนาดใหญ่กว่าการทดลองใช้ในระบบ

7) การประเมินผล (Evaluation) เป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญสำหรับการพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิต การประเมินผลเป็นสิ่งที่ควรดำเนินการต่อเนื่องและเกิดขึ้นทุกช่วงของการดำเนินการ ตั้งแต่การวางแผนเพื่อเริ่มการนำไปใช้ไปจนถึงการขยายผล คำถามที่ใช้และกิจกรรมที่ใช้ในการประเมินอาจแตกต่างกัน แต่สิ่งที่ยังคงเหมือนเดิม คือ การประเมินผลช่วยยืนยันข้อมูลในการตัดสินใจที่มีประสิทธิภาพและใช้ในการปรับปรุงการดำเนินงาน สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ผลลัพธ์ประเมิน 5 ประเด็น คือ (1) แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา AUDIT: Alcohol Use ; Disorders Identification test (2) การประเมินระดับความรุนแรงของภาวะถอนฤทธิ์สุรา โดยใช้แบบประเมิน CIWA-AR และ (3) ผลการจัดการความเสี่ยงในผู้ที่ดื่มสุราในโรงพยาบาล (4) การ Fellow up ของผู้ป่วยมาบำบัดตามนัดในคลินิกเลิกสุรา (5) ผลลัพธ์ของการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยติดสุราในคลินิกเลิกสุราในระยะ 3 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม เลขที่ EC2566-08

ลงวันที่ 15 มีนาคม 2566 โดยได้คำนึงถึงหลักความเป็นอิสระ ความเท่าเทียมและความเป็นธรรมต่อผู้ร่วมโครงการ และได้ระมัดระวังในการเก็บข้อมูลเป็นความลับโดยการให้รหัสแทนชื่อผู้ให้ข้อมูล

ผลการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 -3 เป็นวิเคราะห์ความต้องการ และความจำเป็นในการพัฒนา (Need analysis) ในเชิงปริมาณ จากการประเมินสภาพปัญหาผู้ป่วยยุ่งยากซับซ้อนของที่โรงพยาบาลนาเชือกในปีงบประมาณ พ.ศ.2563 -2565 จำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการดื่มสุรานอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล จำนวน 54,67 และ 61 รายตามลำดับ และพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา จำนวน 32,43,38 รายตามลำดับ จำนวนผู้ป่วยที่ Re-admit จำนวน 2,3,2 รายตามลำดับ และพบว่าใน 6 เดือนแรกของปีงบประมาณ พ.ศ.2566 พบจำนวนผู้ป่วย Alcohol withdrawal เข้านอนรักษาตัวในโรงพยาบาล จำนวน 20 ราย และมีจำนวนที่ Re-admit จำนวน 1 ราย พบอุบัติการณ์ร้องเรียนจากการดูแลผู้ป่วย 1 ครั้งในปี พ.ศ.2564 และพบอุบัติการณ์ผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรามีอาการ สับสนเอะอะ โวยวายเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่นมากขึ้น อย่างไรก็ตามจากการทบทวนพบว่า อัตราผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการดื่มสุรามีแนวโน้มสูงมากขึ้น ส่งผลให้อัตราผู้ป่วยเกิดภาวะ Alcohol withdrawal สูงขึ้นเช่นกัน และพบว่าการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลยังขาดแนวทางการดูแลที่ได้มาตรฐานและเครือข่ายบริการไม่เป็นไปในทางเดียว การประสานงานระหว่างหน่วยงานไปยังคลินิกเลิกสุราไม่ชัดเจน หากไม่ได้รับการประเมินระดับความรุนแรงของโรค ไม่ได้รับยาตามมารตฐาน และไม่ได้รับการรักษาตั้งแต่แรกรับอาจส่งผลกระทบให้ผู้ป่วยเกิดอาการรุนแรงเพิ่มมากขึ้นถึงขั้นเสียชีวิตได้ และค่าใช้จ่ายในการรักษาก็เพิ่มมากขึ้น

ในทำนองเดียวกันข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์จากสำรวจผู้จำนวน 15 คน ผลการติดตามสภาพปัญหาของอาการของผู้ป่วยติดสุราที่ Admit ณ หอผึกป่วยในก่อนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดสุรา พบว่า ส่วนใหญ่การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังจากนอนโรงพยาบาล จำนวน 11 คน (73.36%) ลักษณะภาวะแทรกซ้อนที่เกิดเป็นแบบ Alcohol withdrawal state, with delirium จำนวน 5 คน (33.33%) การได้รับการผูกยึด จำนวน 4 คน (26.67%) และการติดตามผลการรักษาเสียชีวิต จำนวน 1 คน (6.67%) ดังแสดงในตารางที่ 1 นอกจากนั้นยัง พบว่าจากการสนทนากลุ่ม (Focus group) ทีมสหวิชาชีพมีความต้องการพัฒนาเรื่องการดูแลรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์ เช่น การดูแลผู้ป่วยในระยะถอนฤทธิ์สุรา ซึ่งยังไม่มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยดังกล่าว ผู้วิจัยจึงนำมากำหนดกรอบแนวคิดโดยใช้กรอบแนวคิดในการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต 7 ขั้นตอน และนำมาออกแบบและจัดทำต้นร่าง (Prototype development) แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในระยะถอนฤทธิ์สุราแบบผู้ป่วยในให้เป็นระบบ อันประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก ได้แก่ การประเมินภาวะถอนฤทธิ์แอลกอฮอล์ การประเมินสัญญาณชีพ และการรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการดื่มสุราตามการประเมินภาวะขาดสุรา (AWS)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละสภาพปัญหาและอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสุรา (Alcohol Withdrawal) ที่ Admit ณ ตึกผู้ป่วยในก่อนการพัฒนาระบบ (n=15)

สภาพปัญหาและอาการผู้ป่วย	จำนวน(%)
การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังจากนอนโรงพยาบาล	
เกิดภาวะแทรกซ้อน	11(73.36)
ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน	4(26.67)
ลักษณะภาวะแทรกซ้อนที่เกิด	
Alcohol withdrawal state, with delirium	5(33.33)
Alcohol withdrawal state, uncomplicate	1(6.67)
Alcohol withdrawal state with convulsion	3(20.00)
Acute respiratory failure	1(6.67)
Aspiration pneumonia	1(6.67)
การได้รับการผูกยึด	
ได้รับอุบัติเหตุจากการดูแล	4(26.67)
ไม่ได้รับได้รับอุบัติเหตุจากการดูแล	11(73.33)
การติดตามผลการรักษา	
ไม่เสียชีวิต	14(93.33)
เสียชีวิต	1(6.67)

ขั้นตอนที่ 4 การทดสอบคุณภาพ (Testing) โดยผู้วิจัยนำร่างระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในระยะถอนฤทธิ์สุราแบบผู้ป่วยในที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว และได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะในประเด็น ได้แก่ 1) ระบบการให้ยาโดยพิจารณาชนิดของยาที่มีผลน้อยต่อการถอนฤทธิ์สุรา เช่น ยาบางตัวมีผลทำให้เกิดการชักได้ง่าย จึงได้เปลี่ยนเป็นยาตัวอื่นที่เหมาะสมกว่า และ 2) ระบบการเฝ้าระวังความเสี่ยงที่เกิดจากการได้รับยา Benzodiazepine ทั้งแบบกิน และฉีดเข้าหลอดเลือดดำ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วยโดยปรับการบันทึกข้อมูลการให้ยาร่วมกับการบันทึกสัญญาณชีพและระดับความรุนแรงการถอนฤทธิ์สุราควบคู่กัน ทำให้สามารถประเมินการรักษาได้อย่างเหมาะสมหลังจากนั้นนำ (ต้นร่าง) ระบบการดูแลรักษาฯ ไปทดลองใช้ ดำเนินการโดยทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยแอลกอฮอล์ (F10 - F19) จำนวน 10 คน ที่รักษาแบบผู้ป่วยในหอผู้ป่วยในเป็นเวลา 3 เดือน

ขั้นตอนที่ 5 การทดลองใช้ (Pilot study) ทดลองใช้ระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในระยะถอนฤทธิ์สุราแบบผู้ป่วยในระหว่างเดือนพฤษภาคม-เดือนกรฎาคม 2566 เป็นเวลา 3 เดือน จำนวน 10 คนประกอบด้วย 1) ขั้นตอนการปฏิบัติงานการดูแลรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในระยะถอนฤทธิ์สุราของทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง คือ (1) แพทย์มีบทบาทประเมินอาการถอนฤทธิ์สุราและให้การรักษาตามแผนการดูแลรักษาของแพทย์ (2) พยาบาลจิตเวชมีบทบาทในการซักประวัติผู้ป่วย ประเมินภาวะถอนฤทธิ์

สุราด้วยแบบประเมิน AWS และประเมินสัญญาณชีพ ประเมินและสังเกตอาการของผู้ป่วยแอลกอฮอล์ที่มีการเปลี่ยนแปลงในระยะถอนฤทธิ์สุรา การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาและการให้ยา Benzodiazepine ตามแผนการรักษาของแพทย์และปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ และ (3) เภสัชกร มีบทบาทในการบริหารยากลุ่ม Benzodiazepine 2) แนวทางการให้ยากลุ่ม Benzodiazepine เพื่อรักษาภาวะถอนฤทธิ์สุราแบบผู้ป่วยในกำหนดแนวทางการดูแลรักษาและให้ยาในช่วงที่ผู้ป่วยที่ภาวะ Withdrawal หรืออาการ Delirium tremens และ 3) การปรับลดยา benzodiazepine เมื่อครบ 24 ชั่วโมงหลังจากที่ผู้ป่วยมีภาวะถอนฤทธิ์สุรา (Withdrawal) หรืออาการ Delirium tremens

ผลการทดลองใช้ (Pilot study) ระบบการดูแลผู้ป่วยติดสุราของกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 10 คน พบว่า ส่วนใหญ่ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังจากนอนโรงพยาบาล 9 คน (10.00%) ลักษณะภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นเป็นแบบ Alcohol withdrawal state, with delirium และ 1 คน (50.00%) และ Alcohol withdrawal state with convulsion1 คน (50.00%) ไม่ได้รับการผูกยึด จำนวน 8 คน (80.00%) ไม่ได้รับอุบัติเหตุจากการดูแล 8 คน (80.00%) และไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิต ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละสภาพปัญหาและอาการของผู้ป่วยมีภาวะขาดสุรา (Alcohol Withdrawal) ที่ Admit ณ ตึก ผู้ป่วยในหลังการทดลองใช้ (Pilot study) ระบบการดูแลผู้ป่วยมีภาวะขาดสุราของกลุ่มเป้าหมาย (n=10)

สภาพปัญหาและอาการผู้ป่วย	จำนวน(%)
การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังจากนอนโรงพยาบาล	
เกิดภาวะแทรกซ้อน	2(20.00)
ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน	8(80.00)
ลักษณะภาวะแทรกซ้อนที่เกิด	
Alcohol withdrawal state, with delirium	1(50.00)
Alcohol withdrawal state, uncomplicate	0(0.00)
Alcohol withdrawal state with convulsion	1(50.00)
Acute respiratory failure	0(0.00)
Aspiration pneumonia	0(0.00)
การได้รับการผูกยึด	
ได้รับการผูกยึด	2(20.00)
ไม่ได้รับการผูกยึด	8(80.00)
การเกิดอุบัติเหตุขณะดูแล (การหกล้ม/การตกเตียง)	
ได้รับอุบัติเหตุจากการดูแล	2(20.00)
ไม่ได้รับอุบัติเหตุจากการดูแล	8(80.00)

ตารางที่ 2 (ต่อ)

สภาพปัญหาและอาการผู้ป่วย	จำนวน(%)
การติดตามผลการรักษา	
ไม่เสียชีวิต	10(100.00)
เสียชีวิต	0(0.00)

ขั้นตอนที่ 6 การขยายผล การดำเนินการวิจัยในขั้นตอนการขยายผลเป็นการนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในระยะถอนฤทธิ์สุราแบบผู้ป่วยในที่ผ่านการทดลอง และการปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้ว โดยนำไปขยายผลดำเนินการต่อเนื่องไปยังตึกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลนาเชือก

ขั้นตอนที่ 7 การประเมินผลและพัฒนาต่อเนื่อง การติดตามประเมินผลหลังพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดสุราของโรงพยาบาลนาเชือก จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 15 คน พบว่าส่วนใหญ่มีใช้แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา AUDIT จำนวน 15 คน (100.00%) ผลประเมินปัญหาการดื่มสุรา AUDIT พบว่า ได้คะแนน 0-7 คะแนน อยู่ในระดับเสี่ยงต่ำ (Low risk drinker) จำนวน 14 คน (93.33%) ผลการประเมินระดับความรุนแรงของภาวะถอนฤทธิ์สุรา โดยใช้แบบประเมิน CIWA-AR จำนวน 14 คน (86.67%) ได้คะแนน 1-9 คะแนน อยู่ในระดับ Minimal to mild จำนวน 13 คน (93.33%) และมีการจัดการความเสี่ยงในผู้ที่ดื่มสุราในโรงพยาบาลให้ความรู้ และคำแนะนำเกี่ยวกับการดื่มสุรา (Brief advice) จำนวน 10 คน (66.67%) นอกจากนั้นยังพบว่า ผู้ป่วยมาบำบัดตามนัดในคลินิกเลิกสุรามาตามนัด 12 คน (80.00%) การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยติดสุราในคลินิกเลิกสุราในระยะ 3 เดือนกลับมาดื่มสุราในช่วงระยะ 3 เดือนที่ได้รับการบำบัดฟื้นฟู 10 คน (66.67%) ดังแสดงในตารางที่ 3 และ 4

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยมีภาวะขาดสุรา (Alcohol Withdrawal) (n=15)

ผลลัพธ์การพัฒนา	จำนวน(%)
แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา AUDIT	
ปฏิบัติ	15(100.00)
ไม่ปฏิบัติ	0(0.00)
แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา AUDIT	
0-7 คะแนน ระดับเสี่ยงต่ำ (Low risk drinker)	14(93.33)
8-15 คะแนน เสี่ยงปานกลาง (Hazardous drinker)	1(6.67)
16-19 คะแนน แบบอันตราย (Harmful use)	0(0.00)
>20 คะแนน Alcohol dependence	0(0.00)

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ผลลัพธ์การพัฒนา	จำนวน(%)
การประเมินระดับความรุนแรงของภาวะถอนฤทธิ์สุรา โดยใช้แบบประเมิน CIWA-AR	
ปฏิบัติ	14(86.67)
ไม่ปฏิบัติ	1(6.67)
การประเมินระดับความรุนแรงของภาวะถอนฤทธิ์สุรา โดยใช้แบบประเมิน CIWA-AR	
1-9 คะแนน Minimal to mild	13(93.33)
10-14 คะแนน Minimal to moderate	2(13.33)
15-18 คะแนน อันตราย Moderate to severe	0(0.00)
≥19 คะแนน ติดสุรา Severe alcohol withdrawal	0(0.00)
การจัดการความเสี่ยงในผู้ที่ดื่มสุราในโรงพยาบาล	
ให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการดื่มสุรา (Brief advice)	10(66.67)
ให้คำปรึกษาแบบสั้น (Brief counselling)	3(20.00)
ให้คำปรึกษาแบบสั้นและส่งต่อเพื่อรับการประเมิน	2(13.33
และบำบัดแบบเข้มข้นโดยผู้เชี่ยวชาญ	

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละผลลัพธ์ของการบำบัดผู้ป่วยติดสุรามีภาวะขาดสุรา (Alcohol Withdrawal) ที่มาที่คลินิกเลิกสุรา (n=15)

ผู้ป่วยมาบำบัดตามนัดในคลินิกเลิกสุรา	จำนวน(%)
มาตามนัด	12(80.00)
ไม่มาตามนัด	3(20.00)
การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยติดสุราในคลินิกเลิกสุราในระยะ 3 เดือน	
เลิกดื่มสุราได้ใน 3 เดือนที่ได้การบำบัดฟื้นฟู	10(66.67)
กลับมาดื่มสุราในช่วงระยะ 3 เดือนที่ได้รับการบำบัดฟื้นฟู	5(33.33)

วิจารณ์

1. ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า สภาพปัญหาจากข้อมูลเชิงประจักษ์พบปัญหา ทั้งระบบบริการ ด้านผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ การใช้แบบประเมิน ความรุนแรงของภาวะถอนฤทธิ์สุรา การได้รับการผูกยึด อุบัติเหตุจากการดูแล (หกล้ม/ตกเตียง) การจัดการความเสี่ยง การบำบัดตามนัด กลับมาดื่มสุราในช่วงระยะ 3 เดือน ส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาก็เพิ่มมากขึ้น ส่วนระบบการดูแลผู้ป่วยภาวะขาดสุรา (Alcohol Withdrawal) ประกอบด้วย (1) ระบบการให้ยาโดยพิจารณาชนิดของยาที่มีผลน้อยต่อการถอนฤทธิ์สุรา (2) ระบบการเฝ้าระวังความเสี่ยงที่เกิดจากการได้รับยา Benzodiazepine ทั้งแบบกิน และฉีดเข้าหลอดเลือดดำ และสอดคล้องกับแนวปฏิบัติการพยาบาล

เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพและปฐมนิเทศผู้รับบริการการคัดกรอง การประเมินสภาพแรกรับ คัดแยกจำแนกประเภทผู้ป่วย ระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา 2) การลงบันทึกผลการประเมินคัดกรอง การรายงานแพทย์ตามหลัก SBAR 3) การจัดการโดยใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแล ตามความเร่งด่วน และ 4) การวางแผนจำหน่าย และการประสานดูแลต่อเนื่อง[13]

เช่นเดียวกับแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย Alcohol Withdrawal ตึกผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลโกสุมพิสัย[14] พบว่า แนวทางการดูแลผู้ป่วยขึ้นมาใหม่ คือ care map ประกอบด้วยขั้นตอนการซักประวัติ การประเมินระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol withdrawal scale หรือ AWS) การเฝ้าระวังความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นของภาวะถอนพิษสุราได้ชัดเจนทุกเวร โดยการแบ่งระดับความรุนแรง ดังนี้ ระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา เป็น 4 ระดับอาการเล็กน้อย AWS < 5 ให้พยาบาลสังเกตอาการทุก 6 ชั่วโมง และให้ยาตามแผนการรักษา ประเมินจนกระทั่ง AWS < 5 ทุกครั้งติดต่อกันจนครบ 72 ชั่วโมงจึงหยุดประเมินและการประเมินภาวะซึมเศร้า ส่งปรึกษาบำบัดสุราและปรึกษาพยาบาลจิตเวชทุกราย อาการปานกลาง AWS= 5-9 ประเมินทุก 6 ชั่วโมง อาการรุนแรง AWS = 10-14 ประเมินทุก 2 ถึง 6 ชั่วโมง อาการรุนแรงมาก AWS > 15 ประเมินทุก 2 ถึง 4 ชั่วโมง ถ้าผู้ป่วยมีประวัติได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ให้สังเกตระดับความรู้สึกตัวทุกราย และให้ยาตามแนวทางปฏิบัติ ผลจากการพัฒนารูปแบบแนวปฏิบัติทำให้การบริหารยาได้สอดคล้องกับระดับความรุนแรงของผู้ป่วย ทำให้พยาบาลมีความรู้ ความมั่นใจในการบริหารยาเพิ่มมากขึ้น ในทำนองเดียวกับกิจกรรมการดูแลบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้มีปัญหาการดื่มสุราของคณะอนุกรรมการพิจารณาด้านการบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์[15] ประกอบด้วยขั้นตอนการประเมินปัญหา การดื่มสุราอย่างครอบคลุม การประเมินความเสี่ยงการเกิดอาการขาดสุรา การเฝ้าระวังและป้องกันรักษาอาการขาดสุรา การบำบัดทางจิตสังคมเพื่อให้สามารถหยุดดื่มได้ และการช่วยเหลือ ครอบครัวและฟื้นฟูทาง

นอกจากนั้นยังสอดคล้องกับ Clinical guideline for nursing and midwifery practice in NSW (2008)[15] ที่ให้ข้อแนะนำว่า การประเมินเป็นพื้นฐานในการป้องกันการเปลี่ยนแปลงอาการถอนพิษสุรา ที่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งอาจวัดได้ตลอดเวลา การใช้มาตรวัดทำให้สามารถปรับลดขนาดยาลงให้มากที่สุด ทั้งยังเป็นป้องกันการให้ยา benzodiazepines ที่อาจน้อยหรือมากเกินขนาดในการรักษาอาการถอนพิษสุรา และสามารถใช้ประโยชน์จากการบันทึกข้อมูลตามความถี่อย่างสม่ำเสมอ และอย่างต่อเนื่อง และ Mary G. & McKinley[16] ยังให้คำแนะนำว่าการประเมินด้วย AWS ให้ประเมินเมื่อรับไว้รักษาและ 1 ชั่วโมงหลังให้ยา ติดตามอย่างต่อเนื่องทุกชั่วโมงและทุกวัน เวลาในการประเมินและคะแนนการประเมิน จะต้องบันทึกไว้ในเอกสารการประเมินด้วยดังนั้นแบบประเมินใหม่ซึ่งมีข้อมูลทั้งคะแนน AWS การใช้ยาเพื่อตอบสนองต่ออาการตามระดับความรุนแรง และการประเมินสัญญาณชีพจึงสามารถตอบสนองต่อเป้าหมายสูงสุด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย หายทุเลาจากภาวะถอนพิษสุรา ลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนและความผิดพลาดจากการใช้ยาได้ดียิ่งขึ้น

อย่างไรก็ตาม แบบประเมินที่สมบูรณ์เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอต่อประสิทธิผลการรักษา ทั้งนี้จากผลการศึกษายังคงพบว่ามีความคลาดเคลื่อนในการติดตามสัญญาณชีพทั้งในระดับ Mild และModerate ในข้อเท็จจริงแม้จะเป็นความรุนแรงแบบเล็กน้อยถึงปานกลาง ก็มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องติดตามสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน ซึ่งสอดคล้องกับ Mayo-Smith et al.[17] ที่แนะนำว่าการติดตามสัญญาณชีพจะต้องทำเป็นประจำในผู้ป่วยทุกราย ด้วยความถี่ที่เหมาะสมในการติดตาม โดยยึดตามความถี่ในการบริหารยาเงื่อนไขของการรักษาโรคร่วมและระดับความผิดปกติของสัญญาณชีพ ดังนั้น บุคลากรต้องมีความตระหนักรู้ และมีความรับผิดชอบต่อวิชาชีพสูง จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องสร้างความ

เข้าใจและสร้างความตระหนัก และความรับผิดชอบต่อหน้าที่ให้มากขึ้น

2. ผลการประเมินระบบพบว่าผู้ป่วยได้รับการประเมินระดับความรุนแรงของภาวะถอนฤทธิ์สุรา จำนวน 13 คน (93.33%) ความรุนแรงของภาวะถอนฤทธิ์สุราอยู่ในระดับ Minimal to mild จำนวน 13 คน (93.33%) มีจัดการความเสี่ยงในผู้ที่ดื่มสุราในโรงพยาบาล โดยให้ความรู้ และคำแนะนำเกี่ยวกับการดื่มสุรา (Brief advice) จำนวน 10 คน (66.67%) ผู้ป่วยมาบำบัดตามนัดในคลินิกเลิกสุรา จำนวน 12 คน (80.00%) แต่กลับมาดื่มสุราในช่วงระยะ 3 เดือนที่ได้รับการบำบัดฟื้นฟู จำนวน 5 คน (33.33%) พบผลเช่นเดียวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในระยะถอนฤทธิ์สุราแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์[18] พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะไม่มีอาการถอนฤทธิ์สุรากลับเป็นซ้ำในช่วงนอนโรงพยาบาลร้อยละ 95.5 นอกจากนี้จำนวนวันของผู้ป่วยสุราหายทุเลาจากภาวะถอนฤทธิ์สุราลดลง 1.27 วัน และจำนวนวันนอนเฉลี่ยลดลงเหลือ 16.5 วัน; ผลของการเปลี่ยนแปลง พบว่า ร้อยละการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย Alcohol withdrawal คิดเป็น ร้อยละ 100.0 ร้อยละการควบคุมอาการถอนพิษสุราให้สงบภายในเวลาที่กำหนด (5 วัน) คิดเป็นร้อยละ 66.7 ร้อยละผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บจากการผูกยึด คิดเป็นร้อยละ 13.4 ร้อยละผู้ป่วยเกิดอุบัติเหตุขณะดูแล (ตกเตียง) คิดเป็นร้อยละ 13.4 ร้อยละผู้ป่วยหลบหนีออกจาก รพ. คิดเป็นร้อยละ 0.0 และ ร้อยละข้อร้องเรียนจากการดูแล คิดเป็นร้อยละ 0.0[19]

ข้อสรุป

ผลลัพธ์จากพัฒนาและการปรับปรุงระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะขาดสุรา (Alcohol Withdrawal) ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยในระยะถอนพิษสุรามีประสิทธิภาพ และมีมาตรฐานมากขึ้น และลดหรือป้องกันการพัฒนาไปสู่ภาวะแทรกซ้อน จากการถอนพิษสุราที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้ (1) การผลการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการการพัฒนาระบบโรงพยาบาล ซึ่งในการพัฒนาระบบในการดูแลรักษาผู้ป่วยติดสุรานั้นจะต้องดำเนินการพัฒนาอย่างต่อเนื่องจนถึงระดับปฐมภูมิและระดับชุมชน โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัว ทั้งนี้เพื่อให้เกิดระบบการดูแลระยะยาวหลังการรักษา โดยการพัฒนาให้มีการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องด้วยเครือข่ายและแกนนำในพื้นที่ เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยกลับมาติดสุราซ้ำในผู้ป่วยที่เคยบำบัดและฟื้นฟูในการเลิกดื่มสุรา และเป็นการส่งเสริมให้เกิดการพัฒนางานเชิงระบบที่ครอบคลุมและยั่งยืน (2) จากการติดตามดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราในชุมชนอย่างต่อเนื่อง พบว่า ผู้ป่วยบางส่วนจะกลับมาดื่มสุราซ้ำอีก (ร้อยละ 70.58) ส่งผลให้ผู้เกี่ยวข้องท้อแท้ และหมดกำลังใจ ดังนั้นในเบื้องต้น ผู้ดำเนินการและเครือข่ายจะต้องเข้าใจว่าการเลิกสุรานั้นอาจต้องค่อยเป็นค่อยไป

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาครั้งต่อไป (1) ควรศึกษาเทคนิคและวิธีการการประเมินอาการขาดแอลกอฮอล์เพื่อได้ข้อมูลที่แม่นยำ เพื่อได้มาวางแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยในระยะขาดแอลกอฮอล์ต่อไป (2) ควรศึกษาการราวางแผนจำหน่าย การเตรียมชุมชน และครอบครัว เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยกลับมาดื่มซ้ำอีก และ (3) ควรมีการติดตามประเมินผล และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการนำระบบการดู แลรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในระยะถอนฤทธิ์สุราแบบผู้ป่วยในไปใช้เพื่อนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาปรับปรุงรูประบบการบำบัดรักษาต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018. Switzerland; 2018.
2. Babor T F, Higgins-Biddke J C, Saunder J B, Monteiro M G. The alcohol use disorders identification test: guideline for use in primary care. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2001.
3. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. แผนงานการพัฒนาดัชนีภาระทางสุขภาพเพื่อการ

พัฒนานโยบาย. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทยพ.ศ. 2557. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2560.

4. พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, นพพร ตันติรังสี, วรวรรณ จุทา, อธิป ตันอารีย์, ปทานนท์ ขวัญสนิท, สาวิตรี อัษณางค์กรชัย. ความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตของคนไทย: การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556. สุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2560;25(1):1-19.
5. สาวิตรี อัษณางค์กรชัย. ข้อเท็จจริงและตัวเลขเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย พ.ศ. 2559-2561. กรุงเทพฯ: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์ (1992); 2562.
6. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติ บรมราชชนนี. แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสุรา. นนทบุรี: โรงพิมพ์ บริษัท เดอะกราฟิโกซิสเต็มส์ จำกัด; 2564.
7. โรงพยาบาลนาเชือก.รายงานผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์สาธารณสุขปี 2565. มหาสารคาม. งานยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลนาเชือก; 2565.
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorder: DSM-IV-TR (4th ed, text-revised). Washington DC; 2000.
9. Ballenger J C, Post R M. Kindling as a model for alcohol withdrawal syndromes. British Journal of Psychiatry. 1978;133:1-14.
10. เดชา ลลิตอนันต์พงศ์. การถอนสุรา : กลุ่มอาการ และการรักษา. จุฬาลงกรณ์เวชสาร. 2553;54(1):67-79.
11. อมราภรณ์ ฝ่างแก้ว, เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์. ปัจจัยทำนายภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุรา. วารสารโรงพยาบาลนครพนม. 2560;31(2):95-108.
12. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือครูที่ปรึกษาระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียน. กรุงเทพฯ: ยูเรนัสอิมเมจกรุ๊ป; 2554.
13. สุดาดวง พัฒนสาร, มะลิวรรณ อังคณิตย์, อภิญญา วงศ์พิริยโยธา. การพัฒนาแนวบฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2564;39(3):71-80.
14. นิภาภัคร์ คงเกียรติพันธุ์. การพัฒนารูปแบบแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย Alcohol (Withdrawal ตึกผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลโกสุมพิสัย. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2563;5(2):80-9.
15. คณะอนุกรรมการพิจารณาด้านการบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. แนวปฏิบัติการคัดกรอง และบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้มีปัญหาการดื่มสุรา. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2561.
16. Clinical Guideline for Nursing and Midwifery Practice in NSW. 2008. “Management of Alcohol Withdrawal Delirium. An Evidence-Based Practice Guideline”. Arch Intern Med. 2008;164(13):1405-12.
17. Mary G. McKinley. Alcohol Withdrawal Syndrome Overlooked and Mismanaged? American Association of Critical–Care Nurses. 2005;25:40-8.
18. Mayo-Smith et al, Management of Alcohol Withdrawal Delirium. An Evidence-Based Practice Guideline”. Arch Intern Med Jul 12. 2004;164(13):1405-12.
19. กนกกาญจน์ วิโรน์อุไรเรือง, อัมพร สีลากุล, วิมาลา เจริญชัย. การพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในระยะถอนฤทธิ์สุราแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. 2564;15(1):29-48.

ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบ โรงพยาบาลรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อหุ่นดีสุขภาพดี กรณีศึกษา : โรงพยาบาลขอนแก่น

Results of health Literated hospital model for Smart and healthy people, a case study Khon Kaen Hospital

เดือนเพ็ญ ใจเต้*

Duanpen Jaite

Corresponding author: E-mail; Duanpen1973@gmail.com

(Received: June 12, 2024; Revised: June 18, 2024; Accepted: July 18, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบโรงพยาบาลรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อหุ่นดีสุขภาพดีของโรงพยาบาลขอนแก่น

รูปแบบการวิจัย : การศึกษาวิจัยข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective Study)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากร โรงพยาบาลขอนแก่นที่มีอายุ 20-59 ปี จำนวน 86 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินผลภาวะสุขภาพก่อนและหลังดำเนินงานการใช้รูปแบบเป็นระยะเวลา 1 ปี โดยได้ทำการเก็บข้อมูล น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว พฤติกรรมการบริโภคและการออกกำลังกาย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) และ เปรียบเทียบตัวแปรเชิงปริมาณระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรม ด้วยสถิติ Paired t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า p<.05

ผลการวิจัย : ผลการเปรียบเทียบน้ำหนัก รอบเอว ดัชนีมวลกาย และพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ พบว่า น้ำหนักตัว รอบเอว และดัชนีมวลกายไม่แตกต่างกัน (p=.93, .943, .077) ส่วนของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคและการออกกำลังกายโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< .001)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลลัพธ์ของผลของการวิจัยในครั้งนี้ส่งผลให้พฤติกรรมการบริโภคและการออกกำลังกายดีของกลุ่มตัวอย่างดีขึ้นขึ้น เห็นควรขยายผลรูปแบบฯไปใช้ในโรงพยาบาลอื่นๆ เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: โรงพยาบาลรอบรู้ด้านสุขภาพ; หุ่นดีสุขภาพดี; พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

Abstract

Purposes : To study the results of model of a health-conscious hospital for a good figure and good health at Khonkaen Hospital on Health outcome and health promoting behaviors.

Study design : Retrospective research study.

Material and Methods : 86 case of Khonkaen Hospital's were collect data before and after using the model. In terms of weight waist circumference body mass index (BMI) health information consumption and exercise behavior. Descriptive statistics and paired t-test was used to compared between before and after using the program. P-value less than .05 was set for the statistical significance.

Main findings : Comparison results of weight, waist circumference, body mass index, and health behaviors before and after using the model, it was found that body weight, waist circumference, and body mass index were not different (p=.93, .943, .077). As for the mean scores on overall consumption behavior and exercise, statistically significant increase (p< .001)

Conclusion and recommendations : The results of this research resulted in improved consumption and exercise habits of the sample group. It is seen that the results of this model should be expanded to be used in other hospitals. To continue to have good health.

Keywords: Health Literacy Hospital; Healthy people; Health behaviors

* Expert Professional Nurse, Regional Health Promotion Center 7 Khonkaen.

บทนำ

ภาวะอ้วน น้ำหนักเกิน สัมพันธ์กับพฤติกรรม และวิถีชีวิต ที่ส่งผลกระทบด้านลบต่อคุณภาพชีวิต และก่อโรคอื่นตามมา ภาระด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในกลุ่มนี้มากขึ้น ช่วงปีพ.ศ. 2545-2560 สัดส่วนของค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง โดยในปี 2545 อยู่ที่ 9.32%[1-3] ประชากรวัยทำงานไทย (อายุ 15 – 59 ปี) จำนวน 56.24 ล้านคน 3 ใน 4 ต้องเผชิญความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) จากภาวะอ้วนโดยขาดโอกาสเข้าถึงความรู้ ตระหนักในพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์น้อย จึงบกพร่องในการจัดการภาวะสุขภาพด้วยตนเอง เพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)[2]

ผลสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทยกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป ปีพ.ศ. 2557 เรื่อง 3อ.2ส ในพื้นที่ 77 จังหวัด รวม 31,200 คน พบว่าส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับไม่ดีพอ 59.4 % ระดับพอใช้ 39% และระดับดีมาก 1.6 % พบว่ามีร้อยละ 39 ไม่ตระหนักในพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์[4] รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 3 ใน 10 คนของผู้ชายไทย และ 4 ใน 10 คนของผู้หญิงไทยอยู่ในเกณฑ์อ้วน (BMI ≥25 kg/m^2 ภาวะอ้วนลงพุง พบว่ามีร้อยละ 18.6 ในชายไทยและร้อยละ 45 ในหญิงไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป[5] และ ผลการตรวจสุขภาพบุคลากรในปี พ.ศ.2562 ของโรงพยาบาลขอนแก่น มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกินมาตรฐาน ร้อยละ 44.5 ซึ่งนับว่าอยู่ในระดับที่สูง[6]

จากสถานการณ์ปัญหาสุขภาพดังกล่าว การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ของบุคลากรโรงพยาบาลขอนแก่น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อลดข้อจำกัดหรืออุปสรรค กรมอนามัยได้มีการส่งเสริม และพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ของประชาชน โดยในส่วนขององค์กรหรือสถานประกอบการต่างๆได้มีการสนับสนุนให้มีการดำเนินงาน Health Literacy Organization ใช้รูปแบบการดำเนินงาน Health Literacy Organization[7] ในโรงพยาบาลขอนแก่น ในปี พ.ศ.2563 มีวัตถุประสงค์ ที่จะช่วยแก้ปัญหาภาระด้านบริหารจัดการภาวะสุขภาพของบุคลากรในโรงพยาบาล ผลการขับเคลื่อนพบว่า มีผลลัพธ์เชิงประจักษ์ด้านกระบวนการ สามารถเป็นต้นแบบแก่เขตสุขภาพได้ โดยผู้รับผิดชอบได้ถ่ายทอดวิธีการดำเนินงานที่มีผลสำเร็จให้แก่พื้นที่เป้าหมายอื่น เพื่อนำแนวทางต้นแบบของไปปรับใช้กับบริบทของตนเอง ดังนั้นในการนี้ผู้วิจัยซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ที่ขับเคลื่อนงาน จึงมีความประสงค์ที่จะศึกษาวิจัยเรื่อง ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบโรงพยาบาลรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อหุ่นดีสุขภาพดี กรณีศึกษาโรงพยาบาลขอนแก่น เพื่อจะเป็นประโยชน์ต่อการเป็นข้อมูลที่จะนำไปใช้ขยายผลในพื้นที่อื่นๆให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบโรงพยาบาลรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อหุ่นดีสุขภาพดี ของโรงพยาบาลขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective Study) ในโครงการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของโรงพยาบาล (Health Literacy Hospital, HLH) กรณีศึกษาโรงพยาบาลขอนแก่น โดยงานสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์ โดยได้นำรูปแบบโรงพยาบาลรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อหุ่นดีสุขภาพดีที่จัดทำขึ้นโดยกลุ่มวัยทำงาน ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ไปใช้ในการบริหารจัดการภาวะสุขภาพของบุคลากรในโรงพยาบาล ซึ่งในการนำรูปแบบไปใช้จะต้องมีการเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านน้ำหนัก รอบเอว ดัชนีมวลกาย และพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากร ก่อนและหลังการดำเนินโครงการซึ่งนำรูปไปใช้เป็นระยะเวลา 1 ปี ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจ ศึกษาผลของการใช้รูปแบบโรงพยาบาลรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อหุ่นดีสุขภาพดี ของโรงพยาบาลขอนแก่น ที่ได้ดำเนินการในปี พ.ศ.2563 ในลักษณะการศึกษา 1 กลุ่มวัดผลก่อน-หลัง (One Group Pretest Posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นบุคลากรโรงพยาบาลขอนแก่น ทั้งเพศ

หญิงและเพศชาย อายุ 25 -59 ปี จำนวนบุคลากร 3,000 คน ใน 33 แผนก

กลุ่มตัวอย่าง ใช้การคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงในกลุ่มที่เข้าร่วมโครงการ สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของโรงพยาบาล (Health Literacy Hospital, HLH) ของศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ที่ร่วมพัฒนารูปแบบกับโรงพยาบาลขอนแก่น

ขนาดตัวอย่าง และการคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 ค่า (ก่อน-หลัง) การคำนวณขนาดตัวอย่าง ได้จากการคำนวณ จากสูตรการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพวัยทำงาน (Testing two dependent mean)[8]

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 \sigma^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

n = จำนวนขนาดตัวอย่าง

$Z_{a/2}$= ค่าสถิติภายใต้โค้งมาตรฐาน เมื่อ ระดับนัยสำคัญทางสถิติ a = 0.05 คือ 1.96

Z_{β}= ค่าสถิติภายใต้โค้งมาตรฐาน เมื่อกำหนดระดับอำนาจในการทดสอบ 90% คือ 1.282

σ^2 = ค่าความแปรปรวนของประชากร แทนค่าด้วย SD2 ของดัชนีมวลกายของกลุ่มวัยทำงานในเขตสุขภาพที่ 7 โดยอ้างอิงจากรายงานการตรวจราชการปี พ.ศ.2562 ซึ่งมีค่าเท่ากับ 3.48[3]

μ^* = ผลต่างค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกายที่เปลี่ยนแปลงไปของกลุ่มตัวอย่างหลังมีการใช้รูปแบบ

การส่งเสริมสุขภาพประชาชนวัยทำงานเพื่อควบคุมดัชนีมวลกายโดยใช้ค่ากลาง หากค่าเฉลี่ยเปลี่ยนแปลงไปร้อยละ 5 จะถือว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอ้างอิงจากรายงานซึ่งค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายของกลุ่มวัยทำงานในเขตสุขภาพที่ 7 มีค่าเท่ากับ 25.19 ดังนั้นจึงเท่ากับ 25.19 x 0.05=1.2595

ดังนั้นสามารถคำนวณขนาดตัวอย่างได้ดังนี้

$$n = \frac{(1.96 + 1.645)^2 x(3.48^2)}{(1.2595)^2}$$

n = 81 ราย เผื่อข้อมูลขาดหายร้อยละ 5 ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จะใช้กลุ่มตัวอย่าง 86 ราย

เกณฑ์ในการคัดเข้า ได้แก่ 1) บุคลากรวัยทำงานของโรงพยาบาลขอนแก่น อายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป และ 2) ได้เข้าร่วมกิจกรรมการดำเนินงาน รูปแบบโรงพยาบาลรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อหุ่นดีสุขภาพดี

เกณฑ์ในการคัดออก ได้แก่ ข้อมูลน้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอวและพฤติกรรมสุขภาพ ไม่ครบถ้วน ทั้งข้อมูลก่อนและ หรือหลังการดำเนินโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกข้อมูลประกอบด้วย 3 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ แผนกที่ปฏิบัติงาน ตอบที่ 2 ข้อมูลภาวะสุขภาพ น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว และดัชนีมวลกาย และตอนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคและการออกกำลังกาย ก่อน-หลังการดำเนินโครงการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของโรงพยาบาล (Health Literacy Hospital, HLH) 20 ข้อ ซึ่งแบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคและการออกกำลังกายนี้ เป็นแบบประเมินมาตรฐานที่ใช้ในบันทึกพฤติกรรมสุขภาพวัยทำงานในการดำเนินงานโรงพยาบาลรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อหุ่นดีสุขภาพดี ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย[7] โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนตามความถี่ 3 ระดับ คือ 0 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติ 3 หมายถึง ปฏิบัติเป็นครั้งคราว 5 หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูล และเก็บข้อมูลจาก ผลการดำเนินโครงการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของโรงพยาบาล (Health Literacy Hospital, HLH) ที่ขับเคลื่อน และดำเนินการร่วมกันระหว่างศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น และโรงพยาบาลขอนแก่น (Secondary data)

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ ในการวิจัยครั้งนี้ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ในการประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและทำการวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) และเปรียบเทียบตัวแปรเชิงปริมาณได้แก่ น้ำหนัก รอบเอว

ดัชนีมวลกาย ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคและการออกกำลังกาย ระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรม ด้วยสถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p<.05$)

การพิทักสิทธิ์และจริยธรรมในการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ผ่านการรับรองวิจัย ได้ขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น รหัสโครงการวิจัย 091 ออกให้ ณ วันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2567 โดยการรายงานผลการวิจัยดำเนินการโดยภาพรวมไม่รายงานข้อมูลที่เป็นรายบุคคล รวมทั้งไม่มีการเปิดเผยชื่อ-สกุลหรือข้อมูลอื่นใดที่เป็นข้อมูลเฉพาะส่วนบุคคล

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 86 คน มีอายุอยู่ระหว่าง 24- 59 ปี อายุเฉลี่ย 36.63 ± 10.65 ปี อายุน้อย-มากที่สุด 24-59 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 91.9 ปฏิบัติงานตามแผนกต่างๆ 9 แผนก ซึ่งมาจากแผนกทันตกรรมมากที่สุด ร้อยละ 26.7 ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนัก เฉลี่ย± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 62.04±14.06 กก. รอบเอว 80.90±10.55 ซม. ดัชนีมวลกาย 24.09±4.41 ก.ก./ม^2 มีภาวะอ้วน ดัชนีมวลกาย 25.0 ขึ้นไป 39.5% ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=86)

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน(%)
อายุ(ปี)	
20-29 ปี	32(37.2)
30-39 ปี	22(25.6)
40-49 ปี	16(18.6)
50-59 ปี	16(18.6)
Mean(SD.)	36.63(10.65)
Min-Max	24-59
เพศ	
ชาย	7(8.1)
หญิง	79(91.9)
สถานที่ปฏิบัติงาน	
แผนกทันตกรรม	23(26.7)
หอผู้ป่วยเด็กเล็ก	13(15.1)
หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทั่วไป	10(11.6)
ห้องคลอด	10(11.6)
หอผู้ป่วยจักษุ	9(10.5)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน(%)
ฝ่ายสุขศึกษา	8(9.3)
หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจและทรวงอก	7(8.1)
ห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ	5 (5.8)
แผนกเภสัชกรรม	1 (1.2)

เมื่อทำการเปรียบเทียบน้ำหนัก รอบเอว ดัชนีมวลกาย และพฤติกรรมบริโภคและการออกกำลังกาย ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ พบว่า น้ำหนักตัว น้ำหนัก รอบเอว และดัชนีมวลกาย ไม่พบความแตกต่างกันทางสถิติระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฯ โดยมีค่า p= .934, .943 และ .077 ตามลำดับ (ดังแสดงในตารางที่ 2) สำหรับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จาก 67.93±10.66 เป็น 70.24±8.61 คะแนน p<.001 (ดังแสดงในตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบน้ำหนัก รอบเอว และดัชนีมวลกาย ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างก่อน-หลังการดำเนินโครงการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของโรงพยาบาล (Health Literacy Hospital, HLH)

	ก่อนดำเนินโครงการ	หลังดำเนินโครงการ	p
	Mean(SD.)	Mean(SD.)	
น้ำหนัก (กก.)	62.04(14.06)	62.03(13.94)	.934
ดัชนีมวลกาย (กก./ม.^{2})	24.10(4.41)	24.09(4.33)	.943
ผอม (<18.5)	7(8.1)	6(7.0)	
ปกติ (18.5-22.9)	34(39.5)	35(40.7)	
ท้วม (23.0-24.9)	11(12.8)	10(11.6)	
อ้วน (25.0 ขึ้นไป)	34(39.5)	35(40.7)	
รอบเอว (ซม.)	80.90(10.55)	81.35(10.42)	.077
ปกติ (<=ส่วนสูงหาร 2)	45(52.3)	44(51.2)	
อ้วนลงพุง (>ส่วนสูงหาร 2)	41(47.7)	42(48.8)	

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างระหว่างก่อน-หลังการดำเนินโครงการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของโรงพยาบาล (Health Literacy Hospital,HLH)

ตัวแปร	Mean(SD.)	Mean diff.	95%CI	p
พฤติกรรม				
ก่อนการใช้รูปแบบ	67.93(10.66)	2.31	1.40, 3.22	<.001
หลังการใช้รูปแบบ	70.24(8.61)			

วิจารณ์

1. วิจารณ์เรื่อง น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย และรอบเอว

จากผลการวิจัย ดัชนีมวลกาย น้ำหนัก และรอบเอว ก่อนและหลังการดำเนินโครงการ ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาพร ทิพย์กระโทก และ ธนิดา ผาติเสน[9] ซึ่งได้ทำการศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพค่าดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีภาวะอ้วนลงพุง และพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม ดัชนีมวลกาย น้ำหนัก และรอบเอว ไม่แตกต่างกันทางสถิติกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม แต่ผลครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษา สันปกรณ์ ยันตะพันธ์[10] ที่ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ร่วมกับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อลดน้ำหนักตัวของผู้ที่มีภาวะอ้วน หมู่ที่ 1-9 ตำบลผาเลือดอำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าดัชนีมวลกาย น้ำหนักตัวต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความแตกต่างในการปฏิบัติตนตามรูปแบบซึ่งการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการดำเนินโครงการแบบย้อนหลังที่อาศัยการดำเนินงานตามบริบทของโครงการ ไม่ได้มีความเคร่งครัดในการปฏิบัติตนเหมือนการศึกษาเชิงทดลอง หรือกึ่งทดลองที่จะต้องปฏิบัติตามรูปแบบอย่างเคร่งจึงอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มที่มีลักษณะการทำงานที่ต้องแข่งขันกับเวลา มีผู้รับบริการเป็นจำนวนมากในแต่ละวัน เวลาในการออกกำลังกาย หรือการการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม อาจมีข้อจำกัดและในประเด็นด้านระยะเวลาในการประเมินผลหลังเข้าร่วมโครงการซึ่งประเมินภายในปีงบประมาณซึ่งใช้ระยะเวลา 1 ปี อาจจะต้องพิจารณาผลลัพธ์หรือประเมินผลในปีที่ 2 เพื่อให้ระยะเวลายาวนานขึ้น ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีดัชนีมวลกายปกติร้อยละ 40.7 ซึ่งสูงกว่าภาพประเทศในปีเดียวกันคือปี 2563 ซึ่งพบว่าประชากรวัยทำงานอายุ 19-59 ปีมีดัชนีมวลปกติร้อยละ 48.4[11] ทั้งนี้อาจเนื่องมากจากลักษณะงานที่ไม่มีเวลาในการออกกำลังกายหรือเวลาในการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม

2. วิจารณ์เรื่อง พฤติกรรม

ด้านพฤติกรรมการบริโภคพบว่าส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภค การจัดการอารมณ์และการนอนหลับ และออกกำลังกายเพิ่มขึ้น จากไม่เคยปฏิบัติเลย มาปฏิบัติเป็นครั้งคราว และเป็นประจำ สอดคล้องกับการศึกษา พัชรินทร์ และคณะ[12] ที่พบว่าความรู้ด้านสุขภาพมีผลให้พฤติกรรมสุขภาพ 3อ2ส ของประชาชนจังหวัดสุพรรณบุรีเพิ่มขึ้น และการศึกษาของ มงคล การุณงามพรรณ และคณะ[13] ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการพัฒนาความรอบรู้จะมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร มีคะแนนเฉลี่ยดีขึ้น นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ สอดคล้องกับการศึกษาของ ภมร ดรุณ และประกันชัย ไกรรัตน์[14] ที่พบว่าพฤติกรรมสุขภาพมีการปรับเปลี่ยนหรือได้รับการพัฒนาให้ดีขึ้นภายหลังได้การับการส่งเสริมสุขภาพหรือส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ

จะเห็นว่ารูปแบบโรงพยาบาลรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อหุ่นดีสุขภาพดี ที่ได้มีการกำหนดนโยบาย วางแผนการดำเนินงานในองค์กรสุขภาพสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพระดับองค์กรได้ โดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องตั้งแต่ผู้บริหารองค์กร แผนกที่รับผิดชอบงานพัฒนาสุขภาพของบุคลากร

ร่วมรับผิดชอบในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพตลอดจนแก้ไขปัญหาภาวะอ้วนในกลุ่มบุคลากร องค์กรควรผลักดันนโยบายขับเคลื่อนการจัดการปัญหาภาวะอ้วนในองค์กร รวมทั้งสร้างความร่วมมือและสนับสนุนให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน มีบทบาทกับการจัดการระบบสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตบุคลากรในองค์กรและผู้รับบริการ การนิเทศติดตามการเฝ้าระวังพฤติกรรมการใช้ชีวิตของบุคลากรที่มีภาวะอ้วน กลุ่มเสี่ยงมีแนวโน้มการเกิดโรค NCDs โดยผู้เกี่ยวข้องทุกระดับมีความสำคัญ รวมถึงมาตรการอื่นๆ อาทิ มาตรการการจัดร้ายอาหารในโรงพยาบาล ที่ลดหวาน มัน เค็ม เน้นผัก ผลไม้ มาตรการส่งเสริมกิจกรรมทางกายที่เพียงพอแต่ละรายบุคคล มาตรการจัดการอาหารรอบรั้วโรงพยาบาล มาตรการจัดสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ มาตรการสร้างแกนนำด้านสุขภาพเพื่อขับเคลื่อนงานด้านส่งเสริมสุขภาพในองค์กร ด้วยความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อแก้ไขภาวะอ้วนให้ลดลง และมิให้เกิดภาวะอ้วนรายใหม่ รวมทั้งต้องสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อการพัฒนาสุขภาพอนามัยบุคลากร โดยมาตรการดังกล่าวต้องเป็นมาตรการที่เอื้อนำสู่การปฏิบัติได้จริงในบริบทขององค์กร ในระดับบุคคลการได้รับการพัฒนาศักยภาพให้มีความรู้ ความเข้าใจด้านการส่งเสริมสุขภาพยึดหลักพฤติกรรมสุขภาพ 3อ2ส1ฟ1น งดอาหารที่หวาน มัน เค็มจัด และการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการด้วยตนเอง และการจัดการในระดับบุคคล ถือเป็นความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อนำตนเองออกจากภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพ ลดภาวะอ้วนและสร้างสุขภาพที่ดีให้กับตนเอง มาตรการตามรูปแบบโรงพยาบาลรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อหุ่นดีสุขภาพดี กรณีศึกษาโรงพยาบาลขอนแก่นจึงเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่ให้ผลลัพธ์ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรได้หากพื้นที่หรือองค์กรอื่นได้มีเรียนรู้นำไปปรับใช้จะช่วยส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรให้มีรูปร่างที่ดี สุขภาพที่ดี มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1) ควรมีการทำวิจัยที่ดำเนินการในรูปแบบ Routine to Research เน้นการรวบรวมข้อมูลให้มีคุณภาพ และเสนอให้มีการการใช้เครื่องมือที่ทันสมัย ได้แก่ เครื่องชั่งน้ำหนักที่สามารถวัดค่าเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายหรือองค์ประกอบในร่างกายได้ ซึ่งจะช่วยกระตุ้นความสนใจของบุคลากร หรือสร้างความตระหนัก และทราบผลการเปลี่ยนแปลงที่เร็วขึ้นกว่าการชั่งน้ำหนักเพียงอย่างเดียว อันจะนำไปสู่การประเมินผลลัพธ์ที่ถูกต้อง รวมถึงได้เรียนรู้ขั้นตอนปัญหาและอุปสรรค ความพึงพอใจ ต่อรูปแบบโรงพยาบาลรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อหุ่นดีสุขภาพดี

2) ศึกษาเพิ่มเติมในแบบวัดหรือแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพให้ครอบคลุมทุกมิติและจำเพาะเจาะจงในกลุ่มบุคลากรการแพทย์และสาธารณสุข

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ คณะผู้บริหาร กลุ่มงานพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน ผู้รับผิดชอบงานสุขศึกษา และประชาสัมพันธ์ โรงพยาบาลขอนแก่น ที่ได้อนุเคราะห์เวลาในการวิจัย อาจารย์กัญญา จันทร์พล (MSc. (Biostatistics)) ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ที่ปรึกษาช่วยเหลือในการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข และมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. คู่มือประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในการปฏิบัติตามหลัก 3อ 2ส.กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2556.
2. กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักโรคไม่ติดต่อ. รายงานประจำปี 2558. กรุงเทพฯ: กิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2559.

3. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ [อินเทอร์เน็ต] [เข้าถึงเมื่อ 2 มิถุนายน 2567] เข้าถึงได้จาก: https://shorturl.asia/xihAM.
4. วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรรคเจริญ, กนิษฐา ไทยกล้า, วราภรณ์ เสถียรนพเก้า. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย/สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2557.
5. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. การสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป พ.ศ. 2562 [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 2 มิถุนายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://shorturl.asia/VHY63.
6. กรองกาญจน์ บริบูรณ์, กรแก้ว ถิรพงษ์สวัสดิ์. ปัญหาสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำ งานของบุคลากรโรงพยาบาลขอนแก่น. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 2564;3(2):221-35.
7. กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย. แผนยุทธศาสตร์แก้ไขปัญหาโรคอ้วนคนไทย (คนไทยไร้พุง) กรมอนามัย พ.ศ. 2553 - 2556. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2553.
8. Chow S C, Shao J, Wang H. Sample Size Calculations in Clinical Research (2nd ed.). Chapman & Hall/CRC; 2003.
9. สุภาพร ทิพย์กระโทก, ธนิดา ผาติเสน. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ค่าดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีภาวะอ้วนลงพุง. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2563;14(34):210-23.
10. สันปกรณ์ ยันตะพันธ. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายร่วมกับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อลดน้ำหนักตัวของผู้ที่มีภาวะอ้วน หมู่ที่ 1–9 ตำบลผาเลือด อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์. ศูนย์อนามัยที่ 9. 2563;14(34):210-23.
11. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center). กลุ่มรายงานมาตรฐาน งานโภชนาการ ร้อยละของประชากรวัยทำงานอายุ 19-59 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ [อินเทอร์เน็ต] 2567. [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 2 มิถุนายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://shorturl.asia/AI2lf.
12. พัชรินทร์ มณีพงศ์, วลัยพร สิงห์จุ้ย, สัญญา สุขขำ, เพ็ชรน้อย ศรีผุดผ่อง. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ2ส ของประชาชนจังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี. 2564;4(1):84-93.
13. มงคล การุณงามพรรณ, สุดารัตน์ สุวารี, นันทนา น้ำฝน. พฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพของคนทำงานในสถานประกอบการเขตเมืองใหญ่:กรณีศึกษาพื้นที่เขตสาทร กรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2555;32(3):54-65.
14. ภมร ดรุณ, ประกันชัย ไกรรัตน์. ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนจังหวัดบึงกาฬ. วารสารวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2562;15(3):71-82.

ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่มารับบริการที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

Effects of a self-management supporting program for diabetes mellitus risk group who received services at the Wellness Center in Roi Et hospital

วนิดา วงษ์ตา* อุไรพรณ์ ทิดจันทึก นุสกร เนืองษา*** ชวนพิศ เสิกนาค**** ประภัสสร เกตุศรี*****
Wanida Wongta*, Uraiporn Thidjuntuk**, Nusakorn Nuangsa***,
Chuanpit Saerknak****, Prapassorn ketsri *****
Corresponding author: E-mail; wwngsta54@gmail.com
(Received: July 1, 2024; Revised: July 5, 2024; Accepted: July 22, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ที่มารับบริการที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) : Two group experimental study

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่มีอายุมากกว่า 30 ปี ที่มารับบริการที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าจำแนกเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน ดำเนินการวิจัยระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2567 – 30 มิถุนายน 2567 โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรู้เรื่องโรคเบาหวาน แบบวัดพฤติกรรมการป้องกันตนเอง และแบบเก็บข้อมูลระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting Blood Sugar; FBS) สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา และสถิติอนุมาน Paired sample t-test และ Independent t test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p<.05$

ผลการวิจัย : หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน และระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting Blood Sugar; FBS) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานพฤติกรรมในการป้องกันโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น แต่ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน จึงควรขยายผลการดำเนินการวิจัยในผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ เพื่อลดปัญหาโรคแทรกซ้อน และลดความรุนแรงของโรคอย่างเป็นรูปธรรม

คำสำคัญ : โรคเบาหวาน; กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน; การจัดการตนเอง

---

*,***,****พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ **พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
*****พยาบาลวิชาชีพ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ (Wellness Center) กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

Abstract

Purposes : To study the effects of a self-management supporting program for diabetes mellitus risk group who received services at the Wellness Center in Roi Et hospital.

Study design : Quasi-experimental research : Two group experimental study.

Material and Methods : The sample group was a group at risk for diabetes who were over 30 years old, who received services at the Wellness Center in Roi Et hospital. Experimental group of 30 people and a control group of 30 people, according to the inclusion criteria. The research was conducted between 1 January 2024 – 30 June 2024. The tools used in the research were a general information questionnaire, diabetes knowledge test, self-protective behavior scale and blood sugar level data collection form (Fasting Blood Sugar; FBS). Statistics used in the analysis include descriptive statistics and inferential statistics, Paired sample t-test and Independent t test $p < .05$.

Main finding : After the experiment, the experimental and control groups had an average score of knowledge about diabetes, diabetes prevention behaviors and blood sugar levels (Fasting Blood Sugar; FBS) were significantly different ($p < .05$).

Conclusion and recommendations : The results of this research resulted in the sample having increased knowledge about diabetes and behaviors to prevent diabetes. But the blood sugar level dropped to the standard level. Therefore, the research results should be expanded to other patient groups in order to reduce complications and concretely reduce the severity of the disease.

Keywords : Diabetes mellitus; Diabetes mellitus risk group; Self-management

*,***,****Registered Nurse Professional Level, **Registered Nurse Senior Professional Level,
*****Registered Nurse, Wellness Center, Roi Et Hospital

บทนำ

ข้อมูลจาก IDF Diabetes Atlas ทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคเบาหวานมากถึง 537 ล้านคน มากกว่า 90% เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เกือบครึ่งหนึ่งยังไม่ได้รับการวินิจฉัย คาดว่าภายในปี พ.ศ.2573 จะเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน และภายในปี พ.ศ.2588 จะเพิ่มมากถึง 783 ล้านคน ปัจจัยเสี่ยงโรคเบาหวานเกิดจากการมีประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน มีภาวะอ้วน น้ำหนักเกิน รอบเอวเกิน เป็นโรคความดันโลหิตสูง ชอบรับประทานอาหารรสหวาน มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ สูบบุหรี่ และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ดังนั้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจึงเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันโรคเบาหวาน ทำได้โดยการเลือกรับประทานอาหารให้หลากหลาย เน้นผัก ผลไม้ และธัญพืชต่างๆ ลดอาหารประเภทหวาน มัน เค็ม ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย 30 นาที สัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง ทำจิตใจให้แจ่มใส นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ 7-8 ชั่วโมงต่อวัน ไม่สูบบุหรี่ และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หากมีอาการปัสสาวะบ่อยและมาก กระหายน้ำ หิวน้ำบ่อย กินจุหิวบ่อย น้ำหนักลด เป็นแผลง่ายและหายยาก คันตามผิวหนัง ตามัว และชาตามปลายมือปลายเท้า ควรไปพบแพทย์เพื่อรับการตรวจวินิจฉัยต่อไป โรคเบาหวานเกิดจากความผิดปกติของทั้งการหลั่งอินซูลินจากตับอ่อน และการเกิดภาวะดื้ออินซูลิน ทำให้ร่างกายไม่สามารถควบคุมกลไกต่างๆ ของร่างกายในการเผาผลาญสารอาหารได้ตามปกติ ในกรณีขาดอินซูลินในปริมาณน้อย อาจมีเพียงระดับน้ำตาลสูงหลังมื้ออาหาร เนื่องจากตับและเนื้อเยื่อต่างๆ ไม่สามารถนำกลูโคสไปใช้ได้ตามปกติ เมื่อขาดอินซูลินรุนแรงมากขึ้น นอกจากระดับน้ำตาลสูงหลังมื้ออาหารแล้วน้ำตาลช่วงอดอาหารก็จะเริ่มสูงขึ้น เพราะเซลล์ของตับมีการสร้างน้ำตาลมากขึ้นจากการสลายไกลโคเจนและการสร้างน้ำตาลจากกรดอะมิโน การใช้กลูโคสน้อยลงและมีการสร้างกลูโคสจากสารอื่นๆ มากขึ้น มีผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงทั้งวัน เมื่อน้ำตาลในกระแสเลือดสูงจะทำให้หลอดเลือดเกิดภาวะแข็งตัว และหนาขึ้นจนเกิดการตีบแคบหรืออุดตันของหลอดเลือด ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง มีทั้งแบบเรื้อรังและเฉียบพลันที่เป็นภาวะคุกคามต่อชีวิต เช่น ระยะยาว การสูญเสียจอประสาทตา ไตวาย เส้นประสาทส่วนปลายที่มีความเสี่ยงเกิดแผลที่เท้า เนื้อตาย มีอุบัติการณ์ที่เพิ่มขึ้นของโรค Stroke STEMI[1]

จากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี และมีผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระบบทะเบียน 3.3 ล้านคน ในปี พ.ศ.2563 มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานทั้งหมด 16,388 คน (อัตราตาย 25.1 ต่อประชากรแสนคน) ค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขในการรักษาโรคเบาหวานเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี นอกจากนี้โรคเบาหวานยังคงเป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดโรคอื่นๆ ในกลุ่มโรค NCDs เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตวายเรื้อรัง ผู้วิจัยในฐานะผู้ให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ เล็งเห็นความสำคัญของการป้องกัน และควบคุมการเกิดโรคเบาหวาน จึงได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวการจัดการตนเองเพื่อใช้ในการป้องกัน และควบคุมการเกิดโรคเบาหวาน และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เพื่อคุณภาพชีวิตของผู้มารับบริการที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ให้มีประสิทธิภาพและเกิดความยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ที่มารับบริการที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

การดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) 2 กลุ่มวัดผลสองครั้ง (Two Group Pretest - Posttest Design) ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง ตัวแปรตาม คือ ความรู้โรคเบาหวาน พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน และระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยง ที่มารับบริการที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนมิถุนายน 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่มีอายุมากกว่า 30 ปี มีดัชนีมวลกาย ≥ 23 กิโลกรัม/เมตร^2 และมีระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ระหว่าง 100 – 125 มิลลิกรัม/เดซิลิตร (หลังอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง) ที่มารับบริการที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2567 – 30 มิถุนายน 2567

กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่มีอายุมากกว่า 30 ปี มีดัชนีมวลกาย ≥ 23 กิโลกรัม/เมตร^2 และมีระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ระหว่าง 100 – 125 มิลลิกรัม/เดซิลิตร (หลังอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง) ที่มารับบริการที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2567 – 30 มิถุนายน 2567 ตามคุณสมบัติเกณฑ์การคัดเข้า และเกณฑ์การคัดออก ดังนี้

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Sample Size) จากสูตรคำนวณขนาดตัวอย่างเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่าง ทิศทางทดสอบทางเดียว (One-side test) โดยโปรแกรม Statistics analysis and sample size

$$n \geq \frac{2\left(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-ß}\right)^2}{\left(\frac{\delta_{Difference}}{\sigma_{Difference}}\right)^2} + \frac{Z^2_{1-\alpha/2}}{2}$$

โดยกำหนดค่า Alpha (a) = 0.05, Beta (β) = 0.2, Mean of difference = 0.3 , Standard deviation of difference = 0.4 เมื่อแทนค่าในสูตรจะได้กลุ่มตัวอย่าง 30 8o ต่อกลุ่ม ดังนั้นจำนวนตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มีทั้งหมด 60 คน

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. ผู้ที่มารับบริการที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2567 – 30 มิถุนายน 2567

2. ผู้รับบริการที่มีอายุมากกว่า 30 ปี และผู้มารับบริการที่มีอายุไม่เกิน 60 ปี

3. ผู้รับบริการที่มีดัชนีมวลกาย ≥ 23 กิโลกรัม/เมตร^2 และมีระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ระหว่าง 100 – 125 มิลลิกรัม/เดซิลิตร (หลังอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง)

4. ไม่มีโรคประจำตัว หรือโรคแทรกซ้อนรุนแรงที่เป็นอุปสรรคในการทำกิจกรรม เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคไทรอยด์ ความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันมากกว่า 160/100 มิลลิเมตรปรอท

5. สามารถอ่านภาษาไทย สื่อสารภาษาไทยได้ดี

6. ยินดีให้ความร่วมมือเข้าร่วมในการวิจัย และยินดีสมัครเข้าร่วมการวิจัย

7. กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยสามารถออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาหากไม่สมัครใจอยู่ต่อให้ครบกำหนดการวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

1. มีโรคประจำตัว หรือโรคแทรกซ้อนรุนแรงที่เป็นอุปสรรคในการทำกิจกรรม เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคไทรอยด์ ความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันมากกว่า 160/100 มิลลิเมตรปรอท

2. อ่านภาษาไทยไม่ได้ สื่อสารภาษาไทยไม่ได้

3. ไม่ยินดีให้ความร่วมมือเข้าร่วมในการวิจัย และไม่ยินดีสมัครเข้าร่วมการวิจัย

4. กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยสามารถออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาหากไม่สมัครใจหรือไม่สบายใจอยู่จนครบระยะเวลาในการวิจัย

ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1) ผู้วิจัยทำการสำรวจผู้รับบริการกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ที่มีอายุมากกว่า 30 ปี และมีดัชนีมวลกาย ≥ 23 กิโลกรัม/เมตร^2 และมีระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ระหว่าง 100 – 125 มิลลิกรัม/เดซิลิตร (หลังอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง) ที่มารับบริการที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2567 – 30 มิถุนายน 2567

2) ดำเนินการสุ่มอย่างง่ายโดยทำการจับฉลากแบบไม่ใส่คืนให้ได้จำนวน 60 คนตามการคำนวณขนาดตัวอย่าง

3) ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการวิจัยในกลุ่มควบคุมก่อนโดยการเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน หลังจากนั้นจึง

ดำเนินการทดลองในกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ประกอบด้วย 1) ฐานการเรียนรู้เรื่องโรคเบาหวาน มี 5 ฐาน ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลสุขภาพ 2) ความสามารถแห่งตน แลกเปลี่ยนประสบการณ์การรักษาระดับน้ำตาลในเลือด[2]

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ดัชนีมวลกาย และรอบเอว

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เรื่องโรคเบาหวาน จำนวน 10 ข้อคำตอบให้เลือก 2 ข้อ ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมการป้องกันตนเองต่อโรคเบาหวาน จำนวน 20 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบ Rating Scale 5 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัตินานๆครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์การแปลผลคะแนนของวิเชียร เกตุสิงห์[3] ดังนี้

1.00-2.33 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมระดับต่ำ

2.34-3.67 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมระดับปานกลาง

3.68-5.00 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมระดับดี

ส่วนที่ 4 แบบเก็บข้อมูลระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting Blood Sugar; FBS)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ 1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Validity) ผู้วิจัยจะนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยไปตรวจสอบความตรงของเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพ 3 ท่าน โดยตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหาและการใช้ภาษาของเครื่องมือและการหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือการวิจัย (Reliability) ผู้วิจัยจะนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญและปรับปรุงเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้ในการเก็บข้อมูลในกลุ่มที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงตัวอย่าง จำนวน 30 คน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficients) เท่ากับ 0.83 และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์ด้วย Kuder Richardson (KR-20) เท่ากับ 0.72

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

หลังจากได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และได้รับอนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้บริหารแล้วจึงดำเนินการดังนี้

1. เตรียมผู้ช่วยวิจัย ประชุมเพื่อวางแผน และการเก็บรวบรวมข้อมูลให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

2. จัดเตรียมอุปกรณ์ในการดำเนินการวิจัย จัดทำคู่มือ โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง

3. ประสานผู้เกี่ยวข้องเพื่อนัดหมายกับกลุ่มตัวอย่าง

4. ประกาศเชิญชวนเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

ขั้นดำเนินการทดลอง

ฐานที่ 1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ : การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน โดยใช้กิจกรรมกลุ่ม ผู้เข้าร่วม คือ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัย จำนวน 3 คน โดยมีกิจกรรมดังนี้

1. ชี้แจงวัตถุประสงค์โครงการวิจัย แจ้งขั้นตอนการวิจัย และให้เวลาการตัดสินใจในการเข้าร่วมวิจัยอย่างน้อย 1 สัปดาห์

2. นัดประชุมและวางแผนการเข้าร่วมงานวิจัย พร้อมลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

3. ชี้แจงการทำแบบสอบถามแต่ละชุด เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ

4. ขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่าง ทำแบบทดสอบก่อนการทดลอง (Pre- test)

5. ร่วมวิเคราะห์ และสังเคราะห์เกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค

5. นัดหมายครั้งต่อไปดำเนินการ

ฐานที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค ปัญหา และอุปสรรคการดูแลสุขภาพตนเอง และร่วมกันหาแนวทางแก้ไข ผู้เข้าร่วม จำนวน 30 คน และคณะวิจัย จำนวน 3 คน โดยมีกิจกรรมดังนี้

1. จัดเวทีแลกเปลี่ยนความรู้ ความรุนแรงของโรค

2. ให้ความรู้เกี่ยวกับ โรคเบาหวาน อันตรายและผลกระทบ ปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ต่อการเกิดโรค การป้องกันโรค โดยใช้สื่อวีดีโอ

3. สร้างกลุ่มออนไลน์ผ่านแอพลิเคชันไลน์เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่ม

ฐานที่ 3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค จัดกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่อง โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ผู้เข้าร่วม คือ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และ คณะวิจัย จำนวน 3 คน โดยมีกิจกรรมดังนี้

1. บรรยายหัวข้อ โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน

2. แบ่งกลุ่มกลุ่มละ 4-6 คน เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่ม

3. กลุ่มตัวอย่างนำเสนอการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน

4. นำออกกำลังกาย โดยท่าบริหารร่างกายเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน

5. ประเมินผลการเรียนรู้

ฐานที่ 4 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค ใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) ผู้เข้าร่วม คือ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และ คณะวิจัย จำนวน 3 คน โดยมีกิจกรรมดังนี้

1. ผู้วิจัยพูดคุยแลกเปลี่ยนการเรียนรู้เกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค

2. ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มกลุ่มละ 4-6 คน เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่ม

3. กลุ่มตัวอย่างนำเสนอประโยชน์ของการป้องกันโรค และวางแนวทางการปฏิบัติร่วมกัน

ฐานที่ 5 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลสุขภาพ ผู้เข้าร่วม คือ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และคณะวิจัย จำนวน 3 คน โดยมีกิจกรรมดังนี้

1. แบ่งกลุ่มทดลองเป็น 5-6 คน และให้ช่วยกันระดมความคิดเห็น และนำเสนอรายกลุ่ม

2. กลุ่มตัวอย่างช่วยกันวิเคราะห์ถึงอุปสรรคของการป้องกันโรค

3. ประเมินผล และให้ทำแบบทดสอบหลังการทำกิจกรรม (ใช้เวลา 30 นาที)

4. กล่าวสรุปกิจกรรม กล่าวขอบคุณ และชี้แจงถึงการกำกับติดตามผลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. สถิติอนุมาน โดยเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรม และระดับน้ำตาลในเลือดภายในกลุ่ม โดยใช้สถิติ Paired t-test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรม และระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติ Independent t-test

3. กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง มีการขออนุญาตทำการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามระเบียบของโรงพยาบาลว่าด้วยการรักษาความลับของผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด การบันทึกข้อมูลจะลงบันทึกโดยใช้รหัส (Code) ที่ตั้งขึ้น ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ และการเผยแพร่ข้อมูลจะทำได้เฉพาะการสรุปผลการวิจัย และการวิจัยนี้ไม่ได้ทำให้เกิดความเสี่ยงเพิ่มขึ้นแก่กลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (66.70%) อายุเฉลี่ย 56.33 (SD. = 8.68) สถานภาพสมรส (76.60%) ระดับการศึกษาปริญญาตรี (56.70%) ศาสนาพุทธ (100.00%) อาชีพข้าราชการ (70.00%) และมีรายได้เฉลี่ย 39,192.04 (SD. = 14,057.27) BMI เฉลี่ย 24.76 Kg/m^2 (SD. = 2.19) กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (76.70%) อายุเฉลี่ย 52.46 (SD. = 7.28) สถานภาพสมรส (90.00%) ระดับการศึกษาปริญญาตรี (86.70%) ศาสนาพุทธ (100.00%) อาชีพข้าราชการ (83.30%) BMI เฉลี่ย 25.96 Kg/m^2 (SD. = 3.97)

2. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

2.1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ภายในกลุ่ม

ผลการทดลองพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <.001) โดยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้มากกว่า 2.26 คะแนน (95% CI; 1.64, 2.88) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ภายในกลุ่ม

ความรู้เกี่ยวโรคเบาหวาน	Mean(SD.)	Mean diff.	95%CI	p
กลุ่มทดลอง				
ก่อนการทดลอง	6.80(1.45)	2.26	1.64, 2.88	<.001
หลังการทดลอง	9.07(1.08)			
กลุ่มควบคุม				
ก่อนการให้บริการปกติ	6.76(1.30)	0.36	-0.41, 1.14	.345
หลังการให้บริการปกติ	7.13(1.47)			

*เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้วย Paired t-test

2.2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ผลการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ไม่แตกต่างกัน (p=.926) และหลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< .05) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ 9.07 คะแนน (SD. = 1.08) กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ 7.13 คะแนน (SD. = 1.47) ซึ่งกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้มากกว่ากลุ่มควบคุม 1.93 คะแนน (95% CI ; 1.26 , 2.60) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ความรู้เกี่ยวโรคเบาหวาน	Mean(SD.)	Mean diff.	95%CI	p
ก่อนการทดลอง				
กลุ่มทดลอง	6.80(1.45)	0.03	-0.67, 0.74	0.926
กลุ่มควบคุม	6.76(1.30)			
หลังการทดลอง				
กลุ่มทดลอง	9.07(1.08)	1.93	1.26, 2.60	<.001
กลุ่มควบคุม	7.13(1.47)			

*เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้วย Independent t-test

2.3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน

ผลการวิจัย พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลอง มีระดับพฤติกรรม ระดับปานกลาง (Mean= 3.45, SD. = 0.13) กลุ่มควบคุมมีระดับพฤติกรรม ระดับปานกลาง (Mean= 3.44, SD. = 0.62) หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีระดับพฤติกรรม ระดับดี (Mean= 4.74, SD. = 0.29) และกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean= 3.38, SD. = 0.72) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

ระดับพฤติกรรม	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	Mean(SD.)	แปลผล	Mean(SD.)	แปลผล
กลุ่มทดลอง	3.45(0.13)	ปานกลาง	4.74(0.29)	ดี
กลุ่มควบคุม	3.44(0.62)	ปานกลาง	3.38(0.72)	ปานกลาง

ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ภายในกลุ่ม

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานก่อน และหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) โดยก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรม 3.45 คะแนน (SD. =1.13) และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม 4.74 คะแนน (SD. = 0.29) (95% CI; 1.16, 1.42) และกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม ก่อนและหลังการทดลอง ไม่แตกต่างกัน (p=.771) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ภายในกลุ่ม

พฤติกรรม	Mean(SD.)	Mean diff.	95%CI	p
กลุ่มทดลอง				
ก่อนการทดลอง	3.45(1.13)	1.29	1.16, 1.42	<.001
หลังการทดลอง	4.74(0.29)			
กลุ่มควบคุม				
ก่อนการให้บริการปกติ	3.44(0.62)	0.05	-0.32, 0.44	.771
หลังการให้บริการปกติ	3.38(0.72)			

*เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้วย Paired t-test

เปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ผลการวิจัย พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานไม่แตกต่างกัน (p = .932) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรม 4.74 คะแนน (SD. = 0.29) กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเท่ากับ 3.38 (SD. = 0.72) ซึ่งแตกต่างกัน 1.35 คะแนน (95% CI; 1.07, 1.63) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พฤติกรรม	Mean(SD.)	Mean diff.	95%CI	p
ก่อนการทดลอง				
กลุ่มทดลอง	3.45(0.13)	0.01	-0.22, 0.24	0.932
กลุ่มควบคุม	3.44(0.62)			
หลังการทดลอง				
กลุ่มทดลอง	4.74(0.29)	1.35	1.07, 1.63	<.001
กลุ่มควบคุม	3.38(0.72)			

*เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้วย Independent t-test

ส่วนที่ 4 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดของผู้ที่มีความเสี่ยงโรคเบาหวานจากผลตรวจของแพทย์เมื่อมาตรวจตามนัด ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting Blood Sugar; FBS) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด

เท่ากับ 93.93 มิลลิกรัม/เดซิลิตร (SD. = 10.78) และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด 109.07 มิลลิกรัม/เดซิลิตร (SD. = 7.041) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ผลการเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ที่มีความเสี่ยงโรคเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ระดับน้ำตาลในเลือด	Mean(SD.)	Mean diff.	95%CI	p
ก่อนการทดลอง				
กลุ่มทดลอง	131.47(46.44)	16.83	-0.25 , 33.92	.530
กลุ่มควบคุม	114.63(5.44)			
หลังการทดลอง				
กลุ่มทดลอง	93.93(10.78)	15.13	10.42 , 19.83	<.001
กลุ่มควบคุม	109.07(7.04)			

*เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้วย Independent t-test

วิจารณ์

จากการศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ที่มารับบริการที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด นั้น ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มีความรู้ และพฤติกรรมต่อการป้องกันโรคเบาหวานดีมากยิ่งขึ้น อีกทั้งยังส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงมีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นิยม ดีจันทร์ และคณะ[4] ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ตำบลกุดหมากไฟ อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ของผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ก่อนและหลังดำเนินการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และค่าเฉลี่ยของคะแนนระดับน้ำตาลของผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ก่อนและหลังดำเนินการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญศรี รอดพรม และคณะ[5] ซึ่งได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และยังส่งผลให้ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของกลุ่มทดลองหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง และ ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อย่างไรก็ตาม การศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ยังต้องมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงมีความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างยั่งยืน เพื่อลดโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค และควรต้องมีการดำเนินการศึกษา ปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อระดับความรู้ และพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. นำเสนอผลการศึกษาต่อผู้บริหาร เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และใช้เป็นแนวทางกำหนดนโยบายการดำเนินงานของโรงพยาบาล

2. ขยายผลการศึกษาไปสู่เครือข่ายสุขภาพระดับต่างๆ และขยายผลการศึกษาไปสู่การดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่นๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง เป็นต้น

3. ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรเพิ่มการมีส่วนร่วม ของภาคีเครือข่ายต่างๆ เช่น ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. กรมควบคุมโรค [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 15 มกราคม 2567]. เข้าถึงจาก: https://ddc.moph.go.th/odpc7/news.php?news=38430&deptcode=odpc7&news_views=5071
2. วัชราภรณ์ นาฬิกลุ, ลำไพร แทนสา, สุรภา พิลาออน. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 2563;2(1):77-90.
3. วิเชียร เกตุสิงห์. สถิติที่ใช้ในการวิจัย. กรุงเทพฯ: กองการวิจัย สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ; 2538.
4. นิยม ดีจันทร์, สุพัฒน์ กองศรีมา, นครินทร์ ประสิทธิ์, ณัฐพร นิจธรรมสกุล, ภูวนาถ ศรีสุธรรม. ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ตำบลกุดหมากไฟ อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2567;18(1):111-27.
5. เพ็ญศรี รอดพรม, นฤมล จันทร์สุข, นันตพร ทองเต็ม. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้. วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์. 2565;9(5):300-12.

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยงที่มารับบริการในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

Effects of a Health Literacy Enhancement Program for Cervical Cancer Prevention Behavior of Women Receiving Treatment at Roi Et Hospital

เสาวราภรณ์ แฝงสะโด*

Soavaraporn Faengsado*

Corresponding author: E-mail; Saowaraporn19102517@gmail.com

(Received: July 1, 2024; Revised: July 5, 2024; Accepted: July 22, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยงที่มารับบริการในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่าง เป็นสตรีกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุมากกว่า 35 ปี และรวมถึงสตรีกลุ่มเสี่ยงที่เคยมีเพศสัมพันธ์ที่มีอายุมากกว่า 18 ปีที่มารับบริการในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2567 – 30 มิถุนายน 2567 จำนวน 60 ราย โดยเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 ราย และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา และสถิติอนุมาน Paired sample t-test และ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p<.05$

ผลการวิจัย : หลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .05$) โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ 4.37 คะแนน (SD. = 0.23) กลุ่มควบคุมค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ 2.71 คะแนน (SD. = 0.56) ซึ่งกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มควบคุม 1.66 คะแนน (95% CI; 1.43, 1.88) และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม 26.20 คะแนน (SD. = 2.26) กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเท่ากับ 20.60 (SD. = 1.83) ซึ่งแตกต่างกัน 5.60 คะแนน (95% CI; 4.53, 6.66)

สรุปและข้อเสนอแนะ : โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ส่งผลทำให้ผู้รับบริการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมในการป้องกันมะเร็งปากมดลูกดีขึ้น จึงควรนำไปขยายผลในการป้องกันและควบคุมโรคอื่นๆ

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ; พฤติกรรม; โรคมะเร็งปากมดลูก

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

Abstract

Purposes : To study the effects of a Health Literacy Enhancement program for Cervical Cancer prevention behavior of women receiving treatment at Roi Et Hospital.

Study design : Quasi-experimental research.

Material and Methods : The sample group was women over 35 years old and includes women who have had sexual intercourse over 18 years old who receive services at Roi Et Hospital, between 1 January 2024 – 30 June 2024. There were 60 cases, of which 30 were the experimental group and 30 were the control group. The tool used in the experiment was a Health Literacy Enhancement program for Cervical Cancer. The tool used to collect data is a questionnaire consisting of general information and a health literacy assessment form. And cervical cancer prevention behavior questionnaire. Statistics used in the analysis include descriptive statistics and inferential statistics, Paired sample t-test and Independent t-test $p< .05$.

Main finding : After the experiment, the experimental and control groups had average health literacy scores, statistically significantly different ($p< .05$). The experimental group had a mean health literacy of 4.37 (SD. = 0.23). The control group had a mean health literacy of 2.71 (SD. = 0.56). The experimental group had an average of 1.66 (95% CI; 1.43, 1.88) higher than the control group.). And there was a statistically significant difference in cervical cancer prevention behaviors ($p< .05$). The experimental group had a mean behavior score of 26.20 (SD. = 2.26), the control group had a mean behavior score of 20.60 (SD. = 1.83), which is different equal to 5.60 (95% CI; 4.53, 6.66).

Conclusion and recommendations : Health literacy promotion program as a result, service recipients are knowledgeable about health. And have better behavior in preventing cervical cancer therefore, it should be extended to prevent and control other diseases.

Keyword : Health Literacy; Behavior; Cervical Cancer

*Registered Nurse Professional Level, Roi Et Hospital

บทนำ

มะเร็งปากมดลูก (Cervical Cancer) เป็นมะเร็งที่พบมากอันดับ 4 ของสตรีทั่วโลกและยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศที่กำลังพัฒนาและมีทรัพยากรน้อย มะเร็งปากมดลูกเกิดจากการติดเชื้อ Human papillomaviruses (HPV) ซึ่งเป็นไวรัสที่พบได้บ่อยโดยการติดต่อทางเพศสัมพันธ์[1] ในปี พ.ศ.2561 ทั่วโลกพบผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ 569,847 ราย และพบผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูก 311,365 ราย อัตราอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูก (Age Standardized Rate, ASR) พบ 6.9 ต่อประชากรแสนคนต่อปี[2] องค์กรวิจัยโรคมะเร็งนานาชาติ (International Agency for Research on Cancer, IARC) ได้คาดการณ์ว่าในแต่ละปีจะมีผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากมะเร็งทุกชนิดปีละ 7.6 ล้านคน และมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทุกชนิดประมาณ 13 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้เสียชีวิตเพิ่มเป็น 13 ล้านคนโดยจะมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เพิ่มขึ้นเป็น 21.3 ล้านคน และยังพบว่ามะเร็งปากมดลูกจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น องค์การอนามัยโลก ได้กล่าวไว้ว่าถ้ากลุ่มสตรีได้รับการตรวจคัดกรอง ร้อยละ 90.0 ในทุกๆ ปีจะสามารถลดอัตราตายจากมะเร็งปากมดลูกได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทุกๆ 5 ปี ก็จะสามารถรอดชีวิตจากมะเร็งปากมดลูก ได้ร้อยละ 70.0 และลดอัตราตายจากมะเร็งปากมดลูกได้ถึงร้อยละ 55.0[3]

ประเทศไทย พบผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ต่อปีในอดีต ระหว่างปีพ.ศ.2533, พ.ศ.2542, พ.ศ.2546, พ.ศ.2550, พ.ศ.2553 พบจำนวน 5,593 ราย, 5,462 ราย, 6,268 ราย, 6,964 รายและ 9,999 ราย ตามลำดับ ส่วนสถิติที่มีการรายงานล่าสุด (ปี พ.ศ. 2559-2561) พบจำนวน 5,422 ราย ในขณะที่มารับการรักษาในสถาบันมะเร็งแห่งชาติย้อนหลัง 5 ปี ระหว่างปี พ.ศ. 2559 - 2563 พบผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 288 ราย, 283 ราย, 280 ราย, 272 ราย และ 182 ราย (Cancer Registry 2016 - 2020) การแก้ปัญหาระดับนโยบายโดยแผนการป้องกัน และควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ (National Cancer Control Programme) และได้แก้ไขปัญหานี้โดยจัดทำโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระดับชาติที่ครอบคลุมพื้นที่ 75 จังหวัดทั่วประเทศ โดยทำการตรวจคัดกรอง และตรวจค้นหามะเร็งระยะเริ่มต้นด้วยวิธีการตรวจแปปสเมียร์ (Pap smear) นั่นคือในสตรีที่มีอายุระหว่าง 30 - 60 ปี จะได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทุกๆ 5 ปี ซึ่งสามารถเข้ารับการบริการได้ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน ที่มีจำนวนประมาณ 10,000 แห่งทั่วประเทศโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โดยโครงการดังกล่าวมีเป้าหมายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80.0 ของประชากรกลุ่มเป้าหมาย ในปี พ.ศ. 2558 - 2562 ได้กำหนดการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสะสมไม่น้อยกว่าร้อยละ 80.0 ของประชากรกลุ่มเสี่ยง ทั้งนี้เพื่อลดอัตราป่วย และอัตราตาย

จากข้อมูลผลการดำเนินงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสำนักงานเขตสุขภาพที่ 7 ได้แก่ กาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม และร้อยเอ็ด ตัวชี้วัดทางสุขภาพตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ คือ ความครอบคลุม (Coverage) ของประชากรที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งต้องครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ 80.0 และผลการดำเนินงานในช่วง 5 ปี พบอัตราการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีการตรวจ Pap smear ในสตรีที่มีอายุระหว่าง 30 - 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 44.3 จากกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด นั่นคือกลุ่มเป้าหมายที่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ไม่ถึงร้อยละ 80.0 ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด[3] ผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในช่วงปีงบประมาณ 2558 - 2562 ตามที่มีนโยบายให้สตรีที่มีอายุอยู่ระหว่าง 30 – 60 ปี ทุกคน ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกภายใน 5 ปี โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายในการตรวจคัดกรอง

จังหวัดร้อยเอ็ด พบผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 - 2566 จำนวน 110, 118 และ 101 ราย ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี ผู้วิจัยจึงได้ตระหนักถึงปัญหาของโรคมะเร็งปากมดลูก และเล็งเห็นความสำคัญของการดำเนินงานด้านการป้องกัน และควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูก จึงได้ศึกษาค้นคว้างานวิชาการ

แนวคิด ทฤษฎีที่สำคัญ ที่สามารถเชื่อมโยงสู่กระบวนการวิจัย ดำเนินการแก้ไขปัญหาให้ทันท่วงที เพื่อให้ประชากรกลุ่มเสี่ยง ได้รับการตรวจคัดกรองและเข้าสู่กระบวนการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยงที่มารับบริการในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) 2 กลุ่มวัดผลสองครั้ง (Two Group Pretest - Posttest Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยงที่มารับบริการในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ตัวแปรตาม คือ ความรอบรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยงที่มารับบริการในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ สตรีกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุมากกว่า 35 ปี และรวมถึงสตรีกลุ่มเสี่ยงที่เคยมีเพศสัมพันธ์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2567 – 30 มิถุนายน 2567

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุมากกว่า 35 ปี และรวมถึงสตรีกลุ่มเสี่ยงที่เคยมีเพศสัมพันธ์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2567 – 30 มิถุนายน 2567 ตามคุณสมบัติเกณฑ์การคัดเข้า และเกณฑ์การคัดออก ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้เป็นสตรีกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุมากกว่า 35 ปี และรวมถึงสตรีกลุ่มเสี่ยงที่เคยมีเพศสัมพันธ์ ที่มีอายุมากกว่า 18 ปี ที่มารับบริการในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2567 – 30 มิถุนายน 2567

2. สามารถอ่านภาษาไทย สื่อสารภาษาไทยได้ดี

3. ยินดีให้ความร่วมมือเข้าร่วมในการวิจัย และยินดีสมัครเข้าร่วมการวิจัย

4. กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยสามารถออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาหากไม่สมัครใจอยู่ต่อให้ครบกำหนดการวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

1. อ่านภาษาไทยไม่ได้ สื่อสารภาษาไทยไม่ได้

2. ไม่ยินดีให้ความร่วมมือเข้าร่วมในการวิจัย และไม่ยินดีสมัครเข้าร่วมการวิจัย

3. กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยสามารถออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาหากไม่สมัครใจหรือไม่สบายใจอยู่จนครบระยะเวลาในการวิจัย

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Sample Size) จากสูตรคำนวณขนาดตัวอย่างเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่าง ทิศทางทดสอบทางเดียว (One-side test) โดยโปรแกรม Statistics analysis and sample size

$$n \geq \frac{2\left(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-ß}\right)^2}{\left(\frac{\delta_{Difference}}{\sigma_{Difference}}\right)^2} + \frac{Z^2_{1-\alpha/2}}{2}$$

โดยกำหนดค่า Alpha (a) = 0.05, Beta (β) = 0.2, Mean of difference = 0.3 , Standard deviation of difference = 0.4 เมื่อแทนค่าในสูตรจะได้กลุ่มตัวอย่าง 30 ราย ต่อกลุ่ม ดังนั้นจำนวนตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มีทั้งหมด 60 ราย

ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1) ผู้วิจัยทำการสำรวจสตรีกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุมากกว่า 35 ปี และรวมถึงสตรีกลุ่มเสี่ยงที่เคยมีเพศสัมพันธ์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ที่มารับบริการระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2567 – 30 มิถุนายน 2567

2) ดำเนินการสุ่มอย่างง่ายโดยทำการจับฉลากแบบไม่ใส่คืนให้ได้จำนวน 60 รายตามการคำนวณ

ขนาดตัวอย่าง โดยคัดเลือกกลุ่มทดลองก่อน จนครบ 30 ราย และคัดเลือกกลุ่มควบคุม 30 ราย

3) ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการวิจัยในกลุ่มควบคุมก่อนโดยการเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มควบคุม จำนวน 30 ราย หลังจากนั้นจึงดำเนินการทดลองในกลุ่มทดลอง จำนวน 30 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคมะเร็งปากมดลูก โดยพัฒนาจากแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam[4] ซึ่งในโปรแกรมนี้ผู้ศึกษาได้นำมา 3 ขั้นตอน 1) การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Functional Health Literacy) 2) การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ (Communicative/Interactive Health Literacy) และ3) การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณญาณ (Critical health Literacy) ใช้ระยะเวลาดำเนินการ 7 สัปดาห์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ และรายได้

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 3 ด้าน จำนวน 40 ข้อ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้เครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพซึ่งดัดแปลงจากต้นฉบับของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (Health Education Division, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health)[5] เป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ และข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบจากปฏิบัติทุกครั้งเท่ากับ 5 คะแนน ถึงไม่เคยปฏิบัติเลย เท่ากับ 1 คะแนน[6]

เกณฑ์การแปลความหมาย ใช้การแบ่งระดับแบบอิงเกณฑ์[7] โดยหาค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบสอบถามทั้งชุด ซึ่งอยู่ระหว่าง 1-5 คะแนน และแบ่งค่าคะแนนเฉลี่ยเป็น 5 ระดับ โดยคำนวณช่วงคะแนนพิสัย จากสูตร

$$\text{ช่วงคะแนน} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{5}$$

$$\text{ช่วงคะแนน} = \frac{5 - 1}{5} = 0.8$$

ซึ่งสามารถแปลผลคะแนน ได้ดังนี้

4.21 – 5.00 หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับมากที่สุด

3.41 – 4.20 หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับมาก

2.61 – 3.40 หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปานกลาง

1.81 – 2.60 หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับน้อย

1.00 – 1.80 หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 10 ข้อ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้เครื่องมือของ กูดา กูแต[8] โดยใช้องค์ความรู้แนวทางปฏิบัติการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ลักษณะการตอบเป็นมาตรประมาณค่า 3 ระดับจากปฏิบัติทุกครั้งเท่ากับ 3 คะแนน ถึงไม่เคยปฏิบัติเลย เท่ากับ 1 คะแนน

3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Validity) ผู้วิจัยจะนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยไปตรวจสอบความตรงของเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพ 1 ท่าน โดยตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหาและการใช้ภาษาของเครื่องมือ

1.1 แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 3 ด้าน จำนวน 40 ข้อ ดัดแปลงจากต้นฉบับของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข[5] ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ .84

1.2 แบบสอบถามด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ .87

2. การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือการวิจัย (Reliability) ผู้วิจัยจะนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบ

จากผู้เชี่ยวชาญและปรับปรุงเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้ในการเก็บข้อมูลในกลุ่มที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงตัวอย่าง จำนวน 30 คน

2.1 แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 3 ด้าน จำนวน 40 ข้อ คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coeficient) เท่ากับ .94

2.2 แบบสอบถามด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก วิเคราะห์ความเที่ยงโดยวิธี test-Retest Reliability ระยะเวลา 2 สัปดาห์ ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน เท่ากับ .90

ขั้นตอนดำเนินการ

ขั้นก่อนการทดลอง

หลังจากได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และได้รับอนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้บริหารแล้วจึงดำเนินการ ดังนี้

1. เตรียมผู้ช่วยวิจัย ประชุมเพื่อวางแผน และการเก็บรวบรวมข้อมูลให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

2. จัดเตรียมอุปกรณ์ในการดำเนินการวิจัย เช่น การสร้างกลุ่มออนไลน์ เป็นต้น

3. จัดทำคู่มือ โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

4. ประสานผู้เกี่ยวข้องเพื่อนัดหมายกับกลุ่มตัวอย่าง

5. ประกาศเชิญชวนเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็ง ปากมดลูก

ขั้นดำเนินการทดลอง

ขั้นตอนที่ 1 การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน

สัปดาห์ที่ 1 จัดประชุม เรื่อง ปฐมนิเทศการใช้โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ณ ห้องประชุม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ผู้เข้าร่วมการประชุม คือ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัย จำนวน 3 คน โดยมีกิจกรรม ดังนี้

1. ชี้แจงวัตถุประสงค์ข้อมูลโปรแกรมฯ รวมทั้งการเข้าร่วมการศึกษาแจ้งขั้นตอนการวิจัยและให้เวลาการตัดสินใจในการเข้าร่วมวิจัยอย่างน้อย 1 สัปดาห์

2. นัดประชุมและวางแผนการเข้าร่วมงานวิจัยพร้อมลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

3. ชี้แจงการทำแบบสอบถามแต่ละชุดเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ

4. ขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่าง ทำแบบทดสอบก่อนการทดลอง (Pre- test)

5. สร้างกลุ่มออนไลน์ผ่านสื่อแอพลิเคชั่นไลน์กลุ่ม

6. นัดหมายครั้งต่อไปดำเนินการ

สัปดาห์ที่ 2 จัดประชุม เรื่องการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ณ ห้องประชุม มีกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วม จำนวน 30 คน และคณะวิจัย จำนวน 3 คน โดยมีกิจกรรม ดังนี้

1. นำเสนอ ชุดสื่อวีดีโอและภาพนิ่งประกอบโดยการจัดเวทีแลกเปลี่ยนความรู้ ประกอบกิจกรรมโรคมะเร็งปากมดลูก

2. ให้ความรู้เกี่ยวกับ โรคมะเร็งปากมดลูกอันตรายและผลกระทบ ปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ต่อการเกิดโรค การป้องกันโรค โดยใช้สื่อวีดีโอ เรื่องการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

3. สร้างความตระหนักในการส่งเสริมป้องกันโรค ฟื้นฟูโรค ที่เกิดจากพฤติกรรมการเสี่ยง

4. สร้างกลุ่มออนไลน์ผ่านแอพลิเคชันไลน์เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่ม

สัปดาห์ที่ 3 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่องทักษะการเข้าถึงข้อมูลและทักษะการจัดการตนเองเพื่อเพิ่มความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพ ณ ห้องประชุม ผู้เข้าร่วมการประชุม คือ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และ คณะวิจัย จำนวน 3 คน โดยมีกิจกรรม ดังนี้

1. สาธิตและสาธิตย้อนกลับการเลือกสื่อความรู้จากแหล่งความรู้ทางอินเตอร์เน็ตผ่านสื่อ Google, Facebook และ YouTube การใช้คำสืบค้น เช่น โรคมะเร็งปากมดลูก เป็นต้น

2. มอบหมายให้กลุ่มตัวอย่างช่วยกันสืบค้น

ผ่านโทรศัพท์

3. แบ่งกลุ่มกลุ่มละ 4-6 คน เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่ม

4. กลุ่มตัวอย่างนำเสนอข้อมูลและวิธีการเข้าถึงข้อมูล หน้าห้องประชุม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่ม

5. ประเมินผลโดยการให้กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามจากการสืบค้นข้อมูล

6. ใช้เทคนิค 1 คำถามในการตั้งเป้าหมายร่วมกัน คือ “ทำอย่างไรให้ปลอดภัยจากโรคมะเร็งปากมดลูก”เป็นแนวทางการจัดการตนเอง

7. แจกกระดาษเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้รายบุคคลและตอบโจทย์คำถาม

8. กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยมีโจทย์คำถาม คือ เราจะทำอย่างไรกับพฤติกรรมที่เหมาะสมกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

9. แจกคู่มือโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

ขั้นตอนที่ 2 การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ (Communicative/Interactive Health) จัดกิจกรรมเพื่อพัฒนา

สัปดาห์ที่ 4 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง ทักษะการสื่อสารโดยใช้การเรียนรู้แบบ มีส่วนร่วม (Participatory Learning) ณ ห้องประชุม ผู้เข้าร่วมการประชุม คือ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และคณะวิจัย จำนวน 3 คน โดยมีกิจกรรมดังนี้

1. พูดคุยแลกเปลี่ยนการเรียนรู้เกี่ยวกับการนำผลการจัดการตนเองเรื่องการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของตนเองโดยร่วมแสดงความคิดเห็นผ่านแอบพลิเคชั่นไลน์ โดยการใช้ทักษะการสื่อสาร พูด อ่าน หรือเขียนเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก และสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก โดยใช้มีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก

2. แบ่งกลุ่มกลุ่มละ 4-6 คน เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่มผ่านกระดาษนำเสนอผลงาน

3. กลุ่มตัวอย่างนำเสนอข้อมูลและวิธีการเข้าถึงข้อมูล หน้าห้องประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่ม

สัปดาห์ที่ 5 จัดประชุม เรื่อง ทักษะการรู้เท่าทันสื่อโดยใช้แอพลิเคชั่นไลน์ ณ ห้องประชุม ผู้เข้าร่วมการประชุม คือ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และคณะวิจัย จำนวน 3 คน โดยมีกิจกรรม ดังนี้

1. ใช้ข้อความโฆษณาการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 3-5 ข้อความ และแบ่งกลุ่มทดลองเป็น 5-6 คน และให้กลุ่มช่วยกันระดมความคิดเห็น และถ่ายทอดผ่านออนกระดาษเขียนแบบและนำเสนอรายกลุ่ม

2. กลุ่มตัวอย่างช่วยกันวิเคราะห์ว่าข้อความนั้นถูกต้อง น่าเชื่อถือ หรือไม่อย่างไร มีวิธีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือหรือความถูกต้องของข้อความนั้นอย่างไรบ้าง

3. ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างสนทนากลุ่มเรื่องการใช้แอพพลิเคชั่นไลน์

4. ผู้วิจัยสาธิตวิธีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของสื่อจากเว็บไซต์ที่เชื่อถือได้ เช่น องค์การอาหารและยา มูลนิธิหมอชาวบ้าน กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข

ขั้นตอนที่ 3 การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณญาณ (Critical Health Literacy)

สัปดาห์ที่ 6 จัดประชุม เรื่อง กิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะการตัดสินใจ ณ ห้องประชุม ผู้เข้าร่วมการประชุม คือ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และ คณะวิจัย จำนวน 3 คน โดยมีกิจกรรม ดังนี้

1. ใช้สื่อภาพนิ่งจากสื่อออนไลน์ผ่านสื่อกูเกิล, เฟสบุ๊ค และยูทูป ให้กลุ่มตัวอย่างเลือก และบอกแหล่งข้อมูลสนับสนุนที่น่าเชื่อถือ โดยกำหนดเป็นตัวเลือกรวมและให้เรียงลำดับสื่อออนไลน์ตามความน่าเชื่อถือโดยประเมินรายบุคคล

2. กลุ่มตัวอย่างนำเสนอข้อมูลและวิธีการเข้าถึงข้อมูล หน้าห้องประชุมพร้อมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

สัปดาห์ที่ 7 จัดประชุม เรื่อง ทักษะทางปัญญาและสังคมที่สูงขึ้น ณ ห้องประชุม ผู้เข้าร่วมการประชุม คือ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และ คณะวิจัย จำนวน 3 คน โดยมีกิจกรรมดังนี้

1. จัดเวทีเสวนาสะท้อนคิด และอธิบายความเปลี่ยนแปลงผ่านกลุ่มออนไลน์โดยใช้แอพพลิเคชันไลน์กลุ่ม ในการประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สามารถสะท้อนและใช้อธิบายความเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ โดยส่งข้อความสื่อออนไลน์ที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งปากมดลูก

2. กลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์และตัดสินใจว่าจะเลือกปฏิบัติตาม หรือไม่ ด้วยเหตุผลใด การสะท้อนกลับด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก บันทึกผลและกระตุ้นเตือน ให้คำปรึกษา แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

3. ประเมินเป็นผลรายบุคคล บันทึกพฤติกรรมผ่านไลน์กลุ่ม เน้นการกระทำของปัจเจกบุคคลในการมีส่วนร่วมผลักดันสังคม โดยการเป็นแกนนำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. สถิติอนุมาน โดยเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรอบรู้และพฤติกรรมภายในกลุ่ม โดยใช้สถิติ Paired t-test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรอบรู้และพฤติกรรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติ Independent t-test

3. กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p<.05$

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง มีการขออนุญาตทำการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด หมายเลขโครงการที่รับรอง RE087/2567 ผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามระเบียบของโรงพยาบาลว่าด้วยการรักษาความลับของผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด การบันทึกข้อมูลจะลงบันทึกโดยใช้รหัส (Code) ที่ตั้งขึ้น ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ และการเผยแพร่ข้อมูลจะทำได้เฉพาะการสรุปผลการวิจัย และการวิจัยนี้ไม่ได้ทำให้เกิดความเสี่ยงเพิ่มขึ้นแก่กลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 100.00) อายุเฉลี่ย 42.90 ปี (SD. = 8.01) สถานสมรส (ร้อยละ 80.00) การศึกษาระดับมัธยม (ร้อยละ 40.00) ศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100.00) อาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 43.30) และมีรายได้เฉลี่ย 10,860 บาทต่อเดือน (SD. = 4030.96) กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 100.00) อายุเฉลี่ย 36.90 ปี (SD. = 9.33) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 76.70) ระดับการศึกษามัธยมศึกษา (ร้อยละ 46.70) ศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100.00) อาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 46.70) และรายได้เฉลี่ย 11,297 บาทต่อเดือน (SD. = 4339.04)

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ของสตรีกลุ่มเสี่ยงที่มารับบริการในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกภายในกลุ่ม

ผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .05$) โดยมีค่าเฉลี่ยแตกต่างกัน 1.78 คะแนน (95% CI ; 1.66, 1.90) แต่กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกไม่แตกต่างกัน ($p= .742$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยงภายในกลุ่ม

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	Mean(SD.)	Mean diff.	95%CI	p
กลุ่มทดลอง				
ก่อนการทดลอง	2.59(0.28)	1.78	1.66, 1.90	<.001
หลังการทดลอง	4.37(0.23)			
กลุ่มควบคุม				
ก่อนการให้บริการปกติ	2.67(0.40)	0.04	-0.20, 0.27	.742
หลังการให้บริการปกติ	2.71(0.56)			

*เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้วย Paired t-test

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน (p= .364) แต่หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< .05) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ 4.37 คะแนน (SD. = .23) กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ 2.71 คะแนน (SD. = 0.56) ซึ่งกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มควบคุม 1.66 คะแนน (95% CI; 1.43, 1.88) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	Mean(S.D.)	Mean diff.	95%CI	p
ก่อนการทดลอง				
กลุ่มทดลอง	2.59(0.28)	0.08	-0.26, 0.98	.364
กลุ่มควบคุม	2.67(0.40)			
หลังการทดลอง				
กลุ่มทดลอง	4.37(0.23)	1.66	1.43, 1.88	<.001
กลุ่มควบคุม	2.71(0.56)			

*เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้วย Independent t-test

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยงที่มารับบริการในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ภายในกลุ่ม

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ก่อนและหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< .05) โดยก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม 21.16 คะแนน (SD. =3.49) และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม 26.20 คะแนน (SD. = 2.26) (95% CI ; 3.63, 6.42) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม ก่อนและหลังการทดลอง ไม่แตกต่างกัน (p= .264) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ของสตรีกลุ่มเสี่ยงภายในกลุ่ม

พฤติกรรม	Mean(S.D.)	Mean diff.	95%CI	p
กลุ่มทดลอง				
ก่อนการทดลอง	21.16(3.49)	5.03	3.63, 6.42	<.001
หลังการทดลอง	26.20(2.26)			
กลุ่มควบคุม				
ก่อนการให้บริการปกติ	20.03(1.62)	0.56	-0.45, 1.58	.264
หลังการให้บริการปกติ	20.60(1.83)			

*เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้วย Paired t-test

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการวิจัย พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ไม่แตกต่างกัน (p = .113) หลังการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม 26.20 คะแนน (SD. = 2.26) กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเท่ากับ 20.60 คะแนน (SD. = 1.83) ซึ่งแตกต่างกัน 5.60 คะแนน (95% CI; 4.53, 6.66) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ของสตรีกลุ่มเสี่ยง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พฤติกรรม	Mean(S.D.)	Mean diff.	95%CI	p
ก่อนการทดลอง				
กลุ่มทดลอง	21.16(3.49)	1.13	-0.27, 2.54	.113
กลุ่มควบคุม	20.03(1.62)			
หลังการทดลอง				
กลุ่มทดลอง	26.20(2.26)	5.60	4.53, 6.66	<.001
กลุ่มควบคุม	20.60(1.83)			

*เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้วย Independent t-test

วิจารณ์

การศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยงที่มารับบริการในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีผลทำให้กลุ่มผู้รับบริการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และมีพฤติกรรมในการป้องกันมะเร็งปากมดลูกดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุดาฟ้า วงศ์หาริมาตย์[9] ได้ศึกษาดัชนีวัดความรอบรู้ทางด้านสุขภาพเพื่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และความตั้งใจใฝ่พฤติกรรมการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่าตัวแปรที่มีอิทธิพลทางตรง ต่อความตั้งใจใฝ่พฤติกรรมการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสูงสุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือการจัดการตนเองด้านสุขภาพเพื่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก รองลงมาคือการตัดสินใจด้านสุขภาพเพื่อการมาตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกโดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.5 และ 0.2 ตามลำดับ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของเกษศรินทร์ วัชระพิมลมิตร และอมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ[10] ได้ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกของผู้หญิงในตำบลหนองปากโลง อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของผู้หญิงอายุ 30–60 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ (r=0.209, p<.001) การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ (r=0.204, p<.001) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ (r=0.211, p<.001) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง (r=0.274, p<.001) การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย (r=0.223, p<.001) ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอเพื่อการวิจัยในครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของผู้รับบริการ

2. ข้อเสนอด้านการพยาบาล นำผลการศึกษามาใช้เป็นแนวทางในการป้องกันและควบคุมการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก รวมถึงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Human papillomavirus (hpv) and cervical cancer. [อินเทอร์เน็ต]. 2018 [เข้าถึงเมื่อ 10 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: http://www.who.int/mediacentre/ factsheets /fs380/en/

2. World Health Organization. Cervical cancer 2016. [อินเทอร์เน็ต] 2016 [เข้าถึงเมื่อ 10 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.who.int/cancer/preventi on/diagnosis-screening/cervical- cancer/en/.
3. กระทรวงสาธารณสุข Health Data Center. อัตราการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30-60 ปี. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 15 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php
4. Nutbeam D. Health Literacy as a Public Health Goal: A Challenge for Contemporary Health Education and Communication Strategies into Health 21st Century. Health Promotion International. 2008;15(8):259-67.
5. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. การประเมินและการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 15 มกราคม 2567] เข้าถึงได้จาก:http//www.hed.go.th.
6. อังศินันท์ อินทรกำแหง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ : การวัดและการพัฒนา. เล่ม 1. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัท สุขุมวิทการพิมพ์ จำกัด; 2560.
7. วนิดา พิงสระน้อย. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการทำวิจัยของบุคลากรสายวิชาการ กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2556.
8. กูดา กูแต. พฤติกรรมการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีวัยเจริญพันธุ์ตำบลเชิงคีรี อำเภอศรีสาคร จังหวัดนราธิวาส [วิทยานิพนธ์]. ยะลา: วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา; 2553.
9. สุดาฟ้า วงศ์หาริมาตย์. ดัชนีวัดความรอบรู้ทางด้านสุขภาพเพื่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและความตั้งใจใฝ่พฤติกรรมการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2561;27(6):1058-68 .
10. เกษศรินทร์ วัชระพิมลมิตร, อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกของผู้หญิงในตำบลหนองปากโลง อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีนอร์ทเทิร์น. 2566;4(3):30-43.

การพัฒนาแนวปฏิบัติการทางพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤต โรงพยาบาลจังหาร

Development of Nursing Practice Guidelines for Early Warning Signs On Patients with Sepsis, Changhan Hospital

ละดาวัลย์ ขุราษี*

Ladawan Khurasei

Corresponding author: Email: ladawan8536@gmail.com

(Received: June 23, 2024; Revised: June 30, 2024; Accepted: July 23, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาและประเมินแนวปฏิบัติการพยาบาล สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤต

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยและการพัฒนา (Research and Development)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็น พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หน่วยงานผู้ป่วยนอก หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน และหน่วยงานผู้ป่วยใน 25 คน และผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยแรกรับจากแพทย์ว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 30 คน ดำเนินการตั้งแต่เดือนกันยายน 2566 - เดือนมกราคม 2567 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึก และแบบประเมินวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ % Differences

ผลการวิจัย : แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤต ประกอบด้วย 1) รับผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดเข้าสู่หอผู้ป่วยใน 2) พยาบาลวิชาชีพประเมินผู้ป่วยโดยใช้ MEWS 3) ให้คะแนนตามบันทึกและปฏิบัติการพยาบาลตามระดับคะแนน และ 4) ติดตามประเมินผลการใช้แบบบันทึก MEWS และผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่า ผู้ป่วย Sepsis ทั้ง 30 คน ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติ Sepsis Protocol เพิ่มขึ้น 80.00% ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดทางคลินิกพบว่า ไม่พบผู้ป่วย Sepsis และ Septic shock เสียชีวิต อัตราการเจาะเลือดส่งเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะเพิ่มขึ้น (80.00%) การให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง หลังการวินิจฉัยเพิ่มขึ้น (10.00%) ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 30ml/kg/hr.เพิ่มขึ้น (10.00%) อุบัติการณ์การวินิจฉัยโรคผิดพลาด (0.00%) และอัตราการเข้าถึงบริการ EMS เพิ่มขึ้น (25.00%) และพยาบาลมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติทางการพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 2.50, SD.= 0.36)

สรุปและข้อเสนอแนะ : แนวปฏิบัติการพยาบาลที่ได้การศึกษาครั้งนี้มีประโยชน์ต่อผู้ให้บริการและต่อการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นควรประยุกต์ใช้กับการพยาบาลผู้ป่วยโรคอื่น ๆ เพื่อส่งเสริมและพัฒนาให้เกิดผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่ดีและมีคุณภาพเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ : แนวปฏิบัติการพยาบาล; ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด; สัญญาณเตือนภาวะวิกฤต

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจังหาร

Abstract

Purposes : To developing and evaluating nursing practices for patients with sepsis by using early warning signs on patients with sepsis**.**

Study design : Research and Development.

Materials and Methods: The sample group consists of 25 professional nurses working in outpatient departments, emergency departments, and inpatient departments, along with 30 patients who were initially diagnosed with sepsis by physicians. The study was conducted from September 2023 to January 2024. Data were collected using record forms and assessment forms and analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation and % Differences.

Main findings : The nursing practice guidelines for patients with sepsis using early warning signs of critical conditions include the following steps: (1) Admit patients with sepsis to the inpatient unit. (2) Professional nurses assess patients using the Modified Early Warning Score (MEWS). (3)Assign scores based on the records and perform nursing interventions according to the score levels and (4) continuously monitor and evaluate the outcomes using the MEWS record and clinical results. Of the 30 patients with sepsis, 80.00% received care according to Sepsis Protocol. Clinical outcome indicators revealed that there were no deaths among patients with sepsis and septic shock. The rate of blood cultures taken before antibiotic administration increased by 10.00%. The administration of antibiotics within 1 hour of diagnosis also increased by 10.00%. The proportion of patients receiving intravenous fluids at a rate of 30 ml/kg/hr increased by 10.00%. There were no incidents of misdiagnosis (0.00%), and the accessibility of EMS services increased by 25.00%. Additionally, nurses' overall satisfaction with the nursing practice guidelines was high, with a mean satisfaction score of 2.50 (SD. = 0.36).

Conclusion and recommendations : The nursing practice guidelines studied in this research provide significant benefits for healthcare providers and patient care. Therefore, they should be applied to the nursing care of other diseases to enhance and improve the quality and outcomes of patient care.

Keywords: Nursing Practice Guidelines; Early Warning Signs; Patients with Sepsis.

*Registered Nurse Professional Level, Changhan Hospital.

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขของหลายประเทศทั่วโลก ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด มีจำนวน มากกว่า 1 ล้านคน ในแต่ละปีและมีค่าใช้จ่ายในการรักษา ประมาณ 20.30 พันล้านเหรียญสหรัฐหรือคิดเป็นร้อยละ 5.20 ของค่าใช้จ่ายทั้งโรงพยาบาล ไม่เพียงแต่การมีค่ารักษาที่สูงเท่านั้น ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามี ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด มีอัตราการตายสูงด้วย[1] รวมทั้งในประเทศไทย ซึ่งพบอุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ประมาณ 75-150 คน ต่อ 100,000 ประชากร หรือมากกว่า 5,000 – 10,000 คน ต่อปี และมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึง ร้อยละ 62.00 – 73.90[2] โดยอัตราตายของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ในปี พ.ศ.2562-2564 เท่ากับ 32.92, 32.68 และ 32.47 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ พบอัตราการตายในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 156.8 และ 118 ต่อแสนประชากร[3] ซึ่งอุบัติการณ์การเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดดังกล่าวถือเป็นปัญหาสำคัญ เพราะ เป็นอัตราที่สูงกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด[3] ที่ตั้งเป้าหมายไว้ อัตราการเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ต้องน้อยกว่า ร้อยละ 28.0 โดยอุบัติการณ์ ที่เกิดขึ้นอาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการ เช่น บุคลากรยังขาดองค์ความรู้การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดและมีการปฏิบัติที่หลากหลาย ไม่เป็นแนวทางเดียวกันขาดการประเมิน ไม่สามารถค้นหาผู้ป่วยที่รวดเร็ว (Early detection) การรายงานอาการแพทย์ ไม่ทันเวลา รวมทั้งปัญหาระบบการดูแลต่อเนื่องในเรื่องการให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย การให้สารน้ำที่ไม่เพียงพอ ส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการรักษาล่าช้าจึงทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการตายเพิ่มสูงขึ้น[4]

สัญญาณเตือนของผู้ป่วย เป็นอาการ/อาการแสดงหนึ่งที่พยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาลจะต้องให้ความสำคัญในการประเมิน เฝ้าระวัง และติดตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากสัญญาณเตือน เป็นการบอกให้ทราบล่วงหน้า ก่อนที่ผู้ป่วย มีอาการ/อาการแสดงที่รุนแรง ที่เป็นอยู่ สัญญาณเตือนมีส่วนช่วยทำให้ผู้ป่วยรอดชีวิตเพิ่มขึ้น มีผู้ให้ความหมายของสัญญาณเตือนหรืออาการเตือนไว้ ทั้งนี้ทวีพงศ์ อนุสรณ์สุวรรณ์ ได้ให้ความหมายของสัญญาณเตือน; หรืออาการเตือนว่าเป็นอาการ/อาการแสดงของผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่จำเป็นต้องรายงานแพทย์ เพื่อให้การช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนและเหมาะสม ส่วนเพ็ญจันทร์ แสนประสาร และคณะ[5] เห็นว่าสัญญาณเตือนหรืออาการเตือน เป็นอาการเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต ประกอบด้วย ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ระดับความรู้สึกตัว ค่าออกซิเจนในเลือดดำส่วนปลาย ปริมาณปัสสาวะ และการรับรู้ต่อความเจ็บปวด

แบบบันทึกสัญญาณเตือน เป็นแบบฟอร์มที่ใช้ในการประเมินความผิดปกติจากอาการ/อาการแสดงของผู้ป่วย เพื่อใช้ในการเตือน หรือบอกให้รู้ถึงความเสี่ยงต่อเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ช่วยในการตัดสินใจ เพื่อการจัดกิจกรรมให้การช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนและเหมาะสม มีดังนี้ ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีการให้คะแนนอาการเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต เรียกว่า Modified Early Warning Score : MEWS) ซึ่งในแบบบันทึกสัญญาณเตือน ประกอบด้วย ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ อุณหภูมิร่างกาย และระดับความรู้สึกตัว โดยที่คะแนนตั้งแต่ 5 ขึ้นไป มีความเสี่ยงในการเสียชีวิตสูง[5] ในประเทศอังกฤษ สถานบริการสุขภาพ (Leeds Teaching Hospital Trust : LTHT) นำ Modified Early Warning Score มาปรับใช้ โดยในแบบบันทึกสัญญาณเตือนได้เพิ่มปริมาณออกซิเจนในเลือดดำส่วนปลาย ปริมาณปัสสาวะ และคะแนนความเจ็บปวด แต่ตัดอุณหภูมิร่างกาย[6]

ความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety) เป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพที่แสดงให้เห็นถึงคุณภาพการบริการของสถานพยาบาลทุกแห่ง ซึ่งในปัจจุบันถือเป็นเรื่องสำคัญที่โรงพยาบาล สังคม ชุมชนและประชาชนให้ความสนใจ องค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหลักการพื้นฐานที่สำคัญ ในระบบบริการสุขภาพทั้งหมด ตั้งแต่ ปี ค.ศ.2002 เป็นต้นมาจนถึงปัจจุบัน ประเทศไทยโดยกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดยุทธศาสตร์

ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรทางสาธารณสุข ในปี พ.ศ.2561-2564 และประกาศนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรทางสาธารณสุข PATIENT AND PERSONNEL SAFETY หรือ 2P Safety เมื่อ 16 กันยายน 2559 เพื่อให้หน่วยงานบริการสาธารณสุข ยกระดับคุณภาพการให้บริการด้านการแพทย์กับประชาชน ได้รับความปลอดภัย และเข้าถึงสถานบริการที่มีมาตรฐาน (World Health organization) ในสถานบริการสุขภาพที่มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่เกิดเหตุไม่พึงประสงค์ ดังรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทุกแห่งทั่วโลก ประมาณ 10.0 % ที่อาจต้องบาดเจ็บสาหัสหรือถึงแก่ชีวิต เนื่องจากกระบวนการรักษาผิดพลาดหรือขาดการสื่อสารที่ดีระหว่างผู้ป่วย กับแพทย์ หรือพยาบาล (World Health organization) มีผลทำให้บุคลากรขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน หรือ ถูกฟ้องร้องทางกฎหมาย[7] เช่นเดียวกับสถานการณ์โรงพยาบาลจังหาร ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิขนาด 30 เตียง (F2) ไม่มีแพทย์เฉพาะทางให้บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน รักษาโรคและการฟื้นฟูสภาพและองค์รวมในระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิ เป้าหมายเพื่อให้ผู้รับบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขได้รับความบริการที่มีคุณภาพ ผู้รับบริการปลอดภัย และมีความพึงพอใจ ซึ่งโรงพยาบาลจังหารได้มีการพัฒนาคุณภาพบริการตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์กรมหาชน) มาอย่างต่อเนื่อง ได้รับการรับรองคุณภาพ Reaccredit ครั้งที่ 3 (ต่ออายุ) เพิ่งได้ผ่านการรับรองเมื่อวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2566 และการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลมุ่งเน้นการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย (Safety Culture) มีการพัฒนา ปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วย มาอย่างต่อเนื่อง จากการทบทวนสถานการณ์ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดพบข้อมูลการสรุปผลรายงานสถานการณ์ Service Plan สาขาอายุรกรรมของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ข้อมูลการมาตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบ 2 ปี พ.ศ.2566 สถิติข้อมูลปี พ.ศ.2563-2566 มีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดจำนวน 2,329, 2,623, 3,463 และ 2,800 ราย ตามลำดับ และพบอัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community acquired พบร้อยละ 31, 35.07, 36.9 และ 30.32 ตามลำดับ โดยพบว่าอัตราผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดมีแนวโน้มจำนวนลดลง และอัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community acquired มีแนวโน้มลดลงเช่นกัน แต่ยังเกินค่าเป้าหมาย (เป้าหมาย ≤ ร้อยละ 26) และจากการทบทวนข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มารับการรักษาและได้รับการส่งต่อรักษา ย้อนหลังของหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลจังหาร ในปี พ.ศ.2563-2565 จำนวน 72, 36 และ 53 ราย ตามลำดับพบว่ามีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่ได้รับการช่วยการหายใจด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจและการดูแลภาวะช็อค ก่อนการส่งรักษาต่อจำนวน 16, 16 และ 7 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 22.2, 44.4 และ ร้อยละ 13.2 ตามลำดับ Unplan Refer (Plan Admit เปลี่ยนเป็น Refer) จำนวน 4, 5 และ 4 ราย ตามลำดับ พบมีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่เสียชีวิตที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน จำนวน 1 ราย ในปี พ.ศ. 2562 แต่ในปี พ.ศ.2563–2565 ไม่พบมีผู้เสียชีวิตด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด และส่งเข้าไปนอนที่ตึกผู้ป่วยใน (Admit) ในปี 2563-2565 จำนวน 19, 11 และ 27 ราย ที่ได้รับการช่วยการหายใจด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจและการดูแลภาวะช็อคและได้รับการส่งรักษาต่อ จำนวน 5, 4 และ 9 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 26.3, 36.4 และร้อยละ 33.3 ตามลำดับ พบว่าการส่งเข้าไปนอนที่ตึกผู้ป่วยในมีจำนวนน้อยเมื่อเทียบกับผู้ป่วยส่งรักษาต่อที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน แต่มีอาการทรุดลงระหว่างการดูแล และได้รับการดูแลแก้ไขด้วยการช่วยใส่ท่อช่วยหายใจ และส่งต่อเพิ่มมากขึ้น ส่วนใหญ่แพทย์พิจารณาส่งต่อรักษาไม่พบผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดเสียชีวิตที่ตึกผู้ป่วยใน[8] โดยหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินได้มีวิเคราะห์สาเหตุและนำแนวทางในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดมาใช้ แต่การปฏิบัติมุ่งเน้นที่การวินิจฉัยที่รวดเร็วและให้การรักษาที่เหมาะสม ซึ่งเป็น

บทบาทของแพทย์ และมุ่งการดูแลผู้ป่วยด้วยการส่งรักษาต่อที่โรงพยาบาลแม่ข่าย การประเมินอาการ/อาการแสดงผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ไม่เป็นแนวทางเดียวกัน และขาดบทบาท ที่สำคัญของพยาบาล การเฝ้าระวังอาการ และอาการแสดงไม่ชัดเจน ไม่แสดงให้เห็นถึงความเร่งด่วนของกิจกรรมที่พยาบาลต้องให้การดูแลเพื่อช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนและเหมาะสมไม่มีการกำหนด Warning sign ที่ชัดเจน ทำให้การประเมินผู้ป่วยล่าช้าไม่มีแนวทางการประเมินที่ชัดเจนเพื่อการตัดสินใจในการปฏิบัติการพยาบาลและการรายงานแพทย์เพื่อช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนและเหมาะสม

จากสถานการณ์อุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่มีอาการทรุดลงระหว่างการดูแล และมีการส่งต่อรักษาโดยมิได้วางแผน (Unplan Refer, ใส่ ET. tube) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤตโรงพยาบาลจังหารเพื่อให้ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดปลอดภัย จากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและผู้ให้บริการมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด โดยการใช้สัญญาณเตือนที่พัฒนาขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนาและประเมินแนวปฏิบัติการพยาบาล สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤต โรงพยาบาลจังหาร

วิธีดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยและการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยการใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือนโดยประยุกต์ใช้กระบวนการใช้ผลการวิจัย (Research Utilization) ของแนวคิดการพัฒนาแนวทางปฏิบัติทางคลินิกของไอโอวา (The Iowa Model of Evidence based Practice to Promote Quality of Care[9] ดำเนินการตั้งแต่เดือนกันยายน 2566 - มกราคม 2567 โดยมีรายละเอียดขั้นตอน ดังนี้

ระยะที่ 1 การกำหนดแนวปฏิบัติการพยาบาล (1) ประชุมทีมซึ่งประกอบด้วยแพทย์ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หน่วยงานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน งานผู้ป่วยนอกและงานผู้ป่วยใน โดยทีมได้ลงความเห็นร่วมกันโดยพิจารณาจากประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติที่มีความหลากหลาย (High variation) มีจำนวนมาก (High volume) มีความเสี่ยงสูง (High Risk) และผลลัพธ์ที่เกิดอันตรายสูงต่อผู้ป่วย นำมากำหนดเป็นหัวข้อในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโดยการใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือน (2) สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ งานวิจัยและการศึกษาจากระบบฐานข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ (โดยใช้ฐานข้อมูล TDC, Internet web site เช่น www.geogle.com, สืบค้นจากวารสารและเอกสารทางการแพทย์ และการพยาบาลทั้งภาษาไทยและภาษาต่างประเทศ และจากการทบทวนวรรณกรรมซึ่งเป็นตัวเร่งที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสำหรับพยาบาลในการคิดเกี่ยวกับคลินิก ให้สามารถนำความรู้ทางวิทยาศาสตร์มาช่วยในการตัดสินใจ (3) วิเคราะห์งานวิจัยและนำงานวิจัยและเอกสารทางวิชาการมาศึกษา วิเคราะห์อย่างละเอียดตามหลักเกณฑ์การประเมินคุณภาพงานวิจัยและความเป็นไปได้ในการนำผลการวิจัยมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานและของโรงพยาบาล (4) การสังเคราะห์แนวปฏิบัติการพยาบาล จากผลการวิเคราะห์งานวิจัย และแนวปฏิบัติการพยาบาล พบว่าในการเฝ้าระวังอาการเพื่อประเมินอาการเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยการใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือน (5) การทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโดยการใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือนในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดตั้งแต่แรกรับจนสิ้นสุดเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และ (6) ปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้เหมาะสมกับการนำไปปฏิบัติจริงในโรงพยาบาลจังหาร

ระยะที่ 2 การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล (1) ประชุมให้ความรู้และทำความเข้าใจกับพยาบาลวิชาชีพทุกคนที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน งานผู้ป่วยนอกและงานผู้ป่วยใน รวมทั้งการสอบถามในประเด็นที่สงสัย

หรือไม่แน่ใจในแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันโดยกำหนดระยะเวลาในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล เป็นเวลา 3 เดือน และ (2) ผู้วิจัยเป็นพี่เลี้ยงในการให้คำแนะนำและนิเทศการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทุกวันหรืออย่างน้อย สัปดาห์ ละ 1 ครั้ง หรือเมื่อผู้ปฏิบัติพบข้อสงสัย

ระยะที่ 3 ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล โดยแบ่งการประเมินผลลัพธ์ออกเป็น 3 ตัวแปร ได้แก่ แบบประเมินการได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติ Sepsis Protocol แบบประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อกระแสเลือด ก่อนและหลังการพัฒนา และแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ

สถานที่ในการศึกษา การวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาที่หน่วยงานผู้ป่วยนอก หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน และหน่วยงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจังหาร ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิขนาด 30 เตียง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่เข้ารับการรักษาที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน หน่วยงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจังหาร จังหวัดร้อยเอ็ดและพยาบาลวิชาชีพ หน่วยงานผู้ป่วยนอก หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน และหน่วยงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจังหาร

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purpose Sampling) โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หน่วยงานผู้ป่วยนอก หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและหน่วยงานผู้ป่วยใน 12 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ (1) มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน ไม่น้อยกว่า 1 ปี (2) ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือนอย่างน้อย 1 ครั้ง และ (3) มีความยินดีเข้าร่วมในการวิจัย และ 2) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยแรกรับจากแพทย์ว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ที่เข้ารับการรักษาที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน และหน่วยงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจังหาร ตั้งแต่เดือนกันยายน 2566-เดือนมกราคม 2567 รวมระยะเวลา 5 เดือน จำนวน 23 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้าศึกษาในกลุ่มตัวอย่างดังนี้ (1) อายุตั้งแต่ 14 ปีขึ้นไป และ (2) ได้รับการวินิจฉัยแรกรับจากแพทย์ว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 2 ประเภท คือ เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤต โรงพยาบาลจังหาร

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลในการใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือนในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้ **ส่วนที่ 1** ข้อมูลลักษณะทางประชากรของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ ตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การปฏิบัติงานเฝ้าระวังการติดเชื้อ ประสบการณ์ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการเฝ้าระวังการติดเชื้อ และมีส่วนเกี่ยวข้องกับงานเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล **ส่วนที่ 2** แบบสอบถามความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ในแต่ละหมวด ลักษณะคำตอบจะเป็นความคิดเห็นต่อความสามารถในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล โดยให้เลือกตอบมี 2 คำตอบ คือ ปฏิบัติได้และปฏิบัติไม่ได้โดยมีการแปลผลออกเป็น 2 ระดับ คือ

คะแนน การแปลผลระดับความสามารถในการปฏิบัติ

0	ปฏิบัติไม่ได้
1	ปฏิบัติได้

หลังจากนั้นนำคะแนนที่ได้มาคำนวณหาค่าร้อยละของความสามารถในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปใช้ โดยใช้ผลรวมของค่าคะแนนความสามารถในการปฏิบัติได้ที่ได้จากกลุ่มผู้ปฏิบัติการพยาบาลหารด้วยคะแนนทั้งหมดที่ได้จากการเปรียบเทียบเกณฑ์มาตรฐานคูณด้วย 100

2) แบบประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติการพยาบาล

ตามเกณฑ์ของ The AGREE Collaboration โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน และเครื่องมืออะกรีของศากุล ช่างไม้[10] ได้กล่าวถึงแนวทางการประเมินที่จำแนกเป็น 6 มิติ จำนวน 23 ข้อคำถาม กำหนดระดับค่าคะแนนในการประเมิน (Response scale) ในแต่ละข้อมี 4 ระดับ มีคะแนนตั้งแต่ 4 ถึง 1 โดยมีความหมายดังนี้ คะแนน 4 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนน 3 หมายถึง เห็นด้วย คะแนน 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย และคะแนน 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

3. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ การประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยภายหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤต ประกอบด้วยแบบประเมินการได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติ Sepsis Protocol แบบประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อกระแสเลือด ก่อนและหลังการพัฒนา และแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ ซึ่งประเมินโดยใช้มาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ จากมีความพึงพอใจน้อย ให้ 1 คะแนน ถึง มีความพึงพอใจมาก ให้ 3 คะแนน การแปลผลคะแนน ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.66 หมายถึง ความพึงพอใจระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.67 - 2.32 หมายถึง ความพึงพอใจระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 2.33 - 3.00 หมายถึง ความพึงพอใจระดับมาก

การหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย การตรวจความตรงเชิงเนื้อหาของแนวปฏิบัติฉบับยกร่างโดยผู้เชี่ยวชาญ และการหาความเที่ยงของการใช้แนวปฏิบัติตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาได้รับการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้นทำการพิจารณาความเหมาะสมของเนื้อหาของแนวปฏิบัติ โดยพิจารณาไปพร้อมกับการตรวจสอบความครอบคลุม ความสมบูรณ์ของเนื้อหา และให้ผู้เชี่ยวชาญระบุคะแนนในแบบสอบถามความตรงเชิงเนื้อหาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น หลังจากนั้นนำผลการพิจารณาแบบสอบถามจากผู้เชี่ยวชาญมาพิจารณาเป็นรายข้อ โดยคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของข้อคำถามรายข้อ (Item-level content validity index (I-CVI) ซึ่งในแต่ละข้อต้องผ่านการพิจารณา ระดับ 3 หรือ 4 ทุกข้อ นั่นคือต้องได้ค่า I-CVI เท่ากับ 1.0[11] หากข้อใดที่ได้ต่ำกว่าเกณฑ์นี้ ผู้วิจัยต้องทำการพิจารณาปรับแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาและส่งให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบอีกครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยมีรายละเอียดดังนี้ (1) ลักษณะทางประชากรของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ เพศ อายุ (ปี) ระดับการศึกษา ประสบการณ์การปฏิบัติงานเฝ้าระวังการติดเชื้อ ประสบการณ์ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการเฝ้าระวังการติดเชื้อ และมีส่วนเกี่ยวข้องกับงานเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (2) ความสามารถในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ และ (3) ความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลและความพึงพอใจของผู้ป่วยภายหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาล นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติบรรยายได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ% Differences

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการพิจารณา และได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 1532565 และ COE 1352566

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทางประชากรของ พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการทางการพยาบาลทั้งหมด 30 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 28 คน (93.33%) อายุตั้งแต่ 35-39 ปี 16 คน (50.00%) อายุเฉลี่ย 43.25 ปี (SD.=8.71) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี 30 คน (100.0%) ประสบการณ์การปฏิบัติงานเฝ้าระวังการติดเชื้อมากกว่า 5 ปี 23 คน (76.67%) มีประสบการณ์ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการ

เฝ้าระวังการติดเชื้อ 15 คน (50.00%) และมีส่วนเกี่ยวข้องกับงานเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยเป็นผู้ปฏิบัติในการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล 25 คน (83.33%) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละลักษณะทางประชากรของพยาบาลใช้แนวปฏิบัติการทางการพยาบาล (n=30)

ลักษณะทางประชากร		จำนวน(%)
เพศ	ชาย	2(6.67)
	หญิง	28(93.33)
อายุ (ปี)	25-29	5(16.67)
	30-34	5(16.67)
	35-39	16(50.00)
	40 ปีขึ้นไป	4(13.3)
	Mean(SD.)	43.25(8.71)
	Min(max)	28.0(56.0)
ระดับการศึกษา	ปริญญาตรี	30(100.0)
	ปริญญาโท	0(0.0)
ประสบการณ์การปฏิบัติงานเฝ้าระวังการติดเชื้อ		
	1-5 ปี	7(23.33)
	มากกว่า 5 ปี	23(76.67)
ประสบการณ์ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการเฝ้าระวังการติดเชื้อ		
	ใช่	15(50.00)
	ไม่ใช่	15(50.00)
มีส่วนเกี่ยวข้องกับงานเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล		
	เป็นคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล	5(16.67)
	เป็นผู้ปฏิบัติในการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล	25(83.33)

2. แนวปฏิบัติและคุณภาพแนวปฏิบัติการพยาบาล แนวปฏิบัติการพยาบาลการบันทึกสัญญาณเตือนภาวะวิกฤตในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้วิจัยพัฒนามาจากการกำหนดแนวปฏิบัติการพยาบาลการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้จริงในคลินิก และการประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในด้านกระบวนการของแนวปฏิบัติการพยาบาลและด้านผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ป่วย (Titer et al) ใช้ระบบการบันทึกสัญญาณเตือนภาวะวิกฤต (Modified Early Warning Scores System: MEWS) จากค่าการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เช่น 1) ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว 2) อัตราการเต้นของหัวใจ 3) อัตราการหายใจ 4) อุณหภูมิกาย 5) ร้อยละของออกซิเจนในเลือด 6) ระดับความรู้สึกตัว และ 7) ปริมาณปัสสาวะใน 4 ชั่วโมง กำหนดกิจกรรมการพยาบาล 4 ระดับ โดยพยาบาลเป็นผู้สังเกตและบันทึกระดับค่าคะแนนประเมินด้วยระบบสัญญาณเตือนภาวะวิกฤต และประเมิน

ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ประกอบด้วยขั้นตอน 1) รับผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดเข้าสู่หอผู้ป่วยใน 2) พยาบาลวิชาชีพประเมินผู้ป่วยโดยใช้ MEWS 3) ให้คะแนนตามบันทึกและปฏิบัติการพยาบาลตามระดับคะแนนดังนี้ (1) MEWS เท่ากับ 1-2 คะแนน ให้การพยาบาลเพื่อจัดอาการรบกวนต่างๆ เช่น อาการปวด ไข้ ติดตามเวรละครั้ง (2) MEWS เท่ากับ 3-4 คะแนน รายงานหัวหน้าเวรติดตามซ้ำทุก 30 นาที ภายใน 2 ชั่วโมง (3) MEWS เท่ากับ 5-6 คะแนน รายงานแพทย์เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยภายในเวลา 30 นาทีและติดตามซ้ำทุก 15 นาที และ (4) MEWS เท่ากับหรือมากกว่า 7 คะแนน รายงานแพทย์เพื่อให้การรักษาและส่งผู้ป่วยเพื่อการรักษาต่อในโรงพยาบาลทั่วไป และ 4) ติดตามประเมินผลการใช้แบบบันทึก MEWS ระดับคุณภาพแนวปฏิบัติการพยาบาลตามเกณฑ์ของ The AGREE Collaboration โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน พบว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลมีคะแนนความเชื่อมั่นโดยรวม 87.32% การปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ Sepsis Protocol ของพยาบาลจากการประเมินครั้งที่ 1 และ 2 เพิ่มขึ้น 11.76% ดังแสดงในตารางที่ 2-3

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพแนวปฏิบัติการพยาบาลตามเกณฑ์ของ The AGREE Collaboration (2001) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน

ข้อคำถาม	คะแนนความเชื่อมั่น
มิติที่ 1 มิติด้านขอบเขตและเป้าหมาย (Scope and purpose)	88.44%
มิติที่ 2 มิติด้านผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder involvement)	90.00%
มิติที่ 3 ด้านความเข้มแข็งในการพัฒนาแนวปฏิบัติ(Rigor of development	92.38%
มิติที่ 4 ด้านความชัดเจนและการนำเสนอ (Clarity and presentation)	90.00%
มิติที่ 5 ด้านการนำแนวปฏิบัติไปใช้ (Applicability)	84.44%
มิติที่ 6 ด้านความเป็นอิสระในการกำหนดแนวปฏิบัติ	96.66%
เฉลี่ยโดยรวม	87.32%

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ Sepsis Protocol ของพยาบาลจากการประเมินครั้งที่ 1 และ 2 (n=25)

ข้อคำถาม	ระดับการปฏิบัติ			
	ครั้งที่ 1		ครั้งที่ 2	
	Mean(SD.)	ระดับ	Mean(SD.)	ระดับ
1. แนวปฏิบัติทางการพยาบาลฉบับนี้เป็นการสร้างมาตรฐานการให้การพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด	4.10(0.71)	มาก	4.36(0.37)	มาก
2. แนวปฏิบัติทางการพยาบาลฉบับนี้มีความเหมาะสมชัดเจน และเข้าใจง่าย	4.16(0.59)	มาก	4.40(0.72)	มาก

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อคำถาม	ระดับการปฏิบัติ			
	ครั้งที่ 1		ครั้งที่ 2	
	Mean(SD.)	ระดับ	Mean(SD.)	ระดับ
3. แนวปฏิบัติการทางพยาบาลฉบับนี้ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่รวดเร็วและครอบคลุมตามเกณฑ์มาตรฐาน	4.33(0.66)	มาก	4.23(0.85)	มาก
4. แนวปฏิบัติการทางการพยาบาลฉบับนี้สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง	4.23(0.67)	มาก	4.26(0.66)	มาก
5. ความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติทางการพยาบาล	4.03(0.49)	มาก	4.33(0.64)	มาก
เฉลี่ยโดยรวม	4.17(0.50)	มาก	4.32(0.37)	มาก
เพิ่มขึ้น	+11.76%			

3. ผลลัพธ์ทางคลินิก ผู้ป่วย Sepsis จำนวน 30 ราย ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติ Sepsis Protocol คิดเป็นร้อยละ 80.00 ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดทางคลินิก พบว่าไม่พบผู้ป่วย Sepsis และ Septic shock เสียชีวิต อัตราการเจาะเลือดส่งเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะเพิ่มขึ้น (10.00%) การให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัยเพิ่มขึ้น (10.00%) ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 30ml/kg/hr. เพิ่มขึ้น (10.0%) อุบัติการณ์การวินิจฉัยโรคผิดพลาด (0.00%) และอัตราการเข้าถึงบริการ EMS เพิ่มขึ้น (25.00%) และพยาบาลมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติทางการพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=2.50, SD.= 0.36) ดังแสดงในตารางที่ 4-6

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของคะแนนการได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติ Sepsis Protocol (n = 30)

กิจกรรมตามแนวปฏิบัติ	คะแนนการดูแลตามแนวปฏิบัติฯ		
	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	ไม่จำเป็น
	n(%)	n(%)	n(%)
1. การประเมินผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมิน MEWS	27(90.00)	3(10.00)	0(0.00)
2. การประเมินระดับความรู้สึกตัว	25(83.33)	5(16.67)	0(0.00)
3. การรายงานแพทย์ตามหลัก ISBAR*	27(90.00)	3(10.00)	0(0.00)
4. การประเมินสัญญาณชีพตามแนวปฏิบัติ	29(96.67)	1(3.33)	0(0.00)
5. การรายงานแพทย์ทันที MEWS เท่ากับหรือมากกว่า 7 คะแนน รายงานแพทย์เพื่อให้การรักษาและส่งผู้ป่วย เพื่อการรักษาต่อในโรงพยาบาลทั่วไป	26(86.67)	0(0.00)	4(13.33)

ตารางที่ 4 (ต่อ)

กิจกรรมตามแนวปฏิบัติ	คะแนนการดูแลตามแนวปฏิบัติฯ		
	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	ไม่จำเป็น
	n(%)	n(%)	n(%)
6. การส่งเลือดตรวจเพื่อเพาะเชื้อ	25(83.33)	5(16.67)	0(0.00)
7. การให้สารน้ำตามแผนการรักษา	20(66.67)	0(0.00)	10(3.33)
8. การให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง ภายหลังเข้ารับการรักษาในงานผู้ป่วยใน	26(86.67)	4(13.33)	0(0.00)
9. การให้ยาเพิ่มความดันโลหิต (Vasopressin)	14(46.67)	0(0.00)	16(53.33)
10. การประเมินและติดตามปริมาณปัสสาวะ	26(86.67)	2(6.67)	2(6.67)
เฉลี่ยโดยรวม	24(80.00)	3(10.00)	3(10.00)

หมายเหตุ * ISBAR หมายถึง หลักการของการรายงานข้อมูลผู้ป่วย ประกอบด้วย I = Identify S = Situation, B = Background, A = Assessment และ R = Recommendation

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อกระแสเลือดก่อนและหลังการพัฒนา (n=30)

ตัวชี้วัดทางคลินิก	เป้าหมาย	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	% Differences
		จำนวน(%)	จำนวน(%)	
		(n=10)	(n=20)	
1. ผู้ป่วย Sepsis เสียชีวิต	<20%	0(0.0)	0(0.0)	0.00
2. ผู้ป่วย Septic shock เสียชีวิต	<20%	0(0.0)	0(0.0)	0.00
3. อัตราการเจาะเลือดส่งเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะ	100%	9(90.00)	23(100.0)	+10.00
4. การให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชม. หลังการวินิจฉัย	>95%	9(90.00)	23(100.0)	+10.00
5. ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 30ml/kg/hr.	>80%	9(90.00)	23(100.0)	+10.00
6. อุบัติการณ์การวินิจฉัยโรคผิดพลาด	<5%	0(0.00)	0(0.00)	0.00
7. อัตราการเข้าถึงบริการ EMS	>12%	7(70.00)	19(95.00)	+25.00

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ (n =25)

ข้อคำถาม	Mean(SD.)	ระดับความพึงพอใจ
1. สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานจริงได้ดี	2.40(0.89)	มาก
2. แบบฟอร์มที่ใช้มีความสะดวกในการปฏิบัติ	2.80(0.45)	มาก
3. จำนวนกิจกรรมในแนวปฏิบัติฯ มีความเหมาะสม	2.40(0.89)	มาก
4. เวลาสำหรับปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ มีความเหมาะสม	2.80(0.44)	มาก
5. ใช้ง่ายไม่ยุ่งยากซับซ้อน	2.00(1.00)	ปานกลาง
6. ใช้ได้ผลดีในการดูแลผู้ป่วย	2.60(0.54)	มาก
7. พยาบาลและทีมสหสาขาสามารถปฏิบัติได้	2.60(0.54)	มาก
8. ทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน	2.40(0.89)	มาก
9. การมี CPGs ช่วยให้การปฏิบัติงานมีระบบมากขึ้น	2.60(0.55)	มาก
10. ความพอใจต่อผลลัพธ์การพยาบาลที่เกิดขึ้น	2.40(0.89)	มาก
เฉลี่ยโดยรวม	2.50(0.36)	มาก

วิจารณ์

1. ผลการวิจัยครั้งนี้พบผลเช่นเดียวกับการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลเกษตรวิสัย แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 5 ส่วน คือ การประเมินสภาพแรกรับ การระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การพยาบาล การประเมินผลการพยาบาล และการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก[12] ซึ่งสอดคล้องกับการเลือกใช้เครื่องมือที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้การประเมินผู้ป่วยได้ผลดี โดยเฉพาะสัญญาณเตือนการติดเชื้อในกระแสเลือดที่จะช่วยในการประเมินผู้ป่วยในระยะแรกได้อย่างรวดเร็ว ได้แก่ การประเมินและการค้นหาผู้ป่วยที่สงสัยการติดเชื้อในกระแสเลือด (Search Out Severity: SOS) การประเมินอวัยวะล้มเหลวจากการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบเร็ว (Quick Sequential Organ Failure Assessment: 9SOFA) แบบประเมินการล้มเหลวของอวัยวะ (Sequential Organ Failure Assessment: SOFA) คะแนนแจ้งสัญญาณเตือนอันตราย (Modified Early Warning Signs: MEWS) ทั้งนี้แบบประเมินและการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ที่จะช่วยให้พยาบาลประเมินผู้ป่วยในระยะแรกได้อย่างรวดเร็ว (Early Detection) และให้การรักษาพยาบาลตามแนวทางเวชปฏิบัติที่มีคุณภาพส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย[13]; แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย Severe Sepsis ใน 6 ชั่วโมงแรก สร้างจากหลักฐานเชิงประจักษ์มีกิจกรรม 8 ประการคือ การดักจับอาการของ Severe Sepsis การส่งเลือดเพาะเชื้อ การบริหารยาปฏิชีวนะอย่างรวดเร็ว การบริหารสารน้ำเพื่อป้องกันภาวะเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ลดลง การให้ยา Vasopressors และยา Inotropes การช่วยหายใจให้มีประสิทธิภาพ การควบคุมเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือดและการร่วมมือกับทีมสุขภาพเพื่อค้นหากำจัด และควบคุมการติดเชื้ออย่างรวดเร็ว 2) สร้างความตระหนัก และให้ความรู้เกี่ยวกับระบบการพยาบาลแก่ทีมการพยาบาลและผู้เกี่ยวข้อง 3) เสริมพลังอำนาจพยาบาล และจัดรูปแบบระบบการพยาบาลใหม่แบบมีส่วนร่วม ได้แก่ จัดให้มีพยาบาลผู้จัดการรายกรณี จัดอัตรากำลังแบบผสมผสาน ปรับบทบาทหน้าที่และการมอบหมายงาน รวมถึงการนิเทศทางการพยาบาล และ 4) ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับทีมสหสาขาวิชาชีพ[14]

2. ผลลัพธ์การวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยการพัฒนา

ระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตที่พัฒนาขึ้น สามารถนำไปใช้ได้จริง ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตลดลงจากร้อยละ 36.70 เหลือร้อยละ 32.60 และอัตราการเกิดภาวะ Septic shock ลดลงจากร้อยละ 46.70 เหลือร้อยละ 39.30 ผลลัพธ์ด้านการพยาบาลที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อัตราของผู้ป่วยที่ได้ยาปฏิชีวนะ ภายใน 1 ชั่วโมง หลังการวินิจฉัยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 96.70 เป็นร้อยละ 100 (x2- test=4.57, p =.04) ผลการนิเทศกระบวนการพยาบาลหลังพัฒนาระบบบริการพยาบาลที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตโดยรวมที่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 ขึ้นไป ร้อยละ 96.80 ผลการประเมินการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตของพยาบาลโดยรวมผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 ขึ้นไป ร้อยละ 100.00 และพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตที่พัฒนาขึ้นในระดับมากขึ้นไป ร้อยละ 93.5[15] ; กลุ่มตัวอย่างก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกฯ พบอุบัติการณ์การเกิดอาการท้องผูก 62.50 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน ส่วนกลุ่มตัวอย่างขณะที่มีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกฯ พบอุบัติการณ์การเกิดอาการท้องผูก 10.42 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน สำหรับบุคลากรผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกฯ ร้อยละ 92.90 มีความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติอยู่ในระดับมาก[16] ; การประเมินผลการพัฒนาระบบพบว่ากลุ่มผู้ป่วยหลังพัฒนาระบบมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของอวัยวะล้มเหลว (SOFA Score) เมื่อครบ 24 ชั่วโมงต่ำกว่ากลุ่มผู้ป่วยก่อนพัฒนาระบบ (p=.03) กลุ่มผู้ป่วยหลังพัฒนาระบบมีสัดส่วนการพ้นจากภาวะช็อกภายใน 6 ชั่วโมง สัดส่วนการดักจับอาการของ Severe Sepsis ได้ทันเวลา และสัดส่วนการได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัยสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยก่อนพัฒนาระบบ (p<.001, p=.004, p=.01 ตามลำดับ แต่มีสัดส่วนการเสียชีวิตน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยก่อนพัฒนาระบบ (p=.004) พยาบาลวิชาชีพมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจโดยรวมต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในระดับสูง (Mean=8.45)[14]

ข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤต โรงพยาบาลจังหาร ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้มีข้อเสนอแนะดังนี้

ข้อเสนอแนะเพื่อนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้

1. ควรจัดทำแผนผังการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดด้วยระบบช่องทางด่วน ให้สามารถมองเห็นขั้นตอนได้ชัดเจนโดยใช้สีที่แตกต่างกันตามขั้นตอน และมีขนาดพอดีใน 1 หน้ากระดาษ

2. ควรจัดทำแผนผังการบริหารยา Norepinephrine ประกอบด้วยวิธีการผสมยา การดูแลผู้ป่วยขณะได้รับยา การเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ภาวะแทรกซ้อน การจัดการเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้ง่ายต่อการบริหารยา

3. การเก็บเลือดเพาะเชื้อจากหลอดเลือดดำ และจากสายฟอกเลือดชนิดชั่วคราวเพื่อให้สามารถปฏิบัติตามขั้นตอนได้อย่างรวดเร็ว ควรมีภาพประกอบ

4. จัดทำเครื่องมือคัดกรอง/ประเมินภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อให้ผู้ปฏิบัติมองเห็นและใช้คัดกรอง/ประเมินผู้ป่วยได้ถูกต้อง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดให้ครอบคลุมตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2. ควรมีการศึกษาผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบช่องทางด่วนต่อผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรงพยาบาลจังหาร

3. ควรมีการทำงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักสูตรพยาบาลพี่เลี้ยงในเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

เอกสารอ้างอิง

1. Chanu R H. Objective sepsis surveillance using electronic clinical data.infection control& hospital epidemiology. 2016ว37(2):163-71.
2. กนก พิพัฒน์เวช. ปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มี ภาวะ sepsis ในโรงพยาบาลอุตรดิตถ์. วารสารวัณโรค โรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤต. 2551;29(1):135-44.
3. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานทางสถิติ อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 11 กุมภาพันธ์ 2564]. เข้าถึงจาก: https://hdcservice.moph.go.th/h dc/reports/
4. ฑิตยา วาระนัง. ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตโรงพยาบาลฝางจังหวัดเชียงใหม่. เชียงรายเวชสาร. 2562;11(1):1-8.
5. เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, อุไร พานิชยนุสรณ์, ลัดดาวัลย์ ทัดศรี, รุ่งนภา ป้องเกียรติชัย. Quality in Nursing and Learning Organization. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทย์การพิมพ์; 2555.
6. Kumar A, Safdar N, Kethireddy S, Chateau D. A survival benefit of combination antibiotic therapy for serious infections associated with sepsis and septic shock is contingent only on the risk of death: A meta-analytic/meta-regression study. Critical Care Medicine. 2010;38(8):1651-64.
7. กลุ่มกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการปฏิบัติของบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุขในกรณีเกิดข้อพิพาทในการให้บริการสาธารณสุข. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2553.
8. โรงพยาบาลจังหาร. รายงานผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ ปีงบประมาณ พ.ศ.2565. ร้อยเอ็ด; 2565.
9. Titler M G, Kleiber C, Steelman V J, Rakel B A, Budreau G, Evett L Q, et al. Christi The lowa model of evidence-based practice to promote quality care. Critical Care Nursing Clinics of North America. 2001;13:497-509.
10. ศากุล ช่างไม้. การประเมินแนวปฏิบัติเพื่อใช้ในการวิจัยและประเมินผล. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน. 2549;12(1):15-9.
11. Polit M, Beck C. Nursing research: Generating assessing evidence for nursing practice (9th Edition). United States of America: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
12. ธนพร หนองพล. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลเกษตรวิสัย. วารสารวิจัย และพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2567;5(1):576-85.
13. นนทรัตน์ จำเริญวงศ์, สุพรรณิการ์ ปิยะรักษ์, ชยธิดา ไชยวงษ์. การประเมินและการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2563;7(1):319-30.
14. วิไลวรรณ เนื่อง ณ สุวรรณ, จิราพร น้อมกุศล, รัตนา ทองแจ่ม, ธนชัย พนาพุฒิ. การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2557;32(2):25-35.
15. ศุภา เพ็งเลา, กนกวรรณ สินลักษณทิพย์. การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตโรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี. วารสารแพทย์เขต 4-5. 2563:39(4):698-712.
16. จันทร์ตรี อรชร, ประทุม สร้อยวงค์, วราวรรณ อุดมความสุข. ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง. รามาธิบดีพยาบาลสาร. 2565;28(1):94-108.

วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2567)
Journal of Research and Health Innovative Development Vol.5 No.2 (May - August 2024)

ประสิทธิภาพการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนตำบลบ้านกลาง อำเภอเมืองนครพนม จังหวัดนครพนม

Efficiency of the Solid Waste Management of the People in Banklang Sub-district, Muang Nakhon Phanom District, Nakhon Phanom Province

ศิร ตะโพธิ์*

Sera Taphoe

Corresponding author: E-mail: chinny4you@hotmail.com

(Received: June 24, 2024; Revised: June 30, 2024; Accepted: July 25, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาระดับประสิทธิภาพการจัดการขยะมูลฝอย และเปรียบเทียบความแตกต่างของปัจจัยส่วนบุคคลต่อประสิทธิภาพการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนตำบลบ้านกลาง อำเภอเมืองนครพนม จังหวัดนครพนม

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง

วัสดุและวิธีวิจัย : ประชากรที่ศึกษาเป็น หัวหน้าครอบครัวที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 2,468 คน คำนวณขนาดตัวอย่างได้จำนวน 333 คน และดำเนินการสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญให้ได้จำนวนครบตามขนาดตัวอย่าง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบความแตกต่างของปัจจัยส่วนบุคคล กับประสิทธิภาพการจัดการขยะมูลฝอย โดยใช้สถิติการทดสอบค่าที และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way ANOVA)

ผลการวิจัย : ระดับประสิทธิภาพการจัดการขยะมูลฝอย พบว่า 1) ด้านการทิ้งขยะ อยู่ในระดับสูง 2) ด้านการลด และการคัดแยก ณ แหล่งกำเนิด อยู่ในระดับปานกลาง 3) ด้านการเก็บรวบรวม อยู่ในระดับปานกลาง และ 4) ด้านการกำจัดหรือทำลาย อยู่ในระดับปานกลาง และ ระดับการจัดการขยะมูลฝอยภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง และผลเปรียบเทียบความแตกต่างของปัจจัยส่วนบุคคล กับประสิทธิภาพการจัดการขยะมูลฝอยพบว่า อาชีพที่แตกต่างกัน มีประสิทธิภาพการจัดการขยะมูลฝอยแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและข้อเสนอแนะ : ควรมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมการจัดการขยะมูลฝอยกับประชาชนแต่ละกลุ่มอาชีพที่เหมาะสม และควรศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อค้นพบเกี่ยวกับปัจจัยการในการจัดการขยะมูลฝอยอื่นๆ เพิ่มเติม

คำสำคัญ : ประสิทธิภาพ; ขยะมูลฝอย; การจัดการ

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกลาง

Abstract

Purposes : Study the level of the management of solid waste and to compare the individual factors of the efficiency of solid waste management of the People in Banklang Sub-district, Muang Nakhon Phanom District, Nakhon Phanom Province.

Study design : Cross-sectional analytical research.

Materials and Methods : The population were 2,468 participants head of family aged 20 years and over, and the sample size were 333 participants from accidental Sampling. Data was collected using a questionnaire. Descriptive statistics were analyzed and comparison of mean score differences of individual factors of the efficiency of solid waste management by t – test and One-way ANOVA.

Main findings : The study results revealed that 1) Waste disposal at a high level. 2) Waste separation at a moderate level. 3) collection at a moderate level. 4) Removal or destruction at a moderate level. 5) Solid waste level management as a whole was at moderate level. The comparison the individual factors of the efficiency of solid waste management show that the differences in occupation found statistically significant difference at .05 level.

Conclusion and recommendations : Appropriate activities should be implemented to encourage solid waste management among individuals in every occupational category and should analyze qualitative data for more findings on solid waste management factors.

Keyword : Efficiency; Solid Waste; Management

*Public Health Technical Officer, Professional Leve, Banklang Sub-District Health Promoting Hospital

บทนำ

ปัจจุบัน ปัญหาขยะในประเทศไทยนับวันยิ่งทวีความรุนแรงขึ้น อันเกิดจากพฤติกรรมการอุปโภคและ บริโภคของประชาชนที่เปลี่ยนไป ทำให้เกิดบรรจุภัณฑ์ย่อยสลายยากเพิ่มปริมาณมากขึ้น เช่น พลาสติก โฟม แก้ว โลหะ อลูมิเนียม เป็นต้น ปริมาณขยะมูลฝอยชุมชนจึงเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลให้เกิดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม และสุขภาพอนามัยของประชาชน จากรายงานตัวชี้วัดปริมาณขยะมูลฝอย[1] พบว่า ประเทศไทยมีปริมาณขยะมูลฝอยเกิดขึ้นทั่วประเทศใน พ.ศ. 2564 จำนวน 24.98 ล้านตัน มีอัตราการเกิดขยะมูลฝอย 1.03 กิโลกรัม/คน/วัน และคิดเป็นขยะพลาสติกหลังการใช้งานประมาณ 2.76 ล้านตัน หรือประมาณร้อยละ 11 ของปริมาณขยะทั้งหมด ในส่วนของการจัดการขยะมูลฝอยพบว่า มีปริมาณขยะมูลฝอยที่ถูกนำไปกำจัดอย่างถูกต้องเพียง 9.28 ล้านตัน หรือคิดเป็นร้อยละ 37 ของปริมาณขยะมูลฝอยทั้งหมด และในส่วนขยะมูลฝอยที่ถูกนำกลับมาใช้ประโยชน์ใหม่ มีเพียง 7.89 ล้านตัน คิดเป็นร้อยละ 32 ของปริมาณขยะมูลฝอยทั้งหมดเท่านั้น

จังหวัดนครพนม เป็นจุดผ่านแดนไปยังสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวที่สำคัญอีกจุดหนึ่ง อีกทั้งยังมีความเจริญในหลายๆ ด้าน มีการคมนาคมสะดวก และมีสนามบิน ซึ่งช่วยส่งเสริมศักยภาพทางการท่องเที่ยวของจังหวัดได้เป็นอย่างดี จึงถือว่านครพนมเป็นเมืองท่องเที่ยวที่สำคัญอีกแห่งหนึ่งของประเทศไทย ส่งผลให้มีนักท่องเที่ยวเข้ามาเป็นจำนวนมาก มีปริมาณการอุปโภคและบริโภคที่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งผลกระทบที่ตามมาคือมีปริมาณขยะที่เพิ่มมากขึ้นด้วยเช่นกัน จากข้อมูลการจัดการขยะมูลขยะฝอยชุมชน[2] พบว่าในปี พ.ศ.2564 จังหวัดนครพนมมีขยะมูลฝอยชุมชนเกิดขึ้นประมาณ 450 ตัน/วัน หรือคิดเป็น 0.16 ล้านตัน/ปี แต่ในปี พ.ศ.2565 กลับพบว่ามีขยะมูลฝอยชุมชนเพิ่มขึ้นเป็น 650 ตัน/วัน หรือ 0.24 ล้านตัน/ปี ซึ่งถือได้ว่าเป็นปัญหาที่สำคัญอย่างยิ่งที่ทุกหน่วยงาน องค์กร ต้องร่วมมือกันในการแก้ไขปัญหาอย่างจริงจังและจากข้อมูลของกรมควบคุมมลพิษ[3] ยังพบว่าจังหวัดนครพนม มีสถานที่กำจัดขยะมูลฝอยที่ดำเนินการถูกต้อง เพียง 1 แห่งเท่านั้น และสถานที่กำจัดขยะมูลฝอยที่ดำเนินการไม่ถูกต้องมากถึง 45 แห่ง ซึ่งส่วนใหญ่ใช้วิธีการเทกอง (Open Dump) และการเผากลางแจ้ง โดยไม่ได้ดำเนินการด้วยวิธีการฝังกลบ (Sanitary/Engineered Landfill/Semi Aerobic Landfill) ที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อประสิทธิภาพในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน

ตำบลบ้านกลาง ตั้งอยู่ในเขตอำเภอเมืองนครพนม จังหวัดนครพนม มีการจัดการขยะมูลฝอย โดยองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านกลาง ได้ออกข้อบัญญัติองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านกลาง เรื่อง การจัดการสิ่งปฏิกูลและมูลฝอย พ.ศ. 2558 โดยสาระสำคัญมุ่งเน้นเรื่องการจัดการปัญหาสิ่งปฏิกูล ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องการจัดเก็บ การขนย้าย รวมถึงการทำลายเป็นประเด็นหลัก แต่ในข้อบัญญัติไม่ได้ระบุถึงข้อบังคับในการจัดการขยะมูลฝอย ขยะมูลฝอยของประชาชนในครัวเรือน นอกจากนี้ตำบลบ้านกลางยังไม่มีพื้นที่ในการจัดการขยะมูลฝอยในพื้นที่ ซึ่งในปัจจุบันใช้วิธีการขนส่งไปยังพื้นที่ตำบลโพธิ์ตาก อำเภอเมืองนครพนม จังหวัดนครพนม ซึ่งมีระยะทางประมาณ 35 กิโลเมตร จากตำบลบ้านกลาง โดยมีปริมาณการขนส่งขยะไปทิ้งมากถึง 1.30 ตัน/วัน[4] ซึ่งทำให้เกิดค่าใช้จ่ายจำนวนมากในการจัดการขยะที่เกิดขึ้นในพื้นที่ นอกจากนี้ ประชาชนบางส่วนยังใช้การจัดการขยะมูลฝอยโดยวิธีการเผาและฝังกลบเองในแต่ละครัวเรือน ปัญหาที่ตามมาก็คือ ปัญหากลิ่นเหม็นของกองขยะ ปัญหาแมลงวันและสัตว์นำโรคชนิดต่างๆ ปัญหาควันจากการเผาขยะมูลฝอย ดังนั้นเพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาที่กล่าวมาข้างต้น จึงควรให้ความสำคัญกับประเด็นประสิทธิภาพการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนเป็นประเด็นหลัก ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาประสิทธิภาพการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนตำบลบ้านกลาง อำเภอเมืองนครพนม จังหวัดนครพนม โดยทำการศึกษาระดับประสิทธิภาพการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชน และเปรียบเทียบความแตกต่างของประสิทธิภาพการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชน ตามปัจจัยเพศ อายุ ระดับการศึกษา และอาชีพ เพื่อนำผลที่ได้จากการศึกษาไปพัฒนาและใช้เป็นแนวทางในการให้ประชาชนมีพฤติกรรม

ในการจัดการขยะมูลฝอยที่ดี ซึ่งเป็นแนวทางหนึ่งที่จะลดปริมาณขยะได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับประสิทธิภาพการจัดการขยะมูลฝอยด้านการทิ้งขยะ ของประชาชนตำบลบ้านกลาง อำเภอเมืองนครพนม จังหวัดนครพนม

2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของปัจจัย เพศ อายุ ระดับการศึกษา และอาชีพ ต่อประสิทธิภาพการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนตำบลบ้านกลาง อำเภอเมืองนครพนม จังหวัดนครพนม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical research) ดำเนินการเก็บข้อมูลในเดือนมิถุนายน พ.ศ.2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการศึกษา (Population) คือ หัวหน้าครัวเรือนในพื้นที่ ตำบลบ้านกลาง อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม จำนวน 2,468 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีของเครซี่และมอร์แกน[5] ยอมรับให้เกิดความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างได้ 5% ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และสัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากรเท่ากับ 0.5

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยแบ่งเป็น 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา และอาชีพ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ (Check List)

ตอนที่ 2 ประสิทธิภาพการจัดการขยะมูลฝอย จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย การทิ้งขยะ จำนวน 5 ข้อ การลดและการคัดแยก ณ แหล่งกำเนิด จำนวน 5 ข้อ การเก็บรวบรวม จำนวน 5 ข้อ และการกำจัดหรือทำลาย จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือมีการปฏิบัติมากที่สุด = 5 คะแนน มีการปฏิบัติมาก = 4 คะแนน มีการปฏิบัติปานกลาง = 3 คะแนน มีการปฏิบัติน้อย = 2 คะแนน มีการปฏิบัติน้อยที่สุด = 1 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.33) ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.67) และระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 3.68 – 5.00)

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาขอบแบบสอบถาม (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.84 จากนั้นตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ที่มีลักษณะประชากรและลักษณะทางภูมิศาสตร์ใกล้เคียงกัน ได้ค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามการทิ้งขยะเท่ากับ 0.78 การลดและการคัดแยก ณ แหล่งกำเนิด เท่ากับ 0.84 การเก็บรวบรวมเท่ากับ 0.86 และการกำจัดหรือทำลาย 0.86

การเก็บรวบรวมข้อมูล จากกลุ่มตัวอย่าง 333 คน ใช้วิธีจำแนกประชากรออกเป็น 3 กลุ่ม (3 ชุมชน) คือ 1) ชุมชนบ้านหนาด 2) ชุมชนบ้านกลาง และ 3) ชุมชนบ้านดงติ้วดงยอ จากนั้นแบ่งจำนวนตัวอย่างตามสัดส่วนจำนวนประชากร และดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental Sampling) ให้ได้จำนวนครบตามขนาดตัวอย่างที่กำหนด

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยมีการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้ 1) ใช้สถิติสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ในการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล และระดับประสิทธิภาพการจัดการขยะมูลฝอย 2) เปรียบเทียบความแตกต่างของปัจจัยส่วนบุคคล ต่อประสิทธิภาพการจัดการขยะมูลฝอย โดยใช้สถิติการทดสอบค่าที (t – test) และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way ANOVA)

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนพนม เลขที่โครงการวิจัย REC 047/67

ก่อนการวิจัย ผู้วิจัยได้มีการแจกแจงรายละเอียดการวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์ และวิธีการดำเนินการอย่างละเอียด พร้อมทั้งขอความยินยอมในการดำเนินการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่าง อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างสามารถขอยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ทุกเมื่อตามความต้องการที่สำคัญผู้วิจัยจะให้ความเคารพในสิทธิส่วนบุคคล โดยจะไม่เปิดเผยข้อมูลที่บ่งบอกตัวตนของกลุ่มตัวอย่างโดยเด็ดขาดไม่ว่าโดยตรงหรือโดยอ้อม โดยการตอบแบบสอบถามและการเก็บข้อมูลระดับบุคคลจะเก็บไว้เป็นความลับ จะรายงานเป็นภาพรวมและใช้ในการวิจัยเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=333 คน) พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 51.05) และเป็นเพศชาย (ร้อยละ 48.95) กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 42.01 ปี (SD. = 6.58) ระดับการศึกษาสูงสุด ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 41.74) ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 38.74) ระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 10.21) และระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 9.31) ตามลำดับ ปัจจุบันประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 53.45) อาชีพค้าขาย (ร้อยละ 26.13) อาชีพรับราชการ/ปฏิบัติงานในหน่วยงานราชการ จำนวน 35 คน (ร้อยละ 10.51) และอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 9.91)

2. ระดับประสิทธิภาพการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชน รายด้าน ผลการวิจัย พบว่า 1) ด้านการทิ้งขยะ มีค่าเฉลี่ย 3.84 (SD.=0.53) อยู่ในระดับสูง 2) ด้านการลดและการคัดแยก ณ แหล่งกำเนิดมีค่าเฉลี่ย 3.51 (SD.=0.50) อยู่ในระดับปานกลาง 3) ด้านการเก็บรวบรวม มีค่าเฉลี่ย 3.29 (SD.=0.66) อยู่ในระดับปานกลาง 4) การกำจัด หรือทำลาย มีค่าเฉลี่ย 3.52 (SD.=0.54) อยู่ในระดับปานกลาง และระดับประสิทธิภาพการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชน ภาพรวม ผลการวิจัย พบว่า มีค่าเฉลี่ย 3.54 (SD.=0.41) อยู่ในระดับปานกลาง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับประสิทธิภาพการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนรายด้านและภาพรวม

การจัดการขยะมูลฝอย	Mean(SD.)	ระดับ
1. การทิ้งขยะ	3.84(0.53)	สูง
2. การลดและการคัดแยก ณ แหล่งกำเนิด	3.51(0.50)	ปานกลาง
3. การเก็บรวบรวม	3.29(0.66)	ปานกลาง
4. การกำจัดหรือทำลาย	3.52(0.54)	ปานกลาง
ภาพรวมประสิทธิภาพการจัดการขยะมูลฝอย	3.54(0.41)	ปานกลาง

3. การเปรียบเทียบความแตกต่างของประสิทธิภาพการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนภาพรวม จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ พบว่าประชาชนที่มีเพศต่างกัน มีประสิทธิภาพการจัดการขยะมูลฝอยไม่แตกต่างกัน (p= .191) ประชาชนที่มีอายุต่างกัน มีประสิทธิภาพการจัดการขยะมูลฝอยไม่แตกต่างกัน (p= .669) ประชาชนที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีประสิทธิภาพการจัดการขยะมูลฝอยไม่แตกต่างกัน (p= .132) และประชาชนที่มีอาชีพต่างกัน มีประสิทธิภาพการจัดการขยะมูลฝอยแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของประสิทธิภาพการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนภาพรวม จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ

ปัจจัยส่วนบุคคล	Mean(SD.)	t	F	p
1. เพศ				
ชาย	70.28(9.24)	1.311	-	.191
หญิง	71.45(6.92)			
2. อายุ				
30 - 39 ปี	71.23(7.53)	-	0.402	.669
40 - 49 ปี	70.42(8.78)			
50 - 59 ปี	71.23(7.92)			
3. ระดับการศึกษาสูงสุด				
ประถมศึกษา	72.06(5.03)	-	1.883	.132
มัธยมศึกษาตอนต้น	71.76(5.34)			
มัธยมศึกษาตอนปลาย	69.58(10.82)			
ปริญญาตรี	71.18(7.74)			
4. อาชีพ				
รับราชการ/ปฏิบัติงานในหน่วยงานราชการ	74.35(11.17)	-	3.096	.027*
ค้าขาย	71.14(6.84)			
เกษตรกรรม	70.00(8.12)			
รับจ้าง	72.72(6.83)			

* หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

4. จากการเปรียบเทียบความแตกต่างของประสิทธิภาพการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนภาพรวม พบว่า ประชาชนที่มีอาชีพต่างกัน มีประสิทธิภาพการจัดการขยะมูลฝอยแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นจึงเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของตัวแปรอาชีพ พบว่า อาชีพรับราชการ/ปฏิบัติงานในหน่วยงานราชการ และอาชีพเกษตรกรรม มีความแตกต่างกันของประสิทธิภาพการจัดการขยะมูลฝอย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนอาชีพอื่นๆ ไม่มีความแตกต่างกัน ดังแสดงผลในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประสิทธิภาพการจัดการขยะมูลฝอยภาพรวมรายคู่ของตัวแปรอาชีพ

อาชีพ	Mean(SD.)	(1)	(2)	(3)	(4)
(1) รับราชการ/ปฏิบัติงานในหน่วยงานราชการ	74.35(11.17)	-	.580	.006	.470
(2) ค้าขาย	71.14(6.84)		-	.276	.410
(3) เกษตรกรรม	70.00(8.12)			-	.134
(4) รับจ้าง	72.72(6.83)				-

* หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

วิจารณ์

ประสิทธิภาพการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนตำบลบ้านกลาง อำเภอเมืองนครพนม จังหวัดนครพนม โดยภาพรวมพบว่า อยู่ในระดับระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการทิ้งขยะ อยู่ในระดับสูง ด้านการลดและการคัดแยก ณ แหล่งกำเนิด อยู่ในระดับปานกลาง ด้านการเก็บรวบรวม อยู่ในระดับปานกลาง ด้านการกำจัดหรือทำลาย อยู่ในระดับปานกลาง และระดับประสิทธิภาพการจัดการขยะมูลฝอยภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับผลการศึกษาของประเวทย์ ยาแปง, สามารถ ใจเตี้ย และพีสิวลี รัตนปัญญา[6] ที่ศึกษาการปฏิบัติของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน เทศบาลตำบลทุ่งหัวช้าง อำเภอทุ่งหัวช้าง จังหวัดลำพูน ที่พบว่าการปฏิบัติในการจัดการขยะของประชาชนเขตเทศบาลตำบลทุ่งหัวช้าง มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับการศึกษาของพัฒนชัย ศิริแข็ง และจตุพร พ่ออามาตย์[7] ที่ศึกษาความรู้ พฤติกรรม และการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนบ้านพิมานหมู่ที่ 3 ตำบลพิมาน อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม ที่พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ (ร้อยละ 43.09) มีพฤติกรรมการกำจัดขยะมูลฝอยในครัวเรือนอยู่ในระดับปานกลาง เช่นกัน

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของประสิทธิภาพการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนตำบลบ้านกลาง อำเภอเมืองนครพนม จังหวัดนครพนม พบว่า เพศ อายุ และระดับการศึกษา มีประสิทธิภาพการจัดการขยะมูลฝอยไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับภารศึกษาของศดานนท์ วัตตธรรม และคณะ[8] ที่ศึกษาการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนในเขตเทศบาลเมืองเขารูปช้าง อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา ผลการศึกษาระบุว่า ประชาชนที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษา ต่างกัน มีระดับการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนไม่แตกต่างกัน ผลการศึกษาแตกต่างจากการศึกษาของนิภาภรณ์ จงวุฒิเวศย์ และชุลีวรรณ ปราณีธรรม[9] ที่ศึกษาพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน ตำบลหนองปลิง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม โดยการเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชน จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา และอาชีพ พบว่า ปัจจัยด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา และอาชีพที่แตกต่างกัน มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชนที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของประสิทธิภาพการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนตำบลบ้านกลาง อำเภอเมืองนครพนม จังหวัดนครพนม ยังพบว่า ประชาชนที่อาชีพที่แตกต่างกัน มีประสิทธิภาพการจัดการขยะมูลฝอย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของของศดานนท์ วัตตธรรม และคณะ[8] ที่ศึกษาการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนในเขตเทศบาลเมืองเขารูปช้าง อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา ผลการศึกษาระบุว่า ประชาชนที่มีอาชีพต่างกัน มีระดับการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้ คือ นำผลการวิจัยในครั้งนี้ ส่งมอบให้องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านกลาง เพื่อนำไปใช้ประโยชน์เป็นข้อมูลในการกำหนดนโยบายในการบริหารจัดการ ระบบการกำจัดการจัดเก็บขยะมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชนในชุมชนต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป ควรศึกษาเกี่ยวกับปัจจัย อื่นอีกที่มีผลต่อการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชน เช่น ทัศนคติ ค่านิยมของการดำรงชีวิต พฤติกรรมการบริโภค และปัจจัยสิ่งแวดล้อมอื่นๆ เป็นต้นและศึกษาเกี่ยวกับระบบและนโยบายของการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชน เพื่อวิเคราะห์ผลและนำไปใช้ในการจัดการขยะมูลฝอยต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณท่านสาธารณสุขอำเภอเมืองนครพนม ที่ช่วยให้คำแนะนำ และอำนวยความสะดวกในการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย และเสนอแนะแนวทางการวิจัย จนการวิจัยครั้งนี้ สำเร็จลุล่วงได้เป็นอย่างดี ขอขอบคุณทุกท่านที่ร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างและกรุณาให้ข้อมูลอย่างเต็มที่ ทำให้การวิจัยเสร็จสิ้นทันภายในเวลาที่กำหนด คุณค่า และประโยชน์ที่ได้จากรายงานการวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่บิดา มารดา และอาจารย์ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิทยาการตลอดจนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน มา ณ ที่นี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานนโยบายและแผนกทรัพยากรธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อม. รายงานตัวชี้วัด “ปริมาณขยะมูลฝอย (2553-2565)” [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 29 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: http://env_data.onep. go.th/reports/subject/view/117
2. สำนักงานสถิติจังหวัดนครพนม. การจัดการขยะมูลขยะฝอยชุมชน จังหวัดนครพนม [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 30 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://nkphanom.nso.go.th/statistical-information-service/infographic-interactive/interactive-dashboard/municipal-solid-waste-management-nakhon-phanom-province.html
3. กรมมลพิษ. ระบบสารสนเทศด้านการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน [อินเตอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 30 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://thaimsw.pcd.go.th/provincedetail.php?id=48
4. กรมการปกครองส่วนถิ่น. การรวมกลุ่มพื้นที่ในการจัดการมูลฝอย (Clusters) ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดนครพนม [อินเตอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 31 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dla.go.th/ work/garbage3.pdf
5. Krejcie R V, Morgan D W. Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement. 1970;30(3):607-10.
6. ประเวทย์ ยาแปง, สามารถ ใจเตี้ย, พีสิวลี รัตนปัญญา. ความรู้ เจคคติ และการปฏิบัติของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนด้วยแนวคิดขยะเป็นศูนย์ เทศบาลตำบลทุ่งหัวช้าง อำเภอทุ่งหัวช้าง จังหวัดลำพูน. วารสารสังคมศาสตร์วิจัย. 2566;14(2):36-49.
7. พัฒนชัย ศิริแข็ง, จตุพร พ่ออามาตย์. ความรู้ พฤติกรรมและการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนบ้านพิมานหมู่ที่ 3 ตำบลพิมาน อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม. 2567;2(1):1-18.
8. ศดานนท์ วัตตธรรม, ณัฐพงศ์ เกตุจันทร์, พีระพงษ์ แก่นแก้ว, ชัยรัตน์ แก่นเพ็ชร, สุริษา เสียงเสนาะ, มณีรัตน์ พิรุณไพศาล. การจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนในเขตเทศบาลเมืองเขารูปช้าง อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา. 2566;5(2):1-32.
9. ภาภรณ์ จงวุฒิเวศย์, ชุลีวรรณ ปราณีธรรม. พฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน ตำบลหนองปลิง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏกาญจนบุรี. 2564;10(2):269-80.

วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2567)
Journal of Research and Health Innovative Development Vol.5 No.2 (May - August 2024)

การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลปทุมรัตต์

Development and Evaluation the Clinical Nursing Practice Guidelines for Preterm Birth Prevention at Phatumrat Hospital

วิไลพร อะมะมูล*

Wilaiporn Amamul

Corresponding author: E-mail; Wilaiporn.amamoon@gmail.com

(Received: June 24, 2024; Revised: June 30, 2024; Accepted: July 30, 2024)

บทนำ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลปทุมรัตต์

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยและพัฒนา (Research and development design)

วัสดุและวิธีการวิจัย : เป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 30 สัปดาห์ถึง 36 สัปดาห์ 6 วัน ที่ได้รับการวินิจฉัยจากสูติแพทย์ว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและเข้ารับการรักษาเพื่อยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ห้องคลอด ระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนพฤศจิกายน 2566 จำนวน 30 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด 5 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และแบบบันทึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย : แนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องประกอบด้วย 3 กระบวนการสำคัญ ได้แก่ (1) การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ (2) การค้นหาปัจจัยเสี่ยงรายบุคคล และ (3) การตรวจคัดกรองความเสี่ยงและการดูแลรักษาต่อเนื่อง หลังจากนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ พบว่า ความพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยรวม เพิ่มขึ้น 22.4% การกลับมารับการรักษาซ้ำ 30.0% และอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนด 3.3%

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้สามารถป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนและส่งเสริมให้นำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลนี้ไปใช้

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติทางการพยาบาล; สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอด

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลปทุมรัตต์

Abstract

Purposes : To develop and evaluate continuous nursing practice guidelines for preterm birth prevention at phatumrat hospital.

Study design : Research and development design.

Materials and Methods : Pregnant women with a gestational age of 30 weeks to 36 weeks and 6 days who were diagnosed by an obstetrician with preterm labor and admitted for preterm labor inhibition in the delivery room between January and November 2023, totaling 30 individuals, and 5 professional nurses working in the delivery room. Data were collected using questionnaires and record forms. The data were analyzed using frequency, percentage, mean and standard deviation.

Main findings : The continuous nursing practice guidelines for prevention of preterm labor comprise three key processes were: (1) Promoting health literacy, (2) Identifying individual risk factors and (3) Screening for risks and providing continuous care. After implementing the nursing practice guidelines, it was found that overall behavior in preventing preterm labor increased by 22.4%, readmission rates decreased by 30.0% and the incidence of preterm labor decreased by 3.3%.

Conclusion and recommendations : The results of this study demonstrate that preterm labor can be effectively prevented. Therefore, relevant organizations should support and promote the implementation of these nursing practice guidelines.

Keywords : Clinical Nursing Practice Guidelines; Pregnant Women with Preterm Labour

* Registered Nurse Professional Level, Phatumrat Hospital.

บทนำ

ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Preterm labor) เป็นการเจ็บครรภ์คลอดตั้งแต่อายุครรภ์ 20 สัปดาห์ ถึง 36 สัปดาห์ 6 วัน และเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ที่พบได้บ่อย เป็นปัญหาที่มีความซับซ้อนรุนแรง[1] การคลอดก่อนกำหนดเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของการดูแลมารดาและทารก ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลทางการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราหารกคลอดก่อนกำหนดเท่ากับร้อยละ 11.6[2] ทารกที่คลอดก่อนกำหนดเพิ่มความเสี่ยงของการเสียชีวิตและการทุพพลภาพในระยะยาว ความเสี่ยงเหล่านี้สูงขึ้นสัมพันธ์ผกผันกับอายุครรภ์ที่คลอด การดูแลรักษาทารกคลอดก่อนกำหนดมีค่าใช้จ่ายที่สูง ใช้ทรัพยากรจำนวนมาก ต้องมีกุมารแพทย์ทารกแรกเกิดที่เชี่ยวชาญและส่วนใหญ่ทำในสถานพยาบาลระดับตติยภูมิขึ้นไป ในทำนองเดียวกันจากระบบคลังข้อมูลทางการแพทย์ของกระทรวงสาธาธารณสุข พบว่าจากปีงบประมาณ พ.ศ.2560 ถึง 2565 อัตราตายทารกแรกเกิดภายใน 28 วัน (Neonatal Mortalty Rate) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 4.40 เพิ่มเป็น 4.80 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน สาเหตุหลักร้อยละ 40.00 มาจากการคลอดก่อนกำหนด ดังนั้น หากจะลดอัตราตายทารกแรกเกิดให้เห็นผล จึงต้องลดการคลอดก่อนกำหนด ได้มีความพยายายามดำเนินการเพื่อลดทารกคลอดก่อนกำหนดมาเป็นเวลายาวนาน[3] แต่ยังไม่มีแนวโน้มลดลง การคลอดก่อนกำหนดมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายด้าน การแก้ปัญหาด้านสาธาธารณสุขเพียงอย่างเดียวอาจไม่ครอบคลุมปัจจัยสาเหตุได้ทั้งหมด จึงต้องดำเนินการในมิติอื่นๆ ด้วย ทั้งด้านเฉพาะตัวบุคคล สังคม สิ่งแวดล้อมเศรษฐกิจ และควรมีกลไกการกำหนดนโยบายและการบูรณาการความร่วมมือจากภาครัฐ เอกชนและภาคประชาสังคม[4]

เช่นเดียวกับสถานการณ์ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลปทุมรัตต์ตั้งแต่ พ.ศ.2560-2565 พบว่า มีจำนวน 45, 47, 35, 31, 22 และ 25 ราย ในกลุ่มนี้พบว่า คลอด จำนวน 5, 2, 6, 3, 1 และ 2 ราย ไม่คลอด จนวน 37, 40, 29, 23, 16, และ 13 ราย ตามลำดับ และส่งต่อโรงพยาบาล จำนวน 3, 5, 3, 5, 10 ราย ตามลำดับ[5] เมื่อทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุแล้ว พบว่าส่วนใหญ่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงหลายอย่าง เช่น อายุของมารดา (ต่ำกว่า 17 ปี หรือมากกว่า 35 ปี) มารดามีประวัติการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ หรือการใช้ยาเสพติด การขาดการดูแลก่อนคลอดที่เหมาะสม น้ำหนักของมารดาที่น้อยหรือมากเกินไปก่อนตั้งครรภ์ หรือการไม่เพิ่มน้ำหนักอย่างเหมาะสมระหว่างตั้งครรภ์ การทำงานที่ต้องยืนเป็นเวลานานหรือมีชั่วโมงการทำงานที่ยาวนาน และความเครียดสูงหรือภาวะวิตกกังวล[6] นอกจากนั้นยังพบว่ามีปัญหาจากการให้บริการในส่วนต่าง ๆ ตั้งแต่การฝากครรภ์จนกระทั่งคลอดบุตรอย่างเป็นระบบ ให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนดในคลินิกฝากครรภ์ การคัดกรองความเสียงและให้การป้องกันตั้งแต่ฝากครรภ์ และให้การดูแลเมื่อมีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเกิดขึ้น

อย่างไรก็ตามภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ไม่สามารถยับยั้งได้จะส่งผลให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดตามมา จากการศึกษาพบว่า ทารกที่คลอดก่อนกำหนดมีอัตราการตายปริกำเนิดสูงกว่าทารกที่คลอดครบกำหนดถึง 8 เท่า[7] มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงในระยะแรกเกิด เช่น กลุ่มอาการหายใจลำบาก ภาวะเลือดออกในกะโหลกศีรษะ การติดเชื้อ ภาวะหายใจล้มเหลวฉับพลัน การเจ็บป่วยในระยะยาว และนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพ ซึ่งได้แก่ ปัญญาอ่อน สมองพิการ สูญเสียการได้ยินและการมองเห็น[8] รวมถึงส่งผลต่อเนื่องยังพัฒนาการของสติปัญญาในเด็กวัยเรียน[9] อีกทั้งการดูแลรักษาทารกคลอดก่อนกำหนดต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูง สถิติค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาทารกคลอดก่อนกำหนดในประเทศไทย เช่น ค่าห้องใน NICU ค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลทารกในหอผู้ป่วยวิกฤต (NICU) อยู่ที่ประมาณ 2,500 บาทต่อวัน โดยมีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับบริการพยาบาลที่ 2,800 บาท และค่าบริการโรงพยาบาลที่ 2,000 บาท ค่าใช้จ่ายรวมสำหรับทารกคลอดก่อนกำหนดที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด ค่าใช้จ่ายทั้งหมดอาจสูงถึง 20,000 - 50,000 บาทต่อวัน ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนและระยะเวลาที่ต้องรักษาใน NICU แต่ในค่าใช้จ่ายโดยรวมในการดูแลรักษาทารกคลอด

ก่อนกำหนดในโรงพยาบาลเอกชนโดยเฉลี่ยจะอยู่ที่ประมาณ 300,000-500,000 บาท ขึ้นอยู่กับความซับซ้อนของกรณีและระยะเวลาที่ต้องรักษา ทั้งนี้การดูแลรักษาทารกคลอดก่อนกำหนดมีค่าใช้จ่ายที่สูงและแตกต่างกันไปตามประเภทของโรงพยาบาลและความต้องการทางการแพทย์ที่เฉพาะเจาะจงของแต่ละกรณี ซึ่งก่อให้เกิดภาระต่อครอบครัว รวมถึงเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายในระบบสาธารณสุขของประเทศอีกด้วย[10-11]

การป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดแบ่งได้ 3 ระดับ คือ ระดับปฐมภูมิ มีจุดประสงค์เพื่อป้องกัน และลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์ทุกรายทั้งก่อนและระหว่างตั้งครรภ์ ส่วนระดับทุติยภูมิคือ จะมุ่งเน้นที่ลดความเสี่ยงในสตรีที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และระดับตติยภูมิคือ การป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์ที่เกิดการคลอดก่อนกำหนด ในระยะนี้พยาบาลควรให้การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งเป็นระยะการพยาบาลที่สำคัญที่จะทำให้สามารถยืดระยะเวลาของการตั้งครรภ์ให้ครบกำหนดได้และลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นกับทารกแรกเกิดได้[12] ทั้งนี้การป้องกันการเจ็บครรภ์และการคลอดก่อนกำหนดด้วยวิธีการต่างๆ อย่างแพร่หลาย แต่ยังมีความไม่สอดคล้องกันในรายงานการศึกษาและยังไม่พบวิธีใดที่เห็นผลได้ชัดเจนจากการจัดกระทำเพียงวิธีเดียว ซึ่งหลักการที่สำคัญที่สุดของการดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด คือ การค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงและมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดให้ได้โดยเร็ว เพื่อให้ผู้ที่มีกระบวนการเจ็บครรภ์คลอดเกิดขึ้นได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีด้วยวิธีการที่เหมาะสม เช่น การให้ยายับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดเพื่อยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์ หรือช่วยยืดเวลาให้ยาสเตียรอยด์ออกฤทธิ์กระตุ้นการทำงานของปอดทารกอย่างเต็มที่เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นแก่ทารกในกรณีที่ไม่สามารถยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้[13]

แนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง เป็นการบูรณาการโมเดลการศึกษาของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Soukup, 2000)[14] และแนวคิดการประเมินผลลัพธ์[15] ซึ่งแนวคิดศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (The center for advanced nursing practice evidence-based practice model) เริ่มจากการค้นหาปัญหาทางคลินิกที่เป็นปัจจัยกระตุ้นจากการปฏิบัติงานและจากแหล่งความรู้ หลังจากนั้นทำการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องด้วยวิธีการและแหล่งสืบค้นที่หลากหลาย ประเมินคุณภาพระดับความน่าเชื่อถือ และความเป็นไปได้จากการทบทวนหลักฐานงานวิจัยเชิงทดลองและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมดอย่างเป็นระบบโดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน 4 ขั้นตอน คือ 1) Evidence-trigger phase, 2) Evidence-supported phase, 3) Evidence-observed phase และ 4) Evidence-based phase

จากทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญเกี่ยวกับการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ประกอบกับการดูแลที่ผ่านมายังไม่ครอบคลุมมิติการดูแลต่อเนื่องในหน่วยงานห้องคลอดโรงพยาบาลปทุมรัตต์ จึงได้พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลปทุมรัตต์ ซึ่งคาดว่าผลการศึกษาจะสามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์กลุ่มดังกล่าว ให้ได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบ สามารถส่งต่อแก่สูติแพทย์ เพื่อได้รับการดูแลรักษาอย่างทันท่วงที ช่วยลดอัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการคลอดก่อนกำหนด และลดผลกระทบรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นจากภาวะคลอดก่อนกำหนดต่อไปจะทำให้สตรีตั้งครรภ์และทารกมีความปลอดภัย ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี คือ ช่วยลดอัตราคลอดก่อนกำหนดและอัตราการกลับมารักษาซ้ำ ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลปทุมรัตต์

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนา และประเมินผลแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลปทุมรัตต์ โดยมีกระบวนการวิจัย 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลปทุมรัตต์ ผู้วิจัยใช้รูปแบบการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของซูคัพ (Soukup, 2000)[14] มาพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติ และระยะที่ 2 การประเมินผลแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลปทุมรัตต์ โดยผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นไปใช้กับสตรีตั้งครรภ์มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เข้ามารับการรักษาที่ห้องคลอด จำนวน 30 คน ทำการประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตนก่อนและหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอก่อนกำหนด การกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล และอายุครรภ์ที่คลอด โดยแต่ละขั้นตอนมีรายละเอียดดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็นแต่ละขั้นตอนดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลปทุมรัตต์

ประชากร เป็นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเอกสารอื่นๆ ที่ตีพิมพ์ในฐานข้อมูลต่างๆ เช่น PubMed, Cochrane Library, Scopus, Web of Science, Google Scholar, ProQues, ScienceDirect, Medline และเผยแพร่เกี่ยวกับการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อน ตั้งแต่ พ.ศ. 2549-2565 หรือ ค.ศ. 2006-2022 ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ

กลุ่มตัวอย่าง เป็นงานวิจัยที่คิดเลือกจาก 15 เรื่อง ได้จำนวน 8 เรื่อง ซึ่งต้องเรื่องที่เกี่ยวกับการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ตั้งแต่ พ.ศ. 2549-2565 หรือ ค.ศ. 2006-2022

ระยะที่ 2 การประเมินผลแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง

ประชากร ประชากรศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ จำแนกเป็น 2 กลุ่ม คือ (1) เป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 30 สัปดาห์ถึง 36 สัปดาห์ 6 วัน ที่ได้รับการวินิจฉัยจากสูติแพทย์ว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และเข้ารับการรักษาเพื่อยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ห้องคลอดระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนพฤศจิกายน 2566 จำนวน 30 คน และ (2) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด โรงพยาบาลปทุมรัตต์ จำนวน 5 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มีกาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด คำนวณจากสูตรของ Polit & Hungler[16] กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 91 (Confidence interval; 95%CI) Power of the test เท่ากับ 0.80 ได้ Samlie size เท่ากับ 30 คน ผู้วิจัยได้กำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) สตรีตั้งครรภ์แรกที่มีอายุครรภ์ 30 สัปดาห์ ถึง 36 สัปดาห์ 6 วัน ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยตรวจพบอาการใดอาการหนึ่ง เช่น การหดตัวของมดลูกและเจ็บครรภ์อย่างสม่ำเสมอทุกๆ 10 นาที หรือน้อยกว่า การหดรัดตัวนานอย่างน้อย 30 วินาที หดรัดตัวอย่างสม่ำเสมอ หรือมีอาการผิดปกติปากมดลูก (Cervical effacement) ร้อยละ 80 หรือมากกว่า หรือมีการเปิดของปากมดลูกมากกว่า 1 เซนติเมตร หรือมีการเคลื่อนต่ำของส่วนของทารก และ 2) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยฯ และเกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) กรณีสตรีตั้งครรภ์ที่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะเข้าร่วมวิจัยจะถูกคัดออกและให้การพยาบาลตามเกณฑ์ปกติ และ 2) เกิดภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม เช่น ครรภ์เป็นพิษ รกเกาะต่ำ ตั้งครรภ์ แฝด เป็นต้น และ 3) ทารกในครรภ์ไม่มีภาวะผิดปกติอื่นๆ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่ที่มีการะเจ็บครรรคลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องของชลทิชา รักษาธรรม[12] ที่ได้ศึกษาแนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์

ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 ลักษณะทางประชากรของหญิงมีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซึ่งเป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินและลงบันทึก ประกอบด้วยตัวแปรวันเดือนปีที่เข้ารับการรักษา ชื่อ-สกุล เบอร์โทรศัพท์ ที่อยู่ น้ำหนักตัวก่อนและหลังตั้งครรภ์ ส่วนสูง ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือนและข้อมูลบุคคลที่พักอาศัยด้วย จำนวน 9 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบบันทึกข้อมูลและเลือกตอบ

ตอนที่ 2 ประวัติและตรวจร่างกายของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ซึ่งเป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินและลงบันทึกประกอบด้วยตัวแปรประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการตั้งครรภ์ การตั้งครรภ์ครั้งนี้ ผลการตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษ และการรักษาที่ได้รับ จำนวน 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบบันทึกข้อมูลและเลือกตอบ

ตอนที่ 3 แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ซึ่งเป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินและลงบันทึก ประกอบด้วยปัจจัยเสี่ยง 5 ด้าน จำนวน 28 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน คือ หากตอบว่าใช่ ให้ 1 คะแนน และหากตอบว่าไม่ใช่ หรือไม่ตอบให้ 0 คะแนน โดยมีการแปลผลความเสี่ยงดังนี้ ถ้าพบปัจจัยเสี่ยงน้อยกว่า 2 ด้าน หรือเท่ากับ 2 ด้าน แสดงว่าสตรีตั้งครรภ์นั้นมีปัจจัยเสี่ยงต่ำ และถ้าพบปัจจัยเสี่ยงมากกว่า 2 ด้าน แสดงว่าสตรีตั้งครรภ์มีปัจจัยเสี่ยงสูง

ตอนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 3 ระดับ จากคะแนน 1-3 ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัติบางครั้ง และปฏิบัติทุกครั้ง และการแปลผล สตรีตั้งครรภ์ที่มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 23 คะแนน หมายถึง สตรีตั้งครรภ์ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์ลอดก่อนกำหนกำหนดต่ำ และถ้าคะแนนน้อยกว่า 23 แสดงว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คอดก่อนกำหนดสูง

2. แบบประเมินการวางแผนจำหน่าย และติดตามเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 แบบสรุปปัญหาและการพยาบาลที่ได้รับประกอบด้วย วันที่จำหน่ายและลงประเภทว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดต่ำ หรือกลุ่มเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดสูง โดยมีเกณฑ์สรุปดังนี้ 1) กลุ่มเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดต่ำคือ สตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่ำ และมีพฤติกรรมเสี่ยงต่ำ 2) กลุ่มเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดสูง คือ สตรีตั้งครภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่ำและมีพฤติกรรมเสี่ยงสูง หรือสตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงสูงและมีพฤติกรรมเสี่ยงต่ำ หรือสตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงสูงและมีพฤติกรรมเสี่ยงสูง จากนั้นสรุปปัญหาของสตรีตั้งครรภ์คลอดก่อนกำหนด รวมถึงการพยาบาลที่ต้องให้คำแนะนำเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ตอนที่ 2 แบบประเมินการติดตามเยี่ยมและดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ประกอบด้วย การประเมินปัญหาของสตรีตั้งครรภ์ที่ผู้วิจัยได้ติดตามเยี่ยมในแต่ละครั้ง ลงบันทึกข้อมูลของปัญหาและให้การพยาบาลเพื่อช่วยแก้ไขปัญหาให้กับสตรีตั้งครรภ์ โดยการติดตามเยี่ยมจะเป็นไปตามแนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่พัฒนาขึ้นแยกตามความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดต่ำและเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น มีแบบสอบถาม 2 ส่วน คือ 1) แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2) แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องไปตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของภาษาและความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ด้านสูตินรีเวชกรรม การพยาบาลทางสูติกรรม และผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ผู้วิจัยได้เลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.67 - 1.00 มาใช้เป็นข้อคำถามโดยแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ค่า IOC ตั้งแต่ และแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ค่า IOC เท่ากับ 0.87 และแก้ไข

ปรับปรุงข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นได้แบบสอบถามนำไปทดสอบ (Try out) เพื่อหาความเชื่อมั่น (Reliabity) กับสตรีตั้งครรภ์ที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 10 คน หลังจากนั้นได้นำข้อมูลไปวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องที่บ้านเท่ากับ 0.89

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 พัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องผู้วิจัยใช้รูปแบบการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของซูคัพ (Soukup)[14] มาพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สิ่งกระตุ้นจากการปฏิบัติงาน (Evidence - trigger phase)

ขั้นตอนที่ 2 การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence - supported phase)

ขั้นตอนที่ 3 การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงปรงประจักษ์นำเสนอลงสู่การปฏิบัติเพื่อทดลองใช้ด้วยวิธีการที่เหมาะสมและประเมินได้ (Evidence obsenved phase)

ขั้นตอนที่ 4 การวิเคราะห์ผลของการนำไปใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในด้านกระบวนการใช้และผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อนำไปปรับปรุงแก้ไขให้เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศ (Evidance - based phase) การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้วิจัยนำผลการวิจัยจากตารางทั้งหมดมาสังเคราะห์ สกัดข้อมูลส่วนที่จะนำไปใช้เพื่อสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดหลังจากนั้นนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของภาษาและความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความสมบูรณ์แล้ว ผู้วิจัยกลับมาทำการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

ระยะที่ 2 ศึกษาผลของการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องไปใช้ โดยผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นไปใช้กับสตรีตั้งครรภ์มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนที่ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า และมารับการรักษาที่ห้องคลอด จำนวน 30 คน ดังนี้

1) เก็บข้อมูลที่ห้องคลอด โรงพยาบาลปทุมรัตต์ ให้บริการสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดและมีบุคลากรปฏิบัติให้บริการดูแลสตรีตั้งครรภ์ตั้งแต่อายุครรภ์ 26 สัปดาห์เป็นต้นไป โดยมีแพทย์ จำนวน 1 คน และพยาบาลประจำห้องคลอด จำนวน 5 คน

2) การดำเนินการวิจัย โดย (1) ประชุมชี้แจงพยาบาลวิชาชีพที่ร่วมดำเนินการเพื่ออธิบายรายละเอียดของแนวปฏิบัติทางการพยาบาล (2) เมื่อมีสตรีตั้งครรภ์เจ็บครรคลอดก่อนกำหนดเข้ามารักษาให้สตรีตั้งครรภ์ทำแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด แบ่งระดับความเสี่ยง เป็น 2 ระดับ (3) การแยกกลุ่มเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดต่ำและกลุ่มเสี่ยงคลออดก่อนกำหนดสูงตามเกณฑ์ของแนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง โดยกลุ่มเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดต่ำจะให้การพยาบาล ดังนี้ 1) ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำตามความพร่องของสตรีตั้งครรภ์ที่ทำแบบสอบถาม (2) แนะนำการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้านตามสมุดคู่มือสำหรับดูแลคุณแม่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (3) ให้ความรู้และฝึกทักษะเกี่ยวกับการนับการดิ้นของทารกในครรภ์ และ (4) ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์หลังจำหน่ายครบ 24 ชั่วโมง และ 48 ชั่วโมง ตามแบบฟอร์มติดตามเยี่ยมและดูแลต่อเนื่องที่บ้านเพื่อสอบถามปัญหาและให้คำแนะนำ วิธีการแก้ไขปัญหาจากนั้นติดตามเยี่ยมที่แผนกฝากครรภ์ 1 ครั้งหลังจำหน่าย 1 สัปดาห์ และทำแบบสอบถามเพื่อประเมินพฤติกรมซ้ำ ส่วนกลุ่มเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดสูง จะให้การพยาบาลเหมือนกับเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดต่ำ โดยมีการเพิ่มเติม คือ (1) ให้สตรีตั้งครรภ์ติดต่อทางโทรศัพท์ โดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ได้ตลอดเวลาเพื่อเป็นแหล่งข้อมูลด้านความรู้เกี่ยวกับ

การดูแลตนเอง การสังเกตการณ์เจ็บครรภ์ การหดรัดตัวของมดลูกจนกว่าจะคลอด หรือโทรศัพท์สอบถามอาการโดยตรง (2) ฝึกทักษะการใช้แบบบันทึกการการหดรัดตัวและแบบลงบันทึกการนับลูกดิ้นกลับไปบันทึกที่บ้าน 3) ติดตามการบันทึกการหดรัดตัวของมดลูกและแบบบันทึกการดิ้นของทารกจากแอปพลิเคชันไลน์ และที่แผนกฝากครรภ์ในครั้งที่ 1 และ 4) ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จนกว่าจะคลอด

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. ลักษณะทางประชากร ปัจจัยเสี่ยง อัตราการกลับมาเป็นซ้ำ วิเคราะห์โดยใช้ความถี่ และค่าร้อยละ

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการป้องกันการเกิดการเจ็บคลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องและอายุครรภ์ที่คลอดระหว่างกลุ่มควบคุม โดยใช้ Percentage differrence

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรอ้ยเอ็ด เอกสารรับรองเลขที่ COE 1542565 และผู้วิจัยทำการพิทักษ์กลุ่มตัวอย่างทุกรายโดยจัดทำเอกสารพิทักษ์สิทธิให้กลุ่มตัวอย่างอ่านก่อนเข้าร่วมทำวิจัย

ผลการวิจัย

1. แนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลปทุมรัตต์ ประกอบด้วย 3 กระบวนการสำคัญ ได้แก่ (1) **การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ** เพื่อดูแลตนเอง เมื่อหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งแรก หน่วยบริการฝากครรภ์ควรมีการให้ความรู้ความเข้าใจแก่หญิงตั้งครรภ์ในการดูแลสุขภาพตนเอง และให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยเน้นให้ทราบถึงปัจจัยเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนด และให้สังเกตสัญญาณเตือนและอาการแสดงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่อาจเกิดขึ้นได้ รวมทั้งให้คำแนะนำและช่องทางการติดต่อกับโรงพยาบาลกรณีมีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเกิดขึ้น (2) **การค้นหาปัจจัยเสี่ยงรายบุคคล** เมื่อหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งแรก ทำการซักประวัติ โดยมุ่งเน้นการค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด กรณีที่ตรวจพบปัจจัยเสียงรายบุคคลที่สามารถจัดการแก้ไขได้ เช่น การติดเชื้อภาวะโภชนาการ ปัญหาสุขภาพจิต การสูบบุหรี่ การใช้สารเสพติด การทำงานหนัก เป็นต้น และ (3) **การตรวจคัดกรองความเสี่ยงและการดูแลรักษาต่อเนื่อง** โดย (1) เมื่อซักประวัติคัดกรองความเสี่ยง พบว่าหญิงตั้งครรภ์มีประวัติเคยคลอดก่อนกำหนดชนิดที่เกิดขึ้นเอง (Spontaneous preterm delivery) ให้ตรวจวัดความยาวปากมดลูกทางช่องคลอด (Transvaginal ultrasound cervical length; TVCL) เป็นระยะทุก 1-4 สัปดาห์ ในช่วงอายุครรภ์ 16-24 สัปดาห์ ให้พิจารณาส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย (2) ในรายที่ไม่มีประวัติเคยคลอดก่อนกำหนด แนะนำให้คัดกรองโดยตรวจวัดความยาวปากมดลูกทางช่องคลอดทุกราย เพียงครั้งเดียว ในช่วงอายุครรภ์ 18-22^{+6} สัปดาห์ ถ้าวัดความยาวปากมดลูก (TVCL) >25 มม. ให้ฝากครรภ์ตามปกติ แต่หากพบ TVCL≤ 35 มิลลิเมตร หรือ Funneling cervix ทั้งนี้ให้พิจารณาเป็นรายบุคล และทักษะของสูติแพทย์ผู้ดูแลรักษาในกรณีที่ไม่สามารถตรวจวัดความยาวปากมดลูกทางช่องคลอดได้ ให้พิจารณาตรวจทางหน้าท้อง (Transabdominal ultrasound cervical length; TVCL) ในช่วงอายุครรภ์ 18-22^{6+} สัปดาห์พร้อมกันกับการตรวจดูความสมบูรณ์ของทารกในครรภ์ หากพบ TACL ≤ 25 มิลลิเมตรให้พิจารณาส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย

2. ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่อายุน้อยกว่า 18 ปี (13.3%) สถานภาพแต่งงานและอยู่ด้วยกัน (90.0%) ค่าดัชนีมวลกาย (BMI; kgm^2) 18.5-24.9 ปกติ (73.4%) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (80.0%) ประกอบอาชีพเป็นเกษตรกร (43.3%) รายได้ครอบครัวน้อยกว่าหรือเท่ากับ 12,000 บาท/เดือน (83.3%) พักอาศัยกับบุคคลอยู่กับครอบครัวสามี (46.7%) การตั้งครรภ์เป็นครรภีหลังครรภ์หลัง (52.0%) ความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พบว่า ส่วนใหญ่เป็นอายุ <18 ปี หรือ >35 ปี (20.0%) รายได้ครอบครัว <12,000 /เดือน(83.3%) ประวัติคลอดก่อนกำหนด

(16.7%) สูบบุหรี่ (16.7%) ดื่มเครื่องดื่มมีกาเฟอีน (16.7%) และค่า BMI < 18.5kgm^2(13.3%)

สตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดหลังการพัฒนาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดต่ำ (80.0%) และกลุ่มเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดสูง (20.0%) การเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องโดยรวมพบว่า ก่อนการพัฒนาคิดเป็น 79.3% หลังการพัฒนา คิดเป็น 99.3% และพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้น 22.4% การกลับมารับการรักษาซ้ำและคลอด 30.0% และอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนด 3.3% ดังแสดงในตารางที่ 1-5

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลดก่อนกำหนดที่ใช้แนวปฏิบัฏิบัติฯ (n=30)

ลักษณะทางประชากร		จำนวน(%)
อายุ	น้อยกว่า 18 ปี	4(13.3)
	18 - 35 ปี	24(80.0)
	มากกว่า 35 ปี	2(6.7)
สถานภาพ	แต่งงานและอยู่ด้วยกัน	27(90.0)
	อยู่ด้วยกันโดยไม่ได้แต่งงาน	2(6.7)
	หย่าร้าง/แยกกันอยู่	1(3.3)
ค่าดัชนีมวลกาย (BMI; kgm^2)	น้อยกว่า 18.5 (ผอม)	4(13.3)
	18.5-24.9 (ปกติ)	22(73.4)
	25.0-29.9 (น้ำหนักเกิน)	4(13.3)
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	5(16.7)
	มัธยมศึกษา	24(80.0)
	อนุปริญญา/ประกาศนียบัตร	1(3.3)
อาชีพ	เกษตร	13(43.3)
	แม่บ้าน	12(40.0)
	ค้าขาย	5(16.7)
รายได้ครอบครัว/เดือน	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12,000 บาท	25(83.3)
	มากกว่า 12,000 บาท	5(16.7)
พักอาศัยกับบุคคล	ครอบครัวตนเอง	11(36.7)
	ครอบครัวสามี	14(46.7)
	สามี	5(16.7)
การตั้งครรภ์	ครรภ์แรก	12(40.0)
	ครรภ์หลัง	18(60.0)

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (n=30)

ความเสี่ยง	จำนวน(%)
อายุ <18 ปี หรือ >35 ปี	6(20.0)
การศึกษาต่ำกว่ามัธยม	5(16.7)
รายได้ครอบครัว < 12,000 /เดือน	25(83.3)
ประวัติคลอดก่อนกำหนด	5(16.7)
ประวัติแท้ง	2(6.7)
ภาวะซีด	2(6.7)
สูบบุหรี่	5(16.7)
ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ	1(3.3)
ดื่มเครื่องดื่มมีกาเฟอีน	5(16.7)
ค่า BMI < 18.5kgm^2	4(13.3)
ค่า BMI > 30 kgm^2	0(0.0)
ทำงาน > 8 ช.ม./สัปดาห์	0(0.0)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดหลังการพัฒนา

กลุ่มเสี่ยง	จำนวน(%)
กลุ่มเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดต่ำ	24(80.0)
กลุ่มเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดสูง	6(20.0)

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความแตกต่างร้อยละคะแนนของพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์ คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องโดยรวม โดยใช้ % Diferences ก่อนและหลังการพัฒนา (n=30)

พฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด	ร้อยละ
ก่อนการพัฒนา	79.3
หลังการพัฒนา	99.3
% Diferences	+22.4

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของการกลับมารับการรักษาซ้ำและคลอดก่อนกำหนด (n = 30)

ตัวแปร	จำนวน(%)
คลอดก่อนกำหนด	20(66.7)
การกลับมารับการรักษาซ้ำ	9(30.0)
อุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนด	1(3.3)

วิจารณ์

แนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลปทุมรัตต์ครั้งนี้พบว่าประกอบด้วย 3 กระบวนการสำคัญ ได้แก่ (1) การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ (2) การค้นหาปัจจัยเสี่ยงรายบุคคล และ (3) การตรวจคัดกรองความเสี่ยงและการดูแลรักษาต่อเนื่องเช่นเดียวกับการพัฒนา และประเมินผลแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาบาลสมุทรสาคร ซึ่งพบว่าแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดประกอบด้วย 5 หมวด คือ 1) ระยะก่อนรับใหม่ 2) ระยะการพยาบาล 24 ชั่วโมงแรก 3) ระยะการพยาบาลหลัง 24 ชั่วโมง 4) ระยะจำหน่าย และ 5) ระยะติดตาม การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพและความคิดเห็นหลังนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ใช้โดยรวมอยู่ในระดับมาก (M= 2.97 ± 0.10 และ M= 2.96 ± 0.21 ตามลำดับ)[17]; กลุ่มตัวอย่างทุกรายได้รับการประเมินภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การให้บริการด้านการตรวจรักษาที่รวดเร็ว การส่งต่อเยี่ยมบ้านและการโทรติดตามเยี่ยมจนกว่าจะคลอด[18]; รูปแบบการสร้างทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ประกอบด้วย การฝึกทักษะ 5 ด้าน 1) ฝึกการเข้าถึง 2) ฝึกการเข้าใจ 3) ฝึกการไต่ถาม 4) ฝึการตัดสินใจ และ 5) ฝึกการนำไปใช้[19] และสอดคล้องกับผลการศึกษาในโรงพยาบาลแพร่ พบว่า กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกัน และการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ซึ่งพบว่าสัดส่วนการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ต้องนอนโรงพยาบาล และสัดส่วนการคลอดก่อนกำหนดในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ เนื่องจากแนวปฏิบัติทางคลินิกเป็นแนวปฏิบัติที่พัฒนาบนพื้นฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ที่มีระดับความน่าเชื่อถือสูง มีการแบ่งระดับความน่าเชื่อถือคุณภาพของหลักฐานอ้างอิง และเกรดของการแนะนำ ซึ่งเป็นแนวปฏิบัติที่ที่พัฒนาครอบคลุมทั้งการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในระดับปฐมภูมิ คือ การป้องกันไม่ให้สตรีมีครรภ์เกิดการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดที่งานฝากครรภ์และการป้องกันระดับทุติยภูมิ คือ การดูแลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดในรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยแนวปฏิบัติมีขั้นตอนที่ชัดเจนเข้าใจง่าย ไม่ยุ่งยากซับซ้อน มีการทดลองใช้แนวปฏิบัติก่อนนำมาใช้จริง สอดแทรกในงานประจำ มีการติดตามปัญหาและอุปสรรคของการใช้แนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และเป็นแนวทางที่ตั้งอยู่บนหลักฐานเชิงประจักษ์และก้าวทันกับยุคในปัจจุบันที่การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกที่อยู่ในยุคของการควบคุมคุณภาพการดูแล[20]

ผลการวิจัยดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงการจัดทำแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ดีจะต้องมาจากหลักฐานงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์ร่วมกับการตัดสินใจของผู้เชี่ยวชาญ จึงจะทำให้เกิดผลลัพธ์การดูแลที่มีประสิทธิภาพ ทำให้รูปแบบการดูแลเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ลดความหลากหลายผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง และได้รับการดูแลที่ครอบคลุม ต่อเนื่อง มีมาตรฐาน ลดโอกาสความผิดพลาด[21]

ผลการวิจัยครั้งนี้พบผลเช่นเดียวกับการศึกษาผลการโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในสตรีกลุ่มเสี่ยงในโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ พบว่า สามารถช่วยให้สตรีตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดดีขึ้น จากการสื่อสาร ให้ข้อมูลที่เน้นให้

เกิดความกลัวต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จนเกิดความเชื่อ ทัศนคติต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นอันตรายต่อตนเองและทารก การสื่อสารผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ที่ประกอบด้วยการส่งข้อความ ข้อความเสียง รูปภาพ สติ๊กเกอร์ และวิดีทัศน์ เป็นการกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้ได้โดยสะดวก ไม่จำกัดเวลา และการประเมินผล พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดหลังใช้แนวปฏิบัติบัติมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น[22] สอดคล้องกับผลการวิจัยซึ่งพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่ได้รับการดูแล โดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก มีสัดส่วนการเกิดการคลอดก่อนกำหนดน้อยกว่า และสัดส่วนการยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 แต่สัดส่วนการกลับมารักษาซ้ำ พบว่าไม่แตกต่างกันเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มสตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษาครั้งนี้ยืนยันได้ว่าการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสามารถเพิ่มผลลัพธ์ที่มีคุณภาพได้[23] ผลจากการให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด พบว่า สตรีตั้งครรภ์มีความรู้เพิ่มขึ้นขึ้น เป็นระดับดีทั้ง 9 ราย (ร้อยละ 100) ไม่มีการกลับมารักษาซ้ำ และไม่พบภาวะคลอดก่อนกำหนด[18] ผลลัพธ์หลังการใช้รูปแบบการสร้างทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ความเป็นไปได้ ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้รูปแบบอยู่ในระดับดีมาก ทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์หลังการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบ แตกต่างกันพบการคลอดก่อนกำหนดจำนวน 1 ราย (5.0%)[19] แต่ผลลัพธ์สอดคล้องกับการกลับมารักษาซ้ำใน 7 วัน ของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลตามปกติ มีการกลับมารักษาซ้ำใน 7 วัน จำนวน 1 คน ส่วนกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติไม่มีการกลับมารักษาซ้ำใน 7 วัน ทั้งนี้อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีปัจจัยทางชีวภาพ และลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างไม่แตกต่างกัน และทั้งสองกลุ่มได้รับการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดด้วยยาคลายกล้ามเนื้อมดลูกในขณะนอนโรงพยาบาลไม่แตกต่างกัน ทำให้การกลับมารักษาซ้ำใน 7 วัน จึงไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย การการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้ คือ (1) การประเมินความเสี่ยงรายบุคคลต้องดำเนินการตรวจคัดกรองความเสี่ยงเป็นประจำเพื่อตรวจหาและประเมินปัจจัยเสี่ยงรายบุคคลอย่างรวดเร็วเพื่อการแทรกแซงที่ทันท่วงที (2) องค์ความรู้และมาตรฐานสำหรับการตรวจคัดกรองความเสี่ยงและการดูแลรักษาต่อเนื่องเพื่อให้การจัดการภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีประสิทธิภาพและสม่ำเสมอ และ (3) พยาบาลห้องคลอดต้องมีระบบการติดตามและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติเพื่อให้เกิดการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง หรือพัฒนาระบบสนับสนุน เช่น การให้คำปรึกษาและการติดตามผลเพื่อช่วยให้สตรีตั้งครรภ์สามารถปฏิบัติตามมาตรการป้องกันได้อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป (1) ด้านการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ควรพัฒนาหลักสูตรการให้ความรู้สำหรับสตรีตั้งครรภ์เพื่อเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับความเสี่ยงและวิธีการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (2) การฝึกอบรมและพัฒนาวิชาชีพ โดยจัดให้มีการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่องสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะพยาบาล เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติ และแนวทางการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (3) ประสานงานระหว่างสหสาขาวิชาชีพ โดยการส่งเสริมความร่วมมือระหว่างสูติแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ เพื่อให้มีการดูแลแบบองค์รวมในการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (4) จัดสรรทรัพยากรที่เพียงพอ เช่น บุคลากรและอุปกรณ์เพื่อสนับสนุนการนำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้ให้มีประสิทธิภาพ (5) ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนและสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเพื่อให้ได้รับการสนับสนุน และความร่วมมือจากทุกฝ่าย และ (6) สนับสนุนการบูรณาการและความยั่งยืนของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลนี้ในระบบบริการสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. Damus K. Prevention of preterm birth: A renewed national priority. Current Opinion in Obstetrics & Gynecology. 2008;20(6):590-96.
2. กลุ่มรายงานมาตรฐานอนามัยแม่แม่และเด็ก. ร้อยละหญิงไทยคลอดก่อนกำหนดในปีงบประมาณ 2565. [Internet]. [Cited 22 Dec 2023]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report php/source=pformated/format1 pho&cat id=1ed90b32310b503b7ca9b32a-f425ae5&id=erdbfc8b472535386-34623ce99f-0f4b&d
3. มนต์ชัย สันติภาพ. อุบัติการณ์ของภาวะปากมดลูกสั้นในสตรีตั้งครรภ์เดี่ยวอายุครรภ์ 16-24 สัปดาห์ พ.ศ.2560-2561. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 2561;8(3):352-59.
4. กรมการแพทย์. แนวปฏิบัติการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสำหรับประเทศไทยฉบับ พ.ศ.2566. กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
5. โรงพยาบาลปทุมรัตต์. ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์สาธารณสุขอำเภอปทุมรัตต์. ร้อยเอ็ด; 2566.
6. Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development (NICHD). What causes preterm labor and birth? [Internet]. 2024. [Cited 27 Aug 2024]. Available from: https://www.nichd.nih.gov
7. Perin J, Mulick A, Yeung D, Villavicencio F, Lopez G, Strong K L, et al. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000-19: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. Lancet Child Adolesc Health. 2022; 6(2):106-15.
8. Shapiro-Mendoza C K, Barfield W D, Henderson Z, James A, Howse J L, Iskander J, et al. CDC Grand Rounds: Public Health Strategies to Prevent Preterm Birth. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2016;65(32):826–30.
9. Khashu M, Narayanan M, Bhargava S, Osiovich H. Perinatal outcomes associated with preterm birth at 33 to 36 weeks gestation: A population-based cohort study. Pediatrics. 2009;123(1):109-13.
10. ธีระ ทองสง. สูติศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2564.
11. โสภา ผดุงสิทธิโชค. การพยาบาลทารกคลอดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อยที่มีภาวะกลุ่มอาการหายใจลำบาก. สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี; 2565.
12. ชลทิชา รักษาธรรม. แนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง [วิทยานิพนธ์]. สมุทรปราการ: มหาวิทยาลัยหัวเฉียว; 2561.
13. Lams J D. Preterm labor: a review. Obstet Gynecol. 2003;101(4):709-16.
14. Soukup S M. The center for advanced nursing practice evidence-based practice model: Promoting the scholarship of practice. Nursing Clinics of North America. 2000;35(2):301-09.
15. Kleinpell R M. Outcome assessment in advanced practice nursing (4” ed.). New York, NY: Springer Publishing; 2017.
16. Polit D F, Hungler B P. Nursing research: Principles and methods. New York: J. B. Lippincott; 1999.
17. บุบผาชาติ เพ็ญสุข, พัชรินทร์ นาเมืองรักษ์, มัลลิกา นวมเจริญ. การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลสมุทรสาคร. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี. 2566;6(2):78-97.
18. หทัยกาญจน์ หวังกูล. การพัฒนารูปแบบการดูแล

อย่างต่อเนื่องสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด [วิทยานิพนธ์]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2564.

19. มานิตา สิริวิบูลย์ฤทธิ์. การพัฒนารูปแบบการสร้างทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2566;8(2):371-82.
20. ทิพย์วรรณ ประสาสน์ศักดิ์, วิรัชนี สุขวัฒนานนท์, ศศิธร อินทุดม, การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการดูแลหญิงตั้งตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลแพร่. วารสารโรงพยาบาลแพร่. 2563;28(2):25-35.
21. ฉวีวรรณ ธงชัย. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก. สภาการพยาบาล. 2548;20(2):63-74.
22. พัณณ์ชิตา จันทร์สุหร่าย. ผลของโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในสตรีกลุ่มเสี่ยง. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน. 2567;30(1):1-14.
23. ณัฏฐมณฑน์ โกศัย, ฉวี เบาทรวง, กรรณิการ์ กันธะรักษา. ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด หน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลสุโขทัย. พยาบาลสาร. 2554;38(3):30-41.

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โรงพยาบาลโพนทอง
Development of clinical nursing practice guideline by using patient center model among tuberculosis patient at Phonthong hospital

วันเพ็ญ พูลเพิ่ม*
Wanpen Phoonperm
Corresponding author: E-mail: wphoonperm@gmail.com
(Received: June 25, 2024; Revised: July 2, 2024; Accepted: August 2, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสถานการณ์ บริบท พัฒนาและประเมินผลลัพธ์แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research)

วัสดุและวิธี่การวิจัย : การศึกษาในครั้งนี้ได้มีการมีการศึกษาโดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางตามวงล้อ PAOR และใช้กระบวนการแบบมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ โดยเลือกกลุ่มเป้าหมายเป็นกลุ่มผู้ป่วยวัณโรค โรงพยาบาลโพนทอง จำนวน 30 คน และกลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการพัฒนากระบวนการจำนวน 17 คน และกลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ เจ้าหน้าที่และผู้ป่วยวัณโรค โรงพยาบาลโพนทอง รวมทั้งหมดจำนวน 47 คน วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา และนำเสนอเป็นค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) กรณีข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกตินำเสนอด้วยมัธยฐาน (Median) เปอร์เซนต์ไทล์ที่ 25 และ 75 จัดทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ย ก่อนและหลังการทดลองใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลโดยใช้สถิติทดสอบ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

ผลการวิจัย : แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ 1) ค้นหาโรคและความเจ็บป่วย (Explore & Understand) 2) เข้าใจวิถีชีวิตผู้ป่วย (Person-Centered Care) 3) หาหนทางร่วมกัน (Shared Decision Making) 4) ป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ (Prevention & Health Promotion) 5) เสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดี (Building Trust & Rapport) และ 6) วิถีอยู่บนความเป็นจริง (Realistic Expectations) หลังจากนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปทดลองใช้ พบว่าเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยหลังการทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ความเข้าใจ การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจของผู้ป่วยวัณโรค สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยพบว่าหลังการทดลองใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล พบว่าเจ้าหน้าที่มีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ความเข้าใจ เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง 2.76 คะแนน (95%CI=1.98-3.54) คะแนนการมีส่วนร่วม เพิ่มขึ้น 10.65 คะแนน (95%CI=9.05-12.24) และคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยวัณโรค เพิ่มขึ้น 11.00 คะแนน (95%CI=9.75-12.24) ตามลำดับ

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลลัพธ์จากการวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยวัณโรคได้รับการดูแลและติดตามอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : การพัฒนา; การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง; ผู้ป่วยวัณโรค

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด

Abstract

Purposes : To study the situation, context, the development model and evaluate the results of clinical nursing practice guideline by using patient center model among tuberculosis patient at Phonthong hospital, Roi Et Province.

Study design : Action Research.

Materials and Methods : This research is the development of clinical nursing practice guideline by using patient center model among tuberculosis patient. This action research (Action research) to study the model of clinical nursing practice guideline by using patient center model among tuberculosis to appropriate. This study was conducted using an action research model to development of clinical nursing practice guideline by using patient center model among tuberculosis patient approach based on the PAOR and using a participatory process among staff. The target group was selected as tuberculosis patients, Phon Thong Hospital, Roi Et Province of 30 people, and the target group used in process development of 17 people and the target group used collecting data were staff and tuberculosis patients, total of 47 participants were analyzed using descriptive statistics and presented as Frequency, Percentage, Mean and Standard Deviation. In the case where the data were not normally distributed, it is presented with the median (Median), the 25^{th} and 75^{th} percentiles. Data analysis by content analysis and comparing the mean differences of before and after the experiment to used the model was tested using paired t-test statistics of setting the significance level at .05.

Main findings : Developing the model of clinical nursing practice guideline by using patient center model among tuberculosis patient of 2 times to consisting of 6 steps: 1) Explore & Understand 2) Person-Centered Care 3) Shared Decision Making 4) Prevention & Health Promotion 5) Building Trust & Rapport 6) Realistic Expectations by using the model to test with a sample group. It was found that staff and patients after the experiment had different mean scores on knowledge and understanding, participation and satisfaction of tuberculosis patients to higher than before the experiment with a statistical significance of .05. It was found that after the experiment by using model, for the staffs was found that the difference in average scores for knowledge and understanding increased by 2.76 points more than before the experiment (95%CI=1.98-3.54), The mean difference in participation scores increased by 10.65 points (95%CI=9.05-12.24). And for tuberculosis patients was found that the mean difference of satisfaction scores of tuberculosis patients increased 11.00 points (95%CI=9.75-12.24) respectively.

Conclusion and recommendations : Results from this research resulted in tuberculosis patients receiving continuous care and follow-up.

Keywords : Development; Patient-centered nursing; Tuberculosis patient

---

*Registered Nurse Professional Level, Phonthong Hospital, Roi Et Province

บทนำ

ประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศที่มีวัณโรครุนแรง องค์การอนามัยโลกได้จัดกลุ่มประเทศที่มีภาระวัณโรคสูง (High Burden Country Lists) เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ (1) กลุ่มที่มีจำนวนและอัตราป่วยวัณโรคสูง (2) กลุ่มที่มีจำนวนและอัตราป่วยวัณโรคสูงที่ติดเชื้อเอชไอวีสูง และ (3) กลุ่มที่มีจำนวนและอัตราป่วยดื้อยาหลายขนานสูง ซึ่งประเทศไทยมีวัณโรคสูงทั้ง 3 กลุ่ม ปี พ.ศ. 2559 องค์การอนามัยโลกได้กำหนดยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค (The End TB Strategy) โดยมีตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายสำคัญดังนี้ (1) ลดอุบัติการณ์วัณโรคให้ต่ำกว่า 10 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2578 (2) ลดจำนวนผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตลงร้อยละ 95 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2558 (3) ไม่มีผู้ป่วยวัณโรคและครอบครัวที่ได้รับผลกระทบค่าใช้จ่ายจากการดูแลรักษาวัณโรคมาเป็นแนวทางป้องกันดูแลรักษา และควบคุมวัณโรคของประเทศไทย ซึ่งพบว่าอุบัติการณ์ของวัณโรคของประเทศไทยลดลงจาก 171 ในปี พ.ศ.2557 อยู่ที่ 150 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2566 ลดลงเหลือ 143 ต่อแสนประชากร (เทียบกับจำนวนประชากรกลางปีในฐานข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข) ซึ่งในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทย พบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ จำนวน 70,892 ราย ผู้ป่วย RR/MDR-TB จำนวน 427 ราย ผู้ป่วย Pre-XDR จำนวน 41 ราย โดยมีอัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำอยู่ที่ร้อยละ 84 (ร้อยละ57 ในปี 2559) และอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำเพิ่มขึ้นอยู่ที่ร้อยละ85 (ร้อยละ 81 ในปี พ.ศ.2559)[1] การบริการแบบมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมีความหมายที่หลากหลาย ทำให้เข้าใจได้ยาก และทำการวิจัยโดยใช้แนวคิดนี้ได้ลำบาก การจะกำหนดเป็นนโยบายเพื่อให้แพทย์พยาบาลนำไปปฏิบัตินั้นจึงเป็นเรื่องยาก เนื่องจากยังไม่มีหลักฐานที่น่าเชื่อถือ หรือได้รับการยอมรับถึงประสิทธิภาพของการบริการ[2] การวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพบริการแบบมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางยังมีค่อนข้างน้อย โดยเฉพาะในองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับพยาบาลวิชาชีพ เป็นที่ทราบดีว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญ ในการให้บริการแบบมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางคือเป็นผู้ดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยเพื่อให้มีสุขภาพที่ดูแลความสุขสบายด้านร่างกายและจิตใจ เคารพ และตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยอย่างตั้งใจให้เกียรติในความเป็นมนุษย์รวมถึงการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพการอำนวยความสะดวกด้านข้อมูล ข่าวสาร และความรู้การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว การจัดระบบบริการเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องและเปิดช่องทางการเข้าถึงบริการให้ครอบคลุมทั้งขณะผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล และเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน นอกจากนี้ในการจัดการให้บริการแบบมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องในกระบวนการดูแลผู้ป่วย แต่ยังไม่มีการให้คำปรึกษาอย่างเป็นระบบทั้งในระยะสั้น และระยะยาว และไม่มีการอบรมให้ความรู้ ทำให้บุคลากรท้อแท้ไม่มีขวัญและกำลังใจในการทำงาน[3] ดังนั้นการศึกษาในเรื่องนี้จึงมีความสำคัญและจำเป็นต่อวิชาชีพการพยาบาล การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคโดยยึดหลักการของการบริการแบบมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางไม่มีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน จึงเป็นช่องว่างในคุณภาพบริการ ทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการบริการแบบเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางยังต้องได้รับการพัฒนา ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเรื่องนี้เพื่อนำผลไปใช้เป็นแนวทางดูแลผู้ป่วยวัณโรคแบบมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ดูแลทุกมิติทั้งด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม ความเชื่อให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตผู้ป่วย และเพิ่มอัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคให้มากกว่าร้อยละ 90

สำหรับสถานการณ์วัณโรคอำเภอโพนทอง ปี พ.ศ.2561-2565 พบผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรักษา (ผู้ป่วยรายใหม่ และกลับเป็นซ้ำ) จำนวน 74, 112, 125, 131 และ 121 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน จำนวน 1 ราย ในปี พ.ศ.2561 ไม่พบผู้ป่วยดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง เมื่อพิจารณาอัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำในปี พ.ศ.2561-2565 พบว่า อัตราความสำเร็จเท่ากับ ร้อยละ 92.23, 97.30, 89.91, 94.12 และ 88.52 ตามลำดับซึ่งบรรลุตามเป้าหมายคือ มากกว่าร้อยละ 88 แต่เมื่อพิจารณาอัตราความครอบคลุมของการ

รักษา 5 ปีย้อนหลัง พบว่า มีอัตราเท่ากับ ร้อยละ 41.80, 67.87, 75.35, 75.29 และ74.69 ตามลำดับ อัตราความครอบคลุมยังต่ำกว่าเป้าหมาย (เป้าหมายร้อยละ 90) จากการวิเคราะห์รายงานวัณโรค 3 ปี ย้อนหลัง พบว่า มีอัตราการเสียชีวิตระหว่างการรักษา ร้อยละ 3.36, 3.36 และ 3.28 ในปีงบประมาณ พ.ศ.2563, 2564, 2565 ตามลำดับ[4] จากการทบทวนเวชระเบียนในกลุ่มผู้ป่วยที่เสียชีวิตพบว่าเป็นผู้ป่วยที่มีโรคร่วม ได้แก่ ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ 60-65 ปี นอกจากนั้นยังพบว่ามีอัตราการขาดยาร้อยละ 1.68 1.68 และ 0.82 ในปีงบประมาณ พ.ศ.2563, 2564, 2565 ตามลำดับ จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติจำนวน 5 ราย ที่ขาดการรักษาพบว่า มีผู้ป่วย 2 รายที่ให้เหตุผลว่าเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาต้านวัณโรคเช่นอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร มีผื่น มีไข้ ไม่สบายตัว ทำให้รู้สึกท้อใจจึงหยุดยาเอง 1 ราย มีปัญหาด้านเศรษฐกิจไม่มีผู้ดูแล 1 ราย เป็นผู้ติดยาเสพติดและถูกจำคุกจึงไม่สามารถมารับยาต่อเนื่อง อีก 1 รายเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและปกปิดสถานการณ์ติดเชื้อ มีความวิตกกังวลกลัวถูกตีตราและการตกงานขาดรายได้[5] จากปัญหาที่พบความจำเป็นในการพัฒนาแนวปฏิบัติเนื่องจากแนวปฏิบัติปัจจุบันอาจไม่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องมีแนวทางใหม่ที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ดังนั้นผู้วิจัยจึงให้ความสำคัญและสนใจที่จะศึกษาในเรื่องการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อที่จะช่วยลดอัตราการขาดยา เพิ่มอัตราความครอบคลุมของการรักษา และลดอัตราการเสียชีวิต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์ บริบท พัฒนาและประเมินผลลัพธ์แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart[6] ประกอบด้วยการวางแผน (Planning: P) การปฏิบัติการ (Action: A) การสังเกตการณ์ (Observation: O) และการสะท้อนกลับ (Reflection: R) ดำเนินการวิจัยในเขตโรงพยาบาลโพนทอง ระยะเวลาดำเนินการจำนวน 24 สัปดาห์ แบ่งเป็น 3 ระยะ 1) การศึกษาบริบท และวิเคราะห์สถานการณ์ 2) การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โรงพยาบาลโพนทอง และ 3) การนำแนวปฏิบัติที่ผ่านการเห็นชอบไปทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลของแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ด้านข้อมูลทั่วไป แนวทางการดำเนินงานที่ผ่านมา ปัญหา อุปสรรค รวมถึงนโยบายด้านเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

ระยะที่ 2 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โรงพยาบาลโพนทอง โดยนำข้อมูลบริบท และนโยบายเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด ของกระทรวงสาธารณสุขและของโรงพยาบาลมาออกแบบพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อวางแผนการดำเนินงานให้เกิดประสิทธิภาพต่อไป ประกอบด้วย การศึกษาบริบท และการประเมินสถานการณ์ คือ 1) ข้อมูลพื้นฐานด้านบริบทของแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โรงพยาบาลโพนทอง 2) ประเมินสถานการณ์

(Situation analysis) ของพื้นที่และข้อมูลพื้นฐานแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยใช้การศึกษาข้อมูลพื้นฐานที่มีการแบบสัมภาษณ์ การสำรวจข้อมูลแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง จากการสำรวจและข้อมูล Secondary Data จากหน่วยบริการสาธารณสุข ข้อมูลการปฏิบัติงานกระทรวงสาธารณสุข และนำข้อมูลมาวิเคราะห์และสะท้อนปัญหาคืนสู่สาธารณะผ่านการประชาสัมพันธ์ และการสนทนากลุ่ม และการประชุมกลุ่มย่อย (Multiple Focus Group Discussion) เพื่อทราบถึงบริบท สถานการณ์แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ข้อมูลทั่วไป แนวทางการดำเนินงานที่ผ่านมา ปัญหา อุปสรรค รวมถึงนโยบายเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง แนวทางสนับสนุนแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง นำผลการศึกษาและผลการประชุมกลุ่มย่อยมาสังเคราะห์ข้อมูลนำเข้าเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ต่อไป โดยมีเป้าหมาย (Goal) ด้านผู้ป่วย คือ ความพึงพอใจ โดยมีการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติด้วยความสุภาพ เป็นกันเองในการมารับบริการ และเมื่อกับบ้านจะได้รับการส่งต่อข้อมูลไปยังศูนย์สุขภาพชุมชนใกล้บ้านเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง ด้านผู้ให้บริการ คือ มีทักษะที่ถูกต้อง ด้วยการให้การพยาบาลกับผู้ป่วยด้วยทักษะที่ถูกต้อง มีความรู้ ความเข้าใจลึกซึ้งทุกด้าน เช่น การรักษา และการแนะนำการปฏิบัติตัว

ระยะที่ 3 การประเมินผลแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นเป็นการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ดที่เหมาะสม โดยประเมินผู้ป่วยวัณโรคโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โรงพยาบาลโพนทอง สำหรับเจ้าหน้าที่จำนวน 17 คน เพื่อประเมินคะแนนความรู้ความเข้าใจ และการมีส่วนร่วม และสำหรับผู้ป่วย จำนวน 30 คน เพื่อประเมินคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยวัณโรค

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาในครั้งนี้ได้มีการมีการศึกษาโดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ การพัฒนาคุณภาพงานตามวงล้อ PAOR และใช้กระบวนการแบบมีส่วนร่วมโดยเลือกกลุ่มเป้าหมายเป็นกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โรงพยาบาลโพนทอง กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการพัฒนากระบวนการผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โรงพยาบาลโพนทอง จำนวน 17 คน ได้แก่ แพทย์เฉพาะทางด้านอายุรกรรม 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 9 คน นักเทคนิคการแพทย์ 3 คน นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน เภสัชกร 1 คน นักจัดการทั่วไป 1 คน และกุมารแพทย์ 1 คน ทั้งหมดจำนวน 17 คน และกลุ่มผู้ป่วยวัณโรค โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. **เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการ** ใช้แนวทางการสนทนากลุ่มในระยะสังเกตพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โรงพยาบาลโพนทอง ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แนวคำถามสำหรับในการสนทนากลุ่มในระยะตรวจสอบความรู้ทักษะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โรงพยาบาลโพนทอง มีประเด็นหลัก ดังนี้ 1) แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง 2) ประสบการณ์การการป้องกันการติดเชื้อในปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง 3) แนวทางการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โรงพยาบาลโพนทอง

ส่วนที่ 2 แนวคำถามในสำหรับการสนทนากลุ่มในการการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โรงพยาบาลโพนทอง การประสานความร่วมมือกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ภาคีเครือข่ายในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โรงพยาบาลโพนทอง 1) การมีส่วนร่วมและมุมมองของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยมีความพึงพอใจกับการดูแลพยาบาลที่ได้รับอย่างไรบ้าง สิ่งที่ผู้ป่วยคาดหวังจากการดูแลพยาบาลสำหรับผู้ป่วยวัณโรค ข้อเสนอแนะหรือคำติชมอะไรเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการพยาบาลปัจจุบัน การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลของตนเอง

และมีความเข้าใจโรควัณโรค วิธีการรักษา และผลข้างเคียง 2) ประสบการณ์และมุมมองของผู้ให้บริการ ความท้าทายในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ความรู้และทักษะเพียงพอสำหรับการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ทรัพยากรและการสนับสนุนที่เพียงพอสำหรับการดูแลผู้ป่วยวัณโรค 3) ความร่วมมือ และการประสานงาน กลไกสำหรับการประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ประสิทธิภาพการสื่อสารระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ อุปสรรคในการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ และกลยุทธ์ใดบ้างในการส่งเสริมความร่วมมือและการประสานงานระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ใช้แบบสอบถามก่อนและหลังการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โรงพยาบาลโพนทอง ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา และรายได้ จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 สำหรับเจ้าหน้าที่ คือ ความรู้ความเข้าใจและการมีส่วนร่วม และสำหรับผู้ป่วย คือ ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการพยาบาลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลการสังเกต (Observation) ด้วยการสอบถามหรือสัมภาษณ์ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย วิเคราะห์หรือหาความสัมพันธ์ของสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นสิ่งอื่นที่ทำให้รู้พฤติกรรมที่แสดงออกมาอย่างเป็นธรรมชาติและเป็นข้อมูลตรงตามสภาพความเป็นจริงซึ่งการสังเกตมี 2 แบบ คือ แบบมีส่วนร่วม และไม่มีส่วนร่วมโดยผู้ศึกษาใช้การสังเกต และใช้แบบสอบถามการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โรงพยาบาลโพนทอง เพื่อประเมินคะแนน คือ สำหรับเจ้าหน้าที่ คือ ความรู้ความเข้าใจ และการมีส่วนร่วม และสำหรับผู้ป่วย คือ ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการพยาบาลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ก่อนการทดลอง โดยใช้ระยะเวลาดำเนินการ 2 เดือน โดยใช้การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non–participation observation) ด้วยการสังเกตพฤติกรรมพัฒนารูปแบบแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โรงพยาบาลโพนทอง ของผู้ร่วมกระบวนการ

ระยะที่ 2 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด ประกอบด้วย แพทย์เฉพาะทางด้านอายุรกรรม 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 9 คน นักเทคนิคการแพทย์ 3 คน นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน เภสัชกร 1 คน นักจัดการทั่วไป 1 คน และกุมารแพทย์ 1 คน ทั้งหมดจำนวน 17 คน โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) เป็นการสนทนา ซักถามผู้ให้ข้อมูลหลักบางคนที่ผู้ศึกษาเลือกมาเนื่องจากบุคคลนั้น มีคุณสมบัติที่จะให้ข้อมูลเฉพาะเจาะจงที่ผู้ศึกษาต้องการหรือมีประสบการณ์ต่างจากคนอื่นๆ ซึ่งมีขั้นตอนตั้งแต่การแนะนำตนเอง การสร้างสัมพันธภาพที่ดี การเข้าใจวัตถุประสงค์ การจดบันทึก และการสัมภาษณ์ที่ผู้สัมภาษณ์ต้องฝึกฝนเทคนิคการสังเกต การฟัง การซักถาม การถามซ้ำ และการกล่าวขอบคุณ การสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อทราบข้อมูลพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โรงพยาบาลโพนทอง และบริบทอื่น การสนทนากลุ่ม (Focus–group discussion) เป็นการสนทนาข้อมูลจากกลุ่มที่ทุกคนมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นที่มีการเตรียมการ วางแผน และ เป็นหัวข้อที่กลุ่มให้ความสนใจ โดยแบ่งกลุ่มการสนทนากลุ่มให้เป็น 2-3 กลุ่ม โดยมีผู้ดำเนินการสนทนา ผู้จดบันทึก ผู้ช่วย และผู้ร่วมสนทนา แนวทางการสนทนา อุปกรณ์ การส่งเสริมบรรยากาศ ที่ดี มีการกำหนดระยะเวลาและประเด็นการสนทนากลุ่ม และการประชุมระดมสมอง (Brain storming) เก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์ และเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนร่วมได้แสดงความคิดเห็น ร่วมกันระดมสมอง แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน การวิเคราะห์ข้อมูลการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยผู้ศึกษาทำหน้าที่การสนับสนุนและเอื้ออำนวยในการประชุม (Facilitator) เพื่อให้เกิดแนวทางพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โรงพยาบาลโพนทอง โดยใช้ระยะเวลาดำเนินการ 2 เดือน

ระยะที่ 3 ดำเนินการทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ดที่พัฒนาขึ้น และวัดผลโดยการใช้แบบสอบถามการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด สำหรับเจ้าหน้าที่ จำนวน 17 คน เพื่อประเมินคะแนนความรู้ความเข้าใจ และการมีส่วนร่วม และสำหรับผู้ป่วย จำนวน 30 คน เพื่อประเมินคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง หลังการทดลอง โดยใช้ระยะเวลาเก็บรวบรวม 2 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ จากการสัมภาษณ์แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง จะทำการวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา และนำเสนอเป็นค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) กรณีข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกตินำเสนอด้วยมัธยฐาน (Mean) เปอร์เซนต์ไทล์ที่ 25 และ 75

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ในกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์เฉพาะทางด้านอายุรกรรม พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ นักวิชาการสาธารณสุข เภสัชกร นักจัดการทั่วไป และกุมารแพทย์ จากแนวทางการสังเกตติดตาม และบันทึกการเปลี่ยนแปลง จัดทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ของข้อมูลอย่างเป็นระบบ รวบรวม ตรวจสอบ และจัดกลุ่มของข้อมูล จัดหมวดหมู่ โดยทำการตรวจสอบตั้งแต่การเก็บรวบรวมข้อมูล ความครบถ้วนตรงตามที่ผู้ให้ข้อมูลให้มา และทำการตรวจสอบข้อมูล

3. เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ย ประกอบด้วย คะแนนความรู้ความเข้าใจ การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ก่อนและหลังการทดลองใช้รูแนวปฏิบัติทางการพยาบาลโดยใช้สถิติทดสอบ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE13112565 ลงวันที่ 29 ธันวาคม 2565

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยวัณโรคทั้งหมดจำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 63.3 มีอายุเฉลี่ย 49.7 ปี (16.34 ปี) ไม่มีอาชีพ ร้อยละ 36.7 จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 63.3 มัธยฐานของรายได้ 5,000 บาท (4,000 บาท : 8,000 บาท) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยวัณโรค (n=30)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(ร้อยละ)
1. เพศ	
ชาย	19(63.3)
หญิง	11(36.7)
2. อายุ (ปี)	
Mean (SD.)	49.7 ปี (16.34 ปี)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(ร้อยละ)
3. อาชีพ	
ไม่มีอาชีพ	11(36.7)
รับจ้างทั่วไป/ค้าขาย	7(23.3)
เกษตรกร	10(33.3)
รับราชการ	2(6.7)
4. ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษา	9(30.0)
มัธยมศึกษา	19(63.3)
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่าขึ้นไป	2(6.7)
5. รายได้	
Median (P_{25} : P_{75})	5,000 บาท (4,000 บาท : 8,000 บาท)

2. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

การประชุมพัฒนากระบวนการครั้งที่ 1 วันที่ 8-12 เดือนมีนาคม 2566 ผู้ร่วมประชุมประกอบด้วย แพทย์เฉพาะทางด้านอายุรกรรม 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 9 คน นักเทคนิคการแพทย์ 3 คน นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน เภสัชกร 1 คน นักจัดการทั่วไป 1 คน และกุมารแพทย์ 1 คน ประกอบด้วย 1) การวางแผน (Plan) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด เริ่มต้นจากการแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ผ่านกิจกรรมการแนะนำตัว และการแลกเปลี่ยนข้อมูลการทำงานของเจ้าหน้าที่ ปัญหาการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การส่งเสริมประสบการณ์ การให้ความช่วยเหลือที่เกิดปัญหา และแนวทางในการแก้ไขปัญหาการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โรงพยาบาลโพนทอง และกระบวนการ Future Search Conference: FSC การมองอดีต เห็นปัจจุบัน และวาดภาพในอนาคตที่อยากให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย 2) การปฏิบัติการตามแผน (Act) โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการในการเสริมสร้างความมั่นใจและประสบการที่ถูกต้องให้กับเจ้าหน้าที่ ๆ ประกอบด้วย แพทย์เฉพาะทางด้านอายุรกรรม พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ นักวิชาการสาธารณสุข เภสัชกร นักจัดการทั่วไป และกุมารแพทย์ เข้ามามีส่วนร่วม และส่งเสริมทักษะและการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางให้เจ้าหน้าที่รู้จักคิดแก้ไขปัญหาที่ถูกต้องผ่านกระบวนการเล่าสถานการณ์ทั่วไปและโยนคำถามผ่านกิจกรรมการสร้างความตระหนัก การรับรู้สภาพการณ์ความเป็นจริง การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ โดยจัดกิจกรรมการหาแนวการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง 3) การติดตามการปฏิบัติการตามแผน (Observe) ตรวจสอบการจัดกิจกรรม และแผนการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และติดตามผลแนวการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง 4) การสังเกตการณ์ปฏิบัติการ และการสะท้อนผล (Reflect) จากการประเมินติดตามกิจกรรมการดำเนินงานตามแนวการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง พบประเด็นที่อาจต้องบันทึกเป็นกิจกรรมหลายประเด็นเพื่อเป็นแนวทางการพัฒนา

แนวการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ประกอบด้วยประเด็นต่าง ๆ ที่พบคือ (1) ด้านบุคลากร เกิดการเปลี่ยนงานบ่อย พบปัญหาการเปลี่ยนงานของบุคลากรในคลินิกวัณโรคบ่อยครั้ง ส่งผลต่อการขาดแคลนเจ้าหน้าที่ประจำ ส่งผลต่อการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่อาจล่าช้าหรือผิดพลาด และอาจส่งผลต่อประสิทธิภาพการบริหารจัดการงานในคลินิก โดยการขาดเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกวัณโรค ส่งผลต่อการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และอาจทำให้เกิดปัญหาในการนัดหมายตรวจติดตาม (2) การดูแลผู้ป่วยไม่ได้รับการประเมินภาวะสุขภาพ ผู้ป่วยวัณโรคปกปิดสถานะ ปฏิเสธการรักษา พบผู้ป่วยวัณโรคจำนวนหนึ่งที่ปกปิดสถานะและปฏิเสธการรักษา ส่งผลต่อการควบคุมโรคและอาจเกิดการแพร่ระบาดได้ (3) สภาพแวดล้อมของคลินิกวัณโรคคับแคบ พื้นที่ในคลินิกวัณโรคคับแคบ ไม่มีห้องตรวจแยกสำหรับแพทย์ และไม่มีห้องสำหรับเภสัชกรในการจ่ายยา ส่งผลต่อความแออัด การรักษาความเป็นส่วนตัว และความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยมีแนวทางแก้ไข คือ พัฒนาระบบการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลเพื่อลดการลาออก และการเปลี่ยนงานบ่อย จัดอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง สนับสนุนสวัสดิการและสภาพแวดล้อมการทำงานที่ดี จัดทำสื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรค วิธีการรักษา ผลข้างเคียง และการรับประทานยาต่อเนื่อง พัฒนาระบบการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด จัดสรรพื้นที่ และปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้สะอาด ปลอดภัย และเพียงพอต่อการบริการ

การประชุมพัฒนากระบวนการครั้งที่ 2 วันที่ 17-22 เดือนพฤษภาคม 2566 ผู้ร่วมประชุมประกอบด้วย แพทย์เฉพาะทางด้านอายุรกรรม 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 9 คน นักเทคนิคการแพทย์ 3 คน นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน เภสัชกร 1 คน นักจัดการทั่วไป 1 คน และกุมารแพทย์ 1 คน โดยการทบทวนประเด็นสำคัญก่อนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง จำเป็นต้องเริ่มต้นด้วยการทบทวนประเด็นสำคัญต่างๆ อย่างละเอียด ประเด็นเหล่านี้ควรครอบคลุมถึงแนวทางการพัฒนาแนวปฏิบัติ ที่มีการศึกษาแนวทางและกรอบการพัฒนาแนวปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ มุ่งเน้นไปที่การออกแบบแนวปฏิบัติที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง นำเอาหลักฐานเชิงประจักษ์มาประกอบ และคำนึงถึงบริบทของสถานที่และกลุ่มเป้าหมาย วิเคราะห์ปัญหา และอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในปัจจุบัน ประเด็นนี้อาจรวมถึงปัญหาการขาดแคลนทรัพยากรบุคลากร ความรู้ ความเข้าใจ และช่องว่างการสื่อสาร มีการระบุและวิเคราะห์บทบาทของเครือข่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรค เครือข่ายเหล่านี้ควรครอบคลุมหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรไม่แสวงหาผลกำไร และชุมชน กลไกการติดตามดูแลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจากการรายงาน การประเมินผล และการตรวจสอบ การสร้างความเข้าใจร่วมอาศัยความร่วมมือและความเข้าใจจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง กระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แบ่งปันข้อมูล ประสบการณ์ และมุมมองระหว่างเจ้าหน้าที่ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และชุมชน เปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติ แสดงความคิดเห็น เสนอแนะ และร่วมกำหนดทิศทางการพัฒนา และสร้างบรรยากาศการทำงานที่เปิดกว้าง โปร่งใส และมีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน พัฒนาระบบการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลควรเป็นปัจจุบัน ถูกต้อง และครบถ้วน จัดตั้งระบบติดตามสถานการณ์และรายงานความคืบหน้าการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ กำหนดกลไกการบูรณาการกิจกรรมต่างๆ ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มุ่งเน้นไปที่การบรรลุเป้าหมายร่วมกัน จัดอบรมและฝึกอบรมเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับแนวปฏิบัติใหม่ เนื้อหาควรครอบคลุมทั้งทฤษฎี หลักฐานเชิงประจักษ์ และวิธีการนำไปใช้ และฝึกฝนทักษะที่จำเป็นสำหรับการนำแนวปฏิบัติไปใช้ เช่น ทักษะการสื่อสาร และได้ข้อสรุปดังนี้

จากจัดประชุมกลุ่มเพื่อระดมสมอง สะท้อนคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรค โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โรงพยาบาลโพนทอง จำนวน 2 ครั้ง ซึ่งผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมจนได้ แนวการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โรงพยาบาลโพนทอง ที่นำมาใช้แก้ปัญหาในพื้นที่ โดยมีแนวปฏิบัติทางการพยาบาล คือ

1) ค้นหาโรคและความเจ็บป่วย (Explore & Understand) โดยปรับปรุงแนวทางการซักประวัติ ตรวจร่างกายที่ละเอียด พร้อมกับการประเมินภาวะแทรกซ้อนทางกายและจิตใจ และวิเคราะห์ปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม

2) เข้าใจวิถีชีวิตผู้ป่วย (Person-Centered Care) เรียนรู้เรื่องราว ชีวิตประจำวัน ความเชื่อ ค่านิยม และความกังวล เข้าใจบริบททางสังคมและวัฒนธรรม และการมองผู้ป่วยเป็นบุคคลที่มีความแตกต่างและไม่เหมือนใคร

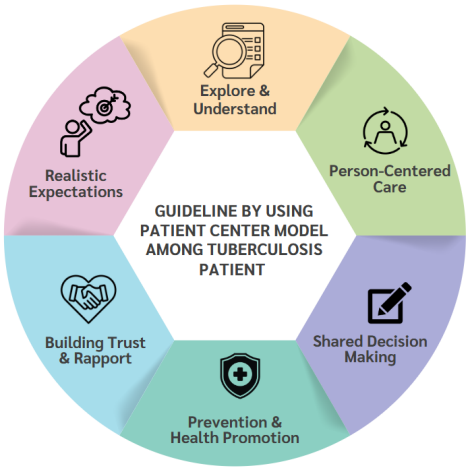
3) หาหนทางร่วมกัน (Shared Decision Making) ร่วมกับผู้ป่วยวางแผนการรักษาที่เหมาะสม อธิบายข้อมูลอย่างละเอียด และมีการถาม-ตอบคำถาม สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และเคารพในความคิดเห็นและความเชื่อ

4) ป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ (Prevention & Health Promotion) โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค วิธีการป้องกัน และการควบคุมโรค ส่งเสริมสุขนิสัยการกินที่ดี ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ พักผ่อนเพียงพอ สนับสนุนให้ผู้ป่วยเลิกพฤติกรรมเสี่ยง และให้คำปรึกษาเกี่ยวกับโภชนาการ การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด

5) เสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดี (Building Trust & Rapport) สื่อสารด้วยความเคารพ อดทน และเข้าใจ แสดงความเห็นอกเห็นใจ รับฟังปัญหา และให้กำลังใจ สร้างบรรยากาศที่ปลอดภัยและเป็นมิตร และรักษาความลับของผู้ป่วย

6) วิถีอยู่บนความเป็นจริง (Realistic Expectations) กำหนดเป้าหมายการรักษาที่ชัดเจน วัดผลได้ และมีความเป็นไปได้ เตรียมผู้ป่วยให้พร้อมรับมือกับผลข้างเคียง และความล้มเหลว สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีทักษะในการเผชิญปัญหา และเชื่อมโยงผู้ป่วยกับแหล่งข้อมูลและบริการอื่น ๆ

จากการการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โรงพยาบาลโพนทอง จำนวน 2 วงรอบ ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โรงพยาบาลโพนทอง ดังภาพประกอบที่ 1



ภาพที่ 1 ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โรงพยาบาลโพนทอง

3. ผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยสำหรับเจ้าหน้าที่ คือ คะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจและการมีส่วนร่วม และสำหรับผู้ป่วย คือ คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วยวัณ และหลังการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โรงพยาบาลโพนทอง พบว่า เจ้าหน้าที่และผู้ป่วยหลังการทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ความเข้าใจ การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจของผู้ป่วยวัณโรคสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยพบว่าหลังการทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โรงพยาบาลโพนทอง สำหรับเจ้าหน้าที่ พบว่า ผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ความเข้าใจ เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง 2.76 คะแนน (95%CI=1.98-3.54) ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการมีส่วนร่วม เพิ่มขึ้น 10.65 คะแนน (95%CI=9.05-12.24) และสำหรับผู้ป่วยวัณโรค พบว่า ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยวัณโรคโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โรงพยาบาลโพนทอง เพิ่มขึ้น 11.00 คะแนน (95%CI= 9.75-12.24) ตามลำดับ รายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ความเข้าใจ การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจ ก่อนและหลังการทดลอง

แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรค	หลัง	ก่อน	Mean Diff	95%CI	t	p
	Mean(SD.)	Mean(SD.)				
เจ้าหน้าที่						
ความรู้ความเข้าใจ	9.17(0.39)	6.41(1.62)	2.76	1.98-3.54	7.49	<.001
การมีส่วนร่วม	23.47(2.64)	12.82(1.66)	10.65	9.05-12.24	14.15	<.001
ผู้ป่วยวัณโรค						
ความพึงพอใจ	26.20(2.53)	15.20(3.02)	11.00	9.75-12.24	18.13	<.001

วิจารณ์

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นไปตามทฤษฎีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของเคมมิส และแมกแทกการ์ด Kemmis and McTaggart[6] ร่วมกับการนำทฤษฎีการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ในการพัฒนา จำนวน 2 วงรอบ โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วย ขั้นตอน 4 ขั้นตอน ดังนี้คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ดำเนินการวิจัยในกลุ่มเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยวัณโรค โรงพยาบาลโพนทอง ระยะเวลาดำเนินการจำนวน 24 สัปดาห์ ได้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางที่มีความเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ เนื่องมาจากผู้วิจัยพัฒนาภายใต้บริบทของพื้นที่ สำรวจปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับปัญหาอย่างแท้จริง ประกอบกับการพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางที่มีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้าร่วมกระบวนการอย่างครบถ้วน และการจัดกระบวนการที่เปิดโอกาสทุกส่วนได้เสนอแนวการการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อสนับสนุนงานการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง จนได้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่มีความเหมาะสมส่งผลให้ผู้ป่วยวัณโรคโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด ได้รับการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรค

โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางที่เหมาะสม โดยได้ข้อสรุปจำนวน 2 วงรอบ คือ EPSPBR Model ประกอบด้วย 1) ค้นหาโรคและความเจ็บป่วย (Explore & Understand) 2) เข้าใจวิถีชีวิตผู้ป่วย (Person-Centered Care) 3) หาหนทางร่วมกัน (Shared Decision Making) 4) ป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ (Prevention & Health Promotion) 5) เสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดี (Building Trust & Rapport) 6) วิถีอยู่บนความเป็นจริง (Realistic Expectations) สอดคล้องกับการศึกษาของอรนภา วีระชุนย์ และสุชาญวัชร สมสอน[7] ผลการศึกษา พบว่า เจ้าหน้าที่ยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับวัณโรค และการประสานงานและติดตามผู้ป่วยที่ต่อเนื่อง รูปแบบที่พัฒนาขึ้นจากการศึกษา ได้แก่ NON TB MODEL 1) N = NTIP การใช้โปรแกรม NTIP กำกับและติดตาม 2) O = Observation Therapy การกำกับการกินยาผ่านวิดีโอ 3) N = Network การสร้างเครือข่ายกำกับติดตามและประเมินผล 4) T = Training การพัฒนาศักยภาพบุคลากร) B = Best Practice การใช้แนวปฏิบัติที่ดี ณัฏวรินทร์ โพธิไสย์ และสิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์[8] ผลการพัฒนาได้แนวปฏิบัติทั้งหมด 5 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม 2) การประเมินคัดกรอง 3) การส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง 4) การดูแลต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และ 5) การติดตามประเมินผล ณัทกร พงศ์พีรเดช[9] พัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกการดูแลผู้ป่วยวัณโรค การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคสำหรับสหวิชาชีพในโรงพยาบาลศรีสะเกษ โดยใช้กรอบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยด้านการแพทย์และสาธารณสุขแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council : NHMRC) และกรอบแนวคิดตามเกณฑ์ตามมาตรฐานสถานพยาบาลในระดับสากล (Joint Commission International: JCI) ศักรินทร์ บุญประสงค์ และคณะ[10] รูปแบบการดูแลกำกับการกินยาของผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อรายใหม่ของ อสม.หมอประจำบ้าน จังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วย 1) การสร้างความรู้และทักษะ 2) ความพร้อมด้านวัสดุอุปกรณ์ และระบบ 3) การเยี่ยมบ้านคุณภาพ 4) ระบบพี่เลี้ยง และการแนะนำจากพี่เลี้ยง และ 5) การติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า เจ้าหน้าที่และผู้ป่วยหลังการทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ความเข้าใจ การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจของผู้ป่วยวัณโรคโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โรงพยาบาลโพนทอง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ซึ่งพบว่ามีประสิทธิผลตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับการศึกษาของ อรนภา วีระชุนย์ และสุชาญวัชร สมสอน[7] พบว่า เจ้าหน้าสาธารณสุขมีความรู้เกี่ยวกับแนวทางการดูแลรักษาวัณโรคเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยได้รับการติดตามต่อเนื่องและกำกับการกินยาครบทุกมื้อ และมีอัตราสำเร็จการรักษาเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 93.75 ดารณี การจุนสี[11] พบว่าค่าเฉลี่ยหลังการพัฒนาอยู่ในระดับดี (Mean = 27.13, SD. =2.13) พยาบาลมีความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรค หลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนพัฒนาและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p<.001$) และค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้ระบบการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นกว่าก่อนพัฒนาและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p<.001$) ณัทกร พงศ์พีรเดช[9] พบว่า ความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกอยู่ในระดับมาก และการใช้แนวปฏิบัติมีผลต่อค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และสัดส่วนการปฏิบัติที่ถูกต้องเพิ่มขึ้นในทีมสหวิชาชีพทุกกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) วัฒนา สว่างศรี[12] ผลการศึกษาการพัฒนารูปแบบมี 10 กิจกรรม และหลังการพัฒนาพบว่าผู้ป่วยวัณโรคมีความรู้อยู่ในระดับมาก จากเดิมร้อยละ 82.35 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 88.24 พฤติกรรมการดูแลตนเองจากเดิม (Mean=2.02, SD.=0.188) อยู่ในระดับปานกลางเพิ่มขึ้นเป็น (Mean=2.45, SD.=0.146) อยู่ในระดับมาก และผู้รับผิดชอบงานวัณโรคมีความรู้ในระดับมาก เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 16 เป็นร้อยละ 100 ผลการติดตามเยี่ยมบ้าน

ครั้งแรกภายใน 7 วัน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 45.76 เป็นร้อยละ 66.67 ผลการลงข้อมูลกำกับการกินยาใน TBCM online เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 41.1 เป็นร้อยละ 86.7 ผลการตอบกลับการเยี่ยมผู้ป่วยทางระบบออนไลน์ ร้อยละ 76.9 และอัตราการรักษาสำเร็จของผู้ป่วยวัณโรค ร้อยละ 88.24 ศักรินทร์ บุญประสงค์ และคณะ[10] หลังใช้รูปแบบฯ พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทัศนคติฯ การรับรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลกำกับการกินยาของผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อรายใหม่ของ อสม.หมอประจำบ้าน มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางอย่างต่อเนื่อง มีการอบรมเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับแนวปฏิบัติฯ อย่างสม่ำเสมอ มีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของแนวปฏิบัติฯ อย่างเป็นระบบ และขยายผลการใช้แนวปฏิบัติฯ ไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพส่วนตำบลและโรงพยาบาลอื่น ๆ เพื่อสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด

เอกสารอ้างอิง

1. กองวัณโรค. แผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ พ.ศ. 2560-2564. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
2. Groves J. International Alliance of Patients' Organizations perspectives on person-centered medicine. International Journal of Integrated Care. 2010;10(5):27-9.
3. Henbest R J, Fehrsen G S. Patient-centredness: is it applicable outside the West? Its measurement and effect on outcomes. Fam Pract. 1992;9(3):311-7.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. รายงานผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมวัณโรค. ร้อยเอ็ด: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด; 2565.
5. โรงพยาบาลโพนทอง. สถานการณ์วัณโรคอำเภอโพนทอง ปี 2561-2565. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาลโพนทอง; 2566.
6. Kemnis S, Mc Tagart R. The action research planner. Victoria: Deakin University; 1988.
7. อรนภา วีระชุนย์, สุชาญวัชร สมสอน. แนวทางการพัฒนารูปแบบการติดตามผู้ป่วยวัณโรคปอดในพื้นที่จังหวัดนนทบุรี. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสู่ชุมชน. 2566;1(1):19-34.
8. ณัฏวรินทร์ โพธิ์ไสย์, สิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์. แนวปฏิบัติการพยาบาลการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุวัณโรคที่มารับบริการที่คลินิกวัณโรคโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 2560;24(2):68-77.
9. ณัทกร พงศ์พีรเดช. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกการดูแลผู้ป่วยวัณโรคการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคสำหรับทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลศรีสะเกษ. วารสารสถาบันบำราศนราดูร. 2562;13(2):99-110.
10. ศักรินทร์ บุญประสงค์, พุทธิไกร ประมวล, ภัทรา ทองสุข. การพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่ของ อสม.หมอประจำบ้าน จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ. 2566;2(3):145-59.
11. ดารณี การจุนสี. การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรค "Dots, s Intrend."วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2565;7(1):196-203.
12. วัฒนา สว่างศรี. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2562;16(3):116-29.

การศึกษาความเชื่อมั่นของผู้มารับบริการต่อร้านขายยาแผนปัจจุบันที่ไม่ใช่ยาอันตราย และยาควบคุมพิเศษ (ข.ย.2) ที่ผ่านมาตรฐานวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน (GPP) จังหวัดร้อยเอ็ด

A study of the confidence of those receiving services at drug stores that are not dangerous drugs and specially controlled drugs that passed the Good pharmacy practice (GPP) in Roi-et Province

ดารณี ชิตทรงสวัสดิ์* มานิตย์ ทวีหันต์ ระพิตราภรณ์ พิพัฒนมงคล*** พงศกร โคสุโน****

Daranee Chitsongsawat, Manit Thaweehun, Rapitraporn Pipattanamongkon, Phongsakorn Kosuno

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

(Received: July 1, 2024; Revised: July 8, 2024; Accepted: August 8, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความเชื่อมั่นของผู้มารับบริการที่ร้านขายยาแผนปัจจุบันที่ไม่ใช่ยาอันตราย และยาควบคุมพิเศษ (ข.ย.2) ที่ผ่านมาตรฐานวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน (GPP) จังหวัดร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : วิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มารับบริการที่ร้านขายยา ข.ย. 2 ในจังหวัดร้อยเอ็ด ทั้ง 9 แห่ง จำนวน 205 คน โดยใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูล ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ เพศ การศึกษา รายได้เฉลี่ย โรคประจำตัว ประวัติการมารับบริการ ส่วนที่ 2 แบบวัดความเชื่อมั่นตามเกณฑ์มาตรฐานวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน GPP ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจ ความเชื่อมั่น การรับบริการร้านยา แบบสอบถามที่ใช้ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) จากนั้น ทำการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าเท่ากับ .96 เก็บรวบรวมเป็นรายบุคคลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย และร้อยละ

ผลการวิจัย : ระดับความเชื่อมั่นในมาตรฐานวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน (GPP) ภาพรวมการให้บริการอยู่ในระดับมากทุกหมวด ดังนี้ หมวดสถานที่ หมวดอุปกรณ์ หมวดบุคลากร หมวดการควบคุมคุณภาพยา และหมวดการให้บริการเภสัชกรรมในร้านยา 57.3%, 51.3%, 58.0%, 49.3% และ 48.0% ตามลำดับ และความพึงพอใจและความเชื่อมั่นต่อการให้บริการของร้านขายยา ข.ย.2 ที่ใช้บริการอยู่ที่ 58.0% และ53.3% ตามลำดับ

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าผู้มาใช้บริการเป็นกลุ่มลูกค้าประจำ และเป็นกลุ่มสูงอายุ เพื่อความอยู่รอดในธุรกิจร้านขายยา ร้านขายยา ข.ย.2 จึงควรมีการยกระดับพัฒนาร้านให้เป็นร้านขายยาประเภท ข.ย.1 และควรมีการรวมกลุ่มกันเพื่อหาจุดเด่นทางการตลาดของร้านขายยา ข.ย.2 ร่วมกัน และควรมีการพัฒนาศักยภาพของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการประจำร้านขายยา ข.ย. 2

คำสำคัญ : ความเชื่อมั่น; มาตรฐานวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน; ร้านขายยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ

*เภสัชกรชำนาญการ, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด **เภสัชกรชำนาญการพิเศษ, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
***เภสัชกรปฏิบัติการ, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ****เภสัชกร ,สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

Abstract

Purposes : To study the confidence of those receiving services at drug stores that are not dangerous drugs and specially controlled drugs that passed the Good pharmacy practice (GPP) in Roi-et Province.

Study design : Descriptive Research.

Materials and Methods : The sample group was 205 people who received services at the 4 drug stores in Roi Et Province. The research instrument was divided into 3 parts: Part 3 was an interview form. General information includes age, gender, education, average income, congenital diseases, and receipt history. Part 2: Criteria-based confidence measure. GPP Community Pharmacy Practice Standards Part 3 Satisfaction, Confidence Receiving drug store services. The questionnaire used was checked by 3 experts and checked for content validity (test reliability). Analyzed to find the Cronbach's Alpha Coefficient, collected individually by using descriptive statistics, using mean and percen.

Main findings : Most have a level of Confidence is at a high level in every category, 57.3%, 51.3%, 58.0%, 49.3 % and 48.0%, respectively, and satisfaction and confidence in the service of the pharmacy type 2 drug store that is using the service is 58.0% and 53.3%.

Conclusion and recommendations : The results of this study show that service users are regular customers and are elderly. In order to survive in the pharmacy business, drugstores in the type 2 drug store category should be raised and developed to be drugstores in the type 1 drug store category and there should be grouping. together to find market strengths of Type 2 pharmacies together and there should be development of the potential of those responsible for operating the type 2 drug store.

Keywords : Confidence; Modernstores for package non-dangerous or non-specially controlled drugs; Good Pharmacy Practice (GPP)

* Expect Pharmacist,Roi ET Provincial Public Health Office. ** Specialist Pharmacist,Roi ET Provincial Public Health Office.
*** Practical Pharmacist,Roi ET Provincial Public Health Office. ****Pharmacist,Roi ET Provincial Public Health Office.

บทนำ

ร้านยาถือเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่ใกล้ชิดกับประชาชนมากในระดับหนึ่งและเป็นทางเลือกแรกๆของประชาชนที่จะใช้บริการเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเบื้องต้น เพราะว่าสะดวกใกล้บ้าน และไม่เสียระยะเวลารอคอยในการรอรับยาเหมือนสถานพยาบาลภาครัฐ ประเทศไทยมีร้านยาอยู่หลายประเภท ทั้งร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ข.ย.1) และร้านขายยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตราย และยาควบคุมพิเศษ (ข.ย.2) และร้านขายยาแผนปัจจุบันสำหรับสัตว์ (ข.ย.3) สำหรับร้านยาประเภท ข.ย.2 ที่ถูกคุมกำเนิดไม่ให้เพิ่มจำนวนแต่ลดได้นั้นเป็นร้านยาประเภทที่มีลักษณะผู้ปฏิบัติงานในร้านไม่จำเป็นต้องเป็นเภสัชกร แต่เป็นเพียงพยาบาล หรือผู้ที่ผ่านการอบรมจากกระทรวงสาธารณสุขก็สามารถเป็นผู้ขายยาได้ แต่ยาที่ขายในร้านประเภทนี้จะเป็นกลุ่มยาสามัญทั่วไป และยาบรรจุเสร็จที่ไม่อันตรายและไม่ควบคุมพิเศษ[1]

กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายที่จะยกระดับมาตรฐานร้านขายยา ข.ย.2 ที่ยังคงสภาพอยู่และประสงค์ดำเนินกิจการต่อให้มีคุณภาพมาตรฐาน จึงได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน ในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ ตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2564[2]

ในปีงบประมาณ พ.ศ.2565 จังหวัดร้อยเอ็ดมีร้านยาประเภท ข.ย. 2 อยู่ทั้งสิ้น 19 ร้าน และในปีงบประมาณ พ.ศ.2566 มีการตรวจประเมินวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน ในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ โดยพบว่าในระยะแรกการตรวจประเมินจะยังไม่ผ่านและมีการให้ดำเนินการแก้ไขตามคำสั่งของพนักงานเจ้าหน้าที่พระราชบัญญัติยาภายในเวลาที่กำหนดและพบว่าในปีงบประมาณ พ.ศ.2567 มีร้านขายยา ข.ย. 2 จังหวัดร้อยเอ็ดที่ผ่านมาตรฐานวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน[3] (GPP) และประสงค์ดำเนินกิจการต่อและคงสภาพอยู่ทั้งสิ้น 9 ร้าน

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ผู้วิจัยได้เคยทำการศึกษารูปแบบการพัฒนาร้านยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ (ข.ย.2) สู่มาตรฐานวิธีปฏิบัติเภสัชกรรมชุมชน(GPP) จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งพบว่าหลังการพัฒนาร้านยามีระดับคะแนน Percentage Difference เพิ่มขึ้นทุกหมวด ดังนี้หมวด 1 เพิ่มขึ้น 34.07% หมวด 2 เพิ่มขึ้น 78.46% หมวด 3 เพิ่มขึ้น 36.01% หมวด 4 เพิ่มขึ้น 57.33% หมวด 5 เพิ่มขึ้น 47.77% และจากการวิเคราะห์เชิงคุณภาพแบบสัมภาษณ์เชิงลึกการสนทนากลุ่ม ผู้ประกอบการ เห็นว่าการปฏิบัติตามเกณฑ์ GPP ที่ปฏิบัติจากง่ายไปยากดังนี้ หมวด 2 อุปกรณ์ > หมวด 3 บุคลากร > หมวด 5 บริการทางเภสัชกรรม > หมวด 1 สถานที่ > หมวด 4 การควบคุมคุณภาพยา พนักงานเจ้าหน้าที่ตาม พ.ร.บ.ยา เห็นว่าการปฏิบัติตามเกณฑ์ GPP ที่ปฏิบัติจากง่ายไปยากดังนี้ หมวด 2 > หมวด 1 > หมวด 5 > หมวด 4 > หมวด 3 ซึ่งเป็นการประเมินจากพนักงานเจ้าหน้าที่พระราชบัญญัติยา ซึ่งเป็นหน่วยงานภาครัฐ[1]

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีแนวคิดที่จะพัฒนา และต่อยอดจากการศึกษาวิจัยครั้งก่อนหน้านี้ โดยจะได้ทำการศึกษาในกลุ่มที่มีส่วนได้เสียจากการใช้บริการที่ร้านขายยา ข.ย.2 โดยตรง ประกอบกับนโยบายรัฐบาล 30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว[4] โดยนโยบายนี้มุ่งที่จะสนับสนุนการใช้บริการที่หน่วยปฐมภูมิโดยเฉพาะร้านขายยาประเภท ข.ย. 1 เท่านั้น ซึ่งนโยบายนี้น่าจะเป็นภาวะคุกคามและเป็นผลเสียต่อร้านขายยา ข.ย. 2 ผู้วิจัยจึงอยากศึกษามุมมองของผู้มารับบริการที่ร้านขายยา ข.ย. 2 ประชาชนมีความเชื่อมั่นต่อการให้บริการที่ร้านขายยา ข.ย.2 ทั้งในด้านบุคคลากรมีผู้หน้าที่ปฏิบัติการประจำร้านและคุณภาพผลิตภัณฑ์ยาพร้อมทั้งคุณภาพการให้บริการทางเภสัชกรรมเป็นอย่างไร เพื่อที่จะได้นำมาเป็นข้อมูลต่อการพัฒนาระบบยาของประเทศ และทิศทางร้านยา ข.ย.2 ในสภาวะปัจจุบัน และเป็นข้อมูลให้ผู้ประกอบการร้านขายยา ข.ย.2 ได้นำมาพัฒนาปรับปรุงร้านยาต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความเชื่อมั่นของผู้มารับบริการที่ร้านขายยาแผนปัจจุบันที่ไม่ใช่ยาอันตรายและยาควบคุมพิเศษ (ข.ย.2)

ที่ผ่านมาตรฐานวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน (GPP) จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ก. ร้านขายยา ข.ย. 2 ที่ผ่านมาตรฐาน GPP จำนวน 9 ร้าน

ข. ผู้มาใช้บริการที่ร้านขายยา ข.ย. 2 จำนวน 205 คน

ได้จากการคำนวณ สูตร ยามาเน่ (กรณีไม่ทราบจำนวนประชากร)[5]

คำนวณหาขนาดประชากร $n = \frac{Z^2PQ}{e^2}$

เมื่อ Z = ค่าคงที่ 1.96

P = สัดส่วนของผู้มารับบริการที่ร้านขายยา ข.ย. 2 = 0.2

Q = 1-P แทนค่า 1-0.2 = 0.8

e = ความคลาดเคลื่อน 0.05

แทนค่าในสูตร $= \frac{(1.96)2\ (0.2)(0.8)}{(0.05)^2}$

= 205 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตจากหน่วยงานแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยผู้ช่วยนักวิจัย ซึ่งมีขั้นตอนในการดำเนินการ ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 เสนอแบบเค้าโครงการศึกษาอิสระเพื่อขอรับการพิจารณาด้านจริยธรรมการศึกษาในมนุษย์ต่อคณะกรรมการการศึกษาในมนุษย์ต่อคณะกรรมการศึกษาในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด โดยการนำเสนอเค้าโครงการศึกษาอิสระ แบบแสดงใบยินยอมเข้าร่วมงานศึกษาตามแบบเสนอขอรับการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาในมนุษย์

1.2 ผู้วิจัยขออนุญาตจากร้านยา ข.ย.2 ที่เข้าร่วมวิจัยเพื่อขอเข้าเก็บข้อมูล

1.3 ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยเป็นผู้มาใช้บริการที่ร้านขายยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายและยาควบคุมพิเศษ ในระหว่างเดือนพฤษภาคม – มิถุนายน 2567 จำนวน 205 คน โดยใช้วิธีคัดเลือกตัวอย่างแบบสุ่มจนได้ตัวอย่างครบจำนวน

2. ขั้นดำเนินการศึกษาและเก็บรวบรวม

เมื่อได้รับอนุญาตจากหน่วยงานแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยผู้ช่วยนักวิจัย ซึ่งได้รับการฝึกปฏิบัติมาแล้ว

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย ส่วน คือเครื่องมือในการเก็บข้อมูล และเครื่องมือในการดำเนินการศึกษา มีรายละเอียดดังนี้

ก. เครื่องมือในการเก็บข้อมูล ได้แก่แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ เพศ การศึกษา รายได้เฉลี่ย โรคประจำตัว ประวัติการมารับบริการ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามวัดความเชื่อมั่นตามเกณฑ์มาตรฐานวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน GPP

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจ ความเชื่อมั่นการรับบริการร้านยา

ข. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

(1) คู่มือแนวทางการจัดการสู่มาตรฐานวิธีปฏิบัติตามเภสัชกรรม ผู้วิจัยนำมาจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา[6]

(2) โปสเตอร์การปฏิบัติตาม GPP ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

(3) เว็ปไซต์กองยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา https://www.fda.moph.go.th

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

แบบสอบถามที่ได้ตอบเรียบร้อยแล้วมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วนำมาประมวลผลเบื้องต้นด้วยคอมพิวเตอร์ โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ได้แก่ การวัดความรู้ใช้สถิติเชิงพรรณา (Descriptive statistic) ใช้สถิติค่าเฉลี่ย และร้อยละ

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 0282567 รับรองเมื่อ 9 มีนาคม 2567 กลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นผู้มารับบริการที่ร้านขายยา ข.ย. 2 แบ่งเป็นเพศชาย 93 คน คิดเป็นร้อยละ 45.4 เพศหญิง 112 คน คิดเป็นร้อยละ 54.6 ส่วนใหญ่ผู้มาใช้บริการที่ร้านยาจะมีอายุมากกว่า 60 ปี (27%) และประกอบอาชีพค้าขายเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ (36.7%) และกลุ่มที่มาใช้บริการที่ร้านยาส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (30.7%) และเป็นกลุ่มที่มีรายได้เฉลี่ยน้อยกว่า 10,000บาท ต่อเดือน (36.7%)

2. ความเชื่อมั่นตามเกณฑ์มาตรฐานวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรม GPP จากการศึกษาความเชื่อมั่นตามเกณฑ์มาตรฐาน GPP พบว่าด้านสถานที่ระดับความเชื่อมั่นระดับมากที่สุด ระดับมาก ระดับปานกลาง ระดับน้อย ระดับน้อยที่สุด เท่ากับ ร้อยละ 23.7, 57.3, 18.0, 1.0 และ 0 ตามลำดับ ด้านอุปกรณ์ระดับความเชื่อมั่นระดับมากที่สุด ระดับมาก ระดับปานกลาง ระดับน้อย ระดับน้อยที่สุด เท่ากับ ร้อยละ 20.4, 51.3, 18.0, 8.0 และ 4.3 ตามลำดับ ด้านบุคลากรระดับความเชื่อมั่นระดับมากที่สุด ระดับมาก ระดับปานกลาง ระดับน้อย ระดับน้อยที่สุด เท่ากับ ร้อยละ 25.2, 58, 10.6, 5.4 และ 5.0 ตามลำดับ ด้านการควบคุมคุณภาพยาระดับความเชื่อมั่น ระดับมากที่สุด ระดับมาก ระดับปานกลาง ระดับน้อย ระดับน้อยที่สุด เท่ากับ ร้อยละ 18.0, 49.3, 22.3, 5.4 และ 5.0 ตามลำดับ ด้านการให้บริการทางเภสัชกรรมในร้านยาด้านการควบคุมคุณภาพยาระดับความเชื่อมั่น ระดับมากที่สุด ระดับมาก ระดับปานกลาง ระดับน้อย ระดับน้อยที่สุด เท่ากับ ร้อยละ 28.2, 48.0, 16.8, 5.4 และ 1.6 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความเชื่อมั่นตามเกณฑ์มาตรฐานวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรม GPP

ลำดับ	ด้าน	ระดับความเชื่อมั่น (ร้อยละ)				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.	สถานที่	23.7	57.3	18.0	1.0	0.0
2.	อุปกรณ์	20.4	51.3	16.0	80	4.3
3.	บุคลากร	25.2	58	10.6	5.4	1.4
4.	การควบคุมคุณภาพยา	18.0	49.3	22.3	5.4	5.0
5.	การให้บริการทางเภสัชกรรมในร้านยา	28.2	48.0	16.8	5.4	1.6

3. การรับรู้ ความพึงพอใจ ความเชื่อมั่น และการกลับมาใช้บริการ จากการศึกษาพบว่า การรับรู้ร้านยาผ่านมาตรฐาน GPP พบว่าระดับมากที่สุด ระดับมาก ระดับปานกลาง ระดับน้อย ระดับน้อยที่สุด เท่ากับ ร้อยละ 20.6, 45.3, 18.5, 10.4 และ 5.2 ตามลำดับ ระดับความพึงพอใจต่อการให้บริการของร้านยาพบว่า ระดับมากที่สุด ระดับมาก ระดับปานกลาง ระดับน้อย ระดับน้อยที่สุด เท่ากับ ร้อยละ 30.0, 58.0, 8.0, 4.0 และ 0.0 ระดับความเชื่อมั่นต่อการให้บริการที่ร้านยา พบว่า ระดับมากที่สุด ระดับมาก ระดับปานกลาง ระดับน้อย ระดับน้อยที่สุด เท่ากับ ร้อยละ 23.9, 53.3, 7.3, 10.5 และ 5.0 ตามลำดับ และเมื่อสอบถามการกลับมาใช้บริการที่ร้านขายยา ข.ย.2 อีก พบว่า ระดับมากที่สุด ระดับมาก ระดับปานกลาง ระดับน้อย ระดับน้อยที่สุด เท่ากับ ร้อยละ 37.5, 49.3,

10.9, 2.3 และ 0 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การรับรู้ ความพึงพอใจ ความเชื่อมั่น และการกลับมาใช้บริการ

ลำดับ	ด้าน	ระดับ (%)				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1	รับรู้ว่าร้านยาผ่านมาตรฐาน GPP	20.6	45.3	18.5	10.4	5.2
2	พึงพอใจในการให้บริการของร้านยา	30.0	58.0	8.0	4.0	0.0
3	เชื่อมั่นต่อการให้บริการที่ร้านยา	23.9	53.3	7.3	10.5	5.0
4	กลับมาใช้บริการร้านยาประเภท ข.ย. 2 อีก	37.5	49.3	10.9	2.3	0.0

วิจารณ์

การศึกษาวิจัยการศึกษาความเชื่อมั่นของผู้มารับบริการที่ร้านขายยาแผนปัจจุบันที่ไม่ใช่ยาอันตรายและยาควบคุมพิเศษ (ข.ย.2) ที่ผ่านมาตรฐานวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน (GPP) จังหวัดร้อยเอ็ด ผลการศึกษา พบว่า หลังการสำรวจความคิดเห็นของผู้มารับบริการที่ร้านขายยา ข.ย.2 ในจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ระดับความเชื่อมั่นในมาตรฐานวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน (GPP) หมวดสถานที่ หมวดอุปกรณ์ หมวดบุคลากร หมวดการควบคุมคุณภาพยาและหมวดการให้บริการเภสัชกรรมในร้านยา ส่วนใหญ่มีระดับความเชื่อมั่นอยู่ในระดับมากทุกหมวด ร้อยละ 57.3 ร้อยละ 51.3 ร้อยละ 58 ร้อยละ 49.3 และร้อยละ 48 ตามลำดับ และเมื่อดูลักษณะทางประชากรศึกษา พบว่า กลุ่มผู้มาใช้บริการส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ประกอบอาชีพค้าขาย ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ที่ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย และมีการมาใช้บริการที่ร้านขายยา ข.ย. 2 อย่างสม่ำเสมอ ซึ่งข้อมูลตรงนี้สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มผู้มาใช้บริการเป็นกลุ่มลูกค้าประจำและเป็นกลุ่มสูงอายุซึ่งไม่ชอบการเปลี่ยนไปรับบริการที่อื่น และจากการสัมภาษณ์เชิงลึกในบางคน ให้เหตุผลว่าเพราะสะดวก เป็นลูกค้ากันมานาน และได้ราคาที่เหมาะสม หรือยาที่ซื้อเป็นยาเรียกหาที่ซื้อประจำซึ่งรู้วิธีกินวิธีใช้เป็นอย่างดีจึงส่งผลให้ระดับความเชื่อมั่นอยู่ในระดับมากทุกหมวดและเมื่อศึกษาถึงการรับรู้ในการผ่าน GPP พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 45.3 รับรู้ว่าร้านยา ข.ย.2 ที่ใช้บริการอยู่มีการประเมินมาตรฐาน GPP ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของดารณี ชิตทรงสวัสดิ์[1] และมีความพึงพอใจและความเชื่อมั่นต่อการให้บริการของร้านขายยา ข.ย. 2 ที่ใช้บริการอยู่ร้อยละ 58.0 ร้อยละ 53.3 ตามลำดับ และจะกลับมาใช้บริการที่ร้านขายยา ข.ย.2 อีก ร้อยละ 49.3 ในสถานการณ์ปัจจุบันและนโยบายรัฐบาลรัฐบาล 30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว[7] ที่มุ่งส่งเสริมหน่วยนวัตกรรม ร้านยา ข.ย. 1 ซึ่งมีเภสัชกรเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการประจำร้านนั้น และบทบาทวิชาชีพเภสัชกรในธุรกิจยา สิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบโดยตรงต่อร้านขายยา ข.ย. 2 และกฎหมายยาที่ไม่เอื้อต่อการส่งเสริมร้านขายยา ข.ย. 2 จึงส่งผลให้จำนวนร้านขายยา ข.ย. 2 ลดจำนวนลงเรื่อยๆ ในประเทศไทย และถ้าร้านขายยา ข.ย. 2 ไม่ยกระดับเป็นร้านขายยาประเภท ข.ย.1 หรือพัฒนาปรับปรุงร้านและมาตรฐานการให้บริการ และประกอบกับกลุ่มลูกค้าของร้าน ข.ย. 2 ซึ่งเป็นกลุ่มลูกค้าประจำที่สูงอายุก็จะ

หมดไปเช่นกัน ฉะนั้นในทศวรรษหน้าประเทศไทยก็คงไม่เหลือร้านขายยาประเภท 2 อีกต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการยกระดับพัฒนาร้านขายยาประเภท ข.ย.2 ให้เป็นร้านขายยาประเภท ข.ย. 1

2. ควรมีการรวมกลุ่มกันเพื่อหาจุดเด่นทางการตลาดของร้านขายยาประเภท 2 รวมกัน เช่น จำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาที่มีจุดเด่นในเรื่องราคาถูก หรือบริการลูกค้า เช่น มีการวัด น้ำหนักส่วนสูงแล้วคำนวณหาค่า BMI ให้พร้อมกับให้ความรู้ทางวิชาการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

3. ควรมีการพัฒนาศักยภาพของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการประจำร้านขายยา ข.ย. 2 ในประเด็นความรู้ทางวิชาการหรือข้อกฎหมาย

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงได้ด้วยดีเพราะได้รับการสนับสนุนจากผู้ประกอบการร้านยา ข.ย. 2 ทั้งในส่วนผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการและผู้รับอนุญาต และที่สำคัญกลุ่มลูกค้าผู้มารับบริการที่ร้านขายยา ข.ย. 2 ทุกคน ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลสำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ดารณี ชิตทรงสวัสดิ์. รูปแบบการพัฒนายาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ (ข.ย.2) สู่มาตรฐานวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน (GPP) จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2566;8(2):222-7.
2. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน ในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ ตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2564. 2564. เล่ม 138 ตอนพิเศษ 281 ง.
3. กลุ่มงานคุ้มครองและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. สรุปผลงานประจำปีงบประมาณ 2567. จังหวัดร้อยเอ็ด; 2567.
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว [อิทเทอร์เน็ต] [เข้าถึงเมื่อ 5 พฤษภาคม 2567]. 2567 เข้าถึงได้จาก: https://www.hfocus.org/content/2024/05/30519.
5. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. เกณฑ์การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 5 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://agecon-extens.agri.cmu.ac.th.
6. สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.). คู่มือการตรวจประเมินวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนสำหรับร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ข.ย.1). พิมพ์ครั้งที่ 1. สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.); 2558.
7. เจาะลึกระบบสุขภาพ. นโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 7 มิถุนายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.hfocus.org/content/2024/01/29443

วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2567)
Journal of Research and Health Innovative Development Vol.5 No.2 (May - August 2024)

การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย
Development of the community participation model for promoting early childhood development

กันหา ไกรแก้ว* อุไรพรณ์ ทิดจันทึก ปิยวรรณ หาญเวช*****
Kanha Kraikaew, Uraiporn Thidjuntuk, Piyawan Hanwech
Corresponding author: E-mail: Kunha349@gmail.com
(Received: July 1, 2024; Revised: July 8, 2024; Accepted: August 8, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ภายใต้บริบทชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบการลงมือปฏิบัติร่วมกัน (Mutual collaboration approach)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มวิเคราะห์สถานการณ์ ประกอบด้วย หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน และผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 20 คน และกลุ่มระยะดำเนินการพัฒนาและประเมินผลการพัฒนา ประกอบด้วย พ่อแม่หรือผู้ปกครองเด็กและเด็กกลุ่มอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน จำนวน 113 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจในการดำเนินกิจกรรมที่มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ (Cronbach's alpha) 0.74 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย : การเข้าถึงบริการครอบคลุมการตรวจพัฒนาการทุกคนในชุมชน (100.00%) พบว่ามีเด็กสงสัยล่าทั้ง 5 ช่วงอายุ (13.26%) และจำเป็นต้องส่งต่อรักษาเพื่อกระตุ้นพัฒนาการในระดับตติยภูมิ (6.67%) โดยมีกิจกรรมการดำเนินงานประกอบด้วย 5 กิจกรรม คือ 1) ประสานกลุ่มเป้าหมายจากหมอครอบครัว สู่ อสม.ในชุมชน 2) นัดกลุ่มเป้าหมายตามช่วงอายุรวมตัวกันในพื้นที่ชุมชน 3) ตรวจพัฒนาการตามช่วงอายุในชุมชนโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 4) ใช้เทคโนโลยีสื่อสังคมออนไลน์ในการดำเนินงาน 5) ประเมินความพึงพอใจในการดำเนินงานในชุมชน ระดับความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้ปกครอง พบว่าส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก (98.23%)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ควรมีการติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานเป็นระยะๆ แม้จะสิ้นสุดการวิจัย เพื่อหาแนวทางเทคนิค วิธีการ ดำเนินงานแก้ไขปัญหาการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย อย่างยั่งยืน

คำสำคัญ : การมีส่วนร่วม; พัฒนาการเด็กปฐมวัย; จังหวัดร้อยเอ็ด

*,*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

Abstract

Purposes : Purpose to develop a model for community participation to promote early childhood development within the context of Amphur Muang community, Roiet Province.

Study design : This participation research with mutual collaboration approach.

Materials and Methods : The subjects were divided into two groups which included situation analysis group, and the development and evaluation group. The situation analysis group of 20 subjects consisted the urban health center heads, professional nurses, public health technical officers, community public health officers, and nurse aids. The development and evaluation group consisted parents or child guardians, and children aged 9, 18, 30, 42, 60 months which were 113 subjects in total. The data were collected using activities implementation satisfaction questionnaires with the reliability Chornbach alpha of 0.74. The data were analyzed using descriptive statistics in terms of means, percentages, and standard deviations.

Main findings : The research results revealed that the access to child development monitoring service in the community was 100%. It was detected that 13.26% was probably developmental delay at all 5 age ranges. 6.67% was necessary to be referred to developmental stimulation treatment at tertiary care facility. The implementation activities included: 1) coordination of the target group from family doctors to community health volunteers 2) appointments of the target group at all age ranges for social gathering In the community area 3) age ranges development monitoring In the community by public health officers 4) using on line social media for implementation 5) satisfaction evaluation of the implementation in the community. The satisfaction of the guardians in participating with the activities was mostly at high level (98.23%).

Conclusion and recommendations : The authors suggested that there should be periodic monitoring of implementation evaluation even after the research was ended to find guidelines, techniques, or methods for solving problems of the implementation of early childhood development promotion continuously and sustainably.

Keywords : Participation; Childhood development; Roi et Province.

*,*** Registered Nurse Professional Level, Roi Et Hospital.

** Registered Nurse Senior Professional Level, Roi Et Hospital.

บทนำ

พัฒนาการเด็ก เป็น กระบวนการเปลี่ยนแปลงลักษณะและพฤติกรรมที่มีทิศทางและรูปแบบที่แน่นอน จากช่วงระยะเวลาหนึ่งไปสู่อีกระยะหนึ่ง ผ่านกระบวนการเรียนรู้จนสู่วุฒิภาวะ ซึ่งก็คือ การบรรลุถึงขั้นการเจริญเติบโตอย่างเต็มที่ของบุคคลในระยะใดระยะหนึ่ง และพร้อมที่จะทำกิจกรรมอย่างนั้น ทำให้เพิ่มความสามารถของบุคคลให้ทำหน้าที่ต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถทำหน้าที่ที่สลับซับซ้อนยุ่งยากได้ ตลอดจนเพิ่มทักษะใหม่และความสามารถในการปรับตัวต่อภาวะใหม่ของบุคคลผู้นั้น

เด็กแรกเกิดถึง 5 ปีเป็นช่วงวัยที่มีความสำคัญของชีวิต เป็นระยะที่มีการเจริญเติบโตและมีพัฒนาการอย่างรวดเร็ว ทั้งด้านร่างกายจิตใจ สังคมและอารมณ์ โดยเฉพาะระบบประสาทและสมองเป็นระยะที่เกิดการเรียนรู้ได้มากที่สุด การส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการกลุ่มเด็กปฐมวัยอย่างถูกต้องเหมาะสมจะทำให้มีสุขภาพกายและสุขภาพใจที่ดีมีทักษะทางปัญญาทักษะการเรียนรู้ ทักษะสังคม และทักษะชีวิตเพื่อให้เติบโตอย่างมีคุณภาพและได้รับการพัฒนาได้เต็มศักยภาพ จากการศึกษาสถานการณ์พัฒนาการของเด็กก่อนวัยเรียนปี พ.ศ.2561 พบว่าเด็กไทยมีพัฒนาการสมวัยทุกด้านเพียงร้อยละ 67.50เมื่อแยกตามกลุ่มอายุ พบว่ากลุ่มอายุ 0-2 ปีมีพัฒนาการสมวัยทุกด้านร้อยละ 76.80 กลุ่มอายุ 3-5 ปีมีพัฒนาการสมวัยทุกด้านร้อยละ 58.00 และเมื่อเปรียบเทียบกับผลสำรวจพัฒนาการสมวัยทุกด้านเด็กก่อนวัยเรียนปีพ.ศ.2550 (ร้อยละ 67.70) พ.ศ. 2553 (ร้อยละ 73.40) พ.ศ. 2557 (ร้อยละ 72.00) และพ.ศ. 2560 (ร้อยละ 67.50) นอกจากนี้ในการสำรวจดังกล่าวพบว่าสถานการณ์พัฒนาการสมวัยเด็กก่อนวัยเรียนของไทยยังคงที่และมีแนวโน้มลดลงมีอัตราต่ำกว่าสถิติองค์การอนามัยโลกพบพัฒนาการสมวัยเด็กปฐมวัยร้อยละ 80-85 ของเด็กปฐมวัยทั่วโลก[1]

ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองเป็นหน่วยบริการด้านส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัยเปิดให้บริการส่งเสริมพัฒนาการเด็กแรกเกิด - 5 ปี และเน้นกลุ่มเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ต้องได้รับการตรวจประเมินพัฒนาการครบทุกคน จากข้อมูลปี พ.ศ. 2564 มีเด็กกลุ่มเป้าหมายมารับบริการตรวจพัฒนาการจำนวน 10 ราย จากกลุ่มเป้าหมายจำนวน 30 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.33 พบเด็กสงสัยพัฒนาการล่าช้าส่งต่อ จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 20 ของเด็กที่ได้รับการตรวจ ปี พ.ศ.2565 มีเด็กกลุ่มเป้าหมายมารับบริการตรวจพัฒนาการจำนวน 15 รายจากกลุ่มเป้าหมายจำนวน 45 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.33 พบเด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้าจำนวน 4 ราย รายคิดเป็นร้อยละ 26.66 ของเด็กที่ได้รับการตรวจพัฒนาการ จากสถิติการเข้าถึงบริการยังน้อยกว่าเกณฑ์เป้าหมาย ดังนั้นผู้วิจัย และทีมงานจึงได้พัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กปฐมวัยของศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง ขึ้นเพื่อให้ผู้ปกครองเด็กนำเด็กเข้ารับบริการมากขึ้น ส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา การเลี้ยงดูเด็กอย่างมีคุณภาพ ส่งเสริมสุขภาพอนามัย การเจริญเติบโต รวมทั้งเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าเรียนระดับประถมศึกษาต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ภายใต้บริบทชุมชนอำเภอเมืองจังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบการลงมือปฏิบัติร่วมกัน (Mutual collaboration approach)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มที่ 1 ผู้ร่วมวิจัยระยะวิเคราะห์สถานการณ์ ได้แก่ หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพจำนวน 6 คน นักวิชาการสาธารณสุขจำนวน 2 คน เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน จำนวน 1 คน และผู้ช่วยเหลือคนไข้จำนวน 10 คน

กลุ่มที่ 2 ผู้ร่วมวิจัยระยะดำเนินการพัฒนาและประเมินผลการพัฒนา ได้แก่ พ่อแม่หรือผู้ปกครองเด็กและเด็กกลุ่มอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้มาจากพ่อแม่หรือผู้ปกครองเด็กและเด็กกลุ่มอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน 7 ชุมชน

ในเขตเทศบาลมีชุมชนโรงพยาบาล ชุมชนโรงเรียนเมือง ชุมชนตลาดหนองแคน ชุมชนวัดราษฎร์อุทิศ ชุมชนจันทร์เกษมชุมชนหนองหญ้าม้าและชุมชนมั่นคงพัฒนาเป็นเขตบริการของศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำนวน เด็กทั้งหมด 113 คน และผู้ปกครอง 113 คน

เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงโดย พ่อแม่หรือผู้ปกครองเด็กและเด็กกลุ่มอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน โดยมี

เกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้

กลุ่มที่ 1 วางแผนพัฒนา ได้แก่ เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง

กลุ่มที่ 2 ผู้ร่วมวิจัยระยะดำเนินการพัฒนาและประเมินผลการพัฒนา ได้แก่พ่อแม่หรือผู้ปกครองเด็ก และเด็กกลุ่มอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือนใน 7 ชุมชนที่อยู่บัญชี 1,3

เกณฑ์การคัดออก

1) ลาออก ไม่ได้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ

2) ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ตามกระบวนการ

การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ ศึกษาการเข้ารับบริการส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเป้าหมาย เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนในกลุ่มผู้รับบริการส่งเสริมพัฒนาการและที่ไม่ได้บริการ ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2565

ระยะที่ 2 ดำเนินการพัฒนา โดยมีกิจกรรมที่ต้องพัฒนา ดังนี้

1) ประชุมชี้แจงโครงการวิจัยและพัฒนาความรู้ความชำนาญด้านการประเมินพัฒนาการเด็กแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องมีพยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำชุมชน อสม. และเจ้าหน้าที่อื่นๆ ใน 7 ชุมชนเป้าหมาย

2) ประชุมชี้แจงโครงการวิจัยและความเสี่ยงหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นได้กับอาสาสมัครแก่ผู้ปกครองเด็กกลุ่มเป้าหมาย อสม ผู้นำชุมชน ใน 7 ชุมชนโดยมีเอกสารชี้แจงต่ออาสาสมัครและเอกสารยินยอมเข้าร่วมโครงการ

3) ติดต่อประสานงานกับ อสมประจำชุมชนเพื่อนัดหมาย วัน เวลา สถานที่ที่เหมาะสมในชุมชนกับผู้ปกครองเด็กกลุ่มเป้าหมาย เป็นรายเดี่ยวหรือเป็นกลุ่มเพื่อให้พยาบาลประจำชุมชนเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ออกประเมินพัฒนาการเด็กตามเป้าหมายให้ได้ครบทุกคนในแต่ละเดือนตามเกณฑ์โดยใช้เครื่องมือ คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual : DSPM)

4) สร้างกลุ่มไลน์พัฒนาการเด็กซึ่งประกอบด้วยพยาบาลที่ดูแลชุมชน เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง อสม ผู้ปกครองเด็กกลุ่มเป้าหมายทุกคน เพื่อติดต่อสื่อสาร ติดตามเด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้าทุกเดือนและส่งต่อเด็กที่ผิดปกติหรือพัฒนาการล่าช้าได้ทันเวลา

5) ประเมินความพึงพอใจทุกรายที่รับบริการในชุมชน

6) เก็บข้อมูลการให้บริการในชุมชน ปัญหาอุปสรรคเพื่อนำมาปรับพัฒนาให้ได้รูปแบบที่เหมาะสม ประเมินทุกเดือน จนครบ 1 ปี ในระยะนี้ได้นำผลที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์ในระยะที่ 1 มาสะท้อนในที่ประชุมประจำเดือนของหน่วยงาน เพื่อสร้างความตระหนักและการมีส่วนร่วมในการพัฒนา จากนั้นนำวงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการของ ประกอบด้วย การวางแผน (Plan) การลงมือปฏิบัติ (Act) การสังเกต (Observe) และการสะท้อนคิด (Reflect)[2] เป็นกรอบแนวคิดเชิงกระบวนการในการขับเคลื่อนการพัฒนา จนได้รูปแบบการเข้าถึงบริการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ระยะที่ 3 การประเมินผล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยจำแนกตามระยะของการวิจัย ดังนี้

1) เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1) คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM) ได้ถูกผลิตขึ้นมาจากการรวมตัวของผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านการส่งเสริม พัฒนาการเด็กกระทรวงสาธารณสุขใช้คู่มือนี้เป็นเครื่องมือสำคัญใน การเฝ้าระวังและส่งเสริม พัฒนาการเด็กปฐมวัยในขั้นต้น เป็น คู่มือดำเนินงานในเด็กอายุแรกเกิดถึง 60 เดือน และประสบการณ์

ในการปฏิบัติงานของตนเองที่ผ่านมา และความต้องการพัฒนา

1.2) แบบสังเกตอย่างมีส่วนร่วม เพื่อใช้รวบรวมข้อมูลในการสังเกตอย่างมีส่วนร่วมประเด็นเกี่ยวกับการปฏิบัติการคัดกรอง

1.3) อุปกรณ์เสริมที่ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ อุปกรณ์การบันทึกเสียง และกล้องถ่ายรูป โดยอุปกรณ์การบันทึกเสียงช่วยให้ผู้วิจัยได้ทบทวนข้อมูลรายละเอียดที่ได้จากการสัมภาษณ์ และจดจำเหตุการณ์ต่างๆที่สามารถนำมาเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ได้ รวมถึงความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลนั้น ส่วนกล้องถ่ายรูปช่วยให้เห็นรายละเอียดของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ชัดเจน

2) วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการลงให้บริการตรวจคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเป้าหมายโดยพยาบาลชุมชน ตามคู่มือเฝ้าระวัง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual : DSPM)

2.1) วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้แบบเก็บข้อมูลการเข้าถึงบริการเป็นรายเดือน รวม 6 เดือน รายละเอียดประกอบด้วย จำนวนเด็กกลุ่มเป้าหมายแต่ละชุมชนจำนวนและ เปอร์เซ็นต์การเข้าถึงบริการจำนวนและ เปอร์เซ็นต์เด็กที่มีพัฒนาการสมวัยจำนวน และเปอร์เซ็นต์เด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้าและการสังเกตอย่างมีส่วนร่วมของทีมพยาบาลชุมชน โดยผู้วิจัยเป็นผู้รวมรวมข้อมูล

2.2) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ปกครองเด็กกลุ่มเป้าหมายต่อการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านแล้วนำมาปรับแก้ไข ก่อนนำมาใช้จริง มีข้อคำถาม ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ พึงพอใจมากที่สุด พึงพอใจมาก พึงพอใจปานกลาง พึงพอใจเล็กน้อย ไม่พึงพอใจเลย แปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ[3] คือ ความพึงพอใจระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.67 – 5.00 ความพึงพอใจระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34 – 3.66 และความพึงพอใจระดับน้อย คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 2.33

การเก็บรวมรวมข้อมูล

การวางแผน ครั้งแรก โทรประสานนัดการบริการกับชุมชน อสม .เจ้าหน้าที่ประจำชุมชน ผู้ปกครอง ติดตามเยี่ยมที่บ้าน ทำการตรวจพัฒนาการตามวัย ให้ความรู้ผู้ปกครองในการเฝ้าระวังส่งเสริมพัฒนาการอย่างต่อเนื่องและประเมินความพึงพอใจของรูปแบบ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลมาแล้วผู้ศึกษาตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ของทุกข้อคำถามคำตอบในแบบสอบถามทุกชุด เมื่อได้แบบสอบถามที่ถูกต้อง ครบถ้วนสมบูรณ์ครบตามจำนวนที่ต้องการ นำไปวิเคราะห์ ดังนี้

1. ทำคู่มือลงรหัสและลงรหัสข้อมูลตามคู่มือลงรหัสที่จัดทำไว้แล้วในแบบสอบถามพิมพ์ข้อมูลลงในคอมพิวเตอร์เพื่อเตรียมข้อมูลใช้ประมวลผล

2. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ การศึกษา สถานะที่เกี่ยวกับเด็ก วิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่ หาจำนวน และค่าร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. นำไปวิเคราะห์สถิติโดยใช้ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรอง จริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เลขที่ RE046/2566

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ปกครอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 76 คนคิดเป็นร้อยละ67.26 และเพศชาย จำนวน 37 คนคิดเป็นร้อยละ 32.74 มีอายุน้อยกว่า 30 ปี จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 35.40 รองลงมาอายุอยู่ในช่วง 31 - 40 ปี จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 30.97 ระดับการศึกษาส่วนมาก อยู่ในระดับปริญญาตรี จำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 50.44 การศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี จำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 49.56 และสถานะที่เกี่ยวข้อง

กับเด็กของกลุ่มตัวอย่างส่วนมากคือ มารดา จำนวน 54 คน คิดเป็น 47.79 รองลงมาคือบุคคลอื่น จำนวน 40 คน คิดเป็น ร้อยละ 35.40 ข้อมูลทั่วไปกลุ่มเป้าหมายเด็กทั้งหมดจำนวน 113 คน แบ่งเป็นเด็กผู้ชายจำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 59.29 เด็กผู้หญิงจำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 40.71 แบ่งเป็น เด็กอายุ 9 เดือน จำนวน 22 คน เด็กอายุ 18 เดือน จำนวน 21 คน เด็กอายุ 30 เดือน จำนวน 20 คน เด็กอายุ 42 เดือน จำนวน 25 คน และเด็กอายุ 60 เดือน จำนวน 25 คน

การเข้าถึงบริการตรวจพัฒนาการเด็กในชุมชน พบว่า หลังดำเนินการตามกิจกรรม จำนวนการเข้าถึงบริการในปี พ.ศ.2567 ครอบคลุมทุกคนในชุมชน คิดเป็นร้อยละ 100.00 และจากการดำเนินการตรวจพัฒนาการ พบว่ามีเด็กสงสัยล่าทั้ง 5 ช่วงอายุ จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 13.26 และจำเป็นต้องส่งต่อรักษาเพื่อกระตุ้นพัฒนาการในระดับตติยภูมิ จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 6.67 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละการเข้าถึงบริการตรวจพัฒนาการเด็กในชุมชนหลังดำเนินกิจกรรม (n=113)

อายุเด็ก (เดือน)	n	เข้าถึงบริการ	(%)	สงสัยล่าช้า	ส่งต่อรักษา
				จำนวน(%)	จำนวน(%)
9	22	22	100.0	3(2.65)	0(0.00)
18	21	21	100.0	3(2.65)	0(0.00)
30	20	20	100.0	4(3.54)	0(0.00)
42	25	25	100.0	4(3.54)	1(6.67)
60	25	25	100.0	1(0.88)	0(0.00)
รวม	113	113	100.0	15(13.26)	1(6.67)

ระดับความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้ปกครองเด็กกลุ่มเป้าหมายต่อการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

ความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้ปกครองเด็กกลุ่มเป้าหมายต่อการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก โดยที่กลุ่มเป้าหมายมีความพึงพอใจมากที่สุดคือข้อท่านพึงพอใจกับการให้บริการเชิงรุกในชุมชน รองลงมาคือข้อท่านพอใจที่ได้รับคำอธิบายในการปฏิบัติเพื่อช่วยในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และข้อท่านได้รับคำแนะนำหรือการช่วยเหลือตรงกับปัญหาและความต้องการ, ท่านพึงพอใจในการโทรศัพท์ติดตามให้กำลังใจ ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.78, 4.74 และ 4.72 ตามลำดับ และพบว่าส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก จำนวน 111 คน คิดเป็นร้อยละ 98.23 รองลงมาคือมีระดับความพึงพอใจระดับปานกลาง จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.77 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มเป้าหมายจำแนกตามระดับความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้ปกครองเด็กกลุ่มเป้าหมายต่อการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก (n=113)

ระดับความพึงพอใจ	คะแนนความพึงพอใจ
	จำนวน(%)
ความพึงพอใจระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.67 – 5.00)	111(98.23)
ความพึงพอใจระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.66)	2(1.77)
ความพึงพอใจระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.33)	0(0.00)

วิจารณ์

รูปแบบพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ภายใต้บริบทชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด ให้ผู้เกี่ยวข้องได้รับทราบโดยกิจกรรมการดำเนินงานดังนี้ 1) ประสานกลุ่มเป้าหมายจากหมอครอบครัว สู่ อสม.ในชุมชน 2) นัดกลุ่มเป้าหมายตามช่วงอายุรวมตัวกันในพื้นที่ชุมชน 3) ตรวจพัฒนาการตามช่วงอายุในชุมชนโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 4) ใช้เทคโนโลยีสื่อสังคมออนไลน์ในการดำเนินงาน 5) ประเมินความพึงพอใจในการดำเนินงานในชุมชน ทำให้ความครอบคลุมการเข้าถึงบริการในการตรวจพัฒนาการเด็กในชุมชนรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชน ร้อยละ 100.00 เด็กได้รับการคัดกรอง ส่งต่อรักษาได้ทันท่วงที ทำให้ความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้ปกครองเด็กกลุ่มเป้าหมายต่อการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กสูง อยู่ในระดับมาก ถึงร้อยละ 98.23 เช่นเดียวกับผลการศึกษากลุ่มตัวอย่างผู้ปกครองในการศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 76 คน คิดเป็นร้อยละ 67.26 มีอายุน้อยกว่า 30 ปี จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 35.40 รองลงมาอายุอยู่ในช่วง 31 - 40 ปี ระดับการศึกษาส่วนมาก อยู่ในระดับปริญญาตรี จำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 50.44 และสถานะที่เกี่ยวข้องกับเด็กของกลุ่มตัวอย่างส่วนมากคือ มารดา จำนวน 54 คน คิดเป็น 47.79 สอดคล้องกับการศึกษาการรับรู้การเข้าถึงบริการเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองเด็กที่มีพัฒนาการไม่สมวัยในเขตสุขภาพที่ 10 พบว่าผู้ปกครองที่ให้ข้อมูลการวิจัยจำนวน 18 คน ส่วนใหญ่มารดา จำนวน 13 คน รองลงมาคือ ป่า ย่า ตา ยาย นั้นก็แสดงให้เห็นว่ามารดาให้ความสำคัญเกี่ยวกับพัฒนาการเด็กมากกว่า สถานะอื่นๆ ใครอบครัว[4] สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง พบว่ามีสถานการณ์การเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียนของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 80 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 56.30 โดยมีอายุมากกว่า 2 ปี 6 เดือน - 4 ปี ร้อยละ 42.30 ผู้ปกครองเด็กส่วนใหญ่เป็นมารดา (ร้อยละ 81.30) อายุมากกว่า 25 -35 ปี (ร้อยละ 50.00) อาชีพรับราชการ (ร้อยละ40.00) การศึกษาปริญญาตรี (ร้อยละ 67.50) และรายได้ส่วนใหญ่ของครอบครัว 30,001–45,000 บาท/เดือน[5]

การเข้าถึงบริการและการตรวจพัฒนาการเด็กในชุมชนหลังดำเนินการตามกิจกรรม พบว่า จำนวนการเข้าถึงบริการในปี พ.ศ.2567 ครอบคลุมทุกคนในชุมชน คิดเป็นร้อยละ 100 และจากการดำเนินการตรวจพัฒนาการ พบว่ามีเด็กสงสัยล่าทั้ง 5 ช่วงอายุ จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 13.26 และจำเป็นต้องส่งต่อรักษาเพื่อกระตุ้นพัฒนาการในระดับตติยภูมิ จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 6.67 สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง[5] ที่พบว่าเด็กปฐมวัยส่วนใหญ่มีพัฒนาการสมวัยทุกด้านร้อยละ 53.75 มีพัฒนาการไม่สมวัยร้อยละ 46.25 เมื่อลงรายละเอียดจะเห็นว่ามีพัฒนาการไม่สมวัย 1 ด้าน มาถึงร้อยละ 32.50 มีพัฒนาการไม่สมวัย 2 ด้าน

ร้อยละ 13.75 เช่นเดียวกับการศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการของเด็ก 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม[6] โดยทำการศึกษาในหน่วยปฐมภูมิ 20 แห่ง จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 156 คน พบว่า ด้านความฉลาดทางอารมณ์เด็กปฐมวัยหลังการพัฒนามีคะแนนเฉลี่ยในภาพรวมสูงกว่าก่อนการพัฒนาคือเพิ่มจาก 44.86 เป็น 50.98 และด้านทักษะด้านการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัย (EF) พบว่าก่อนการพัฒนาส่วนใหญ่มีพัฒนาการ EF ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 34.48 และหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 53.45 พัฒนาการเด็กที่สงสัยล่าช้า และจากการประเมินด้วย DSPM พบว่า เด็กส่วนใหญ่มีพัฒนาการกลับมาสมวัย คิดเป็นร้อยละ 93.10 และร้อยละ 6.90 ยังมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า นั้นก็แสดงให้เห็นว่าการดำเนินการตามกิจกรรมที่ได้วางแผนไว้ทั้ง 5 กิจกรรมได้ผลดีเมื่อเปรียบกับการดำเนินงานแบบเดิมที่มีเฉพาะการตั้งรับในสถานพยาบาล ทำให้เด็กขาดโอกาศในการตรวจพัฒนาการและส่งต่อรักษาเมื่อพบความผิดปกติ

ระดับความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้ปกครองเด็กกลุ่มเป้าหมายต่อการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก จำนวนและร้อยละของกลุ่มเป้าหมายจำแนกตามระดับความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้ปกครองเด็กกลุ่มเป้าหมายต่อการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก พบว่าส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก จำนวน 111 คน คิดเป็นร้อยละ 98.23 รองลงมาคือมีระดับความพึงพอใจระดับปานกลาง จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.77 จากกงานวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าผู้ปกครองมีความพึงพอใจในรูปแบบการดำเนินงานแบบใหม่ ซึ่งเป็นการดำเนินงานเชิงรุกที่เรียกว่า พาหมอไปหาประชาชน ซึ่งสามารถทำควบคู่กับการดำเนินงานตั้งรับในคลิกสุขภาพเด็กดี (Well baby clinic) เพราะบางส่วนคิดว่าการมารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐบาล ต้องมีค่าใช่จ่ายมากในการเดินทาง เสียเวลา และได้รับบริการที่ล่าช้า เมื่อเห็นรูปแบบการดำเนินแบบใหม่จึงมีความพอใจในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาผลการใช้ชุดกิจกรรมการสร้างวินัยเชิงบวกตามแนวคิดการเรียนรู้โปรแอคทิฟ (Pro-Active learning) ทีมีต่อพัฒนาการทางอารมณ์และสังคมของเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอเมือง จังหวัดชัยนาท[7] ที่ทำการศึกษากับกับเด็ก 2 กลุ่มๆ ละ 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลอง และครูปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เขตพื้นที่ในอำเภอเมือง จังหวัดชัยนาท พบว่า ความพึงพอใจของครูปฐมวัยที่มีต่อชุดกิจกรรมการสร้างวินัยเชิงบวกตามแนวคิดการเรียนรู้ โปรแอคทีฟ โดยรวมมีความพึงพอใจมาก และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ในทุกด้านของผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ปกครองมีความพึงพอใจมาก เช่นเดียวกับการศึกษาการพัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านพัฒนาการเด็กแก่ผู้ปกครอง ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการ ด้านการใช้ภาษาสงสัยล่าช้า จังหวัดสุพรรณบรี ที่พบว่า ความพึงพอใจของผู้ปกครองกลุ่มทดลองต่อกิจกรรมการเรียนรู้ที่จัดให้ อยู่ในระดับมากที่สุด ทุกข้อคำถามได้แก่ กิจกรรมมีความเหมาะสม สามารถนำมาใช้เสริมสร้างทักษะด้านการสงเสริมพัฒนาการเด็กโดยผู้ปกครองได้มากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 4.40 (Mean = 4.40, SD. = 0.49) มีความทันสมัยมีคุณภาพนาเชื่อถือมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 4.43 (Mean = 4.43, SD. = 0.56) สามารถนำไปใช้ได้ง่ายและสะดวกมากที่ สุดคะแนนเฉลี่ย 4.66 (Mean = 4.66, SD. = 0.47) สามารถนำไปใช้ได้มีความถูกต้องสอดคล้องกับคู่มือ DSPM มากที่สุดคะแนน เฉลี่ย 4.10 (Mean= 4.10, SD. = 0.40) โดยรวมแล้วกิจกรรมมีประโยชน์ต่อผู้ ปกครองมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 4.63 (Mean= 4.63, SD. = 0.55) ค่าเฉลี่ยภาพรวมอยู่ ในระดับมากที่สุด 4.44 (Mean= 4.44, SD. = 0.27)[8]

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานเป็นระยะๆ แม้จะสิ้นสุดการวิจัย และดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการในวงรอบที่ 2, 3 ต่อไปเพื่อหาแนวทาง เทคนิค วิธีการดำเนินงานแก้ไขปัญหาการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยภายใต้บริบทชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด อย่างต่อเนื่อง

และยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณนายแพทย์ชาญชัย จันทร์วรชัยกุล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ดที่ให้การสนับสนุน และอำนวยความสะดวก รวมถึงให้ความอนุเคราะห์ใช้พื้นที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญ ดร.อ.นิสากร วิบูลชัย อ.อนุชา ไทยวงษ์ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม และนายวัทธิกร นาถประนิล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ที่เสียสละเวลาให้ข้อชี้แนะให้คำปรึกษาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย และขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่กรุณาสละเวลาให้การเข้าร่วมโครงการวิจัยอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. จินตนา พัฒนพงศ์ธร, วันวิสาห์ แก้วแข็งขัน. รายงานการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2560. นนทบุรี: กลุ่มสนับสนุนวิชาการและการวิจัย สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
2. Kemmis S R, McTaggart. The Action Research Planner. (Victoria, Ed.)(3rd ed.). Australia: Deaken University Press; 1988.
3. วัทธิกร นาถประนิล, สุมัทนา กลางคาร, กษมา วงษ์ประชุม. การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพเพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ตำบลรอบเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 2565;4(2):177-92.3
4. วิมลพรรณ สังขสกุล, ปัทมา ผ่องศิริ, จรูญศรี มีหนองหว้า, วิภาวี พลแก้ว. สถานการณ์และแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มุ่งเน้นผลลัพธ์. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล. 2564;27(1):193-205.
5. ณิชกานต์ นาควิโรจน์, ศิริวรรณ ใบตระกูล, จิตตวีร์ เกียรติสุวรรณ, จุฑาทิพย์ เดชเดชะ. การพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อการส่งเสริมการเจริญเติบโต และพัฒนาการเด็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง. วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ. 2564;8(2):237-52.
6. สุนันต์ทา พิลุน, วิศรุดา ตีเมืองซ้าย. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการของเด็ก 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า หน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 2565:19(3):207-19.
7. พัชรา พุ่มพชาติ. ผลการใช้ชุดกิจกรรมการสร้างวินัยเชิงบวกตามแนวคิดการเรียนรู้โปรแอคทีฟ (Pro-Active learning) ที่มีต่อพัฒนาการทางอารมณ์และสังคมของเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอเมือง จังหวัดชัยนาท. วารสารวิชาการและวิจัยสังคมศาสตร์. 2563;15(3):1-16.
8. อัมพร สัจจวีรวรรณ, ประภาเพ็ญ สุวรรณ, สุรีย์ จันทโมลี. การพัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านพัฒนาการเด็กแก่ผู้ปกครอง ในการเฝ้าระวัง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการ ด้านการใช้ภาษาสงสัยล่าช้า จังหวัดสุพรรณบุรี.วารสารสังคมศาสตร์และวัฒนธรรม. 2566;7(5):274-93.

การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยนอกตามมาตรฐานการพยาบาล โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

The development of outpatient guidelines according to Nursing standards Chaturaphakphiman Hospital Roi Et Province

อริญญา บุญอรัญ* สุภารัตน์ ทัพโพธิ์ มนทกานติ์ ตั้งนพรัตน์กุล*****

Arinya Boonaran, Suparat Tappo, Montakan tungnoparatkul

Corresponding author; E-mail: Arinya.referjatu@gmail.com

(Received: July 12, 2024; Revised: July 19, 2024; Accepted: August 19, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนา และประเมินผลแนวทางปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยนอกตามมาตรฐานการพยาบาล

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยครั้งนี้เป็นการการวิจัยและพัฒนา (Research and development approach)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช จำนวน 30 คน ดำเนินการวิจัยเดือนเมษายนถึงเดือนธันวาคม 2567 ระยะแรกเป็นการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยนอกตามมาตรฐานการพยาบาล และระยะสองเป็นการประเมินผลการใช้แนวทางปฏิบัติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย : พบว่าสาเหตุที่ทำให้การคัดแยกผู้ป่วยนอกผิดพลาด ได้แก่ การไม่ปฏิบัติตามแนวทางการคัดแยก ขาดความรู้และทักษะในการคัดแยกผู้ป่วยนอก การเวียนปฏิบัติงานจากจุดอื่น ส่วนการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยนอกตามมาตรฐานการพยาบาล ประกอบด้วย คู่มือขั้นตอนคัดแยกผู้ป่วยนอก โปสเตอร์ขั้นตอนการคัดแยกประเภทผู้ป่วย และแบบ Checklist สำหรับคัดแยกผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว หลังการนำไปใช้ พยาบาลผู้ปฏิบัติมีค่าคะแนนความรู้เฉลี่ยก่อนหลังการพัฒนาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p<.001$) ภาพรวมการปฏิบัติตามแนวทางการคัดแยกผู้ป่วยนอกตามแนวทางการคัดแยก อยู่ในระดับดีมาก พยาบาลมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด แนวโน้มการเกิด Over และ Under triage ลดลง พบอุบัติการณ์เกิดภาวะฉุกเฉินขณะรอตรวจ จำนวน 1 ราย แต่อาการไม่รุนแรง

สรุปและข้อเสนอแนะ : ควรมีการกำกับติดตามและส่งเสริมการนำไปใช้อย่างต่อเนื่องและพัฒนากระบวนการอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดความสะดวกและง่ายต่อผู้ปฏิบัติส่งผลดีต่อคุณภาพการบริการ

คำสำคัญ : แนวทางปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยนอก; มาตรฐานการพยาบาลการคัดกรองผู้ป่วยนอก

*,**,*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน

Abstract

Purposes : To develop and evaluate the guidelines for outpatient triage according to nursing standards.

Study design : This research was a research and development approach.

Materials and methods : The study period was from April 2023 to December 2023. The study population is 30 professional nurses working in the outpatient department and the emergency and forensic departments during the said period. The first phase is to develop guidelines for outpatient triage according to nursing standards and the evaluation phase of the implementation of the guidelines for outpatient triage according to nursing standards. Data were collected from medical records and questionnaires and quantitative data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean and standard deviation.

Main findings : The causes of incorrect outpatient triage include failure to follow the guidelines, lack of knowledge and skills in outpatient triage, and rotation from other locations. The development of guidelines for outpatient triage according to nursing standards includes an outpatient triage procedure manual, patient triage procedure posters, and a checklist for rapid patient triage after implementation. Nurses who practiced had a statistically significant difference in the mean knowledge score before and after the development at ($p<.001$). The overall practice of outpatient triage guidelines according to the triage guidelines was at an excellent level (Mean= 4.60, SD. = 0.92). When considering each case, the highest mean score was in history taking and important symptoms (Mean = 4.92, SD. = 0.71). The nurses' satisfaction with the outpatient triage model was the highest overall (Mean = 4.53, SD. = 0.61). When classified by each case, the highest mean score was in the case of the guidelines being beneficial to service recipients (Mean = 4.83, SD. = 0.78). The tendency of over and under-triage decreased. There was 1 emergency while waiting for examination and it was not serious.

Conclusion and recommendations : There should be continuous monitoring and promotion of implementation and continuous process development to facilitate and simplify the practitioners, which will have a positive effect on the quality of service.

Keywords : Outpatient screening guidelines; Outpatient screening nursing standards

*,**,***Registered Nurse, Professional Level, Chaturaphakphiman Hospital.

บทนำ

จากสถานการณ์ที่ผ่านมา ประเทศไทยมีสถิติผู้มารับบริการที่หน่วยงานอุบัติเหตุเพิ่มมากขึ้นเฉลี่ย 35 ล้านครั้ง/ปี ในจำนวนนี้คิดเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินถึงร้อยละ 40[1] จากข้อมูลอัตราอุบัติการณ์การเจ็บป่วยฉุกเฉินในระยะ 5 ปี (ปี พ.ศ.2559-2563) เท่ากับ 12,000 ต่อแสนประชากร ด้านการให้บริการผู้ป่วยในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินในประเทศไทยนั้น พบว่าส่วนใหญ่ต้องให้ให้บริการทั้งกลุ่มฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉินปะปนกัน และจำนวนบุคลากรทางการแพทย์มีจำกัดส่งผลให้กลุ่มที่วิกฤติฉุกเฉิน และต้องการบริการเร่งด่วนได้รับบริการล่าช้า จากการทบทวนสถิติที่ผ่านมาของการบริการโรงพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในประเทศไทย มีกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ (สีแดง) มีจำนวนเพียงเล็กน้อย ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มฉุกเฉินเร่งด่วน (สีเหลือง) มากที่สุด ข้อมูลสถิติย้อนหลัง 5 ปี ในปี พ.ศ.2562 - 2564 ในกลุ่มวิกฤติฉุกเฉินเร่งด่วนพบ ร้อยละ 19.49, 22.16, 26.16 กลุ่มฉุกเฉินเร่งด่วน(สีเหลือง) ร้อยละ 57.44, 56.56 และ 54.98 ตามลำดับนอกนั้นเป็นกลุ่มสีเขียวและสีขาว[2] ซึ่งในการปฏิบัติในโรงพยาบาลแต่ละแห่งมีการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์การคัดแยกที่แตกต่างกันไป[3] สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ได้มีประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่องหลักเกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉินและมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉิน พ.ศ.2554 เพื่อการคุ้มครองความปลอดภัยของผู้ป่วยฉุกเฉิน ให้สถานพยาบาลหน่วยปฏิบัติการ และผู้ปฏิบัติการดำเนินการตรวจคัดแยกระดับความฉุกเฉินและจัดให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินตามลำดับความเร่งด่วนทางการแพทย์ฉุกเฉิน[4] ในสถานการณ์ที่ความต้องการทางการแพทย์มีปริมาณมากขึ้นประกอบกับปริมาณทรัพยากรทางการแพทย์ และสาธารณสุขมีอย่างจำกัด แต่มีจำนวนผู้ป่วยมาใช้บริการงานอุบัติเหตุฉุกเฉินเพิ่มมากขึ้น ความแออัดมากขึ้น กระบวนการคัดกรอง (Triage) ที่มีประสิทธิภาพซึ่งจะเป็นกระบวนการที่ช่วยแก้ปัญหาเพื่อให้ทรัพยากรทางการแพทย์ที่มีอยู่ถูกใช้กับบุคคลที่ควรได้รับการช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ได้ทันเวลาในสถานที่ที่เหมาะสม ซึ่งมาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล ของสำนักการพยาบาล ได้กำหนดมาตรฐานที่ 1 การพยาบาลในระยะก่อนการตรวจรักษา ข้อ 1.1 ด้านการตรวจคัดกรอง (Screening) โดยมีวัตถุประสงค์ ให้ผู้ใช้บริการ ได้รับการดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นได้ทันท่วงที ตามลำดับความรุนแรงเร่งด่วนของการเจ็บป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ใช้บริการไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ในระยะเฉียบพลัน มีแนวทางปฏิบัติเพื่อประเมินและจำแนกระดับความรุนแรง และความเร่งด่วนของการเจ็บป่วย รวมทั้งวินิจฉัยปัญหา และความต้องการรักษาพยาบาลเบื้องต้น[5] การมีทีมดูแลที่มีประสิทธิภาพและรวดเร็ว มีความสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยรอดชีวิตและมีความพิการน้อยที่สุด จึงจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถได้รับบริการที่ตอบสนอง การเปลี่ยนแปลงอย่างฉับพลันทันที ทำให้ผู้ป่วยรอดชีวิตและมีความพิการน้อยที่สุด และกลับไปใช้ชีวิตตามปกติได้ไม่เป็นภาระแก่ครอบครัวและสังคม ทีมผู้ให้บริการ[1] จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ากระบวนการคัดกรองซักประวัติ การตรวจร่างกายและการประเมินอาการผู้ป่วยแรกรับไม่ครอบคลุม เจ้าหน้าที่ยังใช้ความรู้สึกและประสบการณ์การทำงานในการคัดกรอง บางครั้งไม่ปฏิบัติตามแนวทางคัดกรอง[6] ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลการพัฒนารูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน ที่พบว่าบุคลากรมีแนวโน้มตัดสินใจคัดแยกประเภทผู้ป่วยตามประสบการณ์มากกว่าตามเกณฑ์ Emergency Severity Index (ESI) ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่พึงพอใจทั้งกับผู้ป่วยและบุคลากรในทีมสุขภาพ และมีการศึกษาที่กล่าวไว้ว่า หากระบบการคัดแยกประเภทมีความละเอียดเที่ยงตรง จะช่วยให้พยาบาลสามารถคัดแยกผู้ป่วยได้ถูกต้องตามความเร่งด่วน สามารถส่งผู้ป่วยไปยังพื้นที่ที่มีความเหมาะสมและช่วยลดความเครียดของพยาบาลที่ทำหน้าที่ในการคัดแยกและลดอัตราความไม่พึงพอใจของผู้ใช้บริการ ผู้ป่วยที่มารับบริการ เนื่องจากการคัดแยกเป็นกระบวนการดูแลที่ต้องเข้าถึงได้ง่าย รวดเร็ว มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพ เพราะบางโรคบางภาวะการพยากรณ์โรคขึ้นกับเวลาที่ได้รับการดูรักษา[1] เช่นเดียวกับการศึกษาการพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยงาน

การพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่า ระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยที่มาใช้บริการในห้องฉุกเฉิน ระหว่างมีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉินลดลงกว่ากลุ่มมาใช้บริการก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .01$)[3] มีการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศที่ยืนยันว่าการใช้แนวทางการคัดแยกผู้ป่วยระหว่างแผนก OPD และ ER ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการคัดแยกผู้ป่วยและการสื่อสารระหว่างทีมแพทย์และพยาบาลเกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วย[7-9] โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมานเป็นโรงพยาบาลขนาด 60 เตียง เปิดให้บริการตรวจรักษาโรคทั่วไปเฉพาะในเวลาราชการแต่ให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง ในบริบทโรงพยาบาลชุมชน พบว่ามีปัญหาขาดบุคลากรทางการแพทย์เช่นเดียวกับโรงพยาบาลส่วนใหญ่ทำให้ยังพบอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะรอตรวจ ข้อร้องเรียน ความไม่พึงพอใจจากผู้รับบริการอยู่เสมอ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมานเปิดให้บริการทั้งตรวจโรคทั่วไป โรคเรื้อรัง โรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจที่ถูกจัดแยกให้เป็นอาคารเฉพาะในการดูแลตรวจรักษาผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว จากการที่มีภาวะแพร่ระบาดของเชื้อ Covid-19 ในปี พ.ศ.2562 เป็นต้นมา แผนกผู้ป่วยนอกถือเป็นด่านแรกที่มีบทบาทในการคัดกรองกลุ่มผู้มารับบริการในแต่ละวัน ทั้งที่มาตรวจรักษาทั่วไปมาตรวจตามนัด รวมทั้งกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บและฉุกเฉิน ผู้ป่วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ และมารับบริการด้านอื่นๆ ซึ่งต้องมีความแม่นยำและรวดเร็วในการที่จะคัดกรองเบื้องต้นให้ผู้ใช้บริการได้รับการดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นได้ทันท่วงที ตามลำดับความรุนแรงเร่งด่วน ของการเจ็บป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ใช้บริการไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ในระยะเฉียบพลัน และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจที่ปะปนมากับผู้ป่วยทั่วไป แต่จากสถิติที่ผ่านมาของโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน ในปี พ.ศ. 2561- 2565 พบว่า ยังมีอุบัติการณ์ผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินเร่งด่วนคัดกรองผิดพลาด อย่างเช่น กลุ่มผู้ป่วยโรคเสี่ยงสูง (High risk) ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke <7วัน), โรคหลอดเลือดหัวใจ (STEMI), โรคที่มีภาวะติดเชื้อในร่างกายที่รุนแรง (Severe Sepsis) และผู้ป่วยประเภท Resuscitate รวมทั้งยังมีผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจที่ได้รับการส่งตรวจไปยังแผนก ผู้ป่วยนอกปกติ ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ โดยในปี พ.ศ.2561 พบผู้ป่วยประเภท Resuscitate และ Stroke อย่างละ 1 ราย, ปีพ.ศ. 2562 ผู้ป่วย Resuscitate และ STEMI อย่างละ 1 ราย Stroke 2 ราย, ปีพ.ศ. 2564 ผู้ป่วยประเภท Resuscitate 1 ราย และStroke 2 ราย ส่วนในปีพ.ศ. 2565 มีผู้ป่วย Resuscitate และ STEMI อย่างละ 1 ราย สำหรับผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจยังถูกคัดแยกไปยังแผนก OPD ทั่วไป เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อทั้งที่มีการแยกคลินิกทางเดินหายใจออกโดยเฉพาะแล้ว โดยมีจำนวน 384 ราย และ 192 ราย ในปี พ.ศ.2564 และ ปี พ.ศ.2565 ตามลำดับ จากที่ผ่านมาทางแผนกผู้ป่วยนอกได้เริ่มมีการระบุและจัดทำแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยเบื้องต้น และดำเนินการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง แต่ก็ยังพบว่าการปฏิบัติยังเป็นไม่เป็นตามแนวทางและเกิดความสับสนในทางปฏิบัติ

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการคัดแยกผู้ป่วยนอกตามมาตรฐานการพยาบาล ดังนั้น เพื่อให้มีการคัดกรองผู้ป่วยและให้บริการตามลำดับความเร่งด่วน และสามารถดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยมากที่สุดรวมทั้งลดอัตราการตายที่ไม่สมควรตายที่แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ลดความล่าช้าในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินอย่างแท้จริง ลดอัตราความคลาดเคลื่อนในการคัดแยกเพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการยังแผนกที่เหมาะสมอย่างรวดเร็ว ป้องกันความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อในกลุ่มผู้มารับบริการ และใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญในการพัฒนาแนวปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยผู้ป่วยนอกเพื่อเป็นแนวทางให้ผู้ปฏิบัตินำไปใช้ในกระบวนการคัดแยกให้แม่นยำ ถูกต้อง ลดความคลาดเคลื่อน เพื่อการให้บริการรักษาที่เหมาะสมรวดเร็ว กับผู้มารับบริการเกิดคุณภาพมาตรฐาน ความพึงพอใจ และเหมาะกับบริบทของโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนา และประเมินผลแนวทางปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยนอกตามมาตรฐานการพยาบาล

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นการวิจัยเชิงและพัฒนา (Research and Development) เก็บข้อมูลระหว่าง เดือนเมษายนถึงเดือนธันวาคม 2566

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญในการศึกษาในครั้งนี้เป็นพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก ดังนี้ **เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)** ได้แก่ 1) พยาบาลวิชาชีพ 2) ปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่เวียนมาปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยนอก 2) มีประสบการณ์ทำงานที่โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน 1 ปีขึ้นไป และ3) ยินดี และสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย **เกณฑ์คัดออก (Inclusion Criteria)** ได้แก่ 1) เป็นหัวหน้างานผู้ป่วยนอก, หัวหน้างานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช, หัวหน้างาน ผู้ป่วยใน 2) อยู่ระหว่างการลาคลอด หรืออยู่ระหว่างศึกษาอบรมนอกโรงพยาบาลหลักสูตร 1 เดือนขึ้นไป และ 3) ไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย จากคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า - คัดออกได้

พยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการศึกษาจำนวน 30 ราย โดยแบ่งระยะการศึกษา ดังนี้

การวิจัยระยะที่ 1 : ระยะการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยนอก ในขั้นนี้แบ่งการดำเนินการ ดั้งนี้ การศึกษาสถานการณ์การการคัดแยกผู้ป่วยที่จุดคัดแยกของแผนกผู้ป่วยนอก วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์อุบัติการณ์การคัดแยกผู้ป่วยที่ไม่ถูกต้อง ปัญหาในการคัดแยก และอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะรอตรวจและทรุดลงที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน และพัฒนาแนวทางปฏิบัติการคัดแยก ดั้งนี้ 1) สนทนากลุ่มกับพยาบาลวิชาชีพผู้เวียนมาปฏิบัติงานในหัวข้อ ปัญหาอุปสรรคของการคัดแยกประเภทผู้ป่วยงานผู้ป่วยนอก และ 2) พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมตำราวิชาการ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในหัวข้อปัจจัยที่มีผลต่อการคัดแยกประเภทผู้ป่วย งานผู้ป่วยนอกตามเป้าหมายและระยะเวลาที่กำหนด ผลกระทบจากการคัดแยกประเภทผู้ป่วย งานผู้ป่วยนอกไม่ได้ตามเป้าหมายและการดูแลที่ล่าช้ากว่าที่กำหนด แนวคิดระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน (ฉบับร่าง) นำข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงและนำระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย งานผู้ป่วยนอกทดลองใช้ระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมานในเดือน พฤษภาคม 2566

การวิจัยระยะที่ 2 : ประเมินผลการใช้แนวทางปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยนอก โดย 1) สื่อสารอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ระบบการคัดแยกผู้ป่วยนอก ให้กลุ่มประชากรที่ศึกษาเพื่อชี้แจงขั้นตอนและกิจกรรมต่างๆ ในการดำเนินงานและเพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย ทดสอบความรู้ก่อนและหลังการประชุม (Pre-test, Post test) 2) ทำการเก็บรวมรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน– 30 พฤศจิกายน 2566 3) ทำการวิเคราะห์ข้อมูลอุบัติการณ์การเกิด Under triage และ Over triage 4) ทำการวิเคราะห์ข้อมูลอุบัติการณ์การเกิดภาวะฉุกเฉินขณะรอตรวจ และ5) ทำการวิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวทางปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยนอก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่งรายได้ และระยะเวลาการปฏิบัติงาน โดยลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบและคำถามแบบปลายเปิดให้เติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความเข้าใจก่อน-หลัง เกี่ยวกับการใช้แนวทางปฏิบัติคัดแยกผู้ป่วยผู้ป่วยนอกจำนวน 10 ข้อ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยผู้ศึกษาได้ค้นคว้าแนวคิด และทฤษฎีจากเอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งเนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับการคัดแยกผู้ป่วย ประเภทข้อสอบเป็นข้อคำถามให้เลือกตอบชนิด 4 ตัวเลือก โดยให้เลือกตอบตัวเลขที่ถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียว ข้อคำถามมีทั้งหมด 10 ข้อๆ ละ 1 คะแนน (ตอบถูก = 1 คะแนน ตอบผิด = 0

คะแนน) ตอบถูก 10 ข้อได้ 10 คะแนนคิดเป็น 100% และกำหนดเกณฑ์การแปลผลดังนี้[10]

คะแนนมากกว่าร้อยละ 80	อยู่ในระดับดีมาก
คะแนนร้อยละ 71-80	อยู่ในระดับดี
คะแนนร้อยละ 60-70	อยู่ในระดับปานกลาง
คะแนน ร้อยละ 50-59	อยู่ในระดับต่ำ
คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 50	ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยนอก ของพยาบาลวิชาชีพที่เวียนมาปฏิบัติงาน ซึ่งประกอบด้วย 8 ข้อ ลักษณะเป็นคำถาม มาตรส่วนประมาณค่า (Rating scale) มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ มีระดับการวัดเป็นช่วงสเกล (Interval Scale) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับ[11] โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนน ดังนี้

ปฏิบัติทุกครั้ง	ให้	5 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ให้	4 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	ให้	3 คะแนน
ปฏิบัติน้อยครั้ง	ให้	2 คะแนน
ปฏิบัตินานๆครั้ง	ให้	1 คะแนน

การแปลผลคะแนน ระดับการปฏิบัติตามแนวทางการคัดแยกผู้ป่วยนอกของพยาบาลวิชาชีพ แปลผลโดยนำมาจัดระดับ 5 ระดับ คือ ดีมาก ดี ปานกลาง น้อย ควรปรับปรุง ซึ่งได้จากการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ย[12] ได้ดังนี้

ช่วงคะแนนเฉลี่ย 4.50 – 5.00 หมายถึง การปฏิบัติตามแนวทางระดับดีมาก

ช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.50 – 4.49 หมายถึง การปฏิบัติตามแนวทางระดับดี

ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.50 – 3.49 หมายถึง การปฏิบัติตามแนวทางระดับปานกลาง

ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.50 – 2.49 หมายถึง การปฏิบัติตามแนวทางระดับน้อย

ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.49 หมายถึง การปฏิบัติตามแนวทางระดับควรปรับปรุง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้แนวทางปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพที่เวียนมาปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยนอก มีจำนวน 10 ข้อ ข่าย ลักษณะเป็นคำถาม มาตรส่วนประมาณค่า (Rating scale) มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับมีระดับการวัดเป็นช่วงสเกล (Interval Scale) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับ[11] โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนน ดังนี้

พึงพอใจมากที่สุด	ให้	5 คะแนน
พึงพอใจมาก	ให้	4 คะแนน
พึงพอใจปานกลาง	ให้	3 คะแนน
พึงพอใจน้อย	ให้	2 คะแนน
พึงพอใจที่สุด	ให้	1 คะแนน

การแปลผลคะแนน ระดับความพึงพอใจของแนวทางปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพที่แผนกผู้ป่วยนอก แปลผลโดยนำมาจัดระดับ 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ซึ่งได้จากการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ย[12] ได้ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.50 – 5.00 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.50 – 4.49 หมายถึง พึงพอใจมาก

ค่าเฉลี่ย 2.50 – 3.49 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.50 – 2.49 หมายถึง พึงพอใจน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.49 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด

ส่วนที่ 5 แบบรายงานอุบัติการณ์การเกิด Under - Over triage และภาวะฉุกเฉินขณะรอตรวจ รายงานเป็นจำนวนครั้ง และคิดเป็น จำนวน ร้อยละ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ (1) ความตรงตามเนื้อหา (Content validity) การหาความตรงของเครื่องมือที่ใช้ศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้นาเครื่องมือในการศึกษาให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจความถูกต้องความตรง (Validity) โดยให้ความเห็นชอบในด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากนั้นนำมาหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ได้ค่าระหว่าง 0.67 - 1.00 (2) การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้ศึกษาได้นำเครื่องมือในการศึกษา ที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปทดลองใช้กับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 5 ราย จำนวน 20 ชุด และทดสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการคัดแยกผู้ป่วยนอก มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86

แบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้แนวทางปฏิบัติ เท่ากับ 0.82 และเมื่อรวมแบบสอบถามทั้งชุด มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ Paired t-test

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 0482566

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยนอก พบว่า เป็นเพศหญิงทั้งหมดอายุเฉลี่ย 43.46 ปี ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30-40 ปี (46.6%) ระยะเวลาในการปฏิบัติงานมากกว่า 10 ขึ้นไป (46.54%) และเคยผ่านการอบรมด้านการคัดกรองประเภทผู้ป่วยถึง (89.0%)

2. หลังการพัฒนา พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกผู้ป่วยนอกมากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกผู้ป่วยนอกมากกว่าก่อนการพัฒนา 2.72 คะแนน (95% CI; 5.04-9.08) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความรู้เฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพยาบาลวิชาชีพ (n=30)

	n	Mean(SD.)	Mean differences	95%CI	p
ก่อนการพัฒนา	30	6.29(1.07)	2.72	5.04 – 9.08	<.001
หลังการพัฒนา	30	9.01(0.48)			

3. ผลการปฏิบัติตามแนวทางการคัดแยกผู้ป่วยนอกตามมาตรฐานการพยาบาล พบว่า ภาพรวมการปฏิบัติตามแนวทางการคัดแยกผู้ป่วยนอกตามแนวทางการคัดแยกอยู่ในระดับดีมาก (Mean = 4.60, SD. = 0.92) เมื่อพิจารณาเป็นรายพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านการซักประวัติและอาการสำคัญ (Mean = 4.92, SD. = 0.71) รองลงมาคือ การตรวจวัดสัญญาณชีพ (Mean = 4.85, SD. = 0.80) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดในการปฏิบัติตามแนวทางคือ ด้านการตรวจร่างกายเบื้องต้นที่สัมพันธ์กับอาการสำคัญ (Mean = 4.21, SD. = 0.67) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการปฏิบัติตามแนวทางการคัดแยกผู้ป่วยนอกตามมาตรฐานการพยาบาล (n=30)

แนวปฏิบัติในการคัดแยกผู้ป่วยนอก	Mean(SD.)	การแปลผล
1. การซักประวัติอาการสำคัญ	4.92(0.71)	ระดับดีมาก
2. การซักประวัติการเจ็บป่วยในอดีตที่สัมพันธ์กับอาการสำคัญ	4.43(0.84)	ระดับดีมาก
3. การตรวจวัดสัญญาณชีพ	4.85(0.80)	ระดับดีมาก
4. การตรวจร่างกายเบื้องต้นที่สัมพันธ์กับอาการสำคัญ	4.21(0.67)	ระดับดี
5. ประเมินและจำแนกระดับความรุนแรงและความเร่งด่วนของอาการเจ็บป่วย	4.65(0.75)	ระดับดีมาก
6. การส่งผู้ป่วยไปยังแผนกต่างๆของหน่วยงานตามแนวทางปฏิบัติที่กำหนดของหน่วยงาน	4.38(0.63)	ระดับดี
เฉลี่ยโดยรวม	4.60(0.92)	ระดับดีมาก

4. ผลประเมินความพึงพอใจต่อแนวทางปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยนอกตามมาตรฐานการพยาบาล พบว่า ภาพรวมความเหมาะสมของแนวทางปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยนอกอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.53, SD. = 0.61) เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจมากที่สุดคือ แนวปฏิบัติเป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการ (Mean = 4.83, SD. = 0.78) รองลงมา คือ แนวปฏิบัติเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน (Mean = 4.45, SD. = 0.67) ความชัดเจนของแนวปฏิบัติมีค่าเฉลี่ยในระดับมาก (Mean= 4.18, SD. = 0.70) และด้านความสามารถนำไปปฏิบัติได้ (Mean = 4.05, SD. = 0.84) ซึ่งอยู่ในระดับมาก เช่นเดียวกัน ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจต่อแนวทาการคัดแยกผู้ป่วยนอกตามมาตรฐานการพยาบาล (n=30)

ข้อคำถาม	Mean(SD.)	การแปลผล
1. ความสะดวกในการใช้แนวปฏิบัติ	4.02(0.59)	มาก
2. ความชัดเจนของแนวปฏิบัติ	3.88(0.62)	มาก
3. ความสามารถนำไปปฏิบัติได้	4.09(0.45)	มาก
4. ความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติ	4.04(0.79)	มาก
5. เป็นประโยชน์สำหรับพยาบาลวิชาชีพนำไปใช้เป็นแนวปฏิบัติเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการบริการตามความเร่งด่วน เหมาะสม	4.45(0.67)	มากที่สุด
6. แนวปฏิบัติเป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการ	4.83(0.78)	มากที่สุด
7. แนวปฏิบัติเป็นประโยชน์ต่อโรงพยาบาล	4.01(0.58)	มาก
8. ความพึงพอใจในภาพรวม	4.53(0.61)	มากที่สุด

5. อุบัติการณ์การเกิดภาวะฉุกเฉินขณะรอตรวจ การคัดกรอง Under -Over triage หลังการพัฒนาการใช้แนวทางปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยนอกตามมาตรฐานการพยาบาล พบว่า หลังการพัฒนามีจำนวนการเกิดอุบัติการณ์และการเกิดภาวะฉุกเฉินขณะรอตรวจลดลง ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 อุบัติการณ์การเกิดภาวะฉุกเฉินขณะรอตรวจ การคัดกรอง Under-Over triage ต่อจำนวนผู้ป่วยที่มารับการตรวจคัดกรองที่จุดคัดแยกแผนกผู้ป่วยนอก

รายการอุบัติการณ์	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา
	จำนวน(%)	จำนวน(%)
1. Under triage	38(0.18)	8(0.017)
2. Over triage	54(0.25)	5(0.01)
3. เกิดภาวะฉุกเฉินขณะรอตรวจ	5	1

วิจารณ์

ผลการศึกษาพัฒนาแนวปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วย ประกอบด้วย ประกอบด้วย คู่มือขั้นตอนคัดแยกผู้ป่วยนอก โปสเตอร์ขั้นตอนการคัดแยกผู้ป่วย และแบบ Checklist สำหรับคัดแยกผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว ด้านการประเมินผลการปฏิบัติ หลังการนำไปใช้ พยาบาลผู้ปฏิบัติมีค่าคะแนนความรู้เฉลี่ยก่อนหลังการพัฒนาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p<.001$) ภาพรวมการปฏิบัติตามแนวทางการคัดแยกผู้ป่วยนอกตามแนวทางการคัดแยก อยู่ในระดับดีมาก (Mean= 4.60, SD. = 0.92) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าหลังการพัฒนาแนวทางผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพลดระยะเวลาการรอคอยเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรของโรงพยาบาลส่งเสริมความพึงพอใจของผู้ป่วยการพัฒนาการคัดกรองผู้ป่วยนอกมีการพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยนอกให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา[1,7-9] และหากมีการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการคัดกรองผู้ป่วย เช่น การใช้ระบบคอมพิวเตอร์มีการพัฒนาแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยให้มีความชัดเจนและเป็นมาตรฐานมีการฝึกอบรมพยาบาลให้มีความรู้และทักษะในการคัดกรองผู้ป่วย ส่งผลให้การคัดแยกระดับความรุนแรงฉุกเฉินผู้ป่วยมีความถูกต้องมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมกับสภาพความรุนแรงของโรค ลดความเสี่ยงจากการคัดแยกผิดพลาด และสามารถจัดสรรทรัพยากรทางการแพทย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพตามสภาวะความจำเป็นเร่งด่วน การสื่อสารระหว่างทีมผู้ให้บริการ ลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะฉุกเฉินขณะรอตรวจและผู้ปฏิบัติงานพึงพอใจ

ข้อเสนอแนะ

ระบบการคัดแยกที่พัฒนาขึ้นสามารถช่วยให้พยาบาลมีแนวทางมาตรฐานการคัดแยกประเภทผู้ป่วย ส่งผลให้การปฏิบัติงาน คัดแยกประเภทผู้ป่วยเป็นระบบมากขึ้น สามารถคัดแยกผู้ป่วยและจัดลำดับความสำคัญของการให้บริการตามความเร่งด่วนเพิ่มคุณภาพ และผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ลดความล่าช้าในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินอย่างแท้จริง ลดอัตราการตายที่ไม่สมควรตายที่แผนกฉุกเฉิน รวมทั้งลดค่าใช้จ่ายและทรัพยากรขององค์กรที่ต้องนำมาใช้เกินความจำเป็นอีกด้วย แต่ยังต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาการติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจ ดังนั้นหน่วยงานควรมีการสนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้และส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. ปุณยนุช ปิจนำ. ผลการศึกษาการคัดแยกประเภทผู้ป่วยหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลวังชิ้น. Journal of the Phrae Hospital. 2563;28(1):152-62.
2. ฉวีวรรณ ตรีชมวารี. การพัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน สำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่จุดคัดแยกด่านหน้าโรงพยาบาลธวัชบุรี. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2565;3(3):37-48.
3. กงทอง ไพศาล. การพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2562;12(1):93-100.
4. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. คู่มือแนวทางการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ เกณฑ์ และวิธีปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินและจัดลำดับการบริบาลณ ห้องฉุกเฉินตามหลักเกณฑ์ที่ กพฉ. กำหนด : สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. สำนักการพยาบาล 2551 มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล (ปรับปรุงครั้งที่ 2); 2555.
5. นิตยา สุภามา. ประสิทธิผลการพัฒนารูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินโรงพยาบาลบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2563;5(4):65-74.
6. เทพีรัตน์ เทศประสิทธิ์. การพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย งานผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลโชคชัย. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2564;15(36):160-78.
7. สุภาพร พลพันธ์ และวัลลภา ช่างเจรจา. ผลการใช้แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยโดยดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินต่ออุบัติการณ์การคัดกรองผู้ป่วยผิดประเภท งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบึงกาฬ. วารสารวิชาการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2561;2(4):50-7.
8. Mulindwa F. Perceptions of Doctors and Nurses of International Hospital Kampala (IHK)–Out Patient Department and Emergency Unit (OPD&EU), regarding introduction and use of the South African Triage Scale (SATS) (Doctoral dissertation, Stellenbosch: Stellenbosch University); 2015.
9. สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. MOPH ED. Triage. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
10. Barman U. to measure knowledge level of trainers on andragogy. Agriculture Update. 2015;10(2):139-43.
11. Likert R. The method of constructing an attitude scale. In Scaling (pp. 233-242). Routledge; 2017.
12. สำเริง จันทรสุวรรณ, สุวรรณ บัวทวน. ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์. ขอนแก่น: ภาควิชาสังคมวิทยา และมานุษยวิทยา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2547.

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการสุขาภิบาลอาหารต่อการดำเนินงานสุขาภิบาลโรงอาหาร และการตรวจการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในโรงเรียนประถมศึกษา เทศบาลเมืองร้อยเอ็ด

Effect of Food Sanitation Promotion program on Food Sanitation Implementation and Coliform Bacteria Contamination in Primary School, Roi-Et Municipality

ปริษา อุทัยวรรณ*

Parisa Uthaiwan

Corresponding author: E-mail: Parisa1968@hotmail.com

(Received: July 18, 2024; Revised: July 25, 2024; Accepted: August 25, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบการดำเนินงานสุขาภิบาลโรงอาหาร และศึกษาผลการตรวจการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในโรงเรียนประถมศึกษา เทศบาลเมืองร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยกึ่งทดลอง (Qua-si experimental study) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One group pre-test post-test design)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สัมผัสอาหาร จำนวน 105 คน และอาหารพร้อมรับประทาน น้ำดื่ม ภาชนะอุปกรณ์ใส่อาหารในโรงเรียนประถมศึกษา เทศบาลเมืองร้อยเอ็ด ดำเนินการตั้งแต่เดือนมีนาคมถึงเดือนมิถุนายน 2566 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ แบบสำรวจ แบบบันทึก และอุปกรณ์ตรวจหาเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย (SI2) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ % Differences

ผลการวิจัย : หลังการดำเนินการโรงอาหารในโรงเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีมาตรฐานสุขาภิบาลโรงอาหารในโรงเรียนโดยรวมเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 39.29 และผลการตรวจการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียโดยใช้น้ำยาตรวจหาเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย (SI2) พบว่า มือของผู้สัมผัสอาหารมีการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย จำนวน 40 คน (38.1%) ภาชนะและอุปกรณ์ (จาน ถาดหลุม) จำนวน 61 ร้าน (65.60%) ประเภทอาหาร (ผักสด) จำนวน 52 ร้าน (53.10%) และน้ำดื่มในโรงเรียน ประเภทน้ำประปาผ่านเครื่องกรองน้ำจำนวน 36 ร้าน (81.80%)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการศึกษาครั้งนี้ส่งผลให้โรงอาหารในโรงเรียนถูกหลักสุขาภิบาลเพิ่มขึ้นและอาหารถูกปนเปื้อนลดลง

คำสำคัญ : สุขาภิบาลโรงอาหาร; การปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย; โรงเรียนประถมศึกษา

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

Abstract

Purposes : To compare the sanitation practices in school cafeterias and examine the contamination of coliform bacteria in elementary schools, Roi-Et municipality.

Study design : Qua-si experimental study; One group pre-test post-test design.

Materials and Methods : The sample group comprised 105 food handlers, ready-to-eat food items, drinking water, and food-serving utensils in elementary schools under the Roi Et municipality. The study was conducted from March to June 2023. Data were collected using interviews, surveys, record forms and coliform bacteria detection equipment (SI2). The data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation and % Differences.

Main findings : After the intervention, the overall sanitation standards in the school cafeterias within the sample group improved by 39.29%. The results of coliform bacteria contamination testing, conducted using the SI2 coliform bacteria detection solution, revealed that 40 food handlers (38.1%) had coliform bacteria contamination on their hands. Additionally, contamination was found in 61 instances (65.60%) of utensils and equipment (plates and compartment trays), 52 instances (53.10%) of food items (fresh vegetables), and 36 instances (81.80%) of drinking water samples from filtered tap water in the schools.

Conclusion and recommendations : The results of this study led to improved sanitation practices in school cafeterias and a reduction in food contamination.

Keywords : Food Sanitation; Food Sanitation Implementation; Primary School

*Public health academic, Professional Level, Roi-et Provincial Health Office.

บทนำ

โรคอาหารเป็นพิษเกิดจากการกินอาหารหรือดื่มน้ำที่ปนเปื้อนเชื้อก่อโรค ได้แก่ ไวรัส แบคทีเรียปรสิต สารพิษหรือสารเคมี โดยสามารถเกิดได้จากทุกขั้นตอนของอาหาร เช่น การปนเปื้อนเชื้อจากวัตถุดิบการปรุง และการเก็บอาหาร ที่ไม่ถูกสุขลักษณะของเชื้อโรค สารพิษที่ได้รับบางชนิดอาจทำให้เสียชีวิตได้ การเกิดโรคอาหารเป็นพิษมักเกิดขึ้นได้ง่ายและบ่อยครั้ง เมื่อการการระบาดของโรคมักเกิดเป็นกลุ่มใหญ่ มีผู้ป่วยจำนวนมาก[1] เช่นเดียวกับการจัดการสุขาภิบาลอาหารเป็นการบริหารจัดการ และควบคุมสิ่งแวดล้อม รวมทั้งบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมอาหารเพื่อทำให้อาหารสะอาด ปลอดภัย ปราศจากเชื้อโรค หนอนพยาธิ และสารเคมีต่างๆ ที่เป็นอันตราย หรืออาจจะเป็นอันตรายต่อการเจริญของร่างกาย สุขภาพอนามัย และการดำรงชีวิตของผู้บริโภคเพื่อให้อาหารสะอาด ปลอดภัย จึงต้องมีการจัดการและควบคุมปัจจัยที่เป็นสาเหตุทำให้อาหารไม่สะอาดปลอดภัยต่อการบริโภค การควบคุมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมปรุงประกอบการบริการอาหารมี 5 ปัจจัย ได้แก่ (1) สถานที่ (2) อาหาร (3) ภาชนะอุปกรณ์ (4) บุคคล และ (5) สัตว์และแมลงนำโรคเหล่านี้เมื่อมีการควบคุมและป้องกันที่ถูกวิธีแล้วจะทำให้อาหารสะอาด ปลอดภัย ไม่เกิดความเสี่ยงของโรคที่เกิดจากอาหาร และน้ำเป็นสื่อ เนื่องจากกองระบาด กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่เกิดโรคจากอาหารและน้ำเป็นสื่อทุกปี เช่น โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน โรคอาหารเป็นพิษ เป็นต้น[2]

จากการเฝ้าระวังของกรมควบคุมโรค (2564) พบว่าสถานการณ์โรคอาหารเป็นพิษใน พ.ศ.2564 ตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเดือนมิถุนายน 2564 ข้อมูลจากรายงาน 506 กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรคมีรายงานผู้ป่วย 37,484 ราย อัตราป่วย 56.47 ต่อ ประชากรแสนคน เสียชีวิต 1 ราย จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุด ได้แก่ อุบลราชธานี มุกดาหารและร้อยเอ็ดจาก รายงานสถานการณ์โรคอาหารเป็นพิษของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2564 ข้อมูลจากรายงาน 506 มีรายงานผู้ป่วยทั้งหมด 961 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 31.84 ต่อประชากรแสนคน ไม่มีรายงานผู้เสียชีวิต จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุด ได้แก่ จังหวัดนครสวรรค์ อัตราป่วยเท่ากับ 40.31 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ กำแพงเพชร อัตราป่วยเท่ากับ 33.05 ต่อประชากรแสนคน อุทัยธานี อัตราป่วยเท่ากับ 27.47 ต่อ ประชากรแสนคน พิจิตร อัตราป่วยเท่ากับ 25.99 ต่อประชากรแสนคน และชัยนาท อัตราป่วยเท่ากับ16.07 ต่อประชากรแสนคน สำหรับสถานการณ์โรคอาหารเป็นพิษจังหวัดอุทัยธานี ตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเดือนมิถุนายน 2564 มีรายงานผู้ป่วย 90 ราย อัตราป่วย 27.37.39 ต่อประชากรแสนคน ไม่มีผู้เสียชีวิต อำเภอที่มีอัตราป่วยสูงสุด ได้แก่ เมือง อัตราป่วยเท่ากับ 70 ต่อประชากรแสนคน หนองฉาง อัตราป่วย 38.29 ต่อประชากรแสนคน บ้านไร่ อัตราป่วย 27.04 ต่อประชากรแสนคน และสว่างอารมณ์ อัตราป่วย 22.23 ต่อประชากรแสนคน สถานการณ์เหตุการณ์การระบาดของโรคอาหารเป็นพิษจังหวัดอุทัยธานี ที่เข้าเกณฑ์ตรวจสอบข่าวการระบาด ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ ข้อมูลจากโปรแกรมตรวจสอบข่าวการระบาด กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 - 2563 จังหวัดอุทัยธานีไม่มีรายงานเหตุการณ์การระบาดของโรคอาหารเป็นพิษ สำหรับการเกิดเหตุการณ์โรคอาหารเป็นพิษมักเกิดรวดเร็ว มีการรายงานเร่งด่วน ต้องการการสอบสวนที่ทันท่วงทีเพื่อควบคุมไม่ให้มีการแพร่กระจายของการระบาดไปมากขึ้น[3]

โรคอาหารเป็นพิษ (Food poisoning) พบบ่อยในประเทศกำลังพัฒนาแต่พบได้ประปรายในประเทศพัฒนาแล้ว เกิดได้ทุกช่วงอายุ ทั้งในผู้หญิงและผู้ชาย พบในเด็กได้สูงกว่าวัยอื่น โดยเฉพาะในนักเรียนเนื่องจากมีการร่วมกลุ่มทำกิจกรรมและรับประทานอาหารชนิดเดียวกัน ดื่มน้ำร่วมกัน ทั้งในโรงเรียนค่ายลูกเสือ การทัศนศึกษา ปัจจัยเสี่ยงโรคอาหารเป็นพิษในนักเรียนเกิดจากการรับประทานอาหารเสี่ยง เช่น ข้าวมันไก่ ข้าวผัด อาหารหรือขนมที่มีส่วนประกอบของกะทิ ปรุงประกอบไว้นานเกิน 2 ชั่วโมง รับประทานพืชพิษ เช่น เห็ดพิษหรือดื่มนม น้ำ น้ำแข็งที่ไม่สะอาด ปนเปื้อนเชื้อก่อโรค จากรายงาน

เฝ้าระวังโรค กองระบาดวิทยา พบว่าทุกปีจะมีเหตุการณ์ระบาดของโรคอาหารเป็นพิษในนักเรียน การเจ็บป่วยจะส่งผลกระทบโดยตรงต่อพัฒนาการทางร่างกายจิตใจและสติปัญญาของนักเรียน ผู้ปกครองเกิดความวิตกกังวล เสียค่ายาเสียเวลา ขาดรายได้ ชุมชนเกิดความตระหนก โรงเรียนเสียภาพลักษณ์ จึงต้องมีการเตรียมความพร้อมรับมือกับปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้น ซึ่งการป้องกันควบคุมโรคอาหารเป็นพิษจะเกิดผลสำเร็จ ยั่งยืนได้ ต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนทั้งนักเรียน ผู้ปกครอง ครู และชุมชน[4] เช่นเดียวกับผลการสำรวจการจัดการสุขาภิบาลอาหารและน้ำดื่มในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานทั่วประเทศ จำนวน 293 แห่ง[5] พบเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียปนเปื้อนในตัวอย่างอาหาร น้ำดื่มน้ำแข็ง ภาชนะและมือผู้สัมผัสอาหาร ร้อยละ 41.8, 55.8, 75.9, 40.2 และ 38.5 ตามลำดับ โรงอาหารส่วนใหญ่ร้อยละ 82.8 ยังไม่ผ่านมาตรฐานการสุขาภิบาลอาหารโรงอาหาร โดยพบในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุดร้อยละ 97.4 และการศึกษาของภุมรินทร์ ฐานะ[6] พบว่า ความรู้ของผู้ประกอบอาหารในโรงเรียนมีความรู้ในระดับสูง การปฏิบัติตนด้านสุขาภิบาลอาหารอยู่ในระดับดีร้อยละ 100 แต่ตรวจพบเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหารร้อยละ 31.3 นอกจากนี้การศึกษาของนภพรรณ นันทพงษ์ และคณะ[7] ตรวจพบเชื้อที่ก่อโรคอาหารเป็นพิษร้อยละ 14.3 ในอุจจาระของผู้ประกอบการอาหารในตลาดสดโดยเชื้อที่พบส่วนใหญ่ คือเชื้อ Salmonella sp. ร้อยละ 14.1 รองลงมาพบเชื้อ Vibrio cholerae ร้อยละ 0.2 ส่วนการเฝ้าระวังน้ำประปาในเขตชนบท พบว่า ร้อยละ 73.5 ไม่มีการเติมคลอรีนในน้ำประปา

จากการวิเคราะห์สาเหตุของนักเรียนป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงและโรงอาหารเป็นพิษในกลุ่มเด็กนักเรียน พบว่า ส่วนหนึ่งเกิดจากอาหารที่ทางโรงเรียนจัดเตรียมให้เป็นอาหารกลางวันแก่นักเรียน เนื่องจากได้มีการศึกษาภาวะสุขาภิบาลอาหารของโรงเรือน พบว่า ประเด็นที่โรงอาหารในโรงเรือนไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานการสุขาภิบาลอาหารในโรงเรียน ได้แก่ น้ำ น้ำแข็ง อ่างล้างภาชนะไม่มีท่อระบาย ไม่มีบ่อดักไขมัน และไม่มีการตรวจสุขภาพประจำปีของผู้สัมผัสอาหาร ความแข็งแรงของโต๊ะ และเก้าอี้ สำหรับรับประทานอาหาร ผู้ปรุง ผู้เสิร์ฟต้องผูกผ้ากันเปื้อน ผู้ปรุงต้องเก็บผมโดยใส่หมวกหรือเน็ตคลุมผม และผู้สัมผัสอาหารมีการสวมใส่เครื่องประดับ ไม่มีการตัดเล็บ” นอกจากนี้ ยังพบการปนเปื้อนของจุลินทรีย์ในอาหาร วัสดุ อุปกรณ์น้ำบริโภค น้ำอุปโภค และมือของผู้สัมผัส เช่น มีการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบททีเรียในอาหารมือผู้สัมผัสอาหาร และภาชนะใส่อาหาร น้ำดื่มถัง 20 ลิตร สำหรับให้นักเรียนบริโภค จากการประมวลเอกสารข้างนี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการสุขาภิบาลอาหารและคุณภาพด้านจุลินทรีย์ของอาหาร น้ำบริโภคน้ำอุปโภค ภาชนะอุปกรณ์และมือผู้สัมผัสอาหาร ในโรงอาหารของโรงเรียน ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้โปรแกรมส่งเสริมการสุขาภิบาลอาหารต่อการดำเนินงานสุขาภิบาลโรงอาหาร และการตรวจการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในโรงเรียนประถมศึกษาในเขตเทศบาลเมืองร้อยเอ็ด เพื่อให้นักเรียนได้รับประทานอาหารที่สะอาด ปลอดภัย ลดความเสี่ยงของการเกิดโรคอาหารและน้ำเป็นสื่อได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบการดำเนินงานสุขาภิบาลโรงอาหารและศึกษาผลการตรวจการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในโรงเรียนประถมศึกษาในเขตเทศบาลเมืองร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการศึกษา

รูปแบบการวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Qua-si experimental study) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการดำเนินงานสุขาภิบาลโรงอาหารและศึกษาผลตรวจการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนมิถุนายน 2566

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้สัมผัสอาหาร ได้แก่ ผู้ปรุงอาหาร ผู้เสิร์ฟ และผู้ทำความสะอาดภาชนะ อุปกรณ์ใส่อาหาร ในโรงเรียนประถมศึกษาในเขตเทศบาลเมืองร้อยเอ็ด

สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 8 แห่ง และอาหารพร้อมรับประทาน น้ำดื่ม และภาชนะอุปกรณ์ใส่อาหารในโรงเรียน

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น

1) ผู้สัมผัสอาหาร ได้แก่ ผู้ปรุงอาหาร ผู้เสิร์ฟ และผู้ทำความสะอาดภาชนะ อุปกรณ์ใส่อาหารในโรงเรียน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้ (1) โรงเรียนที่มีผู้สัมผัสอาหารมากกว่า 5 คนขึ้นไป ใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ร้อยละ 50 ของผู้สัมผัสอาหารทั้งหมด และ (2) โรงเรียนที่มีผู้สัมผัสอาหารตั้งแต่ 1-5 คน เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกคน จำนวน 105 คน

2) อาหารพร้อมรับประทาน น้ำดื่ม ภาชนะอุปกรณ์ใส่อาหาร ได้แก่ จาน ชาม ถาดหลุม แก้วน้ำ ช้อน ส้อม คัดเลือกดังนี้

ตารางที่ 1 การคัดเลือกขนาดตัวอย่างอาหาร น้ำดื่มและภาชนะ อุปกรณ์ใส่อาหาร

ประเภท	โรงเรียนขนาดใหญ่และใหญ่พิเศษ	โรงเรียนขนาดเล็กและกลาง
1. อาหาร	ร้านละ 1 ตัวอย่าง โดยเก็บตัวอย่างอาหารให้หลากหลายมากที่สุด	อาหารทั้งหมด
2. น้ำดื่ม	น้ำดื่ม 3 จุดขึ้นไป เก็บ 2 ตัวอย่าง	น้ำดื่ม 1-2 จุด เก็บ 1 ตัวอย่าง
3. ภาชนะ อุปกรณ์	ร้านละ 1 ตัวอย่าง	เก็บตัวอย่าง 3 ประเภทๆละ1ตัวอย่าง ได้แก่ ถาดหลุม แก้วน้ำช้อน/ ส้อม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป้น 3 ประเภท คือ 1) เครื่องมือสำหรับทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการสุขาภิบาลอาหารในโรงเรียนที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบกิจกรรม 5 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 สถานที่บริโภคอาหารและสถานที่เตรียม ปรุง ประกอบอาหาร ครั้งที่ 2 อาหาร กรรมวิธีการทำ ประกอบหรือปรุง การเก็บรักษาอาหาร ครั้งที่ 3 สุขลักษณะของภาชนะ อุปกรณ์ และเครื่องใช้อื่นๆ ครั้งที่ 4 สุขลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแล และผู้สัมผัสอาหาร ครั้งที่ 5 การเฝ้าระวังทางสุขาภิบาลอาหาร 2) เครื่องมือที่ใช้ในเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ความรู้ และพฤติกรรมผู้สัมผัสอาหาร แบบสำรวจการสุขาภิบาลโรงอาหาร และแบบบันทึกการตรวจการปนเปื้อนแบคทีเรียในอาหาร น้ำดื่มและมือผู้สัมผัสอาหาร เป็นแบบสอบถามของสำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย[8] และ 3) เครื่องมือที่ใช้ในการสำรวจ ได้แก่ อุปกรณ์ตรวจหาเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย (SI2) ได้แก่ ไม้พันสำลีที่ผ่านการฆ่าเชื้อแล้ว ปากคีบ กรรไกร ตะเกียงแอลกอฮอล์ ช้อนชา แอลกอฮอล์ และขวดใส่น้ำยา SI2

การสร้างและทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยและคณะได้ร่วมกันพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการสุขาภิบาลอาหารในโรงเรียน โดยการทบทวนวรรณกรรมและศึกษาจากแบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนของหน่วยงานต่างๆ จากนั้นได้ให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) และความเหมาะสมของภาษา (Wording) หลังจากนั้นนำมาปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ แล้วนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างในโรงเรียนประถมศึกษาในเขตเทศบาลเมืองมหาสารคาม จำนวน 2 แห่ง และนำมาปรับเนื้อหาและภาษาเพื่อให้แบบสอบถามมีความสมบูรณ์ และเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างมากขึ้น และนำแบบสอบถามไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ

1. ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อประสานพื้นที่โดยจัดทำหนังสือราชการแจ้งผู้ที่เกี่ยวข้องในส่วนสาธารณสุขและการศึกษาได้แก่ นายกเทศมนตรีเทศบาล

เมืองร้อยเอ็ด ผู้อำนวยการโรงเรียน และกองการศึกษาเทศบาลเมืองร้อยเอ็ด และผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ

2. วางแผนการเก็บรวบรวมข้อมูล และเตรียมผู้ช่วยนักวิจัย

3. ประชุมปรับมาตรฐานคณะทำงานให้มีความเข้าใจในระเบียบวิธีการสำรวจ แบบสำรวจทุกแบบฟอร์ม

4. เตรียมอุปกรณ์ตรวจหาเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย ได้แก่ ไม้พันสำลีที่ผ่านการฆ่าเชื้อแล้ว ปากคีบ กรรไกร ตะเกียงแอลกอฮอล์ ช้อนชา แอลกอฮอล์ และขวดใส่น้ำยา SI2

ขั้นการดำเนินการ

สัปดาห์ที่ 1

1. สร้างสัมพันธภาพโดยแนะนำตนเองและผู้ช่วยวิจัยแล้ว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมการวิจัย และรายละเอียดกิจกรรม

2. ชี้แจงความเสี่ยงหากการดำเนินงานสุขาภิบาลโรงอาหารในโรงเรียนไม่ได้มาตรฐาน

3. ให้ผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยแบบบันทึกข้อมูลลักษณะทางประชากร แบบประเมินการดำเนินงานสุขาภิบาลโรงอาหาร

4. แจกคู่มือการดำเนินงานสุขาภิบาลโรงอาหาร และแบบบันทึกการดำเนินงานสุขาภิบาลโรงอาหาร พร้อมอธิบายการใช้งาน

5. จัดอภิปรายกลุ่ม ให้ตระหนักถึงปัญหาเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างวางแผน การดำเนินงานสุขาภิบาลโรงอาหาร โดยวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาพร้อมทั้งเสนอแนะแนวทางการแก้ไขและดำเนินการสรุปผลการอภิปรายกลุ่ม

6. ให้ความรู้รายกลุ่มเรื่องการดำเนินงานสุขาภิบาลโรงอาหาร รวมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อม เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจ โดยการบรรยายให้ความรู้เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจในการนำไปปฏิบัติต่อไป รวมทั้งสอน และให้ปฏิบัติตาม

7. เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถาม และช่วยกันคิดวิเคราะห์ และเสนอแนวทางการดูแลตนเองด้านการสุขาภิบาลอาหาร

8. ร่วมกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนในการปฏิบัติ และให้กำลังใจในการลงมือปฏิบัติ

สัปดาห์ที่ 2 - สัปดาห์ที่ 8

1. ผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินและทดสอบเมื่อครบ 8 สัปดาห์

2. เยี่ยมติดตามทุกสัปดาห์ โดยให้ปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง สะท้อนปัญหาและบันทึกการปฏิบัติลงในแบบบันทึกทุกวันที่ปฏิบัติ

3. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคม – มิถุนายน 2566 ซึ่งมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้ โดย 1) แนะนำทีมผู้สัมภาษณ์กับผู้บริหารโรงเรียนและชี้แจงวัตถุประสงค์ และวิธีการเก็บข้อมูล และ 2) ชี้แจงทำความเข้าใจวิธีการเก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลองกับครูผู้รับผิดชอบโรงอาหาร ครูอนามัย และผู้สัมผัสอาหาร

4. ตรวจสอบข้อมูลภายหลังเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์โดยทันที เพื่อตรวจสอบความครบถ้วนในทุกๆ หน้าของแบบสอบถามทุกฉบับให้เสร็จสิ้นก่อนออกจากพื้นที่ เพื่อป้องกันการเสียเวลาในการกลับเข้าไปเก็บข้อมูลใหม่ การตรวจสอบในแต่ละโรงเรียนควรตรวจสอบให้ได้แบบสอบถามครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของร้อยละ โดยใช้ % Differences

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 1582565 มีมติรับรองเมื่อวันที่ 22 ธันวาคม 2565

ผลการวิจัย

1. การสุขาภิบาลโรงอาหาร จากการสำรวจโรงอาหารของโรงเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง หลังการดำเนินการทั้งหมด 30 แห่ง ครอบคลุม 7 มาตรฐาน พบว่า มาตรฐานสุขาภิบาลโรงอาหารในโรงเรียนโดยรวมเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 39.29 เมื่อพิจารณารายมาตรฐาน พบว่า มาตรฐานบริเวณที่เตรียมปรุงอาหารมีการดำเนินการเพิ่มขึ้นมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 135.71 รองลงมา คือ มาตรฐานการรวบรวมขยะเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 95.65 และมาตรฐานสถานที่รับประทานอาหารและบริเวณทั่วไป เพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 66.67 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละการดำเนินงานตามเกณฑ์มาตรฐานสุขาภิบาลโรงอาหารในโรงเรียน (n=30)

มาตรฐาน	ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน		% Differences
	ก่อนดำเนินการ	หลังดำเนินการ	
1. สถานที่รับประทานอาหารและบริเวณทั่วไป	10(33.30)	25(83.30)	+66.67
2. บริเวณที่เตรียมปรุงอาหาร	3(10.00)	22(73.30)	+135.71
3. อาหาร น้ำ น้ำแข็ง เครื่องดื่ม	27(90.00)	30(100.00)	+7.14
4. ภาชนะอุปกรณ์	12(40.00)	26(86.70)	+56.00
5. การรวบรวมขยะ	4(13.30)	15(50.00)	+95.65
6. ห้องน้ำ ห้องส้วม	15(50.00)	23(76.70)	+30.19
7. ผู้ปรุง ผู้เสิร์ฟ	28(93.30)	30(100.00)	+4.65
เฉลี่ยโดยรวม	15(50.00)	26(76.70)	+39.29

2. การตรวจการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย จากการตรวจการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียโดยใช้น้ำยาตรวจหาเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย (SI2) พบว่ามือของผู้สัมผัสอาหารมีการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย จำนวน 40 คน (38.1%) ภาชนะ และอุปกรณ์ (จาน ถาดหลุม) จำนวน 61 ร้าน (65.60%) ประเภทอาหาร (ผักสด) จำนวน 52 ร้าน (53.10%) และน้ำดื่มในโรงเรียนประเภทน้ำประปาผ่านเครื่องกรองน้ำจำนวน 36 ร้าน (81.80%) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละผลการตรวจการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย หลังการทดลอง (n=105)

ผลตรวจการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย		จำนวน(%)
1. มือของผู้สัมผัสอาหาร (n=105)	ผลบวก	40(38.10)
	ผลลบ	65(61.90)
2. ภาชนะ อุปกรณ์ (n=93)	จาน ถาดหลุม	35(37.60)
	ช้อน ส้อม ตะเกียบ	34(36.60)
	ถ้วย ชาม	12(12.90)
	แก้วดื่มน้ำ	12(12.90)

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ผลตรวจการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย		จำนวน(%)
ผลการตรวจ SI2	ผลบวก	61(65.60)
	ผลลบ	32(34.40)
3. ประเภทอาหาร (n=98)	ผักสด	35(35.70)
	ต้มนึ่ง ลวก	33(33.70)
	ทอด	13(13.30)
	ผัด	13(13.30)
	กะทิ ขนมหวาน	4(4.10)
ผลการตรวจ SI2	ผลบวก	52(53.10)
	ผลลบ	46(46.90)
4.น้ำดื่มในโรงเรียน (n=44)	น้ำประปาผ่านเครื่องกรองน้ำ	23(52.30)
	น้ำฝน (ไม่ผ่านเครื่องกรองน้ำ)	12(27.30)
	น้ำดื่มบรรจุขวด	3(6.80)
	น้ำบรรจุถัง	3(6.80)
	น้ำฝนผ่านเครื่องกรองน้ำ	2(4.50)
	น้ำดื่ม (กระติกน้ำ)	1(2.30)
ผลการตรวจ SI2	ผลบวก	36(81.80)
	ผลลบ	8(18.20)

วิจารณ์

1. ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า หลังการดำเนินการโรงอาหารในโรงเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีมาตรฐานสุขาภิบาลโรงอาหารในโรงเรียนโดยรวมเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 39.29 สอดคล้องกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจาก BMC Public Health ที่ยืนยันว่า การปรับปรุงมาตรฐานสุขาภิบาลในโรงเรียนส่งผลให้คุณภาพและความปลอดภัยของอาหารดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ[9] การศึกษาในอินเดียเกี่ยวกับโปรแกรม WASH (Water, Sanitation, and Hygiene) ยังแสดงให้เห็นถึงการพัฒนามาตรฐานสุขาภิบาลหลังจากการแทรกแซง[10] การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจเนื่องมาจากการเพิ่มขึ้นของมาตรฐานสุขาภิบาลในโรงอาหารของโรงเรียนหลังการดำเนินการที่คิดเป็นร้อยละ 39.29 อาจเนื่องมาจากหลายปัจจัย เช่น การให้ความรู้ด้านสุขาภิบาลแก่ผู้สัมผัสอาหารอาจช่วยให้พวกเขาปฏิบัติตามมาตรฐานสุขอนามัยอย่างเคร่งครัดมากขึ้นการดำเนินการตรวจสอบคุณภาพและมาตรฐานสุขาภิบาลอย่างสม่ำเสมอสามารถช่วยปรับปรุงคุณภาพการจัดการอาหาร และการใช้อุปกรณ์ที่สะอาดและมีมาตรฐานอาจช่วยลดความเสี่ยงของการปนเปื้อนในอาหาร

นอกจากนั้นยังสอดคล้องกับการพัฒนาการสุขาภิบาลอาหารและการเฝ้าระวังความปลอดภัยของอาหารในโรงเรียนไม่เป็นรูปธรรมชัดเจน หลังจากการสำรวจสัมภาษณ์และประชุมระดมความคิดเห็นจากหลายภาคส่วน

และผู้เกี่ยวข้อง คณะผู้วิจัยได้จัดทำรูปแบบระบบการจัดการอาหารปลอดภัยในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานครขึ้น โดยระบบการจัดการประกอบด้วย คณะกรรมการพัฒนาการสุขาภิบาลอาหารในโรงเรียนซึ่งรับผิดชอบการจัดการสุขลักษณะทางกายภาพของโรงอาหาร การจัดการสุขลักษณะของอาหาร และการจัดการสุขลักษณะ ผู้สัมผัสอาหารภายหลังจากการใช้รูปแบบระบบการจัดการอาหารปลอดภัย พบว่าโรงเรียนมีสภาพการสุขาภิบาลอาหาร ผ่านเกณฑ์มาตรฐานของกรมอนามัยระดับดีขึ้นไป เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 90.8 และ 93.4 ในปี พ.ศ. 2559 และ 2562 ตามลำดับ และระหว่างดำเนินการตามแผนโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานครทกแห่งไม่มีการระบาดของโรคอาหารเป็นพิษ การศึกษามีแสดงให้เห็นว่าระบบการจัดการความปลอดภัยของอาหารในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานครมีประสิทธิภาพสมควรดำเนินการใช้ต่อไป และอาจนำไปประยุกต์ใช้กับโรงโรงเรียนสังกัดอื่นๆ หรือสถานประกอบการอาหารอื่นๆ ได้[11]

2. ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผลการตรวจการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียโดยใช้น้ำยาตรวจหาเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย (SI2) พบว่า มือของผู้สัมผัสอาหารมีการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย จำนวน 40 คน (38.1%) ภาชนะและอุปกรณ์ (จาน ถาดหลุม) จำนวน 61 ร้าน (65.60%) ประเภทอาหาร (ผักสด) จำนวน 52 ร้าน (53.10%) และน้ำดื่มในโรงเรียน ประเภทน้ำประปาผ่านเครื่องกรองน้ำ จำนวน 36 ร้าน (81.80%) พบผลเช่นเดียวกับศึกษาที่พบว่า โรงอาหารไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารระดับดี ร้อยละ 70.00 และไม่มีโรงเรียนใดผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก ด้านที่ไม่ผ่านเกณฑ์มากที่สุด คือ ด้านตัวอาหาร น้ำ น้ำแข็งเครื่องดื่ม รองลงมา ด้านภาชนะอุปกรณ์ ส่วนข้อที่โรงเรียนไม่ผ่านเกณฑ์ทั้งหมด คือ อ่างล้างภาชนะไม่มีท่อระบาย ไม่มีบ่อดักไขมัน และไม่มีผลการตรวจสุขภาพประจำปีของผู้สัมผัสอาหาร การตรวจแบคทีเรียในอาหาร พบการปนเปื้อนข้าวราดแกง ปนเปื้อนมากที่สุด โดยเฉพาะอาหารที่ใส่กะทิ ร้อยละ 57.14 รองลงมาร้านก๋วยเตี๋ยว พบมากที่สุดในลูกชิ้น และน้ำแข็ง ร้อยละ 50 เท่ากัน ด้านภาชนะพบการปนเปื้อนมากที่สุดคือ ตะเกียบ ร้อยละ 50.00 จาน-ชาม ร้อยละ 41.91 และช้อน-ส้อม ร้อยละ 33.33 ตามลำดับ ด้านมือผู้สัมผัสอาหาร พบการปนเปื้อนของร้านอาหารตามสั่ง ร้อยละ 50.00 ร้านก๋วยเตี๋ยว ร้อยละ 25.00 และร้านข้าวราดแกง ร้อยละ 23.01 พบการปนเปื้อนมือผู้ปรุงและผู้เสิร์ฟไม่แตกต่างกัน อภิปรายผลพบว่าการไม่ผ่านเกณฑ์โรงอาหารมี 2 ส่วน คือด้านโครงสร้างของโรงอาหาร และสุขวิทยาส่วนบุคคลของผู้สัมผัสอาหาร[12]

ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในโรงอาหารของโรงเรียนที่พบในผลการศึกษานี้ สามารถเกิดขึ้นได้จากหลายปัจจัยหลัก เช่น (1) *การปนเปื้อนที่มือของผู้สัมผัสอาหาร (38.1%) การปฏิบัติด้านสุขอนามัยส่วนบุคคลที่ไม่ดี ผู้สัมผัสอาหารอาจไม่ได้ล้างมืออย่างถูกวิธี หรือไม่บ่อยครั้งเพียงพอ ซึ่งเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียอยู่บนมือ การขาดการฝึกอบรมเกี่ยวกับสุขอนามัยหากผู้สัมผัสอาหารไม่ได้รับการฝึกอบรมที่เหมาะสมเกี่ยวกับการรักษาความสะอาดและสุขอนามัยส่วนบุคคล ก็อาจนำไปสู่การปนเปื้อนเชื้อโรคได้ และการเข้าถึงสถานที่ล้างมือที่ไม่เพียงพอ การขาดสบู่ น้ำสะอาด หรืออุปกรณ์ล้างมือที่เหมาะสมสามารถส่งผลให้การล้างมือไม่สมบูรณ์ (2) การปนเปื้อนที่ภาชนะ และอุปกรณ์ (65.60%) อาจเกิดจากการทำความสะอาด และฆ่าเชื้อไม่เพียงพอ หากภาชนะและอุปกรณ์ไม่ได้รับการทำความสะอาดและฆ่าเชื้ออย่างถูกวิธีหลังการใช้งาน เชื้อโรคสามารถคงอยู่และเจริญเติบโตได้การเก็บรักษาภาชนะในสภาพแวดล้อมที่ไม่สะอาด การจัดเก็บภาชนะในที่ที่มีฝุ่นละอองหรือสิ่งสกปรกสามารถนำเชื้อโรคมาเจือปนได้ และการใช้น้ำที่ปนเปื้อนในการล้างภาชนะ หากน้ำที่ใช้ในการล้างภาชนะมีเชื้อโรคอยู่ ก็จะเป็นสาเหตุให้ภาชนะปนเปื้อนเชื้อโรคเช่นเดียวกัน (3) การปนเปื้อนในประเภทอาหาร (ผักสด) (53.10%) อาจเกิดจากการใช้น้ำที่ปนเปื้อนในการล้างผักน้ำที่ใช้ในการล้างผัก หากมีเชื้อโรคอยู่ ก็จะทำให้ผักสดปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย การจัดการผักที่ไม่สะอาด การใช้เครื่องมือหรือภาชนะที่ไม่ได้รับการทำความสะอาดอย่างเพียงพอในการจัดการผัก สามารถนำเชื้อโรคมาเจือปนได้ และ

การเก็บรักษาผักในสภาพแวดล้อมที่ไม่ถูกสุขลักษณะ การจัดเก็บผักในที่ที่มีความชื้นสูงหรือสกปรกสามารถทำให้เชื้อโรคเจริญเติบโตได้ (4) การปนเปื้อนในน้ำดื่มในโรงเรียน (น้ำประปาผ่านเครื่องกรองน้ำ) (81.80%) อาจเนื่องมาจากประสิทธิภาพของระบบกรองน้ำที่ไม่เพียงพอ หากเครื่องกรองน้ำไม่ได้รับการบำรุงรักษาอย่างเหมาะสม หรือมีประสิทธิภาพต่ำในการกำจัดเชื้อโรค ก็อาจทำให้น้ำยังคงปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียอยู่ การปนเปื้อนหลังการกรองน้ำ แม้น้ำจะถูกกรองแล้ว แต่หากมีการเก็บรักษาหรือจ่ายน้ำในภาชนะที่ไม่สะอาด ก็สามารถทำให้น้ำปนเปื้อนเชื้อโรคได้อีกครั้ง และการบำรุงรักษาและทำความสะอาดระบบกรองน้ำไม่สม่ำเสมอการไม่ทำความสะอาดหรือเปลี่ยนไส้กรองตามระยะเวลาที่กำหนด สามารถทำให้เชื้อโรคเจริญเติบโตในระบบกรองน้ำได้

การปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในโรงอาหารของโรงเรียนสามารถเกิดจากการขาดการปฏิบัติด้านสุขอนามัยที่ดีทั้งในด้านบุคลากร การทำความสะอาด การจัดการอาหารและเครื่องมือ รวมถึงประสิทธิภาพของระบบจัดหาน้ำที่ใช้ในการทำอาหารและดื่ม การแก้ไขปัญหาเหล่านี้ต้องการการฝึกอบรมที่เหมาะสม การปรับปรุงกระบวนการทำความสะอาด การบำรุงรักษาระบบกรองน้ำอย่างสม่ำเสมอ และการสร้างวัฒนธรรมสุขอนามัยที่ดีในโรงอาหาร

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้ การนำโปรแกรมส่งเสริมการสุขาภิบาลอาหารไปใช้ควรดำเนินการ ดังนี้

1. ฝึกอบรมเพิ่มเติมสำหรับบุคลากรที่รับผิดชอบและควรมีการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับสุขอนามัยและการจัดการอาหารสำหรับบุคลากร เพื่อรักษามาตรฐานสุขาภิบาลที่สูงขึ้นและป้องกันการปนเปื้อนในอนาคต

2. การตรวจสอบและติดตามผลเป็นประจำ ควรมีการตรวจสอบสุขอนามัยของโรงอาหารเป็นระยะ และต่อเนื่อง เพื่อให้มั่นใจว่ามาตรฐานที่เพิ่มขึ้นสามารถรักษาไว้ได้

3. การใช้เทคโนโลยีเพื่อการควบคุมสุขาภิบาล ควรนำเทคโนโลยีใหม่ๆ มาใช้ในการตรวจสอบคุณภาพน้ำ อาหาร และอุปกรณ์ เพื่อให้การควบคุมสุขาภิบาลมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

4. ควรส่งเสริมให้นักเรียนและบุคลากรมีส่วนร่วมในการรักษาความสะอาดและปฏิบัติตามมาตรการสุขาภิบาล ซึ่งจะช่วยสร้างวัฒนธรรมสุขอนามัยที่แข็งแรงในโรงเรียน

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาครั้งต่อไป การวิจัยเหล่านี้จะช่วยเพิ่มความเข้าใจในปัจจัยที่ส่งผลต่อการปนเปื้อนในโรงอาหารและหาแนวทางการปรับปรุงสุขาภิบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

1. การสำรวจสุขอนามัยเฉพาะด้าน ควรมีการสำรวจการปฏิบัติด้านสุขอนามัยของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับอาหารอย่างละเอียด โดยเน้นการปฏิบัติเฉพาะในการล้างมือ การทำความสะอาดภาชนะ และการจัดการอาหาร

2. การประเมินประสิทธิภาพของระบบกรองน้ำ ควรวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับประสิทธิภาพของระบบกรองน้ำในโรงเรียน โดยรวมถึงการตรวจสอบการบำรุงรักษา และการใช้งานจริง

3. การศึกษาผลกระทบของการฝึกอบรม ควรวิจัยว่าการฝึกอบรมด้านสุขอนามัยมีผลต่อการลดการปนเปื้อนเชื้อโรคในโรงอาหารอย่างไร และในระดับใด

4. การทบทวนมาตรการป้องกัน ควรศึกษามาตรการที่ใช้ในการป้องกันการปนเปื้อน เช่น การใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) และวิธีการจัดการอาหารแบบใหม่ที่อาจลดความเสี่ยงในการปนเปื้อน

5. การสำรวจพฤติกรรมของผู้บริโภค ควรการศึกษาพฤติกรรมของนักเรียนและบุคลากรในการบริโภคอาหารในโรงเรียน เพื่อดูว่าพฤติกรรมใดที่อาจเพิ่มความเสี่ยงในการปนเปื้อน และวิธีการแก้ไขพฤติกรรมเหล่านั้น

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มระบาดวิทยาโรคติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายละเอียดโรคอาหารเป็นพิษ (Food Poisoning) [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 10 มิถุนายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://shorturl.asia/tSVF7
2. กรมอนามัย. การดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารในโรงเรียน กพด. (รายสังกัด) ปีงบประมาณ 2565.

กลุ่มพัฒนาระบบสุขาภิบาลอาหาร สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ; 2565.

3. ทวีศักดิ์ มีสวัสดิ์, ทรรศนะ ธรรมรส, นิรุชา ปรีชาเลิศศิลป์, นิธิรุจน์ เพ็ชร์สินเดชากุล, จักรพงษ์ เพ็งแจ้ง, นันท์นภัส ยุทธไธสงค์ และคนอื่นๆ. การสอบสวนการระบาดของโรคอาหารเป็นพิษในโรงเรียนประจำแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดอุทัยธานี. วารสารโรคและภัยสุขภาพสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์. 2566;17(2):118-31.
4. กลุ่มโรคติดต่อทางอาหารและน้ำ. คู่มือแนวทางสำหรับครูเรื่องการป้องกันควบคุมโรคอาหารเป็นพิษในโรงเรียน (ฉบับปรับปรุง ปี 2563). นนทบุรี: บริษัท ทีเอส อินเตอร์พริ้นท์ จำกัด; 2563.
5. สุวรรณ แช่มชูกลิ่น, สมชาย แช่มชูกลิ่น, สุทัศน์ ชายทุ่ย. สถานการณ์การจัดการสุขาภิบาลอาหารและน้ำดื่มในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 26 เมษายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: http://foodsan.anamai.moph.go.th/download/.pdf
6. ภูมรินทร์ ฐานะ. ความรู้และการปฏิบัติตามข้อกำหนดสุขาภิบาลของผู้ประกอบอาหารในโรงเรียนเขตรับผิดชอบของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ เฝ้าไร่อำเภอเฝ้าไร่จังหวัดหนองคาย. [วิทยานิพนธ์]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2554.
7. นภพรรณ นันทพงษ์, นิธิมา เคารพครู, อังคณาคงกัน, ปาริชาติ สร้อยสูงเนิน. การศึกษาความชุกของโรคอาหารเป็นพิษของผู้ประกอบการค้าในตลาด [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 26 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: http://foodsan.anamai.moph.go.th/download/D_Abstract/2559.pdf
8. สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ. แนวทางการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารปีงบประมาณ 2566. กรมอนามัย; 2565.
9. Mushota O, Mathur A, Pathak A. Effect of school-based water, sanitation, and hygiene intervention on student's knowledge in a resource-limited setting. BMC Public Health. 2021;21:2258.
10. Nogueira T, Ferreira R J, Sócrates M, Dias da Silva V, Liñan Pinto M, Borrego R, et al. Sintra Grows Healthy: A community-based participatory research on the impact of nutrition education in Portuguese primary schools. Public Health Nutr. 2022;25(5): 1176–82. doi:10.1186/s12889-021-10456-2.
11. พรสุดา ผานุการณ์, พีระยา สมชัยยานนท์. การพัฒนาระบบการจัดการความปลอดภัยของอาหารในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร. วารสารนวัตกรรม และเทคโนโลยีเพื่อการเรียนรู้. 2563;3(2):52-61.
12. จิตรดา มาตยาคุณ. มาตรฐานโรงอาหารของโรงเรียนในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน: กรณีศึกษาโรงเรียนประถมศึกษา จังหวัดลพบุรี. วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข. 2559;2(3):299-312.

ผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อความรู้ ทัศนคติ และการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30- 60 ปี โรงพยาบาลหนองพอก

Effects of Program which Applies a Health Belief Model on Knowledge, Attitude and Cervical Cancer Screening for Women aged 30-60 years, Nong Phok Hospital

บุษบา สมบัติศรี* กัญญาณัท ศักดิวงค์**

Bussabar Sombatsri, Kanyanat Sakdiwong

Corresponding author: E-mail: bussabar.som@gmail.com

(Received: July 22, 2024; Revised: July 29, 2024; Accepted: August 29, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ และการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30- 60 ปี ก่อนและหลังการทดลอง

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบเดียววัดก่อน และหลัง (One groups pre-test posttest)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีอายุ 30–60 ปี ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า จำนวน 307 คน ซึ่งได้มาจาการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) ดำเนินการระหว่างเดือนมิถุนายน-กันยายน 2566 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และแบบบันทึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แบะสถิติทดสอบ Paired t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย : หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า สตรีอายุ 30- 60 ปี มีคะแนนเฉลี่ยความรู้มากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 3.93 คะแนน (95%CI: 3.59, 4.27) ; มีทัศนคติต่อโรคมะเร็งปากมดลูกมากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 0.52 คะแนน (95%CI: 0.46, 0.58) และสตรีอายุ 30- 60 ปี เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 84.69

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้ผลลัพธ์การดำเนินงานเพิ่มขึ้น ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำไปใช้เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มเป้าหมายเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

คำสำคัญ : แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ; ความรู้; ทัศนคติ; มะเร็งปากมดลูก

*,** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลหนองพอก

Abstract

Purposes : To compare the mean scores of knowledge, attitudes and decisions regarding cervical cancer screening among women aged 30–60 years before and after the intervention.

Study design : This study employed a quasi-experimental research design, specifically a one-group pre-test post-test design.

Materials and Methods : The sample consisted of 307 women aged 30–60 years who met the inclusion criteria. Participants were selected using simple random sampling. The study was conducted between June and September 2023. Data were collected using questionnaires and records. Data analysis was performed using frequency, percentage, mean and standard deviation, along with the Paired t-test. Statistical significance was set at .05.

Main findings : After participating in the program, the mean knowledge scores of women aged 30–60 years significantly increased compared to before the program ($p<.001$), with a mean difference of 3.93 points (95% CI: 3.59, 4.27). Their attitudes toward cervical cancer also improved significantly ($p<.001$), with a mean difference of 0.52 points (95% CI: 0.46, 0.58). Additionally, the proportion of women aged 30–60 years who underwent cervical cancer screening increased by 84.69%.

Conclusion and recommendations : The findings of this study indicate an improvement in outcomes. Therefore, it is recommended that relevant agencies implement this program to encourage the target group to undergo cervical cancer screening.

Keywords : Health Belief Model; Knowledge; Attitude; Cervical Cancer

*,** Registered Nurse, Professional Level, Nong Phok Hospital.

บทนำ

โรคมะเร็งปากมดลูกยังคงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในประเทศ ดังเช่นในช่วงปี พ.ศ. 2560 ถึง 2566 ไทยโดยมีข้อมูลที่ชี้ให้เห็นถึงแนวโน้มและการตอบสนองทางสุขภาพที่เกี่ยวข้อง โดยมีอัตราการป่วยและการเสียชีวิตมะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบมากที่สุดในผู้หญิงไทย มีอัตราการป่วยประมาณ 16.7 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ.2565 มีการรายงานผู้ป่วยใหม่ประมาณ 6,400 ราย และผู้เสียชีวิตประมาณ 2,600 ราย ผลการตรวจคัดกรองกระทรวงสาธารณสุขได้ส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Pap smear และ HPV DNA test อย่างต่อเนื่อง โดยมีการรณรงค์ให้ผู้หญิงอายุ 30 ปีขึ้นไปเข้ารับการตรวจอย่างสม่ำเสมอ เช่นเดียวกับในปี พ.ศ.2564 ประเทศไทยมีผู้ป่วยรายใหม่ 1.1 แสนคนต่อปี ซึ่งมีแนวโน้มเจ็บป่วยและเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น โดยล่าสุดพบผู้ป่วยใหม่ 112,392 คนต่อปี และมีแนวโน้มป่วยและเสียชีวิตเพิ่มขึ้น ขณะที่ประเภทมะเร็งที่พบมากที่สุดในเพศชาย 5 อันดับ คือ มะเร็งตับและท่อน้ำดีมะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งปอด มะเร็งช่องปาก และมะเร็งต่อมลูกหมาก ส่วนมะเร็งที่พบมากที่สุดในผู้หญิง 5 อันดับแรก คือ มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก มะเร็งลำไส้ มะเร็งปอด และมะเร็งตับ และท่อน้ำดี[1-3] ในทำนองเดียวกันจากสถิติทั่วโลก พบว่ามะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบได้มากเป็นอันดับสอง หรือประมาณ 80.0% ของผู้ป่วยและพบมากในประเทศในประเทศกำลังพัฒนา สำหรับประเทศไทยจากข้อมูลของสถาบันมะเร็งแห่งชาติชี้ว่ามะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบได้มากที่สุดในผู้หญิงไทยเมื่อเทียบกับมะเร็งชนิดอื่น และมีแนวโน้มว่าจะเพิ่มขึ้นทุกปี โดยพบผู้ป่วยรายใหม่ปีละประมาณ 6,000-7,000 คน ในจำนวนนี้ครึ่งหนึ่งจะเสียชีวิต เหตุเพราะรักษาได้ไม่ทันท่วงที ซึ่งในแต่ละวันจะมีผู้หญิงไทยจะเสียชีวิตจากโรคนี้ประมาณ 7 คน พบได้ในสตรีตั้งแต่วัยสาวจนถึงวัยชรา พบมากในช่วงอายุ 30-50 ปี และจากรายงานสถานการณ์การเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ.2541 ถึง พ.ศ. 2553 พบผู้เสียชีวิตมากที่สุดในพื้นที่ภาคกลาง รองลงมาคือ ภาคเหนือ ภาคอีสาน และภาคใต้ ซึ่งจะเห็นได้ว่าหญิงไทยมีแนวโน้มการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้นทุกปี เฉลี่ยปีละประมาณ 5,000 คน หรือคิดเป็นผู้เสียชีวิตวันละ 14 คน[4]

นอกจากนี้ยังพบว่าการตรวจวินิจฉัยและให้การรักษาผู้ที่มีความผิดปกติของปากมดลูกตั้งแต่ระยะก่อนเป็นมะเร็งตามขั้นตอนที่ถูกต้องเหมาะสมสามารถลดอุบัติการณ์ และอัตราการตายของโรคมะเร็งปากมดลูกได้ เนื่องจากมะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่สามารถตรวจพบได้ตั้งแต่เซลล์เริ่มผิดปกติโดยการทำ Pap smear หรือ VIA (Visual Inspection of cervix with Acetic acid) และปัจจุบันมีการตรวจคัดกรองด้วยวิธ HPV DNA Test เป็นเทคนิคทางด้านชีวโมเลกุล เพื่อตรวจหาตัวเชื้อเอชพีวี สายพันธุ์ก่อมะเร็งบริเวณปากมดลูกและผนังช่องคลอด จึงช่วยค้นหาและป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกได้ตั้งแต่ในระยะก่อนการเป็นมะเร็งประกอบกับการดำเนินโรคเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป และสามารถรักษาให้หายขาดได้โดยการรักษาตามระบบ[5-6]

เช่นเดียวกับจังหวัดร้อยเอ็ดที่ได้รับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูก และนำไปปฏิบัติโดยมีการประชาสัมพันธ์ตลอดจนเชิญชวนให้สตรีในจังหวัดไปรับบริการตรวจหาโรคมะเร็งปากมดลูก ปัญหาส่วนใหญ่ที่ส่งผลให้สตรีอายุ 30-60 ปี ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของกลุ่มงานหน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลหนองพอกมีพื้นที่รับผิดชอบ 20 หมู่บ้าน กลุ่มเป้าหมายตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอายุ 30-60 ปี จำนวนทั้งหมด 1,655 คน ซึ่งได้รับการตรวคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยการตรวจ HPV DNA Test เริ่มตั้งแต่ปีงบประมาณ 2564 จนถึงปัจจุบัน มียอดสะสมที่ได้รับการตรวจคัดกรองมาแล้วไม่เกิน 5 ปี ทั้งหมด 724 คน คิดเป็นร้อยละ 43.74 ซึ่งเป้าหมายการตรวจคัดกรองเมื่อสิ้นปีงบประมาณ 2568 คือร้อยละ 80 เมื่อวิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้ผู้หญิงไทยเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกน้อยกว่าที่ควรจะเป็น สาเหตุหลัก ๆ เช่น ผู้หญิงบางคนกลัวการตรวจภายในหรือกังวลว่าจะพบโรคร้ายแรง นอกจากนี้ยังมีความรู้สึกอายและไม่สบายใจเมื่อต้องเข้ารับการตรวจจากบุคลากร

ทางการแพทย์ ขาดความรู้และความเข้าใจซึ่งความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกยังไม่ทั่วถึง บางคนไม่ทราบถึงความเสี่ยงของมะเร็งปากมดลูกและความสำคัญของการตรวจคัดกรอง ปัญหาทางการเงินและการเข้าถึงบริการเช่น การขาดทรัพยากรทางการเงินและการขาดการเข้าถึงบริการสุขภาพโดยเฉพาะในพื้นที่ชนบท ทำให้ผู้หญิงหลายคนไม่สามารถเข้ารับการตรวจคัดกรองได้ การไม่สอดคล้องกับวัฒนธรรมและศาสนาเช่นในบางพื้นที่วัฒนธรรมและความเชื่อทางศาสนาอาจทำให้ผู้หญิงไม่อยากเข้ารับการตรวจ และความไม่ต่อเนื่องของการบริการสุขภาพแม้ว่าจะมีโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในหลายพื้นที่แต่บางพื้นที่ขาดความต่อเนื่องในการให้บริการและการติดตามผล ทำให้การตรวจคัดกรองไม่เป็นที่นิยม[7-9]

จากการศึกษาแนวคิดแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) เป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก แนวคิดนี้ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก ๆ คือ การรับรู้ความเสี่ยง (Perceived Susceptibility) เป็นการทำให้ผู้หญิงตระหนักถึงความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งปากมดลูก โดยเฉพาะหากไม่เข้ารับการตรวจคัดกรอง จะช่วยเพิ่มแรงจูงใจให้พวกเธอตัดสินใจเข้ารับการตรวจ การรับรู้ความรุนแรง (Perceived Severity) เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรุนแรงและผลกระทบของมะเร็งปากมดลูกทั้งทางสุขภาพและชีวิตครอบครัว จะช่วยเสริมความสำคัญของการตรวจคัดกรอง การรับรู้ประโยชน์ (Perceived Benefits) เป็นการอธิบายถึงประโยชน์ของการตรวจคัดกรอง เช่น การตรวจพบมะเร็งในระยะแรกสามารถรักษาได้ จะทำให้ผู้หญิงเห็นความสำคัญของการตรวจ การรับรู้อุปสรรค (Perceived Barriers) เป็นการแก้ไขความเชื่อหรือความกลัวที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้ารับการตรวจ เช่น ความกลัวต่อกระบวนการตรวจหรือค่าใช้จ่าย ช่วยให้ผู้หญิงตัดสินใจได้ง่ายขึ้น ปัจจัยกระตุ้นการกระทำ (Cues to Action) เป็นการให้ข้อมูลและการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การรณรงค์ให้ตรวจคัดกรองผ่านสื่อหรือชุมชน สามารถกระตุ้นให้ผู้หญิงเข้ารับการตรวจ และความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy): เป็นการเสริมสร้างความเชื่อมั่นว่าพวกเธอสามารถเข้ารับการตรวจได้อย่างปลอดภัยและเข้าใจขั้นตอนการตรวจ จะช่วยเพิ่มโอกาสในการเข้ารับการตรวจ ทั้งนี้การประยุกต์ใช้ HBM ในการให้ความรู้เพื่อส่งเสริมการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจะต้องคำนึงถึงทุกองค์ประกอบข้างต้นอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ เพื่อเพิ่มอัตราการเข้ารับการตรวจของผู้หญิงไทย[10-12]

จากประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้น ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีความสำคัญอย่างมากเนื่องจากการคัดกรองช่วยให้สามารถตรวจพบเซลล์ที่ผิดปกติในปากมดลูกก่อนที่จะกลายเป็นมะเร็ง หรือพบมะเร็งในระยะเริ่มแรก ซึ่งการรักษาในระยะนี้มักได้ผลดีและมีโอกาสหายขาดสูงกว่าการตรวจพบในระยะที่โรครุนแรงแล้ว การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นประจำช่วยลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคนี้ได้อย่างมีนัยสำคัญ เพราะการรักษาในระยะต้นมีโอกาสประสบความสำเร็จสูงกว่าการรักษาในระยะที่โรคได้ลุกลาม การป้องกันการแพร่กระจายของโรคเมื่อพบเซลล์ที่ผิดปกติหรือมะเร็งในระยะเริ่มแรก การรักษาสามารถหยุดการแพร่กระจายของโรคไปยังอวัยวะอื่น ๆ ได้ ซึ่งจะช่วยรักษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น เป็นการส่งเสริมสุขภาพในระยะยาวทั้งนี้การคัดกรองอย่างสม่ำเสมอเป็นส่วนสำคัญของการดูแลสุขภาพในระยะยาวของผู้หญิง ช่วยสร้างความตระหนักรู้และส่งเสริมให้ผู้หญิงเข้ารับการตรวจอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสามารถนำไปสู่การป้องกันโรคในอนาคตได้ การตรวจพบและรักษามะเร็งปากมดลูกในระยะต้นสามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคในระยะที่รุนแรงได้ นอกจากนี้ยังช่วยลดภาระด้านการดูแลรักษาที่มีต่อครอบครัว และสังคมโดยรวม กล่าวได้ว่าการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจึงเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการลดภาระของโรคทั้งในระดับบุคคลและสังคม และเป็นวิธีการที่ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานด้านสาธารณสุขทั่วโลก ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30- 60 ปี โรงพยาบาล

หนองพอกเพื่อประยุกต์ใช้ผลการศึกษาในครั้งนี้ไปเป็นรูปแบบในการพัฒนา ส่งเสริมให้สตรีมารับบริการตรวจคัดกรองอย่างต่อเนื่องครอบคลุมมากขึ้นเพื่อเป็นการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกให้ได้ผลดียิ่งขึ้น ซึ่งจะช่วยลดอัตราการป่วยและตายของสตรีจากโรคมะเร็งปากมดลูกต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ และการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30- 60 ปี ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบเดียววัดก่อนหลัง (One groups pre-test posttest) เพื่อเพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ และการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30- 60 ปี ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ดำเนินการระหว่างเดือนมิถุนายน-กันยายน 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นสตรีที่มีอายุ 30–60 ปี ที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่ในพื้นที่อย่างน้อย 6 เดือนในเขตรับผิดชอบของกลุ่มงานปฐมภูมิโรงพยาบาลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 1,655 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นสตรีอายุ 30–60 ปี ที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่ในพื้นที่อย่างน้อย 6 เดือนในเขตรับผิดชอบของกลุ่มงานปฐมภูมิ โรงพยาบาลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 20 หมู่บ้านใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) จำนวน 307 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าศึกษา (Inclusion criteria) คือ (1) เป็นสตรีอายุ 30-60 ปี ที่มีสัญชาติไทย อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลหนองพอก (2) ไม่เคยได้รับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมาก่อน (3) ยินดีเข้าร่วมและให้ความร่วมมือในการวิจัย และ (4) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ สามารถ พูด อ่านและเขียนภาษาไทยได้และเกณฑ์ในการคัดออกศึกษา (Exclusion criteria) ได้แก่ (1) ผู้ที่ย้ายที่อยู่อาศัยขณะดำเนินกิจกรรม (2) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดโปรแกรม และ (3) ยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยระหว่างดำเนินการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นโปรแกรมที่ปรับจากการศึกษาของบุญเรือง วิทมาสิงห์ และช่อผกา จั่นประดับ[13] ที่ได้สร้างโปรแกรมโดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยประยุกต์แนวคิดของโรเชนสต๊อก (Rosenstock) และการสนับสนุนทางสังคมมาประยุกต์เป็นแนวคิดหลักในการศึกษา ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตามคำแนะนำ การรับรู้ต่ออุปสรรคในการมารับบริการ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ใช้เวลา 12 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 สร้างสัมพันธภาพผู้วิจัย เปิดกลุ่มด้วยการกล่าวทักทายแนะนำตัวสอบถามเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก นำเข้าสู่การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกโดยประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกก่อนการทดลอง (ใช้เวลา 30 นาที)

สัปดาห์ที่ 2 ให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก ซึ่งประกอบด้วย สถานการณ์โรคมะเร็งปากมดลูกปัจจัยเสี่ยงการเกิดของโรคมะเร็งปากมดลูก อาการของโรคมะเร็งปากมดลูก การรักษาโรคมะเร็งปากมดลูกการป้องกันความสำคัญและประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ตามแผนการสอน คู่มือเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก และชุดนิทรรศการ (Roll up) ที่เตรียมไว้เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามข้อสงสัยเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง (ใช้เวลา 1 ชั่วโมง)

สัปดาห์ที่ 3 ลดความรู้สึกกลัวและอายต่อการ

มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยการแบ่งกลุ่มเข้าฐานความรู้ ได้แก่ 1) ฐานเครื่องมือให้รู้จักอุปกรณ์แต่ละชนิด สัมผัสอุปกรณ์จริง เรียนรู้ประโยชน์ และการนำไปใช้ของอุปกรณ์แต่ละชิ้น ให้ความรู้ในเรื่องวิธีการตรวจคัดกรอง และ 2) ฐานสาธิตทำการสาธิตวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้กลุ่มตัวอย่างได้เห็นขั้นตอนที่ทำจริงในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยต้องสร้างความมั่นใจแก่กลุ่มตัวอย่างเพื่อลดความอายในการตรวจมีเจ้าหน้าที่ผู้หญิงเป็นผู้ให้บริการ มีห้องตรวจเฉพาะเป็นสัดส่วน มีม่านกั้นและปิดประตูมิดชิด ใช้เวลาในการตรวจน้อย ขั้นตอนไม่ยุ่งยาก และให้ผู้รับบริการใส่กางเกงเป้าขาดสำหรับการตรวจภายในซึ่งกางเกงนี้ เมื่อขึ้นขาหยั่งแล้วก็ยังมีผ้าปิดที่เป้าไว้ก่อน เมื่อเจ้าหน้าที่ตรวจจะตลบผ้าขึ้นและเปิดเผยเฉพาะอวัยวะที่ต้องการตรวจเท่านั้น จากนั้นจึงเริ่มสาธิตวิธีการตรวจโดยใช้โมเดลจำลองสาธิตการใช้เครื่องมือในการสอดช่องคลอดโดยขณะสอดค่อยๆ เอียงเครื่องเข้าไปให้ลึกจึงค่อยถ่างเครื่องมือให้เห็นปากมดลูกใช้ไม้พายป้ายปากมดลูกเพื่อนำเซลล์ไปตรวจ และสาธิตวิธีการนำเครื่องมือออกจากช่องคลอดด้วยความนุ่มนวล เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย และตอบคำถามเพื่อเพิ่มการรับรู้ สร้างความมั่นใจ และลดอุปสรรคในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ใช้เวลา 1 ชั่วโมง)

สัปดาห์ที่ 4 สนทนากลุ่ม และชมวีดีโอเรื่องจริงของผู้มีประสบการณ์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมีผลการตรวจผิดปกติ จากนั้นนำบุคคลที่มีประสบการณ์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และมีผลการตรวจผิดปกติในพื้นที่มาร่วมการสนทนา และเล่าประสบการณ์ กลุ่มสร้างเครือข่ายติดต่อเจ้าหน้าที่เพื่อนร่วมวิจัยและแกนนำในชุมชนที่เป็นที่ปรึกษาและให้การช่วยเหลือ

สัปดาห์ที่ 5 แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ตรงจากสตรีที่มีประสบการณ์ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในประสบการณ์ที่ประทับใจต่อการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จากนั้นอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกันซักถามกลุ่มหลังการสอน และกระตุ้นให้กลุ่มได้ร่วมทบทวนเนื้อหาและความรู้สึกกลัวหรืออายเมื่อเริ่มต้นก่อนสรุปประเด็นสำคัญเกี่ยวกับความ สำคัญของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและขั้นตอนการตรวจมะเร็งปากมดลูก (ใช้เวลา 30 นาที)

สัปดาห์ที่ 6-10 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเยี่ยมบ้านและติดตามให้การช่วยเหลือ ให้คำแนะนำและเปิดช่องทางการสื่อสาร แจ้งกลุ่มตัวอย่างให้ทราบถึง วันเวลาในการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่โรงพยาบาลหนองพอก

สัปดาห์ที่ 11 ประชุมแลกเปลี่ยนประสบการณ์สมาชิกกลุ่มในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก เสริมแรงให้สมาชิกที่สามารถปรับพฤติกรรมตนเองได้

สัปดาห์ที่ 12 ติดตามผลการเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลองหลังการสอน 2 สัปดาห์ และสรุปผลโปรแกรม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และประยุกต์จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเป้าหมาย แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ **ส่วนที่** 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร ได้แก่ ตัวแปรอายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การแต่งงาน และประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว จำนวน 13 ข้อ **ส่วนที่ 2** ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 14 ข้อ แบบสอบถามชนิดเลือกตอบ 2 ตัวเลือก (ตอบถูก 1 คะแนน, ผิดหรือไม่ตอบ 0 คะแนน) **ส่วนที่ 3** ทัศนคติต่อการตรวจมะเร็งปากมดลูก จำนวน 14 ข้อ ชนิดเลือกตอบ 3 ตัวเลือก (เห็นด้วย 3 คะแนน, ไม่ทราบ 2 คะแนน, ไม่เห็นด้วย 1 คะแนน)

การหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย

สำหรับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่สร้างและพัฒนาขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมเนื้อหาให้ตรงตามวัตถุประสงค์ที่ศึกษา ตลอดจนความเหมาะสม และ

ความชัดเจนของภาษาที่ใช้ เพื่อนำไปปรับปรุงแก้ไขให้มีความเหมาะสม แล้วนำแบบสอบถามที่ได้ จากการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญหาค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับจุดประสงค์หรือเนื้อหา และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ในกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง และหาความเชื่อมั่นของเครื่อง (Radiality) ของแบบสอบถามโดยการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85 การวิเคราะห์ส่วนที่ 3 ทัศนคติต่อการตรวจมะเร็งปากมดลูก ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79

ขั้นตอนเตรียมการทดลอง

1. นำเสนอโครงร่างวิจัยเพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

2. จัดทำบันทึกข้อความเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองพอก

3. ชี้แจงขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยให้ผู้เกี่ยวข้องและกลุ่มตัวอย่างทราบ ขอความยินยอมในการร่วมวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง โดยจัดทำหนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเพื่อกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการพิทักษ์สิทธิ์ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามจะเก็บเป็นความลับโดยไม่เปิดเผยรายชื่อของกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดโดยไม่มีผลกระทบใดทั้งสิ้น

4. จับสลากสุ่มตัวอย่างแบบง่ายเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติดังนี้ เป็นผู้หญิงอายุ 30 - 60 ปีที่เป็นกลุ่มเป้าหมายที่ยังไม่มารับบริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกในปี 2561-2565 อาศัยอยู่ในหมู่บ้านพื้นที่ถูกสุ่มเลือก สมัครใจเข้าร่วมวิจัย อ่านเขียนหนังสือได้ และไม่มีปัญหาในการเข้าร่วมโปรแกรม สุ่มจับสลากเลือกกลุ่มทดลอง จำนวน 307 คน

ขั้นตอนการทดลอง

1. รวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถามก่อนการทดลอง

2. ดำเนินการทดลองในพื้นที่โดยกลุ่มทดลองจะนัดมาเข้าร่วมโปรแกรมทุกวันศุกร์ตั้งแต่เดือนเดือนมิถุนายนถึงเดือนกันยายน 2566 เป็นเวลา 12 สัปดาห์

3. รวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถามหลังการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามที่ได้ตอบเรียบร้อยแล้วมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล และประมวลผลเบื้องต้นด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป STATA version 13.0 ซึ่งมีสถิติที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางประชากร และผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกหลังการทดลองโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และทัศนคติต่อโรคมะเร็งปากมดลูก ก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Paired t-test

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

เมื่อผู้วิจัยได้ทำการสร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยเรียบร้อยแล้ว ได้ดำเนินการยื่นเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดก่อนที่จะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง และได้รับเอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เมื่อวันที่ 22 เดือน ธันวาคม พ.ศ.2565 ใบรับรองเลขที่ COE1592565

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทางประชากรพบว่า อายุเฉลี่ย 44 ปี (SD.=8.17) อายุ 21 – 25 ปี (39.7%) ส่วนใหญ่สถานภาพคู่ (76.50%) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช. (37.50%) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (31.60%) รายได้เฉลี่ยของครอบครัว 14,921.00 บาท (SD.=12,537.01) ต่อเดือน อายุขณะแต่งงาน 26 – 30 ปี (19.90%) ในรอบ 4 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2564 – 2567) ไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูก

1-2 ครั้ง (71.70%) สถานบริการที่ท่านไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกคือ โรงพยาบาล (70.40%) ไม่มีพี่น้องเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก (89.00%) ไม่มีเคยมีคนที่รู้จักเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก (89.00%) ไม่มีคนในหมู่บ้านเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก (51.80%) เคยรับข่าวสารเกี่ยวกับคนที่ป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกแล้วเสียชีวิต (56.40%) และไม่เคยได้รับข่าวสารความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการตรวจ (99.70%) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของลักษณะทางประชากร (n=307)

ลักษณะทางประชากร		จำนวน(%)
อายุ	Mean(SD.)	44.14(8.17)
	Min(Max)	30.00(58.00)
สถานภาพ	โสด	33(10.70)
	คู่	235(76.50)
	หม้าย / หย่า / แยก	38(12.40)
การศึกษา	ไม่ได้เรียน	11(3.60)
	ประถมศึกษา	109(35.50)
	มัธยมศึกษา /ปวช.	115(37.50)
	อนุปริญญา / ปวส.	28(9.10)
	ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า	43(14.00)
	สูงกว่าปริญญาตรี	1(0.30)
อาชีพ	เกษตรกรรม	97(31.60)
	รับจ้าง	76(24.80)
	ค้าขาย	91(29.60)
	ข้าราชการ	31(10.10)
	อื่นๆ	12(3.90)
รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน	Mean(SD.)	14,921(12,537.01)
	Min(Max)	3,000(9,000.00)
อายุขณะแต่งงาน	ต่ำกว่า 21 ปี	97(31.60)
	21 – 25 ปี	122(39.7)
	26 – 30 ปี	61(19.90)
	31 – 35 ปี	13(4.20)
	36 ปีขึ้นไป	14(4.50)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร		จำนวน(%)
รอบ 4 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ.2564 – 2567) ไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูก		
	ไม่เคยตรวจ	76(24.80)
	ตรวจ 1- 2 ครั้ง	220(71.70)
	ตรวจ 3 ครั้งขึ้นไป	11(3.60)
สถานบริการที่ท่านไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกคือที่ใด		
	โรงพยาบาล	216(70.40)
	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	16(5.20)
	สถานบริการ คลิกนิค / เอกชน	75(24.40)
พี่น้องเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก	มี	34(11.10)
	ไม่มี	273(89.00)
เคยมีคนที่รู้จักเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกหรือไม่		
	มี	34(11.10)
	ไม่มี	273(89.00)
ในหมู่บ้านมีคนเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกหรือไม่		
	มี	64(20.80)
	ไม่มี	159(51.80)
	ไม่ทราบ	84(27.30)
เคยรับข่าวสารเกี่ยวกับคนที่ป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกแล้วเสียชีวิต		
	เคย	173(56.40)
	ไม่เคย	132(43.00)
เคยได้รับข่าวสารความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการตรวจหรือไม่		
	เคย	1(0.30)
	ไม่เคย	306(99.70)

2. หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า สตรีอายุ 30 - 60 ปี มีคะแนนเฉลี่ยความรู้มากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 3.93 คะแนน (95%CI: 3.59, 4.27); มีทัศนคติต่อโรคมะเร็งปากมดลูกมากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 0.52 คะแนน (95%CI: 0.46, 0.58) และสตรีอายุ 30- 60 ปี เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 84.69 ดังแสดงในตารางที่ 2-3

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ตัวแปร	n	Mean(SD.)	Mean diff.	95%CI	p
ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก					
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	307	8.63(2.41)	3.93	3.59, 4.27	<.001
หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	307	12.56(1.95)			
ทัศนคติต่อการตรวจมะเร็งปากมดลูก					
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	307	2.00(0.58)	0.52	0.46, 0.58	<.001
หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	307	2.53(0.25)			

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของสตรีอายุ 30- 60 ปี เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ตัวแปร	เป้าหมาย	ตรวจคัดกรอง	ร้อยละ
สตรีอายุ 30- 60 ปี เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	307	260	84.69

วิจารณ์

1. ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ สตรีอายุ 30- 60 ปี มีคะแนนเฉลี่ยความรู้มากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 3.93 คะแนน สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนเฉลี่ยมากกว่าร้อยละ 50 ของคะแนนเต็มทั้งก่อนและหลังได้รับโปรแกรม เมื่อเปรียบเทียบระดับคะแนนความรู้ของสตรีกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ พบว่าหลังได้รับโปรแกรมมีระดับคะแนนความรู้เรื่องโรค (Mean ก่อนเท่ากับ 7.13 และหลัง Mean เท่ากับ 8.78, SD.=0.18) และการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม (Mean ก่อน เท่ากับ 2.13 และหลังเท่ากับ 2.50, SD.=0.54) อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการส่งเสริมความรู้สามารถเพิ่มระดับความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นควรนำโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ไปใช้ในการให้ความรู้สตรีกลุ่มเป้าหมายเพื่อให้สตรีมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น[14] และพบผลเช่นเดียวกับผลการวิจัยซึ่งพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมให้ความรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคก่อนและหลังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <.001) มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคก่อนและหลังการให้ความรู้ (2.70, 2.81) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <.05) และมีผลการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกก่อนและหลัง (2.80, 2.90) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <.001)[15]

2. ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ สตรีอายุ 30- 60 ปี มีทัศนคติต่อโรคมะเร็งปากมดลูกมากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ) โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 0.52 คะแนน เช่นเดียวกับผลการวิจัยซึ่งพบว่าสตรีกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับดี มีความตั้งใจมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง และภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติ และความตั้งใจในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[16]

3. ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า สตรีอายุ 30 - 60 ปี

เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 84.69 พบผลเช่นเดียวกับการศึกษากับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสตรีอายุ 30-60 ปี ในเขตอำเภอวิภาวดี จังหวัดสราษฎร์ธานี จำนวน 30 คน พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 1 เดือนร้อยละ 93.33 และมีความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับมาก[17] ทั้งอาจเป็นเพราะว่าโปรแกรมฯ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นได้ใช้การสนทนากลุ่ม และชมวิดีโอเรื่องจริงของผู้มีประสบการณ์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมีผลการตรวจผิดปกติ จากนั้นนำบุคคลที่มีประสบการณ์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมีผลการตรวจผิดปกติในพื้นที่มาร่วมการสนทนาและเล่าประสบการณ์ กลุ่มสร้างเครือข่ายติดต่อเจ้าหน้าที่เพื่อนร่วมวิจัยและแกนนำในชุมชนที่เป็นที่ปรึกษาและให้การช่วยเหลือ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ตรงจากสตรีที่มีประสบการณ์ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในประสบการณ์ที่ประทับใจต่อการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จากนั้นอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกันซักถามกลุ่มหลังการสอน และกระตุ้นให้กลุ่มได้ร่วมทบทวนเนื้อหาและความรู้สึกกลัวหรืออายเมื่อเริ่มต้นก่อนสรุปประเด็นสำคัญเกี่ยวกับความ สำคัญของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและขั้นตอนการตรวจมะเร็งปากมดลูก และผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้ออกเยี่ยมบ้านและติดตามให้การช่วยเหลือ ให้คำแนะนำและเปิดช่องทางการสื่อสาร แจ้งกลุ่มตัวอย่างให้ทราบถึง วันเวลาในการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่โรงพยาบาลหนองพอก

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1. การเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลหน่วยงานสาธารณสุขควรจัดทำโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกในชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ข้อมูลเป็นที่เข้าใจง่ายและเข้าถึงได้สำหรับทุกกลุ่มอายุและพื้นฐานการศึกษา

2. พัฒนาโปรแกรมการศึกษาแนะนำให้พัฒนาโปรแกรมการศึกษาที่เหมาะสมกับบริบททางวัฒนธรรมและวิถีชีวิตของกลุ่มเป้าหมาย เพื่อเพิ่มการยอมรับ และการมีส่วนร่วมในโปรแกรม

3. การใช้เทคโนโลยีสื่อสารควรใช้สื่อดิจิทัล และแอปพลิเคชันเพื่อให้ความรู้และเตือนความจำเกี่ยวกับการตรวจคัดกรอง เพื่อกระตุ้นการมีส่วนร่วมและการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ

4. การติดตามผลระยะยาวควรมีการติดตามผลลัพธ์ของการให้ความรู้และการตรวจคัดกรองในระยะยาว เพื่อประเมินผลกระทบที่แท้จริงและปรับปรุงโปรแกรมตามความจำเป็น

5. การขยายการวิจัยส่งเสริมการวิจัยเพิ่มเติมในกลุ่มประชากรที่หลากหลายและการใช้วิธีการแทรกแซงใหม่ๆ เพื่อให้สามารถพัฒนาวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรใช้ทั้งระเบียบวิธีวิจัยทั้งการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้ารับการตรวจคัดกรอง

2. ควรประยุกต์ใช้เทคโนโลยีพิจารณาใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น แอปพลิเคชันสุขภาพ เพื่อติดตาม และประเมินการเข้ารับการตรวจ

3. ควรขยายกลุ่มเป้าหมายไปยังชุมชนที่แตกต่างกันเพื่อให้ได้ข้อมูลที่หลากหลายและครอบคลุมมากขึ้น และเพิ่มการติดตามผลในระยะยาวเพื่อประเมินผลกระทบของการตรวจคัดกรองในระดับที่ลึกยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. National Cancer Institute. Cervical cancer situation in Thailand, 2017-2021; 2022.
2. World Health Organization. Human papillomavirus (HPV) vaccination coverage and cervical cancer incidence in Thailand, 2017-2021. WHO; 2022.
3. Ministry of Public Health, Thailand. Annual report on cancer screening and HPV vaccination in Thailand, 2017-2021; 2022.

4. คณะกรรมการจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ, แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ (พ.ศ. 2561-2565). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
5. ภูมิรินทร์ สีกุด. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยงตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวังหวัดนครราชสีมา. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 2563;36(1):37-47.
6. เทพอุทิศ กั๊วสิทธิ์. ผลการตรวจคัดกรองและความชุกของมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่มารับการตรวจในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2564;20(2):116-25.
7. Thunyarat A, Supannee J. Barriers to cervical cancer screening among Thai women: A qualitative study. Journal of Health Research. 2019;33(2):107-15.
8. Pongsukree P, Chuthapisith S. Factors influencing the underutilization of cervical cancer screening services among Thai women: A systematic review. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention. 2020;21(9):2593-601.
9. Rattananupong T, Wongwatcharapaiboon W. Cultural barriers to cervical cancer screening in rural Thailand. International Journal of Gynecologic Cancer. 2021;31(5):728-33.
10. Yuenyongwatana W, Lertpitakpong C. Application of the Health Belief Model in promoting cervical cancer screening among Thai women. Journal of Health Education. 2020;38(4):15-28.
11. Sripaiboonkij N, Maneesriwongul W. Enhancing cervical cancer screening uptake through the Health Belief Model: A community-based intervention in rural Thailand. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention. 2019;20(9):2743-50.
12. Charoenwatana K, Phuphaibul R. The impact of health belief model-based education on cervical cancer screening behaviors among Thai women. International Journal of Nursing Practice. 2021;27(3):e12985.
13. บุญเรือง วิทมาสิงห์, ช่อผกา จั่นประดับ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลบ่อพลอย อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี. วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล. 2561:3(2):73-88.
14. สุรีพร ศรีโพธิ์อุ่น, ลำพงษ์ ศรีวงค์ชัย, พรรวินทร์ ธนินธิติพงษ์. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ต่อระดับความรู้เรื่องโรคและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของสตรีอายุ 30-60 ปี ในเขตอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารศูนย์อมามัยที่ 9. 2566;17(2):767-76.
15. ณรงค์ ใจเที่ยง, สาโรจน์ โนศรี. นโยบายการให้ความรู้ตามแบนแผนความเชื่อท้านสุขภาพต่อการรับรู้ภัยกับโรคมะเร็งปากมดลูกของหญิงติดเชื้อ HIV ในโรงพยาบาลดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา. วารสารกฎหมายและนโบายสาธารณสุข. 2564;7(1):1-18.
16. ศรีสุรัตน์ ชัยรัตนศักดา. ผลการใช้โปรแกรมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่อความรู้ ทัศนคติ และความตั้งใจมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพระนอน จังหวัดนครสวรรค์. สวรรค์ประชารักษ์เวชสาร. 2564;18(1);60-9.
17. ชนกพร ปี้บ้านท่า. ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปีเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลวิภาวดี. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ. 2565;5(2);102-14.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้เป็นโรคเบาหวานโดยใช้ระบบติดตามพิกัดสัญญาณไฟจราจร ในพื้นที่บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยขะยุง อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

Development of a Care Model for People with Diabetes Using a Traffic Light Signal Tracking System in the Service Area of Huai Khayung Sub-district Health Promoting Hospitals, Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani

สมสวย คำอู* จรูญศรี มีหนองหว้า เพชรรัตน์ พิบาลวงศ์*** อรุณศรี ผลเพิ่ม****
Somsouy Khamou, Jaroonsree Meenongwah, Petcharat Pibanwong, Arunsri Pholperm
Corresponding author: E-mail; jaroonsree@bcnsp.ac.th
(Received: July 23, 2024; Revised: July 30, 2024; Accepted: August 30, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้เป็นโรคเบาหวานโดยใช้ระบบติดตามพิกัดสัญญาณไฟจราจรในพื้นที่บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยขะยุง อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยและพัฒนา (Research and Development design)

วัสดุและวิธีการวิจัย : การวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะแรกเป็นการศึกษาสถานการณ์และยกร่างรูปแบบ ระยะพัฒนารูปแบบ และนำไปทดลองใช้ และระยะประเมินผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบฯ ดำเนินการวิจัยในพื้นที่ คือ หน่วยบริการปฐมภูมิที่ให้บริการสำหรับประชาชน 13 หมู่บ้าน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนสิงหาคม 2565 ถึงเดือนกรกฎาคม 2566 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง แบบบันทึกผลลัพธ์ผู้ป่วย แบบทดสอบความรู้ แบบประเมินการปฏิบัติตามรูปแบบ และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย : 1) รูปแบบการดูแลผู้เป็นโรคเบาหวานโดยใช้ระบบติดตามพิกัดสัญญาณไฟจราจรที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย (1) ระบบประเมินภาวะสุขภาพ (2) การพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) (3) การพัฒนาและใช้ระบบติดตามพิกัดฯ และ (4) การนิเทศและติดตาม 2) ผลลัพธ์ด้านกระบวนการดูแล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้เป็นโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อสม. ปฏิบัติตามรูปแบบเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 82.14 - 96.67 ความพึงพอใจต่อรูปแบบอยู่ในระดับมากที่สุด (M =4.56, SD. = 0.59) ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลฯ อยู่ในระดับมาก (M =4.12, SD. = 0.52) และ 3) ผู้เป็นโรคเบาหวานมีระดับน้ำตาลไม่เพิ่มขึ้นและไม่มีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่ารูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ดูแลผู้เป็นโรคเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ดังนั้นควรมีการสนับสนุนให้นำรูปแบบการดูแลผู้เป็นโรคเบาหวานโดยใช้ระบบติดตามพิกัดสัญญาณไฟจราจรอย่างต่อเนื่องต่อไป

คำสำคัญ : รูปแบบการดูแล; ผู้เป็นโรคเบาหวาน; ระบบติดตามพิกัด; สัญญาณไฟจราจร

*ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยขะยุง อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี
**, ***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
****อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Abstract

Purposes : To develop a care model for people with diabetes using a traffic light tracking system in the health-promoting hospital of Huai Khayung sub-district, Warin Chamrap district, Ubon Ratchathani province.

Study design : Research and Development design.

Materials and Methods : The research were conducted in 3 phases: 1) studying the situation and designing a model 2) developing the model and testing it, and 3) evaluating the results of model development. The research field was the primary care unit with 13 service villages and the sample group was selected by purposive sampling. The research was conducted between August 2022 and July 2023. Research instruments include semi-structured interviews, patient outcome forms, knowledge tests, adherence to the model, and satisfaction assessment forms. Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis.

Main findings : The model of care for people with diabetes was achieved using the developed traffic light coordinate tracking system consisting of (1) a health assessment system (2) the development of village health volunteers services (VHVs) competencies (3) development and use of coordinate tracking systems; and (4) supervision and monitoring. 2) the outcome of the process found the knowledge of VHVs was increased at a statistically significant level ($p<.05$). They followed the developed model at the regular practice level of 82.14–96.67%. Satisfaction with the developed model of VHVs was at the highest level (M = 4.56, SD.= 0.59), and satisfaction with hospital staff was at a high level (M = 4.12, SD. = 0.52), and 3) the patient outcome was people with diabetes who could control blood sugar levels without increased complications

Conclusion and recommendations : The results indicate that the model can efficiently and effectively be used to maintain people with diabetes and should be supported to continue to use the traffic light tracking system.

Keywords: Care Model; People with Diabetes; Tracking System; Traffic Light Signal

*Director, Huai Khayung Sub-district Health Promoting Hospitals, Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani.

,* Assistant Professor Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong, Faculty of Nursing Praboromrachanok.

****Nursing instructor, Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong, Faculty of Nursing, Praboromrachanok.

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเกี่ยวกับเมตาบอลิกที่มีลักษณะเด่นคือระดับน้ำตาลในเลือด หรือกลูโคสในเลือดสูงขึ้น จากข้อมูลของ IDF (International Diabetes Federation) รายงานว่า ในปี พ.ศ. 2564 พบว่า มีผู้ใหญ่ที่มีอายุระหว่าง 20-79 ปี ประมาณ 537 ล้านคนทั่วโลกที่เป็นโรคเบาหวาน และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 783 ล้านคนภายในปี พ.ศ. 2588 โดยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง และมีผู้เสียชีวิต 6.7 ล้านคนที่สาเหตุการเสียชีวิตเกิดจากโรคเบาหวานโดยตรงในปี พ.ศ. 2564 โดยเสียชีวิต 1 คนทุก 5 วินาที มีการสูญเสียค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นร้อยละ 31.6 ในระยะ 15 ปีที่ผ่านมา[1] ผลจากการเป็นโรคเบาหวานจะนำไปสู่ความเสียหายอย่างร้ายแรงต่อหัวใจ หลอดเลือด ตา ไต และเส้นประสาท โรคเบาหวานชนิดที่พบมากที่สุด คือเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งมักเกิดในผู้ใหญ่ ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อร่างกายต่อต้านอินซูลินหรือไม่สร้างอินซูลินเพียงพอ มักเป็นผลจากพฤติกรรมการรับประทานอาหาร

ความชุกของโรคเบาหวานของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2557 เท่ากับร้อยละ 8.9 ซึ่งเพิ่มขึ้นร้อยละ 29 เมื่อเทียบกับปีพ.ศ. 2552 หรือคิดเป็นจำนวนกว่า 8.2 แสนคน โดยเพศหญิงมีความชุก และอุบัติการณ์สูงมากกว่าเพศชาย ภายหลังจากปี พ.ศ. 2558 ในปี พ.ศ. 2561 ผู้เป็นโรคเบาหวานในโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และสถานพยาบาลในพื้นที่กรุงเทพมหานคร สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ร้อยละ 36.5 ซึ่งเป็นแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นเล็กน้อย[2] ปี พ.ศ. 2564 ความชุกอยู่ที่ 11.6% หรือผู้เป็นโรคเบาหวานทั้งหมดประมาณ 6,066,600 คน (IDF Diabetes Atlas, 2021) แสดงให้เห็นว่าประเทศไทยมีปัญหาที่ท้าทายในการจัดการอย่างเร่งด่วน ควรมีการวินิจฉัยแต่เนิ่น ๆ และการจัดการที่มีประสิทธิภาพเพื่อบรรเทาผลกระทบต่อระบบสุขภาพทั่วโลก

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงการเป็นโรคเบาหวานของวัยทำงาน ได้แก่ เพศหญิง ทักษะความรู้ความเข้าใจมีความสัมพันธ์กับกลุ่มเสี่ยงเป็นโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการรับรู้ความสามารถตนเอง และพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้ (3 อ.) ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้[3] เมื่อเป็นโรคเบาหวานแล้ว ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาล ได้แก่ น้ำหนัก สถานภาพ การมีผู้ดูแล มีญาติสายตรงป่วยด้วยโรคเบาหวานและการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ[4] โดยผู้ไม่ได้ประกอบอาชีพมีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าผู้ประกอบอาชีพ และผู้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพต่ำมีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้น้อยกว่าผู้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสูง[5] การศึกษาที่ผ่านมาสนับสนุนว่าการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้เป็นเบาหวานนุมชน สามารถควบคุมได้โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านความรู้ของ อสม.การจับคู่ดูแลผู้เป็นโรคเบาหวานพบว่าระดับ HbA1C ลดลง ในขณะเดียวกันผู้เป็นโรคเบาหวานมีความรู้เพิ่มมากขึ้น[6]

บทบาทของบุคลากรสาธารณสุขที่ต้องใส่ใจพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องจริงจัง[7] ดังนี้ 1) เรียนรู้เทคนิค การวัด และการอ่านค่า เบาหวานให้ถูกต้อง 2) เรียนรู้เกณฑ์วินิจฉัยโรคเบาหวาน และแนวทางการตรวจอาการ อาการแสดง และการรักษาเบื้องต้น รวมทั้งการให้ยาอย่างเหมาะสมและมั่นใจ จากแพทย์ รพศ.รพท./รพช. 3) ตรวจวัดความดันโลหิตสูง ทุกรายที่มารับบริการ เพื่อค้นหาผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่ยังไม่มีอาการ รวมถึงเจาะเลือดตรวจหาเบาหวาน ในรายที่สงสัย หรือพบปัจจัยเสี่ยง เช่น มีประวัติคนในครอบครัวเป็นเบาหวาน อ้วน เป็นแผลไม่หาย หรือหายยาก คันช่องคลอด 4) พัฒนาศักยภาพ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ผู้นำชุมชน ญาติผู้ป่วยให้สามารถติดตาม ตรวจวัดตามบ้านได้ 5) จัดระบบการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง อย่าให้ขาดการรักษา ถ้าจำเป็นควรออกติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน 6) หากผู้ป่วยไม่สะดวกควรส่งผู้ป่วยกลับไปรับการดูแลรักษา ติดตามวัดความดัน หรือเจาะเลือดที่สถานพยาบาลใกล้เคียง และ 7) ให้สุขศึกษา ให้คำปรึกษา แนะแนวทางแก่ญาติให้มีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

และควรจัดกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้เป็นโรคเบาหวาน และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

สำหรับจังหวัดอุบลราชธานี ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ โดย ปี พ.ศ. 2563 – 2565 ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีอัตราป่วย 7,151.27, 7,400.19 และ 7,603.42 /แสนประชากร ตามลำดับ[8] สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อยู่ในพื้นที่บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยขะยุง อ.วารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งครอบคลุม 13 หมู่บ้าน มีอัตราป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี ปี พ.ศ. 2563 – 2565 ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีจำนวน 208 คน, 328 คน และ 335 คน ตามลำดับ คิดเป็นอัตราป่วย 3,244.9, 4,683.70 และ 4,689.90 /แสนประชากร ตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีจำนวน 409 คน, 449 คน และ 491 คน ตามลำดับ คิดเป็นอัตราป่วย 6,380.65, 6,411.53 และ 6,873.86 /แสนประชากร ตามลำดับ[9]

ผู้ป่วยโรคเบาหวาน อาศัยอยู่ในชุมชนเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งมีความรุนแรงของโรคที่แตกต่างกัน โดยสามารถแบ่งผู้ป่วยตามเกณฑ์ความรุนแรงของโรคโดยใช้สีของไฟของจราจรเพื่อให้สะดวกในการแยกประเภทผู้ป่วยเป็นสีเขียว เหลือง แดง เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน พิจารณาตามเกณฑ์ HbA1C ดังนี้ HbA1C <7 เป็นผู้ป่วยกลุ่มสีเขียว HbA1C = 7-9 เป็นผู้ป่วยกลุ่มสีเหลือง และ HbA1C >9 เป็นผู้ป่วยกลุ่มสีแดง โดยมีมาตรการควบคุมป้องกันโรค ดังนี้ 1) กลุ่มเสี่ยง:สีเขียว ให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เน้นการสร้างสุขภาพด้วย “3อ.” เพื่อให้เป็นกลุ่มปกติ และไม่ให้เกิดโรคจนเป็นกลุ่มป่วย (สีเหลือง หรือสีแดง) 2) กลุ่มป่วย: สีเหลือง ให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เฝ้าระวังและลดระดับความรุนแรงของโรค ให้เป็นเขียว เพื่อไม่ให้เกิดโรคแทรกซ้อน ด้วยกระบวนการ “สอบสวนโรค”และ 3) กลุ่มป่วยรุนแรง :สีแดง ต้องเฝ้าระวังและป้องกันไม่ให้เกิดโรคแทรกซ้อน[10] โดยพฤติกรรม 3อ 2ส ได้แก่ อารมณ์ ออกกำลังกาย อาหาร ไม่ดื่มสุรา และไม่สูบบุหรี่ พบว่าเป็นโปรแกรมที่เหมาะสมกับพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลของผู้เป็นโรคเบาหวาน[11]

จากการทำงานแบบเดิมที่ผ่านมา หน่วยงานใช้แผนที่เดินดินและปักหมุดกลุ่มผู้ป่วยสีต่างๆ โดยใช้แผนที่เดินดินในการปักหมุดและเก็บไว้ในแฟ้มหรือติดที่บอร์ดของหน่วยงาน ซึ่งใช้เวลาและคนจำนวนมากทำงาน อีกทั้งมีการปรับปรุงข้อมูลที่เป็นปัจจุบันน้อยมากทำให้การค้นหาผู้ป่วยและติดตามปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยได้ยาก แต่ในปัจจุบันมีการใช้เทคโนโลยีมากขึ้น การใช้สมาร์ทโฟนมีมากขึ้น และสามารถนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการดูแลสุขภาพของประชาชนได้

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้เป็นโรคเบาหวานมีหลายรูปแบบ เช่น การสนับสนุนการจัดการตนเอง ระบบสารสนเทศทางคลินิก การสนับสนุนตัดสินใจทางคลินิก นโยบายและทรัพยากรของชุมชน หน่วยงานบริการสุขภาพ และการออกแบบระบบการให้บริการ แต่ยังพบว่ายังขาดการบูรณาการและการติดตามประเมินผลการดำเนินงานภาพรวมของประเทศ โดยการประเมินผล เช่น การวัดผลลัพธ์ทางคลินิก การวัดปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ คุณภาพชีวิต สถานะทางสุขภาพ ความพึงพอใจ ปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรมสุขภาพ ความรู้ การใช้บริการ เป็นต้น นอกจากนี้ยังประเมินด้านบุคลากร ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด[12] ซึ่งการดูแลสุขภาพในระดับชุมชน กำลังหลักในการดูแลผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน คือ อสม. ที่รับผิดชอบผู้ป่วยในชุมชนตามการแบ่งพื้นที่รับผิดชอบ ทั้งนี้ได้มีการพัฒนาความสามารถให้ อสม. ในหลายรูปแบบ แต่การพัฒนา อสม.ที่ผ่านมายังมีการใช้เทคโนโลยีในการเป็นส่วนหนึ่งของการลดภาระการดูแลผู้เป็นโรคเบาหวานค่อนข้างน้อย นักวิจัยจึงเห็นว่าการใช้เทคโนโลยีมาช่วยในการปักหมุด หรือระบบการกำหนดพิกัดโดยใช้ได้บนสมาร์ทโฟนซึ่งง่าย สะดวกต่อการใช้งาน และมีความถูกต้องเพื่อให้บุคลากรหรือ อสม.ใช้ เพื่อร่วมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยเฉพาะหากเกิดการเจ็บป่วยกรณีฉุกเฉินการค้นพบบ้านของผู้ป่วยเพื่อให้การช่วยเหลือจะรวดเร็วขึ้น ผู้ป่วยจะปลอดภัยมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้เป็นโรคเบาหวานโดยใช้ระบบติดตามพิกัดสัญญาณไฟจราจรในพื้นที่บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยขะยุง อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development [R&D]) ศึกษาระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2565 ถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2566 ดำเนินการ 3 ระยะ ได้แก่ ระยะศึกษาสถานการณ์และยกร่างรูปแบบ ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบและนำไปทดลองใช้ และระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบฯ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และยกร่างรูปแบบฯ วิเคราะห์สถานการณ์ โดยวิเคราะห์เอกสาร รายงานประจำปี ใช้การสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม กลุ่มเป้าหมาย คือ เจ้าหน้าที่ของ รพ.สต.ห้วยขะยุง 6 คน และ ตัวแทน อสม. แต่ละหมู่บ้าน 13 หมู่บ้าน หมู่บ้านละ 2 คน รวมเป็นจำนวน 26 คน ดำเนินการเดือนสิงหาคม – กันยายน 2565

เครื่องมือที่ใช้วิจัย ได้แก่ แบบตรวจสอบรายการการลงบันทึกข้อมูลสุขภาพของผู้เป็นโรคเบาหวาน แนวคำถามสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. แนวคำถามสัมภาษณ์ อสม. เป็นคำถามเกี่ยวกับการลงข้อมูลสุขภาพ การดำเนินการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การดำเนินการวิเคราะห์เอกสาร สัมภาษณ์ ประชุมระดมสมอง เพื่อหาประเด็นปัญหาการดำเนินงาน วิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณใช้ค่าความถี่และร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบและนำไปทดลองใช้

การพัฒนารูปแบบและนำไปทดลองใช้ ดำเนินการเดือน ตุลาคม - ธันวาคม 2565 โดยทีมนักวิจัย เจ้าหน้าที่ รพ.สต.ทุกคน ร่วมกันกำหนดวิธีการแก้ไขปัญหาการติดตามภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน กิจกรรมการพัฒนาศักยภาพ อสม. ออกแบบการใช้แอพพลิเคชั่น และออกแบบการติดตามผู้ป่วย ได้แก่ กำหนดตัวบุคคลและระยะเวลาการลงข้อมูลช่องทางการติดต่อสื่อสารมีการดำเนินการ 2 ส่วน คือ

1. พัฒนาเครื่องมือระบบติดตามพิกัดผู้เป็นโรคเบาหวานโดยใช้แอพพลิเคชั่น ดำเนินการ ดังนี้ (1) นักวิจัยร่างแบบบันทึกข้อมูลลงในกระดาษ ประชุมกลุ่มนักวิจัยเพื่อวิพากษ์แบบบันทึก โดยใช้สัญญานไฟจราจรเพื่อแยกกลุ่มผู้ป่วย แบ่งผู้ป่วยตามเกณฑ์ความรุนแรงของโรคโดยใช้สีของไฟของจราจรเพื่อให้สะดวกในการแยกประเภทผู้ป่วยเป็นสีเขียว เหลือง และแดง เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน พิจารณาตามเกณฑ์ HbA1C ดังนี้ HbA1C <7 เป็นผู้ป่วยกลุ่มสีเขียว HbA1C = 7-9 เป็นผู้ป่วยกลุ่มสีเหลือง และ HbA1C >9 เป็นผู้ป่วยกลุ่มสีแดง (2) โปรแกรมเมอร์เขียนโปรแกรมระบบติดตามพิกัดผู้เป็นโรคเบาหวานในพื้นที่บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยขะยุง อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี แอพพลิเคชั่นทำหน้าที่รับข้อมูลโดยข้อมูลที่ถูกส่งมาจากโทรศัพท์สมาร์ทโฟนของผู้ใช้งานเป็นข้อมูลที่ใช้ระบุตำแหน่ง โดยข้อมูลที่ได้รับจะอยู่ในรูปแบบของตัวเลขที่ระบุพิกัดตำแหน่งจีพีเอส (GPS) ขณะส่งสัญญาณโดยจะทำการระบุตำแหน่งลงบนแผนที่กูเกิ้ล (Google map) ที่พัฒนาขึ้นให้แสดงผลบนบราวเซอร์ (Browser) (3) ส่งระบบให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 1 ท่านที่มีประสบการณ์การดูแลผู้เป็นเบาหวานและส่งเสริมสุขภาพโรคเบาหวาน รวมทั้งมีประสบการณ์การออกแบบแอพพลิเคชั่นเกี่ยวกับสุขภาพ ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยใช้ดัชนีความตรงตามเนื้อหา Content validity index (CVI) เท่ากับ 1.00 (4) โปรแกรมเมอร์แก้ไขตามข้อคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ และ 5) ทดลองใช้ แอพลิเคชั่นโดย อสม. 3 คน เพื่อตรวจสอบความเข้าใจตรงกัน (Inter-rater reliability) ค่าความเที่ยงเท่ากับ 1.00

2. พัฒนาศักยภาพ อสม. ในการใช้แอพพลิเคชั่นระบบติดตามพิกัดผู้เป็นโรคเบาหวาน กลุ่มเป้าหมาย คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 48 คน โดยเลือกแบบเจาะจง ดังนี้ **เกณฑ์คุณสมบัติ**

1) มีประสบการณ์เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลห้วยขะยุง มากกว่า 3 ปี 2) สามารถพูดภาษาไทย/ไทยอีสานได้ 3) มีสมาร์ทโฟนที่สามารถใช้งานได้ดีและมีเครือข่ายอินเตอร์เน็ตที่ใช้ได้ดี 4) สามารถใช้งานแอพลิเคชั่นได้ 5) มีความสมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย และ 6) มีสุขภาพแข็งแรงสามารถไปบ้านผู้เป็นโรคเบาหวานได้

ขั้นตอนการดำเนินการเพื่อพัฒนา อสม. ดังนี้ 1) จัดประชุม อสม. เชิญวิทยากร และโปรแกรมเมอร์ผู้พัฒนาแอพพลิเคชั่นให้ความรู้ในการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการลงข้อมูลระบบสุขภาพข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และจัดกิจกรรมกลุ่ม อสม. กลุ่มเป้าหมาย 48 คน จาก 13 หมู่บ้าน ทดสอบความรู้ก่อนอบรมของ อสม. เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการดูแลด้วยคำถาม 10 ข้อ เป็นแบบถูก/ผิด คะแนนมากกว่า 5 คะแนนหมายถึงมีความรู้ระดับผ่าน จากนั้นให้ฝึกทักษะการใช้แอพพลิเคชั่น ตั้งกลุ่มไลน์เพื่อประสานงานระหว่าง อสม. นักวิจัย และผู้ดูแลระบบ (Admin หรือ Administrator) และ 2) อสม. 48 คน ลงพื้นที่เพื่อลงบันทึกข้อมูลในการใช้แอพพลิเคชั่นระบบติดตามพิกัดสัญญาณไฟจราจรผู้เป็นโรคเบาหวานที่บ้านอย่างน้อยคนละ 3 ราย ใช้เวลารายละประมาณ 10 นาที และรายงานผลการปัญหาต่างๆเกี่ยวกับการใช้แอพพลิเคชั่นระบบพิกัดติดตามผู้เป็นโรคเบาหวาน

ระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบฯ

กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้เป็นโรคเบาหวาน จำนวน 326 คน โดยคัดกรองจากค่า HbA1C คนโดยเป็นผู้ที่ปัจจุบันยังอาศัยอยู่ในตำบลห้วยขะยุง อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ระยะเวลาเดือน มกราคม- มิถุนายน 2566 มีการดำเนินงาน ดังนี้ 1) เจ้าหน้าที่ รพ.สต.ห้วยขะยุง เตรียมข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน 2) อสม. ลงพื้นที่ตามบ้านที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่จริง 3) อสม.บันทึกข้อมูลในแอพพลิเคชั่น จำนวนผู้ป่วยเป็นไปตามความรับผิดชอบของ อสม. แต่ละคน 4) นักวิจัยตรวจสอบความถูกต้องของการลงบันทึก และ 5) อสม. ลงเยี่ยมบ้านผู้เป็นโรคเบาหวานตามแนวปฏิบัติของกลุ่มสีไฟจราจร ดังนี้ (1) อสม. และผู้ดูแลระบบระบุปัญหาและอุปสรรคของการลงบันทึกข้อมูล กระบวนการแก้ไขปัญหาของ อสม. และการแก้ไขโปรแกรม (2) ทดสอบความรู้หลังการอบรมของ อสม. เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการดูแล และ (3) ประเมินการปฏิบัติตามรูปแบบของการใช้แอพลิเคชั่น

เครื่องมือรวบรวมข้อมูล 1) แบบทดสอบความรู้หลังการอบรมของ อสม. เกี่ยวกับ 3อ 2ส ประกอบด้วยคำถาม 6 ข้อ เป็นแบบถูก/ผิด คะแนนมากกว่า 3 คะแนนถือว่ามีความรู้ระดับผ่าน 2) แบบประเมินการปฏิบัติตามรูปแบบของการใช้แอพลิเคชั่น ใช้สำหรับการประเมินผลลัพธ์กระบวนการดูแล มีข้อคำถาม 10 ข้อ เลือกตอบแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมเลย ปฏิบัติกิจกรรมเป็นบางครั้ง และปฏิบัติกิจกรรมอยู่สม่ำเสมอเป็นประจำ ประเมินผลแต่ละประเด็นจากจำนวนและร้อยละของการเลือกตอบ และ 3) แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ใช้สำหรับการประเมินผลลัพธ์กระบวนการดูแลของการพัฒนารูปแบบฯ ระยะที่ 3 ประกอบด้วยรายการประเมิน 10 ข้อ เกี่ยวกับ (1) รูปแบบฯ ใช้ประเมินและคัดกรองผู้เป็นโรคเบาหวาน 2 ข้อ (2) แนวทางการดูแล 3 ข้อ (3) สื่อสารและสร้างความเข้าใจแนวทางการดูแล 2 ข้อ และ (4) การกำกับติดตามประเมินอาการ 3 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับและให้คะแนน ตั้งแต่ 1 (รู้สึกพอใจน้อยที่สุด) ถึง 5 (รู้สึกพอใจมากที่สุด) แปลผลคะแนนเฉลี่ย (Mean [M]) เพื่อแบ่งระดับเป็นพึงพอใจมากที่สุด (M = 4.51-5.00) พึงพอใจมาก (M = 3.51-4.50) พึงพอใจปานกลาง (M= 2.51-3.50) พึงพอใจน้อย (M = 1.51-2.50) และพึงพอใจน้อยที่สุด (M = 1.00-1.50)

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ Paired-t-test และข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) แบบทดสอบความรู้หลังการอบรมของ อสม. เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการดูแลได้ผ่านการตรวจสอบ

ความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน พิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์รายข้อ (Item Objective Congruence [IOC]) อยู่ระหว่าง .60-1.00 จากนั้นแบบทดสอบความรู้ฯ ได้นำไปทดลองใช้ (Try out) กับ อสม. ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง 5 คน ได้ค่าความเที่ยงของโดยใช้สูตรคูเดอร์-ริชาร์ทสัน (Kuder-Richardson [KR 20]) เท่ากับ 0.73 และ 2) แบบประเมินการปฏิบัติตามรูปแบบฯ และ แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.89 และ 0.98 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SSJ.UB 2565-105 ลงวันที่ 31 สิงหาคม 2565 คณะผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์โดยอาสาสมัครมีอิสระในการเข้าร่วมหรือปฏิเสธเข้าร่วมวิจัย ในกระบวนการขอความยินยอมนั้น ก่อนการวิจัยคณะผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัยให้กับอาสาสมัครตัดสินใจโดยลงนามในเอกสารคำยินยอมเป็นอาสาสมัคร ซึ่งอาสาสมัครสามารถยกเลิกการเข้าร่วมโครงการ โดยไม่มีผลต่อบุคคลและการเลือกปฏิบัติ ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับ และจะถูกนำเสนอในภาพรวมทางวิชาการเท่านั้น

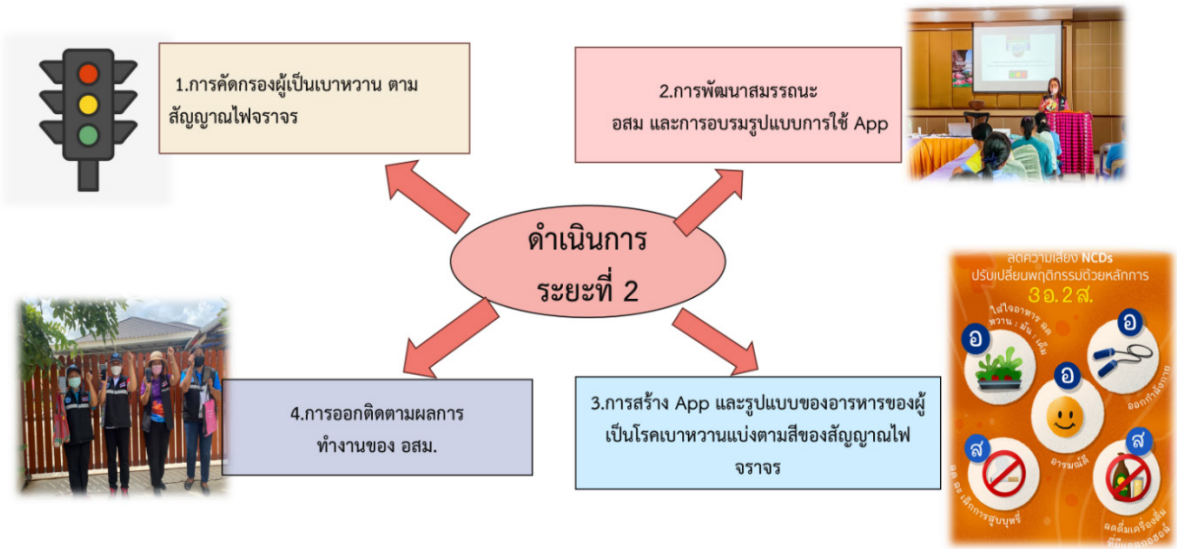
ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้เป็นโรคเบาหวานในพื้นที่ มีข้อค้นพบด้าน อสม. และเจ้าหน้าที่ คือ 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานยังไม่เพียงพอและทักษะการดูแลเฉพาะโรคเบาหวานยังให้คำแนะนำหรือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานได้ไม่เต็มที่ ดังคำกล่าว "บางที อสม.เองก็รู้น้อยกว่าคนไข้ เพิ่นเป็นครูเกษียณ เพิ่นรู้เยอะ" (อสม.08) ส่วนเจ้าหน้าที่ รพ.สต.ให้ข้อมูลว่า อสม.มีความรู้เรื่องเบาหวานที่ไม่ลึกและไม่ชัดเจนโดยส่วนใหญ่จะแนะนำผู้เป็นโรคเบาหวานในความรับผิดชอบแบบไม่เจาะจงต่อปัญหารายบุคคล และยังขาดทักษะการฉีดยาอินซูลิน ดังคำกล่าว"คนไข้เบาหวาน เพิ่นฉีดยาเพิ่นได้เอง อสม. เราบางคนยังไม่รู้วิธีฉีดยาและเก็บยาเบาหวานเลยแนะนำไม่ได้" (อสม.07) 2) ยังขาดความรู้ที่ทันสมัยทำให้ไม่สามารถแนะนำผู้เป็นโรคเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังคำกล่าว "แม่คิดว่า อสม.บางคนความรู้ยังไม่พอ ให้คำแนะนำคนไข้ไม่ได้ ไม่มั่นใจ" (อสม.13) ส่วนเจ้าหน้าที่กล่าวถึงการพัฒนาทักษะในการดูแลผู้ป่วยให้ อสม.ว่า "ทุกเดือนที่มีการประชุม อสม. ก็จะให้คำแนะนำ ให้ความรู้ที่ทันสมัย บางคนก็ฟัง บางคนก็เขาก็ยุ่งๆ หลายอย่าง" (จ01) 3) อสม.มีงานอาชีพของตนและบางคนยังเลี้ยงหลานในขณะที่รับหน้าที่ดูแลและติดตามผู้ป่วยจำนวนมาก ทำให้ไม่สามารถติดตามอาการของผู้เป็นโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่องและใกล้ชิดได้ทั้งหมด "แม่เลี้ยงลูกของลูกสาวไปไหนก็ต้องเอาไปด้วย บางทีก็ยุ่งๆ จะไม่ได้ไปเยี่ยมคนไข้บ่อยเท่าไหร่" (อสม.04) 4) เครื่องวัดระดับน้ำตาลในเลือดไม่เพียงพอ ทำให้ไม่สามารถตรวจวัดและติดตามอาการของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ "เครื่องตรวจน้ำตาลไม่พอใช้ จะไปตรวจน้ำตาลคนไข้ครั้งหนึ่งก็ต้องไปเบิกกับ รพ.สต." (อสม.08) โดยเจ้าหน้าที่กล่าวว่า "เครื่องวัดน้ำตาลในเลือด ทั้ง รพ.สต. มีแค่ 2 เครื่อง พึ่งจะได้มาเยอะหน่อยในระยะหลัง" (จ02) 5) ผู้เป็นโรคเบาหวานบางรายอาจมีปัญหาทางเศรษฐกิจ ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงการรักษาที่เหมาะสม ไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ได้เต็มที่ เช่น การควบคุมอาหาร หรือการออกกำลังกาย ดังคำกล่าว "ก็มีคนนึงที่เป็นเบาหวาน ไม่กินยา ไม่ระวังเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย เพิ่นเป็นแม่ค้าที่ตลาดห่วงแต่ขายของ หมอนัดก็ไม่ไป แต่บอก อสม.ว่าไม่เป็นไรหรอก ไม่ต้องกินยา หรือหาหมอก็อยู่ได้" (อสม.10) 6) ความเชื่อและวัฒนธรรมเป็นอุปสรรคต่อการดูแล และรักษาผู้เป็นโรคเบาหวาน ดังคำกล่าว "คนไข้เขาเชื่อว่าเป็นโรคเวรโรคกรรม เป็นโรคนี้มากับตัวก็ไปกับตัว กินยาหลายมันบ่อดี แต่เขาไปหาซื้อยากินเอง เพราะมีคนที่น่าเชื่อถือเอามาขายให้ก็ซื้อ" (อสม.05)และ 7) การประเมินติดตามกำกับดูแลและการสื่อสารข้อมูลที่ถูกต้องในการดูแลรักษาระหว่างอสม. เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และแพทย์ ดังคำกล่าว

“มีการรายงานผลเจาะน้ำที่ตัวเองรับผิดชอบ แต่พอเรามาดูแลคนไข้ เราก็ไม่ได้รายงานความก้าวหน้าของการดูแลของเราให้เจ้าหน้าที่ทราบ และการลงบันทึกก็มีเฉพาะค่าน้ำตาล อย่างอื่นก็ไม่ได้ลง” (อสม.08)

2. รูปแบบการดูแลผู้เป็นโรคเบาหวานโดยใช้ระบบติดตามพิกัดสัญญาณไฟจราจร ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้เป็นโรคเบาหวานโดยใช้ระบบติดตามพิกัดสัญญาณไฟจราจร ประกอบด้วย (1) ระบบประเมินภาวะสุขภาพ (2) การพัฒนาสมรรถนะ อสม. (3) การพัฒนาและใช้ระบบติดตามพิกัดฯ และ (4) การนิเทศและติดตาม ดังนี้

1) ระบบประเมินภาวะสุขภาพ โดยกำหนดให้เพิ่มการระบุกลุ่มเสี่ยงด้วยการใช้ระบบติดตามพิกัดสัญญาณไฟจราจร กรณีผู้ที่เป็นเบาหวานทั้งรายเก่าและรายใหม่ที่แยกประเภทตามผล HbA1C โดยในระบบติดตามฯ มีแผนการดูแลตามหลัก 3อ 2ส และมาตรการในการดูแล เช่น กรณีผู้ที่อยู่ในกลุ่มสีเขียวและสีเหลือง แพทย์จะนัดตรวจทุก 3 เดือน ส่วน อสม.จะเยี่ยมบ้านทุกเดือน ส่วนผู้ที่อยู่ในกลุ่มสีแดง แพทย์จะนัดตรวจเดือนละ 1 ครั้ง โดย อสม. จะเยี่ยมบ้านทุก 1-2 สัปดาห์ 2) การพัฒนาสมรรถนะ อสม. โดยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ อสม. ทุก 3 เดือน ให้เพิ่มประเด็นความรู้ความเข้าใจหลัก 3อ 2ส หลักการดูแลผู้เป็นโรคเบาหวานตามกลุ่มสีของสัญญาณจราจร 3) การพัฒนาและใช้ระบบติดตามพิกัดฯ ซึ่งเป็นระบบที่ยังไม่เคยมีการใช้รูปแบบของแอพลิเคชั่น โดยดำเนินการดังนี้ (1) เมื่อมีทบทวนการระบุกลุ่มผู้เป็นโรคเบาหวานจากผล HbA1C แล้ว กำหนดพิกัดตามบ้านของ โดย อสม. ปักหมุดที่บ้านผู้ป่วย (2) เพิ่มมาตรการในการดูแลผู้ป่วยในระบบติดตามฯ อย่างง่าย เพื่อเป็นคู่มือการดูแลโดยใช้หลัก 3อ 2ส (3) เพิ่มในระบบติดตามฯ ให้มีการลงบันทึกข้อมูลการเยี่ยมโดย อสม.อย่างต่อเนื่อง และเพิ่มระบบรายงานที่เจ้าหน้าที่ รพ.สต.เห็นตำแหน่งบ้านของผู้เป็นโรคเบาหวานได้จากสัญญาณไฟจราจร 4. การนิเทศและติดตาม ได้แก่ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. กำหนดให้มีกิจกรรมทบทวนการดูและนิเทศการเยี่ยมของ อสม. โดยมอบหมายเจ้าหน้าที่ให้ศึกษาปัญหาของผู้ป่วยที่แตกต่างกัน และปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในการเยี่ยมบ้านของ อสม. มีการทบทวนปัญหาและอุปสรรคการใช้งานระบบติดตามฯ และมีการประชุมร่วมกับสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องทุกๆ 3 เดือน เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัช ทันตแพทย์ นักกำหนดอาหารหรือโภชนากร เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูล ทบทวนผลลัพธ์และทบทวนปัญหาของการดูแลทั้งรายกลุ่มและรายเดี่ยว



ภาพประกอบที่ 1 รูปแบบการดูแลผู้เป็นโรคเบาหวานโดยใช้ระบบติดตามพิกัดสัญญาณไฟจราจร

3. ผลลัพธ์ของรูปแบบฯ กลุ่มเป้าหมายที่เป็นเจ้าหน้าที่ของ รพ.สต.ห้วยขะยุง จำนวน 5 คน อายุตั้งแต่ 44-59 ปี ประสบการณ์ในสายงาน 15-38 ปี ประสบการณ์ทำงานที่ รพ.สต.ห้วยขะยุง 3-17 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบปริญญาตรี มี 1 คนที่จบการศึกษาปริญญาโท กลุ่มเป้าหมาย อสม. จำนวน 48 คน มาจากหมู่บ้านละ 2-3 คน ขึ้นอยู่กับจำนวนผู้เป็นโรคเบาหวานผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบฯ มีดังนี้ 1) ก่อนการใช้รูปแบบฯ อสม. มีคะแนนเฉลี่ยความรู้อยู่ในระดับปานกลาง (M=4.12, SD.=1.12) หลังการใช้รูปแบบฯ คะแนนเฉลี่ยความรู้อยู่ในระดับมาก (M=5.65, SD.=0.64) เมื่อเปรียบเทียบพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของ อสม. เกี่ยวกับการดูแลผู้เป็นโรคเบาหวาน

กลุ่มตัวอย่าง	N	M	SD.	t	p
ก่อนการใช้รูปแบบฯ	48	4.18	1.12	10.45	<.001
หลังการใช้รูปแบบฯ	48	5.65	.64		

และผลประเมินการใช้รูปแบบการดูแลผู้เป็นโรคเบาหวานโดยใช้ระบบติดตามพิกัดสัญญาณไฟจราจร พบว่ากลุ่มตัวอย่างปฏิบัติเป็นประจำร้อยละ 89.70 เมื่อแยก 4 ด้านได้ผล ดังนี้ 1) ระบบประเมินภาวะสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างปฏิบัติเป็นประจำร้อยละ 82.14 2) การดูแลตามระดับกลุ่มสัญญาณไฟจราจร กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติเป็นประจำร้อยละ 96.67 3) การส่งต่อข้อมูลและการสื่อสารกับ รพ.สต. กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติเป็นประจำร้อยละ 91.25 ยกเว้นการติดตามผลการรักษาจากโรงพยาบาล ที่ อสม. ไม่เคยปฏิบัติคิดเป็นร้อยละ 25 และ 4) การบันทึกข้อมูลสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติเป็นประจำร้อยละ 88.70 3) แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นผลการประเมินความพึงพอใจต่อการใช้ระบบติดตามพิกัดสัญญาณไฟจราจรอยู่ในระดับมากทุกรายการ เรียงลำดับจากรายการที่มีคะแนนสูงที่สุดตามลำดับ คือ แอพลิเคชั่นระบบติดตามฯ ช่วยให้มีการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต.ได้ง่ายขึ้น มีค่าเฉลี่ย 4.40 (SD. = 0.82) การใช้งานภาพรวมมีค่าเฉลี่ย 4.35 (SD.=.84) ช่วยให้มีความรวดเร็วในการเข้าถึงผู้มีปัญหาทำให้ได้รับการดูแลอย่างรวดเร็ว และ สามารถพัฒนาความรู้ให้ผู้เป็นเบาหวานได้ มีค่าเฉลี่ยเท่ากันคือ 4.29 (SD. = 0.87) สำหรับความพึงพอใจต่อโปรแกรมในแอพลิเคชั่นระบบติดตามฯ ดังนี้ เป็นประโยชน์ (M = 4.66, SD. = 0.38) รองลงมาคือ ช่วยให้ทราบปัญหาและพฤติกรรมสุขภาพ (M = 4.65, SD. = 0.35) ช่วยให้มีความรวดเร็วในการเข้าถึงผู้มีปัญหาทำให้ได้รับการดูแลอย่างรวดเร็ว (M = 4.62, SD. = 0.43)) ตามลำดับ ส่วนความพึงพอใจด้านการเพิ่มเวลาการทำงาน มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด (M = 4.09, SD. = 0.55) และ 4) ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย พบว่า หลังจากใช้รูปแบบการระบบติดตามฯ ที่มีการพัฒนาแล้ว ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมีค่า HbA1C ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย HbA1C ของผู้เป็นโรคเบาหวานก่อนและหลังใช้รูปแบบ

กลุ่มตัวอย่าง	n	M	SD.	t	p
ก่อนการใช้รูปแบบฯ	326	7.96	1.88	19.85	<.001
หลังการใช้รูปแบบฯ	326	6.91	1.37		

วิจารณ์

จากผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าความรู้และทักษะเกี่ยวกับโรคเบาหวานของบุคลากรหรือผู้ดูแลยังอยู่ในระดับที่ไม่เพียงพอ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการขาดการฝึกอบรมที่เพียงพอหรือข้อมูลที่ทันสมัยการที่ทักษะการดูแลยังไม่เพียงพอนี้หมายความว่า ผู้ดูแลไม่สามารถให้คำแนะนำหรือการดูแลที่เหมาะสมต่อผู้ป่วยได้ ซึ่งอาจนำไปสู่การจัดการโรคเบาหวานที่ไม่เต็มประสิทธิภาพ ขาดทักษะการฉีดยาอินซูลิน การเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว การออกกำลังกาย การพักผ่อน การควบคุมอาหาร การใช้สมุนไพร การประเมินติดตาม กำกับดูแลและการสื่อสารข้อมูลที่ถูกต้องในการดูแลรักษา สอดคล้องกับการศึกษาความต้องการพัฒนาความสามารถของ อสม.ในการเยี่ยมบ้านผู้เป็นเบาหวานของเวหา เกษมสุข และรัชนก คชไกร[13] ที่พบว่า อสม.ยังขาดความรู้ และไม่มั่นใจในการเยี่ยมบ้านผู้เป็นเบาหวาน โดยต้องการพัฒนาศักยภาพ และความสามารถอย่างต่อเนื่องในการให้ความรู้เรื่องยาเบาหวาน การฉีดยาอินซูลิน การเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว การออกกำลังกาย การพักผ่อน การควบคุมอาหาร และการใช้สมุนไพร การปฏิบัติหน้าที่ของ อสม.ที่ทำได้ดีนั้นมาจากความรู้ และทัศนคติที่ดีในการฝึกปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาของจริยาพร ศรีจอมพล และ เบญจา มุกตพันธุ์[14] ที่พบว่า อสม.มีความรู้ และทัศนคติที่ดีจะสามารถปฏิบัติในการเจาะน้ำตาลปลายนิ้วได้ดี การศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นถึงการให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ให้พร้อมรับการดูแลผู้เป็นโรคเบาหวานอย่างเป็นระบบ

ผลของลัพธ์ของการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นด้านกระบวนการดูแล พบว่า ความรู้ในการดูแลผู้เป็นโรคเบาหวานของ อสม. เพิ่มขึ้น ปฏิบัติตามรูปแบบที่ อยู่ในระดับปฏิบัติเป็นประจำ ความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาของ อสม. อยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของศิรประภา สิทธิพานิช และคณะ[6] ที่พบว่า อสม. ต้องได้รับการพัฒนาเพื่อช่วยแก้ไขปัญหาผู้เป็นโรคเบาหวาน โดยคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับเบาหวานของ อสม. หลังพัฒนาสูงกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญ 3) คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และคะแนนเฉลี่ยการดูแลสุขภาพของผู้เป็นโรคเบาหวานหลังการจับคู่ดูแลสูงกว่าก่อนการจับคู่ดูแล สะท้อนให้เห็นว่าการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาศักยภาพให้กับ อสม. ส่งผลลัพธ์เชิงบวกให้กับ อสม. ในการปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างเต็มความรู้และความสามารถ ผลการวิจัยที่พบว่า อสม. ใช้ระบบติดตามพิกัดสัญญาณไฟจราจรเพื่อการดูแลสุขภาพชี้ให้เห็นถึงความสามารถของ อสม. ในการนำเทคโนโลยีหรือเครื่องมือดิจิทัลมาใช้ในการจัดการและติดตามการดูแลสุขภาพของชุมชน โดยการใช้ระบบติดตามพิกัดสัญญาณไฟจราจรอาจช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการติดตามและบันทึกข้อมูลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างเป็นระบบ เมื่อเปรียบเทียบกับวิธีการแบบดั้งเดิมที่ใช้กระดาษและปากกาอาจเกิดความคลาดเคลื่อนในการจัดเก็บข้อมูล อย่างไรก็ตามอาจพบว่ามีอุปสรรคบางประการ เช่น ความยากลำบากในการใช้งานระบบติดตามพิกัด หรือความต้องการการฝึกอบรมเพิ่มเติมเพื่อสร้างความมั่นใจให้กับ อสม. ในการดูแลสุขภาพของประชาชนโดยใช้ประโยชน์ของเทคโนโลยีต่อไป

ข้อจำกัดของการวิจัย

1) โทรศัพท์ที่ใช้ระบบ IOS ใช้ยาก ความซับซ้อนของระบบติดตามฯ และระดับความเข้าใจด้านเทคโนโลยีของ อสม. อาจเป็นข้อจำกัดที่ส่งผลต่อการนำระบบฯ ไปใช้งานอย่างเต็มที่ 2) สัญญาณอินเตอร์เน็ตในพื้นที่ปักหมุดไม่เสถียรส่งผลให้การลงข้อมูลล่าช้า หรือลงไม่ได้ใยบางช่วง และ 3) ยังไม่สามารถลิงก์ข้อมูลกับหน่วยบริการสุขภาพอื่นได้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1) ควรจัดอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพ อสม. อย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะในเรื่องการใช้เทคโนโลยีเพื่อการบริการด้านสุขภาพ 2) ควรมีการพัฒนาระบบติดตามฯ ให้ใช้งานง่ายขึ้นและเหมาะสมกับทักษะด้านเทคโนโลยีของ อสม. เพื่อให้ทุกคนสามารถใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ 3) ควรจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมทัศนคติของ อสม.ในการพัฒนาทักษะที่ใช้ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคเบาหวานหรือโรคอื่นๆ และ 4) ควรมีการวิจัยเชิงทดลองที่ขยายผลจากการทำแอพลิเคชั่นระบบติดตามพิกัด

ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ต่อไป หรือศึกษาผลกระทบของการใช้ระบบฯ การดูแลสุขภาพต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชน และการพัฒนาระบบติดตามฯ ให้สอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริงของผู้ใช้

เอกสารอ้างอิง

1. International Diabetes Federation (IDF). “IDF Diabetes Atlas 10th Edition. Retrieve from diabetesatlas.org; 2021.
2. อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์, ภาณุวัฒน์ คำวังสง่า, สุธิดา แก้วหา. รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์พ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน; 2563.
3. วรรณภาภรณ์ จองกลาง, นาฏยา หีบแก้ว ปัดชาสุวรรณ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ของกลุ่มวัยทำงานอำเภอโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2564;14(3):71-82.
4. วิทยา เลิกสายเพ็ง. ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปิ้งไก่ ตำบลนาบ่อคำ อำเภอเมืองกำแพงเพชร จังหวัดกำแพงเพชร. วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร. 2564;2(1):1-10.
5. ธนวัฒน์ สุวัฒนกุล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2561; 12(3):515-22.
6. ศิรประภา สิทธาพานิช, จิราภรณ์ ขอสุข, กาญจนา ไชยมาตร, มาดี ขันสัมฤทธิ์. ประสิทธิผลของการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในคลินิกหมอครอบครัว. ยโสธรเวชสาร. 2565;24(2):36-48.
7. วิชัย เทียนถาวร. ระบบการเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกันโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงในประเทศไทย:นโยบายสู่การปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2555.
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. Health data Center; 2565.
9. รพ.สต.ห้วยขะยุง. JHCIS รพ.สต.ห้วยขะยุง [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 11 กุมภาพันธ์ 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://jhcis.moph.go.th/learn-more/
10. วิชัย เทียนถาวร. ระบบการเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกันโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงในประเทศไทย: นโยบายสู่การปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2556.
11. ขนิษฐา สระทองพร้อม, สุทธิศักดิ์ สุริรักษ์. ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. ในประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองรี. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน. 2564;3(1):38-50.
12. สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. การทบทวนวรรณกรรม: สถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. เนติมา คูนีย์ (บรรณาธิการ) นนทบุรี: บริษัท อาร์ต ควอลิไฟท์ จำกัด; 2557.
13. เวหา เกษมสุข, รัชนก คชไกร. ความต้องการพัฒนาความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเยี่ยมบ้านผู้เป็นเบาหวานในชุมชน. วารสารพยาบาลทหารบก. 2558;16(2):59-68
14. จริยาพร ศรีจอมพล, เบญจา มุกตพันธุ์. ความสัมพันธ์ของความรู้ ทัศนคติ ต่อการปฏิบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการตรวจน้ำตาลในเลือดหลายนิ้วของผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลเวียงคำ อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร. 2561;21(2):79-87.

การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่โดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด

The Development of a Area Bases Disease Surveillance, Prevention, and Control System Through a Participatory Planning Process by the Health Service Network in Atsamat District, Roi-Et Province

วิชัย พลสะทอน*

Wichai Polsathorn

Corresponding author: e-mail: pcwich@hotmail.com

(Received: July 24, 2024; Revised: July 31, 2024; Accepted: August 31, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนาระบบ และประเมินผลลัพธ์เฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่ของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research : AR)

วัสดุและวิธีการวิจัย : ผู้ให้ข้อมูลสำคัญประกอบด้วย 4 กลุ่ม คือ 1) คณะกรรมการ พชอ. อำเภออาจสามารถ จำนวน 18 คน 2) ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระดับตำบล 10 คน 3) นายกเทศมนตรีและองค์การบริหารส่วนตำบล 11 คน และ 4) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 13 คน รวม 52 คน ดำเนินการระหว่างเดือนเมษายนถึงเดือนสิงหาคม 2567 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบบบันทึกและแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา % Differences และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัย : 1) สถานการณ์การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่พบปัญหาทั้งเชิงระบบทั้งด้านปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินงาน และผลลัพธ์ 2) ระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อประกอบด้วย 8 ขั้น คือ การประเมินสถานการณ์เบื้องต้น (Preliminary situation assessment) การพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรค (Development of a disease surveillance system) การจัดทำแผนป้องกันและควบคุมโรค (Formulation of prevention and control plans) การจัดตั้งเครือข่ายความร่วมมือ (Establishment of collaborative networks) การฝึกอบรมบุคลากรและการให้ความรู้แก่ชุมชน (Training of personnel and community education) การจัดการตอบสนองเมื่อเกิดการระบาด (Outbreak response management) การประเมินผลและการปรับปรุง (Evaluation and improvement) และการสื่อสารและรายงานผล (Communication and reporting) และ 3) ผู้ให้ข้อมูลสำคัญมีส่วนร่วมและกระบวนการบริหารเพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคในพื้นที่ โดยรวมเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 36.21 และ 33.22 ตามลำดับ

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้ได้ระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อ แบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน

คำสำคัญ : ระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อ; กระบวนการวางแผน; เครือข่ายสุขภาพ

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภออาจสามารถ

Abstract

Purposes : To study the situation, develop systems, and evaluate outcomes for the surveillance, prevention, and control of communicable diseases within the health service network of Atsamat District, Roi Et Province.

Study design : Action Research : AR.

Materials and Methods : Key informants consisted of four groups: (1) 18 members of the Atsamat District Health Promotion Committee (PCHO), (2) 10 village health volunteer leaders at the sub-district level, (3) 11 mayors and sub-district administrative organization leaders, and (4) 13 directors of sub-district health promotion hospitals, totaling 52 individuals. The study was conducted from April to August 2024. Data were collected using questionnaires, record forms, and focus group discussion guides, and analyzed using descriptive statistics, percentage differences, and content analysis.

Main findings : 1) The situation regarding the surveillance, prevention, and control of communicable diseases in the area revealed systemic issues, including problems with inputs, operational processes, and outcomes. 2) The surveillance, prevention, and control system for communicable diseases comprised eight steps: A preliminary situation assessment, Development of a disease surveillance system, Formulation of prevention and control plans, Establishment of collaborative networks, Training of personnel and community education, Outbreak response management, Evaluation and improvement, and communication and reporting and 3) The participation of key informants and the management process for disease surveillance, prevention, and control in the area increased by 36.21% and 33.22%, respectively.

Conclusion and recommendations : The findings of this study resulted in a participatory disease surveillance, prevention, and control system within the community network.

Keywords : Area bases disease surveillance; Prevention and control system; Participatory planning process; Health service network

*Public Health Technical Officer, Professional Level, Atsamat District Public Health Office.

บทนำ

แนวโน้มความเสี่ยงสำหรับประเทศไทยซึ่งปัจจุบันภัยโรคติดต่ออุบัติใหม่จัดเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่คุกคามต่อสุขภาพของคน ทั้งด้านร่างกายจิตใจ และสังคม มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจ การเมือง และทำให้เกิดความโกลาหลของประชาชนในประเทศหรือในบริเวณที่มีการพบผู้ติดเชื้อ หรือมีการแพร่ระบาดของโรคได้เป็นอย่างมาก โรคอุบัติใหม่ที่เกิดขึ้นล้วนแล้วแต่มีความซับซ้อน ส่วนใหญ่เป็นโรคที่เกิดจากสัตว์ และมีการติดต่อระหว่างสัตว์สู่คน โดยมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค ได้แก่ ความชุกชุมของสัตว์พาหะนำโรค เช่น ยุง ความสะดวกในการคมนาคมขนส่ง การขาดความรู้ความเข้าใจในการป้องกันตนเอง และการควบคุมโรคของประชาชน รวมถึงปัจจัยจากสภาวะร่างกายของคน เช่น ประชากรกลุ่มที่มีความต้านทานต่อการติดโรคต่ำ ประชากรกลุ่มที่มีโอกาสสัมผัสกับโรคมาก เป็นต้น จากข้อมูลที่กล่าวมาข้างต้น ประเทศไทยจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการเตรียมความพร้อมรับมือกับโรคติดต่ออุบัติใหม่โดยอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานหลายภาคส่วน ตั้งแต่ระดับส่วนภูมิภาคตลอดจนระดับประเทศ การประเมินความเสี่ยงและแนวโน้มของการเกิดโรคเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่งในการดำเนินการป้องกัน และควบคุมโรค โดยจะให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวางแผนและการกำหนดทิศทาง แนวทางการป้องกันควบคุมโรคได้อย่างถูกต้อง และเฉพาะเจาะจงมากขึ้น โดยจากสถิติการเกิดโรคที่ผ่านมาโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่มีความเสี่ยงในประเทศไทย[1] ดังนั้น การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาจึงเป็นกิจกรรมสืบเนื่องจากการพัฒนาด้านควบคุมป้องกันปัญหาความเจ็บป่วยของคนในอดีตโดยระยะแรกเมื่อเกิดการเจ็บป่วยล้มตายจำนวนมากจากโรคติดต่อร้ายแรง ซึ่งขณะนั้นยังไม่ทราบสาเหตุได้มีการใช้มาตรการกักกัน (Quarantine) ตัวผู้ป่วยไว้อีกสังคมต่างหากจนกว่าโรคจะสงบ ครั้งต่อมาโรคติดต่อเหล่านั้นลดความรุนแรง และสาเหตุของโรคเริ่มเป็นที่รู้จักมากขึ้น จนเข้าใจว่าไม่จำเป็นต้องแยกผู้ป่วยจากสังคมคนปกติจึงเปลี่ยนมาใช้มาตรการแยกกักผู้ป่วย (Isolation) เมื่อระบบสาธารณสุขได้พัฒนางานเวชศาสตร์ป้องกันจนเป็นที่ยอมรับว่าควรมีมาตรการป้องกันก่อนเกิดปัญหา จึงเกิดความจำเป็นที่จะต้องติดตามรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัญหานั้นๆ อย่างสม่ำเสมอตั้งแต่เหตุการณ์ยังปกติ การดำเนินการดังกล่าวเรียกว่าการเฝ้าระวัง (Surveillance) ซึ่งมี 3 ลักษณะ คือ (1) การเฝ้าระวังเฉพาะบุคคล (Individual surveillance) เป็นการติดตามเฝ้าระวังผู้สัมผัสโรค เพื่อรับทราบได้ทันท่วงที และให้คำแนะนำช่วยเหลือ[2] เมื่อมีอาการแสดงจากโรคที่สัมผัส โดยไม่ต้องจำกัดการประกอบกิจกรรมหรือที่พักอาศัยถือเป็นมาตรการควบคุมป้องกันโรคอย่างหนึ่ง (2) การเฝ้าระวังโรค (Disease surveillance) เป็นการติดตามเฝ้าระวังการเกิดและกระจายของโรค หรือเหตุการณ์ที่เสี่ยงต่อการถ่ายทอดโรคในพื้นที่ที่กำหนด และ (3) การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (Epidemiological surveilance) เป็นการติดตามเฝ้าระวังบุคคล สถานที่ เวลา และองค์ประกอบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหรือภัยสุขภาพของประชาชน และหัวใจของการเฝ้าระวัง คือ การเกาะติดสถานการณ์อย่างต่อเนื่องเป็นระบบ เพื่อให้ได้ความรู้เป็นปัจจุบันเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพอนามัยของคน สถานการณ์ของปัญหา และรีบดำเนินการป้องกันหรือควบคุมปัญหา (Surveillance for public health action)[3]

จากเหตุการณ์เกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) เป็นโรคติดต่อที่มีการระบาดอย่างกว้างขวางไปทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย โดยพบรายงานครั้งแรกในเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีนในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 สำหรับประเทศไทยได้รายงานผู้ป่วยรายแรกซึ่งเป็นผู้ป่วยนำเข้าชาวจีนในวันที่ 8 มกราคม 2563 และรายงานผู้ป่วยรายแรกที่ติดเชื้อภายในประเทศเมื่อ 30 มกราคม 2563 โดยกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศให้โรคโควิด-19 เป็นโรคติดต่ออันตราย เมื่อวันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2563 ซึ่งตั้งแต่เดือนมีนาคม 2563 ถึงมิถุนายน 2565 พบการระบาดในประเทศไทยหลายระลอก และเป็นไปอย่างกว้างขวางทั่วประเทศ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแนวทางปฏิบัติด้านสาธารณสุข เพื่อการจัดการภาวะระบาดของโรคโควิด-19 ตั้งแต่ต้นปี พ.ศ.2563 และต่อมามีการปรับแนวทางหรือมาตรการด้านสาธารณสุขทั้งการสอบสวนโรค

การดูแลรักษาผู้ป่วย การเฝ้าระวังโรค ฯลฯ ไปตามสถานการณ์ของการระบาดของโรคเป็นระยะๆ ซึ่งผู้ปฏิบัติงานสามารถเข้าถึงได้จากเว็บไซต์ของกรมควบคุมโรค[4]

เช่นเดียวกับสถานการณ์การควบคุมโรคติดต่อของอำเภอ อาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ดตั้งแต่ พ.ศ.2661-2567) ปี พ.ศ.2561 อัตราป่วย/ประชากรแสนคน พบว่า Diarrhoea 1,926.39, Food Poisoning 199.10, Hand foot and mouth disease 125.11, Chickenpox 98.20 , 5.D.H.F.Total 82.06 ตามลำดับ ; ปี พ.ศ.2562 อัตราป่วย/ประชากรแสนคน พบว่า Diarrhoea 1,763.66, D.H.F.Total 255.02, Food Poisoning 212.07, Hand foot and mouth disease 118.11, Chickenpox 65.17 ตามลำดับ; ปี พ.ศ. 2563 อัตราป่วย/ประชากรแสนคน พบว่า Diarrhoea 1,448.24 ,Food Poisoning 127.51, D.H.F.Total 110.06, Chickenpox 59.06, Hand foot and mouth disease 22.82 ตามลำดับ; ปี พ.ศ.2564 อัตราป่วย/ประชากรแสนคน พบว่า Diarrhoea 1,319.39, 2. Food Poisoning 93.9, Chickenpox 26.84, Hand foot and mouth disease 25.50, H.conjunctivitis 21.48 ตามลำดับ; ปี พ.ศ. 2565 อัตราป่วย/ประชากรแสนคน พบว่า Diarrhoea 1,123.43, Hand foot and mouth disease 163.7, Food Poisoning 120.80, D.H.F. Total 30.87, Melioidosis 29.53 ตามลำดับ; ปี พ.ศ.2566 อัตราป่วย/ประชากรแสนคน พบว่า Diarrhoea 625.47, Pneumonia 608.02, Food Poisoning 272.47, Hand foot and mouth disease 112.75, D.H.F.Total 42.95 ตามลำดับ ปี พ.ศ. 2567 (มกราคม - พฤษภาคม 2567) อัตราป่วย/ประชากรแสนคน 1. Pneumonia 285.89, 2.Food Poisoning 201.33, Coronavirus disease 2019 191.94 Influenza Total 110.06, Chickenpox 75.16 ตามลำดับ[5] ในทำนองเดียวกัน สถานการณ์การระบาดของโรคติดต่ออันตราย ดังเช่น โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งเป็นโรคติดต่อที่มีความรุนแรงสูงและสามารถแพร่สู่ผู้อื่นได้อย่างรวดเร็ว จากประสบการณ์การเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ โดยองค์กรปกครองท้องถิ่นในเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ สรุปขบวนขับเคลื่อนงานอย่างน้อย 4 ประเด็นหลัก ดังนี้ 1) การจัดบริการเพื่อเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดต่อ 2) ความร่วมมือกันของ 4 องค์กรหลัก (องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กลุ่มทางสังคม องค์กรชุมชน และท้องที่ (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน คณะกรรมการหมู่บ้าน ตำบล) 3) ประสบการณ์ ความสามารถ ความเชี่ยวชาญ และภูมิปัญญาของทุนทางสังคม ในการจัดการกับปัญหา และความต้องการและ 4) การนำใช้แนวทางการพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อโดยชุมชนท้องถิ่น 8 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านการพัฒนาศักยภาพ (2) ด้านการติดตาม เฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเสี่ยงสัมผัส และประชาชนที่เกี่ยวข้อง (3) ด้านการกำหนด กติกา ข้อตกลงในครอบครัวหมู่บ้าน ตำบล (4) ด้านการปรับพฤติกรรมบุคคลและครอบครัว (5) ด้านการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในชุมชนและพื้นที่สาธารณะ (6) ด้านการสร้างการมีส่วนร่วมของทุนทางสังคมในการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดต่อ (7) ด้านการฟื้นฟูผู้ได้รับผลกระทบ และ (8) ด้านการจากการสรุปบทเรียนและการจัดการความรู้การสรุปบทเรียนการพัฒนาระบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงเป็นการสะท้อนศักยภาพของชุมชน[6] ในการจัดการกับสถานการณ์วิกฤต ที่สร้างผลกระทบต่อความเป็นอยู่ วิถีการดำเนินชีวิตประจำวัน ตลอดจนคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ การสนับสนุนให้ผู้นำขององค์กรหลักในพื้นที่ ได้ร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์และแนวทางการพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อโดยชุมชนท้องถิ่นซึ่งสะท้อนผลลัพธ์ของการดำเนินการในการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังโรคติดต่อโดยชุมชนท้องถิ่น ที่มุ่งเน้นให้ชุมชนท้องถิ่นสามารถจัดการตนเองในการพัฒนาระบบงานและกลไกเพื่อเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่ อันเกี่ยวเนื่องกับพื้นที่อื่นในระดับอำเภอ จังหวัด ประเทศและทั่วโลกได้อย่างมีประสิทธิภาพ[3]

การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาเป็นขั้นตอนแรกของงานระบาดวิทยา เนื่องจากการเฝ้าระวังเป็นกระบวนการค้นหาและติดตามปัญหา เพื่อให้ทราบแนวโน้มการเปลี่ยนแปลง

ของโรคหรือปัญหาสาธารณสุข ก่อนการสอบสวนโรคหรือการศึกษาทางระบาดวิทยา[7] ทั้งนี้กระบวนการเฝ้าระวังประกอบด้วยกระบวนการ 4 อย่าง คือ การรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การแปลผลพร้อมข้อเสนอเพื่อแก้ปัญหา การเผยแพร่ผลเพื่อให้เกิดการแก้ปัญหา โดยให้ความสำคัญกับ**การรู้เร็ว** เพื่อค้นหาการเกิดโรคหรือปัญหาสาธารณสุขอย่างทันท่วงที การเฝ้าระวังติดตามข้อมูลสถานการณ์ของโรคหรือปัญหาสาธารณสุขอย่างต่อเนื่องจะช่วยค้นหาหรือทราบการระบาดของโรคในพื้นที่นั้นได้รวดเร็ว อาทิ กรณีการระบาดของโรคติดเชื้อในประเทศต่างๆ ที่ทราบสถานการณ์ด้รวดเร็วจากระบบเฝ้าระวังของประเทศและเครือข่ายทั่วโลก ไม่ว่าจะเป็นการระบาดของโรคไข้หวัดนก (H5N1) ในคน ตั้งแต่ปี พ.ศ.2546 จนถึงต้นมิถุนายน 2554 มีรายงานผู้ป่วยจาก 15 ประเทศทั่วโลก รวม 554 เสียชีวิต 324 ราย หรือ การระบาดใหญ่ของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ในทุกภูมิภาคทั่วโลก ตั้งแต่ต้นปี พ.ศ.2552 จนถึงปัจจุบัน เป็นต้น **การรู้ดี** เพื่อทราบรูปแบบ และแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงการเกิดโรคหรือปัญหาสาธารณสุข รวมทั้งปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคหรือการเปลี่ยนแปลงนั้น และ**รู้วิธี** เพื่อจัดการกับโรคหรือปัญหาสาธารณสุขได้ตรงจุด ได้แนวทางกำหนดมาตรการควบคุมป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพ[3,8]

ระบบเฝ้าระวังโรคของประเทศไทยถูกวางรากฐานกว่า 40 ปี เริ่มต้นจากโรคติดต่อที่สำคัญของประเทศ และเครือข่ายเฝ้าระวังครอบคลุมระดับประเทศ จังหวัด อำเภอ ตำบล การดำเนินงานส่วนใหญ่เป็นบทบาทของบุคลากรในหน่วยงานสาธารณสุข โดยเฉพาะภาครัฐ มีการรายงานข้อมูลโรคในข่ายเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาจากสถานบริการทางสาธารณสุข ตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือโรงพยาบาลทุกแห่ง ไปยังหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอจังหวัด จนถึงสำนักระบาดวิทยาในส่วนกลางจากการเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจสังคม และโครงสร้างระบบราชการ รูปแบบการรายงานต้องปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์สถานพยาบาลเอกชนมีบทบาทมากขึ้นในการให้บริการ[9] การพัฒนาระบบโทรคมนาคม และการสื่อสารเกิดควบคู่กับการเพิ่มขึ้นของปัญหาโรคไม่ติดต่อและโรคติตต่ออุบัติใหม่ ขณะที่โรคติดต่อที่มีอยู่เดิม ยังคงระบาดเป็นช่วงๆ ในหลายพื้นที่เหตุนี้จึงมีความจำเป็นต้องขยายขอบเขตการเฝ้าระวังออกนอกสถานบริการสาธารณสุข และพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคในชุมชนให้เข้มแข็ง เพื่อให้รู้สถานการณ์ปัญหาโรคและภัยสุขภาพได้รวดเร็วยิ่งขึ้น อันจะนำไปสู่การดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค โดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภออาจสามารถจังหวัดร้อยเอ็ดขึ้นเพื่อขยายขอบเขตการเฝ้าระวังออกนอกสถานบริการสาธารณสุข และพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคในชุมชนให้เข้มแข็ง เพื่อให้รู้สถานการณ์ปัญหาโรคและภัยสุขภาพได้รวดเร็วยิ่งขึ้น อันจะนำไปสู่การดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและการฝ้าระวังในชุมชนจะเกิดได้ ประชาชนต้องเข้าใจก่อนว่าเฝ้าระวังไปทำไม เฝ้าระวังแล้วได้ประโยชน์อย่างไรต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนาระบบ และประเมินผลลัพธ์เฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

พื้นที่วิจัย การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภออาจสามารถ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

รูปแบบการวิจัย การวิจัยเรื่อง การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคโดยเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ดครั้งนี้ดำเนินการตั้งแต่เดือนเดือนเมษายนถึงเดือนสิงหาคม 2567 ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพเป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research : AR) ตามกรอบแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart[10] โดยมี 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) โดย

1) ศึกษาบริบท และเก็บข้อมูลพื้นฐานของชุมชน 2) Pre-test กลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัย และ 3) ประชุมภาคีเครือข่ายผู้เกี่ยวข้อง โดยการนำเอาเทคนิคกระบวนการวางแผนมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (Appreciation Influence Control;= A-I-C) เป็นการระดมสมองในการวิเคราะห์พัฒนาหาทางเลือก เพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหาของการเกิดโรค ปัจจัย แนวทางและวิธีการจัดการควบคุมป้องกันโรคที่ประสบความสำเร็จ

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) ปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ/กิจกรรมที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 ได้แก่ ศึกษาดูงาน ประชุมให้ความรู้ ประชาสัมพันธ์ในชุมชน การสร้างและดำเนินงานเครือข่าย และการประกวด

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นสังเกตผลการปฏิบัติ (Observation) โดย 1) เข้าร่วมสังเกตการณ์ การนิเทศตรวจเยี่ยม สนับสนุนให้คำแนะนำ เก็บรวบรวมผลงานที่ได้จากแผนงาน กิจกรรม โดยผู้วิจัยเป็นผู้สนับสนุน (Facilitator) และ 2) ร่วมประชุมผลการปฏิบัติงาน

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นสะท้อนผล (Reflection) โดย 1) ถอดบทเรียนเพื่อเป็นข้อมูลสะท้อนผลระบบเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรคโดยเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภออาจสามารถ 2) ประชุมกลุ่มย่อย (Focus Group) และสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) เพื่อหาปัจจัยแห่งความสำเร็จ และ 3) Post-test กลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญประกอบด้วย 4 กลุ่ม คือ 1) คณะกรรมการ พชอ. อำเภออาจสามารถ จำนวน 18 คน 2) ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระดับตำบล 10 คน 3) นายกเทศมนตรีและองค์การบริหารส่วนตำบล 11 คน และ 4) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 13 คน รวม 52 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชนิด

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ

1.1 แบบสอบสัมภาษณ์ทีมพัฒนาระบบการเฝ้าระวังในชุมชนเพื่อป้องกันควบคุมโรคติดต่อมี 3 ส่วน ประกอบด้วย **ตอนที่ 1** ลักษณะทางประชากรของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ประกอบด้วยตัวแปร เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และตำแหน่งทางสังคม **ตอนที่ 2** วิธีการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในการเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรคในพื้นที่ เป็นแบบสอบถามแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ คือ 1 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด 2 หมายถึง เห็นด้วยน้อย 3 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง 4 หมายถึง เห็นด้วยมาก และ 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด จำนวน 12 ข้อ **ตอนที่ 3** การมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคในพื้นที่ เป็นแบบสอบถามแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ คือ 1 หมายถึง ระดับการมีส่วนร่วมน้อยที่สุด 2 หมายถึง ระดับการมีส่วนร่วมน้อย 3 หมายถึง ระดับการมีส่วนร่วมปานกลาง 4 หมายถึง ระดับการมีส่วนร่วมมาก และ 5 หมายถึง ระดับการมีส่วนร่วมมากที่สุด จำนวน 15 ข้อ **และตอนที่ 4** กระบวนการบริหารเพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคในพื้นที่ เป็นแบบสอบถามแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ คือ 5 หมายถึง จริงจังอย่างยิ่ง (มีเอกสารหลักฐานชัดเจน ตรวจสอบได้) 4 หมายถึงจริงจัง (มีเอกสารหลักฐานค่อนข้างชัดเจน) 3 หมายถึง จริงจังปานกลาง (มีการปฏิบัติบ้าง พอมีเอกสารหลักฐานบ้าง) 2 หมายถึง ก่อนข้างไม่จริงจัง (มีการปฏิบัติบ้าง เท่าที่โอกาสอำนวย) 1 หมายถึง ไม่จริงจัง (ไม่ปฏิบัติ) จำนวน 24 ข้อ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย

2.1 แนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus Group) เป็นเครื่องมือที่ใช้เป็นแนวคำถามในการสนทนากลุ่ม ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อศึกษาสภาพปัญหาในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคติดต่อซึ่งแนวทางการสนทนามีดังต่อไปนี้ 1) แนวทางในการสนทนากลุ่มสำหรับการสนทนากลุ่มองค์กรภาครัฐ ประเด็นในการสนทนากลุ่มประกอบด้วย การรับทราบสถานการณ์โรค การสนับสนุนหรือบริการต่างๆ ในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อปัญหาอุปสรรคในการเฝ้าระวังป้องกันละควบคุมโรคและข้อเสนอแนะ และ 2) แนวทางในการสนทนากลุ่มสำหรับสนทนากลุ่มองค์กรชุมชน และ

กลุ่มตัวแทนประชาชนประเด็นในการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วยความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคการรับทราบสถานการณ์โรคการสนับสนุนหรือบริการต่างๆ ในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคปัญหาอุปสรรคในการเฝ้าระวังป้องกันละควบคุมโรคและข้อเสนอแนะ

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการประชุมเชิงปฏิบัติการเพิ่มทักษะแนวคิดหลักการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในพัฒนาระบบการเฝ้าระวังในชุมชนเพื่อป้องกัน และควบคุมโรค เทคนิคกระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (Appreciation Influence Control, AIC) ที่ผู้วิจัยนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการกระตุ้นและส่งเสริมการมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น วิเคราะห์ตัดสินใจเลือกและกำหนดรูปแบบระบบการเฝ้าระวังในชุมชนเพื่อป้องกันและควบคุมโรคโดยใช้แบบบันทึกกิจกรรม แบบบันทึกภาคสนามแบบบันทึกการสังเกต แบบสัมภาษณ์เชิงลึก

การสร้างเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้า เอกสาร ตำรา แนวคิดทฤษฎีและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อ เพื่อพิจารณาตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไข นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะแล้วจึงได้นำไปตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาความถูกต้อง ความตรงเชิงเนื้อหา ภาษา และความชัดเจนของภาษา โดยพิจารณาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม คำตอบ กับเนื้อหาตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ IOC (Index of Congruence) ซึ่งกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่ให้แนนในแต่ละข้อออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ให้ +1 เมื่อข้อคำถามคำตอบสอดคล้องและครอบคลุมตัวแปรการวิจัย ให้ 0 เมื่อไม่แน่ใจหรือไม่สามารถตัดสินใจได้ว่าข้อคำถาม คำตอบสอดคล้อง และครอบคลุมตัวแปรการวิจัย และให้ -1 เมื่อข้อคำถามคำตอบไม่สอดคล้องและครอบคลุมตัวแปรการวิจัยโดยคิดคิดจากคะแนนรวมของผู้เชี่ยวชาญในแต่ละข้อหารด้วยจำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ให้คะแนนค่า IOC มากกว่า 0.50 ขึ้นไปถือว่าข้อความนั้นผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันเมื่อปรับปรุงเรียบร้อยแล้วนำเครื่องมือมาตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยการนำเครื่องมือที่ได้ไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยจำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha - Coefficient) โดยได้ค่าคำนวณที่ 0.85

วิธีการดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยผู้วิจัยกำหนดขั้นตอนดำเนินการแบ่งออกได้เป็น ดังนี้

ขั้นเตรียมการก่อนดำเนินการวิจัย โดย 1) ผู้วิจัยศึกษาค้นคว้าความรู้จากเอกสาร ตำรา แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง 2) จัดทำบันทึกข้อความเพื่อขออนุญาตในการดำเนินการวิจัย 3) ประสานงานกับผู้นำชุมชนและชุมชนเพื่อสร้างความสัมพันธ์กับชุมชน เนื่องจากการวิจัยเป็นการศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชน ประชาชนต้องมีความเชื่อถือ และให้ความร่วมมือในการวิจัยอย่างเต็มใจจึงจะทำให้งานวิจัยประสบผลสำเร็จ โดยการเข้าไปพบปะพูดคุยกับผู้นำชุมชนแกนนำในชุมชน ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย รูปแบบ แผนงาน ระยะเวลาที่จะดำเนินการขั้นตอนการดำเนินงาน เครื่องมือที่ใช้ ตลอดจนประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ 4) ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบพื้นที่เข้าร่วมโครงการศึกษาวิจัย เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สมาชิกสภาเทสบาลตำบล ครู กรรมการหมู่บ้าน อสม. และประชาชนในพื้นที่เพื่อเตรียมความพร้อมของคณะทำงานและเน้นการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย 5) เตรียมกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญโดยผู้วิจัยได้เข้าพบและแนะนำตัวเพื่อสร้างความสัมพันธ์อันดีกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญเพื่อชี้แจงรายละเอียดของวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย รายละเอียดของแผนการจัดกิจกรรม ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูลและ 6) ดำเนินการวิจัย ในเบื้องต้นโดยเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากเอกสาร ทะเบียน สถิติรายงานที่เกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคในชุมชนแบบบันทึกประวัติครอบครัว ทะเบียนตรวจดัชนีลูกน้ำยุงลาย และสถิติการระบาดของโรคของอำเภออาจสามารถ

ขั้นปฏิบัติการวิจัย การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้จัดกิจกรรมการพัฒนระบบเฝ้าระวังในชุมชนเพื่อป้องกันและควบคุมโรคที่แต่งตั้งขึ้น (ผู้นำชุมชน กรรมการหมู่บ้าน ครู อสม. จนท.สาธารณสุข ประชาชนในพื้นที่ กรรมการกองทุนสุขภาพ อบต.) จำนวน 3 ครั้ง และได้พัฒนากระบวนการวิจัยประกอบด้วย การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) โดยการนำเอาเทคนิคกระบวนการวางแผนมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (AppreciationInfluence Control =A - I - C ในการประชุมแต่ละครั้งให้เกิดการดำเนินการตามขั้นตอน ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) เดือนเมษายน 2567 ระยะเวลา 2 สัปดาห์ วิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะการดำเนินงานป้องกันโรคเป็นการใช้กระบวนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม ดังนี้

1. เก็บรวบรวมข้อมูลปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ และวิเคราะห์สถานการณ์ในการดำเนินงานการพัฒนาระบบฝ้าระวังในชุมชนเพื่อป้องกันและควบคุมโรคที่ผ่านมาก่อนการดำเนินการพัฒนางาน

2. ประชุม/ สนทนากลุ่ม กับทีมพัฒนาระบบการเฝ้าระวังในชุมชนเพื่อป้องกันและควบคุมโรค (ผู้นำชุมชน, กรรมการหมู่บ้าน กรรมการกองทุนสุขภาพ อบต. อสม ครู. ผู้นำเยาวชน. จนท.สาธารณสุข และผู้ดูแลเด็ก) ตามประเด็นปัญหาและส่วนที่ขาดพร้อมให้นำเสนอข้อมูลจากการวิเคราะห์ ร่วมกันวางแผนกำหนดกรอบแนวทางและแผนการปฏิบัติการดำเนินงานพัฒนระบบเฝ้าระวังในชุมชนเพื่อป้องกันและควบคุมโรคใช้เวลา 1 วัน

3. จัดกิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังในชุมชนเพื่อป้องกันและควบคุมโรคให้กับทีมพัฒนาฯ (ผู้นำชุมชน กรรมการหมู่บ้าน กรรมการกองทุนสุขภาพ อบต. อสม. ครู ประชาชน จนท.สาธารณสุข และผู้ดูแลเด็ก) โดยการประยุกต์ใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ ประกอบด้วยขั้นตอนการสร้างความรู้ (Appreciation : A) ขั้นตอนการสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence : I) และขั้นตอนการสร้างแนวทางการปฏิบัติ (Control : C) โดยใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ใช้เทคนิคกระบวนการกลุ่ม กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์และกิจกรรมสร้างความคุ้นเคย ใช้เวลาดำเนินกิจกรรม 2 วัน โดยจัดให้มีกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมวันแรก โดย 1) พิธีเปิด โดยกล่าวถึงความมุ่งหมายของการอบรมเชิงปฏิบัติการในการพัฒนาระบบฝ้าระวังในชุมชนเพื่อป้องกันและควบคุมโรค รวมทั้งประโยชน์ที่ได้รับจากการอบรมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของทีมพัฒนาฯ (ผู้นำชุมชน กรรมการหมู่บ้าน กรรมการกองทุนสุขภาพ อบต., อสม. ครู ประชาชนในพื้นที่ และจนท.สาธารณสุข) ได้ตระหนักถึงความสำคัญต่อการดำเนินงานและให้ความร่วมมือในการอบรมครั้งนี้ 2) ผู้วิจัยแนะนำตัว เพื่อให้ผู้รับการอบรมเชิงปฏิบัติการได้รู้จักทีมวิทยากร และชี้แจงให้ทราบถึงความมุ่งหมายของการอบรมเชิงปฏิบัติการ การสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานพัฒนาระบบเฝ้าระวังในชุมชนเพื่อป้องกัน และควบคุมโรค 3) การสร้างกลุ่มสัมพันธ์โดยการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อสร้างความคุ้นเคย และการได้รู้จักกันมากขึ้นของผู้เข้ารับการอบรม รวมถึงการมีส่วนร่วมในการกำหนดกติกาของการอบรมร่วมกัน 4) การวิเคราะห์สภาพปัญหาเกี่ยวกับการจัดการเพื่อป้องกันและควบคุมโรคโดยการวิเคราะห์ร่วมกันเพื่อค้นหาปัจจัยและสาเหตุที่ทำให้การดำเนินงานไม่ได้รับความร่วมมือและไม่ประสบความสำเร็จ และ 5) คืนข้อมูลด้านสุขภาพ การเจ็บป่วย การรณรงค์สร้างสุขภาพตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการป้องกันและควบคุมโรค ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง และความรุนแรงของการเกิดโรค การเฝ้าระวังและการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคและการมีส่วนได้ส่วนเสียในการป้องกันและควบคุมโรคโดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมขั้นตอนการสร้างความรู้ (Appreciation : A)

กิจกรรมวันที่สอง โดย 1) จัดกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์และการทบทวนบทเรียนที่ผ่านมาให้ผู้เรียนได้ตื่นตัวและเตรียมความพร้อมที่จะนำเข้าสู่การประชุมเชิงปฏิบัติการต่อไปแบ่งกลุ่มย่อย 3 กลุ่ม โดยกระจายกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญให้มีลักษณะคล้ายๆ กัน ทุกกลุ่ม

วิเคราะห์สภาพ ปัญหาอุปสรรค การดำเนินงาน การจัดการป้องกันและควบคุมโรคที่ผ่านมาในอดีตจนถึงปัจจุบัน และหาภาพความต้องการที่อยากเห็นในอนาคตสำหรับระบบเฝ้าระวังในชุมชนเพื่อป้องกัน และควบคุมโรค พร้อมนำเสนอในที่ประชุมรวม เพื่อการวิเคราะห์ร่วมกันและร่วมพิจารณาหาแนวทางในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังในชุมชนเพื่อป้องกันและควบคุมโรคให้เป็นไปตามที่คาดหวังไว้ และส่งตัวแทนกลุ่มออกมานำเสนอ และเปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มอื่นๆ สามารถซักถาม หรือให้ข้อมูลเพิ่มเติมได้ในประเด็นที่ขาดหาย และวิทยากรจะช่วยเพิ่มเติม เพื่อให้สามารถอธิบายให้เห็นภาพที่ชัดเจนขึ้น จากการนำเสนอของกลุ่ม 2) กลุ่มย่อยร่วมกันจัดลำดับความสำคัญ และจำแนกกิจกรรมที่ได้รับรู้ร่วมกันจากการนำเสนอและพิจารณาร่วมกันในกลุ่มใหญ่ที่ผ่านมา โดยแยกออกเป็น กิจกรรมที่ชุมชนสามารถทำได้เอง กิจกรรมที่ต้องทำร่วมกันกับคนอื่นหรือหน่วยงานอื่น และกิจกรรมที่จำเป็นต้องให้คนอื่นหรือหน่วยงานอื่นๆ รับไปทำ แล้วส่งตัวแทนกลุ่มนำเสนอในที่ประชุมรวม เพื่อร่วมพิจารณาและจัดลำดับความสำคัญในภาพรวมและเปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มอื่นๆสามารถซักถาม หรือให้ข้อมูลเพิ่มเติมได้ในประเด็นที่ขาดหาย และวิทยากรจะช่วยเพิ่มเติมเพื่อให้สามารถอธิบายให้เห็นภาพที่ชัดเจนขึ้นจากการนำเสนอของกลุ่ม โดยใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ในขั้นตอนการสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence :I) และ 3) กำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมพัฒนาระบบเฝ้าระวังในชุมชนเพื่อป้องกัน และควบคุมโรค ให้ทุกคนได้มีส่วนร่วมในการพัฒนา ให้เกิดความชัดเจนเป็นรูปธรรมมากขึ้น แบ่งหน้าที่ในการดำเนินงาน ความรับผิดชอบงาน ตามความถนัดโดยเปิดโอกาสให้ทุกคนได้มีโอกาสเลือกหัวข้อ ประเด็นกิจกรรมที่ตนเองสนใจไปรับผิดชอบเพื่อให้เกิดความชัดเจนในภารกิจของตน โดยการจัดทำเป็นคำสั่งแต่งตั้งในรูปแบบของคณะกรรมการ คณะทำงาน รับผิดชอบติดตามกำกับแผนงาน/โครงการที่จะต้องดำเนินการ รวมทั้งกิจกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นการสร้างความเข้มแข็งให้กับคณะกรรมการ โดยใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ในขั้นตอนของการสร้างแนวทางการปฏิบัติ (Control : C) โดยผู้เข้ารับการอบรมเชิงปฏิบัติการทำแบบสอบถามการพัฒนาระบบเฝ้าระวังในชุมชนเพื่อป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพ หรือระบบรายงาน 506 ทางระบาดวิทยา การตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข และฝึกซ้อมแผนปฏิบัติ แล้วจัดทำข้อตกลงร่วมกันในการดำเนินงานในการพัฒนา ฯ รวมทั้งมอบภารกิจการดำเนินงานการจัดทำแผนงาน/ โครงการ ปิดการอบรมเชิงปฏิบัติการในครั้งนี้

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) เดือนมิถุนายน 2567 ระยะเวลา 4 สัปดาห์เป็นการนำแผนงานหรือโครงการหรือแนวทางการดำเนินซึ่งได้กำหนดกลยุทธ์เพื่อการพัฒนาระบบเฝ้าระวังในชุมชนเพื่อป้องกัน และควบคุมโรคไปสู่การปฏิบัติตามแผนโดยการมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบให้ดำเนินการให้เป็นไปตามแผนงานหรือแนวทางดำเนินการในแต่ละกิจกรรมที่ได้มาจากการคัดเลือกของกลุ่มรวม เพื่อให้ได้ตามเป้าประสงค์ ได้แก่ ประชุมให้ความรู้, ประชาสัมพันธ์รณรงค์ในชุมชน, การสร้างและดำเนินงานเครือข่าย, จัดตั้งกองทุน, การประกวดบ้าน/ คุ้มดีเด่นในการป้องกันโรคในชุมชน

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Obsenving) เดือนกรกฎาคม 2567 ระยะเวลา 2 สัปดาห์เป็นการสังเกตผลในขั้นตอนปฏิบัติเพื่อประเมินผลที่เกิดขึ้นและการตีความปรากฏการณ์ระบบองค์ความรู้ใหม่เกิดขึ้น การสังเกตการปฏิบัติในกิจกรรมการเข้าร่วมกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคของประชาชน การอบรมพัฒนาศักยภาพ การนิเทศติดตาม สนับสนุนโดยการจดบันทึกเหตุการณ์อย่างละเอียดในแต่ละขั้นตอนของการวิจัย ทั้งส่วนที่เป็นความก้าวหน้าและปัญหาอุปสรรคตามวงจรของการปฏิบัติการ คือ ในขั้นตอนของการวางแผน การปฏิบัติการตามแผนการสังเกต และการสะท้อนการปฏิบัติการ รวบรวมข้อมูล การปฏิบัติการที่เกิดขึ้นเก็บสะสมไว้เพื่อใช้ในการปรับปรุงวงจรการปฏิบัติการในครั้งต่อไป และเพื่อใช้เป็นข้อมูลวิเคราะห์หาคำตอบของสมมติฐาน

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting) เดือนสิงหาคม 2567 ระยะเวลา 1 สัปดาห์

ถอดเป็นขั้นตอนเพื่อการให้ได้มาซึ่งแผนปฏิบัติการแก้ไขปัญหาที่ชัดเจน และในขั้นตอนนี้จะประชุมผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในการจัดทำแผนกลยุทธ์ การพัฒนาระบบเฝ้าระวังในชุมชนเพื่อป้องกันและควบคุมโรค โดยมีกิจกรรม ดังนี้ 1) จัดเวทีการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานของทีมพัฒนาระบบเฝ้าระวังในชุมชนเพื่อป้องกัน และควบคุมโรคผู้นำชุมชน กรรมการหมู่บ้าน กรรมการกองทุนสุขภาพ อบต. อสม. ครู ผู้นำเยาวชน จนท.สาธารณสุข และผู้ดูแลเด็ก) เพื่อร่วมกันทบทวนแนวทาง ผลการปฏิบัติงาน ปัญหาอุปสรรค ข้อขัดแย้ง สรุปประเด็นที่จะใช้ประกอบเป็นการวางแผนการดำเนินงานในครั้งต่อไป ใช้เวลา 1 วัน 2) การนิเทศ ติดตามสนับสนุน ให้คำปรึกษา และข้อเสนอแนะ 3) สัมภาษณ์ แบบเจาะลึก (In - depth Interview) เพื่อหาข้อมูลปัจจัยความสำเร็จในการพัฒนาการดำเนินงานการพัฒนาระบบเฝ้าระวังในชุมชนเพื่อป้องกันและควบคุมโรค และ 4) เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคในพื้นที่ และกระบวนการบริหารเพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคในพื้นที่ก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดย 1) เก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสารและข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับพื้นที่การศึกษา ได้แก่ แผนที่ชุมชน ประวัติความเป็นมา สภาพเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม ทรัพยากร และปัญหาด้านต่างๆ ในชุมชน 2) ใช้แบบสัมภาษณ์การเฝ้าระวังในชุมชนเพื่อป้องกันและควบคุมโรคกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญก่อน และหลังการวิจัย 3) จากแบบบันทึกกระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (Appreciation Influence Control; AIC) เพื่อให้เกิดการเฝ้าระวังในชุมชนเพื่อป้องกันและควบคุมโรค 4) ใช้การสังกตแบบมีส่วนร่วมและจดบันทึก (Observation and Record) ใช้ในการสังเกตแบบมีส่วนร่วมโดยสังเกตและบันทึกกิจกรรมของผู้เข้าร่วมในการวิจัย และในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ตามขั้นตอนในการวิจัย 5)ใช้การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และ 6) ใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview)

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาน โดย 1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน ข้อมูลจากแบบสอบถามการดำเนินการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง การป้องกันและควบคุมโรค โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) วิเคราะห์เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคในพื้นที่ และกระบวนการบริหารเพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคในพื้นที่ก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา โดยใช้สถิติ Percentage differences และ 3) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นข้อมูลที่ได้จากการใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก นำมาตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล จัดหมวดหมู่ตามประเด็น ซึ่งทั้งหมดเป็นการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยคำนึงถึงจริยธรรมและจรรยาบรรณนักวิจัยจึงมีการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ดังนี้ 1) ส่งโครงร่างวิจัยที่ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการประเมินงานวิจัย ด้านจริยธรรมคณะสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด (รหัสหนังสือรับรอง COE 1542566) ให้เครือข่ายสุขภาพที่เป็นกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย ในจดหมายที่ส่งแบบสอบถามทุกฉบับ และเปิดโอกาสให้ผู้ตอบแบบสอบถามเข้าร่วมโดยสมัครใจ โดยระบุข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับปกปิดแหล่งข้อมูลอย่างเคร่งครัด การนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวมไม่ชี้เฉพาะในส่วนของผู้ตอบแบบสอบถามและไม่ก่อให้เกิดความเสียหายใดๆ ทั้งต่อบุคคลและองค์กร

ผลการวิจัย

1. การศึกษาสถานการณ์เฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภออาจสามารถ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้งหมด 52 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง

(53.80%) อายุเฉลี่ย 50 ปี (SD.= 8.19) สถานภาพสมรสแล้ว (90.40%) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (36.60%) ประกอบอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ (57.70%) และตำแหน่งทางสังคมเป็นภาคีเครือข่าย (46.20%) ดังแสดงในตารางที่ 1 ข้อค้นพบจากการสนทนากลุ่มปัญหาเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภออาจสามารถ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพไม่เท่าเทียม โดยเฉพาะพื้นที่ชนบทและห่างไกลมักมีการเข้าถึงบริการสุขภาพไม่เพียงพอ ซึ่งส่งผลให้การเฝ้าระวังและควบคุมโรคทำได้ยากลำบาก การรับรู้และความเข้าใจของประชาชน ซึ่งได้แก่ ความเข้าใจผิดเกี่ยวกับโรคติดต่อและวิธีป้องกันทำให้ชุมชนบางแห่งละเลยมาตรการป้องกัน ส่งผลให้เกิดการแพร่ระบาด การขาดแคลนทรัพยากร: การขาดแคลนทรัพยากร เช่น งบประมาณ บุคลากร และวัคซีน ทำให้การเฝ้าระวังและป้องกันโรคไม่ได้ผลตามที่คาดหวัง ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม เช่น การรวมตัวในครอบครัวใหญ่ หรือพิธีกรรมที่ไม่ได้ปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรค อาจทำให้โรคติดต่อแพร่ระบาดได้ง่าย และการขาดการประสานงานระหว่างหน่วยงาน เช่น โรงพยาบาล หน่วยงานท้องถิ่น และองค์กรไม่แสวงหาผลกำไร ส่งผลให้การควบคุมโรคไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร[11-15]

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของลักษณะทางประชากรผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (n=52)

	ลักษณะทางประชากร	จำนวน(%)
เพศ	ชาย	24(46.20)
	หญิง	28(53.80)
อายุ(ปี)	Mean(SD.)	49.78(8.19)
	Min(Max)	28(64)
สถานภาพสมรส	โสด	2(3.80)
	สมรส	47(90.40)
	หย่า/ หม้าย/ แยก	3(5.80)
ระดับการศึกษา	ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น	4(7.70)
	ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย	19(36.60)
	ปวส./อนุปริญญา	14(26.90)
	ปริญญาตรี	15(28.80)
อาชีพ	เกษตรกรรม	8(15.40)
	รับจ้าง	7(13.60)
	รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	30(57.70)
	ค้าขาย	2(3.80)
	แม่บ้าน	5(9.60)
ตำแหน่งทางสังคม	อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	10(19.20)
	สมาชิก อบต.	1(1.90)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน(%)
ผู้นำหมู่บ้าน	9(17.30)
กรรมการหมู่บ้าน	8(15.40)
อื่นๆ ภาคีเครือข่าย	24(46.20)

2. ระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภออาจสามารถ ข้อค้นจากสนทนากลุ่มและการสังเคราะห์ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมประกอบ 8 ขั้นตอน คือ (1) การประเมินสถานการณ์เบื้องต้น เช่น ประเมินปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม สุขอนามัย และพฤติกรรมของประชากรที่อาจส่งผลต่อการแพร่ระบาดของโรค หรือใช้เครื่องมือเช่น การวิเคราะห์ SWOT เพื่อประเมินความพร้อมในการเผชิญกับโรคในพื้นที่ชนบท (2) การพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรค เป็นการพัฒนาระบบการรายงานที่รวมข้อมูลจากโรงพยาบาลและคลินิกในท้องถิ่น การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการเฝ้าระวังโรค เช่น การรายงานผ่านแอปพลิเคชันมือถือหรือแพลตฟอร์มออนไลน์ (3) การจัดทำแผนป้องกันและควบคุมโรคโดยกำหนดมาตรการป้องกัน เช่น การฉีดวัคซีน, การส่งเสริมสุขอนามัย พัฒนาแผนการจัดการในกรณีเกิดการระบาด เช่น การแยกตัวผู้ติดเชื้อและการจัดหาวัสดุอุปกรณ์ป้องกันโรค (4) การจัดตั้งเครือข่ายความร่วมมือ สร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างหน่วยงานรัฐ องค์กรเอกชน และชุมชนท้องถิ่นและจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อสร้างความเข้าใจและวางแผนร่วมกัน (5) การฝึกอบรมบุคลากร และการให้ความรู้แก่ชุมชน ฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ในการใช้เครื่องมือและเทคโนโลยีใหม่ๆ และให้ความรู้แก่ชุมชนเกี่ยวกับการป้องกันโรค และวิธีการดูแลตนเองเบื้องต้นอยางต่อเนื่อง (6) การจัดการตอบสนองเมื่อเกิดการระบาด จัดตั้งศูนย์ควบคุมโรคในพื้นที่เพื่อประสานงาน และตอบสนองต่อการระบาดอย่างรวดเร็วและใช้แผนปฏิบัติการที่วางไว้เพื่อจำกัดการแพร่กระจายของโรค (7) การประเมินผลและการปรับปรุง โดยการประเมินผลของมาตรการที่นำมาใช้และปรับปรุงตามผลการประเมินและใช้ข้อมูลที่ได้จากการเฝ้าระวังเพื่อปรับปรุงแผนป้องกันและควบคุมโรคในอนาคต และ (8) การสื่อสารและรายงานผล รายงานผลการเฝ้าระวังและควบคุมโรคต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และสื่อสารข้อมูลที่จำเป็นแก่ชุมชนเพื่อสร้างความเข้าใจและการมีส่วนร่วม

3. ผลการประเมินผลลัพธ์เฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภออาจสามารถ หลังการพัฒนา พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคในพื้นที่โดยรวมเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 36.21 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการมีส่วนร่วมวางแผนเพิ่มขึ้นมากที่สุด (35.98%) รองลงมา คือ การร่วมรับผลประโยชน์ (36.17%) และการมีส่วนร่วมดำเนินการ (36.10%) ตามลำดับ หลังการพัฒนา พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญมีกระบวนการบริหารเพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคในพื้นที่ โดยรวมเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 33.22 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า 4.การกระจายผลการเฝ้าระวังให้ผู้เกี่ยวข้องใช้ประโยชน์เพิ่มขึ้นมากที่สุด (33.99%) รองลงมา คือ 3.การวิเคราะห์ข้อมูลและประเมินสถานการณ์โรค/เหตุการณ์ที่ได้รับแจ้ง (33.69%) ด้านการรวบรวมข้อมูลเฝ้าระวัง รายงานผู้ป่วย และข่าวการเกิดโรค (33.68%) แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าด้านการสร้างเครือข่ายเฝ้าระวังโรคในชุมชนมีกระบวนการบริหารเพื่อการเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรคในพื้นที่น้อยที่สุด (31.20%) ดังแสดงในตารางที่ 2 และ 3

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าความแตกต่างคะแนนร้อยละของการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคในพื้นที่ก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา (n=52)

การมีส่วนร่วม	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา	% Differences
	Mean(SD.)	Mean(SD.)	
1. การมีส่วนร่วมวางแผน	2.04(0.62)	3.76(0.80)	+35.98
2. การมีส่วนร่วมดำเนินการ	2.03(0.68)	3.75(0.84)	+36.10
3. การร่วมรับผลประโยชน์	2.00(0.83)	3.70(1.12)	+36.17
เฉลี่ยโดยรวม	2.02(0.02)	3.74(0.03)	+36.21

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าความแตกต่างคะแนนร้อยละของกระบวนการบริหารเพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคในพื้นที่ ก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา (n=52)

กระบวนการบริหาร	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา	% Differences
	Mean(SD.)	Mean(SD.)	
1. การสร้างเครือข่ายเฝ้าระวังโรคในชุมชน	2.22(0.59)	3.73(0.89)	+31.20
2. การรวบรวมข้อมูลเฝ้าระวัง รายงานผู้ป่วย และข่าวการเกิดโรค	2.14(0.58)	3.77(0.72)	+33.68
3. การวิเคราะห์ข้อมูลและประเมินสถานการณ์โรค/เหตุการณ์ที่ได้รับแจ้ง	2.06(0.59)	3.63(0.62)	+33.69
4. การกระจายผลการเฝ้าระวังให้ผู้เกี่ยวข้องใช้ประโยชน์	1.80(0.51)	3.19(0.56)	+33.99
เฉลี่ยโดยรวม	2.05(0.18)	3.58(0.27)	+33.22

วิจารณ์

สถานการณ์เฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อ จากการวิจัยครั้งนี้พบผลเช่นเดียวกับผลการศึกษา ระยะก่อนพัฒนาประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ไม่ถูกต้อง ขาดการรับรู้ความเสี่ยง และความรุนแรงของโรค พฤติกรรมการป้องกันโรคไม่เหมาะสม ขาดมาตรการป้องกันโรค[16] เช่นเดียวกับผลการติดตามประเมินระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาในภาพรวมของประเทศ พบประเด็นควรแก้ไข เช่น ความครบถ้วน ถูกต้อง รวดเร็วของการรายงานโรคในข่ายเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา จากสถานบริการทางสาธารณสุขตั้งแต่ระดับตำบล อำเภอ จังหวัดจนถึงสำนักระบาดวิทยาในส่วนกลาง ผลการประเมินระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก ในโรงพยาบาลหลายแห่งพบความครบถ้วนของการรายงาน ร้อยละ 14.3 -86.9 ขาดการวิเคราะห์และนำมาใช้ทันเวลา ทั้งๆ ที่มีการรวบรวมข้อมูลมากมาย เฉพาะอย่างยิ่งการรายงานโรคติดเชื้อต่างๆ แต่ส่วนใหญ่ไม่มีการแปลผลและให้ข้อเสนอสำหรับวางแผนแก้ไขปัญหา หรือกำหนดนโยบายการป้องกันควบคุมโรคของประเทศ การกระจายผลเฝ้าระวังให้หน่วยงาน

ที่เกี่ยวข้องค่อนข้างล่าช้าและไม่ชัดเจน เฉพาะอย่างยิ่งข้อมูลข่าวสารที่ลงถึงระดับชุมชน การเฝ้าระวังในชุมชนส่วนใหญ่เป็นบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. ชุมชนยังไม่เข้ามามีส่วนร่วมมากนัก ประชาชนส่วนใหญ่เข้าใจว่าการควบคุมป้องกันโรคเป็นหน้าที่ของหน่วยงานสาธารณสุข ทั้งนี้หากระบบเฝ้าระวังโรคในชุมชนเข้มแข็งจนชุมชนตรจจับการเกิดโรค/ภัยได้เร็ว หาสาเหตุ และกำจัดจุดเริ่มต้นได้ ประชาชนในชุมชนจะปลอดภัยจากโรค/ภัยทางสุขภาพเพิ่มขึ้น[17]

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับกระบวนการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้านโดยทีม SART ระดับตำบล รวม 9 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) จัดทำแผนงานโครงการแก้ไขปัญหาร่วมกัน 2) สร้างเครือข่ายทีม SARTระดับตำบลในหมู่บ้าน 3) อบรมภาคีเครือข่ายทีม SRRT 4) จัดทำโครงสร้างการทำงานของทีมเฝ้าระวังโรคที่ชัดเจน 5) รณรงค์ทำความสะอาดและกำจัดแหล่งเพาะพันธ์ยุงลงลาย 6) ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก 7) เครือข่ายทีม SARTระดับตำบล การสำรวจประเมินความชุกลูกลูกน้ำยงลาย 8) ทีมพี่เลี้ยงออกนิเทศติดตามประเมินผลการดำเนินงาน 9) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้[18]; ระยะพัฒนาประกอบด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ความเสียงและความรุนแรงของโรค พัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคออกแบบระบบบริการและมาตรการในการป้องกันโรค[16]; ระบบและกลไกการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ประกอบด้วยมาตรการความปลอดภัยด้านสาธารณสุข มาตรการการประชาสัมพันธ์ มาตรการด้านกิจกรรมที่เสี่ยงต่อการแพร่กระจายโรค มาตรการเตรียมความพร้อมทางการแพทย์และเครือข่ายสุขภาพทุกระดับ และมาตรการความร่วมร่วมมือและการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคของประชาชน ระบบและกลไก มีความสมเหตุสมผลเชิงทฤษฎี/ความเป็นไปได้โดยรวมอยู่ในระดับมาก[19]

ผลการประเมินผลลัพธ์เฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคพบผลเช่นเดียวกับผลการประเมินผลลัพธ์เฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรคของการดำเนินงานและคืนข้อมูลให้กับชุมชนและเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้การปฏิบัติตัว และการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้านก่อนและหลังมีความแตกต่างกัน[18]; หลังการพัฒนามีคะแนนเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคการรับรู้ความเสียงและความรุนแรงของโรค และพฤติกรรมการป้องกันโรคสูงกว่าก่อนการพัฒนา ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคอยู่ในระดับสูง[16]; ประสิทธิผลของระบบ และกลไกพบว่า การเฝ้าระวังและคัดกรองผู้ที่เดินทางเข้ามาในจังหวัดอุบลราชธานีทั้งหมด 192,769 คน โดยพบในเดือนกรกฎาคม 2564 มีการเฝ้าระวังและคัดกรองผู้ที่เดินทางมากที่สุดจำนวน 32,715 คน รองลงมาคือเดือนธันวาคม 31,903 คน และเดือนพฤศจิกายน 29,400 คน ตามลำดับ และพบว่ามีแนวโน้มการเฝ้าระวังและคัดกรองผู้ที่เดินทางเข้ามาในจังหวัดอุบลราชธานีเพิ่มขึ้นร้อยละ 28.8 ในปี พ.ศ. 2564 มีจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ 23,369 ราย ผู้เสียชีวิต 193 ราย ส่งต่อ 246 ราย และรับไว้รักษา 23,369 ราย ผู้ป่วยและญาติมีการรับรู้ และพฤติกรรมการเกี่ยวกับการติดเชื้อโรคโควิด-19 ของเครือข่ายสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก[19]

ข้อเสนอแนะ

1) ข้อเสนอแนะเชิงการปฏิบัติการ

ควรมีการพิจารณาการมีส่วนร่วมวางแผน และการสร้างเครือข่ายเฝ้าระวังโรคในชุมชน ซึ่งเป็นขั้นตอนที่มีความแตกต่างร้อยละน้อยกว่าทุกด้าน เช่น การระดมความคิดและสร้างการมีส่วนร่วม โดยการเชิญชวนตัวแทนจากกลุ่มชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน บุคลากรทางการแพทย์ในพื้นที่และอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อระดมความคิด และวางแผนร่วมกัน ทำให้ชุมชนรู้สึกว่ามีส่วนร่วม และเป็นเจ้าของโครงการ หรือการให้ความรู้และการฝึกอบรม โดยจัดการฝึกอบรมเพื่อให้ความรู้แก่ชุมชนเกี่ยวกับโรคติดต่อ วิธีการป้องกัน และแนวทางการเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพ โดยเน้นการฝึกอบรมแก่ผู้ที่มีบทบาทสำคัญในชุมชน เช่น ผู้นำศาสนา ครูและอาสาสมัครและควรสร้าง

เครือข่ายที่มีการประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในชุมชน เช่น โรงเรียน วัด หน่วยงานสาธารณสุขท้องถิ่น และองค์กรไม่แสวงหาผลกำไร เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคถูกส่งต่ออย่างรวดเร็วและถูกต้อง

2) ข้อเสนอแนะเชิงระบบหรือการจัดการ ดังนี้

2.1) ควรพัฒนาระบบฐานข้อมูลที่เชื่อมโยงข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ ในชุมชน เช่น โรงพยาบาล หน่วยงานสาธารณสุข และศูนย์ข้อมูลชุมชน เพื่อให้การเฝ้าระวังโรคมีความรวดเร็วและแม่นยำ ส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น ระบบรายงานออนไลน์และแอปพลิเคชันมือถือ เพื่อให้ข้อมูลถูกส่งต่อในเวลาจริง (Real-time) และสามารถนำไปใช้ในการตัดสินใจได้ทันทีการเสริมสร้างศักยภาพบุคลากรและเครือข่ายในชุมชน

2.2) ควรกำหนดมาตรการเฝ้าระวังโรคแบบบูรณาการ โดยกำหนดมาตรการเฝ้าระวังโรคที่ครอบคลุมและเชื่อมโยงกับนโยบายระดับชาติและระดับท้องถิ่น โดยเน้นการบูรณาการงานของหน่วยงานต่างๆ เพื่อให้เกิดความร่วมมือที่มีประสิทธิภาพพัฒนากลยุทธ์ที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามสภาพการณ์ เพื่อรับมือกับโรคใหม่หรือการแพร่ระบาดที่เกิดขึ้นอย่างทันท่วงที

2.3) ควรสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและการสร้างความตระหนักรู้: ส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผนและดำเนินการเฝ้าระวังโรค รวมถึงการจัดกิจกรรมรณรงค์และการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเพื่อให้ประชาชนมีความตระหนักและปฏิบัติตามมาตรการป้องกันสนับสนุนการจัดตั้งกลุ่มเฝ้าระวังในชุมชน เพื่อให้ชุมชนสามารถเฝ้าระวังโรคได้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง

2.4) การจัดสรรทรัพยากรที่เหมาะสมและเพียงพอ โดยจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรที่เพียงพอให้กับการเฝ้าระวังโรคในชุมชน โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูง เพื่อให้การดำเนินการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สนับสนุนการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมในการเฝ้าระวัง และควบคุมโรค เพื่อนำมาใช้ในการปรับปรุงระบบการเฝ้าระวังในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่. แผนยุทธศาสตร์ตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ (พ.ศ. 2560 - 2564). กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชปถัมภ์; 2559.
2. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางปฏิบัติด้านสาธารณสุขเพื่อการจัดการภาวะระบาดของโรคโควิด-19 ในข้อกำหนดออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 1). นนทบุรี: ทีเอสอินเตอร์พริ้นท์; 2563.
3. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). ความรู้พื้นฐานด้านการเฝ้าระวัง สอบสวน ป้องกัน ควบคุมโรคสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. สำนักงานโครงการสนับสนุนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. กรุงเทพฯ: บริษัท สหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับลิสชิ่ง จำกัด; 2555.
4. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19: แนวทางการดำเนินงาน [อินเทอร์เน็ต] 2565. [เข้าถึงเมื่อ 30 มิ.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/g menu2.php
5. สำนักงานสาธารณสุขอำเภออาจสามารถ. รายงานผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ ประจำปีพ.ศ.2566. งานยุทธศาสตร์; 2566.
6. สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ, กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. เกณฑ์คุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Award: PCA). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2552.
7. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือบริหารจัดการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2553.
8. สำนักระบาดวิทยา, กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานและแนวทางปฏิบัติงานทีม

เฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว(SRRT). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2552.

9. คำนวณ อึ้งชูศักดิ์. หลักวิชาและการประยุกต์ระบาดวิทยาสำหรับผู้บริหารสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: สถาบันการพัฒนาสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล; 2549.
10. Kemmis S, Mc Taggart R, Nixon R. The action research planner: Doing critical participatory action research. Singapore: Springer; 2014.
11. World Health Organization. Global health observatory data repository [Internet]. 2022 [cited 2023 Jun 30]. Available from: https://www.who.int/data/gho.
12. Centers for Disease Control and Prevention. Principles of epidemiology in public health practice[Internet]. 2020 [cited 2023 Jun 30]. Available from: https://www.cdc.gov/ophss/csels/dsepd/ss1978/ss1978.pdf.
13. Ministry of Public Health. National strategic plan for communicable disease control [Internet]. 2023 [cited 2023 Jun 30]. Available from: https://www.moph.go.th/plan.
14. Global Health Security Agenda. Advancing global health security: 2023 update [Internet]. 2023 [cited 2023 Jun 30]. Available from: https://www.ghsagenda.org.
15. Health Systems Research Institute. Community communicable disease control obstacles and strategies [Internet]. 2023 [cited 2023 Jun 30]. Available from:https://www.hsri.or.th/research.
16. ฉวีวรรณ เผ่าพันธ์, มัณฑนา กลมเกลียว, วัชรินทร์ ทองสีเหลือง, ศุภนาถ รัตนดาดาษ. การพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในสถานศึกษา : กรณีศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.วารสารโรงพยาบาลมหาหารคาม. 2566;20(2):165-78.
17. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ระบบรายงานโรค 506. นนทบุรี: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2545.
18. ประเสริฐ ไหลหาโคตร์. การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้านโดยทีม SRRT ระดับตำบล บ้านหนองหญ้าปล้อง ตำบลบ่อใหญ่ อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรพยาบาลมหาหารคาม. 2559;13(3):43-50.
19. วลีรัตน์ อภัยบัณฑิตกุล. การพัฒนาระบบ และกลไกการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 ในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2565;3(5):55-71.

การพัฒนาระบบและกลไกการดำเนินงานเพื่อป้องกันอุบัติเหตุทางถนน โดย ศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

Development of Systems and Mechanisms for Implementation of Road Accident Prevention by the Road Safety Operation Center of Selaphum District, Roi-Et Province.

สันติ ธรณี*

Santi Toranee

Corresponding author: E-mail: t.santi@kkumail.com

(Received: July 31, 2024; Revised: 5 August, 2024; Accepted: August 31, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนาระบบและกลไก และประเมินผลการดำเนินงานเพื่อป้องกันอุบัติเหตุทางถนน โดยศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเป็นกลุ่มเป้าหมาย ภาคียุทธศาสตร์ และภาคีปฏิบัติการ จำนวน 1,685 คน การวิจัยแบ่งเป็นระยะเตรียมการวิจัย ดำเนินการวิจัย และประเมินผลการวิจัย ดำเนินการตั้งแต่เดือนตุลาคม 2564 – เดือนกันยายน 2565 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบบบันทึกผลการปฏิบัติงาน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย สวนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Percentage differences

ผลการวิจัย : 1) การศึกษาสถานการณ์การอุบัติเหตุทางถนนพบปัญหาทั้งด้านบุคคล ด้านสภาพแวดล้อม และด้านระบบบริหารจัดการที่เกี่ยวข้อง 2) ระบบและกลไกการดำเนินงานเพื่อป้องกันอุบัติเหตุทางถนนประกอบด้วย “กิจกรรม 3D” คือ การพัฒนาระบบและกลไกศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอการพัฒนาศักยภาพของคณะอนุกรรมการ และการพัฒนากลไกในระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ 3) หลังการพัฒนา พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญมีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนโดยรวมเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 15.75 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการประเมินผลและสารสนเทศเพิ่มขึ้นมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 16.10 รองลงมา คือ ด้านการให้ความรู้และประชาสัมพันธ์ คิดเป็นร้อยละ 16.09 และ ด้านบริการการแพทย์ฉุกเฉินคิดเป็นร้อยละ 15.94 ตามลำดับ และผู้ให้ข้อมูลสำคัญมีส่วนร่วมในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนระดับมากเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 64.57 และอุบัติเหตุมีแนวโน้มลดลง

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้การป้องกันอุบัติเหตุทางถนนมีประสิทธิผลเพิ่มขึ้นอัตราการเกิดอุบัติเหตุทางถนนโดยรวมลดลง

คำสำคัญ : ระบบและกลไก; การป้องกันอุบัติเหตุทางถนน

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุ่งเขาหลวง

Abstract

Purposes : The study aims to investigate the current situation, develop systems and mechanisms, and evaluate the effectiveness of road accident prevention measures implemented by the Road Safety Operations Center of Selaphum District, Roi-Et Province.

Study design : This study employs an Action Research methodology.

Materials and Methods : Key informants included 1,685 individuals comprising the target group, strategic partners, and operational partners. The research process was divided into three phases: preparatory research, research implementation, and research evaluation, conducted from October 2021 to September 2022. Data were collected using questionnaires and operational performance records, with analysis conducted through frequency, percentage, mean, standard deviation, and percentage differences.

Main findings : 1) The situational analysis of road accidents identified issues related to individuals, environmental conditions, and associated management systems. 2) The operational systems and mechanisms for road accident prevention involved "3D activities," which included the development of district-level Road Safety Operations Centers, enhancement of the capacities of sub-committees, and the development of mechanisms within local administrative organizations, and Post-development, key informants exhibited an overall increase in road accident prevention behaviors by 15.75%. When analyzed by specific aspects, the most significant increase was observed in evaluation and information systems (16.10%), followed by knowledge dissemination and public relations (16.09%), and emergency medical services (15.94%). Additionally, there was a significant increase in the active participation of key informants in road accident prevention, rising to 64.57%, with a concurrent trend of decreasing accident rates.

Conclusion and recommendations : The findings from this study indicate an improvement in the effectiveness of road accident prevention measures, resulting in a reduction in the overall road accident rate.

Keywords : Systems and mechanisms; Road accident prevention.

*Public Health Technical Officer, Professional Level, Thung Khao Luang District Public Health Office.

บทนำ

อุบัติเหตุทางถนนนับเป็นปัญหาสำคัญระดับโลกที่องค์การสหประชาชาติมุ่งแก้ไขปัญหามาอย่างต่อเนื่อง ดังข้อมูลจากการรายงานขององค์การอนามัยโลก (Word Health Organization. WHO) ในปีพ.ศ.2561 พบว่า ปัจจุบันจำนวนผู้เสียชีวิตจากการชนบนถนนทั่วโลกต่อปีสูงขึ้นเป็น 1.35 ล้านคน คิดเป็นค่าเฉลี่ยวันละ 3,700 คน ซึ่งประเทศสมาชิกรวมทั้งประเทศไทยได้ร่วมขับเคลื่อนดำเนินงานตามเป้าหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs) ข้อที่ 3.6 ที่ตั้งเป้าหมายลดจำนวนผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บจากการชนบนถนนลงครึ่งหนึ่ง ในปี พ.ศ.2573 และรวมถึงข้อ 11.2 ที่ให้ความสำคัญกับการจัดให้มีการเข้าถึงระบบคมนาคมขนส่งที่ยั่งยืน เข้าถึงได้ ปลอดภัย ในราคาที่สามารถจ่ายได้สำหรับทุกคน พัฒนา ความปลอดภัยทางถนนขยายการขนส่งสาธารณะและคำนึงถึงถึงกลุ่มสตรี เด็กผู้พิการและผู้สูงอายุภายในปี พ.ศ. 2573 รวมถึงการรับรองกรอบปฏิญญาด้านความปลอดภัยทางถนนของสหประชาชาติและร่วมขับเคลื่อนการดำเนินการตามทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนนกันอย่างต่อเนื่อง[1-2]

เช่นเดียวกับการประชุมระดับสูงด้านความปลอดภัยทางถนน ครั้งที่ 3 (The Third Global Ministerial Conference on Road Safety : Achieving Global Goals 2030) เมื่อวันที่ 19 - 20 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 ณ กรุงสตอกโฮล์ม ประเทศสวีเดน ได้กำหนดวาระด้านความปลอดภัยทางถนนสำหรับทศวรรษถัดไปโดยรองนายกรัฐมนตรี (นายอนุทิน ชาญวีระกูล) ได้ประกาศรับรองปฏิญญาสดอกโฮล์ม (Stockholm Declaration) ที่จะสนับสนุนการดำเนินการเพื่อสร้างความปลอดภัยทางถนนของประเทศไทยอย่างเต็มกำลัง โดยปฏิญญาสตอกโฮล์ม (Stockholm Declaration) มุ่งผลักดันให้บรรลุ Global Goal ในปี พ.ศ.2573[3] มีมติและความรับผิดชอบร่วมกัน มีสาระสำคัญ คือ 1) คำมั่นสัญญาที่จะนำ 2030 Agenda ผสมผสานกับนโยบายขององค์การสหประชาชาติเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน SDGs ไปดำเนินการอย่างเต็มกำลัง 2) เรียกร้องให้ประเทศสมาชิกดำเนินการอย่างต่อเนื่องตามกรอบ SDGs ข้อ 3.6 เพื่อลดการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลงให้ได้ครึ่งหนึ่งภายในปี พ.ศ. 2573 (นับจากปี พ.ศ. 2563) 3) การดำเนินการตามกรอบแผนงาน Safe System 4) การผนวกเรื่องความปลอดภัยทางถนนและการจัดการอย่างเป็นระบบในการวางแผนการจัดการผังเมือง การออกแบบถนน การออกแบบการขนส่งการขนส่งสาธารณะ การออกกฎหมายการบังคับใช้กฎหมาย ให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ใช้รถใช้ถนนโดยเฉพาะอย่างยิ่งกับกลุ่มเปราะบางทางถนน 5) เร่งรัดให้มีการพัฒนาระบบการเดินทางที่ประหยัดพลังงานลดมลภาวะ โดยส่งเสริมการเดินการใช้จักรยาน และระบบขนส่งมวลชน 6) ส่งเสริมให้นำเทคโนโลยีมาผนวกเข้ากับการพัฒนาทุกระยะของการดำเนินงานเพื่อความปลอดภัยทางถนน ตั้งแต่การป้องกัน จนถึงการดูแลหลังเกิดเหตุ 7) มุ่งเน้นการจัดการกับความเร็ว การบังคับใช้กฎหมายรวมถึงการจำกัดความเร็วไม่เกิน 30 กิโลเมตรต่อชั่วโมงในเขตชุมชน 8) สร้างความมั่นใจว่าภายในปี พ.ศ.2573 รถทุกคันจะต้องติดตั้งอุปกรณ์ความปลอดภัยตามมาตรฐาน 9) ผนวกมาตรฐานด้านความปลอดภัยในการสร้างและบำรุงรักษาถนนและ 10) ให้ความสำคัญในการกำกับติดตาม และรายงานผลความก้าวหน้าในการดำเนินงานโดยยึดกรอบ 12 เป้าหมายโลกและตัวชี้วัดเป็นแนวทางการดำเนินงาน[4-5]

จากรายงานข้อค้นพบเชิงวิชาการเพื่อลดการเสียชีวิตลงอย่างรวดเร็วและได้ผล ระบุว่าหากประเทศไทยบรรลุเป้าหมาย ลดการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลงไปได้ 50% ให้เหลือ 12 รายต่อแสนประชากร ภายในปี พ.ศ.2570 ได้สำเร็จจะช่วยเพิ่มอายุคาดเฉลี่ย (LE) 0.90 ปี ในกลุ่มประชากรชาย และ 0.20 ปีในกลุ่มประชากรหญิง และเพิ่มอายคาดเฉลี่ยที่มีสุขภาพดี (HALE) เท่ากับ 0.80 ปี ในกลุ่มประชากรชาย และ 0.20 ปี ในกลุ่มประชากรหญิง ตรงกันข้ามหากปัญหาอุบัติเหตุไม่ได้รับการแก้ไขจะกระทบต่อการสูญเสียระยะยะเวลา ที่ประชากรไทยจะมีชีวิตอยู่และอยู่อย่างมีสุขภาพดี ทั้งนี้สถานการณ์ปัจจุบันในประเทศไทย พบว่า การสูญเสียของของประชากรชายมีแนวโน้มสูงขึ้น ในขณะที่ผลกระทบที่เกิดจากประชากรหญิงมีแนวโน้มคงที่ ผลกระทบต่ออายุคาดเฉลี่ยแรกเกิด

ในปี พ.ศ.2562 ข้อมูลการสูญเสียในเพศชายแสดงถึงอายุคาดเฉลี่ยลดลง เนื่องจากปัญหาอุบัติเหตุที่ไม่ได้รับการแก้ไขโดยลดลง 1.90 เมื่อเทียบกับ พ.ศ.2557 ที่ค่าเฉลี่ยลดลง 1.50 ปี สำหรับเพศหญิง ในปี พ.ศ.2562 ลดลง 0.50 ปี เมื่อเทียบกับ พ.ศ.2557 ค่าเฉลี่ยลดลง 0.40 ปี ผลกระทบที่เกิดต่ออายุคาดเฉลี่ยที่มีสุขภาวะของประชากรในปี พ.ศ.2562 ข้อมูลจากความสูญเสียในเพศชาย พบค่าเฉลี่ยการมีสุขภาพดีจากที่ควรจะเป็นลดลง 1.60 ปี เมื่อเทียบกับ พ.ศ.2557 ค่าเฉลี่ย 1.30 ปี สำหรับเพศหญิงในปี พ.ศ.2562 และ พ.ศ. 2557 อัตราคงที่ที่ 0.40[6]

เช่นเดียวกับรายงานสภาพปัญหาการเกิดอุบัติเหตุส่งผลต่อการบาดเจ็บและเสียชีวิต และปัจจัยเสี่ยงต่างๆ อำเภอเสลภูมิ เป็นพื้นที่เสี่ยง มีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน เป็นอันดับ 2 ของจังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งข้อมูลการเสียชีวิตอุบัติเหตุทางถนน ข้อมูลย้อนหลัง 5 ปีงบประมาณ พบว่า ปีพ.ศ. 2559 เสียชีวิต 10 ราย คิดเป็น 8.39 ต่อประชากรแสนคน ปีพ.ศ. 2560 เสียชีวิต 12 ราย คิดเป็น 10.03 ต่อประชากรแสนคน ปีพ.ศ. 2561 เสียชีวิต 21 ราย คิดเป็น 17.56 ต่อประชากรแสนคน ปี พ.ศ. 2562 เสียชีวิต 22 ราย คิดเป็น 18.39 ต่อประชากรแสนคน และปี พ.ศ. 2563 เสียชีวิต 13 ราย คิดเป็น 10.83 ต่อประชากรแสนคน โดยการวิเคราะห์ข้อมูลจากผู้เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลเสลภูมิ และข้อมูลอุบัติเหตุทางถนน 3 ฐาน รวมถึงวิเคราะห์จากการสอบสวนการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่ โดยนำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์สามเหลี่ยมปัจจัยกำหนดสุขภาพ ได้แก่ บุคคล สภาพแวดล้อม และระบบที่เกี่ยวข้อง พบว่า **ด้านบุคคล** ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ประสบอุบัติเหตุทางถนน มากกว่าเพศหญิง และกลุ่มอายุ 20-24 ปี เกิดอุบัติเหตุทางถนนมากที่สุด ร้อยละ 25.0 รองลงมากลุ่มอายุ 15-19 ปี ร้อยละ 17.0 และอุบัติเหตุทางถนนส่วนมากเกิดจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่มีพฤติกรรมไม่ปลอดภัย เช่น ไม่สวมหมวกนิรภัย โดยเฉพาะในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษา เยาวชนขับรถเร็ว ดื่มแล้วขับ เป็นต้น และข้อมูลผู้บาดเจ็บที่ศีรษะ จากการเกิดอุบัติเหตุทางถนน ปี พ.ศ.2563 จำนวน 328 ราย แบ่งเป็น ผู้ป่วยนอก 161 ราย ผู้ป่วยใน 42 ราย ส่งต่อรักษา 125 ราย **ด้านสภาพแวดล้อม** พบว่าส่วนใหญ่ผู้ประสบอุบัติเหตุทางถนนจะเกิดอุบัติในถนนเส้นรอง ในหมู่บ้านชุมชนและสภาพถนนบางเส้นทางยังเป็นจุดเสี่ยง เช่น ทางโค้งหักมุม ถนนหลุมเป็นบ่อ สี่แยกไม่มีป้ายเตือน หรือมีสัตว์เลี้ยงตามถนน เป็นต้น ส่วนถนนเส้นหลัก คือ ถนนแจ้งสนิท หรือทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 23 ซึ่งเป็นถนนเส้นทางเชื่อมระหว่างจังหวัด จากอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ดไปจังหวัดยโสธร ถนนดังกล่าวมีตลาดสดอยู่ริมถนน 2 แห่ง คือ ตลาดเทศบาลตำบลเสลภูมิ และตลาดนัดวันจันทร์ นอกจากนั้นยังมีโรงเรียนมัธยมศึกษาจำนวน 2 แห่ง ที่มีนักเรียนจำนวนมากที่เดินทางมาโรงเรียนโดยรถจักรยานยนต์ คือ โรงเรียนเสลภูมิพิทยาคม และโรงเรียนเสลภูมิ ส่งผลให้มีการสัญจรรถจักรยานยนต์จำนวนมากและเกิดอุบัติเหตุบ่อยครั้ง **ด้านระบบที่เกี่ยวข้อง** อำเภอเสลภูมิ มีระบบการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอ (ศปถ.อำเภอ เสลภูมิ) ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน พ.ศ.2554 โดยมีนายอำเภอเสลภูมิ เป็นผู้อำนวยการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน และมีหัวหน้าส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง พร้อมด้วยผู้บริหารท้องถิ่น คือ นายกเทศมนตรีทุกตำบล นายกองค์การบริหารส่วนตำบลทุกตำบล และผู้นำท้องที่ คือ กำนันทุกตำบล ร่วมเป็นคณะกรรมการ มีปลัดอำเภอหัวหน้าฝ่ายความมั่นคงเป็นกรรมการและเลขานุการ ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอเสลภูมิ เป็นกรรมการและผู้ช่วยเลขนุการ มีอำนาจ และบทบาทหน้าที่ จัดทำแผนปฏิบัติการ แผนงานโครงการ และงบประมาณในการป้องกัน และลดอุบัติเหตุทางถนนของอำเภอเสลภูมิ และประสานแผนปฏิบัติการ แผนงานโครงการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตอำเภอให้สอดคล้องกับแผนการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนของจังหวัดร้อยเอ็ด เร่งรัด ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ แผนงานโครงการ และรายงานการดำเนินงานให้คณะกรรมการ ศปถ.จังหวัดร้อยเอ็ด ทราบทุกเดือน ส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน

จัดให้มีศูนย์ข้อมูลและสถิติอุบัติเหตุทางถนน เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารและประชาสัมพันธ์การดำเนินงานต่อสาธารณะ เสนอความเห็นต่อคณะกรรมการ ศปถ.จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อพิจารณากำหนดแนวทาง หรือมาตรการเกี่ยวกับการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในระดับอำเภอ แต่งตั้งคณะอนุกรรมการหรือคณะทำงานเพื่อปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่ ตามที่เห็นสมควร รวมถึงส่งเสริม สนับสนุน กำกับ ติดตามและประเมินผล การดำเนินงานศูนย์ป้องกันอุบัติเหตุทางถนน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ศปถ.อปท.) ซึ่งอำเภอเสลภูมิมี ศปถ.อปท. ทั้งหมด 17 แห่ง[7]

จากการทบทวนกลไกการทำงานของอนุกรรมการ ศปถ.อำเภอเสลภูมิ ซึ่งเป็นคณะทำงานการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน แต่งตั้งอนุกรรมการดังกล่าว เพื่อให้การดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนของอำเภอเสลภูมิเป็นไปด้วยความเรียบร้อย และให้การดำเนินงานตามแนวทางการดำเนินงาน ศปถ.อำเภอเสลภูมิ มีการขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่อง ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยแต่งตั้งปลัดอำเภอหัวหน้ากลุ่มงานบริหารงานปกครอง เป็นประธานอนุกรรมการ ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอเสลภูมิ เป็นรองประธานอนุกรรมการ และอนุกรรมการ ประกอบด้วย สารวัตรป้องกันและปราบปราม สถานีตำรวจภูธรเสลภูมิ สถานีตำรวจภูธรโพธิ์ทอง และสถานีตำรวจภูธรขวาว รวมถึงหัวหน้างานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเสลภูมิ และปลัดอำเภอฝ่ายความมั่นคง เป็นอนุกรรมการและเลขานุการ โดยคณะอนุกรรมการ มีบทบาทหน้าที่ สรุปวิเคราะห์ข้อมูลการบาดเจ็บ และเสียชีวิตอุบัติเหตุทางถนน อำเภอเสลภูมิรายเดือน เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการ ศปถ.อำเภอเสลภูมิ ประสานการดำเนินงานป้องกัน และลดอุบัติเหตุทางถนน ศปถ.อปท.ทุกแห่งในพื้นที่ เร่งรัด ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ แผนงาน โครงการ และรายงานการดำเนินงานให้คณะกรรมการ ศปถ.เสลภูมิทราบทุกเดือน เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารและประชาสัมพันธ์การดำเนินงานการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน เสนอความเห็นต่อคณะกรรมการ ศปถ.อำเภอเสลภูมิ เพื่อพิจารณากำหนดแนวทาง หรือมาตรการเกี่ยวกับการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่ รวมถึงปฏิบัติงานอื่นตามที่คณะกรรมการ ศปถ.อำเภอเสลภูมิ มอบหมาย[7]

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้น ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของกลไกการทำงานของคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการของ ศปถ.อำเภอเสลภูมิ และ ศปถ.อปท.ทุกแห่ง พบว่า การดำเนินงานที่ผ่านมา ถึงแม้จะมีโครงสร้างการทำงาน และการกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน แต่การดำเนินงานจะเข้มข้นเฉพาะในช่วงเทศกาลปีใหม่ หรือช่วงเทศกาลสงกรานต์ ขาดการดำเนินงานที่ต่อเนื่องตลอดทั้งปี และการติดตามประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ อีกทั้งการดำเนินงานของศูนย์ป้องกันอุบัติเหตุทางถนน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ศปถ.อปท.) ยังขาดการวิเคราะห์ข้อมูลสารสนเทศการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่ ที่รู้ถึงสาเหตุของการเกิดอุบัติที่แท้จริง ส่งผลต่อการจัดการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนได้อย่างมีคุณภาพ ส่งผลให้การบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของอำเภอเสลภูมิมีอัตราที่สูงมาโดยตลอด ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้การพัฒนาระบบและกลไกการดำเนินงานเพื่อป้องกันอุบัติเหตุทางถนน โดยศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อให้การบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนอำเภอเสลภูมิลดลง ประชาชนชาวอำเภอเสลภูมิ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในอนาคต และมีระบบกลไกการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนที่มั่นคง และยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนาระบบและกลไก และประเมินผลการดำเนินงานเพื่อป้องกันอุบัติเหตุทางถนนโดยศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้เทคนิคกระบวนการเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม ซึ่งยึดกระบวนการ PAOR ของ Kemmis and Mc Taggart[8] มาเป็นกรอบดำเนินการ ประกอบด้วย

4 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นการวางแผน (Planning) โดยศึกษาบริบทของพื้นที่และวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาอุบัติเหตุทางถนน ขั้นการลงมือปฏิบัติงาน (Action) โดยนำแผนปฏิบัติการที่ได้มาปฏิบัติตามแผนกิจกรรม หรือโครงการที่กำหนดไว้ ขั้นการสังเกตผล (Observation) โดยนิเทศติดตามและประเมินการดำเนินงาน ขั้นสะท้อนผล (Reflection) โดยการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้หรือถอดบทเรียน โดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม และสรุปผลการดำเนินงาน และระยะเวลาดำเนินการวิจัย ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2564 – เดือนกันยายน 2565

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเป็น**กลุ่มเป้าหมาย** ประกอบด้วย 1) คณะกรรมการ ศปถ. อำเภอเสลภูมิ จำนวน 60 คน 2) คณะอนุกรรมการ ศปถ.อำเภอเสลภูมิ จำนวน 15 คน 3) คณะกรรมการ ศปถ. อปท.ทุกแห่ง 17 แห่งๆละ 30 คนจำนวน 510 คน 4) นักเรียนโรงเรียนเสลภูมิพิทยาคม และโรงเรียนเสลภูมิ จำนวน 1,000 คน และ 5) สถานประกอบการ (ร้านชิค และปั้มน้ำมัน) จำนวน 100 คน **ภาคียุทธศาสตร์** เป็นผู้แทนสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน จังหวัดร้อยเอ็ด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด และ**ภาคีปฏิบัติการ** เป็นผู้แทนงานความมั่นคงที่ว่าการอำเภอเสลภูมิ สถานีตำรวจภูธรเสลภูมิ สถานีตำรวจภูธรโพธิ์ทอง สถานีตำรวจภูธรขวาว งานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย เทศบาลตำบลทุกแห่งและองค์การบริหารส่วนตำบลทุกแห่ง โรงพยาบาลเสลภูมิ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเสลภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง โรงเรียนเสลภูมิพิทยาคม และโรงเรียนเสลภูมิ จำนวน 1,685 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามแบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร (15 ข้อ) ส่วนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนน (28 ข้อ) และส่วนที่ 3 กระบวนการมีส่วนร่วมในชุมชน (22 ข้อ)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อหารูปแบบการพัฒนาระบบและกลไกการดำเนินงานเพื่อป้องกันอุบัติเหตุทางถนน โดยศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอเสลภูมิ เป็นการประยุกต์ใช้เทคนิคกระบวนการเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (TOP)

การสร้างและตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ มีรายละเอียด ดังนี้

1. ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี งานวิจัย เอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมากำหนดขอบเขตและโครงสร้างของเนื้อหาสำหรับการสร้างข้อคำถามในแบบสอบถาม

2. เสนอผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index: IOC) จากนั้นนำผลการตรวจสอบแบบสอบถามจากผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ พบว่า ค่า IOC ของแบบสอบถามตั้งแต่ 0.67-1.00

3. นำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มประชากรที่ศึกษา จำนวน 30 ชุดเพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโพนทอง

4. นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) แบบวัดพฤติกรรมการดำเนินงานอุบัติเหตุจราจรทางถนน มีค่า Reliability 0.86 และแบบวัดกระบวนการมีส่วนร่วมมีค่า Reliability 0.89 แล้วไปเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญต่อไป

การดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระยะเวลาดำเนินงานวิจัย 12 เดือน ประกอบด้วย ขั้นตอนดำเนินงานวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ การเตรียมการวิจัย การดำเนินการวิจัย และการประเมินผลการวิจัย ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการ ดังนี้

ระยะเตรียมการวิจัย

โดย 1) ประสานงานกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กลุ่มเป้าหมายและภาคี ภาคียุทธศาสตร์ และภาคีปฏิบัติการเพื่อขออนุญาตในการดำเนินการศึกษาวิจัย

ในพื้นที่ และ 2) เตรียมชุมชนโดยการประชุมชี้แจงให้ชุมชนได้รับทราบเกี่ยวกับโครงการวิจัยที่จะดำเนินการในชุมชนผ่านผู้แทนงานความมั่นคงที่ว่าการอำเภอเสลภูมิ สถานีตำรวจภูธรเสลภูมิ สถานีตำรวจภูธรโพธิ์ทอง สถานีตำรวจภูธรขวาว งานป้องกันและบรรเทา สาธารณภัย เทศบาลตำบลทุกแห่ง และองค์การบริหารส่วนตำบลทุกแห่ง โรงพยาบาลเสลภูมิ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเสลภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง และโรงเรียนเสลภูมิพิทยาคมและโรงเรียนเสลภูมิ

ระยะดำเนินการวิจัย

การวางแผน (Planning) เป็นการศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์สภาพปัญหาของศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอเสลภูมิ โดยมีกิจกรรม ดังนี้ 1) การสำรวจข้อมูลพื้นฐานบริบทชุมชนของพื้นที่ และสภาพการดำเนินงานระบบและกลไกการดำเนินงานเพื่อป้องกันอุบัติเหตุทางถนน โดยศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอเสลภูมิ โดยศึกษาข้อมูลจากเอกสารภายในชุมชนและหน่วยงานราชการ และ 2) ประชุมจัดทำแผนปฏิบัติการในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยนำข้อมูลที่ได้จากการสำรวจมาวิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบันนำเสนอในเวทีสนทนากลุ่มเพื่อคืนข้อมูลให้ประชาชนรับทราบถึงปัญหาขนาด ความรุนแรง และผลกระทบที่เกิด นำมาจัดลำดับความสำคัญเพื่อกำหนดประเด็นที่สนใจ หลังจากนั้นให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชนมีส่วนร่วมในการค้นหาสาเหตุของปัญหาและสะท้อนผลกระทบที่เกิดขึ้นในชุมชน นำไปสู่การกำหนดสิ่งที่ต้องการให้เกิดขึ้น หรือเปลี่ยนแปลงในชุมชนในระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว ออกแบบกิจกรรมที่จะดำเนินการแก้ไขปัญหาร่วมกัน ระบุกลุ่มเป้าหมาย ภาคีเครือข่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้อง และระบุทรัพยากรที่จำเป็นต้องใช้ในการดำเนินกิจกรรม โดยจัดทำเป็นแผนปฏิบัติการเพื่อลดการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในชุมชนที่สอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรมประเพณีของคนในชุมชน ออกมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติว่าจะทำกิจกรรมอะไรบ้าง มีประเด็นสำคัญที่ต้องสนทนาร่วมกัน

การปฏิบัติ (Action) เป็นการปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการที่วางไว้ โดยกลุ่มผู้นำชุมชนดำเนินกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการ เพื่อลดการเกิดอุบัติเหตุทางถนนของประชาชนในชุมชน

การสังเกต (Observation) เป็นการติดตามประเมินผลการปฏิบัติงาน แบ่งออกเป็น 2 ช่วง คือ การติดตามประเมินผลระหว่างดำเนินการ และการประเมินผลเมื่อสิ้นสุดโครงการวิจัย ดังนี้ 1) การติดตามประเมินผลระหว่างดำเนินการ ผู้วิจัยประเมินโดยเก็บข้อมูลผลการดำเนินงานของกิจกรรมที่เกิดขึ้นตามแผนปฏิบัติการ 2 เดือนต่อครั้ง (1) การดำเนินกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการใช้แบบบันทึกกิจกรรมจัดเก็บข้อมูลกิจกรรมที่เกิดขึ้นว่าบรรลุตามเป้าหมายตัวชี้วัดที่ตั้งไว้หรือไม่ สนทนากลุ่มกับผู้นำชุมชนและกลุ่มตัวอย่างถึงปัจจัยความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค แนวทางแก้ไขปัญหา และข้อเสนอแนะ (2) การสังเกตพฤติกรรมของผู้นำชุมชนและกลุ่มตัวอย่างในการมีส่วนร่วมดำเนินกิจกรรม (3) วิเคราะห์ผลที่เกิดขึ้นและข้อค้นพบที่สำคัญจากการดำเนินกิจกรรม นำมาสรุปกระบวนการดำเนินงานที่เกิดขึ้นในการดำเนินงานเพื่อลดการเกิดอุบัติเหตุทางถนน และ 2) การประเมินผลเมื่อสิ้นสุดโครงการวิจัย

ระยะประเมินผลการวิจัย การสะท้อนผลการปฏิบัติ(Reflection) โดยใช้กระบวนการถอดบทเรียนการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้นำชุมชนในประเด็นความสำเร็จของการดำเนินงาน ข้อจำกัด ข้อเสนอแนะและนำข้อค้นพบที่เกิดขึ้น มาสังเคราะห์รูปแบบการมีส่วนร่วมและดำเนินงานของประชาชนเพื่อลดเกิดอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่จุดเสี่ยงอย่างเหมาะสม

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม ซึ่งผ่านการตรวจสอบข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติ Percentage differences เพื่อวิเคราะห์ เปรียบเทียบพฤติกรรมการดำเนินงาน และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานลดอุบัติเหตุจราจรทางถนนในพื้นที่จุดเสี่ยง ในกลุ่มตัวอย่างทั้งก่อนและหลังการดำเนินการ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับ

เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อ ความเพียงพอของรายได้ต่อค่าใช้จ่าย ในครอบครัวจำนวนสมาชิกในครัวเรือน และประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุจราจรทางถนน การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างวิจัยเข้ารับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ได้รับการอนุมัติจริยธรรมในมนุษย์เลขที่ COE 1462563 และ COE 1772564

ผลการวิจัย

1. การศึกษาสถานการณ์การอุบัติเหตุทางถนน จากการทบทวนข้อมูลตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2559-2563 พบว่า มีผู้เสียชีวิต 10 ราย, 12 ราย, 21 ราย, 22 ราย และ 13 ราย คิดเป็น 8.39, 10.03, 17.56, 18.39 และ 10.83 ต่อประชากรแสนคน เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลผู้เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลเสลภูมิข้อมูลอุบัติเหตุทางถนน 3 ฐาน และวิเคราะห์สามเหลี่ยมปัจจัยกำหนดสุขภาพ 3 ด้าน พบว่า **ด้านบุคคล** ส่วนเป็นใหญ่เพศชายประสบอุบัติเหตุทางถนน มากกว่าเพศหญิง กลุ่มอายุ 15-19 ปี เกิดอุบัติเหตุทางถนนมากที่สุด ร้อยละ 25.0 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 20-24 ปี ร้อยละ 17 ถ้ารวมทั้ง 2 กลุ่มอายุ (15-24 ปี) จะมีการเกิดอุบัติเหตุถึงร้อยละ 42.0 และอุบัติเหตุทางถนนส่วนมากเกิดจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่มีพฤติกรรมไม่ปลอดภัย เช่น ไม่สวมหมวกนิรภัย โดยเฉพาะในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษา เยาวชนขับรถเร็ว ดื่มแล้วขับ เป็นต้น **ด้านสภาพแวดล้อม** พบว่าส่วนใหญ่ผู้ประสบอุบัติเหตุทางถนนจะเกิดอุบัติในถนนเส้นรองในหมู่บ้านชุมชน และสภาพถนนบางเส้นทางยังเป็นจุดเสี่ยง เช่น ทางโค้งหักมุม ถนนหลุมเป็นบ่อ สี่แยกไม่มีป้ายเตือน หรือมีสัตว์เลี้ยงตามถนน เป็นต้น ส่วนถนนเส้นหลัก คือ ถนนแจ้งสนิท หรือทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 23 ซึ่งเป็นถนนเส้นทางเชื่อมระหว่างจังหวัดจากอำเภอเสลภูมิไปจังหวัดยโสธร ถนนดังกล่าวมีตลาดสดอยู่ริมถนน 2 แห่ง คือ ตลาดเทศบาลตำบลเสลภูมิ และตลาดนัดวันจันทร์ อีกทั้งมีโรงเรียนมัธยมศึกษา 2 แห่ง ที่มีนักเรียนจำนวนมากที่เดินทางมาโรงเรียนโดยรถจักรยานยนต์ ส่งผลให้มีการสัญจรรถจักรยานยนต์จำนวนมาก และเกิดอุบัติเหตุบ่อยครั้ง เมื่อพิจารณาเป็นรายตำบลที่พบผู้เสียชีวิต 5 อันดับแรก ได้แก่ ตำบลกลาง ตำบลขวัญเมือง ตำบลนาเมือง และตำบลเกาะแก้ว **ด้านระบบบริหารจัดการที่เกี่ยวข้อง** อำเภอเสลภูมิได้พัฒนาระบบการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) กำหนดประเด็นการขับเคลื่อนงาน ปี พ.ศ.2564 คือ การป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ลดการบาดเจ็บและเสียชีวิต ใช้กลไกคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอ (ศปถ.อำเภอเสลภูมิ) โดยแต่งตั้งคณะอนุกรรมการหรือคณะทำงานเพื่อปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่รวมถึงส่งเสริมสนับสนุน กำกับ ติดตาม และประเมินผล การดำเนินงานศูนย์ป้องกันอุบัติเหตุทางถนนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ศปถ.อปท.) จำนวนทั้งหมด 17 แห่ง

2. ระบบและกลไกการดำเนินงานเพื่อป้องกันอุบัติเหตุทางถนนประกอบด้วย 3 กิจกรรมหลัก คือ

2.1 การพัฒนาระบบและกลไกศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอ สำหรับดำเนินการส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัย และลดความสูญเสียจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ (1) ประชุมคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการ ศปถ.อำเภอเสลภูมิ วางแผนการดำเนินงานส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัย โดยการจัดทำแผนพัฒนาหน่วยงาน/องค์กร/สถานประกอบการและชุมชน ร่วมดำเนินการมาตรการ “ขับขี่ปลอดภัยสวมหมวกนิรภัย 100.0%” (2) จัดทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) ศปถ.อำเภอเสลภูมิร่วมกับ ศปถ.อปท.ทุกแห่ง และรณรงค์สร้างกระแส การส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัยแต่ละพื้นที่ (3) ประชุมชี้แจงแนวทางหน่วยงาน/องค์กร/สถานประกอบการ และชุมชนการดำเนินงาน ตามมาตรการ “ขับขี่ปลอดภัยสวมหมวกนิรภัย 100%” และ (4) ประชุมคณะกรรมการ และ

คณะอนุกรรมการ ศปถ.อำเภอเสลภูมิติดตามผลการดำเนินงาน 2 เดือน/ครั้ง จำนวน 6 ครั้ง และสรุปรายงาน ศปถ.จังหวัดร้อยเอ็ด ทุกครั้งที่มีการประชุม

2.2 การพัฒนาศักยภาพของคณะอนุกรรมการ ศปถ.อำเภอเสลภูมิ เพื่อให้มีความรู้ และทักษะการขับเคลื่อน ศปถ.อำเภอเสลภูมิ ประกอบด้วย 5 กิจกรรม คือ (1) จัดทำคำสั่งแต่งตั้งอนุกรรมการ ศปถ. อำเภอเสลภูมิ และประชุมชี้แจง บทบาทหน้าที่ และจัดทำแผนการดำเนินงาน เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อน ศปถ.อำเภอเสลภูมิ (2) ประชุมคณะอนุกรรมการ ศปถ.อำเภอเสลภูมิ ติดตามผลการดำเนินงาน 2 เดือน/ครั้ง เพื่อ วิเคราะห์ข้อมูล และสารสนเทศอุบัติเหตุในพื้นที่ และรวบรวมรายงานผลการดำเนินงานของส่วนต่างๆที่เกี่ยวข้อง (3) อบรมพัฒนาศักยภาพ Core team ตำบล การขับเคลื่อนตำบลขับขี่ปลอดภัย 1 ครั้ง (4) นิเทศติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน หน่วยงาน/องค์กร/สถานประกอบการ และชุมชนที่ดำเนินงาน ตามมาตรการ “ขับขี่ปลอดภัย สวมหมวกนิรภัย 100%” และ (5) จัดทำแผน และเยี่ยมเสริมพลัง กำกับ ติดตาม การดำเนินงาน ศปถ.อปท. ทุกแห่ง

2.3 การพัฒนากลไกในระดับ อปท. สำหรับพื้นที่เสี่ยงมีการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในรูปแบบ ศปถ.อปท. ที่เข้มแข็งประกอบด้วย 5 กิจกรรม (1) ประชุมชี้แจง สร้างการรับรู้ กำหนดบทบาทหน้าที่ศปถ.อปท.ทุกแห่ง จำนวน 17 แห่ง (2) ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพคณะทำงาน ศปถ.อปท. การดำเนินงานการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน (RTI-Team) มาตรการ ชุมชนปลอดภัยสวมหมวกนิรภัย 100% (3) อบรมทีมสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ระดับตำบล การสอบสวนการบาดเจ็บและเสียชีวิต จากอุบัติเหตุทางถนน (4) ประชุมติดตามผลการดำเนินงานการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ศปถ.อปท. ทุกแห่ง และ (5)ประชุม ประชาคม คืนข้อมูลการดำเนินงานการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ศปถ.อปท. พื้นที่เสี่ยงสูง 6 ศปถ.อปท. ได้แก่ ศปถ.ทต.เสลภูมิ, ศปถ.ทต.นาเมือง, ศปถ.ทต.เกาะแก้ว, ศปถ.ทต.เมืองไพร, ศปถ.ทต.ขวาว และ ศปถ.อบต.โพธิ์ทอง

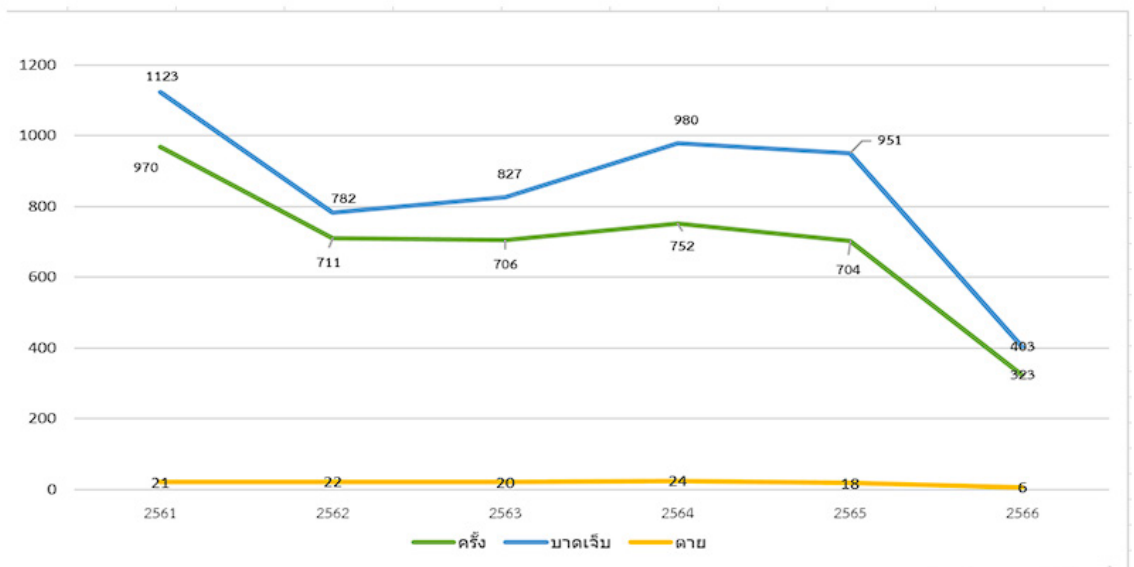
3. ผลการดำเนินงานเพื่อป้องกันอุบัติเหตุทางถนน หลังการพัฒนา พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญมีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนโดยรวมเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 15.75 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการประเมินผลและสารสนเทศเพิ่มขึ้นมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 16.10 รองลงมา คือ ด้านการให้ความรู้และประชาสัมพันธ์ คิดเป็นร้อยละ 16.09 และ ด้านบริการการแพทย์ฉุกเฉิน คิดเป็นร้อยละ 15.94 ตามลำดับ และผู้ให้ข้อมูลสำคัญมีส่วนร่วมในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนระดับมากเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 64.57 และอุบัติเหตุมีแนวโน้มลดลง ดังแสดงในตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ก่อนและหลังการพัฒนา (n=324)

พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา	% Differences
	Mean(SD.)	n(%)	
ด้านการบังคับใช้กฎหมาย	3.66(0.82)	4.67(0.66)	+15.54
ด้านวิศวกรรมจราจร	3.58(0.99)	4.53(0.76)	+15.03
ด้านการให้ความรู้และประชาสัมพันธ์	365(0.60)	4.70(0.53)	+16.09
ด้านบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	3.48(1.03)	4.47(0.82)	+15.94
ด้านการประเมินผลและสารสนเทศ	3.30(1.06)	4.25(1.04)	+16.10
เฉลี่ยโดยรวม	3.53(0.14)	4.52(0.18)	+15.75

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างร้อยละการมีส่วนร่วมในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ก่อนและหลังการพัฒนา (n=324)

ระดับการมีส่วนร่วมในชุมชน	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา	% Differences
	n(%)	n(%)	
ระดับมาก	60(18.52)	224(69.14)	+64.57
ระดับปานกลาง	80(24.69)	48(14.81)	-36.36
ระดับน้อย	184(56.79)	52(16.06)	-91.67



แผนภูมิกราฟเส้นแสดงแนวโน้มของจำนวนครั้งของการเกิดอุบัติเหตุ ผู้บาดเจ็บ และเสียชีวิต

วิจารณ์

1. สถานการณ์การอุบัติเหตุทางถนนในอำเภอเสลภูมิ จากการทบทวนข้อมูลตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2559-2563 พบว่ามีผู้เสียชีวิต 10 ราย, 12 ราย, 21 ราย, 22 ราย และ 13 ราย คิดเป็น 8.39, 10.03, 17.56, 18.39 และ 10.83 ต่อประชากรแสนคน เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลผู้เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลเสลภูมิข้อมูลอุบัติเหตุทางถนน 3 ฐาน และสาเหตุเกิดจากปัจจัยกำหนดสุขภาพ 3 ด้าน คือ ด้านบุคคล ด้านสภาพแวดล้อม และด้านระบบที่เกี่ยวข้อง ดังการศึกษากรณีผู้ประสบเหตุเสียชีวิต อำเภอป่าบอน จังหวัดพัทลุง ข้อมูลจากการสัมภาษณ์พบว่าระหว่างปี พ.ศ.2563- 2565 มีผู้เสียชีวิต จำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 70.0 ช่วงอายุมากที่สุดคือ 31-45 ปี ร้อยละ 33.3 เป็นรถจักรยานยนต์ ร้อยละ 53.3 เกิดเหตุช่วงเวลา 16.31-00.30 น. มากที่สุด ร้อยละ 46.7 เป็นผู้ขับขี่ ร้อยละ 83.3 ถนนที่มีอุบัติเหตุเกิดขึ้นมากที่สุดคือถนนสายหลักร้อยละ 60.0 ลักษณะการเกิดอุบัติเหตุรถชนกับรถ ร้อยละ 56.7 ปัจจัยการเกิดอุบัติเหตุส่วนใหญ่จากคนร้อยละ 76.7 ไม่สวมหมวกนิรภัย ร้อยละ 87.5[9-12]

2. ระบบและกลไกการดำเนินงานเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ

ทางถนน โดยศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 3 กิจกรรม (3D) คือ (1) การพัฒนาระบบและกลไกศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอ (D1: Development of systems and mechanism) (2) การพัฒนาศักยภาพของคณะอนุกรรมการ ศปถ.ระดับอำเภอเสลภูมิ (D2: Development of subcommittee's capacity) และ (3) การพัฒนากลไกในระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) (D3: Development of advancement of mechanisms at local level) สอดคล้องกับผลการศึกษาในอำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บทางถนนอำเภอโพนทอง โดยมีการบูรณาการการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทั้งภายในและภายนอก ส่งผลให้การดำเนินการแก้ไขปัญหาและป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนอำเภอโพนทองประสบความสำเร็จ โดยมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานภายใต้ "SMART โพนทอง" โดยกลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในด้าน การสนับสนุนให้มีการจัดตั้งทีมระดับท้องถิ่นในการจัดการความปลอดภัยทางถนนระดับตำบลและการมีส่วนร่วมในการดำเนินการตามแผนงานโครงการ ร้อยละ 100 ทำให้การขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาออกมาอย่างเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน มีพื้นที่ต้นแบบในการดำเนินงาน มีการดึงศักยภาพชุมชนมาใช้ในการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุ ตลอดจนมีการดำเนินงานถอดบทเรียนในการดำเนินงานและคืนข้อมูลให้แก่ชุมชนเพื่อให้พื้นที่นำข้อมูลไปใช้วางแผนงานและโครงการในการแก้ไขปัญหาต่อไป[13] เช่นเดียวกับกระบวนการพัฒนารูปแบบการจัดการอุบัติเหตุทางถนนในตำบลแก้วแสนมีการดำเนินงาน ดังนี้ (1) ด้านผู้ขับขี่ มีการสร้างทัศนคติที่ดีต่อการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ (2) ด้านยานพาหนะมีการตรวจสอบสภาพยานพาหนะก่อนขับขี่อย่างเสมอ (3) ด้านถนน การประเมินและแก้ไขสภาพพื้นผิวถนนโดยการค้นหาถนนที่เสื่อมสภาพและมีความชำรุด (4) ด้านสิ่งแวดล้อมและสังคม การจัดการจุดเสี่ยงในพื้นที่โดยชุมชน ทั้งนี้ทุกกระบวนการดำเนินงานต้องอาศัยความร่วมมือของทุกภาคส่วนในชุมชน ทั้งภาครัฐ ภาคประชาชน และภาคเอกชน[14] ดังการศึกษารูปแบบการป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนอำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่นตามแนวคิดระบบความปลอดภัยทางถนนประกอบด้วย 9 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การขับเคลื่อนกลไก ศปถ.อำเภอและบูรณาการกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) 2) การบริหารจัดการ "ข้อมูลข่าวสาร" โดยทีมคณะอนุกรรมการฯ เพื่อชี้เป้าจุดเสี่ยง กลุ่มเสี่ยง และพฤติกรรมเสี่ยง 3) การสะท้อนข้อมูลกลับเพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาเชิงระบบ (คน รถ ถนน สิ่งแวดล้อมทั้งกายภาพ และสังคม) 4) การขับเคลื่อนกลไก ศปถ.อุปท. ต่อเนื่อง และยั่งยืน 5) การสร้าง "เจ้าภาพ" 3 ร. (โรงเรียน โรงงาน รัฐ) การดำเนินการตามแผน 7) การกำกับ ติดตาม 8) การถอดบทเรียน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และ 9) การประเมินผล[15] สอดคล้องกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุทางถนนดำเนินงานภายใต้คณะกรรมการ พชอ. ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผลการดำเนินงานตามมาตรการความปลอดภัยทางถนน 5 เสาหลัก ที่ผ่านมา พบว่าดำเนินการครอบคลุมในเสาหลักที่ 1 และ 5 ยังดำเนินงานไม่ครอบคลุมในเสาหลักที่ 2,3 และ 4 การเกิดอุบัติเหตุก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ส่งผลต่อครอบครัว และชุมชน ดังนั้นควรมีการบูรณาการความร่วมมือ เพื่อกำหนดหน้าที่ของหน่วยงานต่างๆ ตามมาตรการความปลอดภัยทางถนน 5 เสาหลักให้เป็นรูปธรรม จัดตั้งศูนย์ความปลอดภัยทางถนนของท้องถิ่น คืนข้อมูลให้ประชาชนได้รับทราบเพื่อสร้างการรับรู้ และความตระหนักผลกระทบจากอุบัติเหตุให้ประชาชนในพื้นที่เพื่อแก้ไขปัญหาที่ยั่งยืนต่อไป[9] เช่นเดียวกับรูปแบบการแก้ไขปัญหาการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนแบบมีส่วนร่วมโดยเครือข่ายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ คือ PMC2 Model ประกอบด้วย (1) การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ประชาชนในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน (P= Public Relations) (2) การจัดการจดเสียงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน (MI-Management) (3) การสร้างเครือข่ายข้อมูลข่าวสาวสารด้านอุบัติเหตุในระดับอำเภอ (C-Connection)

และ (4) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการขับขี่ปลอดภัย รักษาวินัยการจราจร (C- Change)[16]

3. การวิจัยครั้งนี้หลังการพัฒนาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญมีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนโดยรวมเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 15.75 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าด้านการประเมินผลและสารสนเทศเพิ่มขึ้นมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 16.10 รองลงมา คือ ด้านการให้ความรู้ และประชาสัมพันธ์ คิดเป็นร้อยละ 16.09 และ ด้านบริการการแพทย์ฉุกเฉิน คิดเป็นร้อยละ 15.94 ตามลำดับ และผู้ให้ข้อมูลสำคัญมีส่วนร่วมในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนระดับมากเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 64.57 พบผลเช่นเดียวกับงานวิจัยที่ศึกษาในตำบลแก้วแสน อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับทัศนคติด้านความปลอดภัยในการขับขี่รถจักรยานยนต์ในระดับปานกลาง (62.50%) และพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์มีพฤติกรรมในระดับปานกลาง (71.75%)[14] และพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ประสบอุบัติเหตุจราจรหรือผู้ที่ฝ่าฝืนกฎราจรหลังการปรับเปลี่ยนดีกว่าก่อนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน[16] เช่นเดียวกับการส่งเสริมสนับสนุนการทำงานแบบบูรณาการระหว่างภาคีเครือข่าย มีการวางแผนปฏิบัติงาน โดยวิเคราะห์ข้อมูลผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร ลงพื้นที่สำรวจจุดเสียง ประชุมหาแนวทางแก้ไขปัญหา มอบหมายภารกิจการแก้ไขด้านวิศวกรรมจราจร ปรับปรุงถนน สิ่งแวดล้อม การบังคับใช้กฎหมาย บริการแพทย์ฉุกเฉิน และติดตามและประเมินผล ใช้ระบบสารสนเทศเพื่อพัฒนาฐานข้อมูลการเสียชีวิต 3 ฐานถูกต้องครบถ้วนใช้ข้อมูลวิเคราะห์สาเหตุการเสียชีวิต สามารถนำไปใช้การวางแผนระบุมาตรการการป้องกันอุบัติเหตุให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ การพัฒนารูปแบบโดยการมีส่วนร่วมทีมเครือข่ายทั้งภาครัฐ เอกชนและภาคประชาชนดำเนินกิจกรรมร่วมกันตั้งแต่การวางแผน ลงมือปฏิบัติ ประเมินผลการสะท้อนข้อมูลกลับ และมีการถ่ายโอนศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ 1669 ไปไว้ที่องค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน ผลลัพธ์ที่ได้ คือลดอัตราการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรลงร้อยละ 18.49 อัตราตายลดลงจาก 36.41 ต่อแสนประชากร เป็น 26.32 ต่อแสนประชากร ข้อเสนอแนะพัฒนาระบบการเก็บข้อมูลการบาดเจ็บ และเสียชีวิต แก้ไขจุดเสี่ยงและสิ่งแวดล้อม เพื่อการใช้ประโยชน์กำหนดแนวทางในการป้องกันแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุจราจรในพื้นที่ได้อย่างยั่งยืน[17]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งนี้ จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลหลังการพัฒนาพบว่าผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่ยังให้ความร่วมมือในการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนระดับปานกลางระดับน้อย และระดับน้อย จำนวน 100 คน (30.87%) ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวต้องดำเนินการโดย

1. การบูรณาการหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยการสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน เช่น ตำรวจ, กระทรวงคมนาคม, กระทรวงสาธารณสุข และภาคเอกชน โดยการจัดตั้งคณะกรรมการหรือคณะทำงานร่วมที่มีอำนาจในการตัดสินใจและวางแผนงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง

2. การพัฒนากลไกการจัดการข้อมูล โดยการจัดการข้อมูลเกี่ยวกับอุบัติเหตุทางถนนอย่างเป็นระบบ รวมถึงการบูรณาการข้อมูลจากหน่วยงานต่างๆเพื่อให้สามารถวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. การส่งเสริมการศึกษาและการสร้างจิตสำนึก โดยการจัดทำแผนการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้ความรู้และสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนแก่ประชาชน รวมถึงการส่งเสริมการศึกษาทางด้านการขับขี่ที่ปลอดภัยในระดับโรงเรียนและมหาวิทยาลัย

4. การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและเทคโนโลยี โดยการลงทุนโครงสร้างพื้นฐานที่มีความปลอดภัยสูง เช่น ทางเท้า, ไฟสัญญาณจราจรที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงการนำเทคโนโลยีใหม่ๆ เช่น ระบบตรวจจับความเร็ว หรือกล้องวงจรปิด มาใช้ในการควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุ

5. การปรับปรุงกฎหมายและการบังคับใช้ โดยปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการขับขี่ และความปลอดภัยบนท้องถนนให้มีความเข้มงวดและทันสมัย

รวมถึงการบังคับใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัดเพื่อลดการละเมิดกฎจราจรและการขับขี่ที่ไม่ปลอดภัย

6. การประเมินและติดตามผล โดยติดตาม และประเมินผลของมาตรการต่างๆ ที่ได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับปรุงและพัฒนากลยุทธ์การป้องกันอุบัติเหตุทางถนนให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาครั้งต่อไป

1. ศึกษาปัจจัยเสี่ยงเชิงลึกโดยการศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในเชิงลึก เช่น พฤติกรรมของผู้ขับขี่, สภาพถนน, อิทธิพลของสิ่งแวดล้อม และปัจจัยทางสังคม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนและสามารถนำไปใช้ในการออกแบบมาตรการป้องกันที่เหมาะสมกับบริบทต่างๆ

2. วิเคราะห์ผลกระทบของมาตรการป้องกัน โดยการเน้นไปที่การวิเคราะห์ผลกระทบของมาตรการต่างๆ ที่ได้มีการนำมาใช้แล้ว เช่น กฎหมายจราจร, แคมเปญส่งเสริมความปลอดภัย, หรือการปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐาน ว่ามีผลลัพธ์อย่างไรต่อการลดจำนวนอุบัติเหตุ และการบาดเจ็บ

3. ศึกษาการนำเทคโนโลยีมาใช้ในพื้นที่ชนบท โดยการวิจัยส่วนใหญ่เน้นไปที่พื้นที่เมืองใหญ่ ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการนำเทคโนโลยีและมาตรการป้องกันอุบัติเหตุไปใช้ในพื้นที่ชนบท ซึ่งมักมีลักษณะของการขับขี่และความเสี่ยงที่แตกต่างจากในเมือง

4. พัฒนารูปแบบการประเมินผลการดำเนินงาน โดยการพัฒนารูปแบบการประเมินผลที่สามารถวัดประสิทธิภาพของการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนได้อย่างเป็นระบบและสามารถนำผลลัพธ์ไปใช้ในการปรับปรุงแผนงานในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5. วิจัยความพร้อมในการปรับตัวของประชาชน โดยการศึกษาถึงความพร้อมและการตอบสนองของประชาชนต่อมาตรการและเทคโนโลยีใหม่ๆ ที่นำมาใช้ในการป้องกันอุบัติเหตุ เช่น การปรับตัวต่อกฎหมายใหม่, การใช้แอปพลิเคชันการจราจร, หรือการใช้รถยนต์ไฟฟ้า เพื่อให้มาตรการที่ออกมาสามารถนำไปใช้ได้จริง และมีประสิทธิภาพ

6. ศึกษาการประยุกต์ใช้แนวทางสากล โดยการศึกษาและเปรียบเทียบแนวทางการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในประเทศอื่นๆ ที่ประสบความสำเร็จ แล้วนำมาเปรียบเทียบกับบริบทของประเทศไทย เพื่อพัฒนากลยุทธ์ที่เหมาะสมและสามารถนำมาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพในประเทศไทย

เอกสารอ้างอิง

1. วิทยา ชาติบัญชาชัย. สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนและการจัดการกับปัญหาของประเทศไทย. วารสารการแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย. 2565;2(2):187-98.
2. กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค. สถานการณ์การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 20 พฤษภาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: http:/dip.ddc.moph.go.th/new/3base_status.new
3. ศูนย์ข้อมูลกลางด้านการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถิติข้อมูลอุบัติเหตุทางถนนระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (Injury Surveillance : IS) [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 20 พฤษภาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก : https//dip.ddc.moph.go.th/new/บ5ก15/is-real-time
4. สำนักงานนโยบายและแผนการขนส่งและจราจร. รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนของกระทรวงคมนาคม พ.ศ. 2564. สำนักแผนความปลอดภัย; 2565.
5. รังสรรค์ ศรีคราม. การพัฒนารูปแบบการป้องกัน และควบคุมอุบัติเหตุทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ. 2566;2(3):52-66.
6. ฐิติพร สุแก้ว. การศึกษาเผยอุบัติเหตุทางถนน [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 28 สิงหาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.chorsaard.or.th/content/61636/
7. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเสลภูมิ. อุบัติเหตุทางถนน. ร้อยเอ็ด: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเสลภูมิ; 2564.

8. Kemmis S, Mc Taggart R, Nixon R. The action research planner: Doing critical participatory action research. New York: Springer; 2014.
9. ภูวนาท ณรงค์รัตน์. การศึกษาสถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุทางถนนและผลกระทบของอุบัติเหตุ : กรณีผู้ประสบเหตุเสียชีวิต อำเภอป่าบอน จังหวัดพัทลุง. วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข. 2567;2(1):17-34.
10. Goyal S. Study of epidemiology of road traffic accidents. IAIM. 2018;5(4):23-28.
11. Prasannakumar V, Vijith H, Charutha R, Geetha N. Spatio-temporal clustering of road accidents: GIS-based analysis and assessment. Proc Soc Behav Sci. 2011;21:317-325.
12. Le KG, Liu P, Lin L-T. Determining the road traffic accident hotspots using GIS-based temporal-spatial statistical analytic techniques in Hanoi, Vietnam. Geo-spat Inform Sci. 2020;23(2):153-64.
13. เกศนี อาจสด, สมบูรณ์ หมั่นนันท์, สุนิสา ยุคะลัง. รูปแบบการจัดการความปลอดภัยทางถนนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด.ร้อยเอ็ด. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโพนทอง; 2566.
14. จิราพร หนูปลอด, จักรินทร์ ปริมานนท์, วีระศักดิ์ ประดาศักดิ์, อนันต์ รอดสั้น. การพัฒนากระบวนการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน กรณีศึกษา : พื้นที่ตำบลแก้วแสน อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ และสาธารณสุข. B2566;1(2):55-69.
15. พิชิต แสนเสนา, ธวัชชัย คำป้อง, วิลาวัลย์ บุญมี. รูปแบบการป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี. 2566;2(1):47-62.
16. เกษมสุข กันชัยภูมิ. การพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนแบบมีส่วนร่วมโดยเครือข่ายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2565;7(2):82-92.
17. กาญจนา เลิศวุฒิ, วันเพ็ญ โพธิยอด, ชัยธรณ์ อุ่นบ้าน. การพัฒนารูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนนโดยการมีส่วนร่วมของพหุภาคีเครือข่ายจังหวัดลำพูน. วารสารสาธารณสุขล้านนา. 2559;14(1):46-59.





พิมพ์ที่โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม