



ประชุมวิชาการ

งานบริการปฐมภูมิ

สมาคมเวชกรรมสังคมแห่งประเทศไทย

BETTER FUTURE IN PRIMARY CARE



2567

16-18 กรกฎาคม 2567

ณ โรงแรมเฮอริเทจ

จังหวัดเชียงราย

การประชุมวิชาการงานบริการปฐมภูมิ
สมาคมเวชกรรมสังคมแห่งประเทศไทย ประจำปี ๒๕๖๗
“นวัตกรรมสร้างสรรค์ สุขภาพอนาคตปฐมภูมิไทย
: Better Future in Primary Care”

บรรณาธิการที่ปรึกษา	นายสุรสิทธิ์	จิตรพิทักษ์เลิศ
	นายปรีดา	ตั้งจิตเมธี
	นายไพฑูรย์	อ่อนเกตุ
	นางรุจิราลักษณ์	พรหมเมือง
บรรณาธิการ	นางสาวสาวิตรี	ตันเจริญ
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	นางประทุม	สุภชัยพานิชพงศ์
	นางธิรากร	มณีรัตน์
	นายรณยุทธ	ชาติพุดชา

ปีที่พิมพ์	๒๕๖๗
จำนวนหน้า	๓๔๑ หน้า
จำนวนพิมพ์	๒๐๐ เล่ม
จัดพิมพ์โดย	สมาคมเวชกรรมสังคมแห่งประเทศไทย
เจ้าของ	สมาคมเวชกรรมสังคมแห่งประเทศไทย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมืองจ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐
ออกแบบปก	งานเวชนิทัศน์ โรงพยาบาลขอนแก่น

คำนิยม

ปัจจุบันระบบบริการปฐมภูมิ เป็นพื้นฐานสำคัญของระบบบริการสุขภาพ เป็นด่านแรก (Gate keeper) ในการดูแลสุขภาพของประชาชนที่สามารถเข้าถึงได้สะดวก บทเรียนจากการเกิดการระบาดของโรคอุบัติใหม่ โควิด ๑๙ ที่ผ่านมา ทำให้เห็นถึงศักยภาพและความสำคัญของงานบริการปฐมภูมิ การพัฒนาระบบบริการให้ทันยุค ทันสมัย และทันต่ออนาคต การนำเทคโนโลยีมาใช้ รวมถึงการสร้างองค์ความรู้ให้กับบุคลากร และประชาชน เป็นสิ่งจำเป็น เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงระบบบริการตามวิถีใหม่ที่มีคุณภาพ สมาคมเวชกรรมสังคมแห่งประเทศไทย ได้จัดประชุมวิชาการงานบริการปฐมภูมิประจำปี ๒๕๖๗ ภายใต้แนวคิด “นวัตกรรมสร้างสรรค์ สุขภาพอนาคตปฐมภูมิไทย : Better Future in Primary Care” เพื่อสร้างค่างาน พัฒนาคน พัฒนาองค์ความรู้ สร้างสรรค์นวัตกรรมใหม่ๆ ที่ท้าทาย นำไปใช้ในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้มีคุณค่า สง่างาม เป็นที่พึ่งพาของประชาชน และสร้างสุขภาวะที่ดีให้กับประชาชน

ในนามของสมาคมเวชกรรมสังคมแห่งประเทศไทยขอชื่นชมคณะผู้จัดการประชุมวิชาการระดับชาติในครั้งนี้ และขอให้ผู้เข้าร่วมประชุมทุกท่านนำความรู้ และประโยชน์ที่ได้รับจากการประชุมในครั้งนี้ไปร่วมกันพัฒนางานสาธารณสุขของประเทศไทยให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชน และประเทศชาติต่อไป



(นายแพทย์สุรสิทธิ์ จิตรพิทักษ์เลิศ)

นายกสมาคมเวชกรรมสังคมแห่งประเทศไทย

คำนิยม

ความภาคภูมิใจในการจัดประชุมวิชาการงานบริการปฐมภูมิประจำปี ๒๕๖๗ ภายใต้แนวคิด “นวัตกรรมสร้างสรรค์ สุขภาพอนาคตปฐมภูมิไทย : Better Future in Primary Care” ที่เกิดจากความร่วมแรงร่วมใจของบุคลากรปฐมภูมิทุกสาขา จากวิกฤติโควิด ๑๙ ที่ผ่านมา ทำให้เห็นถึงพลังศักยภาพของบุคลากรปฐมภูมิทุกสาขาในการดูแลสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มวัย รวมถึงการปรับตัวปรับระบบบริการให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลง เช่น การให้บริการ Home Ward การนำเทคโนโลยีมาใช้ในระบบบริการปฐมภูมิ Telemedicine การสร้างเครือข่ายในระบบบริการสุขภาพ การจัดประชุมครั้งนี้ เป็นการสร้างองค์ความรู้ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสร้างค่างาน และการพัฒนาบุคลากรสหสาขาวิชาชีพของงานปฐมภูมิ ให้มีความก้าวหน้าในวิชาชีพ การประจวบผลงาน เพื่อสร้างค่างาน และเป็นขวัญกำลังใจให้กับคนทำงาน และสิ่งที่ขาดไม่ได้ คือการสร้างความสุขในการทำงาน เพื่อให้บุคลากรปฐมภูมิ “เก่ง ดี มีสุข” การจัดประชุมครั้งนี้ เกิดจากพลังของคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ที่แสดงให้เห็นถึงศักยภาพของทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการพัฒนางานปฐมภูมิให้รองรับการเปลี่ยนแปลงในอนาคต เพื่อเป็นกลไกหลักในการสร้างสุขภาพให้กับประชาชน ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

ขอขอบคุณ ท่านนายกสมาคมเวชกรรมสังคมแห่งประเทศไทย และผู้อำนวยการกองบริหารสาธารณสุข ที่เป็นທີ່ปรึกษา และสนับสนุนให้การจัดประชุมวิชาการงานบริการปฐมภูมิ ปี ๒๕๖๗ ประสบผลสำเร็จ



นายแพทย์ปรีดา ตั้งจิตเมธี

ประธานกรรมการพัฒนางานบริการปฐมภูมิ
โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป

สารบัญ

	หน้า
คำนิยม	ก
สารบัญ	ค
สารบัญวิชาการ	ง
บทความ วิจัยความก้าวหน้า	๑
บทความ R๒R เพื่อความก้าวหน้า	๖๑
บทความ วิจัยประภวด	๗๙
บทความ R๒R ประภวด	๑๓๕
บทความ ระบาด	๑๘๔
บทความ นวัตกรรม	๒๓๑
Photoรูปภาพ	๒๗๕
ภาคผนวก	
คำสั่งสมาคมเวชกรรมสังคมแห่งประเทศไทย	๓๑๔
กำหนดการ	๓๒๐
คณะทำงานในการนำเสนอผลงานวิชาการ ๖ ห้อง	๓๒๓
ประกาศรายชื่อผู้ได้รับรางวัลนำเสนอผลงานวิชาการ	๓๒๕
ประกาศรายชื่อบุคลากรสาธารณสุขดีเด่น “คนดีศรีปฐมภูมิ” ปี ๒๕๖๗	๓๓๐
โครงการ	๓๓๗

.....

สารบัญวิชาการ

RAห้องที่ ๑ นำเสนอ เพื่อความก้าวหน้าประเภท วิจัยและ R๒R

รหัส	ชื่อ-สกุล	ชื่อผลงาน	หน้า
RA๐๑	นายพรศักดิ์ สิริสวัสดิ์	ผลของโปรแกรมการเสริมพลังโดยใช้กระบวนการจัดการแบบมีส่วนร่วมในการควบคุมลูกน้ำยุงลายของแกนนำครอบครัว ตำบลหน้าเมืองอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา	๑
RA๐๒	นายอนุกุล สิงห์หา	การพัฒนาโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ในเขตเทศบาลตำบลหน้าเมือง อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา	๗
RA๐๓	นายพัชรพงศ์ ตันสุวรรณรัตน์	ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ที่มารับบริการคลินิกโรคเรื้อรัง ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองวัดโสธรวราราม อำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา	๑๓
RA๐๔	นายสุดสาคร ไชยสาร	การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานด้วยโทรเวชกรรมอำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี	๑๙
RA๐๕	นางประภาพร ณิลศิริ	ผลของโปรแกรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ตำบลหน้าเมือง อำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา	๒๕
RA๐๖	นางสุนิสา ใจสุภาพ	ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๓ ที่มารับบริการที่คลินิกหมอครอบครัว ตากสินโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช	๓๑
RA๐๗	นางสาวกัลยาณี อาชาสันติสุข	ลดปัญหาการใช้ยาปฏิชีวนะไม่สมเหตุผลในฟาร์มสัตว์จากการขยายผลรูปแบบการจัดการปัญหาการใช้ยาไม่ปลอดภัยในชุมชน	๓๘
RA๐๘	นางรัชนิกร ฉิมรักษ์	ผลของสมาธิวิถียุทธต่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ตำบลคูหาสวรรค์ อำเภอเมือง จังหวัดพัทลุง	๔๔
RA๐๙	นพ.ศุภโชค มาศปกรณ	ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในกลุ่มบุคลากรพ.เชิงรายนุเคราะห์ ที่มีภาวะไขมันพอกตับ	๔๙
RA๑๑	นางสาวจารุวรรณ แป้นน้อย	การพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV Self Sampling จาก Mobile Examination Box	๕๕

รหัส	ชื่อ-สกุล	ชื่อผลงาน	หน้า
		เพื่อความก้าวหน้า ประเภท R๒R	
RRA๐๑	นายพนนัตพงษ์ ผัดอ่อนอาย	การศึกษาระดับความรู้การรับรู้และพฤติกรรมป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกของสามเณรในวัดเขตเทศบาล นครแม่สอดอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก	๖๒
RRA๐๒	นางปิยวรรณ หาญเวช	ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ตามแนววิถีชีวิตใหม่ต่อ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน ของหญิงตั้งครรภ์ในชุมชนอำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัด ร้อยเอ็ด	๖๗
RRA๐๔	นางณัฏฐ์ณภัทร เวียงวิเศษ	ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับการ ฝึกสติของบุคลากรโรคอ้วนในโรงพยาบาลพระ นารายณ์มหาราชจังหวัดลพบุรี	๗๓

RC ห้องที่ ๒ นำเสนอเพื่อประกวดประเภทงานวิจัย

รหัส	ชื่อ-สกุล	ชื่อผลงาน	หน้า
RC ๐๔	นายวัชรินทร์ ทองสีเหลือง	รูปแบบการจัดการสุขภาพชุมชนเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จังหวัดมหาสารคาม	๘๐
RC ๐๕	นางฉวีวรรณ เผ่าพันธ์	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิกรณีศึกษา คลินิกหมอครอบครัวราชภัฏศรีสวัสดิ์ โรงพยาบาลมหาสารคามจังหวัดมหาสารคาม	๘๖
RC ๐๖	นางสุนิ อารณ	ผลของโปรแกรมการยอมรับและพันธสัญญาต่อความยืดหยุ่นในชีวิตและการกลับไปเสพยาของผู้เสพยาเสพติดหลังการบำบัดฟื้นฟู	๙๒
RC ๐๗	นางพุดธิดา จันทร์ดอนแดง	การพัฒนาระบบการจัดการเพื่อส่งเสริมและดูแลสุขภาพพระสงฆ์วัดพิชโสภารามตำบลแก้งเหนือ อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี	๙๘
RC ๐๘	นางชนิษฐา ยศอาลัย	การพัฒนารูปแบบโดยใช้ ECCM เพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๓-๔	๑๐๓
RC ๑๐	นางวิไลวัลย์ มีธรรม	รูปแบบการจัดการชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุตำบลแก้งเหนือ อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี	๑๐๗
RC ๑๑	น.ส.ฐาณิญา โสภณวิทย์	การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางไกลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน	๑๑๓
RC ๑๒	น.ส.พิชญสุดา เชิดสกุล	การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ภาวะหัวใจขาดเลือดชนิดSTEMI และกระดูกสะโพกหัก (Hip fracture) ในผู้สูงอายุสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอเมืองอุบลราชธานี	๑๑๙
RC ๑๓	น.ส.ชัยยุทธ คำแสง	ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ แม่บุญธรรมด้านส่งเสริมทันตสุขภาพเด็ก ๐-๓ปี ตำบลปทุม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี	๑๒๕
RC ๑๕	น.ส.กัญญารัตน์ กันยะกาญจน์	การประเมินการดำเนินงานการพัฒนาต่อยอดเพื่อขยายผลรูปแบบระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุเชิงบูรณาการจังหวัดอุบลราชธานี	๑๓๐

RRCห้องที่ ๓ นำเสนอเพื่อประกวดประเภท R๒R

รหัส	ชื่อ-สกุล	ชื่อผลงาน	หน้า
RRC ๐๑	นางเกษราภรณ์ บรรณวงศิลป์	รูปแบบการพัฒนาศักยภาพการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม ในผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลในชุมชน เขตชุมชนเมือง จังหวัด ขอนแก่น	๑๓๖
RRC ๐๓	นายอุสมัน ดอเลาะ	ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดยชุมชนเป็นฐาน ด้วยโมเดล IQHLM หมู่ ที่ ๒ ต.บาราโหม อ.เมืองจ.ปัตตานี	๑๔๑
RRC ๐๔	น.ส.พินดา สมนันท์	ผลการพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลดูแลผู้สูงอายุใน ชุมชน : Seamless Care Model	๑๔๗
RRC ๐๖	น.ส.ประภมพร มาตย์วิเศษ	ผลการดูแลผู้ป่วยระยะกลางโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ต่อการเพิ่มความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และระดับกำลังของกล้ามเนื้อในหอผู้ป่วยเวชกรรมฟื้นฟู (IMC) โรงพยาบาลมหาสารคาม	๑๕๔
RRC ๐๘	ภญ.รัชนิทย์ ราชกิจ เนตรสุวรรณ	การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลใน ชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของประชาชนในอำเภอเมือง จังหวัด เชียงราย	๑๕๘
RRC ๑๒	นางจิราภรณ์ สิมสวัสดิ์	การพัฒนารูปแบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคจากการทำงานที่ สัมผัสเสียงดังในโรงพยาบาลเลย	๑๖๔
RRC ๑๘	นางศิรินันท์ ทานโสทธิ	กระบวนการสร้างแรงจูงใจต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช	๑๖๙
RRC ๑๙	นายพงพรรณ กาละนีย	การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย โรคเบาหวาน ชนิดที่ ๒ โดยใช้กระบวนการสร้างแรงจูงใจใน เขตศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองบ้านสองนางโย	๑๗๕
RRC ๒๑	น.ส.กนกวรรณ ลอยนวล	รูปแบบระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน (Stroke) โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI และกระดูกสะโพกหัก (Hip Fracture) แบบบูรณาการ อำเภอเมืองอุบลราชธานี	๑๗๙

EP ห้องที่ ๔ นำเสนอเพื่อประกวดประเภทระบาด

รหัส	ชื่อ-สกุล	ชื่อผลงาน	หน้า
EP๐๑	น.ส.จันทนา ธัญญะ	การสอบสวนการระบาดของโรคไข้กาฬหลังแอ่นโรคไข้หวัดใหญ่และโรคโควิด-๑๙ ผู้ต้องขังเรือนจำแห่งหนึ่ง จังหวัดน่าน เดือนตุลาคม - พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๖	๑๘๕
EP๐๒	น.ส.สุนารี แซ้วาน	การสอบสวนโรคการระบาดของวัณโรคปอดในศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดตาก สาขาแม่สอด ตำบลแม่สอด อำเภอแม่สอดจังหวัดตาก	๑๙๑
EP๐๓	น.ส.รุ่งทิพย์ อินชื่นใจ	การสอบสวนการระบาดของวัณโรค ในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งแห่งหนึ่งในเขตสุขภาพที่ ๕	๑๙๖
EP๐๔	นายเทพรังสรรค์ จันทร์แจ่ม	การสอบสวนผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานรายแรก ในอำเภอค่ายบางระจันจังหวัดสิงห์บุรี ปี พ.ศ. ๒๕๖๖	๒๐๑
EP๐๕	น.ส.จิรัชญา ไพโรจน์	การสอบสวนการระบาดของโรคไข้เลือดออก หมู่ ๒, ๔ และ ๖ ตำบลหนองบัวอำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างวันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ - ๒๐ เมษายน ๒๕๖๗	๒๐๘
EP๐๗	น.ส.ณัฐจิรา อัปมะโน	การสอบสวนหาสาเหตุการบาดเจ็บหมู่กรณีรถโดยสารปรับอากาศเสียหลักกลางข้างทาง อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคามวันที่ ๒๓ เมษายน ๒๕๖๖	๒๑๔
EP๐๘	นายณัฐพงศ์ ภูทัตโต	รายงานการสอบสวนโรคเบื้องต้นกรณีพบผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก (XDR-TB) อำเภอเมืองจังหวัดสมุทรปราการ วันเดือนปีที่ทำการสอบสวนโรค ๑๐ สิงหาคม ๒๕๖๖	๒๑๙
EP๐๙	น.ส.พกายมาศ คะเชนทร	การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคซิฟิลิส โรงพยาบาลเลย ปี พ.ศ. ๒๕๖๒ - ๒๕๖๖	๒๒๗

Inno ห้องที่ ๕ นำเสนอเพื่อประกวดประเภทนวัตกรรม (Posterpresentation)

รหัส	ชื่อ-สกุล	ชื่อผลงาน	หน้า
Inno๐๓	น.ส.รุสนี มะทา	ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและการสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ต่อพัฒนาการเด็กอายุ ๓-๖ ปีในโรงเรียนเขตเทศบาลเมืองปัตตานี	๒๓๒
Inno๑๑	นายวันเฉลิม สงนวล	“ห่วงตัวเรา รักเต้านกัน”	๒๓๗
Inno๑๓	นางนันทยา พานิชยุนนท์	ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสูบบุหรี่และยาสูบของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ เขตเทศบาลเมืองพัทลุง	๒๔๐
Inno๑๗	น.ส.อารดา จะสอหะ	การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้วิถีใหม่ “ANORRU Model” เขตตำบลอาเนาะรู	๒๔๖
Inno๑๙	น.ส.กัญญาวิรี แสงอ่อน	การฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย	๒๕๒
Inno๒๑	นายรัฐพงษ์ รินอินทร์	ALERT AWARENESS FIGHT NCDs (กระตุ้นเตือนตระหนักรู้ สู้ภัย NCDs)	๒๕๔
Inno๒๔	นางศิริยา ทรงสถาพรเจริญ	การพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยหลังการผ่าตัดข้อสะโพกหักที่บ้านด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมือง จังหวัดระยอง	๒๕๙
Inno๒๕	นางมนิดา ศรีล้วน	การรักษาผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด (Diabetes Remission with intensive lifestyle intervention)	๒๖๔
Inno๒๖	นางรัชดาภรณ์ แสงภักดิ์	การพัฒนาแบบการยืนยันตัวตน Digital ID หมอพร้อม CUP เมืองยโสธร	๒๖๗
Inno๒๘	น.ส.กนกพร ยอดยศ	การพัฒนาระบบฐานข้อมูล ในยุคดิจิทัลเพื่อสนับสนุนการบริการสาธารณสุข (Digital Transformation) โดยใช้ Google Sites โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด	๒๗๒

Photo ห้องที่ ๖ นำเสนอเพื่อประกวดประเภท Phototalk

รหัส	ชื่อ-สกุล	ชื่อผลงาน	หน้า
Photo๐๑	นายเจษฎากร ศิริมงคล	เยี่ยมบ้าน เยี่ยมใจ	๒๗๖
Photo๐๒	พว.ปราณี ช่างไกล	หมอมาส่งกำลังใจให้ถึงเตียง	๒๗๖
Photo๐๓	น.ส.ชญาพัฒน์ แก้วแดงมณีศักดิ์	ทุกภาคส่วนรวมพลัง สานฝันจัดตั้งสถานชีวาภิบาล	๒๗๗
Photo๐๔	ว่าที่ร.ต.ณัฐวุฒิ ขุนเทพ	เหงื่อที่ไหล หัวใจคือประชาชน	๒๗๗
Photo๐๕	นางนาถนภา วงษ์สีล	ฟื้นคืนชีพ..กองทุนสวัสดิการชุมชน	๒๗๘
Photo๐๖	นายพนานต์พงศ์ ผัดอ่อนอ้าย	อยู่ในป่า เขา ลำเนา ไพร...ไปหาได้ไม่มีปัญหา	๒๗๘
Photo๐๗	น.ส.จุฑามณี วงศ์รัตน์	จิตวิญญาณเพื่อนมนุษย์	๒๗๙
Photo๐๘	นางศิรินันท์ ไชยรักษ์	พลังใจ...พลังทีม	๒๗๙
Photo๐๙	นางเรืองศิริ เจริญพงษ์	Home Visit ด้วยหัวใจ	๒๘๐
Photo๑๑	นางเมตตา วงศ์พันธ์	๓ หมอขอดูแลคุณ	๒๘๐
Photo๑๒	นางรัชดาภรณ์ แสงภักดี	บริการปฐมภูมิด้วยหัวใจ ไร้ข้อจำกัด	๒๘๑
Photo๑๓	นางผกามาส กองคำ	DID คือ อดีตของ DO แต่ DID หมอพร้อมคือปัจจุบันและอนาคตของเรา	๒๘๑
Photo๑๕	นางรัตนสุตา ชีวินโรจนวิทย์	รอยยิ้มแห่งความสุข	๒๘๒
Photo๑๖	นายอุสมัน ดอเลาะ	เมาะ (ยาย) ดิดเตียง หมอดิดใจ	๒๘๒
Photo๑๗	น.ส.จิราพร เสือลออ	สุขภาพดีที่โรงเรียน	๒๘๓
Photo๑๘	น.ส.พัชรินทร์ เพาะแป้น	กำลังใจ ยิ่งใหญ่เสมอ	๒๘๓
Photo๑๙	น.ส.นพรัตน์ กลิ่นสุคนธ์	การดูแลระยะท้าย	๒๘๔
Photo๒๑	นายสมยศ เหลืองศรีสกุล	๓ หมอรวมใจห่วงใยกลุ่มเปราะบาง	๒๘๔
Photo๒๒	นางนันทิยา พานิชายุนนท์	คุณทวด ๙๖ ปี อารมณ์ดีมีความสุข ในบ้านโบราณอะเมซิ่ง	๒๘๕
Photo๒๓	ภญ.ปริญา ถมอดทา	หน่วยตรวจสอบอาหารปลอดภัย เคลื่อนที่ไว เคลื่อนไปด้วยใจเพื่อคนเมืองมหาสารคาม	๒๘๕
Photo๒๔	พญ.กชกร ดุลยพัชร	ให้คุณยายเลือกเอง	๒๘๖
Photo๒๖	น.ส.รังสิยา เกียงภา	ก็โง่งก็ไม่พ่นมือเรา	๒๘๖
Photo๒๗	นางเขมิกา ผาโธสง	มิตรภาพไร้หน้ากาก	๒๘๗
Photo๒๘	นางธารินี สุขโสม	ผู้อยู่เบื้องหลัง “รักให้ตาสว่าง”	๒๘๗
Photo๒๙	นายคมสันต์ โพธิ์เกตุ	“แม่เล่า ลูกร่วม”	๒๘๘
Photo๓๐	น.ส.สุชาดา จำปาน้อย	สร้างภูมิคุ้มกันกาย ส่งภูมิคุ้มกันใจ	๒๘๘
Photo๓๔	นางเนตรทราย เหมืองจา	ดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์	๒๘๙
Photo๔๐	น.ส.รัตติกาล ตุ่มหนแย้ม	HERO Dead Zone (ฮีโร่ โซนอันตราย)	๒๘๙
Photo๔๑	นายเรืองยศ มุดนาเวท	พลัง (ไม่) ลับของ รอยยิ้ม	๒๙๐

Photo๔๔	นางลักษยานันท์ ธารธร	“สุขใจ ใกล้บ้านใกล้ใจ บริการเต็มใจเหมือนคนในครอบครัว”	๒๙๐
Photo๔๖	นางจริยาพร ชันแก้ว	“๑-๒-๓ กลืนหายใจไว้ครับ”	๒๙๑
Photo๔๗	นางเบ็ญจภรณ์ สะแมบากอ	Powerful	๒๙๑
Photo๔๘	นายวันเฉลิมสงนวล	“ความหวังบนเส้นทางความเชื่อ”	๒๙๒
Photo๔๙	นางพุทธิดา จันทรดอนแดง	ด้วยรักและห่วงใย	๒๙๒
Photo๕๓	นางพัชรภรณ์ ทะเกียง	“พลังชุมชน พลังแห่งความหวัง”	๒๙๓
Photo๕๔	นายโชคชัย กิมโสม	“รอยยิ้มอันอบอุ่นเป็นภาษาสากลแห่งความมีน้ำใจ”	๒๙๓
Photo๕๙	น.ส.อรอุมา การก่า	“น้ำใจ...ยิ่งให้ยิ่งได้”	๒๙๔
Photo๖๐	น.ส.สุมาลี เปรมมิตร	สายใยแห่งความผูกพันในการดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้ายของผู้ดูแลและทีมสหสาขาในชุมชน	๒๙๔
Photo๖๓	น.ส.ฉวีวรรณ เฟื่องมารยาท	“พลังของหมอๆ.....งานชุมชน”	๒๙๕
Photo๖๖	นางนิภา วีระกิตติกุล	สว.ยุคใหม่ รื่นรมย์ใจยามมาอยู่ใกล้กัน	๒๙๕
Photo๖๗	นางวิไลวัลย์ มีธรรม	เราไม่ทอดทิ้งกัน	๒๙๖
Photo๖๘	นางณัฐนันท์ วรรณบวรณ	สิทธิและเสรีภาพ	๒๙๖
Photo๗๔	นางสุนิสา คำประสิทธิ์	พยาบาล...กุญแจไขความเป็นธรรมด้านสุขภาพ.	๒๙๗
Photo๗๕	นางพจนา ตะเกาหิรัญ	เกี่ยวก้อยสัญญากันนะ อย่าลืมนะไปหาหมอ สู้ๆค่ะ	๒๙๗
Photo๗๖	นางนิตยา มลอยู่พะเนา	“ลำโพงเคลื่อนที่ ช่วยฟังหนูที่”	๒๙๘
Photo๗๗	นางชลดา คำแดง	บ้านนี้เราดูแล	๒๙๘
Photo๗๘	น.ส.ไอลดา นิดอิม	เจ็บกาย สบายใจ	๒๙๙
Photo๘๐	น.ส.สาวิตรี ประทุมภาพ	แม้เส้นทางจะลำบากเพียงใด ทีมเราพร้อมใจลงไปกำจัด ยุง	๒๙๙
Photo๘๑	น.ส.ปิยนุช หาหลัก	“อาตมา หาช่วยไหมโยม”	๓๐๐
Photo๘๒	นางนวธัญญ์ พรศรีจันทร์	ทำเต็มที่ ให้ดีที่สุด	๓๐๐
Photo๘๓	น.ส.วิภาพร สร้อยสิงห์	ผู้หญิงสีขาว...ชาวพยาบาล ... “พยาบาลไว้หมวก”	๓๐๑
Photo๘๔	นายภูวนันท์ จันทรดอนแดง	“วงล้อวร้ายร้าย กับว่าที่ยุ่งลายตัวใหม่”	๓๐๑
Photo๘๗	น.ส.กนกวรรณ ลอยนวล	สูงวัยสุขภาพดี ๑๐๐ ปี ชีวียืนยาว	๓๐๒
Photo๙๐	น.ส.อัจฉรา สุจาจริง	ไกลบ้าน ไม่ไกลหมอ	๓๐๒
Photo๙๑	น.ส.จารุวรรณ เรืองจิตต์	“รอยยิ้ม...ที่ฮีลใจ”	๓๐๓
Photo๙๒	น.ส.พิชญสุดา เชิดสกุล	ผู้ประสพภัย น้ำ (ใจ) ท่วม	๓๐๓
Photo๙๓	น.ส.ชนิษฐา หล้ามาชน	เรื่องจริงอิงนิยาย	๓๐๔
Photo๙๔	น.ส.กัญญารัตน์ กันยะกาญจน์	คืนรอยยิ้มอิ่มสุขของ สูงวัย	๓๐๔
Photo๙๕	นายธีรวุฒิ ศรีสงคราม	ฉันอยู่ตรงนี้	๓๐๕
Photo๙๖	น.ส.รุ่งทิพย์ อินชื่นใจ	การสอบสวนการระบาดของวัณโรค ในสถาน	๓๐๕

		คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งแห่งหนึ่งในเขตสุขภาพที่ ๕	
Photo๙๗	นายพงษ์พรณ กาละนิโย	เทคโนโลยีกับการเยี่ยมบ้านด้วยทีม ๓ หมอ	๓๐๖
Photo๙๘	น.ส.จิราพร วิญญูรัตน์	Nursing save life	๓๐๖
Photo๙๙	นายไพโรจน์ เจริญพงษ์	“บริการทุกกลุ่มวัยด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์”	๓๐๗
Photo๑๐๓	น.ส.ชนิสรา บุตรกนิรี	“ร่วมแรง ร่วมใจ สู้ภัยโควิด”	๓๐๗
Photo๑๐๕	นางทยาวิรี อ้นดำ	สุขสุดท้ายด้วยพลังแห่งความรัก	๓๐๘
Photo๑๐๗	น.ส.สุนา ปลายเนตร	“จดหมายของยาย”	๓๐๘
Photo๑๐๘	น.ส.กัลยาณี อาชาสันติสุข	สร้าง-เชื่อม-เคลื่อน-เสริม จบทุกปัญหา ทุก ๓๒๓พื้นที่	๓๐๙
Photo๑๐๙	นางอุบลรัตน์ จันทนะโพธิ	อสม.๓๒๓งานตรวจพัฒนาการเด็กอายุแรกเกิด ถึงห้าปี	๓๐๙
Photo๑๑๐	น.ส.อรอนงค์ อรัญโสตร	รัก(ษา)ไร้พรมแดน	๓๑๐
Photo ๖๔	น.ส.ประไพ พลประเสริฐ	ภูมิใจที่ได้ H.U.G.	๓๑๐
Photo๓๕	นางสาวภัสราภรณ์ แก้วทองมา	สามหมอผ่านศึก	๓๑๑
Photo๑๐๖	นางกิงนภา คงทอง	กว่าจะถึงวันนี้	๓๑๑

วิจัยความก้าวหน้า

ผลของโปรแกรมการเสริมพลังโดยใช้กระบวนการจัดการแบบมีส่วนร่วมในการควบคุมลูกน้ำยุงลายของ แกนนำครอบครัว ตำบลหน้าเมือง อำเภอเมืองฉะเชิงเทราจังหวัดฉะเชิงเทรา

พรศักดิ์ สิริสวัสดิ์

โรงพยาบาลพุทธโสธร

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนหลัง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมพลังโดยใช้กระบวนการจัดการแบบมีส่วนร่วมในการควบคุมลูกน้ำยุงลายของแกนนำครอบครัว ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๑๐๑ คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน ๕๓ คน ได้รับโปรแกรมเสริมพลังโดยใช้กระบวนการจัดการแบบมีส่วนร่วมในการควบคุมลูกน้ำยุงลาย ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน ๔๘ คน ไม่ได้รับโปรแกรม ใช้ระยะเวลาศึกษา ๘ สัปดาห์วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติทดสอบ Paired t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับการควบคุมลูกน้ำยุงลายสูงกว่าก่อนทดลอง และค่าเฉลี่ยดัชนีความชุกลูกน้ำยุงลายลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = 0.01$ และภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับการควบคุมลูกน้ำยุงลายสูงกว่าก่อนการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$

สรุปได้ว่าการจัดโปรแกรมการเสริมพลังมีผลทำให้แกนนำครอบครัวได้รับความรู้ที่ถูกต้อง มีความสามารถและกระตุ้นให้แกนนำครอบครัวมีส่วนร่วมในการควบคุมลูกน้ำยุงลาย เพื่อลดการเกิดโรคไข้เลือดออก

คำสำคัญ: โปรแกรมเสริมพลังการจัดการแบบมีส่วนร่วม แกนนำครอบครัว

หลักการ และเหตุผล

โรคติดต่อนำโดยแมลงยังเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย โดยเฉพาะโรคไข้เลือดออกที่พบผู้ป่วยได้ทุกภูมิภาคของประเทศไทย ซึ่งมีรายงานผู้ป่วยอย่างน้อยปีละ ๕๐,๐๐๐ – ๖๐,๐๐๐ ราย และเสียชีวิต ๐ – ๖๐ รายต่อปี รวมทั้งบางพื้นที่ยังมีการระบาดซ้ำซากหรือไม่สามารถควบคุมได้ เนื่องมาจากการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ผ่านมาอาจไม่เพียงพอ จากสถานการณ์ที่ผ่านมา พบว่า โรคไข้เลือดออกยังเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุข มีการเพิ่มของจำนวนประชากรอย่างรวดเร็ว มีความเป็นอยู่และสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลงไป ขาดสุขอนามัยที่ดี ทำให้มีการขยายแหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลายเพิ่มมากขึ้น รวมถึงขาดการควบคุมลูกน้ำยุงลายที่มีประสิทธิภาพ ถือเป็นส่วนสำคัญที่ส่งผลทำให้โรคไข้เลือดออกเกิดการแพร่ระบาด สถานการณ์โรคไข้เลือดออกในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๕ พบว่าการระบาดสูงสุดในปี พ.ศ. ๒๕๖๒ และในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ เริ่มมีแนวโน้มลดลง โดยในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ มีจำนวนผู้ป่วย และผู้เสียชีวิตน้อยที่สุด เนื่องจากได้รับผลกระทบจากมาตรการควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (โรคโควิด ๑๙) ต่อมาในปี พ.ศ. ๒๕๖๕ โรคโควิด ๑๙ มีแนวโน้มของสถานการณ์ที่ลดลง กลับพบว่าโรคไข้เลือดออกมีแนวโน้มพบผู้ป่วยและเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น^(๑)

สถานการณ์โรคไข้เลือดออกจังหวัดฉะเชิงเทรา จากข้อมูลการเฝ้าระวังโรค ปีพ.ศ. ๒๕๖๕ พบว่า มีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก จำนวน ๑๖๒ ราย อัตราป่วย ๒๒.๓๗ ต่อประชากรแสนคน มีผู้เสียชีวิต จำนวน ๑ ราย อัตราป่วยตายร้อยละ ๐.๑๔ อัตราตาย ๐.๖๒ ต่อประชากรแสนคน ข้อมูลในปีพ.ศ. ๒๕๖๖ พบผู้ป่วย

ใช้เลือดออก จำนวน ๗๓๔ ราย อัตราป่วย ๑๐๑.๐๐ ต่อประชากรแสนคน มีผู้เสียชีวิต จำนวน ๒ ราย อัตราป่วยตายร้อยละ ๐.๒๗ อัตราตาย ๐.๒๘ ต่อประชากรแสนคน จำแนกรายอำเภอ พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยสูงสุด คือ อำเภอบางน้ำเปรี้ยว อัตราป่วย ๑๖๓.๑๗ ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา ๘๕.๐๒ และอำเภอนมสาร ๑๔๗.๗๘ ตามลำดับ^๒ สถานการณ์โรคไข้เลือดออกของตำบลหน้าเมืองอำเภอเมืองฉะเชิงเทรามีแนวโน้มสูงขึ้นตามรายงานข้อมูลอัตราป่วยในปีพ.ศ. ๒๕๖๒ ถึง ๒๕๖๖ พบอัตราป่วยคิดเป็น ๑๔๗.๗๘, ๑๐.๑๘, ๕.๑๐ และ ๖๔.๐๒ ต่อประชากรแสนคน ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในพื้นที่น้อยกว่าค่ามัธยฐาน ๕ ปีย้อนหลัง

การเสริมพลังให้ชุมชนเป็นกลวิธีที่สำคัญที่จะทำให้กลุ่มเป้าหมายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเนื่องจากกระบวนการเสริมพลังจะทำให้กลุ่มเป้าหมายได้ร่วมกันระบุปัญหาของตนเอง วิเคราะห์หาสาเหตุ และความเป็นมาของปัญหา โดยใช้วิจักษณ์ญาณการมองภาพชุมชนที่ควรจะเป็น และพัฒนาวิถีที่จะแก้ไขอุปสรรคเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่ต้องการ ซึ่งกระบวนการที่ช่วยส่งเสริมให้ประชาชนได้เรียนรู้ร่วมกันนั้นต้องอาศัยกระบวนการจัดการแบบมีส่วนร่วม และการนำมาใช้ในการดำเนินงานควบคุมลูกน้ำยุงลาย^๓ การศึกษาของจันทิมา วิชกุล^๔ และเสาวคนธ์ ภัทระศิรินทร์^๕ พบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการพัฒนาศักยภาพและเพิ่มประสิทธิภาพของการใช้ความรู้ การส่งเสริมความร่วมมือและการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ใช้ในการแก้ปัญหาการเกิดโรคไข้เลือดออกได้

ผู้วิจัยซึ่งรับผิดชอบงานโรคติดต่อมาโดยแมลง จึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมพลังโดยใช้กระบวนการจัดการแบบมีส่วนร่วมในการควบคุมลูกน้ำยุงลายของแกนนำครอบครัว ให้มีส่วนในการทำกิจกรรมควบคุมลูกน้ำยุงลาย โดยมุ่งเน้นให้กลุ่มแกนนำครอบครัวเห็นความสำคัญ มีความรู้ที่ถูกต้อง ได้มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา และพัฒนาศักยภาพ นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการควบคุมลูกน้ำยุงลาย ซึ่งส่งผลให้อัตราป่วย และอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคไข้เลือดออกลดลงได้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมพลังโดยใช้กระบวนการจัดการแบบมีส่วนร่วมในการควบคุมลูกน้ำยุงลายของแกนนำครอบครัว ตำบลหน้าเมือง อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาแบ่งเป็น ๒ กลุ่ม คือกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมพลังโดยใช้กระบวนการจัดการแบบมีส่วนร่วมในการควบคุมลูกน้ำยุงลายของแกนนำครอบครัว และกลุ่มเปรียบเทียบที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ทั้งหมด ๘ สัปดาห์ มีการเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง และหลังการทดลองโดยนำทฤษฎีการเสริมพลังร่วมกับกระบวนการจัดการแบบมีส่วนร่วมมาประยุกต์ใช้ในกิจกรรม งานวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา เลขที่ PH_CCO_REC ๐๐๖/๒๕๖๗ ลงวันที่ ๑๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗

ประชากร และกลุ่มตัวอย่างประชากร คือ แกนนำครอบครัวที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ตำบลหน้าเมือง อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน ๓๔๔ คนการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม G* Power การกำหนดอำนาจทดสอบ (β)=๘๐ ความเชื่อมั่น (α)=๐.๕ และการกำหนดค่าอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ ๐.๐๕ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ๑๐๑ คน กลุ่มตัวอย่าง กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกเข้า ได้แก่ เป็นแกนนำ

ครอบครัวที่มีอายุ ๑๘-๖๐ ปี ไม่จำกัดเพศ อาชีพ เป็นผู้ที่อ่านออก เขียนหนังสือได้ สื่อสารโต้ตอบกันรู้เรื่องไม่มีปัญหาการได้ยิน ตอบแบบสอบถามและดูแลรับผิดชอบกิจกรรมการควบคุมลูกน้ำยุงลายได้ ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างจำนวน ๑๐๑ คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่การวิจัย โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง คือ ศสม.วัดโสธรวราราม จำนวน ๕๓ คน และเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ คือ ศสม.วัดจันทประชาสโมสร จำนวน ๔๘ คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยศึกษาจากเอกสาร แบ่งเป็น ๔ ส่วน ดังต่อไปนี้ ๑) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ๒) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการควบคุมลูกน้ำยุงลาย ๓) แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมลูกน้ำยุงลาย และ ๔) แบบสำรวจลูกน้ำยุงลาย ตรวจสอบ ความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา ของครอนบาร์ค เท่ากับ ๐.๙๘ และแบบสอบถามด้านความรู้ มีค่าอำนาจจำแนก ๐.๙๓

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองได้แก่ โปรแกรมการเสริมพลังโดยใช้กระบวนการจัดการแบบมีส่วนร่วม โดยจัดโปรแกรมเป็น ๓ ขั้นตอน ดังนี้ ๑) จัดอบรมโดยบรรยายให้ความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับวงจรชีวิต แหล่งเพาะพันธุ์ การสำรวจ/ควบคุมและกำจัดลูกน้ำยุงลาย ๒) อบรมแกนนำครอบครัว ระยะเวลา ๒ วัน โดยวันที่ ๑ มีการให้ความรู้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และประสบการณ์เรื่องโรคไข้เลือดออก วันที่ ๒ กระบวนการกลุ่มให้แกนนำครอบครัววิเคราะห์สาเหตุและผลกระทบของการเกิดโรค ร่วมกันหาแนวทางการแก้ไขปัญหา ๓) แกนนำครอบครัวปฏิบัติการควบคุมลูกน้ำยุงลาย และติดตามผลการปฏิบัติสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง เป็นระยะเวลา ๕ สัปดาห์ ติดต่อกันและประชุมกลุ่มย่อยร่วมกันจำนวน ๒ ครั้งโดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน ๕ ท่าน มีค่า IOC เท่ากับ ๐.๘

การวิเคราะห์ข้อมูล เมื่อสิ้นสุดการทดลองผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์เชิงปริมาณด้วยสถิติด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเชิงอนุมาน ด้วยสถิติทดสอบ Paired t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัย

๑. หลังการทดลองพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมการควบคุมลูกน้ำยุงลายของกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = 0.01$ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดตามตารางที่ ๑

ตารางที่ ๑ เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับการควบคุมลูกน้ำยุงลายก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มตัวอย่าง	ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมลูกน้ำยุงลาย				พฤติกรรมการควบคุมลูกน้ำยุงลาย			
	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
กลุ่มทดลอง								
ก่อนทดลอง	๙.๖๐	๒.๘๔	๑๑.๖๔	๐.๐๑	๑๕.๐๐	๒.๐๐	๒๗.๓๙	๐.๐๑
หลังทดลอง	๑๓.๑๓	๑.๖๘			๒๓.๗๔	๒.๐๓		
กลุ่มเปรียบเทียบ								
ก่อนทดลอง	๙.๗๓	๓.๑๖	๑.๘๑	๐.๐๗๗	๑๕.๖๕	๒.๑๖	๐.๓๙๖	๐.๖๙๔

หลังทดลอง	๑๐.๒๗	๒.๘๕	๑๕.๗๓	๒.๐๓
๒. ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมแกนนำครอบครัว พบว่าค่าดัชนีความซุกก้นน้ำยุงลายคะแนนเฉลี่ยมีดัชนีความซุกก้นต่ำกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = 0.01$ รายละเอียดตามตารางที่ ๒				

ตารางที่ ๒ เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยสัดส่วนภาชนะที่สำรวจลูกน้ำยุงลายก่อนและหลังทดลองในกลุ่มทดลอง

ค่าดัชนีความซุกก้นน้ำยุงลายในกลุ่มทดลอง	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
ก่อนทดลอง (n=๕๓)	๑.๖๐	๐.๔๘	๔.๐๑	๐.๐๑
หลังทดลอง (n=๕๓)	๐.๘๕	๑.๓๖		

๓. ก่อนการทดลองกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการควบคุมลูกน้ำยุงลายไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่หลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีความรู้และพฤติกรรมการควบคุมลูกน้ำยุงลายมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ รายละเอียดตามตารางที่ ๓

ตารางที่ ๓. ความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมกับกลุ่มเปรียบเทียบที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมโดยใช้กระบวนการจัดการแบบมีส่วนร่วม

กลุ่มตัวอย่าง	ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมลูกน้ำ				พฤติกรรมการควบคุมลูกน้ำยุงลาย			
	ยุงลาย							
	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
ก่อนทดลอง								
กลุ่มทดลอง (n=๕๓)	๐๙.๖๐	๒.๘๔			๑๕.๐๐	๒.๐๐		
กลุ่มเปรียบเทียบ (n=๔๘)	๐๙.๗๓	๓.๑๖	๐.๒๑๐	๐.๘๓๐	๑๕.๖๕	๒.๑๖	๐๑.๕๖	๐.๑๒๐
หลังทดลอง								
กลุ่มทดลอง (n=๕๓)	๑๓.๑๓	๑.๖๘			๒๓.๗๔	๒.๐๓		
กลุ่มเปรียบเทียบ (n=๔๘)	๑๐.๒๗	๒.๘๕	๖.๒๒	๐.๐๐๑	๑๕.๗๓	๒.๐๓	๑๙.๘๐	๐.๐๐๐

อภิปรายผล

๑. ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมแกนนำครอบครัวกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้ และพฤติกรรมการเกี่ยวกับการควบคุมลูกน้ำยุงลายสูงกว่าก่อนทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = 0.01$ เนื่องจากกิจกรรมการบรรยายสร้างเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก วงจรชีวิต การควบคุมลูกน้ำยุงลาย การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์และการกำจัดลูกน้ำยุงลายด้วยวิธีทางกายภาพและชีวภาพ พร้อมแจกคู่มือการสำรวจ

ลูกน้ำยุงลาย ระหว่างการอบรมมีการให้แกนนำครอบครัวแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การมีส่วนร่วมในการรับรู้ปัญหา วิเคราะห์ถึงสาเหตุของอุปสรรคในการควบคุมลูกน้ำยุงลาย ร่วมกำหนดแนวทางแก้ปัญหา และอภิปรายตามประเด็นที่กำหนดไว้ กิจกรรมเหล่านี้ส่งผลให้แกนนำครอบครัวกลุ่มทดลองมีความรู้และพฤติกรรมควบคุมลูกน้ำยุงลายเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของเชิดศักดิ์ ประทุมมา^๖ ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกบ้านลิ้นฟ้า ตำบลแคนเหนือ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น พบว่าหลังการพัฒนาความรู้และการปฏิบัติตนเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของกลุ่มผู้เข้าร่วมก่อน และหลังการพัฒนา พบว่าการพัฒนาเพิ่มสูงขึ้นทำให้ประชากร และกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตนถูกต้องเพิ่มสูงขึ้น

๒. ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมแกนนำครอบครัวของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยดัชนีความชุกลูกน้ำยุงลายลดลงต่ำกว่าก่อนทดลองซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = 0.01$ เนื่องจากมีการจัดกิจกรรม Walk Rally ให้แกนนำครอบครัวได้ฝึกทักษะในการควบคุมลูกน้ำยุงลาย ประกอบด้วยการสำรวจลูกน้ำยุงลาย และการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์เพื่อให้แกนนำครอบครัวสามารถควบคุมลูกน้ำยุงลายได้อย่างถูกต้อง ซึ่งเน้นให้แกนนำครอบครัวได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมอย่างแท้จริง โดยใช้วิธีการสนทนาและแลกเปลี่ยนความรู้ความคิดเห็นกัน และการพัฒนากลวิธีที่จะแก้ปัญหา นอกจากนี้ยังมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงในระดับกลุ่ม และการเปลี่ยนแปลงระดับสังคมอีกด้วย สอดคล้องกับการศึกษา ของพัสกร สงวนชาติ^๗ ศึกษาการจัดการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลหน้าพระลาน อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสระบุรี พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าดัชนีความชุกลูกน้ำยุงลายต่ำกว่าก่อนทดลอง และต่ำกว่าหมู่บ้านเปรียบเทียบ

๓. ภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับการควบคุมลูกน้ำยุงลายสูงกว่าก่อนทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมพลัง โดยใช้กระบวนการจัดการแบบมีส่วนร่วมในการควบคุมลูกน้ำยุงลายของแกนนำครอบครัว ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้รับโปรแกรม โดยกิจกรรมในโปรแกรมได้มีการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมลูกน้ำยุงลาย การจัดแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มย่อยให้อภิปราย และเรียนรู้ร่วมกัน และการระบุประสบการณ์ร่วมกับกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมทำให้แกนนำครอบครัวมีการวิเคราะห์ปัญหา มีการประชุมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้และอภิปรายปัญหา อุปสรรคที่พบในการสำรวจลูกน้ำยุงลาย พร้อมทั้งช่วยกันกำหนดบทบาทของแกนนำควบคุมลูกน้ำยุงลายบนพื้นฐานของความเป็นจริงที่สามารถนำไปปฏิบัติได้พร้อมกำหนดผู้รับผิดชอบแบ่งเป็นกลุ่มตามละแวกบ้าน เพื่อออกปฏิบัติการถ่ายทอดความรู้ และร่วมกันกระตุ้นสร้างเสริมให้กลุ่มเป้าหมายที่เป็นตัวแทนครัวเรือนระดับบ้านที่อยู่ในละแวกที่ตนเองได้รับมอบหมาย ซึ่งการจัดกิจกรรมที่เน้นให้กลุ่มมีส่วนร่วมในการเรียนรู้เป็นการจัดกิจกรรมที่สอดคล้องกับหลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสอดคล้องกับการศึกษาของธิภพ สงวนใจ^๘ ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในเขตพื้นที่ตำบลบ้านต้อม อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีระดับความรู้ การรับรู้ ความรุนแรงและปัญหาอุปสรรคในด้านพฤติกรรมปฏิบัติมีระดับที่สูงขึ้นกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะ

๑. ข้อเสนอแนะครั้งนี้กระบวนการจัดการแบบมีส่วนร่วมที่สามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถแก้ไข ปัญหาการควบคุมลูกน้ำยุงลายบรรลุผลสำเร็จ ส่งผลให้ค่าดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลายลดลง จึงควรนำไป ประยุกต์ใช้ในการควบคุมลูกน้ำยุงลายกับชุมชนอื่นที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน

๒. ข้อเสนอแนะครั้งต่อไปควรศึกษาเรื่องระยะเวลาในการทดลองโปรแกรมการเสริมพลังโดยใช้ กระบวนการจัดการแบบมีส่วนร่วมที่แตกต่างกัน เพื่อหาระยะเวลาที่เหมาะสมในการสร้างพลังแกนนำในการ ควบคุมลูกน้ำยุงลาย

เอกสารอ้างอิง

๑. กรมควบคุมโรค. โรคไข้เลือดออกอาเซียน.[ออนไลน์]. เข้าถึงข้อมูล วันที่ ๕ มกราคม ๒๕๖๖. จาก http://www.vibhavadi.com/mobi/health_detail.php?id=๕๘๗. ๒๕๖๖.
๒. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา. สรุปรายงานโรคไข้เลือดออก. [ออนไลน์]. เข้าถึงข้อมูล วันที่ ๕ มกราคม ๒๕๖๖. จาก <http://www.cco.moph.go.th/ccob๒๔/>. ๒๕๖๖.
๓. นิตยา เพ็ญศิริินภา. เทคนิคการสร้างพลังส่งเสริมสุขภาพ. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัย สิ่งแวดล้อม. ๒๕๖๒.
๔. จันทิมา วิชากุล.การสร้างพลังแกนนำครอบครัวโดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการควบคุม และป้องกันโรคไข้เลือดออก.วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตมหาวิทยาลัยบูรพา. ๒๕๖๒.
๕. เสาวคนธ์ ภัทระศิธริน. โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการควบคุมลูกน้ำยุงลายของตัวแทนครัวเรือน เขตคลองสานกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล. ๒๕๖๒.
๖. เชิดศักดิ์ ปรงคำมา. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกบ้านล้นฟ้า ตำบล แคนเหนือ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น.วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ๒๕๕๘.
๗. พัสกร สงวนชาติ. ศึกษาการจัดการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลหน้าพระลาน อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. ๒๕๖๒.
๘. อธิภพ สงวนใจ. การศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก ในเขตพื้นที่ตำบลบ้านต้อม อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา. วิทยานิพนธ์หลักสูตร สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยพะเยา. ๒๕๕๘.

**การพัฒนาโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ในเขตเทศบาล
ตำบลหน้าเมืองอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา**

อนุกุล สิงห์หา
โรงพยาบาลพุทธโสธร

บทคัดย่อ

การพัฒนาโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ในเขตเทศบาลตำบลหน้าเมือง อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อน และหลังการทดลอง (The Two Group Pretest-posttest Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลการเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๖๐ คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง ๓๐ คน และกลุ่มเปรียบเทียบ ๓๐ คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ จำนวน ๔ กิจกรรม โดยแต่ละกิจกรรมห่างกัน ๒ สัปดาห์ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบคือกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติทดสอบ Paired t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลองของกลุ่มทดลองเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ คะแนนเฉลี่ยของความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม ในการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารและเครื่องดื่ม การออกกำลังกาย การรับประทานยา ของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = 0.003$

โปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ มีผลทำให้ความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ในการดูแลตนเองเพิ่มสูงขึ้น ดังนั้น จึงควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้ในการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในศูนย์สุขภาพชุมชน หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอื่นๆ ที่มีบริบทสอดคล้องกัน ให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: โปรแกรมการดูแลตนเอง ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒

หลักการและเหตุผล

สถานการณ์ของโรคเบาหวาน จากการรายงานขององค์การอนามัยโลก ในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ พบว่ามีประชากร ๕๓๗ ล้านคนทั่วโลก หรือคิดเป็นร้อยละ ๑๐.๕๐ ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวาน และคาดว่าจำนวนจะเพิ่มมากขึ้นเป็น ๖๔๓ ล้านคน ในปี พ.ศ. ๒๕๗๓ และ ๗๘๓ ล้านคนในปี พ.ศ. ๒๕๘๘ ตามลำดับ^๑ ในประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานปี พ.ศ. ๒๕๖๓ - ๒๕๖๕ จำนวน ๘๓,๗๔๐ ราย ๘๘,๙๓๘ ราย และ ๙๙,๙๕๒ ราย คิดเป็น ๑,๗๑๔.๐๔, ๑,๘๐๙.๗๔ และ ๒,๐๒๑.๖๖ ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ^๒ จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานในปีพ.ศ. ๒๕๖๓ - ๒๕๖๕ จำนวน ๓๘,๒๖๓ ราย ๓๙,๕๑๘ ราย และ ๔๑,๑๐๐ ราย คิดเป็น ๕,๓๐๔.๒๘, ๕,๗๖๒.๖๑ และ ๕,๖๗๕.๔๐ ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา ในปีเดียวกันพบว่า มีผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน จำนวน ๘,๙๘๒ ราย ๙,๒๐๘ ราย และ ๙,๖๑๓ ราย คิดเป็น ๕,๒๒๖.๓๕, ๕,๗๓๖.๔๒ และ ๕,๙๐๒.๑๑ ต่อประชากรแสนคน^๓ สำหรับตำบลหน้าเมือง อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา ปี พ.ศ. ๒๕๖๓ - ๒๕๖๕ จำนวน ๑,๘๒๘ คน ๑,๘๙๙ คน และจำนวน ๒,๐๑๓ คิดเป็น ๔,๖๙๘.๙๙, ๔,๙๗๓.๒๙ และ ๕,๒๙๘.๓๔ ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ^๔

จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานมากขึ้นทุกปีสาเหตุเกิดจากประชาชน การขาดความรู้ความเข้าใจและวิถีปฏิบัติในการดูแลตนเอง ถ้าผู้ป่วยควบคุมโรคไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสที่จะเกิดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมาได้ จากการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงอยู่เป็นเวลานาน หรือมีภาวะควบคุมโรคไม่ดี ก็จะมีปัญหาภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้มาก สิ่งสำคัญในการควบคุมโรคเบาหวานให้ได้ผลดีนั้น ต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอตลอดระยะเวลาของการเป็นโรค การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานต้องการส่งเสริมและพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง คือการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการรักษาด้วยยาต่อเนื่องอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ระดับน้ำตาลในเลือดใกล้เคียงคนปกติมากที่สุด แต่มีผู้ป่วยโรคเบาหวานร้อยละ ๗๐.๐๐ มีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ไม่ดี ถ้ามีการปฏิบัติตนและการใช้ยาไม่ถูกต้องจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง จนทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนระยะเฉียบพลัน และระยะเรื้อรังของระบบต่างๆ ของร่างกาย การเกิดภาวะแทรกซ้อนก็ยังคงมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาป่วยเป็นโรค พันธุกรรม และปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ เช่น ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ ความอ้วน และขาดการออกกำลังกาย ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จะส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา การที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเป็นปัญหาสำคัญของโรคเบาหวานซึ่งก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและมีผลกระทบต่อสุขภาพ การใช้แนวทางการสนับสนุนทางสังคมมาใช้ในการจัดการพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมเป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้^๗ การส่งเสริมกระบวนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ที่เหมาะสมทั้งในเรื่องของการสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการวางแผนการดูแลตนเอง โดยมีทีมบุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ส่งเสริม และสนับสนุนซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีอำนาจในการควบคุมตนเองมากขึ้น

ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนาโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ในเขตเทศบาลตำบลหน้าเมือง อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยใช้แนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยโดยเน้นกระบวนการกลุ่ม และใช้แรงสนับสนุนทางสังคมได้แก่ เจ้าหน้าที่ บุคลากรทางการแพทย์และญาติ ช่วยสนับสนุนส่งเสริมทั้งการให้ข้อมูลและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยเพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมและจะเป็นประโยชน์ต่อการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ในเขตเทศบาลตำบลหน้าเมือง อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา

การดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi-experimental Research)แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The two Group Pretest-posttest Design) ระยะเวลาดำเนินการในเดือนมีนาคม – มิถุนายน ๒๕๖๗

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง ประชากร คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองทั้ง ๒ แห่ง ของโรงพยาบาลพุทธโสธรในเขตเทศบาลตำบลหน้าเมือง อำเภอเมือง

ฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน ๒,๐๑๓ คน การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม G* Power การกำหนดอำนาจทดสอบ (β)=๘๐ ความเชื่อมั่น (α)=๐.๐๕ และการกำหนดค่าอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ ๐.๐๕ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ๖๐ คนเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือมีอายุระหว่าง ๓๕-๖๐ ปีมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต หัวใจ ความดันโลหิตสูง และไม่ตั้งครรภ์ได้รับการรักษาโดยการรับประทานยา และอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลหน้าเมือง อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทราหลังจากนั้นใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลาก แล้วแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง ๓๐ คน และกลุ่มเปรียบเทียบ ๓๐ คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ จำนวน ๔ กิจกรรม โดยแต่ละกิจกรรมห่างกัน ๒ สัปดาห์รวมระยะเวลาในการทำกิจกรรม จำนวน ๑๔ ชั่วโมง ๓๐ นาทีส่วนกลุ่มเปรียบเทียบคือกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบไปด้วย

๑. โปรแกรมการปรับเปลี่ยนความรู้และพฤติกรรม ประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมพลังอำนาจและการสนับสนุนทางสังคม ประกอบไปด้วยกิจกรรมที่ดำเนินการตั้งแต่เดือนมีนาคม - มิถุนายน ๒๕๖๗ ดังนี้กิจกรรมครั้งที่ ๑ สัปดาห์ที่ ๑- ๔ เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๒.๐๐ น. จำนวน ๓ ชั่วโมง ๓๐ นาที เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้เกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานกิจกรรมครั้งที่ ๒ สัปดาห์ที่ ๕ - ๘ เวลา ๑๖.๐๐ - ๑๘.๐๐ น. จำนวน ๒ ชั่วโมง เป็นกิจกรรมส่งเสริมการเกิดทักษะในการออกกำลังกายกิจกรรมนี้มีวัตถุประสงค์ให้ผู้ป่วยได้มีการฝึกทักษะในการออกกำลังกายกิจกรรมครั้งที่ ๓ สัปดาห์ที่ ๙ - ๑๒ เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๒.๐๐ น. และ ๑๓.๐๐ - ๑๖.๐๐ น.จำนวน ๖ ชั่วโมง เป็นกิจกรรมส่งเสริมให้ผู้ป่วย ได้เกิดทักษะในการเลือกรับประทานอาหาร ที่เหมาะสมกับโรคกิจกรรมครั้งที่ ๔ สัปดาห์ที่ ๑๒ - ๑๖ เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๒.๐๐ น. จำนวน ๓ ชั่วโมงเป็นกิจกรรมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นโดยให้ผู้ป่วยได้ทบทวนแนวทางการดูแลตนเองทั้งหมดตลอดการเข้าร่วมกิจกรรมที่ผ่านมา

๒. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบไปด้วยเครื่องมือ ๓ ส่วน คือ ๒.๑ เป็นแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ชื่ออายุระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ๒.๒ เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน จำนวน ๒๐ ข้อ ๒.๓ เป็นแบบสัมภาษณ์พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน ๒๐ ข้อหาคุณภาพของแบบสัมภาษณ์โดยการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Contents Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ๓ ท่านได้ค่าความเที่ยงตรงอยู่ระหว่าง ๐.๖ - ๑.๐ แบบสอบถามความรู้หาค่าความยากง่าย ได้ค่าจำแนก ๐.๕ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา ของครอนบาร์คเท่ากับ ๐.๘๔

เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเชิงอนุมานโดยสถิติทดสอบ Paired t-test และ Independent t-test

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการรับรองการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์จาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา รหัสโครงการวิจัย PH_CCO_REC ๐๐๔/๒๕๖๗ลงวันที่รับรอง ๑๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗

ผลการวิจัย:

๑. ก่อนการทดลองกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = 0.003$ รายละเอียดตามตารางที่ ๑

ตารางที่ ๑ ตารางเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (กลุ่มละ ๓๐ คน)

ความรู้ (โดยรวม)	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t	P
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ก่อนการทดลอง	๕.๖๗	๘.๐๔	๕.๖๐	๘.๑๗	๐.๓๑	๐.๑๓๔
หลังการทดลอง	๑๖.๐๐	๖.๙๐	๕.๕๗	๘.๒๒	๗.๔๕	๐.๐๐๓

๒. ก่อนการทดลองกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = 0.003$ รายละเอียดตามตารางที่ ๒

ตารางที่ ๒ ตารางเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (กลุ่มละ ๓๐ คน)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง (โดยรวม)	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t	p
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ก่อนการทดลอง	๔๘.๔๐	๓.๙๙	๔๘.๗๗	๕.๖๗	๐.๒๔	๐.๒๗๔
หลังการทดลอง	๗๓.๗๗	๖.๗๒	๔๘.๘๐	๙.๐๑	๑.๖๘	๐.๐๐๓

อภิปรายผล

๑. ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลอง ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p=0.003$ และกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองและเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ โปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเกี่ยวกับความรู้ เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้เกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ในเรื่องสาเหตุการเกิดโรค อาการ การเกิดอาการแทรกซ้อนต่างๆ การรักษา รวมทั้งปัญหา อุปสรรคต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในการดูแลตนเอง ซึ่งในกระบวนการจะเน้นให้ผู้ป่วยได้พูดคุย และแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็น แสดงความคิดเห็น หากเกิดปัญหาจะพยายามให้ผู้ป่วยได้ช่วยกันแก้ไขปัญหากลายเป็นแนวทางที่ถูกต้อง หากเป็นแนวทางที่ไม่เหมาะสม จะให้ข้อมูลเพิ่มเติมและให้ผู้ป่วยได้ตัดสินใจกันภายในกลุ่ม และให้ผู้ป่วยได้นำแนวทางแก้ไขปัญหานั้นไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับตนเองต่อไปซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุนีย์ เก่งกาจ^๔ ศึกษาการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลพร้าว จังหวัดเชียงใหม่พบว่า หลังการทดลอง ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่ม

ทดลองมีความรู้เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ และกลุ่มทดลองมีความรู้เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองและเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

๒. พฤติกรรมในการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมในการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองและหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมในการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = 0.003$ และกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมในการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองและเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร และเครื่องดื่ม เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้เกิดทักษะในการเลือกรับประทานอาหาร ที่เหมาะสมกับโรค โดยมีอาหารสาธิตซึ่งเป็นอาหารพื้นบ้านจะให้ผู้ป่วยในกลุ่มได้แสดงความคิดเห็นว่าอาหารที่เลือกรับประทานเหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวานหรือไม่ พร้อมทั้งนำข้อมูลการบันทึกการรับประทานอาหารใน ๑ สัปดาห์ที่ผู้ป่วยบันทึกมาให้คำแนะนำเพิ่มเติม ว่าผู้ป่วยแต่ละคนนั้นรับประทานเหมาะสมหรือไม่ ด้านการออกกำลังกาย เป็นกิจกรรมส่งเสริมการเกิดทักษะในการออกกำลังกาย ความเป็นจริงของการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยเบาหวานขณะป่วยเป็นโรคเบาหวานมีการออกกำลังกายหรือไม่ อย่างไร พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยได้หาข้อสรุปภายในกลุ่มว่าควรออกกำลังกายหรือไม่ และจะทำอย่างไร ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานได้เห็นความสำคัญของการออกกำลังกาย พร้อมให้ข้อมูลวิธีการออกกำลังกายที่ถูกต้องและเหมาะสมกับโรคและให้ผู้ป่วยได้ทดลองฝึกออกกำลังกายพร้อมกัน และด้านการรับประทานยา เป็นกิจกรรมส่งเสริมทักษะในการที่ผู้ป่วยจัดทำปฏิทินเตือนการรับประทานยา สามารถทำให้หยาบยามารับประทานได้อย่างถูกต้องถูกขนาด ถูกเวลาไม่รับประทานยาข้ามซ้อน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพัชรินทร์ บุรีภักดี^{๑๑} ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ในอำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานีพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมในการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมในการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = 0.05$ และกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมในการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ข้อเสนอแนะ

๑. ควรนำแบบบันทึกการรับประทานอาหารและแบบบันทึกการออกกำลังกายไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆที่ต้องควบคุมอาหารและส่งเสริมการออกกำลังกาย โดยจัดทำแบบบันทึกให้ง่ายต่อการบันทึก ประหยัดเวลา และน่าสนใจ และควรให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการจัดทำจะทำให้ผู้ป่วยสนใจและเห็นคุณค่าของการบันทึกมากยิ่งขึ้น

๒. ควรศึกษาโปรแกรมที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มสนับสนุนทางสังคม เช่น บุคคลใกล้ชิด ญาติและบุคคลในครอบครัวเพื่อเป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเบาหวานให้มีภาวะสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น

๓. ควรศึกษาติดตามความรู้และพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในระยะยาว ๖ เดือน ๑๒ เดือน และมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อความยั่งยืนของพฤติกรรม

เอกสารอ้างอิง

๑. World Health Organization. Definition of health, In World Health Organization: Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva: WHO. ๒๐๒๑.
๒. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคเบาหวาน กองโรคไม่ติดต่อ ปี ๒๕๖๖. นนทบุรี: สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ๒๕๖๖.
๓. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา. ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข. ฉะเชิงเทรา. ๒๕๖๕.
๔. วิศาลยาว พงศ์ศิริ. รักษาเบาหวานและลดน้ำหนักแบบไม่ต้องอด. พิมพ์ครั้งที่ ๓ (กรุงเทพฯ): รวมพรรณ. ๒๕๖๐.
๕. รัฐพร โลหะวิศวาณิช. ผลการให้ความรู้และคำปรึกษาโดยเภสัชกรคลินิกแก่ผู้ป่วยนอกโรคเบาหวาน. วารสารวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์. ปีที่ ๒๐ ฉบับที่ ๑ : ๑๙-๔๐. สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ๒๕๖๔.
๖. กัญญา สุขะมั่ง. ผลของโปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจในการออกกำลังกายต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ ๒. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ๒๕๖๑.
๗. พรนภา ไชยอาสา. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ๒๕๖๐.
๘. พัชรี อ่างบุญตา. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ ๒. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ๒๕๖๔.
๙. สุนีย์ เก่งกาจ. การรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลพร้าว จังหวัดเชียงใหม่. การค้นคว้าแบบอิสระสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ๒๕๖๒.
๑๐. พชรินทร์ บุรีภักดี. พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ในอำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี. วารสารสุขภาพภาคประชาชนปีที่ ๑. ฉบับที่ ๑. หน้า ๓๘-๔๓. ๒๕๖๔.

**ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่มารับบริการคลินิกโรคเรื้อรัง
ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองวัดโสธรวราราม อำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา**

พัชรพงศ์ ตันสุวรรณรัตน์

โรงพยาบาลพุทธโสธร

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่มารับบริการคลินิกโรคเรื้อรังของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองวัดโสธรวราราม อำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา กลุ่มตัวอย่างจำนวน ๒๖๗ คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย ๖ ส่วน ดังนี้ (๑) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (๒) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (๓) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (๔) แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (๕) แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย และ (๖) แบบประเมินพุทธิปัญญา ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย โดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่าผลการประเมินประเมินพุทธิปัญญา มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ ๘๔.๖๕ ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีทักษะด้านมิติสัมพันธ์หรือการบริหารจัดการมีความพร้อมมากที่สุด ร้อยละ ๘๔.๖๕ และ พบว่า ปัจจัยด้านอายุ ($r=0.26$, $p=0.05$) โรค และการเจ็บป่วย ($r=0.49$, $p=0.05$) และภาวะซึมเศร้า ($r=0.45$, $p=0.02$) ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ควรมีการประเมินภาวะภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และเข้าสู่กระบวนการรักษาเพื่อลดการเกิดภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย และภาวะสมองเสื่อม

คำสำคัญ: ความรู้คิดบกพร่องผู้สูงอายุ

หลักการ และเหตุผล

ปัจจุบันจำนวนและสัดส่วนประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วโดยในปี ๒๕๖๕ มีจำนวนมากถึง ๑,๑๐๙ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๑๔.๐๐ ของประชากรโลก ๘,๐๐๐ ล้านคน สำหรับประเทศไทยมีประชากร จำนวน ๖๖ ล้านคน ซึ่งในจำนวนนี้มีประชากรสูงอายุที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป จำนวน ๑๓ ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ ๑๙.๐๐ ของประชากรทั้งหมดกล่าวคือประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุ^๑

โดยเมื่อก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นกับระบบต่างๆ ทั่วร่างกาย มีเสื่อมถอยลงอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงของสมองที่ความสามารถในการทำงานเริ่มลดลง เซลล์ประสาทสมองจะตาย และลดจำนวนลง ทำให้ความจำสติปัญญา รวมทั้งอารมณ์เสื่อมลง เป็นเหตุให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะพุทธิปัญญบกพร่อง หรือเกิดภาวะสมองเสื่อมได้^๒ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายอันเนื่องมาจากความสูงอายุ ส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของการรู้คิดของผู้สูงอายุ โดยทั่วไปการทำหน้าที่ของการรู้คิดอาจยังคงอยู่หรือลดลงเมื่อมีอายุมากขึ้น การรู้คิดที่ยังคงอยู่ได้แก่ ระยะเวลาของความสนใจ (attention span) ทักษะด้านภาษา (language skills) ทักษะด้านการสื่อสาร (communication skills) ความเข้าใจภาษาและการพูด

(comprehension and discourse) และการรับรู้ด้านการมองเห็น ส่วนทักษะด้านการรู้คิดที่ลดลง คือ ความคล่องแคล่วในการใช้ภาษาพูด (verbal fluency) การวิเคราะห์ความเป็นเหตุเป็นผล (logical analysis) การเลือกที่จะให้ความสนใจ (selective attention) การบอกชื่อสิ่งของ (object naming) และทักษะที่เกี่ยวข้องกับมิติสัมพันธ์ (complex visuospatial skills) โดยทั่วไปความสามารถทางเชาว์ปัญญาจะเริ่มลดลงเมื่ออายุ ๗๐ ปี ซึ่งในวัยสูงอายุนั้นการพัฒนาการรู้คิดจะมีการหยุดชะงัก^๓ โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องพบว่ามีอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น และมีปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวันมากกว่าผู้สูงอายุทั่วไป มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอัลไซเมอร์และภาวะสมองเสื่อมอื่นๆ สูงขึ้น

ผู้วิจัยมีบทบาทหน้าที่ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจึงได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่มาใช้บริการคลินิกโรคเรื้อรังของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองวัดโสธรวราราม เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวางแผน และเป็นแนวทางในการป้องกันการเกิดภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย และใช้เพื่อการพัฒนาแนวทางการดูแลภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อศึกษาลักษณะภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่มาใช้บริการคลินิกโรคเรื้อรังของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองวัดโสธรวรารามอำเภอมะนัง จังหวัดฉะเชิงเทรา
๒. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่มาใช้บริการคลินิกโรคเรื้อรังของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองวัดโสธรวรารามอำเภอมะนัง จังหวัดฉะเชิงเทรา

การดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study)

ประชากรในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปี ขึ้นไปที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง และมารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรังของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองวัดโสธรวราราม จำนวน ๘๙๓ คน และกลุ่มตัวอย่างมีเกณฑ์การคัดเลือกได้แก่ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไปมีการเจ็บป่วยเรื้อรังและมารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรังของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองวัดโสธรวราราม และไม่มีประวัติปัญหาทางด้านจิตประสาทอย่างรุนแรง โดยคำนวณด้วยวิธีการ Taro Yamané จากสูตร $n = N / (๑ + Ne)$ ^๔ ได้จำนวน ๒๖๗ คน และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย ๖ ส่วน ดังนี้ (๑) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (๒) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน^๕ (๓) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง^๖ (๔) แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย^๗ (๕) แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย^๘ และ (๖) แบบประเมินพุทธิปัญญา^๙ โดยมีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือได้แก่ ความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ๕ ท่าน ทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งได้ค่า IOC เท่ากับ ๑.๐๐ และความเที่ยงของเครื่องมือได้นำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน ๓๐ ราย และนำข้อมูลที่ได้นำมาคำนวณหาความเชื่อมั่น โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ ๐.๙๑

การเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากได้รับการอนุมัติจริยธรรมในมนุษย์ จากคณะกรรมการการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในคน โรงพยาบาลพุทธโสธร ลงวันที่ ๒๘ เมษายน ๒๕๖๖ ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเป็นระยะเวลา ๘ เดือน ตั้งแต่พฤษภาคม ถึง ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาการวิเคราะห์ด้วยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Correlation Analysis)

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ ๖๘.๕๔ และมีอายุเฉลี่ย ๖๙.๑๓ ปี (SD = ๖.๘๑) ส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง ๒ โรค ร้อยละ ๓๘.๕๘ ซึ่งโรคที่พบบ่อยที่สุด คือโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ ๗๙.๗๗ ซึ่งผลการประเมินประเมินพุทธิปัญญา พบว่ามีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย จำนวน ๒๒๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๘๔.๖๕ ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีทักษะด้านมิติสัมพันธ์หรือการบริหารจัดการมีความพร้อมมากที่สุด ร้อยละ ๘๔.๖๕

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย พบว่า ปัจจัยด้านอายุ ($r=0.26$, $p=0.05$) โรคและการเจ็บป่วยที่เป็น ($r=0.44$, $p=0.05$) และภาวะซึมเศร้า ($r=0.44$, $p=0.02$) ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ ๖๘.๕๔ มีอายุเฉลี่ย ๖๙.๑๓ ปี (SD = ๖.๘๑) ซึ่งสาเหตุที่พบบ่อยในผู้สูงอายุเพศหญิงอาจเกิดจากการลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจน (estrogens) ในผู้สูงอายุ^๕ โดยที่มีการลดลงอาจมีผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับความจำ จึงพบว่าในผู้สูงอายุหญิงมีการรู้คิดบกพร่องมากกว่าผู้สูงอายุชายและเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาท^๖ โดยพบว่าการลดลงของน้ำหนัสมองจะเริ่มเกิดขึ้นเมื่ออายุ ๖๐ ปี นอกจากนี้อาจมีภาวะสมองฝ่อ (atrophy)^๗ ระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษามากที่สุด ร้อยละ ๕๗.๓๐ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีระดับการศึกษาอยู่ระดับมัธยมศึกษาคิดเป็นร้อยละ ๖๙.๘๗ และพบว่าการศึกษามีความสัมพันธ์กับสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^๘ ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยเรื้อรังของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง ๒๕.๐-๒๙.๙ กก./ม^๒ (น้ำหนักตัวเกิน) ร้อยละ ๔๖.๐๗ ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นโรคที่ทำให้เกิดการรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุได้เช่นกันนอกจากนี้โรคที่พบบ่อยที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ ๗๙.๗๗ โดยเชื่อว่าโรคความดันโลหิตสูงทำให้เกิดการรู้คิดบกพร่องได้โดยกลไกการเกิด atherosclerosis, hypoperfusion, leukoaraiosis, cerebral infarction^๙ ปัจจัยด้านการใช้ยาในผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับยาตั้งแต่ ๔ ชนิดขึ้นไป ร้อยละ ๔๖.๘๒ ซึ่งการใช้ยาที่เกินความจำเป็นอาจเกิดอาการไม่พึงประสงค์ และอาจจะมีผลต่อการรู้คิดที่ลดลง^(๑๓) ปัจจัยด้านพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุด้านการสูบบุหรี่พบว่าผู้สูงอายุที่ปัจจุบันยังสูบบุหรี่มีปริมาณการสูบบุหรี่มากกว่า ๑๐ มวนต่อวัน ร้อยละ ๕๓.๘๕ จาก

การศึกษาพบว่าสารนิโคตินเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดการรู้คิดบกพร่องคือผู้ที่ปัจจุบันยังสูบบุหรี่อยู่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้มากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่สูงถึงร้อยละ ๗๐^{๑๒} ส่วนการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าผู้สูงอายุที่ปัจจุบันยังดื่มส่วนใหญ่เป็นการดื่มเบียร์และเหล้า ร้อยละ ๔๖.๘๑ จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ดื่มในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง มีคะแนนMMSE ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ดื่ม และดีกว่ากลุ่มที่ดื่มอย่างหนัก^{๑๔} ผลการประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานและต่อเนื่องพบว่า สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้อย่างสมบูรณ์ร้อยละ ๗๓.๔๐ และมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องระดับมากร้อยละ ๙๐.๒๗ อาจเกิดจากเป็นผู้สูงอายุส่วนใหญ่ทำงานได้ตามปกติรวมทั้งสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้^{๑๕} ผลการศึกษาภาวะซึมเศร้าพบว่า ส่วนใหญ่ผลการวัดระดับซึมเศร้าอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ ๘๓.๕๔ จากการศึกษาพบว่าในหญิงวัยหมดประจำเดือนที่มีอายุ ๖๕-๗๙ ปีและมีภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย^{๑๖} การประเมินสภาพสมองเบื้องต้น (MMSE) พบว่าผู้สูงอายุมีผลการทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นปกติ ร้อยละ ๑๐๐.๐๐ และการประเมินพุทธิปัญญา (MoCA) พบว่าคนที่มีความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยจำนวน ๒๒๖ คนคิดเป็นร้อยละ ๘๔.๖๕ และคนที่มีความรู้คิดปกติ จำนวน ๔๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๕.๓๕ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าในผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยทำให้ไม่พบปัญหาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย พบว่า ปัจจัยด้านอายุ โรคและการเจ็บป่วยที่เป็น และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ ๐.๐๕ โดยปัจจัยด้านอายุ พบว่าอายุที่เพิ่มมากขึ้น มีผลให้ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยยิ่งมากขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยมากขึ้นในผู้สูงอายุที่มีอายุเพิ่มมากขึ้นเนื่องจากอายุมากขึ้นผนังหลอดเลือดจะหนาตัวและแข็งมากขึ้นเซลล์สมองและประสาทมีจำนวนลดลง ทำให้การเคลื่อนไหวและความคิดเชิงช้าลงจึงทำให้เกิดภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย๑๗ ปัจจัยด้านโรคและการเจ็บป่วยที่เป็น จากการศึกษาระยะยาว พบว่า โรคและความเจ็บป่วยเป็นตัวทำนายเกี่ยวกับการรู้คิดได้^{๑๘} และจากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะการเจ็บป่วยกับการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดตลอดช่วงอายุ พบว่า มีความสัมพันธ์กับการเกิดการรู้คิดบกพร่อง^{๑๙} และปัจจัยด้านภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุพบว่าในภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย และอาจจะเป็นสมองเสื่อมได้^{๒๐}

ข้อเสนอแนะ

๑. ควรประเมินพุทธิปัญญา หรือภาวะการรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังทุกคน โดยเฉพาะกลุ่มโรคความดันโลหิตสูงรวมทั้งกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมองเนื่องจากหากได้ค้นพบภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยตั้งแต่ระยะเริ่มต้น และผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าให้เข้าสู่ระบบรักษาต่อเนื่อง สามารถที่จะช่วยป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อมขึ้นได้ เพื่อให้มีความตระหนักในการป้องกันการเกิดโรค ส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายและกิจกรรมด้านการรู้คิดในชุมชน

๒. การในเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้รายละเอียดของข้อมูลในเชิงลึกและควรทำการศึกษาที่เป็นการจัดการกับภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย เพื่อป้องกันและชะลอการเป็นสมองเสื่อม

เอกสารอ้างอิง

๑. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. ๒๕๖๕. กรุงเทพมหานคร: บริษัท อมรินทร์คอร์เปอร์เรชั่นส์ จำกัด (มหาชน); ๒๕๖๖.
๒. สตรีรัตน์ อ่อนสนธิ. ภาวะสมองเสื่อมในผู้ป่วยนอกที่มาปรึกษาด้วยอาการหลงลืม. วารสารอายุรศาสตร์อีสาน. ๒๕๕๒; ๘(๑): ๕๑-๖๓.
๓. Ebersole P., et al. Psychological, cognitive, and social aspects of aging. ๒nd ed. Missouri: Elsevier Mosby.; ๒๐๐๕.
๔. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. โครงการการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์: การเปรียบเทียบความสัมพันธ์แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai) ๒๐๐๒ และแบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย (Thai Mini-mental State Examination; TMSE) ในการคัดกรองผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม. นนทบุรี: ซีจีที. ๒๕๕๑.
๕. Jitapunkuls, et al. The meaning of activity of daily living in a Thai elderly population: development of a new index. Age Ageing.; ๑๙๙๔.
๖. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แบบวัดความเครียดในผู้สูงอายุของไทย. สารศิริราช. ๒๕๓๗; ๔๖: ๑-๙.
๗. Hemrungron S. Montreal cognitive assessment (MoCA) thai version ๒๐๐๗ [Internet]. ๒๐๒๓[cited Jan๑๕, ๒๐๒๓] Available from: http://www.mocatest.org/pdf_files/test/MoCATest-Thai.pdf
๘. Handerson VW. Aging, estrogens, and episodic memory in women. CognBehav Neurol. ๒๐๑๙; ๒๒(๔): ๒๐๕-๒๑๔.
๙. Powers RE. Neurobiology of aging. In Coffey CE, & George MS. (Eds). Textbook of geriatric neuropsychiatry. ๓rd ed. London: American Psychiatric Publishing.; ๒๐๑๑.
๑๐. Miller CA. Wellness in Older Adults. ๕th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.; ๒๐๑๙.
๑๑. ชญานฉินท์ รัชมีมาสเมือง. สมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุที่มารับบริการที่คลินิกอายุรกรรมแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลอุดรธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.; ๒๕๖๑.
๑๒. Etgen T., et al. Mild cognitive impairment and dementia: The importance of modifiable risk factors. Deutsch Arzteblatt International. ๒๐๑๗; ๑๑๘(๔๔): ๗๔๓-๗๕๐.
๑๓. Leoutsakos, Jeannie-Marie S, et al. Effects of nonsteroidal anti-inflammatory drug treatments on cognitive decline vary by phase of pre-clinical Alzheimer disease: findings from the randomized controlled Alzheimer's Disease Anti-inflammatory Prevention Trial. International journal of geriatric psychiatry. ๒๐๑๒; ๒๗.๔: ๓๖๔-๓๗๔.
๑๔. Xu G., et al. Alcohol consumption and transition of mild cognitive impairment to dementia. Psychiatry and Clinical Neurosciences. ๒๐๑๙; ๖๓: ๔๓-๔๙.

๑๕. Lim, T.S., et al. in face perception in the amnesic form of mild cognitive impairment. Journal of the Neurological Sciences. ๒๐๑๙; ๓๐๙: ๑๒๓-๑๒๗.

๑๖. Goveas J.S., et al. Depressive symptoms and incidence of mild cognitive impairment and probable dementia in elderly women: the Women' Health Initiative Memory Study. J Am Geriatr Soc. ๒๐๑๑; ๕๙: ๕๗-๖๖.

๑๗. Kazer MW. Cognitive and neurologic function. In Meiner SE, (Editor). Gerontologic nursing. ๔th ed. St. Liou: MOSBY ELSEVIER; ๒๐๑๑.

๑๘. Staab AS.& Hodges LC. Essential of Gerontological Nursing: Adaptation to the Aging Process. Philadelphia: Lippincott.; ๒๐๑๖.

๑๙. Euser SM., et al. The effect of age on the association between blood pressure and cognitive function later in life. The American Geriatrics Society. ๒๐๑๙; ๕๗: ๑๒๓๒-๑๒๓๗.

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานด้วยโทรเวชกรรม อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี

สุตสาคร ไชยสาร
โรงพยาบาลตระการพืชผล

บทคัดย่อ

การวิจัย และพัฒนา (Research & Development) นี้เพื่อพัฒนารูปแบบและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ด้วยเทคโนโลยีโทรเวชกรรม (Telemedicine) ภายใต้กรอบแนวคิดระบบสุขภาพขององค์การอนามัย กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ๑) บุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานจำนวน ๓๐ คน ๒) ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจรักษาด้วยเทคโนโลยีโทรเวชกรรมระหว่างเดือนตุลาคม ๒๕๖๖-เมษายน ๒๕๖๗ จำนวน ๔๐๐ คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่แบบสัมภาษณ์ แบบบันทึกข้อมูลการรักษาผู้ป่วย แบบสอบถามความพึงพอใจและแบบวัดประสิทธิผลของรูปแบบ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติทดสอบ Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่าด้านบุคลากรสุขภาพหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วย มีระดับบริหารจัดการโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี ยกเว้นเรื่องระบบการเงิน อยู่ในระดับปานกลาง ด้านผู้ป่วยเบาหวานมีค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารอย่างน้อย ๘ ชั่วโมง (FBS) และน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ ภาพรวมระดับการรับรู้ประโยชน์ในการใช้งานดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้วยโทรเวชกรรม มีการรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับดีมาก (Mean = ๔.๖๐ , S.D.=๐.๕๘) กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความง่ายในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้วยโทรเวชกรรมอยู่ในระดับดี (Mean = ๔.๐๕, S.D.=๐.๕๔) ผู้ป่วยมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับดี (Mean = ๔.๐๗, S.D.=๐.๖๙)

สรุป: หลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น บุคลากรสุขภาพได้รับการสนับสนุนให้เกิดการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้วยระบบเทคโนโลยีโทรเวชกรรมครอบคลุมกรอบแนวคิดระบบสุขภาพ อยู่ในระดับดี ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้สะดวก ประสิทธิภาพการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น ต้นทุนในการบริการลดลง ลดความเหลื่อมล้ำในการรักษา โดยรูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้สามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการโรคเบาหวานทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ

คำสำคัญ : โรคเบาหวาน การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโทรเวชกรรม

หลักการ และเหตุผล

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ พ.ศ.๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ ได้กำหนดไว้ในยุทธศาสตร์พัฒนาประเทศ ด้านการเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์ และยังได้กำหนดไว้ในยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศด้านการสร้างความเป็นธรรมและลดความเหลื่อมล้ำในสังคม ซึ่งมีแนวทางการพัฒนาโดยการจัดบริการด้านสุขภาพให้กับประชากรที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล พร้อมทั้งนำเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารมาใช้ในการแก้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์เฉพาะทาง^๑

โทรเวชกรรม หรือ Telemedicine หมายถึงการแพทย์ทางไกล^๒ ซึ่งเป็นการรักษาพยาบาลที่นำเอาความก้าวหน้าทางด้านโทรคมนาคมมาประยุกต์ใช้กับบริการทางการแพทย์ เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาและคำแนะนำจากโทรเวชกรรม ทำให้เกิดการเชื่อมต่อบริการทางการแพทย์ระหว่างโรงพยาบาล สถานพยาบาลใกล้บ้านและร้านยา ทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องเดินทางมายังโรงพยาบาล

แต่ยังได้รับบริการเหมือนกับการเดินทางไปตรวจที่โรงพยาบาลด้วยตนเอง ทำให้ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และสามารถลดความแออัดของโรงพยาบาลลงได้^๓

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ส่งผลให้อวัยวะเสื่อมสมรรถภาพ และทำงานล้มเหลว^๓ เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของโลก สมาพันธ์เบาหวานนานาชาติรายงานว่า พบผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลก ๔๖๓ ล้านคนหรือ ๑ ใน ๑๐ คน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น^๔ จากข้อมูลองค์การอนามัยโลกในปีคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. ๒๕๔๘ จะมีผู้ป่วยโรคเบาหวาน ๖๔๒ ล้านคน^๕ สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. ๒๕๕๖ ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีอัตราเสียชีวิต ๑๔.๙๓ ต่อประชากรแสนคน เพิ่มขึ้นเป็น ๑๒๒.๐๙ ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ หรือคิดการเสียชีวิตเฉลี่ยวันละ ๓๑ คน^๖ อำเภอดงรักการพิชผลมีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน ๔,๙๗๐ คนในปี ๒๕๖๖ ซึ่งในปี ๒๕๖๕ มีผู้ป่วยที่ควบคุมน้ำตาลได้ดีเพียงร้อยละ ๓๐.๐๓

ที่ผ่านมาได้มีการนำนโยบายด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน แต่การขับเคลื่อนมาตรการต่างๆ สู่การปฏิบัติไม่ได้ปรับให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และไม่มี การดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย ทางโรงพยาบาล ดระการพิชผลจึงได้นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้วยโทรเวชกรรมมาใช้ในดูแลผู้ป่วยเบาหวานเพื่อ เป็นการสร้างองค์ความรู้ให้กับผู้ป่วย และเพิ่มประสิทธิภาพการรักษา ตามกรอบแนวคิดขององค์การ อนามัยโลก^๖ (WHO system building block) ๖ เสาหลักของระบบสุขภาพ (๖ Building Blocks) ร่วมใช้หลักการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมดำเนินการ โดยประยุกต์จากทฤษฎีการยอมรับ เทคโนโลยีโดย Davis เพื่อนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ยั่งยืนต่อไป

ผู้วิจัยเป็นแพทย์ที่มีหน้าที่รักษาผู้ป่วยเบาหวาน ในพื้นที่รับผิดชอบ จึงศึกษาผลของการใช้โทร เวชกรรมรักษาผู้ป่วยเบาหวาน ที่จะมีผลต่อระบบการบริการดูแลรักษาทั้งผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ เพื่อนำผลการศึกษาไปพัฒนาระบบการดูแลรักษาให้มีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

๑. ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานอำเภอดงรักการพิชผล จังหวัดอุบลราชธานี
๒. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ด้วยโทรเวชกรรม (telemedicine)
๓. เพื่อประเมินประสิทธิผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ด้วยโทรเวชกรรม

การดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็น Research & Development เพื่อพัฒนารูปแบบและประเมินประสิทธิผล รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านด้วยโทรเวชกรรม ภายใต้กรอบแนวคิดระบบสุขภาพขององค์การ อนามัยโลกและใช้หลักการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากงานวิจัยผ่านการพิจารณาจากศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข อุบลราชธานี เมื่อวันที่ ๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ เลขที่ SSJ.UB ๑๔๒ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ๑) บุคลากร สุขภาพที่ประกอบด้วย บุคลากรสุขภาพโรงพยาบาลดระการพิชผล ๑๐ คน และ รพ.สต. แห่งละ ๑ คน จำนวน ๒๐ แห่ง รวม ๓๐ คนระดับอนุปริญญาตรีขึ้นไปและมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ๖ เดือนขึ้นไป ๒) ผู้ป่วยเบาหวานที่รักษาด้วยโทรเวชกรรมอย่างน้อย ๓ เดือนขึ้นไปอายุมากกว่า ๑๘ ปีขึ้นไป ๔๐๐ คน โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างจากตารางของ Yamane ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ ๙๕.๐๐ เก็บโดยการสุ่มแบบบังเอิญ (Accidental Sampling) เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ แบบบันทึก

การรักษา แบบสอบถามและแบบวัดประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานขององค์การอนามัยโลก ๖ ประการ^๖ คือ ๑) การให้บริการ ๒) กำลังคนด้านสุขภาพ ๓) ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ ๔) การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ ๕) การจัดระบบการเงิน ๖) การอภิบาลระบบโดยกำหนดให้มีการประเมินตัวแปรเชิงผลลัพธ์คือ ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ลดลงผู้ป่วยเบาหวานเห็นประโยชน์ของโทรเวชกรรม ความง่ายในการใช้บริการโทรเวชกรรมและความพึงพอใจของผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้บริการโทรเวชกรรมความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) เท่ากับ ๐.๘๕

การสร้างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยดำเนินงานระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๖ และระยะนำรูปแบบไปใช้และประเมินประสิทธิผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้วยโทรเวชกรรม ดำเนินการวิจัยระหว่าง ๑ มกราคมพ.ศ. ๒๕๖๗ - ๓๑ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๗ กลุ่มตัวอย่าง มี ๒ กลุ่ม คือ กลุ่ม ๑ เป็นกลุ่มบุคลากรสุขภาพที่ทำการสร้างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้วยโทรเวชกรรมเป็นกลุ่มเดียวกับดำเนินการในระยะเวลาที่ ๑ โดยใช้แบบประเมินการบริหารจัดการของบุคลากรสุขภาพ โดยการสอบถามครั้งเดียวหลังสิ้นสุดการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้วยโทรเวชกรรมและกลุ่มที่ ๒ ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้ทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้วยโทรเวชกรรมจำนวน ๔๐๐ คน ประกอบด้วย ผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลตระการพืชผลและ รพ.สต.ในเขตอำเภอตระการพืชผล โดยการสอบถามครั้งเดียวหลังสิ้นสุดการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้วยโทรเวชกรรมวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบ Paired sample t-test

ผลการวิจัย

๑.สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย ๑) บุคลากรสุขภาพ พบว่าบุคลากรสุขภาพมีความรู้ความเข้าใจและทักษะเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานไม่เพียงพอ ๒) ด้านระบบบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน มีความแออัดในการรักษาที่โรงพยาบาล ไม่มีการรักษาผู้ป่วยเฉพาะรายไม่มีคาร์ลมาโรงพยาบาล ยังไม่มีการนำนโยบายสู่การปฏิบัติอย่างจริงจัง แนวทางขอคำปรึกษาไม่ชัดเจน ขาดระบบการส่งต่อข้อมูลและการประสานงานเพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ระบบการนิเทศติดตามกำกับทางคลินิกไม่ต่อเนื่อง ๓) ไม่มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นสำหรับให้ผู้ป่วยยืมกลับไปใช้ที่บ้านได้อย่างเพียงพอ เช่น อุปกรณ์วัดระดับน้ำตาลในเลือด

๒. รูปแบบการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้วยโทรเวชกรรม เป็นการบริหารจัดการโดยการยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นจุดศูนย์กลาง การดูแลแบบองค์รวมที่เน้นความสะดวกในทุกด้าน ความต่อเนื่องในการดูแล การดูแลแบบเป็นทีม การส่งเสริมระบบสนับสนุนการดูแล เป้าหมายในการดูแลเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวเรียกว่า "Trakan DM Telemedicine MODEL"

๓. การประเมินประสิทธิผล ทั้งด้านบุคลากรผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ ดังนี้

๓.๑ด้านบุคลากรสุขภาพ ผลการศึกษาการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้วยโทรเวชกรรม ตามหลักกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก ๖ ด้าน ได้แก่ การนำส่งบริการ กำลังคนด้านสุขภาพ ข้อมูลสุขภาพ การเข้าถึงยาที่จำเป็น และการอภิบาลระบบ อยู่ในระดับดี ส่วนด้านการเงิน / การแบ่งปันทรัพยากร อยู่ในระดับปานกลาง ภาพรวมอยู่ในระดับดี (Mean = ๔.๒๐, S.D. = ๐.๔๖) ระดับการรับรู้ประโยชน์ในการใช้งานดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้วยโทรเวชกรรม มีการรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับดีมาก (Mean = ๔.๖๐, S.D. = ๐.๕๕) การรับรู้ความง่ายระบบดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้วยโทรเวชกรรม

๓.๒ การเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหาร (FBS) และน้ำตาลสะสม (HbA๑c) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p < 0.001$ รายละเอียดตามตารางที่ ๑

ตารางที่ ๑ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ก่อน และหลัง โทรเวชกรรม

น้ำตาลในเลือด	ก่อน (N=๔๐๐)		หลัง (N=๔๐๐)		diff	t	p
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
FBS	๓๗๑.๔๗	๖๒.๐๙	๒๑๙.๔๔	๖๒.๑๙	-๑๕๒.๐๓	๓๖.๒๑	๐.๐๐๐
HbA๑c	๙.๖๘	๒.๑๔	๘.๖๕	๒.๐๔	-๑.๐๓	๑๐.๖๘	๐.๐๐๐

ผู้ป่วยเบาหวาน มีการรับรู้ความง่ายอยู่ในระดับดี (Mean = ๔.๐๕, S.D. = ๐.๕๔) ความพึงพอใจต่อการใช้งานระบบดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้วยโทรเวชกรรมของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานมีความพึงพอใจอยู่ในระดับดี (Mean = ๔.๐๗, S.D. = ๐.๖๙)

อภิปรายผล

๑. บุคลากรสุขภาพผลการบริหารจัดการอยู่ในระดับดีเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ให้บริการอย่างสม่ำเสมอในการรักษาโรคเบาหวาน และเป็นกลุ่มที่เคยทำงานโทรเวชกรรมเกี่ยวกับการรักษาโรคโควิด ๑๙ มาก่อน ซึ่งอาจได้รับความรู้ คำแนะนำ ประสบการณ์จากกรณีโรคระบาดโควิด ๑๙ มาใช้ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการบริหารจัดการโทรเวชกรรมที่นำมาปรับใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานในระดับดีสอดคล้องกับการศึกษาของบุษยมาส บุศยารัตน์ พบว่าจัดสรรค่า OP เป็นรายหัวให้แก่รพ.สต. จะต้องมีการปรับปรุงเหมือนกันซึ่งหากจะพิจารณารายประเด็นพบว่ากลุ่มตัวอย่างจะพบว่า

๑.๑) การนำส่งบริการมีการส่งเสริมให้ผู้บริหาร และบุคลากรเข้าใจ CPG การรักษาโรคเบาหวานด้วยโทรเวชกรรมอย่างชัดเจนทำให้การบริการผู้ป่วยเบาหวานในระดับดี

๑.๒) กำลังคนด้านสุขภาพการทบทวนแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน มีผลต่อมีพัฒนาสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับดี

๑.๓) ข้อมูลสุขภาพที่สามารถให้ผู้ป่วยและผู้รักษาเห็นผลระดับน้ำตาลทันที สามารถนำไปสู่การจัดการข้อมูลและแนวทางการรักษาในระดับดี

๑.๔) การเข้าถึงยาที่จำเป็นพบว่าส่งเสริมการใช้ยาที่หลากหลาย สามารถตัดสินใจที่จะเลือกใช้อินซูลิน ลดความเหลื่อมล้ำในการใช้ยา

๑.๕) การเงินพบว่าการจัดสรรงบประมาณรายหัวให้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อยู่ในระดับปานกลางอาจเนื่องจากงบประมาณในการป้องกันโรคมีค่อนข้างจำกัด

๑.๖) การอภิบาลระบบมีการนำนโยบายสู่การปฏิบัติได้อย่างชัดเจน การดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม เป็นทีมประสานงานเครือข่ายและมีผู้รับผิดชอบงานที่ชัดเจน ทำให้ขับเคลื่อนงานในระดับดี

๒. สำหรับผู้ป่วยเบาหวานแพทย์ผู้รักษาสะท้อนให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงค่าระดับน้ำตาลในเลือด ทุกครั้งที่มีการเจาะน้ำตาล ให้คำแนะนำและทบทวนการปฏิบัติทำให้ผู้ป่วยได้รับทราบผลแล้วนำข้อมูล มาตัดสินใจวางแผนการดูแลสุขภาพของตนเอง เกิดความตระหนักและมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ นำไปสู่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยของระดับ FBS และ HbA_{1c} ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของพวงเพชร เหล่าประสิทธิ์^๕ พบว่าหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง ดีวก่อนการใช้รูปแบบการ ดูแลผู้ป่วยที่ได้พัฒนาขึ้นและระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้ความง่ายระบบดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้วยโทรเวชกรรมของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความง่ายอยู่ในระดับดี เนื่องมาจากปรากฏการณ์ทางสังคมในช่วง Covid-๑๙ ระบาด มีความต้องการ และประยุกต์ใช้ เทคโนโลยีสื่อสารทางการแพทย์ นำไปสู่ความปกติวิถีใหม่ ที่ต่อ ยอดเป็นนวัตกรรม ผ่าน Application พบบท เพื่อประยุกต์ใช้เทคโนโลยี ด้านการสื่อสาร ในการตรวจ วินิจฉัยและให้คำแนะนำ พุดคุย ผ่านระบบ ประชุมวิดีโอ (Video call) ทำให้เกิดการบูรณาการมิติ ด้านการสื่อสาร

ความพึงพอใจต่อการใช้ระบบดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้วยโทรเวชกรรมของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย เบาหวานพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจอยู่ในระดับดี ทั้งนี้เนื่องจากการนำเทคโนโลยีโทรเวชกรรม มาประยุกต์ใช้ทำให้เกิดประโยชน์ในการตรวจรักษาผู้ป่วย มีข้อดีหลายประการ เช่น ลดระยะเวลาในการ รอคอยรับบริการ ลดความแออัดในโรงพยาบาล ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในการเดินทางมารับบริการ ที่โรงพยาบาล และไม่เสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

๑. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้ ๖ เสาหลักองค์การอนามัยโลก บาง องค์ประกอบมีส่วนขาดที่ต้องพัฒนาโดยเฉพาะเรื่อง financing ควรกำหนดแผนการจัดสรรงบประมาณ ให้มีเหมาะสมและคุ้มค่าโดยวิเคราะห์ต้นทุนบริการเช่น Blood Glucose strips ทั้งนี้เพื่อให้สอดคล้อง กับภาวะการปัจจุบันและควรมีการสร้างแรงจูงใจในการดำเนินงานให้แก่ รพ.สต. เช่นค่าตอบแทน

๒. การจัดให้มีช่องทางติดต่อขอคำปรึกษาจากแพทย์และพยาบาลให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึง บริการได้ง่ายเช่นโทรศัพท์ Line application จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการสุขภาพตนเองได้อย่าง ถูกต้องเหมาะสม และยังเป็นการดูแลผู้ป่วยแบบรายบุคคล

๓. สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ทั้งการแจ้งผลการตรวจระดับน้ำตาลใน เลือดการให้คำแนะนำฯทำให้ผู้ป่วยมีข้อมูลในการตัดสินใจ และวางแผนการดูแลสุขภาพของตนเอง นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืนและเกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดี

เอกสารอ้างอิง

๑. แผนพัฒนาการเศรษฐกิจแห่งชาติ. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.)แหล่งข้อมูลhttps://www.nesdc.go.th/ewt_news.php?nid=๒๙๔๓[สืบค้นเมื่อ ๒๐ สิงหาคม ๒๕๖๖]
๒. Telemedicine: opportunities and developments in member states: report on the second global survey on eHealth ๒๐๐๙ [Internet]. ๒๐๒๐. [cited ๒๐๒๓ ๑๒

- June. Available from https://www.who.int/goe/publications/goe_telemedicine_๒๐๑๐.pdf.
๓. วีระชน ทวีศักดิ์ . การพัฒนารูปแบบการรับและส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยใช้เครือข่ายสุขภาพร่วมกับระบบการแพทย์ทางไกล อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน.๒๐๒๓; ๙(๑):๑๔๘-๑๕๙.
 ๔. สมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน. มาตรฐานโรคเบาหวานกันเถาะ แหล่งข้อมูล www.thaide.org/ เบาหวาน ปี ๒๕๖๓ .[เข้าถึงเมื่อ ๒๐ ส.ค. ๒๕๖๖]
 ๕. วิชัย เทียนถาวร. ระบบการเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในประเทศไทย:นโยบายสู่การปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ ๓. กรุงเทพฯ: นิเวศธรรมดาการพิมพ์; ๒๕๕๕.
 ๖. World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva: WHO Document Production Services; ๒๐๑๐.
 ๗. Davis RM, Hitch AD, Salaam MM, Herman WH, Zimmer-Galler E, Mayer-Davis EJ. Tele health improves diabetes self-management in an underserved community. Diabetes Care ๒๐๑๐;๓๓:๑๗๑๒-๗.
 ๘. บุษยมาส บุศยารัตน์.การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงในยุควิถีใหม่ เขตอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม.วารสารการแพทย์เขต ๔-๕. ๒๕๖๖;๔๒:๖๓-๗๗.
 ๙. พวงเพชร เหล่าประสิทธิ์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ของโรงพยาบาลชุมชน และเครือข่าย. วารสารวิชาการแพทย์เขต ๑๑. ๒๕๖๖;๓๗:๒๙-๔๕.

ผลของโปรแกรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุตำบลหน้าเมืองอำเภอเมืองจังหวัดฉะเชิงเทรา

ประภาพรรณ นิลศิริ
โรงพยาบาลพุทธโสธร

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) ทำการวัดก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest-Posttest Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ทำการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุจำนวน ๓๐ คน โดยใช้โปรแกรมการดูแลตนเองที่มีเนื้อหาด้านความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองโรคความดันโลหิตสูงความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการดูแลตนเอง การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การปฏิบัติพฤติกรรมในการควบคุมอาหาร การออกกำลังกายการรับประทานยา และการจัดการความเครียด ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรมในด้านความต้องการในการดูแลตนเองการ ประเมินผลหลังสิ้นสุดโปรแกรม ๖ สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบ Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p=.006$ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองก่อนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = 0.001$

โปรแกรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้นและเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองในทางที่เหมาะสมจึงควรนำวิธีการจัดโปรแกรมสุขศึกษาไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น

คำสำคัญ: โปรแกรมการดูแลตนเอง โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง

หลักการ และเหตุผล

โรคหลอดเลือดสมองหรือโรคอัมพฤกษ์อัมพาตเกิดจากภาวะที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยงเพราะมีการตีบ อุดตัน หรือแตกของเส้นเลือดที่นำไปเลี้ยงส่วนต่างๆส่งผลให้สมองขาดเลือดอยู่ในภาวะที่ทำงานไม่ได้ โดยสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกในปี ค.ศ. ๒๐๒๐ ทั่วโลกมีประชากรที่เสียชีวิตลงด้วยโรคหลอดเลือดสมองสูงถึง ๕,๗๑๒,๒๔๐ คนจากผู้ป่วยจำนวน ๑๘ ล้านคน^๑ ซึ่งองค์การอนามัยโลก^๒ ได้ระบุปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองไว้ ๘ ปัจจัยโดยอันดับแรกคือภาวะความดันโลหิตสูงปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคเกิดจากสาเหตุหนึ่งที่สำคัญคือความดันโลหิตสูง^๓ เนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูงทำให้หลอดเลือดไปเลี้ยงสมองเสียความยืดหยุ่น และอาจตีบแคบก่อให้เกิดการโป่งพอง เมื่อระดับความดันโลหิตสูงขึ้นอีกอาจทำให้หลอดเลือดบางส่วนเกิดการแตก โดยเฉพาะกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตจะเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองขึ้น ๒ เท่า^๔ สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทยในรอบ ๑๐ ปีที่ผ่านมา (พ.ศ.๒๕๕๖ - ๒๕๖๕) ของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขพบว่า อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเมื่อพิจารณาแยกเป็นรายปีพบว่าตั้งแต่ปีพ.ศ.๒๕๖๐ เป็นต้นไปอัตราตายเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก ๓๘.๘, ๔๑.๐, ๔๗.๕, ๗๐.๐ และ ๙๑.๗ ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ จังหวัดฉะเชิงเทราปี พ.ศ. ๒๕๖๕ - ๒๕๖๖ พบว่าผู้ป่วยโรค

ความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีจำนวน ๗๐๕ คน และตำบลหน้าเมือง พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจำนวน ๑๙๗ คนเป็นเพศชาย ๗๐ คน (ร้อยละ ๓๕.๕) เพศหญิง ๑๒๗ คน (ร้อยละ ๖๔.๕) ซึ่งมากกว่าตำบลอื่นในอำเภอเมือง นอกจากนี้ยังพบว่า ในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖ พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน ๕๐, ๕๐ และ ๕๗ รายตามลำดับ^๕

จากการศึกษาของนิตยา พันธุ์เวช และนุชรี อาบสุวรรณ^๖ พบว่าระบุงบปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองคือภาวะความดันโลหิตสูงโดยการควบคุมภาวะโรคความดันโลหิตสูงต้องให้ความสำคัญกับการรักษาและการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม^๗ ดังนั้นการสร้างความสามารถในการดูแลตนเองจนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมคือระบบสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลตนเองที่เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของโอเรม^๘ การควบคุมโรคความดันโลหิตสูงให้ได้ผลดีนั้นจะต้องปฏิบัติตัว และดูแลตนเองต่อเนื่องโดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้ความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองอย่างถูกต้องควบคุมปัจจัยเสี่ยงการรับประทานยาการมาตรวจตามนัดการสร้างความสามารถในการดูแลตนเองจนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยพยาบาลมีบทบาทในการให้ความรู้ และสนับสนุนให้ผู้ป่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างเพียงพอ และต่อเนื่องวิธีการให้ความช่วยเหลือพยาบาลมีบทบาทในการให้ความช่วยเหลือบุคคลที่มีความบกพร่องในการดูแลตนเองที่เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ^๙ โดยพยาบาลเป็นผู้สนับสนุนทางเลือกในการปฏิบัติตัวอย่างที่เหมาะสม

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่จะดำเนินการส่งเสริมสุขภาพให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องเหมาะสมส่งผลให้ระดับความดันโลหิตมีแนวโน้มลดลงและเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจให้เกิดความตระหนักต่อการดูแลตนเองไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนลดภาระของครอบครัวและสังคม รวมทั้งยังลดความสูญเสียค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศชาติ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุตำบลหน้าเมือง อำเภอเมืองจังหวัดฉะเชิงเทรา

การดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยการวิจัยนี้เป็นการวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) ทำการวัดก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest-Posttest Design) ศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มารับบริการในคลินิกโรคความดันโลหิตสูงศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองวัดจีนประชาสโมสรตำบลหน้าเมืองอำเภอเมืองจังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน ๓๐ ราย ทำการศึกษาระหว่างเดือนเมษายน - พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

ประชากรกลุ่มตัวอย่างประชากรเป็นผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุทั้งเพศชายและหญิงที่มารับบริการในคลินิกโรคความดันโลหิตสูงศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองวัดจีนประชาสโมสรตำบลหน้าเมืองอำเภอเมืองจังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน ๑๒๖ คนการคำนวณขนาดตัวอย่างใช้โปรแกรม G* Power^{๑๐} การกำหนดอำนาจทดสอบ (β)= .๘๐ ความเชื่อมั่น (α)= .๐๕ และการกำหนดค่าอิทธิพล

(effect size) เท่ากับ .๖๐๑๐ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ๒๖ คน แต่เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) ซึ่งควรมีขนาดกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อย ๒๖ ราย ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่าง ๓๐ คน การทดลองจะเพิ่มอีกร้อยละ ๑๐.๐ - ๒๐.๐ เพื่อกันกลุ่มตัวอย่างสูญหายจากโปรแกรม^{๑๐} เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ อายุตั้งแต่ ๓๕ - ๖๐ ปี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ และไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือโรคประจำตัวอื่น มีประสบการณ์ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ต่ำกว่า ๑ ปี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือโรคอื่นร่วม สมัครใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยจำนวน ๓๐ ราย เกณฑ์การคัดออก กลุ่มตัวอย่างบอกเลิกเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามงานวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่มต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ^{๑๑} ร่วมกับแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานของกองสุขภาพการสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุขการศึกษาค้นคว้าโดยใช้แนวคิดการดูแลตนเองร่วมกับแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม ซึ่งพัฒนาเป็นโปรแกรมการดูแลตนเอง โดยจัดโปรแกรมทั้งหมด ๖ สัปดาห์ละ ๑ วัน โดยสัปดาห์ที่ ๑ (เวลา ๒ ชั่วโมง) ให้ผู้ศึกษาได้แก่การชมวีดิทัศน์การบรรยายเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสัปดาห์ที่ ๒ (เวลา ๒ ชั่วโมง) ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงปัจจัยการเกิดโรคอาการและอาการแสดงแนวทางการรักษาและการปฏิบัติตัวและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนสัปดาห์ที่ ๓ (เวลา ๒ ชั่วโมง) ให้ผู้ศึกษาเรื่องการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองการรับประทานอาหารการควบคุมน้ำหนักการรับประทานยาและการสังเกตอาการข้างเคียงการออกกำลังกายการหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นอันตรายต่อชีวิตและโรคการผ่อนคลายและการจัดการกับความเครียดสัปดาห์ที่ ๔ (เวลา ๒ ชั่วโมง) สาธิตการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงการรับประทานอาหารการควบคุมน้ำหนักการรับประทานยาและการสังเกตอาการข้างเคียงการออกกำลังกายการหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นอันตรายต่อชีวิตและโรคการผ่อนคลายและการจัดการกับความเครียดสัปดาห์ที่ ๕ (เวลา ๒ ชั่วโมง) แบ่งกลุ่มฝึกทักษะให้เกิดการปฏิบัติโดยคัดเลือกผู้ที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีให้อยู่คละกับผู้ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตของตนได้ไม่ดีกลุ่มละเท่าๆกันแบ่งออกเป็น ๓ กลุ่มกลุ่มละ ๑๐ คน โดยทำการฝึกการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและสัปดาห์ที่ ๖ (เวลา ๒ ชั่วโมง) ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลหลังการทดลองโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ๑) การหาความตรงด้านเนื้อหาของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน ๓ ท่าน ซึ่งได้ความตรงด้านเนื้อหา (IOC) ทั้งฉบับเท่ากับ ๑.๐๐๒) การหาค่าความเที่ยงแบบสอบถามด้านความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองใช้สูตรของคูเดอร์ริชาร์ดสัน ๒๐ (KR-๒๐) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม ๐.๘๐ และค่าอำนาจจำแนก เท่ากับ ๐.๔๕ ส่วนด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองหาค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟา ของครอนบาค (Cronbach's Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ ๐.๘๗^{๑๐}

การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์ตามข้อคำถามในแบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบ ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสัมภาษณ์ก่อนจบการสัมภาษณ์ และโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการทดลองวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบ Paired t-test

งานวิจัยได้ผ่านการอนุมัติรับรองการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมเพื่อทำการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา ลงวันที่ ๑๐ เมษายน ๒๕๖๗

ผลการวิจัย

หลังการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดตามตารางที่ ๑

ตารางที่ ๑ เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		diff	t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.			
ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	๑๔.๘๕	๓.๑๒	๑๖.๙๓	๕.๓๓	๒.๐๘	๒.๘๗	๐.๐๐๖
พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	๑๑๗.๕๓	๕.๗๗	๑๓๕.๓๐	๘.๙๐	๑๗.๗๗	๑๕.๑๔	๐.๐๐๑

อภิปรายผล

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้น โดยมีค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = ๐.๐๐๖$ และหลังการทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = ๐.๐๐๑$ เนื่องจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับโปรแกรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองผ่านการเรียนรู้ด้วยการบรรยายชมวีดิทัศน์การป้องกันโรคความดันโลหิตสูงภาพพลิก การแจกแผ่นพับการสาธิตและการฝึกปฏิบัติการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงซึ่งสามารถทำให้จดจำได้ง่ายมีการพูดเน้นย้ำอย่างต่อเนื่องกระตุ้นเตือนด้วยแผ่นโปสเตอร์ตลอดการวิจัยตลอดจนมีการให้ฝึกทักษะที่ถูกต้องในการดูแลตนเองด้านต่างๆ เช่น การดูแลตนเองทั่วไป การดูแลสุขภาพกายการควบคุมอาหารการรับประทานอาหารการออกกำลังกายการควบคุมระดับความดันโลหิต และการมาตรวจตามแพทย์นัด และฝึกทักษะการจับชีพจรเพื่อสร้างการ

ประเมินความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองของตนเองอย่างง่ายด้วยการจับชีพจร สอดคล้องกับการศึกษาของวัลลยา ทองน้อย^{๑๒} พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้เพิ่มขึ้นจากการอบรมและไพรวัลย์นรสิงห์^{๑๓} ได้ศึกษาการประยุกต์ใช้แนวคิดเทคนิค AIC ในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุในตำบลเขารวกอำเภอสาสนีจังหวัดลพบุรีพบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตตัวบน และระดับความดันโลหิตตัวล่างอยู่ในระดับปกติเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = 0.05$ โดยการจัดกิจกรรมโปรแกรมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุนี้เน้นการเสริมสร้างความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองก่อนแล้วเชื่อมโยงให้ทราบความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นอยู่เน้นย้ำโดยใช้การบรรยายภาพพลิกแผ่นพับ การสาธิต และการปฏิบัติจริงสอดคล้องกับงานวิจัยของวรวิญญา แพลงดี^{๑๔} พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในกลุ่มที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมมากกว่ากลุ่มที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

ข้อเสนอแนะ

๑.เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการนำโปรแกรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ไปปรับใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้สามารถดูแลตนเองได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

๒.โปรแกรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้ และเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองในทางที่เหมาะสมจึงควรนำวิธีการจัดโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น

เอกสารอ้างอิง

๑. ธีรรัตน์อภิญญาและนิตยาพันธุ์เวช. ประเด็นสารรณรงค์วันอัมพาตโลกปี ๒๕๕๖.กรุงเทพฯ: กลุ่มป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรังในประชากรสำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรคสำนักงานโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค.๒๕๖๓.
๒. Frizzell, J. P. Acute Stroke: Pathophysiology, Diagnoses and Treatment.AACN Clinical. ๒๐๒๓;๑๖(๔), ๔๒๑-๔๔๐.
๓. นิตยาพันธุ์เวชและนุชรีอาบสุวรรณ. ประเด็นสารรณรงค์วันอัมพาตโลกปี ๒๕๖๓. นนทบุรี: สำนักงานโรคไม่ติดต่อกระทรวงสาธารณสุข. ๒๕๖๓.
๔. Briones, T and Therrien B. Behavioral Effects of Transient Cerebral Ischemia.Biol Res Nurs, ๒๐๑๗;๑(๔), ๒๗๖-๒๘๖.
๕. โรงพยาบาลพุทธโสธร. สถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลพุทธโสธร ปี ๒๕๖๔-๒๕๖๖. ฉะเชิงเทรา: โรงพยาบาล.๒๕๖๖.
- ๖.นิตยาพันธุ์เวชและนุชรีอาบสุวรรณ. ประเด็นสารรณรงค์วันอัมพาตโลกปี ๒๕๖๓. นนทบุรี: สำนักงานโรคไม่ติดต่อกระทรวงสาธารณสุข. ๒๕๖๓.

- ๗.สถาบันประสาทวิทยา. แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน. กรุงเทพฯ:สถาบันประสาทวิทยา. ๒๕๕๙.
๘. นฤมลอนุมาศและชอลดาพันธุ์เสนา. การศึกษาปรากฏการณ์ทางการพยาบาล : การสื่อสารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. ๒๕๖๒;๑๖(๔), ๖๔-๗๖.
๙. นฤมลอนุมาศและชอลดาพันธุ์เสนา. การศึกษาปรากฏการณ์ทางการพยาบาล : การสื่อสารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. ๒๕๖๒;๑๖(๔), ๖๔-๗๖.
๑๐. ยุวดี ฤาชา และคณะ. วิจัยทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ ๖. โรงพิมพ์สยามปริ้นติ้ง กรุงเทพมหานคร.๒๕๖๓.
๑๑. จิราวดีสินไชย. ผลของโปรแกรมการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่มต่อการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ.วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่มหาวิทยาลัยขอนแก่น.๒๕๖๒.
๑๒. วลัยยาทองน้อย. การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางด้านสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่ำบลโนนพะยอมอำเภอนบพหังหวัดขอนแก่น.วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. ๒๕๖๓;๕(๑), ๕๐-๖๑.
- ๑๓.ไพรวลัยนรสิงห์. การประยุกต์ใช้แนวคิดเทคนิค AIC ในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุในตำบลเขารวกอำเภอลาสนธิจังหวัดลพบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ๒๕๖๔.
- ๑๔.วรัญญาแปลงดี. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้กับกลุ่มที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้.วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.๒๕๖๓.

**ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๓
ที่มารับบริการที่คลินิกหมอครอบครัวตากสิน โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช**

สุนิสา ใจสุภาพ

โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi-experimental research) เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๓ แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One Group pretest – posttest design) ประชากรคือผู้ป่วย โรคไตเรื้อรังระยะที่ ๓ ที่มารับบริการที่คลินิกหมอครอบครัวตากสิน โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จำนวน ๓๒๕ ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๔๔ ราย เครื่องมือการวิจัยมี ๒ ส่วน ส่วนที่ ๑ คือเครื่องมือในการทดลอง ประกอบด้วย โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม คู่มือการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม และแบบบันทึกพฤติกรรม การจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ส่วนที่ ๒ คือ แบบเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมชะลอไตเสื่อมประกอบด้วย แบบเก็บข้อมูลทั่วไป และข้อมูลทางคลินิก แบบประเมินความรู้ในการชะลอไตเสื่อม และ แบบประเมินพฤติกรรม การจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ดำเนินการศึกษาที่คลินิกหมอครอบครัวตากสิน โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ระหว่างเดือนพฤศจิกายน ๒๕๖๖ – กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗ ใช้เวลาในการประเมินโปรแกรมเป็นระยะเวลา ๑๒ สัปดาห์วิเคราะห์ด้วยสถิติทดสอบ Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรม การจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ทั้ง ๔ ด้าน หลังการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ ตัวชี้วัดทางคลินิกได้แก่ระดับครีเอตินิน และอัตราการกรองของไตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$

โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๓ มีผลให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการจัดการตนเองเพิ่มขึ้น ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลให้ผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้นชะลอไตเสื่อมได้

คำสำคัญ : การจัดการตนเอง ไตเรื้อรังระยะ ๓

หลักการ และเหตุผล

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease : CKD) เป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขของประเทศไทยเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาดจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงมาก โดยเฉพาะเมื่อเข้าสู่ภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease : ESRD) จากข้อมูลของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยปี พ.ศ.๒๕๕๕ พบว่าสาเหตุของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย ที่พบมากที่สุดเกิดจากเบาหวาน ร้อยละ ๓๗.๕ รองลงมาเป็น hypertensive nephropathy ร้อยละ ๒๕.๖ ซึ่งมีผลมาจากการเกิดพยาธิสภาพในหลอดเลือดขนาดเล็กที่ไตและการเปลี่ยนแปลงที่เนื้อไตทำให้มีโปรตีนในปัสสาวะ การทำงานของไตเสื่อม อัตราการกรองของไต (Estimated Glomerular Filtration Rate : eGFR) ลดลงการแบ่งระยะของโรคไตเรื้อรังตามเกณฑ์ของ Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO) พ.ศ. ๒๕๕๕ ใช้ค่าอัตราการกรอง

ของไตแบ่งโรคไตเรื้อรังเป็น ๕ ระยะ ดังนี้ ไตเรื้อรังระยะที่ ๑ ค่า eGFR มากกว่า ๙๐ มล./นาที่/๑.๗๓ ตร.ม ไตเรื้อรังระยะที่ ๒ ค่า eGFR อยู่ระหว่าง ๖๐-๘๙ มล./นาที่/๑.๗๓ ตร.ม ไตเรื้อรังระยะที่ ๓a ค่า eGFR อยู่ระหว่าง ๔๕-๕๙ มล./นาที่/๑.๗๓ ตร.ม ไตเรื้อรังระยะที่ ๓b ค่า eGFR อยู่ระหว่าง ๓๐-๔๔ มล./นาที่/๑.๗๓ ตร.ม ไตเรื้อรังระยะที่ ๔ ค่า eGFR อยู่ระหว่าง ๑๕-๒๙ มล./นาที่/๑.๗๓ ตร.ม และไตเรื้อรังระยะที่ ๕ ค่า eGFR น้อยกว่า ๑๕ มล./นาที่/๑.๗๓ ตร.ม ซึ่งเป็นระยะที่ ผู้ป่วยอาจต้องได้รับการบำบัดทดแทนทางไต (Renal replacement therapy : RRT) อย่างถาวร ซึ่งการบำบัดทดแทนทางไตจะมี ๓ แนวทาง คือ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis) การล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal dialysis) และการปลูกถ่ายไต (Kidney transplantation) ซึ่งล้วนแต่เป็นบริการที่มีขั้นตอนการรักษาที่ยุ่งยากและมีค่าใช้จ่ายสูง ส่งผลกระทบกับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นอย่างมาก^๒ การป้องกันและแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยที่มีภาวะไตเสียหายที่ดีที่สุด คือ การป้องกันในระดับปฐมภูมิ โดยการส่งเสริมสุขภาพ ให้ความรู้ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงเพิ่มความสามารถแห่งตนให้มีความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองตั้งแต่ระยะเริ่มแรกจะช่วยลดปัจจัยการเกิดภาวะแทรกซ้อน และชะลอการเสื่อมของไตได้ร้อยละ ๒๐.๐ - ๕๐.๐^๓

แนวทางการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของเครือข่ายโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ได้กำหนดแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการคัดกรองโรคไตเรื้อรังให้เจาะเลือดประจำปีในช่วงไตรมาสแรกของปี งบประมาณ เมื่อทราบผลการคัดกรองไตเรื้อรังที่หน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ จะต้องส่งผู้ป่วยที่มีค่าอัตราการกรองของไตน้อยกว่า ๔๔ มล./นาที่/๑.๗๓ ตร.ม. เข้าพบอายุแพทย์โรคไตที่โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชเพื่อรับการประเมิน ปรับแผนการรักษาและติดตามต่อเนื่อง ส่วนผู้ป่วยที่มีค่าอัตราการกรองของไตมากกว่า ๔๔ มล./นาที่/๑.๗๓ ตร.ม. รับการรักษาที่หน่วยบริการปฐมภูมิได้ตามปกติ ซึ่งกระบวนการปกติ คลินิกหมอครอบครัวตากสิน จะมีการบริการนัดหมายผู้ป่วยมารับยาและติดตามประเมินอาการ ทุก ๓ เดือน จากการทบทวนการควบคุมและป้องกันโรคไตเรื้อรังของคลินิกหมอครอบครัวตากสิน ในปี พ.ศ. ๒๕๖๕ มีผู้ป่วยไตเรื้อรังระดับ ๓ จำนวน ๖๒๘ ราย คิดเป็นร้อยละ ๔๖.๗^๔ และเมื่อติดตามผลการตรวจอัตราการกรองของไตในรอบปีงบประมาณถัดไปมีค่าอัตราการกรองของไตลดลงมากกว่า ๕ มล./นาที่/๑.๗๓ ตร.ม./ปี ถึงร้อยละ ๓๙.๑^๕ และจากผลการเก็บข้อมูลเบื้องต้นในผู้ป่วยไตเรื้อรังระดับ ๓ ในปี ๒๕๖๖ พบว่า ผู้ป่วยไม่ทราบว่าตนเองมีภาวะไตเสื่อม มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเช่นการรับประทานอาหารเค็มหรืออาหารที่มีโซเดียมสูง รับประทานยาไม่ถูกต้องตามแผนการรักษา มีพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวด NSAIDs ยาต้ม ยาสมุนไพร ด้านเจ้าหน้าที่มีการให้สุขศึกษารายบุคคลและรายกลุ่มแต่ยังไม่มีรูปแบบการสอนที่ชัดเจน บางรายมีปัญหาเรื่องการสื่อสาร ไม่เข้าใจเนื้อหาที่สอน ไม่ได้รับการติดตามเพื่อกระตุ้นหรือสนับสนุนการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสมในการดูแลตนเอง

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าแนวคิดในการจัดการตนเองของ Kanfer and Gaelick-Buvs (๑๙๙๑)^๖ สามารถนำมาใช้กับผู้ป่วยเพื่อให้ความรู้และช่วยแนะนำในการออกแบบการกำกับตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการจัดการตนเองนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและทำให้ผลลัพธ์ทางคลินิก คือค่า อัตราการกรองของไต และ ซีรัมครีเอตินินของผู้ป่วยให้ดีขึ้น^{๒,๓,๔,๖}

ปัจจุบันคลินิกหมอครอบครัวตากสินเครือข่าย โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชยังไม่มีรูปแบบและแนวทางในการดูแลผู้ป่วยไตเสื่อมระยะที่ ๓ อย่างชัดเจนผู้วิจัยจึงซึ่งเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติที่ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัวตากสิน รับผิดชอบดูแลรักษาโรคเบื้องต้น ส่งเสริม ป้องกัน

และฟื้นฟูสุขภาพประชาชนในพื้นที่บริการ จึงมีความสนใจที่จะนำกระบวนการจัดการตนเองและรูปแบบการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยเทคนิค ๕ เอ มาพัฒนาเป็นโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมโดยคาดว่าโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมที่พัฒนาขึ้นจะส่งผลให้เกิดกระบวนการจัดการตนเองของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพและการทำงานของไตที่ดีขึ้น ไม่เพิ่มการเสียหน้าที่ของไต และเป็นแนวทางการพัฒนางานของพยาบาลเวชปฏิบัติในการดูแลโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๓ ในชุมชนให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ ๓

การดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi-experimental research) เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๓ แบบ One Group pretest –posttest design มีประชากรคือผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอัตราการกรองของไตในระดับ ๓ ได้รับการรักษาที่คลินิกหอบหืดรอบครัวตากสินประชากรทั้งหมดจำนวน ๓๒๕ ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนดมีเกณฑ์คัดเข้าคือ มีอายุตั้งแต่ ๔๐ - ๗๕ ปี ทั้งเพศชายและหญิงมีอัตราการกรองของไต (eGFR) อยู่ในช่วง ๔๕-๕๙ มิลลิตรต่อนาทีต่อ ๑.๗๓ ตารางเมตร เป็นผล eGFR ที่เจาะเลือดไว้ในช่วงเดือน ตุลาคม ๒๕๖๖ รักษาโรคเรื้อรังที่คลินิกหอบหืดรอบครัวตากสินจำนวนมากกว่า ๒ ครั้งพักอาศัยอยู่ในพื้นที่ ๔ ตำบลในเขตรับผิดชอบของคลินิกหอบหืดรอบครัวตากสินพูดคุยนั่งอ่านและเขียนภาษาไทยได้ช่วยเหลือตนเองได้ และ ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยตลอดการศึกษาส่วนเกณฑ์คัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) คือมีภาวะแทรกซ้อนทางไต เช่น กรวยไตอักเสบ นิ่วในไต มีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม และไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้มากกว่า ๒ ครั้งขึ้นไป ซึ่งจากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างต้องการขนาดตัวอย่างไม่ต่ำกว่า ๓๐ คน โดยมีประชากรที่เข้าเกณฑ์เป็นกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดจำนวน ๔๔ ราย ซึ่งนำมาเข้าสู่โปรแกรมการทดลองทั้งหมดเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมเลือกกลุ่มตัวอย่าง ๔๔ กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอความเสื่อมของไต ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) ของ Kanfer and Gaelick-Buys (๑๙๙๑)^{๑๐} และแนวคิดปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้เทคนิค ๕ เอ ของ Glasgow et al. (๒๐๐๖)^{๑๑} โดยมีขั้นตอนของโปรแกรมดังนี้

ขั้นที่ ๑ การประเมิน (assess) ใช้เวลา ๒ ชั่วโมง ณ จุดบริการคลินิกหอบหืดรอบครัวตากสิน

- เก็บข้อมูลตามแบบเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมชะลอไตเสื่อม ซึ่งแบบเก็บข้อมูลประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลด้านสุขภาพ และข้อมูลทางคลินิกที่ศึกษา
- ประเมินความรู้เรื่องชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยและประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการส่งเสริมสุขภาพก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
- แจกคู่มือการจัดการตนเองฯ แจกแบบบันทึกพฤติกรรมการจัดการตนเองให้กลุ่มตัวอย่างอธิบายการใช้แบบบันทึกพฤติกรรม กำหนดวันในการติดตามเยี่ยมที่บ้านครั้งต่อไป

ขั้นที่ ๒ การเตรียมพร้อมการจัดการตนเอง (advise) และช่วยวางแผนการช่วยเหลือสนับสนุน (assist) สัปดาห์ ที่ ๒ ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างรายบุคคลที่บ้าน ใช้เวลา ๒๕ - ๓๐ นาที

- ให้ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังเปรียบข้อมูลผู้ป่วยกับระยะทำงานของไต อธิบายให้เข้าใจผลเลือด
- ให้กลุ่มตัวอย่างเขียนพฤติกรรมตนเองที่คิดว่าเป็นปัญหา สรุปให้กลุ่มตัวอย่างทราบวางแผน แก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยให้กลุ่มตัวอย่างตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเอง เขียนแนวทางการ แก้ไขปัญหาของตนเอง ผู้วิจัยให้คำแนะนำ และวางแผนร่วมกัน รับฟัง และยอมรับในแผนการ แก้ไขปัญหา

ขั้นที่ ๓ สนับสนุนการปฏิบัติการจัดการตนเองตามแนวคิดการจัดการตนเอง การติดตามตนเอง (self- monitoring) การประเมินตนเอง (self- evaluation) และการประเมินผล (arrange) การ เสริมแรงตนเอง (self- reinforcement) ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างรายบุคคลที่บ้าน ใช้เวลา ๒๕ - ๓๐ นาที ในสัปดาห์ที่ ๖ และโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมในสัปดาห์ที่ ๘, ๑๐, ๑๒ ใช้เวลา ครั้งละ ๑๐ - ๑๕ นาที โดยมีกิจกรรมดังนี้

- การติดตามตนเอง ให้กลุ่มตัวอย่างจดบันทึกพฤติกรรมในสมุดบันทึกของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัย สนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างติดตามประเมินตนเองจากสมุดบันทึกเพื่อกำกับการปฏิบัติตนเอง
- การประเมินตนเอง ให้กลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบพฤติกรรมกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ แนะนำการ ประเมินตนเองกับเป้าหมายเป็นระยะ
- ให้กลุ่มเป้าหมายเล่าประสบการณ์การจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมและเมื่อพบสิ่งเร้า ประเมินปัจจัยต่างๆของตนเอง ช่วยแนะนำจุดที่ควรต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสริมแรงโดยชื่น ชมเมื่อกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้ดีตามเป้าหมายให้คำปรึกษาเมื่อพบปัญหาหรืออุปสรรค

ขั้นที่ ๔ การติดตามประเมินผลและปรับเปลี่ยนรูปแบบการจัดการตนเองให้เหมาะสมและดูความ ต่อเนื่องของพฤติกรรม (Assist ,Arrange)

- สัปดาห์ที่ ๒ ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างรายบุคคลประเมินและให้ข้อมูลที่เป็นปัญหาเฉพาะบุคคล การแนะนำพฤติกรรมที่ส่งเสริมการเกิดภาวะไตเสื่อม เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อมูล สิ่งที่ต้องการเพิ่มเติม
- สัปดาห์ที่ ๖, ๘, ๑๑, ๑๒ ผู้วิจัยติดตามประเมินผล พฤติกรรมกลุ่มตัวอย่างโดยดูจากสมุดบันทึก พฤติกรรมชะลอไตเสื่อมพร้อมให้คำแนะนำและดูความต่อเนื่องของการปฏิบัติ

ขั้นที่ ๕ เก็บข้อมูลหลังการทดลอง (สัปดาห์ที่ ๑๓ - ๑๔) ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดที่คลินิกหมอ ครอบครวัตากสิน โดยประเมินความรู้และ พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม/เจาะเลือด ติดตามค่าซีรั่มครีเอตินิน อัตราการกรองของไต

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วย แบบประเมินความรู้ในการชะลอไตเสื่อม แบบประเมิน พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองประกอบด้วยโปรแกรมส่งเสริม การจัดการ ตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน ๓ ท่านประกอบทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาได้ค่า IOC (Index of item – objective congruence) เท่ากับ ๐.๙๑

ประเมินโปรแกรมเป็นระยะเวลา ๑๒ สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบ Paired t-test

รายงานวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จ.ตาก เลขที่โครงการวิจัยเลขที่ ๕๗/๒๕๖๖ อนุมัติ ณ วันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๖

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความรู้ในการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม หลังเข้าร่วมโปรแกรม สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมชะลอไตเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ คะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองหลังได้รับการสนับสนุนตามโปรแกรมชะลอไตเสื่อม สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ ส่วนผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่า ค่าซีรัมครีเอตินินหลังร่วมโปรแกรมลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ และ อัตราการกรองของไตหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$

ตารางที่ ๑ เปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อน และหลังได้รับโปรแกรมชะลอไตเสื่อม

ตัวแปร(พฤติกรรม/ ผลลัพธ์ทางคลินิก)	ก่อน (n=๔๔)		หลัง (n=๔๔)		df	t	p- value	๙๕% Confidence Interval of the Difference	
	$\bar{X}$	S. D	$\bar{X}$	S. D				Lower	Upper
รับประทานอาหาร	๑.๒๐	๐.๕๐	๒.๕๑	๐.๔๔	๔๓	๑๑.๙๙	.๐๐๐	๑.๐๙	๑.๕๓
รับประทานยา	๐.๗๙	๐.๕๐	๒.๓๖	๐.๒๕	๔๓	๓๑.๐๑	.๐๐๐	๑.๔๖	๑.๖๗
การออกกำลังกาย	๐.๗๗	๐.๔๘	๒.๕๐	๐.๔๙	๔๓	๑๔.๓๒	.๐๐๐	๑.๔๘	๑.๙๗
การด้านอื่นๆ	๐.๗๑	๐.๔๒	๒.๕	๐.๔๙	๔๓	๑๕.๕๓	.๐๐๐	๑.๕๕	๒.๐๑
ซีรัมครีเอตินิน	๑.๒๒	๐.๑๖	๑.๑๒	๕.๓	๔๓	๕.๓	.๐๐๐	๐.๐๕	๐.๑๓
อัตราการกรองของไต	๕๔.๓๕	๔.๐๗	๕๕.๗๖	๓.๘	๔๓	๓.๘	.๐๐๐	-๒.๑๕	-๓.๘๒

อภิปรายผล

ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองในการชะลอไตเสื่อม ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๓ สูงขึ้นกว่าก่อนร่วมโปรแกรมสามารถอภิปรายได้ว่าการใช้โปรแกรมจัดการตนเองสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยไตเสื่อมระยะที่ ๓ เรื่องการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการจัดการตนเองด้านอื่นๆ เนื่องจากการจัดการตนเองทำให้เกิดการเรียนรู้ปัญหาพฤติกรรมและวิธีการแก้ไขด้วยตนเองเพราะโปรแกรมจะให้ผู้ป่วยมีการตั้งเป้าหมายในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านต่างๆ หลังจากได้รับความรู้ความเข้าใจจากคู่มือจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม มีการติดตามตนเองผ่านแบบบันทึกพฤติกรรมจัดการตนเองซึ่งเป็นการติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองรวมทั้งใช้ประกอบการประเมินความสำเร็จตามเป้าหมายในแต่ละสัปดาห์ อีกทั้งยังได้รับการสนับสนุนและเสริมแรงจากผู้วิจัยเป็นระยะๆ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมีกำลังใจและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมสอดคล้องกับการศึกษา

ของ วันวิสาข์ สนใจ^๗ ที่นำกระบวนการจัดการตนเองมาใช้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีไตเสียหายที่ระยะที่ ๒ พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$

ค่าเฉลี่ยของซีรัมครีเอตินินลดลง และค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรม สามารถอธิบายได้ว่า การจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพไม่ว่าจะเป็น การรับประทานอาหารที่มีการจำกัดโซเดียม การรับประทานยาโรคเรื้อรังตามแผนการรักษา การงดใช้ยาอื่น ๆ ที่มีผลต่อการทำงานของไต การออกกำลังกายที่สม่ำเสมอ พฤติกรรมการงดบุหรี่และสุรา ส่งผลให้สมรรถภาพของไตดีขึ้นค่าซีรัมครีเอตินินลดลงและอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้นซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ลักขณา ลีประเสริฐ^๖ ที่ศึกษาผลของประสิทธิผลการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพื่อชะลอไตเสื่อมจากโรคไตเรื้อรัง (CKD) พบว่าค่าซีรัมครีเอตินินลดลงและอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ แต่อย่างไรก็ตามจากการทดลองนี้เป็นการทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนหลังการทดลอง ใช้ระยะเวลาเพียง ๑๒ สัปดาห์ และกลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มที่ค่อนข้างมีความพร้อมในการเข้าสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจึงส่งผลลัพธ์ทางคลินิกที่ค่อนข้างดี แต่ในการคงไว้ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและผลลัพธ์ทางคลินิกควรมีการติดตามในระยะเวลาที่เพิ่มมากขึ้นจากโปรแกรมจะเห็นได้ว่าใช้ระยะเวลาต่อรายค่อนข้างมากในระยะแรกเพื่อตอบสนองข้อจำกัดด้านบุคลากรทางสาธารณสุขจึงอาจนำแนวคิดการพยาบาลทางไกล (Tele nursing) มาประยุกต์ใช้ในโปรแกรม เป็นการใช้ความรู้ทางการแพทย์ร่วมกับศักยภาพทางดิจิทัลมาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยไตเรื้อรังให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นนอกจากนี้ช่วงการติดตามกระตุ้นให้คงไว้ซึ่งพฤติกรรมนอกจากพยาบาลแล้วการนำเครือข่ายบุคลากรทางสุขภาพและเครือข่ายภาคประชาชนที่ช่วยดูแลผู้ป่วยในชุมชนชนก็สามารถนำมาเป็นส่วนหนึ่งของการติดตามและสนับสนุนให้มีการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพเพราะอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยในพื้นที่ เช่น อสม. ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จิตอาสาดูแลผู้ป่วยโรคไต

ข้อเสนอแนะ

๑. ผู้สนใจสามารถนำโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๓ ไปประยุกต์ใช้ในการให้บริการเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมในชุมชนระดับปฐมภูมิที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน
๒. เนื่องจากงานวิจัยนี้มีข้อจำกัดด้านเวลาดังนั้นนักวิจัยสามารถศึกษาเชิงคุณภาพและพัฒนาต่อยอดผลลัพธ์ของโปรแกรมในระยะยาวเพื่อให้เป็นโปรแกรมที่เหมาะสมและมีประโยชน์ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

๑. Thai SEEK study. Nephrol Dial Transplant. Thai-SEEK Group and Ingsathit A. et al. Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai adult population. ๒๐๑๐.
๒. โฉมฐิตาภา ศิริมา. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๓b โรงพยาบาลผาขาว จังหวัดเลย. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, เมษายน-มิถุนายน ๒๕๖๖: ๑๖๔-๑๗๒.
๓. ทิพวัลย์ อีรสิริโรจน์ ละมัด เลิศล้ำ. บทบาทพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๓-๔. วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา. ๒๕๖๖; ๗๖-๘๕.

๔. ธวัชชัย วรพงษ์ธร และ สุรีย์พันธุ์วรพงษ์ธร. การคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับงานวิจัย โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power Retrieve on January ๒๐, ๒๐๑๙, From http://advisor.anamai.moph.go.th/download/Journal_health/๒๕๖๑HEALTH๔๑_๒HEALTH_Vol๔๑No๒_๐๒๒pdf.
๕. ละอองดาว ทับอาจ. ผลของรูปแบบการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๓ อำเภอเนินมะปราง จังหวัดพิษณุโลก. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมิกราช, ๒๕๕๙.
๖. ลักษณะ ลีประเสริฐ สุทธิณี สิทธิหล่อ. ประสิทธิภาพการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพื่อชะลอไตเสื่อมจากโรคไตเรื้อรัง (CKD) ระยะที่ ๓ โรงพยาบาลลอง อำเภอลอง จังหวัดแพร่. Journal of the Phrae Hospital. ๒๐๑๖; ๔๙-๖๒.
๗. วันวิสาข์ สนใจ. ผลของการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและสมรรถภาพไตของผู้ป่วยเรื้อรังที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ ๒. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, ๒๕๖๑; ๘๘-๙๗.
๘. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. ๒๕๖๕. กรุงเทพฯ: บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์จำกัด, ๒๕๖๕.
๙. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก. กลุ่มรายงานการมาตรฐานการคัดกรองโรคเรื้อรัง เข้าถึงเมื่อ ๑๐ ตุลาคม ๒๕๖๗, https://tak.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=๖๙๖๖b๐๖๖๔b๘๙๘๐๕๖๔๘
๑๐. Glasgow RE, Emont S & Miller DC. Assessing delivery of the five “As” for patient-centered counseling. Health Promotion International. ๒๐๐๖; ๒๑(๓):๒๔๕-๒๕๕.
๑๑. Kanfer FH & Gaelick Buys L. Self-management methods. In F. H. Kanfer, & A. Goldstein (Eds.). Helping people change: A textbook of methods New York Pergamon Press. ๑๙๙๑:๓๐๕-๓๖๐.

ลดปัญหาการใช้ยาปฏิชีวนะไม่สมเหตุผลในฟาร์มสัตว์ จากการขยายผลรูปแบบการจัดการปัญหาการใช้ยาไม่ปลอดภัยในชุมชน

กัลยาณี อาชาสันติสุข
โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงเปรียบเทียบ Prospective uncontrolled before and after intervention โดยนำรูปแบบการวิจัยเชิงพัฒนา (Research and Development) จัดการปัญหาการใช้ยาไม่ปลอดภัยในชุมชน มาขยายผลแก้ปัญหาเพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาการใช้ยาปฏิชีวนะไม่สมเหตุผลในฟาร์มสัตว์ และผลของรูปแบบการจัดการปัญหาการใช้ยาไม่ปลอดภัยในชุมชนในภาคการเกษตร กลุ่มตัวอย่างเป็นเกษตรกรที่ใช้ยาปฏิชีวนะในฟาร์มสัตว์จำนวน ๘ ฟาร์ม จากฟาร์มสัตว์ในพื้นที่ อ.เมือง จ.ร้อยเอ็ด ซึ่งมีทั้งสิ้น ๑๐ ฟาร์ม ดำเนินงานวิจัยโดยนำนวัตกรรมสื่อและกระบวนการ MELT Model (M = Media : สร้างความรอบรู้ โดยสร้างสื่อปฏิทินแขวนความรู้ประจำปีจดจำและใช้งานง่าย และแบบติดตามการใช้ยาปฏิชีวนะในฟาร์มสัตว์; E = Empowerment : สร้างแรงบันดาลใจ เสริมพลังอย่างเรียบง่ายและต่อเนื่อง; L = Language : ใช้ภาษาเดียวกันกับกลุ่มเป้าหมาย; T = Training: อบรมกลุ่มเป้าหมาย โดยบูรณาการร่วมกันทุกภาคส่วน) ขับเคลื่อนด้วยกลไกบ้าน วัด โรงเรียน และโรงพยาบาล (บวร.ร.) จากรูปแบบการจัดการปัญหาการใช้ยาไม่ปลอดภัยในชุมชน ของผู้วิจัยที่ได้มีการศึกษางานวิจัยและพัฒนาก่อนหน้านี้ มาขยายผลในการแก้ปัญหาการใช้ยาปฏิชีวนะไม่สมเหตุผลในฟาร์มสัตว์ ระหว่างวันที่ ๑ มิถุนายน ๒๕๖๖ - ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๖ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลความรู้และแบบติดตามการใช้ยาผ่าน Google form วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ และพรรณนาความ

ผลการวิจัยพบว่าหลังการใช้รูปแบบการจัดการปัญหาการใช้ยาไม่ปลอดภัยในชุมชน สามารถแก้ปัญหาเรื่องการใช้ยาไม่สมเหตุผลในฟาร์มสัตว์ โดยเกษตรกรมีความรู้มากขึ้นร้อยละ ๖๕.๓๑ นำมาสู่การปฏิบัติในการใช้ยาสมเหตุผลมากขึ้น ร้อยละ ๑๐๐.๐๐

การใช้ยาอย่างสมเหตุผลในสัตว์ จะส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพของประชาชนที่บริโภคเนื้อสัตว์ ควรนำรูปแบบฯ ดังกล่าวนี้นี้ ไปพิจารณาปรับใช้ในพื้นที่ที่มีปัญหา

คำสำคัญ : การใช้ยาอย่างสมเหตุผล ฟาร์มสัตว์

หลักการ และเหตุผล

องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานใน ๖๐th World Health Assembly เมื่อเดือนพฤษภาคม ๒๕๕๐ ว่าการใช้ยาไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๕๐.๐๐ เป็นการใช้ยาไม่สมเหตุผล ทำให้เกิดเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเป็นวงกว้างทั่วโลก สำหรับประเทศไทยการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล พบมากกว่าร้อยละ ๕๐.๐๐ เช่นกัน นอกจากนี้ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๗ พบประชากรไทยบริโภคยาสูงถึง ๑.๖ แสนล้านบาท โดยใช้จ่ายเกินความจำเป็น ๒ พันล้านบาท ทำให้พบปัญหาเชื้อดื้อยาจำนวน ๓๘,๐๐๐ คน คิดเป็นการสูญเสียโดยรวม ๔.๒ หมื่นล้านบาท^๑ แม้สถานการณ์การจำหน่ายยาชุดและยาอันตรายในร้านค้า รวมทั้งพฤติกรรมการใช้ยาไม่สมเหตุผล พื้นที่อำเภอเมืองร้อยเอ็ด พบลดลง หลังการใช้รูปแบบการจัดการปัญหาการใช้ยาไม่ปลอดภัยในชุมชน จากงานวิจัยและพัฒนาของผู้วิจัยก่อนหน้านี้ แต่การใช้ยาปฏิชีวนะในภาคการเกษตรยังคงเป็นปัญหาสำคัญ จากข้อมูลขององค์กรพิทักษ์สัตว์แห่งโลกการใช้ยาปฏิชีวนะใน

ฟาร์มสัตว์อย่างแพร่หลาย เกิดจากการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ ซึ่งนำมาสู่ปัญหาการใช้ยาปฏิชีวนะตกค้างในเนื้อสัตว์ และสิ่งแวดล้อมและเกิดเชื้อดื้อยาในสัตว์^๖ ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ จนถึงปัจจุบัน การใช้ยาอย่างสมเหตุผล ถูกกำหนดเป็นโครงการภายใต้ยุทธศาสตร์บริการสุขภาพที่เป็นเลิศของยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี ด้านสาธารณสุข หรือที่เรียกว่าแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ซึ่งการดำเนินงานการใช้ยาสมเหตุผลภายใต้แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ มีขอบเขตการพัฒนาในโรงพยาบาลทุกระดับ จนถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ และปัจจุบันได้พัฒนาให้ครอบคลุมไปยังชุมชน^๗ จากการลงพื้นที่เพื่อสำรวจสถานการณ์การใช้ยาปฏิชีวนะไม่สมเหตุผลในฟาร์มสัตว์ของอำเภอเมืองร้อยเอ็ด เมื่อเดือน มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๖ พบการใช้ยาปฏิชีวนะในฟาร์มสัตว์ ๑๐ แห่ง โดยเป็นการใช้ยาที่ไม่สมเหตุผลถึงร้อยละ ๘๐.๐๐ ซึ่งมีสาเหตุจากการขาดความรู้โดยเกษตรกรเจ้าของฟาร์มสัตว์จำนวน ๑๐ แห่ง มีค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผลเพียง ๓.๙ คะแนน จาก ๑๐ คะแนน

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การแก้ไขปัญหาการใช้ยาปฏิชีวนะไม่เหมาะสมในฟาร์มปศุสัตว์และภาคการเกษตร เพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ล้วนต้องอาศัยกลไกในการแก้ปัญหาจากหลายภาคส่วน จากการวิจัยและพัฒนา (Research and development) ของผู้วิจัยเรื่อง รูปแบบการจัดการปัญหาการใช้ยาไม่ปลอดภัยในชุมชน เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการพัฒนารูปแบบการจัดการปัญหาการใช้ยาไม่ปลอดภัยในชุมชน และศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบดังกล่าว โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้ประกอบการร้านค้า มินิมาร์ท ตลาด ร้านขายอาหารสัตว์ผู้นำท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ครุฑเรือน พระภิกษุ และนักเรียน การดำเนินการวิจัยมี ๔ ระยะ คือ(๑) ศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการพัฒนา (๒) พัฒนารูปแบบการจัดการปัญหาการใช้ยาไม่ปลอดภัยในชุมชน(๓) การนำรูปแบบฯไปใช้ เพื่อตรวจสอบประสิทธิผลและ (๔) ประเมินผลปรับปรุงแก้ไขและยืนยันคุณภาพรูปแบบฯโดยนำนวัตกรรมสื่อและกระบวนการ MELT Model (M = Media: สร้างความรอบรู้ โดยสร้างสื่อปฏิทินแขวนความรู้ประจำปีจดจำและใช้งานง่าย และแบบติดตามการใช้ยาปฏิชีวนะในฟาร์มสัตว์; E = Empowerment: สร้างแรงบันดาลใจ เยี่ยมเสริมพลังอย่างเรียบง่ายและต่อเนื่อง; L = Language: ใช้ภาษาเดียวกันกับกลุ่มเป้าหมาย; T = Training: อบรมกลุ่มเป้าหมาย โดยบูรณาการร่วมกันทุกภาคส่วน) ขับเคลื่อนด้วยกลไกบ้าน วัด โรงเรียน และโรงพยาบาล (บวร.ร.) จากรูปแบบการจัดการปัญหาการใช้ยาไม่ปลอดภัยในชุมชนผลการศึกษาทำให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผลมากขึ้นในชุมชน

ผู้วิจัยจึงได้นำนวัตกรรมสื่อและกระบวนการ MELT model ซึ่งขับเคลื่อนด้วยกลไก บวร.ร. จากงานวิจัยและพัฒนาเรื่อง รูปแบบการจัดการปัญหาการใช้ยาไม่ปลอดภัยในชุมชนของผู้วิจัยก่อนหน้านี้ มาขยายผลในการแก้ปัญหการใช้ยาปฏิชีวนะไม่สมเหตุผลในภาคการเกษตร เพื่อมุ่งหวังให้เกิดการใช้ยาสมเหตุผลให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น และเพื่อติดตามประสิทธิผลของรูปแบบฯ ดังกล่าวในภาคการเกษตร

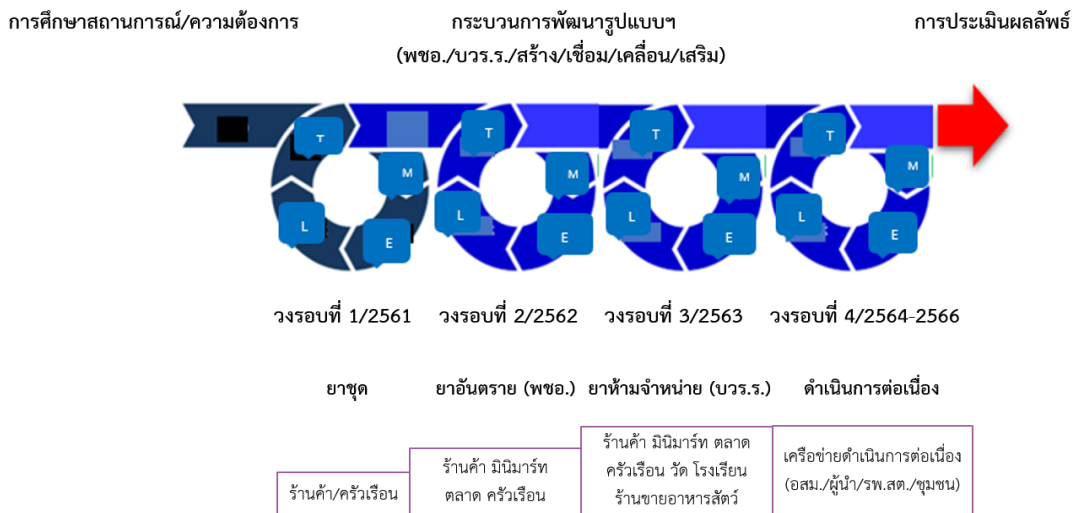
วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาการใช้ยาปฏิชีวนะไม่สมเหตุผลในฟาร์มสัตว์ และศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการจัดการปัญหาการใช้ยาไม่ปลอดภัยในชุมชน

การดำเนินการวิจัย

ศึกษาการใช้ยาปฏิชีวนะในฟาร์มสัตว์ พื้นที่ อ.เมืองร้อยเอ็ด ระหว่างวันที่ ๑ มิถุนายน ๒๕๖๖ - ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๖ การศึกษาเป็นการวิจัยเชิงเปรียบเทียบ (Comparative study) Prospective uncontrolled before and after interventionโดยนำนวัตกรรมสื่อและกระบวนการ MELT model ซึ่งขับเคลื่อนด้วยกลไก บวร.ร. จากที่ได้กล่าวในบทนำ หลักการและเหตุผลมาใช้ขยายผลในการแก้ปัญหาในการศึกษานี้ ซึ่งวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละและพรรณนาความผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษา ดังนี้

๑. ดำเนินกิจกรรม สร้าง-เชื่อม-เคลื่อน-เสริม โดยใช้นวัตกรรมสื่อและกระบวนการ MELT Model ซึ่งขับเคลื่อนด้วยกลไก บวร.ร. จากรูปแบบการจัดการปัญหาการใช้ยาไม่ปลอดภัยในชุมชนโดยเป็นการวิจัยและพัฒนาของผู้วิจัย ระหว่างวันที่ ๑ ม.ค. ๒๕๖๑- ๓๑ พ.ค. ๒๕๖๖ เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยนี้ คือ Google form เพื่อติดตามการใช้ยาในฟาร์มสัตว์ และปฏิทินสร้างความรอบรู้เรื่องการใช้ยาสมเหตุผล



กลยุทธ์ “สร้าง-เชื่อม-เคลื่อน-เสริม”

สร้างสื่อ: สื่อสร้างความรอบรู้และสื่อติดตามการใช้ยาสมเหตุผลในชุมชน

สร้างคน: อบรมแกนนำ ได้แก่ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ อสม.

รวมทั้งอบรมภาคีเครือข่าย ได้แก่ เจ้าหน้าที่ อบท. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เพื่อส่งต่อชุมชน

เชื่อม เครือข่ายอบรมบูรณาการร่วมกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือที่มีลักษณะงานเหมือนกัน (ใช้งบประมาณในเรื่องเดียวกัน ไม่ซ้ำซ้อน)

นำภาคีเครือข่ายขับเคลื่อนพร้อมชุมชน (จาก พขอ. สู้ บวร.ร. ที่ยั่งยืน)

เสริมพลัง สร้างแรงบันดาลใจ เยี่ยมพื้นที่ต่อเนื่องอย่างเรียบง่ายโดยไม่ใช้งบประมาณ



นวัตกรรมสื่อและกระบวนการ “MELT model”

M = Media: เข้าใจ จดจำ ใช้งานง่ายกระจายครอบคลุม - - >เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

สื่อปฏิทินแขวนความรู้ประจำปี
สร้างความรอบรู้แทรกซึมในชีวิตประจำวัน
จดจำง่าย ใช้งบน้อย ผู้ใช้พึงพอใจ



สื่อบันทึก Google form (เน้นภาพ) สำหรับ อสม.
(ใช้งานง่าย พึงพอใจ รายงานมีความเคลื่อนไหวต่อเนื่อง)

E = Empowerment: เสริมพลังสร้างแรงบันดาลใจให้ชุมชนอย่างเรียบง่าย

L = Language: ใช้ภาษาเดียวกับกลุ่มเป้าหมาย ด้วยความเข้าใจ

T = Training: อบรมกลุ่มเป้าหมายต่อเนื่อง บูรณาการร่วมกันทุกภาคส่วน

๒. บูรณาการตรวจฟาร์มสัตว์ร่วมกัน: รพ.ร้อยเอ็ด สสจ.รอ. เกษตรอำเภอ ประมงอำเภอ และปศุสัตว์อำเภอ โดยประเมินความรอบรู้และการใช้ยาปฏิชีวนะในสัตว์ (หลังใช้รูปแบบฯ)
๓. เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ Google form
๔. สรุปและวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน
๕. จัดประชุมกลุ่มเกษตรกร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อคืนข้อมูล ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ผลการวิจัย

ผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลง เปรียบเทียบก่อน - หลังการใช้รูปแบบ MELT Model และ บวร.ร.

๑. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้เรื่องยาปฏิชีวนะ ก่อน - หลังการใช้รูปแบบฯ

การวัดผล ก่อน - หลังใช้รูปแบบฯ	คะแนนเฉลี่ย (คะแนนเต็ม ๑๐)	คะแนนเฉลี่ย เพิ่มขึ้นร้อยละ
ก่อนใช้รูปแบบฯ (๑ มิ.ย. ๒๕๖๖)	๔.๙๐	๖๕.๓๐
หลังใช้รูปแบบฯ (๓๑ ธ.ค. ๒๕๖๖)	๘.๑๐	

๒. เปรียบเทียบร้อยละของฟาร์มสัตว์ที่มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

การวัดผล ก่อน - หลังใช้รูปแบบฯ	การใช้ยาสมเหตุผล ร้อยละ	การใช้ยาสมเหตุผล เพิ่มขึ้นร้อยละ
ก่อนใช้รูปแบบฯ (๑ มิ.ย. ๒๕๖๖)	๕๐.๐๐	๑๐๐.๐๐
หลังใช้รูปแบบฯ (๓๑ ธ.ค. ๒๕๖๖)	๑๐๐.๐๐	

อภิปรายผล

ผลจากการสำรวจการใช้ยาปฏิชีวนะในฟาร์มสัตว์ ๑๐ แห่ง ของพื้นที่ อ.เมือง จ.ร้อยเอ็ด มีความสอดคล้องกับข้อมูลขององค์กรพิทักษ์สัตว์แห่งโลกของประเทศไทย และภาคีเครือข่าย ที่พบปัญหาการใช้ยาปฏิชีวนะในฟาร์มสัตว์จำนวนมากในการป้องกันโรค จนเกิดการตื่นตระหนก การศึกษานี้ ยังให้ผลเช่นเดียวกับการศึกษาการใช้ยาปฏิชีวนะในฟาร์มสัตว์ของ ๑๐ อำเภอ ในจังหวัดร้อยเอ็ดโดยพบพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะในสัตว์ที่ไม่เหมาะสมในลักษณะเดียวกัน คือ ใช้เพื่อป้องกันการป่วย ใช้เพื่อเร่งโต และใช้โดยไม่ทราบว่ามีผลในอาหารสำเร็จรูปจากบริษัทที่ผลิตอาหารสัตว์^๕

รูปแบบการจัดการปัญหาการใช้ยาไม่ปลอดภัยในชุมชน โดยกลยุทธ์ สร้าง-เชื่อม-เคลื่อน-เสริม จนนำไปสู่การสร้างนวัตกรรมสื่อและกระบวนการ MELT Model ด้วยกลไก บวร.ร. ของผู้วิจัย แล้วนำมาขยายผลในการแก้ปัญหาในการศึกษานี้พบว่า กระบวนการให้ความรู้ผ่านสื่อที่เข้าใจง่าย และอบรมบูรณาการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ผลลัพธ์ที่ดีและมีความสอดคล้องกับการจัดการปัญหาด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน ด้วยเครือข่าย บวร.ร.ในจังหวัดอุทัยธานี โดยการอบรมให้ความรู้ผ่านสื่อจากชุมชน พระเทศน์ให้ความรู้ ชุมชนตระหนักเฝ้าระวังร่วมกัน และขับเคลื่อนด้วยกลไก บวร.ร. ทำให้เกิดความรู้รอบรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีมากขึ้น อย่างไรก็ตาม การศึกษาของผู้วิจัยนี้ ได้มีการสื่อสารโดยเน้นการใช้ภาษาเดียวกันกับกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ทั้งในการประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และการอบรมให้ความรู้แก่เกษตรกร ทำให้เกิดความเข้าใจได้ง่ายขึ้น โดยไม่ใช้งบประมาณแต่อย่างใด

จากการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่ารูปแบบการจัดการปัญหาการใช้ยาไม่ปลอดภัยในชุมชนสามารถลดปัญหาการใช้ยาปฏิชีวนะในฟาร์มสัตว์ของภาคการเกษตรได้เป็นอย่างดี (รูปแบบการจัดการปัญหาการใช้ยาไม่ปลอดภัยในชุมชน สามารถนำมาใช้แก้ปัญหาการใช้ยาไม่สมเหตุผลทั้งในมนุษย์และสัตว์) ส่งผลทำให้ครอบคลุมในการแก้ปัญหาเรื่องการใช้ยาไม่สมเหตุผลในชุมชนได้มากขึ้น ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำรูปแบบดังกล่าวไปพิจารณาปรับใช้ในพื้นที่ต่อไปจากความสำเร็จในการใช้รูปแบบฯ ดังกล่าวในการขยายผลเพื่อแก้ปัญหาการใช้ยาไม่สมเหตุผลในภาคการเกษตร

ข้อเสนอแนะ

๑. นำรูปแบบไปพัฒนาใช้แก้ปัญหาของประชาชนเช่นการไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างต่อเนื่อง หรือปัญหาอื่นที่ไม่ใช่เรื่องยา ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังเช่น โรคเบาหวาน หรือความดันโลหิตสูง

๒. ศึกษาผลลัพธ์ระยะยาวที่เกิดกับสุขภาพของประชาชน จากการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

เอกสารอ้างอิง

๑. Drug and medical supply information center,ministry of public health. Thailand strategic plan for Antimicrobial Resistance Management ๒๐๑๗-๒๐๒๑ English [Internet].

๒๐๑๖ [cited ๒๐๒๐ April ๙]. Available from:

<http://dmsic.moph.go.th/index/detail/๖๘๔๙>

๒. องค์กรพิทักษ์สัตว์แห่งโลก ประเทศไทย. องค์กรพิทักษ์สัตว์แห่งโลกกระตุ้นผู้เชี่ยวชาญ เดินหน้าผลักดันข้อเสนอแนะเชิงนโยบายยุติหายนะเชื้อดื้อยาจากฟาร์มอุตสาหกรรม. MGR [อินเทอร์เน็ต].

เผยแพร่ ๒๘ เม.ย. ๒๕๖๖. เข้าถึงได้จาก:

<https://mgronline.com/qol/detail/๙๖๖๐๐๐๐๐๓๙๒๒๔>

๓. นภาพร ภูมิปัญญานิช. จาก RDU Community สู่ RDU Country. ยาวิพากษ์ [Internet].

๒๕๖๓ [เข้าถึงเมื่อ ๙ เมษายน ๒๕๖๓];๑๖:๔-๘. เข้าถึงได้จาก:

<http://www.thaidrugwatch.org/download/series/series๔๕.pdf>ระบบการใช้ยาอย่างสม

เหตุผลในชุมชน. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๖๓.

๔.สุภาวดี เปล่งชัย. สืบดาห์รัฐรักษ์ ตระหนักปัญหา เชื้อดื้อยาด้านจุลชีพ พ.ศ.๒๕๖๖. ยาวิพากษ์

[อินเทอร์เน็ต]. ๒๕๖๖ [เข้าถึงเมื่อ ๑๘พฤศจิกายน ๒๕๖๖;๑๕:๓๙-๔๔. เข้าถึงได้จาก

<https://www.thaidrugwatch.org/blog/?p=๑๘๙๒>

๕. สิริลักษณ์ รื่นรวย. การจัดการปัญหาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชนโดยเครือข่าย บวร.ร. วารสาร

เภสัชกรรมไทย. ๒๕๖๓;๑๒(๓):๘๕๘-๖๘.

ผลของสมาธิวิธิพุทธต่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ตำบลคูหาสวรรค์ อำเภอเมือง จังหวัดพัทลุง

รัชนิกร ฉิมรักษ์

โรงพยาบาลพัทลุง

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของสมาธิวิธิพุทธต่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่าง ๖๘ คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ ๓๔ คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสมาธิวิธิพุทธ ๘ สัปดาห์ ที่ประยุกต์แนวความคิดการดูแลสุขภาพของวัดสันและรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพวิธิพุทธเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ประกอบด้วย ๑.ช่วยเหลืออย่างไว้วางใจ ๒.การส่งเสริมสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ๓.ประทับประคองและสนับสนุน ๔. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเสริมพลัง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยทดสอบ Paired t-test และIndependent t-test

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง ค่าคะแนนเฉลี่ยความสุขสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ และกลุ่มทดลองมีค่าความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$

สมาธิวิธิพุทธมีผลให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น มีความสุขมากขึ้น จึงควรนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดบริการสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังอื่นๆ

คำสำคัญ:สมาธิวิธิพุทธ ความดันโลหิตสูง

หลักการและเหตุผล

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังและเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงถึง ๗.๕ ล้านคน และมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกือบ ๑ พันล้านคนทั่วโลก คาดว่าในปี ๒๕๖๘ ความชุกของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น ๑.๖๐ พันล้านคน สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย โรคความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นโรคเรื้อรังยังคงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ การเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุหนึ่งของความเครียด ซึ่งความเครียดมีผลต่อภาวะความดันโลหิตสูงโดยผ่านการกระตุ้นจากระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก (Sympathetic nervous system) ระบบส่วนนี้จะทำงานมากขึ้นเมื่อร่างกายอยู่ในภาวะเครียด^๑ หากสามารถควบคุมโรคความดันโลหิตสูงให้ได้ผลดีอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง ซึ่งแนวทางในการลดความเครียดมีหลายวิธี การทำสมาธิเป็นวิธีหนึ่งที่มีความเหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถลดความเครียดลงได้ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำเป็นต้องลดภาวะเครียดที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยซึ่งเป็นปัจจัยที่จะส่งผลให้ค่าความดันโลหิตลดลงอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดได้

จากข้อมูลสถานการณ์การให้บริการของศูนย์แพทย์ชุมชนคูหาสวรรค์ อำเภอเมือง จังหวัดพัทลุง ในปี ๒๕๖๕ - ๒๕๖๖ มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมารับบริการทั้งหมด ๑,๔๗๐ และ ๑,๖๗๒ คน ตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้เพียงร้อยละ ๕๖.๐๕ และ ๕๘.๖๗ ตามลำดับ ซึ่งยังไม่บรรลุตัวชี้วัดที่ร้อยละ ๖๐.๐๐ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนโรคหลอดเลือดสมอง ในปี ๒๕๖๕ - ๒๕๖๖ จำนวน ๒๗, ๓๗ ตามลำดับ และโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน ๘,๑๕ ตามลำดับ^๔

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การศึกษาผลของโปรแกรมสมาธิบำบัดตามวิถีพุทธต่อความสุขในชีวิต ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดเพชรบุรี โดยใช้โปรแกรมสมาธิบำบัดตามวิถีพุทธ ๘ สัปดาห์ ซึ่งประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแลมนุษย์ของวัดสันและการดูแลโรคเรื้อรังพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองและการรับรู้ความสุขในชีวิตสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = 0.01$ และการศึกษาประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมสุขภาพดีวิถีธรรม วิถีไทยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความดันโลหิตสูง เขตสุขภาพที่ ๙ โดยใช้โปรแกรมสุขภาพดีวิถีธรรม วิถีไทย จำนวน ๓ วัน แจกนาฬิกาสุขภาพและติดตาม ๑๒ สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าความดันโลหิตลดลงทั้งตัวบนและตัวล่างมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = 0.05$ ^๖

ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาผลของสมาธิวิถีพุทธต่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ตำบลคูหาสวรรค์ อำเภอเมือง จังหวัดพัทลุง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองและมีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม และส่งผลให้สามารถป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงได้

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบผลของสมาธิวิถีพุทธต่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความสุขและค่าความดันโลหิต

การดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดการดูแลมนุษย์ของวัดสัน และรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพดีวิถีพุทธเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) เป็นแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลองประชากรคือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดปฐมภูมิ ที่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง ณ ศูนย์แพทย์ชุมชนคูหาสวรรค์ โรงพยาบาลพัทลุง จำนวน ๑,๖๕๔ คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ G*Power (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, ๒๐๐๗)^๗ ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ ๓๔ ตัวอย่างใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ โดยกำหนดให้กลุ่มทดลอง มารับบริการวันคู่ และกลุ่มเปรียบเทียบมารับบริการวันคี่ โดยกำหนดเกณฑ์คัดเข้าคือผู้สมัครใจร่วมการวิจัยมีความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและอ่านออกได้คัดออกเมื่อไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมด้วยสาเหตุ หรือขอยกเลิกเข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย คือ ๑) แบบสอบถามประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป แบบวัดความสุข แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ๒) เครื่องมือในการทดลอง ได้แก่ เครื่องวัดความดันโลหิต และ ๓) โปรแกรมสมาธิวิถีพุทธ ซึ่งได้แก่ การสวดมนต์ การทำสมาธิวิถีพุทธ (เดินจงกรม นั่งสมาธิ) ประคับประคองและสนับสนุน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเสริมพลังรวมเวลา ๘ สัปดาห์ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง แบบสอบถามวัดความสุข โดยมีความเชื่อมั่นเท่ากับ ๐.๘๑ และ ๐.๘๗ ตามลำดับ และค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ ๐.๘๘ และ ๐.๙๒ ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปใช้ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ความถี่ ร้อยละ ศึกษาเปรียบเทียบภายในกลุ่มใช้ ใช้สถิติทดสอบ Paired t-test และระหว่างกลุ่มใช้สถิติทดสอบ Independent t-test

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์โรงพยาบาลพัทลุง เลขที่ ๑๐/๒๕๖๗ วันที่ ๔ มีนาคม ๒๕๖๗

ผลการวิจัย

๑. ก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรม ด้านความสุข ค่าความดันโลหิตตัวบน และความดันโลหิตตัวล่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

๒. หลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรม ด้านความสุข สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ ค่าความดันโลหิตตัวบน และความดันโลหิตตัวล่างลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ รายละเอียดตามตารางที่ ๑

ตารางที่ ๑ เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้านพฤติกรรม ด้านความสุข ค่าความดันโลหิตตัวบนและความดันโลหิตตัวล่างของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง (n=๓๔)		หลังทดลอง (n=๓๔)		diff	t	p-value
	$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$	S.D			
คะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรม	๙๓.๕๐	๙.๒๕	๑๐๑.๖๗	๖.๐๘	๘.๑๗	๑๐.๙๗	๐.๐๐๐
ระดับคะแนนความสุข	๔๖.๘๒	๒.๘๘	๕๔.๙๑	๑.๙๑	๘.๐๙	๑๕.๕๐	๐.๐๐๐
ระดับความดันโลหิต							
ค่าความดันโลหิตตัวบน	๑๓๔.๒๓	๑๓.๗๗	๑๒๗.๑๑	๖.๘๘	-๗.๑๒	๓.๓๗๑	๐.๐๐๒
ค่าความดันโลหิตตัวล่าง	๗๖.๗๐	๘.๗๑	๗๑.๒๐	๖.๓๑	-๕.๕	๕.๒๙๑	๐.๐๐๐

๓. หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรม และความสุขหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p < 0.001$ ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบนหลังทดลองต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = 0.006$ ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวล่างหลังทดลองต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = 0.033$ รายละเอียดตามตารางที่ ๒ และในกลุ่มเปรียบเทียบไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ ๒ เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้านพฤติกรรม ด้านความสุข ค่าความดันโลหิตตัวบนและความดันโลหิตตัวล่าง หลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=๓๔)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=๓๔)		diff	t	p-value
	$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$	S.D			
คะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรม	๑๐๑.๖๗	๖.๐๘	๙๓.๙๔	๙.๗๖	-๗.๗๓	๓.๙๒	๐.๐๐๐
ระดับคะแนนความสุข	๕๔.๒๙	๑.๙๑	๔๖.๘๘	๒.๘๘	-๗.๔๑	๑๒.๕๙	๐.๐๐๐

ระดับความดันโลหิต

ค่าความดันโลหิตตัวบน	๑๒๗.๑๑	๖.๘๘	๑๓๔.๓๕	๑๓.๐๑	๗.๒๔	๒.๘๖๔	๐.๐๐๖
ค่าความดันโลหิตตัวล่าง	๗๑.๒๐	๖.๓๑	๗๕.๘๒	๑๐.๖๓	๔.๖๒	๒.๑๗๘	๐.๐๓๓

อภิปรายผล

ผลของสมาธิวิถีพุทธต่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ใช้เทคนิค ๓ส.๓อ.๑น.โดยใช้ระยะเวลา ๘ สัปดาห์ ทำให้กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงดังนี้

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการเข้าร่วมโครงการ พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p < 0.001$ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าการใช้สมาธิวิถีพุทธร่วมกับแนวคิดพื้นฐานการดูแลสุขภาพเชิงมนุษย์ ของวัดสัน ที่ให้ความสำคัญกับบทบาทอิสระในการเยียวยาเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถและรับรู้ศักยภาพของตนเองในการดูแลตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและฟื้นฟูสุขภาพของตนเองให้มีความเหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ได้

ระดับความดันโลหิตที่ลดลงหลังการเข้าร่วมโครงการสมาธิวิถีพุทธพบว่าค่าความดันโลหิตตัวบน กลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = 0.006$ และค่าความดันโลหิตตัวล่างกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = 0.033$ เช่นกันซึ่งกิจกรรมหลักคือ สวดมนต์ สมาธิ และสันทนาธรรม มีผลต่อการทำงานของ Barorecepte r และระบบประสาทอัตโนมัติที่ควบคุมความดันโลหิต ทำให้การทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติกลดลง และทำให้เซลล์สมองโดยเฉพาะสมองซีกซ้ายเจริญขึ้น ส่งผลให้มีอารมณ์ในด้านบวกเพิ่มขึ้น และช่วยให้ร่างกายหลังสารเซโรโทนินเพิ่มขึ้นซึ่งมีผลกระตุ้นการหลั่งสารสื่อประสาทตัวอื่นๆเช่น อะเซทิลโคลีน ซึ่งมีหน้าที่ช่วยขยายเส้นเลือดส่งผลให้ค่าความดันโลหิตลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของกิตติพงศ์ และคณะ(๒๕๖๕)^๖ การใช้สมาธิพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าความดันโลหิตลดลงทั้งตัวบนและตัวล่างมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = 0.05$

ความสุขในชีวิตหลังการเข้าร่วมกิจกรรมสมาธิวิถีพุทธมีผลต่อความสุขในชีวิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความสุขในชีวิตสูงกว่าก่อนทดลองคะแนนความสุขกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ ผลจากการมีภาวะสุขภาพโดยรวมดีขึ้นและนอนหลับได้ดี และรู้สึกพอใจที่ระดับความดันโลหิตลดลง ส่งผลให้มีความสุขที่สามารถทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น และรู้สึกปลอดภัยจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้สอดคล้องกับการศึกษาของเจตพลและคณะ(๒๕๕๘)^๗ พบว่าการทำสมาธิช่วยให้จิตใจสงบ เกิดความสุขตามมาได้

ข้อเสนอแนะ

๑.นำวิธีการดูแลโดยใช้สมาธิวิถีพุทธมาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เข้ารับบริการศูนย์แพทย์ชุมชนคูหาสวรรค์ให้มีความครอบคลุมเพิ่มขึ้นและขยายไปยังพื้นที่ของเขตบริการสุขภาพชุมชนเขตเมืองอีก ๒ แห่งเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงให้มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ลดภาวะแทรกซ้อนการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจได้

- ๒.ควรมีการศึกษาวิจัยติดตามผลเพื่อประเมินผลในระยะยาวและต่อเนื่องเพื่อรับรู้ปัญหาหรืออุปสรรคอื่นและนำมาปรับปรุงโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มาพัฒนาต่อเพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการดูแล
- ๓.สร้างแกนนำในชุมชนเพื่อช่วยในการดูแลสุขภาพโดยใช้สมาธิวิถีพุทธในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆให้มีความครอบคลุมและสามารถเข้าถึงวิถีชีวิตได้อย่างใกล้ชิด

เอกสารอ้างอิง

- ๑.กองโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค. แนวทางการจัดการเมื่อพบผู้รับบริการมีความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาล.กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. ๒๕๖๕.
๒. สรร กลิ่นวิชิตและคณะ. การประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังในชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี. บุรพาเวชสาร. ๒๕๕๘;๒(๑):๒๑-๓๓.
- ๓.สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย.แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป. กรุงเทพฯ:สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. ๒๕๖๒.
- ๔.รายงานข้อมูลสถิติ ร.พ.พัทลุง. ได้จากโปรแกรม Phatthalung Hospital Operating System.สืบค้นเมื่อวันที่ ๑๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๖.
- ๕.รพีพร ฤาเดช. ผลของโปรแกรมสมาธิบำบัดตามวิถีพุทธต่อความสุขในชีวิตผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรค ความดันโลหิตสูงที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดเพชรบุรี. (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยคริสเตียน. ๒๕๖๐.
- ๖.กิตติพงศ์ สัญชาติวิรุฬห์ และคณะ. ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพดีวิถีธรรมวิถีไทยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความดันโลหิตสูง เขตสุขภาพ ที่ ๙. วารสารสมาคมสถาบันบำราศนราดูร. ๒๕๖๕;๑๖(๓):๗๒-๘๒.
- ๗.Faul F, Erdfelder E, Lang AG., & Buchner A. G* Power ๓: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior research methods. ๒๐๐๗;๓๙(๒):๑๗๕-๑๙๑.
- ๘.เจตพล แสงกล้า และคณะ.ประชากรสามกลุ่มวัยได้อะไรจากการสวดมนต์.วารสารประชากรศึกษา. ๒๕๕๘;๑(๑):๒๖๙-๒๘๔.

ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มบุคลากร

รพ.เชียงรายประชานุเคราะห์ที่มีภาวะไขมันพอกตับ

ศุภโชค มาศปกรณ โสภา ปกป้องบวรกุล และกฤษฎา มั่นกุง

โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนหลัง (one group pretest-posttest) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มบุคลากรโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ หรือโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไขมันพอกตับ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน ๓๗ รายโดยกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ^๑ โดยมีกิจกรรมคือ ๑) ให้ความรู้รายกลุ่มเรื่องภาวะไขมันพอกตับโดยทีมแพทย์ ๒) ให้ความรู้รายบุคคลโดยนักโภชนาการ ๓) ให้ความรู้รายบุคคล โดยนักกายภาพบำบัด ๔) กิจกรรมกลุ่มสร้างแรงจูงใจ ๕) กิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เล่าสู่กันฟัง เก็บรวบรวมข้อมูลหลังสิ้นสุดโปรแกรม ๑๒ สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติทดสอบ Paired t - test

ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องภาวะไขมันพอกตับ สูงกว่าก่อนการให้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = 0.040$ ข้อมูลคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพหลังการให้โปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการให้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ $p = 0.022$ ข้อมูลคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองพบว่าหลังการให้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการให้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับ $p < 0.001$ ส่วนความดันโลหิตหลังการให้โปรแกรม มีค่าเฉลี่ยลดลงต่ำกว่าก่อนการให้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับ $p = 0.014$ ค่าดัชนีมวลกายรอบเอว น้ำหนัก หลังการให้โปรแกรม มีค่าเฉลี่ยลดลงต่ำกว่าก่อนการให้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p < 0.001$ ส่วนค่าความดันซิสโตลิกเฉลี่ย ค่า Lipid Profile ค่าการทำงานของตับ AST ไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การจัดกิจกรรมให้ความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรค และพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม ทำให้กลุ่มตัวอย่างตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเองส่งผลต่อการนำไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองที่เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้

คำสำคัญ: โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ภาวะไขมันพอกตับ

หลักการ และเหตุผล

ประเทศไทยพบภาวะไขมันพอกตับมากขึ้นตามแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นของโรคเมตาบอลิกซินโดรม ได้แก่ ภาวะอ้วน โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด ประชาชนกลุ่มเสี่ยงคือ ผู้ที่มีอายุ ๔๐ ปีขึ้นไปที่มีอัตราการเผาผลาญอาหารเริ่มลดลง การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าความชุกของภาวะไขมันพอกตับในประชากรไทยสูงถึง ร้อยละ ๓๙.๕๖ แยกเป็น เพศชายคิดเป็นร้อยละ ๓๒.๑๗ เพศหญิง ร้อยละ ๗.๓๙ นอกจากนี้ยังพบความชุกของภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในประชากรไทยร้อยละ ๓๖.๒๕ แยกเป็น เพศชายร้อยละ ๓๑.๖๔ และเพศหญิง ร้อยละ ๔.๖๑^๒

การสะสมของไขมันเข้าไปในเซลล์ตับต่อเนื่องเป็นเวลานาน ก็จะส่งผลให้เกิดการอักเสบของเนื้อตับได้และต่อมาก็ส่งผลกระทบต่อระบบต่างๆ ในร่างกาย ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนอื่นๆ โดยเฉพาะโรคเรื้อรังต่างๆ อาจเป็นโรคที่เป็นอยู่เดิม เช่น โรคเบาหวาน ตับอักเสบจากไวรัสชนิดต่างๆ โรคอ้วน ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดหัวใจตีบ หากมีการอักเสบของตับเป็นเวลานาน ก็จะส่งผลให้เกิดการทำลายของเซลล์ตับและการมีแทนที่ด้วยพังผืด จนในที่สุดก็จะทำให้เกิดอาการตับแข็งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งตับได้^๓ สอดคล้องกับการศึกษาของชุดิมนต์ อุดมพรมงคล^๔ พบว่าผู้ป่วยที่ตรวจพบภาวะไขมันพอกตับ ควรได้รับคำแนะนำให้ควบคุมน้ำหนัก ลดรอบเอว ลดค่าดัชนีมวลกาย เพื่อลดการเกิดภาวะไขมันพอกตับ และการศึกษาของอัญชญา เอี่ยมปิยะกุล^๕ เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคไขมันพอกตับในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ ๒ โรงพยาบาลสตูล พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะอ้วนควรได้รับการคัดกรองและเฝ้าระวังโรคไขมันพอกตับอย่างสม่ำเสมอ และโรงพยาบาลสตูลควรมีโปรแกรมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนการบริโภคอาหาร และออกกำลังกายของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุอย่างเหมาะสม วิธีการเหล่านี้สามารถลดความเสี่ยงการโรคไขมันพอกตับในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานได้ในอนาคต

จากข้อมูลบุคลากรโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงที่รับการรักษาโรงพยาบาล พบว่าบุคลากร รพ. ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ จำนวน ๒๙ คน มีภาวะไขมันพอกตับ ๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๐.๓๔ บุคลากร รพ. ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน ๑๔๐ คน มีภาวะไขมันพอกตับ ๑๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๗.๑๔ และบุคลากร รพ. ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จำนวน ๖๓ คน มีภาวะไขมันพอกตับ ๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๔.๗๖

กลุ่มภารกิจปฐมภูมิ และทีมสหสาขาวิชาชีพจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มบุคลากรโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ที่มีภาวะไขมันพอกตับ ซึ่งหากกลุ่มเป้าหมายมีรับรู้ถึงความเสี่ยง ความรุนแรง ผลกระทบที่ได้รับ รับรู้ถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการดูแลสุขภาพจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมจะส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด เพื่อป้องกันภาวะไขมันพอกตับ ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มบุคลากรโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ หรือโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไขมันพอกตับ

การดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง แบบ หนึ่งกลุ่มวัดก่อน และหลัง (one group pretest-posttest) ศึกษาในบุคลากรโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

ประชากรคือ บุคลากรที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ หรือโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไขมันพอกตับจำนวน ๓๗ คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติการเกิดไขมันพอกตับในบุคลากรที่เป็นเบาหวานหรือความดันโลหิตปี ๒๕๖๕ ร้อยละ ๖.๘๙ คาดว่าหลังเข้าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพการเกิดไขมันพอกตับในบุคลากรที่เป็นเบาหวานหรือความดันโลหิตจะลดลงร้อยละ ๕๐.๐๐ กำหนดค่า $\alpha = 0.05$, power ๘๐ percent, two-sample comparison of proportion, two-

sided เกณฑ์การคัดเข้า ๑) เป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ ๒ หรือโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไขมันพอกตับ ที่ผ่านการอัลตราซาวด์ และ Fibro scan และคัดออกคือมีภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพอันเป็นผลกระทบ ต่อระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิต

เครื่องมือในการทำวิจัยประกอบด้วย

๑. โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ที่มีภาวะไขมันพอกตับที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการ ประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด ๕ ครั้ง ดังนี้ครั้งที่ ๑ สัปดาห์ที่ ๑ การให้ความรู้เรื่องโรครายกลุ่มโดยแพทย์ ใช้เวลา ๒ ชม. ครั้งที่ ๒ สัปดาห์ที่ ๒ - ๖ ให้ความรู้รายบุคคลโดยนักโภชนาการ ใช้เวลา ๑ ชม. ครั้งที่ ๓ สัปดาห์ที่ ๒ - ๖ ให้ความรู้รายบุคคลโดยนัก กายภาพบำบัดใช้เวลา ๑ ชม. ครั้งที่ ๔ สัปดาห์ที่ ๗ กิจกรรมกลุ่มสร้างแรงจูงใจ ใช้เวลา ๒ ชม. ครั้งที่ ๕ สัปดาห์ที่ ๗ กิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ใช้เวลา ๒ ชม.

๒. แบบเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือจากชุดมา สร้อยนาถ (๒๕๖๑)^๖ นิธิพงศ์ ศรีเบญจมาศ (๒๕๖๓)^๗ และความรู้ความเข้าใจ เรื่องภาวะไขมันพอกตับและการดูแลตนเองได้แก่แบบสอบถามข้อมูล ทั่วไป แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบประเมินพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แบ่งเป็น ๒ ด้าน ได้แก่ ๑) ด้านความตรงตามเนื้อหา (Content validity) งานวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญตรวจสอบจำนวน ๓ ท่านพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับกรอบการวัด (Item - Objective Congruence Index: IOC) มีค่าระหว่าง ๐.๖๐ - ๑.๐๐ ๒) ด้านความเชื่อมั่น (Reliability) วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ ๐.๗๗

การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังเข้าโปรแกรม ๑๒ สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบ Paired t - test

งานวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ เลขที่ EC CRH ๐๕๘/๖๖ In ลง วันที่ ๑๖ สิงหาคม ๒๕๖๖

ผลการวิจัย

หลังการทดลอง บุคลากรที่มีภาวะไขมันพอกตับมีค่าความดันโลหิตซิสโตลิก ค่าดัชนีมวลกาย รอบเอว น้ำหนัก ค่าเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อและพฤติกรรมดูแลสุขภาพดีกว่าก่อน ทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดตามตารางที่ ๑

ตารางที่ ๑ : ตารางเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำหนัก รอบเอว ดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าคะแนนความรู้ ค่าคะแนนการรับรู้ ค่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ตัวแปร	ก่อนทดลอง (n=๓๗)		หลังทดลอง (n=๓๗)		diff	df	t	P - value
	mean	±SD	mean	±SD				
ระดับความดันโลหิต								
ซิสโตลิก	๑๓๐.๒๒	๑๔.๕๑	๑๓๐.๑๙	๑๔.๕๑	-๐.๐๓	๓๖	๐.๐๑๒	๐.๙๙๑
ไดแอสโตลิก	๘๐.๑๔	๘.๕๗	๗๕.๔๙	๙.๓๖	-๔.๖๕	๓๖	๒.๕๗๘	๐.๐๑๔
ดัชนีมวลกาย	๓๑.๑๖	๔.๑๒	๒๙.๔๑	๓.๗๓	-๑.๗๕	๓๖	๕.๑๐๖	๐.๐๐๐
รอบเอว	๑๐๐.๔๕	๘.๔๐	๙๑.๗๗	๙.๙๑	-๘.๖๘	๓๖	๖.๒๘๐	๐.๐๐๐
น้ำหนัก	๗๗.๖๙	๑๑.๑๐	๗๓.๓๕	๑๐.๔๒	-๔.๓๔	๓๖	๕.๓๑๓	๐.๐๐๐
HbA๑c	๗.๗๙	๑.๘๐	๗.๐๙	๑.๐๒	-๐.๗	๑๓	๒.๑๓๒	๐.๐๕๓
Lipid profile								
Total	๑๙๒.๓๕	๔๔.๑๐	๑๙๒.๘๓	๓๘.๑๑	๐.๔๘	๓๖	๐.๐๖๙	๐.๙๔๕
Cholesterol								
Triglyceride	๑๔๓.๗๐	๖๙.๔๗	๑๔๓.๑๙	๘๐.๗๖	-๐.๕๑	๓๖	๐.๐๔๙	๐.๙๖๑
LDL	๑๐๙.๖๗	๔๓.๒๕	๑๐๖.๖๒	๓๘.๖๘	-๓.๐๕	๓๖	๐.๔๙๘	๐.๖๒๒
HDL	๕๖.๔๓	๑๑.๐๔	๕๗.๕๙	๑๑.๘๗	๑.๑๖	๓๖	๐.๘๗๓	๐.๓๘๘
LFT								
AST (SGOT)	๓๒.๒๙	๑๓.๕๑	๒๘.๙๑	๑๕.๓๒	-๓.๓๘	๓๖	๑.๙๐๔	๐.๐๖๕
ALT (SGPT)	๓๖.๘๙	๑๙.๙๕	๓๑.๔๘	๑๘.๐๗	-๕.๔๑	๓๖	๒.๒๒๘	๐.๐๓๒
ความรู้ฯ	๕.๘๑	๑.๑๐	๖.๒๔	๑.๒๓	๕.๔๓	๓๖	๒.๑๒๗	๐.๐๔๐
การรับรู้ตามแบบ	๑๐๘.๐๘	๑๐.๑๕	๑๑๓.๑๘	๑๒.๔๗	๕.๑	๓๖	๒.๓๙๖	๐.๐๒๒
แผนความเชื่อฯ								
พฤติกรรมการดูแลตนเองฯ	๓๙.๕๑	๕.๑๐	๖๔.๖๗	๖.๑๒	๒๕.๑๖	๓๖	๑๙.๕๖๕	๐.๐๐๐

อภิปรายผล

คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องภาวะไขมันพอกตับและพฤติกรรมการดูแลตนเอง คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองพบว่าหลังการให้โปรแกรมมีค่าคะแนนเฉลี่ย สูงกว่าก่อนการให้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < ๐.๐๕$ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มบุคลากร รพ.เชียงรายประชาชนเคราะห์ที่มีภาวะไขมันพอกตับมีการจัดกระบวนการเรียนรู้ การแลกเปลี่ยนเรียนจากกิจกรรมการให้ความรู้

รายบุคคลและรายกลุ่มจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้กลุ่มเป้าหมายมีความรู้ ทักษะในการดูแลตนเอง เพื่อลดภาวะไขมันพอกตับรวมถึงการสร้างการรับรู้ถึงความเสี่ยง ความรุนแรงของภาวะไขมันพอกตับ ส่งผลต่อร่างกายอย่างไร การรับรู้ถึงประโยชน์ที่ได้จากการดูแลตนเองให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมโดยผ่านกระบวนการการให้คำแนะนำจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ส่งผลให้กลุ่มเป้าหมาย ตัดสินใจในการดูแลตนเองทำให้น้ำหนักตัว รอบเอว และดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่าง หลังการเข้าร่วม โปรแกรม ลดลงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$

อีกทั้งการเสริมสร้างแรงจูงใจ การได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันทำให้กลุ่มเป้าหมายมีกำลังใจในการดูแลสุขภาพตนเองทำให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นพพร ทัญอยู่^๙ ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในบุคลากรที่มีระดับไขมันในช่องท้อง และดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี ผลการวิจัยพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ ด้านระดับไขมันในช่องท้องและดัชนีมวลกาย หลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับไขมันในช่องท้องลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ รวมทั้งดัชนีมวลกายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ และการศึกษาของสุภาพร ทิพย์กระโทก^๙ พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับภาวะอ้วนลงพุงและการลดน้ำหนัก การปฏิบัติตัวในการลดน้ำหนักสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว ลดลงกว่าก่อนการทดลองและลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) การศึกษาค้นคว้านี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทำให้กลุ่มเป้าหมายมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง มีความตระหนักถึงผลกระทบ ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ที่ได้รับหากนำมาใช้ในการดูแลตนเอง ส่งต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดน้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวได้ ด้านทีม นักวิจัย University of Illinois ได้ตีพิมพ์บทความเกี่ยวกับการรักษาภาวะไขมันพอกตับ (Krista Varady et al. Cell Metabolism ๑๔ Feb ๒๐๒๓)^{๑๐} ในผู้ป่วยจำนวน ๘๐ ราย ด้วยการทำ Intermittent fasting (IF) วันเว้นวัน ด้วยจำกัดแคลลอรี่ ไม่เกิน ๕๐๐ kcal/day ร่วมกับการออกกำลังกาย ๕ วันต่อสัปดาห์ เป็นเวลา ๓ เดือน ผลการศึกษาพบว่า สามารถลดปริมาณไขมันในตับ น้ำหนักค่า เอนไซม์ตับ ALT เส้นรอบเอว และเพิ่มความไวต่ออินซูลินในผู้ป่วยโรคอ้วนที่มีภาวะไขมันพอกตับ

ดังนั้นการเสริมสร้างความรู้เรื่องไขมันพอกตับ พฤติกรรมการดูแลที่ถูกต้องเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากการมีความรู้เรื่องโรค ส่งผลต่อการมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้อง ทำให้สามารถคุมระดับ น้ำตาล ระดับความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด การทำงานของตับ และสามารถลดน้ำหนัก รอบเอว และดัชนีมวลกายลงได้แต่ยังมีปัจจัยอีกหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้น การกระตุ้นเตือน การให้ข้อมูลความรู้ที่ถูกต้องอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงการให้กำลังใจเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้องเป็นสิ่งสำคัญเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ ต่อเนื่องและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

๑.ควรนำแนวคิดจากการจัดทำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการควบคุม น้ำหนัก รอบเอว ดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด การทำงานของตับ ไปปรับใช้ในการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง เพื่อลดภาวะไขมันพอกตับ

๒.การกระตุ้นเตือน การให้ข้อมูลความรู้ที่ถูกต้องอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงการให้กำลังใจเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ถูกต้อง รวมถึงการติดตาม ประเมินผลอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งสำคัญเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ต่อเนื่องและยั่งยืนและศึกษาผลลัพธ์ระยะยาว อีก ๖ เดือน หรือ ๑ปี

เอกสารอ้างอิง

- ๑.พรพร โนนจ้อย. Health Education. ศรีนครินทร์เวชสาร.๒๕๖๔;๓๖(๒):๒๔๖-๕๑.
๒. บัณพิต พิทักษ์. สถานการณ์ของภาวะไขมันพอกตับและความสัมพันธ์กับภาวะอ้วนในประชาชน
อำเภอเบรบือ จังหวัดมหาสารคาม.วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. ๒๕๖๐;๑๔:๒๒-๒๘.๐
๓. ปิตุรักษ์ อัสกุล. ไขมันพอกตับอันตรายใกล้ตัวที่ไม่ควรมองข้าม. สืบค้นจาก
<https://www.samitivejhospitals.com/th/article/detail>
- ๔.ชุตินันต์ อุดมพรมงคล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะไขมันพอกตับในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจคัดกรองด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ช่องท้องในเขตอำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.๒๕๖๒;๒:๑๘๒-๑๙๒.
- ๕.อัญญา เอี่ยมปิยะกุล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์โรคไขมันพอกตับของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสตูล.วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม.๒๕๖๕;๑๘:๑๗๘-๑๘๕.
- ๖.ชุตินันต์ สร้อยนาค. การศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ กลุ่มมุสลิมวัยทำงาน. วารสารพยาบาลทหารบก.๒๕๖๑;๑๙:๒๖๗-๒๗๗.
- ๗.นิธิพงศ์ ศรีเบญจมาศ. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ตำบลนาบ่อคำ อำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซียฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี.๒๕๖๓;๑๔:๑๔๙-๑๕๙.
๘. นพพร ทพอยู่. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในบุคลากรที่มีระดับไขมันในช่องท้องและดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต.๒๕๖๕;๒:๑-๑๒.
๙. สุภาพร ทิพย์กระโทก. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเอง เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพค่าดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีภาวะอ้วนลงพุง.วารสารศูนย์อนามัยที่ ๙.๒๕๖๓;๑๔:๒๑๐-๒๒๓.
๑๐. Ezpeleta M., et al. Effect of alternate day fasting combined with aerobic exercise on non-alcoholic fatty liver disease: A randomized controlled trial. CellMetabolism. ๒๐๒๓. Doi.org/๑๐.๑๐๑๖/j.cmet.๒๐๒๒.๑๒.๐๐๑

การพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV SelfSampling จาก Mobile Examination Box

จารุวรรณ แป้นน้อย และสุริวัลย์ พัทธมภาพ
โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นวิจัยและพัฒนา (Research & Developmental design) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV Self Sampling จาก Mobile Examination Box เป็นการวิจัยและพัฒนา กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลพี่เลี้ยงประจำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขจำนวน ๒๑๔ คน ดำเนินการวิจัย ๓ ระยะ ได้แก่ ระยะที่ ๑ สอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคอบรมให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก คู่มือทัศนวิสัยการตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองและทดลองตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองโดยใช้ชุดตรวจมะเร็งปากมดลูก (HPV Self Sampling) ระยะที่ ๒ ดำเนินการพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและวิธีการให้กลุ่มเป้าหมายมีความรู้ ลดความอาย สอนแบบสร้างแรงจูงใจในการตรวจด้วยวิธี HPV Self Sampling จาก Mobile Examination Box ระยะที่ ๓ ประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ รวมถึงการสรุปปัญหาและอุปสรรคการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสนทนามาเรียงเรียง จัดกลุ่มเนื้อหาและจับประเด็นหรือคำสำคัญจากเนื้อหาการสนทนาให้สอดคล้องกับแนวทางการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาพบว่า ระยะที่ ๑ พยาบาลพี่เลี้ยงชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข มีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับสูง และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก ระยะที่ ๒ พัฒนารูปแบบ โดยประยุกต์ร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการสร้าง Mobile Examination Box สำหรับตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง ระยะที่ ๓ พบว่าสตรีเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ ๑๒๘.๕๐

การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV Self Sampling จาก Mobile Examination Box ทำให้กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการตรวจคัดกรองเพิ่มขึ้น สามารถนำมาใช้ในการคัดกรองต่อไป

คำสำคัญ : มะเร็งปากมดลูก HPV Self Sampling, Mobile Examination Box

หลักการ และเหตุผล

จากสถานการณ์ทางสาธารณสุขโลก โรคมะเร็งปากมดลูก เป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในสตรีทั่วโลก และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของ หญิงไทย พบมากสุดในช่วงอายุ ๓๐-๖๐ ปี สำหรับประเทศไทยปี พ.ศ.๒๕๖๐ มีอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งปากมดลูก ๑๑.๗ ต่อประชากรแสนคน มีจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ ๕,๕๑๓ ราย และเสียชีวิต ๒,๒๕๑ราย โดยส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน อายุตั้งแต่ ๔๐ ปีขึ้นไป^๑ ซึ่งต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเป็นเงินจำนวนมาก การค้นหาผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มต้นเป็นการป้องกันที่ดีที่สุด

การดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า การดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีผลงานต่ำกว่าตัวชี้วัดที่กำหนด สำหรับตัวชี้วัดการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เป้าหมายสะสม ๕ ปี ให้ครอบคลุมร้อยละ ๘๐.๐๐

พบว่ากลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ปีงบประมาณ ๒๕๖๕-๒๕๖๖ คิดเป็นร้อยละ ๓๙.๗๑ และ ๓๓.๑๗ ตามลำดับ^๒ ยังไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมายร้อยละ ๖๐.๐๐

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ปัจจัยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง^๓ การรับรู้ความสามารถตนเอง^๔ การชักนำให้ปฏิบัติ^๕ ส่วนเหตุผลที่ไม่มาตรวจ คือ กลัวขั้นตอนการตรวจ^๖ กลัวผลผิดปกติ^๗ อายุเจ้าหน้าที่^๘ ซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกดังกล่าวมีความสัมพันธ์ต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเป้าหมายได้จึงประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory)^๙ และทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self Efficacy Theory)^{๑๐} มาใช้ในการศึกษา

ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้นำเทคโนโลยีที่มีประสิทธิภาพสูงในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเสี่ยง อายุ ๓๐-๖๐ ปี ด้วยวิธี HPV DNA Test^{๑๑} เป็นการตรวจทางด้านชีวโมเลกุลเพื่อตรวจหาตัวเชื้อ HPV สายพันธุ์ก่อมะเร็ง เป็นกระบวนการตรวจที่ง่าย สะดวก และแม่นยำสูง ยังพบว่าสตรีจำนวนมากไม่เห็นความสำคัญของการตรวจ ไม่มีอาการจึงไม่มาตรวจ อายุเจ้าหน้าที่ นอกจากนี้ยังมีกลุ่มสตรีที่ทำงานนอกบ้าน ทำให้ไม่สามารถมาตรวจและไม่สะดวกในการเดินทาง ผู้ทำวิจัยจึงได้จัดทำ Mobile Examination Box สำหรับตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองแบบเคลื่อนที่ขึ้นมาเพื่อให้สอดคล้องกับแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาโรคมะเร็ง ในด้านการจัดระบบบริการสุขภาพให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายอย่างทั่วถึง และเข้าถึงการตรวจมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎี สร้างเสริมแรงจูงใจในการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งเป็นกระบวนการที่เสริมสร้างให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันอันตรายและสิ่งคุกคาม กระตุ้นให้เกิดความใส่ใจในการดูแลตนเอง ร่วมกับการใช้ Mobile Examination Box

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อศึกษาสภาพการณ์การดำเนินงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของตำบลท่าอิฐ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์
๒. เพื่อพัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV Self Sampling จาก Mobile Examination Box
๓. เพื่อประเมินผลการพัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV Self Sampling จาก Mobile Examination Box

การดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นวิจัยและพัฒนา (Research & Developmental design) ประชากร คือ สตรี อายุ ๓๐-๖๐ ปี ของตำบลท่าอิฐ อำเภอเมือง จำนวน ๒,๕๔๒ คน คำนวณจากข้อมูลประชากร ใน HDC โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (inclusion criteria) คือเป็นกลุ่มเป้าหมายของพื้นที่ อ่านออกเขียนได้ ไม่มีอาการป่วยทางจิตกลุ่มตัวอย่างคือ สตรีอายุ ๓๐-๖๐ ปี ที่ยังไม่เคยได้รับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test จำนวน ๒๑๔ คน (กำหนดจำนวนเป้าหมาย โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ เป้าหมายร้อยละ ๖๐.๐๐ หาร ๕ ปี)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ๑) กิจกรรมให้ความรู้ สื่อ โปสเตอร์ แผ่นพับ เรื่องการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV Self Sampling จาก Mobile Examination Box ๒) ชุดตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV Self Sampling เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยผ่านการหาความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน ๓ ท่าน ค่า IOC=๐.๘๙ ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Coefficient alpha cronbach method) = ๐.๙๒

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ลงวันที่ ๑๐ กรกฎาคม ๒๕๖๖

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ระยะที่ ๑ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา โดยผู้วิจัยเชิญพยาบาลพี่เลี้ยงประจำชุมชน ในพื้นที่ตำบลท่าอิฐ และอสม. หมู่ละ ๒ คน มาประชุมเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยโดยผู้วิจัยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) โดยเลือกกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขซึ่งเป็นบุคคลที่สตรีกลุ่มเป้าหมายอายุ ๓๐ - ๖๐ ปี ให้ความเคารพนับถือ และไว้วางใจ และทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self Efficacy Theory)^๙ ของอัลเบิร์ต แบนดูรา โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

๑. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery Experiences) โดย๑)ให้อสม.ที่เป็นตัวแทนหมู่บ้านละ ๒ คน ได้รับอบรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV Self Sampling ระดับอำเภอมาแล้วถึงประสบการณ์ ความรู้สึกและความรู้ที่ได้รับจากการอบรมฯ ๒)ผู้วิจัยอบรมให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก และให้ดูวีดิทัศน์วิธีการตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV Self Sampling ซ้ำอีกครั้ง ๓)กิจกรรมการฝึกทักษะ โดยให้สตรีกลุ่มเป้าหมายทดลองตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV Self Sampling

๒. การใช้ตัวแบบ (Modeling) โดยคัดเลือก อสม.ที่ตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง มาเล่าถึงความรู้สึก วิธีการตรวจ ข้อพึงระวังขณะที่ทำการตรวจ รวมถึงข้อห้ามในการตรวจ

๓. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) และการกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal) โดยคัดเลือกตัวแทน อสม.แต่ละหมู่บ้าน ออกมาพูดเชิญชวนสตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ ๓๐-๖๐ ปี สอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานที่ผ่านมา อบรมให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก และดูวีดิทัศน์วิธีการตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองและให้ อสม. ทดลองตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองโดยใช้ชุดตรวจมะเร็งปากมดลูก (HPV Self Sampling) เพื่อนำประสบการณ์ที่ได้รับไปอธิบายบอกต่อกับผู้รับบริการในชุมชนได้

ระยะที่ ๒ รูปแบบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจาก Mobile Examination Box ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยดำเนินการพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและวิธีการให้กลุ่มเป้าหมายมีความรู้ ลดความอาย ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้สอนแบบสร้างแรงจูงใจในการตรวจด้วยวิธี HPV Self Sampling จาก Mobile Examination Box เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายได้รับการอย่างครอบคลุม ได้รับความรู้ที่ถูกต้อง

ระยะที่ ๓ ผลการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ผู้วิจัยได้ทำการประเมินผลและวิเคราะห์ผลการประเมินความพึงพอใจของ ผู้รับบริการ รวมถึงการสรุปปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างดำเนินงานวิจัย เพื่อนำมาปรับปรุงและพัฒนาต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล เชิงคุณภาพที่ได้จากการสนทนาวินิจฉัย จัดกลุ่มเนื้อหาและจับประเด็นหรือคำสำคัญจากเนื้อหาการสนทนาให้สอดคล้องกับแนวทางการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

(contentanalysis) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

๑. เพื่อศึกษาสภาพการณ์การดำเนินงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของตำบลท่าอิฐ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด คือร้อยละ ๑๒๘.๕๐

๒. เพื่อพัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV Self Sampling จาก Mobile Examination Box ซึ่งแต่เดิมต้องจัดสถานที่ตรวจที่มีห้องน้ำ หรือต้องตรวจภายในหน่วยงาน ทำให้กลุ่มเป้าหมายที่ต้องการตรวจไม่สามารถเข้าถึงบริการได้

๓. เพื่อประเมินผลการพัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV Self Sampling จาก Mobile Examination Box ค่าพึงพอใจตามตารางที่ ๑

ตารางที่ ๑ ความพึงพอใจของผู้รับบริการที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี HPV Self Sampling จาก Mobile Examination Box

หัวข้อ	M	S.D.	ระดับ
๑. มีความสะดวก เข้าถึงบริการได้ง่าย	๔.๙๔	๐.๒๗	มากที่สุด
๒. Box ที่ใช้เป็นห้องเก็บสิ่งส่งตรวจมีความมิดชิด ปลอดภัย	๔.๗๒	๐.๕๓	มากที่สุด
๓. ลดความอายในการตรวจ	๔.๙๑	๐.๓๒	มากที่สุด
๔. ผลการตรวจน่าเชื่อถือ	๔.๘๒	๐.๔๔	มากที่สุด
๕. การแจ้งผลการตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง	๔.๘๕	๐.๔๑	มากที่สุด
คะแนนรวมเฉลี่ย	๔.๘๕	๐.๓๙	มากที่สุด

อภิปรายผล

๑. จากผลการวิจัย มีกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจทั้งหมด ๒๗๕ ราย (๑เดือน : ๙๑.๖ ราย) เปรียบเทียบกับการ ตรวจ HPV DNA Test แบบเดิม ที่ดำเนินงานมาตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๖๖๕ - ๒๕๖๖ มีกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจ ทั้งหมด ๑๕๖ ราย (๑เดือน : ๖.๕ ราย) จะเห็นได้ว่า วิธี HPV Self Sampling จาก Mobile Examination Box ใช้ระยะเวลาสั้นกว่า มีผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสูงกว่า และผลการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ มีคะแนนเฉลี่ยรายข้อและคะแนนรวมเฉลี่ยอยู่ระดับมากที่สุด หัวข้อมีความสะดวก เข้าถึงบริการได้ง่าย (M= ๔.๙๔, S.D.=๐.๒๗) และหัวข้อ ลดความอายในการตรวจ (M= ๔.๙๑, S.D.=๐.๓๒) มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด สอดคล้องกับงานวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV Self Sampling โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข โรงพยาบาลหนองมะโมง จังหวัดชัยนาท^{๑๑}

๒. การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี HPV Self Sampling จาก Mobile Examination Box เป็นการจัดบริการสาธารณสุขเชิงรุกในการให้บริการตรวจมะเร็งปากมดลูกที่บ้าน โดยใช้ Mobile Examination Box เพื่อสะดวกในการตรวจ เข้าถึงง่าย ลดระยะเวลาในการรับบริการ มีการประชาสัมพันธ์เชิญชวนสตรีกลุ่มเป้าหมาย การสอนแบบสร้างแรงจูงใจผู้ศึกษาได้ให้ความรู้ รับรู้ถึงความ

รุนแรงของโรค โอกาสเสี่ยง รับรู้ประโยชน์ และลดอุปสรรคได้ ทำให้กลุ่มเป้าหมายมีความรู้ และทัศนคติดีขึ้น โดยมีความกระตือรือร้นไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และอยากเห็นตู้ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเคลื่อนที่ (Mobile Examination Box) และยังสามารถเข้าถึงระบบบริการตรวจคัดกรองได้ง่ายไม่ต้องเดินทางไกล ถือเป็นกิจกรรมสร้างการรับรู้เพื่อลดอุปสรรค Becker, Maiman^{๑๒} มีเครื่องมือเพียงพอ สามารถนัดเวลาสถานที่กับเจ้าหน้าที่ได้สะดวก มีเวลาได้มีการพูดคุยกับเจ้าหน้าที่สอบถามข้อสงสัยและวิธีการตรวจด้วยตนเองสร้างความมั่นใจ ลดความอายได้ Mobile Examination Box สามารถให้บริการตามจุดนัดต่างๆในชุมชนได้อีกด้วย นอกจากนี้การให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก ขั้นตอนการตรวจ ระยะการแจ้งผล การส่งต่อการรักษาให้เข้าสู่อการรักษาในเวลาที่เหมาะสม มีคุณภาพชีวิตดี สร้างความมั่นใจในการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่กลุ่มเป้าหมายมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

๑. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ควรหามาตรการจูงใจเพื่อให้สตรีมาตรวจมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้นโดยมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขในการให้คำปรึกษาและการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งควรมีการพัฒนากระบวนการควบคุมกำกับ ติดตาม และประเมินผลมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่อง

๒. ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติ ควรเปิดคลินิก คัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV Self Sampling โดยนำกล่อง Mobile Examination Box มาติดตั้งใช้งานในคลินิกร่วมด้วย โดยเปิดบริการอย่างน้อยสัปดาห์ละ ๑ วัน เพื่อเพิ่มโอกาสการเข้าถึงของผู้รับบริการมากยิ่งขึ้น

๓. ข้อเสนอแนะการศึกษาครั้งต่อไป ควรทำการศึกษาเพื่อติดตามประสิทธิผลของการนำกล่อง Mobile Examination Box ต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในระยะยาว พร้อมทั้งมีการพัฒนานวัตกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

- ๑.กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.แนวทางการบันทึกข้อมูลโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Testing.กรุงเทพฯ:สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. ๒๕๖๓.
- ๒.กระทรวงสาธารณสุข.Health Data Center. (๒๕๖๖-๒๕๖๗).[เข้าถึงเมื่อ ๑๕ กันยายน ๒๕๖๖]. จาก: <http://hdc.ntwo.moph.go.th/hdc>.
- ๓.อุไรวรรณสัมฤทธิ์และสมเดชพินิจสุนทร. ความตั้งใจไปรับบริการตรวจตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ ๓๐-๖๐ ปีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพร้าวอำเภอเมืองจังหวัดหนองบัวลำภู.วารสารสุขภาพชุมชน. ๒๕๕๘;๓(๔):๕๒๙-๕๖.
- ๔.Malmir S. Effect of an educational intervention based on protection motivation theory on preventing cervical cancer among marginalized women in westiran. Asian Pacific journal of cancer prevention. ๒๐๑๘;๑๙(๓):๗๕๕-๖๑.
- ๕.เทพกร พินัยนันท์. ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา. วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ, ๒๕๕๙;๑๙(๒):๘๙-๙๗.

๖. วราภรณ์ศิริธรรมานุกุล. เหตุผลการมารับบริการและความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่มารับบริการในโครงการป้องกันและเฝ้าระวังมะเร็งปากมดลูก โรงพยาบาลจุฬารัตน์. วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย. ๒๕๖๐;๑๐(๑):๑๒๖-๔๔.
๗. ปริญญา รุ่งเรือง, ภาณี วัฒนสมบูรณ์, สุปรียา ต้นสกุล, และลักขณา เต็มศิริกุลชัย. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยงที่ไม่เคยตรวจคัดกรองในช่วง ๓ ปีที่ผ่านมา. วารสารวิชาการ Veridian E-Journal Science and Technology Silpakorn University. ๒๕๕๘;๒(๒):๓๖-๔๔.
๘. House JS. Work stress and social support. ๑๙๘๑. Retrieved May ๒๐, ๒๐๒๐, from <http://books.google.com/books?id=qO๒RAAAIAAJ>.
๙. Bandura A. Self-Efficacy: The Exercise of Control. New York: W.H. Freeman and Company. ๑๙๙๗.
๑๐. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. แนวทางการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test. นนทบุรี: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. ๒๕๖๓.
๑๑. ฉันทย์สิตา ยอดอ่อน. การพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV Self Sampling โดยความร่วมมือของอาสาสมัครสาธารณสุข โรงพยาบาลหนองมะโมง จังหวัดชัยนาท. วารสารงานวิจัย. ๒๕๖๕.
๑๒. Becker MH, Maiman LA. sociobehavioral determinants of compliance with health medical care recommendations. Medical care. ๑๙๗๕.

R๒R เพื่อความก้าวหน้า

การศึกษาระดับความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของสามเณรใน วัดเขตเทศบาลนครแม่สอด อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก

พนานต์พงศ์ ผัดอ่อนอ้าย

โรงพยาบาลแม่สอด

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้และความสัมพันธ์ของความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของสามเณรในวัดเขตเทศบาลนครแม่สอด อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก โดยมี กลุ่มตัวอย่าง ๑๕๗ รูปโดยใช้เครื่องมือคือแบบสอบถามทั้งหมด ๗ ส่วน ได้แก่ข้อมูลทั่วไป ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก เก็บข้อมูลโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระยะเวลา ๑ เดือนวิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย สวนเบี่ยงเบนมาตรฐานสถิติทดสอบสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า ระดับความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกของสามเณร การรับรู้โอกาสเสี่ยงการรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับมาก การรับรู้อุปสรรคและพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง และความรู้ และการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เรื่องโรคไข้เลือดออกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับน้อย และปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.20 - 0.42$, $p=0.01$ และ <0.0001)

ควรเผยแพร่ความรู้เรื่องไข้เลือดออกในชุมชน วัด และโรงเรียนเพื่อสร้างพฤติกรรมที่ดีในการป้องกันโรค และค้นหาอุปสรรค ช่วยเหลือในการแก้ปัญหาเพื่อให้สามเณรมีพฤติกรรมในการป้องกันไข้เลือดออก

คำสำคัญ : โรคไข้เลือดออก สามเณร การป้องกันควบคุมโรค

หลักการ และเหตุผล

ประเทศไทยยังคงมีรายงานการระบาดของโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังโรค กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค (รายงาน ๕๐๖) ในปี ๒๕๖๕ พบผู้ป่วย โรคไข้เลือดออกสะสม ๔๕,๑๔๕ ราย อัตราป่วย ๖๖.๙ ต่อประชากรแสนคน มีรายงานผู้ป่วยมากกว่าปีที่ผ่านมา ๔.๕ เท่า โดยแนวโน้มผู้ป่วยเริ่มสูงขึ้นตั้งแต่เดือนพฤษภาคม และเริ่มสูงกว่ามัธยฐานย้อนหลัง ๕ ปี ตั้งแต่เดือนตุลาคมต่อเนื่องจนถึงปลายปีผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยเรียนและผู้ใหญ่ตอนต้น^๑

อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก เป็นพื้นที่ชายแดนทางทิศตะวันตกของประเทศไทยมีอาณาเขตติดต่อกับประเทศเมียนมา ดังนั้นจึงมีประชากรชาวเมียนมาเข้ามาอาศัยอยู่ในพื้นที่มากกว่า ๒๐๐,๐๐๐ คน โดยกระจายอยู่ตามสถานประกอบการต่างๆ และในชุมชนต่างชาติ ในปัจจุบันอำเภอแม่สอดมีการขยายตัวเป็นเขตเศรษฐกิจพิเศษชายแดน ทำให้เกิดเกิดการเคลื่อนย้ายของประชากรชาวเมียนมาเข้ามาในพื้นที่อำเภอแม่สอดมากยิ่งขึ้น ส่งผลกระทบต่อปัญหาสาธารณสุขมีโรคติดต่อที่สำคัญ ได้แก่ มาลาเรีย วัณโรค และโรคไข้เลือดออกยังคงเป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ชายแดนไทยอย่างต่อเนื่อง^๒

สถานการณ์โรคไข้เลือดออกปีงบประมาณ ๒๕๖๕ พบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในอำเภอแม่สอดจำนวน ๗๓ รายเป็นชาวต่างชาติ ๙ รายส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงช่วงอายุที่พบมากที่สุด

คือ ๑๕ - ๒๔ ปี รองลงมาคือ ๕ - ๑๔ ปี และ ๒๕ - ๓๔ ปี ซึ่งเป็นกลุ่มนักเรียนและวัยทำงาน ตำบลที่พบผู้ป่วยมากที่สุดคือตำบลแม่กาษา รองลงมาคือ ตำบลแม่สวด และตำบลมหาวัน ตามลำดับ^๗

ปัจจุบันวัดในเขตเทศบาลนครแม่สวด อำเภอแม่สวดจังหวัดตาก มีสามเณรจากหลากหลายพื้นที่เข้ามาบวชแล้วเรียนหนังสืออยู่ในวัดที่มีโรงเรียนสอนหนังสือตั้งแต่ระดับชั้นประถมศึกษาจนถึงมัธยมปลายซึ่งพื้นที่ดังกล่าวเกิดการระบาดของโรคไข้เลือดออกอยู่เป็นประจำทุกปีเนื่องจากบริเวณดังกล่าวเป็นพื้นที่เขตชุมชนมีลักษณะอยู่ชิดติดกันทั้งชุมชน มีแหล่งขยะ และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก อีกทั้งสามเณรยังไม่มีความรู้และพฤติกรรมการป้องกันตัวเองที่ไม่เหมาะสม จากเหตุผลดังกล่าวในฐานะที่ผู้วิจัยเป็นผู้ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่ที่รับผิดชอบจึงสนใจที่จะศึกษาระดับความรู้การรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของสามเณรในวัดเขตเทศบาลนครแม่สวด อำเภอแม่สวด จังหวัดตากเพื่อที่จะนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในวัดทำให้ลดการระบาดของโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อศึกษาระดับความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของสามเณรในวัดเขตเทศบาลนครแม่สวด อำเภอแม่สวด จังหวัดตาก
๒. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของสามเณรในวัดเขตเทศบาลนครแม่สวด อำเภอแม่สวด จังหวัดตาก

การดำเนินการวิจัย

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) มีระยะเวลาในการศึกษาตั้งแต่ เดือนตุลาคม ๒๕๖๕ ถึง ธันวาคม ๒๕๖๖ ศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก

ประชากรสามเณรที่เรียนหนังสือและอาศัยอยู่ในวัดเขตเทศบาลนครแม่สวด อำเภอแม่สวด จังหวัดตาก ทั้งหมด ๑๕๗ รูปโดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือสามเณรที่บวชและเรียนหนังสืออยู่ในวัดเขตเทศบาลนครแม่สวด อำเภอแม่สวด จังหวัดตากมากกว่า ๖ เดือนขึ้นไปและสามารถอ่านและเขียนหนังสือภาษาไทยได้ ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ๑๕๗ รูป

เครื่องมือที่นำมาใช้ในการศึกษารั้วนี้ประยุกต์มาจากการศึกษาของนภารัตน์ เงิน ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของหัวหน้าครัวเรือนกลุ่มชาติพันธุ์ตำบลปากกลาง อำเภอปัว จังหวัดน่าน^๘ ทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษารั้วนี้คือทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (health belief model)^๙ นำมาจัดชุดแบบสอบถามมีทั้งหมด ๗ ส่วนได้แก่ ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ ๒ แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก เช่น ยุงพาหะของโรค อาการของโรคไข้เลือดออก เป็นต้น แบบสอบถามให้เลือกตอบถูกหรือผิด ส่วนที่ ๓ แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไข้เลือดออก ส่วนที่ ๔ แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการเกิดโรคไข้เลือดออกส่วนที่ ๕ แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคไข้เลือดออก ส่วนที่ ๖ แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออกส่วนที่ ๓ - ๖ จะเป็นแบบสอบถามเรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยง อุปสรรค ความรุนแรง และประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออกออกเป็นคำถามที่ให้แสดงถึงความ

ระดับของการเห็นด้วยกับข้อคำถามซึ่งทุกส่วนมีคำถามส่วนละ ๗ ข้อ และส่วนที่ ๗ แบบสอบถาม พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกเป็นข้อคำถามซึ่งเกี่ยวกับพฤติกรรมในการปฏิบัติ ออกจำนวน ๑๐ ข้อ

เก็บข้อมูลและตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา หาค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงวิเคราะห์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Person's correlation coefficient)

การศึกษาในครั้งนี้ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลแม่สอด ICH – GCP เลขที่โครงการ MSHP๓๓/๒๕๖๕ ลงวันที่ ๒๐ กันยายน ๒๕๖๕

ผลการวิจัย

ระดับความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนมากมีความรู้เรื่องไข้เลือดออก รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันไข้เลือดออก ในระดับมาก ส่วนการรับรู้อุปสรรค และพฤติกรรมการป้องกันไข้เลือดออก อยู่ในระดับปานกลาง รายละเอียดดังตารางที่ ๑

ตารางที่ ๑ แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก (N = ๑๕๗)

ระดับความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการ ป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก	Mean	S.D	จำนวน(ร้อยละ) ระดับ		
			มาก	ปานกลาง	น้อย
ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก	๒.๖๒	๐.๖๑	๑๐๙(๖๙.๔)	๓๗(๒๓.๕)	๑๑(๗.๑)
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ไข้เลือดออก	๒.๖๘	๐.๖๔	๑๒๒(๗๗.๗)	๒๐(๑๒.๗)	๑๕(๙.๖)
การรับรู้อุปสรรคของการเกิดโรค ไข้เลือดออก	๒.๒๔	๐.๖๖	๕๘(๓๖.๙)	๗๙(๕๐.๔)	๒๐(๑๒.๗)
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค ไข้เลือดออก	๒.๕๐	๐.๖๔	๙๒(๕๘.๖)	๕๒(๓๓.๑)	๑๓(๘.๓)
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค ไข้เลือดออก	๒.๗๕	๐.๖๑	๑๓๔(๘๕.๔)	๘(๕.๑)	๑๕(๙.๕)
พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรค ไข้เลือดออก	๒.๓๘	๐.๕๘	๖๙(๔๓.๘)	๘๐(๕๑.๑)	๘(๕.๑)

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่า ความรู้ และการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p = 0.01$ และ < 0.001 รายละเอียดตามตารางที่ ๒

ตารางที่ ๒ ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้ความเสี่ยง อุปสรรค ความรุนแรง และประโยชน์ของการเกิดโรคไข้เลือดออก กับ พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

ตัวแปร	r	p - value	ระดับความสัมพันธ์
- ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก	๐.๒๐*	๐.๐๑	น้อย
-การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไข้เลือดออก	๐.๔๒**	๐.๐๐	ปานกลาง
-การรับรู้อุปสรรคของการเกิดโรคไข้เลือดออก	๐.๓๓**	๐.๐๐	น้อย
-การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคไข้เลือดออก	๐.๒๗**	๐.๐๐	น้อย
-การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออก	๐.๒๙**	๐.๐๐	น้อย

อภิปรายผล

จากศึกษาระดับความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกของสามเณรในวัดเขตเทศบาลนครแม่สอด อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก พบว่าในภาพรวมความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับมาก (Mean = ๒.๖๒, S.D= ๐.๖๑) เมื่อพิจารณารายชื่อสามเณรมีความรู้ความเข้าใจและตอบคำถามได้ถูกต้องเพราะว่ามีเจ้าหน้าที่ทางคลินิกชุมชนอบอุ่น และเจ้าหน้าที่จากงานป้องกันควบคุมโรค กลุ่มงานเวชกรรมโรงพยาบาลแม่สอดได้จัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้ในช่วงที่มีการระบาด สอดคล้องกับการศึกษาของไกรศิลป์ ศิริวิบุรณ์ และศิริรัตน์ กัญญา พบว่าอาสาสมัครมีความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูงที่พบว่ามีความรู้สูงในเรื่องอาการของโรคไข้เลือดออก การใส่ทรายหมี่ฟอส หรือทรายอะเบทในการป้องกันการวางไข่ของลูกน้ำยุงลายเป็นต้น และสอดคล้องกับการศึกษาของวิทยา ศรีแก้ว ที่พบว่าประชาชนมีความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก จากข้อคำถามความรู้ที่ตอบถูกมากที่สุดคือ ไข้เลือดออกมียุงลายเป็นพาหะนำโรค อาการเบื้องต้นของโรคไข้เลือดออก คือ ไข้สูง อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร เป็นต้น

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกกับพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของสามเณรพบว่ามีสัมพันธ์เชิงบวกอยู่ในระดับน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = .๐๑$ อธิบายได้ว่าสามเณรส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูงถึงร้อยละ ๖๙.๔ สืบเนื่องจากสามเณรที่เข้ามาเรียนอยู่ในโรงเรียนปริยัติธรรมจะได้เรียนรู้โรคติดต่อจากครูผู้สอน เข้าร่วมกิจกรรมอบรมพัฒนาความรู้จากเจ้าหน้าที่จากคลินิกชุมชนอบอุ่นและเจ้าหน้าที่ควบคุมโรคโดยได้รับความรู้อย่างต่อเนื่องรวมถึงในพื้นที่เขตเมืองจะมีการรณรงค์ป้องกันยุงลายในช่วงฤดู สอดคล้องกับการศึกษาของประทุมรัตน์ สิทธิชัย ที่พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กันทางบวก อยู่ในระดับน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p=๐.๐๔๕$ จากแบบสอบถามของการศึกษาเรื่องนี้ข้อความถามเรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกจะมีลักษณะใกล้เคียงกัน รวมถึงการศึกษาของไกรศิลป์ ศิริวิบุรณ์ และศิริรัตน์ กัญญา ที่พบว่าความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกของอสม. มีความรู้สูง มีความสามารถในการควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับสูง และมี

พฤติกรรมกำกับการป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับสูงส่วนความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมกำกับการควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับปานกลาง เป็นต้นแต่จะมีความแตกต่างกันเนื่องจาก อสม.ได้รับความรู้ในการป้องกันควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกเป็นประจำและต่อเนื่องรวมถึงการรับรู้ ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกทำให้เกิดความตระหนักและมีพฤติกรรมในการป้องกันควบคุมโรคได้ดีขึ้น เป็นต้น^๖

ข้อเสนอแนะ

- ๑.ควรเผยแพร่ความรู้เรื่องไข้เลือดออกในชุมชน วัด และโรงเรียนเพื่อสร้างพฤติกรรมที่ดีในการป้องกันโรค และค้นหาอุปสรรค ช่วยเหลือในการแก้ปัญหาเพื่อให้สามเณรมีพฤติกรรมในการป้องกันไข้เลือดออก
- ๒.ควรศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคไข้เลือดออกในพื้นที่รับผิดชอบ

เอกสารอ้างอิง

- ๑.กรมควบคุมโรค.ยุทธศาสตร์และแผนการควบคุมโรค. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค; ๒๕๕๘.
- ๒.พงษ์พจน์ เปี้ยน้ำล้อม. โครงการเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วในชุมชนต่างชาติ(RRMT). ตาก: โรงพยาบาลแม่สอด; ๒๕๖๒.
๓. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่สอด. รายงานประจำเดือนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก. ตาก: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่สอด; ๒๕๖๔.
๔. นภารัตน์ อู่เงิน. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกำกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกของหัวหน้าครัวเรือนกลุ่มชาติพันธุ์ตำบลปากกลาง อำเภอปัว จังหวัดน่าน. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; ๒๕๖๔.
๕. อาภาพร เผ่าวัฒนา และคณะ.การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชนการประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ. กรุงเทพฯ. หจก. โรงพิมพ์คลังน่านวิทยา, ๒๕๕๔.
- ๖.ไกรศิลป์ ศิริวิบุรณ์ และศิริรัตน์ กัญจา. การศึกษาความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมกำกับการดำเนินงานควบคุม ป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน. วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์ทางคลินิก โรงพยาบาลแพร่.๒๕๖๔;๒๙(๑):๑๒๙-๑๓๘.
๗. วิทยา ศรีแก้ว. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมกำกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลที่มีอัตราป่วยสูง อำเภอฉวาง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา.๒๕๖๕;๒(๑),๑-๑๔.
๘. ประทุมรัตน์ สิริชัย. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกและพฤติกรรมกำกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียนนายสิบตำรวจศูนย์ฝึกอบรมตำรวจภูธรภาค๙. ๒๕๖๓;๓(๒):๑๑๐-๑๒๓.

ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ตามแนววิถีชีวิตใหม่ต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ในชุมชน อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

ปิยวรรณ หาญเวช วัทธิกร นาถประนิล และทศพล อุทก
โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ตามแนววิถีชีวิตใหม่ต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ในชุมชน อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน ๖๐ คน จำแนกเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ ๓๐ คน กลุ่มเปรียบเทียบได้รับความรู้ตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ตามแนววิถีชีวิตใหม่ ประกอบด้วย การให้ความรู้โดยใช้สื่อวีดิทัศน์เรื่องการป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ การแจ้งเตือนการรับประทานยาโดย Application line และติดตามเยี่ยมขณะตั้งครรภ์ ๓ ครั้ง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบวัดความรู้เกี่ยวกับไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ แบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบ t-test และ Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองค่าเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ พฤติกรรมการปฏิบัติตัวป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$

โปรแกรมการให้ความรู้ตามแนววิถีชีวิตใหม่ต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งสามารถนำไปพัฒนาการบริการงานอนามัยแม่และเด็กในสถานบริการสาธารณสุขและชุมชน ซึ่งเป็นแนวทางการให้ความรู้แบบใหม่ที่ทันสมัย ที่เหมาะสมกับบริบทในการทำงานส่งเสริมสุขภาพในชุมชนในสถานการณ์ปัจจุบัน

คำสำคัญ : ไอโอดีน หญิงตั้งครรภ์ แนววิถีชีวิตใหม่

หลักการและเหตุผล

การขับเคลื่อนการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของกระทรวงสาธารณสุขตามแผนยุทธศาสตร์หลัก ๔ ยุทธศาสตร์ (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔) จากข้อมูลสารไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ในประเทศไทย ในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ - ๒๕๕๙ พบว่าสัดส่วนของไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ในตัวอย่าง ๒๖ จังหวัดของประเทศไทยเท่ากับ ๑๓๑.๗ $\mu\text{g/L}$ แสดงให้เห็นว่าหญิงตั้งครรภ์มีภาวะขาดสารไอโอดีน ในเขตสุขภาพที่๗พบว่ามี๓จังหวัด ยังเป็นพื้นที่ขาดสารไอโอดีนจากการตรวจปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ ปี ๒๕๖๑-๒๕๖๓ ค่ามัธยฐานไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ เท่ากับ ๑๒๘.๔, ๑๖๙.๗ และ ๑๕๙ ปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ไม่ต่ำกว่า ๑๕๐ $\mu\text{g/L}$ มากกว่าร้อยละ ๕๐.๐ พบว่า ร้อยละ ๔๑.๘, ๕๔.๙ และ ๕๓.๔ ตามลำดับ การตรวจระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมไทรอยด์ของทารกแรกเกิดที่มีอายุมากกว่า ๒ วันแต่ไม่เกิน ๗ วัน $< ๑๑.๒ \text{ mU/L}$ พบร้อยละ ๙.๓, ๑๑.๒ และ ๒๑.๙ จังหวัดร้อยเอ็ด การตรวจปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ ปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๕ ค่ามัธยฐานไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ เท่ากับ ๑๒๘.๔ ๑๓๒.๗ และ ๑๓๑.๒ ตามลำดับ ปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ไม่ต่ำกว่า ๑๕๐ $\mu\text{g/L}$

มากกว่าร้อยละ ๕๐.๐ พบว่า ร้อยละ ๒๐.๐, ๓๓.๓ และ ๓๓.๓ ตามลำดับ และผลการตรวจระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมไทรอยด์ของทารกแรกเกิดที่มีอายุมากกว่า ๒ วันแต่ไม่เกิน ๗ วัน <๑๑.๒ mU/L (ไม่เกินร้อยละ ๓.๐) พบร้อยละ ๑๑.๙, ๑๔.๖ และ ๒๑.๗ ตามลำดับ อำเภอเมืองร้อยเอ็ด ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๕ ค่ามัธยฐานไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ เท่ากับ ๗๒.๘, ๗๕.๔ และ ๑๒๒.๘ ผลการตรวจระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมไทรอยด์ของทารกแรกเกิดที่มีอายุมากกว่า ๒ วันแต่ไม่เกิน ๗ วัน <๑๑.๒ mU/L ไม่เกินร้อยละ ๓.๐๐ ร้อยละ ๑๙.๑, ๑๘.๖ และ ๑๖.๒ ตามลำดับ หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก เท่ากับ ร้อยละ ๖๙.๗, ๘๗.๖ และ ๘๙.๕ เด็กแรกเกิดถึง ๕ ปี พบสงสัยพัฒนาการล่าช้าร้อยละ ๓๕.๓, ๓๖.๘ และ ๔๕.๒ ตามลำดับ^๑

การให้ความรู้ ทำความเข้าใจ และนำความรู้มาประยุกต์ใช้แก่หญิงตั้งครรภ์จะทำให้ เกิดการเรียนรู้ร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม รวมถึงเสริมสร้างและกระตุ้นความสนใจของผู้เรียนและผู้เรียนเกิดความพึงพอใจเกิดความคิดวิเคราะห์ สังเคราะห์และนำไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพตามทฤษฎีการเรียนรู้ของ Bloom (Bloom, s Taxonomy)^๒ รวมถึงการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต้องตั้งใจทำให้เกิดเป็นการดำเนินชีวิตประจำวันเพื่อให้ สุขภาพดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งนำไปสู่ความเป็นปกติสุขและสามารถกระทำได้ในชีวิตประจำวัน รวมถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้เรียนเปลี่ยนไปในแนวทางที่พึงประสงค์ได้ (Pender, ๑๙๙๖)^๓ สอดคล้องกับเฉลิมพร ถิตย์ผาด และพรรณี บัญชรหัตถกิจ (๒๕๕๕)^๔ ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารในสตรีตั้งครรภ์ต่อน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ขณะตั้งครรภ์ที่คลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลสตยภูมิจังหวัดขอนแก่น พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานอาหารที่เหมาะสมขณะตั้งครรภ์ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ $p < 0.05$

ผู้วิจัยเป็นพยาบาลผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟู มีส่วนร่วมการบริหารงานตามนโยบายและยุทธศาสตร์ในการดูแลสุขภาพประชาชนและแก้ไขปัญหาสุขภาพรวมทั้งพัฒนาและปรับปรุงบริการการพยาบาล จึงพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้ตามแนววิถีชีวิตใหม่ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ในชุมชนอำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลสุขภาพประชาชนต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ตามแนววิถีชีวิตใหม่ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ในชุมชน อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

การดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research design) ประชากรในการศึกษาเป็นหญิงตั้งครรภ์ ภูมิลำเนาในเขตอำเภอเมืองจังหวัดร้อยเอ็ด โดยคำนวณขนาดตัวอย่างเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกันทิศทางการทดสอบทางเดียว (One-side test) โดยโปรแกรม App n๔Studies โดยใช้สูตร two independent means การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัยของเฉลิมพร ถิตย์ผาด และพรรณี บัญชรหัตถกิจ (๒๕๕๕)^๔ เรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารในสตรีตั้งครรภ์ต่อน้ำหนักตัวที่

เพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ขณะตั้งครรภ์ที่คลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลตติยภูมิจังหวัดขอนแก่นเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของกลุ่มทดลองและเปรียบเทียบเท่ากับ ๙.๑๒ และ ๗.๙๔ มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ ๐.๙๖ และ ๑.๕๔ ตามลำดับ

$$n_1 = \frac{(z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta})^2 [\sigma_1^2 + \frac{\sigma_2^2}{r}]}{\Delta^2}$$

$$r = \frac{n_2}{n_1}, \Delta = \mu_1 - \mu_2$$

เมื่อกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ ๐.๐๕ และอำนาจในการทดสอบ ๙๕ กำหนดให้ Alpha(α) ๐.๐๕ Beta(β) ๐.๒ Ratio(Group๒/Group๑) อำนาจในการทดสอบ ๙๕

จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ ๑๙ เพื่อสามารถป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ ๓๐.๐ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเป็น ๖๐ คนแบ่งกลุ่มทดลอง ๓๐ คนและกลุ่มเปรียบเทียบ ๓๐ คนหลังจากนั้นทำการสุ่มตัวอย่าง สุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling)

โดยสำรวจหญิงตั้งครรภ์ในชุมชนร่วมกับ อสม.ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ เชิญหญิงตั้งครรภ์ เข้าร่วมโครงการโดยกลุ่มเป้าหมายเป็นหญิงตั้งครรภ์อายุ ๒๐ - ๓๕ ปี อายุครรภ์ไม่เกิน ๑๖ สัปดาห์ ระหว่างเดือนพฤษภาคม - กรกฎาคม ๒๕๖๖ โดยแบ่งเป็น ๒ กลุ่มกลุ่มเปรียบเทียบคือหญิงตั้งครรภ์ตามคุณสมบัติมีภูมิลำเนาอยู่ตำบลในเมืองและตำบลดงลานและยินยอมเข้าร่วม กลุ่มทดลองคือหญิงตั้งครรภ์และผู้ดูแลที่ใช้โทรศัพท์มือถือ ที่เล่น APPLICATION LINE มีภูมิลำเนาอยู่ตำบลรอบเมือง

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย ๒ ส่วน คือ

๑.เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่โปรแกรมการให้ความรู้ตามแนววิถีชีวิต๑) การใช้สื่อวิดีโอทัศน์ความรู้เรื่องไอโอดีน มีความยาวจำนวน ๖ นาที โดยผ่านกลุ่ม Line ๒) ข้อความการแจ้งเตือนการกินยา (Application Alert Line) ตอนเช้าทุกวันเวลา ๑๐.๐๐ น. จนกระทั่งสิ้นสุดการตั้งครรภ์ ๓) แบบบันทึกการรับประทานยาในโทรศัพท์ ผ่าน Line Application ตอนเช้าทุกวันเวลา ๑๐.๐๐ น. ๔) ติดตามเยี่ยม ๓ ครั้ง เมื่อครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ ๑๖ สัปดาห์เยี่ยมที่บ้าน อายุครรภ์ ๒๔ สัปดาห์ และ ๓๒ สัปดาห์เยี่ยมผ่าน Line ติดตามเยี่ยมที่บ้าน ๑๔ วันหลังคลอดเพื่อแจ้งผล TSH ทารกแรกเกิดแก่มารดาหลังคลอดส่วนกลุ่มเปรียบเทียบให้ความรู้แบบเดิมให้สุขศึกษารายบุคคลส่วนตัวเมื่อครั้งแรกที่เยี่ยมบ้าน

๒.เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนที่ ๑ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปส่วนที่ ๒ แบบวัดความรู้เกี่ยวกับไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับไอโอดีนมีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ ๐.๓๒ - ๐.๗๖ ค่าความยากง่ายรายข้อตั้งแต่ ๐.๕๑ - ๐.๗๔ หาค่า KR-๒๐ ของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson) ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ ๐.๗๙ ส่วนที่ ๓ แบบประเมินพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน ได้แก่ การบริโภคเกลือไอโอดีน และการรับประทานอาหารที่มีสารประกอบไอโอดีน ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนสุขภาพ (Health Belief Model)^๕ ส่วนที่ ๔ แบบวัดความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ต่อโปรแกรมการให้ความรู้แบบบูรณาการการป้องกันการขาดไอโอดีนเป็นแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเอง โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ ๓ ท่านค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ ๐.๘๖

งานวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรอง จริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เลขที่ RE๐๕๙/๒๕๖๖ วันที่ ๒๙ พฤษภาคม ๒๕๖๖

ผลการวิจัย

๑. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความรู้เกี่ยวกับไอโอดีนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ และ $p = 0.017$ ตามลำดับรายละเอียดตามตารางที่ ๑

ตารางที่ ๑ เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ภายในกลุ่ม

ความรู้เกี่ยวกับไอโอดีน	$\bar{X}$	S.D.	Mean diff	๙๕%CI	p-value
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	๑๓.๒๐	๒.๖๖	-๔.๙๐	-๕.๗๖,-	.๐๐๐
หลังการทดลอง	๑๘.๑๐	๑.๙๒		๔.๐๔	
กลุ่มเปรียบเทียบ					
ก่อนการทดลอง	๑๓.๒๔	๒.๔๑	-๑.๒๗	-๒.๒๙,-	.๐๑๗
หลังการทดลอง	๑๔.๕๗	๑.๔๘		๐.๒๔	

๒. ก่อนการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความรู้เฉลี่ยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้เฉลี่ยมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ รายละเอียดตามตารางที่ ๒

ตารางที่ ๒ ผลการเปรียบเทียบความรู้เรื่องไอโอดีนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ความรู้เกี่ยวกับไอโอดีน	$\bar{X}$	S.D.	Mean diff	๙๕%CI	p-value
ก่อนทดลอง					
กลุ่มทดลอง	๑๓.๒๐	๒.๖๖	.๐๔	-๑.๓๑,๑.๓๑	๑.๐๐๐
กลุ่มเปรียบเทียบ	๑๓.๒๔	๒.๔๔			
หลังทดลอง					
กลุ่มทดลอง	๑๘.๑๐	๑.๙๒	๓.๖๓	๒.๗๕,๔.๕๒	.๐๐๐
กลุ่มเปรียบเทียบ	๑๔.๕๗	๑.๔๘			

๓. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ หลังการทดลองกลุ่มเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = 0.003$ รายละเอียดตามตารางที่ ๓

ตารางที่ ๓ เปรียบเทียบพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ภายในกลุ่ม

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ	$\bar{X}$	S.D.	Mean diff	๙๕%CI	p-value
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	๒.๑๓	๐.๒๑	-๐.๒๙	-๐.๓๖,-๐.๒๑	.๐๐๐
หลังการทดลอง	๒.๔๑	๐.๑๕			
กลุ่มเปรียบเทียบ					
ก่อนการทดลอง	๑.๙๒	๐.๐๗	๐.๐๓๖	๐.๐๑๓,๐.๐๕๘	.๐๐๓
หลังการทดลอง	๑.๙๖	๐.๐๖			

๔.หลังการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อไทรอยด์ของทารกแรกเกิด แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < ๐.๐๐๑$ รายละเอียดตามตารางที่ ๔

ตารางที่ ๔เปรียบเทียบความรู้ พฤติกรรมการปฏิบัติตัวป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนและค่าเฉลี่ยระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อไทรอยด์ของทารกแรกเกิดของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

หญิงตั้งครรภ์แรก	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		Mean diff.	๙๕%CI	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
ความรู้เกี่ยวกับไอโอดีน	๑๘.๑๐	๑.๙๒	๑๔.๔๗	๑.๔๘	๓.๖๓	๒.๗๕, ๔.๕๒	.๐๐๐
พฤติกรรมปฏิบัติตัวป้องกัน	๒.๔๑	๐.๑๕	๑.๙๖	๐.๐๖	-	-	.๐๐๐
ระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อไทรอยด์ของทารกแรกเกิด	๔.๒๕	๑.๒๖	๖.๔๗	๒.๖๒	๐.๔๕	๐.๕๑, ๐.๓๙	.๐๐๐

อภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ตามแนววิถีชีวิตใหม่ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ในชุมชนอำเภอเมืองร้อยเอ็ด พบว่าความรู้หลังใช้โปรแกรมการให้ความรู้ตามแนววิถีชีวิตใหม่ในการป้องกันภาวะขาดสารไอโอดีนของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < ๐.๐๐๑$ และความรู้ของกลุ่มทดลองมีระดับสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < ๐.๐๐๑$ ก่อนการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความรู้เฉลี่ยไม่แตกต่างกัน และหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้เฉลี่ยมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < ๐.๐๐๑$ หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < ๐.๐๐๑$ เมื่อเปรียบเทียบหลังการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อไทรอยด์ของทารกแรกเกิด แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < ๐.๐๐๑$ จากการศึกษาดังกล่าวจะเห็นได้ว่าผู้วิจัย นำการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารให้ความรู้ผ่านไลน์ให้หญิงตั้งครรภ์สามารถเรียนรู้ได้ตลอดเวลา รวมถึงการเยี่ยมเสริมพลัง อีกทั้งการกระตุ้นเตือนการรับประทานยาธาตุ

เหล็กเสริมไอโอดีนทุกวัน ทำให้ความรู้และพฤติกรรมของหญิงตั้งครรภ์ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาสุรางรัตน์ โฆษิตธนสารนงลักษณ์ แสนกิจตะ และอารักษ์รา มาประจักษ์ (๒๕๖๒)^๖ ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนโรงเรียนพ่อแม่ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ในหญิงตั้งครรภ์แรกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น พบว่าภายหลังการทดลองทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นและการศึกษาเฉลิมพร ถิตย์ผาด และพรรณี บัญชรหัตถกิจ (๒๕๕๕)^๔ ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมมารับประทานอาหารในสตรีตั้งครรภ์ต่อน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ขณะตั้งครรภ์ที่คลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลตติยภูมิจังหวัดขอนแก่น พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานอาหารที่เหมาะสมขณะตั้งครรภ์สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p < 0.05$ งานวิจัยนี้ยังสรุปได้ว่าการใช้การกระตุ้นเตือนและการบันทึกการรับประทานอย่างต่อเนื่องทำให้ระดับฮอร์โมนไทรอยด์ของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๒๕ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๖.๔๗ ซึ่งมีค่าต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เมื่อมาเปรียบเทียบทางสถิติระหว่าง ๒ กลุ่ม พบว่ามีความแตกต่างนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.0001$

ข้อเสนอแนะ

๑. กิจกรรมในโปรแกรมไปบูรณาการใช้ในการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ ในคลินิกฝากครรภ์
๒. นำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในการศึกษาเพื่อแก้ปัญหาโรคอื่น ที่เป็นปัญหาของพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

- ๑.กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการดำเนินงานโครงการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน (พฤษภาคม ๒๕๖๑ – มิถุนายน ๒๕๖๓). กรุงเทพฯ: บริษัทสามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด. ๒๕๖๓.
- ๒.Benjamin S. Bloom. (๑๙๕๖) อ้างใน ขวาล แพรัตกุล (๒๕๒๕) ในวิภาภรณ์ กมลสินธุ์ (๒๕๔๗). ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเรียนรู้พุทธิพิสัยขั้นของบลูมในการเรียนวิชาวิทยาศาสตร์ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ ๕ สังกัดสำนักงานเขตบึงกุ่ม.วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษา มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- ๓.Pender NJ. Health Promotion in Nursing Practice. Connection: Appleton & Lange. ๑๙๙๖.
๔. เฉลิมพร ถิตย์ผาด และพรรณี บัญชรหัตถกิจ. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมมารับประทานอาหารในสตรีตั้งครรภ์ต่อน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ขณะตั้งครรภ์ที่คลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลตติยภูมิจังหวัดขอนแก่น.ศรีนครินทร์เวชสาร. ๒๕๕๕;๒๗(๔):๓๔๗-๓๕๓.
- ๕.Becker MH and Maiman LA. The Health Belief Model and and Sick Role Behavior, In the Health Belief Model and Personal Health Behavior. New Jersey: ChalesB.Slack. ๑๒. ๑๙๗๕.
๖. สุรางรัตน์ โฆษิตธนสาร, นงลักษณ์ แสนกิจตะ และอารักษ์รา มาประจักษ์. ผลของโปรแกรมการสอนโรงเรียนพ่อแม่ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ในหญิงตั้งครรภ์แรกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่๗ขอนแก่น.ค้นเมื่อ๑๗กุมภาพันธ์๒๕๖๔.จาก <http://๒๐๓.๑๕๗.๗๑.๑๔๘/hpctdata/Res/ResFile/๒๕๖๒๐๐๑๙๐๑.pdf>. ๒๕๖๒.

ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับการฝึกสติของบุคลากร โรคอ้วนในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี

ณัฏฐ์ณภัทร เวียงวิเศษ

โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง วัดคุณสมบัติเพื่อเพื่อศึกษาผลของสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับการฝึกสติของบุคลากรโรคอ้วนในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ที่มีค่าดัชนีมวลกาย ≥ 30 กก./ม.² ขึ้นไปจำนวน ๑๕ คน เลือกแบบเจาะจง ตามคุณสมบัติเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองได้แก่ โปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ๓๐.๒ส. โดยใช้กระบวนการกลุ่ม ร่วมกับการฝึกสติบำบัดของกรมสุขภาพจิต จำนวน ๘ ครั้ง ระยะเวลา ๑๒ สัปดาห์วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิตินอนพารามเมตริก Wilcoxon Signed Ranks Test

ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมสุขภาพ ๓๐.๒ส. ก่อนและหลังทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ ผลลัพธ์สุขภาพ ได้แก่ค่าเฉลี่ยของน้ำหนัก ดัชนีมวลกาย ระดับเส้นรอบเอว ระดับความดันโลหิตตัวบน ระดับความดันโลหิตตัวล่าง และระดับชีพจรก่อน และหลังทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$

โปรแกรมสร้างสุขภาพร่วมกับฝึกสติ สามารถลดความอ้วนได้ ควรมีการขยายผลการศึกษาในบุคลากรและพนักงานสถานประกอบการที่มีภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์เพื่อให้พนักงานมีสภาวะสุขภาพที่ดี ปลอดภัยจากการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และมีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดี

คำสำคัญ: การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ๓๐.๒ส. สติบำบัด บุคลากรโรคอ้วน

หลักการ และเหตุผล

โรคอ้วนเป็นภัยคุกคามสำคัญของประเทศไทย จากข้อมูลจากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข รายงานความชุกของปัญหาน้ำหนักเกินหรืออ้วนในผู้ใหญ่ ในพ.ศ. ๒๕๖๕ พบร้อยละ ๔๗.๘ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๓๔.๗ ในพ.ศ. ๒๕๕๙^๑ โรคอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases : NCDs) การศึกษาในประเทศไทย ผู้ที่เป็นโรคอ้วนมีโอกาสป่วยด้วยโรคเบาหวาน สูงถึง ๖-๑๒ เท่าโรคหลอดเลือดหัวใจ ๔ เท่า และภาวะไขมันในเลือดผิดปกติและโรคความดันโลหิตสูง ๒ เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่มีน้ำหนักปกติ^๒ จากข้อมูลปี พ.ศ.๒๕๖๐ องค์การอนามัยโลก (WHO)^๓ รายงานว่าปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวานในประเทศไทยเกี่ยวข้องกับการมีน้ำหนักเกินร้อยละ ๓๑.๖ โรคอ้วนร้อยละ ๙.๒ และการไม่ออกกำลังกายร้อยละ ๑๔.๖ เกณฑ์ของโรคอ้วนในคนไทยสำหรับผู้ใหญ่อายุ ๒๐ ปีขึ้นไป จะพิจารณาจากค่าดัชนีมวลกายหรือ BMI (Body mass index) โดย ค่า BMI ≥ 30 กก./ม.^๒ ขึ้นไปแสดงถึงโรคอ้วนระดับ ๒ สาเหตุหลักของการเกิดโรคอ้วน คือ ความไม่สมดุลของพลังงานจากอาหารที่รับประทานเข้าไปกับการใช้งานพลังงานจากร่างกาย จากผลการเฝ้าระวังตรวจสุขภาพประจำปีบุคลากรโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖^๔ พบว่าบุคลากรเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๒๖.๘, ๒๔.๘ และ ๒๙.๑ ตามลำดับ เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังร้อยละ ๑๓.๒, ๑๕.๘ และ ๑๔.๙ ตามลำดับบุคลากรมีภาวะโรคอ้วน (ดัชนีมวลกาย ≥ 30 กก./ม.^๒ ขึ้นไป) ๑๒.๙, ๑๓.๔ และ ๑๓.๓ ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นสอดคล้องกับ

ภาพรวมระดับประเทศ ประชากรวัยทำงานเป็นกลุ่มวัยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เนื่องจากพฤติกรรมการใช้ชีวิตไม่เหมาะสมสะสมมานานเช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม มากเกินไป ขาดการออกกำลังกาย สะสมความเครียด รับสารพิษเข้าสู่ร่างกายเช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ส่งผลให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังดังกล่าวทำได้ด้วยการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง

สติมีความสำคัญต่อพฤติกรรม เนื่องจากลักษณะสติเป็นสภาวะอย่างหนึ่งของจิตใจ เกิดจากการตั้งใจ ใส่ใจ การฝึกสติเป็นการให้สุศึกษาโดยมีกิจกรรมเน้นให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ผ่านการสังเกต ประสบการณ์รับรู้ภายในต่ออาการทางกายและอาการทางใจเชื่อมโยงสู่การเปลี่ยนแปลงนามธรรมในจิตใจอย่างลึกซึ้ง เกิดความตระหนักคือ รู้และเข้าใจว่าขณะนั้นมีอารมณ์ ความรู้สึกอย่างไร เกิดการใคร่ครวญยังคิดในสิ่งที่จะปฏิบัติพฤติกรรมทางกาย วาจา ทางใจได้มาก การฝึกสติทำให้ลดพฤติกรรมความคิดทางลบเกิดความเมตตา เข้าใจความจริงพื้นฐานของชีวิต ซึ่งเป็นรากฐานของการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตทั้งมวล^๖ มีรายงานการศึกษาแนวคิดของการฝึกสติที่มีผลทางบวกต่อการสร้างเสริมสุขภาพสติช่วยให้เกิดการควบคุมตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมผ่านพลังภายในตนเอง สอดคล้องกับแนวคิดการตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

การสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์กรอบแนวคิดของเพนเดอร์^๗ เป็นแนวคิดที่มีพื้นฐานจากการให้คุณค่าต่อการคาดหวังในความสามารถของตนเองโดยมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถมีอิทธิพลทางบวกโดยตรงต่อความคาดหวังในผลพฤติกรรม และมีอิทธิพลโดยอ้อมต่อการวางแผนการปฏิบัติพฤติกรรม การลดอุปสรรคซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อระดับการรับรู้ความสามารถของตนเอง ๔ ปัจจัยคือ ๑) ประสบการณ์ความสำเร็จในอดีตของตนเอง ๒) การรับรู้ประสบการณ์ของผู้อื่นที่มีลักษณะคล้ายกับตนเอง โดยเปรียบเทียบความสามารถของตนเองกับผู้อื่นที่ปฏิบัติภารกิจคล้ายกันได้สำเร็จ ๓) การจูงใจด้วยคำพูด ที่สะท้อนมาจากผู้อื่นหรือตนเองบนพื้นฐานของความจริง เช่น คำชมเชย การให้กำลังใจ คำแนะนำ ๔) สภาวะทางกายและอารมณ์ มีผลลดการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งกลวิธีในการสร้างการรับรู้ความสามารถคือ มีความยืดหยุ่นต่อกลุ่ม ให้โอกาสในการสังเกตและการรับรู้และฝึกทักษะที่จำเป็น มีโอกาสได้ฝึกซ้อมปฏิบัติและได้รับประโยชน์จากพฤติกรรมนั้นปัจจัยอิทธิพลด้านระหว่างบุคคลและอิทธิพลด้านสถานการณ์ ส่งผลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคล เช่น กลุ่มเพื่อนในชมรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อนร่วมงาน เป็นต้น อิทธิพลด้านสถานการณ์ เช่น กิจกรรมการฝึกปฏิบัติทักษะต่างๆ พฤติกรรมผลลัพธ์ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมเกิดจากทุกองค์ประกอบในโมทัศน์ ผ่านการรับรู้ความพึงพอใจ ประกอบกับการมีทางเลือกนำไปปฏิบัติใช้ในชีวิตประจำวันที่บ้านและชุมชน หากเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ จะมีแนวโน้มการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอย่างต่อเนื่อง เมื่อปฏิบัติต่อเนื่องจะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจที่ดีขึ้น

กุญแจสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงรูปร่างหรือลดน้ำหนักของคนที่มีความอ้วน ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม รู้จักตั้งเป้าหมาย รู้จักติดตามการกระทำของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม เช่น เพื่อน ครอบครัว คนใกล้ชิด ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยสนับสนุนให้การลดน้ำหนักนั้นสำเร็จได้^๘ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์โดยใช้กระบวนการกลุ่ม ร่วมกับการฝึกสติ (สติบำบัด ของกรมสุขภาพจิตMBTC) มาใช้ในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพบุคลากรโรคอ้วนในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับการฝึกสติของบุคลากรโรคอ้วนในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี

การดำเนินการวิจัย

เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi-experimental research) แบบ หนึ่งกลุ่มวัดผลก่อน และ หลังการทดลอง (Pretest-posttest one group design) ระยะเวลาศึกษา ตั้งแต่ มกราคม ๒๕๖๗ - เดือน พฤษภาคม ๒๕๖๗ คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยวิเคราะห์ One-sided test เพื่อให้ได้ จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่น้อยที่สุดแต่สามารถเป็นตัวแทนของประชากรได้ กำหนดค่าความถูกต้อง ๙๕ เปอร์เซ็นต์ Power of test ๙๐ เปอร์เซ็นต์จากงานวิจัยของพิภรชิตา ณ นคร^๗ พบว่าก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย ๔๐.๓๗ คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๑๑.๗๒๕ คะแนนและหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ๔๒.๘๑ คะแนนส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๗.๙๓๙ คะแนน

$$n = \frac{\sigma^2 (Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2}{\Delta^2}$$

$$n = \frac{(11.725^2)(1.64 + 1.28^2)}{(7.939^2)}$$

$$n = 18.60 \sim 19 \text{ คน}$$

เมื่อคำนวณแล้วได้ขนาดตัวอย่าง ๑๙ คน ตามเกณฑ์การคัดเข้า ๑๙ คน จบกิจกรรม ๑๒ สัปดาห์ เหลือจำนวน ๑๕ คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยประกอบด้วยโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ๓๐.๒ส. โดยใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับการฝึกสติ Mindfulness Based-Therapy and Counseling : MBTC หรือสติบำบัด^๘ มีกระบวนการฝึก ๘ ครั้ง ประกอบด้วยการฝึกสมาธิ ฝึกหยุดความคิดจัดการความคิดและความว่างฝึกสติพื้นฐานในการทำกิจต่างๆอย่างมีสติ สติในการเคลื่อนไหวสติในการกินสติในการควบคุมอารมณ์ รู้ทันความคิดลบและปล่อยวาง สติใคร่ครวญ เปลี่ยนความคิดลบเป็นความคิดบวก สติการสื่อสารทางบวกสติเมตตาและให้อภัยและสติเป็นวิถี สร้างความเข้มแข็งจิตใจเรา ใช้สติในการเผชิญปัญหาในชีวิตประจำวันซึ่งผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์^{๑๐} เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพตาม ๓๐.๒ส. คู่มือฝึกสติบำบัด เครื่องมือประเมินสุขภาพ ได้แก่ เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดความดันโลหิตที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ เครื่องมือประจำปี ที่วัดส่วนสูง สายวัดรอบเอวที่ได้มาตรฐานโดยเก็บรวบรวมข้อมูล ๒ ครั้งก่อนและหลังทดลอง ๑ สัปดาห์

สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วยสถิติเชิงบรรยาย สถิติอ้างอิงเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพและสภาวะสุขภาพของกลุ่มทดลองก่อนและหลังทดลองโดยใช้สถิติทดสอบ Wilcoxon Signed Ranks Test ๒,๑๐ กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕

การศึกษานี้ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช เลขที่ ๒๗/๒๕๖๖ ลงวันที่ ๑๒ ธันวาคม ๒๕๖๖

ผลการวิจัย

ผลลัพธ์ของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพร้อมกับการฝึกสติ

๑) ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ๓๐.๒๕.ของกลุ่มตัวอย่างพบว่า หลังทดลองใช้โปรแกรมดีขึ้นกว่า ก่อนเข้าโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ Wilcoxon Signed Ranks Test (ตารางที่ ๑)

ตารางที่ ๑ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลต่างพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรโรคอ้วนก่อนและหลังเข้าโปรแกรมทดลอง

ตัวแปร	Mean	S.D.	diff	t	p
พฤติกรรมสุขภาพ ๓๐.๒๕. (n=๑๕)			๕.๖๗	๓.๓๐๐	.๐๐๐
ก่อนทดลอง	๑๙.๐๐	๒.๑๗			
หลังทดลอง	๒๔.๖๗	๒.๖๖			

๒) ด้านสุขภาพพบว่าค่าเฉลี่ยระดับน้ำหนัก ระดับดัชนีมวลกาย ระดับเส้นรอบเอว ระดับความดันโลหิตตัวบน ระดับความดันโลหิตตัวล่างและระดับชีพจรลดลงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ Wilcoxon Signed Ranks Test (ตารางที่ ๒)

ตารางที่ ๒ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลต่างสภาวะสุขภาพของบุคลากรโรคอ้วนก่อนและหลังเข้าโปรแกรมทดลอง

ตัวแปร	Mean	S.D.	diff	t	p
น้ำหนัก (n=๑๕)			-๖.๔๕	๓.๔๐๘	.๐๐๐
ก่อนการทดลอง	๑๐๓.๐๗	๑๖.๘๘			
หลังการทดลอง	๙๖.๖๒	๑๕.๔๙			
ดัชนีมวลกาย (n=๑๕)			-๒.๓๙	๓.๔๐๘	.๐๐๐
ก่อนการทดลอง	๓๘.๖๗	๓.๔๕			
หลังการทดลอง	๓๖.๒๘	๓.๔๖			
เส้นรอบเอว (n=๑๕)			-๗.๖๐	๓.๔๒๐	.๐๐๐
ก่อนการทดลอง	๑๑๔.๐๐	๑๑.๓๒			
หลังการทดลอง	๑๐๖.๔๐	๙.๘๗			
ความดันโลหิตตัวบน (n=๑๕)			-๑๖.๔๐	๓.๔๑๐	.๐๐๐
ก่อนการทดลอง	๑๔๔.๖๗	๑๕.๔๓			
หลังการทดลอง	๑๒๘.๒๗	๑๕.๑๐			

ความดันโลหิตตัวล่าง (n=๑๕)			-๑๕.๐๐	๓.๒๑๑	.๐๐๑
ก่อนการทดลอง	๙๗.๓๓	๑๕.๓๑			
หลังการทดลอง	๘๒.๓๓	๑๐.๙๒			
ชีพจร (n=๑๕)			-๔.๘๗	๑.๙๑๘	.๐๔๕
ก่อนการทดลอง	๘๕.๐๐	๘.๓๘			
หลังการทดลอง	๘๐.๑๓	๗.๙๘			

อภิปรายผล

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับการฝึกสติในบุคลากรโรคอ้วน โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชที่ใช้แนวคิดส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์^{๑๑} โดยใช้กระบวนการกลุ่มและการฝึกสติบำบัด (MBTC)^{๑๒} ต่อเนื่อง ๑๒ สัปดาห์ พบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ๓ อ.๒ส. ดีขึ้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < ๐.๐๐๑$ และผลลัพธ์ด้านสุขภาพพบว่าค่าเฉลี่ยของระดับน้ำหนัก ระดับดัชนีมวลกาย ระดับเส้นรอบเอว ระดับความดันโลหิตตัวบน ระดับความดันโลหิตตัวล่าง และระดับชีพจรลดลงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < ๐.๐๕$ สอดคล้องกับการการศึกษาผลของการฝึกสติต่อพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง^๖ และการศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกสติร่วมกับการกำกับตนเองที่มีต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง^๕ มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ.๐๕ ทั้งนี้เป็นผลมาจากกระบวนการฝึกสติตามหลักกรรมสุขภาพจิต เป็นการประยุกต์สมาธิและสติซึ่งเป็นพื้นฐานทางพุทธศาสนา นำมาใช้ทางโลกเพื่อจัดการปัญหาสุขภาพหรือเพิ่มความสามารถในการปรับตัวของบุคคลในการดูแลสุขภาพตนเอง เกิดความตระหนักและการยอมรับในความสำคัญของการดูแลสุขภาพ และสามารถควบคุมพฤติกรรมสุขภาพได้ดีขึ้น การเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้กระบวนการกลุ่ม ภายใต้กรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ เป็นการให้คุณค่าต่อการคาดหวังในความสามารถของตนเอง โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อเป้าหมายการควบคุมน้ำหนักและสภาวะสุขภาพ โดยให้สมาชิกกลุ่มได้ตั้งเป้าหมายในการดูแลสุขภาพตนเอง วางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ และมีบุคลากรสาธารณสุขรวมถึงบุคคลต้นแบบร่วมให้คำปรึกษา คำแนะนำการปฏิบัติตัว ติดตาม ให้คำชื่นชมและให้กำลังใจ ร่วมวิเคราะห์และวางแผนปรับพฤติกรรมสุขภาพตามวิถีของแต่ละบุคคล ตามบริบทการใช้ชีวิตประจำวันและการทำงาน ทั้งนี้ยึดหยุ่นตามภาระงานของแต่ละบุคคล กระบวนการกลุ่มทำให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้วิถีปฏิบัติ ระหว่างสมาชิกด้วยกัน เกิดกำลังใจในการปรับพฤติกรรมที่ดีเพื่อควบคุมน้ำหนักตนเอง ในแต่ละครั้งได้ฝึกปฏิบัติการฝึกสมาธิและสติตามหลักสติบำบัด (MBTC) ซึ่งช่วยให้กลุ่มตัวอย่างได้ใช้สติในการปรับพฤติกรรมให้บรรลุตามเป้าหมาย ซึ่งการฝึกสติดังกล่าวจะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างลดความว้าวุ่น จัดการความคิดลบที่เป็นอุปสรรคในการปรับพฤติกรรม เกิดการตระหนักและยอมรับในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ มีสติในการดูแลตนเองด้านการกิน การเคลื่อนไหว การใช้ชีวิตประจำวัน สติในการเลือกบริโภคอาหารคาร์โบไฮเดรตต่ำ น้ำตาลต่ำ สติในการพิจารณาอ่านฉลากโภชนาการก่อนซื้อ เพื่อควบคุมน้ำหนักและสภาวะสุขภาพตนเองได้ตามเป้าหมาย ผลที่ตามมาคือระดับน้ำหนัก ระดับดัชนีมวลกาย ระดับเส้นรอบเอว ระดับความดันโลหิตและระดับชีพจรลดลง

ข้อเสนอแนะ

๑. นำโปรแกรมขยายผลในบุคลากรที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์หรือโรคอ้วนให้ครอบคลุม
๒. นำโปรแกรมดังกล่าวไปสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพบุคลากรที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง
๓. นำโปรแกรมดังกล่าวไปสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพในพนักงานในสถานประกอบการ
๔. ศึกษาวิจัยระยะยาว และติดตามผล ๖ เดือน ๑ ปี เพื่อประเมินความยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

๑. กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช. สรุปผลงานคลินิกโรคจากการทำงาน.ม.ป.ท.: ม.ป.พ. (อัสสัมชัญ). ๒๕๖๗.
๒. จุฬาลักษณ์ บาร์มี.สถิติเพื่อการวิจัยทางสุขภาพและการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS (พิมพ์ครั้งที่ ๑). ชลบุรี:ศรีศิลป์การพิมพ์; ๒๕๕๑.
- ๓.พัทธพร อีสสรโชติ. สถิติเบาหวานในประเทศไทย ปัจจัยเสี่ยงและวิธีป้องกันเบาหวานที่ควรรู้ - Hello Khunmor(อินเทอร์เน็ต). ๒๕๖๕ (เข้าถึงเมื่อ ๒๕ มิถุนายน ๒๕๖๖). เข้าถึงได้จาก:<https://hellokhunmor.com/โรคเบาหวาน/สถิติเบาหวานในประเทศไทย-การจัดการสุขภาพ/>
๔. ปิติเอ็มเอส เวลเนส คลินิก. ประเด็นสำคัญกับโรคอ้วนภัยร้ายที่ไม่ได้รับเชิญ (อินเทอร์เน็ต). ๒๕๖๖ เข้าถึงเมื่อ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๖). เข้าถึงได้จาก: <https://www.pptvhdmb.com/news/สุขภาพ/๑๙๑๕๗๒>
๕. ปวีณา กัญญะพิลา. ผลของโปรแกรมการฝึกสติร่วมกับการกำกับตนเองที่มีต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ปริญญาานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; ๒๕๖๕.
๖. พานทอง แสงประเสริฐ. การศึกษาผลของการฝึกสติต่อพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง(ดุชนิพนธ์). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; ๒๕๖๑.
- ๗.พิภทร์ชิตา ฌนกร. ผลของการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของพนักงานในโรงงานจังหวัดสระบุรี(งานวิจัยต้นฉบับ). สระบุรี; ๒๕๖๐.
๘. ภัทรพร ตัญนะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมลดน้ำหนักและความพึงพอใจในชีวิตของประชากรในเขตกรุงเทพมหานคร(สารนิพนธ์ปริญญาการจัดการมหาบัณฑิตวิทยาลัยการจัดการ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; ๒๕๖๓.
๙. ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์.สร้างสุขด้วยสติในองค์กร(Mindfulness in Organization:MIIO). นนทบุรี: ปิยอนด์ พับลิชชิง จำกัด; ๒๕๖๓.
- ๑๐.ศุภามณ จันทร์สกุล และสุชาดา บวรกิตวงศ์. สถิตินอนพาราเมตริกและการประยุกต์ใช้ในงานวิจัยทางการแพทย์. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ๒๕๖๐;๑:๓๙-๔๘.
๑๑. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Individual models to promote healthbehavior in health promotion in nursing practice. ๖th ed. California: Appleton & Lange.

วิจัยประกวด

รูปแบบการจัดการสุขภาพชุมชนเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต ในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งจังหวัดมหาสารคาม

วัชรินทร์ ทองสีเหลือง

ศูนย์แพทยมหาวิทยาลัราชภัฏมหาสารคาม

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ๑) ศึกษาภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษา ๒) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษา และ ๓) สร้างรูปแบบการจัดการสุขภาพชุมชนเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต ใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสานระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ แบ่งการศึกษาเป็น ๒ ระยะ ระยะที่ ๑ ศึกษาภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษา กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน ๑,๓๙๒ คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการถดถอยพหุคูณ ระยะที่ ๒ สร้างรูปแบบการจัดการสุขภาพชุมชนเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต ใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ Action Research ภายใต้แนวคิด PAOR ของเคมมิสและแมคแท็กเกิร์ต (Kemmis & McTaggart, ๑๙๘๘)^๑ กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น ๒ กลุ่ม คือ กลุ่มที่ ๑ คณะกรรมการดำเนินงานสุขภาพจิต จำนวน ๔๗ คนและกลุ่มที่ ๒ นักศึกษาที่มีปัญหาสุขภาพจิต จำนวน ๓๒๙ คนคัดเลือกแบบเจาะจง และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า ในระยะที่ ๑ นักศึกษาส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ ๖๖.๓๖ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษา ได้แก่ การอบรมเลี้ยงดู ความสัมพันธ์กับผู้อื่น สภาพแวดล้อมของมหาวิทยาลัย และกิจกรรมของมหาวิทยาลัย มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p=0.01$ ระยะที่ ๒ สร้างรูปแบบการจัดการสุขภาพชุมชนเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต ประกอบด้วย ๘ ขั้นตอน คือ ๑) การวิเคราะห์สถานการณ์ ๒) จัดทำแผนปฏิบัติการ ๓) กิจกรรมด้านการส่งเสริมและป้องกัน ๔) กิจกรรมด้านการดูแลช่วยเหลือ ๕) กิจกรรมด้านการพัฒนาสู่ความยั่งยืน ๖) สนับสนุนติดตาม ๗) ประเมินผล ๘) ถอดบทเรียน ได้ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษา คือ TEAM โดยมหาวิทยาลัยศูนย์แพทย์ราชภัฏ หน่วยบริการปฐมภูมิ

ควรมีการจัดกิจกรรมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต ในด้านการส่งเสริมป้องกันด้านการช่วยเหลือ และด้านการพัฒนาสู่ความยั่งยืนเพื่อส่งเสริมภาวะสุขภาพจิตที่ดีในนักศึกษา

คำสำคัญ: การจัดการสุขภาพชุมชนการป้องกัน และแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต เยาวชน

หลักการ และเหตุผล

สุขภาพจิตเป็นภาวะหนึ่งของชีวิตคนเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญต่อการมีสุขภาพดีของบุคคล เป็นมุมมองที่กว้างกว่าการมีสุขภาพจิตหรือการเป็นโรคทางจิต (Mental Health Disorder) และถือว่าเป็นส่วนสำคัญของการดูแลสุขภาพจิตในหน่วยบริการปฐมภูมิ ปัจจุบันวัยรุ่นที่ป่วยด้วยโรคทางจิตมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น^๒ ดังจะเห็นได้จากข้อมูลเฉพาะวัยรุ่นอายุ ๑๘-๒๔ ปี ผู้ป่วยใหม่ที่เป็นโรคจิต ในปี ๒๕๖๔ เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและพบว่า วัยรุ่นกลุ่มนี้อัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่ากลุ่มอื่นๆหากได้รับการสนับสนุนทางสังคมและการเสริมสร้างความเข้มแข็งในชีวิตจะช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้^๓ กรมสุขภาพจิตตั้งเป้าหมายการพัฒนาสุขภาพจิตในยุคไทยแลนด์ ๔.๐ นี้มุ่งเน้นให้ประชาชนไทยมี

ปัญหาอารมณ์ดีมีความสุขอยู่ในสังคมอย่างทรงคุณค่า ในปี ๒๕๖๔ กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม มีการจัดทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือในการดำเนินงาน (MOU) ระหว่างกรมสุขภาพจิตกับมหาวิทยาลัยราชภัฏทั้ง ๓๘ แห่ง ภายใต้โครงการ “คู่มือช่วยดูแลจิตใจ แก้วสู่คนไทยคุณภาพ” บูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานในระบบสาธารณสุขและมหาวิทยาลัยราชภัฏ ในแต่ละเขตสุขภาพ เพื่อให้นักศึกษาได้รับการส่งเสริมป้องกันด้านสุขภาพจิต การดูแลช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหา รวมทั้งการติดตามต่อเนื่องเพื่อเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต รวมถึงสนับสนุนให้เกิดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อประโยชน์ในการทำงานต่อไป^๔ ศูนย์แพทย์มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ เครือข่ายโรงพยาบาลมหาสารคาม ที่ดูแลกลุ่มนักศึกษาจำนวน ๑๕,๕๖๐ คน จากข้อมูลการคัดกรองสุขภาพจิตของนักศึกษา จำนวน ๔,๕๘๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๙.๔๔ พบว่า นักศึกษามีปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ ๒๐.๗๐^๖

จากการศึกษาเกี่ยวกับระบบการดูแลช่วยเหลือนักศึกษา รวมถึงรูปแบบการดำเนินการดูแลจัดการสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพจิตของนักศึกษาไม่ชัดเจน และยังไม่พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษา

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะได้ทำการศึกษาในเรื่องดังกล่าว ซึ่งผลการศึกษา ผู้วิจัยคาดหวังว่าจะนำมาใช้ในการวางแผนดูแล ช่วยเหลือนักศึกษา และแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพจิตในกลุ่มนักศึกษาให้มีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษา ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษา และสร้างรูปแบบการจัดการสุขภาพชุมชนเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพจิตในมหาวิทยาลัย

การดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม ๒๕๖๔ ถึง มีนาคม ๒๕๖๖ แบ่งการศึกษาเป็น ๒ ระยะ คือ ระยะที่ ๑ การศึกษาภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษา เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (CrossSectional Descriptive Study) ระยะที่ ๒ สร้างรูปแบบการจัดการสุขภาพชุมชนเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพจิตในมหาวิทยาลัย ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (ActionResearch) ภายใต้แนวคิด PAOR ของเคมมิสและแมคแท็กการ์ด (Kemmis & McTaggart, ๑๙๘๘)^๗

กลุ่มตัวอย่าง ระยะที่ ๑ นักศึกษามหาวิทยาลัย ชั้นปีที่ ๑-๔ จำนวน ๑,๓๙๒ คน โดยคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วนประชากร (Krejci and Morgan, ๑๙๗๐)^๘ ระยะที่ ๒ มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน ๒ กลุ่ม คือ กลุ่มที่ ๑ คณะกรรมการดำเนินงานสุขภาพจิตของมหาวิทยาลัย จำนวน ๔๗ คน กลุ่มที่ ๒ นักศึกษาที่มีปัญหาสุขภาพจิต คำนวณมากกว่า ๖ คะแนน จำนวน ๓๒๙ คน (จากแบบประเมินสุขภาพจิต GHQ-๒๘ ในการวิจัยระยะที่ ๑)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบบสอบถาม แบ่งเป็น ๓ ตอน ดังนี้ตอนที่ ๑ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน ๖ ข้อ ตอนที่ ๒ แบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของ

นักศึกษาจำนวน ๑๕ ข้อ ตอนที่ ๓ แบบประเมินสุขภาพจิต GHQ - ๒๘ โดยหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษา และแบบสอบถาม GHQ - ๒๘ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ ๐.๘๗ และ ๐.๙๑ ตามลำดับ และแบบประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วม AIC

การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) แจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน การถดถอยพหุคูณ (Stepwise Multiple Linear Regression) และการตรวจสอบข้อมูลสามเส้าด้านข้อมูล จากภาคสนาม การประชุม AIC

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม เลขที่ ๔/๒๕๖๔ ลงวันที่ ๑๓ กันยายน ๒๕๖๔

ผลกาวิจัย

ระยะที่ ๑ การศึกษาภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษา พบว่าปัจจัยทำนายที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษา พบว่า ตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษา ประกอบด้วย การอบรมเลี้ยงดู สัมพันธภาพกับผู้อื่น สภาพแวดล้อมของมหาวิทยาลัย และกิจกรรมของมหาวิทยาลัย ตัวแปรทั้ง ๔ ด้าน สามารถร่วมทำนายภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาได้ ร้อยละ ๒๕.๗๐ ดังตารางที่ ๑

ตารางที่ ๑ ผลการวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุคูณของปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันยาเสพติดของนักศึกษา (n = ๑,๓๙๒)

ตัวแปร	b	SE	Beta	t	p-value
กิจกรรมของมหาวิทยาลัย	๓.๒๗๕	๐.๕๖๐	๐.๗๘๕	๑๐.๔๓๖	.๐๐๐
สภาพแวดล้อมของมหาวิทยาลัย	๒.๐๘๖	๐.๓๐๙	๐.๓๔๕	๖.๗๘๕	.๐๐๐
สัมพันธภาพกับผู้อื่น	๑.๓๙๖	๐.๑๖๔	๐.๑๒๖	๓.๗๘๘	.๐๑
การอบรมเลี้ยงดู	๐.๘๓๕	๐.๐๔๘	๐.๐๖๗	๑.๔๗๘	.๐๑
$R^2 = ๐.๓๕, R^2_{Adj} = ๐.๒๕๗, F = ๖๙.๐๘๕^*$					

ระยะที่ ๒ สร้างรูปแบบการจัดการสุขภาพชุมชนเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในมหาวิทยาลัย พบว่า รูปแบบการจัดการสุขภาพชุมชนเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในมหาวิทยาลัย ประกอบด้วย ๘ ขั้นตอน คือ

(๑) การวิเคราะห์สถานการณ์ด้วยกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม AIC แก่คณะกรรมการดำเนินงานสุขภาพจิต พบว่า จากการศึกษาระยะที่ ๑ การจัดกิจกรรมของมหาวิทยาลัย สภาพแวดล้อมของมหาวิทยาลัย เป็นปัจจัยด้านมหาวิทยาลัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษา โดยเมื่อวิเคราะห์สถานการณ์ในการดำเนินงานสุขภาพจิต พบว่า ๑) ขาดการค้นหาเชิงรุกในกลุ่มนักศึกษา โดยการจัดกิจกรรมในการค้นหา และส่งเสริมสุขภาพจิตในนักศึกษา ๒) สิ่งแวดล้อมในมหาวิทยาลัยไม่เอื้อต่อการเรียนรู้ เช่น ไม่มีแหล่งสนับสนุนการผ่อนคลายทางด้านร่างกายให้กับนักศึกษา ๓) นโยบายในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต ไม่ชัดเจน ขาดความต่อเนื่อง เป็นต้น

(๒) จัดทำแผนปฏิบัติการ คณะกรรมการดำเนินงานสุขภาพจิต ได้แผนปฏิบัติการ ๓ ด้าน ยุทธศาสตร์ ๘ กิจกรรม ในการดำเนินงานจัดการสุขภาพชุมชนเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต กับกลุ่มนักศึกษาที่มีปัญหาสุขภาพจิต จำนวน ๓๒๙ คน ประกอบด้วยยุทธศาสตร์ด้านที่หนึ่ง

(๓) ด้านการส่งเสริมและป้องกัน ประกอบด้วย ๓ กิจกรรม คือ ๑) Soft Skill ทักษะชีวิต ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ๒) คัดกรองค้นหาเชิงรุก Application Depression ๓) มหกรรมคนกล้า วัดใจ เดิมพลัง สังคมมีสุข ยุทธศาสตร์ด้านที่สอง

(๔) ด้านการช่วยเหลือประกอบด้วย ๓ กิจกรรม คือ ๑) ซึมเศร้า เข้าถึงได้ ๒) เพื่อนที่ปรึกษา ๓) ระบบ Fast Track ยุทธศาสตร์ด้านที่สาม

(๕) ด้านพัฒนาสู่ความยั่งยืนประกอบด้วย ๒ กิจกรรม คือ ๑) เครือข่ายสุขภาพจิต ๒) Mental Health Literacy

(๖) สนับสนุนติดตามวิธีการจากการสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมายพบว่า ทุกคนร่วมกันเสนอแนวคิดอภิปรายหาแนวทางแก้ไข ปัญหาพร้อมกันดำเนินการตาม แผนงาน/กิจกรรมทั้ง ๘ กิจกรรม ใน ๓ ยุทธศาสตร์เพื่อป้องกัน และแก้ปัญาสุขภาพจิตใน มหาวิทยาลัย จนสำเร็จลุล่วง ด้วยดี

(๗) ประเมินผล ภายหลังการสร้างรูปแบบ พบว่า กลุ่มเป้าหมาย มีสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ คิดเป็นร้อยละ ๘๙.๙๗ และ

(๘) ถอดบทเรียนได้รูปแบบการจัดการสุขภาพชุมชนเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตใน มหาวิทยาลัย ๘ ขั้นตอน และเกิดปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญาสุขภาพจิตของนักศึกษา จังหวัดมหาสารคาม คือ TEAM ประกอบด้วย T คือ Teamwork หมายถึง การทำงานร่วมกันเป็นทีม โดยการปฏิบัติงานที่มุ่งสร้างผลลัพธ์ที่เป็นเลิศจากการทำงานเป็นทีม E คือ Effectiveness หมายถึง ประสิทธิภาพของการทำงาน โดยการสร้างความตระหนักรู้ และมีการสร้างความตื่นตัวมองผลลัพธ์ของงานแบบเดียวกัน A คือ Access หมายถึง การเข้าถึงบริการด้านปฐมภูมิ นักศึกษาในพื้นที่ต้องเข้าถึงบริการด้านสุขภาพทั้งเชิงรุกและเชิงรับ M คือ Modernize หมายถึง การจัดกิจกรรมป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพจิตของนักศึกษา และจัดสภาพแวดล้อม บรรยากาศของมหาวิทยาลัยให้ เสริมความรู้ ความสุข

อภิปรายผล

จากผลการวิจัย แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ ๗๗.๙๕ เพศหญิงมีสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติมากกว่าเพศชาย ชั้นปีที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุดคือ ชั้นปีที่ ๑ ร้อยละ ๔๙.๘๔ อาจเนื่องจากนักศึกษาส่วนใหญ่ซึ่งเป็นวัยรุ่น ธรรมชาติที่มีความสดใส ร่าเริง เป็นวัยที่กำลังเรียนรู้ มีจินตนาการเรื่องราวต่างๆในโลกของตนเอง มีความเชื่อมั่นในความคิดของตน อย่างมาก^๙ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์สามารถทำนายภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษา ประกอบด้วย ๑) การอบรมเลี้ยงดูหากนักศึกษาได้รับการอบรมเลี้ยงดูที่ดี ครอบครัวให้ความอบอุ่น มีเหตุมีผลให้อิสระในการตัดสินใจมาก จะส่งผลให้คะแนนสุขภาพจิตต่ำ^{๑๐} ๒) สัมพันธภาพกับผู้อื่น โดยนักศึกษาที่มีสัมพันธภาพกับผู้อื่นดีมาก จะมีคะแนนสุขภาพจิตต่ำ ซึ่งหมายถึง การมีสุขภาพจิตดีนั่นเองสอดคล้องกับการศึกษาของศลักษณา กิตติทัศน์เศรณี และคณะ^{๑๐,๑๑} ที่พบว่า ความสัมพันธ์กับเพื่อนมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ๓) สภาพแวดล้อมของมหาวิทยาลัย แสดงว่านักศึกษาที่มีความเครียดเกี่ยวกับ

สภาพแวดล้อมของมหาวิทยาลัยมาก ย่อมส่งผลต่อสุขภาพจิตมากเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของภัทราวรรณ สุนทราศรี^{๑๒} พบว่า ลักษณะทางกายภาพในมหาวิทยาลัยส่งผลต่อสุขภาพจิตของนักศึกษาอาจเพราะการเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยของนักศึกษาเป็นการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ในชีวิต เนื่องจากต้องใช้ชีวิตที่อิสระมากขึ้น ต้องดูแลรับผิดชอบตนเองมากขึ้น ต้องมีภาระหน้าที่และความรับผิดชอบมากมายทั้งด้านการเรียนและกิจกรรม ที่แตกต่างจากการเรียนในระดับมัธยมศึกษา ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ทำให้ต้องปรับตัวอย่างมาก ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพจิตของนักศึกษาและ ๔) กิจกรรมของมหาวิทยาลัย เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์มากที่สุดกับกับภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษา โดยการจัดกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพจิต ค้นหาเชิงรุก ทำให้นักศึกษาสามารถเข้าถึงการบริการ มีเกราะในการป้องกันตัว โดยการจัดกิจกรรมของมหาวิทยาลัยถือเป็นการสนับสนุนทางสังคม และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตนิสิตสอดคล้องกับการศึกษาของนันท์กัก ชนะพันธ์ และคณะ^{๑๓} ที่พบว่าการจัดกิจกรรมของมหาวิทยาลัย มีส่วนช่วยให้นักศึกษาผ่อนคลายและเห็นความสำคัญของตนเอง (self-regaining) ซึ่งนำไปสู่การหายจากอาการซึมเศร้าในนักศึกษา โดยเป็นเกราะป้องกันเมื่อบุคคลตกอยู่ภายใต้สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ช่วยทำให้นักศึกษาเกิดการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) ตัวแปรทั้ง ๔ ด้าน สามารถร่วมทำนายภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาได้ ร้อยละ ๒๕.๗๐ รูปแบบการจัดการสุขภาพชุมชนเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต ประกอบด้วย ๘ ขั้นตอน คือ ๑) การวิเคราะห์สถานการณ์ ๒) จัดทำแผนปฏิบัติการ ๓) กิจกรรมด้านการส่งเสริมและป้องกัน ๔) กิจกรรมด้านการดูแลช่วยเหลือ ๕) กิจกรรมด้านการพัฒนาสู่ความยั่งยืน ๖) สนับสนุนติดตาม ๗) ประเมินผล ๘) ถอดบทเรียน เกิดปัจจัยแห่งความสำเร็จความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษาในจังหวัดมหาสารคาม คือ TEAM ส่งผลให้นักศึกษากลุ่มเสี่ยงมีสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ ๘๙.๔๗ เนื่องจาก รูปแบบที่ได้เกิดจากการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมรับผลประโยชน์ สอดคล้องกับการศึกษาของสุสารี ประดินิจ^{๑๔} ทำการศึกษาการพัฒนาแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนด้วยกระบวนการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมพบว่า องค์ประกอบหลักที่ช่วยในการสร้างเสริมสุขภาพจิตที่ดีในชุมชน คือ ปัจจัยด้านผู้นำชุมชนการสร้างเสริมสุขภาพจิตชุมชนจะต้องอาศัยทุกภาคส่วนทั้งผู้นำอาสาสมัครสาธารณสุข บุคลากรทางการแพทย์ นักพัฒนาจะต้องเห็นความสำคัญมีความมุ่งมั่น ตระหนักถึงปัญหา ปัจจัยความสำเร็จในครั้งนี้ คือ การขับเคลื่อนงานโดยให้ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมและบูรณาการแบบ IPE ก่อให้เกิดความยั่งยืนและเข้มแข็งในการแก้ไขปัญหา

ข้อเสนอแนะ

๑. มหาวิทยาลัยศูนย์แพทย์ราชภัฏ หน่วยบริการปฐมภูมิ ควรมีการจัดกิจกรรมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต ในด้านการส่งเสริมป้องกัน ด้านการช่วยเหลือ และด้านการพัฒนาสู่ความยั่งยืนเพื่อส่งเสริมภาวะสุขภาพจิตที่ดีในนักศึกษา รวมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญโดยมีการกำหนดเป็นนโยบายเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติต่อไป

๒. ควรจัดสภาพแวดล้อมในมหาวิทยาลัยให้เอื้อต่อการเรียนรู้ ลดปัจจัยกระตุ้นให้เกิดความเครียด สิ่งแวดล้อมในมหาวิทยาลัยควรมีปลอดภัยสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ควรมีความเพียงพอทันสมัยและพร้อมใช้งาน ส่วนบุคลากรด้านสุขภาพและสาธารณสุข ควรให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิตของวัยรุ่น และการส่งเสริมผู้ปกครองให้มีการอบรมเลี้ยงดูบุตรที่เหมาะสม

๓. จัดให้มีกิจกรรมเพื่อเผยแพร่และส่งเสริมสุขภาพจิตให้นักศึกษาเพื่อให้นักศึกษามีการปรับตัวให้เข้ากับมหาวิทยาลัยได้ดีขึ้น และจัดกิจกรรมเชิงรุกในการออกคัดกรองสุขภาพจิตนักศึกษา

เอกสารอ้างอิง

๑. KemmisS, & McTaggart R. The action research planner. ๓rd ed. Geelong: Deakin University publisher. ๑๙๙๘.
๒. ภัทรารวรรณ สุนทราศรี. ปัจจัยคัดสรรที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของนักศึกษามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี; ๒๕๖๒.
๓. จตุพร อาญาเมืองปิยรัตน์ จิตรภักดีสภาวัลย์ จาริยศิลป์ทัศนันท์ ทูมมานนท์และดำรงศักดิ์ สอนแจ้ง. สภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาสาธารณสุขชุมชน จังหวัดชลบุรี.วารสารสาธารณสุขศาสตร์. ๒๕๖๒;๔๓(๒):๑๘๘-๒๐๐.
๔. กระทรวงสาธารณสุข.กรอบทิศทางการพัฒนางานสุขภาพจิตและแผนยุทธศาสตร์ กรมสุขภาพจิต ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔). นนทบุรี; ๒๕๖๒.
๕. สำนักพัฒนาสุขภาพจิตกรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดำเนินงานสุขภาพจิตในศูนย์สุขภาพชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ ๒. นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; ๒๕๖๒.
๖. ศูนย์แพทย์มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.สรุปผลการดำเนินงานสุขภาพจิตในมหาวิทยาลัย พ.ศ. ๒๕๖๔-๒๕๖๖). มหาสารคาม; ๒๕๖๖.
๗. Krejcie RV, & Morgan DW.Determining sample size for research activities. Educational andPsychological Measurement. ๑๙๗๐;๓๐(๓):๖๐๗-๖๑๐.
๘. วาริรัตน์ ถาน้อยยอทิติยา พรชัยเขตและภาศิษฏาอ่อนดี. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล.วารสารสภากาญจนาภิบาล. ๒๕๖๕;๒๗(ฉบับพิเศษ),๖๐-๗๖.
๙. Shives LR. Basic Concept of Psychiatric-Mental Health Nursing. ๘th ed.Philadelphia, USA: Lippincott William & Wilkins. ๒๐๑๒.
๑๐. ศลักษณา กิตติพันธ์เศรษณีสุปาณีสุนธิรัตน์ และ ทิพย์วัลย์สุรินยา. ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเลี้ยงดูของบิดามารดากับภาวะซึมเศร้า.วารสารรามธิบดีพยาบาลสาร. ๒๕๖๐;๑๕(๑),๓๖-๔๗.
๑๑. จุฑารัตน์ สติธิปัญญา และวัลลภา คชภักดี. สุขภาพจิต.คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ. สงขลา:บริษัทนำศิลป์โฆษณา จำกัด. ๒๕๕๔.
๑๒. สุรพงษ์ ชูเดช และวิภาวี เอี่ยมวรเมธ. ตัวแปรในการทำนายสุขภาพจิตและการปรับตัวของนักศึกษามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี.วารสารวิจัยและพัฒนา. ๒๕๖๔;๒๕(๓),๒๑๕-๒๓๒.
๑๓. นันทกัต ชนะพันธ์อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์ประภา ยุทธไตรและรณชัย คงสกนธ์. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม และการรู้จักตนเองกับการ คืบความสำคัญให้ตนเองของผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้า.วารสารสภากาญจนาภิบาล. ๒๕๖๓;๒๘(๒),๔๔-๕๗.
๑๔. สุสารี ประดิณกิจ. การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชน ด้วยกระบวนการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม: กรณีศึกษาชุมชนหนึ่งในกรุงเทพมหานคร. วารสารวิชาการสาธารณสุข.๒๕๖๒;๘(๑):๗-๑๗.

**การพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ กรณีศึกษา
คลินิกหมอครอบครัวราชภัฏศรีสวัสดิ์ โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม**

ฉวีวรรณ เผ่าพันธ์
ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองราชภัฏศรีสวัสดิ์

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบริบทกระบวนการพัฒนา ผลของการพัฒนา และปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของคลินิกหมอครอบครัวราชภัฏศรีสวัสดิ์ โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม ดำเนินการตามการวิจัยเชิงปฏิบัติการ Action Research แบ่งการศึกษาออกเป็น ๔ ระยะ ทำการศึกษาตั้งแต่ตุลาคม ๒๕๖๖ ถึง มีนาคม ๒๕๖๗ กลุ่มตัวอย่างคือ กลุ่มผู้ให้บริการทางการแพทย์ ๔๐ คน และกลุ่มผู้มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกหมอครอบครัวศูนย์แพทย์ราชภัฏศรีสวัสดิ์ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๖ จำนวน ๓๕๐ คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามในการวิจัย และแบบประเมินเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

ผลการวิจัย พบว่า บทบาทการให้บริการผู้ป่วยของคลินิกหมอครอบครัวราชภัฏศรีสวัสดิ์ ก่อนการพัฒนาบทบาทการให้บริการผู้ป่วยนอกอยู่ในระดับปานกลางและหลังการพัฒนายู่ในระดับมาก ซึ่งมีความเฉลี่ยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอก โดยเริ่มจากผู้นำเห็นความสำคัญของการพัฒนาการบริการผู้ป่วย นำไปสู่การประกาศเป็นนโยบาย มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานทีมหมอครอบครัวอย่างชัดเจน มีการทำแผนปฏิบัติงานปฐมภูมิในแต่ละปี ทำให้การจัดการดำเนินงานมีคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ

คำสำคัญ : คุณภาพบริการปฐมภูมิ การเข้าถึงบริการ มาตรฐานบริการปฐมภูมิ

หลักการ และเหตุผล

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายในการปฏิรูประบบบริการสุขภาพด้านปฐมภูมิ ให้เชื่อมโยงกับแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุขระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๗๙) และแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔) เพื่อเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน Sustainable Development Goals: SDGs ด้วยแนวคิดการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพที่เน้นองค์ประกอบหลัก ๖ ประการ ขององค์การอนามัยโลก ภายใต้นโยบาย “คลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster)” ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๙^๑

คลินิกหมอครอบครัวราชภัฏศรีสวัสดิ์ เป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิภายใต้สถานบริการหลัก คือโรงพยาบาลมหาสารคาม โดยเริ่มจากแนวคิดการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิในชุมชนโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงบริการใกล้บ้านใกล้ใจ ทัวถึงเท่าเทียม เป็นธรรมลดความแออัดในโรงพยาบาลหลัก โดยแยกผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มโรคไม่ซับซ้อนออกจากบริการตติยภูมิ จนกระทั่งมีนโยบายคลินิกหมอครอบครัวในปี ๒๕๕๙^๒ จึงได้รับนโยบายดังกล่าวมาดำเนินการเต็มรูปแบบ เพื่อให้เกิดการจัดระบบบริการปฐมภูมิ ที่สนับสนุนการดูแลผู้ป่วยและประชาชนในพื้นที่หน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายของโรงพยาบาลมหาสารคาม มีทั้งหมด ๔ แห่ง ตั้งอยู่ในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองมหาสารคามอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม รับผิดชอบประชากรทั้งสิ้น ๕๕,๐๔๖ คน จาก ๓๐

ชุมชน ๑๗,๗๕๖ หลังคาเรือน มีบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานประกอบด้วย งานส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสภาพ งานป้องกันควบคุมโรค และระบาดวิทยา งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน งานพัฒนาระบบปฐมภูมิ และสนับสนุนเครือข่าย งานคุ้มครองผู้บริโภค จัดบริการด้านเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน เชื่อมโยงการดำเนินงานและสร้างความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลกับภาคีเครือข่าย

การจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเขตเมืองในปัจจุบัน จะเป็นแบบการสั่งการนโยบายจากกระทรวงสาธารณสุข ไม่ได้สร้างการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการระบบร่วมกันของภาคีเครือข่าย ขาดการวางยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยบริการต่างสังกัดและต่างภาคส่วน รวมถึงภาคีเครือข่ายสำคัญในพื้นที่ส่วนซึ่งเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ทั้งในเชิงการรักษาพยาบาล และส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ รวมถึงการจัดการปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่เกิดจากปัจจัยด้านสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม” การดำเนินงานเป็นไปตามยุทธศาสตร์และนโยบายที่ได้รับการสั่งการมาจากกระทรวง ซึ่งพบว่าเป้าหมายการทำงานที่ได้รับการมอบหมายมาจากกระทรวงสาธารณสุขนั้นอาจจะไม่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของประชาชนและผู้ให้บริการในพื้นที่ ทำให้บุคลากรในพื้นที่ไม่มีความสุขในการทำงานจากการปฏิบัติงานเพื่อตอบตัวชี้วัดที่มากมาย นอกจากนี้ ผู้ให้บริการสุขภาพในสังกัดอื่นๆ ก็ไม่ได้รู้สึกถึงการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเพื่อตอบสนองต่อนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ทำให้ไม่สามารถสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ภาคีเครือข่าย และไม่สามารถสร้างความต่อเนื่องในการทำงานระยะยาวดังนั้นจะเห็นได้ว่าในการดำเนินงานโดยใช้รูปแบบในปัจจุบันนี้ สามารถทำงานในระยะสั้น หรืองานที่เป็นลักษณะงานประจำวันต่อวันได้ แต่ในการทำงานระยะยาว ไม่น่าจะมีประสิทธิภาพ ซึ่งนับว่าเป็นข้อจำกัดอย่างยิ่ง อีกทั้งตลอดระยะเวลาการดำเนินงานที่ผ่านมา ปัญหาการพัฒนาศักยภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งในเรื่องของกำลังคนและงบประมาณ การเพิ่มความสามารถและปริมาณในการให้บริการ ล้วนส่งผลถึงการรับบริการด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่โดยตรง และจากการสำรวจตามแบบประเมินเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ฉบับปี พ.ศ.๒๕๖๖ ทั้งหมด ๘ ด้าน พบว่าคลินิกหมอครอบครัวราชภัฏศรีสวัสดิ์ไม่ผ่านเกณฑ์ใน ๓ ด้าน คือ ด้านที่ ๔ ด้านระบบสารสนเทศ ด้านที่ ๕ ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และด้านที่ ๘ ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาบริบท กระบวนการพัฒนา ผลของการพัฒนา และปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของคลินิกหมอครอบครัวราชภัฏศรีสวัสดิ์

การดำเนินการวิจัย

ดำเนินการตามการวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action Research) P-A-O-R ของเคมมิสและแมกทาการ์ด (Kemmis&McTaggart, ๑๙๘๘) แบ่งการศึกษออกเป็น ๔ ระยะ ได้แก่ระยะที่ ๑ การวางแผน (Planning) ระยะที่ ๒ การปฏิบัติ (Action) ระยะที่ ๓ การสังเกต (Observing) ระยะที่ ๔ การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) ระยะเวลาในการดำเนินงานวิจัย ตั้งแต่ตุลาคม ๒๕๖๖ ถึง มีนาคม ๒๕๖๗

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย กลุ่มที่ ๑ กลุ่มผู้ให้บริการทางการแพทย์ จำนวน ๔๐ คน คือ ทีมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองราชภัฏศรีสวัสดิ์ โรงพยาบาลมหาสารคาม ประกอบด้วย บุคลากรสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายโดยใช้วิธีการ

คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์คัดเข้า/คัดออก กลุ่มที่ ๒ กลุ่มผู้รับบริการทางการแพทย์คือ กลุ่มผู้มารับบริการในแผนผู้ป่วยนอก คลินิกหออัครบวรราชภัฏศรีสวัสดิ์ ในปี พ.ศ.๒๕๖๖ จำนวน ๓๕๐ คน ใช้วิธีการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตร $n = P(1-P) Z^2 / e^2$ ที่ระดับความเชื่อมั่นที่กำหนดไว้ ๙๕ เปอร์เซนต์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยชุดที่ ๑ แบบสอบถามในการวิจัยที่พัฒนาขึ้นเอง ใช้สำหรับกลุ่มผู้ให้บริการทางการแพทย์ มี ๓ ส่วน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ ๐.๘๙ ชุดที่ ๒ แบบประเมินเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ มีองค์ประกอบ ๘ ด้าน และชุดที่ ๓ แบบสอบถามในการวิจัยที่พัฒนาขึ้นเอง ใช้สำหรับกลุ่มผู้รับบริการทางการแพทย์ มี ๒ ส่วน มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ ๐.๘๗

การวิเคราะห์ ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุดสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของบทบาทและความพึงพอใจในการให้บริการผู้ป่วยนอก โดยใช้สถิติทดสอบ Paired t-test และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ ๔๒๗/๒๕๖๖ ลงวันที่ ๒๖ ตุลาคม ๒๕๖๖

ผลการวิจัย

๑. บริบทของการบริการสุขภาพผู้ป่วยนอกของคลินิกหออัครบวรราชภัฏศรีสวัสดิ์ เป็นสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เกิดจากความร่วมมือลงนามร่วมกันระหว่าง โรงพยาบาลมหาสารคาม มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม และมหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติวิทยาเขตมหาสารคาม ดำเนินการภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นพื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองราชภัฏศรีสวัสดิ์ โดยมีอธิการบดีมหาวิทยาลัยฯเป็นประธานกรรมการ มีการปฏิบัติงานในรูปแบบทีมหออัครบวรรับผิดชอบพื้นที่ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม และมหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ วิทยาเขตมหาสารคาม จำนวนประชากร ๑๖,๕๖๘ คน กลุ่มเป้าหมายโดยส่วนใหญ่เป็นบุคลากรและนักศึกษาในมหาวิทยาลัย มีการกำหนดแบ่งการปฏิบัติงานให้บริการเป็น งานบริการในสถานพยาบาลและงานเชิงรุกในชุมชน และการดูแลต่อเนื่อง เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายโดยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยรุ่น จึงเน้นการสร้างความรู้ความตระหนักรู้ด้านสุขภาพแก่กลุ่มเป้าหมายเพื่อให้มีความเข้าใจความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อจะเป็นวัยทำงานที่มีสุขภาพที่ดีต่อไป สถานที่ตั้งสามารถใช้บริการได้อย่างสะดวก มีความสะดวกเมื่อใช้บริการ ขั้นตอนบริการที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน สถิติการให้บริการผู้ป่วยนอกในปี ๒๕๖๕ เฉลี่ย ๓๐,๙๖๘ รายต่อปี โดยกลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการ ๕ อันดับแรกคือ โรคระบบทางเดินหายใจ ระบบกล้ามเนื้อ ระบบทางเดินอาหารและผิวหนังบริการส่วนใหญ่เน้นกระบวนการให้คำปรึกษา

๒. กระบวนการพัฒนาการบริการสุขภาพผู้ป่วยนอกของคลินิกหออัครบวรราชภัฏศรีสวัสดิ์ ประกอบด้วย ๔ ระยะ

ระยะที่ ๑การวางแผน (Planning) วิเคราะห์สถานการณ์ กำหนดเป้าหมาย สรุปประเด็นปัญหาได้ดังต่อไปนี้ ๑.ปัญหาด้านความครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายในการบริการส่งเสริมสุขภาพและเฝ้าระวังป้องกันโรค เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายประชากรมีการย้ายถิ่นเข้า-ออกตลอดเวลา ๒.ปัญหาการทำงานเชิงรุกในชุมชนไม่ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด ๓.ปัญหาความชัดเจนในการดำเนินงานหออัครบวร

เนื่องจากพื้นที่ไม่มีอาสาสมัครสาธารณสุข ที่ตอบโจทย์ที่ ๓ หมอ ๔. ปัญหาบุคลากรขาดการพัฒนา ศักยภาพในเรื่องเวชศาสตร์ครอบครัว จากนั้นร่วมกันวิเคราะห์ ๘ ด้าน พบว่า ไม่ผ่านเกณฑ์คุณภาพและ มาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ๓ ด้าน ได้แก่ ด้านที่ ๔ ด้านระบบสารสนเทศ ด้านที่ ๕ ด้าน ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และด้านที่ ๘ ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และจัดทำ แผนปฏิบัติการ (Action Plan) ได้แผนปฏิบัติการ (Action Plan) ได้ทั้งหมด ๔ กิจกรรม ที่แก้ปัญหา ๓ ด้านที่ไม่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ระยะที่ ๒ การปฏิบัติตามแผน (Action) ประกอบด้วย ๔ กิจกรรม ดังนี้ กิจกรรมที่ ๑ พัฒนา ศักยภาพทีมหมอครอบครัวหมอครอบครัวราชภัฏศรีสวัสดิ์ กิจกรรมที่ ๒ หมอครอบครัวราชภัฏศรีสวัสดิ์ ยุค ๔.๐ กิจกรรมที่ ๓ ประชาชนทุกครอบครัว มีหมอครอบครัวดูแลทุกคน กิจกรรมที่ ๔ อบรมเชิง ปฏิบัติการ “ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ”

ระยะที่ ๓ การสังเกต (Observing) การกำกับ ติดตามนิเทศงานผู้วิจัยได้สนับสนุนการ ดำเนินงาน และติดตามประเมินผล พบว่า กลุ่มผู้ให้บริการทางการแพทย์ให้ความร่วมมือ ร่วมแสดง ความคิดเห็น มีส่วนร่วมในทุกกิจกรรม และยังช่วยกระตุ้นให้ทีมมีความกระตือรือร้นในการแสดงความคิดเห็น หลังการดำเนินงานกลุ่มผู้ให้บริการทางการแพทย์มีความรู้ความเข้าใจในกระบวนการพัฒนา บริการของคลินิกหมอครอบครัว เพื่อให้ผ่านเกณฑ์คลินิกหมอครอบครัวคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพ ปฐมภูมิ การติดตามผลการดำเนินงานของการพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอกคลินิกหมอครอบครัว ประกอบด้วย ๔ ส่วน ดังนี้ ๑) บทบาทการบริการสุขภาพ พบว่า ก่อนพัฒนาส่วนใหญ่มีระดับบทบาท อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ ๘๐.๙๕ และหลังการพัฒนาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ ๗๑.๔๓ เมื่อ เปรียบเทียบระดับความแตกต่างของบทบาทในการบริการสุขภาพผู้ป่วยก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ระดับบทบาทเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ ๒) ความพึงพอใจในการบริการ ผู้ป่วยนอก พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจก่อนพัฒนาอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ ๕๒.๓๘ และหลัง การพัฒนาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ ๘๐.๙๕ เมื่อเปรียบเทียบระดับความแตกต่างของความพึงพอใจก่อน และหลังพัฒนา พบว่า ระดับความพึงพอใจเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางระดับ $p < 0.001$ ๓) ความ พึงพอใจในการมารับบริการสุขภาพผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอครอบครัวราชภัฏศรีสวัสดิ์ พบว่า พบว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจมาก ร้อยละ ๘๗.๗๙ รองลงมาคือ ระดับความพึงพอใจปานกลาง ร้อยละ ๓๗.๖๖ และระดับความพึงพอใจน้อย ร้อยละ ๑๔.๕๕ ๔) ประเมินคุณภาพและมาตรฐานบริการ สุขภาพปฐมภูมิ ของคลินิกหมอครอบครัว พบว่า ก่อนการพัฒนาไม่ผ่านการประเมินมาตรฐานบริการ สุขภาพปฐมภูมิ ๔ ด้าน และหลังการพัฒนาผ่านการประเมินมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ๘ ด้าน

ระยะที่ ๔ การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (Reflection) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียน สรุปผลการดำเนินกิจกรรมทั้ง ๔ โครงการ บรรลุตามวัตถุประสงค์ เกิดต้นแบบของการพัฒนาระบบ บริการสุขภาพผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอครอบครัวราชภัฏศรีสวัสดิ์ คือ RAJABHAT Model ประกอบด้วย R (Reaction) การตอบสนองความต้องการของประชาชนในการเข้าถึงบริการสุขภาพ A (Advocacy) พัททวิสิทธิ์ประชาชนเป็นสำคัญ J (Joy) ความสุขในการให้บริการและการรับบริการ ของประชาชน A (Agility) ความคล่องแคล่ว ว่องไว ลดเวลารอคอยในการให้บริการ B (Building Innovation) สร้างนวัตกรรม ใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย เพื่อเข้าถึงระบบสุขภาพได้อย่างง่าย H (Holistic Care) การดูแลสุขภาพของประชาชนแบบองค์รวมด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ A (Accountable) รับผิดชอบต่อหน้าที่และองค์การทำงานด้วยความเสียสละ ดูแลสุขภาพของประชาชน T (Teamwork)

ทำงานร่วมกันเป็นทีม และปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอบรรพชาวัชรราชภัฏศรีสวัสดิ์ โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคามคือ (Care D+) Co-operationสร้างความร่วมมือ Academic วิชาการนำบริการ Respect เคารพในความคิดเห็น ยอมรับ Evaluation ทบทวนประเมินปัญหา Development yourself พัฒนาตนเอง

อภิปรายผล

บริบทของการพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกหมอบรรพชาวัชรราชภัฏศรีสวัสดิ์ พบว่า การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนั้นเกิดจากความร่วมมือของทุกภาคส่วน โดยเริ่มจากผู้นำเห็นความสำคัญของการพัฒนาการบริการผู้ป่วย นำไปสู่การประกาศเป็นนโยบาย มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานทีมหมอบรรพชาอย่างชัดเจน มีการทำแผนปฏิบัติงานปฐมภูมิในแต่ละปี และที่สำคัญการเกิดการมีส่วนร่วมของทีมหมอบรรพชา ในการร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติ ร่วมประเมินผล จึงทำให้ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ สอดคล้องกับการศึกษาของพัชฌिता สุภิสุทธิ์ (๒๕๖๐)^๕ พบว่า พยาบาลวิชาชีพบริหารนโยบายในการนำกระบวนการพัฒนาการบริการมาใช้ในองค์กรพยาบาล สามารถนำนโยบายมาสู่การปฏิบัติตามแนวทางที่คณะกรรมการกำหนด รวมถึงสามารถพัฒนาการบริการได้จากการนำเทคโนโลยีมาใช้ให้ทันต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปของโลกปัจจุบัน ทำให้การเข้าถึงของทั้งผู้รับบริการและบุคลากรสาธารณสุขนั้นง่าย สะดวก รวดเร็วขึ้น

บทบาทการให้บริการผู้ป่วยของคลินิกหมอบรรพชาวัชรราชภัฏศรีสวัสดิ์ ก่อนการพัฒนาบทบาทการให้บริการผู้ป่วยนอกอยู่ในระดับปานกลางและหลังการพัฒนาอยู่ในระดับมาก ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากผู้ให้บริการทางการแพทย์ทราบบทบาทของตนเองในหน่วยบริการ และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน มีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และมีส่วนร่วมในการประเมินผล ทำให้มีค่าเฉลี่ยหลังการพัฒนาอยู่ในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ นภัสภรณ์ เจริญสะอาด^๖ พบว่า ก่อนการพัฒนาระดับบทบาทและการมีส่วนร่วม อยู่ในระดับปานกลาง และหลังการพัฒนาอยู่ในระดับมาก ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจชี้ให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการคิดวางแผน และเสนอแนวทางในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ

ข้อเสนอแนะ

๑.การพัฒนาศักยภาพทีมหมอบรรพชาหมอบรรพชาอย่างต่อเนื่องจะทำให้การดำเนินงานบริการสุขภาพผู้ป่วยนอกมีประสิทธิภาพมากขึ้น

๒ การพัฒนาการบริการผู้ป่วยนอก เกิดจากความร่วมมือของทุกภาคส่วน โดยเริ่มจากผู้นำเห็นความสำคัญของการพัฒนาการบริการผู้ป่วย นำไปสู่การประกาศเป็นนโยบาย มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานทีมหมอบรรพชาอย่างชัดเจน มีการทำแผนปฏิบัติงานปฐมภูมิในแต่ละปี และที่สำคัญการเกิดการมีส่วนร่วมของทีมหมอบรรพชา คลินิกหมอบรรพชาวัชรราชภัฏศรีสวัสดิ์ในการร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติ ประเมินผล จึงทำให้ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ

๓. ควรศึกษาร่วมกับคลินิกหมอครอบครัวอื่นอยู่ในเขตจังหวัดมหาสารคามเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างสถานพยาบาล และได้เรียนรู้หลากหลายมุมมอง ต่างบริบทว่าจะมี วิธีการแก้ปัญหาอย่างไรจึงจะเหมาะสมและสามารถเชื่อมโยงกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

๑. กองยุทธศาสตร์และแผน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ. พิมพ์ครั้งที่ ๓. ม.ป.ป. ๒๕๖๖.
๒. สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ทีมหมอครอบครัว. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด. ๒๕๕๗.
๓. กระทรวงสาธารณสุข สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ. คู่มือแนวทางการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพ ปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒. กรุงเทพฯ: กระทรวง. ๒๕๖๒.
๔. Kemmis S, & McTaggart R. The action research reader. Geelong, Victoria. DeakinUniversity Pres. ๑๙๙๘.
๕. พัทธิดา สุภิสุทธิ. การพัฒนาบริการในองค์กรพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนที่คัดสรร. [วิทยานิพนธ์]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา. ๒๕๖๒.
๖. นภัสนันท์ เชิงสะอาด. การพัฒนารูปแบบคุณภาพการบริหารความเสี่ยง ตามมาตรฐานของงานบริการพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาลอาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด [วิทยานิพนธ์]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. ๒๕๖๑.

ผลของโปรแกรมการยอมรับ และพันธะสัญญาต่อความยึดหยุ่นในชีวิต และการกลับไปเสพซ้ำของผู้เสพยาเสพติดหลังการบำบัดฟื้นฟู

สุณี อวรรณ และสุระ สุพรหมอินทร์
โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการยอมรับและพันธะสัญญาต่อความยึดหยุ่นในชีวิตและการกลับไปเสพซ้ำของผู้เสพยาเสพติดหลังการบำบัดฟื้นฟู รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ดำเนินการวิจัย ระหว่าง มกราคม ๒๕๖๖ ถึง พฤษภาคม ๒๕๖๗ กลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น ๒ กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experimental group) จำนวน ๑๕ คน และกลุ่มควบคุม (Control group) จำนวน ๑๕ คน รวม จำนวน ๓๐ คน กลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมการยอมรับและพันธะสัญญาต่อความยึดหยุ่นในชีวิต และการกลับไปเสพซ้ำ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติทดสอบ Paired t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัย: ความยึดหยุ่นในชีวิตของผู้เสพยาเสพติด ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มพบว่ากลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความยึดหยุ่นในชีวิตก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ หลังการทดลองผู้เสพยาเสพติดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยความยึดหยุ่นในชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ ส่วนพฤติกรรม การกลับไปเสพซ้ำของผู้เสพยาเสพติด พบว่ากลุ่มทดลองมีการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ ร้อยละ ๖.๔๐ กลุ่มควบคุมกลับไปเสพซ้ำ ร้อยละ ๒๖.๗๐ และกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อโปรแกรมการยอมรับและพันธะสัญญา ระดับดีมาก ร้อยละ ๕๓.๓๓ กลุ่มควบคุมมีความพึงพอใจต่อการติดตามดูแล หลังบำบัดฟื้นฟู ระดับดี ร้อยละ ๖๖.๓๓

โปรแกรมแบบการยอมรับและพันธะสัญญา มีผลทำให้ความยึดหยุ่นในชีวิตของกลุ่มผู้เสพยาเสพติดดีขึ้น และลดโอกาสการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ นำไปพัฒนารูปแบบการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำให้เหมาะสมกับผู้เสพยาเสพติดในกลุ่มที่มีลักษณะความซับซ้อนตามแบบแผนการใช้ชีวิต บริบทครอบครัว และชุมชน

คำสำคัญ ผู้เสพยาเสพติดการบำบัดฟื้นฟูความยึดหยุ่นในชีวิตโปรแกรมการยอมรับและพันธะสัญญา

หลักการ และเหตุผล

ยาเสพติดเป็นภัยร้ายแรงต่อสังคม มีผลเสียต่อบุคคล ครอบครัว ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของประชาชนและความมั่นคงของชาติ จากรายงานข้อมูลสถานการณ์ยาเสพติดโลก ปี ค.ศ. ๒๐๒๐ ของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ^๑ (UNODC) พบว่า ปี พ.ศ. ๒๕๖๑ ทั่วโลกมีผู้ใช้ยาเสพติด ประมาณ ๒๖๙ ล้านคน ยาเสพติดประเภทสารสังเคราะห์ กลุ่มแอมเฟตามีน มีแนวโน้มขยายตัวเพิ่มขึ้น สำหรับประเทศไทย ยาเสพติดที่มีการแพร่ระบาดมาก คือ ยาบ้า รองลงมาคือ ไอซ์ กัญชา เฮโรอีน มีผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟู จำนวน ๑๘๐,๔๘๓ คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุ ๒๐ - ๒๔ ปี ซึ่งรัฐบาลให้ความสำคัญในการแก้ไขปัญหา ยาเสพติด ให้เป็นนโยบายเร่งด่วน ใช้กลยุทธ์การมีส่วนร่วมของประชาชนในการแก้ไขปัญหา ใช้แนวความคิดการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติด ผู้ติดยาเสพติด คือ ผู้ป่วย ของสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด จากข้อมูลในระบบ บสต. ปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๕ พบว่า จังหวัดร้อยเอ็ด มีการแพร่ระบาดของ

ยาบ้า มีผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟู จำนวน ๓,๕๔๙, ๓,๘๑๖, ๓,๘๐๘ คน มีอายุระหว่าง ๑๘ - ๒๔ ปี รองลงมา คือ ๒๕-๒๙ ปี ๓๐-๓๔ ปี ตามลำดับ หลังการบำบัดฟื้นฟู ๖ เดือน พบปัญหาการกลับไปเสพซ้ำสูงขึ้น ส่วนใหญ่มีสาเหตุจาก ทักษะการเผชิญปัญหาไม่มีประสิทธิภาพ การเผชิญสถานการณ์เสี่ยงเกี่ยวกับตัวบุคคลและระหว่างบุคคล เช่น ยังพบปะกลุ่มเสพยาเสพติด หรือมีพฤติกรรมดื่มสุราร่วมด้วย ก็ยังมีความเสี่ยงต่อการกลับไปเสพซ้ำมากขึ้น ซึ่งอาจส่งผลให้มีอาการทางจิต และเสี่ยงก่อความรุนแรงในชุมชนตามมา

จังหวัดร้อยเอ็ด ยังเป็นพื้นที่ที่มีการแพร่ระบาดของยาบ้า จากข้อมูลด้านการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดในระบบ บสต. ปี ๒๕๖๑- ๒๕๖๕ พบว่า มีผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟู จำนวน ๓,๕๔๙, ๓,๘๑๖, ๓,๘๐๘, ๓,๓๗๒, ๑,๘๙๐ คน ส่วนมากอายุระหว่าง ๑๘ - ๒๔ ปี, ๒๕-๒๙ ปี ๓๐-๓๔ ปีตามลำดับ ส่วนใหญ่มีอาชีพ รับจ้าง ผู้ใช้แรงงาน ว่างงาน ยาเสพติดที่ใช้นั้น คือ ยาบ้า กัญชา ไอซ์ ผลการบำบัด ผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูมีอัตราการคงอยู่ในระบบการบำบัดร้อยละ ๗๖.๓, ๗๔.๑๒, ๖๙.๙๔, ๖๖.๗๑, ๘๔.๒๙ ตามลำดับ และมีร้อยละการหยุดเสพต่อเนื่อง ๓ เดือนหลังการบำบัด ๙๙.๖๒, ๙๙.๔๑, ๙๘.๘๔, ๙๘.๘๖, ๙๘.๖๓ ตามลำดับ ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดมีแนวโน้มการเข้าถึงบริการลดลง ในขณะที่สถานการณ์ผู้ป่วยยาเสพติดก่อความรุนแรงในชุมชนมากขึ้น ซึ่งสะท้อนพฤติกรรมกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชนหลังผ่านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ ดังผลวิจัยของทีมผู้ศึกษาวิจัย ปี ๒๕๖๒-๒๕๖๓ พบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง: CBTx มีแนวโน้มกลับไปเสพซ้ำสูงขึ้นในระยะการติดตามหลังการบำบัดฟื้นฟู ในช่วง ๖ เดือนขึ้นไป ปัญหาการกลับไปเสพซ้ำส่วนใหญ่เกิดจาก ทักษะการเผชิญปัญหาไม่มีประสิทธิภาพ การเผชิญสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงทั้งสถานการณ์เกี่ยวกับตัวบุคคลและสถานการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคลนั้น นอกจากนี้ยังพบปัญหาในชุมชนว่า กลุ่มผู้เคยใช้เสพยาเสพติดมีการใช้ยาเสพติดต่อเนื่อง หรือมีพฤติกรรมดื่มสุราร่วมด้วยก็ยังมีความเสี่ยงต่อการกลับไปเสพซ้ำมากขึ้น อาจส่งผลให้มีอาการทางจิตร่วมด้วยและเสี่ยงต่อพฤติกรรมก่อความรุนแรงในชุมชน

จากการศึกษาที่ผ่านมา ชี้ให้เห็นความสำคัญของการติดตามดูแลผู้เสพยาเสพติดหลังการบำบัดฟื้นฟู เพื่อเฝ้าระวังการกลับไปเสพซ้ำ มีแนวคิดทฤษฎีการยอมรับและพันธะสัญญา Acceptance and commitment Therapy : ACT (Harris, R. ๒๐๐๖)^๑ ที่ช่วยเสริมสร้างความยืดหยุ่นในชีวิต และลดการกลับไปเสพซ้ำได้ ทีมผู้วิจัยจึงสนใจนำโปรแกรมการยอมรับและพันธะสัญญามาใช้ในกิจกรรมการติดตามดูแลผู้เสพยาเสพติดหลังบำบัดฟื้นฟู ระยะเวลา ๑ ปี เพื่อเสริมสร้างความยืดหยุ่นในชีวิตและป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ ทั้งนี้ยังช่วยลดปัญหาผู้เสพยาเสพติดก่อความรุนแรงในชุมชน สังคมปลอดภัย ประชาชนสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการยอมรับและพันธะสัญญาต่อความยืดหยุ่นในชีวิตและการกลับไปเสพซ้ำของผู้เสพยาเสพติดหลังการบำบัดฟื้นฟู

การดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษา การวิจัยวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาแบ่งเป็น ๒ กลุ่มคือ กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมแบบการยอมรับและพันธะสัญญาต่อความ

ยืดหยุ่นในชีวิตและการกลับไปเสพซ้ำ และกลุ่มควบคุม ใช้กระบวนการติดตามหลังการบำบัดตามปกติ ดำเนินการวิจัย ระหว่าง เดือน มกราคม ๒๕๖๖ ถึง พฤษภาคม ๒๕๖๗

ประชากร คือ ผู้มีปัญหาการใช้ยาเสพติดในสถานประกอบการ อำเภอเมืองร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้เสพยาเสพติดในสถานประกอบการ อำเภอเมืองร้อยเอ็ด ซึ่งมีผลคะแนนคัดกรอง (V๒) ๔-๒๖ คะแนน กลุ่มผู้เสพ จำนวน ๓๐ คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน ๑๕ คน กลุ่มควบคุม จำนวน ๑๕ คน โดยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Sample Size) จากสูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่าง ทิศทางทดสอบทางเดียว (One-side test) โดยโปรแกรม Statistics analysis and sample size

$$n \geq \frac{2 \left(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta} \right)^2}{\left(\frac{\delta \text{Difference}}{\sigma \text{Difference}} \right)^2} + \frac{Z_{1-\alpha/2}^2}{2}$$

Alpha (α) = ๐.๐๕, Beta (β) = ๐.๒, Mean of difference = ๐.๔, Standard deviation of difference = ๐.๓๖, Minimum paired sample needed = ๑๕

จากการคำนวณต้องใช้ขนาดตัวอย่าง ๑๕ ราย ต่อกลุ่ม เป็นจำนวนทั้งสิ้น ๓๐ ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้า / คัดออก สุ่มกลุ่มตัวอย่าง อย่างง่าย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ๑) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการยอมรับและสร้างพันธะสัญญาในการเสริมสร้างความยืดหยุ่นในชีวิตและลดการกลับไปเสพซ้ำ ของจิตน์จุฑา ชัยเสนา ดาลาส และคณะ^๕ มาประยุกต์ใช้ในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูครบตามโปรแกรม และอยู่ในระยะติดตามหลังบำบัดฟื้นฟู ระยะเวลา ๑ ปี ๒) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความยืดหยุ่นทางใจของผู้ใช้สารเสพติด พัฒนาโดย Luoma et al. แปลเป็นภาษาไทยโดยภาควิชา เดชชัยยศ และคณะ^๕ แบบติดตามหลังการบำบัด และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้เสพยาเสพติด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Validity) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ .๘๗

๒. การหาความเที่ยงของเครื่องมือการวิจัย (Reliability) ตรวจสอบความเที่ยงด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .๙๐

กลุ่มทดลองได้รับการติดตามดูแลตามโปรแกรมการยอมรับและพันธะสัญญา จำนวนกิจกรรม ๗ ครั้ง ตามเกณฑ์ของการติดตามดูแลต่อเนื่องหลังการบำบัดฟื้นฟู คือ ระยะ ๒ สัปดาห์ ๑ เดือน ๒ เดือน ๓ เดือน ๖ เดือน ๙ เดือน และ ๑๒ เดือน (Post-test) โดยนัดมาที่หน่วยงานกิจกรรมแต่ละครั้งใช้เวลา ๖๐-๙๐ นาที รายละเอียด ดังนี้

กิจกรรมที่ ๑ “รู้จักเธอ เข้าใจเขา รวม เป็นเราบนเส้นทาง” สัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัด การตระหนักรู้ในตนเองการอยู่กับปัจจุบันขณะ กิจกรรมที่ ๒ “รู้ตน..อยู่กับปัจจุบันขณะ แล้วก้าวเดินต่อไปด้วยความหวัง” การอยู่กับปัจจุบันขณะ การเข้าใจในสิ่งที่ตนเองเป็น การเปิดใจยอมรับ การปรับมุมมองต่อการเผชิญความทุกข์ เปลี่ยนสิ้นหวังเป็นสร้างหวังกิจกรรมที่ ๓ “ปลดปล่อย สู่การเปลี่ยนแปลง” การอยู่กับปัจจุบันขณะ ความคิดยึดติด / การปลดปล่อย ความคิดยึดติด การเฝ้ามองและสังเกตความคิด/ การปล่อยวางความคิดกิจกรรมที่ ๔ “คุณค่าชีวิต ลิขิตเอง” การอยู่กับปัจจุบันขณะ คุณค่าและการใช้คุณค่า นำทางกิจกรรมที่ ๕ “ตัวตน เป็นคนใหม่” การยอมรับตัวตนที่เป็นอยู่ เปิดใจรับสิ่งที่ยึดติด ฉันท

เป็น (I am) กิจกรรมที่ ๖ “เชื่อมั่น ฉันทำได้” การอยู่กับปัจจุบันขณะ ฉันสามารถ (I can) การเชื่อมั่นในศักยภาพตนเอง การเริ่มต้นใหม่กิจกรรมที่ ๗ “ต้นไม้ชีวิต” การอยู่กับปัจจุบันขณะ คุณค่าและเป้าหมาย เป้าหมายระยะสั้น เป้าหมายระยะยาว พันธสัญญาและความรับผิดชอบ

กลุ่มควบคุมได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่องหลังการบำบัดฟื้นฟูตามปกติ จำนวนกิจกรรม ๔ ครั้ง ใน ๑ ปี การนัดครั้งสุดท้ายเมื่อครบ ๑ ปี ผู้วิจัยจะทำการประเมินความยืดหยุ่นในชีวิต และประเมินการกลับไปเสพยา กลุ่มควบคุมใช้ชีวิตประจำวันตามที่สถานที่ทำงาน โดยแกนนำหมู่บ้านมอญวัน

ระยะหลังการทดลอง: หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการยอมรับและพันธสัญญาในการเสริมสร้างความยืดหยุ่นในชีวิตและป้องกันการกลับไปเสพยา ทันทิ ผู้วิจัยจะประเมินความพึงพอใจของกลุ่มทดลอง และความพึงพอใจของกลุ่มควบคุม

งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เลขที่ RE๐๔๘/๒๕๖๖ ลงวันที่ ๑๑ พฤษภาคม ๒๕๖๖

ผลการวิจัย

๑. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความยืดหยุ่นในชีวิตของผู้เสพยาเสพติด ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยความยืดหยุ่นในชีวิตไม่แตกต่างกัน โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความยืดหยุ่นในชีวิต ๗๔.๑๓ กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย ๖๙.๙๓ คะแนน (๙๕เปอร์เซ็นต์ CI ; -๑.๑๙, ๙.๕๙) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความยืดหยุ่นในชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับ $p < .๐๕$ โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความยืดหยุ่นในชีวิต ๑๐๑.๖๐ คะแนน กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย ๗๐.๒๖ คะแนน

๒. การติดตามหลังการบำบัด พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่กลับไปเสพยา ในระยะเวลา ๒ สัปดาห์ ๑ เดือน และ ๓ เดือน ร้อยละ ๑๐๐.๐๐ ในเดือนที่ ๖ กลุ่มทดลองมีผู้กลับไปเสพยา ร้อยละ ๖.๔๐ เดือนที่ ๙ ร้อยละ ๑๓.๔๐ และเดือนที่ ๑๒ ร้อยละ ๖.๔๐ ในกลุ่มควบคุมมีผู้กลับไปเสพยา เดือนที่ ๖ ร้อยละ ๑๓.๔๐ เดือนที่ ๙ ร้อยละ ๑๓.๔๐ และเดือนที่ ๑๒ ร้อยละ ๒๖.๗๐

๓. ความพึงพอใจของผู้เสพยาเสพติด พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อโปรแกรมการยอมรับและพันธสัญญาต่อความยืดหยุ่นในชีวิตระดับดีมาก ร้อยละ ๕๓.๓๓ และกลุ่มควบคุมมีความพึงพอใจต่อการติดตามดูแลหลังการบำบัดฟื้นฟู ระดับดี ร้อยละ ๖๖.๓๓

อภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการยอมรับและพันธสัญญาต่อความยืดหยุ่นในชีวิต และการกลับไปเสพยาของผู้เสพยาเสพติด หลังการบำบัดฟื้นฟู สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

กลุ่มผู้เสพยาเสพติดที่ได้รับการติดตามดูแล หลังการบำบัดฟื้นฟูตามโปรแกรมการยอมรับและพันธสัญญา มีความยืดหยุ่นในชีวิตสูงขึ้น และสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการติดตามดูแลหลังการบำบัดฟื้นฟูตามโปรแกรมการยอมรับและพันธสัญญาซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของจินห์จุฑา ชัยเสนา ดาลาสและคณะ (๒๕๖๕)^๕ ศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบการยอมรับและสร้างพันธสัญญาเพื่อบ่มเพาะความยืดหยุ่นในชีวิต และความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติดในเยาวชนที่ใช้สารเสพติด

ติด พบว่า เยาวชนที่ใช้สารเสพติดในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มบำบัด มีคะแนนเฉลี่ยความยึดหยุ่นในชีวิตเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

การติดตามหลังการบำบัดฟื้นฟู พบว่า กลุ่มทดลองไม่กลับไปเสพซ้ำ ในระยะเวลา ๒ สัปดาห์ ๑ เดือน และ ๓ เดือน ร้อยละ ๑๐๐.๐๐ ในเดือนที่ ๖ มีผู้กลับไปเสพซ้ำ ร้อยละ ๖.๔๐ ในเดือนที่ ๙ มีผู้กลับไปเสพซ้ำ ร้อยละ ๑๓.๔๐ และในเดือนที่ ๑๒ มีผู้กลับไปเสพซ้ำ ร้อยละ ๖.๔๐ กลุ่มควบคุม ไม่มีผู้กลับไปเสพซ้ำในระยะเวลา ๒ สัปดาห์ ๑ เดือน และ ๓ เดือน ร้อยละ ๑๐๐.๐๐ ในเดือนที่ ๖ มีผู้กลับไปเสพซ้ำ ร้อยละ ๑๓.๔๐ ในเดือนที่ ๙ มีผู้กลับไปเสพซ้ำ ร้อยละ ๑๓.๔๐ และในเดือนที่ ๑๒ มีผู้กลับไปเสพซ้ำ ร้อยละ ๒๖.๗๐ แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการดูแลในระยะฟื้นฟู สำหรับการติดตามดูแลหลังการบำบัดฟื้นฟู เพื่อคงพฤติกรรมการหยุดเสพต่อเนื่อง และป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ ชาตรี ชัยนาคิน และคณะ (๒๕๕๙)^๖ ที่ได้ศึกษาการเลิกเสพยาบ้าซ้ำ กรณีศึกษาผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติด พบว่า การยุติการเสพยาเสพติด เกิดจากความต้องการและมุ่งมั่นตั้งใจที่จะเลิกด้วยตนเอง และเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้ผ่านการบำบัดสามารถยุติการใช้สารเสพติดได้ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการบำบัดแบบการยอมรับและสร้างพันธะสัญญา การผสานอย่างสมดุลระหว่างกระบวนการฝึกสติ (mindfulness) การยอมรับ (acceptance) การสร้างพันธะสัญญา (commitment) และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (behavior change) ช่วยให้ผู้รับการบำบัดมีชีวิตที่มีความหมาย (meaningfulness) ใช้ชีวิตอย่างลึกซึ้งและเต็มอิม (vitality) ช่วยฝึกความเข้มแข็งของจิตใจให้สามารถเผชิญกับประสบการณ์ที่ไม่พึงปรารถนาและตั้งใจและลงมือกระทำ (commit and action) เพื่อใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่าและเต็มศักยภาพ (Harris, ๒๐๐๖)^๗

ข้อเสนอแนะ

๑. ภาครัฐ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรบูรณาการระบบและวิธีการดูแลช่วยเหลือ เตรียมความพร้อมของครอบครัว ชุมชน ในการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู การสร้างอาชีพ สร้างความเข้มแข็งของชุมชน เป็นพื้นที่ปลอดภัยจากยาเสพติด เพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ
๒. ควรนำไปประยุกต์ใช้ หรือศึกษาวิจัยในกลุ่มผู้เสพยาเสพติดที่มีปัญหาซับซ้อนในบริบทที่แตกต่างกัน เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำที่เหมาะสม
๓. ควรประยุกต์โปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูในกลุ่มเสี่ยงต่อการใช้ยาเสพติด เพื่อเป็นการส่งเสริมความยึดหยุ่นในชีวิต ช่วยสร้างเสริมภูมิคุ้มกันในชีวิตให้ห่างไกลจากการใช้ยาเสพติด

เอกสารอ้างอิง

๑. United Nations Office on Drug and Crime [UNODC]. World drug report ๒๐๑๖. New York: United Nation. ๒๐๑๖.
๒. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. นโยบายและแผนระดับชาติ ว่าด้วยการป้องกัน ปราบปรามและแก้ไขปัญหายาเสพติด (พ.ศ.๒๕๖๖-๒๕๗๐). [สืบค้นเมื่อ ๑๐ มกราคม ๒๕๖๗]. เข้าถึงจาก <https://www.oncb.go.th>. ๒๕๖๕.
๓. Harris R. Embracing Your Demons: An Overview of Acceptance and Commitment Therapy. Psychotherapy in Australia, ๒๐๐๖;๑๒,๒-๘.

๔. จินห์จุฑา ชัยเสนา ดาลาส และคณะ. การบ่มเพาะความยืดหยุ่นในชีวิตและความตั้งใจใน การเลิกยาเสพติด: มุมมองของเยาวชนที่ใช้สารเสพติด. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ๒๕๖๔;๒๙(๓),๒๘-๔๐.
๕. ภาคินี เดชชัยยศ และคณะ. ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดของเยาวชนที่เข้ารับการบำบัดสารเสพติด.วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ,๒๕๖๔;๑๕(๒),๓๗-๔๙.
๖. ชาตรี ชัยนาคิน และคณะ. การเลิกเสพยาบ้าซ้ำ: กรณีศึกษาผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยวิธีชุมชนบำบัด. วารสารเกื้อการุณย์, ๒๕๕๙;๒๓(๒),๒๔๘-๒๖๒.

**การพัฒนาระบบการจัดการเพื่อส่งเสริมและดูแลสุขภาพพระสงฆ์
วัดพิชโสภาราม ตำบลแก้งเหนือ อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี**

พุดธิดา จันทน์ดอนแดง

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก้งเหนือ จังหวัดอุบลราชธานี

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research, PAR) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการจัดการเพื่อส่งเสริมและดูแลสุขภาพพระสงฆ์วัดพิชโสภาราม ตำบลแก้งเหนือ อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ เป็นพระภิกษุ จำนวน ๑๐ รูป กลุ่มเป้าหมายในการพัฒนาระบบฯ เป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมและดูแลสุขภาพพระสงฆ์ จำนวน ๑๕ คน กลุ่มตัวอย่างในการประเมินผลระบบฯ เป็นพระภิกษุ จำนวน ๔๐ รูป ดำเนินการศึกษา ตั้งแต่เดือน ธันวาคม ๒๕๖๖ ถึง มิถุนายน ๒๕๖๗ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม การสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบ Paired samples t Test และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ระบบการจัดการเพื่อส่งเสริมและดูแลสุขภาพพระสงฆ์วัดพิชโสภาราม ประกอบด้วย ๗ กลยุทธ์ ได้แก่ ๑) การเตรียมความพร้อมในการอบรมพัฒนาศักยภาพพระคิลานุปัฏฐาก ๒) การปรับหลักสูตรให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ๓) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการอบรม ๔) การเยี่ยมเสริมพลัง ๕) การสรุปบทเรียน ๖) ประเมินผล และ ๗) การสร้างความยั่งยืนในการดำเนินงาน กลไกการพัฒนาที่สำคัญ คือการสร้างและพัฒนาพระคิลานุปัฏฐาก (พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพ ประจำวัด-พระ อสว.) หลังการพัฒนาระบบฯ กิจกรรมการดำเนินงานดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาระบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ ปัจจัยความสำเร็จ ๓ S คือ S๑ : Strength of Network, S๒: Strength of Management, S๓: Strength of Participation

ควรพัฒนาศักยภาพ สนับสนุนบทบาทของพระสงฆ์ ให้สามารถดูแลครอบคลุมทั้งผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต และการยกระดับสถานชีวาภิบาลในวัด ต่อไป

คำสำคัญ : การส่งเสริมและดูแลสุขภาพ พระคิลานุปัฏฐาก สถานชีวาภิบาล

หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันพระสงฆ์ไทยมีปัญหาทางสุขภาพ โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สาเหตุสำคัญส่วนหนึ่งมาจากพฤติกรรมเสี่ยงต่อสิ่งที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรค^๑ มหาเถรสมาคมได้ออกเป็นฉันทามติ เรื่องการดำเนินงาน “พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพ” และมีการประกาศใช้ “ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ” ฉบับแรกในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๐ เมื่อวันที่ ๒๐ ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๐ ให้มีการดำเนินงานวัดส่งเสริมสุขภาพ และบทบาทพระสงฆ์ในการเป็นผู้นำด้านสุขภาพของชุมชนและสังคม โดยคณะสงฆ์ให้มีพระคิลานุปัฏฐาก (พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด อสว.) เพื่อคอยดูแลและส่งเสริมสุขภาพตนเอง พระอุปัชฌาย์ อาจารย์และสหธรรมที่เฝ้าต่อพระธรรมวินัย ส่งเสริมให้พระสงฆ์ มีความรู้ ความเข้าใจ มีทักษะในการดูแลสุขภาพอนามัย มีสุขภาพแข็งแรง สามารถประกอบศาสนกิจได้^๒

วัดพิชโสภารามมีวัดในเขตรับผิดชอบ ๘ แห่ง มีพระภิกษุสงฆ์จำนวน ๒๒๕ รูป สามเณร ๖๒ รูป มีโรคประจำตัวเบาหวานและความดันโลหิตสูงจำนวน ๑๕ รูป และมีอาการอาพาธติดเตียง ๑ รูป ผลการ

ตรวจสุขภาพพระสงฆ์ ปี ๒๕๖๖ พระสงฆ์ อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป เข้ารับการตรวจสุขภาพ ๕๗ รูป/คน พบไขมันในเลือดสูง ๑๘ รูป (ร้อยละ ๓๑.๕๗) เบาหวาน ๕ รูป (ร้อยละ ๘.๗๗) และดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) เกิน ๓๒ รูป (ร้อยละ ๔๖.๑๔)^๓ ทั้งนี้เนื่องจากพฤติกรรมสุขภาพไม่ถูกต้อง สาเหตุที่สำคัญส่วนหนึ่งมาจากอาหารที่ใส่บาตรทำบุญของประชาชนที่ยังขาดความรู้ความเข้าใจและความตระหนักถึงผลเสียต่อการเจ็บป่วยของพระภิกษุสงฆ์ สำหรับการฟื้นฟูสุขภาพหลังการเจ็บป่วยยังพบว่าพระสงฆ์ยังไม่ได้รับการเยี่ยมและฟื้นฟูสุขภาพอย่างถูกต้องจากเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่อย่างจริงจัง ขาดการส่งเสริมสุขภาพที่จำเป็น ขาดการดูแลสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิต ในอดีตที่ผ่านมาการแก้ไขปัญหาจะดำเนินการบำบัดรักษาที่สถานบริการจัดให้เท่านั้น ส่วนการดูแลบำบัดรักษาด้วยตนเองที่วัดและการสนับสนุนจากชุมชนยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน หากพระภิกษุสงฆ์ได้รับการส่งเสริมสุขภาพและมีการดูแลสุขภาพพระหว่างเจ็บป่วยที่ลดลง ปัญหาเหล่านี้จึงได้มากผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนากระบวนการจัดการเพื่อส่งเสริมและดูแลสุขภาพพระสงฆ์ วัดพิชโสภาราม ตำบลแก้งเหนือ อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาระบบการจัดการเพื่อส่งเสริมและดูแลสุขภาพพระสงฆ์ วัดพิชโสภาราม ตำบลแก้งเหนือ อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี

การดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research, PAR) ใช้วงจร PAOR ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (๑๙๘๘)^๔ โดยพลังบวร คือบ้าน วัดและราชการ เข้ามามีส่วนร่วม วิเคราะห์สภาพปัญหาสุขภาพและปัจจัยที่เป็นสาเหตุ กระตุ้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนา ด้วยเทคนิคการประชุมแบบมีส่วนร่วม (Appreciation Influence Control, AIC) กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informant) เป็นพระภิกษุ ๑๐ รูป โดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) กลุ่มเป้าหมายในการพัฒนาระบบฯ เป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมและดูแลสุขภาพพระสงฆ์ ๑๕ คน กลุ่มตัวอย่างในการประเมินผลระบบฯ เป็นพระภิกษุ ๔๐ รูป คัดเลือกแบบเจาะจง ตามเกณฑ์การคัดเลือก เป็นพระสงฆ์ที่มีจิตอาสา บวชไม่ต่ำกว่า ๑ พรรษา อายุไม่ต่ำกว่า ๑๕ ปี บริบูรณ์ขึ้นไป มีความรู้พื้นฐานนักธรรมตรีหรือการศึกษาภาคบังคับมีสุขภาพแข็งแรง ไม่เป็นโรคร้ายแรงหรือโรคติดต่อร้ายแรง สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มได้ เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถร่วมกิจกรรมได้ตลอด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ๑. แบบสอบถามการพัฒนาระบบการจัดการและดูแลสุขภาพพระสงฆ์ ๓ ส่วนคือ ๑) ข้อมูลทั่วไป ๒) การพัฒนาระบบการจัดการและดูแลสุขภาพพระสงฆ์ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า ๓ ระดับ แปลความหมาย ๓ ระดับคือ มาก (คะแนนเฉลี่ย ๒.๓๔ – ๓.๐๐) ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย ๑.๖๗ – ๒.๓๓) น้อย (คะแนนเฉลี่ย ๑.๐๐ – ๑.๖๖) (Best, ๑๙๗๗)^๕ ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผ่านการตรวจคุณภาพเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ ๓ ท่าน มีค่า IOC ระหว่าง ๐.๖๗-๑.๐๐ นำไปทดลองใช้และหาความเชื่อมั่น มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ ๐.๘๘ และ ๓) แบบสัมภาษณ์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ๒. เทคนิคการประชุม AIC และ ๓. แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (PAOR) ๔ ระยะหลักดังนี้

ระยะที่ ๑ ขั้นการวางแผน (Planning) ๑) ศึกษาบริบทของพื้นที่ ๒) ประเมินตนเองก่อนดำเนินการ ๓) การวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) ใน ๓ ขั้นตอน A-Appreciation : (สร้างความรู้) I-Influence : (สร้างแนวทางการพัฒนา) C-Control(สร้างแนวปฏิบัติ)

ระยะที่ ๒ ขั้นการปฏิบัติ (Action) ๑) ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาคณะกรรมการตามกระบวนการ A-I-C ๒) จัดกิจกรรมการปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ ตามแผนกลยุทธ์ ๗ กลยุทธ์ ๑ การเตรียมความพร้อมในการอบรม ๒. การปรับหลักสูตรพระคิลานุปัฏฐากให้เหมาะสมกับบริบท ๓ การมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการอบรม ๔ การเยี่ยมเสริมพลังพระคิลานุปัฏฐากในพื้นที่ ๕ การสรุปบทเรียน ๖ ประเมินผล ๗ การสร้างความยั่งยืนในการดำเนินงานของพระคิลานุปัฏฐาก

ระยะที่ ๓ ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) ประเมินผลการดำเนินงาน การบันทึกเหตุการณ์ของแต่ละขั้นตอนอย่างละเอียด

ระยะที่ ๔ ขั้นสะท้อนผล (Reflection) สรุปผล แลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียน

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบ Paired Sample t - test และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจริยธรรมในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีเลขที่ SSJ.UB ๒๕๖๗-๑๐๙ ลงวันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๗

ผลการวิจัย

๑. ข้อมูลบริบทวัดพิชโสภาราม มีพระภิกษุสามเณร (ขอบ พุทธสโร) เป็นเจ้าอาวาส วัดในเขตรับผิดชอบ ๘ แห่ง พระภิกษุสงฆ์จำนวน ๒๒๕ รูป สามเณร ๖๒ รูป ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ๑๕ รูป และอาหารติดเตียง ๑ รูป ผลการตรวจสุขภาพ ปี ๒๕๖๖ ในเขตตำบลแก้งเหนือ พระสงฆ์ อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป เข้ารับการตรวจสุขภาพ ๕๗ รูป ผลตรวจพบ ไขมันในเลือดสูง ๑๘ รูป (ร้อยละ ๓๑.๕๗) เบาหวาน ๕ รูป (ร้อยละ ๘.๗๗) และ BMI เกิน ๓๒ รูป (ร้อยละ ๔๖.๑๔) มีความสนใจและต้องการจะเข้าร่วมอบรม รวมทั้งต้องการให้มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมและดูแลสุขภาพพระสงฆ์

๒. กระบวนการพัฒนาระบบการจัดการเพื่อส่งเสริมและดูแลสุขภาพพระสงฆ์ กลไกสำคัญ คือการสร้างและพัฒนาพระคิลานุปัฏฐาก (พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด-พระ อสว.) ดังภาพที่ ๑



ภาพที่ ๑ กระบวนการพัฒนาระบบการจัดการ เพื่อส่งเสริมและดูแลสุขภาพพระสงฆ์

๓. ระบบการจัดการเพื่อส่งเสริมและดูแลสุขภาพพระสงฆ์ วัดพิชโสภาราม ตำบลแก้งเหนือ อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี มี ๗ กลยุทธ์ ได้แก่ ๑) การเตรียมความพร้อมในการอบรมพัฒนาศักยภาพพระคิลานุปัฏฐาก ๒) กลยุทธ์ที่ ๒ การปรับหลักสูตรพระคิลานุปัฏฐากให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ๓) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการอบรมพัฒนาศักยภาพพระคิลานุปัฏฐาก ๔) การเยี่ยมเสริมพลังพระคิลานุปัฏฐากในพื้นที่ (เวทีเก็บผลผลิต) ๕) การสรุปบทเรียน หลังการลงพื้นที่ ๖) ประเมินผล รับรองการผ่านการอบรมของพระคิลานุปัฏฐาก ๗) การสร้างความยั่งยืนในการดำเนินงาน

๔. ผลการประเมินระบบการจัดการเพื่อส่งเสริมและดูแลสุขภาพพระสงฆ์ วัดพิชโสภาราม ก่อนการพัฒนา มีการดำเนินการโดยรวมอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}=๑.๕๖$, S.D. = ๐.๑๒) หลังการพัฒนามีค่าเฉลี่ยการดำเนินงานโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=๒.๕๓$, S.D.=๐.๑๐) หลังการพัฒนาระบบ ค่าเฉลี่ยการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนการพัฒนาระบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < ๐.๐๐๑$

อภิปรายผล

๑. ระบบการจัดการเพื่อส่งเสริมและดูแลสุขภาพพระสงฆ์ วัดพิชโสภาราม ตำบลแก้งเหนือ อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี มีขั้นตอนการปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ ตามแผนกลยุทธ์ ๗ กลยุทธ์ ได้แก่ ๑) การเตรียมความพร้อมในการอบรมพัฒนาศักยภาพพระคิลานุปัฏฐาก ๒) การปรับหลักสูตรพระคิลานุปัฏฐากให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ๓) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการอบรมพัฒนาศักยภาพพระคิลานุปัฏฐาก ๔) การเยี่ยมเสริมพลังพระคิลานุปัฏฐากในพื้นที่ (เวทีเก็บผลผลิต) ๕) การสรุปบทเรียน หลังการลงพื้นที่ ๖) ประเมินผล รับรองการผ่านการอบรมของพระคิลานุปัฏฐาก และ ๗) การสร้างความยั่งยืนในการดำเนินงานของพระคิลานุปัฏฐากสอดคล้องกับผลการศึกษาของพระอธิการเฉลิม กนตสาโร และคณะ (๒๕๖๕)^๗ พบว่า มีการส่งเสริมให้พระสงฆ์ดูแลสุขภาพตนเอง อุปัฏฐาก และให้มีบทบาทในการเป็นผู้นำด้านสุขภาวะของชุมชนและสังคม เพื่อช่วยดูแลสุขภาพของพระสงฆ์เบื้องต้น เรียกว่า “พระคิลานุปัฏฐาก”

๒. ผลการประเมินระบบการจัดการเพื่อส่งเสริมและดูแลสุขภาพพระสงฆ์ วัดพิชโสภาราม พบว่า ค่าเฉลี่ยการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนการพัฒนาระบบฯ อธิบายได้ว่า กลไกสำคัญ คือการสร้างและพัฒนาพระคิลานุปัฏฐากซึ่งได้รับการถวายความรู้ และมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบจึงมีความเข้าใจและนำไปปฏิบัติได้ สอดคล้องกับการศึกษาของพระกิตติญาณมณี (สมเกียรติ รัมย์วงศ์) และคณะ (๒๕๖๕)^๘ พบว่า การบริหารการสร้างพระคิลานุปัฏฐากและบริหารวัด โดยการบริหารวัดคือการบริหารตน บริหารคน และบริหารวัด โดยการบริหารตนใช้การบริหารโดยใช้วัตร ๑๐ ประการ การบริหารคนแบ่งคนออกเป็น ๒ กลุ่ม คือ บริหารคนในวัดใช้หลักทศพิธราชธรรม บริหารคนนอกวัดใช้หลักการบริหารอุบาสกอุบาสิกา ๕ ประการ การบริหารวัดให้ใช้หลักการบริหารกิจการคณะสงฆ์ ตามที่มหาเถรสมาคมกำหนดไว้ ๖ ด้าน

สรุป :ระบบการจัดการเพื่อส่งเสริมและดูแลสุขภาพพระสงฆ์วัดพิชโสภาราม มี ๗ กลยุทธ์ ได้แก่ ๑) การเตรียมความพร้อมในการอบรมพัฒนาศักยภาพพระคิลานุปัฏฐาก ๒) การปรับหลักสูตรให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ๓) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการอบรม ๔) การเยี่ยมเสริมพลัง ๕) การสรุปบทเรียน ๖) ประเมินผล และ ๗) การสร้างความยั่งยืนในการดำเนินงาน กลไกการพัฒนาที่สำคัญ คือการสร้างและพัฒนาพระคิลานุปัฏฐาก หลังการพัฒนาระบบฯ การดำเนินงานดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P value < ๐.๐๐๑) ปัจจัยความสำเร็จ ๓ S คือ Strength of Network, Strength of Management, Strength of Participation

ข้อเสนอแนะ

๑. ควรพัฒนาศักยภาพ สนับสนุนบทบาทของพระสงฆ์ ให้สามารถดูแลครอบคลุมทั้งผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต และการยกระดับสถานชีวาภิบาลในวัด ต่อไป

๒. ควรศึกษาและพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์ที่อาพาธ โดยเฉพาะที่อาพาธเรื้อรัง หรือ เป็นระยะสุดท้ายในการดำรงชีพสมณะ ในแต่ละมิติสุขภาพ ๔ มิติ คือ กาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณเพื่อลดการกลับเป็นซ้ำหรือความรุนแรงของโรค

เอกสารอ้างอิง

๑. ปิณฑิชา ราชภักดี และคณะ. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ในเขตเทศบาลนครอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี. ๒๕๖๑;๒๖(๓):๑๙๙.
๒. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.), ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติพุทธศักราช ๒๕๖๐. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพฯ : บริษัท โอ.เอส. พรินติ้ง เฮาส์ จำกัด; ๒๕๕๘.
๓. งานโรคไม่ติดต่อ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก้งเหนือ.แบบรายงานผลการดำเนินงานประจำปี ๒๕๖๗. อุดรธานี : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก้งเหนือ; ๒๕๖๗.
๔. พระครูสุวิธานพัฒนบัณฑิต, ธวัชรัตน์ แดงหาญ, และสร้อยญา วณิชชวีย์. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ในจังหวัดขอนแก่นโดยเน้นการมีส่วนร่วมของเครือข่าย. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๖ ขอนแก่น, ๒๕๕๘;๒๒(๒):๑๑๗-๑๓๐.
๕. Kemmis & McTaggart R. The Action research planner, ๓rd ed. Geelong: Deakin; University, Australia. ๑๙๘๘.
๖. Best JW. Research in Education.(๓ rd ed) EngelwoodCliffs,NewJersy:Prentice.Hall,Inc;๑๙๘๗.
๗. พระอธิการเฉลิม กนตสาโร และคณะ. บทบาทการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ของพระคิลานุปัฏฐาก. วารสารวิจัยวิชาการ, ๒๕๖๕;๕(๒):๒๗๕-๒๘๔.
๘. พระกิตติญาณเมธี (สมเกียรติ รัมย์วงศ์) และคณะ. ศึกษาแบบการเสริมสร้างประสิทธิภาพองค์รวมของพระสงฆ์ในพื้นที่จังหวัดภาคกลางตอนบน. วารสารจริยธรรมศึกษา ,๒๕๖๕;๕(๑):๓๖-๔๖.

การพัฒนารูปแบบโดยใช้ ECCM เพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๓-๔

ชนิษฐา ยศอาลัยวาลิกา รัตนจันทร์ วัฒนชัย แจ่มจรัส อรทัย ใจบุญ ศุภาภรณ์ เชื้อสาร
เจนจิรา เล็กเลิศศิริวงศ์ ธนภัทร ตั้งรัตนพิบูล จตุพร มหานิล และ อภรณ์ พงษ์พันธ์
โรงพยาบาลน่าน

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาและรูปแบบในการแก้ปัญหา เพื่อพัฒนารูปแบบบริการและศึกษาผลของรูปแบบบริการโดยใช้ Expanded chronic care model (ECCM) เพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๓-๔ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยกลุ่มผู้นำชุมชน ประธานอสม. เจ้าหน้าที่การกิจปฐมภูมิ จำนวน ๑๒ คนและผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๓-๔ จำนวน ๔๐ คน โดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างมกราคม ๒๕๖๖ ถึงกุมภาพันธ์ ๒๕๖๗ แบ่งเป็น ๓ ระยะคือ ๑) สำรวจวิเคราะห์ สังเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการของชุมชน ๒) ออกแบบและพัฒนารูปแบบบริการโดยใช้ ECCM เพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๓-๔ และ ๓) ประเมินผลลัพธ์ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติทดสอบ Paired Sample t-test และ Wilcoxon Sign Rank test

ผลการศึกษา ระยะที่ ๑ พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๓ และ ๔ ร้อยละ ๙๔.๔ และ ๕.๖ ตามลำดับ จากการสนทนากลุ่มพบว่า ไม่มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน ไม่มีบริการเฉพาะโรคเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ผู้ป่วยไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคไตเรื้อรัง ไม่ทราบการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม และมีปัญหาเรื่องการใช้จ่าย ระยะที่ ๒ มีโปรแกรมการดูแล เพื่อชะลอการเสื่อมของไต ดังนี้ ๑) ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังแบบรายกลุ่ม ในผู้ป่วยรายใหม่ และแจกแผ่นพับโรคไตเรื้อรัง ๒) คัดกรองภาวะสุขภาพและประเมินพฤติกรรมเสี่ยง ๓) ประเมินพฤติกรรมการบริโภคและให้คำปรึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคล ๔) ประเมินความรู้ด้านสุขภาพและสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ ๕) ส่งเสริมการออกกำลังกาย ๖) ประเมินและให้คำปรึกษาเรื่องการใช้จ่าย ๗) ส่งเสริมการจัดการตนเอง และการเสริมพลังอำนาจ ๘) กระตุ้น ติดตาม รักษาและให้คำปรึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้ระบบการแพทย์ทางไกล ร่วมกับเครือข่ายสุขภาพ พัฒนาศักยภาพ อสม.ในการใช้เทคโนโลยี ๙) ติดตามเยี่ยมบ้านในชุมชนร่วมกับภาคีเครือข่าย ๑๐) นัดติดตามประเมินผลของโปรแกรมในเดือนที่ ๖ และแจกสมุดรณรงค์ เกิดเป็นรูปแบบเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ชัดเจน ระยะที่ ๓ พบว่าผลการเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลังใช้รูปแบบ ECCM เพื่อชะลอการเสื่อมของไตพบว่าหลังใช้รูปแบบบริการ ค่าอัตราการกรองของไต eGFR ค่าระดับความดันโลหิต Systolic ค่าระดับไขมันในเลือด LDL-cholesterol และคะแนน CVD risk score ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ ประชากรส่วนใหญ่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะ ๓a มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ ๔๕.๐ หลังใช้รูปแบบบริการ ประชากรสามารถคงระยะเดิมที่ ๓a มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ ๓๒.๕ สามารถเปลี่ยนระยะของโรคดีขึ้นเป็นระยะ ๒ คิดเป็นร้อยละ ๗.๕ นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มประชากรมีแนวโน้มการเปลี่ยนระยะของโรคดีขึ้น ได้แก่ จากระยะ ๓b เป็นระยะที่ ๒ คิดเป็นร้อยละ ๒.๕ จากระยะที่ ๔ เป็นระยะ ๓b คิดเป็นร้อยละ ๑๐.๐

รูปแบบโดยใช้ ECCM สามารถช่วยชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๓-๔ ได้
คำสำคัญ : ECCM ชะลอความเสื่อมของไต ไตเรื้อรัง

หลักการ และเหตุผล

จากระบบงานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม^๑ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน กลุ่มรายงานมาตรฐานสาเหตุการตาย ๑๐ อันดับแรก โรงพยาบาลน่าน ปีงบประมาณ ๒๕๖๓-๒๕๖๕ พบว่าโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๕ เป็นสาเหตุการตายสูงสุด อันดับที่ ๔, ๒ และ ๑ ตามลำดับ จากการทบทวนพบว่ายังไม่มีรูปแบบบริการและไม่มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรค ไม่มีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไต การดูแลยังไม่ครอบคลุมสู่บ้านและชุมชน จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนที่ส่งต่อมากขึ้น

ผู้วิจัยเห็นความสำคัญและตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว จึงพัฒนารูปแบบบริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๓-๔ เพื่อชะลอการเสื่อมของไต ขึ้น โดยใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังภาคขยาย (Expanded chronic care model: ECCM) ที่เน้นผู้ป่วยกับระบบบริการเป็นหลัก มีการเชื่อมโยงระบบสุขภาพกับชุมชนที่ชัดเจนและให้ความสำคัญกับการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการโรคเรื้อรังร่วมกับการใช้คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ.๒๕๖๕ ของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย มาเป็นกลไกในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน เชื่อมโยงภาคีเครือข่ายต่างๆ เพื่อช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการจัดการพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม สามารถควบคุมโรค เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดี ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพมาตรฐาน ลดภาระและค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นได้

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหา และรูปแบบในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
๒. เพื่อพัฒนารูปแบบบริการโดยใช้ ECCM เพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๓ - ๔
๓. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบบริการโดยใช้ ECCM เพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๓ - ๔

การดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนการวิจัยและพัฒนาแบ่งเป็น ๓ ระยะ ดังนี้

ระยะที่ ๑ ศึกษาสถานการณ์ วิเคราะห์สภาพปัญหาจากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ.๒๕๖๕ ของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ความต้องการของชุมชนโดยการสนทนากลุ่มผู้นำชุมชน/ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่ภารกิจปฐมภูมิ จำนวน ๑๒ คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้างและมีโครงสร้าง และทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยและแนวปฏิบัติที่ดีเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบบริการการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เพื่อนำมาสังเคราะห์หารูปแบบการแก้ปัญหา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ตรวจสอบข้อมูลโดยใช้เทคนิควิเคราะห์เนื้อหาแบบสามเส้า และใช้โปรแกรม Excel ช่วยในการจัดเรียงข้อมูล ระหว่างเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม ๒๕๖๕

ระยะที่ ๒ ออกแบบรูปแบบบริการและยกยกรูปแบบโดยใช้แนวคิด ECCM เพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๓-๔ การใช้คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ.๒๕๖๕ ของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ได้ขั้นตอนการทำงาน (Flow chart

care process) และโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย จากนั้นนำ Flow และโปรแกรมมาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ได้ค่า $CVI=0.98$ และ $reliability=0.98$ นำรูปแบบที่ได้มาทดลองกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๓-๔ คลินิกโรคไต ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลน่าน จำนวน ๓ ราย เก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากเวชระเบียนโปรแกรมสำเร็จรูปของโรงพยาบาลน่าน เดือนมกราคม ๒๕๖๖

ระยะที่ ๓ ประเมินผลรูปแบบในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๓-๔ คลินิกโรคไต ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลน่าน จำนวน ๔๐ ราย ซึ่งเป็นการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากเวชระเบียนของโรงพยาบาลน่านตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ ถึง กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ใช้สถิติเชิงพรรณนาและเชิงอนุมานด้วยสถิติทดสอบ Paired Sample t-test และ Wilcoxon Sign Rank test

งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ โรงพยาบาลน่าน เลขที่ ๑๒๕/๒๕๖๖ เดือนมกราคม ๒๕๖๖

ผลการวิจัย

ระยะที่ ๑ พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๓ และ ๔ ร้อยละ ๙๔.๔ และ ๕.๖ ตามลำดับ จากการสนทนากลุ่มพบว่า ไม่มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ชัดเจน ไม่มีบริการเฉพาะโรคเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไต ผู้ป่วยไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคไตเรื้อรัง ไม่ทราบการดูแลตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไต และมีปัญหาเรื่องการใช้จ่าย

ระยะที่ ๒ มีทะเบียนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง มี Flow chart care process มีโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๓ - ๔ เพื่อชะลอการเสื่อมของไต ดังนี้ ๑) ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังแบบรายกลุ่ม ในผู้ป่วยรายใหม่ และแจกแผ่นพับโรคไตเรื้อรัง ๒) คัดกรองภาวะสุขภาพและประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค ๓) ประเมินพฤติกรรมมารบิโรคและให้คำปรึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารบิโรครายบุคคล ๔) ประเมินความรู้ด้านสุขภาพและสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ ๕) ส่งเสริมการออกกำลังกาย ๖) ประเมินและให้คำปรึกษาเรื่องการใช้จ่าย ๗) ส่งเสริมการจัดการตนเอง และการเสริมพลังอำนาจ ๘) กระตุ้น ติดตาม รักษาและให้คำปรึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้ระบบการแพทย์ทางไกล ร่วมกับเครือข่ายสุขภาพ พัฒนาศักยภาพ อสม.ในการใช้เทคโนโลยี ๙) ติดตามเยี่ยมบ้านในชุมชนร่วมกับภาคเครือข่าย ๑๐) นัดติดตามประเมินผลของโปรแกรมในเดือนที่ ๖ และแจกสมุดรื้อโรค เกิดเป็นรูปแบบเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ชัดเจน และเกิดชุมชนเข้มแข็งโดยชุมชนบ้านช้างเผือกเป็นผู้เขียนและจัดทำโครงการเอง ซึ่งได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลเมืองน่าน

ระยะที่ ๓ พบว่าผลการเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลังใช้รูปแบบบริการโดยใช้ ECCM เพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๓ - ๔ พบว่าหลังใช้รูปแบบบริการ ค่าอัตราการกรองของไต eGFR ค่าระดับความดันโลหิต Systolic ค่าระดับไขมันในเลือด LDL cholesterol และคะแนน CVD risk score ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕

กลุ่มประชากรส่วนใหญ่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะ ๓a มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ ๔๕.๐ หลังใช้รูปแบบบริการ ประชากรสามารถคงระยะเดิมที่ ๓a มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ ๓๒.๕ สามารถเปลี่ยนระยะของโรคดีขึ้นเป็นระยะ ๒ คิดเป็นร้อยละ ๗.๕ นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มประชากรมีแนวโน้มการ

เปลี่ยนระยะของโรคดีขึ้น ได้แก่ จากระยะ ๓b เป็นระยะที่ ๒ คิดเป็นร้อยละ ๒.๕ จากระยะที่ ๔ เป็นระยะ ๓b คิดเป็นร้อยละ ๑๐.๐

อภิปรายผล

รูปแบบโดยใช้ ECCM เพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๓-๔ เป็นรูปแบบที่สามารถนำมาใช้ดำเนินงานในระดับปฐมภูมิได้ เนื่องจากเป็นรูปแบบที่เน้นผู้ป่วยกับระบบบริการเป็นหลัก สร้างการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย เน้นการดูแลทั้งระดับบุคคลและประชากร มีการเชื่อมโยงระบบสุขภาพกับชุมชนที่ชัดเจนและให้ความสำคัญกับการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการโรคเรื้อรัง ตั้งแต่วิเคราะห์สถานการณ์ความต้องการพัฒนาระบบและการวางแผนดำเนินงานร่วมกัน สอดคล้องกับการศึกษาของอังสุมาลิน กรมทอง และวิลาวัลย์ ชมนิรัตน์ (๒๕๖๔)^๒ เรื่องการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ศูนย์สุขภาพชุมชน เทศบาลนครขอนแก่น โดยใช้กรอบแนวคิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังภาคขยาย พบว่า ๑) ผลลัพธ์เชิงระบบ หน่วยงานมีระบบบริการที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยจัดการพฤติกรรมตนเอง มีฐานข้อมูลเป็นปัจจุบัน มีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย ภาควิชาเกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและวางแผนการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วย ๒) ผลลัพธ์ทางคลินิกพบว่าผู้ป่วยมีค่าความดันโลหิตลดลงร้อยละ ๘๒.๔ ค่าระดับน้ำตาลสะสมลดลงร้อยละ ๖๐.๐ ค่าอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้นร้อยละ ๕๒.๙

ข้อเสนอแนะ

๑ หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิสามารถนำรูปแบบโดยใช้ ECCM เพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๓ -๔ นี้ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้โดยปรับรูปแบบกิจกรรมให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ของตนเองเพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

๒ ควรมีการศึกษาวิจัยโรคไตเรื้อรังโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน และการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคนี้ทางเดินปัสสาวะ

เอกสารอ้างอิง

๑. ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center: HDC on Cloudสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน. กลุ่มรายงานมาตรฐาน สาเหตุการตาย ๑๐ อันดับแรก โรงพยาบาลน่าน. ระบบงานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม. สืบค้น ๒๓ ตุลาคม ๒๕๖๕, จาก https://nan.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=๔๙๑๖๗๒๖๗๙๘๑๖๐๐๓๔๕๔๑๘๓๓๒๐๐๕๑๖๒
- ๒.อังสุมาลิน กรมทอง และวิลาวัลย์ ชมนิรัตน์. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ศูนย์สุขภาพชุมชน เทศบาลนครขอนแก่น. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, ๒๕๖๔;๑๔(๓),๒๙-๔๑.<https://heo๒.tci-thaijo.org/index.php/RDHSJ/article/view/๒๕๒๗๗๘/๑๗๓๐๖๓>

รูปแบบการจัดการชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุตำบลแก้งเหนือ อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี

วิไลวัลย์ มีธรรม

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก้งเหนือ จังหวัดอุบลราชธานี

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ในเขตตำบลแก้งเหนือ อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research, PAR) กลุ่มตัวอย่าง ๓ กลุ่ม ๑) ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key man Informant) เลือกแบบเฉพาะเจาะจง ๕ คน ๒) กลุ่มเป้าหมายในการสนทนากลุ่ม เพื่อพัฒนารูปแบบ ๓) กลุ่มตัวอย่างในการประเมินผลรูปแบบฯ จำนวน ๕๐ คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบ Paired Sample t-Test และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการจัดการเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุใช้กลยุทธ์ PIRABKaeng Nue คือ Partner (พัฒนาการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในท้องถิ่น พัฒนากลไกการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ) Building capacity (พัฒนาศักยภาพของบุคลากรในการขับเคลื่อนงาน) Invest (พัฒนาเกณฑ์การประเมินชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ) Advocate (กำกับ ติดตาม เสริมพลังเพื่อเพิ่มพูนความรู้) Regulation (กำหนดตัวชี้วัด) Knowledge/Health Literacy (เสริมสร้างความรู้ให้ผู้สูงอายุ เน้น ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร) Activities (จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ/บริการสุขภาพ/วัดส่งเสริมสุขภาพ) Evaluation & Happiness (ประเมินคุณภาพชีวิต) Network (สร้างเครือข่ายการทำงาน บูรณาการความร่วมมือ/ความช่วยเหลือ) Gap (วิเคราะห์/ปิดช่องว่าง) Need (ประเมินความต้องการ/จำเป็นของผู้สูงอายุ) Environment (ปรับปรุงบ้าน/สิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย/เพิ่มพื้นที่สีเขียวสำหรับผู้สูงอายุ) ผลลัพธ์ ด้านผู้สูงอายุมีความคิดเห็นต่อรูปแบบการจัดการชุมชนที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุตำบลแก้งเหนือโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.23$, S.D. = 0.28) หลังการพัฒนารูปแบบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 9.34$, $P < 0.001$)

ควรนำรูปแบบฯ ไปใช้ในการพัฒนาชุมชนให้เอื้อต่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยปรับปรุงด้านการปรับปรุงที่อยู่อาศัย ระบบการขนส่ง การสื่อสารกับผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ ชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ การจัดการชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ

หลักการ และเหตุผล

ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุมาตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๘ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คาดการณ์ว่าจะมีจำนวนผู้สูงอายุถึงร้อยละ ๓๐.๐๐ ในปี พ.ศ. ๒๕๘๑^๑ ผู้สูงอายุมีแนวโน้มอยู่คนเดียวตามลำพังเพิ่มขึ้น ต้องเผชิญปัญหาสุขภาพและการเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรังและอาจถูกละเลยไม่ได้รับการเอาใจใส่เท่าที่ควร ต้องพึ่งพาตนเองมากขึ้น แต่หากผู้สูงอายุได้รับปัจจัยขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตที่เหมาะสมแล้ว ก็จะส่งผลทำให้มีการดำเนินชีวิตที่ดีในขั้นต่อไป รัฐบาลได้เตรียมพร้อมรับสถานการณ์ดังกล่าว โดยการมีนโยบายบูรณาการความร่วมมือ ๗ กระทรวง เพื่อยกระดับการพัฒนากำลังคนกลุ่มผู้สูงอายุ ภายใต้วิสัยทัศน์ “ผู้สูงวัยเป็นหลักชัยของสังคม” ด้วยหลัก ๔S ประกอบด้วย ๑) Social Participation ๒) Social Security ๓) Strong Health ๔) Smart Digital and Innovation โดยการ

เตรียมชุมชนที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม เป็นมิตรกับผู้สูงอายุและผู้พิการโดยแต่ละกระทรวงมีบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุและผู้พิการ และสนับสนุนการดำเนินงานร่วมกันแบบบูรณาการส่งเสริมผู้สูงอายุให้สามารถพึ่งพาตนเองได้ มีสุขภาพที่ดี มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม มีความมั่นคงทางรายได้และการอยู่อาศัยเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามกรอบแนวคิดและเป้าหมายของการพัฒนาชุมชนเป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Age - Friendly City) ขององค์การอนามัยโลก^๕ ๘ ด้าน ได้แก่ ด้านที่อยู่อาศัย ด้านการเข้าไปมีส่วนร่วมในสังคม ด้านการได้รับการยอมรับในสังคม ด้านการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นและการจ้างงานด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและการสื่อสาร ด้านการสนับสนุนของชุมชนและการบริการ ด้านสุขภาพด้านสภาพพื้นที่ภายนอกและตัวอาคาร และด้านระบบขนส่งมวลชน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก้งเหนือ มีผู้สูงอายุทั้งหมด ๙๖๐ คน ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ พบว่า ขาดการดูแลอย่างทั่วถึงประกอบกับมีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบต่อสังคม เศรษฐกิจ และการจัดสรรทรัพยากรของชุมชนในอนาคต ในขณะที่ผู้สูงอายุกำลังเพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อย ๆ และก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์ จึงต้องมีการเตรียมความพร้อมในการรองรับเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุและมีรูปแบบการบริหารจัดการภายในชุมชนให้กับผู้สูงอายุโดยมุ่งเน้นชุมชนที่สามารถส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีศักยภาพตามรูปแบบชุมชนที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุซึ่งจะก่อให้เกิดความยั่งยืนในการพัฒนาต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุตำบลแก้งเหนือ อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี

การดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research, PAR) ใช้วงจรการปฏิบัติการ PAOR ของ Kemmis and McTaggart (๑๙๘๘)^๖ ดำเนินการในพื้นที่ตำบลแก้งเหนือ ซึ่งเป็นชุมชนชนบท มี ๑๐ หมู่บ้าน ๑,๙๑๗ หลังคาเรือน ประชากร ๘,๒๘๓ คน กลุ่มตัวอย่าง ๓ กลุ่ม ๑) ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key man Informant) คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ๕ คน ประกอบด้วย ผอ.รพ.แก้งเหนือ ๑ คน นายก อบต.แก้งเหนือ ๑ คน ตัวแทนผู้นำชุมชน ๑ คน ตัวแทนประธาน อสม. ๑ คน ประธานชมรมผู้สูงอายุระดับตำบล ๑ คน ๒) กลุ่มเป้าหมายในการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เพื่อพัฒนารูปแบบฯ จำนวน ๑๕ คน/รูป ประกอบด้วย ผู้จัดการระบบดูแลผู้สูงอายุ (CM) ๑ คน จนท.สาธารณสุข ๑ คน ตัวแทนผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ๒ คน (Cg) ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ อบต.แก้งเหนือ ๑ คน พระภิกษุ ๑ รูป ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ๒ คน ตัวแทนผู้สูงอายุ ๒ คน ๓) กลุ่มตัวอย่างในการประเมินผลรูปแบบฯ จำนวน ๕๐ คน คำนวณขนาดตัวอย่างด้วย G power สุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพดี ไม่มีปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณใช้ ๑) แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ ๒) แบบสอบถามเพื่อประเมินระดับคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ (WHOQOL-BREF-THAI)^๗ ๒๖ ข้อ ประเมินคุณภาพชีวิต ๕ ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตโดยรวม ลักษณะเป็น

มาตราส่วนประมาณค่า ๕ ระดับ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ๓ คน ได้ค่า IOC ระหว่าง ๐.๖๗-๑.๐๐และนำไปทดลองใช้ (Try Out) มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ ๐.๘๓ การแปลผลแบ่งเป็น ๓ ระดับ คือ คะแนน ๒๖-๖๐ หมายถึง มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คะแนน ๖๑-๙๕ หมายถึง มีคุณภาพชีวิตปานกลาง และคะแนน ๙๖-๑๓๐ หมายถึง มีคุณภาพชีวิตดี ๒) เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In depth Interview) และการสนทนากลุ่ม โดยใช้แนวคำถามแบบ กึ่งโครงสร้าง

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ๑. ขั้นการวางแผน(Planning) ๑)ศึกษาบริบทของพื้นที่ปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชน ๒) พัฒนารูปแบบการจัดการชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุตำบลแก้งเหนือ โดยการสนทนากลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ตรวจสอบความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบฯ โดยผู้เชี่ยวชาญ ๗ คน คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Congruence : IOC) ๓) จัดทำแผนปฏิบัติการตามพัฒนารูปแบบฯ ๒. ขั้นการปฏิบัติ (Action)ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ ตามกลยุทธ์ PIRABKaeng Nue คือ Partner (พัฒนาการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในท้องถิ่น) Invest (พัฒนาเกณฑ์การประเมิน) Regulation (กำหนดตัวชี้วัด) Advocate (กำกับ ติดตาม เสริมพลัง) Building capacity(พัฒนาศักยภาพของบุคลากร) Knowledge/Health Literacy (เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ) Activities (จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ) Evaluation & Happiness (ประเมินคุณภาพชีวิต) Need (ประเมินความต้องการ/จำเป็น) Gap (วิเคราะห์/ปิดช่องว่าง) Network (สร้างเครือข่ายการทำงาน) Usually (กำหนดกิจกรรมที่ต้องทำเป็นประจำ) Environment (ปรับปรุงสิ่งแวดล้อม/เพิ่มพื้นที่สีเขียวสำหรับผู้สูงอายุ) ๓.ขั้นสังเกตการณ์ (Observation)สังเกตการดำเนินงานเป็นระยะ ๔.ขั้นสะท้อนผล(Reflection)สรุปผลและถอดบทเรียน วัดผล ๑)ประเมินชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Age – Friendly Communities) ๘ องค์ประกอบ ๒) ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้โดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบ Paired Sample t-test และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

งานวิจัยนี้ ได้รับการอนุมัติจริยธรรมในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีเลขที่ SSI.UB ๒๕๖๖-๑๐๘ลงวันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๖

ผลการศึกษา

๑. บริบทการจัดการชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ตำบลแก้งเหนือ พบว่าไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ยังไม่มีการกำหนดนโยบาย หลักเกณฑ์ หลักการ กระบวนการดำเนินงาน และหน่วยงานที่รับผิดชอบ ปัญหาการจัดการชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ๑) สภาพที่อยู่อาศัยไม่ได้มาตรฐานขาดงบประมาณในการปรับปรุง ๒) ผู้สูงอายุเก็บตัว ไม่เข้าสังคม ๔) หลายคนเข้าไม่ถึงข้อมูลข่าวสาร / เทคโนโลยี ๕) ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง/ห่างไกลเข้าไม่ถึงบริการ ๖) พื้นที่สาธารณะไม่เพียงพอ

๒. กระบวนการจัดการเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุตำบลแก้งเหนือ ๗ ขั้นตอน ๑) ศึกษา/วิเคราะห์บริบทชุมชน ๒) สร้างและพัฒนาศักยภาพเครือข่าย ๓) ประเมินความต้องการ/จำเป็นของผู้สูงอายุ ๔) ปิดช่องว่าง จัดการชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุตามรูปแบบ ๕) ประเมินความสุข ๕ มิติของผู้สูงอายุ ๖) สรุป/ประเมินผล ๗) คืนข้อมูล/ถอดบทเรียน ปรับปรุงรูปแบบ

๓. รูปแบบการจัดการชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุใช้กลยุทธ์ PIRABKaeng Nue ดังภาพ

ชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุตำบลแก้งเหนือPIRABKaeng Nue

Partner (พัฒนาการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในท้องถิ่นพัฒนาหลักการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ)

Invest (พัฒนาเกณฑ์การประเมินชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ)

Regulation (กำหนดตัวชี้วัด 8 องค์ประกอบ)

Advocate (กำกับ ติดตาม เสริมพลังเพื่อเพิ่มพูนความรู้)

Building capacity (พัฒนาศักยภาพของบุคลากรในการขับเคลื่อนงาน)

Knowledge/Health Literacy (เสริมสร้างความรู้/ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร)

Activities (จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ/บริการสุขภาพ/วัดส่งเสริมสุขภาพ)

Evaluation 5 Happiness (ประเมินคุณภาพชีวิต)

Need (ประเมินความต้องการ/จำเป็นของผู้สูงอายุ)

Gap (วิเคราะห์/ปิดช่องว่าง)

Network (สร้างเครือข่ายการทำงาน บูรณาการความร่วมมือ/ความช่วยเหลือ)

Usually (กำหนดกิจกรรมที่ต้องทำเป็นประจำ)

Environment (ปรับปรุงบ้าน/สิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย/เพิ่มพื้นที่สีเขียวสำหรับผู้สูงอายุ)

๔. ผลการประเมินชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ผ่านเกณฑ์ฯ ๗ องค์ประกอบ (ร้อยละ ๘๗.๕๐) หลังการพัฒนาแบบฯ กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนการพัฒนาแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .00๑$) (ตารางที่ ๑) ความพึงพอใจต่อรูปแบบโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = ๔.๑๐$, $S.D. = ๐.๓๓$)

ตารางที่ ๑ ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังการพัฒนาแบบฯ (n=๕๐)

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		๙๕%CI	df	t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.				
๑. ด้านสุขภาพกาย	๔.๒๘	๐.๓๖	๔.๕๓	๐.๒๘	๐.๑๘- ๐.๓๒	๔๙	๗.๕๑	๐.๐๐๐
๒. ด้านจิตใจ	๓.๙๓	๐.๓๕	๔.๒๑	๐.๒๗	๐.๒๐- ๐.๓๗	๔๙	๗.๐๐	๐.๐๐๐
๓. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	๓.๙๑	๐.๔๓	๔.๒๗	๐.๔๘	๐.๒๔- ๐.๔๗	๔๙	๖.๒๔	๐.๐๐๐
๔. ด้านสิ่งแวดล้อม	๔.๐๙	๐.๓๖	๔.๔๕	๐.๓๑	๐.๒๘- ๐.๔๓	๔๙	๙.๕๑	๐.๐๐๐
๕. คุณภาพชีวิตโดยรวม	๔.๐๖	๐.๒๖	๔.๕๐	๐.๕๘	๐.๒๗- ๐.๕๙	๔๙	๕.๕๐	๐.๐๐๐
รวม	๔.๐๗	๐.๒๖	๔.๓๙	๐.๒๑	๐.๒๗- ๐.๓๘	๔๙	๑๒.๑ ๗	๐.๐๐๐

อภิปรายผล

๑. รูปแบบการจัดการชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุใช้กลยุทธ์ PIRABKaeng Nue คือ Partner (พัฒนาการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในท้องถิ่น) Building capacity (พัฒนาศักยภาพของบุคลากร) Invest (พัฒนาเกณฑ์การประเมินชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ) Advocate (กำกับ ติดตาม เสริมพลัง) Regulation (กำหนดตัวชี้วัด ๘ องค์ประกอบ) Knowledge/Health Literacy (เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ) Activities (จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ/บริการสุขภาพ/วัดส่งเสริมสุขภาพ) Evaluation & Happiness (ประเมินคุณภาพชีวิต) Network (สร้างเครือข่ายการทำงาน) Gap (วิเคราะห์/ปิดช่องว่าง) Need (ประเมินความต้องการ/จำเป็นของผู้สูงอายุ) Environment (ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย/เพิ่มพื้นที่สีเขียวสำหรับผู้สูงอายุ) อธิบายได้ว่า ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องได้ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา และพัฒนารูปแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ในเชิงบูรณาการ โดยพัฒนาความเป็นอยู่ ด้านร่างกาย สังคม ควบคู่กับการพัฒนาสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษานาฏสินี ชัยแก้ว และมยุรี บุญทัต (๒๕๖๓)^๕ ที่พบว่า ชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ร่วมมือในการเตรียมความพร้อมในการรองรับเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในด้านสังคม เศรษฐกิจ สุขภาพและการศึกษา รูปแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุมี ๙ องค์ประกอบ โดยเพิ่มจาก ๘ องค์ประกอบตามกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก คือ วัดส่งเสริมสุขภาพ โดยมีพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด (อสว.)

๒. รูปแบบการจัดการชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุตำบลแก้งเหนือ มีความเหมาะสมและความเป็นไปได้ ทั้ง ๘ องค์ประกอบ คือ ๑) อาคารสถานที่และบริเวณภายนอก ๒) ระบบขนส่งและยานพาหนะ ๓) ที่อยู่อาศัย ๔) การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ๕) การให้ความเคารพและการยอมรับ ๖) การมีส่วนร่วมในฐานะพลเมืองและการจ้างงาน ๗) การสื่อสารและการให้ข้อมูล ๘) การบริการชุมชนและการบริการสุขภาพ อธิบายได้ว่า รูปแบบฯ พัฒนาขึ้นด้วยกระบวนการพัฒนาทั้ง ๗ ขั้นตอนเหมาะสม สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของชุมชน สอดคล้องตามกรอบแนวคิดเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลก (WHO, ๒๐๐๗)^๖ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ วรายุส ปานนิมิต จิตสมานภรณ์ โภคะธีรกุล และฐิติมา โหลยง (๒๕๖๖)^๖ พบว่า รูปแบบการจัดการเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ๕ ด้าน ได้แก่ ๑) ด้านที่อยู่อาศัย พบว่า ที่อยู่อาศัยต้องมีความเพียงพอ มั่นคง แข็งแรง อบอุ่น และปลอดภัย ๒) ด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร พบว่า ควรมีช่องทางที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร มีความสม่ำเสมอ และควรมีเนื้อหาที่น่าสนใจ ๓) ด้านสุขภาพ พบว่า มีบริการด้านสุขภาพที่หลากหลายและพอเพียง มีระบบป้องกัน และรักษาสุขภาพที่ดี ๔) ด้านพื้นที่สาธารณะ พบว่า พื้นที่สาธารณะมีความสะอาดร่มรื่น มีพื้นที่สีเขียว และปลอดภัย และ ๕) ด้านระบบขนส่งมวลชน พบว่า มีความเหมาะสมต่อการใช้งาน มีประกาศการให้บริการที่ชัดเจน สะดวก และเข้าถึงง่าย

๓. คุณภาพชีวิต โดยรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ อธิบายได้ว่า รูปแบบที่สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของชุมชน นำสู่การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยพัฒนาความเป็นอยู่ ด้านร่างกาย สังคม ควบคู่กับการพัฒนาสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ กมลชนก ภูมิชาติ ปรีชา สามัคคี และ ลัญจกร นิลกาญจน์ (๒๕๖๑)^๗ พบว่า ผลการประเมินรูปแบบชุมชนต้นแบบที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ สามารถนำไปใช้ในการดูแลและส่งเสริมผู้สูงอายุ และเป็นแหล่งเรียนรู้หรือเป็นแบบอย่างการปฏิบัติที่ดีแก่ชุมชน

ข้อเสนอแนะ

๑. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สาธารณสุข องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น และ พัฒนาชุมชน จังหวัด ควรประสานความร่วมมือส่งเสริมงานอาสาสมัครที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ/ความสามารถของผู้สูงอายุ และพัฒนารูปแบบ/ช่องทางในการสื่อสารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ
๒. ควรศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในเขตตำบลแก้งเหนือ เพื่อให้เกิดการพัฒนาและขยายผลไปสู่พื้นที่อื่นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

๑. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (TGR). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. ๒๕๖๑นครปฐม: โรงพิมพ์; ๒๕๖๑.
๒. World Health Organization. Global strategy: overall goal. [Internet]. ๒๐๐๗ [cited ๒๐๒๔ May ๕]. Available from: <http://www.who.int/dietphysicalactivity>
๓. Kemmis, & McTaggart, R. The Action research planner, ๓rd ed. Geelong: Deakin University, Australia; ๑๙๘๘.
๔. WHO (๑๙๙๗), WHOQOL Measuring quality of life: Geneva. Retrieved From http://www.who.int/mental_health/media/๖๘.pdf
๕. นาฏสินี ชัยแก้วและมยุรี บุญทด. การพัฒนารูปแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ ๓. วารสารศูนย์อนามัยที่ ๙. ๒๕๖๗;๑๘(๑):๑-๑๔.
๖. วรายุส ปานนิมิตจิตสมาน, ภคมน โภคะธีรกุล และและ รุติมา โหล่ายอง. รูปแบบนวัตกรรมการจัดการเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารวิชาการ การจัดการภาครัฐและเอกชน. ๒๕๖๖;๕(๓):๔๑-๕๔.
๗. กมลชนก ภูมิชาติ,ปรีชา สามัคคี และ ลัญจกร นิลกาญจน์. รูปแบบชุมชนต้นแบบที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ. อินทนิลทักษิณสาร.๒๕๖๑;๑๓(๑):๑๑๖-๑๓๑.

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางไกล ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

ฐานัญญา โสภณวิทย์ ณัฐธิดา พิมพ์กมลวัต ธนพงษ์ ไชยชาติ,

บุศรา อนุพันธ์ และธรรกร มณีนรัตน์

โรงพยาบาลขอนแก่น

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบและศึกษาผลการใช้รูปแบบการพยาบาลทางไกล ต่อคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายกลับบ้านดำเนินการระหว่าง ตุลาคม ๒๕๖๖ – เมษายน ๒๕๖๗ แบ่งเป็น ๓ ขั้นตอน คือ ๑) ศึกษาสภาพการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล ๒) พัฒนาแนวทางการพยาบาลทางไกล และ ๓) ศึกษาประสิทธิผลของการพยาบาลทางไกลต่อระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการเกิดภาวะแทรกซ้อนกลุ่มเป้าหมายเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด ประกอบด้วย ๒ กลุ่ม ๑) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน ๔๐ คน ๒) ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน ๔๐ คน เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย ๑) แนวทางการพยาบาลทางไกล ๒) คู่มือการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ๓) แบบบันทึกการพยาบาลทางไกล ๔) แบบบันทึกกิจวัตรประจำวันและภาวะแทรกซ้อน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

ผลการวิจัย ระยะที่ ๑) สภาพการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลขอนแก่น พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ ๖๗.๕ อายุเฉลี่ย ๖๑.๕ ปี เป็นเพศหญิงร้อยละ ๓๒.๖ ผู้ป่วยที่พึ่งพาผู้ดูแลในระดับเล็กน้อยที่สุด มาก ระดับกลาง และระดับมาก คิดเป็นร้อยละ ๗๓.๐, ๑๖.๒ และ ๑๐.๘ ตามลำดับ ระยะที่ ๒) พัฒนาแนวทางการพยาบาลทางไกล พบว่าประกอบด้วย คู่มือการดูแลและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านสำหรับผู้ดูแลที่บ้าน และแนวทางการติดตามเยี่ยมทางไกลสำหรับพยาบาล โดยใช้ ๓A Model ตามหลัก D-METHOD สำหรับขั้นตอนการให้การพยาบาล ประกอบด้วย ก) ก่อนการให้การพยาบาลทางไกล มีการลงทะเบียน นัดหมายวันเวลาที่จะให้การพยาบาลทางไกล ข) ขณะให้การพยาบาลทางไกล ผ่านระบบ Line OA กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน มีการประเมินการปฏิบัติของผู้ดูแล ให้คำแนะนำคำปรึกษา สนับสนุน ให้กำลังใจ และเปิดโอกาสให้ซักถามปัญหา ค) หลังให้การพยาบาลทางไกล มีการรวบรวมข้อมูล และประสานความร่วมมือสถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน ระยะที่ ๓) ประสิทธิภาพรูปแบบของพยาบาลทางไกลพบว่า ก) ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ก่อนและหลังจำหน่ายกลับบ้าน ๓ เดือนไม่แตกต่างกัน ข) ภาวะแทรกซ้อนลดลง จากร้อยละ ๖.๘ เป็น ๒.๕ เป็นผลกดทับ ๑ ราย และreadmit ๑ ราย ซึ่งเกิดขึ้นในผู้ป่วยติดเตียงสูงอายุมากกว่า ๘๐ ปี และมีโรคประจำตัวมากกว่า ๒ โรค คือ โรคเมเร็งและเบาหวานความดันโลหิตสูง

สรุปการให้การพยาบาลทางไกล ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการสุขภาพได้ง่าย สามารถนำมาสู่การปฏิบัติจริง ลดการเดินทางและลดค่าใช้จ่ายทั้งของผู้ป่วยและบุคลากร ทั้งยังเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลและฟื้นฟูสภาพที่บ้านหลังจำหน่าย ตลอดจนลดปัญหาที่เกิดขึ้นจากสัมพันธภาพ และเกิดการประสานเครือข่ายเพื่อให้การดูแลร่วมกัน

คำสำคัญ : แนวปฏิบัติ การพยาบาลทางไกล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

หลักการ และเหตุผล

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคทางระบบประสาทที่มีความรุนแรง เป็นภาวะที่เนื้อสมองถูกทำลายเฉียบพลันเนื่องจากการตีบตันหรือแตก ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว เศรษฐกิจและสังคม องค์การอนามัยโลกรายงานอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกประมาณ ๑๕ ล้านคนต่อปี โดยเฉลี่ยทุก ๖ วินาทีจะมีคนเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย ๑ คน^๑ ในไทยพบเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ ๓ ในเพศชายรองจากอุบัติเหตุจราจรและการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และอันดับ ๒ ในเพศหญิงรองจากโรคเบาหวาน ผู้ป่วยที่รอดชีวิตนั้นพบว่าร้อยละ ๒๐.๐ จะหายเป็นปกติ ร้อยละ ๖๐.๐ ต้องการฟื้นฟูต่อเนื่อง และอีกร้อยละ ๒๐.๐ มีความพิการหลงเหลืออยู่^๒ ส่งผลให้เป็นภาระของครอบครัว และทราบโดยทั่วกันว่าการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยควรเริ่มไวที่สุดเพื่อกระตุ้นและส่งเสริมการทำงานของเซลล์สมอง และลดความรุนแรงของโรค^๓ โดย ๖ เดือนแรกเป็นช่วงเวลาทอง (golden period) ที่ร่างกายมีการฟื้นฟูได้ดีที่สุด^๔ และช่วงเริ่มต้นที่สำคัญเหมาะสมสำหรับการฟื้นฟูอย่างเข้มข้นคือ ๖-๘ สัปดาห์แรก^๕

โรงพยาบาลขอนแก่น เป็นโรงพยาบาลศูนย์ระดับ A มีอัตราการครองเตียงสูง ในขณะที่ย่านนอนเฉลี่ยเพียง ๔ วัน^๖ ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องพักฟื้นที่บ้านยาวขึ้น ดังนั้นญาติหรือผู้ดูแลหลักจึงมีบทบาทในการดูแลและการฟื้นฟูเป็นสำคัญ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีจำนวนมากเป็น ๑ ใน ๕ ที่ต้องการดูแลต่อเนื่องมากที่สุดคือ ร้อยละ ๔๘.๗๗ ปี ๒๕๖๔-๒๕๖๖ มีการ re-admit ร้อยละ ๖.๗ , ๖.๘ และ ๗.๑ ตามลำดับและปี ๒๕๖๖ การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังเกิดโรค ร้อยละ ๓.๗ (ข้อมูลการดูแลต่อเนื่อง กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน ๒๕๖๖) พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลทุกระยะ โดยเฉพาะการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับการดำเนินอาการของโรคหลอดเลือดสมองที่ถูกต้อง การวางรูปแบบการพยาบาลอย่างเหมาะสม รวมถึงการให้การปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์จะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ในการดูแลดีขึ้น มีประสิทธิภาพที่สูงขึ้น^๗

ประกอบกับปัจจุบันมีการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อให้การดูแลสุขภาพด้วยระบบทางไกลซึ่งถือเป็นกลยุทธ์สำคัญในการจัดการกับความต้องการการรักษาพยาบาลที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องผู้ให้บริการพยาบาลทางไกล (tele-nursing) จึงต้องมีความรู้ความเข้าใจในความแตกต่างและความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย มีการขอความยินยอม และมารยาทในการดูแลสุขภาพทางไกล มีทักษะสามารถผสมผสานประสบการณ์ทางคลินิกกับเทคโนโลยีสุขภาพทางไกลในการตัดสินใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ^๘ พบว่าการเยี่ยมบ้านทั้งแบบทางไกลและแบบลงพื้นที่จริง สามารถเพิ่มระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดระดับความพิการได้ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลและติดตามผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง^๙

จากการศึกษาสถานการณ์การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านในโรงพยาบาลขอนแก่นพบว่า การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ยังไม่เป็นแนวทางเดียวกันพยาบาลวิชาชีพ จะปฏิบัติตามองค์ความรู้และประสบการณ์ที่ตนเองมี แนวปฏิบัติการพยาบาลทางไกล ยังไม่เป็นรูปแบบที่ชัดเจนเฉพาะของพยาบาล การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลยังไม่สามารถสะท้อนถึงผลลัพธ์ในการพยาบาลผู้ป่วยได้ ดังนั้นเพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลที่บ้านให้เกิดประสิทธิผล ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางไกล ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยใช้รูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของ

ชุดพ^๙ เป็นกรอบแนวคิด ทั้งนี้เพื่อวางแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

- ๑) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางไกล ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน
- ๒) เพื่อศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางไกล ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

การดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (actionresearch) ดำเนินการศึกษาในช่วงเดือนตุลาคม ๒๕๖๖ - มีนาคม ๒๕๖๗ แบ่งการศึกษาเป็น ๓ ระยะคือ ๑) ระยะศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน ๒) ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ๓) ระยะการนำแนวปฏิบัติไปใช้และประเมินผล

ประชากรคือ พยาบาลวิชาชีพ และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มเป้าหมาย เลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ ๑) พยาบาลวิชาชีพจำนวน ๑๒ คน ๒) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวได้รับการดูแลตามปกติ ๔๐ ครอบครัว ระหว่างกันยายน-ธันวาคม ๒๕๖๖ และใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลระหว่างมกราคม - มีนาคม ๒๕๖๗ จำนวน ๔๐ ครอบครัว

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย ๒ ส่วน ๑) เครื่องมือดำเนินงาน ได้แก่ ก) แนวทางการพยาบาลทางไกล ข) แนวปฏิบัติในการพยาบาลทางไกลและ ค) คู่มือการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยพัฒนาแนวทางการดูแลและฟื้นฟูความรู้ ความสามารถของผู้ดูแลในการจัดการ ๓ ด้าน (๓A Model) ตามหลัก D-METHOD ๒) เครื่องมือบันทึกผลลัพธ์ ได้แก่ ก) แบบประเมินความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ข) แบบประเมินความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผ่านการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ(Content validity) โดยสุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะค่าความตรงทั้งฉบับ(S-CVI) ได้เท่ากับ ๐.๙๓ ค) แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบประเมินตามเกณฑ์ Berlin Stroke Register (BSR) ในงานวิจัย ของ Grube et al. (๒๐๑๓)^{๑๐} และ Martina et al. (๒๐๑๖)^{๑๑} มีขั้นตอนดังนี้

๑) ระยะศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะแรกที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลเพื่อนำข้อมูลมาสรุป วิเคราะห์และพัฒนาารูปแนวปฏิบัติการพยาบาลทางไกล

๒) ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลทางไกล โดยการสนทนากลุ่ม ๓ ครั้ง ได้แนวปฏิบัติ ๓ ขั้นตอนได้แก่ ก) ขั้นตอนการให้การพยาบาลทางไกล มีการลงทะเบียน นัดหมายวันเวลาบริการ ข) ขณะให้การพยาบาลทางไกล ใช้การสื่อสารทาง Line OA ตามแนวคำถามทางการพยาบาลในรูปแบบ ๓A ตามหลัก D-METHOD โดยมี e-book คู่มือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

๓) ระยะการนำแนวปฏิบัติไปใช้และประเมินผล ระหว่างมกราคม-มีนาคม ๒๕๖๗ โดยติดตามเยี่ยมผ่านระบบการพยาบาลทางไกล ๔ ครั้ง ดังนี้ ครั้งที่ ๑ หลังจำหน่ายกลับบ้าน ๑ สัปดาห์ ครั้งที่ ๒ หลังจำหน่ายกลับบ้าน ๑ เดือน ครั้งที่ ๓ หลังจำหน่ายกลับบ้าน ๒ เดือน และครั้งที่ ๔ หลังจำหน่ายกลับบ้าน ๓ เดือน มีผู้ป่วยได้รับการพยาบาลทางไกลจำนวน ๔๐ ราย

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้หลักการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และสถิติทดสอบ paired sample t-test

วิจัยนี้ได้รับการพิจารณาอนุมัติของคณะกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาลขอนแก่น เลขที่ KEF๖๗๐๐๑

ผลการวิจัย

แบ่งเป็น ๓ ระยะ ดังนี้ ๑) ระยะศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันระหว่างเดือนพฤษภาคม-กรกฎาคม ๒๕๖๖ พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ ๖๗.๔ อายุเฉลี่ย ๖๑.๕ ปี ได้รับการเยี่ยมบ้านครอบคลุมร้อยละ ๖๐.๐ โดยเยี่ยมครั้งแรกภายในระยะเวลา ๒-๗ วันหลังการจำหน่าย ความถี่เฉลี่ย ๑.๓ ครั้งต่อราย ๒) ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลทางไกล โดยการสนทนากลุ่ม ๓ ครั้ง ได้แนวปฏิบัติ ๓ ขั้นตอนได้แก่ ก) ขั้นตอนการให้การพยาบาลทางไกล มีการลงทะเบียน นัดหมายวันเวลาบริการ ข) ขณะให้การพยาบาลทางไกล ใช้การสื่อสารทาง LineOA ตามแนวคำถามทางการพยาบาลในรูปแบบ ๓A และ D-METHOD โดยมี e-book คู่มือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ซึ่งพยาบาลวิชาชีพ ๑๒ คน ประเมินความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติว่า แนวปฏิบัติมีความชัดเจน ง่าย ไม่ซับซ้อน ร้อยละ ๖๖.๗ มีความสะดวก มีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจริงร้อยละ ๗๕.๐ มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล ร้อยละ ๘๐.๓ มีประโยชน์ต่อการปฏิบัติของหน่วยงาน ร้อยละ ๘๐.๓ ความพึงพอใจโดยรวมต่อการใช้แนวปฏิบัติร้อยละ ๙๑.๗ ๓) ระยะการนำแนวปฏิบัติไปใช้และประเมินผล ระหว่างมกราคม-มีนาคม ๒๕๖๗ มีผู้ป่วยได้รับการพยาบาลทางไกลจำนวน ๔๐ ราย ครอบคลุมร้อยละ ๖๕.๐ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ความถี่เฉลี่ย ๔.๑ ครั้งต่อรายความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มใช้แนวปฏิบัติและกลุ่มไม่ใช้แนวปฏิบัติ และพบว่าผู้ป่วยกลุ่มใช้แนวปฏิบัติมีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่ากลุ่มไม่ใช้แนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = 0.028$ และผลกดทับ $p = 0.002$

อภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะแรกส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุมากกว่า ๕๑ ปีขึ้นไป มีโรคร่วมที่พบได้แก่ ความดันโลหิตสูงและเบาหวานที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ และเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง การกลับเป็นซ้ำ^{๑๒} เป้าหมายการดูแลระยะแรกจะเน้นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น และการทำให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองให้ได้มากที่สุด เป็นภาระต่อญาติหรือผู้ดูแลน้อยที่สุด^{๑๓} โดยต้องอาศัยบทบาทของพยาบาลให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพภายหลังจำหน่ายกลับบ้านมีการติดตามเยี่ยมที่บ้าน^{๑๔} การเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลงเช่นกันจากร้อยละ ๓.๗ ลดลงเป็นร้อยละ ๒.๕ ซึ่งการฟื้นฟูโรคหลอดเลือดสมองอย่างเข้มข้นเหมาะสมในช่วง ๑ ถึง ๓ เดือนแรกหลังเกิดโรค ควรเริ่มไวที่สุดเท่าที่จะทำได้เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและลดความพิการที่อาจเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง^{๑๕} ส่วนการฟื้นฟูสภาพระยะหลัง (๓-๖ เดือนหลังจำหน่าย) ระบบต่างๆ ของร่างกายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จึงจะมีการพัฒนาที่ดีขึ้น เช่น การพูด การใช้ภาษา การทำกิจวัตรประจำวันและการทำงาน^{๑๕} ฉะนั้นการให้การพยาบาลทางไกล

ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้ง่าย จึงนำมาสู่การปฏิบัติจริง ดีกว่าการใช้โทรศัพท์ติดตามเยี่ยม ลดการเดินทางและลดค่าใช้จ่าย เพิ่มประสิทธิผลดูแลและฟื้นฟูสภาพที่บ้านหลังจำหน่าย ตลอดจนปัญหาที่เกิดขึ้นพร้อมการให้การช่วยเหลือหรือต้องได้รับการดูแลใกล้ชิด มีการประสานเครือข่ายเพื่อให้การดูแลร่วมกัน

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาผลการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลครั้งนี้ มีระยะเวลาในการประเมินผลเพียง 3 เดือน จึงควรมีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติสม่ำเสมอและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งนำไปเผยแพร่เพื่อนำไปสู่การพัฒนาแก้ไขปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นมาตรฐานและมีความทันสมัย โดยเฉพาะการขยายการใช้นโยบายของบุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ต่อไป และควรมีการศึกษาและพัฒนาสื่อการเรียนการสอนที่เหมาะสมกับปัญหาความต้องการ ระดับประเภทความรุนแรง และบริบทของผู้ป่วย

แนวปฏิบัติการพยาบาลทางไกล สามารถนำมาสู่การปฏิบัติจริงในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการสุขภาพได้ง่าย เพิ่มประสิทธิผลการดูแลและฟื้นฟูสภาพที่บ้านหลังจำหน่าย และช่วยลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยได้ ทั้งยังลดการเดินทางและลดค่าใช้จ่ายทั้งของผู้ป่วยและบุคลากร ตลอดจนลดปัญหาที่เกิดขึ้นจากสัมพันธภาพและเกิดการประสานเครือข่ายเพื่อให้การดูแลร่วมกัน ควรมีการนำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้อย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

๑. สุริรักษ์ มั่นคงพิสมัยนพรัตน์ ณาตยาปัญญาคม. ผลของโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลท่าปลา. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อม. ๒๕๖๕;๗(๑):๑-๑๒.
๒. ปัญญา พรายอินทร์ และคณะ. แผนการสอนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพและครอบครัว. Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council. ๒๕๖๕ สืบค้นเมื่อ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๗. จาก thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/๓๖๒๒๒
๓. Langhorne P, Bernhardt J, Kwakkel G. Stroke rehabilitation. Lancet. ๒๐๑๑;๓๗๗(๙๗๗๘):๑๖๙๓-๗๐๒.
๔. มั่นชยา กองเมืองปักกรุณา ชูกิจและคณะ. การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสู่ผลลัพธ์ที่เป็นเลิศทางการพยาบาล. ศูนย์โรคหลอดเลือดสมองศิริราชคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล กรุงเทพฯ: นิยมวิทยา: ๒๕๖๐.
๕. สถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลขอนแก่น. ฐานข้อมูลจาก Data Center โรงพยาบาลขอนแก่น ๒๕๖๖.
๖. ปราณี เกสรสันต์ และชนิษฐา พันธุสุวรรณ. รูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร. ๒๕๕๗. สืบค้นเมื่อ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๖. จาก https://he๐๒.tci-thaijo.org/index.php/sanpasit_medjournal/article
๗. ภรณ์ทิพย์ ศรีสุข. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมอาหารคาร์โบไฮเดรตและส่งเสริมการออกกำลังกาย ผ่านระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒. ๒๕๖๕. สืบค้น

- เมื่อ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๖. จาก <https://heo๒.tci-thaijo.org/index.php/udhhosmj/article/view/๒๕๗๕๕๐/๑๗๕๔๑๖>
๘. วีรวัฒน์ จิตจง. การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลวิเชียรบุรีจังหวัดเพชรบูรณ์. สารานุกรมศาสตร์สุขภาพบัณฑิต คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกริก. ๒๕๖๑. สืบค้นเมื่อ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๖. จาก <https://mis.krirk.ac.th/librarytext> > SAS >
๙. Soukup SM. The center for advanced nursing practice evidence-based practice model. Nursing Clinics of North America ๒๐๐๐;๓๕(๒):๓๐๑-๐๙.
๑๐. วิสุณีจันทร์ศรี. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการของครอบครัวต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลการเคลื่อนไหวร่างกายระยะแรกและภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. ๒๕๖๐. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์. สืบค้นเมื่อ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๖. จาก <http://ethesisarchive.library.tu.ac.th> > thesis
๑๑. ชัยยุทธ โคตะรักษ์ อ่างใน วิริยภรณ์ สิงห์ทองวรรณ และสุพัตรา ปวนไผ่, ๒๕๖๖. ผลของการพยาบาลทางไกลต่อความสามารถ ของผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังจำหน่ายกลับบ้าน โรงพยาบาลประสาท เชียงใหม่. สืบค้นเมื่อ ๒๐ มีนาคม ๒๕๖๖. จาก <https://www.cmneuro.go.th/TH/research/๖๖-Full%๒๐Pap>
๑๒. ปรีดา อารยาวิชานนท์, ๒๕๖๗. การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มหาวิทยาลัยขอนแก่น. สืบค้นเมื่อ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๖. จาก https://heo๒.tci-thaijo.org/index.php/sanpasit_medjournal/article/view/๒๕๒๔๖๓
๑๓. หทัยรัตน์ ผดุงกิจ. โรคหลอดเลือดสมอง. ๒๕๖๕. สืบค้นเมื่อ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๖. จาก <https://www.kinrehab.com/news/view/๑๖๓>. shorturt.at/dqwoM
๑๔. ดารณี สุวพันธ์, ๒๕๕๒ อ่างใน วิสุณีจันทร์ศรี, ๒๕๖๐. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการของครอบครัวต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลการเคลื่อนไหวร่างกายระยะแรกและภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์. สืบค้นเมื่อ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๖. จาก <http://ethesisarchive.library.tu.ac.th> > thesis

การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ภาวะหัวใจขาดเลือดชนิด STEMI และกระดูกสะโพกหัก (Hip fracture) ในผู้สูงอายุ สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอเมืองอุบลราชธานี

พิชญสุตา เชิดสกุล กัญญารัตน์ กันยະภาณัจญ์ และกนกวรรณ ลอยนวล
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ภาวะหัวใจขาดเลือดชนิด STEMI และกระดูกสะโพกหัก (Hip fracture) ในผู้สูงอายุ สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอเมืองอุบลราชธานี เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informant) เลือกแบบเจาะจง ๑๐ คน กลุ่มเป้าหมายในพัฒนารูปแบบฯ ๑๕ คน และกลุ่มตัวอย่างในการประเมินผลรูปแบบฯ เป็น อสม. ๔๕ คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นแบบเป็นสัดส่วน คัดเลือกโดยใช้เกณฑ์คัดเข้า-เกณฑ์การคัดออกตามคุณสมบัติที่กำหนด เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และแบบสอบถาม มีค่าความเชื่อมั่น ๐.๘๖ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบ Paired sample t-test

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ภาวะหัวใจขาดเลือดชนิด STEMI และกระดูกสะโพกหัก (Hip fracture) ในผู้สูงอายุ สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอเมืองอุบลราชธานี มี ๖ กลยุทธ์ คือ ๑) การเตรียมความพร้อมในการอบรมพัฒนาศักยภาพ อสม. ๒) เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (เข้าถึง เข้าใจ โต้ตอบซักถาม ตัดสินใจ เปลี่ยนพฤติกรรมและบอกต่อ) ๓) อสม. ปักหมุดพิกัดไว้รายต่อๆ ๔) พัฒนาระบบและช่องทางการสื่อสาร ๕) จัดตั้งสถานีสภาพชุมชน และ ๖) ติดตามประเมินผล หลังการใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$

ควรขยายผลไปสู่ อสม. และพระคิลาณุปัฏฐาก

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันโรค Stroke, STEMI, Hip fracture

หลักการ และเหตุผล

ในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ เขตสุขภาพที่ ๑๐ ได้พัฒนารูปแบบและนำร่องระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อ สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน (Stroke) โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI และกระดูกสะโพกหัก (Hip Fracture) แบบบูรณาการ ในระยะที่ ๑ จังหวัดอุบลราชธานี เป็นหนึ่งในพื้นที่ ๕ อำเภอนำร่อง นอกจากนี้การศึกษาระยะที่ ๒ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๗ ได้ให้ความสำคัญกับการต่อยอดเพื่อขยายผลรูปแบบระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อ^๑ โดยอาศัยภาคีเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของภาระงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ จึงจำเป็นที่จะต้องอาศัยอสม. เป็นแกนหลักในการเชื่อมประสาน เป็นผู้นำสร้างการมีส่วนร่วมและความรับผิดชอบของชุมชน^๒

จากการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. เขตอำเภอเมืองอุบลราชธานี ในปี ๒๕๖๖ พบว่า อสม. ยังขาดความตระหนักรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือน และระยะเวลาใน

การเข้าถึงการรักษาได้อย่างทันท่วงที ปัญหาสำคัญที่พบคือ ขาดความรู้และทักษะในการประเมินและดูแลผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ ๔๒.๗๓)^๓ และจากการศึกษาที่ผ่านมามีการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยใช้กระบวนการต่างๆ ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ^๔ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ให้แก่ อสม. ให้มีความรอบรู้ และความสามารถด้านสุขภาพของบุคคลในการกลั่นกรอง ประเมิน และตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เลือกใช้บริการและผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างเหมาะสม^๕ สามารถดูแลตนเอง บุคคลในครอบครัว และสามารถถ่ายทอดไปยังกลุ่มประชาชนได้ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ภาวะหัวใจขาดเลือดชนิด STEMI และกระดูกสะโพกหัก (Hip fracture) ในผู้สูงอายุ สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

การดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ดำเนินการวิจัยโดยอาศัยวงจร PAOR ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (๑๙๘๘)^๖ ส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เข้ามา มีบทบาท ในการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิขั้นพื้นฐาน มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สภาพปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุและปัจจัยที่เป็นสาเหตุในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ภาวะหัวใจขาดเลือดชนิด STEMI และกระดูกสะโพกหัก (Hip fracture) กระตุ้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมในพัฒนาการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ภาวะหัวใจขาดเลือดชนิด STEMI และกระดูกสะโพกหัก (Hip fracture) ในผู้สูงอายุ ร่วมกับแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพประยุกต์จากแนวคิดของ Don Nutbeam (๒๐๐๐)^๗ โดยแบ่งมิติความรู้ด้านสุขภาพออกเป็น ๖ มิติ ได้แก่ เข้าถึง เข้าใจ โต้ตอบซักถาม ตัดสินใจ เปลี่ยนพฤติกรรมและบอกต่อ (V-shape)

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informant) ในการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) เป็นผู้ส่วนเกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างความรอบรู้แก่ อสม. เลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ๑๐ คน เป้าหมายในการสนทนากลุ่มเพื่อพัฒนารูปแบบฯ จำนวน ๑๕ คน ได้แก่ สาธารณสุขอำเภอ ๑ คน , หัวหน้ากลุ่มงานสนับสนุนวิชาการและบริการ ๑ คน , หัวหน้าฝ่าย สสม. ๑ คน , หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ (ผู้สูงอายุ) ๑ คน , หัวหน้างานพัฒนารูปแบบและระบบบริการ โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา ๑ คน , ตัวแทนประธาน อสม. ระดับอำเภอ/ตำบล ๑๐ คน และกลุ่มตัวอย่างในการประเมินผลรูปแบบฯ เป็น อสม. จำนวน ๔๕ คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) แบบเป็นสัดส่วน คัดเลือกโดยใช้เกณฑ์คัดเข้าตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ เป็น อสม. เขตอำเภอเมือง อุบลราชธานี ทั้งเพศชาย-หญิง สามารถสื่อสาร อ่านออก เขียนได้ โดยใช้ภาษาไทย มีความเต็มใจและสมัครใจเข้าร่วมตลอดการวิจัยครั้งนี้ เกณฑ์การคัดออกคือ ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้/ขอถอนตัว เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ๑) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ๒) แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม ๓) แบบสอบถาม ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่พัฒนาขึ้นเกี่ยวกับ ๓ โรค จำนวน ๖ ด้าน ประกอบด้วย ๓.๑) ความรู้ ๓ โรค เป็นแบบเลือกคำตอบที่ถูกต้องจำนวน ๒๐ ข้อ ข้อละ ๑ คะแนน (คะแนนเต็ม ๑๐ คะแนน) แต่ละข้อ

คำถาม มี ๔ ตัวเลือก ตอบถูกได้ ๑ คะแนน ตอบผิดได้ ๐ คะแนน (ค่าความเชื่อมั่น KR-๒๐=๐.๗๘) เกณฑ์การให้คะแนน แปลผลอ้างอิงตามกองสุขศึกษา (Health Education Division, ๒๐๑๘) ๓.๒ ทักษะการเข้าถึงข้อมูล ๕ ข้อ ๓.๓ ทักษะการจัดการตนเอง ๕ ข้อ ๓.๔ ทักษะการสื่อสาร ๕ ข้อ ๓.๕ ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ๔ ข้อ ๓.๖ ทักษะการตัดสินใจ ๔ ข้อ ส่วนที่ ๓.๒ – ๓.๖ เป็นแบบประเมินค่า ๕ ระดับ คือปฏิบัติทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติ แบ่งระดับความรู้ด้านสุขภาพ เป็น ๓ ระดับ โดยใช้เกณฑ์การแบ่งตามอันตรายภาคขั้นที่กำหนดจากค่าพิสัยที่คำนวณได้ (Best & Khan, ๑๙๘๙)^๔

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (PAOR) ๔ ขั้นตอนดังนี้

๑.ขั้นการวางแผน(Planning) ๑)ศึกษาบริบทของพื้นที่ ๒) สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ๓) สนทนากลุ่มเพื่อสร้างรูปแบบฯ ๔) จัดทำแผนปฏิบัติการตามรูปแบบ ๒. ขั้นการปฏิบัติ (Action) ปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ ๑) ศึกษาบริบทความต้องการพัฒนาศักยภาพ อสม. ๒) เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (เข้าถึง เข้าใจ ได้ตอบซักถาม ตัดสินใจ เปลี่ยนพฤติกรรมและบอกต่อ) ๓) อสม. ปักหมุดพิกัตรี้อยต่อฯ ๔) พัฒนาระบบและช่องทางการสื่อสาร และ ๕) จัดตั้งสถานีสภาพชุมชน ระยะ ๓ ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) ๖) ติดตามประเมินผล ๔. ขั้นสะท้อนผล(Reflection)สรุป/ และถอดบทเรียน/การวัดผลหลังการพัฒนาแบบ

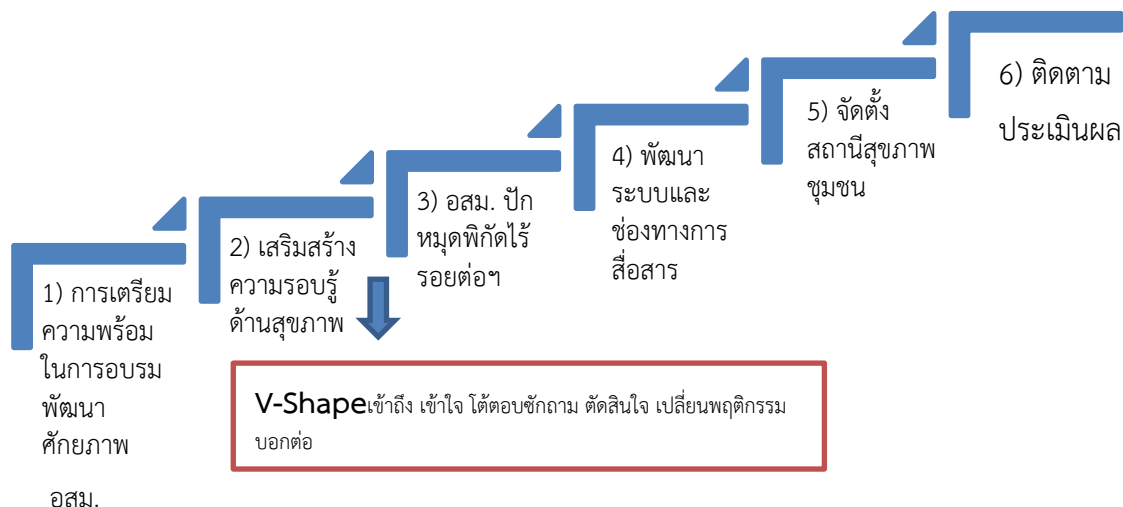
การวิเคราะห์ข้อมูล เชิงปริมาณโดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบ Paired Sample t-test และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ได้รับการอนุมัติจริยธรรมในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SSJUS ๒๕๖๖-๑๐๙ ลงวันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๖

ผลการวิจัย

๑. การบวนการพัฒนารูปแบบฯ มี ๖ ขั้นตอน คือ ๑)ศึกษาบริบทของพื้นที่ ๒) สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ๓) สนทนากลุ่มเพื่อสร้างรูปแบบฯ ๔) จัดทำแผนปฏิบัติการตามรูปแบบ ๕) ปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ ๖) ติดตามประเมินผล

๒. รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ภาวะหัวใจขาดเลือดชนิด STEMI และกระดูกสะโพกหัก (Hip fracture) ในผู้สูงอายุ สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอเมืองอุบลราชธานี มี ๖ กลยุทธ์ คือ ๑) การเตรียมความพร้อมในการอบรมพัฒนาศักยภาพ อสม. ๒) เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (เข้าถึง เข้าใจ ได้ตอบซักถาม ตัดสินใจ เปลี่ยนพฤติกรรมและบอกต่อ) ๓) อสม. ปักหมุดพิกัตรี้อยต่อฯ ๔) พัฒนาระบบและช่องทางการสื่อสาร และ ๕) จัดตั้งสถานีสภาพชุมชน ๖) ติดตามประเมินผล ภาพที่ ๑



อสม.

๓. หลังการใช้รูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.0001$

อภิปรายผล

๑. กระบวนการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ภาวะหัวใจขาดเลือดชนิด STEMI และกระดูกสะโพกหัก (Hip fracture) ในผู้สูงอายุ สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอเมืองอุบลราชธานี ประกอบด้วย ๑) ศึกษาบริบทความต้องการพัฒนาศักยภาพอสม. ๒) เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (เข้าถึง เข้าใจ ได้ตอบซักถาม ตัดสินใจ เปลี่ยนพฤติกรรมและบอกต่อ) ๓) อสม.ปักหมุดพิกัดไว้รอยต่อฯ ๔) พัฒนาระบบและช่องทางการสื่อสาร และ ๕) จัดตั้งสถานีสุขภาพชุมชน ๖) ติดตามประเมินผล มีกลไกการพัฒนาที่สำคัญ คือ การสร้างและพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และแกนนำครัวเรือน ให้มีบทบาทสำคัญในการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิขั้นพื้นฐาน ๓ ด้าน ดังนี้ ๑) ด้านทรัพยากรบุคคล เป็นเครือข่ายช่วยถ่ายทอดความรู้สัญญาณเตือน และให้คำแนะนำประชาชนเกี่ยวกับขั้นตอนระยะเวลาในการเข้าถึงการรักษาได้อย่างทันทั่วทั้งที่ ๒) ด้านอุปกรณ์/ช่องทางการสื่อสาร ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลแอปพลิเคชัน Smart อสม., ไลน์สื่อสาร อสม., ปักหมุดพิกัดไว้รอยต่อฯ ๓) ด้านงบประมาณ โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน อาศัยความร่วมมือจากอบต. อบจ. ในการสนับสนุนงบประมาณ ระบบส่งต่อพยาบาล EMS กู้ชีพ อธิบายได้ว่า การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ๓ กลุ่มโรค สำหรับอสม. โดยการเสริมสร้างความรู้และทักษะในการเข้าถึง เข้าใจ ได้ตอบซักถาม ตัดสินใจ เปลี่ยนพฤติกรรมและบอกต่อ สอดคล้องกับแนวคิดของ Rootman (๒๐๐๙)^๔ ที่ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นทักษะที่ครอบคลุมถึงความจำเป็นเพื่อการค้นหา ประเมิน และใช้ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพในบริบทที่มีความหลากหลาย รวมทั้งความต้องการในด้านการรู้คำศัพท์ทางสุขภาพและวัฒนธรรมของระบบสุขภาพนั้น

๒. รูปแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ภาวะหัวใจขาดเลือดชนิด STEMI และกระดูกสะโพกหัก (Hip fracture) ในผู้สูงอายุ สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอเมืองอุบลราชธานี มีการดำเนินงานตามแผน ๖ กลยุทธ์ ได้แก่ มี ๖ กลยุทธ์ คือ ๑) การเตรียมความพร้อมในการอบรมพัฒนาศักยภาพ อสม.

๒) เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (เข้าถึง เข้าใจ ได้ตอบคำถาม ตัดสินใจ เปลี่ยนพฤติกรรมและบอกต่อ) ๓) อสม. ปักหมุดพิถีไรร้อยต่อๆ ๔) พัฒนาระบบและช่องทางการสื่อสาร และ ๕) จัดตั้งสถานีสภาพชุมชน ๖) ติดตามประเมินผล

๓. หลังการใช้รูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ อสม. ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าการพัฒนาศักยภาพ อสม.อย่างต่อเนื่องในพื้นที่โดยเฉพาะตามองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของพรรณิย์ บุญมั่น (๒๕๖๔)^{๑๐} พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี เนื่องจาก อสม. เป็นทรัพยากรบุคคลที่สำคัญในด้านสาธารณสุขได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องจากบุคลากรด้านสาธารณสุขและช่องทางอื่นๆ รวมไปถึงมีนโยบายในการพัฒนาศักยภาพ อสม. อย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับผลการศึกษาของภานุวัฒน์ พิทักษ์ธรรมากุล(๒๕๖๕)^{๑๑} พบว่า ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$

ข้อเสนอแนะ

รูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ภาวะหัวใจขาดเลือดชนิด STEMI และกระดูกสะโพกหัก (Hip fracture) ในผู้สูงอายุ สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอเมืองอุบลราชธานี มี ๖ กลยุทธ์ ๑) การเตรียมความพร้อมในการอบรมพัฒนาศักยภาพ อสม. ๒) เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (เข้าถึง เข้าใจ ได้ตอบคำถาม ตัดสินใจ เปลี่ยนพฤติกรรมและบอกต่อ) ๓) อสม. ปักหมุดพิถีไรร้อยต่อๆ ๔) พัฒนาระบบและช่องทางการสื่อสาร และ ๕) จัดตั้งสถานีสภาพชุมชน ๖) ติดตามประเมินผลหลังพัฒนารูปแบบ อสม. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงขึ้น ควรขยายผลไปสู่กลุ่มอื่น ได้แก่ ยุว อสม. (วัยเรียน) และพระคิลานุปัฏฐาก

รูปแบบฯ มีผลเปลี่ยนแปลงความรอบรู้ด้านสุขภาพ อสม.ดีขึ้น ควรขยายผลไปสู่ยุว อสม. และกลุ่มอื่น

เอกสารอ้างอิง

- ๑.ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน และคณะ. การพัฒนารูปแบบระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไรร้อยต่อสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน (Stroke) โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI และกระดูกสะโพกหัก (Hip fracture) แบบบูรณาการ ในเขตสุขภาพที่ ๑๐. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์; ๒๕๖๕.
- ๒.กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการ. การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเด็กและเยาวชน (อายุ ๗-๑๔ ปี) กลุ่มประชาชน ๑๕ ปีขึ้นไป (ฉบับปรับปรุง). นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; ๒๕๖๑.
- ๓.จริยา ชันดีสาย. รูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงแสนสุข อำเภอเมืองอุบลราชธานี. อุบลราชธานี: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงแสนสุข; ๒๕๖๗.

- ๔.อารีย์ แร่ทอง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ๓ อ ๒ ส ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กรณีศึกษาตำบลหินตก อำเภออ่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช .วารสารวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. ๒๕๖๒;๑๕,๓:๖๒-๖๗.
- ๕.กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. การเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ(ฉบับปรับปรุง). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๖๑.
๖. Kemmis & McTaggart R. The Action research planner. (๓rd ed). Geelong, Vic: Deakin University. ๑๙๘๘.
๗. Nutbeam D. The Evolving Concept of Health Literacy. Social Science & Medicine. ๒๐๐๘; ๖๗: ๒๐๗๒-๒๐๗๘.
๘. Best JW & Kahn JV. Research in education (๖th Edition). Englewoods Cliffs, N.J. Prentice-Hall. ๑๙๘๙.
๙. Rootman I. Health Literacy. What should we do about it? Presentation the Faculty of Education at the University of Victoria. British, Columbia: Canada Personal Communication. ๒๐๐๙.
๑๐. ทรรศนีย์ บุญมั่น. ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; ๒๕๖๔.
๑๑. ภาณุวัฒน์ พัทธธรรมากุล.ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอสม. ในชุมชนต้นแบบเขตสุขภาพที่ ๕. ราชบุรี: ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ ๕ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. ๒๕๖๕.

**ผลของโปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก ๐-๓ ปี ต่อความรู้
และพฤติกรรมของสม.แม่บุญธรรม กรณีศึกษา อสม.รพ.สต.ปทุม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี**

ชัยยุทธ คำแสง

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปทุม จังหวัดอุบลราชธานี

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพแม่บุญธรรมด้านส่งเสริมทันตสุขภาพเด็ก ๐ - ๓ ปี ตำบลปทุม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental study) โดยวัดค่าเฉลี่ยความรู้ด้านทันตสุขภาพเด็ก ๐ - ๓ ปี และ วัดค่าเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปทุม จำนวน ๓๒ คน คัดเลือกจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลปทุม ๑๒๗ คน โดยวิธีสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) คำนวณผ่านโปรแกรมสำเร็จรูป โดยกลุ่มทดลองเข้าโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพแม่บุญธรรมด้านส่งเสริมทันตสุขภาพเด็ก ๐-๓ ปี โดย ประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (Human Resource Development) แบ่งเป็น ๓ ระยะ ได้แก่ ระยะที่ ๑ พัฒนาศักยภาพการเรียนรู้ (Education) ระยะที่ ๒ พัฒนาพฤติกรรมฝึกปฏิบัติ (Training) ระยะที่ ๓ พัฒนาระบบการ (Development) เฝ้าระวังและติดตาม เก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Paired Sample t-test ดำเนินการวิจัยระหว่าง เดือน มกราคม ๒๕๖๗ ถึง เดือน เมษายน ๒๕๖๗ จัดกิจกรรมต่อเนื่อง เป็นเวลา ๑๒ สัปดาห์ เก็บรวบรวม ข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่มีค่าความเชื่อมั่น ๐.๗๙ แบ่งเป็น ๒ ชุด คือ ชุดที่ ๑ ความรู้ด้านการดูแล ทันตสุขภาพเด็ก จำนวน ๒๐ ข้อ และชุดที่ ๒ แบบประเมินพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมานด้วยสถิติ ด้วยสถิติทดสอบ Chi-square test, Fisher exact test และวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ทันตสุขภาพเด็ก ก่อนและหลังการ ทดลอง

ผลการวิจัยพบว่า การเปรียบเทียบภายใน กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้าน ทันตสุขภาพเด็ก ๐ - ๓ ปี เท่ากับ ๑๓.๓๘ คะแนน และหลังการทดลองเท่ากับ ๑๖.๒๕ คะแนน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ โดยคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองมากกว่า ก่อนการทดลอง ๒.๘๗ คะแนน (Mean diff=๒.๘๗, ๙๕ เปอร์เซนต์ CI=๒.๒๘ - ๓.๔๓) และคะแนน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กหลังการทดลอง เท่ากับ ๑๔.๓๑ คะแนน อยู่ในระดับดี

คำสำคัญ: สม.แม่บุญธรรม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก

หลักการ และเหตุผล

ปัญหาสุขภาพช่องปากเกิดขึ้นได้กับประชากรทุกกลุ่มอายุโดยเฉพาะปัญหาโรคฟันผุที่เป็น ปัญหาสำคัญอย่างหนึ่งของปัญหาสุขภาพในช่องปากและมีความสัมพันธ์กับสุขภาพของร่างกาย โดยเฉพาะเมื่อเกิดขึ้นกับเด็กในช่วงอายุ ๑-๓ ปี เนื่องจากเด็กเล็กกลุ่มนี้ไม่สามารถดูแลตัวเองได้ จึงอาจ ส่งผลต่อสุขภาพ สถานการณ์สภาวะสุขภาพช่องปากเด็กอายุ ๓ ปี ปราศจากฟันผุร้อยละ ๔๗.๑ พบฟัน ผุระยะเริ่มต้น ร้อยละ ๓๑.๑ และสถานการณ์ ทันตสุขภาพของจังหวัดอุบลราชธานี ในปี ๒๕๖๖ พบ เด็ก ๐-๓ ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากร้อยละ ๕๒.๗ มีแนวโน้มลดลงจากปี ๒๕๖๕ ร้อยละ ๔.๓ เคลือบฟลูออไรด์เฉพาะที่ร้อยละ ๓๓.๙ ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันร้อยละ ๔๑.๗ เด็กอายุ

๓ ปีปราศจากฟันผุร้อยละ ๔๑.๒^๒ การเกิดปัญหาสุขภาพช่องปากส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของเด็ก การให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพช่องปากตั้งแต่ช่วงปฐมวัยจึงมีความสำคัญ และลดโอกาสเกิดฟันผุได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปทุม อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานีมีเด็ก ๐-๓ ปี เข้าถึงการรับบริการ และเคลือบฟลูออไรด์เฉพาะที่ ร้อยละ ๖๒.๔ และ ๗๗.๖ ตามลำดับโดยสูงขึ้นจากปีที่ผ่านมา ร้อยละ ๙.๓ ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันร้อยละ ๔๑.๙ และเด็กอายุ ๓ ปีปราศจากฟันผุร้อยละ ๔๒.๓ ซึ่งต่ำเกณฑ์ พื้นที่ได้สร้างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจิตอาสาพัฒนาการ เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพตรวจคัดกรองส่งเสริมพัฒนาความรู้ พฤติกรรมเรื่องโภชนาการ พัฒนาการตามวัยในเด็ก ๐ - ๓ ปี ทำหน้าที่ “แม่บุญธรรม” ขับเคลื่อน แนวทางการดำเนินงานผ่านแนวคิดมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วันแรกของชีวิตเพื่อให้เด็ก ๐ - ๓ ปี สูงดีสมส่วน ฟันดี ภายใต้การพัฒนารูปแบบ “ปทุมโมเดล” ในช่วงปีที่ผ่านมาและเพื่อพัฒนาศักยภาพ อสม.แม่บุญธรรมอย่างต่อเนื่องให้สามารถดูแลสุขภาพช่องปากเด็กในชุมชน ได้อย่างถูกวิธี คัดกรองสภาวะทันตสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ตามช่วงวัย จึงได้จัด โครงการการพัฒนาศักยภาพแม่บุญธรรม ด้านส่งเสริมทันตสุขภาพเด็ก ๐-๓ ปี ขึ้น เพื่อสร้างให้แม่บุญธรรม มีความรู้ครบทุกมิติ ในการดูแลเด็กเล็กทั้งด้าน สูงดีสมส่วน พัฒนาการสมวัย และการดูแลสุขภาพช่องปาก(ฟันดี) ขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโครงการพัฒนาศักยภาพแม่บุญธรรม ด้านส่งเสริมทันตสุขภาพเด็ก ๐ - ๓ ปี ตำบลปทุม อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี

การดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi- Experimental study) ทำการวัดก่อนการทดลองและหลังการทดลอง รวมระยะเวลา ๑๒ สัปดาห์ คัดเลือก อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน จากเขตพื้นที่บริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปทุม ๑๒๗ คน เป็นกลุ่มทดลอง โดยวิธีสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ผู้วิจัยคำนวณด้วยการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power Version ๓.๑.๙.๔ โดยนำการศึกษาของ จุฑามาศ ลิทธิขันแก้ว (๒๕๖๑)^๓ ศึกษาผลของโครงการส่งเสริมผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กอายุ ๐ - ๓ ปี ที่มารับบริการคลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่บง ตำบลโชคชัย อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย Mean group๑ = ๗.๘๔ , S.D. group๑ = ๑.๕๔, Mean group๒ = ๕.๗๒, S.D. group๒ = ๐.๙๓ Effect size=๐.๗๐ การศึกษานี้ผู้วิจัยได้กำหนดค่าอำนาจในการทดสอบ (power of the test) ที่ระดับร้อยละ ๙๕ ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .๐๕ สำหรับการทดสอบด้วยสถิติ Means: Difference between two dependent means (Matched pairs) ได้กลุ่มตัวอย่าง ๒๖ คน เพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการเก็บข้อมูล (drop out) ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ ๒๐ ดังนั้นการศึกษานี้ต้องการขนาดตัวอย่างทั้งหมดอย่างน้อย ๓๒ คน เกณฑ์คัดกลุ่มตัวอย่างเข้าการศึกษา (Inclusion criteria)

๑) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตพื้นที่บริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปทุม เป็นอสม. มาแล้วไม่ต่ำกว่า ๓ ปี

๒) ไม่เคยเข้าร่วมโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็ก มาก่อน

- ๓) สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย
- ๔) สามารถอ่านเขียนและสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้อย่างเข้าใจ
- ๕) เป็น อสม.จิตอาสา ผ่านการอบรม การพัฒนาศักยภาพ ตรวจคัดกรองส่งเสริมพัฒนาความรู้ พฤติกรรมเรื่องโภชนาการเด็ก ๐-๓ ปี

เกณฑ์คัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

- ๑) พันสภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนวิจัยสิ้นสุด
- ๒) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดระยะเวลาของการจัดกิจกรรมตามโปรแกรม

วิธีการศึกษาและระยะเวลาในการศึกษากลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพแม่บุญธรรม ด้านส่งเสริมทันตสุขภาพเด็ก ๐ - ๓ ปี ประกอบด้วย ๗ กิจกรรมจัดกิจกรรมต่อเนื่อง จำนวน ๑๐ ครั้ง ครั้งละ ๒ ชั่วโมง โดยประยุกต์ใช้แนวคิด ทฤษฎีการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (Human Resource Development) แบ่งเป็น ๓ ระยะ คือ ระยะที่ ๑ พัฒนาความรู้การศึกษา (Education) ระยะที่ ๒ พัฒนาพฤติกรรมฝึกปฏิบัติ (Training) ระยะที่ ๓ พัฒนาระบบการ (Development) เฝ้ารวังและติดตาม เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน มกราคม ๒๕๖๗ ถึง เดือน เมษายน ๒๕๖๗เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้น โดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และความตรงตามโครงสร้าง (Construct validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ ด้านการส่งเสริมทันตสุขภาพ และการเฝ้ารวังทันตสุขภาพในเด็ก ๐-๓ ปี จำนวน ๓ ท่าน ทำการตรวจสอบเนื้อหาความครอบคลุมและตรงตามวัตถุประสงค์เพื่อนำผลการพิจารณามาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence: IOC) ค่า IOC แต่ละกิจกรรมจะต้อง ได้ค่า IOC ตั้งแต่ ๐.๕ ขึ้นไปจึงจะยอมรับได้เพื่อประเมินประสิทธิผลของ โปรแกรมพัฒนาศักยภาพแม่บุญธรรม ด้านส่งเสริมทันตสุขภาพเด็ก ๐-๓ ปี ตำบลปทุม อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย ๒ ชุด ดังนี้ ชุดที่ ๑ สำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ๑๓ ข้อ และความรู้ด้านทันตสุขภาพในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก จำนวน ๒๐ ข้อ ชุดที่ ๒ สำหรับทันตบุคลากรผู้ประเมิน อสม.แม่บุญธรรม ได้แก่ แบบประเมินพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก ๑๕ ข้อ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติทดสอบ Paired Sample t-test

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยอุบลราชธานีเลขที่ (UBU-REC-๑๓๙/๒๕๖๖) ลงวันที่ ๕ ตุลาคม ๒๕๖๖

ผลการศึกษา

การเปรียบเทียบภายในกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ด้านทันตสุขภาพเด็ก ๐-๓ ปี เท่ากับ ๑๓.๓๘ คะแนน และหลังการทดลองเท่ากับ ๑๖.๒๕ คะแนน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ โดยคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง ๒.๘๗ คะแนน (Mean diff=๒.๘๗, ๙๕ เปอร์เซ็นต์ CI = ๒.๒๘ - ๓.๔๓) และคะแนน พฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากเด็กหลังการทดลอง เท่ากับ ๑๔.๓๑ คะแนน อยู่ในระดับดี

อภิปรายผล

จากผลการวิจัย พบว่า โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพแม่บุญธรรมด้านส่งเสริมทันตสุขภาพเด็ก ๐-๓ ปี ส่งผลให้หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านทันตสุขภาพมากกว่าก่อนการทดลอง

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ สอดคล้องกับ พิมพ์นิภา กาวัน และอนุกุล มะโนทน (๒๕๖๓)^๕ ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก ๙ เดือน - ๒ ปี ๖ เดือน ของผู้ปกครองที่พาเด็กมารับบริการคลินิกเด็กดี โรงพยาบาลเวียงเชียงราย จังหวัดเชียงราย มีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก ทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครอง และพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก โดยการให้ความรู้สร้างการรับรู้ด้านสุขภาพช่องปากเด็ก การสาธิตและฝึกปฏิบัติจริง กิจกรรมกลุ่ม และการติดตามเยี่ยมบ้านผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง ผู้ปกครองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ด้านสุขภาพช่องปากเด็ก ทักษะ พฤติกรรมที่เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = 0.05$ จาก ผลการวิจัยสรุปว่า ผลของโปรแกรมนี้นำให้ผู้ปกครองมีความรู้ การรับรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กที่ดีขึ้น เด็กมีฟันสะอาด สุขภาพช่องปากดีขึ้น ปัจจัยที่ทำให้เกิดความประสบความสำเร็จคือ การเรียนรู้และการปฏิบัติแบบมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง การได้รับประสบการณ์จริงจากการแลกเปลี่ยน และการกระตุ้นเตือนจากเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข และการฝึกปฏิบัติจริง ซึ่งคะแนนหลังการทดลองที่เพิ่มขึ้นแสดงให้เห็นว่า ได้จากการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (Human Resource Development) ตรงกับ จารุเนตร เกื้อภักดี (๒๕๕๙)^๖ ได้ให้ความหมายว่า การดำเนินการให้บุคลากรได้รับประสบการณ์และการเรียนรู้ในช่วง ระยะเวลาใดเวลาหนึ่ง เพื่อจะได้นำความรู้มาปรับปรุงความสามารถในการทำงานให้ดีขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่จะมีกิจกรรมการพัฒนาบุคลากร ๓ กิจกรรม คือ ๑) กิจกรรมการฝึกอบรม ๒) กิจกรรมการศึกษาต่อ และ ๓) กิจกรรมการพัฒนาตนเองแนวคิดนี้มีเป้าหมายโดยรวม ของการพัฒนาบุคลากรอยู่ที่การปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงาน ซึ่งการใช้ทรัพยากรมนุษย์คือ อสม.แม่บุญธรรม มาพัฒนาให้เกิดความเชี่ยวชาญด้านทันตกรรม ถือเป็นการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์มีจุดมุ่งหมายในการเพิ่มความรู้ ทักษะ และเจตคติในการปฏิบัติ โดยวิธีการฝึกอบรม การให้การศึกษา และการพัฒนา เพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับสภาพการทำงานขององค์กรทั้งในปัจจุบันและอนาคต

ข้อเสนอแนะ

๑. การดูแลเด็กจำเป็นต้องใช้ความระมัดระวัง ควรกระทำเมื่อมีผู้ปกครองเด็กอยู่ด้วยเท่านั้น และขออนุญาตผู้ปกครองทุกครั้ง ก่อนทำการตรวจฟันเด็ก / การใช้เทคนิคหลอกล้อในการตรวจฟันสำคัญกับเด็กเล็กเนื่องจากเด็กจะเกิดความหงุดหงิดง่าย และร้องไห้ขณะทำการตรวจฟัน เน้นสร้างความสนใจก่อนทำการตรวจฟันเด็กเล็ก

๒. ทันตบุคลากร สามารถนำโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพแม่บุญธรรม ด้านส่งเสริมทันตสุขภาพเด็ก ๐-๓ ปี ประยุกต์ใช้กับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการสร้าง กลุ่มแกนนำเพื่อดูแลทันตสุขภาพเด็ก ๐-๓ ปี หรือ พัฒนาเครือข่ายแกนนำครู ผู้ดูแลเด็กเล็ก เด็กปฐมวัย สำหรับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก ๐-๓ ปี

เอกสารอ้างอิง

๑. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ ๘ ประเทศไทยพ.ศ. ๒๕๖๐. (พิมพ์ครั้งที่ ๑) นนทบุรี: บริษัท สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด; ๒๕๖๑.

๒. HDC, ๒๕๖๖. สืบค้นจาก <https://ubn.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php> สืบค้นวันที่ ๒๐

พฤศจิกายน ๒๕๖๖

๓. จุฑามาส สิทธิชันแก้ว. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กอายุ ๐-๓ ปี ที่มารับบริการคลินิกสุขภาพเด็กดีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่บง ตำบลโชคชัย อำเภอตอຍหลวง จังหวัดเชียงราย. (มหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยพะเยา, พะเยา; ๒๕๖๑.
๔. สุจิตรา ธนันทน์. การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (พิมพ์ครั้งที่๖). กรุงเทพมหานคร: ทีพีเอ็นเพรส; ๒๕๕๔.
๕. พิมพ์นิภา กาวิน, อนุกุล มะโนทน. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก ๙ เดือน - ๖ เดือน ของผู้ปกครองที่พาเด็กมารับบริการคลินิกเด็กดีมารับบริการคลินิกเด็กดี โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย. วารสารทันตภิบาล. ๒๕๖๓; ๓๑(๒), ๑๐๗-๑๒๐.
๖. จารุเนตร เกื้อภักดี. แนวทางพัฒนาบุคลากรสายสนับสนุนของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลรัตนโกสินทร์วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยศิลปากร; ๒๕๕๙.

การประเมินการดำเนินงานการพัฒนาต่อยอดเพื่อขยายผลรูปแบบระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบ บริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุเชิงบูรณาการ จังหวัดอุบลราชธานี

กัญญารัตน์ กันยะภาณูญ์ อุทัย นิปัจการสุนทร สุทธิพงษ์ สุทธิลักษณ์กุล และ พิษณุสุดา เชิดสกุล
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี

บทคัดย่อ

การประเมินการดำเนินงานการพัฒนาต่อยอดเพื่อขยายผลรูปแบบระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุ เชิงบูรณาการ จังหวัดอุบลราชธานีเป็นการประเมินผลหลังสิ้นสุดโครงการ ใช้กรอบแนวคิด Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ในการดำเนินการในพื้นที่ และการประเมิน ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นโดยใช้รูปแบบการศึกษาแบบผสมวิธี เชิงปริมาณ ด้วยการสำรวจความรู้ของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๑,๗๗๓ คน สุ่มตัวอย่างหลายชั้น โดยใช้แบบสอบถาม ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือน โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และ กระดูกสะโพกหักวิเคราะห์ข้อมูลด้วย สถิติเชิงพรรณนา ส่วนการศึกษาเชิงคุณภาพ ๑) สัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มขับเคลื่อนเชิงนโยบาย ๑๕ คน โดยเลือกแบบเจาะจง ๒) สนทนากลุ่มกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ระดับจังหวัด ระดับอำเภอและตำบล (ระบบสุขภาพชุมชน) และระดับชุมชน รวม ๖๐ คน ข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มจะถูกบันทึกเทป และมีการถอดเทปและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงประเด็นตามที่กำหนด (Content Analysis)

ผลการประเมิน พบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ ๘๒.๔๐ โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน กลุ่มทั่วไป ร้อยละ ๗๕.๑๗ กลุ่มมีประวัติโรคหัวใจ (จำนวน ๑๒๖ คน) ร้อยละ ๗๕.๔๐ ปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนที่เกี่ยวข้องกับการพลัดตกหกล้ม/กระดูกสะโพกหัก ร้อยละ ๗๙.๘๖ กลุ่มขับเคลื่อนเชิงนโยบายและการพัฒนาระบบสุขภาพทั้ง Health-Non Health Sector รับรู้/เข้าใจนโยบายและเป้าหมาย เห็นด้วยว่าสอดคล้องกับเป้าหมายของหน่วยงาน สอดคล้องกับแนวคิดระบบสุขภาพ หลักการบูรณาการ การบริการอย่างไร้รอยต่อ ในบริบทสังคมผู้สูงอายุ และการเจ็บป่วยด้วย ๓กลุ่มโรค กลุ่มขับเคลื่อนการดำเนินโครงการระดับจังหวัด ระบบสุขภาพชุมชนและระดับชุมชนทุกอำเภอมีการนำ CANDLE โมเดล มาประยุกต์ใช้ตามบริบทและทุนเดิม เสริมด้วยทุนทางสังคม จัดระบบดูแลกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย Pre-Hospital (ส่งเสริม ป้องกัน) In Hospital (การรักษาในโรงพยาบาล) Post-Hospital (ฟื้นฟูและดูแลหลังจำหน่าย) Inter-Hospital (ระบบส่งต่อผู้ป่วย) ทุกอำเภอขับเคลื่อนผ่านกลไกพชอ. พชต. ชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ สถานชีวาภิบาล บางพื้นที่มีพระศิลาบุญญาก โดยบูรณาการงบประมาณจากหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งหมดเห็นว่าเป็นนโยบายที่ดี ควรขยายผลให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ โดยพัฒนาระบบบริการสุขภาพควบคู่กับการเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็งปัจจัยแห่งความสำเร็จคือคน ทุน งบประมาณ และองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง สิ่งที่ต้องพัฒนาต่อเนื่องคือศักยภาพของคน/องค์ความรู้ที่ทันสมัย งบประมาณ/ทรัพยากรที่เพียงพอระบบข้อมูลสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ

การพัฒนาต่อยอดเพื่อขยายผลรูปแบบระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุเชิงบูรณาการ มีความเหมาะสมและเป็นไปได้ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานที่มีรายละเอียดอย่างชัดเจนในการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ ควรขยายผลให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ โดยพัฒนาระบบบริการสุขภาพควบคู่กับการเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็งต่อไป

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุระบบสุขภาพชุมชน ระบบบริการสุขภาพ ไร้รอยต่อ บูรณาการ

หลักการ และเหตุผล

การศึกษา “การพัฒนาต่อยอดเพื่อขยายผลรูปแบบระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุเชิงบูรณาการ เขตสุขภาพที่ ๑๐” เป็นการนำต้นแบบระบบสุขภาพที่กำหนดไว้ในนโยบายเดิมจากระยะที่ ๑ (Blueprint) นำมาวิเคราะห์และพัฒนา ปรับปรุง เปลี่ยนแปลงเพิ่มเติมองค์ความรู้จากการดำเนินการระยะที่ ๑ และขยายพื้นที่เพิ่มเป็น ๓๓ อำเภอ ใน ๕ จังหวัด การจัดระบบบริการสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อไม่ให้มีรอยต่อ มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งที่ต้องได้รับการติดตามและพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดความยั่งยืนและปรับปรุงให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาหรือบริบททางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ทั้งนี้ ในการประเมินผลโครงการในด้านความยั่งยืน และการหารูปแบบที่เหมาะสมในการขยายผลนโยบายนี้จำเป็นจะต้องมีการประเมินการดำเนินงาน โดยประยุกต์ใช้รูปแบบวิจัยการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ (Implementation Research: IR) สำหรับนำมาเป็นกรอบการประเมินและพัฒนาวิธีการหรือกลยุทธ์ในการนำนโยบายไปปฏิบัติให้เกิดผลสำเร็จตามความมุ่งหมายของนโยบาย^๑ เพื่อให้เกิดข้อมูลเชิงประจักษ์ของการนำข้อมูลสู่การขยายผลในวงกว้างหรือระดับประเทศ โดยการศึกษาครั้งนี้คาดหวังว่าการพัฒนาต่อยอดเพื่อขยายผลรูปแบบระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุเชิงบูรณาการของจังหวัดอุบลราชธานี จะดำเนินการสำเร็จตามเป้าหมายตาม House Model ที่ต้องการให้ “ผู้สูงอายุรู้เท่าทัน ไม่เจ็บ ไม่ไข้ เป็นแล้วเข้าถึงไว ปลอดภัย ไร้แทรกซ้อน” รวมทั้งได้รูปแบบระบบสุขภาพเพื่อผู้สูงอายุๆ ที่ตกผลึกจนเกิดแก่นขององค์ความรู้เชิงระบบ มาตรการ วิธีการ นวัตกรรมและเทคโนโลยีจนเป็นนโยบายที่ครอบคลุมด้าน สามารถเป็นต้นแบบให้กับเขตสุขภาพอื่นๆ นำไปปรับประยุกต์ใช้สำหรับการดำเนินการขยายผลต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินการดำเนินงานการพัฒนาต่อยอดเพื่อขยายผลรูปแบบระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุ เชิงบูรณาการ จังหวัดอุบลราชธานี

การดำเนินการวิจัย

การประเมินการดำเนินงานการพัฒนาต่อยอดเพื่อขยายผลรูปแบบระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุ เชิงบูรณาการ จังหวัดอุบลราชธานีเป็นการประเมินผลหลังสิ้นสุดโครงการ (Summative Evaluation) โดยจะทำการประเมินตั้งแต่การนำนโยบายมาปฏิบัติในพื้นที่ จนถึงการวัดผลลัพธ์การดำเนินงาน ใช้กรอบแนวคิด Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ในการดำเนินการในพื้นที่ และการประเมิน ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดการดำเนินงานของ Proctor ทั้งการประเมินผลทั้งผลลัพธ์การดำเนินงาน (Implementation Outcome) ผลลัพธ์การจัดบริการ (Service Outcome) และผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (Health Outcome) ซึ่งเป็นการประเมินผลในกรอบการดำเนินการวิจัยนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ (Implementation

Research: IR) ที่อาศัยการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยใช้รูปแบบการศึกษาแบบผสมวิธี (Mixed Method)

๑) การศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative) ด้วยการสำรวจความรู้ของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๑,๗๗๓ คน สุ่มตัวอย่างหลายชั้น (Multi-stage Random Sampling) โดยใช้แบบสอบถาม ๓ ส่วน ๑) ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ๒) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ๓) แบบวัดการปฏิบัติตนเมื่อเกิดอาการเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และ ภาวะฉุกเฉินหัวใจหัวใจ ๓) ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytical Statistics) ได้แก่ การเปรียบเทียบสัดส่วนโดยใช้สถิติ เช่น Chi-Square test, Fisher Exact test, T-test และ ๒) การศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative) ด้วยการ ๒.๑) การสัมภาษณ์เชิงลึกบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนเชิงนโยบายและการพัฒนาระบบสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุจำนวน ๑๕ คน โดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ๒.๒) สทนากลุ่มกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ๓ กลุ่ม (๑) กลุ่มขับเคลื่อนการดำเนินโครงการระดับจังหวัด และการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ จำนวน ๑๘ คน (๒) กลุ่มขับเคลื่อนการดำเนินโครงการระดับอำเภอและตำบล (ระบบสุขภาพชุมชน) จำนวน ๔๕ คน (๓) กลุ่มขับเคลื่อนการดำเนินงานระดับชุมชน จากอำเภอนำร่องเดิม ๔ ตำบลอำเภอนำร่องใหม่ ๒ อำเภอ ๘ ตำบล รวม ๖๐ คน ข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มจะถูกบันทึกเทป และมีการถอดเทปและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงประเด็นตามที่กำหนด (Content Analysis) แล้วทำการวิเคราะห์กรณีศึกษาในบริบทต่างๆ เพื่อหาความเข้าใจร่วมกัน (Common Ground) ระหว่างผู้วิจัย วิเคราะห์หาความเชื่อมโยง ความเหมือน ความต่าง ระหว่างกรณีศึกษาโดยพยายามอ้างรักษาความสมบูรณ์ (Richness) และเอกลักษณ์ (Uniqueness) ของแต่ละกรณีศึกษา อันจะเพิ่มโอกาสมองเห็นแบบแผนหรือคุณลักษณะที่ไม่เคยปรากฏมาก่อน (Emerging Themes/Unforeseen Discoveries) ซึ่งมีความสำคัญยิ่งยวดต่อการบรรลุวัตถุประสงค์

ได้รับการอนุมัติของคณะกรรมการจริยธรรมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SSSJ.UB๑๑๑ ลงวันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๗

ผลการวิจัย

๑. ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ ๘๒.๔๐ ($\bar{X}$ = ๙.๗๐, S.D. = ๑.๙๕, คะแนนต่ำสุด = ๒, คะแนนสูงสุด = ๑๒) กลุ่มทั่วไป (จำนวน ๑,๖๔๗ คน) มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ ๗๕.๑๗ ($\bar{X}$ = ๖.๘๓, S.D. = ๑.๓๒, คะแนนต่ำสุด = ๑, คะแนนสูงสุด = ๙) กลุ่มมีประวัติโรคหัวใจ (จำนวน ๑๒๖ คน) มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง และสัญญาณเตือนโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ ๗๕.๔๐ ($\bar{X}$ = ๙.๔๐, S.D. = ๑.๖๙, คะแนนต่ำสุด = ๓, คะแนนสูงสุด = ๑๒) ส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง และสัญญาณเตือนที่เกี่ยวข้องกับการพลัดตกหกล้ม/ภาวะฉุกเฉินหัวใจ อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ ๗๙.๘๖ ($\bar{X}$ = ๙.๕๕, S.D. = ๑.๘๓, คะแนนต่ำสุด = ๒, คะแนนสูงสุด = ๑๓) มีการปฏิบัติตนเมื่อมีอาการและสัญญาณเตือนโรค Stroke และภาวะฉุกเฉินหัวใจ ลำดับแรกคือ แจ้งบุคคลใกล้ชิด โทร ๑๖๖๙ ให้มารับพาไปโรงพยาบาล ร้อยละ ๕๓.๐๒ และร้อยละ ๙๐.๖๙ ตามลำดับยังมีความจำเป็นที่

ต้องให้ความรู้เกี่ยวกับอาการและสัญญาณเตือน ของ ๓ โรค โดยเฉพาะในประเด็นที่ยังเข้าใจไม่ถูกต้อง หรือคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง

อภิปรายผล

การประเมินการดำเนินงานการพัฒนาต่อยอดเพื่อขยายผลรูปแบบระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุ เชียงบูรณาการ จังหวัดอุบลราชธานีเป็นการประเมินผลหลังสิ้นสุดโครงการ พบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ ๘๒.๔๐ โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน กลุ่มทั่วไป ร้อยละ ๗๕.๑๗ กลุ่มมีประวัติโรคหัวใจ (จำนวน ๑๒๖ คน) ร้อยละ ๗๕.๔๐ ปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนที่เกี่ยวกับการพลัดตกหกล้ม/กระตุก สะโพกหัก ร้อยละ ๗๙.๘๖

กลุ่มขับเคลื่อนเชิงนโยบายและการพัฒนาระบบสุขภาพทั้ง Health-Non Health Sector รับรู้/เข้าใจนโยบายและเป้าหมาย เห็นด้วยว่าสอดคล้องกับเป้าหมายของหน่วยงาน สอดคล้องกับแนวคิดระบบสุขภาพ หลักการบูรณาการ การบริการอย่างไร้รอยต่อ ในบริบทสังคมผู้สูงอายุ และการเจ็บป่วยด้วย ๓ กลุ่มโรค กลุ่มขับเคลื่อนการดำเนินโครงการระดับจังหวัด ระบบสุขภาพชุมชน และระดับชุมชนทุกอำเภอมีการนำ CANDLE โมเดล มา ประยุกต์ใช้ตามบริบทและทุนเดิมเสริมด้วยทุนทางสังคม จัดระบบดูแลกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย Pre-Hospital (ส่งเสริม ป้องกัน) In Hospital (การรักษาในโรงพยาบาล) Post-Hospital (ฟื้นฟู และดูแลหลังจำหน่าย) Inter-Hospital (ระบบส่งต่อผู้ป่วย) ทุกอำเภอขับเคลื่อนผ่านกลไก พชอ. พชต. ชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ สถานชิวาภิบาล บางพื้นที่มีพระคิลาณุปัญญากร โดยบูรณาการงบประมาณจากหน่วยงาน งบวิจัย และงบ สปสช. ทั้งหมดเห็นว่าเป็นนโยบายที่ดี ควรขยายผลให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ โดยพัฒนาระบบบริการสุขภาพควบคู่กับการเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็งปัจจัยแห่งความสำเร็จคือคน ทุน งบประมาณ และองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง สิ่งที่ต้องพัฒนาต่อเนื่องคือศักยภาพของคน/องค์ความรู้ที่ทันสมัย งบประมาณ/ทรัพยากรที่เพียงพอระบบข้อมูลสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

ควรขยายผลการดำเนินงาน โดยการพัฒนาระบบบริการสุขภาพควบคู่กับการเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง ด้วยการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร สนับสนุนองค์ความรู้ที่ทันสมัย งบประมาณ และทรัพยากรที่เพียงพอ และปรับปรุงระบบข้อมูลสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

- ณัชชภัทร พานิช, มาทะชิตตะสังคะ, ประจวบ แหล่มหลัก, จินต์ กล้าวิกรณ์. ยุทธศาสตร์การจัดการระบบสุขภาพชุมชนอย่างยั่งยืน จังหวัดน่าน. วารสารสังคมศาสตร์วิชาการ. ๒๕๕๘;๘(๘):๑๖๙-๘๙.
- รมย์ธนิศา ฝ่ายหมื่นไวย, นิภา กิมสูงเนิน และเขมศักดิ์ ธีรณี รื่นฤดีภิรมณ์. “รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ : คำตอบอยู่ที่ระบบสุขภาพชุมชน,” วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. ๒๕๖๔;๔๔(๓):๑๑-๒๒.
- รณยานภิต รัชตะวรรณ และคณะ. กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพ. วารสารเทคโนโลยีภาคใต้. ๒๕๖๑;๑๑(๑):๒๓๑-๘.

วิจารณ์ พานิช. การจัดการความรู้ กับการพัฒนากระบวนการสุขภาพชุมชน. ในสุพัตรา ศรีวณิชชยากร, สุมาลี ประทุมพันธ์, บรรณาธิการ. มอญมใหม่จัดการใหม่ในระบบสุขภาพชุมชน: ๒๕๕๔.

เอกสารประกอบการประชุมมหกรรมสุขภาพชุมชนครั้งที่ ๒ จากความรู้สู่ระบบจัดการใหม่ จินตนาการ เป็นจริงได้ไม่รู้จบ. กรุงเทพฯ:สหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิง.

ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน และคณะ. การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน(Stroke) โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI และกระดูกสะโพกหัก (Hip fracture) แบบบูรณาการ ในเขตสุขภาพที่ ๑๐. รายงาน วิจัยฉบับสมบูรณ์. ๒๕๖๕.

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางปฏิบัติเรื่อง การรับเงิน การเก็บรักษาเงิน และการจ่ายเงิน ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงและค่าบริการสาธารณสุข จากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี : สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ๒๕๖๑.

ศิรินาถ ตงศิริ, ชนิตตา พลอยเลี่ยมแสง, สุมัทนา กลางคาร และคณะ. ทฤษฎีและกรอบแนวคิดของการ วิจัยเพื่อนำนโยบายสาธารณสุขไปสู่การปฏิบัติ: การวิจัยอย่างเป็นระบบเพื่อค้นหากลยุทธ์การ ปฏิบัติตามนโยบายที่มีประสิทธิภาพ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. ๒๕๖๑;๑๒(๑):๗-๒๖.

อัญชราภรณ์ เลาหรั่งพิสิฐ. นโยบายการบริหารพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดภาคตะวันออก. วารสารวิทยาการจัดการมหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม. ๒๕๖๓;๗(๒):๒๕-๔๐.

R๒R ประกวด

รูปแบบการพัฒนาศักยภาพการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแล ในชุมชน เขตชุมชนเมือง จังหวัดขอนแก่น

เกษราภรณ์ บรรณวงศิลป์ เดือนฉาย โคตะยันต์ ศรีสุตา ลุนพุดิ
โรงพยาบาลขอนแก่น

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาศักยภาพการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลในเขตชุมชนเมือง จังหวัดขอนแก่น แบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ระยะ ในการศึกษา ระยะที่ 1 และระยะที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจากศูนย์แพทย์ 6 แห่ง จำนวน ๓๗๖ คน ตัวแทนผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver : CG) ในชุมชน ๑๐ คน ผู้นำชุมชน ๕ คน ผู้จัดการระบบดูแลผู้สูงอายุ ๕ คน และหัวหน้าศูนย์แพทย์ ๖ แห่งๆละ ๑ คน ระยะที่ 3 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน ๙๖ คน และผู้สูงอายุสมองเสื่อม จำนวน ๖๐ คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสนทนากลุ่ม แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบสอบถามความรู้และทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุก่อนและหลังการพัฒนา ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์และนำเสนอด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Paired t-test สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหา การตีความและสรุปความ

ผลการศึกษา ระยะที่ 1 พบปัญหาที่เกิดขึ้น การได้รับความรู้จากผู้เชี่ยวชาญด้านการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ได้รับความมั่นใจจากการฝึกทักษะการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ความต้องการการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมและบริการที่หน่วยงานราชการควรให้ความช่วยเหลือเพิ่มเติมโดยมีข้อเสนอแนะว่าทุกภาคส่วนควรให้ความร่วมมือและให้ความสำคัญในการแก้ปัญหาผู้สูงอายุสมองเสื่อม ระยะที่ 2 กระบวนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย (๑) กิจกรรมทดสอบความรู้ ทัศนคติ ก่อนการอบรมการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ (๒) อบรมการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ เครื่องมือเป็นแบบประเมิน IQCODE และ NPI-Q สัปดาห์ที่ ๑ (๓) ฝึกปฏิบัติการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ โดยมี CM เป็นพี่เลี้ยง ครั้งที่ ๑ สัปดาห์ที่ ๒ (๔) ฝึกปฏิบัติการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ โดยมี CM เป็นพี่เลี้ยง ครั้งที่ ๒ สัปดาห์ที่ ๓ (๕) ทดสอบหลังการฝึกปฏิบัติ ในสัปดาห์ที่ ๔ รูปแบบการพัฒนาศักยภาพการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลในเขตชุมชนเมืองที่เหมาะสม ประกอบด้วย กิจกรรมการอบรมการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ การจัดทำคู่มือในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้ดูแลในชุมชน การดำเนินการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในระบบ Long Term Care (LTC) กลุ่มที่ ๑ และกลุ่มที่ ๒ ประเมินผลการคัดกรองซ้ำโดย Care manager (CM) และมีการประเมินผลการปฏิบัติงานของ CG เป็นระยะๆ และระยะที่ 3 ผลการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้พบว่า คะแนนความรู้เฉลี่ยหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) คะแนนทัศนคติ ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: ภาวะสมองเสื่อมในสูงอายุ การพัฒนาศักยภาพ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

หลักการ และเหตุผล

สถานการณ์สมองเสื่อมในผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทั่วโลกจากการวิเคราะห์สำหรับภาวะโรคทั่วโลกการศึกษา ๒๐๑๙ ระบุว่า ภายในปี ๒๕๕๓ ทั่วโลกจะมีผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมากถึง ๑๕๓

ล้านคน เพิ่มขึ้นจาก ๕๗ ล้านคน พบว่า อัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มเป็น ๒ เท่า ในทุก ๕ ปี ที่มีอายุเพิ่มขึ้นหลังจากอายุ ๖๕ ปี

สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทยพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีอุบัติการณ์ประมาณ ร้อยละ ๓.๐๐ ของผู้สูงอายุไทยและคาดว่าจะมีอัตราเพิ่มขึ้นตามอายุขัย โดยพบว่าในกลุ่มผู้ที่มี พฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การดื่มสุราเป็นประจำ กรมสุขภาพจิตพบว่าผู้สูงอายุไทยสมองเสื่อมกันมากถึง ๘ แสนกว่าคน พบได้ทุกๆ ๘ คนในผู้สูงอายุ ๑๐๐ คน ภัยที่ตามมาติดๆคือมีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ผิดปกติสูงถึงร้อยละ ๙๐.๐๐ พบได้บ่อย เฉยเมย ซึมเศร้า ก้าวร้าว กินนอนผิดปกติ ผลกระทบที่จะ เกิดขึ้นตามมา คือ ภาวะทุพพลภาพและมีภาวะพึ่งพา (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, ๒๕๖๐)

ผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในครอบครัวทั้งด้านเศรษฐกิจ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม สูงกว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงอื่นๆ (ศิริกานี ศรีหาคาศ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ คณิศร เต็งรัง, ๒๕๕๗) การพัฒนา สมรรถนะของผู้ดูแลในชุมชนจึงมีความสำคัญต่อการค้นหาและการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมผู้ดูแล ในชุมชน (Care giver) จากประสบการณ์ ผู้ดูแลผู้สูงอายุขาดความรู้ ด้านการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมที่ เป็นระบบ รวมถึงทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจึงเป็นบทบาทหน้าที่สำคัญของบุคลากรสุขภาพหน่วย บริการสุขภาพปฐมภูมิ โรงพยาบาลขอนแก่น ซึ่งเป็นผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในบริบทของ ชุมชนเมือง จังหวัดขอนแก่น ทั้งหมด ๑๐ หน่วยบริการ จากการสำรวจ หน่วยบริการปฐมภูมิจำนวน ๖ แห่ง มีจำนวนผู้สูงอายุในการดูแล ทั้งหมด ๑๔,๖๑๑ คน พบผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว จำนวน ๓๗๑ คน ร้อยละ ๒.๕๔ สงสัยมีภาวะสมองเสื่อม ๑๓๑ คน ร้อยละ ๐.๙๒ ซึ่งมีความแตกต่างจากผล การสำรวจภาวะสมองเสื่อมในระดับประเทศ ที่พบร้อยละ ๘.๑๐ (วิชัย เอกพลลากร และ คณะ, ๒๕๕๗) ปัญหาการเข้าถึงระบบการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมจึงเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องการการพัฒนา

การคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนจะนำมาซึ่งการเข้าถึงระบบบริการของ ผู้สูงอายุสมองเสื่อม โดยเฉพาะในเขตชุมชนเมืองที่เป็นพื้นที่ที่มีลักษณะเฉพาะ และมีความยากต่อการ ดำเนินกระบวนการคัดกรองในชุมชน ทำให้ประสบปัญหาการคัดกรองไม่ครอบคลุม รวมทั้งมีข้อจำกัดใน การยืนยันการวินิจฉัยโรคของแพทย์ โครงการวิจัยเรื่อง รูปแบบการพัฒนาศักยภาพการคัดกรองภาวะ สมองเสื่อมในผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลในชุมชน เขตชุมชนเมือง จังหวัดขอนแก่น จึงเป็นการศึกษาการ พัฒนาศักยภาพในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแล เพื่อการเข้าถึงการรักษาที่เร็ว ขึ้นจะทำให้ได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง และนำไปสู่การแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อศึกษาสถานการณ์ความต้องการการพัฒนาศักยภาพในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมใน ผู้สูงอายุ เขตชุมชนเมือง จังหวัดขอนแก่น
๒. เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุใน ชุมชนเมือง จังหวัดขอนแก่น
๓. เพื่อประเมินผลกระทบการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในการคัดกรองผู้สูงอายุสมองเสื่อมใน ชุมชนเมือง จังหวัดขอนแก่น

การดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาระยะที่ ๑ และระยะที่ ๒ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ จากศูนย์แพทย์ ๖ แห่ง จำนวน ๓๗๖ คน ตัวแทนผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver : CG) ในชุมชน ๑๐ คน ผู้นำชุมชน ๕ คน ผู้จัดการระบบดูแลผู้สูงอายุ ๕ คน และหัวหน้าศูนย์แพทย์ ๖ แห่งๆละ ๑ คน และ ระยะที่ ๓ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน ๙๖ คน และผู้สูงอายุสมองเสื่อม จำนวน ๖๐ คน คัดเลือกแบบเจาะจง โดยกลุ่มผู้ให้การดูแลในชุมชน เป็นผู้ที่มิพบาทรพย์ติดขอบดูแลผู้สูงอายุ ในระบบการดูแลระยะยาวของพื้นที่เขตชุมชนเมือง จังหวัดขอนแก่น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

๑) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุเป็นข้อคำถามแบบปลายปิดและปลายเปิดรวม ๑๑ ข้อ จะสอบถามจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ

๒) เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมใช้แบบประเมิน IQCODE ในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่สั้น กรณียผลบวกคือมีคะแนนเฉลี่ย ≥ 3.47 หมายถึงเป็นไปได้ที่จะมีภาวะสมองเสื่อมโดยข้อคำถามฉบับนี้จะสอบถามจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ

๓) แบบประเมินการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมของผู้สูงอายุ โดยใช้แบบประเมิน NPI-Q ที่อาศัยการรายงานของผู้ดูแลที่ประเมินการเกิดความเสี่ยงและผลกระทบของอาการพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยที่อาจมีภาวะสมองเสื่อมและการทดสอบการเคลื่อนไหว จะสอบถามจากผัฒ์ผู้สูงอายุ

๔) แบบประเมินความรู้ เป็นคำถามความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จำนวน ๒๐ ข้อ เป็นลักษณะคำถามแบบเลือกตอบ ใช่ หรือ ไม่ใช่ ตอบถูกได้ข้อละ ๑ คะแนน และตอบ ผิดได้ ๐ คะแนน แบ่งคะแนนระดับความรู้เป็น ๓ ระดับ โดยใช้หลักการแบ่งความรู้แบบอิงเกณฑ์ ผู้ดูแลมีความรู้ระดับ สูง คะแนนร้อยละ ๘๐.๐๐ ขึ้นไป ผู้ดูแลมีความรู้ระดับ ปานกลาง คะแนนร้อยละ ๕๐.๐๐-๗๙.๐๐ ผู้ดูแลมีความรู้ระดับ ต่ำ คะแนนต่ำกว่า ร้อยละ ๕๐.๐๐

๕) แบบประเมินทัศนคติ การประเมินของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการอบรมระดับคะแนน ๑๖ คำถาม สำหรับทัศนคติเชิงบวก ๑๔ คำถาม สำหรับทัศนคติเชิงลบที่ถูกตัดระดับทัศนคติออกจากคะแนนเฉลี่ย ระดับ ทัศนคติสูงสุด (คะแนน ๔.๕๐-๕.๐๐) ระดับทัศนคติสูง (คะแนน ๓.๕๐-๔.๔๙) ระดับทัศนคติปานกลาง (คะแนน ๒.๕๐-๓.๔๙) ระดับทัศนคติต่ำ (คะแนน ๑.๕๐-๒.๔๙)และระดับทัศนคติต่ำสุด(๑.๐๐-๑.๔๙)

การวิเคราะห์ข้อมูล

๑) สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณนำเสนอด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนาศักยภาพโดยใช้สถิติ Paired t-test

๒) ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหา การตีความและสรุปความ

งานวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ IRB-BCNKK-๑๓-๒๐๒๓

ผลการศึกษา

จากการดำเนินการเก็บข้อมูลกับตัวแทนผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (Care giver : CG) ๑๐ คน ผู้นำชุมชน ๕ คน ผู้จัดการระบบดูแลผู้สูงอายุ (Care manager: CM) ๕ คน หัวหน้าศูนย์แพทย์ ๖ แห่งๆละ ๑ คน โดยเลือกกลุ่มที่ศึกษาแบบเจาะจง การสนทนากลุ่ม กับผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้นำชุมชน และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) กับผู้จัดการระบบดูแลผู้สูงอายุ และหัวหน้าศูนย์แพทย์

ผลการศึกษา ข้อมูลสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมสูงอายุในเขตชุมชนเมือง ๖ ศูนย์แพทย์ พบว่า มีผู้สูงอายุทั้งหมด ๓๗๖ คน ปัญหาทางด้านสุขภาพที่พบส่วนใหญ่ ได้แก่ มีโรคประจำตัวที่เป็นโรคเรื้อรัง (Multiple disease) ร้อยละ ๘๒.๓๐ (เศรษฐกิจ การมีผู้ดูแล การเข้าถึงบริการ ฯลฯ)

ระยะที่ ๑ การศึกษาสถานการณ์ความต้องการการพัฒนาการคัดกรองผู้สูงอายุสมองเสื่อมในการดำเนินงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน อสม. และผู้นำชุมชน จากการสนทนากลุ่ม ดังนี้ ๑) การได้รับความรู้จากพยาบาล ผู้ที่เชี่ยวชาญด้านการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ๒) ได้รับความมั่นใจโดยผ่านการอบรม ฝึกทักษะ ๓) ความต้องการในการได้รับสนับสนุนจากทางราชการควรให้ความช่วยเหลือเพิ่มเติม

ระยะที่ ๒ ศึกษากระบวนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ

จากผลการศึกษาในระยะที่ ๑ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล นำผลการวิจัยจากการศึกษาสถานการณ์ความต้องการการพัฒนาการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุมาจัดทำกระบวนการพัฒนาศักยภาพการคัดกรอง ดังนี้ (๑) ทดสอบความรู้ ทักษะคิด ก่อนการอบรมการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุอบรมการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ โดย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ และ CM โดยใช้เครื่องมือแบบประเมิน IQCODE และ NPI-Q สัปดาห์ที่ ๑ (๒) ฝึกปฏิบัติการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ โดยมี CM เป็นพี่เลี้ยง ครั้งที่ ๑ สัปดาห์ที่ ๒ (๓) ฝึกปฏิบัติการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ โดยมี CM เป็นพี่เลี้ยง ครั้งที่ ๒ สัปดาห์ที่ ๓ (๔) ทดสอบหลังการฝึกปฏิบัติ อีก ๑ สัปดาห์ ในสัปดาห์ที่ ๔

ระยะที่ ๓ การประเมินผลลัพธ์กระบวนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในการคัดกรองผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชนเมืองโดยมีผลการศึกษา ดังนี้

๑. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ ๙๐.๖๐ อายุเฉลี่ย ๕๐.๑๐ ปี (SD.=±๘.๙) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ ๕๗.๓๐ ระดับการศึกษามัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ ๖๐.๔๐ อาชีพ เกษตรกร ร้อยละ ๔๒.๘๐ เคยเป็น อสม. ร้อยละ ๙๑.๖๐ โดยส่วนใหญ่เป็น อสม. มาไม่เกิน ๕ ปี ร้อยละ ๔๑.๓ เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ ๘๗.๕๐ โดยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุมาไม่เกิน ๕ ปี ร้อยละ ๕๖.๕๐ ทุกคน (ร้อยละ ๑๐๐.๐๐) ผ่านการอบรมเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ๗๐ ชั่วโมง (Care Giver) มาแล้วระยะเวลาที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลในชุมชน ๒๕ – ๓๖ เดือน ร้อยละ ๓๑.๓๐

๒. ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ในภาพรวมเปรียบเทียบก่อนและหลังอบรมพบว่า ก่อนอบรมกลุ่ม จำนวน ๙๖ คนมีคะแนนความรู้เฉลี่ย ๑๒.๒๗ คะแนน (SD.=๑.๔๐) และหลังการอบรมมีคะแนนความรู้เฉลี่ย ๑๓.๗๗ คะแนน (SD.=๑.๔๑) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการอบรม พบว่า คะแนนความรู้เฉลี่ยหลังการอบรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < ๐.๐๐๑$) โดยมีคะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้น ๑.๕๐ คะแนน (๙๕ เปอร์เซ็นต์ช่วงเชื่อมั่นของผลต่าง = ๑.๑๔ ถึง ๑.๘๖)

๓. ผลการเปรียบเทียบคะแนนทัศนคติในการคัดกรองผู้สูงอายุในชุมชน ในภาพรวมเปรียบเทียบก่อนและหลังอบรมพบว่า ก่อนอบรมกลุ่ม ตัวอย่าง จำนวน ๙๖ คนมีคะแนนทัศนคติ

เฉลี่ย ๔.๗๓ คะแนน (SD.=๐.๑๖) และหลังการอบรมมีคะแนนทัศนคติเฉลี่ย ๔.๒๖ คะแนน (SD.=๐.๔๙)เมื่อเปรียบเทียบคะแนนทัศนคติเฉลี่ยก่อนและหลังการอบรม พบว่า แม้ว่าคะแนนทัศนคติเฉลี่ยหลังการอบรมจะลดลงแต่คะแนนทัศนคติก่อนและหลังการอบรมไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผล

จากผลการนำรูปแบบการพัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ พบว่า ได้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ สำหรับผู้ดูแลในชุมชนเขตเมือง จังหวัดขอนแก่น ที่เหมาะสม ซึ่งประกอบด้วย การอบรมการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ โดยมีการประเมินความรู้ ทัศนคติ และทักษะการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน การจัดทำคู่มือในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้ดูแลในชุมชน การออกคัดกรองภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในระบบ Long Term Care (LTC) กลุ่มที่ ๑ และกลุ่มที่ ๒ การประเมินผลการคัดกรองซ้ำโดย Care manager (CM) มีการติดตามการปฏิบัติงานของ CG. โดย CM. และมีการประเมินผลการปฏิบัติงานของ CG. เป็นระยะ

ข้อเสนอแนะ

สามารถนำรูปแบบการพัฒนาศักยภาพการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ สำหรับผู้ดูแลในชุมชน เขตชุมชนเมือง จังหวัดขอนแก่น ไปพัฒนาและใช้ดำเนินการต่อในการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลให้ครอบคลุมในเขตอื่นๆ ของจังหวัดขอนแก่น

เอกสารอ้างอิง

๑. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข สารกรมสุขภาพจิต ๑๖ มีนาคม ๒๕๖๕ from:
<https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=๓๑๖๗๑>
๒. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข. ๒๕๕๑.
๓. วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุและการป้องกัน. กรุงเทพฯ:ยูเนียนครีเอชัน.สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(๒๕๕๑).แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข. ๒๕๕๒.
๔. ศิราณี ศรีหาภาค, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, คณิศร เต็งรัง. ผลกระทบและภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย. วารสารสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. ๒๕๕๗.
๕. Alzheimer's Disease International.Sensual architecture for people with cognitive problems.Paper presented atthe ๓๐th InternationalConference ofAlzheimer'sDiseaseInternational,Australia.Retrieved. ๒๐๑๓.
๖. Rosenberg PB, Johnston D, &Lyketsos CG, A clinical approach to mild cognitive impairment. American Journal of Psychiatry, ๒๐๐๖;๑๖๓:๑๘๘๔-๑๘๙๐.

ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงโดยชุมชนเป็นฐาน ด้วยโมเดล IQHLM หมู่ที่ ๒ ต.บาราโหม อ.เมือง จ.ปัตตานี

อุสมัน ดอเลาะ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบาราโหม จังหวัดปัตตานี

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงโดยชุมชนเป็นฐาน ด้วยโมเดล IQHLM หมู่ที่ ๒ ตำบลบาราโหม อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี มีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๗๒ คน เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไปที่เป็นโรคเบาหวาน หรือความดันโลหิตสูงหรือเป็นทั้งเบาหวานและความดันโลหิตสูง เก็บข้อมูลด้วยแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมานด้วยสถิติทดสอบ Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า ด้านความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการมีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ ระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิต ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

หลักการ และเหตุผล

ในปี ๒๕๖๕ ประเทศไทยมีประชากรตามหลักฐานการทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย ๖๖ ล้านคน ในจำนวนนี้มีประชากรสูงอายุที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ๑๓ ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ ๑๙ ของประชากรทั้งหมด ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การใช้บริการผู้ป่วยนอกของผู้สูงอายุ ๖๓.๙๖ ล้านครั้ง (ร้อยละ ๓๘.๒) และการใช้บริการผู้ป่วยในของผู้สูงอายุ ๒.๑๗ ล้านครั้ง (ร้อยละ ๓๕.๐๐) ให้บริการรักษาโรคเบาหวาน ในผู้ป่วยนอก ๙.๑๒ ล้านครั้ง ผู้ป่วยใน ๙๘,๘๕๖ คน ๙๙,๐๔๖ ครั้ง ให้บริการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในผู้ป่วยนอก ๑๗.๒๖๓ ล้านครั้ง และในผู้ป่วยใน ๓๓,๓๗๕ คน ๓๓,๔๑๓ ครั้ง^๑ เป้าหมายของการรักษาโรคเบาหวานคือการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ แต่จากรายงานประจำปี ๒๕๖๐ พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานทั้งประเทศ ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้มีเพียงร้อยละ ๒๓.๑๐ โดยกลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่พบความชุกการเกิดโรคเบาหวานมากที่สุด และผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นผู้สูงอายุจะมีจำนวนมากกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่อายุน้อยกว่า ๖๐ ปี

ทั้งนี้ประเทศไทยกำลังเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ. ๒๕๖๘ โดยจะมีประชากรที่มีอายุมากกว่า ๖๐ ปี เพิ่มขึ้นประมาณ ๑๔.๔ ล้านคน หรือเพิ่มขึ้นเกินร้อยละ ๒๐.๐๐ ของประชากรทั้งหมด และจะมีผู้สูงอายุ ๑ คนในทุก ๑๕ คน เป็นโรคเบาหวาน สหพันธ์เบาหวานนานาชาติได้คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. ๒๕๘๓ ประเทศไทยจะมีผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นเบาหวานสูงถึง ๕.๓ ล้านคน^๒ จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ครั้งที่ ๖ พ.ศ. ๒๕๖๒ - ๒๕๖๓ พบความชุกของโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้นตามอายุที่มากขึ้น โดยในผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง ๖๐ - ๖๙ ปี พบร้อยละ ๕๕.๘๐ กลุ่มอายุ ๗๐-๗๙ ปี พบร้อยละ ๖๗.๒๐ และสูงสุดในกลุ่มอายุ ๘๐ ปีขึ้นไปถึงร้อยละ ๗๖.๘๐ ตามลำดับ^๓ จังหวัดปัตตานี มีผู้สูงอายุทั้งหมด จำนวน ๘๓,๘๓๐ คน (ร้อยละ ๑๓.๖๐) อำเภอเมืองปัตตานี มีผู้สูงอายุจำนวน ๑๕,๙๙๘ คน (ร้อยละ ๑๓.๘๐) ตำบลบาราโหมมีประชากรทั้งหมด ๓,๐๓๙ คน นับถือศาสนาอิสลามจำนวน ๒,๘๓๔ คน (ร้อยละ ๙๓.๒๕) และศาสนาพุทธ จำนวน ๒๐๕ คน (ร้อยละ ๖.๗๕) มีผู้สูงอายุจำนวน ๒๙๙ คน (ร้อยละ ๙.๘๔)ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง จำนวน ๑๖๕ รายสูงที่สุดคือ

หมู่ที่ ๒ ร้อยละ ๕๒.๗๓ รองลงมา หมู่ที่ ๓ ร้อยละ ๓๑.๕๒ และ หมู่ที่ ๑ ร้อยละ ๑๕.๗๖ (ประชากร จำแนกเพศ กลุ่มอายุรายปี.๒๕๖๖)

ผลจากการเยี่ยมบ้านและสอบถามผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ที่มารับบริการ ณ สถานบริการ พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง ขาดความรู้และมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม รับประทานอาหารซ้ำ ๆ เช่น ข้าวต้ม ปลาเค็ม บูด แกงกะทิ น้ำชา น้ำหวานไม่ออกกำลังกาย ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต และไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มีภาวะนอนไม่หลับในเวลากลางคืน เนื่องจากมีพฤติกรรมนอนกลางวัน บางรายอยู่คนเดียวไม่มีคนดูแล เนื่องจากบุตรหลานไปทำงานต่างประเทศ (มาเลเซีย) ส่งผลให้มีภาวะเครียด และวิตกกังวลหากปล่อยให้เป็นเช่นนี้จะส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ ครอบครัวรวมถึงภาครัฐที่จะต้องใช้งบประมาณจำนวนมากเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสุขภาพ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการดูแลและการปรับพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว สังคม และสภาพแวดล้อมโดยประยุกต์ใช้ ทฤษฎีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่าง ๆ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงโดยชุมชนเป็นฐาน ด้วยโมเดล IQHLM

การดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบ One - Group วัดผลก่อน และหลังเข้าร่วมโครงการ

ประชากรผู้ที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป ที่เป็นโรคเบาหวาน หรือความดันโลหิตสูง หรือทั้งเบาหวานและความดันโลหิตสูง หมู่ที่ ๒ ตำบลบาราโหม อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี จำนวน ๘๗ คน โดยกำหนดเกณฑ์คัดเข้าดังนี้ ๑) เป็นผู้สูงอายุ (อายุ ๖๐ ปีขึ้นไป) ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่เป็นโรคเบาหวาน หรือความดันโลหิตสูง หรือเป็นทั้งเบาหวานและความดันโลหิตสูง ๒) ไม่มีสภาพร่างกายที่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรม ๓) สนใจและสามารถเข้าร่วมโครงการจนสิ้นสุดโครงการได้

กลุ่มตัวอย่างคำนวณด้วยสูตร Krejcie & Morgan โดยกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ = ๐.๐๕ ระดับความเชื่อมั่น (เปอร์เซ็นต์) (ค่าไคสแควร์) = ๓.๘๔๑ ส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร = ๐.๕ จำนวนประชากรที่ศึกษา = ๘๗ คน

$$\text{สูตรในการคำนวณ ดังนี้} \quad n = \frac{\chi^2 NP(1-P)}{d^2 P(1-P)}$$

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๗๒ คน

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

๑. การพัฒนาโปรแกรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดยชุมชนเป็นฐานมีการประยุกต์ใช้ แนวคิด ๓๐.๒๕.และความเหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ ซึ่งพื้นที่ในการศึกษาครั้งนี้เป็นสังคมมุสลิม จึงเป็นที่มาของโมเดล IQHLM ประกอบด้วย

I :Ilmu หมายถึง การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค อันตรายของโรค และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

Q : Quran หมายถึง ใช้อัล-กุรอาน เป็นสื่อกลางในการรวมตัวของผู้สูงอายุ เพื่อลดภาวะซึมเศร้า ความเครียด และมีกิจกรรมได้พบปะ สัมผัสกับผู้อื่น

H :Halaqah หมายถึง การสร้างเวทีเสวนาให้ผู้สูงอายุได้พูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของสมาชิก

L :Latihan หมายถึง การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

M :Melawatหมายถึง การเยี่ยมเยียน การเยี่ยมบ้านเสริมพลังใจ

โปรแกรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดยชุมชนเป็นฐาน ด้วยโมเดล IQHLM มีระยะเวลา ๓ เดือนประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

- ประชุมชี้แจงขั้นตอน วัตถุประสงค์แก่ผู้เข้าร่วมโครงการและจัดกลุ่ม focus groupเพื่อค้นหาปัญหาสุขภาพและสาเหตุของปัญหา

- คัดเลือกข้อมูลแก่ภาคีเครือข่าย กำหนด ผู้ใหญ่บ้าน อสม. อบต. ชมรมผู้สูงอายุ เพื่อออกแบบกิจกรรมให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่

- ชั่งน้ำหนักวัดความดันโลหิตตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) และตอบแบบสอบถามแบบวัดความรู้ก่อนเข้าร่วมโครงการ

- (I :Ilmu) อบรมเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย การบรรยายเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง อันตรายจากภาวะแทรกซ้อนของโรค ฐานโมเดลอาหารเพื่อสุขภาพดี ฐานทดสอบความเค็มหรือปริมาณโซเดียมของเครื่องปรุงอาหารในครัวเรือน โดยใช้เครื่องวัดความเค็ม หรือ Salinity Meter ฐานการออกกำลังกายที่เหมาะสมและทำเองได้ง่าย

- (Q : Quran)กิจกรรมเรียนรู้การอ่านอัลกุรอานที่ถูกต้อง การเรียนรู้ความหมายของ อัลกุรอานสัปดาห์ละ ๓ วัน ขับเคลื่อนโดยผู้นำศาสนา

- (L : Latihan) ออกกำลังกายทุกเช้า วันศุกร์ เสาร์ อาทิตย์ เวลา ๐๖.๐๐ น. ด้วยการเดิน ที่สนามกีฬา อบต.บาราโหมขับเคลื่อนโดยชมรมผู้สูงอายุ

- สร้างเวที (H :Halaqah) ให้ผู้เข้าร่วมโครงการได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน สำหรับผู้ที่ทำได้ดี อยากบอกต่อสิ่งดี ๆ ที่เกิดขึ้น เพื่อให้คนอื่นได้นำไปปฏิบัติต่อในประเด็นการรับประทานอาหาร การกินยา การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด

- การเยี่ยมเยียน (M :Melawat) มีการเยี่ยมบ้านซึ่งกันและกันในกลุ่มผู้สูงอายุ นำโดยชมรมผู้สูงอายุ เดือนละ ๒ ครั้ง

- ประเมินซ้ำ ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (DTX)

- จัดเวทีเสวนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (focus group) เพื่อถอดบทเรียน บอกต่อสิ่งดี ๆ ปัญหาอุปสรรคมอบรางวัล แสดงความชื่นชมแก่ผู้ที่มีระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิตลดลงและ ตอบแบบสอบถามหลังการทดลอง

๒. แบบสอบถามซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรคเรื้อรัง และการพยาบาลผู้สูงอายุ จำนวน๓ ท่านโดยแบบสอบถามประกอบด้วย ๓ ส่วน ดังนี้ ๑) ข้อมูลทั่วไป ๒) แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้จำนวน ๑๓ ข้อ มีทั้งคำถามทั้งเชิงบวกและเชิงลบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว คือ ถูก หรือ ผิด มีค่าความเชื่อมั่น KR-๒๐=๐.๗๑ ๓) แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน ๑๕ ข้อ มีทั้งคำถามทั้งเชิงบวกและเชิงลบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว คือ ปฏิบัติเป็น

ประจำ ปฏิบัติบางครั้ง หรือไม่ปฏิบัติ ตรวจสอบค่า IOC ได้เท่ากับ ๐.๖๗ - ๑ ทดสอบหาระดับความเที่ยงโดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' s alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ ๐.๘๑

๓.เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือด เครื่องชั่งน้ำหนัก และเครื่องวัดความดันโลหิตดิจิทัลได้ดำเนินการสอบเทียบเครื่องมือที่มีมาตรฐานจากโรงพยาบาลปัตตานีทุกปี

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) และเปรียบเทียบก่อนและหลังการวิจัยใช้ สถิติเชิงอนุมานด้วยสถิติทดสอบ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ๐.๐๕ และคำนวณช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ ๙๕ (๙๕ เปอร์เซนต์ CI)

วิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี หมายเลขสำคัญประจำโครงการวิจัย เลขที่ RECPTN No.๐๕๘/๖๖

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ ๘๖.๑๐ อยู่ในกลุ่มอายุ ๖๐-๖๕ ปี ร้อยละ ๗๐.๘๐ มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ ๕๑.๔๐ จบการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา ร้อยละ ๕๖.๙๐ ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ ๗๒.๒๐

ด้านความรู้และด้านพฤติกรรมสุขภาพ เปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$, $t = 6.577$) ตามตารางที่ ๑

ตารางที่ ๑ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพก่อน และหลังเข้าร่วมโครงการ($n=72$)

รายละเอียด	ก่อนเข้าร่วม		หลังเข้าร่วม		เปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ			
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$ diff	SD diff	p-value	๙๕%CI
ความรู้ความเข้าใจ	๙.๕๓	๑.๘	๑๑.๓๓	๑.๔	๑.๘	๐.๓๓	๐.๐๐	๑.๒๖-
พฤติกรรมการดูแล	๒๖.๖	๒	๒๙.๐๘	๙	๒.๔๕	๐.๔๔	๐.๐๐	๒.๓๕
สุขภาพ	๓	๒.๙	๓.๔					๑.๔๔-
		๖						๓.๔๗

ระดับน้ำตาลในเลือดพบว่าค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังการเข้าร่วมโครงการมีค่าเฉลี่ยลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.04$, $t = 3.030$) ความดันโลหิตพบว่าความดันโลหิต Systolic หลังการเข้าร่วมโครงการมีค่าเฉลี่ยลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$, $t = 4.633$) และระดับความดันโลหิต Diastolic หลังการเข้าร่วมโครงการมีค่าเฉลี่ยลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$, $t = 3.455$) ตามตารางที่ ๒

ตารางที่ ๒ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด และความดันโลหิต Systolic และ Diastolic ก่อน และหลังเข้าร่วมโครงการ(n=๗๒)

รายละเอียด	ก่อนเข้าร่วม		หลังเข้าร่วม		เปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ			
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$ diff	SD diff	p-value	๙๕%CI
ระดับน้ำตาลในเลือด	๑๓๗.๙๕	๕๘.๙	๑๒๖.๔	๕๒.๘๘	๑๑.๕๕	๑๖.๐๒	๐.๐๔	๓.๘๔-๑๙.๒๖
ความดันโลหิต								
ความดัน Systolic	๑๕๔.๑๘	๑๖.๐๕	๑๔๔.๒	๑๕.๐๗	๙.๙๘	๐.๙๘	๐.๐๐	
ความดัน Diastolic	๘๗.๕๓	๙.๖๖	๘๑.๓๘	๙.๔๓	๖.๑๕	๐.๒๓	๐.๐๑	๕.๖๒-๑๔.๓๓
								๒.๕๕-๙.๗๕

อภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดยชุมชนเป็นฐาน ด้วยโมเดล IQHLM โดยประยุกต์ตามแนวคิด ๓๐.๒๓.กิจกรรมการอ่านอัล-กุรอาน เป็นสื่อกลางในการรวมกลุ่มสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ การออกกำลังกายร่วมกันและการเยี่ยมบ้าน เสริมพลังใจซึ่งกันและกัน การสร้างเวทีให้ผู้สูงอายุได้พบปะแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการประเมินสถานะ สุขภาพ ทั้งนี้ทุกกระบวนการชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมต่างๆส่งผลให้ผู้เข้าร่วมโครงการ มี ค่าเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ มากกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p = 0.01$, $t=6.57$ สอดคล้องกับการศึกษาของธนพร บึงมุ่ม สงกรานต์กลิ่นดัว (๒๕๖๖)^๕ ที่ได้ศึกษาผล ของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงของบุคลากร กลุ่มเสี่ยง พบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ สูงกว่าก่อนเข้าร่วม โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) และกมลรัตน์ อัมพวา (๒๕๖๗)^๕ ที่ได้ศึกษาประสิทธิภาพ ของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคเรื้อรังแบบมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สัปดาห์ที่ ๑๒ ภายหลังได้รับโปรแกรม

ระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการพบว่ามีค่าเฉลี่ยระดับ น้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิต Systolic/Diastolic ก่อน และหลังการเข้าร่วมโครงการมี ค่าเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) สอดคล้องกับศึกษาของพัชรารัตน์ จันทร์เพชร, เพชร รัตน์ ศิริสุวรรณและฉัตรลดา ดีพร้อม (๒๕๖๓)^๗ ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวาน ในเขตพื้นที่ตำบลเมืองไพร อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ดผลการวิจัยพบวาระดับน้ำตาลใน เลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) และธนพร บึงมุ่ม สงกรานต์ กลิ่นดัว (๒๕๖๖)^๕ ที่ได้ ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงของ บุคลากรกลุ่มเสี่ยง พบว่าค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตตัวบน ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตตัวล่าง และ ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.05$

กล่าวโดยสรุปโปรแกรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดยชุมชนเป็นฐาน ด้วยโมเดล IQHLM ทำให้ผู้เข้าร่วมโครงการเกิดการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงส่งผลให้ระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดลดลง

ข้อเสนอแนะ

หน่วยบริการปฐมภูมิสามารถนำโปรแกรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดยชุมชนเป็นฐาน ด้วยโมเดล IQHLM ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง และขยายสู่ชุมชนอื่น ๆ ต่อไปได้

เอกสารอ้างอิง

๑. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. ๒๕๖๕. กรุงเทพฯ: บริษัท อมรินทร์คอร์ปอเรชันส์ จำกัด (มหาชน). ๒๕๖๖.
๒. ชัชลิต รัตติสาร. สถานการณ์ปัจจุบันและความร่วมมือเพื่อปฏิรูปการดูแลรักษาโรคเบาหวานในประเทศไทย. [อินเทอร์เน็ต]. ๒๕๖๐. เข้าถึงได้จาก :<https://nsc.cl/xoiangl>. เข้าถึงเมื่อ ๓ เมษายน ๒๕๖๖.
๓. วิชัย เอกพลากร อ่างใน พิชรารวรรณ จันทร์เพชรเพชรตันศิริสุวรรณ และฉัตรลดา ดีพร้อม. (๒๕๖๓). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ในเขตพื้นที่ตำบลเมืองไพร อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๗ ขอนแก่น.
๔. ธนพร บึงมูม และ สงกรานต์กลิ่นด้วง. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงของบุคลากรกลุ่มเสี่ยง. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. ๒๕๖๖;๘(๓):๑-๑๒.
๕. กมลรัตน์ อัมพวา. ประสิทธิผลของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคเรื้อรังแบบมีส่วนร่วมของชุมชน. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. ๒๕๖๗;๙(๑):๑-๑๒.
๖. ภัทราวลัยไชยชมภูศิริรัตน์ ปานอุทัย และพนิดา จันทโสภีพันธ์. ความรอบรู้ทางกายและกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. พยาบาลสารมหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ๒๕๖๒;๕๐(๒):๑-๑๒.
๗. ประชากรจำแนกเพศ กลุ่มอายุรายปี. [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก :<https://shorturl.asia/๑doxB>. เข้าถึงเมื่อ ๓ เมษายน ๒๕๖๖.

ผลการพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลดูแลผู้สูงอายุในชุมชน : Seamless Care Model

ตำบลหนองนาถ อำเภอนาทม จังหวัดสระบุรี

พินิตา สมนันท์ และพณิภา นวลอนันต์

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองนาถ และ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลดูแลผู้สูงอายุในชุมชนและเพื่อประเมินผลสัมฤทธิ์ของการพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลดูแลผู้สูงอายุในชุมชนโดยกลุ่มตัวอย่าง คือผู้สูงอายุ จำนวน ๓๐๐ คนที่จะได้รับการคัดกรองภาวะสุขภาพถดถอย ๙ ด้านและผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงคะแนนประเมินการกิจวัตรประจำวัน (ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๑ คะแนน จำนวน ๒๐ คนเครื่องมือที่ใช้ คือแบบบันทึกการประเมินระบบบริการ แบบประเมินภาวะสุขภาพถดถอย ๙ ด้าน (In-depth assessment) แบบประเมินรูปแบบการบริการพยาบาลดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และแบบประเมินความพึงพอใจ

ผลการวิจัยพบว่าการจัดบริการตามรูปแบบการบริการพยาบาลดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ตำบลหนองนาถสามารถชะลอภาวะถดถอย การเกิดโรคและภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ โดยการบริการพยาบาลต้องมีข้อมูลเพื่อใช้วางแผนการดูแลรายบุคคล/รายกลุ่มอย่างต่อเนื่อง ในการเตรียมความพร้อมดูแลผู้สูงอายุ ๓ กลุ่ม ได้แก่ Healthy Elderly, Illness Elderly, Dependent Elderly โดยใช้กระบวนการพยาบาล การมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพและภาคีเครือข่ายในชุมชนและทฤษฎีแบบแผนสุขภาพของ Marjory Gordon เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลครอบคลุมทุกมิติ

คำสำคัญ : รูปแบบการบริการพยาบาล การดูแลผู้สูงอายุ ชุมชน

หลักการ และเหตุผล

ในอดีตการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเน้นการดูแลรักษาตามรายโรค ซึ่งไม่สามารถแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุม โดยเฉพาะกลุ่มปัญหาเฉพาะในผู้สูงอายุและการมีโรคร่วมหลายโรค จำเป็นต้องอาศัยการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม โดยบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลครอบคลุมทุกมิติการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของหน่วยบริการปฐมภูมิ มีการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ แต่การจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล ไม่ทั่วถึงทุกคนที่มีความเสี่ยงสูง ขาดการให้การพยาบาลตามแบบแผนสุขภาพการเข้าถึงบริการส่งเสริมป้องกันรักษาฟื้นฟูไม่ครบทุกมิติ ขั้นตอนซับซ้อน แบ่งหน้าที่และภาระงานแยกกันเป็นส่วนๆ ไม่ต่อเนื่อง

ตำบลหนองนาถมีผู้สูงอายุ ๗๗๓ คน ได้รับคัดกรองภาวะถดถอยด้านสุขภาพร้อยละ ๘๑.๕๗ (เกณฑ์ > ร้อยละ ๖๐.๐๐) ได้รับการจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพร้อยละ ๑๙.๙๐ (เกณฑ์ > ร้อยละ ๕๐.๐๐) การ Re-assessment ซ้ำ ร้อยละ ๓๐.๕๐ (เกณฑ์ > ร้อยละ ๖๐.๐๐) และ Reverse ดีขึ้น ร้อยละ ๓๒.๐๐ (เกณฑ์ > ร้อยละ ๕๐.๐๐) มีผู้มีภาวะพึ่งพิงร้อยละ ๒.๕๙ ตำบลหนองนาถเข้าร่วมกองทุน Long Term Care และดำเนินการต่อเนื่อง มีชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุแต่กิจกรรมไม่สม่ำเสมอเพื่อเสริมศักยภาพการบริการดูแลสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัย จึงพัฒนารูปแบบบริการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน: Seamless Care model ตำบลหนองนาถ มีการจัดตั้งโมบายคลินิกผู้สูงอายุ พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน จัดบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน ประเมินคัดกรองสุขภาพประจำทุกปีอย่างทั่วถึงและสร้างการมีส่วนร่วมการดำเนินงานกับภาคีเครือข่ายและทีมสหสาขาวิชาชีพ

๑.๒.๑ กลุ่ม Healthy Elderly

- คัดกรองภาวะถดถอยด้านสุขภาพ ๙ ด้านผู้สูงอายุในชุมชน ด้วยแบบคัดกรองผู้สูงอายุในชุมชน (COMMUNITY SCREENING) ผ่านแอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. โดยหมอครอบครัวคนที่ ๑

- กลุ่มปกติ เข้าชมรมผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในผู้สูงอายุ (wellness plan)

- กลุ่มเสี่ยงประเมินภาวะสุขภาพแบบเชิงลึก (In-depth assessment) โดยหมอครอบครัวคนที่ ๒ เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ จัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพรายกลุ่ม (care plan group)

- Re-assessment หลังใส่โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพรายกลุ่ม เป็นเวลา ๘-๑๒ สัปดาห์ ประเมินซ้ำ

๑.๒.๒ กลุ่ม Illness Elderly

- กลุ่มอาการเฉพาะในผู้สูงอายุ (Geriatric syndrome) จากโรงเรียนผู้สูงอายุที่มีภาวะถดถอยเพิ่ม ส่งต่อรพ.สต. เข้าโมบายคลินิกผู้สูงอายุ หากป่วยหรือแยลง ส่งต่อคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลแม่ข่าย

- กลุ่มป่วยเรื้อรังและระยะกลาง รับการรักษาที่คลินิก NCD /IMC ได้รับการฟื้นฟูที่ศูนย์ร่วมสุขในชุมชน ต้องจัดทำ Nursing care plan ดูแลต่อเนื่องที่บ้านแบบ home health care

๑.๒.๓ กลุ่ม Dependent Elderly

- การดูแลระยะยาว (Long Term Care) และการดูแลระยะสุดท้าย (Palliative Care) กลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง เข้าร่วมกองทุน Long Term Care ให้การดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ร่วมกับนักบริบาล (Care Giver) และผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager)

- จัดทำ Nursing Care plan ดูแลต่อเนื่องที่บ้านแบบ Home Ward

วงรอบที่ ๒ ปรับปรุงรูปแบบการพัฒนา (D๒) รูปแบบการบริการพยาบาลดูแลผู้สูงอายุในชุมชน : Seamless Caremodelภายหลังจากนำไปปฏิบัติ

ระยะที่ ๓ ระยะประเมินผล

ประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินการรูปแบบการบริการพยาบาลดูแลผู้สูงอายุในชุมชน :

Seamless Caremodel

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือผู้สูงอายุจำนวน ๗๗๓ ราย คัดเลือกตามเกณฑ์คัดเข้าได้จำนวน ๓๐๐ ราย เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่คะแนนประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๑ คะแนน จำนวน ๒๐ คน

๑.คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่เลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria)

๑.๑ ประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป

๑.๒ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทุกกลุ่มวัยที่คะแนนประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๑ คะแนน

๑.๓ ไม่มีการเจ็บป่วยรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโปรแกรม ฯ

๑.๔ ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

๒. เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) คือ กรณีเสียชีวิต ผู้ป่วยไม่สะดวกเข้าร่วมในการตอบแบบสอบถามหรือตอบแบบสอบถามไม่ครบตามที่กำหนดไว้
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

๑.แบบบันทึกการประเมินระบบบริการ๓ องค์ประกอบ ได้แก่ โครงสร้าง กระบวนการ และ ผลลัพธ์

๒.แบบประเมินภาวะสุขภาพถดถอย ๙ ด้าน (In-depth assessment) (แบบประเมินนี้พัฒนามาจากคู่มือการคัดกรองและแบบประเมินสุขภาพผู้สูงอายุโดยกระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๔)

๓.แบบประเมินรูปแบบการบริการพยาบาลดูแลผู้สูงอายุในชุมชน :SeamlessCareModel (พัฒนามาจากแบบประเมินตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

๔. แบบประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการต่อการพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลดูแลผู้สูงอายุในชุมชน :SeamlessCareModel (ของสำนักงานพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข)

ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยนอก จำนวน ๓๐ ชุด แล้วนำมาหาค่าทดสอบความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค มีค่าเท่ากับ ๐.๗๐

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างการวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรีรหัส๐๑๑/๒๕๖๖เมื่อวันที่๔ เมษายน ๒๕๖๖

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ จำนวน ร้อยละ และข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาในระยะที่ ๑จากการประเมินระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอย่างไรร้อยต่อเพื่อจัดบริการปฐมภูมิภายใต้การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลหนองนาถตามกรอบแนวคิดโดนาปีเตียนพบว่า ๑.โครงสร้างขององค์กร (structure) แบ่งออกเป็น ๓ ด้าน๑.๑) ด้านทรัพยากรเครื่องมือ มาจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลและกองทุนฟื้นฟูและการบริจาค๑.๒) ด้านทรัพยากรบุคคล เป็นบุคลากรใน รพ.สต.โดยมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน๑.๓) ด้านลักษณะขององค์กรเป็นการดำเนินงานตามนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน แนวทางการดูแลต่อเนื่องการมอบหมายงานและการจัดแบ่งหน้าที่ รวมทั้งการใช้คู่มือในการปฏิบัติงาน

๒. กระบวนการ (process) มี ๒ รูปแบบ ๒.๑) การให้บริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ มีคลินิกโรคเรื้อรังให้บริการเดือนละ ๑ ครั้ง ๒.๒) การบริการนอกหน่วยงานในชุมชนและเยี่ยมบ้านมีการตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและคัดแยกกลุ่มผู้สูงอายุตาม ระดับ ADL โดยแบ่งเป็น๓ กลุ่ม คือกลุ่มที่ ๑ กลุ่มติดสังคมบริการที่จัดให้เน้นส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน ชมรมผู้สูงอายุและโรงเรียนผู้สูงอายุ กลุ่มที่ ๒ กลุ่มติดบ้านและกลุ่มที่ ๓ กลุ่มติดเตียง บริการที่จัดให้เน้นการฟื้นฟู ผลการดำเนินงานพบว่าผู้สูงอายุได้รับการดูแลตาม Care plan รายบุคคลโดย Care giver, Care manager ยังขาดการพยาบาลที่เฉพาะทางและทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง ทำให้การดูแลไม่ครบทุกมิติ

๓. ผลลัพธ์ (outcome) มีการตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ ความเสี่ยงด้านสุขภาพและคัดแยกกลุ่มผู้สูงอายุได้ครอบคลุมโดยอสม.แต่ยังไม่มีการจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพและการส่งเสริม

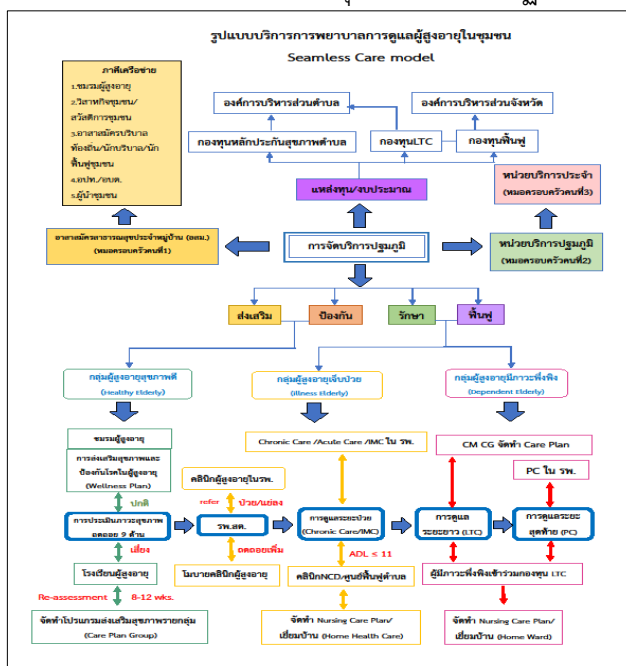
สุขภาพในชมรมผู้สูงอายุและโรงเรียนผู้สูงอายุมีไม่ต่อเนื่อง มีการติดตามเยี่ยมบ้านและวางแผนการดูแลรายบุคคลโดย Care Manager

ผลการศึกษาในระยะที่ ๒ ระยะดำเนินการพัฒนา

วงรอบที่ ๑ กำหนดการพัฒนา (D๑R๒) รูปแบบการบริการพยาบาลดูแลผู้สูงอายุใน

ชุมชน: Seamless Care Model

วงรอบที่ ๒ นำรูปแบบการพัฒนา (D๒) มาปรับปรุงภายหลังการปฏิบัติ



ผลการศึกษาวิจัยในระยะที่ ๓ ระยะประเมินผล

ภายหลังการจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจำแนกตามรายด้านระยะเวลา ๑๒ สัปดาห์ผลการประเมินเปรียบเทียบก่อน-หลังการดำเนินงานพบว่า ๑) ด้านการเคลื่อนไหว กลับเป็นปกติ ร้อยละ ๗.๔๖ ความเสี่ยงต่ำเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๕๖.๗๒ เสี่ยงสูงลดลงเหลือร้อยละ ๓๕.๘๒ ๒) ด้านโภชนาการ กลับเป็นปกติ ร้อยละ ๑๑.๑๑ ความเสี่ยงต่ำเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๔๔.๔๔ เสี่ยงสูงลดลงเหลือร้อยละ ๔๔.๔๔ ๓) ด้านความคิดความจำ กลับเป็นปกติ ร้อยละ ๒๑.๔๓ ความเสี่ยงต่ำเท่าเดิมเป็นร้อยละ ๕๐.๐๐ เสี่ยงสูงลดลงเหลือร้อยละ ๒๘.๕๗ ๔) ด้านภาวะซึมเศร้า กลับเป็นปกติ ร้อยละ ๕๐.๐๐ ความเสี่ยงต่ำลดลงเป็นร้อยละ ๕๐.๐๐ เสี่ยงสูงลดลงเหลือร้อยละ ๐.๐๐

จากผลการบริการพยาบาลดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Dependent Elderly) ตามแผนการพยาบาล (Nursing care plan) รายบุคคล เปรียบเทียบก่อน-หลังดำเนินการ พบว่าจากการประเมิน ADL ข้ำ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีจำนวนลดลง ดังนี้ กลุ่มติดบ้าน ลดลงเหลือร้อยละ ๕๕.๐๐ และดีขึ้นจนเปลี่ยนเป็นกลุ่มติดสังคม ร้อยละ ๒๐ กลุ่มติดเตียงลดลงเหลือร้อยละ ๒๕.๐๐

จากการประเมินความพึงพอใจพบว่าความพึงพอใจของผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการมากที่สุดอยู่ในระดับดี ร้อยละ ๖๓.๔๔, ๕๖.๖๗ ตามลำดับ ความพึงพอใจของการนำรูปแบบไปใช้มากที่สุด อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ ๔๑.๖๗

อภิปรายผล

การพัฒนาแบบบริการพยาบาลดูแลผู้สูงอายุในชุมชนจัดบริการดูแลสุขภาพออกเป็น ๓ กลุ่มได้แก่ ๑) กลุ่ม Healthy Elderly เน้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ทางสุขภาพ จัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุ ตามทฤษฎีการทำกิจกรรม (Activity theory) จัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ๔ ด้าน^๓ เพิ่มการเข้าถึงบริการการพยาบาลส่งเสริมและป้องกันให้ทั่วถึงและสะดวกยิ่งขึ้น^๔ ๒) กลุ่ม Illness Elderly เน้นการดูแลรักษาที่มีการจัดระบบส่งต่อ-ส่งกลับ ระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิกับโรงพยาบาลแม่ข่าย โดยหมอครอบครัวคนที่ ๒ และหมอครอบครัวคนที่ ๓ โดยกลุ่ม Illness Elderly ที่เป็นผู้ป่วยรายใหม่กลุ่มโรคเรื้อรังหรือการดูแลระยะวิกฤติหรือเฉียบพลัน ส่งต่อคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาล ส่งกลับในรายที่คงที่หรือดีขึ้น เพื่อมาฟื้นฟูต่อในชุมชน และจัดทำแผนการพยาบาลดูแลรายบุคคล (Nursing care plan) โดยพยาบาลชุมชนและทีมสหวิชาชีพเป็นการให้บริการที่มุ่งเน้นการฟื้นฟูอย่างเข้มข้นในเดือนแรกและฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา ๖ เดือน ประเมินซ้ำหลัง ๖ เดือน ถ้ากลุ่มผู้ป่วยที่มี ADL น้อยกว่า ๑๒ คะแนน ส่งเข้าสู่รูปแบบบริการพยาบาล Long Term Care ตามแนวทางการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน^๕ ๓) กลุ่ม Dependent Elderly เน้นการฟื้นฟูโดย ทีมหมอครอบครัวคนที่ ๒ และหมอครอบครัวคนที่ ๓ จัดทำแผนการพยาบาลดูแลรายบุคคล (Nursing care plan) และประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ภาควิชาอายุรศาสตร์^๖ มีกระบวนการ Care management จัดการดูแลโดยความร่วมมือของสังคม ชุมชนองค์กรและหน่วยงานต่าง ๆ ในชุมชน^๗

ข้อเสนอแนะ

๑. ควรส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพพยาบาลชุมชนด้านการพยาบาลเฉพาะทางการพยาบาลผู้สูงอายุหรือเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ เพราะเป็นผู้อยู่ใกล้ชิดผู้สูงอายุในชุมชนมากที่สุด
๒. ควรพัฒนาศักยภาพหมอครอบครัวคนที่ ๑ อย่างต่อเนื่องและพิจารณาค่าตอบแทนให้เหมาะสม
๓. ส่งเสริมให้บุคคลในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแล มีความรอบรู้และทักษะในการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

๑. Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. New York: NY: Oxford University Press. ๒๐๐๓.
๒. จันทร์เพ็ญ สันตวาจา. แนวคิดพื้นฐานทฤษฎีและกระบวนการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ ๖. กรุงเทพฯ: บริษัท ธนาเพรส จำกัด. ๒๕๕๓.
๓. กานดาสิ มาลีวงษ์ วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย หทัยชนก บัวเจริญ ศรีสุตา สว่างสาตี เบญจวรรณ จันทพล ยงยศ หัตถพรสวรรค์ และคณะ. การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครผ่านกระบวนการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพโดยชมรมผู้สูงอายุ วารสารพยาบาลสาธารณสุข. ๒๕๖๓;๓๔(๒):๘๔-๑๐๐.
๔. สุปราณี บุญมี, ชัยวุฒิบัวเนียว สุพิตรรา เศวตวันะกุล. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านโนนเปือย อำเภอสมน จังหวัดสุรินทร์. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. ๒๕๖๒;๕(๔):๓๘-๔๙.

- ๕.สำนักอนามัยผู้สูงอายุกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน (Intermediate Care in Community). ครั้งที่พิมพ์ ๑. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ๒๕๖๓.
- ๖.เด่นนภา ทองอินทร์ วรพจน์ พรหมสัตยพรต และเทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์. การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวองค์การบริหารส่วนตำบลหันนางาม อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู.วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. ๒๕๖๔;๗(๒):๓๐-๔๑.
- ๗.นันทมน หรืออินทร. ผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้กระบวนการ Care Management อำเภอหนองสองห้องจังหวัดขอนแก่น.วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. ๒๕๖๔;๓(๑):๕๕-๖๙.

**ผลการดูแลผู้ป่วยระยะกลางโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) ด้วยศาสตร์การแพทย์
แผนไทยร่วมกับทีมสหวิชาชีพต่อการเพิ่มความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน
และระดับกำลังของกล้ามเนื้อ ในหอผู้ป่วยเวชกรรมฟื้นฟูโรงพยาบาลมหาสารคาม**

ประถมพร มาตย์วิเศษ และนาตยา วรรณการ
โรงพยาบาลมหาสารคาม

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการดูแลผู้ป่วยระยะกลางด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยร่วมกับทีมสหวิชาชีพต่อการเพิ่มความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและระดับกำลังของกล้ามเนื้อของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) ในหอผู้ป่วยเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) ไม่เกิน ๖ เดือน เข้ารับการรักษา ที่หอผู้ป่วยเวชกรรมฟื้นฟู ระหว่างวันที่ ๑ สิงหาคม ๒๕๖๖ - ๒๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗ จำนวน ๓๒ คน คัดเลือกตามเกณฑ์คัดเข้า คือ มีคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันน้อยกว่า ๗๕ คะแนน หรือมากกว่า ๗๕ คะแนน ที่มีความผิดปกติมากกว่า ๒ ระบบขึ้นไป ทำการนัดเพื่อฟื้นฟูสภาพ ๖๐ นาที และประคบสมุนไพร ๓๐ นาที วันละ ๑ ครั้ง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Barthel Index) แบบประเมินระดับกำลังกล้ามเนื้อ (Motor power) ในผู้ป่วยแขนขาอ่อนแรง และแบบประเมิน ความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบ Wilcoxon signed ranks-test มีนัยสำคัญ ($p < 0.05$)

ผลการศึกษา พบว่า หลังการรักษา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันมากกว่าก่อนการรักษา ($p < 0.05$) และมีระดับกำลังของกล้ามเนื้อแขนและขาเพิ่มขึ้น ($p < 0.05$) โดยส่วนใหญ่มีระดับกำลังของกล้ามเนื้อแขน เพิ่มขึ้น ๑ ระดับ ร้อยละ ๕๖.๒๕ และมีระดับกำลังของกล้ามเนื้อขาเพิ่มขึ้น ๑ ระดับ ร้อยละ ๖๕.๖๓ ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ในด้านภาพรวม ด้านการให้บริการ และด้านผลการรักษา ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๙๔, ๔.๙๑ และ ๔.๔๑ ตามลำดับ และไม่พบอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์

หลักการ และเหตุผล

โรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) เป็นภาวะที่สมองขาดเลือดไปหล่อเลี้ยง ซึ่งเกิดจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองตีบ ตัน หรือแตก ทำให้เกิดอาการชาที่ใบหน้า ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แขน ขา ข้างใดข้างหนึ่งอ่อนแรง เคลื่อนไหวไม่ได้หรือเคลื่อนไหวลำบากอย่างทันทีทันใด เกิดได้กับบุคคลในทุกวัย เป็นโรคที่พบบ่อยและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เสียชีวิตและพิการ ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลกและเป็นปัญหาที่สำคัญของเขตสุขภาพที่ ๗ (จังหวัดร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม กาฬสินธุ์) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตส่วนใหญ่มักมีความพิการหลงเหลืออยู่และเกิดความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหวและการทรงตัว การดูแลผู้ป่วยและการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังจากการรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันในระยะเบื้องต้นแล้วก็เป็นส่วนสำคัญ ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองและสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด ซึ่งการรักษาตามศาสตร์การแพทย์แผนไทย ด้วยการนวดไทยสามารถช่วยฟื้นฟูร่างกายของผู้ป่วยได้ โดยการนวดจะช่วยกระตุ้นระบบไหลเวียนเลือด น้ำเหลือง และระบบประสาทให้ทำงานดีขึ้น เพิ่มกำลังกล้ามเนื้อ ช่วยทำให้

กล้ามเนื้อคลายตัว ลดอาการปวด ทำให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ เช่น การรับประทานอาหาร และการอาบน้ำด้วยตนเอง ตลอดจนทำให้ผู้ป่วยสามารถนอนหลับได้ดีขึ้น ซึ่งปัจจุบันได้มีการนำ การนวดไทยเพื่อฟื้นฟูผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาตเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแล้ว และจาก แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) สาขาที่ ๑๒ ระบบบริการด้านการแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ผสมผสาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข ได้พัฒนา แนวทางเวชปฏิบัติด้านการแพทย์แผนไทยในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขึ้นและเผยแพร่ให้ นำมาประยุกต์ใช้ในระบบบริการสาธารณสุข เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมถึงสร้าง ความเชื่อมั่นให้เกิดการยอมรับในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์

ดังนั้นผู้ศึกษาซึ่งเป็นแพทย์แผนไทยจึงสนใจที่จะศึกษาผลการดูแลผู้ป่วยระยะกลางโรคหลอดเลือด สมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ต่อการเพิ่ม ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและระดับกำลังของกล้ามเนื้อ เพื่อเป็นแนวทางในการ รักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ในหอผู้ป่วยเวชกรรมฟื้นฟู ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลการดูแลผู้ป่วยระยะกลางโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) ด้วยศาสตร์ การแพทย์แผนไทยร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ต่อการเพิ่มความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและ ระดับกำลังของกล้ามเนื้อ

การดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการ วินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) ไม่เกิน ๖ เดือน เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วย เวชกรรม ฟื้นฟู โรงพยาบาลมหาสารคาม ระหว่างวันที่ ๑ สิงหาคม ๒๕๖๖ - ๒๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗ จำนวน ๓๒ คน คัดเลือกตามเกณฑ์คัดเข้า คือ มีคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index) น้อยกว่า ๗๕ คะแนน หรือมากกว่า ๗๕ คะแนน ที่มีความผิดปกติมากกว่า ๒ ระบบขึ้นไป ได้แก่ swallowing problem, communication problem, mobility problem, cognitive and perception problem, bowel and bladder problem มีความดันโลหิต ไม่เกิน ๑๖๐/๙๐ มิลลิเมตรปรอทหรือไม่ต่ำกว่า ๙๐/๖๐ มิลลิเมตรปรอทชีพจร ๖๐-๑๐๐ ครั้ง/ นาทีอุณหภูมิร่างกายไม่เกิน ๓๗.๕ องศาเซลเซียสไม่มีอาการหอบ หายใจลำบาก หน้าซีด ริมฝีปากเขียว หน้าเขียว ชักไม่มีปัญหา ตามข้อห้ามของการนวด ได้แก่ โรคผิวหนัง เช่น อักเสบ ติดเชื้อ มีแผล เป็นต้น, ไม่มีภาวะเลือดออก ง่าย ไม่มีจ้ำ/ รอยฟกช้ำ/ จุดเลือดออกใต้ผิวหนัง และสตรีตั้งครรภ์ มีความสมัครใจและยินดีเข้าร่วม การศึกษารั้งนี้ ทำการนวดเพื่อฟื้นฟูสภาพตามสูตรนวดแบบราชสำนัก ๖๐ นาที และประคบสมุนไพร ร้อนขึ้น ๓๐ นาที วันละ ๑ ครั้ง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน บาร์เธลอินเดกซ์ (Barthel Index) และแบบประเมินระดับกำลังกล้ามเนื้อ (Motor power) และแบบ ประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน คือ Wilcoxon signed ranks-test มีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการ วิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลมหาสารคาม เลขรับรอง COA No ๖๖/ ๑๐๓

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ ๖๒.๕๐ อายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ร้อยละ ๕๐.๐๐ โดยมีอายุเฉลี่ย ๖๐.๖๓ (± ๑๒.๓๕) อาชีพเกษตรกร ร้อยละ ๒๕.๐๐ มีโรคประจำตัว ร้อยละ ๑๐๐.๐๐ โดยพบโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ ๘๗.๕๐ และโรคเบาหวาน ร้อยละ ๒๕.๐๐ มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ (๑๘.๕ - ๒๒.๙๐ กก./ม^๒) ร้อยละ ๓๗.๕๐ ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ ๗๕.๐๐ ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ ๕๙.๓๘ มีอาการอ่อนแรงซีกขวา ร้อยละ ๕๖.๒๕ มีปัญหากลืนลำบากร่วมด้วย ร้อยละ ๑๕.๖๓ ส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่เริ่มเจ็บป่วยก่อนการรักษา อยู่ระหว่าง ๑ - ๓ เดือน ร้อยละ ๔๖.๘๘ มีธาตุเจ้าเรือนหลัก (ตามวันเกิด) เป็นธาตุลม ร้อยละ ๔๐.๖๓ อายุสมมุติฐาน ส่วนใหญ่อยู่ปริมวัย สมมุติฐานวายุ ร้อยละ ๑๐๐.๐๐ อุตุสมมุติฐาน (ฤดู ๓) ที่เริ่มเจ็บป่วย อยู่วสันตฤดู สมมุติฐานวายุ ร้อยละ ๗๕.๐๐ กาลสมมุติฐาน (ที่เริ่มมีอาการ) อยู่ในยาม ๔ สมมุติฐานวายุ ร้อยละ ๔๐.๖๓ และมีมัธยฐานของจำนวนครั้งที่รับบริการ เท่ากับ ๓ ครั้ง (Min=๒ : Max=๑๒) โดยส่วนใหญ่มีจำนวนครั้งที่รับบริการ ๒ ครั้ง ร้อยละ ๔๓.๗๕

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน พบว่า หลังการรักษา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index) มากกว่าก่อนการรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < ๐.๐๕$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index) มากกว่าก่อนการรักษา เท่ากับ ๒๙.๐๗ คะแนน และมีระดับกำลังของกล้ามเนื้อแขนและระดับกำลังของกล้ามเนื้อขาเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < ๐.๐๕$) โดยส่วนใหญ่มีระดับกำลังของกล้ามเนื้อแขน เพิ่มขึ้น ๑ ระดับ ร้อยละ ๕๖.๒๕ และมีระดับกำลังของกล้ามเนื้อขาเพิ่มขึ้น ๑ ระดับ ร้อยละ ๖๕.๖๓ ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ในด้านภาพรวม ด้านการให้บริการ และด้านผลการรักษา ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๙๔, ๔.๙๑ และ ๔.๔๑ ตามลำดับ และไม่พบอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์

อภิปรายผล

การดูแลผู้ป่วยระยะกลางโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย โดยการนวดเพื่อฟื้นฟูสภาพตามสูตรนวดแบบราชสำนัก ๖๐ นาที และประคบสมุนไพรร้อนขึ้น ๓๐ นาที วันละ ๑ ครั้ง สามารถช่วยเพิ่มความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและระดับกำลังของกล้ามเนื้อของผู้ป่วยได้ตั้งแต่หลังการรักษาครั้งที่ ๒ ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของอรรธน์ จันทรพิชญ์ และคณะ (๒๕๕๘)^๑ พบว่าการฟื้นฟูผู้ป่วยตามโปรแกรมการผสมผสานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ทำให้ผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยระดับกำลังกล้ามเนื้อและค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < ๐.๐๐๑$) และเมื่อพิจารณาสมมุติฐานการเกิดโรคของผู้ป่วย พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในสมมุติฐานธาตุลม สอดคล้องกับการศึกษาของวิภาวี จงกลดี และคณะ (๒๕๖๕)^๒ ซึ่งสมมุติฐานการเกิดโรคจากธาตุลม จะเป็นปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้ธาตุลมพิการ และส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยได้ และสอดคล้องตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทยกับการเกิดโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตตามพระคัมภีร์ขวดาร ซึ่งการรักษาโดยการนวดจะช่วยปรับสมดุลของธาตุลม กระตุ้นระบบไหลเวียนเลือด และระบบประสาทให้ทำงานดีขึ้น ช่วยทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว และความร้อนจากลูกประคบ จะช่วยรักษาอาการเคล็ด ขัดยอก และช่วยลดอาการปวดได้

ข้อเสนอแนะ

การดูแลผู้ป่วยระยะกลางด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โดยการนัดเพื่อฟื้นฟูสภาพและประคบสมุนไพร สามารถช่วยเพิ่มความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและระดับกำลังของกล้ามเนื้อของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) ได้ จึงควรแนะนำให้ทำ การรักษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกรายที่เข้าเกณฑ์ และควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงความสัมพันธ์ของสมุฏฐานการเกิดโรคและมูลเหตุของการเกิดโรคตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทย เพื่อยืนยันสมุฏฐานตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทยกับการเกิดโรค และศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มตัวอย่าง ที่ใหญ่ขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- ๑.อรรถัน จันทรเพ็ญ, ยศพล เหลืองโสมนภา, สุชีรา อนุศาสนรักษ์, เย็นภัทร์คำแดงยอดไธย, พาณี วสนา. ผลของการฟื้นฟูตามโปรแกรมการผสมผสานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกต่อระดับกำลังกล้ามเนื้อและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี.๒๕๕๘;๒๖:๖๐-๗๑.
- ๒.วิภาวี จงกลดี และคณะ. รายงานกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการนวดไทยแบบราชสำนักและประคบสมุนไพร ร่วมกับการรักษาฟื้นฟูมาตรฐาน. วารสารเวชบันทึกศิริราช.๒๕๖๕;๑๕:๕-๑๑.
- จิรายุ ชาติสุวรรณ. เปรียบเทียบประสิทธิผลการทำกายภาพบำบัดกับการทำกายภาพบำบัดร่วมกับการนวดไทยต่อความสามารถในการฟื้นฟูร่างกายและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองตีบ [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต].กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; ๒๕๕๙.
- ผุสดี ก่อเจดีย์ ชนัญชิตา วงษ์ท้าวปักษณา เมืองไทยซซ์. ผลของการนวดแผนไทยต่อความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ความวิตกกังวลและซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ.๒๕๖๒;๔๒:๑๐๖-๑๑๔.
- มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิมฯ โรงเรียนอายุรเวท. หัตถเวชกรรมแผนไทย (นวดแบบ ราชสำนัก). พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพฯ: พิมพ์ พรินต์ติ้ง เซ็นเตอร์ จำกัด; ๒๕๔๘.

การพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของประชาชน ในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

รัชนิทย์ ราชกิจ เนตรสุวรรณ

โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลโดยการมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่ ๗ ตำบลของอำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย ผู้เข้าร่วมการศึกษาประกอบด้วยแกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พระคิลานุปัฏฐาก กำนัน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดำเนินการโดยนำผลการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชนและการทบทวนผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัยในพื้นที่มาสู่การออกแบบกระบวนการพัฒนา ได้แก่ การประเมินความรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ๖ มิติ ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งข้อมูลยา ความเข้าใจข้อมูลด้านยาและการปฏิบัติ การโต้ตอบซักถาม การคิดวิเคราะห์ การตัดสินใจและการบอกต่อ มีการออกแบบหลักสูตรที่ส่งเสริมให้เกิดความรู้ด้านการใช้ยามาใช้ในการอบรมแก่ประชาชนทั้ง ๗ ตำบล เพื่อนำไปสู่การจัดกระบวนการกลุ่มในการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการแก้ปัญหาของชุมชนผลการประเมินความรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลใน ๖ มิติ ประชาชนในทุกตำบลมีความรู้ด้านการใช้ยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการจัดกระบวนการกลุ่มเพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาเกิดแนวทางการดำเนินงานทางด้านสาธารณสุขการสื่อสาร การสร้างความรอบรู้เรียนรู้ด้านกฎหมายและชุมชนได้มีการจัดตั้งศูนย์เฝ้าระวังการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เพื่อตรวจสอบ เฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัยรับเรื่องร้องเรียนในชุมชนแจ้งเตือนภัยประสานเจ้าหน้าที่รัฐ และองค์กรของรัฐเพื่อเกิดการแก้ไขปัญหาแบบมีส่วนร่วม

คำสำคัญ: การใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน การมีส่วนร่วม การส่งเสริมความรู้

หลักการ และเหตุผล

ปัญหาความไม่ปลอดภัยจากการใช้ยาในชุมชนเป็นปัญหาที่มีในประเทศไทยมาเป็นเวลานาน มีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ใช้ยา ผู้สั่งใช้ยา ผู้ผลิต การกระจายยา และการควบคุมกำกับตามกฎหมายยา จากแนวทางการดำเนินงานพัฒนาระบบการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน ปี ๒๕๖๓ มีการทบทวนงานวิจัยในประเทศไทยพบว่าสาเหตุส่วนหนึ่งเกิดจากผู้ให้ยาขาดความรู้ที่ถูกต้อง มีความเชื่อที่ผิด และที่สำคัญมีแหล่งจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมและผิดกฎหมายกระจายอยู่ทั่วไป ส่งผลให้เกิดการใช้ยาและการกระจายยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่เหมาะสม ในขณะเดียวกันผู้จำหน่าย ที่ขายยาให้กับประชาชนโดยไม่มีความรู้หรือผ่านการศึกษอบรมด้านยามาก่อนไม่ทราบถึงผลเสียที่จะเกิดขึ้นต่อสุขภาพหรือผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในยุคปัจจุบันที่มีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีอย่างมาก การสื่อสารข้อมูลผ่านช่องทางต่างๆ ทำให้เข้าถึงข้อมูลได้ง่ายและรวดเร็ว แต่ประชาชนอาจถูกหลอกหรือได้รับข้อมูลอันเป็นเท็จจากการโฆษณาที่เกิดขึ้นจริง

ข้อมูลการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัยที่มีจำหน่ายในพื้นที่อำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย โดยโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ในระหว่างปี ๒๕๖๑-๒๕๖๔ จำนวน ๑๐๓ ตัวอย่าง ตรวจพบเป็นผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของสเตียรอยด์ จำนวน ๒๔ ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ ๒๓.๓

และจากการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลังพบผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัย ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย ICD๑๐ E ๒๗๔ Adrenal insufficiency ภาวะต่อมหมวกไตบกพร่องในระหว่างปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๔ จำนวน ๖๑๔ ราย โดยมีประวัติการใช้สเตียรอยด์โดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ๓๙ ราย คิดเป็นร้อยละ ๖.๓^๒ และจากข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัยในพื้นที่จังหวัดเชียงราย ซึ่งผู้รับผิดชอบที่เกี่ยวข้องทั้งในโรงพยาบาลสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล รวมทั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ (พชอ.) เมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย ได้นำประเด็นความไม่ปลอดภัยมาขับเคลื่อนเป็นประเด็นพัฒนาใน พชอ. มาตั้งแต่ปี ๒๕๖๑ แต่ยังไม่พบปัญหาการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสมในชุมชน และมีผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนาให้เกิดการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างเป็นรูปธรรม

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของประชาชน ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

การดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) ในการพัฒนาระบบการดำเนินงานการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ หมายเลข EC.๖๖ - ๖๘๒ โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย แสดงในแผนภาพที่ ๑

ประชากรที่ศึกษาคือ ชุมชนใน ๗ ตำบลในอำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย (ตำบลป่าอ้อดอนชัย ตำบลดอยลาน ตำบลห้วยสัก ตำบลแม่ยาว ตำบลสันทราย ตำบลแม่กรณ์ และตำบลบ้านดู่) โดยมีประชาชนในชุมชนได้แก่ แกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พระคิลาณ ปัญญากร กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบทางด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน และบุคลากรในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)

การเก็บรวบรวมข้อมูล คือ การอบรมเสริมสร้างความรอบรู้การใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยมีการประเมินผลความรอบรู้ การจัดกระบวนการกลุ่ม การรวบรวมประเด็นแนวทางการร่วมมือของภาคประชาชน โดยการบันทึกสาระสำคัญจากข้อเสนอภาคประชาชน มาตรการในการแก้ปัญหา และแนวทางการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินความรอบรู้การใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน โดยใช้แบบสำรวจความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลฉบับเร่งด่วน (RDUL-RS-๑๗) ๒๕๖๕ ของอิสริยัฐิกา ชัยสวัสดิ์ และเพชรลดา บริหาร^๓ และแบบบันทึกประเด็นการสนทนากลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูล/สถิติ คือ การสรุปบทเรียนการร่วมกิจกรรมกลุ่มการประเมินผลการพัฒนารูปแบบโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แผนภาพที่ ๑ ขั้นตอนการดำเนินงานเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของประชาชน ในอำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย

ขั้นการวางแผน	ขั้นปฏิบัติการ	ขั้นประเมินผล
- การวิเคราะห์บริบทและขนาดปัญหาของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัยในพื้นที่ - ข้อมูลจากระบบการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัยในโรงพยาบาล - ออกแบบการอบรมให้สอดคล้องกับทฤษฎีความรู้รอบรู้และปัญหาที่พบ	- พัฒนาหลักสูตรการอบรมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุผลให้กับแกนนำ อสม. มีการประเมินผลความรอบรู้ก่อนและหลังการอบรม - การสนทนากลุ่มให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหา และพัฒนารูปแบบ	- ติดตามผลการดำเนินงานจำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัย จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบ จำนวนการรายงานจากชุมชน - การมีกิจกรรมการใช้อย่างสมเหตุผลที่เกิดขึ้นในชุมชน

ผลการวิจัย

ระยะที่ ๑ การพัฒนาหลักสูตรอบรมเสริมสร้างความรอบรู้การใช้อย่างสมเหตุผล เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชน องค์ประกอบของหลักสูตร ได้แก่ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้การเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างสมเหตุผล ตามบริบทปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพของพื้นที่การให้ช่องทางการเข้าถึงข้อมูลการใช้ยา โดยใช้สื่อสังคม ได้แก่ LINE ไลน์ชุมชน โองยาไทยการเรียนรู้ในฐานะสร้างเสริมความรู้ฐานที่ ๑ เข้าถึง เข้าใจ สื่อสาร คติวิเคราะห์ฐานที่ ๒ จัดการบอกต่อฐานที่ ๓ รู้จัก ยาปลอดภัย ในร้านชำ ฐานที่ ๔ ร่วมกันเฝ้าระวัง จัดอบรมในกลุ่มเป้าหมาย จำนวน ๗ ตำบล ตำบลละ ๔๐ คน โดยมีผู้ตอบคะแนนก่อนและหลังการอบรมครบ จำนวน ๑๘๘ คน ผลการประเมินความรอบรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุผลใน ๖ มิติ คะแนนเต็ม ๑๗ คะแนน ความรอบรู้ระดับดี คือ มากกว่าหรือเท่ากับ ๑๔ คะแนน โดยทุกตำบลมีคะแนนความรอบรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ ๑

การรายงานการเฝ้าระวังในชุมชน จากผู้เข้าร่วมอบรม/แกนนำชุมชน ตั้งแต่เริ่มดำเนินการ ธันวาคม ๒๕๖๖ ถึงมีนาคม ๒๕๖๗ จำนวน ๔ ครั้ง จากการสำรวจร้านชำพบการจำหน่ายยาแผนโบราณ และ จากการเยี่ยมบ้าน พบการใช้น้ำสมุนไพรเป็นสมาชิก LINE ไลน์ชุมชนโองยาไทย ๑,๐๒๒ บัญชี การตรวจร้านชำ จำนวน ๑๒๗ แห่งพบยาการจำหน่ายยาอื่นที่นอกจากยาสามัญประจำบ้าน จำนวน ๔๐ ร้าน (ร้อยละ ๓๑.๕)

ตารางที่ ๑ แสดงระดับค่าเฉลี่ยความรอบรู้ ก่อนและหลังการอบรม (n = ๑๘๘)

ระดับความรอบรู้	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t	df	p-value
ก่อนการอบรม	๑๑.๓๔	๒.๕๗	๑๔.๔๑	๑๘๗	๐.๐๐๐
หลังการอบรม	๑๔.๓๗	๒.๓๑			

ระยะที่ ๒ การจัดกิจกรรมกลุ่มในชุมชนให้มีส่วนร่วมในการจัดการปัญหา ปัญหาที่สำคัญในชุมชนได้แก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ปลอมปนสเตียรอยด์ ประชาชนใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่ส

เตียงรอยด์จาก ร้านชำ สถานพยาบาล พบร้านชำจำหน่ายยาอันตราย และจากการจัดกิจกรรมมีข้อสรุปแนวคิดในการดำเนินงาน คือเปลี่ยนแปลงความเชื่อของคนในชุมชนให้มีความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพที่ถูกต้องลดการใช้อยาในชุมชนชี้ให้เห็นโทษของการใช้ผลิตภัณฑ์อันตราย เพิ่มความเข้มงวดและความสม่ำเสมอในการตรวจสอบเฝ้าระวังการจำหน่ายยาในร้านชำ มีมาตรการป้องกันผลิตภัณฑ์อันตรายในชุมชนมีความร่วมมือด้านสุขภาพทุกภาคส่วน ทั้งชุมชนข้อเสนอจากชุมชน เพื่อให้เกิดการใช้อย่างสมเหตุผล ประกอบด้วย ๓ ด้าน ได้แก่

ด้านกฎหมาย : ชี้แจงข้อกฎหมายให้กับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องอย่างสม่ำเสมอ ให้มีการบังคับใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัด เน้นในเรื่องยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัยในชุมชน เช่น สเตียรอยด์ยาสมุนไพรยาแก้ปวด NSAIDs หากพบรื้อเข้ามาในชุมชนหรือร้านชำที่มีการขายยาอันตราย ให้แจ้งกำนันร้านชำต้องมีความรู้เรื่องประเภทของยาที่สามารถขายได้ มีบทลงโทษที่ชัดเจนหากมีการจำหน่ายยาที่ร้านชำไม่สามารถจำหน่ายได้ในพื้นที่ สํารวจร้านชำโดยใช้แอปพลิเคชัน และมีการสุ่มสํารวจโดยเภสัชกร และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส่งเสริมให้เกิดร้านชำต้นแบบจำหน่ายยาสามัญประจำบ้าน

ด้านสาธารณสุข : การมีทางเลือกในการจัดการปวด นอกจากการใช้อยาอันตราย เช่น ยาแผนปัจจุบันที่ปลอดภัย การลดอาการปวดด้วยกายภาพบำบัด/แพทย์แผนไทย และต้องให้ความรู้กับคนที่ไม่รู้แบบเต็มรูปแบบ เพื่อไม่ให้ซื้อและขายยาอันตรายจัดตั้งคลินิกการจัดการอาการปวด/การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการคุชชิง (Cushing syndrome)

ด้านการสร้างความเข้มแข็งในชุมชน : สร้างความรอบรู้ให้ตรงกลุ่มเป้าหมาย โดยการสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยจัดการอบรมในศาลาชุมชน วัด การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ผ่านเสียงตามสายและการประชุมประจำเดือนอย่างสม่ำเสมอแจ้งเตือนยาอันตราย ติดไว้ในแหล่งชุมชน และการจัดตั้งศูนย์เฝ้าระวังการใช้อย่างสมเหตุผลในชุมชน

ระยะที่ ๓การส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วม จากข้อสรุปของการสนทนากลุ่ม: ผลการดำเนินงานสามารถจัดตั้งศูนย์เฝ้าระวังการใช้อย่างสมเหตุผลในชุมชน จำนวน ๓ ตำบล ได้แก่ ตำบลดอยลาน ตำบลป่าอ้อดอนชัย และตำบลห้วยสัก มีคำสั่งแต่งตั้งศูนย์เฝ้าระวังการใช้อย่างสมเหตุผลในชุมชน ลงนามโดยนายอำเภอเมืองเชียงราย คณะทำงานประกอบด้วยพระคิลานุปัฏฐาก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกเทศบาล เป็นต้น มีภารกิจตรวจสอบเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัย รับเรื่องร้องเรียนในชุมชน แจ้งเตือนภัย เผยแพร่ความรู้สิทธิผู้บริโภค ประสานเจ้าหน้าที่รัฐ เพื่อดำเนินการตามกฎหมาย ศูนย์เฝ้าระวังการใช้อย่างสมเหตุผลในชุมชนมีการดำเนินงานทั้งเชิงรับ คือ การรับเรื่องร้องเรียน และเชิงรุกคือ การเฝ้าระวังในชุมชน การสํารวจบ้านผู้ป่วย ร้านชำ รกร่ งานศพอย่างน้อยเดือนละ ๑ ครั้ง และสรุปผลการดำเนินงานทุกเดือนทั้ง ๓ ตำบล มีการประชุมแล้ว ๑ ครั้ง พบปัญหาร้านชำจำหน่ายยาอันตราย ได้ให้คำแนะนำให้มีการจำหน่ายยาสามัญประจำบ้าน พบผู้ป่วยที่มีความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ได้ให้คำแนะนำการใช้ยาและติดตามร่วมกับเภสัชกรในพื้นที่ดังตารางที่ ๒

ตารางที่ ๒ แสดงผลการดำเนินงานการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลใน ๗ ตำบล ที่ร่วมการศึกษา

ตำบล	โครงการ/กิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชน	ผู้มีส่วนร่วมในโครงการ ลักษณะเด่น
ดอยลาน	เกิดศูนย์เฝ้าระวังการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน	บูรณาการกับองค์กรเดิมในชุมชน โดยมี พระ คี ลาน ปุ ญ ฐ า ก เป็น ประธาน คณะทำงาน
ป่าอ้อดอนชัย	เกิดศูนย์เฝ้าระวังการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน	ประธาน อสม.เป็นประธานคณะทำงาน โดยมีกำนัน เป็นที่ปรึกษา มีผู้ใหญ่บ้านทุกตำบลเป็นคณะทำงาน
ห้วยสัก	เกิดศูนย์เฝ้าระวังการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน	บูรณาการกับองค์กรเดิมในชุมชน สมาชิกสภาเทศบาล ต.ห้วยสัก เป็นประธาน
แม่ยาว	มีกิจกรรมสร้างความรอบรู้ในชุมชน โดยการดำเนินโครงการของ อสม.	การขับเคลื่อน โดย อบท.และ รพ.สต. มีการใช้งบประมาณดำเนินงานจากท้องถิ่น
บ้านดู่	มีการสำรวจร้านชำโดย อสม. และเทศบาล	การขับเคลื่อน โดย อบท.และ รพ.สต.
แม่กรณ์	มีกิจกรรมเสริมสร้างความรอบรู้ในกลุ่มนักเรียน	การขับเคลื่อน โดย อบท.และ รพ.สต.
สันทราย	มีระบบเฝ้าระวังด้านยา โดย อสม.	การขับเคลื่อน โดย อบท.และ รพ.สต.

อภิปรายผล ข้อเสนอแนะ

วิธีการศึกษาที่ประกอบด้วย**ขั้นการวางแผน**การวิเคราะห์บริบทและขนาดปัญหาของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัยในพื้นที่การออกแบบการอบรมให้สอดคล้องกับทฤษฎีความรู้และปัญหา**ขั้นปฏิบัติการ** พัฒนาหลักสูตรการอบรมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลให้กับแกนนำ อสม. การสนทนากลุ่มให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาและ**ขั้นประเมินผล**จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัย จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบ รายงานจากชุมชนและการมีกิจกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนถือได้ว่าเป็นรูปแบบที่นำมาใช้ในการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของประชาชน หลักสูตรการเสริมสร้างความรอบรู้การใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน โดยใช้ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังในโรงพยาบาลและปัญหาในชุมชน ทำให้ทราบว่าผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบและประชาชนยังขาดความรู้ หลังการอบรมพบว่าแกนนำชุมชนมีความรอบรู้ความเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในทุกตำบล ควรขยายผลให้ประชาชนได้เข้ารับการอบรมเพิ่มมากขึ้นการสนทนากลุ่มในชุมชนโดยนำประเด็นความรู้ ผลจากการเฝ้าระวังและปัญหาที่พบในชุมชนได้ปัญหาที่สำคัญคือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ปลอมปนสเตียรอยด์ ประชาชนใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์จากร้านชำสถานพยาบาล พบร้านชำจำหน่ายยาอันตราย นำมาสู่กระบวนการกลุ่มในการออกแบบการแก้ปัญหาในชุมชนนำไปสู่การจัดตั้งศูนย์เฝ้าระวังการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน จำนวน ๓ ตำบล มีการดำเนินงานทั้งในเชิงรับและเชิงรุก ปัจจัยความสำเร็จของการจัดตั้งศูนย์เฝ้าระวังการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน คือ ต้นทุนเดิม มีการดำเนินงานด้านคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขร่วมกับชุมชนที่เข้มแข็ง

เอกสารอ้างอิง

๑. ชัยวัฒน์ สิงห์หิรัญสรณ์, สุนทรี ท.ชัยสัมฤทธิ์โชค, สมหญิง พุ่มทอง, ภูริดา เวียนทอง, ศิราณี ยงประเดิม, จันทนา ลิ้วสวัสดิ์, และคณะ. แนวทางการดำเนินงานพัฒนาระบบการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (Rational Drug Use Community: RDU Community). กลุ่มงานพัฒนาระบบสนับสนุนบริการ กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: ๒๕๖๓.
๒. รัชนิทย์ ราชกิจ เนตรสุวรรณ. การสรุปผลการดำเนินงานการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. รายงานผลการดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ, ๒๕๖๕.
๓. อีสริย์ฐิกา ชัยสวัสดิ์ จันทร์สองสุข,เพชรลดา บริหาร, นิภาพร เอื้อวัฒน์โชติมา,วีรยุทธ เลิศนที , เพ็ญกาญจน์ กาญจนรัตน์,นภาพรณ ภูมิปัญญาวิช. การพัฒนาตัวชี้วัดเพื่อติดตามและประเมินผลการขับเคลื่อนการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนของประเทศไทย.รายงานการวิจัย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ๒๕๖๕.

การพัฒนารูปแบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคจากการทำงานที่สัมผัสเสียงดังในโรงพยาบาลเลย

จิราภรณ์ สิมสวัสดิ์ กรณ์ย์ บุญเจียร และภักพงศ์ วงษ์ศิริ

โรงพยาบาลเลย

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคจากการทำงานที่สัมผัสเสียงดังในโรงพยาบาลเลย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่ทำงานในสภาพแวดล้อมที่มีเสียงดังเกิน ๘๕ dbA รวม ๖๐ คนใช้แนวคิด Kemmis และ McTaggart มุ่งพัฒนารูปแบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคจากการทำงานที่สัมผัสเสียงดังและปรับใช้รูปแบบในงานประจำแบ่งเป็น ๒ วงรอบแต่ละวงรอบมี ๔ ขั้นตอน ได้แก่ ๑) วางแผน ๒) ปฏิบัติการ ๓) สังเกต และ ๔) สะท้อนคิด ใช้เวลา ๖ เดือน

ผลพบว่า เกิดรูปแบบและแนวทางการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคจากการทำงานที่สัมผัสเสียงดังในโรงพยาบาลเลย ประเมินผลการใช้รูปแบบพบร้อยละ ๑๐๐.๐๐ หน่วยงานที่มีแหล่งกำเนิดเสียงดังได้ตรวจสอบสภาพแวดล้อมในการทำงานร้อยละ ๙๑.๖๖ กลุ่มเสี่ยงที่สัมผัสเสียงดังได้ร่วมกิจกรรม “รักษหู” ร้อยละ ๘๖.๖๖ ตรวจสมรรถภาพการได้ยินตามวันและเวลาที่กำหนด ร้อยละ ๑๐๐.๐๐ ผู้ที่ผลผิดปกติได้พบแพทย์และขณะทำงานพบว่า ร้อยละ ๔๖.๖๖ ใส่อุปกรณ์ป้องกันเสียงทุกครั้ง ร้อยละ ๓๓.๓๓ ใส่อุปกรณ์ป้องกันเสียงดังเป็นบางครั้งและร้อยละ ๒๐.๐๐ ไม่ใช้เลยซึ่งมีจำนวนลดลง

สรุปได้ว่ารูปแบบดังกล่าวทำให้ผู้ที่สัมผัสเสียงดังจากการทำงานในสิ่งแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัยจะได้รับการเฝ้าระวังสุขภาพที่เหมาะสมทำให้โอกาสเกิดโรคจากการทำงานลดลงได้แต่การใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงดังจะพบว่าส่วนใหญ่จะสวมใส่เมื่อมีการสุ่มตรวจ จึงควรมีนโยบายหรือข้อบังคับในการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงดังขณะทำงานจะช่วยป้องกันการเกิดโรคจากการทำงานได้มากขึ้นและควรนำรูปแบบไปใช้ในสถานประกอบการอื่นๆ เพื่อเฝ้าระวังการเกิดโรคต่อไป

หลักการ และเหตุผล

วัยแรงงานเป็นแรงงานกลุ่มใหญ่ที่มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุในการทำงาน โรคที่เกิดจากการทำงาน (Occupational diseases) และโรคที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน (work-related diseases) มากที่สุด^๑ โรคการได้ยินเสื่อมเหตุเสียงดังมีผู้ได้รับการวินิจฉัย ๔๒,๙๔๖ ราย คิดเป็นอัตราป่วยต่อประชากรแสนรายเท่ากับ ๗๑.๒๙ กลุ่มอายุ ๑๕ – ๕๙ ปี พบ ๑๓,๑๒๕ รายคิดเป็นร้อยละ ๓๐.๕๖ ส่วนการให้บริการอาชีวอนามัยของโรงพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพ พบบุคลากรทางการแพทย์ร้อยละ ๔๑.๐๐ มีแนวโน้มที่จะเกิดการบาดเจ็บและเจ็บป่วยได้มากกว่าอุตสาหกรรมอื่นๆ^๒ ร้อยละ ๒๕.๙๗ มีระดับการได้ยินต้องเฝ้าระวัง ร้อยละ ๑๒.๔๖ มีระดับการได้ยินผิดปกติและโรคประสาทหูเสื่อมจากเสียงดัง มีอัตราป่วยต่อแสนคนเท่ากับ ๐.๗๑^๓ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น ปัญหาในการสื่อสารระหว่างเพื่อนร่วมงาน ครอบครัว ชุมชน เกิดความเครียด เกิดปัญหาด้านจิตใจ คุณภาพชีวิตลดลง

โรงพยาบาลเลยได้มีการเฝ้าระวังสุขภาพบุคลากรโดยการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการทำงานอย่างต่อเนื่องซึ่งในปี ๒๕๖๕ พบหน่วยงานที่มีแหล่งกำเนิดเสียงดังจำนวน ๑๐ แห่ง กลุ่มเสี่ยงโรคจากการทำงานที่สัมผัสเสียงดังจากสิ่งแวดล้อมในการทำงานเกิน ๘๕ dbA ตามที่กฎหมายกำหนด^๔ จำนวน ๘๕ คน กลุ่มงานอาชีวเวชกรรมได้ทบทวนสถานการณ์ร่วมกันพบปัญหาคือการตรวจสภาพแวดล้อมในการทำงานยังไม่ครอบคลุม เจ้าหน้าที่บางรายไม่เข้ารับการตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงเพื่อเฝ้าระวัง ไม่มี

กฎระเบียบหรือข้อบังคับในการทำงานที่ต้องสัมผัสความเสี่ยงจากการทำงาน ทำให้ผู้ปฏิบัติงานบางคนไม่สนใจ ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำมีการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงดังไม่สม่ำเสมอ ขาดการกำกับติดตาม ไม่มีเกณฑ์การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงจากการทำงานที่สัมผัสเสียงดังและผู้ที่มิผลตรวจผิดปกติไม่มาพบแพทย์ จากปัญหาข้างต้นจึงมีความจำเป็นต้องกำหนดรูปแบบการดูแลอย่างเป็นระบบ จากการทบทวนความรู้ที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดโรคจากการทำงานที่สัมผัสเสียงดังโดยสร้างการมีส่วนร่วม แบ่งปันความรับผิดชอบการดูแลร่วมกันระหว่างหัวหน้าแผนกเครือข่ายความปลอดภัยในหน่วยงาน และพยาบาลอาชีวอนามัยกลุ่มผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการมาประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาและประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคจากการทำงานที่สัมผัสเสียงดังในโรงพยาบาลเลย

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคจากการทำงานที่สัมผัสเสียงดังในโรงพยาบาลเลย
๒. เพื่อประเมินผลการนำรูปแบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคจากการทำงานที่สัมผัสเสียงดังในโรงพยาบาลเลยไปใช้ในการปฏิบัติงาน

การดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart^๕ แบ่งเป็น ๒ วงรอบแต่ละวงรอบมี ๔ ขั้นตอน คือ ๑) การวางแผนเพื่อสร้างการรับรู้สถานการณ์ ระบุปัญหา วิเคราะห์สาเหตุ แลกเปลี่ยนประสบการณ์การแก้ปัญหา กำหนดแผนงานโครงการ ๒) การปฏิบัติการโดยนำแผนและโครงการไปปฏิบัติ ๓) สังเกตการณ์ ๔) การสะท้อนคิดผู้ร่วมวิจัยคือทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ๘ คน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่ทำงานในสภาพแวดล้อมที่มีเสียงดังเกิน ๘๕ dbA จำนวน ๖๐ คน เลือกแบบเจาะจงเกณฑ์คัดเข้า เป็นผู้ที่ทำงานในสิ่งแวดล้อมที่มีเสียงดังเกิน ๘๕ dbA อายุไม่เกิน ๕๕ ปี ไม่มีภาวะหูตึง หูอื้อ Һูน้ำหนวก สื่อสารรู้เรื่อง และยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เกณฑ์คัดออก อายุเกิน ๕๕ ปี สื่อสารไม่รู้เรื่อง ไม่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม มีภาวะหูตึง หูอื้อ มีเสียงดังในหู เครื่องมือที่ใช้ ๑) แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก/สนทนากลุ่ม /การประชุมระดมสมองและสะท้อนคิด ๒) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการทำงาน ผลตรวจการได้ยิน ๓) แบบติดตามการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงดังในการทำงาน ๔) แนวทางการประชุมระดมสมองและสะท้อนคิด ระยะเวลาศึกษา ๖ เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูลและตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล แบ่งเป็น ๒ ส่วน ได้แก่ ๑) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยนำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่ จากนั้นตรวจสอบ เชื่อมโยงและยืนยันความถูกต้องและความเข้าใจในเนื้อหา การตรวจสอบความน่าเชื่อถือข้อมูลแบบสามเส้า (Data Triangulation) โดยใช้ ๒ วิธี คือ เก็บข้อมูลด้วยวิธีที่ต่างกัน เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการประชุมระดมสมองและสะท้อนคิด เก็บข้อมูลจากในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยความถี่และร้อยละ

การเก็บข้อมูล ๑) สัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ได้แก่ แพทย์อาชีวเวชศาสตร์ ๑ คน พยาบาลอาชีวอนามัย ๕ คน เครือข่ายความปลอดภัยในหน่วยงาน ๑ คน หัวหน้าแผนกในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ๑ คน ผู้ที่ทำงานสัมผัสเสียงดังจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ๕ คน ๒) สนทนากลุ่มเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ เติมเต็มข้อมูลและยืนยันข้อมูลจำนวน ๓ ครั้ง ๓) ประชุมระดมสมองและสะท้อนคิดเพื่อวางแผนติดตามประเมินผล สะท้อนคิดและติดตามการดำเนินการ ๓ ครั้ง

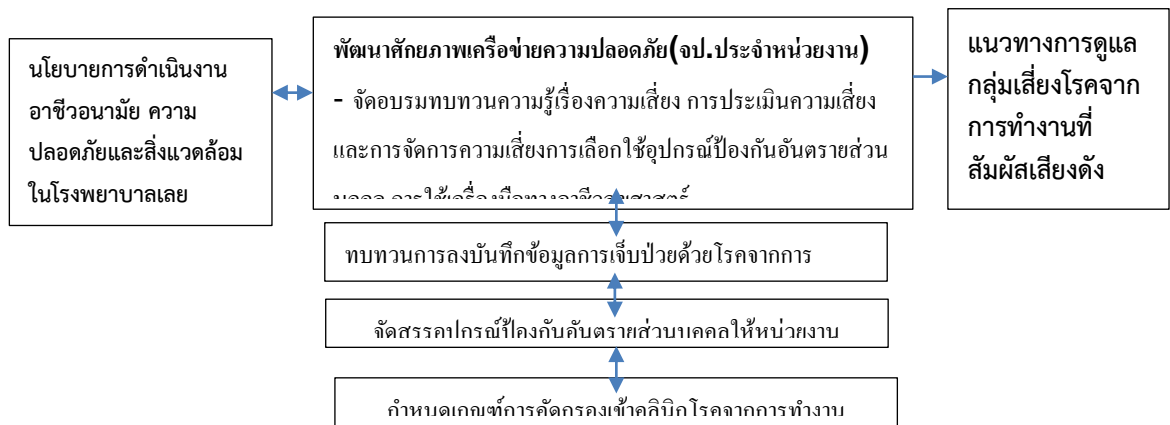
การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมทางการวิจัยการวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลเลย เลขที่ EC ๐๑๐/๒๕๖๖ ลงวันที่ ๓๐ มีนาคม ๒๕๖๖

ผลการวิจัย

วงรอบที่ ๑ การพัฒนารูปแบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคจากการทำงานที่สัมผัสเสียงดัง
ผลจากการดำเนินงานร่วมกันสามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้

ผลลัพธ์ต่อกลุ่มเสี่ยงมีหน่วยงานที่เสียงดังเกิน ๘๕ dbA จำนวน ๖ แห่ง มีผู้ที่สัมผัสความเสี่ยงต้องได้รับการตรวจสมรรถภาพการได้ยินเพื่อเฝ้าระวังการเกิดโรคจากการทำงาน จำนวน ๖๐ คน มาตรวจสมรรถภาพการได้ยินตรงตามเวลาที่กำหนด ๕๕ คน ต้องติดตามมาตรวจ ๕ คน พบผู้ที่มีผลอยู่ในเกณฑ์ปกติ ๓๖ คน ผลผิดปกติ ๒๔ คน จากการสำรวจพบมีปัญหาอุปกรณ์ป้องกันเสียงดังชำรุดเสียหาย ได้รับการจัดสรรเพิ่ม (Ear plug) จำนวน ๒๕ คน

ผลลัพธ์เชิงกระบวนการมีรูปแบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคจากการทำงานที่สัมผัสเสียงดังในโรงพยาบาลเลย (ภาพที่ ๑) และแนวทางการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคจากการทำงานที่สัมผัสเสียงดัง (ภาพที่ ๒)



ภาพที่ ๑ แนวทางการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคจากการทำงานที่สัมผัสเสียงดังในโรงพยาบาลเลย

1. การสำรวจและประเมินความเสี่ยงโรคร้ายจากการปฏิบัติงานที่สัมผัสเสียงดังในงานประจำ ผลลัพธ์เชิงนโยบาย งานอาชีวอนามัยความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล กำหนดให้หน่วยงานที่มีแหล่งกำเนิดเสียงดังต้องได้รับการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการทำงาน 1 ครั้ง/ปี หน่วยงานที่มีเสียงดังเกิน ๘๕ dbA ผู้สัมผัสความเสี่ยงต้องได้รับการตรวจสมรรถภาพการได้ยินปีละ 1 ครั้งตามที่กฎหมายกำหนด

ผลลัพธ์ทางการแพทย์และการพยาบาลกลุ่มเสียงเข้าร่วมกิจกรรม “รักษ์หู” และมีความรู้เรื่องโรคร้ายจากการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น ทุกคนได้รับการตรวจสมรรถภาพการได้ยินและรับผลหลังการตรวจทันที ผู้ที่มีผลผิดปกติตามเกณฑ์ทุกคนได้พบแพทย์ที่คลินิกโรคจากการทำงาน ส่วนการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันเสียงดังขณะทำงานพบมีการใช้ทุกครั้งเพิ่มขึ้นรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ ๓

ตารางที่ ๓ ผลการดำเนินงาน

กิจกรรม	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
๑. การเข้าร่วมกิจกรรม “รักษัหุ” (n= ๖๐)	๔๖	๗๖.๖๖	๕๕	๙๑.๖๖
๒. การตรวจสอบสมรรถภาพการได้ยินตามวันและเวลาที่กำหนด (n=๖๐)	๓๙	๖๕.๐๐	๕๒	๘๖.๖๖
๓. การติดตามพบแพทย์ในผู้ที่ผลผิดปกติ (n= ๒)	๑	๕๐.๐๐	๒	๑๐๐.๐๐
๔. ใส่อุปกรณ์ป้องกันเสียงดังทุกครั้งที่ใช้ปฏิบัติงาน(n=๖๐)	๑๑	๑๘.๓๓	๒๘	๔๖.๖๖
๕. ใส่อุปกรณ์ป้องกันเสียงดังบางครั้งที่ใช้ปฏิบัติงาน(n=๖๐)	๒๙	๔๘.๓๓	๒๐	๓๓.๓๓
๖. ไม่ใส่อุปกรณ์ป้องกันเสียงดังในขณะปฏิบัติงาน(n=๖๐)	๒๔	๔๐.๐๐	๑๒	๒๐.๐๐

อภิปรายสรุปผล และข้อเสนอแนะ

การพัฒนาแบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคจากการทำงานที่สัมผัสเสียงดังโรงพยาบาลเลยเน้นการพัฒนาศักยภาพเครือข่าย การนำแนวทางปฏิบัติไปใช้ในหน่วยงานได้รับการยอมรับจากทีมผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง ส่งผลให้การดำเนินงานอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลเลยเป็นไปในทิศทางเดียวกัน กลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลที่เหมาะสมอย่างมีระบบและครอบคลุมตามเกณฑ์ที่กำหนดจึงสามารถสรุปได้ว่าการพัฒนาแบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคจากการทำงานที่สัมผัสเสียงดัง ช่วยให้กลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมโดยการมีส่วนร่วมของหน่วยงานและทีมสหสาขาวิชาชีพ จึงควรนำแบบดังกล่าวไปประยุกต์ใช้กับสถานประกอบการที่มีการสัมผัสเสียงดังในการทำงานเพื่อให้คนทำงานได้รับการดูแลที่เหมาะสมและควรกำหนดให้การสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียงดังเป็นตัวชี้วัดระดับหน่วยงานเพื่อขับเคลื่อนนโยบายด้านความปลอดภัยลงสู่หน่วยงานและผู้ปฏิบัติ อันจะช่วยป้องกันการเกิดโรคจากการทำงานได้

เอกสารอ้างอิง

- ๑.Kalampakom S. Occupational health nursing in Thailand :Insight into international occupational health. AAOHN. ๒๐๐๓;๕๑(๒):๗๙-๘๓.
- ๒.El-Hady M, Alazab R, Wahed A. Risk assessment of physical health hazards in Al – Azhar University hospital in new Damietta, Egypt. J Hosp Med. ๒๐๑๓;๕๓:๑๐๑๙-๑๐๓๕.
- ๓.สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. สถิติของโรคและการเจ็บป่วยจากการทำงาน. ๒๕๕๘.
- ๔.กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน. ประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานเรื่องหลักเกณฑ์และวิธีการจัดการทำโครงการอนุรักษ์การได้ยินในสถานประกอบการ.ราชกิจจานุเบกษาเล่ม ๑๓๕ ตอนพิเศษ ๑๓๔ ง ๑๒ มิถุนายน ๒๕๖๑.
- ๕.Kemmis S & Mc Taggart R. The Action Research Planer (๓rd ed.). Victoria: Deakin University. ๑๙๙๘.

**ประสิทธิผลของกระบวนการสร้างแรงจูงใจต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร
ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช**

ศิรินันท์ ทานโสเถ

โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของกระบวนการสร้างแรงจูงใจต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช มีรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง แบบหนึ่งกลุ่ม รวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจ กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยวิธีเคราห์ One-sided จำนวน ๑๘ คน รวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์เชิงลึกพฤติกรรมมารับประทานอาหารและแบบติดตามพฤติกรรมมารับประทานอาหารรายบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติทดสอบ Shapiro-Wilk W test ใช้ T-test ในการทดสอบความแตกต่าง โดยเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าระดับน้ำตาลหลังอดอาหารและค่าน้ำตาลสะสม ก่อนการทดลองและหลังการทดลองด้วยสถิติทดสอบ Paired Sample t-test

ผลการศึกษาพบว่า ตัวอย่างจำนวน ๑๘ คน สามารถปฏิบัติพฤติกรรมตามเป้าหมายที่ตนเองตั้งไว้ได้ครบทุกคน คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยของค่าน้ำตาลหลังอดอาหาร (FBS) เท่ากับ ๒๐๙.๑๗ คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๒๗.๓๕๙ และหลังเข้าร่วมโปรแกรม ตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยค่าน้ำตาลหลังอดอาหาร (FBS) เท่ากับ ๑๓๕.๓๓ คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๒๔.๑๕๕ และก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยของค่าน้ำตาลสะสม (HbA๑c) ๙.๘๖ คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๒.๖๙๗ และหลังเข้าร่วมโปรแกรม ตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยของค่าน้ำตาลสะสม (HbA๑c) ๘.๗๗ คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๒.๒๖๕

คำสำคัญ: กระบวนการสร้างแรงจูงใจ โรคเบาหวาน พฤติกรรมมารับประทานอาหาร

หลักการ และเหตุผล

ทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคเบาหวานมากถึง ๕๓๗ ล้านคน มากกว่าร้อยละ ๙๐ เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ และภายในปี ๒๕๗๓ จะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น ๖๔๓ ล้านคน และภายในปี ๒๕๘๘ จะเพิ่มมากถึง ๗๘๓ ล้านคน ปัจจัยเสี่ยงโรคเบาหวานเกิดจากการมีประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน มีภาวะอ้วน น้ำหนักเกิน รอบเอวเกิน ชอบรับประทานอาหารรสหวาน มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ สูบบุหรี่ และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์^๑ ซึ่งในประเทศไทยพบ ๕ โรคปัญหาสำคัญ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองโรคเบาหวาน และอีกหนึ่งโรคที่มีความสำคัญอย่างยิ่งคือ โรคเบาหวาน และภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานที่เกิดขึ้นเช่น โรคหัวใจ ภาวะแทรกซ้อนทางไต ตา ปลายประสาท และเท้า เป็นต้น ซึ่งมีผลกระทบทางสังคมอันเนื่องมาจากอัตราการเสียชีวิต และคุณภาพของประชากรเพิ่มขึ้น และผลกระทบทางเศรษฐกิจซึ่งเกิดจากภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นตามมา^๒ ซึ่งสหพันธ์เบาหวานนานาชาติได้คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.๒๕๘๓ ประเทศไทยจะมีผู้ป่วยเบาหวานสูงถึง ๕.๓ ล้านคน^๓

ผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่จังหวัดลพบุรี พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า ๖๐ ปี^๔

โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชพบว่าโรคเบาหวาน มีจำนวนผู้ป่วยนอกสะสมปี พ.ศ. ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖ จำนวน ๑๓,๔๘๕ ๑๔,๓๖๓ และ ๑๕,๐๖๓ ตามลำดับ ซึ่งมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี^๕

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) เป็น การสื่อสารที่คำนึงถึงผู้ป่วยเป็นหลักช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเกิดความมุ่งมั่นในสัญญาการ เปลี่ยนแปลงสนับสนุนการดูแลตนเองและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพช่วยให้ผู้ป่วยสามารถ ควบคุมโรคได้^๕ ซึ่งในการให้คำแนะนำด้านสุขภาพของพื้นที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชยังไม่มี การทำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ประยุกต์การสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) ร่วมกับการฝึกสติในการรับประทานอาหารให้กับผู้ป่วย โรคเบาหวานดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้นำแนวทางการสร้างแรงจูงใจมาประยุกต์เป็นโปรแกรมการสร้าง แรงจูงใจให้กับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ร่วมกับการบวกรับการฝึกสติในการรับประทานอาหารเพื่อให้ผู้ป่วย โรคเบาหวานเกิดความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพตระหนักในปัญหาตนเองและ เกิดการตัดสินใจในการเปลี่ยนแปลงตนเองปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพควบคุมค่าระดับน้ำตาลได้ลด การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายมีสุขภาวะที่ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของกระบวนการสร้างแรงจูงใจต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหารผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

การดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบหนึ่งกลุ่ม เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการ เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจ

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลพระ นารายณ์มหาราช ตำบลเขาสามยอต อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี ปี ๒๕๖๗ จำนวน ๒๔๔ คน กลุ่ม ตัวอย่างในการศึกษานี้ ได้จากการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) สูตรการ คำนวณขนาดตัวอย่างโดยวิเคราะห์ One-sided test กำหนดค่าความถูกต้อง ๙๕ เปอร์เซ็นต์ Power of test ๙๐ เปอร์เซ็นต์ จากการทบทวนงานวิจัยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ^๖ พบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ๒๑.๕๘ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๒.๙๓๑ คะแนน และหลังการ ทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ๒๔.๕๓ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๒.๐๓๘ คะแนน นำมาคำนวณโดยใช้สูตรดังนี้

$$n = \frac{\sigma^2}{\Delta^2} (Z_\alpha + Z_\beta)^2$$

$$n = \frac{(๒.๙๓๑)^2 (๑.๖๔ + ๑.๒๘)^2}{(๒.๐๓๘)^2}$$

$$n = ๑๗.๖$$

ดังนั้น จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ๑๘ คน มีเกณฑ์การคัดเข้า เกณฑ์การคัดออก ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า ๑) ผู้ป่วยเบาหวานที่มีค่า FBS > ๑๓๐ มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์หรือ HbA๑c > ๗ เปอร์เซ็นต์ ๒) สามารถพูดคุย ติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์หรือทาง Application LINE ได้ เกณฑ์คัดออก ผู้เข้าร่วมการวิจัยขอถอนตัวในการเข้าร่วมการวิจัยขณะดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองการทำวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช KNH ๒๘/๒๕๖๖ ออกให้ ณ วันที่ ๑๒ กันยายน ๒๕๖๖ ถึงวันที่ ๑๑ กันยายน ๒๕๖๗

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ๑. โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจประกอบด้วย ๔ กิจกรรม ประกอบด้วย ๑) สร้างสัมพันธ์ภาพ/ตกลงบริการ (Engagement) ๒) ให้คำแนะนำแบบมีตัวเลือกฝึกสติพื้นฐานกับการดำเนินชีวิต ๓) เรียนรู้เรื่องอาหารเบาหวาน อาหารทดแทน และฝึกสติกับการเลือกรับประทานอาหาร ๔) ฝึกสติกับการควบคุมอารมณ์หิว/อยาก ๒. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกพฤติกรรมการรับประทานอาหารรายบุคคล และ ๓. แบบติดตามพฤติกรรมมารับประทานอาหารรายบุคคล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเตรียมการ ๑) จัดทำ پایโปสเตอร์ประชาสัมพันธ์กิจกรรมบริเวณคลินิกเบาหวาน ๒) คัดกรองผู้ป่วยที่มีค่า FBS > ๑๓๐ มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์หรือ HbA_{1c} > ๗ เปอร์เซ็นต์ และสนใจเข้าร่วมกิจกรรม ๓) เก็บรวบรวมข้อมูลระดับน้ำตาล จาก HosXp และสัมภาษณ์พฤติกรรมมารับประทานอาหาร โดยใช้แบบสัมภาษณ์ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจ

ระยะดำเนินการ ๑) จัดกิจกรรมตามโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจ โดยมีรายละเอียดกิจกรรมดังนี้ กิจกรรมที่ ๑ การสนทนารายบุคคลเพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพ/ตกลงบริการ (Engagement) เพื่อค้นหาสิ่งสำคัญ/แรงจูงใจ (Find out motivation) กิจกรรมที่ ๒ การให้คำแนะนำแบบมีตัวเลือกให้ได้เลือกรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง ฝึกฝึกสติพื้นฐานกับการดำเนินชีวิต กิจกรรมที่ ๓ ฝึกสติกับการเลือกรับประทานอาหาร พบนักโภชนาการพูดคุยเรื่องอาหารเบาหวาน อาหารทดแทน

กิจกรรมที่ ๔ ฝึกสติกับการควบคุมอารมณ์หิว/อยากตั้งเป้าหมายพฤติกรรมที่จะปรับเปลี่ยน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ให้กำลังใจ ๒) ติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การปฏิบัติพฤติกรรมตามเป้าหมาย ปัญหาอุปสรรค จากการติดตามผ่านทางโทรศัพท์และ Application LINE ๓) เก็บรวบรวมข้อมูลระดับน้ำตาล จาก HosXp และสัมภาษณ์พฤติกรรมมารับประทานอาหาร โดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล หลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจ ๖ เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ ความถูกต้องของข้อมูล เพื่อนำไปวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ = ๐.๐๕ จากนั้นทำการทดสอบการแจกแจงของข้อมูลว่ามีการแจกแจงแบบปกติหรือไม่ ด้วยสถิติทดสอบ Shapiro-Wilk W test พบว่า มีการแจกแจงแบบปกติ ใช้ T test ในการทดสอบความแตกต่างได้ โดยเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าระดับน้ำตาลหลังอดอาหารและค่าน้ำตาลสะสม ก่อนการทดลองและหลังการทดลองด้วยสถิติทดสอบ Paired Sample t-test

ผลการศึกษา

จากการศึกษาประสิทธิผลของกระบวนการสร้างแรงจูงใจต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จำแนกผลการวิจัยเป็น ๒ ส่วนย่อย ประกอบด้วยพฤติกรรมมารับประทานอาหารและค่าระดับน้ำตาล ก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ส่วนที่ ๑ พฤติกรรมมารับประทานอาหาร จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า ตัวอย่างจำนวน ๑๘ คน สามารถปฏิบัติพฤติกรรมเป้าหมายที่ตนเองตั้งไว้ได้ครบทุกคน คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ เช่น ตัวอย่างที่

เป็นเกษตรกรทำงานกลางแจ้ง ทำให้ต้องดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง วันละ ๒-๓ ขวด ตั้งเป้าหมายพฤติกรรมที่จะลดปริมาณการดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง เพียงวันละ ๑ ขวด พนักงานโรงงานจะลดการรับประทานขนมหวานตอนกลางวัน ผู้สูงอายุจะเปลี่ยนกาแฟแบบ ๓in๑ เป็นการดื่มกาแฟดำ เป็นต้น

ส่วนที่ ๒ ผลของคาร์บอน้ำตาลในเลือด๒.๑ คาร์บอน้ำตาลหลังอดอาหาร (FBS)

จากการศึกษาพบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าน้ำตาลหลังอดอาหาร (FBS) มีคะแนนเฉลี่ย ๒๐๙.๑๗ คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๒๗.๓๕๙ และหลังเข้าร่วมโปรแกรม ตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าน้ำตาลหลังอดอาหาร (FBS) ลดลง มีคะแนนเฉลี่ย ๑๓๕.๓๓ คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๒๔.๑๙๕ รายละเอียดดังตารางที่ ๑

ตารางที่ ๑ แสดงคาร์บอน้ำตาลหลังอดอาหาร (FBS)เปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n=๑๘)

FBS	คะแนนเฉลี่ย ($\bar{x}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.)	t	df	p-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	๒๐๙.๑๗	๒๗.๓๕๙	๘.๘๕๒	๑๗	๐.๐๐๐
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	๑๓๕.๓๓	๒๔.๑๙๕			

๒.๒ คาร์บอน้ำตาลสะสม (HbA_{1c}) จากการศึกษ พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าน้ำตาลสะสม (HbA_{1c}) ลดลง มีคะแนนเฉลี่ย ๙.๘๖ คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๒.๖๙๗ และหลังเข้าร่วมโปรแกรม ตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าน้ำตาลสะสม (HbA_{1c}) ลดลง มีคะแนนเฉลี่ย ๘.๗๗ คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๒.๒๖๕รายละเอียดดังตารางที่ ๒

ตารางที่ ๒ แสดงคาร์บอน้ำตาลสะสม (HbA_{1c})เปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n=๑๘)

HbA _{1c}	คะแนนเฉลี่ย ($\bar{x}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.)	t	df	p-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	๙.๘๖	๒.๖๙๗	๓.๔๐๑	๑๗	๐.๐๐๓
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	๘.๗๗	๒.๒๖๕			

อภิปรายผล

จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า ตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมเป้าหมายที่ตนเองตั้งไว้ได้ ซึ่งตัวกำหนดการปฏิบัติพฤติกรรมของตัวอย่างคือความพร้อม ความตั้งใจ และเป็นพฤติกรรมที่ตัวอย่างเป็นคนตัดสินใจได้ด้วยตนเองว่าสามารถทำได้ เช่น ตัวอย่างที่เป็นเกษตรกรทำงานกลางแจ้ง ทำให้ต้องดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง วันละ ๒-๓ ขวด เมื่อตั้งเป้าหมายพฤติกรรมที่จะลดปริมาณการดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง วันละ ๑ ขวด เพียงพฤติกรรมเดียว หรือเป้าหมายการลดการรับประทานขนมหวานตอนกลางวันของพนักงานโรงงาน ส่งผลให้ตัวอย่างมุ่งไปที่การปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอย่างตั้งใจ จึงทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป้าหมายนั้นๆได้จริง พร้อมทั้งควบคุมกำกับตนเอง ร่วมกับการติดตามเยี่ยมเสริมพลังและให้กำลังใจจากเจ้าหน้าที่อย่างต่อเนื่อง ส่งผลทำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองอย่างสม่ำเสมอ และ

ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดียิ่งขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของอนงค์ลักษณ์ เคนสุโพธิ์และอรอนงค์ ดีแดง (๒๕๖๗)^๗

การฝึกสติรับรู้ความหิว/ความอยากอาหาร ทำให้ตัวอย่างส่วนใหญ่ทราบว่าอาการอยาก คือความต้องการรับประทานอาหารนอกเวลามื้ออาหาร ส่วนอาการหิว คือความต้องการรับประทานอาหารเมื่อใกล้ถึงเวลามื้ออาหาร ทำให้ตัวอย่างลดการรับประทานอาหารนอกมื้ออาหาร และอาหารจุกจิกได้สอดคล้องกับการศึกษาของ บุญเพ็ง สิทธิวิชา (๒๕๖๖)^๘ ที่พบว่าการรับประทานอาหารครบห้าหมู่ทุกวันอย่างสม่ำเสมอตลอดทั้งการรับประทานครบทั้งสามมื้อในแต่ละวัน โดยหลีกเลี่ยงการรับประทานของหวาน น้ำหวาน น้ำอัดลมอาหารประเภทแป้งยังช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลได้และนอกจากนี้ยังพบว่ากระบวนการสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interview) ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหารและลดระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ สอดคล้องกับการศึกษาของเทิดศักดิ์ เดชคง (๒๕๖๐)^๙ และการศึกษาของวลัยพร รุ่งเรือง (๒๕๖๖)^{๑๐}

โดยสรุปผลการวิจัยครั้งนี้ ทำให้พบว่าการที่ตัวอย่างมีการตั้งเป้าหมายพฤติกรรมเพียง ๑-๒ พฤติกรรม และสามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆได้ตามที่ตั้งไว้ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงค่าระดับน้ำตาลในเลือดได้ แม้พฤติกรรมนั้นจะเป็นเพียงพฤติกรรมเล็กน้อยแต่หากเป็นพฤติกรรมที่ส่งผลต่อค่าน้ำตาลโดยตรงก็ทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพได้เช่นกัน

ข้อเสนอแนะ

๑. นำผลการศึกษาไปใช้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหารในผู้ป่วยโรคเบาหวาน พื้นที่อื่นๆได้
๒. นำกระบวนการการตั้งเป้าหมายพฤติกรรมจากแรงจูงใจของผู้เข้าร่วมโปรแกรมในกิจกรรมอื่นๆได้ส่งทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นๆได้จริง
๓. นำกระบวนการสร้างสัมพันธภาพไปใช้ในการพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้กิจกรรมอื่นๆ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ การเป็นพวกเดียวกัน ส่งผลให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเปิดใจและพร้อมเข้าร่วมกิจกรรม

เอกสารอ้างอิง

๑. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. สถานการณ์โรคเบาหวานในภาคพื้นแปซิฟิก (Western Pacific). <https://www.dmthai.org/new/index.php/sara-khwam-ru/the-chart/the-chart-๑/๒๐๑๘-๐๒-๐๘-๑๔-๕๒-๔๖>. ๒๕๓๓.
๒. กองโรคไม่ติดต่อสำนักสื่อสารความเสี่ยงฯ กรมควบคุมโรค. กรมควบคุมโรคตรวจพบก่อนจะลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้. ๒๕๖๖. https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=๓๘๔๐๓&deptcode=brc&news_views=๒๖๐๖
๓. กรมควบคุมโรค, (๒๕๖๖). สถานการณ์โรคเบาหวาน. https://ddc.moph.go.th/odpc๙/news.php?news=๓๔๐๒๖&deptcode=odpc๙&news_views=๗๒๒๒
๔. ศูนย์ข้อมูลข่าวสารโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช. สถิติผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช. ๒๕๖๗.

- ๕.เทอดศักดิ์ เดชคง. สนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วย NCDs(พิมพ์ครั้งที่ ๑).สำนักพิมพ์ บียอนด์ พับลิชชิง จำกัด. ๒๕๖๐.
- ๖.พิภุทธิชิตา ณ นคร. ผลของการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ของพนักงานในโรงงานจังหวัดสระบุรี. วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี.๒๕๖๐;๒๖(๑):๑๓-๒๖.
- ๗.อนงค์ลักษณ์ เคนสุโพธิ์และอรอนงค์ ดีแดง. รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ผู้ป่วยเบาหวานมีระดับน้ำตาลสะสมสูงเกินเกณฑ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกก่อ อำเภอมะนังมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการทางการแพทย์พยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ,๒๕๖๗;๔(๑):๒๔-๔๑.
- ๘.บุญเพ็ง สิทธิวงษา, พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ที่มารับบริการคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตพื้นที่จังหวัดอุดรธานี. วารสารสหศาสตร์การพัฒนาสังคม. ๒๕๖๖;๖(๑):๓๐-๔๓.
- ๙.วลัยพร รุ่งเรือง.ผลของโปแกรมให้คำปรึกษาเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. ๒๖๖๖;๘(๒):๒๒๙-๒๓๖.

การพัฒนาแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ ๒ โดยใช้กระบวนการสร้างแรงจูงใจในศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองบ้านสองนางโย

พงพรรณ กาละนิโย

ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองบ้านสองนางโย โรงพยาบาลมหาสารคาม

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ ๒ ที่มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (Hemoglobin A๑C: HbA๑c) ≥ 7 percent เพื่อพัฒนาแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และเพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การวิจัยแบ่งออกเป็น ๓ ระยะ ประกอบด้วย ระยะที่ ๑ ระยะเตรียมการ วิเคราะห์สถานการณ์ ศึกษาบริบท ระยะที่ ๒ ระยะพัฒนารูปแบบโดยใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis & McTaggart (๑๙๙๐)^๑ ประกอบด้วย ๔ ขั้นตอนคือ การวางแผน การลงมือปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผลการปฏิบัติ และแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) ระยะที่ ๓ ระยะประเมินผลการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาในศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองบ้านสองนางโย ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ที่มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA๑c) ≥ 7 percent จำนวน ๓๐ คน โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนตุลาคม ๒๕๖๖ - เดือนพฤษภาคม ๒๕๖๗ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลได้แก่ แบบสอบถามปลายเปิด แบบสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เชิงลึก แบบสัมภาษณ์รายกลุ่ม การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยค่าเฉลี่ย ร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัย พบว่า จากการใช้กระบวนการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจ(MI) ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานเกิดความตระหนักที่จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง มีเป้าหมายที่ชัดเจน กำหนดระยะเวลาที่ชัดเจนในการที่จะปฏิบัติการดูแลตนเอง นอกจากนี้ยังพบว่าค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA๑c) ก่อนและหลัง มีค่าเฉลี่ยลดลง จาก ๙.๕๗ เป็น ๘.๖๓ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ กระบวนการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจ(MI) รายบุคคล ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานใส่ใจการดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มขึ้น ตระหนักในปัญหาสุขภาพของตนเอง เลือกวิธีปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของตนเอง ทั้งด้านการบริโภคอาหาร ออกกำลังกายและการผ่อนคลายความเครียด ทำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง จึงส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย

หลักการ และเหตุผล

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ ข้อมูลจากสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (international diabetes federation) ในปี ๒๕๖๐ คาดการณ์ว่าทั่วโลกจะมีผู้ป่วยเบาหวาน ๔๒๕ ล้านราย ในปี ๒๕๘๘ คาดการณ์ว่าจะมีผู้ป่วยเบาหวาน ๖๒๙ ล้านรายทั่วโลก จะเห็นได้ว่า อัตราการเพิ่มของผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง^๒ (สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค, ๒๕๖๑) สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย จากข้อมูลกองยุทธศาสตร์และแผนงาน^๓ (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๕) ในปี ๒๕๖๑-๒๕๖๔ พบอัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานของประเทศไทยที่มีแนวโน้มสูงขึ้น คือ ๔,๑๙๘, ๔,๔๒๘, ๔,๕๔๓, และ ๔,๗๙๔ ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และในจังหวัดมหาสารคาม พบอัตราผู้ป่วยที่สูงขึ้นเช่นเดียวกันคือ ๕,๔๑๕,

๕,๖๔๘, ๕,๘๔๘ และ ๖,๒๔๖ ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกปี

ในด้านการเฝ้าระวังควบคุมโรคพบอัตราของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์คือร้อยละ ๑๗.๒๐, ๒๒.๕๕, ๒๒.๒๑ และ ๒๓.๙๓ ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (เกณฑ์คือควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ร้อยละ ๔๐ ขึ้นไป) ถือว่ายังไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด นอกจากนี้โรคเบาหวานก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อระบบต่างๆ ของร่างกายหากไม่สามารถควบคุมโรคได้ ซึ่งภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานสามารถป้องกันและชะลอให้เกิดช้าลงได้ ถ้าผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดให้ปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดนั้นจำเป็นต้องอาศัยการดูแลตนเองของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ผู้ป่วยต้องรู้จักการดูแลตนเอง เพื่อหลีกเลี่ยงโรคแทรกซ้อนดังกล่าว การใช้ทักษะการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing:MI)^๕ มาใช้ในการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานในครั้งนี้ เพื่อให้สามารถควบคุมโรคด้วยตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

จากปัญหาสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยได้เล็งเห็นความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จึงได้พัฒนาต่อยอดการดำเนินงานโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ของ Kemmis & McTaggart (๑๙๙๐)^๖ และใช้ทักษะการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) ในการส่งเสริมให้เกิดความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และเกิดการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA_{1c}) ≥ ๗ percent ในศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองบ้านสองนางโย ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม เพื่อนำรูปแบบดังกล่าวไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์

๑ เพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ ๒ ที่มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA_{1c}) ≥ ๗ percent ในศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองบ้านสองนางโย ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

๒ เพื่อพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ ๒ ที่มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA_{1c}) ≥ ๗ percent ในศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองบ้านสองนางโย ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

๓ เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ ๒ ที่มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA_{1c}) ≥ ๗ percent ในศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองบ้านสองนางโย ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

การดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis & McTaggart (๑๙๙๐)^๖ และแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจ (MI) การวิจัยแบ่งออกเป็น ๓ ระยะ ประกอบด้วย ระยะที่ ๑ ระยะเตรียมการ ประกอบด้วยวิเคราะห์สถานการณ์โรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ในเขตรับผิดชอบศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองบ้านสองนางโย ระยะที่ ๒ ระยะพัฒนารูปแบบโดยใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis & McTaggart (๑๙๙๐)^๖ ประกอบด้วย ๔

ขั้นตอนคือ การวางแผน (Plan) ประกอบด้วยกิจกรรมการสำรวจข้อมูล ค้นหาปัญหาผู้ป่วยรายพื้นที่และรายคน และประชุมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องหาแนวทางแก้ไขปัญหา การลงมือปฏิบัติ (Action) ประกอบด้วยกิจกรรมการทำพันธสัญญาร่วมกัน การกำหนดเป้าหมายกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล การสนทนาสร้างแรงจูงใจ (MI) การรวมกลุ่มพบปะให้กำลังใจซึ่งกันและกัน การเยี่ยมบ้านติดตามการดูแลตนเองของผู้ป่วย การสังเกต (Observation) ประกอบด้วยการนัดติดตามดูผลจากการดูแลตนเองโดยการตรวจระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA_{1c}) ประเมินและสรุปผลการดูแลตนเอง การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) ประกอบด้วยการถอดบทเรียนและแก้ไขปรับปรุง ระยะที่ ๓ ระยะประเมินผล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาในศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองบ้านสองนางใย ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ที่มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA_{1c}) ≥ ๗ percent จำนวน ๓๐ คน โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนตุลาคม ๒๕๖๖ - เดือนพฤษภาคม ๒๕๖๗ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามปลายเปิด แบบสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เชิงลึก แบบสัมภาษณ์รายกลุ่ม การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยค่าเฉลี่ย ร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัย

พบว่าการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ ๒ โดยใช้กระบวนการสร้างแรงจูงใจ (MI) ทำให้เกิดรูปแบบกิจกรรมแบบใหม่ประกอบด้วย ๗ กิจกรรม ได้แก่ ๑) กิจกรรมการ ค้นหาปัญหาผู้ป่วยรายบุคคล ๒) ประชุมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องหาแนวทางแก้ไขปัญหา ๓) การทำพันธสัญญาและการกำหนดเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วย ๔) การสนทนาสร้างแรงจูงใจ (MI) ๕) การรวมกลุ่มพบปะให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ๖) การเยี่ยมบ้านติดตามการดูแลตนเองของผู้ป่วย ๗) การนัดติดตามตรวจระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA_{1c}) ซึ่งเป็นรูปแบบการแก้ปัญหาผู้ป่วยที่มีน้ำตาลในเลือดสูงที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายและยังสอดคล้องกับบริบทปัญหาของพื้นที่

จากการใช้กระบวนการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจ (MI) ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานเกิดความตระหนักที่จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง มีเป้าหมายและกำหนดระยะเวลาที่ชัดเจนที่มีความเป็นไปได้ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจในตนเอง มีแรงบันดาลใจในการที่จะดูแลตนเอง มีการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน มีการกำหนดระยะเวลาที่ชัดเจนในการที่จะปฏิบัติตามการดูแลตนเองเพื่อให้ไปสู่เป้าหมายได้ตามความต้องการ และนอกจากนี้ยังพบว่าค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA_{1c}) ก่อนและหลัง มีค่าเฉลี่ยลดลง จาก ๙.๕๗ เป็น ๘.๖๓ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.00๑$ กระบวนการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจ (MI) รายบุคคล ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานใส่ใจการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ตระหนักในปัญหาสุขภาพของตน มีส่วนร่วม เลือกรูปแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทในด้านการบริโภคอาหาร ออกกำลังกายและการผ่อนคลายความเครียดทำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง จึงส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย

อภิปรายผล

จากการใช้กระบวนการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจ(MI) ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานเกิดความตระหนักที่จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด

(HbA_{1c}) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของคุณอารยา ฉัตรธนะพานิชและคณะ (๒๕๖๕)^๕ ศึกษาผลของการใช้กระบวนการสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ ๒ ที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี ในเขตตำบลเชียงยืน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม พบว่าจากการใช้กระบวนการเสริมสร้างแรงจูงใจ และการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ระดับของ HbA_{1c} หลังการเข้าร่วมโปรแกรมสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจยังลดลงอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับน้อยกว่า ๐.๐๕ ด้วย จึงสามารถอธิบายได้ว่าการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยประยุกต์ใช้กระบวนการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจ (MI) ซึ่งเป็นการให้คำปรึกษาแบบมีทิศทางเน้นการดูแลแบบ บุคคลเป็นศูนย์กลาง ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยความสมัครใจ เกิดความตระหนักที่จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง มีแรงบันดาลใจในการที่จะดูแลตนเอง ทำให้มีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองที่ดีขึ้น จนส่งผลให้ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA_{1c}) ลดลง

ข้อเสนอแนะ:

๑. ควรศึกษาให้ครอบคลุมถึงปัจจัยเชิงสาเหตุในหลายกลุ่ม เพราะกลุ่มเป้าหมายมีช่วงวัยที่แตกต่างกันอาจมีปัจจัยสนับสนุนพฤติกรรมที่แตกต่างกัน
๒. จากผลการวิจัยในระยะสั้น พบว่า มีพฤติกรรมการดูแลตนเองมีแนวโน้มดีขึ้นดังนั้นควรมีการติดตามระยะยาวเพื่อให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองมีการคงอยู่

เอกสารอ้างอิง

๑. Kemmis S & Mc Taggart R. The action research planner. ๓rd ed. Victoria : Deakin University press. ๑๙๙๐.
๒. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. คู่มือการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยยึดชุมชนเป็นฐาน : ชุมชนลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (CBI NCDs). กรุงเทพฯ: อีโมชั่น อาร์ต. ๒๕๖๑.
๓. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๒. สืบค้นจาก http://bps.moph.go.th/new_bps/node/๒๓๒
๔. เทอดศักดิ์ เตชตง. ผลของโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจต่อการลดค่าซีเอสโตลิกและน้ำตาลในเลือดสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒. วารสารวิชาการ สคร. ๒๕๖๓;๒๖(๓):๖๒-๗๓.
๕. อารยา ฉัตรธนะพานิช.(๒๕๖๕). ผลของการใช้กระบวนการสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี ในเขตตำบลเชียงยืน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ, ๓(๓): ๓๒๑-๓๓๑.
- กมลพรรณ วัฒนาร อาภรณ์ ตีนาน สายใจ หัวพันธ์ และ Joanne Kraenzle Schneider.(๒๕๕๖). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานคนไทยที่มีภาวะอ้วน. Pacific Rim Int J NursRes ๒๕๕๖;(๔):๓๕๖-๓๗๐.
- จารุณี ปลายยอด และ ชีวรัตน์ ต่ายเกิด. ศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง. วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี, ๒๕๖๕;๓๐(๓):๖๔-๗๕.

**รูปแบบระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อ สำหรับผู้สูงอายุ
กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองอุดตันโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI และกระดูกสะโพกหัก
แบบบูรณาการ อำเภอเมืองอุบลราชธานี**

กนกวรรณ ลอยนวล อุทัย นิปัจการสุนทร กัญญารัตน์ กันยะกาญจน์
สมมนา ปลายเนตร และพิชญสุตา เชิดสกุล
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อ สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน (Stroke) โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI (ST Segment Elevation Myocardial Infarction) และกระดูกสะโพกหัก (Hip Fracture) แบบบูรณาการ อำเภอเมืองอุบลราชธานีใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มี ๓ ระยะ ๑) การศึกษาสถานการณ์ปัญหา ๒) การพัฒนาระบบสุขภาพ และ ๓) สรุปและประเมินผล กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ เป็นผู้บริหาร จำนวน ๑๐ คน กลุ่มเป้าหมายในการพัฒนารูปแบบฯ เลือกแบบเจาะจง จำนวน ๑๐ คน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ จำนวน ๑๐๕ คน โดยการสุ่มอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เนื้อหา ดำเนินการเดือนกรกฎาคม ๒๕๖๖ – พฤษภาคม ๒๕๖๗

ผลการศึกษารูปแบบระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อ สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน (Stroke) โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI และกระดูกสะโพกหัก (Hip Fracture) แบบบูรณาการ อำเภอเมืองอุบลราชธานี ดำเนินการตาม Candle Model ๘ องค์ประกอบ^๑ คือ ๑) การศึกษาสถานการณ์ปัญหา ระบบสุขภาพชุมชนและระบบบริการสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ ๓ กลุ่มโรค ๒) แต่งตั้งคณะกรรมการ ๓) ประชุมชี้แจงและถ่ายทอดแนวทางจัดระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุและกลุ่มเสี่ยง Stroke , STEMI , Hip Fracture เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลทั้งหมด และการถ่ายทอดแนวทางจัดระบบชุมชนจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุ สำหรับ Stroke , STEMI และ Hip fracture ๔) จัดทำแผนปฏิบัติการตามรูปแบบ ๕) ปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ(การค้นหากลุ่มเสี่ยง การส่งเสริม ป้องกัน ควบคุมโรค ๖) การสร้างสิ่งแวดล้อมปลอดภัย ๗) การส่งเสริมศักยภาพผู้เกี่ยวข้อง การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ ๘) ติดตามประเมินผล/ถอดบทเรียน

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ,การป้องกันโรคStroke, STEMI และHip fracture

หลักการ และเหตุผล

อำเภอเมืองอุบลราชธานี มีการคัดกรองภาวะเสี่ยงกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน (Stroke) โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI จากผลการคัดกรอง CVD Risk score พบว่า มีความเสี่ยงอยู่ในระดับสูงอันตราย คิดเป็นร้อยละ ๑๕.๓๙กระดูกสะโพกหัก (Hip fracture) มีความเสี่ยงร้อยละ ๒.๖๘ ผลการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม Mini - Cog มีความผิดปกติ ร้อยละ ๐.๙๔ และผลการคัดกรองภาวะหกล้ม มีความผิดปกติ ร้อยละ ๘.๕๔ ซึ่งกลุ่มที่มีความผิดปกติเหล่านี้เสี่ยงต่อการเกิดโรค Stroke, STEMI และ Hip fracture อำเภอเมืองอุบลราชธานี ได้ตระหนักถึงปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยง จึงได้ดำเนินงานตามนโยบายการจัดการระบบสุขภาพแบบบูรณาการอย่างไร้รอยต่อ

สำหรับผู้สูงอายุขึ้นโดยการส่งเสริมป้องกันควบคุมความเสี่ยงและโรคในผู้สูงอายุการจัดการเมื่อผู้สูงอายุเกิดภาวะฉุกเฉิน (การดูแลเบื้องต้นและร้องขอความช่วยเหลือเพื่อนำส่งผู้ป่วย) และการติดตาม ดูแล หลังผู้สูงอายุกลับมาพักที่บ้าน

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษารูปแบบระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน (Stroke) โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI และ กระดูกสะโพกหัก (Hip Fracture) แบบบูรณาการอำเภอเมืองอุบลราชธานี

การดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ดำเนินการเดือนกรกฎาคม ๒๕๖๖ – พฤษภาคม ๒๕๖๗ กลุ่มตัวอย่าง ๓ กลุ่ม ๑) กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informant) ในการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) เป็นผู้บริหาร ได้แก่ นายอำเภอเมืองอุบลราชธานี สาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ๕๐ พรรษามหาวิทยาลัยราชภัฏ ๓ คน ตัวแทน ผอ.รพ.สต. ๒ คน รวม ๑๐ คน เลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ๑๐ คน ๒) กลุ่มเป้าหมาย ในการสนทนากลุ่มเพื่อพัฒนารูปแบบฯ จำนวน ๑๐ คน ได้แก่ สาธารณสุขอำเภอ ๑ คน ,หัวหน้ากลุ่มงานสนับสนุนวิชาการและบริการ ๑ คน, หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ (ผู้สูงอายุ) ๑ คน ,หัวหน้างานพัฒนารูปแบบและระบบบริการโรงพยาบาล ๕๐ พรรษามหาวิทยาลัยราชภัฏ ๑ คน ,ตัวแทนประธาน อสม. ระดับอำเภอ/ตำบล ๑๐ คน และ ๓) กลุ่มตัวอย่างในการประเมินผลรูปแบบฯ เป็นผู้สูงอายุจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและ ศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) แห่งละ ๕ คน รวมจำนวน ๑๐๕ คน โดยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ๑) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ๒) แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม ๓) แบบสอบถามความรู้และสัญญาณเตือน Stroke, STEMI และ Hip Fracture เป็นแบบเลือกคำตอบที่ถูกต้อง (ค่าความเชื่อมั่น KR-๒๐=๐.๘๒)

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย มี ๓ ระยะ ๑) การศึกษาสถานการณ์ปัญหา ระบบสุขภาพชุมชน และระบบบริการสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ ๓ กลุ่มโรค ระยะ ๒) การพัฒนาระบบสุขภาพ ดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (PAOR) ๔ ขั้นตอนดังนี้ ๑.ขั้นการวางแผน (Planning) ๑.๑ ศึกษาบริบทของพื้นที่ ๑.๒ สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ๑.๓ สนทนากลุ่มเพื่อสร้างรูปแบบฯ ๑.๔ จัดทำแผนปฏิบัติการตามรูปแบบ ๒.ขั้นการปฏิบัติ (Action) ปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ(การค้นหากลุ่มเสี่ยง การส่งเสริม ป้องกัน ควบคุมโรค การสร้างสิ่งแวดล้อมปลอดภัย การส่งเสริมศักยภาพผู้เกี่ยวข้อง การรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้) ๒.๑ ศึกษาบริบทความต้องการพัฒนาศักยภาพของอสม. พระภิกษุสงฆ์ Care giver (CG), ผู้สูงอายุและญาติ ๒.๒ เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (เข้าถึง เข้าใจ ได้ตอบซักถาม ตัดสินใจ เปลี่ยน พฤติกรรม และบอกต่อ) ๒.๓ อสม. ปักหมุดพิทักษ์ไร้รอยต่อฯ ๒.๔ พัฒนาระบบและช่องทางการสื่อสาร โดยติดโปสเตอร์ให้ความรู้ตามรูปแบบ ๓ หมอ และ ๒.๕ จัดตั้งสถานสุขภาพชุมชน ๓.ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) ติดตามประเมินผล ๔.ขั้นสะท้อนผล (Reflection) ระยะ ๓) สรุป/ และถอดบทเรียน/ การวัดผลหลังการพัฒนารูปแบบ

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เนื้อหา

งานวิจัยนี้ดำเนินการภายใต้โครงการขับเคลื่อนระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไรร้อยต่อสำหรับผู้สูงอายุฯ ได้รับการอนุมัติจริยธรรมในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SSI.UB ๒๕๖๖-๑๐๘ ลงวันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๖

ผลการศึกษา

๑. รูปแบบระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไรร้อยต่อ สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน (Stroke) โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI และกระดูกสะโพกหัก (Hip Fracture) แบบบูรณาการ อำเภอเมืองอุบลราชธานี ดำเนินการตาม Candle Model (ภาพที่ ๑) ประกอบด้วย สองคัพประกอบ คือ ๑) การศึกษาสถานการณ์ปัญหา ระบบสุขภาพชุมชนและระบบบริการสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ ๓ กลุ่มโรค ๒) แต่งตั้งคณะกรรมการ ๓) ประชุมชี้แจงและถ่ายทอดแนวทางจัดระบบบริการสุขภาพอย่างไรร้อยต่อสำหรับผู้สูงอายุและกลุ่มเสี่ยง Stroke , STEMI และ Hip Fracture เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลทั้งหมด และการถ่ายทอดแนวทางจัดระบบชุมชนจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุ สำหรับ Stroke , STEMI และ Hip fracture ๔) จัดทำแผนปฏิบัติการตามรูปแบบ ๕) ปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ(การค้นหากลุ่มเสี่ยง การส่งเสริม ป้องกัน ควบคุมโรค ๖) การสร้างสิ่งแวดล้อมปลอดภัย ๗) การส่งเสริมศักยภาพผู้เกี่ยวข้อง การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ ๘) ติดตามประเมินผล/ถอดบทเรียนและการวัดผลหลังการพัฒนารูปแบบ



ภาพที่ ๑ Candle Modelการดูแลผู้สูงอายุอย่างไรร้อยต่อของอำเภอเมืองอุบลราชธานี

๒. หลังการพัฒนารูปแบบ

๒.๑ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับมาก (ตอบถูก ๙ ข้อขึ้นไปจาก ๑๒ ข้อ) คิดเป็นร้อยละ ๘๒.๕๐ ($\bar{X}$ = ๙.๗๐, S.D. = ๑.๙๕, คะแนนต่ำสุด=๒, คะแนนสูงสุด=๑๒)

๒.๒ ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนที่เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอยู่

ในระดับมาก (ตอบถูก ๗ ข้อขึ้นไปจาก ๙ ข้อ) คิดเป็นร้อยละ ๗๐.๑๗ ($\bar{X} = 6.๘๓$, S.D.=๑.๓๒, คะแนนต่ำสุด=๑, คะแนนสูงสุด=๙)

๒.๓ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนที่เกี่ยวกับการพลัดตกหกล้ม/กระดูกสะโพกหักอยู่ในระดับมาก (ตอบถูก ๙ ข้อขึ้นไปจาก ๑๓ ข้อ) ร้อยละ ๗๙.๘๖ ($\bar{X} = ๙.๕๕$, S.D.=๑.๘๓, คะแนนต่ำสุด=๒ คะแนนสูงสุด=๑๓)

๓. ผลลัพธ์เกิดขึ้น ระบบสุขภาพชุมชน เกิดการเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดนวัตกรรมในการพัฒนางานคือ นวัตกรรมการพัฒนาแบบบูรณาการผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจและผู้ป่วยที่ต้องได้รับการจากระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบเคลื่อนที่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี นวัตกรรมเชิงกระบวนการคือ การจัดทำโปสเตอร์ให้ความรู้ ๓ โรค ตามแนวทาง ๓ หมอ และนวัตกรรมดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ บัตรคำ รอบรู้ เร็วรอด ปวดอัมพาตแผ่นติดสมุดผู้ป่วยเรื้อรังทุกคน เพื่อการจัดการตนเองในการควบคุมความดันและระดับน้ำตาลในเลือด เกิดชุมชนต้นแบบในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น Blue zone ยางลุ่ม ชุมชนจัดการตนเอง สุขภาพชีวิตที่ดีและมาตรการสาธารณสุขงานบุญปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และควันธูปในชุมชน

สิ่งที่แตกต่างจากเดิมจากผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับอาการและสัญญาณเตือนของ ๓ กลุ่มโรคมามากขึ้น เกิดช่องทางสื่อสารความรู้เพิ่มขึ้น มีโปสเตอร์ หอกระจายข่าว หมอลำกลอน ด้าน ๓ โรค ช่องทาง Online TikTok CPR ปัจจัยแห่งความสำเร็จความเพียงพอและศักยภาพของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง งบประมาณ ทรัพยากร และสิ่งสนับสนุน ปัจจัยความสำเร็จการสนับสนุนงบประมาณบุคลากรและองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อขับเคลื่อนมาตรการและนโยบายการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพและการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานและองค์กรต่างๆทั้งด้านสาธารณสุข สังคม การศึกษา เพื่อประสานการดำเนินงานได้อย่างยั่งยืน จุดอ่อนของระบบบริการสุขภาพที่จำเป็นต้องพัฒนาเพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมายการดำเนินงาน๑) การเชื่อมต่อข้อมูล ทั้ง ๓ โรค ยังระบบเดียวไม่เชื่อมกับ ๔๓ แฟ้ม เช่น โปรแกรม SSH ข้อมูลใน HDC ต่ำกว่าข้อมูลจริง เช่น การคัดกรอง การรักษา๒) การเข้าถึงระบบ EMS ยังไม่ครอบคลุม ๓) คลินิกผู้สูงอายุ มีผู้มาใช้บริการจำนวนน้อย เนื่องจากคิดว่าเป็นโรคชราไม่เร่งด่วน

อภิปรายผล

รูปแบบระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อ สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน (Stroke) โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI และกระดูกสะโพกหัก (Hip Fracture) แบบบูรณาการ อำเภอเมืองอุบลราชธานี ดำเนินการตาม Candle Model (ภาพที่ ๑) ประกอบด้วย ๘ องค์ประกอบ คือ ๑) การศึกษาสถานการณ์ปัญหา ระบบสุขภาพชุมชนและระบบบริการสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ ๓ กลุ่มโรคโดยการคัดกรองเชิงรุกในผู้สูงอายุ๒) แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนารูปแบบระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุ เชิงบูรณาการ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานีครอบคลุมทุกหน่วยงาน เช่น นายอำเภอ, อบท., อบจ., รพ., สสอ., รพ.สต. โดยกำหนดหน้าที่การดำเนินงานในแต่ละคณะทำงาน ๓) ประชุมชี้แจงและถ่ายทอดแนวทางจัดระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุและกลุ่มเสี่ยง Stroke , STEMI และ Hip Fracture เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลทั้งหมด และการถ่ายทอดแนวทางจัดระบบชุมชนจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุ สำหรับ Stroke , STEMI และ Hip fracture ๔) จัดทำ

แผนปฏิบัติการตามรูปแบบ ๕) ปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ(การค้นหากลุ่มเสี่ยงซึ่งกลุ่มเสี่ยง STEMI ที่มีค่าความเสี่ยง ๓๐ เปอร์เซนต์ ขึ้นไป (เสี่ยงสูงและสูงอันตราย) นำมาวางแผนและจัดทำกิจกรรมให้ความรู้เรื่องโรค Stroke , STEMI และ Hip Fracture การส่งเสริมทำ Wellness Plan และคืนข้อมูลปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ป้องกัน ควบคุมโรค) ๖) การสร้างสิ่งแวดล้อมปลอดภัย ๗) การส่งเสริมศักยภาพผู้เกี่ยวข้อง การรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ ๘) ติดตามประเมินผล ถอดบทเรียน/การวัดผลหลังการพัฒนารูปแบบพบว่าเกิดสมมติเต้นด้านการดูแลผู้สูงอายุและผู้สูงอายุต้นแบบสุขภาพดีสอดคล้องกับผลการศึกษาของสุวรรณี แสนสุขและคณะ (๒๕๖๕)^๑ พบว่าผู้สูงอายุได้รับความรู้ ทราบช่องทางขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน เข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้เร็วขึ้น โดยได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน ๖๐ นาที และเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($P < 0.05$) ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียมีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง ระบบที่พัฒนาขึ้นส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพแบบไร้รอยต่อ ซึ่งมี ๗ องค์ประกอบ ได้แก่ ๑) กลไกขับเคลื่อนระดับจังหวัด อำเภอ และชุมชน ๒) ระบบข้อมูลกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย ๓) การคัดกรองและส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยง ๔) ระบบการส่งต่อผู้ป่วย ๕) การดูแลแบบช่องทางด่วน ๖) การดูแลรักษาเฉพาะทาง และ ๗) การดูแลที่ต่อเนื่อง ซึ่งระบบที่พัฒนาขึ้นมีลักษณะผสมผสานและดูแลแบบครบวงจร ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องสามารถเฝ้าระวังระบบที่พัฒนาขึ้นจากการวิจัยนี้ ไปปรับใช้ในพื้นที่ตนเองได้

ข้อเสนอแนะ

๑) การใช้ระบบ Telemedicine เพื่อลดระยะรอคอยในการตรวจโรคผู้สูงอายุและลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาพบแพทย์ของผู้สูงอายุ ๒) พัฒนาศักยภาพบุคลากรเครือข่าย ทั้ง Pre -Hos, In-Hos และ Post-Hos โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ๓) เพิ่มการประชาสัมพันธ์ SSH Alert , Awareness ในกลุ่มเสี่ยง ๔) บูรณาการพัฒนาระบบ EMS ประชาสัมพันธ์การใช้รถ ๑๖๖๙๕) พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่เชื่อมโยง ปฐมภูมิทุติยภูมิ ตติยภูมิ

เอกสารอ้างอิง

๑. ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน และคณะ. การพัฒนารูปแบบระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน (Stroke) โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI และกระดูกสะโพกหัก (Hip fracture) แบบบูรณาการ ในเขตสุขภาพที่ ๑๐. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ (เอกสารอัดสำเนา) ๒๕๖๕.
 ๒. สุวรรณี แสนสุข และคณะ. (๒๕๖๕). การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้สูงอายุ จังหวัดยโสธร. ๒๕๖๕;๘(๔):๑๙๕-๒๐๔.
- Kemmis S, McTaggart R. Action research in retrospect and prospect. In The action research reader. Geelong, Vic: Deakin University; ๑๙๘๒.

ระบาค

การสอบสวนการระบาดของโรคไข้กาฬหลังแอ่น โรคไข้หวัดใหญ่และโรคโควิด-๑๙ ผู้ต้องขังเรือนจำ
แห่งหนึ่ง จังหวัดน่าน เดือน ตุลาคม-พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๖

จันทนา ธิญะจินตนา ศรเถื่อน ไพลินธรรมลังกา
วัลลภา อุตเสน ปราณชัย ช่อฟ้า และสมศักดิ์ แสนใส
โรงพยาบาลน่านจังหวัดน่าน

หลักการ และเหตุผล

เมื่อวันที่ ๒ ตุลาคม ๒๕๖๖ เวลา ๐๙.๔๖ น. งานป้องกันควบคุมโรคและระบาดวิทยา
โรงพยาบาลน่าน ตำบลในเวียง อำเภอเมือง จังหวัดน่าน ได้รับแจ้งรายงานผู้ต้องขังป่วยเป็นไข้หวัด
จำนวน ๒๓๔ คน จากหนังสือราชการเรือนจำจังหวัดน่าน ปัจจุบันมีผู้ต้องขัง ทั้งหมด จำนวน ๑,๑๗๗
คน เพศชาย ๑,๐๔๖ คน เพศหญิง ๑๓๑ คน (ข้อมูล ณ วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๖)ทางเรือนจำได้
ดำเนินการกักตัวและจ่ายยารักษาตามอาการ ทางทีมสอบสวนเคลื่อนที่เร็วโรงพยาบาลน่าน ได้ประสาน
เจ้าหน้าที่เรือนจำได้ออกสอบสวนและควบคุมโรคในพื้นที่ร่วมกันในวันที่ ๒ ตุลาคม ๒๕๖๖ เวลา
๑๓.๐๐ ฝั่ระวังถึงวันที่ ๒๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ได้รับการสนับสนุนของทีมสอบสวนโรคจากแพทย์กอง
ระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑ เชียงใหม่ทีม
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่านและทีมโรงพยาบาลน่านผู้ต้องขังส่วนใหญ่มีอาการไข้ ไอ เจ็บคอมี
น้ำมูก ผู้ป่วยรายแรกมีอาการวันที่ ๒๗ กันยายน ๒๕๖๖ พบผู้ป่วยมากที่สุดในวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๖

วัตถุประสงค์

เพื่อยืนยันการวินิจฉัยและการระบาดของโรคไข้กาฬหลังแอ่นโรคไข้หวัดใหญ่และโรคโควิด-๑๙
ศึกษาลักษณะทางระบาดวิทยาของโรคตามบุคคลเวลาสถานที่ของผู้ป่วยเรือนจำแห่งหนึ่งของจังหวัด
น่านค้นหาแหล่งโรค วิธีการถ่ายทอดโรค และผู้สัมผัสโรคหามาตรการในการป้องกันควบคุมโรคและ
ดำเนินการป้องกันควบคุมโรค และยุติการระบาด

การดำเนินการศึกษา

โดยใช้วิธีการศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา การศึกษาด้านสิ่งแวดล้อม การศึกษาระบาดวิทยา
เชิงวิเคราะห์ เพื่อหาแนวทางการเฝ้าระวัง และควบคุมการเกิดโรคครั้งนี้

การกำหนดนิยามผู้ป่วยและผู้สัมผัสโดยกำหนดนิยามของผู้ป่วยตามนิยามโรคแบ่งเป็น ๓ กลุ่มโรค
โรคไข้กาฬหลังแอ่น โรคไข้หวัดใหญ่และโรคโควิด-๑๙ดังนี้

๑.นิยามผู้ป่วยไข้กาฬหลังแอ่นหมายถึง เจาหน้าที่ที่ปฏิบัติงานและผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดน่าน
ที่มีอาการไข้มากกว่า ๓๘ องศาเซลเซียสและมีอาการปวดศีรษะรุนแรงร่วมกับอาการอย่างน้อย ๑ อาการ
ดังต่อไปนี้คือแสบ หลังแข็ง อาเจียน ซึม ชัก หรือพูดจาสับสน ผื่นจ้ำเลือดตามผิวหนัง ในช่วงวันที่ ๒๖
กันยายน ๒๕๖๖ – ๑๗ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๖

๒.นิยามผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ มีอาการไข้มากกว่า ๓๗.๕ องศาเซลเซียสไอ ร่วมกับอาการอย่าง
น้อย ๑ อาการดังต่อไปนี้ เจ็บค้อมีน้ำมูกปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามตัว อ่อนเพลียในช่วงวันที่ ๒๖
กันยายน ๒๕๖๖ – ๑๗ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๖

๓.นิยามผู้ป่วยโรคโควิด-๑๙มีอาการไข้มากกว่า ๓๗.๕ องศาเซลเซียสไอ ร่วมกับอาการอย่างน้อย ๑ อาการดังต่อไปนี้ เจ็บคอมีน้ำมูกปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามตัว อ่อนเพลีย ในช่วงวันที่ ๒๖ กันยายน ๒๕๖๖ – ๒๓พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๖

ผลการศึกษา

๑) สถานการณ์โรคของโรคไข้กาฬหลังแอ่นโรคไข้หวัดใหญ่โรคโควิด-๑๙ ของผู้ต้องขังในเรือนจำ จังหวัดน่านสถานการณ์โรคไข้กาฬหลังแอ่นในเรือนจำจังหวัดน่านตั้งแต่ปี๒๕๖๑ - ๒๕๖๕ จากฐานข้อมูลการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของโรงพยาบาลน่านและข้อมูลจากเรือนจำจังหวัดน่าน ไม่มีรายงานการระบาดของโรคไข้กาฬหลังแอ่นในเรือนจำจังหวัดน่าน (ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๕) สถานการณ์โรคไข้หวัดใหญ่ในเรือนจำจังหวัดน่านตั้งแต่ปี๒๕๖๑ - ๒๕๖๕ ไม่มีรายงานการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่เป็นกลุ่มก้อนในเรือนจำจังหวัดน่าน (ข้อมูล ณ วันที่๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๕) สถานการณ์โรคโควิด-๑๙ ในเรือนจำจังหวัดน่าน ตั้งแต่ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๕ พบการระบาดของโรคโควิด-๑๙ ในปี ๒๕๖๕ พบผู้ป่วย จำนวน ๕๖๗ รายอัตราป่วยร้อยละ ๔๖.๒๕ (ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๕) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดน่าน จำนวนทั้งหมด๑,๑๗๗ ราย เพศชาย ๑,๐๔๖ คน เพศหญิง ๑๓๑ คน (ข้อมูล ณ วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๖)

เจ้าหน้าที่เรือนจำมีจำนวน ๙๐ คน ป่วยเป็นโรคไข้หวัดใหญ่จำนวน ๒ คน อัตราป่วยร้อยละ ๒.๒๒ ประวัติการได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ เจ้าหน้าที่เรือนจำ จำนวน ๙๐ คนได้รับการฉีดวัคซีน ๓๘ คน ร้อยละ ๔๒.๒๒

๒) ผลการศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนายืนยันการวินิจฉัยจากผลการศึกษาพบว่า

โรคไข้กาฬหลังแอ่นส่งตรวจการย้อมสีแกรมจากเชื้อที่เพาะได้จากเลือดและโดยวิธี RT-PCR ทั้งหมด๔๔ราย พบเชื้อ Neisseria meningitidis serogroup Bจำนวน ๗รายตัวอย่างจากเลือด๕ รายจากน้ำไขสันหลัง ๒ ราย พบผู้เสียชีวิตจำนวน ๑ รายอัตราป่วยร้อยละ ๔๑.๑๘

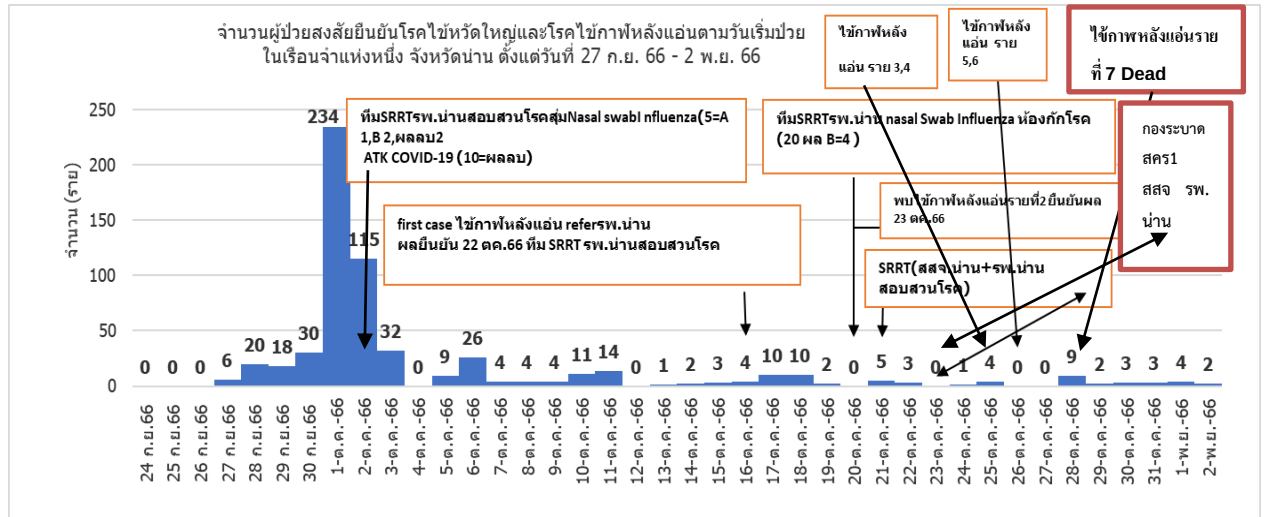
โรคไข้หวัดใหญ่ส่งตรวจNasopharyngeal swab RT-PCRจำนวน ๔๓ ราย พบเชื้อไข้หวัดใหญ่จำนวน ๑๒ ราย พบเชื้อ Influenza A จำนวน ๓ ราย และ Influenza B จำนวน ๙ รายอัตราป่วยร้อยละ ๒๗.๙๑

โรคโควิด-๑๙ส่งตรวจNasopharyngeal swab ATK จำนวน ๑,๑๕๔รายพบเชื้อโควิด-๑๙ จำนวน ๔๒ รายอัตราป่วยร้อยละ ๓.๖๔

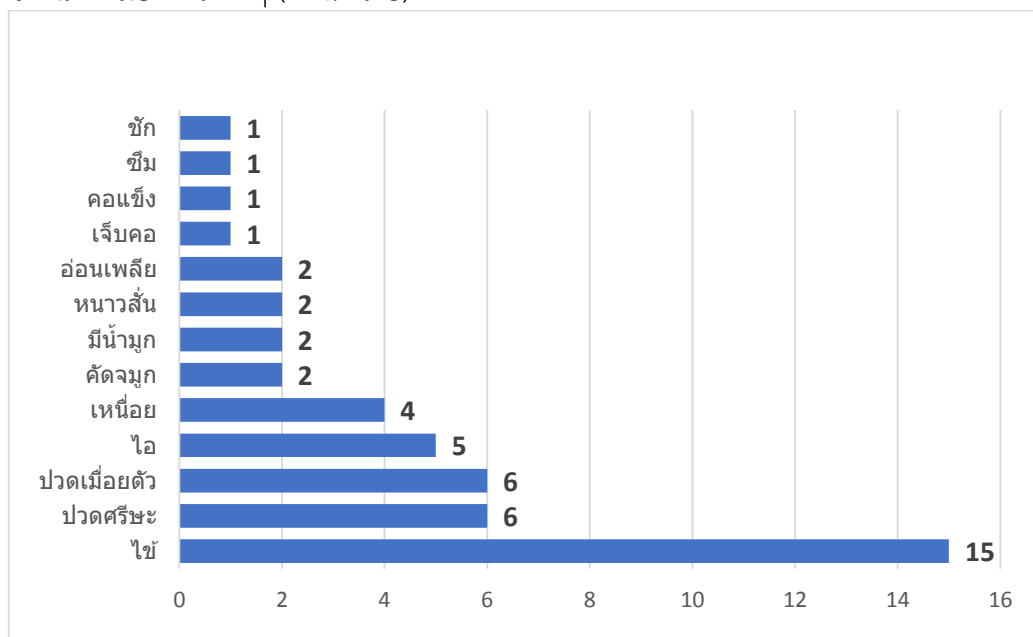
ผู้ป่วยจากเรือนจำที่ถูกส่งตัวมารักษาต่อโรงพยาบาลน่าน ตั้งแต่วันที่ ๙ – ๑๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ จำนวน ๑๗ ราย พบผู้ป่วยไข้กาฬหลังแอ่น ๗ ราย อาการหนักใส่เครื่องช่วยหายใจ ๒ ราย ร้อยละของผู้ป่วยไข้กาฬหลังแอ่นต่อผู้ป่วยที่ถูกส่งตัวมารักษาทั้งหมด ๔๑.๑๘ %

๓)ลักษณะการกระจายตามเวลา

รูปที่ ๑ จำนวนผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่และInfluenza like และยืนยันโรคไข้กาฬหลังแอ่น ตามวันเริ่มป่วย ในเรือนจำจังหวัดน่าน ต.ในเวียง อ.เมืองน่าน จ.น่าน วันที่ ๒๗ กันยายน ๒๕๖๖ – ๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๖



รูปที่ ๒ จำนวนผู้ป่วยที่ส่งตัวมารับการรักษา ณ โรงพยาบาลน่าน ตั้งแต่ ๙-๑๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ จำแนกตามอาการต่างๆ (n=๑๗ราย)



สรุปจำนวนผู้ป่วยตั้งแต่วันที่ ๙ ตุลาคม ๒๕๖๖-๑๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ ที่ส่งตัวไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลน่านทั้งหมด ๑๗ ราย ใส่เครื่องช่วยหายใจ ๖ ราย หย่าเครื่องช่วยหายใจได้ทุกราย วินิจฉัย Meningococcal meningitis จำนวน ๗ ราย Pneumonia จำนวน ๗ ราย UTI จำนวน ๒ ราย Covid-๑๙&Pneumonia จำนวน ๑ ราย เสียชีวิต ๑ ราย วินิจฉัย Meningococcal meningitis Discharge กลับเรือนจำ ๑๖ ราย

ผู้ป่วยที่พบทั้ง ๗ ราย รายที่ ๑,๓,๔,๕ อยู่ห้องซังเดียวกันซึ่งผู้ป่วยรายที่ ๔ นี้เข้ามาถูกจองจำในเรือนจำจังหวัดน่านวันที่ ๗ กันยายน ๒๕๖๖ ซึ่งเป็นวันเดียวกันและอยู่ห้องกักโรคห้องเดียวกันกับผู้ต้องขังที่ย้ายมาจากเรือนจำจังหวัดจันทบุรีเมื่อวันที่ ๓ กันยายนมีรายงานผู้ป่วยไข้กาฬหลังแอ่นในเรือนจำจันทบุรี ราย วันที่ ๖ กันยายน ๒๕๖๖ ได้ยา Ciprofloxacin วันที่ ๗ กันยายน ๒๕๖๖ ถูกส่งตัวมาเรือนจำน่านอาการทั่วไปปกติ ไอเล็กน้อยผู้ต้องขังผลเลือดเพาะเชื้อไม่พบเชื้อ *Neisseria meningitidis* ทั้ง ๒ ขวด (ได้รับประทานยา prophylaxis มาจากเรือนจำจังหวัดจันทบุรีและจากเรือนจำจังหวัดน่าน) และทางแพทย์ระบาดวิทยาของกรมควบคุมโรคแจ้งว่าผลตรวจโรคไข้กาฬหลังแอ่นผู้ป่วยทั้ง ๗ ราย พบเชื้อ *Neisseria meningitidis* serogroup B ส่วนผู้ป่วยโรคไข้กาฬหลังแอ่นในเรือนจำจังหวัดจันทบุรี ไม่ได้ตรวจ serogroup ยังไม่สามารถสรุปการเชื่อมโยงทางระบาดวิทยาได้

มาตรการการควบคุมและป้องกันโรค(Prevention and control measures)

มาตรการการควบคุมโรคในโรงพยาบาล แยกผู้ป่วยเขาห้องแยกคนหาผู้สัมผัสใกล้ชิดและให้การดูแลทำหัตถการที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อจากผู้ป่วยสำรวจเจ้าหน้าที่ทุกคนสัมผัสใกล้ชิดและให้การดูแลทำหัตถการที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อจากผู้ป่วยให้รับประทานยาปฏิชีวนะ Ciprofloxacin ๕๐๐ mg คนละ ๑ เม็ดมีรายงานผลพบเชื้อคือยา Ciprofloxacin จึงให้รับประทานยา Azithromycin ๕๐๐ mg คนละ ๑ เม็ดรับประทานครั้งเดียวแฉง ICWN ประจำหอผู้ป่วย ให้ติดตามอาการของผู้สัมผัสใกล้ชิดทุกราย

มาตรการการควบคุมโรคในเรือนจำ SRRT โรงพยาบาลน่านประสานงานเจ้าหน้าที่เรือนจำเพื่อดำเนินการควบคุมโรคในเรือนจำโดยการเคลื่อนย้าย สับเปลี่ยนผู้ต้องขัง ในเรือนนอนที่พบผู้ป่วยจนกว่าจะพ้นระยะควบคุมโรค(วันที่ ๑๗ พฤศจิกายน พ.ศ.๒๕๖๖) รมรณรงค์ล้างมือ และใช้ผ้าปิดปากปิดจมูกเมื่อมีอาการไอไอจามให้ยาปฏิชีวนะ Ciprofloxacin ๕๐๐ mg ๑ เม็ดรับประทานครั้งเดียวแก่ผู้สัมผัสใกล้ชิด มีรายงานผลพบเชื้อคือยา Ciprofloxacin จึงเพิ่มให้ยา prophylaxis ยา Rifampicin ๓๐๐ mg รับประทานครั้ง ๒ แคปซูล วันละ ๒ ครั้ง เข้าและเย็น เป็นเวลา ๒ วัน แก่กลุ่มผู้ต้องขังและเจ้าหน้าที่เรือนจำทุกคนค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ ให้เจ้าหน้าที่ในเรือนจำ และผู้ต้องขังร่วมมือกันจัดกิจกรรม Big Cleaning Day เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุข.น่านร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลน่านให้ความรู้เรื่องโรคและวิธีป้องกันการติดต่อแก่เจ้าหน้าที่เรือนจำ และสอนการคัดกรองผู้ป่วยตามนิยามโรคเกออสระจ.

อภิปรายผล

การสอบสวนโรคเพื่อค้นหาผู้ป่วยรายแรกทำได้ยากเพราะผู้ป่วยไม่ทราบว่าติดจากผู้ป่วยคนไหนในเรือนจำเนื่องจากผู้ต้องขังป่วยพร้อมกันเป็นจำนวนมากอาจเกิดความคลาดเคลื่อนในระหว่างการตรวจทางห้องปฏิบัติการจากเทคนิคการเก็บสิ่งส่งตรวจเช่นการเก็บตัวอย่างน้ำไขสันหลัง หลังจากผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะ

ปัญหาและข้อจำกัดในการสอบสวนโรค

ชุดตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่มีสนับสนุนน้อยไม่เพียงพอส่งผลให้การควบคุมและป้องกันโรคล่าช้า การแจ้งข่าวประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่ควรมีการจัดลำดับความสำคัญเร่งด่วนยา

และเวชภัณฑ์รักษาผู้ป่วยมีไม่เพียงพอกับจำนวนผู้ป่วยในเรือนจำวัคซิ่นไข้หวัดใหญ่ได้รับการสนับสนุนน้อยไม่เพียงพอกับผู้ต้องขังในเรือนจำ

สรุปผล

เกิดการระบาดของโรคกาฬหลังแอ่นโรคไข้หวัดใหญ่และโรคโควิด- ๑๙ ในเรือนจำแห่งนี้โดยเชื้อที่เป็นสาเหตุของโรคกาฬหลังแอ่นการระบาดครั้งนี้คือ *Neisseria meningitidis* serogroup B โรคไข้หวัดใหญ่เชื้อที่เป็นสาเหตุคือ Influenza A และ B สาเหตุมาของการระบาดครั้งนี้คาดว่ามาจากปัจจัยเสี่ยงระหว่างการถูกจองจำได้แก่การทำให้กิจกรรมใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อที่ไม่แสดงอาการ สภาพแวดล้อมในเรือนจำที่แออัด การใช้ชีวิตปะปนกับผู้ป่วยโรคติดเชื้ออื่นๆ ส่งผลต่อภูมิคุ้มกันของนักโทษ ตลอดจนการไอจามรดกัน การสัมผัสเชื้อทางตรงและทางอ้อม ยังไม่สามารถสรุปการเชื่อมโยงทางระบาดวิทยาได้

ข้อเสนอแนะ

กรณีที่เกิดมีการระบาดของโรคติดต่อภายใต้พบ.โรคติดต่อ พ.ศ.๒๕๕๘ ในเรือนจำกรมราชทัณฑ์ควรมีมาตรการการรายงานให้เรือนจำทุกแห่งทราบและก่อนที่จะมีการย้ายผู้ต้องขังควรทำหนังสือแจ้งข้อมูล เพื่อประสิทธิภาพที่ดีในการป้องกันและควบคุมโรคผู้ต้องขังและเจ้าหน้าที่เรือนจำควรได้รับการวัคซิ่นไข้หวัดใหญ่ให้ครอบคลุมทุกคน

เอกสารอ้างอิง

๑. ภราดร มงคลจาตุรงค์. การสอบสวนการระบาดของโรคไข้กาฬหลังแอ่น ในเรือนจำแห่งหนึ่งจังหวัดเชียงใหม่เดือนพฤศจิกายน ๒๕๕๓.[ออนไลน์]. ๒๕๕๓ [เข้าถึงเมื่อ ๒๓ ตุลาคม๒๕๖๖]. จาก <https://heo๒.tci-thaijo.org/index.php/LPHJ/article/view/๑๘๖๙๐๔>
๒. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. นิยามโรคและแนวทางการรายงานโรคติดต่ออันตรายและโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังในประเทศไทย๒๕๖๓. [ออนไลน์]. ๒๕๖๓ [เข้าถึงเมื่อ ๒ ตุลาคม๒๕๖๖]. จาก<https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/๑๑๔๒๙๒๐๒๑๐๕๑๘๐๙๒๕๔๒.pdf>
๓. สำนักโรคระบาดวิทยากรมควบคุมโรค.(๒๕๕๘). แนวทางการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก (Active case finding): กระทรวงสาธารณสุข.ธันวาคม๒๕๕๘:๒- ๖.
๔. ธนาสิทธิ์ วิจิตรพันธ์. การสอบสวนโรคไข้หวัดใหญ่ในโรงเรียนแห่งหนึ่งอำเภอสนป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่เดือนสิงหาคม ๒๕๖๑. [ออนไลน์]. ๒๕๖๑ [เข้าถึงเมื่อ ๒ ตุลาคม๒๕๖๖]. เข้าได้จาก file:///C:/Users/advice/Downloads/janejira๑๒,+Journal+manager,+๓_final_art.pdf
๕. เครือวัลย์ อินทองวรรณิสสา สุภโสและกิ่งแก้ว แก้วกล้วย. การสอบสวนการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ชนิดA ในโรงเรียนแห่งหนึ่งอำเภอบ้านแฮดจังหวัดขอนแก่นวันที่ ๒ - ๑๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๕[ออนไลน์]. ๒๕๖๕. [เข้าถึงเมื่อวันที่ ๒ ตุลาคม๒๕๖๖]. เข้าได้จาก<https://heo๓.tci-thaijo.org/index.php/JODPC๘/article/view/๑๒๖๕>
๖. พิริยะ วตะกุลสินและคณะ. การระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ชนิดA (H๓NX) ตามหลังการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ในเรือนจำแห่งหนึ่งจังหวัดพิษณุโลก.[ออนไลน์]. ๒๕๖๖. [เข้าถึงเมื่อ ๒ ตุลาคม๒๕๖๖]. จาก <https://heo๕.tcithaijo.org/index.php/WESR/article/view/๓๗๕/๓๓๔>

๗. วราลักษณ์ ตั้งคณะกุลพัฒนพงษ์ ไชยนิคมและวาที สิทธิ. การควบคุมการแพร่กระจายเชื้อจาก
 ผู้เสียชีวิตด้วยไข้กาฬหลังแอ่น ที่ท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ.[ออนไลน์]. ๒๕๕๖. [เข้าถึงเมื่อวันที่
 ๒๔ ตุลาคม ๒๕๖๖]. เข้าได้จากfile:///C:/Users/advice/Downloads/๘๘๒-
 Article%๒๐Text-๘๗๙-๑-๑๐-๒๐๑๗๑๒๐๗.pdf

**การสอบสวนการระบาดของวัณโรคปอด ในศูนย์การศึกษาพิเศษ
ประจำจังหวัดตาก สาขาแม่สออด ตำบลแม่สออด อำเภอแม่สออด จังหวัดตาก**

สุนารี แช่วาน และฟารีดา จรัสพงศ์นารี
โรงพยาบาลแม่สออด

หลักการ และเหตุผล

วัณโรคในเด็กมีความสำคัญทางด้านสาธารณสุขของทุกประเทศ เพราะเป็นโรคที่มีความรุนแรงสูง และมีอัตราการความพิการหรือเสียชีวิตสูง อุบัติการณ์ของวัณโรคในเด็กแปรผันตามอุบัติการณ์ของวัณโรคในผู้ใหญ่ ซึ่งเด็กที่อยู่ในพื้นที่ที่มีความชุกของวัณโรคสูงก็มีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคได้ถึงแม้ว่าจะได้รับวัคซีนบีซีจีแล้วก็ตาม^๑ จากรายงานวัณโรคระดับโลก โดยองค์การอนามัยโลก (WHO, Global Tuberculosis Report ๒๐๒๑) คาดประมาณว่าในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ อุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค (รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ) ของโลกสูงถึง ๙.๙ ล้านคน (๑๒๗ ต่อแสนประชากร) ในจำนวนนี้เป็นเด็กอายุ ๐-๑๔ ปี ๑.๑ ล้านคน และมีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตสูงถึง ๑.๓ ล้านคน^๒

ผลงานการดำเนินงานวัณโรคของประเทศไทย ในปี ๒๕๖๕ พบว่า อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำมีจำนวน ๖๘,๙๑๕ ราย คิดเป็น ร้อยละ ๖๙.๔ รักษาสำเร็จ ร้อยละ ๘๐.๘ และเสียชีวิต ร้อยละ ๙.๘ สำหรับอำเภอแม่สออดพบอัตราการครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ จำนวน ๓๐๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๕๕.๕ สูงเป็นอันดับที่ ๑ ของเขตสุขภาพที่ ๒ และสูงกว่าเป้าหมายการขึ้นทะเบียนที่คาดการณ์ไว้ อัตราการรักษาสำเร็จ ร้อยละ ๗๔.๔ และเสียชีวิต ร้อยละ ๑๑.๒^๓

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อยืนยันการวินิจฉัยและการระบาดของวัณโรคปอด
๒. เพื่ออธิบายขนาดของปัญหาและการกระจายของวัณโรคปอดตามบุคคล เวลา และสถานที่
๓. เพื่อหามาตรการในการควบคุมและป้องกันการเกิดวัณโรคในศูนย์การศึกษาพิเศษ

การดำเนินการศึกษา

๑. การศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา (Descriptive study) โดยทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประวัติการรักษาวัณโรค ตลอดจนประวัติเสี่ยงและกำหนดนิยามผู้ป่วยและผู้สัมผัสใกล้ชิด เพื่อค้นหาผู้สัมผัสและผู้ป่วยรายใหม่ตามนิยามผู้ป่วยดังนี้^๑

ผู้ป่วยสงสัยวัณโรคปอด (Suspected Pulmonary Tuberculosis) หมายถึง ผู้ที่มีอาการทางคลินิกของวัณโรคปอด ดังนี้อาการหลักของวัณโรคปอด อย่างน้อย ๑ อาการ คือ ไอเรื้อรังติดต่อกันนานตั้งแต่ ๒ สัปดาห์ขึ้นไป หรือ ไอมีเลือดปน และอาการรอง อย่างน้อย ๒ อาการ คือ ไข้ต่ำๆ เหงื่อออกตอนกลางคืน น้ำหนักลดลงร้อยละ ๕ ในระยะเวลา ๑ เดือนที่ผ่านมา เหนื่อย อ่อนเพลียง่าย และเจ็บแน่นหน้าอกและไม่มีอาการของวัณโรคปอด

ผู้ป่วยยืนยันวัณโรคปอด (Confirmed pulmonary tuberculosis) หมายถึง ผู้ที่มีอาการทางคลินิกของวัณโรคปอด ร่วมกับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจเสมหะเป็นบวก หรือมีผล^๑

การตรวจ Molecular Testing (X-pert MTB*/RIF**) ให้ผลบวก หรือมีผลการถ่ายภาพรังสีทรวงอก เข้าได้กับวัณโรคปอด ร่วมกับผลการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นวัณโรคปอด

ผู้ป่วยระยะติดเชื้อวัณโรคหรือวัณโรคระยะแฝง (Latent tuberculosis infection)^๑ หมายถึง ผู้สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรคปอดตั้งแต่ ๘ ชั่วโมงขึ้นไป/วัน หรือ ๑๒๐ ชั่วโมงขึ้นไป/เดือน และไม่มี อาการและอาการแสดง ภาพรังสีทรวงอกไม่พบรอยโรคของวัณโรคปอด และผลการตรวจเสมหะ (AcidFast Bacilli) เป็นลบ หรือการทดสอบทางผิวหนังด้วยทูเบอร์คูลิน (Tuberculin skin test : TST) หรือการทดสอบ Interferon-gamma release assays (IGRAs) ให้ผลบวก ร่วมกับผลการวินิจฉัยจาก แพทย์

๒. การศึกษาทางห้องปฏิบัติการโดยการถ่ายภาพเอกซเรย์ทรวงอก (CXR) เก็บเสมหะส่งตรวจ AFB การทดสอบผิวหนัง Tuberculin skin test (TST) และตรวจหาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงด้วยวิธี Interferon-Gamma Release Assays (IGRAs)

๓. การศึกษาทางสภาพแวดล้อม โดยสำรวจสภาพแวดล้อมที่บ้านและศูนย์การศึกษาพิเศษ ใน ด้านของการถ่ายเทอากาศ การเข้าถึงของแสงแดด ตลอดจนกิจวัตรประจำวันและความสัมพันธ์ของครู กับนักเรียน

ผลการศึกษา

๑. ข้อมูลทั่วไปศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดตาก สาขาแม่สอดศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำ จังหวัดตาก สาขาแม่สอด เป็นสถานศึกษาของรัฐ จัดตั้งขึ้นเพื่อมีหน้าที่ในการจัดการศึกษานอกระบบ ตั้งแต่แรกเกิดหรือแรกพบความพิการจนตลอดชีวิต จัดและส่งเสริม สนับสนุนการศึกษาในลักษณะ ศูนย์บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่ม และเตรียมความพร้อมของคนพิการ เพื่อเข้าสู่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยมีครู จำนวน ๒๘ คน นักเรียน จำนวน ๔๒ คนและเจ้าหน้าที่อื่น ๆ จำนวน ๒ คน รวมทั้งสิ้น ๗๒ คน

๒. ยืนยันการวินิจฉัยและการระบาดของโรคผู้ป่วยรายแรก (index case) เป็นผู้ป่วยยืนยันวัณโรคปอด เพศหญิง สัญชาติไทย อายุ ๔๒ ปี มีโรคประจำตัว คือ ภูมิแพ้ อาชีพ ข้าราชการครูมีอาการไอเรื้อรัง มีเสมหะ เสียงแหบ เป็นมา ๔ เดือน จากการสอบถามประวัติเพิ่มเติมพบว่า ผู้ป่วยเป็นโรคโควิด-๑๙ และมีอาการไอ มีเสมหะมาอย่างต่อเนื่องจึงมาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลแม่สอด ได้รับการเอกซเรย์ทรวงอก ไม่ได้ตรวจเสมหะ ต่อมาได้ไปตรวจรักษาที่คลินิกและโรงพยาบาลเอกชนหลายครั้ง วันที่ ๒๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๕ ได้รับการเอกซเรย์ทรวงอก พบ Reticulonodular infiltration at both apical and upper lung and nodule infiltration right middle lung และตรวจเสมหะ (AFB) ๓ วัน พบเชื้อวัณโรคผู้ป่วยเข้ารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลแม่สอด

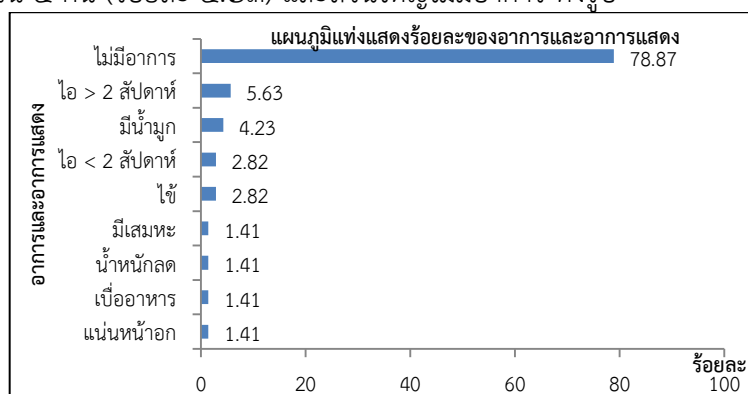
ต่อมาวันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๕ เวลา ๐๙.๐๐น. ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลแม่สอด ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรควัณโรคปอด และให้ยารักษาโรควัณโรคปอด

๓. ค้นหาผู้สัมผัสและผู้ป่วยรายใหม่

๓.๑ ผู้สัมผัสใกล้ชิดที่บ้าน (Household contact) ไม่มีผู้สัมผัสใกล้ชิดที่บ้าน แยกอยู่กับสามี บุตรไปทำงานที่กรุงเทพมหานคร ส่วนบิดามารดาอยู่ต่างอำเภอ

๓.๒ ผู้สัมผัสในศูนย์การศึกษาพิเศษ (Classroom contact) พบผู้สัมผัส จำนวน ๗๑ คนมีอาการตามเกณฑ์นิยามที่กำหนดข้อใดข้อหนึ่ง จำนวน ๑๐ คน (ร้อยละ ๑๔.๑) ผู้ที่มีอาการ Major

Criteria ข้อใดข้อหนึ่ง (ไอบามากกว่า ๒ สัปดาห์)จำนวน ๔ คน (ร้อยละ ๕.๖๓) ผู้มีอาการ Minor Criteria ๒ อาการขึ้นไป จำนวน ๔ คน (ร้อยละ ๕.๖๓) และส่วนใหญ่ไม่มีอาการ ดังรูป



รูป แผนภูมิแท่งแสดงร้อยละของอาการและอาการแสดงของผู้สัมผัส

๔. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผู้สัมผัสที่ได้รับการตรวจเอกซเรย์ปอดจำนวน ๗๑ คน ผลผิดปกติ ๓ ราย (ร้อยละ ๔.๒๓) ได้รับตรวจ AFB และ X-pert จำนวน ๙ ราย ผลปกติทุกรายได้รับการทดสอบ TST ๑๓ รายพบเป็นบวก จำนวน ๓ ราย (ร้อยละ ๒๓.๐๗) และได้รับการตรวจ IGRAs จำนวน ๙ ราย ผลปกติทุกราย

จากการสอบสวนโรคและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบผู้ป่วยสงสัยวัณโรคปอด จำนวน ๑๑ ราย (ร้อยละ ๑๕.๕) ผู้ป่วยยืนยันวัณโรคปอด จำนวน ๑ ราย (ร้อยละ ๑.๔) ผู้ป่วยวัณโรคปอดระยะแฝง จำนวน ๑๐ ราย (ร้อยละ ๑๔.๓๕)

เมื่อศึกษาการแพร่ระบาดของผู้ป่วยยืนยันวัณโรคปอดทั้ง ๒ ราย ในศูนย์การศึกษาพิเศษพบว่า ผู้ป่วยรายที่ ๑ เริ่มมีการแพร่เชื้อตั้งแต่เดือนสิงหาคม ๒๕๖๕ และได้รับการวินิจฉัยในเดือนธันวาคม ๒๕๖๕ ต่อมาได้ทำการค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม พบผู้ป่วยรายที่ ๒ โดยมีผล TST เป็นบวก (๑๗ มม.) และผลเอกซเรย์ปอดเข้าได้กับวัณโรค แพทย์ได้ให้การรักษาแบบ CAT ๑ (๒HRZE/๔HR)

การค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมจากผู้ป่วยยืนยันวัณโรคปอดรายที่ ๒ ทีมสอบสวนโรคได้คัดกรองผู้สัมผัสที่บ้าน จำนวน ๔ ราย ไม่พบเชื้อวัณโรค

๕. ผลการสำรวจสิ่งแวดล้อมจากการสำรวจสิ่งแวดล้อมในบ้านผู้ป่วยพบว่า เป็นบ้านเดี่ยวยกพื้นสูงชั้นเดียว ขนาด ๕๐ ตารางวา มี ๒ ห้องนอน ๒ ห้องน้ำ ๑ ห้องครัว อากาศถ่ายเทได้ดี มีการติดตั้งเครื่องปรับอากาศ แต่ไม่ได้เปิด โดยจะเปิดหน้าต่างแสงแดดส่องถึง ส่วนสิ่งแวดล้อมที่ทำงานพบว่า ผู้ป่วยสอนห้องเตรียมความพร้อม ๑ มีนักเรียน จำนวน ๙ คน ครูพี่เลี้ยงร่วมห้อง ๒ คน ขนาดความกว้างห้อง ๔*๖ เมตร เป็นห้องปิดกระจก มีห้องน้ำในตัว ไม่มีที่ระบายอากาศ ไม่มีเครื่องปรับอากาศ ติดพัดลมเพดาน จำนวน ๒ ตัว หอพักครูเป็นตึก ๓ ชั้น ผู้ป่วยอาศัยอยู่ชั้น ๒ มีเพื่อนร่วมห้องที่ผลัดกันมานอนจำนวน ๓ คน ผู้ป่วยจะเข้านอนที่หอพักในช่วงวันจันทร์-ศุกร์ ของทุกสัปดาห์ส่วนกิจกรรมระหว่างครูกับนักเรียน เนื่องจากนักเรียนเป็นเด็กพิการทางด้านร่างกาย จึงทำให้ครูต้องดูแลเป็นพิเศษอย่างใกล้ชิด โดยครูทำหน้าที่ในการดูแล ทั้งการอุ้ม กอด ป้อนอาหาร และหอมแก้มเป็นบางครั้ง

การดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรค

๑. แยกผู้ป่วยจนกว่าจะพ้นระยะแพร่เชื้อ และติดตามการรับประทานยาของผู้ป่วย

๒. ครู และบุคลากรในศูนย์การศึกษาพิเศษได้รับการ CXR อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง
๓. แนะนำครูและหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ มีการเฝ้าระวัง ติดตามอาการผิดปกติสงสัยโรควัณโรคปอดในกลุ่มผู้สัมผัส จนครบ ๒ ปี
๔. ให้สุศึกษาเรื่อง โรควัณโรคปอดแก่ผู้ป่วยกลุ่มผู้สัมผัสและผู้ปกครองเด็กนักเรียน
๕. ทำความสะอาดห้องเรียน อุปกรณ์การเรียน ของเล่น เครื่องครัว ห้องน้ำ ทุกสัปดาห์

อภิปรายผล

จากการสอบสวนวัณโรคปอดในศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดตาก สาขาแม่สอด ตำบลแม่สอด อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก พบอัตราผู้ป่วยผู้ป่วยยืนยันวัณโรคปอดร้อยละ ๑.๔ เป็นเด็กนักเรียน มีประวัติใกล้ชิดกับผู้ป่วยยืนยันวัณโรคปอดรายแรก (index case) ในช่วงระยะเวลาแพร่เชื้อตั้งแต่เดือนสิงหาคม – ธันวาคม ๒๕๖๕ จากอัตราผู้ป่วยที่พบคิดเป็น ๐.๑๔ เท่า เมื่อเทียบกับรายงานการระบาดวัณโรคของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแห่งหนึ่งในจังหวัดเลย ที่มีอัตราผู้ป่วยร้อยละ ๙.๘๐^๕ มีการศึกษาเพิ่มเติมพบว่าเด็กเป็นกลุ่มเปราะบาง สามารถป่วยเป็นวัณโรคได้ง่ายกว่าผู้ใหญ่^๕ หากยังเป็นกลุ่มเด็กที่มีความพิการ ซึ่งมีภูมิคุ้มกันต่ำกว่าเด็กปกติทั่วไป ยิ่งมีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคปอด สำหรับอัตราผู้ป่วยของผู้ป่วยวัณโรคปอดระยะแฝง พบร้อยละ ๒๕.๓๕ คิดเป็นอัตราป่วย ๐.๔๒ เท่าเมื่อเทียบกับรายงานการระบาดวัณโรคของโรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดสุโขทัย ที่มีอัตราป่วยเป็นวัณโรคปอดระยะแฝง ร้อยละ ๖๐.๖๘^๖

แหล่งที่มาของวัณโรคในครั้งนี้ยังไม่ทราบแน่ชัด เนื่องจากผู้ป่วยไม่มีประวัติสัมผัสวัณโรคมาก่อน แต่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ในย่านที่มีโรงงาน ซึ่งมีแรงงานข้ามชาติเข้ามาประกอบอาชีพจำนวนมาก ร่วมกับมีการศึกษาว่าประเทศไทยมีเชื้อวัณโรคเป็นเชื้อประจำถิ่น ทำให้อาจมีเชื้อ *M. tuberculosis* ปนเปื้อนในสภาพแวดล้อมและชุมชน^(๗) อีกทั้งอำเภอแม่สอดมีการระบาดของวัณโรคปอดค่อนข้างสูง ซึ่งทำให้อาจมีการปนเปื้อนในสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

ปัญหาและข้อจำกัดในการสอบสวนโรค

๑. เนื่องจากเด็กเป็นกลุ่มเปราะบาง และมีความพิการร่วมด้วยอีกทั้งครู บุคลากรในโรงเรียน และผู้ปกครอง ขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องวัณโรค มีความวิตกกังวลจึงทำให้ยากต่อการเก็บข้อมูลและการเก็บตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ
๒. ผู้ป่วยมีความกังวลในการเปิดเผยข้อมูล และการถูกตีตรา จึงทำให้ต้องใช้เวลาในการชักประวัตินานยิ่งขึ้น

สรุปผลการศึกษา

การแพร่ระบาดของวัณโรคปอดในศูนย์การศึกษาพิเศษแห่งนี้ พบผู้ป่วยสงสัยวัณโรคปอดจำนวน ๑๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๕.๒๗ ผู้ป่วยติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงจำนวน ๑๘ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๕ และผู้ป่วยยืนยันวัณโรคปอด จำนวน ๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒.๗๘ โดยแหล่งที่มาของวัณโรคในครั้งนี้ยังไม่ทราบแน่ชัด เนื่องจากผู้ป่วยไม่มีประวัติสัมผัสวัณโรคมาก่อน แต่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ในย่านที่มีโรงงาน ซึ่งมีแรงงานข้ามชาติเข้ามาประกอบอาชีพจำนวนมาก ร่วมกับอำเภอแม่สอดมีการระบาดของวัณโรคปอดค่อนข้างสูง ซึ่งทำให้อาจมีการปนเปื้อนในสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

ข้อเสนอแนะ

ศูนย์การศึกษาพิเศษควรมีการปรับพื้นที่ภายในห้องเรียนและหอพักครู ให้มีอากาศถ่ายเท แสงแดดส่องถึง และส่งเสริมมาตรการใส่หน้ากากอนามัยเพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเดินหายใจอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนควรมีมาตรการการให้ความรู้เรื่องโรคต่างๆ โดยเชิญวิทยากรด้านสาธารณสุขมาให้ความรู้ อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง

เอกสารอ้างอิง

๑. Disease control. Ministry of Public health. National Tuberculosis Control Programme Guideline, Thailand ๒๐๒๑[Internet]. Bangkok: Graphic and Design Publisher; ๒๐๒๑. Available from: <https://www.tbthailand.org/download/Manual/NTP๒๐๑๘.pdf>
๒. Department of medical services. Ministry of Public health. Division of Tuberculosis. Department of Disease control. Pediatric Infectious Disease Society of Thailand. Clinical Practice Guidelines Tuberculosis treatment in children ๒๐๑๙[Internet]. Available from: [https://www.tbthailand.org/download/Manual/\[PIDST\]-๘๔๕_ALL_TB_๑๑Apr.pdf](https://www.tbthailand.org/download/Manual/[PIDST]-๘๔๕_ALL_TB_๑๑Apr.pdf)
๓. Division of Tuberculosis. Department of Disease control. Ministry of Public health. National Tuberculosis Information Program: NTIP[Internet]. ๒๐๑๙. Available from: <https://ntip-ddc.moph.go.th/ui/form/Login.aspx>
๔. Pisitpayat N, Wanna P, Khamcha S, Gosolchit J, Deedankhor P, Uparete S, Buathong R. An outbreak investigation of tuberculosis in a nursery, Wang Saphung District, Loei Province, Thailand, ๒๐๑๘. Weekly Epidemiological Surveillance Report. ๒๐๒๑; ๕๒: ๓๓-๔๓.
๕. Beyers N, Gie RP, Schaaf HS, Van Zyl S, Talent JM, Nel ED, Donald PR. A prospective evaluation of children under the age of ๕ years living in the same household as adults with recently diagnosed pulmonary tuberculosis. Int J Tuberc Lung Dis. ๑๙๙๗ Feb; ๑(๑):๓๘-๔๓.
๖. Pupagdee N, Pagpearn K, Usahakit S, Kumthakrea R, Intuyanon M. An investigation of Pulmonary Tuberculosis in a High School, Yanyaow Sub-district, Sawankhalok District, Sukhothai Province, September ๑๔th - December ๒๒nd, ๒๐๑๑. Weekly Epidemiological Surveillance Report ๒๐๑๓; ๔๔: S๕๗-๖๓.
๗. Wood R, Racow K, Bekker LG, et al. Indoor social networks in a South African township: potential contribution of location to tuberculosis transmission. PLoS One. ๒๐๑๒; ๗(๖):e๓๙๒๔๖.

การสอบสวนการระบาดของวัณโรค ในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งแห่งหนึ่ง ในเขตสุขภาพที่ ๕

รุ่งทิพย์ อินชื่นใจ และศิริพร กลมเกลียว
โรงพยาบาลพระจอมเกล้า

หลักการ และเหตุผล

วัณโรค (Tuberculosis หรือ TB) เป็นโรคติดต่อเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย *Mycobacterium tuberculosis* วัณโรคเกิดได้ในทุกอวัยวะของร่างกาย ส่วนใหญ่มักเกิดที่ปอด (ประมาณร้อยละ ๘๐)^๑ ซึ่งสามารถแพร่เชื้อได้ง่าย วัณโรคเป็นโรคติดต่อจากคนสู่คนผ่านทางอากาศ (Airborne Transmission) การดำเนินของวัณโรคเป็นกระบวนการแบบต่อเนื่องจากการติดเชื้อแล้วลุกลามป่วยเป็นวัณโรคซึ่งกระบวนการมีทั้งไปข้างหน้าหรืออาจจะย้อนกลับมาได้ขึ้นกับภูมิคุ้มกัน (host immunity) และภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นร่วมกัน (comorbidities) ของร่างกาย^๒

วันที่ ๒๕ มีนาคม ๒๕๖๗ งานป้องกันควบคุมโรคและระบาดวิทยา กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ได้จัดโครงการตรวจคัดกรองวัณโรคโดยวิธีการเอกซเรย์ทรวงอกในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งแห่งหนึ่ง ในเขตสุขภาพที่ ๕ มีผู้ให้บริการที่ร่วมคัดกรองทั้งหมด ๓๘๗ คน แบ่งเป็น ชาย จำนวน ๒๔๒ คน และ หญิง จำนวน ๑๔๕ คน ผลการเอกซเรย์พบผลผิดปกติที่เข้าได้กับวัณโรคปอดจำนวน ๑๒ ราย จึงเก็บเสมหะส่งวินิจฉัยวัณโรคกับห้องปฏิบัติการ พบผลการตรวจ AFB smear และ Xpert MTB/RIF พบเชื้อวัณโรคจำนวน ๓ ราย ผู้ป่วยทั้งหมดเป็นผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ซึ่งตามเกณฑ์การสอบสวนวัณโรคปอดหากพบผู้ป่วยเป็นกลุ่มก้อนตั้งแต่ ๒ คนขึ้นไปในสถานที่เดียวกันภายใน ๓ เดือน ต้องมีการสอบสวนโรค งานป้องกันควบคุมโรคและระบาดวิทยา ได้ประสานไปยังผู้รับผิดชอบงานวัณโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เข้าสอบสวนโรค และสำรวจสิ่งแวดล้อมในวันที่ ๒๔ พฤษภาคม ๒๕๖๗

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อยืนยันการวินิจฉัยและการระบาดของวัณโรค
๒. เพื่อหามาตรการในการควบคุม และป้องกันการเกิดวัณโรคปอดในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง

การดำเนินการศึกษา

เป็นการศึกษาระบาดของวิทยาเชิงพรรณนา (Descriptive study) โดยมีขั้นตอนการศึกษาได้แก่ ๑) การทบทวนข้อมูลและเวชระเบียนผู้ป่วย ๒) กำหนดนิยามผู้ป่วย และผู้สัมผัสใกล้ชิด ๓) การค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และผู้สัมผัสใกล้ชิดเพิ่มเติม ๔) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๕) การศึกษาทางสภาพแวดล้อม ๖) การดำเนินการควบคุมป้องกันการแพร่กระจาย

การกำหนดนิยามผู้ป่วยและผู้สัมผัสใกล้ชิด

๑) ผู้ที่มีอาการน่าสงสัยเป็นวัณโรค (Presumptive TB) หมายถึง ผู้ใช้บริการและเจ้าหน้าที่ในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งทุกคนที่มีอาการไอเรื้อรังติดต่อกันนาน ๒ สัปดาห์ขึ้นไป อาการอื่นๆ ที่อาจพบได้คือ น้ำหนักลด เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย มีไข้ (มักจะเป็นตอนบ่าย ตอนเย็น หรือตอนกลางคืน) ไอมีเลือดปน (hemoptysis) เจ็บหน้าอก หายใจขัด เหงื่อออกมากตอนกลางคืน

๒) ผู้ป่วยเข้าข่าย (Probable TB case) หมายถึง ผู้ใช้บริการและเจ้าหน้าที่ในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งทุกคน ที่แพทย์วินิจฉัยและรักษาแบบวัณโรค โดยอาศัยลักษณะทางคลินิก และภาพเอกซเรย์

ทรวงอกหรือการตรวจทางเนื้อเยื่อพยาธิวิทยา (histopathology) โดยไม่มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการด้านแบคทีเรียยืนยัน (Bacteriologically negative, B-) หรือ clinically diagnosed TB case

๓) ผู้ป่วยยืนยัน (Confirmed TB case) หมายถึง ผู้ใช้บริการและเจ้าหน้าที่ในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งทุกคน ซึ่งแพทย์วินิจฉัยโดยมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการด้านแบคทีเรียเป็นบวก (Bacteriologically positive, B+ หรือ bacteriologically confirmed TB case) เช่น การตรวจย้อมด้วยสีทึบกรด (AFB stain) พบ AFB positive หรือ การเพาะเลี้ยงเชื้อ และแยกชนิดเชื้อ (culture & identification) พบ Mycobacterium tuberculosis complex growth หรือ การตรวจทางอณูชีววิทยา (molecular tests) พบ MTB detected

๔) ผู้สัมผัสใกล้ชิด (close contact) หมายถึง ผู้ใช้บริการและเจ้าหน้าที่ในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งที่มีโอกาสสัมผัสและติดเชื้อจากผู้ป่วยที่แพร่เชื้อ (index case) เนื่องจากสัมผัสส่วนโรคจากใกล้ชิดกัน โดยใช้เกณฑ์ระยะเวลาเฉลี่ยวันละ ๘ ชั่วโมง หรือ ๑๒๐ ชั่วโมง ใน ๑ เดือน และนับระยะเวลาที่อยู่ร่วมกับผู้ป่วยที่วันก็ได้ในช่วง ๓ เดือนก่อนผู้ป่วยเริ่มมีอาการ หรือ ก่อนการวินิจฉัยวัณโรค (กรณีไม่มีอาการ) จนถึง หลังรักษาด้วยยาที่มีประสิทธิภาพแล้วอย่างน้อย ๒ สัปดาห์

ผลการศึกษา

จากผลการส่งตรวจเสมหะเพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรค จำนวน ๑๒ ราย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันเป็นผู้ป่วยวัณโรคจำนวน ๓ ราย ซึ่งได้ดำเนินการสอบสวนโรคทั้ง ๓ ราย เพื่อดูการระบาดของโรค ซึ่งผลการสอบสวนดังนี้

คนที่ ๑ ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ ๘๐ ปี สัญชาติ บุคคลไร้สัญชาติ ไม่มีโรคประจำตัว เข้ารับการคุ้มครองฯ เมื่อวันที่ ๒ เมษายน ๒๕๖๔ ไม่ได้ประกอบอาชีพเนื่องจากเป็นผู้ป่วยติดเตียง อาศัยอยู่ในเขตหญิง อาคารเรือนนอน ๒ ผลการเอกซเรย์ทรวงอก ปี ๒๕๖๖ ปกติ

คนที่ ๒ ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ ๖๔ ปี สัญชาติ ไทย ไม่มีโรคประจำตัว เข้ารับการคุ้มครองฯ เมื่อวันที่ ๒๑ ม.ค. ๒๕๕๘ อาศัยอยู่ในเขตหญิง อาคารเรือนนอน ๒ ผู้ป่วยได้เข้าฝึกอาชีพแผนกหัตถกรรมภาคเช้า ๑ ชั่วโมง ๓๐ นาที ภาคบ่าย ๑ ชั่วโมง ๓๐ นาที ห้องละ ๒๐ คน โดยไม่ใช้เครื่องปรับอากาศ ผู้ป่วยช่วยทำความสะอาดบริเวณสำนักงาน และช่วยเฝ้าไข้ผู้ให้บริการคนอื่นเมื่อต้องนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาล ผลการเอกซเรย์ทรวงอก ปี ๒๕๖๖ ปกติ

ผู้ป่วยหญิงทั้ง ๒ ราย อาศัยอยู่ในห้องพักเดียวกันคืออยู่ในเขตหญิง อาคารเรือนนอน ๒ ผู้ที่อาศัยอยู่ที่เรือนนอนนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ หรือ ผู้ที่เคลื่อนไหวไม่สะดวก โดยลักษณะอาคารมีแสงแดดส่องถึง กว้างขวาง อากาศถ่ายเท นอนห้องนอนละ ๓๑ คน โดยไม่ใช้เครื่องปรับอากาศ

คนที่ ๓ ผู้ป่วยเพศชาย อายุ ๕๖ ปี สัญชาติ ไทย โรคประจำตัว จิตเวช เข้ารับการคุ้มครองฯ เมื่อวันที่ ๑๓ กันยายน ๒๕๖๖ อาศัยอยู่ในเขตชาย อาคารเรือนนอน ๒ ชั้นบน ซึ่งแสงแดดส่องถึง กว้างขวาง อากาศถ่ายเท นอนห้องละ ๒๒ คน โดยไม่ใช้เครื่องปรับอากาศ ผู้ป่วยไม่ได้ประกอบอาชีพ ไม่มีผลเอกซเรย์ ปี ๒๕๖๖ เปรียบเทียบ

ผลการสำรวจสิ่งแวดล้อม

- สถานที่พักอาศัยมีความสะอาด มีการติดมุ้งลวดป้องกันแมลงทุกอาคาร มีการถ่ายเทของอากาศได้สะดวก

- มีการจัดห้องแยกโรคไว้ที่คิได้ลมของอาคาร มีห้องน้ำในตัวแต่ห้องแยกโรคเขตหญิง ค่อนข้างมืด ทึบ รับแสงแดดเข้าได้ในเวลาสั้นๆในแต่ละเรือนนอนจะเป็นห้องขนาดใหญ่ ที่ผู้ใช้บริการนอนรวมกัน ห้องละ ๒๐ - ๔๐ คน

- มีการใช้ห้องน้ำร่วมกัน
- แต่ละอาคารจะมีเครื่องซักผ้าประจำอาคาร โดยผู้ดูแลจะเป็นผู้ควบคุมการซัก
- การกำจัดขยะติดเชื้อมีการรวบรวมไว้ที่อาคารพยาบาล และส่งไปที่ รพ.สต.
- การกำจัดน้ำเสีย ไม่มีระบบกำจัดน้ำเสีย โดยน้ำเสียที่เกิดขึ้น ปล่อยทิ้งในท่อสาธารณะ

กิจกรรมที่ทำร่วมกันของผู้ใช้บริการ

- อาบน้ำ แปรงฟันรับประทานอาหารร่วมกัน ๓ มื้อ
- สำหรับผู้ที่เคลื่อนไหวร่างกายได้สะดวก จะมีการออกกำลังกายในช่วงเช้า
- มีการพักผ่อนอิริยาบถร่วมกันโดยการดูโทรทัศน์ และเล่นเกมส์
- มีผู้ใช้บริการบางส่วนที่ได้รับการฝึกอาชีพ เช่น การทำพรมเช็ดเท้า ประมาณ ๒๐ คน

พฤติกรรมเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อโรค

- สถานที่พักอาศัยมีความแออัดและนอนรวมกันเป็นจำนวนมาก ทำให้แพร่กระจายเชื้อโรคได้ง่าย
- ผู้ใช้บริการหลายคนไม่สามารถทำความเข้าใจกับการป้องกันโรคทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรค
- มีการใช้เครื่องซักผ้า ซักผ้ารวมกัน ซึ่งเป็นแหล่งแพร่กระจายเชื้อโรคได้
- ผู้ใช้บริการอยู่ด้วยกันตลอดเวลา ทำให้สามารถสัมผัสโรคได้ง่าย
- ผู้ใช้บริการโดยส่วนใหญ่มีร่างกายอ่อนแอ เป็นผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเชื้อ ผู้ป่วยจิตเวช
- ไม่มีการตรวจโรคซ้ำก่อนเข้าใช้บริการในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งมีเพียงการตรวจ ๕ โรคเพื่อขึ้นทะเบียนเท่านั้น ซึ่งในระหว่างการรอคิวเข้าสถานคุ้มครองฯ ผู้ใช้บริการอาจไปสัมผัสโรค และป่วยได้

สรุปผลการระบาดตามเกณฑ์ที่ระบุในช่วงเวลา ๓ เดือน สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งพบผู้ป่วยวัณโรคยืนยันจำนวน ๓ ราย ในช่วงเดือน มีนาคม - มิถุนายน ซึ่งเข้าตามเกณฑ์ จึงแสดงได้ว่าการระบาดในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งขึ้น

มาตรการควบคุมและป้องกันโรค มาตรการที่ได้ดำเนินการไปแล้ว

๑. แยกผู้ป่วยออกจากผู้ใช้บริการรายอื่น โดยสถานสงเคราะห์ได้มีการจัดห้องแยกโรคไว้สำหรับผู้ป่วยทางเดินหายใจ โดยแบ่งเป็นเขตชาย ๓ ห้อง เขตหญิง ๓ ห้อง และมีห้องน้ำแยก โดยผู้ป่วยจะเป็นผู้ทำความสะอาดที่พักอาศัยด้วยตนเองแยกภาชนะในการรับประทานอาหาร
๒. ให้ความรู้เรื่องวัณโรค และโรคติดต่อทางเดินหายใจ กับเจ้าหน้าที่และเจ้าหน้าที่ผู้ดูแล เพื่อให้มีความรู้ในการสังเกตผู้ใช้บริการที่มีอาการเข้าได้กับโรครวมไปถึงวิธีการป้องกันโรค
๓. มีการสังเกตอาการของผู้ใช้บริการที่อยู่หอเดียวกับผู้ป่วยโดยผู้ดูแลอยู่เป็นประจำ
๔. สถานที่พักอาศัยมีการทำ ๕ ส ทุกวันจันทร์ พุธ ศุกร์ ในทุกสัปดาห์
๕. มีการจัดกิจกรรมล้างมือ ภายใต้อาโครงการ “ล้างมือกันเถอะ” เป็นการเน้นให้ผู้ใช้บริการหมั่นล้างมือบ่อยก่อนและหลัง การทำกิจกรรมต่างๆ
๖. มีแมสก์ให้ผู้ใช้บริการใส่ โดยสามารถขอได้จากผู้ดูแล
๗. เจ้าหน้าที่ทุกท่านเข้ารับการเอกซเรย์ และตรวจสุขภาพร้อยละ ๑๐๐ ไม่พบผู้ป่วยวัณโรค

อภิปรายผล

การวินิจฉัยและการระบาดของวัณโรค ในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งแห่งหนึ่งในเขตสุขภาพที่ ๕ ในครั้งนี้ สามารถยืนยันการระบาดได้จากการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ พบผลการตรวจ AFB smear และ gene Xpert MTB/RIF พบเชื้อวัณโรค โดยกลุ่มก้อนของผู้ป่วยมีการเชื่อมโยงทางระบาดวิทยา คือ ผู้ป่วยหญิงทั้ง ๒ ราย เป็นผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ อาศัยอยู่ในพื้นที่เดียวกันมีการทำกิจกรรมร่วมกัน และผู้ป่วยหญิงรายหนึ่งมีประวัติเฝ้าไข้ผู้ให้บริการรายอื่นที่โรงพยาบาล จึงอาจนำมาซึ่งการติดเชื้อวัณโรค และระบาดสู่ผู้ให้บริการรายอื่น ซึ่งการระบาดเป็นกลุ่มก้อนมักเกิดในสถานที่ที่บุคคลอยู่ร่วมกันเป็นจำนวนมาก ซึ่งสอดคล้องกับฐานข้อมูล Event-based surveillance ของกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค พบว่า ตั้งแต่ ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๓ ประเทศไทยมีการรายงานกลุ่มก้อนของผู้ป่วยวัณโรคทั้งสิ้น ๑๒ กลุ่มก้อน ค่ามัธยฐานของจำนวนผู้ป่วยเท่ากับ ๔.๕ ราย (สูงสุด ๘๐ ราย โดยพบในเรือนจำ) สถานที่ที่มักพบวัณโรคเป็นกลุ่มก้อน ได้แก่ โรงเรียน (ร้อยละ ๔๒) สถานสงเคราะห์ (ร้อยละ ๒๕) โรงงาน (ร้อยละ ๑๗) เรือนจำ และโรงพยาบาล (ร้อยละ ๘)^๓ และผู้ป่วยชาย ๑ รายเป็นผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่เพิ่งเข้ามาอาศัยอยู่ในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งได้เพียง ๖ เดือน และในเขตชายไม่พบผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาตัวอยู่ในปัจจุบัน จึงคาดว่าผู้ป่วยน่าจะติดวัณโรคก่อนที่จะเข้ามาอยู่ในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง เนื่องจากผู้ป่วยมีโรคร่วมเป็นจิตเวช และเรื้อรัง ก่อนที่จะได้เข้ามาอยู่ในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง ปัญหาและข้อจำกัดในการสอบสวนโรค

- เนื่องจากการป่วยเป็นวัณโรคหลังการติดเชื้ออาจให้เวลาหลายปี ทำให้ผู้ป่วยจำไม่ได้ว่าตนเองได้รับเชื้อมาจากที่ใด
- ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถให้ข้อมูลของตนเองได้

สรุปผลการศึกษา

การเกิดวัณโรคในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งแห่งหนึ่งในเขตสุขภาพที่ ๕ ยืนยันได้ว่าเป็นการระบาด โดยพิจารณาจากผลการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ โดยปัจจัยเสี่ยงของการระบาดในครั้งนี้ คือ สภาพแวดล้อมในการอยู่อาศัยของผู้ใช้บริการของสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งที่ใช้เวลาอยู่ด้วยกันตลอด ๒๔ ชั่วโมง ทำให้ส่งผลต่อแพร่กระจายเชื้อโรคและสัมผัสเชื้อโรค อีกทั้งผู้ให้บริการโดยส่วนใหญ่มีร่างกายอ่อนแอ เป็นผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง และผู้ป่วยจิตเวช ผู้ใช้บริการหลายคนไม่เข้าใจกับการป้องกันโรคทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดการระบาดของโรคได้นอกจากนี้ไม่มีการตรวจโรคก่อนเข้าใช้บริการในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งมีเพียงการตรวจ ๕ โรคเพื่อขึ้นทะเบียนเท่านั้น ซึ่งในระหว่างการรอคิวที่ใช้เวลารอนานเป็นเดือน หรือบางรายต้องรอเป็นปี ก่อนเข้าไปในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งผู้ให้บริการอาจไปสัมผัสโรค และป่วยได้ ถึงแม้สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งจะมีมาตรการกักตัวก่อนเข้าอยู่ร่วมกับผู้ให้บริการอื่นเป็นเวลา ๕ วัน แต่ด้วยลักษณะของวัณโรคที่ใช้เวลาในการฟักตัวเป็นเวลานาน ทำให้ไม่แสดงอาการในระหว่างการกักตัว ผู้ใช้บริการจึงสามารถนำโรคเข้าไปแพร่กระจายในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งได้ การป้องกันโรค คือ การสร้างความรู้ ความเข้าใจแก่ผู้ดูแล การสังเกตอาการ รวมถึงการจับคู่บัดดี้ของผู้ใช้บริการในการดูแลเพื่อนผู้ให้บริการด้วยกัน หากพบผู้ให้บริการมีอาการป่วยให้ทำการแยกกักในห้องแยกโรค ให้การเอกซเรย์ทรวงอกให้กับผู้ให้บริการทุกราย เป็นประจำทุกปี

ข้อเสนอแนะ

๑. พัฒนาระบบเฝ้าระวัง และแนวทางการให้บริการโรคติดต่อทางเดินหายใจแก่ผู้ป่วยในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง ให้มีความชัดเจน โดยร่วมกับ สสจ. สสอ. และ รพ.สต.ในพื้นที่
๒. แนะนำให้งานพยาบาลมีการจัดทำทะเบียนผู้ป่วยแต่ละโรค เพื่อให้ทราบแนวโน้มของการเกิดโรค นำมาสู่การป้องกันโรคที่อาจเกิดขึ้นในขณะนั้นๆ
๓. รพ.สต.ในพื้นที่ ติดตามผู้สัมผัสส่วนโรคมาเอกซเรย์ทุก ๖ เดือน ระยะเวลา ๒ ปี หลังจากนั้นเอกซเรย์ทุกปี

เอกสารอ้างอิง

๑. สิบปภาส เพ็งพะยอม. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดวัณโรคในประชากรกลุ่มเสี่ยงจังหวัดลำปาง. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน. ๒๕๖๔;๓(๒):๑๐๙-๑๑๘.
๒. นาปีเสาะ มะเซ็ง, สมเกียรติยศ วรเดช, ปุณณพัฒน์ ไชยเมธ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค: การทบทวนวรรณกรรม. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี. ๒๕๖๓;๙(๒):๓๒-๔๖.
๓. กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการสอบสวนและควบคุมวัณโรค (ฉบับปรับปรุง พ.ศ.๒๕๖๖) (พิมพ์ครั้งที่ ๑). สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์. ๒๕๖๖.

การสอบสวนผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานรายแรก ในอำเภอค่ายบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี ปี พ.ศ.๒๕๖๖

เทพรังสรรค์ จันทร์แจ่ม

โรงพยาบาลสิงห์บุรี

หลักการ และเหตุผล

วัณโรคเป็นโรคติดต่อทางเดินหายใจที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย *Mycobacterium tuberculosis* จากรายงานวัณโรคของโลกองค์การอนามัยโลกคาดประมาณอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค (รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ) ของโลกสูงถึง ๑๐.๖ ล้านคน เสียชีวิต ๑.๘๗ ล้านคน โดยเป็นผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี ๒๕๑,๐๐๐ ราย องค์การอนามัยโลกจัดให้เป็น ๑ ใน ๑๔ ประเทศของโลกที่มีปัญหาวัณโรครุนแรงระดับโลก ทั้งวัณโรคทั่วไป วัณโรคที่มีการติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย และวัณโรคดื้อยาหลายขนาน ในปี พ.ศ. ๒๕๖๕ ประเทศไทยมีอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ๑๐๓,๐๐๐ ราย จำนวนผู้ป่วย MDR-TB หรือ Rifampicin resistant TB ๒,๔๐๐ ราย พบ MDR/RR-TB ร้อยละ ๒.๒ เป็นผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ร้อยละ ๒.๔ ที่มีประวัติการรักษาวัณโรคมาก่อน โดยประมาณร้อยละ ๕-๑๐ ของ MDR-TB เป็นวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก และมีจำนวนผู้เสียชีวิต ๑๑,๔๐๐ ราย^{๑,๒} สถานการณ์วัณโรค จังหวัดสิงห์บุรี ปีงบประมาณ ๒๕๕๙- ๒๕๖๕ พบผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค จำนวน ๒๒๑, ๒๑๕, ๒๓๗, ๒๐๓, ๒๒๖, ๑๗๙ และ ๑๘๙ คน ตามลำดับ อุบัติการณ์ผู้ป่วย MDR-TB ขึ้นทะเบียนการรักษา จำนวน ๑๓ คน ผลการรักษาหาย ๘ ราย รักษาล้มเหลว จำนวน ๑ ราย และเสียชีวิต จำนวน ๔ ราย ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นวัณโรคกลับเป็นซ้ำ และผู้ป่วยที่มีประวัติรักษาวัณโรคมาก่อน รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ และเป็นผู้ป่วยที่ขาดยา

เมื่อวันที่ ๘ พฤษภาคม ๒๕๖๖ เวลา ๐๙.๓๐ น. กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสิงห์บุรี ได้รับรายงานพบผู้ป่วยโรควัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR-TB) เพศชาย อายุ ๖๒ โดยมีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอค่ายบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี ซึ่งเป็นผู้ป่วยรายแรกในพื้นที่จึงมีความสนใจในการสอบสวนโรคเพื่อศึกษาสภาพปัญหาและผลกระทบของผู้ป่วย ครอบครัว และผู้สัมผัสใกล้ชิด ซึ่งอาจช่วยให้สามารถพัฒนาแนวทางป้องกันควบคุมวัณโรคดื้อยาหลายขนานนั้น ซึ่งผลของการเกิดผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน ทำให้เพิ่มภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาล และส่งผลกระทบต่อภาระการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ยังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย คนในครอบครัว และรวมถึงคนในชุมชนอีกด้วย ดังนั้นจึงได้แจ้งทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (JIT) ระดับอำเภอร่วมกันดำเนินการสอบสวนและควบคุมโรคในพื้นที่ตั้งแต่วันที่ ๑๐ พฤษภาคม - ๗ มิถุนายน ๒๕๖๖ เพื่อยืนยันการวินิจฉัยและการระบาดของโรค ค้นหาแหล่งแพร่เชื้อดื้อยา ปักจี้เสี่ยงและให้ข้อเสนอแนะในการควบคุมป้องกันวัณโรคดื้อยาหลายขนาน

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อยืนยันการวินิจฉัยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR - TB) ของผู้ป่วยรายนี้
๒. เพื่ออธิบายลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วย
๓. เพื่อค้นหา คัดกรอง ตรวจวินิจฉัย และการรักษาการติดเชื้อและการป่วยวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัส ติดตามเฝ้าระวังผู้สัมผัสที่ยังไม่ป่วย
๔. เพื่อกำหนดมาตรการและเสนอแนวทางป้องกันควบคุมวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR-TB)

การดำเนินการศึกษา

๑. การศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา(Descriptive Study)

๑.๑ ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย MDR-TB จากโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยไปรับการรักษาทั้งหมด ๒ แห่ง และผู้สัมผัสร่วมบ้านโดยรวบรวมข้อมูลทั่วไป ประวัติการเจ็บป่วย การวินิจฉัย การรักษาและติดตามผลการรักษาวัณโรค ตั้งแต่รักษาวัณโรคจนถึงวันที่สอบสวนโรค รวมทั้งผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และภาพถ่ายรังสีทรวงอก

๑.๒ สัมภาษณ์ผู้ป่วยเพิ่มเติมเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วย ประวัติครอบครัว ประวัติการทำงาน และโอกาสสัมผัสผู้ป่วยสงสัยวัณโรคก่อนที่ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการสงสัยวัณโรคปอดโดยใช้แบบสอบถามโรคตามแนวทางการสอบสวนและควบคุมวัณโรค ซึ่งจัดทำโดยสำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค (๒)

๑.๓ ค้นหาผู้ป่วยวัณโรคเพิ่มเติม ในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้าน/ผู้สัมผัสใกล้ชิดตั้งแต่ ๓ เดือน ก่อนผู้ป่วยรายนี้มีอาการจนถึงวันเริ่มสอบสวนโรค โดยการสอบถามอาการ ภาพถ่ายรังสีทรวงอก การตรวจวัดระดับสาร interferon-gamma (IFN- γ) release assays (IGRAs) และการตรวจหาเชื้อ X-pert MTB/RIF assay ในรายที่มีผลภาพถ่ายรังสีทรวงอกผิดปกติ

๑.๔ ค้นหาผู้ที่สงสัยเป็นแหล่งแพร่โรคโดยการค้นหาผู้สัมผัสร่วมบ้าน/ผู้สัมผัสใกล้ชิด ที่สงสัยวัณโรคในช่วงเวลา ๒ ปี ก่อนผู้ป่วยเริ่มมีอาการป่วย

๑.๕ ยืนยันการวินิจฉัยโดยใช้อาการทางคลินิก ร่วมกับภาพถ่ายรังสีทรวงอก และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเพาะ

การกำหนดนิยามผู้ป่วยและผู้สัมผัส

ผู้สัมผัสวัณโรค (contacts of TB case) คือ บุคคลที่สัมผัสกับผู้ป่วย index case ในช่วงเวลา ๓ เดือนก่อนการวินิจฉัย จนถึงวันที่สอบสวนโรค แบ่งออกเป็น ๑) ผู้สัมผัสร่วมบ้าน (household contact) หมายถึง ผู้ที่อาศัย หรือเคยอาศัยในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วย ๒) ผู้สัมผัสใกล้ชิด (close contact) หมายถึง ผู้ที่เคยทำงานอยู่ในที่เดียวกับผู้ป่วย โดยมีระยะเวลาอยู่ร่วมกันมากกว่า ๘ ชั่วโมงต่อวันหรือมากกว่า ๑๒๐ ชั่วโมงต่อเดือน

ผู้ป่วยยืนยันวัณโรค (Confirmed TB case) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่แพทย์วินิจฉัยและให้การรักษาแบบวัณโรค โดยที่มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันที่มีสิ่งส่งตรวจ (specimen) ผลเป็นบวก โดยวิธี smear microscopy หรือ culture หรือวิธีการอื่น ๆ เช่น X-pert MTB/RIF, line probe assay

ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (Multidrug-resistant TB (MDR-TB) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานที่ดื้อยา H (Isoniazid) และ R (Rifampicin) พร้อมกัน และอาจจะดื้อต่อยา FLD ขนานอื่น ๆ ร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้

ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาปฐมภูมิ (Primary drug resistant TB) หมายถึง วัณโรคดื้อยาในผู้ป่วยที่มีประวัติแน่นอนว่าไม่เคยรับยาวัณโรคชนิดใดๆ มาก่อน หรือเกิดจากการได้รับเชื้อวัณโรคดื้อยาโดยตรง

ผู้ติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง (latent TB infection : LTBI) หมายถึง ผู้ที่ได้รับเชื้อและติดเชื้อวัณโรคแฝงอยู่ในร่างกาย แต่ร่างกายมีภูมิคุ้มกันสามารถต่อสู้กับเชื้อ สามารถยับยั้งการแบ่งตัวของเชื้อโรควัณโรคได้ ไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ และไม่สามารถแพร่เชื้อสู่ผู้อื่นได้

๒. การศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

๒.๑ ทำการเก็บตัวอย่างเสมหะของผู้ป่วย Index case เพื่อส่งตรวจเสมหะหาเชื้อ Acid-fast bacilli (AFB) ด้วยกล้องจุลทรรศน์ (Light microscope) เก็บเสมหะจำนวน ๒ ครั้ง และการตรวจด้วยวิธี Xpert MTB/RIF และ line probe assay for FLDs และ SLDs

๒.๒ ศึกษาผลการตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอก (Chest X-ray) ในผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิด จำนวน ๙ คน

๒.๓ ทำการเจาะเลือดเพื่อตรวจวัดระดับสาร interferon-gamma release assays (IGRAs) จำนวน ๙ คน^๓

๒.๔ ทำการเก็บตัวอย่างเสมหะตรวจหาเชื้อด้วยวิธี Xpert MTB/RIF ในผู้สัมผัสร่วมบ้านที่มีผลภาพถ่ายรังสีทรวงอก ผิดปกติ

๓. การศึกษาทางด้านสิ่งแวดล้อม

ลงพื้นที่สำรวจ และสังเกตลักษณะสภาพแวดล้อมบริเวณบ้านพักอาศัย ภายในห้องนอนของผู้ป่วย ระบบสุขาภิบาล ประเมินสภาพแวดล้อม การระบายอากาศ สถานที่เก็บรักษาวัคซีนโรค และทิศทางการลมธรรมชาติ โดยใช้แบบสอบถามกึ่งโครงสร้าง (Semi-structural questionnaire)^๒ โดยขออนุญาตผู้ป่วยและญาติด้วยวาจา

ผลการสอบสวน (Results)

๑. การศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา

ประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่เป็น Index case

ผู้ป่วยเพศชาย อายุ ๖๒ ปี อาศัยอยู่หมู่ที่ ๒ ตำบลโพทะเล อำเภอค่ายบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี ประกอบอาชีพรับจ้างทำสวนมะม่วง มีรูปร่างผอม ผิวดำ มีโรคประจำตัวเก๊าท์ และไตวายเรื้อรังระยะที่ ๔ มีประวัติสูบบุหรี่ ดื่มสุราเป็นประจำ และใช้สารเสพติด (กัญชา) ปฏิเสธประวัติการอยู่ในเรือนจำ ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยและรักษาวัณโรคปอดมาก่อน มีประวัติอาศัยสัมผัสร่วมบ้านกับบิดา ซึ่งเสียชีวิตด้วยวัณโรคปอด ไม่ทราบประวัติและรายละเอียดการรักษา ประวัติการเจ็บป่วยพบว่าเริ่มมีอาการไอเมื่อเดือนมกราคม ๒๕๖๖ เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลค่ายบางระจัน วันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ ด้วยไอแห้งๆ มีเสมหะในลำคอ มีไข้ ปวดจุกท้องได้ล้นปี กินได้น้อยลง น้ำหนักลด ๙ กิโลกรัม ในระยะเวลา ๒ เดือน มีประวัติสูบบุหรี่ตั้งแต่อายุ ๑๕ ปี จำนวน ๑๐ - ๑๕ มวนต่อวัน สูบกัญชาวันละ ๑ มวน ระยะเวลา ๑ ปี ผล CXR พบมี Reticular infiltration Rt and Lt lung upper field วันที่ ๘ มีนาคม ๒๕๖๖ ผลการตรวจเสมหะ AFB พบ AFB positive ๒+ แพทย์วินิจฉัยวัณโรคปอด เริ่มการรักษาด้วยสูตรยา ๒HRZE/๔HR และพบผลค่าการทำงานของไตและกรดยูริกในเลือดสูงผิดปกติ แพทย์พิจารณาส่ง Xpert MTB/RIF และส่งต่อการรักษามายังโรงพยาบาลสิงห์บุรี วันที่ ๒๘ มีนาคม ๒๕๖๖ ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสิงห์บุรี ผลการตรวจ LPA พบเชื้อดื้อยา Isoniazid และ Rifampicin resistance โดยไม่พบการดื้อยาในกลุ่ม FQs และ SLIs แพทย์วินิจฉัยเป็นวัณโรค MDR-TB รักษาด้วยสูตรยาระยะสั้นชนิดกิน shorter all-oral bedaquiline - containing regimen ระยะสั้น ๙ เดือน

สมมติฐานการได้รับเชื้อวัณโรคของผู้ป่วย (Index case)

๑. ผู้ป่วย Index case อาจจะได้รับเชื้อวัณโรคจากบิดา อาศัยร่วมบ้านในครอบครัวที่จังหวัดชัยภูมิ ก่อนจะย้ายถิ่นฐาน ตั้งแต่ปี ๒๕๕๓ ซึ่งในปี ๒๕๖๐ บิดาได้เสียชีวิตจากวัณโรคปอด แต่เนื่องจาก

ผู้ป่วยเองไม่ทราบรายละเอียดการรักษา และประวัติการรับประทานยาของบิดา โดยบิดาน่าจะป่วยหลังจากที่ผู้ป่วยย้ายถิ่นฐาน ซึ่งสมมติฐานนี้มีโอกาสเป็นไปได้ที่ผู้ป่วยจะติดเชื้อวัณโรคจากบิดาที่เสียชีวิตจากวัณโรคปอด ซึ่งจากธรรมชาติของการดำเนินโรควัณโรค พบว่าร้อยละ ๑๐ ที่สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค ร้อยละ ๕ ป่วยใน ๒ ปีแรก และ ร้อยละ ๕ ป่วยหลังจากนั้น^๔

๒. ผู้ป่วย Index case อาจจะได้รับเชื้อวัณโรค จากเพื่อนของนายจ้างที่มารับประทานอาหารดื่มเหล้า และสูบบุหรี่ที่สวนมะม่วงเป็นประจำ (Probable source case) จากการสอบถามผู้ป่วย และนายจ้างของผู้ป่วย พบว่าเพื่อนของนายจ้างไม่มีประวัติป่วยวัณโรคหรือมีประวัติบุคคลในครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดป่วยวัณโรค แต่ยังไม่ได้มีการตรวจคัดกรองวัณโรค เนื่องจากผู้สัมผัสกลุ่มนี้อยู่นอกพื้นที่จังหวัดสิงห์บุรี

การค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมในกลุ่มผู้สัมผัส

จากการค้นหาผู้สัมผัสเพิ่มเติมตามนิยามตั้งแต่ ๓ เดือนก่อนผู้ป่วยเริ่มมีอาการหรือก่อนการวินิจฉัยจนถึงวันที่สอบสวนโรค พบกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านทั้งหมด ๙ คนมีกิจกรรมรับประทานอาหารร่วมกัน พักอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันซึ่งทุกคนร่างกายแข็งแรง ไม่มีอาการเข้าได้กับวัณโรค

๒. ผลการศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

จากการคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วย พบว่า ผลการตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอก อยู่ในเกณฑ์ปกติ จำนวน ๘ คน (ร้อยละ ๘๘.๘๙) ผิดปกติสงสัยวัณโรค จำนวน ๑ คน (ร้อยละ ๑๑.๑๑) ผลการตรวจ IGRAs พบว่า ผล Positive (มีการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง) จำนวน ๑ คน (ร้อยละ ๑๑.๑๑) และผล Indeterminate (ผลการตรวจไม่สามารถบอกได้ว่าการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงหรือไม่) จำนวน ๕ คน (ร้อยละ ๕๕.๕๖) ซึ่ง ๑ คน ดังกล่าวที่ภาพถ่ายรังสีทรวงอกผิดปกติ ได้ทำการเก็บเสมหะตรวจ Xpert MTB/RIF ผลไม่พบเชื้อวัณโรค (Not detected) สรุปผลการคัดกรองไม่พบผู้ป่วยรายใหม่ แต่พบการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงจำนวน ๑ คน

๓. ผลการศึกษาทางด้านสิ่งแวดล้อม

สภาพบ้านและการใช้กิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยอาศัยอยู่ร่วมกับนายจ้างห้องนอนของผู้ป่วยถูกสร้างขึ้นใหม่แยกไว้ด้านข้างของบ้าน พื้นยกสูงประมาณ ๑ เมตร ห้องน้ำถูกแยกออกจากคนอื่นๆ บริเวณห้องนอนไม่มีผนังกัน แต่มีระยะห่างจากห้องนอนของคนอื่นๆ บริเวณรอบบ้านอากาศถ่ายเทสะดวกและแสงแดดส่องถึง การกำจัดเศษขยะเมื่อผู้ป่วยไอจาม มีการใช้กระดาษชำระปิดปากและจามทุกครั้ง ทั้งลงขยะที่มีถุงรองรับและมีฝาปิด แยกขยะและถังออกจากคนในบ้าน โดยผู้ป่วยทำงานที่สวนมะม่วงแห่งหนึ่งในอำเภอแสวงหา จังหวัดอ่างทอง ทำให้ระยะเวลาการใช้ชีวิตประจำวันร่วมกันค่อนข้างน้อย ซึ่งนายจ้างของผู้ป่วยเป็นผู้รับหน้าที่พาเดินทางมาตรวจรักษาที่โรงพยาบาล จัดหาอาหาร และเป็นผู้กำกับกรกินยา จัดยาให้ผู้ป่วยทุกครั้ง

มาตรการควบคุมและป้องกันโรค

๑. เสริมสร้างความรู้ในการรักษา และป้องกันวัณโรคแก่ผู้ป่วยและญาติ เน้นความสำคัญและประโยชน์การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้อื่นโดยใช้หน้ากากอนามัย และประโยชน์ของการรักษาวัณโรคอย่างต่อเนื่อง

๒. ให้สุขศึกษาความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและการป้องกันวัณโรคแก่ผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิด

๓. คัดกรอง ตรวจวินิจฉัย ติดตามเฝ้าระวังอาการในผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิด โดยการตรวจคัดกรองด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอกและการคัดกรองด้วยอาการทุก ๖ เดือน เป็นเวลาอย่างน้อย ๒ ปี

๔. ประสานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง ในการติดตามผู้สัมผัสใกล้ชิด (Probable source case)

อภิปรายผล

จากการสอบสวนผู้ป่วย MDR - TB ในครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยรายนี้น่าจะเป็นผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานแบบปฐมภูมิ เนื่องจากผู้ป่วยไม่เคยป่วยและไม่มีประวัติการรักษาวัณโรคมาก่อน ซึ่งการพบเชื้อดื้อยาแบบปฐมภูมิสะท้อนถึงการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาในชุมชน หรือการติดเชื้ออาจเกิดจากการรับเชื้อจากแหล่งใดแหล่งหนึ่งตั้งแต่ประกอบอาชีพอยู่แคมป์คนงานรับจ้างตัดอ้อย อย่างไรก็ตามผู้ป่วยไม่ได้รับการคัดกรองจากสถานประกอบการ อาจมีแนวโน้มว่าในขณะนั้นผู้ป่วยอาจได้รับเชื้อวัณโรคระยะแฝงแล้ว รวมทั้งผู้ป่วยมีประวัติบิดาซึ่งป่วยและเสียชีวิตในปี ๒๕๖๐ แต่เนื่องจากไม่มีประวัติการรักษา และผู้ป่วยเองก็ไม่ทราบรายละเอียดการเจ็บป่วย ซึ่งถึงแม้ว่าจะไม่สามารถยืนยันแหล่งรับเชื้อผู้ป่วยได้ แต่มีความเป็นไปได้ที่ผู้ป่วยจะมีการได้รับเชื้อทั้ง ๆ ที่ยังไม่เคยได้รับยาวัณโรคมาก่อน รวมทั้งผู้ป่วยย้ายถิ่นฐานตลอดเวลาอาจไม่มีความรู้เรื่องวัณโรคและไม่เคยได้รับ

ปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดการติดเชื้อวัณโรคของผู้ป่วยรายนี้ คือ ๑) ปัจจัยด้านโรคประจำตัว ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ ๔ และโรคพิษสุราเรื้อรัง ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยได้รับเชื้อวัณโรคปริมาณมากหรืออยู่ในสถานที่ที่มีการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคสูง จึงมีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคได้มากกว่าผู้ที่ไม่ได้มีโรคประจำตัว ๒) ปัจจัยด้านอายุผู้ป่วยวัณโรคที่มีอายุมากจะมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อมากขึ้น เนื่องจากอายุมากขึ้นภูมิคุ้มกันโรคจะน้อยลง ดังการศึกษาในประเทศเยอรมนีพบว่าบุคลากรสุขภาพที่อายุมากกว่า ๕๕ ปีมีความเสี่ยงต่อการเกิด Latent TB มากกว่าผู้ที่อายุน้อยกว่า ๑๔.๗ เท่า^๓ ๓) ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่อาจทำให้เกิดวัณโรคดื้อยาหลายขนานของผู้ป่วยรายนี้ จากพฤติกรรมของผู้ป่วยการสูบบุหรี่ และการติดเชื้อสารเสพติด (กัญชา) จากการศึกษาในรัฐ Ceara ประเทศบราซิล พบว่าพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด MDR-TB^๖ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในสถาบันโรคทรวงอกในประเทศไทยปี ๒๕๕๕^๗ พบว่าผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์มีโอกาสเสี่ยง ๑.๘๔ เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่เคยดื่ม สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศรัสเซีย พบว่าผู้ที่มีประวัติดื่มสุรามากมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคมากกว่าผู้ที่ไม่ดื่ม ๒.๙๔ เท่า^๘ จากการค้นหาและคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้านด้วยวิธีถ่ายภาพรังสีทรวงอกและการเก็บตัวอย่างเสมหะไม่พบการติดเชื้อวัณโรค ซึ่งเมื่อใช้วิธีการวินิจฉัยวัณโรคระยะแฝงด้วยวิธีการเจาะเลือดตรวจ IGRA พบผู้สัมผัสร่วมบ้านมีผล Positive มีการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง ๑ คน และผล Indeterminate ไม่สามารถบอกได้ว่าการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงหรือไม่ ๕ คน การเฝ้าระวังการป่วยควรได้รับการถ่ายภาพรังสีทรวงอกทุก ๖ เดือนเป็นระยะเวลาอย่างน้อย ๒ ปี และติดตามผลการเจาะเลือด IGRA ในกลุ่มที่มีผล Indeterminate อีก ๒ เดือนถัดไปหรือมากกว่า ๘ สัปดาห์นับจากที่มีผลตรวจครั้งแรก

ปัญหาและข้อจำกัด

1. การติดตามคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้านมีระยะเวลา ๒ ปี มากกว่าระยะที่ทำการศึกษา ทำให้มีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคได้สูง เนื่องจากผู้สัมผัสร่วมบ้านมีโรคประจำตัวเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรค
2. ทีมสอบสวนโรคไม่สามารถค้นหาข้อมูลประวัติการรักษาย้อนหลังของบิดาผู้ป่วย Index case ที่เสียชีวิตได้ เนื่องจากปี ๒๕๖๐ ยังไม่มีระบบการจัดเก็บข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ในโปรแกรม NTIP ทีมผู้สอบสวนจึงพยายามหาข้อมูลสถานพยาบาลที่ผู้ป่วยอาจเคยรักษา รวมถึงการซักประวัติผู้ป่วยเอง เพื่อลดความผิดพลาดของข้อมูลให้มากที่สุด
3. ทีมสอบสวนโรคไม่สามารถดำเนินการค้นหาผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคที่อาศัยอยู่ต่างพื้นที่นอกจังหวัดสิงห์บุรีได้

สรุปผลการศึกษา

การสอบสวนผู้ป่วยMDR - TB พบผู้ป่วยเพศชาย อายุ ๖๒ ปี อยู่ที่อำเภอค่ายบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี เริ่มการรักษาวัณโรคด้วยสูตรยา ๒HRZE/๔HR และเก็บตัวอย่างเสมหะตรวจ Xpert MTB/RIF พบผล MTB DETECTED HIGH RIF Resistance indeterminate พบเชื้อดื้อต่อยา Rifampicin และผล LPA พบเชื้อดื้อต่อยา Isoniazid และ Rifampicin resistance โดยไม่พบการดื้อต่อยาในกลุ่ม FQs และ SLIs ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยรายนี้น่าจะเป็นผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานแบบปฐมภูมิ เนื่องจากผู้ป่วยไม่เคยป่วยและไม่มีประวัติการรักษาวัณโรคมาก่อน แต่เป็นไปได้ว่าผู้ป่วยอาจได้รับเชื้อมาตั้งแต่แรกปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเกิดเชื้อดื้อยาในผู้ป่วยรายนี้คือมีประวัติสูบบุหรี่ ดื่มสุราและใช้สารเสพติดเป็นประจำ และมีโรคประจำตัวไตวายเรื้อรังระยะที่ ๔ ภาวะน้ำหนักตัวน้อยกว่าปกติ จากการคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้านทั้งหมด ๙ คน ไม่พบผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มเติม แต่พบการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง ๑ คน ผลการศึกษาสิ่งแวดล้อมรอบบ้านของผู้ป่วย อาภาศถ่ายเทสะดวกและแสงแดดส่องถึง ไม่แออัด ห้องน้ำถูกแยกออกจากสมาชิกคนอื่นๆ มีการขากบ้านเสมอใส่ภาชนะที่มีฝาปิดและถุงพลาสติก และนำไปทิ้งในถังส้วมเป็นประจำทุกวัน

ข้อเสนอแนะ

๑. ควรดำเนินการสอบสวนผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR - TB) รวมทั้งเฝ้าระวังติดตามอาการ ถ่ายภาพรังสีทรวงอกทุก ๖ เดือนเป็นระยะเวลาอย่างน้อย ๒ ปี
๒. แนะนำทีม SRRT อำเภอค่ายบางระจัน ควรเร่งรัดให้มีการสร้างระบบเฝ้าระวังโรค และติดตามสถานการณ์การระบาดของโรคในพื้นที่อำเภอค่ายบางระจัน และอำเภอใกล้เคียง เพื่อประโยชน์ในการตรวจจับการเกิดวัณโรคดื้อยาMDR - TB

เอกสารอ้างอิง

๑. World Health Organization. (๒๐๒๒). GLOBAL TUBERCULOSIS REPORT ๒๐๒๒.
[อินเทอร์เน็ต].[เข้าถึงเมื่อ ๑๐ มิถุนายน ๒๕๖๖]
จาก:<https://www.who.int/publications/i/item/๙๗๘๙๒๔๐๐๖๑๗๒๙>
๒. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.แนวทางการสอบสวนและควบคุมวัณโรค.
กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์; ๒๕๖๑.

๓. กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. การบริหารจัดการค้นหาและรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงสำหรับผู้สัมผัสวัณโรค. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; ๒๕๖๓.
๔. กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๔. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; ๒๕๖๔.
๕. วิวรรณ มุ่งเขตกลาง, และ สมพร โสภกิจิตร. (ม.ป.ป.). ประสิทธิภาพของแบบคัดกรองวัณโรคในผู้สูงอายุโรงพยาบาลบ้านไผ่ อำเภอบ้านไผ่จังหวัดขอนแก่น. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๗ จังหวัดขอนแก่น.
๖. Barroso EC, Mota RMS, Santos RO, Sousa ALO, Barroso JB, Rodrigues JLN. Risk factors for acquired multidrug-resistant tuberculosis. *Jornal de pneumologia*. ๒๐๐๓;๒๙:๘๙-๙๗.
๗. ธนะภูมิ รัตนานุกพงศ์. ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับวัณโรคดื้อยาหลายขนานและระยะเวลาเริ่มรักษาวัณโรคดื้อยาหลายขนานในประเทศไทย. คลังปัญญาจุฬาฯ. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ๒๕๕๕. จาก : <http://cuir.car.chula.ac.th/handle/๑๒๓๔๕๖๗๘๙/๔๔๓๙๒>

**การสอบสวนการระบาดของโรคไข้เลือดออกหมู่ ๒, ๔ และ ๖ ตำบลหนองบัว อำเภอนามน จังหวัด
กาฬสินธุ์ระหว่างวันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์-๒๐ เมษายน ๒๕๖๗**

จิรัชญา ไพโรจน์ เรืองยศ มุศนาเวท อรรถวิทย์ เนินชัด และปรังทิพย์ ภูสระทอง
โรงพยาบาลนามน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัวใน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

หลักการ และเหตุผล

วันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗ เวลา ๑๓.๓๐ น. ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วโรงพยาบาลนามน (Surveillance and Rapid Response Team: SRRT) ได้รับแจ้งจากงานผู้ป่วยนอก (OPD) พบผู้ป่วย จำนวน ๑ ราย เพศหญิง อายุ ๑๔ ปี ตำบลหนองบัว อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ เริ่มป่วยวันที่ ๒๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗ รับประทานยาลดไข้แต่ไม่ดีขึ้น จึงเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลนามน ด้วยอาการไข้ ไอ มีน้ำมูก แพทย์ให้การวินิจฉัยโรคไข้เด็งกี (Dengue fever) ทีมเฝ้าระวังสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็วอำเภอนามนร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองบัว ทบทวนระบบรายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาในรูปแบบดิจิทัล (D๕๐๖) พบว่า มีการรายงานผู้ป่วยรายแรก (Index case) ตั้งแต่วันที่ ๒๓ มกราคม ๒๕๖๗ จึงเร่งออกดำเนินการสอบสวนและควบคุมโรคตั้งแต่วันที่ ๒๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗ เวลา ๐๙.๐๐ น.

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรคและยืนยันการระบาดของโรคไข้เลือดออก
๒. เพื่อศึกษาลักษณะการเกิดโรค และการกระจายของโรคตามบุคคล เวลา และสถานที่
๓. เพื่อค้นหาสาเหตุของการระบาด แหล่งที่มาของการระบาด
๔. เพื่อหาแนวทางป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน

การดำเนินการศึกษา

ศึกษาข้อมูลทั่วไป สถานการณ์การระบาดในพื้นที่ข้อมูลประวัติการรักษา และอาการสำคัญของผู้ป่วยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลนามน และดำเนินการค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมในพื้นที่ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือแบบสอบสวนโรคไข้เลือดออก กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ ผู้ที่อาศัยอยู่ในหมู่ ๒, ๔, ๖ ตำบลหนองบัว อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยจำนวน ๒๑ คน กลุ่มควบคุมจำนวน ๖๓ คน รวมทั้งสิ้น ๘๔ คนวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป STATA version ๑๐ ใช้สถิติเชิงพรรณนา เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงกับการเกิดโรคด้วยสถิติทดสอบ Multiple logistic regressions และศึกษาลักษณะทางสิ่งแวดล้อมศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่มีผลการตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete Blood count: CBC) และผลบวกทางปฏิบัติการจำเพาะของโรงพยาบาลนามน

การกำหนดนิยามผู้ป่วยและผู้สัมผัส

ผู้ป่วยสงสัย (Suspected case) หมายถึงผู้ที่มีอาการไข้อย่างเฉียบพลันร่วมกับมีอาการอย่างน้อย ๒ อาการได้แก่ ปวดศีรษะรุนแรง ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดข้อหรือกระดูก ปวดกระบอกตา หรือมีผื่นร่วมกับเป็นประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่หมู่ที่ ๒, ๔ และ ๖ ตำบลหนองบัว อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

ผู้ป่วยเข้าข่าย (Probable case) คือ ผู้ป่วยที่มีอาการไข้เฉียบพลัน ๒-๗ วัน ร่วมกับอาการอาการแสดง สิ่งตรวจพบอย่างน้อย ๒ ข้อได้แก่ ปวดศีรษะ ปวดบ่าตา ปวดกล้ามเนื้อ ปวดกระดูกหรือข้อ มีผื่นแดงบริเวณผิวหนัง และพบลักษณะอย่างน้อย ๑ ข้อ ดังนี้ผลการทดสอบทูนิเกต (Tourniquet test) ให้ผลบวก, ปริมาณเม็ดเลือดขาว (White Blood Cell Count: WBC) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๕,๐๐๐ เซลล์ / ลบ.มม., ค่าฮีมาโตคริต (Hematocrit: HCT) เพิ่มขึ้นร้อยละ ๕ - ๑๐ ปริมาณเกล็ดเลือด (Platelet count) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๕๐,๐๐๐ เซลล์ / ลบ.มม. มีความเชื่อมโยงทางระบาดวิทยาหรือพบในพื้นที่และเวลาเดียวกับผู้ป่วยยืนยันและมีผลการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการจำเพาะ

ผู้ป่วยยืนยัน (Definite case) คือ ผู้ป่วยสงสัยร่วมกับมีผลบวกทางปฏิบัติการจำเพาะข้อใดข้อหนึ่ง เช่น การตรวจหาเชื้อ/แอนติเจน/สารพันธุกรรมของเชื้อ (Pathogen identification) หรือการตรวจหาภูมิคุ้มกันของเชื้อ (Serology)

ผลการศึกษา

วันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗ เวลา ๑๓.๓๐ น. ทีม SRRT ได้รับแจ้งจากงานผู้ป่วยใน (IPD) พบผู้ป่วย จำนวน ๑ ราย เพศหญิง อายุ ๑๔ ปี อาศัยอยู่หมู่ ๖ ตำบลหนองบัว อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ เข้ารักษาที่ฝ่ายผู้ป่วยนอก (OPD) ด้วยอาการไข้ ไอ มีน้ำมูก และปวดกล้ามเนื้อ เป็นมา ๓ วัน แพทย์ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ Complete blood count (CBC) พบปริมาณเม็ดเลือดขาว (White Blood Cell Count: WBC) ๓,๑๒๐ เซลล์ / ลบ.มม. ปริมาณเกล็ดเลือด (Platelet count) ๑๕๑,๐๐๐ เซลล์ / ลบ.มม. ร่วมกับตรวจแยกเชื้อไวรัสเดงกีแอนติเจน NS๑ ให้ผลลบ และ Dengue IgM/IgG ให้ผลลบ แพทย์ยืนยันวินิจฉัยไข้เด็งกี (Dengue fever) และทีม SRRT ออกดำเนินการสอบสวนและควบคุมโรค ตั้งแต่วันที่ ๒๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗ เวลา ๐๙.๐๐ น. พบผู้ป่วยสงสัยเพิ่ม ผู้ป่วยที่เคยได้รับการยืนยัน และผู้ป่วยรายแรก (Index case) ในหมู่ที่ ๒, ๔ และ ๖

จากการศึกษาผู้ป่วย หมู่ ๒, ๔ และ ๖ ตำบลหนองบัว อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ย้อนหลัง ๕ ปี ระหว่างปี ๒๕๖๒-๒๕๖๖ พบว่า ปี ๒๕๖๒ และปี ๒๕๖๖ มีรายงานผู้ป่วย ๖ คน และในปี ๒๕๖๗ วันที่ ๒๐ เมษายน ๒๕๖๗ มีผู้ป่วยสะสม ๒๑ ราย ผู้ป่วยรายแรกเริ่มป่วยในเดือนมกราคม ๒๕๖๗ จำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นและสูงเกินกว่าค่ามัธยฐาน เมื่อเทียบกับค่ามัธยฐานย้อนหลัง ๕ ปี และในเดือน กุมภาพันธ์ที่มีการรายงานผู้ป่วยที่ส่งผลให้ออกดำเนินการสอบสวนและควบคุมโรคจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นและสูงเกินกว่าค่ามัธยฐาน เมื่อเทียบกับค่ามัธยฐานย้อนหลัง ๕ ปีเช่นกัน

ลักษณะการกระจายของโรค จากการสอบสวนโรคพบผู้ป่วยตามค่านิยามของโรคไข้เลือดออก จำนวน ๒๑ ราย คิดเป็นอัตราป่วย ๔๔๐.๘๑ คน ต่อประชากรพันคน เป็นเพศชาย ร้อยละ ๕๒.๓๘ เพศหญิง ร้อยละ ๔๗.๖๒ ค่ามัธยฐานอายุ ๑๔ ปี โดยอายุต่ำสุด ๒ ปี อายุสูงสุด ๒๔ ปี กลุ่มอายุที่พบอัตราป่วยสูงสุด (Attack rate) คือ อายุระหว่าง ๕-๑๔ ปี คิดเป็นร้อยละ ๔๗.๖๒ โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นนักเรียน/นักศึกษา คิดเป็นร้อยละ ๘๕.๗๑ โดยอาการและอาการแสดงที่พบมากที่สุด ได้แก่ ปวดศีรษะ

ร้อยละ ๕๒.๓๘ โดยผู้ป่วยที่ได้รับรายงานในวันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗ (ผู้ป่วยยืนยันรายที่ ๑๑) เป็นรายที่ส่งผลให้ทีม SRRT ออกดำเนินการสอบสวนและควบคุมโรคเป็นเพศหญิง อายุ ๑๔ ปี อาชีพนักเรียน เริ่มป่วยด้วยอาการไข้ ไอ มีน้ำมูก แพทย์ให้การวินิจฉัยโรคไข้เด็งกี ให้การรักษาแบบผู้ป่วยนอก และนัดติดตามอาการอาศัยอยู่หมู่ที่ ๒ ตำบลหนองบัว อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ บริเวณรัศมี ๑๐๐ เมตร จากบ้านผู้ป่วยยืนยันรายที่ ๗, ๙ และ ๑๐ โดยผู้ป่วยยืนยันรายที่ ๗ ให้ประวัติเคยเข้าค่ายอบรมความรู้ร่วมกับผู้ป่วยยืนยันรายที่ ๕ ซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยรายที่ ๓ (Index case) อาศัยอยู่หมู่ที่ ๔ เป็นบริเวณรัศมี ๑๐๐ เมตร จากบ้านผู้ป่วยยืนยันรายที่ ๑, ๒ และ ๔ และจากการทบทวนระบบรายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาในรูปแบบดิจิทัล (D๕๐๖) พบว่า มีการรายงานผู้ป่วยรายที่ ๖ ในวันที่ ๑๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗ อาศัยอยู่ในหมู่ที่ ๖ (ประวัติก่อนป่วย ๑๔ วัน มีญาติเดินทางมาจากต่างจังหวัดมีอาการป่วย ทราบภายหลังว่าได้รับการวินิจฉัยป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก) ต่อมาเริ่มพบผู้ป่วยทยอยป่วยเพิ่มขึ้นในรัศมี ๑๐๐ เมตร จากบ้านผู้ป่วยรายที่ ๑, ๖ และ ๗ โดยพบผู้ป่วยสูงสุดในระหว่างวันที่ ๒๒ กุมภาพันธ์ – ๑๓ มีนาคม ๒๕๖๗ จำนวน ๑๑ ราย ผู้ป่วยรายใหม่ ค่อย ๆ ลดลง และพบผู้ป่วยรายสุดท้ายเริ่มป่วยวันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๗ เมื่อพิจารณาการระบาดพบว่าการระบาดในครั้งนี้เป็นการระบาดแบบแพร่กระจายภายในชุมชน โดยพบอัตราป่วยสูงสุดในหมู่ที่ ๒ และ ๔ ร้อยละ ๓๘.๑๐ รองลงมา คือ หมู่ที่ ๖ ร้อยละ ๒๓.๘๑ โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในรัศมี ๑๐๐ เมตร จากบ้านผู้ป่วยรายแรกจากการสำรวจบ้านของผู้ป่วยยืนยันรายที่ ๑๑ พบว่าเป็นบ้านปูน ๑ ชั้น หน้าต่างปิดทึบด้วยหลังคาสังกะสีไม่สามารถเปิดระบายอากาศได้ ส่งผลให้ภายในบ้านค่อนข้างมืดและอับชื้นโดยเฉพาะบริเวณที่นอน หลังบ้านมีป่าไม้รก ไม่มีร่องระบายน้ำ มีโอ่งน้ำสำรองน้ำฝนไว้ใช้อุปโภค บริเวรรอบบ้านมีน้ำขังหลายจุด มียางรถเก่า และอ่างเลี้ยงปลาเก่าที่ไม่ได้ใช้งาน เช่นเดียวกับครัวเรือนอื่น ๆ ในหมู่ ๒, ๔ และ ๖ ตำบลหนองบัว อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่พบว่าพื้นที่บางส่วนของชุมชนเป็นพื้นที่ที่รกร้างมีต้นไม้ขึ้นปกคลุม บางจุดเป็นป่าหญ้า และมีความหนาแน่นของบ้านเรือน มีพื้นที่ปลูกพืชผักสวนครัว และมีโอ่งสำหรับสำรองน้ำไว้ใช้ในหลายครัวเรือน ไม่มีรั้วกัน มีบริเวณที่น้ำขังจากการใช้งาน จากน้ำฝนหรือจากสิ่งปฏิกูลอุดตัน ทำให้น้ำขังไม่สามารถระบายน้ำได้ ประชากรบางครัวเรือนประกอบอาชีพเลี้ยงแมลงเศรษฐกิจ เช่น จิ้งหรีด กำจัดขยะมูลฝอยด้วยวิธีการทิ้งในถังขยะเทศบาล หากขยะล้นจะมีกลิ่นเหม็นและแมลงรบกวนเป็นจำนวนมาก อาจส่งผลทำให้น้ำขังและเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลาย ภาชนะเก็บน้ำส่วนใหญ่เป็นโอ่งน้ำ และถังพลาสติก ไม่พบฝาปิดมิดชิด และยังพบภาชนะรองรับน้ำอื่น ๆ เช่น อ่างเลี้ยงบัว กระบองน้ำ ยางรถยนต์ ทำให้ง่ายยุงลายสามารถลงไปวางไข่ได้ และผลจากการสำรวจค่าดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลาย เป็นระยะเวลา ๕๓ วัน (๒๘ กุมภาพันธ์ – ๒๐ เมษายน ๒๕๖๗) พบว่าค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายภายหลังพบผู้ป่วยและดำเนินการตามมาตรการควบคุมโรคมีแนวโน้มลดลงผลการศึกษาดังกล่าวทางห้องปฏิบัติการ จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจยืนยันจากโรงพยาบาลนามน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีผลการตรวจแยกเชื้อไวรัสเด็งกีแอนติเจน NS๑ ให้ผลบวก ร้อยละ ๘๕.๗๑ และผู้ป่วยทุกรายไม่ได้รับการตรวจ PCR (Polymerase Chain Reaction)

เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดโรคไข้เลือดออกกับปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ในหมู่ ๒, ๔ และ ๖ ตำบลหนองบัว อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ เมื่อควบคุมตัวแปรกวนด้วยสถิติ Multiple logistic regression พบว่า เพศ, การอยู่ในละแวกบ้านผู้ป่วยสงสัย/ยืนยันโรคไข้เลือดออก, การยินดีให้ความร่วมมือในการกำจัดลูกน้ำยุงลายในบ้านและในชุมชน และการใช้สารเคมีในการทายากันยุงหรือสารไล่ยุง มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

มาตรการควบคุม และป้องกันโรค

๑. ประสานงานกับหน่วยงานในพื้นที่ และผู้ที่เกี่ยวข้องดำเนินการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการระบาดของโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้าน และขอความร่วมมือประชาชนในการดำเนินการควบคุมโรค
๒. ดำเนินการค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม เฝ้าระวังและติดตามอาการของประชาชนในพื้นที่
๓. แจกเตือนและสื่อสารความเสี่ยงแก่ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านผ่านระบบรายงานออนไลน์ พร้อมทั้งขอความอนุเคราะห์ผู้นำชุมชนประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าวในตอนเช้าทุกวัน
๔. จัดประชุมและประชาคม เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจ และหาแนวทางปฏิบัติร่วมกัน โดยปฏิบัติตามมาตรการ ๓ เก็บ และ ๕ ป. ๑ ข. ต่อเนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรคไข้เลือดออกในพื้นที่สงบ
๕. ร่วมกับผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และประชาชน ปรับปรุงสภาพแวดล้อมโดยรอบชุมชน และให้แต่ละหลังคาเรือนดำเนินการภายในครัวเรือนตนเองอย่างน้อยสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง
๖. ทบทวนแนวทางการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกในอำเภอนามน และระบบการรายงานกรณีพบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่

อภิปรายผล

การระบาดครั้งนี้เป็นการระบาดแบบแพร่กระจายภายในชุมชน จากการสอบสวนโรคในครั้งนี้พบว่า ผู้ที่ยินดีให้ความร่วมมือในการกำจัดลูกน้ำยุงลายในบ้านและในชุมชนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคไข้เลือดออก ๑๐.๕๔ เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ยินดีให้ความร่วมมือในการกำจัดลูกน้ำยุงลายในบ้านและในชุมชนอาจเนื่องจากการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคไข้เลือดออกในครั้งนี้ เก็บในวันที่ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วลงสอบสวนโรค ครั้งที่ ๒ ภายหลังจากการพบผู้ป่วยรายแรกเป็นระยะเวลาไม่นาน และได้มีการปกปิดผู้สัมภาษณ์ (Blinding) จึงอาจก่อให้เกิดอคติจากข้อมูล (Information bias) อย่างไรก็ตาม การสอบสวนโรคครั้งนี้พบว่า เพศหญิงสามารถป้องกันการเกิดโรคไข้เลือดออกเป็น ๐.๑๒ เท่า เมื่อเทียบกับเพศชาย ชัดแจ้งกับการศึกษาของชนินันท์ สนธิไชย และคณะ^๑ ที่พบว่าเพศหญิงติดเชื้อไวรัสเดงกีที่ก่อให้เกิดโรคไข้เลือดออกได้มากกว่าเพศชาย อาจเนื่องจากตำบลดอนบัวเป็นตำบลที่ค่อนข้างห่างไกลจากใจกลางอำเภอนามน รอบล้อมไปด้วยไร่ อ้อย นาข้าว และป่าไม้ การเดินทางออกนอกตำบลค่อนข้างยากลำบากและอันตรายสำหรับผู้หญิง ส่งผลให้ผู้หญิงในตำบลดอนบัวมักจะทำกิจกรรมภายในชุมชน เมื่อเกิดการระบาดขึ้นในชุมชนจึงอาจส่งผลให้เพศหญิงป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกได้มากกว่าเพศชาย นอกจากนี้ผู้ที่อยู่ในละแวกบ้านผู้ป่วยสงสัยหรือยืนยันโรคไข้เลือดออก สามารถป้องกันการเกิดโรคไข้เลือดออกเป็น ๐.๐๔ เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้อยู่ในละแวกบ้านผู้ป่วยสงสัยหรือยืนยันโรคไข้เลือดออกอาจเนื่องจากการควบคุมโรค^๒ ได้กำหนดแนวทางในการสอบสวน ควบคุม และป้องกันโรค ส่งผลให้ประชาชนหรือผู้ที่อยู่ในละแวกบ้านผู้ป่วยสงสัยหรือยืนยันโรคไข้เลือดออกเกิดการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ก่อให้เกิดการป้องกันการเกิดโรคไข้เลือดออก สอดคล้องกับแนวคิดของ Green และ Kreuter^๓ ที่อธิบายว่า พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเกิดจากปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งปัจจัยภายในและภายนอกตัวบุคคลสอดคล้องกับการศึกษาของบุญประจักษ์ จันทร

วิน^๕ ที่พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก อีกทั้ง การสอบสวนโรคครั้งนี้พบว่าผู้ที่ใช้สารเคมีในการทายากันยุงหรือสารไล่ยุง สามารถป้องกันการเกิดโรคไข้เลือดออกเป็น ๐.๑๒ เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ใช้สารเคมีในการทายากันยุงหรือสารไล่ยุง เช่นเดียวกับแนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อ นำโดยยุคลาย ของกรมควบคุมโรค^๖ แนะนำวิธีการควบคุมและกำจัดยุงทางเคมี เช่น การพ่นสารเคมีกำจัดยุงตัวเต็มวัย การใช้สเปรย์กำจัดแมลงกระป๋องอัดก๊าซ แม้เป็นวิธีการที่ได้ผลดีในการลดความหนาแน่นของยุงลายอย่างรวดเร็ว แต่หากใช้ติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน อาจทำให้ยุงพาหะเกิดความต้านทานต่อสารเคมีนั้นได้ จึงควรปฏิบัติร่วมกับมาตรการอื่นด้วย อย่างไรก็ตาม ปัจจัยที่อาจส่งผลต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกยังมีอีกหลายปัจจัยที่ไม่ได้นำมาศึกษาครั้งนี้ และโรคไข้เลือดออกยังถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของอำเภอ นาม หากภาครัฐ ภาคเอกชน หน่วยงานท้องถิ่น และประชาชนในพื้นที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการ ป้องกันควบคุมโรค อาจส่งผลให้อัตราป่วย และอัตราตายจากโรคไข้เลือดออกลดลง ตลอดจนประชาชน ในอำเภอนามมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ปัญหาและข้อจำกัดในการสอบสวน

๑. การค้นพบผู้ป่วยก่อนการระบาดมีความล่าช้า เนื่องจากผู้ป่วยสงสัยเข้ารับการรักษาที่คลินิก เอกชน
๒. ประชาชนบางส่วนไม่ให้ความร่วมมือในการควบคุมโรค และประชาชนขาดการตระหนักถึง ความสำคัญของโรค
๓. การระบาดเกิดในช่วงฤดูร้อน พื้นที่ระบาดมีความแห้งแล้ง และขาดแคลนน้ำอุปโภค บริโภค ส่งผลให้ประชาชนไม่เห็นด้วยกับการทิ้งน้ำที่สำรองไว้ใช้
๔. เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบในเขตพื้นที่ระบาด คือ พยาบาล และทันตภิบาล ปฏิบัติหน้าที่ต่อจาก นักวิชาการสาธารณสุขที่ย้ายออก ส่งผลให้การเฝ้าระวังโรคเป็นไปอย่างไม่ต่อเนื่อง

สรุปผลการศึกษา

การระบาดครั้งนี้เป็นการระบาดแบบแพร่กระจายในตำบล ต้นตอของการระบาดคาดว่ามาจากการติดเชื้อในสถานศึกษาและแพร่กระจายต่อในชุมชน โดยพบผู้ป่วย ๒๑ ราย คิดเป็นอัตราป่วย ๔๔๐.๘๑ คนต่อพันประชากร เป็นเพศชาย ร้อยละ ๕๒.๓๘ เพศหญิง ร้อยละ ๔๗.๖๒ ค่ามัธยฐานอายุ ๑๔ ปี โดยอายุต่ำสุด ๒ ปี อายุสูงสุด ๒๔ ปี กลุ่มอายุที่พบอัตราป่วยสูงสุด (Attack rate) คือ อายุระหว่าง ๕-๑๔ ปี คิดเป็นร้อยละ ๔๗.๖๒ โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นนักเรียน/นักศึกษา คิดเป็นร้อยละ ๘๕.๗๑ อาการและอาการแสดงที่พบมากที่สุด ได้แก่ ปวดศีรษะร้อยละ ๕๒.๓๘ พบอัตราป่วยสูงสุดในหมู่ที่ ๒ และ ๔ ร้อยละ ๓๘.๑๐ รองลงมาคือ หมู่ที่ ๖ ร้อยละ ๒๓.๘๑ โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในรัศมี ๑๐๐ เมตร จากบ้านผู้ป่วย รายแรก ผู้ป่วยรายแรกเริ่มป่วยวันที่ ๒๖ มกราคม ๒๕๖๗ และทยอยป่วยเพิ่มขึ้น พบผู้ป่วยสูงสุดในระหว่างวันที่ ๒๒ กุมภาพันธ์- ๑๓ มีนาคม ๒๕๖๗ จำนวน ๑๑ ราย ผู้ป่วยรายใหม่ ค่อยๆ ลดลง และพบผู้ป่วยรายสุดท้ายเริ่มป่วยวันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๗ และจากการสำรวจสภาพแวดล้อมพบว่า บ้านเรือนส่วนใหญ่ไม่มีรั้วกัน มีร่องระบายน้ำบางจุด แต่มีบริเวณที่น้ำขังจากการใช้งาน จากน้ำฝน หรือจากสิ่งปฏิกูลอุดตัน ภายในบ้านบางบริเวณค่อนข้างมืดและอับชื้นโดยเฉพาะบริเวณที่นอน เนื่องจากต้องการหลีกเลี่ยงแสงแดดที่ส่องในเวลากลางวัน และหลีกเลี่ยงลมร้อนในฤดูร้อน พื้นที่บางส่วนของ

ชุมชนเป็นพื้นที่ที่รกร้างมีต้นไม้ขึ้นปกคลุม วันแรกของการระบาดมีค่า HI>๑๐ และ CI>๑๐ ในบ้านผู้ป่วย ชุมชน โรงเรียนและวัด ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีผลการตรวจแยกเชื้อไวรัสเดงกี แอนติเจน NS๑ให้ผลบวก ร้อยละ ๘๕.๗๑ มีผลตรวจแอนติบอดียืนยันการติดเชื้อเดงกีชนิด IgM และ IgG ให้ผลบวก ร้อยละ ๔.๗๖ และผู้ป่วยทุกรายไม่ได้รับการตรวจ PCR (Polymerase Chain Reaction) และจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการเกิดโรคไข้เลือดออกพบว่า การไม่ได้สัมผัสผู้ป่วยที่สงสัยหรือไม่ได้เดินทางไปยังพื้นที่อื่นเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติขณะที่อายุ, เพศ, การพักอยู่ในละแวกบ้านผู้ป่วยสงสัย/ยืนยันโรค และการใช้ สารเคมีทาถิ่นทุ่งหรือสารไล่ยุง เป็นปัจจัยป้องกันการเกิดโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทีม สบสวนโรคได้เน้นมาตรการป้องกันโรค ผลการดำเนินงานพบว่าชุมชนมีค่า HI อยู่ในระดับ เสี่ยงต่ำ (HI<๑๐) และค่า CI ในบ้านผู้ป่วย โรงเรียนและวัด(CI=๐) จากการติดตามเฝ้าระวัง ๒๘ วัน ไม่พบผู้ป่วย รายใหม่ในพื้นที่

ข้อเสนอแนะ

๑. ควรสร้างความตระหนักให้แก่ประชาชนในพื้นที่ให้มีส่วนร่วมในการควบคุมและป้องกันโรค
๒. ควรทบทวนและพัฒนาระบบการรายงานโรคระบาดในพื้นที่อย่างสม่ำเสมอ
๓. การปล่อยปลากินลูกน้ำ เช่น ปลากระดี่ถือเป็นวิธีที่ประหยัดงบประมาณได้ และสามารถ กำจัดลูกน้ำยุงลายได้
๔. ควรดำเนินการจัดอบรมเจ้าหน้าที่เรื่องการสอบสวนโรคที่ถูกหลักวิชาการและขยายจำนวน มากขึ้น
๕. ควรใช้มาตรการทางกฎหมายหรือข้อบังคับองค์การบริหารส่วนตำบล หรือข้อบังคับของ หมู่บ้านที่มีคณะกรรมการดูแลเพื่อให้ประชาชนให้ความร่วมมือแก่เจ้าหน้าที่ในการควบคุมโรค

เอกสารอ้างอิง

๑. ชนินันท์ สนธิไชย, ธนาพร มานะดีและพรศักดิ์ อยู่เจริญ. ความชุกของการติดเชื้อไวรัสไข้เลือดออกใน ประชากรไทย, วารสารควบคุมโรค, ๒๕๖๖;๔๙(๒):๓๖๔-๓๗๘.
๒. Doum, D., Overgaard, H. J., Mayxay, M., Suttiaprapa, S., Saichua, P., Ekalaksananan, T., ... & Pientong, C. Dengue seroprevalence and seroconversion in urban and rural populations in northeastern Thailand and southern Laos. International journal of environmental research and public health, ๒๐๒๐;๑๗(๒๓),๙๑๓๔.
๓. กองโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยยุงลาย สำหรับเจ้าหน้าที่ พ.ศ. ๒๕๖๔. สำนักพิมพ์อักษรกราฟ ฟิคแอนด์ดีไซน์. ๒๕๖๔.
๔. Green LW, & Kreuter MW. Health program planning: An educational and ecological approach. (No Title). ๒๐๐๕.
๕. บุญประจักษ์ จันทรวิน. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของ ประชากรในอำเภอที่มีอัตราป่วยสูงจังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, ๒๐๒๒;๘(๐๔):๑๔๑-๑๔๑.

**การสอบสวนหาสาเหตุการบาดเจ็บหมู่ กรณีรถโดยสารปรับอากาศเสียหลักกลางข้างทาง
อำเภอพยุหะภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม วันที่ ๒๓ เมษายน ๒๕๖๖**

ณัฐจิรา อัมปะมะโน
โรงพยาบาลมหาสารคาม

หลักการ และเหตุผล

วันที่ ๒๔ เมษายน ๒๕๖๖ เวลา ๐๗.๐๐ น. ได้รับรายงานจากผู้รับผิดชอบงาน ศปถ.อ.พยุหะภูมิพิสัย ว่าเกิดอุบัติเหตุรถโดยสารปรับอากาศ ชนเสาไฟฟ้าส่องสว่างเสียหลักตกลงร่องกลางถนน พิกัดจุดกลับรถบ้านหนองฮี ต.เมืองเตา อ.พยุหะภูมิพิสัย จ.มหาสารคาม มีผู้บาดเจ็บหลายราย เสียชีวิต ๑ คน เกิดเหตุ ๑ ราย ได้ดำเนินการออกสอบสวนในวันที่ ๒๔ – ๒๕ เมษายน ๒๕๖๖

วัตถุประสงค์

๑. ศึกษาสาเหตุวิทยาเชิงพรรณนาการของการบาดเจ็บและการเสียชีวิตของเหตุการณ์
๒. หาสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการเกิดอุบัติเหตุของเหตุการณ์
๓. หาสาเหตุและปัจจัยที่ส่งผลต่อความรุนแรงของการบาดเจ็บและการเสียชีวิตของผู้ประสบเหตุ
๔. หาแนวทางในการป้องกันการบาดเจ็บและการเสียชีวิตจากเหตุการณ์ลักษณะเดียวกัน

การดำเนินการศึกษา

๑. ศึกษาสาเหตุวิทยาเชิงพรรณนา ภาพรวมการเกิดอุบัติเหตุ พฤติกรรมผู้ขับขี่และลักษณะการบาดเจ็บ โดยใช้แบบสอบสวนการบาดเจ็บของสำนักกระบาดวิทยา

๒. วิเคราะห์เหตุการณ์ ปัจจัยที่นำไปสู่การบาดเจ็บและการเสียชีวิต แนวทางการป้องกันโดยประยุกต์ใช้วิธีการของ The Haddonmatrix

นิยาม

ผู้พ่วยหมายถึง ผู้ที่โดยสารมากับรถโดยสารปรับอากาศ สาย ๙๓๑-๒ หมายเลขทะเบียน ๑๕-๕๙๒๑ กรุงเทพมหานครโดยบริษัทไทยศรีราม เส้นทางอุบลราชธานี – กรุงเทพมหานคร ตั้งแต่วันที่ ๒๐.๐๐ น. วันที่ ๒๓ เมษายน ๒๕๖๖

ผลการศึกษา

เส้นทางรถโดยสารปรับอากาศ สาย ๙๓๑-๒ หมายเลขทะเบียน ๑๕-๕๙๒๑ กรุงเทพมหานครโดยบริษัทไทยศรีรามออกเดินทางจาก บขส.อุบลราชธานี เวลาประมาณ ๒๐.๐๐ น. มุ่งหน้า สถานีขนส่งหมอชิต ๒ กรุงเทพมหานคร

คน พนักงานขับรถเป็นเพศชาย อายุ ๕๔ ปี มีโรคประจำตัวคือเบาหวาน มีประสบการณ์การขับรถโดยสารประจำทางประมาณ ๒๐ ปี คู่แข่งกับถนนเส้นทางหลวงหมายเลข ๒๐๒ ใบขับขี่หมดอายุ เดือนมีนาคม ๒๕๖๖

พฤติกรรมการขับขี่ ขับรถโดยใช้ความเร็วไม่เกินที่กฎหมายกำหนด “ความเร็วเฉลี่ยจากระบบ GPS ของรถโดยสารจากข้อมูลกรมการขนส่งทางบก ประมาณ ๖๐ km/hr.” ไม่มีการตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์หลังเกิดเหตุเนื่องจากไม่พบผู้ขับขี่หลังเกิดเหตุ โดยผู้ขับขี่เข้ารายงานตัวกับเจ้าหน้าที่ตำรวจในช่วงเช้าของวันที่ ๒๔ เมษายน ๒๕๖๖

ผู้โดยสารส่วนใหญ่ไม่คาดเข็มขัดนิรภัย จากการสัมภาษณ์ผู้โดยสารนั่งด้านหน้าชั้นบนคาดเข็มขัดเพียง ๒ คน เท่านั้นและส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่านอนหลับ มีผู้โดยสารแถวที่นั่งที่ ๒ ด้านขวาสุดที่ยังไม่นอน

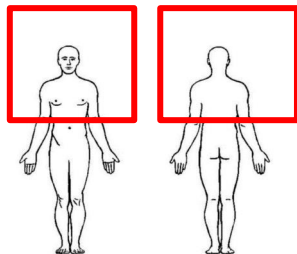
ยานพาหนะ รถโดยสารปรับอากาศสาย ๙๓๑-๒ หมายเลขทะเบียน ๑๕-๕๙๒๑ กรุงเทพมหานคร จดทะเบียนตามมาตรฐานรถโดยสาร บขส.เป็นรถโดยสาร ม๔(ข)รถปรับอากาศชั้น ๑ ขนาด ๔๒ ที่นั่ง เป็นรถยี่ห้อ ISUZU รุ่นปี ๒๐๑๓ ภาษีหมดอายุวันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๗ ตัวรถไม่มีการดัดแปลงสภาพ ตรวจสอบสภาพรถครั้งสุดท้ายสุดเดือนมีนาคม ๒๕๖๖ ตรวจสอบประกันภัยรถยนต์โดยสาร ๒ รายการ

ลักษณะการบาดเจ็บและเสียชีวิต

จากการสอบสวนพบผู้ประสบเหตุจากอุบัติเหตุในครั้งนี้ ทั้งหมด ๔๓ ราย ไม่ประสงค์รับการรักษา ๙ ราย สูญหาย ๑ ราย เข้าสู่ระบบการรักษา ๓๓ ราย เป็นชาย ๑๘ ราย หญิง ๑๕ ราย เป็นชาวต่างชาติ ๒ ราย ผู้ป่วยอายุน้อยที่สุด ๔ ปี อายุมากที่สุด ๗๑ ปี อายุเฉลี่ย ๓๖.๘๕ ปี เข้ารับการรักษาที่ รพ.พญกษมิพิสัย ๑๓ ราย รพ.ปทุมรัตน์ ๑๐ ราย รพ.เกษตราวิสัย ๘ ราย รพ.มหาสารคาม ๒ ราย เป็นผู้ป่วยระดับสีดํา ๑ ราย สีเหลือง ๓ ราย สีเขียว ๒๙ ราย

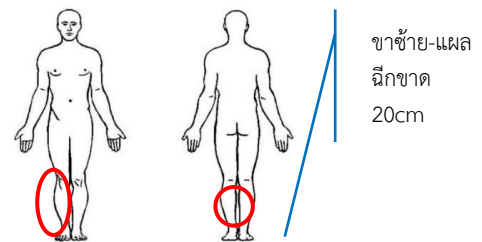
ตำแหน่งการบาดเจ็บที่สำคัญของผู้ป่วยเสียชีวิตและผู้ป่วยสีเหลือง

รายที่ ๑ หญิงไทย อายุ ๓๔ ปี ผู้ป่วยเสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ



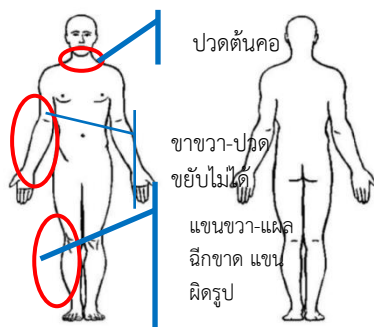
ร่างกายส่วนบน
กระดูกแตกหัก

รายที่ ๒ ชายไทย อายุ ๔๓ ปี
ผู้ป่วยสีเหลือง Admit



ขาซ้าย-แผล
ฉีกขาด
20cm

รายที่ ๓ หญิงไทย อายุ ๕๔ ปี
ผู้ป่วยสีเหลือง Refer



ปวดต้นคอ

ขาขวา-ปวด

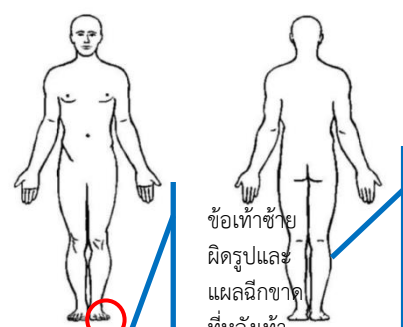
ขยับไม่ได้

แขนขวา-แผล

ฉีกขาด แขน

ผิดรูป

รายที่ ๔ ชายชาวเคนยา อายุ ๒๕ ปี
ผู้ป่วยสีเหลือง Refer



ข้อเท้าซ้าย

ผิดรูปและ

แผลฉีกขาด

ที่หลังเท้า

ขาขวา-แผล

ฉีกขาด

5x1cm

-หลังเท้าขวา

แผลฉีกขาด

10x1 cm

ศึกษาจากการวิเคราะห์ตาม Haddon Matrix ^๓

ระยะ/ปัจจัย	ด้านคน	ยานพาหนะและอุปกรณ์	ถนนและสิ่งแวดล้อม
ก่อนเกิดเหตุ	คนขับรถ-เพศชาย อายุ ๕๔ ปี มีโรคประจำตัว(เบาหวาน) มีประสบการณ์ขับรถ ๒๐ ปี ขับเคยเส้นทาง ใบขับขี่หมดอายุ	-รถยนต์โดยสารสองชั้น -มีการติดตั้งเข็มขัดนิรภัยทุกที่นั่ง -มีประตูขึ้นลง ๒ ตำแหน่งและประตูฉุกเฉิน ๑ ตำแหน่ง -ระบบไฟปกติ -ระบบเบรกปกติ -ติดตั้ง GPS ควบคุมความเร็ว -ตรวจสอบสภาพรถ มีนาคม ๒๕๖๖	-ถนนทางหลวง มีช่องจราจร ๔ ช่อง -ช่วงทางตรง จุดกลับรถ -เส้นจราจรชัดเจน -มีไฟส่องสว่างและไฟกระพริบ -ผิวถนนลาดยาง เรียบ -ไหล่ทางต่ำกว่าถนน ๑.๕ m -ร่องกลางถนน ลึก ๑.๕ m
ระหว่างเกิดเหตุ	-คนขับ คาดเข็มขัดนิรภัย -ผู้โดยสารคาดเข็มขัดนิรภัย ๒ คน ส่วนใหญ่นอนหลับ	-เข็มขัดนิรภัยใช้งานได้ตามปกติ	-ร่องกลางถนน ลึก ๑.๕ m
หลังเกิดเหตุ	-ทีม FR อบต.เมืองเตา ถึงที่เกิดเหตุทีมแรก และคัดแยกผู้ป่วยสีเขียวออกจากตัวรถ -ทีมกู้ภัยพยัคฆ์ ช่วยเหลือผู้ประสบเหตุออกจากตัวรถโดยใช้เครื่องตัดถ่าง -ทีม ER รพ.พยุคนภูมิพิสัย รับผู้ป่วยสีเหลือง ๓ ราย (Admit ๑ refer ๒)	-ด้านหน้ารถยุบและทับขาผู้ป่วยสีเหลือง ๑ ราย ช่วยเหลือออกโดยใช้เครื่องตัดถ่าง -ตัวรถทับร่างผู้ป่วยเสียชีวิต ๑ ราย ใช้รถยกช่วยในการนำร่างออกจากใต้รถ -เบาะรถโซนฝั่งขวาหลุดและเคลื่อนจากตำแหน่งเดิม ๑๒ ที่นั่ง	-ไฟส่องสว่างดับ -ทีมกู้ภัยพยัคฆ์ กั้นแนวเขตปลอดภัยด้วยกรวยแนวยาวประมาณ ๑๐๐ เมตรและใช้ไฟส่องสว่างจากเครื่องสำรองไฟ -หน่วยงานที่ออกเหตุร่วม ๑๐ แห่ง

สาเหตุและปัจจัยของการเกิดอุบัติเหตุ

คนขับให้ข้อมูลว่า “ช่วงดังกล่าวฝนตกหนัก ลมแรง มีแสงจ้าเหมือนไฟหน้ารถส่องสวนทางมาจึงตะแคง ทำให้รถเสียหลัก พุ่งชนเสาไฟส่องสว่าง ป้ายกลับรถและรถพลิกคว่ำตกลงร่องกลางถนน” จากการสัมภาษณ์ผู้โดยสารที่ไม่ได้นอนหลับให้ข้อมูลว่า “ช่วงการเดินทางออกจาก อ.เกษตรวิสัย - อ.ปทุมรัตน์ มีฝนตกหนัก ลมแรง แต่เมื่อเริ่มเข้าสู่เขต อ.พยุคนภูมิพิสัย จากช่วงสะพานทางข้ามถนน มี

ฝนตกปรอยๆ ตนและผู้โดยสารบางคนรู้สึกได้ว่า รถเริ่มมีอาการส่ายไปมาหลายครั้ง ” จากการสัมภาษณ์ทีมกู้ชีพพัยค์ ทีม ER รพ.พัยค์ภูมิพิสัย และทีม FR อบต.เมืองเตา ให้ข้อมูลว่า “ช่วงเวลา ๒๓.๐๐ น. ในพื้นที่ตำบลเมืองเตามีเพียงฝนตกปรอยๆ พื้นถนนยังไม่เปียกและเมื่อทีมเดินทางไปถึงที่เกิดเหตุเวลาประมาณ ๐๐.๒๐ น. ช่วงนั้นมีฝนตกปรอยๆ ไม่มีลม ถนนเปียกแต่ไม่แฉะไม่ลื่น จากนั้นประมาณ ๑๐ นาที ฝนถึงเริ่มลงเม็ดหนาขึ้น” จากการสอบสวนที่จุดเกิดเหตุของทีมสหสาขาในช่วงกลางวัน (วันที่ ๒๔ เมษายน ๒๕๖๖ เวลา ๑๐.๐๐ น. และวันที่ ๒๕ เมษายน ๒๕๖๖ เวลา ๑๓.๓๐ น.) พบว่าที่จุดเกิดเหตุรวมระยะทางก่อนถึงจุดเกิดเหตุประมาณ ๒๐๐ เมตรไม่พบร่องรอยล้อรถที่เกิดจากการเบรกก่อนถึงจุดชน

อภิปรายผล

๑. สาเหตุที่นำไปสู่การเกิดอุบัติเหตุรถโดยสารเสียหลักพุ่งชนเสาไฟส่องสว่างและตอรั้วกลางถนนในครั้งนี้ น่าจะเกิดจาก “การหลับใน” ของพนักงานขับรถ ซึ่งพบได้ร้อยละ ๔.๗๖ ตามมูลเหตุสันนิษฐานหลักที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุทางถนนสูงสุด ๕ ลำดับแรกของปี ๒๕๖๔ และพบว่าเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุของรถโดยสารสาธารณะในปี ๒๕๖๔ ถึงร้อยละ ๔.๓๐^๑ โดยพิจารณา ร่วมกับการไม่มีรอยเบรกบนพื้นถนน การให้ข้อมูลของผู้โดยสารที่ว่า “รู้สึกได้ว่ารถเริ่มมีอาการส่ายไปมาหลายครั้ง” ประกอบกับเกิดในช่วงถนนทางตรงระยะไกล มีปริมาณรถน้อย การใช้ความเร็วคงที่ และการขับชิดด้วยคนขับเพียงคนเดียวต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานร่วม ๖ ชั่วโมงในเวลากลางคืนตามสถิติข้อมูลประเทศไทยพบว่าช่วงตอนเย็นถึงเวลา ก่อนเที่ยงคืน มีจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุสูงกว่าช่วงอื่นๆ ทั้งไพลนยังไม่สามารถใช้งานได้ ร่วมกับฝนตกซึ่งทำให้ทัศนวิสัยของผู้ขับลดลง สถิติจากกรมควบคุมโรคพบว่าอุบัติเหตุทางถนนช่วงหน้าฝน ๓ ปีย้อนหลัง พบมากถึง ๒.๓ หมื่นครั้ง บาดเจ็บ ๑ หมื่นราย เสียชีวิต ๒.๗ พันราย โดยเฉพาะช่วง ๑๐ นาทีแรกของฝนตก เสี่ยงเกิดอุบัติเหตุจากการลื่นไถลมากที่สุด^๒

๒. สาเหตุที่นำไปสู่การบาดเจ็บรุนแรงและเสียชีวิตคือการไม่คาดเข็มขัดนิรภัย จากอุบัติเหตุครั้งนี้ผู้เสียชีวิต นั่งในแถวที่ ๔ เมื่อเกิดเหตุผู้โดยสารตกออกนอกตัวรถ เนื่องจากไม่คาดเข็มขัดนิรภัย ทำให้โดนตัวรถทับ ในขณะที่ผู้โดยสารแถวที่ ๑ และ ๒ เป็นผู้โดยสารระดับสี่เหลี่ยมบาดเจ็บเพียงบางส่วนและไม่ตกออกนอกตัวรถแม้ว่ากระจกหน้าต่างจะแตก เนื่องจากคาดเข็มขัดนิรภัย

สรุปผลการศึกษา

อุบัติเหตุทางถนนเป็นเหตุรถโดยสารประจำทางปรับอากาศสองชั้นเสียหลักตอรั้วกลางถนนทางหลวงแผ่นดินหมายเลข ๒๐๒ หลักกิโลเมตรที่ ๑๕๘ - ๑๕๙ ตำบลเมืองเตา อำเภอพัยค์ภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ช่วงเวลาเกิดเหตุประมาณ ๒๓.๐๐ - ๒๓.๕๕ น. โดยจุดเกิดเหตุเป็นถนนช่วงทางตรง ๔ ช่องจราจร มีจุดกลับรถ ร่องกลางถนน มีไฟส่องสว่าง เส้นจราจรชัดเจน พื้นถนนเปียกเล็กน้อย มีผู้ประสบเหตุทั้งหมด ๔๓ ราย เข้าสู่ระบบการรักษา ๓๓ ราย เป็นชาวไทย ๓๑ ราย ต่างชาติ ๒ ราย เพศชาย ๑๘ ราย เพศหญิง ๑๕ ราย แบ่งผู้ป่วยตามระดับสี่เหลี่ยมเป็นผู้ป่วยดำ ๑ ราย ผู้ป่วยสี่เหลี่ยม ๓ ราย ผู้ป่วยสี่เหลี่ยม ๒๙ ราย ผู้ป่วยประเภท Admit ๑ ราย Refer ๒ ราย การบาดเจ็บที่สำคัญที่นำไปสู่การเสียชีวิตคือกระดูกแตกหักจากโดนรถทับร่าง ปัจจัยที่ทำให้ได้รับบาดเจ็บรุนแรงคือไม่คาดเข็มขัดนิรภัย ปัจจัยที่ทำให้เกิดเหตุในครั้งนี้ น่าจะเกิดจากการหลับในของพนักงานขับรถ

มาตรการในการควบคุม และป้องกัน

๑. มีการประสานงานสหสาขาที่เกี่ยวข้องในการสอบสวนหาสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุ
๒. ดำเนินการสอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บและเสียชีวิตตามแบบฟอร์มของกรมควบคุมโรค
๓. ให้คำแนะนำเรื่องการรณรงค์การคาดเข็มขัดนิรภัยให้กับผู้ขับและผู้โดยสาร
๔. การตรวจสภาพรถ คนขับ และสภาพสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ถนนและไฟส่องสว่างต่างๆ

ข้อจำกัดในการศึกษา

๑. ไม่สามารถตรวจปัสสาวะคนขับได้ทันที เนื่องจากไม่พบคนขับในที่เกิดเหตุ
๒. รถไม่มีกล้องวงจรปิดทำให้ไม่มีภาพเหตุการณ์ขณะเกิดเหตุ
๓. ข้อมูลตามผังที่นั่งบนรถได้ไม่ครบถ้วน เนื่องจากไม่มีการลงทะเบียนที่นั่งไว้และไม่สามารถสัมภาษณ์ผู้ที่โดยสารมาได้ครบทุกราย

เอกสารอ้างอิง

๑. ThaiRSC. สถิติข้อมูลผู้เสียชีวิต สะสม ประเทศไทย ปี ๒๕๖๖ [Internet]. ๒๐๒๓. Available from: <https://www.thairsc.com/>
๒. กรมควบคุมโรค. [Internet]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/>
๓. ธีรยุทธ กวายนตร. แนวทางการสอบสวน สาเหตุการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากการจราจรทางถนน (Road Traffic InjuryInvestigation). นนทบุรี : กลุ่มงานระบาดวิทยาโรคไม่ติดต่อสำนึก ระบาดวิทยากรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ๒๕๖๓.
๔. สำนักงานนโยบายและแผนการขนส่งและจราจรสำนักแผนความปลอดภัย รายงานการวิเคราะห์+สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนของกระทรวงคมนาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ สืบค้น ๒๗ เมษายน ๒๕๖๖ จาก https://www.otp.go.th/uploads/tiny_uploads/PDF/๒๕๖๔-๑๐/๒๕๖๔๑๐๒๕-RoadAccidentAnal๒๕๖๓-FINAL.pdf

รายงานการสอบสวนโรคเบื้องต้นกรณีพบผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก(XDR-TB)อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการวันเดือนปีที่ทำการสอบสวนโรค ๑๐ สิงหาคม ๒๕๖๖

ณัฐพงศ์ ภูทัตโต

โรงพยาบาลสมุทรปราการ

หลักการ และเหตุผล

วันที่ ๙ สิงหาคม ๒๕๖๖ เวลา ๑๙.๐๐ น. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๖ จังหวัดชลบุรี ได้รับแจ้งจากกลุ่มห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ด้านควบคุมโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๖ จังหวัดชลบุรี พบผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก (XDR-TB) ผลตรวจวินิจฉัย MTB Detected ดื้อยา R, H, Fluoroquinolone, CAP, AMK, KAN และ AG/CP จำนวน ๑ ราย เป็นผู้ป่วยหญิง อายุ ๔๑ ปี สัญชาติเมียนมาปัจจุบันอาศัยอยู่กับเพื่อนร่วมงานที่ห้องพัก ตำบลบางเมืองใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ ประกอบอาชีพรับจ้างเย็บผ้าปฏิเสธรูปประจำตัว มีประวัติเมื่อปี ๒๕๔๗ ดูแลพ่อสามี สงสัยป่วยวัณโรค (ดูแลประมาณ ๗ เดือนจนพ่อสามีเสียชีวิต) ประวัติเมื่อปี ๒๕๔๙ เคยป่วยเป็นวัณโรค รักษาที่ประเทศพม่าแพทย์แจ้งผู้ป่วยว่าหายจากวัณโรคแล้ว และไม่ได้รับการตรวจเพื่อคัดกรองวัณโรคอีกเลย จากนั้นผู้ป่วยเข้ามาทำงานในประเทศไทยประมาณเดือนตุลาคม ๒๕๖๕ โดยไม่มีหลักฐานได้รับการตรวจสุขภาพก่อนเข้างานหลังจากเข้าประเทศไทยได้ประมาณ ๓ เดือนเริ่มมีอาการไอ ไม่ได้ไปรับการรักษาที่ร้านขายยารับประทานมีอาการไอต่อเนื่อง

วันที่ ๒๗ กรกฎาคม ๒๕๖๖ ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลสมุทรปราการ ด้วยอาการ ไอเรื้อรัง มีเสมหะ จุดคัดกรองได้ตรวจโควิด ๑๙ ด้วย ATK ผล negative ไม่มีอาการเหนื่อย หอบCXR พบ Reticulonodulopatchy opacities at left middle-lower lung field and right middle lung field andreticulonodular opacities in the rest of left lungผลเสมหะ AFB positive ๑+วันที่ ๙ สิงหาคม ๒๕๖๖ ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ด้านควบคุมโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๖ จังหวัดชลบุรี รายงานผลตรวจด้วยวิธี Xpert MTB/XDRผล MTB detected ดื้อต่อยา Isoniazid, Fluoroquinolone, Kanamycin, Amikacin และ Capreomycin ด้วยวิธี HAIN Test (Line Probe Assay: LPA)ผลดื้อต่อยา First line drugs ได้แก่ Rifampicin, Isoniazid และดื้อต่อ Second line drug ได้แก่Fluoroquinolone, Aminoglycosides/cyclic polypeptide (AG/CP)ทีมสอบสวนโรคสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๖ จังหวัดชลบุรี ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสมุทรปราการ โรงพยาบาลสมุทรปราการ และสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี บ้านคลองบางปิ้ง ดำเนินการออกสอบสวนโรค เพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรคศึกษาลักษณะทางระบาดวิทยา ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค ค้นหาผู้สัมผัส และให้คำแนะนำในการควบคุมโรคในวันที่ ๑๐ สิงหาคม ๒๕๖๖

การประเมินความเสี่ยงเบื้องต้น จากการประเมินสภาพสิ่งแวดล้อมที่พักอาศัยผู้ป่วย พบว่า อาศัยอยู่กับเพื่อนร่วมงาน ๓ คนที่ห้องพักโดยห้องพักมีลักษณะเป็น ๑ ห้องโถง ใช้เป็นที่พักนอนและเก็บของใช้ มีหน้าต่างบานเกล็ดด้านหน้าจำนวน ๒ บาน ข้างประตูทางเข้า ด้านหลังเป็นห้องน้ำและระเบียง ห้องน้ำมีช่องระบายอากาศ ผู้ป่วยไม่ได้สัมผัสใกล้ชิดกับคนในชุมชน (ประมาณ ร้อยละ ๕๐ ในชุมชนนี้เป็นชาวเมียนมา) ส่วนใหญ่ไม่รู้จักกัน ไม่มีการพูดคุยกัน ทั้งนี้ ผู้ป่วยมีประวัติเมื่อปี ๒๕๔๗ ดูแลพ่อสามีสงสัย

ป่วยวัณโรค (ประมาณ ๗ เดือนจนพอสามีเสียชีวิต) ประวัติเคยป่วยเป็นวัณโรคปี ๒๕๔๙ รักษาที่ประเทศพม่า จนหาย (ระยะเวลาการรักษา ๑๐ เดือน) และไม่ได้รับการตรวจเพื่อคัดกรองวัณโรคอีกเลย

วัตถุประสงค์

๑. ศึกษาปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม
๒. ค้นหาประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการสัมผัสโรค
๓. หามาตรการควบคุมป้องกันโรคเสนอผู้บริหารและหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

การดำเนินการศึกษา

๑. ประชุมทีมสอบสวนโรค ประกอบด้วยสคร. สสจ.สสอ. โรงพยาบาล
๒. ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยวัณโรค ผลการตรวจ CXR
๓. ค้นหาผู้สัมผัสเจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้ป่วย
๔. ค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมในละแวกใกล้เคียง
๕. สังเกตสิ่งแวดล้อมบริเวณบ้านและชุมชนผู้ป่วย

การกำหนดนิยามผู้ป่วยผู้สัมผัส

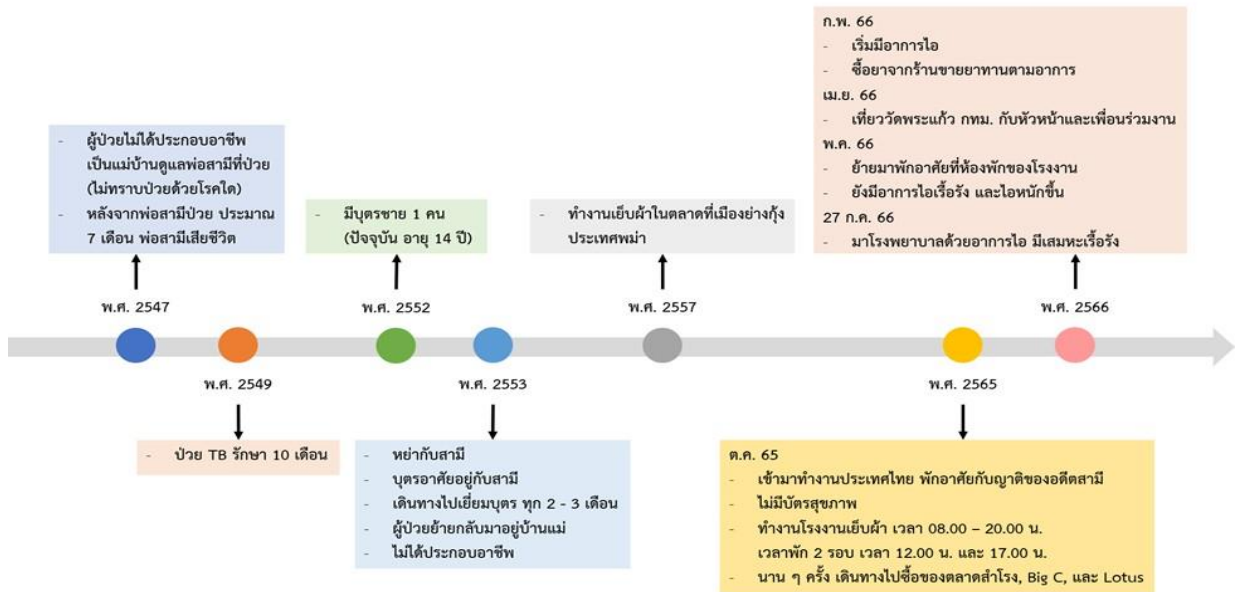
ผู้สัมผัส คือ บุคคลที่สัมผัสกับผู้ป่วย index ในช่วงเวลา ๓ เดือนก่อนการวินิจฉัย จนถึงวันที่ทำการสอบสวน โดยแบ่งออกเป็น ผู้สัมผัสร่วมบ้าน หมายถึง ผู้ที่อาศัยหรือเคยอาศัยในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วย และผู้สัมผัสใกล้ชิด หมายถึง ผู้ที่เคยทำงานอยู่ในห้องเดียวกันกับผู้ป่วย โดยมีระยะเวลาอยู่ร่วมกันมากกว่า ๘ ชั่วโมงต่อวัน หรือมากกว่า ๑๒๐ ชั่วโมงต่อเดือนโดยกำหนดนิยามผู้ป่วยดังนี้

มีอาการสงสัยเป็นวัณโรคปอด (Presumptive TB) คือ ผู้ที่มีอาการไอเรื้อรังติดต่อกันตั้งแต่ ๒ สัปดาห์ขึ้นไปหรือไอมีเสมหะที่มีเลือดปน หรือผู้ที่มีอาการไอน้อยกว่า ๒ สัปดาห์ร่วมกับมีไข้หรือน้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ

ผู้ป่วยเข้าข่ายวัณโรค (Probable TB case) คือ ผู้ที่แพทย์วินิจฉัยและรักษาแบบวัณโรคโดยไม่มีผลการตรวจยืนยันด้านแบคทีเรีย

ผู้ป่วยยืนยันวัณโรค (Confirmed TB case) คือ ผู้ที่แพทย์วินิจฉัยและให้การรักษาแบบวัณโรคโดยมีผลการตรวจยืนยันด้านแบคทีเรีย ซึ่งหมายถึง ตรวจพบ AFB จากการตรวจย้อมเสมหะ หรือตรวจพบยีนของเชื้อ M. tuberculosis จากการตรวจX pert MTB/RIF หรือตรวจพบเชื้อ M. tuberculosis จากการตรวจเพาะเชื้อ

ผลการศึกษา



๑. สภาพสิ่งแวดล้อมทั่วไป

๑.๑ สถานที่ทำงาน สถานที่ทำงานของผู้ป่วยอยู่ที่ ต.บางเมือง อ.เมือง จ.สมุทรปราการ เป็นสถานประกอบการเย็บผ้าด้วยเครื่องจักร เป็นอาคารพาณิชย์ ๑ คูหา อาคาร ๒ ชั้น โดยชั้นที่ ๑ เป็นสถานที่ประกอบการเย็บผ้าด้วยเครื่องจักร จำนวน ๑๗ เครื่อง มีคนงานประจำทั้งหมด ๑๕ เครื่องรวมเครื่องของผู้ป่วย ส่วนอีก ๒ เครื่องไม่มีคนงานประจำเครื่อง มีการวางจักรเย็บผ้าห่างกันประมาณ ๑ เมตร เรียงไปด้านหลังอาคาร พื้นที่บริเวณที่ปฏิบัติงานเป็นห้องโถง มีหน้าต่างระบายอากาศโดยรอบ เนื่องจากลมธรรมชาติพัดไปท้ายห้องโถงในลักษณะพัดไปทางเดียว แต่ลมค่อนข้างแรงจึงปรับช่องหน้าต่างด้านหน้าลดลมเข้า และใช้พัดลมช่วยระบายอากาศเพิ่มเติม ไม่มีการใช้เครื่องปรับอากาศ มีห้องน้ำ ๑ ห้องที่ใช้ร่วมกัน ด้านหลังเป็นห้องสำหรับคนงานตัดตัดย จำนวน ๑ คน และบันไดทางขึ้นชั้น ๒ ซึ่งบริเวณนี้จะมีเครื่องทำน้ำเย็น และกระดิกน้ำร้อน สำหรับให้คนงานดื่ม บริเวณนี้จะมีหน้าต่างโดยรอบเพื่อระบายอากาศ และประตูทางออกด้านหลัง บันไดทางขึ้นมีลักษณะโล่งและค่อนข้างกว้างขวาง บริเวณชั้นที่ ๒ เป็นห้องพักของคนงานเย็บผ้า แบ่งเป็น ๒ ฝั่ง รวมเป็นจำนวน ๗ ห้อง มีโถงทางเดินตรงกลางและมีหน้าต่างระบายอากาศทั้งด้านหน้าและด้านหลัง ชั้นที่ ๒ เป็นห้องพัก

๑.๒ สถานที่พักอาศัย ห้องพักของผู้ป่วย ห่างจากสถานที่ทำงานประมาณ ๒๐๐ เมตร เป็นตึกแถว ๒ ชั้นๆ ละ ๕ ห้อง รวมเป็นห้องพักทั้งหมด ๑๐ ห้อง ซึ่งผู้ป่วยอาศัยอยู่ที่ชั้น ๒ ห้องที่ ๒ บริเวณบันไดทางขึ้นอยู่ด้านนอกอาคารเป็นแบบเปิดโล่ง ห้องพักของผู้ป่วยอาศัยอยู่ทั้งหมด ๓ คนรวมผู้ป่วย ในห้องพักมีลักษณะเป็น ๑ ห้องโถง เพื่อใช้เป็นพื้นที่นอนและเก็บของใช้ มีหน้าต่างบานเกล็ดด้านหน้าจำนวน ๒ บาน ข้างประตูทางเข้า ด้านหลังจะเป็นห้องน้ำและระเบียง ห้องนี้มีช่องระบายอากาศ ระบายทางด้านหลังเป็นเหล็กดัดสามารถระบายอากาศได้ แต่ผู้ป่วยและเพื่อนร่วมห้องมีการนำสิ่งของเครื่องใช้มาวางเป็นจำนวนมากจึงอาจทำให้การระบายอากาศไม่ดีเท่าที่ควร

การดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ผู้ป่วยทำงาน จำนวน ๖ วัน/สัปดาห์ หยุดทุกวันอาทิตย์ โดยเริ่มงานเวลา ๐๘.๐๐-๒๐.๐๐ น. ของทุกวัน เนื่องจากหอพักไม่ไกลจากที่ทำงาน หลังจากทำงาน ผู้ป่วยเดินทางกลับห้องพักทันที ผู้ป่วยและเพื่อนร่วมงานจึงไปทำงานโดยการเดินทั้งไปและกลับ ผู้ป่วยและเพื่อนร่วมงานมักจะไม่ได้เดินทางออกไปสถานที่อื่น สำหรับการรับประทานอาหารของผู้ป่วยมักจะซื้ออาหารสดจากรถมอเตอร์ไซด์พ่วงที่มาขายหน้าสถานประกอบการและนำไปประกอบอาหารที่ห้องพักของเพื่อนร่วมงานบริเวณชั้น ๒ ของสถานประกอบการ

๒. ผู้สัมผัส (Close contact)

ผู้สัมผัสใกล้ชิด ทั้งหมด ๒๐ คน ยังไม่พบผู้ที่มีอาการผิดปกติ

๒.๑ ผู้สัมผัสร่วมบ้าน จำนวน ๔ คน คือ น้องชายอดีตสามีและภรรยาของน้องชาย เพื่อนร่วมงานที่พักห้องเดียวกับผู้ป่วย จำนวน ๒ คน

๒.๒ ผู้สัมผัสใกล้ชิดในที่ทำงานผู้สัมผัสใกล้ชิดในที่ทำงาน จำนวน ๑๖ คน คือ เพื่อนร่วมงาน ๑๓ คนเจ้าของสถานประกอบการสามีเจ้าของสถานประกอบการ ลูกชายเจ้าของสถานประกอบการรวม ๓ คน

๓. ระบบการส่งต่อผู้ป่วยจากสถานบริการลงสู่ชุมชน และการกำกับติดตามการรับประชนยาในชุมชน

โรงพยาบาลสมุทรปราการวางแผนส่งต่อข้อมูลการรักษาให้กับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสมุทรปราการ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ เพื่อกำกับ ติดตามการกินยาของผู้ป่วย หลังจากผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

๔. ระบบบริการ TB clinic

๔.๑ ข้อมูลจากโปรแกรม NTIP พบว่า ในปี ๒๕๖๑ – กรกฎาคม ๒๕๖๖ จังหวัดสมุทรปราการ มีผู้ป่วย XDR จำนวน ๓ ราย เป็นผู้ป่วยปี ๒๕๖๑ จำนวน ๑ ราย รักษาครบ ปี ๒๕๖๓ จำนวน ๑ ราย รักษาหาย และปี ๒๕๖๖ จำนวน ๑ ราย กำลังรักษา

๔.๒ โรงพยาบาลสมุทรปราการมีบริการ TB clinic อยู่โซนด้านหลังของโรงพยาบาล และมีระบบ Fast track ให้ผู้ป่วยวัณโรค มีการคัดกรองและแยกผู้ป่วยที่มีอาการเข้าได้กับวัณโรค เพื่อส่งผู้ป่วยไป CXR โดยมีสติ๊กเกอร์สีม่วงติดใบนำผู้ป่วยเป็นสัญลักษณ์ชัดเจนเพื่อให้่ายต่อการแยกประเภทผู้ป่วย จากนั้นจะส่งพบแพทย์อายุรกรรมต่อไป

๕. มาตรการควบคุมป้องกันโรค

๕.๑ มาตรการที่ได้ดำเนินการไปแล้ว

- ทีมปฏิบัติการสอบสวนควบคุมโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๖ จังหวัดชลบุรี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสมุทรปราการ โรงพยาบาลสมุทรปราการ และสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรชนามวินราชินี บ้านคลองบางปี้ง ลงพื้นที่สอบสวนโรคภายใน ๑๒ ชั่วโมงหลังจากได้รับรายงาน

- โรงพยาบาลสมุทรปราการ รับผู้ป่วย Admit ที่ห้องแยกโรคความดันลบ รับไว้ในความดูแลของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญการดูแลรักษาวัณโรคต้อเยื่อตาเขตสุขภาพที่ ๖ ชลบุรี โดยผู้ป่วย admit

เป็นเวลา ๑ เดือน ทั้งนี้ ต้องติดตามผลตรวจเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์ (AFB) ผลเป็นลบติดต่อกันอย่างน้อย ๒ ครั้ง ห่างกันอย่างน้อย ๗ วัน หลังพักรักษาในโรงพยาบาลครบ ๑ เดือน จึงจะสามารถจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้ อย่างไรก็ตาม เมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน/ที่พักอาศัย หากพบว่าผลเสมหะกลับเป็นบวกให้ทีมสหวิชาชีพในพื้นที่ แจ้งผู้ป่วยเข้ารับ

การรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลอีกครั้ง ซึ่งเป็นไปตามแนวทางการสอบสวนและควบคุมวัณโรค พ.ศ. ๒๕๖๖

-ติดตามค้นหาผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิด ทั้งในชุมชน โรงงาน และโรงพยาบาล เพื่อมา

คัดกรองวัณโรคด้วยการ CXR และเก็บเสมหะส่งตรวจ AFB

-แนะนำโรงพยาบาลด้านการคัดแยกผู้ป่วยบริเวณจุดคัดกรองให้เป็นไปตามหลักการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ (IC) โดยคัดแยกผู้ป่วยที่สงสัยวัณโรคออกจากผู้ป่วยอื่น โซนจุดคัดกรอง (Triage) ออกจากจุดผู้ป่วยนอก ระบบระบายอากาศภายในอาคารที่ใช้เป็นจุดคัดกรอง รวมทั้ง การใส่อุปกรณ์ป้องกันตนเอง เมื่อต้องสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วย เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล

- โรงพยาบาลสมุทรปราการ และสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี บ้านคลองบางปีง จัดทำทะเบียนผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วย เพื่อติดตามคัดกรองและรักษาต่อไป

- โรงพยาบาลสมุทรปราการ ขอสนับสนุนงบประมาณสงเคราะห์ค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาลเป็นเวลา ๑ เดือน ที่ผู้ป่วยรักษาตัวที่โรงพยาบาล

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ ประสานงานมูลนิธิรักษ์ไทย จังหวัดสมุทรปราการ ประเด็นสนับสนุนงบประมาณในการตรวจคัดกรองด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (CXR) และตรวจเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์ (AFB)

๕.๒ มาตรการที่อยู่ระหว่างดำเนินการ

ติดตามค้นหาผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิด ทั้งในชุมชน โรงงาน และโรงพยาบาลเพื่อมาคัดกรองวัณโรคด้วยการ CXR และเก็บเสมหะส่งตรวจ AFBให้ครบ ๒ ปี (ตามตารางข้อมูลผู้สัมผัสใกล้ชิด)

๕.๓ มาตรการที่จะดำเนินการในข้างหน้า

ผู้ป่วยวัณโรคทุกรายได้รับการดูแลโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางคือผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษาและได้รับการสนับสนุน เช่น

๑. ความรู้เรื่องวัณโรค โดยการจัดอบรมให้ความรู้ตามโครงการต่างๆกับเจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้ป่วยวัณโรคกับชุมชน สนับสนุนด้านจิตใจให้ผู้ป่วยมีทัศนคติเชิงบวก ให้ชุมชนและญาติของผู้ป่วย

๒. การให้ รพ.สต. มีส่วนร่วมในการดูแลโดยผ่านโปรแกรม NTIPรับส่งข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคอย่างรวดเร็ว และส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้กับหน่วยบริการสาธารณสุขอื่นๆ ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องย้ายที่อยู่

๓. การรักษาโดยมีผู้ดูแลการกินยาต่อหน้า (DOT) สำหรับผู้ป่วย MDRโดยการติดตามเยี่ยมบ้านจากทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลร่วมกับ รพ.สต. เพื่อส่งต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคสู่ชุมชน

อภิปรายผล

๖.๑ ผู้ป่วยเคยป่วยเป็นวัณโรค เมื่อปี ๒๕๔๙ ที่ประเทศพม่า เมื่อรักษาครบ ๖ เดือน ไม่หาย แพทย์ขยาย

การรักษาอีก ๒ เดือน และมีการนัดหมายนัดยาต่ออีก ๒ เดือน รวมรักษา ๑๐ เดือน

๖.๒ ไม่มีประวัติการรักษาเดิมของผู้ป่วย จึงไม่ทราบสาเหตุของการขยายการรักษา และไม่ทราบประวัติ

การส่งตรวจการเพาะเชื้อและทดสอบความไวต่อยาในอดีต ซึ่งอาจเกี่ยวเนื่องส่งผลต่อการเกิดการดื้อยาในปัจจุบัน

๖.๓ หลังจากผู้ป่วยรักษาวัณโรคหายแล้วไม่มีการติดตาม ตรวจคัดกรองวัณโรคอีกเลย

๖.๔ ผู้ป่วยมีอาการไอเรื้อรังมาอย่างน้อย ๖ เดือน แต่ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองและเข้ากระบวนการรักษา ทำให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยล่าช้า และเพิ่มโอกาสแพร่กระจายเชื้อในชุมชนได้

ปัญหาและอุปสรรค

ช่องว่างการดำเนินงาน	แนวทางแก้ไขปัญหา
- ผู้ที่มีอาการสงสัยวัณโรคมารับบริการที่โรงพยาบาลไม่ได้รับการคัดกรองด้วยแบบคัดกรองวัณโรค บางครั้งมุ่งเน้นตรวจ Covid มากเกินไป	- ขอความร่วมมือห้องตรวจโรค แผนกผู้ป่วยนอกใช้แบบคัดกรองในผู้ที่มีอาการสงสัยวัณโรคทุกราย
- PCUเครือข่าย รับทราบข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคช้า	- ส่งข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคผ่าน NTIP กลุ่มเพื่อคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้าน - กระตุ้นให้เจ้าหน้าที่ ทุก รพ.สต Update User ในการเข้าโปรแกรม
- มีปัญหาในการติดตามผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยเปลี่ยนเบอร์โทรศัพท์ที่อยู่ไม่แจ้งให้ห้องที่ทราบ	- ขอเบอร์โทรศัพท์ใหม่ทุกครั้งที่มีผู้ป่วยมาตรวจ

ข้อเสนอแนะ

ระดับจังหวัด๑) ประสานหน่วยงานทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเพื่อร่วมดำเนินการแก้ไขปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อภาพรวมระดับจังหวัด๒) ประสานจังหวัด เพื่อวางแผนการคัดกรองเชิงรุกร่วมกับ NGO (มูลนิธิรักษ์ไทย) ในการค้นหากลุ่มเสี่ยงในกลุ่มแรงงานต่างด้าวที่พักอาศัยบริเวณใกล้เคียง

ระดับโรงพยาบาล๑) บริเวณจุดคัดกรองให้เป็นไปตามหลักการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ โชนจุดคัดกรองออกจากจุดผู้ป่วยนอก การแยกระบบระบายอากาศภายในอาคารบริเวณจุดคัดกรองให้มี flow การถ่ายเทอากาศที่รองรับตามหลักการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ หรือย้ายจุดคัดกรองออกมาอยู่นอกอาคาร ติดสติ๊กเกอร์สีม่วงในใบสื่อสาร.๒) บริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ที่มีอาการสงสัยวัณโรคในแผนกผู้ป่วยนอก, แผนกเอกซเรย์, แผนกชันสูตร, แผนกเภสัชกรรม๓) คลินิกวัณโรคจัดบริการแบบ One Stop Serviceพัฒนาคุณภาพเพื่อลดระยะการรอคอย ในคลินิกวัณโรค ๔) ผู้ป่วยวัณโรคใช้ห้องเอกซเรย์

ร่วมกับผู้รับบริการอื่น ๆ ควรมีการเว้นช่วงเวลาในการเข้าใช้งานห้องเอกซเรย์ระหว่างผู้ป่วยรายอื่น เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ รวมทั้ง ตรวจสอบระบบการระบายอากาศภายในห้องเอกซเรย์^๕) ควรมีการทดสอบความไวต่อยา drug- susceptibility testing (DST) ในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับมาเป็นซ้ำทุกราย เพื่อเฝ้าระวังการดื้อยาในผู้ป่วยวัณโรคตามนโยบาย Universal DST และจัดทำทะเบียนติดตาม เฝ้าระวังผู้ป่วยวัณโรค รวมทั้ง ติดตามส่งตรวจทดสอบความไวต่อยาในผู้ป่วยรายเก่าทุกรายที่ไม่ได้เข้าสู่กระบวนการยืนยันการดื้อยาต่อไป เพื่อติดตาม เฝ้าระวังผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา^๖) ควรมีการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและผู้สัมผัส ในการดูแลสุขภาพจิต ประเมินความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นต่อผู้ป่วยหรือผู้สัมผัส และช่วยแก้ไข หากทางออกกับปัญหานั้น ๆ รวมถึง การลดการตีตราในชุมชน ^๗) หากผู้ป่วยมีความต้องการกลับไปรักษาตัวที่ประเทศพม่า ผู้ป่วยจะต้องพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลอย่างน้อย ๓๐ วัน หลังจากนั้นตรวจสอบด้วยวิธีการใดก็ได้ มีผลเป็นลบติดต่อกันอย่างน้อย ๒ ครั้ง ห่างกันอย่างน้อย ๗ วัน จึงจะพิจารณาให้ผู้ป่วยกลับประเทศได้ โดยต้องผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด เนื่องจาก เป็นการรักษาที่ต้องใช้ระยะเวลานาน การติดตามค่อนข้างยาก และจะไม่ทราบผลการรักษาเมื่อสิ้นสุดการรักษา ซึ่งเป็นไปตามแนวทางกฎหมายระหว่างประเทศ พ.ศ. ๒๕๔๘ (International Health Regulations ๒๐๐๕: IHR ๒๐๐๕) และคำแนะนำจากกองวัณโรค กรมควบคุมโรค

การสื่อสารความเสี่ยง ๑) การสื่อสารความเสี่ยงในประชาชนทั่วไป (๑) สถานการณ์การระบาดของวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง (XDR-TB) ในประเทศไทย รวมทั้ง ความเสี่ยงที่ประชาชนอาจพบผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากผู้สัมผัสใกล้ชิด (๒) มาตรการและการดำเนินงานของประเทศไทย รวมถึง แนวทางการจัดระบบการเฝ้าระวังในชุมชน โดยให้ทีมสหวิชาชีพ รวมถึง อสม. ช่วยกันป้องกัน ดูแลการปฏิบัติตนเองที่ถูกต้องในการอยู่ร่วมกันในสังคมโดยไม่มีการตีตราจากสังคม (๓) ประชาชนยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวัณโรค โดยเฉพาะประเด็นการติดต่อของโรค ดังนั้น เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เช่น สสอ. รพสต. ควรมีกิจกรรมสื่อสารความเสี่ยงให้กับประชาชนในชุมชนได้รับทราบเรื่องการป้องกันและการติดต่อของวัณโรค และให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

๒) การสื่อสารความเสี่ยงเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการทางการแพทย์ (๑)การผลักดัน พรบ. ควบคุมโรคติดต่ออันตราย ให้ผู้ที่เกี่ยวข้องเข้าใจและนำไปใช้ประโยชน์ในการควบคุมโรคในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ (๒)สื่อสาร ทำความเข้าใจร่วมกันกับแพทย์และเจ้าหน้าที่ในสถานพยาบาลให้ทราบถึงความรุนแรง และตระหนักถึงเชื้อวัณโรคดื้อยา รวมทั้ง มาตรการป้องกันและควบคุมโรคจากการติดเชื้อและการสัมผัส (๓) เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วย / บุคลากรทางสาธารณสุขมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรค รวมทั้งการแพร่กระจายเชื้อจากผู้ป่วยไปยังผู้ป่วยอื่นได้ จากการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยโดยตรง หรือการได้รับเชื้อที่อยู่ในอากาศ เนื่องจากอาการและลักษณะทางคลินิกไม่มีความจำเพาะเจาะจง (๔)แหล่งข้อมูลที่บุคลากรทางการแพทย์จะสามารถค้นหาหรือสอบถามได้เพิ่มเติม เช่น เว็บไซต์ กรมควบคุมโรค หรือสายด่วนกรมควบคุมโรค ๑๔๒๒ ทีมสอบสวนโรค

เอกสารอ้างอิง

๑. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค. แนวทางปฏิบัติป้องกัน

ควบคุมวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมากภายใต้พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘.

กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์; ๒๕๖๑.

๒. ศูนย์ความเป็นเลิศทางสารสนเทศศาสตร์ชีวเวชและสาธารณสุข (อินเทอร์เน็ต). National Tuberculosis Information Program (NTIP): สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค. [เข้าถึงเมื่อ ๑๐ พ.ค. ๒๕๖๑]. เข้าถึงได้จาก <https://tbcmtailand.ddc.moph.go.th/uiform/Manual.aspx>
๓. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการวิจัยสถานการณ์วัณโรคเชื้อยา. หลายขนานในประเทศไทยระหว่างปีงบประมาณ ๒๕๕๐-๒๕๕๒.
๔. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค. แนวทางการสอบสวนและควบคุมวัณโรค. กรุงเทพฯ: สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค; ๒๕๖๑.
๕. ศิริินภา จิตติณิไพฑูรย์ สุขเกษมสุขสันต์ จิตติณิจิรวัดน์ วรสิงห์และชนัญตรี บุญอินทร์. คู่มือประเมินมาตรฐาน โรงพยาบาลคุณภาพการดูแลรักษาวัณโรค QTB (อินเทอร์เน็ต). พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; ๒๕๖๐.
๖. ศูนย์กฎหมาย กรมควบคุมโรค. พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.๒๕๕๘ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; ๒๕๕๘. [เข้าถึงเมื่อ ๑๐ พ.ค. ๒๕๖๑]. เข้าถึงได้จาก https://ddc.moph.go.th/th/site/office_other/view/law/๗/๘

การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคซิฟิลิส โรงพยาบาลเลย ปี พ.ศ. ๒๕๖๒ – ๒๕๖๖

ผกายมาศ คะเชนทร์ และทวิช ศรีเกษม
โรงพยาบาลเลย

หลักการ และเหตุผล

โรคซิฟิลิสเป็นหนึ่งในโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีสาเหตุมาจากเชื้อแบคทีเรีย *Treponema pallidum* ซึ่งการติดต่อโดยการสัมผัสเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์โดยสัมผัสสารคัดหลั่งของผู้ที่มีเชื้อดังกล่าว การติดต่อจากแม่ไปสู่ลูกในครรภ์ หรือผ่านช่องทางการเปลี่ยนถ่ายเลือดองค์การอนามัยโลก คาดการณ์ว่าทั่วโลกมีผู้ติดเชื้อซิฟิลิสประมาณ ๗ ล้านคนสำหรับผู้ที่มีอายุระหว่าง ๑๕ - ๔๙ ปีในปี ๒๕๖๓ โดยมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นในกลุ่มชายรักชายตลอด ๒๐ ปีที่ผ่านมา^๑ ในประเทศไทย^๒ ที่มีแนวโน้มสูงเพิ่มขึ้น และยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในหลายประเทศ สำหรับประเทศไทยซึ่งอยู่เขตในทวีปเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ซึ่งอยู่ในลำดับที่ ๖ จาก ๗ เขตภูมิภาคและตามรายงาน ๕๐๖ ของกองระบาดวิทยากรมควบคุมโรค พบอัตราป่วยโรคซิฟิลิสสูงเป็นอันดับสองของการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และอัตราป่วยโรคซิฟิลิสมีแนวโน้มสูงขึ้นโดยในปี ๒๕๖๖ พบอัตราป่วย ๓๐.๐๙ รายต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต ๖ รายสูงกว่าปี ๒๕๖๕ ที่พบอัตราป่วย ๒๑.๑๗ รายต่อประชากรแสนคน และเสียชีวิต ๑ ราย

สถานการณ์ของผู้ป่วยซิฟิลิสที่พบในรายงาน ๕๐๖ ของโรงพยาบาลเลย^๓ ในปี ๒๕๖๖ นั้น มีจำนวน ๙๐ ราย เมื่อเทียบกับค่ามัธยฐานย้อนหลัง ๕ ปี พบว่ามีอัตราป่วยเพิ่มขึ้นเป็น ๓ เท่าของปีที่ผ่านมานอกจากนี้ยังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นมากในช่วง ๒ปีที่ผ่านมาโดยปี ๒๕๖๕ -๒๕๖๖ มีอัตราป่วยเพิ่มสูงขึ้น ๕๕ และ ๑๑๑%ตามลำดับเมื่อเทียบกับปี ๒๕๖๔ ดังนั้นการประเมินระบบเฝ้าระวังโรคซิฟิลิสในโรงพยาบาลซึ่งเป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัดและได้รับการส่งต่อผู้ป่วยจากรพ.ชุมชนในจังหวัดเลยเป็นจำนวนมาก น่าจะเป็นประโยชน์ต่อการระบุปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในการให้บริการผู้ป่วยและในระบบการรายงานโรคซิฟิลิส

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อศึกษาขั้นตอนการรายงานโรคซิฟิลิสของโรงพยาบาลเลย
๒. เพื่อศึกษาคุณลักษณะเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพของระบบเฝ้าระวังโรคซิฟิลิส
๓. เพื่อให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงและพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคซิฟิลิสหรือ Immunoblot เป็นต้น เพื่อตรวจหาแอนติบอดีต่อซิฟิลิสจากเลือด ให้ผลบวก (Reactive)

การดำเนินการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ทั้งเชิงปริมาณ (Quantitative) ได้แก่ ความไว (sensitivity) ค่าพยากรณ์บวก (Positive predictive value : PPV) คุณภาพข้อมูล (Data quality) ความเป็นตัวแทน (Representativeness) ความทันเวลา (Timeliness) และเชิงคุณภาพ (Qualitative) ได้แก่ การยอมรับของผู้ที่เกี่ยวข้อง (Acceptability) การนำไปใช้ประโยชน์ (Usefulness) ความมั่นคงของระบบ (Stability) ความง่าย (Simplicity) และความยืดหยุ่น (Flexibility) โดยทำการศึกษาข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยโรคซิฟิลิสและโรคใกล้เคียงโรคซิฟิลิส ที่โรงพยาบาลเลย

ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๒ – ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๖ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม ๒๕๖๗ - กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗

นิยามศัพท์ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเลย ที่มีอาการตามเกณฑ์ทางคลินิก ข้อใดข้อหนึ่งของโรคซิฟิลิสและโรคใกล้เคียง และมีผลบวกตามเกณฑ์ทางห้องปฏิบัติการข้อใดข้อหนึ่งของโรคซิฟิลิสและโรคใกล้เคียง ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๒ ถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๖ ตามแนวทางรายงานโรคติดต่ออันตราย และโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังในประเทศไทย กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขปี ๒๕๖๓

เกณฑ์ทางคลินิก ผู้ที่มีประวัติเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร่วมกับมีอาการและอาการแสดง แบ่งเป็น ๓ ระยะ ดังนี้

๑. ซิฟิลิสระยะที่ ๑ (Primary syphilis) มีแผลบริเวณอวัยวะเพศหรืออวัยวะอื่นที่ใช้สำหรับมีเพศสัมพันธ์ เช่น ปาก ทวารหนัก มักมีแผลเดียวแผลสะอาดไม่เจ็บ บริเวณก้นแผลแข็งคล้ายกระดูก

๒. ซิฟิลิสระยะที่ ๒ (Secondary syphilis) มีผื่น อาจพบได้ทั่วตัว มักพบฝ่ามือ ฝ่าเท้า ลักษณะผื่นส่วนใหญ่จะแดง อาจนูน มีสะเก็ด ไม่คัน หรือผื่นเฉพาะ เช่น Condyloma lata, Mucous patch เป็นต้น ผื่นร่วงและ/หรือคิ่วร่วง ต่อมมน้ำเหลืองโต

๓. ซิฟิลิสระยะแฝง (Latent syphilis) ผู้ป่วยไม่มีอาการแต่มีประวัติข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้
ตรวจพบโรคจากการตรวจเลือดโดยไม่มีอาการและอาการแสดงใดๆ ของซิฟิลิสระยะที่ ๑ ระยะที่ ๒ หรือระยะอื่นๆ และไม่มีประวัติการรักษาซิฟิลิสมาก่อนหรือคู่เพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยซิฟิลิสในระยะแรก (Early syphilis : Primary syphilis , Secondary syphilis และ Early latent syphilis) ที่ไม่มีอาการหรืออาการแสดงใดๆ

เกณฑ์การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการทั่วไป

- วิธี Non-treponemal test วิธีใดวิธีหนึ่ง เช่น Rapid plasma regain test (RPR) หรือ Venereal disease research laboratory test (VDRL)

การตรวจทางห้องปฏิบัติการจำเพาะ

การตรวจหาเชื้อ/แอนติเจน/สารพันธุกรรมของเชื้อ

- วิธี Dark field microscope จากน้ำเหลืองจากก้นแผล พบเชื้อ Treponema pallidum

- วิธี Direct fluorescent antibody test for Treponema pallidum ให้ผลบวก

การตรวจหาภูมิคุ้มกันของเชื้อ

วิธี Treponema test วิธีใดวิธีหนึ่ง เช่น FTA-ABS TPHA, TP-PA , ICT, EIA, CMIA

ผลการศึกษา

จากการประเมินระบบเฝ้าระวังโรคซิฟิลิส โรงพยาบาลเลย ปี ๒๕๖๒-๒๕๖๖ พบว่าระบบเฝ้าระวังโรคซิฟิลิส มีค่าความไว (sensitivity) เท่ากับร้อยละ ๒๗.๖ แตกต่างจากการศึกษาของ Aung และคณะ^๕ พ.ศ. ๒๕๖๒ ที่ประเมินระบบเฝ้าระวังโรคซิฟิลิสของโรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก (Sens เท่ากับร้อยละ ๖๗.๔) เนื่องจากโรคซิฟิลิสเป็นโรคที่ผู้บริหารให้ความสำคัญน้อย ผู้รายงานมีภาระงานที่หลากหลายไม่ได้ทำงานเฉพาะเจาะจงเพียงโรคซิฟิลิสเพียงอย่างเดียวเท่านั้น อีกทั้งการรายงานโรคใช้ฐานข้อมูลจากเวชระเบียน(Hosxp) เท่านั้น ไม่ได้ใช้ฐานข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและ

ฐานข้อมูลการใช้ยารักษาโรคซิฟิลิสทำให้มีการรายงานเข้ามาในระบบ ๕๐๖ น้อยค่าพยากรณ์บวก (PPV) เท่ากับร้อยละ ๔๒.๐ แตกต่างจากการศึกษาของ Aung และคณะ^๕ ปี ๒๕๖๒ ที่ประเมินระบบเฝ้าระวังโรคซิฟิลิสของโรงพยาบาลแม่สอดจังหวัดตาก (PPV เท่ากับร้อยละ ๑๐๐.๐) เนื่องจากผู้ติดเชื้อซิฟิลิสส่วนหนึ่งถูกส่งตัวมาจากรพ.ชุมชน(ประมาณร้อยละ ๓๐.๐ ของผู้ป่วยที่มารับบริการ) จึงไม่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติมอีก อีกทั้งไม่มีการบันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของรพ.ชุมชนในระบบเวชระเบียน นอกจากนี้ยังเกิดการให้รหัสโรคผิดพลาดของแผนกเวชระเบียนทำให้ค่าพยากรณ์โรคต่ำคุณภาพของข้อมูลในรายงาน ๕๐๖ มีความครบถ้วน (completeness) และความถูกต้อง (validity) ของข้อมูลร้อยละ ๙๓.๐ และ ๙๒.๐ – ๑๐๐.๐ ตามลำดับ นอกจากนี้ข้อมูลในรายงาน ๕๐๖ ยังมีความเป็นตัวแทนของข้อมูลโดยเฉพาะในส่วนของกระจายตามบุคคล อายุและอาชีพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Aung และคณะ และการศึกษาของ รณภูมิและคณะ^๕ พ.ศ. ๒๕๖๕ เนื่องจากการถ่ายโอนข้อมูลโดยตรงของข้อมูลของผู้ติดเชื้อซิฟิลิสจากข้อมูลในเวลาระเบียนสู่รายงาน ๕๐๖ และความทันเวลาของข้อมูล (timeliness) ในระบบรายงาน ๕๐๖ พบว่ามีความทันเวลา (รายงานภายใน ๕ วัน) สูง

ผลการศึกษาคุณลักษณะเชิงคุณภาพ การศึกษาคุณลักษณะเชิงคุณภาพพบว่าระบบเฝ้าระวังมีความเรียบง่ายไม่ยุ่งยากซับซ้อน ได้รับการยอมรับในวงกว้างของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ระบบมีความยืดหยุ่นสูงและมีความมั่นคงในระดับหนึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Aung และคณะ^๔ และการศึกษาของ รณภูมิและคณะ^๕ สะท้อนให้เห็นว่าเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลที่มีความเกี่ยวข้องกับระบบเฝ้าระวังของโรคติดต่อรวมถึงโรคซิฟิลิส มีความรู้ความสามารถและประสิทธิภาพตลอดจนการจัดการในระบบเฝ้าระวังแต่ทั้งนี้พบว่ายังไม่มีเมื่อนำข้อมูลไปใช้ให้เกิดประโยชน์เท่าที่ควร ในเรื่องของการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคซิฟิลิส อาจจะเนื่องมาจากเป็นโรคที่ผู้บริหรายังให้ความสำคัญน้อยและเจ้าหน้าที่ในกระบวนการของระบบเฝ้าระวังมีภาระงานมาก

สรุปผลการศึกษา

การประเมินระบบเฝ้าระวังเชิงปริมาณจากการศึกษาพบว่าค่าความไวของระบบเฝ้าระวัง (Sensitivity) และค่าพยากรณ์บวก (Positive Predictive Value) ต่ำมีความทันเวลา (Timeliness) ในการรายงานข้อมูลและความครบถ้วนของข้อมูลในการรายงานสูง นอกจากนี้ยังมีความเป็นตัวแทนของข้อมูลสูงโดยเฉพาะอายุและอาชีพ

การประเมินระบบเฝ้าระวังเชิงคุณภาพระบบเฝ้าระวังมีความเรียบง่ายไม่ยุ่งยากซับซ้อน ได้รับการยอมรับในวงกว้างของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ระบบมีความยืดหยุ่นสูงและมีความมั่นคงในระดับหนึ่ง นอกจากนั้นแล้วยังไม่มีเมื่อนำไปใช้ประโยชน์เท่าที่ควร

ข้อเสนอแนะ

๑. สำหรับเจ้าหน้าที่งานป้องกันควบคุมโรค
 - ควรจัดให้มีภาระงานที่ชัดเจนและต่อเนื่องสำหรับเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบในการรายงาน ๕๐๖
 - เพิ่มกระบวนการตรวจสอบข้อมูลจากเวชระเบียนโดยเฉพาะการวินิจฉัยโรคให้สอดคล้องกับระบบเฝ้าระวังก่อนนำส่งข้อมูลเข้าระบบรายงาน ๕๐๖
๒. สำหรับแพทย์/พยาบาลซักประวัติ

พัฒนากระบวนการบันทึกข้อมูลผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ในกรณีที่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการจากแหล่งที่มาอื่น เพื่อยืนยันการวินิจฉัยและการดูประวัติย้อนหลัง เนื่องจากผู้ป่วยบางรายไม่ได้ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการใหม่ทำความเข้าใจถึงความสำคัญในการลง diag text เพื่อเวชระเบียนจะได้ลง ICD -๑๐ ได้ถูกต้องแม่นยำ

๓. สำหรับเจ้าหน้าที่เวชระเบียน

พัฒนาระบบเวชระเบียนโดยมีการทบทวนเวชระเบียนตลอดจนปรับปรุงแก้ไขโดยเฉพาะในส่วนของความถูกต้องแม่นยำในการลงรหัสโรคโดยเฉพาะโรคระบาด เนื่องจากพบการบันทึกข้อมูลของโรคมีความคลาดเคลื่อน

เอกสารอ้างอิง

๑. World Health Organization. New study highlights unacceptably high global prevalence of syphilis among men who have sex with men [Internet]. Geneva: World Health Organization; ๒๐๒๑ [cited ๒๐๒๔ April ๑]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/syphilis>
๒. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. นิยามโรคและแนวทางรายงานโรคติดต่ออันตรายและโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังในประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ ๑. นนทบุรี: กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๖๓.
๓. สรุปสถานการณ์รายปี [Internet]. ๒๕๖๖. [เข้าถึงเมื่อ ๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗]. เข้าถึงได้จาก : <http://doe.moph.go.th/surdata/disease.php?ds=๓๗>
๔. Yu Nandar Aung, Ni Win Htike, Min Myo Kyi, ChanodomPiankusol, Sahrol Azmi Terlmizi, Kosal Sreang, et al. Field Evaluation of the Syphilis Surveillance System at Mae Sot Hospital, Tak. Journal Name. ๒๐๑๙;๑๒(๑๙):๑๔๔-๑๕๒.
๕. การประเมินระบบเฝ้าระวังซิฟิลิส จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี ๒๕๖๕ [Internet]. [เข้าถึงเมื่อ ๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗]. เข้าถึงได้จาก: https://appksn.moph.go.th/klsmaph/eoc_kalasin/file/๖๔๔dfc๑๘dacc๘_PDF-๓๐-๐๔-๒๐๒๓.pdf
๖. สำนักเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. พิมพ์ครั้งที่ ๑. นนทบุรี: หจก.สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์. ๒๕๕๘.
๗. สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ผลการประเมินระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ ๑. นนทบุรี: สำนักกระบาดวิทยา. ๒๕๕๑.
๘. ธนรักษ์ ผลิตพันธ์. แนวทางการประเมินระบบเฝ้าระวังทางสาธารณสุข. ในบรรณารักษ์ชัย อัครวาทย์, editor. นนทบุรี. ๒๕๕๑.

นวัตกรรม

ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและการสร้างวินัยเชิงบวก โดยครอบครัวมีส่วนร่วม ต่อพัฒนาการเด็กอายุ ๓-๖ ปี ในโรงเรียนเขตเทศบาลเมืองปัตตานี

รุสนี มะทา
โรงพยาบาลปัตตานี

หลักการ และเหตุผล

การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์เป็นหนึ่งในเป้าหมายสำคัญของยุทธศาสตร์ชาติและเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ช่วงวัยสำคัญที่สุดในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์คือช่วงปฐมวัยพัฒนาการเด็กปฐมวัยคือระดับความสามารถของเด็กเมื่อเทียบกับเด็กวัยเดียวกันการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กโดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงก่อนหกขวบปีแรกของการชีวิตจะเป็นการส่งเสริมระดับสติปัญญาช่วยให้เด็กมีความพร้อมต่อการเรียนรู้ในช่วงวัยต่อไปจากการสำรวจระดับสติปัญญาและความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กไทย ชั้นประถมศึกษาปีที่ ๑ ประจำปี ๒๕๖๔ทั่วประเทศ พบว่า มีระดับสติปัญญา (ไอคิว) เฉลี่ย ๑๐๒.๗๘ จังหวัดปัตตานี มีระดับสติปัญญา (ไอคิว) เฉลี่ย ๙๖.๔๐ ถือว่ายังไม่ผ่านเกณฑ์^๑ และผลจากการดำเนินงานคัดกรองพัฒนาการเด็กตามกลุ่มอายุ ในปี ๒๕๖๖ ในจังหวัดปัตตานี พบว่า เด็กมีพัฒนาการสมวัย คิดเป็น ร้อยละ ๓๙.๔๐ อำเภอเมือง คิดเป็นร้อยละ ๔๕.๒๓ เด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า คิดเป็นร้อยละ ๒๐.๙๐ อำเภอเมือง คิดเป็นร้อยละ ๒๐.๙๑ แสดงว่ายังมีเด็กกลุ่มหนึ่งที่ได้รับผลกระทบจากปัจจัยที่ส่งผลต่อสติปัญญาในช่วงแรกเกิดถึง ๕ ปี จึงยังมีความจำเป็นที่ต้องให้ความสำคัญกับการเฝ้าระวัง ป้องกัน แก้ไข ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ โดยเฉพาะในครอบครัวที่ขาดโอกาสทางสังคมกรมสุขภาพจิตวิเคราะห์ปัญหาของระบบ พบว่าการสอนพ่อแม่ผู้ปกครองให้ใช้คู่มือ DSPM แบบเดิมยังเป็นการใช้ประโยชน์จากคู่มือ DSPM ไม่เต็มที่^๒ จึงได้พัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กปฐมวัย โดยครอบครัวมีส่วนร่วม (DSPM-based Family-mediated Preschool Parenting Program ; Triple-P) เพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยผสมผสานไปกับการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ผ่านการสร้างวินัยเชิงบวกโดยพ่อแม่ผู้ปกครองเป็นผู้พัฒนาเด็กด้วยตนเองและมีบุคลากรสาธารณสุขที่เลี้ยงศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก รวมถึงครูอนุบาลเป็นผู้จัดกลุ่มกิจกรรมเสริมพลังการเรียนรู้สำหรับครอบครัวเด็กปฐมวัยช่วยให้ผู้ปกครองนำกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์กลับไปใช้ที่บ้านได้ทำให้ได้เด็กที่เก่งดีมีความสุขตามที่ครอบครัวและสังคมตั้งใจ ลดความรุนแรงในการเลี้ยงดูเด็กในชุมชน พร้อมจะเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณภาพของประเทศไทยต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการจัดกระบวนการเรียนรู้และสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กปฐมวัย โดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัย ในโรงเรียนเขตเทศบาลเมืองปัตตานี

การดำเนินการศึกษา

รูปแบบการศึกษาทั้งทดลอง แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังสิ้นสุดโปรแกรม ดำเนินการเปรียบเทียบตัวแปรก่อนเข้าร่วมและหลังสิ้นสุดโปรแกรม ได้แก่ พฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง พัฒนาการความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัย

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองและเด็กที่เรียนชั้นอนุบาล ๑-๓ ในช่วงอายุ ๓-๖ ปี ที่ศึกษาอยู่ในโรงเรียนเทศบาล ๒ วัดตานีนรสโมสร โดยใช้วิธีการสุ่มเจาะเข้าร่วมโปรแกรมจำนวน ๗๕ คู่

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ส่วนที่ ๑ โปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการและเสริมสร้างวินัยเชิงบวกเด็กปฐมวัย โดยครอบครัวมีส่วนร่วม (Triple-P) ของสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข โดยมีการดำเนินการทำกิจกรรมกลุ่มร่วมกันทั้งหมด ๔ ครั้ง จัดแต่ละครั้ง ห่างกัน ๑ เดือน รวมระยะเวลา ๔ เดือน ประกอบด้วยเครื่องมือย่อย ได้แก่ แผนการสอน สื่อการสอนและชุดอุปกรณ์ในการจัดกิจกรรม ส่วนที่ ๒ เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามที่เป็นข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวก โดยประยุกต์จากแบบสอบถามของสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต และแบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ ๓-๖ ปี ฉบับย่อของกรมสุขภาพจิต

ขั้นตอนการดำเนินการ

๑. ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานตามโปรแกรมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (คัดกรองการกระตุ้นส่งเสริมและการตรวจติดตามพัฒนาการเด็ก) อสม.(กระตุ้นและสนับสนุนผู้ปกครองในการมีกิจกรรมกับเด็กในชุมชน) ครูผู้ดูแล (เตรียมองค์ความรู้ เตรียมสถานที่และประสานงานกับผู้ปกครองและเด็กให้เข้าร่วมกิจกรรมจนครบ)

๒.อบรมพัฒนาทีมครู ก (ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม.และครูผู้ดูแล) การจัดกระบวนการเรียนรู้โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวก จำนวน ๓๐ คน

๓.คัดกรองพัฒนาการตามคู่มือ DSPM ในเด็กชั้นอนุบาล ๑-๓ ทั้งหมด ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

๔.ทีมครู ก จัดกระบวนการเรียนรู้แก่ผู้ปกครองและเด็ก เพื่อสร้างความรู้และทักษะ โดยมีกิจกรรมทั้งหมด ๔ ครั้งห่างกันครั้งละ ๑ เดือน เป็นระยะเวลา ๔ เดือน ได้แก่

กิจกรรมที่ ๑ สร้างสายใย (๑.๑ บรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็กปฐมวัย และการสร้างวินัยเชิงบวก ๑.๒ เปิดกลุ่มสร้างสัมพันธ์ภาพ ๑.๓ กอดสร้างสุข ๑.๔ นิทานสร้างสรรค์ ๑.๕ วาดภาพสร้างจินตนาการ ๑.๖ เล่น/เต้นสร้างความสนุก ๑.๗ สมมติ สร้างความสบาย ๑.๘ สรุบบทเรียน และ ๑.๙ มอบหมายให้ผู้ปกครองไปปฏิบัติที่บ้าน ติดตามโดยเจ้าหน้าที่และครูประจำชั้นเรียน)

กิจกรรมที่ ๒: สร้างวินัย (๒.๑ เปิดกลุ่มสร้างสัมพันธ์ภาพ ๒.๒ กอดสร้างสุข ๒.๓ นิทานสร้างวินัย ๒.๔ ศิลปะสร้างจินตนาการ ๒.๕ เล่น/เต้นสร้างความสนุก ๒.๖ สมมติสร้างความสบาย ๒.๗ สรุบบทเรียนและ ๒.๘ มอบหมายให้ผู้ปกครองไปปฏิบัติที่บ้านติดตาม โดยเจ้าหน้าที่ และครูประจำชั้น)

กิจกรรมที่ ๓: สร้างเด็กเก่ง ๑ (๓.๑ เปิดกลุ่มสร้างสัมพันธ์ภาพ ๓.๒ กอดสร้างสุข ๓.๓ ชมสร้างความภาคภูมิใจ ๓.๔ สร้างเด็กเก่ง ๓.๕ เล่น/เต้นสร้างความสนุก ๓.๖ สมมติสร้างความสบาย ๓.๗ สรุบบทเรียน และ ๓.๘ มอบหมายให้ผู้ปกครองไปปฏิบัติที่บ้าน ติดตามโดยเจ้าหน้าที่และครูประจำชั้น)

กิจกรรมที่ ๔: สร้างเด็กเก่ง ๒(๔.๑ เปิดกลุ่มสร้างสัมพันธ์ภาพ ๔.๒ กอดสร้างสุข ๔.๓ หิวเหน้อย ร้อนหนาว ป่วย ๔.๔ สัตว์ เสื้อผ้า อาหาร ผลไม้ ของใช้ ๔.๕ หนึ่งภาพสิบชิ้น ๔.๖ เล่น/เต้นสร้างความสนุก ๔.๗ สมมติสร้างความสบาย ๔.๘ สรุบบทเรียน และ ๔.๙ เจ้าหน้าที่เก็บรวบรวมข้อมูลหลังสิ้นสุดโปรแกรม)

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป ผู้ปกครองและเด็กนักเรียนชั้น อนุบาล ๑-๓ ที่สนใจเข้าร่วมกิจกรรม จำนวน ๗๕ คู่ เด็กปฐมวัยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ ๕๒ ผู้ปกครองที่เข้าร่วมกิจกรรมส่วนใหญ่เป็นปู่ย่า/ตายาย ร้อยละ ๕๘.๒๑ รองลงมาเป็นบิดา/มารดา ร้อยละ ๔๑.๗๙ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ ๕๖.๓๒ ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ ๖๘.๒๕

ผลการประเมินจากการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรมเด็กนักเรียนมีพัฒนาการ สมวัยเพิ่มขึ้นทุกด้าน ดังตารางที่ ๑ ดังนี้

ตารางที่ ๑ ผลการประเมินพัฒนาการรายด้าน ก่อน และหลังเข้าร่วมกิจกรรม

ประเมินผลพัฒนาการ รายด้าน	ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม		หลังเข้าร่วมกิจกรรม	
	สมวัย (ร้อยละ)	ไม่สมวัย (ร้อยละ)	สมวัย(ร้อยละ)	ไม่สมวัย(ร้อยละ)
พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ (Gross motor)	๖๔ (๘๕.๓๓)	๑๑ (๑๔.๖๗)	๗๐ (๙๓.๓๓)	๕ (๖.๖๗)
พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก (Fine motor)	๕๕ (๗๓.๓๓)	๒๐ (๒๖.๖๗)	๖๙ (๙๒.๐๐)	๖ (๘.๐๐)
พัฒนาการด้านความเข้าใจภาษา (Receptive Language)	๕๔ (๗๒.๐๐)	๒๑ (๒๘.๐๐)	๖๕ (๘๖.๖๗)	๑๐ (๑๓.๓๓)
พัฒนาการด้านการใช้ภาษา (Expressive Language)	๕๒ (๖๙.๓๓)	๒๓ (๓๐.๖๗)	๗๐ (๙๓.๓๓)	๕ (๖.๖๗)
พัฒนาการด้านทักษะสังคมและการช่วยเหลือตัวเอง (Personal-social)	๕๙ (๗๘.๖๗)	๑๖ (๒๑.๓๓)	๗๓ (๙๗.๓๓)	๒ (๒.๖๗)

ผลการประเมินความฉลาดทางอารมณ์ พบว่า หลังเข้าร่วมกิจกรรม เด็กนักเรียนมีความฉลาดทางอารมณ์ปกติขึ้นไป เพิ่มขึ้นทุกด้าน รายละเอียดตามตารางที่ ๒

ตารางที่ ๒ ผลลัพธ์ความฉลาดทางอารมณ์ ก่อน และหลังเข้าร่วมกิจกรรม

ผลลัพธ์ ความฉลาดทางอารมณ์ EQ	Pre-EQ ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม (จำนวน/ร้อยละ)		Post -EQ หลังเข้าร่วมกิจกรรม (จำนวน/ร้อยละ)	
	ปกติขึ้นไป	ต่ำกว่าเกณฑ์	ปกติขึ้นไป	ต่ำกว่าเกณฑ์
EQ ด้านดี	๖๘ (๙๐.๖๗)	๗ (๙.๓๓)	๗๒ (๙๖.๐๐)	๓ (๔.๐๐)
EQ ด้านเก่ง	๕๘ (๗๗.๓๓)	๑๗ (๒๒.๖๗)	๖๘ (๙๐.๖๗)	๗ (๙.๓๓)
EQ ด้านสุข	๕๘ (๗๗.๓๓)	๑๗ (๒๒.๖๗)	๗๐ (๙๓.๓๓)	๕ (๖.๖๗)

รวมผลลัพธ์ความฉลาดทางอารมณ์ ก่อนเข้ากลุ่ม Triple-P	๕๔ (๗๒.๐๐)	๒๑ (๒๘.๐๐)	๗๐ (๙๓.๓๓)	๕ (๖.๖๗)

ผลการประเมินพัฒนาการล่าช้ารายด้านพบว่า หลังเข้าร่วมกิจกรรม นักเรียนมีพัฒนาการล่าช้าลดลง รายละเอียดตามตารางที่ ๓

ตารางที่ ๓ จำนวน ร้อยละการประเมินพัฒนาการล่าช้ารายด้าน ก่อน และหลังเข้าร่วมกิจกรรม		
ประเมินผลพัฒนาการรายด้าน	ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม (จำนวน/ร้อยละ)	หลังเข้าร่วมกิจกรรม (จำนวน/ร้อยละ)
สงสัยพัฒนาการล่าช้า		
สงสัยล่าช้า ๑ ด้าน	๑๙ (๒๕.๓๓)	๘ (๑๐.๖๗)
สงสัยล่าช้า ๒ ด้าน	๑๓ (๑๗.๓๓)	๒ (๒.๖๗)
สงสัยล่าช้า ๓ ด้าน	๙ (๑๒.๐๐)	๒ (๒.๖๗)
สงสัยล่าช้า ๔ ด้าน	๔ (๕.๓๓)	๑ (๑.๓๓)
สงสัยล่าช้า ๕ ด้าน	๑ (๑.๓๓)	๑ (๑.๓๓)
รวมผลลัพธ์พัฒนาการ		
พัฒนาการสมวัย ก่อนและหลัง เข้ากลุ่ม Triple-P ครบ ๔ ครั้ง	๒๙ (๓๘.๖๗)	๖๑ (๘๑.๓๓)
สงสัยล่าช้าก่อนและหลังเข้ากลุ่ม Triple-P ครบ ๔ ครั้ง	๔๖ (๖๑.๓๓)	๑๔ (๑๘.๖๗)

ผลลัพธ์ทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ของผู้ปกครอง หลังเข้าร่วมกิจกรรมพบว่า ผ่านเกณฑ์เพิ่มขึ้น รายละเอียดตามตารางที่ ๔

ตารางที่ ๔ ผลลัพธ์ทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ของผู้ปกครอง ก่อน และหลังเข้าร่วมกิจกรรม		
ผลลัพธ์ทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง	ผ่านเกณฑ์	ไม่ผ่านเกณฑ์
ทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองก่อนเข้ากลุ่ม	๓๓ (๔๔.๐๐)	๔๕ (๖๐.๐๐)
ทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองหลังเข้ากลุ่ม Triple-P ครบ ๔ ครั้ง	๗๐ (๙๓.๓๓)	๕ (๖.๖๗)

อภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่าภายหลังการดำเนินการทดลองตามโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวก โดยครอบครัวมีส่วนร่วม ส่งผลต่อพฤติกรรมในการเสริมสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กปฐมวัยที่สูงขึ้น และส่งผลต่อพัฒนาการใน ๕ ด้าน ความฉลาดทางอารมณ์ในเด็กปฐมวัยเพิ่มสูงขึ้นตามไปด้วย ทั้งนี้จากการปฏิบัติเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการและเสริมสร้างวินัยเชิงบวกโดยผู้ปกครอง

ที่บ้านอย่างต่อเนื่องตามกิจกรรมโปรแกรม จำนวน ๔ ครั้ง มีผลต่อความรู้และทักษะพฤติกรรมของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์ในเด็กปฐมวัยในทางที่ดีขึ้น

สรุปได้ว่า โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ส่งผลต่อความรู้และทักษะของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์เด็กปฐมวัยในโรงเรียนเทศบาล ๒ วัดตานีนรสโมสร อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งทิวา จันทรงามและรุ่งนภา พรหมสาขา ณ สกลนคร^๓ เรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อความรู้และทักษะของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์เด็กปฐมวัย อำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดนครพนม ผลการศึกษา พบว่าผู้ปกครองมีความรู้และทักษะสูงกว่าก่อนใช้ชุดกิจกรรมและสอดคล้องกับการศึกษาของสรณจิต อินศรยศยา อ่อนคำฤทธิ์รงค์ เรื่องฤทธิ์^๔ เรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการพัฒนาการเด็ก ๓-๕ ปี จังหวัดมหาสารคาม ผลการวิจัย พบว่า ผู้ปกครองมีพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกสูงกว่าก่อนใช้ชุดกิจกรรม เด็กมีพัฒนาการโดยรวมหลังการทดลองเพิ่มมากขึ้น ส่วนพัฒนาการรายด้านก็เพิ่มขึ้นเช่นกัน และเด็กปฐมวัยมีความฉลาดทางอารมณ์สูงกว่าก่อนใช้ชุดกิจกรรม

ข้อเสนอแนะ

๑. กิจกรรมที่จัดในแต่ละครั้ง มีความจำเป็นที่ผู้ปกครองต้องเข้าร่วมอย่างต่อเนื่องครบทั้ง ๔ ครั้ง ผู้จัดต้องคำนึงถึงช่วงเวลาที่ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลสะดวกเข้าร่วม

๒. การใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและผู้ปกครอง มีความสำคัญโดยมุ่งเน้นให้ผู้ปกครองตระหนักถึงความสำคัญ การกำกับติดตาม และการประเมินผลต่อเนื่องเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินการ

เอกสารอ้างอิง

๑. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลพัฒนาการเด็กปฐมวัย.๒๕๕๘. [ออนไลน์] สืบค้นเมื่อ ๑๒ ธันวาคม ๒๕๖๖.แหล่งข้อมูล <http://www.anamai.moph.go.th>
๒. กรมสุขภาพจิต. แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์เด็ก ๓-๕ ปี สำหรับครู/ผู้ดูแลเด็ก [ออนไลน์] สืบค้นเมื่อ ๑๒ ธันวาคม ๒๕๖๖.แหล่งข้อมูล คลังความรู้สุขภาพจิต Mental Health Literacy - คลังความรู้สุขภาพจิต Mental Health Literacy (mhllibrary.com).
๓. รุ่งทิวา จันทรงามและรุ่งนภา พรหมสาขา ณ สกลนคร.ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อความรู้และทักษะของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์เด็กปฐมวัย อำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดนครพนม.วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. ๒๕๖๖;๘(๓):๑-๑๒.
๔. สรณจิต อินศร,ยศยา อ่อนคำ และฤทธิ์รงค์ เรื่องฤทธิ์.ประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพัฒนาการเด็กอายุ ๓-๕ ปี จังหวัดมหาสารคาม.วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. ๒๕๖๔;๕(๑๐):๑-๑๒.

“ห่วงตัวเรา รักเต้านม”

วันเฉลิม สงนวล

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลธาตุ จังหวัดสุรินทร์

หลักการ และเหตุผล

สถานการณ์โรคมะเร็งของไทย จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center) ปี ๒๕๖๕ พบว่า หญิงไทย พบ เป็นมะเร็งเต้านม มากที่สุด จำนวน ๓๘,๕๕๙ ราย รองลงมา คือ มะเร็งปากมดลูก จำนวน ๑๒,๙๕๖ ราย สำหรับโรคมะเร็งเต้านมส่วนมาก พบในหญิงอายุ ๖๐ ปี ขึ้นไป มากที่สุดจำนวน ๑๙,๗๗๖ ราย รองลงมา คือ อายุ ๕๐ – ๕๙ ปี จำนวน ๑๒,๑๘๑ ราย และ อายุ ๔๐ – ๔๙ ปี จำนวน ๕,๑๗๗ ราย แสดงให้เห็นว่าโรคมะเร็งเต้านมเป็นภัยเงียบใกล้ตัว เนื่องจากในระยะแรกของการเป็นมะเร็งเต้านมจะไม่แสดงอาการ ไม่เจ็บ ไม่ปวด จะปรากฏอาการผิดปกติให้เห็น เมื่ออยู่ในระยะที่ก่อนมะเร็งมีการอักเสบ และลุกลามไปทั่วร่างกายแล้ว ซึ่งเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงมาก

กลุ่มเสี่ยงมะเร็งเต้านมพบในผู้หญิงที่มีอายุมากขึ้น โดยเฉพาะอายุมากกว่า ๔๐ ปีขึ้นไป มีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านม มะเร็งรังไข่ หรือมีประวัติเคยเป็นมะเร็งเต้านมมาก่อน หรือเคยมีก้อนบริเวณเต้านม ที่ผลการตรวจพบว่าผิดปกติ มีประจำเดือนครั้งแรก ก่อนอายุ ๑๒ ปี หมดประจำเดือนหลังอายุ ๕๕ ปี หรือเคยรับการฉายรังสีบริเวณทรวงอกก่อนอายุ ๓๐ ปี และผู้หญิงที่สูบบุหรี่จัด ดื่มสุรา ไม่ออกกำลังกาย โดยพบว่าผู้ที่มีอายุ ๑๕ – ๔๙ ปี ที่น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ๑๐ กิโลกรัม จะมีโอกาสเกิดมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๘ ในขณะที่ผู้ชายก็มีสิทธิ์เป็นมะเร็งเต้านมได้ ๑ ใน ๑๐๐ ของผู้ป่วยเป็นมะเร็งเต้านม กรมอนามัยจึงแนะนำให้หญิงไทยที่มีอายุตั้งแต่ ๒๐ ปีขึ้นไป ควรเริ่มฝึกทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เป็นประจำทุกเดือน ซึ่งจะช่วยให้รู้ถึงสภาพที่เป็นปกติของเต้านม หากเกิดความผิดปกติจะสามารถพบได้ แต่เนิ่นๆ ผู้หญิงทุกคนมีความเสี่ยงที่จะเป็นมะเร็งเต้านม แนวทางที่ดีที่สุดในการลดอันตรายจากโรคมะเร็งเต้านม คือการค้นหาและการตรวจวินิจฉัยมะเร็งเต้านมให้ได้ในระยะเริ่มแรก มะเร็งเต้านมสามารถรักษาให้หายได้ถ้าตรวจพบตั้งแต่ระยะเริ่มแรก

การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำสม่ำเสมอทุกเดือน สามารถดูด้วยตา คลำด้วยมือ การคลำมี ๓ วิธี จะเลือกใช้วิธีใดก็ได้ แต่ต้องให้มั่นใจว่าครอบคลุมเนื้อเต้านมทั้งหมด ทั้งขอบด้านข้างเสื้อชั้นใน บริเวณหัวนม บริเวณใต้รักแร้ และไหปลาร้า อย่างก้นนิ้วขึ้นจากเต้านมขณะคลำ โดยวิธีที่ ๑) การคลำในแนวขึ้นลง จากบริเวณกระดูกไหปลาร้าจนถึงด้านล่างของทรวงอก โดยคลำจากใต้รักแร้ หรือตำแหน่งใต้แขนจนถึงฐานของเต้านม แล้วขยับนิ้วทั้งสามคลำในแนวขึ้นลง และสลับกันไปเรื่อย ๆ ให้ทั่วทั้งเต้านม ๒) การคลำแบบแนวกันหอย เริ่มคลำจากส่วนบนของเต้านมบริเวณลานหัวนมไปตามแนวกันหอย จนกระทั่งถึงฐานเต้านม ครอบคลุมถึงบริเวณรักแร้ และไหปลาร้า และ ๓) การคลำแบบแนวรูปลิ้น เริ่มคลำจากส่วนบนของเต้านมบริเวณลานหัวนมจนถึงฐานแล้วกลับขึ้นสู่ยอด อย่างนี้เรื่อย ๆ ให้ทั่วทั้งเต้านม ครอบคลุมถึงบริเวณรักแร้ และไหปลาร้า นอกจากนี้ ควรคลำเต้านมโดยใช้ ๓ นิ้ว ๓ สัมผัส (นิ้วชี้ นิ้วกลาง นิ้วนาง) และกด ๓ ระดับ ดังนี้ กดเบา ให้รู้สึกถึงบริเวณใต้ผิวหนัง กดปานกลาง ให้รู้สึกถึงบริเวณกึ่งกลางเนื้อนม และกดหนักให้รู้สึกถึงเนื้อนมใกล้กระดูกอก เมื่อคลำพบก้อนที่โตระยะขนาด ๒ – ๕ เซนติเมตร อัตราการรอดชีวิตมีถึง ร้อยละ ๗๕.๐ – ๙๐.๐ แต่หากคลำพบก้อนขนาด ๕ เซนติเมตรขึ้นไป อัตราการรอดมีเพียงร้อยละ ๑๕.๐ – ๓๐.๐ เท่านั้น

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลธาตุอำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์มีประชากรจำนวนทั้งสิ้น ๘,๖๐๒ ราย (ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center, ๒๕๖๖) แบ่งเป็นชาย ๓,๖๗๖

ราย แบ่งเป็นหญิง ๔,๙๒๖ ราย ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ที่ผ่านมา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลธาตุ ได้มีการตรวจคัดกรองความเสี่ยงมะเร็งเต้านมในหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ ๓๐-๗๐ ปีตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่ามีก้อนที่เต้านมจำนวน ๘ ราย จึงได้ส่งเขาไปตรวจเพิ่มเติมที่โรงพยาบาลรัตนบุรี พบว่าเป็นมะเร็งเต้านมจำนวน ๖ ราย อีก ๒ ราย เป็นเนื้องอก ซึ่งจำนวนทั้งหมดที่ตรวจพบก่อนมีอายุอยู่ระหว่าง ๔๐-๕๐ ปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลธาตุเล็งเห็นความสำคัญที่จะแก้ปัญหา โดยมีเป้าหมายสำคัญคือการค้นหาความเสี่ยงเต้านมให้ได้ในระยะแรกๆเพื่อให้เข้ารับการรักษาทันท่วงที แต่ยังคงขาดอุปกรณ์ในการสธวิธีวิธีการตรวจให้หญิงวัยเจริญพันธุ์ได้เห็นภาพจึงได้คิดค้นนวัตกรรมขึ้นนี้ขึ้น

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้หญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ ๓๐-๗๐ ปี มีความรู้ความเข้าใจรวมถึงทราบถึงวิธีตรวจเต้านมของตนเองได้อย่างถูกต้อง
๒. เพื่อเป็นการค้นหาความผิดปกติของเต้านมได้ในระยะเริ่มต้นลดความเสี่ยงความรุนแรงของโรค
๓. เพื่อนำวัสดุที่ไม่ใช่แล้วในชุมชนมาประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพ

การดำเนินการศึกษา

๑. ประชุมปรึกษาหารือและวางแผนงานกับทีมสหวิชาชีพและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทั้ง๑๔หมู่บ้าน
๒. ศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยและนวัตกรรมเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมที่เกี่ยวข้องคล้ายคลึงกัน
๓. เลือกประชากรกลุ่มตัวอย่างจำนวน ๔๐ คน คือหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีอายุอยู่ระหว่าง ๓๐-๗๐ ปี
๔. ออกแบบนวัตกรรมเต้านมให้หญิงวัยพันธุ์กลุ่มทดลองได้ทดลองใช้และสธวิธีวิธีการตรวจเต้านมโดยใช้วัสดุที่เหลือใช้จากพื้นที่ชุมชน

วิธีการดำเนินการ

๑. ให้ความรู้และวิธีการตรวจเต้านมที่ถูกต้องแก่หญิงวัยสตรีพันธุ์อายุ ๓๐-๗๐ ปี ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน ๔๐ คน
๒. จัดหาวัสดุอุปกรณ์ในการในการจัดทำนวัตกรรมได้แก่ กะลามะพร้าว, ถุงน่อง, Air bubble, สำลี ก้อนกลม, เชือกฟาง, เทปกาว
๓. นำกะลามะพร้าวที่ใช้แล้วมาทำความสะอาดแล้วตากให้แห้งและตัดถุงน่องให้มีขนาด ๒๐*๑๕ เซนติเมตรจำนวน ๒ ชิ้น
๔. นำ Air bubble มาห่อหุ้มกะลาที่ทำความสะอาดแล้วติดด้วยเทปกาวให้เรียบร้อย
๕. นำสำลีมาติดบริเวณส่วนปลายของกะลาที่มีรู แล้วนำถุงน่องที่ตัดแล้ว ๒ ชิ้นมาห่อหุ้ม Air bubble อีกชิ้นหนึ่ง แล้วมัดด้วยเชือกฟาง
๖. นำนวัตกรรมไปให้กลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีอายุ ๓๐-๗๐ ปี ในกลุ่มทดลองจำนวน ๔๐ ราย ทดสอบใช้พร้อมสอบถามความรู้และให้สธวิธีวิธีการตรวจเต้านมย้อนกลับด้วยตนเอง
๗. ประเมินผลการใช้นวัตกรรม

ผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบทดลองโดยการสุ่มตัวอย่างและทดลองใช้นวัตกรรมพร้อมทั้งให้สาธิตย้อนกลับวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองในหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีอายุ ๓๐-๗๐ ปี จำนวน ๔๐ คน พบว่าร้อยละ ๘๗.๕ มีความรู้ความเข้าใจวิธีการตรวจเต้านมที่ถูกต้อง รวมทั้งมีความมั่นใจว่าสามารถแนะนำวิธีการตรวจเต้านมที่ถูกต้องแก่ผู้ที่สนใจได้ ซึ่งประชาชนหญิงในวัยเจริญพันธุ์ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง ๓๐-๖๐ ปี ร้อยละ ๑๒.๕ มีความรู้ความเข้าใจวิธีการตรวจเต้านมที่ถูกต้อง แต่ต้องมีการสาธิตวิธีการตรวจซ้ำอีกครั้งจึงจะสามารถทำได้

อภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าประชาชนในกลุ่มทดลองดังกล่าวมีความรู้ความเข้าใจในวิธีการตรวจเต้านมอย่างถูกต้อง ก่อนและหลังการทดลองใช้นวัตกรรม “ห่วงตัวเรา รักเต้านม” อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประชาชนมีความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรมอยู่ในระดับที่พึงพอใจมาก ร้อยละ ๙๒.๕ อีกร้อยละ ๗.๕ มีความกังวลเล็กน้อยคือยังกังวลกับขั้นตอนในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ซึ่งส่วนใหญ่จะพบในหญิงที่มีอายุมากกว่า ๖๐ ปี ขึ้นไป ต้องได้รับการบอกและสาธิตอีกครั้งซ้ำๆ จึงจะสามารถทำได้ อีกทั้งยังพบว่านวัตกรรมชิ้นนี้มีความเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของชุมชน ซึ่งสามารถทำได้ง่ายและหาวัสดุอุปกรณ์ได้ชุมชน

ข้อเสนอแนะ

นวัตกรรมชิ้นนี้สามารถจัดทำให้มีสายคล้องคอและมีสายคล้องทางด้านหลังเพื่อให้สะดวกต่อการสาธิตการตรวจเต้านมโดยที่ไม่ต้องใช้มืออีกด้านหนึ่งช่วยในการจับขณะตรวจ เพื่อป้องกันอาการแขนล้าขณะใช้มืออีกด้านจับ

เอกสารอ้างอิง

ณพิชญา งดงามทวีสุข และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในสตรีไทยเขตอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก. ศูนย์อนามัยที่ ๓ นครสวรรค์. ๒๕๖๒.
 รังษิณพดล โถทอง และคณะ. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยก่อนหมดประจำเดือน. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรุงเทพฯ. ๒๕๖๒.
 กัลปิงหา โซสิวสกุลและสำลี สาสีกุล. การพัฒนาและประเมินผลนวัตกรรมเต้านมเสมือนสำหรับสอนสตรีในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. ๒๕๖๒; ๑๓(๑): ๖๑-๗๑.
 สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. เข้าถึงเมื่อ ๔ กันยายน ๒๕๖๖, https://www.nci.go.th/th/cancer_record/cancer_rec๑.html

ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสู่โรคเบาหวานระยะสงบของผู้ป่วย

เบาหวานชนิดที่ ๒ เขตเทศบาลเมืองพัทลุง

นันทยา พานิชายุนนท์ รัชนิกร ฉิมรักษ์ และจันทร์พิมพ์ กิจเวช

โรงพยาบาลพัทลุง

หลักการ และเหตุผล

ความชุกโรคเบาหวานในเขตเทศบาลเมืองพัทลุงสูงขึ้น โดยในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น ๑,๘๐๕, ๑,๘๑๙ และ ๑,๘๕๑ คน ตามลำดับเช่นเดียวกับจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้ เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ ๕๓.๐๔, ๕๔.๑๑ และ ๕๔.๙๙ ตามลำดับ^๑ ปัญหาการควบคุมโรคไม่ได้ของผู้ป่วยเบาหวานที่ผ่านมา มาจากสาเหตุ ๑) ตัวผู้ป่วยเอง ด้านพฤติกรรม การรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย ใช้น้ำที่ไม่เหมาะสม น้ำหนักเกิน และด้านจิตใจ เช่น ไม่อยากรับประทานยา เลิกคุมอาหาร และ ๒) กระบวนการดูแลผู้ป่วยของสหวิชาชีพยังไม่เพียงพอ เช่น แพทย์เน้นการรักษา เพราะไม่เห็นค่าน้ำตาลในเลือดรายวันของผู้ป่วย พยาบาลผู้จัดการรายกรณีและโภชนากรให้คำปรึกษาได้ไม่ลึกถึงปัญหาของผู้ป่วย พยาบาลนัดรับยาครั้งต่อไป และเภสัชกรส่งมอบยาเสร็จผู้ป่วยกลับบ้าน ดังนั้นจึงได้พัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้ โดยเพิ่มวิธีการให้ผู้ป่วยตรวจน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองที่บ้าน บันทึกผลน้ำตาลในเลือดและพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้า นำผลมาพบแพทย์พบทบทวนการรักษา พบโภชนากรและพยาบาลให้คำปรึกษา ระยะเวลาการนัดขึ้นอยู่กับระดับค่าน้ำตาลในเลือด พบปัญหาผู้ป่วยลืมบันทึกผลน้ำตาลในเลือดและพฤติกรรม ผลน้ำตาลไม่ทันสมัย สหวิชาชีพแก้ปัญหาได้ไม่ทันท่วงที หลังใช้วิธีดังกล่าว พบว่าค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมลดลง ๐.๙๕ เปอร์เซ็นต์ หลังจากนั้นจึงได้เพิ่มเทคโนโลยีด้วยการให้ผู้ป่วยตรวจน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองผ่านมายูทูปแอปพลิเคชัน และใช้นาฬิกาบันทึกเวลา จูงใจให้ผู้ป่วยลดน้ำหนัก จัดการตนเองเพื่อเป้าหมายหยุดยาได้ จนได้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสู่โรคเบาหวานระยะสงบ

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำหนักและค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสู่โรคเบาหวานระยะสงบ
๒. เพื่อศึกษาค่าเฉลี่ยน้ำหนักและค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในเลือด ของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถหยุดยาสู่โรคเบาหวานระยะสงบได้

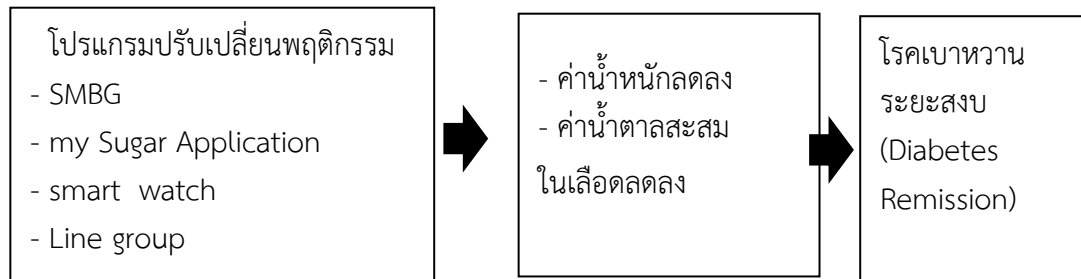
การดำเนินการศึกษา

รูปแบบการศึกษา เป็นกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการศึกษา (one group pre - post test)

คำนิยาม

โรคเบาหวานระยะสงบ(Diabetes Remission) หมายถึง โรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ได้รับการดูแลรักษาจนสามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดให้ต่ำกว่าระดับเกณฑ์การวินิจฉัยเบาหวาน ค่าน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) < ๖.๕ เปอร์เซ็นต์ และคงอยู่อย่างน้อยเป็นเวลา ๓ เดือน โดยไม่ใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด^๒

ในการศึกษาครั้งนี้ สำหรับผู้ป่วยได้ใช้แนวการจัดการตนเองของ Kanfer & Gaelick^๓ และใช้การตรวจน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง(Self Monitoring Blood Glucose:SMBG)



ประชากรและกลุ่มตัวอย่างประชากรเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่มารักษาที่ศูนย์แพทย์ชุมชน ๓ แห่ง ประกอบด้วยศูนย์แพทย์ชุมชนดอนยอท่ามิหรำและคูหาสวรรค์ในเขตเทศบาลเมืองพัทลุง ในปี ๒๕๖๖ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงได้ จำนวน ๔๒ คน เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวานมาไม่เกิน ๕ ปีอายุ ๑๘-๖๐ ปีดัชนีมวลกายมากกว่า ๒๕ กก./ม^๒ สามารถรักษาได้ด้วยตนเองและรับยาเบาหวานชนิดรับประทาน เกณฑ์คัดออก ได้แก่ ผู้ที่รับยาฉีดอินซูลินค่าน้ำตาลสะสมในเลือดมากกว่า ๑๒ เปอร์เซ็นต์ค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) น้อยกว่า ๓๐ ซีซี/นาทีเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือดและผู้ป่วยเบาหวานขณะตั้งครรภ์

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

๑. โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสู่โรคเบาหวานระยะสงบ

๒. สมุดปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเองเบาหวานหยุดยาได้ มีการวางแผนบริโภคที่ควรได้รับต่อวัน การตรวจองค์ประกอบของร่างกาย และแบบบันทึกรายวันประกอบด้วยค่าน้ำหนัก น้ำตาล ในเลือดก้าวเดินต่อวันการปรับยาของแพทย์และคำแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากสหวิชาชีพ

๓. เครื่องตรวจน้ำตาลในเลือดยี่ห้อแอกคิว-เช็ค (Accu-Chek) และแถบตรวจน้ำตาลในเลือด

๔. มายซูการ์แอปพลิเคชัน(mySugar Application)และRoche Diabetes Care Platform

๕. นาฬิกาบันทึกก้าวเดิน (smart watch)

การเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนการรักษาและสมุดปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยน้ำหนักและค่าน้ำตาลสะสมในเลือด ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฯ ใช้สถิติทดสอบ Paired t-test

ขั้นตอนการดำเนินงาน โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสู่โรคเบาหวานระยะสงบ

สัปดาห์ที่	วัตถุประสงค์	กิจกรรมของผู้ป่วย	กิจกรรมของสหวิชาชีพ
- ๐	ขั้นตอนที่ ๑ ประเมิน ปัญหาผู้ป่วย ขั้นตอนที่ ๒ เตรียม ความรู้ทักษะผู้ป่วย ปรับเปลี่ยน พฤติกรรม ขั้นตอนที่ ๓ การ จัดการตนเองผู้ป่วย	- ผู้ป่วยรับทราบปัญหา เรียนรู้ ร่วมกันและตั้งเป้าหมาย - ให้ผู้ป่วยตรวจน้ำตาลด้วย ตนเอง (SMBG) แสดงผลผ่าน มายูการ์ แอปพลิเคชัน บันทึกผลลงใน สมุด	- แพทย์ให้ความรู้เรื่อง โรคเบาหวาน - โภชนาการ วางแผนอาหาร - นักสุขศึกษาวัดมวลกาย, วางแผนออกกำลังกาย, ใช้ smart watch -พยาบาลสอนตรวจน้ำตาลใน เลือด, ใ้มายูการ์แอปพลิเคชัน, บันทึกผลลงในสมุด, ประเมินค่า น้ำตาล HbA _{1c}
- ๑ - ๒ - ๓ - ๔ - ๕ - ๘ - ๙ - ๑๒ - สิ้นสุด สัปดาห์ ๑๒ (เดือน ที่ ๓)	๑) การติดตามตนเอง ๒) ประเมินผลตนเอง ๓) การให้แรงเสริม ตนเอง เมื่อเรียนรู้ ความสัมพันธ์ของการ รับประทานและการ ออกกำลังกายกับค่า น้ำตาลในเลือด แล้ว ให้จัดการปรับ พฤติกรรม	- ๒ สัปดาห์แรก ให้ผู้ป่วยเจาะ เลือดทุกวันก่อนอาหารเช้า - ๒ สัปดาห์หลัง ให้เจาะวันเว้น วัน - เดือนที่ ๒ เป็นต้นไป ให้เจาะ สัปดาห์ละ ๑ ครั้ง - ๓ เดือนแรก ให้ผู้ป่วยลดอาหาร ลง ๕๐๐ กก.แคล/วัน “ลดการ กิน” และเดินให้เป็นประจำ เป้าหมาย น้ำหนักลดลง ๐.๕ กก./ สัปดาห์	- ๒ เดือนแรก แพทย์, พยาบาล นัดพบผู้ป่วย ทุก ๒ สัปดาห์ - เดือนที่ ๓ เป็นต้นไป แพทย์นัด พบผู้ป่วยทุกเดือน - ๓ เดือนแรก แพทย์ค่อย ๆ ลด ยา หรือหยุดยาเบาหวาน - สิ้นสุดเดือนที่ ๓ ตรวจค่า HbA _{1c} พบโภชนาการ, พยาบาล ให้คำปรึกษา และพบนักสุขศึกษา เพื่อวัดมวลกาย
- ๑๓ - ๒๔		- ให้เพิ่มการเดินมากกว่า ๑๐,๐๐๐ก้าวต่อวัน “เพิ่มการ ใช้พลังงาน”	- แพทย์หยุดยาเบาหวานในรายที่ HbA _{1c} < ๖.๕ เปอร์เซนต์
สหวิชาชีพตอบคำถามผู้ป่วยทาง Line group และแพทย์ใช้ Roche Diabetes Care Platform			
- สิ้นสุด สัปดาห์ ๒๔ (เดือนที่ ๖)	ขั้นตอนที่ ๔ ประเมินผลผู้ป่วย และความสำเร็จ/ ล้มเหลว	- ให้ผู้ป่วยที่เข้าสู่โรคเบาหวาน ระยะสงบ ได้พูดถึงผลสำเร็จใน เวทีเสวนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้	- สิ้นสุดเดือนที่ ๖ ตรวจค่า น้ำตาล HbA _{1c} พบโภชนาการให้ คำปรึกษา และนักสุขศึกษาเพื่อ วัดมวลกาย

ผลการศึกษา

๑. ผู้ป่วยเบาหวาน ๔๒ คน ส่วนใหญ่เป็นหญิงอายุ ๕๐-๕๙ ปีดัชนีมวลกาย ๓๐ ขึ้นไป (ต่ำสุด ๒๕.๒ สูงสุด ๔๗.๖๑) น้ำหนัก ๖๐-๗๙.๙ กก. (ต่ำสุด ๕๙ สูงสุด ๑๒๙) และค่า HbA๑c < ๘ เปอร์เซ็นต์ (ต่ำสุด ๕.๔ สูงสุด ๑๒)

๒. หลังใช้โปรแกรมฯ - แพทย์ให้หยุดยาได้ ๓ คน (ร้อยละ ๗.๑) และลดยาได้ ๒๑ คน (ร้อยละ ๕๐.๐) น้ำหนักลด ๓๗ คน (ร้อยละ ๘๘.๑) และค่า HbA๑c ลด ๓๑ คน (ร้อยละ ๗๓.๘) ดังตารางที่ ๑

๓. ค่าเฉลี่ยน้ำหนักและ HbA๑c ก่อนหลังใช้โปรแกรมฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < ๐.๐๐๑, ๐.๐๐๔$) ค่าเฉลี่ยน้ำหนักลด ๒.๖๑ กก. และค่าเฉลี่ย HbA๑c ลด ๐.๖๒ ดังตารางที่ ๒

ตารางที่ ๒ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำหนักและน้ำตาลสะสมในเลือดก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ ($n = ๔๒$)

๔. ผู้ที่เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ ๓ คน เมื่อสิ้นสุดเดือนที่ ๖ พบว่าค่าเฉลี่ยน้ำหนักลดได้ ๖.๕๓ กก. และค่าเฉลี่ย HbA๑c ลดได้ ๐.๑๖ เปอร์เซ็นต์ ผู้ที่ลดได้สูงสุด เป็นเพศชาย ๕๑ ปี น้ำหนักเริ่มต้น ๑๐๒ กก. ลดได้ ๑๐ กก. และค่า HbA๑c เริ่ม ๖.๑ เปอร์เซ็นต์ ลดได้ ๐.๖ เปอร์เซ็นต์ ดังตารางที่ ๓

ตารางที่ ๑ จำนวนและร้อยละการเปลี่ยนแปลงด้านการปรับยาของแพทย์ ค่าน้ำหนักและค่าน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA๑c) ของผู้ป่วย หลังใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนฯ ($n = ๔๒$)

การเปลี่ยนแปลง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
๑. การปรับยาของแพทย์		
- หยุดยาได้	๓	๗.๑
- ลดยาได้	๒๑	๕๐.๐
- เท่าเดิมและเพิ่มยา	๑๘	๔๒.๙
๒. ค่าน้ำหนัก (กิโลกรัม)		
- ลด ๒.๗ - ๑๐	๓๗	๘๘.๑
- เพิ่ม ๑ - ๓.๓	๕	๑๑.๙
๓. ค่าน้ำตาลสะสมในเลือด (เปอร์เซ็นต์)		
- ลด ๐.๑ - ๓.๕	๓๑	๗๓.๘
- เท่าเดิมและเพิ่มยา	๑๑	๒๖.๒

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Mean Difference	๙๕ % CI	p-value
	Mean	SD	Mean	SD			
- น้ำหนัก	๘๒.๒๐	๑๖.๖๖	๗๙.๕๙	๑๖.๒๗	- ๒.๖๑	- ๓.๓๙ ถึง - ๑.๘๔	๐.๐๐๐
- น้ำตาลสะสม	๘.๒๒	๑.๘๙	๗.๖๐	๑.๖๕	- ๐.๖๒	- ๑.๐๓ ถึง - ๐.๒๐	๐.๐๐๔

ตารางที่ ๓ ค่าน้ำหนักและ HbA๑cตามเดือนที่เปลี่ยนแปลงของผู้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ (n= ๓)

ลำดับ	เพศ	อายุ	น้ำหนัก (กก.) เดือนที่				HbA๑c(เปอร์เซ็นต์) เดือนที่			
			การเปลี่ยนแปลง				การเปลี่ยนแปลง			
			๐	๓	๖	เดือนที่ ๐ ถึง ๖	๐	๓	๖	เดือนที่ ๐ ถึง ๖
๑	ชาย	๕๑	๑๐	๙๕	๙๒	๑๐	๖.๑	๕.๔	๕.๕	๐.๖
			๒							
๒	หญิง	๕๔	๖๗.	๖๓.	๖๐.	๖.๖	๖.๔	๖.๑	๖.๑	๐.๔
			๓	๗	๗					
๓	หญิง	๕๙	๖๕	๖๒	๖๒	๓	๕.๔	๕.๘	๕.๙	- ๐.๕
						$\bar{X} = ๖.๕๓$	$\bar{X} = ๐.๑๖$			

อภิปราย

โปรแกรมฯทำให้ ๑) เบาหวานระยะสงบได้ร้อยละ ๗.๑ ลดยาได้ร้อยละ ๕๐.๐ น้ำหนักลด ร้อยละ ๘๘.๑ และ HbA๑c ลด ร้อยละ ๗๓.๘ ๒) มีค่าเฉลี่ยน้ำหนักลด ๒.๖๑ กก.และ HbA๑c ลด ๐.๖๒ เปอร์เซ็นต์ ซึ่งสอดคล้องกับ รพ.บ้านตาขุน^(๓) ที่นำ smart watch เจาะเลือดที่บ้าน เชื่อม Cloud ผู้ป่วยหยุดยาได้ ร้อยละ ๔.๗ (๒๗ ใน ๖๙๕ คน) คุณดีขึ้น ร้อยละ ๕๙.๔ และ ๓) มีผู้ป่วยระยะสงบ ๑ คนลดน้ำหนักได้ ๑๐ กก. ลด HbA๑c ได้ ๐.๖สอดคล้องกับ Micheal et al.^(๔) ที่ศึกษาคนน้ำหนักสูงเบาหวานสงบ ผลลัพธ์ที่ดีคือเป็นโรคไม่เกิน ๕ ปี HbA๑c < ๗.๕ อายุ ๕๐ ปีลดน้ำหนักได้ ๑๐ กก.ขึ้นไป

ข้อเสนอแนะ

๑. สหวิชาชีพควรใช้โปรแกรมนี้นับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ รายใหม่และตามเกณฑ์คัดเข้าทุกข้อ
๒. ควรปรับเพิ่มระยะเวลาศึกษาช่วงแรกเป็น ๕ เดือน เพื่อให้เห็นน้ำหนักที่ลดลง ๑๐ กิโลกรัมด้วยการใช้ low carbohydrate diet และศึกษาช่วงหลังเป็นเวลา ๓ เดือนเพื่อประเมินค่า HbA๑C
๓. สหวิชาชีพควรติดตามเข้มข้น ๒ สัปดาห์แรก จากปัญหาการใช้เครื่องตรวจน้ำตาลในเลือดมายูการ์แอปพลิเคชัน smart watch และปัญหาสุขภาพผู้ป่วยจากปรับพฤติกรรมและการปรับยา
๔. แพทย์พิจารณาปรับยาตามมาตรฐาน ไม่ลดยามากเกินไป หรือควรลดยาได้แล้วแต่ยังคงขนาดยาเดิม (under treatment) หรือควรปรับเพิ่มยาแต่ยังชะลอไว้ไม่เพิ่มยา (inertia treatment)
๕. สหวิชาชีพควรดำเนินการต่อในผู้ที่ล้มเหลว เช่น มีค่าน้ำหนัก HbA๑cและปรับยาที่เพิ่มขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- ๑.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง. ๒๕๖๖.คลังข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจังหวัดพัทลุง(HDC).
๒. ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย.แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข.กรุงเทพฯ; ๒๕๖๕ เข้าถึงได้จาก: <https://thaifammed.org/>.

๓. Kanfer FH, Gaelick-Buys L. Self-management method. In: Kanfer FH. Goldstein AP. Editors. Helping people to change: Textbook of methods. ๔th ed. New York: Pergamon Press; ๑๙๙๑:๓๐๕-๖.
๔. รพ.บ้านตาก จ.สุราษฎร์ธานี. เพิ่มบริการลดและหยุดยาในผู้ป่วยเบาหวาน (Remission service) เป็นทางเลือกให้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง; ๒๕๖๕. เข้าถึงได้จาก <https://www.thaigov.go.th>.
๕. Micheal Ej Lean et al. [Internet]. Primary care-led weight management for remission of type ๒ diabetes (DiRECT): an open-label, cluster-randomised trial; ๒๐๑๗.

CQI :การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้วิถีใหม่ “ANORRU Model” เขตตำบลลานะรุ

อารดา เจสโสหาะ

โรงพยาบาลปัตตานี

หลักการ และเหตุผล

สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(Non-communicable diseases: NCDs) ในประเทศไทยจากข้อมูลของสำนักโรคไม่ติดต่อของควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุขในช่วงปีพ.ศ. ๒๕๕๐ - ๒๕๕๗ พบว่า อัตราผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกๆปีโดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงและอัตราการเพิ่มขึ้นของประชากรไทยที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน โดยส่วนใหญ่มีสาเหตุจากการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม สูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระได้แก่ น้ำหนักเกิน ระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดสูงและภาวะความดันโลหิตสูง หากไม่ได้จัดการความเสี่ยง จะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองหัวใจตีบตัน กล้ามเนื้อหัวใจตายหรือขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์ อัมพาต และโรคไตเรื้อรัง โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่พบได้บ่อยมากโรคหนึ่งในผู้ใหญ่ โดยพบได้สูงถึงประมาณร้อยละ ๒๕.๐๐ - ๓๐.๐๐ ของประชากรโลกที่เป็นผู้ใหญ่ทั้งหมด พบได้ในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง และจะพบได้สูงขึ้นในผู้สูงอายุ (ในบางประเทศพบโรคความดันโลหิตสูงได้สูงถึงร้อยละ ๕๐.๐๐ ของผู้ที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป) ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขรายงานว่า จำนวนผู้ป่วยและอัตราการเสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ.๒๕๕๐ พบอัตราผู้ป่วยในต่อประชากรแสนคนจาก ๑,๐๒๕.๔๔ เพิ่มขึ้นเป็น ๑,๕๖๑.๔๒ ในปี พ.ศ.๒๕๕๗ และมีอัตราการเสียชีวิตโรคนี้ต่อประชากรแสนคนเป็น ๓.๖๔ ในปี พ.ศ.๒๕๕๐ ก็เพิ่มขึ้นเป็น ๑๐.๙๕ ในปี พ.ศ.๒๕๕๗ อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานีมีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากร ปี ๒๕๖๕-๒๕๖๖ เป็น ๘.๙๖ ,๙.๒๒ ตามลำดับ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง และพบอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตสูงปี ๒๕๖๕-๒๕๖๖ ได้คิดเป็นร้อยละ ๕๗.๗๗, ๖๑.๖๖ ตามลำดับ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

จากสถิติโรคเรื้อรังของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลปัตตานี ตำบลลานะรุ ปี ๒๕๖๕-๒๕๖๖ ประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปที่ต้องได้รับการตรวจคัดกรองความดันโลหิตสูงทั้งหมดร้อยละ ๙๖.๔๘, ๙๐.๘๙ ตามลำดับ พบผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ คิดเป็นร้อยละ ๓.๔๕ , ๑๑.๔๓ ตามลำดับ ในแต่ละปีที่ผ่านมา มีแนวโน้มกลุ่มเสี่ยงเพิ่มขึ้น จากสภาพปัญหาที่พบของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ปี ๒๕๖๕-๒๕๖๖ ตำบลลานะรุ มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนจำนวน ๙๙๖ ,๑๐๓๒ คน ตามลำดับ จากประชาทั้งสิ้น ๗,๖๙๓ ๗๖๘๐ คิดเป็นร้อยละ ๑๒.๙๕ ๑๓.๔๓ ของประชากรทั้งหมดตามลำดับ ผู้ป่วยที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ไม่ดี คิดเป็นร้อยละ ๖๒.๙๕, ๖๙.๓๘ ตามลำดับ มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้
๒. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตได้ดี BP $\geq 140/90$ mmHg ร้อยละ

๖๐.๐๐

การดำเนินการศึกษา

Phase ๑ ปี ๒๕๖๔ การวางแผน (Plan)

๑. ร่วมวิเคราะห์และสอบถามปัญหา กระบวนการในการดูแลผู้ป่วย สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตสูงไม่ได้
๒. ประชุมทีมดำเนินงาน เพื่อหาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงร่วมกัน
๓. จัดทำแนวทางการคัดเลือกผู้ป่วยเข้าคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
๔. จัดเตรียมสื่ออุปกรณ์ ในการให้คำปรึกษา เช่นแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมคลินิก NCD

คุณภาพ

๕. จัดอบรมเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน เพื่อแจ้งรายละเอียด และขั้นตอนในการส่งผู้ป่วยที่มีความดันสูงคุมไม่ได้เข้าคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

การดำเนินการ (Do)

๑. จัดตั้งคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในคลินิก NCD
 ๒. ดำเนินการตามแนวปฏิบัติของคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
 ๓. ให้ความรู้ผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ๓๐๒๘. ลดอาหารหวานมันเค็ม
- การประเมินผล (Check)
๑. ประเมินผลที่ได้จากการให้คำปรึกษากลุ่มเป้าหมาย พบว่ากลุ่มเป้าหมายบางรายไม่สนใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ยังไม่ทราบถึงปัญหาและผลกระทบของสภาวะของโรคที่เป็น
 ๒. มีขั้นตอนในการประเมินพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมายทำให้กิจกรรมการพยาบาลที่ให้แต่ละรายไม่เหมาะสม

การปรับปรุง (Act)

๑. ปรับปรุงโดยการนำทฤษฎี Transtheoretical : TTM Model ทฤษฎีที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามขั้นตอนของพฤติกรรมร่วมกับการให้คำปรึกษาโดยใช้หลัก MI (Motivation Interview) การสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจมาใช้ในการประเมินและให้การพยาบาล

Phase ๒ ปี ๒๕๖๕ การวางแผน (Plan)

๑. ร่วมปรึกษาและสะท้อนปัญหาร่วมกับทีมดำเนินการเพื่อหาแนวทางการให้คำปรึกษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
๒. ชี้แจงแนวทางการปรับปรุงและเทคนิคทฤษฎีที่มีการเพิ่มเติมพร้อมทั้งศึกษาหาความรู้ อบรมเพิ่มเติมในเรื่องของทฤษฎี TTM model และการให้คำปรึกษาโดยใช้หลัก MI (Motivation Interview) ให้กับเจ้าหน้าที่ ที่รับผิดชอบงานและเจ้าหน้าที่ ที่ให้คำปรึกษา

การดำเนินการ (Do)

๑. ผู้รับผิดชอบงานอบรมเพิ่มเติมในเรื่องของทฤษฎี TTM model และ การให้คำปรึกษาโดยใช้หลัก MI (Motivation Interview)
๒. ผู้รับผิดชอบงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใช้หลัก ทฤษฎี TTM model และ การให้คำปรึกษาโดยใช้หลัก MI (Motivation Interview) ในการให้คำปรึกษา และแนะนำหลักการดูแลตนเองโดยใช้หลัก ๒ : ๑ : ๑ , ๖ : ๖ : ๑ และอาหาร DASH diet

การประเมินผล (Check)

๑. ประเมินผลที่ได้จากการให้คำปรึกษากลุ่มเป้าหมาย ที่ไม่สามารถลดระดับความดันได้ พบว่าลดอาหารไม่ได้เนื่องจากภรรยาเป็นคนปรุงอาหาร บางมื้อถ้าไม่รับประทานที่ภรรยาทำ กลัวภรรยาจะน้อยใจ

๒. กลุ่มเป้าหมายที่ควบคุมความดันไม่ได้พูดว่า “ปกติวัดที่บ้านไม่สูง มาโรงพยาบาลทุกครั้งสูงทุกครั้ง”

๓. แพทย์ส่งต่อกลุ่มเป้าหมายที่ควบคุมระดับความดันโลหิตสูงไม่ได้ แต่กลุ่มเป้าหมายเวลาไม่ตรงกับ อสม. และไม่มีจุดบริการและการส่งต่อที่ชัดเจน

การปรับปรุง (Act)

๑. ปรับปรุงโดยการแนะนำและสอนผู้ปรุงอาหารโดยมีการเยี่ยมบ้านและให้อสม. เป็นคู่ Buddy

๒. ปรับปรุงโดยการจัดตั้ง สถานีสุขภาพ Health station ในชุมชนร่วมกับทีมงาน อสม.

๓. สนับสนุนยืมเครื่องวัดความดันโลหิตเพื่อไปวัดที่บ้าน

๔. ส่งต่อข้อมูล อสม. ที่รับผิดชอบเพื่อเป็น Buddy ในการดูแลกลุ่มเป้าหมายผ่าน Line กลุ่ม

๕. สร้างสื่อใน และใบแปลผลในการคัดกรองวัดความดันโลหิต ที่จุด Health station

Phase ๓ ปี๒๕๖๖การวางแผน (Plan)

๑. สร้างแนวทางการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของเขตตำบลอานาเรรุโดยใช้หลัก MI (Motivation Interview) เพิ่มการเยี่ยมบ้านการสร้าง คู่Buddy และการสร้างจุด Health station สถานีสุขภาพในชุมชนเป็นแนวปฏิบัติของอานาเรรุคือ ANNORU Model

๒. อบรมฟื้นฟูความรู้ อสม. เพื่อเป็น Health coach Buddy ของกลุ่มเป้าหมาย

๓. ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของเขตตำบลอานาเรรุ และจัดตั้ง สถานีสุขภาพและแนวทางในการดูแล ติดตาม และการส่งต่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้กับเจ้าหน้าที่

การดำเนินการ (Do)

๑. ผู้รับผิดชอบงานนำแนวทางปฏิบัติ ANNORU Model มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยในคลินิกปรับเปลี่ยน

๒. แจกจ่ายละเอียดแนวทางในการวัด Home BP ที่จุด Health station ในชุมชนใกล้บ้าน

๓. ให้ยืมเครื่องวัด BP กับกลุ่มเป้าหมายในรายที่ไม่สามารถไปจุด Health station ได้ ได้แก่ ผู้สูงอายุ

๔. ส่งต่อกลุ่มเป้าหมายที่ต้องทำ Home BP ให้กับ อสม. คู่ Buddy ในกลุ่ม Line เพื่อติดตามผลและแจ้งเกณฑ์ในการส่งต่อในรายที่มีความดันโลหิตสูงระดับสูงมากก่อนวันนัด

การประเมินผล (Check)

๑. ผู้สูงอายุบางรายไม่สะดวกมาวัดความดันที่จุด Health station ทำให้เพิ่มภาระของอสม. Buddy บางรายที่ต้องดูแลกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้สูงอายุพร้อมกัน

๒. ประเมินผลจากระดับความดันก่อน-หลัง หลังได้เข้าร่วมกิจกรรม

การปรับปรุง (Act)

๑. กิจกรรมในการเยี่ยมบ้านติดตามการปรุงอาหารของผู้ป่วยทำค่อนข้างยากแก้ไขปัญาโดยการสาธิตการปรุงอาหารให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล

๒. เพิ่มสื่อการสอน ๒ : ๑ : ๑ , ๖:๖:๑ และอาหาร DASH diet และเมนูแนะนำในพื้นที่มาปรับใช้ ณ จุด Health station และในสมุดกลุ่มเป้าหมาย

ทำคลิปบุคคลต้นแบบที่เกิดผลสำเร็จหรือสร้างเวทีเพื่อแลกเปลี่ยนในชุมชนพร้อมทั้งสร้างคุณค่าให้กับผู้ที่สำเร็จให้ต่อยอดไปยังประชาชนในชุมชน

เพิ่มเติม : ANNURO Model

ครั้งที่ ๑A : Awarenessตระหนักรู้ในตัวเองกิจกรรมสร้างสัมพันธภาพ บรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพ ความรุนแรง และภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง การตั้งเป้าหมายในชีวิต และให้ชมวิดีโอประสบการณ์ผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อกระตุ้นให้เกิดการรับรู้และให้เกิดการตระหนักรู้ในการดูแลตัวเอง

ครั้งที่ ๒N : Negotiate การจัดการกิจกรรมการเสริมความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง , การเลือกเครื่องปรุง วัตถุดิบในการปรุงอาหาร , สาธิตการปรุงการตวงวัดโดยใช้ช้อน ถ้วยมาตรฐาน , ยกตัวอย่างวัดความเค็มจากอาหารเมื่อเนื่องจากเครื่องวัดความเค็มของสารละลาย, ฝึกการอ่านฉลากอาหาร

ครั้งที่ ๓O : Organizationองค์กรภาคีเครือข่าย ๓ หมอ

หมอคนที่ ๑อสม. : เป็นคู่บัดดี้ กับผู้ป่วยในการดูแลสังเกตอาการ ติดตาม BP /ส่งต่อหมอคนที่ ๒ ในรายที่ควบคุมไม่ได้ BP สูงและมีอาการผิดปกติร่วม ใน Line จัดตั้งจุด Health station ในชุมชน

หมอคนที่ ๒: เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเยี่ยมบ้านในรายที่มีปัญหาาร่วมแก้ไขปัญหาร่วมกันโทร/เยี่ยมบ้าน ติดตามการ เดือนละ ๑ ครั้งส่งต่อข้อมูลให้ อสม. HBP ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยในรายที่มีปัญหาต่อหมอคนที่ ๓ ผ่านระบบ Line และ Telemedicine R๑๒

หมอคนที่ ๓: แพทย์ให้คำปรึกษาและส่งต่อผู้ป่วยในรายที่มีปัญหาผ่านระบบ Line และ Telemedicine R๑๒สนับสนุนพัฒนาศักยภาพของหมอคนที่ ๑ และ ๒

ครั้งที่ ๔ : Reflect สะท้อนคิด/Repair แก้ไขปรับปรุงกิจกรรมตรวจระดับความดันโลหิต พูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์สอบถามปัญหาและอุปสรรคร่วมกันแก้ไขปัญหาลงอุปสรรคพูดให้กำลังใจผู้ที่ยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้และให้ผู้ที่มีพฤติกรรมบริโภคอาหารเหมาะสมและระดับความดันโลหิตลดลงแลกเปลี่ยนวิธีการปรุงอาหาร การจัดการตัวเอง พร้อมทั้งชื่นชมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ครั้งที่ ๕ : Reinforce เสริมกำลังใจกิจกรรมติดตามผลระดับความดันโลหิตทางโทรศัพท์ อุปสรรคการปรุงอาหาร การบริโภค และเสริมกำลังใจผู้ที่ยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพร้อมให้แนวทางปรับปรุงแก้ไข และชื่นชมผู้ที่มีพฤติกรรมและระดับความดันโลหิตที่ดีขึ้น

ครั้งที่ ๖ : Ultimatum สรุปและอภิปรายผลกิจกรรมประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และประเมินระดับความพึงพอใจของกิจกรรม

กลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ที่เข้าร่วมคลินิก DPAC ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จำนวน ๕๐ ราย

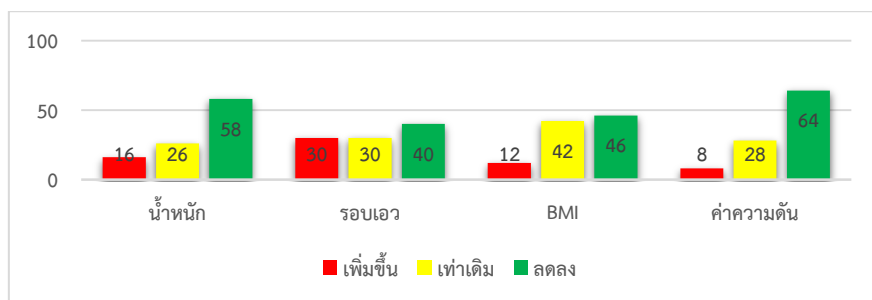
ผลการศึกษา

จากการพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมวิถีใหม่ ตำบลอานาเรฐ ANNURU Model พบว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรม จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่คุมได้ดี เป็นจำนวน ๓๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๗๐.๐๐

รายการ	Phase ๑ :ปี๒๕๖๔ (n=๕๐)		Phase ๒ :ปี๒๕๖๕ (n=๕๐)		Phase ๓ :ปี๒๕๖๖ (n=๕๐)	
	จำนวน		ร้อยละ		จำนวน	
ควบคุมระดับความดันได้ดี	๑๒	๒๔	๑๘	๓๖	๓๕	๗๐
ควบคุมระดับความดันได้ไม่ดี	๓๘	๗๖	๓๒	๖๔	๑๕	๓๐

และพบว่าเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง ของน้ำหนัก รอบเอว ดัชนีมวลกายของกลุ่มเป้าหมายมีผลดังนี้คือ เปรียบเทียบกับน้ำหนัก เพิ่มขึ้น ๘ รายร้อยละ ๑๖.๐๐ เท่าเดิม ๑๓ รายร้อยละ ๒๖.๐๐ ลดลง ๒๙ ราย ร้อยละ ๕๘.๐๐ รอบเอวเพิ่มขึ้น ๑๕ ราย ร้อยละ ๓๐.๐๐ เท่าเดิม ๑๕ รายร้อยละ ๑๕.๐๐ ลดลง ๒๐ ราย ร้อยละ ๔๐.๐๐ ดัชนีมวลกาย เพิ่มขึ้น ๖ ราย ร้อยละ ๑๒.๐๐ เท่าเดิม ๒๑ ราย ร้อยละ ๔๒.๐๐ ลดลง ๒๓ ราย ร้อยละ ๔๖.๐๐ ค่าความดันโลหิต เพิ่มขึ้น ๔ ราย ร้อยละ ๘.๐๐ เท่าเดิม ๑๔ ราย ร้อยละ ๒๘.๐๐ ลดลง ๓๒ รายร้อยละ ๖๔.๐๐ ดังกราฟตารางและกราฟต่อไปนี้

ระดับ	น้ำหนัก	ร้อยละ	รอบเอว	ร้อยละ	ดัชนีมวลกาย	ร้อยละ	ค่าความดัน	ร้อยละ
เพิ่มขึ้น	๘	๑๖	๑๕	๓๐	๖	๑๒	๔	๘
เท่าเดิม	๑๓	๒๖	๑๕	๓๐	๒๑	๔๒	๑๔	๒๘
ลดลง	๒๙	๕๘	๒๐	๔๐	๒๓	๔๖	๓๒	๖๔



กราฟเปรียบเทียบความแตกต่าง ของน้ำหนัก รอบเอว ดัชนีมวลกาย และค่าความดันโลหิตก่อน – หลัง ทำ Intervention

สรุปจากการพัฒนากิจกรรมทำให้มีระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตชัดเจนมากโดยมี ANNORU Model เป็นรูปแบบที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง BP กลุ่มสีเหลือง BP ๑๓๑-๑๕๙/๘๑-๙๙ mmHg และสีแดง สีแดง BP $\geq 160/100$ mmHg มีระดับความดันโลหิต ลดลงจากเดิมร้อยละ ๖๔.๐๐ และเกิดจุด Health station สถานีสุขภาพในชุมชนโดยมี อสม.เป็นผู้ดูแลและมีส่วนร่วมในการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย

[illegible]

การฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย

กัญญาวิริ์ แสงอ่อน และพิเชษฐ์ ชัยประทุม
โรงพยาบาลเพชรบูรณ์

หลักการ และเหตุผล

จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Stroke Organization: WSO) พบว่า ปัจจุบันโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ ๒ ของโลก พบผู้ป่วยจำนวน ๘๐ ล้านคน ผู้เสียชีวิตประมาณ ๕.๕๐ ล้านคน และยังพบผู้ป่วยใหม่ถึง ๑๓.๗๐ ล้านคนต่อปี โดย ๑ ใน ๔ เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ ๒๕ ปีขึ้นไป และร้อยละ ๖๐.๐๐ เสียชีวิตก่อนวัยอันควร ในประเทศไทย จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีแนวโน้มสูงขึ้น โรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะที่สมองขาดเลือดไปหล่อเลี้ยง ซึ่งเกิดจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองตีบ ตัน หรือแตก มาจากอาการขาดเลือดไปเลี้ยงสมอง ส่งผลให้เซลล์สมองตายในที่สุด อาการโดยทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองมักจะแสดงอาการเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วสามารถพบอาการได้หลากหลายรูปแบบขึ้นกับตำแหน่งของสมองที่เกิดการขาดเลือดหรือถูกทำลายโดยอาการที่พบได้บ่อย ได้แก่ อาการอ่อนแรง หรือมีอาการอัมพฤกษ์ที่ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย โดยมักเกิดกับร่างกายข้างใดข้างหนึ่ง เช่น ครึ่งซีกด้านซ้ายเป็นต้น อาการชาหรือสูญเสียความรู้สึกของร่างกายส่วนใดส่วนหนึ่ง เช่นเดียวกับอาการอ่อนแรงที่มักเกิดกับร่างกายครึ่งใดครึ่งซีกหนึ่ง ปัญหาเกี่ยวกับการพูด เช่น พูดไม่ได้ พูดติด เสียงไม่ชัด หรือไม่เข้าใจคำพูด ปัญหาเกี่ยวกับการทรงตัว เช่น เดินเซ หรือมีอาการเวียนศีรษะเฉียบพลัน การสูญเสียการมองเห็นบางส่วน หรือเห็นภาพซ้อน ในช่วงแรกของการรักษาผู้ป่วยจะต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและอยู่ในความดูแลของแพทย์อย่างใกล้ชิด หลังจากผู้ป่วยอาการผ่านพ้นวิกฤติและมีอาการคงที่แล้ว ยังมีความบกพร่องทางร่างกายบางอย่างที่ต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย โดยทีมสหวิชาชีพเช่น นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด แพทย์แผนไทย อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน เป็นต้น

บทบาทของวิชาชีพแพทย์แผนไทยในการเข้าไปฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง(Intermediate Care) ปัจจุบันแพทย์แผนไทยร่วมกับทีมวิชาชีพได้ลงพื้นที่เข้าไปฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง หัตถการในการฟื้นฟูผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การนวดฟื้นฟูผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต หัตถการดึงเส้น การนวดกระตุ้นการกลืน การพูด การนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า เป็นต้น และมีการจ่ายยาสมุนไพรร่วมด้วย ซึ่งได้รวมการดูแลแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยด้วย

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยระยะกลางได้รับการฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยอย่างมีประสิทธิภาพ

การดำเนินการศึกษา

๕.๑. ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ๑๑ ราย จากการเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพ
๒. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการแพ้ยา แพ้อาหาร หรือสารเคมี แบบแผนการดำเนินชีวิต พร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วย
๓. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา ปรึกษาทีมสหวิชาชีพ เพื่อใช้เป็นข้อมูล
๔. วิเคราะห์และวางแผนฟื้นฟูครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

๕. ปฏิบัติการฟื้นฟูผู้ป่วย และประเมินผลการฟื้นฟูตามแผนที่กำหนด
๖. สรุปผลการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย และให้ข้อเสนอแนะกับผู้ป่วยและญาติ
- ๕.๒ ขอบเขตการศึกษา กรณีศึกษานี้ ผู้ศึกษากำหนดขอบเขตของการศึกษาไว้ดังนี้
 ๑. ระยะเวลาการศึกษา ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๖ – ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๗
 ๒. การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย จำนวน ๑๑ ราย

ผลการศึกษา ผู้ป่วยระยะกลางได้รับการฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย จำนวน ๑๑ ราย

- ผู้ป่วยที่มีคะแนน ADL เพิ่มขึ้น จำนวน ๗ ราย
- ผู้ป่วยที่ off NG tube จำนวน ๔ ราย (จาก ๖ ราย)
- ผู้ป่วยที่มีอาการคงเดิม จำนวน ๔ ราย

อภิปรายผล

จากกรณีศึกษานี้ จะเห็นว่าการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางมีผลการฟื้นฟูที่ดีขึ้นเกินครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่แพทย์แผนไทยเข้าไปฟื้นฟูสภาพ โดยผู้ป่วยสามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น คิดเป็นร้อยละ ๖๓.๖๔ และผู้ป่วยที่สามารถ off NG tube ได้ คิดเป็นร้อยละ ๖๖.๖๗

ข้อเสนอแนะ

สามารถนำมาเป็นแบบแผนในการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางของโรงพยาบาลได้ จัดทำ Flow chart ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางได้รับการฟื้นฟูสภาพได้มากที่สุด เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วย และนอกจากนี้สามารถนำไปศึกษา ต่อยอด และพัฒนาองค์ความรู้ในศาสตร์การแพทย์แผนไทยต่อไปได้ในภายภาคหน้า

เอกสารอ้างอิง

- กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักโรคไม่ติดต่อ. (๒๕๕๙). รายงานประจำปีสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ๒๕๕๙. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (๒๕๖๐). รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. ๒๕๕๗. นนทบุรี: บริษัท เดอะกราฟิก ซิสเต็มส์ จำกัด.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (๒๕๕๙) การประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.

World Stroke Organization: (WSO). Campaign Advocacy Brochures ๒๐๑๗. Retrieved from http://www.worldstrokecampaign.org/images/wsd-๒๐๑๗/brochures-๒๐๑๗/WSD_brochure_FINAL_sponsor_.pd

ALERT AWARENESS FIGHT NCDs (กระตุ้นเตือน ตระหนักรู้ สู้ภัย NCDs)

นัฐพงษ์ รินอินทร์ นงนุช เกตุย และชนาพร อ้วนทะนะ
โรงพยาบาลน่าน

หลักการ และเหตุผล

ปัจจุบันประชาชนขาดความตระหนักในการตรวจสุขภาพทำให้เกิดความเสี่ยงของการเกิดโรคกลุ่ม NCDs ซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง (ที่มีอัตราการตาย อันดับ ๒ ของประเทศ) เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และมะเร็งเป็นต้น จึงต้องใช้ความร่วมมือของคนในชุมชน และบุคลากรการแพทย์ ร่วมกับการใช้เทคโนโลยีเพื่อติดตาม กระตุ้น ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในสถานการณ์ Covid-๑๙ ที่มีการจำกัดการรวมกลุ่ม จึงได้ทำระบบติดตาม คัดกรอง และป้องกันการเกิดความเสี่ยงของกลุ่มโรค NCDs ภายใต้กรอบแนวคิด SELF MANAGEMENT ในรูปแบบ Web application เพื่อสะดวกในการใช้ติดตาม คัดกรองผู้มารับบริการเบื้องต้น และกระตุ้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้เข้ารับบริการประเมินภาวะสุขภาพ โดย อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) โรงพยาบาลพี่เลี้ยง และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ วางแผนการรักษาได้ถูกต้องหลังการทดลองใช้นวัตกรรม กลุ่มตัวอย่างมารับบริการทุกครั้ง ที่ศูนย์ศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน (ศสมช.) จำนวน ๒๒๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๘.๒๒ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = 0.001$ มารับบริการตรวจได้ตรงตามนัด/หรือหากไม่สามารถมาตรวจตามนัดได้ จะทำการขอเลื่อนนัด (รับทราบวันนัด) จำนวน ๒๒๕ ราย คิดเป็น ร้อยละ ๑๐๐.๐๐ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = 0.001$ และสามารถติดตามระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่างได้ครบทุกคน ๒๒๕ ราย คิดเป็น ร้อยละ ๑๐๐.๐๐ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = 0.001$

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อพัฒนานวัตกรรม Alert Awareness Fight NCDs (Web Application) ในการประเมินผล และติดตามภาวะสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มโรค NCDs ในชุมชน
๒. เพื่อเปรียบเทียบผลการใช้งาน และการติดตามภาวะสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มโรค NCDs ในชุมชน ก่อนและหลังดำเนินการจัดทำนวัตกรรม Alert Awareness Fight NCDs (Web Application)

การดำเนินการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development : R&D) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาโปรแกรม Alert Awareness Fight NCDs (Web Application)ในการประเมินผล และติดตามภาวะสุขภาพของผู้ป่วย โดยใช้รูปแบบวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ชนิดศึกษากลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง เพื่อเปรียบเทียบผลของการใช้นวัตกรรม Alert Awareness Fight NCDs ในการประเมิน และติดตามภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานคลินิก หมอครอบครัว ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลน่าน ตามกรอบแนวคิด ๑) ศึกษาแนวคิด ๒) สร้างต้นแบบ ๓) ตรวจสอบประสิทธิภาพในกลุ่มเล็ก ๔) ปรับปรุงต้นฉบับ ๕) ทดลองใช้ในกลุ่มใหญ่ ๖) ได้ต้นแบบนวัตกรรมที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน มกราคม ๒๕๖๕ ถึง เดือน เมษายน ๒๕๖๖

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานของคลินิกหมอครอบครัว ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลน่านและไปรับบริการที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน (ศสมช.) รวมทั้งหมดจำนวน ๒๒๕ ราย ได้แก่

๑. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือมีโรคร่วม มีผลการตรวจร่างกายในวันที่มาใช้บริการคลินิกหมอครอบครัวตั้งแต่ ๑ มกราคม พ.ศ.๒๕๖๔ ถึง ๓๐ เมษายน พ.ศ.๒๕๖๕ จำนวน ๑๐๘ ราย

๒. ผู้ป่วยโรคเบาหวานและ/หรือมีโรคร่วม มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติในวันที่มาใช้บริการคลินิกหมอครอบครัว ตั้งแต่ ๑ มกราคม พ.ศ.๒๕๖๔ ถึง ๓๐ เมษายน พ.ศ.๒๕๖๕ จำนวน ๑๑๗ ราย

กลุ่มควบคุม คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูงและ/หรือมีโรคร่วมจำนวน ๒๒๕ ที่ได้รับการติดตามตามระบบปกติ

กลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูงและ/หรือมีโรคร่วมจำนวน ๒๒๕ ที่ได้รับการติดตามด้วยการใช้ นวัตกรรม Alert Awareness Fight NCDs

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

๑. หลังจากได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ของโรงพยาบาลน่าน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป และติดตามภาวะสุขภาพของกลุ่มควบคุม ก่อนการดำเนินการใช้นวัตกรรม Alert Awareness Fight NCDs ใช้เวลา ๒ เดือน

๒. ดำเนินการใช้นวัตกรรม ในกลุ่มทดลอง

๒.๑ ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการใช้นวัตกรรม Alert Awareness Fight NCDs ในการติดตามพฤติกรรมสุขภาพ แก่กลุ่มตัวอย่าง ตามกระบวนการ ร่วมกับการให้คำแนะนำแบบสั้น Brief advice (BA) โดยใช้หลัก ๓As

๒.๒ ให้ความรู้เรื่องโรคที่เป็นอยู่ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นแนะนำเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ และแจกแผ่นพับโรค/ การออกกำลังกาย

๒.๓ บันทึกผลการให้คำปรึกษาสนทนาสรางแรงจูงใจร่วมกับการใช้นวัตกรรม Alert Awareness Fight NCDs ในการติดตามพฤติกรรมสุขภาพลงในโปรแกรมผู้ป่วยนอกและแบบบันทึกข้อมูลบริการการให้คำปรึกษา ซึ่งเป็นตาราง Excel รายงานผลของการตรวจร่างกายและผลทางห้องปฏิบัติการในแต่ละครั้งที่มาใช้บริการให้คำปรึกษา ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

๒.๔ แนะนำให้ผู้ป่วยวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน Self monitoring BP หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.)

๒.๕ ติดตามผลการวัดความดัน หรือวัดระดับน้ำตาลปลายนิ้วที่ผู้ป่วยไปรับบริการที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ผ่านทางโปรแกรม Alert Awareness Fight NCDs

๒.๖ ประเมินผลการใช้นวัตกรรม Alert Awareness Fight NCDs ในการติดตามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยครั้งถัดไป

ผลการศึกษา

๑. ก่อนดำเนินการใช้นวัตกรรมกลุ่มตัวอย่างมารับบริการทุกครั้ง ๑๓๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๕๘.๖๗ หลังดำเนินการใช้นวัตกรรม กลุ่มตัวอย่างมารับบริการทุกครั้ง ที่ศูนย์ศสมช.๒๒๑ รายคิดเป็นร้อยละ ๘๘.๒๒ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = 0.001$

๒. ก่อนดำเนินการใช้นวัตกรรม กลุ่มตัวอย่างมารับบริการตรวจได้ตรงตามนัด จำนวน ๑๕๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๖๙.๗๘ หลังดำเนินการ มารับบริการตรวจได้ตรงตามนัด/หรือหากไม่สามารถมาตรวจตามนัดได้ จะทำการขอเลื่อนนัด (รับทราบวันนัด) จำนวน ๒๒๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐.๐๐ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = .๐๐๑$

๓. ก่อนดำเนินการใช้นวัตกรรมแพทย์ และพยาบาล ติดตามระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่างได้ จำนวน ๑๕๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๖๙.๗๘ หลังดำเนินการ สามารถติดตามระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่างได้ครบทุกคน ๒๒๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐.๐๐ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = .๐๐๑$

อภิปราย และข้อเสนอแนะ

การพัฒนานวัตกรรมนี้สามารถนำไปใช้ ให้ครอบคลุมทุกชุมชน (เตรียมขยายงานไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่อยู่ในเครือข่ายของโรงพยาบาลน่าน) และนำไปสู่การเชื่อมต่อกับระบบฐานข้อมูลใหญ่ของโรงพยาบาล เพื่อที่จะสามารถเรียกดูข้อมูลของผู้รับบริการตามหน่วยการรักษาในโรงพยาบาลได้ ซึ่งการนำเทคโนโลยีมาใช้ออกแบบ WebApplication เพื่อการปรับเปลี่ยน และติดตามพฤติกรรมสุขภาพ ทำให้เกิดผลดีทั้งผู้รับบริการ และผู้ให้บริการ การติดตาม การแปลผล การมารับบริการได้ตรงตามนัดของแพทย์ ทำให้เกิดสุขภาวะที่ดี

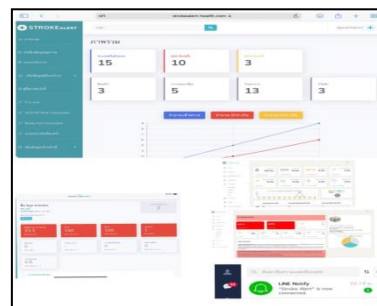
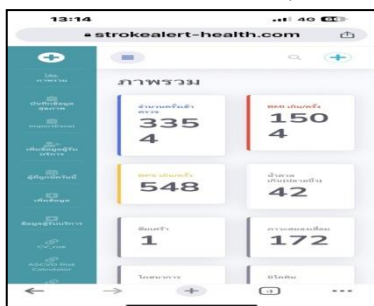
เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (ธันวาคม ๒๕๖๔). กองโรคไม่ติดต่อ. เรียกใช้เมื่อ ๔ มกราคม ๒๕๖๕ จาก <http://www.thaincd.com/document/file/download/knowledge/COVID๑๙.๖๕.pdf>
- จุรีพร คงประเสริฐ และ ธิติรัตน์ อภิญา. (๒๕๕๘). คู่มือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในคลินิก NCDs คุณภาพ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- ชดช้อย วัฒนะ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. (๙ มีนาคม ๒๕๕๘). เรียกใช้เมื่อ ๔ มีนาคม ๒๕๖๔ จาก การจัดการตนเอง(Self Management): <http://app๒.pnc.ac.th/excellence-center/images/filesUpload/conceptSelfManagement.pdf>
- ปิยรัตน์ ชูมี. (๒๕๖๒). สถานการณ์โรคเรื้อรังไม่ติดต่อ. สืบค้นเมื่อวันที่ ๒๐ มีนาคม ๒๕๖๔, จาก http://๑๑๐.๑๖๔.๑๔๗.๑๕๕/kmhealth_new/Document/blood/knowledge/๑๗.pdf
- วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. (๒ เมษายน ๒๕๕๙). Thaijo. เรียกใช้เมื่อ ๔ มีนาคม ๒๕๖๔ จาก <https://he๐๑.tci-thaijo.org/index.php/kkujphr/issue/view/๙๙๖๒>
- datawow (๒๐๒๑). AI ฉลาดแค่ไหน สามารถนำมาปรับใช้ในองค์กรได้อย่างไร? สืบค้นวันที่ ๑๘ ธันวาคม ๒๕๖๔, จาก <https://datawow.co.th/blogs/how-smart-is-ai-today-and-how-can-we-apply-it-in-organization>

ภาพร่างผลงาน



ปัญหาที่พบ การจดบันทึกในสมุดประจำตัว ไม่มีการวิเคราะห์ หรือแปลผล การติดตามผลผู้รับบริการ ต้องรอรอบที่แพทย์นัด ๓ , ๔ หรือ ๖ เดือน



นำปัญหาที่พบมาวิเคราะห์ และหาแนวทางการแก้ไข โดยการใช้เทคโนโลยี ให้มีการแสดงผล สามารถอธิบายผู้รับบริการได้ และสามารถติดตามผลได้ Real time



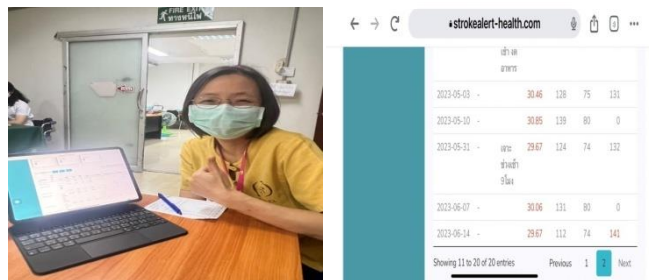
การติดตามผลการตรวจสุขภาพโดยแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นระบบ และมีการแจ้งเตือนทางระบบ Line ให้กับผู้รับบริการ หรือผู้ดูแลที่ใกล้ชิด

เบื้องหลังการทำงาน

๑.การอบรมสร้างความเข้าใจในการใช้นวัตกรรมแก่ผู้สนใจ แลกกลุ่มเป้าหมาย



๑.๑แพทย์อายุรกรรม สามารถติดตามผู้ป่วยเบาหวาน ที่ต้องทำการเจาะน้ำตาลปลายนิ้วที่บ้านเป็นประจำได้



๒.กลุ่มผู้ใช้เทคโนโลยีได้อย่างชำนาญ ส่งเสริมให้ใช้นวัตกรรม เพื่อส่งผลการวัดมาด้วยตนเอง



การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยหลังการผ่าตัดข้อสะโพกหักที่บ้านด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมือง จังหวัดระยอง

ศิริยา ทรงสถาพร และทิพย์สุดาพร ลาชม

โรงพยาบาลระยอง

หลักการ และเหตุผล

กระดูกหักเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญที่สุดของโรคกระดูกพรุนในผู้สูงอายุ และปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดกระดูกหักในผู้สูงอายุ คือ การหกล้ม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการหักของกระดูกสะโพก (Fracture of hip) พบประมาณ ๑ ใน ๓ ของผู้ที่มีอายุมากกว่า ๖๕ ปี ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ คาดว่า สถิติผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักสูงขึ้นจากปีละ ๑๘๐ ราย เป็น ๔๕๐-๗๕๐ รายประชากรแสนคน ผู้สูงอายุ ภายในปี พ.ศ. ๒๕๖๘ ความสูญเสียทางเศรษฐกิจ ของภาครัฐในการรักษาคิดเป็น ๑๒๐,๐๐๐ บาทต่อราย ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาหลังจำหน่ายสู่ชุมชนคิดเป็นประมาณ ๑.๒ ล้านบาทต่อราย^๑ และอุบัติการณ์ของการเกิดกระดูกสะโพกหักร้อยละ ๑๐ จะเห็นได้ว่าปัญหากระดูกสะโพกหักเป็นภาระสำคัญแก่ผู้ป่วย ครอบครัวและโรงพยาบาล โรงพยาบาลระยองมีสถิติจำนวนผู้ป่วยข้อสะโพกหักเฉลี่ย ๑๓๔ ราย/ปี ค่าใช้จ่ายการรักษาใน รพ. ของผู้ป่วยกลุ่มนี้สูงที่สุดของแผนกอร์โธปีดิกส์ ๘ - ๑๐ ล้านบาท / ปี เฉลี่ย ๖๒,๗๒๑ บาท/คน / ครั้ง จึงมีการจัดทำโครงการ Urgency Surgery for Fracture around the hips โดยทำการผ่าตัดข้อสะโพกให้เร็วภายใน ๗๒ ชม.และจำหน่ายกลับบ้านได้เร็ว ซึ่งการเตรียมจำหน่ายจะเชื่อมต่อกับทีมเยี่ยมให้การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จากสถิติการส่งต่อเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยหลังผ่าตัดข้อสะโพก ปี ๒๕๖๕-๒๕๖๗ ผ่านโปรแกรม Thai COC อยู่ที่ ๒๔ ๑๐๒ และ ๘๔ (ข้อมูลปี ๒๕๖๗ ๘ เดือน) ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามลำดับ จะเห็นได้ว่าการดูแลสุขภาพผู้ป่วยหลังการผ่าตัดข้อสะโพกหักที่บ้านร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพมีความสำคัญมาก ในการช่วยลดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตปกติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ลดความพิการแบบถาวร ลดอุบัติการณ์ของการเกิดกระดูกสะโพกหักซ้ำ สหสาขาวิชาชีพที่สำคัญคือพยาบาลชุมชน และนักกายภาพบำบัด รวมทั้ง care giverที่จะช่วยทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ ปี๒๕๖๕ กลุ่มงานพยาบาลชุมชนจึงคิดพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยหลังการผ่าตัดข้อสะโพกหักที่บ้านด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพขึ้น เพื่อประโยชน์ต่อผู้ป่วยที่จะได้รับการดูแลที่ครบถ้วนเหมาะสม และทีมสหสาขาวิชาชีพมีแนวทางที่ชัดเจนในการดูแลและสื่อสารภายในทีม

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยหลังการผ่าตัดข้อสะโพกหักที่บ้านด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ
๒. เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยหลังการผ่าตัดข้อสะโพกหักที่บ้านด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ

การดำเนินการศึกษา

แบ่งเป็น ๒ ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ ๑ ประชุมจัดทำรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยหลังการผ่าตัดข้อสะโพกหักที่บ้านด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ ในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองจังหวัดระยอง ประกอบด้วยงานพยาบาล

ชุมชนทีมดูแลผู้ป่วยอโรปิติก แพทย์ พยาบาลผู้ป่วยในฉัตรแก้ว ๔-๕ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ ทีมเวชกรรมสังคม และพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่าย การคัดกรองเข้าระบบ ด้วยโปรแกรม Thai COC จัดทำแผนผังกิจกรรมการดำเนินงาน พัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพผู้ป่วย หลังการผ่าตัดข้อสะโพกหักที่บ้าน จัดทำแบบการให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติผ่าน QR code สร้างแบบ ประเมินภาวะแทรกซ้อนที่บ้าน (เอกสารแนบ ๑ และ ๒) ประชุมชี้แจงผู้เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่าย สร้างช่องทางสื่อสารภายในทีมเยี่ยมบ้าน เริ่มใช้ในปี ๒๕๖๖

ขั้นตอนที่ ๒ การเลือกกลุ่มตัวอย่าง เลือกทุกรายที่มีการส่งผ่านระบบ COC ในปี ๒๕๖๖ -๒๕๖๗

ออกเยี่ยมบ้านครั้งแรกภายใน ๕ วัน ทีมเยี่ยมบ้านประกอบด้วย พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ การเยี่ยมครั้งแรกจะประเมินเพื่อจัดกลุ่มการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องตามแนวทางการดูแลสุขภาพผู้ป่วยหลังการผ่าตัดข้อสะโพกหักที่บ้าน และแบบประเมินภาวะแทรกซ้อนที่พัฒนาขึ้น (เอกสารแนบ ๑ และ ๒) โดยแบ่งผู้ป่วยเป็น ๓ กลุ่มดังนี้

กลุ่ม ๑ ผู้ป่วย grade A คะแนนประเมินมากกว่าหรือเท่ากับ ๒๓ คะแนนขึ้นไป

กลุ่ม ๒ ผู้ป่วย grade B คะแนนประเมิน ๑๘- ๒๒ คะแนน

กลุ่ม ๓ ผู้ป่วย grade C คะแนนประเมิน น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๗ คะแนน

ตารางที่ ๑ การเยี่ยมติดตามต่อเนื่อง ๖ เดือนแรก

Grade ผู้ป่วย	๕ วัน	๒ สัปดาห์	๑ เดือน	๒ เดือน	๓ เดือน	๔ เดือน	๕ เดือน	๖ เดือน	ประเมิน เกรตซ้ำ	๖ เดือน
A	▲	▲	☎	▲	☎	⊘	⊘	☎	A	☎
B	▲	▲	☎	▲	▲	☎	⊘	☎	B	▲
C	▲	▲	☎	▲	▲	☎	☎	☎	C	▲

ตารางที่ ๒ การเยี่ยมติดตามต่อเนื่อง ๗ -๑๒

Grade ผู้ป่วย	๗ เดือน	๘ เดือน	๙ เดือน	๑๐ เดือน	๑๑ เดือน	๑๒ เดือน	แนวทางการ จำหน่ายผู้ป่วยออกจากระบบ
A	⊘	⊘	☎	⊘	⊘	☎	๑.ผู้ป่วยเสียชีวิต ๒.ย้ายที่อยู่ ๓.หายทุเลา ครบ ๑ ปี
B	▲	⊘	☎	⊘	⊘	☎	
C	☒	☒	☒	☒	☒	☎	

หมายเหตุ สัญลักษณ์ ▲ ลงเยี่ยมที่บ้าน ☎ เยี่ยมทางโทรศัพท์

⊘ ไม่ลงเยี่ยม ☒ ลงเยี่ยมที่บ้านและ consult แพทย์ทุกครั้งหลังเยี่ยม

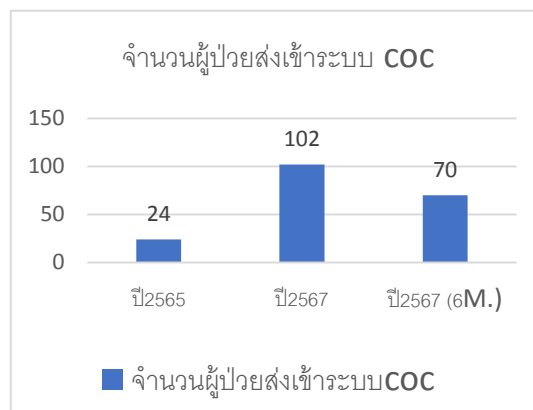
การประเมินภาวะแทรกซ้อนจะประเมินในสัปดาห์ที่ ๒ และติดตามซ้ำเมื่อพบภาวะแทรกซ้อน

ผลการศึกษา

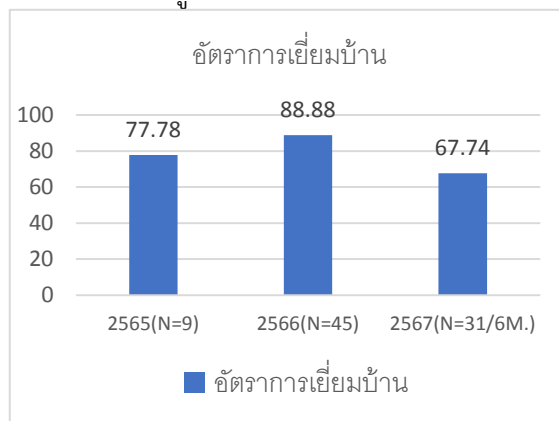
ขั้นตอนที่ ๑ ได้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยหลังการผ่าตัดข้อสะโพกหักที่บ้านด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยเชื่อมต่อระบบการดูแลที่บ้านเข้ากับระบบการรักษาภายในโรงพยาบาลก่อนการจำหน่ายกลับบ้าน ดังภาพที่ ๑ และ ภาพที่ ๒ และ ผังกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยดังภาพที่ ๓ (ตามเอกสารแนบที่ ๓ และ ๔) และดำเนินการเยี่ยมตามตารางการเยี่ยมบ้าน

ขั้นตอนที่ ๒ ผลการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยหลังการผ่าตัดข้อสะโพกหักที่บ้านด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพที่เชื่อมกับการให้การดูแลหลังผ่าตัดในโรงพยาบาล พบว่า มีผู้ป่วยส่งเข้าระบบ COC ปี ๒๕๖๕- ๒๕๖๖ และ ๒๕๖๗ (ข้อมูล ๖ เดือน) จำนวน ๒๔, ๑๐๒ และ ๗๐ ราย และผลการใช้รูปแบบในการติดตามเยี่ยมบ้านในพื้นที่อำเภอเมืองพบว่า ได้รับการติดตามเยี่ยมคิดเป็นร้อยละ ๗๗.๗๗, ๘๘.๘๘ และ ๖๗.๗๔ ตามลำดับ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน อยู่ที่ร้อยละ ๘.๕๗, ๒.๙๗ และ ๒.๓๖ ตามลำดับ อัตราการจำหน่ายทุเลาอยู่ที่ร้อยละ ๖๖.๖๖, ๘๔.๔๔ และ ๕๘.๐๖ ตามลำดับ อัตราการ Re admit เป็น ๐ อัตราการเกิดข้อสะโพกหรือกระดูกอื่นหักซ้ำ เป็น ๐

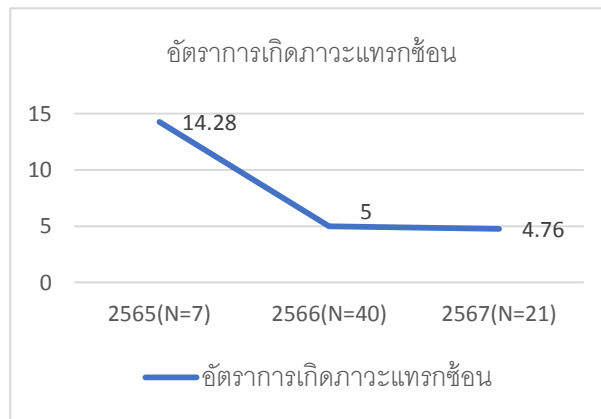
แผนภูมิที่ ๑ แสดงจำนวนผู้ป่วยข้อสะโพกหักที่ได้รับการส่งเยี่ยมบ้านผ่านระบบ COC ในพื้นที่จังหวัดระยอง



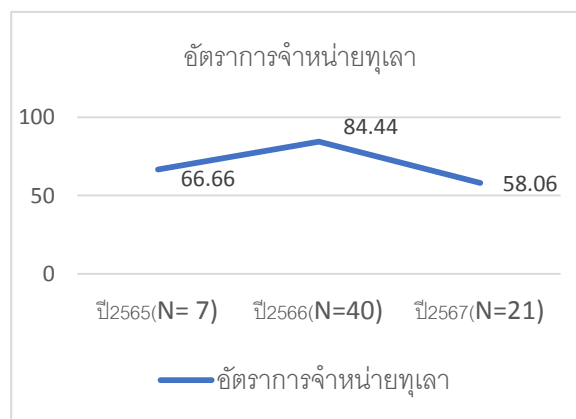
แผนภูมิที่ ๒ แสดงอัตราผู้ป่วยข้อสะโพกหักที่ได้รับการเยี่ยมบ้านในพื้นที่อำเภอเมือง



แผนภูมิที่ ๓ แสดงอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยข้อสะโพกหักที่ได้รับการเยี่ยมบ้านในพื้นที่อำเภอเมือง



แผนภูมิที่ ๔ แสดงอัตราการจำหน่ายทุเลาในผู้ป่วยข้อสะโพกหักที่ได้รับการเยี่ยมบ้านในพื้นที่อำเภอเมือง



ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้แก่ ข้อเข่าติด ระดับ Mild ๑ ราย ระดับ Moderate ๒ ราย ๑ ราย เสียชีวิต

ก่อนติดตามครบ ๑ ปี เนื่องจากสูงวัย อายุ ๘๒ ปี ผลกดทับที่ก้น ระดับ ๑ จำนวน ๒ ราย ระดับ ๓ จำนวน ๑ ราย มีภาวะซึมเศร้า ๑ ราย ส่งพบจิตแพทย์ผู้ป่วยที่พบภาวะแทรกซ้อนจะเป็นผู้ป่วย Grade C ซึ่งจะพบปัญหาที่มีโรคประจำตัว ไม่มี care giver หรือ care giver ไม่มีศักยภาพเพียงพอ มีจำนวนผู้ป่วยที่ติดตามไม่ได้ ปี ๒๕๖๕-๒๕๖๗ จำนวน ๑, ๕ และ ๕ รายตามลำดับ เกิดจากการให้ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ไม่ถูกต้อง ย้ายที่อยู่ออกจากพื้นที่ ปี ๒๕๖๗ มีผู้ป่วยในพื้นที่ รพ.สต.ไม่ได้รับการติดตาม เยี่ยมตามเกณฑ์ ๕ ราย

อภิปรายผล

รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยหลังการผ่าตัดข้อสะโพกหักที่บ้านด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ ช่วยให้ทีมทำงานร่วมกันง่ายขึ้นมีแนวทางชัดเจนในการติดตามเยี่ยม และได้รับการประเมินผู้ป่วยในแต่ละระยะการดูแล ทีมสหสาขาวิชาชีพ และเครือข่ายได้พัฒนาความรู้ สร้างการเรียนรู้ร่วมกันผ่านระบบการ

สื่อสารที่ทันสมัย โปรแกรม Thai COC และ Line group นโยบายการทำผ่าตัดผู้ป่วยข้อสะโพกหักเร็ว ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุมแบบองค์รวม เชื่อมต่อทั้งการรักษาในโรงพยาบาลและการดูแลที่บ้านรวมถึงกรณีผู้สูงอายุจะได้รับการดูแล ด้านส่งเสริมป้องกันเชื่อมต่อกับคลินิกสุขภาพผู้สูงในชุมชนอีกด้วย

ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

๑. ปี ๒๕๖๗ มีการเปลี่ยนต้นสังกัดของรพ.สต.ในเครือข่ายสุขภาพอำเภอเมืองจาก กระทรวงสาธารณสุขเป็นกระทรวงมหาดไทย และมีการโยกย้ายเจ้าหน้าที่ ทำให้ขาดการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในพื้นที่ของรพ.สต. วางแผนในปีต่อไปเมื่อระบบนี้จะประสานงานกับอบจ.หรือท้องถิ่นต้นสังกัดจัดให้มีการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ให้บริการเพิ่มเติม
๒. ผู้ดูแลหรือผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุ ใช้สื่อโซเชียลไม่เป็น ไม่มีผู้ดูแลที่มีศักยภาพในครอบครัว
๓. การปรับปรุงบ้านซึ่งเป็นบ้านเช่าค่อนข้างทำได้ยากด้านโครงสร้าง ต้องประยุกต์ตามสถานการณ์ มีการประสานงานหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมทั้งภาครัฐและเอกชนในการปรับปรุงโครงสร้างบ้าน เช่น ทำทางลาด
๔. วางแผนในการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมปรับให้ขยายผลการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยหลังการผ่าตัดข้อสะโพกหักที่บ้านด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพที่ได้พัฒนาแล้วทั้งจังหวัดระยอง
๕. กรณีปัญหาที่อยู่ไม่เป็นปัจจุบันทำให้ติดต่อผู้ป่วยไม่ได้มีแนวทางการส่งข้อมูลคืนผู้ป่วยใน และให้พยาบาลหอบุคลากรสอบสวนที่อยู่กับญาติให้เป็นปัจจุบันทุกครั้งก่อนส่งข้อมูลCOC หรือ การพยาบาลชุมชนร่วมทำ discard plan ร่วมกับพยาบาลหอบุคลากร

เอกสารอ้างอิง

๑. ภัททิรา เวียงคำ,และคณะ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมPhrae FLS เพื่อลดอุบัติการณ์กระดูกหักซ้ำในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักโรงพยาบาลแพร่. Journal of the Phrae Hospital. ๒๐๒๒;๓๐(๑):๑๑๒-๑๒๖.
- เกษร จรรย์รัตน์. ตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์ทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่เปลี่ยนข้อสะโพกเทียม. ๒๕๕๗. สืบค้นจาก<https://ir.stou.ac.th/handle/๑๒๓๔๕๖๗๘๙/๒๓๐>
- กรรณิการ์ ปลื้มสง. ผลการพัฒนา รูปแบบการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเครือข่ายโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช.มหาราชนครศรีธรรมราชเวชสาร. ๒๕๖๕;๖๑(๑):๑๘-๓๐.
- โรงพยาบาลระยอง.สถิติผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก (รายงานสถิติประจำปี ๒๕๖๗).ระยอง:โรงพยาบาลระยอง.
- โรงพยาบาลระยอง.ข้อมูลการดูแลต่อเนื่อง(รายงานสถิติประจำปี ๒๕๖๖-๒๕๖๗).ระยอง:โรงพยาบาลระยอง.

การรักษาผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด

มนิดา ศรีล้วน

โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มทวชิราลงกรณ

หลักการ และเหตุผล

สถานการณ์ปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทยมีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงจากโรคติดต่อเป็นโรคไม่ติดต่อเพิ่มขึ้นเนื่องจากสภาพสังคมเศรษฐกิจและวัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลงไปประชาชนมีแบบแผนการดำเนินชีวิตขาดสมดุลภาพขาดความเข้าใจในการดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้องส่งผลต่อสุขภาพอนามัยทั้งด้านร่างกายและจิตใจทำให้ผู้คนในยุคปัจจุบันมีปัญหาสุขภาพร่างกายที่ทรุดโทรมเกิดโรคต่าง ๆ ตามมามากมายโดยเฉพาะปัจจุบันนี้โรคที่เกิดจากโรคไม่ติดต่อมีอัตราการเจ็บป่วยสูงขึ้นเรื่อย ๆ เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเปลี่ยนไป เช่นขาดการออกกำลังกาย มีค่านิยมในการรับประทานอาหารเปลี่ยนไป นิยมบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง อาหารที่ไม่เป็นประโยชน์ต่อร่างกายเพิ่มมากขึ้น และมีภาวะความเครียด ปัญหาเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด มะเร็งต่าง ๆ ได้กลายเป็นปัญหาตามมาอย่างต่อเนื่องมากขึ้น ซึ่งโรคเรื้อรังเหล่านี้มีค่าใช้จ่ายสูงในการรักษา หากผู้ป่วยดูแลตนเองไม่ดียังทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมาส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นอีกด้วย ซึ่งจากสถานการณ์พบว่าอำเภอเมืองอุบลราชธานีมีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนตั้งแต่ปี ๒๕๖๔ ถึง ปี ๒๕๖๖ เพิ่มขึ้นตามลำดับคือ ๘,๓๕๕ คน ๙,๑๙๗ คน และ ๙,๓๒๕ คนและในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ยังพบผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ จำนวน ๒๗๗คนจากการตรวจ HbA๑c พบว่าผู้ป่วยสามารถควบคุม HbA๑c < ๗ เปอร์เซนต์ ได้ร้อยละ ๓๑.๒๒ ส่วนที่เหลือคือกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุม HbA๑c < ๗ เปอร์เซนต์ คิดเป็น ร้อยละ ๖๐.๓๒ ผู้ป่วยที่คุมไม่ได้ส่วนใหญ่ ไม่สามารถควบคุมตนเองเรื่องการรับประทานอาหาร และการรับประทานยาไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์

จากสถานการณ์ดังกล่าวเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาล๕๐พรรษามทวชิราลงกรณได้เห็นความสำคัญจึงศึกษาผลของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโครงการรักษาผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด (Diabetes Remission with intensive lifestyle intervention) เพื่อให้ลดระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ และมีระดับน้ำตาลสะสม HbA๑c < ๗ เปอร์เซนต์ลดความรุนแรงของโรค ค่าใช้จ่ายและเพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการและจัดบริการให้คำปรึกษาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

๑.เพื่อศึกษาผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานตามแนวทางการรักษาผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด (Diabetes Remission with intensive lifestyle intervention)

การดำเนินการศึกษา

- ๑.วิเคราะห์ปัญหาสาเหตุและปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถคุมระดับน้ำตาลได้
- ๒.ชี้แจงทำความเข้าใจกับเจ้าหน้าที่ในการดำเนินกิจกรรม

๓.คัดเลือกกลุ่มผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการตามเกณฑ์ดังนี้ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ได้รับการวินิจฉัยไม่เกิน ๕ ปี มีภาวะอ้วน (BMIมากกว่า ๒๕) ไม่มีโรคร่วมรุนแรง ผู้ป่วยสมัครใจเข้าร่วม

๔.ชี้แจงโครงการรักษาผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด (Diabetes Remission with intensive lifestyle intervention) แก่ผู้เข้าร่วมกิจกรรม

๕.ประเมินความรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบโดยใช้แบบสอบถาม (Pre- test)

๖.การประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วย โดยใช้เครื่องตรวจBody composition ตรวจFBSและHbA๑c ก่อนดำเนินกิจกรรม

๗.อบรมเพิ่มศักยภาพการรับรู้ด้านสุขภาพการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแนวทางการรักษาผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด (Diabetes Remission with intensive lifestyle intervention) เรื่องความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ระบบเผาผลาญ และการดื่มน้ำชูลินอาหารพร้อมแป้งหรือโลว์คาร์บและฝึกการคำนวณคาร์บอาหารและ สารอาหาร ความสำคัญของน้ำตาลหลังอาหาร และติดตามน้ำตาลหลังอาหาร ๒ ชม.การกินแบบจำกัดช่วงเวลา Intermittent Fasting (IF) และ การกินแบบจำกัดเวลาที่สัมพันธ์กับการกินยากิจกรรมการออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวาน

๘.จัดรูปแบบกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแนวทางทางการรักษาผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด (Diabetes Remission with intensive lifestyle intervention) โดยการติดตามค่าระดับน้ำตาลเป็นเวลา ๓เดือน ที่ รพ.สต. โดยเจาะก่อนอาหาร และหลังอาหาร ๒ ชม. สัปดาห์ละ ๑วัน ครบ ๑ เดือนพบแพทย์ที่ รพ.สต. เพื่อพิจารณาแผนการรักษา ทำติดต่อกัน ๓เดือนและติดตามผลน้ำตาลสะสม HbA๑cสรุปผลในเดือนที่ ๓

๙.ติดตามกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยการจัดตั้งกลุ่ม Line Official Account ในการติดตามระดับน้ำตาลก่อน และหลังอาหาร รวมถึงการให้คำปรึกษาปัญหาโดยทีมสหวิชาชีพ

๑๐.สรุปผลลัพธ์ทางคลินิกประเมินความรู้แบบสอบถาม (Post- test) พร้อมทั้งสะท้อนผลก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาผู้เข้าร่วมโครงการทั้งหมด๑๙ คนอายุอยู่ในช่วง ๓๒ - ๖๑ ปี เพศชาย ๕ คน เพศหญิง ๑๔ คนเมื่อสิ้นสุดโครงการจำนวนผู้ที่อยู่ครบโครงการทั้งหมด ๑๗ คนชาย ๓ คน หญิง ๑๔ คนพบว่า

จำนวนผู้ป่วย ที่ผลFBS น้อยกว่า ๑๓๐ mg% จำนวน ๘ ราย คิดเป็นร้อยละ ๔๗.๐๕

FBS ๑๓๐ – ๑๕๙ mg% จำนวน ๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๗.๖๔

FBS มากกว่า๑๖๐ mg% จำนวน ๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๓๕.๒๙

จำนวนผู้ป่วย ที่น้ำหนักลดลงในช่วงร้อยละ ๑.๓-๔.๗ ของน้ำหนักตัว

จำนวนผู้ป่วย ที่ผล HbA๑c ลดลง๑๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๔.๑๑

จำนวนผู้ป่วยที่ผล HbA_{1c} ลดลงอยู่ในเกณฑ์ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี น้อยกว่า ๖.๕ จำนวน (๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๙.๔๑) จำนวนผู้ป่วยที่ผล HbA_{1c} เพิ่มขึ้นจากเดิม ๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๕.๘๘ จำนวนผู้ป่วยที่เริ่มหยุดยาเมื่อดำเนินกิจกรรมครบ ๓ เดือนจำนวน ๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๕.๘๘

จากการถอดบทเรียน พบว่าผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรมมีความคาดหวังในเรื่องการได้หยุดรับประทานยา ไม่ต้องรับประทานยาตลอดชีวิตเป็นอันดับแรกและผลการประเมินความรู้ก่อน และหลังเข้าร่วมกิจกรรม มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพก่อนเข้าร่วมโครงการ คิดเป็นร้อยละ ๔๑.๖๖ หลังเข้าร่วมกิจกรรมคิดเป็นร้อยละ ๗๒.๙๑ พบว่ายังขาดความเข้าใจในเรื่องของการออกกำลังกาย เรื่องความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานก่อนเข้าร่วมกิจกรรมมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องคิดเป็นร้อยละ ๕๐.๐๐ หลังเข้าร่วมกิจกรรมมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องคิดเป็นร้อยละ ๗๔.๖๐ มากกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมและพบว่าความรู้ความเข้าใจที่ผู้ป่วยยังเข้าใจไม่ถูกต้องคือเรื่องของปริมาณอาหารที่ควรรับประทานในแต่ละวัน เรื่องของการดูแลเท้าผู้ป่วยเบาหวาน

อภิปรายผล

สรุปการดำเนินตามแนวทางการรักษาผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด (Diabetes Remission with intensive lifestyle intervention) มีประสิทธิภาพในการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการตนเองเพื่อให้ผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้น จึงได้นำแนวทางการรักษาผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด (Diabetes Remission with intensive lifestyle intervention) ขยายการดำเนินงานไปในปี ๒๕๖๗ ในเครือข่ายบริการ โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ และมีการพัฒนากิจกรรมการให้ความรู้ในเรื่องที่ผู้ป่วยยังขาดจากการทำกิจกรรมครั้งนี้

ข้อเสนอแนะ

ในการสรุปว่าผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสงบหรือไม่ต้องติดตามกลุ่มผู้ป่วยที่มีการหยุดยาเพื่อประเมินผลการหยุดยาต่อเป็นระยะเวลาอีก ๓ เดือน ถ้าสามารถหยุดยาได้ และมีระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ปกติ และระดับ HbA_{1c} น้อยกว่า ๖.๕ เปอร์เซ็นต์ ก็จะเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบดังนั้นการศึกษาจัดรูปแบบกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแนวทางการรักษาผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบต้องมีการดำเนินการอย่างน้อย ๖ เดือน เพื่อสรุปผล

เอกสารอ้างอิง

ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย. (๒๕๖๕). แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ ๒ ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข (Diabetes remission in type ๒ diabetes with intensive lifestyle intervention guide for healthcare providers). กรุงเทพฯ

การพัฒนาารูปแบบการยืนยันตัวตน Digital ID หมอพร้อม CUP เมืองยโสธร

รัชดาภรณ์ แสงภักดีผกามาสา กองคำ และกรปิยา ลอยหา
โรงพยาบาลยโสธร

หลักการ และเหตุผล

ตามที่รัฐบาลได้ประกาศนโยบายยกระดับ ๓๐ บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว นำร่องใน ๔ จังหวัด ตั้งแต่ มกราคม ๒๕๖๗ และขยายให้ครอบคลุมทั่วประเทศในระยะต่อไป ซึ่งรวมถึงจังหวัดยโสธรด้วย เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมให้กับประชาชน ให้สามารถรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวตามนโยบายเน้นหนัก โดยให้ความสำคัญกับการเพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชนทุกคน ทุกกลุ่ม ทุกพื้นที่ ผลักดันให้เกิดการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพจากหน่วยบริการทุกระดับ ทุกสังกัด และยกระดับหน่วยบริการให้เป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะ (Smart Hospital) นำเทคโนโลยีดิจิทัลมาประยุกต์ใช้จัดบริการสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นประวัติสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ การออกใบรับรองแพทย์ดิจิทัล ใบสั่งยาใบสั่งแล็บออนไลน์ การแพทย์และเภสัชกรรมทางไกล การนัดหมายออนไลน์ ส่งยาและเวชภัณฑ์ที่บ้านผ่าน Health Rider และการส่งยาทางไปรษณีย์ โดยคำนึงถึงความปลอดภัยทางไซเบอร์และการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล ช่วยลดความแออัดในโรงพยาบาล ลดระยะเวลารอคอย และลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชนผ่านแอปพลิเคชันหมอพร้อม ดังนั้นเพื่อให้ประชากรอำเภอเมืองยโสธรมีความพร้อม กับระบบสุขภาพยุคดิจิทัล จำเป็นต้องลงทะเบียน Digital ID และ Application หมอพร้อมให้ครอบคลุมมากที่สุด CUP เมืองยโสธร มี ๒๒ รพ.สต. ๒ PCU ถ่ายโอนไป ๑๗ รพ.สต. เกิดปัญหาอุปสรรค ความคลอบคลุมในการดำเนินงาน ผลงานต่ำ ประชาชนต้องเข้าถึงข้อมูลสุขภาพดิจิทัลน้อย ซึ่งกลุ่มเป้าหมายคือ ประชากร type ๑ ที่อยู่จริงในอำเภอเมือง จำนวน ๘๘,๙๗๖ คน จำแนกเป็น แรกเกิด - ๗ ปี จำนวน กลุ่ม ๖๐๘ จำนวน ๖,๐๒๑ คน (๖.๗๗) วัยเรียนประถม-มัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน ๑๔,๐๔๗ คน (๑๕.๗๙) วัยทำงาน จำนวน ๔๘,๕๐๕ คน (๕๔.๕๑) วัยสูงอายุ ๒๐,๔๐๓ คน (๒๒.๙๓)

ดังนั้น งานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและสนับสนุนเครือข่าย กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลยโสธร จึงได้ดำเนินการพัฒนารูปแบบการขึ้นทะเบียนยืนยันตัวตน (Digital ID) หมอพร้อมให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพดิจิทัล และใช้ประโยชน์จากแอปพลิเคชันหมอพร้อมได้อย่างเต็มศักยภาพและเห็นความสำคัญความจำเป็นในการมีและใช้หมอพร้อม

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อศึกษาสถานการณ์การยืนยันตัวตน Digital ID CUP เมืองยโสธร
๒. พัฒนารูปแบบการยืนยันตัวตน (DID) หมอพร้อมให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย
๓. กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงข้อมูลสุขภาพดิจิทัลและใช้แอปพลิเคชันหมอพร้อมได้

การดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้ใช้ Deming Cycle : แนวคิด PDCA หัวใจสำคัญในการปรับปรุง พัฒนาอย่างต่อเนื่อง โครงสร้างของ PDCA ประกอบด้วย ๑) Plan คือการวางแผน ๒) Do คือการปฏิบัติตามแผน ๓) Check คือการตรวจสอบ ๔) Act คือการปรับปรุงการดำเนินงาน หรือการจัดทำมาตรฐานใหม่ ซึ่งถือเป็นพื้นฐานของการยกระดับคุณภาพทุกครั้งที่ทำเนิงานตามวงจร PDCA ก็จะเป็นแรงส่งการดำเนินงานในรอบต่อไป และก่อให้เกิดการปรับปรุงต่อเนื่อง ในประชากรกลุ่มเป้าหมาย ๘๘,๙๗๖ คน

ผลการศึกษา

วงรอบที่ ๑ วงรอบที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๖

ระยะที่ ๑ Plan : การวางแผน

๑.๑ ศึกษานโยบายยกระดับ ๓๐ บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวในส่วนของประชาชนต้องลงทะเบียนยืนยันตัวตน DID หมอพร้อม เพื่อข้อมูลสุขภาพของตนเอง และเป็นข้อมูลเบื้องต้นให้กับหน่วยบริการที่เข้ารับการรักษาได้ทั่วประเทศ

- นำร่องระยะแรก ๔ จังหวัด ดำเนินการตั้งแต่ มกราคม ๒๕๖๗ ประกาศระยะที่ ๒ เดือนมีนาคม เพิ่มอีก ๘ จังหวัด ระยะที่ ๓ เดือนพฤษภาคม ส่วนจังหวัดยโสธรอยู่ในระยะที่ ๔ ครอบคลุมทุกจังหวัดทั่วประเทศ

๑.๒ วิเคราะห์สถานการณ์ วิธีการ ขั้นตอน การขึ้นทะเบียน DID หมอพร้อม เพื่อกำหนดกลยุทธ์การดำเนินงานให้ถึงเป้าหมายเช่น บุคลากร หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง, ศึกษาวิธีการยืนยันตัวตน DID หมอพร้อม , กลุ่มเป้าหมาย, วัสดุ อุปกรณ์ที่ต้องใช้, แผนเชิงรุก เชิงรับ

- บุคลากรกลุ่มงานเวชกรรมสังคม และ ๒ PCU ในเครือข่าย ยังไม่เข้าใจและมีทักษะในการยืนยันตัวตน DID หมอพร้อม จึงได้จัดการเรียนรู้กลุ่มย่อยกับงาน IT โรงพยาบาลยโสธร และถ่ายทอดกันต่อไป ๒ PCU จำนวน ๑๘ คน

- ขอสนับสนุนอุปกรณ์จากโรงพยาบาลยโสธร และได้รับการสนับสนุน Computer, กล้อง web camera และ ตัวปล่อยสัญญาณชนิดพกพา Wifi พร้อมซิม จำนวน ๓ ชุด

๑.๓ วางแผนการดำเนินงาน ตามการวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ และการวางแผนแก้ไข

- ผลงานการยืนยันตัวตน DID หมอพร้อม เดือนมกราคม ๒๕๖๗ ได้ร้อยละ ๐.๗๐ ต่ำมาก เนื่องจากตั้งรับที่เดียว คือ OPD โรงพยาบาลยโสธร

- ประชุมทีมกลุ่มงานเวชกรรมสังคมและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองในการวางแผนและมอบหมายภารกิจเร่งด่วนในการดำเนินการ

ระยะที่ ๒ DO : การปฏิบัติตามแผน

๒.๑ การยืนยันตัวตน DID หมอพร้อม เป็นกระบวนการเริ่มต้นของนโยบาย อำเภอเมืองมีประชากรกลุ่มเป้าหมาย ๘๘,๙๗๖ คน

๒.๒ พัฒนาศักยภาพ เจ้าหน้าที่ในการยืนยันตัวตน DID หมอพร้อม กับ IT โรงพยาบาลยโสธร ผ่านการฝึกทักษะ จำนวน ๑๘ คน

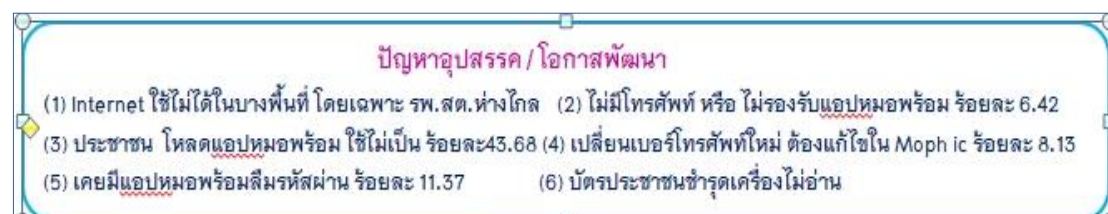
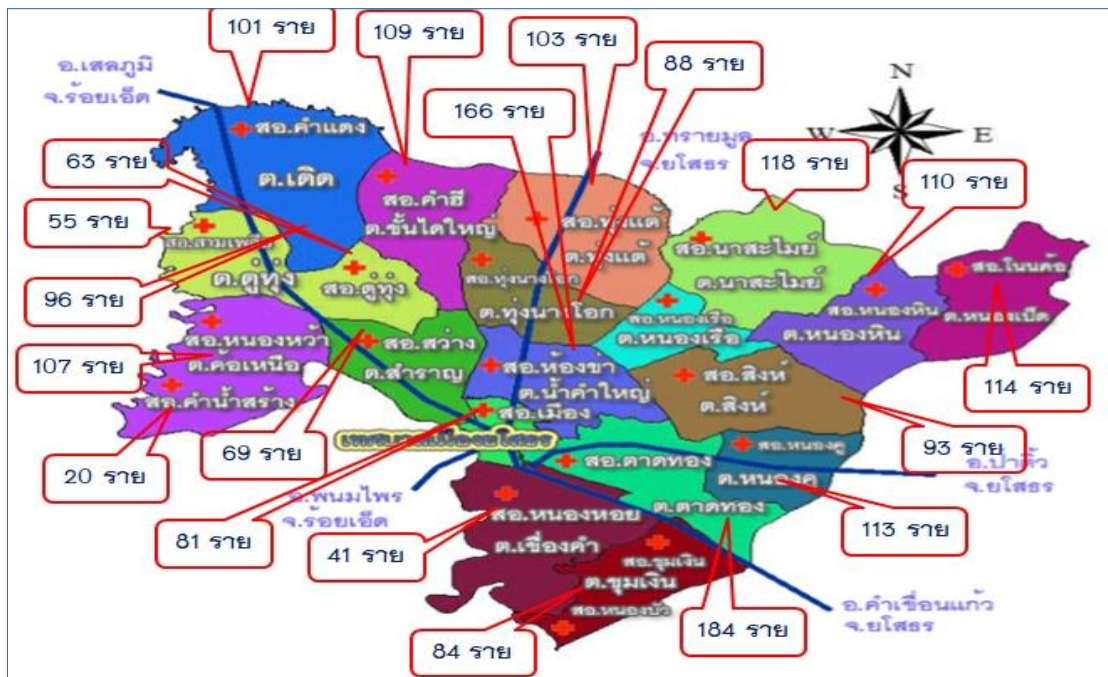
๒.๓ ขอสนับสนุนอุปกรณ์ ในเดือน มกราคม ๒๕๖๗ คือ computer, เครื่องปล่อยสัญญาณ Internet, กล้อง web camera ได้รับสนับสนุนจำนวน ๓ ชุด เพื่อออกปฏิบัติงานเชิงรุก

๒.๔ ออกเชิงรุกในชุมชนเขตเทศบาลเมืองยโสธร ในเดือนมกราคม ๒๕๖๗ และ รพ.สต.๒๒ แห่ง ทั้งถ่ายโอนสังกัด อบจ. และไม่ถ่ายโอน ในเดือน กุมภาพันธ์ – มีนาคม ๒๕๖๗

ระยะที่ ๓ Check : การตรวจสอบ

- เดือน มกราคม ๒๕๖๗ ผลงานการออกเชิงรุกในเขตเทศบาลเมืองยโสธร ร้อยละ ๑.๑๓ เพิ่มขึ้นเล็กน้อย

- เดือน กุมภาพันธ์ – มีนาคม ๒๕๖๗ ออกเชิงรุก รพ.สต. บูรณาการกับ สสอ.เมืองยโสธรและ รพ.สต.ในวันที่มีการประชุมประจำเดือน อสม. ผลงาน ร้อยละ ๔.๗๘



ระยะที่ ๔ Act : ปรับปรุงการดำเนินการอย่างเหมาะสม

๔.๑ ในช่วงแรกที่ยังออก DID เชียงรุ้งพื้นที่ทั้งในเขตเทศบาลและ รพ.สต. เป็นเจ้าหน้าที่ในกลุ่มงานเวชกรรมสังคมเป็นส่วนใหญ่ และเจ้าหน้าที่ IT ลงโปรแกรมเป็นรหัสของโรงพยาบาลโสธร ดังนั้นผลงานจึงขึ้นในรหัสโรงพยาบาลโสธร ๑๐๗๐๑ ไม่ขึ้นผลงานของพื้นที่ PCU และ รพ.สต.

๔.๒ เจ้าหน้าที่ รพ.สต.ยังไม่ได้รับการพัฒนาศักยภาพในการทำ DID และอุปกรณ์ไม่พร้อม เช่น ยังไม่ลงโปรแกรม ekyc , ไม่มี กล้อง web camera ผลงานจึงไม่เพิ่มมากนัก

วงรอบที่ ๒ เมษายน – มิถุนายน ๒๕๖๗

ระยะที่ ๑ Plan : การวางแผน

- พัฒนาศักยภาพ เจ้าหน้าที่ รพ.สต.ทุกแห่ง โดย กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
- ทีม IT CUP เมืองยโสธร ลงโปรแกรม ekyc และสอนวิธีการลง การใช้โปรแกรมให้ทุกแห่ง
- ทีม วสค ร่วมกับ สสอ.และ รพ.สต. ทำ DID เชิงรุกในประชาชนทั่วไป โรงเรียน วัด และตั้งรับ

ในสถานบริการ

ระยะที่ ๒ DO : การปฏิบัติตามแผน

- ออกเชิงรุก DID ทุก รพ.สต., โรงเรียนประถมศึกษา, โรงเรียนมัธยมศึกษา, โรงงาน , บริษัท , วัด บูรณาการกับทุกงานที่ออกเชิงรุก เช่นคัดกรอง TB ด้วยรถ X- ray mobile
- ทำหนังสือราชการประสานถึง นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดในการขอความร่วมมือ ทำ DID เพื่อให้ประชาชนได้ประโยชน์ในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเอง และสนองนโยบายของรัฐบาล

ระยะที่ ๓ Check : การตรวจสอบ

- ผลงานเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ ๑๘.๕๗ - เจ้าหน้าที่ รพ.สต.ทำ DID ได้ทุกแห่ง
- ได้รับความร่วมมือจาก รพ.สต.สังกัด อบจ.เพิ่มมากขึ้น



หมายเหตุ : ■ รพ.สต.สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

■ รพ.สต.สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดยโสธร

■ PCU บ้านท่าศรีธรรม ,PCUเมืองยโสธร สังกัดโรงพยาบาลยโสธร

ระยะที่ ๔ Act : ปรับปรุงการดำเนินการอย่างเหมาะสม

- เพิ่มการประชาสัมพันธ์ ประโยชน์ของ DID หมอพร้อมให้เข้าถึงประชาชนมากที่สุด
- กำหนดเป็นนโยบายเร่งด่วนเพื่อประโยชน์ของประชาชน ร่วมกับ อบจ.
- เพิ่มช่องทางการเข้าถึงในองค์กรเอกชนและหน่วยงานภาครัฐให้มากขึ้น
- เพิ่มความสะดวก ใช้เวลานานในการทำ DID
- เปิด slot ให้จองคิวทำฟัน ทันตกรรม, กายภาพ และแพทย์แผนไทย



อภิปรายสรุป ข้อเสนอแนะ

ระบบสุขภาพดิจิทัล เป็นเรื่องใหม่สำหรับประชาชนและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติ นโยบายถูกถ่ายทอดมาโดยกระทรวงสาธารณสุข ผู้ปฏิบัติงานทำทุกวิธีการเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายได้รับการยืนยันตัวตน และสามารถใช้อุปกรณ์พร้อมกันได้ ข้อจำกัดหรืออุปสรรค คงไม่พ้นความไม่พร้อม ไม่เข้าใจ ไม่ยอมรับและตามเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วไม่ทันของประชาชนในชนบท ด้วยบริบทวิถีชีวิตที่ไม่มี internet ไม่มี Smart phone ไม่เห็นความสำคัญ ไม่เห็นความจำเป็นในการยืนยันตัวตน DID และใช้พร้อมๆ มีความกังวลในการถ่ายภาพยืนยันตัวตน เสียบัตรประชาชนกับเครื่องอ่าน smart card ข้อมูลส่วนตัวจะไปอยู่กับกลุ่ม Call Center หรือไม่

ปัจจัยความสำเร็จ คือ การสร้างองค์ความรู้ความเข้าใจกับเจ้าหน้าที่ ผู้บริหารสนับสนุน วัสดุ อุปกรณ์ และประสานเครือข่ายเชิงนโยบาย ขอความร่วมมือกับ นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดยโสธร ทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ส่วนประชาชนกลุ่มเป้าหมาย สื่อสารโดยตรงโดยเจ้าหน้าที่ออกเชิงรุกถึงชุมชน ถึง รพ.สต. และอาศัยเครือข่าย อสม. ผู้นำชุมชน และลูกหลาน เด็กนักเรียนที่บ้าน คุณครู ที่โรงเรียน หน่วยงานรัฐ บริษัท ร้านค้า โรงงาน ทำให้ไม่เป็นการพาทำ พาสัมคร จนสามารถใช้งานพร้อมกันได้ และทุกคนที่ทำได้จะเห็นประโยชน์ของข้อมูลสุขภาพตนเองในหมอพร้อม

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. แผนงาน/โครงการและตัวชี้วัด กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ

พ.ศ.๒๕๖๗. จาก https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/๒๐๒๓/๑๒/E-book-plan-kpi-๖๗-final_web-v๒-๖๖.pdf

กระทรวงสาธารณสุข. แผนขับเคลื่อนนโยบายกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๖๗. จาก

http://www.cnto.moph.go.th/upload_files/๒๐๒๕๖๗.pdf

โรงพยาบาลโป่งน้ำร้อน. (๒๕๖๒). การประชาสัมพันธ์ข้อมูลให้บริการระบบ EMS. ๓๑ ก.ค.๒๕๖๑, จาก

<http://pongnamron.thaidns.comCEMS๖๑.pdf>

การพัฒนาระบบฐานข้อมูลในยุคดิจิทัล เพื่อสนับสนุนการบริการสาธารณสุข (Digital Transformation) โดยใช้ Google Sites โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

กนกพร ยอดยศ
โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

หลักการ และเหตุผล

Digital Disruption หรือการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีดิจิทัล ได้พัฒนาขึ้นจนถึงจุดที่ก่อให้เกิดนวัตกรรมใหม่ๆ และเติบโตขึ้นจนกลายเป็นพลังสำคัญในหลาย ๆ งานด้านสาธารณสุขและวิกฤติ COVID-๑๙ เป็นตัวเร่งการเปลี่ยนแปลงงานด้านสาธารณสุขไปสู่ดิจิทัลมากยิ่งขึ้น กลุ่มงานข้อมูลทางการแพทย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เป็นหน่วยบริการที่สนับสนุน และรายงานข้อมูลการบริการต่างๆ ของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด เช่น ข้อมูลบริการหน่วยงานต่างๆ ทั้ง OPD IPD ER ข้อมูลอัตราการเสียชีวิตกลุ่มโรคต่างๆ มีรูปแบบการรายงานเพื่อตอบตัวชี้วัดรายเดือน รายไตรมาส รายปี รวมถึงการขอข้อมูลเพื่อการวิจัยของบุคลากร ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล เดิมใช้มีการเขียนคำร้องขอข้อมูลผ่านเอกสารแบบฟอร์ม ผู้ร้องขอต้องเดินทางมาที่กลุ่มงานข้อมูลทางการแพทย์เพื่อเขียนคำร้องใส่กระดาษ ทำให้ไม่สะดวก และเสียเวลา รวมถึงรายละเอียดของข้อมูลที่ต้องการไม่ครบถ้วน ตัวหนังสือไม่ชัดเจน และมีการสูญหายของเอกสาร ส่งผลต่อการรวบรวมสถิติประเภทข้อมูลที่ถูกร้องขอ และไม่สามารถทำเป็นฐานข้อมูลได้ ในช่วงตุลาคมปี ๒๕๖๕ จึงได้พัฒนาระบบการร้องขอข้อมูลผ่านระบบออนไลน์ โดยใช้ Google form เพื่อให้การบริการ มีความสะดวก รวดเร็ว และมีข้อมูลเก็บไว้ใน Cloud สามารถเห็นข้อมูลได้ทุกที่ทุกเวลา และข้อมูลที่ถูกร้องขอมาในระบบ จะประมวลออกมาเป็นประเด็นหลักๆ และได้นำมาพัฒนาเป็น Dashboard ข้อมูลบริการ ที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการ ที่จะเห็นข้อมูลแบบ Realtime หลังการพัฒนาได้มีการประเมินความพึงพอใจ พบว่า มีความพึงพอใจภาพรวม (ระดับดีมาก ๖๒.๕ และระดับดี ๓๗.๕)^๑ และได้้นำข้อเสนอแนะจากการสำรวจมาเป็นแนวทางในการออกแบบ/พัฒนาระบบต่อไปให้ดียิ่งขึ้น

ดังนั้น เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพของงานอย่างต่อเนื่อง จึงได้พัฒนาระบบฐานข้อมูลให้สอดคล้องตามการใช้งานของบุคลากรในยุคดิจิทัล เพื่อสนับสนุนการบริการสาธารณสุข (Digital Transformation) โดยใช้ Google Sites โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อพัฒนาระบบฐานข้อมูล ในยุคดิจิทัล เพื่อสนับสนุนการบริการสาธารณสุข (Digital Transformation) โดยใช้ Google Sites โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด
๒. ความพึงพอใจของบุคลากรในการใช้งานระบบฐานข้อมูล ในยุคดิจิทัล เพื่อสนับสนุนการบริการสาธารณสุข (Digital Transformation) โดยใช้ Google Sites โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

การดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ ในพื้นที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นการพัฒนาคูณภาพงาน มีการปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ดำเนินการระหว่าง เดือนตุลาคม ๒๕๖๖ - พฤษภาคม ๒๕๖๗ โดยมีกระบวนการวิจัยตามแนวคิดของ (Kemmis & McTaggart,

๑๙๘๘)^๒ มาเป็นกรอบดำเนินการ ประกอบด้วย ขั้นการวางแผน (Planning) ขั้นปฏิบัติการ (Action) ขั้นการสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) มีขั้นตอนการดำเนินการ ๔ ระยะ ดังนี้

๑ ขั้นการวางแผน (Planning)

๑.๑) คณะผู้ศึกษาได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลสภาพปัญหา (Situation Analysis) จากการขอข้อมูลออนไลน์ หรือการขอข้อมูลผ่านช่องทางต่างๆ รวมถึงปัญหาและข้อจำกัดในการบริการ ด้านข้อมูลสารสนเทศของโรงพยาบาลแก่บุคลากร รวมทั้งการออกแบบวิธีการรวบรวมข้อมูลที่ผ่านมา จึงได้ร่วมกันพัฒนา และออกแบบระบบฐานข้อมูล โดยใช้ Google Sites ในการเก็บรวบรวมวิเคราะห์ ปัญหานั้น ได้มีการประชุมระดมความคิดเห็นเพื่อสะท้อนสภาพปัญหาและข้อเสนอแนะแนวทางการแก้ไข ทั้งนี้ ยังมีผู้ให้ข้อเสนอแนะสำคัญ (Key Information) จำนวน ๓ คน โดยเลือกแบบเจาะจงเพื่อให้ ข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบ ได้แก่ รองผู้อำนวยการด้านสุขภาพดิจิทัล ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้าน ยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ และหัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน โดยใช้ เครื่องมือเก็บข้อมูล คือแบบบันทึกการประชุม

๑.๒) ออกแบบกรอบการนำเสนอข้อมูล ในฐานข้อมูล โดยใช้ Microsoft Excell เพื่อจัดหมวดหมู่ของฐานข้อมูล ให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้งานและสอดคล้องกับการใช้ ประโยชน์จากการเผยแพร่ผ่านระบบออนไลน์

๒ ขั้นปฏิบัติการ (Action)

๒.๑) ผู้ศึกษาพัฒนาระบบฐานข้อมูล โดยใช้ Google Sites ขึ้นมา ภายในกรอบการนำเสนอ ข้อมูล ที่สอดคล้องกับความต้องการ และ จากสถิติการขอข้อมูลออนไลน์ผ่านระบบ Google Form ใน รอบ ๑ ปี ที่ผ่านมาจากบุคลากรโรงพยาบาลร้อยเอ็ด เนื้อหาในระบบฐานข้อมูล ประกอบด้วย ข้อมูล ทั่วไปของโรงพยาบาล ข้อมูลทรัพยากรด้านสาธารณสุข โครงสร้างการบริหารงาน ข้อมูลบุคลากร / แพทย์เฉพาะทาง เครื่องมือแพทย์ ข้อมูลเตียงบริการ การติดตามตัวชี้วัดทุกระดับ (ระดับรพ. ระดับ จังหวัด ระดับเขตสุขภาพ (Service Plan) และระดับกระทรวง) ทั้งนี้ยังมีข้อมูลด้านสถิติบริการ เช่น ข้อมูลสถิติการรับบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ข้อมูลสถานะสุขภาพ (Health Status) ทั้งภาพรวมของ โรงพยาบาลและระดับประเทศ ข้อมูลจากเล่มรายงานของหอผู้ป่วย (มีการอัปเดตทุกเดือน) เป็นต้น

๒.๒) หลังออกแบบระบบแล้ว ดำเนินการสร้างลิงก์ ฝากไว้บนเว็บไซต์ของโรงพยาบาล และ เผยแพร่ในช่องทางการสื่อสารต่างๆ เช่น Line องค์กร เป็นต้น โดยใช้ชื่อว่า “ศูนย์ข้อมูลทางการแพทย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด (Data Center Roi et Hospital)”

๒.๓) ผู้ใช้งานระบบสามารถดาวน์โหลดเอกสารได้ ทั้งนี้ เอกสารที่เกี่ยวข้องข้อมูลโรงพยาบาล หรือบุคลากรทางการแพทย์ หรือรายงานข้อมูลบริการที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยทุกกรณี ผู้พัฒนาได้ทำหนังสือ ขออนุญาตเผยแพร่ข้อมูล ไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ดทุกครั้ง เพื่อปฏิบัติตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งเป็นกฎหมายที่ถูกสร้างมาเพื่อป้องกันการละเมิดข้อมูลส่วนบุคคลของทุก คน รวมถึงการจัดเก็บข้อมูลและนำไปใช้โดยไม่ได้แจ้งให้ทราบ และไม่ได้รับความยินยอมจากเจ้าของ ข้อมูลเสียก่อน

๓ ขั้นการสังเกตการณ์ (Observation)

๓.๑) ผู้ศึกษาได้มีการทบทวน ตรวจสอบข้อมูลให้ถูกต้องก่อนเผยแพร่

๓.๒) มีการกำกับติดตามเฝ้าระวังอย่างสม่ำเสมอ โดยรับเรื่อง ข้อเสนอแนะ จากช่องทางโทรศัพท์ภายในของโรงพยาบาล และช่องทางอื่นๆ เช่น Line Facebook หากมี Feedback จากผู้ใช้งานจะดำเนินการตรวจสอบข้อมูลและแก้ไขทันที

๓.๓) มีการประเมินความพึงพอใจจากผู้ให้บริการ (บุคลากร) โดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ Google form จำนวน ๑๐ ข้อ คำตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) ๕ อันดับ โดยให้ผู้ใช้งานระบบ ตอบคำถามความพึงพอใจต่อการเข้ามาใช้งานในคราวเดียวกัน

๔ ขั้นตอนการสะท้อนผล (Reflection)

ผู้ศึกษาได้มีการรวบรวมข้อเสนอแนะ และความพึงพอใจจากการเข้าใช้งานระบบฐานข้อมูลเพื่อสนับสนุนการบริการสาธารณสุข (Digital Transformation) โดยใช้ Google Sites โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ดทุก ๖ เดือน

ผลการศึกษา

จากการศึกษา พบว่า เดิมกลุ่มงานข้อมูลทางการแพทย์ไม่มีฐานข้อมูลในการรวบรวมข้อมูลต่างๆ อย่างเป็นระบบ หากผู้ใช้ประโยชน์ต้องการข้อมูลจะมีการเขียนคำร้องผ่านระบบออนไลน์ ทั้งนี้หากต้องการข้อมูลด่วน หรือใช้ประโยชน์นอกเวลาราชการ จะต้องรอในวันถัดไป ทำให้เกิดความล่าช้าและอาจเกิดข้อร้องเรียนได้ หลังการพัฒนา พบว่าเกิดการพัฒนาแผนปฏิบัติการ การพัฒนาระบบฐานข้อมูล โรงพยาบาลร้อยเอ็ด สนับสนุนการใช้ข้อมูลบริการสาธารณสุขของบุคลากรในโรงพยาบาล และผลการประเมินความพึงพอใจ พบว่า ผู้ใช้งานมีความพึงพอใจภาพรวม ระดับดีมาก ร้อยละ ๙๐.๐๗ และได้้นำข้อเสนอแนะจากการสำรวจมาเป็นแนวทางในการออกแบบ/พัฒนาระบบต่อไปให้ดียิ่งขึ้นและสรุปเพื่อนำเสนอแก่คณะผู้บริหาร และพัฒนาระบบฐานข้อมูลต่อไป เพื่อให้ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้งาน บนพื้นฐานของข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือ ถูกต้อง มีมาตรฐาน และปลอดภัย

ข้อเสนอแนะ

๑. ควรมีการประเมินทุก ๓ เดือน เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการพัฒนาคุณภาพของข้อมูล ในระบบฐานข้อมูล เนื่องจากหากประเมินทุก ๖ เดือน อาจเกิดความล่าช้าได้

๒. ควรมีการพัฒนาระบบป้องกันความปลอดภัย จากการถูกคุกคาม/โจมตีทางไซเบอร์ (Cyber security) ให้มีความปลอดภัยมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- ๑.กลุ่มงานข้อมูลทางการแพทย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. สถิติความพึงพอใจของผู้ใช้ระบบ Dashboard. โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด. ๒๕๖๖.
๒. Kemmis S. and R. McTaggart. The Action Research Planner. (Victoria, Ed.) (๓rd ed.). Australia: Deaken University Press. ๑๙๘๘.

Photo Talk

หมายเลขPhoto01

เจ้าของผลงานนายเจษฎากร ศิริมงคล

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม

โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก



เยี่ยมบ้าน เยี่ยมใจ

การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยไม่ได้แค่ไปเห็นบ้านแล้วก็กลับ แต่การไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเราจะพบสิ่งที่เราคาดไม่ถึงมากมาย อย่างเช่น ฐานะ การดูแลเอาใจใส่ของบุคคลในครอบครัว รวมถึงสภาพจิตใจของผู้ป่วยเป็นอย่างไร ถ้าเราไม่มีกิจกรรมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเราจะไม่สามารถมองเห็นถึงสิ่งที่คาดไม่ถึงเหล่านั้นเลย เพราะฉะนั้นการเยี่ยมบ้านจึงทำให้ผู้ป่วยและญาติกับเจ้าหน้าที่ในฐานะตัวแทนของโรงพยาบาลได้ใกล้ชิดกันมากยิ่งขึ้น

หมายเลขPhoto02

เจ้าของผลงานพว.ปราณี ช่างไกล

โรงพยาบาลพิจิตร



หมอมาส่งกำลังใจให้ถึงเตียง

ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งระยะสุดท้ายรายใหม่ทุกราย (ที่ยินยอม) จะได้รับการเยี่ยมบ้าน ซึ่งมักพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการปรับตัว เรื่องการดูแลและควบคุมอาการต่างๆที่เกิดขึ้นเช่น อาการปวด อาการเหนื่อย การใช้จ่ายต่างๆโดยเฉพาะมอร์ฟิน ทีมประคับประคองจากโรงพยาบาลพิจิตรประเมินอย่างครอบคลุม และวางแผนลงเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อช่วยแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น ให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ สร้างความมั่นใจในการดูแล สนับสนุนอุปกรณ์ต่างๆ เช่น เครื่องผลิตออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ ปรับทัศนคติที่ถูกต้องชี้แจงแนวทางการรักษา ตลอดจนถึงการวางแผนชีวิตในระยะสุดท้าย(ACP) การทำพินัยกรรมชีวิต(Living will) มันไม่ใช่เรื่องง่ายและต้องใช้เวลา แต่ทีม

หมายเลขPhoto03

เจ้าของผลงานน.ส.ชญาพัฒน์ แก้วแดงมณีศักดิ์
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลเพชรบูรณ์



ทุกภาคส่วนร่วมพลัง สานฝันจัดตั้งสถานชีวาภิบาล

ความร่วมมืออันยิ่งใหญ่จากหัวใจที่ตั้งมั่น เพื่อ รอยยิ้มและยกระดับการดูแลประชาชนนั้นสี่ภาคส่วน อำเภอเมืองเพชรบูรณ์จึงร่วมกันสานฝันสร้างสถานชีวาภิบาลนำร่องไว้ให้ประชาชนได้พึ่งพิงการรวมตัวครั้งใหญ่ของบุคลากรในพื้นที่ตำบลดงมูลเหล็ก โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ (แม่ข่าย) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองเพชรบูรณ์ (สสอ.) และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ (สสจ.) และอีกหลายภาคส่วนสำคัญในพื้นที่

หมายเลขPhoto04

เจ้าของผลงานว่าที่ ร.ต.ณัฐวุฒิ ขุนเทพ
งานป้องกันควบคุมโรคและระบาดวิทยา
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลเพชรบูรณ์



เหนือที่ไหล หัวใจคือประชาชน

ภายใต้ความร้อน 43 องศา ไม่มีอะไรที่บุคลากรทางการแพทย์ จาก โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ และ รพ.สต.วังช่อง ทำไม่ได้การร่วมประชุมวางแผนการทำงานและลงประเมินพื้นที่จริง เพื่อจัดทำโครงการช่วยเหลือประชาชนให้มีสุขภาพที่ดี โดยทีมสหวิชาชีพฟ้าใสๆแต่มีไอความร้อน หาใช้อุปสรรคของเราในการวางแผนดูแลประชาชนไม่...

หมายเลขPhoto05

เจ้าของผลงานนางนาถนภา วงษ์ศีล
รพ.สต.บึงน้ำรักษ์ สสอ.บางน้ำเปรี้ยว จ.ฉะเชิงเทรา



ฟื้นคืนชีพ..กองทุนสวัสดิการชุมชน

ข้าพเจ้าภูมิใจได้ร่วมขับเคลื่อนกองทุนบุญที่หยุดดำเนินการกว่า 10 ปี โดยประสานภาคีในชุมชนสร้างความมั่นใจรู้จักพึ่งตนเอง สร้างการออมเพื่อ “ให้อย่างมีคุณค่า รับอย่างมีศักดิ์ศรี” จากสมาชิก 90 คนสู่ 724 คน ยอดเงินปัจจุบันสองล้าน เกิดเป็น 7 สวัสดิการดูแลทุกกลุ่มวัยอย่างเสมอภาค ผลักดันให้สมาชิกร่วมคิด ร่วมเรียนรู้ และร่วมบริหาร คลุกคลีจนได้รู้ปัญหามาพัฒนานวัตกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้เห็นความสุขผ่านรอยยิ้ม มุ่งสู่เป้าหมายพัฒนาคุณภาพชีวิตของทุกคน

หมายเลขPhoto06

เจ้าของผลงานนายพนานต์พงศ์ ผัดอ่อนอ้าย
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลแม่สอด



อยู่ในป่า เขา ลำเนา ไพร...ไปหาได้ไม่มีปัญหา

ทีมงานป้องกันควบคุมโรค กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลแม่สอดได้รับการแจ้งว่าพบมีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคโควิด-19 อย่างต่อเนื่องนี้จึงระดมทีมภารกิจปฐมภูมิทั้งหมดไปลงพื้นที่สอบสวนโรคเพิ่มเติมและเก็บตัวอย่างผู้สัมผัสเสี่ยงสูงทั้งหมดของหมู่บ้านแห่งนี้ซึ่งเป็นพื้นที่ทุรกันดานอยู่บนภูเขาและห่างไกลจากอำเภอแม่สอดถึง 146 กิโลเมตรใช้ระยะเวลาเดินทางกว่าจะถึงหมู่บ้านนี้ 4 ชั่วโมง อย่างไรก็ตามประชาชนทุกคนได้รับตรวจหาเชื้อรับการรักษา และไม่มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคโควิด-19 มาจนถึงปัจจุบันนี้...

หมายเลขPhoto07

เจ้าของผลงานนางสาวจุฑามณี วงศ์รัตน์
คลินิกหมอครอบครัวบ้านท่าศรีธรรม
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลโสธร



จิตวิญญาณเพื่อนมนุษย์

“จะดูแลมันไปทำไมพวกข้าคุก” คำพูดจากคนภายนอกที่สะท้อนคนทำงาน กำแพงสูงของคนข้างในก็ไม่น่ากลัวเท่าคนข้างนอกที่ปิดกั้น ตัดสิน ให้พวกเขาไม่ได้รับโอกาสเหมือนคนภายนอก ในความโชคร้ายก็ยังมีความโชคดี เมื่อพระบรมวงศานุวงศ์ มีโครงการราชทัณฑ์ปันสุขจึงเล็งเห็นคุณภาพชีวิตของนักโทษ ทำให้นักโทษมีสิทธิเข้าถึงบริการสุขภาพเท่าเทียมเพื่อนมนุษย์ ดิฉันภูมิใจที่ได้ทำหน้าที่นี้ ด้วยความไม่รังเกียจหวาดกลัว และเต็มเปี่ยมไปด้วยจิตวิญญาณของให้ผู้อื่นอย่างสมบูรณ์ ดังคำสอนของพระบิดา “ขอให้ถือประโยชน์ส่วนตัวเป็นที่สอง ประโยชน์ของเพื่อนมนุษย์เป็นกิจที่หนึ่ง ลาภ ทรัพย์ และเกียรติยศ จะตกมาแก่ท่านเอง ถ้าท่านทรงธรรม”

หมายเลขPhoto08

เจ้าของผลงานนางศิรินันท์ ไชยรักษ์
โรงพยาบาลพัทลุง



พลังใจ...พลังทีม

พลังใจ ...พลังทีม

ทีมปฐมนุญมิโรงพยาบาลพัทลุง ความภาคภูมิใจ ของ
คนทำงานตัวเล็กๆรอยยิ้ม เสียงหัวเราะ

....นำพาหัวใจให้เรารู้ว่า....

ชัยชนะที่ยิ่งใหญ่....คือการหลอมหัวใจ...ให้เป็นดวงเดียว
(แพทย์ เภสัช พยาบาล และนักวิชาการ)

หมายเลขPhoto09

เจ้าของผลงานนางเรืองศิริ เจริญพงษ์

คลินิกหมอครอบครัวท่าวังหิน

รพ.สรรพสิทธิประสงค์ จ.อุบลราชธานี



Home Visit ด้วยหัวใจ

การดูแลผู้ป่วยที่ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลพบว่าผู้ป่วยและญาติไม่สะดวกในการรับการรักษาที่โรงพยาบาล มีความต้องการในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เราคลินิกหมอครอบครัวท่าวังหินเครือข่ายโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานีพร้อมที่จะดูแลให้คำแนะนำในการรักษา ทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความมั่นใจ โดยมีทีมสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด มีอุปกรณ์พื้นฐาน ยา และเวชภัณฑ์ต่างๆ โดยมีช่องทางการสื่อสารระหว่างญาติกับเจ้าหน้าที่ เพื่อให้สามารถติดตามอาการของผู้ป่วยและดำเนินการรักษาอย่างทันที่

หมายเลขPhoto11

เจ้าของผลงานนางเมตตา วงศ์พันธ์

คลินิกหมอครอบครัวบ้านท่าศรีธรรม

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลโสธร



3 หมอขอดูแลคุณ

ในบ้านปูนผนังหลุดลอก ชายสูงวัยป่วยติดเตียงนอนนิ่งอยู่บนแคร่ไม้เก่า ๆ ด้วยความอ่อนล้า เดินเข้าไปได้กลิ่นแผล ความอับชื้นเข้าจมูก เป็นภาพที่ชวนหดหู่ ไร้คนดูแล ไม่มีครอบครัวไม่มีลูกหลาน ตอนแข็งแรงปั่นสามล้อหาเงินเลี้ยงชีพ มีพี่สาวอายุมากแล้วมาดูแลไม่ไหว น้องชายป่วยจิตเวชอยู่ศูนย์พึ่งได้ นครพนม เมื่อคราวหมดแรงเจ็บป่วยไม่มีใครดูแล แต่ยังมีเราทีม 3 หมอ อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข , แพทย์ ร่วมกับชุมชน ให้การดูแลทุกมิติอย่างดีที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่และจากไปอย่างมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

หมายเลขPhoto12

เจ้าของผลงานนางรัชดาภรณ์ แสงภักดี
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลโสธร



บริการปฐมภูมิด้วยหัวใจ ไร้ข้อจำกัด

“เมื่อมีโอกาสและมีงานทำ ควรเต็มใจทำ โดยไม่จำเป็นต้องตั้งข้อแม้ หรือเงื่อนไขอันใด ไว้ให้เป็นเครื่องกีดขวาง คนที่ทำงานได้จริงๆ นั้น ไม่ว่าจะจับงานสิ่งใด ย่อมทำได้เสมอ” พระบรมราโชวาทในหลวง ร.9 ได้น้อมนำมาใส่ใจในการให้บริการปฐมภูมิ สร้างโอกาสในการทำงาน ออกยืนยันตัวตน Digital ID เชิงรุกไม่ต้องมีโต๊ะ ไม่ต้องมีปลั๊กไฟ ได้ทุกที่ ทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี เพื่อให้ทุกคนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเอง สอดรับนโยบาย รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว อย่างไร้รอยต่อ ไร้ข้อจำกัด

หมายเลขPhoto13

เจ้าของผลงานนางผกามาศ กองคำ
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลโสธร



DID คือ อดีตของ DO แต่ DID หมอพร้อมคือ ปัจจุบันและอนาคตของเรา

จากอดีตจับแต่เข็ม ฉีดแต่ยา ดูแต่ EKG แล้วกระโดดขึ้นแต่เตียง ไม่ว่าโลกจะดำเนินไปอย่างไร เราทุกคนก็พร้อมปฏิบัติงานเพื่อรับนโยบายของท่านเสมอ เพื่อความเป็นอยู่ ความเข้าถึง ของพี่น้องประชาชนชาวไทย อุปกรณ์พร้อมหรือไม่ แต่เราพร้อมและแก้ปัญหาหน้างานเสมอ ถึงจะเหนื่อยจะล้าจะปวดแขนมากเพียงไหน เราก็เต็มที่และเต็มใจในการทำงานทุกครั้ง เราคือชาวสาธารณสุข ผู้ปฏิบัติงานภารกิจปฐมภูมิเคียงข้างประชาชนทั้งเชิงรุกและเชิงรับ

หมายเลขPhoto15

เจ้าของผลงานนางรัตนสุตา ชีวินโรจนวิทย์
โรงพยาบาลศรีสะเกษ



รอยยิ้มแห่งความสุข

ความสุขเริ่มต้นได้เมื่อใจแบ่งปัน เราดูแลประชาชนทั้งด้านร่างกายใจ จิตใจ เศรษฐกิจตลอดจนด้านสังคมโดยทีมสหวิชาชีพ เน้นการมีส่วนร่วมจากชุมชนและภาคีเครือข่ายร่วมมือร่วมใจกันอย่างเข้มแข็งเพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีและชุมชนมีความเป็นอยู่ที่ดียิ่งขึ้น

หมายเลขPhoto16

เจ้าของผลงานนายอุสมัน ดอเลาะ
รพ.สต.บาราโหม อ.เมือง จ.ปัตตานี



เมาะ (ยาย) ติดเตียง หมอติดใจ

เมาะ (ยาย) กอยะ อายุ 73 ปี ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพาตซีกขวา นอนติดเตียงประมาณ 1 ปี เมาะเป็นคนที่มีความศรัทธาที่ดี อารมณ์ดี ชอบหัวเราะ ยิ้มแย้มอยู่เสมอ ทุกครั้งที่ไปเยี่ยมบ้านจะได้ยินเสียงหัวเราะของท่านก่อนเสมอ เมาะให้ความร่วมมือพยายามทำกายภาพบำบัดตามที่เจ้าหน้าที่แนะนำ จนสามารถเปลี่ยนจากผู้ป่วยติดเตียง เป็นผู้ป่วยติดบ้านได้

หมายเลขPhoto17

เจ้าของผลงานนางสาวจิราพร เสือล่อ
โรงพยาบาลแม่สอด



สุขภาพดีที่โรงเรียน

เด็กทุกคนมีสิทธิขั้นพื้นฐานในการได้รับการศึกษา การดูแลสุขภาพ สุขภาพที่ดีมีความสำคัญกับเด็กทุกช่วงวัย โดยเฉพาะเด็กในวัยเรียน งานอนามัยโรงเรียนทำให้เราสามารถส่งเสริม ตรวจสอบคัดกรอง สุขภาพกาย สุขภาพจิต ส่งต่อเด็กที่มีความผิดปกติให้ได้รับแก้ไขอย่างเหมาะสม อีกทั้งเป็นการสร้างสุขนิสัยในการดูแลสุขภาพเพื่อให้เด็กมีสุขภาพดี พัฒนาการสมองที่ดี นำสู่การเรียนรู้ที่มีคุณภาพ

หมายเลขPhoto18

เจ้าของผลงานนางสาวพัชรินทร์ เพาะแป้น
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว



กำลังใจ ยิ่งใหญ่เสมอ

ความเจ็บป่วย บทบาท และหน้าที่ที่เปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้ผู้สูงอายุคิดว่าตนเองไม่มีความสำคัญรู้สึกไร้ค่า และเป็นภาระให้กับผู้ดูแล ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้อย่างเต็มที่เหมือนเดิม ผู้สูงอายุท้อแท้ ขาดกำลังใจ และสิ้นหวัง ทีมหมอครอบครัวได้พูดคุย ให้กำลังใจ อยู่เคียงข้าง เต็มพละกำลัง และปลุกใจให้แข็งแรง เข้มแข็ง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมองเห็นมุมมองของการมีชีวิต มีพลัง มีความหวังมองเห็นคุณค่าในตนเอง จนผู้ป่วยลุกขึ้นมาก้าวเดินและใช้ชีวิตต่อไปได้อีกครั้ง....

“แค่มีกำลังใจ ผู้ป่วยก็ลุกขึ้นมาใช้ชีวิตได้อีกครั้ง เพราะ
“กำลังใจ ยิ่งใหญ่เสมอ”

หมายเลขPhoto19

เจ้าของผลงานนางสาวนพรัตน์ กลิ่นสุคนธ์
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว



การดูแลระยะท้าย

สิ่งที่สำคัญอย่างยิ่งยวดในการดูแล “ผู้ป่วยระยะท้าย” คือ การช่วยให้ผู้ป่วยได้ทำสิ่งที่ต้องการหรือค้างคาใจ รวมถึงความใฝ่ฝันในชีวิตให้สำเร็จ ทีมหมอครอบครัวลงเยี่ยมผู้สูงอายุติดเตียงที่มีการลุกลามของโรคและญาติ มีส่วนร่วมในการพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลทั้งเรื่องอาการของโรค วิธีการรักษา ผลที่จะเกิด เพื่อร่วมกันวางแผนการรักษาซึ่งจะช่วยสร้างความคาดหวังที่ตรงกัน ทำให้ผู้ป่วยและญาติสามารถใช้ชีวิตร่วมกันอย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี ที่เท่าที่จะเป็นไปได้ สามารถจากไปอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

หมายเลขPhoto21

เจ้าของผลงานนายสมยศ เหลืองศรีสกุล
โรงพยาบาลพิจิตร



3 หมอรวมใจห่วงใยกลุ่มเปราะบาง

ทีมอสม.เจ้าหน้าที่รพ.สต.และแพทย์ประจำรพ.พิจิตร ร่วมกับหน่วยงานต่างๆ เช่น พม. เกษตรมหาดไทย กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ฯลฯ ออกเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง เพื่อประเมินสุขภาพกลุ่มเปราะบางในพื้นที่ ให้ได้รับการดูแล ความช่วยเหลือจากหน่วยงานต่างๆ ประสานงานในการขอรับความช่วยเหลือสภาพบ้าน สิ่งแวดล้อม ห้องน้ำ อาชีพรายได้ อุปกรณ์ทำแผลหรือผ้าอ้อมผู้ใหญ่ ฯ เพื่อให้กลุ่มเปราะบางมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

หมายเลขPhoto22

เจ้าของผลงานนางนันทิยา พานิชายุนนท์
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลพัทลุง



คุณทวด 96 ปี อารมณ์ดีมีความสุข ในบ้านโบราณ
อะเมซิ่ง

ท่ามกลางสายฝนโปรยปราย หมออส.มาเยี่ยมตรวจสอบสุขภาพคุณทวด 96 ปี ที่บ้านโบราณหลังคากระเบื้องดินสุดอะเมซิ่งริมน้ำ คุณทวดในชุดเสื้อลายดอกผ้าถุง ค่อยๆเดินหลังตรง มานั่งต้อนรับด้วยรอยยิ้มเห็นฟันเต็มปาก บอกดีใจ ชวนให้กินมะละกอ กลัวย้ำว่า หมอนำไข่ไก่ต้มและยาความดันไปมอบให้คุณทวดด้วย ผลตรวจความดัน น้ำตาลในเลือดปกติ ความจำดี คุยเก่ง ยิ้มอารมณ์ดี มีความสุข ยกนิ้วกุดไค้ได้ และกล่าวคำให้พรที่ทรงคุณค่า

หมายเลขPhoto23

เจ้าของผลงานภญ.ปริญา ฌมอุทธา
งานคุ้มครองผู้บริโภค กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
โรงพยาบาลมหาสารคาม



หน่วยตรวจสอบอาหารปลอดภัย เคลื่อนที่ไฉ่ เคลื่อน
ไปด้วยใจเพื่อคนเมืองมหาสารคาม

การคุ้มครองผู้บริโภคและเฝ้าระวังอาหารปลอดภัยจากสารพิษ และตรวจสอบอาหารให้ได้มาตรฐานอย่างมีส่วนร่วม ทุกภาคส่วนได้ร่วมเป็นเครือข่ายที่เข้มแข็งทั้งโรงพยาบาลมหาสารคาม เครือข่ายปฐมภูมิอำเภอเมืองมหาสารคาม ท้องถิ่นเทศบาลเมืองมหาสารคาม และชุมชน จัดการระบบอาหารปลอดภัย ตรวจสอบ เฝ้าระวัง ฉับไว เคลื่อนที่เร็ว เสริมพลังผู้ประกอบการและใส่ใจประชาชน เกิดการคุ้มครองผู้บริโภคด้านอาหารปลอดภัย เพื่อคนเมืองมีสุขภาพที่ดีและปลอดภัย

หมายเลขPhoto24

เจ้าของผลงานพญ.กชกร ดุลยพัชร
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลพัทลุง



ให้คุณยายเลือกเอง

คุณยายแข็งแรงดีมี hobbies หนึ่งกะทันหันผลตรวจพบก้อนเนื้อเท่ากำปั้นขวางทางเดินหายใจ จึงได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ซึ่งการรักษาขั้นต่อไปคือการเจาะคอ ในขณะที่ลูกหลานกำลังตัดสินใจ ทีมประคับประคองได้พยายามอธิบายการรักษาและถามความต้องการของคุณยาย “เพื่อให้คุณยายเลือกเอง” ถึงแม้จะพูดไม่ได้แต่สามารถเขียนตอบกลับได้ นับว่าท่านโชคดีที่มีโอกาสได้เลือกก่อนที่จะหมดความสามารถในการตัดสินใจ คุณล่ะ? ได้วางแผนการดูแลสุขภาพล่วงหน้าของตัวเองแล้วหรือยัง

หมายเลขPhoto26

เจ้าของผลงานนางสาวรังสิยา เกียงภา
กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม
โรงพยาบาลนาโพธิ์ อำเภอนาโพธิ์ จังหวัดบุรีรัมย์



ก็โองก็ไม่พันมือเรา

รูปภาพนี้เป็นรูปภาพที่ถ่ายขึ้นจากการดำเนินงานสุ่มลูกน้ำยุงลาย HI CI โดยเป็นความร่วมมือของสองอำเภอในการควบคุมการเกิดโรคไข้เลือดออกถือเป็นเรื่องที่น่ายินดีและเป็นที่น่าภูมิใจเป็นอย่างยิ่งในการดำเนินการควบคุมโรคไข้เลือดออกร่วมกัน เพราะไม่ว่าสถานที่ที่เราไปจะยากลำบากแค่ไหนเราพวกเราทุกคนพร้อมที่จะไปสำรวจ เพื่อไม่ให้มีการแพร่ระบาดของลูกน้ำยุงลายและทำให้คนในชุมชนของเราไม่ต้องป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก

หมายเลขPhoto27

เจ้าของผลงานนางเขมิกา ฝาโธสง

กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรร่วม

โรงพยาบาลนาโพธิ์ อำเภอนาโพธิ์ จังหวัดบุรีรัมย์



มิตรภาพไร้พรมแดน

อีกหนึ่งบทบาทของการทำหน้าที่พยาบาลชุมชนที่ฉันรัก รอยยิ้ม ท่าทาง สีหน้าแววตา การสัมผัสที่อบอุ่นจากกายสู่ใจ จากใจสู่จิตวิญญาณ นี่คือน้ำใจที่เป็นส่วนหนึ่งในชนบทที่มีสิ่งแวดล้อมที่สื่อถึงวิถีชีวิตที่แสนเรียบง่าย อยู่สบาย กินง่าย อากาศบริสุทธิ์ จิตใจแจ่มใส รอยยิ้มที่เปี่ยมล้นออกมาจากข้างใน มีอะไรก็เล่าสู่กันฟังดูญาติมิตร...มิตรภาพไร้พรมแดน...ช่างสุขใจและมีกำลังใจในการทำหน้าที่พยาบาลชุมชนที่ฉันรักนี้ต่อไปอย่างมีความสุข

หมายเลขPhoto28

เจ้าของผลงานนางธารินี สุขโสม

กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรร่วม

โรงพยาบาลนาโพธิ์ อำเภอนาโพธิ์ จังหวัดบุรีรัมย์



ผู้สูงอายุหลัง “รุกให้ตาสว่าง”

ผู้สูงอายุที่มีภาวะต้อกระจก โดยเฉพาะชนิดเสี่ยงบอด Blinding cataract จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์ภายใน 30 วันก่อนที่จะตาบอดอย่างถาวร แต่ปัญหาคือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและถูกทอดทิ้งเป็นกลุ่มเปราะบาง มีข้อจำกัดหลายๆด้านในการเข้าถึงบริการ ทีมพยาบาลชุมชนเชิงรุก บุกถึงบ้าน ดำเนินการช่วยเหลือทุกขั้นตอน คัดกรอง ส่งต่อ รับ-ส่ง ผ่าตัด ติดตามเยี่ยม และในที่สุดก็สามารถช่วยลดอัตราตาบอดถาวรของผู้สูงอายุได้เป็นที่น่าพอใจและภูมิใจอย่างยิ่ง

หมายเลขPhoto29

เจ้าของผลงานนายคมสันต์ โพธิ์เกต
กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม
โรงพยาบาลนาโพธิ์ อำเภอนาโพธิ์ จังหวัดบุรีรัมย์



“แม่เล่า ลูกร่วม”

เป็นกิจกรรมส่วนหนึ่งในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กและสร้างวินัยเชิงบวก โดยครอบครัวมีส่วนร่วม ซึ่งมีการประเมินพัฒนาการเด็กและประเมินทักษะการเลี้ยงดูของผู้ปกครองก่อนทำกิจกรรม มีการบ้านให้ผู้ปกครองนำกลับไปทำต่อที่บ้าน สร้างกระบวนการเรียนรู้ แลกเปลี่ยนเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กและสร้างวินัยเชิงบวก เพื่อให้ต้นกล้าในชุมชนเติบโตเป็นเยาวชนและทรัพยากรที่มีคุณค่าของสังคม

หมายเลขPhoto30

เจ้าของผลงานนางสาวสุชาดา จำปาน้อย
กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม
โรงพยาบาลนาโพธิ์ อำเภอนาโพธิ์ จังหวัดบุรีรัมย์

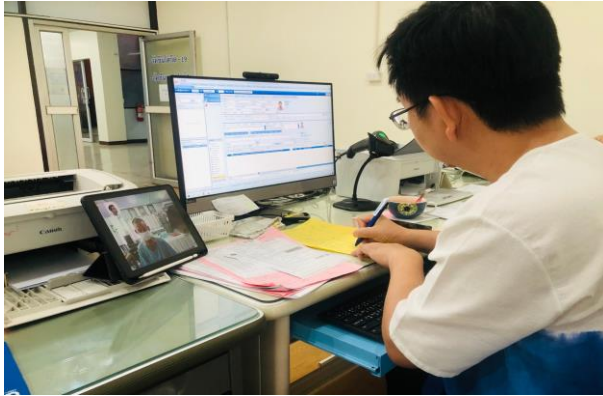


สร้างภูมิคุ้มกันกาย ส่งภูมิคุ้มกันใจ

คำที่เรามักจะได้ยินผู้ใหญ่ใช้หลอกล่อเด็กๆ อยู่เสมอเวลาเจอหมอชุมชน คือ “อย่าดี๊อะ ใครดี๊อะ หมอจะฉีดยา” จนกลายเป็นภาพจำของเด็กๆ แต่เพียงกำลังใจเล็กๆ ที่ส่งผ่านแววตาและใบหน้าที่เป็นรอยยิ้ม ก็เป็นวัคซีนใจที่แสนวิเศษที่ทำให้เด็กๆ สามารถก้าวข้ามความกลัวไปได้โดยไม่น่าเชื่อ เพียงแค่รอยยิ้มเล็กๆ การให้ที่ไม่มีต้นทุน แต่กลับกลายเป็นพลังอันยิ่งใหญ่ ที่สามารถใช้ยิ้มแลกเปลี่ยนและลบภาพจำความกลัวของเด็กๆ ได้เป็นอย่างดี

หมายเลขPhoto34

เจ้าของผลงานนางเนตรทราย เหมืองจา
โรงพยาบาลแพร่



ดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

ผู้ต้องขังในเรือนจำ เป็นกลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ด้วยข้อจำกัดของทางเรือนจำ เจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ ที่จะนำผู้ป่วยออกมาตรวจรักษาในโรงพยาบาล ประกอบกับภาระงานของแพทย์ ที่ไม่สามารถเข้าไปตรวจรักษาในเรือนจำตามเกณฑ์ได้ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลแพร่ โดยการนำของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จึงได้จัดบริการ tele medicine ในการตรวจรักษาผู้ป่วย เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสำหรับผู้ต้องขัง และความเท่าเทียม สอดคล้องกับ “โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์”

หมายเลขPhoto40

เจ้าของผลงานนางสาวรัตติกาล ตุมหนแย้ม
โรงพยาบาลน่าน อ.น่าน จ.กาฬสินธุ์



HERO Dead Zone (ฮีโร่ โซนอันตราย)

จากภาพเป็นการปฏิบัติงานในสถานการณ์ระบาดของโรคไข้เลือดออกในเขตพื้นที่รับผิดชอบของอำเภอ น่าน จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยภายใน 14 วัน มีผู้ติดเชื้อไข้เลือดออกมากถึง 21 ราย แต่ในวิกฤตินี้ นักสาธารณสุขและทีมที่เข้มแข็ง ก็สามารถทำให้พื้นที่ “Dead zone ที่ประชาชนกำลังเผชิญ ให้กลายเป็น Dead zone ของยุคลาย” จนมียอดผู้ติดเชื้อเป็น 0 และไม่มีผู้เสียชีวิตด้วยการ Detect Dead Zone, การฉีดพ่นหมอกควันเพื่อควบคุมและกำจัดแหล่งรังโรคได้อย่างเชี่ยวชาญ

หมายเลขPhoto41

เจ้าของผลงานนายเรืองยศ มุटनाเวท
โรงพยาบาลนามน อ.นามน จ.กาฬสินธุ์



พลัง (ไม่) ลับของ รอยยิ้ม

“รอยยิ้ม” สิ่งที่ใครๆต่างบอกว่าเกิดจากพลังแห่งความสุข แต่รอยยิ้มในวันนี้มีพลังมากกว่าทุกวัน เป็นรอยยิ้มแห่งความปรารถนาดีและเปี่ยมไปด้วยความหวัง ส่งพลังให้ฉันได้ทำหน้าที่ตรงนี้โดยปราศจากความเหน็ดเหนื่อย แม้จะเป็นยิ้มเล็กๆ ที่ส่งต่อให้กัน แต่สามารถสร้างพลังบวกอย่างมหาศาลให้กับใครสักคน รอยยิ้มที่เป็นมากกว่ารอยยิ้ม เพราะรอยยิ้มของประชาชน คือกำลังใจที่สำคัญในการทำงาน

หมายเลขPhoto44

เจ้าของผลงานนางลักขญา นันทธรราร
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสุรินทร์



“สุขใจ ไกลบ้านใกล้ใจ บริการเต็มใจเหมือนคนในครอบครัว”

การบริการสาธารณสุข ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ในชุมชนที่ได้รับบริการด้านทันตสาธารณสุขเชิงรุก แก้ไขปัญหาสุขภาพในช่องปาก ลดปัญหาการติดเชื้อของผู้ป่วยติดเตียง จากทีมสหวิชาชีพปฐมภูมิบริการ ด้วยใจ สะอาด ปลอดภัย ครอบครัวใส่ใจร่วมกันดูแล “สุขใจ ไกลบ้านใกล้ใจ บริการสุขภาพที่บ้าน เต็มใจเหมือนคนในครอบครัว”

หมายเลขPhoto46

เจ้าของผลงานนางจริยาพร ชันแก้ว
โรงพยาบาลเทิง



“1-2-3 กลั่นหายใจไว้ครับ”

“1-2-3 กลั่นหายใจไว้ครับ” “หายใจได้ครับ” เป็น 2 ประโยคที่ได้ฟังทุกครั้งที่ได้ร่วมงานในโครงการคัดกรองวัณโรคโดยใช้เครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่ (Portable X-Ray) ถึงแม้ว่าการเดินทางไปยังบ้านผู้รับบริการจะยากลำบากแค่ไหน ทีมของเราต่างทำงานร่วมกันเพื่อให้ผู้รับบริการได้เข้าถึงบริการทางการแพทย์อย่างทั่วถึงและใส่ใจในรายละเอียด การที่มีรอยยิ้มและการแสดงท่าทีชื่นชม ทำให้ทีมเต็มไปด้วยพลังบวก มีความสุข และภาคภูมิใจพร้อมจะช่วยเหลือซึ่งกันและกันในงานที่มีความต้องการ

หมายเลขPhoto47

เจ้าของผลงานนางเบญจภรณ์ สะแมบากอ
กลุ่มการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลปัตตานี



Powerful

ภาพที่เห็นตรงหน้า ฉันสัมผัสได้ถึงความสุขของผู้ให้และผู้รับ...น้องพยาบาลให้การพยาบาลที่บ้าน พร้อมพูดคุยถึงความเป็นอยู่ทั่วไป ถามไถ่อาการ ความเจ็บปวด ตลอดจนให้คำแนะนำ พร้อมรอยยิ้มที่ถึงแม้จะใส่ Mask ก็ยังแสดงออกได้ทางแววตา คุณยายยิ้มตอบ ชวนคุยและอวยพรให้เหมือนเราเป็นลูกหลานในครอบครัว ส่งพลังให้ทีมเยี่ยมบ้านได้มีกำลังใจและกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมต่อไป...ขอบคุณวิชาชีพพยาบาลที่ทำให้เราได้เป็นส่วนหนึ่งในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ครอบครัวและสังคมอย่างภาคภูมิใจ

หมายเลขPhoto48

เจ้าของผลงานนายวันเฉลิม สงนวล
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลธาตุ
อำเภอรันบุรี จังหวัดสุรินทร์



ความหวังบนเส้นทางความเชื่อ

เวลาบ่ายของวันหนึ่ง ได้ลงเยี่ยมผู้ป่วยซึ่งป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองตีบมีอาการอ่อนแรงครึ่งซีกทางด้านซ้าย มาแรมเดือน พุดคุยสอบถามถึงปัญหาสุขภาพทั่วไป ทางภรรยาผู้ป่วยเล่าว่าในคำคืนหนึ่งขณะสามีนอนหลับอยู่ได้ยินเสียงผู้ป่วยละเมอว่า “อ่าๆๆๆ” เหมือนร้องขอความช่วยเหลือจึงได้ปลุกผู้ป่วยให้ตื่นและสอบถามอาการ ผู้ป่วยจึงได้เล่าให้ฟังว่าจะมีคนเอาไปอยู่ด้วย ซึ่งขณะที่ภรรยาผู้ป่วยเล่าให้ฟัง สีหน้าและแววตา เต็มไปด้วยความกังวล ข้าเลื่องมอผู้ป่วยเป็นระยะๆ วันนี้จึงได้เชิญหมอลำทรงมาทำพิธีกรรมตามความเชื่อที่ได้สืบทอดมาจากบรรพบุรุษ ซึ่งภรรยาผู้ป่วยมีความหวังว่าพิธีกรรมนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยมีจิตใจที่เข้มแข็ง มีพลังกายที่เปี่ยมล้นไปด้วยกำลังใจจากคนรอบข้าง สามารถใช้ชีวิตต่อไปได้อย่างมีความสุข

หมายเลขPhoto49

เจ้าของผลงานนางพุทธิดา จันทร์ดอนแดง
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขมราฐ
อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี



ด้วยรักและห่วงใย

ชีวิตหญิงวัยชราผู้แข็งแรงทั้งกายและใจ ของคุณยายอายุ 93 ปีไม่มีโรคประจำตัว เดินหัวของเต็มมือทั้งสองข้าง ที่ข้างถนนในหมู่บ้านแห่งหนึ่ง มาคนเดียว เห็นแล้วต้องจอดรถลงเยี่ยมถามข่าวให้การช่วยเหลือและให้กำลังใจ คุณยายอยู่คนเดียว กินคนเดียว นอนคนเดียว ทำอาหารกินเอง ชอบเดินเอาขวดไปใส่น้ำดื่มที่วัดและไปซื้อของที่ร้านค้าในหมู่บ้านด้วยตนเองเป็นประจำลูกหลานไปทำงานที่กรุงเทพมหานคร มีญาติๆที่อยู่ใกล้บ้านคอยดูแล

หมายเลขPhoto53

เจ้าของผลงานนางพัชรภรณ์ ทะเกียง
กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลพะเยา



“พลังชุมชน พลังแห่งความหวัง”

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แขนขาอ่อนแรง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ต้องให้อาหารทางสายยาง ญาติมาขอฝากให้โรงพยาบาลดูแล ไม่ขอพากลับบ้าน เพราะที่บ้านมีภรรยาไถวยาระยะสุดท้าย ลูกชายจิตเวช ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ พยาบาลชุมชน,รพ.สต.,อสม.,Cg, ท้องถิ่นลงเยี่ยมบ้าน ที่ที่บ้านไม่เป็นบ้าน เต็มไปด้วยขยะ จะอยู่กันยังไง มารวมทีมรวมพลังร่วมวางแผน ขนขยะออกก่อน 10 คันรถ เตรียมบ้านให้ใหม่ ชุมชนรวมใจ ใครดูแลไม่เป็นก็มาเรียนรู้ จนพร้อมรับผู้ป่วยกลับบ้าน มีเวรผลัดกันมาดูแล ไม่นานภรรยาจากไป เหลือผู้ป่วยกับลูกชาย ก็ดูแลกันต่อเนื่อง 7 เดือนผ่านไป อาจพัฒนาเข้าไปบ้างแต่ก็สู้กันไม่มีถอย ผักยีน ผักเดิน พลังชุมชนเข้มแข็งยิ่งนัก หวังไว้ซักวันผู้ป่วยพึ่งพาตนเองได้

หมายเลขPhoto54

เจ้าของผลงานนายโชคชัย กิมโสม
รพ.พุทธโสธร จ.ฉะเชิงเทรา



“รอยยิ้มอันอบอุ่นเป็นภาษาสากลแห่งความมีน้ำใจ”

แม้ในปัจจุบันด้วยภาวะสังคมที่เร่งรีบ การทำงานที่แข่งขันกับเวลาที่จำกัด การดูแลสุขภาพประชาชนของบุคลากรสาธารณสุขก็เป็นอีกงานบริการหนึ่งที่จำเป็นต้องใช้องค์ความรู้และทักษะที่เชี่ยวชาญในการดูแลสุขภาพแก่ประชาชน ซึ่งนอกจากการรักษาทางกายให้หายแล้วสิ่งที่จะช่วยขจัดโลมเลียวยาจากภาวะเจ็บป่วยได้นั้นก็คือน้ำใจของผู้ให้บริการ สิ่งที่ยากที่สุดที่จะมอบให้แก่ผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการนั้นก็คือรอยยิ้มที่เอื้ออาทรที่แสดงออกมาจากใจของผู้ให้บริการ ซึ่งมีคุณค่าทางจิตใจที่ผู้รับบริการสามารถสัมผัสได้ถึงความกรุณาของผู้ให้บริการได้เป็นอย่างดี

หมายเลขPhoto59

เจ้าของผลงานนางสาวอรอุมา การกำ
โรงพยาบาลนามน อ.นามน จ.กาฬสินธุ์



“น้ำใจ...ยิ่งให้ยิ่งได้”

"ขอบคุณหลายๆ...เด้อครับ" นี่เป็นคำพูดที่ดิฉันที่รับเมื่อครั้งที่ดิฉันได้ไปช่วยเหลือเหตุการณ์อุทกภัย เมื่อปี ๒๕๖๕ หลายคนกำลังวุ่นวายกับการขนของขึ้นที่สูง หลายคนเฝ้ารอความช่วยเหลือจากหน่วยงานต่างๆ ถึงแม้การช่วยเหลือของดิฉันในครั้งนี้อาจจะไม่สามารถทำให้ผู้ประสบภัยพ้นจากวิกฤตในครั้งนี้ได้ แต่อย่างน้อยดิฉันได้เป็นส่วนหนึ่งในการแบ่งปันและส่งกำลังใจในการต่อสู้กับวิกฤตในครั้งนี้ ดังคำกล่าวที่ว่า "น้ำใจ...ยิ่งให้ยิ่งได้"

หมายเลขPhoto60

เจ้าของผลงานนางสาวสุมาลี เปรมมิตร

กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน

โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี



สายใยแห่งความผูกพันในการดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้ายของผู้ดูแลและทีมสหสาขาในชุมชน

ความเจ็บป่วย ถือเป็นสภาวะที่ร่างกายขาดความสมดุลและอาจทำให้บุคคลนั้น ๆ ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ในสังคมได้ตามปกติ และส่งผลกระทบต่อชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ตลอดจนสร้างความรู้สึกทุกข์ทรมานใจต่อบุคคลในครอบครัว การมีทีมสหสาขาวิชาชีพมาพูดคุยบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการทางร่างกายและจิตใจ มาร่วมสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยตามธรรมชาติของการเจ็บป่วยและตามความหวัง ความฝัน ความปรารถนาในชีวิตระยะท้ายให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ความปรารถนาที่ดีดังกล่าวของทีมสหสาขาวิชาชีพทำให้ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยจะส่งผลให้ครอบครัวมีพลังใจและมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย และช่วยให้ทีมสหสาขาวิชาชีพมีความภูมิใจในการสร้างสุขที่ได้มีโอกาสดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้ายซึ่งการกระทำดังกล่าวจะทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้นและมีการเสียชีวิตอย่างสงบตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้านเพิ่มขึ้นตลอดจนทำให้ทีมสหสาขารู้สึกได้ถึงความภูมิใจในภารกิจในการดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้ายในชุมชนให้มีการเสียชีวิตอย่างสงบและสมศักดิ์ศรีที่บ้านในวาระสุดท้าย

หมายเลขPhoto63

เจ้าของผลงานนางสาวฉวีวรรณ เพื่องมารยาท
กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน งานการพยาบาลที่บ้าน
และชุมชน รพ.พระนั่งเกล้า อ.เมือง จ.นนทบุรี



“พลังของหมอๆ.....งานชุมชน”

ด้วยบริบทสังคมไทยที่เปลี่ยนแปลงไป ผู้คนมากมาย หลากหลายกลุ่มวัย ทั้งกลุ่มวัยทำงานและกลุ่มสูงอายุกำลังเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ภาวะเจ็บป่วยเหล่านี้ส่งผลในระยะยาว ประกอบกับสังคมไทยกำลังเข้าสู่สังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์แบบ กลุ่มที่เจ็บป่วยและมีภาวะพึ่งพิงสูง ส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งลูกหลานต้องทำมาหากินเพื่อหาเงินมาเลี้ยงครอบครัว จนบางครั้งเหมือนจะถูกกลืนเลย บทบาทของ "Community Nurse" ในการทำงานร่วมกับชุมชน ต้องดูแลทั้งกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย และกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้าไม่ถึงบริการ พยาบาลงานชุมชนจะเข้าไปช่วยดูแลและ"เติมเต็ม" โดยใช้การพยาบาลที่ร่ำเรียนมา รวมทั้งการให้กิจกรรมทางพยาบาลให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

หมายเลขPhoto66

เจ้าของผลงานนางนิภา วีระกิติกุล
กลุ่มงานเวชกรรมสังคมโรงพยาบาลพัทลุง



สว.ยุคใหม่ รื่นรมย์เฝ้ายามมาอยู่ใกล้กัน

สังคมไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ คุณยายวัยใกล้ 90 ปี เป็นสามพี่น้องที่ยังเหลืออยู่จากจำนวน 9 คน มาพบพร้อมหน้ากันในวันครบรอบวันเกิด 87 ปี ของคุณยาย คนกลาง นานๆครั้งถึงจะได้มีโอกาสมานอนร่วมกันพร้อมฉลองวันเกิด ยายทั้งสามหน้าตาอิ้มเฝียมีความสุขที่สุด ได้ยินแต่รอยยิ้มและเสียงหัวเราะของการพูดคุยเล่าความหลังที่มีความสุขในวัยเด็ก สิ่งเหล่านี้คือการได้ดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่พิเศษที่สุด

หมายเลขPhoto67

เจ้าของผลงานนางวิไลวัลย์ มีธรรม

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขมราฐ อำเภอเขมราฐ
จังหวัดอุบลราชธานี



เราไม่ทอดทิ้งกัน

อดีตที่ไม่เคยลืม ของหมอนามัย คนทำงานในระดับปฐมภูมิ ที่มีความมุ่งมั่นตั้งใจ ในการทำหน้าที่ดูแลเอาใจใส่พี่น้องประชาชนในพื้นที่ในยามที่เดือดร้อนเกิดโรคระบาด เราไม่ทอดทิ้งกัน เราตามไปดูดูแลได้ทุกที่ทุกเวลา เสี่ยงทั้งความปลอดภัยในการเดินทาง เสี่ยงทั้งการติดเชื้อโรค แต่ทุกคน ตั้งใจทำหน้าที่ดูแลพี่น้องသူญาติมิตร ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

หมายเลขPhoto68

เจ้าของผลงานนางณัฐนันท์ วรรณบวรณ

โรงพยาบาลตรัง



สิทธิและเสรีภาพ

ผู้ต้องขังแรกได้รับได้รับการคัดกรองหาเชื้อ เอชไอวี ซิฟิลิส ไวรัสตับอักเสบบี ซี เมื่อพบการติดเชื้อ นำเข้าสู่กระบวนการรักษาได้อย่างสะดวก รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ แม้ผู้ต้องขังถูกจำกัด เสรีภาพ แต่ผู้ต้องขังยังมีสิทธิขั้นพื้นฐานที่จะได้รับการรักษาอย่างเท่าเทียม ตามหลักมนุษยธรรม เพื่อเป้าหมาย”ไม่นำเข้า ไม่แพร่กระจาย ไม่ส่งออก”

หมายเลขPhoto74

เจ้าของผลงานนางสุนิสา คำประสิทธิ์
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม รพ.เลย



พยาบาล...ถูกใจความเป็นธรรมด้านสุขภาพ...

มกราคม 67 เสียงโทรศัพท์จากผู้พิทักษ์สันติราชท่านหนึ่ง น้ำเสียงกังวล “เราเป็นผู้ต้องขังลาว มีไข้ ไอมาก และแสบคอ สงสัยว่าติดเชื้อโควิดหรือไม่ จะทำอย่างไรดี” พยาบาลในชุมชน กลุ่มงานเวชกรรมสังคม ไม่รอช้า แม้เป็นพื้นที่พิเศษ และผู้ที่ต้องการการดูแลคือกลุ่มเปราะบาง เราก้าวเข้าพื้นที่ให้การพยาบาล ตามแนวทางและมาตรฐาน ไม่เลือกว่าเขาคือใคร ความดีงามเกิดขึ้น ณ ที่แห่งนั้น ผู้ป่วยเราปลอดภัย ผู้ควบคุมพื้นที่มั่นใจในการช่วยดูแล และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่ประชาชนที่ใช้บริการ มนุษย์เรามีความต้องการการดูแลสุขภาพไม่เลือกใคร สถานที่ และเวลา พยาบาลปฐมภูมิต้องพร้อมรับสถานการณ์ ใช้หลักความทัดเทียม จัดบริการด้านสุขภาพทุกคนได้ คุณภาพเท่าเทียม หากเราไม่ก้าวเท้าเข้าไป เธอผู้รอการดูแลจะเป็นเช่นไร ท่านที่ทำหน้าที่ควบคุมจะกังวลเพียงใด และคงไม่เกิดรูปแบบดูแลผู้ในพื้นที่พิเศษได้ดี ในรายถัดมา ..บทบาทพยาบาลปฐมภูมิ ถูกใจความเป็นธรรมด้านสุขภาพให้กับประชาชน ร่วมกับภาคีเครือข่ายสุขภาพ

หมายเลขPhoto75

เจ้าของผลงานนางพจนา ตะเกาหิรัญ
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม รพ.พัทลุง



เกี่ยวก้อยสัญญากันนะ อย่าลืมไปหาหมอ สู้ๆคะ

สาวโสด 25 ปี พิกการสติปัญญา ป่วยจิตเวช ชอบเที่ยวเตร่ เบาหวานน้ำตาลสูง 300 กินยาเย็นวันละ 2 ลูก แต่ไม่กินยา ยาเหลือเป็นถุง ๆ มารดาไม่ว่างพามาหาหมอ หมอครอบครัวจึงมาเยี่ยมที่บ้าน หมอขอคำสัญญาเกี่ยวก้อยกันว่า “จะหยุดกินยาเย็น กินยาต่อหยุดเที่ยว และไปรักษาหมอมุมก่าเนตต่อไป”

หมายเลขPhoto76

เจ้าของผลงานนางนิตยา มลอยู่พะเนา
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม รพ.เลย



“ลำโพงเคลื่อนที่ ช่วยฟังหนูที”

“ลำโพงเคลื่อนที่ ช่วยฟังหนูที” เครื่องช่วยฟังเคลื่อนที่ จุดเริ่มต้นมาจากที่คุณตาหูตึงมาก ฟังหมอไม่ได้ ยืน หมอเลยเอา stethoscope ใส่หูให้คุณตาเป็นเครื่องช่วยฟัง และพูดผ่าน diaphragm ทำให้คุณตาได้ยินชัดเจนขึ้น

หมายเลขPhoto77

เจ้าของผลงานนางชลดา คำแดง
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม รพ.เลย



บ้านนี้เราดูแล

“บ้านนี้เราดูแล” บ้านหลังนี้เป็นบ้านของผู้ป่วยติดเตียง สภาพบ้านทรุดโทรม มีของวางระเกะระกะมากมายที่ทำให้เกิดความเสี่ยงทางสุขภาพ ทั้งผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลประจำบ้านจึงได้ประสานเครือข่ายมาร่วมดูแล ได้แก่ กองสวัสดิการและกองสาธารณสุขเทศบาลเมืองเลย และอสม.ที่ดูแลบ้านหลังนี้ มาร่วมกันวางแผนดูแลบ้านของผู้ป่วย ทั้งการปรับสภาพบ้าน เก็บของให้ระเบียบ เป็นสัดส่วน ส่งผลให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วยและครอบครัวมากขึ้น

หมายเลขPhoto78

เจ้าของผลงานนางสาวไอลดา นิตอัม
งานป้องกันควบคุมโรคและระบาดวิทยา โรงพยาบาล
ตรัง



เจ็บกาย สบายใจ

คัดกรองเชิงรุกในกลุ่มเป้าหมาย กิจกรรมคือ
การเจาะเลือด เพื่อคัดกรองหาเชื้อเอชไอวี ซิฟิลิส
ไวรัสตับอักเสบบี และหนองใน ซึ่งผู้เข้าร่วมคัดกรองราย
นี้มีอาการกลัวเข็ม จึงได้ชวนคุยเพื่อให้รู้สึกเป็นกันเอง
และรู้สึกผ่อนคลายขึ้น

หมายเลขPhoto80

เจ้าของผลงานนางสาวสาวิตรี ประทุมภาพ
โรงพยาบาลยโสธร



“แม้เส้นทางจะลำบากเพียงใด ทีมเราพร้อมใจลงไป
กำจัด ยุง”

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
โรงพยาบาลยโสธร ทำภารกิจพิชิตโรคไข้เลือดออก
ร่วมกับ อสม. และเจ้าหน้าที่จากสำนักงานเทศบาล
เมืองยโสธร โดยการสำรวจลูกน้ำยุงลาย ทำลายแหล่ง
เพาะพันธุ์ยุง พ่นหมอกควันกำจัดยุง ในทุกตรอกทุก
ซอยของพื้นที่ แม้เส้นทางเดินจะมีขากหนาม อีกทั้ง
โคลนตม ทีมพวกเราก็ร่วมกันฟันฝ่า จนสามารถ
ควบคุมโรคได้สำเร็จ ไม่แพร่ระบาดเป็นวงกว้าง ทำให้
ประชาชนปลอดภัยโรคปลอดภัย ห่างไกลไข้เลือดออก

หมายเลขPhoto81

เจ้าของผลงานนางสาวปิยนุช หาทลัก
คลินิกหมอครอบครัวเมืองยศ กลุ่มงานเวชกรรม
สังคม โรงพยาบาลโสธร



“อาตมา หาช่วยไหมโยม”

ชื่อภาพ "อาตมา หาช่วยไหมโยม" ณ วัดแห่งหนึ่งในเขตเทศบาลเมืองยโสธร เจ้าหน้าที่ PCU เมืองยศ ให้บริการตรวจสุขภาพประจำปีพระสงฆ์ พระอาจารย์รูปนี้หาเส้นเลือดค่อนข้างยาก และใกล้ถึงเวลาฉันภัตตาหารแล้ว พระอาจารย์จึงพูดว่า "อาตมาหาเส้นเลือดช่วยไหมโยมหมอ เส้นนี้ได้ไหม" เจ้าหน้าที่จึงตอบว่า "ไม่ได้ค่ะพระอาจารย์ ตรงนั้นคือต้นแขน หมอเจอเส้นเลือดแล้วค่ะ " หลังเจาะเลือดเสร็จพระอาจารย์ก็พูดว่า "น้ำตาลตกแล้ว อาตมาไปฉันข้าวก่อนเด้อ" เจ้าหน้าที่ก็ได้กราบลา

หมายเลขPhoto82

เจ้าของผลงานนางนวิญญ์พร ศรีจันทร์
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลโสธร



ทำเต็มที่ ให้ดีที่สุด

ลูกชายมาที่PCU แจ้งว่า"ช่วยด้วย พ่อผมปลุกไม่ตื่น"พยาบาลออกไปที่บ้านผู้ป่วยพบ EOVO MO,DTX 9mg /dl.โทรแจ้ง1669รับคำสั่งให้เปิดเส้นให้สารน้ำและCPRรอ จึงให้น้องผู้ช่วยฯกลับไปPCU รับแพทย์ที่ออกตรวจOPDโซนMCออกมา เพื่อมาช่วยชีวิตผู้ป่วยระหว่างนั้นแพทย์ได้อธิบายอาการของผู้ป่วยเบื้องต้นให้ญาติรับทราบ แต่ญาติยังมีความหวัง เมื่อรถEMS มาถึงได้ติดเครื่องEKGประเมินผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยได้เสียชีวิตแล้ว ญาติจึงได้ยอมรับและให้ยุติการช่วยชีวิต ขอขอบคุณที่ทีมเราได้ช่วยพ่อเขาอย่างเต็มที่ ที่สุดแล้ว

หมายเลขPhoto83

เจ้าของผลงานนางสาววิภากร สร้อยสิงห์
"โรงพยาบาลวารินชำราบ อ.วารินชำราบ
จ.อุบลราชธานี"



ผู้หญิงสี่ขา...ชาวพยาบาล ... “พยาบาลไร้หมวก

พยาบาลอนามัยชุมชน แม้จะไม่ได้สวมใส่ชุด
พยาบาลและสวมหมวกขาวเต็มยศ ด้วยเหตุผลว่าชุด
ขาวอาจไม่สะดวกที่จะเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน แต่ความ
เมตตากรุณาที่มีอยู่เต็มหัวใจไม่ได้ลดน้อยลงแต่อย่างใด
เรายังรู้สึกถึงศักดิ์และสิทธิของการเป็นพยาบาลสวม
หมวกขาวอย่าเต็มภาคภูมิ ยังดูแลคนเจ็บคนป่วยด้วย
หัวใจความเป็นมนุษย์ ไม่ว่าจะสวมหมวกขาวหรือไม่
ความเป็นพยาบาลก็ยังอยู่กับเราตลอดไป

หมายเลขPhoto84

เจ้าของผลงานนายภูวนันท์ จันทรดอนแดง
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองนกทา
อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี



วงล้อวร้ายร้าย กับว่าที่ยุลงลายตัวใหม่

เหตุการณ์นี้มีนักเรียนผู้ป่วยด้วยไข้เลือดออก
รวมจำนวน 8 ราย ผู้ป่วยทุกรายมีประวัติเล่น
อินเทอร์เน็ตร่วมกันที่โรงเรียนหลังเลิกเรียนเป็นประจำ
และแหล่งรังโรค คือ ยางล้อรถไถนาขนาดใหญ่ จำนวน
4 ล้อที่วางไว้ในพื้นที่โล่ง มีความประทับใจในทีม อส
ม. ทุกคนเป็นผู้หญิงร่วมแรงกันยกล้อรถไถที่มีน้ำหนัก
มากและมีขนาดใหญ่ ซึ่งภายหลังได้นำล้อรถไถมา
ดัดแปลงให้เป็นภาชนะสำหรับรองรับการปลูกพืชสวน
ครัวในโรงเรียน

หมายเลขPhoto87

เจ้าของผลงานนางสาวกนกวรรณ ลอยนวล
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี
อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี



สูงวัยสุขภาพดี 100 ปี ชีวียืนยาว

ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (CM) ใส่ใจห่วงใยดูแลผู้สูงอายุ คุณยายใบ พรหมทา อายุ 102 ปีได้รับการดูแลจากผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (CM), CG และทีมสหวิชาชีพติดตามเยี่ยมคุณยายตามแผนการดูแลสุขภาพ ซึ่งเน้นการดูแลด้านสังคมจิตใจ เป็นการดูแลผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สิ่งแวดล้อมและสังคมที่ล้อมรอบตัวผู้สูงอายุ เพื่อลดอารมณ์ลบ เพิ่มอารมณ์บวก เปลี่ยนแนวคิดจากความรู้สึก สิ่งที่น่าทึ่งใจคือได้รับโล่ผู้สูงอายุ 100 ปีขึ้นไป เข้มกัลเกียรติคุณและเงินกันจากสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี

หมายเลขPhoto90

เจ้าของผลงานน.ส.อัจฉรา สุจาจริง
โรงพยาบาลเชิงรายประชาชนุเคราะห์



ใกล้บ้าน ไม่ไกลหมอ

บ้านจะคือ ต.ห้วยชมภู อ.เมือง เชียงรายเป็นเขตพื้นที่สูงที่ห่างไกลทุรกันดาร การเดินทางที่ค่อนข้างลำบาก จากระยะทาง 91 กม. เส้นทางขดเคี้ยวถนนลูกรังใช้เวลาเดินทาง 2 ชั่วโมง แต่ไม่ได้เป็นอุปสรรคการทำงานของทีมงานครอบครัว รพ. เชียงรายมีความมุ่งมั่นที่จะให้การดูแลรักษา ติดตามเยี่ยมบ้าน จัดทุกขุ สร้างสุข สร้างรอยยิ้มให้แก่ผู้ป่วย จากความเหนื่อยล้า ถูกเปลี่ยนเป็นความสุขของทีม เมื่อคนไข้บอกว่า “ขอบคุณ คุณหมอที่ไม่ลืมกัน ขอขอบคุณที่ใส่ใจกัน คิดถึงกัน ”

หมายเลขPhoto91

เจ้าของผลงานน.ส.จรรุวรรณ เรืองจิตต์
เวชกรรมสังคมโรงพยาบาลลำปาง



“รอยยิ้ม...ที่ฮิลใจ”

“รอยยิ้ม”ที่แฝงไปด้วยความกังวลมากมาย แต่ในรอยยิ้มนั้นยังรู้สึกอุ่นใจที่มีใครสักคนที่คอยดูแล รอยยิ้มนี้ยังมีบางอย่างที่อยู่ในใจถูกปลุกขึ้นมาอย่างมีความหมายและเป็นพลังใจให้เดินหน้าทำงานในเส้นทางปฐมภูมิอย่างไม่มีเงื่อนไข “ขอบคุณรอยยิ้มที่ฮิลใจ”

หมายเลขPhoto92

เจ้าของผลงานนางสาวพิชญสุตา เชิดสกุล
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี



ผู้ประสบภัย น้ำ (ใจ) ท่วม

ความประทับใจที่ได้เป็นส่วนหนึ่งของ “ผู้ให้ที่ได้รับ” ในปี พ.ศ. 2566 นอกจากประชาชนในพื้นที่ตำบลแจระแม จะได้รับผลกระทบจากการเกิดอุทกภัยน้ำท่วมแล้ว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม.ก็ได้รับผลกระทบเช่นกัน บุคคลผู้ซึ่งมีความมุ่งมั่นตั้งใจ เสียสละ อีกทั้งมีบทบาทในการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิขั้นพื้นฐาน ไม่เคยทอดทิ้งพี่น้องประชาชน แม้ในยามเกิดวิกฤติอุทกภัยที่ผ่านมาต่างเป็นเครื่องการันตีได้อย่างดีว่า “มวลน้ำใจที่ช่วยเหลือกันยามตกทุกข์ได้ยากจะไม่วันเหือดหาย”

หมายเลขPhoto93

เจ้าของผลงานนางสาวชนิษฐา หล้ามาชน
โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ ตำบลไร่น้อย อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี



เรื่องจริงอิงนิยาย

เด็กน้อยกับการพ่นยาครั้งแรกของเขา ไม่ใช่เรื่องง่ายเลยที่เด็กจะยอมไปหาหมอโดยดี วิธีการรับมือไม่ให้เด็กเกิดอาการหวาดกลัวหมอนั้น เรื่องจริงจึงต้องอิงนิยาย ด้วยการเล่านิทานให้เด็กฟังเพื่อลดอาการหวาดกลัว ทำให้เด็กเพลิดเพลินไปกับการเล่านิทาน ไม่นานนักความตื่นกลัวนั้นก็หายไป และการพ่นยาก็ก็น่าสนใจไปด้วยดี นี่คือการหนึ่งบทบาทของคนระดับ ปฐมภูมิที่ทำได้เพื่อประชาชนด้วยหัวใจ ผู้รับเป็นสุข ผู้ให้ก็เป็นสุขด้วย

หมายเลขPhoto94

เจ้าของผลงานนางสาวกัญญารัตน์ กันยะกาญจน์
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอมืองอุบลราชธานี



คืนรอยยิ้มอมยิ้มของ สูงวัย

“ขอบคุณที่คุณหมอมานหาบ่่อยๆ เพราะมันเหลือคนจะคุยด้วยน้อยลงไปทุกวันๆ” คำพูดของหญิงสูงวัยคนหนึ่ง ในเคสเยี่ยมบ้านในความดูแลของพยาบาลวิชาชีพนอกเหนือจากหลักการทางคลินิก(7 Aspect of care)ที่ใช้ในการประเมิน จัดการอาการ รวมทั้งดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการบริการตามมาตรฐานวิชาชีพ มีความปลอดภัยและสร้างความพึงพอใจแล้วนั้น “การใส่ใจ” ดูแลอย่างใกล้ชิดดุจญาติมิตร ให้การดูแลต่อเนื่อง ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ยังสร้างความสุขและรอยยิ้มระหว่างทางอีกด้วย

หมายเลขPhoto95

เจ้าของผลงานนายธีรวุฒิ ศรีสงคราม
โรงพยาบาลมหาสารคาม



ฉันอยู่ตรงนี้

การก้าวเดินคือความหวังของชีวิต คุณยายวัย 89 ปี ที่ไม่กล้าลุกขึ้นเดิน มา 5 ปี เพราะกลัวจะหกล้ม จนมาถึงวันที่มีโครงการส่งเสริมคนพิการเข้าถึงสิทธิสวัสดิการถ้วนหน้า ได้มาพบคุณหมอและพยาบาล พุดคุยจนคุณยายอบอุ่นใจ กล้าที่จะลุกขึ้นยืนและฝึกเดินอีกครั้ง โดยมีคุณหมอและพยาบาลประครองเพื่อไม่ให้หกล้ม

หมายเลขPhoto96

เจ้าของผลงานนางสาวรุ่งทิพย์ อินชื่นใจ
โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี



**การสอบสวนการระบาดของวัณโรคในสถานคุ้มครอง
คนไร้ที่พึ่งแห่งหนึ่ง ในเขตสุขภาพที่ 5**

ความร่วมมือ ประสานใจ ช่วยให้ผู้ป่วยสุขภาพดี

จากภาพเป็นการทำงานของพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลทั่วไป และ รพ.สต. ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่ป่วยจิตเวชร่วมด้วย ซึ่งเบื้องหลังภาพนี้ยังมี อสม. และผู้นำชุมชน ที่อาสาช่วยดูแลความเป็นอยู่และกำกับการรับประทานยา และพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล ถึงแม้จะมีอุปสรรคจากตัวผู้ป่วยและญาติที่ไม่เข้าใจการรักษา แต่ด้วยความพยายามของทุกฝ่ายทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นจนผลเสมหะของผู้ป่วยเป็นลบ และมีผลการเอกซเรย์ดีขึ้นจนแพทย์ผู้รักษาเอ่ยปากชม

หมายเลขPhoto97

เจ้าของผลงานนายพงษ์พรณ กาละนีโย
ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองบ้านส่องนางใย โรงพยาบาล
มหาสารคาม อำเภอมือเมือง จังหวัดมหาสารคาม



เทคโนโลยีกับการเยี่ยมบ้านด้วยทีม 3 หมอ

คนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน เป็นการประสานการทำงานดูแลสุขภาพของประชาชนที่บ้านแบบ “ดูแลใกล้ตัว ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” และเพื่อให้ได้รับบริการต่อเนื่อง ลดการเดินทาง ลดความแออัด และนอกจากนี้การใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยเหมาะสมมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน ตั้งแต่ก่อนเยี่ยม ขณะเยี่ยม และหลังเยี่ยม โดยพยาบาลชุมชนบูรณาการเทคโนโลยีสื่อสาร เช่นสมาร์ตโฟน มาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย และเพื่อให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของสังคมและวิถีชีวิตคนในยุคปัจจุบัน

หมายเลขPhoto98

เจ้าของผลงานนางสาวจิราพร วิญญูรัตน์
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลชลบุรี เขต
สุขภาพที่ 6



Nursing save life

แม้จะเพียงชีวิตหนึ่งที่พยาบาลสามารถช่วยให้คนๆหนึ่งสมปรารถนาในการกลับมาอยู่ที่บ้านท่ามกลางบุคคลอันเป็นที่รักและครอบครัวที่อบอุ่น ได้ดูแลซึ่งกันและกัน ได้นอนหลับสบายในบ้านที่คุ้นชิน ได้แบ่งปันความสุข ความทุกข์ รอยยิ้มด้วยกัน แม้ว่าวันนี้จะไม่สามารถกลับไปเป็นเหมือนเดิมได้แต่ยังคงมีความสุขที่ได้อยู่ท่ามกลางความรักและความอบอุ่นในบ้านหลังนี้

หมายเลขPhoto99

เจ้าของผลงานนายไพโรจน์ เจริญพงษ์
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพิบูลมังสาหาร



บริการทุกกลุ่มวัยด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

พวกเราชาวสาธารณสุขพร้อมดูแลประชาชนทุกกลุ่มวัยแบบองค์รวม ในภาวะปกติเราดูแลผู้ป่วย ตรวจรักษาโรคทั่วไปและให้การรักษาในสถานพยาบาล แต่เมื่อเกิดโรคระบาด โควิด-19 เราพร้อมให้บริการคัดกรองผู้ป่วย ส่งต่อการรักษาด้วยความเอาใจใส่ดูญาติมิตร มีความเมตตา ใส่ใจในการแก้ปัญหา และดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ตั้งปณิธาน “บริการทุกคน ทุกที่ ทุกอย่าง ทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี”

หมายเลขPhoto103

เจ้าของผลงานนางสาวชนิสรา บุตรกนิรี
โรงพยาบาลสมุทรปราการ



“ร่วมแรง ร่วมใจ สู้ภัยโควิด”

ครั้งหนึ่งดิฉันได้เคยร่วมเป็นส่วนหนึ่งของเจ้าหน้าที่ในการ Swab Covid – 19 รุ่นแรกๆในช่วงสถานการณ์แพร่ระบาดของโควิด – 19 ทั้งในประเทศและในโลกที่ไม่มีใครกล้าจะเสี่ยงปฏิบัติหน้าที่นี้เท่าที่ควร ซึ่งตอนนั้นทางโรงพยาบาลได้ขออาสาสมัครนักวิชาการสาธารณสุขให้ช่วยปฏิบัติหน้าที่ในการตรวจหาเชื้อโควิด-19 แบบ RT-PCR เจ้าหน้าที่อาสาสมัครมาปฏิบัติหน้าที่ทุกคนแสดงให้เห็นถึงความกล้าหาญ ความเสียสละ และความทุ่มเทอย่างไม่ลดละเพื่อประชาชนเราสามารถเอาชนะความยากลำบากไปด้วยกันได้ ดิฉันภูมิใจที่สุดตั้งแต่ปฏิบัติงานมาและจะอยู่ในความทรงจำตลอดไป

หมายเลขPhoto108

เจ้าของผลงาน น.ส.กัลยาณี อาชาสันติสุข
โรงพยาบาลรอยเอ็ด



สร้าง-เชื่อม-เคลื่อน-เสริม จบทุกปัญหา ทุกพื้นที่

การสร้างงานผ่านการสร้างคน เชื่อมเครือข่าย ขับเคลื่อนชุมชนด้วย บวร.ร. เสริมพลัง สร้างศรัทธา และแรงบันดาลใจ ด้วยการใช้ภาษาจิตวิญญาณเดียวกันนำมาซึ่งเคล็ดลับ 4 คำ จำได้ง่าย “สร้าง-เชื่อม-เคลื่อน-เสริม” ก่อเกิดพลังแห่งชุมชน รวมเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน นำไปใช้แก้ปัญหาการใช้ยาไม่สมเหตุผล และผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่นๆที่ไม่ปลอดภัยได้ทุกพื้นที่ ก้าวข้ามอุปสรรคและข้อจำกัด คน เงิน ของ อย่างง่ายดาย

หมายเลขPhoto109

เจ้าของผลงานนางอุบลรัตน์ จันทะโพธิ
โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก



อสม.งานตรวจพัฒนาการเด็กอายุแรกเกิดถึงห้าปี

อาสาสมัครสาธารณสุขหรือ อสม. หมอคนที่หนึ่งของกระทรวงสาธารณสุข เป็นบุคลากรที่สำคัญในการขับเคลื่อนงานสาธารณสุข การส่งเสริมสุขภาพอนามัยพัฒนาการของเด็กตั้งแรกเกิด อสม.เป็นผู้มีความเสียสละ และเป็นผู้ทำงานปิดทองหลังพระ อสม.สามารถเข้าถึงเด็กและครอบครัวได้เร็ว รู้ปัญหาได้ตรงจุด จึงช่วยเจ้าหน้าที่ทำงานเชิงลึกและติดตามเด็ก ทำให้เป็นอนาคตที่ดีของประเทศต่อไป

หมายเลขPhoto110

เจ้าของผลงานนางสาวอรอนงค์ อรัญโสทร
โรงพยาบาลสมุทรปราการ



รัก(ษา)ไร้พรมแดน

ภาพถ่ายจากมือถือ ผู้ป่วย ยืนยันการไปรักษา ต่อเนื่องที่พม่าโดยผู้ป่วยเป็นโรคติดต่ออันตรายร้ายแรง ตาม พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 กรณีโรค วัณโรคคือยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก (XDT-TB) โดยการประสานส่งต่อการรักษาจากทีมงานควบคุมโรค สมุทรปราการ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของโรค

หมายเลขPhoto64

เจ้าของผลงานนางสาวประไพ พลประเสริฐ
กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน งานการพยาบาลที่บ้าน
และชุมชน อ.เมือง จ.อุดรธานี



“ภูมิใจที่ได้ H.U.G.”

ผู้ป่วยมะเร็งไม่อยากกิน เหนื่อยเพลีย คลื่นไส้
อยากตาย คิดว่าตนเป็นภาระของครอบครัว หลังH.U.G
ผู้ป่วยมีรอยยิ้ม..ขอถอดทีมหมอครอบครัว: H Home
health care, U-take care of you Under no
circumstances , G-Give you a hand.

หมายเลขPhoto35

เจ้าของผลงานนางสาวภัศราภรณ์ แก้วทองมา
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสงขลา
อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา



สามหมอผ่านศึก

ทีม 3 หมอ PCU ชลาทัศน์หมอคนที่1 อสม.
หมอคนที่ 2 พยาบาลประจำครอบครัว หมอคนที่ 3
หมอประจำครอบครัว ได้ออกหน่วยคลินิกโรคเรื้อรัง ใน
ชุมชนบาราเซาะห์ ขณะคุณหมอตรวจคนไข้ ก็มี
ชาวบ้านตะโกนเรียกมีคนเป็นลม พวกเรารีบวางทุกสิ่ง
ทุกอย่างไว้ที่คลินิก เอาไปเพียงเครื่องวัด BP พบผู้ป่วย
หมดสติ ไม่รู้สึกตัว ในบ้าน 6 ขั้นตอน CPR 1.ปลุก 2.
โทร 3.ปั๊ม 4.แปะ 5.ซัก 6.ส่ง ไม่มีเครื่องAED เราขาด
ทำ ข้อ 4 ข้อ 5 ในที่สุดผู้ป่วย Arrest ที่บ้านเสียก่อน
ที่รถฉุกเฉินมาถึง ขอแสดงความเสียใจกับผู้เสียชีวิตและ
ครอบครัวผู้เสียชีวิตด้วยค่ะ บทบาทพยาบาลชุมชน
พวกเราทีม 3 หมอช่วยเหลือเต็มที่แล้ว

หมายเลขPhoto106

เจ้าของผลงานนางกิงนภา คงทอง
กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน รพ.พัทลุง



“กว่าจะถึงวันนี้”

กว่าจะถึงวันนี้... เส้นทางชีวิตน้องสองซึ่งเป็น
ดาวนซ์อินโดรรม เบาหวาน และจิตเวช พ่อแม่แยกทางกัน
น้องสองมีพฤติกรรมก้าวร้าว ทำร้ายยา ทำลายข้าวของ
จนเป็นที่หวาดกลัว หวาดระแวงของเพื่อนบ้าน ทั้ง
เบาหวานและจิตเวชไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง
แต่ด้วยการร่วมแรงร่วมใจของทีมสหวิชาชีพและ
เครือข่ายที่เข้มแข็ง ร่วมกันดูแล ช่วยเหลือจนน้องสอง
สามารถควบคุมโรคเบาหวานและอาการทางจิตเวชได้
โดยมียาเป็นผู้ฉีดยาอินซูลินให้ ได้รับยาจิตเวช มีการ
ติดตามอาการต่อเนื่อง ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ได้อยู่
กับยา อยู่ในสังคมได้อย่างสงบสุข

ภาคผนวก

คำสั่งคณะกรรมการจัดงานประชุม



คำสั่งสมาคมเวชกรรมสังคมแห่งประเทศไทย

ที่ ๑/ ๒๕๖๗

เรื่องแต่งตั้งคณะกรรมการจัดประชุมวิชาการงานบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป

เนื่องด้วย สมาคมเวชกรรมสังคมแห่งประเทศไทยร่วมกับโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการจัดประชุมวิชาการงานบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ในระหว่างวันที่ ๑๕-๑๘กรกฎาคม ๒๕๖๗ ณ โรงแรมเฮอริเทจ จังหวัดเชียงราย

เพื่อให้การดำเนินการจัดการประชุมวิชาการดังกล่าวเป็นไปด้วยความเรียบร้อย และบรรลุตามวัตถุประสงค์ สมาคมเวชกรรมสังคมแห่งประเทศไทย จึงแต่งตั้งคณะกรรมการ ดังนี้

๑. คณะที่ปรึกษา

- ๑) แพทย์หญิงอัจฉรา ละอองนวลพานิช ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
- ๒) นายแพทย์สุรสิทธิ์ จิตรพิทักษ์เลิศ นายกสมาคมเวชกรรมสังคมแห่งประเทศไทย
- ๓) นายแพทย์ศุภเลิศ เนตรสุวรรณ์ รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
- ๔) นายแพทย์ศุภโชค มาตรฐาน รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
- ๕) นายแพทย์วัฒนา วงศ์เทพเตียน รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

๒. คณะทำงานฝ่ายอำนวยการ

๑. นายปรีดา	ตั้งจิตเมธี	โรงพยาบาลปทุมธานี	ประธาน
๒. นางดารณี	อินทราวัฒน์	โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์	รองประธาน
๓. นางรุจิราลักษณ์	พรหมเมือง	โรงพยาบาลขอนแก่น	รองประธาน
๔. นายไพฑูรย์	อ่อนเกตุ	โรงพยาบาลกำแพงเพชร	รองประธาน
๕. นางรุจิรัตน์	บุญยลิต	โรงพยาบาลพุทธโสธรฉะเชิงเทรา	รองประธาน
๖. นางกุลธิดา	สวัสดี	โรงพยาบาลพุทธโสธรฉะเชิงเทรา	คณะทำงาน
๗. นางสาวสาวิตรี	ตันเจริญ	โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก	คณะทำงาน
๘. นางธัญญพัทธ์	สุนทรานุรักษ์	โรงพยาบาลปทุมธานี	คณะทำงาน
๙. นางกัลยา	เพียรแก้ว	โรงพยาบาลพุทธโสธรฉะเชิงเทรา	คณะทำงาน
๑๐. นายขวัญชัย	ประเสริฐยิ่ง	โรงพยาบาลนครพนม	คณะทำงาน
๑๑. นายธีรวัฒน์	รักจิตร	โรงพยาบาลพิจิตร	คณะทำงาน
๑๒. นายศิวบูลย์	ชัยสงคราม	โรงพยาบาลกาฬสินธุ์	คณะทำงาน
๑๓. นางวัฒนา	สว่างศรี	โรงพยาบาลมหาสารคาม	คณะทำงาน
๑๔. นางกรรณิการ์	ไชยสวัสดิ์	โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์	คณะทำงาน
๑๕. นางเยาวลักษณ์	สุธรรมเม้ง	โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์	คณะทำงาน
๑๖. นางรัชนิทย์ ราชกิจ	เนตรสุวรรณ์	โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์	คณะทำงาน

๑๗. นายวิจิต	วงศ์อินอยู่	โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์	คณะทำงาน
๑๘. นางสาวพรทิพย์ สุทามาตร โลเวอร์		โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์	คณะทำงาน
๑๙. นางปัญจมาพร	สาตจันพงษ์	โรงพยาบาลปทุมธานี	คณะทำงาน และเลขานุการ
๒๐. นางสาวสนธยา	ทองพันธุ์	โรงพยาบาลปทุมธานี	คณะทำงาน และผู้ช่วยเลขานุการ
๒๑. นางปณชญา	กิตติสุทธิเปรม	โรงพยาบาลปทุมธานี	คณะทำงาน และผู้ช่วยเลขานุการ
๒๒. นางสาวอมรรัตน์	วิริยะประสพโชค	โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์	คณะทำงาน และผู้ช่วยเลขานุการ

มีหน้าที่ ดังนี้

๑. วางแผนการดำเนินงานจัดงานกำหนดการวันงานในภาพรวม
๒. ประสานงาน ประสานคณะทำงานคณะต่างๆ ในการดำเนินงานให้บรรลุวัตถุประสงค์
๓. บริหารจัดการโครงการและการเงิน
๔. จัดทำหนังสือราชการต่างๆ คำกล่าวเปิด ปิด จัดงานประชุมวิชาการของวันงาน
๕. จัดทำทะเบียนรายชื่อผู้ร่วมประชุมวิชาการ รายชื่อผู้เกษียณ

๓. คณะทำงานฝ่ายพิธีการและต้อนรับ งานประชุมวิชาการ

๑. นายเรืองนิพนธ์	พ่อเรือน	โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์	ประธาน
๒. นางกุสุมา	ยอดสุวรรณ	โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์	รองประธาน
๓. นางระเบียบ	วงศ์วิวัฒน์ชนะ	โรงพยาบาลน่าน	รองประธาน
๔. แพทย์หญิงกรรณิกา	จิรวาณิชเชษฐ	โรงพยาบาลปทุมธานี	คณะทำงาน
๕. นางอุไรพรณ์	ทิตจันทีก	โรงพยาบาลร้อยเอ็ด	คณะทำงาน
๖. นายธนพล	ปราณีนิตย์	โรงพยาบาลนครพนม	คณะทำงาน
๗. นางอรุณวดี	อุทัยเวียนกุล	โรงพยาบาลตรัง	คณะทำงาน
๘. นางจุฑารัตน์	ชุตินาถ	โรงพยาบาลตรัง	คณะทำงาน
๙. นางโสภา	ปกป้องบวรกุล	โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์	คณะทำงาน
๑๐.จ.อ.อนวัช	คำวัง	โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์	คณะทำงาน
๑๑.นางวรัชยา	รัตน์ะ	โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์	คณะทำงาน
๑๒.นายภัคศรีณย์	นามคุณาปกรณ์	โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์	คณะทำงาน
๑๓.นางเพียงใจ	จันทร์มณี	โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต	คณะทำงาน
๑๔.นางมนสิชา	เวรนต์	โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา	คณะทำงาน
๑๕.นายกิตติศักดิ์	แก้วนัม	โรงพยาบาลน่าน	คณะทำงาน
๑๖.นางพูนศิริ	อุบลเลิศ	โรงพยาบาลกาฬสินธุ์	คณะทำงาน
๑๗.นางประดับพร	เนตวงษ์	โรงพยาบาลกาฬสินธุ์	คณะทำงาน
๑๘.นางวิรัชพัชร	ขารวิพัฒน์	โรงพยาบาลกาฬสินธุ์	คณะทำงาน
๑๙.นางสุมาลี	วิชัยโย	โรงพยาบาลกาฬสินธุ์	คณะทำงาน
๒๐.นางสาวนฤมล	อุดมมา	โรงพยาบาลกาฬสินธุ์	คณะทำงาน

๒๑.นายจตุพล	ภูดวงดอก	โรงพยาบาลกาฬสินธุ์	คณะทำงาน
๒๒.นางนงคราญ	ปราณพานิชกิจ	โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์	คณะทำงาน และเลขานุการ
๒๓.นางสาววันเพ็ญ นานา		โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์	คณะทำงาน และผู้ช่วยเลขานุการ

มีหน้าที่ ดังนี้

๑. จัดรายละเอียดกำหนดการ พิธีการเปิดการประชุม
๒. จัดหาพิธีกรตลอดการจัดงาน และดำเนินการพิธีต่างๆ ตลอดงาน
๓. จัดเตรียมโสตทัศนูปกรณ์ การถ่ายภาพ ถ่ายวิดีโอทัศน์ ตลอดงาน
๔. งานมุกตาคิดค้นบุคลิกผู้เกษียณ ดูแลการแต่งหน้า แต่งกายผู้เกษียณ และผู้เดินขบวน
๕. เตรียมของที่ระลึกสำหรับผู้เกษียณ
๖. ดำเนินรายการ จัดคิวงานการแสดงต่างๆ
๗. จัดเตรียมสถานที่ในการจัดงาน
๘. จัดเตรียมยานพาหนะ รับส่งวิทยากร/ผู้เข้าประชุม

๔. คณะทำงานฝ่ายวิชาการและประเมินผล

๑. นางสาวสาวิตรี	ตันเจริญ	โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก	ประธาน
๒. นางรุจิรัตน์	บุญยลชิต	โรงพยาบาลพุทธโสธร ฉะเชิงเทรา	รองประธาน
๓. นายธีรยุทธ์	คงทองสังข์	โรงพยาบาลพัทลุง	รองประธาน
๔. นายไพบูลย์	เชื่องฉิน	โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์	รองประธาน
๕. นางสาวรัชดาภรณ์	ภาพวิจิตรศิลป์	โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์	คณะทำงาน
๖. นางนงคราญ	พุ่มพิริยะ	โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์	คณะทำงาน
๗. นางสาวสุรตนา	สิงห์ป้อม	โรงพยาบาลเพชรบูรณ์	คณะทำงาน
๘. นางสุภาภรณ์	นากลาง	โรงพยาบาลเพชรบูรณ์	คณะทำงาน
๙. นางสาวชญาณี	จันทร์โท	โรงพยาบาลเพชรบูรณ์	คณะทำงาน
๑๐.นายนิติ	อารมณชีน	โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา	คณะทำงาน
๑๑.นายธาดิ	โบสถ์พิชัญญ์	โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา	คณะทำงาน
๑๒.นางธัญญพัทธ์	สุนทรานุรักษ์	โรงพยาบาลปทุมธานี	คณะทำงาน
๑๓.นายพิเชษฐ์	น้อยหุ่น	โรงพยาบาลปทุมธานี	คณะทำงาน
๑๔.นางสาวกฤษณลักษณ์	พุกจรรย์	โรงพยาบาลพระนั่งเกล้านนทบุรี	คณะทำงาน
๑๕.นางเพ็ญพรณ	จงจิรวงศา	โรงพยาบาลสระบุรี	คณะทำงาน
๑๖.นางประทุม	สุกชัยพานิชพงศ์	โรงพยาบาลดำเนินสะดวกราชบุรี	คณะทำงาน
๑๗.นางวันเพ็ญ	ออกเวหา	โรงพยาบาลราชบุรี	คณะทำงาน
๑๘.นางสาวนราภรณ์	พึงธรรมเกิดผล	โรงพยาบาลราชบุรี	คณะทำงาน
๑๙.นางโสธยา	วงศ์วิไล	โรงพยาบาลชลบุรี	คณะทำงาน
๒๐.นางสาวสุพุม	คิดสงวน	โรงพยาบาลชลบุรี	คณะทำงาน
๒๑.นางรัชนี	ขวัญเมือง	โรงพยาบาลตรัง	คณะทำงาน
๒๒.นางเพ็ญศรี	ไขคำ	โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์	คณะทำงาน

๒๓.นางโสภิตา	ชั้นแก้ว	โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์	คณะทำงาน
๒๔.นายจิรทีปต์	เชยกลิ่นพุด	โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ปราจีนบุรี	คณะทำงาน
๒๕.นางอภิยา	อุทุมปานนท์	โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ปราจีนบุรี	คณะทำงาน
๒๖.นางสาวศิริลักษณ์	บุญยงค์	โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ปราจีนบุรี	คณะทำงาน
๒๗.นางจિระวรรณ	ต่อวัฒนกิจกุล	โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ปราจีนบุรี	คณะทำงาน
๒๘.นางระพีภัทร์	โสทธิบำเพ็ญ	โรงพยาบาลระยอง	คณะทำงาน
๒๙.นางจารุวรรณ	เอี่ยมสอาด	โรงพยาบาลระยอง	คณะทำงาน
๓๐.นายนิทกร	สอนชา	โรงพยาบาลขอนแก่น	คณะทำงาน
๓๑.ดร.ธีรกร	มณีรัตน์	โรงพยาบาลขอนแก่น	คณะทำงาน
๓๒.นางบุศรา	อนุพันธ์	โรงพยาบาลขอนแก่น	คณะทำงาน
๓๓.นายดำรงศักดิ์	ไชยสงคราม	โรงพยาบาลขอนแก่น	คณะทำงาน
๓๔.นายวรากร	เกรียงไกรศักดิ์	โรงพยาบาลพุทธโสธร	คณะทำงาน
๓๕.นางกนกพร	ชำนาญเวช	รพ.เดชอุดม	คณะทำงาน
๓๖.นางกิงกาญจน์	บุญมา	โรงพยาบาลศรีสะเกษ	คณะทำงาน
๓๗.นายชวลิต	ช่วงสกุล	โรงพยาบาลศรีสะเกษ	คณะทำงาน
๓๘.นายเอกรัฐ	จันทร์วันเพ็ญ	โรงพยาบาลสิชล	คณะทำงาน
๓๙.นางสาวเมธินี	แหล่งหล้าเลิศสกุล	โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต	คณะทำงาน
๔๐.นางสาวเสาวนีย์	ศรีวิจิตร	โรงพยาบาลตรัง	คณะทำงาน
๔๑.นางหทัยทิพย์	ธรรมวิริยะกุล	โรงพยาบาลหาดใหญ่ สงขลา	คณะทำงาน
๔๒.นายศรวัส	แสงแก้ว	โรงพยาบาลหาดใหญ่สงขลา	คณะทำงาน
๔๓.นางสุชญา	รักษ์ศรี	โรงพยาบาลหาดใหญ่ สงขลา	คณะทำงาน
๔๔.นางทัศนีย์	ชลวิรัชกุล	โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา	คณะทำงาน
๔๕.นางเพ็ญศิริ	อัทธวงศ์	โรงพยาบาลสงขลา	คณะทำงาน
๔๖.นางสาวสุภาวดี	ตงสกุลรุ่งเรือง	โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี	คณะทำงาน
๔๗.นางวาสนา	เกตุมะ	โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก	คณะทำงาน
และเลขานุการ			
๔๘.นางรินดา	เจาประเสริฐพันธ์	โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก	คณะทำงาน
และผู้ช่วยเลขานุการ			
๔๙.นางปวิพิมพ์	อยู่คง	โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก	คณะทำงาน
และผู้ช่วยเลขานุการ			
๕๐.นางสิรินทร	เลิศคุณิจ	โรงพยาบาลชลบุรี	คณะทำงาน
และผู้ช่วยเลขานุการ			
๕๑.นางสาววราภรณ์	ไชยโคตร	โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก	คณะทำงาน

และผู้ช่วยเลขานุการ

มีหน้าที่ ดังนี้

๑. พิจารณาคัดเลือกผลงานที่ส่งและจัดการนำเสนอผลงานวิชาการ
๒. จัดทำเอกสารวิชาการ และประสานงานกับคณะทำงานวิชาการ
๓. วางแผนการประเมินผลการจัดการประชุม จัดทำแบบประเมิน และจัดทำรายงานสรุปผลเป็นรูปเล่มเพื่อนำเผยแพร่ในเว็บไซต์

๕. คณะทำงานฝ่ายลงทะเบียน

๑. นายพัทธพันธ์	ผลวิชา	โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์	ประธาน
๒. นางสาวนิศาชล	ชมภูพล	โรงพยาบาลระยอง	รองประธาน
๓. นางวรลักษณ์	แก้วจันทร์	โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์	รองประธาน
๔. นางกนกพร	สุทธิรักษ์	โรงพยาบาลพัทลุง	คณะทำงาน
๕. นางกัลยา	ตั้งสิริวรกุล	โรงพยาบาลปัตตานี	คณะทำงาน
๖. นางดวงรัตนา	เชื้อสุข	โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์	คณะทำงาน
๗. นางการณรัชนี	เกียรติจิรภัทร	โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์	คณะทำงาน
๘. นางอัจฉรา	นิมพลี	โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์	คณะทำงาน
๙. นางสาวรัตนา	อุดมสิทธิโชติ	โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา	คณะทำงาน
๑๐.นางสุภารัตน์	สำอานศรี	โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา	คณะทำงาน
๑๑.นางทัศนิกา	ฉัตรชัยพันธ์	โรงพยาบาลระยอง	คณะทำงาน
๑๒.นางบุหลัน	สุขเกษม	โรงพยาบาลศรีสะเกษ	คณะทำงาน
๑๓.นางกาญจนา	รามสูต	โรงพยาบาลกำแพงเพชร	คณะทำงาน
๑๔.นางบุญจิต	แช่ตัน	โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต	คณะทำงาน
๑๕.นางสาวเมธิณี	แหล่งหล้าเลิศสกุล	โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต	คณะทำงาน
๑๖.นางกรองแก้ว	จันทร์ตระกูล	โรงพยาบาลนครพนม	คณะทำงาน
๑๗.นางกฤษณา	พึงแพง	โรงพยาบาลระยอง	คณะทำงาน
และเลขานุการ			
๑๘.นายณนทวัฒน์	เพชรศิริ	โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา	คณะทำงาน
และผู้ช่วยเลขานุการ			
๑๙.นางทัศนีย์	ทับทิมไทย	โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์	คณะทำงาน
และผู้ช่วยเลขานุการ			

มีหน้าที่ ดังนี้

๑. จัดเตรียมเอกสาร/ แจกเอกสาร กระเป๋า ให้กับผู้เข้าร่วมงาน
๒. จัดหน่วยลงทะเบียน รับลงทะเบียนวันงาน พร้อมตรวจสอบชื่อ – สกุล ให้ถูกต้อง และจัดเก็บ ค่าลงทะเบียนส่งให้กับฝ่ายการเงิน
๓. รับลงทะเบียนผู้เกษียณ
๔. สรุปจำนวนผู้เข้าร่วมประชุมส่งให้กับทีมวิชาการ

๖. คณะทำงานฝ่ายการเงิน และจัดหารายได้

๑. นางรุจิราลักษณ์	พรหมเมือง	โรงพยาบาลขอนแก่น	ประธาน

๒. นางสาวเสาวคนธ์	พรมพิทักษ์	สมาคมเวชกรรมสังคม	รองประธาน
๓. นางสาวนีย์	อู่ตระกูล	สมาคมเวชกรรมสังคม	รองประธาน
๔. นางปรีดา	สารลักษณ์	สมาคมเวชกรรมสังคม	รองประธาน
๕. นางเพ็ญพิศ	นกุลสวัสดิ์	สมาคมเวชกรรมสังคม	คณะกรรมการ
๖. นางปาริชาติ	คำลือ	โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์	คณะกรรมการ
๗. นางไพโรวรรณ	ยอดประสิทธิ์	โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์	คณะกรรมการ
๘. นางอรุณี	จิระพงษ์พันธ์	โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์	คณะกรรมการ
๙. นางกัตติกา	พิงคะสัน	โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์	คณะกรรมการ
๑๐. นายสุนทร	ปิยะเหล็ก	โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์	คณะกรรมการ
๑๑. นายดำรงศักดิ์	ไชยสงคราม	โรงพยาบาลขอนแก่น	คณะกรรมการ
๑๒. นางนงนุช	จันทร์ศรี	โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์	คณะกรรมการ
			และเลขานุการ
๑๓. นางเกษร	กาญจนากระจำ	สมาคมเวชกรรมสังคม	คณะกรรมการ
			และผู้ช่วยเลขานุการ
๑๔. นายรณยุทธ	ชาติพุดชา	โรงพยาบาลขอนแก่น	คณะกรรมการ
			และผู้ช่วยเลขานุการ

มีหน้าที่ ดังนี้

๑. จัดเตรียมหลักฐานการเงินและออกแบบใบเสร็จรับเงิน
๒. เตรียมคำตอบแทนวิทยาการและค่าใช้จ่ายในการเดินทางของวิทยาการ
๓. ควบคุม กำกับ การสั่งจำนวนอาหารกลางวัน อาหารว่าง และเครื่องดื่ม อาหารเย็นแต่ละมื้อ ให้เพียงพอ และไม่เกินจำนวนจริงที่เหมาะสม
๓. ควบคุม กำกับ การสั่งจำนวนอาหารกลางวัน อาหารว่าง และเครื่องดื่ม อาหารเย็น แต่ละมื้อ ให้พอเพียงและไม่เกินจำนวนจริงที่เหมาะสม
๔. ตรวจสอบและแจ้งยอดผู้ลงทะเบียนเข้าประชุมแต่ละวันทั้งภาคเช้าและบ่าย เพื่อการควบคุม การเบิกจ่ายที่มีประสิทธิภาพ ลดและเพิ่มอย่างเหมาะสม
๕. ติดต่อประสานงานร้านค้า และจำหน่ายของที่ระลึก เพื่อหารายได้เข้าสมาคมฯ

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๖ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๗



(นายสุรสิทธิ์ จิตรพิทักษ์เลิศ)

นายกสมาคมเวชกรรมสังคมแห่งประเทศไทย

กำหนดการ

ประชุมวิชาการพัฒนางานด้านบริการปฐมภูมิ ประจำปี ๒๕๖๗
 “นวัตกรรมสร้างสรรค์ สุขภาพอนาคตปฐมภูมิไทย: Better Future in Primary Care”
 ระหว่างวันที่ ๑๖-๑๘ กรกฎาคม ๒๕๖๗ ณ โรงแรมเฮอริเทจ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

วันที่ ๑๖ กรกฎาคม ๒๕๖๗

เวลา	กิจกรรม	หมายเหตุ
๐๘.๓๐-๐๙.๐๐ น.	ลงทะเบียนเข้าร่วมประชุม	
๐๙.๐๐-๐๙.๓๐ น.	ชมวิดีโอทัศน์แนะนำจังหวัดเชียงราย กล่าวต้อนรับผู้เข้าร่วมประชุมในนามเจ้าภาพร่วม โดย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ แพทย์หญิงอัจฉรา ละอองนวลพานิช	
๐๙.๓๐-๑๐.๓๐ น.	เรื่อง "การสร้างความสุขในการทำงาน" นายแพทย์ประสิทธิ์ วัฒนาภา	
๑๐.๓๐-๑๐.๔๕ น.	รับประทานอาหารว่าง และเครื่องดื่ม	
๑๐.๓๐-๑๒.๐๐ น.	เสวนา "เรื่องเด่นของปฐมภูมิภาคเหนือ" โดย ทีม Home ward ภาคเหนือ ๑. แพทย์หญิงช่อทิพย์ พรหมมาร์ตน์ รพ.ลำพูน ๒. นายแพทย์ชัชวาล ตันคำ รพ.พาน	ผู้ดำเนินรายการ พญ.อจิรพรรณ กัปตัน
๑๒.๐๐-๑๓.๐๐ น.	รับประทานอาหารกลางวัน	
๑๓.๐๐-๑๖.๐๐ น.	๑. นำเสนอวิจัย ๒. นำเสนอ R๒R ๓. นำเสนอนวัตกรรม และ CQI ๔. นำเสนองานระบาด ๕. นำเสนอเรื่องเล่าจากภาพ ๖. นำเสนอเพื่อความก้าวหน้า	
๑๖.๐๐-๑๘.๐๐ น.	พักผ่อนตามอัธยาศัย	
๑๘.๐๐-๒๐.๓๐ น.	รับประทานอาหารเย็น	

หมายเหตุ เวลา ๑๔.๓๐-๑๔.๔๕ น. รับประทานอาหารว่าง และเครื่องดื่ม

วันที่ ๑๗ กรกฎาคม ๒๕๖๗

เวลา	กิจกรรม	หมายเหตุ
๐๘.๓๐-๐๙.๐๐ น.	ลงทะเบียนเข้าร่วมประชุม สรุปลงทะเบียนในวันที่ ๑๖ ก.ค. ๒๕๖๗	
๐๙.๐๐-๑๐.๓๐ น.	ปาฐกถาเรื่อง Digital health in primary care นายแพทย์สุธี สดดี แพทย์หญิงยวพร จิระวงศ์ประภา	ผู้ดำเนินรายการ นพ.ไพฑูรย์ อ่อนเกตุ
๑๐.๓๐-๑๐.๔๕ น.	รับประทานอาหารว่าง และเครื่องดื่ม	
๑๐.๓๐-๑๒.๐๐ น.	เสวนาเรื่อง “การดูแลกลุ่มพิเศษและเปราะบาง, สถาน ชีวาภิบาล, การดูแลผู้สูงอายุโดย ๑.แพทย์หญิงธัญญพัทธ์ สุนทรานุรักษ์ รพ.ปทุมธานี ๒.แพทย์หญิงมาลินี พิสุทธิโกศล รพ.ขอนแก่น ๓.นายแพทย์ธาดาริ โปสทธิพิเชษฐ์ รพ.พระนครศรีอยุธยา ๔.นายแพทย์ณัฐดนัย นิตวิศิษฐ์กุล รพ.ตรัง	ผู้ดำเนินรายการ พญ.ธัญญพัทธ์ สุนทรานุรักษ์
๑๒.๐๐-๑๓.๐๐ น.	รับประทานอาหารกลางวัน	
๑๓.๐๐-๑๔.๑๕ น.	เสวนาเรื่อง “เรื่องเด่นเครือข่ายเภสัช ๔ ภาค” โดย ๑.เภสัชกรหญิงรัตติกาล แสนเย็น รพ.ขอนแก่น ๒.เภสัชกรหญิงรัชนิศ ราชกิจ เนตรสุวรรณ รพ.เชียงใหม่ประชานุเคราะห์ ๓.เภสัชกรหญิงวิลาสินี หนักแน่น รพ.ตรัง ๔.เภสัชกรศุภสิทธิ์ คุตตวัส รพ.ราชบุรี	ผู้ดำเนินรายการ นพ.ไพฑูรย์ อ่อนเกตุ
๑๔.๑๕-๑๔.๓๐ น.	รับประทานอาหารว่าง และเครื่องดื่ม	
๑๔.๓๐-๑๕.๐๐ น.	- พิธีเปิด - กล่าวรายงาน โดย นายแพทย์ปรีดา ตั้งจิตเมธี ประธานคณะกรรมการพัฒนางานบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป - ประธานกล่าวเปิดโครงการฯ โดย นายแพทย์ สุรสิทธิ์ จิตรพิทักษ์เลิศ นายกสมาคมเวชกรรมสังคม แห่งประเทศไทย - ชมวีดิทัศน์คนดีศรีปฐมภูมิ	
๑๕.๐๐-๑๖.๐๐ น.	- มอบรางวัล “คนดีศรีปฐมภูมิ” - มอบรางวัลนำเสนอผลงานวิชาการ	
๑๗.๐๐-๑๘.๐๐ น.	รับประทานอาหารเย็น	

หมายเหตุ อาจมีการเปลี่ยนแปลงตามความเหมาะสม

วันที่ ๑๘ กรกฎาคม ๒๕๖๗

เวลา	กิจกรรม	หมายเหตุ
๐๘.๓๐-๐๙.๐๐ น.	ลงทะเบียนสรุปลาระในวันที่ ๑๗ ก.ค.๒๕๖๗	
๐๙.๐๐-๑๐.๓๐ น.	ปาฐกถาพิเศษอนาคตสดใสด้วยกลไกสุขภาพปฐมภูมิ โดย นายแพทย์สุรสิทธิ์ จิตรพิทักษ์เลิศ นายกสมาคมเวชกรรมสังคมแห่งประเทศไทย	
๑๐.๓๐-๑๐.๔๕ น.	รับประทานอาหารว่าง และเครื่องดื่ม	
๑๐.๓๐-๑๒.๐๐ น.	เสวนาเรื่อง "การสร้างเครือข่ายการทำงาน" ๑. นายแพทย์ไพฑูรย์ อ่อนเกตุ รองผู้อำนวยการ ภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ รพ.กำแพงเพชร ๒. นางอติตาธ วัชชัยณรงค์ นายก อบจ.เชียงราย ๓. นายแพทย์ไกรสร โตทับเที่ยง ผู้อำนวยการกอง โรค ควบคุมโรค ๔. นายแพทย์ปรีดา ตั้งจิตเมธี รองผู้อำนวยการ ภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ รพ.ปทุมธานี	ผู้ดำเนินรายการ นพ.ขวัญชัย ประเสริฐยิ่ง
๑๒.๐๐-๑๓.๐๐ น.	รับประทานอาหารกลางวัน	
๑๓.๐๐-๑๔.๓๐ น.	ประชุมคณะกรรมการสมาคมเวชกรรมสังคม แห่งประเทศไทย	
๑๔.๓๐-๑๔.๔๕ น.	รับประทานอาหารว่าง และเครื่องดื่ม	
๑๔.๔๕-๑๖.๓๐ น.	นายกสมาคมเวชกรรมสังคมแห่งประเทศไทย และทีมบริหารพบสมาชิก	
๑๖.๓๐ น.	ปิดประชุม	

หมายเหตุ อาจมีการเปลี่ยนแปลงตามความเหมาะสม

คณะกรรมการในการนำเสนอผลงานวิชาการ ๖ ห้อง

ห้องที่ ๑ นำเสนอ เพื่อความก้าวหน้าประเภท วิจัยและ R๒R

๑.๑ ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ และคัดเลือกผลงานวิชาการ

ชื่อ สกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงาน
๑.พว.ประทุม สุกชัยพานิชพงศ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลดำเนินสะดวก
๒.พว.รินดา เจวประเสริฐพันธุ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลพุทธชินราช

๑.๒ คณะวิทยากรผู้วิพากษ์และผู้ประสานงาน

คณะวิทยากรผู้วิพากษ์	ตำแหน่ง	ผู้ประสานงาน
๑.ดร.พว.ธีรกร มณีรัตน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	๑.พว.สุภาวดี ตงสกุลรุ่งเรือง
๒.พว.ประทุม สุกชัยพานิชพงศ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	๒.พว.ทัศนีย์ ชลวิรัชกุล
๓.พว.วาสนา เกตุมะ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	๓.พว.เพ็ญพรรณ จงจิรวงศา

ห้องที่ ๒ นำเสนอเพื่อประกวดประเภทงานวิจัย

๒.๑ ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ และคัดเลือกผลงานวิชาการ

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

๒.๒ คณะวิทยากรผู้วิพากษ์และผู้ประสานงาน

คณะวิทยากรผู้วิพากษ์	ตำแหน่ง	ผู้ประสานงาน
๑.ผศ.ดร.ศิวรักษ์กิจชนะไพบูลย์	อาจารย์สาขาสาธารณสุขศาสตร์	๑.พว.อุบลรัตน์ จันทนโพธิ์
๒.ดร.วัลยากร ทังสุภติ	นักวิชาการอิสระ	๒. พว.รัชนี ขวัญเมือง
๓.พว.รินดา เจวประเสริฐ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	๓. ดำรงค์ศักดิ์ ไชยสงคราม

ห้องที่ ๓ นำเสนอเพื่อประกวดประเภท R๒R

๓.๑ ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะและคัดเลือกผลงานวิชาการ

ชื่อ สกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงาน
๑.ดร.วิศมี สุขนรินทร์	อาจารย์พยาบาล	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร

๓.๒ คณะวิทยากรผู้วิพากษ์และผู้ประสานงาน

คณะวิทยากรผู้วิพากษ์	ตำแหน่ง	ผู้ประสานงาน
๑.ผศ.ดร.พีรณัย ศรีจันทร์	อาจารย์สาขาสาธารณสุขศาสตร์	๑.พว.สิรินทร์ เลิศคุปนิจ
๒.รศ.ดร.โสภณพรรณ อินตะเผือก	อาจารย์ด้านการพยาบาลชุมชน	๒.พว.ระพีภัทร์โสทธิบำเพ็ญ
๓.นพ.นิตกร สอนชา	นายแพทย์เชี่ยวชาญ	๓.พว.จารุวรรณเอี่ยมสะอาด

ห้องที่ ๔ นำเสนอเพื่อประกวดประเภทะบาด

๔.๑ ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะและคัดเลือกผลงานวิชาการ

ชื่อ สกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงาน
ดร. สุพรรณ ศรีศักดิ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	สำนักงานสาธารณสุขพิษณุโลก

๔.๒ คณะวิทยากรผู้วิพากษ์และผู้ประสานงาน

คณะวิทยากรผู้วิพากษ์	ตำแหน่ง	ผู้ประสานงาน
๑.ดร.ภมรศรี อินทร์ชน	อาจารย์พยาบาล	๑.ภก.ชญาณี จันทรโท
๒.นพ.ธาดิรี โปสิทธิพิเชษฐ์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	๒.นางกิงกาญจน์ บุญมา
๓.พญ.รัชดาภรณ์ภาพจิตรศิลป์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	๓.เมธิณี แหล่งหล้าเลิศสกุล

ห้องที่ ๕ นำเสนอเพื่อประกวดประเภทนวัตกรรม (Poster presentation)

๕.๑ ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะและคัดเลือกผลงานวิชาการ

ชื่อ สกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงาน
๑.พว.สุภาภรณ์ นากลาง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลเพชรบูรณ์

๕.๒ คณะวิทยากรผู้วิพากษ์และผู้ประสานงาน

คณะวิทยากรผู้วิพากษ์	ตำแหน่ง	ผู้ประสานงาน
๑.พว.มลิจันทร์ เกียรติสังวร	อาจารย์พยาบาล	๑.พว.วันเพ็ญ ออกเวหา
๒.พว.เพ็ญพิศ นกุลสวัสดิ์	อาจารย์พยาบาล	๒.พว.โสภิตา ชันแก้ว
๓.พว.สุภาภรณ์ นากลาง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	๒.พว.เพ็ญศรี ไข่คำ

ห้องที่ ๖ นำเสนอเพื่อประกวดประเภท Phototalk

๖.๑ ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะและคัดเลือกผลงานวิชาการ

ชื่อ สกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงาน
๑.พญ.สาวิตรี ตันเจริญ	นายแพทย์ชำนาญการ	โรงพยาบาลพุทธชินราช

๖.๒ คณะวิทยากรผู้วิพากษ์และผู้ประสานงาน

คณะวิทยากรผู้วิพากษ์	ตำแหน่ง	ผู้ประสานงาน
๑.พญ.ดารณี อินทรลาวัณย์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	๑.พว.อภิยา อุทุมปานนท์
๒.นพ.พิเชษฐ์ น้อยหุ่น	นายแพทย์ชำนาญการ	๒.พว.ศิริลักษณ์ บุญยงค์
๓.พว.วัฒนา สว่างศรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	๓.พว.จิระวรรณต่อวัฒนกิจกุล



โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
Chiangrai Prachanukroh Hospital



ประกาศรายชื่อผู้ได้รับรางวัลนำเสนอผลงานวิชาการ
งานประชุมวิชาการโครงการ พัฒนางานบริการปฐมภูมิ ประจำปี ๒๕๖๗
ภายใต้โครงการ"นวัตกรรมสร้างสรรค์ สุขภาพอนาคตปฐมภูมิไทย

:Better Future in Primary Care"

ระหว่างวันที่ ๑๖ - ๑๘ กรกฎาคม ๒๕๖๗ ณ โรงแรมเฮอริเทจ เชียงราย โฮเทล แอนด์ คอนเวนชั่น

ผลงานประเภท นวัตกรรม& CQI

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ชื่อผลงาน	ที่ทำงาน
๑	นางศิริยา ทรงสถาพรเจริญ	การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วย หลังการผ่าตัดข้อสะโพกหักที่บ้าน ด้วย ทีมสหสาขาวิชาชีพ เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอเมือง จังหวัดระยอง	กลุ่มงานการพยาบาล ชุมชนโรงพยาบาล ระยอง
๒	นางสาวกนกพร ยอดยศ	การพัฒนาระบบฐานข้อมูล ในยุคดิจิทัล เพื่อสนับสนุนการบริการสาธารณสุข (Digital Transformation) โดยใช้ Google Sites โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด	กลุ่มงานข้อมูลทาง การแพทย์ กลุ่มภารกิจ สุขภาพดิจิทัล โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
๓	นางสาวรุสนี มะทา	ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริม พัฒนาการและการสร้างวินัยเชิงบวก โดย ครอบครัวมีส่วนร่วม ต่อพัฒนาการเด็กอายุ ๓-๖ ปี ในโรงเรียนเขตเทศบาลเมืองปัตตานี	กลุ่มงานเวชกรรม สังคม โรงพยาบาล ปัตตานี





โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
Chiangrai Prachanukroh Hospital



ประกาศรายชื่อผู้ได้รับรางวัลนำเสนอผลงานวิชาการ
งานประชุมวิชาการโครงการ พัฒนางานบริการปฐมภูมิ ประจำปี ๒๕๖๗
ภายใต้โครงการ"นวัตกรรมสร้างสรรค์ สุขภาพอนาคตปฐมภูมิไทย
:Better Future in Primary Care"
ระหว่างวันที่ ๑๖ - ๑๘ กรกฎาคม ๒๕๖๗ ณ โรงแรมเฮอริเทจ เชียงราย โฮเทล แอนด์ คอนเวนชั่น

ผลงานประเภท เล่าด้วยภาพ (Photo talk)

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ชื่อผลงาน	ที่ทำงาน
๑	พญ.กชกร ตุลย์พัชร	ให้คุณยายเลือกเอง	กลุ่มงานเวชกรรม สังคม โรงพยาบาล พืทูลง
๒	นางจริยาพร ชินแก้ว	"๑-๒-๓ กลั่นหายใจไว้ครับ"	โรงพยาบาลเทิง
๓	นางสาวประไพ พลประเสริฐ	"ภูมิใจที่ได้ H.U.G."	กลุ่มงานการพยาบาล ชุมชน งานการ พยาบาลที่บ้านและ ชุมชน อ.เมือง จ.อุดรธานี





โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
Chiangrai Prachanukroh Hospital



ประกาศรายชื่อผู้ได้รับรางวัลนำเสนอผลงานวิชาการ
งานประชุมวิชาการโครงการ พัฒนางานบริการปฐมภูมิ ประจำปี ๒๕๖๗
ภายใต้โครงการ"นวัตกรรมสร้างสรรค์ สุขภาพอนาคตปฐมภูมิไทย
:Better Future in Primary Care"

ระหว่างวันที่ ๑๖ - ๑๘ กรกฎาคม ๒๕๖๗ ณ โรงแรมเฮอริเทจ เชียงราย โฮเทล แอนด์ คอนเวนชั่น

ผลงานประเภทระบาดวิทยาหรือการสอบสวนโรค

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ชื่อผลงาน	ที่ทำงาน
๑	นายเทพรังสรรค์ จันทร์แจ่ม	การสอบสวนผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน รายแรก ในอำเภอค่ายบางระจัน จังหวัด สิงห์บุรี ปี พ.ศ. ๒๕๖๖	โรงพยาบาลสิงห์บุรี
๒	นางสาวจิรัชญา ไพโรจน์	การสอบสวนการระบาดของโรคไข้เลือดออก หมู่ ๒, ๔ และ ๖ ตำบลหนองบัว อำเภอ นามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างวันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ - ๒๐ เมษายน ๒๕๖๗	โรงพยาบาลนามน อ.นามน จ.กาฬสินธุ์
๓	นางสาวณัฐจิรา อัปปะมะโน	การสอบสวนหาสาเหตุการบาดเจ็บหมู่ กรณี รถโดยสารปรับอากาศเสียหลักลงข้างทาง อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม วันที่ ๒๓ เมษายน ๒๕๖๖	โรงพยาบาล มหาสารคาม





โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
Chiangrai Prachanukroh Hospital



ประกาศรายชื่อผู้ได้รับรางวัลนำเสนอผลงานวิชาการ
งานประชุมวิชาการโครงการ พัฒนางานบริการปฐมภูมิ ประจำปี ๒๕๖๗
ภายใต้โครงการ"นวัตกรรมสร้างสรรค์ สุขภาพอนาคตปฐมภูมิไทย
:Better Future in Primary Care"
ระหว่างวันที่ ๑๖ - ๑๘ กรกฎาคม ๒๕๖๗ ณ โรงแรมเฮอริเทจ เชียงราย โฮเทล แอนด์ คอนเวนชั่น

ผลงานประเภท R๒R นำเสนอด้วยวาจา (Oral presentation)

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ชื่อผลงาน	ที่ทำงาน
๑	นายอุสมัน ดอเลาะ	ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดยชุมชนเป็นฐาน ด้วยโมเดล IQHLM หมู่ที่ ๒ ต.บาราโหม อ.เมือง จ.ปัตตานี	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบาราโหม อำเภอมือ จังหวัดปัตตานี
๒	ภญ.รัชนิทย์ ราชกิจ เนตรสุวรรณ	การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของประชาชน ในอำเภอมือ จังหวัดเชียงราย	โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
๓	นางจิราภรณ์ สิมสวัสดิ์	การพัฒนาแบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคจากการทำงานที่สัมผัสเสียงดังในโรงพยาบาลเลย	กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลเลย





โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
Chiangrai Prachanukroh Hospital



ประกาศรายชื่อผู้ได้รับรางวัลนำเสนอผลงานวิชาการ
งานประชุมวิชาการโครงการ พัฒนางานบริการปฐมภูมิ ประจำปี ๒๕๖๗
ภายใต้โครงการ "นวัตกรรมสร้างสรรค์ สุขภาพอนาคตปฐมภูมิไทย

:Better Future in Primary Care"

ระหว่างวันที่ ๑๖ - ๑๘ กรกฎาคม ๒๕๖๗ ณ โรงแรมเฮอริเทจ เชียงราย โฮเทล แอนด์ คอนเวนชั่น

ผลงานประเภท วิจัยนำเสนอด้วยวาจา (Oral presentation)

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ชื่อผลงาน	ที่ทำงาน
๑	นางสาวฐาณิญา โสภณวิทย์	การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางไกล ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ บ้าน	โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น
๒	ดร.วัชรินทร์ ทองสีเหลือง	รูปแบบการจัดการสุขภาพชุมชนเพื่อป้องกัน และแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต ในมหาวิทยาลัย แห่งหนึ่ง จังหวัดมหาสารคาม	ศูนย์แพทย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ มหาสารคาม
๓	นางสาวพิชญสุดา เชิดสกุล	การพัฒนาแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ ด้านสุขภาพการป้องกันโรคหลอดเลือด สมอง (Stroke) ภาวะหัวใจขาดเลือดชนิด STEMI และกระดูกสะโพกหัก (Hip fracture) ในผู้สูงอายุ สำหรับอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอ เมืองอุบลราชธานี	สำนักงานสาธารณสุข อำเภอเมือง อุบลราชธานี



ประกาศรายชื่อบุคลากรสาธารณสุขดีเด่น “คนดีศรีปฐมภูมิ” ปี ๒๕๖๗



รางวัลกิตติมศักดิ์



๑.๑ บุคลากรสาธารณสุขดีเด่น “คนดีศรีปฐมภูมิ”ระดับภาค สาขาแพทย์และทันตแพทย์
กลุ่มที่ ๑ รพศ./รพท.

 แพทย์หญิงฐิติกาญจน์ ผสมบุญ นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลพุทธชินราช จ.พิษณุโลก ผลงานเด่น 1. NCD Clinic Plus Awards ดีเด่น ระดับประเทศ 2. STRONG NCDs PROJECT 3. สร้างคนต้นแบบ พัฒนาค้น พัฒนางาน	 นายแพทย์ธাত্রี โบลิตธิพิเชษฐ์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ผลงานเด่น 1. การจัดการสถานการณ์โรคโควิด-19 ในเรือนจำ 2. การดูแลผู้ต้องขังโรคเรื้อรังด้วย Telemedicine 3. รางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนากรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดีเด่น ด้านวิชาการ
 แพทย์หญิงศิริลักษณ์ นียกิจ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาล 50 พรรษา มหาวชิราลงกรณ จ.อุบลราชธานี ผลงานเด่น 1. พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิโดยใช้หลักคิดเวชศาสตร์ครอบครัว 2. พัฒนาระบบการดูแลพระภิกษุสามเณร แม่ชีแบบบูรณาการ เครือข่ายโรงพยาบาล 50 พรรษามหาวชิราลงกรณ สู่ Service Plan เขตสุขภาพที่ 10	 นายแพทย์เอกรัฐ จันทรวันเพ็ญ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสิชล จ.นครศรีธรรมราช ผลงานเด่น 1. การพัฒนาคุณภาพระบบบริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Health Care) จังหวัดนครศรีธรรมราช 2. ประสบการณ์การจัดการเรียนรู้อาชีวศึกษาเวชศาสตร์ครอบครัวให้นักศึกษาแพทย์ต่างชาติ

๑.๑ บุคลากรสาธารณสุขดีเด่น “คนดีศรีปทุมภูมิ”ระดับภาค สาขาแพทย์และทันตแพทย์
กลุ่มที่ ๒ รพช./รพ.สต.

 นายแพทย์นาสิทธิ์ วิจิตรพันธ์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลสันป่าตอง จ.เชียงใหม่ ผลงานเด่น 1. พัฒนาระบบการคัดกรองสำหรับห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลในเครือข่ายบริการที่ 3 จังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้โปรแกรมมือถือ 2. พัฒนาระบบการวางแผนการจำหน่ายและระบบการฟื้นฟูสภาพทางไกลในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง	 แพทย์หญิงสมพิศ จำปาเงิน นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลอุ้มทอง จ.สุพรรณบุรี ผลงานเด่น 1. U-thong District Health : Palliative Care 2. รางวัลบริการภาครัฐแห่งชาติ ดีเด่น : รักษาฉบับไว ปลอคลายถึงบ้าน ทิววางแผนการจำหน่าย ปี 2559 3. รางวัลบริการภาครัฐแห่งชาติ ดีเด่น : มหัตถจริย เจลว่านพระฉิม
 นายแพทย์ชัยรัตน์ เจริญสุข นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลเพ็ญ จ.อุดรธานี ผลงานเด่น 1. การดูแลสุขภาพด้วยหลักการแพทย์วิถีธรรมเชื่อมโยงภาคีเครือข่ายในชุมชน 2. ผลงานวิจัย : การใช้น้ำ ใบมะละกอ เพื่อเพิ่มเกล็ดเลือดของผู้ป่วยไข้เลือดออก 3. รางวัลแพทย์ดีเด่น ด้านบริการ จากแพทย์สมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์	 นายแพทย์ภูษงค์ วงศ์หิรัญรัชต์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลตากใบ จ.นราธิวาส ผลงานเด่น 1. การจัดระบบดูแลปทุมภูมิตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว ในงานเวชปฏิบัติปทุมภูมิ 2. การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลสุขภาพ ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านโดยทีมหมอครอบครัว

๑.๒ บุคลากรสาธารณสุขดีเด่น “คนดีศรีปฐมภูมิ” ระดับภาค สาขาพยาบาล
กลุ่มที่ ๑ รพศ./รพท.

 นางระเบียบ วงศ์วิวัฒน์ธนะ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลน่าน ผลงานเด่น 1. รางวัลชนะเลิศต้นแบบเยี่ยมบ้านคุณภาพ 2. พัฒนาระบบการเฝ้าระวังและป้องกันความเสี่ยงพลัดตกหกล้มกระดูกหักในผู้สูงอายุจังหวัดน่าน 3. พัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านแบบบูรณาการด้วยทีมหมอครอบครัวและพยาบาลชุมชน รพ.น่าน	 นางกัลยา เพียรแก้ว พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลพุทธโสธร จ.ฉะเชิงเทรา ผลงานเด่น 1. พัฒนาโปรแกรมประยุกต์บนอุปกรณ์เคลื่อนที่ (Smart Care for Pressure Injury : SCPI) 2. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่บ้านแบบบูรณาการตามแนวคิด PUSH THE LIMIT (เก่งได้ไร้ขีดจำกัด) 3. การทำงานจิตอาสาในชุมชนสร้างภาคีเครือข่ายจิตอาสาเพื่อขับเคลื่อนและแก้ไขปัญหาผู้สูงอายุ และบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง
 นางวัฒนา สว่างศรี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลมหาสารคาม ผลงานเด่น 1. การพัฒนาระบบบริการพยาบาลการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วย Stroke แบบไร้รอยต่อ เขตสุขภาพที่ 7 2. การพัฒนาระบบการเตรียมความพร้อมโรงพยาบาลสนามในการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 จังหวัดมหาสารคาม	 นางมยุรี คชนาม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ผลงานเด่น 1. ผลลัพธ์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงในเขตเมืองจังหวัดสุราษฎร์ธานี ปี 2563 2. ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะ Long COVID-19 ของผู้ป่วยที่แยกกักตัวที่บ้านในเขตพื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

๑.๒ บุคลากรสาธารณสุขดีเด่น “คนดีศรีปฐมภูมิ” ระดับภาค สาขาพยาบาล
กลุ่มที่ ๒ รพช./รพ.สต.

 นางวิเลียม บุญจอม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลหล่มสัก จ.เพชรบูรณ์ ผลงานเด่น 1. การบริหารจัดการวัคซีนโควิด-19 เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอหล่มสัก 2. การพัฒนาระบบบริการด้านปฐมภูมิ ในเขตเทศบาลเมืองหล่มสัก	 นางนาถนภา วงษ์ศีล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.สต.บึงนาราง อ.บางน้ำเปรี้ยว จ.ฉะเชิงเทรา ผลงานเด่น 1. รางวัลชนะเลิศนวัตกรรมส่งเสริมส่งเสริมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ปี 2565 เรื่อง มหัศจรรย์ลดขา ไม่ล้มด้วยตาราง 9 ช่อง 2. ขับเคลื่อนกองทุนบุญ : กองทุนสวัสดิการชุมชนตำบลบึงนาราง
 นางจรรยาศรี ปัญญาดี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.สต.นาบัว อ.เพ็ญ จ.อุดรธานี ผลงานเด่น 1. พัฒนารูปแบบการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้นแบบระดับประเทศ 2. รางวัลข้าราชการพลเรือนดีเด่น ประจำปี 2555	 นางสุพินดา วิวัฒนานนท์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.สต.บางเขียด อ.สิงหนคร จ.สงขลา ผลงานเด่น 1. การพัฒนางานผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย 2. การบูรณาการมิติใหม่ด้านสุขภาพด้วยศาสตร์แห่งความเป็นไทย

๑.๓ บุคลากรสาธารณสุขดีเด่น “คนดีศรีปฐมภูมิ” ระดับภาค สาขานักวิชาการสาธารณสุข
และสหสาขาวิชาชีพ

กลุ่มที่ ๑ รพศ./รพท.

 นายกิตติศักดิ์ แก้วนิ่ม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลน่าน ผลงานเด่น 1. งานวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมที่เน้นพฤติกรรมบำบัด เพื่อลด ละ เลิก การสูบบุหรี่ในผู้ต้องขังชาย จังหวัดน่าน 2. วิทยากรหลักโครงการสร้างจิตสำนึก ต่อสถาบันพระมหากษัตริย์ ปี 2555-2557	 นางสาววานิสสา โชคลาก นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โรงพยาบาลหัวหิน จ.ประจวบคีรีขันธ์ ผลงานเด่น 1. การดำเนินงานตามมาตรฐานสถานบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (คลินิกวัยรุ่น) 2. การขับเคลื่อนการทำงานระดับอำเภอตามมาตรฐานการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาดังครรรค์ในวัยรุ่น
 เภสัชกรหญิงปริญญา ฅมอุทธา เภสัชกรชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลมหาสารคาม ผลงานเด่น 1. การพัฒนาระบบอาหารปลอดภัยแบบครบวงจร 2. การพัฒนาระบบยาปลอดภัยในชุมชน	 นางสาวรุสนี มะทา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลปัตตานี ผลงานเด่น 1. โครงการการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วม (Preschool Parenting Program : Triple-P) 2. การพัฒนา Health Station

๑.๓ บุคลากรสาธารณสุขดีเด่น “คนดีศรีปฐมภูมิ” ระดับภาค สาขานักวิชาการสาธารณสุข และสหสาขาวิชาชีพ

กลุ่มที่ ๒ รพช./รพ.สต.

 นางอำพรทิพย์ อุดทาโท นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ รพ.สต.ดอกคำใต้ อ.จาว จ.ลำปาง ผลงานเด่น 1. สร้างเครือข่ายการทำงานในชุมชน (พชต.) 2. พัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการแก้ไข ปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จตามวิถีชีวิตใหม่ 3. พัฒนารูปแบบการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลใน เลือดไม่ได้	 นายจำเนียร สุวรรณชาติ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทร์ราชินี วังสมบูรณ์ จ.สระแก้ว ผลงานเด่น 1. คนดี ศรีสาธารณสุข ของกระทรวงสาธารณสุข 2. การพัฒนาองค์กรแห่งความรู้ สู่โรงเรียน เบาหวานเทิดพระเกียรติ สมเด็จพระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนีพันปีหลวง
 เภสัชกรหญิงวิภารัตน์ ลิ้มชัยกิจเจริญ เภสัชกรชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลภูเวียง จ.ขอนแก่น ผลงานเด่น 1. รางวัลรองชนะเลิศอันดับ 1 งานนำเสนอ R2R ระดับเขตสุขภาพที่ 7 ปีงบประมาณ 2562 2. รางวัลนวัตกรรมดีเด่นระดับกระทรวง ปีงบประมาณ 2562 เรื่อง นวัตกรรมลดขนาดยา ล็อคความปลอดภัย ใส่ใจผู้ป่วยเบาหวานใช้ยาฉีด อินซูลิน โรงพยาบาลภูเวียง จังหวัดขอนแก่น	 นายธีระวัฒน์ แดงกะเปา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ รพ.สต.บ้านสี่แยกสวนป่า อ.วังหิน จ.นครศรีธรรมราช ผลงานเด่น 1. รางวัลชนะเลิศพื้นที่ต้นแบบดีเด่นแห่งชาติ ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก ระดับเพชร ประจำปี 2566 2. โรงเรียน อสม.บ้านสี่แยกสวนป่า : โรงเรียน อสม.แห่งแรกของประเทศไทย

โครงการ

๑.ชื่อโครงการ

การประชุมวิชาการพัฒนางานบริการปฐมภูมิประจำปี ๒๕๖๗ “นวัตกรรมสร้างสรรค์ สุขภาพอนาคตปฐมภูมิไทย (BetterFuture in Primary Care)”

๒.หน่วยงานที่รับผิดชอบ

กลุ่มภารกิจปฐมภูมิ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ร่วมกับสมาคมเวชกรรมสังคมประเทศไทย

๓.หัวหน้าโครงการ/คณะผู้ดำเนินการ

นางดารณี อินทรลาวัณย์

๔.หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Care) เป็นพื้นฐานสำคัญของระบบบริการสุขภาพเป็นด่านแรก (Gate keeper) ของการเข้าถึงที่มีความเท่าเทียมและมีประสิทธิภาพ ช่วยลดช่องว่างของระบบบริการสุขภาพประชาชน ประเทศไทยมีนโยบายและแผนการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิมาอย่างต่อเนื่องในการปฏิรูปและส่งเสริมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงระดับสูง คือตติยภูมิ จะต้องพัฒนาไปพร้อมๆ กัน ในส่วนของระบบบริการปฐมภูมิพบข้อจำกัดทั้งในส่วน of สมรรถนะของบุคลากร ความไม่สมดุลของคนกับงาน การลงทุนพัฒนาหน่วยปฐมภูมิเพื่อสร้างองค์ความรู้ การส่งต่อเพื่อการรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์การของโรคอุบัติใหม่ระบาดซ้ำที่พบอยู่ในขณะนี้ การปรับตัวเพื่อรู้เท่าทัน การนำเทคโนโลยีการสื่อสารมาใช้ในชีวิตประจำวันจึงมีความสำคัญมาก เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการทางการแพทย์วิถีใหม่ที่มีคุณภาพเสมอภาค ไม่แออัด มีมาตรฐานเพิ่มขึ้น ปลอดภัยทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ อีกทั้งยังลดภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลและสร้างการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ร่วมกัน

ดังนั้น กลุ่มภารกิจปฐมภูมิ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ร่วมกับสมาคมเวชกรรมสังคมแห่งประเทศไทย ตระหนักถึงความสำคัญและความจำเป็นจึงได้จัดทำโครงการพัฒนางานบริการปฐมภูมิ ปี ๒๕๖๗ ภายใต้ชื่อ “นวัตกรรมสร้างสรรค์ สุขภาพอนาคตปฐมภูมิไทย (BetterFuture in Primary Care)” ขึ้น เพื่อให้กลุ่มงานด้านภารกิจบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ทุกแห่งและผู้สนใจทั้งในและนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีการพัฒนาองค์ความรู้และร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อพัฒนาคน พัฒนางาน สามารถปรับตัวในสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้ตลอดจนประสานกับภาคีเครือข่ายเพื่อจัดบริการแก่ประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและประชาชนเกิดคุณภาพชีวิตที่ดี

๕. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อพัฒนาบุคคลในกลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิทุกระดับ ทุกภูมิภาค ให้มีความรู้ความเข้าใจนโยบายและสามารถมาปรับใช้ให้สอดคล้องกับบริบทหน่วยงาน
๒. เพื่อร่วมกันระดมความคิดเห็นในการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานบริการปฐมภูมิโดยใช้นวัตกรรมแบบสร้างสรรค์เพื่อสุขภาพ
๓. เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลงานวิชาการ นวัตกรรมและผลงานดีเด่นของเครือข่ายด้านภารกิจบริการปฐมภูมิทั่วประเทศ
๔. เพื่อส่งเสริมให้เกิดเครือข่ายปฐมภูมิที่เข้มแข็งในการทำงานที่เป็นรูปธรรม
๕. เพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยได้รับการดูแลที่ทั่วถึง ครอบคลุมและเหมาะสม เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี

๖. ความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์จังหวัดและนโยบายกระทรวงสาธารณสุข

- ยุทธศาสตร์ที่ ๑ ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพและความป้องกันโรคเป็นเลิศ (Promotion & Prevention Excellence) แผนงานที่ ๑ การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ
- ยุทธศาสตร์ที่ ๓ ยุทธศาสตร์ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) แผนงานที่ ๑๐ การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ โครงการที่ ๑ โครงการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

๗. กลวิธีการดำเนินการ

๑. ประชุมชี้แจงรายละเอียดแก่คณะดำเนินงานโครงการ/เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเพื่อจัดทำแผนดำเนินการ
๒. จัดทำแผนงาน/โครงการ เสนอเพื่อขออนุมัติงบประมาณ
๓. แจ้งเวียน ประชาสัมพันธ์โครงการแก่โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปและผู้สนใจทั้งในและนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อตอบรับเข้าร่วมประชุม
๔. ประชุมวิชาการพัฒนางานบริการปฐมภูมิประจำปี ๒๕๖๗ “นวัตกรรมสร้างสรรค์ สุขภาพอนาคตปฐมภูมิไทย (Better Future in Primary Care)”
 - ๔.๑ จัดนิทรรศการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านวิชาการ
 - ๔.๒ บรรยาย/อภิปราย/เสวนาวิชาการ
 ๕. สรุปและประเมินผลโครงการ

๘. กลุ่มเป้าหมายจำนวน ๔๐๐ คน

คณะกรรมการและอนุกรรมการพัฒนางานเวชกรรมสังคมและบริการปฐมภูมิแพทย์ พยาบาล นักวิชาการและเจ้าหน้าที่กลุ่มงานด้านภารกิจปฐมภูมิรพศ./รพท. ผู้สนใจทั้งในและนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๙. ระยะเวลาการดำเนินการ

กิจกรรม	ระยะเวลา ปีงบประมาณ ๒๕๖๗										
	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
๑.ประชุมชี้แจงรายละเอียดแก่คณะดำเนินงานโครงการ/เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเพื่อจัดทำแผนดำเนินงาน			←	→							
๒.จัดทำแผนงาน/โครงการเพื่อเสนอขอสนับสนุนงบประมาณ				←	→						
๓.แจ้งเวียนประชาสัมพันธ์โครงการ						←	→				
๔.ประชุมวิชาการพัฒนาปฐมภูมิโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ประจำปี ๒๕๖๗									←	→	
๕.สรุปและประเมินผลโครงการ									←	→	

๑๐. สถานที่ดำเนินการ

โรงแรมในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

๑๑. งบประมาณ

๑๑.๑ งบประมาณที่เบิกจากต้นสังกัด ประกอบด้วย

- ค่าที่พัก ค่าพาหนะ ค่าเบี้ยเลี้ยง สำหรับผู้เข้าร่วมประชุม
- ค่าลงทะเบียนของผู้เข้าร่วมประชุม ๓,๐๐๐ บาท/คนกับสมาคมเวชกรรมสังคมแห่งประเทศไทยเพื่อเบิกจ่ายค่าอาหารกลางวัน ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม รวมทั้งค่าวัสดุอุปกรณ์และค่าใช้จ่ายอื่นๆในการดำเนินการจัดประชุม

๑๑.๒ งบประมาณจากกองบริหารการสาธารณสุขสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวน ๓๐๐,๐๐๐ บาท (สามแสนบาทถ้วน) โดยมีรายละเอียดดังนี้

กิจกรรม.ประชุมวิชาการพัฒนางานบริการปฐมภูมิ ประจำปี ๒๕๖๗นวัตกรรมสร้างสรรค์สุขภาพอนาคตปฐมภูมิไทย (BetterFuture in Primary Care) ดังนี้

กิจกรรม/ค่าใช้จ่าย	ค่าใช้จ่าย รวม(บาท)	แหล่งที่มา ของ งบประมาณ
กิจกรรมประชุมวิชาการพัฒนางานบริการปฐมภูมิประจำปี ๒๕๖๗ “นวัตกรรมสร้างสรรค์ สุขภาพอนาคตปฐมภูมิไทย(Better Future in Primary Care) ดังนี้		
-ค่าอาหารกลางวัน ๓๐ คนx ๓๕๐ บาท x๑ มื้อ x๓ วัน	๓๑,๕๐๐	งบ สป.
-ค่าอาหารเย็น ๓๐ คนx๓๕๐ บาท x ๑ มื้อ x ๒ วัน	๒๑,๐๐๐	งบ สป.
-ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ๓๐ คนx๕๐บาทx ๒ มื้อx๓ วัน	๙,๐๐๐	งบ สป.
-ค่าตอบแทนวิทยากรบุคคลของรัฐ		
-กระบวนการกลุ่ม ๒ กลุ่มๆ๒ คนx๖๐๐ บาทx๑.๕ ชม.x๓ วัน	๑๐,๘๐๐	งบ สป.
-ค่าตอบแทนวิทยากรบุคคลของรัฐ(บรรยาย) ๖๐๐ บาทx๑ ชม.x๒ คน	๑,๒๐๐	งบ สป.
-ค่าตอบแทนวิทยากรบุคคลของรัฐ(บรรยาย)๖๐๐ บาทx๑.๕ ชม.x๒ คน	๑,๘๐๐	งบ สป.
-ค่าตอบแทนวิทยากรบุคคลของรัฐ(อภิปราย)๖๐๐ บาทx๑.๕ ชม.x๕ คน	๔,๕๐๐	งบ สป.
-ค่าตอบแทนวิทยากรบุคคลของรัฐ(ผู้วิพากษ์) ๕ห้อง x๒ คนx ๓ ชม.x๖๐๐ บาท	๑๘,๐๐๐	งบ สป.
-ค่าตอบแทนวิทยากรบุคคลภายนอก(บรรยาย)๑,๒๐๐บาท x๑ชม.x๑ คน	๑,๒๐๐	งบ สป.
-ค่าตอบแทนวิทยากรบุคคลภายนอก(บรรยาย)๑,๒๐๐ บาทx๑.๕ ชม.x ๒ คน	๓,๖๐๐	งบ สป.
-ค่าตอบแทนวิทยากรบุคคลภายนอก(ผู้วิพากษ์)๕ห้องx๓ ชม.x๑,๒๐๐ บาท	๑๘,๐๐๐	งบ สป.
-ค่าที่พักวิทยากร (๒๐ ห้อง) x ๑ คืน x ๑,๔๕๐ บาท	๒๙,๐๐๐	งบ สป.
-ค่าพาหนะเดินทางของวิทยากร ๒๐ คน x ๔,๕๐๐ บาท	๙๐,๐๐๐	งบ สป.
-ค่าพาหนะเดินทาง (คณะทำงานจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข) ๓ คน x ๔,๕๕๐ บาท	๑๓,๖๕๐	งบ สป.
-ค่าเช่าเหมารถตู้ ๑๒ ที่นั่งพร้อมน้ำมัน ๒ คัน x ๒,๓๐๐ บาท x ๓ วัน	๑๓,๘๐๐	งบ สป.
-ค่าวัสดุ/เอกสารผู้เข้าร่วมประชุมวิชาการ	๓๒,๙๕๐	งบ สป.
รวม ๓๐๐,๐๐๐ บาท (สามแสนบาทถ้วน)		

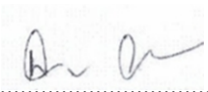
หมายเหตุ: ค่าใช้จ่ายสามารถถัวเฉลี่ยกันได้

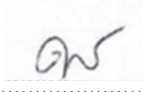
๑๒. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑.บุคลากรที่เข้าร่วมประชุมมากกว่า ร้อยละ ๘๐

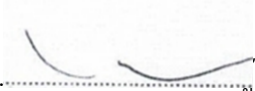
๒.ร้อยละ ๘๐ ของบุคลากรในกลุ่มงานด้านการกิจบริการปฐมภูมิ รพศ./รพท.และผู้สนใจทั้งในและนอกสังกัดสำนักงานกระทรวงสาธารณสุขที่เข้าร่วมโครงการ มีความรู้ ความเข้าใจ ในนโยบายและการพัฒนางานบริการปฐมภูมิ สามารถนำไปปฏิบัติได้

๓.ผู้เข้าร่วมโครงการมีความพึงพอใจมากกว่าร้อยละ ๘๐

ลงชื่อ..........ผู้เขียนโครงการ
(นางสาวอมรรัตน์ วิริยะประสพโชค)
หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลชุมชน

ลงชื่อ..........ผู้เสนอโครงการ
(นางดารณี อินทรลาวัณย์)
หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม

ลงชื่อ..........ผู้เห็นชอบโครงการ
(นายวัฒนา วงศ์เทพเทียน)
รองผู้อำนวยการฝ่ายบริการปฐมภูมิ

ลงชื่อ..........ผู้เห็นชอบโครงการ
(นายศุภเลิศ เนตรสุวรรณ)
รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์

ลงชื่อ..........ผู้เห็นชอบโครงการ
(นางสาวอัจฉรา ละอองนวลพานิช)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

ลงชื่อ..........ผู้อนุมัติโครงการ
(นายวัชรพงษ์คำหล้า)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงราย



ประชุมวิชาการ งานบริการปฐมภูมิ

BETTER FUTURE IN PRIMARY CARE

สมาคมเวชกรรมสังคมแห่งประเทศไทย

16-18 กรกฎาคม 2567

ณ โรงแรมเฮอริเทจ
จังหวัดเชียงราย