



การประชุมวิชาการงานบริการปฐมภูมิ

สมาคมเวชกรรมสังคมแห่งประเทศไทย ประจำปี 2566

ความท้าทายของระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ในกระแสความเปลี่ยนแปลง

ระหว่างวันที่ 11 - 13 กรกฎาคม 2566

ณ โรงแรมเวลาดี อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม

การประชุมวิชาการงานบริการปฐมภูมิ

สมาคมเวชกรรมสังคมแห่งประเทศไทย ประจำปี 2566

“ความท้าทายของระบบสุขภาพปฐมภูมิในกระแสความเปลี่ยนแปลง

: The challenges of primary healthcare systems in a changing world”

บรรณาธิการที่ปรึกษา

นายจรัญ

บุญฤทธิการ

นายปรีดา

ตั้งจิตเมธี

นายไพฑูรย์

อ่อนเกตุ

นางรุจิราลักษณ์

พรหมเมือง

บรรณาธิการ

นางสาวสาวิตรี

ตันเจริญ

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นางประทุม

สุกชัยพานิชพงศ์

นางธิรากร

มณีรัตน์

นางเสาวนีย์

ศรีวิจิตร

ปีที่พิมพ์ 2566

จำนวนหน้า 274 หน้า

จำนวนพิมพ์ 200 เล่ม

จัดพิมพ์โดย สมาคมเวชกรรมสังคมแห่งประเทศไทย

เจ้าของ สมาคมเวชกรรมสังคมแห่งประเทศไทย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมืองจ.นนทบุรี 11000

ออกแบบปก งานเวชนิทัศน์ โรงพยาบาลขอนแก่น



คำนิยม

งานบริการปฐมภูมิเป็นการบริการด้านหน้าแก่ประชาชนทุกกลุ่มทั้งกลุ่มสุขภาพดี กลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพ กลุ่มป่วย และในทุกๆ กลุ่มวัย ตั้งแต่ในครรภ์มารดา จนระยะท้ายของชีวิต การประชุมวิชาการงานบริการปฐมภูมิสมาคมเวชกรรมสังคมแห่งประเทศไทย ประจำปี 2566 ภายใต้แนวคิด “ความท้าทายของระบบสุขภาพปฐมภูมิในกระแสการเปลี่ยนแปลง : The challenges of primary healthcare systems in a changing world” เป็นเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่สำคัญและยิ่งใหญ่ของหน่วยบริการปฐมภูมิทั่วประเทศ ที่จะนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้สร้างนวัตกรรมต่อยอด พัฒนาและยกระดับระบบบริการ อันจะส่งผลต่อระบบบริการสุขภาพของประเทศและการมีสุขภาวะที่ดีของประเทศเพื่อการมีสุขภาวะที่ดีของประชาชน

ในนามของสมาคมเวชกรรมสังคมแห่งประเทศไทยขอชื่นชม คณะผู้จัดการประชุมวิชาการระดับชาติในครั้งนี้ และขอให้ผู้เข้าร่วมประชุมทุกท่านนำความรู้และประโยชน์ที่ได้รับจากการประชุมในครั้งนี้ไปร่วมกันพัฒนางานสาธารณสุขของประเทศให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชน และประเทศชาติต่อไป

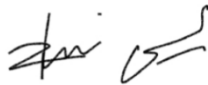


นายจรัญ บุญฤทธิ์การ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านหมี่
นายกสมาคมเวชกรรมสังคมแห่งประเทศไทย

คำนิยม

ความสำเร็จของการจัดประชุมวิชาการงานบริการปฐมภูมิ ของสมาคมเวชกรรมสังคมแห่งประเทศไทยประจำปี2566 ภายใต้แนวคิด“ความท้าทายของระบบสุขภาพปฐมภูมิในกระแสการเปลี่ยนแปลง”The challenges of primary healthcare systems in a changing world” หลังจากเกิดความวิกฤติทางสาธารณสุข จากการระบาดของโรคโควิด 19 งานปฐมภูมิมีการเปลี่ยนแปลงในหลายระบบเพื่อรับมือกับโรคอุบัติใหม่ รวมถึงการเปลี่ยนผ่านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่ในการดูแลขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ซึ่งเป็นความท้าทาย ในการปรับเปลี่ยนระบบการปฏิบัติงานเพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบต่อการดูแลสุขภาพของประชาชน ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของระบบบริการปฐมภูมิ การจัดประชุมครั้งนี้ เป็นการรวมพลังของทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่มีความเข้มแข็ง มีความรับผิดชอบ มีศักยภาพในการจัดประชุม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่สำคัญ ที่แสดงให้เห็นถึงศักยภาพของทีมสหวิชาชีพ ในการนำเสนอผลงานวิชาการ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และความก้าวหน้าของทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อเป็นขวัญกำลังใจ และเพิ่มพูนสมรรถนะ อันจะส่งผลต่อระบบบริการสุขภาพการมีสุขภาวะที่ดี และคุณภาพชีวิตของประชาชน

ขอขอบคุณ ท่านนายกสมาคมเวชกรรมสังคมแห่งประเทศไทย และผู้อำนวยการกองบริหารสาธารณสุข ที่เป็นพี่ปรึกษา และสนับสนุนให้การจัดประชุมวิชาการงานบริการปฐมภูมิ ปี 2566 ประสบผลสำเร็จ



(นายปรีดา ตั้งจิตเมธี)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ

ประธานกรรมการพัฒนางานบริการปฐมภูมิ

โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป



กำหนดการ

การประชุมวิชาการงานบริการปฐมภูมิ สมาคมเวชกรรมสังคมแห่งประเทศไทย ปี 2566

“ความท้าทายของระบบสุขภาพปฐมภูมิในกระแสความเปลี่ยนแปลง

: The challenges of primary healthcare systems in a changing world”

ระหว่างวันที่ 11 – 13 กรกฎาคม 2566 ณ โรงแรมเวลาดี อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม

10กรกฎาคม 2566

เวลา	กิจกรรม
08.30-9.30น.	ลงทะเบียนห้องพัก
	ลงทะเบียนเข้าร่วมประชุมและลงทะเบียนผลงานวิชาการ
09.30-12.00น.	ประชุมคณะกรรมการเตรียมความพร้อมประชุมวิชาการฯ
12.00-13.00น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน
13.00-16.30น.	ประชุมคณะกรรมการเตรียมความพร้อมประชุมวิชาการฯ(ต่อ)
16.30-18.30น.	จัดเตรียมสถานที่
18.30-19.30น.	รับประทานอาหารเย็น
19.30น.เป็นต้นไป	พักผ่อนตามอัธยาศัย

11 กรกฎาคม 2566

เวลา	กิจกรรม
08.30-9.00 น.	ลงทะเบียนเข้าร่วมประชุมและลงทะเบียนผลงานวิชาการ
09.00-9.30 น.	- ชมวิดีโอทัศน์แนะนำจังหวัดนครพนม - กล่าวต้อนรับผู้เข้าร่วมประชุมโดยในนามจังหวัดเจ้าภาพ โดย นายกเทศมนตรีเทศบาลเมืองนครพนมนายนิวัติ เจียวิริยบุญญา - กล่าวต้อนรับผู้เข้าร่วมประชุมในนามเจ้าภาพร่วม โดย นายแพทย์ขวัญชัย ประเสริฐยิ่งนายแพทย์ชำนาญการพิเศษหัวหน้ากลุ่ม งานเวชกรรมสังคมโรงพยาบาลนครพนม
09.30-11.00 น.	- เสวนา “เรื่องเด่นของปฐมภูมิภาคอีสาน”โดยทีมวิทยากร 1) นางวัฒนา สว่างศรี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.มหาสารคาม 2) นางสุทธิรัตน์ บุชดี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.มหาสารคาม 3) นางสุระ สุพรหมอินทร์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.ร้อยเอ็ด 4) นางกนกพร ชำนาญเวช พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษรพ.เดชอุดม 5) ดร.ธีรากร มณีรัตน์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษรพ.ขอนแก่น





เวลา	กิจกรรม
10.30-10.45 น.	รับประทานอาหารว่างในห้องประชุม
11.00-12.00 น.	ปาฐกถาพิเศษ"จะทำงานปฐมภูมิอย่างไรในระยะเปลี่ยนผ่าน" โดย นายแพทย์จรัสญ บุญฤทธิการนายกสมาคมเวชกรรมสังคมแห่งประเทศไทย
12.00-13.00 น.	รับประทานอาหารกลางวัน
13.00-16.00 น.	1) นำเสนอวิจัย 2) นำเสนอR2R 3) นำเสนอนวัตกรรม และ CQI 4) นำเสนองานระบาด 5) นำเสนอเรื่องเล่าจากภาพ 6) นำเสนอเพื่อความก้าวหน้า
14.30-14.45 น.	รับประทานอาหารว่างในแต่ละห้องย่อย

12กรกฎาคม 2566

เวลา	กิจกรรม
08.30 - 9.00 น.	ลงทะเบียน ผู้เข้าร่วมประชุม / คนดีศรีปฐมภูมิ / ผู้เกษียณ สรุปลงทะเบียนในวันที่ 11 ก.ค.2566
09.00 - 10.30 น.	ปาฐกถาเรื่อง“ใช้ชีวิตอย่างไรให้มีความสุข” โดย ผศ.ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช ผู้เชี่ยวชาญประจำศูนย์บริการวิชาการแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อดีตอาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
10.30-10.45 น.	รับประทานอาหารว่างในห้องประชุม
10.45-12.00 น.	เสวนาเรื่อง "งานปฐมภูมิ งานแห่งคุณค่า" โดย 1) ดร.พญ.ประกายทิพ สุศิลป์รัตน์รพ.พระนครศรีอยุธยา 2) พญ.ณัฐกานต์ ตาบุตรวงศ์ รพ.แม่ทะจ.ลำปาง 3) นางอุไร ภักศิลป์ผอ.รพสต.บ้านหัวเสือ อ.แม่ทะ จ.ลำปาง 4) พญ.สาวิตรี ต้นเจริญ หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม รพ.พุทธชินราช พิษณุโลก ผู้ดำเนินรายการ
12.00-13.00 น.	รับประทานอาหารกลางวัน





13.00-14.30 น.	-เสวนาเรื่องการเปลี่ยนผ่านของรพสต.จาก สสจ.สู่ อบจ. โดย 1) นางวิวัตร เหล่าน้อย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.สต.ท่าไค้-นาแล ต.นาสีนวล จ.มุกดาหารสังกัดกองสาธารณสุข อบจ.มุกดาหาร จ.มุกดาหาร 2) นายนิรุญ จันทพันธ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ รพ.สต.หนองญาติ จ.นครพนม 3) นายทะนงศักดิ์ ปะเทพา รพ.สต.แสนพัน ต.อุ่มจาน อ.กุสุมาลย์ จ.สกลนคร 4) นายแพทย์ขวัญชัย ประเสริฐยิ่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม รพ.นครพนม ผู้ดำเนินรายการ
14.30-14.45 น.	รับประทานอาหารว่าง
14.45-16.30 น.	- พิธีเปิด - ชมวีดิทัศน์การพัฒนางานบริการปฐมภูมิและคนดีศรีปฐมภูมิระดับภาค 6 นาที - กล่าวต้อนรับ โดยนายวันชัย จันทิพร ผู้ว่าราชการจังหวัดนครพนม - กล่าวรายงาน โดยนายแพทย์ปรีดา วรหาร นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครพนม - ประธานกล่าวเปิดโครงการฯ โดยนายแพทย์ปราโมทย์ เสถียรรัตน์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขตที่ 8 - พิธีมอบรางวัลคนดีศรีปฐมภูมิ ระดับภาค 26 ท่าน ระดับเขตสุขภาพ36 ท่าน - มอบรางวัลนำเสนอมหาวิชาการ
	- ถ่ายภาพหมู่
17.30-18.00 .	- เชิญแขกผู้มีเกียรติเข้าร่วมงาน
18.00-19.00 น.	- ประธานกล่าวเปิดพิธีมุทิตาจิต - ปาฐกถาพิเศษ ทิศทางนโยบายระบบสุขภาพปฐมภูมิปี 2566 โดยนายแพทย์ปราโมทย์ เสถียรรัตน์ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขตที่8
19.00 -19.30 น	- พิธีมุทิตาจิตผู้เกษียณอายุราชการขบวนให้ผู้เกษียณเข้าสู่ห้องประชุม
19.30-19.45 น.	- รำเชิดขวัญ
19.45-20.15 น.	- พิธีบายศรีสู่ขวัญผู้เกษียณ
20.15-20.30 น.	- ประธานกล่าวมุทิตาจิต
20.30-21.30 น.	- ชมวีดิทัศน์และมอบของที่ระลึกแก่ผู้เกษียณ
21.30-21.45 น.	- รำภูไท
23.00 น.	- ปิดงาน
18.00-23.00น.	- รับประทานอาหารเย็นร่วมกัน





13กรกฎาคม2566

เวลา	กิจกรรม
08.30-9.00 น.	ลงทะเบียนสรุปรสาระในวันที่ 12 ก.ค.2566
09.00-10.00 น.	เรื่อง “การทำวิชาการเพื่อความก้าวหน้า” โดยดร.วัลยาภรณ์ทังสุภุตินักวิชาการอิสระ (อดีตหัวหน้าฝ่ายพัฒนาบุคลากร สสจ.แพร่)
10.30-10.45 น.	รับประทานอาหารว่างในห้องประชุม
10.30-12.00 น.	เสวนา “การเตรียมตัวอย่างไรให้ได้ ว.2” โดย 1) ดร.ธีรกร มณีนรัตน์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.ขอนแก่น 2) ภญ.รัตติกาล แสนเย็น เกษตรชำนาญการ รพ.ขอนแก่น 3) นพ.ไพฑูรย์ อ่อนเกตุ รพ.กำแพงเพชร รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจบริการ ด้านปฐมภูมิ ผู้ดำเนินรายการ
12.00-13.00 น.	รับประทานอาหารกลางวัน
13.00-14.30 น.	ประชุมคณะกรรมการสมาคมเวชกรรมสังคมแห่งประเทศไทย
14.30- 14.45 น.	รับประทานอาหารว่าง
14.45-16.30 น.	นายกสมาคมเวชกรรมสังคมแห่งประเทศไทยและทีมบริหารพบสมาชิก
16.30 น.	ปิดประชุม

*หมายเหตุอาจมีการเปลี่ยนแปลงตามความเหมาะสม





คณะกรรมการในการนำเสนอผลงานวิชาการ 6 ห้อง

ห้องที่ 1 นำเสนอ เพื่อความก้าวหน้าประเภท วิจัยและ R2R

1.1 ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะและคัดเลือกผลงานวิชาการ

ชื่อ สกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงาน
1.พว.ประทุม สุกชัยพานิชพงศ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลดำเนินสะดวก
2.พว.วาสนา เกตุมะ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก
3.พว.รินดา เจวประเสริฐพันธุ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

1.2 คณะวิทยากรผู้วิพากษ์และผู้ประสานงาน

คณะวิทยากรผู้วิพากษ์	ตำแหน่ง	ผู้ประสานงาน
1.ดร.วัลยากร ทังสุภูติ	นักวิชาการอิสระ	1.พว.นิศาชล ชมภูพล
2.ดร.พว.จิรากร มณีรัตน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	2.พว.สุภาวดี ตงสกุลรุ่งเรือง
3.พว.ประทุม สุกชัยพานิชพงศ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	3.พว.นราภรณ์ พึ่งธรรมเกิดผล

ห้องที่ 2 นำเสนอเพื่อประกวดประเภทงานวิจัย

2.1 ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะและคัดเลือกผลงานวิชาการ

ชื่อ สกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงาน
1.ดร.วรารกร เกรียงไกรศักดิ์ดา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลพุทธโสธร

2.2 คณะวิทยากรผู้วิพากษ์และผู้ประสานงาน

คณะวิทยากรผู้วิพากษ์	ตำแหน่ง	ผู้ประสานงาน
1.ผศ.ดร.เนตรฤทัย ภูนาถลม	อาจารย์พยาบาล	1.พว.อุรวดี อุทัยเวียนกุล
2.ดร.ธงชัย อามาตย์บัณฑิต	อาจารย์พยาบาล	2.พว.จุฑารัตน์ ชูติภาณุ
3.นพ.นิติกร สอนชา	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	3.พว.นุชจรี เกษงอน





ห้องที่ 3 นำเสนอเพื่อประกวดประเภท R2R

3.1 ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะและคัดเลือกผลงานวิชาการ

ชื่อ สกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงาน
1.ดร.วรกร เกรียงไกรศักดิ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลพุทธโสธร

3.2 คณะวิทยากรผู้วิพากษ์และผู้ประสานงาน

คณะวิทยากรผู้วิพากษ์	ตำแหน่ง	ผู้ประสานงาน
1.ดร.ศิริลักษณ์ ใจช่วง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	1.พว.นพวรรณ เกศโพคะศิริ
1.พว.พนัสนิภา นวลอนันต์	อาจารย์พยาบาล	2.พว.รุจภา ถือสัตย์
2.พว.เพ็ญพิศ นกุลสวัสดิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	3.พว.กฤตภาส จิระเดชประไพ

ห้องที่ 4 นำเสนอเพื่อประกวดประเภทระบาด

4.1 ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะและคัดเลือกผลงานวิชาการ

ชื่อ สกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงาน
1.พญ.สาวิตรี ตันเจริญ	นายแพทย์ชำนาญการ	โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

4.2 คณะวิทยากรผู้วิพากษ์และผู้ประสานงาน

คณะวิทยากรผู้วิพากษ์	ตำแหน่ง	ผู้ประสานงาน
1.นพ.ไกรสร โตทับเที่ยง	นายแพทย์เชี่ยวชาญ	1.นางอุ๋นใจ แซ่เจี๋ย
2.นพ.ธีรยุทธ คงทองสังข์	นายแพทย์เชี่ยวชาญ	2.นายดำรงศักดิ์ ไชยสงคราม
3.พญ.หทัยทิพย์ ธรรมวิริยะกุล	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	3.นางกิงกาญจน์ บุญมา

ห้องที่ 5 นำเสนอเพื่อประกวดประเภทนวัตกรรม (Poster presentation)

5.1 ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะและคัดเลือกผลงานวิชาการ

ชื่อ สกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงาน
1.พญ.สาวิตรี ตันเจริญ	นายแพทย์ชำนาญการ	โรงพยาบาลพุทธชินราช
2.พญ.สุรัตนา สิงห์ป้อง	นายแพทย์ชำนาญการ	โรงพยาบาลเพชรบูรณ์
3.นพ.จิรทีปต์ เขยกลีน	นายแพทย์ชำนาญการ	โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร
4.นพ.นิติกร สอนชา	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลขอนแก่น
5.พญ.ธัญญพัทธ์ สุนทรานุรักษ์	นายแพทย์เชี่ยวชาญ	โรงพยาบาลปทุมธานี
6.นพ.พิเชษฐ์ น้อยหุ่น	นายแพทย์ชำนาญการ	โรงพยาบาลปทุมธานี
7.พว.สุภาภรณ์ นากลาง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลเพชรบูรณ์
8.พว.กนกพร ชำนาญเวช	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลเดชอุดม





5.2 คณะวิทยากรผู้วิพากษ์และผู้ประสานงาน

คณะวิทยากรผู้วิพากษ์	ตำแหน่ง	ผู้ประสานงาน
1.พว.มลิจันทร์ เกียรติสังวร	อาจารย์พยาบาล	1.พว.ยุพาพร บำรุงยา
2.พว.สุภาภรณ์ นากลาง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	2.พว.ระพีภัทร์ โสติธิบำเพ็ญ
3.พว.อมรรัตน์ ลิ้มเฮง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	3.พว.ศศิธร จุเจริญ

ห้องที่ 6 นำเสนอเพื่อประกวดประเภท Photo talk

6.1 ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะและคัดเลือกผลงานวิชาการ

ชื่อ สกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงาน
1.พว.กัลยา เพียรแก้ว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลพุทธโสธร
2.พว.อภิยา อุทุมปานนท์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร์
3.พว.ศิริลักษณ์ บุญยงค์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร์
4.พว.จิระวรรณ ต่อวัฒนกิจกุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร์

6.2 คณะวิทยากรผู้วิพากษ์และผู้ประสานงาน

คณะวิทยากรผู้วิพากษ์	ตำแหน่ง	ผู้ประสานงาน
1.พว.แคทรียา แก้วเสถียร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (เกษียณ)	1.พว.อภิยา อุทุมปานนท์
2.พว.มนัสศรี ไพบูลย์ศิริ	อาจารย์พยาบาล	2.พว.ศิริลักษณ์ บุญยงค์
3.พว.กัลยา เพียรแก้ว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	3.พว.จิระวรรณ ต่อวัฒนกิจกุล





สารบัญผลงานวิชาการ

ห้องที่ 1 นำเสนอ เพื่อความก้าวหน้าประเภท วิจัยและ R2R

รหัส	ชื่อ-สกุล	ชื่อผลงาน	หน้า
		เพื่อความก้าวหน้า ประเภท วิจัย	
RA05	นายโชคชัย กิมโสม	การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ต้องขังสูงอายุเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม โดยอาสาสมัครเรือนจำกลางฉะเชิงเทรา	1
RA06	นางประภาพรณ นิลศิริ	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีกในเขตเทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา อำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา	7
RA08	นางสาวกัลยา พิมพ์พรมา	ประสิทธิผลของอบสมุนไพรประคบอาการปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่ กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลหนองบัวลำภู	13
RA11	นางนิโลบล ลิขิตภูมิ	ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยชุดบริการส่งเสริมสุขภาพรูปแบบใหม่สำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ อ.ท่าวุ้ง จ.ลพบุรี	18
RA12	นางสุภาภรณ์ ไหลพานิช	การพัฒนาโปรแกรมการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยจิตเภท อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี	24
RA13	นางสุภาภรณ์ ปัญหาราช	ประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลหลัก และจิตอาสาสมัครส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี ในชุมชนแบบมีส่วนร่วม เครือข่ายสุขภาพพอ.หนองบัวลำภู	29
RA14	นางจันทรา สุวรรณธาร	ความรู้ด้านสุขภาพ โรคหัวใจ โรคของอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ สร้างได้ด้วยการเรียนรู้และแบ่งปัน	34

รหัส	ชื่อ-สกุล	ชื่อผลงาน	หน้า
		เพื่อความก้าวหน้า ประเภท R2R	
RRA02	นางนงลักษณ์ พิมพ์ศรี	ผลการศึกษาการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น	41





ห้องที่ 2 นำเสนอเพื่อประกวดประเภทงานวิจัย

รหัส	ชื่อ-สกุล	ชื่อผลงาน	หน้า
RC 04	นางมนสิชา เวิร์นิต	ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวาน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา	48
RC 06	นางสาววันวิสาข์ สนใจ	ผลของการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและสมรรถภาพไตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสียหายที่ระยะที่ 3	54
RC 08	นางปภาชุดา อึ้งภากรณ์	การพัฒนาคุณภาพระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางไผ่ อำเภอมะนัง จังหวัดน่าน	60
RC 09	นางจิราพร หมั่นศรี	ประสิทธิผลของการพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ด้วยการตรวจติดตามระดับน้ำตาลด้วยตนเอง	66
RC 11	นางสุนันทา แก้วแย้ม	ผลการพัฒนารูปแบบการจัดการบริการสำหรับผู้สูงอายุแบบบูรณาการโดยยึดผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก(WHO:ICOPE) ในเขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์	72
RC 12	นายวัชรินทร์ ทองสีเหลือง	พัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอครอบครัวราชภัฏศรีสวัสดิ์ โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม	78
RC 17	พญ.วนาพร วัฒนกุล	การใช้ชุดกิจกรรมศิลปวัฒนธรรมพื้นบ้านสินไซเพื่อพัฒนาทักษะสังคมของบุคคลออทิสซึม	84
RC 19	นายปรัชพร กลีบประทุม	การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ด้านพฤติกรรมและการดูแลตนเองกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน หน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายอำเภอมืองอ่างทอง จังหวัดอ่างทอง	88
RC28	นางสาวเพียว บุษยากุล	ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในเขตเทศบาลเมือง อำเภอมือง จังหวัดเพชรบูรณ์	95
RC29	นางสาวนภาพร สันทบ	กระบวนการสร้างเยาวชนต้นแบบเพื่อสร้างเสริมสุขภาพงานจิตสังคมโดยใช้โรงเรียนเป็นฐาน ด้วยมาตรการ “เพื่อนช่วยเพื่อน”	100





ห้องที่ 3 นำเสนอเพื่อประกวดประเภท R2R

รหัส	ชื่อ-สกุล	ชื่อผลงาน	หน้า
RRC 01	นางช่อลัดดา โสขมภู	ผู้เฒ่าเดอะชีรียุแลสูงวัยไร้รอยต่อในชุมชน	106
RRC 03	นางเยาวภา พงศ์พุ่ม	พัฒนารูปแบบสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูง ศูนย์แพทย์ชุมชนคูหาสวรรค์ จังหวัดพัทลุง	111
RRC 04	นายวัทธิกร นาคประนิล	การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพเพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ตำบลรอบเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด	116
RRC 05	นางอุบลรัตน์ จันทนะโพธิ	การพัฒนาระบบการตรวจคัดกรองป้องกันภาวะโลหิตจางในเด็กอายุ 6 – 12 เดือน	122
RRC 12	นางสาวชिरาภรณ์ วิทยาขาว	รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ในชุมชนผ่านระบบเครือข่ายเพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำสมิง	127
RRC 16	นายณัฐพงษ์ รินอินทร์	ผลของการสนทนาสร้างแรงจูงใจร่วมกับการใช้นวัตกรรม alert awareness fight NCDs ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานคลินิกหมอครอบครัว ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลน่าน	131
RRC 18	นางปรียานัฐ สุทธน้อย	การพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ คลินิกสูงวัยใกล้บ้านในชุมชน เขตเทศบาลเมืองน่าน จังหวัดน่าน	136
RRC 21	นางฉวีวรรณ เผ่าพันธ์	การจัดการสุขภาพชุมชน: กรณีศึกษาการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในมหาวิทยาลัย	140
RRC 23	นายชาญชัย เหลาสาร	การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตแบบ "4 หมอ ห่วงใย ใส่ใจดูแล"ตามบริบทชุมชนโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของพหุภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชนตำบลเป่า	145
RRC 24	นางวัชรินทร์ พรหมขวัญ	พลิกวิกฤต COVID-19 สู้ค่าชดเชย 1.7 ล้านผ่านระบบ E-Claim online สปสช.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านห้วยยางดงอ.หนองกงศรีจ.กาฬสินธุ์ปีพ.ศ.2565-2566	151





ห้องที่ 4 นำเสนอเพื่อประกวดประเภทระบาด

รหัส	ชื่อ-สกุล	ชื่อผลงาน	หน้า
EP02	นางสาวจันทนา ธัญญะ	การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก โรงพยาบาลภูเพียง อำเภอกุญเพียง จังหวัดน่าน ปี 2562-2565	157
EP04	นางสาวมณฑนา กลมเกลียว	การสอบสวนการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มก้อนนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งที่เชื่อมโยงสถานบันเทิงในอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม วันที่ 25 ธันวาคม 2564 - 5 มกราคม 2565	161
EP05	นายวัฒนา นิลบรรพต	รายงานการสอบสวนการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กรณี ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อบต.แห่งหนึ่ง อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น (Cluster ฟินน้ำนม) 28 มิถุนายน 2564 - 13 กรกฎาคม 2564	165
EP06	นางสาวพนิดา บุญล้อม	การสอบสวนการระบาดของโรคไข้เลือดออกค่ายทหารแห่งหนึ่ง ตำบลวัดใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี ตั้งแต่วันที่ 11 กุมภาพันธ์ ถึงวันที่ 31 พฤษภาคม 2566	171
EP07	นางสาวกัญญารักษ์ ประทุมชมพู	สรุปรายงานการสอบสวนและควบคุมป้องกันโรค COVID-19 ในสถานประกอบการแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี	176
EP08	นางสายชล ไทยอุดม	รายงานการสอบสวนโรคการระบาดของโรคอาหารเป็นพิษในงานศพ หมู่ 18 ตำบลหินดาด อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา ระหว่างวันที่ 3-4 มิถุนายน 2565	180
EP09	นายสิทธิชัย วรรณ	การสอบสวนการระบาดของโรคมือเท้าปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนประถมศึกษาในเขตพื้นที่ตำบลหัวนาคำ อำเภอทรายทอง จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างวันที่ 29 พฤษภาคม - 9 มิถุนายน 2566	185





ห้องที่ 5 นำเสนอเพื่อประกวดประเภทนวัตกรรม (Poster presentation)

รหัส	ชื่อ-สกุล	ชื่อผลงาน	หน้า
		ประกวด นวัตกรรม	
Inno02	นางปิยวรรณ หาญเวช	การประยุกต์ใช้สื่อสังคมออนไลน์สุขภาพในการส่งเสริมความรู้ และกระตุ้นเตือนการรับประทานยาเม็ดเสริมไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ เครือข่ายบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด	194
Inno06	นางนวรรตน์ บุญกัณหา	การพัฒนาระบบบันทึกข้อมูลการรับบริการวัคซีนโควิด-19 ผ่านโปรแกรม Himpro Online โรงพยาบาลศรีสะเกษ	198
Inno11	นางจันทร์เพ็ญ ศรีอินทร์ เซีย	การจัดงานมหกรรมคัดกรองสุขภาพ อ.เมือง จ.สุพรรณบุรี ปี 2566	201
Inno12	นางสาวอัจฉรา จิตต์สุข	ปฏิทินคู่มือการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน	205
Inno17	นางสาวเปรมิกา หมด ศรี	บูรณาการระบบการดูแลระยะกลาง (Intermediate care: IMC) สู่การดูแลระยะยาว (Long term care: LTC) อำเภอแวงน้อย	209
Inno38	นางสาวนิศมา ภูมิขิต	ปลากระต๊อกินลูกน้ำ แก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออก อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์	212
Inno45	นายธนรัฐ ภูมินา	การศึกษาประสิทธิภาพของนวัตกรรม “โดมิโนช่วยคิดพิชิตสมองเสื่อม” ในกลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านหนองหัวเฒ่า ตำบลหนองบัว อำเภอพยัคฆภูมิพิสัยจังหวัดมหาสารคาม	215
Inno44	นางสาวศุภลักษณ์ เอกอุเวชกุล	ผลการส่งเสริมความรู้รอบรู้ในการดูแลตนเองกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงศูนย์แพทย์วัดหนองแขวง พระอารามหลวง	221





ห้องที่ 6 นำเสนอเพื่อประกวดประเภท Photo talk

รหัส	ชื่อ-สกุล	ชื่อผลงาน	หน้า
Photo01	นางรัชดาภรณ์ แสงภักดี	ทีม 3 หมอขอส่งพลังใจ...ในสัมผัสสุดท้ายที่ได้ดูแล	226
Photo05	นางอ่อนใจแช่เจีย	มากกว่าการเยี่ยมบ้าน...คือการเยียวยาใจ	
Photo06	นายนิรันตร์ อุบลอ่อน	3 หมอปฐมภูมิ	227
Photo08	นางเรียมวรินทร์ พุทธกัลญา	ขอบใจนะโยม	
Photo09	นางสาวอาภิสรา ประทุมจันทร์	อิมบุญ อิมอก อิมใจ อิมท้อง	228
Photo12	นางแพงศรี ประภากรพิไล	คุณหมอ.....อย่าทำหนูเจ็บ	
Photo13	นางสาวเกตสุดา นรชาญ	เยี่ยมเสริม...เติมพลังใจ	229
Photo15	นางสุนีอวรณ์	คืนคนดีสู่สังคม	
Photo17	นายวัฒน์ แก้วมะไฟ	การตรวจคัดกรองจอประสาทตา “เห็นภาพจอประสาทตาโอเคแล้วที่ต้องทำอะไร” ในผู้ป่วยเบาหวาน เครือข่ายบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด	230
Photo20	นางนิภา วีระกิตติกุล	คุณทวดอิมใจ ช่องปากสดใส เมื่อได้ตรวจฟัน	
Photo21	นางสาวประภาพรจำปาหอม	อย่าปล่อยมือ อย่าปล่อยมือ	231
Photo22	นางสาวจุฑามณี วงศ์รัตน์	ชีวิตยาก่อม	
Photo26	นางสุกัลยา โพธาราม	ขอตายที่บ้าน	232
Photo28	นางสุนันยา วิลาวรรณ	หมอไหว คนไข้ก็ไหว	
Photo29	นายธนพงศ์กร ไชยธรรม	1...2...ฮึบบบ!	233
Photo31	นางสาวศศิวิมลป้องเพชร	Drug for U	
Photo32	นายแพทย์สกล สิ้นธุพรหม	วิถีแห่งปฐมภูมิ	234
Photo38	นางสาวณัฐรวรลัญช์ ชัยพรมา	ข้างหลังภาพ	
Photo40	พญ.ไทยอักษร รักษาภักดี	ใกล้บ้าน ใกล้ใจ ต่อลมหายใจให้ผู้ป่วยได้กลับบ้าน	235
Photo44	นางณิชนันท์ บุญช่วย	"ภูมิใจที่ได้ดูแล"	
Photo46	นางสาวทรงศณีย์ สิรินมาตย์	"สอนให้ทำ จำให้ขึ้นใจ"	236
Photo47	นางสาวรส เหมะวนิช	กอดนี้ไม่มีข้อแม้	
Photo49	นายพิเชษฐ์ น้อยหุ่น	จิตวิญญาณเป็นมากกว่าศาสนา	237
Photo52	นางธนัชญา พูนวสิน	ส่งคนอันเป็นที่รักกลับบ้าน	
Photo53	นางสุคนธ์ พิงส์สันเทียะ	"การพยาบาลด้วยหัวใจ สุขแค่ไหนที่ได้ทำ"	238





Photo55	นายสมรักษ์ นนทพันธ์	โอกาสจะเกิดขึ้นได้ถ้าได้รับโอกาส	238
Photo56	นายสมมิตร ผื่นตะ	Poster "กอดเพื่อชาติ"	239
Photo57	นางสาวอรุณา บุญพูล	การออกกำลังกายด้วยผ้าขาวม้าในผู้สูงอายุ	
Photo58	นายธีรภัทร์ จุลเหลา	ลดโรคในชุมชน	240
Photo60	นางสาวจากรุวรรณ แป้นน้อย	เพราะเข้าถึง จึงเข้าใจ ในคุณค่าความสำคัญ งานปฐมนุญ	
Photo61	นางมัทนา ตันสกุล	เด็กฉลาด	241
Photo62	นางบุหลัน สุขเกษม	ไม่คิดว่าจะมีวันนี้	
Photo63	นางอรอนงค์ แจ็กกู	"Every crisis is an opportunity"	242
Photo64	ศูนย์แพทย์ชุมชน 3 ตำบล	ใจใกล้ใจ	
Photo67	นางสาวสุรีพร จงสมฤทธิ์ชัย	"หนักแค่ไหน ก็ไม่ท้อ"	243
Photo68	นายจิรายุทธ แสนพันธ์	ว่าด้วยหัวใจเพชร	
Photo69	นายพนานต์พงศ์ ผัดอ่อนอ้าย	พระสงฆ์สามเณรแม่สอด อาสาปราบลูกน้ำ ยุงลาย!!!	244
Photo70	นางสาวสุนารี แซ่वान	เชื่อโรคไม่เลือกเชื้อชาติ	
Photo71	นายพงษ์พรณ กาละนิโย	การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีกับการเยี่ยมบ้านด้วย ทีม 3 หมอ	245
Photo72	นางสาวเมษยาภรณ์ บึงทอง	เรื่องเล่าตอนเที่ยงของผู้ป่วยติดเตียง	
Photo74	นางสาวนิตา สาครเจริญ	"มหัศจรรย์สองพันห้าร้อยวัน"สานสัมพันธ์ สายใยรักแห่งครอบครัว	246
Photo75	นางภาเอื้ออันน์ สิริทรโสภณ	"ความภูมิใจของป้างแหวน"	
Photo76	นางอรพรรณ จิรายุกุล	"เปล่งเสียง ผ่านอักษร"	247
Photo79	นายภาณุพงศ์ สอนสุวรรณ	"เขา...เรา...เท่ากัน"	
Photo80	นายจักรพันธ์ จะเรียมพันธ์	"ราชทัณฑ์ปันสุขฯ"ยุติวัณโรค เราทำได้	248
Photo86	นางสาวณามาศ จันทาศรี	รักษาด้วยใจ ไม่แบ่งชนชั้นและศาสนา คือหัวใจ ของ PCU	
Photo87	นางสาวพะเยา พรหมดี	ความอบอุ่นใจสัมผัสได้...แม้มองไม่เห็นด้วยตา	249
Photo90	นางสาวชิดชนก ช่อมวงษ์	ฮ่วมแฮง เบ่งแง ฮักแพงกัน	
Photo93	ว่าที่ร้อยตรีณัฐภูมิ ขุนเทพ	ศาสตร์และศิลป์ของ"นักสาธารณสุข"	250
Photo94	นางกนกพร สุทธิรักษ์	ส่งด้วยรัก พุ่มพักด้วยใจ	
Photo96	นางสาวพัชรินทร์ เพาะแป้น	"โอกาสที่มีคุณค่า"	251
Photo100	นางสาวสุวรรณี ต่อติด	แม้ไม่มีดวงตา...แต่รับรู้ด้วยหัวใจ	
Photo102	นางสุภา ธนวังศรี	สายตาแห่งความหวัง	252
Photo103	นางสาววิไลวรรณ สง่าศรี	หลับให้สบายนะที่รัก	



Photo104	ขวัญเรือน วรเดชะ	ร่วมด้วยช่วยประดองผู้ป่วยขึ้นรถ Mobile	253
Photo105	นางสาวรัตนา สาธุภาค	The adventure	
Photo106	คุณรุจิรา สุภัทโรบล	สี่ขอสี่ใจ	254
Photo107	นางเนาวรัตน์ ตั้งพิมลจิตต์	หมोज่า ป่ากลัว	
Photo109	นางเยาวภา สีดอกบวบ	อุปกรณ์ช่วยเดิน 4 ขาและ 4 ขา	255
Photo110	พญ.กิตติมา เทพรังศรีกุล	ทางท่านสบายดี...ทางเรานี้ก็เป็นสุขใจ	
Photo112	นางสาวธิดารัตน์ ชาญา	สาธารณสุขรวมใจ สู้ภัยน้ำท่วม	256
Photo113	นางสาวกรปียา ลอยหา	"ประกาศ ประกาศโควิดระบอบนี้วัคซีนป้องกันเด้อค่า"	



ห้องที่ 1
นำเสนอ เพื่อความก้าวหน้า
ประเภท วิจัย



การพัฒนาแบบการดูแลผู้ต้องขังสูงอายุเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม โดยอาสาสมัครเรือนจำกลางฉะเชิงเทรา

โชคชัย กิมโสม
โรงพยาบาลพุทธโสธร

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Research and Development) วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบและศึกษาผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมโดยใช้อาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ (อสรจ.) ในผู้ต้องขังสูงอายุเรือนจำกลางฉะเชิงเทราโดยใช้กระบวนการ Participatory Action Research (PAR) และกระบวนการวงจรการควบคุมคุณภาพ (Plan Do Check Action : PDCA) ขึ้น กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งไม่มีภาวะซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อม จำนวน 30 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำที่ผ่านการอบรม 2 เดือน และการฝึกบริหารสมอง 32 ชั่วโมง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบค่าที (t-Test: Paired Two Sample for Means)

ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับรูปแบบการฝึกที่ผ่านกระบวนการ PAR ในการกำหนดรูปแบบกิจกรรมและมีการควบคุมคุณภาพทำให้ผู้สูงอายุมีความจำดีขึ้นโดยก่อนการฝึกปฏิบัติมีคะแนนเฉลี่ย 27.86 หลังการฝึกมีคะแนนเฉลี่ย 29.31 เพิ่มขึ้นร้อยละ 5.20 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = 0.05$

หลักการและเหตุผล

ภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาที่มีแนวโน้มสูงขึ้นตามจำนวนประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้นในหลายประเทศที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) เช่น ประเทศในแถบทวีปยุโรป ประเทศญี่ปุ่นและประเทศไทยปัจจุบันพบว่า มีประชาชนทั่วโลกที่มีภาวะสมองเสื่อมถึง 47 ล้านคนและคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 131 ล้านคนในปี 2550¹ ปัจจุบันประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) มาตั้งแต่พ.ศ. 2548 โดยมีประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 6.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10.0 ของประชากรทั้งหมด ในปี 2564 ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Aged Society) โดยมีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 20.0 และคาดว่าจะในปี พ.ศ. 2574 จะเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 20.0 ส่งผลให้อุปบัติการณ์และความชุกของภาวะสมองเสื่อมสูงขึ้นตามไปด้วย² จากสถิติการเกิดภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทยนั้นจะพบว่าช่วงวัยที่มีภาวะสมองเสื่อมมากที่สุดคือวัยผู้สูงอายุ โดยพบความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปถึงร้อยละ 8.1 และพบความชุกในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 9.2 และร้อยละ 6.8 ตามลำดับ ในปี พ.ศ. 2561 ประเทศไทย มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มีจำนวน 670,000 คน ซึ่งคาดว่าจะในปี พ.ศ. 2580 จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 1,350,000 คน⁴ จากสถิติข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่าภาวะสมองเสื่อมมีสถิติเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งในระดับโลกและในระดับประเทศ

จากฐานข้อมูลด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข (HDC) ณ วันที่ 8 พฤศจิกายน 2565 พบว่าในจังหวัดฉะเชิงเทรา มีผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองสมองเสื่อมจำนวน 71,640 คน คิดเป็นร้อยละ 62.02 ของผู้สูงอายุทั้งหมด พบว่ามีความผิดปกติร้อยละ 0.80 ส่วนเขตอำเภอเมืองฉะเชิงเทราผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองจำนวน 20,147 คิดเป็นร้อยละ 78.40 ของผู้สูงอายุทั้งหมด พบว่ามีความผิดปกติร้อยละ 0.40

ผู้ต้องขังสูงอายุเป็นกลุ่มหนึ่งที่ถูกกละเลยมไม่ได้รับการดูแลเท่าที่ควร นอกจากนี้ยังต้องอยู่ภายใต้กฎระเบียบ ข้อบังคับที่ตั้งขึ้นมาเพื่อบังคับใช้กับคนหมู่มาก ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ย่อมส่งผลกระทบต่อสภาพร่างกาย จิตใจ ปัจจุบันมีจำนวนของผู้ต้องขังเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องแทบจะประมาณ บุคลากร รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์ อาคารสถานที่ของทัณฑสถานมีจำกัด ซึ่งถ้าผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีสภาวะร่างกายถดถอยต้องการดูแลสุขภาพจิตใจจากคนรอบข้าง จึงมีความเสี่ยงต่อการดำเนินชีวิตประจำวันมากกว่าผู้ต้องขังในวัยอื่นเป็นอย่างมาก⁵

จากสถิติข้อมูลเรือนจำกลางฉะเชิงเทราพบผู้ต้องขังสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมประมาณปีละ 1 คน มีอาการหลงลืมไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง จำเป็นต้องมีอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำคอยประกบช่วยเหลือตลอดเวลา ซึ่งเป็นภาระในการดูแล การใช้ชีวิตประจำวัน ข้อมูลจากเรือนจำ ณ วันที่ 7 พฤศจิกายน 2565 ในเรือนจำกลางฉะเชิงเทราพบผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจำนวน 2 คนจากผู้ต้องขังสูงอายุทั้งหมด 42 คน คิดเป็นร้อยละ 4.7 จากการเก็บข้อมูลเจ้าหน้าที่พยาบาลเรือนจำกลางฉะเชิงเทราพบว่ากลุ่มผู้ต้องขังผู้สูงอายุที่ยังไม่มีอาการยังไม่เคยได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมและมีการดูแลฟื้นฟูประคับประคองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม

ผู้วิจัยเห็นความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นผู้ต้องขังที่อยู่ในทัณฑสถานซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบางที่ขาดการเข้าถึงบริการการดูแลสุขภาพโรคสมองเสื่อม ด้วยหลายๆปัจจัยทั้งองค์ความรู้ บุคลากร โอกาส และผู้ดูแลขาดความรู้ และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ จึงสนใจที่จะศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ต้องขังผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมโดยใช้อาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ(อสรจ.)ในการคัดกรอง ฟันฟูเพื่อชะลอภาวะสมองเสื่อมได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมโดยใช้อาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ (อสรจ.) ในผู้ต้องขังสูงอายุเรือนจำกลางฉะเชิงเทรา
2. เพื่อศึกษาผลของการใช้อาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ (อสรจ.) ดูแลผู้ต้องขังสูงอายุโดยใช้กระบวนการ PAR และกระบวนการวงจรการควบคุมคุณภาพ (PDCA) เพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Research and Development) โดยใช้กระบวนการแบบมีส่วนร่วม (PAR) ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำและพยาบาลประจำเรือนจำ

1. กำหนดขั้นตอน รูปแบบ โปรแกรมในการฝึกฟื้นฟูสมรรถภาพโดยมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ สภาพปัญหา ข้อจำกัดและศักยภาพของผู้เกี่ยวข้อง และใช้กระบวนการวงจรการควบคุมคุณภาพ (PDCA) เพื่อให้ได้รูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของเรือนจำ

2. อบรมอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ(อสรจ.) ให้มีความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับเรื่องสมองเสื่อม การดูแล รักษาผู้ต้องขังสูงอายุและกระบวนการฝึกอบรมเพื่อนำความรู้ที่ได้รับการถ่ายทอด ไปใช้ดูแลและฝึกอบรม อบรมการใช้วิธีการใช้แบบทดสอบสมองเสื่อม (Mini Mental State Examination – Thai : MMSE) และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (THAI GERIATRIC DEPRESSION SCALE :TGDS) และการ

ประเมินผลการทดสอบ การฝึกอบรมสมองโดยใช้กิจกรรมต่างๆ ทำการเลือกอาสาสมัครจำนวน 21 คน โดยตามความสมัครใจและพิจารณาจากคุณสมบัติเบื้องต้น

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าในครั้งนี้ เป็นกลุ่มผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์หรือมากกว่าที่ ต้องโทษในเรือนจำกลางฉะเชิงเทราจำนวน 42คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าในครั้งนี้ กลุ่มผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่ผ่านเกณฑ์ไม่มี ภาวะสมองเสื่อมและภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบทดสอบสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE) 2002 และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (TGDS) แล้วทำการคัดเลือกกลุ่มแบบง่าย (Simple Random sampling) จำนวน 30คน

กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ(อสจร.)จะคัดเลือกจากอสจร.ที่สมัครใจจะร่วมวิจัยพิจารณา คุณสมบัติขั้นพื้นฐานประกอบ เช่น ระดับการศึกษา ความสนใจ ทักษะคิดไม่พันโทษก่อนการวิจัยเสร็จสิ้น และผ่านการอบรมให้ความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อมจำนวน 21คน

กลุ่มผู้สูงอายุจะแบ่งเป็น 3 กลุ่มๆละ 10 คน โดยอสจร. 1 คนรับผิดชอบผู้สูงอายุ 2 คนฝึกอบรม สมองตามโปรแกรมด้วยกิจกรรมที่ได้ร่วมกันออกแบบระยะเวลา 8 สัปดาห์ทำการประเมินกลุ่มผู้สูงอายุ และอสจร.ทุกครั้งหลังการฝึก หลังจากฝึกครบทำการทดสอบสมองเสื่อมเพื่อประเมินผล

เครื่องมือในการศึกษาประกอบด้วย1) .แบบทดสอบสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai) 2002 (Mini-Mental State Examination–Thai version) (MMSE-Thai)ทดสอบ 6 ด้าน คือ Orientation, Registration, Attention, Calculation, Recall และ Language มีคะแนน 0 - 30 คะแนน โดยใช้เวลาในการทำแบบทดสอบประมาณ 5 - 10 นาทีเกณฑ์การประเมินผู้ทดสอบที่ไม่ได้เรียนหนังสือ จะต้องได้มากกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนนจาก 23 คะแนน(ไม่ต้องทำ 4 ข้อ) ระดับประถมศึกษาจะต้องได้ มากกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนนและระดับสูงกว่าประถมศึกษาต้องได้มากกว่าหรือเท่ากับ 22 คะแนนจาก คะแนนเต็ม 30 คะแนน 2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (TGDS) (โดยจะต้องทำการประเมินภาวะซึมเศร้า ก่อนทำประเมินแบบ MMSEประเมินภาวะซึมเศร้า (TGDS) 30 จะต้องได้คะแนนระหว่าง 0 – 12คะแนน ถือว่าไม่อยู่ในภาวะซึมเศร้า 3) แบบบันทึกพัฒนาการหลังการได้รับการบริหารสมองประกอบด้วย แบบ บันทึกการสนทนากลุ่ม (Focus group) แบบประเมินการฝึกในกลุ่มผู้สูงอายุและแบบประเมินอาสาสมัคร สาธารณสุขเรือนจำ

การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในส่วนต่างๆดังนี้ ผลการทดสอบสมอง เสื่อมก่อนและหลังการทดลองและวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบที (t- test) ,แบบบันทึก ประเมินกระบวนการขั้นตอน , แบบบันทึกสังเกตพฤติกรรมอาสาสมัครฯขณะทำการฝึกอบรมกลุ่มทดลอง, แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม (Focus group)กับอาสาสมัครฯในการประเมินรูปแบบการฝึก กิจกรรม อุปกรณ์เครื่องมือ

ได้รับการอนุมัติ โครงการวิจัยโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาล พุทธโสธร เลขที่ BSH-IRB 008/2566 วันที่รับรอง 28 เมษายน 2566 วันหมดอายุ 27 เมษายน 2567

ผลการวิจัย

1.รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมที่ตรงกับความต้องการซึ่งผู้ฝึกและจนท.ได้ร่วมกันออกแบบให้มีความเหมาะสมกับบริบทของเรือนจำและตัวผู้ต้องขังสูงอายุเมื่อนำมาใช้ฝึกบริหารสมองช่วยให้ผู้ฝึกมีความจำดีขึ้น

2.ผู้ต้องขังสูงอายุที่ได้รับการฝึกบริหารสมองเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ได้คะแนนทดสอบสมองเสื่อมก่อนการฝึกเฉลี่ยร้อยละ 27.9 และได้คะแนนทดสอบสมองเสื่อมหลังการฝึกเฉลี่ยร้อยละ 29.3 เพิ่มขึ้นร้อยละ 5.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = 0.05$

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมและเข้าร่วมการฝึกบริหารสมองตามโปรแกรมเมื่อทำการทดสอบภาวะสมองเสื่อมหลังการฝึกพบว่าผู้สูงอายุมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นมากกว่าก่อนฝึกคือได้คะแนนเฉลี่ย ร้อยละ 29.3 ซึ่งมากกว่าก่อนฝึก คือร้อยละ 27.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = 0.05$ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัยที่เมื่อผู้สูงอายุได้รับการกระตุ้นฝึกบริหารสมองจากกิจกรรมต่างๆ เช่น การฝึกการคำนวณ การออกกำลังกายบริหารสมอง การเล่นเกมที่ต้องใช้ความคิด การใช้มือข้างที่ไม่ถนัด โดยพบว่าผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มทดลองมีความจำดีขึ้นและจากการประเมินผู้ต้องขังสูงอายุขณะทำกิจกรรมในแต่ละครั้งพบว่าได้คะแนนเฉลี่ยในแต่ละด้านดังนี้ ความสามารถในการแก้ปัญหา ภารกิจที่มอบหมายสำเร็จ ความกระตือรือร้นเมื่อทำกิจกรรมการใช้เวลาทำกิจกรรมได้ตามกำหนดได้คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 97.5 , 97.9 , 97.9 และ 97.9 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ระดับสูงทั้ง 4 หัวข้อซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑามาต วงจันทร์ มยุรี ลีทองอิน และสิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์ (2561) ที่ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมบริหารสมองต่อการรู้คิดในผู้สูงอายุโดยใช้โปรแกรมการบริหารสมองการให้ความรู้และการป้องกันภาวะสมองเสื่อมร่วมกับกิจกรรมบริหารสมองและทำแบบฝึกหัดต่อเนื่องที่บ้านเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยการรู้คิดของผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรมการบริหารสมองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ ⁶

รูปแบบการฝึกบริหารสมอง การออกแบบโปรแกรมการบริหารสมองจะต้องพิจารณาเพื่อให้ได้ช่วงเวลาที่เหมาะสมเนื่องจากทางเรือนจำมีกฎระเบียบที่เคร่งครัดในการดูแลเรื่องความปลอดภัย การกำหนดช่วงระยะเวลา จำนวนชั่วโมงฝึกต่อวันมีผลในกระตุ้นสมอง ซึ่งจากการศึกษาของรินดาเจวประเสริฐพันธุ์ (2563) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการกระตุ้นการรู้คิดในผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยโดยจัดโปรแกรมการฝึก 2 ครั้งต่อสัปดาห์เป็นเวลา 8 สัปดาห์จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างพบว่าคะแนนเฉลี่ยของแบบทดสอบสมรรถภาพทางสมองของผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยหลังการได้รับโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = .001$ ⁷ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าระยะเวลา ความถี่ในการฝึกมีผลต่อการฟื้นฟูสมอง สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำมีส่วนร่วมในการฝึกโดยเป็นพี่เลี้ยงในการทำกิจกรรมต่างๆ ซึ่งจะช่วยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีความจดจ่อกับกิจกรรมที่ทำและคอยช่วยเหลือเมื่อผู้สูงอายุพบปัญหา ทำให้ผู้ฝึกสามารถทำกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ อีกทั้งช่วยเสริมแรงจากคำชมเชยเมื่อทำกิจกรรมได้สำเร็จส่งผลให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจในการฝึกกิจกรรมตามแนวคิดของ สุริศา ไชว์พันธุ์ (2555) การมีพี่เลี้ยงจะช่วยสร้างแรงจูงใจและกระตุ้นให้เกิดการ

ร่วมแรงร่วมใจในการไปให้ถึงเป้าหมายซึ่งคุณสมบัติของอสรจ.ที่เป็นพี่เลี้ยงในการฝึกมีส่วนสำคัญ จำเป็นต้องมีบุคลิกลักษณะที่เป็นกันเอง มีความสามารถในการให้คำแนะนำเมื่อเกิดปัญหา เป็นผู้สอนแนะ (Coaching) และเป็นผู้อำนวยความสะดวก (Facilitator) โดยทำหน้าที่ในการสอน และชี้แนะวิธีอีกทั้ง กระตุ้นให้ผู้สูงอายุให้ดำเนินกิจกรรมให้สำเร็จตามระยะเวลาและเป้าหมายที่กำหนด การให้คำชมเชยเมื่อ สามารถทำกิจกรรมได้บรรลุตามวัตถุประสงค์ สำหรับการฝึกที่ใช้อสรจ.หนึ่งคนดูแลรับผิดชอบผู้สูงอายุสอง คนนั้น จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแล ให้คำแนะนำอย่างใกล้ชิด อีกทั้งมีกิจกรรมบางกิจกรรมที่จะต้อง แข่งขันกันเป็นคู่เช่น การเล่นเกมหาคอสม การแข่งขันการใช้ตะเกียบคีบสิ่งของ การแข่งขันจับคู่ภาพเหมือน อสรจ.จะช่วยเป็นผู้ควบคุมการแข่งขันในการฝึกได้เป็นอย่างดี

ซึ่งจากการศึกษาโดยให้อสรจ.เป็นพี่เลี้ยงในการฝึกนั้นได้มีการทำประเมินผลการปฏิบัติงานของ อสรจ.เพื่อจะนำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงรูปแบบในการใช้อสรจ.ดูแลผู้สูงอายุ จากการประเมินพบว่าอสรจ. สามารถให้การช่วยเหลือเมื่อผู้สูงอายุเกิดปัญหาขณะฝึก มีการให้คำแนะนำเมื่อฝึกในแต่ละฐาน อสรจ. ปฏิบัติตามขั้นตอนที่กำหนดไว้และสามารถควบคุมการดำเนินกิจกรรมได้อยู่ในระดับดีมากโดยแบ่งการ ประเมินตามหัวข้อดังนี้ การช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาการให้คำแนะนำขณะฝึกปฏิบัติตามขั้นตอนที่กำหนด ไว้สามารถควบคุมการดำเนินกิจกรรมได้ได้คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 99.04 99.15 99.44 และ 99.25 ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรให้ความสำคัญกับผู้ต้องขังสูงอายุที่ถูกต้องโทษเพื่อให้ได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมโดย ให้อาสาสมัครที่ผ่านการประเมินแล้วพบความบกพร่องเรื่องความจำจะได้เข้าสู่กระบวนการเพื่อทำการรักษา/ส่งต่อ ต่อไป สำหรับกลุ่มที่ไม่พบความผิดปกติควรได้รับการฝึกโดยใช้กิจกรรมต่างๆเพื่อบริหารสมอง เป็นการ ชะลอภาวะสมองเสื่อมโดยกำหนดเป็นนโยบายให้เรือนจำทุกแห่งมีการประเมินคัดกรองในกลุ่มผู้ต้องขัง สูงอายุ

2. ส่งเสริมความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อม อาการ การรักษา/ดูแลและการป้องกันในอาสาสมัครสาธารณสุข เรือนจำเพื่อให้อาสาสมัครฯมีความรู้สามารถสังเกตพฤติกรรมของผู้ต้องขังสูงอายุที่อาจเปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากภาวะสมองเสื่อมให้ได้รับการรักษาทันที่ อีกทั้งสามารถช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เล็กน้อยให้ได้รับการฟื้นฟูโดยการบริหารสมองเพื่อชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อมไม่ให้เพิ่มมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Alzheimer's Disease International. World Alzheimer's report 2016. London: Alzheimer's Disease International (ADI); 2016.
2. ไอรดาสาปัญหา. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมและภาวะความสามารถของสมอง เบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุตำบลนาคะเพ็งอำเภอมะนังจังหวัดหนองบัวลำภู. วารสาร การแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี. 2565;30(3):378.
3. กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและป้องกันภาวะสมองเสื่อมสำหรับ เจ้าหน้าที่ “ไม่ล้มไม่ลืมไม่ซึมเศร้ากินข้าวอร่อย”. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์; 2560.

4. มหาวิทยาลัยมหิดล. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. ประชากรของประเทศไทยพ.ศ.2561. สาร
ประชากรมหาวิทยาลัยมหิดล. 2561;27:1-2.
5. สุภัทธรพิเรนฤทธิ. คุณภาพชีวิตผู้ต้องขังสูงอายุ: กรณีศึกษาเรือนจำกลางและพัฒนาสถานหญิงพิษณุโลก.
พิษณุโลก: คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2555.
6. จุฑามาศวงจันทร์, มยุรีลีทองอิน, และสิริมาศปิยะวัฒนพงศ์. ผลของโปรแกรมบริหารสมองต่อการรู้คิดใน
ผู้สูงอายุ. วารสารสภาการพยาบาล. 2561;35(2):70-84.
7. รินดาเจวประเสริฐพันธุ์. ผลของโปรแกรมการกระตุ้นการรู้คิดในผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่อง
เล็กน้อย. วารสารโรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก. 2560;15(1):42-48.
8. สุริศาไขว้พันธุ์. การศึกษาแนวทางการนำระบบพี่เลี้ยง (MENTORING SYSTEM) มาประยุกต์ใช้กับการ
พัฒนาทรัพยากรมนุษย์สายงานหลักของสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. กรุงเทพฯ: คณะศิลป
ศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล; 2555

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีก
ในเขตเทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา อำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา

ประภาพรรณ นิลศิริ
โรงพยาบาลพุทธโสธร

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความเครียด ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีก และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ระดับความเครียด การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีก รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ศึกษาระหว่างเดือนเมษายนถึงเดือนมิถุนายน 2566 กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 130 คน การวิเคราะห์ข้อมูลโดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีกส่วนใหญ่มีระดับความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.73, S.D.=0.72) ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันระดับมากร้อยละ 48.0 การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.84, S.D.=0.68) พฤติกรรมการเผชิญความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.42, S.D.=0.63) การหาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญความเครียด พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.47, p = 0.011) ส่วนปัจจัยอื่นไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.42, p = 0.033) ระดับความเครียดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.39, p = 0.045) ส่วนการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.43, p = 0.021)

ควรมีการประเมินพฤติกรรมผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีกอย่างต่อเนื่องเพื่อนำมาวางแผนการพยาบาล การให้ความช่วยเหลือแนะนำและให้ข้อมูลข่าวสารความรู้คำแนะนำเกี่ยวกับอาการและโรคของผู้ป่วย รวมทั้งการให้ข้อมูลที่ถูกต้องในการดูแลผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีกสำหรับตัวผู้สูงอายุเองและครอบครัว

หลักการและเหตุผล

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติและเกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทจากหลอดเลือดแดงในสมองตีบ อุดตัน แตก ทำให้สมองขาดเลือดมาเลี้ยงโดยสถานการณ์ของโลกพบว่า มีประชากรตายด้วยโรคนี้ประมาณปีละ 575,000 คน คิดเป็นร้อยละ 10.3 ของการตายทั้งหมด และพบว่าโรคนี้มีจำนวนผู้ป่วยใหม่ถึง 600,000-1,000,000 คนโดยประเทศไทยมีอัตราการเกิดโรคถึง 257 คนต่อประชากรแสนคน⁽¹⁾ สำหรับโรงพยาบาลพุทธโสธร พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกมีจำนวนเพิ่มขึ้นปี พ.ศ. 2563 - 2565 มีจำนวน 2,172 ราย 2,235 ราย 2,598 รายตามลำดับ โดยหนึ่งในสามของผู้ป่วยโรคนี้เสียชีวิตภายในหนึ่งเดือนหลังการเจ็บป่วยสองในสามที่เหลือจะได้รับความทุกข์ทรมานจากความพิการ ครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยจะมีภาวะบกพร่องของร่างกายที่รุนแรง ผู้ป่วยที่รอดชีวิต

จะมีความพิการเหลือน้อยมากหรือน้อยขึ้นกับตำแหน่งและชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ขนาด และระยะเวลาที่สมองเสียหายหรือถูกทำลาย¹

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความพิการร้อยละ 31.0 ต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเอง ร้อยละ 10.0 ยังต้องการความช่วยเหลือในการเคลื่อนที่ ร้อยละ 71.0 ไม่สามารถทำงานในอาชีพเดิมได้ มีเพียงร้อยละ 16.0 เท่านั้นที่ยังทำงานอาชีพได้² นอกจากอัมพาตแล้วยังมีความผิดปกติร่วม (Associate defect) มากมาย การศึกษาของ De Weerd, W.J.G.³ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 156 คน พบว่า ร้อยละ 91.0 เกิดอัมพาตของกล้ามเนื้อ ร้อยละ 25.7 เกิดปัญหาเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว ร้อยละ 19.5 มีการเปลี่ยนแปลงความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ร้อยละ 15.1 มีความผิดปกติของการทรงตัว ร้อยละ 32.0 มีอาการปากเปี้ยว ร้อยละ 19.0 พูดไม่ชัด ร้อยละ 13.0 พูดไม่ได้ ร้อยละ 1.0 ตามัวมองไม่ชัด ร้อยละ 5.5 เกิดปัญหาในการติดต่อสื่อสาร นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความผิดปกติในการรับรู้ความรู้สึก เช่น สูญเสียความรู้สึกร้อนหรือเย็น การรับรู้สัมผัส แรงกด การรับรู้ตำแหน่งของร่างกาย การรับรู้สายตา ทำให้ไม่สามารถดูแลสุขวิทยาได้อย่างเหมาะสม²

จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีกต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตของชีวิต ตกอยู่ในสภาพของการเจ็บป่วยและความรุนแรงของโรคไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่น เป็นปัจจัยก่อความเครียดแก่ผู้สูงอายุ⁴ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุมีแนวโน้มที่จะเกิดความเครียดและปัญหาทางจิตสังคมมากขึ้น⁵ การให้การดูแลช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีกให้สามารถเผชิญความเครียดจากการเจ็บป่วยที่เรื้อรังนี้ พยาบาลมีบทบาทโดยตรงในการดูแลช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีกเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปรับตัวด้านจิตสังคมได้อย่างเหมาะสม ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีก ผลที่ได้จากการศึกษานี้จะช่วยให้นักวิชาการทางการแพทย์ได้ข้อมูลเพื่อเป็นแนวทางหรือรูปแบบการวางแผนให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีกที่มีพฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมป้องกันความผิดปกติทางด้านจิตสังคม ส่งเสริมให้กระบวนการฟื้นฟูสภาพประสบผลสำเร็จส่งผลให้ผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีกดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขตามศักยภาพของผู้สูงอายุและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความเครียด ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีก
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ระดับความเครียด การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียด

การดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างประชากรเป็นผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีก จำนวน 153 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยการสุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ

อัมพาตครึ่งซีกที่ได้รับการติดตามการเยี่ยมบ้าน ระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2566 จำนวน 130 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยอ้างอิงจาก Collahan, M.^{1,2} ได้แก่ 1)แบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทยของผู้สูงอายุ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ 1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล 2.แบบประเมินระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน 3.แบบประเมินระดับความเครียดของผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีก⁴ 4. แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีก⁷ 5. แบบประเมินพฤติกรรมการเผชิญความเครียด⁸

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ 1) การหาความตรงด้านเนื้อหาของเครื่องมือ คัดเลือกไว้ใช้ได้ ข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 -1 2) ค่าความเที่ยง (Reliability) โดยวิธีวัดความคงที่ภายในด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาตามวิธีการของครอนบาค (Cronbach's a coefficient alpha) ซึ่งได้ค่าความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์ 0.82 การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์ตามข้อคำถามในแบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีก ที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน และตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสัมภาษณ์ ก่อนจบการสัมภาษณ์ทุกครั้ง

สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลวิเคราะห์การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 55.0 ผู้สูงอายุมียุเฉลี่ย 67.54 ปี อายุระหว่าง 60 – 64 ปี ร้อยละ 65.0ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 67.0 สถานภาพสมรส ร้อยละ 73.0ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 84.0 รายได้ระหว่าง 1,001 - 5,000 บาทร้อยละ 29.0 อาศัยอยู่กับครอบครัวร้อยละ99.00 จำนวนสมาชิกในครอบครัว 4-6 คน ร้อยละ 53.0 มีผู้ดูแลช่วยเหลือและใกล้ชิดที่เป็นคู่สมรส ร้อยละ 42.0 เป็นอัมพาตข้างซ้ายร้อยละ 58.0 สาเหตุของการเป็นอัมพาตส่วนมากจากหลอดเลือดสมองตีบ ร้อยละ58.0 ระดับความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =2.73,S.D.= 0.72) ร้อยละ 57.0 ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.95,S.D.=0.64) ร้อยละ 63.0การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.84, S.D.=0.68) ร้อยละ 69.0 และพฤติกรรมการเผชิญความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.42,S.D.= 0.63) ร้อยละ 58.0

การหาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญความเครียด พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.47, p = 0.011$) ส่วนระดับการศึกษา ระยะเวลาของการเป็นอัมพาต ข้างของการเป็นอัมพาตไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิตินอกจากนี้ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.42, p = 0.033$) ระดับความเครียดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($r = 0.39, p = 0.045$) ส่วนการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($r = 0.43, p = 0.021$)

การอภิปรายผล

1. ระดับความเครียดระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีกอยู่ในระดับสูง พบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างมีระดับความเครียดระดับปานกลางอาจเป็นเพราะว่าอาการอัมพาตครึ่งซีกทำให้เกิดความพิการ พุดไม่ชัด การเดินที่ไม่เป็นระเบียบการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นทำให้เกิดความเครียด สอดคล้องกับการศึกษาของปรานี มิ่งขวัญ⁹ พบว่าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรกร้อยละ 48.0 และผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพระยะหลังร้อยละ 64.0 มีความเครียดในระดับปานกลาง 2) ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของปรานี มิ่งขวัญ⁹ พบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีการพึ่งพาอยู่ในระดับต้องพึ่งพาเล็กน้อย 3) การสนับสนุนทางสังคมซึ่งได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง อาจเป็นเพราะครอบครัวดูแลเอาใจใส่ การได้รับคำแนะนำและการให้กำลังใจในการเผชิญความเครียดส่งผลให้ผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีกได้รับการสนับสนุนทางสังคม 4) พฤติกรรมการเผชิญความเครียดอยู่ในระดับปานกลางสอดคล้องกับ Palmore, E. LuiKart, C¹⁰ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างจะใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านจัดการกับปัญหามากที่สุดและช่วยลดความรู้สึกหม่นหมองทางช่วยเหลือและหมดหวังของบุคคลที่ต้องตกอยู่ในสภาพการณ์ที่รุนแรง

2. ปัจจัยส่วนบุคคล ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันระดับความเครียด การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดพบว่า 1) รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดอาจเป็นเพราะว่ารายได้เป็นปัจจัยสำคัญต่อการดำรงชีวิตผู้สูงอายุ ที่มีรายได้เพียงพอจะเป็นผู้ที่สามารถตอบสนองต่อความจำเป็นพื้นฐานในชีวิต¹⁰ ระดับการศึกษา ระยะเวลาของการเป็นอัมพาตข้างของการเป็นอัมพาตไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยโดยระดับการศึกษาของบุคคลมีผลต่อการรับรู้ การวิเคราะห์ปัญหาและหาทางเลือกในการแก้ปัญหาโดยการเรียนรู้จากประสบการณ์นำมาเผชิญภาวะเครียดที่เกิดขึ้นในปัจจุบันได้⁸ ส่วนระยะเวลาของการเป็นอัมพาต ซึ่งระยะเวลาของการเป็นอัมพาตครึ่งซีกบ่งบอกถึงการกลับคืนสภาพของร่างกายและจิตใจจากความพิการของโรค มีส่วนช่วยเปลี่ยนแปลงสภาพจิตใจของผู้ป่วยให้ดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้¹¹ 2) ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญความเครียด ถ้ามีระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันยิ่งสูงหรือต่ำจะมีการใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านจัดการกับปัญหาในความบ่อยครั้งมากขึ้นหรือน้อยลงในทิศทางเดียวกัน¹² สอดคล้องกับ Palmore, E. LuiKart, C¹⁰ ที่พบว่าการทำกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญความเครียด 3) ระดับความเครียดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญความเครียด อาจเป็นเพราะว่าเมื่อบุคคลพบกับเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ประเมินว่าก่อให้เกิดความเครียดบุคคลจะใช้เวลาเผชิญความเครียดที่มุ่งเน้นการจัดการกับอารมณ์ให้คงที่¹³ ผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยที่รุนแรงหรือมีความพิการจะมีการรับรู้ปัญหาว่าไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ถ้ามีความเครียดในระดับรุนแรงบุคคลมักจะใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียด⁽¹⁴⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของ De Weerd, W.J.G.³ พบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญความเครียด 4) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญความเครียด อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับความช่วยเหลือทั้งในด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากรมีผลต่อผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีกในการเผชิญกับความเครียดในรูปแบบความพยายามวิเคราะห์

สาเหตุของปัญหา ค้นหาวิธีที่จะนำมาแก้ไขปัญหาและกระทำการแก้ปัญหาในระดับความบ่อยครั้งที่มากขึ้น สอดคล้องกับคอบบ์¹⁵ ที่ว่าการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อพฤติกรรมและการเผชิญความเครียด ซึ่งการรับรู้การได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ การดูแลเอาใจใส่ และลดความวิตกกังวลจะทำให้ผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีก เกิดความรู้สึกอบอุ่นมีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองเป็นการลดสาเหตุของความเครียดลง

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการประเมินพฤติกรรมของผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีกอย่างต่อเนื่องเพื่อนำมาวางแผนการพยาบาลและให้ข้อมูลข่าวสารความรู้คำแนะนำเกี่ยวกับอาการและโรคของผู้ป่วยรวมทั้งการให้ข้อมูลที่ถูกต้องในการดูแลผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีกสำหรับตัวผู้สูงอายุเองและครอบครัว
2. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อหารูปแบบ หรือโครงสร้างของพฤติกรรมและการเผชิญความเครียดในกลุ่มผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีกในลักษณะของสังคม 2) ควรมีการศึกษารูปแบบของโปรแกรมการให้การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวและชุมชน และความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการเผชิญความเครียดของผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีก

เอกสารอ้างอิง

1. Collahan M. Caring for a stroke patient like me. Nursing. 2021;14(5):25-27.
2. เจียมจิตแสงสุวรรณ. โรคหลอดเลือดสมอง: การวินิจฉัยและการจัดการทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: ศิริภณท์ออฟเซ็ท; 2558.
3. De Weerd WJG, Harrison MA. Problem list of stroke patient as identified in the problem-oriented medical record. The Australian Journal of Physiotherapy. 2020;31(4):146-150.
4. Safford-F. Aging stressors of Holocaust survivors and their families. Journal of Gerontological-Social Work. 2020;24(1/2):131-153.
5. ประภาพรศิริทรัพย์. คู่มือเวชศาสตร์ฟื้นฟู. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2557.
6. Cohen S, Karmmarch T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress; 2003.
7. House JS. The nature of social support. In: Reading MA, editor. Work stress and social support. California: Addison-Wesley; 1981.
8. Jalowiec A. Psychometric results on the 2017 Jalowiec coping scale. Unpublished. Loyola University of Chicago; 2017.
9. ปราณีมีงขวัญ. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเหน็ดเหนื่อยพฤติกรรมเผชิญความเครียดกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะสุดท้าย. มหาวิทยาลัยมหิดล; 2563.
10. Palmore E, LuiKart C. Health and social factors relate to life satisfaction. Journal of Health and Social Behavior. 2020;13:68-80.
11. Schmidt EV, Smirnov VE, Ryabova VS. Results of the seven-year prospective study of stroke patients. Stroke. 2019.

12. สุธีรศักดิ์กุล. การศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อความไว้วางใจในผู้ป่วยสโตรก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2557.
13. Lazarus R, Folkman S. Stress. New York: Springer Publishing; 2018.
14. Lazarus R, Folkman S. An analysis of coping in a middle-aged community sample. Journal of Health and Behavior. 2019;21(2):219-239.
15. Cobb S. Social support as a moderator of life stress. Psychosomatic Medicine. 1976;28(5):300-314.

ประสิทธิผลของอบสมุนไพรประคบอาการปวดกล้ามเนื้อ คอ บ่า ไหล่ กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลหนองบัวลำภู

กัลยา พิมพ์พรมมา
โรงพยาบาลหนองบัวลำภู

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งการทดลอง แบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของอบสมุนไพรประคบอาการปวดกล้ามเนื้อ คอ บ่า ไหล่ กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลหนองบัวลำภูกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อ คอ บ่า ไหล่ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนไทยด้วยรหัส U 5720 โรคคลายปวดที่เข้ามารับบริการในกลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลหนองบัวลำภูใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก จำนวน 30 คนกลุ่มทดลองได้รับการประคบด้วยอบสมุนไพรที่มีส่วนผสมของสมุนไพร ได้แก่ ถั่วเขียว 400 กรัม ไพล 30 กรัม ขมิ้น 30 กรัม ผิวมะกรูด 20 กรัม ตะไคร้ 20 กรัม มีการประเมินระดับความปวด และความพึงพอใจของประสิทธิผลของอบสมุนไพรประคบอาการปวดกล้ามเนื้อ คอ บ่า ไหล่ กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลหนองบัวลำภู วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติทดสอบ Wilcoxon test, Paired T-Test

ผลการทดลองที่ได้ พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยหลังการใช้อบสมุนไพรประคบต่ออาการปวดกล้ามเนื้อ คอ บ่า ไหล่น้อยกว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการใช้อบสมุนไพรประคบต่ออาการปวดกล้ามเนื้อ คอ บ่า ไหล่ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = 0.01$

แสดงให้เห็นว่าอบสมุนไพรประคบสามารถช่วยลดอาการปวดกล้ามเนื้อ คอ บ่า ไหล่ ได้

คำสำคัญ : สมุนไพรประคบอาการปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่

หลักการและเหตุผล

ปัญหาของโรคที่เกี่ยวข้องกับกระดูกและกล้ามเนื้อ ส่งผลกระทบก่อให้เกิดมูลค่าความสูญเสียทางเศรษฐกิจมากกว่า ห้าล้านบาทต่อปี โดยโรคที่เกี่ยวข้องกับระบบกล้ามเนื้อเป็นโรคที่มีอัตราการเจ็บป่วยอยู่ในอันดับที่ 5 ของประเทศไทย จากสถิติผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคระบบกล้ามเนื้อ ในปีพุทธศักราช 2559 มีจำนวน 81,226 คน คิดเป็นอัตราป่วยต่อแสนคน เท่ากับ 135.26 เพิ่มขึ้นจากปีพุทธศักราช 2558 ที่พบผู้ป่วยโรคกระดูกและกล้ามเนื้อจำนวน 72,486 คน คิดเป็นอัตราป่วยต่อแสนคน เท่ากับ 121.93 เมื่อแยกตามบริเวณพบว่ากลุ่มโรคและอาการที่มารับบริการมากเป็นอันดับ สอง คือ กลุ่มอาการปวดหลังคอ บ่า และไหล่

จากการศึกษาของพิษณุ สุนทรปิยะพันธ์ (2563)² พบว่าอาการปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่ เป็นกลุ่มอาการที่พบบ่อยถึงร้อยละ 40.00 หากถามย้อนกลับไปใน 1 ปี กลุ่มโรคที่เกี่ยวข้องกับการปวดคอ บ่า ไหล่ มักพบมากในกลุ่มพนักงานออฟฟิศ หรือกลุ่มคนที่ต้องนั่งทำงานหน้าจคอมพิวเตอร์เป็นเวลานานๆ ซึ่งถ้าปล่อยไว้ไม่รักษา อาการก็อาจเรื้อรังจนกระทบชีวิตประจำวันได้ มีทางเลือกการรักษาโดยไม่ใช้ยา เช่น การนวดแผนไทย การประคบสมุนไพร การอบไอน้ำสมุนไพร การฝังเข็ม การครอบแก้ว รวมไปถึงการออกกำลังกาย

ยึดเหนี่ยว ที่สำคัญการประคบสมุนไพร จัดเป็นกระบวนการดูแลสุขภาพทั้งการรักษา การฟื้นฟู การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพตามศาสตร์ทางการแพทย์แผนไทย และเป็นภูมิปัญญาไทยที่มีการสืบทอดกันมา อีกทั้งกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายในการส่งเสริมการใช้แพทย์แผนไทยในระบบบริการสาธารณสุขทุกระดับประโยชน์จากการประคบสมุนไพรจะช่วยลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ เพิ่มการไหลเวียนของโลหิต เพิ่มการผ่อนคลาย ทางด้านจิตใจและลดความเครียด สมุนไพรที่นิยมทำลูกประคบ ได้แก่ โพล แก้วปุด เมื่อยลดอาการอักเสบ ขมิ้น ลดอาการอักเสบผิวหนังมะกรูด มีน้ำมันหอมระเหย แก้อาการเวียนศีรษะ ไล่ลดอาการอักเสบ วิจัยเรื่อง ผลการใช้ลูกประคบสมุนไพรลดอาการปวดเข่าในผู้สูงอายุ รพ.สต.บ้านใหม่ไชยา อำเภอบ้านนาแก้ว จังหวัดสกลนครจากการศึกษาการใช้ลูกประคบสมุนไพรวันละ 15 นาที ระยะเวลาติดต่อกัน 5 วัน ผลการประเมินความเจ็บปวด ก่อนหลังการใช้ลูกประคบสมุนไพรค่าเฉลี่ยของคะแนนของระดับ ความปวดก่อนการประคบระดับคะแนนความปวดค่าเฉลี่ย 5.3 (ปวดปานกลาง) หลังประคบระดับคะแนนความปวดลดลง ค่าเฉลี่ย 2.87 (ปวดเล็กน้อย)

จากสถิติของผู้ป่วยการปวดกล้ามเนื้อ คอ บ่า ไหล่ กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกโรงพยาบาลหนองบัวลำภู มีจำนวนผู้ป่วย เดือน ธันวาคม 2563 มีจำนวน 197 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.40 เดือนมกราคม พ.ศ. 2564 มีจำนวน 240 คน คิดเป็นร้อยละ 35.10 เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 มีจำนวน 261 ราย คิดเป็นร้อยละ 42.00⁴ ซึ่งมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาประสิทธิผลการอบสมุนไพรประคบอาการปวดกล้ามเนื้อ คอ บ่า ไหล่ กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกโรงพยาบาลหนองบัวลำภู

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของอบสมุนไพรประคบอาการปวดกล้ามเนื้อ คอ บ่า ไหล่ กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลหนองบัวลำภู โดยเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของอาการปวดกล้ามเนื้อ คอ บ่า ไหล่ ก่อนและหลังของการใช้ลูกประคบสมุนไพรประคบอาการปวดกล้ามเนื้อ คอ บ่า ไหล่

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนหลัง (One group pretest- posttest design) ใช้เวลาทดลอง 3 เดือน เก็บและรวบรวมข้อมูล เดือนเมษายน 2564 - มิถุนายน 2564

ประชากรคือประชาชนที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อ คอ บ่า ไหล่ ที่เข้ามาใช้บริการ ในกลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลหนองบัวลำภู กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 30 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดตามเกณฑ์คัดเลือกเข้าดังนี้ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์วินิจฉัยจากแพทย์แผนไทยวินิจฉัยด้วยรหัส U 5720 (โรคกล้ามเนื้อปัดขาด) มีคะแนนความปวดก่อนการทดลอง ตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไป 2) ผู้ป่วยมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ถามตอบรู้เรื่อง สามารถสื่อสารภาษาเข้าใจได้ 3) ผู้ป่วยมีความเต็มใจ และยินดีให้ความร่วมมือเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ เกณฑ์การคัดออก มีดังนี้ 1) ผู้ที่มีประวัติแพ้ยาสมุนไพรที่ใช้ในการรักษา 2) ผู้ที่มีผลบาดเจ็บหรือรอยโรคผิวหนังบริเวณคอ บ่า ไหล่ 3) ผู้ที่มีอาการปวดคอ บ่า ไหล่ รุนแรงจากการประสบอุบัติเหตุ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 2 ประเภท คือ 1)เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองประกอบด้วย ถังอบสมุนไพร มีสมุนไพรดังนี้ ไพล 30 กรัม ขมิ้น 30 กรัม ถั่วเขียว 400 กรัม ผิวมะกรูด 20 กรัม ตะไคร้ 20 กรัม 2)การเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยเพศ อายุ การศึกษา อาชีพ ข้อมูลเกี่ยวกับระยะเวลาที่ปวดแบบประเมินระดับความปวดมีความหมายดังนี้ 0-1 คือ ยอมรับได้ 2 - 3 คือ พอรับได้ 4 คือ มีอาการปวดเล็กน้อยพอทนได้ 5 คือ ปวดปานกลาง 6-7 คือ ปวดมากพอสมควร 8 - 9 คือ ปวดจนไม่อยากจะทำอะไรแบบประเมินความพึงพอใจของประสิทธิผลถังอบสมุนไพรประคบอาการปวดกล้ามเนื้อ คอ บ่า ไหล่ กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลหนองบัวลำภู ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อคำถาม คือ 1) ความพึงพอใจต่อการลดอาการปวดกล้ามเนื้อ คอ บ่า ไหล่ 2) ความพึงพอใจต่อความสะดวกในการใช้งาน 3) ความพึงพอใจต่อรูปแบบถังอบสมุนไพร 4) ความพึงพอใจต่อกลิ่นสมุนไพร 5) ความพึงพอใจต่อการนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน

การศึกษาวิจัยตามลำดับดังนี้ 1) จัดหาอุปกรณ์ได้แก่ ผ้าไหมโคร มีความทนต่อความร้อนได้ดี เข็มด้าย กรรไกร ตัวยาสุนัขไหม และไหมโครเวฟ นำถั่วเขียว ไปคั่วไฟอ่อน ๆ ร้อนพอประมาณ แล้วพักไว้ 2) ประดิษฐ์ถังอบสมุนไพรโดยการนำเอาผ้าด้ายดิบมาเย็บเป็นถุง เปิดปากถุงผ้าไว้หน้าไพล แก้วปวดเมื่อยลดการอักเสบขมิ้น ช่วยลดอาการฟกช้ำบวม ตะไคร้ แก้อาการปวดบวมตามข้อกระดูก มาผสมเมล็ดถั่วเขียวเป็นธัญพืชที่สามารถกักเก็บความร้อนได้ดีที่สุดถึง 20 นาทีบรรจุ มาใส่ในบล็อกผ้า แล้วเย็บสอยปิดให้สนิท 3) รูปแบบการใช้ถังอบสมุนไพรนำไปอบไหมโครเวฟ ความแรง 700 วัตต์ สัก 2-3 นาที ก่อนนำมาประคบนำมาทดสอบความร้อนบริเวณท้องแขน เพื่อไม่ให้ร้อนมากเกินไป จากนั้นนำไปประคบบริเวณกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่ การวางถังอบสมุนไพร บนผิวหนังในช่วงแรกของการประคบนั้นต้องทำด้วยความรวดเร็ว ไม่ประคบนานจนเกินไป เมื่อถังอบสมุนไพรคลายความร้อนลง ประมาณ 5 – 10 นาที ต่อไปใช้วางประคบเป็นระยะๆ ใช้เวลาประคบครั้งละ 20 นาที / วัน การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับคำประกาศสิทธิจากผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยผู้วิจัยได้ดำเนินการด้านจริยธรรมในการวิจัยโดยทำหนังสือถึงคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลหนองบัวลำภู จังหวัดหนองบัวลำภู เพื่อตรวจสอบและให้คำรับรองในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ โครงการวิจัยเลขที่ 10/2564 เอกสารรับรองเลขที่ 09/2564 ลงวันที่ 27 มีนาคม 2564

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 53.33 มีอายุระหว่าง 31 – 41 ปี จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 30.00 โดยมีอายุเฉลี่ย 48.33 ปี อายุต่ำสุด 23 ปี อายุสูงสุด 67 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบปริญญาตรี 14 คน คิดเป็นร้อยละ 46.67 ส่วนใหญ่มีอาชีพรับราชการ จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 46.67 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาปวดน้อยกว่า 1 เดือน 11 คน คิดเป็น ร้อยละ 36.67

พบว่าคะแนนระดับความปวดก่อนการใช้ถังอบสมุนไพรประคบ มีค่าคะแนนเฉลี่ย 7.13 (SD1.332) หลังการใช้ถังอบสมุนไพรประคบมีค่าคะแนนเฉลี่ย 4.60 (SD 1.248) ก่อนการใช้ถังอบสมุนไพรประคบและหลังการใช้ถังอบสมุนไพรประคบมีค่าคะแนนเฉลี่ยลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และผลทางสถิติ ของระดับความปวด (Pain Score) ก่อนและหลังการใช้ถุงอบสมุนไพรประคบต่ออาการปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่

Pain Score	N	Mean	SD	difference	t	P-value
ก่อนการใช้ถุงอบสมุนไพร	30	7.13	1.332			
หลังการใช้ถุงอบสมุนไพร	30	4.60	1.248	2.53	20.362	<0.001

พบว่ามีความพึงพอใจต่อการลดอาการปวดกล้ามเนื้อ คอ บ่า ไหล่ ความพึงพอใจต่อการกลืนสมุนไพร ความพึงพอใจต่อรูปแบบถุงอบสมุนไพร ความพึงพอใจต่อการนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน และมีความพึงพอใจต่อความสะดวกต่อการใช้งาน อยู่ในระดับมากรายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ค่าเฉลี่ย ร้อยละส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เกณฑ์การประเมินและการแปลผลของความพึงพอใจต่อการใช้ถุงอบสมุนไพรประคบต่ออาการปวดกล้ามเนื้อ คอ บ่า ไหล่

ความพึงพอใจต่อ	Mean	SD	แปลผล	ร้อยละ
1) การลดอาการปวดกล้ามเนื้อ คอ บ่า ไหล่	4.23	0.504	มาก	84.60
2) ความสะดวกต่อการใช้งาน	4.07	0.449	มาก	81.40
3) รูปแบบถุงอบสมุนไพร	4.10	0.305	มาก	82.00
4) กลืนสมุนไพร	4.13	0.571	มาก	82.60
5) การนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน	4.10	0.480	มาก	82.00
รวม	4.13	0.462	มาก	82.60

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างอายุระหว่าง 31 – 41 ปี ทำงานในกลุ่มคนที่ต้องนั่งทำงานหน้าจอคอมพิวเตอร์เป็นเวลานานๆ ส่งผลต่อปัจจัยทำให้เกิดอาการปวดกล้ามเนื้อ คอ บ่า ไหล่ การศึกษาพบว่าวัดค่าคะแนนความปวดก่อนการใช้ถุงอบสมุนไพรประคบอาการปวดกล้ามเนื้อ คอ บ่า ไหล่ ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ (Mean=7.13) และวัดค่าคะแนนความปวดหลังใช้ถุงอบสมุนไพรประคบอาการปวดกล้ามเนื้อ คอ บ่า ไหล่ ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ (Mean=4.60) แสดงว่าหลังใช้ถุงอบสมุนไพรค่าคะแนนเฉลี่ยมีแนวโน้มลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < 0.001$) ทั้งนี้ทั้งนั้น เป็นเพราะ ถุงอบสมุนไพรประกอบด้วยถั่วเขียวซึ่งเป็นธัญพืชที่มีความสามารถในการกักเก็บความร้อนได้ดีและนานพอ แก้วปวดเมื่อยลดการอักเสบ ขมิ้น แก้วเคล็ด ขัด ยอกตะไคร้ แก้วอาการปวดบวมตามข้อมีกลิ่นหอมช่วยในการผ่อนคลาย มะกรูด มีสรรพคุณเพิ่มความสดชื่น บรรเทาอาการเครียดความวิตกกังวล เมื่อนำถุงอบสมุนไพรไปประคบกล้ามเนื้อ คอ บ่า ไหล่ จะช่วยลดอาการปวดเกร็งกล้ามเนื้อ กระตุ้นให้เลือดลมไหลเวียนดีขึ้น กลิ่นหอมระเหยจากสมุนไพร ช่วยให้ร่างกายมีความผ่อนคลาย การวิจัยมีข้อจำกัด ต้องมีไมโครเวฟ ถั่วที่ใช้ต้องคั่วก่อนและไม่ให้รับความชื้น การวิจัยมีความสอดคล้องกับ การวิจัยของ (พรรณกาญจน์ พรหมตัน, วานิตา ยิมะยิ, อารยา ช่อ

ค่า, 2563) ผลการประคบร้อนด้วยถุงถั่วเขียวสมุนไพรในกลุ่มบุคคลที่มีอาการปวดเมื่อยผลการวิจัย พบว่า หลังการประคบร้อนด้วยถุงถั่วเขียวสมุนไพร มีระดับความปวดลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการประคบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้
 - 1.1 บุคลากรทางสุขภาพควรแนะนำผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดปวดกล้ามเนื้อ คอ บ่า ไหล่ ให้เข้ารับการรักษาโดยใช้ถุงอบสมุนไพรประคบอาการปวดกล้ามเนื้อ คอ บ่า ไหล่ แทนการรับประทานยาแผนปัจจุบันได้ ซึ่งจะช่วยลดผลข้างเคียงจากการใช้ยา
 - 1.2 ผู้บริหารควรส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการใช้ใช้ถุงอบสมุนไพรประคบอาการปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่
2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป
 - 2.1 ควรมีการเพิ่มกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้น และมีการติดตามในระยะยาวขึ้น เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยของอาการปวดกล้ามเนื้อ คอ บ่า ไหล่ก่อนและหลังของการใช้ถุงอบสมุนไพรประคบอาการปวดกล้ามเนื้อ คอ บ่า ไหล่ให้ชัดเจนมากขึ้น
 - 2.2 นำไปพัฒนาวิจัยเพิ่มเติม เกี่ยวกับถุงอบสมุนไพรประคบอาการปวดกล้ามเนื้อ คอ บ่า ไหล่ เพื่อให้เป็นผลิตภัณฑ์ที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นเป็นการพัฒนาต่อยอดองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- 1.จิตตารมณ์ มงคลแก่นทราย,อุไรวรรณ หมัดอำดัม. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผิดปกติของระบบโครงร่าง และกล้ามเนื้อในบุคลากรสำนักงาน มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์. 2560.
- 2.พิษณุ สุนทรปิยะพันธ์.บทความแพทย์เฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูโรงพยาบาลพญาไท 2. 2563.
- 3.ประภัสรา ยืนยง.วิจัยเรื่อง ผลการใช้ถุงประคบสมุนไพรลดอาการปวดเข้าในผู้สูงอายุ รพ.สต. บ้านใหม่ไชยา อำเภอนาแก้ว จังหวัดสกลนคร. 2560.
- 4.กระทรวงสาธารณสุข. *HDC v 4.0 Datacenter*. สืบค้นเมื่อ 20 มกราคม 2566
จาก<https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>

**ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยชุดบริการส่งเสริมสุขภาพรูปแบบใหม่
สำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ อ.ท่าม่วง จ.ลพบุรี**

นิโบลลิจิตติมิตวงดาวศรียากุลสันติลาภเบญจกุล
โรงพยาบาลท่าม่วงจังหวัดลพบุรี

บทคัดย่อ

อัตราความชุกภาวะเสี่ยงเป็นโรคเบาหวานของ อ.ท่าม่วง จ.ลพบุรี ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยชุดบริการส่งเสริมสุขภาพรูปแบบใหม่ สำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน (PreDM) ในหน่วยบริการปฐมภูมิ อ.ท่าม่วง จ.ลพบุรี เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experiment research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรูปแบบใหม่ในการป้องกันโรคเบาหวาน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบ Paired t-test, Two-way ANOVA with repeated measures และ Mixed effect model

ผลการศึกษา พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการลดลงของดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และคะแนนความเสี่ยงการเป็นเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ และระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p = 0.001$ ส่วนกลุ่มควบคุม หลังการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยของเส้นรอบเอวเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = 0.013$ ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ $p = 0.005$ และคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงของการเป็นเบาหวานลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ $p < 0.001$ เมื่อควบคุมความแตกต่าง ของค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงของ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว และ คะแนนความเสี่ยงของการเป็นเบาหวาน ของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ โดยพบค่าคะแนนความเสี่ยงการเป็นเบาหวานลดลงต่างจากกลุ่มควบคุม 21.6คะแนน

สรุปได้ว่าโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสามารถลดความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานลง ได้อย่างน้อย 1 ระดับ (ร้อยละ 78.1) และลดความเสี่ยงการเกิดโรคได้ถึง 3ระดับ (ร้อยละ 1.9) นอกจากนี้ โปรแกรมสามารถลดโอกาสเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงในระยะ 10 ปีลงได้ถึงร้อยละ 14.4 เมื่อจบโปรแกรมจุดเด่นของโปรแกรมนี้นี้ คือการนำเศรษฐศาสตร์พฤติกรรม (Behavioral economics) มาใช้ กับศาสตร์การปรับพฤติกรรม และการเปลี่ยนแปลงวิธีการจากการให้ สุขศึกษา (Health education) ให้ ความสำคัญกับการมุ่งเน้นทำแผนสุขภาพรายบุคคล และใช้กิจกรรมกลุ่มเพื่อลดภาระงาน

หลักการและเหตุผล

สถานการณ์ด้านสุขภาพในปัจจุบันของประเทศไทย พบว่า อัตราความชุกโรคเบาหวาน ของประชากรไทยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ โดยผลการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกายสามรอบที่ผ่านมา คือ พ.ศ.2552พ.ศ.2557 และ พ.ศ.2562 - 2563 พบความชุกของโรคเบาหวาน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.9 เป็น 8.9 และ 9.5 ตามลำดับ¹ จากฐานข้อมูล HDCของกระทรวงสาธารณสุขปี 2564 พบว่า ความครอบคลุมการคัดกรองเบาหวานในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปทำได้ดี คือร้อยละ 87.0 ของประชากรเป้าหมาย ในจำนวนนี้พบมีกลุ่มเสี่ยงเบาหวานถึง 1.8 ล้านคน ซึ่งก็ได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำ

ถึงร้อยละ 94.0 และพบเป็นผู้ป่วยเบาหวาน 40,000 คน สำหรับสถานการณ์ ในพื้นที่ อ.ท่าม่วง จ.ลพบุรี เป็นไปในทิศทางเดียวกับภาพรวมประเทศ คือ มีความครอบคลุมการคัดกรองเบาหวานในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปในปีเดียวกันนั้นได้ร้อยละ 83.8 พบกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน 2,395 คน ได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำร้อยละ 91.3 และพบเป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่ม Pre DM มีแนวโน้มที่สูงขึ้นในปี 2562 - 2564 ดังนี้ 17 ราย 32 ราย และ 66 ราย บ่งชี้ว่าประสิทธิผลของระบบการคัดกรองยังมีจำกัด ขณะเดียวกันก็มีหน่วยบริการบางแห่งที่มีการจัดโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิตเพื่อลดความเสี่ยงการเป็นเบาหวาน และดำเนินการในเฉพาะหน่วยบริการตน ยังไม่มีโปรแกรมที่นำไปใช้ในลักษณะวงกว้าง จึงทำให้อัตราความชุกของประชากรที่มีภาวะเสี่ยงโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี

ดังนั้นทางทีมวิจัยจึงได้จัดให้มีชุดบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเบาหวานรูปแบบใหม่ตามชุดบริการตั้งต้นและโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นจากทีมวิจัยส่วนกลาง โดยโปรแกรมนี้นี้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนองค์ความรู้จากประสบการณ์ต่างประเทศ และนำมาสังเคราะห์เป็นชุดบริการ^{2,3} โดยมีแนวคิดหลักประกอบด้วย ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การจัดบริการที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางโดยต้องจัดให้มีพี่เลี้ยงหรือที่ปรึกษาตามแนวคิด Health coach โดย Peer professional มีบทบาทเป็นหุ้นส่วนสุขภาพช่วยสร้างแผนดูแลสุขภาพที่มีการตัดสินใจร่วมกัน ทำการจัดโปรแกรมแบบกลุ่มย่อยเพื่ออาศัยพลังกลุ่ม ในการสร้างแรงจูงใจให้มีการเปลี่ยนพฤติกรรมและใช้หลักเศรษฐศาสตร์พฤติกรรม โดยเฉพาะการสะกิดมาใช้ในการติดตาม⁴ ทีมวิจัยได้ตระหนักและเห็นความสำคัญในการป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่ม Pre DM เพื่อช่วยลดกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่จะเกิดขึ้นในอนาคต และเป็นการลดค่าใช้จ่ายให้กับประเทศชาติต่อไปจึงได้ทำการประเมินเพื่อศึกษาถึงประสิทธิผลของตัวโปรแกรมต่อการลดความเสี่ยงการเป็นโรคเบาหวาน อ.ท่าม่วง จ.ลพบุรี ทบทวนในหน่วยรพ.สต. 5 แห่ง หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลท่าม่วง รวมทั้งหมด 6 แห่ง โดยใช้เวลาในการจัดบริการ 6 เดือน โดยมีทีมเจ้าหน้าที่สหวิชาชีพ บุคลากรสาธารณสุขระดับตำบล หรือ หมอ 2 เป็นผู้ให้บริการและติดตามตลอดการเข้าร่วมโครงการ ซึ่งมีรูปแบบและปัจจัยที่เกี่ยวข้องมีความสอดคล้องกับบริบท และการศึกษาที่ผ่านมา

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยชุดบริการส่งเสริมสุขภาพรูปแบบใหม่สำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ อ.ท่าม่วง จ.ลพบุรี

การดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experiment research) แบบสองกลุ่ม โดยวัดผลลัพธ์ก่อนและหลังการทดลองแบ่งพื้นที่เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมสำหรับกลุ่มประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน (Pre DM) ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดระหว่าง 100-125 มก./ดล. มีช่วงอายุอยู่ระหว่าง 35-59 ปี ในพื้นที่ อ.ท่าม่วง จ.ลพบุรี คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรของโคเฮน (Cohen, 1988) ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 82 ราย ได้เพิ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 30.0 ดังนั้นจะได้กลุ่มละจำนวน 107 ราย รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 214 ราย⁵ การเลือกหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นกลุ่มทดลองด้วยวิธีเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามสัดส่วนจำนวนกลุ่มเสี่ยงในอำเภอ โดยเลือกตามความพร้อม

ในการดำเนินงาน และเลือกกลุ่มควบคุมจากหน่วยบริการปฐมภูมิ ในอำเภอเดียวกัน สำหรับการสุ่มกลุ่มตัวอย่างของทั้ง 2 กลุ่มจากกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายจนครบจำนวนที่ต้องการ สำหรับกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยชุดบริการส่งเสริมสุขภาพรูปแบบใหม่สำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โดยมี 2 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นเตรียมการด้วยการเตรียมบุคลากร และ 2) การจัดบริการ โดยมีรูปแบบดังนี้

จัดบริการทั้งหมด 5 ครั้ง มีบุคลากรเป็นพี่เลี้ยงกลุ่ม ครั้งละประมาณ 1 ชั่วโมง ทุกครั้งของการเข้ากลุ่มจะมีการทำแผนรายบุคคลที่เหมาะสมกับบริบทของตน และต้องนำบทเรียนด้วยการสอบถาม และทบทวนการปฏิบัติตามแผนรอบที่ผ่านมา มีการแลกเปลี่ยนในการปฏิบัติตามแผนของแต่ละบุคคล จัดกิจกรรมกลุ่มให้มีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Interactive learning) ด้วยกระบวนการกลุ่มที่ใช้วิธีการถามเพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivation interview : MI) และการมีเพื่อนร่วมกลุ่ม (Peer group) จะเป็นสร้างสังคมที่มีบรรทัดฐานการมีพฤติกรรมเพื่อสร้างสุขภาพ โดยเนื้อสำคัญคือ การปรับวิธีการรับประทานอาหาร โดยมีทางเลือกในการแลกเปลี่ยนสารอาหารทดแทน การเพิ่มการเคลื่อนไหว และทักษะเพื่อการคงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพ โดยแต่ละครั้งเว้นระยะห่างประมาณ 2 สัปดาห์ ถึง 1 เดือน ในช่วงเวลาที่เว้นการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม วิทยากรพี่เลี้ยงประจำกลุ่ม (หมอ 2) ทำการติดตามเฝ้าดูแลผู้เข้ารับบริการให้มีการปฏิบัติตามแผนอย่างต่อเนื่องทุกวัน ผ่านทางกลุ่ม line การสะกิดถึงเป้าหมาย และสำหรับผู้ที่ไม่ smart phone จะใช้วิธีการติดตามทางโทรศัพท์ และการเยี่ยมติดตามที่บ้านตามบริบทของผู้เข้าร่วมกิจกรรมแต่ละคน สำหรับกลุ่มควบคุมได้รับบริการตามระบบปกติ

โครงการวิจัย ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฯ ในสถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ มีมติอนุมัติเลขที่ สคม.495/2565 เมื่อวันที่ 29 มิถุนายน 2565

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถามบันทึกข้อมูล ประกอบด้วยข้อมูลน้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ความดันโลหิต ความพึงพอใจต่อชุดบริการ และการเข้าร่วมโปรแกรม ส่วนกลุ่มควบคุมมีการตรวจวัดและบันทึกข้อมูลก่อนและหลังสิ้นสุดโครงการ โดยมีการวัดระดับน้ำตาลในเลือด (fasting blood sugar) ก่อนเริ่มและหลังสิ้นสุดโครงการ และประเมินความเสี่ยงการเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้แบบประเมินของ Finnish Diabetic Association ประเทศฟินแลนด์⁽⁶⁾ การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ใช้แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เป็นต้น และสถิติเชิงอนุมาน ใช้การวิเคราะห์ควบคุมความแตกต่างด้วย Paired t-test, Two-way ANOVA with repeated Measures และ Mixed effect model

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป การทดสอบทางสถิติความแตกต่างของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมพบว่า เพศ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = 0.008$ และ ระดับการศึกษา มีความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = 0.028$ ส่วนปัจจัยอื่นไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังจบโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังจบโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในช่วงเวลาเดียวกันพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ระดับน้ำตาลในเลือด และคะแนนเสี่ยง

เป็นเบาหวาน ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ ขณะที่กลุ่มควบคุมพบว่าระดับคะแนนความเสี่ยงเป็นเบาหวานที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าเฉลี่ยของเส้นรอบเอวและความดันโลหิตของกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ รายละเอียดตามตารางที่ 1 ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง ($\bar{x} \pm SD$)			กลุ่มควบคุม ($\bar{x} \pm SD$)		
	ก่อน	หลัง	p-value	ก่อน	หลัง	p-value
ดัชนีมวลกาย (kg/m^2)	26.5 $\pm$ 4.8	25.8 $\pm$ 4.7	<0.001	26.7 $\pm$ 5.1	26.6 $\pm$ 5.3	0.645
เส้นรอบเอว (cm)	89 $\pm$ 11.7	85 $\pm$ 11.0	<0.001	88.9 $\pm$ 12.0	90.6 $\pm$ 12.2	0.013
ความดันโลหิต (mmHg)	128.1 $\pm$ 16.0	127 $\pm$ 14.8	0.440	127.8 $\pm$ 14.9	132.1 $\pm$ 15.2	0.005
ระดับน้ำตาลในเลือด (mg/dl)	106.1 $\pm$ 5.8	98.5 $\pm$ 22.1	0.001	108.4 $\pm$ 7.0	105.3 $\pm$ 24.6	0.161
คะแนนความเสี่ยงการเป็นเบาหวาน	14.7 $\pm$ 3.9	9.4 $\pm$ 4.4	<0.001	14.3 $\pm$ 4.0	12.1 $\pm$ 4.9	<0.001

เมื่อเปรียบเทียบการลดลงของตัวแปรต่างๆ ระหว่างกลุ่ม 2 กลุ่ม พบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยที่ลดลงของดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และคะแนนความเสี่ยงการเป็นเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ โดยเฉพาะค่าเฉลี่ยที่ลดลงของคะแนนความเสี่ยงการเป็นเบาหวาน ต่างจากกลุ่มควบคุมมากถึง 21.6 คะแนน รายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 อัตราการลดลงของตัวแปรต่างๆ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ยที่ลดลง		ผลต่างของค่าเฉลี่ยที่ลดลง	p-value
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม		
ดัชนีมวลกาย (kg/m^2)	-2.6 $\pm$ 3.7	-0.2 $\pm$ 5.8	-2.4	<0.001*
เส้นรอบเอว (cm)	-4.3 $\pm$ 5.4	2.4 $\pm$ 9.2	-6.7	<0.001*
ความดันโลหิต (mmHg)	23.4 $\pm$ 88.7	26.4 $\pm$ 78.9	-3.0	0.793
ระดับน้ำตาลในเลือด (mg/dl)	-6.9 $\pm$ 22.2	-3.0 $\pm$ 19.5	-3.9	0.172
คะแนนความเสี่ยงการเป็นเบาหวาน	-38.1 $\pm$ 23.7	-16.5 $\pm$ 26.1	-21.6	<0.001*

ประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

พบว่าจำนวนผู้ที่พบการเปลี่ยนแปลงของระดับความเสี่ยงหลังเข้าร่วมโปรแกรม ได้อย่างน้อย 1 ระดับ (ร้อยละ 78.1) และยังมีคนที่สามารถลดความเสี่ยงได้ถึง 3 ระดับ รายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 3 การเปลี่ยนแปลงของระดับความเสี่ยงของผู้เข้าร่วมโปรแกรม

การเปลี่ยนแปลงของระดับความเสี่ยง (หลัง - ก่อน)	ระดับความเสี่ยง				
	-3	-2	-1	0	+1
จำนวนผู้เข้าร่วมโครงการ (102 ราย)	2	37	43	20	0
จำนวน (ร้อยละ)ของผู้ที่สามารถลดความเสี่ยงได้อย่างน้อย 1 ระดับ = 82 (78.1)					

เมื่อนำระดับความเสี่ยงของการเป็นเบาหวานมาประเมินโอกาสเกิดเบาหวานในระยะ 10 ปี พบว่า โอกาสเกิดโรคเบาหวานในระยะ 10 ปี ของกลุ่มเสี่ยงก่อนเข้าร่วมโปรแกรม คิดเป็นร้อยละ 23.9 หลังเข้ากิจกรรมครบ 5 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 9.5 สรุปได้ว่าโอกาสที่เกิดเบาหวานในระยะ 10 ปีมีความแตกต่าง (ก่อน-หลัง) ลดลงไปจากเดิมมากถึงร้อยละ 14.4

อภิปรายผลการวิจัย

ชุดบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเบาหวานสำหรับกลุ่มเสี่ยงมีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อควบคุมก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พิจารณาจากค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ระดับน้ำตาลในเลือด และคะแนนความเสี่ยงการเป็นโรคเบาหวานที่ลดลง นอกจากนั้นกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมมีความพึงพอใจทั้งตัวโปรแกรม ที่ทำให้เห็นผลจริงในการลดระดับน้ำตาลสามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้จริงในชีวิตประจำวัน และพึงพอใจในทีมโค้ชที่ดูแลซึ่งเป็นทีม สหวิชาชีพในพื้นที่ว่าเป็นผู้มีความรู้มีความสามารถในการถ่ายทอด มีการติดตามผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างใกล้ชิด ซึ่งผลความสำเร็จนั้นทุกรายละเอียดของกิจกรรมมีความสำคัญ ตั้งแต่การให้กลุ่มเป้าหมายวิเคราะห์ตนเอง เข้ากลุ่มเพื่อให้กลุ่มได้มีการช่วยเหลือ ดูแล แนะนำกันในกลุ่ม และระหว่างทางที่ไม่เจอกัน จะมีกลุ่ม line แลกเปลี่ยนการดูแลตนเองตามบริบท ทุกครั้งของการ เจอกัน ต้องมีการตั้งเป้าหมายของแต่ละคน มีการเพิ่มกิจกรรมที่ละเล็กละน้อย มีไม้บรรทัดวัดใจ ความพร้อมในการปฏิบัติตามแผน มีการทำข้อตกลงกับเพื่อนในกลุ่ม ส่งผลให้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสามารถลดความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานได้ลงอย่างน้อย 1 ระดับ (ร้อยละ 78.1) และยังมีคนที่สามารถลดความเสี่ยงได้ถึง 3 ระดับ นอกจากนี้โปรแกรมสามารถลดโอกาสเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานในระยะ 10 ปีลงได้ร้อยละ 14.4 เมื่อจบโปรแกรม สอดคล้องกับแนวทางการศึกษาในต่างประเทศ^(2,3) ที่พบว่าการจัดรูปแบบชุดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมสามารถลดความเสี่ยง ของการเกิดโรคเบาหวานลงได้ แสดงให้เห็นว่ากลุ่มเป้าหมายที่ผ่านกระบวนการโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนี้ สามารถเกิดกระบวนการคิด (cognitive systems) นำสู่การปฏิบัติผ่านการรับรู้ (perception) ความพึงพอใจ (preference) และสถาบัน (institution) ในที่นี้คือ กลุ่มที่มีบรรทัดฐาน และกติกาแนวปฏิบัติร่วมกัน ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางของเศรษฐศาสตร์พฤติกรรม (behavioral economics) ที่เสนอว่าเมื่อมีปัจจัยทางเลือกที่เหมาะสมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เกิดผล ในทางบวกบุคคลโดยทั่วไปจะเลือกปฏิบัติแนวทางนี้เสมอ อย่างไรก็ตาม โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่พัฒนาขึ้นและได้นำไปทดลองดำเนินการของอำเภอท่าม่วง จังหวัดลพบุรี พบว่ายังมีประเด็นที่ควรได้รับการปรับปรุงเพื่อให้เป็นมิตรกับทั้งผู้ใช้และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมากขึ้น นอกจากนั้นเพื่อให้พฤติกรรมการใช้ชีวิตที่ปรับเปลี่ยนไปแล้วให้มีความยั่งยืนควรมีกระบวนการติดตามอย่างต่อเนื่องเพื่อเป็นการกระตุ้นและสร้างแรงจูงใจ

ข้อเสนอแนะ

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่พัฒนาขึ้นและได้นำไปทดลองดำเนินการ ของ อ.ท่าม่วง จ.ลพบุรี มีประเด็นที่ควรปรับปรุง เนื่องจากพบกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจำนวนมาก ดังนั้นการดำเนินงานให้

ความครอบคลุมประชากรกลุ่มเสี่ยงมากที่สุด ควรมีการพัฒนาพี่เลี้ยงประจำกลุ่มที่มีบุคลากรด้านสาธารณสุข แต่เป็นบุคคลทั่วไปที่มีศักยภาพ สามารถเรียนรู้โปรแกรมสำเร็จรูป มีการใช้กระบวนการสร้างแรงจูงใจ และเป็นบุคคลที่พร้อมดูแลสุขภาพตนเอง จากการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่าผู้ร่วมโครงการส่วนใหญ่มีความพร้อมและมีคุณลักษณะเป็นต้นแบบในการดูแลกลุ่มแทนบุคลากรสาธารณสุขได้ โดยมีทีมสหวิชาชีพพระดบปฐมภูมิ เป็นที่ปรึกษา และให้คำแนะนำเพื่อให้โปรแกรมเป็นมิตรกับกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Aekplakorn W. (Eds) The sixth Thai National Health Examination Survey, 2019-2020. Bangkok, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University, 2021.
2. Lindström J, Louheranta A, Mannelin M, et al. The Finnish Diabetes Prevention Study (DPS): Lifestyle intervention and 3-year results on diet and physical activity. *Diabetes Care*. 2003 Dec; 26(12): 3230-6. doi: 10.2337/diacare.26.12.3230. PMID: 14633807.
3. The Diabetes Prevention Program (DPP) Research Group; The Diabetes Prevention Program (DPP): Description of lifestyle intervention. *Diabetes Care*. 2002 Dec 1; 25(12): 2165-2171. doi: 10.2337/diacare.25.12.2165.
4. Lapbenchakul S, Srithamrongsawat S, Sriratanaban J, Sornsrivichai V, Sriyagul D, Kaewkamjornchai P. A research and development program on developing a value-based health care for diabetes prevention service package and payment. Health Systems Research Institute. 2566-04.
5. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum; 1988.
6. Vandersmissen GJ, Godderis L. Evaluation of the Finnish Diabetes Risk Score (FINDRISC) for diabetes screening in occupational health care. *Int J Occup Med Environ Health*. 2015; 28(3): 587-91. doi: 10.13075/ijomeh.1896.00407. PMID: 26190733.

การพัฒนาโปรแกรมการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยจิตเภท อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี

สุอาภรณ์ ไหลพานิช
โรงพยาบาลปากเกร็ด

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ของอำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรีและเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยจิตเภท รูปแบบการศึกษาแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 30 คน และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 30 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินความรู้โรคจิตเภทสำหรับผู้ป่วยจิตเภทแบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภทแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสำหรับผู้ดูแลและแบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ดูแลวิเคราะห์ผลการศึกษาด้วยสถิติทดสอบ Paired -t-test

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยจิตเภททุกคนมีคะแนนความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ส่วนผู้ดูแลทุกคนมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$

สรุปได้ว่าโปรแกรมการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยจิตเภทมีประสิทธิภาพดีในด้านเพิ่มระดับความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล

หลักการและเหตุผล

จากการศึกษาข้อมูลอัตราการเข้าถึงบริการโรคจิตเภท ของอำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ปี 2562 – 2564 ร้อยละ 22.15, 24.24, 41.18 ตามลำดับ ซึ่งไม่ผ่านตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขตัวชี้วัดของกระทรวงคือร้อยละ 75.0 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีการกลับเป็นซ้ำ ในปี 2563 จำนวน 22 ราย ปี 2564 จำนวน 39 ราย¹ และปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จาก 138 รายในปี 2563 เป็น 256 รายในปี 2564 จากรายงานการเยี่ยมบ้าน พบว่าปัจจัยที่อาจส่งผลให้ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภทขาดความรู้ความเข้าใจในการรับประทานยา ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย อาจกลัวสังคมรังเกียจ ขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย ครอบครัวเบื่อหน่ายในการรักษา ขาดการยอมรับจากชุมชน และมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล² แพทย์ บุคลากรพยาบาลขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลัวถูกทำร้าย พยาบาลจบใหม่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้ จำเป็นต้องมีรูปแบบการดูแลที่เหมาะสมโดยเฉพาะอย่างยิ่งในการดูแลให้ผู้ป่วยสามารถอยู่กับครอบครัว ที่บ้านได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามนโยบายรัฐบาลข้อ 5 แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ระยะ 20 ปี แผนที่ 2 ซึ่งเน้นให้ครอบครัวเป็นแกนหลักในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล ลดอัตราครองเตียงและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ของอำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี
2. เพื่อเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง(Quasi-experimental research) เป็นแบบ 2 กลุ่ม เปรียบเทียบก่อน-หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตาม DSM-IV หรือ ICD-10 เคยมีประวัติขาดยาและต้องกลับไปรักษาตัวในโรงพยาบาล สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ มีอาการสงบ สามารถควบคุมตนเองและดูแลตนเองได้ โดยใช้แบบประเมินความรุนแรงทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ของกรมสุขภาพจิต³ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 30 คน และผู้ดูแลจำนวน 30 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเป็นญาติของผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลที่บ้านอย่างน้อย 6 เดือนสามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวชอาศัยอยู่ในชุมชนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของอำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี เริ่มดำเนินการวิจัยตั้งแต่ เดือน ตุลาคม 2565- เมษายน พ.ศ. 2566 รวมระยะเวลาทั้งหมด 28 สัปดาห์การศึกษาผ่านการรับรองของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรีได้รับรหัสการรับรองการวิจัยในมนุษย์คือ 23/2565 วันที่ 20 กันยายน 2565

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ชุดกิจกรรมการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยจิตเภทซึ่งดัดแปลงมาจากโปรแกรมการดูแลที่บ้านของ จีลี เจริญสรรค์และคณะ (2552)⁴ โดยเพิ่มเนื้อหาในกิจกรรมที่ 4 คือ การจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย และในกิจกรรมที่ 5 เพิ่มเนื้อหา อาการเตือน ซึ่งประกอบด้วย 6 กิจกรรม คือ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน 3) การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตภายในครอบครัว 4) การให้คำปรึกษาและ การจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย 5) อาการเตือนและการป้องกันภาวะวิกฤต ภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช และ 6) การจัดการความเครียด โดยมีการดำเนินกิจกรรม สัปดาห์ละ 2 ครั้ง (วันจันทร์และวันพุธ หรือวันอังคารและวันพฤหัสบดี) เวลาในการทำกิจกรรมครั้งละประมาณ 45- 60 นาที ณ บ้านผู้ป่วย 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกลักษณะตัวอย่าง ได้แก่ แบบประเมินความรุนแรงทางจิต: BPRS ของกรมสุขภาพจิต³ ใช้ในการประเมินผู้ป่วยเพื่อคัดเลือกเข้าร่วมวิจัยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล แบบประเมินความรู้โรคจิตเภทใช้ในการประเมินผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งพัฒนาโดย พรทิพย์ วงศ์สุบรรณและคณะ (2547)⁵ มีค่าความเชื่อมั่น (reliability) เท่ากับ 0.91 ใช้เครื่องมือนี้ในการประเมินก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองใช้ในการประเมินผู้ป่วย ซึ่งพัฒนาโดย จันทราธีระสมบูรณ์ (2543)⁶ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90 ใช้เครื่องมือนี้ประเมินก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินความรู้โรคจิตเภทสำหรับผู้ป่วยจิตเภท 3) แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภท 4) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสำหรับผู้ดูแล 5) แบบประเมินความสามารถในการ

ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ดูแล ก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผลเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามชุดเดิม

สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานสถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐานใช้สถิติทดสอบ Paired t-test

วิธีดำเนินการศึกษาประกอบด้วย 3 ระยะ ดังนี้ 1) ระยะเตรียมการทดลอง ผู้วิจัยเตรียมแบบประเมินเอกสารอุปกรณ์ที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม และฝึกทักษะเทคนิคต่างๆ ฝึกการใช้โปรแกรมการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยจิตเภทและการใช้เครื่องมือ 2) ระยะดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยคัดเลือก กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ คือ ผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 30 คน ผู้ดูแล 30คน นัดหมายผู้ป่วยและผู้ดูแล ชี้แจง วัตถุประสงค์ ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยจิตเภท 3) ระยะประเมินผลการทดลอง ผู้วิจัยประเมินผลการใช้โปรแกรมการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยจิตเภทตามแบบประเมิน (Post – test)

กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลเยี่ยมบ้านตามปกติ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และระยะเวลาการเข้าร่วมวิจัย

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง ที่เป็นกลุ่มทดลองส่วนมากร้อยละ 43.3 มีระดับการศึกษามัธยมศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 46.6 ส่วนผู้ดูแล ส่วนมากร้อยละ 46.6 มีระดับการศึกษานุปริญญา/ปวส. ระยะเวลาดูแลผู้ป่วยมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 46.6 และความสัมพันธ์ร้อยละ 26.6 คือสามีภรรยา

ผลความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ด้านความรู้ และการดูแลตนเองหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p < 0.001$ รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่1ความแตกต่างคะแนนความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทก่อนและหลังการทดลอง (n=30)

ตัวแปร	Mean	S.D.	t	df	p-value
คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคจิตเภท					
ก่อนทดลอง	10.9	2.37	7	29	<0.001
หลังทดลอง	14	1.49			
คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเอง					
ก่อนทดลอง	26.77	2.33	11.96	29	<0.001
หลังทดลอง	32.83	1.96			

ผลความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ด้านความรู้ และการดูแลผู้ป่วยจิตเวช หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p < 0.001$ รายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความแตกต่างคะแนนความรู้และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลก่อนและหลังการทดลอง (n=30)

ตัวแปร	Mean	S.D	t	df	p-value
คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคจิตเภท					
ก่อนทดลอง	8.07	2.07	14.25	29	<0.001
หลังทดลอง	15.63	2.58			
คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท					
ก่อนทดลอง	30.53	3.44	8.29	29	<0.001
หลังทดลอง	37.50	3.97			

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้ป่วยโรคจิตเภททุกคนมีความรู้โรคจิตเภทและความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รสวลีย์ ธรรมสารและชนิษฐา พิมพ์โพธิ์(2563)⁷ ที่พบว่าคะแนนความรู้หลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความรู้โรคจิตเภทและความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นเนื่องจากลักษณะของโปรแกรมการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยจิตเภท มีการให้ความรู้เกี่ยวกับ โรคจิตเภท อาการเตือน รวมถึงการให้คำปรึกษา คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในเรื่องการรับประทานยา ซึ่งในการดำเนินกิจกรรมนั้น ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเรียนรู้โดยการมีส่วนร่วม ลักษณะผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมก็พบว่าผู้ป่วยทุกคนยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง (Good insight) มีระดับอาการทางจิตน้อย ประกอบกับระดับการศึกษาของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมครั้งนี้อยู่ในระดับมัธยมศึกษา ถึงระดับปริญญาตรีนั้น อาจมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับรู้ สนใจในการเรียนรู้และมีความพร้อมในการปฏิบัติตามแผนการรักษา การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ประกอบกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านนั้น เป็นการปฏิบัติการพยาบาลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน โดยผสมผสานการดูแลบุคคล ครอบครัวในการพึ่งตนเองดูแลให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาการปรับตัวเมื่ออยู่ร่วมกับผู้อื่น ผู้ป่วยมีอิสระในการเลือก การดูแลที่เหมาะสมกับตนเอง⁸

ผู้ดูแลหลังเข้าร่วมโปรแกรม มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและคะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้นทุกคน สอดคล้องกับ การศึกษาของไพจิตร พุทธิรอด(2561)⁹ ที่พบว่าระดับคะแนนของความสามารถโดยรวม หลังพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภท สูงกว่าก่อนพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การที่ผู้ดูแลมีความรู้และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น อาจเนื่องมาจาก โปรแกรมที่ใช้ในการวิจัย มีการให้ความรู้ผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคจิตเภทในประเด็นต่างๆ มีใบงานให้ผู้ดูแลเล่าอาการของผู้ป่วย สรรวจอาการทางจิตของผู้ป่วย การสอน การสาธิตและแนะนำการใช้คู่มือ การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ผู้ดำเนินการศึกษาจะมีบทบาท การให้คำปรึกษา คำแนะนำ การแก้ปัญหา การเผชิญปัญหา การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยและการจัดการกับความเครียด ทำให้ผู้ดูแลมีทักษะในการเผชิญ

ความเครียดที่ดี สามารถลดความรุนแรงของความเครียดได้ ช่วยให้จิตใจ สงบและสุขภาพดี ส่งผลให้มีการปรับตัวดีขึ้น ทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยจิตเภทโดยติดตามประเมิน ประสิทธิภาพของโปรแกรมระยะยาว เช่น 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- 1.เวชสถิติโรงพยาบาลปากเกร็ด. สรุปผลงานประจำปีงบประมาณ 2563.เวชสถิติโรงพยาบาลปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี. 2563.
- 2.กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลปากเกร็ด. รายงานการเยี่ยมบ้านปีงบประมาณ 2563.โรงพยาบาลปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี. 2563.
- 3.กรมสุขภาพจิต.คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต. กระทรวงสาธารณสุข. 2563.
- 4.จลีเจริญสรรพและคณะ. คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสำหรับพยาบาลในชุมชน.โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. จังหวัดสุราษฎร์ธานี. 2552.
- 5.พรทิพย์วงศ์สุบรรณ, จลีเจริญสรรพ, นพรัตน์ไชยขำนิ,นิรมลโกสียพันธ์,พรประไพแขกเต้าและพรทิพย์โพธิ ประเสริฐ.ผลสำเร็จของงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านปีงบประมาณ 2540-2546 ของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์จังหวัดสุราษฎร์ธานี. กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข. 2547.
- 6.จันทร์ธิดาธรรมบุรณ์. การประเมินผลโครงการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี: โรงพิมพ์สุวรรณธร. 2543.
- 7.รศวลีธรรมสารและชนิษฐาพิมพ์โพธิ์.การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยการมีส่วนร่วมของ ครอบครัวและแกนนำ. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเปือยจังหวัดอำนาจเจริญ. 2563.
- 8.อรพรรณลือบุญธวัชชัย.การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. (พิมพ์ครั้งที่ 2).กรุงเทพมหานคร: ด่านสุทธาการพิมพ์. 2549.
- 9.ไพจิตรพุทธรอด.การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภท.วารสารวิชาการสาธารณสุข 2561;27(3):478-486.

**ประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลหลักและจิตอาสาสมัครส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี
ในชุมชนแบบมีส่วนร่วม เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองหนองบัวลำภู**

สุภาภรณ์ ปัญหาราชนิดา สาครเจริญรุ่งนภา ภูแข็ง
โรงพยาบาลหนองบัวลำภู

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (The one group pretest posttest design) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลหลักและจิตอาสาสมัครส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปีในชุมชนแบบมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักเด็ก 0-5 ปีจำนวน 50 คน และจิตอาสาสมัครส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปีจำนวน 50 คนกลุ่มทดลองได้รับการพัฒนาศักยภาพด้วยรูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลหลักและจิตอาสาสมัครส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปีในชุมชนแบบมีส่วนร่วมเป็นเวลา 2 สัปดาห์ประกอบด้วยกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องภาวะสุขภาพ พัฒนาการ อาหารและการเจริญเติบโตของเด็ก 0-5 ปี ฝึกทักษะการประเมินและกระตุ้นพัฒนาการเด็ก และการประเมินภาวะโภชนาการของเด็ก 0-5 ปี วิเคราะห์ข้อมูลหลังการทดลองด้วยสถิติทดสอบ Paired t-test

ผลการวิจัย พบว่าหลังการทดลองผู้ดูแลหลักมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปีสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ $p < 0.01$ และจิตอาสาสมัครมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปีสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ $p < 0.01$

รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลหลักและจิตอาสาสมัครส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปีในชุมชนแบบมีส่วนร่วมสามารถเพิ่มศักยภาพของผู้ดูแลหลักและจิตอาสาสมัครส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปีได้

หลักการและเหตุผล

แผนปฏิบัติการกลุ่มวัยกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2563-2565 ได้มีกลยุทธ์และมาตรการบูรณาการและประสานความร่วมมือระหว่างองค์กรระบบสาธารณสุขและกลไกในพื้นที่ พัฒนาทักษะครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.) ให้มีความรู้ในการดูแลเด็กอายุ 0-5 ปี เพื่อให้เด็กไทยสุขภาพดีและมีพัฒนาการสมวัย¹ การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศที่มุ่งเน้นการพัฒนาด้านอุตสาหกรรมมากขึ้นเกิดการอพยพแรงงานหนุ่มสาว และเด็กต้องอยู่ในความดูแลของผู้สูงอายุจากผลการคัดกรอง Social Risk พัฒนาการเด็กของระบบคลังข้อมูล กระทรวงสาธารณสุขปี 2560 พบว่า ประเทศไทยมีเด็ก 0-5 ปี อยู่ในความดูแลของปู่ ย่า ตา ยายร้อยละ 18.94 พัฒนาการสงสัยล่าช้าร้อยละ 23.09

ข้อมูลเขตสุขภาพที่ 8 มีเด็ก 0-5 ปี อยู่ในความดูแลของปู่ ย่า ตา ยายร้อยละ 26.86 มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าร้อยละ 27.13 จังหวัดหนองบัวลำภูมีเด็ก 0-5 ปีอยู่ในความดูแลของปู่ ย่า ตา ยายร้อยละ 30.61 พัฒนาการสงสัยล่าช้าร้อยละ 21.99 อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภูมีเด็ก 0-5 ปี อยู่ในความดูแลของปู่ ย่า ตา ยายร้อยละ 32.02 พัฒนาการสงสัยล่าช้าร้อยละ 18.22²

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ดูแลขาดความตระหนักขาดความรู้ความเข้าใจในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก³ ส่งผลให้เด็ก 0-5 ปีขาดโอกาสในการส่งเสริมพัฒนาการตามวัยและได้รับการดูแลที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม⁴ ดังนั้นการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลหลักให้สามารถส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปีจึงมีความสำคัญ

และจำเป็นอย่างยิ่งผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มระบบการพยาบาลแบบสนับสนุน และให้ความรู้ (Educative supportive nursing system) ประกอบด้วย การกระทำหรือทำแทน การชี้แนะ การสนับสนุน การสอน และการสร้างสิ่งแวดล้อม⁵ มาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลหลักเด็ก 0-5 ปีให้สามารถส่งเสริมพัฒนาการตามวัยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และพัฒนาศักยภาพจิตอาสา นักส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปีในชุมชนให้มีความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กสามารถเป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ดูแลหลักได้ เป็นการส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปีในชุมชน เพื่อให้เด็กมีสุขภาพดี เจริญเติบโต และมีพัฒนาการสมวัย

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลหลักและจิตอาสา นักส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปีในชุมชนแบบมีส่วนร่วม เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองหนองบัวลำภู

การดำเนินการวิจัย

เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research)แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง The one group pretest posttest design ใช้เวลาทดลอง 2 สัปดาห์

กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลหลักเด็ก 0-5 ปี จำนวน 50 คนเกณฑ์การคัดเลือกคือ 1. เป็นผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลเด็ก 0-5ปี 2. เด็กที่อยู่ในความดูแลไม่มีความพิการ 3. สามารถอ่านออกเขียนได้ 4. เป็นผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัย และเกณฑ์คัดออกคือ ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบตามกำหนดกลุ่มตัวอย่างจิตอาสา นักส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปีจำนวน 50 คน เกณฑ์การคัดเลือกคือ 1. เป็นผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ 2. สามารถอ่านออกเขียนได้ และเกณฑ์คัดออกคือ ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบตามกำหนดอาศัยอยู่ในตำบลกุดจิก อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภูโดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างภายใต้สมมติฐานตามการศึกษาของ ชูชาติ มีรอดเรือง ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กต่อความรู้การปฏิบัติของมารดาและพัฒนาการเด็กอายุ 1-3 ปีซึ่งก่อนทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้การปฏิบัติเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก $\bar{X} = 29.43$ และ $SD = 5.20$ หลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้การปฏิบัติเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเพิ่มขึ้น $\bar{X} = 33.73$ และ $SD = 3.71$ ⁶ กำหนดการทดสอบเป็น two-side ด้วยความคลาดเคลื่อนชนิดที่หนึ่ง (significance) ที่ 5เปอร์เซ็นต์และ power 90เปอร์เซ็นต์ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คนเพื่อให้ข้อมูลเพียงพอผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลเพิ่ม 10 คนรวมเป็น 50คนต่อกลุ่ม

วิธีดำเนินการทดลอง

1. ผู้วิจัยได้ประชุมชี้แจง ปรีกษาหารือ ร่วมกำหนดแนวทางการดำเนินงานร่วมกับคณะกรรมการดำเนินงานประกอบด้วย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้อำนวยการศูนย์เด็กเล็ก ผู้นำชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
2. ก่อนการทดลองผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบและให้ตอบแบบสอบถามก่อนการทดลอง

3. ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลหลัก และจิตอาสาสมัครส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี ในชุมชนแบบมีส่วนร่วมของสภากรณ์ ปัญหาราช⁷ เป็นเครื่องมือการวิจัยโดยการพัฒนาศักยภาพกลุ่มทดลองด้วยกิจกรรมการให้ความรู้และฝึกทักษะ ประกอบด้วย

3.1 สภาวะสุขภาพและพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี

3.2 สมอ การเรียนรู้และพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี

3.3 อาหาร การเฝ้าระวัง การประเมินภาวะโภชนาการและการได้รับวัคซีนของเด็ก 0-5 ปี

3.4 การส่งเสริม กระตุ้นพัฒนาการและการประเมินพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี ด้วยคู่มือ DSPM ใช้เวลา 1 วัน หลังทดลองให้จิตอาสาสมัครส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปีตอบแบบสอบถามความรู้การส่งเสริมพัฒนาการเด็กของจิตอาสาสมัครส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี

4. จิตอาสาสมัครส่งเสริมพัฒนาการเด็กออกติดตามเยี่ยมเด็ก 0-5 ปีที่อยู่ในชุมชนเพื่อให้คำแนะนำเป็นที่ปรึกษา และสนับสนุนการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปีของผู้ดูแลหลักสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดตาม 2 สัปดาห์ จากนั้นประเมินพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปีของผู้ดูแลหลัก โดยให้ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ดูแลหลักเด็ก 0-5 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย Developmental surveillance and promotion manual (DSPM)

2. สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ดูแลหลักเด็ก 0-5 ปี มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค = 0.89

2. แบบสอบถามความรู้การส่งเสริมพัฒนาการเด็กของจิตอาสาสมัครส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี มีค่าความเชื่อมั่นคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 = 0.80

เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน-กันยายน 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ดูแลหลักเด็ก 0-5 ปี และความรู้ของจิตอาสาสมัครส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปีด้วยสถิติได้แก่ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ดูแลหลักเด็ก 0-5 ปีก่อนและหลังการทดลอง เปรียบเทียบความรู้ของจิตอาสาสมัครส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปีก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติทดสอบ Paired t-test

จริยธรรมการวิจัย ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากโรงพยาบาลหนองบัวลำภู เลขที่ 07/2564

ผลการวิจัย

1. การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลหลักเด็ก 0-5 ปี

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลรวมค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปีของผู้ดูแลหลัก ก่อนและหลังการทดลอง (n = 50)

พฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี	$\bar{X}$	SD	t	df	p-value
ก่อนทดลอง	54.70	5.16	18.49	49	0.000**
หลังทดลอง	67.78	2.00			

จากตารางที่ 1 หลังการทดลองผลรวมค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปีของผู้ดูแลหลักเพิ่มขึ้น และเมื่อเปรียบเทียบผลรวมค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปีของผู้ดูแลหลักก่อนและหลังการทดลองพบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$

2. การพัฒนาศักยภาพจิตอาสาที่ส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลรวมค่าคะแนนความรู้การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปีของจิตอาสาที่ส่งเสริมพัฒนาการเด็กก่อนและหลังการทดลอง (n = 50)

ความรู้การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี	$\bar{X}$	SD	t	df	p-value
ก่อนทดลอง	32.40	1.60	10.65	49	0.000
หลังทดลอง	34.56	.76			

จากตารางที่ 2 หลังการทดลองผลรวมค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปีของจิตอาสาที่ส่งเสริมพัฒนาการเด็กเพิ่มขึ้น และเมื่อเปรียบเทียบผลรวมค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปีของจิตอาสาที่ส่งเสริมพัฒนาการเด็กก่อนและหลังการทดลองพบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ดูแลหลักเด็ก 0-5 ปีมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปีเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ และจิตอาสาที่ส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปีหลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปีเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ สอดคล้องกับการศึกษาผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้และความสามารถของมารดาในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบพบว่า มารดาในกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้มีความรู้และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น⁶ และผลการวิจัยรูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลหลักและจิตอาสาที่ส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปีในชุมชนแบบมีส่วนร่วมพบว่า ภายหลังการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลหลักเด็ก 0-5 ปี มีพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเพิ่มขึ้น จิตอาสาที่ส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปีมีความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเพิ่มขึ้น และองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นได้สนับสนุนงบประมาณในการจัดซื้อนมจัดไข่ และเกลือไอโอดีนมอบให้กับครอบครัวของเด็ก 0-5 ปีในชุมชน⁷ การวิจัยครั้งนี้องค์การบริหารส่วนตำบลกุดจิกได้สนับสนุนงบประมาณในการจัดซื้อนมจัดไข่ ปลาทูและเกลือไอโอดีนให้กับครอบครัวของเด็กอายุ

0-5 ปี รวมถึงหญิงตั้งครรภ์ในชุมชนด้วย เพื่อให้เด็ก 0-5 ปี และหญิงตั้งครรภ์ในชุมชนได้รับโปรตีนและสารไอโอดีนเพิ่มขึ้น เพราะสารไอโอดีนมีความสำคัญต่อเซลล์สมองของทารกตั้งแต่ในครรภ์จนถึงอายุ 2-3 ปี หากขาดสารไอโอดีนจะทำให้สมองเจริญเติบโตไม่เต็มที่ ลดความเฉลียวฉลาดหรือระดับสติปัญญาของเด็กได้⁹ ดังนั้นรูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลหลักและจิตอาสาสมัครส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี ในชุมชนแบบมีส่วนร่วมสามารถเพิ่มศักยภาพของผู้ดูแลหลักและจิตอาสาสมัครส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี ได้ และสามารถนำรูปแบบนี้ไปใช้เป็นต้นแบบในการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลหลักและจิตอาสาสมัครส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี ในชุมชนต่อไปได้

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาระยะยาวติดตามความยั่งยืนในการมีส่วนร่วมของชุมชน และพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี

เอกสารอ้างอิง

1. กองบริหารสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนปฏิบัติการกลุ่มวัย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2563-2565. กรุงเทพฯ: [ม.ป.พ.]; 2563.
2. HDC ระบบคลังข้อมูล กระทรวงสาธารณสุข [Internet]. นนทบุรี: สำนักงาน; 2560 [เข้าถึงเมื่อ 23 ส.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?cat_id=1ed90bc32310b503b7ca9b32af425ae5&id=890c7adff77936af39aa9c76f6c15e35
3. กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู. เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ กระทรวงสาธารณสุข รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 (5-7 มิถุนายน 2562). หนองบัวลำภู: [ม.ป.พ.]; 2562.
4. ลัดดา เหมาะสุวรรณ, วิชัย เอกพลการ, นิชรา เรื่องคารกานนท์, ปราณี ชาญณรงค์, ภาสกริ แสงสุขุณ, วาณิชย์, จิราลักษณ์ นนทารักษ์ และคณะ. สุขภาวะเด็กไทย 2553. กุมารเวชสาร 2553; 17(2): 87-88.
5. Orem DE. Nursing concept of practice. 5th ed. St Louis: Mosby; 1995.
6. ชูชาติ มีรอด. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ต่อความรู้การปฏิบัติของมารดาและพัฒนาการเด็กอายุ 1-3 ปี. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; (2550).
7. สุภาภรณ์ ปัญหาราช. รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลหลักและจิตอาสาสมัครส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี ในชุมชนแบบมีส่วนร่วม. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี 2562; 27(2): 98-108.
8. ดวงเนตร ภู่วัฒนาวณิชย์. ผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้และความสามารถของมารดาในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. วารสารการพยาบาล 2560; 19(2): 35-44.
9. โรงพยาบาลราชวิถี [Internet]. 2016 [cited 2021 June 20]. Available from: <https://www.rajavithi.go.th/rj/?p=2142>

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ โรคโควิด ของอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ สร้างได้ด้วยการเรียนรู้และแบ่งปัน

จันทร์รา สุวรรณธารณภูธรจิรา พิมพกมลวัต
โรงพยาบาลขอนแก่น

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้และแบ่งปันต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ โรคโควิด ของอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำกลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ จำนวน 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 40 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ เรื่องโรคโควิดของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน โดยใช้สถิติทดสอบ paired t-test, independent samples t-test และ Mann-Whitney U test

ผลการศึกษา พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เท่ากับ 19.33 (95 เปอร์เซ็นต์ช่วงเชื่อมั่นของความแตกต่างอยู่ระหว่าง 12.41 ถึง 26.24) และความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.002$ และ $p<0.001$ ตามลำดับ)

โปรแกรมการเรียนรู้และแบ่งปัน สามารถส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ เป็นผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากเพียงพอที่จะปฏิบัติตนด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด ได้อย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ จนเป็นสุขนิสัย และมีความเชี่ยวชาญด้านการฟัง พูด อ่าน เขียน เพื่อสื่อสารให้ตนเองและผู้ต้องขังอื่นเข้าใจ และยอมรับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของตนเองอย่างถูกต้องและ อาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำทั้ง 2 กลุ่ม มีระดับความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับโรคโควิดถูกต้องเพียงพอต่อการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพที่ดี

หลักการและเหตุผล

โควิดเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง โดยองค์การอนามัยโลกจัดให้ประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศของโลกที่ผู้ป่วยโควิดมีจำนวนมาก จากรายงานกรมควบคุมโรค (2561)¹ พบผู้ป่วยโควิดประมาณ 70,000 รายต่อปี และสถานการณ์โควิดในเรือนจำยังไม่มีแนวโน้มที่ลดลง ผู้ต้องขังเป็นกลุ่มเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคและโรคติดต่อ โดยเฉลี่ยในเรือนจำพบโรคสูงกว่าประชากรทั่วไป 7 - 10 เท่าจากการศึกษาลักษณะและผลการรักษาผู้ป่วยโรคจากเรือนจำและผู้ป่วยโรคทั่วไป ในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ของอมรรัตน์ วิริยะประสพโชค และคณะ (2560)² พบว่าอัตราการป่วยเป็นโรคในผู้ต้องขังสูงกว่าประชากรทั่วไป 3.2 เท่า จากรายงานผู้ต้องขังที่ขึ้นทะเบียนรักษาโรคของสถานพยาบาลในเรือนจำแห่งนี้ ในปี 2562 - 2565 พบอัตราป่วย 1,673.4, 680.1, 1,155.5 และ 718.3 ต่อประชากรผู้ต้องขังแสนคนตามลำดับ ซึ่งถือเป็นอัตราป่วยที่สูง ส่วนอัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยโรค ปี 2562 - 2565 มีแนวโน้มลดลงคิดเป็น ร้อยละ 97.3 , 82.9 , 89.0 และ 84.7 ตามลำดับ ถือว่าเป็นอัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยโรคที่ต่ำกว่าเป้าหมาย (มากกว่าร้อยละ 90.0) สาเหตุ

สำคัญที่ทำให้อัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคต่ำกว่าเป้าหมาย คือปัญหาเรื่องการโอนออก เนื่องจากผู้ต้องขังมีการเคลื่อนย้ายสูง การย้ายระหว่างเรือนจำเพื่อลดความแออัด การขาดยา การเข้าสู่ระบบการรักษาที่ล่าช้า และการกลับเป็นซ้ำภายในระยะเวลา 1 – 2 ปี (กรมควบคุมโรค, 2561)¹

อาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ (อสรจ.) คือผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ต้องขังที่สุด สถานพยาบาลเรือนจำแห่งนี้ จึงได้จัดอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครผู้ต้องขัง มาช่วยในการปฏิบัติงานด้านการควบคุมป้องกันวัณโรคในเรือนจำจากการสัมภาษณ์ อสรจ. พบว่า ความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรควัณโรคยังไม่ชัดเจน ไม่สามารถนำมาสื่อสารและให้สุขศึกษาแก่ผู้ต้องขังและผู้ป่วยวัณโรคได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้การค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ได้น้อย อัตราป่วยของผู้ป่วยวัณโรคเพิ่มมากขึ้น อัตราความสำเร็จในการรักษาวัณโรคต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด

การศึกษาที่ผ่านมาเช่นการศึกษาของรุ่งนภา อาระหัง (2560)⁶ พบว่า การใช้โปรแกรมการรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงทำให้เกิดความรอบรู้ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคสูงขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ เก่งสืบนุกุลณ์ (2562)⁷ ได้ใช้รูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพตามโมเดลของความรอบรู้ด้านสุขภาพทุกองค์ประกอบในการแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่น พบว่าโมเดลนี้สามารถใช้วิเคราะห์สาเหตุและใช้ในการแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่นได้ และแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2562)³ พบว่า โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องการป้องกันวัณโรคในชุมชน มีองค์ประกอบที่สำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy: HL) 6 ข้อ คือ 1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 2) ความเข้าใจ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง 5) ทักษะการจัดการตนเอง และ 6) ทักษะการเสนอทางเลือกให้ผู้อื่นหรือบอกต่อเพื่อการมีสุขภาพดี เป็นเครื่องมือสำคัญที่เหมาะสมกับความต้องการของประชาชนและชุมชนในการสร้างโอกาสการเรียนรู้ตลอดชีวิตเพื่อเพิ่มศักยภาพและความสามารถในการตัดสินใจเลือกทางเลือกที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ

ผู้วิจัย จึงได้นำแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2562)³ มาพัฒนาศักยภาพ อสรจ. ให้เป็นผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ โรควัณโรค ด้วยโปรแกรมการเรียนรู้และแบ่งปัน เพื่อให้ อสรจ. มีพฤติกรรมการป้องกันโรควัณโรคอย่างถูกต้องและเหมาะสม รวมถึงการค้นหา คัดกรอง กลุ่มเสี่ยง และนำเข้าสู่ระบบการรักษาได้รวดเร็วขึ้น เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อและลดอัตราการป่วยด้วยโรควัณโรค ส่งผลให้อัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคในเรือนจำบรรลุเป้าหมายตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้และแบ่งปัน ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ โรควัณโรค ของอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ

การดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนหลัง การทดลอง ประชากร คืออาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ จำนวน 237 คน จากการคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G*Power โดยผู้วิจัยกำหนดขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.70 ซึ่งได้จากงานวิจัยของสมัญญา มุขอาษา⁵ ได้กลุ่มตัวอย่างคือ อสรจ. จำนวน 40คน/กลุ่ม ใช้การสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling)แบบจับฉลากโดยจะสุ่มตัวอย่างเพศชาย จำนวน 30 คน/กลุ่ม เพศหญิง จำนวน 10 คน/กลุ่ม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม ผู้วิจัยประยุกต์มาจากแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง โรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ ของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2561)⁴ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของแบบสอบถาม โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ และความรู้ความเข้าใจ โรคโควิด-19 คือ 0.53 และ 0.56 ตามลำดับ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม ประกอบด้วย 3 ตอน ดังนี้ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบประเมิน ตอนที่ 2 ความรู้ด้านสุขภาพ มีลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5ระดับ และตอนที่ 3 ความรู้ ความเข้าใจ โรคโควิด-19 เป็นข้อคำถามให้เลือกตอบ และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือโปรแกรมการเรียนรู้และแบ่งปัน โดยจัดกิจกรรมให้ความรู้ ฝึกทักษะการค้นหา เปรียบเทียบและตรวจสอบข้อมูล ฝึกการอ่านและจับใจความสำคัญ การสื่อสาร การกำหนดทางเลือกและตัดสินใจ การสังเกต ประเมินและบันทึกกำกับภาวะสุขภาพตนเองรวมถึงฝึกทักษะการบอกต่อ ให้กับกลุ่มตัวอย่าง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 5 ครั้ง

การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยประเมินความรู้ และความรู้เรื่องโรคโควิด-19 ก่อน และหลังการทดลอง เพื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล 1) สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ 2) สถิติเชิงอนุมานเปรียบเทียบความรู้ ความรู้ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองด้วยใช้สถิติทดสอบpaired t-test , Independent t-testและ Mann – Whitney U testกำหนด p-value= 0.05

วิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จาก โรงพยาบาลขอนแก่น เมื่อวันที่ 15 ธันวาคม 2565เลขที่โครงการ KEF65032

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลองส่วนมากเป็นเพศชาย ร้อยละ 75.0 อายุเฉลี่ย 43.4 ปี (S.D.=6.52) สถานภาพสมรสโสดร้อยละ 82.5 จบมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.ร้อยละ 40.0 และอาชีพรับจ้างร้อยละ 37.5 กลุ่มเปรียบเทียบส่วนมากเป็นเพศชาย ร้อยละ 75.0 อายุเฉลี่ย 43.2ปี (S.D.=6.52)มีสถานภาพสมรสโสดร้อยละ 82.5 จบมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.ร้อยละ 42.5และอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 35.0 เปรียบเทียบทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพโรคโควิด-19 ก่อนและหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ

2.1 ก่อนทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคโควิด-19 อยู่ในระดับดี ($\bar{X}=134.38$, $S.D.=14.11$ และ $\bar{X}=136.00$, $S.D.=12.90$ ตามลำดับ) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคโควิด-19 ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เท่ากับ 1.63 (95เปอร์เซ็นต์ ช่วงเชื่อมั่นของความแตกต่าง -4.39 ถึง 7.64)

2.2 หลังทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคโควิด-19 อยู่ในระดับดีมาก และดี ($\bar{X}=155.68$, $S.D.=15.93$ และ $\bar{X}=136.35$, $S.D.=15.13$ ตามลำดับ) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคโควิด-19 ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เท่ากับ 19.33 (95เปอร์เซ็นต์ ช่วงเชื่อมั่นของความแตกต่างอยู่ระหว่าง 12.41ถึง 26.24)

3. เปรียบเทียบคะแนนมัธยฐานความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ก่อนและหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ

จากการเปรียบเทียบคะแนนมัธยฐานความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติทดสอบ Mann – Whitney U testพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.002$ และ $p < 0.001$ ตามลำดับ)

อภิปรายผลการวิจัย

1. จากการไม่ได้จัดกิจกรรมใด ๆ ให้กับกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าค่าเฉลี่ยของความแตกต่างของความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคโควิด-19 ก่อนทดลองน้อยกว่าหลังทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า การไม่ได้รับโปรแกรมเรียนรู้และแบ่งปัน โรคโควิด-19 ของกลุ่มเปรียบเทียบ มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคโควิด-19 ส่วนความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19พบว่าคะแนนมัธยฐานก่อนและหลังทดลอง มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.005$)สอดคล้องกับการศึกษาของสมัญญา มุขอาษา⁷ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพโดยการประยุกต์ทฤษฎีการสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่จากการประเมินผลภายในกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคปอดหลังเข้าร่วมโปรแกรมมากกว่าก่อนการทดลองแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) แสดงให้เห็นว่าอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำมีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19ถูกต้องเพียงพอต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 แต่ยังไม่สามารถถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19ไปยังผู้ต้องขังผ่านการปฏิบัติงานได้ดังนั้น ควรมีการจัดโปรแกรมเรียนรู้และแบ่งปัน โรคโควิด-19 ให้กับกลุ่มเปรียบเทียบด้วย

2. จากการจัดกิจกรรมให้ความรู้ ฝึกทักษะการค้นหา เปรียบเทียบและตรวจสอบข้อมูล ฝึกการอ่าน และจับใจความสำคัญ การสื่อสาร การกำหนดทางเลือกและตัดสินใจ การสังเกต ประเมินและบันทึกกำกับภาวะสุขภาพตนเองรวมถึงฝึกทักษะการบอกต่อ ให้กับกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของความแตกต่างของความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคโควิด-19 และคะแนนมัธยฐานของความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ก่อน

ทดลองน้อยกว่าหลังทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$, $p < 0.001$ ตามลำดับ)สะท้อนถึงความเข้าใจและความสามารถถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19ไปยังผู้ต้องขังผ่านการปฏิบัติงานได้ สถานพยาบาลเรือนจำควรส่งเสริมอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำให้เกิดการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องและร่วมปฏิบัติการกับพยาบาลในการค้นหาคัดกรอง และนำผู้ป่วยเข้าสู่การรักษาได้เร็วขึ้น เพื่อควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโรคแสดงให้เห็นว่าการจัดโปรแกรมเรียนรู้และแบ่งปัน โรคโควิด-19 ในรูปแบบของการบรรยาย การสาธิต การแสดงบทบาทสมมติ การวิเคราะห์สถานการณ์จำลอง และการฝึกทักษะการเรียนรู้ สามารถสร้างความเข้าใจและความสามารถถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19ไปยังผู้ต้องขังผ่านการปฏิบัติงานได้

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพโรคโควิด-19 และคามัธยฐานความรู้เกี่ยวกับโรค ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังทดลอง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพโรคโควิด-19 และความรู้เกี่ยวกับโรค มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ สอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งนภา อาระหงษ์^๖ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคความดันโลหิตสูง สำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อน-หลัง เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกไม่แตกต่างกัน แต่ค่าเฉลี่ยระดับความดันไดแอสโตลิกต่ำ กว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลจากการวิจัยครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการเรียนรู้และแบ่งปัน สามารถส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำเป็นผู้มีความรู้ด้านสุขภาพมากเพียงพอที่จะปฏิบัติตนด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ได้อย่างถูกต้อง และสม่ำเสมอจนเป็นสุขนิสัย และมีความเชี่ยวชาญด้านการฟัง พูด อ่าน เขียน เพื่อสื่อสารให้ตนเองและผู้ต้องขังอื่นเข้าใจและยอมรับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของตนเองอย่างถูกต้อง

ข้อเสนอแนะ

1. โปรแกรมเรียนรู้และแบ่งปัน เรื่องโรคโควิด-19 สามารถเพิ่มระดับความรู้ด้านสุขภาพได้ ส่งผลต่อการนำไปใช้ในการดูแลผู้ต้องขังป่วยโรคโควิด-19 การคัดกรองและเฝ้าระวังโรคโควิด-19
2. ควรศึกษาการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เพื่อค้นหาวรรณกรรมที่มีส่วนในการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ และหาแนวทางสร้างนวัตกรรม หรือ วิธีการใหม่ ๆ ในการคัดกรอง และติดตามดูแลผู้ต้องขังอื่น ๆ ให้เหมาะสมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครผู้ต้องขัง เพื่อค้นหาผู้มีอาการสงสัยโรคโควิด-19ในเรือนจำ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์; 2561.
2. อมรรัตน์ วิริยะประสพโชค, จินตนา งามวิทยาพงศ์-ยาโน, จิราภรณ์ วงศ์ใหญ่ และศุภเลิศ เนตรสุวรรณ. ลักษณะและผลการรักษาผู้ป่วยโรคโควิด-19จากเรือนจำและผู้ป่วยโรคทั่วไป ในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข2560; 11: 277-85.

3. กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. โปรแกรมสุกศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy:HL) เรื่องการป้องกันวัณโรคในชุมชน สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข และประชาชนกลุ่มวัยทำงาน. กรุงเทพฯ: กองสุกศึกษา กระทรวงสาธารณสุข 2562.
4. กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. การเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ฉบับปรับปรุง ปี 2561 [กลุ่มเด็กและเยาวชน และกลุ่มประชาชนอายุ 15ปีขึ้นไป. นนทบุรี: กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข2561.
5. สมัญญา มุขอาษา. การศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพโดยการประยุกต์ทฤษฎีการสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่ (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์;2559.
6. รุ่งนภา อาระหัง. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). นครปฐม: มหาวิทยาลัยคริสเตียน;2560.
7. เก่งสืบบุญการณ. การศึกษาการแก้ไขปัญหการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่นในอำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ โดยใช้รูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพ. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม2562; 13: 119-40.

ห้องที่ 1(ต่อ)
นำเสนอ เพื่อความก้าวหน้า
ประเภท R2R

ผลการศึกษาการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอำเภอเวียงน้อย จังหวัดขอนแก่น

นางลักษณ์พิมพ์ศรี
โรงพยาบาลเวียงน้อยจังหวัดขอนแก่น

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาสถานการณ์และศึกษาถึงคุณลักษณะของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่กลับเป็นซ้ำ อำเภอเวียงน้อย จังหวัดขอนแก่น โดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่กลับเป็นซ้ำและมารับการรักษาที่โรงพยาบาลเวียงน้อยตั้งแต่ปี 2563 – 2565 จำนวน 38 ราย โดยเก็บข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective study) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาค่าเฉลี่ย ร้อยละ

ผลการวิจัยพบว่าการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอำเภอเวียงน้อย จังหวัดขอนแก่น ปี 2563 – 2565 เท่ากับ 5 , 14 และ 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.3 , 12.8 และ 17.9 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างชัดเจน ส่วนมากเกิดในผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 65 ปี คิดเป็นร้อยละ 63.2 พบในเพศหญิงร้อยละ 65.8 เพศชายร้อยละ 34.2 ไม่มีโรคเรื้อรังร่วมร้อยละ 39.5 มีโรคเรื้อรังร่วม ร้อยละ 60.5 โรคร่วมส่วนใหญ่เป็น DM c HT ร้อยละ 52.2 รองลงมาคือ HT ร้อยละ 39.1 DM พบ ร้อยละ 4.3 และ DLP พบ ร้อยละ 4.3 กลุ่มที่กลับเป็นซ้ำที่มาโรงพยาบาลไม่ทันเวลาภายใน 270 นาที เป็นกลุ่มที่มีอาการแขนขาอ่อนแรง ร้อยละ 61.9 รองลงมาคือ วิงเวียนศีรษะ ร้อยละ 23.8 ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด ร้อยละ 9.5 และซึมลง ร้อยละ 4.8 ซึ่งผู้ป่วยมีอาการกลุ่มดังกล่าวอยู่แล้วทำให้เกิดอาการได้ซ้ำ พื้นที่เกิด Recurrent stroke สูงสุด 3 อันดับ ปี 2563 พบมากที่สุดในพื้นที่ตำบลท่านางแนว ร้อยละ 40.0 รองลงมาตำบลละหานนา กับตำบลทางขวาง พบร้อยละ 20.0 ปี 2564 พบมากที่สุดในพื้นที่ตำบลละหานนา กับตำบลก้านเหลือง ร้อยละ 28.6 รองลงมาตำบลท่านางแนว ร้อยละ 21.4 ตำบลท่าวัด ร้อยละ 14.3 และ ปี 2565 พบมากที่สุดในพื้นที่ตำบลก้านเหลือง กับตำบลท่าวัด ร้อยละ 26.3 รองลงมาตำบลเวียงน้อย ร้อยละ 21.0 ตำบลท่านางแนว ร้อยละ 15.8

หลักการและเหตุผล

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) หรือที่เรียกกันว่า โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นโรคที่อันตรายและฉุกเฉิน พบได้ทั้งในวัยสูงอายุและวัยทำงาน ทำให้พิการหรือเสียชีวิตได้ ซึ่งการเข้ารับการรักษาได้อย่างทันท่วงทีภายใน 270 นาที หลังพบหรือสงสัยว่ามีอาการ จะช่วยเพิ่มโอกาสการรอดชีวิตของผู้ป่วยได้และกลับมาทำงานได้อย่างปกติ โดยไม่มีความพิการเกิดขึ้น และเมื่อรักษาหายเป็นปกติแล้ว ควรหมั่นดูแลสุขภาพ ป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยง เพื่อไม่ให้โรคหลอดเลือดสมองกลับมาเป็นซ้ำได้อีก

จากรายงานการสำรวจทั่วโลก ในปี ค.ศ. 2019 พบอุบัติการณ์การเกิดโรค จำนวน 12.2 ล้านคน มีความชุกของโรค 101 ล้านคน¹ และข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก² และองค์การอนามัยโลก² พบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับที่ 2 ของโลก รองจากโรคหัวใจขาดเลือด เป็นสาเหตุของภาวะทุพพลภาพเป็นอันดับที่ 3 และจากสถิติทั่วโลก ตั้งแต่ ค.ศ. 1990 ถึง ค.ศ. 2019 พบว่ามีอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 70.0 อัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น ร้อยละ

43.0 และอัตราของภาวะทุพพลภาพเพิ่มขึ้น ร้อยละ 89.0 ในประเทศไทยนั้นพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559-2562 จำนวน 451.39, 467.46, 506.02 และ 542.54 รายต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ³ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี โดยปัจจัยหลักที่ส่งเสริมให้เกิดโรค ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 82.3 ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 56.9 และเบาหวาน ร้อยละ 27.8⁴ โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 2 ของประเทศไทย รองจากโรคมะเร็ง และจากรายงานภาวะโรคใน พ.ศ. 2562 โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทยเป็นอันดับที่ 2⁵

สถิติโรคหลอดเลือดสมองอัตราต่อประชากรแสนคน ของเขตสุขภาพที่ 7 ร้อยแก่นสารสิน ปี พ.ศ. 2563 - 2565 เท่ากับ 879.3 , 948.1 และ 1,025.1 ตามลำดับ⁶ และข้อมูลอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองของจังหวัดขอนแก่น ปี พ.ศ. 2563 - 2565 เท่ากับ 1,196.1 , 1,310.1 และ 1,404.8 ตามลำดับ⁶ จากสถานการณ์ของอำเภอแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น พบว่าการเกิดโรคหลอดเลือดสมองคิดเป็นอัตราต่อแสนประชากร ในปี 2563 - 2565 เท่ากับ 828.4 , 952.9 และ 929.9 ตามลำดับ⁶ ซึ่งจะเห็นว่าอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองในทุกะดับมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปีและพบการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอำเภอแวงน้อย จังหวัดขอนแก่นปี 2563 - 2565 เท่ากับ 5 , 14 และ 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.3 , 12.8 และ 17.9 ตามลำดับ

การกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง (Recurrent stroke) คือความผิดปกติของสมองที่มีอาการของโรคหลอดเลือดสมองตามท้องคการอนามัยโลกกำหนด และเกิดหลังการเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก (First episode of stroke) ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ รวมทั้งสะท้อนถึงคุณภาพการดูแลรักษาพยาบาล

การกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ทั้งในระยะสั้นและระยะยาวพยาธิสภาพของโรคอาจเกิดในตำแหน่งเดิมหรือตำแหน่งใหม่ของหลอดเลือดพบว่ามีร้อยละ 3.1 เสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำภายใน 30 วัน ร้อยละ 4.2 เสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำภายใน 90 วัน และร้อยละ 7.1-11.1 เสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำภายในระยะเวลา 1 ปี สำหรับประเทศไทยมีการรายงานอัตราการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยหลอดเลือดสมองขาดเลือดจำนวน 494 ราย พบว่ามีการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 80 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.2⁷

การกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสที่จะความพิการรุนแรงมากขึ้นและมีอัตราการเสียชีวิตมากกว่าผู้ที่เป้นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกและพบว่าผู้ป่วยที่เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง มีอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้นเป็น 2 เท่า และเพิ่มความพิการมากขึ้นตามจำนวนครั้งของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกซึ่งอัตราเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 56.2 ส่วนการเกิดซ้ำในครั้งที่ 3 อัตราเสียชีวิตจะสูงถึงร้อยละ 80.0 ซึ่งความชุกการเกิดเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับร้อยละ 16.0⁸ และความเสี่ยงกลับมาเป็นซ้ำจะสูงขึ้นตามระยะเวลาที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยระยะเวลาในการกลับเป็นซ้ำมีตั้งแต่ 1-5 ปี จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า อายุ เพศ การมีโรคร่วม (HT, DM , HLD) และควบคุมภาวะโรคร่วมไม่ได้ พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมกับสภาวะของโรค รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ ไม่ไปตรวจตามนัด ไม่ออกกำลังกาย ขาดความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนของโรค และมีแรงสนับสนุนจากครอบครัวในระดับต่ำเป็นปัจจัยส่งผลต่อการเกิดเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือด

เลือดสมองรวมทั้งการตระหนักรู้ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและแหล่งสนับสนุนด้านชุมชน มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง^๑

จากสถานการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองของอำเภอเวียงน้อย จังหวัดขอนแก่น พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปีและพบว่าบางรายกลับเป็นซ้ำ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาสถานการณ์และศึกษาถึงคุณลักษณะของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่กลับเป็นซ้ำ อำเภอเวียงน้อย จังหวัดขอนแก่น เพื่อนำผลการวิจัยมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอำเภอเวียงน้อย จังหวัดขอนแก่นต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาสถานการณ์การกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และคุณลักษณะของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่กลับเป็นซ้ำ อำเภอเวียงน้อย จังหวัดขอนแก่น

การดำเนินการวิจัย

การศึกษครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยเก็บข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective study) จากเวชระเบียนผู้ป่วยและโปรแกรม HOSxP ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่กลับเป็นซ้ำและมารับการรักษาที่โรงพยาบาลเวียงน้อยตั้งแต่ปีงบประมาณ 2563 – 2565 จำนวน 38 ราย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาค่าเฉลี่ย ร้อยละ

ผลการวิจัย

พบว่าเกิดโรคหลอดเลือดสมองของอำเภอเวียงน้อย จังหวัดขอนแก่นคิดเป็นอัตราต่อประชากรแสนคน ปี 2563 – 2565 เท่ากับ 828.4 952.9 และ 929.9 ตามลำดับ และพบการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอำเภอเวียงน้อย จังหวัดขอนแก่นปี 2563 – 2565 เท่ากับ 5, 14 และ 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.3 , 12.8 และ 17.9 ตามลำดับส่วนมากพบในเพศหญิงร้อยละ 60.0, 64.3 และ 68.4 ตามลำดับ ส่วนมากอายุมากกว่า 65 ปี ร้อยละ 80.0 และ 78.6 ส่วนปี 2565 พบในคนอายุน้อยกว่า 65 ปี ร้อยละ 52.6 ส่วนมากในปี 2563 ไม่มีโรคร่วมร้อยละ 60.0 แต่ปี 2564 - 2565 พบมีโรคร่วมร้อยละ 64.3 และ 63.2 ตามลำดับ และมาโรงพยาบาลทันเวลาภายใน 270 นาทีลดลงจากร้อยละ 80.0, 42.9 และ 36.8 ตามลำดับ

โดยโรคร่วมที่พบมากที่สุดในปี 2563 - 2564 คือความดันโลหิตสูง ร้อยละ 66.7 และ 44.4 ส่วนปี 2565 พบมากคือโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงร้อยละ 58.3 รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงกลุ่มโรคร่วมของผู้ป่วย Recurrent stroke ปี 2563-2565

ปีงบประมาณ	จำนวนผู้ป่วย Recurrent Stroke ที่มีโรคเรื้อรังร่วมด้วย ราย (ร้อยละ)	กลุ่มโรคร่วม			
		DM c HT ราย (ร้อยละ)	HT ราย (ร้อยละ)	DM ราย (ร้อยละ)	DLP ราย (ร้อยละ)
2563	3 (60.0)	1 (33.3)	2(66.7)	0 (0.0)	0 (0.0)
2564	9 (64.3)	4(44.4)	4(44.4)	0(0.0)	1 (11.1)
2565	12 (63.2)	7(58.3)	3(25.0)	2 (16.7)	0 (0.0)
รวม	24 (63.2)	12 (50.0)	9(37.5)	2 (8.3)	1 (4.2)

กลุ่มอาการ ปี2563 พบมาโรงพยาบาลมากที่สุดด้วยอาการปากเบี้ยวพูดไม่ชัดร้อยละ 100.0 ปี 2564 แขนขาอ่อนแรงร้อยละ 50.0 และเพิ่มขึ้นในปี 2565 ร้อยละ 75.0 รายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงกลุ่มอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย Recurrent stroke ที่มา รพ.ไม่ทันภายใน 270 นาที ปี 2563-2565

ปีงบประมาณ	จำนวน Recurrent Stroke ที่มารพ.ไม่ทันภายใน 270 นาทีราย (ร้อยละ)	อาการและอาการแสดงของกลุ่มที่มา รพ.ไม่ทันภายใน 270 นาที			
		แขนขาอ่อนแรง ราย (ร้อยละ)	วิงเวียนศีรษะ ราย (ร้อยละ)	ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด ราย (ร้อยละ)	ซึมลง ราย (ร้อยละ)
2563	1 (20.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1(100.0)	0 (0.0)
2564	8 (57.1)	4 (50.0)	3 (37.5)	0 (0.0)	1 (12.5)
2565	12 (63.2)	9 (75.0)	2 (16.7)	1 (8.3)	0 (0.0)
รวม	21 (55.3)	13 (61.9)	5 (23.8)	2 (9.5)	1(4.8)

การกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอำเภอบางน้อย จังหวัดขอนแก่น มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างชัดเจน พื้นที่เกิด Recurrent stroke สูงสุด 3 อันดับปี 2563 พบมากที่สุดในพื้นที่ตำบลท่านางแนว ร้อยละ 40.0 รองลงมาตำบลละหานนา กับตำบลทางขวาง พบร้อยละ 20.0 ปี 2564 พบมากที่สุดในพื้นที่ตำบลละหานนา กับตำบลก้านเหลือง ร้อยละ 28.8 รองลงมาตำบลท่านางแนว ร้อยละ 21.4 ตำบลท่าวัด ร้อยละ 14.3 และ ปี 2565 พบมากที่สุดในพื้นที่ตำบลก้านเหลือง กับตำบลท่าวัด ร้อยละ 26.3 รองลงมาตำบลบางน้อย ร้อยละ 21.0 ตำบลท่านางแนว ร้อยละ 15.8 และพบว่ากลับเป็นซ้ำครั้งที่ 1 ภายใน 1 ปี ร้อยละ 10.5 ภายใน 1 – 5 ปี ร้อยละ 86.8 และมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 2.6

อภิปรายผลการวิจัย

การกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอำเภอบางน้อย จังหวัดขอนแก่นปี 2563 – 2565 เท่ากับ 5 , 14 และ 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.3 , 12.8 และ 17.9 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างชัดเจน

ส่วนมากเกิดในผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 65 ปี คิดเป็นร้อยละ 63.2 พบในเพศหญิงร้อยละ 65.8 เพศชายร้อยละ 34.2 ไม่มีโรคเรื้อรังร่วมร้อยละ 39.5 มีโรคเรื้อรังร่วม ร้อยละ 60.5 โรคร่วมส่วนใหญ่เป็น DM c HT ร้อยละ 52.17 รองลงมาคือ HT ร้อยละ 39.1 DM พบ ร้อยละ 4.3 และ DLP พบ ร้อยละ 4.3 กลุ่มที่กลับเป็นซ้ำที่มารักษาพยาบาลไม่ทันเวลาภายใน 270 นาที เป็นกลุ่มที่มีอาการแขนขาอ่อนแรง ร้อยละ 61.9 รองลงมาคือ วิงเวียนศีรษะ ร้อยละ 23.8 ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด ร้อยละ 9.5 และซึมลง ร้อยละ 4.8 ซึ่งผู้ป่วยมีอาการกลุ่มดังกล่าวอยู่แล้วทำให้สังเกตอาการได้ช้า ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของกันยารัตน์ บัญชานนท์ ทิพา ต่อสกุลแก้ว และศากุล ช่างไม้ (2565)^๑ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน ซึ่งพบว่า พฤติกรรมการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับ เพศระดับการศึกษา อาชีพ ช่วงเวลาของการเปลี่ยนผ่าน การตระหนักรู้ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและแหล่งสนับสนุนด้านชุมชน แต่การตระหนักรู้ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำมากกว่าแหล่งสนับสนุนด้านชุมชน

จากการศึกษาสถานการณ์การกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและคุณลักษณะของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่กลับเป็นซ้ำ อำเภอเวียงชัย จังหวัดขอนแก่นจึงได้วางแผนในการแก้ไขปัญหาและลดอุบัติการณ์การกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง โดยจะเน้นไปที่กลุ่มผู้สูงอายุ มีโรคร่วม/โรคประจำตัว โดยจะต้องควบคุมโรคร่วม/โรคประจำตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติตามมาตรฐานในแต่ละโรคจึงจะช่วยอุบัติการณ์การกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลงได้และควรให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองให้ตระหนักและเฝ้าระวังอาการฉุกเฉินและความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องรีบส่งตัวมาที่โรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วทันเวลาเพื่อลดความรุนแรงของโรคและลดความพิการ ผู้ป่วยที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองแล้ว จะมีความเสี่ยงที่อาจจะกลับมาเป็นซ้ำได้มากกว่าคนปกติ การรักษาและป้องกันโรคหลอดเลือดสมองไม่ให้กลับมาเป็นซ้ำ จะต้องลดและควบคุมปัจจัยเสี่ยง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวานซึ่งจะต้องเข้ารับการติดตามการรักษาต่อเนื่องเพราะต้องรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดหรือยาละลายลิ่มเลือด โดยยามีฤทธิ์ด้านการจับกันของเกล็ดเลือดไม่ให้เกิดลิ่มเลือดไปอุดตันหลอดเลือดสมอง เพื่อป้องกันการเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลสามารถช่วยปรับพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้โดยส่งเสริมการตระหนักรู้ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และแหล่งสนับสนุนด้านชุมชน
2. การกลับเป็นซ้ำส่วนมากจะเกิดในช่วง 1-5 ปี ดังนั้นควรลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะอย่างยิ่งการควบคุมความดันโลหิตลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอและกระตุ้นให้มีการเลิกบุหรี่ทั้งในผู้ชายและผู้หญิง
3. กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังควรมีการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองพร้อมมีการประเมินว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงระดับใดเพื่อจะได้ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคการป้องกันมิให้เกิดโรคเมื่อเกิดโรคจะทำอย่างไรเพื่อให้เข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็ว

4.ควรมีการวางแผนศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อจะได้หาแนวทางปฏิบัติในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- 1.สุปรียา สนธิ , ฐิติธัญญา นพคุณและจุไรรัตน์ ดวงจันทร์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมารับบริการรักษา
ทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันในโรงพยาบาลหัวหิน. วารสาร
วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี, 5(3)กันยายน - ธันวาคม 2565.
- 2.World Stroke Organization. (2019). World Stroke Organization (WSO) Annual report
2019. Retrieved 20 June 2023, from <http://www.world-stroke.org>
- 3.กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรคกองโรคไม่ติดต่อ. (2562). อัตราป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมอง.สืบค้นเมื่อ 20 มิถุนายน2566, จาก <https://www.thaincd.com>
- 4.ทรัพย์ทวี หิรัญเกิด, พรภัทรา แสนเหลาและกมลรัตน์ พรสว่าง. (2564).การพัฒนากระบวนการดูแล
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในตำบลบ้านโนสอ อำเภอกอนสวรรค์
จังหวัดชัยภูมิ. วารสารพยาบาล, 70(4), 34-43
- 5.สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ แผนงานพัฒนาดัชนีภาระโรคแห่งประเทศไทย.
(2566). การสูญเสียปีสุขภาวะ(Disability-Adjusted Life Years : DALYS). บริษัทแฮนด์
เพรส จำกัด.
- 6.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. (2566). HDC v4.0 Datacenter. สืบค้นเมื่อ 20 มิถุนายน
2566, จาก<http://www.kkpho.go.th>
- 7.ปิยะนันท์ เต็มพร้อมและคณะ. (2564).ความชุกของระดับความเสี่ยงสูงของการกลับเป็นซ้ำและปัจจัยที่มี
ความสัมพันธ์ต่อระดับความเสี่ยงสูงของการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด
เฉียบพลัน.วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอกปีที่ 32 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม 2564
- 8.กันยารัตน์ บัญชานนท์,ทิพา ต่อสกุลแก้ว และศากุล ช่างไม้. (2565). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม
ป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน.วารสาร
พยาบาล,71(3),54-62,2565

ห้องที่ 2

นำเสนอเพื่อประกวด
ประเภทงานวิจัย

ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวาน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

มนสิชา เวิร์นัต

โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ถูกสุ่มแบบเป็นระบบ เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 35 คน เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โดยประยุกต์แนวทางการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุของมานาโพอและห่อง กิจกรรมประกอบด้วยการอบรมเชิงปฏิบัติการและให้ความรู้ทางแอปพลิเคชันไลน์ มีระยะเวลา 6 สัปดาห์ 2) คู่มือความรู้ด้านสุขภาพกับการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวาน 3) แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบ t test

ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = .01$

หลักการและเหตุผล

องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศโดยถือเป็นโรคระบาดใหญ่² ประเทศไทยรายงานสถานการณ์โรค ซึ่งผู้ที่เสียชีวิตมีประวัติมีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานมากที่สุด³ ข้อมูลของจังหวัดพระนครศรีอยุธยาณ ถึงวันที่ 5 มกราคม พ.ศ. 2565 พบผู้ติดเชื้อสะสมจำนวนสะสม 47,821 คน เป็นผู้สูงอายุจำนวน 1,340 คน (ร้อยละ 2.8) พบผู้ป่วยเสียชีวิต จำนวน 401 คน เป็นผู้สูงอายุโรคเบาหวานถึง 297 คน (ร้อยละ 74)⁴ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา และเครือข่าย บริการปฐมภูมิทำการแก้ปัญหาแต่ผลลัพธ์ยังไม่ดีเท่าที่ควร⁴ ดังนั้นการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพให้กับผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ต้องเพิ่มทักษะให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานสามารถควบคุมพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และควบคุมโรคเบาหวานได้ด้วย⁹

แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย (1) ระดับพื้นฐานได้แก่ ทักษะ การฟัง พูด อ่าน และเขียน ซึ่งเป็นทักษะที่จำเป็น และ (2) ระดับการปฏิสัมพันธ์ ได้แก่ ทักษะในการสื่อสาร การเลือกใช้ข้อมูล การจำแนกข้อมูลข่าวสาร การใช้ข้อมูลข่าวสารในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และ (3) ระดับวิจารณ์ญาณ ได้แก่ ทักษะใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์¹⁶ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานพบว่า โรคประจำตัว ระยะเวลาที่ป่วยและอายุที่มากขึ้น

ส่งผลทำให้เกิดข้อผิดพลาดในการสื่อสารด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการสื่อสารสองทางกับบุคลากรทางสุขภาพ นอกจากนี้งานวิจัยโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ พบว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ซึ่งอาจมาจากข้อจำกัดแต่ละบุคคล^{6,8,10} ส่วนที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า อายุที่มากขึ้น โรคประจำตัว ประสบการณ์ และสื่อออนไลน์ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{5, 11,12}

ดังนั้นการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวาน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จึงมีความจำเป็น โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ¹⁵ เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ได้แก่ 1) ระดับพื้นฐาน และ 2) ระดับการปฏิสัมพันธ์ กำหนดกิจกรรมเพื่อพัฒนาความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อพัฒนาทักษะในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานตามบริบทที่เหมาะสม

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

การดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิด 2 กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest - posttest design)

ประชากรเป็นผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ ที่รับการรักษาในเครือข่ายโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 1,767 คน

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ จากหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา อำเภอพระนครศรีอยุธยา เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 35 คน โดยจับคู่ อายุ ระดับการศึกษา ระดับน้ำตาลในเลือด และระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานอายุอยู่ระหว่าง 60-70 ปี สื่อสารและอ่านหนังสือภาษาไทยได้ ใช้โทรศัพท์แบบสมาร์ตโฟน ช่วยเหลือตนเองได้ดี และสมัครใจเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันระหว่างเข้าร่วมโครงการ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลระยะเวลา 6 สัปดาห์โดยมีกิจกรรมตามโปรแกรมฯ วัดรัตนไชย อำเภอพระนครศรีอยุธยา กลุ่มเปรียบเทียบให้ความรู้และใช้โปรแกรมฯ หลังจากเสร็จสิ้นโครงการ

ขั้นตอนการวิจัยสัปดาห์ที่ 1 อบรมเชิงปฏิบัติการ ประเมินภาวะสุขภาพ ร่วมกับการบรรยาย สัปดาห์ที่ 2 อบรมเชิงปฏิบัติการ จัดกิจกรรมเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และฝึกทักษะตามโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพสัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมการให้ความรู้ผ่านเครื่องมือสื่อสาร ผ่านไลน์ แอปพลิเคชัน สัปดาห์ที่ 4 อบรมเชิงปฏิบัติการ จัดกิจกรรมฝึกทักษะตามโปรแกรมฯ สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมการ

ให้ความรู้ผ่านเครื่องมือสื่อสาร ผ่านไลน์แอปพลิเคชันสัปดาห์ที่ 6อบรมเชิงปฏิบัติการ สรุปลักษณะผู้วิจัย ประเมินผลและสรุปลักษณะ

ได้รับการอนุมัติจริยธรรมในมนุษย์ โดยมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธราช เลขที่ NS 21/2564 ลงวันที่ 17 ธันวาคม 2564 ถึง 17 ธันวาคม 2565

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

ความรู้ด้านสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (n = 35)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 35)			t	p
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019และโรคเบาหวาน (20 ข้อ)								
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	9.54	5.15	น้อย	8.17	4.16	น้อย	1.224	.225
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	17.00	1.62	ดี	10.57	4.40	น้อย	8.095	.001*
2. ทักษะการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร (3ข้อ)								
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	2.11	1.02	ดี	1.28	.75	น้อย	3.865	<.001*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	2.40	.60	ดี	1.14	1.08	น้อย	5.975	<.001*
3. ทักษะการใช้ข้อมูลข่าวสาร (13ข้อ)								
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	7.20	2.43	น้อย	3.54	1.73	น้อย	9.146	<.001*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	11.34	2.53	ดี	3.40	1.66	น้อย	11.064	<.001*
4. ความสามารถในการสื่อสาร (20ข้อ)								
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	7.60	6.32	น้อย	5.74	6.39	น้อย	1.22	.226
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	17.17	3.05	ดี	5.77	5.57	น้อย	10.605	<.001*
5. ทักษะในการตัดสินใจเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และโรคเบาหวาน (8 ข้อ)								
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	2.31	2.43	น้อย	3.54	1.01	น้อย	-2.757	.008*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	6.68	2.17	ดี	3.14	1.35	น้อย	8.169	<.001*
ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม (64ข้อ)								
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	26.45	11.51	น้อย	24.60	9.67	น้อย	.731	.468
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	53.45	5.27	ปานกลาง	24.45	8.64	น้อย	16.940	<.001*

*p-value<.01 จากตารางที่ 1 พบว่าค่าเฉลี่ยโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุโรคเบาหวานของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019ของผู้สูงอายุโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	กลุ่มทดลอง (n = 35)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 35)			t	p
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
1. ด้านการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (10 ข้อ)								
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	3.13	.83	ปานกลาง	3.23	.77	ปานกลาง	-.504	.616
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	4.45	.48	มาก	3.17	.69	ปานกลาง	8.865	<.001*
2. ด้านการรับประทานอาหาร (5 ข้อ)								
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	2.78	.59	ปานกลาง	3.09	.31	ปานกลาง	-2.707	.009*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	3.62	.54	มาก	2.84	.44	ปานกลาง	6.580	<.001*
3. ด้านการออกกำลังกาย (5 ข้อ)								
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	2.01	.97	น้อย	1.98	.87	น้อย	.103	.918
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	3.26	.98	ปานกลาง	2.55	.87	ปานกลาง	3.181	.002
4. ด้านจัดการความเครียด (5 ข้อ)								
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	3.17	1.46	ปานกลาง	2.68	.79	ปานกลาง	1.723	.089
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	3.93	.58	มาก	2.56	.59	ปานกลาง	9.718	<.001*
5. ด้านการรับประทานยารักษาโรคเบาหวาน (5 ข้อ)								
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	3.58	.91	มาก	3.57	.54	มาก	.063	.950
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	4.33	.45	มาก	2.68	.58	ปานกลาง	13.213	<.001*
พฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยรวม (30 ข้อ)								
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	2.97	.70	ปานกลาง	2.96	.42	ปานกลาง	.021	.984
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	4.01	.36	มาก	2.83	.48	ปานกลาง	11.518	<.001*

* $p\text{-value} < .01$ จากตารางที่ 2 พบว่าผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน พบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การอภิปรายผลการวิจัย

หลังการเข้าร่วมโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพ สอดคล้องกับแนวคิดที่ประยุกต์การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุของมานาโฟและห่อง¹⁵ กลุ่มทดลองมีความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม เพิ่มขึ้นจากระดับน้อยเป็นระดับปานกลาง และรายด้านได้แก่ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และโรคเบาหวาน ทักษะการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ทักษะการใช้ข้อมูลข่าวสาร ความสามารถในการสื่อสาร การส่งเสริมความสามารถในการตัดสินใจเพื่อการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และโรคเบาหวาน ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01อธิบายได้ว่า กลุ่มทดลองมีความมั่นใจ และดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และควบคุมโรคเบาหวานดีขึ้นโดยกิจกรรมการให้ความรู้อย่างใกล้ชิด ติดตามสอบถามภายในกลุ่มไลน์ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่เข้าโปรแกรม แสดงความคิดเห็น และคลายข้อสงสัยของตนเอง โดยกิจกรรมประกอบด้วย การชมวิดีโอ การบรรยาย แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มย่อย รวมทั้งการใช้การสื่อสารผ่านแอปพลิเคชันไลน์ การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ พบว่า การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ การได้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ ความเข้าใจ ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพ ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และ

การบอกต่อข้อมูลสุขภาพ ติดตามประเมินผลตอบโต้ทางไลน์ ดีกว่าก่อนทดลอง⁹ สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยการใช้กิจกรรมฝึกทักษะการเข้าถึงข้อมูลและการรู้เท่าทันสื่อการรู้และจดจำประเด็นเนื้อหาสำคัญในการอ่านข้อความ กิจกรรมฝึกทักษะการจัดการเงื่อนไขสุขภาพ หลังการทดลองผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มทดลองมีความรู้ด้านสุขภาพดีขึ้นและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ^{6,8} อย่างไรก็ตามเนื่องจากเป็นผู้สูงอายุ มีข้อจำกัดในการจำและนำไปปฏิบัติได้ทั้งหมด ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรเพิ่มกิจกรรมการเยี่ยมติดตามในโปรแกรม เพื่อประเมินผลรายบุคคลและให้ครอบครัวมีส่วนร่วม

ผลของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยรวมเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับมาก และกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยรวมดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = .01$ อธิบายได้ว่า กิจกรรมตามโปรแกรมฯ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกายด้านการจัดการความเครียดและด้านการรับประทานยา ทั้งหมดส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และสามารถควบคุมโรคเบาหวานได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองในการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 ผู้สูงอายุมีค่าคะแนนเฉลี่ยหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม¹⁴ นอกจากนี้จากการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่คุมระดับน้ำตาลไม่ได้และมีภาวะแทรกซ้อนไต พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรายข้อดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{10,13} อย่างไรก็ตามมีข้อจำกัดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และโรคเบาหวาน ดังนั้นการปรับวิธีการฝึกทักษะดังกล่าวซึ่งเป็นเรื่องใหม่จึงมีความสำคัญเพื่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. สามารถนำไปใช้กับผู้สูงอายุโรคเบาหวานในหน่วยงานอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกันแต่ควรปรับปรุงกิจกรรมการเยี่ยมบ้านติดตามเพื่อประเมินผล และพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพให้ดีขึ้น
2. ประยุกต์ใช้ในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มโรคเรื้อรังอื่น เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Disease Control. Coronavirus Disease Prevention and Control Guide 2019, Bangkok: Agricultural cooperative printing demonstrations; 2020.
2. Guan W, et al. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. N Engl J Med. 2020;382(18):1708-20.
3. Chidnayee S. Nursing are people with diabetes: nurses' role in pandemic of COVID-19. Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal. 2021;14(1):30-46.

4. Kulsoontorn K, Wingpatand K. ChotBodeeratGuidelines for caring the elderly duringaCOVID-19 pandemic. Journal of Roi KaensarnAcademi. 2021;6(11):288-302
5. Maneein N,Duangchindal. Perception of self-care capability and prevention of coronavirus 2019 (Covid-19) among elderly people, U Thong District, Suphanburi Province.Community Health Council Journal. 2020;3(2):1-18.
- 6.KlarobR,et al. The effect of health literacy program forUncontrolledtype 2 diabetes mellitus patients. Journal of The Royal Thai ArmyNurses. 2021;22(3)
- 7.ArtsanthiaJ,et al. Direction of health care in pandemic of covid 19 in newnormal of community nurses. Journal of The Royal Thai ArmyNurse.2022;23(1):5764.
8. Saentech P, Laem Lak P. Effectiveness of the health literacy development program Foruncontrolled type 2 diabetes patients, Mae Puem Subdistrict, Mueang District PhayaoProvince. Health Education Journal Faculty of Medicine University of Phayao
- 9.ChoojaiR,et al.Effects of a health literacy enhancement program forCOVID-19 prevention on health literacy and prevention behavior of COVID-19 among villagehealth volunteers in Don Tako Sub-district, Ratchaburi Province.The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2020;8(1):250-62.
- 10.TechaboonyaR,et al. Effects of health literacy peoplewith DM at risk of chronic kidney disease. Journal of for Health and Nursing Research. 2020;37(2):50-62.
- 11.NawakaningR,et al.Health behaviors accordingtothe 3A 2S principle of the elderly in Narathiwat province under thecoronavirus 2019 epidemic situation.Journal of Nursing, Ministryof Public Health. 2021;31(2):68-80.
12. Boontan W,et al. Factorsinfluencing health promotion behaviorof coronavirus infection 2019 of theelderly Of PoliceNurseJourna. l2020;12(2):323-37.
- 13.ChanchaiJ,et al. Learning program on diabetes and self-Managementofpeople with diabetestype 2 diabetes, Prachuap KhiriKhan province. JournalofPublicHealth, 2012;Burapha University.
- 14.Moongtavekait W, et al. Effectiveof the knowledge program on self-care preventive behavior of Covid-19among elderlyin Pathum Thani province. Pathum Thani University Academic Journal. 2021;13(12)
15. ManafoE,WongS. Health literacy programs for older adults: a systematicliteraturereview. Journal of Health Education Research. 2012;27(6):947-60.
16. NutbeamD.Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy

ผลของการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและสมรรถภาพไตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสียหน้าที่ระยะที่ 3

วันวิสาข์ สนใจ

รพ.สต.บางไผ่ อ.เมืองนนทบุรี จ.นนทบุรี

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสียหน้าที่ระยะที่ 3 สามารถเปลี่ยนกลับไปเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสียหน้าที่ระยะที่ 2 หรือระยะที่ 1 ได้ หากมีการจัดการตนเองเหมาะสม วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษาผลของการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและสมรรถภาพไตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสียหน้าที่ระยะที่ 3 วิธีการวิจัย เป็นแบบวิจัยกึ่งทดลอง สองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง ตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคเบาหวาน และหรือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะไตเสียหน้าที่ระยะที่ 3 จำนวน 60 คน โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ สุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยวิธีจับคู่ตาม อายุ เพศ ระดับการศึกษา และระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานและหรือโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองจะได้รับกิจกรรมการจัดการตนเอง เป็นเวลา 12 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ และแบบบันทึกผลการตรวจเลือดค่าซีรั่มครีเอตินิน วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยการใช้สถิติการแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและค่าซีรั่มครีเอตินินก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติการทดสอบค่าทีแบบอิสระผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองมีระดับค่าซีรั่มครีเอตินินลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p = .05$ ดังนั้นพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน จึงควรประยุกต์แนวทางการจัดการตนเองในการส่งเสริมสุขภาพให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสียหน้าที่ระยะที่ 3 ให้มีการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยาอย่างเหมาะสม เพื่อให้สามารถฟื้นฟูสมรรถภาพไตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

หลักการ และเหตุผล

โรคเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วนในปัจจุบันเนื่องจากผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ขาดการดูแลรักษาและติดตามที่ไม่ต่อเนื่องจะส่งผลกระทบต่อระบบการทำงานของร่างกายก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง หรืออาจนำไปสู่ความพิการได้ บางครั้งส่งผลให้ผู้ป่วยตายก่อนวัยอันควรหรือผลกระทบทำให้เกิดสมรรถภาพของไตเสียหน้าที่มากกว่าร้อยละ 70.00 ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตเรื้อรังได้มากถึงร้อยละ 17.50 พบได้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 40.00 และกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 23.30 ไตเสียหน้าที่เป็นภาวะที่เนื้อไตมีการถูกทำลายลงทำให้สูญเสียหน้าที่ส่งผลให้ไตทำงานน้อยลงแบ่งได้ 5 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ผู้ป่วยมักไม่มีอาการแสดงให้เห็นชัดเจน ระยะที่ 2 ไตเริ่มทำงานลดลงเหลือเพียงร้อยละ 60.00 – 89.00 ระยะที่ 3 ไตทำงานเหลือเพียงร้อยละ 30.00 -59.00 ระยะที่ 4 ไตทำงานเหลือเพียงร้อยละ 15.00 – 29.00 และระยะที่ 5 ประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลงเหลือน้อยกว่าร้อยละ 15.00 ส่งผลให้สมรรถภาพของไตลดลงเข้าสู่ระยะสุดท้าย

เพื่อเป็นการป้องกันมิให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องก้าวสู่ภาวะไตเสียหน้าที่ระยะสุดท้าย จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องทำการป้องกันตั้งแต่ระยะแรกพบว่าผู้ป่วยมีภาวะไตเสียหน้าที่ระยะแรกการแก้ไขปัญหาและการป้องกันโรคมิให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีภาวะไตเสียหน้าที่ได้ดีที่สุดคือ ต้องป้องกันตั้งแต่ในระดับปฐมภูมิโดยการส่งเสริมสุขภาพให้ความรู้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เริ่มตั้งแต่ระยะเริ่มแรกจึงจะช่วยลดปัจจัยการเกิดภาวะแทรกซ้อน และช่วยชะลอการเสื่อมของไตลดลงได้ร้อยละ 20.00 – 50.00 ซึ่งจำเป็นอย่างมากที่ต้องส่งเสริมป้องกันมิให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะการงดรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูง การออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง การงดใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม NSAID และการงดใช้ยาทุกกลอนสิ่งเหล่านี้คือรูปแบบการจัดการตนเองที่เหมาะสม เพื่อป้องกันมิให้ไตเสื่อมหรือเสียหน้าที่เร็วขึ้น การตรวจคัดกรองและประเมินอาการตั้งแต่ระยะที่ 1, 2 และ 3 เพื่อชะลอการเสื่อมของไต และป้องกันมิให้ไตเสื่อมลุกลามไประยะที่ 4 - 5 ได้จากการบูรณาการแนวทางการจัดการตนเอง (Self-management) ของ Kanfer and Gaelick-Buys สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี ประกอบด้วย Self-monitoring, Self-evaluation และ Self-reinforcement และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง Glasgow et al. โดยใช้เทคนิค 5 เอ เพื่อใช้ในการสนับสนุนการจัดการตนเอง (A 5's behavior change model adapted for self-management support) ประกอบด้วย Assess, Advise, Agree, Assis และ Arrange สார்วจข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสียหน้าที่ระยะที่ 1-5 อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรีพบผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพยังไม่ถูกต้อง ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัด ร้อยละ 37.63 รับประทานอาหารรสหวานจัด ร้อยละ 41.19 ขาดการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 19.94 รวมถึงมีการรับประทานยาที่ไม่ต่อเนื่องนอกจากนี้ยังพบว่า การติดตามดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสียหน้าที่ระยะที่ 3 ที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการให้ความรู้เป็นรายกลุ่ม เนื้อหาความรู้ไม่ครอบคลุมเรื่องของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสียหน้าที่ระยะที่ 3 และรูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วยยังไม่ชัดเจน ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่มีภาวะไตเสียหน้าที่ระยะที่ 3 ในอำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี สามารถนำไปจัดการตนเองในด้านการรับประทานอาหารด้านการออกกำลังกาย และด้านการรับประทานยาอย่างเหมาะสม ซึ่งผลของการวิจัยในครั้งนี้จะเป็นประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยที่มีภาวะไตเสียหน้าที่ระยะที่ 3 จึงส่งผลทำให้เกิดรูปแบบการจัดการตนเอง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นและสมรรถภาพของไตดีขึ้นเช่นกัน ไม่ก่อให้เกิดความรุนแรงและนำไปสู่ภาวะไตเสียหน้าที่ระยะสุดท้าย รวมทั้งเป็นแนวทางในการพัฒนางานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสียหน้าที่ระยะที่ 3 ในชุมชนมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและสมรรถภาพไตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสียหน้าที่ระยะที่ 3 โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะดังนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสียหน้าที่ระยะที่ 3 ก่อนและหลังการจัดการตนเองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

2. เพื่อเปรียบเทียบสมรรถภาพไตผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสียหน้าที่ระยะที่ 3 ก่อนและหลังการจัดการตนเองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

การดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและสมรรถภาพไตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสียหน้าที่ระยะที่ 3 เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างตุลาคม พ.ศ. 2563 – มีนาคม พ.ศ. 2564

กลุ่มประชากรคือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคเบาหวาน และหรือโรคความดันโลหิตสูงมาแล้ว ไม่น้อยกว่า 2 ปี ได้รับการตรวจเลือดไม่เกิน 6 เดือน พบค่าอัตราการกรองของไต (Glomerular Filtration Rate: GFR) อยู่ระหว่าง 30-59 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร จำนวน 63 คน ที่รักษาในคลินิกโรคเรื้อรัง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน และหรือโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะไตเสียหน้าที่ระยะที่ 3 จำนวน 60 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ สุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยวิธีจับคู่ตาม อายุ เพศ ระดับการศึกษา และระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานและหรือโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มละ 30 คน ดำเนินการทดลองโดยกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมการจัดการตนเอง เป็นเวลา 12 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ และแบบบันทึกผลการตรวจเลือดค่าซีรั่มครีเอตินิน วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยการใช้สถิติการแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและค่าซีรั่มครีเอตินินก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติการทดสอบค่าทีแบบอิสระ (Independentt-test)

พิจารณาด้านจริยธรรมในมนุษย์ เอกสารรับรองเลขที่ 20/2563 สสจ.นนทบุรีลงวันที่ 17 กันยายน พ.ศ. 2563

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล 1. กลุ่มทดลอง จัดกิจกรรมดังนี้

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) ประเมินพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารการออกกำลังกาย และการรับประทานยา อธิบายการใช้แบบบันทึกพฤติกรรมจัดการตนเอง แจกคู่มือการจัดการตนเอง แจกกล่องข้าวจัดการตนเองและกำหนดวันที่ในการติดตามเยี่ยมครั้ง

ครั้งที่ 2-4 (สัปดาห์ที่ 2-4) กิจกรรมติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินปัญหาและติดตามประเมินผลครั้งที่ผ่านมานัดวัน เวลาเยี่ยมครั้งต่อไป ใช้เวลา 30 นาทีต่อคน

ครั้งที่ 5-6 (สัปดาห์ที่ 5-6) ใช้วิธีการโทรศัพท์ติดตาม เพื่อกระตุ้นพฤติกรรมจัดการตนเอง คอยเป็นกำลังใจ ใช้เวลา 10-15 นาทีต่อคน สัปดาห์ละ 2 ครั้ง

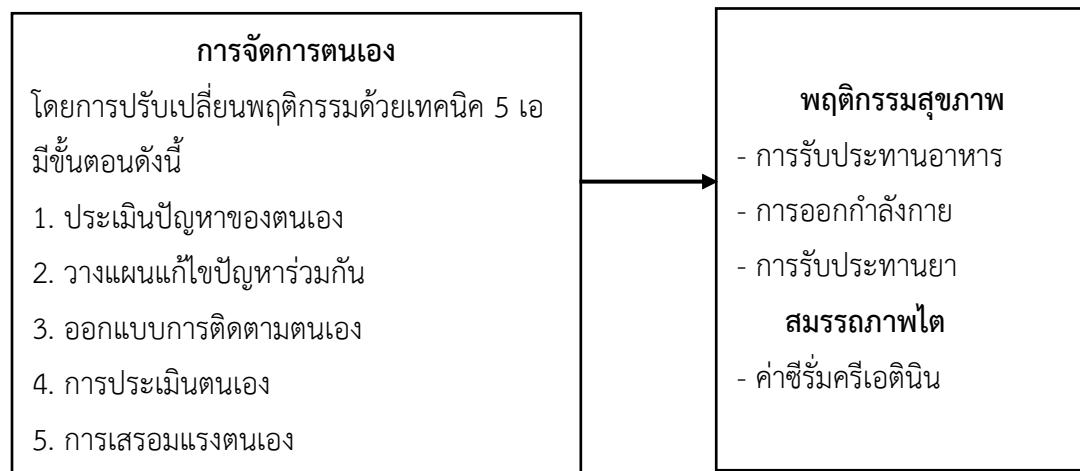
ครั้งที่ 7 (สัปดาห์ที่ 12) เก็บข้อมูลหลังการทดลอง ใช้เวลา 60 นาที ณ. รพ.สต.บางไผ่

2. กลุ่มควบคุม จัดกิจกรรมดังนี้ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย หลังจากพบกลุ่มควบคุมแล้วในครั้งที่ 1 กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยพยาบาลประจำคลินิกโรคเรื้อรัง ในรพ.สต. มีการให้ความรู้ เรื่องอาหารที่ควรบริโภคในผู้ป่วยโรคเรื้อรังการให้คำแนะนำ

เดือนละ 1 ครั้ง และพบกันครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 12 เพื่อเจาะเลือดหาระดับค่าซีรั่มครีเอตินินแจกคู่มือการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสียหน้าที่ระยะที่ 3

การวิเคราะห์ข้อมูล : ใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบลักษณะข้อมูลทั่วไป ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทดสอบ Chi square test และ Independent t-test และเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและระดับค่าซีรั่มครีเอตินินก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทดสอบ Independent t-test

กรอบแนวคิดการวิจัย



ผลการศึกษา

เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและค่าซีรั่มครีเอตินินระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองด้วยการทดสอบค่าทีอิสระแบบทางเดียวพบว่า การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย เพิ่มขึ้น 0.76 (SD diff = 0.32) กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 0.08 (SD = 0.40) เมื่อเปรียบเทียบกัน พบว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ ($t = 6.67$)

การเปลี่ยนแปลงค่าซีรั่มครีเอตินินในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยลดลง 0.25 (SD diff = 0.27) กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยไม่ลดลง (แต่เพิ่มขึ้น) -0.04 (SD = 0.39) เมื่อเปรียบเทียบกัน พบว่าการเปลี่ยนแปลงค่าซีรั่มครีเอตินินของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ ($t = 6.09$)

อภิปรายผลการวิจัย

1. การจัดการตนเองมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและสมรรถภาพไตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสียหน้าที่ระยะที่ 3 ใช้แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) ของ Kanfer and Gaelick-Buys (1991) ที่มุ่งเน้นให้กลุ่มทดลองสามารถจัดการตนเองได้ โดยวิธีการเตรียมความพร้อมให้กลุ่มทดลองฝึกที่จะกำกับตนเอง (Self-regulation) เพื่อให้เกิดการบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ใน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ

ส่งผลให้สมรรถภาพได้ดีขึ้น โดยพิจารณาจากค่าซีรัมครีเอตินินที่ลดลงซึ่งกระบวนการจัดการตนเองประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1. การติดตามตนเอง (Self-monitoring) โดยให้กลุ่มทดลองตรวจสอบและบันทึกผลกิจกรรมการจัดการตนเองลงในแบบบันทึกพฤติกรรม 2. การประเมินตนเอง (Self-evaluation) โดยกลุ่มทดลองประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ พิจารณาว่าบรรลุตามเป้าหมายหรือไม่ และสาเหตุอะไรที่ทำให้ไม่บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ พร้อมทั้งค้นหาสาเหตุ และหาแนวทางการแก้ไข เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในครั้งต่อไป โดยเลือกหาวิธีที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองอย่างไรจึงจะเหมาะสม 3. การให้แรงเสริมตนเอง (Self-reinforcement) กลุ่มทดลองจะเป็นคนกำหนดการให้รางวัลแก่ตนเองตามความต้องการของตนเองตามแต่ละรายที่ตั้งไว้

2. ค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงค่าซีรัมครีเอตินินในกลุ่มทดลองเปลี่ยนแปลงลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อารีย์ เสนีย์ ที่อธิบายว่าการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพเรื่องอาหารมีการรับประทานอาหารที่เหมาะสมทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตสูงได้ ทำให้ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรค จึงส่งผลให้สมรรถภาพได้ดีขึ้น การออกกำลังกายแบบแอโรบิกต่อเนื่องนาน 20 - 30 นาทีอย่างสม่ำเสมอ ทำให้กล้ามเนื้อหลัก ๆ มีการทำงานที่ต่อเนื่องสม่ำเสมอส่งผลให้ปริมาณการใช้ออกซิเจนในร่างกายเพิ่มขึ้นทำให้ระบบไหลเวียนโลหิต และระบบหายใจทำงานได้มีประสิทธิภาพ และการใช้ยาอย่างเหมาะสมจากการปฏิบัติติดต่อกันต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย 6 สัปดาห์ สามารถเพิ่มสมรรถภาพให้ดีขึ้น ส่งผลให้ค่าซีรัมครีเอตินินลดลง

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำรูปแบบกิจกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสื่อมหน้าที่ระยะที่ 3 แบบบูรณาการไปปรับประยุกต์ใช้และพัฒนารูปแบบให้สามารถนำไปใช้ เพื่อขยายผลในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ทั่วประเทศรวมทั้งติดตามผลระยะยาวถึงความคงอยู่ของพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสื่อมหน้าที่ระยะที่ 3 ของกลุ่มตัวอย่างและศึกษาวิจัยประสิทธิผลของการใช้กิจกรรมการจัดการตนเองให้ครอบคลุมทุกพื้นที่หน่วยบริการระดับปฐมภูมิในจังหวัดนนทบุรี

2. สามารถนำแผนกิจกรรมการจัดการตนเอง เรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยาอย่างเหมาะสมไปใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสื่อมหน้าที่ระยะที่ 3 ในชุมชนอื่นๆ ได้เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพให้ดีขึ้นจากระยะ 3 ขึ้นไปสู่ระยะที่ 2 หรือ 1 ภายใน 12 สัปดาห์ และวัดผลระดับค่าซีรัมครีเอตินินทุก 3 เดือนส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และปฏิบัติต่อเนื่องไปเรื่อย ๆ ตลอดไปซึ่งแต่เดิมการวัดผลค่าซีรัมครีเอตินินเพียงปีละ 1 ครั้ง ทำให้ทราบผลค่าซีรัมครีเอตินินช้าอาจทำแก้ไขสมรรถภาพได้ช้า

3. ควรนำแบบบันทึกพฤติกรรมมาประยุกต์ใช้กับกิจกรรมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ควบคุมระดับน้ำตาล และระดับความดันโลหิตไม่ได้ เพื่อให้ผู้ป่วยคาดหวังในความสามารถของตนเองที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Guidelines for caring for patients with chronic diseases. Bangkok: O-Wit; 2018. (in Thai).
- Nephrology society of Thailand. Guidelines for kidney disease. Bangkok: BNS. Advance; 2016. (in Thai)
- Mshasi S, Ruksin M, Akakun T. Effectiveness of Health Education Program in Self-care of Chronic Kidney Disease (CKD) among Chronic Kidney Disease Patients at Tambon Health Promoting Hospital, Namyuen District, UbonRatchathani Province. Journal of Graduate School, Pitchayatat. 2016;11(1): 1-8. (in Thai).
- Kanfer FH, Gaelick-Buys L. Self management methods. In Kanfer FH, Goldstein AP, editors. Helping people change: A textbook of methods. New York: Pergamon Press; 1991. pp.305-60.
- Glasgow RE, Emont S, Miller DC. Assessing delivery of the five 'As' for patient-centered counseling. Health Promot Int. 2006;21(3):245-55.
- Muang Nonthaburi District Public Health Office. Summary of chronic kidney disease screening report 2019. Muang Nonthaburi, Nonthaburi; 2019. (in Thai).
- Thungtong S. Effects of self-management support program for delayed progression of diabetic nephropathy on self-management behavior and clinical outcomes in patients with uncontrolled type 2 diabetes mellitus. Songklanagarind Journal of Nursing. 2014;35(1):67-84. (in Thai).

การพัฒนาคุณภาพระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลบางไผ่ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี

ภาษุตาอึ้งภากรณ์
รพ.สต.บางไผ่.เมืองนนทบุรีจ.นนทบุรี

บทคัดย่อ

กระบวนการการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่เกื้อหนุนให้เกิดการพัฒนา นำมาซึ่งผลดีต่อสุขภาพ การพัฒนาคุณภาพระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางไผ่ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาคุณภาพระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางไผ่ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 90 คน ดำเนินการวิจัยโดยใช้หลักพัฒนาคุณภาพบริการของเดมมิ่ง PDCA (Plan-Do-Check-Act) เป็นกิจกรรมในการพัฒนาประสิทธิภาพและคุณภาพ ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model : CCM) ร่วมกับประยุกต์ใช้แนวคิดของไคเซ็น โดยใช้กระบวนการปรับปรุงระบบงาน (ECRS) ในการจัดการเปลี่ยนแปลงเพื่อพัฒนาคุณภาพระบบบริการการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางไผ่ เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสัมภาษณ์ การมีส่วนร่วม ความพึงพอใจในกระบวนการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยวิธีการสังเกต การสัมภาษณ์ และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่าการพัฒนาคุณภาพระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเบาหวานชนิดที่ 2 รูปแบบใหม่โดยใช้หลักเสา 8 ต้น ของเวชศาสตร์ครอบครัว ประกอบไปด้วย 1.Data analysis 2.First contact 3.Continuous 4.Family&Community 5.Comprehensive 6.Patient center 7.Health Prevention & Promotion 8.Health literacyร่วมกับกระบวนการแบบมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโดยญาติ, อสม. ส่งผลให้ ระดับน้ำตาลในเลือดสะสมของผู้ป่วยเบาหวาน (HbA_{1c}) < 7 เปอร์เซนต์ ควบคุมได้ถึงร้อยละ 73.33 และระดับความดันโลหิตลดลงอยู่ในระดับที่เหมาะสม ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในระดับสูง และ ลดระยะเวลาในการรอคอยได้ถึง 40 นาที

หลักการ และเหตุผล

โรคเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในระดับโลกและระดับประเทศ มีแนวโน้มที่จะส่งผลกระทบต่อมากขึ้นในอนาคต ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่มักไม่ทราบว่าตนเองป่วยจึงไม่ได้ดูแลตนเองเท่าที่ควร ทำให้เกิดอาการป่วย อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือก่อให้เกิดความพิการและตายก่อนวัยอันควร ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน สังคมตกต่ำ ซึ่งผู้ป่วยบางพื้นที่ของประเทศยังขาดโอกาส ในการเข้าถึงบริการที่มีมาตรฐาน ที่ควรจะได้รับตามสิทธิ อาจเกิดจากสาเหตุหลายประการ รวมถึงการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ การขาดแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา การขาดอุปกรณ์ในการตรวจคัดกรอง หรือ

อุปกรณ์ในการตรวจรักษา¹ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายการขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิให้มีหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข มีส่วนร่วมในการจัดบริการดูแลประชาชน เพื่อให้ประชาชนทุกคนเข้าถึงบริการสุขภาพใกล้บ้าน ให้มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวประจำตัวเป็นที่ปรึกษา ให้การดูแลส่งเสริมสุขภาพคนในครอบครัวและชุมชน และมีข้อมูลด้านสุขภาพที่เชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการทุกระดับ⁴ ข้อมูลจังหวัดนนทบุรี มีอัตราป่วยของโรคเบาหวานของปีพ.ศ. 2559-2561 มีแนวโน้มสูงขึ้น ดังนี้ คือ 929.87, 980.91 และ 1,100.72 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ⁵ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางไผ่ มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 67 คน มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางไผ่ จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 44.78 และได้รับการเยี่ยมบ้านร้อยละ 65.69 มีระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA_{1c}) ≤7 เปอร์เซ็นต์คิดเป็นร้อยละ 38.18 จากการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 คน พบว่า ญาติไม่มีเวลาดูแลผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 66.67 และไม่มีความรู้ คิดเป็นร้อยละ 43.33 เนื่องจากผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง เชื่อมโยงกันทั้งตัวผู้ป่วย ญาติ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และชุมชน จึงส่งผลให้ผู้ป่วยต้องใช้ชีวิตอยู่กับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยต้องมียาในการเรียนรู้และร่วมดูแลรักษาตนเอง

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาคุณภาพระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางไผ่ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี โดยใช้หลักพัฒนาคุณภาพบริการของเดมมิง PDCA (Plan-Do-Check-Act) เป็นกิจกรรมในการพัฒนาประสิทธิภาพและคุณภาพของการดำเนินงาน ร่วมกับใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model : CCM) 6 องค์ประกอบ และประยุกต์แนวคิดของไคเซ็น โดยใช้กระบวนการปรับปรุงระบบงาน (ECRS) ในการจัดการเปลี่ยนแปลงระบบ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาคุณภาพระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางไผ่ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนาคุณภาพบริการตามระบบใหม่ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางไผ่ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี

การดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้การวิจัยแบบเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อศึกษาการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางไผ่ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี เลขใบอนุญาตจริยธรรมในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรีเลขที่ 13/2563

ประชากรคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางไผ่จำนวน 7 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 55 คน ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 30 คน ญาติผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 30 คน

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มญาติผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางไผ่ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 23 คน ซึ่งทำหน้าที่เป็นทีมสุขภาพตำบล คัดเลือกโดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเป็นผู้มีหน้าที่ในการให้บริการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางไผ่ จำนวน 7 คน โดยเป็นผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยตรง

2. กลุ่มผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางไผ่ จำนวน 30 คน คัดเลือกโดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง

3. กลุ่มญาติผู้ป่วย คือ ญาติผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางไผ่ จำนวน 30 คน คัดเลือกโดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์ ทั้งหมด 4 ส่วน แบ่งการใช้เครื่องมือเป็น 3 ชุด ดังนี้ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์กลุ่มบุคคลในระบบ คือ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งเป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แบ่งการสัมภาษณ์ออกเป็น 3 ส่วน ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์กลุ่มผู้ป่วย คือ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เบาหวานชนิดที่ 2 แบ่งการสัมภาษณ์ออกเป็น 4 ส่วน ชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย คือ กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเบาหวานชนิดที่ 2 แบ่งการสัมภาษณ์ออกเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วยส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลลักษณะทางประชากร ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การมีส่วนร่วมในการวางแผนการดำเนินงาน เพิ่มประสิทธิภาพ และการลดขั้นตอน แบบสัมภาษณ์เป็นข้อคำถามปลายเปิดให้แสดงความคิดเห็น และปลายปิด นำคะแนนมาหาค่าเฉลี่ยแล้วกำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมายค่าเฉลี่ย โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์บุคลากรในระบบ, ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย โรคเรื้อรังเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อศึกษาปัจจัยสำเร็จ ปัญหา และข้อเสนอแนะ ในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ ด้านการจัดระบบบริการ และด้านการเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานใหม่ ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ ให้เลือกตอบด้วยการตัดสินใจเพียงคำตอบเดียวในลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย โรคเรื้อรังเบาหวานชนิดที่ 2 เกี่ยวกับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จ และปัญหา ในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ โดยการประยุกต์ใช้ นโยบาย 3 อ. 2 ส. ตัวชี้วัด (KPI) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของจังหวัดนนทบุรี แบบสัมภาษณ์แบ่งข้อมูลเป็น 5 ด้าน คือ พฤติกรรมด้านการบริโภค พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมด้านการดื่มแอลกอฮอล์ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่

ขั้นตอนและวิธีการดำเนินงาน ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้จัดกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการ ซึ่งประยุกต์แนวคิดพื้นฐาน (Stephen Kemmis) ประกอบด้วยการวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) มีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังนี้ ระยะเวลาที่ 1 ขั้นวางแผน (Planning) กิจกรรมที่ 1 แต่งตั้งคณะทำงาน กิจกรรมที่ 2 เก็บรวบรวมข้อมูล กิจกรรมที่ 3 วิเคราะห์ข้อมูลกิจกรรมที่ 4 วางแผนในการดำเนินงานระยะที่ 2 ขั้นปฏิบัติการ (Action) กิจกรรมที่ 5 ดำเนินการตามแผนการพัฒนาคุณภาพระบบบริการระยะที่ 3 ขั้นการสังเกต (Observe) กิจกรรมที่ 6 การ

สังเกต ติดตาม ให้คำแนะนำ กิจกรรมที่ 7 สังเคราะห์ข้อมูลระยะที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection) กิจกรรมที่ 8 ประเมินผล ถอดบทเรียน

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้การสังเกต การสัมภาษณ์ และการจดบันทึกข้อมูล จากการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูล กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 90 คน ที่วิจัยออกติดตามกลุ่มเป้าหมายที่หน่วยบริการและที่บ้าน บุคลากรในระบบ จำนวน 30 คน คือเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บางไผ่ จำนวน 7 คน และแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 23 คน ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 30 คน ญาติผู้ป่วยโรคเรื้อรังเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 30 คน ใช้เวลา 10 วัน ทำการสัมภาษณ์และนำข้อมูลมาสรุปผลการวิจัย สรุปได้ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร บุคลากรในระบบ จำนวน 30 คน แยกเป็นเพศหญิง 23 คน เพศชาย 7 คน กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 30 คน แยกเป็นเพศหญิง 23 คน เพศชาย 7 คน ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเบาหวานชนิดที่ 2 (ญาติผู้ป่วยโรคเรื้อรังเบาหวานชนิดที่ 2) จำนวน 30 คน แยกเป็นเพศหญิง 23 คน คิดเป็น เพศชาย 7 คน

ส่วนที่ 2 การมีส่วนร่วมในการวางแผนการดำเนินงานของบุคลากรในระบบ กลุ่มผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วย (ญาติผู้ป่วยโรคเรื้อรังเบาหวานชนิดที่ 2) เพื่อพัฒนาคุณภาพระบบบริการในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้านการมีส่วนร่วมในการจัดระบบบริการ โดยรวมในทุกๆ ด้าน อยู่ในระดับมาก

ส่วนที่ 3 การจัดระบบบริการ ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหา และข้อเสนอแนะ ในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ ในกลุ่มบุคลากรในระบบ กลุ่มผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วย (ญาติผู้ป่วยโรคเรื้อรังเบาหวานชนิดที่ 2) ด้านการจัดระบบบริการในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยรวมในทุกๆ ด้าน อยู่ระดับมาก ปัจจัยแห่งความสำเร็จ เจ้าหน้าที่มีความเสียสละ มีความพร้อมและต้องการที่จะพัฒนาคุณภาพระบบบริการใหม่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทำหน้าที่เป็นจิตอาสาทำให้ระบบบริการเป็นไปตามกิจกรรม ขั้นตอนที่กำหนด ผู้ป่วยเข้ารับบริการได้สะดวกรวดเร็ว ลดระยะเวลาในการรอคอย

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จ และปัญหาในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ ในกลุ่มผู้ป่วยและ ผู้ดูแลผู้ป่วย (ญาติผู้ป่วยโรคเรื้อรังเบาหวานชนิดที่ 2) โดยรวมในทุกๆ ด้าน อยู่ในระดับมาก พบปัจจัยแห่งความสำเร็จ ในการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังเบาหวานชนิดที่ 2 คือ ผู้ป่วยทำตามขั้นตอนและกิจกรรมที่กำหนดขึ้น ผู้ป่วยสนใจในการเข้าร่วมกิจกรรมทุกคน แต่ละเดือนที่นัดผู้ป่วยมีจำนวนไม่มาก ครั้งละ 15 คน เว้นระยะห่างทางสังคมให้ผู้ป่วย มีการจัดกลุ่มผู้ป่วยแยกตรวจโดยแพทย์เวชศาสตร์ตรวจผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ หรือมีภาวะเสี่ยง ส่วนพยาบาลเวชปฏิบัติตรวจผู้ป่วยที่มีการควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ไม่มีภาวะเสี่ยงภาวะแทรกซ้อน ทำให้ผู้ป่วยและญาติไม่ต้องรอนาน กลับบ้านได้เร็ว

อภิปรายผลการวิจัย

พบว่าในกระบวนการพัฒนาคุณภาพระบบบริการการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน ได้แก่ 1) แต่งตั้งคณะกรรมการ 2) เก็บรวบรวมข้อมูล 3) วิเคราะห์ข้อมูล 4) วางแผนในการดำเนินงาน 5) ดำเนินการตามแผนการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ 6) การสังเกตติดตามและสัมภาษณ์ 7) สังเคราะห์ข้อมูล และ 8) ประเมินผลถอดบทเรียน ซึ่งได้รูปแบบใหม่การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้หลักเสา 8 ต้นของเวชศาสตร์ครอบครัว ประกอบไปด้วย 1) Data analysis 2) First contact 3) Continuous 4) Family & Community 5) Comprehensive 6) Patient center 7) Health Prevention & Promotion 8) Health literacy โดยกระบวนการแบบมีส่วนร่วม การมีพฤติกรรมที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและได้นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาสถานการณ์มาร่วมคิด วิเคราะห์ และในการพัฒนาครั้งนี้ได้มีการปรับปรุงแบบการดูแลผู้ป่วยทั้งในคลินิกและชุมชน ฉะนั้นการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการดึงศักยภาพของชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมสนับสนุนการดูแลช่วยเหลือ โดยใช้ปัญหาความต้องการ และร่วมกันวางแผนการปฏิบัติร่วมกัน ซึ่งจะนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างยั่งยืน โดยมีทีมสุขภาพตำบล และการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการดูแลผู้ป่วยคอยช่วยเหลือผู้ป่วยติดตามอาการป่วยอย่างใกล้ชิด และการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโดยญาติ จึงส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสะสมของผู้ป่วยเบาหวาน (HbA_{1c}) < 7 เปอร์เซ็นต์ ควบคุมได้ถึงร้อยละ 73.33 และระดับความดันโลหิตลดลงอยู่ในระดับที่เหมาะสม ไม่มีภาวะแทรกซ้อน สามารถผ่านเกณฑ์คุณภาพได้ตั้งการศึกษาของธีรนนท์ วรรณศิริ (2559) ที่กล่าวถึงการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน โดยมีกิจกรรมต่าง ๆ มาสนับสนุนการให้ความรู้ การส่งเสริมการออกกำลังกาย การจัดตั้งกลุ่มผู้ป่วยเครือข่าย ผู้ให้การสนับสนุนและจัดตั้งกองทุนช่วยเหลือผู้ป่วยซึ่งสิ่งเหล่านี้ ทำให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเอง ส่งผลถึงคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วย รวมถึงมีการจัดระบบบริการให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก รวดเร็วแบบสิ้นสุดในจุดเดียว (One stop services) โดยผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในระดับสูงและลดระยะเวลาในการรอคอยได้ถึง 40 นาที

สรุปผลการศึกษา

การพัฒนาคุณภาพระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เบาหวานชนิดที่ 2 รูปแบบใหม่ แตกต่างและดีกว่ารูปแบบเก่า คือ ระบบบริการใหม่มีความสะดวก รวดเร็วผู้รับบริการมีความพึงพอใจ มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นจิตอาสาเข้ามาช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยให้ได้รับความสะดวกยิ่งขึ้น มีการจัดทำแผนที่บ้านผู้ป่วย เพื่อใช้ในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย และตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยในชุมชน มีการจัดตั้งชมรมเพื่อจัดสวัสดิการในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเรื้อรังเบาหวานชนิดที่ 2 มีทีมสุขภาพระดับตำบลให้การสนับสนุนช่วยเหลือให้ความสัมพันธ์ระหว่างชุมชนกับเจ้าหน้าที่ภายนอก มีความเหนียวแน่น เป็นการเรียนรู้ที่สามารถสร้างแรงบันดาลใจให้คิดหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกันในอนาคต เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ทุกเดือน และประเมินผลเป็นระยะเปรียบเทียบผลการดำเนินงานอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อนำปัญหามาปรับปรุงแก้ไขให้การพัฒนาคุณภาพบริการดียิ่งขึ้นต่อไป
2. ควรสนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเบาหวานชนิดที่ 2 เปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเบาหวานชนิดที่ 2
3. ควรศึกษาเปรียบเทียบในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับยาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอื่นๆ ในเขตอำเภอเมืองนนทบุรีที่มีบริบทใกล้เคียงหรือคล้ายคลึงกัน
4. ควรมีการคืนกลับข้อมูล ให้แก่ผู้ป่วย ญาติ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อพัฒนาศักยภาพ และสร้างคุณค่าให้กลับผู้ป่วย ญาติ และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้ยั่งยืนและความต่อเนื่องตลอดไป

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases, 2015 [Internet]. Geneva, Switzerland; 2015. [Cited 2015 Nov 15]. Available from: [http://www.who.int/nmh/publications/global-status-report-2015/en](#)
- ธีรนนท์ วรรณศิริ. (2559). สัมพันธภาพในครอบครัวในการส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้, วารสารเกื้อการุณย์ กรุงเทพมหานคร, 23 (2), 31-50.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2553). ระเบียบวิธีการวิจัยทางการแพทย์. กรุงเทพฯ: ยูเออนด์ไอ อินเทอร์เน็ตมีเดีย.
- สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว. (2562). แนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนนทบุรี. (2561). สรุปผลรายงานการตรวจคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตอำเภอเมืองนนทบุรีปีงบประมาณ 2561. นนทบุรี: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนนทบุรี.

ประสิทธิผลของการพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ด้วยการตรวจติดตามระดับน้ำตาลด้วยตนเอง

จิราพร หมื่นศรีวันเพ็ญ ออกเวหา
โรงพยาบาลราชบุรี

บทคัดย่อ

โรคเบาหวานเป็นโรคที่ยังคงมีอุบัติการณ์และความชุกสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องและมีผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีต่ำกว่าเกณฑ์การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิด 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest - posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ด้วยการตรวจติดตามระดับน้ำตาลด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างเลือกโดยการสุ่มอย่างง่ายจำนวน 60 คน คัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน การศึกษาแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่การวางแผน การจัดการตนเอง การติดตาม และประเมินผลการจัดการตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติทดสอบ t-test และ paired t-test

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงของ HbA_{1c} ลดลง เมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = 0.01$

สรุปได้ว่า SMBG เป็นเครื่องมืออย่างหนึ่งที่ใช้ในการติดตามและความคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน กระตุ้นให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความตระหนักในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองผลที่ตามมาคือเกิดการเรียนรู้การบริหารจัดการตนเองให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

หลักการและเหตุผล

American Diabetes Association (ADA, 2022)¹ ได้กำหนดเป้าหมายของการรักษาคือระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าอยู่ในช่วง 70 ถึง 130 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ และน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA_{1c}) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7.0 เปอร์เซ็นต์จึงจะส่งผลให้ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆได้ การตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง เป็นกุญแจที่สำคัญอันจะก่อให้เกิดพฤติกรรมจัดการตนเองที่ถูกต้อง โดยอาศัยกลวิธีการสร้างการเรียนรู้จากผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองอย่างมีระบบ ทำให้ทราบระดับน้ำตาลในเลือดในช่วงเวลาขณะนั้น และนำผลระดับน้ำตาลในเลือดที่ติดตามได้มาเป็นข้อมูลสำหรับการจัดการตนเอง จะช่วยสะท้อนผลของพฤติกรรมรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และยาที่ใช้รักษา ต่อการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเลือด

จากข้อมูลทางสถิติการควบคุมโรคของ American Diabetes Association (2019)² พบว่าผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีร้อยละ 25.1 ส่วนในประเทศไทย พ.ศ.2563-2565 พบว่าควบคุมเบาหวานได้ร้อยละ 34.2, 29.1 และ 30.2 ตามลำดับ ในระดับเขตสุขภาพที่ 5 พบว่าควบคุมเบาหวานได้ร้อยละ 31.5, 31.1 และ 30.5 ตามลำดับ ในระดับจังหวัดราชบุรี พบว่าควบคุมเบาหวานได้ร้อยละ 31.1, 32.4 และ 30.4 ตามลำดับ สอดคล้องกับข้อมูลของโรงพยาบาลราชบุรีที่พบว่าในปี พ.ศ. 2563 – 2565 ผู้ป่วยเบาหวานสามารถคุมได้ดี ร้อยละ 36.0, 38.4, 34.9 ตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมได้ดี

ยังมีน้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนดคือร้อยละ 40.0³ จากรายงานการศึกษาภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานของเครือข่ายวิจัยกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทยปีพ.ศ.2557 พบว่า ในรอบ 12 เดือน ผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อนโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 0.6 โรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 1.3 ภาวะแทรกซ้อนทางไตร้อยละ 8.9 ภาวะแทรกซ้อนทางตาร้อยละ 3.5⁴ ทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้นในแต่ละปี คาดการณ์ว่าต้นทุนค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาอยู่ที่ประมาณ 129-241 ล้านบาทต่อคนต่อปี⁵ จากการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจำนวน 20 คน พบว่าปัญหาส่วนใหญ่จากการควบคุมโรคได้ไม่ดี เกิดจากผู้ป่วยไม่สามารถจัดการตนเองในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์ตนเองได้

ที่ผ่านมามีพยาบาลในคลินิกเบาหวานได้ให้ความรู้การปฏิบัติตัวทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม พร้อมให้คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งไม่เห็นความสำคัญของการปฏิบัติตามคำแนะนำ ไม่ตระหนัก ไม่เกิดการเรียนรู้การดูแลตนเองขาดแรงจูงใจ ขาดข้อมูลสนับสนุนแบบจริงและทันเวลาของแต่ละบุคคลผู้วิจัยจึงมีแนวคิดในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้วยการพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ ด้วยการตรวจติดตามระดับน้ำตาลด้วยตนเองเข้ามาเพิ่มเติมการพยาบาลตามปกติ เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยประยุกต์แนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer and Gaelick (1991)⁶ มาใช้ในการศึกษา ซึ่งเป็นกระบวนการที่สามารถกระตุ้นจูงใจให้เกิดการปฏิบัติกิจกรรมตามเป้าหมายได้อันประกอบด้วย การติดตามตนเอง (self-monitoring) การประเมินตนเอง (self-evaluation) และการเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) โดยใช้ Self-monitoring Blood Glucose (SMBG) เป็นเครื่องมือที่ช่วยในการกำกับติดตามประเมินตนเอง จะทำให้ผู้ป่วยเบาหวานเกิดการเรียนรู้และเข้าใจในโรคของตนเองจากข้อมูลสนับสนุนเชิงประจักษ์และทันต่อเหตุการณ์ การจัดการตนเองตามแนวคิดนี้ได้มีการนำมาใช้อย่างแพร่หลายแต่สำหรับคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลราชบุรียังไม่เคยมีการส่งเสริมการจัดการตนเองแก่ผู้ป่วยเบาหวานด้วยวิธีการและแนวคิดนี้มาก่อน ซึ่งเป้าหมายในการศึกษาคั้งนี้คือควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดได้ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตและลดค่าใช้จ่ายในการรักษา

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของการจัดการตนเองด้วยการติดตามระดับน้ำตาลในเลือด ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิด 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest -posttest design) กลุ่มทดลองมีการดำเนินการพัฒนาารูปแบบ 4 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 การวางแผนการบริหารจัดการทางพยาบาลโดยใช้หลักการบริหารจัดการ 4M ดังนี้ 1) ทรัพยากรมนุษย์ (Man) การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ด้วย SMBG จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจาก 4 กลุ่มหลักได้แก่ ผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วย อาสาสมัครสาธารณสุข และ ผู้บริหารในท้องถิ่นที่ควรได้รับการส่งเสริม

ให้เข้าใจในบทบาทของตนเองต่อการสนับสนุนการตรวจ SMBG แก่ผู้ป่วยเบาหวาน 2) วัสดุอุปกรณ์ (Material) เนื่องจากการตรวจ SMBG จำเป็นต้องใช้เครื่องเจาะระดับน้ำตาลแบบพกพาที่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นจึงต้องมีการบริหารจัดการอุปกรณ์ที่ 3 ประการคือ การมีเครื่องให้ผู้ป่วยใช้งาน, การทดสอบอุปกรณ์, สอนการใช้อุปกรณ์อย่างมีประสิทธิภาพ, มีสมุดบันทึก SMBG และสมุดคู่มือแปลผลค่าระดับน้ำตาลในเลือด 3) งบประมาณ (Money) จากการใช้วัสดุอุปกรณ์ในการตรวจ SMBG การวิจัยครั้งนี้ได้ประสานงานกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน ยืมเครื่องที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น หรือผู้ป่วยบางรายที่ต้องการซื้อไว้เป็นของตนเอง ก็หาแหล่งซื้อเครื่องที่ได้คุณภาพมาตรฐาน ราคาเหมาะสมให้ 4) วิธีการบริหารจัดการ (Management) ประเด็นสำคัญ คือความสม่ำเสมอของการตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองและความถูกต้องในการบันทึกข้อมูลผลลัพธ์พร้อมทั้งจัดตารางออกติดตามเยี่ยมบ้านและโทรศัพท์ติดตามเพื่อประเมินความต้องการของตัวผู้ป่วยและครอบครัว

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนาแนวทางการจัดการตนเอง โดยใช้แนวคิดของ Kanfer and Gaelick (1991)⁶ มาประยุกต์ใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือขั้นตอนที่ 1 การติดตามตนเอง (Self monitoring) โดยการสังเกตติดตามโดยการเจาะเลือดปลายนิ้วตนเองอย่างมีแบบแผนและบันทึกผล ขั้นตอนที่ 2 การประเมินตนเอง (Self evaluation) โดยเปรียบเทียบพฤติกรรมของตนเองกับเกณฑ์มาตรฐานของระดับน้ำตาลในเลือดหรือเป้าหมายที่กำหนดไว้ เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจปรับเปลี่ยนหรือคงพฤติกรรมนั้นไว้ ขั้นตอนที่ 3 การเสริมแรงตนเอง (Self reinforcement) คือข้อตกลงในรูปแบบที่บุคคลควบคุมพฤติกรรมของตนเอง โดยการให้แรงเสริมแก่ตนเอง มีการให้รางวัลหรือการลงโทษซึ่งเป็นข้อตกลงของตนเอง

ระยะที่ 3 ระยะการติดตามสังเกตมีการประเมินผลการปฏิบัติของผู้ป่วย โดยพยาบาลติดตามเยี่ยมบ้าน 1 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1 และโทรศัพท์ติดตาม 1 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 4 เพื่อรับฟังปัญหา เป็นที่ปรึกษาช่วยชี้แนะแนวทางในการแก้ปัญหา และให้กำลังใจ

ระยะที่ 4 ระยะประเมินผลตรวจระดับน้ำตาลในเลือดสะสมเมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ ที่ 12

ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติโดยทุกครั้งในวันครบนัดมาพบแพทย์ ผู้ป่วยเบาหวานจะได้รับความรู้และคำแนะนำรายกลุ่ม 1 ครั้ง และเมื่อทราบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจะได้รับคำแนะนำรายบุคคลอีก 1 ครั้งก่อนพบแพทย์

ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2565-มิถุนายน 2566 ประชากรที่ศึกษาคือผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลราชบุรี การเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่ายเลือกทุกคนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยไม่ข้าม จนครบจำนวน 60 คน คัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน โดยกำหนดให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันในด้าน เพศ อายุ และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (เป็นการกำหนดกลุ่มตัวอย่างขึ้นต่ำเนื่องจากมีข้อจำกัดเรื่องงบประมาณของอุปกรณ์ที่ใช้ในการทดลอง) เครื่องมือที่ใช้ คือคู่มือการให้ความรู้เรื่องค่าระดับน้ำตาลในเลือด เครื่องเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว สมุดบันทึก SMBG สมุดคู่มือแปลผลระดับน้ำตาลในเลือด และแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติทดสอบ t-test และ paired t-test

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากโรงพยาบาลราชบุรี เลขที่ RBHEC 001/66ลงวันที่ 3 มีนาคม 2566 และวันหมดอายุ วันที่ 2 มีนาคม 2567

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 70.0 มีอายุเฉลี่ย 58.8ปี (SD=8.24) สถานภาพสมรสร้อยละ 73.3 มีอาชีพรับจ้างร้อยละ 60.0 มีระดับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา/ปวช.ร้อยละ 40.0 ไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 90.0ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 27.34 (SD=6.11) มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานเฉลี่ย 9.53 ปี (SD=4.76) กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 70.0มีอายุเฉลี่ย 58.83 ปี (SD=8.10) สถานภาพสมรสร้อยละ 80.0มีอาชีพรับจ้างร้อยละ 40.0 มีระดับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา/ปวช.ร้อยละ 40.0 ไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 86.7 ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 26.35 (SD=4.19) มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานเฉลี่ย 8.10 ปี (SD=5.16)การทดสอบทางสถิติพบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = 0.01$

ผลการการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า

1. ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ก่อนการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ
2. ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของกลุ่มทดลอง พบว่าหลังการทดลอง มีค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$
3. ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของกลุ่มควบคุม พบว่าหลังการทดลอง ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ
4. ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถอภิปรายได้ว่า กลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองโดยการประยุกต์แนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer and Gaelick (1991)⁶ ด้วยการตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง (SMBG) ที่ผู้ศึกษาได้พัฒนาขึ้น แนวคิดนี้อธิบายถึงผลการฝึกวิถีกำกับตนเอง เพื่อให้สามารถบรรลุเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งมีจุดเน้นที่ความรับผิดชอบของบุคคลต่อพฤติกรรมของตนเอง และการมีส่วนร่วมกับบุคลากรทางสุขภาพ สนับสนุนให้ผู้ป่วยเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agent) และแสดงบทบาทอิสระอย่างเต็มที่ จนสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดตนเองได้ โดยการใช้กลวิธีการจัดการตนเอง 3 ประการ ได้แก่ การติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง ซึ่งการใช้กลวิธีการจัดการตนเองนี้จะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตแบบเดิมของผู้ป่วย สามารถสร้างการเรียนรู้ ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจถึงความสัมพันธ์ของระดับน้ำตาลในเลือดกับพฤติกรรมด้านต่างๆของตนเอง แบบรวดเร็ว และเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถเพิ่มความตระหนักในการดูแลตนเอง รวมถึงมีการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อเป็นการเสริมแรงภายนอก และการติดตามทางโทรศัพท์ ให้คำปรึกษาใน

ด้านต่างๆ ที่ผู้ป่วยเกิดข้อสงสัย การใช้ SMBG มาช่วยในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองนั้น ทำให้ทราบระดับน้ำตาลในเลือดในแต่ละช่วงเวลา สะดวก ง่ายต่อการเรียนรู้และปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ที่สำคัญสามารถทราบผลได้ทันที และเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผู้ป่วยทราบด้วยตนเองว่าสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีเพียงใด ทำให้ทราบพฤติกรรมที่เหมาะสมสำหรับตนเอง พยาบาลจึงต้องมีบทบาทเป็นผู้ช่วยเหลือ (helper) สนับสนุนผู้ป่วยให้เกิดการเรียนรู้ ให้กำลังใจ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งพฤติกรรมใหม่ที่เปลี่ยนแปลงแล้ว อีกทั้งพยาบาลสามารถแสดงบทบาทวางแผนการบริหารจัดการทางการพยาบาลโดยใช้แนวคิดการบริหารจัดการ 4M (Man, Money, Material and Management) ของ Peter F. Drucker (2006)⁷ ซึ่งเป็นแนวคิดพื้นฐานที่นำมาใช้ในการบริหารทรัพยากรของตนเอง (Self explorer) ทำให้สามารถส่งเสริมการตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน เกิดความต่อเนื่องและประสบความสำเร็จมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของณิษกานต์ เต็มราม (2565)⁸ ศึกษาเรื่องผลการใช้การตรวจน้ำตาลปลายนิ้วด้วยตนเอง เพื่อปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของพระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสงฆ์พบว่าค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมหลังการใช้การตรวจน้ำตาลปลายนิ้วด้วยตนเองมีค่าเฉลี่ยลดลงต่ำกว่าก่อนการใช้การตรวจน้ำตาลปลายนิ้วด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = 0.05$ ($t = 7.107$)

ข้อเสนอแนะ

1. สามารถนำมาปรับระบบบริการ โดยสนับสนุนให้มี SMBG หรือให้ยืมเครื่อง ในผู้ป่วยที่มีน้ำตาลในเลือดสูงระดับอันตราย หรือในผู้ป่วยที่กลับมานอนรักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยน้ำตาลสูงหรือต่ำบ่อยๆ
2. ควรศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ทั้งหมด หรือกลุ่มที่ยากต่อการจัดการที่เคยได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้วไม่ประสบผลสำเร็จ
3. ควรมีการติดตามประเมินผลผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับรูปแบบการจัดการตนเอง ด้วยการตรวจติดตามระดับน้ำตาลด้วยตนเองนี้ต่อในระยะ 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อให้เห็นผลชัดเจนมากยิ่งขึ้น
4. ควรทำการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการพยาบาลปกติ ให้ได้รับการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลให้มีคุณภาพต่อผู้รับบริการ ไปสู่การที่ผู้รับบริการจะได้รับประโยชน์สูงสุด
5. ควรเพิ่มการติดตามประเมินผลลัพธ์ด้านอื่นๆ ที่เป็นผลจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยใช้การจัดการตนเองเช่นการติดตามการเปลี่ยนแปลงของระดับไขมันในเลือด ความดันโลหิต และการเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ จากโรคเบาหวาน เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. American diabetes Association. (2022). *Diabetes Advocacy: Standards of Medical Care in Diabetes*, 45(Supply 1), 17-38. [cited 2022 Oct 7]. Available from : https://diabetesjournals.org/care/article/45/Supplement_1/S254
2. American diabetes Association. (2019). *Medical Management of Type 1 Diabetes*. 7th ed. Wang CC, Shah AC, Eds. Alexandria, VA, , 2019. [cited 2022 Dec 15]. Available from : <https://scholar.google.co.th/scholar>

- 3.กระทรวงสาธารณสุข.(2566). *HDC v 4.0 Datacenter*. สืบค้นเมื่อ 30 มกราคม 2566 จาก <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>
- 4.เครือข่ายวิจัยกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย.(2557).*ผลการประเมิน Medresnet (CRCN) ปี 2557.วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า. วันที่ 9 พฤศจิกายน 2565. สืบค้นจาก* <https://www.thaimedresnet.org/>
5. Sultan. (2009). *The Outcome of Self-monitoring of Blood Glucose and Behavior Modification in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus Who Are Using Insulin*, Uttaradit Hospital. Copyright. (in Thai)
- 6.Kanfer, F. H., &Gaelick-Buys, L. (1991).*Self-management methods*. In F. H. Kanfer& A. Goldstein (Eds.),*Helping people change: A textbook of methods* (pp.305-360). NewYork: Pergamon Press.[cited 2022 Nov 12]. Available from : <https://psycnet.apa.org/record/1991-97255-007>
- 7.Peter,F. Drucker. (2006).*Management challenges for 21st century*. Harper Collins. Volum46, Issue 7, July 2023. Available from :<https://diabetesjournals.org/care>
- 8.ณิชนันต์ เต็มราม.(2565).*ผลการใช้การตรวจน้ำตาลปลายนิ้วด้วยตนเองเพื่อปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของพระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสงฆ์. งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนและศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลพัทลุง. สืบค้นจาก* http://hr.ptho.moph.go.th/fileupload/dep_10_202209121851904734.pdf

ผลการพัฒนารูปแบบการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุแบบบูรณาการโดยยึดผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก(WHO:ICOPE)ในเขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์

สุนันทา แก้วแยมดวงดาว ศรียากุล
สมรณีก โซติช่วงฉัตรชัย
โรงพยาบาลเพชรบูรณ์

บทคัดย่อ

ปี 2560 องค์การอนามัยโลกเสนอแนวคิดใหม่ในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการโดยยึดผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง(ICOPE) มีเป้าหมายให้เกิดกระบวนการสูงอายุอย่างมีสุขภาพ(Healthy aging) โดยมุ่งค้นหาผู้มีภาวะถดถอยของศักยภาพภายในแล้วจัดการส่งเสริมสุขภาพบุคคลป้องกันการเกิดภาวะพึ่งพิง ในปี 2563 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้นำแนวทางมาพัฒนาบริการมาประยุกต์เป็นแนวทางจัดบริการที่อาศัย “นโยบายคนไทยทุกคนรอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน” เป็นพื้นฐานการออกแบบซึ่งคลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลเพชรบูรณ์เป็น 1 ใน 6 พื้นที่นำร่อง จากการดำเนินงานในระยะที่ 1 ปี 2564 พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 42.5 ผ่านการคัดกรองโดยอสม. และได้ส่งต่อเพื่อยืนยันจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบผู้สูงอายุที่มีความถดถอยจริงร้อยละ 34.0 ซึ่งได้ส่งต่อไปพบผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านเพื่อทำแผนให้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพบุคคลได้ไม่ถึง ร้อยละ 10.0 จึงได้ศึกษาพัฒนาต่อในปี 2565 เป็นระยะที่ 2 เพื่อให้พัฒนาบริการให้ต่อเนื่องถึงขั้นการให้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพโดยเน้นประเด็นความถดถอย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหว ภาวะทุพโภชนาการและสุขภาพช่องปาก ใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed method) และนำกรอบแนวคิดมุ่งผลลัพธ์การดำเนินการ(Implementation outcome framework)ของ Proctor et al.มาใช้กำหนดกลยุทธ์การแทรกแซง คือ 1) ใช้นวัตกรรมดิจิทัลมาจัดการข้อมูล 2) จัดระบบถ่ายทอดภารกิจและความรู้ด้วยหลัก Task shifting และ 3) กระจ่ายภาระงานสร้างแผนปฏิบัติงานแบบงานประจำ ทำการประเมินผลการดำเนินงาน 3 ด้าน คือ 1) ผลการดำเนินการ (Implementation outcome) พบว่า การจัดการข้อมูลด้วยนวัตกรรมดิจิทัลทำให้บริการเกิดได้ตามแผนปฏิบัติการ(Adaptability & Feasibility)และบริการได้ถึงขั้นตอนที่ 4 (Fidelity) แสดงแนวโน้มการนำเข้าสู่งานประจำ (Sustainability) 2) ผลการจัดบริการ(Service Outcome) พบแนวโน้มของความร่วมมือการคัดกรองเพิ่มขึ้นร้อยละ 20.0 เวลาเฉลี่ยการรอยืนยันในขั้นที่ 2 คือ 2.8สัปดาห์ ผู้ที่มีปัญหาถดถอยมากกว่าร้อยละ 89.7 ได้ทำแผนและรับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพรวมถึงได้รับการติดตามต่อเนื่อง 8-12 สัปดาห์ และระบบสร้างช่องทางให้อสม.ส่งคำนัดให้ผู้มีปัญหาลงทะเบียนเข้าพบทันตแพทย์ได้โดยตรง 3) ผลที่เกิดกับผู้สูงอายุ พบว่า ร้อยละ 68.0มีการเคลื่อนไหวดีขึ้นร้อยละ 40.9 ต้องปรับแผนโภชนาการแล้วติดตามต่อและร้อยละ 89.7 ของผู้มีปัญหาช่องปากได้พบทันตแพทย์ โดยสรุปรูปแบบบริการนี้อาศัยนวัตกรรมดิจิทัลดูแลแบบยึดผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางมีการเชื่อมบริการให้มีความต่อเนื่องและเพิ่มประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามควรทำการศึกษารูปแบบบริการใหม่ให้มีประสิทธิผลเพิ่มขึ้น

หลักการ และเหตุผล

สังคมโลกได้เปลี่ยนแปลงเป็นสังคมสูงอายุ (ageing society) สุขภาพของประชากรสูงอายุจึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลที่เหมาะสมในปีพ.ศ.2558องค์การอนามัยโลกได้กำหนดกรอบการดูแลสุขภาพของกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ โดยให้ความสำคัญกับศักยภาพภายใน (intrinsic capacity) ความสามารถในการใช้ชีวิต (functional ability) และการสูงอายุอย่างมีสุขภาวะ (healthy ageing) และในปี 2560 ได้เผยแพร่แนวทางการบูรณาการการดูแลผู้สูงอายุ ((integrated care for older people: ICOPE) โดยให้ค้นหาผู้ที่สูญเสียศักยภาพภายในที่เรียกว่า “ผู้มีภาวะถดถอย” เพื่อทำการประเมินเชิงลึกและทำแผนส่งเสริมสุขภาพตามวิธีการที่มีประสิทธิผลพร้อมจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อให้คงความสามารถในการใช้ชีวิต สำหรับประเทศไทยในปี 2563 ซึ่งโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ได้เข้าร่วมเป็นพื้นที่นำร่องของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพและได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) โดยได้ประยุกต์แนวทางปฏิบัติขององค์การอนามัยโลกเป็นแนวทางการจัดบริการที่ใช้นโยบายคนไทยทุกคนรอบคร้วมีหมอปประจำตัว 3 คนเป็นฐานในระยะที่ 1 ในปี 2564 เริ่มที่การคัดกรองในชุมชนได้ความครอบคลุมร้อยละ 42.6 จากจำนวนผู้สูงอายุ 4,000 คน และได้ความครอบคลุมการประเมินเชิงลึกร้อยละ 12.0 ปัญหาที่พบ ได้แก่ ความล่าช้าและการสูญหายของข้อมูลทำให้ต้องทำงานซ้ำซ้อน ความไม่ต่อเนื่องของบริการโดยการส่งต่อระหว่างทีมใช้เวลาประมาณ 3-4 เดือน และบริการไม่ครบถ้วนตามวัตถุประสงค์ที่จะชะลอภาวะถดถอยจึงได้พัฒนาบริการระยะที่ 2 ในปี 2565 เพื่อให้มีบริการที่ต่อเนื่องและเพิ่มความครอบคลุมโดยกำหนดกลยุทธ์การแทรกแซง (Intervention Strategy) คือ 1) ใช้นวัตกรรมดิจิทัลในการจัดการข้อมูล 2) ระบบถ่ายทอดงานและองค์ความรู้ (Task shifting & Sharing) และ 3) กระจายภาระงานโดยทำ Operation plan ใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed method) และนำกรอบแนวคิดมุ่งผลลัพธ์การดำเนินการ (Implementation outcome framework) ของ Proctor et al. มาใช้ทำการประเมินผลการดำเนินงาน 3 ด้าน คือ 1) ผลการดำเนินการ (Implementation outcome) พบว่า การจัดการข้อมูลด้วยนวัตกรรมดิจิทัลทำให้บริการเกิดได้ตามแผนปฏิบัติการและบริการได้ถึงขั้นตอนที่ 4 แสดงแนวโน้มการนำเข้าสู่งานประจำ 2) ผลการจัดบริการ (Service Outcome) พบแนวโน้มของความครอบคลุมการคัดกรองเพิ่มขึ้นร้อยละ 77.5 และส่งต่อทำการประเมินเชิงลึกขั้นที่ 2 ได้ร้อยละ 73.7 เวลาเฉลี่ยการรอเฝ้าในขั้นที่ 2 คือ 2.8 สัปดาห์ ผู้ที่มีปัญหาถดถอยมากกว่าร้อยละ 89.7 ได้ทำแผนและรับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพและระบบสร้างช่องทางให้ขอสม.ส่งคำนัดให้ผู้มีปัญหาช่องปากเข้าพบทันตแพทย์ได้โดยตรง 3) ผลที่เกิดกับผู้สูงอายุ พบว่าร้อยละ 68.0 มีการเคลื่อนไหวดีขึ้น โดยสรุปรูปแบบบริการนี้อาศัยนวัตกรรมดิจิทัลดูแลแบบยึดผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางมีการเชื่อมบริการให้มีความต่อเนื่องและเพิ่มประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษารูปแบบการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุแบบบูรณาการโดยยึดผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง (Integrated elderly-centered health services) ที่มุ่งเน้น 3 ประเด็นของความถดถอย คือ ด้านการเคลื่อนไหวภาวะทุพโภชนาการ และ สุขภาพช่องปากในพื้นที่เทศบาลเมืองเพชรบูรณ์
2. เพื่อประเมินผลลัพธ์ทั้งผลการดำเนินงาน (Implementation outcome) ผลการจัดบริการ (Service Outcome) และ ผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้สูงอายุ (Elderly outcome) ของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

การดำเนินการวิจัย

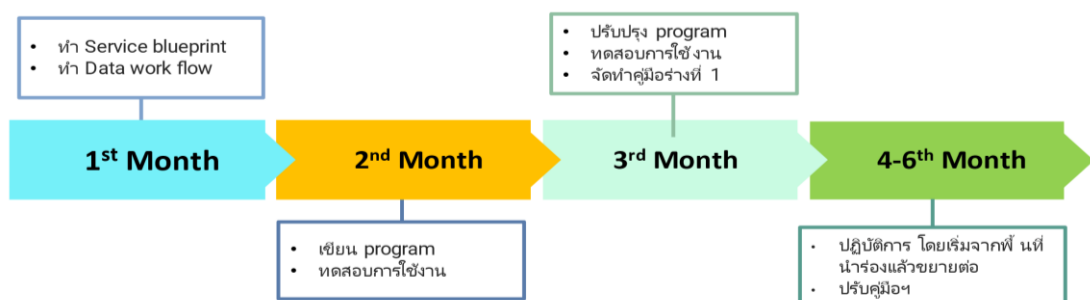
เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (mixedmethod) ประกอบด้วยการศึกษาเชิงปริมาณและคุณภาพ นำกรอบแนวคิดผลลัพธ์การดำเนินงาน (Implementation Outcome Framework) ของ Proctoet al. มีขอบเขตการศึกษาจากการปฏิบัติตามแนวทางการจัดบริการของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองอำเภอมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ ในช่วง 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึง 31 มีนาคม พ.ศ.2566

ประชากร คือผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์ที่ผ่านการประเมินภาวะถดถอยในปี 2564 จำนวน 1,705 คน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในเขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์ 170 คน และทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ที่รับผิดชอบพื้นที่เทศบาลเมืองเพชรบูรณ์ 20 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุที่มีภาวะถดถอยและได้รับการคัดกรองชั้นที่ 1 ในช่วงเวลาตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึง 31 มีนาคม พ.ศ.2566 จำนวน 1,321 คน 2) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในเขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์ที่ได้รับการสุ่ม 116 คน 3) กลุ่มบุคลากรในคลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลเพชรบูรณ์สาขาคลองศาลา และสหวิชาชีพในโรงพยาบาลที่เป็นผู้รับผิดชอบพื้นที่เทศบาลเมืองเพชรบูรณ์ 10 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า คือ ความสมัครใจ และเกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการศึกษาหรือมีภาวะเจ็บป่วยรุนแรง/บาดเจ็บ

เครื่องมือและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล: ใช้แบบบันทึกข้อมูลผู้สูงอายุที่นำเข้าสู่ระบบดิจิทัล (Web-based platform) โดยนำแนวทางจัดบริการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพมีแบบบันทึกข้อมูลตามขั้นตอน ตั้งแต่ 1) การคัดกรองและบันทึกข้อมูลภาวะถดถอยทั้ง 9 ด้าน 2) ประเมินเชิงลึกและบันทึกข้อมูลยืนยันภาวะถดถอย 3) แบบประเมินสุขภาพองค์รวม 4) แบบการวางแผนส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล (Care plan) และ 5) แบบการติดตามการปฏิบัติตามโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ แล้วทำการรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้วิธีการสังเกตและการสัมภาษณ์ ที่อาศัยกรอบแนวคิด Consolidated Framework of Implementation Research มีประเด็นสำคัญ คือ Intervention characteristic, Outer & Inner Setting, Characteristics of Individuals, Process

วิธีการดำเนินการวิจัย



1. ทบทวนวรรณกรรมและสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ผู้สูงอายุ
2. ดำเนินการตามกลยุทธ์การแทรกแซง (Intervention strategy) ได้แก่
 - 2.1 พัฒนานวัตกรรมดิจิทัลสำหรับจัดการข้อมูลทำการทดสอบใช้งานแล้วปรับปรุงพร้อมทำคู่มือ
 - 2.2 จัดการพัฒนาศักยภาพฝึกฝนที่หน้างาน (On the job training)

2.3 จัดทำตารางปฏิบัติงาน(Operational plan) โดยเริ่มคำนวณกระจายภาระงานอาศัยสถิติในการทำงานในระยะที่ 1

3. ดำเนินการตามกลยุทธ์การดำเนินงาน หรือ Implementation strategy มีดังนี้

- 3.1 Engagement เชิญทีมชุมชนมาประชุมเพื่อกำหนดเป้าหมายและทำแผนดำเนินงานร่วมกัน
- 3.2 การคัดเลือกชุมชนที่มีความพร้อมและสมัครใจเป็นชุมชนนำร่องชุดแรกซึ่งคัดเลือกได้ 6 ชุมชน (ชุมชนที่ 1,2,5,8,12 และ 13)แล้วจึงจัดทำแผนฝึกอบรมและทดลองใช้งานนวัตกรรมดิจิทัล โดยจัดให้มีทีมพี่เลี้ยง (หมอคนที่ 2) พาทดลองใช้งาน รับฟังความคิดเห็นและนำมาปรับปรุง
- 3.3 จัดการประชุมร่วมระหว่างผู้นำชุมชน อสม.ทุกชุมชนและบุคลากรสาธารณสุข โดยมีนายกเทศมนตรีเป็นประธานการประชุม เพื่อคืนข้อมูลการดำเนินงานในชุมชนนำร่อง พร้อมทั้งทำพันธะสัญญากับ 11 ชุมชนที่เหลือในการดำเนินงานต่อไป

4. นำนวัตกรรมไปใช้ใน 17 ชุมชนโดยให้ อสม.ดำเนินการเอง มีหมอประจำชุมชนเป็นพี่เลี้ยง

5. เก็บรวบรวมข้อมูลวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน สังเคราะห์ข้อมูลและอภิปรายผล

6. สรุปการศึกษาวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล 1) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณสำหรับข้อมูลสถานะสุขภาพในปัญหาความถดถอย ใช้ร้อยละ ความถี่ 2) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงพรรณนาโดยทำการประเมินผลลัพธ์การดำเนินการด้วย Consolidated Framework of Implementation Research Version 2.0(CFIR 2.0) เป็นกรอบในการสังเคราะห์ข้อมูล

จริยธรรมการวิจัยผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ (สคม.) เอกสารการรับรอง COA No. IHRP2022058 IHRP No. 054-2565 เมื่อวันที่ 23 มิถุนายน พ.ศ. 2565

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ได้ผลและปัจจัยที่มีส่วนสำคัญต่อการดำเนินการโดยแบ่งตามการประเมิน 3 ด้าน ได้แก่ Implementation Outcome, Service Outcome และ Client Outcomeดังนี้

1. Implementation Outcome

Outcome	Evidence
Adaptabilityand Tailoring	ผู้ปฏิบัติได้ร่วมกันออกความเห็นจัดทำแผนและจัดทำ Service Blue printมอบบทบาทและขั้นตอนการทำงานในพื้นที่ ซึ่งเป็นการนำแนวปฏิบัติกลางมาปรับใช้ให้จัดบริการได้ตามบริบทจริง
Feasibility	ประสิทธิภาพของนวัตกรรมในการส่งข้อมูลจากหมอ 1 ไปปรากฏที่จอของหมอ 2 และหมอ 3 ทันที ทำให้ลดภาระงานบันทึกข้อมูล การกระจายภาระงานและตั้งเป้าหมายที่น้อยทำให้เกิดการยอมรับและมีความร่วมมือในการนำไปใช้
Fidelity& Sustainability	มีหลักฐานแสดงข้อมูลการทำงานในแต่ละขั้นที่แสดงว่า ทีมมีการทำงานตรงตามบทบาท มีการส่งต่อระหว่างขั้นต่างๆ แสดงความต่อเนื่องของงานและมีแนวโน้มการจัดบริการในลักษณะของแผนงานประจำ(Weekly operation plan)

2. Service Outcome

Outcome	Evidence
Accessibilityและ Patient-centeredness	ผลเชิงปริมาณ: กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการคัดกรองขั้นที่ 1 ในเวลา 3 เดือน มีจำนวน 1,321 ราย คิดเป็นร้อยละ 77.5 ของประชากรสูงอายุที่มีภาวะถดถอย และมีการส่งต่อเพื่อทำการประเมินเชิงลึกขั้นที่ 2 จำนวน 973 ราย คิดเป็นร้อยละ 73.7 ของผู้ที่ผ่านการคัดกรองขั้นที่ 1 ผลการคัดกรองขั้นที่ 2 (ประเมินเชิงลึกยืนยันภาวะถดถอย) มีผู้สูงอายุที่มีปัญหาซับซ้อน 129 ราย ได้พบแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 128 ราย (ร้อยละ 99.0) มีผู้ที่มีปัญหาช่องปาก 194 ราย ได้พบทันตแพทย์ 174 ราย (ร้อยละ 89.7) ภายในเวลา 3 สัปดาห์หลังจากคัดกรองขั้นที่ 1 มีผู้ที่ได้รับการยืนยันว่ามีปัญหาการเคลื่อนไหวและทุพโภชนาการ 69 ราย ได้ทำแผนส่งเสริมสุขภาพจำนวน 64 ราย (ร้อยละ 93.0) และมีการติดตามครบ 12 สัปดาห์ ทั้งหมด มีผู้ที่ต้องปรับแผนให้เข้มข้นขึ้น 9 ราย
Timeliness	เวลาการรอคอยเฉลี่ยจากขั้นที่ 1 เข้ารับบริการขั้นที่ 2 อยู่ที่ 19 วัน (2.76 สัปดาห์) อสม.สามารถส่งต่อผู้มีปัญหาทันตกรรมพบทันตแพทย์ได้โดยตรง ย่นระยะเวลาจากขั้นที่ 1 ไปขั้นที่ 3 ได้เลย

3. Client Outcomeหรือ Elderly Outcome

Outcome	Evidence
Decline capacity	มีการประเมินผลของความถดถอยของศักยภาพภายในซ้ำหลังการติดตาม 12 สัปดาห์ ผู้ที่มีปัญหาการเคลื่อนไหวดีขึ้นร้อยละ 68.0 ผู้ที่มีปัญหาช่องปากได้รับการดูแลมีอาการดีขึ้นใน 8 สัปดาห์ เมื่อติดตามครบและประเมินซ้ำพบว่า ปัญหาลดลง ร้อยละ 10.0 (ที่เหลือต้องติดตามต่อ)
ความพึงพอใจ	มีความพึงพอใจของผู้สูงอายุและครอบครัว ร้อยละ 90.0 ความพึงพอใจของ อสม. ร้อยละ 91.0 (เนื่องจากการยอมรับจากชุมชนมากขึ้น)

อภิปรายผลการวิจัย

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุตามแนวทางใหม่ของพื้นที่เทศบาลเมือง อ.เมือง จ.เพชรบูรณ์ เป็นการดูแลแบบบูรณาการที่ยึดผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางโดยอาศัยแผนการดูแลเดียวกันของทีมสหวิชาชีพ และระบบดิจิทัลจัดการข้อมูลข้อมูลการดูแลรายบุคคลส่งไปในทีมช่วยให้เกิดการตัดสินใจและบริการที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นสามารถคัดกรองได้ร้อยละ 77.5 โดยใช้เวลาลดลง 3 เท่าและสามารถให้บริการได้ทั้งในชุมชนและหน่วยบริการโดยไม่มีข้อจำกัด อีกทั้งยังพบแนวโน้มในการจัดเข้าเป็นงานประจำได้คุณลักษณะสำคัญ คือเป็นไปตามหลักการจัดบริการที่ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางดังที่ The Health Foundation of UK⁽⁶⁾ ได้เสนอหลักสำคัญไว้ ทำให้เกิดช่องทาง(Enable entry)ให้ผู้สูงอายุเข้าถึงผู้ให้บริการได้เร็วและสามารถลดขั้นตอนได้โดยเฉพาะการเข้าบริการทันตกรรมทำให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง (Continuity care) ซึ่งเป็นการมอบคุณค่าใหม่ให้กับทั้งผู้ให้และผู้รับบริการประสิทธิภาพของรูปแบบบริการใหม่เพิ่มขึ้นกว่าก่อนพัฒนาและมีคุณภาพในมิติด้านความต่อเนื่องในการจัดบริการซึ่งเกิดขึ้นจากกระบวนการแทรกแซง

คือ 1)การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทำให้ข้อมูลผู้ป่วยถูกส่งต่อระหว่างทีมได้ทันเวลาและมีความแม่นยำ ลดภาระงาน สอดคล้องกับการศึกษารูปแบบการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ ICOPE Application ในบริการปฐมภูมิของ D. SANCHEZ-RODRIGUEZ ⁽⁸⁾ ในปี 2021ปัจจัยสำคัญที่เป็นกุญแจสำคัญในการขับเคลื่อน คือ 1) ปัจจัยภายใน: นโยบายจากผู้บริหารชัดเจน มีสัมพันธภาพและการสื่อสารที่ดีกับชุมชนการเข้าถึงองค์ความรู้ และมีทรัพยากรในพื้นที่ 2)ปัจจัยด้าน Individual วิสัยทัศน์ของผู้นำทีมมีทัศนคติที่ดีต่อการเปลี่ยนแปลง มีเป้าหมายร่วมกันเป็นแรงจูงใจ ปัจจัยด้านกระบวนการ (Intervention)คือ การสร้างทีมและมีแผนร่วมกันการตั้งเป้าหมายที่ละน้อยช่วยลดความกดดันได้ดี รวมถึงการทดสอบนวัตกรรมให้เห็นผลในการลดภาระงาน

ข้อเสนอแนะ

1. ในการขยายผลแต่ละพื้นที่ ควรมีการพัฒนาทีมจัดบริการ ให้มีทีมที่เลี้ยงในการพัฒนางานและวางแผนอย่างเป็นขั้นตอน โดยมีการวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆในพื้นที่เพื่อวางกลยุทธ์ในการขับเคลื่อนให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่
2. ควรมีระบบจัดการข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ ลดความซ้ำซ้อนและภาระงานในการจัดเก็บข้อมูล
3. เสนอให้มีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อเพิ่มประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสมรรถนะเพื่อชะลอความถดถอยให้ได้มากที่สุด

เอกสารอ้างอิง :

1. World Health Organization. Integrated care for older people: Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. Geneva: 2017.
2. Proctor E, Silmere H, Raghavan R, Hovmand P, Aarons G, Bunger A, et al. Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. Administration and policy in mental health and mental health services research. 2011;38:65-76.
3. Damschroder LJ, Reardon, CM, Widerquist MA, Oet al. The updated Consolidated Framework for Implementation Research based on user feedback. Implementation Sci 2022; 17(75) .
4. Integrated Healthcare Capabilities. eHealth Ireland. 2023 Available form: <https://www.ehealthireland.ie/knowledge-information-plan/executive-summary/integrated-healthcare-capabilities/>
5. Person-centered care made simple. The Health Foundation. 2016
6. Sanchez-Rodriguez D, Annweiler C, Gillain S, Vellas B. Implementation of the integrated care of older people(icope)app in primary care: New technologies in geriatric care during quarantine of covid-19 and beyond. The Journal of Frailty & Aging 2021;10(2) 139-140.

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยนอกของคลินิกหอบหืดรพ.ราชภัฏศรีสวัสดิ์ โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

วัชรินทร์ ทองสีเหลืองฉวีวรรณ เผ่าพันธุ์
ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลมหาสารคาม

บทคัดย่อ

คลินิกหอบหืดรพ.เป็นนโยบายเพื่อยกระดับความสามารถในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ที่มุ่งเน้นการให้บริการตามบริบทชุมชนและครอบครัวยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางโดยความร่วมมือของสหวิชาชีพในระดับปฐมภูมิโดยอาศัยหัวใจของเวชศาสตร์ครอบครัวคือ การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยนอกของคลินิกหอบหืดรพ.ราชภัฏศรีสวัสดิ์ โรงพยาบาลมหาสารคามจังหวัดมหาสารคามรูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดำเนินการระหว่างเดือนกันยายน 2565 ถึง มีนาคม 2566 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงและใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการปฐมภูมิขงรพ.และผู้ให้บริการปฐมภูมิขงรพ.จำนวน 21 คนและผู้รับบริการในคลินิกหอบหืดรพ.ราชภัฏศรีสวัสดิ์ จำนวน 385 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแบบประเมินเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบ Paired t-test dependent เพื่อหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบ Paired t-test dependent เพื่อเปรียบเทียบบทบาทและความพึงพอใจของผู้ให้บริการก่อนและหลังพัฒนา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอกมีทั้งหมด 9 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์บริบทและสถานการณ์ 2) จัดทำแผนปฏิบัติการ 3) พัฒนาศักยภาพทีมหอบหืดรพ.ราชภัฏศรีสวัสดิ์ 4) การนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในคลินิกหอบหืดรพ. 5) การดำเนินงานเชิงรุกในชุมชน 6) ประชุมเชิงปฏิบัติการ “ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ” 7) สนับสนุนติดตาม นิเทศงาน 8) ประเมินผล 9. ถอดบทเรียนจัดเวทีแลกเปลี่ยน ซึ่งการวิเคราะห์การดำเนินงาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับค่าเฉลี่ยของบทบาทและความพึงพอใจในการให้บริการผู้ป่วยนอกเพิ่มสูงขึ้นก่อนการพัฒนามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ และหลังการพัฒนาคลินิกหอบหืดรพ.ราชภัฏศรีสวัสดิ์ผ่านเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิทั้ง 8 ด้าน ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในการมารับบริการสุขภาพอยู่ในระดับมาก จากกระบวนการพัฒนาทำให้เกิดต้นแบบของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยนอกของคลินิกหอบหืดรพ.ราชภัฏศรีสวัสดิ์ โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม คือ RAJABHAT Model

หลักการ และเหตุผล

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายในการปฏิรูประบบบริการสุขภาพด้านปฐมภูมิให้เชื่อมโยงกับแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุขระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 - 2579) และแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564) เพื่อเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน Sustainable Development Goals: SDGs ด้วยแนวคิดการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพที่เน้นองค์ประกอบหลัก 6

ประการ ขององค์การอนามัยโลกภายใต้นโยบาย “คลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster)” ตั้งแต่ปี พ.ศ.2559

คลินิกหมอครอบครัวราชภัฏศรีสวัสดิ์ เป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิภายใต้สถานบริการหลัก คือโรงพยาบาลมหาสารคามโดยเริ่มจากแนวคิดการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิในชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อแยกผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มโรคไม่ซับซ้อนออกจากการบริการในตติยภูมิ มีการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวเมือง จนกระทั่งมีนโยบายคลินิกหมอครอบครัวในปี 2559 จึงได้รับนโยบายดังกล่าวมาดำเนินการเต็มรูปแบบ เพื่อให้เกิดการจัดระบบบริการปฐมภูมิ ที่สนับสนุนการดูแลผู้ป่วยและประชาชนในพื้นที่หน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายของโรงพยาบาลมหาสารคามมีทั้งหมด 4 แห่ง ตั้งอยู่ในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองมหาสารคามอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคามรับผิดชอบประชากรทั้งสิ้น 55,046 คน จาก 78 ชุมชน 17,756 หลังคาเรือนมีบทบาทหน้าที่ในการดำเนินประกอบด้วย งานส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสภาพงานป้องกันควบคุมโรค และระบาดวิทยา งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน งานพัฒนาระบบปฐมภูมิ และสนับสนุนเครือข่ายงานคุ้มครองผู้บริโภค จัดบริการด้านเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนเชื่อมโยงการดำเนินงานและสร้างความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลกับภาคีเครือข่าย

การจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเขตเมืองในปัจจุบัน จะเป็นแบบการสั่งการนโยบายจากกระทรวงสาธารณสุข ไม่ได้สร้างการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการระบบร่วมกันของภาคีเครือข่าย ขาดการวางยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยบริการต่างสังกัดและต่างภาคส่วน รวมถึงภาคีเครือข่ายสำคัญในพื้นที่ส่วนซึ่งเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ทั้งในเชิงการรักษาพยาบาล และส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ รวมถึงการจัดการปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่เกิดจากปัจจัยด้านสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม การดำเนินงานเป็นไปตามยุทธศาสตร์และนโยบายที่ได้รับการสั่งการมาจากกระทรวง ซึ่งพบว่าเป้าหมายการทำงานที่ได้รับมอบหมายมาจากกระทรวงสาธารณสุขนั้นอาจจะไม่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของประชาชนและผู้ให้บริการในพื้นที่ ทำให้บุคลากรในพื้นที่ไม่มีความสุขในการทำงานจากการปฏิบัติงานเพื่อตอบสนองชีวิตที่มากมายนอกจากนี้ ผู้ให้บริการสุขภาพในสังกัดอื่นๆ ก็ไม่ได้รู้สึกถึงการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเพื่อตอบสนองต่อนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ทำให้ไม่สามารถสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ภาคีเครือข่าย และไม่สามารถสร้างความต่อเนื่องในการทำงานระยะยาวดังนั้นจะเห็นได้ว่าการดำเนินงานโดยใช้รูปแบบในปัจจุบันนี้ สามารถทำงานในระยะสั้น หรืองานที่เป็นลักษณะงานประจำวันต่อวันได้ แต่ในการทำงานระยะยาว ไม่น่าจะมีประสิทธิภาพ ซึ่งนับว่าเป็นข้อจำกัดอย่างยิ่ง อีกทั้งตลอดระยะเวลาการดำเนินงานที่ผ่านมาปัญหาการพัฒนาศักยภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งในเรื่องของกำลังคนและงบประมาณ การเพิ่มความสามารถและปริมาณในการให้บริการ ล้วนส่งผลถึงการรับบริการด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่โดยตรงและจากการสำรวจตามแบบประเมินเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ฉบับปี พ.ศ.2566 ทั้งหมด 8 ด้าน พบว่าคลินิกหมอครอบครัวราชภัฏศรีสวัสดิ์ไม่ผ่านเกณฑ์ใน 4 ด้าน คือ ด้านที่ 1 ระบบบริหารจัดการ ด้านที่ 4 ด้านระบบสารสนเทศ ด้านที่ 5 ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และด้านที่ 8 ระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาบริบท กระบวนการพัฒนา ผลของการพัฒนา และปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยนอกของคลินิกหอบหืดรพ.ราชภัฏศรีสวัสดิ์โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

การดำเนินการวิจัย

วิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action Research) P-A-O-Rของเคมมิสและแมกทาการ์ด(Kemmis & Mc Taggart, 1988)แบ่งการศึกษาออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่ระยะที่ 1 การวางแผน (Planning) ระยะที่ 2 การปฏิบัติ (Action) ระยะที่ 3 การสังเกต (Observing) ระยะที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) ระยะเวลาในการดำเนินงานวิจัย ตั้งแต่เดือนกันยายน 2565 ถึง มีนาคม 2566

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

กลุ่มที่ 1 กลุ่มผู้ให้บริการทางการแพทย์ จำนวน 21 คน คือ คณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการปฐมภูมิราชภัฏศรีสวัสดิ์โรงพยาบาลมหาสารคามจังหวัดมหาสารคามประกอบด้วยแพทย์ 2 คน พยาบาล 8 คน เภสัชกร 1 คน วิชาชีพอื่น 3 คน พนักงานกระทรวงสาธารณสุข 5 คนโดยใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง

กลุ่มที่ 2 กลุ่มผู้รับบริการทางการแพทย์ คือ กลุ่มผู้มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกหอบหืดรพ.ราชภัฏศรีสวัสดิ์จำนวน 385 คน ใช้วิธีการคำนวณขนาดตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ชุดที่ 1 แบบสอบถามในการวิจัยที่พัฒนาขึ้นเองใช้สำหรับกลุ่มผู้ให้บริการทางการแพทย์ มี 3 ส่วน ชุดที่ 2 แบบประเมินเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ มีองค์ประกอบ 8 ด้าน และชุดที่ 3 แบบสอบถามในการวิจัยที่พัฒนาขึ้นเอง ใช้สำหรับกลุ่มผู้รับบริการทางการแพทย์ มี 2 ส่วน

การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุดสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของบทบาทและความพึงพอใจในการให้บริการผู้ป่วยนอก โดยใช้สถิติทดสอบ Paired t-test และ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

จริยธรรม ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ 084 – 072 / 2565 ลงวันที่ 23 มีนาคม 2566 ถึงวันที่ 22 มีนาคม 2567

ผลการวิจัย

1.บริบทของการบริการสุขภาพผู้ป่วยนอกของคลินิกหอบหืดรพ.ราชภัฏศรีสวัสดิ์เป็นสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีการปฏิบัติงานในรูปแบบทีมหอบหืดรพ.ราชภัฏศรีสวัสดิ์จำนวน 2 ทีม รับผิดชอบพื้นที่ 2 ชุมชน คือ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม และมหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ วิทยาเขตมหาสารคาม จำนวนประชากร 16,568 คน มีการกำหนดแบ่งการปฏิบัติงานให้บริการเป็นสองส่วนคือ งานบริการในสถานพยาบาลและงานเชิงรุกในชุมชน สถานที่ตั้งสามารถให้บริการได้อย่างสะดวก มีความสะดวกเมื่อใช้บริการ ขั้นตอนบริการที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนจึงมีสถิติการให้บริการผู้ป่วยนอกในปี 2565 เฉลี่ย 30,968 ราย

ต่อปี โดยส่วนมากเป็นกลุ่มผู้ป่วยนอกทั่วไปร้อยละ 60.00 ผู้ป่วยโรคเรื้อรังร้อยละ 20.00 ผู้ป่วยอื่น ๆ หรือผู้มารับบริการอื่น ๆ ร้อยละ 20.00 ซึ่งการที่มีผู้มารับบริการเป็นจำนวนมากนี้เองทำให้เกิดสภาพปัญหาการให้บริการผู้ป่วยนอกที่มากเกินไปจนอัตรารองรับจนกระทบกับงานในชุมชนอื่นๆ เช่น งานอนามัยโรงเรียน งานพยาบาลชุมชน งานเยี่ยมบ้านผู้ป่วย งานส่งเสริมสุขภาพในชุมชน

2. กระบวนการพัฒนาการบริการสุขภาพผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอครอบครัวราชภัฏศรีสวัสดิ์ ประกอบด้วย 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวางแผน (Planning) วิเคราะห์สถานการณ์ กำหนดเป้าหมาย สรุปประเด็นปัญหาได้ดังต่อไปนี้ 1) .ปัญหาความล่าช้าของระบบการทำงานที่ต้องทำงานทั้งเชิงรุกและเชิงรับ 2) ปัญหาการทำงานเชิงรุกในชุมชนไม่ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด 3) ปัญหาความชัดเจนในการดำเนินงาน เนื่องจากไม่มีคำสั่งในการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว 4) ปัญหาบุคลากรขาดการพัฒนาศักยภาพในเรื่องเวชศาสตร์ครอบครัว จากนั้นร่วมกันวิเคราะห์และของคลินิกหมอครอบครัวขงากร 8 ด้าน พบว่า ไม่ผ่านเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านที่ 1 ด้านระบบบริหารจัดการ ด้านที่ 4 ด้านระบบสารสนเทศ ด้านที่ 5 ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และด้านที่ 8 ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อและจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ได้แผนปฏิบัติการ (Action Plan) ได้ทั้งหมด 4 กิจกรรม ที่แก้ปัญหา 4 ด้านที่ไม่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ระยะที่ 2 การปฏิบัติตามแผน (Action) ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ดังนี้กิจกรรมที่ 1 พัฒนาศักยภาพทีมหมอครอบครัวหมอครอบครัวราชภัฏศรีสวัสดิ์ กิจกรรมที่ 2 หมอครอบครัวราชภัฏศรีสวัสดิ์ก้าวสู่เทคโนโลยี 4.0 กิจกรรมที่ 3 ประชาชนทุกครอบครัว มีหมอครอบครัวดูแลทุกคน กิจกรรมที่ 4 อบรมเชิงปฏิบัติการ “ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ”

ระยะที่ 3 การสังเกต (Observing) การกำกับ ติดตามนิเทศงานผู้วิจัยได้สนับสนุนการดำเนินงานและติดตามประเมินผล พบว่า กลุ่มผู้ให้บริการทางการแพทย์ให้ความร่วมมือ ร่วมแสดงความคิดเห็น มีส่วนร่วมในทุกกิจกรรม และยังช่วยกระตุ้นให้ทีมมีความกระตือรือร้นในการแสดงความคิดเห็น หลังการดำเนินงานกลุ่มผู้ให้บริการทางการแพทย์มีความรู้ความเข้าใจในกระบวนการการดำเนินการจัดการพัฒนาการบริการของคลินิกหมอครอบครัวขงากร เพื่อให้ผ่านเกณฑ์คลินิกหมอครอบครัวคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ การติดตามผลการดำเนินงานของการพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอกคลินิกหมอครอบครัวขงากร ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้ 1) บทบาทการบริการสุขภาพผู้ป่วยนอก พบว่า ก่อนพัฒนาส่วนใหญ่มีระดับบทบาทอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 80.95 และหลังการพัฒนาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 71.43 เมื่อเปรียบเทียบระดับความแตกต่างของบทบาทในการบริการสุขภาพผู้ป่วยนอกก่อนและหลังการพัฒนา พบว่าระดับบทบาทเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p < 0.001$) 2) ความพึงพอใจในการบริการผู้ป่วยนอก พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจก่อนพัฒนาอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 52.38 และหลังการพัฒนาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 80.95 เมื่อเปรียบเทียบระดับความแตกต่างของความพึงพอใจก่อนและหลังพัฒนา พบว่า ระดับความพึงพอใจเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p < 0.001$) 3) ความพึงพอใจในการมารับบริการสุขภาพผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอครอบครัวราชภัฏศรีสวัสดิ์ พบว่า พบว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจมาก ร้อยละ 47.79 รองลงมาคือ ระดับความพึงพอใจปานกลาง ร้อยละ 37.66

ระยะที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (Reflection) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียนสรุปผลการดำเนินกิจกรรมทั้ง 4 โครงการ บรรลุตามวัตถุประสงค์เกิดต้นแบบของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอครอบครัวราชภัฏศรีสวัสดิ์ คือ RAJABHAT Model ประกอบด้วย R (Reaction) การตอบสนองความต้องการของประชาชนในการเข้าถึงบริการสุขภาพ A (Advocacy) พิทักษ์สิทธิประชาชนเป็นสำคัญ J (Joy) ความสุขในการให้บริการและการรับบริการของประชาชน A (Agility) ความคล่องแคล่ว ว่องไว ลดเวลารอคอยในการให้บริการ B (Building Innovation) สร้างนวัตกรรม ใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย เพื่อเข้าถึงระบบสุขภาพได้อย่างง่าย H (Holistic Care) การดูแลสุขภาพของประชาชนแบบองค์รวมด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ A (Accountable) รับผิดชอบต่อหน้าที่และองค์การทำงานด้วยความเสียสละ ดูแลสุขภาพของประชาชน T (Teamwork) ทำงานร่วมกันเป็นทีม และปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอครอบครัวราชภัฏศรีสวัสดิ์ โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคามคือ (3P) P-P-P ประกอบด้วยP: Policy หมายถึง นโยบาย P: Participation หมายถึง การมีส่วนร่วมของทีมในการให้บริการสุขภาพ และ P: Proactive of Work หมายถึง การทำงานเชิงรุกในพื้นที่

การพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพผู้ป่วยนอกของคลินิกหอบหืดรพ.วชิรพยาบาล
มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรราชบุรี โดยใช้แนวคิดของ Kemmis (1998) มาเป็นกรอบดำเนินการ
ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การลงมือปฏิบัติการตามแผน (Action) การสังเกตผลการ
ดำเนินงาน (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) มีดังนี้ บทบาทการให้บริการผู้ป่วยนอกของ
คลินิกหอบหืดรพ.วชิรราชบุรี ก่อนการพัฒนาบทบาทการให้บริการผู้ป่วยนอกอยู่ในระดับปานกลาง
และหลังการพัฒนาอยู่ในระดับมากซึ่งมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจ
เนื่องมาจากผู้ให้บริการทางการแพทย์ทราบบทบาทของตนเองในหน่วยบริการ และมีส่วนร่วมในการ
ตัดสินใจ มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน มีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และมีส่วนร่วมในการประเมินผล ทำให้
มีค่าเฉลี่ยหลังการพัฒนาอยู่ในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ นภัสภรณ์
เชิงสะอาด ศึกษาการพัฒนาคุณภาพกระบวนการมาตรฐานของงานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาล
อาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ก่อนการพัฒนาระดับบทบาทและการมีส่วนร่วม อยู่ในระดับปานกลาง
และหลังการพัฒนาอยู่ในระดับมาก ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่ง
อาจชี้ให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการคิด วางแผน และเสนอแนวทางในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ

1. การพัฒนาศักยภาพทีมหมอบครีวหมอบครีวอย่างต่อเนื่องจะทำให้การดำเนินงานบริการสุขภาพผู้ป่วยนอกมีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. การพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอก เกิดจากความร่วมมือของทุกภาคส่วน โดยเริ่มจากผู้นำเห็นความสำคัญของการพัฒนาการบริการผู้ป่วย นำไปสู่การประกาศเป็นนโยบาย มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานทีมหมอครอบครัวอย่างชัดเจน มีการทำแผนปฏิบัติงานปฐมภูมิในแต่ละปี และที่สำคัญการเกิดการมีส่วนร่วมของทีมหมอครอบครัว คลินิกหมอครอบครัวราชภัฏศรีสวัสดิ์ในการร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติ ประเมินผล จึงทำให้ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ

3. ควบคู่กันนี้ร่วมกับคลินิกหมอครอบครัวอื่นอยู่ในเขตจังหวัดมหาสารคามเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างสถานพยาบาล และได้เรียนรู้หลากหลายมุมมอง ต่างบริบทว่าจะมี วิธีการแก้ปัญหาอย่างไรจึงจะเหมาะสมและสามารถเชื่อมโยงกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (ม.ป.ป.). คลินิกหมอครอบครัว Primary Care Cluster: แนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ. สืบค้นเมื่อ 10 เมษายน 2566 จาก: http://bps.moph.go.th/new_bps/node
2. สำนักบริหารการสาธารณสุขสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ทีมหมอครอบครัว(Family Care Team). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด, 2557.
3. กระทรวงสาธารณสุขสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ. (2562). คู่มือแนวทางการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิพ.ศ. 2562 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
4. Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). The action research reader. Geelong. Victoria: Deakin University Press
5. นภัสน์ชัยเสอาด. การพัฒนารูปแบบคุณภาพการบริหารความเสี่ยงตามมาตรฐานของงานบริการพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาลอาจสามารถจังหวัดร้อยเอ็ด, วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิตมหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2561.

การใช้ชุดกิจกรรมศิลปวัฒนธรรมพื้นบ้านสินไหเพื่อพัฒนาทักษะสังคมของบุคคลออทิสซึม*

วนาพรวัฒนกุลทรงวิทย์พิมพ์พรรณ
ธีราภรณ์รัตน์อริยพรคุโรตะปิยะวรรณศรีสุรักษ์
โรงพยาบาลขอนแก่น

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการใช้ชุดกิจกรรมศิลปวัฒนธรรมพื้นบ้านสินไหเพื่อพัฒนาทักษะสังคมของบุคคลออทิสซึม

ผลการวิจัยพบว่า การออกแบบชุดกิจกรรม เกิดจากแนวคิดความเป็นองค์รวมจิตตปัญญาศึกษาและศิลปะเพื่อการพัฒนา โดยแบ่งกิจกรรมเป็น 3 ชุดย่อยประกอบด้วย ชุดกิจกรรมธรรมชาติ ชุดกิจกรรมวัฒนธรรม ชุดกิจกรรมศิลปะ เป็นรูปแบบกิจกรรมพัฒนาบุคคลออทิสซึมจำนวน 12 ครั้ง โดยวิธีการจัดกิจกรรมเป็นการสร้างรูปแบบการเรียนรู้ประสบการณ์ตรงเพื่อให้ฝึกสังเกตสื่อสารและสร้างสรรค์

การใช้ชุดกิจกรรมศิลปวัฒนธรรมพื้นบ้านสินไหเป็นผลให้บุคคลออทิสซึมมีการพัฒนาทักษะสังคมดีขึ้นจากการสัมภาษณ์และการถอดบทเรียนผู้ปกครองและกลุ่มเป้าหมายพบว่าชุดกิจกรรมนี้ มีการออกแบบชัดเจนและตอบโจทย์เข้ากับวิถีชีวิต ส่วนจากผลการประเมินโดยใช้แบบสังเกตพฤติกรรมทักษะสังคมของบุคคลออทิสซึมกลุ่มเป้าหมายมีคะแนนสูงในด้านการทำงานร่วมกัน ส่วนผลการประเมินโดยใช้ Social skill rating scale กลุ่มเป้าหมาย 9 ใน 10 คนมีคะแนนดีขึ้น การประเมินผลการรักษา (ATEC) มีกลุ่มเป้าหมาย 4 คนมีคะแนนดีขึ้นและจำนวนที่เหลือมีคะแนนไม่ต่างจากเดิมอย่างไรก็ตามส่วนหัวข้อด้านทักษะสังคมกลุ่มเป้าหมาย 7 ใน 10 คนมีคะแนนดีขึ้น

การใช้ชุดกิจกรรมศิลปวัฒนธรรมพื้นบ้านสินไหจัดกิจกรรมบนพื้นที่จริงทั้งเชิงการสัมผัสรับรู้เชิงอารมณ์ความรู้สึกและเชิงจิตวิญญาณเพื่อให้เกิดประสบการณ์ตรงอย่างเป็นองค์รวมด้วยกระบวนการการฝึกสังเกตการสื่อสารและการสร้างสรรค์สามารถสร้างผลการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกด้านทักษะสังคมของบุคคลออทิสซึมส่วนประเด็นที่ควรนำมาพิจารณาเพื่อการพัฒนาคือระยะเวลาจัดกิจกรรมจำนวน 12 ครั้งอาจยังไม่เพียงพอในการสร้างการเปลี่ยนแปลงที่มั่นคง

หลักการ และเหตุผล

บุคคลออทิสซึม มีความพร่องในด้านสื่อสารและด้านทักษะสังคม ส่งผลให้บุคคลออทิสซึมกลุ่มที่มีอาการมากไม่สามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับบุคคลทั่วไปได้^{1,2,3} อย่างไรก็ตามหากได้รับการพัฒนาส่งเสริมแก้ไขอย่างถูกวิธีจะช่วยให้บุคคลกลุ่มนี้มีทักษะดีขึ้นจึงมีความพยายามจากบุคคลกลุ่มต่างๆพัฒนารูปแบบกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้บุคคลออทิสซึมมีทักษะดีขึ้นโดยเป็นการดูแลแบบบูรณาการ⁴

ในช่วงปีพ.ศ. 2563 - 2564 ทีมผู้วิจัยได้มีโอกาสนำวรรณกรรมสินไหมรดกภูมิปัญญาทางศิลปวัฒนธรรมของชาวอีสานสินไหเป็นวรรณกรรมพื้นบ้านเก่าแก่ของชาวลุ่มน้ำโขง ได้รับความนิยมนมาก เพราะเนื้อหาที่มีคุณค่าในเชิงนามธรรมคือความดีความงาม^{5,6} มาประยุกต์ใช้ ณ พื้นที่โฮงสินไหเพื่อเชื่อมโยงมิติการเรียนรู้ที่ขาดหายไปให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นในการพัฒนาคนและชุมชนและพบว่าวรรณกรรมสินไหมีศักยภาพสามารถนำมาพัฒนาทักษะสังคมของบุคคลออทิสซึมในด้านต่างๆเช่นการทำงานร่วมกันด้วยการนำ

ประเด็นที่สอดคล้องกันในเรื่องและตัวละครที่มีบทบาทในมิติต่างๆมาให้สัมผัสและการร่วมกิจกรรมกับบุคคลในกลุ่มต่างๆที่มีความหลากหลาย⁷ ด้วยเหตุนี้เพื่อขยายผลงาน ผู้วิจัยจึงออกแบบและพัฒนาชุดกิจกรรมศิลปวัฒนธรรมพื้นบ้านเรื่องสินไซและทำการวิจัยเพื่อศึกษาผลของชุดกิจกรรมดังกล่าวต่อการพัฒนาทักษะสังคมของบุคคลออทิสซึม

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการใช้ชุดกิจกรรมศิลปวัฒนธรรมพื้นบ้านสินไซ เพื่อพัฒนาทักษะสังคมของบุคคลออทิสซึม

การดำเนินการวิจัย

ศึกษาเอกสาร วารสาร และโครงการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง กำหนดประเด็นและขอบเขตของเนื้อหา เพื่อสร้างชุดกิจกรรมศิลปวัฒนธรรมพื้นบ้านสินไซต่อการส่งเสริมทักษะสังคมของบุคคลออทิสซึม

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ การประชุมถอดบทเรียนผู้เข้าร่วมวิจัยและผู้ปกครอง และจากแบบประเมิน 4 ชุด คือ 1) แบบสังเกตพฤติกรรมทักษะสังคมของบุคคลออทิสซึม 2) แบบวัดทักษะสังคม Social Skills Rating Scales (SSRS)⁸ 3) แบบประเมินการรักษาออทิสซึม (Autism treatment evaluation checklist : ATEC) และ 4) แบบสัมภาษณ์ถึงโครงสร้างของผู้ปกครองในการเสริมสร้างทักษะสังคมของบุคคลออทิสซึม

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ข้อมูลจากการถอดบทเรียนและการสัมภาษณ์โดยใช้แนวคำถามถึงโครงสร้างของผู้ปกครองในการเสริมสร้างทักษะสังคมของบุคคลออทิสซึม ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลทักษะสังคมของบุคคลออทิสซึม ก่อน-ขณะ-หลังการทดลอง ใช้สถิติเชิงพรรณนาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมในแต่ละระยะ

จริยธรรม ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE64318 วันหมดอายุ 13 ตุลาคม 2565

ผลการวิจัย

การออกแบบชุดกิจกรรมศิลปวัฒนธรรมพื้นบ้านสินไซ เพื่อพัฒนาทักษะสังคมของบุคคลออทิสซึม ผู้วิจัยนำแนวคิดการพัฒนาแบบองค์รวม⁹ นำมาเป็นแนวคิดหลักร่วมกับกระบวนการด้านจิตตปัญญาศึกษา¹⁰ และศิลปะเพื่อการพัฒนา¹¹ วิเคราะห์และสังเคราะห์ออกแบบเป็นชุดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อพัฒนาทักษะสังคมของบุคคลออทิสซึม โดยแบ่งกิจกรรมเป็น 3 ชุดย่อยประกอบด้วย ชุดกิจกรรมธรรมชาติ ชุดกิจกรรมวัฒนธรรม ชุดกิจกรรมศิลปะ รายละเอียดกิจกรรมแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 กำหนดการชุดกิจกรรมศิลปวัฒนธรรมพื้นบ้านสินไซ เพื่อการส่งเสริมทักษะสังคมของบุคคลออทิสซึม

ครั้งที่	ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	แนวปฏิบัติดำเนินการกิจกรรม
1	ปฐมนิเทศ	1) เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้เรียนรู้เรื่องราวและสาระในวรรณกรรมเรื่องสินไซ	เล่าเรื่องสินไซเดินดง 7 ย่านน้ำ 9 ด่านมหาภัย

ครั้งที่	ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	แนวปฏิบัติดำเนินกิจกรรม
2	อาบป่า-อาบใจ	1) เพื่อพัฒนาทักษะการรับรู้ผ่านผัสสะต่าง ๆ	ซึบซับสรรพธรรมผ่านการสัมผัสจริง ในการเดินดงด้วยตนเอง
3	ชมพฤษภานานาพรรณ	1) เพื่อฝึกสังเกต แยกแยะสิ่งต่าง ๆ ในธรรมชาติ เรียนรู้ระบบความสัมพันธ์ของธรรมชาติ	สังเกตธรรมชาติ โดยใช้กิจกรรม nature game
4	เก็บของป่าหาอาหาร	1) เพื่อเรียนรู้ระบบความสัมพันธ์ระหว่างธรรมชาติกับชีวิต	เพื่อให้รู้จักเลือกสรรสิ่งต่าง ๆ ในธรรมชาติในการดำรงชีวิต เชื่อมโยงวัฒนธรรมการกิน
5	อ่านสินไซ-ไพเราะเสนาะหู	1) เพื่อฝึกทักษะในการอ่านและการฟัง 2) เพื่อเปิดโอกาสให้ได้สัมผัสความงามทางวรรณศิลป์	หยิบยกบทกลอนที่มีความไพเราะมาอ่าน เช่น กลอนสินไซเดินดง
6	เขียนสินไซ-ไทน้อย	1) เพื่อเรียนรู้ตัวอักษรไทน้อย เขียนได้ อ่านได้	เรียนรู้ตัวอักษรไทน้อย ฝึกเขียนและฝึกอ่าน ตัวอักษรและประโยคที่ปรากฏบนภาพชูปแต้ม
7	ท่วงท่าลีลาสินไซ	1) เพื่อฝึกทักษะการแสดงออกและเสริมสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง	เพื่อเรียนรู้บุคลิกลักษณะและพฤติกรรมของตัวละครในเรื่องสินไซผ่านกิจกรรมแสดง
8-10	แต้ม-ตัด-เต้น 1,2,3	1) เพื่อฝึกทักษะฝีมือผ่านกิจกรรมการวาดและการแสดงออก	นำตัวละครสินไซมาออกแบบสร้างสรรค์ผ่านการวาดและการเชิดหุ่นโดยบูรณาการกับการแสดง
11	ปัจฉิมนิเทศ	1) เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	รับฟังซึ่งกันและกัน บอกเล่าจุดแข็งจุดอ่อนจุดที่ควรปรับปรุงของชุดกิจกรรมนี้
12	ออกแสดงต่อสาธารณชน	1) เพื่อนำเสนอและเผยแพร่ผลงานต่อสาธารณชน เพื่อสร้างการรับรู้ถึงความสามารถของบุคคลออทิสซึม	เผยแพร่ต่อสาธารณชนในรูปแบบนิทรรศการและการแสดงหุ่นเชิดหุ่นเงาในเวทีต่างๆ

- ผลการศึกษาเกี่ยวกับชุดกิจกรรมที่ได้รับการออกแบบ

รูปแบบของชุดกิจกรรมศิลปวัฒนธรรมสินไซ : มีจุดแข็งคือ รูปแบบกิจกรรมนี้ช่วยสร้างพลังบวก เรื่องสินไซสอนเรื่องการมีคุณธรรมและความกล้าเป็นเรื่องราวน่าสนใจที่มีมานาน และเป็นสมบัติเป็นเอกลักษณ์ของคนขอนแก่น เป็นการอนุรักษ์วัฒนธรรม ส่วนจุดอ่อนคือช่วงเวลาในการทำกิจกรรมสั้นเกินไป

- ผลการศึกษาด้านทักษะสังคมของบุคคลออทิสซึม

จากแบบประเมินทั้ง 3 ชุดในภาพรวมระดับคะแนนของบุคคลออทิสซึมทุกคนมีผลดีขึ้น

อภิปรายสรุปข้อเสนอแนะ

ชุดกิจกรรมประกอบด้วย ชุดกิจกรรมธรรมชาติ ชุดกิจกรรมวัฒนธรรม และชุดกิจกรรมศิลปะด้วยวิธีการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ตรงฝึกฝน 3 ทักษะ คือ การสังเกต การสื่อสาร การสร้างสรรค์

ชุดกิจกรรมออกแบบเพื่อฝึกการรับรู้ความรู้สึกผ่านประสาทสัมผัสทุกมิติ โดยการสร้างรูปแบบการเรียนรู้ประสบการณ์ตรง (Experience-based learning) เพื่อให้บุคคลออทิสซึมได้ฝึกทักษะด้วยตนเอง สอดคล้องกับคำแนะนำในการจัดกิจกรรมเพื่อเยาวชนของ UNICEF¹² และการมีกิจกรรมกลุ่มในรูปแบบต่าง ๆ การได้สร้างผลงานศิลปะและได้แสดงออกสู่สาธารณะ อาจช่วยสร้างการรับรู้ในคุณค่าของตนเอง

นอกจากเนื้อหาสาระในชุดกิจกรรมแล้ว ยังมีปัจจัยสนับสนุนการเรียนรู้ คือ สถานที่จัดกิจกรรม โฮงสินไซ ที่ประกอบด้วยป่าธรรมชาติและเป็นพิพิธภัณฑ์สินไซ สร้างบรรยากาศการสัมผัสสินไซ ส่งเสริมให้เกิดความเชื่อมโยงตั้งแต่ต้นจนถึงสิ้นสุดกิจกรรม อีกทั้งเนื้อหาในวรรณกรรมเป็นเรื่องเกี่ยวกับการต่อสู้ฝ่าฟันอุปสรรคร่วมกันของตัวละคร อาจช่วยส่งเสริมการทำงานร่วมกัน ซึ่งเป็นหนึ่งในทักษะสังคม

เอกสารอ้างอิง

1. ชุติกานต์ พินกุล และรินบุญ นุชน้อมบุญ. (2545). การศึกษาค้นคว้าเรื่องเด็กออทิสติกกับการออกแบบและการจัดกิจกรรมศิลปะ. เอกสารประกอบการรายงานวิชาทัศนศิลป์สำหรับการศึกษาพิเศษ. อุดรธานี.
2. เพ็ญแข ลิ้มศิลา. (2545). “ออทิสซึมในประเทศไทย”: จากตำราสู่ประสบการณ์ในเอกสารประกอบการประชุมปฏิบัติการ เรื่องครู หมอ พ่อแม่: มิติการพัฒนาศักยภาพบุคคลออทิสติก. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
3. จอม ชุมช่วย. (2545). เด็กออทิสติก.เอกสารประกอบคำบรรยาย ณ ห้องประชุมการศึกษาพิเศษ สถาบันราชภัฏสงขลา. อุดรธานี.
4. บวรเดช อนุชา (2563). การฟื้นฟูสมรรถภาพของบุคคลออทิสติกและผู้พิการการเรียนรู้.วารสารสังคมอภิวัฒน์. 11(2), (54-75).
5. ชอบดีสวนโคก. (2552). วรรณกรรมพื้นบ้านสินไซ. ขอนแก่น : สำนักการศึกษาเทศบาลนครขอนแก่น.
6. ทรงวิทย์พิมพ์พรรณ. (2558). สินไซ : การประยุกต์ใช้ทุนวัฒนธรรมเพื่อการพัฒนาชุมชนสองฝั่งโขงในกระแสโลกาภิวัตน์. วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิตกิตติมศักดิ์วิทยาลัยขอนแก่น.
7. Wanaporn Wattanakool. Isaan art, culture and nature for developing autistic persons. Journal of Primary Care and Family Medicine. 2023; 6(2). (in Thai)

การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านพฤติกรรม การดูแลตนเองกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวาน หน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายอำเภอเมืองอ่างทอง จังหวัดอ่างทอง

ปรัชพร กลีบประทุมปฎิภา สุ่มทอง
วาสิณี อาจภักดิ์อรรณภรณ์ สุขสุสานน์
โรงพยาบาลอ่างทอง

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา(R&D) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายอำเภอเมืองอ่างทอง ดำเนินการวิจัยภายใต้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) โดยแบ่งเป็น 4ระยะ คือ ระยะที่ 1เป็นการศึกษาเชิงสำรวจจำนวน 355 คน วิเคราะห์หาความสัมพันธ์เชิงทำนายระหว่างระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพกับตัวแปรต่างๆที่มีผลต่อพฤติกรรม การดูแลตนเอง ระยะที่ 2เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพรูปแบบการจัดบริการคลินิก NCDs คุณภาพ กรณีศึกษาโรคเบาหวาน ทั้ง 14 แห่ง ระยะที่ 3เป็นการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย ผ่านกิจกรรมการสร้างแรงจูงใจ การสร้างทักษะร่วมกับโมบายแอปพลิเคชัน เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังกลุ่มละ 35 ราย ระยะเวลาในการศึกษา 12 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ 3 ช่วงเวลา ได้แก่ สัปดาห์ที่ 1, 12 และ 48 ทดสอบโดยใช้สถิติทดสอบPairedt-testและRepeated measures ANOVAและระยะที่ 4เป็นการติดตามประเมินผล

ผลการศึกษาเชิงสำรวจ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุมากกว่า 60 ปี การศึกษาชั้นประถมศึกษา อาชีพค้าขาย รายได้น้อยกว่า 5,000 บาท รักษาเบาหวานอยู่ในช่วง 5-10 ปี โดยวิธีการกินยา กลุ่มตัวอย่างนี้ ร้อยละ 49.0 ไม่สามารถควบคุมระดับHbA_{1c}ร้อยละ 92.6 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับก้ำกึ่งและไม่เพียงพอ วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ พบว่า 1)ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้สุขภาพ ได้แก่ อาชีพ การมีโรคร่วม และระยะเวลาการเป็นเบาหวาน 2)องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือด 3)พฤติกรรม การดูแลตนเอง ด้านการรับประทานอาหาร มีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) 4)ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์แปรผันตามกับระดับพฤติกรรม การดูแลตนเอง

ผลของการศึกษาโปรแกรมฯ พบว่ากลุ่มทดลอง มีการเปลี่ยนแปลงของความรู้ หลังการทดลอง และระยะติดตามผลดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อีกทั้งกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรม การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองภายหลังเสร็จสิ้นการทดลอง ในสัปดาห์ที่ 12 ถึงระยะติดตามผลในสัปดาห์ที่ 48พบว่ามีค่าระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ 19 คน (ร้อยละ 54.2)

สรุปโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นที่ออกแบบโดยทฤษฎีทางด้านพฤติกรรมศาสตร์ สามารถพัฒนาทักษะ และช่วยให้ผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

บทนำ

จากข้อมูลสถานการณ์ผู้ป่วยในสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุขด้วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกเขตบริการสุขภาพเมื่อเปรียบเทียบข้อมูลปี 2562 กับ ปี 2564 พบว่า อัตราผู้ป่วยต่อประชากรแสนคน ด้วยโรคเบาหวาน เพิ่มขึ้นจาก 5,980.5 เป็น 7,009.6 ถือว่ามีอัตราเพิ่มขึ้นกว่า 1.172 เท่าสอดคล้องกับข้อมูลสถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานของจังหวัดอ่างทอง ปี 2562-ปี 2564 พบผู้ป่วย 19,878 คน 20,512 คน และ 21,435 คน ตามลำดับ สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่หน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายอำเภอเมืองอ่างทอง ปี 2562 มีจำนวน 4,260 คน ปี 2564 มีจำนวน 4,631 คน สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดร้อยละ 35.1 และร้อยละ 33.1 ตามลำดับ^{(1),(2)} จากข้อมูลข้างต้นจะพบว่า จำนวนผู้ป่วยเบาหวานมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี อีกทั้งยังพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายอำเภอเมืองอ่างทอง สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด ยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข⁽³⁾ อันเนื่องมาจากมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่พึงประสงค์ที่ก่อให้เกิดความเสื่อมถอยของสุขภาพ โดยเฉพาะการดื่มเครื่องดื่มรสหวาน ร้อยละ 40⁽⁴⁾ ทั้งนี้จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบสาเหตุสำคัญเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ ขาดการออกกำลังกาย บริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม รับประทานยาไม่ถูกต้อง เครียดขาดแรงสนับสนุนทางสังคม ขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพ ดื่มสุราและสูบบุหรี่^{(5),(6)} อย่างไรก็ตาม พบว่าผู้ป่วยที่มีการปฏิบัติตามเกณฑ์ที่พึงประสงค์ยังคงต่ำกว่าความคาดหวังน่าจะเกิดจากการขาดความรู้ ความเข้าใจที่แท้จริงทั้งในเชิงวิชาการ และแนวทางการปฏิบัติที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและบริบททางสังคม ซึ่งหมายถึงขาดความรู้ด้านสุขภาพ เกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของบุคคลจึงต้องมีการทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพ นั่นคือ ความเชื่อ และกระบวนการเรียนรู้ของบุคคล⁽⁷⁾

ด้วยเหตุผลดังที่กล่าวมานี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องอย่างรอบด้านและมีความเจาะจง ในการสร้างทักษะการให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมบนพื้นฐานบริบทและวิถีชีวิตของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดียิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

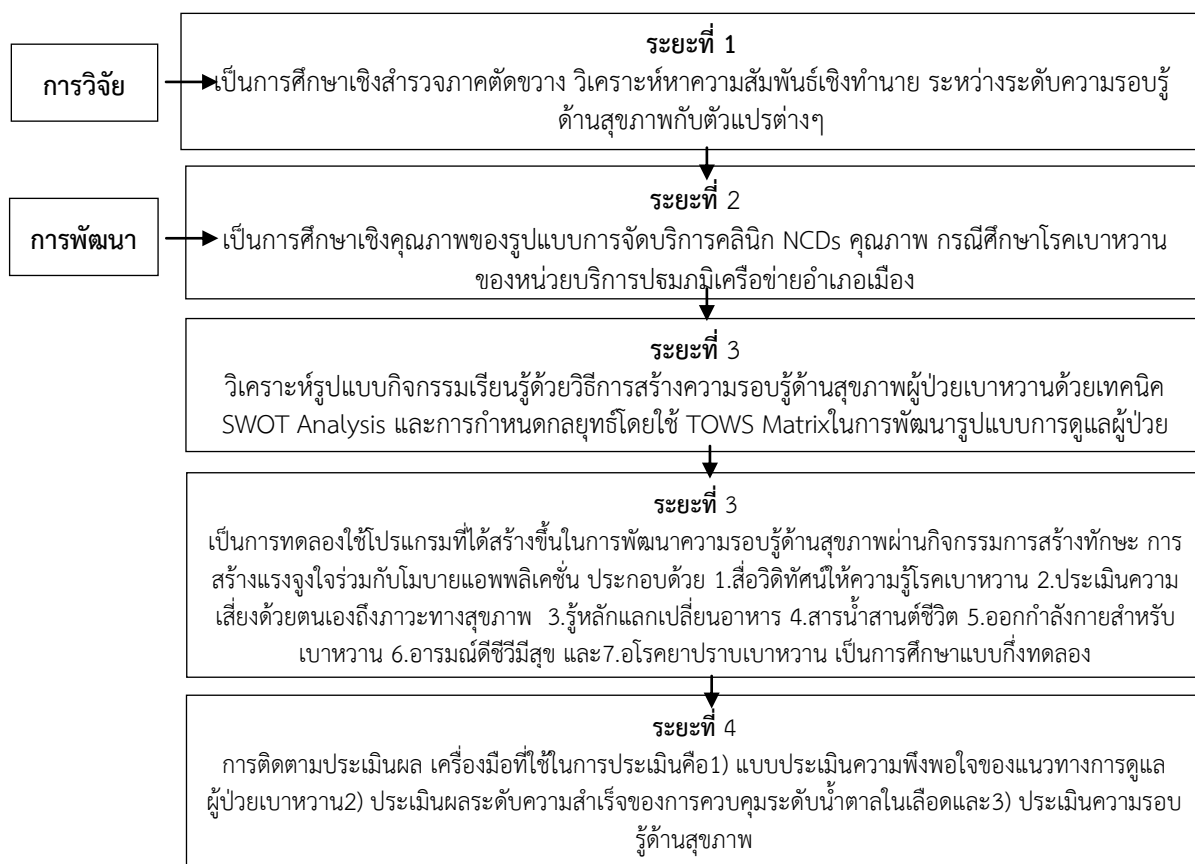
เพื่อศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ในหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายอำเภอเมืองอ่างทอง

การดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายอำเภอเมืองอ่างทอง โดยแบ่งเป็น 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นการศึกษาเชิงสำรวจคำนวณขนาดตัวอย่างของเครซี่และมอร์แกน⁽⁸⁾ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 355 คน สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการแบบแบ่งชั้น โดยทำการเก็บข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นนี้ได้รับตรวจสอบคุณภาพ ในด้านความชัดเจนของภาษา และความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และนำไป Try out จำนวน 40 คนผลการวิเคราะห์ความเชื่อมั่น พบว่าเป็นเครื่องมือที่มีความเที่ยงสูง เริ่มศึกษาระหว่าง

เดือนมิถุนายน – สิงหาคม 2565 วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้ด้านสุขภาพ กับตัวแปรต่างๆ ด้วยสถิติ (chi-square) และ (Pearson's correlation coefficient) ระยะที่ 2 เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพของรูปแบบการจัดบริการคลินิก NCDs คุณภาพ กรณีศึกษาโรคเบาหวานทั้ง 14 แห่ง เริ่มศึกษาเดือนมิถุนายน – สิงหาคม 2565 ระยะที่ 3 เป็นการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย โดยการนำข้อมูลจากระยะที่ 1 และระยะที่ 2 มาเป็นข้อมูลพื้นฐาน โดยดำเนินการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมที่สร้างขึ้น เป็นการศึกษาเชิงทดลองแบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาที่รพ.อ่างทอง คำนวณขนาดตัวอย่างได้ตัวอย่างทั้งสิ้นกลุ่มละ 35 ราย ระยะเวลาในการศึกษา 12 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ 3 ช่วงเวลา ได้แก่ ก่อนการทดลองในสัปดาห์ที่ 1 หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 12 และระยะติดตามผลในสัปดาห์ที่ 48 ทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ Paired t-test และ Repeated measures ANOVA ระยะที่ 4 เป็นการติดตามประเมินผล เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน คือ 1) แบบประเมินความพึงพอใจของแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2) ประเมินผลระดับความสำเร็จของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ของแนวทางเดิมเปรียบเทียบกับแนวทางที่ได้พัฒนา 3) ประเมินความรู้ด้านสุขภาพอีกทั้งการวิจัยในครั้งนี้ ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลอ่างทอง (หนังสือเลขที่ ATGEC 08/2565)

กรอบแนวคิดการวิจัย



ผลการวิจัย

1 ผลการวิจัยเชิงสำรวจเพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพและวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ของผู้ป่วยเบาหวาน โดยนำเสนอผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุมากกว่า 60 ปี มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ประกอบอาชีพค้าขาย มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท เข้ารักษาเบาหวานอยู่ในช่วง 5-10 ปี รักษาโดยวิธีการกินยา ร้อยละ 49.0 ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดได้ และร้อยละ 92.6 มีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับก้ำกึ่งและไม่เพียงพอ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับความรู้ด้านสุขภาพ	กลุ่มตัวอย่าง (n=355)	
	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ด้านสุขภาพสุขภาพเพียงพอ (Adequate health literacy)	26	7.3
ความรู้ด้านสุขภาพก้ำกึ่ง (Marginal health literacy)	205	57.7
ความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ (Inadequate health literacy)	124	34.9
Mean= 60.95 S.D=10.65 Min=33 Max=89	355	100.0

ส่วนที่ 2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และระดับน้ำตาลในเลือดแบ่งการรายงานออกเป็น 4 ข้อ ดังนี้

(1)ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรู้ด้านสุขภาพ) ได้แก่การประกอบอาชีพ การมีโรคร่วม และระยะเวลาการเป็นเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

(2)ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับระดับน้ำตาลในเลือด พบว่าตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

(3)ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพโดยภาพรวมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์แปรผันตามกับระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

องค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพ	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(r)	p
ความรู้ด้านสุขภาพโดยภาพรวม	0.153	0.004
X1 ความรู้ความเข้าใจและการแปลความหมาย	0.257	0.001
X2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	0.687	0.001
X3 การสื่อสารเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ	0.675	0.001
X4 การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ	0.542	0.001
X5 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	0.693	0.001
X6 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ	0.512	0.001

(4) การทดสอบอำนาจการทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ด้วยตัวแปรองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทั้ง 6 ด้าน ด้วยการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน (Stepwise multiple regression) พบว่าตัวแปรอิสระสองตัวขององค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานได้ร้อยละ 37.1 ($R^2=0.282, p < 0.001$) เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย (β coefficient) ของตัวพยากรณ์ พบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลสูงสุด คือ การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยเท่ากับ 0.325 และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยเท่ากับ 0.257 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ ดังนั้นจึงสามารถสร้างสมการถดถอยเพื่อใช้ในการทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้ดังนี้

$$Y = 37.15 + 0.325 (X_4 \text{การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ}) + 0.257 (X_6 \text{การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ})$$

4.2 ผลการศึกษาโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น ในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า

(1) ข้อมูลคุณลักษณะของประชากร กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม เป็นเพศหญิงร้อยละ 63.3, 54.3 อายุเฉลี่ย 47.63, 47.60 ปี ด้านการศึกษาส่วนใหญ่จบในระดับประถม ร้อยละ 60.0, 70.0

(2) ความรู้เกี่ยวกับเบาหวาน พบว่าก่อนการทดลอง มีความรู้ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 45.9) และเปลี่ยนเป็นระดับสูงภายหลังการทดลอง (ร้อยละ 70.3) และระยะติดตามผล (ร้อยละ 64.9) เมื่อพิจารณาด้วยคะแนนเฉลี่ย พบว่ามีค่าเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นและลดลงจาก 8.7 เป็น 10.0 และ 9.7 คะแนน เมื่อพิจารณาการเปลี่ยนแปลงความรู้ด้วยสถิติ Repeated measure ANOVA ทั้ง 3 ช่วงเวลา พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=12.273, df=1.966, 70.785$ $p < 0.001$)

(3) เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการได้รับการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การใช้ยา และระดับน้ำตาลสะสมของผู้ป่วยเบาหวาน มีความแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับคำปรึกษาตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนพฤติกรรมการออกกำลังกายไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) (ตารางที่ 3)

(4) สัดส่วนค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลหลังอดอาหารเข้าของกลุ่มทดลองพบว่าภายหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 12 จำนวน 26 จาก 35 คน (ร้อยละ 74.2) เมื่อพิจารณาความต่อเนื่องของระดับน้ำตาลในเลือดนาน 36 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลอง 17 คน ใน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 48.5 ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติได้ต่อเนื่อง และ 4 คน (ร้อยละ 11.4) ระดับน้ำตาลในเลือดกลับมาสูงดังเดิม (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตัวเองหลังการได้รับโปรแกรมฯ

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	Mean± SD		t	p-value
	กลุ่มทดลอง (n=35)	กลุ่มเปรียบเทียบ (n=35)		
ด้านการบริโภคอาหาร				
ก่อนการทดลอง	33.26±5.99	34.80±4.77	3.311	0.020
หลังการทดลอง	37.27±3.83	34.90±3.92		
ด้านการออกกำลังกาย				
ก่อนการทดลอง	7.10±2.59	7.50±1.96	1.222	0.227
หลังการทดลอง	6.47±2.18	7.47		
ด้านการใช้ยา				
ก่อนการทดลอง	18.07±1.57	18.40±1.73	3.185	0.002
หลังการทดลอง	18.90±1.60	18.83±1.82		
ระดับน้ำตาลสะสม HbA _{1c}				
ก่อนการทดลอง	9.47±1.21	9.33±1.31	3.061	0.003
หลังการทดลอง	7.76±1.23	9.20±1.74		

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารเช้าจำแนกตามระยะเวลาการทดลอง

ระยะเวลา	ระยะติดตามผล สัปดาห์ที่ 48			รวม
	กลุ่มทดลอง			
หลังการทดลอง สัปดาห์ที่ 12	ระดับน้ำตาลในเลือด	FBS < 130	FBS >130	
	FBS < 130	17 (48.5)	9 (25.7)	26 (74.2)
	FBS >130	5 (14.2)	4 (11.4)	9 (25.7)
	รวม	22 (62.8)	13 (37.2)	35 (100.0)

การอภิปรายผลการวิจัย

โปรแกรมที่ทีมวิจัยพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ โดยเน้นการพัฒนาทักษะทั้ง 6 ด้าน ผ่านกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการสร้างทักษะการเข้าถึง เข้าใจข้อมูล ตัดสินใจ นำข้อมูลไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการสุขภาพตนเองให้ดีขึ้น เป็นผลมาจากโปรแกรมที่พัฒนาเนื้อหาประกอบด้วย 1) สื่อวิดีโอที่ให้ความรู้โรคเบาหวาน 2) ประเมินความเสี่ยงด้วยตนเองถึงภาวะทางสุขภาพ 3) รู้หลักแลกเปลี่ยนอาหารนับคาร์โบไฮเดรต 4) สารน้ำसानต์ชีวิต 5) การออกกำลังกาย 6) อารมณ์ดีชีวิมีความสุข และ 7) อโรคยาปราบเบาหวานจุดเด่นของโปรแกรมนี้นี้คือผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้พูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านโมบายแอปพลิเคชันได้ตลอดเวลาและมีการปรับกลวิธีทางสุขภาพที่มุ่งเน้นการให้สถานการณ์และแนวทางในการตัดสินใจเช่นการตัดสินใจเลือกและฝึกปฏิบัติในการแลกเปลี่ยนอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยมีการออกแบบสื่อให้ดูผ่อนคลายโดยการเลือกใช้สีตลอดจนการสร้างบรรยากาศที่ผู้รับบริการรู้สึกเป็นมิตรและ

อยากจะชักถามมีการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศที่ถูกต้องและเชื่อถือได้โดยจัดช่องทางการเผยแพร่ที่หลากหลายในระบบออนไลน์แผนการนำไปใช้ประโยชน์โดยนำเสนอผลการศึกษาในService plan สาขา NCD เพื่อเผยแพร่โปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพนี้ให้สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่

ข้อเสนอแนะ

ควรขยายการศึกษาในพื้นที่อื่นๆ อาจเป็นระดับภาคหรือระดับประเทศ เพื่อให้ทราบถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในภาพกว้าง และปัจจัยต่างๆเพิ่มเติม เช่น ตัวแปรด้านการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพ ความยากง่ายในการเข้าถึงสารสนเทศของแต่ละพื้นที่ ตลอดจนวิถีชีวิต ปัจจัยด้านสังคมที่อาจมีผลต่อการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข. ฐานข้อมูล HDC ผลการสำรวจอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ประจำปีงบประมาณ 2561.
2. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข. ฐานข้อมูล HDC ผลการสำรวจอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ประจำปีงบประมาณ 2564.
3. กลุ่มงานสุขศึกษา โรงพยาบาลอ่างทอง สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสรุปผลข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน 2562.
4. กองสุขศึกษา. พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่พึงประสงค์. ใน; รายงานผลการดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ 2564. สำนักงานเขตสุขภาพที่ 4 สระบุรี. หน้า 28-31.
5. วรณนา ชื่นวัฒนา. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลแม่มาง อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี. วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยปทุมธานี 2557;3:163-10.
6. Mayo Clinic Staff. Risk factors [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 1 ธันวาคม 2564]. เข้าได้จาก : <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/diabetes/symptoms-causes/syc-20371444>.
7. Nutbeam, D. The Evolving Concept of Health Literacy. Social Science & Medicine. 2008; 67(12): 2072-2078.
8. Krejcie and Morgan, 1970 อ้างใน อรุณ จิรวัฒน์กุล. ชีวิตสถิติสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. (พิมพ์ครั้งที่ 3). ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านวิทยา; 2550.

ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานในประชาชนกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวานในพื้นที่เขตเทศบาลเมือง อำเภอเมืองเพชรบูรณ์จังหวัดเพชรบูรณ์

พเยาว์ บุษยากุลดวงดาว ศรียากุลสันติ ลาภเบญจกุล
โรงพยาบาลเพชรบูรณ์

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในเขตเทศบาลเมือง อ.เมือง จ.เพชรบูรณ์เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi experimental pre -posttest design)วัดผลก่อน -หลัง เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม -ธันวาคม 2565 ใช้กลุ่มทดลองในเขตเทศบาลเมืองและกลุ่มควบคุมในเขตตำบลใกล้เคียง จำนวนกลุ่มละ 120คนนำความรู้จากโปรแกรมที่มีประสิทธิผลในการป้องกันเบาหวานของต่างประเทศ ประยุกต์ร่วมกับหลักเศรษฐศาสตร์พฤติกรรม(Economics Behavior) หลัก Stage of Change และเทคนิคการสร้างแรงจูงใจจนได้เป็นโปรแกรม 6 ครั้งที่ได้นำไปทดสอบใน 4 ภูมิภาคทั่วประเทศ โดยพื้นที่นี้เป็นพื้นที่ทดลองในเขตเมืองซึ่งปรับให้เป็นบริการแบบ Workplace-based ซึ่งช่วยลดข้อจำกัดต่างๆเพื่อให้ร่วมโปรแกรมได้อย่างต่อเนื่องเริ่มต้นจากสร้างความตระหนักและเปลี่ยน Stage of change ในครั้งที่ 1แล้ว จัดกลุ่มย่อย 8-10คนเพื่อนำเข้าโปรแกรมเพื่อการจัดการตนเองอีก 5 ครั้ง รวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีอัตราการลดลงของดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ระดับน้ำตาลในเลือดและคะแนนความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานเมื่อจบโปรแกรมต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนความเสี่ยงการเป็นเบาหวานเฉลี่ยลดลงถึง 14.1 คะแนน และพบว่า ร้อยละ 83.9 ของผู้เข้าร่วมมีอัตราการลดความเสี่ยงลงได้ 1 ระดับและร้อยละ 1.8 เป็นผู้ที่ลดลงได้มากที่สุดคือ 3 ระดับกล่าวโดยสรุป โปรแกรมสามารถลดโอกาสเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานในระยะ 10 ปีลงได้ถึงร้อยละ 12.7และร้อยละ 69.4 สามารถกลับเป็นกลุ่มปกติ จุดเด่นคือการใช้สื่อช่วยสร้างแผนดูแลสุขภาพและสะกิดเตือนเป็นระยะ การจัดกลุ่มทำให้ประหยัดเวลาและลดภาระงาน เพื่อนในกลุ่มช่วยเสริมแรงกันการมีเครื่องมือมาตรฐานเป็นชุดทำให้เรียนรู้และนำไปใช้อย่างง่ายเหมาะกับการขยายผลต่อไป

หลักการ และเหตุผล

สถานการณ์ของสุขภาพในปัจจุบันพบว่า การเสียชีวิตของประชากรในโลกนี้ส่วนใหญ่เกิดจากโรคเรื้อรังปีพ.ศ. 2562 - 25633 พบว่าความชุกของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนไทย เท่ากับร้อยละ 9.5 และ 25.4 ตามลำดับ ซึ่งเมื่อเทียบกับปี 2552 และ 2557 แล้วมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น สำหรับสถานการณ์โรคไม่ติดต่อจังหวัดเพชรบูรณ์ ปีงบประมาณ 2563 - 2565 พบว่าอัตราการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่เท่ากับ 455.54 504.51 574.43 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ และอัตราการเกิดความดันโลหิตสูงรายใหม่เท่ากับ 1063.03 1130.22 1167.36ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ และในเขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์ จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ในปี พ.ศ. 2563และ พ.ศ.2564มีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 1,603 คน เป็น 1,674 คน ตามลำดับ สาเหตุสำคัญหลักๆ เกิดจากการขาดการดูแลสุขภาพใส่ใจด้านพฤติกรรมใน

ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยและพื้นที่ยังไม่ได้มีชุดบริการที่ชัดเจนในการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานพื้นที่อำเภอเมืองเพชรบูรณ์ จังหวัดเพชรบูรณ์โดยโปรแกรมนี้นี้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนองค์ความรู้จากประสบการณ์ต่างประเทศ ที่นำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มข้นได้ผ่านการพิสูจน์ว่าได้ผลจริงในการป้องกันโรคเบาหวานนำมาสังเคราะห์เป็นชุดบริการ^(1,2) แนวคิดหลักคือการจัดการที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางที่มีพี่เลี้ยงเป็นโค้ชด้านสุขภาพกระตุ้นให้ประชาชนเป็นหุ้นส่วนร่วมกันตัดสินใจสร้างแผนดูแลสุขภาพ ทำการจัดโปรแกรมเป็นแบบกลุ่มย่อยเพื่ออาศัยพลังกลุ่มในการสร้างแรงจูงใจมีเพื่อนในกลุ่มทำการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และพี่เลี้ยงเสริมพลังใจพร้อมสะท้อนความสำเร็จเล็กๆเป็นระยะๆตามหลักเศรษฐศาสตร์พฤติกรรมที่ยังรวมถึงการติดตามด้วยการสะกิดเป็นระยะๆ⁽³⁾ ในมาทดลองหาวิธีและรูปแบบที่จะนำไปใช้ในพื้นที่เขตเมืองซึ่งมีบริบทแตกต่างจากเขตชนบทเพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปใช้เป็นต้นแบบการดูแลประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในพื้นที่อื่นๆต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเบาหวานในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในพื้นที่อำเภอเมืองเพชรบูรณ์จังหวัดเพชรบูรณ์

การดำเนินการวิจัย

เป็นการศึกษาทั้งทดลอง แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบวัดผลทั้งก่อนและหลังการทดลอง ประชากรเป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ที่ 100-125 มก./ดล. ในอำเภอเมืองจังหวัดเพชรบูรณ์ มีอายุอยู่ระหว่าง 35-59 ปีคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) กลุ่มทดลองคือกลุ่มเสี่ยงในคลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ สาขาคอลงศาต.ในเมือง จำนวน 120 คน และกลุ่มเปรียบเทียบคือ กลุ่มเสี่ยงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าพล(รพ.สต.ขนาดใหญ่ที่อยู่ใกล้เคียง) จำนวน 120 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

1. แบบเก็บข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัคร
2. แบบประเมินสุขภาพสำหรับการเก็บข้อมูลสุขภาพได้แก่น้ำหนักส่วนสูงเส้นรอบเอวดัชนีมวลกายระดับน้ำตาลในเลือดที่เจาะจากปลายนิ้วและข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ
3. แบบสัมภาษณ์ในประเด็นเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อความพึงพอใจปัญหา/อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

1. คัดเลือกอาสาสมัครที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์
2. แนะนำโครงการวิจัยพร้อมทั้งเก็บข้อมูลทั่วไปและทำแบบประเมินสุขภาพสำหรับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
3. แบ่งอาสาสมัครกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มย่อยจำนวน 8-10 คน/กลุ่มตามสถานที่ทำงาน

4. ค้นหาข้อมูลและทำความเข้าใจกับหัวหน้าหน่วยงาน เพื่อสร้างความตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลบุคลากร แล้วทำแผนการนัดกลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 5 ครั้งห่างกัน 4 สัปดาห์ กิจกรรมครั้งที่ 1 ให้เรียนรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานและสร้างความตระหนักโดยให้คำนวณคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานแล้วกระตุ้นให้ทำการตั้งเป้าหมายในการเปลี่ยนพฤติกรรม กิจกรรมครั้งที่ 2-3 เป็นกิจกรรมเพื่อสร้างแผนการจัดการตนเอง โดยวิธีการให้ความรู้ในเรื่องการจัดการอาหารและเพิ่มการเคลื่อนไหว โดยเริ่มจากวิธีที่ง่ายใช้เวลาสั้นๆ ในแต่ละวันแล้วเพิ่มความเข้มข้นขึ้นเรื่อยๆ มีการจัดทำชุดเครื่องมือประกอบกิจกรรม สร้างการเรียนรู้แบบ Interactive เช่น แผ่นภาพพลิก การ์ดเกมใช้ตัวละครชื่อ “ก๊ากโก” เป็นตัวอย่างฝึกตั้งเป้าหมายและสร้างแผนดูแลตนเอง ใช้ VDO โปรแกรมคำนวณพลังงาน และบทพูดเพื่อเสริมพลังและสร้างแรงจูงใจเป็นระยะ เป็นต้นที่เลี้ยงจะให้บทวนประสบการณ์เพื่อค้นหาความสำเร็จเล็กๆ กระตุ้นให้เกิดพลังใจและชี้การสำเร็จในแต่ละเป้าหมายเพื่อสร้างความเชื่อมั่นต่อตนเองว่า “สามารถเปลี่ยนแปลงได้” มีการติดตามการปฏิบัติตามสัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยใช้โทรศัพท์ ไลน์กลุ่มหรือส่วนตัวตามที่ตกลงกัน กิจกรรมครั้งที่ 4-5 เป็นการสอนการเฝ้าระวังจิตใจต่อสิ่งเร้า ฝึกปฏิเสธรูปแบบเกมส์ ฝึกเทคนิคสร้างแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง และนำเกมส์บันไดงูมาใช้เพื่อสร้างแผนระยะยาวให้กับตนเอง

สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้มีการแทรกแซงกระบวนการใด ๆ ทั้งสิ้น ยกเว้นการวัดผลก่อนและหลังการจัดโปรแกรม โดยล้อตามระยะเวลาเดียวกับกลุ่มทดลอง นัดเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว เก็บข้อมูลและทำแบบประเมินสุขภาพระยะหลังเข้าร่วมโปรแกรม

การวิเคราะห์ข้อมูล: ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้สถิติทดสอบ Paired t-test, Two - way ANOVA with Repeated Measures และ Mixed effect model

จริยธรรมวิจัยการวิจัยนี้ได้รับคำรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์(สคม.) ทั้งประเด็นทางด้านวิชาการ ICH-GCP และด้านจริยธรรม และมีมติอนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัย เมื่อวันที่ 29 มิถุนายน 2565 หนังสือเลขที่ สคม.495/2565

ผลการวิจัย

1. **ข้อมูลทั่วไป** ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่มพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย มีอายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี กลุ่มทดลองมีระดับการศึกษาปริญญาตรีเป็นส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 48.8 กลุ่มเปรียบเทียบมีระดับการศึกษาประถมศึกษาถึงร้อยละ 95.0 และกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจร้อยละ 53.7 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 33.6

2. **เปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังจบโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ**
พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ระดับน้ำตาลในเลือดและคะแนนเสี่ยงเป็นเบาหวานลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยร้อยละ 89.2 ที่ระดับน้ำตาลลดลง และร้อยละ 69.4 มีระดับน้ำตาลลดลงในระดับที่เป็นกลุ่มปกติ ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบไม่พบความแตกต่างของค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอวระหว่างก่อนและหลังจบโปรแกรม ยกเว้นระดับน้ำตาลในเลือดและคะแนนความเสี่ยงเป็นเบาหวานที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง ($\bar{X} \pm SD$)			กลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{X} \pm SD$)		
	ก่อน	หลัง	p-value	ก่อน	หลัง	p-value
ดัชนีมวลกาย (kg/m^2)	26.1 $\pm$ 4.5	25.6 $\pm$ 4.4	<0.001*	24.7 $\pm$ 4.5	24.7 $\pm$ 4.2	0.975
เส้นรอบเอว (cm)	91.3 $\pm$ 11.3	86.0 $\pm$ 11.0	<0.001*	85.8 $\pm$ 10.7	85.8 $\pm$ 10.4	0.921
ความดันโลหิต (mmHg)	129.9 $\pm$ 16.4	130.3 $\pm$ 17.4	0.793	125.2 $\pm$ 16.3	126.6 $\pm$ 15.5	0.444
ระดับน้ำตาลในเลือด (mg/dl)	109.6 $\pm$ 7.5	94.5 $\pm$ 11.7	0.001*	108.7 $\pm$ 7.6	100.9 $\pm$ 16.3	<0.001
คะแนนความเสี่ยงการเป็นเบาหวาน	14.2 $\pm$ 4.0	8.9 $\pm$ 4.9	<0.001*	13.3 $\pm$ 3.7	10.1 $\pm$ 5.0	<0.001

เมื่อเปรียบเทียบอัตราการลดลงของตัวแปรต่างๆ ระหว่าง 2กลุ่ม เห็นได้ชัดเจนว่ากลุ่มทดลองมีอัตราการลดลงของคะแนนความเสี่ยงการเป็นเบาหวานต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) และมีผลต่างมากถึง 14.1 คะแนนดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบอัตราการลดลงของตัวแปรต่างๆ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปร	อัตราการลดลง		ผลต่างของอัตราการลดลง	p-value
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม		
ดัชนีมวลกาย (kg/m^2)	-2.1 $\pm$ 4.2	0.3 $\pm$ 5.2	-2.4	<0.001
เส้นรอบเอว (cm)	-5.7 $\pm$ 5.9	0.2 $\pm$ 7.4	-5.9	<0.001
ความดันโลหิต (mmHg)	29.4 $\pm$ 89.3	22.8 $\pm$ 82.0	6.6	0.565
ระดับน้ำตาลในเลือด (mg/dl)	-13.5 $\pm$ 10.6	-6.9 $\pm$ 14.9	-6.6	<0.001
คะแนนความเสี่ยงการเป็นเบาหวาน	-39.9 $\pm$ 29.9	-25.8 $\pm$ 26.3	-14.1	<0.001

3. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

เป็นการประยุกต์การคำนวณหาระดับความเสี่ยงจากแบบประเมินระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานใน 10 ปี ของประเทศฟินแลนด์ พบว่า มีจำนวนผู้ที่มีการเปลี่ยนแปลงของระดับความเสี่ยงลดลงได้น้อย 1 ระดับจำนวน 94 คน คิดเป็นร้อยละ 83.9 มีผู้เข้าร่วมที่สามารถลดความเสี่ยงมากที่สุดถึง 3ระดับคิดเป็นร้อยละ 1.8 และเมื่อนำระดับความเสี่ยงมาประเมินโอกาสเกิดเบาหวาน พบว่าโอกาสเกิดโรคเบาหวานในระยะ 10 ปี ของกลุ่มเสี่ยงก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 21.3 หลังเข้ากิจกรรมครบ 5 ครั้งเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 8.7 สรุปได้ว่าโอกาสที่เกิดเบาหวานในระยะ 10 ปีมีความแตกต่าง (ก่อน-หลัง)ลดลงไปจากเดิมมากถึงร้อยละ 12.8

อภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนาบริการด้วยชุดบริการนี้มีการเปลี่ยนแปลงกระบวนทัศน์ของผู้ให้บริการ (paradigm shift) มาใช้ความสำคัญของการวัดความพร้อม ตั้งเป้าหมายและออกแบบแผนเฉพาะบุคคล ผลการศึกษาพบว่า ชุดบริการมีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยวัดผลจากดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ระดับน้ำตาลในเลือด และคะแนนความเสี่ยงการเป็นโรคเบาหวานที่ลดลงซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม(Transstheoretical Model :TTM)ที่ว่าบุคคลจะพัฒนาความคิดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปทีละขั้น เรียกว่า ขั้นตอนความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (stages of change) โดยคำนึงถึงความพร้อมของบุคคลในแต่ละขั้นของการ

เปลี่ยนแปลง ซึ่งต้องช่วยเหลือได้เหมาะสมกับแต่ละชั้นสอดคล้องกับการศึกษาของสุขสันต์ อินทวิเชียร (2560) ที่ศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืน ในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โดยใช้กิจกรรมการเข้าค่ายเน้นแบบมีส่วนร่วมเป็นสิ่งทดลองพบว่าหลังเข้าค่ายกลุ่มเสี่ยงมีค่าดัชนีมวลกาย ค่าการวัดรอบเอว ค่าคอเรสเตอรอล ค่าไตรกลีเซอไรด์ ค่าน้ำตาลหลังอาหาร และค่าน้ำตาลก่อนอาหาร มีแนวโน้มลดลง จุดเด่นอีกประการสำหรับการดำเนินการในพื้นที่อำเภอเมืองเพชรบูรณ์คือผู้เข้าร่วมโปรแกรมส่วนใหญ่ประกอบอาชีพข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ ซึ่งมีข้อจำกัดในการเข้าร่วมโปรแกรม จึงได้มีการปรับเปลี่ยนให้เป็นโปรแกรมในสถานที่ทำงาน (workplace-based intervention) อาศัยความสัมพันธ์ที่ดีและความเชื่อมั่นที่ประชาชนและหน่วยงานต่าง ๆ ในพื้นที่มีต่อทีมวิชาชีพเป็นปัจจัยเกื้อหนุนที่สำคัญไม่น้อยไปกว่าความเชื่อมั่นต่อตัวกิจกรรมในโปรแกรม

ข้อเสนอแนะ

บุคลากรด้านสาธารณสุขสามารถนำไปใช้เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคเบาหวานและควรมีการขยายผลนำไปใช้ในสถานประกอบการซึ่งจะทำให้กลุ่มเสี่ยงในวัยทำงานสามารถเข้าถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้มากยิ่งขึ้นเพื่อเป็นการลดอัตราการเกิดผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ลดงบประมาณที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

เอกสารอ้างอิง

1. Lindström J, Louheranta A, Mannelin M, et al. The Finnish Diabetes Prevention Study (DPS): Lifestyle intervention and 3-year results on diet and physical activity. *Diabetes Care*. 2003 Dec; 26(12): 3230-6. doi: 10.2337/diacare. 26.12.3230. PMID: 14633807.
2. The Diabetes Prevention Program (DPP) Research Group; The Diabetes Prevention Program (DPP): Description of lifestyle intervention. *Diabetes Care* 1 December 2002; 25 (12): 2165–2171. <https://doi.org/10.2337/diacare.25.12.2165>
3. Lapbenchakul, S. Srithamrongsawat, S., Sriratanaban, J., Sornsrivichai, V., Sriyagul, D., Kaewkamjornchai, P. A research and development program on developing of value- based health care for diabetes prevention service package and payment. Health Systems Research Institute. 2566-04.

กระบวนการสร้างเยาวชนต้นแบบเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพด้านจิตสังคม โดยใช้โรงเรียนเป็นฐาน ด้วยมาตรการ “เพื่อนช่วยเพื่อน”

นภาพร สันทบวัชรารัฐ รั้วไพบูลย์
ดวงดาว ศรียากุลธิดารัตน์ นงค์ทอง
โรงพยาบาลเพชรบูรณ์

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมที่ใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-based Participatory Action Research) นี้จัดทำเพื่อดูแลและพัฒนาเด็กนักเรียนในเขตชุมชนเขตเทศบาลเมืองอ.เมืองจ.เพชรบูรณ์ที่มีภาวะเปราะบางจากปัญหาด้านจิตสังคมให้ถึงขั้นมีการฟื้นคืนสุขภาวะทางจิตได้ (Recovery-oriented achievement) จึงทำการศึกษาระบบการพัฒนาเด็กนักเรียนเพื่อไปทำบทบาท “เพื่อนช่วยเพื่อน” มีการออกแบบหลักสูตรที่ใช้องค์ความรู้ทางจิตวิทยาสังคม โดยเฉพาะการฝึกให้มีสมรรถนะในการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมแบบความเข้มข้นต่ำ (Low-intensity Cognitive Behavioral Therapy, LI-CBT) และสร้างทักษะการสื่อสารเพื่อสร้างแรงจูงใจ ทำการคัดเลือกนักเรียนที่สนใจเรียนสายวิทยาศาสตร์สุขภาพจาก 2 โรงเรียนเข้าร่วมโครงการ ทำการเรียนรู้ทั้งทฤษฎีและฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยในหน่วยปฐมภูมิเป็นเวลา 2 สัปดาห์และมีการฝึกปฏิบัติต่ออีก 2 สัปดาห์ แล้วทำการเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ

ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนมีความสามารถในการแยกแยะความคิดและอารมณ์ที่มีผลกับพฤติกรรมของตนเองได้ ร้อยละ 56.87 มีระดับคุณภาพชีวิต (WHO QoL) สูงขึ้น 3.32 คะแนนโดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = 0.001$ และระดับการฟื้นคืนสุขภาวะทางจิต (Mental Health Recovery Module (Thai Translation) An adjunct for the WHOQOL tools) เพิ่มขึ้น 3 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = 0.004$ และผลการประเมินความถนัดในอาชีพ (Holland's test) พบว่า นักเรียนส่วนใหญ่มีความถนัดในการดูแลผู้คนที่ทักษะเชิงสังคมสูงที่สุด ซึ่งนักเรียนส่วนใหญ่เห็นว่า กระบวนการนี้ช่วยให้รู้จักและเข้าใจตัวเองมากขึ้น การฝึกแยกแยะความคิดและอารมณ์ช่วยให้ใจเย็นและเข้าใจผู้อื่นมากขึ้นลดความคาดหวังว่าคนอื่นรอบข้างต้องมาเข้าใจตนเองลง จึงสรุปได้ว่า กระบวนการพัฒนาแกนนำนักเรียนนี้มีประสิทธิผลช่วยให้มีการฟื้นคืนสุขภาวะทางจิตได้ดีขึ้นจึงควรทำการศึกษาในรูปแบบของระบบดูแลนักเรียนที่บูรณาการกับหลักจิตวิทยาสังคมพร้อมทั้งพัฒนาครูผู้ดูแลทั้งด้านการจัดการเชิงระบบและปรับกระบวนการทัศนคติของครูให้เป็นแบบ Growth mindset เพื่อสร้างโรงเรียนเป็นพื้นที่ที่มีการสื่อสารอย่างสร้างสรรค์ซึ่งจะช่วยให้ประสบความสำเร็จในการดูแลนักเรียนแบบองค์รวมได้อย่างแท้จริง

หลักการ และเหตุผล

“วัยรุ่น” เป็นช่วงชีวิตของโอกาสในการพัฒนาสมรรถนะการเรียนรู้ โดยโรงเรียนเป็นพื้นที่สำคัญในปัจจุบันโรงเรียนมักจะมุ่งผลลัพธ์ที่ระดับการมีความรู้ด้วยระดับคะแนนสะสมที่ต้องเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ไม่ค่อยให้ความสนใจการพัฒนาสุขภาวะอีกประการคือความสัมพันธ์หรือการสื่อสารในโรงเรียนส่วนใหญ่เป็นแบบมีเงื่อนไขหรือสั่งการจากผู้สอนทำให้ผู้เรียนเบื่อหน่ายไม่มีแรงจูงใจในการเรียนซึ่งนำไปสู่การไม่สนใจต่อการเรียนได้ จากสถิติที่กรมสุขภาพจิตได้ประเมินสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นไทยอายุต่ำกว่า 20 ปี จำนวน

183,974 คน ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2563 - 30 กันยายน 2564 พบว่า วัยรุ่นมีความเครียดสูงถึงร้อยละ 28.00 เสี่ยงซึมเศร้าร้อยละ 32.00 และเสี่ยงฆ่าตัวตายร้อยละ 22.00⁽¹⁾ จากข้อมูลศูนย์สุขภาพจิตที่ 2 กรมสุขภาพจิต พบอัตราการพยายามฆ่าตัวตายเพิ่มจาก ร้อยละ 18.39 ในปี 2563 เป็นร้อยละ 35.75 และสถานการณ์โรงเรียนแห่งหนึ่งของอำเภอเมืองเพชรบูรณ์ที่ได้ประเมินนักเรียนด้วยแบบประเมินสุขภาพจิต พบว่า มีความเสี่ยงสูงและเคยลงมือทำร้ายตัวเองร้อยละ 9.82

จากผลการศึกษาการพัฒนากระบวนการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพแบบบูรณาการของการเสพติดฝิ่น/กัญชาในวัยรุ่นในระดับจังหวัด⁽²⁾ ที่ได้ศึกษาในพื้นที่ อ.เมือง จ.เพชรบูรณ์ชี้ให้เห็นโอกาสหนึ่งในการพัฒนาโรงเรียนให้เป็นพื้นที่สร้างเสริมสุขภาพจิตโดยอาศัยเพื่อนที่มีองค์ความรู้ในการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมแบบความเข้มข้นต่ำ (Low-intensity Cognitive Behavioral Therapy, Li-CBT)⁽³⁾ ที่พัฒนาขึ้นเพื่อให้ผู้ที่ไม่ใช่บุคลากรสุขภาพหรือให้เยาวชนใช้เพื่อช่วยสร้างสุขภาวะจิตให้แก่ตนเองจากข้อค้นพบดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาระบบสร้างเสริมสุขภาพทางจิตสังคมโดยใช้โรงเรียนเป็นฐานโดยออกแบบกระบวนการพัฒนาศักยภาพนักเรียนมาเป็น “เพื่อนช่วยเพื่อน” ช่วยในการสื่อสารอย่างสร้างสรรค์มีคำถามวิจัยคือกระบวนการพัฒนาศักยภาพและสร้างสมรรถนะให้เยาวชนในโรงเรียนสามารถเป็นผู้สร้างเสริมสุขภาพด้านจิตสังคมเป็นไปได้หรือไม่? และควรเป็นอย่างไร?

วัตถุประสงค์

1. พัฒนาลัทธิสร้างสมรรถนะเยาวชนด้านจิตสังคมในการมีบทบาท “เพื่อนช่วยเพื่อน”
2. เพื่อเรียนรู้กระบวนการพัฒนาศักยภาพและสร้างสมรรถนะให้เยาวชนเป็นผู้ช่วยเหลือในระบบดูแลนักเรียน

การดำเนินการวิจัย

ใช้วิธีวิจัยแบบการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมที่ใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-based Participatory Action Research) ที่ใช้ข้อมูลผสมผสานทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพระยะเวลาที่ทำการวิจัย เริ่มต้น 1 เมษายน - 30 มิถุนายน 2566 ขอบเขตพื้นที่การวิจัย: โรงเรียนวิทยานุกูลนารี และโรงเรียนเทศบาล 3 ต.ในเมือง อ.เมือง จ.เพชรบูรณ์

ประชากร: นักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ปีที่ 4-5 ที่สมัครเข้าร่วมโครงการฝึก “หมอน้อย” จำนวน 100 คน, ผู้บริหารและครูโรงเรียนทั้ง 2 แห่ง และบุคลากรคลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลเพชรบูรณ์

กลุ่มตัวอย่าง: นักเรียนที่สมัครเข้าโครงการฝึก “หมอน้อย” ที่มีความสมัครใจเข้าร่วมโครงการศึกษา จำนวน 88 คน ผู้บริหารโรงเรียน 2 คน ครูผู้เกี่ยวข้องกับระบบดูแลนักเรียน จำนวน 4 คน/โรงเรียน และบุคลากรคลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลเพชรบูรณ์สาขาลองศาลา 5 คน

เครื่องมือที่ใช้: 1) เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 2) เครื่องชี้วัดการคืนสู่สุขภาวะทางสุขภาพจิตฉบับภาษาไทยส่วนเสริมสำหรับเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 3) แบบประเมินบุคลิกภาพเพื่อการศึกษาและอาชีพของสมาคมแนะแนวแห่งประเทศไทย (หรือแบบประเมินความถนัดในอาชีพประยุกต์จากแบบประเมินบุคลิกภาพและความถนัดในอาชีพของ Dr. John Holland, 1985)

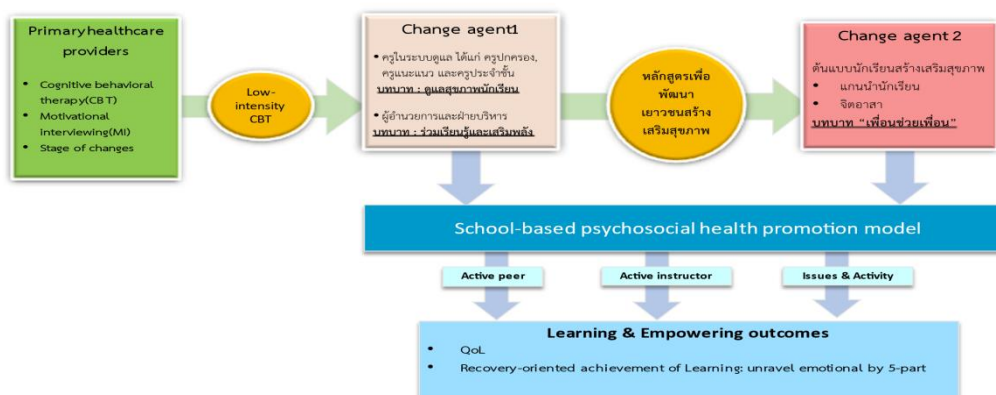
ข้อมูลด้านจริยธรรมโครงการได้รับการพิจารณารับรองด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์(สคม.) กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 22 พฤษภาคม 2566 IHRP No.053-2566 และ COA No.IHRP2023067

การเก็บรวบรวมผลและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ เก็บข้อมูลนักเรียนทั่วไปและการประเมินความถนัดในอาชีพโดยใช้แบบเก็บข้อมูลในระบบ google form วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Descriptive statistics เป็นความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละและสถิติทดสอบ Pair t-test เปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนหลังของระดับคุณภาพชีวิตและระดับการคืนสุขภาวะทางจิต ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การสังเกตและสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การพรรณนาบริบทที่เกี่ยวกับการเรียนรู้แนวคิดและการสะท้อนผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับตัวผู้เกี่ยวข้อง

วิธีการ/ขั้นตอนดำเนินการและเก็บข้อมูล

- 1.การเตรียมการ:ร่วมวางแผนกำหนดขอบเขตเนื้อหาและยกร่างหลักสูตรพัฒนาศักยภาพนักเรียนและครู รวมทั้งออกแบบกระบวนการพัฒนา และการประเมินผล
- 2.ทำการชี้แจงโครงการวิจัยและคัดเลือกนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง
- 3.จัดกิจกรรมอบรมนักเรียนด้วยหลักสูตรพัฒนาศักยภาพนักเรียนด้านการสร้างเสริมสุขภาพ
 - 3.1 ทำการเก็บข้อมูลทั่วไป,การประเมินความถนัดในอาชีพ,ระดับคุณภาพชีวิตและระดับการคืนสุขภาวะทางจิต
 - 3.2 ให้ความรู้ทางด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต ฝึกแยกแยะความคิดและอารมณ์ตามหลัก Li-CBT ทำการประเมินสุขภาพจิต (2Q plus และ PHQ-A)
 - 3.3 เข้าฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยในหน่วยปฐมภูมิตามตารางหลักสูตร ฝึกเลี้ยงทำการสรุปบทเรียนสะท้อนมุมมองเชิงทัศนคติและหาโอกาสพัฒนาจากบทเรียนในแต่ละวัน
 - 3.4 มอบให้ทำการคัดกรองสุขภาพเบื้องต้นและคัดกรองสุขภาพจิตให้ตนเองและบุคคลใกล้ชิด
- 4.เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกตการณ์ สัมภาษณ์ และประเมินผลด้วยแบบสอบถามแล้วนำมาทำการวิเคราะห์ และสรุปผลการศึกษา

กรอบแนวคิดการวิจัย (conceptual framework)



ภาพที่1กรอบแนวคิดการพัฒนาเยาวชนเพื่อพัฒนาระบบสร้างเสริมสุขภาพทางจิตสังคมในโรงเรียน

ผลการวิจัย

1. การเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการพัฒนาได้แก่ ผลคะแนนของคุณภาพชีวิตเฉลี่ยหลังผ่านกระบวนการพัฒนาของนักเรียนเพิ่มขึ้น 3.32 คะแนน โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ $p = 0.001$ และผลของคะแนนการคืนสู่สภาวะทางจิตพบว่า มีค่าคะแนนเพิ่มขึ้น 3 คะแนน โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = 0.004$

2. ผลคะแนนการวัดความถนัดในอาชีพนักเรียนมีความสนใจในการดูแลคนหรือมีทักษะในการทำงานบริการสูงสุด คือ ร้อยละ 42.86 รองลงไป คือ การมีความถนัดในการค้นคว้าหาคำตอบหรือกลุ่มนักวิทยาศาสตร์คิดเป็นร้อยละ 36.73 อันดับที่ 3 คือ ถนัดการใช้ความสร้างสรรค์ ร้อยละ 12.24

3. ผลของความสามารถในการแยกแยะความคิดและอารมณ์พบว่า นักเรียนมีความสามารถในการแยกแยะความคิดและอารมณ์ได้ โดยร้อยละ 56.87 สามารถแสดงการแยกความคิดแบบอัตโนมัติแสดงวิธีคิดแบบใหม่ได้ ในกลุ่มนี้มีร้อยละ 92.04 ที่แสดงพฤติกรรมใหม่จากวิธีคิดใหม่ได้

ผลลัพธ์เชิงคุณภาพพบว่านักเรียนรู้จักตนเองและมีจุดมุ่งหมายกับแรงจูงใจในการเรียนมากขึ้นเห็นประโยชน์ของการฝึกหัดแยกความคิดกับอารมณ์ช่วยให้รู้ทันอารมณ์มากขึ้นจึงทำให้ใจเย็นและเข้าใจคนอื่นมากขึ้น นักเรียนชอบเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะหัตถการทำแผลและการมีพี่เลี้ยงคอยประกอบทำให้มั่นใจและรู้สึกว่าการตนเองเก่งขึ้นด้านของครูผู้ดูแลจะต้องมีความรู้ด้านจิตวิทยาอย่างถูกต้อง มีความเข้าใจจิตใจและเชื่อมั่นศักยภาพของนักเรียนว่าสามารถเปลี่ยนแปลงได้ นโยบายของโรงเรียนเป็นส่วนสำคัญที่จะหนุนเสริมให้ระบบงานดูแลสร้างเสริมสุขภาพด้านจิตสังคมในโรงเรียนมีความเข้มแข็งและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

อภิปรายผลการวิจัย

กระบวนการฝึกด้วยแบบฝึกหัดและมีพี่เลี้ยงสะท้อนความคิดได้ช่วยให้นักเรียนมีความสามารถแยกแยะความคิดและอารมณ์ตามหลัก Li-CBT โดยที่ส่วนหนึ่งสามารถรู้ทันความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นจนสร้างพฤติกรรมใหม่ได้เท่ากับปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองได้ ซึ่งเป็นไปตามหลักของการรับรู้ถึงการควบคุมพฤติกรรมตนเอง (Perceived behavioral control)⁽⁴⁾ การที่กระบวนการพัฒนานักเรียนได้เริ่มที่การประเมินความถนัดในอาชีพพบว่า เป็นการสร้างแรงบันดาลใจที่จะพัฒนาจุดแข็งจากนั้นกระบวนการได้จัดให้ดูแลผู้ป่วยช่วยให้ตระหนักถึงความสามารถที่เพิ่มขึ้น ช่วยสร้างความเชื่อมั่นในตัวเองได้ซึ่งสอดคล้องกับวิธีการบำบัดเพื่อการฟื้นคืนจิตใจที่เรียกว่า Wellness Recovery Action Plan (WRAP) จากการศึกษาของ Ryan Petros และ Phyllis Solomon 2020⁽⁵⁾ ที่พบว่าผู้ป่วยทางจิตที่ประสบความสำเร็จในการฟื้นคืนสภาวะจะต้องเริ่มต้นด้วยความหวัง (Hope) ซึ่งเป็นแรงจูงใจสำคัญที่ทำให้ต้องการเรียนรู้เพื่อแก้ไขปัญหของตัวเองการทดลองปฏิบัติการช่วยให้รับรู้ว่าคุณสามารถเปลี่ยนแปลงไปในทางบวกได้ ยิ่งมีความมั่นใจในการแก้ไขปัญหาของตนเองมากเท่าไรก็ยิ่งมั่นใจต่อการฟื้นคืนสภาวะมากขึ้นเท่านั้นและกระบวนการมีพี่เลี้ยงช่วยปรับความคิดและชี้ประเด็นความสำเร็จสอดคล้องกับ Lesley Thompson (2018)⁽⁶⁾ กล่าวว่ากระบวนการพี่เลี้ยงช่วยให้คนรับรู้ความสามารถในตนเองได้ดีเป็นผลให้คนๆนั้นมีความมั่นใจและสร้างทักษะในการจัดการตนเองได้ดีขึ้นสำหรับบทบาท “เพื่อนช่วยเพื่อน” (Peer) มีการใช้ในกระบวนการบำบัดทางจิตสังคมบำบัดกันอย่างแพร่หลายสอดคล้องกับ Saniya Khan. 2021⁽⁷⁾ ที่กล่าวว่า Peer เป็นเพื่อนที่ช่วยชี้นำมีอิทธิพลก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเชิงบวกได้โดย Peer ต้องเป็นเสมือน

พื้นที่ปลอดภัยให้กับเพื่อนและต้องให้ความสำคัญกับทักษะสื่อสารและให้ความเห็นอกเห็นใจไม่ใช่แค่การบอกกล่าวหรือสั่งการ

สรุป:กระบวนการพัฒนานักเรียนนี้มีประสิทธิผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระดับคุณภาพชีวิตและการฟื้นคืนสุขภาวะทางจิตให้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลักสำคัญคือ 1)ชุดความรู้ด้านสุขภาพจิต โดยเฉพาะการฝึกให้แยกแยะความคิดและอารมณ์ที่ส่งผลต่อพฤติกรรม (Li-CBT) 2)การฝึกปฏิบัติดูแลผู้ป่วยและ 3)การมีพี่เลี้ยง ซึ่งกระบวนการต้องทำให้นักเรียนตระหนักถึงความสามารถจะช่วยให้เพิ่มความมั่นใจให้กับตนเองได้นอกจากนี้ยังต้องมีการพัฒนาผู้เกี่ยวข้องอื่นๆให้มีทั้งเจตคติที่เหมาะสมโดยเฉพาะความเชื่อมั่นในตัวนักเรียนว่าสามารถพัฒนาได้พร้อมกับมีการบริหารจัดการที่ดีซึ่งอาศัยนโยบายจากผู้บริหารจึงจะเป็นโอกาสในการหลุดจากกับดักการสื่อสารในลักษณะเดิมไปสู่การสร้างสรรค์ได้ข้อเสนอแนะ

ควรศึกษารูปแบบและประสิทธิผลของการจัดระบบดูแลนักเรียนแบบ Peer-based Intervention โดยการใช้การวิจัยดำเนินการหรือ Implementation Research เพื่อใช้ในการขยายผลต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Health Focus ประเมินสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นไทยกว่า 1.8 แสนราย พบเครียดสูงเสี่ยงซึมเศร้ามากขึ้น Friday 8, October 2021. Available form : <https://www.hfocus.org/content/2021/10/23307>
2. วัชรารัฐ วัชรวิบูลย์และคณะ. การพัฒนารูปแบบการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพแบบบูรณาการของการเสพยาเสพติด/กัญชาในวัยรุ่นในระดับจังหวัด. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2566-05.
3. ดร.ณิ ภูขาว และคณะ. หลักสูตรฝึกอบรมการบำบัดผู้ติดยาเสพติดและการเสพยาเสพติดด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม. เชียงใหม่: แผนงานวิชาการสารเสพติดชุมชน. 2555. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
4. Wayne W. LaMorte. <https://sphweb.bumc.bu.edu/otlt/mph-modules/sb/behavioral-changetheories/behavioralchangetheories6.html>. Boston University School of Public Health. Revised at November 3, 2022.
5. Ryan Petros, Phyllis Solomon. Examining Factors Associated with Perceived Recovery among WRAP Users. Psychiatr Rehabil J. 2020 Jun; 43(2):132-139.
6. Lesley Thompson. Enabling patients to take control of their own health is key to transforming the Health System. Health Coaching Academy. In <https://health-coachingacademy.com/enabling-patients-to-take-control-of-their-own-health-is-key-to-transforming-the-health-system/1> October 2018.
7. Saniya Khan. What is Peer Counselling? Why is it important? In EdTechReview Available form <https://www.edtechreview.in/trends-insights/insights/what-is-peer-counselling-why-is-it-important/?amp=1> Published Oct 22, 2021.

ห้องที่ 3
นำเสนอเพื่อประกวด
ประเภท R2R

ผู้เฒ่าเดอะซีรีย์ ดูแลสูงวัยไร้รอยต่อในชุมชน

ช่อลัดดา โสขมภู

หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิเทศบาลเมืองนครพนม

บทคัดย่อ

ปัญหาของผู้สูงอายุมีความซับซ้อนทั้งในด้านสุขภาพและสังคมและมีลักษณะเรื้อรังทำให้การบริการที่มีความเหมาะสมแก่ผู้สูงอายุจึงต้องเป็นการบริการที่สามารถดูแลจัดการให้ได้ครบถ้วนและจะต้องสามารถเข้าถึงชุมชนอย่างทั่วถึงโดยมีลักษณะในเชิงรุกและมีการประสานงานการบริการทั้งทางด้านสุขภาพและสังคมไปพร้อมกันนอกจากนั้นยังต้องครอบคลุมถึงการบริการทั้งในระดับการส่งเสริมการป้องกันการรักษาและการฟื้นฟูโดยมีการดำเนินการที่เป็นระบบและสนับสนุนต่อเนื่อง และต้องมีความสอดคล้องกับบริบทในแต่ละชุมชนด้วย การดูแลผู้สูงอายุจึงจะมีความต่อเนื่องและยั่งยืน การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1. ศึกษารูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชนของเขตเทศบาลเมืองนครพนม อำเภอเมืองจังหวัดนครพนม 2. เพื่อศึกษาผลสัมฤทธิ์การใช้รูปแบบการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างจำนวน 65 คน ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนตุลาคม 2565 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2566 เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบทดสอบและแบบสัมภาษณ์เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสังเกตวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาได้แก่ความถี่ร้อยละค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติเชิงอนุมานโดยใช้สถิติทดสอบ Paired t-test โดยกระบวนการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชนครั้งนี้มี 6 ขั้นตอนคือ 1) ศึกษาวิเคราะห์บริบทและสภาพปัญหา 2) ประชุมเชิงปฏิบัติการวางแผนแบบมีส่วนร่วม 3) จัดทำแผนปฏิบัติการ 4) ปฏิบัติตามแผนงาน/โครงการ 5) ติดตามสนับสนุนและประเมินผลการดำเนินงาน 6) จัดเวทีแลกเปลี่ยนและถอดบทเรียน

ผลการศึกษา 1) มีรูปแบบในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน คือเกิด ธรรมนูญสุขภาพดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เรียกกันชุมชนว่า “ผู้เฒ่าเดอะซีรีย์ดูแลสูงวัยไร้รอยต่อในชุมชน” โดยใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเขตเทศบาลเมืองนครพนม ซึ่งแต่ละภาคส่วนจะมีบทบาทและหน้าที่ต่างกัน แต่มีการเชื่อมโยงข้อมูลและการดูแลร่วมกันทั้งระบบ 2) ประเด็นผลสัมฤทธิ์การอบรม หลังอบรมด้วยกระบวนการแบบแบบมีส่วนร่วม พบว่า หลังการอบรมคะแนนเฉลี่ยของหัวข้อ ความรู้ความเข้าใจการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทักษะการดูแลผู้สูงอายุ และพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุ สูงกว่าก่อนอบรม 3) ประเด็นผลการวิจัยในส่วนการประเมินการมีส่วนร่วมทั้งในสถานการณ์ปัจจุบันและอนาคตพบว่า การประเมิน 3 ด้านทั้งสถานการณ์ปัจจุบันและอนาคต ที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยทั้ง 3 ด้านแตกต่างกัน

หลักการและเหตุผล

ด้วยเหตุที่ปัญหาของผู้สูงอายุมีความซับซ้อนทั้งในด้านสุขภาพและสังคมและมีลักษณะเรื้อรังทำให้การบริการที่มีความเหมาะสมแก่ผู้สูงอายุจึงต้องเป็นการบริการที่สามารถดูแลจัดการให้ได้ครบถ้วนและจะต้องสามารถเข้าถึงชุมชนอย่างทั่วถึงโดยมีลักษณะในเชิงรุกและมีการประสานงานการบริการทั้งทางด้านสุขภาพและสังคมไปพร้อมกันนอกจากนั้นยังต้องครอบคลุมถึงการบริการทั้งในระดับการส่งเสริมการป้องกันการรักษาและการฟื้นฟูโดยมีการดำเนินการที่เป็นระบบและสนับสนุนต่อเนื่อง และหน่วยบริการจำเป็นต้องคำนึงถึงทั้งความต้องการและความพร้อมของการให้บริการควบคู่กันไปและจุดมุ่งหมายที่สำคัญ

ของการดูแลผู้สูงอายุจึงควรมุ่งเพื่อการช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุให้มีศักยภาพในการปฏิบัติกิจกรรมและมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอันจะนำไปสู่การมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีโดยไม่คำนึงถึงว่าผู้สูงอายุจะมีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรังแต่อย่างใด

การดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองนครพนม ในปัจจุบันพบว่า การดูแลผู้สูงอายุยังขาดการเชื่อมโยงกันในหน่วยงานในชุมชน เป็นการดูแลแบบแยกส่วน ขาดการประสานงานกันอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุที่ไม่ทั่วถึงและครอบคลุม เกิดความล่าช้าในการให้ความช่วยเหลือส่งผลให้ผู้สูงอายุ เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มมากขึ้น ทำให้ต้องใช้งบประมาณในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จำนวนมากและยังขาดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุจากเครือข่ายในชุมชนทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับการดูแลสุขภาพตามมาตรฐานซึ่งที่ผ่านมาเป็นการให้บริการแบบสงเคราะห์เพียงอย่างเดียวดังนั้นเมื่อพิจารณาปัญหาข้างต้นแล้วผู้วิจัยซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่จึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชนเพื่อหาแนวทางและรูปแบบในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชนโดยนำกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ของ Kemmis และ Mc Taggart 1988 ซึ่งประกอบไปด้วยขั้นการวางแผนขั้นการปฏิบัติขั้นการสังเกตและขั้นการสะท้อนผลซึ่งเป็นกระบวนการที่เปิดโอกาสให้ชุมชนภาคีเครือข่ายเข้ามีส่วนร่วมในการดำเนินงานและให้เกิดแนวปฏิบัติในการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

1. ศึกษารูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชนของเขตเทศบาลเมืองนครพนม
2. เพื่อศึกษาผลสัมฤทธิ์การใช้รูปแบบการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุ

การดำเนินการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ บุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและเป็นเครือข่ายในชุมชน โดยทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย จำนวน 65 คนและดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2565 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2566 เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบทดสอบและแบบสัมภาษณ์ เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสังเกต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานคือ Paired t-test ผู้วิจัยใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ Mc Taggart 1988 เพื่อหาแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชนเขตเทศบาลเมืองนครพนม อำเภอเมือง จังหวัดนครพนมซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอนดังนี้

4.1 ขั้นการวางแผน (Planning) มีขั้นตอนในการศึกษาดังนี้

- 1) ศึกษาบริบทชุมชนและประเมินสถานการณ์
- 2) ศึกษาการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน
- 3) จัดประชุมหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาทดสอบความรู้การมีส่วนร่วมดำเนินงานและจัดทำแผนโดยมีแผนพัฒนา

4.2 ขั้นปฏิบัติการ (Action) นำแผนปฏิบัติการหรือโครงการที่ได้ในขั้นตอนการวางแผนไปปฏิบัติได้ ดำเนินตามโครงการมุ่งเน้นการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั้งทางด้านกายจิตใจสังคมมีการดำเนินงานชมรม ผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชนอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุได้รับการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุได้ร่วมกิจกรรม ส่งเสริมสุขภาพและได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยเครือข่ายชุมชน

4.3 ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) เป็นขั้นการสังเกตในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเก็บรวบรวม หลักฐานจากการปฏิบัติตั้งแต่ก่อนการดำเนินงานระหว่างการทำงานและหลังการดำเนินงานจากการ ประชุมกลุ่มย่อยนิเทศติดตามสนับสนุนและตรวจเยี่ยม

4.4 ขั้นสะท้อนผล (Reflection) เป็นขั้นตอนการสรุปผลการดำเนินงานโดยจัดเวทีแลกเปลี่ยน เรียนรู้ทดสอบความรู้การมีส่วนร่วมหลังการดำเนินงานสรุปผลการดำเนินงานถอดบทเรียนปัจจัยแห่ง ความสำเร็จปัญหาและอุปสรรควางแผนหาแนวทางปรับปรุงแก้ไขในการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเครือข่ายชุมชน

ผลการวิจัย

1. รูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชนของเขตเทศบาลเมืองนครพนม

การดูแลผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องการดำเนินงานตามเกณฑ์มาตรฐานตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวก่อนและหลังการพัฒนาพบว่าเครือข่ายชุมชนเขตเทศบาลเมืองนครพนม หลังการพัฒนาคะแนนเฉลี่ยความรู้ในระดับสูงซึ่งมากกว่าก่อนการพัฒนาซึ่งอยู่ในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = 0.05$

2. ผลสัมฤทธิ์การใช้รูปแบบการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วม

ดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุก่อนและหลังการพัฒนาโดยรวมพบว่าหลังการพัฒนาเครือข่ายชุมชนเขตเทศบาลเมืองนครพนม ค่ามีค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุคะแนนเฉลี่ย 3.88 มากกว่าก่อนการพัฒนาคะแนนเฉลี่ย 2.33 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = 0.05$

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาจะพบว่าการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุไม่มีการดำเนินงานตามเกณฑ์มาตรฐานไม่มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุส่งผลให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้รับการดูแลสุขภาพตามเกณฑ์ทั้งด้าน ร่างกายจิตใจและภาคีเครือข่ายไม่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานที่ชัดเจนขาดความรู้ความเข้าใจขาดการระดม ทุนและขาดการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชนและการดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านมาเป็นการให้บริการแบบ สงเคราะห์เพียงอย่างเดียวซึ่งวัยสูงอายุ มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค จำเป็นต้องมี ผู้ดูแล ในการ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ ด้านจิตวิญญาณ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มี ปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง มีความต้องการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การเอาใจใส่จาก ผู้ดูแลโดยเฉพาะเมื่ออยู่ในกลุ่มสูงอายุตอนปลาย (อมร สุวรรณนิมิต, นงเยาว์ มีเทียน และ สุภาพร อาญา เมือง) แม้ว่าการศึกษานี้พบว่า ผู้สูงอายุมีระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน สามารถ

ช่วยเหลือตัวเองได้ ควรส่งเสริมให้มีการเข้าสังคม การเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้มีการพบปะ พูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ซึ่งกันและกัน ผ่อนคลายความเครียดในการทำกิจกรรมร่วมกันอย่างต่อเนื่อง เช่น การเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ กลุ่มทำอาหารสมุนไพร เป็นต้น ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีการจัดกิจกรรมในพื้นที่เทศบาลตำบลยุโรป (จากการสัมภาษณ์การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ) ทำให้มีโอกาสดำเนินกิจกรรมใหม่ๆ เรียนรู้สิ่งต่างๆ ทำให้มีผู้สูงอายุมีความสุข (วิลาวัลย์ บริรักษ์ และ อรรพรรณ ลอยฟู, 2555; ยุทธนา พูนพานิช และแสงนภา อุทัยแสงไฟศาล, 2557)

ซึ่งหลังจากได้ดำเนินการการจัดตั้งและพัฒนาชมรม ผู้สูงอายุให้มีการดำเนินงานตามเกณฑ์มาตรฐานโดยเครือข่ายชุมชนทำให้มีการดำเนินกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น รวมทั้งการพัฒนาเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุโดยการพัฒนาศักยภาพ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุและคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากเครือข่ายที่มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุการจัดกิจกรรมตรวจสอบสุขภาพผู้สูงอายุการติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับเครือข่ายชุมชนทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลสุขภาพตามเกณฑ์มาตรฐานสามารถสรุปรูปแบบการดำเนินงานดูแล สุขภาพผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชนการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้นในชุมชน ซึ่งเป็นรูปแบบและเป็นกิจกรรมที่มีความสำคัญที่สนับสนุนให้มีการจัดกิจกรรมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นรูปธรรมและสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุการอบรมคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุและอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุเป็นกิจกรรมที่มาสสนับสนุนให้การดำเนินงานในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งนี้อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุได้รับการพัฒนาองค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ได้มาตรฐานและอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุยังเป็นคนในชุมชนซึ่งเป็นบุตรหลานของผู้สูงอายุทำให้เกิดแรงกระตุ้นให้อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุเต็มใจและให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างแท้จริงและการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน เพื่อนบ้าน สังคมจะส่งผลดีต่อการอยู่ร่วมกันในสังคม และเข้าใจในบริบทวัฒนธรรมที่อยู่ร่วมกันในพื้นที่ เกิดความรัก สามัคคี เป็นสังคมเกื้อกูล ความยั่งยืน ส่งผลให้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุดีขึ้น (นริสา วงศ์พนา รักษ์ และสายสมร เฉลยกิตติ, 2557)การติดตามเยี่ยมบ้านโดยเครือข่ายชุมชนและทีมสหวิชาชีพก็เป็นอีกกิจกรรมหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่บ้านทั้งด้านร่างกายและจิตใจทำให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าไม่มองว่าตัวเองเป็นภาระของบุตรหลานและยังกระตุ้นให้บุตรหลานเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลทั้งร่างกายและจิตใจ

ข้อเสนอแนะ

1. การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดการพัฒนาโดยการให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับปัญหาที่เกิดขึ้นมาวิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาพร้อมกันซึ่งแนวทางในการแก้ไขปัญหาสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงโดยนำแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชนในครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้เกี่ยวกับปัญหาด้านสาธารณสุขอื่นๆ
2. ควรสนับสนุนให้ภาคีเครือข่ายทางด้านสุขภาพทุกระดับและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการพัฒนาการสนับสนุนทรัพยากรงบประมาณในการดำเนินงาน
3. ควรเพิ่มระยะเวลาในการดำเนินงานและการติดตามประเมินผลเพื่อกำหนดวงรอบในการพัฒนาเพิ่มเติมขึ้นจะทำให้มีรูปแบบการพัฒนาที่ชัดเจน

เอกสารอ้างอิง

1. จันทิราเพียรดวงษ์. (2554). การพัฒนาการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุตำบลคันธารราษฎร์อำเภอกันทรวิชัยจังหวัดมหาสารคาม [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
2. วิลาวัลย์บริรักษ์และอรรณณลอยฟู. (2555). รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยบูรณาการการมีส่วนร่วมเทศบาลตำบลโป้อำเภอเมืองจังหวัดยะลาภายใต้สังคมพหุวัฒนธรรม.มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา; 2555.
3. เทศบาลตำบลโป. (2561). สภาพและข้อมูลพื้นฐานเทศบาลตำบลโปพ.ศ. 2556 [ออนไลน์]. ค้นเมื่อ 17 กรกฎาคม 2561, จาก: www.yupo.go.th/general1.php
4. นาถวิทักษ์มูลสาร. (2556). การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
บ้านห้องแซงตำบลห้องแซงอำเภอลำทะเมนชัยจังหวัดยโสธร [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
5. นริสวงศ์พนารักษ์และสายสมรเฉลยกิตติ. (2557). คุณภาพชีวิต: การศึกษาในผู้สูงอายุไทย. วารสารพยาบาลทหารบก. 15(3): 64-70.
6. อมรสวรรณนิมิตร, นงเยาว์มีเทียนและสุภาพรอาญาเมือง. (2560). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารมหาวิทยาลัยนครพนมฉบับการประชุมวิชาการครบรอบ 25 ปี. 46-53.
7. Kemmis, S & McTaggart, R. (1988). The Action Research Planer (3rd ed.).Victoria : Deakin University.

พัฒนารูปแบบสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูง ศูนย์แพทย์ชุมชนคูหาสวรรค์ จังหวัดพัทลุง

เยาวภา พงศ์พุ่มสมศรี พันธวงศาโรจน์รัชนิกร ฉิมรักษ์,
เรณู กาฬสิงห์ศิริรักษ์ อมรตลใจสมพร อินทร์พรหม
ศูนย์แพทย์ชุมชนคูหาสวรรค์ โรงพยาบาลพัทลุง

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมองยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีความสำคัญ สถานการณ์ของพัทลุงยังพบว่า มีอัตราเสียชีวิตเกินเกณฑ์ค่าเป้าหมายที่กำหนดจากการทบทวนเวชระเบียนพบว่า การเข้ารับบริการยังมีความล่าช้า เกิน 270 นาที คิดเป็นร้อยละ 64.0 และปัญหาด้านพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารยังเน้นอาหารฟาสต์ฟูด เนื่องด้วยเป็นชุมชนเมืองดังนั้นกระบวนการส่งเสริมต้องมีนวัตกรรมที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชนการวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเพื่อพัฒนา (Research & Development) โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูงที่มีค่า CVD risk มากกว่า 30 เปอร์เซ็นต์จำนวน 50 คน คัดเลือกโดยความสนใจเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้นำแบบประเมินของผู้วิจัยเองในด้านความรู้ของโรคหลอดเลือดสมองที่เคยนำไปใช้ในการวิจัยเรื่องการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับรางวัล R2R ดีเด่น ระดับประเทศ ปี 2560 ศึกษาในช่วงเดือน ธันวาคม 2565 - เมษายน 2566 โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปสถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติทดสอบ t-test

ผลการวิจัยพบว่า

1. ขึ้นประเมินความรู้ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองผลลัพธ์ด้านการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีการรับรู้เพิ่มขึ้นหลังได้รับรูปแบบส่งเสริม ($t=2.78, p < 0.001$)
2. ด้านประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพพบว่ากลุ่มเสี่ยงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านต่างๆได้ในระดับดีมาก ส่วนด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองและการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพให้บุคคลอื่นรับทราบ ยังต่ำกว่าร้อยละ 80.0 หรืออยู่ในระดับมากแต่ค่าเฉลี่ย 3.9-3.99
3. มีรูปแบบในการส่งเสริม ด้วยการนำเทคโนโลยีที่มีใช้กันอย่างแพร่หลายมาประยุกต์ใช้ให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของชุมชนเมืองด้วยการใช้ application line group, CMU Khuha - Telemed

หลักการและเหตุผล

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูงและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลกสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 50.0 เกิดในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษแล้ว ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น 2 เท่า ต่อการเพิ่มขึ้นทุก 20 มิลลิเมตรปรอทและโรคเบาหวานจะผลิตฮอร์โมนอินซูลินไม่เพียงพอทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงส่งผลให้เกิดภาวะหลอดเลือด

เลือดแดงแข็งเลือดไปเลี้ยงสมองลดลงตามมา ไชมันในเลือดผิดปกติส่งผลให้หัวใจทำงานหนักเพิ่มขึ้นเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเลือดไปเลี้ยงสมองลดลงอีกร้อยละ 50 พบในกลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัวแต่มีความเสี่ยง

องค์การอัมพาตโลก (World Stroke Organization : WSO) ให้ความสำคัญและมุ่งเน้นการควบคุมโรคหลอดเลือดสมองโดยกำหนดประเด็นยุทธศาสตร์ 3 ด้าน คือ 1) การสร้างความตระหนักรู้ต่อการรับรู้ภาวะของโรค (Awareness) 2) การส่งเสริมการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ (Access) 3) การลงมือปฏิบัติเพื่อควบคุมและป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและสามารถบอกต่อข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของโรคได้ (Action) ซึ่งปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญและจำเป็นคือความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันที่สามารถนำมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เป็นหนึ่งในแนวคิดสำคัญที่นำมาใช้ในการจัดการโรคเรื้อรัง จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในเรื่องการรับรู้สัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจและเข้ารับบริการแพทย์ฉุกเฉินได้ทันเวลามากขึ้นและความรอบรู้ในด้านพฤติกรรมสุขภาพที่ดีจะช่วยลดโอกาสการเกิดโรคลงได้ ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยแรงสนับสนุนจากสังคมหรือชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แกนนำสุขภาพในชุมชน อาสาสมัครกู้ชีพในชุมชน (กมร, 2562) นอกจากนี้การใช้สื่อการเรียนรู้ในโทรศัพท์สมาร์ทโฟน ซึ่งมีความเหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีชีวิตชุมชนส่งผลให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

จากการวิเคราะห์สถานการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองของจังหวัดพัทลุง ยังพบว่าอัตราเสียชีวิตเกินเกณฑ์ค่าเป้าหมายที่กำหนดไม่เกินร้อยละ 7.0 แต่ในช่วงปี 2563 - 2565 มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 8.2, 7.3 และ 8.5 ตามลำดับ (ข้อมูลสถิติสำนักงานสาธารณสุขพัทลุง, 2566) และในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์แพทย์ชุมชนคูหาสวรรค์ มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสะสม จำนวน 106 ราย ซึ่งพบในกลุ่มผู้หญิง มากกว่าผู้ชายและในช่วงอายุ มากกว่า 70 ปี มีโรคประจำตัวเบาหวานและความดันโลหิตสูง (ข้อมูลสถิติศูนย์แพทย์ชุมชน, 2566) ซึ่งจากข้อมูลสถิติดังกล่าวศูนย์แพทย์ชุมชนคูหาสวรรค์ตระหนักถึงปัญหาด้านสุขภาพในโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นตามมาจึงได้มีการศึกษาและพัฒนารูปแบบสร้างเสริมความ

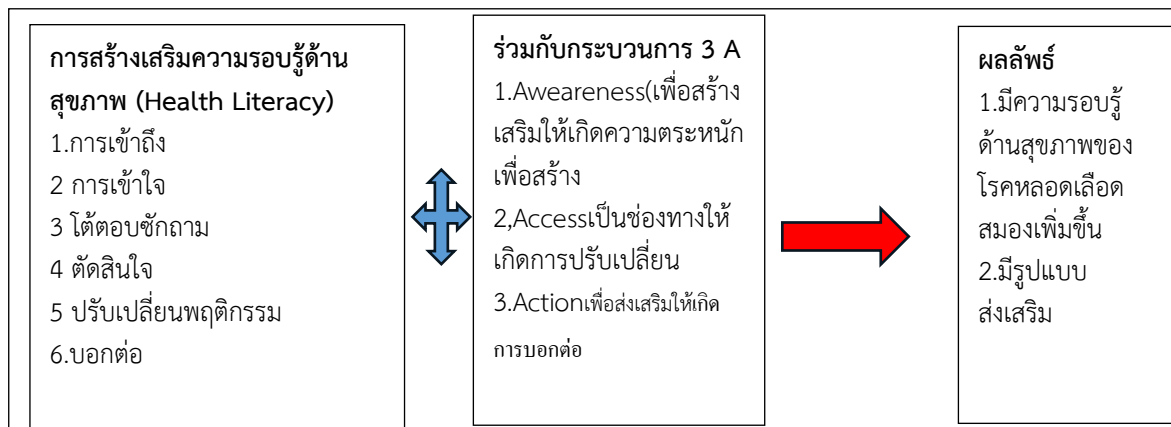
วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูง

การดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนา (Research & Development) โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูงที่มีค่า CVD risk มากกว่า 30 เปอร์เซ็นต์ จำนวน 50 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยความสมัครใจศึกษาในช่วงเดือน ธันวาคม 2565 - เมษายน 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้นำแบบประเมินของผู้วิจัยเอง ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เท่ากับ .80 และตรวจสอบความเชื่อมั่น .86 และนำแบบสอบถามของกรมอนามัยในการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพใน 6 ด้านโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปสถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติทดสอบ t-test

กรอบแนวคิดการวิจัยและกระบวนการทำงาน



ขั้นตอนที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลร่วมกับการตระหนักรู้ (Awareness) กิจกรรม 1.1 จัดตั้งศูนย์ telemedicine ของศูนย์แพทย์คูหา, ค้นหาบุคคลตัวอย่าง, สร้าง group line “คูหาดูแล” และผลิตสื่อให้ความรู้ผ่านสมาร์ตโฟน

ขั้นตอนที่ 2 การเข้าใจร่วมกับการตระหนักรู้ (Awareness): ร่วมแสดงความคิดเห็นปัญหาและอุปสรรคเพื่อหาทางแก้

ขั้นตอนที่ 3 ได้ตอบซักถามร่วมกับการตระหนักรู้ (Awareness): ซักถามและผู้เข้าร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์

ขั้นตอนที่ 4 ตัดสินใจเพื่อนำมาปฏิบัติร่วมกับช่องทางการส่งเสริมการปฏิบัติ (Access): พยาบาลส่งแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ให้กลุ่มตัวอย่างได้ฝึกวิเคราะห์และการโทรศัพท์ฉุกเฉิน 1669 ที่ชัดเจน, อสม.คอยติดตามและช่วยเหลือกรณีขาดผู้ดูแล

ขั้นตอนที่ 5 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับช่องทางการส่งเสริมการปฏิบัติ (Access): อสม.ติดตามอาการสัปดาห์ละ 2-3 ครั้งร่วมกับทดสอบการรับรู้สัญญาณเตือนเป็นระยะเวลา 3, 6 เดือน

ขั้นตอนที่ 6 การบอกต่อร่วมกับการปฏิบัติที่ยั่งยืน (Action): กิจกรรมจัดทำเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์และ มอบรางวัลสำหรับบุคคลที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้สำเร็จ

ผลการวิจัย

หลังการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองภายหลังการให้รูปแบบส่งเสริมการรับรู้สัญญาณเตือนสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการรับรู้ก่อนและหลัง

กลุ่มตัวอย่าง (N=50)	การรับรู้			
	$\bar{X}$	S.D	ค่าสถิติ t	p-value
ก่อนทดลอง	7.7	1.26	2.78	.000
หลังทดลอง	8.3	1.42		

หลังการสร้างเสริมความรอบรู้ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่าง มีการรับรู้มากกว่าร้อยละ 80.0 ยกเว้นด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองและการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพให้บุคคลอื่นรับทราบ ยังต่ำกว่าร้อยละ 80.0 หรืออยู่ในระดับมากแต่ค่าเฉลี่ย 3.9-3.99 ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ประเด็นคำถาม	ผลการศึกษา			
	ร้อยละ	$\bar{X}$	S.D	แปลผล
1.การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	84.20	4.21	1.10	มาก
2.ความเข้าใจข้อมูลบริการสุขภาพ	84.20	4.21	0.94	มาก
3.การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ	82.4	4.12	1.03	มาก
4.การตัดสินใจด้านสุขภาพ	80.8	4.04	1.09	มาก
5.การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง	79.8	3.99	1.08	มาก
6.การบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ	78	3.9	1.13	มาก

สิ่งที่ได้จากการพัฒนา

รูปแบบเดิม	หลังการพัฒนาแบบการส่งเสริม
1.ส่งเสริมความรู้ทั่วไปไม่เฉพาะกลุ่ม	1.ส่งเสริมความรู้เป็นกลุ่มโรคทำให้มีความเข้าใจ,เข้าถึงแหล่งข้อมูลมากขึ้นดูแลได้ครอบคลุมทุกมิติ
2.สื่อสารช่องทางเดียว	2.กลุ่มป่วย หรือกลุ่มเสี่ยง สามารถร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์และตอบโต้ ซักถามได้ตลอดเมื่อสงสัย
3.มีคู่มือ เนื้อหาเยอะ	3.มีข้อมูลด้านสุขภาพที่จำเป็นเหมาะกับกลุ่มเสี่ยง ผ่านบนสมาร์ทโฟน ที่มีใช้กันอย่างแพร่หลาย
4.ไม่มีช่องทางสื่อสารที่สะดวก	4.มี CMU Khuha Telemedที่สามารถดูแลในกรณีมีความซับซ้อนมีการจัดตั้ง group line “คูหาดูแล”ได้สำเร็จ

อภิปรายผลการวิจัย

1.ขั้นประเมินความรู้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2 และความดันโลหิตสูงมีผลลัพธ์ด้านการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นหลังได้รับรูปแบบส่งเสริม ($t=2.78$, $p < .001$)และความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับมากซึ่งมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามมาสอดคล้องกับการศึกษาของ ของขวัญฟ้า(2554) การรับรู้เกี่ยวกับโรคและสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและญาติ อยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าการส่งเสริมการรับรู้สัญญาณเตือนควรใช้สื่อการสอนที่มีความหลากหลายเพราะสภาพการรับรู้ของบุคคลมีไม่เท่ากัน

2.ผลลัพธ์ด้านการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพพบว่ากลุ่มเสี่ยงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านต่างๆได้ในระดับดีมาก ส่วนด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการบอกต่อข้อมูล ยังต่ำกว่าร้อยละ 80.0 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งนภาอาระห์ (2560)พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและแอปพลิเคชัน โลกทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้น

3.มีรูปแบบในการส่งเสริมที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงและสามารถติดตามผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยงได้อย่างต่อเนื่อง ด้วยการนำเทคโนโลยีที่มีใช้กันอย่างแพร่หลายมาประยุกต์ใช้ให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของชุมชน

ข้อเสนอแนะ

1. นำรูปแบบที่ได้ไปศึกษาวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆที่ยังพบปัญหาในชุมชนเพื่อการรับรู้ด้านสุขภาพและนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น
2. การศึกษาวิจัยครั้งต่อไปควรมีการนำปัจจัยอื่นที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมให้เกิดการรับรู้มาพิจารณาเพิ่มเติมเพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมเกิดความยั่งยืน
3. ควรต่อยอดการศึกษาวิจัยโดยมีศูนย์สร้างเสริมสุขภาพ(wellness center)ให้เกิดขึ้นในศูนย์แพทย์ชุมชน เพื่อให้บริการดูแลทั้งกลุ่มผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มปกติ ได้อย่างครอบคลุมทุกมิติ

เอกสารอ้างอิง

- ปัฐยาวัชร ปรากฏผลและคณะ. (2565).การพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายในการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเขตสุขภาพที่ 4โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพระพุทธรักษา คณะพยาบาลศาสตร์สถาบันพระบรมราชชนกกระทรวงสาธารณสุข.
- ภมรดรุณ. (2562).ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนจังหวัดบึงกาฬ. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพปีที่ 15 ฉบับที่ 3 (2019) กันยายน-ธันวาคม 2562.
- สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค.(2559).ข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง.กระทรวงสาธารณสุข.
- รุ่งนภาอาระห์.(2560).ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตมหาวิทยาลัยคริสเตียน.

การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพเพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีน ในหญิงตั้งครรภ์ ตำบลรอบเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

วัทธิกร นาถประนิล

โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ในการป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ตำบลรอบเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มผู้วางแผนพัฒนา เป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลและภาคีเครือข่ายจำนวน 30คน และกลุ่มผู้ใช้แผน เป็นหญิงตั้งครรภ์จำนวน 32คน สุ่มเลือกอย่างง่ายโดยการจับสลาก เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับไอโอดีนที่มีค่าอำนาจจำแนก 0.31 - 0.75ค่าความยากง่าย 0.53 - 0.78ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ (KR-20) 0.76ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ (Cronbach's alpha) 0.91 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและ สถิติทดสอบ Paired Simple t-test

ผลการวิจัย พบว่ากระบวนการพัฒนาประกอบด้วย 5ขั้นตอน คือ 1) ศึกษาวิเคราะห์บริบทพื้นที่ 2) การวางแผนเชิงปฏิบัติการ 3) ปฏิบัติตามแผน 4) นิเทศติดตาม 5) สรุปผลและถอดบทเรียนเกิดรูปแบบการป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ 8มาตรการคือ 1) มีกองทุนเกลือเสริมไอโอดีน 2) มีหอกระจายข่าวไอโอดีน ทุกเช้าวันจันทร์ 3) ส่งเสริมองค์ความรู้เกี่ยวกับไอโอดีน 4) ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ตระหนักในการรับประทานยาเสริมไอโอดีน 5) ค้นหาหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ 6) ลงเยี่ยมเคาะประตูบ้านหญิงตั้งครรภ์ทุกครอบครัว 7) มีคลินิกให้คำปรึกษาฝากครรภ์ใน รพ.สต. และ 8) สร้างสื่อสังคมออนไลน์ด้านสุขภาพ ผลการดำเนินงานทำให้กลุ่มตัวอย่าง มีระดับความรู้การปฏิบัติตน ความพึงพอใจ และการมีส่วนร่วม เพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนดำเนินกิจกรรมพัฒนามีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ข้อเสนอแนะการวิจัย ควรมีการติดตามและดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการในวงรอบถัดไปเพื่อหาแนวทางเทคนิค วิธีการ ดำเนินงานแก้ไขปัญหาการขาดสารไอโอดีนอย่างยั่งยืน

หลักการ และเหตุผล

การขาดสารไอโอดีนของประชากรไทยเป็นปัญหาที่สำคัญอย่างหนึ่งในด้านสาธารณสุขและการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ของประเทศไทย เนื่องจากสารไอโอดีนเป็นสารอาหารที่จำเป็นต่อร่างกาย ปัญหาการขาดสารไอโอดีนพบได้ในประชาชนทุกกลุ่มอายุ ตั้งแต่ทารกในครรภ์ วัยเด็ก ไปจนถึงวัยสูงอายุ โดยเฉพาะในหญิงตั้งครรภ์จะมีผลกระทบต่อทารกในครรภ์จนถึงอายุ 3 ปี นอกจากนั้นหลังคลอดสมองของทารกต้องได้รับสารไอโอดีนเพื่อช่วยในการพัฒนาระบบประสาทและเซลล์สมอง หากได้รับสารไอโอดีนไม่เพียงพอจะทำให้เซลล์สมองเกิดขึ้นน้อยและไม่หนาแน่น ซึ่งจะทำให้เกิดผลกระทบต่อระบบสมองและประสาทไปจนตลอดชีวิต และค่าเฉลี่ยของระดับเขาวัวปัญญาหรือไอคิวของเด็กในพื้นที่ที่ขาดสารไอโอดีนนั้นมีค่าต่ำกว่าเด็กที่อยู่ในพื้นที่ที่ไม่ขาดสารไอโอดีนถึง 10-15 จุด

สถานการณ์ในระดับเขตสุขภาพที่ 7 ร้อยแก่นสารสินธุ์ (ร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม กาฬสินธุ์) พบว่ายังเป็นพื้นที่ขาดสารไอโอดีนจากการตรวจปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ ปี พ.ศ. 2561-2563 ค่ามัธยฐาน

ไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ เท่ากับ 128.40 ไมโครกรัมต่อลิตร, 169.70 ไมโครกรัมต่อลิตร และ 159.00 ไมโครกรัมต่อลิตร ตามลำดับ ร้อยละปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ไม่ต่ำกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตรภาพรวมเขตสุขภาพที่ 7 ยังไม่ผ่านเกณฑ์ เช่นเดียวกับการตรวจระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมไทรอยด์ (Thyroid Stimulating Hormone : TSH) ของทารกแรกเกิดที่มีอายุมากกว่า 2 วัน แต่ไม่เกิน 7 วัน ก็ยังไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดเช่นกัน ส่วนจังหวัดร้อยเอ็ดจากข้อมูลรายงานการตรวจปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ ปี พ.ศ. 2561-2563 มีค่ามัธยฐานไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ เท่ากับ 72.80, 111.92 และ 103.26 ไมโครกรัมต่อลิตร ตามลำดับ ตามเกณฑ์ปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ไม่ต่ำกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตร มากกว่าร้อยละ 50.00 พบว่า มีเพียงร้อยละ 20.00, 33.33 และ 33.33 ตามลำดับ

ดังนั้นจึงมีความสำคัญที่ต้อง ศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ตำบลรอบเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อดำเนินงานป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ก่อให้เกิดระบบการดำเนินงานป้องกันการขาดสารไอโอดีนในพื้นที่ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งจะเป็นการพัฒนาที่ยั่งยืน และเป็นต้นแบบในการดำเนินงานของชุมชนอื่น ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ในการป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ตำบลรอบเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

การดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ แบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) โดยประชากรและกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มผู้วางแผนพัฒนา จำนวน 30 คน จากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลรอบเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด กลุ่มที่ 2 คือกลุ่มผู้ใช้แผน เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่จริงในเขตตำบลรอบเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จำนวน 32 คน พื้นที่วิจัยคือ ตำบลรอบเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด ตั้งแต่โดยประยุกต์ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) เป็นการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการจำนวน 1 วัน วิเคราะห์บริบทชุมชน ศึกษาถึงปัญหาและความต้องการของชุมชน เกี่ยวกับปัญหาการดำเนินงาน การป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์เพื่อกำหนดแผนงาน/โครงการ กิจกรรมที่ปฏิบัติแล้วนำไปสู่การบรรลุความพึงพอใจ

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (Acting) การดำเนินการตามแผนกิจกรรมดังนี้ 1) กองทุนเกลือเสริมไอโอดีนตำบลรอบเมือง 2) ส่งเสริมองค์ความรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีน 3) ค้นหาหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ แนะนำมาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ตามโครงการเร็วแล็ก 100 4) คลินิกให้คำปรึกษาฝากครรภ์ใน รพ.สต. 5) หอกระจายข่าวไอโอดีน ทุกเช้าวันจันทร์ 6) ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ตระหนักในการรับประทานยาเสริมไอโอดีน 7) ลงเยี่ยมเคาะประตูบ้านหญิงตั้งครรภ์ทุกครอบครัว 8) สื่อสังคมออนไลน์ด้านสุขภาพ โดยจำแนกตามบทบาทหน้าที่ ที่ได้รับมอบหมายของภาคีเครือข่ายสุขภาพในตำบลรอบเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต (Observing) โดยดำเนินการดังนี้ 1) สังเกตการมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ผู้วิจัยเข้าไปสังเกตร่วมกับมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน 2) ประเมินการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของกลุ่มวางแผนพัฒนาตั้งแต่แรกเริ่มโครงการจนถึงสิ้นสุดโครงการ 3) ประเมินความรู้เรื่องไอโอดีน การปฏิบัติตัวการบริโภคอาหารที่มีสารไอโอดีน และความพึงพอใจในการดำเนินงาน หลังการดำเนินงานตามแผน

ขั้นตอนที่ 4 สะท้อนผล (Reflecting) ดำเนินการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการจำนวน 1 วัน ร่วมกันถอดบทเรียน สะท้อนปัจจัยแห่งความสำเร็จ รวมถึงปัญหาอุปสรรคในการดำเนินโครงการ ตั้งแต่การวางแผนจนถึงสิ้นสุดโครงการวิจัย พร้อมสรุปผลการดำเนินงาน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างวางแผนพัฒนา เป็นแบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไปและการมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม สำหรับกลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับไอโอดีน ส่วนที่ 3 การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีน และส่วนที่ 4 ความพึงพอใจในการดำเนินกิจกรรม การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุม ครอบคลุมของเนื้อหาและสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ (Item-objective congruence index : IOC) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านโดยแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับไอโอดีนมีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.31-0.75 ค่าความยากง่ายรายข้อตั้งแต่ 0.53-0.78 ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ (KR-20) เท่ากับ 0.76 ด้านการปฏิบัติตัว ด้านการมีส่วนร่วม และด้านความพึงพอใจในการดำเนินกิจกรรม ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ (สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค) เท่ากับ 0.91 การวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการพัฒนา โดยใช้สถิติทดสอบ Paired sample t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = 0.05$ โดยทำการศึกษาระหว่างเดือน มกราคม-กันยายน พ.ศ. 2565

จริยธรรม ได้รับการอนุมัติจริยธรรมในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ 167 – 096 ลงวันที่ 20 พฤษภาคม 2565 ถึงวันที่ 19 พฤษภาคม 2566

ผลการวิจัย

กระบวนการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ เพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ตำบลรอบเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด ทำการประยุกต์ใช้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยการมีส่วนร่วมของ องค์กร ผู้นำ และคนในชุมชนตำบลรอบเมือง ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมตัดสินใจ ร่วมรับผลการตัดสินใจตั้งแต่เริ่มการดำเนินงานจนถึงสิ้นสุดการดำเนินงาน จนได้รูปแบบการดำเนินงานเพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ดังนี้ 1) กองทุนเกลือเสริมไอโอดีนตำบลรอบเมือง 2) ส่งเสริมองค์ความรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีน 3) ค้นหาหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ แนะนำมาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ตามโครงการเร็วแลก 100 4) คลินิกให้คำปรึกษาฝากครรภ์ใน รพ.สต. 5) หอกระจายข่าวไอโอดีน ทุกเช้าวันจันทร์ 6) ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ตระหนักในการรับประทานยาเสริมไอโอดีน 7) ลงเยี่ยมเคาะประตูบ้านหญิงตั้งครรภ์ทุกครอบครัว 8) สื่อสังคมออนไลน์ด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นรูปแบบที่มีส่วนคล้ายกันในการดำเนินงานเดิม แต่มีความเข้มข้นในการดำเนินงานในพื้นที่มากขึ้น รวมไปถึงรูปแบบใหม่ที่ไม่เคยดำเนินการในพื้นที่เลย เป็นการผสมผสานรูปแบบการทำงานจากรูปแบบเดิมไปสู่การดำเนินงานรูปแบบใหม่ เป็นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ตามบทบาทหน้าที่ใหม่ที่ชุมชนได้กำหนดขึ้นมา จากการ

ร่วมคิด ร่วมปฏิบัติ และร่วมตัดสินใจ หลังดำเนินการพัฒนา พบว่าหญิงตั้งครรภ์มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับไอโอดีนมากกว่าก่อนดำเนินการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ โดยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับไอโอดีน เท่ากับ 4.22 คะแนน (95เปอร์เซ็นต์ CI : 2.97, 5.46) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับไอโอดีนก่อนและหลังดำเนินกิจกรรม (n=32)

คะแนนความรู้	Mean	S.D.	Mean diff.	p-value	95%CI	
					Lower	Upper
ก่อน	12.56	2.76	4.22	<.001	2.97	5.46
หลัง	16.78	1.82				

หลังดำเนินการพัฒนา พบว่าหญิงตั้งครรภ์มีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีน มากกว่าก่อนดำเนินการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p < .001$ โดยมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีน เท่ากับ 0.83คะแนน (95เปอร์เซ็นต์ CI : 0.71, 0.94) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรม (n=32)

คะแนนการปฏิบัติตัว	Mean	S.D.	Mean diff.	p-value	95%CI	
					Lower	Upper
ก่อน	3.09	0.35	0.83	<.001	0.71	0.94
หลัง	3.92	0.32				

หลังดำเนินการพัฒนา พบว่าหญิงตั้งครรภ์มีความพึงพอใจต่อการดำเนินกิจกรรมมากกว่าก่อนดำเนินการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p < .001$ โดยมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ เท่ากับ 0.64คะแนน (95เปอร์เซ็นต์ CI : 0.42, 0.86) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการดำเนินกิจกรรมก่อนและหลังดำเนินกิจกรรม (n=32)

คะแนนความพึงพอใจ	Mean	S.D.	Mean diff.	p-value	95%CI	
					Lower	Upper
ก่อน	3.45	0.59	0.64	<.001	0.42	0.86
หลัง	4.09	0.29				

หลังดำเนินการพัฒนา พบว่าผู้วางแผนพัฒนามีระดับการมีส่วนร่วมมากกว่าก่อนดำเนินการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p < .001$ โดยมีคะแนนเฉลี่ยระดับการมีส่วนร่วมเท่ากับ 1.22คะแนน (95เปอร์เซ็นต์ CI : 0.93, 1.52) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมก่อนและหลังดำเนินกิจกรรม (n=30)

คะแนนการมีส่วนร่วม	Mean	S.D.	Mean diff.	p-value	95%CI	
					Lower	Upper
ก่อน	3.34	0.72	1.22	<.001	0.93	1.52
หลัง	4.56	0.18				

จากการการสะท้อนผล จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียนและคืนข้อมูลแก่ภาคีเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่ เป็นการดำเนินการร่วมกันถอดบทเรียน ตั้งแต่การวางแผน การดำเนินงานตามแผน สะท้อนผลการดำเนินงาน ซึ่งปัจจัยความสำเร็จด้านกระบวนการคือ การสนับสนุนส่งเสริมจากผู้บริหาร ผลักดันให้เกิดนโยบายในการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรม การสนับสนุนความรู้ ที่มีความหลากหลายทั้งทางด้านการจัดอบรม การให้ความรู้ทางหอกระจายข่าวทำให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับความรู้เพิ่มขึ้น ส่งผลให้การปฏิบัติตนในการรับประทานผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนเพิ่มมากขึ้นการมีส่วนร่วมของชุมชนมีการปฏิบัติตามหน้าที่ที่กำหนด ร่วมรับฟัง ร่วมคิด ร่วมปฏิบัติ และร่วมตัดสินใจ ซึ่งทำให้เครือข่ายมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ การตัดสินใจนั้น ทำให้ตำบลรอบเมืองมีผลระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมไทรอยด์ (TSH) เมื่อทารกแรกเกิดอายุ 2-4 วัน ภาพรวมเปลี่ยนจากสีแดงเป็นสีเหลือง ส่วนกลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมโครงการมีค่า TSH ปกติทุกรายและมีผลการตรวจปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ เฉลี่ย 162.59 ไมโครกรัมต่อลิตร

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับไอโอดีนและระดับการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์ พบว่าหลังดำเนินกิจกรรมมีคะแนนความรู้เรื่องไอโอดีนเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูงแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเกิดจากการมีส่วนร่วมทั้งผู้ให้ความรู้และหญิงตั้งครรภ์เองที่มีความเข้าใจ ใส่ใจและได้รับการกระตุ้นจากคณะทำงานทุกฝ่าย มีการสนับสนุนแหล่งให้ความรู้ที่หลากหลายช่องทางมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษา การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงวัยเจริญพันธุ์โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลนาโพธิ์ อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม และการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมการบริโภคเพื่อป้องกันภาวะขาดไอโอดีนในสตรีตั้งครรภ์ ส่วนการศึกษาระดับความพึงพอใจก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรม พบว่าก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรม มีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าการดำเนินงานเรื่องไอโอดีนมีรูปแบบที่ชัดเจน ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ได้เข้ามาดูแลให้บริการตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ จนถึงหลังคลอด รวมไปถึงการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ร่วมกำหนดแนวทางการแก้ปัญหา เข้าร่วมรับฟัง ร่วมคิด ร่วมปฏิบัติ และร่วมตัดสินใจ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกเป็นเจ้าของการตัดสินใจนั้น สะท้อนให้เห็นว่าตนเองมีคุณค่าในชุมชนเมื่อสิ้นสุดโครงการวิจัย ทำให้คะแนนการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษารูปแบบการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการติดตามและดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการในวงรอบถัดไปเพื่อหาแนวทาง เทคนิค วิธีการดำเนินงานแก้ไขปัญหาการขาดสารไอโอดีนอย่างยั่งยืน และผู้บริหารทั้งในระดับกระทรวง กรมและระดับจังหวัด ของกระทรวงสาธารณสุข ควรส่งเสริมการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมในชุมชนอื่นๆ เนื่องจากแต่ละชุมชนจะมีปัญหาสุขภาพในพื้นที่ ที่แตกต่างกันไป

เอกสารอ้างอิง

- กัลยา บัวบาน,วรรณณี เดียววิศเรศ และตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 27(3), 1-9.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2563). รายงานการดำเนินงานโครงการควบคุมและป้องกัน โรคขาดสารไอโอดีน (พฤษภาคม 2561 – มิถุนายน 2563). กรุงเทพฯ: บริษัทสามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด.
- นภาพรณ วิริยะอุตสาหกุล. (2562).รายงานการศึกษาผลของการให้ยาเม็ดเสริมไอโอดีนต่อภาวะ โภชนาการไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์,สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.กรุงเทพฯ: บริษัทสามเจริญพาณิชย์.
- พจนีย์ ขวัญเงิน, เกสรฯ ศรีพิชญาการ. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมการบริโภคเพื่อป้องกัน ภาวะขาดไอโอดีนในสตรีตั้งครรภ์.วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา. 2563; 21(1): 29-40.
- รัตนภรณ์ เณลิศรี, อติสร วงศ์คงเดช, อิศักดิ์ พาจันทร์. การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคขาดสาร ไอโอดีนของหญิงวัยเจริญพันธุ์โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลนาโพธิ์ อำเภอกุดรังจังหวัด มหาสารคาม.วารสารคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี. 2561; 8(1): 68-75.
- อมรพรรณ ทับทิมดี. (2559). การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีนใน หญิงตั้งครรภ์ อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด.ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- Kemmis S. and R. McTaggart. (1988). *The Action Research Planner*. (Victoria, Ed.) (3rd ed.). Australia: Deaken University Press.

การพัฒนาระบบการตรวจคัดกรองป้องกันภาวะโลหิตจางในเด็กอายุ 6 – 12 เดือน

อุบลรัตน์ จันทนะโพธิศิริพรรณ ชีระกาญจน์
โรงพยาบาลพุทธชินราช

บทคัดย่อ

ภาวะโลหิตจางจากขาดธาตุเหล็กเป็นปัญหาสำคัญในเด็กเล็ก ส่งผลเสียต่อการเรียนรู้และระดับสติปัญญา หากไม่ได้รับการดูแลรักษาเมื่อเข้าสู่วัยเรียนระดับสติปัญญา Intelligence Quotient : IQต่ำกว่าปกติถึง 10จุด ผู้วิจัยศึกษาพัฒนาระบบการตรวจคัดกรองป้องกันภาวะโลหิตจางในเด็ก 6 - 12 เดือนเพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถคัดกรองป้องกัน ระบบเชื่อมโยงปฐมภูมิ-ตติยภูมิ ผู้ปกครองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis and Taggart วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการคัดกรองและป้องกันภาวะโลหิตจางในเด็ก 6 – 12 เดือน เครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลพุทธชินราช พิชณุโลกและ ศึกษาผลลัพธ์ของระบบกลุ่มตัวอย่างคือเจ้าหน้าที่ 20 คนและผู้ปกครอง 100 คน วิธีการศึกษา 4 ขั้นตอน 1). วางแผนงาน 2).ดำเนินการพัฒนาตามประเด็นปัญหา 3).ติดตามผลการดำเนินงาน 4) สรุปผลการดำเนินงาน ระยะเวลาดำเนินงาน เดือนสิงหาคม 2565 - เมษายน 2566 ใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาพบว่า มีการพัฒนาระบบ 3 ด้านคือ 1)เครื่องมืออุปกรณ์ มีการจัดสรรให้มีพร้อมใช้ทุกแห่ง 2) บุคลากรอบรมเชิงปฏิบัติการให้มีความรู้และทักษะ จัดโครงการรณรงค์คัดกรองโลหิตจาง โครงการเยี่ยมเสริมพลัง โครงการที่ช่วยน้องเพื่อนช่วยเพื่อนเพื่อลดภาระงาน 3) พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลให้ความชัดเจน ผลลัพธ์การพัฒนาพบว่า จำนวนเด็กที่ได้รับการคัดกรองภาวะโลหิตจางมีจำนวนเพิ่มขึ้นร้อยละ 33.0 อัตราการเกิดภาวะโลหิตจางลดลงจากร้อยละ 30.0 เหลือร้อยละ 25.0 ร้อยละของเด็กที่ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 81.0 เป็นร้อยละ 92.9 ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่หลังการดำเนินการพัฒนามีความพึงพอใจทุกด้านโดยรวมอยู่ในระดับมาก (mean=4.49, SD=0.45) ความพึงพอใจของผู้ปกครองโดยรวมอยู่ในระดับมาก (mean=4.60, SD=0.44) สรุปการพัฒนาระบบให้ผู้ให้บริการและผู้รับบริการพึงพอใจ เพิ่มอัตราการเข้ารับบริการและอัตราการได้รับยาเสริมธาตุเหล็กในเด็กมากขึ้น ลดอัตราการเกิดภาวะโลหิตจาง

หลักการและเหตุผล

ภาวะโลหิตจางจากขาดธาตุเหล็กเป็นปัญหาของเด็กเล็ก ส่งผลเสียต่อการเรียนรู้และระดับสติปัญญา หากไม่ได้รับการดูแลรักษาเมื่อเข้าสู่วัยเรียนพบว่าระดับสติปัญญา IQลดลงถึง 10จุด เด็กไทยร้อยละ 40.0 – 50.0พบโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก เครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลพุทธชินราช พิชณุโลกประกอบด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 18 แห่งและศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศ.ส.ม.) 2 แห่งดำเนินการพัฒนาระบบคัดกรองและป้องกันโลหิตจางในเด็ก ตั้งแต่ ปีพ.ศ. 2561เริ่มมีการจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กแก่เด็กอายุตั้งแต่ 6 เดือนถึง 5 ปี พ.ศ. 2562 ปรับเปลี่ยนยาเป็นยาที่ทานง่าย มีอายุหลังเปิดขวดถึง 6 เดือน ส่งเด็กอายุ 9 เดือนเข้ามาเจาะเลือดตรวจคัดกรองภาวะโลหิตจางที่โรงพยาบาลพุทธชินราช พิชณุโลก มีเด็กมาคัดกรองเพียงร้อยละ 60.0 พ.ศ.2563 นำผลการดำเนินงานมาวิเคราะห์สรุปปัญหาผู้ปกครอง

ไม่สามารถพาเด็กมาเจาะเลือดหาภาวะโลหิตจาง เพื่อการเข้าถึงบริการของผู้รับบริการจึงดำเนินการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อให้ รพ.สต. เครือข่ายสามารถเจาะเลือดคัดกรองภาวะโลหิตจางได้เองโดยมีแม่ข่ายเป็นพี่เลี้ยง จำนวนเด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองโลหิตจางเพิ่มขึ้นร้อยละ 20.0พบภาวะโลหิตจางร้อยละ 32.0 ปีพ.ศ. 2564 ยังพบระดับโลหิตจางสูงดำเนินการวิจัย เรื่อง "ผลของโปรแกรมส่งเสริมการให้ธาตุเหล็กต่อการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางในเด็ก 6 เดือน นำผลวิจัยมาใช้ในคลินิกเด็กสุขภาพดี ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองพิษณุโลกร้อยละเด็กที่มีภาวะโลหิตจางลดลง จาก 32.0 เป็นร้อยละ 23.0 เพื่อพัฒนาการดำเนินงานระบบการคัดกรองป้องกันภาวะโลหิตจางในเด็กเครือข่าย รพ.พุทธชินราช พิษณุโลกโดยมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ และสหสาขาวิชาชีพ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาพัฒนาระบบการตรวจคัดกรองป้องกันภาวะโลหิตจางในเด็ก 6 – 12 เดือน เพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง เชื่อมโยงเจ้าหน้าที่ที่มีความมั่นใจในการปฏิบัติพยาบาล และผู้ปกครองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถดูแลเด็กให้มีคุณภาพ ให้เด็กเจริญเติบโตเป็นอนาคตที่ดีของชาติต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบการคัดกรองและป้องกันภาวะโลหิตจางในเด็ก 6 – 12 เดือน เครือข่ายสุขภาพ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของระบบการคัดกรองและป้องกันภาวะโลหิตจางในเด็ก 6 – 12 เดือน เครือข่ายสุขภาพ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลกหลังการพัฒนาระบบฯ 1)จำนวนเด็กที่ได้รับการคัดกรองภาวะโลหิตจาง 2)ร้อยละการเกิดภาวะโลหิตจาง 3)ร้อยละของเด็กที่ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก 4) ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ 5) ความพึงพอใจของผู้ปกครอง

การดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษาเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis and Taggart ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ 1) การวางแผนงาน (planning) 2)การปฏิบัติการ (Action) 3)การสังเกตการณ์ (Observation) 4) การสะท้อนผลการปฏิบัติการ (Reflection)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างกลุ่มบุคลากรเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานแม่และเด็ก เครือข่ายโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ทั้งหมด 20 แห่ง 20 คนเลือกแบบเฉพาะเจาะจงมีคุณสมบัติตามที่กำหนดกลุ่มผู้ปกครองและเด็กอายุ 6- 12 เดือน ที่มารับบริการคลินิกสุขภาพดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง เครือข่ายโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ทั้งหมด 20 แห่งแต่ละ 5 คน รวม 100 คนใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่ายและคำนวณขนาดตัวอย่างโดยวิธี Taro Yamane

วิธีการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1การวางแผนวิเคราะห์สถานการณ์ และการวางแผนงาน (planning)

จัดประชุมคณะกรรมการ วางแผนงาน วิเคราะห์สถานการณ์ร่วมกัน ประชุมระดมสมอง วิเคราะห์สถานการณ์ของภาวะโลหิตจางในเด็ก กำหนดประเด็นสำคัญของปัญหา 3 ด้านคือ 1) ด้าน เครื่องมืออุปกรณ์ พบมีการชำรุดของอุปกรณ์ ขาดเครื่องอ่านค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง 2) ด้านบุคลากร2

ประเด็นคือ ขาดความรู้และทักษะและมีภาระงานหลายด้าน 3) ด้านระบบบริการ แนวปฏิบัติพยาบาลด้านการคัดกรองและส่งต่อ การให้ความรู้ผู้ปกครอง

ขั้นตอนที่ 2. การปฏิบัติการ (Action) ดำเนินการพัฒนาตามประเด็นสำคัญปัญหาด้าน

1) ด้านโครงสร้าง เครื่องมือ อุปกรณ์จัดสรรเครื่องมือให้มีครบทุกหน่วยงาน
2) ด้านบุคลากร บุคลากรใหม่ขาดความรู้และทักษะดำเนินการโดยอบรมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้เสริมทักษะและปัญหาภาระงานจัดโครงการรณรงค์ออกหน่วยคัดกรองโลหิตจางในเด็ก 6 เดือนถึง 5 ปีทุกหน่วยบริการโครงการเยี่ยมเสริมพลังโครงการพี่ช่วยน้องเพื่อนช่วยเพื่อน

3) ด้านระบบพัฒนาแนวปฏิบัติโดยมีกุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโลหิตวิทยาเป็นที่ปรึกษาวิจัย”ผลของโปรแกรมส่งเสริมการให้ธาตุเหล็กต่อการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง” มาใช้ในการสร้างให้เกิดความรอบรู้และมีส่วนร่วมโดยให้ความรู้และติดตามเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม

ขั้นตอนที่3 การสังเกตการณ์ (Observation)

ติดตามผลการดำเนินงานตามแนวทางพัฒนาทั้ง 3 ด้านโดยใช้เครื่องมือ แบบสอบถามในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานแม่และเด็ก
2) แบบสอบถามความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานแม่และเด็ก หลังการดำเนินพัฒนาระบบ 5 ข้อ 1. ความสะดวกและง่ายในการปฏิบัติ 2. ความชัดเจนของแนวปฏิบัติ 3. ระบบช่วยเหลือสนับสนุนการดำเนินงานเช่น อุปกรณ์ โครงการพี่ช่วยน้อง รณรงค์คัดกรองโลหิตจาง 4. เกิดผลดีแก่ผู้รับบริการ 5. ความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติในการนำไปใช้ โดยมี เกณฑ์ระดับความพึงพอใจเป็น 5 ระดับ

3) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างของผู้ปกครอง
4) แบบสอบถามความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างผู้ปกครองและเด็กหลังดำเนินการ 3 ข้อ 1. การบริการของเจ้าหน้าที่ 2. ขั้นตอนการให้บริการเหมาะสม 3. การให้บริการมีประโยชน์เกณฑ์ระดับความพึงพอใจเป็น 5 ระดับตรวจสอบดูความเหมาะสมภาษาที่ใช้และความชัดเจนของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คือกุมารแพทย์ 1 ท่านพยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญการดูแลเด็ก 1 ท่านพยาบาลผู้เชี่ยวชาญงานคลินิกเด็กสุขภาพดี 1 ท่าน

5) ติดตามผลลัพธ์การดำเนินการจำนวนเด็กที่ได้รับการคัดกรองภาวะโลหิตจาง , ร้อยละการเกิดภาวะโลหิตจางและร้อยละของเด็กที่ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติการ (Reflection)

ประเมินผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ 1. พัฒนาระบบการคัดกรองและป้องกันภาวะโลหิตจางในเด็ก 6 - 12 เดือน เครือข่ายสุขภาพ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก 3 ด้าน คือ อุปกรณ์ เครื่องมือ บุคลากร และระบบบริการ 2. ผลลัพธ์ของระบบการคัดกรองและป้องกันภาวะโลหิตจางในเด็ก 6 - 12 เดือน ด้านบุคลากร ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ก่อนและหลังการพัฒนาระบบระบบการตรวจคัดกรองป้องกันภาวะโลหิตจางในเด็ก ด้านผู้รับบริการ ความพึงพอใจของผู้ปกครอง จำนวนเด็กที่ได้รับการคัดกรองภาวะโลหิตจาง ร้อยละการเกิดภาวะโลหิตจางร้อยละของเด็กที่ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก

วิธีวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน

จริยธรรม ได้รับการอนุมัติจริยธรรมในมนุษย์ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เลขที่ 694 /64 ลง
วันที่ 27 ธันวาคม 2565

ผลการวิจัย

การพัฒนาระบบการตรวจคัดกรองป้องกันภาวะโลหิตจางในเด็กอายุ 6 – 12 เดือนมี 3 ด้านคือ 1) ด้าน
โครงสร้าง เครื่องมือ อุปกรณ์ สถานบริการเครือข่ายมีอุปกรณ์มาตรฐานครบทุกแห่ง 2) ด้านบุคลากร
เจ้าหน้าที่ได้รับความรู้ และจัดโครงการรณรงค์คัดกรองโลหิตจางโดยมีแม่ข่ายเป็นพี่เลี้ยง ทีมช่วยทีม
โครงการให้ความรู้กับผู้ปกครอง ให้เจ้าหน้าที่รับผิดชอบติดตามรายบุคคล รายกลุ่ม 3) ปรับปรุงแนว
ปฏิบัติการพยาบาล สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ปกครอง

ผลลัพธ์ของการดำเนินงานพบว่า

1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานแม่และเด็กส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ
95.0 อายุอยู่ในช่วง 40 - 50 ปีร้อยละ 62.0 ระดับการศึกษาปริญญาตรีร้อยละ 55.0 ส่วนใหญ่ปฏิบัติงาน
แม่และเด็ก 5 ปี ขึ้นไปร้อยละ 71.4 เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโลหิตจางร้อยละ 90.0 ระยะเวลาที่ได้รับ
ความรู้ภายใน 1 ปี ร้อยละ 70.0

2) ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานแม่และเด็กหลังการดำเนินพัฒนามี
ความพึงพอใจระดับมาก 3 ด้านคือข้อ 1. ความสะดวกและง่ายต่อการปฏิบัติ 2. ความชัดเจนของแนว
ปฏิบัติ 3.ความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติในการนำไปใช้ และมีความพึงพอใจระดับมากที่สุด 2 ด้านคือข้อ
1. ระบบช่วยเหลือสนับสนุนการดำเนินงาน 2.เกิดผลดีแก่ผู้รับบริการ

3) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ปกครองของเด็กส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงร้อยละ 90.0 อายุช่วง 31 -
40 ปีร้อยละ 37.6 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 82.0 ความสัมพันธ์กับเด็กเป็นบิดามารดาร้อยละ 79.0 ระดับ
การศึกษามัธยมศึกษาร้อยละ 45.0

4) ความพึงพอใจของของกลุ่มตัวอย่างผู้ปกครองของเด็กหลังดำเนินการมีความพึงพอใจทุกด้านคือ
1. การบริการของเจ้าหน้าที่ 2. ขั้นตอนการให้บริการเหมาะสม 3. การให้บริการมีประโยชน์ภาพรวมอยู่ใน
ระดับมาก

5) ผลสำเร็จของการดำเนินงาน

: จำนวนเด็กที่ได้รับการคัดกรองภาวะโลหิตจางในปีงบประมาณ 2566 เดือน ตุลาคม-
เมษายน รวมทั้งสิ้น 795 คน เปรียบเทียบกับปี 2565 มี 534 รายมีจำนวนเพิ่มขึ้นร้อยละ 33.0

: อัตราการเกิดภาวะโลหิตจางในเด็กอายุ 6-12 เดือนลดลงเปรียบเทียบกับปี 2565 จาก
ร้อยละ 30.0 เหลือร้อยละ 25.0

: ร้อยละของเด็กที่ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กเพิ่มขึ้นเปรียบเทียบกับปี 2565 จากร้อยละ
81.0 เป็นร้อยละ 92.9

อภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนาระบบการตรวจคัดกรองป้องกันภาวะโลหิตจางในเด็กอายุ 6 – 12 เดือนผู้วิจัยใช้แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์คือคำนึงถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ กระบวนการกระตุ้น และส่งเสริมจิตใจให้บุคคลมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพ การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องก่อให้เกิดความสำเร็จของงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ สุชาดา เสดพันธ์และคณะศึกษาเรื่องการพัฒนากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหืด การมีส่วนร่วมทุกฝ่าย ทำให้ผู้ปกครองมีความรู้ในการดูแลเด็กที่บ้าน ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและสอดคล้องกับการศึกษาของ เนาวรัตน์ ชาประสิทธิ์และคณะ ศึกษาพัฒนารูปแบบการพยาบาลเด็กทางระบบหายใจ มีการพัฒนารูปแบบการพยาบาล ทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้และทักษะลดภาวะแทรกซ้อนและผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้รวดเร็ว ต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

สามารถนำผลวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลกลุ่มวัยอื่น โรคเรื้อรัง การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง มีส่วนได้ส่วนเสีย จะช่วยให้เกิดความสำเร็จของงานและมีการพัฒนาได้อย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

- ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทยสมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย. (2557). Guideline in child Health Supervision. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: สรรพสารจำกัด.
- โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. (2559). ร่างมาตรฐานการทำงานการป้องกันโลหิตจางในเด็ก. นนทบุรี: โครงการพัฒนาข้อเสนอเพื่อการปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์และระบบบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับปีงบประมาณ 2559 ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.
- สำนักโภชนาการกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข. (2557). คู่มือแนวทางการควบคุมและป้องกันโรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กพ.ศ. 2557. (พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี: สำนักโภชนาการกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข.
- วีระยุทธชาตะกาญจน์. (2558). การวิจัยเชิงปฏิบัติการ, วารสารราชภัฏสุราษฎร์ธานี, 2(1): 29-49.
- สุชาดา เสดพันธ์และคณะ. (2558). การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหืดในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี. ขอนแก่น: พยาบาลสารและการดูแลสุขภาพ.
- เนาวรัตน์ชาประสิทธิ์, สายธรรมวงศ์สถิต, และสงบเผ้าหอม. (2565). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลของผู้ป่วยเด็กวิกฤตที่มีปัญหาระบบทางเดินหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจโดยประยุกต์ใช้มาตรฐานการพยาบาล ในโรงพยาบาลเลิศสิน. กรุงเทพฯ: พยาบาลทหารบก.

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ในชุมชนผ่านระบบเครือข่าย เพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำสมิง

วชิราภรณ์ วิทยาขาว
รพ.สต.คำสมิง ตำบลเกษม

บทคัดย่อ

การส่งเสริมดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ใน รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ในชุมชนผ่านระบบเครือข่ายเพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำสมิง ขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ในชุมชนผ่านระบบเครือข่ายเพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำสมิง อาศัยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participation Action Research) โดยมีประชากร ในเขตรับผิดชอบพื้นที่ โดยมีกลุ่มตัวอย่าง แบบเจาะจง (Purposive Sampling) เป็น หญิงไทยตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด ในเขตรับผิดชอบ รพ.สต.คำสมิง จำนวน 13คนระยะเวลาในการดำเนินงานเดือนตุลาคม 2565 – เดือนเมษายน 2566โดยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทะเบียนหญิงตั้งครรภ์หญิงหลังคลอดรพ.สต.คำสมิงแบบบันทึกหญิงตั้งครรภ์หญิงหลังคลอดรพ.สต.คำสมิง ระบบสารสนเทศในรพ.สต. JHCIS ดำเนินงานรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ในชุมชนผ่านระบบเครือข่ายเพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด พบว่าในส่วนระบบเครือข่ายในชุมชนมีคณะกรรมการการดำเนินงานที่ชัดเจนและมีทิศทางการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมชัดเจนเพิ่มขึ้น กระบวนการบริการด้านอนามัยแม่ในการระบบการฝากครรภ์ การให้ความรู้ การติดตามสุขภาพอนามัยมารดาและทารกหลังคลอดมีแนวทางการปฏิบัติและการดูแลที่ชัดเจนขึ้น ลดการสูญเสียเสียชีวิต และลดการคลอดก่อนกำหนดในชุมชนได้ ระบบการดูแลฝากครรภ์มีคุณภาพเพิ่มมากขึ้นจากเดิมในปี งบประมาณ 2565 ร้อยละ 80 ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและน้ำหนักเพิ่มมากขึ้นจากเดิมในปี งบประมาณ 2565 ร้อยละ 80 ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและ น้ำหนักแรกคลอดทารกเพิ่มมากขึ้นจากเดิมในปีงบประมาณ 2565 ร้อย 60 ระบบการเชื่อมโยงการส่งต่อข้อมูล หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะผิดปกติ มีระบบที่รวดเร็วและชัดเจนขึ้นจากเดิมผ่านระบบการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ระบบการส่งต่อข้อมูลทางไลน์ และระบบrefer

หลักการ และเหตุผล

ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย และทารกเกิดก่อนกำหนด สำหรับการขับเคลื่อนในงานสาธารณสุข การแก้ไขปัญหาการคลอดก่อนกำหนดเป็นส่วนหนึ่งของปัญหาทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมและเพื่อเป็นการขับเคลื่อนนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พขอ.) เมื่อเรามองเข้าไปในชุมชน จะพบประชาชนอยู่ร่วมกันเป็นหมู่บ้าน แต่ละหมู่บ้านประกอบไปด้วยกลุ่มของครอบครัว ปัญหาอนามัยแม่และเด็กที่พบได้บ่อยในหมู่บ้านหรือชุมชนปัจจุบัน เห็นจะหนีไม่พ้นปัญหาวัยรุ่นตั้งครรภ์ ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย และทารกเกิดก่อนกำหนด ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญต่องานอนามัยแม่และเด็กในชุมชน และเมื่อเกิดปัญหาที่ควรมีการพัฒนางานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ มารดา รวมทั้งทารกเกิดก่อนกำหนดแบบบูรณาการสำหรับการขับเคลื่อนในงานสาธารณสุข ได้เริ่มดำเนินงานโครงการโดยพัฒนางานอนามัยแม่และเด็กต่อเนื่องมาจากโครงการลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัยและการแก้ไขปัญหาทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500

กรัม โดยมีแนวคิดว่าการแก้ไขปัญหาคอขวดก่อนกำหนดเป็นส่วนหนึ่งของปัญหาทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมและเพื่อเป็นการขับเคลื่อนนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ทางผู้วิจัยจึงได้ศึกษากระบวนการส่งเสริมดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ใน รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ในชุมชนผ่านระบบเครือข่ายเพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำสมิง ขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ในชุมชนผ่านระบบเครือข่ายเพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำสมิง

การดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participation Action Research)

ประชากร : ในเขตรับผิดชอบพื้นที่ ที่อาศัยอยู่จริง รพ.สต.คำสมิง จำนวน 1,960 คน

กลุ่มตัวอย่าง: คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) : หญิงไทยตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด ในเขตรับผิดชอบ รพ.สต.คำสมิง จำนวน 13 คน

ระยะเวลาในการดำเนินงานเดือนตุลาคม 2565 – เดือนเมษายน 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทะเบียนหญิงตั้งครรภ์หญิงหลังคลอดรพ.สต.คำสมิง, แบบบันทึกหญิงตั้งครรภ์หญิงหลังคลอดรพ.สต.คำสมิง ระบบสารสนเทศในรพ.สต. JHCIS ,ระบบการบันทึกข้อมูลการบริการทางการแพทย์สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ<https://eclaim.nhso.go.th/>

กระบวนการดำเนินงาน

ขั้นตอนที่ 1 โดยการศึกษาสภาพปัญหา ประชุมรับทราบนโยบายและซักซ้อมความเข้าใจเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานโครงการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกเพื่อลดภาวะคลอดก่อนกำหนด จัดตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายโครงการสุขภาพเชิงรุก เพื่อลดภาวะคลอดก่อนกำหนด

ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินการจัดทำแผนและจัดตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายโครงการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก เพื่อลดภาวะคลอดก่อนกำหนดในตำบลเกษม และอนุกรรมการขับเคลื่อนนโยบายโครงการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก เพื่อลดภาวะคลอดก่อนกำหนดในชุมชนรับผิดชอบรพ.สต.คำสมิง

ขั้นตอนที่ 3 ดำเนินการ โดยมีกระบวนการคือ

ระยะตั้งครรภ์และระยะหลังคลอด

อสม.ในเขตรับผิดชอบรพ.สต.คำสมิง ทำหน้าที่ค้นหาหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่รับผิดชอบให้มาฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ ติดตามการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนัก ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับวิตามินและสารอาหาร และมารับบริการฝากครรภ์คุณภาพ 8 ครั้งคุณภาพ ตามเกณฑ์ ระยะหลังคลอดอสม.ในเขตรับผิดชอบรพ.สต.คำสมิง ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรพ.สต.คำสมิง เข้าไปเยี่ยมมารดาหลังคลอดที่บ้าน จำนวน 2 ครั้ง ตามเกณฑ์ เพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน แนะนำพัฒนาการของทารกแรกเกิดการพาบุตรไปรับวัคซีน รวมทั้งประเมินอาการผิดปกติของแม่หลังคลอด

ระบบบริการ

พัฒนาการเชื่อมโยงงานบริการอย่างเป็นระบบ และมีมาตรฐานตามเกณฑ์จากรพ.แม่ข่ายรพ.ตระการพิรุณ ตามมาตรฐานการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอดในโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบล และมีการพัฒนาระบบการคัดกรองความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ และจัดให้มีคลินิกดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง เพื่อรองรับการดูแลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงสูงจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระบบส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ ระบบส่งต่อในชุมชน องค์การบริหารส่วนเกษมร่วมกับ อสม. ในเขตรพ.สต.คำสมิง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน รพ.สต.คำสมิง ร่วมกันทำงานเป็นทีม มีการจัดประชุมร่วมกันอย่างน้อย 1 ครั้ง ต่อเดือน โรงพยาบาลตระการพิรุณจัดทำแนวทางการประสานงานเพื่อส่งต่อและแบบฟอร์ม กรณีหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะเร่งด่วนระบบส่งต่อหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง และทารกเกิดก่อนกำหนดประเมินผลการปฏิบัติตามตัวชี้วัด เพื่อการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ในการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน ตาม best practice และขยายผลต่อไป

ผลการวิจัย

จากการดำเนินงานรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ในชุมชนผ่านระบบเครือข่ายเพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดพบว่าในส่วนระบบเครือข่ายในชุมชนมีคณะกรรมการการดำเนินงานที่ชัดเจนและมีทิศทางการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมชัดเจนเพิ่มขึ้น กระบวนการบริการด้านอนามัยแม่ในการระบบการฝากครรภ์ การให้ความรู้ การติดตามสุขภาพอนามัยมารดาและทารกหลังคลอดมีแนวทางการปฏิบัติและการดูแลที่ชัดเจนขึ้น ลดการสูญเสียเสียชีวิต และลดการคลอดก่อนกำหนดในชุมชนได้ ระบบการดูแลฝากครรภ์มีคุณภาพเพิ่มมากขึ้นจากเดิมในปีงบประมาณ 2565 ร้อยละ 80 ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและ น้ำหนักแรกคลอดทารกเพิ่มมากขึ้นจากเดิมในปีงบประมาณ 2565 ร้อยละ 60 ระบบการเชื่อมโยงการส่งต่อข้อมูล หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะผิดปกติ มีระบบที่รวดเร็วและชัดเจนขึ้นจากเดิมผ่านระบบการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ระบบการส่งต่อข้อมูลทางไลน์ และระบบ refer

การอภิปรายผล

การฝากครรภ์ครั้งแรกของหญิงวัยรุ่นพบว่าส่วนใหญ่มาฝากครรภ์ครั้งแรกในไตรมาสที่ 2 ของการตั้งครรภ์ ซึ่งต่างกับหญิงตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกตั้งแต่ไตรมาสที่ 1 และจำนวนการฝากครรภ์ตามเกณฑ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นน้อยกว่าหญิงตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ด้วย ทั้งนี้หากพิจารณาตามกลุ่มอายุพบว่า หญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์อายุ 13-17 ปี มีจำนวนการฝากครรภ์ตามเกณฑ์น้อยกว่าหญิงวัยตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยของวิชา เวชยนต์ศุภการและภุษา จิตต์คาภาและคณะ จากผลวิจัยครั้งนี้สามารถบ่งบอกถึงความไม่พร้อมและความไม่ตั้งใจในการตั้งครรภ์ของสตรีวัยรุ่นอายุ 13-17 ปี ซึ่งจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์และการคลอดตามมาได้จากการศึกษาด้านทารกพบว่าทารกที่มีน้ำหนักตัวน้อยในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมากกว่าสอดคล้องกับการศึกษาของสมพงษ์ กิตติพิบูลย์ ที่ศึกษาในโรงพยาบาลตราด และสุรพล พจนสุภาวรรณ ที่ศึกษาในโรงพยาบาลอ่างทองซึ่งน่าจะมีผลมาจากการดาวน์รุ่นมาฝากครรภ์ล่าช้า และการดูแลตัวเองด้านโภชนาการไม่ดีพอจึงทำให้ทารกได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการวิจัยพบโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอายุ 13-17 ปี จึงควรเพิ่มการดูแลด้านสุขอนามัย โภชนาการ ความรู้ ทัศนคติและแนวทางป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์และการคลอด

2. หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและหญิงตั้งครรภ์ผู้ใหญ่มีอัตราการฝากครรภ์ตามเกณฑ์ แต่ก็ยังมีบางส่วนที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ รวมทั้งการฝากครรภ์ในครั้งแรกแรกที่ล่าช้า ซึ่งจะส่งผลให้ขาดโอกาสในการเข้าถึงกิจกรรมบริการการฝากครรภ์คุณภาพ จึงควรเพิ่มประชาสัมพันธ์รณรงค์ให้หญิงตั้งครรภ์มีความตระหนักเรื่องการฝากครรภ์เพิ่มมากขึ้นเพื่อจะได้เป็นการลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1. ระบบเครือข่ายมีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานที่ชัดเจนโดยกำหนดนโยบาย สนับสนุนงบประมาณ เครื่องมืออุปกรณ์ และบุคลากร เพื่อใช้ขับเคลื่อนแผนที่ยุทธศาสตร์และประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พขอ.) ให้บรรลุตามผลลัพธ์ที่ปลายทาง

2. มีการกำหนดรูปแบบของการแก้ไขปัญหาทารกเกิดก่อนกำหนดที่ชัดเจน เน้นการจัดการปัญหาและดำเนินการเชิงรุกเข้าไปในชุมชน โดยการเสริมสร้างความเข้มแข็งของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระบบเครือข่าย และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

เอกสารอ้างอิง

1. ศรีนคร มังคะมณีและคณะ. (2553). การศึกษาสุขภาพจิตของหญิงตั้งครรภ์ที่รับบริการฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธร จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 3(1), 29-40
2. ศิริชัย พงษ์วิชัย. (2547). การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์. (พิมพ์ครั้งที่ 5) กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
3. ศิริหงษ์อินนาคุณและอุษาเบญจลักษณ์. (2555). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลการรับรู้เกี่ยวกับโรคกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์. เอกสารเผยแพร่ งานวิจัย : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอเมืองจังหวัดปัตตานี
4. สุวรรณโณและคณะ. (2554). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของสตรีตั้งครรภ์อายุมากกว่า 35 ปี. วารสารการพยาบาลและการศึกษาปีที่ 4 ฉบับที่ 2
5. อรรถธรรมกันมา. (2540). การสนับสนุนจากคู่สมรสและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลแม่และเด็กบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
6. สมพงษ์กิตติพิบูลย์. การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่โรงพยาบาลตราด. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า. 2553;27:107-14.
7. สุพลพจนสุภาวรรณ. เปรียบเทียบผลของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นกับวัยรุ่นผู้ใหญ่ในโรงพยาบาลอ่างทอง. วารสารวิชาการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป เขต 4. 2553;12:220-8.

ผลของการสนทนาสร้างแรงจูงใจร่วมกับการใช้นวัตกรรม Alert Awareness Fight NCDs ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน

คลินิกหมอครอบครัว ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลน่าน

นัฐพงษ์ รินอินทร์ชนิษฐา ยศอาลัย

โรงพยาบาลน่าน

บทคัดย่อ

การสนทนาสร้างแรงจูงใจร่วมกับนวัตกรรม Alert Awareness Fight NCDs ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน คลินิกหมอครอบครัว ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลน่านมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาสนทนาสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับการใช้นวัตกรรม Alert Awareness Fight NCDs ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้ารับการให้คำปรึกษาสนทนาสร้างแรงจูงใจนวัตกรรม Alert Awareness Fight NCDs ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ชนิดศึกษากลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง ตั้งแต่เดือนมกราคม 2565 ถึงเดือนเมษายน 2566 มีกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง คือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรคเบาหวานที่อยู่ในเขตรับผิดชอบศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลน่าน มารับบริการคลินิกหมอครอบครัว ที่สมัครใจเข้ารับการให้คำปรึกษา จำนวน 57 ราย เครื่องมือที่ใช้คือแบบคัดกรองอาหารของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข แบบบันทึกข้อมูลบริการการให้คำปรึกษา และโปรแกรม Alert Awareness Fight NCDs วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบ Wilcoxon Matched Pairs Signed-Ranks Test

ผลการวิจัยพบว่าหลังเข้ารับการให้คำปรึกษาสนทนาสร้างแรงจูงใจ Motivational Interviewing ร่วมกับการใช้นวัตกรรม Alert Awareness Fight NCDs ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยค่าความดันโลหิตตัวบน Systolic Blood Pressure และระดับน้ำตาลสะสม HbA1c ลดลงต่ำกว่าก่อนเข้ารับการให้คำปรึกษาสนทนาสร้างแรงจูงใจร่วมกับการใช้นวัตกรรม Alert Awareness Fight NCDs ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = 0.05$

หลักการ และเหตุผล

จากสถิติระบบงานข้อมูล 43 แฟ้ม (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน, 2565) รายงานตามตัวชี้วัดใน NCD Clinic plus พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี คลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลน่าน ปี 2561-2564 คิดเป็นร้อยละ 36.61, 36.91, 39.95 และ 33.32 ตามลำดับ ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี คลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลน่าน ปี 2561-2564 คิดเป็นร้อยละ 33.29, 59.46, 48.16 และ 51.37 ตามลำดับ ที่ไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมายจากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าสาเหตุเกิดจาก 1)ขาดความตระหนัก 2)ปฏิเสธการรักษาหรือรักษาไม่ต่อเนื่อง ขาดนัด ขาดยา 3)มีพฤติกรรมสุขภาพทั้งด้านอาหารและออกกำลังกายไม่เหมาะสมถูกต้อง 4)มีปัญหาเรื่องการใช้จ่าย 5)มีภาวะเครียด นอกเหนือจากนี้

แม้ว่าจะมีกระบวนการการให้ความรู้ ให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก็ตาม การขาดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหรือควบคุมระดับความดัน

โลหิตได้ไม่ดี การทำให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจภายในตนที่มากพอจนสามารถที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้สำเร็จ คือการใช้เทคนิคการให้คำปรึกษา ที่เรียกว่า การสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ (Miller & Rollnick, 1991) โดยเน้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมขึ้นด้วยตนเอง (จันจิรา หินขาว, 2563)

นวัตกรรม Alert Awareness Fight NCDs เป็นนวัตกรรมในรูปแบบ Platform ประเมินภาวะสุขภาพ โดยการผนวกแบบประเมินสุขภาพเบื้องต้นในด้านต่างๆและพัฒนาการแจ้งเตือนวันนัด ทาง Line Application โดยจัดทำขึ้นในรูปแบบ Web Application สามารถใช้งานได้บนมือถือทุกระบบ สามารถวิเคราะห์ผลการตรวจความเสี่ยงเบื้องต้น แสดงออกมาเป็นกราฟและรูปภาพ พร้อมข้อปฏิบัติตัวเบื้องต้น เพื่อให้ผู้มารับบริการได้ประเมินภาวะต่างๆ และเกิดความตระหนักในภาวะสุขภาพ และหาวิธีป้องกันตนเอง และนำข้อมูลที่ได้จัดเก็บบันทึกเป็นฐานข้อมูลเพื่อที่แพทย์ พยาบาลประจำชุมชนสามารถเรียกดูข้อมูล เพื่อวางแผนการรักษาที่เหมาะสมกับผู้มารับบริการ

ผู้วิจัยเห็นถึงประโยชน์จึงได้นำเทคนิคการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพพร้อมกับการใช้นวัตกรรม กับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ชุมชนบ้านสวนหอม หมู่ที่ 3 เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มารับบริการที่ศสมช.มีความรู้ ความเข้าใจ ตระหนักเห็นความสำคัญ เกิดแรงจูงใจ จนเกิดความตั้งใจ สามารถก้าวข้ามความลังเลไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาสนทนาสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน คลินิกหมอครอบครัว ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลน่านร่วมกับการใช้นวัตกรรม Alert Awareness Fight NCDs

การดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ชนิดศึกษากลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลัง ตั้งแต่เดือนมกราคม 2565 ถึงเดือนเมษายน 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลน่านโดยอาศัยการประมวลผลจากฐานข้อมูลของโปรแกรมผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลน่าน จำนวน 75 คน

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบเฉพาะเจาะจง โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้ 1) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมี BP $\geq$ 140/90 มิลลิเมตรปรอท. และมีผลของการบันทึกค่า BP $\geq$ 135/85 มิลลิเมตรปรอท. มากกว่า 2 ครั้ง ที่ศสมช. จำนวน 22 ราย 2) ผู้ป่วยโรคเบาหวานและ/หรือมีโรคร่วม มีค่า FBS $\geq$ 180 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์และ $\leq$ 80 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์และ/หรือระดับ HbA1C $\geq$ 7.5 เปอร์เซ็นต์จำนวน 35 รายรวมทั้งหมด จำนวน 57 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1) แบบคัดกรองอาหารพฤติกรรมบริโภคที่วันใน 1 สัปดาห์ (กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2561) 2) แบบบันทึกข้อมูลบริการการให้

คำปรึกษา ตาราง Excel รายงานผลของการตรวจร่างกายและผลทางห้องปฏิบัติการในแต่ละครั้งที่มารับบริการให้คำปรึกษา ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง 3) โปรแกรม Alert Awareness Fight NCDs

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล 1) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างพบพยาบาลให้คำปรึกษา 2) ประเมินพฤติกรรม การบริโภคใน 1 สัปดาห์ จากแบบคัดกรองอาหาร ของกรมอนามัย 3) ประเมินความพร้อม Stage of Change 4) ให้คำปรึกษา สนทนาสร้างแรงจูงใจ และการให้คำแนะนำแบบสั้น Brief advice (BA) ร่วมกับการใช้นวัตกรรม Alert Awareness Fight NCDs ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 5) ให้ความรู้เรื่องโรค ภาวะแทรกซ้อนอาหาร การออกกำลังกาย การปฏิบัติตัว และแจกแผ่นพับ 6) บันทึกผลการให้คำปรึกษา ลงในโปรแกรม 7) ให้ผู้ป่วยวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านและ/หรือไปวัดที่ชุมชน 8) ติดตามผลการวัด ความดัน หรือระดับน้ำตาลปลายนิ้วที่ผ่านทางโปรแกรม และผลการให้คำปรึกษาในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพของนัดครั้งถัดไป

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลผลของการสนทนาสร้างแรงจูงใจ ร่วมกับการใช้นวัตกรรม Alert Awareness Fight NCDs ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ใช้สถิติทดสอบ Wilcoxon Matched Pairs Signed-Ranks Test

ได้รับการอนุมัติจริยธรรมในมนุษย์จาก โรงพยาบาลน่าน เลขที่ 035/2565 มกราคม 2565

ผลการวิจัย

นำเสนอในรูปตารางประกอบคำบรรยาย โดยแบ่งเป็น 2 ส่วน ตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปพบว่า

กลุ่มตัวอย่างโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 68.2 อยู่ในช่วงอายุ ≥ 65 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.9 อายุต่ำสุด 37 ปี อายุสูงสุด 80 ปี อายุเฉลี่ย 60.59 ปี

กลุ่มตัวอย่างโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 65.7 อยู่ในช่วงอายุ 55-64 ปี และอายุ ≥ 65 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.0 อายุต่ำสุด 40 ปี อายุสูงสุด 79 ปี อายุเฉลี่ย 61.28 ปี

ส่วนที่ 2 ข้อมูลผลของการสนทนาสร้างแรงจูงใจ ร่วมกับการใช้นวัตกรรม

พบว่าผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของค่าความดันโลหิตตัวบน Systolic Blood Pressure ของกลุ่ม ตัวอย่างโรคความดันโลหิตสูง หลังให้คำปรึกษา สนทนาสร้างแรงจูงใจ ร่วมกับการใช้นวัตกรรม มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนเข้ารับบริการให้คำปรึกษา สนทนาสร้างแรงจูงใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ ตามตารางที่ 1

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของค่าความดันโลหิตตัวบน Systolic Blood Pressure ของกลุ่ม ตัวอย่างโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังให้คำปรึกษา สนทนาสร้างแรงจูงใจ ร่วมกับการใช้นวัตกรรม Alert Awareness Fight NCDs ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ค่าความดันโลหิตตัวบน Systolic Blood Pressure	กลุ่มตัวอย่าง		p-value
	$\bar{X}$	S.D	
ก่อน	153.14	8.632	.000
หลัง	137.32	16.572	

ผลการเปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสม HbA_{1c} ของกลุ่มตัวอย่างโรคเบาหวาน หลังให้คำปรึกษา สนทนาสร้างแรงจูงใจร่วมกับการใช้นวัตกรรม มีระดับ HbA_{1c} ต่ำกว่าก่อนเข้ารับการให้คำปรึกษา สนทนาสร้างแรงจูงใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = 0.001$ ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของระดับน้ำตาลสะสม HbA_{1c} ของกลุ่มตัวอย่างโรคเบาหวาน ก่อนและหลังให้คำปรึกษา สนทนาสร้างแรงจูงใจร่วมกับการใช้นวัตกรรม Alert Awareness Fight NCDs ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ระดับน้ำตาลในเลือด	กลุ่มตัวอย่าง		p-value
	$\bar{X}$	S.D	
ก่อนการพัฒนา	9.08	1.646	.001
หลังการพัฒนา	7.98	1.426	

การอภิปรายผลการวิจัย

สามารถสรุปได้ว่าการให้คำปรึกษา สนทนาสร้างแรงจูงใจร่วมกับการใช้นวัตกรรม Alert Awareness Fight NCDs ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพช่วยพัฒนาความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค กระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอาหารที่เหมาะสม เป็นเทคนิคที่สามารถนำมาใช้ในการให้คำปรึกษาเพื่อจูงใจให้กลุ่มตัวอย่างมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นได้

จากการศึกษาของ Leelapattanapanit & Phunopas พบว่าการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ ช่วยให้ประชาชนมีพฤติกรรมกินและการออกกำลังกายดีขึ้น รวมถึงช่วยลดดัชนีมวลกายได้ โดยในการวิจัยสรุปว่าการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจแม้เพียงครั้งเดียวก็ช่วยเพิ่มแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แต่หากกระตุ้นหลายๆครั้งก็จะช่วยให้เกิดความต่อเนื่องในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของพนิดา สารทอง (อ้างใน เทอดศักดิ์ เดชคง, 2560) เรื่องผลการดำเนินโครงการศึกษา ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อสนับสนุนการควบคุมระดับน้ำตาลในพลาสมาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการมีการควบคุม น้ำตาลดีขึ้น well control คิดเป็นร้อยละ 42.1 สอดคล้องกับการศึกษาของชรรค์ชัย เอกา (อ้างใน เทอดศักดิ์ เดชคง, 2560) เรื่องผลการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การสนทนาสร้างแรงจูงใจ (MI) ในผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสำโรงโคกเพชร ตำบลท่าสว่าง อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ พบว่า กลุ่มเป้าหมายเป็นกลุ่มคนไข้ที่มีน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด HbA_{1c} เกิน 7 เปอร์เซ็นต์โดยค่าเฉลี่ยคิดก่อน ดำเนินการคิดเป็น 8.4 เปอร์เซ็นต์ หลังจากการเข้าร่วมโครงการ (MI) ค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด HbA_{1c} ลดลงคิดเป็น 7.5 เปอร์เซ็นต์ สอดคล้องกับการศึกษาของพนิดา กานทอง เรื่อง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ยากต่อการรักษา โดยใช้ทักษะการเสริมสร้างแรงจูงใจ พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ใช้ นวัตกรรม “การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ยากต่อการรักษา โดยใช้ทักษะการเสริมสร้าง แรงจูงใจ (Motivational Interviewing : MI)” มีระดับ HbA_{1c} ลดลง ร้อยละ 87.5

สรุปและข้อเสนอแนะ

การสนทนาสร้างแรงจูงใจ และการให้คำแนะนำแบบสั้น Brief advice (BA) เป็นกลยุทธ์หนึ่งที่สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองอย่างเหมาะสม แต่ทั้งนี้ก็ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยของสภาพแวดล้อมและครอบครัวของผู้ป่วย หากบุคคลในครอบครัวมีส่วนช่วยสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วยในการควบคุมโรค จะทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคได้ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรใช้กระบวนการให้คำปรึกษาการสนทนาสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตและโรคเบาหวาน หรือผู้ที่มีภาวะอ้วนลงพุง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษาประสิทธิภาพของการสนทนาสร้างแรงจูงใจร่วมกับการใช้นวัตกรรม Alert Awareness Fight NCDs ในระยะยาว โดยการติดตามประเมินผลเป็นระยะๆ เพื่อดูคงทนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

เอกสารอ้างอิง

- กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข. (2561). คู่มือกระบวนการจัดการคลินิก ไร้พุงDiet & Physical Activity Clinic (DPAC).พิมพ์ครั้งที่1: ที่เอสอินเตอร์พรีนจำกัด
- จันจิรา หินขาว, บุษยรัตน์ ลอยศักดิ์และพรฤดี นิธิรัตน์. (2563). การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้.วารสารวิทยาลัย พยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรีปีที่31 ฉบับที่1 มกราคม-มิถุนายน2563. หน้า205-212
- เทิดศักดิ์ เดชคง. (2560). สนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยNCDs (Motivational Interviewing for NCDs; MI NCDs). กรุงเทพมหานคร: บิยอนด์พับลิชชิ่งจำกัด.
- พนิดากานทอง. ผลงานนวัตกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ yakต่อการรักษาโดยใช้ ทักษะการเสริมสร้างแรงจูงใจ(Motivational Interviewing: MI). สืบค้นจาก <https://www.thatakiabhospital.com> 4 ก.ค. 64
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน. (2565). ระบบงานข้อมูล43 แฟ้ม. สืบค้นจาก <https://nan.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>.
- Leelapattanapanit J, Phunopas A. The result of the motivational interviews and interpreting measurements of body mass to modify behavior in obese with waist circumference outside.Udontani Hospital Medical Journal.2017;25(2):113-19. (in Thai).
- Rosenbek LK, Wagner L, Lonvig EM, Hjelmberg J, Henriksen JE. The effect of motivational interviewing on glycemic control and perceived competence of diabetes self-management in patients with type 1 and type 2 diabetes mellitus after attending a group education programme: a randomized controlled trial, Diabetologia, [Internet]. 2011 [cited 2015 January 14]. Available from: [http:// www. springer.com/ medicine/nternal/journal/125](http://www.springer.com/medicine/nternal/journal/125).

การพัฒนาารูปแบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุคลินิกสูงวัยใกล้บ้านชุมชน

เขตเทศบาลเมืองน่าน จังหวัดน่าน

ปริญญานัฐสุทธน้อยอัญชลี สีกันอาภรณ์ พงษ์พันธ์

จุฑารัตน์ อุปละเจนจิรา เล็กเลิศศิริวงศ์

โรงพยาบาลน่าน

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพัฒนา (Developmental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนเขตเทศบาลเมืองน่าน จังหวัดน่าน ที่มีปัญหาในการเข้าถึงระบบบริการทางสุขภาพโดยการจัดคลินิกสูงวัยใกล้บ้านและความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในชุมชนกลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองน่านที่ผ่านการคัดกรองสุขภาพ 9 ด้านจำนวน 942 รายเครื่องมือที่ใช้คือแบบสัมภาษณ์การคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ (Basic Geriatric Screening : BGS) ที่ปรับให้กระชับตามมาตรฐานคู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564 ของกรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุขและทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ

ผลการศึกษา พบว่าผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนเขตเทศบาลเมืองน่านสามารถจัดบริการสุขภาพดังนี้ 1) กลุ่มเสี่ยงสมองเสื่อม จำนวน 213 ราย ได้รับการดูแลในคลินิก ร้อยละ 44.13 ให้การวินิจฉัยโรคสมองเสื่อม (Dementia) ร้อยละ 12.31 ภาวะการรู้คิดบกพร่อง (Mild cognitive impairment) ร้อยละ 6.89 และส่งต่อการรักษาไปคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลน่านเพื่อวินิจฉัยเพิ่มเติมร้อยละ 14.77 2) กลุ่มเสี่ยงด้านอื่นๆ ได้รับการดูแลในโรงพยาบาลตามกลุ่มรายโรคโดยผ่านช่องทางการนัดจากคลินิก 3) สร้างระบบเครือข่ายการทำงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยการให้การดูแลร่วมกันเรื่องการเดินทางมารับบริการของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

ความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเมื่อ 50 ปีก่อน มีผู้สูงอายุไม่ถึง 2 ล้านคน แต่ในปี 2564 จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มเป็น 12.5 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 19.00 ของประชากรทั้งหมด(มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.), 2565 การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุทำให้เกิดการเสื่อมถอยของกายวิภาคและสรีรวิทยา และการเกิดพยาธิสภาพหลายชนิดหลายระบบอวัยวะในเวลาเดียวกัน รวมถึงการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากกว่า 1 โรคทำให้ผู้สูงอายุต้องได้รับการดูแลรักษาสุขภาพแบบองค์รวมในคลินิกตามนโยบายการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขโดยใช้กลไกการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุที่เชื่อมโยงกับสถานบริการสุขภาพและการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย

โรงพยาบาลน่านร่วมกับเทศบาลเมืองน่านได้ดำเนินการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบสุขภาพเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในพื้นที่ชุมชนเขตเทศบาลเมืองน่าน โดยการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุจำนวนผู้สูงอายุ 942 ราย 32 ชุมชนพบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาความผิดปกติสูงสุด 5 อันดับแรกได้แก่สุขภาพช่องปากร้อยละ 45.75 เสี่ยงหกล้มร้อยละ 40.98 การมองเห็นร้อยละ 25.79 ภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมร้อยละ 22.61 และปัญหาการกลืนปัสสาวะร้อยละ 15.92 ตามลำดับแต่จากข้อมูลในปี 2564 และ 2565 พบว่าผู้สูงอายุในเขตเทศบาลน่านได้รับการคัดกรองจำนวน 938 และ 2,788 คนมีผู้สูงอายุเข้ามารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ

เพียงร้อยละ 4.79 และ 6.70 เท่านั้นแสดงให้เห็นว่าการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลน่านค่อนข้างน้อย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าสาเหตุเกิดจาก 1) มีปัญหาเรื่องการเดินทางไปยังสถานบริการ 2) ไม่มีช่องทางเฉพาะทำให้ใช้เวลาในการรอรับบริการนาน 3) ได้รับบริการไม่ตรงกับปัญหาที่แท้จริงของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุนทรดา ตะบูนพงศ์ เรื่องการพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนที่พบปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพผู้สูงอายุเช่นเดียวกันดังนั้นผู้ศึกษาในฐานะทีมทำงานคลินิกผู้สูงอายุที่ดูแลกลุ่มผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองน่านได้เห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงได้พัฒนารูปแบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุโดยจัด “คลินิกสูงวัยใกล้บ้าน” ขึ้นเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองน่านเพิ่มช่องทางบริการที่สะดวก รวดเร็ว เกิดความพึงพอใจ ให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลประเมินและวางแผนจัดการสุขภาพอย่างเป็นระบบต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุชุมชนเขตเทศบาลเมืองน่าน

การดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพัฒนา (Developmental research) โดยใช้การมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายในชุมชน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลทั้งหมด 5,547 ราย การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบเฉพาะเจาะจง คือประชากรผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพ 9 ด้าน คือ 1) ด้านความคิด ความจำ 2) ด้านการเคลื่อนไหวของร่างกาย 3) ด้านการขาดสารอาหาร 4) ด้านการมองเห็น 5) ด้านการได้ยิน 6) ด้านภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 7) ด้านการกลืนปัสสาวะ 8) ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และ 9) ด้านสุขภาพช่องปาก จำนวน 942 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบสัมภาษณ์การคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ (Basic Geriatric Screening : BGS) ที่ปรับให้กระชับตามมาตรฐานคู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564 ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และแบบการตรวจประเมินแบบองค์รวม (comprehensive geriatric assessment: CGA) โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานดังต่อไปนี้

1. จัดตั้งทีมสหสาขาวิชาชีพในการทำงานคลินิกสูงวัยใกล้บ้าน
2. จัดอบรมเจ้าหน้าที่พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข อสม. เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจในการใช้เครื่องมือในการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ
3. การคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุโดยแบ่งเป็น 2 ระยะระยะที่ 1 คัดกรองโดยอสม.ประจำชุมชน ระยะเวลาในช่วงเดือน กรกฎาคม – ธันวาคม 2565 จำนวน 66 รายระยะที่ 2 คัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุใน 32 ชุมชนในเขตเทศบาลเมืองน่าน ระยะเวลาในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2565 – เมษายน 2566 จำนวน 876 ราย
4. ประสานการทำงานร่วมกับพื้นที่ คือผู้นำชุมชน หรืออสม.ในชุมชน กรณีที่เป็นคลินิกบริการเคลื่อนที่

5.ให้บริการทุกวันอังคาร เวลา 13.00 – 16.00 น.และทุกวันพุธที่ 2 และ 4 ของเดือนที่ศูนย์อสม. หรือหรือศาลาการประชุมในชุมชน

6.ประสานการนัดกรณีที่ต้องรักษาในแผนกอื่นๆ เพื่ออำนวยความสะดวกในช่องทางการให้บริการ

7.ประสานความร่วมมือกับองค์กรส่วนท้องถิ่นเทศบาลเมืองน่านและอสม.ประจำชุมชนในการรับส่งผู้สูงอายุในการเดินทางมาโรงพยาบาล

8.บันทึกข้อมูลจากการคัดกรองในระบบคอมพิวเตอร์เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล ประมวลผลเพื่อให้เป็นฐานข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองน่าน

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ

จริยธรรม ได้รับการอนุมัติจริยธรรมในมนุษย์จาก โรงพยาบาลน่าน เลขที่ 045/2565 เดือน กรกฎาคม 2565

ผลการศึกษา

ปัญหาสุขภาพ	จำนวน (ราย)	คิดเป็นร้อยละ
สุขภาพช่องปาก	431	45.75
เสียงหกล้ม	386	40.97
ด้านการมองเห็น	243	25.79
เสียงสมองเสื่อม	213	22.61
การกลืนปัสสาวะ	150	15.92
การได้ยิน	142	15.07
เสียงขาดสารอาหาร	67	7.11
เสียงซึมเศร้า	64	6.79
มีปัญหาการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ADL	14	1.48

จากตารางที่ 1 พบว่าปัญหาสุขภาพจากการคัดกรองโดยเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย จากปัญหาสุขภาพดังกล่าว ได้รับการส่งต่อคลินิกทันตกรรมร้อยละ 62.5 คลินิกตาร้อยละ 55.55 คลินิกหูร้อยละ 100และให้ส่งต่อการรักษาในคลินิกผู้สูงอายุเพื่อวินิจฉัยเพิ่มเติมรักษาเพิ่มเติมเช่น ตรวจมวลกระดูกเพิ่มเติม 2 ราย นัดแผนกตรวจโรคทั่วไป 6 ราย ออกใบรับรองความพิการ 2 ราย และนัดติดตามดูแลต่อเนื่องเยี่ยมบ้าน (Home visit) 2 ราย ส่วนภาวะเสียงสมองเสื่อมซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญอันดับแรกที่ต้องนำเข้าสู่ระบบการรักษาและดูแลในคลินิกผู้สูงอายุพบกลุ่มเสี่ยง 213 ราย นำเข้ารับบริการคลินิกสูงวัยใกล้บ้าน 94 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.13 วินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม (Dementia) จำนวน 26 รายคิดเป็นร้อยละ 12.20 ภาวะการรู้คิดบกพร่อง Mild cognitive impairment (MCI) 15 รายคิดเป็นร้อยละ 7.04 ส่วนกลุ่มเสียงหกล้มซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพอันดับสองที่ต้องเข้าสู่ระบบการดูแลในคลินิกผู้สูงอายุนั้นอยู่ในระหว่างการดำเนินการนัดหมายเข้าสู่ระบบบริการตามขั้นตอน

อภิปรายผลการวิจัย

คลินิกสูงวัยใกล้บ้านเป็นการพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้รูปแบบการทำงานเชิงรุก (Proactive) และใช้แนวคิดทฤษฎี PDCA เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพที่ได้จากการคัดกรอง และประเมินภาวะสุขภาพให้ได้รับบริการทางสุขภาพ และการดูแลทั่วถึงมากขึ้นโดยระยะแรกสามารถครอบคลุมกลุ่มเสี่ยงสมองที่สุดคือ ร้อยละ 44.13 เพื่อให้ได้รับการดูแลในคลินิกผู้สูงอายุ ตามตัวชี้วัดในประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 เรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุว่าด้วยร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมต้องได้รับการดูแลในคลินิกผู้สูงอายุมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40 และยังสามารถจัดบริการส่งกลุ่มเสี่ยงด้านอื่นๆเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาลนานได้มากขึ้นตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มณฑิชา เจนพานิชทรัพย์ เรื่องการพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดบุรีรัมย์พบว่าผู้สูงอายุควรได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องหลังการคัดกรองสุขภาพ มีการเชื่อมโยงบริการหรือส่งต่อผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่มโดยการจัดรูปแบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ

ข้อเสนอแนะ

1. ในกลุ่มสมองเสื่อม (dementia) ควรได้รับการเข้าถึงการรักษาด้วยยาในทุกสิทธิ์การรักษา ไม่เฉพาะสิทธิ์เบิกได้ เพื่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
2. ควรต้องมีการทำวิจัย เก็บข้อมูล และติดตามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุกลุ่ม dementia
3. ประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนมาก แต่การคัดกรองได้น้อย ต้องมีระยะที่ 3 ของการคัดกรองและพัฒนารูปแบบการคัดกรองเพื่อให้ได้กลุ่มเป้าหมายที่เพิ่มขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). คู่มือการคัดกรอง ประเมินผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ:สำนักงานกิจการโรงพยาบาลสงเคราะห์องค์การทหารผ่านศึก.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). (2565). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2564. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มณฑิชา เจนพานิชทรัพย์และคณะ. การพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 ปีที่ 17 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2566. หน้า 258
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2558). แนวทางการดูแล รักษา กลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndromes). นนทบุรี: บริษัท อีส ออกลิส จำกัด.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2560). รูปแบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ: บทเรียนจากพื้นที่ต้นแบบคลินิกผู้สูงอายุ. นนทบุรี: บริษัท อีส ออกลิส จำกัด.
- สุนัตตรา ตะบูนพงศ์และคณะ. การพัฒนารูปแบบการสนับสนุนการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารวิชาการการประชุมวิชาการระดับชาติ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม ครั้งที่ 7.30-31 มีนาคม 2558. หน้า 427

การจัดการสุขภาพชุมชน:กรณีศึกษาการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในมหาวิทยาลัย

ฉวีวรรณ เผ่าพันธุ์ชินทร์ ทองสีเหลืองมณฑลภา กลมเกลียว

โรงพยาบาลมหาสารคาม

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรม การป้องกันยาเสพติด 2) ศึกษารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด แบบมีส่วนร่วมใช้ วิธีการวิจัยแบบผสมผสานระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ แบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรม การป้องกันยาเสพติด กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม จำนวน 450 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม มีค่าความ เชื่อมั่นเท่ากับ 0.98 วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของเพียร์สัน และการถดถอยพหุคูณ ระยะที่ 2 ศึกษารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด แบบมีส่วนร่วมโดยใช้การจัดการสุขภาพชุมชนมาเป็นแนวคิดในการดำเนินงานใช้วิธีการวิจัยเชิง ปฏิบัติการ Action research กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง คือ แกนนำ TO BE NUMBER ONE ผู้นำนักศึกษา อาจารย์ บุคลากรในมหาวิทยาลัย จำนวน 58 คน เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์ และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยระยะที่ 1 พบว่า 1) ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรม การป้องกันยาเสพติดของนักศึกษา ประกอบด้วยปัจจัยด้านบุคคล ครอบครัว สังคม โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และพฤติกรรม การป้องกัน ยาเสพติดของนักศึกษาโดยรวมอยู่ในระดับมาก 2) ปัจจัยด้านบุคคลและด้านสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมป้องกันยาเสพติด และปัจจัยด้านครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันยาเสพติดและ 3) ปัจจัยด้านบุคคล คือ การควบคุมตนเอง ทักษะชีวิต และการรับรู้เกี่ยวกับยาเสพติด ปัจจัย ด้านสังคม คือ แรงสนับสนุนจากสถานศึกษา สามารถทำนายพฤติกรรม การป้องกันยาเสพติดได้ร้อยละ 32.8 ระยะที่ 2 พบว่า รูปแบบการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของมหาวิทยาลัยราชภัฏ มหาสารคาม คือ 4 ก ประกอบด้วย กรรมการ กองทุน กิจกรรม และกลยุทธ์ ถือเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จ ในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด คือ RMU TAKASILA MODEL ประกอบด้วย R = Reaction การตอบสนองเพื่อการสร้างกระแส M = Modern การจัดกิจกรรมที่ทันสมัย U = Unity ความ สามัคคีในการทำงาน T = Teamwork การทำงานร่วมกันอย่างบูรณาการ ถ่ายทอดการทำงานจากรุ่นสู่รุ่น A = Attitude ทักษะที่ดีในการทำงาน K = Knowledge สร้างองค์ความรู้ที่ถูกต้อง S = Service Mind มี จิตใจบริการ I = Innovation สร้างนวัตกรรมที่ทันสมัย L = Love การทำงานด้วยความรักอย่างมีความสุข

หลักการ และเหตุผล

ปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาสำคัญระดับชาติที่มีผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพ ร่างกาย จิตใจ ความคิด อารมณ์ของผู้เสพเอง อีกทั้งส่งผลกระทบก่อให้เกิดปัญหาด้านเศรษฐกิจ สังคม และความมั่นคง ตามมา จากรายงานของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ พบว่าในปี ค.ศ. 2021 มีผู้ใช้ยาเสพติดทั่วโลกประมาณ 271 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 4.5 ของประชากรโลก โดยกลุ่มเยาวชน

อายุ 15 – 24 ปี เป็นกลุ่มที่ใช้มีแนวโน้มในการใช้ยาเสพติดสูงสุดร้อยละ 2.3 และมีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ ค.ศ. 2020 โดยชนิดของยาเสพติดที่มีการเสพมาก คือ ยาเสพติดประเภทสารสังเคราะห์ในกลุ่ม ATS โดยเฉพาะเมทแอมเฟตามีน (ยาบ้า) และยาไอซ์⁽¹⁾ สำหรับสถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติดในประเทศไทย พบว่า กลุ่มผู้เสพยาเสพติดส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเยาวชน อายุ 15-24 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.0 ซึ่งมีสัดส่วนมากกว่า 1 ใน 3 ของผู้เสพทั้งหมดโดยเป็นกลุ่มนักศึกษาคิดเป็นร้อยละ 56.0 ซึ่งยาเสพติดที่มีการใช้มากที่สุดคือ ยาบ้า (ร้อยละ 34.4) รองลงมาคือไอซ์ (ร้อยละ 5.7) ข้อมูลจากระบบการบำบัดรักษายาเสพติด (บสต.) พบว่า ในปี พ.ศ. 2565 มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดมากถึง 113,929 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 89.0 จำแนกในกลุ่มอาชีพ พบว่า กลุ่มนักศึกษา อายุ 18-24 ปี มีจำนวน 1,193 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.3 จังหวัดมหาสารคามมีผู้เข้ารับการบำบัดรักษาเป็นอันดับ 2 ของเขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 2,511 ราย โดยกลุ่มอาชีพนักเรียน/นักศึกษาที่เข้ารับการบำบัด จำนวน 211 ราย ซึ่งเป็นกลุ่มนักศึกษาที่มีอายุ 18-24 ปี จำนวน 37 ราย (ร้อยละ 17.5) ผู้เข้ารับการรักษาส่งส่วนใหญ่เป็นผู้เสพ คิดเป็นร้อยละ 62.6 รองลงมา คือผู้ใช้ จำนวน 75 ราย คิดเป็น 35.5 และกลุ่มผู้ติด 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.9⁽²⁾ ทั้งนี้กลุ่มวัยรุ่นถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการใช้ยาเสพติด เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายที่เริ่มก้าวเข้าสู่วัยรุ่นเป็นช่วงของการปรับตัวมีการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนในร่างกายสูงที่สุดทำให้มีความอยากรู้อยากลอง มีความเป็นตัวของตัวเอง หากเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดสมองจะถูกทำลายเสี่ยงต่อการเกิดอาการทางจิตประสาทอย่างถาวรในอนาคต ส่งผลถึงการเรียน จากข้อมูลพบว่า เยาวชนในจังหวัดมหาสารคาม อายุ 18-25 ปี หันไปยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดเป็นจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ เนื่องจากปัจจัยในหลาย ๆ ด้าน ดังนั้นการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในกลุ่มเยาวชนจึงมีความสำคัญที่ต้องเร่งดำเนินการประกอบกับการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดเป็นวาระแห่งชาติ โดยกรอบทิศทางและเป้าหมายนโยบายและแผนระดับชาติ ว่าด้วยการป้องกันปราบปรามและแก้ไขปัญหายาเสพติด ประจำปี พ.ศ. 2566 ได้เปลี่ยนกรอบแนวคิดจากสงครามยาเสพติดเป็นการใช้สาธารณสุขนำในการป้องกันและแก้ไขปัญหายา โดยกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดยุทธศาสตร์ด้านการป้องกันและบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด เป้าหมาย 20 ปี พ.ศ. 2579 คนไทยทุกคนปลอดภัยจากยาเสพติด (5) และดำเนินการสร้างภูมิคุ้มกันและป้องกันยาเสพติดในสถานศึกษา กำหนดมาตรการป้องกันเด็กและเยาวชนก่อนวัยเสี่ยง และในวัยเสี่ยงไม่ให้เป็นไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติด เรียนรู้ถึงพิษภัยของยาเสพติด รู้จักวิธีปฏิเสธหลีกเลี่ยงยาเสพติด และใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์เพื่อหลีกเลี่ยงการหมกมุ่นมั่วสุมกับยาเสพติดและอบายมุข การเสริมสร้าง ทักษะการดำรงชีวิตของผู้เรียน ตลอดจนดูแลช่วยเหลือนักเรียน นักศึกษาที่ไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติดและแนวทางการจัดการสุขภาพชุมชนเป็นกระบวนการหนึ่งที่มีกระบวนการร่วมกันในการวางแผนด้านสุขภาพเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วมกำหนดเป้าหมายร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนพื้นที่ ฉะนั้นทางผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิศูนย์แพทย์ราชภัฏมหาสารคามซึ่งกลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเยาวชนวัยรุ่นวัยเรียนจึงจะได้ศึกษารูปแบบการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาดังกล่าว

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติดของนักศึกษา
2. เพื่อศึกษารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด แบบมีส่วนร่วม

การดำเนินการวิจัย

ในการวิจัยเป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือน มกราคม 2564-มีนาคม 2565 แบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติด กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม ชั้นปีที่ 1-4 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ Multistage Random Sampling ตามเกณฑ์ที่กำหนด เก็บรวบรวมข้อมูลด้านต่าง ๆ โดยใช้แบบสอบถาม ดำเนินการในช่วงเดือน มกราคม 2564- มีนาคม 2565 รายละเอียดดังนี้

พื้นที่ศึกษา: มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย : ประชากร นักศึกษาชั้นปีที่ 1-4 มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม จำนวน 8,450 คน

กลุ่มตัวอย่าง : นักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคามชั้นปีที่ 1-4 โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร (Lwanga and Lemeshow, 1991) ได้กลุ่มตัวอย่างจากการประมาณค่าเท่ากับ 370 คน นำมาบวกเพิ่มอีกร้อยละ 5.0 เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อน ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 389 คน เนื่องจากจำนวนนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม จำนวน 8,450 คน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างกระจายครอบคลุมทุกคณะสามารถเป็นตัวแทนกลุ่มประชากรศึกษาได้ จึงได้ทำการสุ่มขนาดตัวอย่าง ด้วยวิธีการคัดเลือกจากกลุ่มตัวอย่างแบบ Multistage Random Sampling ตามเกณฑ์กำหนด โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) และ เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย: 1) แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป 2) แบบสอบถามปัจจัยบุคคลประกอบด้วย 3 ด้าน คือการควบคุมตนเอง ทักษะชีวิตและการรับรู้เกี่ยวกับยาเสพติด 3) แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยครอบครัวประกอบด้วย 2 ด้านคือ สัมพันธภาพในครอบครัว และการอบรมเลี้ยงดูของครอบครัว 4) แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยสังคม ประกอบด้วย 3 ด้านคือ การรับรู้ข่าวสารจากสื่อประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับยาเสพติด การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และการได้รับสนับสนุนทางสังคมจากสถานศึกษา 5) แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติด มีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการถดถอยพหุคูณ

ระยะที่ 2 ศึกษาแบบการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด โดยใช้กรอบแนวคิดการจัดการสุขภาพชุมชนใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ Action research กลุ่มตัวอย่าง คือ แกนนำ TO BE NUMBER ONE ผู้นำนักศึกษาอาจารย์ บุคลากรในมหาวิทยาลัย เจ้าหน้าที่ศูนย์แพทย์ราชภัฏ จำนวน 58 คน โดยเลือกแบบเจาะจง ดำเนินการโดยผ่านการสนทนากลุ่มแบบมีส่วนร่วมในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ครั้ง โดยดำเนินการ 2 สัปดาห์ต่อ 1 ครั้ง และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยงานวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย เลขที่ 348-311/2565 มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ลงวันที่ 25 ตุลาคม 2565

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติด พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายและเพศหญิงจำนวนเท่า ๆ กัน (ร้อยละ 50.7 และ 49.3) ปัจจัยบุคคลโดยรวมอยู่ในระดับมาก (mean = 3.51, S.D. = .32) ปัจจัยครอบครัวตนเองโดยรวมอยู่ในระดับมาก (mean = 3.71, S.D. = .54) ปัจจัยสังคม

โดยรวมอยู่ในระดับ มาก (mean = 3.51, S.D.=.41) และพฤติกรรมป้องกันยาเสพติดโดยรวมอยู่ในระดับ มาก (mean = 4.06, S.D.=.66) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันยาเสพติด พบว่า ปัจจัยสังคม (SOC) และปัจจัยบุคคล (PER) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันยาเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = .01$ ($r=.56$ และ $.31$ ตามลำดับ) ส่วนปัจจัยครอบครัว (FAM) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันยาเสพติดแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันยาเสพติด พบว่า ปัจจัยบุคคลและสังคมสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันยาเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = .05$ โดยทำนายได้ร้อยละ 33.4

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคามโดยการใช้แนวคิดการจัดการสุขภาพชุมชน 10 ด้าน ผลของสนทนากลุ่มแบบมีส่วนร่วม จำนวน 3 ครั้ง ได้รูปแบบการดำเนินงานที่สอดคล้องกับปัจจัยด้านต่าง ๆ และแนวทางแก้ไขปัญหาการดำเนินงาน TO BE NUMBER ONE โดยใช้หลัก 3 ก. 3 ย. คือ กรรมการ กองทุน และกิจกรรม โดยมีการจัดกิจกรรมรวม 20 กิจกรรม ใน 3 ยุทธศาสตร์ ยุทธศาสตร์ที่ 1 การรณรงค์ปลูกจิตสำนึกและสร้างกระแสนิยมที่เอื้อต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด ยุทธศาสตร์ที่ 2 การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจให้แก่เยาวชน และยุทธศาสตร์ที่ 3 การสร้างและพัฒนาเครือข่ายเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด องค์ความรู้ที่ได้จากการดำเนินงานได้สรุปประสบความสำเร็จในการดำเนินงานชื่อ RMU TAKASILA MODEL

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัย แสดงให้เห็นว่าปัจจัยด้านบุคคล คือ การควบคุมตนเอง ทักษะชีวิต และการรับรู้เกี่ยวกับยาเสพติด และปัจจัยด้านสังคม คือ แรงสนับสนุนจากสถานศึกษา สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันยาเสพติดของนักศึกษาได้ ทั้งนี้เหตุผลสำคัญ เนื่องจากกลุ่มนักศึกษาถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการใช้ยาเสพติด เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายที่เริ่มก้าวเข้าสู่วัยรุ่นเป็นช่วงของการปรับตัวมีการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนในร่างกายสูงที่สุดทำให้มีความอยากรู้อยากลอง มีความเป็นตัวของตัวเอง หากเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดสมองจะถูกทำลายเสี่ยงต่อการเกิดอาการทางจิตประสาทอย่างถาวรในอนาคต ส่งผลถึงการเรียน อีกทั้งวัยรุ่นเป็นวัยที่ใช้ชีวิตอยู่กับสังคมมหาวิทยาลัยเป็นส่วนใหญ่ กล่าวคือสถานศึกษาที่มีมาตรการในการป้องกันยาเสพติดนักศึกษาจะมีแนวโน้มที่จะเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดน้อยกว่าสถานศึกษาที่ไม่มีนโยบายหรือมาตรการในการป้องกันยาเสพติด โดยสถานศึกษาต้องมีมาตรการในการป้องกันยาเสพติด มีการจัดกิจกรรมรณรงค์ป้องกันปัญหาเสพติด และมีชมรมในการดำเนินงานป้องกันและแก้ปัญหาเสพติดในสถานศึกษา สอดแทรกเรื่องยาเสพติดเข้าไปในการเรียนการสอน มีเครือข่ายและกลยุทธ์ในการป้องกันยาเสพติด มีการประชาสัมพันธ์ข่าวสารเกี่ยวกับยาเสพติดเพื่อให้นักศึกษามีภูมิคุ้มกันในตนเอง จะทำให้นักศึกษามีพฤติกรรมที่จะไม่เข้าไปยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด

สรุป :โดยสรุปการวิจัยครั้งนี้ได้รูปแบบการดำเนินงานที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ โดยมีปัจจัยที่เป็นสิ่งสำคัญต่อความสำเร็จของกิจกรรม คือ การมีส่วนร่วมของทุกเครือข่ายในการดำเนินกิจกรรม และสถานศึกษาควรมีการจัดกิจกรรมผ่านชมรม TO BE NUMBER ONE รวมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญโดยมีการกำหนดเป็นนโยบายเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติต่อไป

ข้อเสนอแนะ

มหาวิทยาลัยควรมีการจัดกิจกรรมและห้องศูนย์เพื่อนใจวัยรุ่น เพื่อให้กลุ่มนักศึกษาได้วางแผนประชุม และได้ทำกิจกรรมร่วมกันในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 24 มี.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://antidrugnew.moph.go.th/>.
2. ถนอมรัตน์ ประสิทธิ์เมตต์. (2561). สาเหตุและกระบวนการติดยาบ้าในนักศึกษาอาชีวศึกษาศึกษา จังหวัดนครสวรรค์. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต, มหาวิทยาลัย

การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตแบบ "4 หมอ ห่วงใย ใส่ใจ ดูแล" โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของ พหุภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชนตำบลเป้า อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี

ชาญชัย เหลาสาร

รพ.สต.ตำบลเป้า อ.ดงหลวง จ.อุบลราชธานี

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยระยะท้ายเป็นผู้ป่วยที่การทำงานของอวัยวะสำคัญในการดำรงชีวิตจะมีประสิทธิภาพลดลง ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวจะถูกพิจารณาให้กลับมาดูแลรักษาที่บ้าน โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของพหุภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชนในการดูแลการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาบริบทชุมชนในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตแบบประคับประคอง 2) เพื่อศึกษาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตแบบประคับประคองตามบริบทชุมชนแบบมีส่วนร่วมและ 3) เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participation Action Research) โดยดำเนินการ 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทและสภาพปัญหาของการดูแลสุขภาพผู้ป่วยระยะท้าย ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบระยะที่ 3 ดำเนินการใช้รูปแบบ ระยะที่ 4 ประเมินผลรูปแบบการดูแลใช้เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม เครื่องมือต้นไม้ปัญหาแบบประเมิน (PPS Score) แบบประเมินและติดตามอาการ (ESAS) แบบประเมินการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชนตำบลเป้า สัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม

ผลการศึกษาพบว่าบริบทชุมชนตำบลเป้า ด้านระบบสาธารณสุข มีทีมพหุภาคีเครือข่ายประกอบด้วยแพทย์เวชปฏิบัติชุมชนและพยาบาลวิชาชีพและอสม.เชี่ยวชาญ Palliative care ขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพด้านร่างกาย ด้านความเชื่อ มีการนับถือ “หมอธรรม” ที่เป็นหนึ่งในทีมพหุภาคีที่ร่วมดูแลด้านจิตใจ และจิตวิญญาณ ส่งผลให้เกิดการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองตามบริบทชุมชนแบบมีส่วนร่วม โดยมีรูปแบบ "4 หมอ ห่วงใย ใส่ใจ ดูแล" ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีความต่อเนื่องสม่ำเสมอจากคณะดำเนินงาน และเข้าถึงบริการสุขภาพและได้รับการแก้ปัญหาสุขภาพที่ถูกต้องรวดเร็วจากทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยผู้ป่วยที่มีปัญหาได้รับการดูแลและจัดการปัญหา ร้อยละ 100 สอดคล้องกับการศึกษาการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตแบบประคับประคองโดยผลการเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชนตำบลเป้า ก่อนและหลังดำเนินงาน พบว่า ก่อนดำเนินการการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับ น้อย คิดเป็นค่าเฉลี่ย 1.96 คะแนน และ หลังดำเนินการ การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับ มาก คิดเป็นค่าเฉลี่ย 3.15 คะแนน สอดคล้องกับผลการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่าพฤติกรรมความร่วมมือและความเห็นเกี่ยวกับการให้การดูแลเป็นไปในทางบวก เพื่อให้เกิดการพัฒนาควรมีการใช้เทคโนโลยีในการดูแลเช่น Palliative care telemedicine.

หลักการ และเหตุผล

ผู้ป่วยระยะท้ายเป็นผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต จากการประเมินสถานการณ์ Palliative Care ทั่วโลก โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่าในแต่ละปีทั่วโลก จะมีผู้ป่วยระยะท้ายประมาณ 40 ล้านคน ที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง ในจำนวนนี้มีเพียงร้อยละ 14 เท่านั้น ที่ได้รับการดูแลแบบ Palliative care ผู้ป่วยระยะท้ายเป็นผู้ป่วยที่การทำงานของอวัยวะสำคัญใน

การดำรงชีวิตจะเสื่อมประสิทธิภาพลง ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวจะถูกพิจารณาให้กลับมาดูแลรักษาที่บ้าน ซึ่งจะต้องอาศัยการมีส่วนร่วม ของพหุภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชนในการดูแล เดิมในปีงบประมาณ 2564 ได้มีการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วย Palliative Care ภายหลังดำเนินงานพบปัญหาด้านรูปแบบบริการที่ยังไม่ครอบคลุมต่อปัญหาของผู้ป่วย จึงได้มีการประชุมวางแผนเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลให้มีประสิทธิภาพเพิ่มสูงขึ้นจึงเกิดรูปแบบ 4 หมอ ห่วงใย ใส่ใจ ดูแล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาบริบทชุมชนในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง
2. เพื่อศึกษาการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตแบบประคับประคองตามบริบทชุมชนแบบมีส่วนร่วม
3. เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชนในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิต

การดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participation Action Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวอย่าง : คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) : ผู้ป่วย Palliative ที่ขึ้นทะเบียนในระบบการดูแล ในเขตรับผิดชอบ รพ.สต.เป้า จำนวน 45 คน และคณะดำเนินงานพหุภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชนตำบลเป้าและสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 39 คน รวมจำนวน 84 คน ระยะเวลาการศึกษาเดือน ตุลาคม 2565 ถึง เดือน มีนาคม 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ฉบับสวนดอก, แบบประเมินและติดตามอาการต่างๆในผู้ป่วยระยะท้าย, แบบประเมินการมีส่วนร่วมของพหุภาคีเครือข่าย

การวิเคราะห์ข้อมูลข้อมูลเชิงปริมาณใช้ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ขั้นตอนดำเนินการ

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหา และบริบทชุมชนในการส่งเสริมมิติสุขภาพผู้ป่วยระยะท้ายโดยตัวแทนผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอาสาสมัคร ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่รพ.สต.เป้า

ระยะที่ 2 ดำเนินการจัดทำแผนและจัดตั้งคณะดำเนินการภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชนตำบล โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายตำบลเป้าประกอบด้วย

1. Manage Case โดยพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป้า
2. Giver Team โดยอาสาสมัคร Palliative care จำนวน 22 คน
3. Health Power team โดยคณะอาสาสมัครตำบลเป้าและผู้นำตำบลเป้า
4. Support team โดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป้า
5. Consult team โดยแพทย์เวชปฏิบัติชุมชนและพยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงาน

ระยะที่ 3 ดำเนินการให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายตามแผนโดยอาศัยกระบวนการ PAOR ดังนี้

P: (Plan) พยาบาลวิชาชีพจัดทำ Care Plan รายบุคคล (ทะเบียนและกรอกลงระบบ) และแผนการออกเยี่ยมของ พยาบาลวิชาชีพและ อาสาสมัคร Palliative care รวมทั้งทีมสหสาขาวิชาชีพ

A: (Act) คณะดำเนินงานทำการ Pre-conference เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพผู้ป่วยในแต่ละรายและทบทวนความรู้ในการออกเยี่ยมในแต่ละครั้ง และออกเยี่ยมปฏิบัติการดูแลอ้างอิงจาก Care Plan ประเมิน PPS Score , ประเมิน ESAS ทุกครั้งในการออกเยี่ยมและให้การดูแล

O: (Observe) คณะดำเนินงานทำการ Post-conference เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลและความรู้หรือปัญหาในการออกเยี่ยมในแต่ละครั้ง รวมทั้ง อสม.เชี่ยวชาญ Palliative care เขียนรายงานการออกเยี่ยม และสรุปผลการออกเยี่ยมรายบุคคลผลการประเมิน PPS Score , ผลการประเมิน ESAS และทบทวนปัญหา และจัดกลุ่มผู้ป่วยรวมทั้งการปรับ Care Plan และแผนการออกเยี่ยมเพื่อให้การดูแล

R2: (Reflect) คณะดำเนินการ ร่วมกันสรุปผลราย 3 เดือนคืนข้อมูลต่อคณะกรรมการ

ระยะที่ 4 ประเมินผลตามวัตถุประสงค์ภายหลังให้การดูแลเป็นระยะเวลา 6 เดือนโดยหาค่าเฉลี่ยร้อยละ ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณรวมทั้งใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการใช้เครื่องมือในการวิจัย

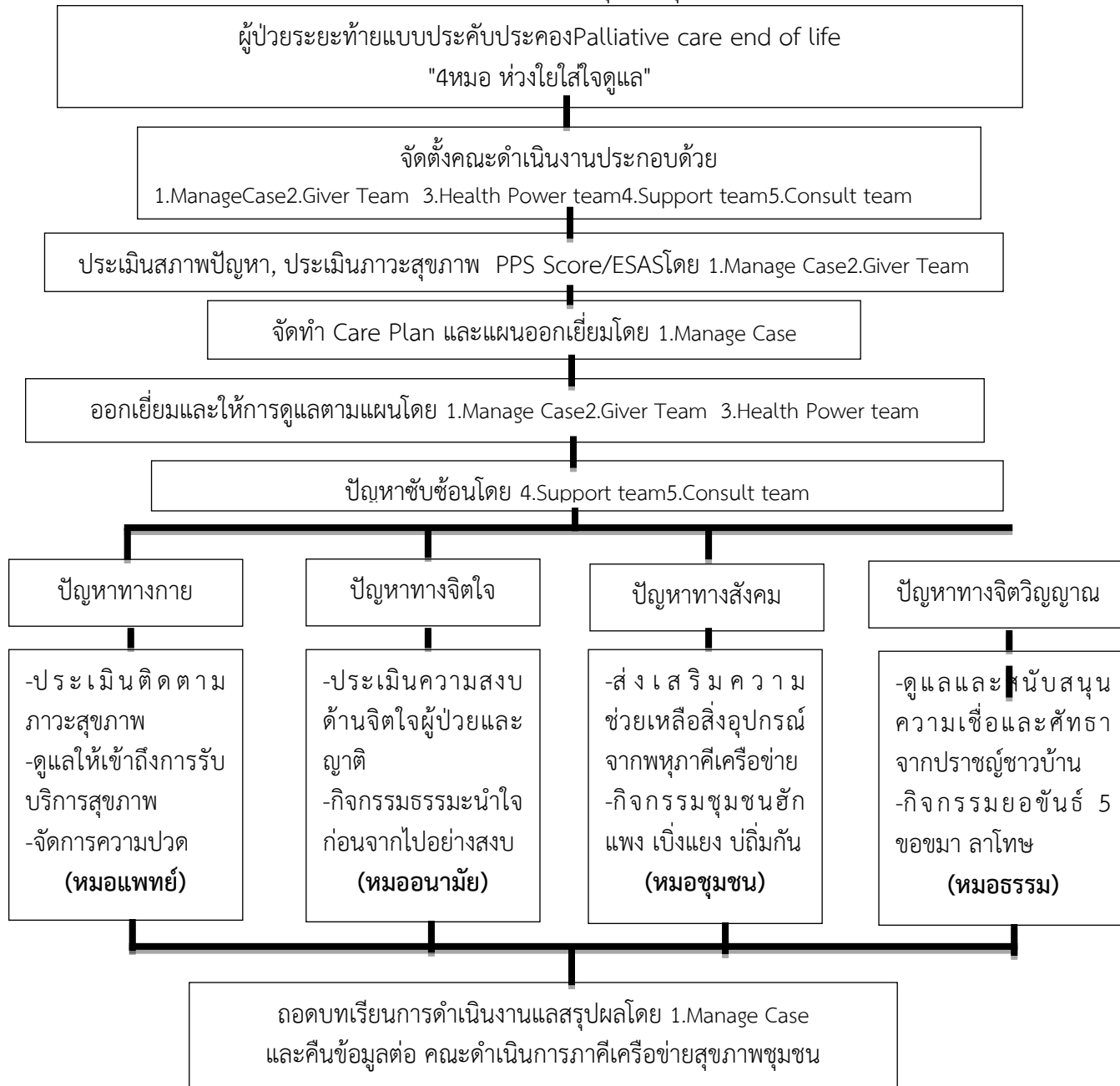
ผลการวิจัย

บริบทชุมชนในการการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

ชุมชนตำบลเป้า เป็นชุมชนท้องถิ่นที่มีความอบอุ่นและเข้มแข็งมีผู้นำและบุคลากรที่พร้อมในการเสียสละและทุ่มเทตั้งใจในการทำงานเพื่อประโยชน์ของชุมชน จนทำให้เกิดคณะดำเนินงาน และทีมภาคีเครือข่ายสุขภาพตำบลเป้าขึ้นส่งผลให้เกิดการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองตามบริบทชุมชนแบบมีส่วนร่วม โดยมีรูปแบบ "4หมอ ห่วงใยใส่ใจดูแล" ทำให้ผู้ป่วยผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลที่เหมาะสมโดยมีปัจจัยแห่งความสำเร็จตามบริบทชุมชน ดังนี้ 1.ชุมชนเข้มแข็งโดยสำคัญคือมีผู้นำที่มีความเสียสละและทุ่มเทในการทำงานเพื่อประชาชนส่งผลให้การดำเนินงานได้รับการผลักดันและสนับสนุนการดำเนินงานอย่างเต็มที่ไม่มีอุปสรรค 2.มีการวางแผนและสร้างกระบวนการขั้นตอนดำเนินที่เป็นระบบส่งผลให้เกิดการปฏิบัติงานที่ราบรื่นและมีประสิทธิภาพ 3.จัดสรรหน้าที่รับผิดชอบได้เหมาะสมและสอดคล้องกับศักยภาพของผู้ปฏิบัติส่งผล ให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพและสามารถปฏิบัติการดูแลได้อย่างเต็มที่เต็มกำลังความสามารถและ 4.มีการประชุมและติดตามการดำเนินงานสม่ำเสมอส่งผลให้เกิดการจัดการและแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสมและมีการพัฒนากระบวนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตแบบประคับประคองตามบริบทชุมชนแบบมีส่วนร่วม

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตแบบประคับประคองตามบริบทชุมชน
โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชนตำบลเป้า



ผลการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตแบบประคับประคองตามบริบทชุมชนแบบมีส่วนร่วม ภายใต้รูปแบบ"4หมอ ห่วงใยใส่ใจดูแล"

ผู้ป่วยระยะท้าย จำนวน 45คน พบปัญหาความเจ็บปวด 31 คน ปัญหาปฏิเสธการเจ็บป่วย 4 คน ปัญหาด้านเศรษฐกิจ 2 คน ปัญหาด้านจิตวิญญาณและความเชื่อ 5 คน โดยด้านที่มีปัญหามากที่สุดคือ ด้านความเจ็บปวด โดยทุกปัญหาได้รับการดูแลและจัดการ ร้อยละ 100

จากการเปรียบเทียบ การประเมิน PPS scoreและ ESASครั้งแรกและครั้งสุดท้ายในผู้ป่วยระยะท้าย จำนวน 45คน พบครั้งแรกค่าเฉลี่ย PPS score 50 คะแนน และครั้งสุดท้ายค่าเฉลี่ย PPS score 16.43 คะแนน การประเมิน ESAS พบว่า ในการประเมินครั้งแรก ค่าESASเฉลี่ย 63.25 คะแนน ครั้งสุดท้ายค่า ESASเฉลี่ย 23 คะแนน การมีค่าเฉลี่ย ESASที่ลดลงหมายถึงแนวโน้มอาการขณะเจ็บป่วยดีขึ้น

การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตแบบประคับประคอง

ผลการเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชนตำบลเป่า ก่อนและหลัง ดำเนินงาน พบว่า หลังดำเนินการ ภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชนตำบลเป่า มีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น มากกว่าก่อน ดำเนินการ คือ ก่อนดำเนินการการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับ น้อย คิดเป็นค่าเฉลี่ย 2.47คะแนน และ หลัง ดำเนินการ การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับ มาก คิดเป็นค่าเฉลี่ย 3.24 คะแนน

จากการถอดบทเรียนภายหลังการดำเนินงานพบว่า จากการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพพบความคิดเห็นเป็นไปในทางบวก ประกอบกัน 2 ด้าน 1.ด้านผู้ป่วยและญาติคือรู้สึกไม่โดดเดี่ยวและมีความสุขเมื่อมีคนไปให้การดูแลสม่ำเสมอ และประทับใจที่ได้รับความช่วยเหลือจากชุมชนและองค์กรในท้องถิ่น ซึ่งทำให้ผู้ป่วยที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น 2.ด้านผู้ดูแลและทีมพหุภาคีเครือข่ายคือผู้ดูแลสามารถขับเคลื่อนงานได้เป็นระบบ หากเมื่อมีปัญหาระหว่างการดำเนินงานจะมีการประชุมเพื่อแก้ไขปัญหาอย่างสม่ำเสมอโดยทีมผู้ดูแล เต็มใจและมีความสุขในการให้การดูแลพี่น้องประชาชนในพื้นที่

อภิปรายผลการวิจัย

กล่าวได้ว่าการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตแบบประคับประคองตามบริบทชุมชนโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชนตำบลเป่านั้นเป็นไปตามวัตถุประสงค์ โดยให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตแบบประคับประคองและครอบคลุม ตามรูปแบบที่กำหนดขึ้นโดยยึดหลักการดูแลที่อ้างอิงตามบริบทชุมชน สอดคล้องกับแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง Palliative Care Nursing Guidelines.ที่พบว่า การดูแลผู้ป่วยภายในชุมชนนั้นยังเป็นผู้สูงอายุหรือในกลุ่มเปราะบางตลอดจนกลุ่มผู้ป่วยระยะท้ายจำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของหลายภาคส่วน เพราะผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวนั้นมีความต้องการด้านสุขภาพที่ต้องการแก้ไขหลายประเด็นโดยเฉพาะปัญหาความทุกข์ทรมานด้านร่างกาย เช่นในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ที่ต้องเผชิญกับความปวดอย่างมากถึงมากที่สุด สอดคล้องกับ การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายระยะใกล้เสียชีวิต The ultimate care for dying cancer patient ที่ไม่ใช่แค่ด้านร่างกายที่ต้องดูแลแต่อีกประเด็นสำคัญคือด้านจิตใจ นั่นคือผู้ป่วยจะรู้สึกปลอดภัยจากการมีผู้ดูแลและรู้สึกสบายใจเมื่อได้ปล่อยวางและได้ดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อและจิตวิญญาณ

ข้อเสนอแนะ

เพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตแบบประคับประคองเป็นมาตรฐานและเกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นรวมทั้งเกิดความยั่งยืน จึงมีสิ่งที่ยังต้องการพัฒนา เช่น การพัฒนาความร่วมมือการใช้เทคโนโลยีในการดูแล เช่น Palliative care telemedicine การสร้างเครือข่ายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างพื้นที่ที่มีความแตกต่างกัน ตามบริบทและแนวทางการดูแล เพื่อเกิดการพัฒนาแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย 2557. [อินเทอร์เน็ต].2563 [สืบค้นเมื่อ 15 ตุลาคม 2563]. แหล่งข้อมูล:<https://www.skko.moph.go.th>.
2. คณะกรรมการ CoP Palliative care ฝ่ายการพยาบาลศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง Palliative Care Nursing Guidelines. [อินเทอร์เน็ต].2563 [สืบค้นเมื่อ 12 ตุลาคม 2563]. แหล่งข้อมูล: <https://pcmc.swu.ac.th>.
3. ทศนีย์ เทศประสิทธิ์, พิมลรัตน์ พิมพ์ดี,ศศิพินท์ มงคลไชย, พวงพยอม จุลพันธ์, ยุพยงค์ พุฒธรรม.การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยระยะท้ายของโรงพยาบาลอุดรธานี.วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2556;2:80-90.
- 4.นาวิน ศักดาเดช.การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะใกล้เสียชีวิตThe ultimate care for dying cancer patient. [อินเทอร์เน็ต].2563 [สืบค้นเมื่อ 10 ตุลาคม 2563]. แหล่งข้อมูล: <https://w1.med.cmu.ac.th>.
5. ปราณี อ่อนศรี.การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตแบบประคับประคองตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก Perception of Nurses about Palliative Care and End of Life in Naresuan University Hospital, Phitsanulok.วารสารพยาบาลทหารบก 2560;ฉบับพิเศษ:221-228.

**พลิกวิกฤต COVID-19 สู่ค่าชดเชย 1.7 ล้าน ผ่านระบบ E-Claim online สปสข.
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยยางดง อ.หนองกุงศรี จ.กาฬสินธุ์ ปี พ.ศ.2565 - 2566**

วัชรินทร์ พรหมขวัญ

รพ.สต.บ้านห้วยยางดง อ.หนองกุงศรี จ.กาฬสินธุ์

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย COVID-19 ผ่านระบบ E-Claim onlineจากระบบรายงาน UC Statement ได้รับค่าชดเชย 1.7 ล้าน ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยยางดง การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโดยใช้ทฤษฎีความสำเร็จ (Achievement Needs (nAch)) ของ McClellandและการใช้ทรัพยากรที่มีคือ people ware, Hardware, Software ดำเนินการวิจัย ตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2565 – มกราคม 2566 กรณีศึกษา ความสำเร็จในการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย COVID-19 ผ่านระบบ E-Claim onlineจากระบบรายงาน UC Statementของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยยางดง กลุ่มเป้าหมายและผู้ร่วมวิจัยได้แก่ ผู้ป่วย ยืนยันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID – 19) ที่อยู่ในกลุ่มสีเขียว ที่กลับมาดูแลรักษาตัวที่บ้าน จำนวน 455 รายวิเคราะห์ข้อมูล จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด – ค่าสูงสุด

ผลการศึกษา : ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ – กันยายน 2565 เป็นช่วงเวลาที่ยาก สปสข.ให้ รพ.สต. ทำการดูแลผู้ป่วย COVID – 19 ที่เป็นผู้ป่วยในกลุ่มสีเขียวแล้วมาพักตัวที่บ้านแบบ Home Isolated (HI) และสามารถบันทึกค่าชดเชยได้ผ่านโปรแกรม E-Claimonline โดยการเคียแล้วได้เงินมากถึง 1.7 ล้าน มีทั้งหมด 8 ประเภท ประเภทที่ได้รับการจัดสรรมากที่สุดคือ ประเภทที่ 1 คือค่าดูแลรักษาผู้ป่วยในที่พัก (HI) ได้รับเงินมากถึง 790,000 บาท (ร้อยละ 46.47)โดยใช้ทฤษฎีความสำเร็จ (Achievement Needs (nAch)) ของ McClellandและการใช้ทรัพยากรที่มีคือ people ware, Hardware, Software

หลักการและเหตุผล

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)ในพื้นที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยยางดง ทั้ง 15 หมู่บ้าน พบผู้ป่วยยืนยัน จำนวน 445 ราย จากนโยบายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสข.) ให้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถดูแลผู้ป่วย COVID-19ในกลุ่มสีเขียว ต่อจาก โรงพยาบาลสนาม แบบ Home Isolation (HI) ได้และสามารถบันทึกการเบิกค่าชดเชย ผ่านระบบ E-Claim online ของสปสข.ได้ โดยนโยบายได้เปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์การระบาดของโรค COVID – 19 จึงเกิดการศึกษา และกระบวนการพัฒนา พร้อมปฏิบัติการควบคุม ป้องกันโรค และดูแลรักษา ตามแนวทาง ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด พร้อมบันทึกการเบิกค่าชดเชย ผ่านระบบ E-Claim onlineของสปสข.เพื่อให้เกิดประโยชน์กับผู้รับบริการ ผู้ปฏิบัติงาน และ ได้รับงบประมาณค่าชดเชย ดังกล่าว เข้าเงินบำรุง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยยางดง ตำบลโคกเครือ อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์

วัตถุประสงค์ :

1. เพื่อศึกษาวิธีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย COVID-19ผ่านระบบ E-Claimonlineของ สปสช.
2. เพื่อศึกษาค่าชดเชยบริการ COVID-19จากระบบรายงาน UC Statement
3. เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย COVID-19ผ่านระบบ E-Claim online

การดำเนินการวิจัย

รวบรวมข้อมูลจากทะเบียนผู้มารับบริการ COVID-19และ Family Folderจำแนกตามประเภทการเข้ารับบริการ และบันทึกในระบบ E-Claim online ของ สปสช. ตรวจสอบความผิดพลาดของข้อมูล และยืนยันข้อมูลโดยการส่งหลักฐาน Pre Audit พร้อมรวบรวมรายงานการจัดสรรค่าชดเชยจาก UC Statement

ขั้นตอนที่ 1 : รวบรวมข้อมูลจากทะเบียนผู้มารับบริการ COVID-19และ Family Folderจำแนกตามประเภทการเข้ารับบริการพร้อมบันทึกในระบบ E-Claim online ของ สปสช. และตรวจสอบข้อมูลโดยรวบรวมได้ทั้งหมดในการศึกษารั้งนี้พบผู้ป่วยทั้งหมดจำนวน 455 รายคิดเป็นร้อยละ 4.19 จากประชากรทั้งหมด (ประชากรกลางปีเท่ากับ 10,855 คน)

ขั้นตอนที่ 2 : ศึกษากระบวนการบันทึกข้อมูลผ่าน E-Claim online ของ สปสช.ว่ามีทั้งหมดกี่ประเภท และแต่ละประเภทจ่ายค่าชดเชยเป็นแบบไหน ปรับเปลี่ยนไปตามนโยบายจึงทำให้ทราบว่าในการคีย์ E-Claim online ของ สปสช.แล้วได้เงินมีมากถึง 8 ประเภทสำหรับ รพ.สต. ที่สามารถคีย์เบิกจ่ายได้

ขั้นตอนที่ 3 : ตรวจสอบรายงานค่าชดเชยบริการที่คาดว่าจะได้รับการจัดสรรจาก UC Statement เพื่อนำมาเทียบกับฐานข้อมูลจริงที่มีอยู่นั้นตรงกันหรือไม่ เพื่อรองรับค่าชดเชยที่จะจัดสรรตามมา

ขั้นตอนที่ 4 : เมื่อตรวจสอบรายงานค่าชดเชยบริการ ที่คาดว่าจะได้รับการจัดสรรนั้นไม่ถูกต้อง นำเข้าสู่กระบวนการขอยื่นอุทธรณ์ หากการจัดสรรนั้นไม่ตรงกับผลงานที่ทำจริง ซึ่งสามารถยื่นอุทธรณ์ได้ตามวัน เวลา ที่ทาง สปสช.กำหนดไว้ ในการศึกษาครั้งนี้ผลที่ได้กลับมาคือได้รับเงินค่าชดเชยบริการมากถึง 1.7 ล้านบาท

เครื่องมือที่ใช้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบรายงานการดูแลผู้ป่วย COVID -19 รายบุคคล, Family Folderจำแนกตามประเภทการเข้ารับบริการ, ทะเบียนการให้บริการวัคซีน, ทะเบียนการตรวจสอบสิทธิของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ, ทะเบียนการให้บริการผู้ป่วยจำแนกรายประเภท, ทะเบียนการตรวจสอบความผิดพลาดของข้อมูล, ทะเบียนการส่งหลักฐาน Pre Audit, ทะเบียนรายงาน UC Statementโดยได้กลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาทั้งหมด 455 คน แบ่งเป็นผู้ป่วยเพศชาย 198 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.51 และเพศหญิง 257 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.49

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการประกอบด้วย **People ware** หมายถึง เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ทั้ง 10 คน เป็นองค์ประกอบสำคัญในการทำงานร่วมกันเป็นทีม มีผู้บริหารที่กำหนดนโยบายและวางแผนการจัดการ ประสานงานทั้งภายใน และภายนอกองค์กร โดยใช้ทฤษฎีความสำเร็จ (Achievement Needs (nAch)) ของ McClellandมาใช้ในการดำเนินงาน ประกอบด้วย ชอบทำงาน, ชอบได้รับการตอบสนอง,

ชอบที่จะทำอะไรแล้ว ทำให้สำเร็จไปเรามี “Hardware” คือ มีเครื่องคอมพิวเตอร์โน้ตบุ๊กใหม่สำหรับประมวลผล 7 เครื่อง มีเครื่องเซิร์ฟเวอร์สำหรับการเก็บข้อมูล ประมวลผล และเชื่อมต่อระบบอินเทอร์เน็ตความเร็วสูงกระจายสู่ USERต่อไป และเรามีระบบ “Software” ที่เป็นโปรแกรมสำเร็จรูป สำหรับโปรแกรมที่สำคัญในการบันทึกค่าชดเชย COVID-19คือ โปรแกรม E-Claimonline ที่สามารถบันทึก ประมวลผล รับส่ง ข้อมูลได้ง่ายและมีประสิทธิภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด – ค่าสูงสุดและข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหาและสรุปผล

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษานี้ยึดแนวทางการดำเนินงานตามประกาศและนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และ สปสช. รวมถึงประกาศจาก สสจ.กาฬสินธุ์ และคำสั่งปฏิบัติงานของ คปสอ.หนองสูงในการดูแลผู้ป่วย COVID - 19โดยผู้ศึกษาให้ความสำคัญกับหลักปฏิบัติด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ 3 ข้อ ได้แก่ 1) การเคารพต่อบุคคล 2) การให้ผลประโยชน์ที่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายและ 3) ความเป็นธรรม ก่อนทำการศึกษาและเก็บข้อมูล จะขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร กลุ่มผู้เข้าร่วมจะได้รับแจ้งและอธิบายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา มีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธหรือไม่เห็นด้วยที่จะเข้าร่วมการศึกษา ทุกเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นจากการทำกิจกรรม ผู้ศึกษาจะตรวจสอบและบันทึก พร้อมกับรายงานไปยังคณะกรรมการ ของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอหนองสูง การวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลจะเป็นภาพรวม เพื่อเป็นการรักษาความลับของผู้เข้าร่วมข้อมูลจากการบันทึกเสียงและแบบบันทึกต่างๆจะถูกทำลายเมื่อการศึกษาสิ้นสุดลง

ผลการศึกษา

จากการศึกษาและดำเนินงาน ในช่วงเดือน กุมภาพันธ์ – กันยายน 2565 ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ได้รับการจัดสรรค่าชดเชย จากการบันทึก E-Claim Online สปสช. ผ่านรายงาน UC Statement ได้ทำการศึกษาพบว่า การเคี้ยเปิดจ่ายค่าชดเชยบริการ COVID19 รพ.สต.บ้านห้วยยางดง ที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณ มากถึง 1.7 ล้านบาท ทั้งหมด 8 ประเภท โดยประเภทที่ได้รับค่าชดเชยบริการสูงสุด คือ ค่าดูแลรักษาผู้ป่วยในที่พัก (HI)จำนวน790,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 46.47 รองลงมาคือ ค่าดูแลรักษาผู้ป่วยนอกและแยกกักตัวที่บ้าน รายละ 1,000 บาท (SI) ได้รับค่าชดเชย 323,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 19.00 จากการศึกษาระบบรายงาน UC Statementทำให้เราทราบว่า ค่าชดเชยบริการเกี่ยวกับการฉีดวัคซีน จำนวน 216 คน และ ค่าบริการให้คำปรึกษาหรือการดูแลรักษาเบื้องต้นหลัง 48 ชั่วโมง (300 บาท) จำนวน 150 คน ไม่ตรงตามทะเบียนรายงานจริง จึงได้ขอยื่นอุทธรณ์ไปที่ สปสช.เขต 7 และได้รับจัดสรรเพิ่ม เป็นเงิน 53,640 บาท

ตารางที่ 1 : ตารางแสดงจำนวนเงินและร้อยละที่ได้รับการจัดสรรค่าชดเชยบริการ COVID 19 จากการบันทึก E-Claim Online สปสช. ผ่านระบบรายงาน UC Statement

ลำดับ	รายการ	ค่าชดเชยบริการ Covid-19	
		รวม	ร้อยละ
1	ค่าดูแลรักษาผู้ป่วยในที่พัก (HI)	790,000	46.47
2	ค่าดูแลรักษาผู้ป่วยนอกและแยกกักตัวที่บ้าน รายละ 1,000 บาท	323,000	19.00
3	ค่าดูแลรักษาผู้ป่วยที่ใช้สิทธิจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง, สิทธิประกันสังคม จากโรงพยาบาลแม่ข่าย	235,500	13.86
4	ค่าบริการตรวจ ATK	152,500	8.97
5	ค่าบริการให้คำปรึกษาหรือการดูแลรักษาเบื้องต้น หลัง 48 ชั่วโมง (300 บาท)	66,300	3.90
6	ค่าดูแลรักษาผู้ป่วยนอกและแยกกักตัวที่บ้าน สิทธิจ่ายตรง อปท.	65,995	3.88
7	ค่าบริการฉีดวัคซีน COVID-19	38,600	2.27
8	ค่าดูแลรักษาผู้ป่วยนอกและแยกกักตัวที่บ้าน รายละ 600 บาท (SI)	28,200	1.66
รวม		1,700,095	100

สรุปผลการดำเนินงาน

ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ – กันยายน 2565 เป็นช่วงเวลาที่ทาง สปสช.ให้ รพ.สต.ทำการดูแลผู้ป่วย COVID – 19 ที่เป็นผู้ป่วยในกลุ่มสีเขียวแล้วมาพักตัวที่บ้านแบบ HI และสามารถบันทึกค่าชดเชยได้ผ่านโปรแกรม E-Claim online โดยการคีย์แล้วได้เงินมากถึง 1.7 ล้าน มีทั้งหมด 8 ประเภท ประเภทที่ได้รับการจัดสรรมากที่สุดคือ ประเภทที่ 1 คือค่าดูแลรักษาผู้ป่วยในที่พัก (HI) ได้รับเงินมากถึง 790,000 บาท (ร้อยละ46.47) โดยใช้ทฤษฎีความสำเร็จ (Achievement Needs (nAch)) ของ McClellandและการใช้ทรัพยากรที่มีคือ people ware, Hardware, Software

ประโยชน์ที่ได้รับ

ได้รับการจัดสรรค่าชดเชยบริการ COVID-19จากการบันทึกข้อมูลผ่านระบบ E-Claim online ของ สปสช.เป็นจำนวนมากถึง 1,700,095 บาท พอได้เงินมา 1.7 ล้าน ซึ่งเดิม เรามีเงินบำรุง ณ วันที่ 30 ม.ค. 66 อยู่ 1.7 ล้าน รวมกันแล้ว เป็น 3.4 ล้าน ซึ่งท่าน ผอ. ได้ปรึกษากับ ท่านสาธารณสุขอำเภอนองนงศรี ว่าหากได้เงินมาแล้ว อาจ ของบลงทุนเพิ่มจาก สสจ. เพื่อลงทุนทำตาม นโยบาย EMS โดยการทำห้องฉุกเฉินใหม่ เพื่อประโยชน์สูงสุดในการรับบริการกับประชาชนต่อไป

และท่านสาธารณสุขอำเภอหนองสูงศรี ได้มอบหมายให้ รพ.สต.บ้านห้วยยางดง เป็นที่ปรึกษา และให้คำแนะนำ ช่วยเหลือ รพ.สต. อีก 8 แห่ง ในอำเภอ เกี่ยวกับการใช้โปรแกรม E-Claim Online สปสช. ต่อไป

ผลสำเร็จที่ภาคภูมิใจ

ในขณะที่ทุกสถานบริการมุ่งมั่นที่จะดำเนินการให้บริการด้านงานบริการเกี่ยวกับการควบคุม COVID – 19 แต่ คณะทำงานของ รพ.สต.บ้านห้วยยางดง ยังดำเนินงานด้านบริการควบคุมไปพร้อมกับการบันทึกข้อมูลผ่าน โปรแกรม E-Claimonlineเพื่อได้รับการจัดสรรค่าชดเชยบริการ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ :

วันนี้เรามี “People ware” หมายถึง เจ้าหน้าที่ รพ.สต.ทั้ง 10 คน เป็นองค์ประกอบสำคัญในการทำงานร่วมกันเป็นทีม มีผู้บริหารที่กำหนดนโยบายและวางแผนการจัดการ ประสานงานทั้งภายใน และภายนอกองค์กร เรามี “Hardware” คือ มีเครื่องคอมพิวเตอร์โน้ตบุ๊กใหม่สำหรับประมวลผล 7 เครื่อง มีเครื่องเซิร์ฟเวอร์สำหรับการเก็บข้อมูล ประมวลผล และเชื่อมต่อระบบอินเทอร์เน็ต ความเร็วสูงกระจายสู่ USERต่อไป และเรามีระบบ “Software” ที่เป็นโปรแกรมสำเร็จรูป สำหรับโปรแกรมที่สำคัญในการบันทึกค่าชดเชย COVID-19คือ โปรแกรม E-Claimonline ที่สามารถบันทึก ประมวลผล รับ ส่ง ข้อมูลได้ง่ายและมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

สปสช. ควรมีระบบการตรวจสอบค่าชดเชยให้ตรงกับจำนวนรายงานที่บันทึก เช่น การจัดสรรค่าบริการฉีดวัคซีน COVID-19ที่น้อยกว่ารายงาน ทำให้ต้องส่งหลักฐานไป Post Audit สปสช.จึงจัดสรรตามรายงานที่บันทึกและ สสจ. ควร แต่งตั้งเจ้าหน้าที่ เพื่อ เป็นหน่วยงานในการติดต่อประสานงานโดยตรง กับ สปสช. หากเกิดกรณีการได้รับค่าชดเชยที่ไม่ตรงกับรายงานจริง

เอกสารอ้างอิง

แสวง รัตนมงคลมาศ. (2514). เทคนิควิธีการใช้แนวคิดทางทฤษฎีในการกำหนดปัญหา และสมมติฐาน

ในการวิจัย. วารสารพัฒนบริหารศาสตร์, 2, 80-106.

ธงชัย สันติวงษ์ และชัยยศ สันติวงษ์. (2535). พฤติกรรมบุคคลในองค์การ. กรุงเทพฯ มหานคร:

สำนักพิมพ์ ไทยวัฒนาพานิช

https://www.novabizz.com/NovaAce/Learning/Achievement_Needs.htm

<https://eclaim.nhso.go.th/Client/home>

ห้องที่ 4
นำเสนอเพื่อประกวด
ประเพณีพระบาท

การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกโรงพยาบาลอุ้มผาง อำเภออุ้มผางจังหวัดน่านปี256.ศ.2-2565

จันทนาธัญญาจินตนา ศรเดือน
โรงพยาบาลน่าน

หลักการและเหตุผล

ไข้เลือดออกเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับประเทศจากข้อมูลการเฝ้าระวังและควบคุมโรคของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่านพบว่าจังหวัดน่านปี 2565(ตั้งแต่ 1 มกราคม – 7 ธันวาคม 2565) มีอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก 87.68 ต่อประชากรแสนคน โดยไม่พบผู้เสียชีวิตในเขตอำเภออุ้มผาง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562-2565มีอัตราป่วย 163.22, 16.88, 5.63, 14.07, และ ต่อประชากรแสนคน 19.56ตามลำดับ โดยไม่พบผู้เสียชีวิตมีแนวโน้มลดลง เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ยของจังหวัดพบว่า อัตราป่วยของอำเภออุ้มผางน้อยกว่าอำเภอข้างเคียงที่มีลักษณะภูมิประเทศและจำนวนประชากรในพื้นที่ใกล้เคียงกัน การรายงานผู้ป่วยอาจไม่ครบถ้วนหรือไม่ตรงตามนิยามการเฝ้าระวังโรค จึงทำการประเมินระบบเฝ้าระวังโรค

วัตถุประสงค์

- 1.เพื่อศึกษาคูณลักษณะเชิงคุณภาพได้แก่ความยากง่ายความยืดหยุ่นความยอมรับความยั่งยืนและการใช้ประโยชน์
- 2.เพื่อศึกษาคูณลักษณะเชิงปริมาณได้แก่ความไวความครบถ้วนความทันเวลาค่าพยากรณ์บวกและความเป็นตัวแทน

การดำเนินการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางโดยทบทวนข้อมูลผู้ป่วยไข้เลือดออกที่มารับการรักษาระหว่าง 1 มกราคม 2562 - 31ธันวาคม 2565โดยกำหนดนิยามผู้ป่วยสงสัย ผู้ป่วยเข้าข่าย และผู้ป่วยยืนยัน ด้วยการทบทวนเวชระเบียนสัมภาษณ์บุคลากรที่เกี่ยวข้องโดยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา

การกำหนดนิยามผู้ป่วย และผู้สัมผัส

ผู้ป่วย คือ ผู้ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอุ้มผาง ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ตั้งแต่ 1 มกราคม 2562- 31 ธันวาคม 2565ซึ่งมีอาการเข้าได้ตามนิยามเฝ้าระวังผู้ป่วยโรคไข้แดงกึ่งและไข้เลือดออกตามนิยามโรคติดต่อ ประเทศไทย พ.ศ. 2546ของสำนักกระบาดวิทยา⁽³⁾ ดังนี้

ลักษณะทางคลินิกแบ่งเป็น 3 ชนิด ได้แก่ ไข้แดงกึ่ง ไข้เลือดออก และไข้เลือดออกช็อก

ไข้แดงกึ่ง:ผู้ป่วยมีอาการไข้สูงปวดศีรษะอย่างรุนแรงได้แก่ปวดศีรษะรุนแรงปวดกระบอกตา ปวดกล้ามเนื้อ ปวดกระดูกหรือข้อต่อมีผื่น มีเลือดออกตามผิวหนัง อาจตรวจพบโดย tourniquet test

ไข้เลือดออก: ผู้ป่วยมีอาการคล้ายไข้แดงกึ่งแต่จะมีการเปลี่ยนแปลงทางระบบไหลเวียนโลหิต บางรายอาจมีอาการช็อก คือ กระสับ กระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น ไม่ปัสสาวะเป็นเวลานาน ถ้าไม่ได้รับการรักษาอาจถึงแก่ชีวิตภายในเวลา 12-24 ชั่วโมง

ไข้เลือดออกช็อก:ผู้ป่วยไข้เลือดออกที่มีภาวะความดันโลหิตลดต่ำลง

ผลการศึกษา

จากการทบทวนเวชระเบียนตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2562 – 2565 จำนวน 855 ราย พบค่าความไว ดังนี้ ร้อยละ 37.09, 5.71, 33.33, และ 50.00 ตามลำดับ และค่าพยากรณ์บวก ร้อยละ 100.00 ทุกปี ความถูกต้องของข้อมูลชื่อ นามสกุล เพศ อายุ ที่อยู่ วันที่เริ่มป่วย พบว่ามีการรายงานชื่อผู้ป่วยซ้ำ ปี 2562, 2563 และ 2565 จำนวน 6 ราย, 1 ราย และ 2 ราย ตามลำดับ ปีพ.ศ. 2564 ความถูกต้องของข้อมูลร้อยละ 100 ความสามารถในการเป็นตัวแทนของตัวแปรเพศมีแนวโน้มสอดคล้องและสามารถเป็นตัวแทนของระบบเฝ้าระวังไข้เป็นตัวแทนกลุ่มประชากรได้ ความทันเวลา ร้อยละ 100.00 ระบบมีความง่าย ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ได้รับการยอมรับของระบบเฝ้าระวัง มีความยืดหยุ่น มีความมั่นคง และมีการนำไปใช้ประโยชน์ ส่วนที่พบปัญหาจากการทบทวนเวชระเบียน 819 ราย ซึ่งมีอาการเข้าได้ตามนิยามเฝ้าระวังผู้ป่วยโรคไข้แดงก้นและไข้เลือดออก ตามนิยามโรคติดต่อประเทศไทย พ.ศ. 2546 ของสำนักโรคติดต่อวิทยา พบผู้ป่วยสงสัย จำนวน 77 ราย ร้อยละ 9.40 ปี พ.ศ. 2562 – 2565 ร้อยละ 12.91, 19.19, 1.27, และ 1.61 ตามลำดับ

มาตรการควบคุมและป้องกันโรค

ควรมีการพัฒนาเพิ่มเติมในส่วนระบบการรายงาน โดยเฉพาะการวินิจฉัยโรค ในผู้ป่วยที่มีไข้สูง ควรได้รับการตรวจ Tourniquet Test และตรวจ Complete Blood Count ทุกราย รวมถึงการวิเคราะห์ และเผยแพร่ข้อมูลการเฝ้าระวังแก่บุคลากรในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

อภิปรายผลการศึกษา

ระบบเฝ้าระวังในภาพรวมของโรงพยาบาลสุพรรณภูมิมีขั้นตอนกระบวนการรายงานโรคที่ชัดเจนเป็นระบบและมีความต่อเนื่องโดยมีเจ้าหน้าที่งานระบาดวิทยาเป็นผู้ประสานงานทั้งกับแพทย์พยาบาลและผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ ในการร่วมกันดำเนินงานเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกเป็นอย่างดีภายใต้การสนับสนุนเชิงนโยบายจากผู้บริหารทั้งในระดับอำเภอและจังหวัด ส่วนการวินิจฉัยโรคของแพทย์ในผู้ป่วยนอกโรคไข้เลือดออกไม่ได้ใช้เกณฑ์ตามนิยามโรคติดต่อประเทศไทย พ.ศ. 2546 ของสำนักโรคติดต่อวิทยาโดยใช้เกณฑ์ตามดุลพินิจของแพทย์เจ้าของไข้ กรณีผู้ป่วยเข้าข่ายแพทย์ยืนยันผลโดยเจาะ Dengue NS1 ทุกราย เพื่อยืนยันผล เพราะแพทย์คิดว่าการเจาะ Dengue NS1 มีค่าใช้จ่ายไม่สูงทางโรงพยาบาลไม่มีข้อจำกัดในการสั่งเจาะเลือดและทำให้การวินิจฉัยโรคแน่นอน ผู้ทำการศึกษามีความเห็นว่าผู้ป่วยจากการทบทวนเวชระเบียน ยังไม่ได้รับการ investigated เพียงพอทำให้การวินิจฉัยผิดพลาดได้และพบการรายงานผู้ป่วยซ้ำใน 506 เกิดจากการนัดผู้ป่วยมา F/U ทำให้ส่งข้อมูลซ้ำ จึงทำให้จำนวนผู้ป่วยน้อยกว่าพื้นที่โรงพยาบาลใกล้เคียง และทางกรมควบคุมโรคควรปรับปรุงเกณฑ์เรื่องการวินิจฉัยโรคไข้เลือดออกบางข้อให้เข้ากับเกณฑ์วินิจฉัยของแพทย์ที่ใช้ในปัจจุบัน ถึงแม้ว่าจะใช้นิยามของของสำนักโรคติดต่อวิทยาปี พ.ศ. 2546 หรือปี พ.ศ. 2563 ค่าความไวจะไม่สูงขึ้นเพราะใช้เกณฑ์นิยามของโรงพยาบาลสุพรรณภูมิ

ปัญหาและข้อจำกัดในการสอบสวนโรค

การศึกษาครั้งนี้เป็นการทบทวนข้อมูลจากเวชระเบียนดังนั้นผลการศึกษาความไวของการรายงานผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ไข้เลือดออกอาจขึ้นอยู่กับความสมบูรณ์ของการบันทึกข้อมูลประวัติเสี่ยงและการใช้นิยามของสำนักกระบาดวิทยาปี พ.ศ. 2546 หรือปี พ.ศ. 2563 ถึงอย่างไรก็ตามค่าความไวจะไม่สูงขึ้นเพราะใช้เกณฑ์นิยามของโรงพยาบาลภูเพียง

สรุปผล

จากผลการประเมินระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกของโรงพยาบาลภูเพียงพบว่ามีค่าความไวเฉลี่ยตั้งแต่ปี 2562 - 2565 ที่อยู่ในระดับค่อนข้างต่ำคือ ร้อยละ 31.53 ค่าพยากรณ์บวกก็อยู่ในระดับที่สูงคือร้อยละ 100.00 ความถูกต้องของการรายงานอยู่ในระดับที่สูงคือร้อยละ 100.00 ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังข้อมูลจากระบบรายงาน 506 สามารถเป็นตัวแทนที่ดีได้ทั้งตัวแปรเพศและอายุพบค่าความไวอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำค่าพยากรณ์บวกและความถูกต้องของการรายงานอยู่ในระดับที่สูงสำหรับความทันเวลาของการรายงานพบว่าอยู่ในระดับที่สูงคือร้อยละ 100.00เช่นกันโดยโรงพยาบาลมีการนำระบบคอมพิวเตอร์มาใช้ในการประมวลผลข้อมูลรวมถึงการเข้าถึงข้อมูลที่ real time ครบถ้วนและรวดเร็ว ทำให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพที่ดี

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้รับผิดชอบระบบเฝ้าระวังโรคของโรงพยาบาล ควรมีการจัดทำแผนผังเกี่ยวกับระบบการเฝ้าระวังและรายงานโรค รวมทั้งนิยามการเฝ้าระวังโรค จัดประชุมชี้แจงให้กับผู้ที่เกี่ยวข้องทราบควรให้ความสำคัญกับการทำTourniquet test ในผู้ป่วยที่สงสัยไข้เลือดออกทุกราย
2. ในระดับจังหวัด ควรมีการจัดประชุมชี้แจงเกี่ยวกับ ระบบการเฝ้าระวังและรายงานโรคแก่แพทย์และพยาบาลจบใหม่ ในช่วงที่มีการประชุมเฝ้าระวังก่อนออกปฏิบัติงาน อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
3. การเผยแพร่ข้อมูลไปใช้ประโยชน์ควรมีการวิเคราะห์ และส่งต่อข้อมูลไปให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล รวมถึงชุมชนในรูปแบบที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดความตระหนัก อันจะส่งผลให้ระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. ศิริเพ็ญกัลป์ยานรุจ, สุจิตรา นิมมานนิตย์และคณะ. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคไข้เลือดออกในระดับโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป. สำนักพัฒนาวิชาการแพทยกรรมการแพทย์. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. 2548 : 8-30.
2. กรมควบคุมโรค. พยากรณ์โรคและภัยสุขภาพรายสัปดาห์[ออนไลน์]. 2565 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 28 พฤศจิกายน 2565]. เข้าได้จาก <https://pr.moph.go.th/print.php?url=pr/print/2/02/17848/>
3. สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. นิยามโรคติดต่อประเทศไทยปี 2546. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2546.

4. สภาเตือนเนตรทิพย์และอภิสรตามวงศ์. การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกโรงพยาบาลวังเหนืออำเภอวังเหนือจังหวัดลำปางปีพ.ศ. 2561–2563[ออนไลน์]. 2565 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 30 พฤศจิกายน 2565]. เข้าได้จากhttps://wesr-doe.moph.go.th/wesr_new/file/y65/F65304_5599.pdf
5. ศุภชัยบุญอำพันธ์และสุทธิพงษ์เทียนทอง. การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกอำเภอวังขึ้นจังหวัดแพร่ปีพ.ศ. 2553 [ออนไลน์]. 2563 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 30 พฤศจิกายน 2565]. เข้าได้จาก https://wesr-doe.moph.go.th/wesr_new/file/y54/Fs5417.pdf
6. บุญมีโพธิ์สนามและสุภาภรณ์มิตรภานนท์. การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกจังหวัดร้อยเอ็ดปีพ.ศ. 2553 [ออนไลน์]. 2564 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 30 พฤศจิกายน 2565]. เข้าได้จาก https://wesr-doe.moph.go.th/wesr_new/file/y54/Fs5414.pdf
7. สิทธิภักไพบุลย์และชบาไชยเชษฐ์. การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกอำเภอปางศิลาทองจังหวัดกำแพงเพชรปีพ.ศ. 2552 [ออนไลน์]. 2554 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 30 พฤศจิกายน 2565]. เข้าได้จากhttps://wesr-doe.moph.go.th/wesr_new/file/y54/Fs5419.pdf
8. สุทธนันท์สุทธชนะ, อุบลรัตน์นฤพนธ์จิรกุล, ปรางค์ศิรินาแหลมและภัทรธินันท์ทองโสม. การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โรงพยาบาลนพรัตนราชธานีวันที่ 10 มกราคม – 30 เมษายน 2563[ออนไลน์]. 2564 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 30 พฤศจิกายน 2565]. เข้าได้จาก https://wesr-doe.moph.go.th/wesr_new/file/y64/F6411_1816.pdf
9. ไกรสรโตทับเที่ยงและโชติกาแก่นอินทร์. การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคเลปโตสไปโรซิสในโรงพยาบาลศูนย์ตรังปีพ.ศ. 2557[ออนไลน์]. 2557 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 30 พฤศจิกายน 2565]. เข้าได้จาก https://wesr-doe.moph.go.th/wesr_new/file/y59/Fs5909_1505.pdf
10. กชพรอินทวงศ์. การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกโรงพยาบาลเชียงดาวจังหวัดเชียงใหม่ [ออนไลน์]. 2562 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 30 พฤศจิกายน 2565]. เข้าได้จาก<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/LPHJ/article/view/167111>

การสอบสวนการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 กลุ่มก้อนนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ที่เชื่อมโยงสถานบันเทิงในอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

วันที่ 25 ธันวาคม 2564 – 5 มกราคม 2565

มณฑนา กลมเกลียววัชรินทร์ ทองสีเหลืองฉวีวรรณ เผ่าพันธุ์
ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองราชภัฏศรีสวัสดิ์ โรงพยาบาลมหาสารคาม

บทคัดย่อ

การสอบสวนโรคกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 กลุ่มก้อนนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งที่เชื่อมโยงสถานบันเทิงในอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม วันที่25 ธันวาคม 2564 – 5มกราคม 2565 โดยมีวัตถุประสงค์1) เพื่อยืนยันการวินิจฉัยและการยืนยันการระบาดของโรค2) เพื่ออธิบายขนาดปัญหาและการกระจายของโรค3) เพื่อค้นหาสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงและผู้สัมผัสเสี่ยงสูงพร้อมทั้งกำหนดมาตรการควบคุมและป้องกันโรคทำการศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนาผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 ซึ่งเป็นนักศึกษาในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคามโดยเก็บรวบรวมข้อมูลแบบฟอร์มสอบสวนโรคเอกสารทางการแพทย์การสัมภาษณ์ผู้ป่วยยืนยันหรือผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้เกี่ยวข้องและศึกษาสภาพแวดล้อมที่สถานบันเทิงAที่ผู้ป่วยไปกินดื่มสังสรรค์ผลการศึกษาพบว่า

(1) พบผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รายแรกเป็นเพศหญิง อายุ 21 ปี อาชีพนักศึกษาของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จังหวัดมหาสารคาม

(2) จากการสอบสวนโรคและการค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมพบผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน31รายรวมทั้งหมด 32ราย คิดเป็นอัตราการโจมตีเท่ากับร้อยละ 21.47ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ78.13เพศชายร้อยละ 21.87อายุเฉลี่ย 20.91 ปี (S.D. เท่ากับ 1.12)อายุต่ำที่สุด 18 ปี อายุสูงสุด 23ปี อาชีพนักศึกษาร้อยละ100.00 โดยส่วนใหญ่จะพบกลุ่มคนกินดื่มสังสรรค์ในสถานบันเทิงร่วมกัน ร้อยละ68.75 รองลงมาคือ กลุ่มเพื่อนที่ทำงานกลุ่มในมหาวิทยาลัย ร้อยละ 18.75 กลุ่มเพื่อนที่รับประทานหมูกระทะร่วมกัน ร้อยละ 9.38 ผู้สัมผัสร่วมบ้าน(หอพัก)ร้อยละ 3.12ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีอาการเล็กน้อยร้อยละ 90.62 มีอาการปานกลาง ร้อยละ 9.38เป็นลักษณะการระบาดแบบแพร่กระจาย

(3) ปัจจัยเสี่ยงต่อการระบาดส่วนใหญ่เกิดจากมีการรวมกลุ่มกิน ทิวยดื่มสังสรรค์ในสถานบันเทิงร้อยละ 68.75รองลงมาคือกิจกรรมทำงานกลุ่มในมหาวิทยาลัย ร้อยละ 18.75 และรับประทานอาหารร่วมกับผู้ป่วยยืนยันร้อยละ 9.38ความเสี่ยงในบ้านของผู้สัมผัสร่วมบ้าน(หอพัก)ร้อยละ 3.12

(4) พฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วยยืนยัน พบว่า การพูดคุยกันอย่างใกล้ชิดมีการสัมผัสใกล้ชิดตะโกนร้องเพลงการใช้อุปกรณ์ภาชนะร่วมกันดื่มเหล้าแก้วเดียวกันสูบบุหรี่ไฟฟ้าร่วมกันและมีการใช้บริการในสถานบันเทิงเป็นระยะเวลานานและบางรายยังไม่ได้รับการฉีดวัคซีน

(5) การศึกษาสภาพแวดล้อมในสถานบันเทิงA พบว่า เปิดร้านแต่ไม่ได้ปฏิบัติตามมาตรการcovid free settingคือ มีการจัดโต๊ะสำหรับผู้รับบริการค่อนข้างใกล้ชิดกันและมีการถ่ายเทอากาศไม่สะดวก ผู้รับบริการไม่สามารถรักษาระยะห่างได้ ไม่มีการตรวจประวัติการได้รับวัคซีนของผู้รับบริการและพนักงาน ไม่ได้มีการตรวจ ATK พนักงานทุก ๆ 7 วัน พนักงานมีความเสี่ยงสูงก็ยังคงมาปฏิบัติงาน ไม่มีผู้รับผิดชอบเกี่ยวกับคนที่ดูแลเรื่องการเฝ้าระวังการติดเชื้อในร้าน ข้อเสนอแนะหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรติดตาม เฝ้าระวัง

ควบคุมดูแล มาตรการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด - 19) จังหวัดมหาสารคามอย่างต่อเนื่องเน้นเรื่อง การเปิดสถานประกอบการกึ่งผับบาร์ และเน้นย้ำการเดินทางไปในพื้นที่เสี่ยง สถานที่แออัด การสวมอุปกรณ์ป้องกันตนเองอย่างเคร่งครัดงดกิจกรรมที่มีการรวมกลุ่มโดยไม่จำเป็น รวมทั้งประชาสัมพันธ์สื่อสารความเสี่ยงการติดเชื้อของผู้ที่เดินทางไปเที่ยวสถานบันเทิง

หลักการ และเหตุผล

จังหวัดมหาสารคามซึ่งได้ถือได้ว่า “เมืองแห่งการศึกษา” หรือ “ตักสิลานคร” เป็นที่ตั้งสถานศึกษาต่างๆ ทุกระดับในช่วงการแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีการเดินทางเคลื่อนย้าย เข้า-ออกของประชากรที่เป็นกลุ่มวัยรุ่นตลอดเวลาโดยสาเหตุหลักของการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในจังหวัดมหาสารคาม คือการแพร่ระบาดในกลุ่มสถานบันเทิงซึ่งทำให้เกิดแพร่ระบาดของโรคในวงกว้างข้อมูลสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ณ วันที่ 1 มกราคม 2565 พบผู้ป่วยยืนยัน จำนวน 11,684 ราย และผู้ป่วยเสียชีวิตสะสม จำนวน 47 รายและข้อมูลจากศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองราชภัฏศรีสวัสดิ์เครือข่ายโรงพยาบาลมหาสารคาม ณ วันที่ 1 มกราคม 2565 พบว่า มีผู้ป่วยสะสม จำนวน 135 ราย และวันที่ 25 ธันวาคม 2565 จังหวัดมหาสารคาม พบผู้ป่วยรายใหม่ 16 รายที่มีความเชื่อมโยงกับสถานที่ที่มีผู้ป่วยยืนยันรวมกลุ่มกันจำนวนมากและหลายพื้นที่ทั้งจากสถานบันเทิงงานเลี้ยงสังสรรค์ซึ่งจะเห็นแนวโน้มของสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของจังหวัดมหาสารคามเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

วันที่ 25 ธันวาคม 2564 เวลา 14.00 น. ทีมหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคามได้รับแจ้งจากทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม พบผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 1 รายเป็นนักศึกษาในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดมหาสารคามจากการทำ nasopharyngeal swab และ Throat swab ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการด้วยวิธี RT-PCR ให้ผลบวกทีมหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคามจึงประสานงานขอความร่วมมือกับทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ตำบลตลาดอำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคามลงพื้นที่สอบสวนโรคในช่วง ระหว่างวันที่ 25 ธันวาคม 2564 – 8 มกราคม 2565 การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อยืนยันการวินิจฉัยและการยืนยันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และอธิบายขนาดปัญหาและการกระจายของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รวมทั้งค้นหาสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงและผู้สัมผัสโรคพร้อมทั้งกำหนดมาตรการควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

การดำเนินการศึกษา

รูปแบบการศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนาประชากรแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้ป่วยคือกลุ่มผู้ป่วยยืนยัน ผู้ป่วยสงสัยติดเชื้อ ผู้ป่วยติดเชื้อเข้าข่าย จำนวน 32 ราย 2) กลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูง จำนวน 149 ราย รวมทั้งสิ้น 181 รายการเก็บรวบรวมข้อมูล 1) การรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบรายงานผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Novelcorona1 จ.มหาสารคาม) และแบบสอบสวนโรคผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Novelcorona2 กรมควบคุมโรค) 2) การศึกษาทางห้องปฏิบัติการ เก็บตัวอย่าง Throat and nasopharyngeal swab เพื่อตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อ SARS-CoV-2 ด้วยวิธี Real-Time PCR ที่ รพ.

มหาสารคาม 3) การศึกษาสภาพแวดล้อมในสถานบันเทิงA สัมภาษณ์เจ้าของกิจการและพนักงาน โดยใช้แบบประเมินและแบบสังเกตที่ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วสร้างขึ้น ประกอบกับแผนผัง ลักษณะการให้บริการเพื่อหาปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อเป็นกลุ่มก้อน 4) การศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วยยืนยันโดยใช้แบบสอบถามทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วสร้างขึ้นเพื่อหาพฤติกรรมเสี่ยงของการติดเชื้อและนำไปหามาตรการป้องกันควบคุมโรค ระยะเวลาในการสอบสวนโรค วันที่25ธันวาคม 2564 – 8 มกราคม 2565สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด อัตราป่วยต่อพันประชากร อัตราโจมตี Epidemic Curve วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม Epi Info Ver 7.2

ผลการศึกษา

พบว่า 1) พบผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รายแรกเป็นเพศหญิง อายุ 21 ปี อาชีพนักศึกษาของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จังหวัดมหาสารคาม2) จากการสอบสวนโรคและการค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมพบผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 31รายรวมทั้งหมด 32 ราย คิดเป็นอัตราการโจมตีเท่ากับร้อยละ 21.47 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็น เพศหญิงร้อยละ78.13เพศชายร้อยละ21.87อายุเฉลี่ย 20.91 ปี (S.D. เท่ากับ 1.12)อายุต่ำที่สุด 18 ปี อายุสูงสุด 23ปีอาชีพนักศึกษาร้อยละ100.00 โดยส่วนใหญ่จะพบกลุ่มคนกินดื่มสังสรรค์ในสถานบันเทิงร่วมกัน ร้อยละ 68.75 รองลงมาคือ กลุ่มเพื่อนที่ทำงานกลุ่มในมหาวิทยาลัย ร้อยละ 18.75 กลุ่มเพื่อนที่รับประทานหมูกระทะร่วมกัน ร้อยละ 9.38 ผู้สัมผัสร่วมบ้าน (หอพัก)ร้อยละ3.12ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีอาการเล็กน้อยร้อยละ 90.62 มีอาการปานกลาง ร้อยละ 9.38 เป็นลักษณะการระบาดแบบแพร่กระจาย3) ปัจจัยเสี่ยงต่อการระบาดส่วนใหญ่เกิดจากการรวมกลุ่มกิน เที่ยวดื่มสังสรรค์ในสถานบันเทิง ร้อยละ 68.75รองลงมาคือ กิจกรรมทำงานกลุ่มในมหาวิทยาลัย ร้อยละ 18.75และรับประทานอาหารร่วมกับผู้ป่วยยืนยันร้อยละ 9.38ความเสี่ยงในบ้านของผู้สัมผัสร่วมบ้าน (หอพัก)ร้อยละ 3.12 4) พฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วยยืนยัน พบว่า การพูดคุยกันอย่างใกล้ชิดมีการสัมผัสใกล้ชิดตะโกนร้องเพลงการใช้อุปกรณ์ภาชนะร่วมกันดื่มเหล้าแก้วเดียวกันสูบบุหรี่ไฟฟ้าร่วมกันและมีการใช้บริการในสถานบันเทิงเป็นระยะเวลานานและบางรายยังไม่ได้รับการฉีดวัคซีน 5) การศึกษาสภาพแวดล้อมในสถานบันเทิงA พบว่า เปิดร้านแต่ไม่ได้ปฏิบัติตามมาตรการ covid free settingคือ มีการจัดโต๊ะสำหรับผู้รับบริการค่อนข้างใกล้ชิดกันและมีการถ่ายเทอากาศไม่สะดวก ผู้รับบริการไม่สามารถรักษาระยะห่างได้ ไม่มีการตรวจประวัติการได้รับวัคซีนของผู้รับบริการและพนักงาน ไม่ได้มีการตรวจ ATK พนักงานทุก ๆ 7 วัน พนักงานมีความเสี่ยงสูงที่ยังมาปฏิบัติงาน ไม่มีผู้รับผิดชอบเกี่ยวกับคนที่จะดูแลเรื่องการเฝ้าระวังการติดเชื้อในร้าน

สรุปและอภิปรายผล

การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มก้อนนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งที่เชื่อมโยงในสถานบันเทิง อำเภอเมืองจังหวัดมหาสารคาม พบเริ่มต้นการระบาดจากนักศึกษาที่ไปกินดื่มเที่ยวดื่มสังสรรค์ในสถานบันเทิงในวันที่ 16 ธันวาคม 2564 (day 0) และในวันที่ 21 ธันวาคม 2564 (day 5) เริ่มมีอาการป่วย มีน้ำมูก ไอ มีเสมหะวันที่ 24 ธันวาคม 2564 อาการป่วยไม่ดีขึ้นจึงเข้ารับการตรวจด้วยวิธี Real-time PCR ผลตรวจพบเชื้อ SARS-CoV-2ที่โรงพยาบาลมหาสารคาม ผลพบเชื้อ ระหว่างนั้นผู้ป่วยได้มีกิจกรรมทำงานกลุ่มในมหาวิทยาลัย ร่วมรับประทานอาหารกับกลุ่มเพื่อนจนทำให้เกิดการแพร่ระบาดเป็นวงกว้างในกลุ่มนักศึกษา

จากผลการศึกษาพบปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากที่สุด คือ การรวมกลุ่มกิน เที่ยวดื่มสังสรรค์ในสถานบันเทิงโดยลักษณะการระบาดเป็นแบบแหล่งโรคแพร่กระจายเชื้อจากนักศึกษาในกลุ่มกินดื่มเที่ยวดื่มสังสรรค์ในสถานบันเทิงสู่นักศึกษาที่ทำกิจกรรมร่วมกันในมหาวิทยาลัยและมีการระบาดจากนักศึกษาสู่ผู้สัมผัสร่วมบ้าน (หอพัก)

ข้อเสนอแนะหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรติดตาม:

เผ่าระวัง ควบคุมดูแล มาตรการเผ่าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด - 19)อย่างต่อเนื่อง เน้นเรื่อง การปฏิบัติตามหลัก Covid Free setting มาตรการ DMHTT และ Universal Preventionในการเปิดสถานประกอบการกึ่งผับบาร์ และเน้นย้ำการเดินทางไปในพื้นที่เสี่ยง สถานที่แออัด การสวมอุปกรณ์ป้องกันตนเองอย่างเคร่งครัดงดกิจกรรมที่มีการรวมกลุ่มโดยไม่จำเป็นรวมทั้งประชาสัมพันธ์สื่อสารความเสี่ยงการติดเชื้อของผู้ที่เดินทางไปเที่ยวสถานบันเทิง

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2564). แนวปฏิบัติด้านสาธารณสุขเพื่อการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)มาตรการปลอดภัยสำหรับองค์กร (COVID Free Setting)สำหรับกิจการประเภท สถานบริการ สถานประกอบการที่มีลักษณะคล้ายสถานบริการสถานบันเทิง ผับ บาร์ คาราโอเกะ หรือสถานที่อื่นที่มีลักษณะคล้ายกัน.ค้นเมื่อ 1 มกราคม 2565จาก <https://covid19.anamai.moph.go.th/webupload>
- กรมควบคุมโรค.(2564). รู้จักโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019.ค้นเมื่อ 3 มกราคม 2565 จากhttps://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/ind_knowledge.php
- กชพร อินทวงศ์. (2565).การสอบสวนการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019ในอำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่. วารสารสาธารณสุขล้านนา.18(1), (92-106)
- กรกมล ดวงใจและคณะ.(2564).การสอบสวนการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019โรงเรียนเอกชนแห่งหนึ่ง อำเภอบางพลีจังหวัดสมุทรปราการ 19-22 เมษายน 2564. วารสารวิชาการสาธารณสุข.30(3), (393-430)
- งานควบคุมโรคและระบาดวิทยาสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. (2565). สรุปรายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019จังหวัดมหาสารคาม. ประชุมศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (EOC) กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ครั้งที่17/2565. (หน้า1-2). มหาสารคาม: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม.
- ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองราชภัฏศรีสวัสดิ์เครือข่ายโรงพยาบาลมหาสารคาม.(2565). ประชุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019ของมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคามของระหว่างวันที่1 มกราคม2564ถึงวันที่25ธันวาคม2564. (หน้า1-2). มหาสารคาม: ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองราชภัฏศรีสวัสดิ์
- หนึ่งฤทัย ศรีสงและคณะ.(2564). การวิเคราะห์เชิงพรรณนาสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสถานบันเทิงของไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 30(1), (5-13)

รายงานการสอบสวนการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กรณีศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
อบต.แห่งหนึ่ง อำเภอสีขอมภู จังหวัดขอนแก่น (Cluster ฟันน้ำนม)

วัฒนานิลบรรพต

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

หลักการ และเหตุผล

งานระบาดวิทยา กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ได้รับแจ้งจาก ทีม CDCU อำเภอสีขอมภู ในวันที่ 27 มิถุนายน 2564 ว่ามีรายงานผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไม่มีอาการ เป็นเด็กหญิงอายุ 2 ปี เป็นเด็กนักเรียนที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อบต.แห่งหนึ่ง อ.สีขอมภู จังหวัดขอนแก่น ทีม CDCU อำเภอสีขอมภู ร่วมกับ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนองเรือ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ออกสอบสวนโรคระหว่าง 28 มิถุนายน 2564 ถึง วันที่ 13 กรกฎาคม 2564

วัตถุประสงค์

1. เพื่อยืนยันการระบาดและการวินิจฉัยโรค
2. เพื่อทราบการกระจายของโรค ด้านบุคคล เวลา สถานที่
3. เพื่อทราบปัจจัยเสี่ยงในการแพร่กระจายของโรค
4. เพื่อให้ข้อเสนอแนะด้านมาตรการควบคุมโรค

การดำเนินการศึกษา

1. การศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา

- 1.1 ทบทวนเวชระเบียนและแบบสอบสวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Novel corona 3)
- 1.2 สัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการทางคลินิก ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ และประวัติการเดินทาง
- 1.3 สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อสอบถามความถูกต้องและค้นหาประเด็นเพิ่มเติม
- 1.4 ค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม (Active case finding) จากกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิด (Closed contact case) กับผู้ป่วยยืนยันทั้งในครอบครัวและในชุมชน

นิยามผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค (PUI) หมายถึง ผู้สงสัยติดเชื้อที่มีอาการต่อไปนี้ อุณหภูมิร่างกายตั้งแต่ 37.5 องศาเซลเซียสขึ้นไปหรือประวัติมีไข้ ร่วมกับอาการระบบทางเดินหายใจอย่างใดอย่างหนึ่งดังนี้

ไอน้ำมูกเจ็บคอหายใจเหนื่อย/ลำบากจนไม่ได้กลืนลิ้นไม่รับรสถ่ายเหลว ตาแดง ผื่นขึ้น หายใจเร็ว หายใจเหนื่อยหรือหายใจลำบากหรือผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ

ผู้ป่วยเข้าข่าย (Probable) ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรคที่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Antigen test ต่อเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 ให้ผลบวก/ตรวจแอนติบอดีชนิด IgM ต่อเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 ให้ผลบวก

ผู้ป่วยยืนยัน (Confirmed) ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรคที่มีผลตรวจสารพันธุกรรม SARS-CoV-2 โดยมี PCR ยืนยันจากห้องปฏิบัติการที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์รับรอง 1 แห่งหรือ Sequencing หรือเพาะเชื้อ

ผู้ติดเชื้อไม่มีอาการ (Asymptomatic infection) ผู้ที่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 ยืนยันจากห้องปฏิบัติการที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์รับรอง 1 แห่ง หรือ Sequencing หรือเพาะเชื้อ แต่ไม่มีอาการและอาการแสดง

นิยามผู้สัมผัส

ผู้สัมผัสหมายถึง ผู้ที่มีกิจกรรมร่วมกับผู้ป่วยยืนยันหรือผู้ป่วยเข้าข่าย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) ผู้สัมผัสที่อาจเป็นแหล่งโรค ได้แก่ ผู้ที่สัมผัสผู้ป่วยในช่วง 14 วันก่อนเริ่มป่วย 2) ผู้สัมผัสที่อาจรับเชื้อจากผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ที่สัมผัสผู้ป่วยนับแต่วันเริ่มป่วย (หรือก่อนมีอาการประมาณ 1-2 วัน)

ผู้สัมผัสใกล้ชิดประกอบด้วย 1) ผู้ที่อยู่ใกล้หรือมีการพูดคุยกับผู้ป่วยในระยะ 1 เมตร เป็นเวลานานกว่า 5 นาที หรือถูกไอจามรดจากผู้ป่วย 2) ผู้ที่อยู่ในบริเวณที่ปิด ไม่มีการถ่ายเทอากาศมากนัก ร่วมกับผู้ป่วยเป็นระยะเวลาเกินกว่า 30 นาที เช่น ในรถปรับอากาศหรือห้องปรับอากาศ

ผู้สัมผัสใกล้ชิดแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ 1) ผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูงหมายถึง ผู้สัมผัสที่มีโอกาสสูงในการรับหรือแพร่เชื้อกับผู้ป่วยที่มีโอกาสสัมผัสสารคัดหลั่งจากทางเดินหายใจของผู้ป่วย โดยไม่ได้ใส่ personal protective equipment (PPE) ตามมาตรฐาน 2) ผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงต่ำหมายถึง ผู้สัมผัสที่มีโอกาสต่ำในการรับหรือแพร่เชื้อกับผู้ป่วย ได้แก่ ผู้สัมผัสใกล้ชิดที่ไม่เข้าเกณฑ์ผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูง

2. การศึกษาทางห้องปฏิบัติการเก็บตัวอย่างจากผู้สัมผัสผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วย Nasopharyngeal Swab ตรวจด้วยวิธี RT-PCR

3. การศึกษาทางด้านสิ่งแวดล้อมศึกษาคุณภาพแวดล้อม ศูนย์พัฒนาเด็ก และกิจกรรมประจำวันของเด็ก ในศูนย์พัฒนา

ผลการศึกษา

ระบาดวิทยาเชิงพรรณนา การกระจายของโรคตามบุคคล เวลา และสถานที่

จากการสอบสวนพบว่ามีผู้ติดเชื้อ SAR-CoV-2 จากการระบาดในศูนย์พัฒนาเด็กและกระจายไปในชุมชนรวมทั้งสิ้น 92 ราย มีผู้เสียชีวิต 1 ราย เป็นเพศชาย 35 คน (ร้อยละ 38.5) และเพศหญิง 57 คน (ร้อยละ 61.5) คิดเป็นอัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง 1: 1.6 อายุเฉลี่ย 25 ปี (ต่ำสุด 2 ปี สูงสุด 74 ปี) ส่วนใหญ่เป็นผู้ติดเชื้อไม่แสดงอาการหรือมีอาการเพียงเล็กน้อย 89 ราย (ร้อยละ 96.7) อาการปานกลาง 2 ราย (ร้อยละ 2.2) และอาการรุนแรง 1 ราย (ร้อยละ 1.1)

ตารางที่ 1 ร้อยละของผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลศรีสุข จำแนกตามห้องเรียน

ห้อง	ครูประจำห้อง	นักเรียน(คน)	
		ทั้งหมด	ป่วย(ร้อยละ)
เตรียมอนุบาลห้อง 1	ครูA,B (ผ.ป.ยืนยัน)	15	4 (26.67)
เตรียมอนุบาล ห้อง 2	ครูC,D (ผ.ป.ยืนยัน)	15	5 (33.33)
อนุบาล 1 ห้อง 1	ครูE (ผ.ป.ยืนยัน)	29	20 (68.96)
อนุบาล 1 ห้อง 2	ครู F,G (ผ.ป.ยืนยัน)	29	3 (10.34)
อนุบาล 1 ห้อง 3	ครู H (ผ.ป.ยืนยัน)	16	7 (43.75)
รวมนักเรียน		104	39 (37.50)

จากตารางที่ 1 พบว่า ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ติดเชื้อทั้ง 8 คน คิดเป็น ร้อยละ 100.00 และมีเด็กนักเรียนในศูนย์พัฒนาเด็ก ติดเชื้อทั้งหมด 39 คน คิดเป็นร้อยละ 37.50 จากนักเรียนทั้งหมด 104 คน และพบการติดเชื้อแพร่กระจายเข้าสู่ครอบครัวของเด็กนักเรียนใน 15 หมู่บ้าน ของตำบลศรีสุข จำนวน 44 ราย

Timeline การแพร่ระบาดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ผู้ป่วยรายแรกที่ได้รับแจ้ง (Index case) เป็นเพศหญิงอายุ 2 ปี พักอาศัยอยู่กับตา อายุ 50 ปี และยาย อายุ 44 ปี วันที่ 2 -3 มิถุนายน 2564 เดินทางไปรับ ป้า พร้อมตาและยาย เดินทางกลับมาที่บ้านวันที่ 3 มิถุนายน 2564 โดยป้าของ Index Case ที่เดินทางกลับมาด้วยไม่มีการแยกกักตัวภายใน (Home Quarantine) ในระหว่างที่อยู่บ้าน มีไข้และอาการคล้ายหวัดช่วงวันที่ 5 - 18 มิถุนายน 2564 วันที่ 19 มิถุนายน 2564 ป้าของ Index case เดินทางกลับไปทำงานที่กรุงเทพมหานคร และ ยาย ของ Index case เริ่มมีไข้ วันที่ 22 มิถุนายน 2564 จึงไปพบแพทย์ที่คลินิกเอกชนแห่งหนึ่งในอำเภอสีชมพู ได้รับการรักษาตามอาการ วันที่ 25 มิถุนายน 2564 อาการป่วยไม่ดีขึ้นจึงไปพบแพทย์ที่คลินิกเอกชนเดิมและพบว่าผู้ป่วยมีปอดอักเสบรุนแรง แพทย์สงสัยเป็นโควิด-19 จึงได้ส่งตัวมารักษาตัวที่โรงพยาบาลสีชมพูและเก็บตัวอย่างส่งตรวจ RT-PCR ที่ โรงพยาบาลชุมแพ วันที่ 26 มิถุนายน 2564 ผลตรวจพบสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แพทย์จึงได้ส่งไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลชุมแพ

ผลการติดตามผู้สัมผัสใกล้ชิดในครอบครัวและในชุมชน

วันที่ 27 มิถุนายน 2564 ติดตามผู้สัมผัสใกล้ชิดในครอบครัวจำนวน 5 คน คือ ตา ป้า แม่และน้องชายของ index case ผลการตรวจพบสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่วนป้าของ Index case ได้ไปตรวจที่สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง (สปคม.) ผลเป็นบวก

วันที่ 30 มิถุนายน 2564 ได้ไปติดตามกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิดของ Index case ที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ประกอบด้วยนักเรียน 104 คนและครู 8 คน พบนักเรียนให้ผลบวก 34 รายและครู 8 ราย รวม 42 ราย วันที่ 1 กรกฎาคม 2564 จึงได้ส่งตัวเด็กนักเรียนและครูเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่นและโรงพยาบาลศรีนครินทร์

วันที่ 1 กรกฎาคม 2564 ได้ติดตามกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิดและตรวจเชิงรุกในกลุ่มผู้สัมผัสของนักเรียนและครูที่ให้ผลบวกดังกล่าว 285 ราย ผลพบเป็นบวกอีก 27 รายจึงส่งไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลสีชมพู

วันที่ 3 กรกฎาคม 2564 ได้ติดตามผู้สัมผัสใกล้ชิดของ 27 รายที่พบผลบวกล่าสุดดังกล่าวอีก 316 ราย ผลพบเป็นบวกอีก 10 ราย ในขณะเดียวกันได้ค้นหาเชิงรุกในชุมชนและในศูนย์พัฒนาเด็กเพิ่มอีก 358 ตัวอย่าง ผลพบเป็นบวกเพิ่มอีก 9 ราย

ดังนั้นรวมพบผู้ติดเชื้อของกลุ่มก่อนการระบาดนี้ทั้งสิ้น 92 ราย (Index และครอบครัว 4 ราย ศพต. 42 ราย ผส. ของ ศพต. 27 ราย ผส. ของ ผส. ของ ศพต. 10 ราย เชิงรุกในชุมชน & ศพต. 9 ราย) ในจำนวนนี้พบผู้เสียชีวิต 1 ราย คือ มารดาของครูที่ ศพต. ศรีสุข อายุ 67 ปี ซึ่งมีประวัติฟอกไตอยู่เป็นประจำ

ผลการศึกษาทางห้องปฏิบัติการ

จากการเก็บส่งตรวจโดย Nasopharyngeal swab เพื่อตรวจหาสารพันธุกรรมด้วยวิธี RT-PCR ทั้งสิ้น 1,088 ตัวอย่าง ผลการตรวจพบผู้ติดเชื้อทั้งสิ้น 92 ราย แบ่งเป็น 1. กลุ่มครอบครัว Index case 4 ราย 2. กลุ่มผู้สัมผัสในศพต. ศรีสุข 48 ราย (รอบแรก 42 ราย, รอบหลัง 6 ราย) และ 3. ผู้สัมผัสอื่นๆ 40 ราย

ผลการศึกษาด้านสิ่งแวดล้อม

จากการสำรวจสภาพแวดล้อมภายในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลศรีสุข พบเป็นอาคารชั้นเดียวจำนวน 2 อาคาร แบ่งเป็น 5 ห้องเรียน โดยมีห้องสุขา 1 ห้องใหญ่ มีห้องแปรงฟันในห้องเรียนทุกห้อง โดยมีที่แขวนแก้วและแปรงสีฟันประจำตัวของเด็กแต่ละคน โรงอาหาร 1 โรง ลักษณะเปิดโล่งและใช้ร่วมกัน แต่จะแบ่งรอบการรับประทานอาหาร ดังนี้ รอบ 11.00 น.เป็นชั้นเตรียมอนุบาล 2 ห้อง และรอบ 11.10 น.เป็นชั้นอนุบาล 3 ห้อง ส่วนน้ำดื่มจะใช้แก้วสแตนเลสดื่ม โดยแยกวางคนละชั้นระหว่างแก้วสะอาดกับแก้วที่ใช้แล้ว ภายในห้องเรียนทุกห้องติดตั้งเครื่องปรับอากาศ

กิจกรรมศูนย์เด็กเล็ก

- 07.00 – 08.00 น. เด็กเดินทางโดยผู้ปกครองมาส่ง
- 08.00 – 08.30 น. เข้าแถวเคารพธงชาติ
- 08.30 – 10.00 น. กิจกรรมกลุ่มของแต่ละห้อง
- 10.00 – 10.10 น. ดื่มนม
- 10.10 – 11.00 น. กิจกรรมการเรียนการสอน
- 11.00 – 12.00 น. รับประทานอาหารกลางวัน
- 12.00 – 13.00 น. กิจกรรมนิทาน
- 13.00 – 14.00 น. นอนกลางวัน
- 14.00 – 15.00 น. ล้างหน้า ทาแป้ง ทำกิจกรรม ก่อนกลับบ้าน
- 15.00 น. เด็กกลับบ้าน
- 16.00 น. ปิดศูนย์เด็ก คุณครูรับประทานอาหารร่วมกันก่อนกลับบ้าน

มาตรการควบคุมโรค

1. ดำเนินการคัดกรองผู้ป่วย โดยเริ่มจากการค้นหาและจำแนกกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยยืนยันออกเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงและกลุ่มเสี่ยงต่ำ โดยกลุ่มเสี่ยงสูงให้เก็บตัวอย่างด้วยวิธี Nasopharyngeal swab เพื่อส่งตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดย RT-PCR หากผลตรวจเป็นบวกให้ส่งเข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาลเป็นเวลา 14 วัน หากผลตรวจเป็นลบให้กักตัวเพื่อสังเกตอาการที่บ้านจนครบ 14 วัน หากมีอาการเจ็บป่วยเข้าได้กับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้แจ้งเจ้าหน้าที่เพื่อดำเนินการตรวจหาเชื้อซ้ำอีกครั้ง ส่วนในกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงต่ำนั้นให้กักตัวเพื่อสังเกตอาการที่บ้านและดำเนินการแบบเดียวกับกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูงที่มีผลตรวจเป็นลบ
2. ปิดศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลศรีสุขเป็นเวลา 14 วัน เพื่อดำเนินการกักตัวและเฝ้าระวังโรคในกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยยืนยันซึ่งส่วนใหญ่เป็นครูและนักเรียน โดยใช้รูปแบบการกักตัวที่บ้าน (Home quarantine) พร้อมกับทำความสะอาดสถานที่โดยเฉพาะตามผิวสัมผัสต่างๆ และจุดที่มีการใช้งานร่วมกัน
3. หน่วยงานสาธารณสุข ร่วมกับฝ่ายปกครองและส่วนท้องถิ่น จัดระบบการควบคุมดูแลการกักตัวที่บ้าน รวมไปถึงระบบการเก็บตัวอย่างทางห้องปฏิบัติการของกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิด (ทั้งเสี่ยงสูงและเสี่ยงต่ำ) ให้เป็นไปอย่างเข้มงวดและมีประสิทธิภาพ

4. ผู้ระงับโรคในชุมชนต่อเนื่องเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 28 วัน หากไม่พบผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มเติมจึงถือว่า การระบาดครั้งนี้ได้ยุติ
5. สื่อสารและสร้างความเข้าใจให้กับคนในชุมชน เพื่อให้เข้าใจถึงสถานการณ์โรคในขณะนั้นเพื่อลดความ ตระหนก รวมถึงเข้าใจเกี่ยวกับโรคและวิธีป้องกันควบคุมโรค
6. เสนอฝ่ายปกครองในระดับอำเภอเพื่อพิจารณาจำกัดการเดินทางและการเข้าออกบางหมู่บ้านในพื้นที่ ตำบลศรีสุขเป็นเวลา 14 วัน เพื่อจำกัดและลดโอกาสการแพร่กระจายเชื้อไปยังพื้นที่อื่นๆ

อภิปรายผล

ผู้ป่วยรายแรก (First case)ของการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ครั้งนี้ น่าจะเป็นป้า ของ Index case ที่ทำงานอยู่พัทยา จังหวัดชลบุรี ซึ่งในขณะนั้นถูกประกาศเป็นพื้นที่ควบคุมสูงสุดและ เข้มงวด โดยจังหวัดขอนแก่นได้มีประกาศให้บุคคลที่เดินทางมาจากพื้นที่ดังกล่าวให้กักกันตัวเองอยู่ที่บ้าน (Home Quarantine) แต่ป้าของ Index case ไม่ได้กักกันตนเอง แต่ใช้ชีวิตปกติกับครอบครัวโดยกลับมา พักอยู่ที่บ้านในตำบลศรีสุข อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น ตั้งแต่วันที่ 3 - 19 มิถุนายน 2564 โดยป้าของ Index case มีประวัติไข้ ไอ และคล้ายไข้หวัดตั้งแต่วันที่ 5 มิถุนายน 2564 แต่ทว่ายังคงคลุกคลีกับบุคคลอื่นๆ ในครอบครัว

การระบาดครั้งนี้จะเริ่มจากป้าของ Index case ถ่ายทอดโรคให้กับคนในครอบครัวก่อน คือ ตา ยาย และ Index case หลังจากนั้น Index caseซึ่งติดเชื้อและยังไปเรียนที่ศูนย์พัฒนาเด็กเลตามปกติ จึง แพร่กระจายเชื้อไปสู่ครูและเพื่อนนักเรียนภายในศูนย์ฯ โดยศูนย์ฯได้เปิดการเรียนการสอนตั้งแต่วันที่ 14 มิถุนายน 2564 จนกระทั่งวันที่ 28 มิถุนายน 2564 ทีมสอบสวนโรคจึงได้ไปสอบสวนโรคที่ศูนย์ฯหลังได้รับ แจ้งกรณีของ Index caseด้วยระยะเวลาที่นานประมาณ 2 สัปดาห์ ดังกล่าวจึงส่งผลให้เกิดการแพร่กระจาย ไปในวงกว้าง พบครูและเพื่อนนักเรียนติดเชื้อถึง 48 ราย คิดเป็นอัตราป่วยในกลุ่มครู ร้อยละ 100.00 และ กลุ่มนักเรียนร้อยละ 37.5 หลังจากนั้นครูและนักเรียนของศูนย์ฯจึงแพร่กระจายเชื้อต่อไปยังคนใน ครอบครัวและชุมชนแวดล้อมมากถึง 40 ราย

สำหรับปัจจัยเสี่ยงของการระบาดภายในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลศรีสุข ได้แก่ 1) การคลุกคลีกัน ของเด็กนักเรียนในการทำกิจกรรมต่างๆระหว่างวัน 2) การรับประทานอาหารกลางวันร่วมกันของเด็ก นักเรียน 3) การสัมผัสใกล้ชิดระหว่างครูและนักเรียน เช่น ครูล้างหน้าทาแป้งให้เด็กก่อนกลับบ้าน เป็นต้น และ 4) การรับประทานอาหารร่วมกันของคณะครู

ข้อจำกัดในการศึกษา

1. การให้ประวัติที่ไม่ตรงกันของผู้ป่วยแต่ละรายบางรายพบการปกปิดประวัติการเดินทางของบุคคลใน ครอบครัว
2. ข้อมูลผู้ป่วยแต่ละรายกระจัดกระจายอยู่หลายโรงพยาบาล ต้องใช้ระยะเวลาในประสานงานและ รวบรวมข้อมูลเพื่อให้มีความสมบูรณ์มากที่สุด
3. การตรวจหาเชื้อไวรัสโคโรนา 2019ในห้องปฏิบัติการแต่ละแห่งใช้เทคนิคการตรวจแตกต่างกันจึงไม่ สามารถนำค่า Cycle threshold (Ct) แต่ละแห่งมาเปรียบเทียบกันได้โดยตรง

สรุปผลการสอบสวน

พบกลุ่มก่อนการระบาดขนาดใหญ่ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลศรีสุขและในหลายชุมชนของ ต.ศรีสุข อ.สีชมพู จ.ขอนแก่น โดยพบผู้ป่วยยืนยันทั้งสิ้น 92 ราย ในจำนวนนี้พบเสียชีวิต 1 ราย เป็นการระบาดที่เริ่มจากครอบครัวของ Index case จากนั้นจึงแพร่กระจายไปยังกลุ่มครูและนักเรียนภายในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลศรีสุข จนกระทั่งแพร่กระจายไปในหลายชุมชนของ ต.ศรีสุข

สำหรับปัจจัยสำคัญของการระบาดครั้งนี้ คือ การไม่กักตัวของญาติที่เดินทางกลับมาจากพื้นที่เสี่ยง ตามประกาศของจังหวัด ส่วนปัจจัยเสี่ยงของการระบาดภายในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กฯ ได้แก่ การคลุกคลีกันของเด็กนักเรียนในการทำกิจกรรมต่างๆระหว่างวัน การรับประทานอาหารกลางวันร่วมกันของเด็กนักเรียน การสัมผัสใกล้ชิดระหว่างครูและนักเรียน และการรับประทานอาหารร่วมกันของคณะครู หลังจากพบผู้ป่วยรายสุดท้ายวันที่ 10 กรกฎาคม 2564 ได้ดำเนินการเฝ้าระวังโรคต่ออีก 28 วันไม่พบผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มเติม จึงถือว่าการระบาดครั้งนี้ได้ยุติลง

เอกสารอ้างอิง

- 1.แนวทางการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus Disease 2019: COVID-19) ฉบับ 1 มิถุนายน 2564. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 25 กรกฎาคม 2564]. แหล่งข้อมูล: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_srvt/g_srvt_010664.pdf

การสอบสวนการระบาดของโรคไข้เลือดออกค่ายทหารแห่งหนึ่งตำบลวัดใหม่
อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี ตั้งแต่วันที่ 11 กุมภาพันธ์ ถึงวันที่ 31 พฤษภาคม 2566

พินิตาบุญล้อมชวล รัตนาคะกลีนา เกษโกวิท
โรงพยาบาลพระปกเกล้า

หลักการ และเหตุผล

วันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2566 ถึงวันที่ 31 พฤษภาคม 2566งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลพระปกเกล้าได้รับรายงานจากกลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลพระปกเกล้าว่าพบผู้ป่วย ไข้เลือดออกที่ค่ายทหารแห่งหนึ่ง ตำบลวัดใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี จำนวนผู้ป่วยสะสมรวม 27 ราย ผู้ป่วยทุกรายเข้าเกณฑ์นิยามในการเฝ้าระวังโรคและเข้าเกณฑ์การสอบสวนการระบาดของโรค ไข้เลือดออก เนื่องจากพบผู้ป่วยเป็นกลุ่มก้อน ตั้งแต่ 2 รายขึ้นไป และจำนวนผู้ป่วยสูงขึ้นมากกว่าปกติเมื่อเทียบกับข้อมูลผู้ป่วย 5 ปีย้อนหลัง เจ้าหน้าที่งานระบาดวิทยาจึงได้ดำเนินการสอบสวนโรคและควบคุมการระบาดของโรคในพื้นที่ที่เกิดการระบาด โดยเริ่มสอบสวนตั้งแต่วันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2566 ถึงวันที่ 31 พฤษภาคม 2566 และเฝ้าระวังถึงวันที่ 28 มิถุนายน 2566

วัตถุประสงค์

1. เพื่อยืนยันการวินิจฉัยและการระบาดของโรคไข้เลือดออก
2. เพื่อค้นหาแหล่งรังโรค ปัจจัยเสี่ยงของการระบาดของโรค
3. เพื่อเสนอแนะแนวทางและมาตรการในการป้องกัน ควบคุมโรค

การดำเนินการศึกษา

1. การศึกษาการระบาดวิทยาเชิงพรรณนา

- 1.1 สถานการณ์โรคไข้เลือดออกของจังหวัดจันทบุรี
- 1.2 การศึกษาและทบทวนข้อมูลประวัติของผู้ป่วยจากเวชระเบียนผู้ป่วยเกี่ยวกับการป่วย การรักษา และจากแบบสอบสวนโรคไข้เลือดออกเฉพาะราย
- 1.3 ค้นหากิจกรรมพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคและแหล่งที่สงสัยว่าเป็นแหล่งรังโรค โดยใช้แบบสอบถามให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามความรู้ ทักษะคติ และพฤติกรรมในการควบคุมและป้องกันโรค ไข้เลือดออก

2. การศึกษาด้านสิ่งแวดล้อม แหล่งการเกิดโรค โดยการสำรวจสภาพแวดล้อมทั่วไปของค่ายทหาร

การกำหนดนิยามผู้ป่วย

ผู้ป่วยสงสัยหมายถึง ผู้ที่อยู่ในค่ายทหารแห่งหนึ่งที่มีอาการไข้อย่างเฉียบพลัน ร่วมกับมีอาการอย่างน้อย 2 อาการ ได้แก่ ปวดศีรษะรุนแรง ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดข้อหรือกระดูก ปวดกระบอกตาหรือมีผื่น ตั้งแต่วันที่ 11 กุมภาพันธ์ – 31 พฤษภาคม 2566

ผู้ป่วยเข้าข่ายหมายถึงผู้ป่วยสงสัยร่วมกับลักษณะอย่างน้อย 1 ข้อ ดังนี้

- ผลการทดสอบทูร์นิเกต์ Tourniquet test ให้ผลบวก
- มีผลการตรวจเลือดทั่วไปของไข้แดงก็คือผลการตรวจ Complete Blood Count (CBC) พบจำนวนเม็ดเลือดขาว < 5,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตรและพบสัดส่วน Lymphocyte สูง
- มีผลการเชื่อมโยงทางระบาดวิทยากับผู้ป่วยรายอื่นๆ ที่มีผลตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการจำเพาะผู้ป่วยยืนยันหมายถึงผู้ป่วยสงสัยร่วมกับมีผลบวกทางห้องปฏิบัติการจำเพาะข้อใดข้อหนึ่งได้แก่ NS-1 antigen ให้ผลเป็นบวก หรือการตรวจหาระดับภูมิคุ้มกันด้วย Commercial test kits ให้ผลบวกต่อ Dengue IgM หรือทั้ง Dengue IgM และ IgG

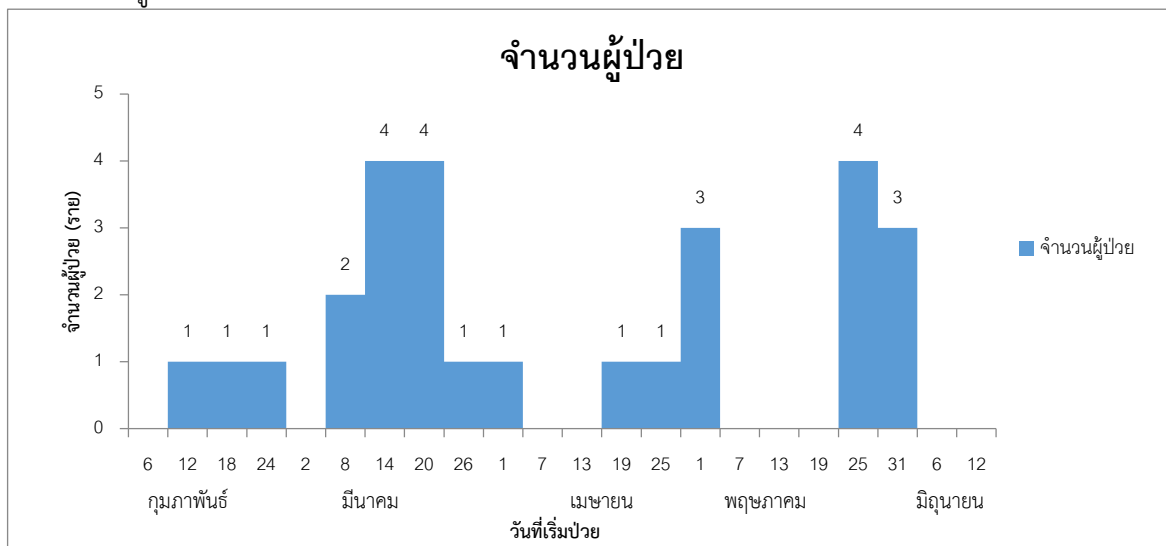
ผลการศึกษา

1. ผลการศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา

รายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออกจังหวัดจันทบุรี ระหว่างวันที่ 1 มกราคม – 30 พฤษภาคม 2566 ได้รับรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก จำนวน 404 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 76.77 ต่อประชากรแสนคน มีรายงานผู้เสียชีวิต 2 ราย อัตราตายต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 0.38 พบผู้ป่วยเพศชายมากกว่าเพศหญิง อำเภอเมืองจันทบุรี พบผู้ป่วยจำนวน 127 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 100.64 ต่อประชากรแสนคน ไม่มีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิต พบผู้ป่วยเพศชายมากกว่าเพศหญิง ตำบลที่มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงสุดคือตำบลวัดใหม่ อัตราป่วยเท่ากับ 305.77 ในพื้นที่ตำบลวัดใหม่พบผู้ป่วยจำนวน 42 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 305.77 ต่อประชากรแสนคน ไม่มีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิต

ลักษณะการระบาดตามเวลา

จากเส้นโค้งการระบาดพบผู้ป่วยรายแรกในพื้นที่วันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2566 และพบผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้ป่วยทั้งหมดไม่มีประวัติการเดินทางไปยังพื้นที่ที่มีการระบาด ดังภาพ

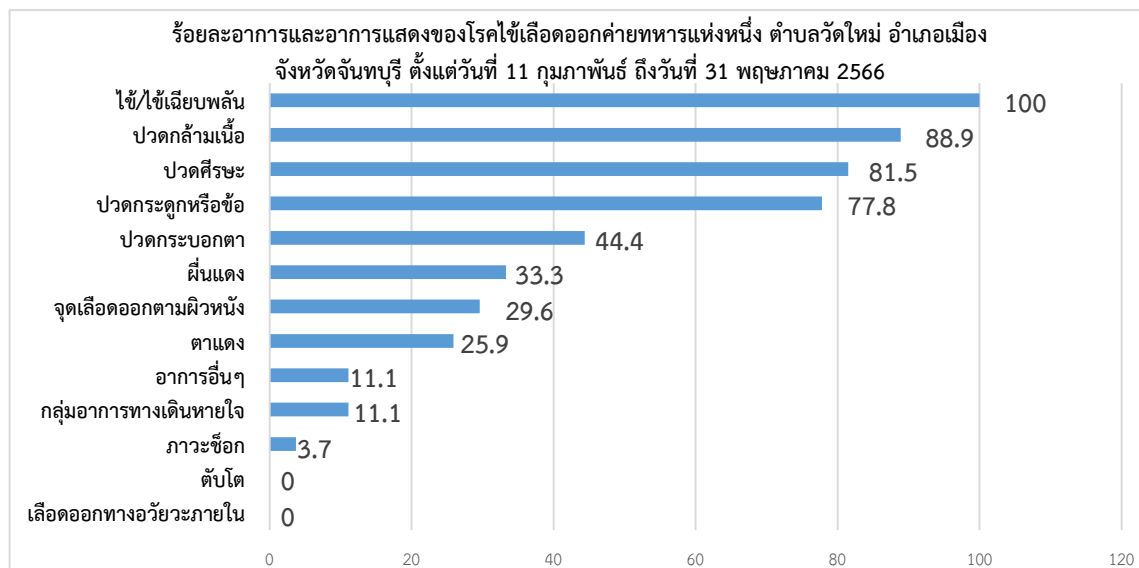


ภาพที่ 1 แสดงการระบาดตามเวลาของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกค่ายทหารแห่งหนึ่งระหว่างวันที่ 1 มกราคม – 31 พฤษภาคม 2566

1.2 ศึกษาค้นหาและทบทวนข้อมูลประวัติของผู้ป่วยจากเวชระเบียนและแบบสอบถามโรคไข้เลือดออก เฉพาะราย

การระบาดครั้งนี้พบผู้ป่วยที่มีอาการตามนิยามผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกทั้งหมด 27 รายเป็นเพศชาย ทั้งหมดอายุเฉลี่ย 23 ปี (อายุน้อยที่สุด 21 ปี อายุมากที่สุด 29 ปี) ได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกจำนวน 11 ราย ผู้ป่วยในจำนวน 16 ราย ไม่พบผู้เสียชีวิต ผู้ป่วยทั้ง 27 รายเป็นผู้ป่วยยืนยันที่มีผลบวกทางห้องปฏิบัติการจำเพาะการวินิจฉัยผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกทั้ง 27 ราย พบว่าผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคไข้เด็งกี (Dengue fever: DF) จำนวน 19 ราย (ร้อยละ 70.4) ไข้เลือดออก (Dengue hemorrhagic fever: DHF) จำนวน 7 ราย (ร้อยละ 25.9) และวินิจฉัยเป็นไข้เลือดออกช็อก (Dengue shock syn drome: DSS) จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 3.7)

ภาพที่ 2 แสดงร้อยละอาการและอาการแสดงของโรคไข้เลือดออกค่ายทหารแห่งหนึ่ง



จากการศึกษาจากเวชระเบียนและแบบสอบถามโรคไข้เลือดออกเฉพาะรายพบว่า ผู้ป่วยทั้งหมดมีอาการไข้ ร้อยละ 100.0 และผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการปวดกล้ามเนื้อร้อยละ 88.9 ปวดศีรษะร้อยละ 81.5 ปวดกระดูกหรือข้อร้อยละ 77.8

1.3 ค้นหากิจกรรมพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคและแหล่งที่สงสัยว่าเป็นแหล่งรังโรค

จากการศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของผู้ป่วย ในค่ายทหารแห่งหนึ่ง พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับมาร้อยละ 51.9 ระดับปานกลางร้อยละ 48.1 ทักษะเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกในระดับดี ร้อยละ 59.3 ระดับปานกลางร้อยละ 40.7 และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในระดับสูงร้อยละ 37.0 ระดับปานกลางร้อยละ 55.6 และในระดับต่ำร้อยละ 7.4 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการควบคุมและป้องกันโรค ไข้เลือดออกของผู้ป่วยในค่ายทหารแห่งหนึ่ง (n=27)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก		
ความรู้ระดับปานกลาง	13	48.1
ความรู้ในระดับมาก	14	51.9
ทักษะเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก		
ทักษะระดับปานกลาง	11	40.7
ทักษะระดับดี	16	59.3
พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก		
พฤติกรรมการป้องกันโรคระดับต่ำ	2	7.4
พฤติกรรมการป้องกันโรคระดับปานกลาง	15	55.6
พฤติกรรมการป้องกันโรคระดับสูง	10	37.0

2. การศึกษาด้านสิ่งแวดล้อม แหล่งการเกิดโรค โดยการสำรวจสภาพแวดล้อมทั่วไปของค่ายทหาร

จากการสำรวจลักษณะที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยเป็นค่ายทหาร แยกเป็นกองร้อย รวมถึงบ้านพัก ราชการและเรือนรับรอง ซึ่งมีประชากรอาศัยอยู่ค่อนข้างมาก สภาพแวดล้อมโดยรอบค่อนข้างรก มีต้นไม้ และป่าทึบ ยุงชุมชุม เศษภาชนะ ขยะ มีถังน้ำใช้ที่ไม่มีฝาปิด ยางรถยนต์ที่ไม่ได้ใช้งานแล้ว จานรองกระถาง ต้นไม้เสี่ยงต่อการเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลายและจากการสำรวจลูกน้ำยุงลาย พบค่าร้อยละของภาชนะ ชังน้ำที่พบลูกน้ำยุงลายมีค่าสูงเกินมาตรฐาน

มาตรการควบคุมและป้องกันโรคมาตรการที่ดำเนินการไปแล้ว ได้แก่

1. สอบสวนโรคเฉพาะรายผู้ป่วยทั้ง 27 รายและศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมในเวชระเบียน
2. การสำรวจคัดชันลูกน้ำยุงลายพร้อมกับทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ในค่ายทหารทันทีที่พบผู้ป่วย และหากสัปดาห์ใดไม่มีการรายงานผู้ป่วยสำรวจคัดชันลูกน้ำยุงลายสัปดาห์ละ 1 ครั้ง
3. การพ่นหมอกควันในรัศมี 100 เมตรทันทีที่พบผู้ป่วย และพ่นตามแผนทุกสัปดาห์ละ 1 ครั้ง
4. ขอความร่วมมือกองร้อยพยาบาลรายงานผู้ป่วยสงสัยทันทีที่พบ และจัดทำแนวทางการส่งผู้ป่วย มาโรงพยาบาลเพื่อรับการวินิจฉัยได้รวดเร็ว
5. ขอความอนุเคราะห์ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงที่ 6.5 จันทบุรีนำเครื่องพ่นละอองฝอย กำจัดยุงลายเพื่อใช้ในการควบคุมโรคที่ค่ายทหาร

อภิปรายผล

การสอบสวนในครั้งนี้ทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก เป็นอย่างมาก ข้อมูลคัดชันลูกน้ำยุงลายพบว่าพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูง การสำรวจพบแหล่งรังโรคที่เหมาะสมกับการเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายเป็นจำนวนมาก และจากการศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการควบคุม และป้องกันโรคฯสามารถเชื่อมโยงหลักกระบวนวิชาในเรื่องของ บุคคล เวลา สถานที่ ได้อย่างชัดเจนขึ้น

การดำเนินการควบคุมการระบาดของโรคในพื้นที่แห่งนี้ให้ได้ผลดีนั้นจำเป็นต้องมีเครือข่ายที่คอยสนับสนุนให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน พร้อมทั้งช่วยกันหาวิธีการที่เหมาะสมในการควบคุมโรคในพื้นที่เฉพาะเช่นนี้ เนื่องจากงานควบคุมป้องกันโรคจะดำเนินการให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีนั้นหากประชากรกลุ่มเสี่ยงยังไม่เห็นความสำคัญของการปรับทัศนคติและพฤติกรรมการป้องกันโรค สอดคล้องกับผลการศึกษาของธนัญญา เสงศ์ (2562) ว่าบุคลากรที่เกี่ยวข้องกันทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ควรส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยการให้ความรู้ การจัดหาทรัพยากรในการควบคุมโรคให้เหมาะสมเพื่อลดความชุกของการเกิดโรคได้

ปัญหาและข้อจำกัดในการสอบสวนโรค

1. เนื่องจากพื้นที่ที่พบการระบาดของโรค เป็นพื้นที่ปิด และการเกิดโรคเป็นการเกิดโรคในทหาร การขอข้อมูลผู้ป่วย หรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องเฉพาะเจาะจงของพื้นที่มีความยาก
2. ประชากรที่อยู่ในพื้นที่ขาดความตระหนักในเรื่องการควบคุมและป้องกันโรคอย่างจริงจัง จึงเป็นอุปสรรคในการทำงานของเจ้าหน้าที่ในการป้องกันและควบคุมโรค

สรุปผล

การระบาดของโรคไข้เลือดออกในค่ายทหารแห่งนี้ตั้งแต่วันที่ 11 กุมภาพันธ์ ถึงวันที่ 31 พฤษภาคม 2566 พบผู้ป่วยทั้งสิ้น 27 รายโดยยืนยันการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบการติดเชื้อ Dengue ทุกราย ผู้ป่วยทุกรายเป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 23 ปี ไม่มีการเสียชีวิตจากการระบาดครั้งนี้ ทีมสอบสวนโรคร่วมกับกองร้อยพยาบาลได้กำหนดมาตรการที่จำเพาะแก่ประชากรในพื้นที่ โดยเน้นการป้องกันตนเอง ปรับมาตรการบังคับการนอนกางมุ้ง และการสำรวจลูกน้ำยุงลายทุกสัปดาห์ การพันสารเคมีกำจัดยุงตัวแก่ทุกสัปดาห์ต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 28 วัน

ข้อเสนอแนะ

การจัดการสภาพแวดล้อมเป็นสิ่งสำคัญในการควบคุมการระบาดของโรคในครั้งนี้ จึงเสนอแนะให้มีการรณรงค์การจัดการสิ่งแวดล้อมในทุกกองร้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมถึงการสร้างความรู้ถึงความรู้และความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก และความสำคัญของการดำเนินงานควบคุมโรค

เอกสารอ้างอิง

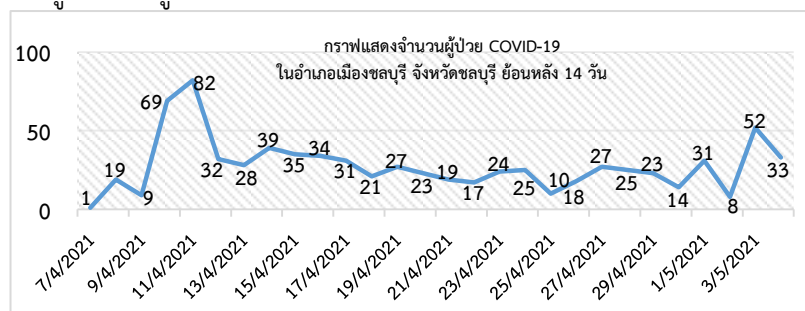
1. สำนักโรคติดต่อวิทยา กรมควบคุมโรค. นิยามโรคติดต่อประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2544.
2. ธนัญญา เสงศ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลท่าช้าง อำเภอบางกล่ำ จังหวัดสงขลา[วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยทักษิณ; 2563.
3. กองโรคติดต่อภายในโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อภายในโดยยุงลายสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พ.ศ.2564. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี:สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2564.

สรุปผลรายงานการสอบสวนและควบคุมป้องกันโรค COVID-19 ในสถานประกอบการแห่งหนึ่ง อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี

กัญญาภัค ประทุมชมพู
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

หลักการ และเหตุผล

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นเชื้อไวรัสในสัตว์มีหลายสายพันธุ์เกิดการกลายพันธุ์เป็นสายพันธุ์ใหม่ ที่ก่อโรคในมนุษย์เกิดการระบาดของโรคในคน เป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ เริ่มพบผู้ป่วยครั้งแรกเมื่อเดือน ธันวาคม พ.ศ.2562 ที่เมืองอู่ฮั่น เมืองหลวงของมณฑลหูเป่ย์ ภาคกลางของประเทศจีน ซึ่งเป็นเมืองใหญ่มีผู้คนหนาแน่น จึงเกิดการระบาดใหญ่อย่างรวดเร็ว จนประเทศจีนต้องปิดเมือง และปิดประเทศ ประเทศไทยพบผู้ป่วยครั้งแรกเมื่อวันที่ 13 มกราคม 2563 เป็นคนจีนที่รับเชื้อจากการระบาดในประเทศจีนเดินทางเข้ามาประเทศไทย ส่วนผู้ป่วยที่ติดเชื้อในประเทศไทยรายแรก มีการรายงานเมื่อวันที่ 31 มกราคม 2563 สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แพร่ระบาดไปในหลายจังหวัด ซึ่งจังหวัดชลบุรี พบผู้ป่วยรายแรก เมื่อวันที่ 2 ธันวาคม 2563 จากการสอบสวนพบประวัติเสี่ยงเดินทางไปซื้อกุ้งที่ตลาดทะเลไทย จังหวัดสมุทรสาคร ต่อมาในเขตพื้นที่อำเภอเมืองชลบุรีนั้น เริ่มพบผู้ป่วยรายแรก เดือนมีนาคม 2564 จากการระบาดในค่ายมวยและสถานบันเทิงจากกรุงเทพมหานคร พบผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง



เมื่อสอบสวนโรคผู้ป่วยจึงพบว่าเริ่มมีการระบาดของโรคเริ่มเข้าสู่สถานประกอบการเนื่องด้วยอำเภอเมืองชลบุรี ลักษณะเป็นเขตเมืองกึ่งอุตสาหกรรม มีนิคมอุตสาหกรรมขนาดใหญ่ จำนวน 1 แห่ง มีสถานประกอบการตั้งอยู่มากกว่า 300 แห่ง ส่งผลให้มีแรงงานพักอาศัยอยู่เป็นจำนวนมากลักษณะชุมชนเป็นชุมชนเมืองมีห้างสรรพสินค้า หมู่บ้านจัดสรร อพาร์ทเมนต์ หอพัก ห้องเช่า อีกทั้งยังมี สถานบันเทิง ร้านสะดวกซื้อตามมามากมายต่อมาเมื่อวันที่ 9 เมษายน พ.ศ. 2564 ศูนย์ปฏิบัติการควบคุมป้องกันโรค COVID-19 อำเภอเมืองชลบุรี ได้รับรายงานได้รับรายงานจากสถานประกอบการผลิตอุปกรณ์ยานยนต์แห่งหนึ่งในอำเภอเมืองชลบุรี พบผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อเนื่อง 1 สัปดาห์ จึงได้ดำเนินการลงพื้นที่สอบสวนและควบคุมโรค ระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ.2564 โดยใช้วิธีการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่เฉพาะ (Bubble and Seal)

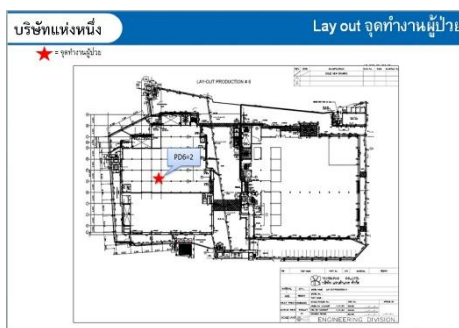
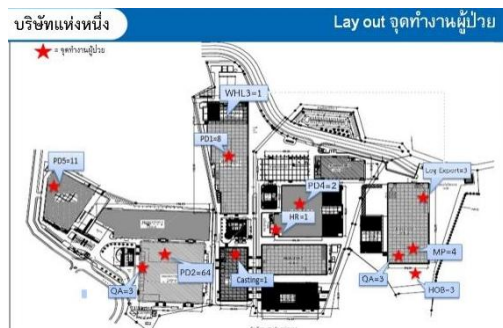
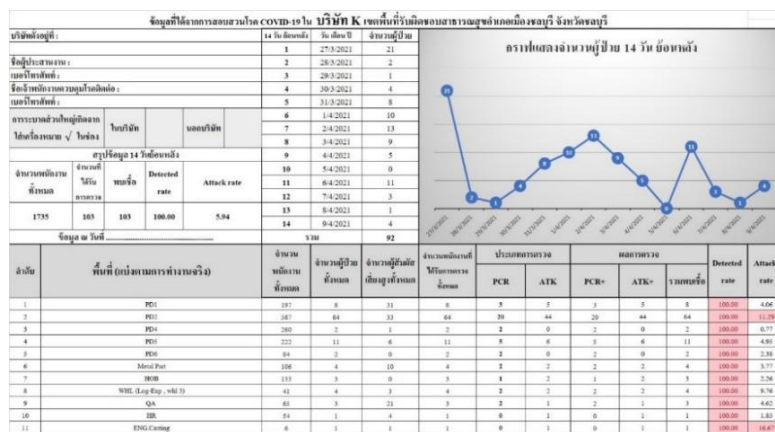
วัตถุประสงค์

๑. เพื่อเฝ้าระวังและสอบสวนโรค พร้อมจำแนกกลุ่มผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยงสูง และกลุ่มเสี่ยงต่ำ
๒. เพื่อควบคุมการระบาดของโรคไม่ให้กระจายไปสู่กว้าง
๓. เพื่อศึกษาลักษณะทางระบาดวิทยาของโรค

การดำเนินการศึกษา

กลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยและผู้สัมผัสเสี่ยงสูง โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสถานประกอบการแห่งหนึ่ง อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี จำนวน 190ราย ตามนियามกรมควบคุมโรค ฉบับวันที่ 13 เมษายน 2564 ที่ยินยอมเข้าสู่ระบบ Bubble and Sealและไม่อยู่ในกลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มเฝ้าระวัง (608)

ขั้นตอนการดำเนินงานศูนย์ปฏิบัติการควบคุมป้องกันโรค COVID-19อำเภอเมืองชลบุรี ได้รับรายงานจากสถานประกอบการผลิตอุปกรณ์ยานยนต์แห่งหนึ่ง พบผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019ต่อเนื่อง 1 สัปดาห์ คำนวณ Attack rate ได้ร้อยละ5.94และพบAttack ratesรายแผนกสูงเกินร้อยละ 10 อยู่ 2 แผนกได้แก่ แผนก ENG.Casting เท่ากับ 16.67 รองลงมา แผนก PD2 Attack rateเท่ากับ 11.29 และแผนก WHL เท่ากับ 9.67 ตามลำดับ



แผนภาพที่ 1แสดงจำนวนผู้ป่วยและผู้สัมผัสเสี่ยงสูง ในสถานประกอบการแห่งหนึ่ง(กัญญาภัค ประทุมขมภู, ๒๕๖๓)

แผนภาพที่ 2แสดงตำแหน่งการทำงานของผู้ป่วย COVID-19ในสถานประกอบการแห่งหนึ่ง

แผนภาพที่ 3แสดงตำแหน่งการทำงานของผู้ป่วย COVID-19ในสถานประกอบการแห่งหนึ่ง (ต่อ)
(กัญญาภัค ประทุมขมภู, 2563)

2. ศูนย์ปฏิบัติการควบคุมป้องกันโรค COVID-19อำเภอเมืองชลบุรี ดำเนินการค้นหาข้อมูลผู้ป่วยจากฐานข้อมูลสอบสวนโรคของอำเภอเมืองชลบุรี Data studio(DATA โควิด-19 อ.เมืองชลบุรี)และสอบสวนโรคเพิ่มเติมผลการสอบสวนพบว่า Index Caseเริ่มมีอาการป่วยในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ประวัติเสี่ยงเดินทางไปสถานบันเทิงแห่งหนึ่งที่มีการระบาดเป็นกลุ่มก้อนในขณะนั้น จึงพบว่าการระบาดเชื่อมโยงจากสถานบันเทิงเข้าสู่สถานประกอบการ

3. ลงพื้นที่วิเคราะห์สิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยเริ่มจากตำแหน่งการทำงานจริงของผู้ป่วยพบผู้สัมผัสเสี่ยงสูงเพิ่มเติม จำนวน 28 ราย ให้ดำเนินการกักตัว 14 วัน ให้ตรวจหาเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบบ Antigen Test Kit (ATK) ครั้ง 2 ครั้ง ครั้งแรกหลังจากสัมผัสผู้ป่วยหรือไปในสถานที่เสี่ยง 3-5 วัน หรือเมื่อมีอาการ ครั้งที่ 2 หลังจากกักตัวในวันที่ 7 ดำเนินการสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะรายด้วยวิธีการสัมภาษณ์ โดยใช้แบบสัมภาษณ์เฉพาะโรคของกระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค

4. สืบหาสิ่งแวดล้อมโดยรอบสถานประกอบการและรอบตัวผู้ป่วยเพื่อค้นหาสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่เอื้อต่อการเกิดโรค ประกอบด้วยสิ่งแวดล้อมบริเวณที่ผู้ป่วยทำงาน (แผนกการทำงาน) โรงอาหารและห้องน้ำ สถานที่ต่างๆ ของสถานประกอบการที่ไม่เอื้อต่อการเกิด กระจาย และเป็นแหล่งรังโรคจากคนสู่คน ในส่วนของแผนกการทำงานที่ผู้ป่วยจำนวนมากทำงานนั้น เป็นอาคารสองชั้น ชั้นล่างเป็นสถานที่ทำงาน โรงอาหารและห้องน้ำ ส่วนชั้นบนเป็นห้องประชุมและห้องพักพนักงาน เหมาะกับการใช้วิธีการควบคุมโรคเฉพาะที่ (Bubble and Seal) ได้เลือกวิธีการควบคุมโรคแบบ Bubble and Seal (BBS) โดยสถานประกอบการชี้แจงทำความเข้าใจกับพนักงาน จัดเตรียมสถานที่ และวัสดุอุปกรณ์ตาม ใช้เวลารวม 2 วัน และเริ่มเข้าสู่ระบบ BBS ระหว่างวันที่ 11 เมษายน - 8 พฤษภาคม พ.ศ.2564 โดยสถานประกอบการได้ดำเนินการตรวจหาเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พนักงานที่เหลือทั้งหมด 1,522 ราย เพื่อคัดแยกผู้ป่วย และผู้สัมผัสเสี่ยงสูง ด้วย Antigen test kit (ATK) พบเชื้อจำนวน 81 ราย Attack rate เท่ากับร้อยละ 5.32 พบผู้สัมผัสเสี่ยงสูง 124 ราย และได้ดำเนินการคัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการป่วยรุนแรง พบว่า มีผู้น้ำหนักเกิน 90 กิโลกรัม จำนวน 4 ราย และผู้มีโรคเรื้อรังจำนวน 1 ราย ประสานส่งต่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสนามขนส่งบุรีรัมย์ รวม 15 ราย คงเหลือผู้ป่วยอยู่ใน BBS จำนวน 66 ราย และผู้สัมผัสเสี่ยงสูง 124 ราย รวมผู้ป่วยใน BBS จำนวน 190 ราย

ผลการสอบสวนโรคข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยใน Bubble and Seal จากข้อมูลทั่วไปพบว่าผู้ป่วยใน Bubble and Seal มีช่วงอายุ 21 - 30 ปี จำนวนมากที่สุด ร้อยละ 60.60 รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 31 - 40 ปี ร้อยละ 19.69 โดยผู้ป่วยใน Bubble and Seal มีอายุเฉลี่ย 27.10 ปี และผู้ป่วยส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.82 ผู้ป่วยมีสัญชาติไทยมากที่สุด ร้อยละ 89.40 รองลงมาสัญชาติกัมพูชา ร้อยละ 9.09 และน้อยที่สุดสัญชาติจีน ร้อยละ 1.51

2. ข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยใน Bubble and Seal

ผู้ป่วยใน Bubble and Seal ส่วนใหญ่ไม่มีอาการ ร้อยละ 72.72 มีอาการ ร้อยละ 27.27 โดย

ผู้ป่วยใน Bubble and Seal มีอาการเจ็บคอมากที่สุด ร้อยละ 53.00 รองลงมามีอาการไข้ ร้อยละ 2.70 ปวดศีรษะ ร้อยละ 21.20 อาการไอ ร้อยละ 16.70 อาการปวดกล้ามเนื้อ ร้อยละ 21.20 มีน้ำมูก ร้อยละ 13.60 มีเสมหะ ร้อยละ 9.10 และมีอาการหายใจลำบาก (dyspnea) น้อยที่สุด ร้อยละ 30.00

ประวัติเสี่ยงของผู้ป่วยใน Bubble and Seal ส่วนใหญ่ช่วง 14 วันก่อนป่วยมีประวัติเดินทางไปสถานที่ที่มีคนหนาแน่น เช่น ผับ สนามมวย ร้อยละ 37.90 รองลงมาช่วง 14 วันก่อนป่วยมีประวัติสัมผัสกับผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 33.33 และช่วง 14 วันก่อนป่วยอาศัยอยู่หรือเดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาด ร้อยละ 16.66 ช่วง 14 วันก่อนป่วยได้ดูแลหรือสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่หรือปอดอักเสบ ร้อยละ 7.57 และน้อยที่สุดช่วง 14 วันก่อนป่วยได้เข้ารับการตรวจหรือเยี่ยมผู้ป่วยในโรงพยาบาลของพื้นที่ที่มีการระบาด ร้อยละ 4.54

ผู้ป่วยใน Bubble and Seal ส่วนใหญ่ทำงานอยู่แผนก PD2 ร้อยละ 36.36 รองลงมาทำงานอยู่แผนก ENG.Casting ร้อยละ 21.21 แผนก PD5 ร้อยละ 13.63 แผนก QA ร้อยละ 12.12 แผนก PD1 ร้อยละ 9.09 แผนก WHL ร้อยละ 6.06 และทำงานอยู่แผนก Metal Part น้อยที่สุด ร้อยละ 1.51

3. ข้อมูลทั่วไปของผู้สัมผัสเสียงสูงใน Bubble and Seal จากข้อมูลทั่วไปพบว่าผู้สัมผัสเสียงสูงใน Bubble and Seal มีช่วงอายุ 21 – 30 ปี จำนวนมากที่สุด ร้อยละ 52.41 รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 11 – 20 ปี ร้อยละ 23.38 และช่วงอายุ 31 – 40 ปี ร้อยละ 21.21 ช่วงอายุ 41 – 50 ปี ร้อยละ 8.06 และช่วงอายุ 51 – 60 ปี น้อยที่สุด ร้อยละ 2.41 โดยผู้สัมผัสเสียงสูงใน Bubble and Seal มีอายุเฉลี่ย 26.60 ปี ผู้สัมผัสเสียงสูงส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.87 เพศชาย ร้อยละ 41.12 ผู้สัมผัสเสียงสูงมีสัญชาติไทยมากที่สุด ร้อยละ 68.54 รองลงมาสัญชาติกัมพูชา ร้อยละ 31.45

4. ข้อมูลผลการตรวจ Antibody ของพนักงานทั้งหมดใน Bubble and Seal พนักงานทั้งหมดใน Bubble and Seal ส่วนใหญ่ พบ Test Results IgG ให้ผลบวก (ผู้ป่วยมีการติดเชื้อและเริ่มต้นการสร้างภูมิคุ้มกัน (Early/Active phase) หรือเคยได้รับการฉีดวัคซีน) ร้อยละ 77.89 รองลงมา Test Results IgG ผลลบ (ผู้ป่วยไม่มีการติดเชื้อมาก่อน ผู้ป่วยอาจอยู่ในระยะเริ่มต้นของการติดเชื้อ ระดับภูมิคุ้มกันยังไม่สร้างหรือมีปริมาณน้อยจนไม่สามารถตรวจวัดได้) ร้อยละ 20.52

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ

พนักงานบางรายไม่ต้องการเข้าระบบ Bubble and Seal สถานที่ที่สถานประกอบการใช้ทำ Bubble and Seal ไม่สะดวกสบายเท่าที่ควร การสื่อสารและประสานงานกับทางสถานประกอบการยังมีอุปสรรคเรื่องความเข้าใจให้หลักการ Bubble and Seal จึงทำให้บางขั้นตอนไม่ราบรื่นเท่าที่ควร

ข้อเสนอแนะ

ด้านนโยบาย ส่วนกลางควรมีการนำเสนอ นโยบายการควบคุมโรคเฉพาะที่ (Bubble and Seal) ให้ทางสถานประกอบการทุกแห่ง หรือองค์กรต่างๆ ได้เข้าใจ เข้าถึงข้อมูลของหลักการควบคุมโรคเฉพาะที่ (Bubble and Seal) เพื่อเป็นทางเลือกหนึ่งของการควบคุมโรค และเมื่อเผชิญเหตุทางสถานประกอบการจะสามารถทำให้ให้ความร่วมมือ รวมทั้งเตรียมความพร้อมได้รวดเร็ว ทันต่อการป้องกันและควบคุมโรคได้

ด้านปฏิบัติ สถานประกอบการควรสื่อสาร ประชาสัมพันธ์กับพนักงานในหลักการ Bubble and Seal เมื่อเผชิญเหตุทางพนักงานจะสามารถทำให้ให้ความร่วมมือ รวมทั้งเตรียมความพร้อมได้รวดเร็ว ทันต่อการป้องกันและควบคุมโรคได้

ด้านวิชาการ ควรมีการสำรวจ เก็บข้อมูลการดำเนินการควบคุมโรคเฉพาะที่ (Bubble and Seal) ในแต่ละแห่ง แยกตามบริบทเพื่อพัฒนาระบบการควบคุมโรคเฉพาะที่ (Bubble and Seal) ต่อไป

รายงานการสอบสวนโรคการระบาดของโรคอาหารเป็นพิษ ในงานศพ
หมู่ 18 ต.หินดาด อ.ด่านขุนทด จ.นครราชสีมา ระหว่างวันที่ 3-4 มิถุนายน 2565

สายชลไทยอุดมณัฏฐ์พงศ์ นิกรเพสย์
โรงพยาบาลหลวงพ่อดุณ ปรีสุทโธ

หลักการ และเหตุผล

วันที่ 4 มิถุนายน 2565 เวลา 08.15 น. มีผู้ป่วยอาหารเป็นพิษมารักษาที่รพ.ด่านขุนทดด้วยอาการถ่ายเหลว ปวดท้อง และอาเจียน จำนวน 5 ราย โดยผู้ป่วยทั้งหมดเป็นผู้รับประทานอาหารจากงานศพแห่งหนึ่ง หมู่ 18 ต.หินดาด อ.ด่านขุนทด จ.นครราชสีมา ทีม CDCU อ.ด่านขุนทดสอบสวนและควบคุมโรค ในวันที่ 7 มิถุนายน 2565 พบการระบาดของโรคอาหารเป็นพิษ จากมีผู้ป่วยเข้าได้กับนิยามโรคอาหารเป็นพิษ มารักษาตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป หลังจากทำกิจกรรมร่วมกันคือ รับประทานอาหารที่ปรุงจากงานศพร่วมกัน 15 รายจึงได้ทำการสอบสวนการระบาด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อยืนยันการวินิจฉัยและการระบาดของโรค
2. เพื่อศึกษาระบาดวิทยาการเกิดโรคอาหารเป็นพิษ
3. เพื่อหาแนวทางในการควบคุมป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่กระจายโรคต่อไป

การดำเนินการศึกษา

1. ระบาดวิทยาเชิงพรรณนาโดยทบทวนเวชระเบียนและสอบถามผู้ป่วยโดยใช้แบบสอบสวนเฉพาะรายโรคอาหารเป็นพิษและค้นหาผู้ป่วยในหมู่บ้าน นิยามในการค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม: ผู้ป่วย หมายถึง ผู้ที่รับประทานอาหารจากงานศพ ในวันที่ 3-4 มิถุนายน 2565 แล้วมีอาการป่วยอย่างน้อย 1 ใน 3 อาการ คือ อาการถ่ายเป็นน้ำหรือถ่ายเหลว ปวดท้อง และอาเจียน

2. ระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์ศึกษาแบบ Retrospective Cohort Study ในกลุ่มที่รับประทานอาหารจากงานศพ วันที่ 3-4 มิถุนายน 2565 จำนวน 52 ราย โดยถามประวัติย้อนหลังเกี่ยวกับอาหาร อาการที่ป่วย ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการ นิยามผู้ป่วยเหมือนในการศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนาวิเคราะห์อัตราเสี่ยงสัมพัทธ์ต่อการเกิดโรค (Relative Risk) และ 95 เปอร์เซ็นต์ ช่วงความเชื่อมั่น

3. ด้านห้องปฏิบัติการตรวจ rectal swab ผู้ที่มีอาการป่วยและไม่ได้รับยาปฏิชีวนะ 14 ราย

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปมีการจัดงานศพที่หมู่ 18 ต.หินดาด อ.ด่านขุนทด จ.นครราชสีมา ช่วงวันที่ 1-4 มิถุนายน 2565 มีผู้ร่วมงานประมาณ 50 คน โดยจ้างแม่ครัวมาประกอบอาหาร เริ่มมีการปรุงอาหารแจกผู้ที่มาช่วยงานวันที่ 1 มิถุนายน 2565 เวลา 16.00 น. เริ่มรับประทานอาหารเวลา 19.00 น. ถึง 23.00 น. โดยมีเจ้าภาพเป็นผู้แจกจ่ายอาหารให้ผู้เข้าร่วมงาน

2. ยืนยันวินิจฉัยและการระบาดผู้ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลด่านขุนทดและรพ.สต.ห้วยจรเข้ม มีอาการเข้าได้กับนิยามของโรคอาหารเป็นพิษ และพบผู้ป่วยตั้งแต่ 2 รายขึ้นไป หลังทำกิจกรรมร่วมกันคือ

รับประทานอาหารที่ทำแจกจากงานศพ แสดงว่ามีการระบาดของโรค โดยผู้ป่วยมารับการรักษา ในวันที่ 2 และ 3 มิถุนายน 2565 จำนวน 8 และ 7 ราย ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีอาการถ่ายเหลวหรือถ่ายเป็นน้ำ อาเจียน และปวดท้อง การค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมในชุมชนได้ค้นหาผู้ป่วยตามนิยาม ในผู้ที่รับประทานอาหารที่แจกในงานศพ พบผู้ป่วยเพิ่มเติม 1 ราย

3. ผลการศึกษาเชิงพรรณนาพบว่าวันที่ 3-4 มิถุนายน 2565 มีชาวบ้านที่เข้าร่วมงานศพและรับประทานอาหารร่วมกัน 50 คน พบผู้ป่วย 15 คน ร้อยละ 30.00 โดยมีรายละเอียดดังนี้

ด้านบุคคลผู้ป่วยเป็นเพศชายร้อยละ 33.33 ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ (อายุมากกว่า 60 ปี) ร้อยละ 46.67 ทุกคนรับประทานข้าวผัดร้อยละ 88.23 มีอาการถ่ายเหลว ร้อยละ 100.00 รองลงมาคือปวดท้องร้อยละ 73.33 ส่วนใหญ่รักษาที่ รพ.สต. ห้วยจรเข้มร้อยละ 66.67 และที่รพ.ด่านขุนทดร้อยละ 33.33

ตารางที่ 1 ข้อมูลเพศ อายุ อาหารที่รับประทาน และอาการที่พบ

ข้อมูล		จำนวน (N=15)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	5	33.33
	หญิง	10	66.67
อายุ (ปี)			
<15		2	13.19
15-20		0	0.00
21 -30		1	16.67
31-40		2	13.33
41-50		1	6.67
51-60		2	13.33
>61		7	46.67
อาหารที่รับประทาน ข้าวผัด		13	86.67
ต้มไก่		4	26.67
ปลาร้าทรงเครื่อง		1	6.67
ผัดแตงกวา		1	6.67

ตารางที่ 2 ลักษณะอาการที่พบ

ข้อมูล		จำนวน (N=15)	ร้อยละ
อาการที่พบ	ถ่ายเหลว	15	100.00
	ปวดท้อง	11	73.33
	อ่อนเพลีย	10	66.67
	มีไข้	4	26.67
	อาเจียน	3	20.00
การรักษา	รพ.สต. ห้วยจรเข้ม	10	66.67

ด้านสถานที่จากการศึกษาอัตราป่วยด้วยโรคอาหารเป็นพิษ จากจำนวนผู้ที่เข้าร่วมงานศพ มีดังนี้คือ

ตารางที่ 3 อัตราป่วยด้วยโรคอาหารเป็นพิษ

ผู้ที่เข้าร่วมงานศพจำนวนทั้งหมด	จำนวนป่วย	อัตราป่วย
วันที่ 1 มิ.ย. 65	22	0
วันที่ 2 มิ.ย. 65	30	15
รวม	52	15

พบว่าวันที่ 2 มิถุนายน 2565 มีอัตราป่วยมากที่สุด

ด้านระยะเวลาผู้ร่วมงานศพรับประทานอาหาร 2 มิ.ย. 2565 เวลา 08.00 น. พบผู้ป่วยรายแรก 2 มิ.ย. 2565 เวลา 18.00 น. ระยะฟักตัวที่สั้นที่สุด 10 ชั่วโมง และพบผู้ป่วยรายสุดท้าย 3 มิ.ย. 2565 เวลา 02.00 น. ระยะฟักตัวยาวที่สุด 18 ชั่วโมง ระยะฟักตัวเฉลี่ย 14.5 ชั่วโมง

4. ผลการศึกษาเชิงวิเคราะห์ในกลุ่มผู้ที่รับประทานอาหารจากงานศพ 2 มิ.ย. 2565 จำนวน 50 ราย โดยถามประวัติย้อนหลังเกี่ยวกับอาหาร อาการระยะเวลาเริ่มมีอาการนิยามผู้ป่วยเหมือนการศึกษาระบาดเชิงพรรณนา วิเคราะห์อัตราเสี่ยงสัมพัทธ์ต่อการเกิดโรค (Relative risk) และ 95 เปอร์เซ็นต์ช่วงเชื่อมั่น ดังนี้

ตารางที่ 4 อัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคอาหารเป็นพิษในงานศพวันที่ 2 มิถุนายน 2565

อาหาร	กลุ่มที่กินอาหาร				กลุ่มที่ไม่กินอาหาร				RR	95%
	ป่วย	ไม่ป่วย	รวม	อัตราป่วย	ป่วย	ไม่ป่วย	รวม	อัตราป่วย		
ข้าวผัด	15	2	17	88.23	2	7	9	28.57	3.97	1.15-13.64
ผัดแตงกวา	1	20	21	4.76	1	5	6	16.66	0.28	0.02 - 3.92
ปลาร้าทรงเครื่อง	2	30	32	6.25	1	10	11	9.1	0.68	0.07 - 6.86
ต้มไก่	3	43	52	5.76	3	8	11	27.27	0.24	0.06 - 1.03

5. การศึกษาสิ่งแวดล้อม

5.1 สถานที่ปรุงอาหาร มีครัวสำหรับปรุงอาหารภาชนะใส่อาหารสูงจากพื้นมากกว่า 60 ซม.

5.2 น้ำดื่มจากบริษัทตั้งอยู่ที่บ.หนองพังโพต ต.ตะเคียน น้ำที่ใช้จะแจกน้ำแก้ว 1 แก้วต่อคน

5.3 วัตถุดิบ สั่งจากบริษัท CP วันต่อวัน ผักและผลไม้ซื้อมาจากตลาดในอำเภอด่านขุนทด

5.4 การประกอบอาหาร ในวันที่ 1 มิถุนายน 2565 มีการจัดงานศพที่ ม.18 ต.หินดาด อ.ด่านขุนทด จ.นครราชสีมา ทางเจ้าภาพได้จ้างแม่ครัวในการประกอบอาหาร

6. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ rectal swab ในผู้ป่วย 15 ราย ผู้ป่วยผลปกติทั้ง 15

วิจารณ์ผล การระบาดของโรคอาหารเป็นพิษในครั้งนี้ ผู้ป่วยเป็นผู้รับประทานอาหารจากงานศพ อาหารที่สงสัยคือ อาหารเช้าของวันที่ 2 มิถุนายน 2565 เนื่องจากไม่พบผู้ป่วยรายอื่น ๆ ในครอบครัวของ

ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับประทานอาหารจากงานศพ การระบาดของโรคในครั้งนี้ เป็นการระบาดแบบแหล่งโรคร่วม (Common Source) เนื่องจากพบผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และลดลงอย่างรวดเร็วในช่วงเวลาหนึ่ง โดยอาหารที่สงสัยมากที่สุดคือ ข้าวผัด มีโอกาสเกิดโรคอาหารเป็นพิษ 3.97 เท่า ($RR = 3.97$, $CI = 1.15 - 13.64$) ส่วนอาหารชนิดอื่น ๆ มีค่าความเสี่ยงสัมพันธ์ (RR) น้อยกว่า 1 จึงไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอาหารเป็นพิษ (สุพรรณิ พรหมเทศ, 2552) แม้จะไม่เจอเชื้อก่อโรคจากการเก็บตัวอย่างในอุจจาระของผู้ป่วย แต่จากอาการของผู้ป่วยสอดคล้องกับอาการของโรคอาหารเป็นพิษ โดยทุกคนมีอาการท้องร่วง รองลงมาคือ ปวดท้อง ร้อยละ 73.33 อ่อนเพลีย ร้อยละ 66.67 และมีไข้ ร้อยละ 26.67 ระยะฟักตัวที่สั้นที่สุด 10 ชั่วโมง ระยะฟักตัวเฉลี่ย 14.5 ชั่วโมง ($SD=6.36$)

มาตรการควบคุมป้องกันโรค

1. ให้ความรู้ชาวบ้านเกี่ยวกับการป้องกันโรคอาหารเป็นพิษและโรคติดต่อทางเดินอาหารและน้ำ การรักษาเบื้องต้นโดยการดื่มเกลือแร่
2. ให้คำแนะนำผู้ประกอบการและผู้สัมผัสอาหารเกี่ยวกับสุขวิทยาส่วนบุคคลที่ถูกต้องของผู้สัมผัสอาหาร การเก็บอาหาร การเก็บภาชนะ การตักอาหาร การแยกเขียงเนื้อดิบ เนื้อสุก ผัก ผลไม้
3. ฝ้าระวังโรคอย่างต่อเนื่องในหมู่บ้านถึงวันที่ 9 มิถุนายน 2565 ไม่พบผู้ป่วยเพิ่มเติม

ปัญหาและข้อจำกัดในการสอบสวน

1. ไม่สามารถเก็บตัวอย่างอาหารส่งตรวจได้ เนื่องจากอาหารทั้งหมดถูกทำลายหลังรับประทาน ทำให้ไม่สามารถตรวจหาเชื้อที่เป็นสาเหตุของโรคจากอาหารที่รับประทานได้
2. อุปสรรคในการเก็บตัวอย่าง rectal swab ไม่เพียงพอ ทำให้การเก็บตัวอย่างล่าช้า
3. การเก็บตัวอย่าง rectal swab ในกลุ่มผู้ป่วยทำผิดวิธี จึงต้องทำการเก็บตัวอย่างใหม่ ทำให้อาจตรวจเชื้อก่อโรคไม่พบ

สรุปผล

พบการระบาดของโรคอาหารเป็นพิษ เนื่องจากมีผู้ป่วยเข้าได้กับนิยามโรคอาหารเป็นพิษ มารักษาที่โรงพยาบาลตำบลขุนทดตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป หลังจากทำกิจกรรมร่วมกันคือ รับประทานอาหารที่ปรุงจากงานศพร่วมกัน 15 ราย โดยมีผู้ที่รับประทานอาหารจากงานศพร่วมกัน 50 ราย คิดเป็นอัตราป่วย ร้อยละ 30.00 เพศชาย ร้อยละ 33.00 โดยมีอายุเฉลี่ย 45.73 ปี ($SD = 19.49$) ทุกคนรับประทานข้าวผัด ทุกคนมีอาการถ่ายเหลว

สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคอาหารเป็นพิษ โดยอาหารที่มากที่สุดคือ ข้าวผัด มีโอกาสเสี่ยงต่อโรคอาหารเป็นพิษ 3.97 เท่า (95เปอร์เซ็นต์ $CI = 1.15 - 13.64$) ส่วนอาหารชนิดอื่นไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอาหารเป็นพิษ แม้ตรวจไม่พบเชื้อก่อโรคแต่จากอาการของผู้ป่วย และระยะฟักตัวสอดคล้องกับอาการของโรคอาหารเป็นพิษ โดยปัจจัยเสี่ยงคือการนำข้าวที่หุงไว้ค้างคืนนำมาประกอบอาหารในช่วงเช้าของวันถัดมาคือ ข้าวผัด และได้มีการแจกอาหารให้กับผู้ที่ร่วมงานศพ

มาตรการในการควบคุม มีการให้ความรู้กับประชาชนเกี่ยวกับการป้องกันโรคอาหารเป็นพิษ และโรคติดต่อทางเดินอาหารและน้ำ การล้างมือ สุวิทยาส่วนบุคคลของแม่ครัว การไม่ควรรนำอาหารที่ค้างคืนมาประกอบอาหาร

ข้อเสนอแนะ

1. การประกอบอาหารควรใช้ความร้อนระยะเวลานาน อาหารที่สุกควรเก็บใส่ภาชนะมิดชิด
2. ควรให้ความรู้ผู้ประกอบอาหาร เพื่อให้มีความรู้เกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหารที่ถูกต้อง
3. สถานบริการสาธารณสุขมีระบบเฝ้าระวังโรคอาหารเป็นพิษ ถ้าพบผู้ป่วยควรทำการชักประวัติอย่างละเอียด มีการเตรียมอุปกรณ์ในการเก็บส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการให้พร้อมใช้งาน เพื่อใช้ยืนยันเชื้อที่เป็นสาเหตุของโรคระบาด

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2551) การป้องกันและควบคุมโรคอาหารเป็นพิษ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย
- กระทรวงสาธารณสุข. (2554) นิยามโรคติดต่อแห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้า และวัสดุภัณฑ์
- กาญจนา ยังขาว. (2546) ระบาดวิทยาเชิงปฏิบัติการสำหรับผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ. นครราชสีมา : สมบูรณ์พรินติง

**การสอบสวนการระบาดของโรคมือเท้าปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนประถมศึกษา
ในเขตพื้นที่ตำบลห้วยน้ำคำ อำเภอขามเฒ่า จังหวัดกาฬสินธุ์
ระหว่างวันที่ 29 พฤษภาคม - 9 มิถุนายน 2566**

สิทธิชัย วรรณ
โรงพยาบาลขามเฒ่า

หลักการ และเหตุผล

โรคมือเท้าปากเป็นโรคที่พบได้บ่อยในเด็กทารกและเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี และพบมากในสถานที่ที่มีการรวมกลุ่มคนเช่น ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียนอนุบาล สถานที่รับเลี้ยงเด็ก เป็นต้น ซึ่งเกิดจากเชื้อไวรัสในลำไส้ ติดต่อผ่านทางช่องปากจากการสัมผัสน้ำลาย น้ำมูก น้ำตมูกและแผลของผู้ป่วย และติดต่อผ่านทางเดินหายใจจากการไอจามรดกัน ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ไม่แสดงอาการหรือพบอาการเล็กน้อย เช่น ไข้ เจ็บปาก น้ำลายไหล รับประทานอาหารได้น้อยเนื่องจากมีแผลในปากมีผื่นเป็นจุดแดงหรือตุ่มน้ำใสบริเวณฝ่ามือ ฝ่าเท้า รอบก้น หรืออวัยวะเพศ อาจพบผื่นตามลำตัว แขนหรือขาได้ มักมีอาการ 2-3 วัน และดีขึ้นจนหายภายใน 1 สัปดาห์ ส่วนใหญ่อาการไม่รุนแรง บางรายพบภาวะขาดน้ำจากการรับประทานอาหารและดื่มน้ำน้อย บางรายเกิดอาการรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้

จากการเฝ้าระวังของกรมควบคุมโรค สถานการณ์โรคมือเท้าปากในประเทศไทยตั้งแต่ 1 มกราคม – 23 ธันวาคม 2565 มีรายงานผู้ป่วยสะสม 97,758 ราย อัตราป่วย 147.73 ต่อประชากรแสนคน ไม่มีผู้เสียชีวิต พบสูงสุดในเดือนสิงหาคม จำนวน 38,445 ราย สูงกว่าค่ามัธยฐานในช่วงห้าปีที่ผ่านมา ตั้งแต่เดือนมิถุนายนถึงเดือนพฤศจิกายน ผู้ป่วยเพศชาย 54,665 ราย เพศหญิง 43,093 ราย อัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชาย 1 : 1.27 กลุ่มอายุที่มีอัตราป่วยสูงสุด คือกลุ่มเด็กแรกเกิด- 4 ปี และจากฐานข้อมูลการเฝ้าระวังโรคติดต่ออำเภอขามเฒ่า (รง.506) ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม – 30 เมษายน 2566 พบรายงานผู้ป่วยโรคมือเท้าปากจำนวน 6 ราย และยังไม่พบเหตุการณ์การระบาดในปี 2566

เมื่อวันที่ 29 พฤษภาคม 2566 ทีมตระหนักรู้สถานการณ์โรคติดต่อ (SAT) โรงพยาบาลขามเฒ่า ได้รับแจ้งจาก SRRT โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยน้ำคำ อำเภอขามเฒ่า จังหวัดกาฬสินธุ์ ว่าพบผู้ป่วยโรคมือเท้าปากและมีการระบาดในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และโรงเรียนประถมศึกษาแห่งหนึ่งในเขตเทศบาลตำบลห้วยน้ำคำ จำนวน 18 ราย ซึ่งเข้าเกณฑ์การสอบสวนการระบาดของโรคมือเท้าปากระดับอำเภอ SAT โรงพยาบาลขามเฒ่าจึงได้วิเคราะห์สถานการณ์ พบว่าไม่เคยเกิดเหตุการณ์ระบาดของโรคมือเท้าปากในพื้นที่เทศบาลตำบลห้วยน้ำคำ อำเภอขามเฒ่า โดยมีแนวโน้มพบการระบาดต่อเนื่องได้ SAT โรงพยาบาลขามเฒ่าจึงได้ร่วมกับ SRRT โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยน้ำคำดำเนินการสอบสวนโรคมือเท้าปากในพื้นที่ ระหว่างวันที่ 29 พฤษภาคม – 9 มิถุนายน 2566

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อยืนยันการวินิจฉัยและยืนยันการระบาดของโรคมือเท้าปากในพื้นที่ตำบลห้วยน้ำคำ
- 2) เพื่ออธิบายขนาดปัญหา และการกระจายของโรคตามบุคคล เวลา สถานที่
- 3) เพื่อค้นหาแหล่งโรค วิธีถ่ายทอดโรค ปัจจัยเสี่ยง และผู้สัมผัสโรค
- 4) เพื่อเสนอ/กำหนดมาตรการควบคุมและป้องกันโรค

การดำเนินการศึกษา

1 ศึกษาาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา

ทบทวนรายละเอียดผู้ป่วยทั้ง 18 ราย ที่เข้ารับบริการการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยน้ำคำ และค้นหาผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มเติมที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และโรงเรียนประถมศึกษาแห่งหนึ่งในพื้นที่ตำบลห้วยน้ำคำ อำเภอขามเฒ่าในระหว่างวันที่ 22 พฤษภาคม – 15 มิถุนายน 2566 โดยสัมภาษณ์ครูพี่เลี้ยงที่ศูนย์เด็กเล็กและโรงเรียนประถมศึกษา สัมภาษณ์ผู้ปกครอง ตามข้อมูลแบบสอบถามโรคมือเท้าปากที่เป็นแนวทางของกรมควบคุมโรค และได้กำหนดนิยามผู้ป่วย ดังนี้

- **ผู้ป่วยสงสัย (Suspected case)** หมายถึง เด็กที่อยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียนประถมศึกษา และชุมชนที่มีอายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 12 ปี เขตพื้นที่ตำบลห้วยน้ำคำ อำเภอขามเฒ่า จังหวัดกาฬสินธุ์ที่มีตุ่มใส หรือแผลในปาก หรือผื่นแดงหรือตุ่มใสขนาดเล็กที่บริเวณฝ่ามือ ฝ่าเท้า แขน ขา ลำตัว หรือก้น

- **ผู้ป่วยยืนยัน (Confirmed case)** หมายถึง ผู้ป่วยสงสัยที่มีผลบวกทางห้องปฏิบัติการในการตรวจหาเชื้อหรือโดยการวินิจฉัยของแพทย์

2 ศึกษาด้านสิ่งแวดล้อม

ศึกษาสภาพสิ่งแวดล้อมทั่วไปในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนได้แก่ สภาพห้องเรียน ลักษณะของห้องน้ำ การจัดเก็บอุปกรณ์ของใช้ ของเล่นเด็ก ลักษณะการดื่มดื่มน้ำดื่มบรรจุขวดเด็กถึงกิจกรรมของเด็กนักเรียน บริบทและพฤติกรรมที่เอื้อต่อการแพร่โรค

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา

ข้อมูลการเจ็บป่วยศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแห่งหนึ่งในเขตเทศบาลตำบลห้วยน้ำคำ อำเภอขามเฒ่า พบผู้ป่วยสงสัยในช่วงวันที่ วันที่ 22 พฤษภาคม – 9 มิถุนายน 2566 ทั้งสิ้น 28 ราย ไม่พบผู้ที่มีอาการรุนแรง หรือเสียชีวิต โดยเป็นผู้ป่วยที่รับบริการที่ รพ.สต.ห้วยน้ำคำ จำนวน 17 ราย และได้รับรายงานจากผู้ปกครองที่พาเด็กไปรับบริการที่คลินิกเอกชน จำนวน 11 ราย แบ่งเป็นชาย 18 ราย หญิง 10 ราย คิดเป็นอัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง 1.8 : 1 อายุต่ำสุด 2 ปี สูงสุด 4 ปี และยังพบผู้ป่วยที่ค้นหาเพิ่มเติมในชุมชนซึ่งเป็นผู้สัมผัสร่วมบ้านของผู้ป่วยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแห่งนี้ โดยเป็นผู้ป่วยอายุ 1 ปี 9 เดือน จำนวน 1 รายรวมจากเหตุการณ์การระบาดของโรคมือเท้าปากในศูนย์เด็กเล็กมีจำนวนผู้ป่วยสะสมจากเหตุการณ์ฯ ทั้งสิ้น 29 ราย

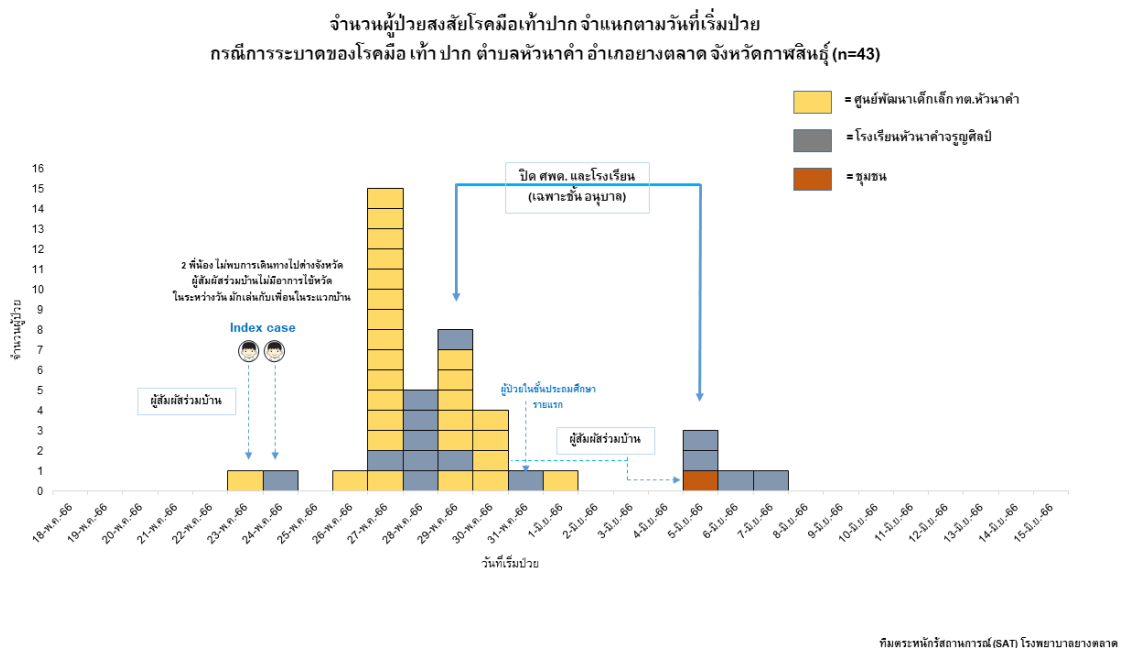
พบผู้ป่วยรายแรกวันที่ 24 พฤษภาคม 2566 จากการสอบสวนพบว่า ผู้ป่วยเป็นเด็กหญิงอายุ 3 ปี เริ่มมีอาการเมื่อวันที่ 23 พฤษภาคม 2566 ด้วยอาการเจ็บปาก มีผื่นแดงที่มือ และแผลที่ริมฝีปาก จึงได้มารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยน้ำคำ อำเภอขามเฒ่า พบผู้ป่วยสูงสุดในวันที่ 27 พฤษภาคม 2566 จำนวน 14 ราย พบผู้ป่วยรายสุดท้ายวันที่ 1 มิถุนายน 2566 และจากการเฝ้าระวัง 1 สัปดาห์หลังจากพบผู้ป่วยรายสุดท้าย ไม่พบผู้ป่วยเพิ่มเติมในเหตุการณ์นี้ (รูปที่ 1)

ข้อมูลการเจ็บป่วยโรงเรียนประถมศึกษา

พบผู้ป่วยสงสัยโรคมือเท้าปากจำนวนทั้งสิ้น 14 ราย ไม่พบผู้ที่มีอาการรุนแรง หรือเสียชีวิต โดยเป็นผู้ป่วยที่รับบริการที่ รพ.สต.ห้วยน้ำคำ จำนวน 11 ราย และได้รับรายงานจากผู้ปกครองที่พาเด็กไปรับ

บริการที่คลินิกเอกชน จำนวน 3 ราย แบ่งเป็นชาย 6 ราย หญิง 8 ราย คิดเป็นอัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง 1: 1.3 อายุต่ำสุด 4 ปี สูงสุด 7 ปี

พบผู้ป่วยรายแรกวันที่ 25 พฤษภาคม 2566 จากการสอบสวนพบว่า ผู้ป่วยเป็นเด็กชายอายุ 4 ปี ศึกษาอยู่ชั้นอนุบาล 2 เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในครอบครัวของผู้ป่วยรายแรกของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กฯ เริ่มมีอาการเมื่อวันที่ 24 พฤษภาคม 2566 ด้วยอาการมีแผลที่บริเวณปาก มีผื่นตุ่มแดงที่มือและเท้า ได้รับการรักษาที่บ้านร่วมกับน้องสาวที่ป่วยก่อนหน้านี้ ในโรงเรียนประถมศึกษาพบผู้ป่วยสูงสุดในวันที่ 28 พฤษภาคม 2566 จำนวน 5 ราย พบผู้ป่วยรายสุดท้ายวันที่ 7 มิถุนายน 2566 และยังคงอยู่ในช่วงเฝ้าระวังเหตุการณ์ 1 สัปดาห์



รูปที่ 1 จำนวนผู้ป่วยสงสัยโรคมือเท้าปาก จำแนกตามวันที่เริ่มป่วยกรณีการระบาดของโรคมือเท้าปาก ตำบลห้วยน้ำคำ อำเภอเมืองตราด จังหวัดกาฬสินธุ์

อาการและอาการแสดงทางคลินิกที่พบมากที่สุดคือ มีตุ่มใส/ผื่นที่มือ 38 ราย (ร้อยละ 88.37) รองลงมา คือ มีตุ่มแผล/ผื่นที่ขา ฝ่าเท้า 23 ราย (ร้อยละ 53.49) แผลที่ปาก 19 ราย (ร้อยละ 44.19) และมีแผลที่ลิ้น 2 ราย (ร้อยละ 4.65) ตามลำดับ

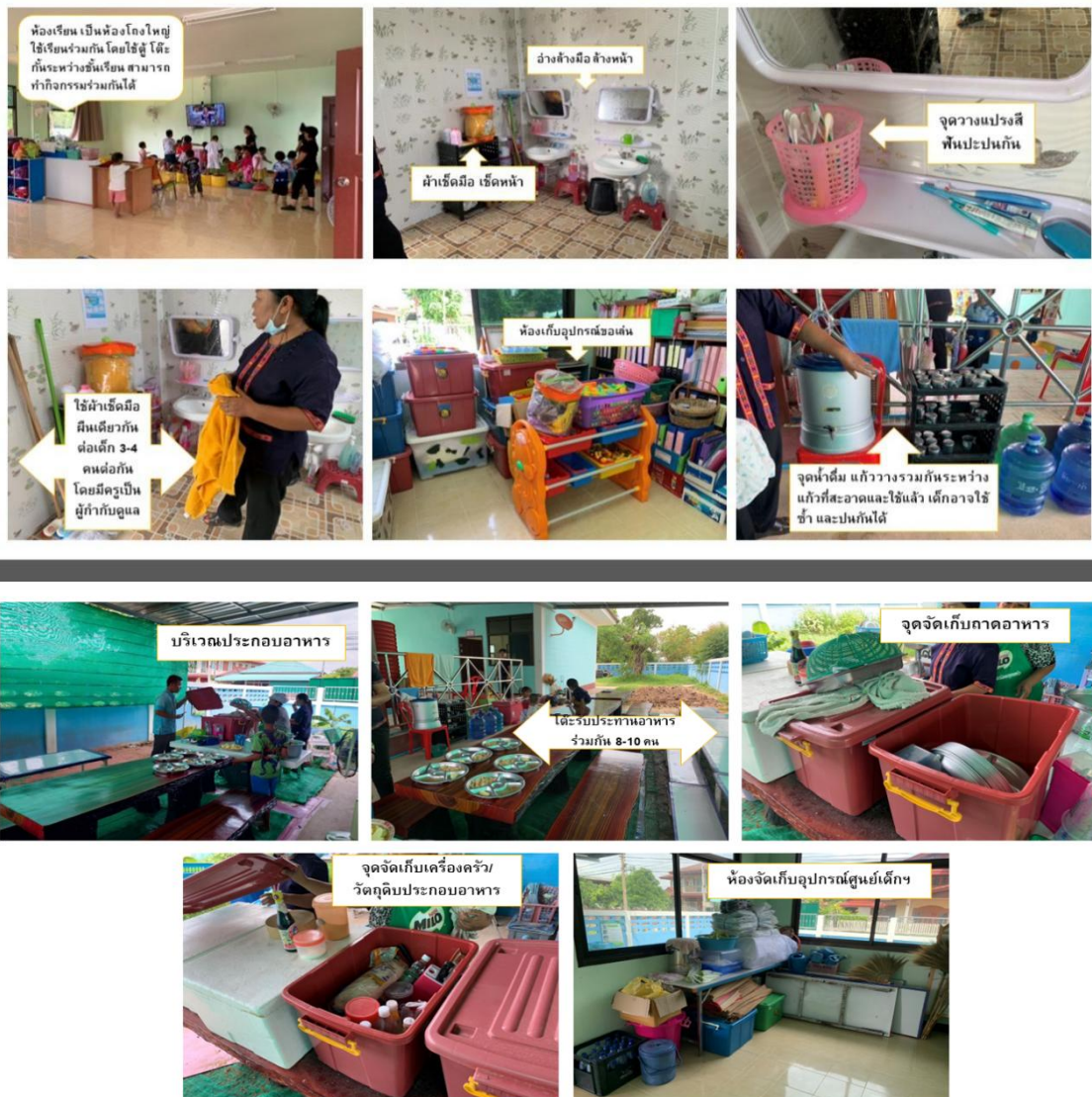
พบผู้ป่วยกระจายอยู่ใน 8 ชุมชน ในเขตเทศบาลตำบลห้วยน้ำคำ อำเภอเมืองตราด ดังนี้

- ชุมชนหมู่ที่ 11 จำนวน 10 ราย - ชุมชนหมู่ที่ 2 จำนวน 7 ราย
- ชุมชนหมู่ที่ 1 จำนวน 6 ราย - ชุมชนหมู่ที่ 13, 16 และ 18 จำนวน 5 ราย
- ชุมชนหมู่ที่ 19 จำนวน 4 ราย - ชุมชนหมู่ที่ 5 จำนวน 1 ราย

ผลการศึกษาด้านสิ่งแวดล้อม

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลห้วยน้ำคำ เป็นอาคารคอนกรีตชั้นเดียวประกอบด้วยห้องเรียน 1 ห้อง ห้องเก็บอุปกรณ์ 1 ห้อง ห้องน้ำ/สุขา 1 ห้อง และห้องเก็บของเล่น 1 ห้อง โดยมีลานเอนกประสงค์อยู่กลางระหว่างอาคาร 2 ฝั่ง และมีพื้นที่ประกอบ/จัดเก็บ/รับประทานอาหารด้านหลังอาคาร

ภายในห้องเรียนเป็นพื้นที่โล่ง อากาศถ่ายเทสะดวก มีโต๊ะและตู้กันล้อระหว่าง 3 ชั้นเรียน ไม่ได้แยกเป็นสัดส่วนชัดเจน เด็กนักเรียนสามารถเล่นกันได้เมื่อมีกิจกรรมในห้องเรียน ตรงกลางเป็นลานเอนกประสงค์ เป็นพื้นที่โล่งใช้ในการทำกิจกรรมยามว่างร่วมกันของเด็กและสนามเด็กเล่น ฝั่งทางด้านขวาเป็นห้องเก็บอุปกรณ์ของศูนย์และห้องเก็บของเล่นเด็กที่จะนำมาใช้เมื่อมีกิจกรรม ในส่วนของห้องน้ำประกอบด้วยห้องสุขา 3 ห้อง ลานอาบน้ำแบบฝักบัว 5 จุด อ่างล้างหน้า 2 จุด โดยมีตะกร้าวางแปรงสีฟันปะปนกัน และมีจุดวางผ้าเช็ดตัวที่เอาไว้เช็ดหน้า เช็ดมือ เด็ก 3 - 4 คน ต่อผ้า 1 ผืน ในส่วนอาหารกลางวัน มีแม่ครัวคอยจัดเตรียมอาหารบริเวณด้านหลังอาคารทุกวัน อาหารสดซื้อวันต่อวัน อุปกรณ์เครื่องครัวและภาชนะหลังจากทำความสะอาดแล้ว จะถูกจัดเก็บไว้ในกล่องพลาสติกมีฝาปิด น้ำดื่มเป็นน้ำที่ส่งจากโรงน้ำดื่มในชุมชน เป็นลักษณะถังแอสตันเลสมีฝาปิดมิดชิด เด็กสามารถกดดื่มเองได้ แก้วน้ำพบวางรวมกันอยู่ในชั้นวางแก้ว มีโอกาสที่เด็กจะใช้แก้วน้ำร่วมกันและใช้ซ้ำกันได้



รูปที่ 2 สภาพแวดล้อมศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลห้วยน้ำคำ อำเภอขามเฒ่า

โรงเรียนห้วยน้ำคำจตุรศิลป์

อาคารเรียนชั้นอนุบาลเป็นอาคารคอนกรีตชั้นเดียว โดยมี 2 ชั้นเรียนแยกเป็นสัดส่วนชัดเจน และมีห้องน้ำ/สุขา แยกออกจากตัวอาคาร ภายนอกมีจุดแปรงฟัน ล้างมือ 8 จุด และมีจุดล้างมือก่อนเข้าเรียน เพียง 1 จุด ภายในห้องเรียนทั้งอนุบาล 2 และอนุบาล 3 เป็นห้องโล่ง อากาศถ่ายเทได้สะดวก จัดเก็บที่นอนเป็นช่องส่วนตัวไม่ปะปนกัน และชั้นเก็บของเล่นอยู่ด้านหลังห้องเรียน ในห้องมีที่แขวนผ้าเช็ดมือรวมกัน เด็กใช้เช็ดมือร่วมกัน ถังน้ำดื่มใช้น้ำจากโรงน้ำดื่มในชุมชน บรรจุในถังพลาสติกและมีแก้วตักน้ำกลาง 1 ใบไว้คอยตักน้ำซึ่งสัมผัสแก้วรวมกันโดยตรง แก้วน้ำดื่มวางรวมกัน มีโอกาสที่เด็กจะใช้ร่วมกันและใช้ซ้ำได้ ภายนอกมีลานสนามเด็กเล่นที่เด็กเล่นร่วมกัน ทั้งชั้นอนุบาลและชั้นประถมศึกษาในช่วงพักกลางวัน



รูปที่ 3 สภาพแวดล้อมโรงเรียนห้วยน้ำคำจตุรศิลป์ อำเภอขามเฒ่า

มาตรการควบคุมและป้องกันโรค

- 1) ปิดเรียนชั่วคราวในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลห้วยน้ำคำ และชั้นอนุบาล 1 และ ชั้นอนุบาล 2 โรงเรียนห้วยน้ำคำจตุรศิลป์ตั้งแต่วันที่ 29 พฤษภาคม ถึง 5 มิถุนายน 2566
- 2) ทำความสะอาดอุปกรณ์ของใช้ ของเล่น ในชั้นเรียนที่มีการระบาดของโรคมือเท้าปาก
- 3) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยน้ำคำ อำเภอขามเฒ่า เปิดรับรายงานผู้ป่วยเพิ่มเติมจากครูและผู้ปกครองทางโทรศัพท์และที่หน่วยบริการ
- 4) เฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงภายในโรงเรียนห้วยน้ำคำฯ เมื่อพบผู้ป่วยเพิ่มเติม ให้เสนอแนวทางในการตัดวงจรโรคได้แก่ การหยุดเรียนในชั้นเรียนที่พบผู้ป่วยสงสัยโรคมือเท้าปาก
- 5) ผู้นำชุมชน ประชาสัมพันธ์การเฝ้าระวังโรคมือเท้าปากในชุมชนเขตพื้นที่ตำบลห้วยน้ำคำ เลี่ยงการเล่นร่วมกันของเด็กในชุมชนในช่วงระยะการเฝ้าระวังโรค

อภิปรายผลการศึกษา

จากการศึกษาการระบาดของโรคมือเท้าปาก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และโรงเรียนประถมศึกษาดังกล่าว พบว่า ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมมีผลต่อการแพร่โรค โดยปัจจัยการใช้สิ่งของร่วมกัน เช่น ผ้าเช็ดตัว ผ้าเช็ดหน้า แก้วน้ำ เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรคในครั้งนี้ มีสถานที่จัดเก็บสิ่งของวางรวมกัน ทำให้เด็กมีโอกาสที่จะหยิบใช้สิ่งของปะปนกัน รวมไปถึงการทำความสะอาดอุปกรณ์ สิ่งของในระหว่างวันเมื่อเด็กนักเรียนทำกิจกรรมเสร็จแล้วโดยในส่วนของศูนย์พัฒนาเด็ก ซึ่งเป็นอาคารศูนย์ที่เพิ่งสร้างขึ้นใหม่ อุปกรณ์หรือมาตรฐานยังไม่เป็นไปตามมาตรฐาน การใช้ผ้าเช็ดตัวผืนใหญ่ 1 ผืนต่อเด็กนักเรียนหลายคน ทำให้เกิดการสัมผัสแหล่งแพร่เชื้อร่วมกันและมีผู้ป่วยจำนวนมาก และส่วนของโรงเรียนประถมศึกษา นักเรียนชั้นอนุบาลมีพฤติกรรมใช้ผ้าเช็ดมือที่แขวนรวมกัน และการใช้แก้วน้ำซ้ำปะปนกันจนทำให้เกิดการติดเชื้อรวมกันในกลุ่มเด็กอนุบาลทั้ง 2 ห้อง

ปัญหาและข้อจำกัดในการสอบสวนโรค

- 1) การรายงานเหตุการณ์ระบาดฯ ล่าช้าต่อการจัดการสถานการณ์ โดยเมื่อพบผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์สอบสวนการระบาด SAT โรงพยาบาลยางตลาดได้รับรายงานช้าและมีระยะเวลาในการจัดการเหตุการณ์ที่จำกัด
- 2) ขาดความพร้อมของทีมสอบสวนโรคในการออกสอบสวน ตอบโต้การระบาดทั้งในด้านกำลังคน แนวทางการสอบสวนโรคเบื้องต้น และองค์ความรู้ด้านการสอบสวนจัดการข้อมูลโรค รวมถึงลักษณะการจัดการเหตุการณ์ฉุกเฉินในพื้นที่การระบาดฯ
- 3) ไม่สามารถสอบสวนเฉพาะรายได้ทุกคน ด้วยบริบทผู้ปกครองและกำลังคนในการศึกษาข้อมูลผู้ป่วยเฉพาะราย อาจทำให้เกิดการคลาดเคลื่อนของข้อมูล และทำให้เกิดความล่าช้าของการควบคุมโรค
- 4) ความตระหนักของสถานศึกษาต่อการแพร่ระบาดของโรคมือเท้าปาก ที่ยังขาดความเข้าใจ และแนวทางการป้องกัน ควบคุมโรค หรือความเข้าใจในการดำเนินของโรค ทำให้ไม่มีแนวทางในการหยุดโรงเรียน จนทำให้มีผู้ป่วยสงสัยเพิ่มขึ้นในชั้นเรียน
- 5) ขาดการยืนยันผลการวินิจฉัยโรคจากการตรวจทางห้องปฏิบัติการเนื่องจากไม่เข้าเกณฑ์การตรวจทางห้องปฏิบัติการของเขตสุขภาพที่ 7 และขาดการวินิจฉัยการตรวจจากแพทย์ เนื่องด้วยผู้ป่วยสงสัยทุกรายไม่ได้เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลยางตลาด

สรุปผลการศึกษา

พบการระบาดของโรคมือเท้าปากที่มีความเชื่อมโยงทางระบาดวิทยาในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และโรงเรียนประถมศึกษาแห่งหนึ่งในพื้นที่เทศบาลตำบลห้วยน้ำคำ อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ในช่วงระหว่างวันที่ 23 พฤษภาคม 2566 ถึงวันที่ 9 มิถุนายน 2566 พบผู้ป่วยทั้งสิ้น 43 ราย ไม่พบผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงและเสียชีวิต เป็นเพศชาย 25 ราย เพศหญิง 18 ราย คิดเป็นอัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง 1.4 : 1 อายุต่ำสุด 1 ปี 9 เดือน อายุสูงสุด 7 ปี กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดอายุ 3-4 ปี จำนวน 23 ราย (ร้อยละ 53.49) อาการและอาการแสดงที่พบมากที่สุด คือ มีตุ่มใส/ผื่นที่มือ 38 ราย (ร้อยละ 88.37) รองลงมา คือ มีตุ่มแผล/ผื่นที่ขา ผ่าเท้า 23 ราย (ร้อยละ 53.49) แผลที่ปาก 19 ราย (ร้อยละ 44.19) และมีแผลที่ลิ้น 2 ราย (ร้อยละ 4.65) พบผู้ป่วยกระจายใน 8 ชุมชน โดยมีปัจจัยเสี่ยงต่อการแพร่ระบาด ได้แก่ พฤติกรรมการใช้ผ้าเช็ดมือผืนเดียวกันต่อเด็กหลายคน การเก็บผ้าเช็ดมือและแปรงสีฟันที่เก็บรวมกัน การใช้แก้วน้ำที่

ปะปนกันของกลุ่มเด็กนักเรียน และการทำความสะอาดของเล่นที่เด็กเล่นร่วมกัน โดยภายหลังจากได้ดำเนินการสร้างความรู้ความเข้าใจด้านมาตรการควบคุมป้องกันโรคร่วมกันของหน่วยงานสาธารณสุขอำเภอ อย่างตลาด และเครือข่ายสถานศึกษา อสม. ผู้นำชุมชน ในเขตเทศบาลตำบลห้วยน้ำคำ อำเภอวังสามหมอ ในวันที่ 13 มิถุนายน 2566 ไม่พบผู้ป่วยเพิ่มเติม และยังอยู่ในระยะเฝ้าระวังโรคต่อไปเป็นเวลา 2 สัปดาห์ เพื่อดำเนินการควบคุมการระบาดให้ยุติลง

ข้อเสนอแนะ

- 1) เฝ้าระวังสถานศึกษาในพื้นที่ตำบลห้วยน้ำคำ เมื่อพบผู้ป่วยสงสัยโรคมือเท้าปากในชั้นเรียน ตั้งแต่ 2 รายขึ้นไป ให้พิจารณาการหยุดเรียนเพื่อเฝ้าระวังอาการของเด็กนักเรียน จำนวน 7-14 วันหลังพบผู้ป่วยรายล่าสุดในชั้นเรียนนั้นๆ และรับการรักษาตามสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน
- 2) ผู้นำชุมชน ประชาสัมพันธ์การเฝ้าระวังโรคมือเท้าปากในชุมชนเขตพื้นที่ตำบลห้วยน้ำคำ แนะนำผู้ปกครองควรให้เด็กหลีกเลี่ยงการเล่นร่วมกันของเด็กในชุมชน
- 3) สถานศึกษาที่พบผู้ป่วยสงสัยโรคมือเท้าปาก ให้แจ้งต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรืออาสาสมัครสาธารณสุขพื้นที่ เพื่อเฝ้าระวังเหตุการณ์การระบาดที่อาจเกิดขึ้นได้ในชุมชน
- 4) สถานศึกษาควรจัดให้มีแผนการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในสถานศึกษา ด้านการแยกอุปกรณ์ของใช้ส่วนตัวของเด็กนักเรียน เช่น ผ้าเช็ดมือ ผ้าเช็ดหน้า ผ้าเช็ดตัว แก้วน้ำดื่ม จุดบริการน้ำดื่ม เป็นต้น ซึ่งเป็นช่องทางการแพร่โรคติดต่อได้ และมีกระบวนการทำความสะอาดอุปกรณ์ของใช้เป็นประจำทุกวัน
- 5) จัดทีมสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็ว ในการออกสอบสวนโรคเมื่อเกิดเหตุการณ์การระบาดร่วมกันในระดับอำเภอ/จังหวัดและทบทวน พัฒนาระบบการรายงานตามระดับบัญชาการด้านการป้องกันควบคุมโรค หรือเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค (2550). คู่มือมาตรฐานการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคมือเท้าปาก. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
2. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค (2563). นิยามโรคและแนวทางการรายงานโรคติดต่ออันตรายและโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังในประเทศไทย. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวง
3. ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (Situation Awareness Team: SAT) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2565). สรุปการตรวจสอบข่าวการระบาดของโรคในรอบสัปดาห์ (Outbreak Verification Summary). กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
4. วาสนา สอนเพ็ญ, รัชนิ นันทนุช, ประวีณา สัชชาพงษ์ (2564). การสอบสวนการระบาดของโรคมือเท้าปาก อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ เดือนตุลาคม-พฤศจิกายน 2563. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ 52(39). กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
5. กฤตติชัย ไ้มทองงาม.(2566). ปัจจัยที่มีความเสี่ยงกับพฤติกรรมกำบังกันและควบคุมโรคมือเท้าปากของครูในโรงเรียนอนุบาลและศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารรายงานการเฝ้า

ระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ ปีที่ 54 ฉบับที่ 5: 10กุมภาพันธ์ 2566. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

6. ทีม SAT/สำนักสื่อสารความเสี่ยงฯ กรมควบคุมโรค (2565). โรคมือเท้าปาก ข่าวนิร้ว สธ. สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 11 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/02/183842/พยากรณ์>

ห้องที่ 5

นำเสนอเพื่อประกวด
ประเพณีนวัตกรรม

การประยุกต์ใช้สื่อสังคมออนไลน์สุขภาพในการส่งเสริมความรู้และกระตุ้นเตือนการรับประทานยาเม็ดเสริมไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ เครือข่ายบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ปิยวรรณ หาญเวช
โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

หลักการและเหตุผล

ภาวะการขาดสารไอโอดีนในประเทศไทย ข้อมูลการตรวจสารไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2558-2559 พบว่าสัดส่วนของไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ในตัวอย่าง 26 จังหวัดของประเทศไทยเท่ากับ 131.70 ไมโครกรัมต่อลิตร แสดงให้เห็นว่าหญิงตั้งครรภ์มีภาวะขาดสารไอโอดีน โดยในประเทศไทยมีแนวโน้มเป็นปัญหามากขึ้น โดยผลงานย้อนหลัง 3 ปีที่ผ่านมาของตำบลรอบเมือง การตรวจระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมไทรอยด์ (Thyroid Stimulating Hormone : TSH) อายุมากกว่า 2 วันแต่ไม่เกิน 7 วัน คิดเป็นร้อยละ 15.74, 25.81 และ 19.40 มีค่ามัธยฐานไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์เกิน 150 ไมโครกรัมต่อลิตร ร้อยละ 55.15, 45.80 และ 20.22 ตามลำดับ ซึ่งไม่ผ่านเกณฑ์ชีวิต ทั้ง 3 ปี โดยมาตรการหนึ่งที่กระทรวงสาธารณสุขขับเคลื่อนในการแก้ปัญหาการขาดสารไอโอดีนและเป็นมาตรการสำคัญคือการส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ทุกคนได้รับประทานยาเม็ดเสริมไอโอดีน และจากรายงานของกรมอนามัยปี 2563 สาเหตุหญิงตั้งครรภ์ไม่รับประทานยาเม็ดเสริมไอโอดีน ส่วนใหญ่ลืมรับประทานยา ร้อยละ 51.10 รองลงมาคือได้ดื่มน้ำเสริมไอโอดีนร้อยละ 18.80 จากหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด 2,997 คน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลการประยุกต์ใช้สื่อสังคมออนไลน์สุขภาพในการกระตุ้นเตือนการรับประทานยาเม็ดเสริมไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ เครือข่ายบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับไอโอดีนก่อนและหลังดำเนินงานของหญิงตั้งครรภ์ เครือข่ายบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

การดำเนินการศึกษา

เป็นการบูรณาการร่วมกันระหว่าง งานส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟู กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ร่วมกับภาคีเครือข่ายสุขภาพตำบลรอบเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด โดยมีการดำเนินงาน 4 ขั้นตอน ดังนี้ (Kemmis S. and R. McTaggart, 1988)

1) การวางแผน (Planning) ขั้นที่ 1 ทำการวิเคราะห์ข้อมูล ความต้องการของหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับปัญหาการรับประทานยาเม็ดเสริมไอโอดีน เพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ขั้นที่ 2 จัดทำแผนการใช้สื่อสังคมออนไลน์สุขภาพในการกระตุ้นเตือนการรับประทานยาเม็ดเสริมไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์

2) การปฏิบัติ (Acting) ดำเนินการตามแผนการใช้สื่อสังคมออนไลน์สุขภาพในการกระตุ้นเตือนการรับประทานยาเม็ดเสริมไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ดังนี้

2.1 ดำเนินการผลิตสื่อ ความรู้ เกี่ยวกับไอโอดีน

2.2 ดำเนินการตั้งค่าโปรแกรมด้วยแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อการแจ้งเตือนอัตโนมัติ การรับประทานยาเม็ดเสริมไอโอดีนสำหรับหญิงตั้งครรภ์

2.3 ทดลองใช้โปรแกรมการแจ้งเตือนผ่านแอปพลิเคชันไลน์ระยะเวลา 1 สัปดาห์

2.4 เชิญหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเป้าหมายเข้ากลุ่มในแอปพลิเคชันไลน์ กลุ่ม ANC_101 เพื่อรับการแจ้งเตือนการรับประทานยาเม็ดเสริมไอโอดีน

2.5 ประชุมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้ การปฏิบัติตัว เกี่ยวกับไอโอดีนแก่หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเป้าหมายหญิงตั้งครรภ์ตำบลรอบเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด ที่มีอายุครรภ์ไม่เกิน 28 สัปดาห์ จำนวน 32 คน

2.6 ประเมินความรู้เกี่ยวกับไอโอดีน (Pre-test) ของหญิงตั้งครรภ์ตำบลรอบเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด

2.7 ติดตามการดำเนินงานการประยุกต์ใช้สื่อสังคมออนไลน์สุขภาพทุกเดือน ตั้งแต่เดือนมีนาคม-สิงหาคม 2565

3) ขั้นสังเกตการพัฒนา (Observing) ประเมินความรู้เรื่องไอโอดีน (Post-test) และความพึงพอใจจากการสังเกตพฤติกรรม การมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์ ของหญิงตั้งครรภ์ตำบลรอบเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด

4) สะท้อนผล (Reflecting) ร่วมกันถอดบทเรียน ตั้งแต่การวางแผน การดำเนินงานตามแผน การสังเกตการดำเนินงานรวมถึงสะท้อนผลการดำเนินงาน สะท้อนปัจจัยแห่งความสำเร็จ รวมถึงปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานและข้อเสนอแนะที่ได้จากแผนการดำเนินงาน

5) สรุปผลการดำเนินงานการประยุกต์ใช้สื่อสังคมออนไลน์สุขภาพในการกระตุ้นเตือนการรับประทานยาเม็ดเสริมไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา สำหรับกลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 32 คน เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับไอโอดีน และส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้บริการสื่อสังคมออนไลน์สุขภาพของหญิงตั้งครรภ์

ผลการศึกษา

1) ร้อยละของกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ มีระดับความรู้เรื่องไอโอดีน ก่อนดำเนินโครงการ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.00 รองลงมาคือระดับต่ำ ร้อยละ 37.50 หลังดำเนินโครงการ พบว่าระดับความรู้ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 71.88 รองลงมาคือระดับปานกลางร้อยละ 28.13 ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละจำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์

ระดับความรู้	ก่อนดำเนินโครงการ (n = 32)		หลังดำเนินโครงการ (n = 32)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป)	4	12.50	23	71.87
ระดับปานกลาง (คะแนนร้อยละ 60 – 79)	16	50.00	9	28.13
ระดับต่ำ (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 59)	12	37.50	0	0.00

2) การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ไโอโอดินก่อนและหลังดำเนินโครงการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ก่อนการดำเนินโครงการ เท่ากับ 12.56 และหลังดำเนินโครงการ เท่ากับ 16.78 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความรู้ก่อนและหลังดำเนินโครงการ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ดังตาราง 2

ตาราง 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับไโอโอดินก่อนและหลังดำเนินโครงการ

คะแนนความรู้	Mean	S.D.	t	p-value	95%CI	
					lower	upper
ก่อน	12.56	2.76	6.90	<0.001*	2.97	5.46
หลัง	16.78	1.82				

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

3) ผลการติดตามหญิงตั้งครรภ์เรื่องการรับประทานยาเม็ดเสริมไอโอดีนจากการกระตุ้นเตือนด้วยสื่อสังคมออนไลน์สุขภาพ พบว่าส่วนใหญ่รับประทานยาเม็ดเสริมไอโอดีนสม่ำเสมอ จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 96.87 ส่วนจำนวน 1 คน ลืมรับประทานยาเม็ดเสริมไอโอดีนในระยะเวลา 6 เดือนเกิน 36 วันหรือเกิน 6 วันต่อเดือน คิดเป็น ร้อยละ 3.13

4) ความพึงพอใจในการใช้บริการสื่อสังคมออนไลน์สุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ระดับความพึงพอใจในการใช้บริการสื่อสังคมออนไลน์สุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ของตำบลรอบเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด พบว่า ด้านความสะดวก รวดเร็ว ด้านความทันสมัย และด้านความสามารถปฏิบัติได้จริง โดยทั้ง 3 ด้าน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ดังตาราง 3

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละระดับความพึงพอใจของการใช้สื่อสังคมออนไลน์สุขภาพของหญิงตั้งครรภ์

ระดับความพึงพอใจ	มีความสะดวกรวดเร็ว		มีความทันสมัย		สามารถปฏิบัติได้จริง	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
มาก	27	84.38	25	78.13	26	81.25
ปานกลาง	5	15.63	7	21.88	6	18.75
น้อย	0	0.00	0	0.00	0	0.00

จากการติดตามและสัมภาษณ์สอดคล้องกับความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ ดังคำกล่าว ดังนี้ “อาชีวะเป็นครูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กคะ แต่ก็ไม่ทราบข้อมูลเรื่องไอโอดินเลย ไม่คิดว่าจะมีประโยชน์มากขนาดนี้” “เจ้าหน้าที่สาธารณสุขตอบปัญหา สุขภาพได้รวดเร็วดีในกลุ่มไลน์ก็มีแต่ความรู้สาระดีที่เป็นประโยชน์ ไม่อยากให้มีเหมือนกลุ่มอื่นๆ ที่ส่งไลน์มาสวัสดีกันทุกเช้า” “ได้ความรู้ดีมาก สิ่งที่ไม่รู้ก็ได้รู้ และควรมีการดำเนินงานให้ต่อเนื่อง เพราะเป็นกิจกรรมที่ดีมาก”

อภิปรายผลการศึกษา

เป็นการพัฒนาโดยใช้เทคโนโลยี สื่อสังคมออนไลน์ ที่ประชาชนทั่วไปสามารถเข้าถึงได้อย่างสะดวก เช่น แอปพลิเคชันไลน์ มาปรับรูปแบบให้สามารถนำมาใช้กับการดำเนินงานด้านอนามัยแม่และเด็ก ตามมาตรการควบคุมป้องกันการขาดสารไอโอดีน ที่หญิงตั้งครรภ์ทุกคนที่ได้รับการฝากครรภ์ต้องได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน เพื่อให้ทารกหลังคลอดมีการพัฒนาการสมวัย กระตุ้นให้เกิดการเจริญเติบโตและพัฒนาการของร่างกายโดยเฉพาะระบบสมองและประสาท จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีระดับความรู้เกี่ยวกับไอโอดีนเพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนดำเนินกิจกรรมพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนใหญ่รับประทานยาเม็ดเสริมไอโอดีนสม่ำเสมอ และความพึงพอใจในการใช้บริการสื่อสังคมออนไลน์สุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ด้านความสะดวก รวดเร็ว ด้านความทันสมัย และด้านความสามารถปฏิบัติได้จริง อยู่ในระดับมาก และส่งผลให้ตัวชี้วัดในด้านการป้องกันการขาดไอโอดีนตำบลรอบเมืองผ่านเกณฑ์ผ่านเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข

ข้อเสนอแนะ

- 1) การส่งเสริมความรู้ให้เครือข่ายสุขภาพหรือให้แก่วัยรุ่นตั้งครรภ์ ย่อมส่งผลให้เกิดการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง มีคุณภาพ ทำให้การทำงานก็จะราบรื่น สามารถประยุกต์ใช้กับการดำเนินงานด้านอื่นๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งใจไว้
- 2) ดำเนินการพัฒนา group line เป็น Line OA เพื่อสามารถใช้ข้อมูลอย่างมีคุณภาพและสะดวกในการบริหารจัดการสารสนเทศ

เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2562). รายงานการศึกษาผลของการให้ยาเม็ดเสริมไอโอดีนต่อภาวะโภชนาการไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัทสามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด.
- นภาพรณ วิริยะอุตสาหกุล. (2562). รายงานการศึกษาผลของการให้ยาเม็ดเสริมไอโอดีนต่อภาวะโภชนาการไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์, สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: บริษัทสามเจริญพาณิชย์.
- สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2556). ระบบเฝ้าระวังภาวะการขาดสารไอโอดีนของประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- สมปอง พะมูลิลา. (2554). การวิจัยเชิงปฏิบัติการ. ค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2564, จาก <http://www.nurse.ubu.ac.th/sub/knowledgedetail/Actionresearch.pdf>
- Kemmis S. and R. McTaggart. (1988). *The Action Research Planner*. (Victoria, Ed.) (3rd ed.). Australia: Deaken University Press.

การพัฒนาระบบบันทึกข้อมูลการรับบริการวัคซีนโควิด-19 ผ่านโปรแกรม Himpro Online โรงพยาบาลศรีสะเกษ

นวัตน์บุญกัณฑ์หาประยูรหาญเสมอ
พงศ์ศิริชิดชมเด่นดีภูชน
โรงพยาบาลศรีสะเกษ

หลักการและเหตุผล

การบันทึกข้อมูลบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคนอกหน่วยบริการ เป็นปัญหาสำคัญสำหรับบุคลากรสาธารณสุขผู้ปฏิบัติงานเนื่องจากไม่มีระบบรองรับ ต่อมาเมื่อมีการระบาดของโรคโควิด-19 และมาตรการในการลดความรุนแรงของโรคคือ การเร่งรัดการให้บริการวัคซีนโควิด-19 ในประชาชน ต้องจัดบริการนอกโรงพยาบาล ทำให้เกิดปัญหาการใช้งานโปรแกรม Himpro ในการบันทึก ซึ่งมีข้อจำกัดในการใช้งานภายในโรงพยาบาลในการบันทึกบริการ แต่สามารถทำได้โดยทำการเชื่อมต่อข้อมูลผ่านระบบ VPN ซึ่งใช้งานไม่สะดวก ลำบาก และต้องทำงานผ่านเครื่องคอมพิวเตอร์ PC เท่านั้น ขั้นตอนในการบันทึกบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ต้องบันทึกข้อมูลสำคัญประกอบด้วย คัดกรองประวัติ รหัส ICD10 รหัส ICD9 รหัสยา แพทย์ประจำคลินิก ชนิดวัคซีน Lot number และเจ้าหน้าที่ฉีดวัคซีน ชั่วทุกราย และต้องเขียนรายละเอียดผู้รับบริการในใบยินยอมการรับบริการฉีดวัคซีน ซึ่งเป็นข้อจำกัดเมื่อต้องให้บริการประชาชนจำนวนมากและไม่สามารถตรวจสอบประวัติการรับวัคซีนโควิด-19 ได้หากไม่เคยรับบริการที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ ผู้ให้บริการจะต้องเข้าไปตรวจสอบประวัติจากโปรแกรมหมอพร้อม (MOPH Immunization Center : MOPH – IC) ซึ่งเป็นฐานข้อมูลรวมของประเทศ ทำให้เกิดความเสี่ยงในการรั่วไหลของข้อมูลหรือนำข้อมูลไปใช้ในทางที่ไม่ถูกต้อง เมื่อบันทึกข้อมูลเรียบร้อยแล้วต้องส่งข้อมูลเข้าระบบหมอพร้อม เพื่อให้ประชาชนมีข้อมูลแสดงประวัติการรับวัคซีน

วัตถุประสงค์

เพื่อให้บริการประชาชนจำนวนมากนอกหน่วยบริการ ลดขั้นตอนการทำงานของบุคลากรและพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศทางการแพทย์

การดำเนินการศึกษา

1. การพัฒนา Himpro Online

1.1 พัฒนาเป็น Web Application สามารถแสดงผลผ่าน Browser หรือเว็บเบราว์เซอร์ได้โดยไม่ต้องติดตั้งแอปพลิเคชันใช้งานได้ทุกอุปกรณ์ ไม่ว่าจะเป็น Smart Phone , Tablet, Ipad, Notebook หรือคอมพิวเตอร์ PC และไม่จำเป็นต้องเชื่อมต่อ VPN เมื่อใช้คอมพิวเตอร์ PC สามารถเชื่อมต่อเครื่องอ่าน Smart Card และเครื่องอ่านบาร์โค้ด สามารถทำงานผ่าน internet ที่ไหนก็ได้

1.2 นำระบบบาร์โค้ดมาใช้ในการบันทึก Lot Number วัคซีนและผู้ให้บริการฉีดวัคซีน

1.3 เชื่อมโยงฐานข้อมูลโปรแกรมหมอพร้อม (MOPH Immunization Center : MOPH – IC) สามารถตรวจสอบประวัติการรับวัคซีนโควิด-19 ด้วยเลขประชาชน 13 หลัก พร้อมออกใบยินยอมการรับบริการฉีดวัคซีน

1.4 ลือระบบหน้าจอบันทึกข้อมูล โดยเลือกจุดคัดกรอง คลินิก ประเภทผู้ป่วย แพทย์ประจำคลินิก และบันทึกข้อมูลสำคัญ ได้แก่ คัดกรองประวัติ รหัส ICD10 รหัส ICD9 รหัสยา ชนิดวัคซีน เพียงครั้งแรก เมื่อเปลี่ยนผู้รับบริการรายใหม่ข้อมูลเหล่านี้จะยังคงอยู่ บันทึกเพียงข้อมูลส่วนบุคคล Lot Number วัคซีนและผู้ให้บริการฉีดวัคซีนผ่านการยิงบาร์โค้ดเท่านั้น

1.5. เชื่อมต่อข้อมูลการรับวัคซีนในระบบหมอพร้อมเมื่อบันทึกข้อมูลเรียบร้อยและตรวจสอบเวลาในการเฝ้าระวังอาการภายหลังได้รับวัคซีนครบตามมาตรฐาน¹

1.6 ออกเอกสารรับรองการได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ให้ผู้รับบริการเชื่อมโยงกับระบบ MOPH-IC จะปรากฏ QR Code ไว้สำหรับสแกนดูรายละเอียดการรับวัคซีนเพื่อยืนยันความครบถ้วนของการได้รับวัคซีนผ่านช่องทางระบบ Hospital Information System (HIS) หรือ Web base ของโรงพยาบาลที่สามารถพิมพ์เอกสารรับรองการได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ได้เพื่อใช้เป็นประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ประจำตัวบุคคลตามแนวทางกระทรวงสาธารณสุข¹

2. ประชากรกลุ่มตัวอย่าง ผู้รับบริการฉีดวัคซีนโควิด – 19 โรงพยาบาลศรีสะเกษ ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2564 –30 เมษายน 2566

*เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria)*คือ ผู้รับบริการฉีดวัคซีนโควิด – 19 จุดบริการโรงพยาบาลสนาม เกาะกลางน้ำห้วยน้ำคำ คลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลศรีสะเกษและคลินิกวัคซีนงานควบคุมโรค

*เกณฑ์การคัดออกจากศึกษา (Exclusion criteria)*คือผู้รับบริการฉีดวัคซีนโควิด – 19 จุดบริการโรงพยาบาลศรีสะเกษ และห้างสรรพสินค้า

3. ประมวลผลผู้รับบริการจาก โปรแกรม MOPH – ICทะเบียนผู้รับบริการวัคซีนผ่านโปรแกรม Himpro Onlineใบสั่งยาและทะเบียนผู้รับบริการวัคซีนผ่านโปรแกรม Himproเพื่อตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลทั้ง 4 ฐานข้อมูล

ผลการศึกษา

ผลการบริการวัคซีน โควิด-19 ตั้งแต่ 1 เมษายน 2564 – 30 เมษายน 2566มีผู้รับบริการ 237,087 ครั้ง บันทึกด้วย Himpro Online 206,778 ครั้ง ร้อยละ 87.29 ข้อมูล 4 ฐานได้แก่ MOPH-IC ทะเบียนผู้รับบริการวัคซีนผ่าน Himpro Onlineใบสั่งยา และทะเบียนผู้รับบริการวัคซีนผ่านโปรแกรม Himproมีความครบถ้วน ถูกต้องของข้อมูล ร้อยละ 100.00

อภิปรายผลการศึกษา

โปรแกรมHimpro Onlineเป็นการพัฒนาโปรแกรมให้ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้งาน มีการออกแบบการใช้โปรแกรมให้ง่าย สะดวกในการออกให้บริการผู้ป่วยนอกสถานที่ที่สามารถบันทึกข้อมูลจำนวนมากภายใต้ความจำกัดด้านกำลังคนปฏิบัติงานและเวลา ลดขั้นตอนการปฏิบัติงานที่ซ้ำซ้อนและ

ตอบสนองการดำเนินงานภายใต้มาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค² และระบบเฝ้าระวังอาการภายหลังการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค(AEFI)³ ในฟังก์ชันต่างๆ ได้แก่ การตรวจสอบความถูกต้องข้อมูลบุคคลจาก Smart Card การตรวจสอบประวัติการรับวัคซีนโควิด-19 ด้วยเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก การออกใบยินยอมการรับบริการฉีดวัคซีน การบันทึกข้อมูลวัคซีนด้วยเลขรหัสหรืออ่านบาร์โค้ด ชนิดวัคซีน ชนิดที่/คนร่วมฉีดและผู้ให้บริการฉีดวัคซีน ไม่ต้องบันทึกรหัส ICD10 ทุก Visit ระบบจะลิงค์ ICD10 ด้วยชนิดของวัคซีนตามที่ได้พัฒนาโปรแกรมสร้างคำสั่งสามารถเชื่อมข้อมูลการรับวัคซีนในระบบหมอพร้อมเมื่อบันทึกข้อมูลเรียบร้อยแล้ว สามารถตรวจสอบเวลาในการเฝ้าระวังอาการภายหลังได้รับวัคซีน และออกใบรับรองการฉีดวัคซีน สามารถขยายผลไปยังโรงพยาบาลชุมชน 19 แห่งในจังหวัดศรีสะเกษที่ใช้โปรแกรม Himpro และพัฒนาต่อเนื่องในการบันทึกข้อมูลบริการเชิงรุก การให้บริการจำนวนมาก เช่น การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในโรงเรียน

ข้อเสนอแนะ

โอกาสพัฒนาการบันทึกการคัดกรองต่างๆ การสอบสวนโรค เพื่อให้บุคลากรวิชาชีพอื่นๆ สามารถนำข้อมูลไปใช้ประกอบการดูแล/รักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการปฏิบัติงานการใช้งานระบบMOPH Immunization Center(MOPH-IC) สำหรับเจ้าหน้าที่.[อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ28 เมษายน2566]. แหล่งข้อมูล :<https://mohprompt.moph.go.th/mpc/wp-content/uploads/2021/10/MOPH-Immunization-Center-03-150464-edit8.pdf>.
2. กลุ่มงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคและแผนงานโรคป้องกันด้วยวัคซีนกองโรคติดต่อทั่วไปกรมควบคุมโรค. มาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคปี 2566. นนทบุรี:กองโรคติดต่อทั่วไปกรมควบคุมโรค; 2565
3. กองระบาดวิทยากรมควบคุมโรค. แนวทางการเฝ้าระวังและสอบสวนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19.[อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ28 เมษายน 2566]. แหล่งข้อมูล : https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_srrt/g_srrt_170664.pdf.

การจัดงานมหกรรมคัดกรองสุขภาพประชาชนเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี ปี 2566

จันทร์เพ็ญ ศรีอินทร์เขียว
โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช

หลักการและเหตุผล

เนื่องจากนโยบายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้กำหนดให้มีการส่งเสริมสุขภาพตามรายการ PP Free schedule ในปีงบประมาณ 2566 และการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่กับการบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรีทั้งหมด จึงทำให้การติดต่อประสานงานและการร่วมงานกันค่อนข้างมีปัญหาล่าช้า ซึ่งอาจทำให้การคัดกรองสุขภาพประชาชนอาจไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ รวมทั้งการคัดกรองโรคในกลุ่มเสี่ยงและ อาสาสมัครสาธารณสุขอาจไม่ครอบคลุม และจากปัญหาต่างๆ ทำให้คุณ สรชัด สุจิตต์ สมาชิกสภาผู้แทนราษฎรเขต 1 จังหวัดสุพรรณบุรี เป็นห่วงสุขภาพของประชาชนจึงได้ปรึกษารัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข โดยนำ PP Free schedule 66 และตัวชี้วัดงานต่างๆ มาวางแผนในการทำงานแบบ ONE STOP SERVICE ในชุมชน โดยกำหนดการขอความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 5 หน่วยงาน คือ องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาลตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสุพรรณบุรี มีการประชุมวางแผนการดำเนินงานและกำหนดความรับผิดชอบของแต่ละหน่วยงานที่เข้าร่วมโครงการ

ดังนั้นการที่จะดำเนินการได้สำเร็จจะต้องมีการร่วมมือกันของหน่วยงานต่างทั้ง 5 หน่วยงานซึ่งเป็นการยากที่โรงพยาบาลจะเข้าไปดำเนินการเชิงรุกได้เองทั้ง 20 ตำบล เพราะต้องใช้กำลังคน สถานที่ สิ่งอำนวยความสะดวกที่พร้อมสำหรับประชาชนและที่เข้าปฏิบัติงาน ซึ่งจะต้องมีผู้ที่สามารถประสานงานได้ในการจัดการงานนี้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อความครอบคลุมการคัดกรองสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยง
2. เพื่อเกิดความร่วมมือจากชุมชนและรับรู้ปัญหาด้านสุขภาพของคนในชุมชนตนเอง
3. เพื่อจัดระบบการคัดกรองสุขภาพจนถึงการส่งต่อผู้ป่วยจากชุมชนเข้ารับการรักษา

การดำเนินการศึกษา

1. ศึกษาวิเคราะห์รายละเอียดงานคัดกรองสุขภาพ ตามเกณฑ์ PP Free schedule 66 รวมทั้งงานส่งเสริมสุขภาพอื่นๆ ที่ต้องดำเนินการ นำมาวางแผนการปฏิบัติงาน
2. ประชุมปรึกษาร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยมอบหมายงานตามศักยภาพ
3. นำรายละเอียดปรึกษาร่วมกับนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรีและสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรเขต 1 จังหวัดสุพรรณบุรี
4. นำเสนอเรื่องกับนายอำเภอเมืองสุพรรณบุรีเพื่อจัดประชุมชี้แจงรายละเอียดการจัดงานหน้าที่มีความรับผิดชอบกับนายกเทศบาลตำบล/องค์การบริหารส่วนตำบลต่างๆ ในอำเภอเมืองจังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 20 ตำบล

5. ลงกำหนดการจัดงานมหกรรมคัดกรองสุขภาพประชาชนในแต่ละตำบล
 6 ประชุมชี้แจงขั้นตอนการจัดงาน ประชากรกลุ่มเสี่ยงที่จะร่วมงาน พัสตูปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้
 งบประมาณให้กับนายก อบต./เทศบาล ผู้นำชุมชน,อสม

สิทธิประโยชน์ในการตรวจคัดกรองสุขภาพ

- 1.กรณีทันตกรรมตรวจสุขภาพช่องปาก-ฟัน ขูด อุด ถอน เน้นที่

- อายุ 25 – 49 ปี เคลือบฟลูออไรด์
- อายุ 40 ปีขึ้นไป ตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปาก

2. การคัดกรองมะเร็ง

- หญิงไทยอายุ 30 – 59ปี ตรวจมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม
- ชาย หญิง อายุ 50 – 70 ปี ตรวจอุจจาระค้นหาหะเร็งลำไส้

3. ค้นหาภาวะซีดจากการเจาะ CBC ในหญิงไทย อายุ 13 -24 ปี

4. ค้นหาผู้ป่วยเสี่ยงเบาหวานและหัวใจหลอดเลือด

- อายุ 35 – 44 ปี ตรวจเบาหวาน
- อายุ 45 ปีขึ้นไป ตรวจ Cholesterol /HDL

- 5.การค้นหาวัดโรค

- ผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค/ผู้ป่วยวัณโรค
- ผู้ติดเชื้อ HIV
- ผู้ป่วยเบาหวานที่ $HbA_{1c} > 7$ เปอร์เซ็นต์
- ผู้ที่อายุ 65 ปี ขึ้นไปและสูบบุหรี่ ผู้ใช้สารเสพติด พืชสุราเรื้อรังโรคหอบ
- জনท สาธารณสุข/อสม.
- ผู้ต้องขัง สถานพินิจ

จุดเน้น -ผู้ร่วมโครงการต้องเป็นคนไทย สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า

- นำบัตรประชาชนมาทุกท่าน

- แนะนำการปฏิบัติตนในผู้ที่ต้องตรวจเบาหวาน ไขมันในเลือด

การจัดกิจกรรมสุขภาพเชิงรุก

- 1.จุดลงทะเบียน การลงทะเบียนผู้ร่วมงานของ เทศบาล/อบต

2. จุดคัดกรอง การปฏิบัติงาน ผู้รับผิดชอบ
- ชั่ง นน./วัด สส./วัดรอบเอว (จนท.รพสต.)
 - คัดกรองแบบสอบถาม DM HT
 - คัดกรองสารเสพติด เครียด ซึมเศร้า
 - FBS

3. จุดคัดกรองสายตา -คัดกรองต้อกระจก (จนท.รพสต./อสม)
- คัดกรองสายตาเด็ก(3 - 6ปี)

- 4.จุดคัดกรองมะเร็งปากมดลูก -ตรวจภายใน /HPV (จนท.รพสต.)

- 5.จุดคัดกรองมะเร็งเต้านม -ตรวจเต้านม (จนท.รพสต.)

- พบความเสี่ยงส่งต่อ รพ.เพื่อmamogram
 - 6.จุดทำบัตรประวัติโรงพยาบาล – ออกใบนำทาง(authen) งานประกันสุขภาพ รพ.
 - 7. จุดคัดกรองวัณโรค -CXR 7 กลุ่มเสี่ยง รังสีรพ.เจ้าพระยามรราช
-คัดกรอง TBปากเปล่า กง.พยาบาลชุมชน
 - 8. จุดตรวจทันตกรรม -ตรวจสุขภาพปากฟัน รพ.เจ้าพระยามรราช
-คัดกรองมะเร็งช่องปาก 40 ปี ขึ้นไป ทันตกรรม
-เคลือบฟลูออไรด์ผู้ใหญ่ 25 -59ปี
-ชุด อด ถอน
 - 9. จุดตรวจพยาธิ -CBC (หญิงไทย 13 - 24ปี) รพ.เจ้าพระยามรราช
-FPG กลุ่มเสี่ยง 35 -59ปี LAB
-CHOLESTERAL /HDL พยาบาล รพสต.
(อายุ 35 -59ปีทุกคน)
 - ตรวจ fit test อายุ 50 -70 ปี
 - 10. จุดบริการตรวจสารเคมีตกค้างในเลือด -ตรวจคลอรีนเอสเตอเรส กง.อาชีวเวชกรรม
 - 11. จุดฉีดวัคซีนป้องกันโควิด 19 - ฉีดวัคซีนโควิด19สสอ.เมืองสุพรรณบุรี
 - 12.จุดสอนแสดงนิทรรศการ -การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม วพบ.สุพรรณบุรี
- หมายเหตุสามารถปรับลดเพิ่มการบริการได้ตามแต่ละสวดกของแต่ละพื้นที่
- สิ่งที่ขอรับการสนับสนุนจาก อบต./เทศบาล
- 1.สถานที่ โต๊ะ เติ้นท์ เก้าอี้
 - 2.INTERNET
 - 3.การอำนวยความสะดวกต่างๆ แก่ประชาชนและเจ้าหน้าที่
 - 4.อาหาร เครื่องดื่มสำหรับประชาชน

ผลการศึกษา

- ดำเนินการคัดกรองใน 20ตำบล มีผู้ร่วมงานทั้งสิ้น 9,290ราย พบ
- เบาหวานรายใหม่ จำนวน 323ราย
 - ความดันโลหิตสูงรายใหม่ จำนวน 103ราย
 - ไขมันในเลือดสูง จำนวน 1,016ราย
 - stool occultblood positive จำนวน 93ราย
- การตรวจคัดกรองวัณโรค CXR จำนวน 3,209ราย พบ
- ความผิดปกติของปอด จำนวน 146ราย ยืนยันวัณโรค 4ราย
 - ความผิดปกติของหัวใจ จำนวน 110ราย
 - ปกติ จำนวน 2,953ราย
- การบริการทันตกรรม จำนวน 1,128ราย
- ตรวจสุขภาพช่องปาก จำนวน 365ราย
 - ขูดหินปูน จำนวน 222ราย

- เคลือบฟลูออไรด์ จำนวน 410 ราย
- ถอนฟัน จำนวน 214 ราย
- การตรวจสารเคมีตกค้างในเลือด จำนวน 1,391 ราย
- ผลปกติ-ปลอดภัย จำนวน 223 ราย
- ความเสี่ยงสูง จำนวน 410 ราย
- อันตราย จำนวน 748 ราย
- การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม จำนวน 660 ราย พบผิดปกติ 95 ราย
- การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV จำนวน 2,027 ราย
- การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
 - โดยการสอนหลักการคัดแยกป้องกัน 7 สี
 - การปฏิบัติตนหลักการ 3อ. อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย
- ปัญหาและอุปสรรค
 1. ผู้นำชุมชน อสม. ไม่เข้าใจเรื่องชุดสิทธิประโยชน์ที่สามารถให้กลุ่มเสี่ยงตรวจได้แต่ละช่วงอายุ
 2. มีผู้ที่วินิจฉัยโรคว่าป่วยแล้วจะมารับบริการตรวจเลือด
 3. มีผู้ป่วยสิทธิอื่นๆมาตรวจด้วย เช่น ข้าราชการ ผู้ประกันตน
 4. รพสต. ต้องดำเนินการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงมาก่อน
 5. เจ้าหน้าที่ สถานที่ มีข้อจำกัดในบางแห่ง รูปแบบการดำเนินงาน

ข้อเสนอแนะ

1. มีการติดตามผู้ป่วยให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทุกราย ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ
2. มีการติดตามประเมินผลโครงการป้องกัน ๗ สีและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยง เบาหวาน ความดันโลหิตสูงในชุมชนอย่างต่อเนื่อง
3. มีการร่วมมือกันดำเนินงานอย่างต่อเนื่องทุกปีในการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่เพื่อรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายรุนแรง
4. มีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงมาก่อนที่จะเข้าร่วมกิจกรรมการคัดกรอง
5. นำเป็นโมเดลการดำเนินงานในอำเภออื่นๆ ต่อไปให้ครอบคลุมทั้งจังหวัด

เอกสารอ้างอิง

- ประกาศสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่องการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปี 2566

ปฏิทินคู่มือการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน

อัจฉราจิตต์สุข
โรงพยาบาลศูนย์สวรรณประชารักษ์

หลักการและเหตุผล

เนื่องด้วยนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ได้มุ่งเน้นพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการบริการที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึง ภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 3 ส่งเสริมการใช้สมุนไพรเพื่อการรักษาโรคและการส่งเสริมสุขภาพ ครอบคลุมการพัฒนาระบบการบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุข และการส่งเสริมการใช้สมุนไพรที่ถูกต้อง เน้นความเข้มแข็งระบบบริการระดับปฐมภูมิ ระบบเครือข่ายการส่งต่อระหว่างสถานบริการสุขภาพทั้งในภาครัฐและเอกชนที่มีประสิทธิภาพ สนับสนุนการบูรณาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร และการเพิ่มรายการยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ¹ จากนโยบายส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพร กำหนดเป้าหมายตัวชี้วัดร้อยละมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรอย่างน้อย ร้อยละ 1 เมื่อเทียบกับมูลค่าการจ่ายยาแผนปัจจุบัน จากรายงานตัวชี้วัดมูลค่าการใช้ยาสมุนไพร เทียบกับมูลค่าการใช้ยาแผนปัจจุบัน ในปี 2562-2564 พบว่าอำเภอเมืองนครสวรรค์ มีมูลค่าร้อยละการใช้ยาสมุนไพร 0.36, 0.28, และ 0.31 ตามลำดับ² ซึ่งมีปริมาณน้อยเมื่อเทียบกับมูลค่าการจ่ายยาแผนปัจจุบัน จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในการบรรเทาอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อของบุคลากรเครือข่ายบริการสุขภาพ โรงพยาบาลสวรรณประชารักษ์พบว่าทัศนคติต่อการใช้ยาสมุนไพรของบุคลากรมีทัศนคติระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับน้อย มีการรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยาสมุนไพรอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งการรับรู้เป็นตัวแปรที่เชื่อว่ามีผลกระทบต่อการเกิดพฤติกรรมจึงทำให้ไม่มีต้นแบบในการใช้ยาสมุนไพรส่งผลทำให้มีการใช้ยาในปริมาณที่น้อย³ ในฐานะแพทย์แผนไทยซึ่งมีบทบาทหน้าที่โดยตรงในการสนับสนุนให้มีการใช้ยาสมุนไพรในเครือข่ายบริการสุขภาพ สวรรค์ประชารักษ์ และส่งเสริมให้ประชาชนสามารถใช้ยาสมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองขึ้นพื้นฐานได้อย่างถูกต้อง

จากปัญหาและสาเหตุดังกล่าว จึงได้จัดทำปฏิทินคู่มือการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ที่มีสิทธิสั่งใช้ยาสมุนไพร เครือข่ายบริการสุขภาพ โรงพยาบาลสวรรณประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ ได้นำไปใช้เป็นแนวทางในการสั่งจ่ายยา เพื่อเสริมสร้างความรู้และความมั่นใจในการสั่งจ่ายยาเพิ่มมากขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินความรู้ความมั่นใจของบุคลากรทางการแพทย์ผู้ที่มีสิทธิสั่งจ่ายยาสมุนไพร ในเครือข่ายบริการสุขภาพ โรงพยาบาลสวรรณประชารักษ์ก่อนและหลังการใช้ปฏิทินคู่มือการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน
2. เพื่อประเมินความพึงพอใจในการใช้ปฏิทินคู่มือการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน

การดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาทั้งทดลอง โดยศึกษาในบุคลากรทางการแพทย์ ผู้มีสิทธิส่งจ่ายยาสมุนไพร ในเครือข่ายบริการสุขภาพ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์จังหวัดนครสวรรค์ ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2565 - มกราคม 2566 โดยแบ่งการศึกษาเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 การศึกษาเชิงทดลอง (Experiment research) เพื่อประเมินความรู้ และความเชื่อมั่นของบุคลากรทางการแพทย์ ก่อนและหลังการใช้ปฏิทินคู่มือการจ่ายยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบันโดยวัดผลก่อนและหลังการทำแบบสอบถาม และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติทดสอบ Paired-Sample T-Test มีความเชื่อมั่นการทดสอบที่ 95 เปอร์เซนต์ และส่วนที่ 2 การศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เพื่อศึกษาความพึงพอใจในการใช้ปฏิทินคู่มือการจ่ายยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบันและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา (Descriptive analysis) แสดงค่าเป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

1. ปฏิทินคู่มือการจ่ายยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน
2. แบบสอบถาม แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษาส่วนที่ 2 ด้านความรู้ในการส่งจ่ายยาสมุนไพรส่วนที่ 3 ด้านความมั่นใจในการส่งจ่ายยาสมุนไพรส่วนที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจในการใช้ปฏิทินคู่มือการจ่ายยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน
3. เครื่องมือในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป SPSS เวอร์ชัน 20

ผลการศึกษา

จากการดำเนินงานศึกษาความรู้ความมั่นใจ และความพึงพอใจในการใช้ปฏิทินคู่มือการจ่ายยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ผู้มีสิทธิส่งจ่ายยาสมุนไพร เครือข่ายบริการสุขภาพ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า บุคลากรทางการแพทย์ผู้มีสิทธิส่งจ่ายยาสมุนไพรจำนวน 31 ราย พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.80 อยู่ในหน่วยบริการระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต) ร้อยละ 71.00 โดยมีตำแหน่งเป็นแพทย์แผนไทย/แพทย์แผนไทยประยุกต์ ร้อยละ 45.10 โดยที่บุคลากรส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรมการจ่ายยาสมุนไพรจากโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 48.40

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบระดับความรู้ก่อน-หลังใช้ปฏิทินคู่มือการจ่ายยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน จำนวน 31 ราย

การทดสอบ	n	Mean	S.D	$\bar{X}_{diff}$ (95% CI)	p-value
ความรู้ก่อนใช้ปฏิทินคู่มือการจ่ายยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน	31	3.00	0.77	1.26(-1.57-0.94)	<0.001
ความรู้หลังใช้ปฏิทินคู่มือการจ่ายยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน	31	4.26	0.86		

จากตารางการประเมินระดับความรู้ก่อน-หลังใช้ปฏิทินคู่มือการไ้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบันพบว่า จากตาราง 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 31 คน มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังใช้ปฏิทินคู่มือการไ้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน 4.26 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.86)ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนใช้ปฏิทินคู่มือการไ้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน 3.00 คะแนน (คะแนนส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.77)ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่าง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 ($p < 0.001$) โดยพบว่าหลังใช้ปฏิทินคู่มือการไ้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน มีค่าคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น 1.26คะแนน (95 เปอร์เซนต์ of CI : -1.57-0.94)

ตารางที่ 2การประเมินระดับความมั่นใจในการสั่งจ่ายยาสมุนไพรก่อน-หลังใช้ปฏิทินคู่มือการไ้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน จำนวน 31ราย

การทดสอบ	n	Mean	S.D	$\bar{X}_{diff}$ (95% CI)	p-value
ความมั่นใจก่อนใช้ปฏิทินคู่มือการไ้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน	31	3.26	0.89	1.19 (-1.54-0.85)	<0.001
ความมั่นใจหลังใช้ปฏิทินคู่มือการไ้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน	31	4.45	0.72		

จากตารางการประเมินระดับความมั่นใจก่อน-หลังใช้ปฏิทินคู่มือการไ้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 31คน มีค่าเฉลี่ยคะแนนความมั่นใจหลังใช้ปฏิทินคู่มือการไ้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน 4.45 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.72) ค่าเฉลี่ยคะแนนความมั่นใจก่อนใช้ปฏิทินคู่มือการไ้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน 3.26 คะแนน (คะแนนส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.89) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่าง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 ($p < 0.001$) โดยพบว่าหลังใช้ปฏิทินคู่มือการไ้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน มีค่าคะแนนความมั่นใจเพิ่มขึ้น 1.19 คะแนน (95เปอร์เซนต์ of CI :-1.54-0.85)

ตารางที่ 3ความพึงพอใจต่อการใช้ปฏิทินคู่มือการไ้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน (รายชื่อ)

ความพึงพอใจ	ระดับความพึงพอใจ	
	$\bar{X}$	แปลผล
1.ปฏิทินคู่มือการไ้ยาสมุนไพรฯ เข้าใจง่าย สะดวกต่อการไ้ สามารถนำไปใช้งานได้จริง	4.35	มาก
2.ปฏิทินคู่มือการไ้ยาสมุนไพรฯ มีเนื้อหาเหมาะสม ตรงกับความต้องการของผู้ใช้งาน	4.35	มาก
3.ปฏิทินคู่มือยาสมุนไพรฯช่วยส่งเสริมให้เกิดการสั่งจ่ายยาสมุนไพรเพิ่มมากขึ้น	4.22	มาก
4.ปฏิทินคู่มือยาสมุนไพรฯ ได้มาตรฐาน มีความคงทนถาวร	4.29	มาก
5.โดยภาพรวมแล้วท่านมีความพึงพอใจต่อปฏิทินคู่มือการไ้ยาสมุนไพรฯ	4.41	มาก

มากน้อยเพียงใด		
----------------	--	--

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 31 คนมีความพึงพอใจมาก 3 อันดับแรก คือ อันดับที่ 1 คือ “ภาพรวมของปฏิทินคู่มือการใช้อยาสุมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน” (Mean = 4.41) อันดับที่ 2 คือ “ปฏิทินคู่มือการใช้อยาสุมุนไพรฯ เข้าใจง่าย สะดวกต่อการใช้ สามารถนำไปใช้งานได้จริง” และ “ปฏิทินคู่มือการใช้อยาสุมุนไพรฯ มีเนื้อหาเหมาะสม ตรงกับความต้องการของผู้ใช้งาน” (Mean = 4.35) และอันดับที่ 3 คือ “ปฏิทินคู่มือยาสมุนไพรฯ ได้มาตรฐานมีความคงทนถาวร” (Mean = 4.29)

อภิปรายผลการศึกษา

จากการศึกษา พบว่า บุคลากรทางการแพทย์ผู้มีสิทธิ์สั่งจ่ายยาสมุนไพรมีความรู้ความมั่นใจเพิ่มมากขึ้น หลังจากการใช้ปฏิทินคู่มือยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน อาจเนื่องมาจากการมีคู่มือยาสมุนไพรในรูปแบบปฏิทินช่วยให้บุคลากรเข้าถึงความรู้เกี่ยวกับยาสมุนไพรได้สะดวกมากยิ่งขึ้น จึงส่งเสริมให้บุคลากรมีความมั่นใจในการสั่งจ่ายยาสมุนไพร จะเห็นได้จากการบุคลากรมีความพึงพอใจต่อการใช้ปฏิทินคู่มือยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบันอยู่ในระดับมาก อย่างไรก็ตามปฏิทินคู่มือยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบันเป็นเพียงวิธีหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมให้เกิดการสั่งจ่ายยาสมุนไพร ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนาสื่อหรือนวัตกรรมเพื่ออำนวยความสะดวกในการสั่งจ่ายยาสมุนไพรที่มีรูปแบบหลากหลายสอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่เพิ่มมากขึ้น เพื่อสร้างความรู้ความมั่นใจในการสั่งจ่ายยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบันในการดูแลสุขภาพของประชาชน

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการพัฒนาสื่อความรู้ให้เข้าถึงบุคลากรทางการแพทย์ และประชาชนเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากปฏิทินคู่มือการใช้อยาสุมุนไพรฯ สามารถใช้ได้เฉพาะในหน่วยบริการและมีปริมาณจำกัด อาจไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตในยุคปัจจุบันที่การค้นคว้าหาความรู้สามารถเข้าถึงได้ทุกที่ ควรมีพัฒนารูปแบบความรู้เพื่อให้เข้าถึงง่ายขึ้นและทั่วถึง โดยที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้เพิ่มมากขึ้น เช่น การพัฒนาแอปพลิเคชัน สื่อความรู้แบบ E-learning สื่อความรู้ออนไลน์ เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- 1.กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. (2559). แผนแม่บทแห่งชาติว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2560 – 2564. กรุงเทพฯ. บจก.ทีเอสอินเตอร์พรีนท์.
- 2.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์. (2565). ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ จังหวัดนครสวรรค์ (Health Data Center : HDC).สืบค้นเมื่อ 2 เมษายน 2566.จาก <https://nsn.hdc.moph.go.th>.
- 3.จันทร์ณา สว่างใจ.(2566). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในการบรรเทาอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อของบุคลากรในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง.วารสารวิทยาลัยพระปกเกล้า จันทบุรี. 35(2)

บูรณาการระบบการดูแลระยะกลาง (Intermediate care: IMC)

สู่การดูแลระยะยาว(Long term care: LTC) อำเภองวางน้อย

เปรมมิกาหมวดศรีหรรษกรสาระพันธุ์
โรงพยาบาลงวางน้อย

หลักการ และเหตุผล

โรงพยาบาลงวางน้อยเป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง หลังจากมีนโยบายให้การบริการฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (Intermediate care: IMC) เป็น Service plan ของกระทรวงสาธารณสุข รพ.งวางน้อยได้รับนโยบาย และกำหนดให้มี Intermediate bed จำนวน 4 เตียง เพื่อรับผู้ป่วย 4 กลุ่มโรค คือ Stroke Traumatic brain injury, Spinal cord injury และ Fracture Hip ที่พ้นระยะวิกฤตส่งกลับมาดูแล IMC ต่อปีงบประมาณ 2564-2566 (ต.ค65 - พ.ค66)ร.พ.งวางน้อยมีผู้ป่วย IMCจำนวน 18, 16 และ 24รายตามลำดับ โดยพบผู้ป่วย Ischemic stroke มากที่สุดร้อยละ 75.00 และจำหน่ายเป็นผู้ป่วยดูแลระยะยาว (Long term care: LTC) จำนวน 3,2 และ 2 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 8.33 ซึ่งผู้ป่วยIMC ที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลแล้วเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุด คือ Pressure sore ร้อยละ 7.35, Urinary tract infection ร้อยละ 2.94 และ Aspirate pneumonia ร้อยละ 1.74 แต่จากการทบทวนการดำเนินงานยังพบว่าผู้ป่วย IMC ที่จำหน่ายเป็นผู้ป่วย LTC ไม่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน ฟื้นฟูสุขภาพ หรือได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดำรงชีวิต รวมถึงผู้ดูแลหลัก /ญาติของผู้ป่วยขาดความพร้อมในการดูแล สภาพแวดล้อมที่พักอาศัยที่ไม่เหมาะสม ขาดภาคีเครือข่ายที่จะร่วมบูรณาการดูแลผู้ป่วยในชุมชน ทีมสหวิชาชีพ.รพ.งวางน้อย ได้เล็งเห็นความสำคัญดังกล่าว จึงได้มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง เชื่อมโยงสู่การดูแลระยะยาว อำเภองวางน้อย ซึ่งจะช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก /ญาติดีขึ้น ตลอดจนช่วยให้ผู้ป่วยไม่เป็นภาระของครอบครัวและสังคมในระยะยาวต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วย IMC, ผู้ป่วย IMC ที่จำหน่ายเป็น LTCได้รับการฟื้นฟูและติดตามเยี่ยมตามเกณฑ์
2. เพื่อให้ผู้ป่วยIMC, ผู้ป่วย IMC ที่จำหน่ายเป็น LTC มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
3. เพื่อบูรณาการระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางสู่การดูแลระยะยาวให้เกิดความเชื่อมโยง ไร้รอยต่อ และมีประสิทธิภาพ

การดำเนินการศึกษา

1. แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการ IMC อำเภองวางน้อยและกำหนดบทบาทในการร่วมดูแลฟื้นฟูผู้ป่วย IMC ครอบคลุม IPD /OPD /รพ.สต.และชุมชน
2. พัฒนาระบบบริการผู้ป่วยนอก โดยทีมนักกายภาพบำบัดนัดผู้ป่วยอย่างน้อย 2 ครั้ง/สัปดาห์ใน 3 เดือนแรก และ 3 เดือนต่อไปตามค่า ADL อย่างน้อยครั้งละ 45 นาที จนครบ 6 เดือน หรือ ADL เท่ากับ 20 ซึ่งในวันที่ทีมกายภาพบำบัดมาที่โรงพยาบาล จะประสานทีมเยี่ยมบ้านให้การดูแลทางการแพทย์ 1 ครั้งต่อเดือน ครั้งละ 45 นาที

3. พัฒนาระบบบริการผู้ป่วยใน โดยให้บริการผู้ป่วยที่มีค่า ADL < 15 หรือ ADL ≥ 15 แต่มี Multiple impairment

3.1) ให้บริการ Intermediate bed ทั้งหมด 4เตียง โดยให้บริการ Intensive IPD rehab program ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการฟื้นฟูอย่างน้อยวันละ 3 ชั่วโมง และอย่างน้อย 5 วัน /สัปดาห์ หรือ อย่างน้อย 15 ชั่วโมง /สัปดาห์ (ไม่รวมชั่วโมง Nursing care)

3.2) เน้นการทํากิจกรรม Team meeting ของทีมสหวิชาชีพร่วมกับผู้ป่วยและญาติ โดยกำหนดให้อย่างน้อยต้องมีแพทย์ พยาบาล และนักกายภาพบำบัดที่จะสรุปประเด็นปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย และ แผนการดูแลต่อเนื่อง

4. พัฒนาระบบการส่งต่อและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Continuity of Care : COC) มีพยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์ COCเป็น Care manager ประสานการเยี่ยมและลงเยี่ยมบ้านพร้อมกับเจ้าหน้าที่รพ.สต.และอปท.ในพื้นที่ประสานทีมสหวิชาชีพบริการตามความเหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย

4.1) COC คัดกรองและจัด Groupผู้ป่วยตามคะแนน Barthel ADL indexที่ประเมินก่อนจำหน่ายโดยนักกายภาพบำบัด (ผู้ป่วยที่มีคะแนนBI ≤15 ได้รับการฟื้นฟูตามแนวทางIMC,ผู้ป่วยที่มีคะแนนBI >15ติดตามเยี่ยมและฟื้นฟูตามอาการ)

4.2)ปรับแนวทางการติดตามเยี่ยมให้สอดคล้องกับภาระงานดังนี้ ADL 0-17 : ทีมสหวิชาชีพ (แพทย์, พยาบาล, นักโภชนาการ,นักกายภาพบำบัด, เภสัชกร) ADL 18 : นักกายภาพบำบัด, แพทย์แผนไทยและพยาบาล, ADL19-20 :ติดตามทางโทรศัพท์

5. พัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านแบบบูรณาการ โดยจะพัฒนาการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยร่วมกับภาคีเครือข่าย ได้แก่

5.1) เครือข่ายภายในโรงพยาบาล มีช่องทางการปรึกษา สื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ดูแลหลักในครอบครัวผ่านกิจกรรมTeam meeting เพื่อให้เกิดกิจกรรมเสริมพลังผู้ป่วย ญาติ หรือ Caregiver

5.2) เครือข่ายภายนอกโรงพยาบาล ประสานงานกับทีมเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ผ่านช่องทางไลน์กลุ่มโทรศัพท์ และเอกสารส่งตัวร่วมกับส่งข้อมูลผ่านโปรแกรมเยี่ยมบ้าน HOSxP ให้ลงเยี่ยมต่อเนื่องและตอบกลับภายใน 1 สัปดาห์นอกจากนี้ยังมีช่องทางการปรึกษา/สื่อสารกับผู้ป่วย ญาติ เจ้าหน้าที่ รพ.สต.และเครือข่ายผ่านศูนย์ COC และกลุ่มไลน์ IMC เพื่อประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารวางแผนและนัดเยี่ยมบ้านผู้ป่วย รวมทั้งรับปรึกษา หรือให้คำแนะนำ หากผู้ป่วยมีการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างที่รักษาตัวที่บ้าน

5.3) ประสานหน่วยงานภาคีเครือข่าย มีการกำหนดเป็นวาระในการประชุมในระดับอำเภอทุกครึ่ง เพื่อรายงานข้อมูล และวางแผนการจัดทำแผนงานโครงการระดับอำเภอและตำบลร่วมกัน รวมถึงการขอสนับสนุนงบประมาณหรืออุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยการจัดบริการรถ รับ-ส่งในกรณีผู้ป่วยไม่มีพาหนะเดินทาง

6. จัดอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพ CG/อสม. บูรณาการในการดูแลผู้ป่วย IMC /LTC /PC โดยใช้นวัตกรรม คู่มือการดูแลผู้ป่วย “IMC Minibook”

ผลการศึกษา

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย เปอร์เซ็นต์	ผลงาน		
		ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566
1. อัตราผู้ป่วย IMC ได้รับการปรับสภาพ ระยะกลาง และติดตามจนครบ 6 เดือนหรือ จนกระทั่ง Barthel ADL index = 20	≥ 75.00	72.22	87.50	100.00
2. อัตราผู้ป่วย IMC ที่มีผล Barthel ADL index เพิ่มขึ้น	≥ 40.00	37.6	46.67	43.75
3. อัตราผู้ป่วย IMC ได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์ ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน	100.00	86.67	93.33	100
4. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย IMC	< 5.00	11.11	6.25	4.16
5. อัตราผู้ป่วย IMC ที่จำหน่ายเป็นผู้ป่วย LTC ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์	100.00	33.33	50.00	100.00

ข้อเสนอแนะ

ควรส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยให้ใช้เครื่องช่วยเดิน และกายอุปกรณ์เสริมได้ด้วยตนเอง ไม่เป็นภาระกับผู้ดูแล และแนะนำแหล่งสนับสนุนงบประมาณในการช่วยเหลือผู้ป่วยในชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เช่น การสนับสนุนจากองค์กรเอกชน มูลนิธิต่างๆ เป็นต้น

ควรมีการสนับสนุนในเรื่องความขาดแคลนอัตรากำลังและบุคลากรที่มีศักยภาพ ได้แก่ นักกิจกรรมบำบัด โดยมีนโยบายในการจัดสรรอัตรากำลังบุคลากร ที่มีศักยภาพอย่างเหมาะสม

พัฒนาระบบการบันทึกและส่งต่อข้อมูลให้เป็นระบบเดียวกันทุกพื้นที่ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะยกระดับการดูแลสุขภาพระยะกลางให้ได้มาตรฐานเพิ่มขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. จีรพร สติธอังกูรและคณะ. (2562). แนวทางการจัดการบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง.(พิมพ์ครั้งที่1) นนทบุรี:บริษัทสำนักพิมพ์สื่อตะวัน.
2. กองบริหารการสาธารณสุข.(2562).คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง Guideline for Intermediate Care สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan).สมุทรสาคร: บริษัท บอรัณ ทุปี พับลิชชิง จำกัด
3. โรงพยาบาลแวงน้อย. (2566). รายงานข้อมูลสถิติผู้ป่วย IMCระหว่าง พ.ศ. 2564-2566.

นวัตกรรมปลากะตักกินลูกน้ำ แก้ไขปัญหาโรคไขเลือดออก อำเภอนามนจังหวัดกาฬสินธุ์

นิศมา ภูมิขิต

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนามน

บทคัดย่อ

นวัตกรรมปลากะตักกินลูกน้ำ ได้ใช้การศึกษาวิจัยเชิงพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนานวัตกรรมปลากะตักกินลูกน้ำและผลของการใช้นวัตกรรมปลากะตักกินลูกน้ำในการแก้ไขปัญหาโรคไขเลือดออกแบบมีส่วนร่วมผลการศึกษาพบว่า ก่อนการพัฒนานวัตกรรมปลากะตักกินลูกน้ำได้ทดลองประสิทธิภาพของปลาล่าเหยื่อผิวน้ำ 13 ชนิด พบว่าปลาหมอสามารถกินลูกน้ำมากที่สุด 931.54 ตัว/วัน รองลงมาคือปลากะตัก สามารถกินลูกน้ำได้ 184.50 ตัว/วัน และ ปลาบู่สามารถกินลูกน้ำได้ 180.34 ตัว/วันพัฒนาร่วมกับมาตรการของชุมชนดังนี้ 1) การขับเคลื่อนนโยบายนวัตกรรมปลากะตักกินลูกน้ำจากอำเภอลงสู่ชุมชน 2) การสนับสนุนความต้องการของชุมชนในการใช้ปลากะตักแทนสารเคมีทรายเทมีฟอสโดยสนับสนุนสร้างบ่อพักปลากะตักในชุมชน 3) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชนโดยการออกหาปลากะตักร่วมกันแล้วนำมาแจกจ่ายใช้ในชุมชน 4) การทำงานจนเกิดคุณค่าโดยการรณรงค์กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายและใช้ปลากะตักกินลูกน้ำจากคนในชุมชนเอง 5) การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากรโดยการอบรม เจ้าหน้าที่ จิตอาสา และ อสม. ในการใช้นวัตกรรมปลากะตัก 6) การให้บริการสุขภาพเมื่อเกิดการระบาดของโรคไขเลือดออกในชุมชนสามารถให้การรักษายาบาลผู้ป่วยโดยผู้เชี่ยวชาญได้ตลอดเวลา เมื่อเกินกำลังสามารถส่งต่อได้ทันเวลา ภายหลังการดำเนินมาตรการ พบว่าจำนวนผู้ป่วยลดลงอย่างต่อเนื่อง ปี 2562-2565 มีจำนวนผู้ป่วย 21 ราย 36 ราย 5 ราย และ 2 ราย ตามลำดับ ไม่พบรายงานผู้ป่วยเสียชีวิต ในปี 2565 จากการทดลองนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างปี 2562-2565 จำนวน 585 หลังคาเรือน พบว่า ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายในบ้าน (HI) มีค่า 9.82, 6.52, 2.36, และ 2.24 ตามลำดับ และค่าชี้วัดความชุกของลูกน้ำยุงลายต่อภาชนะ (CI) มีค่า 8.67, 8.58, 2.36 และ 2.18 ตามลำดับ การทดสอบคะแนนความพึงพอใจในภาพรวมต่อนวัตกรรมปลากะตักกินลูกน้ำพบว่าระดับความพึงพอใจในปี 2562 เทียบปี 2565 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือด้านประสิทธิภาพของนวัตกรรมปลากะตักควบคุมลูกน้ำได้ดีกว่าทรายเทมีฟอส ($p < 0.05$, $t = 23.01$) ประโยชน์นวัตกรรมปลากะตักกินลูกน้ำสามารถควบคุมลูกน้ำยุงลาย และโรคไขเลือดออกอย่างมีประสิทธิภาพ ข้อเสนอแนะควรใช้ร่วมกับมาตรการการมีส่วนร่วมโดยชุมชนควรระวังเมื่อน้ำเต็มอ่างปลาจะกระโดดออกตามสัญชาตญาณและควรสนับสนุนบ่อพักปลาในชุมชน

หลักการและเหตุผล

โรคไขเลือดออกในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบผู้ป่วยจำนวน 801 ราย ซึ่งจังหวัดกาฬสินธุ์ พบผู้ป่วยจำนวน 44 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 4.52 ต่อประชากรแสนคน โดยในปี 2563 อำเภอนามน พบผู้ป่วยจำนวน 89 ราย ซึ่งสูงเป็นอันดับ 1 ของจังหวัดกาฬสินธุ์

อำเภอนามน จึงได้เล็งเห็นปัญหาและได้ดำเนินการวิเคราะห์สถานการณ์ ผลกระทบที่เกิดขึ้นพร้อมทั้งร่วมหาแนวทางการแก้ไขปัญหา โดยพื้นที่ตำบลหลักเหลี่ยม อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้

คิดค้นนวัตกรรมปลากระดี่กินลูกน้ำ ซึ่งเริ่มต้นจากชุมชนตลาดแคสนปลาหางนกยูงและทรายอบท ประกอบกับชุมชนมีปลากระดี่เป็นจำนวนมาก จึงนำมาทดลองใช้ในชุมชน ซึ่งพบว่า ปลากระดี่สามารถกิน ลูกน้ำยุงลายได้มากกว่าปลาหางนกยูง ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง และค่า HI CI ต่ำกว่า 10 ติดต่อกัน

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาและขยายผลในการควบคุมลูกน้ำยุงลายในระดับอำเภอ เพื่อแก้ไขปัญหาการระบาดของโรคไข้เลือดออกในอำเภอนามนต่อไป

วัตถุประสงค์

- 1 เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนานวัตกรรมปลากระดี่กินลูกน้ำ
- 2 เพื่อศึกษาผลของกระบวนการใช้นวัตกรรมปลากระดี่กินลูกน้ำ ในการแก้ไขปัญหาโรค ไข้เลือดออกแบบมีส่วนร่วม

การดำเนินการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนและภาคีเครือข่ายในเขตพื้นที่ อำเภอนามนจำนวน 5 ตำบล 67 หมู่บ้าน จำนวน 585 หลังคาเรือน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลการวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ แบบสอบถามความพึงพอใจที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และ กระบวนการพัฒนานวัตกรรมปลากระดี่กินลูกน้ำวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการพัฒนานวัตกรรมปลากระดี่กินลูกน้ำ ได้ทดลองประสิทธิภาพของปลา เล้าเหยื่อผิวน้ำ 13 ชนิด พบว่าปลาหมอสามารถกินลูกน้ำมากที่สุด 931.54 ตัว/วัน รองลงมาคือปลากระดี่ สามารถกินลูกน้ำได้ 184.50 ตัว/วัน และ ปลากุ้ยสามารถกินลูกน้ำได้ 180.34 ตัว/วัน พัฒนาร่วมกับ มาตรการของชุมชน ดังนี้ 1) การขับเคลื่อนนโยบายนวัตกรรมปลากระดี่กินลูกน้ำจากอำเภอลงสู่ชุมชน 2) การสนับสนุนความต้องการของชุมชนในการใช้ปลากระดี่แทนสารเคมีทรายเคมีฟอสโดยสนับสนุนสร้างบ่อ พักปลากระดี่ในชุมชน 3) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชนโดยการออกหาปลากระดี่ร่วมกันแล้วนำมา แจกจ่ายใช้ในชุมชน 4) การทำงานจนเกิดคุณค่าโดยการรณรงค์กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายและใช้ ปลากระดี่กินลูกจากคนในชุมชนเอง 5) การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากรโดยการอบรม เจ้าหน้าที่ จิตอาสา และ อสม. ในการใช้นวัตกรรมปลากระดี่ 6) การให้บริการสุขภาพเมื่อเกิดการระบาดของ โรคไข้เลือดออกในชุมชนสามารถให้การรักษายาบาลผู้ป่วยโดยผู้เชี่ยวชาญได้ตลอดเวลา เมื่อเกินกำลัง สามารถส่งต่อได้ทันเวลา ภายหลังการดำเนินมาตรการ พบว่าจำนวนผู้ป่วยลดลงอย่างต่อเนื่อง ปี 2562-2565 มีจำนวนผู้ป่วย 21 ราย 36 ราย 5 รายและ 2 ราย ตามลำดับ ไม่พบรายงานผู้ป่วยเสียชีวิต ในปี 2565จากการทดลองนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างปี 2562-2565จำนวน 585 หลังคาเรือน พบว่า ค่าดัชนีลูกน้ำ ยุงลายในบ้าน (HI) มีค่า 9.82, 6.52, 2.36, และ 2.24 ตามลำดับ และค่าชี้วัดความชุกของลูกน้ำยุงลายต่อ ภาชนะ (CI) มีค่า 8.67, 8.58, 2.36และ2.18 ตามลำดับ การทดสอบคะแนนความพึงพอใจในภาพรวมต่อ

นวัตกรรมปลากะตักกินลูกน้ำพบว่าระดับความพึงพอใจในปี 2562 เทียบปี 2565 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือด้านประสิทธิภาพของนวัตกรรมปลากะตักควบคุมลูกน้ำได้ดีกว่าทรายเทมโฟส ($p < 0.05$, $t = -23.01$)

อภิปรายผลการศึกษา

ปลากะตักกินลูกน้ำ สามารถควบคุมลูกน้ำยุงลาย และโรคไข้เลือดออกได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการศึกษา พบว่า นวัตกรรมปลากะตักมีความพึงพอใจด้านการควบคุมลูกน้ำได้ดีกว่าทรายเทมโฟส

ข้อเสนอแนะ

1. ควรปล่อยปลากะตักอย่างน้อย 2 ตัว
2. ควรใช้ร่วมกับมาตรการมีส่วนร่วมโดยชุมชน และสนับสนุนให้มีบ่อพักปลาธรรมชาติในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข การเขียนแบบประเมินความพึงพอใจ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ:

[เข้าถึงเมื่อ 11 พ.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: http://person.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=1826

กิตติพงษ์ คงสมบูรณ์.(2557).วิจัยทางระบาดวิทยา.จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.กรุงเทพฯ

หน้า 51-57.

ชาญชัยณรงค์ ทรงคารศรี. (2555). รูปแบบการพยากรณ์โรคไข้เลือดออกในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ 6 จังหวัด ขอนแก่น.วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น ปีที่ 20 (1) . 65-81.

งานยุทธศาสตร์และควบคุมโรค.(2561).รายงานสถานการณ์ทางระบาดวิทยาโรคไข้เลือดออก.

โรงพยาบาลนวมิน. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์.

ดุสิตศักดิ์ เทพจันทร์ และ เพชรระดา พันพิพิธ.(2558).นวัตกรรมปลากะตักกินลูกน้ำยุงลาย.ส่งเสริมสุขภาพที่ยั่งยืน ตำบลหลักเหลี่ยม อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์.

รายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออกประจำสัปดาห์ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักโรคติดต่อ

นำโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 11 พ.ค. 2561].

เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor/6f4922f45568161a8cdf>

Bloom, B.Englehart, M. Furst, E, Hill, Krathwohl and others.(1956).The classification of educational goals. Handbook I: Cognitive domain. 256-262.

ประสิทธิภาพของนวัตกรรม “โดมิโนช่วยคิดพิชิตสมองเสื่อม” ในกลุ่มผู้สูงอายุ
ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านหนองหัวเฒ่า ตำบลหนองบัว
อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

ธนัญญมينا

รพ.สต.บ้านหนองหัวเฒ่า อ.พยัคฆภูมิพิสัย จ.มหาสารคาม

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการพัฒนานวัตกรรมภายใต้วิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) เพื่อศึกษาผลของการใช้นวัตกรรม โดมิโนช่วยคิดพิชิตสมองเสื่อมต่อการรู้คิดในผู้สูงอายุ ที่อาศัยในเขตพื้นที่พื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหัวเฒ่า ตำบลหนองบัว อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคามที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ใช้ระยะเวลาในการศึกษาระหว่างเดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 ถึง เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 โดยศึกษาเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุซึ่งเป็นปัญหาที่พบสูงสุดในประเทศที่พัฒนา โดยมีสมมติฐานการวิจัยคือ 1. ค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้คิดของผู้สูงอายุของกลุ่มที่มีการใช้นวัตกรรมสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้นวัตกรรม 2. ค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้คิดของผู้สูงอายุของกลุ่มที่มีการใช้นวัตกรรมสูงกว่าก่อนการใช้นวัตกรรมและวัตถุประสงค์การวิจัยคือ 1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้คิดของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มที่มีการใช้นวัตกรรมและกลุ่มที่ไม่มีการใช้นวัตกรรมหลังการทดลอง 2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้คิดของผู้สูงอายุภายในกลุ่มที่มีการใช้นวัตกรรมก่อนและหลังการทดลองโดยอาศัยแนวคิดในการพัฒนานวัตกรรม โดยใช้ทฤษฎีแก้ปัญหาเชิงประดิษฐ์คิดค้นและสร้างนวัตกรรม (TRIZ) หรือ “ทฤษฎีการแก้ปัญหาเชิงนวัตกรรม” เป็นทฤษฎีที่พูดถึงกระบวนการการแก้ปัญหา เครื่องมือต่าง ๆ และฐานความรู้ที่ใช้ในการแก้ปัญหาเชิงประดิษฐ์คิดค้น สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางเพื่อค้นหาคำตอบในการแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นทั้งในการปรับปรุงกระบวนการผลิตหรือในการพัฒนาผลิตภัณฑ์ใหม่ จึงได้นำแนวคิดทฤษฎีแก้ปัญหาเชิงประดิษฐ์คิดค้นและสร้างนวัตกรรม (TRIZ) มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนานวัตกรรมในข้อ การเลียนแบบและลอกแบบ (Copying) การสกัดออก (Extraction) และการรวมเข้าเป็นหน่วยเดียวกัน (Consolidation)

ผลการวิจัยพบว่าจากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้คิดหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมี ค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้คิดของผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองร้อยละ 27.46 และค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้คิดของผู้สูงอายุของกลุ่มควบคุมร้อยละ 25.38 โดยค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้คิดของผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = 0.05$ และจากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้คิดก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้คิดก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองร้อยละ 23.37 และค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้คิดหลังการทดลองของกลุ่มทดลองร้อยละ 27.46 โดยค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้คิดของกลุ่มทดลอง สูงกว่าก่อนการใช้นวัตกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = 0.05$

หลักการ และเหตุผล

โดยปกติเมื่อผู้สูงอายุอายุมากขึ้นจะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านระบบประสาทและประสาทสัมผัส คือเซลล์สมองและเซลล์ประสาทมีจำนวนลดลงเรื่อย ๆ ทำให้น้ำหนักสมองลดลงร้อยละ 10.0 จากอายุ 25-

75 ปี ขนาดสมองลดลงและมีน้ำหล่อเลี้ยงสมองเพิ่มขึ้นเซลล์สมองและเซลล์ประสาทมีสารไลโปฟัสซินมาสะสมมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เหล่านี้จะเกิดขึ้นช้า ๆ ทำให้สังเกตได้ยาก เป็นผลให้ประสิทธิภาพการทำงานของสมองและระบบประสาทอัตโนมัติลดลง ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุจะมีภาวะความจำเสื่อมได้ (กมลวรรณและคณะ, 2558) จากสถานการณ์ผู้สูงอายุปัจจุบันทุกประเทศทั่วโลก ใน 3 ปีที่ผ่านมา ปี 2560-2562 คือ 929 962 990 ล้านคนประชากร โดยในปี 2593 คาดว่าประชากรโลกที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จะมีทั้งหมด 2 พันล้านคน หรือราว ๆ ร้อยละ 22.0 ของประชากรทั้งหมดทั่วโลกกำลังเผชิญกับปัญหาการเติบโตทั้งขนาดและสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นรวมทั้งประเทศไทยด้วยจากสถานการณ์ประชากรผู้สูงอายุในปี 2565 นั้นมีมากถึง 12,116,199 คน คิดเป็นร้อยละ 18.3 ของประชากรทั้งหมด เพิ่มขึ้นจากปีที่แล้วร้อยละ 0.5 พื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหัวเฒ่ามีผู้สูงทั้งหมด 463 คน

ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุพบสูงสุดในประเทศที่พัฒนา โดยความชุกเพิ่มมากขึ้นตามวัยที่สูงขึ้น เมื่อปี พ.ศ. 2544 ได้มีการสำรวจจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทั่วโลกเป็นครั้งแรก ซึ่งพบความชุกในขณะนั้นจำนวน 21 ล้านคน ส่วนใหญ่อยู่ในทวีปอเมริการองลงมาคือทวีปยุโรปผู้เชี่ยวชาญด้านสมองเสื่อมได้คาดการณ์ว่าจะเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าทุก ๆ 20 ปีโดยจะเพิ่มขึ้นเป็น 40 ล้านคนและ 81 ล้านคนในปี พ.ศ. 2562 และ พ.ศ. 2593 ตามลำดับจากการสำรวจความชุกขององค์การอนามัยโลกปี 2559 มีผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม 47.5 ล้านคน และพบรายใหม่ปีละ 7.7 ล้านคน

พบว่าในพื้นที่ศึกษาผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อมใน 3 ปี ย้อนหลัง มีจำนวนเพิ่มขึ้น และคัดกรองภาวะสมองเสื่อม พบว่ามีผู้สูงอายุเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม คิดเป็นร้อยละ 1.1 จากการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุและการจัดทำโครงการในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหัวเฒ่า พบว่าผู้สูงอายุมีความสนใจในการป้องกันภาวะสมองเสื่อม แต่ยังขาดกิจกรรมที่ช่วยบริหารสมองที่กระตุ้นให้ผู้สูงอายุอยากฝึกฝนและมีความน่าสนใจไม่เพียงพอผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันภาวะสมองเสื่อม โดยได้คิดค้นบททวนวรรณกรรมเพื่อพัฒนานวัตกรรม “โดมิโนช่วยคิดพิชิตสมองเสื่อม” เพื่อใช้เป็นนวัตกรรมในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหัวเฒ่า ตำบลหนองบัว อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้คิดของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มที่มีการใช้นวัตกรรมและกลุ่มที่ไม่มีการใช้นวัตกรรมหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้คิดของผู้สูงอายุภายในกลุ่มที่มีการใช้นวัตกรรมก่อนและหลังการทดลอง

การดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการพัฒนานวัตกรรมภายใต้วิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) เพื่อศึกษาผลของการใช้นวัตกรรม โดมิโนช่วยคิดพิชิตสมองเสื่อมต่อการรู้คิดในผู้สูงอายุ ที่อาศัยในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหัวเฒ่า ตำบลหนองบัว อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัด

มหาสารคามที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ใช้ระยะเวลาในการศึกษาระหว่างเดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 ถึง เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 24 คน แบ่งเป็น กลุ่มควบคุม 12 คน และกลุ่มทดลอง 12 คน

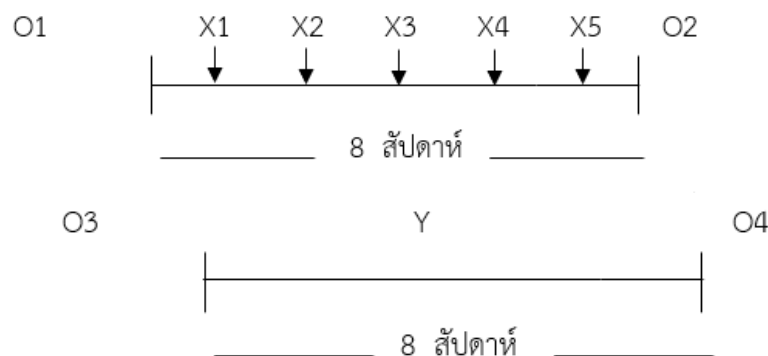
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ADL
2. แบบประเมินพุทธิปัญญา (The Montreal Cognitive Assessment: MoCA)
3. แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น MMSE-Thai 2002)

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลและการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 ระยะก่อนการทดลอง : ประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดการวิจัยให้แก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติคัดเข้าตามเกณฑ์ (Inclusion criteria) ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างโดยเครื่องในการคัดเลือกลุ่มตัวอย่างได้แก่ ADL, MMSE-Thai2002,

ขั้นตอนที่ 2 ระยะทดลอง : ผู้วิจัยทำการวัดผลการก่อนทดลอง (Pre-test) กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม โดยใช้แบบประเมิน MoCA จำนวน 11 ข้อ ดำเนินการใช้นวัตกรรม ในกลุ่มทดลอง จำนวน 12 คน ซึ่งดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 6 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที ทากิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง



O1O3 หมายถึงการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง

O2O4 หมายถึงการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง

กติกาในการเล่น

- 1.ในการเล่นแต่ละรอบจะมีสมาชิกทั้งหมด 4 คน
- 2.ผู้เล่นแต่ละคนต้องหยิบโดมิโน มาคนละ 1 อัน แล้วรวมแต้มทั้งหมด เพื่อหาผู้ที่เริ่มเล่นเป็นคนแรก กรณีที่มีผลรวมเท่ากัน ให้สมาชิกที่มีแต้มเท่ากันหยิบใหม่ จนกว่าจะมีแต้มที่ต่างกัน
- 3.แบ่งโดมิโน ให้กับสมาชิกคนละ 6 อัน และให้สมาชิกคนแรกเลือก โดมิโน 1 อันจากส่วนที่เหลือ เพื่อหยายเป็นตัวเริ่มต้น โดยสามารถต่อได้ทั้งสองข้าง
- 4.ผู้เล่นคนแรก ต่อโดมิโนด้านใดด้านหนึ่ง โดยเลือกโดมิโนจากในมือ แล้วนำผลลัพธ์ของตัวเองที่ตรงกับแต้มหมากบนกระดานสลับกันไปเรื่อย ๆ คนละหมาก หากผู้เล่นคนใดไม่มีแต้มที่ตรงกับผลลัพธ์ให้หยิบเพิ่มจากในส่วนที่เหลือ

5.สลับกันเล่นไปเรื่อย ๆ ผู้ที่หมดมือก่อนถือว่าเป็นผู้ชนะ หากเล่นจนหมดหมากที่เหลือแล้วยังไม่สามารถที่จะหาผู้ชนะได้ให้นำผลรวมของแต้มของตัวหมากในมือมารวมกันทั้งหมด หากใครที่มีแต้มน้อยสุด ถือว่าเป็นผู้ชนะ

ขั้นตอนที่ 3 ระยะหลังการทดลอง : วัดผลหลังการทดลอง (Post-test) กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มโดยใช้แบบประเมิน MoCA จำนวน 11 ข้อทำการการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for macOS version 27 ด้วยการแจกแจงความถี่เป็นจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษา

1) ประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่นชุมชนและสังคมได้

1.1 กลุ่มทดลองมีคะแนน ADL ต่ำสุด 19 คะแนน คะแนน ADL สูงสุด 20 คะแนน ค่าเฉลี่ยคะแนน 19.67

1.2 กลุ่มควบคุมมีคะแนน ADL ต่ำสุด 18 คะแนน คะแนน ADL สูงสุด 20 คะแนน ค่าเฉลี่ยคะแนน 19.08

แบบประเมิน	กลุ่มทดลอง(n=12)				กลุ่มควบคุม(n=12)			
	Max	Min	Mean	S.D	Max	Min	Mean	S.D
ADL	20	19	19.67	.65	20	18	19.08	.68

2) แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination-Thai Version 2002: MMSE-Thai 2002) กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่มีภาวะ Cognitive impairment

2.1 ค่าเฉลี่ยคะแนนในกลุ่มทดลอง 18.87 คะแนนสูงสุด 24 คะแนน คะแนนต่ำสุด 17 คะแนน

2.2 ค่าเฉลี่ยคะแนนในกลุ่มควบคุม 18.46 คะแนนสูงสุด 23 คะแนน คะแนนต่ำสุด 17 คะแนน

แบบประเมิน	กลุ่มทดลอง(n=12)				กลุ่มควบคุม(n=12)			
	Max	Min	Mean	S.D	Max	Min	Mean	S.D
MMSE	24	17	18.87	1.94	23	17	18.46	1.79

จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้คิดหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า

1.ค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้คิดของผู้สูงอายุของกลุ่มทดลอง 27.46

2.ค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้คิดของผู้สูงอายุของกลุ่มควบคุม 25.38

3.ค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้คิดของผู้สูงอายุของกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$

กลุ่ม	จำนวน	Mean	S.D.	Z	P-Value
ทดลอง	12	27.46	1.02	-5.645	<0.01
ควบคุม	12	25.38	.58		

จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้คิดก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง พบว่า

- 1.ค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้คิดก่อนการทดลองของกลุ่มทดลอง 23.37
- 2.ค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้คิดหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง 27.46
- 3.ค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้คิดของกลุ่มทดลอง สูงกว่าก่อนการใช้นวัตกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับ $p < 0.01$

กลุ่ม	จำนวน	Mean	S.D.	Z	P-Value
ก่อนทดลอง	12	23.37	.57	-5.777	<0.01
หลังทดลอง	12	25.38	.58		

อภิปรายผลการศึกษา

การอภิปรายผลการวิจัยครั้งนี้ อภิปรายตามวัตถุประสงค์ และคำถามการวิจัย ดังนี้การศึกษานี้เป็นการศึกษาจากเอกสารงานวิจัยในการให้ความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ โดยใช้ทฤษฎีแก้ปัญหาเชิงประดิษฐ์คิดค้นและสร้างนวัตกรรม (TRIZ) หรือ“ทฤษฎีการแก้ปัญหาเชิงนวัตกรรม” เป็นทฤษฎีที่พูดถึงกระบวนการการแก้ปัญหา เครื่องมือต่าง ๆ และฐานความรู้ที่ใช้ในการแก้ปัญหาเชิงประดิษฐ์คิดค้น สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางเพื่อค้นหาคำตอบในการแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นทั้งในการปรับปรุงกระบวนการผลิตหรือในการพัฒนาผลิตภัณฑ์ใหม่ จึงได้นำแนวคิดทฤษฎีแก้ปัญหาเชิงประดิษฐ์คิดค้นและสร้างนวัตกรรม (TRIZ) มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนานวัตกรรมในข้อ การเลียนแบบ-และลอกแบบ (Copying) การสกัดออก (Extraction) และการรวมเข้าเป็นหน่วยเดียวกัน (Consolidation)สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ได้ดังนี้

1.เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้คิดของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มที่มีการใช้นวัตกรรมและกลุ่มที่ไม่มีการใช้นวัตกรรมหลังการทดลองพบว่าจากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้คิดหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมี ค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้คิดของผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองร้อยละ 27.46และค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้คิดของผู้สูงอายุของกลุ่มควบคุมร้อยละ 25.38โดยค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้คิดของผู้สูงอายุของกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$

2.เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้คิดของผู้สูงอายุภายในกลุ่มที่มีการใช้นวัตกรรมก่อนและหลังการทดลอง พบว่าจากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้คิดก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้คิดก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองร้อยละ 23.37 และค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้คิดหลังการทดลองของกลุ่มทดลองร้อยละ 27.46โดยค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้คิดของกลุ่มทดลอง สูงกว่าก่อนการใช้นวัตกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$

ข้อเสนอแนะ

1. งานวิจัยนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นได้และกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ
2. ควรมีโปรแกรมส่งเสริมการบริหารสมองอย่างต่อเนื่องในระยะ เวลามากกว่า 8 สัปดาห์

ประโยชน์ที่ได้จากการศึกษา

1. งานวิจัยนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นได้และกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ ได้
2. ได้นวัตกรรมที่ผ่านการทดลองใช้และเปรียบเทียบประสิทธิภาพก่อนการนำไปใช้จริง

เอกสารอ้างอิง

1. Alzheimer's Disease International. (2019). *Alzheimer's disease*. Retrieved from <https://www.alzint.org/>
2. Delgado, M. L. (2005). *Training program in strategies to improve memory*. *Revista de Neurologia*, 33(4), 365-372. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>
3. Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute. (2016). Current situation in dementia syndrome in Thailand. Retrieved from <https://thaitgri.org/>
4. Kriengkaisakda, W., & Chadcham, S. (2012). Development of a brain-training rehabilitation program based on neurobics exercise theory for patients with mild dementia. *Research Methodology & Cognitive Science*, 10(1), 11-25. (in Thai)
5. National Statistical Office. (2019). Trends of the elderly population in Thailand. Retrieved from <http://www.nso.go.th/sites/2014> (in Thai)
6. Robin, L. W., & Thomas, H. C. (2006). Video training of imagery for mature adults. *Applied Cognitive Psychology*, 6(4), 307-320.

ผลการส่งเสริมความรอบรู้ในการดูแลตนเองกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ศูนย์แพทย์วัดหนองแขวงพระอารามหลวง

ศุภลักษณ์ เอกอุเวชกุล
ทีมศูนย์แพทย์วัดหนองแขวง

หลักการ และเหตุผล

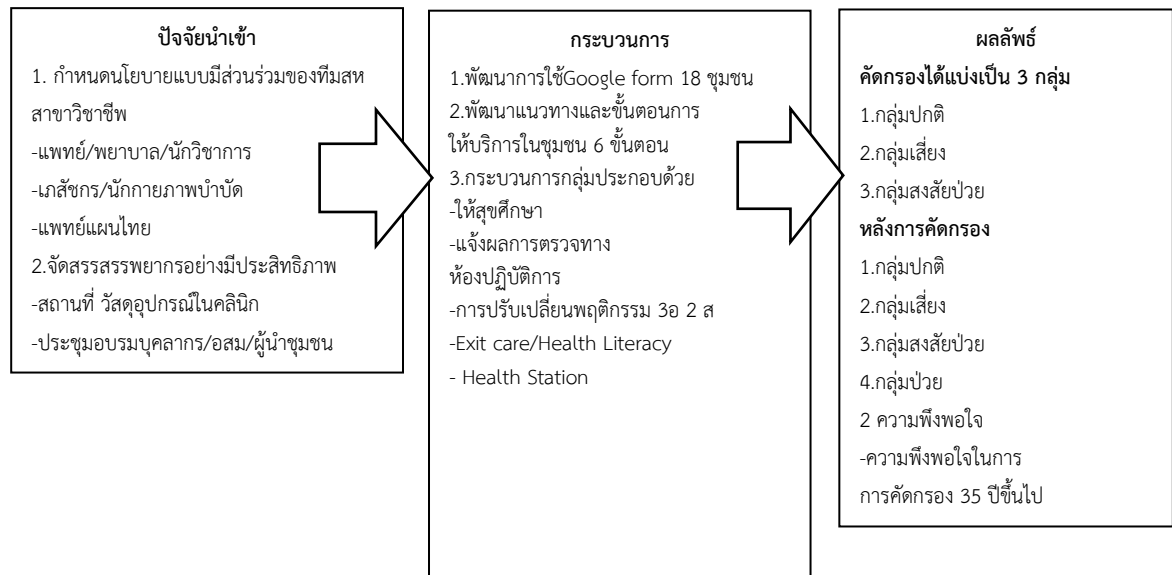
จากฐานข้อมูลสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในปี 2565 จำนวน 6.8 ล้านคน เพิ่มขึ้นจากปี 2564 จำนวน 2 แสนคน และผู้ป่วยโรคเบาหวานในปี 2565 จำนวน 3.3 ล้านคน เพิ่มขึ้นจากปี 2564 จำนวน 1.5 แสนคน เกี่ยวเนื่องกับการคัดกรองผู้ป่วยรายใหม่ พบว่า การคัดกรองผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป มีผู้ได้รับการคัดกรองเพียง 14 ล้านคน และยังไม่ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมากถึง 8 ล้านคน จากเป้าหมายทั่วประเทศ 22 ล้านคนจากนโยบายของรัฐบาลว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุม โรค ภัยสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดตัวชี้วัด ร้อยละของประชากร 35 ปี ขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน และได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง ตามเกณฑ์เป้าหมาย มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90.0 เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชน ที่ผ่านมาการรณรงค์ตรวจคัดกรอง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ในประชาชนอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในชุมชนเขตเมือง ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ เนื่องจากการรณรงค์ไม่สามารถเข้าถึงประชาชนในพื้นที่ได้ทั้งหมด

จากข้อมูลประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปจำนวน 18 ชุมชน ในเขตรับผิดชอบของศูนย์แพทย์วัดหนองแขวงปี 2565กลุ่มเป้าหมายที่ต้องคัดกรองโรคเบาหวานและคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 5,084ราย เริ่มรณรงค์คัดกรองในชุมชนวันที่ 28 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 จนถึง 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2566 ประชาชน 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรอง จำนวน 386ราย คิดเป็น ร้อยละ 7.1พบกลุ่มปกติ 188 ราย คิดเป็นร้อยละ 48.7 กลุ่มเสี่ยง 111รายคิดเป็นร้อยละ 28.8 กลุ่มสงสัยป่วย 87.0 รายคิดเป็นร้อยละ 22.5หากไม่มีความรอบรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มสงสัยป่วย จะกลายเป็นผู้ป่วยได้มากขึ้น จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตั้งแต่ระยะแรก ก็จะลดโอกาสที่จะเกิดกลุ่มป่วยกลุ่มเสี่ยงลงได้

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ประชาชน อายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองหาโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง มีความรอบรู้ในด้านสุขภาพของตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้กลับมาเป็นกลุ่มปกติเพิ่มมากขึ้น

กรอบแนวคิดการดำเนินงาน



การดำเนินการศึกษา

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์

โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง นับเป็นปัญหาการเจ็บป่วยที่สำคัญและนำมาซึ่งความสูญเสียทรัพยากรในการดูแลรักษา มีผลกระทบต่อผู้ป่วยเอง และผู้ดูแล ค่ารักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายในครอบครัว ปัจจุบันมาตรการคัดกรอง โรคเบาหวานและ โรคความดันโลหิตสูงในประชากรวัยผู้ใหญ่เป็นมาตรการด้านสาธารณสุขที่ทั่วโลกยอมรับว่าเป็นมาตรการที่มีความคุ้มค่ากว่าการป่วยแล้วรักษา ขณะเดียวกันพื้นที่ศูนย์แพทย์วัดหนองแวงได้ให้ความสำคัญการคัดกรอง แต่พบปัญหาอุปสรรค คือ วิทยากรไม่ให้ความสำคัญในการมาคัดกรอง ส่งผลให้มีผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตรายใหม่เกิดขึ้นทุกปี

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบ

- รวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชนและการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในปีที่ผ่านมา เพื่อวางแผนและกำหนดทิศทางการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) วางแผนประชุมชี้แจงร่วมกับทีม อสม. พยาบาลชุมชน ผู้เกี่ยวข้อง จัดตารางการลงคัดกรอง 18 ชุมชน วางระบบการคัดกรอง 6 จุด จุดที่ 1.จุดลงทะเบียน
- จุดชั่งน้ำหนัก วัดความดัน วัดรอบเอว BMI 3.ตรวจ DTX 4.ลงข้อมูลผ่าน QR code 5.จัดประเภท 3กลุ่ม ปกติ เสี่ยง สงสัย ออกใบนัด 6. จุดให้ความรู้ Empowerment, HL V-shape 30 2 ส

3. ออกแบบฟอร์มในการเก็บข้อมูลผู้มารับบริการ 35 ปี ขึ้นไป ข้อมูลทั่วไป อายุ พฤติกรรมสุขภาพ ผ่าน google form 18 ชุมชน ในพื้นที่ศูนย์แพทย์วัดหนองแขวงพระอารามหลวง

4. ประสานงานและติดต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เจ้าหน้าที่ศูนย์แพทย์ชุมชน นักศึกษาพยาบาลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

5. ประชาสัมพันธ์โครงการเตรียมเอกสาร วัสดุและอุปกรณ์ในการดำเนินโครงการ

6. จัดกิจกรรมอบรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้มีความรอบรู้ในด้านสุขภาพของตนเองเช่น การเจาะ DTX ความรู้ในการวิเคราะห์ค่าค่าที่ได้มาตรฐานการวัดความดันโลหิต ความรู้เรื่องสุขภาพ 3 อ 2 ส เพื่อให้คำแนะนำกับประชาชนกลุ่มเป้าหมาย

3. เริ่มดำเนินการใช้โปรแกรม google form <https://docs.google.com/forms/u/0/> วันที่ 28 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 จนถึง 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2566 ทั้งหมด 18 ชุมชนในศูนย์แพทย์วัดหนองแขวง

4. รวบรวมข้อมูลผ่านโปรแกรม Excel

5. วิเคราะห์ข้อมูลภาวะสุขภาพภาพรวม 18 ชุมชน

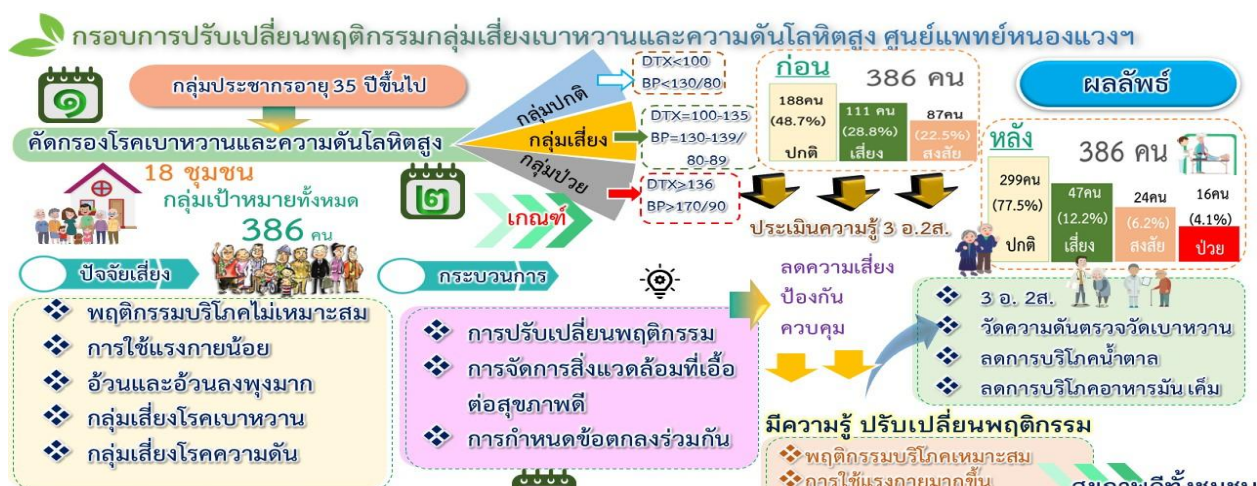
6. จัดเวที แลกเปลี่ยน เรียนรู้ แชนซ์ โชว์ เชื่อม คัดกรอง โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในวันที่ 24 มีนาคม 2566

7. สรุปและประเมินผล การดำเนินการ ระยะเวลา 4 เดือน

ระยะที่ 3 ประเมินผล

ตารางที่ 1 ผลคัดกรองโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ก่อน-หลัง ดำเนินการ

คัดกรองเบาหวาน ความดัน 35 ปี มกราคม - 24 มี.ค. 2566																
ก่อน													หลัง			
ลำดับที่	ชุมชน	วันเก็บปี	อาจารย์	พยาบาลวิชาชีพ	ผู้บันทึก	กลุ่มเป้าหมายจริง	คัดกรอง	% ใช้งานเดิม	ปกติ	เสี่ยง	สงสัย	% ใช้งานใหม่	ปกติ	เสี่ยง	สงสัย	ป่วย
1	หลังสนามกีฬา	11-ม.ค.-66	อ.ปราณี	ศโฑโทรัตน์	360	427	57	15.83	28	9	15	13.35	2	4	1	4
2	95 ถ้าวหน้า	25-ม.ค.-66	อ.ศรีสุตา	ศโฑโทรัตน์	100	50	23	23.00	14	2	7	46.00	3		1	1
3	เทศบาล 12	26-ม.ค.-66	อ.ศรีสุตา	ศโฑโทรัตน์	100	100	8	8.00	5	2	4	8.00		1		1
4	หนองแขวงเมื่อ	7 ก.พ.66	ร.วิรัตน์ดาวรรณ	ณปภัช	900	900	17	1.89	2	13	2	1.89				
5	หนองแขวงเมื่อ	30-ม.ค.-66	ร.วิรัตน์ดาวรรณ	ณปภัช	370	252	19	5.14	11	1	7	7.54	1	3	3	
6	การเคหะ	12-ม.ค.-66	อ.ปิยะนุช	ศุภลักษณ์	332	132	28	8.43	19	5	1	21.21	3	3	1	1
7	พิมานชล 2 ค	31-ม.ค.-66	อ.ปิยะนุช	ศุภลักษณ์	50	50	11	22.00	9	4	2	22.00	1	2		
8	หลังสนามกีฬา	15-ม.ค.-66	อ.ปราณี	ศุภลักษณ์	384	175	27	7.03	12	7	4	15.43	5	6	1	2
9	เทศบาล 12	01-ก.พ.-66	อ.ปราณี	รุ่งนภา	291	134	17	5.84	12	13	2	12.69	2	6		
10	คันค้อ	02-ก.พ.-66	อ.ปราณี	รุ่งนภา	70	70	8	11.43	6	1	5	11.43	1	1	4	
11	บ้านดุม	13-ม.ค.-66	อ.ปิยะนุช	รุ่งนภา	1000	1000	11	1.10	6	4	1	1.10	3	4	1	1
12	หนองแขวงเมื่อ	17-ม.ค.-66	ร.วิรัตน์ดาวรรณ	รุ่งนภา	197	202	16	8.12	5	4	7	7.92	2	3	3	
13	วัดราษ	12-ม.ค.-66	ดร.ศรีสุตา	สุทธินิ	508	508	26	5.12	14	9	3	5.12	3	2		
14	วัดกลาง	16-ม.ค.-66	ร.วิรัตน์ดาวรรณ	สุทธินิ	554	554	37	6.68	21	11	5	6.68	9	3	4	1
15	พระนครศรีบริ	18-ม.ค.-66	ดร.ศรีสุตา	สุทธินิ	212	37	15	7.08	13	5	5	40.54	3	1		2
16	หนองแขวงเมื่อ	03-ก.พ.-66	อ.ปิยะนุช	ณิษกานต์	269	189	28	10.41	31	10	9	14.81	2	4	5	2
17	กศน.	06-ก.พ.-66	อ.ปราณี	ณิษกานต์	115	61	21	18.26	14	8	3	34.43		3	3	
18	แก่นนคร	17-ม.ค.-66	อ.ปราณี	ณิษกานต์	341	243	17	4.99	6	3	5	7.00	8	1	2	1
						5084	386	7.14	188	111	87	7.50	299	47	24	16
									48.70%	28.80%	22.50%		77.50%	12.20%	6.20%	4.10%
									386					386		



ผลการศึกษา

1. ประชาชน อายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองหาโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง มีความรอบรู้ในด้านสุขภาพของตนเอง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้กลับมาเป็นกลุ่มปกติเพิ่มมากขึ้นพบว่า ผลคัดกรองโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ก่อนดำเนินการ พบว่า เป็นกลุ่มปกติมากที่สุด ร้อยละ 48.7 รองลงมา ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มสงสัยร้อยละ 28.0 และ 22.5 ตามลำดับ หลังดำเนินการ เป็นกลุ่มปกติมากที่สุด ร้อยละ 77.5 รองลงมา ได้แก่ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มสงสัย และกลุ่มป่วย ร้อยละ 12.2, 6.4 และ 4.1 ตามลำดับ แสดงให้เห็นถึง ประชากรกลุ่มเป้าหมายมีความรอบรู้ในด้านสุขภาพของตนเอง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพิ่มมากขึ้น

2. ประชาชน อายุ 35 ปีขึ้นไปที่เป็นกลุ่มเป้าหมายดำเนินการ มีความพึงพอใจในการคัดกรองหาโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 95.0

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 1.ได้รับความร่วมมือจากภาคเครือข่ายในชุมชน ในการดูแลสุขภาพประชาชนร่วมกัน
- 2.ประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม
- 3.เพื่อค้นหาผู้ป่วยรายใหม่และวินิจฉัยให้การรักษา
- 4.อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีโอกาสได้รับการพัฒนาศักยภาพของตนเอง ทั้งในด้านการบริหาร วิชาการ และการปฏิบัติเพื่อยกระดับการบริการประชาชนและมีหน้าที่ในการสร้างสุขภาพและบริการของ ชุมชนตนเอง เพื่อให้ประชาชนพึ่งตนเองได้อย่างมีรูปธรรม รวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุข สามารถนำประสบการณ์ ที่ได้รับไปใช้ในการศึกษาต่อเนื่องด้วยตนเอง

บทเรียนที่ได้รับ

1. การต่อยอดสู่ความสำเร็จที่ยั่งยืน มีมุม Health Station ศูนย์แพทย์วัดหนอง เพื่อให้บริการสำหรับประชาชนที่ต้องการตรวจสุขภาพของตนเอง
2. การวางระบบในการดำเนินงาน ต้องอาศัยองค์ความรู้ ศึกษา งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ทฤษฎีต่างๆ เพื่อนำกลับมาใช้ในระบบ และ ต้องอาศัยทีมสหสาขาวิชาชีพช่วยดำเนินงานเพื่อให้ระบบประสบความสำเร็จ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

- การทำงานแบบมีภาคีเครือข่าย มีทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมในการทำงาน
- การอบรมเพิ่มสมรรถนะให้กับบุคลากร โดยเฉพาะ หมอคนที่ 1

เอกสารอ้างอิง

- ทฤษฎี Health Literacy จากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
- V shape จาก วพบ.ขอนแก่น

ห้องที่ 6

นำเสนอเพื่อประกวด
ประเภทรูปภาพ

หมายเลขPhoto01

เจ้าของผลงานนางรัชดาภรณ์แสงภักดี
รพ.ยโสธรจ.ยโสธร



ทีม3 หมอขอส่งพลังใจ...ในสัมผัสสุดท้ายที่ได้ดูแล

เป็นภาพที่เราคุ้นชินสองตายายอยู่บ้านลูกหลานไปทำงานกรุงเทพฯ ยามเจ็บป่วยล้มหมอนนอนเสื่อต้องดูแลกันเองตามลำพังเป็นหน้าที่ของพวกเราชาวปฐมภูมิทีม3 หมอจากกลุ่มงานเวชกรรมสังคมรพ.ยโสธรเมื่อได้รับแจ้งจากอสม. หมอคนที่1พยาบาลหมอคนที่2ปรึกษากับแพทย์หมอคนที่3หลังตรวจคนไข้ภาคเช้าเสร็จเราลงเยี่ยมบ้านทันทีที่คุณตาเดินไม่ได้มา2วันปัสสาวะไม่ออกเรารับสวนปัสสาวะให้ก่อนส่งต่อรักษาได้ไม่นานด้วยความชราและมีโรคประจำตัวหลายโรคคุณตาได้จากไปอย่างสงบพวกเราภูมิใจในการได้ทำหน้าที่และจะทำอย่างดีที่สุดต่อไปอย่างไม่ย่อท้อเป็นสัมผัสสุดท้ายที่ได้ดูแลคุณตาจริงๆในวันที่ไม่มีใครยังมีเราชาว 3 หมอ

หมายเลขPhoto05

เจ้าของผลงานนางอุไรใจแซ่เจีย
รพ.ชลบุรีจ.ชลบุรี



มากกว่าการเยี่ยมบ้าน...คือการเยียวยา
ยามบ่ายวันหนึ่งในช่วงสถานการณ์โควิดป่าสายหยุดเป็นครอบครัวเดียวในที่นี้คืออยู่ตัวคนเดียวจริงๆปกติโดยทั่วไปปากก็สามารถไปพูดคุยกับเพื่อนบ้านได้ในยามเหงาแต่ในสถานการณ์เช่นนี้ไม่มีใครคุยกับใครต่างคนต่างอยู่ปิดบ้านไม่ต้อนรับแขกยิ่งทำให้ความเหงาเกาะกินใจป่ามากยิ่งขึ้น

การเยี่ยมบ้านที่ธรรมดาของฉันในวันนั้นกลับส่งผลให้หัวใจของป่าคนหนึ่งฟูได้เมื่อมีคนมาเยี่ยมนิยามพูดคุยไถ่ถามสารทุกข์สุกดิบสิ่งเล็กๆที่เหมือนไม่มีคุณค่ากับใครมันกลับมีคุณค่ามากในสายตาของหญิงชาวบ้านผู้โดดเดี่ยวที่สำคัญมันกลับมาสะท้อนให้ฉันมีความสุขใจอย่างบอกไม่ถูก

หมายเลขPhoto06

เจ้าของผลงานนายนิรันทรอุบลอ่อน

รพ.สต.วังยางจ.กำแพงเพชร



3 หมอปฐมภูมิ

ภาพการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมโดยใช้แนวนโยบาย3หมอ ในการบูรณาการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในระดับตำบล เพื่อการดูแลสุขภาพในระดับปฐมภูมิเพื่อที่จะให้ประชาชนได้มีความรู้และทัศนคติและบริการที่ดีต่อระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิโดยใช้แนวคิดการบริการสุขภาพให้ใกล้บ้าน ใกล้ใจเข้าถึงฟังได้ดูแลทุกมิติสุขภาพเพื่อให้ประชาชนในพื้นที่ที่มี

"สุขภาพดีอยู่100ปีอย่างสมบูรณ์@วังยาง"

หมายเลขPhoto08

เจ้าของผลงานนางเรียนวรินทร์พุทธกัลญา

รพ.ขอนแก่นจ.ขอนแก่น



ขอใบนโยบาย

ความสุขความอิ่มเอมใจของชาวปฐมภูมิมีเปี่ยมล้นเมื่อได้ยินคำนี้

จากสถานการณ์น้ำท่วมที่จังหวัดขอนแก่นประชาชนได้รับความเดือดร้อนเข้าถึงบริการลำบากทำให้เกิดปัญหาการขาดนัดกินยาไม่ต่อเนื่องรวมถึงพระภิกษุสงฆ์ซึ่งสูงอายุและประสบปัญหาอาพาธด้วยโรคเรื้อรังเช่นโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูงเมื่อน้ำท่วมทำให้ขาดนัดด้วยความที่เป็นปฐมภูมิใกล้บ้านใกล้ใจทีมลุยน้ำข้ามไปดูแลส่งยาฉับไวพระภิกษุสงฆ์ปลอดภัย ..ขอใบนโยบาย...สาธุสาธุสาธุ

หมายเลขPhoto09

เจ้าของผลงานนางสาวอภิสราประทุมจันทร์
รพ.ร้อยเอ็ดจ.ร้อยเอ็ด



อิมบุญอิมอกอิมใจอิมทอง

ออกเยี่ยมบ้านคุณยายอายุ90 กว่าปีมีความพิการทางสายตา หูตึงหลงลืมตัวสับสนเหมือนเป็นโรคพาร์กินสันยายมีความน่ารัก ยิ้มแย้มแจ่มใสอาศัยดีชอบฟังวิทยุและเคี้ยวหมากทั้งวัน วันนี้ยายนั่งเคี้ยวหมากฟังเพลงอยู่บ้านเราเข้าไปเยี่ยมคุณยาย ยายยิ้มต้อนรับพูดคุยกับเราอย่างสนุกสนานให้ทำอะไรก็ทำตามวันนี้ยายให้เราให้เรามีความสุขมีความสุขเจริญรุ่งเรืองก้าวหน้าในหน้าที่การงานคิดหวังสิ่งใดให้สมความปรารถนา แถมได้กล้วยน้ำว้าหวีงามๆกลับไปกินที่บ้านด้วย

หมายเลขPhoto12

เจ้าของผลงานนางแพงศรีประภากรพิไลพ.ร้อยเอ็ดจ.
ร้อยเอ็ด



คุณหมอ.....อย่าทำหนูเจ็บ

ยุคการระบาดของโรคโควิด-19 สิ่งสำคัญอีกประการคือการฉีดวัคซีนป้องกันโรคต้องฉีดให้ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมายทุกเพศทุกวัยเราทำงานด้วยความมุ่งมั่นทุ่มเททั้งร่างกายแรงใจฉีดวัคซีนทั้งวันเป็นร้อยเป็นพันไม่หวั่นไหวเพื่อประชาชนของเราก็จะได้ปลอดภัยปลอดภัยมาจ้มาฉีดวัคซีนกันจ้าหนูจ้วันนี้คุณหมอมานิดยาให้หมอเป็นมือฉีดยานิดเบาๆฉีดนิดมๆเจ็บนิดๆนะจ้

หมายเลขPhoto13

เจ้าของผลงานนางสาวเกตุสุดานรชาญ

รพ.ร้อยเอ็ดจ.ร้อยเอ็ด



เยี่ยมเสริม...เติมพลังใจ

การก้าวเดินคือความหวังของชีวิตการเพิ่มพลังชีวิตด้วยกำลังใจจึงเป็นอีกสิ่งที่สำคัญในการต่อสู้กับโรคร้ายในการดำรงชีวิตของผู้ป่วยและญาติที่มึนงงที่และคณะอสม.ได้ลงพื้นที่เยี่ยมบ้านกลุ่มผู้ป่วยติดบ้านผู้ป่วยรายนี้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองจึงส่งผลให้กระทบต่อสุขภาพให้เดินไม่ได้มาระยะหนึ่งโดยทีมเจ้าหน้าที่ลงพื้นที่เยี่ยมถึงที่ที่พักอาศัยและติดตามให้เข้าพบแพทย์ตามนัดเป็นประจำให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยคอยกระตุ้นให้ปฏิบัติทำกายภาพออกกำลังกายตามความเหมาะสมจนทำให้ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจและมีกำลังใจในการกลับมาก้าวเดินได้อีกครั้งและช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้นอย่างภาคภูมิใจ...

หมายเลขPhoto15

เจ้าของผลงานนางสุณีอาวรรณ

รพ.ร้อยเอ็ดจ.ร้อยเอ็ด



คืนคนดีสู่สังคม

การบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน (Community Based Treatment : CBTx) เป็นการแก้ไขปัญหายาเสพติดในหมู่บ้าน/ชุมชนมีกระบวนการตั้งแต่การค้นหาคัดกรองบำบัดฟื้นฟูการลดอันตรายจากยาเสพติดและการติดตามดูแลช่วยเหลือทางสังคมทุกภาคส่วนเข้ามาดำเนินการร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้ผู้ติดยาเสพติดได้รับการพัฒนาทั้งด้านร่างกายจิตใจและสังคมอย่างเหมาะสมจนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ลดละเลิกยาเสพติดได้และเป็นการคืนคนดีกลับสู่สังคมต่อไป

หมายเลขPhoto17

เจ้าของผลงานนายวัณณะแก้วมะไฟ

รพ.ร้อยเอ็ดจ.ร้อยเอ็ด



การตรวจคัดกรองจอประสาทตาในผู้ป่วยเบาหวาน

เครือข่ายบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

“เห็นภาพจอประสาทตาโอเคแล้วจะต้องทำอะไร”

การตรวจคัดกรองจอประสาทตาในผู้ป่วยเบาหวานเครือข่ายบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลร้อยเอ็ดปี2566 ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจคัดกรองจอประสาทตาในกรณีที่มีความผิดปกติทุกรายที่มีความผิดปกติตั้งแต่ระดับMild NPDR ทุก รายจะให้เห็นภาพจอประสาทตาของตนเองเมื่อได้เห็นสิ่งที่ผิดปกติทำให้เกิดความตื่นตัวที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ดีขึ้นกว่าเดิมตามคำแนะนำ

หมายเลขPhoto20

เจ้าของผลงานนางนิภาวีระกิติกุล

รพ.พัทลุงจ.พัทลุง



คุณทวดอ้อมใจช่องปากสดใสเมื่อได้ตรวจฟัน

ช่วงหลังสถานการณ์โควิดผ่นคลายลงคุณทวดอายุ105 ปี เป็นผู้สูงอายุติดบ้านในชุมชนมีอาการปวดฟันไม่สุขสบายทานอาหารได้น้อยไม่สามารถมารับบริการที่หน่วยบริการได้ เราหน่วยงานผู้ให้บริการในพื้นที่ยินดีและเต็มใจในการประสานกับทันตแพทย์ชุมชนออกปฏิบัติงานให้บริการตรวจฟันผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงเชิงรุกในชุมชนร่วมกันเพื่อให้ได้รับการดูแลครบทุกมิติทั้งด้านกายจิตสังคมยังความอ้อมเอมใจทั้งผู้สูงอายุและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ

หมายเลขPhoto21

เจ้าของผลงานนางสาวประภาพรจำปาหอม
รพ.แวงน้อยจ.ขอนแก่น



อย่าปล่อยมืออย่าปล่อยมือ

กำลังใจจากญาติและจากคุณหมอทำให้ยายผู้ป่วยโรคปอดอายุ 83 ปี มีกำลังใจที่จะรับประทานยาเพื่อต่อสู้กับโรคภัยไข้เจ็บถึงแม้จะไม่สามารถกลืนเม็ดยาเองได้แต่ยายก็สู้ด้วยความหวังจะหายขาดจากโรคภัยไข้เจ็บและมีสุขภาพที่แข็งแรงขึ้นขอเพียงมีหวังและกำลังใจจับมือยายไว้อย่าปล่อยมือ

หมายเลขPhoto22

เจ้าของผลงานนางสาวจุฑามณีวงศ์รัตน์
PCU บ้านท่าศรีธรรมจ.ยโสธร



ชีวิตยายก้อม

ประสบการณ์การทำงานสัปดาห์แรกที่คลินิกหมอครอบครัวบ้านท่าศรีธรรม

ก.เวชกรรมสังคมรพ.ยโสธรที่ไม่มีวันลืมในวันที่ต้องไปอาบน้ำตัดผมเปลี่ยนเสื้อผ้าใหม่ให้ “ยายก้อม” ร่วมกับพมจ., ตำรวจ, อสม., เทศบาล, เทศกิจ, กช. เพื่อส่งตัวไปรักษารพ. พระศรีมหาโพธิ์จ.อุบลราชธานี ยายก้อมเป็นคนไร่บ้านอาศัยอยู่เพิงท้ายซอยไม่มีญาติพี่น้องดูแลแต่ยายก้อมไม่เคยทำร้ายหรือสร้างความเดือดร้อนให้ใครหลายครั้งที่ไม่มีหน่วยงานพยายามเข้าช่วยเหลือแต่ยายก้อมปฏิเสธจนกระทั่งชาวบ้านได้ทำประชาคมร่วมกับเจ้าหน้าที่เพื่อหาแนวทางดูแลช่วยเหลือสุดท้ายยายก้อมยอมรักษาและยอมไปอยู่บ้านใหม่ที่ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจ.นครพนมและนี่คือ...ชีวิตใหม่ของยายก้อม

หมายเลขPhoto26

เจ้าของผลงานนางสุกัลยาโพธาราม
คลินิกหมอครอบครัวเมืองยศ.ยโสธร



ขอตายที่บ้าน

คำสั่งเสียครั้งสุดท้ายของผู้ป่วยบอกบุตรหลานว่า “เมื่อแม่อาการหนักใกล้เสียชีวิตขอกลับมาอยู่บ้านท่ามกลางบุตรหลานญาติพี่น้องเป็นครั้งสุดท้าย” วันนั้นผู้ป่วยมีอาการอาเจียนเป็นเลือดหายใจหอบอสม.หมอคนที่1ได้ประสานมาที่คลินิกหมอครอบครัวเมืองยศให้ไปดูแลผู้ป่วยที่บ้านที่มเราเตรียมอุปกรณ์พร้อมออกไปทันทีในการให้การพยาบาลครั้งนั้นอยู่ท่ามกลางอ้อมกอดของลูกสาวที่คอยดูแลผู้ป่วยตลอดเวลาและญาติพี่น้องที่อยู่ด้านนอกมาให้กำลังใจผู้ป่วย

หมายเลขPhoto28

เจ้าของผลงานนางสุกัญญาวิลาวรรณ
รพ.แวงน้อยจ.ขอนแก่น



หมอไหวคนไข้ก็ไหว

ในช่วงที่โควิดระบาดน้ำท่วมการเข้าถึงบริการลำบากเพื่อลดอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในคนไข้ซึมเศร้าที่ขาดยาการดูแลช่วยเหลือไม่เลือกเวลาสถานที่การบริการด้วยหัวใจคนไข้ทุกคนควรได้รับสิ่งนี้คุณคือคนที่สำคัญที่สุดสำหรับเรา
"พยาบาลจิตเวชรพ. ชุมชน"

หมายเลขPhoto29

เจ้าของผลงานนายธนพงศ์ไชยธรรม

PCU เมืองยศจ.ยโสธร



1...2...ฮึบบบ!

ภาพ1...2...ฮึบบบ! เป็นภาพที่ถ่ายจากการลงชุมชนเยี่ยมบ้านเคสกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(NCDs) ในชื่อHome Health Care ซึ่งมีแพทย์เภสัชกรพยาบาลวิชาชีพนักกายภาพบำบัดและอสม. เพื่อบริการประชาชนอย่างทั่วถึงซึ่งภาพแสดงถึงความทุ่มเทของอสม.ที่มีความใกล้ชิดกับประชาชนและมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งสำหรับงานปฐมภูมิ ซึ่งก่อนจะลุกขึ้นนั่งนั้นได้มีการให้สัญญาณกันว่าหนึ่ง..สอง...ฮึบบบ!(สำเนียงภาษาถิ่น)

หมายเลขPhoto31

เจ้าของผลงานนางสาวศศิวิมลป้องเพชร

รพ.ไทยเจริญจ.ยโสธร



Drug for U

จากภาพเจ้าหน้าที่กำลังออกจ่ายยาโรคเรื้อรังให้กับผู้ป่วยซึ่งสถานการณ์ตอนนั้นช่วงCOVID-19 กำลังแพร่ระบาดทำให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องมีการจัดส่งยาให้ที่บ้านเพื่อลดการแออัดในการเข้ามาในโรงพยาบาลโดยจะมีอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่และเจ้าหน้าที่ร่วมกันส่งยาและติดตามระดับความดันโลหิตสูงระดับน้ำตาลที่บ้านในภาพผู้ป่วยอาศัยอยู่ที่เถียงนาห่างจากหมู่บ้านหลายกิโลเมตรเจ้าหน้าที่จึงได้ออกไปส่งยาถึงที่เถียงนาซึ่งทางไปมีความลำบากพอสมควรแต่เจ้าหน้าที่มีความทุ่มเทที่จะนำยาส่งถึงกับมือผู้ป่วยติดตามเยี่ยมอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

หมายเลขPhoto32

เจ้าของผลงานนายแพทย์สกลสินธูพร
รพ.คลองขลุงจ.กำแพงเพชร



วิถีแห่งปฐมภูมิ

ออกคลินิกหมอครอบครัวครั้งแรกที่NPCU ก็เจอเคสยากซะแล้วเมื่อมีอสม. ในพื้นที่รายงานมีเคสแรงงานพม่ากำลังจะคลอดที่บ้านไม่ได้ฝากครรภ์ไม่ทราบอายุครรภ์ชุดทำคลอดที่รพสต. ไม่มีหมดยาไม่ได้นั่งงานนี้ทีมหมอครอบครัวทุกคนใจสู้พร้อมทำเต็มที่ภายใต้สภาวะแวดล้อมที่จำกัด “สุดท้ายลูกเกิดรอดคลอดผู้หญิงหน้าจิ้มลิ้มพร้อมเพราะดั่งจันทร์ฉาย

ผิวสีผาดเปล่งปลั่งงามประกายคิดความหมายตั้งชื่อ สกลวรรณ”

หมายเลขPhoto38

เจ้าของผลงานนางสาวณัฐวรวัลย์ชัยพรมมา
รพ.แวงน้อยจ.ขอนแก่น



ช้างหลังภาพ

คนไข้ของเราต้องได้รับการดูแลที่ได้มาตรฐานด้วยพื้นฐานของความเป็นมนุษย์อย่างเท่าเทียมกันพยาบาลในเขตถิ่นทุรกันดารที่ห่างไกลความเจริญเกือบ100กิโลเมตรอย่างพวกเรานั้นไม่เคยทอดทิ้งพวกเขาเลยแม้สักครั้งเดียว"ความสุขที่แท้จริงคือทุกสิ่งที่เราทำ"

(ดูแลด้วยรักถักด้วยใจก้าวไปด้วยกัน)

หมายเลขPhoto40

เจ้าของผลงานพญ.ไทยอักษรรักษาภักดี
รพ.พลจ.ขอนแก่น



ใกล้บ้านใกล้ใจต่อลมหายใจให้ผู้ป่วยได้กลับบ้าน

“อยากกลับบ้าน” คือความฝันของหญิงสาวที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรงไม่สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้และนอนICU มานานถึง7 เดือนวันนี้ความฝันของเธอเป็นจริงแล้วด้วยพลังความร่วมมือของภาคีเครือข่ายตั้งแต่โรงพยาบาลจังหวัดโรงพยาบาลอำเภอและชุมชนที่ช่วยทำให้บ้านของเธอเป็นวอร์ดมีคุณแม่เป็นพยาบาลประจำตัวความรักของคนในครอบครัวเป็นยาใจและคุณแม่ได้กลับมาทำงานสร้างรายได้และเฝ้ามองคนที่รักไปพร้อมๆกัน

หมายเลขPhoto44

เจ้าของผลงานนางณิชนันท์บุญช่วย
รพ.พระปกเกล้าจ.จันทบุรี



"ภุมใจที่ได้ดูแล"

ผู้ป่วยอัมพาตย่ท่อนล่างนอนติดเตียงมีแผลกดทับหลายที่ขนาดใหญ่ลึกและติดเชื้อถึงกระดูกยาจนมีปัญหาลับซ้อนต้องให้ทีมสหวิชาชีพดูแลผู้ชำนาญเฉพาะทางด้านแผลมาช่วยแนะนำการดูแลแผลที่เหมาะสมของอบต.รับไปทำแผลที่รพ.สต. นักกายภาพมาทำกายภาพต่อเนื่องที่บ้านกลุ่มอาสาสมัครรณนำเตียงไฟฟ้าที่นอนลมเครื่องผลิตออกซิเจนมาให้ส่งเสริมผู้ป่วยได้ช่วยเหลือตัวเองผู้มีจิตศรัทธาสับสนุนอาหารเสริมโปรตีนผู้ป่วยได้รับความดูแลอย่างครอบคลุมทุกปัญหาเป็นความภาคภูมิใจที่ได้ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน

หมายเลขPhoto46

เจ้าของผลงานนางสาวพรรณิพย์สิรินมาตย์
รพ.น่านจ.น่าน



"สอนให้ทำจำให้ขึ้นใจ"

ผู้ป่วยชายไทยวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) และโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลบ่อน้ำร้อนระดับน้ำตาลไม่ได้ เพราะต้องหาเลี้ยงชีพด้วยการเก็บของป่าขายเลี้ยงมารดา และมีความเชื่อว่ายาเบาหวานทำให้อ่อนเพลียทำงานไม่ได้ ความพยายามของทีมเยี่ยมบ้านสหสาขาวิชาชีพติดตามเยี่ยม และเสริมพลังต่อเนื่องนานถึง 2 ปีจนผู้ป่วยเปิดใจรักษาด้วยยาฉีดอินซูลินสามารถใช้อย่างถูกต้องด้วยตนเองได้อย่างถูกต้อง ตรวจสอบนัดกับทีมหมอครอบครัวที่รพ.สต. สม่ำเสมอจนระดับน้ำตาลสะสมลดลง

หมายเลขPhoto47

เจ้าของผลงานนางสาวรสขนิษฐา
รพ.พัทลุงจ.พัทลุง



กอดนี้ไม่มีข้อแม้

งานเยี่ยมบ้านเป็นหนึ่งในงานที่สำคัญของพยาบาลชุมชน ร่างกายเป็นแค่เพียงเศษเสี้ยวของการรักษาจิตใจมีความสำคัญยิ่งกว่าสัมผัสแห่งการกอดถ่ายทอดจากหัวใจ...ก่อนลา...ขอายกอดหน่อยได้มั้ย

หมายเลขPhoto49

เจ้าของผลงานนายพิเชษฐน้อยหุ่น

รพ.ปทุมธานีจ.ปทุมธานี



จิตวิญญาณเป็นมากกว่าศาสนา

หากเราอยากดูแลคนทั้งคนคงปฏิเสธไม่ได้ว่าเราต้องดูแลให้ครบทั้ง4 มิติคือกายจิตสังคมและจิตวิญญาณแต่หลายครั้งที่เรามักจะดูแลแค่ร่างกายหรือสุขภาพจิตของผู้ป่วยเท่านั้น และเชื่อว่าจิตวิญญาณของผู้ป่วยมีแค่เรื่องศาสนาผมก็เคยเชื่อเช่นนั้นจนกระทั่งได้ดูแลคุณลุงสมจริงได้รับรู้ว่าทั้งสังคมและจิตวิญญาณของคุณลุงคือสุนัขอจรและสุนัขของวัดที่แวะมาเล่นด้วยอยู่เสมอคำขอสุดท้ายของคุณลุงคืออยากใช้ชีวิตช่วงสุดท้ายท่ามกลางเพื่อนๆที่คุณลุงรักและทำดีที่สุดความต้องการของคุณลุงสมจริงก็เป็นจริง

หมายเลขPhoto52

เจ้าของผลงานนางธัญญาพูนวศิน

รพ.ร้อยเอ็ดจ.ร้อยเอ็ด



ส่งคนอันเป็นที่รักกลับบ้าน

เด็กหญิงอายุ10 ขวบที่ต้องเจาะคอใส่เครื่องช่วยหายใจอยู่ที่โรงพยาบาลยาวนาน3 เดือนต่อมาได้รับการยืมเครื่องช่วยหายใจสำหรับเด็กใช้ที่บ้านทีมสหวิชาชีพพร้อมกับพยาบาลงานการพยาบาลที่บ้านและชุมชนวางแผนเตรียมส่งน้องกลับบ้านสู่อ้อมกอดความรักความอบอุ่นอันเป็นที่รักของครอบครัวขณะพาน้องขึ้นรถกลับบ้านสีหน้าของน้องเปี่ยมล้นไปด้วยความสุขความรักของทั้งทีมให้การดูแลรักษาและครอบครัวของเด็กหญิงตัวน้อยๆ

หมายเลขPhoto53

เจ้าของผลงานนางสาวคนธ์พึงสันเทียะ

รพ.ร้อยเอ็ดจ.ร้อยเอ็ด



"การพยาบาลด้วยหัวใจสุขแคไหนที่ได้ทำ"

พยาบาลไม่ได้ทำงานเฉพาะในโรงพยาบาลพยาบาลต้องดูแลผู้ป่วยในชุมชนให้มีสุขภาพแข็งแรงมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีสามารถดูแลตนเองได้ดูแลตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวาระสุดท้ายเป็นที่พึ่งด้านสุขภาพของคนในชุมชนพยาบาลชุมชนบางครั้งไม่ได้สวมชุดขาวสวมหมวกขาวแบบที่คนทั่วไปคิดไว้แต่ทุกครั้งที่ได้ออกปฏิบัติหน้าที่มีความเต็มใจที่จะทำและทำให้ออกมาดีที่สุดในที่สุด

หมายเลขPhoto55

เจ้าของผลงานนายสมรักชนนทพันธ์

รพ.เวียงน้อยจ.ขอนแก่น



โอกาสจะเกิดขึ้นได้ถ้าได้รับโอกาส

ลูกกรงห้องขังไม่สามารถขวางกั้นความหวังใฝ่ใจของพยาบาลสุขภาพจิตได้เมื่อมาหาพยาบาลไม่ได้ไม่เป็นไรเราจะไปดูแลให้กำลังใจและให้การพยาบาลถึงที่ “คืนคนดีสู่สังคม” ในชีวิตของคนเรามีโอกาสทำผิดพลาดได้ถูกลงโทษก็ต้องการโอกาสจากสังคมการดูแลช่วยเหลือบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์เกิดขึ้นได้ทุกที่โอกาสมีให้ไม่เลือกแม้เวลาและสถานที่

หมายเลขPhoto56

เจ้าของผลงานนายสมมิตรพันธ์

รพ.ลำพูนจ.ลำพูน



Poster "กอดเพื่อชาติ"

ช่วงรณรงค์ฉีดวัคซีนโควิด-19 โดยประชาชนที่มารับการฉีดวัคซีนบางคนมีความกลัวส่วนมากกลัววัคซีนแต่มีส่วนหนึ่งที่กลัวเข็ม

ปากก็บอกว่าปากกลัว “ก่อนฉีดขอกอดหน่อยได้มั้ย”

จึงเป็นที่มาของการฉีดวัคซีน “กอดเพื่อชาติ”

หมายเลขPhoto57

เจ้าของผลงานนางสาวอรญาบุญพล

รพ.ร้อยเอ็ดจ.ร้อยเอ็ด



การออกกำลังกายด้วยผ้าขาวม้าในผู้สูงอายุ

ปัจจุบันผู้สูงอายุเริ่มมีการออกกำลังกายน้อยลงมากและอาจทำให้ส่งผลเสียต่อสุขภาพด้านระบบกล้ามเนื้อและข้อจึงได้มีการนำผ้าขาวม้าที่มีอยู่แล้วในครัวเรือนนำมาประกอบการออกกำลังกายซึ่งพบว่าผู้สูงอายุได้ให้ความสนใจเป็นอย่างมากเกิดความแปลกใหม่ตื่นเต้นมีความสุขผ่อนคลายขณะที่ได้ทำกิจกรรมส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้นทั้งด้านร่างกายจิตใจอารมณ์

และการทรงตัว

หมายเลขPhoto58

เจ้าของผลงานนายธีรภัทร์จุลเหลา

รพ.สมเด็จพระยุพราชเดชอุดมจ.อุบลราชธานี

**ลดโรคในชุมชน**

จากการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่ไม่ยอมมารับรักษาต่อเนื่อง จึงได้อธิบายให้ผู้ป่วยและโดยเฉพาะญาติผู้ดูแลถึงถึงความสำคัญในการที่จะมารักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้โรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ทุเลาลงและไม่ให้เชื้อโรคในผู้ป่วยแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่นในชุมชนจนปัจจุบันผู้ป่วยยอมที่จะมารักษาอย่างต่อเนื่องอีกครั้ง

หมายเลขPhoto60

เจ้าของผลงานนางสาวจรรุวรรณแป้นน้อย

รพ.อุตรดิตถ์จ.อุตรดิตถ์



เพราะเข้าถึงจึงเข้าใจในคุณค่าความสำคัญงานปฐมภูมิ งานบริการปฐมภูมิคืองานที่เราไม่ได้ใช้แค่ความรู้ความสามารถแต่สิ่งสำคัญที่เราต้องมีคือใจที่รักในการบริการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้รับบริการต้องใส่ใจสุขภาพของผู้รับบริการในหลายมิติดิฉันโชคดีมากที่มีโอกาสได้มาทำงานปฐมภูมิทำให้ดิฉันได้รู้ว่าservice mind มีความสำคัญมากต่อผู้รับบริการทุกการยกมือไหว้แสดงความขอบคุณกราบน้ำตาเปื่อนรอยยิ้มมันยิ่งใหญ่เสมอ

หมายเลขPhoto61

เจ้าของผลงานนางมัทนาตันสกุล

รพ.หาดใหญ่จ.สงขลา



เด็กฉลาด

การรณรงค์ให้วัคซีนโควิดในเด็กอายุต่ำกว่า5ขวบในพื้นที่เขตเมืองที่มีโรงเรียนอนุบาลและศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหลายแห่งมีจำนวนเด็กเป็นหลักพันเป็นภารกิจที่ทำหายของชาวเวชกรรมสังคมอย่างหนึ่งแต่ในความเหน็ดเหนื่อยของทีมทำงานยังมีความน่ารักน่าเอ็นดูของเด็กที่สร้างรอยยิ้มให้กับพวกเราได้หนูน้อยคนนี้ร้องไห้สะอึกสะอื้นหลอกล่อด้วยสติ๊กเกอร์ไปหลายดวงแล้วก็ยังไม่ยินยอมให้ฉีด

หนูน้อย : ผมไม่อยากฉีดแม่ผมฉีดไป4เข็มแล้วยังเป็นโควิดเลย

พยาบาล : ...

หมายเลขPhoto62

เจ้าของผลงานนางบุลลันสุขเกษม

รพ.ศรีสะเกษจ.ศรีสะเกษ



ไม่คิดว่าจะมีวันนี้

6 ปีที่ผ่านมาเป็นครั้งแรกของทีมหมอครอบครัวที่ไปเยี่ยมคุณยายวัย80 ปี

ยายเป็นโรคความดันโลหิตสูงโรคเรื้อนมือสองข้างกุดขาขาด้วนเท้าซ้ายกุดตาขวามองไม่เห็นตาซ้ายเห็นเลือนกลางเคลื่อนตัวโดยการถัดกันไปกับพื้น

อยู่กระท่อมเก่าๆกับเจ้าตาลสุนัขขี้ใจอยู่ข้างกายยายบอกว่า “อยู่เหมือนหมาถูกทิ้ง” จากคำพูดและภาพในวันนั้นเกิดความท้อใจให้ทีมสามหมอกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนร่วมกันดูแลคุณยายแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่องจนถึงวันนี้วันที่คุณยายบอกว่า “ไม่คิดว่าจะมีวันนี้วันที่ทุกสิ่งดีขึ้นวันที่มีหมอมารถึงบ้านไม่ต้องอยู่แต่กับหมา”

หมายเลขPhoto63

เจ้าของผลงานนางอรอนงค์เจ็กภู
รพ.ขอนแก่นจ.ขอนแก่น



"Every crisis is an opportunity"

จากสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากภาวะวิกฤติของสถานการณ์นี้ทำให้ประชาชนส่วนใหญ่คุ้นเคยกับชุดตรวจโควิดด้วยตนเอง “Antigen Test Kit: ATK” เป็นอย่างดี

จากสถิติผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในประเทศไทยที่มีเพิ่มขึ้นทุกปี การตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยตั้งแต่ระยะเริ่มแรกย่อมมีความสำคัญอย่างยิ่ง การตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT Test มีลักษณะชุดตรวจที่คล้ายกับ ATK การอ่านผลตรวจสามารถอ่านได้เองทันทีหลังตรวจการฝึกฝนให้ประชาชนสามารถใช้ชุดตรวจด้วยตนเองได้ย่อมส่งผลในการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ได้มากขึ้นและเข้าสู่กระบวนการรักษาได้ทันเวลาสามารถลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้

หมายเลขPhoto64

เจ้าของผลงานศูนย์แพทย์ชุมชน3 ตำบล
รพ.หาดใหญ่จ.สงขลา



ใจใกล้ใจ

เมื่อผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้พิการทางร่างกาย (ถูกตัดขาจากอุบัติเหตุ) มาเจาะเลือดพยาบาลก็ไม่รีรอขึ้นรถเพื่อให้บริการเจาะเลือดกับผู้ป่วยบนรถยนต์ส่วนตัวที่ญาติขับมาทันทีแม้พื้นที่จะคับแคบทำหัตถการไม่สะดวกก็ไม่นับเป็นอุปสรรคขอเพียงแต่ให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่สะดวกรวดเร็วด้วยหัวใจของพยาบาล

....ใจใกล้ใจ...

หมายเลขPhoto67

เจ้าของผลงานนางสาวสุรีพรจงสมฤทธิ์ชัย
รพ.สต.ขามเปี้ยจ.อุบลราชธานี



"หนักแค่ไหนก็ไม่ท้อ"

เมื่อปลายสายแจ้งว่า “คุณหมอคุณยายหนูเป็นโควิดเหนื่อย หอบเหมือนจะไม่ไหวแล้วค่ะ” ในการปฏิบัติหน้าที่แต่ละครั้ง เหนื่อยที่ไหลตามร่างกายเสียงหายใจของคนไข้ทุกคนที่เราได้ ยืนหรือญาติคนไข้ที่ร้องขอไม่ว่าถึงออกซิเจนจะหนักแค่ไหน สองมือที่หอบหิ้วสิ่งของไปให้คนไข้แต่เราก็มียึดได้เพียงเพราะ เราต้องการให้คนไข้ได้รับการรักษาและปลอดภัยจากโรคร้าย

หมายเลขPhoto68

เจ้าของผลงานนายจิรายุแสนพันธ์
รพ.เพชรบูรณ์จ.เพชรบูรณ์



ว่าด้วยหัวใจเพชร

ความภาคภูมิใจของทีมงานโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ภาพนี้ เกิดขึ้นได้จากใจหัวใจของเราล้วนๆในวันที่แดดร้อนจัดๆแต่ก็ ทำให้ป้าท่านหนึ่งภาคภูมิใจซึ่งเป็นผู้ป่วยDM และเป็น ผู้สูงอายุที่เดินไม่ได้หลานได้นำมาส่งไว้ที่รพ.สต.ที่เราได้ไป ออกหน่วยเอกซเรย์เคลื่อนที่สุดท้ายแล้วเราก็กลายเป็นลูก เป็นหลานของท่านทั้งอ้อมทั้งกอดเพื่อให้ท่านได้รับการตรวจ เอกซเรย์ปอดและนำส่งปากกลับบ้านด้วยความภูมิใจ

หมายเลขPhoto69

เจ้าของผลงานนายพนานต์พงศ์ผัดอ่อนอาย
รพ.แม่สอดจ.ตาก



พระสงฆ์สามเณรแม่สอดอาสาปราบลูกน้ำยุงลาย!!!

พระสงฆ์และสามเณรร่วมกับเจ้าหน้าที่กลุ่มงานเวชกรรมสังคมร่วมกันสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายและใส่ทรายอะเบททั้งในวัดและรอบวัดพร้อมทั้งหาค่าCI และHI เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกยังเป็นส่วนหนึ่งของโครงการพระสงฆ์สามเณรผู้นำด้านการป้องกันควบคุมโรคติดต่อ

ซึ่งจัดขึ้นแห่งแรกของประเทศไทยตั้งแต่ปี2561 เป็นต้นมา

หมายเลขPhoto70

เจ้าของผลงานนางสาวสุนารีแซ่वान
รพ.แม่สอดจ.ตาก



เชื้อโรคไม่เลือกเชื้อชาติ

พ่อแม่อยากให้ลูกสุขภาพดีฉันใดฉันก็อยากให้ประชาชนต่างชาติที่ฉันดูแลสุขภาพดีฉันนั้นเพราะ“เชื้อโรคไม่เลือกเชื้อชาติ” เราจึงไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลังไม่ว่าจะเป็นชนชั้นเชื้อชาติศาสนาใดระบบสุขภาพไทยและต่างชาติต้องเดินหน้าไปพร้อมกันนั่นคือหลักบริการสาธารณสุขชายแดนที่ฉันยึดมั่นในการปฏิบัติงาน

หมายเลขPhoto71

เจ้าของผลงานนายพงพรรณกาละนีโย

ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองบ้านส่องนางโยจ.มหาสารคาม



การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีกับการเยี่ยมบ้านด้วยทีม3 หมอ คนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว3 คนเป็นการประสานการทำงานดูแลสุขภาพของประชาชนที่บ้านแบบ “ดูแลใกล้ ตัวใกล้บ้านใกล้ใจ” และเพื่อให้ได้รับบริการต่อเนื่องลดการเดินทางลดความแออัดและนอกจากนี้การใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยเหมาะสมมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านตั้งแต่ก่อนเยี่ยมขณะเยี่ยมและหลังเยี่ยมโดยพยาบาลชุมชนบูรณาการเทคโนโลยีสื่อสารเช่นสมาร์ตโฟนมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยและเพื่อให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของสังคมและวิถีชีวิตคนในยุคปัจจุบัน

หมายเลขPhoto72

เจ้าของผลงานนางสาวเมษยาภรณ์บุ้งทอง

รพ.สต.โนนสูงจ.อุบลราชธานี



เรื่องเล่าตอนเที่ยงของผู้ป่วยติดเตียง

ในวันที่ฉันอยู่เวรแล้วเหตุเกิดตอนเที่ยงซึ่งฉันกำลังจะไปรับประทานอาหารเที่ยงพอดีเสียงโทรศัพท์ดังขึ้น “คุณหมอ...สายให้อาหารคุณยายหลุดคุณหมอมาดูให้หน่อยค่ะ” ณวินาทีนั้นในใจคิดว่าผู้ป่วยต้องหิวข้าวแล้วแน่นอนทำไงดี! (คิดในใจ) สักพักฉันก็ขับรถไปที่บ้านคุณยายทันทีเมื่อถึงบ้านฉันเห็นสายตาของคุณยายมองมาด้วยความหวังเสร็จสิ้นภารกิจเป็นเวลาบ่ายโมงพอดีฉันบอกว่าคุณยายพร้อมทั้งมีเสียงทอ้งร้องคุณยายยิ้มชอบใจและยกมือไหว้ขอบคุณ

หมายเลขPhoto74

เจ้าของผลงานนางสาวนิตาสาครเจริญ
รพ.หนองบัวลำภูจ.หนองบัวลำภู



"มหัศจรรย์สองพันห้าร้อยวัน" สานสัมพันธ์สายใยรักแห่งครอบครัว

เยี่ยมบ้านมารดาวัยรุ่นเพื่อวางแผนครอบครัวส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และฝึกกระตุ้นพัฒนาการลูกน้อยด้วยคู่มือ DSPM เพราะโอกาสแห่งการเรียนรู้และอัตราการเรียนรู้สูงสุดอยู่ในช่วงวัยเด็ก 0-5 ปีความรักความอบอุ่นจะทำให้เด็กมีสุขภาพกายและสุขภาพใจที่ดีโดยเน้นครอบครัวและชุมชนเป็นแกนหลักในการดูแลและพัฒนาเด็กด้วยสายใยรักแห่งครอบครัว

หมายเลขPhoto75

เจ้าของผลงานนางภาเอื้ออันน์สิรินทรโสภณ
รพ.หาดใหญ่จ.สงขลา



"ความภูมิใจของป้าวงแหวน"

มะเร็งเต้านมระยะสุดท้าย..โรคที่โหดร้ายและบาดลึกหัวใจซึ่งมักตามมาด้วยความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวังของช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ แต่ป้าวงแหวนหญิงวัย 66 ปีกลับแสดงให้เห็นถึงรอยยิ้มและแววตาของความสุขทุกครั้งขณะบอกเล่าถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในช่วงชีวิตที่ผ่านมาด้วยการทำงานเป็นจิตอาสาช่วยเหลือชุมชนผ่านภาพความประทับใจมากมายที่เก็บในโทรศัพท์มือถือให้พวกเราได้รับรู้ทุกครั้งที่เจอกันจวบจนวันสุดท้ายของชีวิตที่ป้าวงแหวนได้จากไปอย่างสงบ

หมายเลขPhoto76

เจ้าของผลงานนางอรพรรณจิรายุกุล
รพ.หาดใหญ่จ.สงขลา



"เปล่งเสียงผ่านอักษร"

แม้ไม่สามารถเปล่งเสียงออกมาเป็นคำพูดจากความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งช่องปากระยะสุดท้ายที่ต้องเจาะคอและคาท่อเหล็กช่วยหายใจแต่ไม่ได้เป็นอุปสรรคต่อการสื่อสารของชายผู้นี้ด้วยในอดีตที่เคยบวชเรียนอยู่ในสมณะเพศหลายพรรษาช่วยให้จิตใจสงบนิ่งนำร่างกายและแรงใจที่มีอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตมาขีดเขียนเรื่องราวเพื่อบอกเล่าและสื่อสารทุกตัวอักษรในสมุดบันทึกเล่มเล็กๆเต็มไปด้วยข้อความที่สะท้อนความรู้สึกถึงจิตใจที่เข้มแข็งไม่ท้อแท้แม้จะเป็นช่วงสุดท้าย

หมายเลขPhoto79

เจ้าของผลงานนายภานุพงศ์สวนสุวรรณ
ศสม.วัดจีนประชาสโมสรจ.ฉะเชิงเทรา



“เขา..เรา..เท่ากัน”

“จะไปทำอะไรให้มันสิ้นทนากับไอ้คนพวกนั้น” คำพูดจากคนภายนอกที่กระแทกใจคนทำงานกำแพงสูงรอบด้านไม่ได้น่ากลัวเท่ากำแพงจิตใจมนุษย์ที่ปิดกั้นและตัดสินว่า “คนคุก” คือคนไม่ดีไม่ควรได้รับสิ่งที่ดีเท่าคนข้างนอกแต่ทว่าหากลองเปิดใจวางอคติคิดให้ดีแล้วจะพบว่า “คนที่ถูกลี้ม” เหล่านั้นก็ไม่ได้มีอะไรต่างจากพวกเราแม้จะทำผิดพลาดไปด้วยเหตุผลใดก็ตามแต่ก็มีอาจลดทอนความเป็นมนุษย์ของพวกเขาลงได้เพียงขาดอิสรภาพและเสรีภาพแต่ยังคงมีสิทธิความเป็นมนุษย์อยู่เต็มเปี่ยมที่จะเข้าถึงบริการสาธารณสุขและได้รับการรักษาด้วยความอ่อนโยนให้เกียรติด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์อย่างแท้จริงผมภูมิใจยิ่งที่ได้ทำหน้าที่นี้

หมายเลขPhoto80

เจ้าของผลงานนายจักรพันธ์จะเรียมพันธ์
รพ.หนองบัวลำภูจ.หนองบัวลำภู



"ราชทัณฑ์ปันสุขฯ" ยุติวัณโรคเราทำได้

ด้วยพระมหากรุณาธิคุณของพระบาทสมเด็จพระวชิรเกล้าเจ้าอยู่หัวฯ ทรงมีพระบรมราชโองการโปรดเกล้าโปรดกระหม่อมให้จัดตั้งโครงการราชทัณฑ์ปันสุขทำความดีเพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ ขึ้นทรงมีเมตตาให้ความช่วยเหลือประชาชนอย่างเท่าเทียมไม่เลือกปฏิบัติโดยผู้ต้องขังในเรือนจำได้รับการคัดกรองวัณโรคด้วยวิธีX-ray ทรวงอก 100% ภายใต้ความร่วมมือแบบบูรณาการทุกภาคส่วนเพื่อพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ

หมายเลขPhoto86

เจ้าของผลงานนางสาวณามาศจันทาศรี
รพ.ร้อยเอ็ดจ.ร้อยเอ็ด



รักษาด้วยใจไม่แบ่งชนชั้นและศาสนา คือหัวใจของPCU

ภาพนี้เป็นภาพที่สื่อถึงการบริการการรักษาที่ทั่วครอบคลุมทั่วถึงในกลุ่มคนติดบ้านติดเตียงที่ไม่สามารถมารับบริการสาธารณสุขที่สถานบริการได้ด้วยการทำหัตถการพอกเข้าซึ่งเป็นวิธีการทางการแพทย์แผนไทยในการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม เบื้องต้นหรือลมจับโป่งเข้าได้ทำการรักษาให้กับคนไข้ศาสนาอิสลามในพื้นที่ชุมชนอิสลามระหว่างการลงเยี่ยมบ้านถือเป็นการยอมรับและเปิดใจเรียนรู้แลกเปลี่ยนการรักษาซึ่งเป็นงานอีกอย่างหนึ่งของการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ

หมายเลขPhoto87

เจ้าของผลงานนางสาวพะเยาพรหมดี
รพ.หนองบัวลำภูจ.หนองบัวลำภู



ความอบอุ่นใจสัมผัสได้..แม้มองไม่เห็นด้วยตา
ทีมสหวิชาชีพลงติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ83 ปีพิการสายตา
แขนขาอ่อนแรงจากโรคหลอดเลือดสมองมือหงิกงอผิดรูป
จากโรคเกาต์เกิดปัญหาการทำกิจวัตรประจำวันเพื่อส่งความ
รักความปรารถนาดีและกำลังใจให้คุณยายด้วยBig HUG
ของพี่กัลยาแพทย์แผนไทย1 ใน.....ทีมสหวิชาชีพของเรา

หมายเลขPhoto90

เจ้าของผลงานนางสาวชิดชนกซ้อมวงษ์
รพ.สต.กุงจ.อุบลราชธานี



ช่วยเหลือเบี่ยงเบนอีกแพ่งกัน

การให้บริการด้านสาธารณสุขกับประชาชนในชุมชนนั้นอาจ
ไม่ใช่เรื่องยากลำบากแต่การให้บริการจะมีประสิทธิภาพและ
ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมายนั้นจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับ
ความไว้วางใจจากประชาชนผู้รับบริการตลอดจนทีมงานที่
ร่วมให้บริการซึ่งทุกคนล้วนจะต้องมีความเสียสละเป็นที่ตั้งมี
จิตพร้อมบริการเป็นนิมิตมีความสามัคคีร่วมแรงร่วมใจในการ
ดูแลพี่น้องประชาชนโดยดูแลกันแบบครอบครัวมีความรัก
ความเอื้ออาทรซึ่งกันและกันอยู่เสมอ

หมายเลขPhoto93

เจ้าของผลงานว่าที่ร้อยตรีณัฐฉิขุนเทพ
รพ.เพชรบูรณ์จ.เพชรบูรณ์



ศาสตร์และศิลป์ของ"นักสาธารณสุข"

ถ้าจะให้นึกถึงของดีประจำจังหวัดเพชรบูรณ์ก็คงไม่พ้นที่จะนึกถึง “มะขามหวาน” กลุ่มแม่บ้านของคุณยายก็เป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่แปรรูปมะขามหวานจำหน่ายให้กับท้องตลาดถึงแม้สังหารของคุณยายจะโรยราและสมาชิกหดหายไปหมดวิสาครอุปการณก็ดูชำรุดทรุดโทรมแต่คุณยายผู้ก่อตั้งยังคงยึดมั่นประกอบอาชีพนี้ด้วยความภาคภูมิใจแต่ด้วยสถานที่ผลิตไม่ถูกสุขลักษณะตามหลักสุขาภิบาลนักสาธารณสุขจึงได้พูดคุยทำความเข้าใจกับคุณยายด้วยความยิ้มแย้มปรารถนาดีและเข้าอกเข้าใจ

หมายเลขPhoto94

เจ้าของผลงานนางกนกพรสุทธิรักษ์
รพ.พิจิตรจ.พิจิตร



ส่งด้วยรักฟุ้งพิกด้วยใจ

การเตรียมความพร้อมและส่งผู้ป่วย on home ventilator ไปดูแลต่อที่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีที่สุดและมีความสุขกับครอบครัว

หมายเลขPhoto96

เจ้าของผลงานนางสาวพัชรินทร์เพาแป้น
รพ.สมเด็จพระยุพราชสระแก้วจ.สระแก้ว



"โอกาสที่มีคุณค่า"

“โอกาสที่มีคุณค่า” การออกไปเยี่ยมผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถทำให้ได้เรียนรู้และเข้าใจในหลายๆด้านทั้งความคิด ความรู้สึกความรักการได้ให้ประโยชน์และได้มองเห็นคุณค่า ความสำคัญของการเป็นมนุษย์ “ทุกช่วงเวลาเรามีโอกาสสร้างคุณค่าให้ตัวเราและผู้อื่นเสมอ”

หมายเลขPhoto100

เจ้าของผลงานนางสาวสุวรรณีต่อติด
สสอ.เขื่องในจ.อุบลราชธานี



แม้ไม่มีดวงตา...แต่รับรู้ด้วยหัวใจ

ในวันที่เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนได้ลงพื้นที่ติดตามเยี่ยมบ้าน/ให้กำลังใจผู้ประสบอุทกภัยในพื้นที่ที่รับผิดชอบ ประสานผู้นำชุมชนขอสม.และภาคีเครือข่ายในชุมชนพาลงพื้นที่พร้อมมอบยาสามัญประจำบ้านเพื่อใช้เวลาจำเป็นลงเยี่ยมบ้านกลุ่มเปราะบางหญิงสูงอายุพิการตาบอด2 ข้างเมื่อถึงบ้านคุณยายและเมื่อท่านได้ยินเสียงหอมอนามัยและภาคีเครือข่ายที่ร่วมลงพื้นที่ก็รับรู้ที่ท่านรู้สึกดีใจมากมองจากจากสีหน้าและรอยยิ้ม..ถึงแม้ท่านจะไม่มีดวงตา...แต่ท่านก็รับรู้ด้วยหัวใจ...

หมายเลขPhoto102

เจ้าของผลงานนางสุภาธนวงศ์รี

รพ.สระบุรีจ.สระบุรี



สายตาแห่งความหวัง

สายตาของคุณตาส่งผ่านถึงคู่ชีวิตด้วยความคาดหวังให้เธอหายเจ็บหายปวดพยาบาลชุมชนส่งมอบความห่วงใยผ่านเข็มฉีดยาวัคซีนป้องกันโควิด19 เพื่อให้เธอผ่านพ้นวิกฤตินี้ไปด้วยกัน

หมายเลขPhoto103

เจ้าของผลงานนางสาววิไลวรรณสง่าศรี

รพ.ศรีสะเกษจ.ศรีสะเกษ



หลับให้สบายนะที่รัก

ชาย-หญิงชราคู่หนึ่งขับรถซาเล้งมาพบแพทย์โดยมีคุณตาเป็นคนขับรถทุกๆครั้งที่เจ้าหน้าที่ถามว่า.. "คุณยายมากับใครคะ?" ก็จะได้คำตอบว่า.. "มากับพระเอก" ซึ่งเป็นความน่ารักของทั้งคู่จนกระทั่งถึงวันที่คุณยายป่วยหนักด้วยโรคร้ายคุณตาคอยอยู่เคียงข้างและเป็นกำลังใจให้เสมอมาเมื่อเจ้าหน้าที่ออกเยี่ยมบ้านคุณตาจะไปเอาปฏิทินที่มีรูปพระเอกกับนางเอกมาให้ดูและบอกว่า.. คุณยายคือ.. "นางเอก" ทำเอาพวกเราอมยิ้ม.. และเมื่อวาระสุดท้ายมาถึง.. คุณตาก็ได้มาอยู่ข้างเตียงคุณยายในใจนั้นคงสุดบรรยาย.. "หลับให้สบายนะที่รัก"

หมายเลขPhoto104

เจ้าของผลงานขวัญเรือนวระเดชะ

รพ.เพชรบูรณ์จ.เพชรบูรณ์



ร่วมด้วยช่วยประดองผู้ป่วยขึ้นรถMobile

รถMobile เคลื่อนที่ถ่ายจอบประสาทตาผู้ป่วยเบาหวานรพ. เพชรบูรณ์

...ทีมปฐมภูมิกลุ่มงานเวชกรรมสังคมออกให้บริการถ่ายจอบประสาทตาให้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนเบาหวานขึ้นตาณรพ.สต. ทุกแห่งเขตอำเภอเมืองเพชรบูรณ์ ..ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหม่เป็นผู้สูงอายุอ้วน การเคลื่อนไหวไม่ดีบางคนต้องนั่งรถเข็นหรือใช้ไม้ค้ำยันเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอสม. ต้องช่วยกันประดองคนไข้ขึ้นรถ Mobile เพื่อรับบริการถ่ายจอบประสาทตาด้วยความระมัดระวังทำให้การบริการตรวจจอบประสาทตาในผู้ป่วยเบาหวานปี2566 สำเร็จตามวัตถุประสงค์

หมายเลขPhoto105

เจ้าของผลงานนางสาวรัตนาสารุภาค

สสอ.เขื่องในจ.อุบลราชธานี



The adventure

สตีฟจอบส์ (Steve Jobs) เคยกล่าวไว้ว่าสิ่งยิ่งใหญ่ในโลกธุรกิจไม่อาจเกิดขึ้นจากคนๆเดียวนั้นเกิดขึ้นจากการทำงานเป็นทีมในการทำงานเราคงไม่สามารถทำงานให้สำเร็จลุล่วงด้วยตัวคนเดียวได้ตลอดหากแต่มีทีมงานต่างๆที่คอยสนับสนุนหรือเกื้อหนุนให้เราสามารถทำงานได้สะดวก รวดเร็วและมีประสิทธิภาพเพราะการมีทีมงานที่ดีนั้นนับเป็นสิ่งที่มีค่าที่สุดในการทำงานให้ประสบความสำเร็จ

หมายเลขPhoto106

เจ้าของผลงานรุจิราสุภัทโรบล

รพ.สระบุรีจ.สระบุรี



สี่ซอสี่ใจ

พ่อซึ่งอยู่ในห้องอันมืดสลัวมีหลอดไฟเพียง1 ดวงที่จะไม่
รบกวนพ่อในเวลานอนพร้อมทั้งมีลูกสาวดูแลอย่างใกล้ชิด
ยามพ่อตื่นหรือเหงาพ่อก็จะมีซอคู่ใจที่หิ้วเตี้ยงหยิบมานั่งสี
บรรเลงอย่างปลื้มใจทำให้พ่อหวานรำลึกไปถึงเมื่อครั้งเป็นจิต
อาสาแล้วได้มาสีซอให้ผู้รับบริการในโรงพยาบาลฟังอย่างมี
ความสุข

หมายเลขPhoto107

เจ้าของผลงานนางเนาวรัตน์ตั้งพิมลจิตต์

รพ.สระบุรีจ.สระบุรี

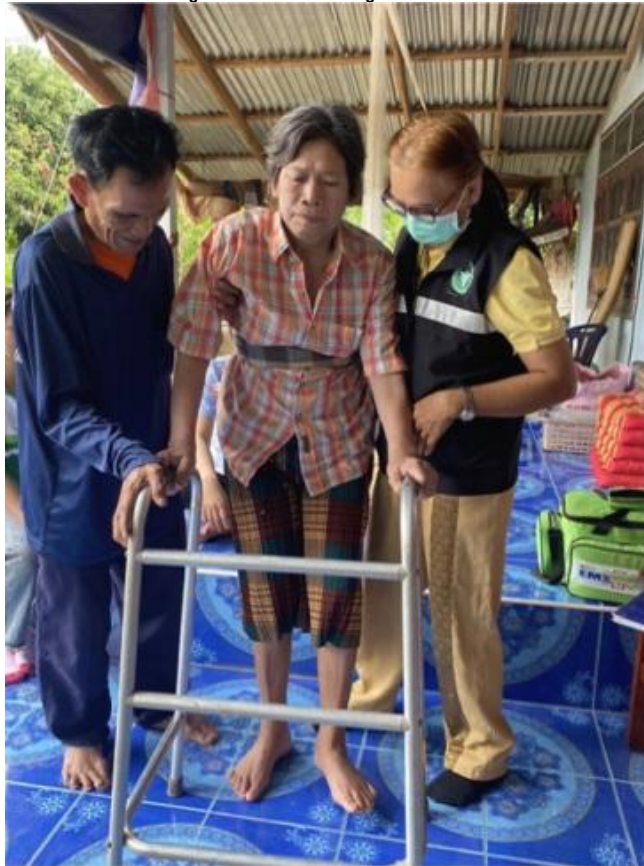


หมอจำปากแล้ว

ฉันเคยจับมือลูกให้เขียนกอไก่
แต่นี่ตั้งใจจับมือป่าจับเข็มฉีดยา
เราเรียนรู้ฝึกฝน
จนผ่านความกลัวเกิดความกล้า
เพื่อป่าจำมีชีวิตที่ยืนยาว

หมายเลขPhoto109

เจ้าของผลงานนางเยาวภาสีดอกบวบ
รพ.หนองบัวลำภูจ.หนองบัวลำภู



อุปกรณ์ช่วยเดิน4 ขาและ4 ขา

ทีมสหวิชาชีพช่วยให้ลุกยืนและก้าวแรกในระยะเวลาสามปีของคุณยายผู้ป่วยติดบ้านช่วยเหลือตนเองได้น้อยแขนขา-มือเท้าเกร็งเคลื่อนไหวลำบากไม่ได้รับการฟื้นฟูจากโรคพาร์กินสันมีมีลูกชายพิการสามคนดูแลคนเดียวดูแลเอาใจใส่อย่างดีแต่ไม่รู้..จะช่วยให้ภรรยากลับมาเดินได้อย่างไร

หมายเลขPhoto110

เจ้าของผลงานพญ.กิตติมาเทพรังศิริกุล
รพ.บ้านไผ่จ.ขอนแก่น



ทางท่านสบายดี...ทางเรานี้ก็เป็นสุขใจ

บางครั้งจากประสบการณ์ของชีวิตจริงในการดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนเช่นผู้ป่วยรายนี้รู้ตัวรับรู้ได้ทานอาหารได้แต่ไม่สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้เราจึงต้องวางแผนดูแลต่อระยะยาวที่บ้านแบบองค์รวมร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพเครือข่ายดังนั้นบางครั้งเราอาจจะต้องก้าวข้ามข้อจำกัดบางอย่างบนมาตรฐานแห่งความปลอดภัยเพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่สมดุลตามแบบที่ประชาชนเป็นเจ้าของสุขภาพของตนเองโดยมีทีมสุขภาพร่วมดูแล

หมายเลขPhoto112

เจ้าของผลงานนางสาวธิดารัตน์ชาภา
รพ.สต.กุดยาลวนจ.อุบลราชธานี



สาธารณสุขรวมใจสู้ภัยน้ำท่วม

ในช่วงสถานการณ์น้ำท่วมพื้นที่บ้านท่าบ่อแบ่งตำบลขามเปี้ย อำเภอดงรักการพืชผลที่มสาธารณสุขอำเภอดงรักการพืชผล ร่วมกับภาคีเครือข่ายเดินลุยน้ำเพื่อเข้าไปให้บริการเชิงรุกในหมู่บ้านที่ประสบภัยน้ำท่วมไฟฟ้าถูกตัดขาดถนนถูกต้นไม้ล้มขวางทางสัญจรแต่ทางทีมก็ไม่ได้ย่อท้อต่ออุปสรรคเดินอ้อมไปเป็นระยะทางหลายกิโลเมตรนั่งเรือท้องแบนเข้าไปในหมู่บ้านเพื่อดูแลประชาชนและเยี่ยมเสริมกำลังใจผู้ประสบภัย

หมายเลขPhoto113

เจ้าของผลงานนางสาวกรปิยาLOYหา
รพ.ยโสธรจ.ยโสธร



"ประกาศประกาศโควิดระบาศฉีตวัคซีนป้องกันเดือค่า"

ประกาศนี้คือเสียงจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกลุ่มงานเวชกรรมสังคมโรงพยาบาลยโสธรร่วมกับอบสม. หมอคนที่1และเครือข่ายสุขภาพในชุมชนเดินประชาสัมพันธ์การดูแลป้องกันตนเองจากโควิด19และรณรงค์เชิญชวนในกลุ่มพ่อค้าแม่ขายพี่น้องในตลาดใหม่เขตเทศบาลเมืองยโสธรและชาวบ้านที่มาจับจ่ายซื้อของได้รับความสนใจและการตอบรับเป็นอย่างดีสามารถรับบริการได้ที่PCU 2มุมเมืองโรงพยาบาลยโสธร “เข้าถึงเข้าหาพึ่งพาได้ในทุกสถานการณ์”

ภาคผนวก

คำสั่ง
คณะกรรมการจัดการประชุม



คำสั่งสมาคมเวชกรรมสังคมแห่งประเทศไทย

ที่ ๒ / ๒๕๖๖

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการจัดประชุมวิชาการงานบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป

เนื่องด้วย สมาคมเวชกรรมสังคมแห่งประเทศไทย ร่วมกับโรงพยาบาลนครพนม ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการจัดประชุมวิชาการโครงการพัฒนางานบริการปฐมภูมิ ปี ๒๕๖๖ ภายใต้ชื่อ “ความท้าทายของระบบสุขภาพปฐมภูมิในกระแสการเปลี่ยนแปลง (Challenges of Primary Healthcare System in a Changing world)” ระหว่างวันที่ ๑๑-๑๓ กรกฎาคม ๒๕๖๖ ณ โรงแรมเวลาดี นครพนม จังหวัดนครพนม

ในการนี้ เพื่อให้การดำเนินการจัดประชุมวิชาการดังกล่าวเป็นไปด้วยความเรียบร้อย และบรรลุตามวัตถุประสงค์ สมาคมเวชกรรมสังคมแห่งประเทศไทย จึงแต่งตั้งคณะกรรมการ ดังนี้

๑. คณะทำงานฝ่ายอำนวยการ

๑) นายปรีดา	ตั้งจิตเมธี	โรงพยาบาลปทุมธานี	ประธาน
๒) นายไพฑูรย์	อ่อนเกตุ	โรงพยาบาลกำแพงเพชร	รองประธาน
๓) นายขวัญชัย	ประเสริฐยิ่ง	โรงพยาบาลนครพนม	รองประธาน
๔) นางอัญญพัทธ์	สุนทรานุรักษ์	โรงพยาบาลปทุมธานี	คณะทำงาน
๕) นางสาวสาวิตรี	ตันเจริญ	โรงพยาบาลพุทธชินราช	คณะทำงาน
๖) นางรุจิรัตน์	บุญลิต	โรงพยาบาลพุทธโสธร	คณะทำงาน
๗) นางสาวเอื้อมพา	กาญจน์รังษิณี	โรงพยาบาลบุรีรัมย์	คณะทำงาน
๘) นายอดิศักดิ์	พรมคกุล	โรงพยาบาลนครปฐม	คณะทำงาน
๙) นางสาวนีย์	พรมคกุล	โรงพยาบาลนครปฐม	คณะทำงาน
๑๐) นายประเสริฐ	ประกายรุ่งทอง	โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า	คณะทำงาน
๑๑) นายอำนาจ	รักษาน	โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร	คณะทำงาน
๑๒) นายศิวบูรณ์	ชัยสงคราม	โรงพยาบาลกาฬสินธุ์	คณะทำงาน
๑๓) นายนิมิต	เลิศพัฒนสุวรรณ	โรงพยาบาลศรีสะเกษ	คณะทำงาน
๑๔) นางมิ่งพรรณ	ถนอมศรีมงคล	โรงพยาบาลกระบี่	คณะทำงาน
๑๕) นางอาภาพัชร	ฉิมเกื้อ	โรงพยาบาลกระบี่	คณะทำงาน
๑๖) นายปิยะณัฐ	บุญประดิษฐ์	โรงพยาบาลราชบุรี	คณะทำงาน
๑๗) นางสาวตรีธันว์	ศรีวิเชียร	โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา	คณะทำงาน
๑๘) นางกาญจนา	รามสูตร	โรงพยาบาลกำแพงเพชร	คณะทำงาน
๑๙) นางสาวเสาวคนธ์	พรมพิทักษ์	โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์	คณะทำงาน

๒๐) นางจริญญา...

๒๐) นางจรูญญา	จุฬารีย์	โรงพยาบาลมหาสารคาม	คณะทำงาน
๒๑) นายภัทรนนท์	บุญยอุดมศาสตร์	โรงพยาบาลระยอง	คณะทำงาน
๒๒) นางสาวพรพิมล	บุญอาจ	โรงพยาบาลนครพนม	คณะทำงาน
๒๓) นางณปภัช	นฤคนธ์	กองบริหารการสาธารณสุข สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข	คณะทำงาน
๒๔) นางปิยจมาพร	สาตจินพงษ์	โรงพยาบาลปทุมธานี	คณะทำงานและ เลขานุการ
๒๕) นางปนชญา	กิตติสุทธิเปรม	โรงพยาบาลปทุมธานี	คณะทำงานและ ผู้ช่วยเลขานุการ
๒๖) นางสาวสนธยา	ทองพันธุ์	โรงพยาบาลปทุมธานี	คณะทำงานและ ผู้ช่วยเลขานุการ
๒๗) นางทัศนภรณ์	บำรุงโชค	โรงพยาบาลนครพนม	คณะทำงานและ ผู้ช่วยเลขานุการ
๒๘) นางกรองแก้ว	จันทร์ตระกูล	โรงพยาบาลนครพนม	คณะทำงานและ ผู้ช่วยเลขานุการ
๒๙) นางเยาวลักษณ์	วงศ์ญาติ	กองบริหารการสาธารณสุข	คณะทำงานและ ผู้ช่วยเลขานุการ

มีหน้าที่ ดังนี้

๑. วางแผนการดำเนินงานจัดงานกำหนดการวันงานในภาพรวม
๒. ประสานงาน ประสานคณะทำงานคณะต่าง ๆ ในการดำเนินงานให้บรรลุวัตถุประสงค์
๓. บริหารจัดการโครงการและการเงิน
๔. จัดทำหนังสือราชการต่าง ๆ คำกล่าวเปิด ปิด จัดงานประชุมวิชาการของวันงาน
๕. จัดทำทะเบียนรายชื่อผู้ร่วมประชุมวิชาการ รายชื่อผู้เกียติ

๒. คณะทำงานฝ่ายพิธีการและต้อนรับ งานประชุมวิชาการ

๑) ดร.มารตี ศิริพัฒน์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นครพนม	ประธาน
๒) นางกุสุมา สุวรรณโมรา	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นครพนม	รองประธาน
๓) รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล	โรงพยาบาลนครพนม	รองประธาน
๔) ดร.ศิริลักษณ์ ใจช่วง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นครพนม	รองประธาน
๕) หัวหน้ากลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครพนม	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นครพนม	คณะทำงาน
๖) สาธารณสุขอำเภอเมืองนครพนม	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เมืองนครพนม	คณะทำงาน

๗) นางจุฑารัตน์...

๗) นางจุฑารัตน์ ชูติภาณุ	โรงพยาบาลตรัง	คณะกรรมการ
๘) นางรณานิษฐ์ จรัสวรพัฒน์	โรงพยาบาลนครพนม	คณะกรรมการ
๙) นางสาวชัชฎาภา สมศรี	โรงพยาบาลนครพนม	คณะกรรมการ
๑๐) นางปัญชลี ศิริพงษ์พันธุ์	โรงพยาบาลนครพนม	คณะกรรมการ
๑๑) นางสาวอภิพร ต้นศรี	โรงพยาบาลนครพนม	คณะกรรมการ
๑๒) นายเวชสิทธิ์ เหมะจุลิน	โรงพยาบาลนครพนม	คณะกรรมการ
๑๓) นางพิศมัย หอมอ่อน	โรงพยาบาลนครพนม	คณะกรรมการ
๑๔) นายชนพล ปราณีนิติย์	โรงพยาบาลนครพนม	คณะกรรมการ
๑๕) นายจตุชัย ศรีคำม้วน	โรงพยาบาลนครพนม	คณะกรรมการ
๑๖) นายวิวรรธน์ วงศ์ดาชี	โรงพยาบาลวังยาง	คณะกรรมการ
๑๗) นางสาวสุกัญญา วงศ์เจริญ	โรงพยาบาลวังยาง	คณะกรรมการ
๑๘) นางระเบียบ วงศ์วิวัฒน์ชนะ	โรงพยาบาลน่าน	คณะกรรมการ
๑๙) นางจุฑารัตน์ ชูติภาณุ	โรงพยาบาลตรัง	คณะกรรมการ
๒๐) นางภัทรา ยิ่งเกี้ยว	โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า	คณะกรรมการ
๒๑) นางสาวกันต์ชมขวัญ กันธุ์กรกช	โรงพยาบาลมหาราชนคร- ศรีธรรมราช	คณะกรรมการ
๒๒) นางกฤติยาพร พลาเศรษฐ	โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์	คณะกรรมการ
๒๓) นางสาวศุภลักษณ์ เอกอุเวชกุล	โรงพยาบาลขอนแก่น	คณะกรรมการ
๒๔) นายขวัญชัย ประเสริฐยิ่ง	โรงพยาบาลนครพนม	คณะกรรมการและ เลขานุการ
๒๕) นายสุทธิชัย วงศ์ชาญศรี	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นครพนม	คณะกรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
๒๖) นายประสิทธิ์ ใจกล้า	โรงพยาบาลนครพนม	คณะกรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
๒๗) นางวัลประภา นวลงาม	โรงพยาบาลนครพนม	คณะกรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ

มีหน้าที่ ดังนี้

๑. จัดรายละเอียดกำหนดการ พิธีการเปิดการประชุม
๒. จัดหาพิธีกรตลอดการจัดงาน
๓. ดำเนินการพิธีต่าง ๆ ตลอดงาน
๔. จัดเตรียมสไลด์ทัศนูปกรณ์ การถ่ายภาพ ถ่ายวีดิทัศน์ ตลอดงาน
๕. งานมุทิตาจิตแก่บุคลากรผู้เกษียณ ดูแลการแต่งหน้า แต่งกายผู้เกษียณ และผู้เดินขบวน
๖. เตรียมของที่ระลึกสำหรับผู้เกษียณ

๗. ดำเนินรายการ...

๗. ดำเนินรายการ จัดคิวงานการแสดงต่าง ๆ
 ๘. จัดเตรียมสถานที่ในการจัดงาน
 ๙. จัดเตรียมยานพาหนะ รับส่งวิทยากร/ผู้เข้าประชุม

๓. คณะทำงานฝ่ายวิชาการ และประเมินผล

๑) นางสาวสาวิตรี	ตันเจริญ	โรงพยาบาลพุทธชินราช พิชณุโลก	ประธาน
๒) นางรุจิรัตน์	บุญลิต	โรงพยาบาลพุทธโสธร	รองประธาน
๓) นายนิทกร	สอนชา	โรงพยาบาลขอนแก่น	คณะทำงาน
๔) นางธัญญพัทธ์	สุนทรานุรักษ์	โรงพยาบาลปทุมธานี	คณะทำงาน
๕) นายพิเชษฐ์	น้อยหุ่น	โรงพยาบาลปทุมธานี	คณะทำงาน
๖) นายจิรทีปต์	เชยกลั่น	โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร	คณะทำงาน
๗) นายขวัญชัย	ประเสริฐยิ่ง	โรงพยาบาลนครพนม	คณะทำงาน
๘) นางสาวพาสนา	เรืองสวัสดิ์	โรงพยาบาลพุทธโสธร	คณะทำงาน
๙) นายสุรเดช	เผือกพิบูลย์	โรงพยาบาลกบินทร์บุรี	คณะทำงาน
๑๐) นางเพ็ญพิศ	นุกุลสวัสดิ์	โรงพยาบาลบุรีรัมย์	คณะทำงาน
๑๑) นางธีรากร	มณีรัตน์	โรงพยาบาลขอนแก่น	คณะทำงาน
๑๒) นางเดือนฉาย	พรเพ็ญ	โรงพยาบาลขอนแก่น	คณะทำงาน
๑๓) นายดำรงศักดิ์	ไชยสงคราม	โรงพยาบาลขอนแก่น	คณะทำงาน
๑๔) นางณณินี	อินทภักดิ์	โรงพยาบาลชลบุรี	คณะทำงาน
๑๕) นางสาวธัญภา	วิภาสศิริธร	โรงพยาบาลชลบุรี	คณะทำงาน
๑๖) นางสุรินทร์	ตั้งแต่ง	โรงพยาบาลชลบุรี	คณะทำงาน
๑๗) นางจันทร์สว่าง	มานิยม	โรงพยาบาลอุดรธานี	คณะทำงาน
๑๘) นางกนกพร	ชำนาญเวช	รพ.เดชอุดม	คณะทำงาน
๑๙) นายวรกร	เกรียงไกรศักดิ์	โรงพยาบาลพุทธโสธร	คณะทำงาน
๒๐) นางยุพาพร	บำรุงยา	โรงพยาบาลพุทธโสธร	คณะทำงาน
๒๑) นางนพวรรณ	เกศโพคะศิริ	โรงพยาบาลพุทธโสธร	คณะทำงาน
๒๒) นางประภาพร	ณิลศิริ	โรงพยาบาลพุทธโสธร	คณะทำงาน
๒๓) นางกัญญา	บุญมา	โรงพยาบาลศรีสะเกษ	คณะทำงาน
๒๔) นางอมรรัตน์	ลิ้มเฮง	โรงพยาบาลหาดใหญ่	คณะทำงาน
๒๕) นางสุภาภรณ์	นากลาง	โรงพยาบาลเพชรบูรณ์	คณะทำงาน
๒๖) นางสุรัตนา	สิงห์ป้อง	โรงพยาบาลเพชรบูรณ์	คณะทำงาน
๒๗) นางอภิยา	อุทุมปานนท์	โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร	คณะทำงาน
๒๘) นางสาวศิริลักษณ์	บุญยงค์	โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร	คณะทำงาน
๒๙) นางจิระวรรณ	ต่อวัฒนกิจกุล	โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร	คณะทำงาน

๓๐) นางสาวนิศาชล...

๓๐)	นางสาวนิศาชล	ชมพุกุล	โรงพยาบาลระยอง	คณะทำงาน
๓๑)	นางจารุวรรณ	เอี่ยมสะอาด	โรงพยาบาลระยอง	คณะทำงาน
๓๒)	นางระพีภัทร์	โสทธิบำเพ็ญ	โรงพยาบาลระยอง	คณะทำงาน
๓๓)	นางธีรณัฐ	ชลลดา	โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า	คณะทำงาน
๓๔)	นางสาวสุภาวดี	ตงสกุลรุ่งเรือง	โรงพยาบาลพระปกเกล้า	คณะทำงาน
๓๕)	นางสาวเสาวนีย์	ศรีวิจิตร	โรงพยาบาลตรัง	คณะทำงาน
๓๖)	นางจุฑารัตน์	ชุติภาณุ	โรงพยาบาลตรัง	คณะทำงาน
๓๗)	นางอุรวดี	อุทัยเวียนกุล	โรงพยาบาลตรัง	คณะทำงาน
๓๘)	นางสาวนราภรณ์	พื้งธรรมเกิดผล	โรงพยาบาลราชบุรี	คณะทำงาน
๓๙)	นางสาวเพ็ญศรี	เช็งนูเคราะห์	โรงพยาบาลตราด	คณะทำงาน
๔๐)	นางรจนาภา	ถือสัตย์	โรงพยาบาลตราด	คณะทำงาน
๔๑)	นางสาวเพ็ญพรรณ	จงจิรวงศา	โรงพยาบาลสระบุรี	คณะทำงาน
๔๒)	นางประทุม	สุกชัยพานิชพงศ์	โรงพยาบาลดำเนินสะดวก	คณะทำงาน
๔๓)	นางปฎิพัทธ์	อยู่คง	โรงพยาบาลพุทธชินราช	คณะทำงาน
๔๔)	นางสาวปัทมา	หลวงพระบาง	โรงพยาบาลพุทธชินราช	คณะทำงาน
๔๕)	นางสาววราภรณ์	ไชยโคตร	โรงพยาบาลพุทธชินราช	คณะทำงาน
๔๖)	นางกัลยา	เพียรแก้ว	โรงพยาบาลพุทธโสธร	คณะทำงานและ เลขานุการ
๔๗)	นางสิรินทร	เลิศคุณิณี	โรงพยาบาลชลบุรี	คณะทำงานและ ผู้ช่วยเลขานุการ
๔๘)	นางวาสนา	เกตุมะ	โรงพยาบาลพุทธชินราช	คณะทำงานและ ผู้ช่วยเลขานุการ
๔๙)	นางรินดา	เจวประเสริฐพันธุ์	โรงพยาบาลพุทธชินราช	คณะทำงานและ ผู้ช่วยเลขานุการ

มีหน้าที่ ดังนี้

๑. พิจารณาคัดเลือกผลงานที่ส่งและจัดการนำเสนอผลงานวิชาการ
๒. จัดทำเอกสารวิชาการ และประสานงานกับคณะทำงานวิชาการ
๓. ประสานงานการขอ CNEU
๔. จัดนิทรรศการ นำเสนอผลงานเด่น
๕. วางแผนการประเมินผลการจัดการประชุม จัดทำแบบประเมิน และจัดทำรายงานสรุปผลเป็นรูปเล่ม เพื่อนำไปเผยแพร่ในเว็บไซต์

๔. คณะทำงานฝ่ายลงทะเบียน...

๔. คณะทำงานฝ่ายลงทะเบียน

๑) นายสุรจิตร์	คูสกุล	โรงพยาบาลนครพนม	ประธาน
๒) นายสุภวุฒิ	ภูมิ	โรงพยาบาลนครพนม	รองประธาน
๓) นายสุรัชย์	สูตรสุวรรณ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม	รองประธาน
๔) นางสุนิสา	คำประสิทธิ์	โรงพยาบาลเลย	คณะทำงาน
๕) นางกิริณา	ภักดีบุรียกุล	โรงพยาบาลเลย	คณะทำงาน
๖) นางสาวชุลีกร	ทาทอง	โรงพยาบาลเลย	คณะทำงาน
๗) นางสาวอริศรา	เพ็ญรอดวงษ์	โรงพยาบาลเลย	คณะทำงาน
๘) นางสาวญาณภัทร	อุปแก้ว	โรงพยาบาลเลย	คณะทำงาน
๙) นางปฏิพิมพ์	อยู่คง	โรงพยาบาลพุทธชินราช	คณะทำงาน
๑๐) นางกาญจนา	รามสูตร	โรงพยาบาลกำแพงเพชร	คณะทำงาน
๑๑) นางทัศนีย์	ทับทิมไทย	โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์	คณะทำงาน
๑๒) นางอุรวดี	อุทัยเวียงกุล	โรงพยาบาลตรัง	คณะทำงาน
๑๓) นางสาวรัตนา	อุดมสิทธิโชติ	โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา	คณะทำงาน
๑๔) ดร.จันทร์ฉาย	ทองเพ็ญ	โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์	คณะทำงาน
๑๕) นางกึ่งกาญจน์	บุญมา	โรงพยาบาลศรีสะเกษ	คณะทำงาน
๑๖) นางกัลยา	ตั้งสิริวรกุล	โรงพยาบาลปัตตานี	คณะทำงาน
๑๗) นางอุรวดี	อุทัยเวียงกุล	โรงพยาบาลตรัง	คณะทำงาน
๑๘) นางเดือนฉาย	พรเพ็ญ	โรงพยาบาลขอนแก่น	คณะทำงาน
๑๙) นางอรอนงค์	เจ็กภู	โรงพยาบาลขอนแก่น	คณะทำงาน
๒๐) นางสุภาพร	จิรพิทักษ์กุล	โรงพยาบาลหัวหิน	คณะทำงาน
๒๑) นางสาววานิสสา	โซคลาภ	โรงพยาบาลหัวหิน	คณะทำงาน
๒๒) นางกนกพร	สุทธิรักษ์	โรงพยาบาลพัทลุง	คณะทำงาน
๒๓) นางอุบล	หาญฤทธิ์	โรงพยาบาลนครพนม	คณะทำงาน
๒๔) นางศรีทูน	ขาวแสง	โรงพยาบาลนครพนม	คณะทำงาน
๒๕) นางบุญจิต	แช่ตัน	โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต	คณะทำงาน
๒๖) นางสาวปรีฉัตร	บรรณาลังค์	โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต	คณะทำงาน
๒๗) นางสาวนิตยา	ฉายฉันท	โรงพยาบาลนครพนม	คณะทำงาน
๒๘) นางสาวพรพิมล	บุญอาจ	โรงพยาบาลนครพนม	คณะทำงาน
๒๙) นายจิราภีวัฒน์	แสงสุวรรณ	โรงพยาบาลนครพนม	คณะทำงาน
๓๐) นางสุนิสา	คำประสิทธิ์	โรงพยาบาลเลย	คณะทำงานและ เลขานุการ
๓๑) นางภัสรา	พลศรี	โรงพยาบาลนครพนม	คณะทำงานและ ผู้ช่วยเลขานุการ

๓๒) นายนนท์วัฒน์...

๓๒) นายณนทวัฒน์	เพชรศิริ	โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา	คณะกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๓๓) นางวินัส	วัฒนธำรงค์	โรงพยาบาลปทุมธานี	คณะกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

มีหน้าที่ ดังนี้

๑. จัดเตรียมเอกสาร/ แจกเอกสาร กระเป๋า ให้กับผู้เข้าร่วมงาน
๒. จัดหน่วยลงทะเบียน รับลงทะเบียนวันงาน พร้อมตรวจสอบชื่อ – สกุล ให้ถูกต้อง และจัดเก็บค่าลงทะเบียนส่งให้กับฝ่ายการเงิน
๓. รับลงทะเบียนผู้เกษียณ
๔. รับลงทะเบียนหน่วยกิต CNEU
๕. สรุปจำนวนผู้เข้าร่วมประชุมส่งให้กับทีมวิชาการ

๕. คณะทำงานฝ่ายการเงิน และจัดการรายได้

๑) นางรุจิราลักษณ์	พรหมเมือง	โรงพยาบาลขอนแก่น	ประธาน
๒) นางสาวเสาวคนธ์	พรหมพิทักษ์	โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์	รองประธาน
๓) นางปรีดา	สารลักษณ์	โรงพยาบาลตรัง	รองประธาน
๔) หัวหน้ากลุ่มงานการเงิน		โรงพยาบาลนครพนม	คณะกรรมการ
๕) หัวหน้ากลุ่มงานการเงิน		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม	คณะกรรมการ
๖) นางสาวนีย์	อู่ตระกูล	สมาคมเวชกรรมสังคม	คณะกรรมการ
๗) นายดำรงศักดิ์	ไชยสงคราม	โรงพยาบาลขอนแก่น	คณะกรรมการ
๘) นางจินดา	บุญมาเลิศ	กองบริหารการสาธารณสุข	คณะกรรมการ
๙) นางสาวอุทัย	แก้วแดง	กองบริหารการสาธารณสุข	คณะกรรมการ
๑๐) นางนงนุช	จันทร์ศรี	โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์	คณะกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๙) นางเกสร	กาญจนกระจำจ	สมาคมเวชกรรมสังคม	คณะกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๑๐) นายธณยุทธ	ชาติพิศุข	โรงพยาบาลขอนแก่น	คณะกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

มีหน้าที่ ดังนี้

๑. จัดเตรียมหลักฐานการเงินและออกแบบใบเสร็จรับเงิน
๒. เตรียมคำตอบแทนวิทยาการและค่าใช้จ่ายในการเดินทางของวิทยาการ
๓. ควบคุม กำกับ การสั่งจำนวนอาหารกลางวัน อาหารว่าง และเครื่องดื่ม อาหารเย็น แต่ละมื้อให้พอเพียงและไม่เกินจำนวนจริงที่เหมาะสม

๔. ตรวจสอบและแจ้งยอด...

๔. ตรวจสอบและแจ้งยอดผู้ลงทะเบียนเข้าประชุมแต่ละวันทั้งภาคเช้าและบ่าย เพื่อการควบคุมการเบิกจ่ายที่มีประสิทธิภาพ ลดและเพิ่มอย่างเหมาะสม

๕. ติดต่อประสานงานร้านค้า และจำหน่ายของที่ระลึก เพื่อหารายได้เข้าสมาคมฯ
ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๐ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๖



(นายจรัญ บุญฤทธิ์การ)

นายกสมาคมเวชกรรมสังคมแห่งประเทศไทย

รางวัล
คนดีศรีปทุมภูมิ 2566



ประกาศสมาคมเวชกรรมสังคมแห่งประเทศไทย

เรื่อง ผลการคัดเลือกบุคลากรสาธารณสุขดีเด่น “คนดีศรีปฐมภูมิ” ประจำปี ๒๕๖๖

ตามที่ สมาคมเวชกรรมสังคมแห่งประเทศไทย และคณะกรรมการพัฒนางานบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ปี ๒๕๖๖ มีมติเห็นชอบให้มีการคัดเลือกบุคคลดีเด่นประจำปี โดยใช้ชื่อ “คนดีศรีปฐมภูมิ” เพื่อเชิดชูบุคคลที่ปฏิบัติหน้าที่ด้วยความอุตสาหะ ทำคุณประโยชน์ต่อสังคม และผลงานดีเด่นเป็นที่ประจักษ์แก่ แพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข และสหสาขาวิชาชีพ

บัดนี้ การพิจารณาคัดเลือกบุคลากรสาธารณสุขดีเด่น “คนดีศรีปฐมภูมิ” ประจำปี ๒๕๖๖ ได้ดำเนินการเสร็จสิ้นเป็นที่เรียบร้อยแล้ว จึงขอประกาศผลการคัดเลือก จำนวน ๖๐ คน ดังนี้

๑. บุคลากรสาธารณสุขดีเด่น “คนดีศรีปฐมภูมิ” ระดับภาค จำนวน ๒๔ คน ประกอบด้วย

๑.๑ บุคลากรสาธารณสุขดีเด่น “คนดีศรีปฐมภูมิ” ระดับภาค สาขาแพทย์

กลุ่มที่ ๑ รพศ./รพท.

- | | | |
|--------------------|---------------|--------------------------|
| ๑. นางช่อทิพย์ | พรหมมาร์ตน์ | โรงพยาบาลลำพูน |
| ๒. นางสาวบุษยมาส | บุศยารัตน์ | โรงพยาบาลนครปฐม |
| ๓. นางรุจิราลักษณ์ | พรหมเมือง | โรงพยาบาลขอนแก่น |
| ๔. นางสาวหทัยทิพย์ | ธรรมวิริยะกุล | โรงพยาบาลหาดใหญ่ จ.สงขลา |

กลุ่มที่ ๒ รพช./รพ.สต.

- | | | |
|-------------------|-------------|---------------------------------|
| ๑. นางสาวณัฐกานต์ | ดาบุตรวงศ์ | โรงพยาบาลแม่ทะ จ.ลำปาง |
| ๒. นายประดิษฐ์ | ปฐวิศรีสุธา | โรงพยาบาลวังจันทร์ จ.ระยอง |
| ๓. นายจรรยา | บุญธกานนท์ | โรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์ จ.ชัยภูมิ |
| ๔. นายอดิศักดิ์ | ชุมขวัญ | โรงพยาบาลละงู จ.สตูล |

๑.๒ บุคลากรสาธารณสุขดีเด่น “คนดีศรีปฐมภูมิ” ระดับภาค สาขาพยาบาล

กลุ่มที่ ๑ รพศ./รพท.

- | | | |
|----------------|--------------|--|
| ๑. นางสุนิสา | ใจสุภาพ | โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จ.ตาก |
| ๒. นางกฤษณา | พิ้งแพง | โรงพยาบาลระยอง |
| ๓. นางเพ็ญพิศ | นุกุลสวัสดิ์ | โรงพยาบาลบุรีรัมย์ |
| ๔. นางพัชรภรณ์ | ขจรวัฒนากุล | โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช |

กลุ่มที่ ๒ รพช./รพ.สต.

- | | | |
|--------------------|-------------|-----------------------------|
| ๑. นางสาวนงค์เยาว์ | กันเนตรภาส | รพ.สต.บ้านท่าป้าสัก จ.ลำพูน |
| ๒. นางดารณี | ทองสัมฤทธิ์ | โรงพยาบาลวัดเพลง จ.ราชบุรี |
| ๓. นางสาวิมล | จบดี | รพ.สต.บ้านโพธิ์แดง จ.เลย |
| ๔. นางสาวสุตา | ชำนาญรักษ์ | โรงพยาบาลกงหรา จ.พัทลุง |



๑.๓ บุคลากรสาธารณสุขดีเด่น “คนดีศรีปฐมภูมิ” ระดับภาค สาขานักวิชาการสาธารณสุข และสหสาขาวิชาชีพ

กลุ่มที่ ๑ รพศ./รพท.

๑. นางสาวนิธิตา	เศรษฐอรกุล	โรงพยาบาลอุดรดิตถ์
๒. นายชัยญา	ตันเต็ง	โรงพยาบาลชลบุรี
๓. นายชวลิต	ชวงสกุล	โรงพยาบาลศรีสะเกษ
๔. นางอวาทิพย์	แวง	โรงพยาบาลยะลา

กลุ่มที่ ๒ รพช./รพ.สต.

๑. นายสรธรา	เชื้อรอด	รพ.สต.บ้านหนองซอน อ.ชุมแสง จ.นครสวรรค์
๒. นายนรินทร์	สิงาม	รพ.สต.ไร่เก่า อ.สามร้อยยอด จ.ประจวบคีรีขันธ์
๓. นางสาวพัชรณัญญ์ พุฒกลาง		รพ.สต.โนนประดู่ อ.สีดา จ.นครราชสีมา
๔. นางวันมาฆะ	ศรีเมือง	รพ.สต.โนนงเหนื่อ อ.ละหาน จ.ระนอง

๒. บุคลากรสาธารณสุขดีเด่น “คนดีศรีปฐมภูมิ” ระดับเขตสุขภาพ จำนวน ๓๖ คน ประกอบด้วย

๒.๑ บุคลากรสาธารณสุขดีเด่น “คนดีศรีปฐมภูมิ” ระดับเขตสุขภาพ สาขาแพทย์

กลุ่มที่ ๑ รพศ./รพท.

๑. นางสาวสุรัตนา	สิงห์ป้อง	โรงพยาบาลเพชรบูรณ์
๒. นางสาวณัฐพร	โตอัม	โรงพยาบาลอุทัยธานี
๓. นางปราณี	สุขรวัย	โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จ.ลพบุรี
๔. นางสาวธิดา	สกุลพิพัฒน์	โรงพยาบาลบางพลี จ.สมุทรปราการ
๕. นายธีรพล	มโนศักดิ์เสรี	โรงพยาบาลอุดรธานี
๖. นายวิวัฒน์	ฝึกเจริญผล	โรงพยาบาลบุรีรัมย์
๗. นางสาวปิยรัตน์	ศรีเดช	โรงพยาบาลอำนาจเจริญ
๘. นางสาวสิริมา	พัฒน์พิชัย	โรงพยาบาลพังงา

กลุ่มที่ ๒ รพช./รพ.สต.

๑. นางสาวศิริมา	เครือข้า	โรงพยาบาลบางกระทุ่ม จ.พิษณุโลก
๒. นายสกล	สินธุพรหม	โรงพยาบาลคลองขลุง จ.กำแพงเพชร
๓. นางเบญจพร	อินทรอุดม	โรงพยาบาลชื่นชม จ.มหาสารคาม
๔. นายสุรพงษ์	ลักขวธ	โรงพยาบาลโซพิสัย จ.บึงกาฬ
๕. นายปิ่นธร	เลิศเอกธรรม	โรงพยาบาลเสนาณรงค์ จ.อำนาจเจริญ
๖. นายวิรัช	สนธิเมือง	โรงพยาบาลเกาะลันตา จ.กระบี่

๒.๒ บุคลากรสาธารณสุขดีเด่น “คนดีศรีปฐมภูมิ” ระดับเขตสุขภาพ สาขาพยาบาล

กลุ่มที่ ๑ รพศ./รพท.

๑. นางสาวอดิษฐ์	ภูมิวิเศษ	โรงพยาบาลลำพูน
๒. นางเดือนฉาย	พรเพ็ญ	โรงพยาบาลขอนแก่น
๓. นางร่มแพร	ศิริโสภณ	โรงพยาบาลเลย
๔. นางสาวนิตยา	บัวสาย	โรงพยาบาลอำนาจเจริญ
๕. นางเพ็ญศิริ	อัครดวงศ์	โรงพยาบาลสงขลา

- ๓ -

กลุ่มที่ ๒ รพช./รพ.สต.

๑. นางสาวประนอม	จันธิตา	โรงพยาบาลแม่ละมาต จ.ตาก
๒. นางอภัสรา	พิมพ์พรรค	โรงพยาบาลสรรพยา จ.ชัยนาท
๓. นางสมจิต	เดิมนสาร	โรงพยาบาลขลุง จ.จันทบุรี
๔. นางสุกัญญา	วัฒนประไพจิตร	รพ.สต.บ้านหนองแขว อ.เมือง จ.มหาสารคาม
๕. นายบดินทร์	รินลา	โรงพยาบาลบ้านแท่น จ.ชัยภูมิ
๖. นางวิลาวรรณ	ไชยมี	โรงพยาบาลกุดชุม จ.ยโสธร
๗. นายยุทธนา	ชิตเอื้อ	โรงพยาบาลสุขสำราญ จ.ระนอง

๒.๓ บุคลากรสาธารณสุขดีเด่น “คนดีศรีปฐมภูมิ” ระดับเขตสุขภาพ สาขานักวิชาการสาธารณสุข และสหสาขาวิชาชีพ

กลุ่มที่ ๑ รพช./รพท.

๑. นายสมญ	เดียวทอง	โรงพยาบาลลำพูน
๒. นายณพงศ์	เจริญสุข	โรงพยาบาลกำแพงเพชร
๓. นางนันทนพ	รัตนเดชสกุล	โรงพยาบาลมหาสารคาม
๔. นางสาววิมลรัฐิษา	มูลกองศรี	โรงพยาบาลเลย

กลุ่มที่ ๒ รพช./รพ.สต.

๑. นางอุไร	ภักศิลป์	รพ.สต.บ้านหัวเสือ อ.แม่ทะ จ.ลำปาง
๒. นางสาวอลิษา	เปี้ยจันทร์	สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรชนามินทราจีนี่ เมืองเก่า จ.สุโขทัย
๓. นางขวัญจิต	สุทธิกุล	รพ.สต.ศาลาลำดวน จ.สระแก้ว
๔. นายสามารถ	พันธ์สระคู	รพ.สต.หินโงม จ. หนองคาย
๕. นายสมชัย	หงส์ทอง	รพ.สต.ปลาขาว อ.น้ำยืน จ.อุบลราชธานี
๖. นายสมมาศ	วิไลประสงค์	รพ.สต.ม่วงงาม อ.สิงหนคร จ.สงขลา

ประกาศ ณ วันที่ ๗ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๖



(นายจรัญ บุญฤทธิการ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านหมี่
นายกสมาคมเวชกรรมสังคมแห่งประเทศไทย



ประกาศสมาคมเวชกรรมสัตวศาสตร์แห่งประเทศไทย

เรื่อง ประกาศรางวัลกิตติมศักดิ์บุคลากรสาธารณสุขดีเด่น “คนดีศรีปฐมภูมิ” ประจำปี ๒๕๖๖

ตามที่ สมาคมเวชกรรมสัตวศาสตร์แห่งประเทศไทย และคณะกรรมการพัฒนางานบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ปี ๒๕๖๖ มีมติเห็นชอบให้มีการคัดเลือกรางวัลกิตติมศักดิ์บุคลากรสาธารณสุขดีเด่น “คนดีศรีปฐมภูมิ” เพื่อเชิดชูบุคคลที่ปฏิบัติหน้าที่ด้วยความอุทิศสละ ทำคุณประโยชน์ต่อสังคม และผลงานดีเด่นเป็นที่ประจักษ์

บัดนี้ การพิจารณาคัดเลือกรางวัลกิตติมศักดิ์บุคลากรสาธารณสุขดีเด่น “คนดีศรีปฐมภูมิ” ประจำปี ๒๕๖๖ ได้ดำเนินการเสร็จสิ้นเป็นที่เรียบร้อยแล้ว จึงขอประกาศผลการคัดเลือก ดังนี้

๑. รางวัลกิตติมศักดิ์บุคลากรสาธารณสุขดีเด่น “คนดีศรีปฐมภูมิ” จำนวน ๒ คน ประกอบด้วย

- | | |
|------------------------|--|
| ๑. นายเจริญ บุญฤทธิการ | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านหมี่ จ.ลพบุรี |
| ๒. นายสุรจิตร คูสกุล | ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ
รองผู้อำนวยการภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ
โรงพยาบาลนครพนม |

ประกาศ ณ วันที่ ๙ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๖

(นายเจริญ บุญฤทธิการ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านหมี่
นายกสมาคมเวชกรรมสัตวศาสตร์แห่งประเทศไทย





การประชุมวิชาการงานบริการปฐมภูมิ

สมาคมเวชกรรมสังคมแห่งประเทศไทย ประจำปี 2566

ความท้าทายของระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ในกระแสความเปลี่ยนแปลง