



ประชุมวิชาการ

งานบริการปฐมภูมิ

สมาคมเวชกรรมสังคมแห่งประเทศไทย

"พลังปฐมภูมิไทย ห่วงไกล NCDs"

: Protect Thai from NCDs with
the Power of Primary Care

2568

15-17 กรกฎาคม 2568

โรงแรมแกรนด์ พาลาซโซ่ พัทยา

จังหวัดชลบุรี



การประชุมวิชาการงานบริการปฐมภูมิ
สมาคมเวชกรรมสังคมแห่งประเทศไทย ประจำปี ๒๕๖๘
“พลังปฐมภูมิไทย ท่างไกล NCDs
: Protect Thai from NCDs with the Power of Primary Care”

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

ปีที่พิมพ์	๒๕๖๘
จำนวนหน้า	๓๗๘ หน้า
จำนวนพิมพ์	๒๐๐ เล่ม
จัดพิมพ์โดย	สมาคมเวชกรรมสังคมแห่งประเทศไทย
เจ้าของ	สมาคมเวชกรรมสังคมแห่งประเทศไทย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมืองจ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐
ออกแบบปก	งานเวชนิต์คน โรงพยาบาลขอนแก่น

คำนิยาม

งานบริการปฐมภูมามีความสำคัญต่อกลไกการดำเนินงานในระบบสาธารณสุข เป็นบริการที่ครอบคลุมทั้งชีวิต ของประชาชน ช่วยลดช่องว่างระหว่างระบบบริการสาธารณสุขในปัจจุบัน ที่มีความเหลื่อมล้ำ โดยมีจุดมุ่งหมาย (Goal) เพื่อจัดบริการที่มีประสิทธิภาพ ให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีทุกช่วงชีวิต แม้จะมีปัญหาความสมดุลของคนกับงาน คนปฐมภูมิยังทำงานตอบสนองนโยบาย และแผนพัฒนาระบบบริการอย่างต่อเนื่อง การประชุมวิชาการพัฒนางานบริการปฐมภูมิ ของสมาคมเวชกรรมสังคมแห่งประเทศไทยประจำปี2568 ภายใต้แนวคิด “พลังปฐมภูมิไทย ห่วงไกล NCDs(Protect Thai from NCDs with the Power of Primary Care ” เป็นการประชุมที่มีคุณค่าของชาวปฐมภูมิทั่วประเทศ ที่จะได้พัฒนาความรู้ ทักษะ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ วิวัฒนาการใหม่ๆ เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่รับผิดชอบ พัฒนา ต่อยอด สร้างสรรค์คุณค่าของบริการให้มีคุณภาพ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี บุคลากรมีความสุข

ในนามของสมาคมเวชกรรมสังคมแห่งประเทศไทยขอชื่นชม คณะผู้จัดการประชุมวิชาการระดับชาติในครั้งนี้ และขอให้ผู้เข้าร่วมประชุมทุกท่านนำความรู้และประโยชน์ที่ได้รับจากการประชุมในครั้งนี้ไปร่วมกันพัฒนางานบริการปฐมภูมิ ขับเคลื่อนกลไกระบบสาธารณสุขของประเทศไทยให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชน และประเทศชาติต่อไป



(นายแพทย์สุรสิทธิ์ จิตรพิทักษ์เลิศ)

นายกสมาคมเวชกรรมสังคมแห่งประเทศไทย

คำนิยม

การจัดประชุมวิชาการงานบริการปฐมภูมิ ของสมาคมเวชกรรมสังคมแห่งประเทศไทย ประจำปี 2568 ภายใต้แนวคิด “พลังปฐมภูมิไทย ท่างไกล NCDs(Protect Thai from NCDs with the Power of Primary Care ” โรค NCDs เป็นปัญหาสำคัญในระบบบริการสาธารณสุข ที่มีอุบัติการณ์การเกิดโรคสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเป็นสาเหตุของการสูญเสียงบประมาณในการดูแลรักษาที่สูงมาก การส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรครมีความสำคัญ ในการตัดวงจรการเกิดโรค ซึ่งต้องเริ่มตั้งแต่การดูแลสุขภาพกลุ่มปกติ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยง รวมถึงการดูแลต่อเนื่องกลุ่มป่วยเพื่อควบคุมโรค ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อน ให้อยู่กับโรคได้โดยไม่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การบริการทั้งหมดนี้เป็นบทบาทหน้าที่ของทีมนสหสาขาวิชาชีพปฐมภูมิ การจัดการประชุมครั้งนี้เพื่อสร้างทีมนบุคลากรปฐมภูมิให้มีความรู้ ความเข้าใจ มีทักษะ และเพิ่มพูนสมรรถนะที่ทันสมัย เป็นทีมที่เข้มแข็ง มีศักยภาพ และเป็นเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลงานเด่น ประสบการณ์ ผลงานวิชาการ และสร้างขวัญกำลังใจให้ผู้ปฏิบัติงาน ให้มีพลังในการสร้างสรรค์ระบบบริการที่มีคุณภาพ อันจะส่งผลต่อระบบบริการสุขภาพการมีสุขภาพที่ดี และคุณภาพชีวิตของประชาชน

ขอขอบคุณ ท่านนายกสมาคมเวชกรรมสังคมแห่งประเทศไทย และผู้อำนวยการโรงพยาบาล พัทยาภิรมคุณ ที่เป็นผู้รับผิดชอบโครงการ และสนับสนุนให้การจัดประชุมวิชาการงานบริการปฐมภูมิ ปี 2568 ประสบผลสำเร็จ



นายแพทย์ปรีดา ตั้งจิตเมธี
ประธานกรรมการพัฒนางานบริการปฐมภูมิ
โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป

สารบัญ

	หน้า
คำนิยม	๑
สารบัญ	๓
สารบัญวิชาการ	๔
บทความวิจัยความก้าวหน้า	๑๒
บทความ R๒R เพื่อความก้าวหน้า	๘๖
บทความวิจัยประกวด	๙๘
บทความ R๒R ประกวด	๑๖๓
บทความระบด	๒๐๒
บทความนวัตกรรม	๒๓๗
Photo รูปภาพ	๒๗๕
ภาคผนวก	
คำสั่งสมาคมเวชกรรมสังคมแห่งประเทศไทย	๓๔๓
กำหนดการ	๓๕๑
คณะทำงานในการนำเสนอผลงานวิชาการ ๖ ห้อง	๓๕๗
ประกาศรายชื่อผู้ได้รับรางวัลนำเสนอผลงานวิชาการ	๓๖๐
ประกาศรายชื่อบุคลากรสาธารณสุขดีเด่น “คนดีศรีปฐมภูมิ” ปี ๒๕๖๘	๓๖๒
โครงการ	๓๗๓

.....

สารบัญวิชาการ

RAห้องที่ ๑ นำเสนอ เพื่อความก้าวหน้าประเภท วิจัยและ R๒R

รหัส	ชื่อ-สกุล	ชื่อผลงาน	หน้า
RA๐๒	นางสาวจารุวรรณ เรืองจิตต์	ผลของการใช้ application ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน	๑๓
RA๐๓	นางสาวกัลยาณี อาษาสันติสุข	MELT Model ลดกลุ่มเสี่ยงในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ไม่ให้เป็นกลุ่มป่วย	๒๐
RA๐๔	นางวรัญญา แก้วถึง	พัฒนารูปแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒	๒๕
RA๐๕	นางนงคราญ ปรานพานิชกิจ	ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลเชิงราชประชานุเคราะห์ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย	๓๓
RA๐๖	นางปรีศนีย์ หอมลำดวน	ผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองของสตรี ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลฝางจังหวัดเชียงใหม่	๓๙
RA๐๘	นางนันทิยา ไทยภักดี	การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับกลุ่มเสี่ยงเบาหวานวัยทำงานศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง จังหวัดขอนแก่น	๔๕
RA๐๙	นางสาวอรอุมา อินทงลักษณ์	ผลการศึกษาของการใช้โปรแกรมเพิ่มสมรรถนะสร้างเสริมความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุในชุมชน	๕๒
RA๑๐	นางสาวทัศนารถณ์ แก้วภักดี	ประสิทธิผลของโปรแกรมการกำกับตัวเองต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่๒ ในประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูง ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง โรงพยาบาลศรีสะเกษ	๕๙
RA๑๑	พว.จิตติมา ทองคณารักษ์	ผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก ๒ อ. ต่อความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ ๒	๖๕
RA๑๔	นายดำรงศักดิ์ ไชยสงคราม	พัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพสู่การปฏิบัติภายใต้บริบทชุมชนเมือง จังหวัดขอนแก่น	๗๑
RA๑๕	คุณฐาณิญา โสภณวิทย์	พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional Care) ด้วยการจัดการสุขภาพตนเองระดับปฐมภูมิเขตอำเภอเมือง	๗๘

เพื่อความก้าวหน้า ประเภท R๒R

รหัส	ชื่อ-สกุล	ชื่อผลงาน	หน้า
RRA๐๒	นางสาวธิดาภรณ์ ไส้โตก	ประสิทธิผลของการใช้ยาสมุนไพรพื้นบ้านในการกำจัดเหาในเด็กนักเรียนหญิงชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 โรงเรียนอนุบาลมหาสารคาม	๘๗
RRA๐๓	นางสาวอัจฉรา สุจาจริง	ประสิทธิผลของการพัฒนาระบบการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนเบาหวานที่ตา เขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย	๙๒

RC ห้องที่ ๒ นำเสนอเพื่อประกวดประเภทงานวิจัย

รหัส	ชื่อ-สกุล	ชื่อผลงาน	หน้า
RC๐๑	นางสาวจรรุวรรณ แป้นน้อย	ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด เพื่อมุ่งเป้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ (Diabetes Remission) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองอุดรดิตถ์ 1 จังหวัดอุดรดิตถ์	๙๙
RC๐๒	นางสาว ฮีตยาตี วาเง้าะ	ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพใน 7 สัปดาห์ ของประชาชนที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน อำเภอเมืองจังหวัดยะลา	๑๐๖
RC๐๓	นายอนุชิต ชุมคง	ผลของการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อระดับความรู้ พฤติกรรม และความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง	๑๑๑
RC๐๔	คุณสุรภา หังสพฤกษ์,ฐิติรัตน์	ประสิทธิผลของโปรแกรมคาลิสเทนิกต่อการควบคุมน้ำตาลและการนำกระแสประสาทในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะปลายประสาทเสื่อม	๑๑๘
RC๐๕	คุณนิตยา มลอยู่พะเนา	ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองโดยการบริการพยาบาลทางไกลสำหรับกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง อำเภอเมืองเลย จังหวัดเลย	๑๒๕
RC๐๖	นายวัชรินทร์ ทองสีเหลือง	การพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชน จังหวัดมหาสารคาม	๑๓๑
RC๑๐	นางสาวเดือนใจ ปาประโคน	ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรงพยาบาลบ้านกรวดจังหวัดบุรีรัมย์	๑๓๗
RC๑๑	นางแสงเดือน ลายสนธิ์	ผลของโปรแกรมโรงเรียนเบาหวานวิทยาสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ต่ำลงสะเคา อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์	๑๔๓
RC๑๒	อำพรทิพย์ อุดทาโท	การพัฒนาารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในด้านการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกตำบลแม่ตึบ อำเภองาวจังหวัดลำปาง	๑๔๘
RC๑๔	นางสาวฤดีพร ขวัญกระโทก	การพัฒนาโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุตำบลหนองบัวศาลาอำเภอมืองนครราชสีมา	๑๕๔
RC๑๕	พว.ธัญญภรณ์ วาโยบุตร	การพัฒนาารูปแบบการติดตามดูแลผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2 ที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินเกณฑ์ในบ้านท่าตูม ตำบลท่าตูม อำเภอมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม	๑๕๙

RRCห้องที่ ๓ นำเสนอเพื่อประกวดประเภท R๒R

รหัส	ชื่อ-สกุล	ชื่อผลงาน	หน้า
RRC๐๒	ว่าที่ร.ต.กิตติศักดิ์ วรณวิจิตร	ถอดบทเรียนการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมภัยฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM ๒.๕) โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของเครือข่าย กรณีศึกษาตำบลแม่แรง อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน ปี๒๕๖๗	๑๖๔
RRC ๐๖	นายพงษ์พรณ กาละนีโย	การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดด้วยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ	๑๗๒
RRC ๐๗	นางวารุณี หิมวัง	รูปแบบการจัดบริการพยาบาลดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จังหวัดมหาสารคาม	๑๗๖
RRC ๑๑	ดร.สุระพล นามวงศ์	กระบวนการมีส่วนร่วมในบทบาทนักจัดการสุขภาพของผู้นำชุมชน ตำบลผักไหม อำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ	๑๘๒
RRC ๑๙	กรองแก้ว จันทร์ตระกูล	การพัฒนาแนวทางการดูแลและติดตามผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ ภายใต้บริบทของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิแห่งหนึ่ง	๑๙๒

EP ห้องที่ ๔ นำเสนอเพื่อประกวดประเภทระบาด

รหัส	ชื่อ-สกุล	ชื่อผลงาน	หน้า
EP๐๑	นางสาวมัทนา กลมเกลียว	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษา มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งใน จังหวัดมหาสารคาม	๒๐๓
EP๐๒	คุณอรอนงค์ สรรพสมบัติ	การสอบสวนวัณโรคในนักศึกษาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในอำเภอเมืองจังหวัดขอนแก่น เดือนธันวาคม พ.ศ. 2567	๒๐๗
EP๐๓	นางสาวณัฐวรรณ จันเมือง	การสอบสวนการระบาดของโรคสครับไทฟัส ตำบลท่าข้าม และทุ่งใหญ่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา วันที่ 8-18 ตุลาคม 2567	๒๑๑
EP๐๕	นางสาวสุวิมล สีเหลือง	การสอบสวนการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ชนิด B ในโรงเรียนแห่งหนึ่งและในชุมชนอำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ ระหว่างวันที่ 22มกราคม - 5 กุมภาพันธ์ 2568	๒๑๙
EP๐๖	นางวารภรณ์ บังเอิญ	รายงานสอบสวนอุบัติเหตุนี :อุบัติเหตุหมูร์ถยนต์กะบะเสียหายหลักฟุ้งชนคนที่มาชมมหรสพงานบุญเสียชีวิต ถนนทางหลวงพยุห์-ขุนหาญ บริเวณหน้าวัดสำโรงปล้น ตำบลสำโรงปล้น อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ	๒๒๕
EP๐๗	นายสุทัศน์ เล็บวงค์	การสอบสวนโรคอาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ดพิษ ในอำเภอมะขาม จังหวัดจันทบุรีระหว่างเดือน เมษายน-พฤษภาคม พ.ศ. 2568	๒๒๙
EP๐๘	ภัทรภรณ์ กาบกลาง	ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้โรคฝีดาษวานรของผู้ป่วยเอชไอวี กลุ่มชายรักชาย	๒๓๔

Inno ห้องที่ ๕ นำเสนอเพื่อประกวดประเภทนวัตกรรม (Posterpresentation)

รหัส	ชื่อ-สกุล	ชื่อผลงาน	หน้า
Inno๐๒	นางสาวกาญจน์รวี คงเกิด	“K.D. ‘s Cool patch” เจลประคบเย็นลดปวดจากแบ้ง กวนไส้ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม	๒๓๘
Inno๐๓	นางกชพร เรื่องจินตนา	“โมเดล คัดกรองมะเร็งปากมดลูก เชียงรุ๊ก เขตเมือง โรงพยาบาลหาดใหญ่”	๒๔๓
Inno๐๖	พญ.สุรภา หังสพฤกษ์	DM Foot Specialist Mobile In Songkhla Health Region	๒๔๘
Inno๐๙	นางสาวฉมาศ จันทาศรี	TheraFlex “นวัตกรรมยางยืดปุ่นพลังขนาดบำบัด”	๒๕๑
Inno๑๑	คุณรุณีตาร์ กาเซ็ง	ตีบ แตก ตัน รู้เท่าทันโรคไม่ติดต่อ (เรื้อรัง) ด้วย BSM	๒๕๖
Inno๑๒	คุณฟาดิสะห์ เจ๊ะอาแว	รู้จักไต เข้าใจเบาหวาน	๒๕๙
Inno๑๗	นายพงพรรณกา ละนีย	นวัตกรรม กัมมีเสาวรสดการอยากบูหรี	๒๖๔
Inno๑๘	คุณทัศนียา ฟุ้งเฟื่อง	การพัฒนาแนวทางการคำนวณคาร์โบไฮเดรตใน สถานการณ์ที่มีข้อจำกัดด้านอินเทอร์เน็ต “คณิตพิชิต คาร์บ”	๒๖๘
Inno๒๔	นางกชนิภา นราพินิจ	การประยุกต์ใช้เทคโนโลยี Push Button สร้างสำหรับอาหาร สื่อสารลดคาร์บป้องกันโรค NCDs	๒๗๒

Photo ห้องที่ ๖ นำเสนอเพื่อประกวดประเภท Photo talk

รหัส	ชื่อ-สกุล	ชื่อผลงาน	หน้า
Photo๐๒	นางสาวจิตสุภา หมิ่นหาญ	แสงสุดท้ายแห่งความหวัง	๒๗๖
Photo๐๔	รพ.พิจิตร	ดูแลใส่ใจ เพื่อเธอทุกกลุ่มวัย ใส่ใจทุกชุมชน	๒๗๗
Photo๐๕		จุดเธอขึ้นจากชุม...นรก	๒๗๘
Photo๐๖	รพ.ระยอง	แสงแห่งความหวัง คือพลังสู่ความสำเร็จ	๒๗๙
Photo๐๙	ดร. สุภาภรณ์ ปัญหาราช	รอยยิ้มของคุณยายกับเหลนน้อย	๒๘๐
Photo๑๑		กอด	๒๘๑
Photo๑๔		สายใยรัก...จากชุมชนสู่มารดาวัยรุ่น	๒๘๒
Photo๑๖	นพรัตน์ เซาว์เพชรไพโรจน์	คุณแม่วัยใสกับคุณยายวัยเกษียณ	๒๘๓
Photo๑๗		“ราชทัณฑ์ปันสุขฯ” วัณโรค รู้เร็ว รักษาหาย ไม่แพร่กระจาย	๒๘๔
Photo๑๘		พัฒนา อสม.ด้านคุ้มครองผู้บริโภค	๒๘๕
Photo๑๙		ฝึกสมองด้วยสองมือ	๒๘๖
Photo๒๐	นางนิศารัตน์ สุดเสนห์	ศรัทธา	๒๘๗
Photo๒๓	นางสาวสุธัญญา โทพะนา	เสียงหัวเราะและพลังบวกเติมเต็มทุกมุม	๒๘๘
Photo๒๕		ใจฟู เมื่อรู้ว่าทีมหมอครอบครัวมาเยี่ยม	๒๘๙
Photo๒๗	นางสาวนพรัตน์ กลิ่นสุคนธ์	3 หมอ ใกล้บ้าน ใกล้ใจ ผู้ป่วยห่างไกล NCDs	๒๙๐
Photo๒๙	นางสาวอัจฉราภรณ์ เศษสุวรรณ	“ใกล้บ้าน ใกล้ใจ ตรงไหนก็ใช่ จุดบริการของเรา”	๒๙๑
Photo๓๐		“ภูมิใจเด็กน้อยพัฒนาการดี”	๒๙๒
Photo๓๑	ชุมชนบ้านกลาง	กะเฮ็ดได้คือหมู่เด้อ	๒๙๓
Photo๓๒		ห๊ะ!! อะไรนะ	๒๙๔
Photo๓๔	นางสาวพัชรินทร์ เพาะแป้น	“คลินิกเยี่ยมบ้านอบอุ่น”	๒๙๕
Photo๓๕		“ความศรัทธาในช่วงเวลาแห่งความเรียบง่าย”	๒๙๖
Photo๓๖		หมอๆ นับคาร์บ คืออะไร	๒๙๗
Photo๓๗		“เฮ้! เปิดฝาแล้วเจออะไร”	๒๙๘
Photo๓๘		“เลี้ยงดีๆ นะ หลวงตา”	๒๙๙
Photo๓๙		นวัตกรรมเล็กๆ แต่ยิ่งใหญ่	๓๐๐
Photo๔๐		“มะเร็งมันร้าย..ลืมความกลัว เพิ่มความใส่ใจกับมะเร็งปากมดลูก โดยพยาบาลสาวใจกล้า”	๓๐๑
Photo๔๒	น.ส.กุหลาบทิพย์ บุญนาม	Palliative care ดูแลด้วยหัวใจ	๓๐๒
Photo๔๓		หนึ่งคนให้ หลายคนรับ	๓๐๓
Photo๔๕	นางสาวอัมพิกา วงศ์วัฒนวรกร	“ยกมือ...ยกใจ”	๓๐๔
Photo๔๖	นางสาวศศิประภา เรือนคำ	ถ้าหมอไม่มา ยายจะไม่ได้อาบน้ำ	๓๐๕
Photo๔๘		“ภาพหนึ่งภาพ แทนพันถ้อยคำ ภาพนี้สะท้อนคุณค่าของ ‘การทำงานร่วมกัน’ อย่างลึกซึ้ง”	๓๐๖
Photo๕๑	นางชวนพิศ เลิกนาค	แต่งตัวสวย ช่วยลดความกลัว “เข็ม”	๓๐๗

Photo๕๔	PCU.บ้านท่าศรีธรรม	“อีแม่...ซ้อยอิหล่าแม่”	๓๐๘
Photo๕๕		ไม่มีรูป ก็คือไม่ได้มาทำงาน	๓๐๙
Photo๕๖	บ้านพนาสวรรค์	‘แสงเข้าบนดอยกับหัวใจที่รอคอย’ ความเชื่อมั่น เชื่อใจและความผูกพันกับทีมหมอครอบครัว	๓๑๐
Photo๕๗		“หัวใจฟ้า-ขาว ท่ามกลางดินโคลน”	๓๑๑
Photo๕๘		เพราะคนป่วยรอไม่ได้...แม้นนจะหายไป”	๓๑๒
Photo๕๙	นางนงค์นุช เดิมวินิจกุล	NCDs ดีได้ ด้วยกลไก อสม.	๓๑๓
Photo๖๐	นางสาวศุภภัทรธรา ไชยบุตร	พลังรักจากแม่สู่ชุมชน "A Mother's Love: Powering Community Health"	๓๑๔
Photo๖๓		เมื่อมือหนึ่งไม่ปล่อย หัวใจก็ไม่ล้ม	๓๑๕
Photo๖๔	นางสาวณัฐวรรณ จันเมือง	มือถือจอบ ปากสอบแมลียอร์ด	๓๑๖
Photo๖๕	นางรพีชา รวีพลาริป	“สถานประกอบการมั่นคง ปลอดภัย ใส่ใจ เพื่อ พนักงานห่างไกล NCDs”	๓๑๗
Photo๖๗		"รอยยิ้มแห่งกำลังใจ"	๓๑๘
Photo๖๘	นายวัชรินทร์ วิญญกุล	“ทำสิ่งที่มีให้ดีที่สุด”	๓๑๙
Photo๗๐	นางเพ็ญพิมล เปียงแก้ว	"สัมผัสแห่งการดูแล"	๓๒๐
Photo๗๑		หมอลำ (รำ) ม่วนหลาย	๓๒๑
Photo๗๒		แว่นตาอันใหม่	๓๒๒
Photo๗๔	นางสาวเจริญ สีเขียว	“รอยยิ้ม” การรักษาที่ประเมินค่าไม่ได้	๓๒๓
Photo๗๗		“หัวใจได้ร่มกาสาวพัสตร์	๓๒๔
Photo๗๘		สามัคคีคือพลัง	๓๒๕
Photo๗๙		“ใจที่ไม่หลอก...แม่ในชุดผี”	๓๒๖
Photo๘๐	นางสุนิสา คำประสิทธิ์	สองข้างกาย...ทุกคนอยู่ตรงนี้เสมอ	๓๒๗
Photo๘๑		ระบบติดตามกำกับกรกินยาผู้ป่วยโรค	๓๒๘
Photo๘๒		น้ำหยดสุดท้าย	๓๒๙
Photo๘๓		NCDs ดีได้ด้วยพลังปฐมภูมิ Low carb & IF	๓๓๐
Photo๘๕		แม้ว่า...ฉันจะยังป่วยอยู่	๓๓๑
Photo๘๘	นายธีระพงษ์ พรหมจันทร์	“น้ำใจในวันน้ำท่วม”	๓๓๒
Photo๘๙		เยาว์วัยในชีวิต	๓๓๓
Photo๙๑		พลังแห่งหัวใจด้านหน้า	๓๓๔
Photo๙๒	นางนันทิยา พานิชายนนท์	คุณทวด 99 ปี สุขภาพดี ที่บ้านโบราณ สุดอะเม ซิ่ง	๓๓๕
Photo๙๓		ก้าวไปด้วยกัน ไปได้ไกล	๓๓๖
Photo๙๕	นางพัชรี เกษรบุญนาค	รู้เร็ว รู้ไว ใส่ใจสุขภาพ	๓๓๗
Photo๙๖		รักษ์เข้ากระทุ้มราย	๓๓๘
Photo๙๗		รอยยิ้มในวันพุงนี้	๓๓๙
Photo๑๐๒		เปิดใจและให้โอกาส	๔๐๐

วิจัยความก้าวหน้า

ผลของการใช้ application ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน

จารุวรรณ เรืองจิตต์
โรงพยาบาลลำปาง

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ในกลุ่มที่ใช้และไม่ใช้ application ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีการวัดผลก่อน-หลังการใช้ application ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และระหว่างกลุ่มที่ใช้ application ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกับกลุ่มที่ได้รับบริการตามปกติ โดยการพัฒนา applicationline ได้นำแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน ๒๕๖๖ (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, ๒๕๖๖) มาใช้ในการให้ความรู้และการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยเบาหวาน ที่เข้ารับการรักษาในศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมืองหัวเวียง โรงพยาบาลลำปาง จำนวน ๕๐ คน แบ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้และไม่ใช้ application ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มละ ๒๕ คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการความรู้และการให้คำปรึกษาแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง ผ่านทาง applicationline เป็นระยะเวลา ๑๒ สัปดาห์ หลังจากนั้นเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งสองกลุ่ม การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติทดสอบแบบไม่อิงพารามิเตอร์ Mann-Whitney U Test และ Wilcoxon Signed Rank Test

ผลการวิจัยพบว่าในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ application ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลงได้มากกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้ application อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p=0.005$ ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ application มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภค พฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$) และพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.002$)

หลักการ และเหตุผล

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ และนำไปสู่สาเหตุของการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆ และสำหรับประเทศไทยเบาหวานเป็น ๑ ใน ๕ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตได้ สมาพันธ์โรคเบาหวานคาดการณ์ว่าแนวโน้มผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นเป็น ๖๙๓ ล้านคนทั่วโลกในปี ค.ศ. ๒๐๔๕ ส่งผลให้มีอัตราการตายเพิ่มขึ้น (Lin et al., ๒๐๒๐) โดยผู้ป่วยเบาหวานมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากกว่าผู้ที่ไม่ได้เป็นเบาหวาน ๒-๓ เท่า ประเทศไทยผู้ป่วยเบาหวานมากที่สุดในช่วงอายุ ๖๐-๗๙ ปี และภาวะแทรกซ้อนที่พบมากในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ได้แก่ โรคไตเรื้อรังเบาหวานขึ้นจอประสาทตา แผลที่เท้า โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง ตามลำดับ (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, ๒๕๖๐) จากสถิติข้อมูลจังหวัดลำปาง ในปี ๒๕๖๓ -๒๕๖๖ มีอัตราการตายโรคเบาหวานต่อประชากรแสนราย เท่ากับร้อยละ ๒๑.๕๐, ๒๒.๓๐ และ ๑๗.๔๐ ตามลำดับ ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๖ พบผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี

เพียงร้อยละ ๒๑.๙๓, ๒๔.๒๕ และ ๒๗.๘๑ ตามลำดับ (กองโรคไม่ติดต่อ, ๒๕๖๕) จากสถิติศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองหัวเวียง (ศสม.หัวเวียง)รพ.ลำปาง พบผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ร้อยละ ๓๒.๕๑, ๒๙.๒๓ และ ๒๖.๗๗ ตามลำดับ (ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองหัวเวียง โรงพยาบาลลำปาง, ๒๕๖๕) ปัญหาการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ส่วนใหญ่มักเกิดจากการที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหารหวานมัน การไม่ออกกำลังกาย การรับประทานยาที่ไม่ถูกต้อง และการเกิดภาวะเครียด ซึ่งเหล่านี้ล้วนมีผลต่อการหลั่งฮอร์โมนอินซูลินลดลงทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (สุวรรณิ สร้อยสงค์ และคณะ, ๒๕๖๑) การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้ตามเป้าหมายจะช่วยชะลอและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ลดอัตราการเจ็บป่วย ความพิการ อัตราการตาย และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ซึ่งการลดลงของระดับน้ำตาลในเลือดสะสม ๑ เปอร์เซ็นต์ สามารถลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดขนาดเล็กได้ร้อยละ ๓๗.๐๐ ช่วยลดอัตราการตายได้ร้อยละ ๒๑.๐๐ (Zoungas et al., ๒๐๑๒)

จากข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพประชาชนวัยทำงานจังหวัดลำปาง ในปี ๒๕๖๖ พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ ๔๕.๑๒ มีพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ. ๒ ส.อยู่ในระดับพอใช้และมีพฤติกรรมเสี่ยงหลายด้านที่เป็นสาเหตุของน้ำตาลในเลือดสูงและขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของตนเอง นำไปสู่การปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้อง ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน และนอนพักรักษาตัวโรงพยาบาลสูงขึ้นรูปแบบการให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานใน ศสม.หัวเวียง รพ.ลำปาง มีการให้ความรู้ สุขศึกษาในคลินิกทั้งรายเดี่ยว และรายกลุ่ม ซึ่งไม่สามารถค้นหาหรือประเมินปัญหาของผู้ป่วยแต่ละคนได้อย่างครอบคลุม ผู้ป่วยแต่ละคนอาจมีปัญหาและความต้องการที่ไม่เหมือนกันในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด แสดงออกถึงพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ในเขตรับผิดชอบบางพื้นที่ไม่มี อสม. ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ทำให้การเข้าถึงและการรับบริการของผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่รับผิดชอบไม่ทั่วถึง ไม่ครอบคลุมทั้งหมด ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เหมาะสมนับเป็นกลยุทธ์สำคัญ ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในโรคเบาหวานได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์ทั้งระบบเพื่อค้นหาปัญหาเชิงลึก เพื่อแก้ไขและปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้ดีขึ้นและเพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เบื้องต้นพบว่ายังไม่มีเครื่องมือหรือการสื่อสารที่ชัดเจนที่สามารถให้ความรู้กับผู้ป่วยเบาหวาน และเพิ่มการเข้าถึงบริการในด้านสุขภาพ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เขตเมือง ปัจจุบันเทคโนโลยีทางการสื่อสารมีความก้าวหน้ามากขึ้นประชาชนส่วนใหญ่ใช้โทรศัพท์สมาร์ทโฟน มีการสร้างและพัฒนาแอปพลิเคชันที่ ช่วยให้เข้าถึงระบบสุขภาพได้ง่ายมากขึ้นไลน์เป็นแอปพลิเคชันที่สร้างเครือข่ายการสื่อสารได้ทั้งระหว่างบุคคล แบบกลุ่ม แบบองค์กร ซึ่งสามารถใช้ในการติดต่อสื่อสารกันได้ง่าย และสะดวกสบาย ดังนั้นทางผู้ศึกษาซึ่งเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงาน ศสม.หัวเวียง จึงได้มีการพัฒนาการให้ความรู้และการให้คำปรึกษารายกรณีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานผ่านทาง application line ขึ้นโดยพัฒนาจากแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป และความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งการพัฒนาระบบบริการสุขภาพโดยการให้ความรู้และการให้คำปรึกษารายกรณีผ่านทาง application line ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเพื่อจะได้ปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยรายนั้นๆ applicationเป็นการเข้าถึงผู้ป่วยได้ง่าย สะดวกรวดเร็ว การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย สร้างความไว้วางใจแก่ผู้ป่วยมีความผ่อนคลาย ผู้ป่วยไม่เกร็งหรือไม่กลัวที่จะตอบคำถามแล้ว ผู้ป่วยจะเล่าปัญหาต่างๆ ได้ชัดเจนและครบถ้วนมากยิ่งขึ้น และมีการใช้แนวปฏิบัติใน

การดูแลผ่าน application เพื่อสนับสนุนผู้ป่วยให้ดูแลตนเองนั้นประสบความสำเร็จและเกิดผลดีกับผู้ป่วยในระยะยาว เนื่องจากการให้ความรู้และการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้เกิดทักษะและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรค ความคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ปกติ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและญาติต่อไป

วัตถุประสงค์

๑) เพื่อศึกษาผลของการใช้ application ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน

๒) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบริการตามมาตรฐานแบบเดิม และกลุ่มที่ใช้ application ที่ได้รับการให้ความรู้และการให้คำปรึกษาแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผ่านทาง application

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) การศึกษานี้แบ่งเป็น ๒ กลุ่ม วัตถุประสงค์ก่อน-หลังการทดลอง (Two Groups Pre- Post Test Design) ประชากรคือผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการรักษา ใน ศสม.หัวเวียง รพ.ลำปางกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการรักษาที่ ศสม.หัวเวียง รพ.ลำปาง การคำนวณกลุ่มตัวอย่างกำหนด $\alpha = 0.05$, power ๘๐ เปอร์เซ็นต์, ratio ๑:๑ แบ่งเป็น ๒ กลุ่มๆ ละ ๒๕ รายจำนวน ๕๐ คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจงตามเกณฑ์สามารถใช้ application line ระยะเวลาที่ศึกษา ๑ ต.ค ๖๗ ถึง ๓๑ ธ.ค ๖๗ เครื่องมือที่ใช้ ๑) application line โดยการนำแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน ๒๕๖๖ (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, ๒๕๖๖) ตรวจสอบเนื้อหาและความถูกต้อง ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา CVI = ๑.๐๐ และ ๒) แบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของตนเองในผู้ป่วยเบาหวานโดยการทบทวนวรรณกรรมและประยุกต์ใช้ แบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน (โรงพยาบาลแม่เหิยะ, ๒๕๖๐) ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's Alpha Coefficient = ๐.๘๔ ตรวจสอบเนื้อหาและความถูกต้อง เครื่องมือที่ใช้ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงวุฒิ ๓ ท่าน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ๑ ท่าน และพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว ๒ ท่าน วิเคราะห์ข้อมูล การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติแบบไม่อิงพารามิเตอร์ Mann-Whitney U Test และ Wilcoxon Signed Rank Test การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยผ่านการรับรองให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์โรงพยาบาลลำปาง EC ๐๕๙/๖๗วันที่ ๒๙ พ.ค ๒๕๖๗

ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดโดยการนำแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน ๒๕๖๖ (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, ๒๕๖๖) ร่วมกับการศึกษาทางหลักฐานเชิงประจักษ์การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผ่าน applicationLine โดยการให้ความรู้และส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประกอบด้วย การให้ความรู้และสร้างทักษะเพื่อการดูแลโรคเบาหวานด้วยตนเอง (Diabetes Self Management Education and support, DSMES) แบ่งเป็น ๑) การให้

ความรู้ ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน สาเหตุ ชนิดของโรคเบาหวาน อันตรายของโรคเบาหวาน ยารักษา โรคเบาหวาน ชื่อ ชนิด ขนาด และผลข้างเคียง อาหารสำหรับโรคเบาหวาน กิจกรรมและการออกกำลังกาย การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อประเมินผล การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ความสำคัญของการรักษาต่อเนื่อง และช่องทางด่วนให้กับผู้ป่วยที่มีอาการผิดปกติ และ ๒) การช่วยให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ที่ได้ไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับตนเองโดยมีพยาบาลเป็นเหมือนพี่เลี้ยงคอยให้คำแนะนำให้ความรู้ โดยการให้ความรู้ในรูปแบบการแก้ไขปัญหามากกว่าการบรรยาย ส่งเสริมทักษะ การดูแลตนเองที่ถูกต้อง ผ่านทาง applicationLine การสร้างทักษะเพื่อการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง และทันสมัยกับความรู้ ขั้นตอนการศึกษา ก่อนการศึกษาทั้ง ๒ กลุ่ม จะได้รับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดและประเมินพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเอง หลังจากนั้น ๑) กลุ่มควบคุมเป็นผู้ป่วยเบาหวาน ที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานตามปกติ (Routine management) และ ๒) กลุ่มทดลองเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มีการใช้ applicationLine แบ่งเป็น ระยะที่ ๑ (สัปดาห์ที่ ๑-๖) สัปดาห์ที่ ๑ การให้ความรู้ใน applicationLine โดยแนะนำความเข้าใจโรคเบาหวาน (ส่ง Infographic , คลิปวิดีโอความรู้เรื่องโรคเบาหวาน สัปดาห์ที่ ๒ โฆษณาการสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (ส่งคลิปการเลือกอาหาร และวิธีการนับคาร์บที่เหมาะสมกับบุคคล ตารางบันทึกอาหาร) สัปดาห์ที่ ๓ การใส่ยาในผู้ป่วย โรคเบาหวาน (ส่ง Infographic, ส่งคลิปวิดีโอให้ความรู้เรื่องยาเบาหวาน) สัปดาห์ที่ ๔ การออกกำลังกาย (ส่งคลิปวิดีโอการออกกำลังกายผู้ป่วยเบาหวาน ร่วมกับตารางเช็คกิจกรรมรายวัน) สัปดาห์ที่ ๕ ติดตามพฤติกรรมสุขภาพโดยการพูดคุยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สัปดาห์ที่ ๖ การป้องกันการเกิด ภาวะแทรกซ้อน (ส่ง Infographic “สัญญาณเตือน”) ระยะที่ ๒ (สัปดาห์ที่ ๗-๑๑) ติดตามพฤติกรรม สุขภาพ และทบทวนผู้ป่วย แลกเปลี่ยนเกี่ยวกับพฤติกรรมและช่วยให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวต่อไป (ทบทวนความรู้ และสรุปพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป) ระยะที่ ๓ (สัปดาห์ที่ ๑๒) ประเมินผลและวางแผน ต่อเนื่องพร้อมให้คำแนะนำ คำปรึกษาและให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง กำหนดเป้าหมายต่อเนื่อง ซึ่งหลังครบระยะเวลา ๑๒ สัปดาห์ ทั้ง ๒ กลุ่มจะได้รับการตรวจระดับน้ำตาลใน เลือด (FBS) การประเมินพฤติกรรมสุขภาพโดยการตอบแบบสอบถามประเมินภาวะสุขภาพครั้งที่ ๒

ผลการวิจัย

ตารางที่ ๑ เปรียบเทียบค่าระดับน้ำตาลในเลือดก่อน-หลังการวิจัยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ระดับน้ำตาล ในเลือด	กลุ่มทดลอง (n=๒๕) $\bar{x}(SD)$	กลุ่มควบคุม (n=๒๕) $\bar{x}(SD)$	Z	p-value
ก่อนการวิจัย	๑๕๑.๕๖(±๑๐.๕๖)	๑๕๒.๒๐(±๑๐.๕๖)	๐.๐๓๙	๐.๙๖๙
หลังการวิจัย	๑๔๐.๘๐(±๑๘.๔๓)	๑๕๖.๒๘(±๒๔.๔๕)	๒.๘๖๐	๐.๐๐๕

ตารางที่ ๒เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการวิจัยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

พฤติกรรมสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (n=๒๕)		กลุ่มควบคุม (n=๒๕)		Z	p-value
	\bar{X} (SD)		\bar{X} (SD)			
ก่อนการวิจัย						
ด้านการบริโภค	๒.๒๙(±๐.๑๗)		๒.๒๔(±๐.๑๙)		๐.๙๑๘	๐.๓๕๘
ด้านการออกกำลังกาย	๒.๒๐(±๐.๓๙)		๒.๐๔(±๐.๕๕)		๐.๙๙๔	๐.๓๒๐
ด้านการรับประทานยา	๒.๖๕(±๐.๑๘)		๒.๖๓(±๐.๒๐)		๐.๒๘๘	๐.๗๗๔
พฤติกรรมสุขภาพรวม	๒.๓๘(±๐.๑๘)		๒.๓๐(±๐.๒๒)		๑.๑๖๖	๐.๒๔๔
หลังการวิจัย						
ด้านการบริโภค	๒.๗๙(±๐.๑๔)		๒.๔๓(±๐.๒๒)		๔.๖๘๓	๐.๐๐๐
ด้านการออกกำลังกาย	๒.๗๔(±๐.๒๖)		๒.๓๕(±๐.๓๓)		๓.๘๒๘	๐.๐๐๐
ด้านการรับประทานยา	๒.๘๓(±๐.๑๗)		๒.๘๐(±๐.๒๒)		๐.๓๖๓	๐.๗๑๗
พฤติกรรมสุขภาพรวม	๒.๗๘(±๐.๑๓)		๒.๕๓(±๐.๑๗)		๔.๕๕๐	๐.๐๐๐

ตารางที่ ๓เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้ application

พฤติกรรมสุขภาพ	ก่อน-หลังการวิจัย (n=๕๐)		ก่อน-หลังการวิจัย (n=๕๐)		Z	P-value
	Negative rank		Positive rank			
	Mean	Sum of rank	Mean	Sum of rank		
	rank		rank			
ด้านการบริโภค	๓.๕๐	๓.๕๐	๒๓.๙๔	๑๐๗๗.๕๐	๖.๓๔๐	๐.๐๐๐
ด้านการออกกำลังกาย	๖.๖๓	๒๖.๕๐	๒๔.๐๖	๙๖๓.๕๐	๕.๒๗๖	๐.๐๐๐
ด้านการรับประทานยา	๒๗.๒๕	๕๔.๕๐	๑๙.๐๗	๖๘๖.๕๐	๕.๓๕๓	๐.๐๐๐
พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม	๑๖.๐๐	๑๖.๐๐	๒๕.๖๙	๑๒๕๙.๐๐	๖.๖๔๗	๐.๐๐๒

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่าค่าระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ๑๕๖.๒๘ mg/dl และ ๑๔๐.๘๐ mg/dl ในกลุ่มทดลองมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลงดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P=๐.๐๐๕) พฤติกรรมด้านการบริโภค พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย กลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (P<๐.๐๐๑) พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมกลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (P=๐.๐๐๒) พฤติกรรมรับประทานยาไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (P = ๐.๗๑๗) ผลของการใช้ application ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในเชิงบวก และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าการได้รับการดูแลตามมาตรฐานแบบเดิมรูปแบบการ

ให้ความรู้และการให้คำปรึกษาผ่าน application ซึ่งเป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเนื่องจากการสื่อสารที่ทันสมัย สะดวก เข้าถึงง่ายไม่ซับซ้อนผ่านในโทรศัพท์มือถือของตนเองและสามารถทบทวนความความรู้ซ้ำได้ตลอดสำหรับผู้ป่วยที่ใช้ applicationline มีรูปแบบที่ชัดเจนสามารถถามหรือขอคำแนะนำผ่านช่องทางแชท ทั้งเป็นแบบข้อความรูปภาพหรือคลิปวิดีโอได้ตลอดเวลาจะมีผู้ดูแลระบบเข้ามาตอบคำถามหรือให้คำแนะนำหากมีเรื่องด่วนสามารถโทรศัพท์ผ่านไลน์ (tele-medicine) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการให้ความรู้และการให้คำปรึกษาแนะนำส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ปกติได้ (ธีรภาพ เสถาทอง ปาหนัน พิชัย ภิญญโธ และ สุนีย์ ละกะปิ่น, ๒๕๖๓; นฤมล สุทธินน, ๒๕๖๗; วาสนา แสนมหาชัย, ๒๕๖๗)

ข้อเสนอแนะ

๑) ควรมีการขยายผลการใช้ application ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานไปใช้ในเขตพื้นที่อื่นๆ โดยมีประยุกต์ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

๒) การนำรูปแบบการให้ความรู้และให้คำปรึกษาผ่าน application ไปพัฒนาใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เพื่อเป็นการส่งเสริมคุณภาพการให้บริการการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและส่งเสริมความมั่นใจในการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในครั้งต่อไป ควรมีการทำการศึกษาวิจัยติดตามผลระยะยาว การใช้ application ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ระยะเวลา ๖ เดือน หรือ ๑ ปี เพื่อดูความต่อเนื่องและยั่งยืนของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน

เอกสารอ้างอิง

กองโรคไม่ติดต่อ. จำนวนและอัตราการตายด้วยโรคไม่ติดต่อ (NCD) ปี ๒๕๕๙-๒๕๖๓. [อินเทอร์เน็ต]. ๒๕๖๕.

[เข้าถึงเมื่อ ๑๕ พ.ค. ๒๕๖๕]. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaincd.com/๒๐๑๖/mission>.

ธีรภาพ เสถาทอง ปาหนัน พิชัย ภิญญโธ และ สุนีย์ ละกะปิ่น. (๒๕๖๓). ผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้. วารสารวิจัยทางสุขภาพและการพยาบาล, ๓๖(๓).

นฤมล สุทธินน. (๒๕๖๗). ประสิทธิภาพของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเข้มงวดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์. [อินเทอร์เน็ต]. ๒๕๖๘. [เข้าถึงเมื่อ ๑ ม.ค. ๒๕๖๘]. เข้าถึงได้จาก <http://www.srth.go.th/home/research>.

วาสนา แสนมหาชัย. (๒๕๖๗). ผลของการให้คำปรึกษารายกรณีต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินรายใหม่. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน, ๙(๓). ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองหัวเวียง โรงพยาบาลลำปาง. รายงานข้อมูลและสถิติโรคเรื้อรัง. ๒๕๖๕. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (๒๕๖๖). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน. ศรีเมืองการพิมพ์.

สุวรรณีย์ สร้อยสงค์ อังคณา เรือนก้อน ขวัญสุวิทย์ อภิจันทร์เมธากุล นิลุบ นันดา และจุฑามาส สุขเกษม. (๒๕๖๑). คุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒. วารสารโรคและภัยสุขภาพสำนักป้องกันควบคุมโรคที่ ๓ จังหวัดนครสวรรค์, ๑๓(๒).

Lin, X., Xu, Y., Pan, X., Xu, J., Ding, Y., Sun, X., & Shan, P. F. (๒๐๒๐). Global, regional, and national burden and trend of diabetes in ๑๙๕ countries and territories: an analysis from ๑๙๙๐ to ๒๐๒๕. *Scientific reports*, ๑๐(๑), ๑-๑๑.

Zoungas, S., Chalmers, J., Ninomiya, T., Li, Q., S., & Woodward, M. (๒๐๑๒). Association of HbA_{1c} levels with vascular complications and death in patients with type ๒ diabetes: evidence of glycaemic thresholds. *Diabetologia*, ๕๕(๓), ๖๓๖-๖๔๓.

MELT Model ลดกลุ่มเสี่ยงในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ไม่ให้เป็นกลุ่มป่วย

กัลยาณี อากาศสันติสุข
โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ศึกษาในระหว่างวันที่ ๑๗ ธันวาคม ๒๕๖๗- ๓๐ เมษายน ๒๕๖๘ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของ MELT Model ลดอุบัติการณ์การเกิดโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยง กลุ่มตัวอย่างคือ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในชุมชนวัดบึง ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน ๘๐ ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง ที่ได้รับ MELT Model คือ สื่อสุขภาพที่เข้าถึงและเข้าใจง่าย (Media) การสร้างแรงบันดาลใจ (Empowerment), การใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย (Language) และการอบรมแบบบูรณาการ (Training) และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ ๔๐ ราย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติทดสอบ Independent t-test และ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองที่ใช้ MELT Model มีความรู้ด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตและการใช้ยา สมเหตุสมผลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยลดลงและแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แสดงให้เห็นว่า MELT Model มีประสิทธิภาพในการเพิ่มความรู้ สร้างแรงจูงใจและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรมในกลุ่มเสี่ยงที่มีความดันโลหิตสูงไม่ให้เป็นผู้ป่วย

หลักการ และเหตุผล

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสำคัญระดับโลก องค์การอนามัยโลก (WHO) ปี ๒๕๖๕ รายงานว่ามีผู้ป่วยเกือบ ๑.๓ พันล้านคนทั่วโลก และมีอุบัติการณ์ผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยคาดการณ์ว่าจำนวนผู้ป่วยจะสูงถึง ๑.๕๖ พันล้านคนภายในปี ๒๕๖๘ ส่วนใหญ่ไม่แสดงอาการในระยะแรก แต่เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองและโรคไต โดยเฉพาะในประเทศไทย รายได้ต่ำถึงปานกลาง สำหรับประเทศไทย ปี ๒๕๖๒ - ๒๕๖๓ พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกว่า ๑๓ ล้านคน ซึ่งก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลที่สูงและเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพที่รุนแรง อาทิ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมองและภาวะไตวายเรื้อรัง นอกจากนี้ ภาวะดังกล่าวยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยตรง เนื่องจากรจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการใช้ยาควบคุมความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิตข้อมูลจาก สปสช. ปี ๒๕๖๖ ระบุว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุหลักในการรับบริการผู้ป่วยนอกสูงที่สุด คิดเป็น ๑๙.๙ ล้านครั้ง สถานการณ์การคัดกรองในปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๔ พบแนวโน้มกลุ่มเสี่ยงเพิ่มขึ้น จาก ๑.๒๔ ล้านคนเป็น ๑.๓๑ ล้านคน ข้อมูลจากศูนย์ส่งเสริมสุขภาพสวนพยอม สาขา รพ.ร้อยเอ็ด ระหว่างปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๗ พบกลุ่มเสี่ยงมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี คือ ร้อยละ ๔.๐๙, ๔.๕๐, ๕.๑๐ และ ๕.๓๗ ตามลำดับ จึงมีความจำเป็นต้องเร่งป้องกันไม่ให้นักเสี่ยงกลายเป็นผู้ป่วย

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงเช่นการใช้ยากลับ Non - Steroidal Anti - Inflammatory Drugs (NSAIDs) เกินความจำเป็น ไม่สมเหตุสมผล การบริโภคอาหารหวาน มัน เค็มมาก ขาดการออกกำลังกาย นอนหลับไม่เพียงพอ เป็นต้น (สันต์ ใจยอดศิลป์, ๒๕๖๗) และ การใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ของ Bloom's Taxonomy of Learning (อ้างใน สันติงามเสริฐ, ๒๕๕๙) และ ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (อ้างใน เรวดี วัฒนทกโกศล, ๒๐๒๑) สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

และลดความเสี่ยงในการเกิดโรคได้ และจากความสำเร็จในการใช้ MELT Model ในงานวิจัยและพัฒนา เรื่อง “รูปแบบการจัดการปัญหาการใช้ยาไม่ปลอดภัยในชุมชน”(กัลยาณี อาชาสันติสุข, ๒๕๖๗)

การศึกษานี้จึงนำ MELT Model มาใช้ ซึ่งเน้นกระบวนการให้ความรู้โดยใช้สื่อปฏิทินความรู้ที่เข้าถึง เข้าใจ จดจำง่าย ในเรื่องเวชศาสตร์วิถีชีวิต (ศิริรภา เชียงหลิว, ๒๕๖๖) และการใช้ยาสมเหตุสมผล (Media) การสร้างแรงบันดาลใจในชุมชน (Empowerment) การสื่อสารที่เข้าใจง่ายใช้ภาษาเดียวกับกลุ่มเป้าหมายต่างๆ (Language) และการอบรมแบบบูรณาการทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง (Training) จึงประหยัดงบประมาณ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงที่มีค่าความดันโลหิตสูง ไม่ให้เป็นผู้ป่วย ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยรับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านอาหารปลอดภัย ควบคุมเรื่อง ความสะอาด สารเคมีตกค้าง เชื้อโรค รวมถึงปริมาณน้ำตาล ไขมัน และโซเดียมในอาหาร เพื่อป้องกัน โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไต นอกจากนี้ ยังส่งเสริมการใช้ยา อย่างสมเหตุสมผลในชุมชน เพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังจากการใช้ยาไม่เหมาะสม โดยเฉพาะยา NSAIDs ที่พบ การใช้มากเกินความจำเป็นในปัจจุบัน (Drozdzal et al., ๒๐๒๑) จากภาระงานดังกล่าว จึงมีความ เกี่ยวข้องในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพใน กลุ่มเสี่ยงที่มีค่าความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันไม่ให้เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคไตเรื้อรัง ทั้งนี้ เพื่อเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของประชาชนให้ดีขึ้นอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของ MELT Model ในการลดกลุ่มเสี่ยงในผู้ที่มีค่าความดันโลหิตสูง ไม่ให้ เป็นผู้ป่วย โดยวัดผลลัพธ์จากความรู้ และค่าความดันโลหิต เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ใช้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ของ Bloom’s Taxonomy of Learning และทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Prochaska และ DiClemente, ๑๙๘๓) ศึกษาระหว่างวันที่ ๑๗ ธันวาคม ๒๕๖๗ - ๓๐ เมษายน ๒๕๖๘ ประชากร คือ ผู้มีอายุ ๒๐ ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ชุมชนวัดบึง ต.โนนเมือง อ.เมืองร้อยเอ็ด ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และมีค่าความดันโลหิต ๑๓๐-๑๓๙/๘๕-๘๙ มม.ปรอท กลุ่มตัวอย่างจำนวน ๘๐ ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (MELT Model) กลุ่มละ ๔๐ ราย ใช้วิธี สุ่มอย่างง่ายจากลำดับการคัดกรอง กลุ่มควบคุมคัดเลือกจากลำดับเลขคู่ กลุ่มทดลองคัดเลือกจากลำดับ เลขคู่ ใช้กลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มร้อยละ ๑๐๐ ตามตารางสำเร็จรูปของเพชรน้อย สิ่งช่างชัย (๒๕๓๕:๑๕๕ อ้างใน สมหมาย คชนาม, ๒๕๖๗)

หมายเหตุ: MELT Model เป็นแนวทางที่เรียบง่ายวัดผลลัพธ์จากความรู้และค่าความดันโลหิตในวิจัยนี้

MELT Model เป็นรูปแบบการดำเนินงานที่เรียบง่ายและมีความยืดหยุ่นสูง เหมาะสำหรับใช้ใน พื้นที่ที่มีข้อจำกัดด้านอัตรากำลังและงบประมาณ โดยเน้นการสร้างผลลัพธ์ที่ยั่งยืนผ่านการบูรณาการ ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน โดยมีองค์ประกอบหลัก ๔ ด้าน ได้แก่

- M = Media : ดำเนินการ ๑๗ - ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๗ การสื่อสารความรู้ผ่านสื่อที่ใช้ งานง่ายและเข้าถึงได้ เช่นปฏิทินแขวนความรู้สำหรับร้านค้าและประชาชน ซึ่งเป็นสื่อ

ที่แทรกซึมอยู่ในชีวิตประจำวัน ช่วยส่งเสริมความรอบรู้ (Health literacy) ได้อย่างเป็นรูปธรรม ใช้งบประมาณต่ำ แต่เกิดการรับรู้ที่ต่อเนื่อง

- E = Empowerment: ดำเนินการ ๑ - ๓๐ เมษายน ๒๕๖๘ การเสริมพลังชุมชนผ่านกระบวนการเยี่ยมเยียนแบบเรียบง่ายและต่อเนื่อง โดยไม่ใช้งบประมาณเพิ่มเติม แต่เน้นการสร้างแรงบันดาลใจและความเชื่อมั่นในศักยภาพของชุมชนเองในการดูแลสุขภาพและแก้ปัญหาที่ตนเผชิญ
- L = Language: ดำเนินการ ๑ - ๓๐ เมษายน ๒๕๖๘ การใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สื่อสารตรงกับกลุ่มเป้าหมาย โดยคำนึงถึงบริบท วัฒนธรรม และความรู้อื่นๆพื้นฐานของประชาชน เพื่อให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพสูงสุด
- T = Training: ดำเนินการ ๑ - ๓๐ เมษายน ๒๕๖๘ การจัดอบรมกลุ่มเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง โดยประสานความร่วมมือจากทุกภาคส่วน และใช้งบประมาณร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพในประเด็นเดียวกัน ลดความซ้ำซ้อน และเพิ่มผลกระทบทางสังคมในวงกว้าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย ๑) แบบคัดกรองสืบค้นกลุ่มเสี่ยงที่มีความดันโลหิตสูง ๒) แบบสอบถามความรอบรู้เรื่องเวชศาสตร์วิถีชีวิตและการใช้ยาสมเหตุผล และ ๓) สื่อบุคลิกความรู้อื่นๆเรื่องเวชศาสตร์วิถีชีวิตและการใช้ยาสมเหตุผล เครื่องมือทุกชนิดผ่านการตรวจสอบ โดยผู้เชี่ยวชาญ ๓ ท่าน ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ที่เชี่ยวชาญในการออกแบบการวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงสถิติ และการประเมินผลโครงการด้านสุขภาพชุมชน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลชุมชน การบริหารจัดการระบบสุขภาพในระดับพื้นที่ และเภสัชกรชำนาญการ มีความเชี่ยวชาญด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล การส่งเสริมระบบยาในชุมชน และการบูรณาการเภสัชกรรมสู่การดูแลสุขภาพเชิงระบบ ซึ่งมีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ ๑ และผ่านการทดสอบค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) ได้ค่าความเที่ยงของแบบคัดกรองเท่ากับ ๐.๘๐ แบบประเมินความรู้เท่ากับ ๐.๘๕ และสื่อบุคลิกความรู้อื่นๆเท่ากับ ๐.๘๐ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่สถิติทดสอบIndependent t-test และ Paired t-test

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาลร้อยเอ็ดและได้รับอนุมัติเมื่อวันที่๑๖ ธันวาคม ๒๕๖๘ เลขที่ใบรับรอง RE๐๑๙/๒๕๖๘

ผลการวิจัย

หลังการใช้ MELT Model กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นจาก 6.7 ± 1.44 เป็น 13.2 ± 1.42 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีค่าเฉลี่ยหลังการทดลองเพียง 9.75 ± 1.26 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = ๐.๐๐๐) เช่นเดียวกับระดับความดันโลหิตที่ลดลงจาก $135.78/86.93 \pm 1.33$ mmHg เหลือ $126.55/82.55 \pm 1.53$ mmHg ขณะที่กลุ่มควบคุมแทบไม่มีการเปลี่ยนแปลง (p -value = ๐.๐๐๐) เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง แสดงผลดังตารางที่ ๑

ตารางที่ ๑ เปรียบเทียบคะแนนความรู้ ค่าความดันโลหิตระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

การวัดผลลัพธ์	เวลา	กลุ่มควบคุม (Mean ± SD)	กลุ่มทดลอง (Mean ± SD)	p-value
คะแนนความรู้	Min	๔	๔	๐.๕๔๔
	Max	๙	๙	
	ก่อน	๖.๕ ± ๑.๕๐	๖.๗ ± ๑.๔๔	๐.๐๐๐
	Min	๗	๑๐	
	Max	๑๒	๑๕	
	หลัง	๙.๗๕ ± ๑.๒๖	๑๓.๒ ± ๑.๔๒	
ค่าความดันโลหิต	Min	๑๓๑ / ๘๕	๑๓๑ / ๘๕	๐.๘๗๐
	Max	๑๓๙ / ๘๙	๑๓๙ / ๘๙	
	ก่อน	๑๓๕.๔๘ / ๘๖.๙๘ ±	๑๓๕.๗๘ / ๘๖.๙๓ ±	๐.๐๐๐
	Min	๑๓๑ / ๘๕	๑๒๐ / ๗๘	
	Max	๑๓๙ / ๘๙	๑๓๒ / ๘๖	
	หลัง	๑๓๕.๒๘ / ๘๖.๓๕ ±	๑๒๖.๘๕ / ๘๒.๕๕ ±	
		๑.๖๖	๑.๘๓	

ผลลัพธ์นี้สะท้อนว่า MELT Model มีประสิทธิภาพในการเพิ่มความรู้และสร้างการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอย่างชัดเจน ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงสามารถควบคุมตนเองและไม่พัฒนาไปเป็นกลุ่มป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ

อภิปรายผลการวิจัย

หลังใช้ MELT Model กลุ่มเสี่ยงที่มีความดันโลหิตสูงมีความรู้เพิ่มขึ้น ปรับพฤติกรรมได้เหมาะสมและควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ป้องกันการป่วยได้จริง สอดคล้องกับ Bloom's Taxonomy และทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม รวมถึงผลการศึกษาของ Hirungerd et al. (๒๐๒๐) ที่พบว่าการใช้แนวคิด Health Belief Model ช่วยเพิ่มความรู้ พฤติกรรมการป้องกันโรค และลดความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญ

งานวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาโดย Boonnao และ Laokhompruttajarn (๒๐๒๑) ซึ่งใช้โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับครอบครัวในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แม้มีหลายการศึกษาในประเด็นนี้ แต่ยังพบข้อจำกัด เช่น ความต่อเนื่องของกิจกรรมในชุมชน การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายและการบูรณาการภาคที่ยังไม่เพียงพอ เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยในกานา (Sambah et al., ๒๐๒๔), ตูนิเซีย (Maatoug et al., ๒๐๑๕) และอิหร่าน (Mirniam et al., ๒๐๑๙) พบว่า รูปแบบ MELT Model ที่พัฒนาขึ้นในงานวิจัยนี้สามารถตอบโจทย์บริบทพื้นที่ได้ดีกว่า ทั้งในด้านการเข้าถึง

กลุ่มเป้าหมาย การออกแบบเนื้อหาที่สอดคล้องกับชุมชน และการสร้างความร่วมมือระดับพื้นที่อย่างเป็นระบบ ดังนี้

Sambah et al. (๒๐๒๔) พบว่าการจัดการความดันโลหิตในกานาผ่านคลินิกช่วยลดความดันโลหิตได้ระดับหนึ่ง แต่ยังมีจำกัดการเข้าถึงในพื้นที่ชนบทและขาดการมีส่วนร่วมจากภาคอื่น ในขณะที่งานวิจัยนี้ใช้ MELT Model ผ่านกลไก "บวร.ร." และสื่อที่เข้าถึงง่ายในชุมชน ช่วยเพิ่มการมีส่วนร่วมและความต่อเนื่องของพฤติกรรมสุขภาพได้ชัดเจนกว่า

Maatoug et al. (๒๐๑๕) ดำเนินโครงการส่งเสริมสุขภาพในตูนิเซีย แม้เข้าถึงประชากรได้กว้าง แต่ขาดการติดตามเชิงลึกและการเสริมแรงเชิงโครงสร้าง ต่างจากงานวิจัยนี้ที่ใช้ MELT Model ซึ่งบูรณาการการอบรม สื่อและพลังชุมชน ทำให้การเปลี่ยนพฤติกรรมเกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืนมากกว่า

Miriam et al. (๒๐๑๙) ศึกษาการแทรกแซงหลายด้านแม้ให้ผลทางคลินิกดี แต่ใช้งบประมาณสูงไม่เหมาะกับบริบทที่ทรัพยากรจำกัด ในทางกลับกัน MELT Model ใช้ทรัพยากรชุมชน ภาคีในพื้นที่ และการอบรมแบบกลุ่ม ทำให้ประหยัด ง่ายต่อการขยายผล และช่วยลดความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การเปรียบเทียบผลจากงานวิจัยต่างๆที่กล่าวมา เห็นได้ว่า MELT Model มีความโดดเด่นในการเสริมสร้างความรู้และพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และสามารถตอบโจทย์ข้อจำกัดที่พบในงานวิจัยอื่นๆได้อย่างมีประสิทธิภาพ

MELT Model เน้นสื่อที่เข้าถึงง่าย แรงบันดาลใจ ภาษาเข้าใจง่าย และการอบรมแบบบูรณาการ ช่วยเพิ่มความรู้ เปลี่ยนพฤติกรรม และลดความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มเสี่ยงได้อย่างเป็นรูปธรรม ถือเป็นบูรณาการ “องค์ความรู้-สื่อ-คน-ระบบ” อย่างลงตัว เหมาะสำหรับขับเคลื่อนงานสุขภาพปฐมภูมิ และควรขยายผลร่วมกับภาคีในชุมชนเพื่อความยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

กัลยาณี อาชาสันติสุข. (๒๕๖๗). รูปแบบการจัดการปัญหาการใช้ยาไม่ปลอดภัยในชุมชน. *วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ*, ๕(๑).

เรวดี วัฒนโกศล. (๒๕๖๗). *การสร้างความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ*

[อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อ ๔ พฤศจิกายน ๒๕๖๗, จาก

<https://www.psy.chula.ac.th/th/feature-articles/> การสร้างความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

ศิริรณา เขียงหลิว. (๒๕๖๗). *เวชศาสตร์เพื่อการดำเนินชีวิต หรือเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle*

Medicine) [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อ ๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๗, จาก

<https://drive.google.com/file/d/๑๐ZhUF๙๒gfloQ๔eWpuxhalBGvZVF๕XRWa/view?usp=sharing>

สันต์ ใจยอดศิลป์. (๒๕๖๗). *เวชศาสตร์วิถีชีวิต* (พิมพ์ครั้งที่ ๑). กรุงเทพฯ: บริษัทพิมพ์สวย จำกัด.

สันติ งามเสริฐ. (๒๕๕๙). การวัดกระบวนการทางพุทธิปัญญาของผู้เรียนตามแนวคิดของบลูมที่ปรับปรุงใหม่. *วารสารวิชาการโรงเรียนนายเรือ ด้านสังคมศาสตร์ มนุษยศาสตร์และศึกษาศาสตร์*, ๓(๑), ๖๒-๗๗.

- สมหมาย คชนาม. (๒๕๖๗). *เอกสารประกอบการบรรยาย เรื่องการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย* (ระยะที่ ๑, หน้า ๖๖). โรงพยาบาลร้อยเอ็ด.
- Boonao, W., & Laokhompruttajarn, S. (๒๐๒๑). Effects of family participation in health behavior promotion program among hypertensive patients. *Journal of Nursing and Health Care*, ๓๙(๒), ๑๑๒-๑๒๒.
- Drożdżal, S., Lechowicz, K., Szostak, B., Rosik, J., Kotfis, K., Machoy-Mokrzyńska, A., Biatecka, M., Ciechanowski, K., & Gawrońska-Szklarz, B. (๒๐๒๑). Kidney damage from nonsteroidal anti-inflammatory drugs—Myth or truth? Review of selected literature. *Pharmacology Research & Perspectives*, ๙(๔), e๐๐๘๑๗. <https://doi.org/10.1002/prp.๑๘๑๗>
- Hirungerd, C., Chaiyasit, W., & Wongwien, N. (๒๐๒๐). Applying Health Belief Model in a health education program for hypertensive patients: An intervention study. *Journal of Nursing Science*, ๓๘(๑), ๒๕-๓๔.
- Maatoug, J., Hmad, S., Bhiri, S., Zammit, N., Harrabi, I., Boughammoura, L., et al. (๒๐๑๕). Effects of a kindergarten-based intervention to promote healthy lifestyles: Quasi-experimental study in Sousse, Tunisia. *Clinical Research and Trials*, ๑(๒), ๓๘-๔๓.
- Miriam, A. A., Habibi, Z., Khosravi, A., Sadeghi, M., & Eghbali-Babadi, M. (๒๐๑๙). A clinical trial on the effect of a multifaceted intervention on blood pressure control and medication adherence in patients with uncontrolled hypertension. *ARYA Atherosclerosis*, ๑๕(๖), ๒๖๗-๒๗๔.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (๑๙๘๓). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, ๕๑(๓), ๓๙๐-๓๙๕. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.3.390>
- Sambah, F., McBain-Rigg, K., Seidu, A.-A., & Emeto, T. I. (๒๐๒๔). A qualitative study on the barriers and enablers to effective hypertension management in Ghana. *Health Science Reports*, ๗(๓), e๗๐๕๗๖. <https://doi.org/10.1002/hsr.๗๐๕๗๖>

พัฒนารูปแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒

วรัญญา แก้วถึง อูมาพร สິงามและสุนันท์ อินตุ้ย
โรงพยาบาลสุโขทัย

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ แบ่งเป็น ๓ ระยะได้แก่ ๑) ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ๒) พัฒนารูปแบบต้องการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ และ ๓) การทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เครื่องมือที่ใช้ได้แก่การสนทนากลุ่ม และการใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติทดสอบ Paired t-test และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการทดลองใช้รูปแบบฯ ก่อนและหลังใช้ พบว่าความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) รูปแบบที่ได้จากการพัฒนามีสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ในพื้นที่บริบทอื่นๆ ได้

หลักการ และเหตุผล

องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่าปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกเป็นจำนวนมากกว่า ๔๒๕ ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นถึง ๖๔๒ ล้านคนในปี พ.ศ. ๒๕๘๓ ในประเทศไทยโรคเบาหวานยังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖ พบอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานระดับประเทศร้อยละ ๘.๐๖, ๘.๘๗ และ ๑๐.๒ ตามลำดับ จากฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุขพบว่าอัตราการควบคุมโรคเบาหวานได้ดีในภาพรวมระดับประเทศปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖ ร้อยละ ๓๒.๙๖, ๓๐.๔๑ และ ๓๓.๒๑ ซึ่งยังไม่ถึงเกณฑ์ค่าเป้าหมาย (ร้อยละ ๔๐.๐๐) ภาวะโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นได้ ทั้งนี้กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดยุทธศาสตร์โรคไม่ติดต่อเป็นภัยสุขภาพต่อประชากรไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป(กองโรคไม่ติดต่อกระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๔) รวมทั้งนโยบายการกระจายผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อติดตามการรักษาต่อที่หน่วยปฐมภูมิใกล้บ้าน เพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล และเพิ่มคุณภาพการบริการรักษา ในระดับปฐมภูมิ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๓)

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าวิธีการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเป็นวิธีการที่ดีสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (hellokhunmor, ๒๕๖๖) การให้ความรู้และสร้างทักษะเพื่อการดูแลโรคเบาหวานด้วยตนเอง และการช่วยเหลือสนับสนุนให้ดูแลตนเอง (DSMS) เป็นสิ่งที่มีความสำคัญในการบรรลุเป้าหมายของการรักษา รวมทั้งดูแลสุขภาพทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งจากการศึกษาของ ณิชฎักสร เดิมขุนทด, สว่างจิต สุรอมรกุล, รัชนิวรรณ ขวัญเจริญและชาญวิวัฒน์ ขวนตันติ กมล ๒๕๖๕ พบว่าผลของ DSMEs ต่อผู้เป็นเบาหวานพบผลลัพธ์ที่ดี ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด มีความรู้ คุณภาพชีวิต และมีความพึงพอใจในบริการ ผู้เป็นเบาหวานทุกราย

คลินิกหออกรับครัวโรงพยาบาลสุโขทัย เป็นหน่วยงานให้บริการผู้ป่วยเบาหวาน ที่ส่งมาจากโรงพยาบาลสุโขทัยตามนโยบาย ซึ่งมีผู้ป่วยเบาหวานในปี ๒๕๖๖ จำนวน ๒๖๕ คน จากผลการตรวจสุขภาพประจำปี พบผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมตั้งแต่ ๗ mg/dl ร้อยละ ๒๕.๐๘ (Hos-xp

รพ.สุโขทัย วันที่ ๑๐ กุมภาพันธ์, ๒๕๖๖) เพื่อพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยเป้าหมายให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวจึงมีความสนใจ พัฒนารูปแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ โดยมีเป้าหมายเพื่อนำผลการพัฒนามาส่งเสริมให้ผู้ป่วยดังกล่าวให้มีสุขภาพที่ดีและเกิดภาวะแทรกซ้อนให้น้อยที่สุดและสามารถขยายผลไปยังเครือข่ายปทุมภูมิอื่นๆ

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒
๒. เพื่อทดสอบประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒

วิธีดำเนินการวิจัย

ขอบเขตด้านประชากรคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่รักษาในคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลสุโขทัย ในปีงบประมาณ จำนวน ๒๖๕ คนคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์คัดเลือก และมีการประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคำนวณหากกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดการทดสอบตัวอย่างที่ศึกษาเป็น One group, Pre-test and Post-test Design ด้วยความคลาดเคลื่อนที่ร้อยละ ๕.๐๐ และ ที่ร้อยละ ๘๐.๐๐ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน รวม ๓๖ คน

ขอบเขตด้านพื้นที่ : ขอบเขตเชิงพื้นที่ ได้แก่คลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลสุโขทัย

ขอบเขตด้านระยะเวลา : ตั้งแต่เดือน ตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๖ ถึงเดือน เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๗

ขั้นตอนการวิจัย

ระยะที่ ๑ การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ใช้วิธีการสนทนากลุ่ม เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ๑) ตัวแทนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ จำนวน ๕ คน ๒) กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน ๕ คน ๓) กลุ่มผู้ให้บริการด้านสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน ๕ คน ๔) ผู้เชี่ยวชาญด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสุโขทัย จำนวน ๑ คน รวมจำนวน ๑๖ คน และใช้แบบสอบถามในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ โดยคำนวณกลุ่มตัวอย่างได้จำนวน ๓๖ คนโดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ ๑) เป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ ๓๕ -๕๙ ปี ๒) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ๓) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจและยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา ๔) อาศัยอยู่ในพื้นที่วิจัยระหว่างการศึกษาระหว่างการศึกษา

ระยะที่ ๒ พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒

ระยะที่ ๓ ทดลองใช้รูปแบบและ ทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบ ๆ กลุ่มตัวอย่างที่ร่วมในการทดลองใช้รูปแบบ คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power ด้วยความคลาดเคลื่อนที่ร้อยละ ๕.๐๐ และ power ที่ร้อยละ ๘๐.๐๐ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนรวม ๓๖ คน และมีตามเกณฑ์คัดเลือกดังนี้ ๑) ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ ๓๕-๕๙ ปี ๒) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ และรักษาในคลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลสุโขทัย๓) มีผลการตรวจค่าน้ำตาล

เฉลี่ยในเลือด (HbA_{1c}) ≥ 7 mg/dl) ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาและอาศัยอยู่ในพื้นที่วิจัย ระหว่างการศึกษาระหว่างการศึกษาศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

๑. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)

๒. ข้อมูลเชิงปริมาณประกอบด้วย ๑) แบบสอบถามปัญหาและความต้องการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ๒) แบบสอบถามประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ และ ๓) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒

การพัฒนาคุณภาพของเครื่องมือ

๑. การตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) ของเครื่องมือโดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจจำนวน ๓ ท่าน ตรวจสอบคุณภาพพิจารณาความถูกต้องแล้วนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อถามและวัตถุประสงค์ (Item – Objective – Congruency :IOC) ตลอดจนความเหมาะสมของภาษาที่ใช้โดยรวมเท่ากับ ๐.๘๙

๒. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขไปทดลองใช้กับทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ใน หน่วยบริการปฐมภูมิเขตอำเภอศรีสวัสดิ์สุโขทัย ทดสอบจำนวน ๓๐ คน การคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค (Cronbach's Alpha Coefficient) ค่าเท่ากับ ๐.๘๗ และ ๒) แบบสอบถามประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ นำไปทดสอบกับกลุ่มที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน ๓๐ คน โดยการคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค (Cronbach's Alpha Coefficient) ค่าเท่ากับ ๐.๘๙ และ ๐.๙๐

การวิเคราะห์ข้อมูล

๑. ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยมีเทคนิคและขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล ตามแนวทางของ การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

๒. การวิเคราะห์ข้อมูลสถิติที่ใช้ในการวิจัยได้แก่สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมานโดยการทดสอบค่าที (t-test)

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย รหัสโครงการ IRB No. ๖๘/๒๐๒๓ ลงวันที่ ๒๕ กันยายน ๒๕๖๖

ผลการวิจัย

ระยะที่ ๑ การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของ

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ผลการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา พบว่ากลุ่มผู้ให้ข้อมูล มีความต้องการที่จะเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพให้กับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ โดยสานต่อจากกิจกรรมที่มีอยู่เดิม ซึ่งประกอบด้วย ๑). มีการประยุกต์ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ ทุกครั้งที่ผู้ป่วยที่มาใช้บริการการตรวจรักษาตามนัด ๒). จัดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่ผู้ป่วยสามารถทำได้เองที่

บ้าน ๓). ส่งเสริมการค้นหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานผ่านสื่อต่างๆ ได้ด้วยตนเอง
 ๔). ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถติดตามและกำกับพร้อมทั้งสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ ของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานได้ด้วยตนเอง

การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ จำนวน ๗๒ ราย พบว่าเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานที่ระยะ ๑๒ ปีขึ้นไป ร้อยละ ๑๖.๗ ส่วนใหญ่ยังไม่ค่อยมีการออกกำลังกายคิดเป็นร้อยละ ๔๓.๖๐ มีพฤติกรรมการดื่มกาแฟ และดื่มเครื่องดื่มชูกำลังคิดเป็นร้อยละ ๕๘.๑๐ ทานอาหารรสชาดหวาน มัน เค็ม ร้อยละ ๔๐.๘๗ สิ่งที่ต้องการคือ ๑). ความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อสร้างเสริมสุขภาพเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ๒). การออกกำลังกายที่ถูกต้องและสามารถทำได้เมื่ออยู่ที่บ้าน ๓). อาหารที่เหมาะสมกับสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ๔). ความรู้ในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหรือภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

ระยะที่ ๒ การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ รูปแบบที่ได้จากการพัฒนาประกอบด้วย ๑) เข้าถึงเข้าใจโรคของเรา ซึ่งกิจกรรมประกอบด้วย

การประเมินตนเองเบื้องต้น ได้แก่ การเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง คำนวณค่าดัชนีมวลกาย การวัดเส้นรอบเอว ๒) ความมั่นใจที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง ซึ่งกิจกรรมประกอบด้วย การอบรมความรู้เรื่องโรคและอาการของโรค ปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมต่อการเกิดโรค การป้องกันตัวเอง และการรักษา และพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ๓) การสื่อสารและตัดสินใจเพื่อปรับเปลี่ยนตนเอง กิจกรรมประกอบการเรียนรู้เท่าทันสื่อโดยใช้การเรียนรู้แบบ มีส่วนร่วม พูดคุยแลกเปลี่ยน โดยการใช้ทักษะการสื่อสาร , การเข้าถึงข้อมูล โดยการสาธิตและสาธิตย้อนกลับ การเลือกสื่อความรู้เกี่ยวกับเบาหวาน อาหารทางเลือก อาการและภาวะแทรกซ้อน จากแหล่งความรู้ทางอินเทอร์เน็ตผ่านสื่อ online ต่างๆ ๔) ปฏิบัติต่อเนื่องสู่ผลลัพธ์สุขภาพดี กิจกรรมประกอบการเรียนรู้ การฝึกทักษะการตัดสินใจ โดยการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาโรคเบาหวาน การเข้าเฝ้าผู้ป่วยเบาหวาน และการดูแลแผลเบาหวาน ที่มีในสื่อออนไลน์ โดยพิจารณาความน่าเชื่อถือของข่าวแหล่งที่มาของข่าว และ ทักษะการสื่อสาร และทักษะการจัดการตนเอง โดยใช้การเรียนรู้ พูดคุยแลกเปลี่ยนการเรียนรู้เกี่ยวกับเรื่องทำอะไรให้น้ำตาลในเลือดปกติ นำเสนอแนวทางและร่วมกันจัดทำเป็นแนวปฏิบัติของกลุ่มเพื่อนำไปปฏิบัติ

ระยะที่ ๓ การทดลองใช้รูปแบบ และทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ให้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน ๓๖ คน พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วย ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการสร้างเสริมสร้างความรู้ทางสุขภาพ มีความแตกต่างกันทุกด้าน และหลังการใช้รูปแบบมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สูงขึ้นกว่าก่อนใช้รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .๐๕ ($p < .๐๕$) ดังตารางที่ ๑

ตารางที่ ๑ เปรียบเทียบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ (N=๓๖)

ความรู้ทางสุขภาพ	ก่อนใช้รูปแบบ		หลังใช้รูปแบบ		t	p-Value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพโรคเบาหวาน	๓.๔๔	๑.๔๘	๕.๗๒	๐.๔๕	๙.๕๘	๐.๐๐๐
การเข้าถึงข้อมูล และบริการสุขภาพ	๖.๘๓	๑.๖๖	๘.๕๐	๐.๖๕	๗.๕๑	๐.๐๐๐

การสื่อสารเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ	๑๐.๗๕	๒.๒๘	๑๓.๐๐	๑.๒๘	๗.๑๕	๐.๐๐๐
การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ	๑๐.๓๘	๒.๓๑	๑๓.๐๕	๑.๓๐	๖.๖๐	๐.๐๐๐
การรู้เท่าทันสื่อ และสารสนเทศ	๖.๙๑	๒.๐๖	๘.๗๒	๐.๗๘	๕.๙๖	๐.๐๐๐
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ	๑.๖๑	๐.๘๐	๓.๐๕	๐.๓๓	๙.๕๔	๐.๐๐๐
ภาพรวม	๖.๖๕	๑.๗๗	๘.๖๗	๐.๗๙	๗.๗๒	๐.๐๐๐

*p< .๐๕

อภิปรายผลการวิจัย

ระยะที่ ๑ พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาต่ำ (ระดับประถมศึกษา) มีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม เช่น ไม่ออกกำลังกาย ดื่มน้ำหวานหรือเครื่องดื่มชูกำลัง และบริโภคอาหารรสหวาน มัน เค็ม ส่งผลให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดีพอ แม้จะได้รับความรู้จากหน่วยบริการ แต่กลับไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากขาดความเข้าใจอันเนื่องมาจากข้อจำกัดด้านการศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมพร สีดาอ่อน, ๒๕๖๕ ที่ศึกษาแล้วพบว่าผู้ป่วยเบาหวานจะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานอาหารในช่วงระยะเวลา

ปีแรกๆ หลังจากนั้นจะกลับเข้าสู่สภาพเดิม และสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างระดับการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ ๕๐.๕๐ สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพตนเองได้ดีกว่า กลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า

ระยะที่ ๒ ก่อนการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ เน้นการรักษาตามนัดการส่งเสริมความรู้ที่ได้รับเป็นการให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice) โดยไม่มีการติดตามผล หลังการพัฒนา ผู้วิจัยได้นำรูปแบบที่ได้จากการพัฒนามาดำเนินการจัดกิจกรรมโดยเน้น การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การสาธิต การพูดคุยแลกเปลี่ยน การนำเสนอแนวทางและร่วมกันจัดทำเป็นแนวปฏิบัติของกลุ่มในการปฏิบัติและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด มาเป็นแนวทางให้กับผู้ป่วยเบาหวานในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ สอดคล้องตามแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นแนวคิดส่งเสริมสุขภาพที่ให้ความสำคัญในการพัฒนาทักษะ และศักยภาพเพื่อให้บุคคลมีการปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพครอบครัวทั้ง ๖ มิติ ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพเป็นสมรรถนะของแต่ละคน รวมทั้งความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมินและใช้สารสนเทศ ด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น รวมทั้งการเพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจ รวมทั้งปัจจัยที่กำหนดสุขภาพ มีการเปลี่ยนทัศนคติและการตั้งใจ ในการส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี (Nutbeam D ,๒๐๐๘) และสอดคล้องกับแนวคิดของสุขศึกษา ที่มองว่าการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต้องอาศัยกลวิธีในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสม หลากหลาย ตรงกับความต้องการของประชาชน ซึ่งเป็นการสร้างโอกาสให้ประชาชนได้เรียนรู้ตลอดชีวิต ส่งผลให้ประชาชนมีความสามารถในการตัดสินใจเลือกทางเลือกที่ดีต่อสุขภาพ (สมพร สีดาอ่อน, ๒๕๖๕)

ระยะที่ ๓ ผลจากการทดลองใช้รูปแบบ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .๐๕) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้า เช่น ของ โสภิต แสงทอง (๒๕๕๖) และบุญญธิตา ยาอินทร์ (๒๕๖๔) ที่แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาองค์ความรู้และ

ทักษะทางสุขภาพ ส่งผลต่อพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ดีขึ้นผลการศึกษานี้ที่เป็นเช่นนี้ เพราะผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรอบรู้ทางสุขภาพเพิ่มขึ้นในระดับที่เพียงพอที่ผู้ป่วยได้รับรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพครอบคลุมทั้ง ๖ มิติได้แก่ ๑) ความรู้ความเข้าใจ (cognitive) เกี่ยวกับการปฏิบัติในบริบทของสุขภาพและการป้องกันโรคไปประยุกต์ โดยคิดใคร่ครวญ ตรวจสอบด้วยหลักเหตุผล ๒) การเข้าถึงข้อมูล (access) การใช้ความสามารถในการฟัง การดู การพูด การอ่าน การเขียน การสืบค้น และการคำนวณ ที่มีกระบวนการใคร่ครวญ ตรวจสอบเชื่อมโยง ด้วยหลักเหตุผลความน่าเชื่อถือจะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ๓) ทักษะการสื่อสาร (communication skill) ๔) การจัดการตนเอง (self-management) ๕) การรู้เท่าทันสื่อ (media literacy) และ ๖) ทักษะการตัดสินใจ (decision skill) ซึ่งการพัฒนาแบบการสร้างความรอบรู้ครอบคลุมทั้ง ๖ มิตินี้ ส่งผลให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

๑. สามารถใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในคลินิกหมอครอบครัวและหน่วยบริการปฐมภูมิอื่นๆ ได้ โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่มีการศึกษาต่ำและมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม
๒. นำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการออกแบบโครงการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะในระบบบริการปฐมภูมิที่มีการดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

๑. ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบแบบเปรียบเทียบ (Comparative Study) : ควรมีการทดลองกับกลุ่มควบคุมเพื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ใช้รูปแบบ เพื่อยืนยันผลลัพธ์ด้านความรู้ทางสุขภาพและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด
๒. ติดตามผลในระยะยาว (Longitudinal Study) : ศึกษาผลของการใช้รูปแบบต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น HbA1c ในระยะเวลา ๖ เดือน - ๑ ปี เพื่อประเมินความยั่งยืน
๓. ศึกษาการนำรูปแบบนี้ไปปรับใช้ในกลุ่มประชากรที่แตกต่างกัน เช่น ผู้สูงอายุ กลุ่มชาติพันธุ์ หรือพื้นที่ชนบทและเมือง เพื่อทดสอบความยืดหยุ่นของรูปแบบ

เอกสารอ้างอิง

- กิตติยาพร จันทรชัม, นภัทร บุญเทียม, นิพพา ภัทร์ สินทร์ทรัพย์, จิณวัตร จันครา, และบุปผา ใจมัน. (๒๐๒๒). การพัฒนารูปแบบกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลเท้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปทุม. วารสารนวัตกรรมการศึกษาและการวิจัย, ๖(๒), ๕๐๔-๕๑๙.
- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๔). คู่มือแนวทางการดำเนินงาน NCD ClinicPlus&online. สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนดดีไซน์.

- กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๒). **เครื่องมือสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในสถานบริการสุขภาพ (Health Literacy Toolkit in Health Care Services)**. <https://hed.hss.moph.go.th/>. สืบค้นเมื่อวันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖
- บุญญธิดา ยาอินทร์. (๒๕๖๔). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลชุมแสง อำเภอลำลูกเกด จังหวัดนครสวรรค์. **สวรงค์ประชารักษ์เวชสาร, ๑๘(๑), ๓๕-๔๘**.
- รพ.สต บ้านท่าข้าม. (๒๕๖๐). **พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานตำบลแม่เหียะ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่**. www.google.com. สืบค้นเมื่อวันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๕๘). **แนวทางการตรวจคัดกรองและดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในผู้ป่วยโรคเบาหวาน (พิมพ์ครั้งที่ ๑)** กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด
- โสภิต แสงทอง. (๒๕๕๖). **ปัจจัยที่มีผลต่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานกรณีศึกษาโรงพยาบาลกระบี่**. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต.
- Nutbeam D. (๒๐๐๘). The evolving concept of health literacy. **Socialscience&medicine. ๖๗(๑๒), ๒๐๗๒-๒๐๗๘**.

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

นงคราญ ปรานพานิชกิจ
โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง โดยอิงแนวคิดของ Gibson ๔ ขั้นตอน กลุ่มตัวอย่างคือ อสม. ๓๐ คน และผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ๓๐ คน ดำเนินการระยะเวลา ๑๐ สัปดาห์ (ม.ค. – มี.ค. ๒๕๖๘) เครื่องมือประกอบด้วยโปรแกรมพัฒนาศักยภาพ แบบประเมินความรู้ ทักษะปฏิบัติ และภาวะแทรกซ้อน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติทดสอบ paired t-test และ McNemar's test

ผลการวิจัยพบว่า อสม.มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นจาก ๑๓.๕๓ เป็น ๑๘.๔๓ ($p < ๐.๐๐๑$) ทักษะปฏิบัติสำคัญดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เช่น การพลิกตะแคงและดูแลสายสวนปัสสาวะเพิ่มเป็นร้อยละ ๑๐๐.๐๐ ภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุลดลงชัดเจน เช่น แผลกดทับเหลือร้อยละ ๑๐.๐๐ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะเหลือร้อยละ ๑๓.๓๐ และปัญหาทางเดินอาหารเหลือร้อยละ ๐.๐๐ ($p < ๐.๐๕$) อสม. มีความพึงพอใจต่อโปรแกรมในระดับมาก ($\bar{x} = ๔.๑๓$) สรุปได้ว่าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีประสิทธิภาพในการพัฒนาศักยภาพ อสม. และส่งผลให้คุณภาพการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนดีขึ้น

หลักการ และเหตุผล

ปัจจุบันโลกกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว โดยคาดว่าในปี ๒๕๗๓ จะมีผู้สูงอายุทั่วโลก ๑.๔๐ พันล้านคน ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุสมบูรณ์ตั้งแต่ปี ๒๕๖๔ โดยผู้สูงอายุร้อยละ ๙๕.๐๐ มีปัญหาสุขภาพและกว่า ๔ แสนคนอยู่ในภาวะติดบ้านติดเตียง แต่เข้าถึงบริการสุขภาพเพียงร้อยละ ๕๒.๙๖ หากไม่มีระบบดูแลที่มีประสิทธิภาพ จะกระทบต่อครอบครัว ชุมชนและระบบสุขภาพในระยะยาว

จากข้อมูลปี ๒๕๖๗ ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ พบผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ๒๙๓ คน โดยร้อยละ ๕๘.๑๖ มีภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ ข้อยึดติด และติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ซึ่งสามารถป้องกันได้หากได้รับการดูแลที่เหมาะสม ขณะเดียวกัน อสม. ในพื้นที่มีจำนวนน้อย (๒๒๙ คน) ต้องดูแลประชากรเฉลี่ย ๑:๗๗ คน และกว่าครึ่งหนึ่งขาดความรู้และทักษะที่จำเป็น ทำให้การดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงยังไม่มีคุณภาพตามที่ควรจะเป็น

แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) เป็นแนวทางที่ได้รับการยอมรับว่าสามารถพัฒนาศักยภาพบุคคล โดยผ่าน ๔ ขั้นตอน คือ การค้นพบสภาพการณ์จริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเลือกแนวทางที่เหมาะสม และการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพ หลายการศึกษาพบว่าแนวคิดนี้สามารถเพิ่มความรู้ ทศนคติ และทักษะของ อสม. ได้อย่างชัดเจน และเหมาะสมกับการนำมาพัฒนาโปรแกรมเพื่อยกระดับการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในบริบทชุมชน

ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำกลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ มีบทบาทในการพัฒนา อสม. และดูแลผู้สูงอายุในชุมชน จึงพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อยกระดับคุณภาพการดูแล ลดภาวะแทรกซ้อน และเป็นต้นแบบสู่การพัฒนาในระดับจังหวัดและประเทศ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในด้านการพัฒนาทักษะการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบวัดผลก่อน-หลัง ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม – มีนาคม ๒๕๖๘ รวมระยะเวลา ๑๐ สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างคือ อสม.และผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จำนวนกลุ่มละ ๓๐ คน ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power ($\alpha=0.05$, power=0.๘๐, effect size=0.๘๐) และเพื่อการสูญเสียร้อยละ ๑๕.๐๐ จากประชากร อสม. ๒๒๒ คน และผู้สูงอายุ ๑๑๐ คนการคัดเลือกใช้วิธีเฉพาะเจาะจงโดยอสม. : มีประสบการณ์ ≥ 1 ปี, ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ≥ 1 คน, และสมัครใจเข้าร่วม ผู้สูงอายุ: ยินยอมให้อสม.ดูแล และสมัครใจเข้าร่วมเกณฑ์คัดออก ได้แก่ การไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมครบถ้วนหรือขอถอนตัวระหว่างโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

๑. แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงประกอบด้วย ๑๗ ข้อคำถาม ใช้มาตรวัดแบบ Dichotomous (๐/๑)
๒. แบบประเมินความพึงพอใจของอสม.ประกอบด้วย ๙ ข้อ ใช้มาตรวัดแบบ Likert Scale ๕ ระดับ
๓. แบบประเมินความรู้และทักษะแบ่งเป็น ๒ ส่วน คือ ส่วนความรู้ ๒๐ ข้อ และแบบสังเกตทักษะ ๙ ข้อ

การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาแบบสอบถามทั้ง ๓ ชุด ได้รับการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ๓ ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ผู้สูงอายุ พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ และพยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลชุมชน โดยใช้ค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม (IOC) กำหนดเกณฑ์ผ่าน ≥ 0.67 ผลการตรวจสอบพบว่าข้อคำถามทุกข้อมีค่า IOC = ๑.๐๐ แสดงให้เห็นว่าผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นสอดคล้องกันอย่างสมบูรณ์การทดสอบความเชื่อมั่นทำการทดสอบกับกลุ่มตัวอย่าง ๓๐ คน พบว่า แบบประเมินความรู้มีค่าความเชื่อมั่น KR-๒๐ = ๐.๙๓๙ แบบประเมินทัศนคติมีค่าแอลฟาของครอนบาค = ๐.๙๖๒ แบบประเมินความพึงพอใจมีค่าแอลฟาของครอนบาค = ๐.๙๗๘ แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนมีค่า KR-๒๐ = ๐.๖๙๘ และแบบสังเกตทักษะปฏิบัติ(พัฒนาโดยนงนุช หอมเนียม และคณะ) มีค่าความเชื่อมั่น ๐.๘๖ สรุปคุณภาพ

เครื่องมือแบบประเมินทั้ง ๔ ชุดมีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาในระดับดีเยี่ยมและมีค่าความเชื่อมั่นในระดับที่ยอมรับได้ถึงยอดเยี่ยม จึงสามารถนำไปใช้เก็บข้อมูลได้อย่างน่าเชื่อถือ

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงใช้แนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (๑๙๙๓) ที่ประกอบด้วย ๔ ขั้นตอน: การค้นพบสภาพการณ์จริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพกลุ่มเป้าหมายอสม. จำนวน ๓๐ คน และผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ๓๐ คนระยะเวลา ๑๐ สัปดาห์ (มกราคม-มีนาคม ๒๕๖๘) สถานที่ ศาลาชุมชน และบ้านผู้สูงอายุ

ขั้นตอนที่ ๑: การค้นพบสภาพการณ์จริง (สัปดาห์ที่ ๑)

- ประชุมกลุ่มใหญ่ (๓๐ คน) ระดมสมองแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุ ใช้เวลา ๓ ชั่วโมง
- แบ่งกลุ่มย่อย ๓ กลุ่มๆละ ๑๐ คน วิเคราะห์ปัญหาการดูแลในพื้นที่รับผิดชอบ ใช้เวลา ๒ ชั่วโมง
- สสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในชุมชน โดย อสม. แต่ละคน ใช้เวลา ๑ สัปดาห์

ขั้นตอนที่ ๒: การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (ปลายสัปดาห์ที่ ๑)

- แลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การดูแล ใช้เวลา ๒ ชั่วโมง
- บรรยายเชิงปฏิบัติการ "หลักการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง" โดยทีมสหวิชาชีพ ใช้เวลา ๔ ชั่วโมง
- การสะท้อนคิดแบบกลุ่มเกี่ยวกับการนำความรู้ไปใช้ในบริบทชุมชน ใช้เวลา ๑ ชั่วโมง

ขั้นตอนที่ ๓: การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ (สัปดาห์ที่ ๒-๘)

- จัดทำแผนการดูแลเฉพาะรายผู้สูงอายุแต่ละคน โดย อสม. ผู้รับผิดชอบ (สัปดาห์ที่ ๒)
- ฝึกทักษะปฏิบัติ ๙ ทักษะการดูแล ด้วยวิธี Return Demonstration ที่ห้องปฏิบัติการ ๖ ครั้งๆละ ๓ ชั่วโมง (สัปดาห์ที่ ๒-๓)
- ปฏิบัติงานจริงในชุมชน โดย อสม. นำความรู้และทักษะไปดูแลผู้สูงอายุ (สัปดาห์ที่ ๔-๘)
- การติดตามและให้คำปรึกษา โดยทีมวิจัยเยี่ยมชุมชน สัปดาห์ละ ๑ ครั้ง ครั้งละ ๒ ชั่วโมง

ขั้นตอนที่ ๔: การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (สัปดาห์ที่ ๙-๑๐)

- ประชุมประเมินผลการปฏิบัติงานแต่ละกลุ่ม ใช้เวลา ๒ ชั่วโมง
- การแลกเปลี่ยนประสบการณ์และแก้ไขปัญหาาร่วมกัน ใช้เวลา ๒ ชั่วโมง
- วางแผนเพื่อความยั่งยืนและสรุปผลโครงการ ใช้เวลา ๑ ชั่วโมง

การประเมินผล

- Pre-test ความรู้และทักษะปฏิบัติของ อสม. (สัปดาห์ที่ ๑)
- การติดตามระหว่างดำเนินการประเมินภาวะแทรกซ้อนผู้สูงอายุ (สัปดาห์ที่ ๔, ๖, ๘)
- Post-test ความรู้ ทักษะปฏิบัติ ภาวะแทรกซ้อนผู้สูงอายุ และความพึงพอใจ (สัปดาห์ที่ ๑๐)

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ เลขที่ CRH-EC ๐๐๑/๒๕๖๘ ลงวันที่ ๕ มีนาคม ๒๕๖๘

ผลการวิจัย

การประเมินความรู้ของ อสม. ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้แบบประเมินความรู้ ๒๐ ข้อ พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อสม. มีคะแนนเฉลี่ย ๑๓.๕๓ หลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้นเป็น ๑๘.๔๓ ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติทดสอบpaired t-test พบว่าการเพิ่มขึ้นของคะแนนมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างสูง ($p < 0.001$) และทุกคนมีคะแนนเพิ่มขึ้นโดยคะแนนต่ำสุดเพิ่มจาก ๑๐ เป็น ๑๖ คะแนน

ตารางที่ ๑ เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของ อสม. ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = ๓๐)

การประเมิน	\bar{X}	S.D.	DIFFEREN CE	T-VALUE (DF)	P-VALUE
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	๑๓.๕๓	๑.๓๘			
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	๑๘.๔๓	๐.๙๓	๔.๙๐	๒๒.๑๑ (๒๙)	๐.๐๐๐*

ตารางที่ ๒ ผลการประเมินความรู้ทักษะการปฏิบัติของอสม. และการเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง

การประเมิน	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		P-VALUE
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ระดับความรู้ของอสม.					
ระดับดี (๑๖-๒๐ คะแนน)	๕	๑๖.๕๐	๑๕	๕๐	๐.๐๐๑
ระดับปานกลาง (๑๓-๑๕ คะแนน)	๑๕	๕๐	๑๐	๓๓.๓	
ระดับน้อย (<๑๒ คะแนน)	๑๐	๓๓.๓๐	๕	๑๖.๗๐	
ทักษะการดูแลของอสม.					
การป้องกันภาวะแทรกซ้อน					
๑. การจัดทำ	๒๒	๗๓.๓๐	๓๐	๑๐๐	๐.๐๐๘
๒. การพลิกตะแคงตัว	๙	๓๐.๐๐	๓๐	๑๐๐	๐.๐๐๐
๓. การบริหารข้อต่างๆ	๐	๐.๐๐	๑๐	๓๓.๓๐	๐.๐๐๒
การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน					
๔. การทำความสะอาดร่างกาย	๑๙	๖๓.๓๐	๓๐	๑๐๐	๐.๐๐๑
๕. การปูเตียง	๑๕	๕๐.๐๐	๒๙	๙๖.๗๐	๐.๐๐๐
๖. การรับประทานอาหารเองและทางสายยาง	๑๔	๔๖.๗๐	๓๐	๑๐๐	๐.๐๐๐
๗. การรับประทานน้ำและยา	๒๑	๗๐.๐๐	๓๐	๑๐๐	๐.๐๐๔
การพยาบาลเบื้องต้น					
๘. การทำแผล	๓	๑๐.๐๐	๒๐	๖๖.๗๐	๐.๐๐๐
๙. การดูแลสายสวนปัสสาวะ	๖	๒๐.๐๐	๓๐	๑๐๐	๐.๐๐๐

ภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง					
แผลกดทับ	๑๒	๔๐.๐๐	๓	๑๐.๐๐	๐.๐๐๔
ข้อยึดติด/กล้ามเนื้อลีบ	๒๔	๘๐.๐๐	๑๕	๕๐.๐๐	๐.๐๐๔
การติดเชื้ระบบทางเดินปัสสาวะ	๒๑	๗๐.๐๐	๔	๑๓.๓๐	๐.๐๐๐
ปัญหาระบบทางเดินอาหาร	๒๐	๖๖.๗๐	๐	๐.๐๐	๐.๐๐๐
ปัญหาสุขภาพจิต	๑๖	๕๓.๓๐	๔	๑๓.๓๐	๐.๐๐๐
รวมภาวะแทรกซ้อน	๙๓	๓๑๐%**	๒๖	๘๖.๗๐	

ความพึงพอใจของ อสม. ต่อโปรแกรมการประเมินความพึงพอใจของ อสม. ๓๐ คน หลังสิ้นสุดโปรแกรม พบว่าความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = ๔.๑๗$, S.D. = ๐.๔๘) ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ๓ อันดับแรก ได้แก่ ด้านที่สามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้ชัดเจนเหมาะสมที่ปฏิบัติจริง ($\bar{x} = ๔.๖๐$, S.D. = ๐.๕๐) รองลงมาคือทำให้รู้บทบาทของการดูแลผู้สูงอายุ ($\bar{x} = ๔.๕๗$, S.D. = ๐.๕๐) และให้ความรู้ที่สามารถใช้ให้ข้อมูลรายละเอียดการใช้โปรแกรม ($\bar{x} = ๔.๐๓$, S.D. = ๐.๑๘)

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของ Gibson สามารถพัฒนาศักยภาพของ อสม. ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในด้านความรู้ ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (จาก ๑๓.๕๓ เป็น ๑๘.๔๓ คะแนน, $p < ๐.๐๐๑$) สะท้อนถึงความเหมาะสมของกิจกรรมในโปรแกรม ทั้งการบรรยายเชิงปฏิบัติการ การฝึกทักษะแบบ Return Demonstration และการสะท้อนคิดร่วมกัน ซึ่งช่วยให้ อสม. เชื่อมโยงความรู้กับการปฏิบัติจริงในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและการติดตามให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้อย่างลึกซึ้งและต่อเนื่อง ทำให้คะแนนความรู้ของ อสม. เพิ่มขึ้นมากกว่าการศึกษาเดิม เช่น งานวิจัยของนางนุช หอมเนียม (๒๕๖๕) ซึ่งพบว่าคะแนนเพิ่มขึ้นเพียง ๓.๑ คะแนนในด้านทักษะปฏิบัติ พบว่า อสม. มีพัฒนาการชัดเจน โดยเฉพาะทักษะสำคัญ เช่น การพลิกตะแคงตัวและดูแลสายสวนปัสสาวะ ที่มีผู้ผ่านเกณฑ์ถึงร้อยละ ๑๐๐.๐๐ แสดงถึงความสำเร็จของรูปแบบการสอนที่เน้นการลงมือปฏิบัติจริง พร้อมการให้ข้อมูลป้อนกลับและแก้ไขข้อผิดพลาดทันทีด้านผลลัพธ์ของผู้สูงอายุ พบว่าภาวะแทรกซ้อนลดลงชัดเจน โดยเฉพาะปัญหาระบบทางเดินอาหารที่ไม่พบเลยหลังเข้าร่วมโปรแกรม และการติดเชื้ทางเดินปัสสาวะที่ลดลงอย่างมาก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของเพ็ญพิมล เปียงแก้ว (๒๕๖๖) แต่ผลลัพธ์ในครั้งนี้มีแนวโน้มดีกว่า สะท้อนถึงศักยภาพของโปรแกรมในการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงได้อย่างรอบด้าน

สรุป โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของ Gibson มีประสิทธิภาพในการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง โดยช่วยเพิ่มความรู้ ทักษะและความมั่นใจของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญ ส่งผลให้ภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุลดลงและได้รับการดูแลที่มีคุณภาพสูงขึ้น โปรแกรมนี้ก่อให้เกิดประโยชน์ในทุกระดับ ทั้งบุคคล ชุมชนและระบบสุขภาพ จึงเป็นแนวทางที่เหมาะสมในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน และควรขยายผลสู่พื้นที่อื่นเพื่อความยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

1. การสร้างระบบพี่เลี้ยงส่งเสริมให้ อสม. ที่ผ่านการอบรมเป็นพี่เลี้ยงให้กับ อสม. รุ่นใหม่ จัดตั้งกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประจำเดือน เพื่อสร้างวัฒนธรรมการเรียนรู้และการแก้ไขปัญหาาร่วมกันในชุมชน
2. การติดตามและประเมินผลจัดให้มีระบบการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับปรุงและพัฒนาโปรแกรมให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- คณะทำงานพัฒนาคู่มือการดูแลระยะยาว. (๒๕๕๙). ผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง. *คู่มือการดูแลระยะยาว (Long Term Care) สำหรับทีมหมอครอบครัว*.
- นงนุช หอมเนียม, สุภาพร มะรังษีและ ดลนภา จิระออน (๒๕๖๕). ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ตำบลชุมเห็ด อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี*, ๓๐(๓), ๔๖๐-๔๗๐.
- ประไพวรรณ ต้านประดิษฐ์, บุญศรี กิตติโชติพานิชย์และ รวีวรรณ ศรีเพ็ญ. (๒๕๖๒) ปัญหาและความต้องการการดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้นของอาสาสมัคร ประจำหมู่บ้าน จังหวัดนครปฐม. *วารสารการพยาบาล*. ๒๑(๒), ๒๓-๓๓.
- เพ็ญพิมล เปียงแก้ว, วราภรณ์ จันทรวงและ เอกพล กาละดี.(๒๕๖๖). ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน. *วารสารวิจัยและ นวัตกรรมทางสุขภาพ*, ๖(๑), ๑-๑๔.
- ศรีอุบล อินทร์แป้น, สาคร สอนดี, เยี่ยม คงเรืองราช, วัชรวิงค์ หวังมัน, ชัชฎาพร จันทรสุข, นิสากร เข้มชานและ อภิญา ดิพน. (๒๕๖๓). ผลของโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจ ต่อความรู้ทัศนคติ ทักษะ อสม. ในการปฏิบัติงานในชุมชน. *ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์*, ๑๐(๑), ๔๓-๕๓.
- สุวรรณา วุฒิธรณฤทธิและ วลัยนารี พรหมลา. (๒๕๖๔). การดูแลผู้สูงอายุติดเตียง: การทบทวนอย่างเป็นระบบ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, ๒๒(๓), ๓๖๗-๓๗๕.
- Gibson, C. H. (๑๙๙๓). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of Advanced Nursing*, ๒๑(๖), ๑๒๐๑-๑๒๑๐.

ผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม
ต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองของสตรี
ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่

ปรีศนีย์ หอมลำดวน
โรงพยาบาลฝาง

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบ ๒ กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีอายุ ๓๐-๖๐ ปี ที่ไม่เคยตรวจในช่วง ๓ ปีที่ผ่านมา จำนวน ๘๒ คน แบ่งเป็น ๒ กลุ่ม กลุ่มละ ๔๑ คน ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม ถึง พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๘ โดยใช้แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection Motivation Theory: PMT) ของโรเจอร์ส (Rogers, ๑๙๘๓) และ ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, ๑๙๘๑) พร้อมปรับให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ และดำเนินกิจกรรมเป็นระยะเวลา ๔ สัปดาห์ และวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติทดสอบ Paired t-test, Independent t-test และ Chi-square test

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้และพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ($p < ๐.๐๐๑$) โดยเฉพาะในด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ความเชื่อมั่นในประสิทธิผลของการตอบสนองและแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งล้วนมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มทดลอง ($p < ๐.๐๐๑$)

หลักการ และเหตุผล

มะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก โดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนา จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุว่า มีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้นี้มากกว่าสามแสนรายต่อปี โดยร้อยละ ๙๐.๐๐ อยู่ในประเทศรายได้ต่ำถึงปานกลาง สำหรับประเทศไทย รายงานจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๓ พบว่า มีผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ประมาณ ๘,๖๒๒ ราย และเสียชีวิตถึง ๕,๐๑๕ รายต่อปี สถานการณ์นี้สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างครอบคลุม โดยเฉพาะในกลุ่มสตรีอายุ ๓๐-๖๐ ปี ซึ่งเป็นช่วงอายุที่มีความเสี่ยงสูง กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดเป้าหมายให้สตรีกลุ่มนี้เข้ารับการตรวจคัดกรองอย่างน้อยร้อยละ ๘๐.๐๐ ภายในปี พ.ศ. ๒๕๖๗ อย่างไรก็ตาม ในระดับพื้นที่ยังพบปัญหาการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรอง โดยเฉพาะในเขตอำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งมีลักษณะประชากรหลากหลายชาติพันธุ์ มีข้อจำกัดทางภาษา ความเชื่อและความเข้าใจเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองส่งผลให้อัตราการมาตรวจยังต่ำ จากข้อมูลปี พ.ศ. ๒๕๖๗ พบว่าสตรีในตำบลเวียงที่ไม่เคยเข้ารับการตรวจคัดกรองในช่วง ๓ ปีที่ผ่านมา มีจำนวนถึง ๑,๔๔๔ ราย ซึ่งถือเป็นช่องว่างสำคัญ ที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขอย่างเป็นระบบ โดยเน้นทั้งด้านการเสริมสร้างแรงจูงใจ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม แนวทางในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวสามารถดำเนินการได้โดยใช้แนวคิดทางทฤษฎี เช่น ทฤษฎีแรงจูงใจในการ

ป้องกันโรค (PMT) ซึ่งเน้นให้บุคคลตระหนักถึงภัยคุกคาม และประเมินประสิทธิภาพของวิธีตอบสนองของตนเอง ร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, ๑๙๘๑) ที่มุ่งเน้นให้บุคคลได้รับแรงผลักดันและสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง ทั้งครอบครัว เพื่อน และบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การใช้ทฤษฎีทั้งสองร่วมกันสามารถส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในพื้นที่อำเภอฝาง มีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนและเล็งเห็นถึงความสำคัญในการเพิ่มอัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มสตรีที่มีความเสี่ยงสูง จึงได้พัฒนาโปรแกรมตามแนวคิดเชิงทฤษฎีดังกล่าว เพื่อศึกษาผลลัพธ์เชิงพฤติกรรมและนำไปต่อยอดใช้จริง ในการพัฒนางานสุขภาพเชิงรุกของหน่วยบริการในพื้นที่ อีกทั้งยังเป็นแนวทางในการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพอย่างยั่งยืนและเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง และแรงสนับสนุนทางสังคม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยใช้รูปแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two-Group Pretest-Posttest Design) ประชากรคือสตรีอายุ ๓๐-๖๐ ปี ที่อาศัยอยู่ในตำบลเวียง อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในช่วง ๓ ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. ๒๕๖๕-๒๕๖๗) จำนวน ๑,๔๔๓ คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรเปรียบเทียบสัดส่วนของกลุ่มอิสระ (Fleiss, ๑๙๘๘) โดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนดระดับความเชื่อมั่น ๙๕ เปอร์เซ็นต์และอำนาจการทดสอบ ๘๐ เปอร์เซ็นต์ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน ๘๒ คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง ๔๑ คน และกลุ่มเปรียบเทียบ ๔๑ คน ทำการคัดเลือกหมู่บ้านที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ๒ หมู่บ้าน คือ บ้านโป่งถีบ (หมู่ ๑๒) และบ้านห้วยบอน (หมู่ ๑๓) และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) เกณฑ์คัดเข้า คือ เป็นสตรีอายุ ๓๐-๖๐ ปี ยังไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ใน ๓ ปี ที่ผ่านมา สื่อสารภาษาไทยได้ดี มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และสมัครใจเข้าร่วมวิจัย ส่วนเกณฑ์คัดออก ได้แก่ ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมครบถ้วน มีปัญหาสุขภาพจิต หรือข้อจำกัดทางร่างกายซึ่งไม่สามารถปฏิบัติตามโปรแกรมได้

การดำเนินกิจกรรมการทดลองใช้ระยะเวลา ๔ สัปดาห์ โดยกลุ่มทดลองดำเนินกิจกรรมภายใต้“โปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม”ซึ่งพัฒนาตามกรอบแนวคิด Protection Motivation Theory และ Social Support Theory ดัดแปลงจากงานวิจัยของ ตันหยง เอี่ยมพร (๒๕๖๓) ให้เหมาะสมกับบริบทอำเภอฝาง ดำเนินกิจกรรม ณ ศาลาประชาคมบ้านโป่งถีบนอก ๔ ครั้ง โดยในสัปดาห์ที่ ๑ เก็บข้อมูล Pre-test และดำเนินกิจกรรมที่ ๑ “รู้ทันภัย ใส่ใจโรคร้าย” ถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกผ่านการบรรยาย วิดีทัศน์และประสบการณ์ผู้ป่วยหายดี สัปดาห์ที่ ๒ ดำเนินกิจกรรมที่ ๒ “สำเร็จได้ด้วยตัวเอง” สาธิตการตรวจ แจกชุดตรวจและเอกสารสื่อความรู้ อธิบายขั้นตอนก่อน-หลังตรวจ พร้อมให้กลุ่มตัวอย่างสัมผัสชุดตรวจจริง สัปดาห์ที่ ๓ ดำเนินกิจกรรมที่ ๓ “เพื่อนไม่ทิ้งกัน” จัดกลุ่มย่อย ๕ กลุ่ม มีอาสาสมัครสาธารณสุข

(อสม.) เป็น Buddy เยี่ยมบ้าน ให้คำปรึกษาและสนับสนุนผ่านกลุ่มไลน์ และสัปดาห์ที่ ๔ ดำเนินการตรวจคัดกรอง ณ ศาลาประชาคมบ้านโป่งถิ่นนอก โดยผู้วิจัยทบทวนขั้นตอนเก็บสิ่งส่งตรวจ แจกชุดตรวจ และมี อสม. ดูแลระหว่างปฏิบัติจริง ก่อนเก็บข้อมูล Post-test เพื่อติดตามผลการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรม ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบดำเนินกิจกรรม ๒ ครั้ง ณ ศาลาประชาคมบ้านห้วยบอน โดยในสัปดาห์ที่ ๑ ดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) และให้สุขศึกษาแบบมาตรฐาน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก ครอบคลุมสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการ การป้องกัน ผลกระทบและวิธีการตรวจคัดกรองด้วยตนเอง ผ่านสื่อวีดิทัศน์และแผ่นพับจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พร้อมชี้แจงขั้นตอนการเตรียมตัว การเก็บ และการส่งสิ่งส่งตรวจ ส่วนในสัปดาห์ที่ ๔ ดำเนินการเก็บสิ่งส่งตรวจ และเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) ด้วยแบบสอบถามชุดเดิม เพื่อติดตามผลการเปลี่ยนแปลง เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย ๒ ส่วน ได้แก่ (๑) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินโปรแกรม ประกอบด้วย สื่อที่ใช้ในการบรรยาย วีดิทัศน์ ชุดตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง แผ่นพับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก แนวทางการป้องกันตนเอง การเตรียมความพร้อมก่อนตรวจและขั้นตอนการตรวจด้วยตนเอง รวมทั้งเอกสารประกอบกิจกรรมตามโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ๓ ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสูติรีเวช พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางสูติรีเวช และพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป ได้ค่า IOC เท่ากับ ๐.๙๕ (๒) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ ประกอบด้วย ๓ ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามทั่วไป แบบวัดการรับรู้และความเชื่อครอบคลุม ๕ ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความเชื่อมั่นในตนเอง ความเชื่อมั่นในประสิทธิผลของการตอบสนอง และแรงสนับสนุนทางสังคม ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ มีค่า IOC เท่ากับ ๐.๙๑ และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มเป้าหมายจำนวน ๓๐ คน คำนวณค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตรของ Cronbach's Alpha ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ ๐.๘๗ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติทดสอบ Paired t-test, Independent t-test และ Chi-square test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ โดยการวิจัยนี้ได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างโดยสมัครใจ และได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลผาง (COA No. ๐๕/๒๕๖๘) ลงวันที่ ๑๐ มีนาคม ๒๕๖๘

ผลการวิจัย

ตารางที่ ๑ ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและแรงสนับสนุนทางสังคมภายในกลุ่มทดลองและภายใน กลุ่มควบคุม ก่อน-หลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง (n = 41) Mean (SD)			หลังการทดลอง (n = 41) Mean (SD)			95 % CI หลังทดลอง
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มเปรียบเทียบ	p-value	กลุ่มทดลอง	กลุ่มเปรียบเทียบ	p-value	
การรับรู้ความรุนแรง	21.61 (2.22)	20.32 (2.54)	0.017	25.63 (2.27)	21.61 (2.22)	0.001	3.03 - 5.01
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	20.20 (2.47)	19.05 (3.46)	0.087	24.22 (2.65)	19.27 (3.16)	0.001	3.67 - 6.23
ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง	21.88 (2.17)	20.56 (2.10)	0.006	26.20 (2.38)	21.88 (2.17)	0.001	3.51 - 5.61
ความคาดหวังในประสิทธิผล	21.66 (2.02)	20.02 (2.42)	0.012	25.73 (2.17)	21.66 (2.02)	0.001	3.15 - 4.99
แรงสนับสนุนทางสังคม	41.24 (2.36)	35.29 (3.43)	0.001	50.88 (2.54)	41.24 (2.36)	0.001	8.56 - 10.72

ผลการศึกษาพบว่า หลังการใช้โปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง และแรงสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.0001$) เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง นอกจากนี้ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยในตัวแปรทั้งหมดข้างต้นสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.0001$) โดยเฉพาะในด้านแรงสนับสนุนทางสังคม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๕๐.๘๘ (SD = ๒.๕๔) สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่มีค่าเฉลี่ย ๔๑.๒๔ (SD = ๒.๓๖) ความแตกต่างนี้มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.0001$) และช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ ๙๕.๐๐ เท่ากับ ๘.๕๖ - ๑๐.๗๒ ซึ่งสะท้อนว่าโปรแกรมที่ดำเนินการมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มเป้าหมายได้อย่างชัดเจน

ตารางที่ ๒ แสดงการเปรียบเทียบสัดส่วนการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง (n=๔๑) ในสัปดาห์ที่ ๔

การมารับบริการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง	มารับบริการ	ไม่มารับบริการ	χ^2	df	P-value
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)			
กลุ่มทดลอง	๓๙(๙๕.๑๒)	๒(๔.๘๘)	๑๗.๙๕	๑	๐.๐๐๐*
กลุ่มเปรียบเทียบ	๒๑(๕๑.๒๒)	๒๐(๔๘.๗๘)			

เมื่อสิ้นสุดการทดลอง พบว่า อัตราการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ กล่าวคือ กลุ่มทดลองมีสตรีที่มาตรวจคัดกรองฯ จำนวน ๓๙ คน จาก ๔๑ คน คิดเป็น ร้อยละ ๙๕.๑๐ ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีผู้มาตรวจเพียง ๒๑ คน จาก ๔๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๕๑.๒ การวิเคราะห์ความแตกต่างของสัดส่วนด้วยสถิติไคสแควร์พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = ๑๗.๙๕๓$, df = ๑, $p < 0.0001$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสามารถส่งเสริมให้สตรีกลุ่มเสี่ยงมารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่าการให้บริการตามปกติถึง ๑.๘ เท่า

อภิปรายผลการวิจัย

๑. หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้และความเชื่อในทุกด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สะท้อนถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมที่ออกแบบจากทฤษฎี PMT และ SST โดยกิจกรรมที่ส่งผลชัดเจน ได้แก่ การให้ความรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์ การสาธิตการตรวจด้วยตนเอง และการสนับสนุนจากครอบครัวและ อสม. ซึ่งช่วยเสริมการรับรู้ภัยคุกคาม ความมั่นใจในตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิดของ Rogers (๑๙๘๓)

๒. กลุ่มทดลองมีคะแนนหลังทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบในทุกตัวแปรอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะแรงสนับสนุนทางสังคม ($p < 0.001$) ผลลัพธ์นี้เกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชน เช่น การเยี่ยมบ้าน กลุ่มไลน์และการติดตามแบบเผชิญหน้า ซึ่งไม่ปรากฏในกลุ่มเปรียบเทียบ สอดคล้องกับงานของ ตันหยง สุขเกษมและคณะ (๒๕๖๔)

๓. กลุ่มทดลองมีอัตราการตรวจคัดกรองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ (ร้อยละ ๙๕.๑๒ เทียบกับ ๕๑.๒๒, $\chi^2 = ๑๗.๙๕$, $p < 0.001$) แสดงว่าโปรแกรมสามารถกระตุ้นแรงจูงใจภายในและแรงสนับสนุนภายนอกได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการตรวจจริงตามแนวคิด PMT

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษานี้ หน่วยบริการสาธารณสุขสุขในชุมชนโดยเฉพาะพื้นที่ที่มีอัตราการตรวจคัดกรองต่ำ ควรนำโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมไปปรับใช้ในการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่อง อาจดำเนินการร่วมกับระบบการเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อเข้าถึงสตรีกลุ่มเป้าหมายเชิงรุก นอกจากนี้ ควรพิจารณาจัดหาเครื่องมือและสื่อที่เหมาะสมในภาษาถิ่นสำหรับชุมชนที่มีความหลากหลายทางภาษาและวัฒนธรรม เพื่อให้ข้อมูลและวิธีการตรวจเข้าถึงกลุ่มสตรีเหล่านี้ได้ดียิ่งขึ้น สำหรับการวิจัยต่อไป ควรศึกษาติดตามพฤติกรรม การตรวจคัดกรองของสตรีกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมในระยะยาวว่าเกิดความยั่งยืนเพียงใด รวมทั้งอาจศึกษาเพิ่มเติมถึงปัจจัยเชิงคุณภาพ เช่น ทักษะคิดหรือประสบการณ์ของสตรีต่อการตรวจคัดกรองด้วยตนเองและการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อปรับปรุงโปรแกรมให้มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- Champion, V. L. (๑๙๙๙). Revised susceptibility, benefits, and barriers scale for mammography screening. **Research in Nursing & Health*, ๒๒*(๔), ๓๔๑-๓๔๘.
- Champion, V. L., & Skinner, C. S. (๒๐๐๘). The health belief model. In Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (Eds.), **Health behavior and health education: Theory, research, and practice** (pp. ๔๕-๖๕). Jossey-Bass.
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (Eds.). (๒๐๑๕). **Health behavior: Theory, research, and practice** (๕th ed.). Jossey-Bass.
- House, J.S. (๑๙๘๑) Work stress and social support Retrieved May ๒๐, ๒๐๒๐, from <http://books.google.com/books?id=q๐๒RAAAAAiAAJ>.

- Malmir, S., et al. (๒๐๑๘). Effectiveness of protection motivation theory in increasing cervical cancer screening among underserved women. *Iranian Journal of Public Health, ๔๗*(๓), ๒๓๔-๒๔๕.
- Rogers, R. W. (๑๙๘๓). Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation. In J. Cacioppo & R. Petty (Eds.), *Social psychophysiology: A sourcebook* (pp. ๑๕๓-๑๗๖). Guilford Press.
- Rosenstock, I. M. (๑๙๗๔). Historical origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs, ๒*(๔), ๓๒๘-๓๓๕.
- กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๓). แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง พ.ศ. ๒๕๖๑-๒๕๖๕. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมควบคุมโรค. (๒๕๖๓). แผนการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๓-๒๕๖๗. กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (๒๕๖๔). แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับประชาชนกลุ่มวัยต่าง ๆ. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, กระทรวงสาธารณสุข.
- จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (๒๕๖๕). แนวทางการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV Self-Sampling. คณะสาธารณสุขศาสตร์.
- ตันหยง สุขเกษม และคณะ (๒๕๖๔). ผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ ๓๐-๖๐ ปี. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ, ๑๔ (๑), ๔๕-๖๒.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (๒๕๖๓). รายงานสถานการณ์มะเร็งในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๓. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับกลุ่มเสี่ยงเบาหวานวัยทำงาน ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง จังหวัดขอนแก่น

นันทิยา ไทยกักดี
โรงพยาบาลขอนแก่น

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพการณ์ พัฒนารูปแบบและประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานวัยทำงาน ในศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง จังหวัดขอนแก่น ดำเนินการวิจัย ๑๑ เดือน ดำเนินการมี ๓ ขั้นตอน ขั้นตอนที่ ๑ ศึกษาสภาพการณ์ของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานวัยทำงาน อายุ ๓๕-๕๕ ปี จากกลุ่มตัวอย่าง ๕๖ คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ขั้นตอนที่ ๒ พัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเอง โดยนำผลการวิจัยในขั้นตอนที่ ๑ ขั้นตอนที่ ๓ ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ คือกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน อายุ ๓๕-๕๕ ปี ที่ได้รับการคัดกรองเบาหวานในชุมชน ทั้งหมด ๑๑ ชุมชน ในเขตรับผิดชอบ จำนวน ๕๖ คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบ Paired t-test ผลการวิจัย พบว่าหลังการใช้รูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้น ($\bar{x} = 32.18, SD = 3.21$) สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบ ($\bar{x} = 30.48, SD = 3.12$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} = 0.01$ และค่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ร้อยละ ๙.๒๘ โดยกลุ่มตัวอย่างที่จัดการตนเองได้ดีขึ้น จำนวน ๕๒ คน มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ยึดหลัก ๓๐ ๒๘ เน้นการปฏิบัติตามคำแนะนำ ตลอดจนการสร้างแรงจูงใจให้ตนเอง

หลักการ และเหตุผล

กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน (prediabetes) มีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้น และกำลังเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขในประเทศไทย เป็นภาวะที่คนมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ แต่ไม่ถึงเกณฑ์ที่จะวินิจฉัยได้ว่าเป็นโรคเบาหวาน โดยเสี่ยงเบาหวานมีระดับน้ำตาลอยู่ในช่วง ๑๐๐ - ๑๒๕ มก./ดล. (IFG : Impaired fasting glucose)^๑จากรายงานความชุกของภาวะ IFGพบว่า ประเทศในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (Southeast Asia)มีความชุกร้อยละ ๙.๔ซึ่งสูงกว่าภูมิภาคอื่นๆ^๒ ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพประชากรไทยครั้งล่าสุด (ครั้งที่๖)พ.ศ. ๒๕๖๒-๒๕๖๓โดยศาสตราจารย์นายแพทย์วิชัย เอกพลากรและคณะพบว่าในประเทศไทยที่มีอายุตั้งแต่ ๑๕ปีขึ้นไป ความชุกของภาวะ IFGของคนไทยโดยรวมอยู่ที่ร้อยละ ๑๐.๗สถิติของเขตสุขภาพที่ ๗ ในปีพ.ศ. ๒๕๖๕-๒๕๖๖ พบว่าจังหวัดขอนแก่น มีกลุ่มเสี่ยงเบาหวานจำนวน ๕,๘๔๙ และ ๕,๔๘๕ คน ตามลำดับ พบผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ๑,๑๒๙ และ ๑,๐๗๘ คน ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ ๑๙.๓๐ และ ๑๙.๖๕ ตามลำดับ

จากสถิติข้อมูลศูนย์แพทย์ประชาสโมสร ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖ พบว่ามีกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน จำนวน ๒๓, ๓๐ และ ๘๐ คน ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าแนวโน้มของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานมีจำนวนเพิ่มขึ้นจากการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชนที่ผ่านมา มีการให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวเบื้องต้น และไม่มีกรณีติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

การดูแลกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน เป็นสิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์ให้ความสำคัญ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าการส่งเสริมการจัดการตนเอง (Self – management) ของ Kanfer and Gaelick-Buys(๑๙๙๑) เป็นแนวคิดที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในทุกกระบวนการ และเป็นแนวทางช่วยเหลือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานให้เหมาะสมได้^{๑๖}ซึ่งใช้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก ๓๐ ๒๘ ประกอบด้วย อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ไม่สูบบุหรี่ และไม่ดื่มแอลกอฮอล์สามารถลดการเกิดเบาหวานได้ถึง ร้อยละ ๕๘.๐๐^{๑๗}

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจในการพัฒนาโปรแกรมจัดการตนเองสำหรับกลุ่มเสี่ยงเบาหวานวัยทำงาน ศูนย์แพทย์ประชาสโมสร เพื่อให้มีระบบในการดูแลและสนับสนุนให้กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อชะลอและป้องกันการเกิดโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และนำไปสู่การลดลงของระดับน้ำตาลในเลือด

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อศึกษาสภาพการณ์ ปัญหา และความต้องการ ในการจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานวัยทำงาน ศูนย์แพทย์ประชาสโมสร จังหวัดขอนแก่น
๒. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับกลุ่มเสี่ยงเบาหวานวัยทำงาน ศูนย์แพทย์ประชาสโมสร จังหวัดขอนแก่น
๓. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับกลุ่มเสี่ยงเบาหวานวัยทำงาน ศูนย์แพทย์ประชาสโมสร จังหวัดขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการวิจัยเป็น ๓ ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ ๑ ศึกษาสภาพการณ์ ปัญหา และความต้องการใช้วิธีวิเคราะห์จากเอกสารและวิธีเชิงปริมาณ มีขั้นตอนดังนี้ วิธีวิเคราะห์จากเอกสาร ๑. ทบทวนเอกสารข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) รายงานการคัดกรองเบาหวาน จาก JHCIS (๒๕๖๖) ๒. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยสรุปเนื้อหา จัดหมวดหมู่ แล้วจึงนำมาสังเคราะห์ ยกร่างเป็นแนวทางในการพัฒนา ก่อนเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อสนับสนุนแนวทางที่ยกร่างอีกครั้งวิธีเชิงปริมาณ ประชากรและกลุ่มตัวอย่างประชากร คือ กลุ่มวัยทำงาน อายุ ๓๕-๕๙ ปี ในเขตรับผิดชอบของศูนย์แพทย์ประชาสโมสร ๑๑ ชุมชน ปี พ.ศ. ๒๕๖๖ จำนวน ๓,๔๘๓ คนเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย ๒ ส่วน

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานวัยทำงาน ส่วนที่ ๒ แบบประเมินพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านการรับประทานยา การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ได้เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ ๓ คน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัย ๑ คน อาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข ๑ คน และอาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ ๑ คน ได้ค่าความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) ๐.๘๔จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มที่ใกล้เคียง กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน ๓๐ คน เพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่า ความเที่ยง ๐.๗๑การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยแจกแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อทำแบบสอบถามแล้วจึงเก็บกลับ นำแบบสอบถามที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ก่อนนำไปบันทึกข้อมูลในโปรแกรม

สำเร็จรูปการวิเคราะห์ข้อมูล ๑. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ใช้ค่าความถี่ และค่าร้อยละ ๒. วิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพโดยใช้ความถี่ และค่าร้อยละวิธีเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลคือกลุ่มเสี่ยงเบาหวานที่ดูแลตนเองได้ดี จำนวน ๑๐ คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ๑. แนวทางคำถามในการสนทนากลุ่ม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสาร มีแนวคำถามจำนวน ๒ ข้อ ได้แก่ ๑) ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับสภาพการณ์ปัจจุบัน และปัญหาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพตามหลัก ๓๐ ๒ส ๒) ปัจจัยใดบ้างเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพตามหลัก ๓๐ ๒ส ๒. เครื่องบันทึกเสียง และสมุดจดบันทึกสำหรับจดข้อมูล การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยผู้วิจัยได้นำแนวคำถามที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน ๓ คน จากนั้นนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับพยาบาลที่รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพ จำนวน ๓ คน ก่อนนำไปใช้จริงการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus Group) จำนวน ๑ ครั้ง ช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๗ การวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตามขั้นตอนของ Crabtree, & Miller (๑๙๙๒) ได้แก่ การจัดแฟ้ม การลงรหัสข้อมูล การจัดประเภทของข้อมูล การสร้างหมวดหมู่ การเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของหมวดหมู่ การตรวจสอบความถูกต้อง (Verify)

ขั้นตอนที่ ๒ พัฒนาโปรแกรมมีขั้นตอนดังนี้ ๑.) ผู้วิจัยศึกษา วิเคราะห์ สังเคราะห์เอกสารจากงานวิจัยที่เกี่ยวกับแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการจัดการตนเองสำหรับกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ๒.) จัดสนทนากลุ่ม (Focus Group) จำนวน ๑ ครั้ง ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องในการจัดการตนเองสำหรับกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน จำนวน ๑๐ คน ๓.) ผู้วิจัยนำผลวิจัยจากขั้นตอนที่ ๑ และข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มในขั้นตอนที่ ๒ มาสรุป วิเคราะห์ และสังเคราะห์ เพื่อยกร่างเป็นรูปแบบการจัดการตนเอง ๔.) นำรูปแบบที่ได้ไปให้ผู้เชี่ยวชาญ ๓ คนตรวจสอบ ๕.) นำรูปแบบการจัดการตนเองฉบับสมบูรณ์หาความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และประโยชน์ต่อผู้รับบริการ และนำไปใช้ทดลองในขั้นตอนที่ ๓

ขั้นตอนที่ ๓ ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมฯ ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ชนิดหนึ่งกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (One Groups Pre-test Post-test Design) ประชากรและกลุ่มตัวอย่างประชากร คือ กลุ่มวัยทำงาน อายุ ๓๕-๕๕ ปี ในเขตรับผิดชอบ ๑๑ ชุมชน ปีพ.ศ. ๒๕๖๖ จำนวน ๓,๔๘๓ คน กำหนดเกณฑ์คัดเข้าคัดออก กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มวัยทำงาน อายุ ๓๕-๕๕ ปี จำนวน ๕๖ คน คำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, ๒๐๐๗) ได้กลุ่มตัวอย่าง ๔๕ คน (Cohen, ๑๙๙๗) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถควบคุมการออกจากกลุ่มขณะทำการทดลองได้จึงเผื่อกลุ่มตัวอย่างร้อยละ ๑๐ ได้กลุ่มตัวอย่าง ๕๖ คน ดังสูตร
$$= \frac{45}{(1-.1)^2} = ๕๕.๕๕$$
 การสุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive) ตามคุณสมบัติเกณฑ์คัดเข้าคัดออก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

๑. โปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการดำเนินการวิจัยขั้นตอนที่ ๒

๒. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ๒.๑) แบบบันทึกประเมินพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานยา และด้านการจัดการกับความเครียด ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากงานวิจัยของ สุปรียา เสียงดัง (๒๕๖๐) การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือผู้วิจัย

ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ได้เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ ๓ คน ได้ค่าความสอดคล้องของข้อความกับวัตถุประสงค์ (IOC) ๐.๘๔ จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน ๓๐ คน เพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยง ๐.๗๑

ขั้นตอนการทดลอง

๑. ผู้วิจัยทำเรื่องขอพิจารณาเก็บข้อมูลการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น

๒. ผู้วิจัยอธิบายลักษณะงานวิจัย ลักษณะรูปแบบการจัดการตนเอง วิธีการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่าง และการเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดการวิจัย ให้ผู้ช่วยผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง ได้รับทราบพร้อมลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัย

๓. ผู้วิจัยนำรูปแบบการจัดการตนเองมาปรับใช้ และดำเนินกิจกรรมภายใต้แนวคิดของแคนเพอร์ชั่นหลังการทดลองให้กลุ่มตัวอย่างที่มีค่าระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ปกติ จำนวน ๕ ราย ถอดบทเรียนถึงวิธีการปฏิบัติตัวที่ดีที่ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น ทำการวิเคราะห์ข้อมูล และจัดโปรแกรมนี้ให้แก่กลุ่มที่สนใจต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

๑. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

๒. วิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองและค่าระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังใช้รูปแบบโดยใช้สถิติ Paired t-test การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างได้รับจริยธรรมวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีขอนแก่น เลขที่ BCNKK-๑๐-๒๐๒๔ ลงวันที่ ๒ กันยายน ๒๕๖๗

ผลการวิจัย

๑. กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน จำนวน ๕๖ คน ส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง อายุ ๕๐-๕๙ ปี ร้อยละ ๖๒.๕๐ มีน้ำหนักเฉลี่ย ๖๖.๙ กิโลกรัม รอบเอวเฉลี่ย ๘๓.๕ เซนติเมตร ดัชนีมวลกายเฉลี่ย ๒๕.๕๑๒ รูปแบบการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการ ๑๒ สัปดาห์ เนื้อหา ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การพัฒนาทักษะการจัดการตนเองประโยชน์ของการจัดการตนเองและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสร้างแรงจูงใจ การเขียนบันทึกเพื่อตั้งเป้าหมายและแผนการจัดการตนเอง และมีการติดตามทุกเดือน ๓. ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมฯ โดยมีกิจกรรม ดังนี้ ๑) ประเมินกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ๒) ให้ความรู้กลุ่มตัวอย่าง แบ่งกลุ่มตัวอย่างฝึกทักษะในการจัดการตนเอง ๓) ให้คำปรึกษาและฝึกการเขียนบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ ตามพฤติกรรมสุขภาพ ๕ ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านการรับประทานยาโดยผู้วิจัยติดตามเยี่ยมปรึกษาอาการผิดปกติ และดูแลตัวเองเบื้องต้น ทางโทรศัพท์/ Line ได้ตลอด และวัดผลในสัปดาห์สุดท้าย ๔. ผลของการใช้โปรแกรมฯ

ตารางที่ ๔.๑ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ(n=๕๖)

ตัวแปร	ก่อนใช้โปรแกรมฯ		หลังใช้โปรแกรมฯ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับน้ำตาลในเลือด เพิ่มขึ้น	๕๖	๑๐๐.๐๐	๔	๗.๑๔
ระดับน้ำตาลในเลือด ลดลง	๐	๐.๐๐	๕๒	๙๒.๘๖

ตารางที่ ๔.๒จำนวน ร้อยละ พฤติกรรมสุขภาพ แยกตามระดับและรายด้าน ก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ(n=๕๖)

พฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนการใช้รูปแบบ			หลังการใช้รูปแบบ		
	ดี n(ร้อยละ)	ปานกลาง n(ร้อยละ)	ไม่ดี n(ร้อยละ)	ดี n(ร้อยละ)	ปานกลาง n(ร้อยละ)	ไม่ดี n(ร้อยละ)
ด้านการ รับประทานอาหาร	๙(๑๖.๐๗)	๓๙(๖๙.๖๓)	๘(๑๔.๒๙)	๒(๓.๕๗)	๓๕(๖๒.๕)	๑๙(๓๓.๙๓)
ด้านการออกกำลังกาย	๔(๗.๑๔)	๔๒(๗๘.๕๗)	๑๐(๑๗.๘๖)	๙(๑๖.๐๗)	๓๓(๕๘.๙๓)	๑๔(๒๕.๐๐)
ด้านการ รับประทานยา	๑(๑.๗๙)	๓๕(๖๒.๕)	๒๐(๓๕.๗๑)	๙(๑๖.๐๗)	๒๒(๓๙.๒๙)	๒๕(๔๔.๖๔)
ด้านการจัดการ ความเครียด	-	๓๕(๖๒.๕)	๒๑(๓๗.๕)	๒๑(๓๗.๕)	๓๓(๕๘.๙๓)	๒(๓.๕๗)

ตารางที่ ๔.๓ เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ (n=๕๖)

ตัวแปร	n	Mean	SD	Mean diff	SD diff	t	P- value
พฤติกรรมสุขภาพ							
ก่อนการใช้โปรแกรม	๕๖	๓๐.๔๖	๓.๑๒				
หลังการใช้โปรแกรม	๕๖	๓๒.๑๘	๓.๒๑	๑.๗๑	๔.๗๔	๒.๗๑	๐.๐๑*
ระดับน้ำตาลในเลือด							
ก่อนการใช้โปรแกรม	๕๖	๑๐๗.๐๔	๗.๖๓				
หลังการใช้โปรแกรม	๕๖	๙๗.๕๔	๕.๔๐	๙.๕	๗.๙๒	๘.๙๘	๐.๐๐๐*

*ระดับนัยสำคัญ < .๐๕

อภิปรายผลการวิจัย

๑. รูปแบบการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ใช้ระยะเวลา ๑๒ สัปดาห์ เนื้อหาประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การพัฒนาทักษะการจัดการตนเองประโยชน์ของการจัดการตนเองและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสร้างแรงจูงใจ การเขียนบันทึกเพื่อตั้งเป้าหมายและแผนการจัดการตนเอง และมีการติดตามทุกเดือน โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้กำหนดเป้าหมาย ติดตามตนเองและประเมินผลด้วยตนเอง การนัดติดตามอาการและผลการจัดการตนเองการติดตามผ่านทางไลน์ และโทรศัพท์ การให้กำลังใจ ชื่นชม การให้คำปรึกษาสอดคล้องกับพรรณณ ลีลาศสง่างาม, จินตนา จุลทัศน์และสุภาพร ใจการุณ^๖

๒. ผลการใช้โปรแกรมฯ ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยเน้น ๓๑ ๒๘ เน้นการปฏิบัติตามคำแนะนำตลอดจนการสร้างแรงจูงใจให้ตนเอง สอดคล้องกับ อดิญา ลาลูน และ บุษพร วิรุณพันธ์^๗

ข้อเสนอแนะ

๑. พัฒนาระบบคัดกรองและติดตามผลกลุ่มเสี่ยงเบาหวานวัยทำงานอย่างต่อเนื่อง
๒. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลและติดตามผู้มีความเสี่ยง
๓. พัฒนาแอปพลิเคชันในการบันทึกข้อมูลสุขภาพ
๔. สร้างแรงจูงใจและแบบอย่างที่ดีในชุมชน เช่น พี่เลี้ยงสุขภาพ
๕. ขยายผลโปรแกรมไปยังกลุ่มอื่น เช่น ผู้ป่วยโรคไต
๖. พัฒนาเครื่องมือดิจิทัลเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเอง
๗. อบรมอสม.ให้เป็นพี่เลี้ยงสุขภาพในชุมชน
๘. ศึกษาผลระยะยาวและเปรียบเทียบในพื้นที่ต่างๆ
๙. ควรมีการพัฒนา ประเมินผล และปรับปรุงให้ครบ ๓ วงรอบ

เอกสารอ้างอิง

๑. ฉัตรชัย ธารณ์ชัยเตชาวุฒิ. (๒๕๖๔). ความรู้เกี่ยวกับเสี่ยงเบาหวาน ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ในผู้มีเสี่ยงเบาหวานที่เข้ารับบริการตรวจสุขภาพประจำปีที่คลินิกสุขภาพเชิงรุก โรงพยาบาลสุโขทัย โกล-ลก.
๒. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ. (๒๕๖๖). ความชุกของเสี่ยงเบาหวานในประเทศไทย. วารสารเบาหวาน. ๕๖(๑). ๓๒-๓๘.
๓. อนุ อิศระพานิช และกิตติพร เนาว์สุวรรณ. (๒๕๖๕). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะ ๔ เครือข่ายสุขภาพอำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช. ๑๔(๑). ๑๕๗-๑๗๕.
๔. สุภาภรณ์ ปิตพิพร, อำนาจ รักษ์งาน, ญัฐดนัย มุสิกวงศ์ และผกากรอง ขวัญข้าว. (๒๕๖๔). ประสิทธิภาพของแคปซูลมะระขี้นกต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในอาสาสมัครที่มีเสี่ยงเบาหวาน. วารสารเภสัชกรรมคลินิก. ๒๗(๑). ๑๕-๒๗.

๕. สุปรียา เสียงดิ่ง. (๒๕๖๐). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดไม่ได้. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. ๘(๑).๑๙๑-๒๐๔.
๖. พรพรรณ ลีลาศสง่างามและคณะ. (๒๕๖๒). รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงจังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น. ๑๖(๑). ๒๗๔-๒๘๖.
๗. อนัญญา ลาลุน และ บษพร วิรุณพันธ์. (๒๕๖๔). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อระดับน้ำตาลสะสมในเลือดและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ. ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี

ผลการศึกษาของการใช้โปรแกรมเพิ่มสมรรถนะสร้างเสริมความแข็งแรงและความ ทนทานของกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุในชุมชน

อรอุมา อินทงลักษณ์ พัชรารัตน์ ทะเกียง
วรรษยา อินทจักร และพัชรินทร์ คำนวล
โรงพยาบาลพะเยา

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมเพิ่มสมรรถนะสร้างเสริมความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในตำบลบ้านต้า และตำบลท่าวังทอง อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา จำนวน ๗๐ คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ ๓๕ คน กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มสมรรถนะสร้างเสริมความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน ๓ เดือน กลุ่มควบคุมดูแลตนเองตามมาตรฐานปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดย การประเมินการทรงตัว TUG และการประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ FTSSST ที่ระยะก่อนการใช้โปรแกรม หลังการใช้โปรแกรม เดือนที่ ๑ เดือนที่ ๒ และเดือนที่ ๓ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบ Independent t-test และ paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า หลังใช้โปรแกรมเพิ่มสมรรถนะสร้างเสริมความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุในชุมชน ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการทรงตัว TUG และค่าความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ FTSSST หลังการใช้โปรแกรม ๑ เดือน ๒ เดือน และ ๓ เดือน ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.001$ และค่าเฉลี่ยคะแนนการทรงตัว TUG และค่าความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ FTSSST ของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการใช้โปรแกรม ๓ เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.001$

ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า สามารถนำโปรแกรมเพิ่มสมรรถนะสร้างเสริมความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุในชุมชน ไปใช้เป็นแนวปฏิบัติในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการทรงตัว และมีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ดี โดยต้องมีการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง ครั้งละ ๓๐ นาที ๓ ครั้งต่อสัปดาห์ ติดต่อกันอย่างน้อย ๓ เดือน ซึ่งจะช่วยให้ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนได้

หลักการ และเหตุผล

วัยสูงอายุจะพบว่าร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงและมีความเสื่อมตามวัย ผลของการเปลี่ยนแปลงและความเสื่อมส่งผลให้ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพ ปัญหาที่สำคัญ คือ การได้รับบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้ม (จิตติมา ทาสวรรณอินทร์ และกรรณิการ์ เทพกิจ, ๒๕๖๐) การพลัดตกหกล้มเป็นการล้มลง การทรุดตัวลง เนื่องจากการเสียสมดุลในการทรงตัว (ราชบัณฑิตยสถาน, ๒๕๕๖) ในปี พ.ศ. ๒๕๖๕ พบว่าทั่วโลกมีประชากร ๗.๙๕ พันล้านคนมีผู้สูงอายุที่มีอายุ ๖๕ ปี ขึ้นไป เท่ากับ ๗๗๙,๖๐๕,๒๙๕ คน คิดเป็น ร้อยละ ๙.๘ ของประชากรทั้งหมด (Chenet al., ๒๐๒๔) คาดว่าภายในปี พ.ศ. ๒๕๙๓ ผู้สูงอายุที่มีอายุ ๖๕ ปี ขึ้นไป จะมีสัดส่วนถึงร้อยละ ๑๖.๐ ของประชากรทั้งหมด การพลัดตกหกล้มเป็นปัญหา

สาธารณสุขที่สำคัญ โดยในปี พ.ศ. ๒๕๖๕ พบผู้สูงอายุทั่วโลกที่มีอายุ ๖๕ ปีขึ้นไปมีการพลัดตกหกล้ม ร้อยละ ๒๘.๐-๓๕.๐ ส่วนในผู้ที่มีอายุ ๗๐ ปี ขึ้นไป เสี่ยงต่อการหกล้มเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๓๒.๐-๔๒.๐ ส่งผลเสียต่อสุขภาพกาย และสุขภาพจิต นำไปสู่การวิตกกังวล ซึมเศร้า บาดเจ็บ พิการ และเสียชีวิต (Xu et al., ๒๐๒๒)

สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. ๒๕๖๕ มีประชากรทั้งหมด ๖๖ ล้านคน ในจำนวนนี้มีประชากรสูงอายุที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ๑๓ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๑๙.๙ ของประชากรทั้งหมดซึ่งเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, ๒๕๖๖) พบอัตราการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่มีอายุ ๖๐ ปี ขึ้นไป ๑,๖๒๔.๐๕ ประชากรแสนคนโดยผลกระทบที่ตามมา คือ ความเจ็บป่วยทางร่างกาย เช่น ภาวะกระดูกหัก ความพิการ ทูพลภาพ สูญเสียความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน และการเสียชีวิต นอกจากนี้ยังรวมถึงผลเสียทางด้านจิตใจและสังคม เช่น ภาวะกลัวการหกล้ม ซึมเศร้า ส่งผลให้เป็นภาระต่อญาติผู้ดูแลและสังคม (กรมควบคุมโรค, ๒๕๖๖) มีการศึกษาความเสี่ยง ความกลัวการพลัดตกหกล้ม และแนวทางการจัดการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ในผู้ที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกลาง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ ๕๗.๐ มีระดับความกลัวการหกล้มระดับมาก ร้อยละ ๕๐.๓ กิจกรรมที่กลัวการหกล้มมากที่สุดคือ การเดินบนพื้นลื่น ส่วนรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มคือ การจัดสภาพแวดล้อม ร้อยละ ๘๗.๓ ส่วนรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มที่พบน้อยที่สุด คือ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเพื่อเสริมสร้างกล้ามเนื้อและกระดูก ร้อยละ ๒๑.๒ (สุรินทร์รัตน์ บัวรุ่งเทียนทองและอรทัย ยินดี, ๒๕๖๔) มีการศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดแพร่ โดยใช้แบบประเมินการพลัดตกหกล้มด้วย Thai falls risk assessment test (Thai-FRAT) และ Time Up and Go Test (TUGT) พบว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกาย ๘ สัปดาห์ผู้สูงอายุมีคะแนน Thai-FRAT และ TUGT ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และไม่พบอุบัติการณ์พลัดตกหกล้ม (ปิยะรัตน์ สวนกุล และหทัยพร อธิยศ, ๒๕๖๖)

สำหรับจังหวัดพะเยา ปี พ.ศ. ๒๕๖๕ มีประชากรทั้งหมด ๔๖๒,๙๖๘ คน มีผู้สูงอายุทั้งหมด ๑๑๒,๑๖๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๔.๒ (กระทรวงมหาดไทย, ๒๕๖๕) โรงพยาบาลพะเยา รับผิดชอบ ๑๕ ตำบล มีประชากร ๑๑๕,๑๔๑ ราย ผู้สูงอายุจำนวน ๓๐,๐๗๒ คน คิดเป็น ร้อยละ ๒๖.๑ พบผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว จำนวน ๒๕๘ ราย และมีผู้สูงอายุที่พลัดตกหกล้ม จำนวน ๕๗ ราย ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ บางรายเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยกระดูกหัก ซึ่งส่งผลกระทบต่อครอบครัว (โรงพยาบาลพะเยา งานเวชระเบียน, ๒๕๖๕) ผู้ป่วยสูงอายุไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเองได้ เป็นภาระของคนในครอบครัว ในการดูแล และมีค่าใช้จ่ายเพิ่ม ดังนั้นการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญ หากลดจำนวนผู้สูงอายุจากการพลัดตกหกล้มในแต่ละปี จะช่วยลดงบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุในส่วนนี้ได้ (สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราช ญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ, ๒๕๖๒)

จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมเพิ่มสมรรถนะสร้างเสริมความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งประยุกต์มาจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวปฏิบัติในการเพิ่มสมรรถนะสร้างเสริมความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสมรรถภาพทางกายที่ดีขึ้น มีความแข็งแรงและทนทานของ

กล้ามเนื้อซึ่งจะช่วยป้องกันการพลัดตกหกล้ม ลดอัตราการเกิดกระดูกหักและการเสียชีวิตในผู้สูงอายุ นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมเพิ่มสมรรถนะสร้างเสริมความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุในชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยใช้โปรแกรมที่ประยุกต์ขึ้นตามกรอบแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) ระยะเวลาที่ศึกษา ๑๒ สัปดาห์ ตั้งแต่ ๑ พฤษภาคม ๒๕๖๖ ถึง ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๖ ดำเนินการในพื้นที่ตำบลบ้านต่ำและตำบลท่าวังทอง การคำนวณจำนวนขนาดตัวอย่าง จากอัตราการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา ร้อยละ ๓๗.๐ คาดว่า การใช้โปรแกรมเพิ่มสมรรถนะสร้างเสริมความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุในชุมชน อัตราการพลัดตกหกล้มจะลดลงคงเหลือร้อยละ ๑๐.๐ ถ้าลด power .๘๐ one sided test Alpha ๐.๐๕ ได้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ ๓๕ คน รวมเป็น ๗๐ คน ตามเกณฑ์คัดเข้า ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างโดยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลพะเยา เมื่อวันที่ ๑๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ เอกสารรับรอง COA.No.๑๘๗ เครื่องมือที่ใช้ ในการวิจัยประกอบด้วย

๑. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

๑.๑ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นข้อมูลส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ โรคประจำตัว การใช้จ่ายที่มีผลต่อการทรงตัว การพักอาศัย ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเช่น สมรรถนะด้านสายตาและการมองเห็น ประวัติการพลัดตกหกล้ม ๒ ครั้งขึ้นไป ในรอบ ๖ เดือน การใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน

๑.๒ แบบทดสอบการทรงตัว โดยประเมินการลุก เดิน นั่ง ไปกลับ (Timed Up and Go Test (TUG))และประเมินการยืน การทรงตัว ลุกนั่งจากเก้าอี้ ๕ ครั้ง (Five Times Sit to Stand Test (FTSST)) จำนวน ๔ ครั้ง คือ ก่อนการใช้โปรแกรม ๑ ครั้งและหลังการใช้โปรแกรม ๑ เดือน ๒ เดือน และ ๓ เดือน

๒. โปรแกรมเพิ่มสมรรถนะสร้างเสริมความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุ

๒.๑ การให้ความรู้เรื่องการป้องกันการพลัดตกหกล้ม (กรมอนามัย ๒๕๖๔)

๒.๒ การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มสมรรถนะสร้างเสริมความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุอย่างน้อย ๓ วันต่อสัปดาห์ ครั้งละ ๓๐ นาที ในวันจันทร์ พุธ และวันศุกร์ เป็นเวลา ๓ เดือน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยนำแบบทดสอบการทรงตัวที่พัฒนาขึ้น ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน ๓ ท่าน คือ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจำนวน ๑ ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษผู้มีประสบการณ์ด้านการทำงานผู้สูงอายุ จำนวน ๑ ท่าน และนักกายภาพบำบัดชำนาญการพิเศษ จำนวน ๑ ท่าน จากนั้น

ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index (CVI)) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ ๑.๐ จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดสอบความเชื่อมั่น (reliability) ผู้สูงอายุที่ไม่ถูกคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๓๐ คน จากนั้นนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ ๐.๘๗

การวิเคราะห์ข้อมูล: ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยและความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มทดลองใช้สถิติทดสอบ Independent T-Test

ผลการวิจัย

เมื่อเริ่มต้นศึกษาได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น ๗๐ คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ ๓๕ คน เมื่อสิ้นสุดโครงการเหลือกลุ่มทดลอง ๓๔ คน และกลุ่มควบคุม ๓๐ คน มีผู้ออกจากโครงการ ๖ คน (Drop out ร้อยละ ๘.๖) เนื่องจากไม่มาเข้าร่วมกิจกรรมครบ ๓ ครั้ง และมีภารกิจ พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ ๗๓.๕ และ ร้อยละ ๖๐.๐ ตามลำดับ กลุ่มทดลอง มีอายุ ๖๕-๖๙ ปี ร้อยละ ๓๒.๓ รองลงมาคือ อายุ ๗๐-๗๔ ปี ร้อยละ ๒๙.๔ และอายุ ๖๐-๖๔ ปี ร้อยละ ๒๐.๖ ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมมีอายุ ๗๐-๗๔ ปี ร้อยละ ๓๓.๓ รองลงมาคืออายุ ๖๐-๖๔ ปี ร้อยละ ๒๓.๓ และอายุ ๖๕-๖๙ ปี และอายุ ๗๕-๗๙ ปี ในสัดส่วนที่เท่ากัน ร้อยละ ๒๐.๐

โรคประจำตัว พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีโรคประจำตัว ร้อยละ ๖๔.๗ และ ร้อยละ ๗๖.๗ ตามลำดับ โดยกลุ่มทดลองพบโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๒๖.๗ รองลงมาคือโรคไขมันในเลือด ร้อยละ ๒๑.๗ และโรคเบาหวาน ร้อยละ ๒๐.๐ ส่วนกลุ่มควบคุมพบโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๓๔.๘ รองลงมาคือ โรคไขมันในเลือด ร้อยละ ๒๖.๑ และโรคเบาหวาน ร้อยละ ๑๗.๔ การใช้ยาที่มีผลต่อการทรงตัว พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีการใช้ยาที่มีผลต่อการทรงตัว ร้อยละ ๔๗.๐ และ ร้อยละ ๖๓.๓ ตามลำดับ

การพักอาศัย พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองอาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ ๔๗.๑ และอาศัยอยู่เพียงลำพังและอาศัยอยู่กับบุตรหลานในสัดส่วนที่เท่ากัน คือ ร้อยละ ๒๖.๕ ส่วนกลุ่มควบคุม อาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ ๗๐.๐ อาศัยอยู่กับบุตรหลานในสัดส่วนที่เท่ากัน คือ ร้อยละ ๒๖.๗ และอาศัยอยู่เพียงลำพัง ร้อยละ ๓.๓

ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living (ADL)) ของผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งหมดมีค่า ADL ๒๐ สมรรถนะด้านสายตาและการมองเห็น พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองเกือบทั้งหมด ร้อยละ ๙๔.๑ สามารถนับนิ้วได้ถูกต้องตั้งแต่ ๓ ครั้งขึ้นไป ส่วนกลุ่มควบคุมสามารถทำได้ ๗๓.๓ ประวัติการหกล้ม พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการหกล้มในรอบ ๖ เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ ๘๘.๒ และ ร้อยละ ๙๕.๘ ตามลำดับ การใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่ใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน ร้อยละ ๙๑.๒ และ ร้อยละ ๙๖.๗ ตามลำดับ

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการทรงตัว TUG และค่าเฉลี่ยคะแนนความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ FTSSST ของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองหลังการใช้โปรแกรม ๑ เดือน ๒ เดือน และ ๓ เดือน พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการทรงตัว TUG และค่าเฉลี่ยคะแนนความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ FTSSST ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P-value < ๐.๐๐๑

ตารางที่ ๑ สรุปผลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการทรงตัว TUG ของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการใช้โปรแกรม ๑ เดือน ๒ เดือน และ ๓ เดือน (กลุ่มทดลอง n=๓๔, กลุ่มควบคุม n=๓๐)

การทรงตัว TUG	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		df	t	p-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.			
หลังการใช้โปรแกรม ๑ เดือน	๐.๙๖	๐.๗๐	-๑.๐๓	๐.๑๐	๖๒	๑๖.๒๗	๐.๐๐๐
หลังการใช้โปรแกรม ๒ เดือน	๒.๐๔	๐.๑๑	-๑.๙๙	๐.๑๑	๖๒	๒๔.๙๖	๐.๐๐๐
หลังการใช้โปรแกรม ๓ เดือน	๒.๘๙	๐.๑๔	-๒.๙๐	๐.๑๐	๖๒	๓๒.๑๙	๐.๐๐๐

จากตารางที่ ๑ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการทรงตัว TUG ของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการใช้โปรแกรม ๑ เดือน ๒ เดือน และ ๓ เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P-value < ๐.๐๐๑

ตารางที่ ๒ สรุปผลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ FTSSST ของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการใช้โปรแกรม ๑ เดือน ๒ เดือน และ ๓ เดือน (กลุ่มทดลอง n=๓๔, กลุ่มควบคุม n=๓๐)

การทรงตัว TUG	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		df	t	p-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.			
หลังการใช้โปรแกรม ๑ เดือน	๐.๙๘	๐.๑๑	-๑.๑๖	๐.๑๐	๖๒	๑๓.๕๑	๐.๐๐๐
หลังการใช้โปรแกรม ๒ เดือน	๒.๑๑	๐.๑๖	-๒.๐๗	๐.๑๔	๖๒	๑๘.๘๐	๐.๐๐๐
หลังการใช้โปรแกรม ๓ เดือน	๓.๑๑	๐.๑๙	-๓.๐๐	๐.๑๙	๖๒	๒๑.๙๓	๐.๐๐๐

จากตารางที่ ๒ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ FTSSST ของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการใช้โปรแกรม ๑ เดือน ๒ เดือน และ ๓ เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < ๐.๐๐๑

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาผลของการใช้โปรแกรมเพิ่มสมรรถนะสร้างเสริมความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุในชุมชน ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา ดังนี้

ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยคัดเลือกผู้สูงอายุที่มีลักษณะและคุณสมบัติคล้ายคลึงกัน หลังการใช้โปรแกรมเพิ่มสมรรถนะสร้างเสริมความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุในชุมชน ๑ เดือน ๒ เดือน และ ๓ เดือน พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการทรงตัว TUG และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ FTSSST ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < ๐.๐๐๑ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาในผู้สูงอายุเขตชานเมืองของไต้หวัน พบว่า การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อมือและขา ช่วยลดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ (Wanget al., ๒๐๑๓) การศึกษาในจังหวัดแพร่ พบว่า การออกกำลังกายช่วยให้ผู้สูงอายุมีการทรงตัวที่ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < ๐.๐๐๑ (ปิยะรัตน์ สวนกุลและหัสยา พรอิทยศ, ๒๕๖๖)

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการทรงตัว TUG และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ FTSST ของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการใช้โปรแกรม ๑ เดือน ๒ เดือน และ ๓ เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p -value < ๐.๐๐๑ ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมเปรียบเทียบผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเรื่องผลของการออกกำลังกายต่อการทรงตัวและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในปี พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๕ จำนวน ๑๕ เรื่อง พบว่า ผลลัพธ์ของการออกกำลังกาย คือ ช่วยเพิ่มความสามารถในการทรงตัวและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขณะมีการเคลื่อนไหว และขณะอยู่นิ่ง เป็นปัจจัยที่ช่วยลดความเสี่ยงในการหกล้มของผู้สูงอายุ ซึ่งการออกกำลังกายแต่ละประเภททำให้ประสิทธิภาพการทรงตัวของผู้สูงอายุแตกต่างกันไป ควรเลือกประเภทของการออกกำลังกายให้เหมาะสม (วัลลภา ดิษสระ และคณะ, ๒๕๖๕)

ข้อเสนอแนะ

๑. ด้านการจัดบริการ ควรจัดให้มีการใช้โปรแกรมเพิ่มสมรรถนะสร้างเสริมความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาลและชุมชนขยายต่อไปยังโรงเรียนผู้สูงอายุ คลินิกผู้สูงอายุเคลื่อนที่ และพัฒนาเป็นแนวทางการดำเนินการป้องกันการพลัดตกหกล้มสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนในการให้บริการเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม

๒. ด้านการศึกษา สามารถนำผลการศึกษาไปเป็นข้อมูลสนับสนุน หรือหลักฐานเชิงประจักษ์ในประเด็นการใช้โปรแกรมเพิ่มสมรรถนะสร้างเสริมความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุ หรือใช้เป็นกรณีตัวอย่างในการศึกษา

๓. ด้านการบริหารจัดการบุคลากร ผลการศึกษาสามารถใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนและพัฒนาบุคลากรที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการประเมิน TUG และ FTSST

๔. ควรจัดให้บุคลากรมีทักษะในด้านการใช้โปรแกรมเพิ่มสมรรถนะสร้างเสริมความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุ

๕. การทำวิจัยครั้งต่อไป ควรทำการศึกษาการใช้โปรแกรมเพิ่มสมรรถนะสร้างเสริมความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุระยะยาวต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (๒๕๖๖). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. ๒๕๖๕. บริษัทอมรินทร์ คอร์เปอร์เรชั่นส์ จำกัด (มหาชน).

กรมอนามัย. (๒๕๖๔). คู่มือป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ (ยากันล้ม). กรมอนามัย.

กระทรวงมหาดไทย. (๒๕๖๕). ฐานข้อมูลประชากรทะเบียนกระทรวงมหาดไทย ๒๕๓๗-๒๕๖๕: สารสนเทศจังหวัดพะเยา P-Health. สืบค้นเมื่อ ๒๐ มกราคม ๒๕๖๖, จาก http://๒๐๓.๒๐๙.๙๖.๒๔๓/health/web/popmoi/default/dependent?cat_id=๒๖&category_name.

ฐิติมา ทาสวรรณอินทร์ และกรรณิการ์ เทพกิจ (๒๕๖๐). ผลของโปรแกรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มต่ออัตราการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ. วารสารการวิจัยกาสะลองคำ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย, ๑๑(๓), ๑๗๕-๑๙๕.

- ปิยะรัตน์ สวานกุล & หัสยา พรอิตยศ (๒๕๖๖) ประสิทธิภาพของรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน (PMJCS) *Phrae Medical Journal and Clinical Sciences*, ๓๑(๑), ๒๗-๔๒.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (๒๕๔๖). พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. ๒๕๔๖. กรุงเทพฯ : นานมีบุ๊คส์พับลิเคชั่น.
- โรงพยาบาลพะเยา งานเวชระเบียน, (๒๕๖๕). รายงานการดูแลผู้สูงอายุโรงพยาบาลพะเยา. โรงพยาบาลแม่ทะ
- วัลลภา ดิษสระ, พรรณี บัญชร หัตถกิจ, & จีราพร ทองดี. (๒๐๒๒). การออกกำลังกายที่มีผลต่อการทรงตัวของผู้สูงอายุ: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ, ๕(๒), ๑-๑๓.
- สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. (๒๕๖๒). แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและประเมินภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่ ๑). บริษัท สันทนาการพิมพ์ จำกัด.
- สุรินทร์รัตน์ บัวเรงเทียนทองและอรทัย ยินดี. (๒๕๖๔). การศึกษาความเสี่ยง ความกลัวการหกล้ม และแนวทาง การจัดการป้องกันการพลัดตกหกล้มผู้ที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ. *วารสารการพยาบาล*, ๒๓(๒), ๓๐-๔๓.
- Chen, C., Lim, J., Koh, J., Beard, J., & Rowe, J. W. (๒๐๒๔). A global analysis of adaptation to societal aging across low-, middle-and high-income countries using the Global Aging Society Index. *Nature Aging*, ๑-๙.
- Xu, Q., Ou, X., & Li, J. (๒๐๒๒). The risk of falls among the aging population: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in public health*, ๑๐, ๙๐๒๕๙๙

**ประสิทธิผลของโปรแกรมการกำกับตัวเองต่อพฤติกรรม
การป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ในประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูง
ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง โรงพยาบาลศรีสะเกษ**

ทัศนภรณ์ แก้วภักดี
โรงพยาบาลศรีสะเกษ

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest- posttest designs) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการกำกับตัวเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ในประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูง ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง โรงพยาบาลศรีสะเกษกลุ่มตัวอย่างได้แก่ ประชาชนที่มีอายุมากกว่า ๓๕ ปีขึ้นไป ตำบลเมืองใต้ อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ ๒ จากการคัดกรองตามแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ของแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. ๒๕๖๖ ได้คะแนนตั้งแต่ ๘ คะแนนขึ้นไป และมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารผิดปกติ (Impaired fasting glucose [IFG]) อยู่ระหว่าง ๑๐๐-๑๒๕ mg/ dl แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ ๒๘ คน จากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด เก็บรวบรวมข้อมูลเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลา ๑๒ สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ คือ ๑) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการกำกับตัวเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ สร้างขึ้นตามแนวคิดการกำกับตนเองของBandura (๑๙๘๖) และ ๒) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติทดสอบ pairedt-test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารการออกกำลังกายตามโปรแกรมการกำกับตัวเอง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < 0.05$) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าก่อนทดลองและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

หลักการและเหตุผล

โรคเบาหวานนับเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่มีแนวโน้มผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], ๒๐๑๖) พบว่าในปี ๒๕๖๔ มีผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกมากกว่า ๕๓๗ ล้านคน โดยคาดว่าจำนวนนี้จะเพิ่มสูงขึ้นเป็น ๖๔๓ ล้านคนในปี ๒๕๗๓ ขณะที่ในประเทศไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (๒๕๖๓) ระบุว่าในปี ๒๕๖๓ มีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ กว่า ๔.๘ ล้านคน ซึ่งนับเป็นภาระด้านสุขภาพที่ก่อให้เกิดผลกระทบทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และระบบสุขภาพของประเทศ เนื่องจากโรคเบาหวานสามารถนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนรุนแรงหากไม่มีการดำเนินการในการป้องกันและควบคุมที่มีประสิทธิภาพ

จังหวัดศรีสะเกษ ได้มีการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน ในประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป จำนวน ๒๑๗,๒๗๐ คน ในปี พ.ศ. ๒๕๖๗ พบว่า มีกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จำนวน ๒๙,๖๖๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๓.๖๕ ส่วนในอำเภอเมืองศรีสะเกษ ได้ดำเนินการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน ในประชาชนอายุ ๓๕ ปี

ขึ้นไป จำนวน ๕๘,๑๗๘ คน พบว่า มีกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานทั้งหมด ๔,๔๒๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๗.๕๙ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, ๒๕๖๗) ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง โรงพยาบาลศรีสะเกษ ตำบลเมืองใต้ เป็นชุมชนชนบทกึ่งเมืองประกอบด้วย ๑๐ ชุมชน ๒,๕๕๐ หลังคาเรือน ประชากร ๗,๒๓๒ คน มีการดำเนินงานเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทั้งการจัดบริการเชิงรุก และเชิงรับตามนโยบายที่กำหนด จากการตรวจคัดกรองสุขภาพประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ พบว่าวัยทำงานอายุ ๓๕ - ๕๙ ปี เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ มากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ ๗๒.๐๒ และจากทะเบียนประวัติผู้ป่วย พบว่าส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ครั้งแรก เมื่อมีอายุระหว่าง ๔๐-๕๙ ปี คิดเป็นร้อยละ ๗๔.๓๒ (ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง โรงพยาบาลศรีสะเกษ, ๒๕๖๗;)

จากการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ชนิดที่ ๒ พบว่ามีการนำแนวคิดและทฤษฎีต่างๆ มาประยุกต์ใช้โดยเฉพาะในบริบทของการประยุกต์ใช้ในพื้นที่ชุมชนเฉพาะ ศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตเมือง โรงพยาบาลศรีสะเกษ ซึ่งมีลักษณะประชากรและปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรม และวิถีชีวิตที่แตกต่างจากพื้นที่อื่น การศึกษาก่อนหน้านี้ส่วนใหญ่มุ่งเน้นที่ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระดับบุคคลหรือกลุ่มย่อย และยังขาดการบูรณาการปัจจัยทางสังคมและ วัฒนธรรมเข้ากับการออกแบบโปรแกรม

จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานที่ผ่านมา พบว่ามี แนวคิดการกำกับตนเองของ Bandura (๑๙๘๖) เป็นอีกแนวคิด หรือวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และนำไปสู่พฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการ ดังจากการศึกษาของ สุกาญจน์ อยู่คงมลินี สมภพเจริญธราดลเก่งการพานิช และทัศนีย์ รัววิกรกุล (๒๕๖๓) พบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม ฯ ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การออกกำลังกายและระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมดีขึ้น อย่างไรก็ตาม ความท้าทายในการป้องกัน โรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ในประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูงยังคงอยู่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในชุมชนไทยที่มี ลักษณะเฉพาะทางวัฒนธรรมและสังคม การศึกษาก่อนหน้านี้แม้จะให้ข้อมูลถึงผลลัพธ์ที่ดีจากโปรแกรม การกำกับตัวเองในการป้องกันโรคเบาหวาน แต่กลับขาดการประยุกต์ใช้ในระดับชุมชนที่มีบริบทเฉพาะ เช่น ศูนย์สุขภาพชุมชนในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งมีปัจจัยทางสังคมที่อาจส่งผลกระทบต่อพฤติกรรม สุขภาพ ดังนั้น จึงยังมีความขาดแคลนข้อมูลเชิงวิจัยที่ชัดเจนในประเด็นการประยุกต์โปรแกรมการกำกับ ตัวเองให้เหมาะสมกับบริบทของประชาชนในชุมชนไทย ผู้วิจัยจึงสนใจในการประยุกต์ใช้แนวคิดการ กำกับตนเองของ Bandura (๑๙๘๖) เพื่อศึกษา การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ที่เหมาะสมเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดของประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ ๒ จากการคัดกรอง โดยทำตามกระบวนการสังเกต การตั้งเป้าหมายเชิงบวกที่จะเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม การบันทึกพฤติกรรมและประเมินข้อมูลเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้ พร้อมแสดงความ รู้สึกเมื่อทำได้สำเร็จตามเป้าหมาย จะนำไปสู่การกระทำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย อย่างต่อเนื่อง เมื่อการกระทำดังกล่าวทำเป็นวงจรร้อยอย่างต่อเนื่องจะ ส่งผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดมีโอกาสลดลงได้ จึงสามารถป้องกันการพัฒนาเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ ๒ จากการคัดกรอง และทำให้ประชาชน เหล่านี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการกำกับตัวเองต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ในประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูง โดยพิจารณาจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือด

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิด ๒ กลุ่ม เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) ซึ่งกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมตามที่ผู้วิจัยกำหนด ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยทั้งหมด ๑๒ สัปดาห์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และระดับน้ำตาลในเลือดของประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ ๒ จากการคัดกรอง ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมและกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วม โปรแกรมการกำกับตัวเองต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือประชาชนที่มีอายุมากกว่า ๓๕ ปีขึ้นไป ในพื้นที่ตำบลเมืองใต้ อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ ๒ จากการคัดกรองตามแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ของแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. ๒๕๖๖ ได้คะแนนตั้งแต่ ๘ คะแนนขึ้นไป และมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารผิดปกติ (Impaired fasting glucose [IFG]) อยู่ระหว่าง ๑๐๐-๑๒๕ mg/dl การศึกษาวิจัยนี้ กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป *G*power* ใช้ *statistical test* แบบ means: difference between two independent means (two groups) วิเคราะห์และคำนวณ *effect size* จำนวน ๕๐ คน แต่ในโปรแกรมศึกษานี้ ได้ป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างและความไม่ครบถ้วนของการเข้าร่วมกิจกรรมเนื่องจากประชากรส่วนมากมีอาชีพเกษตรกร และรับจ้างทั่วไป ซึ่งอาจมีการเดินทางปฏิบัติภารกิจอื่นในพื้นที่และไปประกอบอาชีพนอกพื้นที่ศึกษา จึงได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ ๑๐ ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จึงเพิ่มเป็นจำนวน ๕๖ คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ ๒๘ คน *กลุ่มทดลอง* คือ ประชากรกลุ่มเสี่ยงที่เข้าเกณฑ์คัดเข้า ในพื้นที่บริการของศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง รพ.ศรีสะเกษ ทำการสุ่มตัวอย่างโดยวิธี simple random sampling ให้ได้จำนวน ๒๘ คน *กลุ่มเปรียบเทียบ* คือ ประชากรกลุ่มเสี่ยงที่เข้าเกณฑ์คัดเข้า ในพื้นที่ตำบลคูซอดโดยจะทำการจับคู่ (match pair) กับกลุ่มทดลอง ให้มีความใกล้เคียงกันในเรื่องเพศและอายุจำนวน ๒๘ คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๘ ถึง เดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๘ ระยะเวลา ๑๒ สัปดาห์ *เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย* ประกอบด้วย ๒ ส่วน คือ

๑. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการกำกับตัวเองต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ สร้างขึ้นตามแนวคิดการกำกับตนเองของ Bandura (๑๙๘๖) ประกอบด้วย ๓ กระบวนการ ได้แก่ การสังเกตตนเอง การตัดสินตนเองและการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง โดย สัปดาห์ที่ ๑ กิจกรรม "การกำกับตนเอง" (ใช้เวลา ๓ ชั่วโมง) มีกิจกรรมสร้างสัมพันธภาพ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ทำกิจกรรมกลุ่ม กำหนดพฤติกรรมเป้าหมายที่ตนเองตั้งใจ สัปดาห์ที่ ๒ กิจกรรม "ฝึกกำกับตนเอง" วันที่ ๒-๑๔ สังเกตพฤติกรรมบริโภคอาหาร การออกกำลังกายพร้อมจดบันทึกตามแบบฟอร์มที่ให้ไป

สัปดาห์ที่ ๓ กิจกรรม "แลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้วยการกำกับตนเอง" (ใช้เวลา ๓ ชั่วโมง) วันที่ ๑๕ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้วยการกำกับตนเอง สัปดาห์ที่ ๔-๑๑ กิจกรรม "เยี่ยมบ้านติดตามผลการ

กำกับตนเอง" เพื่อติดตามผลสัปดาห์ที่ ๑๒ การติดตามและประเมินผล ผู้วิจัยนัดเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มทดลองภายหลัง

๒. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย ๓ ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ ๑ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ ๒ แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ส่วนที่ ๓ แบบสอบถามพฤติกรรม การออกกำลังกาย

๒.๑ การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน ๕ ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ จำนวน ๒ ท่าน พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน จำนวน ๒ ท่าน และพยาบาลผู้รับผิดชอบงานผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน ๑ ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรง เนื้อหา (Content validity index [CVI]) การใช้ภาษา และความชัดเจนของภาษา ซึ่งได้ค่าดัชนี ความเที่ยงตรง (CVI) ได้ = .๙๑

๒.๒ การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) หาความเที่ยงโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค(Cronbach's alpha coefficient) โดยพบว่า แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ ๐.๙๒ และแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ ๐.๘๙

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติทดสอบt-testภายหลังตรวจสอบพบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ (Normality) โดย กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ ๐.๐๕

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ หมายเลขโครงการวิจัย SSKHREC No.๐๕๗/๒๕๖๗ ลงวันที่รับรอง ๑๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘

ผลการวิจัย

ตารางเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และระดับ น้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลอง ระยะเวลาก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n=๒๘)

พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค โรคเบาหวานชนิดที่๒	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร						
กลุ่มทดลอง	๓๔.๗	๓.๗๑	๓๗.๙	๒.๖๗	๒.๘๖๓	๐.๐๐๐*
กลุ่มเปรียบเทียบ	๓๕.๗	๓.๖๕	๓๔.๔	๓.๑๓		๐.๐๐๘
พฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย						
กลุ่มทดลอง	๗.๗	๑.๙๑	๑๑.๘	๒.๕๑	๖.๔๘๓	๐.๐๐๐*
กลุ่มเปรียบเทียบ	๗.๕	๒.๖๗	๗.๕	๒.๔๙	๐.๑๗๑	.๘๖๐
ระดับน้ำตาลในเลือด						
กลุ่มทดลอง	๑๑๒.๖	๕.๗๒	๑๐๑.๐	๙.๖๖	๔.๕๙๒	๐.๐๐๐*
กลุ่มเปรียบเทียบ	๑๑๓.๖	๗.๑๙	๑๑๑.๖	๘.๑๐	๑๐๙๓	๐.๗๓๖

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

อภิปรายผลการวิจัย

๑. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ การใช้โปรแกรมการกำกับตัวเองต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตามแนวคิดของ Bandura (๑๙๘๖) กลุ่มทดลองได้มีการสังเกตตนเอง จากการที่ผู้วิจัยให้ข้อมูลย้อนกลับในเรื่องพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายที่ได้จากการบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ประกอบกับให้ลงบันทึกในแบบบันทึกการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของทุกวัน ซึ่งจะทำให้กลุ่มทดลองได้สะท้อน (Self-reflection) พฤติกรรมของตนเองได้เห็นพฤติกรรมตนเองและได้นำมาเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ ส่งผลให้มีการประเมินตนเองนำไปสู่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ดีขึ้นตามเป้าหมายที่วางไว้ สอดคล้องกับการศึกษาของ พรจรัส สุวรรณโคตร และคณะ (๒๕๖๑) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการกำกับตัวเองต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยข้อมูลทางคลินิกต่อพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

๒. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าก่อนทดลองและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การใช้โปรแกรมการกำกับตัวเองต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เมื่อกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายที่ดีขึ้น จึงส่งผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง และเมื่อกลุ่มทดลองได้เห็นระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้วมีแนวโน้มลดลงจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย ทำให้กลุ่มทดลองมีกำลังใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้ยั่งยืนยาวนานเพื่อที่จะไม่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในอนาคต แสดงให้เห็นว่าการกำกับตนเองทำให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้เห็นพฤติกรรมตนเอง และอยากที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ให้ได้ ถ้าไม่ได้ก็จะหาวิธีการให้ตนเองทำได้ จนสำเร็จเมื่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายดีขึ้น จึงส่งผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงสอดคล้องกับการศึกษาของ พรจรัส สุวรรณโคตรและคณะ (๒๕๖๑) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการกำกับตนเองด้วยข้อมูลทางคลินิกต่อพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ข้อเสนอแนะ

๑. นำโปรแกรมนี้ไปบูรณาการใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่รับผิดชอบ
๒. ควรมีการทำการศึกษาในระยะยาวเพื่อประเมินผลของโปรแกรมในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน เช่น ๑ ปีหรือมากกว่า เพื่อดูความยั่งยืนของผลลัพธ์และพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคในระยะยาว
๓. จากผลการศึกษา เป็นการวัดค่าระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว ซึ่งอาจทำให้ค่าที่ได้ไม่แน่นอน ดังนั้นควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการกำกับตัวเองต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ต่อค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม (Hemoglobin A1c) ซึ่งเป็นค่าที่มีความแน่นอน แม่นยำมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กาญจนา เพิ่มผล, และทัศนีย์ รวีวรกุล. (๒๕๖๓). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยกลวิธีกำกับตัวเองต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒. ใน การประชุมวิชาการสุศึกษาแห่งชาติครั้งที่ ๑๗ เรื่อง "บทบาทของประชาชนกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ" (หน้า ๒๗๒-๒๘๕). นนทบุรี: กองสุศึกษากรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
- จงจิตร อังคทะวานิช. (๒๕๖๒). ความรู้พื้นฐานของโรคเบาหวาน. อ้างใน สารัช สุนทรโยธิน และปฏิณัฐ บุรณะทรัพย์ชรร (บรรณาธิการ), ตำราโรคเบาหวาน (พิมพ์ครั้งที่ ๒) (หน้า ๖๗-๓). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พัชรวรรณ แก้วศรีงาม. (๒๕๖๒). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สุกาญจน์ อยู่คงมลินี สมภพเจริญธราดลเก่งการพานิช และทัศนีย์ รวีวรกุล (๒๕๖๓) โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารโดยประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงในประชากรกลุ่มเสี่ยงมาหวาน ชนิดที่ ๒. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. ๒๗(๑), ๗๔-๘๗.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. (๒๕๖๕). รายงานสถานการณ์โรคเบาหวานจังหวัดศรีสะเกษ
- .American Diabetes Association [ADA].(๒๐๑๖). Standards of medication in diabetes- ๒๐๑๖. Diabetes Care ๒๐๑๖, ๓๙(๑), S๑-S๑๑๒.
- American Psychological Association. (๒๐๑๗). *Stress effects on the body*. Retrieved from [\[https://www.apa.org/topics/stress-body\]](https://www.apa.org/topics/stress-body)
- Bandura, A. (๑๙๘๖). Social foundation of thought and action: A social of cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

ผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก ๒ อ.
ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยง
โรคเบาหวานชนิดที่ ๒

จิตติมา ทองคนารักษ์
โรงพยาบาลหาดใหญ่

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก ๒ อ. ต่อค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ กลุ่มตัวอย่างวัยผู้ใหญ่ อายุ ๓๕-๕๕ ปี ตรวจคัดกรองโรคเบาหวานมีค่าระดับน้ำตาล ๑๐๐-๑๒๕ มิลลิกรัม/เดซิลิตร โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน ๓๐ คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ โปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก ๒ อ. กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข ระยะเวลา ๑๒ สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามความรอบรู้สุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ๓๐.๒๘ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบ paired t test

ผลการศึกษาพบว่าหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มเสี่ยงเบาหวานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .00๑$) และมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) หลังเข้าร่วมโปรแกรมลดลงก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .00๑$) ผลการศึกษาครั้งนี้ช่วยให้บุคลากรด้านสุขภาพมีแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน และช่วยให้มีโปรแกรมต้นแบบที่เป็นแนวทางในการวางแผน และพัฒนากิจกรรมความรอบรู้สุขภาพร่วมกับกลุ่มเสี่ยงเบาหวานให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสมมากยิ่งขึ้น และลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังได้

หลักการและเหตุผล

สถานการณ์โรคเบาหวานถือเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขโลก เป็นภัยที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยมีผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกจำนวน ๔๒๒ ล้านคน (World health organization, ๒๐๑๗) สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย พบแนวโน้มสูงเพิ่มขึ้นทุกปี สำหรับประเทศไทยพบว่า ๑ ใน ๑๐ คน ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ๖.๕๐ ล้านคน โดยส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ และร้อยละ ๔๐.๐๐ ที่ไม่ทราบว่าตัวเองป่วย (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, ๒๕๖๓) ปัจจุบันทั่วโลกกำลังให้ความสนใจและใช้ความพยายามในการลดภาวะความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยมุ่งไปที่การควบคุมป้องกันปัจจัยเสี่ยงได้แก่ลดการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การจัดการกับ อารมณ์ รวมทั้งการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหารและโภชนาการ โดยการลดอาหารหวาน มัน เค็ม เพิ่มการรับประทานผักผลไม้ ส่งเสริมการออกกำลังกายและให้มีกิจกรรมทางกาย เพื่อเพิ่มการเผาผลาญพลังงาน

แนวทางการควบคุมและแก้ไขด้วยการส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมใหม่ ต้องเกิดจากความตั้งใจและความร่วมมืออย่างดี ของประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเอง เริ่มด้วยการพัฒนาทักษะทางสุขภาพของตนเองในวิถีชีวิต ประจำวัน ที่เรียกว่าการเพิ่มพูนความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) คือการทำ

ให้ประชาชนมีความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจการใช้ ข้อมูลและทรัพยากรต่าง ๆ ที่มีอยู่อย่างถูกต้อง และเหมาะสม การสร้างความรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นการ ดำเนินงานสำคัญที่จะเพิ่มประสิทธิผลของการ ส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในทุกบริบทและกลุ่มวัยมากขึ้น (กฎบัตรกรุงเทพ พ.ศ. ๒๕๔๘ และ Shanghai Declaration ๒๐๑๖) จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าความรอบรู้ ทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior)) กระบวนการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ดอน นัทบีม (Nutbeam D., ๒๐๐๐) ได้ชี้ให้เห็นความสำคัญว่า ควรมีการ พัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพให้เป็นดัชนีที่สามารถสะท้อนและใช้อธิบายความเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ (outcomes) ทางสุขภาพที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานสุขภาพศึกษา (health education) และ กิจกรรมการ สื่อสาร (communication activities)

ศูนย์สาธารณสุขเพชรเกษม อำเภอบางใหญ่ จังหวัดสงขลา ได้ดำเนินการตรวจคัดกรอง โรคเบาหวาน ในปี ๒๕๖๕ - ๒๕๖๗ พบว่าประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานถึง ร้อยละ ๗.๕๘ , ๕.๖๑ และ ๘.๐๓ ตามลำดับ รูปแบบการพยาบาลสำหรับกลุ่มเสี่ยงที่ผ่านมาเป็น การให้ สุขศึกษา รายบุคคลหรือรายกลุ่มโดยทีมสุขภาพ ซึ่งเป็นการสื่อสารทางเดียว โดยไม่ได้ประเมินความรอบรู้ ด้านสุขภาพ ขาดการตั้งเป้าหมายและการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ทำให้การปรับเปลี่ยน พฤติกรรมไม่ยั่งยืนและไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จึงทำให้อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ จากกลุ่มเสี่ยงสูงกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ดังนั้นเพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัย จึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก ๒ อ. ที่ ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ชนิดที่ ๒ ตามกรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของกองสุขภาพศึกษา กระทรวงสาธารณสุข เพื่อใช้เป็น แนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพให้กับกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวานในพื้นที่ ลดอัตราป่วยโรคเบาหวาน ตอบสนองต่อนโยบายประเด็นแผนยุทธศาสตร์ของ ระบบบริการปฐมภูมิ และนโยบายของเขตสุขภาพที่ ๑๒ กระทรวงสาธารณสุข ที่มุ่งเน้นการพัฒนาความ รอบรู้เพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก ๒ อ. ต่อค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับความรู้ด้านสุขภาพ ค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพและระดับ น้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ ๒

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบหนึ่งกลุ่ม ทดลองและวัดก่อน-หลังการทดลอง (One group pretest-posttest design) ดำเนินการวิจัยกับกลุ่ม เสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ณ หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ศูนย์บริการสาธารณสุขเพชรเกษม ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ ผู้ที่มีอายุ ๓๕-๕๙ ปี ที่ได้รับการคัดกรองเบาหวานปี ๒๕๖๗ จำนวน ๔๒๘ คน สุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน ๓๐ คน อายุระหว่าง ๓๕-๕๙ ปี ที่ได้รับการตรวจคัด กรองโรคเบาหวาน และมีค่าระดับน้ำตาลตั้งแต่ ๑๐๐-๑๒๕ มิลลิกรัม/เดซิลิตร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยคือชุดโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก ๒ อ. ของกองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วยเครื่องมือหลัก ๒ ชุด ดังนี้

๑. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามที่ได้มาจาก กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข แบ่งออกเป็น ๓ ส่วน คือ ส่วนที่ ๑ แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ ๒ ความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพทั้ง ๗ ด้าน และส่วนที่ ๓ แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ๒๐.

๒. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก ๒๐. ประกอบด้วยเนื้อหา ๗ ด้าน ได้แก่ การสืบค้น เข้าถึงข้อมูลและบริการ การรู้จัก เข้าใจ ห่างไกลโรค การสื่อสาร แลกเปลี่ยนความรู้ การตัดสินใจ ลด ละ เลิก พฤติกรรมเสี่ยงต่อโรค การวางแผนสร้างเป้าหมาย การดูแลตัวเองสู่ผลลัพธ์แห่งสุขภาพดี และการบอกต่อเรื่องราวสุขภาพ

ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

๑) ผู้วิจัยอธิบายและให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ๒ อ. ตอบแบบสอบถามก่อนการทดลอง (Pre-test) ประเมินสภาพร่างกายของกลุ่มตัวอย่าง และคัดลอกข้อมูลผลการตรวจ DTX

๒) ภายหลังจากการวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลหาดใหญ่ เลขที่ HYH EC ๑๐๘-๖๗-๐๑ ลงวันที่ ๑๗ มกราคม ๒๕๖๘ ผู้วิจัยได้ชี้แจงข้อมูลเพื่อพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

๓) ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างทำกิจกรรมตามแผนการเรียนรู้ครั้งที่ ๑

แผนการเรียนรู้ที่	แผนการจัดกิจกรรมเรียนรู้	สัปดาห์ที่	ระยะเวลา (ชั่วโมง)
๑.	สืบค้น เข้าถึงข้อมูลและบริการ	๑	๑
๒.	รู้จัก เข้าใจ ห่างไกลโรค	๑	๒
๓.	สื่อสาร แลกเปลี่ยนความรู้	๒	๑.๕
๔.	ตัดสินใจ ลด ละ เลิก พฤติกรรมเสี่ยงต่อโรค	๓	๑
๕.	วางแผน สร้างเป้าหมาย พัฒนาสุขภาพตนเอง	๓	๒
๖.	ดูแลตัวเอง ปลอดภัย ชีวิต สู่ผลลัพธ์แห่งสุขภาพดี	๔-๕	๑๒
๗.	บอกต่อเรื่องราวสุขภาพ	๖	๓

ภายหลังจากสิ้นสุดกิจกรรม ติดตามกลุ่มเป้าหมายเพื่อตรวจประเมินสภาพร่างกาย และทำแบบสอบถาม Post-test และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติทดสอบpaired t-test

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก ๒๐.พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มเสี่ยงเบาหวานมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้าน อยู่ใน ระดับ ไม่ดีพอ ทุกด้าน แต่หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน ๖ ด้านเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยแยกเป็น รายด้านดังนี้ ๑) การสืบค้น เข้าถึงข้อมูลและบริการ ๒) การรู้จัก เข้าใจ ห่างไกลโรค ๓) การสื่อสาร แลกเปลี่ยนความรู้ ๔) การตัดสินใจ ลด ละ เลิกพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรค ๕) การวางแผน สร้างเป้าหมาย พัฒนาสุขภาพตนเอง และ ๖) การดูแลตนเอง ปลอดภัย ชีวิต สุขภาพดี สำหรับด้านการ บอกต่อเรื่องราวสุขภาพ พบว่าเพิ่มมาในระดับพอใช้ ดังแสดงในตารางที่ ๑

ตารางที่ ๑ เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้าน ของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ($n=30$)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			p-value
	\bar{X}	S.D.	แปลผล	\bar{X}	S.D.	แปลผล	
๑. สืบค้นเข้าถึงข้อมูลและบริการ	๔.๘๔	๑.๓๕	ไม่ดีพอ	๘.๑๖	๑.๐๗	ดี	๐.๐๐๐*
๒. รู้จริง เข้าใจ ห่างไกลโรค	๔.๖๔	๑.๒๕	ไม่ดีพอ	๑๑.๘๐	๑.๑๐	ดีมาก	๐.๐๐๐*
๓. สื่อสาร แลกเปลี่ยนความรู้	๖.๓๒	๑.๒๒	ไม่ดีพอ	๑๒.๐๕	๐.๘๗	ดี	๐.๐๐๐*
๔. ตัดสินใจ ลด ละ เลิก พฤติกรรมเสี่ยงต่อโรค	๖.๔๘	๑.๓๑	ไม่ดีพอ	๑๔.๑๕	๑.๑๐	ดีมาก	๐.๐๐๐*
๕. วางแผน สร้างเป้าหมาย พัฒนาสุขภาพตนเอง	๗.๐๔	๑.๕๙	ไม่ดีพอ	๑๔.๘๐	๑.๒๐	ดีมาก	๐.๐๐๐*
๖. ดูแลตัวเอง ปลอดภัย ชีวิต สุขภาพดี	๖.๒๘	๑.๑๐	ไม่ดีพอ	๑๒.๒๐	๑.๑๙	ดีมาก	๐.๐๐๐*
๗. บอกต่อเรื่องราวสุขภาพ	๑๑.๙๖	๒.๒๓	ไม่ดีพอ	๑๒.๖๐	๒.๗๑	พอใช้	๐.๐๓

*p value < 0.001

เมื่อพิจารณาก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มเสี่ยงเบาหวานมีคะแนนรวมความรอบรู้ ด้านสุขภาพ และคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เมื่อ เปรียบเทียบก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ดังตารางที่ ๒

ตารางที่ ๒ เปรียบเทียบคะแนนรวมความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (n=๓๐)

ตัวแปร	\bar{x}	SD	T-value	DF	p-value
<i>ความรู้ด้านสุขภาพ</i>					
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	๙๘.๕๖	๑๓.๖๗	๕.๒๑	๒๙	๐.๐๐๐*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	๑๑๕.๑๓	๖.๔๓			
<i>พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ</i>					
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	๙๔.๔๐	๖.๗๕	๑๔.๗๑	๒๙	๐.๐๐๐*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	๑๐๘.๘๔	๗.๘๒			
<i>ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS)</i>					
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	๑๐๘.๗๗	๘.๙๗	๔.๘๙	๒๙	๐.๐๐๐*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	๙๕.๙๓	๖.๒๖			

*p-value<.๐๐๑

เปรียบเทียบค่าระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<๐.๐๐๑)

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก ๒๐. กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ตามสมมุติฐานว่าการเปรียบเทียบหลังการทดลองในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้สุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนทดลอง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงความรู้ด้านสุขภาพในด้านการสืบค้น เข้าถึงข้อมูลและบริการ การรู้จัก เข้าใจ ทั่วไกล โรคการสื่อสารแลกเปลี่ยนความรู้ การตัดสินใจ ลด ละ เลิกพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรค การวางแผน สร้างเป้าหมาย พัฒนาสุขภาพตนเอง และการดูแลตนเอง ปลอดภัย ชีวิต สู่ผลลัพธ์แห่งสุขภาพดี รวมถึงพฤติกรรมสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเป็นผลมาจากการได้รับโปรแกรมสุขภาพเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก ๒๐. ที่ผู้วิจัยใช้รูปแบบความรู้ด้านสุขภาพ (The health literacy model) ของกองสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพให้กับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในพื้นที่ ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวจะช่วยกระตุ้นให้กลุ่มเสี่ยงเบาหวานได้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพิ่มสูงขึ้น ผลคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม หลังสิ้นสุดโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ ดีขึ้นกว่าก่อนโปรแกรม อธิบายได้ว่าโปรแกรมสุขภาพเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก ๒๐. ของกองสุขภาพทำให้เกิดการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพโดยตรง เนื่องจากความรู้ด้านสุขภาพเป็นเสมือนกุญแจนำไปสู่ผลลัพธ์ของพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งการจัดกิจกรรมในโปรแกรม ๗ แผนการเรียนรู้มุ่งเน้นการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ และพัฒนาทักษะด้านสุขภาพที่ทำให้เกิดทักษะหลายด้าน ทั้งการสร้างตระหนักรู้ต่อปัญหา การตั้งใจ และการฝึกทักษะต่าง ๆ เพื่อให้มีการปรับเปลี่ยนกระบวนการคิด ทักษะทางสังคมความรู้ด้านสุขภาพและมี

พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้อย่างเหมาะสม และจากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=5.21, p<0.001$) เมื่อพิจารณารายข้อในกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักปฏิบัติตนตาม ๒๐. การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพการจัดการตนเอง อยู่ในระดับดี ถึงดีมาก แต่สำหรับการบอกต่อเรื่องราว อยู่ในระดับพอใช้ หลังจากกลุ่มตัวอย่างเข้าโปรแกรม จะเห็นได้ว่า กลุ่มเสี่ยงเบาหวานมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=14.71, p<0.001$) ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่วยส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานให้ดีขึ้น รวมถึงส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงไปอยู่ในระดับปกติได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นการส่งเสริมด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มวัยทำงาน และสร้างเสริมองค์ความรู้ด้านสุขภาพจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ที่ทำให้เกิดการจูงใจให้ตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลตนเอง มีการจัดการสุขภาพตนเอง และคงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของตนเองไว้เสมอ

ข้อเสนอแนะ

๑. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำโปรแกรมสุขภาพศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก ๒๐. ไปใช้กับกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังอื่นๆ ให้มีความรอบรู้สุขภาพในการดูแลตนเองและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในการดูแลตนเอง

๒. ในการวิจัยครั้งถัดไปควรมีการติดตามผลหลังการทดลองของโปรแกรมอย่างต่อเนื่องเป็นระยะยาวที่ ๖ เดือนและ ๑๒ เดือน โดยการติดตามระดับน้ำตาลในเลือด และพฤติกรรมสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

กองสุขภาพ, กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (๒๕๖๑). โปรแกรมสุขภาพศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก ๒๐. (อาหาร ออกกำลังกาย) ในการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง สำหรับวัยทำงาน. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข

ภาวิณี ชุ่มซึ้ง. (๒๕๖๑). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและดัชนีมวลกายในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานกรณีศึกษาบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). พิษณุโลก. มหาวิทยาลัยนเรศวร. สืบค้นจาก

<https://tdc.thailis.or.th/tdc/>

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (๒๕๖๓). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน๒๕๖๐.

ปทุมธานี : บริษัท รมเย็น มีเดีย จำกัด.

การพัฒนาารูปแบบการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพ สู่การปฏิบัติภายใต้บริบทชุมชนเมือง จังหวัดขอนแก่น

ดำรงศักดิ์ ไชยสงคราม นิตกร สอนชา และ เอมอร บุตรอุดม
โรงพยาบาลขอนแก่น วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ขอนแก่น

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและความต้องการ สร้าง พัฒนา และประเมินผลประสิทธิผลของรูปแบบการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพสู่การปฏิบัติภายใต้บริบทชุมชนเมือง จังหวัดขอนแก่น กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้บริหารและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานเวชกรรมสังคมและหน่วยบริการปฐมภูมิเขตเมือง อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ๓๕ คน ซึ่งได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบบรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗-๒๕๖๘ แนวคำถามการสนทนากลุ่ม แบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนาโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาารูปแบบ โดยใช้สถิติทดสอบ Paired Samples t-test และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัยพบว่า ๑) สถานการณ์ ปัญหาและความต้องการ พบว่ายังไม่มีรูปแบบ จึงต้องการแนวทางและรูปแบบการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพสู่การปฏิบัติให้สอดคล้องกับบริบท ๒) ได้รูปแบบและพัฒนาขึ้นให้มีความสอดคล้องเหมาะสม ประกอบไปด้วย ๓ ขั้นตอน (PIM Model) ประกอบด้วย ๑. ขั้นตอนวางแผน (P : Planning) ๒. ขั้นตอนนำแผนไปสู่การปฏิบัติ (I : Implementation) ๓. ขั้นตอนติดตามและการประเมินผล (M : Monitoring and Evaluation) และ ๓) ผลที่เกิดจากการใช้รูปแบบพบว่า ความพึงพอใจโดยรวมระยะหลังการพัฒนาระดับคะแนนความพึงพอใจสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์สุขภาพในปีงบประมาณ ๒๕๖๘ ผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ ๖๑.๑๑) เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณที่ผ่านมา โดยมีตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์แต่มีแนวโน้มผลการดำเนินงานเพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ ๒๕๖๗ (ร้อยละ ๒๗.๗๘) ข้อเสนอแนะ ควรมีการบูรณาการการใช้รูปแบบให้สอดคล้องกับงานหรือภารกิจประจำของหน่วยงาน เพื่อที่จะไม่เป็นการเพิ่มภาระงานให้กับบุคลากร มีการดำเนินขับเคลื่อนงาน การติดตามความก้าวหน้า และการดำเนินงานเป็นไปด้วยการเรียบง่าย เพื่อบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดตามข้อตกลง

หลักการ และเหตุผล

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ได้ดำเนินการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดขอนแก่นระยะ ๕ ปี (พ.ศ.๒๕๖๖-๒๕๗๐) ฉบับทบทวน ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ เพื่อใช้เป็นทิศทางและกรอบการดำเนินงาน ด้านสุขภาพให้กับหน่วยงานในสังกัดนำสู่การปฏิบัติให้เกิดผลทั้งในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขอย่างต่อเนื่องเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับยุทธศาสตร์ชาติและแผนงานอื่นๆ รวมถึงนโยบายของผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขในแต่ละระดับ กระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์

ดังกล่าวได้มีการทบทวนตัวชี้วัดสำคัญ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนในการประเมินผลการดำเนินงานตามกลยุทธ์ในระดับเครือข่ายบริการสุขภาพและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ได้กำหนดให้มีการนิเทศงานเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ขั้นตอนการขับเคลื่อน ยุทธศาสตร์สุขภาพให้บรรลุ ตามวิสัยทัศน์ที่กำหนด จากการสรุปผลการนิเทศติดตามการดำเนินงานตามตัวชี้วัดสาธารณสุขระดับเครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP) โรงพยาบาลขอนแก่น ๓ ปีซ้อนหลัง พบว่า ผลการดำเนินงานอยู่ในระดับพอใช้ เมื่อจำแนกรายหน่วยบริการ พบว่า ส่วนใหญ่ผลการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิเขตเมืองไม่ผ่านเกณฑ์

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลขอนแก่น ซึ่งได้รับมอบหมายให้เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ ตรวจสอบ ติดตามและประเมินผล ทำให้ทราบถึงสถานการณ์การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพของอำเภอในระดับหนึ่ง ซึ่งสถานการณ์ปัจจุบันของโรงพยาบาลขอนแก่นและเครือข่ายบริการสุขภาพ พบว่า ยังไม่มีรูปแบบการการขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติที่นำไปสู่การดำเนินการให้สอดคล้องกับบริบทชุมชนเมืองไปในทิศทางเดียวกัน ทั้งด้านกระบวนการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะที่สำคัญจากผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ บทบาทของผู้นำองค์กรมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการกำหนดนโยบาย และมาตรการสนับสนุน การสร้างแรงจูงใจ และวัฒนธรรมองค์กรที่สอดคล้องกับกลยุทธ์ ปัญหาการดำเนินงานด้านการสร้างความรู้ความเข้าใจในแผนยุทธศาสตร์การจัดทำแผนปฏิบัติการในระดับต่าง ๆ ที่ไม่สอดคล้องเชื่อมโยงไปในทิศทางเดียวกัน และการนำแผนไปปฏิบัติ การมอบหมายผู้รับผิดชอบในแต่ละด้านไม่ชัดเจน ขาดขวัญกำลังใจตลอดจนแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน งบประมาณไม่เพียงพอ รวมถึงด้านการกำกับ ติดตาม และประเมินผลมีขั้นตอนที่ไม่ชัดเจนและไม่ต่อเนื่องตามระยะเวลาที่กำหนด

จากความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ รวมถึงพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติภายใต้บริบทชุมชนเมือง จังหวัดขอนแก่น ขึ้น เพื่อให้สามารถนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล การควบคุมกำกับ ติดตาม และการประเมินผลโดยประเมินตัวชี้วัด รวมทั้งการปรับปรุงและสะท้อนผล ด้วยการสะท้อนข้อมูลและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อให้เกิดรูปแบบกระบวนการทำงานที่มีประสิทธิภาพ และการพัฒนายุทธศาสตร์ให้บรรลุเป้าหมาย เกิดผลลัพธ์ต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนต่อไป

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและความต้องการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการนำนโยบายสู่การปฏิบัติภายใต้บริบทชุมชนเมือง จังหวัดขอนแก่น
๒. เพื่อสร้างและพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพสู่การปฏิบัติภายใต้บริบทชุมชนเมือง จังหวัดขอนแก่น
๓. เพื่อประเมินผลประสิทธิผลของรูปแบบการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพสู่การปฏิบัติภายใต้บริบทชุมชนเมือง จังหวัดขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการวิจัยเป็น ๓ ขั้นตอน ระหว่างเดือน สิงหาคม ๒๕๖๗ – พฤษภาคม ๒๕๖๘ ดังนี้

ขั้นตอนที่ ๑ ศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและความต้องการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพสู่การปฏิบัติภายใต้บริบทชุมชนเมือง จังหวัดขอนแก่น (Research-๑) ใช้วิธีวิเคราะห์จากเอกสาร ตำราต่างๆ ข้อมูลสรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดสาธารณสุข ระดับเครือข่าย CUP และวิเคราะห์ข้อมูลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์สุขภาพในปีที่ผ่านมาวิธีวิจัยเชิงปริมาณและวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ

ขั้นตอนที่ ๒ สร้างและพัฒนาแบบการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพสู่การปฏิบัติภายใต้บริบทชุมชนเมือง จังหวัดขอนแก่น (Development-๑) ผู้วิจัยศึกษา วิเคราะห์ สังเคราะห์เอกสารจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำผลวิจัยจากขั้นตอนที่ ๑ และข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มในขั้นตอนที่ ๒ มาสรุป วิเคราะห์ และสังเคราะห์ เพื่อยกร่างเป็นรูปแบบฯ นำรูปแบบที่ได้ไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ ประโยชน์ต่อผู้รับบริการ และผลการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญ และนำรูปแบบการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพสู่การปฏิบัติภายใต้บริบทชุมชนเมือง จังหวัดขอนแก่น ฉบับสมบูรณ์ไปใช้ทดลองในขั้นตอนที่ ๓

ขั้นตอนที่ ๓ ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพสู่การปฏิบัติภายใต้บริบทชุมชนเมือง จังหวัดขอนแก่น (Research-๒) ขั้นตอนนี้เป็นใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ชนิดหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (One Groups Pre-test Post-test Design)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้บริหาร หัวหน้างาน หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิเขตเมือง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานเวชกรรมสังคมและหน่วยบริการปฐมภูมิเขตเมือง อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ระหว่างเดือนตุลาคม ๒๕๖๗ – พฤษภาคม ๒๕๖๘ จำนวน ๓๕ คน การสุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive) ตามคุณสมบัติเกณฑ์คัดเลือกเข้าคัดออก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ๑) แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structured interview) โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้อง แนวคำถามที่สร้างขึ้นไปตรวจคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน ๓ คน ๒) แบบประเมินผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ของนงนภัทร รุ่งเนย และคณะโดยผ่านการวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ ๐.๘๘ ๓) แบบประเมินความพึงพอใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล ๑) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๒) วิเคราะห์เปรียบเทียบความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาแบบ โดยใช้สถิติทดสอบ Paired Samples t-test ๓) วิเคราะห์การผ่านเกณฑ์โดยใช้ตัวชี้วัด โดยใช้ความถี่และร้อยละ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมในมนุษย์จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น เลขที่ IRB-BCNKK-๑๔-๒๐๒๔ ลงวันที่ ๒ กันยายน ๒๕๖๗

ผลการวิจัย

๑. สถานการณ์ ปัญหาและความต้องการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพสู่การปฏิบัติภายใต้บริบทชุมชนเมือง จังหวัดขอนแก่น

พบว่า ยังไม่มีรูปแบบที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชนเมือง ปัญหาและความต้องการที่ต้องได้รับการพัฒนาการดำเนินงานการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพสู่การปฏิบัติของหน่วยบริการปฐมภูมิเขตเมือง อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ได้แก่ ๑) ขาดการกำหนดเป้าหมายที่ต้องการ ขาดการวิเคราะห์ เพื่อนำข้อมูลไปวางแผนการดำเนินงาน ๒) ขาดการถ่ายทอดความรู้ความเข้าใจแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ๓) ขาดการกำกับ ติดตาม วัดผล และประเมินผลต่างๆ อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ๔) ขาดสื่อสารสนเทศที่เอื้อต่อการกำกับและประเมินผล ๕) ขาดการศึกษาค้นคว้า วิจัย เพื่อพัฒนาการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพสู่การปฏิบัติของหน่วยบริการปฐมภูมิเขตเมือง

๒. สร้างและพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพสู่การปฏิบัติภายใต้บริบทชุมชนเมือง จังหวัดขอนแก่น ผลการพัฒนาได้รูปแบบการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพสู่การปฏิบัติภายใต้บริบทชุมชนเมือง จังหวัดขอนแก่น จากการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและจัดกระบวนการกลุ่มระดมสมอง การจัดทำข้อตกลงร่วมและการประชุมพัฒนาศักยภาพของทีม ได้รูปแบบการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพสู่การปฏิบัติภายใต้บริบทชุมชนเมือง จังหวัดขอนแก่น ประกอบไปด้วย ๓ ขั้นตอน (PIM Model) ประกอบด้วย

๑. ขั้นตอนวางแผน (P : Planning) เป็นขั้นตอนการวางแผน วิเคราะห์ค้นหาปัญหา กำหนดนโยบายให้เป็นรูปธรรม กำหนดค่าเป้าหมาย พร้อมทั้งจะนำยุทธศาสตร์สุขภาพสู่การปฏิบัติไปสู่การปฏิบัติ

๒. ขั้นตอนนำแผนไปสู่การปฏิบัติ (I : Implementation) เป็นขั้นตอนการถ่ายทอดความรู้ความเข้าใจในแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ ตัวชี้วัด และแผนปฏิบัติการแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ได้แก่ ผู้รับผิดชอบการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ผู้มีหน้าที่รับผิดชอบจัดทำโครงการต่างๆ ผู้ที่มีหน้าที่ตรวจสอบและประเมินผล ซึ่งบุคลากรเหล่านี้จะต้องมีความรู้ความเข้าใจเรื่องแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ และแผนปฏิบัติการ เนื่องจากคุณภาพ ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของงานย่อมขึ้นอยู่กับความรู้ความเข้าใจในแผนโดยผ่านช่องทางต่างๆ เช่น การประชุมคณะกรรมการหรือคณะทำงาน การประชุมประจำเดือน การประชุมชี้แจงแนวทางการทำงาน กลุ่มไลน์ เป็นต้น

๓. ขั้นตอนติดตามและการประเมินผล (M : Monitoring and Evaluation) เป็นขั้นตอนการติดตามและประเมินผล โดยการหนดให้มีการนิเทศงาน เยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิเขตเมือง ๒ ครั้งต่อปีงบประมาณ กำหนดให้มีผู้รับผิดชอบงาน และคณะทำงาน เพื่อติดตามผลการดำเนินงานรวมทั้งพัฒนาระบบสารสนเทศในการกำกับติดตาม ประเมินผล ช่วยให้การดำเนินงานขับเคลื่อนยุทธศาสตร์เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและทันต่อสถานการณ์

๓. ประสิทธิภาพผลของรูปแบบการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพสู่การปฏิบัติภายใต้บริบทชุมชนเมือง จังหวัดขอนแก่น พบว่า ด้านความพึงพอใจในการใช้รูปแบบฯ พบว่า ก่อนดำเนินการ ภาพรวมและรายด้านทุกด้าน ได้แก่ ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ด้านกระบวนการ (Process) ด้านผลลัพธ์ (Product) อยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} = ๒.๖๗, S.D. = ๐.๖๒) หลังดำเนินการ พบว่า รายด้านทุกด้านและภาพรวมอยู่ในระดับมาก (\bar{X} = ๔.๑๑, S.D. = ๐.๗๘) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจโดยรวมระยะก่อนและหลังการพัฒนาการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพสู่การปฏิบัติภายใต้บริบทชุมชนเมือง จังหวัดขอนแก่น พบว่า ระยะหลังการพัฒนาระดับคะแนนความพึงพอใจสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < ๐.๐๐๑$) ดังตารางที่ ๑

ตารางที่ ๑ ความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพสู่การปฏิบัติภายใต้บริบทชุมชนเมือง จังหวัดขอนแก่น (n=๓๕)

ปัจจัยรายด้าน	ก่อนดำเนินการ (n=๓๕)			หลังดำเนินการ (n=๓๕)			t	P value
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ		
๑.ด้านปัจจัยนำเข้า (Input)	๒.๗๕	๐.๖๐	ปานกลาง	๓.๙๙	๐.๗๕	มาก	๑๔.๒๓	๐.๐๐๐
๒.ด้านกระบวนการ (Process)	๒.๖๘	๐.๖๕	ปานกลาง	๔.๐๗	๐.๗๘	มาก	๑๓.๗๘	๐.๐๐๐
๓.ด้านผลลัพธ์ (Product)	๒.๕๖	๐.๖๑	ปานกลาง	๔.๒๖	๐.๗๙	มาก	๘.๓๙	๐.๐๐๐
ภาพรวม	๒.๖๗	๐.๖๒	ปานกลาง	๔.๑๑	๐.๗๘	มาก	๑๐.๖๖	๐.๐๐๐

ผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพสู่การปฏิบัติภายใต้บริบทชุมชนเมืองพบว่า การดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์สุขภาพในปีงบประมาณ ๒๕๖๘ ตัวชี้วัดทั้งหมด ๑๘ ตัวชี้วัด ผ่านเกณฑ์ จำนวน ๑๑ ตัวชี้วัด (ร้อยละ ๖๑.๑๑) ไม่ผ่านเกณฑ์ จำนวน ๗ ตัวชี้วัด (ร้อยละ ๓๘.๘๙) โดยมีตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์แต่มีแนวโน้มผลการดำเนินงานเพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ ๒๕๖๗ จำนวน ๕ ตัวชี้วัด (ร้อยละ ๒๗.๗๘) ได้แก่ ตัวชี้วัดที่ ๔ ร้อยละของเด็กอายุ ๙,๑๘,๓๐,๔๒ และ ๖๐ เดือน ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ (ตรวจครั้งแรก) ตัวชี้วัดที่ ๕ ร้อยละของเด็กอายุ ๙,๑๘,๓๐,๔๒ และ ๖๐ เดือน ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม ตัวชี้วัดที่ ๑๒ ประชากรอายุ ๕๐-๗๐ ปี กลุ่มเป้าหมาย (รายใหม่)ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT test ตัวชี้วัดที่ ๑๕ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ตัวชี้วัดที่ ๑๖ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง และตัวชี้วัดที่ ๑๗ ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า รูปแบบการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพสู่การปฏิบัติภายใต้บริบทชุมชนเมือง จังหวัดขอนแก่น ประกอบไปด้วย ๓ ขั้นตอน (PIM Model) ประกอบด้วย ๑) ขั้นตอนวางแผน (P : Planning) ๒) ขั้นตอนนำไปสู่การปฏิบัติ (I : Implementation) และ ๓) ขั้นตอนติดตามและการประเมินผล (M : Monitoring and Evaluation) จากการนำผลการพัฒนารูปแบบไปใช้จริง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจโดยรวมระยะหลังการพัฒนาระดับคะแนนความพึงพอใจสูงกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ พบว่า การดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์สุขภาพในปีงบประมาณ ๒๕๖๘ ตัวชี้วัดทั้งหมด ๑๘ ตัวชี้วัด ผ่านเกณฑ์ จำนวน ๑๑ ตัวชี้วัด (ร้อยละ ๖๑.๑๑) และไม่ผ่านเกณฑ์ จำนวน ๗ ตัวชี้วัด (ร้อยละ ๓๘.๘๙) ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณที่ผ่านมา (ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๑๖.๖๗) โดยมีตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์แต่มีแนวโน้มผลการดำเนินงานเพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ ๒๕๖๗ จำนวน ๕ ตัวชี้วัด (ร้อยละ ๒๗.๗๘)

จากการวิจัยการพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพสู่การปฏิบัติภายใต้บริบทชุมชนเมือง จังหวัดขอนแก่น ครั้งนี้ ด้านองค์ประกอบของรูปแบบการพัฒนา มีความสอดคล้องกับการวิจัยของรติยา วิภักดิ์ และคณะⁱⁱ เรื่องรูปแบบการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพของเครือข่ายสุขภาพ อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพของเครือข่ายสุขภาพอำเภอจตุรพักตรพิมาน ประกอบด้วยกระบวนการดำเนินงาน ๔ ขั้นตอน คือ การค้นหาปัญหาและวางแผน (Investigation and Planning; I) การนำไปสู่การปฏิบัติ (Doing; D) การควบคุมกำกับ ติดตามและประเมินผล (Evaluation monitoring and control; E) การปรับปรุงและสะท้อนผล (Learning and Sharing; L) เช่นเดียวกันกับการวิจัยของขวัญประสา เชียงไชยสกุลไทยⁱⁱⁱ เรื่อง กระบวนการและการบริหารแผนสาธารณสุขระดับพื้นที่ พบว่า กระบวนการกำกับ ติดตามและประเมินผลแผนงานและตัวชี้วัด ทั้งระดับเขตสุขภาพและระดับจังหวัดมีทิศทางในการพัฒนาที่ดีขึ้น โดยเฉพาะการพัฒนาเครื่องมือทางอิเล็กทรอนิกส์ในการจัดเก็บข้อมูลและประมวลผลเขตสุขภาพและจังหวัดสามารถติดตามผลการดำเนินงานผ่านเครื่องมือดังกล่าวได้ดี การประเมินผลจัดทำในรูปแบบที่เข้าใจง่าย โดยเฉพาะสำหรับผู้บริหาร และส่วนใหญ่พัฒนาด้วยศักยภาพของบุคลากรภายในเขตและจังหวัดของตนเอง ทำให้สามารถปรับปรุงและแก้ไขได้คล่องตัวและเหมาะสมกับการใช้งาน สอดคล้องกับงานวิจัยของปรานต์ศศิอินทรวิเชียร และวันเพ็ญ วิศิษฐ์ชัยนนท์^{iv} เรื่องการพัฒนาระบบการดำเนินงาน Service plan เครือข่ายโรงพยาบาลหนองคาย พบว่า ภายหลังจากพัฒนาระบบการดำเนินงาน service plan เครือข่ายโรงพยาบาลหนองคาย พบว่า คะแนนเพิ่มขึ้นทั้งรายด้านและโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) คะแนนความพึงพอใจต่อระบบการดำเนินงาน service plan สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และสอดคล้องกับงานวิจัยของสำนักงานศึกษาธิการจังหวัดแพร่^v (๒๕๖๒) ศึกษาแบบการนิเทศ ติดตามและประเมินผลการบริหารการจัดการศึกษาขั้นพื้นฐานที่มีความสอดคล้องเหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ในจังหวัดแพร่ พบว่า รูปแบบการนิเทศ ติดตามและประเมินผลการบริหารการจัดการศึกษา ที่มีความสอดคล้องเหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ในจังหวัดแพร่ PHRAE ICT+(plus) Coaching Model ประกอบด้วย (๑) การวิเคราะห์สภาพปัจจุบันและวางแผนพัฒนา (Analyze to Plan : P) (๒) การสร้างความตระหนัก เพื่อความเป็นเอกภาพ (Awareness to Homogeneity : H) (๓) การร่วมมือร่วมใจดำเนินการนิเทศแบบโค้ช (Relationship to Coach : R) (๔) การเชื่อมโยง ชื่นชม เสริมแรง (Attach to Admire : A) และ (๕) การประเมินผลเพื่อพัฒนาเผยแพร่ (Evaluation for development to share : E) โดยผลที่เกิดจากการใช้รูปแบบ ได้แก่ (๑) ครู มีการปรับเปลี่ยนการจัดกระบวนการเรียนการสอน มีการสร้าง/ใช้เครื่องมือวัดและประเมินผลตามมาตรฐานและตัวชี้วัด มีชุมชนทางวิชาชีพ (PLC) เพื่อพัฒนานวัตกรรม ผู้บริหารและครูนำความรู้/หลักการไปใช้ในการยกระดับผลการทดสอบ O-NET (๒) นักเรียนมีผลการทดสอบทางการศึกษาระดับชาติ (O-NET/NT) ดีขึ้น มีความพึงพอใจต่อกระบวนการจัดเรียนรู้ ครูผู้สอน สื่อการเรียนการสอน และคุณภาพการเรียนรู้ (๓) สถานศึกษามีสารสนเทศผลการทดสอบทางการศึกษาระดับชาติสูงขึ้น มีแผนยกระดับผลการทดสอบทางการศึกษาระดับชาติ สถานศึกษามีเครือข่ายในการพัฒนาและยกระดับคุณภาพผู้เรียน (๔) ความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการนิเทศ ติดตามและประเมินผลการบริหารการจัดการศึกษาขั้นพื้นฐานที่มีความสอดคล้องเหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ในจังหวัดแพร่อยู่ในระดับมากทุกข้อ ยกเว้นข้อรูปแบบ/กระบวนการนิเทศ ฯ ตรงกับวัตถุประสงค์ อยู่ในระดับมากที่สุด

ข้อเสนอแนะ

๑. สถานบริการสาธารณสุข ควรมีการบูรณาการการใช้รูปแบบให้สอดคล้องกับงานหรือภารกิจประจำของหน่วยงานเพื่อที่จะไม่เป็นการเพิ่มภาระงานให้กับบุคลากร

๒. ทศนคติ ความเข้าใจของผู้ปฏิบัติ เพราะหากนโยบายที่ผู้ปฏิบัติได้รับมาไม่ชัดเจน จะส่งผลให้ผู้ปฏิบัติไม่สามารถใช้ดุลยพินิจของตนในการปฏิบัติงานได้ ซึ่งอาจไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของนโยบาย โครงสร้างระบบราชการที่ซับซ้อนจะเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติตามนโยบาย แต่ถ้ามีหลักการพื้นฐาน ได้แก่ ระเบียบการปฏิบัติขององค์การ จะสามารถทำให้การปฏิบัติงานมีความรวดเร็วยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

๑. กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข. สรุปผลการประเมินยุทธศาสตร์การพัฒนาสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นประจำปี ๒๕๖๖. กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, ๒๕๖๖.
๒. นางนภัทร รุ่งเนย และคณะ. “การประเมินผลการดำเนินงานตามแผนกลยุทธ์ เพื่อมุ่งสู่วิสัยทัศน์การเป็นสถาบันการศึกษาชั้นนำระดับอาเซียน โดยใช้ CIPP Model,” วารสารราชวาทิตสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์. ๑๒(๑): ๖๒-๗๗; มกราคม – มิถุนายน ๒๕๖๕
๓. รติยา วิภักดิ์ และคณะ. “รูปแบบการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพของเครือข่ายสุขภาพอำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด.” วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. ๖(๓): ๑๔๙-๑๖๑; กรกฎาคม – กันยายน ๒๕๖๓
๔. ขวัญประชา เชียงไชยสกุลไทย. กระบวนการและการบริหารแผนสาธารณสุขระดับพื้นที่. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๕๘.
๕. ปราณต์ศศิ อินทรวีเชียร และวันเพ็ญ วิศิษฐ์ชัยนนท์. “การพัฒนาระบบการดำเนินงาน Service plan เครือข่ายโรงพยาบาลหนองคาย.” (อินเทอร์เน็ต). หนองคาย : โรงพยาบาลหนองคาย, ๒๕๖๕ (วันที่อ้างอิงถึง ๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๕). ที่มา : <https://nkhospital.moph.go.th/journal.php?id=๑๗>
๖. สำนักงานศึกษาธิการจังหวัดแพร่. รูปแบบการนิเทศ ติดตามและประเมินผลการบริหารจัดการการศึกษาขั้นพื้นฐานที่มีความสอดคล้องเหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ในจังหวัดแพร่.แพร่ : สำนักงานศึกษาธิการจังหวัดแพร่; ๒๕๖๒.
๗. กมลชนก ภูมิชาติ,ปรีชา สามัคคี และ ลัญจกร นิลกาญจน์. รูปแบบชุมชนต้นแบบที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ. อินทนิลทักษิณสาร.๒๕๖๑,๑๓(๑):๑๑๖-๑๓๑.

พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional Care) ด้วยการจัดการสุขภาพตนเองระดับปฐมภูมิเขตอำเภอเมือง

ฐานิญา ไสภณวิทย์ มาริตา กองเกิด
ณัฐธิดา พิมพ์กมลวัต และจันทรา สุวรรณธาร

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา ใช้แนวคิดการจัดการสุขภาพตนเองเป็นกรอบในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านกลุ่มเป้าหมายเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพกลุ่มงานการพยาบาลชุมชนโรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน ๑๓ คน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวได้รับการดูแลตามปกติ ๓๐ ครอบครัว ระหว่างเมษายน-กันยายน ๒๕๖๗ และใช้รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น จำนวน ๓๐ ครอบครัว ระหว่างตุลาคม ๒๕๖๗-เมษายน ๒๕๖๘ แบ่งเป็น ๓ ระยะคือ ๑) ระยะศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน ๒) ระยะพัฒนารูปแบบการดูแลฯ ๓) ระยะการนำรูปแบบการดูแลไปใช้และประเมินผล เครื่องมือที่ใช้มี ๒ ชุด ประกอบด้วย ๑) เครื่องมือดำเนินงาน ได้แก่ ก) แนวทางการสนทนากลุ่ม ข) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านด้วยการจัดการสุขภาพตนเอง ค) แบบประเมินความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบฯไปใช้ของพยาบาล ๒) เครื่องมือบันทึกผลลัพธ์ ได้แก่ ก) แบบประเมินทักษะของผู้ดูแล ในการดูแลด้านการเคลื่อนไหวร่างกายผู้ป่วย ข) แบบประเมินการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วย ค) ความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ๓ ท่าน มีค่าความตรง = ๐.๘๙ และมีค่าความเที่ยง = ๐.๙๓ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้หลักการวิเคราะห์เนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ สถิติทดสอบ paired sample t-test

ผลการศึกษา ๑) *ระยะศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน* พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ ๕๖.๖๖ อายุเฉลี่ย ๖๑.๕๐ ปี และมีโรคประจำตัวร้อยละ ๙๐.๐๐ พบมากที่สุดคือเบาหวานและความดัน ได้รับการเยี่ยมบ้านภายใน ๗ วันหลังการจำหน่ายครอบครัวร้อยละ ๔๐.๐๐ ความถี่เฉลี่ย ๑.๑๒ ครั้งต่อราย ๒) *ระยะพัฒนารูปแบบ* โดยการสนทนากลุ่ม ๓ ครั้ง ได้รูปแบบการดูแล ๓ ขั้นตอนได้แก่ ๒.๑)ขั้นก่อนให้การดูแล มีการลงทะเบียน นัดหมายวันเวลาบริการ ๒.๒)ขณะให้การดูแลประกอบด้วย ๓ ด้าน ก) การพัฒนาความรู้ความสามารถของผู้ดูแล ข) การฝึกทักษะการจัดการของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ค) การสนับสนุนการจัดการของครอบครัวซึ่งพยาบาลวิชาชีพ ๑๓ คน ประเมินความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบฯ มีความชัดเจนร้อยละ ๖๖.๗๐ มีความสะดวกเป็นไปได้ในกาปฏิบัติจริงร้อยละ ๗๕.๐๐ มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลร้อยละ ๘๐.๓๐.๐๐ มีประโยชน์ต่อการปฏิบัติของหน่วยงานร้อยละ ๘๐.๐๐ ความพึงพอใจโดยรวมร้อยละ ๙๑.๗๐๓) *ระยะศึกษาประสิทธิผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วย* มีผู้ป่วยได้รับการดูแลจำนวน ๓๐ ราย ครอบครัวร้อยละ ๖๕.๐๐ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ความถี่เฉลี่ยของการเยี่ยมบ้าน ๔.๑๒ ครั้งต่อรายทักษะของผู้ดูแลสูงขึ้น ทั้งด้านการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (จาก ๔๑.๑๖ เป็น ๕๒.๐๐) และด้านการดูแลการเคลื่อนไหว (จาก ๔๐.๐๖ เป็น ๕๑.๘๓) ($p < ๐.๐๕$) ส่วนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไม่แตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังได้รับการดูแลตามรูปแบบ และผู้ป่วยมีค่าคะแนนเฉลี่ยการเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลงหลังการศึกษา *ข้อเสนอแนะ* กระบวนการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยสำหรับผู้ดูแลในการฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้านมีความสำคัญ โดยการใช้แนวคิดการสนับสนุนการ

จัดการตนเองและครอบครัวจากเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ การใช้เทคโนโลยีในการสื่อสารทางไกลเข้ามามีส่วนร่วมซึ่งมีผลต่อการฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะแรกเพิ่มขึ้น รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านนี้สามารถนำมาสู่การปฏิบัติจริง ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยได้ ควรมีการนำรูปแบบนี้ไปใช้อย่างต่อเนื่อง

หลักการ และเหตุผล

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease or stroke) คือภาวะที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยงทำให้สูญเสียการทำงานอย่างเฉียบพลัน เนื่องจากการตีบตันหรือแตก ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว เศรษฐกิจและสังคม องค์การอนามัยโลกรายงานพบอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกประมาณ ๑๕ ล้านคนต่อปี โดยเฉลี่ยทุก ๖ วินาทีจะมีคนเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย ๑ คน ประมาณ ๒ ใน ๓ ของผู้ป่วยโรคนี้อุบัติขึ้นในประเทศกำลังพัฒนารวมถึงประเทศไทย^๑

ในไทยพบเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ ๓ ในเพศชาย รองจากอุบัติเหตุจราจรและการบริโภคแอลกอฮอล์ และอันดับ ๒ ในเพศหญิงรองจากโรคเบาหวาน ผู้ป่วยที่รอดชีวิตนั้นพบว่าร้อยละ ๒๐.๐๐ จะหายเป็นปกติ ร้อยละ ๖๐.๐๐ ต้องการฟื้นฟูต่อเนื่อง และร้อยละ ๒๐.๐๐ มีความพิการหลงเหลืออยู่^๒ ส่งผลให้เป็นภาระครอบครัว และทราบโดยทั่วกันว่า การฟื้นฟูควรเริ่มไวที่สุดเพื่อกระตุ้นการทำงานของเซลล์สมอง ลดความรุนแรงของโรค โดย ๖ เดือนแรกเป็นช่วงเวลาทอง (golden period) ที่ร่างกายมีการฟื้นฟูได้ดีที่สุด ช่วงเริ่มต้นที่สำคัญเหมาะสมในการฟื้นฟูอย่างเข้มข้นคือ ๖-๘ สัปดาห์แรกจะหายเป็นปกติ ร้อยละ ๖๐.๐๐ ต้องการฟื้นฟู และในรายที่มีความพิการหลงเหลืออยู่โดยร้อยละ ๕๐.๐๐ จะมีความพิการอย่างรุนแรงจนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้^๓ ส่งผลต่อญาติ ครอบครัวสังคมและชุมชน^๔ ยังกระทบต่อฐานะเศรษฐกิจทำให้ขาดรายได้ พบว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาแบบผู้ป่วยนอกประมาณ ๓,๐๐๐ บาทต่อคนและต่อวันรัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างน้อยปีละ ๑๐๐,๐๐๐-๑,๐๐๐,๐๐๐ บาท^๕

โรงพยาบาลขอนแก่น เป็นโรงพยาบาลระดับ A อัตราครองเตียงสูง ในขณะที่วันนอนเฉลี่ยเพียง ๔ วัน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีระยะเวลาที่ต้องพักฟื้นที่บ้านยาวนานขึ้น ดังนั้นญาติหรือผู้ดูแลหลักจึงมีบทบาทในการดูแลและการฟื้นฟูเป็นสำคัญ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนความสามารถในกิจวัตรประจำวันหลังจำหน่าย ๖ เดือนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๖๘.๗๑^๖ ในปี ๒๕๖๔-๒๕๖๖ มีการ re-admit ร้อยละ ๖.๗๔, ๖.๘๐ และ ๗.๑๒ ตามลำดับ และปี ๒๕๖๖ การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังเกิดโรค ร้อยละ ๓.๗๑^๗

การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยควรเริ่มไวที่สุดเพื่อกระตุ้นและส่งเสริมการทำงานของเซลล์สมอง และให้ผู้ป่วยรอดชีวิตหรือลดความรุนแรงของโรค^๘ โดย ๖ ถึง ๘ สัปดาห์แรกเป็นช่วงสำคัญและเป็นช่วงเหมาะสมสำหรับการฟื้นฟูอย่างเข้มข้น และ ๖ เดือนแรกเป็นช่วงเวลาทอง (golden period) ที่ร่างกายมีการฟื้นฟูได้ดีที่สุด^๙ ปัจจุบันมีการใช้แนวคิดการจัดการตนเอง โดยเน้นให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมกับทีมสุขภาพในการดูแลตนเองร่วมกับการติดต่อสื่อสารผ่านระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ต สามารถเข้าถึงและสื่อสารกับผู้ใช้งานได้อย่าง รวดเร็ว มีอิทธิพลต่อการรับรู้ การจดจำความคิดและพฤติกรรมของผู้ใช้งานอย่างมาก^{๑๐} และพบว่าผลการเยี่ยมบ้านทั้งแบบทางไกลและแบบลงพื้นที่จริงสามารถเพิ่มระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดระดับความพิการได้ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลและติดตามผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง^{๑๑}

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านด้วยการจัดการสุขภาพตนเองในผู้ป่วยกลุ่มนี้ (Transitional Care) คือ ๓ เดือนแรกภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพเหมาะสมกับภาวะสุขภาพที่มีระดับความเจ็บป่วยที่มากและซับซ้อน ในช่วงเวลาทองของการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ภายใต้แนวทางการจัดการสุขภาพตนเองโดยใช้เทคโนโลยีการสื่อสารทางไกลในการติดตามดูแลเพื่อฟื้นฟูที่บ้าน เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน และลดการ re-admit หลังจำหน่ายกลับบ้าน ทั้งนี้เพื่อวางแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านต่อไป

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
๒. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านด้วยการจัดการสุขภาพตนเอง
๓. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการศึกษาในช่วงเดือนเมษายน ๒๕๖๗-พฤษภาคม ๒๕๖๘ แบ่งการศึกษาเป็น ๓ ระยะ (๑) ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (๒) พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยด้วยการจัดการสุขภาพตนเอง (๓) ศึกษาประสิทธิผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วย การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาลขอนแก่น เลขที่ KEF๖๗๐๐๑ ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้ทราบวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัยและสิทธิ์ สามารถเข้าร่วมหรือปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการบริการใด ๆ ที่จะได้รับ พร้อมทั้งลงนามยินยอมและขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูลวิจัยนำเสนอภาพรวม และใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ พยาบาลวิชาชีพ และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านโรงพยาบาลขอนแก่น

กลุ่มเป้าหมาย เลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่

๑. พยาบาลวิชาชีพกลุ่มงานการพยาบาลชุมชนจำนวน ๑๓ คน
๒. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวที่ได้รับการดูแลตามปกติ ๓๐ ครอบครัวระหว่าง เมษายน-กันยายน ๒๕๖๗ และใช้รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น จำนวน ๓๐ ครอบครัว ระหว่าง ตุลาคม ๒๕๖๗-เมษายน ๒๕๖๘

เกณฑ์คัดเลือกเข้า (Inclusion criteria) ใช้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจง ดังนี้

- ๑) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Brathel Index :BI) อยู่ระหว่าง ๒๕ - ๔๕ คะแนนในวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
- ๒) อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ CUP โรงพยาบาลขอนแก่น และรพ.สต. ในพื้นที่อำเภอเมืองขอนแก่น
- ๓) ผู้ป่วยและญาติยินยอมเข้ารับบริการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อฟื้นฟูสภาพต่อเนื่องที่บ้าน

เกณฑ์คัดเลือกรอก (Exclusion Criteria)

- ๑) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการรักษาในระยะประคับประคอง หรือ PC
- ๒) มีการเปลี่ยนแปลงผู้ดูแล ผู้ดูแลมีปัญหาที่ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง และไม่สามารถทำกิจกรรมการฟื้นฟูตามโปรแกรมได้ตลอดโครงการ

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย ๒ ส่วน

๑) เครื่องมือดำเนินงาน ได้แก่ ก) แนวทางการสนทนากลุ่ม ข) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านด้วยการจัดการสุขภาพตนเอง ค) แบบประเมินความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบฯ ไปใช้ของพยาบาล

๒) เครื่องมือบันทึกผลลัพธ์ ได้แก่ ก) แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย ข) แบบประเมินความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ค) แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้วิจัยใช้แบบประเมินจากวิสุณี จันทร์ศรี(๒๕๖๐) ที่ดัดแปลงมาจากแบบประเมินตามเกณฑ์ Berlin Stroke Register(BSR)ของGrube et al.(๒๐๑๓)และMartina et al.(๒๐๑๖) เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงทางเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ๓ ท่าน มีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ ๑ และมีค่าความเที่ยง ๐.๙๓

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้หลักการวิเคราะห์เนื้อหาข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบ Paired t-test

ผลการวิจัย

แบ่งเป็น ๓ ระยะ ดังนี้

๑) ระยะศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างเดือนกันยายน-เมษายน ๒๕๖๗ พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่าน ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ ๕๖.๖๒ อายุเฉลี่ย ๖๑.๕๐ ปี และมีโรคประจำตัวร้อยละ ๙๐.๐๐ พบมากที่สุดคือเบาหวานและความดัน ได้รับการเยี่ยมบ้านภายใน ๗ วันหลังการจำหน่ายครอบครัวร้อยละ ๔๐.๐๐ ความถี่เฉลี่ย ๑.๑๒ ครั้งต่อรายและกลุ่มผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วง ๕๑-๖๐ ปี และมีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยเป็นบุตรมากที่สุด

๒) ระยะพัฒนารูปแบบการดูแล ตามแนวคิดการพยาบาลสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-manage support: ๕A model)ดำเนินการโดยการสนทนากลุ่ม ๓ ครั้งได้ร่างรูปแบบการดูแล ๓ ขั้นตอน ๑)การพัฒนาความรู้ความสามารถของผู้ดูแล ๒)การฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วย ๓)การสนับสนุนการจัดการของครอบครัว(Family-management support) มี ๓ ระยะ ๓.๑)ระยะก่อนให้การดูแล มีการคัดเลือกผู้ป่วยและผู้ดูแลตามเกณฑ์และจัดเตรียมสื่อต่าง ๆ ได้แก่ ก)คู่มือความรู้เรื่องโรคและการฟื้นฟูสภาพร่างกายระยะแรก ข)แผนการสอน ค)แนวทางการบริการพยาบาลทางไกล ได้แก่(๑)แนวทางการให้บริการพยาบาลทางไกล (๒)แนวปฏิบัติการพยาบาลทางไกล (CNPG) (๓)แนวคำถามการพยาบาลทางไกลสำหรับพยาบาล ๓.๒)ระยะให้การดูแล มีการติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับการใช้เทคโนโลยี Tele-nursing๓.๓)ระยะหลังให้การดูแล เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาตามแนวคำถามทางการพยาบาลในรูปแบบ ๓A (ADL, Ambulation, Archived problem) และ D-METHOD โดยมีคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

จากนั้นนำร่างรูปแบบที่ได้มาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน ๓ ท่านได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ ๐.๘๙ จากนั้นไปทดลองใช้กับพยาบาล ๑๐ ราย และผู้ป่วย ๑๐ ราย เพื่อดูความเป็นไปได้ของการนำไปใช้และปรับแก้รูปแบบตามความเหมาะสมก่อนนำแนวปฏิบัติไปใช้จริงในหน่วยงาน พบว่าการใช้รูปแบบว่า มีประโยชน์ต่อการปฏิบัติของหน่วยงานร้อยละ ๘๐.๓๐ ความพึงพอใจโดยรวมร้อยละ ๙๑.๗๐

๓) ระยะเวลาประสิทธิผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยตุลาคม ๒๕๖๗ - เมษายน ๒๕๖๘ ผู้ป่วยที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ ๕๖.๖๖ อายุระหว่าง ๕๖-๗๐ ปีร้อยละ ๘๓.๓๓ อายุเฉลี่ย ๖๔.๑ปี (SD+๑๒.๕) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ การศึกษาระดับประถมศึกษาประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน มีอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท ภาวะแขนขาอ่อนแรง (p=๐.๕๓) การกลืนลำบาก(p=๐.๖๗) และการสื่อสารลำบาก (p=๐.๐๗) ผลการใช้รูปแบบ มีดังนี้

๓.๑.คะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลการเคลื่อนไหวร่างกายพบว่า ด้านทักษะการดูแลกิจวัตรประจำวันผู้ดูแล มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น จาก ๔๑.๑๖ (SD=๖.๖๒) เป็น ๕๒ (SD=๕.๕๐) และทักษะการดูแลการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ดูแล จาก ๔๐.๐๖ (SD=๕.๐๔) เป็น ๕๑.๘๓ (SD=๕.๓๓) (p<๐.๐๕) ดังตารางที่ ๑

ตารางที่ ๑ การเปลี่ยนแปลงของทักษะ หลังได้รับการดูแล

ตัวแปร	วันที่จำหน่าย		หลังให้การดูแล		t	p-value
	Mean	(±SD) value	Mean	(±SD) value		
ทักษะการดูแลกิจวัตรประจำวันผู้ดูแล	๔๑.๑๖	±๖.๖๒	๕๒.๐๐	±๕.๕๐	๕.๕๐	๐.๐๐๐
ทักษะการดูแลการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ดูแล	๔๐.๐๖	±๕.๐๔	๕๑.๘๓	±๕.๓๓	๖.๒๔	๐.๐๐๐

๓.๒ คะแนนเฉลี่ยการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังให้การดูแล พบว่า คะแนนการทากิจวัตรประจำวัน และคะแนนการเคลื่อนไหวร่างกายเพิ่มขึ้น โดยคะแนนเฉลี่ยการทากิจวัตรประจำวันมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น จาก ๓๒.๑๖ (SD=๑๒.๖๔) เป็น ๔๕ (SD=๑๙.๗๑) และการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วย จาก ๒๙.๕๐ (SD=๖.๙๙) เป็น ๕๒.๕๖ (SD=๑๓.๖๕) (p < ๐.๐๕) ดังตารางที่ ๒

ตารางที่ ๒ การเปลี่ยนแปลงของกิจวัตรประจำวัน และการเคลื่อนไหวหลังได้รับการดูแล

ตัวแปร	วันที่จำหน่าย		หลังให้การดูแล		t	p-value
	Mean	(±SD) value	Mean	(±SD) value		
การทากิจวัตรประจำวัน	๓๒.๑๖	±๑๒.๖๔	๔๕.๐๐	±๑๙.๗๑	๓.๕๓	๐.๐๐๑๔
การเคลื่อนไหวร่างกาย	๒๙.๕๐	±๖.๙๙	๕๒.๕๖	±๑๓.๖๕	๑๒.๕๓	๐.๐๐๐๐

๓.๓ การเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่าจากในระดับมาก ($M = 0.๗๑$ $SD = 0.๙๕$) ลดลงเป็นระดับน้อย ($M = 0.๐๒$ $SD = 0.๔๘$) และเมื่อพิจารณาภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ได้แก่ การเกิดปอดอักเสบ ๑ คน และ Re-admit ภายใน ๒๘ วัน จำนวน ๑ คน ดังตารางที่ ๓

ตารางที่ ๓ เปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนก่อนและหลังการศึกษา

ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ค่าที่เป็นไปได้	Mean (SD)	การแปลผล
การเกิดปอดอักเสบ	๑	๐-๗	๐.๐๒	ระดับน้อย
ผลกดทับ	๐		(๐.๔๘)	
Readmit ภายใน ๒๘ วัน	๑			ระดับมาก
กลุ่มผู้ป่วยที่ดูแลก่อนศึกษาวิจัย				
การเกิดปอดอักเสบ	๒	๐-๗	๐.๗๑	
ผลกดทับ	๒		(๐.๙๕)	
Readmit ภายใน ๒๘ วัน	๑			

อภิปรายผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพศชาย และเป็นผู้สูงอายุอายุ ๖๑ ปีขึ้นไปพบว่าส่วนมากมีโรคประจำตัว พบมากที่สุดคือ โรคเบาหวานและความดันสูง สอดคล้องกับปัจจัยสำคัญของการเกิดโรคหรือ Risk factor ที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าส่วนใหญ่เกิดจากจากโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นสาเหตุการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตันและกลายเป็น infarction^{๑๑} และปัจจัยที่ไม่สามารถแก้ไขได้ คืออายุ ความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น เพศชายมีความเสี่ยงสูงกว่าเพศหญิง หรือมีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน^{๑๒}

พบว่า ทักษะการดูแลการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ดูแล เพิ่มขึ้นจากระดับคล่องแคล่ว เป็นระดับชำนาญ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.005$) อาจเนื่องมาจากการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional Care) ด้วยการจัดการสุขภาพตนเอง ซึ่งมีกระบวนการพัฒนาความรู้และการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแล และมีรูปแบบการเยี่ยมบ้านทางไกลช่วยติดตามผู้ป่วยและผู้ดูแลหลังจำหน่ายกลับบ้านได้รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของวิริยภรณ์ สิงห์ทองวรรณ^{๑๓} (๒๕๖๖) การพยาบาลทางไกล สามารถเพิ่มระดับความสามารถในการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลได้ และการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการทํากิจวัตรประจำวัน ไม่แตกต่างกัน คือ อยู่ในระดับต้องพึ่งพาผู้ดูแลในระดับมากและคะแนนเฉลี่ยการเคลื่อนไหวร่างกายผู้ป่วยมีเพิ่มขึ้น จากระดับน้อยเป็นระดับมากที่สุดหลังได้รับการดูแลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.005$) การฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหวร่างกายระยะแรกโดยการกระตุ้นและส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว และการจัดการดูแลปัญหาสำคัญเฉพาะผู้ป่วยแต่ละราย การเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยจะได้ผลดี ต้องมีการกระตุ้นให้มีการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง^{๑๔} และการเกิดภาวะแทรกซ้อนในลดลงการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่พบได้แก่ การเกิดปอดอักเสบ ๑ คน และ Readmit ภายใน ๒๘ วัน จำนวน ๑ คน ในกลุ่มผู้ป่วยที่มี

ปัญหาซับซ้อนคือ มีโรคประจำตัวร่วมมากกว่า ๒ โรค ได้แก่ โรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง และมีโรคหัวใจ และโรคไตวาย

ข้อเสนอแนะ

๑) ควรมีการศึกษาและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงสื่อการเรียนการสอนที่เหมาะสมกับปัญหาความต้องการ ระดับความรุนแรงของผู้ป่วย และบริบทของที่แตกต่างกันของผู้รับบริการการพยาบาลหลังจำหน่ายเพื่อฟื้นฟูต่อเนื่องที่บ้าน

๒) ในองค์กรที่มีขนาดใหญ่ การพัฒนารูปแบบและแนวทางการเข้าถึงบริการดูแลต่อเนื่องที่บ้านหลังจำหน่าย ควรให้มีความเชื่อมโยงและการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยอย่างครอบคลุม ให้เป็นแนวทางเดียวกันหรือเชื่อมโยงกันอย่างต่อเนื่องถึงชุมชน เช่นการติดตามเยี่ยมโดยการพยาบาลทางไกล และขยายผลนำไปใช้อย่างเป็นระบบ โดยร่วมมือกับสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

เอกสารอ้างอิง

๑. สุรริักษ์มันคง, พิสมัยนพรัตน์, ณาตยาปัญญาคม. (๒๕๖๒). ผลของโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลท่าปลา. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, ๗(๑).
๒. หทัยรัตน์ ผดุงกิจ. โรคหลอดเลือดสมอง. (๒๕๖๕). สืบค้นเมื่อ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๖. จาก <https://www.kinrehab.com/news/view/๑๖๓.shorturt.at/dqwoM>
๓. ศูนย์โรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลศิริราช. (๒๕๕๙). สถานการณ์ปัจจุบันของโรคหลอดเลือดสมอง ศูนย์โรคหลอดเลือดสมอง. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. สืบค้นเมื่อ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๖. จาก https://www.si.mahidol.ac.th/siriraj_online/thai
๔. วีรวัฒน์ จิตจง. (๒๕๖๑). การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลวิเชียรบุรีจังหวัดเพชรบูรณ์. สารานุกรมสุขภาพศาสตร์ดุสิตบัณฑิต คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกริก. สืบค้นเมื่อ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๖. จาก <https://mis.kirk.ac.th/librarytext> > SAS >
๕. ปัญญา พรายอินทร์ และคณะ. (๒๕๖๕). แผนการสอนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพและครอบครัว. Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council. สืบค้นเมื่อ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๗. จาก <https://heo๒.tci-thaijo.org> > article <https://heo๒.tci-thaijo.org/index.php/tn>
๖. นงนุช เพ็ชรร่วง และคณะ. (๒๕๕๕). ศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องในศูนย์สุขภาพชุมชน. วารสารพยาบาลทหารบก, ๔(๑) สืบค้นวันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๕๖.
๗. สุขชาติ พุทธิเจริญรัตน์. (๒๕๕๔). การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านสำหรับบุคลากรสาธารณสุข (Neuroanatomy and Function of Intracranial and Extracranialvessels) : สรุปผลการอบรมระยะสั้นพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านสำหรับบุคลากรสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
๘. วิริยภรณ์ สิ่งทองวรรณ และสุพัตรา ปวนไผ่. (๒๕๖๖). ผลของการพยาบาลทางไกลต่อความสามารถของผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังจำหน่ายกลับบ้าน

โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่.สืบค้นเมื่อ ๒๐ มีนาคม ๒๕๖๖. จาก <https://www.cmneuro.go.th/TH/research/๖๖-Ful> .

๙. ข้อมูลจากกลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลขอนแก่น. (๒๕๖๖).
๑๐. สถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลขอนแก่น. (๒๕๖๖). ฐานข้อมูลจาก Data Center โรงพยาบาลขอนแก่น
๑๑. พญาไท นวมินทร์. (๒๕๖๗). รู้ทัน ๑๐ ปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เพื่อการป้องกันและรักษา. สืบค้นวันที่ ๒๔ ธันวาคม ๒๕๖๖. จาก <https://www.phyathai.com/th/article/understand>.
๑๒. Langhorne P, Bernhardt J, Kwakkel G. Stroke rehabilitation. Lancet. ๒๐๑๑; ๓๗๗(๙๗๗๘): ๑๖๙๓-๗๐๒.
๑๓. ภรณ์ทิพย์ ศรีสุข. (๒๕๖๕). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมอาหารคาร์โบไฮเดรต และส่งเสริมการออกกำลังกาย ผ่านระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒. สืบค้นเมื่อ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๖. จาก <https://heo๒.tci-thaijo.org/index.php/udhhosmj/article/view/๒๕๗๕๕>
๑๔. ศุภมาส อ่ำพล, สุพัตรา ปวนไผ่, สายนที ไทยสวัสดิ์, ภัศรา มิตตา. ผลของการดูแลผู้ป่วยระยะกลางโรคหลอดเลือดสมองโดยการเยี่ยมบ้านโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่.วารสารสาธารณสุข ล้าน; ๑๙(๒): ๔๔ สืบค้นเมื่อ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๖. จาก <https://heo๒.tci-thaijo.org/index.php/LPHJ/article/view>

R2R เพื่อความก้าวหน้า

ประสิทธิผลของการใช้ยาสมุนไพรพื้นบ้านในการกำจัดเหา ในเด็กนักเรียนหญิงชั้นประถมศึกษาปีที่ ๑ โรงเรียนอนุบาลมหาสารคาม

ธิดาภรณ์ ไส้โคก

ศสม.บ้านส่องนางใย เครือข่ายโรงพยาบาลมหาสารคาม

บทคัดย่อ

การศึกษาประสิทธิผลการใช้ยาสมุนไพรพื้นบ้านในการกำจัดเหาในเด็กนักเรียนหญิงชั้นประถมศึกษาปีที่ ๑ ในโรงเรียนอนุบาลมหาสารคามการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) โดยการวัดผลก่อนหลังเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามวิเคราะห์ผลด้วยสถิติทดสอบ Pair simple t-test

ผลการศึกษา ก่อนการทดลองใช้สมุนไพรพื้นบ้าน พบว่า มีไข่เหาร้อยละ ๒๔.๐ และพบตัวเหาร้อยละ ๗๖.๐ หลังทำการทดลองใช้สมุนไพรพื้นบ้าน พบว่า มีไข่เหาร้อยละ ๑๖.๐ และไม่พบตัวเหา ร้อยละ ๘๔.๐ ไม่มีอาการคันศีรษะร้อยละ ๙๒.๐ นอกจากนี้การเอาใจใส่ของผู้ปกครองมีส่วนสำคัญในการช่วยกระตุ้นให้เด็กนักเรียนสร้างพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองที่ถูกต้อง ทำให้มีการพบตัวเหาและไข่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p -value .๐๕ และถ้าหากดูแลสุขภาพลักษณะที่ดีอย่างต่อเนื่องจะทำให้ลดอัตราการกลับมาเป็นโรคเหาซ้ำได้ และมีความพึงพอใจในของนักเรียนในการกำจัดเหาคิดเป็นร้อยละ ๙๖.๙ ดังนั้นสมุนไพรพื้นบ้านซึ่งประกอบไปด้วย เหง้าข่า ใบสะเดา ใบน้อยหน่า ใบมะกรูด ดอกอัญชัน ยังช่วยสมานแผล และส่งผลให้เด็กนักเรียนหญิงมีอาการคันจากเหาลดลง จากผลการทดลองสมุนไพรพื้นบ้านสามารถกำจัดเหาได้ ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์เพื่อลดการใช้สารเคมีสามารถนำยาสมุนไพรพื้นบ้านดังกล่าวไปใช้กับเด็กนักเรียนระดับชั้นอื่นได้

หลักการ และเหตุผล

จากสถานการณ์ของการเป็นเหาในเด็กนักเรียนหญิงในช่วงประถมศึกษาตอนต้น จึงเป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นปัญหาทุกประเทศทั่วโลกประมาณ ๑๒ ล้านคน และสถานการณ์ยังมีแนวโน้มแพร่กระจายมากขึ้น สำหรับในประเทศไทยพบอัตราการเป็นเหาเฉลี่ยของนักเรียนหญิงทั่วประเทศเฉลี่ยร้อยละ ๔๘.๘ โดยภาคอีสานพบอัตรานักเรียนหญิงเป็นเหามากที่สุดร้อยละ ๕๗.๗^๑ เหา ยังคงเป็นปัญหาคุกคามด้านสุขภาพในเด็กนักเรียนวัยเรียนและมีแนวโน้มการแพร่กระจายเพิ่มมากขึ้น จากการข้อมูลการระบาดของโรคเหา พบว่า นักเรียนหญิงในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ ๑ เกิดโรคเหามากกว่านักเรียนหญิงระดับชั้นอื่น และจะพบในชนบทมากกว่าในเมือง พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย จากการสำรวจข้อมูลสุขภาพเด็กนักเรียนในเขตพื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง ปี ๒๕๖๒ จำนวน ๔ โรงเรียนในระดับประถมศึกษาตอนต้น สังกัดโรงพยาบาลมหาสารคาม อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม มีนักเรียนหญิงระดับชั้นประถมศึกษาตอนต้นปีที่ ๑-๓ จำนวน ๒,๖๕๑ คน พบว่า นักเรียนมีเหาร้อยละ ๒๓.๓๘ เป็นนักเรียนผู้หญิงทั้งหมด จากการตรวจสอบประวัติการได้รับยา Benzyl Benzoate จากโรงพยาบาลมหาสารคามปี พ.ศ. ๒๕๖๑ ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๑-๓ จำนวน ๖๒๐ คน และพบการกลับมาเป็นเหาซ้ำอีกครั้ง จำนวน ๓๑๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๕๑.๒๕ ซึ่งโรงเรียนในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองบ้านส่องนางใย มีจำนวนนักเรียนประจำปีการศึกษา ๒๕๖๖ มีนักเรียนทั้งหมด ๒,๗๑๕ คน ระดับชั้นประถมศึกษาตอนต้นมีจำนวน ๙๐๐ คน และในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ ๑ จำนวน ๒๙๐ เป็นนักเรียนหญิงจำนวน ๑๒๔ คนและทั้งนี้จากการบันทึกข้อมูลการตรวจสุขภาพประจำปี ๒๕๖๖ ของเด็กนักเรียนพบว่า นักเรียนหญิงระดับชั้นประถมศึกษา

ปีที่ ๑ มีความชุกของการเป็นเหาและติดต่อกันมากกว่าระดับชั้นอื่น ๆ และอีกทั้งยังไม่สามารถดูแลสุขนิสัยความสะอาดของร่างกายตนเองที่เพียงพอ จึงทำให้นักเรียนหญิงระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ ๑มีอัตราการเป็นเหามากกว่าชั้นอื่น^๒

จากการดำเนินการออกตรวจสุขภาพประจำปีนักเรียนเบื้องต้น พบว่า มีนักเรียนที่เป็นโรคเหาจำนวนมาก ทำให้เกิดการหาแนวทางการแก้ไขปัญหานักเรียนที่เป็นโรคเหา โดยใช้ยา ๒๕% benzyl benzoate พบผลข้างเคียงจากการใช้ยามีอาการแสบ คัน และมีกลิ่นเหม็น ด้วยเหตุผลนี้ทำให้ผู้วิจัยอยากนำสมุนไพรพื้นบ้านมาใช้ในการรักษาโรคเหา จึงได้ศึกษาพืชสมุนไพรที่มีสรรพคุณในการรักษาเหา เพื่อลดปัญหาจากการสารเคมีในเด็กนักเรียน และพบว่ามียี่พืชหลายชนิดที่สามารถนำมาใช้รักษาโรคเหาได้ดี^๓ เช่น ข่า รสเผ็ดร้อน ข่าพวยahi กลากเกลื้อน ใบสะเดา มีฤทธิ์ยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อแบคทีเรีย, มะกรูด มีสรรพคุณ ทำให้เส้นผมสะอาด รักษารังแค ชันนะตุ ใบน้อยหน่า มีสรรพคุณ ข่าเหา รักษาอาการกลาก เกลื้อน เป็นต้น^๔ สมุนไพรที่ได้กล่าวมาข้างต้น ล้วนเป็นสมุนไพรพื้นบ้านหาได้ง่ายในชุมชน สมุนไพรส่วนใหญ่จะออกฤทธิ์ไม่รุนแรง ผลข้างเคียงน้อย นอกจากนี้ยังเป็นการนำสมุนไพรพื้นบ้านที่มีอยู่ในพื้นที่มาประยุกต์ให้เกิดประโยชน์ แม้ว่าโรคเหาจะไม่มีอันตรายมาก แต่ก็สร้างความรำคาญ รบกวนจิตใจและการใช้ชีวิตเป็นอย่างมาก หากคันบริเวณศีรษะมากเกิดการเกาบ่อยๆ จะทำให้หนังศีรษะเป็นแผลและเกิดการติดเชื้อตามมาได้ถ้าเป็นในเด็กจะทำให้เด็กนอนหลับไม่สนิท เนื่องจากอาการคันมักจะเกิดขึ้นบ่อยในช่วงเวลากลางคืน ส่งผลให้เด็กมีพัฒนาการเจริญเติบโตการเรียนรู้ช้าลงกว่าปกติได้จากการสำรวจพบว่าเด็กนักเรียนหญิงประถมศึกษาปีที่ ๑ โรงเรียนอนุบาลมหาสารคาม จำนวน ๑๒๔ คน พบว่า มีนักเรียนที่เป็นโรคเหาทั้งหมด ๕๐ คน

เหาเกิดจากเชื้อปรสิต ชื่อวิทยาศาสตร์เรียกว่า Pediculus humanus ซึ่งอาศัยอยู่บนหนังศีรษะ เส้นผม ขนเป็นแมลงขนาด๑-๒ มิลลิเมตรตัวสีดำ ไม่มีปีก ส่วนหัวยื่นออกไปข้างหน้า มีหนวดสั้นๆ ๑ คู่ ส่วนอกไม่เห็นรอยแยกของปล้อง มีขา ๓ คู่บริเวณลำตัวมีลักษณะตัวแบนคล้ายตัวเห็บ แต่มีขนาดเล็กกว่า เป็นแมลงที่ชอบกัดและดูดเลือด เหา ๑ ตัวจะวางไข่ประมาณ ๑๕๐ ฟอง ลักษณะไข่เหาเป็นรูปร่างรีประมาณ ๐.๕-๑ มิลลิเมตร มีสีขาวขุ่นอยู่ติดกับโคนผม ไข่เหาจะฟักเป็นตัวภายใน ๗ - ๑๐ วันการติดต่อการสัมผัสโดยตรง เช่น การใช้หวีแปรงร่วมกัน การใช้หมวกร่วมกัน การใช้หมอนที่นอนร่วมกัน จากศีรษะคนหนึ่งไปที่ศีรษะอีกคนหนึ่ง เพราะฉะนั้นจึงมักพบระบาดในโรงเรียนได้บ่อยอาการที่พบเด็กที่เป็นเหาจะมีอาการคันหนังศีรษะ และเกาจนหนังศีรษะถลอก อักเสบ บางรายอาจเป็นแผลติดเชื้อได้ นอกจากนี้ยังทำให้เด็กเสียสมาธิในการเรียน การรักษา ๑. ใช้ ๒๕ เปอร์เซ็นต์ benzyl benzoate ซิลอบบนศีรษะในรูปของโลชั่นทิ้งไว้ ๑ วัน โปกผ้าทิ้ง ๒. โคนผม เป็นวิธีที่ง่ายและมีประสิทธิภาพมากที่สุด แต่เด็กจะอายุเพื่อนฝูง ๓. ใช้หวีเสียด เป็นหวีที่มีซี่ถี่มาก ใช้สาบผม ทำให้ทั้งตัวเหาและไข่เหา ติดกับหวีออกมาได้ ๔. ใช้สมุนไพร เช่น ใบหรือเมล็ดน้อยหน่า ตำแล้วคั้นกับน้ำหรือน้ำมัน ซิลอบผมให้ทั่วศีรษะ ทิ้งไว้ ๓-๔ ชั่วโมง

เพื่อลดการใช้สารเคมีในเด็กนักเรียน การใช้สมุนไพรเป็นวิธีที่ปลอดภัย ประกอบด้วย ข่า รสเผ็ดร้อน ข่าพวยahi กลากเกลื้อน ใบน้อยหน่า มีสรรพคุณ ข่าเหา รักษาอาการกลาก เกลื้อน ใบสะเดา มีฤทธิ์ยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อแบคทีเรีย ลูกมะกรูด ทำให้เส้นผมสะอาด รักษารังแค ชันนะตุ และดอกอัญชัน ช่วยบำรุงเส้นผมและหนังศีรษะ^๕ สมุนไพรที่ได้กล่าวมาข้างต้น ล้วนเป็นสมุนไพรพื้นบ้านหาได้ง่ายในชุมชน สมุนไพรส่วนใหญ่จะออกฤทธิ์ไม่รุนแรง ผลข้างเคียงน้อย

จงรัก ชูเทียน, ประชุมพร เล่าห์ประเสริฐ และอภิวัฏ ธวัชสิน (๒๕๕๔)^๔ ประสิทธิภาพของขมิ้นชัน ชิง ข่า และกระชาย ในการกำจัดเหาตัวเต็มวัย ภายในเวลา ๘ ชั่วโมง ด้วยวิธี Contact Method ทดลองซ้ำ พบว่า ระดับความเข้มข้น ๓๐ เปอร์เซ็นต์สารสกัดหยาบจากข่า ให้ผลดีที่สุดในกำจัดเหา โดยทำให้เหาตายร้อยละ ๑๐๐.๐ (หลังการสัมผัส ๘ ชั่วโมง) และจากการศึกษาของปณณทัต ต้นธนปัญญากร และคณะ (๒๕๖๒)^๖ ประสิทธิภาพของการใช้สารสกัดสมุนไพรกำจัดเหาในนักเรียนชั้นประถมศึกษา โรงเรียนวัดมงคลรัตน์ จังหวัดปทุมธานี พบว่า ประสิทธิภาพของสารสกัดสมุนไพรจากใบสะเดาผสมใบยอและใบพลู มีประสิทธิภาพในการกำจัดเหาสูงกว่าสารสกัดสมุนไพรจากใบน้อยหน้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

จากการทบทวนวรรณกรรมและการศึกษาการใช้ยาสมุนไพรฆ่าเหาดังกล่าว งานแพทย์แผนไทยศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองบ้านส่องนางใยร่วมกับโรงเรียนอนุบาลมหาสารคาม ได้เล็งเห็นความสำคัญของการรักษาโรคเหาในนักเรียน พร้อมกับลดการใช้สารเคมี จึงมีแนวคิดในการพัฒนายาสมุนไพรพื้นบ้านในชุมชน คือ เหง้าข่า ใบน้อยหน้า ใบสะเดา ลูกมะกรูด และดอกอัญชัน มาทำเป็นยารักษาโรคเหา

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสิทธิภาพการใช้ยาสมุนไพรพื้นบ้านในการกำจัดเหาในนักเรียนหญิงชั้นประถมศึกษาปีที่ ๑ ในโรงเรียนอนุบาลมหาสารคาม

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) โดยการวัดผลก่อนและหลังกลุ่มตัวอย่างจำนวน ๕๐ คน และเก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างเดือนสิงหาคม - พฤศจิกายน ๒๕๖๗ สถิติที่ใช้ในการศึกษานี้ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติทดสอบ (Paired-Simple T Test) การวิจัยครั้งนี้ได้ขอรับการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลมหาสารคาม รหัสโครงการวิจัย MSKH_REC ๖๖-๐๑-๐๙๔ ออกให้เมื่อวันที่ ๑๑ กันยายน ๒๕๖๗

การดำเนินการ/การสร้างนวัตกรรมมีดังนี้

- ๑) นำเหง้าข่า ๒ กิโลกรัม, ใบสะเดา ๑ กิโลกรัม, ใบน้อยหน้า ๑ กิโลกรัม, ผลมะกรูด ๒๐ ลูก, ดอกอัญชัน ๓๐ ดอก มาปั่นรวมกัน และเติมน้ำสะอาด ๔ ลิตร แล้วหมักทิ้งไว้ ๑ คืน
- ๒) หลังจากหมักทิ้งไว้ ๑ คืน กรองเอากากออก แล้วนำเอาน้ำยาสมุนไพรใส่ขวดสเปรย์นำไปใช้ได้กำจัดเหา
- ๓) ทดสอบการแพ้ยาสมุนไพรในเด็กนักเรียน โดยใช้ยากำจัดเหาทาบริเวณท้องแขนของเด็กนักเรียนเป็นเวลา ๑๕ - ๒๐ นาที เมื่อพบว่าไม่มีอาการแพ้ จึงดำเนินการกำจัดเหา
- ๔) นำยาสมุนไพรกำจัดเหา ปริมาณ ๓๕๐ ml ฉีดให้ทั่วบริเวณศีรษะทิ้งไว้ ๒ ชั่วโมงหลังจากนั้นอีก ๑ ชั่วโมง ฉีดยาสมุนไพรกำจัดเหาอีกรอบ แล้วล้างออกด้วยน้ำสะอาด บันทึกข้อมูลและเก็บรวบรวมข้อมูล สังเกตผลข้างเคียงจากยาสมุนไพรกำจัดเหา
- ๕) นัดหมาย ๓) วันหลังจากฉีดครั้งที่ ๑ ในการตรวจเหาครั้งที่ ๒ บันทึกข้อมูล และเก็บรวบรวมข้อมูล สอบถามผลข้างเคียงจากยาสมุนไพรกำจัดเหา

๖) ติดตามการใช้ยาสมุนไพรกำจัดเหา โดยการตรวจเหาครั้งที่ ๓ และบันทึกผลการตรวจเหา และเก็บรวบรวมข้อมูลผลจากการใช้ยาสมุนไพรกำจัดเหาในโรงเรียน

๗) นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ และสรุปผล และข้อเสนอแนะจากคุณครู และผู้ปกครอง

ผลการวิจัย

จากการศึกษาข้อมูลทั่วไป พบว่า นักเรียนชั้นประถมศึกษาหญิง มีอายุเฉลี่ย ๖.๐ ปี และส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับญาติ ร้อยละ ๗๒.๐ นอนร่วมห้องกับผู้ปกครองร้อยละ ๘๔.๐ อาชีพผู้ปกครองผู้ดูแลนักเรียนส่วนใหญ่ ร้อยละ ๕๔.๐

ภายหลังการทดลอง พบว่าก่อนการทดลองใช้สมุนไพรพื้นบ้าน พบว่า มีเหา ร้อยละ ๒๔.๐ และพบตัวเหาร้อยละ ๗๖.๐ หลังทำการทดลองใช้สมุนไพรพื้นบ้าน พบว่า มีเหา ร้อยละ ๑๒.๐ และไม่พบตัวเหา ร้อยละ ๘๔.๐ ไม่มีอาการคันศีรษะ ร้อยละ ๙๒.๐ กลุ่มตัวอย่างเด็กนักเรียนหญิงมีสุขลักษณะที่ดีในการดูแลสุขภาพของตนเอง จะเห็นได้ว่าการรักษาความสะอาดของเล็บ ความสะอาดของร่างกายทั่วไปและเสื้อผ้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p -value (๐.๐๔๕, ๐.๐๑๙ และ ๐.๐๔๑) ตามลำดับ การดูแลเอาใจใส่ของผู้ปกครองมีส่วนสำคัญในการช่วยกระตุ้นให้เด็กนักเรียนสร้างพฤติกรรมสุขภาพของตนเองที่ถูกต้องทำให้ในการตรวจสอบสุขภาพเด็กนักเรียนกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนและร้อยละในการพบตัวเหาและไข่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p -value.๐๕ และถ้าหากเด็กนักเรียนมีการดูแลสุขภาพลักษณะของตนเองที่ดีและอย่างต่อเนื่องจะสามารถทำให้เด็กนักเรียนกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวสามารถลดอัตราการกลับมาเป็นโรคเหาซ้ำได้ และนอกจากนี้สูตรยาสมุนไพรพื้นบ้านที่ใช้ในการกำจัดเหาในครั้งนี้ซึ่งประกอบไปด้วย เหน้ข้า ใบสะเดา ใบน้อยหน่า ใบมะกรูด ดอกอัญชัน ยังสามารถช่วยสมานแผลที่เกิดจากตัวเหาได้ ส่งผลให้เด็กนักเรียนหญิงกลุ่มตัวอย่างมีอาการคันจากเหาลดลง และนักเรียนมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุดของยาสมุนไพรพื้นบ้านที่ใช้ในการกำจัดเหาคิดเป็นร้อยละ ๙๖.๙ คุณครูประจำชั้น ๙๖.๒ และผู้ปกครอง ๙๕.๘ ตามลำดับ

การนำผลงานไปใช้ประโยชน์และคุณค่าของนวัตกรรม

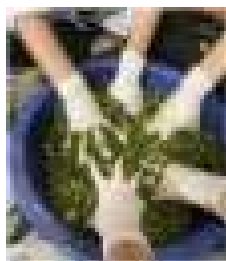
จัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้เรื่องโรคเหา การดูแลสุขภาพของตนเองให้ถูกสุขลักษณะ วิธีการป้องกันเหา และการใช้ยาสมุนไพรพื้นบ้านกำจัดเหา และสามารถพัฒนาเครือข่ายในการดูแลสุขภาพเด็กนักเรียน โดยมีการจัดอบรมแกนนำ อ.ย.น้อย ในโรงเรียนเทศบาลบ้านแมต อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

เอกสารอ้างอิง

๑. วัชรพงษ์ เรือนคำ, นงคริ์รักษ์ สงวนกิจรุ่งนภา, และพัชรา ก้อยชูสกุล. (๒๕๕๙). *แนวปฏิบัติที่ดีในการป้องกันและควบคุมโรคเหาในโรงเรียนนางแลในจังหวัดเชียงราย*. วารสารวิจัยเพื่อพัฒนาชุมชน (มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์) มหาวิทยาลัยนเรศวร, ๙(๑), ๑๗๓ - ๑๘๔.
๒. เกษฎาภรณ์ แสนวัง และคณะ.(๒๕๖๔). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกลับเป็นซ้ำของโรคเหาในเด็กนักเรียนหญิงประถมศึกษาตอนต้นจังหวัดมหาสารคาม*. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ๑๔(๑), ๘๐-๘๙.

๓. มยุรา สุณย์วีระ. (๒๕๓๙).การป้องกันกำจัดเหา (*Pediculus capitis*) โดยใช้พืชสมุนไพรและน้ำมันพืช. การประชุมทางวิชาการมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ครั้งที่ ๓๔ สาขาพืชประมง: กรุงเทพฯ.
๔. รุ่งระวี เต็มศิริฤกษ์กุล. (๒๕๕๔).องค์ความรู้จากงานวิจัยสมุนไพรไทย๑๐ ชนิด กระจายตำ กวาวเครือขาว ขมิ้นชัน ขิง บัวบก พริกไทย ใพล ฟ้าทะลายโจร มะขามป้อม มะระขี้นก. บริษัท ๒๑ เซ็นจูรี จำกัด: กรุงเทพมหานคร.
๕. จงรัก ชูเทียน และคณะ.(๒๕๕๔).ประสิทธิผลของขมิ้นชันขิงข่า และชายในการกำจัดเหา.วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.๔(๓), ๔๑- ๔๙.
๖. ปิณณฑิต ตันธนปัญญากร และคณะ. (๒๕๖๒).ประสิทธิภาพของสารสกัดสมุนไพรกำจัดเหาของนักเรียนชั้นประถมศึกษาในโรงเรียนวัดมงคลรัตน์ จังหวัดประทุมธานี.วารสารการพยาบาลและการศึกษา, ๑๒(๔), ๑๐๔ - ๑๒๐.

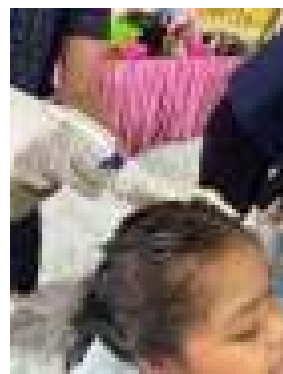
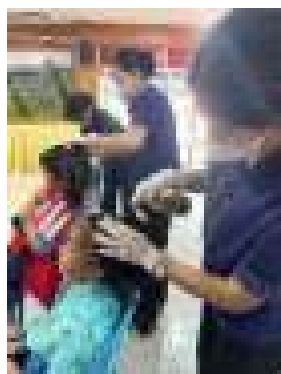
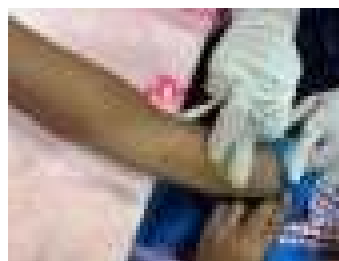
๑๐.รูปภาพประกอบ



ขั้นตอนการเตรียมยากำจัดเหา



การทดสอบการแพ้ยาสมุนไพร



ขั้นตอนการดำเนินการ

ประสิทธิผลของการพัฒนาระบบการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนเบาหวานที่ตา เขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

อัจฉรา สุจาจริง
โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเป็นการวิจัย Interventional studies nonrandomized interrupted time design with hysterical data collection วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนาระบบการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนเบาหวานที่ตา เขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ได้แก่ การคัดระดับน้ำตาลในเลือด การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ตา และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับและไม่ได้รับการดูแลจากการพัฒนาระบบการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนเบาหวานที่ตา โดยวัดผลก่อน-หลังการได้รับการดูแลจากการพัฒนาระบบการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนเบาหวานที่ตา เขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย และระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลจากการพัฒนาระบบการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนเบาหวานที่ตา กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนที่ตา เขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย จำนวน ๙๖ คน แบ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับและไม่ได้รับการพัฒนาระบบการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนเบาหวานที่ตา เขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย กลุ่มละ ๔๘คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการพัฒนาระบบการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนเบาหวานที่ตา เขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงรายโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแลโรคเรื้อรัง Chronic care model (Wagner, ๑๙๙๙) เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความตระหนักในพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนเบาหวานที่ตาและกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามระบบปกติ เป็นระยะเวลา ๑๒ สัปดาห์ หลังจากนั้นเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งสองกลุ่ม การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบ Chi-Square test, Paired t test และ Independent t test

ผลการวิจัยภายหลังการดูแลจากการพัฒนาระบบการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนเบาหวานที่ตา พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.0001$ และค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการบริโภค พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ตา และพฤติกรรมสุขภาพรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.001$ ในกลุ่มทดลองไม่พบผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนเบาหวานที่ตา แต่ไม่แตกต่างทางสถิติ $p = 0.056$ จากผลการวิจัยการพัฒนาระบบการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนเบาหวานที่ตา เขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงรายช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมและสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ประโยชน์จากการวิจัยทำให้มีแนวทางในการดำเนินงานการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนเบาหวานที่ตาที่เป็นมาตรฐาน สำหรับการดูแลและให้การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ตาในผู้ป่วยเบาหวานได้

หลักการและเหตุผล

ภาวะเบาหวานเข้าตา (Diabetic retinopathy) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบมากถึงร้อยละ ๓๑.๔ (Tuttagnon, ๒๐๑๔; วสุ ศุภรัตน์สิทธิ, ๒๕๖๔) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ตาบอดได้ และพบเป็นอันดับ ๒ รองจากโรคต้อและกลไกการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ลักษณะค่อยเป็นค่อยไปทำให้

ผู้ที่เป็นเบาหวานและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี จะมีอาการจอประสาทตาเสื่อมลงอย่างช้าๆ ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ จะไม่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตทันที แต่ทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยลดลง จากการตาบอดสูญเสีย การมองเห็น ปัจจุบันภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตายังไม่มียาที่ป้องกันการเกิดได้ ผู้ป่วยต้องมีการควบคุมระดับ น้ำตาล และระดับความดันโลหิตสูงให้อยู่ในระดับปกติ และผู้ป่วยตรวจจอประสาทตาต่อเนื่องทุกปี จากสถิติ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ในปี พ.ศ ๒๕๖๗ พบผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานที่ตา ร้อยละ ๒๓.๓๒ (งานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิฯ รพชร, ๒๕๖๗) ภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานที่ตาระยะรุนแรง จำนวน ๗ ราย ซึ่งผู้ป่วยพบว่าไม่เคยเข้ารับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนที่ตา ซึ่งพบว่าการให้ความรู้และคำแนะนำ ไม่ครอบคลุมในเรื่องของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเบาหวานที่ตา ยังมีผู้ป่วยเบาหวานจำนวนหนึ่งที่ไม่ทราบต้อง เข้ารับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนเบาหวานที่ตาอย่างน้อยปีละครั้ง ในปี พ.ศ ๒๕๖๗ อัตราการคัดกรองจอ ประสาทตาในผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ ๔๘.๑๐ซึ่งไม่ผ่านเกณฑ์ ทั้งนี้การป้องกันภาวะเบาหวานเข้าตา ผู้ป่วยต้องมีการควบคุมระดับน้ำตาล และระดับความดันโลหิตสูงให้อยู่ในระดับปกติ และมีการตรวจจอประสาทตาตรวจ ต่อเนื่องทุกปี (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, ๒๕๖๖) หากพบผลผิดปกติควรได้รับการส่งต่อรักษาได้อย่าง ทันที

ผู้ศึกษาในฐานะผู้รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานได้ตระหนักถึงการป้องกัน และการควบคุมดูแลรักษา ให้ถูกต้อง รวมทั้งการจัดเครือข่ายบริการและสนับสนุนให้สอดคล้องกับสภาพปัญหา เพื่อแก้ไขและปรับปรุงระบบ การคัดกรองให้ดีขึ้น และเพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เบื้องต้นพบว่าผู้ป่วยขาดความรู้และความ ตระหนักของการรับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนที่ตา มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้ไม่สามารถ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ผู้ศึกษาจึงได้พัฒนาและทำการศึกษาประสิทธิผลการพัฒนาระบบการคัดกรอง ภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานที่ตา เครือข่ายอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแลโรค เรื้อรัง Chronic care model (Wagner,๑๙๙๙)ประกอบด้วย ๖ ขั้นตอน ได้แก่ ๑) การจัดระบบบริการสุขภาพ ๒) สนับสนุนการจัดการตนเอง ๓) สนับสนุนการตัดสินใจ จัดทำแนวทาง ๔) การปรับและเชื่อมโยงระบบบริการ ๕) ระบบสารสนเทศทางคลินิก และ๖) การสนับสนุนทรัพยากรโดยชุมชนมีส่วนร่วม เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานและผู้มี ส่วนเกี่ยวข้อง ได้พัฒนาความรู้ ความเข้าใจ และมีการปฏิบัติที่เหมาะสมในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานมาก ยิ่งขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานที่ตาที่อาจเกิดขึ้น ลดการสูญเสียการมองเห็นในผู้ป่วยโรคเบาหวาน และ ก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีต่อผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนาระบบการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนเบาหวานที่ตา เขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ในด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย และระดับน้ำตาลในเลือด

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษา Interventional studies nonrandomized interrupted time design with hysterical data collection ประชากรคือผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนที่ตา เขตอำเภอ เมือง จังหวัดเชียงรายกลุ่มตัวอย่างการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์จากการศึกษาของอ ลิสา รัฐวงษา (๒๕๖๓) ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการคัดกรองจอประสาทตาเพิ่มขึ้นร้อยละ ๓๕.๗๙ เป็นร้อยละ

๖๘.๑๐ กำหนด power ที่ ๘๐เปอร์เซ็นต์ significanceที่ ๐.๐๕ (two-sided) สัดส่วน ๑:๑ ได้กลุ่มตัวอย่าง ๙๖ ราย กลุ่มละ ๔๘ รายโดยการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายตั้งแต่เดือน มกราคม ๒๕๖๘ ถึง เมษายน ๒๕๖๘เครื่องมือที่ใช้ ๑) แนวทางการพัฒนาระบบการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนเบาหวานที่ตา เขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแลโรคเรื้อรัง (Wagner,๑๙๙๙) ตรวจสอบเนื้อหาและความถูกต้อง ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา CVI =๑.๐๐ ๒) แบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการ ทบทวนวรรณกรรมและประยุกต์ใช้แบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของตนเองในกลุ่มผู้ป่วย โรคเบาหวาน (โรงพยาบาลแม่เหียะ, ๒๕๖๐) ประกอบด้วย ๔ ด้านได้แก่ ด้านการบริโภค ด้านการออกกำลังกาย ด้านการใช้ยา และการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะเบาหวานที่ตา ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's Alpha Coefficient= ๐.๘๔ วิเคราะห์ข้อมูลการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired Sample T-Test, independent T-test, Exact probability dependent T-testการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ EC CRH ๐๐๘/๖๘

วิธีการวิจัย กลุ่มทดลองจะได้รับการดูแลจากการพัฒนาระบบการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนเบาหวานที่ตา เขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย๖ ขั้นตอน ได้แก่ ๑) การจัดระบบบริการสุขภาพ ปรับการให้บริการในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล จะได้รับการนัดหมายตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนที่ตา ผ่านทางระบบ appoint โรงพยาบาล โดยมีการออกหน่วยการคัดกรองจอบประสาทตาสัญจรซึ่งสามารถทราบผลได้ทันที ๒) สนับสนุนการ จัดการตนเอง จัดกิจกรรมให้ความรู้รายกลุ่มและรายบุคคลการให้ความรู้และการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วยทั้งในรูปแบบรายกลุ่มและรายบุคคล ติดตามผู้ป่วยด้วยการทำ tele-nursing ทุก ๑ เดือน ๓) จัดทำ แนวทางปฏิบัติการตรวจคัดกรอง คู่มือแนวปฏิบัติทางการป้องกันภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตาในผู้ป่วย เบาหวาน ๔) การปรับและเชื่อมโยงระบบบริการ ระบบให้คำปรึกษากับจักษุแพทย์และพยาบาล การติดตามดูแล ผู้ป่วยต่อเนื่องหลังส่งต่อรักษา ๕) ระบบสารสนเทศทางคลินิก พัฒนาการความสมบูรณ์บันทึกข้อมูล การเข้าถึง ข้อมูลได้อย่างทันทั่วทั้ง การรายงานผลทาง dash board และ๖) การสนับสนุนทรัพยากรโดยชุมชนมีส่วนร่วม ประชาสัมพันธ์กลุ่มเป้าหมายการมีส่วนร่วมของอสม โดยมีการแจ้งการนัดหมาย และติดตามผู้ป่วยเบาหวานเพื่อ เข้ารับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนที่ตาด้วยการตรวจจอบประสาทตา ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลและ การดูแลตามระบบปกติ โดยผู้ป่วยตรวจระดับน้ำตาลในเลือดทุก ๑ เดือน เมื่อครบ ๑๒ สัปดาห์ มีการประเมิน พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการรับประทานยา พฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ตาโดยการตอบแบบสอบถาม

ผลการวิจัย:

ตารางที่ ๑ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนหลังการวิจัย

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n=๔๘)		กลุ่มควบคุม (n=๔๘)		p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	
ก่อนการวิจัย					
ค่าระดับน้ำตาลในเลือด	๑๖๒.๘๕	๒๘.๙๖	๑๖๓.๓๓	๒๘.๓๓	๐.๙๓๔๙
หลังดำเนินวิจัย					

ตารางที่ ๒ เปรียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานระหว่างก่อนและหลังได้รับการดูแลจากการพัฒนาระบบการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนเบาหวานที่ตา เขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

หัวข้อ	ก่อนการวิจัย		หลังการวิจัย		P-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	
กลุ่มควบคุม					
พฤติกรรมด้านการบริโภค	๒.๑๒	๐.๑๗	๒.๑๙	๐.๑๙	๐.๐๒๒๓
พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย	๒.๑๐	๐.๒๗	๒.๐๗	๐.๓๐	๐.๓๕๗๘
พฤติกรรมด้านการรับประทานยา	๒.๑๕	๐.๒๕	๒.๑๗	๐.๔๔	๐.๗๑๗๓
พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ตา	๒.๓๔	๐.๔๓	๒.๔๓	๐.๔๐	๐.๐๔๓๓
พฤติกรรมสุขภาพรวม	๒.๑๘	๐.๑๗	๒.๒๒	๐.๒๔	๐.๑๒๘๒
กลุ่มทดลอง					
พฤติกรรมด้านการบริโภค	๒.๑๔	๐.๑๘	๒.๖๐	๐.๓๓	๐.๐๐๐
พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย	๒.๐๕	๐.๒๙	๒.๑๕	๐.๓๔	๐.๐๙๓๑
พฤติกรรมด้านการรับประทานยา	๒.๒๙	๐.๒๔	๒.๕๐	๐.๕๑	๐.๐๑๐๔
พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ตา	๑.๘๐	๐.๔๖	๒.๗๑	๐.๓๑	๐.๐๐๐
พฤติกรรมสุขภาพรวม	๒.๐๗	๐.๑๗	๒.๕๐	๐.๒๙	๐.๐๐๐

ตารางที่ ๓ ผลการตรวจจอบประสาทตาผู้ป่วยเบาหวานหลังได้รับการดูแลจากการพัฒนาระบบการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนเบาหวานที่ตา เขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

หัวข้อ	กลุ่มทดลอง (n=๔๘)		กลุ่มควบคุม (n=๔๘)		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ไม่มีเบาหวานขึ้นจอประสาทตา	๔๘	๑๐๐	๔๓	๘๙.๕๘	
เบาหวานเข้าจอประสาทตาระยะเริ่มแรก	๐	๐	๔	๘.๓๓	
เบาหวานเข้าจอประสาทตาระยะกลาง	๐	๐	๑	๒.๐๘	๐.๐๕๖

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่าอัตราการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนเบาหวานที่ตาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๓๒.๒๓ เป็น ร้อยละ ๓๘.๔๐ และค่าระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเท่ากับ ๑๖๒.๕ mg/dL (SD=๒๗.๔๗) และ ๑๓๕.๖๙ mg/dL (SD=๓๔.๒๗) ในกลุ่มทดลองมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลงมากกว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=๐.๐๐๐๑$) ก่อนและหลังการวิจัยในกลุ่มทดลองพบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการบริโภค ๒.๑๔ (SD=๐.๑๘) และ ๒.๖๐ (SD=๐.๓๓) พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ตา ๑.๘๐ (SD=๐.๔๖) และ ๒.๗๑ (SD=๐.๓๑) และพฤติกรรมสุขภาพรวมเพิ่มขึ้น ๒.๐๗ (SD=๐.๑๗) และ ๒.๕๐ (SD=๐.๒๙) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p<๐.๐๐๑$) และในกลุ่มทดลองไม่พบผู้ป่วยที่มีเบาหวานขึ้นจอประสาทตาซึ่งไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p=๐.๐๕๖$) เนื่องจากระบบการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนเบาหวานที่ตาที่

พัฒนาขึ้นได้นำแนวความคิดของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมาใช้โดยเฉพาะการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โดยมีการจัดกิจกรรมให้ความรู้รายกลุ่มและรายบุคคลการให้ความรู้ ร่วมกับการกำหนดเป้าหมายการเลือกรับประทานอาหาร สัดส่วน และพลังงานต่อวันในแต่ละบุคคล เป้าหมายการควบคุม ได้แก่ ค่าน้ำตาลในเลือด ค่าความดันโลหิต ค่าไขมันในเลือดตลอดจนการควบคุมน้ำหนัก ติดตามผู้ป่วยด้วยการทำ tele-nursing เป็นช่องทางสื่อสารกับผู้ป่วย ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนเบาหวานที่ตา ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี การสังเกตเห็นความผิดปกติที่ตาได้รวดเร็ว และให้ความสำคัญกับการตรวจคัดกรองจอประสาทตาประจำปีป้องกันการเกิดตาบอดจากเบาหวานเข้าตา และมีการศึกษาที่พบว่าการใช้แนวคิดการดูแลโรคเรื้อรังช่วยลดน้ำตาลในเลือดและป้องกันเบาหวานขึ้นตาเพราะช่วยสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยมีความรู้และความสามารถในการดูแลตนเอง มีทีมสหวิชาชีพติดตามอย่างใกล้ชิด มีระบบเตือนการนัดหมายเพื่อรับการตรวจจอประสาทตา และมีแนวทางการดูแลที่เป็นระบบและต่อเนื่อง (ศิริประภา สิทธิพานิช และคณะ, ๒๕๖๕; อลิสา รั้ววงษา, ๒๕๖๓; Goh et al., ๒๐๒๒)

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาพัฒนาระบบการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนเบาหวานที่ตา เป็นบริการตามมาตรฐาน และสามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ตาในผู้ป่วยเบาหวาน ช่วยทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของตนเองที่ถูกต้อง และส่งผลให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสมลดลงอยู่ในเกณฑ์ และควรมีการขยายผลการนำไปปรับใช้ในการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนเบาหวานที่ตาในพื้นที่อื่น ๆ โดยมีประยุক্তিให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

ข้อเสนอแนะสำหรับกรวิจัยในครั้งต่อไป ควรมีการทำการศึกษาวิจัยติดตามผลระยะยาว ระบบการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนเบาหวานที่ตา เขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ต่อพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือด ระยะเวลา ๑ ปี เพื่อดูความต่อเนื่องและยั่งยืนของการจัดการและการดูแลตนเองพฤติกรรมป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ตา และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

เอกสารอ้างอิง

๑. งานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและสนับสนุนเครือข่าย กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. (๒๕๖๗). รายงานผลการคัดกรองการตรวจจอประสาทตาในผู้ป่วยเบาหวาน.
๒. วสุ ศุภรัตน์สิทธิ. (๒๕๖๔). ภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตา (Diabetic retinopathy) [อินเทอร์เน็ท]. สืบค้นเมื่อ ๑๑ พฤษภาคม ๒๕๖๗, จาก <https://pharmacy.mahidol.ac.th/th/knowledge/article/๕๕๓> สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (๒๕๖๖). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน. ศรีเมืองการพิมพ์.
๓. อลิสา รั้ววงษา. (๒๕๖๓). การพัฒนารูปแบบการคัดกรองภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตา.วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, ๕(๒), ๘๖-๙๔.
๔. ศิริประภา สิทธิพานิช, จิราภรณ์ ขอสุข, กายูจนา ไชยมาตย์, & มาตี ชันสัมฤทธิ์. (๒๕๖๕). ประสิทธิภาพของการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิกหมอครอบครัวย่อย.โสธรเวชสาร, ๒๔(๒), ๓๖-๔๘.

๕. Goh, S. L., Lai, P. S. M., & Lee, Y. K. (๒๐๒๒). Effectiveness of the chronic care model for adults with type ๒ diabetes in primary care: A systematic review and meta-analysis. *Systematic Reviews*, ๑๑(๑), ๑-๑๔. <https://doi.org/10.1098/sres.2021.010101>.
๖. Tuttagorn, A. (๒๐๑๔). Prevalence of diabetic retinopathy in Health center ๔๑ Bangkok. *Journal of Public Health*, ๔๔(๒), ๑๒๔-๑๓๒
๗. Wagner, E. H., Austin, B. T., Davis, C., et al. (๒๐๐๑). Improving chronic illness care: Translating evidence into action. *Health Affairs*, ๒๐(๖), ๖๔-๗๘.

วิจัยประกวด

ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดเพื่อมุ่งเป้าสู่ โรคเบาหวานระยะสงบ (Diabetes Remission) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองอุดรดิตถ์ ๑ จังหวัดอุดรดิตถ์

จากรวรรณ แป้นน้อย และจิรัฐเศรษฐ์ เปลี่ยนทัศน
โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเองโดยใช้ข้อมูลที่เป็นจริงเพื่อเป็นแรงขับเคลื่อนในการปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตจริงของแต่ละบุคคล โดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย/ครอบครัวและทีมสุขภาพ ตามแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด ร่วมกับแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน และมีการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่องผ่านระบบ Telemedicine พุดคุย สอบถาม ให้คำแนะนำทางโทรศัพท์ ลดการเดินทางมาโรงพยาบาลและลดระยะเวลาการรอคอย ส่งผลให้ผู้เป็นเบาหวานเข้าใจถึงความสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเองเพื่อลดความรุนแรงและความเสี่ยงของโรค การจัดทำรูปแบบการจัดการโรคเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ (Diabetes Remission) จึงเป็นสิ่งสำคัญ

ผู้วิจัยเห็นความจำเป็นของการศึกษาความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จึงทำการศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดเพื่อมุ่งเป้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองอุดรดิตถ์ ๑ จังหวัดอุดรดิตถ์ ซึ่งจากการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการรักษาที่คลินิก DM remission ร้อยละ ๘๒.๖๕ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทิศทางที่ดีขึ้น ซึ่งส่งผลให้ปัจจัยทางด้านร่างกายของกลุ่มตัวอย่างที่สัมพันธ์กับโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ อันได้แก่ น้ำหนักร่างกาย รอบเอว และระดับน้ำตาลกลูโคสอย่างชัดเจน พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ ๒๘.๕๗ สามารถหยุดใช้ยารักษาเบาหวานได้ และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ ๕๗.๑๔ สามารถลดปริมาณการใช้ยารักษาได้ จากสถิติดังกล่าว แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มของพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นของกลุ่มตัวอย่าง ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างก้าวเข้าสู่ระยะสงบของโรคเบาหวานได้มากขึ้น อันนำไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพที่ดีขึ้นให้กับผู้ป่วยโรคเบาหวาน จากความร่วมมือของผู้ป่วย ครอบครัวและคณะผู้เกี่ยวข้องในการดำเนินโครงการนี้ ผู้วิจัยจึงได้เสนอให้มีการดำเนินโครงการดังกล่าว เพื่อขยายผลในกลุ่มเป้าหมายที่กว้างขึ้น ในพื้นที่ รพ.สต.เครือข่าย และนำไปประยุกต์ใช้กับการรักษากลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆอีกด้วย

หลักการและเหตุผล

โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก โรคเบาหวานเป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (non-communication diseases: NCDs) ที่พบได้บ่อยและเป็นปัญหาสำคัญของระบบสาธารณสุขของแต่ละประเทศ โดยเป็นสาเหตุการเสียชีวิตหนึ่งในห้าของการเสียชีวิตทั้งหมด จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นทุกปี เนื่องจากวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป และพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพสถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลกพบว่ามีประชากรโลกป่วยเป็นโรคเบาหวานเกือบ ๑๗๐ ล้านคน ซึ่งแปลว่าในประชากรทั่วไป ๑๑ คน จะป่วยด้วยโรคเบาหวาน ๑ คน อีกทั้งมีอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ ๓๗ ของผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมด

ในประเทศไทยมีผู้ป่วยเบาหวานสูงถึง ๔.๔ ล้านคน โดยมีจำนวนผู้ป่วยมากเป็นอันดับที่ ๔ รองจากจีน อินเดีย ญี่ปุ่น (International Diabetes Federation, ๒๐๑๗: อ้างถึงใน อติศักดิ์ หวานใจ และคณะ, ๒๕๖๖) ปัจจุบันประเทศไทยมีความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีความชุกร้อยละ ๙.๕ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ และมีผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่กว่า ๓๐๐,๐๐๐ รายต่อปี (ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย, ๒๕๖๕)

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อเปรียบเทียบความรู้โรคเบาหวานก่อนกับหลังใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองอุดรดิตถ์ ๑ จังหวัดอุดรดิตถ์
๒. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนกับหลังใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองอุดรดิตถ์ ๑ จังหวัดอุดรดิตถ์
๓. เพื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดก่อนกับหลังใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองอุดรดิตถ์ ๑ จังหวัดอุดรดิตถ์

วิธีการดำเนินงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบ ๑ กลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Quasi-Experimental Research design: One group pretest-posttest design)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ของราชวิทยาลัยแพทย์ศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย (ราชวิทยาลัยแพทย์ศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย, ๒๕๖๕)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน ๑ ชุด จำแนกเป็น ๔ ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ ๑ สอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ส่วนที่ ๒ ทดสอบความรู้โรคเบาหวานประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน ๑๕ ข้อ

ส่วนที่ ๓ สอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน ๒๐ ข้อ

ส่วนที่ ๔ บันทึกข้อมูลระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย ได้แก่ ค่า FBS และค่า HbA_{1c}

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน ๓ ท่าน

เครื่องวัดระดับน้ำตาลในเลือด ผ่านการตรวจสอบโดยช่างผู้ชำนาญ จากศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ ปีละ ๑ ครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน ๓ ท่าน แก้ไขปรับปรุงด้านภาษาและเนื้อหาให้ตรงตามความเห็นที่สอดคล้องกันของผู้ทรงคุณวุฒิ พร้อมทั้งนำมาคำนวณหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Index of item objection consistency: IOC) โดยค่าที่ยอมรับได้ คือ >๐.๕๐ ขึ้นไป และนำมาตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ภายหลังโครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์ COA No.๐๐๘/๒๕๖๘ ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวาน ในคลินิกเบาหวาน ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองอุดรดิตถ์ ๒ จำนวน ๑๐ คน และคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น โดยใช้สูตร ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เพื่อพิจารณาค่าที่ยอมรับได้ (Polit & Hungler, ๑๙๙๙)

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ขั้นเตรียมการ ผู้วิจัยเตรียมการทดลองและเตรียมความพร้อมการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

๑. เขียนโครงการวิจัย นำโครงการวิจัยเสนอขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์

๒. นำเสนอโครงการวิจัยต่อหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองอุดรดิตถ์ ๑ เพื่อดำเนินการวิจัยและขอ อนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล

๓. ชี้แจงวัตถุประสงค์ ความสำคัญ และแนวทางปฏิบัติในโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด ถ่ายทอดขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การตรวจสอบคุณภาพของข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกข้อมูล ให้แก่พยาบาลที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองอุดรดิตถ์ ๑ ในการประชุมประจำเดือนของหน่วยงาน เพื่อทำ ความเข้าใจที่ตรงกัน พร้อมสอบถามและตอบข้อสงสัย

ขั้นดำเนินการในกลุ่มทดลอง อธิบายโครงการวิจัยและขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่าง อธิบายความเป็นมา วัตถุประสงค์รายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์จากการเข้าร่วมวิจัยตลอดจนการคุ้มครองสิทธิ มนุษยชนของกลุ่มตัวอย่าง

ครั้งที่ ๑ วันแรกพบผู้ป่วย

๑. ประเมินสภาวะผู้ป่วยเบื้องต้น

๒. สร้างความสัมพันธ์ที่ดี ให้ข้อมูลและตั้งเป้าหมายการรักษาจากการตัดสินใจร่วมกัน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วย ตระหนักถึงปัญหาและเหตุผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อนการให้ความรู้

๓. การสื่อสารสร้างแรงจูงใจ โดยใช้การสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivation interview) โดย เน้นจุดสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงปัญหาและแนวทางในการจัดการปัญหา

๔. ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตนเองไปสู่พฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้

๕. ให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนอาหารและการออกกำลังกาย เพื่อให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ อย่างต่อเนื่องยั่งยืนและปลอดภัย

ครั้งที่ ๒ (ติดตาม ๒ สัปดาห์แรก) และครั้งที่ ๓ (ติดตาม ๑ เดือน)

๑. พบแพทย์ วางแผนการรักษา ปรับยาลดระดับน้ำตาลในเลือด

๒. การทำกิจกรรมกลุ่มพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การรับประทานอาหารและการปรับเปลี่ยน พฤติกรรม การอดอาหารเป็นช่วงเวลา

๓. สร้างทักษะเพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและสนับสนุนพฤติกรรมดำเนินชีวิต เพื่อ ป้องกันและควบคุมเบาหวานและการสร้างเสริมสุขภาพ สนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วม

ครั้งที่ ๔ (ติดตาม ๒ เดือน)

๑. การติดตามทางโทรศัพท์โดยเจ้าหน้าที่ หลังจากการมารักษาแต่ละครั้งในช่วง ๒ เดือนแรก
 ๒. การลงเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านโดยทีมสหวิชาชีพ เพื่อกำกับติดตามผู้เป็นเบาหวานที่ชัดเจนและต่อเนื่องตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยเสริมพลังในการดูแลตนเองที่บ้าน และการนัดตรวจตามนัด
- ขั้นประเมินผล* ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย ดังรายละเอียดต่อไปนี้
๑. ประเมินโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด
 ๒. ประเมินผลลัพธ์การควบคุมโรคเบาหวาน จากการติดตามน้ำหนัก รอบเอวระดับความดันโลหิต และภาวะซีมีเคร้า ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลการติดตามอาการอื่นๆ
 ๓. เปรียบเทียบความรู้โรคเบาหวาน และพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างก่อนกับหลังใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒
 ๔. เปรียบเทียบผลลัพธ์การควบคุมโรคเบาหวานระหว่างก่อนกับหลังใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง/คำนวณขนาดตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่เข้ารับบริการ ณ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองอุดรดิตถ์ ๑ จังหวัดอุดรดิตถ์ ในเดือนตุลาคม ๒๕๖๗ ถึงเดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๖๘

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่เข้ารับบริการ ณ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองอุดรดิตถ์ ๑ จังหวัดอุดรดิตถ์ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน ๒๕๖๘ ถึงเดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๖๘ จำนวน ๓๐ คนซึ่งได้มาจากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

๑. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ได้รับการวินิจฉัยมาแล้วไม่เกิน ๖ ปี ในกรณีที่เกิน ๖ ปี ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์ผู้ดูแลรักษาผู้เป็นเบาหวาน
๒. เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (ระดับน้ำตาลในเลือด ๒ ครั้งสุดท้ายที่มารักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองอุดรดิตถ์ ๑ มากกว่า ๑๔๐ mg/dl)
๓. มีภาวะอ้วน (ดัชนีมวลกายมากกว่า ๒๕ กิโลกรัม/ตารางเมตร)
๔. สม่ครใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ด้วยการลงนาม

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

๑. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่มีโรคร่วมรุนแรง และมีภาวะทางการแพทย์ที่ไม่เหมาะสมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด เช่น โรคไตเรื้อรังที่มี eGFR <๓๐ มิลลิลิตร/นาที/๑.๗๓๒ ตารางเมตร โรคหัวใจล้มเหลวรุนแรงหรืออาการไม่คงที่ โรคหัวใจขาดเลือดใน ๖ เดือน
๒. ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยก่อนอายุ ๓๐ ปี และไม่มีลักษณะของโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ชัดเจนหรือมีประวัติโรคเบาหวานในครอบครัวเด่น
๓. ผู้ป่วยเบาหวานในผู้ใหญ่ที่อาจเป็นโรคเบาหวานชนิด latent autoimmune diabetes in adults (LADA)
๔. ผู้ป่วยเบาหวานในเด็กและวัยรุ่นที่อายุน้อยกว่า ๑๘ ปี
๕. ผู้ป่วยเบาหวานที่ตั้งครรภ์

๖. มีอาการเจ็บป่วยที่รุนแรงหรือเสียชีวิตระหว่างการวิจัย
๗. ผู้ป่วยขอยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

๑. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
๒. วิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและวิเคราะห์เปรียบเทียบก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ โดยใช้สถิติ Pair-t-test
๓. วิเคราะห์ผลการทดสอบความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและวิเคราะห์เปรียบเทียบก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ โดยใช้สถิติ Pair-t-test
๔. วิเคราะห์ผลการควบคุมโรคเบาหวาน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เปรียบเทียบก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ โดยใช้สถิติ Pair-t-test

ผลการวิจัย

๑. เพื่อเปรียบเทียบความรู้โรคเบาหวานก่อนกับหลังใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองอุดรดิตถ์ ๑ จังหวัดอุดรดิตถ์ผลคือก่อนเข้าโครงการมีความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ร้อยละ ๑๔.๒๙ หลังเข้าร่วมโครงการ มีความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ร้อยละ ๘๕.๗๑
๒. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนกับหลังใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองอุดรดิตถ์ ๑ จังหวัดอุดรดิตถ์ผลคือกลุ่มตัวอย่างได้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกาย จำนวน ๑๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๘๕.๗๑ และมีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกายจำนวน ๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๔.๒๙
๓. เพื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดก่อนกับหลังใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองอุดรดิตถ์ ๑ จังหวัดอุดรดิตถ์ผลคือกลุ่มตัวอย่างร้อยละ ๘๕.๗๑ มีระดับน้ำตาลลดลง หลังเข้าร่วมโครงการ และมีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ ๑๔.๒๙ ระดับน้ำตาลคงเดิม ไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่ระดับน้ำตาลเพิ่มขึ้น ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการในครั้งนี้ สามารถหยุดยาได้ จำนวน ๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๘.๕๗ สามารถลดยาได้จำนวน ๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๕๗.๑๔ และมีกลุ่มตัวอย่างที่รับยาคงเดิม จำนวน ๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๔.๒๙

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดเพื่อมุ่งเป้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ (Diabetes Remission) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองอุดรดิตถ์ ๑ จังหวัดอุดรดิตถ์ พบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในคลินิก DM remission จำนวนทั้งหมด ๑๔ คนนั้น มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและออกกำลังกายทั้งสิ้น ๑๒ คน โดยคิดเป็นร้อยละ ๘๕.๗๑ ซึ่งมีผลมาจากกระบวนการเรียนรู้ด้วยตนเองและการมีส่วนร่วมในการออกแบบวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนที่ต่อเนื่องอีกทั้งยังสามารถ

ต่อยอดขยายผลรูปแบบไปยังกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังประเภทอื่น ๆ ด้วยเช่นกันจากการถอดบทเรียนพบว่า สิ่งสำคัญที่จะนำไปสู่การบรรลุผลสำเร็จในการวิจัยในครั้งนี้คือ ทักษะคิดของคณะต่อแนวคิดและมุมมองเรื่องโรคเบาหวานระยะสงบที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมากกว่าการรักษาด้วยยา โดยเป้าหมายของการรักษาคือการไม่ใช้ยาหรือการหยุดยา ทั้งในระดับบริหารและระดับปฏิบัติการ ที่จะนำไปสู่การสนับสนุนและวางแผนพัฒนาด้วยกระบวนการเรียนรู้ เพื่อเสริมพลังและสร้างคุณค่าให้กับคนทำงาน รวมถึงการพัฒนาและปรับปรุงกลไกของการทำงานร่วมกัน

เอกสารอ้างอิง

๑. กองควบคุมโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (๒๕๖๖). *แนวทางการดำเนินงานการดูแลผู้เป็นเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ (Remission service)*. สืบค้น ๑๕ ตุลาคม ๒๕๖๗ จาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/๑๕๑๗๗๒๐๒๔๐๑๐๕๐๔๒๑๓๘.pdf>
๒. จิรภัค สุวรรณเจริญ. (๒๕๖๔). การศึกษาพฤติกรรมทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานตำบลหนองแวง อำเภอดอนจาน จังหวัดสระแก้ว. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัด เพชรบุรี*. ๔ (๒).
๓. ณัฐภัสสร เต็มขุนทด และประสิทธิ์ สิวพัฒนภัทร. (๒๕๖๐). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเบาหวานต่อระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒. *วารสารการพยาบาล*. ๑๙ (๑)
๔. นฤมล พระใหญ่ และคณะ. (๒๕๖๔). การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ: บทความพินพิวิชาการ. *Thai Journal of Clinical Psychology*. ๕๒ (๑)
๕. เทิดศักดิ์ เดชคง. (๒๕๖๐). ประสิทธิภาพการสนทนาสร้างแรงจูงใจต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในฮีโมโกลบินเอวันซี ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ควบคุมได้ไม่ดี. *วารสารโรคและภัยสุขภาพสำนักงาน ป้องกันควบคุมโรคที่ ๓ จังหวัดนครสวรรค์*. ๑๔ (๒) สืบค้น ตุลาคม ๑๕, ๒๕๖๗ จาก <https://heo๑.tci-thaijo.org/article/download/pdf>.
๖. พงษ์รัตน์ ไกรพรหม. (๒๕๖๗). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ไม่พึ่งอินซูลินที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสมบูรณ์ อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ. สืบค้น ธันวาคม ๒, ๒๕๖๗ จาก <https://bkpho.moph.go.th/ssjweb/bkresearch/require/files/post-doc/๒๐๒๓๑๒๒๑๑๒๑๘๔๗.pdf>
๗. พิชัย. แสงชาญชัย. (๒๕๖๗). *การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ. โรงพยาบาลชัยภูมิรักษ์ขอนแก่น*. สืบค้น ตุลาคม ๑๕, ๒๕๖๗ : จาก <https://www.tyrkk.go.th/center/media/kunena/attachments/๕๘๓/MotivationalInterviewing.pdf>.
๘. มยุรี เทียงสกุล และสมคิด ปานประเสริฐ. (๒๕๖๒). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. ๒๘ (๔) สืบค้น ตุลาคม ๑๕, ๒๕๖๗ จาก <file:///C:/Users/USER/Downloads/๗๗๕๖-Article%๒๐Text-๑๐๖๓๘-๑-๑๐-๒๐๑๙๐๘๑๕.pdf>
๙. ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย. (๒๕๖๕). *แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข*. สืบค้น ตุลาคม ๑๕, ๒๕๖๗ จาก https://drive.google.com/file/d/๑_pooxEPbFFvH๖lR๕DR๓tNjk๙q๑/view

๑๐. อติศักดิ์ หวานใจ และคณะ. (๒๕๖๖). ความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชุมชน
หนองทรายอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา. การประชุมหาดใหญ่วิชาการระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่
๑๒. สืบค้น ตุลาคม ๑๕, ๒๕๖๗ : จาก[https://www.hu.ac.
th/conference/conference๒๐๒๑/Proceeding/doc/.pdf](https://www.hu.ac.th/conference/conference๒๐๒๑/Proceeding/doc/.pdf)

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพใน ๗ สัปดาห์ ของประชาชนที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน อำเภอเมือง จังหวัดยะลา

อิตายาตี วาเงาะ
โรงพยาบาลยะลา

บทคัดย่อ

ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญนำมาซึ่งความเสี่ยงกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NDCs) ต่างๆ การส่งเสริมสุขภาพที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็นเร่งด่วนเพื่อป้องกันการเกิดโรคของประชาชนในอนาคตได้ การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพใน ๗ สัปดาห์ของประชาชนที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนอำเภอเมือง จังหวัดยะลา จำนวน ๗๐ คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง และทำการสุ่มอย่างง่าย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมควบคุมน้ำหนักคือประชาชนมีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน การสุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน ๓๕ คน ให้ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน ๓๕ คน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบริการปกติ จำนวน ๓๕ คน เครื่องมือที่ใช้เป็นโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพใน ๗ สัปดาห์ของประชาชนที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบประเมินความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ แบบบันทึกพฤติกรรม ๓๐๒ส. และแบบบันทึกผลการชั่งน้ำหนักและวัดรอบเอว วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติทดสอบ Paired Sample t-test และ Independent t-test

ผลการศึกษาพบว่าหลังทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) มีน้ำหนักตัวและรอบเอวเฉลี่ยลดลงต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้และพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) มีการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักและรอบเอวลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) โดยกลุ่มทดลองลดน้ำหนักเฉลี่ย ๑.๘๒ กก. รอบเอวลดลง ๕.๕ ซม. แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพใน ๗ สัปดาห์ของประชาชนที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ดีขึ้นได้และนำไปสู่การควบคุมน้ำหนักให้ลดลงได้ จึงควรนำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นไปผนวกกับบริการสุขภาพในคลินิกไร้พุง (DPAC) ของโรงพยาบาลหรือนโยบายการส่งเสริมสุขภาพประชาชนที่มีโรคอ้วนหรือภาวะน้ำหนักเกินต่อไป

หลักการ และเหตุผล

ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก องค์การอนามัยโลก (WHO, ๒๐๒๔) รายงานว่าในปี ๒๐๒๒ ประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลกกว่า ๒.๕ พันล้านคน มีน้ำหนักเกินโดยในจำนวนนี้ ๘๙๐ ล้านคนเป็นโรคอ้วน และมากกว่า ๔ ล้านคน เสียชีวิตจากการที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน โดยพบว่าคนที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนมีอัตราการตายสูงกว่าคนที่มือน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์^๑ สำหรับประเทศไทยข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุข (HDC)^๒ ปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๖ พบว่าผู้ใหญ่วัยทำงานเป็นโรคอ้วนร้อยละ ๔๕.๖, ๔๖.๒, ๔๖.๖, และเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นร้อยละ ๔๘.๓๕ ตามลำดับ โดยภาคใต้พบประชากร

ไทยอ้วนเป็นอันดับสาม ร้อยละ ๕๐.๘ รองจากภาคเหนือ ร้อยละ ๕๑.๘ และกรุงเทพฯมากที่สุด ร้อยละ ๕๖.๔ สำหรับจังหวัดยะลา ปี ๒๕๖๖ พบผู้ใหญ่วัยทำงานมีโรคอ้วนและน้ำหนักเกิน ร้อยละ ๓๓.๙๙ ซึ่งถูกจัดเป็นอันดับที่ ๑๐ ของประเทศไทยที่พบประชากรไทยอ้วนมากที่สุด^๓

โรคอ้วนและภาวะน้ำหนักเกินนำมาซึ่งความเสี่ยงกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงไขมันในเลือดสูง โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ส่วนใหญ่มีสาเหตุจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น^๔ ดังนั้นการป้องกันหรือลดโรคไม่ติดต่อเหล่านี้ จำเป็นที่จะต้องจัดการแก้ไขที่สาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงหลัก คือพฤติกรรมเสี่ยงดังกล่าว จากสำรวจพฤติกรรมกรรมการบริโภคของคนไทยโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี ๒๕๕๖ และ ๒๕๖๐ พบว่า คนไทยบริโภคอาหารรสหวานเพิ่มขึ้น จากร้อยละ ๑๑.๒ เป็นร้อยละ ๑๔.๒ และบริโภคเค็มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๑๓.๐ เป็นร้อยละ ๑๓.๘ ส่วนพฤติกรรมการออกกำลังกาย จากผลการสำรวจการมีกิจกรรมทางกายของคนไทย^๕พบว่า ประชากรไทยที่มีกิจกรรมทางกายเพียงพอ (อย่างน้อย ๑๕๐ นาทีต่อสัปดาห์) มีแนวโน้มลดลงในปีพ.ศ. ๒๕๖๕ เมื่อเปรียบเทียบกับปี พ.ศ.๒๕๖๔ โดยลดลงจากร้อยละ ๗๓.๔๔ เป็นร้อยละ ๖๓.๓๓ โดยมีกิจกรรมทางกายลดลงจากเดิมร้อยละ ๑๐.๑๑ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาและดำเนินมาตรการแก้ไขโรคอ้วนและภาวะน้ำหนักเกินโดยการส่งเสริมสุขภาพที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีลดอ้วนลดโรค^๔ จากการทบทวนวรรณกรรมแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน(๑๙๙๓)^๕เป็นแนวคิดในการจัดกิจกรรมเพื่อให้ประชาชนมีการดูแลสุขภาพของตนเอง ทำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเสี่ยงก่อนที่จะเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กลายเป็นผู้ป่วยโดยการสนับสนุนและส่งเสริมความสามารถให้เกิดการร่วมคิด วิเคราะห์และตัดสินใจในการตอบสนองความต้องการของตนเอง ส่วนมากจะใช้ในกลุ่มป่วย มีการศึกษาน้อยที่เป็นโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการลดน้ำหนัก ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีแนวคิดที่จะจัดทำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพบูรณาการกับขั้นตอนจาก ๗ สัปดาห์หรือรู้สุขภาพดีของกระทรวงสาธารณสุข กิจกรรมส่งเสริมให้บุคคลเกิดวินัย ใส่ใจในสุขภาพ ส่งการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้นเหมาะสมและปฏิบัติในระยะยาว นำไปสู่การลดอัตราการป่วยรายใหม่โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพใน ๗ สัปดาห์ของประชาชนที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน อำเภอเมือง จังหวัดยะลา

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบ ๒ กลุ่ม เปรียบเทียบวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Quasi-Experimental Research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพใน ๗ สัปดาห์ของประชาชนที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลาโดยได้เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ ๓๕ คน เครื่องมือที่ใช้เป็นโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพใน ๗ สัปดาห์ของประชาชนที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบประเมินความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ แบบบันทึกพฤติกรรม ๓๐๒ส. และแบบ

บันทึกผลการชั่งน้ำหนักและวัดรอบเอว วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมาน ได้แก่ การทดสอบค่าที่ Paired Sample t-test, Independent t-test

การวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา เอกสารรับรองเลขที่ ๑๗/๒๕๖๗

ผลการวิจัย

ตารางที่ ๑ แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ น้ำหนัก และรอบเอวก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลอง (n=๓๕)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	P-value
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.		
คะแนนความรู้โรคอ้วนและภาวะน้ำหนักเกิน	๑๐.๖๙	๒.๕๑	๑๗.๙๔	๑.๗๓	-๒๑.๒๕	< ๐.๐๐๑*
คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ	๔๖.๙๑	๑๒.๖๐	๗๐.๒๖	๘.๑	-๑๐.๕๔	< ๐.๐๐๑*
น้ำหนัก (กิโลกรัม)	๖๖.๘๒	๙.๒๑	๖๔.๙๙	๙.๑๔	๖.๒๓	< ๐.๐๐๑*
รอบเอว (เซนติเมตร)	๙๓.๖๓	๘.๔๕	๘๘.๑๑	๘.๐๙	๗.๙๔	< ๐.๐๐๑*

Paired t-test, *p < ๐.๐๑

จากตารางพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยพบว่าการเข้าโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เท่ากับ ๑๐.๖๙ ในขณะที่หลังเข้าโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นเท่ากับ ๑๗.๙๔ (p < ๐.๐๑)

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยพบว่าการเข้าโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเท่ากับ ๔๖.๙๑ ในขณะที่หลังเข้าโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นเท่ากับ ๗๐.๒๖ (p < ๐.๐๑)

น้ำหนักและรอบเอวของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยพบว่าการเข้าโปรแกรมกลุ่มทดลองมีน้ำหนักเฉลี่ยเท่ากับ ๖๖.๘๒ กิโลกรัม ในขณะที่หลังเข้าโปรแกรมกลุ่มทดลองมีน้ำหนักเฉลี่ยลดลงเท่ากับ ๖๔.๙๙ กิโลกรัม (p < ๐.๐๑) ส่วนรอบเอวเฉลี่ยเท่ากับ ๙๓.๖๓ เซนติเมตร ในขณะที่หลังเข้าโปรแกรมกลุ่มทดลองมีรอบเอวเฉลี่ยลดลงเท่ากับ ๘๘.๑๑ เซนติเมตร (p < ๐.๐๑)

ตารางที่ ๒ แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ น้ำหนักและรอบเอวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	P-value
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.		
ความรู้	๑๗.๙๔	๑.๗๓	๑๔.๑๑	๑.๙๑	๘.๗๙๖	๐.๐๐๑*
พฤติกรรมสุขภาพ	๗๐.๒๕	๘.๑๔	๖๕.๑๐	๖.๔๖	๒.๙๐๙	๐.๐๐๕**
น้ำหนัก(กิโลกรัม)	๖๔.๙๙	๙.๑	๖๗.๒๘	๑๔.๒๕	-๐.๘๐๒	.๔๒๖
รอบเอว(เซนติเมตร)	๘๘.๑๑	๘.๐๙	๙๒.๒๔	๑๐.๙๖	-๑.๘๔๔	.๐๗๐

Independent T-test, *p < ๐.๐๑, **p < ๐.๐๕

จากตารางที่ ๒ กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้และพฤติกรรมสุขภาพต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยคะแนนเฉลี่ยของความรู้หลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ๑๗.๙๔ คะแนน กลุ่มควบคุม ๑๔.๑๑ คะแนน ($p < 0.001$) พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลอง ๗๐.๒๕ คะแนน และกลุ่มควบคุม ๖๕.๑๐ ($p < 0.05$) ส่วนน้ำหนักและรอบเอวของทั้งสองกลุ่มใกล้เคียงกัน

ส่วนผลการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักและรอบเอวหลังทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองผลการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักและรอบเอวดีกว่ากลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองลดน้ำหนักและรอบเอวได้ร้อยละ ๗๔.๓ และร้อยละ ๙๗.๑ ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมลดน้ำหนักได้ ร้อยละ ๓๑.๔ และร้อยละ ๓๔.๓ ตามลำดับ

ตารางที่ ๔ แสดงผลการเปรียบเทียบผลของค่าเฉลี่ยน้ำหนักและรอบเอวที่เปลี่ยนแปลงก่อนและหลังเข้าโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	P-value
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.		
น้ำหนัก(กิโลกรัม)	-๑.๘๒	๑.๗๓	+๐.๕๘	๒.๒๘	๔.๙๖	๐.๐๐๑*
รอบเอว(เซนติเมตร)	-๕.๕	๔.๑๑	+๑.๒๑	๓.๙๘	๖.๙๕	๐.๐๐๑*

Independent T-test, * $p < 0.001$, ** $p < 0.05$

จากตารางที่ ๔ กลุ่มทดลองมีเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าเมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลัง ได้แก่ ค่าน้ำหนัก ลดลงเฉลี่ย ๑.๘๒ กก. รอบเอวลดลงเฉลี่ย ๕.๕ ซม. ($p < 0.001$) ส่วนกลุ่มควบคุมมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลัง พบว่าน้ำหนักเพิ่มขึ้นเฉลี่ย ๐.๕๘ กก. รอบเอวเพิ่มขึ้นเฉลี่ย ๑.๒๑ ซม.

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ น้ำหนัก และรอบเอวก่อนและหลังการทดลองพบว่าหลังเข้าโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของวรดา ทองสุก (๒๕๖๓) พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุม และสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ค่า BMI หลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มี BMI ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สอดคล้องกับอุไรวรรณ พานทองและคณะ (๒๕๕๙) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับ HbA๑C และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้พบว่าคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมดูแลตนเองหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองและค่าดัชนีมวลกายหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ สอดคล้องกับ Dian K.Dewi (๒๐๒๒) ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยแบบมีศูนย์กลางที่ตัวผู้ป่วยโดยใช้แนวคิดการเสริมพลังตนเอง สำหรับนักศึกษาที่มีภาวะอ้วนในการบริการระดับปฐมภูมิ มหาวิทยาลัยอินโดนีเซีย พบว่านักศึกษาที่มีการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายรวมและพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ($P < 0.05$)

เอกสารอ้างอิง

๑. World Health Organization Obesity and overweight.เข้าถึงเมื่อ ๒ กันยายน ๒๕๖๖, จาก <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
๒. กระทรวงสาธารณสุข. (n.d.). ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center : HDC). เข้าถึงเมื่อ ๑๕ มกราคม ๒๕๖๗ จาก <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=๓๒๔๗๐&deptcode=brc>
๓. กระทรวงสาธารณสุข (n.d.) ระบบคลังข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดยะลา. สืบค้นเมื่อ ๑๘ มกราคม ๒๕๖๗ จาก https://ylo.moph.go.th/chronic/rep_nutri_bmi๓.php
๔. World Health Organization. (๒๕๖๗). โรคไม่ติดต่อ (Noncommunicable diseases). สืบค้นเมื่อ ๑๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗, จาก <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
๕. กรมอนามัย. (๒๕๖๖). สถานการณ์ปัญหาสุขภาพประชากรและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับประชากรวัยทำงาน. สืบค้นเมื่อ ๑๘ มกราคม ๒๕๖๗. จาก <https://dopah.anamai.moph.go.th/web-upload/๘x๖b๒๖๖๐๐๑f๖๘๕๖๘๒๗๔๖๘๔๑๙fdd๖๐๗๑/tinymce/KPI๒๕๖๔/KPI๑๓๘/๒๕๖๔๐๑๑๓๘๑๑.pdf?utm>
๖. วรดา ทองสุก. (๒๕๖๓). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกายและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้.เข้าถึงเมื่อ ๑๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘ <https://nuir.lib.nu.ac.th/dspace/handle/๑๒๓๔๕๖๗๘๙/๑๕๒๐>
๗. อุไรวรรณ พานทอง, และคณะ. (๒๕๕๙). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับ HbA๑C ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒. เข้าถึงเมื่อ ๒๘ มกราคม ๒๕๖๘. จาก <https://he๐๒.tcithaijo.org/index.php/RDHSJ/article/view/๒๖๔๕๐๗>
๘. Dewi, D. K. (๒๐๒๒). ประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วยแบบมีศูนย์กลางที่ตัวผู้ป่วยโดยใช้แนวคิดการเสริมพลังตนเองสำหรับนักศึกษาที่มีภาวะอ้วนในการบริการระดับปฐมภูมิ [เข้าถึงเมื่อ ๒๘ มกราคม ๒๕๖๗]. จาก URL;<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/๓๖๘๔๓๘๖๓/>

ผลของการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อระดับความรู้ พฤติกรรม และความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

อนุชิต ชุมคง และ ปารีชาติ ธนากุลรังษี
ศูนย์สุขภาพชุมชนพณิชยศาสตร์สร้างสุข

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยเปรียบเทียบระดับความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ตามเกณฑ์ และมีอายุไม่เกิน ๗๕ ปี ในพื้นที่รับผิดชอบศูนย์สุขภาพชุมชนพณิชยศาสตร์สร้างสุข จำนวน ๒๗ คน เข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ระยะเวลา ๑๒ สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ Paired t test

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ ๖๖.๖๗ อายุมากกว่า ๖๕ ปี ร้อยละ ๗๐.๓๗ สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ ๖๖.๖๗ ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ ๘๑.๔๘ ส่วนใหญ่อยู่บ้าน/ไม่มีอาชีพ ร้อยละ ๕๕.๕๖ ระยะเวลาในการเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า ๕ ปี ร้อยละ ๖๖.๖๗

คะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับต่ำ ($M=๑๑.๐๗, SD=๒.๐๖$) และหลังเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับสูง ($M=๑๗.๑๑, SD=๒.๕๘$) คะแนนเฉลี่ยความรู้หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < ๐.๐๑$)

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับมาก ($M=๓.๖๐, SD=๐.๒๙$) และหลังเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับมาก ($M=๔.๒๖, SD=๐.๓๔$) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < ๐.๐๑$)

ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตทั้ง ๒ ค่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < ๐.๐๑$)

คำสำคัญ : โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

หลักการ และเหตุผล

สถานการณ์สังคมโลกได้กลายเป็นสังคมสูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๙ และในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ โลกมีประชากรสูงอายุมากถึง ๙๖๒ ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ ๑๓ ของประชากรโลกทั้งหมด ปัจจุบันอาเซียนได้เข้าสู่สังคมสูงอายุแล้ว โดยมีสิงคโปร์เป็นประเทศที่สูงวัยเร็วที่สุดในอาเซียน โดยมีผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ ๒๑ และเป็นประเทศเดียวในอาเซียนที่กลายเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ประเทศไทยมีสัดส่วนประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปสูงขึ้นไปถึงร้อยละ ๒๐ นับเป็นประเด็นท้าทายต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทยด้านปัญหาสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุคือการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ โดยโรคเรื้อรัง ๕ อันดับแรกที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ คือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หลอดเลือดหัวใจ โรคอ้วนลงพุง และโรคข้อเสื่อมซึ่งเป็นผลจากพฤติกรรมตั้งแต่ก่อนวัยสูงอายุเช่น การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น

โรคความดันโลหิตสูง เป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญที่ทำให้ประชากรทั่วโลกตายก่อนวัยอันควร และเป็นปัญหาที่กำลังมีความรุนแรงมากขึ้น ซึ่งภาวะความดันโลหิตสูงจะไม่มีสัญญาณเตือนหรืออาการแสดงให้เห็น แม้โรคความดันโลหิตสูงจะไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถควบคุมไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน หรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนให้ช้าลงได้ หากควบคุมความดันให้ปกติ การควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ช่วยลดอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมองได้ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การควบคุมโรคความดันโลหิตสูงยังไม่ได้ตามเกณฑ์ซึ่งอาจเกิดจากในปัจจุบันส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมดำเนินชีวิตและการดูแลรักษาตนเอง รวมไปถึงการดูแลรักษาจากบุคลากรสาธารณสุข ในรูปแบบการดูแลตามมาตรฐานยังไม่เหมาะสมเท่าที่ควร อีกทั้งโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรสาธารณสุขสามารถปฏิบัติที่ถูกต้องและมีความต่อเนื่อง เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรืออาการกำเริบเฉียบพลันที่รุนแรง

จากรายงานข้อมูล Health Data Center (HDC) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา ปีพ.ศ. ๒๕๖๔-๒๕๖๖ ในเขตอำเภอเมืองสงขลามีจำนวนประชากรสูงอายุ ร้อยละ ๑๖.๘๕, ๑๗.๗๐ และ ๑๘.๒๗ ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับที่สูงกว่าภาพรวมของประเทศและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จากการสูงวัยของประชากรที่เพิ่มขึ้นส่งผลกระทบอย่างมากต่อวิถีชีวิตและความเป็นอยู่ของผู้นั้นทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ การเสื่อมถอยของร่างกาย อวัยวะต่างๆ สูญเสียหน้าที่ เป็นเหตุนำมาซึ่งความเจ็บป่วยและความผิดปกติด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น ในปี พ.ศ. ๒๕๖๔-๒๕๖๖ เขตตำบลบ่อทราย มีจำนวนประชากรสูงอายุ ร้อยละ ๑๖.๓๖, ๑๗.๖๕ และ ๑๘.๑๒ ตามลำดับ ส่วนพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนพาณิชย์สร้างสุข ปี พ.ศ.๒๕๖๔ - ๒๕๖๖ พบจำนวนผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน ๕๖๕, ๕๙๖, ๖๒๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๔๙.๓๐, ๔๙.๑๗ และ ๕๐ ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด และสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตสูงได้ตามเกณฑ์ ร้อยละ ๓๗.๙๓, ๓๑.๒๔ และ ๓๖.๐๒ และพบภาวะแทรกซ้อนโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน ๒, ๒ และ ๓ ราย ตามลำดับ

จากข้อมูลข้างต้นชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงยังไม่ได้ตามเกณฑ์ซึ่งอาจเกิดจากในปัจจุบันส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมดำเนินชีวิตและการดูแลรักษาตนเอง รวมไปถึงการดูแลรักษาจากบุคลากรสาธารณสุข ในรูปแบบการดูแลตามมาตรฐานยังไม่เหมาะสมเท่าที่ควร อีกทั้งโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรสาธารณสุขสามารถปฏิบัติที่ถูกต้องและมีความต่อเนื่อง เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรืออาการกำเริบเฉียบพลันที่รุนแรง ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา ผลของการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อระดับความรู้ พฤติกรรม และความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้แนวคิดความรู้และทฤษฎีการดูแลตนเอง เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีการคืนข้อมูลการดำเนินงานของชุมชนในแต่ละบริบทที่แตกต่าง นำไปขยายแนวทางการดำเนินงานต้นแบบดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และสามารถนำรูปแบบโปรแกรมไปพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มอื่นต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยเปรียบเทียบระดับความรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองกลุ่มเดียววัดผลก่อน-หลังการทดลอง (one-group pre-test post-test quasi-experimental study)

ประชากรที่ศึกษา กลุ่มตัวอย่าง

การคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ จำนวน ๒๗ คน ที่อายุไม่เกิน ๗๕ ปี ในพื้นที่รับผิดชอบศูนย์สุขภาพชุมชนพาณิชย์สร้างสุข

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า

เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อาศัยอยู่จริงในเขตพื้นที่หรือมารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนพาณิชย์สร้างสุขและมีระดับความดันโลหิตควบคุมไม่ได้ (SBP \geq ๑๔๐ mmHg และ/หรือ DBP \geq ๙๐ mmHg) โดยมีอายุตั้งแต่ ๖๐ - ๗๕ ปี

เกณฑ์การคัดออก

ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงหลังการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อให้ข้อมูลในระดับหนึ่งแล้ว กลุ่มตัวอย่างไม่ยินยอม สามารถถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ใช้ระยะเวลาการดำเนินการ ๑๒ สัปดาห์

สัปดาห์ที่ ๑ แนะนำตนเองเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ อธิบายชุดแบบสอบถามแต่ละชุดเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ และตอบแบบสอบถามก่อนการทดลอง

สัปดาห์ที่ ๒-๖ ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมโดยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่าง ออกเป็น ๒ กลุ่มตามความสมัครใจ ดำเนินการครั้งละกลุ่ม จำนวน ๒ ครั้ง มีผู้วิจัยเป็นวิทยากรประจำกลุ่มและมีผู้ช่วยวิทยากรกลุ่มละ ๑ คน อธิบายขั้นตอนและกิจกรรมต่างๆ ในโปรแกรมและกำหนดข้อตกลงร่วมกัน โดยมีรายละเอียดดังนี้

๑. ผู้วิจัยบรรยายประกอบการนำเสนอภาพนิ่งและวิดีโอ ให้ความรู้เรื่องค่าความดันโลหิต การความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง การรักษา ภาวะแทรกซ้อน การป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก ๓อ.๒ส.พฤติกรรมที่พึงประสงค์ การดูแลตนเอง และการสาธิตย้อนกลับเรื่อง การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการวัดความดันโลหิต ทบทวนการประโยชน์จากสมุดประจำตัวผู้ป่วย จากนั้นให้สมาชิกทุกคนร่วมกันสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนวิเคราะห์เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและแนวทางในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง สรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้และเพิ่มเติมประเด็นการเรียนรู้ การวางแผนเป้าหมายการควบคุมระดับความดันโลหิต

๒. ผู้วิจัยสาธิตการสืบค้นข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต เช่น Google และ YouTube โดยใช้คำสืบค้น “โรคความดันโลหิตสูง” ในการค้นหาจากคอมพิวเตอร์และโทรศัพท์มือถือ จากนั้นให้สมาชิกกลุ่มช่วยกันสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงจากโทรศัพท์มือถือและส่งตัวแทนมานำเสนอวิธีการเข้าถึงข้อมูลและเนื้อหาที่ได้รับมอบหมาย

๓. ผู้ช่วยวิจัยแจกข้อความโฆษณาอาหารเสริมที่ช่วยรักษาโรคความดันโลหิตสูง ให้สมาชิกในกลุ่มช่วยกันวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือ ถูกต้อง วิธีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือ ส่งตัวแทนมาแนะนำ จากนั้นผู้วิจัยสาธิตวิธีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของสื่อจากเว็บไซต์ที่เชื่อถือได้ เช่น องค์กรอาหารและยา กองสุกศึกษา กรมควบคุมโรค เป็นต้น

๔. ผู้วิจัยนำเสนอวิธีการสำหรับการติดต่อสื่อสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และวิธีการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อนตามหลัก ๓๐.๒๘.ผ่านทางโทรศัพท์ โดยผู้วิจัย ผู้ช่วยผู้วิจัยนำวันเวลาล่วงหน้ากับสมาชิก ผู้วิจัยจะติดตามเพื่อกระตุ้นเตือนและติดตามการปฏิบัติตนตามที่วางแผนไว้ พร้อมทั้งให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล

สัปดาห์ที่ ๗-๘ ผู้วิจัยผู้ช่วยวิจัยติดตามเพื่อประเมินทักษะการตัดสินใจ ประเมินทักษะการรับรู้ โดยการส่งสื่อที่เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงให้กลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์และตัดสินใจว่าจะเลือกปฏิบัติตามหรือไม่ ด้วยเหตุผลใด โดยจะประเมินเป็นรายบุคคล

สัปดาห์ที่ ๙-๑๑ ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล คนละ ๑ ครั้ง ตามความสะดวกของกลุ่มตัวอย่าง หรือการสนทนากลุ่มเพื่อประเมินทักษะการดูแลตนเองโดยติดตามการปฏิบัติ ให้คำปรึกษาและประเมินการบันทึกพฤติกรรม การปฏิบัติตามคู่มือบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ เป็นการติดตามเพื่อประเมินทักษะการดูแลตนเองโดยการติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก ๓๐.๒๘. และให้คำปรึกษารายบุคคลและรายกลุ่ม และติดตามเพื่อประเมินทักษะการรู้เท่าทันสื่อและทักษะการตัดสินใจ โดยประเมินเป็นรายบุคคล และนัดหมายการทำกิจกรรมในสัปดาห์ที่ ๑๒

สัปดาห์ที่ ๑๒ ดำเนินกิจกรรมสรุปการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยใช้กลุ่มเดิม และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามหลังการทดลอง (Post test) ประเมินทักษะการดูแลตนเองจากการจดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพตนเอง หลังจากนั้นให้แลกเปลี่ยนสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการทำกิจกรรม และวัดระดับความดันโลหิต เพื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้จัดเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษารั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์มาจากแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ๓๐.๒๘.ของกองสุกศึกษา เพื่อให้สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่าง โดยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย ๓ ส่วน จำนวน ๔๗ ข้อ ดังนี้

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบประเมิน ๗ ข้อ

ส่วนที่ ๒ แบบประเมินความรู้โรคความดันโลหิตสูงและความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก๓๐๒๘ (๒๐ ข้อ) ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าเท่ากับ ๐.๘๑

ส่วนที่ ๓ แบบประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก ๓๐.๒๘. (๒๐ ข้อ) ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าเท่ากับ ๐.๘๔

การทดสอบความตรง (Content Validity) ของแบบสอบถาม ค่าความสอดคล้องของคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence : IOC)มีค่าระหว่าง ๐.๖๖-๑.๐๐

การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้

๘.๘.๑ ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) Mean \pm SD หรือ Median (IQR) จำนวน (ร้อยละ)สำหรับอธิบายข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

๘.๘.๒ ใช้สถิติเชิงอนุมานเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ด้วยสถิติทีคู่ (Paired t test) การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากโรงพยาบาลสงขลา เลขที่ SKH IRB ๒๐๒๔-Nrt-In๓-๑๐๑๘ ลงวันที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๖

การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้

๑ ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนาสำหรับอธิบายข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

๒ ใช้สถิติเชิงอนุมานเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ด้วยสถิติทีคู่ (Paired t test)

ผลการวิจัย

๑. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๒๗ ราย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ ๖๖.๖๗ อายุมากกว่า ๖๕ ปี ร้อยละ ๗๐.๓๗ สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ ๖๖.๖๗ ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ ๘๑.๔๘ ส่วนใหญ่อยู่บ้าน/ไม่มีอาชีพ ร้อยละ ๕๕.๕๖ ระยะเวลาในการเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า ๕ ปี ร้อยละ ๖๖.๖๗

๒. การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับต่ำ (M=๑๑.๐๗,SD=๒.๐๖) และหลังเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับสูง (M=๑๗.๑๑,SD=๒.๕๘) เมื่อนำคะแนนเฉลี่ยความรู้มาเปรียบเทียบกับ Paired t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < ๐.๐๑$)แสดงดังตาราง ๑

ตาราง ๑ เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n=๒๗)

ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	M	SD	df	t	p-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	๑๑.๐๗	๒.๐๖	๒๖	๑๒.๐๒	.๐๐๐
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	๑๗.๑๑	๒.๕๘			

๓. การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับมาก (M=๓.๖๐,SD=๐.๒๙) และหลังเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับมาก (M=๔.๒๖,SD=๐.๓๔) เมื่อนำคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพมาเปรียบเทียบกับ Paired t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < ๐.๐๑$) แสดงดังตาราง ๒

ตาราง ๒ เปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n=๒๗)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	M	SD	df	t	p-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	๓.๖๐	๐.๒๙	๒๖	๑๐.๘๓	.๐๐๐
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	๔.๒๖	๐.๓๔			

๔. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิก พบว่า ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ ๑๖๒.๑๐ (M=๑๖๒.๑๐,SD=๑๐.๕๐) หลังเข้าร่วมโปรแกรมลดลงเท่ากับ ๑๓๘.๑๗ (M=๑๓๘.๑๗,SD=๘.๒๖) และค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ ๙๓.๘๔ (M=๙๓.๘๔,SD=๒.๔๙) หลังเข้าร่วมโปรแกรมลดลงเท่ากับ ๘๗.๓๐ (M=๘๗.๓๐,SD=๗.๕๑) เมื่อนำค่าเฉลี่ยความดันโลหิตทั้งก่อนและหลังมาเปรียบเทียบด้วย Paired t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตทั้ง๒ ค่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < ๐.๐๑$) แสดงดังตาราง ๓

ตาราง ๓ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิกก่อนและหลังร่วมโปรแกรม

ความดันโลหิต	n	M	SD	t	p-value
<i>ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก</i>					
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	๒๗	๑๖๒.๑๐	๑๐.๕๐	๗.๕๘	.๐๐๐
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	๒๗	๑๓๘.๑๗	๘.๒๖		
<i>ค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิก</i>					
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	๒๗	๙๓.๘๔	๒.๔๙	๘.๔๖	.๐๐๐
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	๒๗	๘๗.๓๐	๗.๕๑		

อภิปรายผลการวิจัย

การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและความรู้ด้านสุขภาพ๓๐๒๘เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นผลจากกิจกรรมส่งเสริมความรู้อย่างถูกต้องและชัดเจนรายบุคคล เน้นการมีส่วนร่วมส่งผลให้เกิดการรับรู้ของการปฏิบัติและรับรู้ความสามารถของตนเองทำให้ภาพรวมของผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ไพโรจน์ มะกล้าดำ (Maklumdam, ๒๕๑๕) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น

การเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เกิดจากการให้ผู้ป่วยบันทึกพฤติกรรมรายวันทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับแนวคิดแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, Murdaugh, & Parsons, ๒๐๑๑)ที่ว่า ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งผลต่อความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรม ความจำเป็นและทางเลือกที่เกิดขึ้นทำให้บุคคลมีการพัฒนาหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก และค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สามารถพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพส่งผลต่อค่าความดันโลหิตได้อย่างเหมาะสม โดยกิจกรรมของโปรแกรมเน้นการรับรู้ภาวะสุขภาพและการวางแผนดูแลสุขภาพร่วมกัน การรับรู้ผลประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการรับรู้ความสามารถของตนเอง การบันทึกพฤติกรรม รวมทั้งการกำกับติดตามและให้ข้อเสนอแนะรายบุคคลส่งผลให้ค่าความดันโลหิตลดลงตามเป้าหมาย สอดคล้องกับงานวิจัย รักชนก จันทรพีญ (รักชนก จันทรพีญ, ๒๕๖๔) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จ.ราชบุรี พบว่า ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกและค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าลดลงก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ

ข้อเสนอแนะ

พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถนำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยในคลินิก โดยเน้นกระบวนการส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการตั้งเป้าหมายและวางแผนการทบทวนพฤติกรรมและกำกับติดตามประเมินผลร่วมกัน ซึ่งสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและควบคุมระดับความดันโลหิตของตนเองได้อย่างยั่งยืน และสามารถนำรูปแบบโปรแกรมไปพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มอื่นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

๑. กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๑). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. ๒๕๖๐*. กรุงเทพมหานคร. โรงพิมพ์เดือนตุลา จำกัด.
๒. รักชนก จันทรพีญ. (๒๕๖๔). ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จ.ราชบุรี. *วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต*, ๒๘(๒), ๒๐-๓๐
๓. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (๒๕๖๓). *สุขภาพคนไทย ๒๕๖๓: สองทศวรรษ ปฏิรูปการศึกษา ความล้มเหลวและความสำเร็จ*. กรุงเทพมหานคร: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน)
๔. สมจิต หนูเจริญกุล. (๒๕๔๔). *การพยาบาล*. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
๕. Maklumdam, P. (๒๐๑๕). The effects of health promotion on self-care behavior for the elderly patients with hypertension. *Phranakhon Rajabhat Research Journal*, ๑๐(๑), ๒๐-๓๔
๖. Pender, N. J., Murdaugh, C.L., & Parsons, M.A. (๒๐๑๑). *Health promotion in nursing practice (๖th ed.)*. New Jersey: Prentice-Hall

ประสิทธิผลของโปรแกรมคาลิสเทนิก ต่อการควบคุมน้ำตาลและการนำกระแสประสาท ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่มีภาวะปลายประสาทเสื่อม

สุรภา หังสพฤกษ์, จูติรัตน์ จงอัจฉริย
ทวีศักดิ์ วงศ์กীরติเมธาวิ และ อารีรัตน์ นवलรัมย์
โรงพยาบาลหาดใหญ่

บทคัดย่อ

โรคเบาหวานชนิดที่ ๒ เป็นโรคที่มีการเพิ่มจำนวนผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและมักมีภาวะแทรกซ้อนหลายประการ หนึ่งในภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยคือ ภาวะปลายประสาทเสื่อม ซึ่งอาจทำให้เกิดปัญหาการรับรู้ความรู้สึกที่เท้าและเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดแผลที่เท้าและการตัดขาได้ การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมคาลิสเทนิกในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและปรับปรุงการนำกระแสประสาท รวมถึงภาวะปลายประสาทเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่มีภาวะปลายประสาทเสื่อม โดยการศึกษาเป็นการทดลองแบบสุ่มควบคุม มีผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน ๒๕ คนต่อกลุ่ม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมคาลิสเทนิกมีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและน้ำตาลสะสมได้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) นอกจากนี้ยังพบว่าในการนำกระแสประสาท บางตัวแปร เช่น Right tibial nerve NCV, Left tibial nerve amplitude, และ Right peroneal nerve NCV มีความแตกต่างที่มีนัยสำคัญ ($p = 0.002$, 0.040 และ $p = 0.006$ ตามลำดับ) และกลุ่มทดลองยังแสดงผลการปรับปรุงในการรับรู้ความรู้สึกที่เท้า โดยจำนวนจุดที่ผิดในการตรวจด้วย monofilament ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษามาตรฐานเดิม ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมคาลิสเทนิกมีประสิทธิภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและช่วยปรับปรุงการนำกระแสประสาท รวมถึงภาวะปลายประสาทเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒

หลักการ และเหตุผล

โรคเบาหวานเป็นโรคติดต่อไม่เรื้อรังที่มีประชากรเพิ่มขึ้นทุกปีสำหรับประเทศไทยคาดการณ์ว่ามีผู้ป่วยเบาหวานอยู่ไม่ต่ำกว่า ๓ ล้านคนทั่วประเทศ มีเพียงร้อยละ ๓๐ ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ระดับน้ำตาลที่สูงอย่างต่อเนื่องจะส่งผลเสียต่อการทำงานของระบบประสาทส่วนปลายระบบการไหลเวียนเลือดส่วนปลายและระบบกล้ามเนื้อเอ็นและข้อต่อภาวะปลายประสาทเสื่อมพบได้บ่อยถึงร้อยละ ๒.๗ - ๕๐ เมื่อปลายประสาทเสื่อมเป็นระยะเวลานานจะทำให้กล้ามเนื้อฝ่อลง เกิดเท้าผิดรูป การรับน้ำหนักผิดปกติ และอาจทำให้เกิดแผลและถูกตัดเท้าและตัดขาได้และส่งผลให้เกิดการเสียชีวิตได้มากถึงร้อยละ ๗๐ ในเวลา ๕ ปี ดังนั้นการวินิจฉัยภาวะปลายประสาทเสื่อมและรักษาถือเป็นสิ่งสำคัญพยาธีกำเนิดของภาวะปลายประสาทเสื่อมยังไม่ปรากฏชัด แต่สาเหตุที่พบบ่อยที่สุดได้แก่ ภาวะต่างๆ นอนๆ ไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย ทำกิจกรรมน้อยและภาวะอ้วน ด้วยเหตุผลนี้การออกกำลังกายจึงมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยที่มีภาวะปลายประสาทเสื่อม

โปรแกรมคาลิสเทนิกเป็นการออกกำลังกายแบบไดนามิก ที่ช่วยเพิ่มความแข็งแรงและความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ สามารถทำง่ายและผู้ป่วยสามารถทำเองได้อย่างปลอดภัย จากการศึกษาของ Tomonori Kimura และคณะ (Kimura et al., ๒๐๒๐) พบว่า การออกกำลังกายด้วยโปรแกรมคาลิสเทนิกสามารถป้องกันการลดลงของมวลกล้ามเนื้อได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ แม้ว่าหลาย

การศึกษาจะนำโปรแกรมคาลิสเทนิกมาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ แต่ยังไม่มีการศึกษาใดที่บอกว่าโปรแกรมการบริหารมีผลต่อภาวะปลายประสาทเสื่อม และยังมีการศึกษาค่อนข้างน้อยบอกว่าโปรแกรมการบริหารมีผลต่อระดับน้ำตาลและระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเพื่อนำผลวิจัยมาพัฒนางานการรักษาก่อนผู้ป่วยเบาหวานโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะปลายประสาทเสื่อมให้ผู้ป่วยสามารถออกกำลังกายที่ง่ายๆสะดวกในการนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสมลดการเกิดแผล และอาจใช้เพื่อป้องกันการเกิดแผลซ้ำ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมคาลิสเทนิกต่อภาวะระดับน้ำตาล น้ำตาลสะสม และการนำกระแสประสาทในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษา Experimental study แบบ assessor-blinded randomized controlled trial
ประชากร: ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่มีปลายประสาทเสื่อมที่มารักษาที่โรงพยาบาลหาดใหญ่กลุ่มตัวอย่าง: ใช้พารามิเตอร์ ๓ ตัว ได้แก่ Effect Size (Cohen's d) = ๐.๗๙ (ขนาดใหญ่), Alpha Level = ๐.๐๕ (ระดับความเชื่อมั่น ๙๕%), และ Power = ๘๐% (พลังทางสถิติ ๘๐%) โดยใช้ค่า $Z_{\alpha/2} = ๑.๙๖$ และ $Z_{\beta} = ๐.๘๔$ ตามสูตรของ Cohen's d ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ได้คือ ๒๕ คนต่อกลุ่มเกณฑ์การคัดเลือก: ๑) อายุ ๒๐-๖๐ ปี ๒) เป็นเบาหวานมานานกว่า ๕ ปี ๓) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ โดยแพทย์อายุรกรรม มีระดับ HbA1c > ๖.๕% ๔) BMI น้อยกว่า ๓๐ ๕) เข้ารับการรักษาที่คลินิกเบาหวานอย่างน้อย ๑ ครั้ง ๖) มีการสูญเสียการรับรู้ความรู้สึกที่เท้าจากการตรวจด้วย monofilament ขนาด ๕.๐๗ ที่ให้แรงกดขนาด ๑๐ กรัม อย่างน้อย ๑ จุด ๗) ยินยอมร่วมงานวิจัยเกณฑ์การคัดออก: ๑) มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินกว่า ๒๕๐ หรือ ต่ำกว่า ๘๐ mg/dl ๒) ถูกตัดขาข้างใดข้างหนึ่ง หรือทั้ง ๒ ข้าง ๓) มีข้อห้ามและข้อควรระวังในการออกกำลังกาย ๔) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ เป็นโรคหัวใจและปอด ในระดับรุนแรง ๕) มีข้อห้ามในการออกกำลังกาย เช่น เส้นเลือดดำใหญ่มีการอุดตันจากลิ่มเลือด โรคหัวใจ โรคกระดูก ความดันโลหิตขณะพักสูงเกิน ๑๘๐/๑๑๐ มม.ปรอท เป็นต้น ๖) มีโรคกระดูกสันหลังกดทับเส้นประสาท ๗) มีแผลติดเชื้อที่เท้า ๘) ไม่สามารถยืนเดินได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย : เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ๑) การประเมิน FBS ใช้เครื่องของยี่ห้อ Abbott รุ่น Alinity C ส่วน HbA1c ใช้เครื่องยี่ห้อ biorad รุ่น D๑๐๐ ผ่านการตรวจความตรงตามมาตรฐานโดยผู้ตรวจเป็นเจ้าของที่ประจำศูนย์เครื่องมือแพทย์ ๒) การประเมินการรับรู้ความรู้สึกที่ฝ่าเท้า โดย Semmes-Weinstein Monofilament ให้ความไว ๙๑% ๓) การประเมินการนำกระแสประสาท โดยตรวจที่ sural nerve, tibial nerve and peroneal nerves ๒ ข้าง Model Nicolet Viking&Synergy EDX ๔) คู่มือการออกกำลังกายโปรแกรมคาลิสเทนิก และแบบบันทึกการออกกำลังกายตามโปรแกรมซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นและการทบทวนวรรณกรรมผ่านการดัดแปลงเพื่อให้เหมาะสมกับบริบท และให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน ๓ ท่านและนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยเท้าเบาหวานความเสี่ยงปานกลางและสูงที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างก่อนนำไปใช้จริงโดยมีค่า IOC = ๐.๙๓ เครื่องมือรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และแบบบันทึกข้อมูลการออกกำลังกาย

การวิเคราะห์ข้อมูล: ข้อมูลเชิงพรรณนาของการศึกษาที่เป็นข้อมูล continuous dataแสดงในรูปของค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนของข้อมูลแบบ categorical dataแสดงในรูปของจำนวนและค่าสัดส่วนที่เป็นร้อยละ สถิติเชิงอนุมานวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ใช้ Independent t-test หรือ Wilcoxon Signed Rank Testวิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลระหว่างกลุ่ม และใช้ Paired T-testหรือ Mann – Whitney U testเพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลภายในกลุ่ม หากเป็นตัวแปรไม่ต่อเนื่อง ใช้ Chi-square Test for Independence และใช้ Fisher's Exact Test และใช้ ANCOVA เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยหลังการทดลองระหว่างกลุ่ม โดยควบคุมผลกระทบของข้อมูลก่อนการทดลอง ที่อาจส่งผลต่อผลลัพธ์การศึกษา เนื่องจากผลการทดลองอาจถูกชี้นำโดยค่าเริ่มต้นที่แตกต่างกันในกลุ่มก่อนทดลอง โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ $p < 0.05$ **พิกัดสิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง** ได้รับการอนุมัติจริยธรรมในมนุษย์เลขใบอนุญาต HYH EC ๐๓๒-๖๗-๐๑

ผลการวิจัย

ตาราง ๑จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=๒๕)		กลุ่มควบคุม (n=๒๕)		p-value
	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ	
เพศ					0.๓๗๐
ชาย	๗	(๒๘.๐)	๑๐	(๔๐.๐)	
หญิง	๑๘	(๗๒.๐)	๑๕	(๖๐.๐)	
อายุ (ปี, mean ± SD)	๕๓.๘±๕.๙๘		๕๕.๑±๕.๔๕		0.๔๓๓
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัมต่อตารางเมตร, mean ± SD)	๒๔.๕±๕.๑๘		๒๗.๙±๖.๕๔		0.๐๕๑
ระยะเวลาการรับบริการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน (ปี, mean ± SD)	๒.๖๐±๐.๗๖		๒.๖๘±๐.๖๙		0.๖๙๙
โรคประจำตัวอื่น ๆ					0.๑๓๘
ไม่มี	๗	(๒๘.๐)	๒	(๘.๐)	
มี	๑๘	(๗๒.๐)	๒๓	(๙๒.๐)	
สถานภาพ					0.๕๖๔
โสด	๔	(๑๖.๐)	๒	(๘.๐)	
แต่งงาน	๑๔	(๕๖.๐)	๑๙	(๗๖.๐)	
หม้าย	๔	(๑๖.๐)	๒	(๘.๐)	
หย่าร้าง	๓	(๑๒.๐)	๒	(๘.๐)	
อาชีพ					0.๐๖๘
เกษตรกร	๔	(๑๖.๐)	๕	(๒๐.๐)	
รับราชการ	๐	(๐.๐)	๑	(๔.๐)	
บริษัท	๔	(๑๖.๐)	๐	(๐.๐)	
ธุรกิจส่วนตัว	๐	(๐.๐)	๕	(๒๐.๐)	
ค้าขาย	๑	(๔.๐)	๒	(๘.๐)	
รับจ้าง	๙	(๓๖.๐)	๕	(๒๐.๐)	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	๕	(๒๐.๐)	๖	(๒๔.๐)	
อื่น ๆ	๒	(๘.๐)	๑	(๔.๐)	
การศึกษา					0.๗๙๘
ประถมศึกษา	๑๒	(๔๘.๐)	๑๔	(๕๖.๐)	
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	๗	(๒๘.๐)	๘	(๓๒.๐)	
ปริญญาตรี	๕	(๒๐.๐)	๓	(๑๒.๐)	
สูงกว่าระดับปริญญาตรี	๑	(๔.๐)	๐	(๐.๐)	
การสูบบุหรี่					๑.๐๐๐
ไม่สูบ	๒๓	(๙๒.๐)	๒๓	(๙๒.๐)	
สูบ	๒	(๘.๐)	๒	(๘.๐)	

จากการวิเคราะห์การเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองในทั้งสองกลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังการทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) โดยมีการเปลี่ยนแปลงจาก 219.32 ± 62.71 เป็น 149.56 ± 53.02 mg/dL นอกจากนี้ค่า HbA_{1c} ในกลุ่มทดลองลดลงจาก $9.76 \pm 2.57\%$ เป็น $8.38 \pm 2.01\%$ ($p < 0.05$) และยังพบว่าทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีจำนวนจุดที่ผิดในการรับรู้ความรู้สึกที่เท้า (จากการตรวจด้วย monofilament) ลดลง โดยจำนวนจุดที่ผิดทั้งขาและซ้ายมีการเปลี่ยนแปลงที่มีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ ๒

ตาราง ๒ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อน-หลัง ของระดับน้ำตาลในเลือด การนำกระแสประสาท และภาวะปลายประสาทเสื่อม ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมคาลิสเทนิค และกลุ่มที่ได้รับการออกกำลังกายทั่วไปที่เป็นมาตรฐานเดิม ของคลินิกเบาหวาน

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง		
	Pre-test (Mean ± SD)	Post-test (Mean ± SD)	Mean difference (๙๕% CI)	Pre-test (Mean ± SD)	Post-test (Mean ± SD)	Mean difference (๙๕% CI)
ระดับน้ำตาลในเลือด (mg/dL)	๒๑๙.๓๒±๖๒.๗๑	๑๔๙.๕๖±๕๓.๐๒	-๒๒.๐๐ (-๔๗.๘๑ ถึง ๓.๘๑)	๒๑๙.๓๒±๖๒.๗๑	๑๔๙.๕๖±๕๓.๐๒	๖๙.๗๖ (๔๓.๕๖ ถึง ๙๕.๙๖)*
น้ำตาลสะสม (HbA _{1c} , %)	๙.๗๖±๒.๕๗	๘.๓๘±๒.๐๑	-๐.๕๐ (-๑.๓๒ ถึง ๐.๓๒)	๙.๗๖±๒.๕๗	๘.๓๘±๒.๐๑	๑.๓๘ (๐.๖๙ ถึง ๒.๐๖)*
การนำกระแสประสาท (ms)						
กลุ่ม Sensory						
Right sural n. latency	๔.๒๘±๑.๕๒	๔.๔๘±๑.๑๘	-๐.๒๐ (-๐.๘๗ ถึง ๐.๔๗)	๓.๖๐±๐.๖๓	๔.๒๗±๓.๓๓	-๐.๖๘ (-๒.๐๔ ถึง ๐.๖๘)
Right sural n. amplitude	๑๑.๑๒±๘.๒๗	๑๒.๐๘±๙.๔๒	-๐.๙๕ (-๓.๗๐ ถึง ๑.๗๙)	๑๔.๐๘±๖.๙๐	๑๕.๕๓±๕.๗๘	-๑.๔๕ (-๔.๖๖ ถึง ๑.๗๘)
Left sural n. latency	๔.๘๙±๑.๙๐	๔.๕๙±๑.๑๘	๐.๓๐ (-๐.๔๒ ถึง ๑.๐๓)	๓.๖๘±๐.๖๓	๓.๗๑±๐.๗๘	-๐.๐๓ (-๐.๔๒ ถึง ๐.๓๖)
Left sural n. amplitude	๑๑.๒๕±๑๐.๑๓	๙.๙๕±๖.๙๕	๑.๓๐ (-๔.๐๙ ถึง ๖.๖๘)	๑๕.๒๘±๘.๓๙	๑๓.๕๙±๖.๒๕	๑.๖๙ (-๑.๙๗ ถึง ๕.๓๖)
กลุ่ม Motor						
Right tibial n. latency	๕.๓๙±๒.๕๒	๔.๘๘±๒.๑๔	๐.๕๑ (-๐.๔๗ ถึง ๑.๕๐)	๓.๙๗±๑.๒๑	๓.๘๐±๐.๗๖	๐.๑๘ (-๐.๑๙ ถึง ๐.๕๕)
Right tibial n. amplitude	๓.๗๙±๒.๕๕	๓.๕๕±๒.๕๐	๐.๒๔ (-๐.๓๕ ถึง ๐.๘๗)	๗.๖๒±๓.๙๓	๗.๙๑±๔.๐๑	-๐.๒๘ (-๐.๙๘ ถึง ๐.๔๑)
Right tibial n. NCV	๓๕.๗๙±๕.๘๗	๓๔.๑๒±๖.๓๐	๑.๖๗ (-๐.๔๒ ถึง ๓.๗๗)	๓๙.๐๐±๕.๗๓	๔๐.๖๘±๕.๘๐	-๑.๖๘ (-๓.๗๐ ถึง ๐.๓๔)
Left tibial n. latency	๔.๖๘±๑.๕๕	๔.๓๙±๑.๓๔	๐.๒๙ (-๐.๕๔ ถึง ๑.๑๒)	๔.๑๓±๑.๐๗	๓.๙๙±๐.๘๑	๐.๑๔ (-๐.๐๓ ถึง ๐.๓๑)
Left tibial n. amplitude	๔.๖๐±๓.๔๕	๔.๒๒±๓.๐๐	๐.๓๘ (-๐.๑๕ ถึง ๐.๙๑)	๘.๐๘±๔.๕๕	๗.๙๖±๔.๑๔	๐.๑๒ (-๐.๔๙ ถึง ๐.๗๓)
Left tibial n. NCV	๓๓.๘๓±๗.๒๖	๓๕.๗๖±๕.๙๖	-๑.๙๓ (-๓.๘๘ ถึง ๐.๐๒)	๓๙.๓๖±๕.๓๗	๓๘.๕๕±๙.๐๗	๐.๘๑ (-๒.๒๙ ถึง ๔.๑๐)
Right peroneal n. latency	๖.๗๑±๓.๘๕	๕.๘๙±๓.๐๙	๐.๘๒ (-๐.๓๒ ถึง ๑.๙๕)	๓.๙๒±๑.๑๔	๔.๒๐±๑.๕๖	-๐.๒๘ (-๑.๐๙ ถึง ๐.๕๑)
Right peroneal n. amplitude	๑.๗๐±๑.๙๐	๑.๗๐±๑.๗๗	๐.๐๐ (-๐.๔๐ ถึง ๐.๔๐)	๒.๔๔±๑.๗๑	๒.๓๔±๑.๔๕	๐.๑๐ (-๐.๔๘ ถึง ๐.๖๘)
Right peroneal n. NCV	๓๖.๖๐±๙.๖๐	๓๕.๑๖±๘.๘๖	๑.๔๔ (-๐.๐๕ ถึง ๓.๙๓)	๔๑.๐๔±๙.๙๙	๔๑.๙๒±๔.๑๙	-๐.๘๘ (-๔.๒๖ ถึง ๓.๒๓)
Left peroneal n. latency	๗.๓๓±๓.๕๖	๖.๔๓±๓.๕๖	๐.๙๐ (-๐.๑๖ ถึง ๑.๙๖)	๔.๐๘±๑.๗๐	๔.๐๐±๑.๕๖	๐.๐๘ (-๐.๒๓ ถึง ๐.๓๙)
Left peroneal n. amplitude	๑.๕๕±๒.๓๕	๑.๖๕±๒.๐๕	-๐.๑๐ (-๐.๕๕ ถึง ๐.๓๕)	๒.๒๙±๑.๙๐	๓.๖๖±๘.๖๙	-๑.๓๖ (-๔.๕๕ ถึง ๑.๘๓)
Left peroneal n. NCV	๓๓.๖๘±๑๓.๔๑	๓๓.๐๘±๑๒.๕๓	๐.๖๐ (-๔.๗๖ ถึง ๕.๙๖)	๔๑.๙๒±๕.๒๑	๓๙.๖๘±๘.๒๐	๒.๒๔ (-๑.๒๖ ถึง ๕.๘๒)
ภาวะปลายประสาทเสื่อม						
จำนวนจุดที่ผิด (ขวา)	๑.๕๒±๐.๕๑	๑.๘๘±๐.๓๓	-๐.๓๖ (-๐.๕๖ ถึง -๐.๑๖)*	๑.๐๐±๐.๕๘	๐.๔๐±๐.๖๕	๐.๖๐ (๐.๓๙ ถึง ๐.๘๑)*
จำนวนจุดที่ผิด (ซ้าย)	๑.๓๒±๐.๕๖	๑.๗๖±๐.๔๔	-๐.๔๔ (-๐.๖๘ ถึง -๐.๒๐)*	๐.๘๘±๐.๕๓	๐.๔๐±๐.๕๘	๐.๔๘ (๐.๒๔ ถึง ๐.๗๒)*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

ตาราง ๓ สรุปผลการทดสอบ ANCOVA สำหรับระดับน้ำตาลในเลือด ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด การนำกระแสประสาท และภาวะปลายประสาทเสื่อม หลังการปรับค่าจากการวัดก่อนการทดสอบ

ตัวแปร	p-value
ระดับน้ำตาลในเลือด (mg/dL)	<0.001
น้ำตาลสะสม (HbA _{1c} , %)	0.001
การนำกระแสประสาท (ms)	
กลุ่ม Sensory	
Right sural n. latency	0.๙๙๒
Right sural n. amplitude	0.๓๕๘
Left sural n. latency	0.๐๕๗
Left sural n. amplitude	0.๐๗๖
กลุ่ม Motor	
Right tibial n. latency	0.๒๔๔
Right tibial n. amplitude	0.๐๗๖
Right tibial n. NCV	0.๐๐๒
Left tibial n. latency	0.๒๙๑
Left tibial n. amplitude	0.๐๔๐
Left tibial n. NCV	0.๕๐๘
Right peroneal n. latency	0.๗๐๖
Right peroneal n. amplitude	0.๖๔๙
Right peroneal n. NCV	0.๐๐๖
Left peroneal n. latency	0.๙๖๙
Left peroneal n. amplitude	0.๕๘๔
Left peroneal n. NCV	0.๓๔๗
ภาวะปลายประสาทเสื่อม	
จำนวนจุดที่ผิด (ขวา)	<0.001
จำนวนจุดที่ผิด (ซ้าย)	<0.001

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

อภิปรายผลการวิจัย:

ผลพบว่า โปรแกรมคาลิสเทนิกสามารถทำให้น้ำตาลในเลือด (FBS) ของผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นผลจากการออกกำลังกายที่เน้นการใช้กล้ามเนื้อหลายกลุ่มพร้อมกันจะช่วยเพิ่มการใช้น้ำตาลในเลือด นอกจากนี้การออกกำลังกายยังกระตุ้น AMP-activated protein kinase ซึ่งเป็นเอนไซม์ที่ช่วยเพิ่มการนำกลูโคสเข้าสู่เซลล์และปรับปรุงการตอบสนองต่ออินซูลิน ทำให้ร่างกายสามารถใช้น้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น แม้ในภาวะที่มีความต้านทานอินซูลิน ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอช่วยให้กล้ามเนื้อสามารถใช้กลูโคสได้มากขึ้น ในด้านของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสม ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมคาลิสเทนิกทำให้น้ำตาลในเลือดสะสมลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ซึ่งสามารถอธิบายได้จากการที่การฝึกคาลิสเทนิกช่วยเพิ่มการเผาผลาญพลังงานและการใช้น้ำตาลในกล้ามเนื้อ ทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในระยะยาวมีประสิทธิภาพมากขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาการออกกำลังกายแบบมีแรงต้านต่อ HbA_{1c} ในผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวานประเภท ๒ พบว่าการออกกำลังกายแบบมีแรงต้าน สามารถลด HbA_{1c} ได้

ผลการศึกษาพบว่า การฝึกโปรแกรมคาลิสเทนิกมีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อการนำกระแสประสาทในเส้นประสาท tibial และ peroneal โดยเฉพาะค่า NCV ของเส้นประสาท tibial และ amplitude ของ tibial nerve และ NCV ของ peroneal nerve ดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม อาจเป็นเพราะการฝึกโปรแกรมคาลิสเทนิกที่เน้นการเคลื่อนไหวของขาช่วยกระตุ้นการทำงานของเส้นประสาทที่ส่งไปยังเท้า โดยเฉพาะเส้นประสาท tibial และ peroneal ซึ่งมีบทบาทในการควบคุมการเคลื่อนไหวของเท้าและขา การฝึกเหล่านี้ช่วยเพิ่มความไวของเส้นประสาทและลดอาการชาหรือการสูญเสียการรับรู้ที่เท้า ซึ่งเป็นผลจากภาวะเบาหวานที่ทำให้ระบบประสาทส่วนปลายเสื่อมสภาพ การเพิ่มการนำกระแสประสาทในเส้นประสาท tibial และ peroneal เป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญในการปรับปรุงการทำงานของระบบประสาทในผู้ป่วยเบาหวาน

ผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกโปรแกรมคาลิสเทนิกมีการรับรู้ความรู้สึกที่ฝ่าเท้าดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม โปรแกรมคาลิสเทนิกต้องใช้กล้ามเนื้อหลายกลุ่มพร้อมกัน รวมถึงกล้ามเนื้อขา เช่น squats, lunges, และ calf raises ซึ่งไม่เพียงแต่ช่วยเสริมสร้างความยืดหยุ่นและความแข็งแรงของขา แต่ยังส่งผลดีต่อการไหลเวียนโลหิตและช่วยกระตุ้นการทำงานของเส้นประสาทที่ส่งไปยังเท้า ซึ่งมีบทบาทในการช่วยให้การรับรู้ความรู้สึกของเท้าและเพิ่มความไวต่อการสัมผัส โดยเฉพาะในกรณีที่มีภาวะเบาหวานที่ส่งผลต่อระบบประสาท ทำให้ท่าทางการออกกำลังกายเหล่านี้มีผลโดยตรงในการลดอาการชาและลดความเสี่ยงของการเกิดแผลที่เท้า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาผลของการออกกำลังกายเฉพาะที่เท้าต่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ พบว่า ในกลุ่มที่ฝึกออกกำลังกาย การรับรู้ความรู้สึกที่ฝ่าเท้าเพิ่มขึ้น ซึ่งแสดงถึงการเพิ่มความไวต่อการสัมผัสและลดอาการชาได้ดีขึ้น (Barangkau et al., ๒๐๒๕)

สรุป: โปรแกรมคาลิสเทนิกมีผลดีในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด น้ำตาลสะสมในเลือด การนำกระแสประสาทและลดจำนวนจุดที่ผิดในการรับรู้ความรู้สึกที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่มีภาวะปลายประสาทเสื่อม โปรแกรมคาลิสเทนิกสามารถนำมาใช้เป็นทางเลือกในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนจากปลายประสาทเสื่อม ซึ่งอาจช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนได้

ข้อเสนอแนะ

ควรขยายขนาดกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้นเพื่อเพิ่มความแม่นยำในการวิเคราะห์ผล นอกจากนี้การศึกษาคควรมีการติดตามผลในระยะยาวหลังการสิ้นสุดการทดลอง เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมคาลิสเทนิกในระยะยาว รวมถึงการศึกษาผลกระทบของโปรแกรมนี้อีกกับกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานอื่นๆ เช่น โรคหัวใจและโรคไต เพื่อให้เข้าใจผลกระทบที่ครอบคลุมยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Global report on diabetes [Internet]. [cited ๒๐๒๓ Nov ๒๖]. Available from: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/๙๗๘๙๒๔๑๕๖๕๒๕๓>
2. ภาวะแทรกซ้อนของเท้าและการประเมินสภาพเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน | Thai Science and Technology Journal [Internet]. [cited ๒๐๒๓ Nov ๒๖]. Available from: <https://li๐๑.tci-thaijo.org/index.php/tstj/article/view/๑๒๖๙๓>

๓. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี.แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน ๒๕๖๖ [Internet]. ๒๐๒๓
๔. American Diabetes Association. ๔. Lifestyle Management: Standards of Medical Care in Diabetes- ๒๐๑๘. Diabetes Care. ๒๐๑๘ Jan;๔๑(Suppl ๑):S๓๘-๕๐.
๕. ขนิษฐา ทูมมา. (๒๕๕๐).ผลของการนวดต่อการลดอาการชาเท้าทั้งในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน[วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยขอนแก่น;
๖. Kimura T, Okamura T, Iwai K, Hashimoto Y, Senmaru T, Ushigome E, et al. (๒๐๒๐) Japanese radiocalisthenics prevents the reduction of skeletal muscle mass volume in people with type ๒ diabetes. *BMJ Open Diabetes Res Care*. Feb; ๘(๑):e๐๐๑๐๒๗.

ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองโดยการบริการพยาบาลทางไกล สำหรับกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง อำเภอเมืองเลย จังหวัดเลย

นิตยา มลอยู่พะเนา สุณิสสา คำประสิทธิ์ วรินทร์ฐิษา มูลกองศรี
จรรยา จันทะบับภาศรี และชุลีกร ทาทอง
โรงพยาบาลเลย

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองโดยบริการพยาบาลทางไกลต่อความสามารถของตนเองในการควบคุมความดันโลหิต พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต และระดับความดันโลหิตสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่อายุ ๓๕-๖๐ ปี ได้รับการคัดกรองระดับความดันโลหิตแล้วมีระดับ SBP ๑๒๐-๑๓๙ mmHg. หรือ DBP ๘๐-๘๙ mmHg และได้รับการสุ่มแบบง่ายจำนวน ๓๖ คน เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วยโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองโดยการเยี่ยมบ้านทางไกลสำหรับกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงประยุกต์ ทฤษฎีการจัดการตนเองตามแนวคิดของเครียร์การตั้งเป้าหมาย การรวบรวมข้อมูล การประมวลและการประเมินข้อมูล การตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติ กิจกรรมประกอบด้วย การอบรมเชิงปฏิบัติการและการเยี่ยมบ้านทางไกลผ่านวิดีโอคอล มีระยะเวลา ๖ เดือน คู่มือและ care plan การจัดการตนเอง แบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบราค .๘๓ และ .๘๔ ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ความรู้ในการจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองขึ้นจากระดับน้อย เป็นระดับ ปานกลาง แต่ไม่มีความแตกต่างกับกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .๐๕ ส่วนพฤติกรรมการจัดการตนเองกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ เพิ่มขึ้นจากระดับน้อย เป็นระดับมากที่สุด และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก $M=122.71$ ($SD = 14.37$) และมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตเฉลี่ยไดแอสโตลิก $M=78.28$ ($SD = 11.23$) ค่าเฉลี่ยน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .๐๕ ดังนั้นแสดงให้เห็นว่าพยาบาลควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้ในการดูแลกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่และเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหลอดเลือดสมอง

หลักการ และเหตุผล

โรคความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร จากการรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่า ใน พ.ศ. ๒๕๖๕ มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เกือบ ๑.๓ พันล้านคน ในกลุ่มประชากร ๓๐-๗๐ ปี และคาดการณ์อัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงในประชากรวัยผู้ใหญ่ปี ค.ศ. ๒๕๖๘ จะเพิ่มขึ้นเป็น ๑.๕๖ พันล้านคน^๑ ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทยที่มีอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปในประเทศไทยปี ๒๕๖๒ - ๒๕๖๓ เท่ากับร้อยละ ๒๕.๔ เพิ่มขึ้นตามช่วงอายุ (วิจัย เอกพลากร, ๒๕๖๔) จังหวัดเลยจากข้อมูลการรายงานตามตัวชี้วัด NCD Clinic^๒ มีอัตราป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงพบสูงเป็นอันดับที่ ๑ ของเขตสุขภาพที่ ๘ โดยในปี พ.ศ. ๒๕๖๒ - ๒๕๖๖ เป็น ๑,๔๐๙.๒๒, ๑,๔๒๑.๖๐, ๑,๓๕๖.๑๕,

๑,๕๘๓.๓๔ และ๑,๕๖๙.๖๒ ต่อแสนประชากรตามลำดับ อำเภอเมืองเลย พบอัตราป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูง ๑๔๐๙.๒๒, ๑,๐๔๘.๖๘, ๑,๒๓๓.๒๗, ๑,๒๑๐.๙๒ และ๑,๔๔๐.๙๘ ต่อแสนประชากรตามลำดับจากการสุ่มสำรวจข้อมูลกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงในเขตตำบลกุดป่อง อำเภอเมือง จังหวัดเลย พ.ศ. ๒๕๖๔-๒๕๖๖ พบว่ามีจำนวน ๑,๕๑๙, ๑,๔๙๖ และ ๑,๗๘๒ ราย ตามลำดับ และเมื่อติดตามพบว่ากลุ่มเสี่ยงนี้กลายเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่จำนวน ๑๑๖, ๑๐๒, และ ๑๒๑ คิดเป็นร้อยละ ๗.๗๖, ๒.๙๔ และ ๖.๖๑ ตามลำดับซึ่งสูงกว่านโยบายกระทรวงสาธารณสุขกำหนดผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง ≤ ๒.๕

จากข้อมูลดังกล่าวพบว่าอัตราป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงพบมีสัดส่วนที่สูงขึ้นในภาพรวมของจังหวัดเลยและแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องสาเหตุที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติและต่อเนื่อง เพราะขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมขาดทักษะการจัดการสุขภาพตนเอง พฤติกรรมการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องในเรื่องการรับประทานอาหาร เช่น อาหารรสเค็มจัด ไขมันสูง และการมีข้อจำกัดในการออกกำลังกาย ไม่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพการติดตามเยี่ยมบ้าน อย่างต่อเนื่อง ดังนั้นจึงเป็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขอย่างเร่งด่วนและต้องควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติเพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่และชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่าง ๆ โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งกลุ่มดังกล่าวร้อยละ ๔๐ เสี่ยงเป็นความดันโลหิตสูงใน ๒ ปี และเสี่ยงเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ ๔๖ ใน ๒ ปี^๓ ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวอาจนำไปสู่การเสียชีวิตและความพิการได้ การจัดการสุขภาพตนเองให้เหมาะสม และการประยุกต์แนวคิดการจัดการตนเองของแคเรียร์Creer (๒๐๐๐)^๔ มีการตั้งเป้าหมายที่เป็นไปได้และมีแรงจูงใจในการควบคุมตนเองเพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่กำหนด และการบริการพยาบาลทางไกล (Tele-nursing) ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการด้านการดูแลสุขภาพได้ดีขึ้น^๕ และได้รับการพิสูจน์แล้วว่าส่งผลดีต่อสถานพยาบาลในการจัดการความดันโลหิตสูงในสถานพยาบาลปฐมภูมิ^๖ ดังนั้นจึงพัฒนาโปรแกรมฯ เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงดังกล่าวมีทักษะการจัดการสุขภาพตนเองได้ถูกต้องเพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองโดยการบริการพยาบาลทางไกลของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

วิธีดำเนินการวิจัย

เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่ ๑.๑ โปรแกรมฯ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการประยุกต์แนวคิดกระบวนการจัดการตนเองของของแคเรียร์Creer (๒๐๐๐) ประกอบด้วย ๕ ขั้นตอน กิจกรรมโดยการอบรมเชิงปฏิบัติการ และการให้บริการพยาบาลโดยการเยี่ยมบ้านทางไกล ใช้เทคโนโลยีสื่อสารวิดีโอคอลผ่านโปรแกรม สอนบัดดี้ และการส่งเสริมให้ความรู้ติดตามอาการต่อเนื่องผ่านแอปพลิเคชัน LINE ฝึกทักษะการใช้ Care Plan การใช้และให้อุปกรณ์เครื่องวัดความดันเพื่อวัดความดันเองที่บ้าน และคู่มือการเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ๒. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ ๒ ความรู้การจัดการตนเองเกี่ยวกับเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ส่วนที่ ๓ พฤติกรรมการจัดการตนเองในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ส่วนที่ ๔ ข้อมูลทางคลินิก จำนวน ๒ ข้อ ประกอบด้วยระดับความดันซิสโตลิก และระดับความดันไดแอสโตลิก ที่กลุ่มเสี่ยงวัดเองที่บ้านติดต่อกัน ๗ วัน เป็นเวลา ๓ เดือน การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือตามเนื้อหาของส่วนที่ ๒ และส่วนที่ ๓ ผู้ทรงคุณวุฒิ ๕ คน ได้ค่าความตรง เท่ากับ .๘๖ และ.๙๐ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา

ของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ .๘๓ และ .๘๔ ตามลำดับ การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างผ่านการรับรองคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลเลย เลขที่ ๐๒๓/๒๕๖๗ วันที่ ๑๘ มิถุนายน ๒๕๖๗

ผลการวิจัย

กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศชาย กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศชาย กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย ๕๑.๗๘ ปี (SD = ๕.๙๕) กลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ย ๕๗.๔๔ ปี (SD = ๓.๑๘)

ตารางที่ ๑ การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ในการจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ความรู้ในการจัดการตนเอง	กลุ่มทดลอง(n = ๓๖)			กลุ่มเปรียบเทียบ(n = ๓๖)			t	p-value
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	๑๐.๔๗	๒.๘๑	น้อย	๙.๘๙	๒.๙๒	น้อย	๐.๘๖๒	๐.๗๐๔
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	๑๗.๖๗	๒.๑๘	ปานกลาง	๑๕.๐๐	๑.๙๙	น้อย	๕.๔๒๙	๐.๓๖๓

* p-value < .๐๕

ตารางที่ ๑ พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ระดับค่าเฉลี่ยความรู้ในการจัดการตนเองในภาพรวมเพิ่มขึ้นจากระดับน้อย เป็นระดับ ปานกลาง แต่ไม่มีความแตกต่างกับกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .๐๕

ตารางที่ ๒ การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในช่วงก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

พฤติกรรมจัดการตนเอง	กลุ่มทดลอง (n = ๓๖)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n = ๓๖)			t	p-value
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	๒.๑๐	๐.๐๘	น้อย	๒.๐๓	๐.๘๙	น้อย	๓.๕๗๙	๐.๕๐๑
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	๔.๕๗	๐.๑๐	มากที่สุด	๒.๖๒	๐.๔๒	ปานกลาง	๔.๗๙๓	<๐.๐๐๑

* p-value < .๐๕

ตารางที่ ๒ หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในภาพรวมกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นจากระดับน้อย เป็นระดับมากที่สุด และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕

ตารางที่ ๓ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันซิสโตลิกของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ความดันซิสโตลิก	กลุ่มทดลอง (n = ๓๖)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = ๓๖)		t	p-value
	M	SD	M	SD		
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	๑๒๗.๖๙	๑๑.๙๔	๑๔๑.๙๔	๑๑.๖๒	-๕.๑๒๙	๐.๖๓๖
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	๑๒๒.๘๑	๑๔.๓๗	๑๒๒.๒๕	๘.๓๑	-๒.๙๓๑	๐.๐๕๙

* p-value < .๐๕

จากตารางที่ ๓ หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่าค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบลดลง แต่เมื่อเปรียบเทียบระหว่างสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ .๐๕

ตารางที่ ๔ การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันไดแอสโตลิกของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในช่วงก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ความดันไดแอสโตลิก	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t	p-value
	(n =๓๖)		(n =๓๖)			
	M	SD	M	SD		
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	๘๒.๘๔	๑๑.๐๓	๘๙.๖๙	๘.๓๒	๐.๒๐๑	๐.๐๗๓
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	๗๘.๒๘	๑๑.๒๓	๘๑.๒๒	๒.๘๘	๑.๕๒๔	๐.๐๐๑

* p-value < .๐๕

จากตารางที่ ๔ หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า ค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบลดลง และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างสองกลุ่มน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญที่ .๐๕

อภิปรายผลการวิจัย

โปรแกรมฯ ต่อความรู้ในการจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองจากระดับน้อยเป็นระดับปานกลาง แต่ไม่มีความแตกต่างกับกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .๐๕ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบได้รับความรู้จากการอบรมเชิงปฏิบัติการเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงตามมาตรฐานการดูแลกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง ทำให้มีระดับความรู้ในการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นทั้งสองกลุ่มเพิ่มขึ้นสอดคล้องกับการศึกษา^๗ การให้ความรู้บรรยายประกอบสื่อการเรียนรู้ที่หลากหลายรูปแบบเกี่ยวกับโรคในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนสะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงในแต่ละด้านและพบว่ามีส่วนร่วมทางบวกกับพฤติกรรม และความรู้ที่ได้สามารถนำไปใช้ในการดำเนินชีวิตได้จริง

ผลโปรแกรมฯ ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นจากระดับน้อย เป็นระดับมากที่สุด และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ เนื่องจากโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองโดยการบริการพยาบาลทางไกลสำหรับกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงต่อความรู้ในการจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง มีการการบันทึกในแบบบันทึกสุขภาพ Care Plan และมีการติดตามระดับความดันแบบ Home BP เป็นระยะทำให้เกิดความตระหนักในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานการดูแลกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงเดือนที่ ๑-๖ ซึ่งมีความเข้มข้นในการกำกับติดตามน้อยกว่ากลุ่มทดลอง สอดคล้องกับการศึกษา^๘ โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองร่วมกับการบริการพยาบาลทางไกล มีประสิทธิผลในการพัฒนาพฤติกรรมการจัดการตนเอง

ผลโปรแกรมฯ ต่อระดับความดันซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิกของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงลดลง แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .๐๕ เนื่องจากการที่กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความรู้และพฤติกรรมการจัดการตนเองเพิ่มขึ้น แต่ในการติดตามยังมีระยะเวลาในการติดตามผลลัพธ์ไม่เพียงพอทำให้ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่มีแนวโน้มลดลงสอดคล้องกับการศึกษา^๙ การเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงสามารถระดับความดันโลหิตตัวบนและตัวล่าง ของกลุ่ม

เสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และสอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพ อิมอ้วน และคณะ (สุภาพ อิมอ้วน และคณะ, ๒๕๖๗) ที่กล่าวว่า การใช้ระบบดูแลสุขภาพทางไกลส่งผลกระทบต่อการลดระดับความโลหิตของผู้ป่วยโรคความโลหิตสูง

ข้อเสนอแนะ

๑. ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้: การบริการพยาบาลทางไกลเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและควบคุมระดับความดันโลหิต โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนชัดเจน ใช้งานง่าย สื่อสารได้ต่อเนื่อง และมีการติดตามจากทีมสุขภาพในพื้นที่ จะช่วยเพิ่มโอกาสในการลดความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงในระยะยาวได้อย่างมีประสิทธิภาพสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงอื่นในหน่วยงานอื่นที่สอดคล้องที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

๒. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป: ควรมีการติดตามกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมในระยะ ๖ เดือนขึ้นไป หรือ ๑๒ เดือน เพื่อติดตามความคงอยู่ของพฤติกรรมในการควบคุมระดับความดันโลหิต และมีการนำไปโปรแกรมฯ ที่เสี่ยงต่อโรคเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมความดันโลหิต เช่น โรคเบาหวาน เป็นต้น ไปใช้ในการควบคุมโรค

เอกสารอ้างอิง

๑. World Health Organization. (๒๐๒๑). *Hypertension*. สืบค้นจาก <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>.
๒. ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย. ตัวชี้วัด จำนวนประชากร ปิงบประมาณ ๒๕๖๖. (๒๕๖๖). สืบค้นจาก <https://lei.hdc.moph.go.th/hdc/reports>,
๓. World Health Organization. (๒๐๒๓). *First WHO report details devastating impact of hypertension and ways to stop it*. สืบค้นจาก <https://www.who.int/thailand/th/news/detail/๑๙-๐๙-๒๕๖๖-first-who-report-details-devastating-impact-of-hypertension-and-ways-to-stop-it>.
๔. Creer, L. T. (๒๐๐๐). *Self-management of chronic illness*. In Boekaerts, M., Printrich, P. R., & Zeidner, M. (Eds.). *Handbook of self-regulation*. pp. ๖๐๑-๖๒๙. San Diego, CA: Academic Press.
๕. Elbially, A. A., Bahgat, Z. F., El-ahwal, L., & El-Gamal, S. M. A. (๒๐๒๒). Effect of implementing tele-nursing versus traditional nursing program on knowledge, lifestyle modification and blood pressure control for hypertensive patients. *International Egyptian Journal of Nursing Sciences and Research*, ๓(๑), ๔๘๔-๔๙๓.
๖. Idris H. et al. (๒๐๒๔). *How Is Telehealth Currently Being Utilized to Help in Hypertension Management within Primary Healthcare Settings? A Scoping Review..* สืบค้น ๒๐๒๔ Jan๑๒ จาก <https://www.mdpi.com/๑๖๖๐-๔๖๐๑/๒๑/๑/๙๐>.
๗. อังศิริ จันทะโคตร และคณะ. (๒๕๖๕). การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงในชุมชนชนบทอีสานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*. ๓๒(๒):๑๑๘-๓๑.

๘. กิตติพล อยู่คง และนิทรา กิจธีระวุฒิมังษ์. (๒๕๖๖). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง ร่วมกับการแพทย์ทางไกลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุอำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*. ๓๓(๓):๒๕-๓๘.
๙. นธรรศ น้อยทัน. (๒๕๖๘). ประสิทธิภาพโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำอ่าง อำเภอดรอน จังหวัดอุดรดิติถ์. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอินทร์น*. ๖(๑):๘๖-๙๙.
๑๐. สุภาพ อิมอ้วน และคณะ. (๒๕๖๗) ผลของการใช้ระบบดูแลสุขภาพทางไกลร่วมกับการจัดการรายกรณีและการจัดการรายกรณีอย่างเดี่ยวต่อระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*. ๔๒(๔):๑/

การพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการป้องกันบุหรืไฟฟ้าของเยาวชน จังหวัดมหาสารคาม

วัชรินทร์ ทองสีเหลือง

ศูนย์แพทยมหาวิททยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันการสูบบุหรืไฟฟ้า และพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการป้องกันบุหรืไฟฟ้าใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสาน แบ่งการศึกษาเป็น ๒ ระยะ คือ ระยะที่ ๑ ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันการสูบบุหรืไฟฟ้ากลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษามหาวิททยาลัยการกีฬาแห่งชาติ มหาสารคาม จำนวน ๘๘๐ คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม มีความเชื่อมั่นเท่ากับ ๐.๙๒วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการถดถอยพหุคูณ Stepwise Multiple Linear Regressionระยะที่ ๒ พัฒนาารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการป้องกันบุหรืไฟฟ้า ใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ Action research กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน ๒ กลุ่ม ได้แก่ ๑.) คณะกรรมการดำเนินงาน จำนวน ๓๐ คน และ ๒.) เยาวชน นักศึกษาที่มีพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรืไฟฟ้าแบบเสี่ยง จำนวน ๑๒๐ คน ใช้การวางแผนแบบมีส่วนร่วมและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยระยะที่ ๑ พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันการสูบบุหรืไฟฟ้าของเยาวชน ได้แก่ ได้รับการสนับสนุนจากมหาวิททยาลัย การสนับสนุนจากเพื่อน ทักษะชีวิต และการรับรู้โทษของบุหรืไฟฟ้า สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันบุหรืไฟฟ้าได้ร้อยละ ๓๘.๗๔ ระยะที่ ๒ พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย ๘ ขั้นตอน ๓ ยุทธศาสตร์ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ที่ ๑ การรณรงค์สร้างกระแส ยุทธศาสตร์ที่ ๒ การเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน และยุทธศาสตร์ที่ ๓ การสร้างและพัฒนาเครือข่าย โดยภายหลังพัฒนาารูปแบบ พฤติกรรมกรรมการป้องกันบุหรืไฟฟ้าของกลุ่มเป้าหมายสูงกว่าก่อนพัฒนาารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงาน คือ TAKASILA Model โดยมหาวิททยาลัย ต้องมีมาตรการในการป้องกันบุหรืไฟฟ้า มีการจัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับ ๓ ยุทธศาสตร์ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ในการรณรงค์สร้างกระแส ยุทธศาสตร์ในการสร้างภูมิคุ้มกัน และยุทธศาสตร์ในการสร้างและพัฒนาเครือข่ายในป้องกันบุหรืไฟฟ้า จะทำให้เยาวชนมีพฤติกรรมในการป้องกันบุหรืที่เพิ่มมากขึ้น

หลักการ และเหตุผล

บุหรืไฟฟ้าหรือบุหรือิเล็กทรอนิกส์ (electronic cigarette หรือ E-cigarette) เริ่มแพร่หลายในประเทศไทยโดยเฉพาะกับกลุ่มเยาวชน ด้วยความเชื่อจากการโฆษณาชวนเชื่อว่ามีนิโคติน ไม่มีอันตรายต่อตนเองและคนรอบข้าง สูบแล้วไม่ติด ทำให้มีนักสูบหน้าใหม่เข้าไปทดลองใช้มากขึ้น บุหรืไฟฟ้าจึงจัดเป็นปัญหาทางสาธารณสุข เพราะก่อให้เกิดการระบาดในหมู่เยาวชนทั่วโลกอันเนื่องมาจากสารนิโคตินซึ่งก่อให้เกิดการเสพติดที่สามารถเป็นประตุนำไปสู่การเสพติดบุหรืแบบดั้งเดิมหรือยาเสพติดอื่นๆ ในอนาคตได้ และปัจจุบันมีรายงานผู้เสียชีวิตทั้งปอดอักเสบจากการสูบบุหรืไฟฟ้าเพิ่มมากขึ้นทุกเวลาในนานาประเทศจากการใช้บุหรืไฟฟ้า^๑ จากข้อมูลร้อยละของประชากรอายุ ๑๕ ปี ขึ้นไปที่สูบบุหรืไฟฟ้ารายจังหวัด พบว่า จังหวัดที่มีอัตราการสูบบุหรืไฟฟ้าเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ ๒๕ มีอยู่ ๗ จังหวัด ได้แก่ จ.กระบี่ (ร้อยละ ๒๘.๙) จังหวัดมหาสารคาม (ร้อยละ ๒๗.๖) จังหวัดสตูล (ร้อยละ ๒๖.๙) จังหวัดสกลนคร (ร้อยละ ๒๕.๙) จังหวัดระนอง (ร้อยละ ๒๕.๕) จังหวัดนครราชสีมา (ร้อยละ ๒๕.๓)

และจังหวัดอุดรธานี (ร้อยละ ๒๕.๐)^{๒)} และจากการสำรวจการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ในปี พ.ศ. ๒๕๖๕ พบเยาวชนสูบบุหรี่ไฟฟ้าที่อยู่ในวัยอุดมศึกษามีร้อยละ ๕๔.๖๔ ทั้งนี้ร้อยละ ๔๗.๒๐ เป็นผู้สูบบุหรี่ไฟฟ้ามาแล้วไม่ต่ำกว่า ๑ ปี และร้อยละ ๕๒.๘๐ เป็นผู้เริ่มสูบบุหรี่ไฟฟ้ามาไม่ถึง ๑ ปี เหตุผลโดยส่วนใหญ่ คือ ชอบกลิ่นหอม (ร้อยละ ๓๐.๘) ผ่อนคลายสูบแล้วคลายเครียดได้ (ร้อยละ ๒๙.๗๖) คิดว่าสูบแล้วปลอดภัย (ร้อยละ ๒๑.๑๒) เพื่อนแนะนำ/ทำตามเพื่อน (ร้อยละ ๑๗.๘๒) ทันสมัยและตามแฟชั่น (ร้อยละ ๑๔.๙๒)^{๓)}

กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ได้ประกาศแนวทางปฏิบัติเพื่อควบคุมการสูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า เพื่อปกป้องคุ้มครองสุขภาพนักเรียน นักศึกษา โดยการสร้างความรู้เท่าทันต่อโทษและพิษภัยของบุหรี่ สอดแทรกเนื้อหาหรือหลักสูตรการเรียนการสอน สร้างพื้นที่ปลอดภัยในสถานศึกษา จัดระบบบริการให้คำปรึกษาหรือส่งต่อผู้สูบบุหรี่หรือบุหรี่ไฟฟ้า โดยจากงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ยังไม่มีรูปแบบในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มเยาวชน นักศึกษา ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจในการศึกษาในประเด็นดังกล่าว

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชน จังหวัดมหาสารคาม และพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชน จังหวัดมหาสารคาม

วิธีดำเนินการวิจัย

ในการวิจัยเป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนกันยายน ๒๕๖๖ ถึง ธันวาคม ๒๕๖๗ แบ่งการศึกษาเป็น ๒ ระยะ คือ

ระยะที่ ๑ การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชน จังหวัดมหาสารคามเป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (CrossSectional Descriptive Study)

ประชากรคือ นักศึกษาชั้นปีที่ ๑ มหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ มหาสารคาม จำนวน ๑,๓๕๐ คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษามหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ มหาสารคาม จำนวน ๘๙๐ คน โดยคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วนประชากร (Krejci and Morgan, ๑๙๗๐)^{๔)} คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ Multistage Random Sampling ตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยมีเกณฑ์คัดเลือก คือ ๑) เป็นนักศึกษาระดับปริญญาตรีชั้นปีที่ ๑-๔ ที่ศึกษาในนักศึกษามหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ มหาสารคาม ๒) มีความยินดีเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษา ส่วนเกณฑ์คัดออก คือ ๑) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกครั้ง ๒) ขอยกเลิกการเข้าร่วมกิจกรรม ๓) ย้ายออกจากพื้นที่วิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย: แบบสอบถามปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชน ประกอบด้วย ๓ ส่วนดังนี้ ส่วนที่ ๑ แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล เป็นคำถามปลายปิด (Close end Questionnaire) และปลายเปิด เป็นการสำรวจข้อมูลพื้นฐานของเยาวชน ส่วนที่ ๒ ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชน ประกอบด้วย ๓ ด้าน คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านสังคมส่วนที่ ๓ พฤติกรรมสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชน เป็นแบบสอบถามปลายปิดที่ได้จากการพัฒนาขึ้น จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการสร้างข้อคำถาม (Item) ส่วนที่ ๔ แบบสอบถามการติดบุหรี่ไฟฟ้า (Fagerstrom test for nicotine dependence: FTND) เป็นแบบประเมิน

การติดยุติ มีนิโคตินในระดับใด ที่พัฒนาจากแบบวัด Fagerstrom test for nicotine dependence (FTND) ของ Scollo and Winstanley (๒๐๐๘, online)^๕

ระยะที่ ๒ พัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการป้องกันบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชน จังหวัดมหาสารคาม การศึกษาวิจัยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ภายใต้แนวคิด PAOR ของเคมมิสและแมคแท็กการ์ท (Kemmis & McTaggart, ๑๙๘๘)^๖ มาเป็นกรอบดำเนินการ

กลุ่มตัวอย่าง เป็นเป็น ๒ กลุ่ม คือ ๑) คณะกรรมการดำเนินงาน จำนวน ๓๐ คน โดยเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วย ผู้บริหาร จำนวน ๕ คน บุคลากรที่รับผิดชอบงานบุหรี่และยาเสพติด จำนวน ๕ คน องค์กรนักศึกษา จำนวน ๕ คน สโมสรนักศึกษา จำนวน ๑๕ คน และ ๒) กลุ่มเป้าหมายได้มาจากการคัดเลือกจากแบบสอบถาม FTND questionnaires (Scollo and Winstanley, ๒๐๐๘) ในระยะที่ ๑ ที่มีระดับคะแนนระหว่าง ๔-๕ ที่แสดงว่าเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่แบบเสี่ยง จำนวน ๑๒๐ คน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ: การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยเอาแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสาร ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบ หลังจากได้ปรับปรุงแก้ไขตาม ข้อเสนอแนะของอาจารย์ที่ปรึกษา จากนั้นนำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน ๓ ท่าน ค่า IOC = ๐.๖๗-๑.๐๐ การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ(reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับนักศึกษาที่มีบริบทใกล้เคียงคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างคือ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม จำนวน ๓๐ คน เพื่อหาความเชื่อมั่นของแอลฟาของครอนบาช (Reliability of Cronbach's alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่น ๐.๙๒

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล: การวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านสังคม ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Stepwise Multiple Regression Analysis) และคำถามปลายเปิดใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา และเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชนกลุ่มเสี่ยงก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ โดยใช้ สถิติ Wilcoxon Matched-pair Signed rank Test

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง: ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยหลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม EC ๐๕/๒๕๖๖ ลงวันที่ ๑๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ โดยสอดคล้องกับหลักการของปฏิญญาเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลของผู้ที่เข้าร่วมการวิจัยซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลที่สำคัญอย่างยิ่ง

ผลการวิจัย

ระยะที่ ๑ การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชน จังหวัดมหาสารคามพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ ๖๗.๖๐ และเพศหญิง ร้อยละ ๓๒.๔๐ มีอายุเฉลี่ย ๑๘.๒๖ ปี ส่วนใหญ่เป็นนิสิตคณะศึกษาศาสตร์ คิดเป็นร้อยละ ๓๒.๒๐ การใช้บุหรี่ไฟฟ้าของคนใกล้ชิด คือ เพื่อน คิดเป็นร้อยละ ๖๔.๘ เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า คิดเป็นร้อยละ ๕๘.๐ ช่องทางการรับข่าวสาร คือ Facebook คิดเป็นร้อยละ ๓๕.๓ รายได้เฉลี่ยอยู่ที่ ๕,๙๕๑.๘๐ บาท/เดือน

ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณตามลำดับความสำคัญของตัวแปรที่เข้าสมการ พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากมหาวิทยาลัย การสนับสนุนจากเพื่อนทักกะชีวิต และการรับรู้เกี่ยวกับโทษของบุหรี่ไฟฟ้าเป็นตัวแปรที่ทำนายพฤติกรรมการป้องกันบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชน นักศึกษาได้ร้อยละ ๓๘.๗๔

ตาราง ๑ แสดงการวิเคราะห์ตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่สมการทำนายพฤติกรรมการป้องกันบุหรี่ไฟฟ้า

ลำดับตัวแปร	R	R ^๒	Adj.R ^๒	R Square change	b	Beta	t
การสนับสนุนจากมหาวิทยาลัย	.๕๗๙	.๒๐๗	.๒๐๕	.๒๒๗	.๓๑๕	.๓๑๖	๖.๗๖๗***
การสนับสนุนจากเพื่อน	.๕๓๙	.๓๒๓	.๒๘๗	.๐๙๖	.๓๕๖	.๒๒๓	๔.๖๔๑**
ทักษะชีวิต	.๕๖๑	.๓๕๘	.๓๐๙	.๐๓๕	.๒๔๑	.๑๔๕	๒.๘๒๗**
การรับรู้ของบุหรี่ไฟฟ้า	.๕๗๒	.๓๘๗	.๓๒๐	.๐๒๙	.๑๕๙	.๑๒๓	๒.๖๙๕**
a (Constant) = -.๐๙๒	S.E. = .๒๙๗	F = ๓๘.๗๔**					

ระยะที่ ๒ พัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชน จังหวัดมหาสารคาม พบว่าและรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชน จังหวัดมหาสารคาม มี ๘ ขั้นตอน ประกอบด้วยขั้น Planning ๑) วิเคราะห์บริบท และสถานการณ์ในมหาวิทยาลัย ด้วยเทคนิค AIC พบว่า มาตรการด้านการป้องกันคือมหาวิทยาลัยขาดความต่อเนื่องในการอบรมพัฒนาทักษะชีวิตในการป้องกันบุหรี่ไฟฟ้าให้กับนักศึกษา มาตรการด้านการค้นหา พบปัญหาคือมหาวิทยาลัยไม่มีการคัดกรองนักศึกษาอย่างต่อเนื่อง มาตรการด้านการรักษา พบปัญหาคือมหาวิทยาลัยไม่มีการจัดตั้งคลินิกให้คำปรึกษา มาตรการด้านการเฝ้าระวัง พบปัญหาคือ มหาวิทยาลัยไม่มีช่องทางแพลตฟอร์มออนไลน์ ในการรับเรื่องร้องเรียน หรือให้ข้อมูลข่าวสารปัญหาบุหรี่ไฟฟ้า และ มาตรการด้านการบริหารจัดการ พบปัญหา คือ มหาวิทยาลัยไม่มีการบูรณาการสร้างเครือข่ายในการทำงาน ไม่มีการจัดทำ MOU ร่วมกันกับภาคีเครือข่าย ขาดการกำกับ ติดตามและประเมินผล ๒) ประชุมจัดทำแผนปฏิบัติการพบว่า คณะกรรมการดำเนินงาน ได้จัดทำแผนงาน/โครงการ เพื่อใช้ในการดำเนินงาน ทั้งสิ้น ๓ ยุทธศาสตร์ ขั้น Action ๓) ยุทธศาสตร์ที่ ๑ การรณรงค์สร้างกระแสห่างไกลบุหรี่ไฟฟ้า ๔) ยุทธศาสตร์ที่ ๒ การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจห่างไกลบุหรี่ไฟฟ้า ๕) ยุทธศาสตร์ที่ ๓ การสร้างและพัฒนาเครือข่ายในการป้องกันบุหรี่ไฟฟ้า ขั้น Observation ๖) กำกับ ติดตาม โดยการลงหน้างานเชิงรุก สัมภาษณ์ และสังเกตบริบทหน้างาน เฝ้าระวัง ติดตามประเมินผลรูปแบบ โดยประเมินจากพฤติกรรมการป้องกันบุหรี่ไฟฟ้าของกลุ่มเป้าหมายพบว่า พฤติกรรม การป้องกันบุหรี่ไฟฟ้า ภายหลังพัฒนารูปแบบสูงกว่าก่อนพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < ๐.๐๐๑) ดังตาราง ๒

ตารางที่ ๒ เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการป้องกันบุหรี่ไฟฟ้าของกลุ่มเป้าหมาย ก่อนและหลังการ พัฒนารูปแบบ (n=๑๒๐)

ตัวแปรที่ศึกษาเปรียบเทียบ	n	Mean	S.D.	Wilcoxon value (Z)	p-value
พฤติกรรมการป้องกันบุหรี่ไฟฟ้า					
ก่อนการพัฒนา	๑๒๐	๕๖.๑๕	๕.๗๘	-๙.๒๙	<๐.๐๐๑*
หลังการพัฒนา	๑๒๐	๗๘.๑๓	๖.๒๙		

ขั้น Reflection ๗) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นักศึกษามีพฤติกรรมในการป้องกันบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มมากขึ้น คณะกรรมการดำเนินงาน เข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเองมากขึ้น เครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ป้องกันบุหรี่ไฟฟ้าในมหาวิทยาลัย มีการลงนาม MOU เพื่อเป็นมหาวิทยาลัยสีขาว ปลอดบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า นักศึกษาที่มีความเสี่ยงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่ยุ่งเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีการติดตาม และให้คำปรึกษากับนักศึกษากลุ่มเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอ ๘) ถอดบทเรียนเพื่อหาปัจจัยสู่ความสำเร็จจากขั้นตอนการสร้างรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการป้องกันบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชน จังหวัดมหาสารคามพบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงาน คือ TAKASILA Model

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากมหาวิทยาลัย การได้รับการสนับสนุนจากเพื่อน ทักทายชีวิต และการรับรู้เกี่ยวกับโทษของบุหรี่ไฟฟ้า สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชนได้^{๗,๘,๙} ทั้งนี้เหตุผลสำคัญ เนื่องจากกลุ่มเยาวชนถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการใช้บุหรี่ไฟฟ้า เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายที่เริ่มก้าวเข้าสู่วัยรุ่นเป็นช่วงของการปรับตัวมีการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนในร่างกายสูงที่สุดทำให้มีความอยากรู้อยากลอง มีความเป็นตัวของตัวเอง สอดคล้องกับแนวคิดและทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory)^{๑๐} โดยมีความเชื่อที่ว่าพฤติกรรมของคนเรานั้นไม่ได้เกิดจากปัจจัยทางด้านสภาพแวดล้อมและสังคมเพียงอย่างเดียวหากจะเปลี่ยนแปลงตามเงื่อนไขจะต้องอาศัยความสัมพันธ์ของปัจจัยทั้ง ๓ ด้าน ซึ่งได้แก่ปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมในขณะที่มีความสามารถในการควบคุมตนเอง สาเหตุที่เยาวชนสูบบุหรี่ไฟฟ้า คือ ความอยากรู้อยากลองสะท้อนให้เห็นว่าบุหรี่ไฟฟ้า กำลังเป็นภัยเงียบที่สำคัญของเยาวชนไทยในปัจจุบัน ซึ่งจากการศึกษาพบว่าเยาวชนสูบบุหรี่ไฟฟ้าเพื่อความเพลิดเพลิน เป็นต้น เยาวชนที่มีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่ไฟฟ้ามีโอกาสสูบบุหรี่ไฟฟ้ามากกว่าเยาวชนที่ไม่มีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่ไฟฟ้าคิดเป็น ๑๐.๔๘ เท่า โดยจากผลการศึกษาจะพบว่าบุคคลที่เยาวชนสูบบุหรี่ไฟฟ้าด้วยมากที่สุดคือ เพื่อนสนิทสอดคล้องกับ Green LW และ Kreuter MW^{๑๑} พบว่าอิทธิพลจากกลุ่มเพื่อนจะเป็นแรงกระตุ้นให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าคงอยู่ต่อเนื่องเพราะเพื่อนมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจสูบบุหรี่ไฟฟ้าของวัยรุ่นมากที่สุดอีกทั้งวัยรุ่นเป็นวัยที่ใช้ชีวิตอยู่กับสังคมมหาวิทยาลัยเป็นส่วนใหญ่ โดยมหาวิทยาลัยที่มีมาตรการในการป้องกันบุหรี่ไฟฟ้าที่สูงเยาวชนนักศึกษาจะมีแนวโน้มที่จะเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าน้อยกว่ามหาวิทยาลัยที่ไม่มีนโยบายหรือมาตรการในการป้องกันบุหรี่ไฟฟ้า^{๑๒} TAKASILA Model เป็นรูปแบบในการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชน โดยมหาวิทยาลัยต้องมีมาตรการในการป้องกันบุหรี่ไฟฟ้า มีการจัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับ ๓ ยุทธศาสตร์ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ในการรณรงค์สร้างกระแส ยุทธศาสตร์ในการสร้างภูมิคุ้มกัน และยุทธศาสตร์ในการสร้างและพัฒนาเครือข่ายในป้องกันบุหรี่ไฟฟ้า จะทำให้เยาวชนมีพฤติกรรมในการป้องกันบุหรี่ที่เพิ่มมากขึ้น^(๑๐,๑๒)

ข้อเสนอแนะ

การส่งเสริมกิจกรรมในการป้องกันบุหรี่ไฟฟ้าภายใต้ ๓ ยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย ยุทธศาสตร์ที่ ๑ การรณรงค์สร้างกระแสทางไกลบุหรี่ไฟฟ้า ยุทธศาสตร์ที่ ๒ การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจทางไกลบุหรี่ไฟฟ้า และยุทธศาสตร์ที่ ๓ การสร้างและพัฒนาเครือข่ายในการป้องกันบุหรี่ไฟฟ้า จะช่วยส่งเสริมให้เยาวชน นักศึกษามี

พฤติกรรมในการป้องกันบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มมากขึ้น โดยหน่วยงานสาธารณสุขและพื้นที่ มหาวิทยาลัยต้องกำหนดมาตรการและนโยบายในการป้องกันและแก้ไขปัญหาบุหรี่ไฟฟ้าควบคู่กันไปด้วย

เอกสารอ้างอิง

๑. ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, ปานทิพย์ โชติเบญจมาภรณ์, ปวีณา ปั่นกระจำง. (๒๕๖๕). *สถานการณ์การควบคุมการบริโภคบุหรี่ไฟฟ้าของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๕*. กรุงเทพมหานคร: เจริญดี-มั่นคงการพิมพ์.
๒. ชนิกา เจริญจิตต์กุล, ชฎาภา ประเสริฐทรง. (๒๕๖๔). บุหรี่ไฟฟ้า: ภัยเงียบของวัยรุ่น. *วารสารพยาบาลทหารบก*; ๑๕(๓):๑๔๙-๑๕.
๓. ศรีรัช ลอยสมุทร. (๒๕๖๖). ผลกระทบที่ยาสุบริรูปแบบใหม่ในสื่อสังคมเครือข่ายและผลของการบังคับใช้กฎหมายผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่. *วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข* ๕:๑๓-๓๐.
๔. Cohen J. (๑๙๘๘). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Available from: https://www.utstat.toronto.edu/~brunner/old_class/๓๗๘๖๑๖/readings/CohenPower.pdf
๕. Fagerstrom Test for Nicotine Dependence” (Fagerstrom K-O, Schneider NG. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Journal of Behavioral Medicine*. ๑๙๘๙;๑๒:๑๕๙-๑๘๒.
๖. Kemmis, S & McTaggart, R. (๑๙๘๘). *The Action Research Planer (๓rd ed.)*.Victoria: Deakin University.
๗. ปิยวรรณ บุญเพ็ญ, ภาวนา เมณฑะระ, ปิยชาติ บุญเพ็ญ. (๒๕๖๒). พฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าและพฤติกรรมต้องการเลิกบุหรี่ของนักศึกษาระดับอุดมศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารศรีนครินทร์วิโรฒวิจัยและพัฒนา*, ๑๑(๒๒): ๑๑๑-๑๒๗.
๘. Sutfin EL, McCoy TP, Morrell HE, Hoepfner BB, Wolfson M. (๒๐๑๓). Electronic cigarette use by college students. *Drug and Alcohol Dependence*, ๑๓๑(๓) :๒๑๔-๒๑. ๑๐.
๙. Wise J. E.(๒๐๑๓). cigarette marketing is aimed at youngsters, says charity. *BMJ*;๓๔๗:๗๑๒๔.
๑๐. Bandura A. (๑๙๘๖). *Social foundation of thought and action: a social cognitive theory*. New Jersey: Prentice-Hall;
๑๑. Green LW, Krueger MW. (๒๐๐๕). *Health promotion planning: an education and ecological approach. ๔th ed*. Toronto: Mayfield Publishing Company;
๑๒. เจตนัสฤษฏ์ สังข์พันธ์, เกตฉวา บุญปรากฏและชิตชนก เขิงเชาว์ (๒๕๖๖). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงใช้บุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชนไทยในจังหวัดสงขลา. *วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี*. ๓๑(๓), ๘๘-๑๐๓.

ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรม
การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
โรงพยาบาลบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์

เตือนใจ ปาประโคน
โรงพยาบาลบ้านกรวด

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม (Quasi-experimental Design) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลบ้านกรวด อำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุโรคมาติดต่อเรื้อรังที่มีอายุ ๖๐ ปี ขึ้นไป คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน ๘๔ คน แบ่งเป็น ๒ กลุ่มๆ ละ ๔๒ คน โดยกลุ่มควบคุมได้รับคำแนะนำปกติ กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน ร่วมกับคำแนะนำปกติ เป็นระยะเวลา ๘ สัปดาห์ และติดตามในสัปดาห์ที่ ๑๒ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนเอง แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สถิติ Independent t-test ทดสอบรายคู่ด้วย Bonferroni ผลการวิจัยพบว่า ๑) ค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หลังทดลอง ๘ สัปดาห์และระยะติดตาม ๑๒ สัปดาห์ สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับคำแนะนำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ ๒) ค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หลังทดลอง ๘ สัปดาห์และระยะติดตาม ๑๒ สัปดาห์ สูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน สามารถส่งเสริมความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม ช่วยให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เห็นความสำคัญของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ จึงควรมีการจัดกิจกรรมกระบวนการกลุ่มและการเยี่ยมบ้าน ส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง

หลักการ และเหตุผล

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease: Stroke) หรือโรคอัมพาต/อัมพฤกษ์ เป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดโรคหนึ่งของโรคทางระบบประสาท ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดความพิการ และการเสียชีวิตที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศและทั่วโลก จากข้อมูลองค์การอนามัยโลก ได้รายงานสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ ๒ ของโลก และอันดับ ๓ ของความพิการ มีประชาชนที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองสูงถึง ๘๐ ล้านคน มีผู้เสียชีวิตประมาณ ๖.๕ ล้านคน และยังพบผู้ป่วยใหม่ถึง ๑๒.๒ ล้านคนต่อปี (หรือมีผู้ป่วยรายใหม่ ๑ คนในทุก ๓ วินาที)

ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มที่เพิ่มมากขึ้น มีความรุนแรงโดยเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตและเกิดความพิการ ส่งผล

กระทบต่อคุณภาพชีวิต ในภาพลักษณ์ ในด้านบทบาทหน้าที่ของบุคคลในครอบครัวที่ต้องเข้ามารับภาระในการดูแลผู้ป่วย ด้านสังคม ภาระทางด้านเศรษฐกิจ การมีรายได้ลดลง (ประเสริฐ อัสสันตชัย, ๒๕๕๔) ซึ่งแนวทางในการควบคุมระดับความดันโลหิตเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากภาวะแทรกซ้อนของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุ นั้น คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้สูงอายุเพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยการจำกัดการรับประทานอาหาร ควบคุมน้ำหนักตัว การออกกำลังกาย ควบคุมระดับความดันโลหิตสูง และระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ การไม่สูบบุหรี่ และลดการดื่มแอลกอฮอล์ ก็จะป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, ๒๕๕๙)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการกระทำพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นการตัดสินใจของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการจัดระบบและกระทำพฤติกรรม เพื่อให้บรรลุผลการปฏิบัติตามที่กำหนดไว้ ดังนั้นการรับรู้ความสามารถของตนเองจึงเป็นตัวกำหนดที่สำคัญตัวหนึ่งของมนุษย์ แม้ว่าความรู้และทักษะจะเป็นสิ่งจำเป็นต่อการปฏิบัติให้บรรลุผล แต่ก็ยังไม่เพียงพอ เพราะบุคคลมักจะไม่ปฏิบัติให้ดีที่สุด แม้เขาจะรู้ว่าต้องทำอะไรบ้าง ถ้าเขาไม่เชื่อว่าตนมีความสามารถเพียงพอที่จะกระทำ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน หรือการทำให้ผู้สูงอายุเชื่อว่าตนเองสามารถทำได้ มีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง และเห็นคุณค่าในการดูแลสุขภาพ จนสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยนำขั้นตอนการพัฒนาความสามารถของตนเองตามทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา มาสร้างโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถแห่งตนในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งเป็นโปรแกรมที่จัดโดยมี ๔ ปัจจัยคือ ๑) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery Experiences) เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดโดยฝึกทักษะการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม ๒) การใช้ตัวแบบ (Modeling) การที่ได้สังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อนและได้รับผลที่พึงพอใจทำให้ผู้ที่สังเกตฝึกความรู้สึกล่าช้าจะสามารถประสบความสำเร็จได้ ๓) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) เป็นการบอกว่าบุคคลนั้นสามารถประสบความสำเร็จ ๔) การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal) การกระตุ้นทางอารมณ์มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพื่อลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่อไป

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์

วัตถุประสงค์เฉพาะ

๑. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

๒. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ ภายในกลุ่มทดลอง

การดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยทั้งหมด ๘ สัปดาห์และระยะติดตามในสัปดาห์ที่ ๑๒

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง

การคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย กรณี ๒ กลุ่ม ประชากรที่เป็นอิสระต่อกัน (อรุณจิรวรรณกุล, ๒๕๕๑) จากสูตร

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

สรุปขนาดตัวอย่างหลังจากได้ปรับแล้วได้ขนาดที่ใช้ในการศึกษากลุ่มละ ๔๒ คนหรือทั้งหมด ๘๔ คน คือ อาสาสมัครผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลบ้านกรวด กลุ่มทดลอง จำนวน ๔๒ คน และอาสาสมัครผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลบ้านกรวด กลุ่มควบคุม จำนวน ๔๒ คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

๑. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่แบบคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ แบบประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai ๒๐๐๒)

๒. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

๓. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ของแบนดูรา จำนวน ๖ ครั้ง สัปดาห์ละ ๑ ครั้งๆ ละ ๑ ชั่วโมง ๓๐ นาที ดังนี้

กิจกรรมที่ ๑ ประสพการณ์ที่ประสบความสำเร็จ ดำเนินการในสัปดาห์แรกของกลุ่มทดลอง

กิจกรรมที่ ๒ การใช้ตัวแบบ เป็นการดำเนินการในสัปดาห์แรก สัปดาห์ที่ ๒, ๓ และ ๔

กิจกรรมที่ ๓ การใช้คำพูดชักจูง ดำเนินการในกลุ่มผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มทดลอง

กิจกรรมที่ ๔ การกระตุ้นทางอารมณ์ เป็นการทำกิจกรรมในสัปดาห์แรกของกลุ่มผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มทดลอง ดำเนินกิจกรรมการกระตุ้นเตือนโดยการออกเยี่ยมบ้าน โดยผู้วิจัยออกเยี่ยมบ้าน จำนวน ๒ ครั้งในสัปดาห์ที่ ๕ และสัปดาห์ที่ ๖

กลุ่มควบคุมสัปดาห์ที่ ๑ (กิจกรรมครั้งที่ ๑) ก่อนการวิจัย ผู้วิจัยให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง หลังจากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมทำแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และนัดหมายในการพบกันในสัปดาห์ที่ ๑๒ หลังสิ้นสุดการทดลอง

สัปดาห์ที่ ๘ (กิจกรรมครั้งที่ ๒) หลังสิ้นสุดการวิจัยสัปดาห์ที่ ๘ ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มควบคุม ทำแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่การหาค่าความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม ด้วยสถิติทดสอบค่าที (Independent t-test) และเปรียบเทียบความแปรปรวนเมื่อมีการวัดซ้ำ ภายในกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติทดสอบ Repeated Measure ANOVA และเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ โดยวิธีการทดสอบ Bonferroni

ผลการวิจัย

๑. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จากผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ ๘๕ และ ๗๘.๘ อายุของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน ($p > 0.05$) กลุ่มทดลองอายุเฉลี่ย ๖๖.๘๓ ปี (S.D.=๗.๑๕) ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง ๖๐ ปี กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย ๖๘.๒๔ ปี (S.D.=๗.๑๕) ประวัติการเจ็บป่วย กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๖๐.๗๐ กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ ๕๐.๖๐ ระยะเวลาการเจ็บป่วยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ป่วยเป็นระยะเวลา ๑-๑๐ ปี ร้อยละ ๘๗.๕๐ ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ป่วยด้วยระยะเวลา ๑-๑๐ ปี ร้อยละ ๗๓.๗๐ การสูบบุหรี่ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ ๙๐.๔๕ ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ ๗๕.๖๐ การดื่มสุรา กิจกรรมทางกาย กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีกิจกรรมทางกาย ร้อยละ ๔๕.๔๕ ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่มีกิจกรรมทางกาย ร้อยละ ๖๕.๒๐ แหล่งข้อมูลที่ได้รับความรู้เรื่องพฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ได้รับความรู้ทางโทรทัศน์ ร้อยละ ๔๕.๘๐ รองลงมาได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ ๓๕.๓๐ กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ ๓๓.๒๕ รองลงมาคือได้รับความรู้ทางโทรทัศน์ ร้อยละ ๒๖.๔๕

๒. ระดับการรับรู้สมรรถนะของตนเองและพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล ($n=๘๔$) พบว่า ก่อนทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ ๖๗.๖ และ ๖๖.๕๓ ตามลำดับ ภายหลังทดลอง การรับรู้สมรรถนะของตนเอง ในกลุ่มทดลองอยู่ในระดับสูง ร้อยละ ๙๕.๘๕ ในกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ ๘๑.๒ ในระยะติดตามผลการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ในกลุ่มทดลองอยู่ในระดับสูง ร้อยละ ๙๑.๘ กลุ่มควบคุมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ ๗๘.๘ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระดับปานกลาง ร้อยละ ๗๓.๒ และ ๖๗.๕ ภายหลังการทดลอง พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มทดลองอยู่ในระดับสูง ร้อยละ

๙๓.๕ กลุ่มควบคุมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ ๘๐.๘ ในระยะติดตามผล พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มทดลองอยู่ในระดับสูง ร้อยละ ๙๐.๒ กลุ่มควบคุมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ ๗๘.๗

๓. *เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะของตนเองและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง* ในระยะก่อนการทดลอง หลังทดลองและระยะติดตามผล พบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะของตนเอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=๑.๒๕, p=๐.๒๑$) คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะของตนเองหลังทดลอง พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=๑๕.๙๒, p<๐.๐๐๑$) และในระยะติดตามผล พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=๑๒.๖๙, p<๐.๐๐๑$) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะของตนเอง กลุ่มทดลอง ระยะก่อนทดลอง หลังทดลองและระยะติดตามผล เท่ากับ ๓๐.๒๙, ๕๑.๒๑, ๔๙.๖๐ ตามลำดับ เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทั้ง ๓ ครั้ง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย ๑ คู่ ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=๓๑๓.๘๗, p<๐.๐๐๑$)

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=๐.๙๕, p<๐.๓๔$) หลังทดลอง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=๑๓.๖๙, p<๐.๐๐๑$) ในระยะติดตามผล พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=๑๐.๖๐, p<๐.๐๐๑$) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล เท่ากับ ๕๕.๖๕, ๘๑.๖๕, ๗๖.๕๒ ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทั้ง ๓ ครั้ง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย ๑ คู่ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=๑๙๑.๘๔, p<๐.๐๐๑$)

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของค่าเฉลี่ยคะแนน ระยะก่อนทดลอง หลังทดลองและระยะติดตามผลภายในกลุ่มทดลอง โดยวิธีทดสอบ Bonferroni พบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะของตนเองและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในการวัดก่อนทดลอง-หลังทดลอง, ก่อนทดลอง-ระยะติดตามผล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ สามารถนำผลการศึกษาใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง วางแผนการดูแลป้องกันในกลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ตลอดจนจัดโครงการและกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุในอำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

๑. กองยุทธศาสตร์และแผนงานและสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑ - ๑๓ กระทรวงสาธารณสุข (๒๕๖๑) *รายงานสุขภาพคนไทยระดับเขต* กรุงเทพฯ : ชินอักษรการพิมพ์
๒. ชื่นชมสมพล, ทศนีร์วิวรกุล, และพัชราพรเกิดมงคล. (๒๕๖๐). ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง *วารสารพยาบาลสาธารณสุข, ๕๗ - ๗๔*

๓. ปิยนุช ภิญโย, เพชรไสว ลี้มตระกูล, สมศักดิ์ เทียมเก่าและวนิดา ศรีพรหมษา (๒๕๕๘) การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการใช้มีส่วนร่วมของชุมชนในบริบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ *วารสารสงขลานครินทร์*ปีที่ ๓๕ ฉบับที่ ๒ พฤษภาคม-สิงหาคม ๒๕๕๘.
๔. ประเสริฐ อัสสันตชัย. (๒๕๕๔). *โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุและการป้องกัน*. ใน ประเสริฐ อัสสันตชัย ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน. (หน้า ๑๗๑ - ๑๙๔, พิมพ์ครั้งที่ ๒) กรุงเทพฯ : ยูเนี่ยนครีเอชั่น.
๕. ภาวิณี พรหมบุตร, เอื้อจิตร สุขพูล, กิตติภูมิ ภิญโยและปิยนุช ภิญโย. (๒๕๕๘) ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชนของจังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลสงขลา นครินทร์* .; ๓๕ (๒), ๑๑๓-๑๒๐.
๖. วันดี คหะวงศ์, และอารีรัตน์ คนสวน.(๒๕๕๗). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโลหิตไม่ได้*(วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
๗. วาสนา มุลฐี, สุปรีดา มั่นคง, ยุพา พินศิริโพธิ์งามและสิริรัตน์ ลีลาจรัส (๒๕๕๙) ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันภาวะแทรกซ้อนและความพึงพอใจของผู้ป่วย *วารสารสภากาชาดโรงพยาบาลโรงพยาบาลรามาริบัติ*
๘. วิไลวรรณ ทองเจริญ. (๒๕๕๘) *ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: เอ็นพีเพรส.
๙. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย.(๒๕๖๒). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. ๒๕๖๒*. เชียงใหม่ : ทริค ดิจิทัล.
- ๑๐ Bandura, A. (๑๙๘๖). The explanatory and predictive scope of self-efficacy theory. *Journal of Clinical and Social psychology*, ๔, ๓๕๙-๓๗๓.

ผลของโปรแกรมโรงเรียนเบาหวานวิทยาสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ตำบลสะเดา อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์

แสงเดือน ปลายสนธิ
โรงพยาบาลพลับพลาชัย

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมโรงเรียนเบาหวานวิทยาสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ พื้นที่ตำบลสะเดา อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ มีระยะเวลาในการวิจัย พฤษภาคม ถึง สิงหาคม ๒๕๖๗ รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) แบบสองกลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two Groups Pretest and Posttest Design) โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองตามที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้น และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ๑๒ สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมโรงเรียนเบาหวานวิทยาและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรมโรงเรียนเบาหวานวิทยา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ คัดเลือกอย่างเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน ๓๐ ราย และกลุ่มควบคุมจำนวน ๓๐ ราย กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมโรงเรียนเบาหวานวิทยา ระยะเวลา ๑๒ สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมให้การพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ และโปรแกรมโรงเรียนเบาหวานวิทยา ผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ ๕ คน ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ ๐.๘๐ ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ ๐.๘๖ สถิติที่ใช้ ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Paired-sample t-test และ Independent-sample t-test ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < ๐.๐๐๑$) และดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < ๐.๐๐๑$)

โปรแกรมโรงเรียนเบาหวานวิทยาสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ส่งผลให้ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงได้ ดังนั้น จึงควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการประยุกต์ใช้โปรแกรมโรงเรียนเบาหวานวิทยาเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อไป

หลักการ และเหตุผล

โรคเบาหวาน เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ปัจจุบันเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของทั่วโลก เนื่องจากวิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไป อีกทั้งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ก่อให้เกิด ผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของทั้งผู้ป่วยเองและครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง จากสถิติของสหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติรายงานว่า ในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ มีจำนวนผู้ป่วย โรคเบาหวาน ทั่วโลก ๔๒๕ ล้านคน และคาดว่าในปี พ.ศ. ๒๕๘๘ จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลก จะ เพิ่มขึ้นเป็น ๖๒๙ ล้านคน องค์การอนามัยโลกระบุว่าจำนวนผู้ป่วยเบาหวานจะเพิ่มขึ้นเป็น ๒ เท่า ในปี ๒๐๓๐ และจะมีผู้เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานเป็น

จำนวน ๓.๒ ล้านคนในแต่ละปี สหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติได้คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.๒๕๘๓ ประเทศไทยจะมีผู้ป่วยเบาหวานสูงถึง ๕.๓ ล้านคน (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, ๒๕๖๐)

การสำรวจสุขภาพสุขภาพอนามัยของ ประชาชนไทย ครั้งที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๕๗ ความชุกของโรคเบาหวานใน ประชากรไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป มีร้อยละ ๘.๙๐ ผู้หญิงมีความชุกสูงกว่าในผู้ชาย (ร้อยละ ๙.๘ และ ๗.๘ ตามลำดับ) และความชุกเพิ่มขึ้นตาม อายุ จากร้อยละ ๒.๑ ในกลุ่มอายุ ๑๕ - ๒๔ ปี ความชุกเพิ่มขึ้นสูงสุด ณ กลุ่ม อายุ ๖๐-๖๙ ปี ทั้งในเพศ ชายและเพศหญิง (ร้อยละ ๑๕, ๙. และ ๒๑.๙๐ ตามลำดับ) ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี (วิชัย เอกพลากร, ๒๕๕๗) โดยร้อยละ ๙๕ ของผู้ป่วยเบาหวานขณะนี้ เป็นเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่เกิดจากพฤติกรรม คือการ ปล่อยตัวให้อ้วนไม่ออกกำลังกาย รับประทานอาหารไม่เหมาะสม (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวง สาธารณสุข, ๒๕๕๗) จากรายงานขององค์การอนามัยโลกถึงสาเหตุการเสียชีวิต ๑๐ อันดับ แรกทั่วโลก ในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ พบว่าโรคเบาหวานเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ ๖ โดยมีผู้เสียชีวิต จากโรคเบาหวานถึง ๑.๖ ล้านคน (World Health Organization, ๒๐๑๗) จากอัตราการป่วยและอัตราการตาย

โรงพยาบาลพลับพลาชัย อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ เป็นพื้นที่ที่มีการดำเนินงานให้บริการดูแล รักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลสถิติการมารับบริการ พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการรักษาที่ คลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลพลับพลาชัย มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นทุกปี โดยจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการในปี พ.ศ. ๒๕๖๕-๒๕๖๗ คือ ๓๙๘ คน ๔๒๕ คน และ ๕๕๘ คน ตามลำดับ มีผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลใน เลือดไม่ได้ ร้อยละ ๘๓.๗๕, ๗๙.๖๕ และ ๙๓.๘๘ ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์, ๒๕๖๗) จึงมีผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้มารับการรักษาจำนวนมากและจากรายงานการตรวจ สุขภาพประจำปีของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า ตำบลสะเดา อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ มีผู้ป่วยเบาหวานมี ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้มากที่สุด ร้อยละ ๘๓.๗๕ จากสรุปรายงานการสำรวจ พฤติกรรมผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่าปัญหาส่วนใหญ่ มาจากามีพฤติกรรม การรับประทานอาหารไม่ถูกต้อง ร้อยละ ๓๔.๒๑ ผู้ป่วยมักจำกัดการรับประทานอาหารตามคำแนะนำ ในช่วง ๑ สัปดาห์ก่อนถึงวันนัด ขาดการออกกำลังกาย ที่เหมาะสม ร้อยละ ๔๒.๓๘ และไม่ไปพบแพทย์ ตามนัด ร้อยละ ๑๑.๔๕ การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง การลืมรับประทานยา หรือการเก็บสะสมยา ร้อยละ ๘.๗๓ (โรงพยาบาลพลับพลาชัย, ๒๕๖๗) ดังนั้นหากสามารถ ส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรม สุขภาพที่เหมาะสม มีการติดตามอาการโดยพบแพทย์อย่างต่อเนื่อง และต้องมื การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ทั้งด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย สามารถส่งเสริมให้ ผู้ป่วยเบาหวานสามารถจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสมและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

จากปัญหาดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยที่จะศึกษา ผลของโปรแกรมโรงเรียนเบาหวานวิทยาสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ ๒ ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ตำบลสะเดา อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อใช้ในการ วางแผนบริหารจัดการ สร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ได้อย่างเหมาะสมและ ส่งเสริมให้ผู้ป่วย เบาหวานมีสุขภาพที่ดีและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์

- ๓.๑ เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนและหลังการทดลองของ กลุ่มทดลอง
- ๓.๒ เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดก่อนและหลังการทดลองของ กลุ่มทดลอง

- ๓.๓ เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับพฤติกรมสุขภาพหลังการทดลองระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
- ๓.๔ เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) แบบสองกลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัตถุประสงค์ก่อนและหลังการทดลอง (Two Groups Pretest and Posttest Design) โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองตามที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้น และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ๑๒ สัปดาห์ เก็บรวบรวม ข้อมูลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งเพศหญิงและเพศชาย อายุระหว่าง ๒๑-๕๕ ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ และไม่มีโรคอื่น ร่วม โดยมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA_{1c}) มากกว่าร้อยละ ๗ ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคเบาหวานตำบลสะเดา โรงพยาบาลพลับพลายชัย อำเภพลับพลายชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ปี พ.ศ. ๒๕๖๗ จำนวน ๑๓๒ คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งเพศหญิงและเพศชาย อายุระหว่าง ๒๑-๕๕ ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้และไม่มีโรคอื่น ร่วม โดยมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA_{1c}) มากกว่าร้อยละ ๗ ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคเบาหวานตำบลสะเดา โรงพยาบาลพลับพลายชัย อำเภพลับพลายชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*power คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการ วิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power analysis) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .๐๕ ขนาดอิทธิพล (Effect size) $d = ๐.๕๑$ ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนงานวิจัยของ สาวิตรี นามพะธาย (๒๕๖๑) ที่ศึกษา ผลของ โปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง ต่อพฤติกรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและค่า น้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ โดยผลค่าคะแนนเฉลี่ยด้าน พฤติกรมสุขภาพ โดยค่าเฉลี่ย คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองกลุ่มที่ ๑ เท่ากับ ๗.๘๖ และกลุ่มที่ ๒ เท่ากับ ๙.๖๓ และให้อำนาจในการทดสอบ $๑-\beta = .๘๐$ ได้กลุ่มอย่างรวมโดยได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ๒๕ คนต่อกลุ่ม และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างดำเนินการวิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ ๒๐ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ๓๐ คนต่อกลุ่ม รวม ๖๐ คน โดยกำหนดคุณลักษณะของประชากร ตามเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์การคัดออก ใช้การสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างให้ครบตามจำนวนที่กำหนด

จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๒๕ คน ดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงให้ได้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ ๓๐ คน โดยกลุ่มทดลอง คลินิกโรคเบาหวานตำบลสะเดา โรงพยาบาลพลับพลายชัย อำเภพลับพลายชัย จังหวัดบุรีรัมย์ และกลุ่มควบคุม คือ คลินิกโรคเบาหวานตำบลจันตุม โรงพยาบาลพลับพลายชัย อำเภพลับพลายชัย จังหวัดบุรีรัมย์ เนื่องจากมีลักษณะใกล้เคียงกันทั้งในด้านประชากร ภูมิศาสตร์ วิธี การดำเนินชีวิต และรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในคลินิกโรคเบาหวานของโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น ๒ ประเภท คือเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวม ข้อมูล และ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย ๒ ชุด ได้แก่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยแบบประเมิน ๒ ชุด ได้แก่

๑) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน และการได้รับการอบรมเกี่ยวกับโรคเบาหวาน

๒) แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ เป็นข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ ลักษณะแบบ สอบถามเป็นแบบ มาตราส่วน ประเมินค่าแบบลิเคิร์ต (Likert Ration Scales) ๕ ระดับ จำนวน ๔๕ ข้อ แยกออกเป็น

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

โปรแกรมโรงเรียนเบาหวานวิทยาสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจาก แนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์, และแกริกซ์ - บายส์ (Kanfer, & Gaelick - Buys, ๑๙๙๑) มาประยุกต์ใช้ รูปแบบการจัดการโรคเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ (Diabetes Remission) (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, ๒๕๖๖) ทั้งหมด ๑๒ สัปดาห์ โดยแบ่งออกเป็น ๓ ขั้นตอน ได้แก่ ๑) การติดตามตนเอง (Self - monitoring) เพื่อ ตรวจสอบพฤติกรรมของตนเอง ๒) การประเมินตนเอง (Self -evaluation) เพื่อประเมินตนเองเปรียบเทียบกับ เป้าหมายที่ตั้งไว้ ๓) การเสริมแรงตนเอง (Self -reinforcement) เพื่อการกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมปฏิบัติอย่าง ต่อเนื่องและแก้ไขในสิ่งที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งสามารถสรุปรูปแบบผลของโปรแกรมโรงเรียนเบาหวานวิทยา การจัดการ ตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือด

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดในระยะก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test และวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่าง ของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ระหว่างกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย

ส่วนที่ ๑ คะแนนเฉลี่ยระดับพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนและหลังการทดลองของ กลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.0001$)

ส่วนที่ ๒ ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดก่อนและหลังการทดลองของ กลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.0001$)

ส่วนที่ ๓ คะแนนเฉลี่ยระดับพฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลองระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.0001$)

ส่วนที่ ๔ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่ม ควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดหลังการทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.0001$)

อภิปรายผลการวิจัย

โปรแกรมโรงเรียนเบาหวานวิทยาสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ส่งผลให้ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงได้ ดังนั้น จึงควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการประยุกต์ใช้โปรแกรมโรงเรียนเบาหวานวิทยาเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อไป

ข้อเสนอแนะ

โปรแกรมจากผลการดำเนินงาน พบพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ดังนั้น อาจมีการทบทวนปัจจัยระดับบุคคลเพิ่มเติมเพื่อหาแนวทางในการ ส่งเสริมให้ผู้เบาหวานมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นในระยะยาว และควรประยุกต์ใช้โปรแกรมโรงเรียนเบาหวานวิทยา ใช้ในพื้นที่อื่นๆ หรือ ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ในชุมชน โดยเฉพาะโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

๑. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (๒๕๖๖) *การดูแลผู้ป่วยเป็นเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ (Remission service)*. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข.
๒. โรงพยาบาลพลับพลายชัย. (๒๕๖๓). *ข้อมูลการดำเนินงานคลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลพลับพลายชัย ประจำปี ๒๕๖๕-๒๕๖๗* บุรีรัมย์: โรงพยาบาลพลับพลายชัย.
๓. วิชัย เอกพลากร. (บก.). (๒๕๕๗). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๕๗* กรุงเทพฯ: เดอร์ กราฟิโก ซิสเต็มส์.
๔. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย กรมการแพทย์ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพ (๒๕๖๐). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน ๒๕๖๐* ปทุมธานี: รมย์ยืน มีเดีย.
๕. สาวิตรี นามพะธาย. (๒๕๖๑) ผลของโปรแกรมการจัดการเบาหวานด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต).นครปฐม: มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
๖. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (๒๕๕๓). *แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. ๒๕๕๔-๒๕๖๓*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
๗. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์. (๒๕๖๖) *รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อ ปี พ.ศ.๒๕๖๗* บุรีรัมย์ : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์
๘. Kanfer, F. H., & Gaelick-Buys, L. (๑๙๙๑). *Self-management methods*. In Kanfer, F. H., & Goldstein, A. P. (Eds.), *Helping people change: A textbook of methods*. New York: Pergaman Press.
๙. World Health Organization, WHO. (๒๐๑๗). *Diabetes ๒๐๑๗*. [internet]๒๐๑๗ [cited ๒๐๒๓ September ๑๐] <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs๓๑๒/en/>

การพัฒนาารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในด้านการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก ตำบลแม่ตึบ อำเภองาว จังหวัดลำปาง

อำพรทิพย์ อุดทาโท
สำนักงานสาธารณสุขอำเภองาว จังหวัดลำปาง

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาและสภาพปัญหาโรคไข้เลือดออกตำบลแม่ตึบ เพื่อพัฒนาารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก และเพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยใช้กระบวนการวิจัยแบบผสมผสานเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (Mixed Method) แบ่งเป็น ๓ ระยะคือระยะที่ ๑ การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาโรคไข้เลือดออกและแนวทางการป้องกันโรคไข้เลือดออกในกลุ่มผู้นำชุมชน คัดเลือกตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย จำนวน ๕๐ คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ แบบสอบถาม วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ระยะที่ ๒ พัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก คัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน ๓๐ ราย เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ระยะที่ ๓ ศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน นำรูปแบบไปทดลองใช้ในแกนนำและตัวแทนบ้านจิวงาม หมู่ ๔ จำนวน ๕๐ รายจากการคำนวณขนาดตัวอย่าง ประเมินผลโดยใช้แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของชุมชน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเชิงอนุมาน paired t-test

จากผลการศึกษาพบว่า อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกสูง การมีส่วนร่วมของชุมชนในด้านการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ระดับน้อย และรูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกเดิม ไม่สามารถทำให้อัตราการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลงเกิดการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกจากการเฝ้าระวังลูกน้ำยุงลายกิจกรรมให้สุขศึกษา เป็น ๔ COOPERATE MAETEEP MODEL ดังนี้ ๑) Empowerment cooperate: ร่วมออกแรง สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน ๒) Budget cooperate: ร่วมสนับสนุนงบประมาณ จากองค์กรท้องถิ่นในการขับเคลื่อนงานการแก้ไขปัญหา ๓) Information cooperate: ร่วมสนับสนุนข้อมูล แนวทาง และสร้างคู่มือการป้องกันและแก้ไขปัญหา ๔) Surveillance cooperate: ร่วมเฝ้าระวังค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย และผลการประเมินรูปแบบพบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของบ้านจิวงาม หมู่ ๔ แตกต่างกันจากก่อนการพัฒนาารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ ๐.๐๕ และบ้านจิวงาม หมู่ ๔ พบอัตราการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง

หลักการและเหตุผล

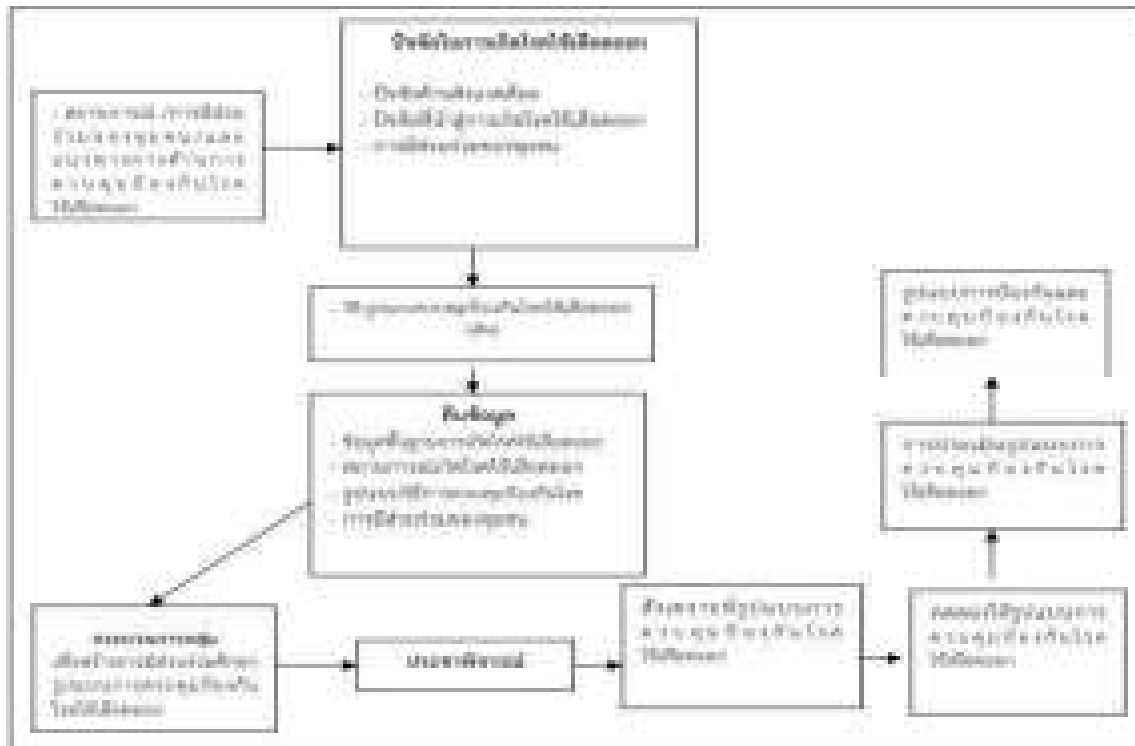
โรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ในแต่ละปีพบผู้ป่วยและมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคไข้เลือดออกจำนวนมาก โดยกระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้ อัตราการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ไม่เกิน ๕๐ ต่อแสนประชากร จากรายงานของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข สถานการณ์โรคไข้เลือดออกประเทศไทยมีรูปแบบการเกิดโรคที่เปลี่ยนแปลงตามฤดูกาล การระบาดในช่วง ๑๐ ปีที่ผ่านมา ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๖ จนถึงปัจจุบัน พบว่ามีรูปแบบการระบาดที่ไม่แน่นอน มีลักษณะแบบปีเว้นปีหรือปีเว้นสองปี จากรายงานสถิติผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๒-๒๕๖๖ พบว่าอัตราการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก เป็น ๑๗๐.๙๓, ๑๐๐.๕๐, ๑๓.๓๕, ๕๔.๒๕ และ ๑๘๗.๒๓ ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ (กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, ๒๕๖๗) ซึ่ง

สถานการณ์โรคไข้เลือดออกในพื้นที่จังหวัดลำปาง พ.ศ. ๒๕๖๒-๒๕๖๖ พบว่าอัตราการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก เป็น ๒๙.๗๒, ๓.๕๐, ๕.๒๕, ๗๗.๒๘ และ ๕๙๙.๕๗ ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ลำปาง, ๒๕๖๗) พื้นที่อำเภองาว ปี ๒๕๖๖ พบว่ามีรายงานจำนวนผู้ป่วยสูงขึ้น คิดเป็นอัตราป่วยเท่ากับ ๕๘๖.๐๗ ต่อประชากรแสนคน ส่วนในพื้นที่ตำบลแม่ตึบ พบว่าอัตราผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในปี ๒๕๖๖ เท่ากับ ๑,๐๓๘.๔๗ ต่อประชากรแสนคน (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอกคำใต้, ๒๕๖๗) โดยจำนวนผู้ป่วยโรค ไข้เลือดออกสะสม จำนวน ๔๔ ราย พื้นที่ที่มีรายงานผู้ป่วยสูงสุดเป็นอันดับ ๑ ของอำเภอ งาว คือ หมู่ ๔ บ้านจี้วาม จำนวน ๒๕ ราย เมื่อการวิเคราะห์ประเด็นปัญหา (Fishbone Diagram) พบปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคไข้เลือดออกใน พื้นที่ตำบลแม่ตึบ คือ ระบบการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยชุมชนมีส่วนร่วมยังไม่มีประสิทธิภาพ แบ่งเป็น ๖ ด้าน คือ ๑) คณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ โดยพบว่า คณะกรรมการบางส่วนไม่เข้าใจบทบาท ของตนเอง, และการเปลี่ยนผ่านของผู้บริหาร อปท. ๒) ระบบระดับชาติในระดัตำบลที่ดี คือ ระบบการแจ้ง ข้อมูลล่าช้า ไม่ทันเวลาต่อการควบคุมโรคตามมาตรการ ๓๓๑ ๓) การวางแผนป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ พบว่า มาตรการ ๓๓๑ ไม่ครบทุกราย ๔) การระดมทรัพยากรหรือการสนับสนุนงบประมาณ คือ วัสดุอุปกรณ์ เช่น เครื่องพ่นหมอกควันฆ่าโรค ๕) ผลสำเร็จของการควบคุมป้องกันที่สำคัญ ปี ๒๕๖๖ พื้นที่เกิด second generation (๒nd gen) ไม่สามารถควบคุมโรคในพื้นที่ให้สงบได้ ๖) การมีส่วนร่วมของชุมชน จากการสำรวจข้อมูลตำบลแม่ตึบ พบว่า ชุมชนตระหนักหรือเล็งเห็นถึงความสำคัญของโรคไข้เลือดออกเพียง ร้อยละ ๕๖.๐๐ ประชาชนมีความรู้ความ เข้าใจถึงการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย ร้อยละ ๖๘.๐๐

ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการแก้ปัญหาดังกล่าว เนื่องจากอาจมีแนวโน้มการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ตำบล แม่ตึบเพิ่มสูงขึ้น และมีขยายตัวเป็นวงกว้าง จึงจำเป็นต้องช่วยกันป้องกันและแก้ไขปัญหาระบาดของโรคไข้เลือดออก เพื่อไม่ให้ เกิดการแพร่กระจายของเชื้อโรคดังกล่าวในพื้นที่ตำบลแม่ตึบโดยใช้เทคนิคกระบวนการ Appreciation Influence Control (A-I-C) และเพื่อนำผลที่ได้มาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการจัดการกิจกรรมการมีส่วนร่วมของ ชุมชนด้านการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก อันจะส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนในตำบลแม่ตึบ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยใช้เทคนิคกระบวนการ Appreciation Influence Control (A-I-C) เป็นเครื่องมือในการวิจัยโดยใช้กระบวนการแบบผสมผสานทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ (Mixed Method) พื้นที่ในการวิจัย คือ ตำบลแม่ตึบ อำเภอ งาว จังหวัดลำปาง แบ่งเป็น ๓ ระยะคือ ระยะที่ ๑ การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาโรคไข้เลือดออกและแนวทางการป้องกันโรคไข้เลือดออกจากโรงพยาบาล งาวและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอกคำใต้ เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง คือ ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ ด้านข้อมูลพื้นฐานต่างๆ อาชีพ สภาพปัญหาโรคไข้เลือดออกในชุมชน, ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม ได้แก่ ความตระหนักชุมชน การมีส่วนร่วมของประชาชน ผู้นำชุมชนในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ระยะที่ ๒ การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการควบคุมป้องกันโรค ไข้เลือดออกโดยใช้เทคนิคกระบวนการ Appreciation Influence Control (A-I-C) ในแกนนำและตัวแทนตำบลแม่ตึบ คัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน ๓๐ ราย เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ระยะที่ ๓ ศึกษา ประสิทธิภาพของรูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหานำรูปแบบไปทดลองใช้ ในแกนนำและตัวแทนบ้านจี้วาม หมู่ ๔ จำนวน ๕๐ รายจากการคำนวณขนาดตัวอย่าง ประเมินผลโดยใช้แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของชุมชน วิเคราะห์ ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเชิงอนุมาน paired t-test โดยมีกรอบแนวคิดการศึกษาดังนี้



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง เอกสารรับรองเลขที่ E๒๕๖๗-๐๐๙

ผลการวิจัย

จากการดำเนินงานวิจัยทำให้เกิดการพัฒนาแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการควบคุมป้องกันโรค ใช้เลือดออกจากการเผ่าระวังลูกน้ำยุงลายกิจกรรมให้สุขศึกษา เป็น ๔ COOPERATE MAETEEP MODEL ดังนี้ ๑) Empowerment cooperate: ร่วมออกแรง สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน ๒) Budget cooperate: ร่วมสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรท้องถิ่นในการขับเคลื่อนงานการแก้ไขปัญหา ๓) Information cooperate: ร่วมสนับสนุนข้อมูล แนวทาง และสร้างคู่มือการป้องกันและแก้ไขปัญห ๔) Surveillance cooperate: ร่วมเผ่าระวังค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย รายละเอียดดังภาพ

สรุปย่อแบบ 4 COOPERATE MAETEEP MODEL



จากการศึกษาประสิทธิภาพใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในด้านการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในพื้นที่บ้านจี้วังาม หมู่ ๔ ตำบลแม่ต๊ีบ ทำให้ชุมชน มีความตระหนักและทราบถึงสาเหตุของปัญหา ร่วมกันการทำงานเป็นทีม ก่อเกิดกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน การทำงานร่วมกัน เกิดการวางแผนอย่างเป็นระบบ ซึ่งมาจากตัวชุมชนเองเป็นผู้กำหนดและร่วมกันคิดหาแนวทางแก้ไขปัญหา โดยพื้นที่บ้านจี้วังาม หมู่ ๔ ตำบลแม่ต๊ีบ มีการดำเนินกิจกรรมต่างๆ คือ เกิดกฎระเบียบของชุมชน ข้อตกลงร่วมกัน (MOU) มีการการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในชุมชน ผ่านนวัตกรรม ชื่อ นวัตกรรมธงสีพิชิตยุงลาย งบประมาณดำเนินงานจาก กปท., อบต. สสส., กองทุนหมู่บ้านและภาคเอกชน โดยบ้านจี้วังาม หมู่ ๔ พบอัตราการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง และผลการประเมินรูปแบบ การมีส่วนร่วมของชุมชนในด้านการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในพื้นที่บ้านจี้วังาม หมู่ ๔ ตำบลแม่ต๊ีบ พบว่าระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในด้านการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก บ้านจี้วังาม หมู่ ๔ ตำบลแม่ต๊ีบ

การมีส่วนร่วมของชุมชนในด้านการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในพื้นที่บ้านจี้วังาม หมู่ ๔ ตำบลแม่ต๊ีบ พบว่า หลังเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อยู่ในระดับมากที่สุด (ร้อยละ ๘๒.๐๐) รองลงมาคือ ระดับมาก (ร้อยละ ๑๘.๐๐) ดังแสดงในตารางที่ ๑

ตารางที่ ๑ ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในด้านการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก

ระดับการมีส่วนร่วมของ ชุมชน	กลุ่มตัวอย่าง (n=๕๐)			
	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มากที่สุด	๐	๐.๐๐	๔๑	๘๒.๐๐
มาก	๐	๐.๐๐	๙	๑๘.๐๐
ปานกลาง	๔๔	๘๘.๐๐	๐	๐
น้อย	๖	๑๘.๐๐	๐	๐
น้อยที่สุด	๐	๐.๐๐	๐	๐
รวม	๕๐	๑๐๐.๐๐	๕๐	๑๐๐.๐๐
\bar{X} , SD.	๓.๐๑, ๐.๒๔		๔.๔๔, ๐.๒๑	

เมื่อพิจารณาในส่วนของการเปรียบเทียบ ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนา รูปแบบพบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในด้านการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก แตกต่างจากก่อนการพัฒนา รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ ๐.๐๕ ดังตารางที่ ๒

ตารางที่ ๒ การเปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนา รูปแบบ

ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน ในด้านการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก	(n = ๕๐)		t-test	P-value
	\bar{X}	S.D.		
ก่อนดำเนินการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน	๓.๐๑	๐.๒๔	๓๗.๒๙	<๐.๐๐๑
หลังดำเนินการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน	๔.๔๔	๐.๒๑		

อภิปรายผลการวิจัย

๑. ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในด้านการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก ตำบลแม่ต๊อบ อำเภอองาว จังหวัดลำปาง พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่าง การมีส่วนร่วมของชุมชนอยู่ในระดับมากที่สุด และเกิดรูปแบบใหม่ในการมีส่วนร่วมของชุมชนในด้านการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก อธิบายได้ว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นตัวแปรที่มีความสำคัญ ในด้านการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก สอดคล้องกับผลการศึกษาของ เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษและคณะ (๒๕๖๒). เรื่องการพัฒนาแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น ที่เกิดรูปแบบการใช้โปรแกรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนโดยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย ๑) อบรมพัฒนาศักยภาพทีมนำเครือข่ายสุขภาพชุมชน ๒) ประกวดคัมพลอดลูกน้ำยุงลาย ๓) อบรม อสม.จิตพิชิตลูกน้ำยุงลาย ๔) กำหนดมาตรการทางสังคมประจำหมู่บ้าน และ ๕) การรณรงค์กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย

๒. จากกระบวนการสนทนากลุ่ม การสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วมในด้านการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก ตำบลแม่ต๊อบ พบว่า ชุมชนมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน มีบุคคลหลายระดับที่เข้ามามีส่วนร่วม แสดงให้เห็นว่า ทุกฝ่ายตระหนักถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาในชุมชน จากผลการควบคุมป้องกันโรค

ไข้เลือดออก โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า อัตราการเกิดโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ตำบล แม่ตึบ ลดลง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ มารุพร พลพงษ์และคณะ. (๒๕๖๐). ได้ทำการศึกษา การพัฒนารูปแบบการ ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนต.โคกสัก อ.บางแก้ว จ.พัทลุง ที่พบว่า รูปแบบ การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโคกสัก อำเภอบางแก้ว จังหวัดพัทลุง ประกอบด้วย กิจกรรม ๖ ด้าน คือ ๑) การมีส่วนร่วมของประชาชน ๒) การออกกฎเกณฑ์ของชุมชน ๓) การมีผู้นำ ที่เข้มแข็งและกรรมการรับผิดชอบที่ชัดเจน ๔) การประชาสัมพันธ์ ๕) การสนับสนุนจากองค์กรภาคีเครือข่ายใน ชุมชน และ ๖) ชุมชนมีความตระหนัก การประเมินผลการนำรูปแบบไปใช้ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ ๙๕.๗ มีความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ การประเมินความรู้ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ ไม่มีความแตกต่าง ส่วนการปฏิบัติ ก่อนและหลังใช้รูปแบบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)^๗

จากการวิจัยครั้งนี้ก่อให้เกิด ผลลัพธ์ของควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน การมีส่วนร่วมของชุมชน ทำให้ชุมชนเกิดการเรียนรู้ร่วมกัน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ เกิดความตระหนักถึงปัญหา สามารถวิเคราะห์ สถานการณ์ของปัญหาในชุมชน ร่วมกันค้นหาสาเหตุ ตลอดจนผลกระทบของปัญหา การร่วมกันทำงานเป็นทีมและ ร่วมกำหนดแผนงานและโครงการต่างๆ ในชุมชน เพื่อนำไปใช้ในการควบคุมป้องกันโรค ก่อให้เกิดการแก้ไขปัญหา การเกิดโรคไข้เลือดออกในชุมชนได้อย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งการมีส่วนร่วมของชุมชนมีความสำคัญในการแก้ปัญหา ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชุมชน ดังนั้น ควรให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาที่เกิดจากชุมชน เพื่อสามารถควบคุม ป้องกันโรคไข้เลือดออกได้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

จากการทำวิจัยนี้ก่อให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน เกิดการวางแผนอย่างเป็นระบบ รวมไปถึงมีการเฝ้าระวังที่ครอบคลุมรอบด้าน ตั้งแต่ระดับอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไปจนถึงระดับชุมชน จึง สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนให้ครอบคลุม และทั่วถึงทั้งในระดับตำบล อำเภอ จังหวัดต่อไป

เอกสารอ้างอิง

๑. เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษและคณะ. (๒๐๑๙) การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยใช้ กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, ๖ (๑) ๒๖-๓๘.
๒. Smith W William. (๑๙๙๑). *The AIC Model Concept and Practice. Organization for Development International Institute*. OD II. Leroy NW Washington DC.

การพัฒนาโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุตำบลหนองบัวศาลาอำเภอเมือง นครราชสีมา

ฤดีพร ขวัญกระโทก
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนครราชสีมา

บทคัดย่อ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ปัญหาสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะกลุ่มติดบ้านติดเตียง กลายเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุตำบลหนองบัวศาลา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา โดยเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลผู้สูงอายุและ Care giver จำนวน ๖๖ คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ ๓๓ คน คัดเลือกด้วยวิธีเจาะจง โปรแกรมการทดลองประกอบด้วยกิจกรรมสร้างสัมพันธ์ภาพ การให้ความรู้เรื่องสุขภาพช่องปาก การฝึกถ่ายภาพในช่องปาก การเลือกใช้อุปกรณ์ที่เหมาะสม และการเยี่ยมบ้านติดตามผลนาน ๑๒ สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถามวัดความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (IOC = ๐.๖๗-๑.๐๐) และความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha = ๐.๘๑ และ ๐.๘๔ ตามลำดับ) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบทีอิสระ (Independent t-test)

ผลการศึกษาพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .00๑$) โดยคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ ๑๕.๓๙ เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ๑๑.๑๕ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากดีขึ้น (ค่าเฉลี่ย ๘๐.๑๕ เทียบกับ ๖๖.๙๗, $p < .00๑$) สอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนหน้าโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเองในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ

ข้อเสนอแนะคือ ควรมีการติดตามประเมินผลโปรแกรมในระยะยาว และขยายผลการดำเนินงานในพื้นที่อื่นที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

หลักการ และเหตุผล

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว โดยมีผู้สูงอายุคิดเป็นสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขในปีพ.ศ. ๒๕๖๔ ประเทศไทยมีจำนวนประชากรที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปจำนวนมากกว่า ๑๒ ล้านคนคิดเป็นร้อยละ ๑๘ ของประชากรทั้งหมด และเพิ่มเป็นร้อยละ ๒๐ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๖ สำนักงานสถิติแห่งชาติคาดการณ์ปีพ.ศ.๒๕๗๓ ประเทศไทยจะมีสัดส่วนประชากรสูงวัยเพิ่มขึ้นที่ร้อยละ ๒๖.๙ ของประชากรทั้งประเทศ จากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี ๒๕๖๖ พบว่าประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้ส่งผลให้ปัญหาด้านสุขภาพ โดยเฉพาะสุขภาพช่องปาก กลายเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องได้รับความสนใจ เนื่องจากสุขภาพช่องปากที่ดีมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมักมีปัญหาโรคทางระบบและปัญหาสุขภาพช่องปากอัตราการสูญเสียฟันแปรผันตามอายุที่สูงขึ้น โรคทางระบบมีผลต่อเนื่องเยื่อรอบๆ กระดูกและฟันรวมทั้งอวัยวะที่รองรับรากฟันมีการอักเสบติดเชื้อและถูกทำลาย ทำให้ฟันโยกและสูญเสียฟัน โดยเฉพาะการสูญเสียฟันทั้งปากส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านบดเคี้ยวอย่างมาก

ทำให้คุณภาพชีวิตโดยรวมด้อยลง การสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ ๙ ในปี ๒๕๖๖ โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบว่าผู้สูงอายุในช่วงวัย ๖๐-๗๔ ปี มีปัญหาสุขภาพช่องปากในระดับที่น่ากังวล โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการทันตกรรมปัญหาดังกล่าวรวมถึงการสูญเสียฟัน ฟันผุ โรคเหงือก และภาวะปากแห้ง ซึ่งส่งผลกระทบต่อ การรับประทานอาหาร การสื่อสาร และคุณภาพชีวิตโดยรวม

ในระดับเขตสุขภาพที่ ๙ ซึ่งเป็นพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่างรวมถึงจังหวัดนครราชสีมา จากผล การสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ ๙ ในปี ๒๕๖๖ โดย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ผู้สูงอายุมียุเฉลี่ย ๖๖.๕๓ ปี มีฟันในช่องปาก ๒๑.๒๓ ซี่/คน ไม่มีฟันในช่องปาก ร้อยละ ๕ ค่าเฉลี่ยฟันผุดูดถอน ร้อยละ ๒๐.๗ มีภาวะเหงือกอักเสบ ร้อยละ ๘๘.๓ ทางด้านพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพช่องปากพบว่า มีพฤติกรรม กินหรือดื่มหลังแปรงฟันก่อนนอน ร้อยละ ๑๖.๗ แปรงฟันน้อยกว่า ๒ นาที ร้อยละ ๒๘.๑ ใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ ร้อยละ ๖๔ ใช้แปรงสีฟันขนแปรงแข็ง ร้อยละ ๒๑.๔ ใช้ไหมขัดฟัน ร้อยละ ๓.๓

อย่างไรก็ตาม ในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ยังขาดข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพช่องปากของ ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางและต้องการการดูแลเฉพาะทาง การศึกษานี้จึงมี วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุตำบลหนองบัวศาลาอำเภอเมืองนครราชสีมา และประเมินความรู้และพฤติกรรมการดูแลปากของผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพช่องปากของ ผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียงอย่างถูกวิธี ไม่เพียงแต่ช่วยป้องกันโรคในช่องปาก แต่ยังส่งผลดีต่อสุขภาพโดยรวมและ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุการมีแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้และการฝึกอบรมที่เหมาะสมสำหรับผู้ดูแลจึงเป็นสิ่งสำคัญใน การเสริมสร้างสุขภาพที่ดีให้กับผู้สูงอายุในชุมชน

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุติดเตียงตำบลหนองบัวศาลาอำเภอเมือง นครราชสีมา

๒. เพื่อประเมินความรู้และพฤติกรรมการดูแลปากของผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษการวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุตำบลหนองบัวศาลาอำเภอเมืองนครราชสีมาจังหวัด นครราชสีมา ระหว่างเดือน ตุลาคม ๒๕๖๗ ถึง เดือน มีนาคม ๒๕๖๘ มีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

กำหนดกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุและCare giverในเขตตำบลหนองบัวศาลาอำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมาจำนวน ๑๓๒ คน

กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้สูงอายุและCare giverในเขตตำบลหนองบัวศาลาอำเภอเมืองนครราชสีมา จำนวน ๖๖ คน จำแนกเป็นกลุ่มทดลอง ๓๓ คน และกลุ่มเปรียบเทียบ ๓๓ คน

วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง

เกณฑ์การรับอาสาสมัครเข้าและไม่รับเข้าในการศึกษาวิจัยและเกณฑ์ให้อาสาสมัครออกจากการศึกษา

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)

- ๑. เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลหนองบัวศาลา
- ๒. เป็น Care giver ในเขตตำบลหนองบัวศาลา
- ๓. มีทักษะการใช้ภาษาไทยอ่านออกเขียนได้
- ๔. มีและสามารถใช้ Smart Phone ได้

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

- ๑. ผู้ดูแลที่อายุ ๖๕ ปี ขึ้นไป
- ๒. มีโรคประจำตัวที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้

เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมวิจัย (Exit Criteria)

- ๑. ไม่สะดวกเข้าร่วมโปรแกรม
- ๒. เข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบทั้ง ๑๒ สัปดาห์
- ๓. ย้ายออกจากพื้นที่

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองเป็นโปรแกรมโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุตำบลหนองบัวศาลาอำเภอเมืองนครราชสีมาประกอบด้วยชุดกิจกรรม

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามเรื่อง ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุตำบลหนองบัวศาลาอำเภอเมืองนครราชสีมา

- ๑. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามได้แก่อายุ เพศ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว การมารับบริการทันตกรรม
- ๒ ความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ จำนวน ๒๐ ข้อ
- ๓. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน ๒๐ ข้อ

ผลการศึกษา

ตารางที่ ๑ การวิเคราะห์ความแตกต่างคะแนนค่าเฉลี่ยของความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (หลังการทดลอง)

ตัวแปร	n	\bar{x}	t	Mean of Difference	P-value	๙๕ % CI
<i>ความรู้</i>						
กลุ่มทดลอง	๓๓	๑๕.๓๙	๗.๔๗๓	๔.๙๖	.๐๐๐*	๓.๐๔๑ - ๕.๒๖๑
กลุ่มควบคุม	๓๓	๑๑.๑๕		๐.๘๒		๓.๐๓๐ - ๕.๒๗๓
<i>พฤติกรรม</i>						
กลุ่มทดลอง	๓๓	๘๐.๑๕	๙.๑๔๘	๙.๗๓	.๐๐๐*	๖.๘๙๒ - ๑๐.๗๔๓
กลุ่มควบคุม	๓๓	๖๖.๙๗		๐.๙๑		๖.๘๖๔ - ๑๐.๗๗๒

* : กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .๐๕

ตารางที่ ๒ การวิเคราะห์ความแตกต่างคะแนนค่าเฉลี่ยของความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากและพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก ระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	n	\bar{x}	t	Mean of Difference	P-value
<i>ความรู้</i>					
ก่อนการทดลอง	๓๓	๑๐.๔๙	-๑๔.๔๓๑	-๔.๙	.๐๐๐*
หลังการทดลอง	๓๓	๑๕.๓๙			
<i>พฤติกรรม</i>					
ก่อนการทดลอง	๓๓	๗๐.๔๒	-๗๙.๘๔๑	-๙.๗	.๐๐๐*
หลังการทดลอง	๓๓	๘๐.๑๕			

* : กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ<.๐๕

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่าการพัฒนาโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุตำบลหนองบัวศาลาอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา สามารถทำให้ผู้ดูแลและผู้สูงอายุและCare Giver มีความรู้และพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการกมลรส สวางาม(๒๕๖๖) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากโดยประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ ที่พบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้และพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากแตกต่างจากกลุ่มควบคุม และหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้และพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากดีกว่าก่อนการทดลอง

ข้อเสนอแนะ

ควรติดตามประเมินผลต่ออีก ๓ เดือนควรนำโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุตำบลหนองบัวศาลาอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ไปใช้ในพื้นที่อื่น ๆ ที่มีสภาพปัญหาคล้ายๆกัน

เอกสารอ้างอิง

๑. กมลรส สวางาม (๒๕๖๖) ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากโดยประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพ *มหาวิทยาลัยบูรพา*
๒. กองทุนสุขภาพตำบล. (๒๕๖๓). *โครงการสร้างเสริมสุขภาพ สร้างกำลังใจ ผู้สูงวัยสุขภาพดี*. สืบค้นจาก <https://localfund.happynetwork.org/project/๖๗๓๐>
๓. ชิสา ตันตะกุล, จันทร์พิมพ์ หินเทาว์, วรธนะ พิธพรชัยกุล. (๒๕๖๕). การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียง ในชุมชนบ้านดอนแสลบ จังหวัดกาญจนบุรี. *วารสารชุมชนวิจัยและพัฒนาสังคม*, ๑๖(๓), ๕๕-๖๘.
๔. โรงพยาบาลสมิติเวช. (๒๕๖๕). *ปัญหาสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ*. สืบค้นจาก <https://www.samitivejhospitals.com/th/article/detail/geriatric-oral-health>

๕. ศิริประภา ลาสิงห์ (๒๕๖๓). การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
๖. ศุภศิลาป์ ดีรักษา ผลของโปรแกรมความรู้ด้านทันตสุขภาพขั้นพื้นฐานเพื่อส่งเสริมสุขภาพช่องปากของ ผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ ๒. วารสารสภากาชาดสาธารณสุขชุมชน. ๒๕๖๔;๓(๑):๖๕-
๗. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย .(๒๕๖๖). รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ ๙ ปี ๒๕๖๖.นนทบุรี:
๘. อรวรรณ นามมนตรี, ศศิณา ศรีหานาท, หทัยชนก ดวงศรี. (๒๕๖๔). ผลของโปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพ โดยประยุกต์ใช้การรับรู้ความสามารถของตนเองในการบริหารช่องปากเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของช่องปากใน ผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. ๑(๒)๑๑๒-๑๓.
๙. อารี พุ่มประไพทย์, จรรยา เสี่ยงเสนาะ (๒๕๖๐). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาพฤติกรรมการสร้าง เสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, ๑๐(๒)๑-๑๒.

การพัฒนารูปแบบการติดตามดูแลผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ ๒ ที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินเกณฑ์ ในบ้านท่าตุม ตำบลท่าตุม อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

ธัญญภรณ์ วาโยบุตร และ วิศรุดา ตีเมืองซ้าย
โรงพยาบาลมหาสารคาม

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลตนเองผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ ๒ ที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินเกณฑ์ พัฒนารูปแบบและศึกษาประสิทธิภาพการพัฒนารูปแบบการติดตามดูแลผู้ป่วยประเภทที่ ๒ ที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินเกณฑ์ ในบ้านท่าตุม ตำบลท่าตุม อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคามวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ในพื้นที่บ้านท่าตุม ต.ท่าตุม อ.เมือง จ.มหาสารคามกลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภทที่ ๒ รักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าตุม น้ำตาลในเลือด HbA_{1c} >๗ เปอร์เซนต์ จำนวน ๔๗ คน พยาบาลที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลมหาสารคาม และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าตุม ๘ คน นักวิชาการสาธารณสุข ๑ คน อสม.๑๐ คน ผู้นำชุมชน ๓ คน รวมทั้งหมด ๖๙ คน เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ดำเนินการวิจัยเดือนพฤษภาคม ๒๕๖๔ – สิงหาคม ๒๕๖๕ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาร้อยละ ค่าเฉลี่ยและวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

สถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ ๒ บ้านท่าตุมปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ ๒ มีจำนวน ๙๑ คน, ๙๓ คน และ ๙๖ คน อัตราการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินร้อยละ ๕๓.๘๔, ๖๙.๑๑ และ ๘๐.๕๙ ตามลำดับสูงขึ้นทุกปี มีผู้ป่วยเบาหวานที่ตัดเท้า ๑ คน ๒. การพัฒนารูปแบบติดตามดูแลผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ ๒ ที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินเกณฑ์ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ วิเคราะห์สถานการณ์ แบ่งบทบาทหน้าที่ของสหวิชาชีพ คัดข้อมูลผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อหาปัญหาและแนวทาง แต่ละวงรอบ จนได้รูปแบบการติดตามดูแลผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ ๒ ที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินเกณฑ์ ได้แก่ ๑) การติดตามรายกลุ่ม โดยนัดติดตามเดือนละ ๑ ครั้ง โดยการสังเกตและสอบถามผู้ป่วยและถอดบทเรียนการดูแลตนเอง ๒) การติดตามรายบุคคล โดยพยาบาลที่เยี่ยมบ้านและอสม. ลงเยี่ยมติดตามผู้ป่วย เดือนละ ๑ ครั้ง มีการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจร่วมกับการเยี่ยมบ้าน ตามแนวทางM-INHOMESSS (M=Motivational Interviewing, I=Immobility Impairment ,N=Nutrition, H=Housing, O=Other people, M= Medication, E=Examination, S= Safety, S= Spiritual ,S= Service) ๓) การติดตามโดยอสม. อสม ๑ คน ต่อผู้ป่วยเบาหวาน ๓-๔ คน มีการเสริมแรงให้กำลังใจ พุดคุยให้คำปรึกษา การรับประทานยา ติดตามสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง อย่างต่อเนื่องเป็นเวลา ๑๒ เดือน ๓. ผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานเกิดทัศนคติที่ดีต่อการเจ็บป่วยของตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในอำนาจของตนเองและยังสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองได้ดีขึ้นส่งผลให้ค่าเฉลี่ยระดับ HbA_{1c} ในเลือดลดลง คิดเป็นร้อยละ ๖๑.

การนำรูปแบบการติดตามดูแลผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ ๒ ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกิน ส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมีวิธีการดำเนินชีวิตด้วยตนเอง มีความพร้อมในทางที่ตนเองสะดวกมีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างเหมาะสม ระดับ HbA_{1c} ลดลงคิดเป็นร้อยละ ๖๑.๗๐ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น

หลักการ และเหตุผล

ตำบลท่าตูม ปี ๒๕๖๑-๒๕๖๓ มีผู้ป่วยเบาหวาน ๓๒๕ คน, ๔๑๘ คน และ ๔๓๔ คน การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้ตามเกณฑ์ของผู้ป่วยเบาหวานยังต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดคือ ในปี ๒๕๖๑-๒๕๖๓ ร้อยละ ๑๔.๘๑, ๒๐.๕๗ และ ๒๕.๓๕ (เกณฑ์ร้อยละ ๔๐ ขึ้นไป) พบผู้ป่วยตัดเท้า ๑ คน ผู้วิจัยได้ทบทวนถึงบริบทการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าตูม พบว่า ซึ่งยังไม่มีรูปแบบการติดตามดูแลในกลุ่มผู้ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง การดูแลผู้ป่วยเบาหวานมีหลักฐานเชิงประจักษ์ถึงการนำวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยวิธีการสนทนาเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational interviewing) ของ Miller&Rollnick (๑๙๙๑) มาใช้ โดยเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีการดำเนินชีวิตด้วยตนเอง เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในทางที่ตนเองสะดวก ผู้วิจัยในบทบาทของพยาบาลงานการพยาบาลที่บ้านและชุมชน กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลมหาสารคาม จึงสนใจที่จะการพัฒนา รูปแบบการติดตามดูแลผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ ๒ ที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินเกณฑ์ จึงได้พัฒนาต่อยอดการดำเนินงานโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ของ Kemmis & McTaggart (๑๙๙๐) และนำแนวคิดการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ มาใช้เพื่อให้เกิดรูปแบบที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยเบาหวาน ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน มีชีวิตที่ยืนยาวและขยายผลในพื้นที่ใกล้เคียงต่อไป

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ ๒ ที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินเกณฑ์
๒. เพื่อพัฒนารูปแบบการติดตามดูแลผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ ๒ ที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินเกณฑ์
๓. เพื่อศึกษาประสิทธิผลการพัฒนารูปแบบการติดตามดูแลผู้ป่วยประเภทที่ ๒ ที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินเกณฑ์ ในบ้านท่าตูม ตำบลท่าตูม อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis & McTaggart (๑๙๙๐) ประกอบด้วย ๓ ระยะ คือ ระยะที่ ๑ ระยะศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ ๒ ที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินเกณฑ์ระยะที่ ๒ ระยะพัฒนารูปแบบการติดตามดูแลผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ ๒ ที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินเกณฑ์ ประกอบด้วย ๔ ขั้นตอน ๑) การวางแผนการปฏิบัติงาน ๒) การลงมือปฏิบัติตามแผน ๓) การติดตามสังเกตการณ์ และ ๔) การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน ระยะที่ ๓ ระยะประเมินผล ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนพฤษภาคม ๒๕๖๔- สิงหาคม ๒๕๖๕ ในบ้านท่าตูม ตำบลท่าตูม อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภทที่ ๒ รักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าตูม น้ำตาลในเลือด HbA๑C >๗mg% จำนวน ๔๗ คน พยาบาลเยี่ยมบ้าน และ พยาบาลที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลมหาสาร ๖ คน พยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าตูม ๒ คน นักวิชาการสาธารณสุข ๑ คน อสม.บ้านท่าตูม ๑๐ คน ผู้นำชุมชน ๓ คน รวมทั้งหมด ๖๙ คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย ๑) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ๒) แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) การศึกษานี้ ได้ผ่านการรับรองการดำเนินการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาสารคาม เลขที่ MSKH_REC ๖๔-๐๑-๐๑๓วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๔

ผลการวิจัย

๑. สถานการณ์ ผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ ๒ บ้านท่าตุมปี ๒๕๖๑-๒๕๖๓ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ ๒ มีจำนวน ๙๑คน, ๙๓ คน และ ๙๖ คน อัตราการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินร้อยละ ๕๓.๘๔ , ๖๙.๑๑ และ ๘๐.๕๙ ตามลำดับสูงขึ้นทุกปี มีผู้ป่วยเบาหวานที่ตัดเท้า ๑ คน ๒. การพัฒนารูปแบบติดตามดูแลผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ ๒ ที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินเกณฑ์ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ วิเคราะห์สถานการณ์ แบ่งบทบาทหน้าที่ของสหวิชาชีพ คั้นข้อมูลผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อหาปัญหาและแนวทาง แต่ละวงรอบ จนได้รูปแบบการติดตามดูแลผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ ๒ ที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินเกณฑ์ ได้แก่ ๑) การติดตามรายกลุ่ม โดยนัดติดตามเดือนละ ๑ ครั้ง ณ วัดป่าสโมสร โดยการสังเกตและสอบถามผู้ป่วยและถอดบทเรียนการดูแลตนเอง ๒) การติดตามรายบุคคล โดยพยาบาลทีมเยี่ยมบ้านโรงพยาบาลมหาสารคาม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าตุมและอสม. ลงเยี่ยมติดตามผู้ป่วยเบาหวานในหมู่บ้าน เดือนละ ๑ ครั้ง โดยมีการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจร่วมกับการเยี่ยมบ้าน ตามแนวทาง M-INHOMESSS (M=Motivational Interviewing, I=Immobility Impairment ,N=Nutrition, H=Housing, O=Other people, M= Medication, E=Examination, S= Safety, S= Spiritual ,S= Service) ๓) การติดตามโดยอสม. อสม ๑ คน ต่อผู้ป่วยเบาหวาน ๓-๔ คน มีการเสริมแรง ให้กำลังใจ พุดคุยให้คำปรึกษา การรับประทานยา ติดตามสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง อย่างต่อเนื่องเป็นเวลา ๑๒ เดือน ๓. ผลของการพัฒนารูปแบบช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานเกิดทัศนคติที่ดีต่อการเจ็บป่วยของตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในอำนาจของตนเอง และยังสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานได้ปรับปรุงการดูแลสุขภาพของตนเองได้ดีขึ้นส่งผลให้ค่าเฉลี่ยระดับ HbA๑c ในเลือดลดลง คิดเป็นร้อยละ ๖๑.๗๐

อภิปรายผลการวิจัย

ผลของการพัฒนารูปแบบการติดตามดูแลผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ ๒ ที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินเกณฑ์ที่พัฒนาขึ้น เป็นรูปแบบที่สอดคล้องกับบริบทปัญหาของพื้นที่ ประกอบด้วยการติดตามดูแลผู้ป่วยเบาหวานจำนวน ๓ รูปแบบ ได้แก่ ๑) การติดตามรายกลุ่ม โดยนัดติดตามเดือนละ ๑ ครั้ง ณ วัดป่าสโมสร โดยการสังเกตและสอบถามผู้ป่วยและถอดบทเรียนการดูแลตนเอง ๒) การติดตามรายบุคคล โดยพยาบาลทีมเยี่ยมบ้านโรงพยาบาลมหาสารคาม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าตุมและอสม. ลงเยี่ยมติดตามผู้ป่วยเบาหวานในหมู่บ้าน เดือนละ ๑ ครั้ง โดยสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจร่วมกับการเยี่ยมบ้าน ตามแนวทาง M-INHOMESSS (M=Motivational Interviewing, I= Immobility Impairment, N=Nutrition, H=Housing, O=Other people, M= Medication, E=Examination, S= Safety, S= Spiritual ,S= Service) ๓) การติดตามโดยอสม. อสม ๑ คน ต่อผู้ป่วยเบาหวาน ๓-๔ คน มีการเสริมแรง ให้กำลังใจ พุดคุยให้คำปรึกษา ติดตามการรับประทานยา ติดตามสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง อย่างต่อเนื่องเป็นเวลา ๑๒ เดือน ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมีวิธีการดำเนินชีวิตด้วยตนเอง มีความพร้อมในทางที่ตนเองสะดวก สอดคล้องกับงานวิจัยของ ลักษณะ พงษ์ภุมมา และคณะ(๒๕๖๓) ที่พบว่า การสัมภาษณ์แบบสร้างแรงจูงใจเป็นกลยุทธ์หนึ่งที่ส่งเสริมให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของธัญญลักษณ์ แสนบุตดาและคณะ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ มีความรู้และการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเองสูงขึ้น เป็นผลจากการสร้างการยอมรับการเจ็บป่วยและตั้งเป้าหมายสำหรับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การสร้างการยอมรับการเจ็บป่วย เป็นกลวิธีการเปลี่ยนแปลงความเชื่อที่มีเหตุมีผล สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานเกิดทัศนคติที่

ดีต่อการเจ็บป่วยของตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในอำนาจของตนเอง และยังสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานได้ปรับปรุงการดูแลสุขภาพของตนเองได้ดีขึ้น ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยระดับ HbA_{1c} ในเลือดลดลง คิดเป็นร้อยละ ๖๑.๗๐ นอกจากนี้รูปแบบที่ได้ยังสอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ของพยาบาลเยี่ยมบ้านที่มีการเชื่อมโยงการติดตามดูแลผู้ป่วย ร่วมกับเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ สหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง รวมถึง อสม. ซึ่งเป็นหมอ ๑ ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด สามารถติดตามดูแลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นได้อย่างต่อเนื่อง

สรุปผล: การนำรูปแบบการติดตามดูแลผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ ๒ ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกิน ส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมีวิธีการดำเนินชีวิตด้วยตนเอง มีความพร้อมในทางที่ตนเองสะดวกมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม ระดับ HbA_{1c} ลดลงคิดเป็นร้อยละ ๖๑.๗๐ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการปรับเปลี่ยนและคงอยู่ของพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมของผู้ป่วยเบาหวานประเภท ๒ ควรจัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เสริมแรงให้คำปรึกษา ให้กำลังใจโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชนและเครือข่ายอย่างสม่ำเสมอ

การนำผลงานไปใช้ประโยชน์ : มีการจัดกิจกรรมติดตามดูแลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในผู้ป่วยเบาหวานประเภท ๒ ทุกหมู่บ้าน ในตำบลท่าตูม บรรจุในแผนงานโครงการของ อบต.ท่าตูมเพื่อให้การสนับสนุนงบประมาณดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และแลกเปลี่ยนขยายผลสู่หมู่บ้านในตำบลใกล้เคียง

เอกสารอ้างอิง:

๑. กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๕). Health Data Center. สืบค้น มกราคม ๑๐, ๒๕๖๕ จาก <https://hdcservice.moph.go.t/hdc/reports>.
๒. ลักษณะ พงษ์ภุมมา และคณะ.(๒๕๖๓). ผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อ ความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และดัชนีมวลกายในวัยผู้ใหญ่ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัด นนทบุรี.
๓. Kemmis, S. and Mc Taggart. (๑๙๙๐). สืบค้น Jan ๗, ๒๐๑๙ จาก www.researchgate.net. Miller&Rollnick (๑๙๙๑). *Motivational interviewing*.

R๒R ประกวด

ถอดบทเรียนการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมภัยฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM ๒.๕)

โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของเครือข่าย ทัศนศึกษา

ตำบลแม่แรง อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน ปี๒๕๖๗

กิตติศักดิ์ วรรณวิจิตร

กลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ

บทคัดย่อ

การพัฒนางานประจำสำนักงานวิจัย (R๒R) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อถอดบทเรียนการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมภัยฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM ๒.๕) โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของเครือข่าย ทัศนศึกษา ตำบลแม่แรง อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูนและเพื่อสร้างการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายตั้งแต่ระดับจังหวัดลำพูน อำเภอป่าซาง และตำบลแม่แรงในการขับเคลื่อนกิจกรรมเรื่องภัยสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM ๒.๕) รวมทั้งเพื่อเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมภัยสุขภาพจากละอองขนาดเล็ก (PM ๒.๕) ให้ลดผลกระทบและความรุนแรงในชุมชนตำบลแม่แรง อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมภัยฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM ๒.๕) โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของเครือข่าย ทัศนศึกษาตำบลแม่แรง อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินงานที่ทำให้สามารถรับมือกับปัญหาได้เป็นอย่างดีเหมาะสมและเกิดผลลัพธ์ที่ดีส่งผลให้ชุมชนได้รับผลกระทบด้านต่างๆ จากภัยฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM ๒.๕) ในชุมชนได้น้อย ทำให้เกิดเครือข่ายสายสัมพันธ์และความร่วมมือระหว่างส่วนราชการต่างๆ องค์กรรัฐวิสาหกิจ ภาคเอกชนและประชาชนในพื้นที่ส่งผลให้ประสบความสำเร็จในการดำเนินงานเพื่อเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมภัยสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM ๒.๕) หรือปัญหาหมอกควันในพื้นที่ รวมทั้งยังเกิดรูปแบบการดำเนินงานที่เป็นปัจจัยหรือเงื่อนไขในการเกิดเครือข่าย การเชื่อมโยงภายในเครือข่าย การมีส่วนร่วมและผู้ที่มีส่วนร่วมมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน การบริหารจัดการเครือข่ายเพื่อนำบทเรียนที่ได้ไปเป็นแบบอย่างในการดำเนินงานหรือนำไปปรับใช้ในพื้นที่อื่นๆ ที่ยังไม่สามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวนี้ได้อย่างเหมาะสมต่อไป

หลักการ และเหตุผล

ปัจจุบันรัฐบาลและหน่วยงานภาครัฐได้พยายามกำหนดมาตรการและแนวทางต่างๆ เพื่อแก้ไขปัญหา มลพิษทางอากาศและสิ่งแวดล้อม โดยที่ผ่านมามีการจัดทำแผนแม่บทแห่งชาติว่าด้วยการควบคุมการเผาในที่โล่ง ซึ่งเป็นแนวนโยบายหลักให้กับหน่วยงานต่างๆ นำไปเป็นกรอบในการดำเนินงานเพื่อความสอดคล้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกันนอกจากนี้ยังมีแผนปฏิบัติการแก้ไขปัญหาหมอกควันและไฟป่า ปีพ.ศ. ๒๕๖๑-๒๕๖๔ ตามมติ คณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ ๓๐ ตุลาคม ๒๕๖๐ โดยกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมเป็นเจ้าภาพหลักในการจัดทำ ซึ่งเป็นโอกาสให้ทุกภาคส่วนในสังคมเข้าร่วมดำเนินงานด้วยการประสานความร่วมมือระหว่างกันของทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนและชุมชนในพื้นที่ ขณะเดียวกันภาคประชาสังคมก็มีความตื่นตัวและความเข้มแข็งมากขึ้นในการให้ความสนใจกับการแก้ไขปัญหาสังคม โดยการเข้าร่วมทำงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งเป็นหน่วยงาน ภาครัฐ (Kruathep V, ๒๐๐๗) การเข้าร่วมของประชาชนผู้ซึ่งได้รับผลกระทบโดยตรงทำให้เกิดความเข้าใจปัญหา อย่างแท้จริง โดยเฉพาะนโยบายทางด้านสิ่งแวดล้อมซึ่งเป็นนโยบายที่มีมิติที่หลากหลาย มีความสลับซับซ้อน การจะแก้ไขปัญหาและพัฒนาสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืนต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจที่ลึกซึ้งในแต่ละพื้นที่ รวมถึงการ

ยอมรับนโยบายของประชาชน การได้รับข้อมูลและความร่วมมือจากประชาชนในช่วงการนำไปปฏิบัติจึงจะทำให้การดำเนินนโยบายทำได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Kamolvej T, ๒๐๐๓)

สถานการณ์หมอกควัน นับเป็นปัญหาที่สำคัญในภาคเหนือตอนบนของประเทศไทยซึ่งส่งผลกระทบต่อด้านสุขภาพและทำให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ เช่น โรคหลอดลมอักเสบ ถุงลมโป่งพอง ปอด หัวใจและหลอดเลือด หรือเกิดภาวะการหายใจลำบากเฉียบพลัน หรือหอบหืดอย่างเฉียบพลัน โดยพบว่าปัญหาหมอกควันในเขตพื้นที่หลายจังหวัดภาคเหนือตอนบนของประเทศไทยที่มีลักษณะภูมิประเทศเป็นแอ่งกระทะมีภูเขาสูงล้อมรอบยังคงเป็นปัญหามลพิษที่เกิดขึ้นเป็นประจำทุกปี โดยมักพบในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงเมษายนซึ่งเป็นช่วงฤดูแล้ง โดยสาเหตุหลักของการเกิดหมอกควันมาจากไฟป่า ฝุ่นละอองจากถนน การก่อสร้าง เขม่าจากการเผาไหม้น้ำมัน เชื้อเพลิงและการเผาไหม้ต่างๆ เช่น การเผาป่าการเผาป่าเพื่อล่าสัตว์ เผาขยะ รวมถึงการเผาวัชพืชเพื่อการเกษตรของกลุ่มคนที่ขาดจิตสำนึกและความรับผิดชอบต่อผลกระทบในด้านต่างๆ ต่อวิถีชีวิตและความเป็นอยู่ของผู้คนในสังคมที่จะติดตามมา (วิจารณ์ สิมานายา, ๒๕๕๘)

จากรายงานผลกระทบด้านสุขภาพจากปัญหาหมอกควันในเขต ๘ จังหวัดภาคเหนือตอนบน ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ พบข้อมูลรายงานการเฝ้าระวัง ๔ กลุ่มโรค ได้แก่ กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดทุกชนิด กลุ่มโรคทางเดินหายใจทุกชนิดกลุ่มโรคผิวหนังอักเสบ และกลุ่มโรคตาอักเสบ จำนวนทั้งสิ้น ๕๖,๓๙๑ ราย คิดเป็นอัตราป่วย ๑,๗๐๗.๒๒ ต่อประชากรแสนคน โดยกลุ่มโรคที่พบสูงสุด ได้แก่ กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดทุกชนิด อัตราป่วย ๙๒๓.๐๘ ต่อประชากรแสนคน รองลงมา ได้แก่ กลุ่มโรคทางเดินหายใจทุกชนิด อัตราป่วย ๖๖๗.๑๓ ต่อประชากรแสนคนทั้งนี้จังหวัดที่มีการรายงานผู้ป่วยในภาพรวมสูงสุด คือ จังหวัดลำพูน อัตราป่วย ๑,๘๖๖.๗๙ ต่อประชากรแสนคน (สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑ เชียงใหม่, ๒๕๖๕) จึงกำชับให้ติดตามสถานการณ์ใกล้ชิดเตรียมยาเวชภัณฑ์พร้อมบริการ ๒๔ ชั่วโมง ให้ความรู้คำแนะนำดูแลสุขภาพแก่ประชาชน และแนะนำให้ ๕ กลุ่มเสี่ยงได้แก่ กลุ่มเด็ก กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มสตรีมีครรภ์ กลุ่มผู้ป่วยมีโรคประจำตัว และกลุ่มที่ทำงานหรือออกกำลังกายกลางแจ้ง ให้หลีกเลี่ยงออกนอกบ้านและงดทำกิจกรรมกลางแจ้ง

ปัญหาหมอกควันในจังหวัดลำพูน เป็นปัญหามลพิษทางอากาศที่เกิดขึ้นทุกปีเดือนธันวาคมถึงเมษายน โดยพบว่าใน ปี พ.ศ. ๒๕๖๕ ประสบกับปัญหาหมอกควันรุนแรงที่สุดในรอบ ๕ ปี สาเหตุของการเกิดปัญหาหมอกควันเกิดจากไฟป่า โดยกรณีจังหวัดลำพูนนั้นมิได้เกิดจากไฟป่าโดยธรรมชาติ แต่เกิดจากการกระทำของประชาชนในพื้นที่หรือการจุดไฟเผาป่า และสาเหตุต่อมาเกิดจากกิจกรรมของประชาชนในพื้นที่ ได้แก่ การเผาพื้นที่ทำการเกษตรการเผาเพื่อหาของป่า การเผาขยะรวมทั้งเกิดจากไอเสียของเครื่องยนต์โดยสารเพื่อการจราจรที่หนาแน่นและอากาศพิษจากปล่องเผาไหม้ในโรงงานนิคมอุตสาหกรรมภาคเหนือและอุตสาหกรรมเชื้อเพลิงพัฒนาจังหวัดลำพูน (กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม, ๒๕๖๕) ซึ่งกิจกรรมที่เป็นต้นเหตุก่อให้เกิดควัน เขม่าเถ้า และกลายเป็นหมอกควันหรือฝุ่นละอองในอากาศปกคลุมพื้นที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งฝุ่นละอองขนาดเล็กที่เกิดจากการเผาไหม้ มีขนาดเล็กกว่าหรือเท่ากับ ๑๐ ไมครอน ขนาดเล็กกว่าหรือเท่ากับ ๒.๕ ไมครอน และขนาดเล็กกว่าหรือเท่ากับ ๑ ไมครอน ซึ่งฝุ่นละอองทั้งสามชนิดล้วนแต่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ

สำหรับกรณีศึกษาในตำบลแม่แรง อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูนซึ่งอยู่ห่างจากจังหวัดลำพูน ประมาณ ๑๐ กิโลเมตร มีขนาดพื้นที่ ๑๖.๑๙๑ ตารางกิโลเมตร ครอบคลุมพื้นที่ทั้งหมด ๑๑ หมู่บ้าน มีประชากรทั้งหมด ๗,๐๙๔ คน (ข้อมูล จปฐ. อำเภอป่าซาง, ๒๕๖๔) ก็ได้รับกระทบจากปัญหามลพิษทางอากาศในพื้นที่จังหวัดลำพูนร่วมด้วย โดยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมทำไร่ทำสวน และงานหัตถกรรมผ้าฝ้ายทอมือบาติกมัดย้อมตามวิถี

ประเพณีวัฒนธรรมของคนไทยอง มีลักษณะเป็นที่ราบลุ่มเหมาะแก่การเกษตร โดยพบปัญหาสุขภาพของประชาชน ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖ พบว่ามีอัตราการป่วย ๕ อันดับ ได้แก่ ๑) โรคความดันโลหิตสูง ๒) โรคเบาหวาน ๓) โรคระบบทางเดินหายใจส่วนบน ๔) ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ๕) โรคระบบผิวหนังและเนื้อเยื่อ (ข้อมูลระบบ HDC กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๗) และข้อมูลอัตราการตาย ๕ อันดับ ได้แก่ ๑) ชราภาพ ๒) โรคมะเร็งรวม ๓) โรคไตวายเรื้อรัง ๔) หลอดเลือดสมอง ๕) หัวใจล้มเหลว สำหรับองค์กรและภาคเครือข่ายในพื้นที่ตำบล แม่แรง ประกอบด้วย ส่วนสถาบันการศึกษามีทั้งหมด ๗ แห่ง ศูนย์ศึกษานอกกระบบ (กศน.ตำบลแม่แรง) ๑ แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพพื้นที่ตำบลแม่แรง ๒ แห่ง มีชมรมสวสยใสไร้พุง (DPAC) ชมรมเด็กและเยาวชน ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และจิตอาสา ชมรมกลุ่มแกนนำแม่บ้านสตรี ชมรมบ้านแสนสุข ชมรมเปตอง ชมรมเกษตรอินทรีย์ และมีตลาดสด จำนวน ๔ แห่ง รวมทั้งร้านขายของชำทั้งหมด ๓๔ ร้าน ร่วมกันขับเคลื่อนการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมภัยฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM ๒.๕) โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายในพื้นที่ ภายใต้การกำกับดูแลและบริหารจัดการในสังกัดของสำนักงานเทศบาลตำบลแม่แรง

จากสถานการณ์และความสำคัญของการขับเคลื่อนประเด็นฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM ๒.๕) จึงได้นำเสนอ ถอดบทเรียนการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมภัยฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM ๒.๕) โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของเครือข่าย กรณีศึกษาตำบลแม่แรง อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูนและเพื่อสร้างการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายระดับอำเภอป่าซางและตำบลแม่แรงในการขับเคลื่อนกิจกรรมเรื่องภัยสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM ๒.๕) เพื่อเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมภัยสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM ๒.๕) ให้เกิดผลกระทบน้อยที่สุด และลดความรุนแรงในชุมชนตำบลแม่แรง อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน รวมทั้งเพื่อ ค้นหาเครือข่าย ความร่วมมือระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชน ที่ประสบความสำเร็จในการดำเนินงานเพื่อป้องกันปัญหาหมอกควันในพื้นที่ตำบลแม่แรงว่ามีอะไรเป็นปัจจัยหรือเงื่อนไขในการเกิดเครือข่าย การเชื่อมโยงภายในเครือข่ายเป็นอย่างไร ใครมีส่วนร่วมและผู้ที่มีส่วนร่วมมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันอย่างไร รวมทั้งศึกษา การบริหารจัดการเครือข่าย เพื่อนำบทเรียนที่ได้ไปเป็นแบบอย่างในการดำเนินงานหรือนำไปปรับใช้ในพื้นที่อื่นๆ ที่ ยังไม่สามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวนี้ให้ได้อย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

๕.๑ เพื่อสร้างการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายระดับอำเภอป่าซางและตำบลแม่แรงในการขับเคลื่อนกิจกรรมเรื่องภัยสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM ๒.๕)

๕.๒ เพื่อเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมภัยสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM ๒.๕) ให้เกิดผลกระทบน้อยที่สุด และลดความรุนแรงในชุมชนตำบลแม่แรง อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน

๕.๓ เพื่อค้นหาเครือข่าย ความร่วมมือระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชน ที่ประสบความสำเร็จในการดำเนินงานเพื่อป้องกันปัญหาหมอกควันในพื้นที่ตำบลแม่แรง

วิธีดำเนินการวิจัย

การดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมภัยฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM ๒.๕) โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเป็นการผสมผสานการเรียนรู้และการดำเนินการเพื่อลดและป้องกันผลกระทบจากฝุ่นละอองขนาด

เล็ก ผ่านการมีส่วนร่วมของชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่างๆ โดยแนวคิดนี้เน้นความสำคัญของการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคมในการเฝ้าระวังและป้องกันฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM ๒.๕) โดยใช้การเรียนรู้ร่วมกันและการทำงานเป็นทีมในการแก้ไขปัญหาอย่างยั่งยืน (พัชราพรรณ ชอบธรรม และสิมินตราพร สุรินทร์, ๒๕๖๗) ซึ่งประกอบด้วย

๑. เครือข่ายในการป้องกันปัญหาหมอกควันในพื้นที่

๒. การป้องกันปัญหาหมอกควัน เป็นการดำเนินงานการป้องกันไม่ให้เกิดการเผาไหม้ทุกชนิด ทั้งการเผาในที่โล่งและไฟฟ้า

๓. ปัจจัยและเงื่อนไขในการเกิดเครือข่ายได้แก่ โครงสร้างทางสังคม ระบบทางสังคมที่ให้ความสำคัญกับแบบแผนความสัมพันธ์ที่สมาชิกในชุมชนยึดถือปฏิบัติร่วมกัน ซึ่ง แบ่งออกเป็น ๘ ระบบ ได้แก่ ระบบครอบครัว ระบบเศรษฐกิจระบบปกครอง ระบบการศึกษา ระบบศาสนา ระบบสื่อสารมวลชน วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ระบบศิลปะและนันทนาการ ระบบอนามัยและสาธารณสุข ๓.๓ ทูตทางสังคม มีองค์ประกอบ ๔ ด้าน ได้แก่ ทูตมนุษย ทูตสถาบัน ทูตภูมิปัญญา ประเพณีและวัฒนธรรม และทูตทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

๔. ปฏิสัมพันธ์ หรือรูปแบบความสัมพันธ์ในการให้ความช่วยเหลือระหว่างกันภายในเครือข่ายมี ๔ รูปแบบ ดังนี้ ๔.๑) ความสัมพันธ์ที่ไม่เป็นทางการในแนวราบ ๔.๒) ความสัมพันธ์ที่ไม่เป็นทางการในแนวตั้ง ๔.๓) ความสัมพันธ์ที่เป็นทางการในแนวราบ ๔.๔) ความสัมพันธ์ที่เป็นทางการในแนวตั้ง เป็นรูปแบบของผู้ที่มีส่วนร่วมมีความสัมพันธ์กันตามข้อกฎหมาย

๕. การบริหารจัดการเครือข่าย

๖. การนำนโยบายไปปฏิบัติ เป็นการนำนโยบายที่ได้กำหนดขึ้นโดยฝ่ายการเมืองไปปฏิบัติ ไปดำเนินการแปลงออกเป็นแผนงานโครงการต่างๆ โดยระบุหน่วยงานที่รับผิดชอบรวมทั้งสร้างการยอมรับให้เกิดขึ้นแก่หน่วยงานเหล่านั้น ต่อมาคือ การรวบรวมทรัพยากรและการกำหนดเข้าไปในกิจกรรมที่เป็นหน้าที่ของหน่วยงานปฏิบัติเหล่านั้น (Yawaprapas S, ๑๙๙๕) และทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่เป็นการอธิบายองค์ประกอบของสังคม โดยการเปรียบเทียบสังคมเป็นร่างกายของมนุษย์และประกอบด้วยระบบต่างๆ ที่มีหน้าที่แตกต่างกัน และเป็นกลไกในการปรับตัวของสังคมให้เข้าสู่ภาวะที่มีเสถียรภาพดั้งเดิม ซึ่งเป็นไปตามการอธิบายแนวคิดทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่ตามการอธิบายของ (Parsons, ๑๙๖๑) โดย ประกอบด้วย ๘ สถาบันหลัก คือ สถาบันครอบครัว สถาบันศาสนา สถาบันเศรษฐกิจ สถาบันปกครอง สถาบันการศึกษาสถาบันศิลปะและนันทนาการ สถาบันสื่อสารมวลชนและวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี สถาบันการอนามัยและสาธารณสุข

๗. เครือข่ายทางสังคม ที่ดำเนินการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างกันของสมาชิกในสังคม เป็นทูตทางสังคมอย่างหนึ่งในการดำเนินการไปสู่เป้าหมาย

๘. การนำทฤษฎีเครือข่ายนโยบาย มาใช้ดำเนินการสร้างปฏิสัมพันธ์ทั้งในรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคลในการดำเนินนโยบาย เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของแต่ละบุคคลด้วยการแลกเปลี่ยนทรัพยากรระหว่างกันรวมทั้งวิธีการในการสร้างอิทธิพลเหนือบุคคลอื่นๆ โดยกฎของเกมตามการนิยามของ รอดส์(Rhodes R, ๒๐๐๖) มีลักษณะดังนี้ ๑) เน้นการปฏิบัติได้จริง (pragmatism) ๒) ฉันทามติ (consensus) ๓) ความเป็นธรรม (fairness) ๔) ความปรองดอง (accommodation) ๕) ขอบเขต (territoriality) แสดงถึงตัวบุคคลจะไม่ขยายความต้องการของตนเองไปนอกเหนือจากความรู้ที่ตัวเองมี ๖) ความลับ (secrecy) เป็นการอภิปรายเป็นการส่วนตัว และจำกัดผู้ที่เกี่ยวข้องและโดยมิให้เปิดเผยต่อสาธารณะ ๗) การทำให้ไม่เป็นการเมือง

(depoliticization) ปัญหาจะเรื่องราวทางเทคนิคมากกว่าการนำไปวิเคราะห์ทางการเมือง ๘) การเจรจาต่อรอง สูงสุด (summit diplomacy) เป็นการตัดสินใจจะดำเนินการโดยชนชั้นนำเป็นการประชุมแบบลับ ๙) ประชาธิปไตยของท้องถิ่น (local democracy) เป็นอำนาจหน้าที่ของท้องถิ่น คือหน่วยที่ถูกเลือกของรัฐบาล มีความชอบธรรม ซึ่งอยู่นอกเหนือจากการควบคุมของส่วนกลาง ๑๐) สิทธิในการปกครอง (the right to governing) เป็นประเด็นที่เป็นผลประโยชน์แห่งชาติ ส่วนกลางมีสิทธิในการแทรกแซงและสงวนความชอบธรรมในการบังคับแต่เพียงผู้เดียว ๑๑) ความไว้วางใจต่อกัน

๙. การบริหารจัดการเครือข่าย เป็นการจัดการความสัมพันธ์ภายในเครือข่ายให้สามารถดำเนินงานได้อย่างเป็นระบบ และประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย ด้วยการอาศัยตัวแบบของ (KruathepV, ๒๐๐๗) ศึกษา ระบบปฏิบัติการภายในเครือข่ายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตัวแบบการบริหารงานภาครัฐในรูปแบบ เครือข่ายของ Goldsmith and Egger (๒๐๐๔) และแนวทางการบริหารจัดการอื่นๆ พบว่า มีหลักการบริหารจัดการเครือข่ายที่สำคัญ ๖ ประการ คือ ๑) ภาวะผู้นำในเครือข่าย ๒) ระบบการตัดสินใจในเครือข่าย ๓) การสร้าง จุดร่วมของผลประโยชน์และการจูงใจสมาชิกในเครือข่าย ๔) ช่องทางในการสื่อสารระหว่างสมาชิกและการบริหารจัดการสารสนเทศในเครือข่าย ๕) การระดมทรัพยากรของเครือข่าย ๖) การประเมินผลการทำงานของเครือข่าย

ผลการวิจัย

การดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมภัยฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM ๒.๕) โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของเครือข่าย กรณีศึกษาในพื้นที่ตำบลแม่แรง อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน พบว่ามีการดำเนินการที่ สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีทางการบริหารและการจัดการของ “Gulick and Urwick” โดยแบ่งรายละเอียดได้ ดังนี้

๑. แนวคิดการจัดการและแก้ไขปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM ๒.๕) ประกอบด้วย ๑.๑) การควบคุม แหล่งกำเนิดฝุ่น โดยปฏิบัติตามแนวทางดังนี้ การควบคุมการเผาไหม้ ห้ามการเผาในที่โล่ง การสนับสนุนเทคโนโลยี การจัดการเศษวัสดุ การควบคุมการปล่อยมลพิษจากอุตสาหกรรม การติดตั้งเครื่องกรองมลพิษ การตรวจสอบและ บังคับใช้กฎหมาย การปรับปรุงการขนส่ง การส่งเสริมการใช้พลังงานสะอาด และการปรับปรุงการขนส่งสาธารณะ ๑.๒) การเพิ่มความตระหนักรู้และการศึกษา โดยปฏิบัติตามแนวทางดังนี้ การรณรงค์และการให้ข้อมูลการให้ ความรู้แก่ประชาชน การเผยแพร่ข้อมูล การฝึกอบรมและการศึกษา การอบรมสำหรับผู้ประกอบกา ๑.๓) การ พัฒนานโยบายและกฎหมาย โดยปฏิบัติตามแนวทางดังนี้ การออกแบบนโยบายที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม การจัด ตั้งเป้าหมายที่ชัดเจน การส่งเสริมและสนับสนุนการวิจัยและพัฒนา การบังคับใช้กฎหมาย การปรับปรุงกฎหมาย สิ่งแวดล้อม และการตรวจสอบและลงโทษ ๑.๔) การใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรม โดยปฏิบัติตามแนวทางดังนี้ การ ติดตั้งระบบตรวจสอบคุณภาพอากาศ การเพิ่มจำนวนสถานีตรวจวัด การใช้เทคโนโลยีข้อมูลใหญ่ (Big Data) การ พัฒนานวัตกรรมใหม่ๆ การพัฒนาวิธีการกรองฝุ่น การพัฒนานวัตกรรมทางการเกษตร ๑.๕) การมีส่วนร่วมของ ประชาชน โดยปฏิบัติตามแนวทางดังนี้ การส่งเสริมความร่วมมือการสร้างความร่วมมือระหว่างภาครัฐและ ประชาชน และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมสิ่งแวดล้อม

๒. กระบวนการแก้ปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM ๒.๕) ประกอบด้วย ๒.๑) การวิเคราะห์และประเมิน สถานการณ์ โดยปฏิบัติตามแนวทางดังนี้ การเก็บข้อมูลและตรวจวัดคุณภาพอากาศ การติดตั้งสถานีตรวจวัด การ วิเคราะห์ข้อมูล การศึกษาผลกระทบ การศึกษาผลกระทบต่อสุขภาพ และการศึกษาเชิงเศรษฐกิจ ๒.๒) การ

พัฒนานโยบายและกลยุทธ์ โดยปฏิบัติตามแนวทางดังนี้ การกำหนดนโยบายและมาตรการ การออกกฎหมายและ มาตรการควบคุม การพัฒนาแผนป้องกันและบรรเทาปัญหา การสนับสนุนและการสร้างความร่วมมือ การ สนับสนุนโครงการและการวิจัย และการสร้างความร่วมมือระหว่างภาคส่วน ๒.๓) การดำเนินมาตรการและ โครงการ โดยปฏิบัติตามแนวทางดังนี้ การบังคับใช้กฎหมายและมาตรการ การบังคับใช้มาตรการควบคุม การ สนับสนุนเทคโนโลยีสะอาด การจัดกิจกรรมรณรงค์และการให้ข้อมูล การรณรงค์สาธารณะ การเผยแพร่ข้อมูล ๒.๔) การติดตามและประเมินผล โดยปฏิบัติตามแนวทางดังนี้ การติดตามผลการดำเนินงาน การตรวจสอบระดับ ฝุ่น การประเมินผลกระทบ การปรับปรุงและการพัฒนา การปรับปรุงมาตรการและการพัฒนานวัตกรรมและ เทคโนโลยี ๒.๕) การมีส่วนร่วมของประชาชน โดยปฏิบัติตามแนวทางดังนี้ การสร้างความตระหนักรู้และการมี ส่วนร่วม การจัดกิจกรรมร่วมกับชุมชน และการให้คำแนะนำและการฝึกอบรม ๒.๖) การประสานงานและการบูร ณาการ โดยปฏิบัติตามแนวทางดังนี้ การประสานงานระหว่างหน่วยงาน การจัดตั้งคณะทำงานร่วม การประชุม และการสัมมนา การบูรณาการนโยบาย และการบูรณาการการทำงาน ๒.๗) การดำเนินงาน/กิจกรรมในหน่วยงาน โดยปฏิบัติตามแนวทางดังนี้ การสร้างห้องปลอดฝุ่น การแจกหน้ากาก N๙๕ การทำกิจกรรมปลูกต้นไม้ การเฝ้า ระวังค่าฝุ่นละออง PM๒.๕ การพ่นฉีดน้ำเพิ่มความชุ่มชื้นในอากาศ และการจัดทำคลินิกตรวจและคัดกรองโรค ระบบทางเดินหายใจส่วนบน (ARI)

๓. มาตรการเร่งด่วนเพื่อป้องกันฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM ๒.๕) โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในพื้นที่ ตามนโยบายของกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ปี๒๕๖๗ โดยปฏิบัติตามแนวทางดังนี้ ๓.๑) ควบคุม พื้นที่เสี่ยงต่อการเผา ๑๑ ป่าอนุรักษ์ ๑๐ ป่าสงวนแห่งชาติและประกาศห้ามเผาในพื้นที่จังหวัดลำพูนตามช่วง ระยะเวลาที่กำหนด ๓.๒) กำหนดเงื่อนไขการอนุญาตการเผาและการบริหารจัดการการเผาในพื้นที่เกษตร โดย สร้างการมีส่วนร่วมกับประชาชนในพื้นที่ ๓.๓) นำระบบการรับรองผลผลิตทางการเกษตรแบบไม่เผา (GAP PM๒.๕ Free) มาใช้กับการปลูกอ้อย ข้าว ข้าวโพดเลี้ยงสัตว์ ๓.๔) การจัดหาและสนับสนุนเครื่องจักรกลทาง การเกษตรที่เหมาะสม ๓.๕) นำเศษวัสดุเหลือใช้ทางการเกษตร มาแปรรูปเพื่อสร้างรายได้ และจัดตั้ง “ศูนย์รับซื้อ วัสดุ เหลือใช้ทางการเกษตร” ๓.๖) เพิ่มเงื่อนไขเรื่องการเผาในพื้นที่ป่าและพื้นที่เกษตรในการนำเข้า - ส่งออก สินค้า เพื่อแก้ปัญหาหมอกควันข้ามแดน ๓.๗) พิจารณาสีทธิประโยชน์หรือแรงจูงใจให้ภาคเอกชนที่ร่วมแก้ไข ปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM ๒.๕) ๓.๘) ผลิต จำหน่าย และรณรงค์ใช้น้ำมันเชื้อเพลิงให้เป็นไปตามมาตรฐานยูโร ๕ โดยมีนโยบายใช้น้ำมันเชื้อเพลิงสะอาดที่มีกำมะถันต่ำกว่า ๑๐ ppm สามารถช่วยลดการปล่อยก๊าซ ไฮโดรคาร์บอนและออกไซด์ของไนโตรเจน นอกจากตัวสารกำมะถันแล้วโพลิโซคลิก อะโรมาติก ไฮโดรคาร์บอนจะมี การปรับให้ลดจากร้อยละ๑๑ เหลือเพียงร้อยละ๘ เท่านั้น โดยในน้ำมันเบนซินได้มีการปรับลดปริมาณกำมะถันให้ ไม่เกินกว่า ๑๐ ส่วนในล้านส่วน (๑๐ ppm) ซึ่งการปรับเปลี่ยนในส่วนนี้ของปริมาณกำมะถันนั้นก็ส่งผลให้ปริมาณ ฝุ่นละอองขนาดเล็กในอากาศลดลงได้ค่อนข้างมาก ๓.๙) เพิ่มความเข้มงวดในการตรวจสอบสภาพรถยนต์ประจำปีและ การตรวจจับควันดำ การเข้มงวดวินัยจราจร การคืนพื้นผิวจราจรบริเวณการก่อสร้างรถไฟฟ้า การลดจำนวน รถยนต์ในท้องถนนโดยเฉพาะในพื้นที่เมือง สร้างจุดจอดแล้วจร และสนับสนุนการปรับเปลี่ยนใช้รถยนต์ไฟฟ้า ๓.๑๐) ลดปริมาณฝุ่นละอองจากการประกอบกิจการโรงงานอุตสาหกรรม การก่อสร้าง ๓.๑๑) กำหนดหลักเกณฑ์ ในการประกาศเขตการให้ความช่วยเหลือผู้ประสบภัยพิบัติกรณีฉุกเฉิน

๔. ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการแก้ไขปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM ๒.๕) ในพื้นที่ ประกอบด้วย ๔.๑) ผลลัพธ์ที่เป็นบวก ได้แก่ ๑) การปรับปรุงคุณภาพอากาศในบางพื้นที่ โดยปฏิบัติตามแนวทางดังนี้การลดระดับฝุ่น

ในบางพื้นที่และการเพิ่มพื้นที่สีเขียว ๒) การตระหนักรู้และการศึกษา โดยปฏิบัติตามแนวทางดังนี้ การเพิ่มความตระหนักรู้ของประชาชน และการศึกษาการจัดการฝุ่น ๓) การสนับสนุนจากภาคเอกชนและองค์กรต่างๆ โดยปฏิบัติตามแนวทางดังนี้ การลงทุนในเทคโนโลยีสะอาด และการสนับสนุนโครงการรักษาสิ่งแวดล้อม ๔) การพัฒนาและบังคับใช้กฎหมายที่ดีขึ้น โดยปฏิบัติตามแนวทางดังนี้ การบังคับใช้กฎหมายที่เข้มงวดและการจัดตั้งหน่วยงานเฉพาะ ๔.๒) ผลลัพธ์ที่ยังคงต้องปรับปรุง ได้แก่ ๑) การลดระดับฝุ่นยังไม่ทั่วถึง โดยปฏิบัติตามแนวทางดังนี้ ปัญหาฝุ่นในบางพื้นที่ และความไม่เสมอภาค ๒) การบังคับใช้กฎหมายยังมีข้อจำกัด โดยปฏิบัติตามแนวทางดังนี้ การบังคับใช้ไม่เข้มงวดและการบังคับใช้ไม่ทั่วถึง ๓) ความร่วมมือและการประสานงานระหว่างภาคส่วน โดยปฏิบัติตามแนวทางดังนี้ การขาดความร่วมมือและการสื่อสารและการประสานงาน ๔) การรับรู้และการปฏิบัติของประชาชน โดยปฏิบัติตามแนวทางดังนี้ การขาดการปฏิบัติตาม และการขาดการมีส่วนร่วม

อภิปรายผลการวิจัย

จากการถอดบทเรียนการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมภัยฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM ๒.๕) โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของเครือข่าย ทัศนศึกษาตำบลแม่แรง อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินงานที่ทำให้สามารถรับมือกับปัญหาได้เป็นอย่างดีเหมาะสมและเกิดผลลัพธ์ที่ดี ส่งผลให้ชุมชนได้รับผลกระทบด้านต่างๆ จากภัยฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM ๒.๕) ในชุมชนได้น้อย ทำให้เกิดเครือข่ายสายสัมพันธ์และความร่วมมือระหว่างส่วนราชการต่างๆ องค์กรรัฐวิสาหกิจ ภาคเอกชนและประชาชนในพื้นที่ส่งผลให้ประสบความสำเร็จในการดำเนินงานเพื่อเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมภัยเสี่ยงสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM ๒.๕) หรือปัญหาหมอกควันในพื้นที่ รวมทั้งยังเกิดรูปแบบการดำเนินงานที่เป็นปัจจัยหรือเงื่อนไขในการเกิดเครือข่าย การเชื่อมโยงภายในเครือข่าย การมีส่วนร่วมและผู้ที่มีส่วนร่วมมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน การบริหารจัดการเครือข่ายเพื่อนำบทเรียนที่ได้ไปเป็นแบบอย่างในการดำเนินงานหรือนำไปปรับใช้ในพื้นที่อื่นๆ ที่ยังไม่สามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวนี้ให้เหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะ

๑. ภาครัฐควรประสานความร่วมมือกับภาคเอกชนที่มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ เช่น โรงงานอุตสาหกรรม ให้เข้ามามี ส่วนร่วมในเครือข่าย ด้วยวิธีการมุ่งใจตามมาตรการทางนโยบายซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญของภาครัฐ มิใช่เพียงให้เอกชนมีบทบาทสนับสนุนภายนอกเท่านั้น เพราะจากการศึกษาเครือข่ายในพื้นที่ เช่น โครงการดอยตุง (พื้นที่ทรงงาน) อันเนื่องมาจากพระราชดำริ จะพบว่ากรณีที่ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ร่วมคิดร่วมปฏิบัติส่งผลให้เครือข่ายประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี

๒. ควรส่งเสริมบทบาทของชุมชนให้เข้มแข็งตามบริบทของชุมชนที่มีมาแต่เดิม ทั้งทางด้านทรัพยากรธรรมชาติ วัฒนธรรมประเพณี ภูมิปัญญาต่างๆ ผ่านองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีความใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด และเข้าใจในบริบทของพื้นที่เป็นอย่างดี การส่งเสริมให้ชุมชนมีความเข้มแข็งจะเป็นกลไกในการรับมือต่อความเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ของชุมชนและสามารถปรับตัวเพื่อแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ใหม่ๆ ได้

เอกสารอ้างอิง

๑. กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม.(๒๕๖๕). รายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย ปี๒๕๖๕. สืบค้น กันยายน ๙, ๒๕๖๗, จากhttps://www.moj.go.th/attachments/๒๐๒๓๑๑๒๙๑๒๒๙๐๒_๒๐๗๒๓.pdf.
๒. พิชราพรรณ ขอบธรรม และสิมินตรา พรสุรินทร์. (๒๐๒๔). รูปแบบการบริหารจัดการตามแนวคิดเมืองยุติธรรม (The Just City) สำหรับการแก้ไขปัญหาปริมาณฝุ่น PM ๒.๕ ในประเทศไทย. PAAT Journal (วารสารสมาคมรัฐประศาสนศาสตร์แห่งประเทศไทย), ๖(๑), ๑๒๑-๑๓๑. สืบค้น สิงหาคม ๒๑, ๒๕๖๗ จาก[file:///C:/Users/๖๖๘๔๒/Downloads/๐๙-๑๑-๑๑๑๕%๒๐\(๒\).pdf](file:///C:/Users/๖๖๘๔๒/Downloads/๐๙-๑๑-๑๑๑๕%๒๐(๒).pdf).
๓. วิจารย์ สิมานายา. (๒๕๕๘). มลพิษสิ่งแวดล้อม มลพิษอากาศและเสียง ปัญหา สาเหตุ และแนวทางแก้ไข. กรมควบคุมมลพิษ, กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. สืบค้น สิงหาคม ๒๑, ๒๕๖๗ จาก https://so๐๕.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/๑๖๑๗๐๐..
๔. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑ เชียงใหม่. (๒๕๖๕). สถานการณ์ มาตรการในการป้องกันและแก้ไขปัญหาภัยสุขภาพจากมลพิษหมอกควันในพื้นที่ ๘ จังหวัดภาคเหนือตอนบน พ.ศ.๒๕๕๘. เชียงใหม่, สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑ เชียงใหม่, กรมควบคุมโรค, กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้น สิงหาคม ๒๑, ๒๕๖๗, จาก[file:///C:/Users/๖๖๘๔๒/Downloads/๐๙-๑๑-๑๑๑๕%๒๐\(๓\).pdf](file:///C:/Users/๖๖๘๔๒/Downloads/๐๙-๑๑-๑๑๑๕%๒๐(๓).pdf).
๕. Boonkerd, L., & Surakarn, A. (๒๐๒๔). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันตนเองจากฝุ่น PM๒.๕ ในนักเรียนประถมศึกษาปีที่ ๖ โรงเรียนเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรปราการ. Journal of Behavioral Science for Development, ๑๖(๒), ๙๒-๑๑๗. สืบค้น สิงหาคม ๒๑, ๒๕๖๗, จาก <file:///C:/Users/๖๖๘๔๒/Downloads/Lapanu+Boonkerd,+๓๑.๐๗.๒๔.pdf>.
๖. Goldsmith, S. (๒๐๐๔). Governing by network: The new shape of public sector. Washington, DC: TheBrooking Institution.
๗. Kamolvej, T. (๒๐๐๓). Public policy in the public administrative context. In Thumronglux, A. (Ed.), Publicgovernance: ๒๑st Century public administration. (pp.๓๕-๖๑). Bangkok: Thammasat University, Facultyof Political Science.
๘. Kruathep, V. (๒๐๐๗). Network: Innovation of local government working. Bangkok: Research Fund (TRF). Retrieved Aug ๒๑, ๒๐๒๔, from<https://so๐๕.tci-thaijo.org/index.php/phdssj/article/view/๑๐๓๓๐๒>.
๙. Rhodes, R. A. W. (๑๙๘๘). Beyond Westminster and Whitehall: The sub-central government of Britain. London: Unwin Hyman.
๑๐. Yawaprapas, S. (๑๙๙๕). Public policy. (๒nd ed.). Bangkok: Chulalongkorn University Press. Retrieved Aug ๒๑, ๒๐๒๔, fromfile:///C:/Users/๖๖๘๔๒/Downloads/John_Kidd_Frank-Jurgen_Richter_Fighrrupt.pdf.

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดด้วยการมีส่วนร่วมของ อาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ

พงพรรณ กาละนีโย

ศสม.บ้านส่องนางใยเครือข่ายปฐมภูมิโรงพยาบาลมหาสารคาม

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาของการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในเรือนจำ 2) พัฒนารูปแบบการดูแลโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ และ 3) ศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการดูแลดังกล่าว โดยอาศัยกรอบแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกรีนและครูเทอร์ (Green & Kreuter, 2005) ผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์ อาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ ผู้ต้องขังป่วยวัณโรคปอด และผู้ต้องขังทั่วไปในเรือนจำจังหวัดมหาสารคาม รวมจำนวน 32 ราย ดำเนินการวิจัย 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะเตรียมการ ประกอบด้วยกิจกรรมการประชุมระดมสมอง การวิเคราะห์ปัญหา และการสร้างวิสัยทัศน์ร่วม 2) ระยะดำเนินการ โดยใช้แนวคิดของ Kemmis & McTaggart ได้แก่ การวางแผน การลงมือปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล 3) ระยะประเมินผลดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2565 -กันยายน 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถาม แบบสังเกตแบบมีส่วนร่วม และแบบสัมภาษณ์รายกลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา (ค่าเฉลี่ยและร้อยละ) และข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ผลการวิจัยพบว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เรียกว่า RACHATAN MK Model ประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 10 กิจกรรม ได้แก่ 1) การประชุมระดมสมอง 2) การอบรมให้ความรู้กับผู้เกี่ยวข้อง 3) การจัดมุมความรู้เรื่องวัณโรค 4) การจัดมาตรการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ 5) การจัดมาตรการคัดกรองวัณโรค 6) การจัดการสิ่งแวดล้อม 7) การส่งเสริมสุขภาพในผู้ต้องขัง 8) การรักษาที่ได้มาตรฐานรวดเร็ว 9) การพัฒนาระบบส่งต่อ และ 10) การกำกับการกินยาอย่างต่อเนื่องตามระบบ DOTS และมีแผนการจัดการ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการรักษา ด้านการป้องกัน ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านความรู้ หลังจากนำรูปแบบดังกล่าวไปใช้ พบว่าอัตราการคัดกรองวัณโรคโดยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest X-ray) ในผู้ต้องขังใหม่และเก่าเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 100 มีผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่จำนวน 21 ราย ซึ่งได้รับการรักษาทั้งหมดภายใน 4 สัปดาห์ ร้อยละ 100 และอัตราความสำเร็จในการรักษาเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 100 เช่นกัน ข้อเสนอแนะจากการวิจัยคือ ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้รูปแบบดังกล่าวเป็นนโยบายระดับเรือนจำ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมและลดการแพร่ระบาดของวัณโรคในเรือนจำอย่างยั่งยืน

หลักการ และเหตุผล

วัณโรคยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญทั่วโลก โดยองค์การอนามัยโลก (WHO, 2010) รายงานว่าประชากรโลกประมาณ 1 ใน 3 ติดเชื้อวัณโรค และมีผู้เสียชีวิตราว 2 ล้านคนต่อปี สำหรับประเทศไทย พบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ปีละกว่า 92,000 ราย และมีผู้เสียชีวิตประมาณ 12,000 รายต่อปี หนึ่งในพื้นที่เสี่ยงสูงต่อการแพร่ระบาดของวัณโรคคือเรือนจำ เนื่องจากความแออัด การระบายอากาศไม่ดี รวมถึงปัจจัยร่วม เช่น การใช้สารเสพติดและการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งเร่งให้เกิดอาการในผู้ติดเชื้อ (Lobacheva, Asikainen, & Giesecke, 2007)

ข้อมูลจากกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2564) ระบุว่า เรือจําเป็น 1 ใน 14 หน่วยงานที่พบอัตราวัณโรคสูงกว่าชุมชนหลายเท่า โดยเฉพาะเรือจําจังหวัดมหาสารคามซึ่งมีผู้ต้องขังประมาณ 2,800 ราย และเป็น 1 ใน 5 เรือจําของประเทศที่มีอัตราการพบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่สูงที่สุดในปี 2564 โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 16 รายในปี 2562 เป็น 17 รายในปี 2563 และ 23 รายในปี 2564 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 2564) แม้จะมีการใช้กลยุทธ์ DOTS แต่ยังมีอุปสรรคทั้งการค้นหาโรคที่ล่าช้า การรักษาขาดช่วง และการพันโทษก่อนรักษาครบคอร์ส (วรรณเพ็ญ จิตต์วิวัฒน์และคณะ, 2548) เพื่อลดปัญหาดังกล่าว กระทรวงยุติธรรมได้ส่งเสริมการจัดตั้ง “อาสาสมัครสาธารณสุขเรือจํา” (อสรจ.) ซึ่งเป็นผู้ต้องขังที่ผ่านการอบรม ให้มีบทบาทในการคัดกรอง ให้ความรู้ และติดตามผู้ป่วยภายในเรือจํา แนวทางนี้สอดคล้องกับหลักสาธารณสุขมูลฐานและยุทธศาสตร์วัณโรคแห่งชาติที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน อย่างไรก็ตาม ระบบการทำงานของ อสรจ. ยังขาดรูปแบบที่เป็นระบบและต่อเนื่อง ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในเรือจํา โดยใช้แนวคิด PRECEDE-PROCEED Framework ของ Green & Kreuter (2005) ซึ่งมุ่งวิเคราะห์พฤติกรรม สิ่งแวดล้อมและปัจจัยสนับสนุนสุขภาพ เพื่อนำไปออกแบบกิจกรรมแบบมีส่วนร่วมที่เหมาะสมกับบริบทเรือจํา และควบคุมวัณโรคได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ และสภาพปัญหาของการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในเรือจํา
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขเรือจํา
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขเรือจํา

วิธีการดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart มี 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน การลงมือปฏิบัติ การสังเกตและการสะท้อนผลดำเนินการใน 3 ระยะระยะเตรียมการ ระยะดำเนินการและระยะประเมินผลผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์ อาสาสมัครสาธารณสุขเรือจําผู้ต้องขังที่ป่วยวัณโรคปอด และผู้ต้องขังทั่วไปในเรือจํา จำนวน 32 ราย ระยะเวลาที่ทำการศึกษาคือเดือนกุมภาพันธ์ 2565 – เดือนกันยายน พ.ศ. 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่แบบสอบถามปลายเปิด แบบสังเกตแบบมีส่วนร่วม แบบสัมภาษณ์รายกลุ่ม การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยค่าเฉลี่ย ร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัย

4.1 การดูแลผู้ป่วยวัณโรคในเรือจําจังหวัดมหาสารคาม ยังประสบปัญหาหลายด้าน โดยสามารถสรุปได้ดังนี้ปัญหาด้านสถานการณ์วัณโรคในเรือจําเรือจําจังหวัดมหาสารคามมีแนวโน้มผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วง 3 ปีล่าสุด ได้แก่ ปี 2562 จำนวน 16 ราย, ปี 2563 จำนวน 17 ราย และปี 2564 เพิ่มขึ้นเป็น 23 ราย จากข้อมูลการพบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในเรือจําสะท้อนถึงปัญหาการแพร่ระบาดที่ยังควบคุมได้ไม่เต็มที่ ปัญหาด้านการป้องกันโรค ยังไม่มีมาตรการที่ชัดเจนการคัดกรองผู้ต้องขังใหม่ยังไม่ต่อเนื่องและครอบคลุมคัดกรองได้ช้าไม่ต่อเนื่องไม่ได้จัดหาอุปกรณ์ในการป้องกันสภาพแวดล้อม เช่น แสงแดด และการระบายอากาศ ไม่เหมาะสมปัญหาด้านการรักษาผู้ป่วยบางรายได้รับการรักษาที่ล่าช้า ขาดระบบกำกับการใช้ยา (DOTS)

ที่เข้มแข็งปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมสถานที่แออัดการหมุนเวียนและการระบายอากาศไม่ดีเป็นแหล่งของคนที่มีปัญหา การติดเชื้อ HIV และเป็นแหล่งของคนที่มีปัญหาการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ด้านความรู้ผู้ต้องขังส่วนใหญ่เข้าถึงสื่อ ความรู้ได้ยากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวัณโรคและการป้องกันตนเองยังคงมีความกลัว ตีตรา และความเข้าใจ ผิดเกี่ยวกับโรคในกลุ่มผู้ต้องขังปัญหาด้านการมีส่วนร่วมของผู้ต้องขังผู้ต้องขังยังไม่ได้มีโอกาสในการมีส่วนร่วมใน การดูแลสุขภาพของตนเองบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ (อสรจ.) ยังไม่ชัดเจน ขาดระบบการ สนับสนุน และไม่มีรูปแบบการดำเนินงานที่ต่อเนื่อง

4.2 การสร้างรูปแบบการดูแลรูปแบบการดูแลมี 4 แผนหลัก 1) ด้านการรักษาที่มีการรักษาที่ได้มาตรฐาน รวดเร็ว, มีระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ (Referral system), DOTS อย่างต่อเนื่องด้านการป้องกันคัดกรองวัณโรค ทุกรายด้วย Chest X-ray และใช้มาตรการป้องกันเชื้อในพื้นที่ด้านสิ่งแวดล้อมที่แออัดที่นอน ทำความสะอาด ห้องนอน จัดกาษาชนะรองเสมหะด้านความรู้จัดอบรม พี่นฟู จัดมุมความรู้ บอร์ดประชาสัมพันธ์ และสื่อให้ความรู้ หลากหลายรูปแบบนี้ถูกเรียกว่า RACHATAN MK Model ซึ่งครอบคลุม 10 กิจกรรมสำคัญ ได้แก่ 1) การประชุม ระดมสมองผู้มีส่วนร่วม 2) การอบรมให้ความรู้กับผู้เกี่ยวข้อง 3) การจัดมุมความรู้เรื่องวัณโรค 4) มีมาตรการใน การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ 5) มีมาตรการในการคัดกรองวัณโรค 6) มีมาตรการดูแลสิ่งแวดล้อม 7) มีการ สนับสนุนและส่งเสริมสุขภาพในผู้ต้องขัง 8) มีการรักษาที่ได้มาตรฐานรวดเร็ว 9) มีการส่งต่อที่เป็นระบบ 10) มีการ กำกับกักกันยา (DOT)

4.3 ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหลังจากนำรูปแบบดังกล่าวไปดำเนินการ พบว่าอัตราการคัดกรองวัณโรคในผู้ต้องขัง เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 89.35 (ปี 2565) เป็นร้อยละ 100 (ปี 2566) ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ได้รับการรักษาภายใน 4 สัปดาห์ครบร้อยละ 100 อัตราความสำเร็จของการรักษาเพิ่มจากร้อยละ 88 (ปี 2565) เป็นร้อยละ 100 (ปี 2566) อสรจ. มีบทบาทสำคัญในทุกมิติของการควบคุมวัณโรค ได้รับการยอมรับ

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษารูปแบบการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดด้วยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข เรือนจำ ภายใต้กรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED Framework ของ Green & Kreuter (2005) พบว่า สามารถ ตอบสนองต่อข้อจำกัดของระบบสุขภาพในเรือนจำได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะด้านการเพิ่มอัตราการคัด กรองวัณโรคให้ครบ 100% อัตราการรักษาสำเร็จอยู่ที่ 100% เช่นกัน และลดจำนวนผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาได้ อย่างเด่นชัด บทบาทของอาสาสมัครฯ ในการให้ความรู้ เฝ้าระวัง และกำกับการกินยาแบบ DOT ส่งผลให้เกิดการ ดูแลที่ต่อเนื่องและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของพิสิษฐ์กร โพธิ์ศรีและพรทิพย์ คำพอ (2555) ที่ เน้นความสำคัญของการมีส่วนร่วมในชุมชนในการควบคุมวัณโรค และสนับสนุนข้อค้นพบของศิริินภา จิตติมณี และนิภา งามไตรโร (2552) ที่เน้นการจัดการสิ่งแวดล้อมในเรือนจำ เช่น การผึ่งแดดที่นอน และพื้นที่แยกเสมหะ งานวิจัยฉบับนี้จึงชี้ให้เห็นว่าการบูรณาการระบบบริการกับการมีส่วนร่วมภายในเรือนจำเป็นแนวทางที่ยั่งยืนในการ ควบคุมวัณโรค

ข้อเสนอแนะ

การใช้แนวคิดสาธารณสุขมูลฐานร่วมกับการมีส่วนร่วมของ อสรจ. สามารถพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย วัณโรคปอดในเรือนจำได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดการแพร่ระบาดในเรือนจำและสู่ชุมชนภายนอกได้ รูปแบบนี้จึง ควรได้รับการส่งเสริมในระดับนโยบาย และขยายผลในเรือนจำอื่นทั่วประเทศ

การนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

รูปแบบ RACHATAN MK Model ที่พัฒนาขึ้นนำไปใช้เป็นแนวทางในการบริหารจัดการดูแลผู้ต้องขังที่ป่วยวัณโรคในเรือนจำจังหวัดมหาสารคามอย่างเป็นระบบ โดยใช้อาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ (อสรจ.) เป็นกลไกเสริมในการคัดกรอง เฝ้าระวัง ให้ความรู้ และติดตามการรักษา ซึ่งช่วยลดภาระเจ้าหน้าที่พยาบาล และเพิ่มคุณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่อง 7.2 รูปแบบการดูแลที่ได้จากงานวิจัยได้นำไปขยายผลสู่เรือนจำอื่นๆ ได้แก่ เรือนจำจังหวัดร้อยเอ็ด เรือนจำกลางอุดรธานี เรือนจำกลางนครพนม เรือนจำกาฬสินธุ์และกำหนดเป็นแนวปฏิบัติในการควบคุมวัณโรคในเรือนจำ 7.3 เมื่อผู้ต้องขังพันโทฯ สามารถนำความรู้ที่ได้จากการอบรมและประสบการณ์ในฐานะอสรจ. ไปใช้ในชีวิตประจำวัน ช่วยป้องกันโรค และให้คำแนะนำแก่ครอบครัวหรือชุมชน ทำให้เกิดการถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านวัณโรคจาก “เรือนจำสู่ชุมชน” อย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. จันทร์เพ็ญ ศรีทัศน์. (2549). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดนนทบุรี* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์].
2. ชุตินา เจริญพร. (2548). *สถานการณ์วัณโรคในเรือนจำ/ทัณฑสถานของประเทศไทย* [รายงานการวิจัย]. กรมราชทัณฑ์.
3. ประพนอม นพคุณ. (2551). *ผลของการสอนด้วยสื่อประสมต่อความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในผู้ป่วยวัณโรคปอด* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่].
4. พิสิษฐ์กร โพธิ์ศรี, & พรทิพย์ คำพอ. (2555). การพัฒนาศักยภาพในการป้องกันและควบคุมวัณโรคโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน: ชุมชนเทศบาลตำบลสุวรรณภูมิ อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารวิจัย มช.* (บศ.), 12(2), 42–56.
5. วรณเพ็ญ จิตต์วิวัฒน์, & นิภา งามไตรโร. (2548). การพัฒนาแบบคัดกรองวัณโรคปอดในเรือนจำ. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 48(14), 194–202.
6. ศิริณา จิตติมณี, & นิภา งามไตรโร. (2552). ปัญหาวัณโรคในเรือนจำ : สภาพแวดล้อมและข้อจำกัดด้านบุคลากรทางการแพทย์. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อม*, 4(1), 30–36.
7. Lobacheva, T., Asikainen, T., & Giesecke, J. (2007). TB in prisons: A growing public health challenge. *European Respiratory Journal*, 30(4), 705–707. <https://doi.org/10.1183/09031936.00128706>
8. Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health program planning: An educational and ecological approach* (4th ed.). McGraw-Hill.
9. สุขสันต์ จิตติมณี, ศิริณา จิตติมณี, & นิภา งามไตรโร. (2554). ความเสี่ยงของการแพร่เชื้อวัณโรคในเรือนจำและแนวทางป้องกัน. *วารสารเวชกรรมชุมชน*, 9(2), 89–96.
10. กรมควบคุมโรค. (2564). *สถานการณ์วัณโรคประเทศไทย ปี 2564* [แหล่งข้อมูลออนไลน์]. กระทรวงสาธารณสุข. <https://tboth.net>

รูปแบบการจัดบริการพยาบาลดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งจังหวัดมหาสารคาม

วารุณี หิมวัง และฉวีวรรณ เผ่าพันธ์
ศูนย์แพทยมหาวิทาลัยราชภัฏมหาสารคาม

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างรูปแบบการจัดบริการพยาบาลดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของของภาคีเครือข่ายสุขภาพ กระบวนการวิจัยแบ่งเป็น ๓ ระยะ คือ (๑) วิเคราะห์สถานการณ์ (๒) ระยะปฏิบัติการ (๓) ระยะประเมินผล กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ จำนวน ๔๐ คน บุคลากรสาธารณสุข ภาคีเครือข่าย และแกนนำนักศึกษา ๓๐ คน เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ร้อยละค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยก่อนและหลังพัฒนาด้วย Paired t-test และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ ๕๗.๑๗ อายุเฉลี่ย ๒๓.๒๒ ปี (SD= ๔.๗๒) ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย ๓.๑๒ ปี ผลลัพธ์การสร้างรูปแบบการจัดบริการพยาบาลดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของของภาคีเครือข่ายสุขภาพ คือ ๑) มีรูปแบบการควบคุมโรคเบาหวานในชุมชนส่งเสริมหลักการควบคุมเบาหวานตามแนวทางหลักกระบวนการทางการแพทย์ในการดูแลและการมีส่วนร่วมของชุมชน ๒) เกิดภาคีเครือข่ายสุขภาพ คณะกรรมการควบคุมโรคเบาหวานในมหาวิทยาลัยเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ๓) ผู้ป่วยได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลตนเองโรคเบาหวาน การได้รับบริการสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ป่วย ค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการพัฒนาารูปแบบ พบว่า ค่า ระดับน้ำตาลในเลือดระดับความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

หลักการ และเหตุผล

จากรายงานข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่าประชากรทั่วโลกเสียชีวิตด้วยโรค NCDs มากถึง ๔๑ ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ ๗๔% ของการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก^(๑) สถานการณ์ของประเทศไทยในปัจจุบัน โรค NCDs ยังคงเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของการเสียชีวิต ซึ่งเป็นไปในแนวเดียวกันกับสถานการณ์โลก และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดย ๓ ใน ๔ ของการเสียชีวิตทั้งหมดของโรคไม่ติดต่อโดยโรค NCDs เป็นโรคที่ไม่สามารถแพร่กระจายจากคนสู่คนได้ แต่เป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมกรรมกรดำเนิน^(๒) จากการรายงานสถิติขององค์การอนามัยโลก ในปี ๒๕๖๕ พบว่า กลุ่มโรคเบาหวานและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการตายอันดับ ๑ ของคนทั่วโลก มีผู้เสียชีวิตจากกลุ่มโรคนี้นี้ประมาณ ๑๗.๙ ล้านคน สถานการณ์ประเทศไทย พบว่า โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๒๑.๔ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๒ เป็นร้อยละ ๒๔.๗ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๕ ปัญหาหลักของการควบคุมโรคเบาหวานในประเทศไทย คือ การที่ผู้ที่เป็นโรคไม่ได้ตระหนักว่าเป็นโรคแม้จะตระหนักก็ยังไม่เชื่อถือและไม่ได้ติดตามรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง^(๓) สถานการณ์โรคเบาหวานในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จังหวัดมหาสารคาม ๓ ปี ย้อนหลัง ปี ๒๕๖๔-๒๕๖๖ พบว่า อัตราป่วย คิดเป็น ๘,๒๔๒.๐๔, ๘,๓๗๕.๗๒ และ ๙,๓๑๖.๔๒ ต่อแสนประชากร ซึ่งสูงกว่าอัตราป่วยในระดับประเทศ สถานการณ์โรคไม่ติดต่อจากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) พบว่า อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานในประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. ๒๕๕๙-๒๕๖๔ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยใน

โรคเบาหวานสูงเพิ่มจากร้อยละ ๑๕.๖ ในปี พ.ศ.๒๕๕๙ เป็นร้อยละ ๑๖.๘ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ คิดเป็นอัตราเพิ่มร้อยละ ๑๘.๐ (คิดเป็น ๔๕.๖คนต่อประชากรหนึ่งแสนราย)^(๔) จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมา โรงพยาบาลมหาสารคาม พบว่า เติมนโยบายการรักษาโรคเบาหวานของโรงพยาบาลมหาสารคาม มุ่งเน้นเพียงการดูแลรักษาตัวผู้ป่วย คือ ดูแลแต่ตัวโรค (Disease) โดยยึดผู้ให้รักษาเป็นศูนย์กลาง แต่หลักการรักษาผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (chronic disease) ควรยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient centered care) ประยุกต์หลักกระบวนการทางการแพทย์โดยการส่งเสริมสุขภาพ โดยผสมผสานหลายๆ กลวิธี ดังนั้น เพื่อทำความเข้าใจกับความหลากหลายของผู้ป่วยในแต่ละบริบททางสังคม^(๕) ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญของปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานซึ่งเป็นกลุ่มบุคลากรและนักศึกษาในพื้นที่ สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ลดภาวะแทรกซ้อน มีคุณภาพชีวิตที่ดี จึงได้ทำการวิจัยพัฒนาแนวทางการดูแลควบคุมโรคเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของของภาคีเครือข่ายสุขภาพมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนในประเมินค้นหาปัญหาและใช้หลักกระบวนการทางการแพทย์ในการดูแล^(๖)

วัตถุประสงค์:

- ๑) เพื่อศึกษาสถานการณ์โรคเบาหวานของ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ในจังหวัดมหาสารคาม
- ๒) เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ แบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ในจังหวัดมหาสารคาม
- ๓) เพื่อประเมินผลรูปแบบการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ แบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ในจังหวัดมหาสารคาม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้กระบวนการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ในประเมินค้นหาปัญหา และใช้หลักกระบวนการทางการแพทย์ในการดูแลชุมชนมีส่วนร่วม ทำการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวาน ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยแบ่งออกเป็น ๓ ระยะ ดังนี้ ระยะที่ ๑ วิเคราะห์สถานการณ์ ศึกษาบริบทพื้นที่ระยะที่ ๒ ระยะปฏิบัติการโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ^(๗) มีขั้นตอนการวิจัย ๔ ขั้นตอน ได้แก่ ๑) การวางแผนโดยใช้กระบวนการ Appreciation - Influence - Control (AIC) ๒) การปฏิบัติการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมชุมชน ๓) การสังเกตผลการปฏิบัติ และ ๔) การสะท้อนผล และระยะที่ ๓ ระยะประเมินผลการพัฒนารูปแบบพื้นที่ทำการศึกษา คือ ชุมชนมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

กลุ่มเป้าหมาย : ๑) ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ในจังหวัดมหาสารคาม จำนวน ๔๐คน โดยคัดเลือกตามเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ อายุระหว่าง ๑๘-๖๔ ปี ขึ้นทะเบียนคลินิกเบาหวานอย่างน้อย ๓ เดือนขึ้นไป ระยะเวลา ๓ เดือนที่ผ่านมาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (ระดับน้ำตาลในตอนเช้าสูงกว่า ๑๓๐ mg/dl หรือมีระดับน้ำตาลสะสมเฉลี่ย ๓ เดือน หรือ HbA๑c มากกว่า ๗ mg%) ไม่เป็นผู้ป่วย ติดเตียงรวม ๔๐ คน เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยย้ายที่อยู่อาศัย ไม่สามารถติดตามการรักษาได้ เป็นผู้พิการหรือบกพร่องทางการได้ยิน ผิดปกติด้านการสื่อสาร ๒) : ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภาคีเครือข่าย เครือข่ายบริการสุขภาพชุมชนใน

มหาวิทยาลัย ได้แก่ คณะกรรมการ PCU Board จำนวน ๑๐ คน แกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขในมหาวิทยาลัย (อสสม.) จำนวน ๑๕คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หมอครอบครัว จำนวน ๕ คน รวม ๓๐ คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย : ๑) เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการ ได้แก่ กระบวนการ AIC และกระบวนการมีส่วนร่วมตามแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนในประเด็นค้นหาปัญหา ๒) เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่แบบสอบถาม และแบบประเมินความพึงพอใจ โดยผู้วิจัยพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ สัมภาษณ์เชิงลึกการสนทนากลุ่ม แบบสังเกตการประชุมเชิงปฏิบัติการ

การวิเคราะห์ข้อมูล : สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และสถิติเชิงอนุมาน ใช้สถิติ paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญ ๐.๐๕ และ ๙๕% confidence interval การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

การพิทักษ์สิทธิ์: การวิจัยผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม เลขที่ ๑๒/๒๕๖๕ ลงวันที่ ๗ มีนาคม ๒๕๖๕

ผลการวิจัย

ระยะที่ ๑ วิเคราะห์สถานการณ์ ศึกษาบริบทพื้นที่ : กลุ่มเป้าหมายโดยส่วนใหญ่เป็นบุคลากรและนักศึกษาในมหาวิทยาลัย มีการกำหนดแบ่งการปฏิบัติงานให้บริการเป็นงานบริการในสถานพยาบาลและงานเชิงรุกในชุมชน และการดูแลต่อเนื่อง เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายโดยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยรุ่น จึงเน้นการสร้างความรู้ความตระหนักด้านสุขภาพแก่กลุ่มเป้าหมายเพื่อให้มีความเข้าใจความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อจะเป็นวัยทำงานที่มีสุขภาพที่ดีต่อไป จากการศึกษาข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย พบว่า ระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวานเฉลี่ยที่ ๓.๑๒ ปี ระดับน้ำตาลเฉลี่ย ๑๔๓.๓๑ mg/dl เมื่อเจ็บป่วยจะใช้บริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองราชภัฏศรีสวัสดิ์ เครือข่ายโรงพยาบาลมหาสารคาม ร้อยละ ๘๘ ผลการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการให้ข้อมูลของผู้ป่วย พบว่า ๑) ไม่ตระหนักในความรุนแรงของโรค ยังรับประทานอาหารที่มีรสหวาน สุกอบุหรี่ และดื่มสุรา ยังมีพฤติกรรมเสี่ยงถึงแม้จะญาติหรือสมาชิกในครัวเรือนอยากให้เลิกสูบบุหรี่

ระยะที่ ๒ ชั้นปฏิบัติการเป็นระบบการพัฒนารูปแบบการดูแลควบคุมโรคเบาหวาน มีการดำเนินการดังต่อไปนี้ ๑) การสร้างทีมวิจัยในพื้นที่ ประกอบด้วย แพทย์คลินิกหมอครอบครัว พยาบาลนักวิชาการสาธารณสุข นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย อาสาสมัครสาธารณสุขในมหาวิทยาลัยผู้ดูแลผู้ป่วย ๒) การจัดประชุมร่วมกันใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) การดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมชุมชน ตามหลักกระบวนการทางการแพทย์ในการดูแล ในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ มีการดำเนินการ ๒ วงรอบ ผลการดำเนินงานแต่ละวงรอบมีรายละเอียด ดังนี้

วงรอบที่ ๑ การจัดกิจกรรมเพื่อสร้างรูปแบบประกอบด้วย ๓ กิจกรรม ได้แก่ ๑) กิจกรรม เบาหวาน ภัยร้ายใกล้ตัว ๒) กิจกรรม ครอบครัวเบาหวาน ๓) กิจกรรม เบาหวานตามศาสตร์พยาบาล วงรอบที่ ๒ ปัญหาที่พบจากการดำเนินการในวงรอบที่ ๑ คือ ๑) การดูแลควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (เบาหวาน) โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ พบว่า ยังไม่ประสบผลสำเร็จเพราะขาดแรงสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม เช่น ผู้ป่วยตั้งใจ

ลด ละเลิกการรับประทานอาหารรสหวาน แต่ผู้ดูแลในครอบครัวเป็นผู้ประกอบอาหารให้ทานหรือผู้ดูแลยังต้องไปซื้ออาหารจากตลาดร้านค้า ๒) การเลิกบุหรี่ยังไม่เห็นถึงพิษภัยของบุหรี่ อยากเลิกแต่รอให้ป่วยมากๆ ค่อยจะเลิก ครอบครัวไม่รู้วิธีสนับสนุนหรือช่วยเหลือผู้ป่วยการพัฒนาในวงรอบที่ ๒ ประกอบด้วย ๘ กิจกรรม ได้แก่ ๑) กิจกรรม กินอย่างไรให้ห่างไกลจากเบาหวาน ๒) กิจกรรม ดูแลสุขภาพเชิงรุก ๓) กิจกรรม MOU สู้เบาหวาน ๔) กิจกรรม มุมความรู้สู้เบาหวาน ๕) กิจกรรม เครือข่ายสู้เบาหวาน ๖) กิจกรรม อสนม. สู้ภัยโรคเบาหวาน ๗) กิจกรรม หมอครอบครัวสู้เบาหวาน ๘) กิจกรรม หลักสูตรสู้ภัยเบาหวาน

ระยะที่ ๓ การประเมินผล

๑. ผลการศึกษาสามารถสรุปรูปแบบการควบคุมดูแลโรคเบาหวานในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จังหวัดมหาสารคาม ได้ดังนี้ ๑.๑) คัดกรองผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงที่มากกว่า ๑๓๐ mg/dl ๑.๒) พบแพทย์ดูแลให้คำปรึกษา ๑.๓) พบทีมสหสาขาวิชาชีพ ๑.๔) การวางแผนแบบชุมชนมีส่วนร่วม ๑.๕) ติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีม ๓ หมอ ๑.๖) สะท้อนผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในเวทีการประชุม

ผู้ป่วยได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง พบว่า เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการพัฒนา รูปแบบ พบว่า ค่า ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความเครียดปานกลางและระดับความเครียดสูงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และค่าคะแนนเฉลี่ย ความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น หลังการพัฒนา รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางที่ ๑

ตารางที่ ๑ การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการสร้างรูปแบบการจัดการบริการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ แบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จังหวัดมหาสารคาม (n=๔๐)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		\bar{d}	S.D.	๙๕%CI	p-value
	mean	SD	mean	SD				
น้ำหนัก (กก.)	๗๖.๔	๑๔.๒	๗๕.๖	๑๓.๙	๐.๐๖	๓.๔	-๐.๘๗, ๐.๖๕	๐.๗๘
ดัชนีมวลกาย	๒๕.๘	๓.๘	๒๔.๙	๔.๒	๐.๐๔	๐.๘	-๐.๑๗, ๐.๓๕	๐.๖๕
ระดับน้ำตาลในเลือด	๑๕๓.๒	๑๓.๕	๑๒๓.๔	๘.๗	๒๙.๘	๑๖.๕	๑๗.๒๐, ๒๗.๒๔	<๐.๐๐๑*
คะแนนความรู้	๑๐.๓	๓.๕	๑๕.๔	๑.๓	๕.๑๑	๓.๔	๓.๐๙, ๕.๐๗	<๐.๐๐๑*
คะแนนพฤติกรรม	๓๔.๘	๒๐.๒	๒๓.๒	๒๑.๓	๑๑.๖	๑๖.๓	๒๔.๑๐, ๓๓.๑๗	<๐.๐๐๑*
ระดับความเครียด								
- ปานกลาง	๕.๒	๒.๓	๒.๗	๒.๔	-๑.๘	๒.๕	-๒.๗๖, -๑.๔๕	<๐.๐๐๑*
- สูง	๑.๓	๑.๒	๑.๕	๐.๘	-๐.๗	๐.๗	-๐.๖๒, -๐.๑๘	<๐.๐๐๑*

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ ๐.๐๐๑

อภิปรายผลการวิจัย

ผลรูปแบบการควบคุมดูแลโรคเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ใช้กระบวนการ AIC ตามกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน สามารถสร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน ภาคีเครือข่าย ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสมสมัย รัตนกริชากุล และคณะ^(๘) ได้ศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยใช้ชุมชนเป็นฐานบูรณาการกับแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะโรคเรื้อรังเพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน การมี

ส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จังหวัดชลบุรี พบว่า กระบวนการวิจัยสามารถทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น และสร้างเครือข่ายเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยแสดงให้เห็นงานบริการที่ต้องดำเนินการให้เกิดความเชื่อมโยงกัน ทั้งแบบทำโดยหน่วยบริการและผ่านระบบการจัดการแผนการดูแลตามความต้องการของผู้ป่วยการตัดสินใจด้วย อยู่บนพื้นฐานคำแนะนำโดยแพทย์ และหมอบริการงานที่ต้องทำร่วมกัน เช่น การติดตามดูแลเยี่ยมบ้านโดยสหสาขาวิชาชีพอาสาสมัครสาธารณสุข การเสริมสร้างพลังโดยผู้นำชุมชน สมาชิกในครอบครัว การเปลี่ยนแปลง รูปแบบการใช้ชีวิตแสดงให้เห็นว่าน้ำตาลในเลือดลดลงการดูแลต่อเนื่องที่ต้องประสานการดูแลช่วยเหลือให้ ครอบครัวทุกมิติเป็นต้น สอดคล้องกับงานวิจัยของสุพรรณษา ยาใจ และคณะ^(๙)ที่ได้ดูแลติดตามผู้ป่วยโดยแพทย์คนเดียว และให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการปรับยาแสดงความคิดเห็นต้องการใช้ยา และจัดบันทึกวัดระดับน้ำตาลในเลือด ด้วยตนเองร่วมมือในการปรับพฤติกรรมสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและลดค่ายาได้ ดังนั้นรูปแบบใหม่ ควรมีการสนับสนุนส่งเสริมให้มีการนำหลักการควบคุมความระดับน้ำตาลในเลือดตามแนวทางหลักกระบวนการ ทางการพยาบาลในการดูแลประยุกต์ผสมผสานอย่างลงตัวตามบริบทของผู้ป่วยแต่ละรายและให้ชุมชนมีส่วนร่วม ในการดำเนินกิจกรรมและการดูแลผู้ป่วยให้เกิดการเสริมพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วยครอบครัวและชุมชนในการสร้าง เสริมสุขภาพและดูแลตนเองโดยมีแพทย์และบุคลากรสุขภาพ เป็นผู้ให้การสนับสนุนส่งเสริมชุมชนให้ชุมชนเกิด ความเป็นเจ้าของ ทำให้ประสบผลสำเร็จเกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน^(๑๐,๑๑,๑๒)

ข้อเสนอแนะ

๑. เพิ่มทักษะและความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และการมองหาแรงบันดาลใจเพื่อที่จะไปถึงเป้าหมายในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด
๒. บุคลากรสาธารณสุข สหสาขาวิชาชีพ ภาควิชาเครือข่ายสุขภาพ เน้นการประยุกต์ใช้หลักกระบวนการ ทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยใช้สนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจช่วยเหลือผู้ป่วยในการมองหาแรงบันดาลใจที่จะ ควบคุมระดับความดันโลหิต เปิดโอกาสให้ชุมชนและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย
๓. เชิงนโยบาย หลักแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนในประเมินค้นหาปัญหา และใช้หลักกระบวนการ ทางการพยาบาลในการดูแล เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สำคัญ ควรนำลงสู่การปฏิบัติอย่างชัดเจน กระทรวงสาธารณสุข ส่งเสริมการอบรมเผยแพร่ให้บุคลากรทุกระดับของกระทรวงสาธารณสุข

เอกสารอ้างอิง

๑. World Health Organization. Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services.
๒. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๕). รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. ๒๕๖๕. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิ คแอนด์ดีไซน์.
๓. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. (๒๕๖๗). ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) ระดับจังหวัด. จาก <https://hdc.moph.go.th/mkm/public/main>
๔. World Health Organization. (๒๐๒๑). Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO framework on integrated people-centred health services [Internet].

๕. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. (๒๕๖๖). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน ๒๕๖๖ Clinical practice guideline for Diabetes ๒๐๒๓*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์จำกัด.
๖. เฉล้าศรี เสงี่ยม. หลักการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ใน: สารัช สุนทรโยธิน, ปริญญา บูรณะ ทรัพย์ขจร, บรรณาธิการ. (๒๕๕๕). *Diabetes Mellitus ตำรับโรคเบาหวาน*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; หน้า ๖๐-๖
๗. Kemmis S, McTaggart R. (๑๙๘๘). *The action research planner. ๓rd ed.* Victoria: Deakin University Press.
๘. สมสมัย รัตนกรีฑากุล, ชรัญญากร วิริยะ, พรเพ็ญ ภัทรกร. (๒๕๕๘). การพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานบนพื้นฐานการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ในเขตเทศบาลเมืองบ้านบึง จังหวัดชลบุรี. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, ๘(๓):๕๒-๖๕.
๙. สุพรรณษา ยาใจ, ดวงนภา ปราบโรค. (๒๕๖๔). การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ผู้ป่วยเบาหวานเป็นศูนย์กลางและให้การดูแลต่อเนื่องในบริการปฐมภูมิ. *เชียงรายเวชสาร*;๑๑(๒):๒๕-๓๓.
๑๐. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL Jr, et al. (๒๐๐๓). The Seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high Blood pressure: the JNC ๗ report. *JAMA*;๒๘๙(๑๙):๒๕๖๒-๗๒.
๑๑. Fisher M, Sloane P, Edwards L, Gamble G. (๒๐๑๗). Continuity of care and hypertension control in a university-based practice. *Ethn Dis*;๑๗(๔):๖๙๓-๘.
๑๒. กัลยากร ลักษณะเลขา, สมสมัย รัตนกรีฑากุล และ สุวรรณมา จันทร์ประเสริฐ. (๒๕๖๐). ผลการชี้แนะต่อพฤติกรรมจัดการตนเองต่อพฤติกรรมและระดับน้ำตาลตาลในเลือดของ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ใช้อินซูลิน. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์*

กระบวนการมีส่วนร่วมในบทบาทนักจัดการสุขภาพของผู้นำชุมชนตำบลผักไหม อำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ

สุระพล นามวงศ์
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอห้วยทับทัน

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมในบทบาทนักจัดการสุขภาพของผู้นำชุมชน ตำบลผักไหมอำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างการวิจัยคัดเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ ผู้นำชุมชน จำนวน ๖๐ คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบทดสอบแบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ แบบสนทนากลุ่ม การสังเกตและบันทึกภาคสนามและการอภิปรายกลุ่ม การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าทีและการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า กระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วมในบทบาทนักจัดการสุขภาพของผู้นำชุมชนตำบลผักไหมมี ๕ องค์ประกอบ ได้แก่ ๑) การวิเคราะห์ข้อมูลบริบทชุมชน ๒) การพัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชนให้เป็นนักจัดการสุขภาพ ๓) การจัดทำแผนงาน/โครงการเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพ ๔) การนำแผนงาน/โครงการไปปฏิบัติ ๕) การประเมินผลประสิทธิผลของกระบวนการมีส่วนร่วมในบทบาทนักจัดการสุขภาพของผู้นำชุมชน พบว่าผู้นำชุมชนได้ร่วมกันจัดทำแผนงาน/โครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน จำนวน ๑๐ แผน โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลผักไหมและได้นำแผนงาน/โครงการไปปฏิบัติแบบมีส่วนร่วมซึ่งสามารถดำเนินการบรรลุวัตถุประสงค์ทุกโครงการ คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ และมีการขับเคลื่อนกิจกรรมในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ผลจากการดำเนินงานส่งผลให้หลังดำเนินการผู้นำชุมชนมีค่าเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในบทบาทนักจัดการสุขภาพสูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ ผู้นำชุมชนมีความพึงพอใจต่อกระบวนการฯ ภาพรวม ร้อยละ ๙๖.๖๗ ประชาชนและภาคีเครือข่ายมีความพึงพอใจต่อบทบาทนักจัดการสุขภาพของผู้นำชุมชน ภาพรวมร้อยละ ๗๗.๗๐ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ได้แก่มีกระบวนการค้นหาปัญหา วิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบผ่านกระบวนการประชาคมรับฟังความคิดเห็นของประชาชนทุกคน จนประชาชนเข้าใจและเข้ามามีส่วนร่วมภายใต้การสนับสนุนของนักวิจัยและภาคีเครือข่าย และปัจจัยจากความเข้มแข็งของผู้นำชุมชน ส่วนข้อเสนอแนะเพื่อความยั่งยืน ได้แก่ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรเร่งให้ความรู้ สร้างความเข้าใจ ปรับเปลี่ยนทัศนคติ และพฤติกรรมของประชาชนและผู้นำชุมชน จนเกิดความตระหนักและเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และควบคุมโรคมากยิ่งขึ้น

หลักการ และเหตุผล

กระบวนการจัดการสุขภาพชุมชนที่มีประสิทธิภาพจะต้องประกอบไปด้วยหลายภาคส่วน โดยภาคีที่มีบทบาทสำคัญยิ่งภาคีหนึ่ง คือผู้นำชุมชน ทั้งผู้นำทางด้านปกครองท้องถิ่น ผู้นำด้านการปกครองท้องถิ่นและผู้นำด้านสาธารณสุขชุมชน โดยในชุมชนชนบทบุคคลเหล่านี้จะมีบทบาทสูงในการเชื่อมประสานภารกิจระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในชุมชนเพื่อให้เกิดการแก้ไขปัญหาในทุกๆด้านให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ดังนั้น การประยุกต์ใช้ศักยภาพของผู้นำชุมชนมาใช้ในการจัดการสุขภาพจึงจะเป็นอีกวิธีการ

หนึ่งที่จะช่วยให้ชุมชนประสบความสำเร็จในการสร้างสุขภาพ เป็นอีกพื้นที่หนึ่งที่ยังคงพบปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม อาทิเช่น การดื่มสุรา สูบบุหรี่ พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่ปลอดภัย เช่นรับประทานอาหารที่ปรุงไม่สุกด้วยความร้อนรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม การขาดการออกกำลังกาย รวมถึงประชาชนมีภาวะเครียดซึมเศร้าที่นำไปสู่การฆ่าตัวตายในอัตราที่สูง เป็นต้น ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวเป็นพฤติกรรมทางสังคมที่ต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทั้งในด้านส่วนบุคคล ครอบครัว และการสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพเหล่านี้ส่วนในพื้นที่ตำบลฝักไหม อำเภอย้ายทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วยหมู่บ้านจำนวน ๑๗ หมู่บ้าน โดยเป็นพื้นที่ที่มีลักษณะพิเศษของประชากร กล่าวคือประกอบด้วย ๓กลุ่มชาติพันธุ์คือ ลาว เขมรและกวย ซึ่งความแตกต่างด้านชาติพันธุ์นี้มีผลกระทบเชิงลบต่อระบบการจัดการสุขภาพชุมชนด้วยและจากการที่ปัจจุบันชุมชนได้เริ่มปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตโดยรับเอาวัฒนธรรมของชุมชนเมืองเข้าสู่พื้นที่มากขึ้นเรื่อยๆได้ส่งผลทำให้ประชาชนในพื้นที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่เกิดจากพฤติกรรมด้านสุขภาพเช่นเดียวกับพื้นที่อื่นๆ ด้วย อาทิโรคความดันโลหิตสูงโรคเบาหวาน โรคมะเร็ง อุบัติเหตุจลาจลและจากความแตกต่างทางด้านชาติพันธุ์ที่นำมาสู่ปัญหาทางด้านสุขภาพและการเจ็บป่วยดังกล่าวข้างต้นกลวิธีในการป้องกันและแก้ไขปัญหาย่อมจะต้องแตกต่างกันไปด้วย โดยการดำเนินการใดๆจะต้องมีความสอดคล้องกับภูมิสังคมของชุมชนแต่ละชาติพันธุ์ด้วยซึ่งผู้ที่จะเป็นกลไกสำคัญในการร่วมจัดการสุขภาพของชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพที่ดีที่สุดย่อมต้องเป็นบุคคลที่อยู่ในชุมชนนั่นเอง

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อวิเคราะห์ สังเคราะห์ บริบทของชุมชนสภาพสถานการณ์และการมีส่วนร่วมในบทบาทนักจัดการสุขภาพชุมชนของผู้นำชุมชน ตำบลฝักไหม อำเภอย้ายทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ
๒. เพื่อศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมในบทบาทนักจัดการสุขภาพของผู้นำชุมชนตำบลฝักไหม อำเภอย้ายทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ
๓. เพื่อประเมินประสิทธิผลของกระบวนการมีส่วนร่วมในบทบาทนักจัดการสุขภาพของผู้นำชุมชนตำบลฝักไหม อำเภอย้ายทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ระยะเวลาที่ทำการวิจัย ตั้งแต่เดือนมกราคม- กันยายนพ.ศ. ๒๕๖๗ รวมระยะเวลา ๙ เดือน

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ประกอบด้วย กำนัน สารวัตร กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) รวมจำนวน ๖๐ คน

ขั้นตอนการวิจัยขั้นตอนการวิจัยแบ่งเป็น ๕ ขั้นตอน ได้แก่

๑. ขั้นวินิจฉัยปัญหา (Diagnosing) เพื่อวิเคราะห์สังเคราะห์บริบทชุมชน สภาพ สถานการณ์ด้านการจัดการสุขภาพชุมชน และการมีส่วนร่วมในบทบาทนักจัดการสุขภาพชุมชนของผู้นำชุมชนตำบลฝักไหมกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ ผู้นำชุมชน จำนวน ๖๐ คนเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในบทบาทนักจัดการสุขภาพของผู้นำชุมชนที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน ๓ ท่าน และมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ ๐.๘๗ ส่วนเครื่องมือเชิงคุณภาพประกอบด้วยสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์การ

สังเกตและบันทึกภาคสนาม และการอภิปรายกลุ่ม การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น ๒ ลักษณะ คือ ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

๒. ขั้นจัดทำแผน (Planning) พัฒนาระบวนการมีส่วนร่วมในบทบาทนักจัดการสุขภาพของผู้นำชุมชนตำบล ผักไหมใน ๓ ประเด็นหลัก ได้แก่ ๑) ด้านความรู้และทักษะด้านการจัดการระบบสุขภาพของผู้นำชุมชน ๒) ด้านความรู้ และทักษะด้านการสื่อสารและการประชาสัมพันธ์ทางสุขภาพ ๓) ความรู้และทักษะด้านการจัดทำแผนงาน/โครงการ เพื่อแก้ไขปัญหาและเสนอของบประมาณโดยใช้เทคนิคการประชุมแบบมีส่วนร่วม อย่างสร้างสรรค์ (Appreciation Influence Control: AIC) กลุ่มผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ ผู้นำชุมชน จำนวน ๖๐ คน เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลใน ขั้นตอนนี้ ได้แก่ ๑) แบบทดสอบความรู้และทักษะเกี่ยวกับการจัดการระบบสุขภาพ ๒) แบบทดสอบความรู้และทักษะ ในการถ่ายทอดความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ๓) แบบทดสอบความรู้และทักษะในการเขียนโครงการและ เครื่องมือเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์แบบสนทนากลุ่มและแบบสังเกตและการบันทึกภาคสนาม การวิเคราะห์ ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้ การแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

๓. ขั้นลงมือปฏิบัติ (Taking action) การนำแผนงาน/โครงการไปปฏิบัติภายใต้บทบาทนักจัดการสุขภาพ ของผู้นำชุมชน ประกอบด้วย ๒ ขั้นตอนที่ได้แก่ ๑) ขั้นตอนการเตรียมความพร้อม ด้วยการจัดเวทีอภิปรายกลุ่ม ระดับตำบล โดยเชิญผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน ๒๕ คน มาร่วมรับฟังการนำเสนอโครงการ ให้ข้อเสนอแนะ และร่วมกัน ทำการปรับปรุงโครงการให้มีความสมบูรณ์ ๒) ขั้นตอนการนำโครงการสู่การปฏิบัติในชุมชน โดยผู้นำชุมชนจะเป็น ผู้มีบทบาทหลักในการขับเคลื่อนโครงการ ไปพร้อมๆ กับชุมชนและภาคีเครือข่าย โดยใช้เทคนิคการดำเนินงาน แบบผสมผสาน ได้แก่ เทคนิคกระบวนการกลุ่ม(Group Process) การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม(Participatory Learning) กลุ่มผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ ผู้นำชุมชน จำนวน ๖๐ คน เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่แบบ สัมภาษณ์แบบสนทนากลุ่ม และแบบสังเกตและการบันทึกภาคสนาม แบบบันทึกการนิเทศ ติดตามและประเมินผล แผนปฏิบัติการ/โครงการ การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้ การแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ ข้อมูล เชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

๔. ขั้นการประเมินผล (Evaluation) เพื่อประเมินประสิทธิผลของกระบวนการมีส่วนร่วมในบทบาทนัก จัดการสุขภาพของผู้นำชุมชนตำบลผักไหม กลุ่มผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ ๑) ทีมประเมินผลประกอบด้วย ตัวแทน อสม. ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและตัวแทน อบต.ผักไหม รวมจำนวน ๑๐ คน ๒) ผู้นำชุมชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๖๐ คน ๓) ตัวแทน อสม. ประชาชน อบต.ผักไหมและภาคีเครือข่าย โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จากผู้ที่มีประสบการณ์และมีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพในพื้นที่และเลือกจากผู้ให้ข้อมูล หลากหลายมากที่สุด จำนวน ๑๓๐ คน การวิเคราะห์ข้อมูลข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าที (pair t-test) ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

๕. ขั้นระบุการเรียนรู้ (Specifying Learning) โดยการจัดเวทีอภิปรายกลุ่มระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง ทั้ง ๖๐ คน โดยใช้กรอบการประเมินตามแนวคิดและโมเดลการประเมินแบบชิปหรือ CIPP Model ของสตฟเฟิลเบม (Stufflebeam) ประกอบด้วย การประเมินสภาพแวดล้อม (Context Evaluation) การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation) การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation) การประเมินผลผลิต (Product

Evaluation) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ การอภิปรายกลุ่มการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย

๑. ขั้นวินิจฉัยปัญหา (Diagnosing) บริบทของชุมชน สภาพสถานการณ์และการมีส่วนร่วมในบทบาทนักจัดการสุขภาพชุมชนของผู้นำชุมชนตำบลผักไหม พบว่า ตำบลผักไหมมีจำนวน ๑๗ หมู่บ้านประชากร ๗,๒๑๔ คน จำแนกเป็นประชากรชาย ๓,๖๒๒ คน ประชากรหญิง ๓,๕๙๒ คน ประกอบด้วย ๓ กลุ่มชาติพันธุ์ คือลาว, เขมร และกวย ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม รับจ้าง นับถือศาสนาพุทธและนับถือผีเมื่อเจ็บป่วย ประชาชนจะรับบริการสาธารณสุขที่รพ.สต.ใกล้บ้านหรือคลินิกพยาบาลในชุมชน ปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ คือ ๑) โรคระบบไหลเวียนเลือด ๒) โรคเบาหวาน ๓) โรคไข้เลือดออก ๔) โรคเลปโตสไปโรซิส และ ๕) โรคหลอดเลือดในสมอง หรือ อัมพฤกษ์/อัมพาต ปัจจัยส่งเสริมต่อการมีส่วนร่วมในบทบาทนักจัดการสุขภาพของผู้นำชุมชนตำบลผักไหมได้แก่ ความร่วมมือจากภาคประชาชน ภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคีเครือข่ายและความยากง่ายของพื้นที่ ส่วนปัจจัยที่เป็นอุปสรรคได้แก่การขาดความรู้และทักษะด้านการจัดการระบบสุขภาพ ด้านการจัดทำแผนงานและโครงการเสนอของงบประมาณ ด้านการสื่อสารและการประชาสัมพันธ์ทางสุขภาพ และความแตกต่างทางด้านภาษาทัศนคติ ค่านิยมและความเชื่อของกลุ่มชาติพันธุ์ที่มีผลกระทบเชิงลบต่อสุขภาพ

จุดแข็งและโอกาสของพื้นที่ ได้แก่ ผู้นำชุมชน มีความเข้มแข็ง เสียสละและเป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพ และหน่วยงาน กลุ่ม/องค์กรในพื้นที่พร้อมให้การสนับสนุนการดำเนินงาน

จุดอ่อนและอุปสรรค ได้แก่ ประชาชนและผู้นำชุมชนบางส่วนขาดความตระหนักต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์ที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดการสุขภาพและการจัดการสุขภาพขาดการบูรณาการระหว่างหน่วยงาน กลุ่ม/องค์กร ระดับการมีส่วนร่วมในบทบาทนักจัดการสุขภาพของผู้นำชุมชนตำบลผักไหม ก่อนดำเนินการภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.00$, S.D. = 0.46) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติจัดการสุขภาพชุมชน มีค่าเฉลี่ยมากเป็นอันดับแรก ($\bar{x} = 3.11$, S.D. = 0.50) รองลงมาได้แก่ ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ ($\bar{x} = 3.10$, S.D. = 0.53) ด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผนแก้ไขปัญหา ($\bar{x} = 3.02$, S.D. = 0.55) ด้านการมีส่วนร่วมในการคิดวิเคราะห์และตัด สินใจ ($\bar{x} = 2.91$, S.D. = 0.54) และด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล ($\bar{x} = 2.88$, S.D. = 0.46)

๒. ขั้นการจัดทำแผน (Planning) ๑) ดำเนินการพัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชน จำนวน ๓ ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้และทักษะด้านการจัดการระบบสุขภาพ ด้านความรู้และทักษะด้านการสื่อสารและการประชาสัมพันธ์ทางสุขภาพและด้านความรู้และทักษะด้านการจัดทำแผนงาน/โครงการเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพและเสนอของงบประมาณ ๒) ด้านการจัดทำแผนงาน/โครงการเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพ ด้วยกระบวนการ AIC ส่งผลให้ได้แผนงาน/โครงการด้านสุขภาพจำนวน ๑๐ โครงการและทุกโครงการได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลผักไหมรวมจำนวน ๗๗,๑๗๐ บาท ๓) ขั้นลงมือปฏิบัติ (Taking action) ประกอบด้วย ๑) ขั้นตอนการเตรียมความพร้อม ได้แก่ การปรับปรุงโครงการทั้ง ๑๐ โครงการให้มีความสมบูรณ์ภายใต้ความเห็นชอบของผู้ทรงคุณวุฒิระดับชุมชนและการแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อกำกับดูแลระหว่างนำโครงการไปปฏิบัติ ๒) การนำเอาแผนงาน/โครงการด้านสุขภาพไปปฏิบัติภายใต้บทบาทนักจัดการสุขภาพของผู้นำชุมชน ขับเคลื่อนไปด้วยการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่าย ๔) ขั้นการประเมินผล (Evaluation) โดยมีผลของการประเมิน

ในแต่ละประเด็น ดังนี้ ๔.๑) ด้านสภาวะแวดล้อม (Context Evaluation : C) พบว่าด้านสิ่งแวดล้อมและทัศนียภาพ ก่อนดำเนินการ พบว่า ผู้นำชุมชนที่ผ่านกระบวนการได้ประชุมชี้แจงทำความเข้าใจและขอความร่วมมือจากชุมชน เพื่อร่วมกันรณรงค์ปรับปรุงดูแลสิ่งแวดล้อมของชุมชนและกำหนดการทำความสะอาดชุมชน (Big Cleaning Day) อย่างน้อยเดือนละ ๑ ครั้ง ด้านกลุ่มและชมรมด้านสุขภาพ พบว่ายังไม่มีวามเข้มแข็งเท่าที่ควร ไม่มีกิจกรรมที่ชัดเจนและต่อเนื่อง หลังดำเนินการ ผู้นำชุมชนได้ประชุมชี้แจงทำความเข้าใจและร่วมกันการวางแผนทางการบริหารจัดการกลุ่มเหล่านี้ ซึ่งส่งผลทำให้กลุ่มสุขภาพต่างๆ ได้รับการฟื้นฟูและมีการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ส่วนในด้านการสื่อสารประชาสัมพันธ์สุขภาพ พบปัญหาการสื่อสารที่ไม่ชัดเจน ไม่ตรงประเด็นที่ต้องการสื่อสาร หลังดำเนินการ ผู้นำชุมชนได้มีการประชุมชี้แจง ทำความเข้าใจ โดยปรับกลวิธีในการสื่อสาร โดยให้ความสำคัญสอดคล้องกับบริบทและสถานการณ์มากขึ้น มีการให้ความรู้ผ่านสื่อต่างๆ ในชุมชนอย่างสม่ำเสมอและมีการใช้เทคโนโลยีมาใช้เพื่อสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ ๔.๒) ด้านปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation : I) ๑) ด้านทรัพยากรบุคคล ตำบลสะเตียนมีต้นทุนที่สำคัญ ได้แก่ ผู้นำชุมชน อสม. บุคลากรจาก อบต.ผักไหม คณะครูจากทุกโรงเรียน สมาชิกชมรมผู้สูงอายุสภาเด็กและเยาวชนและบุคลากรจากภาครัฐและภาคเอกชน รวมจำนวน ๑,๖๔๓ คน ซึ่งบุคลากรเหล่านี้ได้เข้ามามีส่วนร่วมขับเคลื่อนกระบวนการให้ดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง ๒) ด้านงบประมาณ ได้รับการสนับสนุนงบประมาณหลักจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลผักไหมและได้บูรณาการกิจกรรมเข้ากับแผนงาน/โครงการของ รพ.สต./ชมรม อสม./โรงเรียน/ อบต.ผักไหม ๓) ด้านวัสดุอุปกรณ์ โดยส่วนใหญ่มุ่งเน้นการใช้วัสดุอุปกรณ์ในชุมชน จึงไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายใดๆมากนัก ๔) ด้านการบริหารจัดการ กิจกรรมทุกอย่างสามารถดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยการประสานความร่วมมือของทุกภาคส่วน โดยอยู่ภายใต้การหนุนเสริมของผู้นำชุมชน ผู้วิจัย เจ้าหน้าที่ รพ.สต. อบต.ผักไหมโรงเรียนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ๔.๓) ด้านกระบวนการ (Process Evaluation : P) มีผลการประเมิน ดังนี้ ๔.๓.๑) ด้านกระบวนการพัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชน ได้แก่ ๑) ด้านความรู้การจัดการระบบสุขภาพ ก่อนดำเนินการ ส่วนใหญ่มีผลการทดสอบความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ ๒๐.๐๐ หลังการอบรมมีความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ ๘๑.๖๗ ด้านทักษะ ก่อนดำเนินการส่วนใหญ่มีทักษะอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ ๓๖.๖๗ หลังดำเนินการ ส่วนใหญ่มีทักษะอยู่ในระดับสูง ร้อยละ ๗๓.๓๓ ๒) ด้านการสื่อสารและการประชาสัมพันธ์ด้านสุขภาพ พบว่า ก่อนดำเนินการส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับต่ำ ร้อยละ ๔๑.๖๗ หลังดำเนินการพบว่าส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ ๘๖.๖๖ ด้านทักษะก่อนดำเนินการส่วนใหญ่มีทักษะอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ ๔๕.๐๐ หลังดำเนินการส่วนใหญ่มีทักษะอยู่ในระดับสูง ร้อยละ ๘๓.๓๓ และพบว่าผู้นำชุมชนมีความรู้ทักษะและเทคนิคการพูดต่อที่ชุมชนมากขึ้น การพูดมีลำดับขั้นตอนการพูดได้อย่างถูกต้องมีความฉะฉาน บุคลิกภาพดีและมีความมั่นใจในการนำเสนอข้อมูล ๓) ด้านการจัดทำแผนงาน/โครงการเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพและเสนอขอของบประมาณ ด้านความรู้ พบว่า ก่อนดำเนินการส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับต่ำ ร้อยละ ๕๘.๓๓ หลังดำเนินการ พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับสูง ร้อยละ ๘๘.๓๓ ด้านทักษะ ก่อนดำเนินการส่วนใหญ่มีทักษะอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ ๔๕.๐๐ หลังดำเนินการส่วนใหญ่มีทักษะอยู่ในระดับสูง ร้อยละ ๖๘.๓๓ ๔.๓.๒) ด้านกระบวนการจัดทำแผนงาน/โครงการในบทบาทหน้าที่ของผู้นำชุมชนตำบลผักไหมพบว่า ผู้นำชุมชนมีความสามารถคิด วิเคราะห์จัดลำดับความสำคัญของปัญหา และเขียนแผนงานโครงการจำนวน ๑๐โครงการ บรรลุตามวัตถุประสงค์และได้รับการอนุมัติงบประมาณให้ดำเนินการทั้ง ๗ โครงการ ๔.๓.๓) ด้านกระบวนการนำแผนงาน/โครงการไปปฏิบัติสามารถนำแผนงาน/โครงการไปปฏิบัติสำเร็จทั้ง ๑๐โครงการ ร้อยละ ๑๐๐ และทุกโครงการสามารถดำเนินกิจกรรมตามที่ระบุไว้ในแผนร้อยละ ๑๐๐ รวมทั้งได้สรุปประเมินผลโครงการตามวัตถุประสงค์และ

ตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ และส่งมอบเอกสารหลักฐานต่างๆ ให้แก่ แหล่งงบประมาณเมื่อเสร็จสิ้นโครงการเป็นที่เรียบร้อย ๔.๔) ด้านผลผลิต (Product Evaluation) มีผลการประเมิน ดังนี้ ๔.๔.๑) ผลการประเมินการมีส่วนร่วมในบทบาทนักจัดการสุขภาพของผู้นำชุมชนตำบลฝักไถ่ หลังดำเนินโครงการ พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมาก (\bar{x} = ๔.๐๓, S.D. = ๐.๕๓) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติจัดการสุขภาพชุมชน และด้านด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ มีค่าเฉลี่ยมากเป็นอันดับแรก (\bar{x} = ๔.๐๙, S.D. = ๐.๕๖), (\bar{x} = ๔.๐๙, S.D. = ๐.๕๕) รองลงมาคือ ด้านการมีส่วนร่วมในการคิด วิเคราะห์และตัดสินใจ (\bar{x} = ๔.๐๕, S.D. = ๐.๖๒) ด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผนแก้ไขปัญหา (\bar{x} = ๓.๙๘, S.D. = ๐.๖๑) และด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล (\bar{x} = ๓.๘๒, S.D. = ๐.๗๑) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของระดับการมีส่วนร่วมก่อนและหลังการดำเนินการตามกระบวนการฯ พบว่าหลังดำเนินการ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของระดับการมีส่วนร่วมทั้งภาพรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนดำเนินการและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .๐๕ ๔.๔.๒) ระดับความพึงพอใจของผู้นำชุมชนต่อกระบวนการมีส่วนร่วมในบทบาทนักจัดการสุขภาพของผู้นำชุมชนตำบลฝักไถ่ พบว่า ผู้นำชุมชนส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อกระบวนการฯ ภาพรวมในระดับมากที่สุด ร้อยละ ๙๖.๖๗ โดยข้อที่มีความพึงพอใจมากที่สุดลำดับแรกคือ ข้อ ๑ การเข้าร่วมกระบวนการจัดการสุขภาพ ส่งผลทำให้ท่านมีความรู้ทักษะและพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น ร้อยละ ๑๐๐.๐๐ ๔.๔.๓) ระดับความพึงพอใจของประชาชนและภาคีเครือข่ายต่อบทบาทนักจัดการสุขภาพของผู้นำชุมชนตำบลฝักไถ่ พบว่า ประชาชนและภาคีเครือข่ายส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อบทบาทนักจัดการสุขภาพของผู้นำชุมชนฯ ภาพรวมในระดับมากที่สุด ร้อยละ ๔๓.๐๗ ในระดับมากที่สุด ร้อยละ ๓๙.๒๔ ระดับปานกลาง ร้อยละ ๑๗.๖๙ ๕.) ชั้นระบุนการเรียนรู้ (Specifying Learning) มีผลการถอดบทเรียนการดำเนินงาน ดังนี้ ๕.๑) ด้านบริหารจัดการงานวิจัย ที่วิจัยควรผสมผสานบุคลากรจากหลายภาคส่วนเพื่อสะดวกในการประสานการดำเนินงาน ด้านการประสานงาน ใช้การประสานงานแบบผสมผสาน ในรูปแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการตามบริบทและโอกาสที่จะอำนวยให้เกิดขึ้น ด้านข้อมูลเพื่อการวิจัย ควรจัดเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพและสะท้อนข้อค้นพบคืนสู่ชุมชนเป็นระยะๆ ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนควรเน้นการมีส่วนร่วมทั้งในระดับบุคคลและระดับองค์กร เพื่อร่วมกันเป็นเจ้าภาพในการพัฒนาชุมชน และด้านการกำกับติดตามและประเมินผลควรเน้นการประเมินผลแบบมีส่วนร่วม ใช้เครื่องมือประเมินผลที่ง่าย มีตัวเลขให้น้อยที่สุด เพื่อสะดวกต่อการนำไปใช้ และเพื่อแก้ไขปัญหาการมีข้อจำกัดด้านการอ่าน การเขียนและระดับการศึกษา ๕.๒) ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จ ๑) การเลือกใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ซึ่งช่วยสร้างพลังของชุมชนให้เกิดการรวมตัวกันจัดการกับปัญหาของชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ๒) การบูรณาการทุนทางสังคม มาช่วยหนุนเสริมกระบวนการวิจัยให้ดำเนินไปอย่างราบรื่น ๓) การขับเคลื่อนการดำเนินงานที่เข้มแข็งทั้งภาครัฐและภาคเอกชน และ ๔) การประเมินผลเพื่อการพัฒนาและจัดเก็บความรู้ที่ได้จากการปฏิบัติมาเป็นฐานข้อมูลชุดเดียวกัน ๕.๓) ปัญหาและอุปสรรค ๑) ประชาชนบางส่วนยังมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง และยังเห็นว่าการแก้ไขปัญหาเป็นหน้าที่ของภาครัฐ จึงไม่ค่อยเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนา ๒) พื้นที่วิจัยมีความแตกต่างทางด้านบริบทชาติพันธุ์ จึงต้องระมัดระวังไม่ให้กิจกรรมที่ดำเนินการส่งผลกระทบต่อวิถีชุมชน จึงทำให้กิจกรรมบางอย่างดำเนินไปค่อนข้างล่าช้า และ ๓) ประชาชนจะสนใจต่อการประกอบอาชีพ และฐานะทางเศรษฐกิจมากกว่าสนใจด้านสุขภาพ ซึ่งส่งผลต่อระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน ๖. ข้อเสนอแนะในการดำเนินการกระบวนการให้ประสบความสำเร็จยิ่งขึ้น ๑) การดำเนินกิจกรรมควรประสานให้ผู้นำชุมชนรับทราบให้เข้ามามีส่วนร่วมทุกขั้นตอนเพื่อช่วยให้เกิดบรรยากาศของความร่วมมือความเคารพนับถือและให้เกียรติซึ่งกันและกัน ๒) ควร

พัฒนาระบบการสื่อสาร/ข้อมูลข่าวสารให้ไปถึงผู้นำชุมชนและประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพโดยใช้สื่อต่าง ๆ ที่มีในชุมชนมาใช้ประโยชน์ให้มากที่สุด

อภิปรายผลการวิจัย

๑. บริบทของชุมชน สภาพ สถานการณ์และการมีส่วนร่วมในบทบาทนักจัดการสุขภาพชุมชนของผู้นำชุมชนตำบลผักไหมพบว่า พื้นที่มีประชากรประกอบด้วย ๓ กลุ่มชาติพันธุ์ คือ ลาว เขมรและกวย ด้านปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ คือ ๑) โรคระบบไหลเวียนเลือด ๒) โรคเบาหวาน ๓) โรคไข้เลือดออก ๔) โรคเลปโตสไปโรซิส และ ๕) โรคหลอดเลือดในสมองหรืออัมพฤกษ์/อัมพาต จะเห็นได้ว่าตำบลสะเนียงเป็นพื้นที่ที่มีประชากรเป็นกลุ่มชาติพันธุ์หลากหลาย ที่ดั้งเดิมมีวิถีชีวิตที่เรียบง่าย เป็นธรรมชาติ แต่เนื่องด้วยในปัจจุบันได้รับเอาวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของชนพื้นเมืองเข้าไปปรับใช้ในชุมชนอย่างเต็มรูปแบบ อาทิเช่น การใช้ชีวิตที่เร่งรีบ ขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และความเครียดจากการดำรงชีวิต ดังนั้น ลักษณะสาเหตุของการป่วยจึงมีความคล้ายคลึงกับประชาชนพื้นเมืองทั่วไป กล่าวคือมีอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ในอัตราที่สูงเช่น ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคกระเพาะรวมถึงอุบัติเหตุจากการจราจร เป็นต้น ซึ่งโรคเหล่านี้นับเป็นกลุ่มโรควิถีชีวิต เนื่องจากมีสาเหตุจากหลายปัจจัยเสี่ยงที่เกิดจากการมีวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไป แต่อย่างไรก็ตาม ปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้สามารถป้องกันได้ด้วยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้เหมาะสม ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือกับทุกภาคส่วน โดยเฉพาะภาคชุมชนและท้องถิ่นเข้ามาร่วมเป็นเจ้าของปัญหาอย่างแท้จริง (จรัสพร คงประเสริฐ และคณะ, ๒๕๖๓) แต่อย่างไรก็ตามการดำเนินการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ที่มีลักษณะพิเศษทางประชากรนี้เป็นเรื่องที่ทำได้ค่อนข้างยากด้วยมีจุดอ่อนและอุปสรรคหลายประการ โดยเฉพาะการขาดความตระหนักต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ความแตกต่างทางด้านภาษาทัศนคติ ค่านิยมและความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์ที่มีผลกระทบเชิงลบต่อสุขภาพและส่งผลกระทบต่ออัตราการมีส่วนร่วมของชุมชนด้วย เมื่อพิจารณาถึงระดับการมีส่วนร่วมในบทบาทนักจัดการสุขภาพของผู้นำชุมชนตำบลผักไหมก่อนดำเนินการวิจัย พบว่า ทั้งภาพรวมและรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น ซึ่งการมีส่วนร่วมในกิจกรรมด้านสุขภาพเพียงระดับปานกลางเช่นนี้นับว่าเป็นอุปสรรคสำคัญของการพัฒนาที่จะต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน แต่อย่างไรก็ตามความเป็นไปได้ในการที่จะดำเนินการจัดการสุขภาพชุมชนให้ประสบความสำเร็จนั้น นักพัฒนาจะต้องทำการศึกษาบริบทชุมชนเพื่อค้นหาทุนทางสังคมนำมาเป็นกลไกในการขับเคลื่อนที่มีประสิทธิภาพ จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ผู้นำชุมชนตำบลผักไหม นับเป็นต้นทุนทางสังคมที่สำคัญที่สุดที่มีอยู่ในพื้นที่ ที่จะสามารถนำมาพัฒนาศักยภาพด้วยกระบวนการเสริมพลังชุมชนให้กลายเป็นพื้นที่หนึ่งในการจัดการสุขภาพชุมชนให้ดีขึ้น การดำเนินการดังกล่าวจะช่วยเชื่อมโยงจุดแข็งและนำเอาความสามารถของผู้นำชุมชนแต่ละบุคคล มาสู่ระบบการช่วยเหลือกันและกันในชุมชนและนำสู่การเปลี่ยนแปลงทางสังคมในทิศทางที่ดีขึ้น (Perkins D., ๑๙๙๙) ผลการวิจัยส่วนนี้สอดคล้องกับการวิจัยของ ฐาปณี อินทะโร (๒๕๖๕) ที่ทำการวิจัยเรื่อง บทบาทผู้นำชุมชนในการจัดการโรคระบาดโควิด-๑๙ กรณีศึกษา บ้านท่าสะทอน ตำบลทุ่งหมอ อำเภอสะเตา จังหวัดสงขลา ผลการวิจัยพบว่าการดำเนินการด้านสุขภาพควรให้ความสำคัญกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ ซึ่งบุคคลผู้นี้จะเป็นผู้ที่สามารถนำคนในพื้นที่ให้ปฏิบัติตามกฎระเบียบของสังคมได้และมีความหนักแน่นมากพอที่จะเผชิญกับปัญหาและมีแนวคิดที่หลากหลายในการค้นหาวิธีที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น บทบาทของผู้นำจึงมีความสำคัญมากเพราะการที่ชุมชนจะเข้มแข็งได้นั้น ผู้นำจะเป็นวงล้อมสำคัญที่จะสามารถขับเคลื่อนให้ชุมชนถูกพัฒนาได้ดีขึ้น

๒. กระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วมในบทบาทนักจัดการสุขภาพของผู้นำชุมชนตำบลผักไหมพบว่าผู้นำชุมชนได้ร่วมกันพัฒนาการมีส่วนร่วมในบทบาทนักจัดการสุขภาพของผู้นำชุมชน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จนได้ข้อสรุปว่ากระบวนการประกอบด้วย ๕ องค์ประกอบหลัก ได้แก่ ๑) การวิเคราะห์ข้อมูลบริบทชุมชนอย่างถ่องแท้ ๒) การพัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชนและการจัดทำแผนงาน/โครงการเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพให้สามารถจัดการสุขภาพชุมชนได้ ๓) การนำแผนงาน/โครงการไปปฏิบัติในชุมชน ๔) การประเมินผล และ ๕) การถอดบทเรียนการดำเนินงาน โดยกระบวนการดังกล่าวนี้ ได้ส่งผลทำให้บทบาทการเป็นนักจัดการสุขภาพของผู้นำชุมชนมีความเด่นชัดมากยิ่งขึ้น มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ซึ่งนับว่าเป็นการใช้ต้นทุนทรัพยากรบุคคลของชุมชนอย่างมีคุณค่า ผลการวิจัยส่วนนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ระเบียบรัตน์ ศรีมาลาพรสุข หุ่นนิรันดร์และทรงพล ต่อนี้ (๒๕๕๙) ที่ทำการวิจัยเรื่อง การจัดการสุขภาพชุมชนแบบมีส่วนร่วม :กรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดฉะเชิงเทรา ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการจัดการสุขภาพชุมชนแบบมีส่วนร่วมโดยผู้นำชุมชนที่จะประสบความสำเร็จประกอบด้วย ๕ ขั้นตอนได้แก่ ๑) การวิเคราะห์ชุมชนโดยผู้วิจัยต้องมีความเข้าใจในบริบทของชุมชนทั้งด้านกายภาพและสังคมเพื่อทำให้สามารถสร้างเป้าหมายและวิธีการจัดการสุขภาพชุมชน การพัฒนาศักยภาพผู้นำร่วมกันจนสามารถเชื่อมโยงปรากฏการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะของการวิจัยได้อย่างเป็นระบบ ๒) มีการบูรณาการผู้วิจัยเข้ากับชุมชน เพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี และสามารถประยุกต์เครื่องมือชุมชนต่างๆที่มีอยู่ให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับการวิจัย ๓) มีการจัดทำแผนปฏิบัติแบบมีส่วนร่วมที่จะทำให้อำนาจและชุมชนเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมกับโครงการ/กิจกรรม สามารถวิเคราะห์ปัญหาประชุมอย่างมีส่วนร่วมสร้างสรรค์ และกำหนดแผนงาน/โครงการ จนเกิดเป็นกลยุทธ์ใหม่ในการจัดการสุขภาพชุมชนแบบมีส่วนร่วม ๔) มีการแผนงาน/โครงการไปปฏิบัติตามที่กำหนดไว้อย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องกับวิถีชุมชน และ ๕) มีการประเมินผลแบบมีส่วนร่วม สร้างให้เกิดบรรยากาศแห่งความพึงพอใจในการจัดกิจกรรมและเกิดมิตรภาพรวมถึงการจัดเวทีในการคืนข้อมูลกับชุมชนซึ่งจะทำให้เกิดการไหลเวียนของข้อมูล ความรู้และประชาชนได้ประโยชน์จากการวิจัยมากขึ้น สอดคล้องกับแนวความคิดของ ปารีชาติ วลัยเสถียร (๒๕๕๒, น. ๓๓๑) ที่กล่าวว่า การพัฒนาความรู้และทักษะของผู้นำเป็นสิ่งที่จะต้องยิ่งเพราะการเสริมสร้างความรู้และการพัฒนาทักษะ จะทำให้อำนาจชุมชนมีโลกทัศน์ใหม่ต่องานพัฒนาและตัวของผู้นำชุมชนจะเป็นเครื่องมือและสื่อกลางในการช่วยประสานคนในชุมชนให้เกิดความร่วมมือร่วมใจเพื่อจัดการพัฒนาสุขภาพคนในชุมชนให้บรรลุผลได้ ๓. ประสิทธิภาพของการนำรูปแบบฯไปปฏิบัติพบว่า การดำเนินกิจกรรมต่างๆ ตามกระบวนการได้ส่งผลทำให้ค่าเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในบทบาทนักจัดการสุขภาพของผู้นำชุมชนตำบลสะเนียนทั้งภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากทุกด้าน และมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนดำเนินการทุกด้านและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .๐๕ ทั้งนี้สืบเนื่องมาจากผู้นำชุมชนทุกคนถือเป็นกำลังหลักในการปฏิบัติงานเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของคนในชุมชนจึงเป็นกลุ่มที่ได้รับการถ่ายทอดความรู้ ทักษะด้านสุขภาพและด้านอื่นๆที่เกี่ยวข้องอย่างสม่ำเสมอและเมื่อได้เข้าร่วมกระบวนการวิจัย ก็ยังได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะด้วยวิธีการเชิงวิชาการที่เหมาะสมจึงทำให้อำนาจชุมชน มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ทักษะและมีบทบาทการมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพเพิ่มขึ้นด้วย ผลการวิจัยส่วนนี้สอดคล้องกับผลการวิจัยของ ชาตรี จันทร์ตา (๒๕๕๒) ที่ทำการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลตำบลหางดงจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า การได้รับการอบรมอย่างต่อเนื่อง การได้รับการนิเทศงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างสม่ำเสมอ มีผลต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยส่งผลทำให้มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานและมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานในระดับสูงในด้านผลของการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน

แกนนำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่าย พบว่า ผู้นำชุมชนได้เป็นตัวกลางในการเชื่อมประสานภาคีเครือข่ายให้เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพชุมชนในหลายๆด้าน เช่น ด้านการสื่อสารสุขภาพ ด้านการพัฒนาสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี การจัดตั้งหรือฟื้นฟูชมรมสุขภาพต่างๆ ที่ขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงานให้มีกลับมาทำกิจกรรมอีกด้วย โดยกระตุ้นให้ทุกฝ่ายตระหนักและเห็นความสำคัญของการสร้างสุขภาพและร่วมมือกันดำเนินการ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับผลการวิจัยของ ระพีพัฒน์ ศรีมาลา (๒๕๕๙) ที่ทำการวิจัยเรื่องการจัดการสุขภาพชุมชนแบบมีส่วนร่วม : กรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่าผลการวิจัยได้ก่อให้เกิดการพัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชน ที่ส่งผลทำให้สามารถจัดการสุขภาพชุมชนของตนเองได้อย่างมีส่วนร่วม เกิดการประสานการทำงานของผู้นำชุมชนที่ประกอบด้วย ผู้นำท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครูอสม.และผู้นำศาสนา เป็นเครือข่ายความร่วมมือด้านสุขภาพและพัฒนาจนกลายเป็นกลุ่มสุขภาพภาคประชาชนที่สามารถแสวงหาความร่วมมือจากภาคส่วนต่างๆและจัดการสุขภาพชุมชนตนเองได้อย่างมีส่วนร่วมและพึ่งตนเองในด้านความพึงพอใจของผู้นำชุมชนต่อกระบวนการมีส่วนร่วมในบทบาทนักจัดการสุขภาพของผู้นำชุมชนตำบลฝักใหม่พบว่าภาพรวมในระดับมากที่สุด ร้อยละ ๙๖.๖๗ เนื่องจากกระบวนการมีส่วนร่วมนี้ มีการดำเนินงานเป็นขั้นตอน มีความเป็นประชาธิปไตยและมีความยืดหยุ่นสูงและสอดคล้องกับบริบทชุมชนและเมื่อดำเนินการแล้วมีรูปธรรมของผลการดำเนินงานที่ชัดเจน ผู้นำชุมชนเกิดความภูมิใจว่าตนเองได้รับการพัฒนาการเพิ่มทักษะเพิ่มขึ้นทุกด้านซึ่งทักษะเหล่านี้เป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่งต่อการปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งผู้นำชุมชน

ข้อเสนอแนะ

๑. ควรเร่งให้ความรู้ สร้างความเข้าใจ ปรับเปลี่ยนทัศนคติ และพฤติกรรมของประชาชนและผู้นำชุมชนจนเกิดความตระหนักและเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรคมากยิ่งขึ้น

๒. ควรใช้กระบวนการมีส่วนร่วมนี้ไปปรับใช้ในพัฒนาศักยภาพของประชาชน แกนนำชุมชนและภาคีเครือข่าย เพื่อให้ชุมชนมีความเข้มแข็งอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะเชิงการวิจัย

๑. ควรศึกษาประสิทธิผลการดำเนินงานตามแผนงาน โครงการที่นำไปปฏิบัติในชุมชน เพื่อประเมินความสำเร็จ ความคุ้มค่า ปัญหา อุปสรรคและเป็นแนวทางสำหรับการพัฒนาชุมชนต่อไป

๒. ควรทำการวิจัยเชิงประเมินผลการพัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชนที่ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมในบทบาทนักจัดการสุขภาพจัดการสุขภาพชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำผลการวิจัยมาปรับปรุงกระบวนการ

เอกสารอ้างอิง

๑. กุลชญา ลอยหา และคณะ. (๒๕๖๐). การเสริมสร้างศักยภาพบทบาทของนักจัดการสุขภาพชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตตำบลบุเปือย อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๗ ขอนแก่น*, ๒๔(๑), ๑-๑๓.

๒. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (๒๕๖๑). *คู่มือวิทยากรพี่เลี้ยงขับเคลื่อนตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ*. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข.กรมอนามัย. (๒๕๖๕).

๓. จุริพร คงประเสริฐ และคณะ. (๒๕๖๓). *การจัดการสุขภาพชุมชนและอนามัยสิ่งแวดล้อมสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)*. นนทบุรี : สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อมกรมอนามัย.

๔. กองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวง สาธารณสุข. คู่มือการจัดบริการคลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูงวิธีใหม่แบบยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง สำหรับระดับผู้ปฏิบัติงาน).นนทบุรี: กองวิชาการแพทย์.ชาตรีจันทร์ตา. (๒๕๕๒). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเทศบาลตำบลหางดง จังหวัดเชียงใหม่. (ปริญญาานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.เชียงใหม่:
๕. ฐาปนี อินทะโร. (๒๕๖๕). บทบาทผู้นำชุมชนในการจัดการโรคระบาดโควิด-๑๙ กรณีศึกษา บ้านท่าสะท้อน ตำบลทุ่งหมอ อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา. วารสารสันติสุขปริทรรศน์, ๓(๑), ๔๒-๔๓.

การพัฒนาแนวทางการดูแลและติดตามผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ ภายใต้บริบทของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิแห่งหนึ่ง

กรองแก้ว จันทร์ตระกูล
โรงพยาบาลนครพนม

บทคัดย่อ

จากสถิติปี พ.ศ.๒๕๖๓-๒๕๖๕ พบผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตหน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลนครพนม พบผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานเท่ากับ ๑,๑๕๐.๗๐, ๒,๖๓๙.๒๖ , ๒,๖๙๘.๓๘ ต่อแสนประชากรคนตามลำดับ มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลและติดตามผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ ภายใต้บริบทของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิแห่งหนึ่ง ดำเนินการวิจัย ๓ ระยะเวลาที่ ๑ วิเคราะห์สถานการณ์ ระยะเวลาที่ ๒ ระยะเวลาพัฒนา โดยใช้กรอบแนวคิดจากการทบทวนเอกสารงานวิชาการที่เกี่ยวข้องโดยนำกระบวนการ การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม แบบบูรณาการมาประยุกต์ใช้ ดำเนินงานตามวงจร Kemmis และ McTaggart ประกอบด้วย ๔ ขั้นตอนคือ ขั้นวางแผน ขั้นปฏิบัติการ ขั้นสังเกตผล และขั้นสะท้อนผล ระยะเวลาที่ ๓ ประเมินผล ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลสะสม (HbA_{1c}) มากกว่า ๗ ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย จำนวน ๗๓ คน ดำเนินการพัฒนาในเดือนกรกฎาคม ๒๕๖๖ - ธันวาคม ๒๕๖๖ เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบประเมินปฏิบัติตามแนวทางการดูแลและติดตามผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้แบบสอบถามรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเอง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยจากการพัฒนาผ่านกระบวนการ PAOR ๒ วงจร พบว่า หลังพัฒนาแนวทางการดูแลและติดตามผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม มีความครอบคลุมด้านการดูแลแบบองค์รวมและติดตามโดยหมอปประจำตัว ๓ คน ได้แนวทางการดูแล ๔S Model คือ ๑. Self-care การดูแลตัวเอง ด้วยพฤติกรรม ๓ อ (อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์) ๒. School DM โรงเรียนเบาหวาน ๓. Support core team สนับสนุนหมอปประจำตัว ๓ คน และ ๔. Shared care plan แผนการดูแลรักษาสุขภาพร่วมกันระหว่างทีมหมอปครอบครัวและผู้ป่วย พบว่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือดแตกต่างกันจากก่อนการพัฒนาแนวทางการพัฒนามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ ๐.๐๕ ผู้ป่วยมีคะแนนความรู้ร้อยละ ๙๒.๗ พฤติกรรมการดูแลตนเองร้อยละ ๗๓.๐ มีความพึงพอใจโดยรวม อยู่ในระดับมากที่สุด

หลักการ และเหตุผล

โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (non-communication diseases, NCDs) ที่พบบ่อยและเป็นภาระต่อระบบสาธารณสุขของแต่ละประเทศทั่วโลก จากการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของคน ทำให้พฤติกรรมต่างๆ รวมทั้ง การรับรู้ภาวะสุขภาพ การดูแลและปฏิบัติตนเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย ผลที่ตามมา คือ การเกิดโรคต่างๆ ซึ่งมีพฤติกรรมเป็นปัจจัยที่เป็นสาเหตุสำคัญ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน เป็นต้น โดยเฉพาะโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในหลายระบบของร่างกายตามมา อาทิ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูงและโรคไต ฯลฯ ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิต ภาวะเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว ก่อให้เกิด

การสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาด้านสาธารณสุขของประเทศไทยมูลค่ามหาศาล เฉพาะโรคเบาหวานเพียงโรคเดียวทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ยสูงถึง ๔๗,๕๙๖ ล้านบาทต่อปี และเป็นโรคที่ควรได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนระยะยาวจากโรคเบาหวาน (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, ๒๕๖๒)

สถานการณ์ของโลก การเปลี่ยนแปลงด้านสิ่งแวดล้อม สังคม และวัฒนธรรม ทำให้พฤติกรรมและแบบแผนชีวิตเปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นมากในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ มีการประเมินว่ามีผู้ป่วยเบาหวาน รวม ๔๒๕ ล้านรายทั่วโลก แบ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ๖๕ ปีขึ้นไป จำนวน ๙๘ ล้านราย และช่วงอายุ ๒๐-๖๔ ปี จำนวน ๓๒๗ ล้านราย และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. ๒๕๘๘ จะมีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน ๖๒๙ ล้านรายทั่วโลก โดยแบ่งเป็นผู้สูงอายุ ๖๕ ปีขึ้นไป จำนวน ๑๙๑ ล้านราย หรือมีอัตราการเพิ่มอยู่ที่ร้อยละ ๙๔.๘ และในช่วงอายุ ๒๐-๖๔ ปี จำนวน ๔๓๘ ล้านราย หรือมีอัตราการเพิ่มอยู่ร้อยละ ๓๓.๙ (สมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ, ๒๕๖๐) สำหรับประเทศไทย จากสถานการณ์โรคเบาหวานในภาคพื้นแปซิฟิก (Western Pacific) ในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ ประเทศไทยมีผู้ที่เป็นเบาหวาน ๔.๔ ล้านคน มากเป็นอันดับ ๔ รองจากประเทศจีน อินเดีย และญี่ปุ่น จากผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เปรียบเทียบระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๕๒ กับปี ๒๕๕๗ พบคนไทยเป็นเบาหวานมากขึ้นทุกช่วงอายุ จากร้อยละ ๖.๙ เป็นร้อยละ ๘.๙ (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, ๒๕๖๔) ประกอบกับสถิติข้อมูลการควบคุมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ในกลุ่มอายุตั้งแต่ ๓๕ ปีขึ้นไปที่เข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลต่างๆ ได้มีการตรวจเช็คระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) เฉลี่ยในช่วงระยะเวลา ๓ เดือน โดยกำหนดผู้ป่วยเบาหวานควรจะมีค่าต่ำกว่า ๗ mg% (หรือ HbA1c <๗ เปอร์เซ็นต์) แต่ผลปรากฏว่าผู้ป่วยที่สามารถควบคุมให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด มีเพียง ๓๖.๕%, ระดับความดันโลหิต Blood Pressure ควรอยู่ในช่วง ๘๐-๑๓๐ mmHg แต่มีผู้ป่วยที่สามารถควบคุมให้อยู่ในเกณฑ์เพียงร้อยละ ๓๙.๔ ในขณะที่ระดับไขมัน LDL-C ควรน้อยกว่า ๑๐๐ mg/dL อยู่ที่ ๔๙.๒ ตามลำดับ โดยจากข้อมูลประเมินได้ว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่ยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารกิน รวมถึงปรับการใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ๒๕๖๑)

ถึงแม้ว่าในปัจจุบัน วิทยาการทางการแพทย์ในประเทศไทยเจริญขึ้นอย่างรวดเร็ว รวมทั้ง รูปแบบการดูแลทางด้านสาธารณสุขของประชาชนให้มีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น อายุยืนยาวขึ้นแต่ก็ยังพบปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างโรคเบาหวานที่ไม่สามารถทำการรักษาให้หายขาดได้ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๔๙) จุดประสงค์ในการดูแลตนเองเพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-care requisites) ซึ่งทุกคนจะต้องปฏิบัติเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพดี (Orem, ๑๙๘๕ cited in Reutter, ๑๙๙๗ : ๓๓๒) การดูแลตนเองมีความจำเป็นอย่างยิ่งในคนไข้เบาหวาน การดูแลตนเองให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมด้วยการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมอารมณ์ การจัดการความเครียดและการใช้ยา ซึ่งผู้ป่วยต้องมีในการดูแลตนเอง หากผู้ป่วยไม่ตั้งใจและปฏิบัติตนไม่ถูกต้องก็จะส่งผลให้ควบคุมโรคได้ไม่ดี เพราะหลักการที่สำคัญ คือ ความร่วมมือของผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อการควบคุมภาวะของโรค การดูแลตนเองที่มีประสิทธิภาพนั้น จะช่วยในการควบคุมภาวะของโรคเบาหวานได้ซึ่งการควบคุมเบาหวานมีผลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมาก ดังนั้น จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของคนที่เป็นโรคเบาหวาน โดยเฉพาะการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานจึงควรเป็นสิ่งสำคัญที่ควรให้ความสนใจ

ฮีโมโกลบิน เอ วัน ซี (HbA_{1c}) เป็นผลการตรวจวัดระดับน้ำตาลเฉลี่ยในเลือดในช่วงระยะเวลา ๒-๓ เดือนที่ผ่านมา ใช้ในการระบุความเสี่ยงในการเกิดโรค การวินิจฉัยโรค และการติดตามผลการรักษาในผู้ป่วยเบาหวาน เกณฑ์ของ American Diabetes Association (ADA) ๒๐๑๘ จะต้องมียกระดับฮีโมโกลบิน เอ วัน ซี (HbA_{1c}) น้อยกว่า ๗% มีระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารอยู่ในช่วง ๗๐-๑๓๐ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหาร น้อยกว่า ๑๘๐ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (ADA, ๒๐๑๕) การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด สามารถทำได้ โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรบริโภค การควบคุมอาหาร การรับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือด หรือการฉีดอินซูลิน รวมถึง การออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียด (ADA, ๒๐๑๕)

หน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นหน่วยงานที่มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการบูรณาการประสานกับเครือข่ายบริการสุขภาพ องค์กรส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานต่างๆ ในพื้นที่ เพื่อส่งเสริมสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน ป้องกันการเกิดโรคในประชากรกลุ่มเสี่ยง และค้นหาผู้ป่วยตั้งแต่ระยะแรกของโรค ซึ่งช่วยชะลอระยะเวลาการดำเนินโรคและการเกิดภาวะแทรกซ้อน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ทันทั่วถึง ลดอัตราความพิการและการเสียชีวิตในที่สุด เพื่อให้การดำเนินงานเกิดผลและยั่งยืน มีการบูรณาการความร่วมมือ ทั้งในระดับผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สร้างความตระหนักและสนับสนุนทรัพยากร สำหรับพัฒนาการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยให้การสนับสนุนตั้งแต่ระดับนโยบายจนถึงระดับบริการของสถานบริการสุขภาพในท้องถิ่น สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถจัดการกับภาวะสุขภาพได้อย่างถูกต้อง ชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนและมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีการจัดระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ และเชื่อมโยงการบริการสุขภาพภายในเครือข่ายร่วมกัน

สถิติผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับการรักษาของจังหวัดนครพนม พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นทุกปี ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๖๓ ถึง พ.ศ. ๒๕๖๕ จากรายงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม ผู้ป่วยผู้ป่วยโรคเบาหวานปี พ.ศ. ๒๕๖๓ ถึง ๒๕๖๕ ได้แก่ ๓๕,๘๓๓ ราย, ๓๗,๔๔๔ รายและ ๓๙,๔๐๐ ตามลำดับ ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลได้ตรวจรายงานตามตัวชี้วัด NCD clinic Plus ของจังหวัดนครพนม ปี พ.ศ. ๒๕๖๓ ถึง พ.ศ. ๒๕๖๕ ร้อยละ ๒๘.๔๒, ๒๗.๑๘ และ ๓๒.๔๕ ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม ,๒๕๖๖) โดยมีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่อยู่ในการดูแลของ หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม เท่ากับ ๑๐๓, ๒๖๒ และ ๒๗๐ ราย ตามลำดับ (งานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลนครพนม, ๒๕๖๖) ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ คิดเป็นร้อยละ ๓๓.๙๘, ๒๔.๘๐ และ ๒๘.๕๑ ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าความชุกของโรคเบาหวานนั้นเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ขณะเดียวกันร้อยละของผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีก็กลับยังมีจำนวนน้อยจากการดำเนินงานในแนวทางเดิมพบปัญหาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนที่ไม่ครอบคลุม ผู้ป่วยเบาหวานมีน้ำตาลเฉลี่ยสะสมเพิ่มมากขึ้น มีอัตราการส่งต่อไประดับทุติยภูมิเพิ่มขึ้น มีผู้ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้มีภาวะแทรกซ้อน เช่น ไต ตา และเท้า อัตราค่าล้างของเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีไม่เพียงพอเจ้าหน้าที่ ๑ คน มีภาระงานที่รับผิดชอบหลายงาน อีกทั้ง จำนวนผู้รับบริการเฉลี่ยต่อวัน ๙๐-๑๕๐ คน/วัน จากการดำเนินงานปัญหาที่พบ ได้แก่ ด้านบุคลากร แนวทางการดูแลและติดตามยังไม่ชัดเจน อัตราค่าล้างเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ ด้านผู้ป่วย ควบคุมน้ำตาลไม่ดี FBS ร้อยละ ๒๙.๖๒ มีค่า HbA_{1c} มากกว่าร้อยละ ๗ ต่อระดับน้ำตาลในเลือดสะสม ร้อยละ ๒๘.๕๑ ผู้ป่วยขาดยา ขาดการออกกำลังกาย ไม่ควบคุมอาหาร มีอัตราการส่งต่อผู้ป่วยเบาหวาน ร้อยละ ๕.๕ ด้านผู้ดูแลหลัก ขาดความรู้และให้การดูแลผู้ป่วยไม่เหมาะสมจากข้อมูลดังกล่าวผู้วิจัยจึงตระหนักและเห็นถึงความสำคัญของการแก้ไขปัญหา จึงจัดทำวิจัยเรื่องนี้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลและติดตามผู้ป่วย

โรคเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ ภายใต้บริบทของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิแห่งหนึ่ง และเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ให้ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดใกล้เคียงกับคนปกติและอยู่ในระดับเกณฑ์ที่ปลอดภัยมากที่สุด เพื่อการลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวาน และลดการส่งต่อในระดับทุติยภูมิ

วัตถุประสงค์

เพื่อการพัฒนาแนวทางการดูแลและติดตามผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ ภายใต้บริบทของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิแห่งหนึ่ง

วิธีการดำเนินการวิจัย

เป้าหมายและกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษา

๑) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่มีค่า HbA_{1c} มากกว่าร้อยละ ๗ ต่อระดับน้ำตาลในเลือดสะสม มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า-คัดออก จำนวน ๓๑ คน

๒) ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่มีค่า HbA_{1c} มากกว่าร้อยละ ๗ ต่อระดับน้ำตาลในเลือดสะสม จำนวน ๓๑ คน

๓) เจ้าหน้าที่สหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลนครพนม ประกอบด้วยแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข ผู้ช่วยพยาบาล จำนวน ๑๑ คน

ขั้นตอนการดำเนินการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้กรอบแนวคิดจากการทบทวนเอกสารงานวิชาการที่เกี่ยวข้องโดยนำกระบวนการ การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม แบบบูรณาการมาประยุกต์ใช้ ดำเนินงานตามวงจรวิจัยของ Kemmis และ McTaggart ประกอบด้วย ๔ ขั้นตอนคือ ขั้นวางแผน ขั้นปฏิบัติการ ขั้นสังเกตผล และขั้นสะท้อนผล (Plan Act Observer Reflect) ศึกษาในหน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลนครพนม ระยะเวลาในการศึกษา เดือนกรกฎาคม ๒๕๖๖ – ธันวาคม ๒๕๖๖ แบ่งการวิจัยเป็น ๓ ระยะ ดังนี้

ระยะที่ ๑ การศึกษาสถานการณ์และบริบทเกี่ยวกับการดำเนินงานดูแลและติดตามผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ ในหน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูลคือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกี่ยวกับการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลนครพนม ได้แก่ ๑) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่มีค่า HbA_{1c} มากกว่าร้อยละ ๗ ต่อระดับน้ำตาลในเลือดสะสม จำนวน ๓๑ คน มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า-คัดออก ๒) ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน ๓๑ คน ๓) เจ้าหน้าที่สหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลนครพนม ประกอบด้วยแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข ผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวน ๑๑ คน รวมจำนวนผู้ให้ข้อมูลหลัก ๗๓ คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

๑. ประเด็นสนทนากลุ่มเกี่ยวกับแนวทางการดูแลและติดตามผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่มีค่า HbA_{1c} มากกว่าร้อยละ ๗ ต่อระดับน้ำตาลในเลือดสะสม สำหรับทีมสหวิชาชีพหน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลนครพนม

๒. ประเด็นสัมภาษณ์ความคาดหวังของผู้ป่วยเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและทีมสหวิชาชีพในการดูแลและติดตามระดับน้ำตาลในเลือด การคัดกรองภาวะแทรกซ้อน

๓. ประเด็นสัมภาษณ์เกี่ยวกับแนวทางการดูแลและติดตามผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ดำเนินการที่ผ่านมาและปัจจุบัน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

๑. การสนทนากลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้รับผิดชอบงานหลัก เพื่อรวบรวมข้อมูลความคิดเห็น และประสบการณ์ เกี่ยวกับแนวทางการดำเนินงานดูแลและติดตามผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่มีค่า HbA๑C มากกว่าร้อยละ ๗ ต่อระดับน้ำตาลในเลือดสะสม

๒. สัมภาษณ์ความคาดหวังของผู้ป่วยเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและทีมสหวิชาชีพในการดูแลและติดตามระดับน้ำตาลในเลือด การคัดกรองภาวะแทรกซ้อน

๓. สัมภาษณ์ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่มีค่า HbA๑C มากกว่าร้อยละ ๗ ต่อระดับน้ำตาลในเลือดสะสม โดยใช้ประเด็นสัมภาษณ์เกี่ยวกับความคาดหวังหรือความต้องการเกี่ยวกับการดูแลและติดตามผู้ป่วยโรคเบาหวานของผู้ดูแล

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลมาพิจารณาจัดกลุ่มข้อมูล นำมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) จัดหมวดหมู่เนื้อหาและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลด้วยวิธีการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation)

ระยะที่ ๒ พัฒนาแนวทางการดูแลและติดตามผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ ภายใต้บริบทของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ

โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart ได้แก่ ชั้่นวางแผน ชั้่นปฏิบัติการ ชั้่นสังเกต และชั้่นสะท้อนผลข้อมูลและปรับปรุง ดังนี้

ชั้่นวางแผน (Planning)

ชั้่นที่ ๑ ประชุมเชิงปฏิบัติการ ร่วมวางแผนสร้างแนวทางการดูแลและติดตามผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ ภายใต้บริบทของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิแห่งหนึ่ง โดยนำผลการศึกษาจากระยะที่ ๑ และจากกรอบทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมาใช้เป็นกรอบในการกำหนดการพัฒนาเป็นร่างทางการดูแลและติดตามผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ ภายใต้บริบทของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ จากนั้นร่างแนวทางให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน ๓ ท่าน ตรวจสอบความสอดคล้อง ความเหมาะสมของแนวทาง ผู้วิจัยได้ปรับแก้ไขแนวทางตามข้อเสนอแนะผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้

การปฏิบัติการ (Action) นำแนวทางการดูแลและติดตามผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ ภายใต้บริบทของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิแห่งหนึ่ง ที่พัฒนาขึ้นไปใช้ *ชั้่นสังเกตการณ์ (Observe)* ติดตามเป็นระยะเวลา ๖ เดือน โดยประเมินความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นของเจ้าหน้าที่สหวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลนครพนม ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และผู้ดูแลหลัก *ชั้่นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect)* ถอดบทเรียนเพื่อสะท้อนผลและปรับปรุงการใช้แนวทางการดูแลและติดตามผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ ภายใต้บริบทของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ กับผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลนครพนม

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) จัดประเภทข้อมูล จัดหมวดหมู่เนื้อหาและข้อมูลเชิงคุณภาพมีการตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีรวบรวมข้อมูล โดยใช้

การรวบรวมข้อมูลจากหลายบุคคลในเรื่องเดียวกัน ข้อมูลจากผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ ผู้ดูแลหลัก และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบหลักงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) หน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลนครพนม

ระยะที่ ๓ การประเมินประสิทธิผลของแนวทางการดูแลและติดตามผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ ภายใต้บริบทของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิแห่งหนึ่ง

โดยติดตามประเมินจากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ได้แก่ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความพึงพอใจในแนวทางการดูแลและติดตามและผลทางคลินิก ได้แก่ ๑) ระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting Blood Sugar ; FBS) แบ่งกลุ่มการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ได้แก่ ควบคุมไม่ได้ หมายถึง ระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ ๑๒๖ mg/dl ควบคุมได้ หมายถึง ระดับน้ำตาลในเลือด \leq ๑๒๕ mg/dl ๒) ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด Hemoglobin A_{1c}(HbA_{1c}) แบ่งกลุ่มการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ได้แก่ ควบคุมไม่ได้ หมายถึง ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ ๗ mg/dl ควบคุมได้ หมายถึง ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดน้อยกว่า ๗ mg/dl

กลุ่มตัวอย่าง ๑. เจ้าหน้าที่สหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลนครพนม ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข และผู้ช่วยพยาบาล ๒. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และผู้ดูแลหลัก ที่ใช้แนวทางการดูแลและติดตามที่พัฒนาขึ้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ แนวทางการดูแลและติดตามผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ ภายใต้บริบทของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิแห่งหนึ่ง ที่พัฒนาขึ้นจากกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประเมินค่าความตรงของแนวทางที่พัฒนาขึ้นโดยผู้เชี่ยวชาญ ๓ ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางโรคเบาหวาน จำนวน ๑ คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางโรคเบาหวาน จำนวน ๑ คน และเภสัชกร จำนวน ๑ คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้นโยบาย (ผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ผู้ดูแลหลัก/เจ้าหน้าที่สหวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลนครพนม)

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการใช้แนวทางการดูแลและติดตามผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ ภายใต้บริบทของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิแห่งหนึ่งก่อนและหลัง โดยทดลองความแตกต่างภายในกลุ่มโดยใช้สถิติ Paired t-test

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลนครพนม เลขที่การรับรอง NP-EC๑๑-No.๑๗/๒๕๖๖

ผลการวิจัย

๑. สถานการณ์และบริบทเกี่ยวกับการพัฒนาแนวทางการดูแลและติดตามผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ ภายใต้บริบทของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ

๑.๑ ด้านผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้ เกี่ยวกับการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง และแต่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับน้อย โดยพบว่า ด้วยรูปแบบวิถีการดำเนินชีวิตไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างเคร่งครัด เนื่องจากข้อจำกัดและปัจจัยต่าง ๆ เช่น อาชีพ รายได้ สถานที่ทำงาน สังคม วัฒนธรรม ภาระหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบต่อครอบครัว การเลือกซื้ออาหารจากนอกบ้าน ขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตน ได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ไม่ครอบคลุม แนวทางการดูแลตนเองยากต่อการจัดการดูแลตนเองได้

หรือได้รับข้อมูลที่ไม่ถูกต้องจากแหล่งอื่น เช่น เพื่อน ญาติ เป็นต้น ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงหรือมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคจึงเลือกที่จะไม่ควบคุมอาหาร นอกจากนี้ ในด้านภาวะอารมณ์หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลต้องเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ และทำให้รู้สึกถูกกดดัน ไม่สบายใจ วุ่นวายใจ กลัว วิตกกังวล ตลอดจน ถูกบีบคั้น เมื่อบุคคลรับรู้หรือประเมินว่าปัญหาเหล่านั้นเป็นสิ่งที่คุกคามจิตใจ หรืออาจจะก่อให้เกิดอันตรายแก่ร่างกาย จะส่งผลให้สภาวะสมดุลของร่างกายและจิตใจเสียไป

ด้านความคาดหวังในแนวทางการดูแลเบื้องต้นผู้ป่วยอยากให้ครอบครัว สมาชิก/ภรรยา ลูก หรือหลาน จะเป็นคนดูแล อยากให้แพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาเยี่ยมบ้านดูแลและติดตาม มีช่องทางการติดต่อที่สะดวกมากขึ้น ตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ ดังนี้

“อยากให้คุณหมอมายเยี่ยมบ้านและแนะนำแนวทางการลดน้ำตาลในเลือดที่สามารถปฏิบัติได้ง่ายและเหมาะสมกับป่า” (ผู้ป่วย คนที่ ๘)

“ถ้ายังแข็งแรงดีสามารถดูแลตนเองได้ แต่ในยามที่ไม่สบายอยากให้คนที่บ้านช่วยดูแล และอยากให้คนที่บ้านมีความรู้ความเข้าใจในโรคที่เราเป็นด้วย จะได้ดูแลให้ถูกวิธี” (ผู้ป่วย คนที่ ๒๕)

๑.๒ ด้านผู้ดูแลหลักพบว่า ผู้ดูแลหลักได้แก่ ลูก สมาชิกหรือภรรยา โดยมีส่วนในการดูแลในด้านการจัดเตรียมอาหาร การจัดยาสำหรับให้ผู้ป่วยเบาหวานรับประทาน การรับส่งหรือพาพบแพทย์ตามนัด การพาไปโรงพยาบาลกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ดูแลเรื่องค่าใช้จ่าย การให้กำลังใจในการรักษาโรค ผู้ดูแลบางส่วนไม่มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ระดับน้ำตาลสูง และขาดความตระหนักในการดูแลให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์

๑.๓ ด้านบุคลากร พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลนครพนม ให้บริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งในเขตรับผิดชอบ (ประชากร ๘ ชุมชน) และนอกเขต (ผู้ป่วยสิทธิการรักษาจ่ายตรง ประกันสังคม อปท.อื่น ในอำเภอเมือง) และผู้ป่วยตรวจโรคทั่วไป (GP) บุคลากรมีจำนวนน้อย ภาระงาน ในการดูแลและติดตามผู้ป่วยจะดำเนินงานโดยพยาบาลผู้รับผิดชอบงานเป็นหลัก ๑ คน โดยการให้สุขศึกษา ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำจากแพทย์ในรายที่มาตามนัด (ในเวลาที่ย่ำกัด) เจาะ HbA_{1c} ตามแนวทางที่กำหนด ซึ่งส่งผลให้คุณภาพการดูแลและติดตามผู้ป่วยเบาหวานที่น้ำตาลสูง ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี มีอัตราการส่งต่อมากขึ้น

๒. การพัฒนาแนวทางการดูแลและติดตามผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ ภายใต้บริบทของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิแห่งหนึ่ง

จากภารกิจและสถานการณ์และบริบทเกี่ยวกับการดำเนินงานดูแลและติดตามผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ ภายใต้บริบทของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ มีองค์ประกอบที่สำคัญ ๒ องค์ประกอบ คือ

องค์ประกอบที่ ๑ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ๓-Self ด้วยหลัก PROMISE Model โดยผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้มีการดูแลตนเอง มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ๓ ด้าน หรือ ๓ self ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Self-effective) การกำกับตนเอง (self-regulation) และการดูแลตัวเอง (Self-care) ด้วยพฤติกรรม ๓ อ (อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์) ผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมน้ำตาลไม่ได้มีหน้าที่ดูแลตนเอง โดยปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องตามแนวทางการดูแลและติดตาม โดยมีเป้าหมายเพื่อลดระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA_{1c}) และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค มีความรู้การดูแลตนเองที่ถูกต้อง

องค์ประกอบที่ ๒ การเสริมสร้างพลังอำนาจ Empowerment

การวิจัยนี้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการเสริมพลังอำนาจ (empowerment) ของ Gibson (๑๙๙๑) ร่วมกับแนวคิด PROMISE Model ของสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน, ๒๕๖๖) เป็นกรอบการพัฒนาแนวทางการดูแลและติดตามผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ ภายใต้บริบทของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ โดยแนวคิดทฤษฎีเสริมพลังอำนาจกล่าวถึงกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการที่ช่วยให้บุคคลได้เรียนรู้ และตระหนัก ตลอดจนพัฒนาความสามารถของตนเองในการตอบสนองความต้องการ การแก้ไขปัญหา และการแสวงหาและการใช้ทรัพยากรหรือแหล่งประโยชน์ เพื่อควบคุมสถานการณ์ในชีวิตของตนเอง ประกอบด้วย ๔ ขั้นตอน คือ ๑) การค้นพบและทราบสถานการณ์จริง (discovering reality) ซึ่งจะก่อให้เกิดการตอบสนองด้านอารมณ์ ความคิด สติปัญญา (Cognitive response) โดยการพิจารณาไตร่ตรองสิ่งที่เผชิญอยู่ค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษา ความรู้และปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ๒) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflection) เกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นรวมทั้งบริบทของตนเป็นระยะของการพัฒนาพลังอำนาจในตัวบุคคล ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนมุมมองและแนวคิดซึ่งก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามมา ๓) การตัดสินใจที่จะรับผิดชอบและเลือกวิถีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง (taking charge) จากการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ช่วยประกอบการตัดสินใจด้วยตนเอง และ ๔) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (holding on) ได้แก่ การมีพฤติกรรมดูแลที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ซึ่งสามารถส่งเสริมได้ด้วยการให้ข้อมูลย้อนกลับไปในทางบวกเพื่อเป็นแรงจูงใจในการปฏิบัติ นอกจากนี้ปัจจัยที่สนับสนุนหรือกระตุ้นให้ ได้แก่ ความมุ่งมั่นทุ่มเท (Commitment) ที่จะสนองความต้องการของตนเอง และมีปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง (influencing factors) ได้แก่ ความเชื่อ ค่านิยม ประสบการณ์ เป้าหมาย และการสนับสนุนทางสังคม โดยมีความคับข้องใจ (frustration) เป็นปัจจัยที่ผลักดันให้บุคคลได้พัฒนาตามขั้นตอนต่าง ๆ สรุปรูปแนวทางการดูแลและติดตามผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ ภายใต้บริบทของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิแห่งหนึ่งเป็น “๔S Model”

S๑ : Self-Care การดูแลตัวเอง ด้วยพฤติกรรม ๓ อ (อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์)

S๒ : School DM โรงเรียนเบาหวานปฐมภูมิ กิจกรรมเรียนรู้ ๕ ฐาน ได้แก่ ให้ความรู้เรื่องโรคและภาวะแทรกซ้อน การเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การประเมินผลน้ำตาล

S๓ : Support Core Team สนับสนุนหมอประจำตัว ๓ คน

หมอบุคคลที่ ๑ หมอประจำบ้าน คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือ อสม. ทำหน้าที่ เยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำ คัดกรอง ติดตามและดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น

หมอบุคคลที่ ๒ หมอสาธารณสุข คือ บุคลากรในสถานบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลนครพนม ครอบคลุมบุคลากรทุกสาขาวิชาชีพ ทั้งพยาบาล เภสัชกร นักสาธารณสุขชุมชน และวิชาชีพอื่น ๆ ทำหน้าที่ให้การดูแลส่งเสริมสุขภาพ ประสานงานระหว่างหมอบุคคลที่ ๑ และหมอบุคคลที่ ๓ คัดกรองเพื่อระบุสาเหตุ ยืนยันความผิดปกติและส่งต่อผู้ป่วย

หมอบุคคลที่ ๓ หมอครอบครัว คือ แพทย์ในโรงพยาบาล เป็นผู้มอบการรักษา ดูแล ให้คำปรึกษา ประสาน และส่งต่อการรักษาพิเศษ

S๔ : Shared Care Plan แผนการดูแลรักษาสุขภาพร่วมกันระหว่างทีมหมอบุคคลที่ ๑ และผู้ป่วย

๓. ประสิทธิภาพของแนวทางการดูแลและติดตามผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ ภายใต้บริบทของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิแห่งหนึ่ง

หลังใช้แนวทางการดูแลและติดตามผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ ภายใต้บริบทของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังพัฒนาแนวทางคิดเป็นร้อยละ ๙๒.๖๘ และหลังพัฒนามีพฤติกรรมการดูแลตนเองคิดเป็นร้อยละ ๗๒.๙๙

ตาราง ๑ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนหลังทดลองของความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความพึงพอใจต่อแนวทางการดูแลและติดตามผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ (n=๓๑)

ตัวแปร	ร้อยละ	M	S.D
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง			
ก่อนพัฒนา (ตอบถูก)	๗๒.๐๒	๐.๗๒	๗.๕๘
หลังพัฒนา (ตอบถูก)	๙๒.๖๘	๐.๙๓	๑.๔๕
พฤติกรรมการดูแลตนเอง			
ก่อนพัฒนา	๕๘.๑๙	๒.๐๗	๐.๗๙
หลังพัฒนา	๗๒.๙๙	๒.๓๗	๐.๗๑

ตาราง ๒ เปรียบเทียบความแตกต่างของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ก่อนและหลังทดลอง(n=๓๑)

ตัวแปร	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา
FBS ควบคุมไม่ได้ ≥ 126 mg/dl	๒๖(๘๓.๘๘)	๒๔(๗๗.๔๒)
ควบคุมได้ ≤ 125 mg/dl	๕(๑๖.๑๒)	๗(๒๒.๕๘)
HbA๑C ควบคุมไม่ได้ ≥ 7 %	๓๑ (๑๐๐)	๒๕ (๘๐.๖๕)
ควบคุมได้ < 7 %	๐	๖ (๑๙.๓๕)

ตารางที่ ๓ ความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายการดูแลและติดตามผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ ภายใต้บริบทของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิแห่งหนึ่ง (ผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ผู้ดูแลหลัก/เจ้าหน้าที่สหวิชาชีพ)

ความพึงพอใจ	M	SD	ระดับ
ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้	๔.๖๐	๐.๕๔	มากที่สุด
ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้	๔.๖๒	๐.๖๑	มากที่สุด
เจ้าหน้าที่สหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลนครพนม	๔.๘๙	๐.๓๘	มากที่สุด
ความพึงพอใจโดยรวม	๔.๗๐	๐.๕๑	มากที่สุด

อภิปรายผลการวิจัย

๑. สถานการณ์และบริบทการดูแลและติดตามผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ ภายใต้บริบทของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิแห่งหนึ่งพบว่า ยังไม่มีแนวทางการดูแลและติดตามผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ ที่ชัดเจน ยังไม่แนวทางการรักษาร่วมกันของผู้ป่วย ผู้ดูแลหลัก เจ้าหน้าที่สหวิชาชีพ

๒. แนวทางการดูแลและติดตามผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ ภายใต้บริบทของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ หรือ “๔S Model” ที่พัฒนามุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ดูแลหลัก และเจ้าหน้าที่สหวิชาชีพในการส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์การตั้งเป้าหมายร่วมกัน ทั้งนี้ ในการดูแลตามแนวทาง “๔S

Model” ประกอบด้วย ๑. Self-Care การดูแลตัวเอง ด้วยพฤติกรรม ๓ อ (อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์), ๒. School DM โรงเรียนเบาหวาน, ๓. Support Core Team สนับสนุนหมอประจำตัว ๓ คน และ ๔. Shared Care Plan แผนการดูแลรักษาสุขภาพร่วมกันระหว่างทีมหมอรอบครัวและผู้ป่วย ซึ่งสนับสนุนแนวทางการเสริมพลังอำนาจของ David M. Fetterman (๑๙๙๓) ที่กล่าวว่า การเสริมพลังอำนาจเป็นฐานในการพัฒนางานทางจิตวิทยาสังคม เกี่ยวกับการพยายามควบคุมการบรรลุผล การได้รับทรัพยากรที่จำเป็น และการทำความเข้าใจในบริบทแวดล้อม กระบวนการเสริมพลังอำนาจจะช่วยพัฒนาทักษะของบุคคลให้สามารถแก้ปัญหา และตัดสินใจได้ด้วยตนเองอย่างอิสระ การเสริมพลังอำนาจมีกระบวนการที่แตกต่างกันตามระดับ (ศจี จิระโร, ๒๕๖๑)

ข้อเสนอแนะ

๑. การนำแนวทางทางการดูแลและติดตามผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ ภายใต้บริบทของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ นำไปทดลองใช้ในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีบริบทคล้ายกัน
๒. นำ “๔S Model” บูรณาการพัฒนาแนวทางทางการดูแลและติดตามผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ในระดับอื่น ๆ เช่น ระดับทุติยภูมิ

เอกสารอ้างอิง

๑. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (๒๕๖๖). *คู่มือแนวทางการดำเนินงาน NCD Clinic Plus*. นนทบุรี, หน้า๑-๓๖.
๒. โกศล บุญทา (๒๕๕๖), การเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้. สืบค้น มิถุนายน ๑, ๒๕๖๖ จาก https://www.chiangmaihealth.go.th/detail_academic.detail_academic.php?academic_id=๔๑
๓. จิตวันต์ หงส์กิตติยานนท์. ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็ม. สืบค้นมิถุนายน ๑, ๒๕๖๖ จาก <https://th.ihocot.com/post/orems-self-care-deficiency-theory>
๔. เบญจมาศ สุขศรีเพ็ง. *แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ*. สืบค้น มิถุนายน ๑, ๒๕๖๖ จาก <https://www.gotoknow.org/posts/๑๑๕๕๒๐>
๕. เบญจมาศ สุขศรีเพ็ง. (๒๕๕๖). *ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม*. สืบค้น มิถุนายน ๑, ๒๕๖๖ จาก <https://www.gotoknow.org/posts/๑๑๕๕๒๗>
๖. พรพจน์ สารทอง (๒๕๖๑). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง เพื่อชะลอไตเสื่อมแบบ บูรณาการ โรงพยาบาลเรณูนคร อำเภอรณูนคร จังหวัดนครพนม, วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม; ๑๕(๓): ๗๖-๘๔
๗. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. (๒๕๖๐). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน, ปทุมธานี: บริษัท รมเย็น มีเดีย จำกัด, หน้า ๕-๑๗๗*
๘. ศจี จิระโร (๒๕๕๑), การพัฒนาสมรรถนะการสร้างเครื่องมือวัดและประเมินผลการศึกษาของครูผู้สอน โดยใช้เทคนิคการเสริมพลังอำนาจ สืบค้น มิถุนายน ๑, ๒๕๖๖ จาก <https://soo๒.tci-thaijo.org/index.php/JGNRU/article/view/๑๒๑๘๐๘>

ระบาค

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษา มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ในจังหวัดมหาสารคาม

มณฑนา กลมเกลียว
โรงพยาบาลมหาสารคาม

บทคัดย่อ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา : ปัจจุบันบุหรี่ไฟฟ้าเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนที่มีการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ตลาดบุหรี่ไฟฟ้าเติบโตอย่างรวดเร็วด้วยการออกแบบที่ทันสมัย พกพาสะดวก ราคาถูก และมีรสชาติและกลิ่นที่หลากหลาย อีกทั้งเยาวชนมีความเชื่อเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งความเชื่อเหล่านี้ขัดกับหลักฐานทางการแพทย์และทำให้เยาวชนสูบบุหรี่ไฟฟ้าอย่างแพร่หลายในประเทศไทย

วัตถุประสงค์ : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าและความชุกการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ในจังหวัดมหาสารคาม

วิธีการศึกษา : เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางในนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งจังหวัดมหาสารคาม ปีการศึกษา ๒๕๖๗ จำนวน ๑,๐๓๙ คน เก็บข้อมูลในเดือน กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗ โดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติพหุคูณแบบลอจิสติก นำเสนอค่า Adjusted odds ratio ค่า ๙๕% CI และค่า p-value

ผลการศึกษา : พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์การสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) ได้แก่ ผลการศึกษา การสูบบุหรี่ไฟฟ้าของคนในครอบครัว การสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเพื่อนสนิท การพบเห็นโฆษณาเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า การสูบบุหรี่มวน การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติดและระดับการรับรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าเมื่อควบคุมผลกระทบจากตัวแปรที่เหลือในสมการสุดท้ายแล้ว พบว่า ผู้ที่มีผลการศึกษา ($GPAX < 2.5$) มีโอกาสสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็น ๑.๘๗ เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่มีผลการศึกษา ($GPAX \geq 2.5$) ($OR_{adj} = 1.87$; ๙๕% CI = ๑.๐๖-๓.๓๐) ผู้ที่มีคนในครอบครัวสูบบุหรี่และเคยสูบบุหรี่แต่เลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าแล้วมีโอกาสสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็น ๒.๖๐ เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีคนในครอบครัวสูบบุหรี่ไฟฟ้า ($OR_{adj} = 2.60$; ๙๕% CI = ๑.๗๗-๓.๘๐) ผู้ที่มีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่และเคยสูบบุหรี่แต่เลิกบุหรี่ไฟฟ้าแล้วมีโอกาสสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็น ๔.๕๑ เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่เพื่อนสนิทสูบบุหรี่ไฟฟ้า ($OR_{adj} = 4.51$; ๙๕% CI = ๓.๐๓-๖.๗๓) ผู้ที่พบเห็นโฆษณาบุหรี่ไฟฟ้ามียุทธศาสตร์สูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็น ๑.๖๓ เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่เคยพบเห็นโฆษณา ($OR_{adj} = 1.63$; ๙๕% CI = ๑.๐๑-๒.๖๓) ผู้ที่สูบบุหรี่และเคยสูบบุหรี่มวนแต่เลิกสูบบุหรี่มวนแล้ว มีโอกาสสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็น ๔.๓๕ เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่มวน ($OR_{adj} = 4.35$; ๙๕% CI = ๒.๙๗-๖.๓๗) ผู้ที่ดื่มและเคยดื่มแต่เลิกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แล้ว มีโอกาสสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็น ๓.๙๘ เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ($OR_{adj} = 3.98$; ๙๕% CI = ๒.๑๙-๗.๒๔) ผู้ที่ใช้สารเสพติดอยู่และเคยใช้สารเสพติดแต่เลิกแล้วมีโอกาสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็น ๓.๕๐ เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่เคยใช้สารเสพติด ($OR_{adj} = 3.50$; ๙๕% CI = ๑.๙๒-๖.๔๐) และผู้ที่มีระดับการรับรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าอยู่ในระดับปานกลางและต่ำมีโอกาสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็น ๑.๗๗ เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่มีระดับการรับรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าอยู่ในระดับสูง ($OR_{adj} = 1.77$; ๙๕% CI = ๑.๑๔-๒.๗๕) และความชุกของการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ใน ๑๒ เดือนที่ผ่านมา จำนวน ๒๘๖ คน ร้อยละ ๒๗.๕๓ (๙๕% CI = ๒๔.๘๙-๓๐.๓๒)

สรุปและข้อเสนอแนะ : การป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในเยาวชนต้องการความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ตั้งแต่ครอบครัว ชุมชน สถานศึกษา หน่วยงานสาธารณสุข และภาคีเครือข่ายของภาครัฐ ภาคเอกชนที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนการมีชีวิตที่ปลอดบุหรี่ไฟฟ้าและเพื่อให้เยาวชนมีสุขภาพที่ดี

หลักการ และเหตุผล

บุหรี่ไฟฟ้ากำลังเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขอย่างกว้างขวางทั่วโลก โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนที่มีการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ประกอบกับตลาดบุหรี่ไฟฟ้าทั่วโลกกำลังเติบโตอย่างรวดเร็ว ในปี ๒๕๖๕ มีการเติบโตของตลาดเพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๑๖ โดยบุหรี่ไฟฟ้าแบบใช้แล้วทิ้งเป็นที่นิยมมากที่สุด ด้วยบุหรี่ไฟฟ้ามีหลากหลายกลิ่นและรสชาติที่ไม่ซ้ำกัน ดึงดูดใจวัยรุ่นเป็นพิเศษและบางรสชาติปกปิดความรุนแรงของนิโคติน ตลาดบุหรี่ไฟฟ้ามักอาศัยสื่อโซเชียลมีเดียและผู้ทรงอิทธิพลเพื่อขยายการเข้าถึงให้เพิ่มขึ้นรวดเร็ว ซึ่งมุ่งเป้าไปที่เด็กและเยาวชน^(๑) ออกแบบให้มีความทันสมัย รูปทรงสวย ขนาดเล็ก สามารถพกซ่อนติดตัวได้ง่ายราคาไม่แพง มีโปรโมชันการขายที่เข้าถึงได้ง่าย มีกลิ่นหอมและสามารถเลือกปริมาณความเข้มข้นนิโคตินได้ตามต้องการ^(๒) อีกทั้งเยาวชนมีทัศนคติเชิงบวกต่อบุหรี่ไฟฟ้าที่มากขึ้นมีความเชื่อว่าบุหรี่ไฟฟ้าไม่มีนิโคติน อันตรายน้อยกว่าบุหรี่ปกติ ไม่ทำให้เสพติด ไม่มีอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ซึ่งเป็นความเชื่อที่ผิดจากหลักฐานทางการแพทย์ จึงเป็นสาเหตุทำให้เยาวชนสูบบุหรี่ไฟฟ้าอย่างแพร่หลาย

จังหวัดมหาสารคาม เป็นศูนย์กลางการศึกษาของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่มีนิสิตนักศึกษาในระดับมหาวิทยาลัยและวิทยาลัยที่เป็นเยาวชนจำนวนมาก มีการดำเนินชีวิตและการตัดสินใจด้วยตนเอง ทำให้มีพฤติกรรมเสี่ยงในเรื่องการสูบบุหรี่ไฟฟ้าที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ นอกจากนี้การศึกษที่ผ่านมาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือยังมีน้อย ส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ดังนั้นจึงศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดมหาสารคามที่มีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการรับรู้อันตรายและประโยชน์ของบุหรี่ไฟฟ้าในนักศึกษา เพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางในการป้องกันและลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในนักศึกษามหาวิทยาลัยจังหวัดมหาสารคามได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าและความชุกการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดมหาสารคาม

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางในนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งจังหวัดมหาสารคาม ปีการศึกษา ๒๕๖๖ จำนวน ๑,๐๓๙ คน เก็บข้อมูลในเดือน กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗ โดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติพหุคูณแบบลอจิสติก นำเสนอค่า Adjusted odds ratio ค่า ๙๕% CI และค่า p-value

ผลการวิจัย

พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์การสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) ได้แก่ ผลการศึกษา การสูบบุหรี่ไฟฟ้าของคนในครอบครัว การสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเพื่อนสนิท การพบเห็นโฆษณาเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า การสูบบุหรี่มวน การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติด และระดับการรับรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าเมื่อควบคุมผลกระทบจากตัวแปรที่เหลือในสมการสุดท้ายแล้ว พบว่า ผู้ที่มีผลการศึกษา ($GPAX < 2.5$) มีโอกาสสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็น 1.87 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่มีผลการศึกษา ($GPAX \geq 2.5$) ($OR_{adj} = 1.87$; 95% CI = 1.06-3.30) ผู้ที่มีคนในครอบครัวสูบบุหรี่และเคยสูบบุหรี่แต่เลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าแล้วมีโอกาสสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็น 2.60 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีคนในครอบครัวสูบบุหรี่ไฟฟ้า ($OR_{adj} = 2.60$; 95% CI = 1.77-3.80) ผู้ที่มีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่และเคยสูบบุหรี่แต่เลิกบุหรี่ไฟฟ้าแล้วมีโอกาสสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็น 4.51 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่ไฟฟ้า ($OR_{adj} = 4.51$; 95% CI = 3.03-6.73) ผู้ที่พบเห็นโฆษณาบุหรี่ไฟฟ้ามียุทธศาสตร์สูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็น 1.63 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่เคยพบเห็นโฆษณา ($OR_{adj} = 1.63$; 95% CI = 1.01-2.63) ผู้ที่สูบบุหรี่และเคยสูบบุหรี่มวนแต่เลิกสูบบุหรี่มวนแล้ว มีโอกาสสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็น 4.35 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่มวน ($OR_{adj} = 4.35$; 95% CI = 2.97-6.37) ผู้ที่ดื่มและเคยดื่มแต่เลิกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แล้ว มีโอกาสสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็น 3.88 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ($OR_{adj} = 3.88$; 95% CI = 2.19-7.24) ผู้ที่ใช้สารเสพติดอยู่และเคยใช้สารเสพติดแต่เลิกแล้วมีโอกาสสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็น 3.50 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่เคยใช้สารเสพติด ($OR_{adj} = 3.50$; 95% CI = 1.92-6.40) และผู้ที่มีระดับการรับรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าอยู่ในระดับปานกลางและต่ำมีโอกาสสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็น 1.77 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่มีระดับการรับรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าอยู่ในระดับสูง ($OR_{adj} = 1.77$; 95% CI = 1.14-2.75) และถ้ามาดูในรายละเอียดรายข้อจะพบว่า การรับรู้ถึงอันตรายของการสูบบุหรี่ไฟฟ้าทำให้เกิดการเสพติดมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.015$) และเมื่อควบคุมผลกระทบจากตัวแปรที่เหลือในสมการสุดท้ายแล้ว พบว่านักศึกษาที่ไม่ทราบและไม่แน่ใจถึงอันตรายของการสูบบุหรี่ไฟฟ้าทำให้เกิดการเสพติด มีโอกาสสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็น 1.90 เท่า เมื่อเทียบกับนักศึกษาที่รับรู้ถึงอันตรายของการสูบบุหรี่ไฟฟ้าทำให้เกิดการเสพติด ($OR_{adj} = 1.90$; 95% CI = 1.13-3.18, $p\text{-value} = 0.015$) การรับรู้ถึงอันตรายของการสูบบุหรี่ไฟฟ้าสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ง่ายมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.003$) และเมื่อควบคุมผลกระทบจากตัวแปรที่เหลือในสมการสุดท้ายแล้ว พบว่า นักศึกษาที่รับรู้ถึงอันตรายของการสูบบุหรี่ไฟฟ้าสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ง่ายมีโอกาสสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็น 1.78 เท่า เมื่อเทียบกับนักศึกษาที่ทราบว่า การสูบบุหรี่ไฟฟ้าไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ง่าย ($OR_{adj} = 1.78$; 95% CI = 1.12-2.80, $p\text{-value} = 0.003$) การสูบบุหรี่ไฟฟ้าช่วยคลายเครียดมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และเมื่อควบคุมผลกระทบจากตัวแปรที่เหลือในสมการสุดท้ายแล้ว พบว่า นักศึกษาที่รับรู้ถึงการสูบบุหรี่ไฟฟ้าช่วยคลายเครียดมีโอกาสสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็น 2.37 เท่า เมื่อเทียบกับนักศึกษาที่ทราบว่า การสูบบุหรี่ไฟฟ้าไม่สามารถช่วยคลายเครียด ($OR_{adj} = 2.37$; 95% CI = 1.59-3.53, $p\text{-value} < 0.001$) และความชุกของการสูบบุหรี่ไฟฟ้าใน 12 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 286 คน ร้อยละ 27.53 (95% CI=24.89-30.32) สอดคล้องกับการศึกษาความชุก ความสัมพันธ์และการรับรู้ไฟฟ้าของนักศึกษาระดับปริญญาตรี นครหลวง กทม. นครหลวง ประเทศเนปาล พบว่าความชุกของการเคยการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 21.2⁽³⁾ และปัจจัยส่วนบุคคลและการรับรู้ที่เกี่ยวข้องกับการใช้บุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยในภาคเหนือของประเทศไทย พบว่า ความชุกของผู้สูบบุหรี่ไฟฟ้าใน 30 วันที่ผ่านมา ร้อยละ 18.1⁽⁴⁾ กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ไฟฟ้า ใน 12 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 286 คน

(ร้อยละ ๒๗.๕๓) โดยประเภทของบุหรี่ไฟฟ้าที่ใช้ส่วนใหญ่ใช้บุหรี่ไฟฟ้าที่ใช้แล้วทิ้ง (Disposable E-cigarettes) จำนวน ๑๗๗ คน (ร้อยละ ๖๑.๘๙) สอดคล้องกับการศึกษาความชุกของการสูบบุหรี่ไฟฟ้าแบบใช้แล้วทิ้ง ความสัมพันธ์และความเกี่ยวข้องกับการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบในผู้ใหญ่วัยหนุ่มสาวสหรัฐอเมริกา พบว่า การติดตามผลการเริ่มใช้บุหรี่ไฟฟ้าแบบใช้แล้วทิ้งมีระดับสูงกว่าในกลุ่มเดิม (๒๒.๑%) และปัจจุบัน (๕๐.๒%) เทียบกับผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้าแบบชาร์จใหม่ได้ (ไม่ใช่แล้วทิ้ง) (๖.๓%)^(๕)

สรุปและข้อเสนอแนะ:

การป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในเยาวชนต้องการความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ตั้งแต่ครอบครัว ชุมชน สถานศึกษา หน่วยงานสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายของภาครัฐ ภาคเอกชนที่เกี่ยวข้องเพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนการมีชีวิตที่ปลอดบุหรี่ไฟฟ้าและเพื่อให้เยาวชนมีสุขภาพที่ดี

เอกสารอ้างอิง:

๑. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ. (๒๕๖๖). *แฉดวง ศจย. ก้าวทันวิจัยกับ ศจย, ๑๕(๒), ๔๒-๔๓.* <https://www.trc.or.th/th/%E๐%B๘%>
๒. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (๒๕๖๖). *สุขภาพคนไทย ๒๕๖๖.* พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพฯ: บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).
๓. G Khanal , A Karna , S Kandel , H Krishna Sharma. (๒๐๒๓). *Prevalence, Correlates, and Perception of E-cigarettes among Undergraduate Students of Kathmandu Metropolitan City, Nepal: A Cross-Sectional Study.* Retrieved January ๒๐, ๒๐๒๓, From <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/๓๘๐๒๙๐๕๙/>
๔. Phetphum C, J., Prajongjeep, A., Thawatchaijareonying, K., ThanchanokWongwuttiyan, T., Wongjamnong, M., Yossuwan, S. et al. (๒๐๒๑). *Personal and perceptual factors associated with the use of electronic cigarettes among university students in northern Thailand.* *Tobacco Induced Diseases, ๑๙ (๓๑), ๑-๙*
๕. Bang-on Thepthien, Chit Su Tinn, Takuma Ofuchi, and Bee Kim. (๒๐๒๑). *An analysis of e-cigarette and polysubstance use patterns of adolescents in Bangkok Thailand.* *Tob. Induc. Dis, ๑๙(๑๙), (๑-๑๑).* <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC๘๕๘๒๔๑๙/pdf/TID-๑๙-๑๙.pdf>

การสอบสวนวัณโรคในนักศึกษาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ในอำเภอเมืองจังหวัดขอนแก่น เดือนธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

อรอนงค์ สรรพสมบัติ สุติมา ทรงสังข์ และสุชาดา ชัยจิตตนิชกุล
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม รพ.ขอนแก่น

บทคัดย่อ

เมื่อวันที่ ๑๓ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ งานป้องกันควบคุมโรคและระบาดวิทยา กลุ่มงานเวชกรรมสังคม ได้รับรายงานจากศูนย์แพทย์ชาตะผดุงพบผู้ป่วยสงสัยวัณโรคปอด ๑ ราย เป็นนักศึกษาชั้นปีที่ ๑ เพศหญิง อายุ ๒๐ ปี กำลังศึกษาอยู่วิทยาลัยแห่งหนึ่งในอำเภอเมืองจังหวัดขอนแก่น ซึ่งมีอาการไอต่อเนื่องตั้งแต่ ๓ สัปดาห์ โดยเฉพาะช่วงกลางคืน ไม่มีไข้ เบื่ออาหาร น้ำหนักลดได้รับผลยืนยันจากการตรวจเสมหะพบเชื้อ Acid-fast bacilli (AFB ๓+) จึงได้ประสานกับงาน SRRT โรงพยาบาลขอนแก่น ดำเนินงานสอบสวนและควบคุมโรคในโรงเรียน วันที่ ๒๐ ธันวาคม ๒๕๖๗ ผลการสอบสวนพบว่า มีผู้ป่วยยืนยันวัณโรคปอดเสมหะบวก ๑ ราย เข้าสู่กระบวนการรักษา ๓ ราย คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลขอนแก่น และพบผู้สัมผัสใกล้ชิดตามนิยามจำนวน ๕๗ ราย แบ่งเป็นผู้อาศัยในห้องพักเดียวกันจำนวน ๕ ราย ได้ดำเนินการตรวจเอกซเรย์ทรวงอก (Chest X-ray) และตรวจการทดสอบ Interferon-gamma release assays (IGRAs) ผลทดสอบเป็นบวก ๓ ราย และเพื่อนร่วมชั้นเรียน ๕๒ ราย ได้ดำเนินการตรวจเอกซเรย์ทรวงอก ผลปกติทุกราย จึงให้คำแนะนำการเฝ้าระวังอาการด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมาตรการควบคุมและป้องกันที่ดำเนินการประกอบด้วย การให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยและผู้สัมผัส การแนะนำการแยกตัวผู้ป่วยในระยะแพร่เชื้อ การงดใช้เครื่องปรับอากาศในพื้นที่ปิด และการติดตามสุขภาพของนักศึกษาในกลุ่มสัมผัสใกล้ชิดอย่างใกล้ชิด โดยได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากคณะอาจารย์และนักศึกษาในวิทยาลัยการสอบสวนครั้งนี้มีเป้าหมายเพื่อควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคในสถานศึกษาอย่างรวดเร็วและเหมาะสม โดยเน้นการค้นหาผู้สัมผัสและการดำเนินมาตรการสุขภาพเชิงรุก เพื่อป้องกันการระบาดในกลุ่มประชากรวัยเรียน

หลักการ และเหตุผล

วัณโรค (Tuberculosis; TB) เป็นโรคติดต่อทางเดินหายใจที่ยังคงเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขทั่วโลก โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศที่มีภาระโรคสูง เช่น ประเทศไทย ซึ่งองค์การอนามัยโลกจัดให้เป็นหนึ่งใน ๓๐ ประเทศที่มีภาระวัณโรคสูงที่สุดในโลก โดยในปี พ.ศ. ๒๕๖๖ ประเทศไทยมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ประมาณ ๑๐๓,๐๐๐ ราย หรือคิดเป็น ๑๔๙ ต่อประชากรแสนคน^๑ วัณโรคสามารถแพร่กระจายได้ง่ายในสถานที่แออัดและระบบระบายอากาศไม่ดี เช่น หอพักนักศึกษา ห้องเรียน และโรงงาน หากไม่สามารถแยกตัวผู้ป่วยออกได้ทันที ผู้สัมผัสใกล้ชิดมีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีผลเสมหะบวก (AFB positive) ซึ่งสามารถแพร่เชื้อผ่านละอองฝอยจากการไอหรือจามได้^๒ การสอบสวนครั้งนี้จึงมีเป้าหมายเพื่อระบุขอบเขตของการแพร่ระบาดในสถานศึกษา ค้นหาผู้สัมผัสเสี่ยงสูงอย่างเร่งด่วน และวางแนวทางป้องกันเพื่อไม่ให้เกิดการระบาดซ้ำ

เมื่อวันที่ ๑๓ ธันวาคม ๒๕๖๗ งานป้องกันควบคุมโรคและระบาดวิทยา กลุ่มงานเวชกรรมสังคม ได้รับรายงานจากพยาบาลปฏิบัติงานประจำศูนย์แพทย์ชาตะผดุง พบ ผู้ป่วยสงสัยอาการเข้าได้กับวัณโรคปอดจำนวน ๑ ราย โดยมีการเก็บตัวอย่างเสมหะเพื่อตรวจวินิจฉัยด้วยกล้องจุลทรรศน์ วันที่ ๑๙ ธ.ค.๖๗ ผลการตรวจพบเชื้อ Acid-fast bacilli (AFB positive ๓+) งานป้องกันและควบคุมโรคร่วมกับทีมควบคุมโรคศูนย์แพทย์ชาตะผดุง จึงได้ลงพื้นที่ดำเนินการสอบสวนโรคและควบคุมโรคระหว่างวันที่ ๒๐-๒๗ ธันวาคม ๒๕๖๗

วัตถุประสงค์

- ๒.๑ เพื่อยืนยันการวินิจฉัยและการระบาดของวัณโรค
- ๒.๒ เพื่อทราบขนาดปัญหาของวัณโรคปอดในวิทยาลัย
- ๒.๓ เพื่อรักษาผู้สัมผัสใกล้ชิดเพื่อป้องกันการเกิดโรควัณโรคปอด
- ๒.๔ เพื่อหามาตรการในการควบคุมและการแพร่กระจายของโรคอย่างเหมาะสม และการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรค

วิธีดำเนินการ

๓.๑ ศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา

ทบทวนความรู้ด้านวิชาการเกี่ยวกับการระบาดวิทยาของโรควัณโรค และทบทวนข้อมูลเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นวัณโรคปอด

- ค้นหาผู้ป่วยรายใหม่และผู้สัมผัสใกล้ชิดเพิ่มเติม (Active case fighting and cause contact) โดยการสัมภาษณ์นักศึกษาและประมุขหรือร่วมกับคณะอาจารย์ประจำคณะจากวิทยาลัย และการคัดกรองเบื้องต้น verbal screening ของนักศึกษาร่วมชั้นปี และการถ่ายภาพเอกซเรย์ปอด (CXR)

- ยืนยันการวินิจฉัยโดยใช้อาการทางคลินิก ร่วมกับภาพถ่ายรังสีทรวงอก ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเพาะ โดยใช้นิยามผู้ป่วย ดังนี้

ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง นักศึกษาร่วมชั้นเรียนที่มีอาการหลัก อย่างน้อย ๑ อาการ ได้แก่ ไอเรื้อรัง ติดต่อกันมากกว่า ๓ สัปดาห์ หรือไอมีเลือดปน และอาการรองอย่างน้อย ๒ อาการ ได้แก่ มีไข้ เหงื่อออกตอนกลางคืน น้ำหนักลดลงมากกว่าร้อยละ ๕ ใน ๑ เดือน เบื่ออาหาร เจ็บแน่นหน้าอก ในช่วง ๓เดือนที่ผ่านมา (สิงหาคม – ธันวาคม ๒๕๖๗)

ผู้ป่วยที่ยืนยันวัณโรคปอด หมายถึง นักศึกษาชั้นปีที่ ๑ และเพื่อนร่วมห้องพัก ที่มีอาการทางคลินิกและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติ หรือผลเอกซเรย์ทรวงอกเข้าได้กับวัณโรคปอดอ่านผลโดยรังสีแพทย์ รพ.ขอนแก่น

ผู้ป่วยระยะติดเชื้อวัณโรคหรือวัณโรคระยะแฝง นักศึกษาชั้นปีที่ ๑ และเพื่อนร่วมห้อง ที่สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยต่อเนื่องตั้งแต่ ๘ ชั่วโมง/วัน หรือผู้ที่ไม่สัมผัสต่อเนื่อง แต่มีเวลารวมทั้งเดือนใกล้ชิดมากกว่า ๑๒๐ ชั่วโมงขึ้นไป มีอาการทางคลินิก ผลเอกซเรย์ทรวงอกเข้าได้กับวัณโรคระยะแฝง และการInterferon- γ release assays (IGRAs) ผลเป็นบวก

การตรวจ Interferon- γ release assays (IGRAs) เป็นวิธีตรวจจากเลือดที่อาศัยการกระตุ้นเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิด T-lymphocyte ด้วยแอนติเจนจำเพาะต่อเชื้อ Mycobacterium tuberculosis ทำให้การตรวจนี้มีความจำเพาะสูง และให้ผลบวกสูงกว่าการตรวจ Tuberculin Skin Test (TST) อย่างไรก็ตาม ความไวของ IGRAs อาจลดลงในผู้ที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือในผู้ป่วยวัณโรคระยะรุนแรง การตรวจนี้สามารถใช้ในการคัดกรองผู้สัมผัสวัณโรค (TB contact investigation) และช่วยในการวินิจฉัยวัณโรคเมื่อใช้ร่วมกับข้อมูลทางคลินิก โดยเฉพาะในเด็กที่มีความเสี่ยงสูง

๒. ศึกษาทางห้องปฏิบัติการ

โดยเก็บตัวอย่างส่งตรวจ เพื่อค้นหาผู้ป่วยรายใหม่และผู้สัมผัสใกล้ชิด โดยวิธีตรวจเอกซเรย์ทรวงอกและการตรวจ IGRAs

๓. ศึกษาด้านสิ่งแวดล้อม

โดยการสำรวจ สังเกตลักษณะอาคารห้องเรียน ห้องพักในหอพักนักศึกษา สุขาภิบาล สภาพแวดล้อม ภายในวิทยาลัย

ผลการศึกษา

๑. ผลการศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา

- ข้อมูลทั่วไปของสถานที่ของวิทยาลัย เป็นวิทยาลัยขนาดใหญ่เปิดสอนหลักสูตรการศึกษาตั้งแต่ระดับอนุปริญญาถึงปริญญาโท มีหลายคณะและสาขา โดยสำหรับชั้นปีที่ ๑ ส่วนใหญ่เป็นการเรียนการสอนภาคบรรยาย ห้องเรียนเปิดแอร์ตลอดคาบการเรียนประมาณ ๖-๘ ชั่วโมงต่อวันและในหอพักเป็นห้องแอร์และพัดลม โดยพักห้องละ ๔ คน ประกอบด้วยนักศึกษาชั้นปีที่ ๑ จำนวน ๓ คน และนักศึกษาชั้นปีที่ ๒ จำนวน ๑ คนจากการสัมภาษณ์ ส่วนใหญ่เปิดพัดลมและบางช่วงเปิดแอร์

- ข้อมูลพื้นฐานและลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยและพฤติกรรมเสี่ยง

ผู้ป่วยหญิง อายุ ๒๐ ปี รูปร่างสมส่วน น้ำหนัก ๕๖ ส่วนสูง ๑๖๕ อาศัยอยู่หอพักในวิทยาลัยดังกล่าว ตั้งเปิดเทอม กรกฎาคม ๒๕๖๗ จนถึงธันวาคม ๒๕๖๗ ภูมิลำเนาอาศัยอยู่จังหวัดร้อยเอ็ด ครอบครัวไม่มีประวัติการรักษาวัณโรค และปฏิเสธพฤติกรรมเสี่ยงวัณโรค เคยมีประวัติมารับรักษาการรักษาด้วยอาการไอ โดยผู้ป่วยเป็นนักศึกษาวิทยาลัยแห่ง ชั้นปีที่ ๑ มีอาการไอเรื้อรังติดต่อกันมากกว่า ๓ สัปดาห์ โดยเฉพาะช่วงเวลากลางคืน และมีเสมหะเล็กน้อย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด จึงมาตรวจที่ศูนย์แพทย์ชาตะพดุง แพทย์จึงส่งตรวจ AFB ผลพบ ๓+ แพทย์วินิจฉัยวัณโรคปอด (Pulmonary TB) ให้ส่งต่อการรักษาที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลขอนแก่น

- ข้อมูลผู้สัมผัสใกล้ชิด การสอบสวนโดยการสัมภาษณ์ ค้นหาผู้สัมผัสใกล้ชิดตามนิยาม โดยแบ่งผู้สัมผัสเป็น ๒ กลุ่มดังนี้

๑. ผู้สัมผัสใกล้ชิดที่พักอาศัยร่วมห้อง (Household Contact) ประกอบด้วย ๕ ราย คือนักศึกษาชั้นปีที่ ๑ จำนวน ๓ ราย นักศึกษาชั้นปีที่ ๒ จำนวน ๒ ราย พบว่าการตรวจ IGRAs ผลบวกจำนวน ๓ รายให้การรักษาแบบวัณโรคระยะแฝง (tuberculosis preventive treatment, TPT)

๒. กลุ่มผู้สัมผัสในห้องเรียนร่วมชั้นปีการศึกษา (Classroom contact) พบเป็นผู้สัมผัสตามนิยาม จำนวน ๕๒ ราย ในจำนวนนี้เป็นนักศึกษาชั้นปีเดียวกันที่เรียนห้องเรียนเดียวกัน จำนวน ๕๒ ราย มีอายุ ๑๙ ถึง ๒๐ ปี โดยไม่มีผู้ใดที่มีอาการสงสัยเข้าได้กับวัณโรค และผลการตรวจเอกซเรย์ปอดปกติ

๒. ผลการศึกษาทางห้องปฏิบัติการ

จำนวนผู้สัมผัสใกล้ชิดในห้องเรียนทั้งหมด ๕๒ ราย มีผลเอกซเรย์ปกติทุกราย จึงไม่ได้เก็บเสมหะตรวจ AFB ส่วนผู้สัมผัสใกล้ชิดร่วมห้อง (Household contact) ได้เอกซเรย์ทรวงอกและตรวจ IGRAs พบผลบวก จำนวน ๓ ราย แพทย์ให้การรักษาแบบวัณโรคระยะแฝงกินยาครบทุกรายและนัดติดตามอาการอย่างต่อเนื่องตามแนวทาง

๓. ผลการศึกษาด้านสิ่งแวดล้อม

ห้องเรียนที่ผู้ป่วยมีลักษณะเป็นห้องโถงกว้าง เป็นห้องที่ติด เครื่องปรับอากาศ และเปิดใช้ตลอดคาบการเรียน โต๊ะเก้าอี้เคลือบเงาแวววาว ไม่ได้ทำความสะอาดเป็นประจำ ส่วนห้องนอนในหอพักนักศึกษาเป็นตึก ๔ ชั้น ห้องน้ำรวม ลักษณะค่อนข้างแออัด มีเครื่องปรับอากาศ ๑ ตัว ไม่ได้ทำความสะอาดเป็นประจำ

สรุปและอภิปรายผล

การสอบสวนครั้งนี้พบว่า มีผู้ป่วย ยืนยันวัณโรคปอดเสมหะบวกหนึ่งราย เป็นนักศึกษา วิทยาลัยแห่งหนึ่ง ในอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น โดยยังไม่ทราบแน่ชัดว่าผู้ป่วยติดเชื้อมาจากแหล่งใด ทำการสอบสวนตามนियาม การสอบสวนผู้สัมผัสใกล้ชิดวัณโรค พบมีผู้สัมผัสใกล้ชิดร่วมห้องจำนวน ๕ ราย โดยมีผล IGRAs เป็นบวกจำนวน ๓ ราย (ร้อยละ๖๐) และกลุ่มผู้สัมผัสในห้องเรียนร่วมชั้นปีการศึกษา (Classroom contact) พบว่ามีจำนวน ๕๒ ราย ไม่มีผู้ที่มีอาการเข้าข่ายสงสัยวัณโรค และ พบว่า ผลเอกซเรย์ปอดปกติทุกราย โดยในกลุ่มมีผล IGRAs เป็นบวกให้ การรักษาแบบ TPT และนัดติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง จนสิ้นสุดการรักษา จากการศึกษาสิ่งแวดล้อม พบว่า นัก ศึกษาอยู่ในห้องพักอยู่รวมกันค่อนข้างแออัดอากาศไม่ค่อยถ่ายเท ซึ่งอาจทำให้เป็นปัจจัยในการติดเชื้อระยะแฝง ร่วมกันระหว่างนักศึกษาร่วมห้อง

มาตรการที่ดำเนินการ^๔

๑. ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในการแยกตัวผู้ป่วยจนกว่าผลการตรวจเสมหะจะเป็นลบ
๒. ประสานทีมควบคุมโรคของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อรับทราบและควบคุมโรคตามที่อยู่ของผู้ป่วย
๓. ให้สุศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และการเฝ้าระวังป้องกันโรคแก่นักศึกษาชั้นปีที่ ๑ และคณะอาจารย์วิทยาลัย
๔. แนะนำการใช้เครื่องปรับอากาศที่ถูกต้อง รวมถึงระบบการทำความสะอาดเครื่องปรับอากาศ
๕. ติดตามและเฝ้าระวังสุขภาพของนักศึกษาผู้สัมผัสใกล้ชิดอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

ควรจัดให้มีระบบคัดกรองโรคระบบทางเดินหายใจก่อนเปิดภาคเรียน โดยเฉพาะในนักศึกษาใหม่และผู้มีประวัติสัมผัสโรค พร้อมส่งเสริมความรู้เรื่องวัณโรคแก่บุคลากรและนักศึกษา ผ่านกิจกรรมอบรมและสื่อประชาสัมพันธ์ออนไลน์พัฒนาการปรับปรุงระบบระบายอากาศในพื้นที่ปิด เช่น ห้องเรียนและหอพัก พัฒนาระบบเฝ้าระวังสุขภาพเพื่อรายงานอาการเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

๑. กรมควบคุมโรค. (๒๕๖๕). *แนวทางการสอบสวนและควบคุมวัณโรค*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข. กรมควบคุมโรค. (๒๕๖๖). *แนวทางเวชปฏิบัติวัณโรคระยะแฝง พ.ศ. ๒๕๖๖ (CPG-TPT ๒๐๒๓)*. กองวัณโรค, กรมควบคุมโรค. <https://www.tbthailand.org/download/Manual/แนวทางเวชปฏิบัติ%๒๐วัณโรคระยะแฝง%๒๐๒๕๖๖%๒๐CPG-TPT%๒๐๒๐๒๓.pdf>
๒. World Health Organization. (๒๐๒๓). *Global tuberculosis report ๒๐๒๓*. <https://www.who.int/publications/i/item/๙๗๘๙๒๔๐๐๗๖๗๒๔> Wongkrai, K., Pramual, P., & Buaphan, P. (๒๐๒๐). Screening for pulmonary tuberculosis using the digital mobile X-ray among risk groups in Sisaket province, Thailand. *Journal of the Office of Disease Prevention and Control* ๑๐, ๑๘(๑)

การสอบสวนการระบาดของโรคสครับไทฟัส ตำบลท่าข้ามและทุ่งใหญ่ อำเภอลำดวน จังหวัดสงขลา วันที่ ๘-๑๘ ตุลาคม ๒๕๖๗

ณัฐวรรณ จันเมือง ศรวัสส์ แสงแก้ว ปิยธิดา ศรีจันทร์
ปิยวัลย์ ชัยเชื้อ ศุภโชค ยอดแก้ว และนภสร สุริวงค์
โรงพยาบาลหาดใหญ่ สสอ.อำเภอลำดวน รพสต.ท่าข้าม

บทคัดย่อ

โรคสครับไทฟัส เกิดจากเชื้อแบคทีเรียในกลุ่มริกเก็ตเซีย ติดต่อกันโดยถูกไร่ออนที่มีเชื้อกัด วันที่ ๘ ตุลาคม ๒๕๖๗ รพ.หาดใหญ่ ได้รับรายงานพบผู้ป่วยโรคสครับไทฟัส ๑ ราย เพศชาย อายุ ๓๙ ปี อาชีพทำสวน เข้ารักษา รพ.หาดใหญ่ แพทย์วินิจฉัยโรคสครับไทฟัส SRRT อ.หาดใหญ่ ดำเนินการสอบสวนโรค วัตถุประสงค์เพื่อยืนยัน การวินิจฉัยและการระบาดของโรคศึกษาลักษณะการเกิดโรคตามบุคคล สถานที่และเวลาค้นหาสาเหตุการเกิดโรค แหล่ง โรค และเสนอมาตรการป้องกันควบคุมโรคทบทวนสถานการณ์โรคสครับไทฟัส อำเภอลำดวน ๕ ปีย้อนหลัง ทบทวนข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วย สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและศึกษาสภาพแวดล้อม บ้านและสถานที่ทำงาน

ผลการศึกษา:สถานการณ์โรคสครับไทฟัส อ.หาดใหญ่ ปี ๒๕๖๖, ๒๕๖๗ พบผู้ป่วยปี ๒๕๖๗ มากกว่าปี ๒๕๖๖ และมากกว่าค่ามัธยฐานย้อนหลัง ๕ ปี ผู้ป่วยรายแรกชายไทย อายุ ๓๙ ปี อาชีพทำสวน ที่อยู่ต.ท่าข้าม อ. หาดใหญ่ เริ่มป่วยวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๗ แพทย์วินิจฉัยโรคสครับไทฟัส รายที่สอง หญิงไทย อายุ ๓๙ ปี อาชีพทำ สวน ที่อยู่ต.ท่าข้าม อ.หาดใหญ่ เริ่มป่วยวันเดียวกัน แพทย์วินิจฉัยโรคสครับไทฟัส พบผู้ป่วยสงสัยเพิ่ม ๒ ราย รวม ผู้ป่วยทั้งหมด ๔ ราย เพศชาย ๓ ราย และหญิง ๑ ราย พบค่ามัธยฐานของอายุ ๓๙ ปี อาชีพทำสวนยางพารา ร้อย ละ ๕๐ อาชีพงานบ้านและนักเรียน ร้อยละ ๒๕ พบอาการ ไข้ มีแผลเหมือนบูนหรีจี้ ปวดเมื่อยตามตัว และปวด ศีรษะ ร้อยละ ๑๐๐ และตาเหลือง ร้อยละ ๒๕ การตรวจทางห้องปฏิบัติการผู้ป่วย ๒ ราย ส่งตรวจเพื่อหาเชื้อริกเก็ตเซีย ผลไม่พบเชื้อ และ ๒ ราย ตรวจหาภูมิคุ้มกัน ผลพบเชื้อทั้ง ๒ ราย ผู้ป่วยทุกรายเข้าไปในสวนยางพาราป่า รกต.ทุ่งใหญ่ โดยไม่มีอุปกรณ์ป้องกัน ซึ่งสวนยางพาราอาจเป็นแหล่งอาศัยของไร่ออน

สรุปผล : พบการระบาดของโรคสครับไทฟัส ผู้ป่วยทั้งหมด ๔ ราย เป็นผู้ป่วยสงสัย ๒ ราย และเข้าข่าย ๒ ราย พบความเชื่อมโยงทางระบาดวิทยาจากอาชีพตัดไม้ในสวนยางพาราต.ทุ่งใหญ่จากแหล่งเดียวกันคาดว่ารับเชื้อ จากแหล่งเดียวกัน

หลักการ และเหตุผล

โรคสครับไทฟัส (Scrub typhus) หรือโรคไข้รากสาดใหญ่ เป็นโรคติดต่อนำโดยสัตว์ขาข้อกลุ่มไรซึ่งเกิด จากเชื้อแบคทีเรียในกลุ่มริกเก็ตเซีย (Rickettsia) โรคนี้สามารถติดต่อกันได้โดยถูกไร่ออน (Chiggers) ที่มีเชื้อ กัด มีการระบาดในเขตร้อนแถบภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก สามารถพบได้ทุกฤดูแต่จะพบมากในช่วงฤดูฝนจนถึงต้นฤดู หนาวและพบมากในพื้นที่เกษตรกรรม โดยมีระยะฟักตัว ๖-๒๐ วัน โดยเฉลี่ย ๑๐ วัน (กรมควบคุมโรค กระทรวง สาธารณสุข) จากรายงานสถานการณ์ของโรคสครับไทฟัสในประเทศไทยปี ๒๕๖๗ พบผู้ป่วยจำนวน ๙,๒๔๑ ราย อัตราป่วย ๑๔.๒๓ ต่อแสนประชากร เสียชีวิต ๗ ราย ได้แก่ จังหวัดนครราชสีมา ๒ ราย และจังหวัดสุรินทร์ ศรีสะเกษ อุทัยธานี บึงกาฬและสุราษฎร์ธานี จังหวัดละ ๑ ราย เขตสุขภาพที่ ๑๒ พบผู้ป่วยจำนวน ๓๒๘ ราย

อัตราป่วย ๖.๖๐ ต่อแสนประชากร ไม่มีรายงานผู้เสียชีวิต จังหวัดสงขลา พบผู้ป่วย ๑๐๕ ราย อัตราป่วย ๗.๔๒ ต่อแสนประชากร ไม่มีรายงานผู้เสียชีวิต และอำเภอหาดใหญ่ พบผู้ป่วย ๒๑ ราย อัตราป่วย ๕.๘๑ ต่อแสนประชากร ไม่มีรายงานผู้เสียชีวิตข้อมูลจากแพลตฟอร์มเฝ้าระวังโรคดิจิทัล DDS: Digital Disease Surveillance

วันที่ ๘ ตุลาคม ๒๕๖๗ งานระบาดวิทยา รพ.หาดใหญ่ ได้รับรายงานข้อมูลโรคจากระบบเฝ้าระวัง พบผู้ป่วยโรคสครับไทฟัส ๑ ราย เพศชาย อายุ ๓๙ ปี อาชีพทำสวน (ตัดไม้ยางพารา) ปฏิเสธโรคประจำตัว ที่อยู่พักอาศัย หมู่ที่ ๒ ตำบลท่าข้าม อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา เข้ารับรักษาโรงพยาบาลหาดใหญ่ แผนกผู้ป่วยนอก (OPD case) แพทย์วินิจฉัยโรคสครับไทฟัส มีผลตรวจห้องปฏิบัติการ Scrub typhus IgM ผลตรวจ Positive ที่มสอบสวนควบคุมโรคเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) อำเภอหาดใหญ่ร่วมกับพื้นที่ ได้ดำเนินการสอบสวนโรคระหว่างวันที่ ๘-๑๘ ตุลาคม ๒๕๖๗

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อยืนยันการวินิจฉัยและการระบาดของโรค
๒. เพื่อศึกษาลักษณะการเกิดโรคตามบุคคล สถานที่และเวลา
๓. เพื่อค้นหาสาเหตุการเกิดโรค แหล่งโรค
๔. เพื่อเสนอแนวทางมาตรการป้องกันและควบคุมโรค

วิธีดำเนินการ

เป็นการศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา

๑. ศึกษาข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการเฝ้าระวังโรค ได้แก่ ทบทวนข้อมูลรายงานสถานการณ์โรคในพื้นที่อำเภอหาดใหญ่ ตำบลท่าข้ามและทุ่งใหญ่ ข้อมูลย้อนหลัง ๕ ปี (ปี พ.ศ.๒๕๖๒-๒๕๖๖) จากโปรแกรมเฝ้าระวังโรคติดต่อทางระบาดวิทยา (R๕๐๖)

๒. ศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา ได้แก่ ทบทวนประวัติการรับรักษาผู้ป่วยจากข้อมูลเวชระเบียนและสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ใช้แบบสอบสวนเฉพาะรายของโรคสครับไทฟัส ตามแนวทางกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม ยืนยันการวินิจฉัย โดยใช้อาการทางคลินิกร่วมกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยใช้นิยามผู้ป่วยโรคสครับไทฟัส ดังนี้ โดยกำหนดนิยามผู้ป่วย ดังนี้คือ

ผู้ป่วยสงสัย (Suspected Case) หมายถึง ผู้ที่อาศัยในพื้นที่ตำบลท่าข้ามหรือตำบลทุ่งใหญ่ ร่วมกับมีประวัติเข้าไปในทุ่งหญ้าหรือบริเวณป่าที่มีอาการทางคลินิก คือ มีไข้และหรือแผลเหมือนบุหรีจี้ (Eschar) ร่วมกับมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง อย่างน้อย ๑ อาการ ดังนี้ มีอาการปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามตัว ปวดกระบอกตา ตาแดง ต่อม้ำเหลืองโตและเจ็บ ตัวและตาเหลือง ไอแห้งๆ หรือที่ได้รับวินิจฉัยด้วยโรคสครับไทฟัสโดยแพทย์ ระหว่างวันเริ่มป่วยวันที่ ๑๘ กันยายน - ๑๘ ตุลาคม ๒๕๖๗

ผู้ป่วยเข้าข่าย (Probable case) หมายถึง ผู้ป่วยสงสัย ที่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยวิธี Rapid test for Scrub typhus ให้ผลบวก

ผู้ป่วยยืนยัน (Confirmed case) หมายถึง ผู้ป่วยสงสัย ที่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยวิธี Indirect immunofluorescent assay (IFA) หรือวิธี Indirect immuno peroxidase test (IIP) ให้ผลระดับภูมิคุ้มกันจากตัวอย่างซีรัมคู่ (Pair sera) ห่างอย่างน้อย ๑๐-๑๔ วัน และพบระดับภูมิคุ้มกันเพิ่มขึ้นอย่างน้อย ๔ เท่า (Four fold

rising) และซีรัมเดี่ยว พบระดับภูมิคุ้มกัน IgM หรือ IgG Titer:๔๐๐ หรือวิธี Weil felix to OX-K ให้ผลบวกหรือวิธี Polymerase chain reaction (PCR) จากตัวอย่างเลือดในช่วง ๒-๓ วันแรกของอาการไข้ พบตรวจพบสารพันธุกรรมเชื้อริกเก็ตเซีย (Rickettsia)

๓. ศึกษาข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ

- ก. เก็บตัวอย่างเลือดผู้ป่วย (Serum) ที่แพทย์วินิจฉัยโรคสครับไทฟัสเพื่อคัดกรองผู้ป่วย โดยวิธี Rapid test ส่งตรวจห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลหาดใหญ่
- ข. เก็บตัวอย่างเลือดผู้ป่วย (Serum) เพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรคเชื้อริกเก็ตเซีย (Rickettsia) ด้วยเทคนิค Indirect immunofluorescent assay (IFA) for Scrub typhus & Murine typhus ส่งตรวจสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
- ค. เก็บตัวอย่างเลือดผู้ป่วย เพื่อส่งยืนยันเชื้อ โดยวิธี Polymerase chain reaction (PCR) ส่งตรวจสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
- ง. ศึกษาด้านสิ่งแวดล้อม

สำรวจแหล่งที่พักอาศัย สิ่งแวดล้อมบริเวณโดยรอบๆบ้าน และที่ทำงานผู้ป่วย รวมทั้งค้นหาสัตว์รังโรคที่สงสัยว่าจะเป็นแหล่งอาศัยของไรอ่อน โดยการสัมภาษณ์ข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้ป่วยและญาติ โดยใช้วิธีวางกรงดักสัตว์รังโรค และส่งตรวจยืนยันการติดเชื้อ ณ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหาร (AFRIMS) กรุงเทพมหานคร

ผลการศึกษา

๑. ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการเฝ้าระวังโรค

สถานการณ์โรคสครับไทฟัส อำเภอหาดใหญ่ ปี ๒๕๖๖, ๒๕๖๗ เทียบกับค่ามัธยฐานย้อนหลัง ๕ ปี (ปี พ.ศ. ๒๕๖๒-๒๕๖๖) จากระบบเฝ้าระวังการรายงานโรคในโปรแกรม R๕๐๖ อำเภอหาดใหญ่ พบว่าข้อมูลผู้ป่วยปี ๒๕๖๗ จำนวนป่วย ๒๑ ราย มากกว่าปี ๒๕๖๖ ที่มีจำนวนป่วย ๘ รายและมากกว่าค่ามัธยฐานย้อนหลัง ๕ ปี ที่มีจำนวนเท่ากับ ๔ ราย โดยพบว่าช่วงเวลาเดียวกันในปี ๒๕๖๗ พบจำนวนสูงสุดในเดือนมกราคม และตุลาคม ที่มีจำนวนเท่ากับคือ ๕ ราย ดังรูปที่ ๑ จากแหล่งข้อมูลเดียวกัน สถานการณ์โรคสครับไทฟัส ตำบลท่าข้ามและทุ่งใหญ่ พบว่าสอดคล้องกับสถานการณ์ระดับอำเภอ โดยทั้งสองตำบล พบผู้ป่วยในปี ๒๕๖๗ สูงกว่าค่ามัธยฐานย้อนหลัง ๕ ปี และพบผู้ป่วยสูงสุดในเดือนตุลาคม

๒. ผลการศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา

๒.๑ ข้อมูลเวชระเบียนและข้อมูลผู้ป่วย

ผลการทบทวนข้อมูลเวชระเบียนทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของโรงพยาบาลหาดใหญ่ ระหว่างวันที่ ๑๘ กันยายน- ๑๘ ตุลาคม ๒๕๖๗ พบข้อมูลผู้ป่วยที่มีอาการทางคลินิกและมีประวัติเสี่ยงเข้าไปในบริเวณป่าสวนยางพารา แพทย์วินิจฉัยโรคสครับไทฟัสเข้ารับการรักษา โรงพยาบาลหาดใหญ่ รวมทั้งหมด ๔ ราย สถานภาพการเข้ารับรักษา แผนกผู้ป่วยนอกทั้งหมด (OPD case) จำแนกตามเพศ พบเพศชาย ๓ ราย หญิง ๑ ราย จำแนกตามอายุ พบค่ามัธยฐานของอายุ เท่ากับ ๓๙ ปี (พิสัย ๑๒-๔๓ ปี) จำแนกตามอาชีพ พบว่า อาชีพทำสวน (ยางพารา) ร้อยละ ๕๐ อาชีพงานบ้านและในปกครอง ร้อยละ ๒๕ ที่อยู่ผู้ป่วยพักอาศัย พบในพื้นที่ตำบลท่าข้าม ๒ รายและทุ่งใหญ่ ๒ ราย และมีประวัติเสี่ยงก่อนป่วยในช่วง ๒๑ วัน ทุกรายให้ประวัติเข้าไปในสวนยางพารา โดยมีกิจกรรมร่วมกันคือ ตัดไม้ยางพาราร่วมเหตุการณ์เดียวกัน คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ผู้ป่วยรายแรก (index case) ชายไทย อายุ ๓๙ ปี อาชีพทำสวนยางพารา ที่อยู่พักอาศัย หมู่ที่ ๒ ตำบลท่าข้าม อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ปฏิเสธโรคประจำตัว เริ่มป่วยวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๗ เริ่มมีอาการไข้สูง ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามตัว และมีแผลเหมือนบุหรีจี้ (Eschar) บริเวณขาหนีบ โดยเข้ารับรักษา โรงพยาบาลหาดใหญ่ ในวันที่ ๘ ตุลาคม ๒๕๖๗ ตรวจโดยแพทย์วินิจฉัยด้วยโรคสครับไทฟัส และเก็บตัวอย่างเลือด (Serum) ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Rapid test for Scrub typhus IgM & IgG) อาการแรกเริ่ม อุณหภูมิ ๓๗.๓ องศาเซลเซียส ชีพจร ๙๖ ครั้ง/นาที หายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๙๙/๖๒ มม./ปรอท แพทย์ให้ยารักษาปฏิชีวนะ doxycycline และตรวจกลับ (OPD Case)

ผู้ป่วยรายที่สอง หญิงไทย อายุ ๓๙ ปี อาชีพงานบ้าน ที่อยู่พักอาศัย หมู่ที่ ๒ ตำบลท่าข้าม อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ซึ่งเป็นภรรยาผู้ป่วยรายแรก ปฏิเสธโรคประจำตัว เริ่มป่วยวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๗ มีอาการไข้สูง ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามตัว ตาเหลือง และมีแผลเหมือนบุหรีจี้ (Eschar) บริเวณขาหนีบ โดยเข้ารับรักษา โรงพยาบาลหาดใหญ่ สาขาศูนย์แพทย์สามตำบล (CMU สามตำบล) ในวันที่ ๘ ตุลาคม ๒๕๖๗ ตรวจโดยแพทย์วินิจฉัยด้วยโรคสครับไทฟัส และเก็บตัวอย่างเลือด (Serum) ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Rapid test for Scrub typhus IgM & IgG) อาการแรกเริ่ม อุณหภูมิ ๓๙.๓ องศาเซลเซียส ชีพจร ๑๐๔ ครั้ง/นาที หายใจ ๒๒ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๐๓/๖๑ มม./ปรอท แพทย์ให้ยารักษาปฏิชีวนะ doxycycline และตรวจกลับ (OPD Case)

๒.๒ ผลการค้นหผู้ป่วยเพิ่มเติม พบผู้ป่วยเพิ่มจำนวน ๒ ราย เข้านิยามผู้ป่วยสงสัย

ผู้ป่วยรายที่สาม ชายไทย อายุ ๔๓ ปี อาชีพทำสวนยางพารา ที่อยู่พักอาศัย หมู่ที่ ๓ ตำบลทุ่งใหญ่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ปฏิเสธโรคประจำตัว เริ่มป่วยวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๗ เริ่มมีอาการไข้สูง ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามตัว และมีแผลเหมือนบุหรีจี้ (Eschar) บริเวณขาหนีบ โดยเข้ารับรักษา โรงพยาบาลหาดใหญ่ สาขาศูนย์แพทย์สามตำบล (CMU สามตำบล) ในวันที่ ๙ ตุลาคม ๒๕๖๗ ตรวจโดยแพทย์วินิจฉัยด้วยโรคสครับไทฟัส

ผู้ป่วยรายที่สี่ ชายไทย อายุ ๑๒ ปี อาชีพในปกครอง ที่อยู่พักอาศัย หมู่ที่ ๓ ตำบลทุ่งใหญ่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ปฏิเสธโรคประจำตัว เริ่มป่วยวันที่ ๗ ตุลาคม ๒๕๖๗ เริ่มมีอาการไข้สูง ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามตัว และมีแผลเหมือนบุหรีจี้ (Eschar) บริเวณขาหนีบ โดยเข้ารับรักษา โรงพยาบาลหาดใหญ่ สาขาศูนย์แพทย์สามตำบล (CMU สามตำบล) ในวันที่ ๙ ตุลาคม ๒๕๖๗ ตรวจโดยแพทย์วินิจฉัยด้วยโรคสครับไทฟัส

๒.๓ อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยโรคสครับไทฟัส ในพื้นที่ตำบลท่าข้ามและทุ่งใหญ่ ในช่วงวันที่ ๑๘ กันยายน - ๑๘ ตุลาคม ๒๕๖๗ พบว่า อาการแสดง ใช้ มีแผลเหมือนบุหรีจี้ (Eschar) ปวดเมื่อยตามตัว และปวดศีรษะ ทุกราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ และมีอาการตาเหลือง/ตัวเหลือง ๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๕

๒.๕ ข้อมูลประวัติเสี่ยง

ลำดับ	ผู้ป่วย	วิธี (Rapid test) ส่งตรวจรพ.หาดใหญ่		วิธี IFA (Single serum)* ส่งตรวจกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์		วิธี PCR
		Scrub typhus		Scrub typhus	Murine typhus	
		ครั้งที่ ๑	ครั้งที่ ๒			
๑	ชายไทย (Index case) อายุ ๓๙ ปี (ต.ท่าข้าม) วันเริ่มป่วย ๑ ต.ค.๖๗	วันที่เก็บ: ๗/๑๐/๖๗ IgM=Positive IgG=Negative	-	วันที่เก็บ: ๑๐/๑๐/๖๗ IgM <๑:๕๐ IgG <๑:๕๐ ผลไม่พบเชื้อ	วันที่เก็บ: ๑๐/๑๐/๖๗ IgM <๑:๕๐ IgG <๑:๕๐ ผลไม่พบเชื้อ	
๒	หญิงไทย อายุ ๓๙ ปี (ต.ท่าข้าม) วันเริ่มป่วย ๑ ต.ค.๖๗	วันที่เก็บ: ๗/๑๐/๖๗ IgM=Negative IgG=Negative	-	วันที่เก็บ: ๑๐/๑๐/๖๗ IgM <๑:๕๐ IgG <๑:๕๐ ผลไม่พบเชื้อ	วันที่เก็บ: ๑๐/๑๐/๖๗ IgM <๑:๕๐ IgG <๑:๕๐ ผลไม่พบเชื้อ	
๓	ชายไทย อายุ ๑๒ ปี (ต.ทุ่งใหญ่) วันเริ่มป่วย ๑ ต.ค.๖๗	วันที่เก็บ: ๙/๑๐/๖๗ IgM=Negative IgG=Negative	วันที่เก็บ: ๑๕/๑๐/๖๗ IgM=Positive IgG=Negative	-	-	วันที่เก็บ ๙/๑๐/๖๗ ผลไม่พบเชื้อ Not detected
๔	ชายไทย อายุ ๔๓ ปี (ต.ทุ่งใหญ่) วันเริ่มป่วย ๗ ต.ค.๖๗	วันที่เก็บ: ๗/๑๐/๖๗ IgM=Negative IgG=Negative		วันที่เก็บ: ๑๐/๑๐/๖๗ IgM <๑:๕๐ IgG <๑:๕๐ ผลไม่พบเชื้อ	วันที่เก็บ: ๑๐/๑๐/๖๗ IgM <๑:๕๐ IgG <๑:๕๐ ผลไม่พบเชื้อ	

พบว่าผู้ป่วยทั้ง ๔ ราย มีอาชีพเสริมรับจ้างตัดไม้ยางพาราเป็นช่วงๆมีกิจกรรมร่วมกันคือตัดและขนไม้ยางจากสวนยางพาราในช่วงวันที่ ๒๓ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๗ ในบริเวณป่าสวนยางพาราตำบลทุ่งใหญ่เป็นระยะเวลาวันละ ๘ ชั่วโมงและทั้ง ๔ รายไม่ได้สวมใส่อุปกรณ์ป้องกัน ไม่สวมถุงมือ และไม่สวมเสื้อผ้าคลุมแขนและขา

๓. ผลการศึกษาทางห้องปฏิบัติการ

เก็บตัวอย่างเลือด (Serum) ผู้ป่วยโรคสครับไทฟัสที่ได้รับการวินิจฉัย ทั้ง ๔ ราย ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการโดยผู้ป่วย จำนวน ๒ ราย วันที่เก็บตัวอย่าง ๑๐ ตุลาคม ๒๕๖๗ ส่งตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการเพื่อหาเชื้อริกเก็ตเซีย ด้วยเทคนิค IFA ซีรัมเดี่ยว (Scrub typhus & Murine typhus) ส่งตรวจสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุขกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ผลไม่พบการติดเชื้อริกเก็ตเซียทั้งสองราย และเก็บตัวอย่างเลือดผู้ป่วย (serum) จำนวน ๒ ราย ส่งตรวจหาภูมิคุ้มกัน (Serology) ด้วยวิธี Rapid test ผลตรวจพบเชื้อ (Scrub typhus IgM Positive๑+) พบให้ผลบวกทั้ง ๒ ราย ดังแสดงตารางที่ ๑

หมายเหตุ * หมายถึง ผลการตรวจยืนยันโดยวิธี IFA (Single serum) for Scrub typhus พบระดับภูมิคุ้มกัน IgM หรือ IgG Titer:๔๐๐ (คู่มือนิยามการรายงานโรคทางระบาดวิทยา ๒๕๕๓)

๔. ผลการศึกษาด้านสิ่งแวดล้อม

แหล่งที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยที่อยู่ในหมู่บ้านที่ ๒ ตำบลท่าข้าม อำเภอหาดใหญ่ พบว่า พื้นที่มีลักษณะภูมิประเทศเป็นที่ราบลุ่ม มีลำคลองและแหล่งน้ำธรรมชาติ เหมาะสมต่อการทำการเกษตร โดยเฉพาะสวนยางพารา สวนผลไม้ และการปลูกพืชไร่ ซึ่งเป็นอาชีพหลักของประชาชนในพื้นที่ บริเวณบ้านพักผู้ป่วยและพื้นที่โดยรอบ พบว่ามีพืชพรรณธรรมชาติขึ้นหนาแน่น ทั้งไม้ยืนต้น ไม้พุ่มและวัชพืช เนื่องจากหมู่บ้านที่ ๓ ตำบลทุ่งใหญ่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา มีพรมแดนติดกับ ตำบลท่าข้าม ซึ่งอยู่ทางทิศตะวันตกของตำบลทุ่งใหญ่ ระยะห่างระหว่าง ต.ทุ่งใหญ่ และพื้นที่ของตำบลท่าข้ามอยู่ในช่วงประมาณ ๒-๕ กิโลเมตร ซึ่งมีความใกล้ชิดการเชื่อมต่อของเส้นทางและลักษณะภูมิประเทศเหมือนกัน ทำให้มีความเป็นไปได้สูงที่ประชาชนในพื้นที่ทั้งสองจะมีปฏิสัมพันธ์กันในชีวิตประจำวัน เช่น การประกอบอาชีพ

ลักษณะที่อยู่อาศัยของผู้ป่วย สิ่งแวดล้อมบริเวณรอบๆบ้าน พื้นที่ลักษณะเป็นที่ราบสลับเนิน มีสวนยางพาราบริเวณโดยรอบ และมีพื้นที่ว่างเปล่าที่มีหญ้าขึ้นรกเป็นหย่อมๆ พื้นที่รอบๆ บ้านมีพืชพรรณธรรมชาติ และเศษวัชพืชที่ไม่ได้จัดการ มีการเก็บกองไม้ ใบไม้และบริเวณสวนยางพาราที่ผู้ป่วยมีประวัติการเข้าไปทำกิจกรรมตัดและขนไม้ยางพารา พบกองไม้ยางพารามีหญ้าขึ้นรก ซึ่งอาจเป็นแหล่งอาศัยของไรอ่อน (vector ของโรค Scrub typhus)

ผลการศึกษาในสัตว์รังโรค

วางกับดักสัตว์รังโรคบริเวณรอบๆบ้านผู้ป่วยและสวนยางพารา บริเวณรอบๆบ้านผู้ป่วยจำนวน ๕๐ กรง สวนยางพาราจำนวน ๕๐ กรง สามารถดักสัตว์นำโรคได้จากสวนยางพาราจับได้เป็นหนู ๑ ตัว โดยเก็บตัวอย่างเลือดจากหนู ส่งตรวจด้วยวิธี PCR ณ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหาร ผลไม่พบเชื้อ

มาตรการควบคุมและป้องกันโรคหลังการระบาด

๑. ให้ความรู้โรค สุขศึกษา ความตระหนักเกี่ยวกับการป้องกันตนเอง ให้กับประชาชนในพื้นที่ตำบลท่าข้ามและทุ่งใหญ่และผู้ประกอบอาชีพเสี่ยง
๒. สื่อสาร ประชาสัมพันธ์ ข้อมูลโรค สถานการณ์โรคscrub typhusให้กับผู้บริหารท้องถิ่นและประชาชนทั่วไปในพื้นที่เสี่ยงและพื้นที่ใกล้เคียง โดยใช้เวทีการประชุมประจำเดือนของหมู่บ้าน
๓. วางกับดักสัตว์รังโรคที่สงสัยได้แก่ หนู เพื่อส่งตรวจหาเชื้อ

อภิปรายผล

การพบการระบาดของโรคscrub typhusในครั้งนี้ คาดว่าแหล่งโรคจะมาจากบริเวณป่าสวนยางพารา ซึ่งสอดคล้องกับการระบาดของโรคscrub typhusในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา ที่พบผู้ป่วยจากป่าธรรมชาติอุทยานเขาใหญ่ (๒) และป่าธรรมชาติซึ่งเชื้อริกเกิดเขียที่มีไรอ่อนเป็นพาหะนำโรค ไรอ่อนในระยะนี้พบอาศัยอยู่กับสัตว์ประเภทฟันกัดแทะ เช่น หนูนา หนูหริ่ง กระแต กระรอก แหล่งอาศัยของสัตว์ฟันกัดแทะส่วนใหญ่บริเวณตามป่าละเมาะ หรือป่าธรรมชาติ รวมถึงทุ่งหญ้าพื้นที่ที่มีหญ้าคา และทุ่งนาปลูกข้าว ซึ่งบริเวณดังกล่าวเป็นแหล่ง

อาหารของสัตว์ฟันกัดแทะและไรพาหะระยะตัวอ่อนที่อาศัยอยู่บนตัวสัตว์เหล่านั้น(๓) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมที่สามารถพบได้ทุกภาค รวมทั้งนักท่องเที่ยวเชิงธรรมชาติที่ไปตั้งแคมป์พักค้างแรมตามแนวชายป่า หรือในอุทยานธรรมชาติทั่วประเทศโดยพักใช้ระยะเวลานาน ช่วงเวลาในเหตุการณ์ครั้งนี้พบในฤดูฝนช่วงเดือนตุลาคมที่พบรายงานผู้ป่วยติดเชื้อ สอดคล้องกับการระบาดของโรคสครับไทฟัสในจังหวัดพังงา(๑) เหตุการณ์ครั้งนี้ไม่พบผู้ป่วยยืนยัน

สรุปผลจากการศึกษาพบการระบาดของโรคสครับไทฟัสในพื้นที่สองตำบลจริง โดยพบผู้ป่วยเข้าข่าย ๒ รายและผู้ป่วยสงสัย ๒ รายในสองตำบล คือ ตำบลท่าข้ามและตำบลทุ่งใหญ่ รวมจำนวน ๔ ราย พบความเชื่อมโยงทางระบาดวิทยาจากการประกอบอาชีพตัดไม้ในสวนยางพาราจากแหล่งเดียวกัน และผู้ป่วยทั้งหมดมีความสัมพันธ์ในครอบครัวเดียวกัน ไม่พบผู้ป่วยสงสัยอื่นเพิ่มเติม และจากการค้นหาแหล่งรังโรค โดยการเก็บตัวอย่างเลือดจากหนูในพื้นที่เสี่ยง ผลไม่พบเชื้อ คาดว่าเชื่อน่าจะอยู่ในพื้นที่เดียวกัน มาตรการควบคุมโรค เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่และหน่วยงานท้องถิ่นควรเพิ่มการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ แจ้งสถานการณ์โรค ให้สูศึกษาในการป้องกันตนเอง รวมทั้งจัดเตรียมสนับสนุนยาป้องกันแมลงกัดให้กับประชาชนกลุ่มเสี่ยง

ข้อเสนอแนะ

๑. แนะนำให้เจ้าของบ้านที่มีผู้ป่วยและประชาชนผู้ประกอบอาชีพเสี่ยง กำจัดหนูในบ้านและบริเวณรอบบ้าน
๒. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่และหน่วยงานท้องถิ่น เพิ่มการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์เพื่อให้ทราบลักษณะอาการเบื้องต้น ความเป็นมาของโรค บริเวณที่เสี่ยงการติดต่อและการควบคุมป้องกันโรค การใช้ยาป้องกันตนเอง ป้องกันแมลงกัด เช่น สารทาที่มี DEET ใช้ทาบริเวณผิวหนัง แต่งตัวให้รัดกุม สวมรองเท้าหุ้มส้นและถุงเท้า ก่อนเข้าพื้นที่เสี่ยง
๓. หน่วยงานท้องถิ่นจัดเตรียมและสนับสนุนทรัพยากรสำหรับกำจัดหนูเพื่อแจกจ่ายให้ประชาชนและผู้ประกอบอาชีพเสี่ยง
๔. หลีกเลี่ยงการนั่ง นอน ตามพื้นดิน ที่คาดว่าจะมีไรอ่อนอาศัยอยู่
๕. ถ้ามีอาการไข้ ปวดศีรษะ ครั่นเนื้อ ครั่นตัว อาจมีผื่นตามลำตัว แขน ขา หรือมีแผล Eschar หลังออกมาจากพื้นที่เสี่ยง ควรไปพบแพทย์โดยเร็ว

เอกสารอ้างอิง

๑. กองระบาดวิทยา. *นियามการรายงานโรคและแนวทางการรายงานโรคติดต่ออันตรายและโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังโรคในประเทศไทย*. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๓, ๖๔-๖๕.
๒. จตุรภัณฑิตและคณะสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา น. การสอบสวนการระบาดของโรคใช้รากสาดใหญ่ (สครับไทฟัส) อำเภอเมือง, กะปง และ ตะกั่วป่า จังหวัดพังงา เดือนตุลาคม – พฤศจิกายน ๒๕๕๓. สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข: WESR รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์, ๔๒ (๔)
๓. เจริญวิริยะภาพ ธ. ไรอ่อน สัตว์ขาข้ออันตราย : พาหะนำโรคสครับไทฟัส. สืบค้น พฤษภาคม ๑, ๒๕๖๘. -จาก <https://science.royalsociety.go.th>

๔. ลีลัตตา ขิตยั้งวรา. (๒๐๐๔).โรคสครับไทฟัส (Scrub Typhus) . รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์, ๓๕ (๒๕)
๕. เอกรัักษ์รุ่งเรือง น. (๒๕๕๒).การสอบสวนการระบาดของโรคสครับไทฟัสในกลุ่มค่ายศึกษาธรรมชาติ อุทยานแห่งชาติเขาใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข: WESR รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์; ๔๐ (๒๕)

การสอบสวนการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ชนิด B ในโรงเรียนแห่งหนึ่งและในชุมชน อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ ระหว่างวันที่ ๒๒ มกราคม - ๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘

สุวิมล สีเหลือง สันถุนา พลพวก และปัญญา พิจารย์
โรงพยาบาลไพรบึงสสอ.ไพรบึง,

บทคัดย่อ

การสอบสวนการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ในโรงเรียนแห่งหนึ่งและในชุมชน อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ ระหว่างวันที่ ๒๒ มกราคม - ๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘ มีวัตถุประสงค์เพื่อยืนยันการวินิจฉัยและการระบาดของโรค ลักษณะการกระจายของโรคตามบุคคลเวลาสถานที่ การค้นหาแหล่งโรคและกำหนดมาตรการควบคุมและป้องกันโรคใช้วิธีการศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนาโดยรวบรวมข้อมูลประวัติการรักษาของผู้ป่วย สอบถามนักเรียนและบุคลากร ศึกษาข้อมูลผู้ป่วยเปรียบเทียบกับค่ามัธยฐาน ๕ ปีย้อนหลัง และค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม การศึกษาสิ่งแวดล้อมและการศึกษาทางห้องปฏิบัติการ โดยเก็บตัวอย่างส่งตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ ด้วยวิธีRT-PCRผลการสอบสวนพบผู้ที่มีอาการเข้าได้กับนิยามโรคไข้หวัดใหญ่รวม ๑๗ ราย พบในโรงเรียน ๑๔ ราย และพบในชุมชน ๓ รายอายุเฉลี่ย ๑๐.๔๔ ปี อัตราส่วนผู้ป่วยเพศชายต่อเพศหญิง เท่ากับ ๑ : ๑.๔๒การแพร่ระบาดของโรคในโรงเรียนคิดเป็นอัตราป่วยร้อยละ ๔.๑๕นักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ ๔/๒ ป่วยมากที่สุดร้อยละ ๒.๓๗ผลการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการด้วย Influenza A/B Ag Rapid Test พบ Influenza Bจำนวน ๓ ราย และตรวจด้วยเทคนิค Real time RT-PCR จำนวน ๓ ตัวอย่าง พบสารพันธุกรรมไวรัส Influenza จำนวน ๒ ตัวอย่าง ทุกรายมีอาการไข้ รองลงมามีน้ำมูกร้อยละ ๘๗.๔๔ และไอ ร้อยละ ๘๘.๘๙ รูปแบบการระบาดแบบ แหล่งโรคแพร่กระจาย โดยการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ที่มีอาการการใช้ภาชนะร่วมกัน และการทำกิจกรรมร่วมกัน ภายหลังจากดำเนินการตามมาตรการป้องกันควบคุมโรค พบผู้ป่วยรายสุดท้าย ในวันที่ ๒๓มกราคม ๒๕๖๘และเฝ้าระวังต่อไปอีก ๑๔ วัน ไม่พบผู้ป่วยรายใหม่

หลักการ และเหตุผล

วันที่ ๒๒ มกราคม ๒๕๖๘ เวลา ๑๑.๑๐ น. งานควบคุมโรคติดต่อ โรงพยาบาลไพรบึง ตรวจจับการระบาดรายงาน ๕๐๖ พบผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ที่แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน ๓ ราย โดยผู้ป่วยทุกรายศึกษาอยู่ที่โรงเรียนแห่งหนึ่งในอำเภอไพรบึง มีอาการในลักษณะเดียวกัน คือ ไข้ ไอ มีน้ำมูก อาเจียนที่มปฏิบัติกรสอบสวนควบคุมโรคอำเภอไพรบึงจึงดำเนินการลงพื้นที่สอบสวนและควบคุมโรค ระหว่างวันที่ ๒๒ - ๒๙ มกราคม ๒๕๖๘ เพื่อยืนยันการระบาด หาขอบเขตการระบาดและการกระจายของโรค ค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมทั้งในโรงเรียนและชุมชน

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อยืนยันการวินิจฉัยและยืนยันการระบาดของโรค
๒. เพื่ออธิบายขนาดปัญหาและการกระจายของโรคตามบุคคล เวลา สถานที่
๓. เพื่อค้นหาแหล่งโรค วิธีการถ่ายทอดโรค ปัจจัยเสี่ยงและผู้สัมผัสโรค

๔. เพื่อกำหนดมาตรการควบคุมและป้องกันโรค

วิธีดำเนินการ

๑. รวบรวมข้อมูลประวัติการรักษาของผู้ป่วย จากเวชระเบียนผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลไพรบิ่ง ในช่วงระหว่างวันที่ ๑๔-๒๙ มกราคม ๒๕๖๘ ผลการวินิจฉัยของแพทย์และติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ รวมทั้งสอบถามนักเรียนและบุคลากรโรงเรียนโดยใช้แบบสอบถามโรคไข้หวัดใหญ่เฉพาะราย

๒. ศึกษากระบวนเชิงพรรณนา เพื่ออธิบายขนาดปัญหาและการกระจายของโรคตาม บุคคล เวลา สถานที่ โดยศึกษาข้อมูลสถานการณ์โรคไข้หวัดใหญ่ในจังหวัดศรีสะเกษและอำเภอไพรบิ่ง ศึกษาข้อมูลผู้ป่วยย้อนหลังในระบบรายงานโรค

๓. ค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมในโรงเรียนและในชุมชน โดยใช้นิยามผู้ป่วย ดังนี้

๓.๑ ผู้ป่วยสงสัย หมายถึง เด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ ๔-๕ ที่ศึกษาอยู่โรงเรียนแห่งหนึ่ง ตำบลสำโรงพลัน และเด็กอายุตั้งแต่ ๖-๑๕ ปี ในชุมชนหมู่ที่ ๑ และหมู่ที่ ๑๓ ตำบลสำโรงพลัน อำเภอไพรบิ่ง จังหวัดศรีสะเกษ ที่มีไข้ ไอ น้ำมูก ปวดศีรษะ อาเจียน หรือมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง ตั้งแต่ วันที่ ๑๔-๒๙ มกราคม ๒๕๖๘

๓.๒ ผู้ป่วยยืนยัน หมายถึง ผู้ป่วยสงสัยไข้หวัดใหญ่ที่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Influenza A/B Ag Rapid Test พบ Positive Influenza หรือด้วยวิธี Reverse transcription polymerase chain reaction (RT-PCR) พบสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่

๔. ศึกษาสิ่งแวดล้อม สัมภาษณ์ครูประจำชั้น กิจกรรมประจำวันของเด็กนักเรียน และสำรวจสภาพแวดล้อมทั่วไปในโรงเรียน ได้แก่ สภาพภายในห้องเรียน โรงอาหาร ห้องน้ำ ลักษณะของน้ำดื่ม น้ำใช้ รวมทั้งสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบในการทำกิจกรรมต่างๆ

๕. ศึกษาทางห้องปฏิบัติการ ด้วยวิธี Reverse transcription polymerase chain reaction (RT-PCR) เพื่อตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ โดยสุ่มเก็บจากผู้ที่มีอาการเข้าตามนิยาม จากการเก็บตัวอย่าง Nasopharyngeal swab และ Throat swab ใส่ใน VTM จำนวน ๓ ตัวอย่าง ส่งตรวจสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐อุบลราชธานี

ผลการศึกษา

๑. การศึกษาเพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรค

วันที่ ๒๒ มกราคม ๒๕๖๘ เวลา ๑๑.๓๐ น. ทำการสอบสวนโรคเฉพาะราย (Index case) เพศหญิง อายุ ๑๐ ปีศึกษาอยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ ๕ โรงเรียนแห่งหนึ่งในตำบลสำโรงพลัน เริ่มมีอาการเมื่อวันที่ ๒๒ มกราคม ๒๕๖๘ มาด้วยอาการไข้ ไอ น้ำมูก อาเจียน ปวดท้อง จึงเข้ารับการักษาที่โรงพยาบาลไพรบิ่ง เมื่อวันที่ ๒๒ มกราคม ๒๕๖๘ เวลา ๐๙.๓๑ น. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจำเพาะ Influenza A/B Ag Rapid Test พบ Positive Influenza B ในวันเดียวกันได้ทำการสอบสวนผู้ป่วยเพิ่มเติม ๒ ราย ผู้ป่วยรายแรกมาด้วยอาการไข้ ไอ น้ำมูก ปวดศีรษะ อาเจียนรายที่สองมาด้วยอาการไข้ ไอ น้ำมูก ปวดศีรษะ ถ่ายเหลวทั้งสองรายศึกษาอยู่ที่โรงเรียนแห่งหนึ่งในตำบลสำโรงพลันชั้นประถมศึกษาปีที่ ๒ และ ๔ ตามลำดับ และจากการศึกษาเวชระเบียนผู้ป่วย

ระหว่างวันที่ ๑๔-๒๒ มกราคม ๒๕๖๘ พบผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ในสถานที่เดียวกันที่
แผนกผู้ป่วยนอก รวม ๘ ราย

๒. การศึกษาระบาดเชิงพรรณนา

๒.๑ ข้อมูลสถานการณ์โรค

สถานการณ์โรคไข้หวัดใหญ่ของจังหวัดศรีสะเกษ ในช่วง ๕ ปีที่ผ่านมา พบว่าผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่ มีแนวโน้ม
เพิ่มสูงขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๖๖ โดยตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๖๓-๒๕๖๗ จังหวัดศรีสะเกษ พบอัตราป่วย ๖๑.๕๒, ๒๐.๒๑,
๔๒.๙๐, ๓๒๑.๙๗ และ ๔๗๐.๔๒ ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ อำเภอไพรบึง พบอัตราป่วย ๘.๓๕, ๖.๒๗,
๙๘.๑๗, ๗๙๓.๗๒ และ ๙๐๘.๖๐ ตามลำดับ

โรคไข้หวัดใหญ่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยในปี พ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๖๗ จะพบผู้ป่วยสูงในช่วงต้นเดือน
กรกฎาคมไปจนถึงเดือนตุลาคม เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยรายเดือนในปี พ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๖๗ พบผู้ป่วยสูงกว่า
ค่ามัธยฐาน ๕ ปีย้อนหลัง โดยข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา มีรายงานผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ในพื้นที่
จังหวัดศรีสะเกษ ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม-๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๗ พบผู้ป่วยทั้งหมด ๖,๘๔๖ ราย อัตราป่วย ๔๗๐.๔๒
ต่อประชากรแสนคน อำเภอไพรบึงพบผู้ป่วย ๔๓๕ ราย อัตราป่วย ๙๐๘.๕๙ ต่อประชากรแสนคน ไม่พบรายงาน
ผู้เสียชีวิต

๒.๒ ลักษณะการกระจายของโรคตามบุคคล

ผลการสอบสวนโรคในโรงเรียนแห่งหนึ่งและในชุมชน หมู่ที่ ๑ และหมู่ที่ ๑๓ ตำบลลำโรงพลันระหว่าง
วันที่ ๑๔-๒๙ มกราคม ๒๕๖๘ พบผู้ป่วยที่มีอาการเข้าได้ตามนิยามของโรคไข้หวัดใหญ่จำนวน ๑๗ ราย ส่วนใหญ่
อยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ ๔/๒ อายุเฉลี่ย ๑๐.๔๔ ปี (Min=๔, Max=๒๖) สัดส่วนเพศชาย ร้อยละ ๔๑.๑๓ เพศหญิง
ร้อยละ ๕๘.๘๒ อัตราส่วนผู้ป่วย เพศชายต่อเพศหญิง เท่ากับ ๑ : ๑.๔๒ เมื่อจำแนกผู้ป่วยตามอาการและอาการ
แสดง พบผู้ป่วยมีอาการไข้ทุกราย ร้อยละ ๑๐๐ รongลงมามีน้ำมูก ร้อยละ ๙๗.๔๔, ไอ ร้อยละ ๘๘.๘๙, ปวดท้อง/
ถ่ายเหลว ร้อยละ ๓๓.๓๓ และอาเจียน ร้อยละ ๒๗.๗๘

๒.๓ ลักษณะการกระจายของโรคตามเวลา

ผลการสอบสวนโรคจากผู้ป่วยที่ได้รับรายงาน จำนวน ๓ ราย พบผู้ป่วยรายแรก (Index Case) เริ่มป่วย
เมื่อวันที่ ๒๒ มกราคม ๒๕๖๘ รายที่สองและสามอาศัยอยู่ที่บ้านหลังเดียวกัน เริ่มป่วยเมื่อวันที่ ๑๘ และ ๑๙
มกราคม ๒๕๖๘ ตามลำดับ จากการค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมในพื้นที่ พบผู้ป่วยที่เข้าได้ตามนิยามผู้ป่วยสงสัยโรค
ไข้หวัดใหญ่อีกจำนวน ๑๔ ราย โดยพบผู้ป่วยที่คาดการณ์เป็นรายแรกของการระบาด (First Case) เริ่มป่วยเมื่อ
วันที่ ๑๔ มกราคม ๒๕๖๘ และผู้ป่วยรายล่าสุดเริ่มป่วยเมื่อวันที่ ๒๗ มกราคม ๒๕๖๘

๒.๔ ลักษณะการกระจายของโรคตามสถานที่

ผลการสอบสวนโรคผู้ป่วยที่ได้รับรายงานและจากการค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม พบผู้ป่วยที่เข้าได้ตามนิยาม
ผู้ป่วยสงสัยโรคไข้หวัดใหญ่รวมทั้งสิ้น ๑๗ ราย ศึกษาอยู่ที่โรงเรียนแห่งหนึ่ง จำนวน ๑๔ ราย คิดเป็นร้อยละ
๘๒.๓๕ พบในชุมชนจำนวน ๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๗.๖๕

๓. การศึกษาสิ่งแวดล้อม

๓.๑ ผลการศึกษาสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน

ด้านการเรียนการสอนโรงเรียนแห่งนี้ตั้งอยู่ที่ตำบลสำโรงพลัน อำเภอไพรีบึง จังหวัดศรีสะเกษเป็นโรงเรียนขยายโอกาส เปิดทำการเรียนการสอนตั้งแต่ชั้นอนุบาล ๒ จนถึง ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๓ จำนวนนักเรียนทั้งสิ้น ๓๓๗ คนมีการจัดการเรียนการสอนแต่ละชั้นเรียนแยกตามอาคารเรียนต่างๆ โดยนักเรียนที่พบผู้ป่วยมากที่สุด เป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ ๔ รองลงมาเป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ ๕ และชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๒ ที่มีการจัดการเรียนการสอนในอาคารเดียวกันและพบผู้ป่วยในชั้นประถมศึกษาปีที่ ๒ (เป็นผู้ป่วยที่มีการแพร่ระบาดในครอบครัว)

ด้านสุขอนามัย นักเรียนรับประทานอาหารกลางวันร่วมกัน โดยจะมารับอาหารที่โรงครัวเพื่อนำไปรับประทานที่โต๊ะอาหารตามจุดอาคารเรียนต่าง ๆ โดยมีภาชนะแยกคนละชุด และมีขวดน้ำส่วนตัว ไม่พบจุดบริการน้ำดื่มหรือตู้กดน้ำ แต่จะมีก๊อกน้ำเพื่อใช้ประโยชน์ในโรงครัว โดยนักเรียนมักจะนำขวดน้ำมากรอกน้ำที่ก๊อกน้ำนี้ เป็นประจำ พบจุดล้างมือสาธารณะ ๑ จุด แต่ไม่มีการใช้สอยมีห้องน้ำตามอาคารเรียนต่างๆ และห้องน้ำสาธารณะแยกชายหญิง ห้องน้ำบางจุดมีสบู่และเจลล้างมือ มีอ่างล้างมือที่ห้องน้ำทุกจุดทุกๆ วันนักเรียนจะมีกิจกรรมร่วมกันหรือเล่นด้วยกันก่อนเลิกเรียนโดยล่าสุดมีการจัดงานวันเด็กที่โรงเรียน เมื่อวันที่ ๑๑ มกราคม ๒๕๖๘ ที่ผ่านมา

๓.๒ ผลการศึกษาสิ่งแวดล้อมในชุมชน

จากการค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมในชุมชนได้ทำการศึกษาสภาพแวดล้อมภายในและภายนอกบ้านพบรอบๆ บ้านสะอาด อากาศถ่ายเทได้สะดวก ลักษณะเป็นบ้านปูนชั้นเดียว ปัจจัยเสี่ยงของการแพร่ระบาดของโรคมาจากสมาชิกภายในครอบครัวรับประทานอาหารร่วมกันโดยไม่ใช้ช้อนกลาง ดื่มน้ำจากภาชนะเดียวกัน และนอนในห้องนอนเดียวกัน รวมทั้งมีการเล่นคลุกคลีกันเป็นประจำในกลุ่มเพื่อนในชุมชน เช่น กิจกรรมวิ่งว่าวกลางแจ้ง

๔. การศึกษาทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจวินิจฉัยโรคจากตึกผู้ป่วยนอก ระหว่างวันที่ ๑๗-๓๑ มกราคม ๒๕๖๘ มีการเก็บตัวอย่างผู้ป่วยด้วยวิธี Nasopharyngeal swabส่งตรวจ Influenza A/B Ag Rapid Test ที่ห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลไพรีบึงผลพบ Positive Influenza B จำนวน ๓ ราย และจากการเก็บตัวอย่างเมื่อวันที่ ๒๙ มกราคม ๒๕๖๘ ด้วยวิธี Nasopharyngeal swab/Throat swab จำนวน ๓ ตัวอย่างใส่ VTM for influenza วิเคราะห์ผลทางห้องปฏิบัติการของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ อุบลราชธานี ด้วยเทคนิค real-time RT-PCR ผลพบ Positive Influenza B จำนวน ๒ ตัวอย่าง

มาตรการควบคุมป้องกันโรค

๑. วันที่ ๒๒ มกราคม ๒๕๖๘ ทีมสอบสวนควบคุมโรคติดต่ออำเภอไพรีบึง ได้ออกสอบสวนโรคเบื้องต้นกับครูประจำชั้นและญาติผู้ป่วยในชุมชน

๒. แจ้งสถานศึกษาเพิ่มเติมจุดคัดกรองนักเรียนก่อนเข้าเรียน ตรวจคัดกรองเด็กที่มีอาการไข้ ไอ น้ำมูก อาเจียน หากมีอาการเหล่านี้ให้หยุดเรียน พร้อมทั้งแนะนำการดูแลตัวเองและส่งเสริมพฤติกรรมให้เด็กนักเรียนล้างมือ และสวมหน้ากากอนามัย

๓. แนะนำสถานศึกษาให้มีจุดสำหรับบริการล้างมือด้วยน้ำและสบู่ จัดหาแอลกอฮอล์เจล ๗๐ % และหน้ากากอนามัย ทำความสะอาดพื้นผิวและวัสดุที่เด็กใช้ร่วมกัน เช่น ราวบันได แป้นพิมพ์คอมพิวเตอร์ ลูกบิดประตู ด้วยผงซักฟอก หรือ Sodium Hypochloride

๔. จัดเตรียมชุดตรวจคัดกรอง Rapid test ในผู้ป่วยที่มีอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ในโรงเรียน

๕. ให้สุศึกษาเด็กนักเรียนและคนในครอบครัวผู้ป่วย ในการป้องกันตนเองจากการสัมผัสโรค
๖. ค้นหาผู้ที่มีการสงสัยเพิ่มเติม โดยใช้นิยามผู้ป่วยที่มีการใช้ ไอ น้ำมูก ปวดศีรษะ อาเจียน หรือมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง ในช่วงวันที่ ๑๔-๒๙ มกราคม ๒๕๖๘ และเผื่อระวางการแพร่ระบาดเป็นกลุ่มก้อนไปอีก ๒ เท่าของระยะฟักตัว

อภิปรายผล

การระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ในโรงเรียนและชุมชนครั้งนี้ ยืนยันการวินิจฉัยโรคและยืนยันการระบาดเป็นการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ชนิด B โดยยืนยันจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการด้วยวิธีการตรวจหาแอนติเจนของเชื้อไข้หวัดใหญ่จาก Influenza A/B Ag Rapid Test จำนวน ๓ ราย และการตรวจหาสารพันธุกรรมของไวรัสด้วยเทคนิค real-time RT-PCR จำนวน ๒ ราย ผู้ป่วยมีลักษณะอาการ และอาการแสดงเข้าได้กับโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล ได้แก่ ใช้ ไอ มีน้ำมูก ปวดศีรษะถ่ายเหลว อาเจียน เจ็บคอ พบผู้ป่วยรวม ๑๗ราย พบในโรงเรียนแห่งหนึ่ง จำนวน ๑๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๘๒.๓๕ และพบในชุมชนตำบลสำโรงพลัน จำนวน ๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๗.๖๕ การแพร่ระบาดในโรงเรียนคิดเป็นอัตราป่วยร้อยละ ๔.๑๕ ซึ่งน้อยกว่าการศึกษาการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ชนิด A ในโรงเรียนแห่งหนึ่งอำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น เมื่อวันที่ ๒-๑๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๕ ที่มีอัตราป่วยร้อยละ ๑๙.๕๒ และน้อยกว่าการศึกษาการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ โรงเรียนประจำแห่งหนึ่ง อำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย ระหว่างวันที่ ๒๙ สิงหาคม-๗ กันยายน ๒๕๖๕ ที่มีอัตราป่วยร้อยละ ๒๖.๐๐ จากเส้นโค้งของการระบาด (Epidemic curve) เป็นแบบแหล่งโรคแพร่กระจายในชั้นเรียนและกระจายไปตามชั้นเรียนต่างๆ รวมถึงมีการแพร่ระบาดภายในครอบครัวและชุมชนการแพร่กระจายเชื้อเกิดการรับประทานอาหารและการทำกิจกรรมร่วมกัน มีการจัดโต๊ะเรียนชิดกัน ประกอบกับจุดบริการน้ำดื่มเป็นบริเวณที่เปียกชื้นและยังไม่ได้มาตรฐานเหมาะสมกับการเจริญเติบโตของเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ห้องน้ำ ห้องสุขา เป็นจุดที่มีการใช้งานร่วมกัน แต่ไม่มีสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ในการล้างมือรวมทั้งมีจุดบริการสำหรับล้างมือในโรงเรียนแต่ไม่มีการใช้งาน

ปัญหาและข้อจำกัดในการสอบสวน

๑. เหตุการณ์การระบาดครั้งนี้ พบผู้ป่วยรายแรกเริ่มป่วยวันที่ ๑๔ มกราคม ๒๕๖๗ การวินิจฉัยแรกรับ Common Cold ทำให้ระบบไม่มีการตรวจจับรหัสโรคที่ต้องเผื่อระวางในรายงาน ๕๐๖ และผู้ป่วยมีการเข้ารับบริการในสถานพยาบาลหลายแห่ง ทำให้ไม่ทราบประวัติการรักษาในบางส่วน
๒. ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการเป็นผู้ป่วยใน ไม่มีผลการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการเพื่อหาเชื้อไข้หวัดใหญ่ และแพทย์วินิจฉัยสงสัยโรคไข้เด็งกี ทำให้การลงสอบสวนโรคเบื้องต้น เป็นการสอบสวนโรคเฉพาะรายโรคไข้เด็งกี
๓. การแพร่ระบาดครั้งนี้มีลักษณะเป็นแหล่งโรคแพร่กระจาย ซึ่งเป็นการถ่ายทอดโรคแบบคนไปสู่คนทำให้การค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมในชุมชนเป็นไปได้ค่อนข้างยาก
๔. ชุดตรวจ Influenza A/B Ag Rapid Test ในสถานพยาบาล ยังมีไม่เพียงพอสำหรับการใช้ในการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกในพื้นที่
๕. สถานพยาบาลมีชุดนำส่งตัวอย่าง VTM และ UTM ในจำนวนที่จำกัด
๖. คณะครูและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ยังไม่ทราบว่าต้องรายงานผู้ป่วยที่อาการคล้ายไข้หวัดใหญ่เป็นกลุ่มก้อน ๕ รายขึ้นไปใน ๑ สัปดาห์ในสถานที่เดียวกัน ให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ทราบ

สรุปผลการสอบสวน

การระบาดในครั้งนี้เป็นการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ชนิด B ในโรงเรียนแห่งหนึ่งและในชุมชน อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ พบผู้ป่วยตามนิยามของโรคไข้หวัดใหญ่ จำนวน ๑๓รายไม่พบผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงหรือเสียชีวิต อายุเฉลี่ย ๑๐.๔๔ ปี สัดส่วนเพศชาย ร้อยละ ๔๑.๑๓ เพศหญิง ร้อยละ ๕๘.๘๖ อัตราส่วนผู้ป่วยเพศชายต่อเพศหญิง เท่ากับ ๑ : ๑.๔๒ พบผู้ป่วยคาดการณ์เป็นรายแรกของการระบาด (First Case) เริ่มป่วยเมื่อวันที่ ๑๔ มกราคม ๒๕๖๘ และพบผู้ป่วยมากที่สุดในวันที่ ๑๘-๑๙ มกราคม ๒๕๖๘ รูปแบบการระบาดแบบแหล่งโรคแพร่กระจาย ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการระบาดในครั้งนี้ ได้แก่การสัมผัสใกล้ชิดกับผู้มีอาการ การใช้ภาชนะรับประทานอาหารร่วมกัน การทำกิจกรรมร่วมกัน (กิจกรรมวิ่งวุ่นในชุมชน) ภายหลังการดำเนินการตามมาตรการป้องกันควบคุมโรค คือการสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือบ่อยๆ การเว้นระยะห่าง และการคัดกรองนักเรียนก่อนเข้าเรียน ทำให้การระบาดสงบลงและพบผู้ป่วยรายสุดท้ายในวันที่ ๒๗มกราคม ๒๕๖๘

ข้อเสนอแนะ

๑. ทบทวนการประสานงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในกรณีพบเด็กที่มีอาการเข้าได้กับโรคไข้หวัดใหญ่ โดยการให้คำแนะนำผู้ปกครองพาเด็กไปพบแพทย์เพื่อยืนยันการวินิจฉัย

๒. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จัดซื้อชุดตรวจคัดกรองโรคไข้หวัดใหญ่ชนิดตรวจหาแอนติเจน เพื่อเป็นการคัดกรองโรคเบื้องต้น และตรวจจับการระบาดในพื้นที่

๓. จัดประชุมแนวทางการเฝ้าระวังโรคให้กับคณะครูและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยหากพบผู้ป่วยสงสัยไข้หวัดใหญ่หรือมีอาการระบบทางเดินหายใจ ควรแยกผู้ป่วยออกจากการทำกิจกรรม หรือหากพบผู้ป่วยเป็นกลุ่มก้อนควรรีบดำเนินการแจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อการดำเนินการควบคุมโรคไม่ให้แพร่ระบาดเป็นวงกว้าง

๔. จัดทำหนังสือประชาสัมพันธ์ถึงมาตรการการเฝ้าระวังโรคติดต่อที่พบบ่อยในฤดูกาลนั้น ๆ ให้สถานศึกษาและผู้นำชุมชน รวมถึงให้ดำเนินการตามมาตรการควบคุมโรคอย่างเคร่งครัดกรณีพบมีการระบาดของโรคในพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

๑. กรมควบคุมโรค. (๒๕๖๓). *นิยามโรคและแนวทางการรายงานโรคติดต่ออันตรายและโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด แคนนา กราฟฟิค.
๒. ดร.ณิ โพธิ์ศรี และเอกพล เสมอชัย. (๒๕๖๐). รายงานการสอบสวนการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ชนิด A สายพันธุ์ H๓ ในค่ายทหารแห่งหนึ่ง จังหวัดนครปฐม. *วารสารควบคุมโรค*, ๔๔ (๓)
๓. ธรรมนูญ สุทธรังค์ และคณะ. (๒๕๖๑). การสอบสวนการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A/H๓N๑ ในเรือนจำแห่งหนึ่งจังหวัดพิษณุโลก เดือนกรกฎาคม - กันยายน ๒๕๖๑. *รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์*, ๕๐ (๒๓)
๔. พิษณุพร สายคำพอน และคณะ. (๒๕๖๕). การสอบสวนการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ โรงเรียนประจำแห่งหนึ่ง อำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย ระหว่างวันที่ ๒๙ สิงหาคม - ๗ กันยายน ๒๕๖๕. *วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร. ๒ พิษณุโลก*, ๙ (๓)

๕. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. (๒๕๖๗). การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อที่สำคัญในพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ, ประจำปีสัปดาห์ที่ ๕๒.
๖. เครือวัลย์ อินทองและคณะ. (๒๕๖๖). การสอบสวนการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ชนิด A ในโรงเรียนแห่งหนึ่งอำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น วันที่ ๒ - ๑๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๕. วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๘ จังหวัดอุดรธานี, ๒ (๑)

รายงานสอบสวนอุบัติเหตุกรณี : อุบัติเหตุหม้อรถยนต์กะบะเสียหลักพุ่งชนคนที่มาชมมหรสพ
งานบุญเสียชีวิต ถนนทางหลวงพยุห้-ขุนหาญ บริเวณหน้าวัดสำโรงพลัน ตำบลสำโรงพลัน
อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ

วารสารณ์ บังเอิญ
โรงพยาบาลไพรบึง

หลักการ และเหตุผล

วันเสาร์ที่ ๒๕ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๖ ศปภ.อำเภอไพรบึง รับแจ้งทางโทรศัพท์ จากงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน และนิติเวช โรงพยาบาลไพรบึง มีอุบัติเหตุหม้อ รถยนต์กะบะกราดชนคนบนทางเท้าและรถจักรยานยนต์ที่จอดอยู่ริมถนน มีผู้บาดเจ็บ ๖ รายและผู้เสียชีวิต ๘ ราย เหตุเกิดบนถนน ๒๑๑๑ พยุห้-ขุนหาญ หลักกิโลเมตรที่ ๒๔+๖๐๐ หมู่ที่ ๑๓ หน้าวัดบ้านสำโรงพลัน ต.สำโรงพลัน อ.ไพรบึง จ.ศรีสะเกษ จึงได้ดำเนินการสอบสวนการบาดเจ็บและเสียชีวิตครั้งนี้ ในวันที่ ๒๖-๒๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๖

วิธีดำเนินการ

เป็นการศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา รายละเอียดดังนี้

๑. ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย เพื่อทราบผลการวินิจฉัยการบาดเจ็บและปัจจัยเสี่ยงด้านบุคคล โดยเก็บรวบรวมข้อมูลใน Excel form ตามตัวแปรที่กำหนด ได้แก่ เพศ อายุ ที่อยู่ ยานพาหนะที่นั่งเวลาแรกรับ สถานะแรกรับ อาการทางคลินิก ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลตรวจ x-ray และ CT-scan ผลการวินิจฉัยการรักษา และผลการรักษา

๒. สัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้บาดเจ็บ เกี่ยวกับลำดับเหตุการณ์ ลักษณะ/รูปแบบการบาดเจ็บ และปัจจัยเสี่ยงด้านต่าง ๆ และในทีมบุคลากรทางการแพทย์ ทีมกู้ชีพ-กู้ภัย ทีมตำรวจและผู้เห็นเหตุการณ์ เกี่ยวกับลำดับเหตุการณ์ ลักษณะ/รูปแบบการบาดเจ็บ รูปแบบการชน ปัจจัยเสี่ยงด้านต่าง ๆ และการช่วยเหลือผู้ประสบเหตุ โดยใช้วิธีการจดบันทึกในขณะที่สัมภาษณ์ จากนั้นจึงนำมาสอบถามและสรุปประเด็นร่วมกันระหว่างผู้สัมภาษณ์แต่ละคน ร่วมกับการบันทึกลงในแบบสอบสวนการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางการจราจร โดยกองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค และกรอกข้อมูลเพิ่มเติมในโปรแกรม Excel form จากข้อที่ ๑

๓. สสำรวจสภาพยานพาหนะหลังชนและสภาพแวดล้อมจุดเกิดเหตุ เพื่อประเมินรูปแบบการชน ปัจจัยด้านยานพาหนะ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม โดยการสัมภาษณ์และการประชุมระดมสมองร่วมกับทีมตำรวจ ทีมกู้ชีพ-กู้ภัยและทีมบุคลากรทางการแพทย์

๔. ศึกษาข้อมูลจากสื่อสังคมออนไลน์ต่าง ๆ เช่น ข่าวรูปภาพ และคลิปวิดีโอที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ครั้งนี้

๕. นำข้อมูลจากข้อ ๑-๔ มาวิเคราะห์/สังเคราะห์ เพื่อสรุปลำดับเหตุการณ์ บรรยายลักษณะการบาดเจ็บ/เสียชีวิต คาดการณ์รูปแบบการชน และค้นหาสาเหตุ/ปัจจัยของการบาดเจ็บด้วย Haddon Matrix Model โดยการมองปัจจัยออกเป็น ๓ ด้าน คือ ด้านบุคคล ด้านยานพาหนะ และด้านสิ่งแวดล้อม ในแต่ละช่วงเวลา คือ ก่อนชนขณะชน และหลังชน

ผลการศึกษา :วันที่ ๒๕ พ.ย.๒๕๖๖ เวลาประมาณ ๒๒.๓๐ น. งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน รับแจ้งจาก ศูนย์
นเรนทร ๑๖๖๙ มีอุบัติเหตุหมู่ที่ถนน ๒๑๑๑ จุดเกิดเหตุหลักกิโลเมตรที่ ๒๔+๖๐๐ หน้าวัดบ้านสำโรงพลัน เป็น
ที่ตั้งของเขตชุมชน ๓ หมู่บ้าน บริเวณใกล้ๆจุดเกิดเหตุ มีงานฉายหนังกลางแปลงในหมู่บ้านสำโรงพลันและในวัด
บ้านสำโรงพลันมีการจัดเตรียมงานทอดกฐิน จึงทำให้มีคนมาชุมนุมรวมกันจำนวนมาก คนขับรถยนต์กะเบาะเดินทาง
มาจากอำเภอขุนหาญ เพื่อจะไปหาญาติที่อำเภอไพรบึง ถึงจุดเกิดเหตุ รถยนต์กะเบาะได้แซงรถขึ้นมา๑คัน แล้วได้
เสียหลักพุ่งป็นขึ้นบนทางเท้าแล้วชนกวาดคนและรถจักรยานยนต์ไปที่กำแพงวัด กวาดไปบนทางเท้ายาวประมาณ
๖๐๐เมตร สุดเขตรั้วของวัด รถยนต์อยู่ในลักษณะพลิกคว่ำหงายท้อง รถพังเสียหายทั้งคัน ทำให้มีผู้บาดเจ็บ
เสียชีวิตและทรัพย์สินเสียหายจำนวนมาก มีทีมกู้ชีพ ALS รพ.ไพรบึง FR สว่างจิตต์ไพรบึง ชูขันธุ์ ขุนหาญ ร่วมออก
เหตุช่วยเหลือ พบผู้บาดเจ็บปานกลาง ๕ ราย เป็นชาย ๓ หญิง ๒ ราย มีการบาดเจ็บศีรษะและกระดูกหัก รักษา
เบื้องต้นที่ รพ.ไพรบึงและส่งรักษาต่อที่ รพ.ศรีสะเกษ ผู้บาดเจ็บเล็กน้อย ๑ราย นำส่ง รพ.ไพรบึง รักษาและให้
กลับบ้านได้ พบผู้บาดเจ็บเสียชีวิตทันทีที่เกิดเหตุ ๘ ราย นอนกระจายอยู่บนทางเท้าข้างกำแพงวัดและทะเล
กำแพงเข้าไปในพื้นที่ของวัด นำศพส่งชันสูตรพลิกศพ ที่รพ.ไพรบึง เป็นชาย ๔ หญิง๔ ราย พบผู้เสียชีวิตมีอายุ
สูงสุด ๖๖ ปี อายุต่ำสุด ๑๓ ปี ผู้เสียชีวิต เป็นคนนอกพื้นที่ จำนวน ๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๘๗.๕ และเป็นคนใน
พื้นที่จำนวน๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๒.๕ สาเหตุหลักการเสียชีวิตคือบาดเจ็บศีรษะรุนแรง บาดเจ็บช่องอกช่องท้อง
และกระดูกซี่โครงใหญ่ผู้ขับขี่ ขับรถยนต์กะเบาะ โตโยต้า 프리รันเนอร์ ๔ ประตู สีบอร์น ทะเบียน กอ๒๒๓๑ อุดรธานี
ยังอยู่ภายในรถยนต์ที่พลิกคว่ำ ไม่บาดเจ็บ ตำรวจได้ทำการควบคุมตัวคนขับรถไว้ และพบรถจักรยานยนต์มี
ลักษณะเสียหายจำนวน ๑๐คัน รถจักรยานจำนวน๑คัน ในช่วงเวลาดังกล่าว มีรถสัญจรไม่มาก สภาพอากาศปกติ
ลักษณะพื้นที่จุดเกิดเหตุ เป็นถนนลาดยาง เส้นทางตรง ๒ ช่องทางจราจร ผิวถนนเรียบ ผิวจราจรกว้างด้านละ
๓.๕๐ เมตร ไหล่ทางกว้างด้านละ ๑.๒๐ เมตร และมีทางเท้าสูงจากพื้นถนน๑๕ซม. กว้าง ๑.๓๐ เมตร ในช่วงเกิด
เหตุเป็นเวลากลางคืนมีไฟส่องสว่างบริเวณสองข้างทางตลอดแนว

ผลการวิเคราะห์โดยใช้วิธี Haddon Matrix

	ปัจจัยด้านบุคคล	พาหนะและพลังงาน	สภาพของถนนและสิ่งแวดล้อม
ก่อนเกิดเหตุ	<ul style="list-style-type: none"> -ผู้ขับขี่ปิคอัพ เพศชาย อายุ ๓๗ปีภูมิลำเนา จ.อุดรธานี มีใบอนุญาตขับขี่ภาคเข้มขันนิรภัยขับขี่ด้วยความเร็ว -ผู้ขับขี่เป็นคนต่างจังหวัด ไม่คุ้นเคยกับเส้นทาง -ผู้ขับขี่รถยนต์กะบะไปงานบุญกุญ มีการดื่มแอลกอฮอล์ และถึงแยกหัวข้าง(ก่อนถึงจุดเกิดเหตุประมาณ ๓.๔ กิโลเมตร มีการจอดรถซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ดื่ม(สอบถามจากร้านค้าชุมชน เห็นสภาพเดินเซ) แล้วขับรถต่อมุ่งหน้ามาทางอำเภอโพธิ์ชัย -จุดหน้าวัดสำโรงพลัน มีคนเดินบนทางเท้าริมถนน บางคนนั่งบนรถจักรยานยนต์ที่จอดอยู่ริมถนนและบนทางเท้า -รถจักรยานยนต์จอดริมถนนและบนทางเท้า 	<ul style="list-style-type: none"> -รถยนต์ปิคอัพ ยี่ห้อโตโยต้า พรีรันเนอร์ ๔ประตู สีบอร์น ทะเบียน กอ ๒๒๓๑ อุดรธานีสภาพพร้อมใช้งาน -รถจักรยานยนต์จอดอยู่ริมถนนและบนทางเท้ามากกว่า๑๐๐คัน รถจักรยาน ๑ คัน พร้อมใช้งาน 	<ul style="list-style-type: none"> -สภาพอากาศปกติ ลักษณะพื้นที่จุดเกิดเหตุ เป็นถนนลาดยาง เส้นทางตรง ๒ ช่องจราจร ผิวถนนเรียบ ไม่มีหลุมบ่อ ตีเส้นช่องทางชัดเจน ผิวจราจรกว้างด้านละ ๓.๕๐ เมตร ไหล่ทางกว้างด้านละ ๑.๒๐ เมตร และมีทางเท้าสูงจากพื้นถนน ๑๕ ซม. กว้าง ๑.๓๐ เมตร ในช่วงเกิดเหตุเป็นเวลากลางคืนมีไฟส่องสว่างบริเวณสองข้างทางตลอดแนว -ถนน ๒๑๑๑ ชุนหาญ-พยุห์ จุดเกิดเหตุหลักกิโลเมตรที่ ๒๔+๖๐๐ ม.๑๓ หน้าวัดบ้านสำโรงพลัน ตำบลสำโรงพลัน อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดศรีสะเกษ เป็นเขตชุมชน ซึ่งเป็นที่ตั้งของชุมชน ๓หมู่บ้าน -บริเวณใกล้ๆจุดเกิดเหตุ มีงานฉายภาพยนตร์กลางแปลงในหมู่บ้านสำโรงพลันและในวัดบ้านสำโรงพลันมีการจัดเตรียมงานทอดกฐิน -ก่อนถึงจุดเกิดเหตุ ๓.๔ กิโลเมตรมีป้ายเตือนทางโค้ง ไม่มีป้ายเตือนเขตชุมชน -ไม่มีป้ายเตือน มีการจัดงานในชุมชน ไม่มีกรวยจราจรกั้นทางเตือนผู้ขับขี่ -มีที่มอปพร. ร่วมกิจกรรมการจราจร จุดหน้าวัด(ศาลาพักหน้าวัด)
ขณะเกิดเหตุ	<ul style="list-style-type: none"> -คนขับรถปิคอัพภาคเข้มขันนิรภัย -คนยืนอยู่ริมถนน บนทางเท้าบาดเจ็บและเสียชีวิตนอนเกลื่อนบนถนนและบนทางเท้า 	<ul style="list-style-type: none"> -รถยนต์ปิคอัพอยู่ในลักษณะพลิกคว่ำหงายท้องด้านหน้ารถพังเสียหาย ใช้การไม่ได้ จอดอยู่บนทางเท้าสุดเขตรั้ววัด -รถจักรยานยนต์ ถูกชนเสียหายใช้งานไม่ได้ จำนวน๑๕คัน -กำแพงวัดสำโรงพลัน พังเสียหายหลายจุด 	<ul style="list-style-type: none"> -มีรอยเบรคจากเลนขวาเฉียงมาทางเลนซ้าย ปีนขึ้นบนทางเท้า (จุดใกล้ศาลาพัก ทางเข้าวัดทิศใต้) -ถนน มีคนบาดเจ็บ เสียชีวิต นอนเกลื่อนบนถนน และบนทางเท้า -รถจักรยานยนต์ พังเสียหาย เกลื่อนอยู่บนถนนและบนทางเท้า -มีเสาไฟฟ้าให้แสงสว่าง
หลังเกิดเหตุ	<ul style="list-style-type: none"> -มีทีมด้านการแพทย์ฉุกเฉิน จากรพ.โพธิ์ชัย พยุห์ สว่างจิตต์ชูพันธ์ โพธิ์ชัย ชุนหาญ ร่วมออกปฏิบัติการช่วยเหลือ พบผู้บาดเจ็บ สีเหลือง ๕ราย สีเขียว ๑ราย ดูแลเบื้องต้น นำส่ง รพ.โพธิ์ชัย -พบผู้ป่วยสีด้าเป็นคนอยู่บนทางเท้า นั่งบนรถจักรยานยนต์ที่จอดริมถนน อีก ๘ราย นอนกระจายอยู่บนถนน ทางเท้าข้างกำแพงวัดและทะเลูกำแพงเข้าไปในพื้นที่ของวัด สาเหตุหลักการเสียชีวิตคือ บาดเจ็บศีรษะรุนแรง บาดเจ็บช่องท้อง -ช่องอก กระดูกเชิงกรานหัก -คนขับรถปิคอัพไม่ได้รับบาดเจ็บ -คนขับรถปิคอัพได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังเอ็กซเรย์พบระดับแอลกอฮอล์เท่ากับ ๒๔๐mg% -ผู้บาดเจ็บและเสียชีวิต ได้รับการเยียวยา จากบริษัทประกัน 	<ul style="list-style-type: none"> -รถยนต์ยนต์กะบะ เสียหายไม่สามารถใช้งานได้ -รถจักรยานยนต์เสียหายไม่สามารถใช้งานได้จำนวน ๑๐คัน -นำรถเก็บที่ สภ.โพธิ์ชัย 	<ul style="list-style-type: none"> -ตำรวจจราจรกั้นพื้นที่ให้รถพยาบาล และรถกู้ภัยสามารถเข้าดำเนินการได้แต่ไม่ค่อยสะดวก มีไทยมุงยืนอยู่บนทางเท้า ฝั่งตรงข้ามวัดจำนวนมาก มีการตระโกน ถามเหตุการณ์ พุดคุยกันเสียงดัง

พฤติกรรมการขับขี่ : ผู้ขับขี่รถยนต์กะบะ เดินทางมาจาก อ.ชุนหาญ จากการไปช่วยงานและได้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และตรวจวัดแอลกอฮอล์ได้=๒๔๐ mg%ขับรถด้วยความเร็ว ภาคเข้มขันนิรภัยขณะขับขี่รถ

สภาพถนนและสิ่งแวดล้อมที่เกิดเหตุ : บริเวณที่เกิดเหตุ คือ ถนน ๒๑๑๑ ชุนหาญ-พยุห์ จุดเกิดเหตุหลักกิโลเมตรที่ ๒๔+๖๐๐ ม.๑๓ หน้าวัดบ้านสำโรงพลัน ตำบลสำโรงพลัน อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดศรีสะเกษ เป็นเขตชุมชน ซึ่งเป็นที่ตั้งของชุมชน ๓ หมู่บ้าน บริเวณใกล้ๆจุดเกิดเหตุ มีงานฉายภาพยนตร์กลางแปลงในหมู่บ้านสำโรงพลันในวัดบ้านสำโรงพลันมีการจัดเตรียมงานทอดกฐิน คนมาเที่ยวงานนั่งอยู่บนทางเท้าและจอดรถจักรยานยนต์ริมถนนเป็นถนนทางตรง สภาพดีไม่มีหลุมบ่อ ตีเส้นช่องทางชัดเจน วันเกิดเหตุสภาพอากาศปกติช่วงเวลาเกิดเหตุเป็นเวลากลางคืนมีไฟส่องสว่างบริเวณสองข้างทางตลอดแนว

ปัจจัยที่นำไปสู่การเกิดอุบัติเหตุครั้งนี้

๑. พฤติกรรมผู้ขับขี่รถยนต์กะบะ ที่ขับมาด้วยความเร็ว เนื่องจากเป็นเส้นทางตรง และเป็นช่วงเวลาที่ผู้ใช้ถนนน้อย

๒. พฤติกรรมผู้ขับขี่รถยนต์กะบะ จากการสอบถามพบว่ากลับจากงานกฐินและมีการดื่มแอลกอฮอล์ และตรวจวัดแอลกอฮอล์ได้ปริมาณ =๒๔๐mg% ซึ่งมากเกินไปที่กฎหมายกำหนด ถึงแยกหัวช้าง ก่อนถึงจุดเกิดเหตุประมาณ ๓.๔ กิโลเมตร ได้แวะร้านค้า ซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มาดื่มอีก แล้วขับรถมุ่งหน้าเข้าอำเภอไพรบึงด้วยความเร็ว

๓. ผู้ขับขี่รถยนต์กะบะ เป็นคนนอกพื้นที่ ไม่คุ้นเคยเส้นทาง

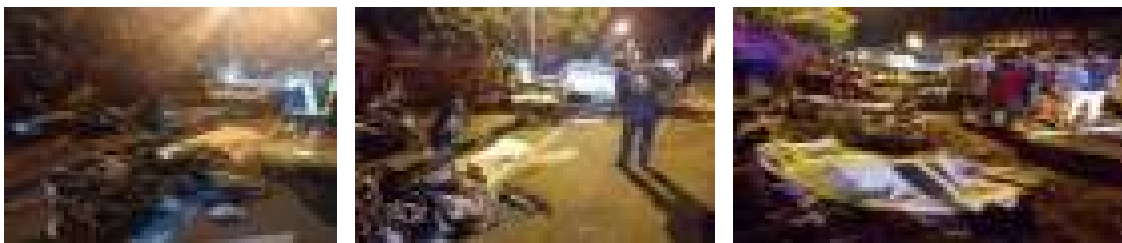
๔. จุดเกิดเหตุมีงานฉายหนังกลางแปลง (ตั้งในทุ่งนา แต่อยู่ใกล้ถนน หันหน้าจอบมาทางถนน) และในวัดบ้านสำโรงปล้นมีการเตรียมงานทอดกฐิน เป็นจุดที่มีคนมาชุมนุมรวมกันมาก คนที่มาเที่ยวงานใช้บริเวณริมถนนทางเท้าเป็นจุดจอดรถและจุดพักเพื่อดูหนังกลางแปลง

๕. ก่อนถึงจุดเกิดเหตุ ไม่มีไฟกระพริบเตือน หรือป้ายกรวยจราจรเตือนว่ามีการจัดงานหรือแหล่งชุมชน

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

๑. ทำเครื่องหมายบนพื้นผิวจราจร หรือลูกระนาด ให้ลดความเร็วและขับรถด้วยความระมัดระวัง
๒. จัดทำป้ายเตือน โปรดลดความเร็ว หรือแหล่งชุมชน
๓. ให้ความรู้ ร้านค้า การขาย เรื่อง พรบ:เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ไม่ขายให้ผู้ขับขี่รถที่มีอาการคล้ายเมาสุรา)
๔. การพัฒนาทีมในการจัดงานในชุมชนการจัดงาน :ไม่ให้จัดบนพื้นถนน
๕. รมรงค์ประชาสัมพันธ์/ประชาคม เรื่องการเมาขับ อันตรายเกิดความเสียหาย หามาตรการการจัดงาน/กิจกรรมในชุมชน การหามาตรการความปลอดภัย พรบ.ควบคุมแอลกอฮอล์ ให้ผู้ใช้รถใช้ถนนรวมทั้งประชาชนในพื้นที่ ตระหนักถึงความสูญเสียชีวิตและทรัพย์สินอันเนื่องมาจากการเกิดอุบัติเหตุทางถนน

ภาพเกิดเหตุ



การสอบสวนโรคอาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ดพิษ ในอำเภอมะขาม จังหวัดจันทบุรีระหว่างเดือนเมษายน-พฤษภาคม พ.ศ. 2568

สุทัศน์ เลี้ยววงศ์ และศตพร จันทสุทธิกุล
โรงพยาบาลมะขาม

บทคัดย่อ

การบริโภคเห็ดป่าถือเป็นวิถีชีวิตที่แพร่หลายในหลายพื้นที่ของประเทศไทย โดยเฉพาะในภาคตะวันออก อย่างไรก็ตาม การขาดความรู้ในการจำแนกเห็ดที่ปลอดภัยจากเห็ดมีพิษยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ การสอบสวนโรคดำเนินการด้วยระเบียบวิธีทางระบาดวิทยาเชิงพรรณนา

การสอบสวนโรคครั้งนี้เพื่อยืนยันการระบาดให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบ และวางแนวทางป้องกันในระยะยาว ทั้งในด้านสาธารณสุขชุมชนและการพัฒนากลไกความร่วมมือในระดับพื้นที่

ผลการสอบสวนพบว่า ในช่วงวันที่ 24 เมษายน – 25 พฤษภาคม พ.ศ. 2568 พบผู้ป่วยอาหารเป็นพิษจากการบริโภคเห็ดในพื้นที่อำเภอมะขาม จังหวัดจันทบุรี ผู้ป่วย 5 รายมีอาการทางระบบทางเดินอาหารภายในช่วงเวลา 1–2 ชั่วโมงหลังบริโภค โดยอาการของมีตั้งแต่ระดับไม่รุนแรง ซึ่งตอบสนองต่อการรักษาแบบประคับประคองได้ดี (4 ใน 5 ราย) ไปจนถึงอาการรุนแรงมาก สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมากมีภาวะตับอักเสบ มีระบบหายใจล้มเหลวจากภาวะเลือดเป็นกรด ต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและส่งต่อเพื่อดูแลในระดับโรงพยาบาลตติยภูมิ ทั้งนี้ไม่มีผู้ป่วยรายใดเสียชีวิต สาเหตุการเกิดโรคสันนิษฐานว่าเกิดจากการรับประทานเห็ดระโงกน้ำตาล เห็ดขี้ควายและเห็ดโคนจากป่า อย่างไรก็ตาม การสอบสวนโรคครั้งนี้มีข้อจำกัดการยืนยันผลทางห้องปฏิบัติการ การจำแนกชนิดของเห็ด

การศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงความเสี่ยงด้านสุขภาพจากการบริโภคเห็ดในชุมชนชนบท และเน้นความจำเป็นของการเสริมสร้างองค์ความรู้ การฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) การพัฒนาเครื่องมือจำแนกเห็ดมีพิษเบื้องต้นและการบูรณาการระบบเฝ้าระวังร่วมกับศูนย์พิษวิทยาในระดับจังหวัด เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อเหตุการณ์ได้อย่างทันทั่วถึงและลดความสูญเสียในอนาคต

หลักการ และเหตุผล

ในช่วงปลายเดือนเมษายนถึงปลายเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2568 โรงพยาบาลมะขาม จังหวัดจันทบุรี มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยอาการคลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายเหลวและปวดท้องอย่างเฉียบพลัน หลังบริโภคเห็ดที่เก็บมาจากป่าซึ่งอำเภอมะขามมีลักษณะภูมิประเทศเป็นพื้นที่ราบเชิงเขามีภูมิอากาศร้อนชื้น มีฝนตกชุกตั้งแต่เดือนพฤษภาคมถึงตุลาคม ส่งผลให้ช่วงเวลาดังกล่าวเห็ดป่าหลายชนิดเติบโตอย่างรวดเร็ว ซึ่งรวมถึงเห็ดพิษที่มีลักษณะคล้ายเห็ดที่รับประทานได้

ข้อมูลจากกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค (2562) รายงานว่า ในปี 2561 มีผู้ป่วยจากการบริโภคเห็ดพิษจำนวน 1,391 ราย เสียชีวิต 9 ราย ขณะที่ในช่วงเดือนมกราคมถึงตุลาคม 2562 มีผู้ป่วยจากการบริโภคเห็ดพิษจำนวน 1,384 ราย โดยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มประชาชนที่เก็บเห็ดมาบริโภคเอง อัตราการเสียชีวิตจากเห็ดพิษในประเทศไทยสูงกว่าประเทศสหรัฐอเมริกาถึง 16–32 เท่า

จะเห็นได้ว่า ความสูญเสียจากการบริโภคเห็ดพิษสามารถป้องกันได้ หากประชาชนมีความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องในการเลือกเห็ดที่ปลอดภัยสำหรับการบริโภค(กรมควบคุมโรค, 2562)

การสอบสวนโรคในผู้ป่วยกลุ่มนี้ครั้งนี้นี้จึงมีความสำคัญไม่เพียงเพื่อยืนยันการระบาด หรือให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบเท่านั้น แต่ยังเป็นโอกาสในการเรียนรู้เพื่อวางแผนป้องกันในระยะยาว ทั้งในด้านสาธารณสุข ชุมชนและการพัฒนากลไกความร่วมมือในระดับพื้นที่

วัตถุประสงค์

1. เพื่อยืนยันการวินิจฉัยและการระบาดของโรคอาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ดพิษ
2. เพื่ออธิบายลักษณะทางระบาดวิทยาของการระบาด
3. เพื่อเสนอแนะมาตรการในการควบคุมและป้องกันโรคอย่างมีประสิทธิภาพ

วิธีดำเนินการ

การสอบสวนโรคในครั้งนี้เป็นการศึกษาในลักษณะเชิงพรรณนา (Descriptive Epidemiology) โดยประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. การรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย ประกอบด้วย ข้อมูลจากการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยสงสัยรับประทานเห็ดพิษ ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ และจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยศึกษาประวัติทางคลินิก ลักษณะอาการที่แสดง และพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร

2. การประเมินสิ่งแวดล้อมและตัวอย่างเห็ดที่มควบคุมโรคลงพื้นที่ในรัศมี 1 กม. รอบจุดเกิดเหตุ เก็บตัวอย่างเห็ดที่หลงเหลือ และประเมินสภาพแวดล้อม พร้อมจัดทำแผนที่ความเสี่ยง และปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเพื่อระบุชนิดของเห็ด

3. การประชุมวางแผนควบคุมและป้องกันโรคหลังจากยืนยันเหตุการณ์ระบาด ทีมสอบสวนดำเนินการควบคุมโรคในพื้นที่ ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการหยุดบริโภคเห็ด และกระจายข้อมูลผ่าน อสม. ให้กับชุมชนใกล้เคียง ทีมควบคุมโรคจัดประชุมร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่เพื่อหารือแนวทางการดำเนินงาน ทั้งมาตรการควบคุมเหตุการณ์ในระยะสั้น การเฝ้าระวังในกลุ่มเสี่ยง และการให้ความรู้ประชาชนเรื่องการบริโภคเห็ดอย่างปลอดภัย

4. วิเคราะห์ข้อมูลและตรวจสอบความถูกต้องด้วยเทคนิค “สามเส้า(Triangulation)” โดยเปรียบเทียบระหว่างข้อมูลจากการสัมภาษณ์ข้อมูลทางการแพทย์ และการสำรวจภาคสนาม นำมาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา และเชิงคุณภาพเพื่ออธิบายสถานการณ์การเจ็บป่วย ปัจจัยเสี่ยง และบริบทแวดล้อมที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นองค์รวม พร้อมข้อเสนอแนะที่สามารถนำไปปรับใช้ในพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม

กำหนดนิยามผู้ป่วยและผู้สัมผัส

1. ผู้ป่วยสงสัย หมายถึง บุคคลที่มีอาการทางระบบทางเดินอาหารอย่างน้อยหนึ่งอาการ ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง หรือถ่ายเหลว ภายในระยะเวลา 24 ชั่วโมงหลังจากรับประทานเห็ดที่เก็บมาจากแหล่งธรรมชาติ หรือไม่ทราบชนิด

2 ผู้ป่วยยืนยัน หมายถึง ผู้ป่วยสงสัย มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการเข้าได้กับภาวะมีพิษจากการรับประทานเห็ด เช่น CBC, Liver Function Test, INR, Electrolyte, Creatinine ผิดปกติอย่างน้อย 1 ค่าขึ้นไป และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์

ผลการสอบสวนโรค

ในช่วงระหว่างวันที่ 24 เมษายน ถึง 25 พฤษภาคม พ.ศ. 2568 ทีมสอบสวนโรคได้รับแจ้งเหตุผู้ป่วยจากการบริโภคเห็ดพิษจำนวน 5 ราย โดยทั้งหมดมีความเกี่ยวข้องกับการเก็บหรือบริโภคเห็ดจากแหล่งธรรมชาติในพื้นที่อำเภอชะอำ จังหวัดจันทบุรี ผู้ป่วยประกอบด้วยชาย 2 ราย หญิง 3 ราย อายุระหว่าง 37 ถึง 79 ปี ไม่มีผู้เสียชีวิต รายละเอียดการสอบสวนโรคนั้นเป็นดังตารางที่

ตารางที่ 1 ลักษณะทางคลินิกและข้อมูลการบริโภคเห็ดพิษในพื้นที่อำเภอชะอำ จังหวัดจันทบุรี

เพศ/อายุ	อาการเด่น	เห็ดที่บริโภค	ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	การรักษา
ชาย อายุ ๔๗ ปี San	ปวดบิดท้อง อาเจียน ถ่ายเหลว ชม. หลังรับประทาน	ไม่ทราบชนิด	- WBC ๑๔,๕๘๐ u/L(สูง), NEU ๘๕.๐๗% (สูง), HGB ๑๗ g/dl ,PLT ๑๖๕,๐๐๐ u/L(สูง) - AST ๕๒.๕๖ U/L (สูง), ALT ๖๔.๐๗ U/L (สูง), TB ๐.๙๑ mg/dlDB ๐.๓๑ mg/dl (สูง) - Na ๑๓๖ mmol/L, K ๓.๔๐ mmol/L, Cl ๑๐๒.๕ mmol/L - Cr ๑.๐๕ mg/dl, eGFR ๘๔.๑ (Stage=๒)	- การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ - อาการดีขึ้นทางคลินิก - จำหน่ายกลับบ้าน
หญิง อายุ ๓๗ ปี เกิด	เวียนหัว, อาเจียน >๑๐ ครั้ง, ถ่ายเหลว >๑๐ ครั้ง๑.๕ ชม.หลังรับประทาน	เห็ดตระโงกน้ำตาล (ผิดปลากะบอง)	- WBC ๙,๐๙๐ u/L, NEU ๗๑.๙๙% (สูง), HGB ๑๕.๔g/dl ,PLT๔๒๔,๐๐๐ u/L, INR ๑.๙๗ (สูง) - AST ๖๔.๖๔ U/L (สูง), ALT ๖๖.๕๐ U/L (สูง), TB DB ๐.๒๓mg/dl (สูง), DTX สูง (๓๐๘ mg/dL) - Na ๑๓๖.๕ mmol/L, K๔.๘๐ mmol/L, Cl ๑๐๕.๑ mmol/L, Co2 ๑๓.๐ mmol/L (ต่ำ) - Cr ๐.๕๒ mg/dl, eGFR ๘๔.๑ (Stage=๒)	- การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ - ใส่ท่อช่วยหายใจ - ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลศูนย์
หญิง อายุ ๔๘ ปี อ้อย	เวียนศีรษะ อาเจียนเล็กน้อย ๑ชม. หลังรับประทาน	เห็ดขี้ควาย (ต้มยำเห็ด)	- WBC ๖,๗๑๐ u/L(สูง), NEU ๖๐.๙๙% (สูง), HGB ๑๑.๒g/dl (สูง),PLT ๒๖๖,๐๐๐ u/L - AST ๓๗.๘๙ U/L (สูง), ALT ๑๙.๙๑ U/L, TB ๐.๕๙ mg/dl DB ๐.๒๕ mg/dl (สูง) - Na ๑๓๗.๘ mmol/L, K๔.๒๙ mmol/L, Cl ๑๐๓.๕ mmol/L, Co2 ๒๘.๑ mmol/L (สูง) - Cr ๐.๖๗ mg/dl, eGFR ๑๐๔.๒๘(Stage=๑)	- ให้ผงถ่านกัมมันต์, - การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ - การดูแลแบบประคับประคอง - อาการดีขึ้นทางคลินิก - จำหน่ายกลับบ้าน
ชาย อายุ ๔๔ ปี พง	อาเจียน ๔-๕ ครั้ง, ถ่ายเหลว, ปวดลิ้นปี่ ๒ ชม.หลังรับประทาน	เห็ดขี้ควาย (ต้มยำเห็ด)	- WBC ๑,๓๗๖ u/L(สูง),NEU ๘๗.๔๕% (สูง),HGB ๑๕.๖ g/dl,PLT ๓๕๘,๐๐๐ u/L - AST ๓๔.๕๒ U/L, ALT ๑๘.๗๖ U/L, TB ๐.๔๘ mg/dl DB ๐.๒๓ mg/dl (สูง) - Na ๑๓๕.๗ mmol/L, K๔.๑๑ mmol/L, Cl ๑๐๒.๑ mmol/L, Co2 ๒๖.๘ mmol/L - Cr ๐.๘๔ mg/dl, eGFR ๑๐๖.๔๙(Stage=๑)	- ผงถ่านกัมมันต์ - การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ - การดูแลแบบประคับประคอง - อาการดีขึ้นทางคลินิก - จำหน่ายกลับบ้าน
หญิง อายุ ๗๙ ปี กล้วย	อาเจียน ๗, ถ่ายเหลว ๔, ปวดท้อง ๒ ชม. หลังรับประทาน	เห็ดตระโงกหิน (เลี้ยงเห็ดดอก)	- WBC ๙,๕๐๐ u/L,NEU ๙๔.๗๘% (สูง),HGB ๑๒.๙g/dl,PLT ๒๕๕,๐๐๐ u/L - AST ๓๗.๘๖ U/L(สูง), ALT ๒๒.๐๘ U/L, TB ๑.๓๖ mg/dlDB ๐.๕๖ - Na ๑๔๐.๕ mmol/L, K๓.๙๔ mmol/L, Cl ๑๐๔.๘ mmol/L, Co2 ๑๘.๔ mmol/L (ต่ำ) - Cr ๑.๒๘ mg/dl(สูง), eGFR ๓๙.๘๕(Stage=๓B)	- การดูแลแบบประคับประคอง - อาการดีขึ้นทางคลินิก - จำหน่ายกลับบ้าน

มาตรการควบคุมและป้องกันโรค(Prevention and control measures)

1 ในระยะเร่งด่วน ระหว่างการระบาด จำเป็นต้องมีการสื่อสารความเสี่ยงอย่างรวดเร็วผ่านเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขท้องถิ่น โดยมีการแจ้งเตือนให้หลีกเลี่ยงการบริโภคเห็ดป่าทุกชนิดที่ไม่สามารถระบุชนิดได้อย่างชัดเจน รวมถึงการลงพื้นที่เยี่ยมบ้านกลุ่มเสี่ยง ให้ความรู้และติดตามอาการของผู้ที่อาจได้รับพิษจากเห็ด นอกจากนี้แพทย์ยังมีการประสานงานกับศูนย์พิษวิทยา เพื่อประเมินอาการและวางแผนการส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงได้อย่างทันท่วงที

2 สำหรับมาตรการในระยะยาว จำเป็นต้องมีการพัฒนาองค์ความรู้ในชุมชน โดยเฉพาะ อสม. และผู้นำชุมชนให้สามารถระบุเห็ดที่เสี่ยงต่อการเกิดพิษและสื่อสารกับประชาชนในพื้นที่ได้อย่างถูกต้องและน่าเชื่อถือในระดับชุมชน

อภิปรายผล

การสอบสวนโรคพบการระบาดของเห็ดพิษในพื้นที่อำเภอแม่ขาม จังหวัดจันทบุรี ในเดือนเมษายน ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ.2568 พบผู้ป่วย 5 รายต่างมีประวัติบริโภคเห็ดจากแหล่งธรรมชาติ และมีอาการทางระบบทางเดินอาหารภายในช่วงเวลา 1-2 ชั่วโมงหลังบริโภค ซึ่งสอดคล้องกับกลุ่มพิษของเห็ดที่มีฤทธิ์เร็วต่อระบบทางเดินอาหาร (early-onset mushroom poisoning) โดยอาการของมีตั้งแต่ระดับไม่รุนแรงเกิดในผู้ป่วยรับประทานปริมาณน้อย ซึ่งตอบสนองต่อการรักษาแบบประคับประคองได้ดีสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ (4 ใน 5 ราย) ไปจนถึงอาการรุนแรงมาก สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมากมีภาวะตับอักเสบ มีระบบหายใจล้มเหลวจากภาวะเลือดเป็นกรด (metabolic acidosis) ต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและส่งต่อเพื่อดูแลในระดับโรงพยาบาลตติยภูมิ ผลการติดตามหลังการรักษา สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้เช่นเดียวกัน จะเห็นได้ว่าการตอบสนองต่อการพิษแตกต่างกันไปในแต่ละราย ขึ้นอยู่กับปริมาณการบริโภค อายุ ผู้ที่มีโรคประจำตัวร่วม

ชนิดของเห็ดที่สอบสวนได้เป็นสาเหตุได้แก่ เห็ดระงังน้ำตาล เห็ดขี้ควาย และเห็ดโคนจากป่า แม้ว่าเห็ดขี้ควายจะจัดอยู่ในกลุ่มที่รับประทานได้ แต่ศูนย์พิษวิทยาให้ข้อสังเกตว่าอาจมีการปนเปื้อนของสปอร์เห็ดพิษชนิดอื่น เช่น *Amanita spp.* หรือ *Chlorophyllum spp.* ที่เจริญเติบโตในบริเวณใกล้เคียง ส่งผลให้แม้จะบริโภคเห็ดที่ดูเหมือนปลอดภัย ก็อาจมีพิษแฝงหรือได้รับพิษจากการปนเปื้อนโดยไม่ตั้งใจ

กล่าวโดยสรุป เหตุการณ์นี้แสดงให้เห็นถึงความเปราะบางของชุมชนต่อความเสี่ยงจากเห็ดพิษ ซึ่งเป็นผลจากค่านิยมของชุมชนในการเก็บเห็ดจากป่ามาบริโภคและจำหน่ายโดยอาศัยประสบการณ์ การพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับเห็ดพิษ การเสริมศักยภาพ อสม. และการวางระบบเฝ้าระวังเชิงรุกในพื้นที่ที่มีวิถีชีวิตบริโภคเห็ด ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นในการสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเห็ดพิษในชุมชนชนบทอย่างเร่งด่วนเพื่อป้องกันการระบาดในอนาคต และมีส่วนสำคัญในการช่วยลดความรุนแรงและการสูญเสียได้

ปัญหาและข้อจำกัดในการสอบสวนโรค(Limitation)

1 ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถระบุชนิดของเห็ดพิษได้เนื่องจากไม่สามารถเก็บตัวอย่างเห็ดได้และไม่มีเครื่องมือทางห้องปฏิบัติการวิเคราะห์สารพิษเฉพาะจากเห็ด(Amatoxin, Muscarine, Gyromitrin เป็นต้น)การระบุชนิดเห็ดต้องอาศัยความทรงจำของผู้ป่วยหรือญาติ อีกทั้งผู้ป่วยบางรายเป็นแรงงานข้ามชาติไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ส่งผลต่อความแม่นยำในการระบุชนิดเห็ดก่อโรค

2 ข้อจำกัดด้านบุคลากรและการฝึกอบรมศักยภาพของทีมสอบสวนไม่มีประสบการณ์เฉพาะด้านพิษจากเห็ดมาก่อน ทำให้ต้องอาศัยคำปรึกษาจากหน่วยงานภายนอกอย่างต่อเนื่อง

สรุปผล (Conclusion)

จากการสอบสวนเหตุการณ์ผู้ป่วยผิดปกติในพื้นที่อำเภอมะขาม จังหวัดจันทบุรี ระหว่างวันที่ 24 เมษายน ถึง 25 พฤษภาคม พ.ศ. 2568 พบผู้ป่วยพิษจากเห็ดทั้งหมด 5 ราย ส่วนใหญ่อาการไม่รุนแรง ผู้ป่วยทั้งหมดไม่มีรายใดเสียชีวิต การตอบสนองของภูมิต้านทานของร่างกายต่อสารพิษแตกต่างกันไปในแต่ละราย ขึ้นอยู่กับปริมาณการบริโภค อายุ และโรคประจำตัว

สาเหตุการเกิดโรคสันนิษฐานว่าเกิดจากการรับประทานเห็ดระโงกน้ำตาล เห็ดขี้ควาย และเห็ดโคนจากป่า อย่างไรก็ตาม การสอบสวนโรคครั้งนี้มีข้อจำกัดการยืนยันผลทางห้องปฏิบัติการ การจำแนกชนิดของเห็ด

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาแนวปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทชุมชนและโรงพยาบาล สนับสนุนการเก็บตัวอย่างเห็ดที่สงสัยเพื่อส่งตรวจทางพิษวิทยา เพื่อยืนยันการวินิจฉัยและการระบาดที่แม่นยำมากขึ้นรวมทั้งพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขและบุคคลในชุมชนให้สามารถจำแนกเห็ดที่มีลักษณะคล้ายเห็ดพิษได้ นำเทคโนโลยี เช่น แอปพลิเคชันหรือปัญญาประดิษฐ์ (AI) ช่วยจำแนกชนิดเห็ดด้วยภาพเพื่อเสริมประสิทธิภาพในการคัดกรองเบื้องต้น

2. สื่อสารความเสี่ยงด้วยกิจกรรมให้ความรู้แก่กลุ่มประชาชนที่มีแนวโน้มเก็บเห็ดจากป่ามาบริโภค ผ่านสื่อที่เข้าใจง่าย เข้าถึงได้ เพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องและยั่งยืนในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. (2562). *แนวทางการจำแนกเห็ดที่มีพิษ*. กระทรวงสาธารณสุข.
2. สำนักระบาดวิทยา. (2566). *รายงานการเฝ้าระวังโรคอาหารเป็นพิษจากเห็ด ปี 2556-2565*.
3. World Health Organization. (2019). *Poisoning caused by toxic mushrooms: Fact Sheet*.

<https://www.who.int>

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้โรคฝีดาษวานรของผู้ป่วยเอชไอวี กลุ่มชายรักชาย

ภัทรารักษ์ กาบกลาง สงกรานต์ กลั่นดวง ต้นหยง ปานเพชร,
เพ็ญพัทธ์ เทพนรินทร์ พฤษชาติ ชูชื่น และจกมล อรรคพงษ์
โรงพยาบาลขอนแก่น

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้โรคฝีดาษวานรของผู้ป่วยเอชไอวี กลุ่มชายรักชาย การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง วัดผลภายในกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง ประชากร คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับการรักษาที่คลินิกผู้ติดเชื้อเอชไอวี แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลขอนแก่น และเข้ารับการรักษอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม-พฤษภาคม 2568 กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบสุ่ม 28 คน มีเครื่องมือคือโปรแกรมที่ทีมผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน Paired t-test ($p < 0.05$ และ 95% CI)

พบว่า หลังการทดลอง มีระดับความรู้เรื่องโรคฝีดาษวานรในระดับที่ถูกต้องที่สุดเพิ่มจากร้อยละ 64.29 เป็น 82.14 ความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันโรคฝีดาษวานร ก่อนการทดลองส่วนมากมีค่าคะแนนความรอบรู้ในระดับไม่เพียงพอ ร้อยละ 53.57 หลังการทดลองเพิ่มเป็นอยู่ในระดับเพียงพอขึ้นไป ร้อยละ 64.29 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ด้านความรู้และความรอบรู้สุขภาพพบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < .05$

หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคฝีดาษวานร และความรู้สุขภาพด้านการป้องกันโรคฝีดาษวานรเพิ่มขึ้น และมีระดับความรู้ในระดับดีมากเพิ่มเป็นร้อยละ 64.92 ซึ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำเป็นต้องมีความรอบรู้ด้านการป้องกันโรคฝีดาษวานรเนื่องจากมีภูมิคุ้มกันต่ำ ทำให้เสี่ยงต่อความรุนแรงหากมีการติดเชื้อ และจำเป็นต้องพัฒนาความรู้ให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกกลุ่มเพราะหากติดเชื้อจะมีอัตราการเสียชีวิตอยู่ที่ร้อยละ 15 ในผู้ที่ระดับเซลล์ภูมิคุ้มกันชนิดซีดี 4 น้อยกว่า 200 เซลล์/ลบ.มม.

หลักการ และเหตุผล

โรคฝีดาษวานร เป็นโรคติดเชื้อที่เกิดจากไวรัส Monkeypox ที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคฝีดาษหรือไข้ทรพิษ อาการที่พบมีผื่น ต่อมน้ำเหลืองโต และมีไข้ การแพร่กระจายเชื้อ จากคนสู่คนเกิดจากการแพร่เชื้อผ่านละอองฝอย ทั้งจากระบบทางเดินหายใจเมื่ออยู่ใกล้ชิดกันและการสัมผัสสารคัดหลั่งบริเวณรอยโรคบนผิวหนังและของใช้ต่างๆ ที่ปนเปื้อนสารคัดหลั่งปี 2565 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้โรคฝีดาษวานรเป็นภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ ถือเป็นระดับการเตือนภัยด้านสาธารณสุขที่สูงสุดภายใต้กฎอนามัยระหว่างประเทศ เพื่อยกระดับการประสานงาน ความร่วมมือระหว่างประเทศเพื่อร่วมมือกันตอบโต้สถานการณ์ช่วยหยุดยั้งการแพร่ระบาดและปกป้องประชากรกลุ่มเปราะบาง ประเทศไทย พบผู้ป่วยโรคฝีดาษวานร สะสม 721 ราย เสียชีวิต 1 ราย ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 97.36 และเพศหญิงร้อยละ 2.64 โดยกลุ่มเสี่ยงที่พบมากที่สุดคือ ชายรักชาย (men who have sex with men) ร้อยละ 85.1 รองลงมาคือ ผู้ที่ติดเชื้อ HIV รวมด้วยร้อยละ 52.1

ความรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพ ถ้าประชากรส่วนใหญ่ของประเทศมีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำ จะส่งผลกระทบต่อสถานะสุขภาพโดยรวม กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้มีตัวชี้วัด ระดับความรู้สุขภาพของประชาชนเรื่องโรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ กำหนดโรคที่เฝ้าระวังปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ได้แก่

โรคฝีดาษวานร (โรคอุบัติใหม่) และประชากรกลุ่มเป้าหมาย คือ ชายมีเพศสัมพันธ์กับชายความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยที่สำคัญของบุคคลทุกช่วงวัย ทั้งในภาวะสุขภาพปกติและเจ็บป่วยเป็นทักษะที่มีความจำเป็นในการดูแลสุขภาพ ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะสามารถใช้ทักษะที่จำเป็นในการแสวงหา ทำความเข้าใจประเมินสื่อสาร และใช้สารสนเทศทางด้านสุขภาพได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม

วัตถุประสงค์

การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้โรคฝีดาษวานรของผู้ป่วยเอชไอวี กลุ่มชายรักชาย โรงพยาบาลขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง วัดผลภายในกลุ่ม ก่อนและหลังการทดลอง ประชากร คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับการรักษาที่คลินิกผู้ติดเชื้อเอชไอวี แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลขอนแก่นและเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน กลุ่มตัวอย่าง การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากการคำนวณด้วยโปรแกรม G*power 3.1.9.7 โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ = .05 ค่าอำนาจการทดสอบ = .80 และค่า Effect Size = 0.5) ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 26 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มขนาดของกลุ่ม ร้อยละ 5 ได้ 28 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพศชายกลุ่มชายรักชายมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องที่ โรงพยาบาลขอนแก่นอย่างน้อย 6 เดือน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย ตามคุณสมบัติและจำนวนตามที่กำหนด ศึกษาระหว่างเดือนมกราคม – พฤษภาคม 2568 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1) โปรแกรมที่ทีมผู้วิจัยพัฒนาขึ้น กิจกรรมประกอบด้วย สร้างสัมพันธภาพที่ีระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง เสริมความรู้ฝึกทักษะการดูแลสุขภาพการเข้าถึงข้อมูลและรู้เท่าทันสื่อการตัดสินใจเพื่อปกป้องสุขภาพและการรับรู้ความสามารถในตนเอง ทบทวนกิจกรรม 2) เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม มีจำนวนทั้งหมด 22 ข้อ มีค่าดัชนีความสอดคล้อง ได้ 0.8 และCronbach's Alpha Coefficient ได้ 0.9 การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน เปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมประกอบด้วยความรู้และความรอบรู้ด้านการป้องกันโรคฝีดาษวานรด้วยสถิติ Paired t – test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และคำนวณช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% CI)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีอายุอยู่ในระหว่าง 20-29 ปีและ 30 – 39 ปี ร้อยละ 32.19 และส่วนมากมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับ ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 28.57 หลังการทดลอง มีระดับความรู้เรื่องโรคฝีดาษวานรในระดับที่ถูกต้องที่สุดเพิ่มจากร้อยละ 64.29 เป็น 82.14 ความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันโรคฝีดาษวานร ก่อนการทดลองส่วนมากมีค่าคะแนนความรอบรู้ในระดับพอใช้ หมายถึง เป็นผู้ที่มีระดับความรู้ด้านภาพระดับเพียงพอต่อการป้องกันควบคุมโรคฝีดาษวานรและอาจมีการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคฝีดาษวานรได้ถูกต้องบ้าง ร้อยละ 53.57 หลังการทดลองเพิ่มเป็นอยู่ในระดับดีมาก หมายถึงเป็นผู้มีระดับความรู้ด้านสุขภาพมากเพียงพอและมีการปฏิบัติตนต่อการป้องกันควบคุมโรคฝีดาษวานร ได้อย่างถูกต้องและยั่งยืนจนเชี่ยวชาญ ร้อยละ 64.29 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคฝีดาษวานรและความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันโรคฝีดาษ

วานรพบพบว่า ความรู้เรื่องโรคเอดส์ในชาวนารก่อนการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.86 (SD=1.15) หลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.39 (SD=0.79) เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < .05$ และความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันโรคเอดส์ในชาวนารก่อนการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 40.36 (SD=8.26) หลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 45.45 (SD=6.51) เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < .05$

อภิปราย สรุปและข้อเสนอแนะ

หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคเอดส์ในชาวนาร และความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันโรคเอดส์ในชาวนาร เพิ่มขึ้น และมีระดับความรู้ในระดับดีมากเพิ่มเป็นร้อยละ 64.92 สอดคล้องกับการศึกษาสิริลักษณ์ พรหมโกมุท (2568) ประสิทธิภาพของโปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามโมเดล K-shape ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในกลุ่มผู้ต้องขังชายที่ติดเชื้อเอชไอวีในเรือนจำกลางจังหวัดราชบุรี กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพิ่มขึ้นและสูงกว่าระยะก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ เกษศิริรินทร์ เยาวกุล (2568) ได้ศึกษาโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีประสิทธิภาพในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่วัยรุ่น ส่งผลเชิงบวกต่อการพัฒนาด้านความรู้และทักษะทั้ง 5 ด้าน อาจส่งผลให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมในการใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธีซึ่งจะช่วยลดปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่อาจเกิดขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของวรรณศิริ นิลเนตรและวาสนา เรืองจตุโพธิ์พาน (2562) ได้ศึกษาการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการ เมื่อบุคคลได้รับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้นผู้ติดเชื้อจำเป็นต้องมีความรู้ ความรอบรู้ด้านการป้องกันโรคเอดส์เนื่องจากผู้ป่วยเอดส์มีภูมิคุ้มกันต่ำ ทำให้เสี่ยงต่อความรุนแรงของโรคเอดส์หากติดเชื้อ ดังนั้นการเสริมสร้างความรู้ด้านการป้องกันโรคเอดส์ในชาวนาร จำเป็นต้องสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกกลุ่ม ไม่ใช่เฉพาะกลุ่มชายรักชายเท่านั้น เพราะผู้ป่วย HIV ที่ติดโรคเอดส์ในชาวนารจะมีอัตราการเสียชีวิตอยู่ที่ร้อยละ 15 ในผู้ที่มีระดับเซลล์ภูมิคุ้มกันชนิดซีดี 4 น้อยกว่า 200 เซลล์/ลบ.มม. ถึงแม้จะมีข้อมูลระบุว่าผู้ติดโรคเอดส์ในชาวนารส่วนใหญ่ 99% เป็นผู้ชาย แต่ยังมีข้อมูลที่สำคัญ คือจำนวนเกือบครึ่งของผู้ป่วยพบว่ามีอาการติดเชื้อ HIV ร่วมด้วย.

เอกสารอ้างอิง

1. เกษศิริรินทร์ เยาวกุล. (2568). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ. สืบค้น มกราคม 2568 จาก <https://www.chiangmaihealth.go.th/document/240717172119354363.pdf>
2. สิริลักษณ์ พรหมโกมุท. (2025). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามโมเดล K-shape ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในกลุ่มผู้ต้องขังชายที่ติดเชื้อเอชไอวีในเรือนจำกลางจังหวัดราชบุรี. วารสารโรคเอดส์, 37(1), 1-12. <https://doi.org/10.14456/taj.2025.1>
3. วรรณศิริ นิลเนตร และวาสนา เรืองจตุโพธิ์พาน. (2562). ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับวิชาชีพพยาบาล. วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย, 15(2), 1-18.

นวัตกรรมการ

“K.D. ‘s Cool patch” เจลประคบเย็นลดปวดจากแสบกวนไส้ในผู้ป่วย หลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

กาญจนา รวี คงเกิด
โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์

หลักการ และเหตุผล

โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ เป็นโรงพยาบาลทุติยภูมิตัว M2 ขนาด 160 เตียง เป็นผู้สูงอายุ 18,847 คน คิดเป็นร้อยละ 18.39 ของประชากรทั้งหมด เป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายที่มีสาธารณสุขหน่วยปฐมภูมิในเขตความรับผิดชอบ จำนวน 18 แห่ง (ทะเบียนราษฎร์, กรกฎาคม 2566) มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคข้อเข่าเสื่อมตั้งแต่ระยะเริ่มต้นตลอดจนการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมจากการทบทวนเวชระเบียนการผ่าตัดย้อนหลัง 3 ปี ตั้งแต่ปี 2565 - 2567 มีผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมรวม 57 ราย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมถือเป็นการผ่าตัดใหญ่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บต่อกล้ามเนื้อ เส้นเลือดบริเวณโดยรอบ จึงทำให้เกิดอาการปวด บวม และรอยฟกช้ำขึ้น ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดมากที่สุดคือใน 24 – 72 ชั่วโมง คือ ความปวด (ปรานอม เนาว์สุวรรณ, 2018 อ้างถึงใน จิรณัฐา ทองงาม และคณะ, 2023) ความเจ็บปวดหลังผ่าตัดกระดูกที่มีความรุนแรงและไม่ได้รับการแก้ไขจะส่งผลให้การฟื้นสภาพหลังผ่าตัดช้าและส่งผลกระทบตามมา เช่น ข้อเข่าติด กล้ามเนื้อลีบ ความสามารถในการเดินลดลง ผลของความเจ็บปวดทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบายทั้งร่างกายและจิตใจ และมีผลต่อการฟื้นหายของสภาพร่างกาย (Birnie et al., 2016 อ้างถึงใน เจือจันทร์ เจริญภักดีและวิฑูรย์ หอมลา, 2021) ดังนั้นการผ่าตัดจึงจำเป็นต้องมีการจัดการกับอาการปวดด้วยวิธีการต่างๆ

การประคบเย็นเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยบรรเทาความเจ็บปวดหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ในการผลิตแผ่นเจลเย็นภาคอุตสาหกรรมภายในอุณหภูมิกบฏจุลสารไฮโดรเจลซึ่งเป็นสารพอลิเมอร์สังเคราะห์ เช่น เอทิลีนไกลคอลและโพรพิลีนไกลคอล ที่มีการเกิดผลึกน้ำระหว่างการใช้ บางชนิดยังมีค่าความเป็นพิษสูงหากเกิดการรั่วไหลสัมผัสกับผิวหนัง (Chaimanee & Ekburanawat, 2020 อ้างถึงใน สิริภพ ช่างเพียร และคณะ, 2023) การผลิตนวัตกรรมที่ใช้สารธรรมชาติทดแทนพอลิเมอร์-สังเคราะห์จึงเป็นแนวทางหนึ่งในการแก้ปัญหาข้างต้นผู้นำเสนอผลงานนวัตกรรมจึงสนใจศึกษาค้นคว้าหาข้อมูลในการผลิตนวัตกรรมเจลเย็นที่ใช้สารธรรมชาติทดแทนพอลิเมอร์สังเคราะห์ในการใช้ประคบปวดโดยการหาข้อมูลจาก You Tube บ้านอาชีพกู๋เล็ก (2020) สอนทำเจลเย็นส่วนผสมประกอบด้วย น้ำ, เกลือและแสบกวนไส้ วัตถุประสงค์ในการทำเจลเย็นในคลิปวิดีโอนี้เพื่อใช้แช่ผัก ผลไม้ในคลิปวิดีโอระบุว่า เจลรักษาความเย็นได้นาน 8 ชั่วโมง โดยไม่มีการวัดอุณหภูมิของเจลเย็น ผู้นำเสนอนวัตกรรมเห็นว่าเจลสำหรับประคบเย็นทางการแพทย์ควรมีอุณหภูมิอยู่ในช่วง 10 – 15 °C และต้องสามารถเก็บกักอุณหภูมิได้ไม่ต่ำกว่า 15 – 20 นาทีต่อการประคบเย็นในแต่ละครั้ง (Jaiban et al., 2016 อ้างถึงใน ภัทริรา สุขทนายรักษ์, 2021) จึงสนใจศึกษาเพิ่มเติมเพื่อพัฒนาเป็นนวัตกรรมเจลประคบเย็นลดปวดสำหรับผู้ที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์

เดิมการประคบเย็นในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมของโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์จะนำเจลประคบเย็นพอลิเมอร์สังเคราะห์แช่แข็งที่ได้จากห้องยามาห่อผ้าวางประคบบนแผลผ่าตัด พบว่า อุณหภูมิประคบเย็นจับตัวเป็นก้อนน้ำแข็ง เลื่อนหลุดได้ง่าย เพราะไม่สามารถยึดติดตรงบริเวณแผลผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้การลดปวด ลดบวม ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมโดยการประคบเย็นไม่มีประสิทธิภาพ ผู้นำเสนอผลงานนวัตกรรมซึ่งเป็นพยาบาลห้องผ่าตัดเป็นผู้ดูแลให้การพยาบาลหลังผ่าตัดและติดตามสอบถาม

ผู้ป่วยทางโทรศัพท์หลังจำหน่ายกลับบ้านพบว่าผู้ป่วยหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมยังมีความไม่สุขสบายจากอาการปวดและต้องการการประคบเย็นเพื่อความสุขสบายจึงได้ใช้เจลประคบเย็นจากหน่วยปฐมภูมิสาธารณสุขใกล้บ้านมาเพื่อใช้ในการประคบต่อ ผู้นำเสนอผลงานนวัตกรรมต้องการให้การประคบเย็นของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและได้ใช้ต่อเนื่องภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จึงได้คิดนวัตกรรมเจลประคบเย็นขึ้นแล้วนำไปศึกษาผลลัพธ์และพัฒนาผลงานเป็นระยะ โดยเลือกใช้แป้งกวนไส้ซึ่งเป็นวัสดุพอลิเมอร์ชีวภาพเป็นสารก่อเจล ด้วยจุดเด่นของสารธรรมชาติ ไม่เป็นอันตราย เป็นที่รู้จักอย่างแพร่หลาย หาซื้อได้ง่าย ราคาถูก รวมทั้งยังย่อยสลายได้เองในธรรมชาติ ทั้งนี้เพื่อให้มีความเฉพาะเจาะจงต่อผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมมากขึ้น จึงได้คิดประดิษฐ์ถุงผ้าใส่เจลเย็นประคบเย็นลดปวดจากแป้งกวนไส้เพื่อมุ่งเน้นการใช้งานได้สะดวกและมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการการใช้นวัตกรรมเจลประคบเย็นลดปวดจากแป้งกวนไส้ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์
2. เพื่อพัฒนานวัตกรรมเจลประคบเย็นลดปวดจากแป้งกวนไส้ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลและความพึงพอใจจากการใช้นวัตกรรมเจลประคบเย็นลดปวดจากแป้งกวนไส้ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์

วิธีดำเนินการ :

การศึกษาในครั้งนี้ได้ดำเนินการตามรูปแบบการค้นคว้าและพัฒนา (Research and Development) การดำเนินการแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

1) การศึกษาสภาพปัญหาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Analysis Research (R1)) โดยสัมภาษณ์แพทย์และพยาบาลที่มีความเกี่ยวข้องในการใช้เจลประคบเย็นลดปวดสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ จำนวน 10 คนและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

2) การพัฒนานวัตกรรมเจลประคบเย็นลดปวดจากแป้งกวนไส้ (Design and Development (D1))

2.1 เริ่มกระบวนการผลิตเจลประคบเย็นลดปวดจากแป้งกวนไส้สูตรต่างๆ โดยการตั้งหม้อบนเตาไฟใส่น้ำใส่เกลือสมุทรระหว่างรอน้ำเดือดให้ละลายแป้งกวนไส้กับน้ำ เมื่อเกลือละลายหมดค่อยๆ เติมแป้งที่ละลายน้ำเตรียมไว้ ใช้ตะกร้อกวนตลอดเวลาใส่ส่วนผสมอาหารตามชอบจนเกิดเนื้อเจลตามรอยตะกร้อค่อยยกลงจากเตา และเปรียบเทียบคุณสมบัติกับเจลประคบเย็นพอลิเมอร์สังเคราะห์ที่ได้จากห้องยา

สูตรเจล	แป้งกวนไส้ (กรัม)	น้ำ (กรัม)	เกลือ (กรัม)	น้ำละลาย แป้ง (กรัม)	ลักษณะทางกายภาพ	อุณหภูมิ 10-15°C ใน 20 นาที
N1 (เขียว)	25	250	45	60	เจลใส	ไม่ผ่าน
N2 (ส้ม)	25	250	100	60	เจลใส	ผ่าน
N3 (เหลือง)	25	250	120	60	ตกตะกอนขาวขุ่น	ไม่ได้วัด
เจลพอลิเมอร์สังเคราะห์ที่ได้จากห้องยา					เจลใส	ผ่าน

จากการวัดอุณหภูมิเพื่อเปรียบเทียบคุณสมบัติพบว่าแปงกวนไส้สูตรN2 มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับเจลพอลิเมอร์สังเคราะห์ที่ได้จากห้องยาจึงนำมาบรรจุในถุงสุญญากาศ ขนาด 12 x 20 cmsปิดปากถุงด้วยเครื่อง sealเพื่อพัฒนาเป็นนวัตกรรมเจลประคบเย็นลดปวดต่อไป

2.2 ขั้นตอนการผลิตถุงผ้าใส่เจลประคบเย็นลดปวดจากแปงกวนไส้ตัดผ้า4 ชั้น เย็บติดกัน 4 ชั้น ได้กระเป่า 3 ช่อง ตัดแผ่นพอลิออลูมิเนียมใสช่องที่ 1 และช่องที่ 3 ช่องตรงกลางใส่ถุงเจลประคบเย็น ลดปวดจากแปงกวนไส้ วัดอุณหภูมิเปรียบเทียบการกักเก็บอุณหภูมิคงที่ในช่วง 10 – 15 °C

การใส่แผ่นพอลิออลูมิเนียมในกระเป่าผ้าช่องที่ 1 และ 3		
1 ชั้นช่องที่ 1,3	1 ชั้นช่องที่ 1 และ 2 ชั้นช่องที่ 3	2 ชั้นช่องที่ 1,3
คงที่ 10 – 15 °C นาน 60 นาที	คงที่ 10 – 15°Cนาน 90 นาที	อุณหภูมิเริ่มต้น 19 °C

จากการวัดอุณหภูมิเปรียบเทียบการกักเก็บอุณหภูมิคงที่ช่วง 10 – 15 °C พบว่าการใส่แผ่นพอลิออลูมิเนียมในถุงผ้า1 ชั้นช่องที่ 1, 2 ชั้นช่องที่ 3ได้นาน 90 นาที ผู้นำเสนอนวัตกรรมจึงเลือกใช้ในการพัฒนาเป็นนวัตกรรมเจลประคบเย็นลดปวดจากแปงกวนไส้โดยเย็บผ้ายึดและติดแถบตีนตุ๊กแก

Analysis Research (R2) นำนวัตกรรมไปไปตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญด้านนวัตกรรม 7 คน ผลการประเมินคุณภาพ พิจารณามีความเหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในระดับดีมาก ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ควรเพิ่มสารกันบูดในเจลจากแปงกวนไส้เพื่อการคงสภาพของเจล ถุงผ้าใส่เจลประคบเย็นควรมีสายที่ปรับขนาดได้เหมาะสมกับผู้ป่วยทุกราย

Design and Development (D2) ใส่สารกันบูดในเนื้อเจลตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญและปรับขนาดถุงผ้าเป็น20x40cm เพื่อให้โอบข้อเข่าและเปลี่ยนสายเป็นตีนตุ๊กแกแบบยางยึดเพื่อให้ปรับขนาดได้เหมาะสมกับผู้ป่วยทุกราย

3) *การทดสอบประสิทธิภาพของนวัตกรรมเจลประคบเย็นลดปวดจากแปงกวนไส้ (Implementation)* ภายหลังจากได้นวัตกรรมเจลประคบเย็นลดปวดจากแปงกวนไส้(R2D2)นำไปทดลองใช้ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมตึกศัลยกรรมในโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ ประเมิน pain score ก่อน-หลัง วัดขนาดรอบเข่า ประเมินประสิทธิภาพในการลดอาการบวม และความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรม

ผลการศึกษา :

1. นวัตกรรม “K.D.’s Coolpatch” จากการศึกษาสภาพปัญหาและประเมินความต้องการการใช้เจลประคบเย็นในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ พบว่าเจลที่ออกจากช่องแช่แข็งมีลักษณะแข็ง ไม่แนบกระชับกับผิวหนัง เลื่อนหลุดจากตำแหน่งที่ประคบ จำนวน 10 คน และอีก 8 คน พบว่าแผลเปื่อยจากการละลายของเจลและไม่สะดวกต่อการใช้งานสำหรับการประคบเย็นในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมควรมีอุณหภูมิอยู่ในช่วง 10 – 15 °C และต้องสามารถเก็บกักอุณหภูมิได้ไม่ต่ำกว่า 15 – 20 นาทีต่อการประคบเย็นในแต่ละครั้ง (Jaiban et al., 2016อ้างอิงใน ภัทริรา สุขชนารักษ์, 2021) ควรมีความนุ่มแนบกระชับกายวิภาคของเข่า ใช้ง่าย ทั้ง 10 คน และมี 8 คน เห็นว่า ควรมีราคาถูก ผลิตง่าย หาซื้อง่าย

2. ผลของการพัฒนานวัตกรรมพบว่าได้เจลประคบเย็นลดปวดจากแป้งกวนใส่ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมที่มีลักษณะทางกายภาพเป็นเจลใสหลังจากออกจากช่องแช่แข็งยังมีลักษณะนุ่ม มีคุณสมบัติในการกักเก็บอุณหภูมิได้ใกล้เคียงกับเจลพอลิเมอร์สังเคราะห์ที่ได้จากห้องยาและเมื่อนำอุณหภูมิไปใส่ในถุงผ้าที่พัฒนาขึ้นสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมพบว่าสามารถกักเก็บอุณหภูมิมืดที่ในช่วง 10 – 15 °C ได้นานถึง 90 นาทีแบบ กระชับกายวิภาคของเข่าไม่เลือนหลุดขณะประคบ

3. ประสิทธิภาพและความพึงพอใจจากนวัตกรรมเจลประคบเย็นลดปวดจากแป้งกวนใส่ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ 11 ราย พบว่า ลดอาการปวดได้จริงคิดเป็นร้อยละ 98 ลดบวมได้ 2-4 cms หลังการผ่าตัดวันที่ 1 ลดการใช้ยาบรรเทาปวด 48 ชม.หลังการผ่าตัด ผู้ป่วยไม่ขอยาแก้ปวดชนิดฉีดเพิ่ม คิดเป็นร้อยละ 100 ผู้ป่วยสามารถทำกายภาพและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้เร็วภายใน 3-4 วันหลังการผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 100 รู้สึกสุขสบายขณะทดลองใช้นวัตกรรม ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยคิดเป็นร้อยละ 97

การนำผลงานไปใช้ประโยชน์และคุณค่าของนวัตกรรม ระบุแนวทางที่ใช้ประโยชน์

กลุ่มเป้าหมาย :ผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

1. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมได้รับการประคบเย็นลดปวดที่มีประสิทธิภาพจากนวัตกรรมประคบเย็นลดปวดที่ผลิตจากสารธรรมชาติ แบบกระชับผิวหนัง ไม่เลือนหลุดขณะประคบ มีลักษณะอ่อนนุ่มสุขสบาย ขณะที่สัมผัสกับผิวหนัง มีอุณหภูมิเหมาะสมในช่วง 10 – 15 °C และสามารถเก็บกักอุณหภูมิได้ไม่ต่ำกว่า 15 – 20 นาทีต่อการประคบเย็นลดปวดในแต่ละครั้ง ลดการใช้ยาบรรเทาปวดเพิ่มหลังผ่าตัด และลดอาการบวมอักเสบของแผลหลังผ่าตัด

2. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมมีความรู้เบื้องต้นในการผลิตเจลประคบเย็นบรรเทาปวดใช้เองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ด้วยการผลิตเจลที่ง่าย ใช้วัสดุ-อุปกรณ์ที่หาง่าย ราคาถูก เพื่อใช้ระยะยาว มีความสุขสบายในการใช้ชีวิตประจำวัน และลดภาวะแทรกซ้อนจากเข่าอักเสบหลังผ่าตัด

3. ลดภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์ผู้ดูแลให้การพยาบาลหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในการทำหัตถการเพิ่ม

4. ลดจำนวนวันนอนพักรักษาหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล ช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมได้ใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุขได้เร็วขึ้น

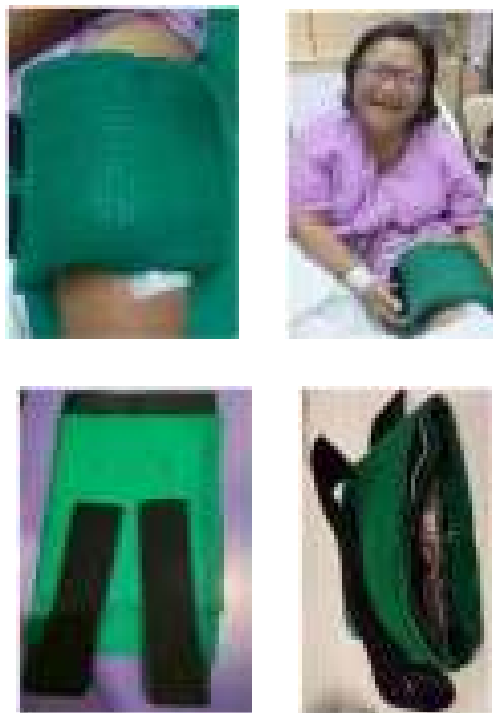
ผลกระทบ : นวัตกรรมไม่ควรใช้ในผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวที่ต้องห้ามใช้ความเย็น ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โรคหลอดเลือดหัวใจและผู้ที่ มีภาวะเนื้อเยื่อถูกทำลายจากความเย็น (Frostbite) เพราะอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้นวัตกรรมได้

เอกสารอ้างอิง :

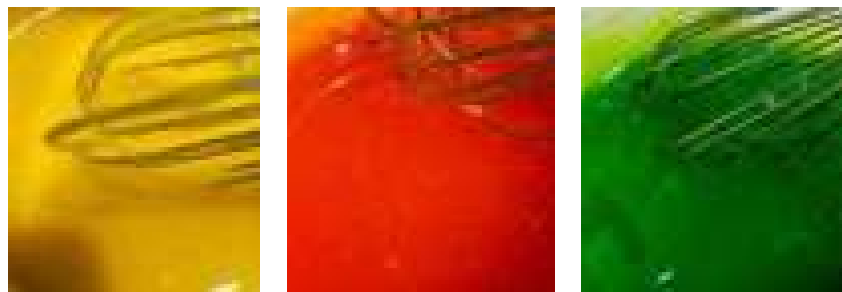
1. เจือจันทร์ เจริญภาคี, และวิฑูณย์ หอมลา. (2021). นวัตกรรมแผ่นประคบเย็นสุดแจ้วเพื่อลดความปวดในผู้ป่วย ผ่าตัดกระดูก. *วารสารพยาบาล*, 70(3), 20-28. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJN/article/download/253666/172477>
2. บ้านอาชีพทุ์เล็ก. (2020, December 9). *เจลเก็บความเย็น ทำง่าย เย็นนาน 8 ชั่วโมง*. [Video]. You Tube. <https://www.youtube.com/watch?v=Z89yQkiFp10>

3. ภัทริรา สุขทนารักษ์ และ เบญทิวา สุรศาสตร์พิศาล. (2021). แผ่นเจลประติษฐ์จากแป้งมันสำปะหลังสำหรับการประคบร้อน-เย็น. *วารสารหน่วยวิจัยวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และสิ่งแวดล้อมเพื่อการเรียนรู้*, 12(2), 316-329. <https://ejournals.swu.ac.th/index.php/JSTEL/article/download>
4. สิริภาพ ช่างเพียร, ธนย์รัตน์ ชัยศิริภูวดล, วรวรรณ สุภاتا, คณิงนิจ เพชรรัตน์และฐิติอาภา ตั้งค้ำวานิช. (2022). การพัฒนาเจลประคบเย็นจากยางมะกอกป่าเพื่อประยุกต์ใช้เป็นเจลประคบเย็นลดปวดทางการพยาบาล. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*, 6(1), 1-14. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jhri/article/view/261013>

ภาพประกอบ



ภาพประกอบเพิ่มเติม



รูปภาพแสดงกระบวนการกวนแป้งกวนไส้ตาม สูตร N1, N2 และ N3 ตามลำดับ

“โมเดล คัดกรองมะเร็งปากมดลูก เชิงรุก เขตเมืองโรงพยาบาลขนาดใหญ่”

กชพร เรืองจินตนา อารีรัตน์ นวลแยม และบุหงา บำรุงชาติ

โรงพยาบาลหาดใหญ่

หลักการ และเหตุผล

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของคนไทย และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของคนทั่วโลก สำหรับประเทศไทยจากสถิติโรคมะเร็งของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบว่า แต่ละปีมีคนไทยป่วยเป็นมะเร็งรายใหม่ประมาณ ๑๔๐,๐๐๐ คน เสียชีวิตประมาณ ๘๓,๐๐๐ คน โดยพบมากที่สุดอายุระหว่าง ๔๐-๕๐ ปี ระยะเวลาที่พบส่วนใหญ่อยู่ในระยะลุกลาม^๑ การรักษาจึงเป็นไปได้ยากและต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง ซึ่งการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งต้องมีการค้นหาให้พบตั้งแต่ระยะเริ่มแรกและระยะก่อนเป็นมะเร็งโดยเฉพาะโรคมะเร็งที่สามารถค้นหาและตรวจคัดกรองได้ด้วยตนเองเช่นมะเร็งปากมดลูก และมะเร็งลำไส้ใหญ่ ดังนั้นการส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ และสามารถตรวจคัดกรองมะเร็งเบื้องต้นด้วยตนเองได้ จะช่วยเพิ่มโอกาสในการรักษาให้ได้ผลดี ลดอัตราการเสียชีวิต และลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขของประเทศกระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคและเป็นยุทธศาสตร์สำคัญของการสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อสนับสนุนการลดอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้

สำหรับประเทศไทยจากสถิติปี พ.ศ.๒๕๖๓ พบว่าอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นอันดับ ๒ รองจากมะเร็งเต้านมโดยพบผู้ป่วยใหม่ ปีละ ๙,๐๐๐ รายและเสียชีวิตปีละ ๔,๗๐๐ ราย และคาดว่าแนวโน้มจะมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นใน ปี ๒๕๖๘, ปี ๒๕๗๓, ปี ๒๕๗๘ และ ๒๕๘๓ เป็น ๙,๗๙๐ คน ๑๐,๓๐๐ คน ๑๐,๗๐๐ คนและ๑๑,๐๐๐ คน ตามลำดับ^๒

กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายในการตรวจเพื่อคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเสี่ยง อายุ ๓๐-๖๐ ปีโดยการตรวจคัดกรองหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรก หรือในระยะก่อนเป็นมะเร็งระยะลุกลามโดยวิธีการตรวจแปปสเมียร์ (Pap smear) ซึ่งเป็นการตรวจทางเซลล์วิทยาเพื่อหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก เพราะการค้นพบผู้ป่วยในระยะเริ่มแรกสามารถรักษาให้หายขาดได้และประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษาอีก ดังนั้นเพื่อเป็นการลดอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก จึงต้องมีการตรวจคัดกรองอย่างน้อย ๑ ครั้งภายในระยะเวลา ๕ ปี^๓

อำเภอหาดใหญ่ มีประชากรหนาแน่นกว่า ๔๐๐,๐๐๐ คน มีความเป็นชุมชนเมืองค่อนข้างสูง สำหรับชุมชนเขตเมืองเทศบาลนครหาดใหญ่ ประชากรประมาณ ๒๔๐,๐๐๐ คน และมีประชากรแฝง ประมาณ ๒๐๐,๐๐๐ คน การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง และการบริการสุขภาพเชิงรุก มีระบบบริการปฐมภูมิที่เป็นการทำงานแบบมีส่วนร่วมร่วมกับชุมชนและภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ร่วมดูแลประชาชน ผ่านศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลนครหาดใหญ่ ๑๕ แห่ง และคลินิกเวชปฏิบัติครอบครัว ซึ่งการดำเนินงานที่ผ่านมามีการเข้าถึงบริการคัดกรองมะเร็งน้อยกว่าเป้าหมาย การสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคในวิธีการเดิมเดิม เข้าถึงได้ยากสืบเนื่องมาจาก จำนวนประชากรในพื้นที่มีจำนวนมาก ประกอบกับจำนวนของบุคลากรที่ปฏิบัติงาน และ อสม. เขตเมือง มีไม่เพียงพอ ผลการดำเนินงานปี ๒๕๖๕ - ๒๕๖๖ ร้อยละ ๓.๑๘ และ ๓.๘๙ ซึ่งไม่ผ่านเกณฑ์

ดังนั้นโรงพยาบาลหาดใหญ่จึงได้พัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งด้วยตนเองในชุมชนเขตเมือง จัดระบบใหม่ “โมเดล คัดกรองมะเร็งปากมดลูก เชิงรุก เขตเมืองโรงพยาบาลหาดใหญ่” โดยใช้ Model ๓ ทีม จัดบริการคัดกรองสุขภาพเชิงรุกในชุมชน ประกอบด้วย ทีมที่ ๑ ทีมสหวิชาชีพ ทีมที่ ๒ ทีมภาคีเครือข่าย ทีมที่ ๓ ทีม Outsource เพื่อสร้างเครือข่ายความร่วมมือในชุมชน การพัฒนารูปแบบดังกล่าว ทำให้เพิ่มการเข้าถึงการบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้เพิ่มขึ้น ๓ เท่า และในรายที่ผลผิดปกติ มีระบบการติดตาม ตรวจยืนยันและนำเข้าสู่ระบบการรักษาแบบครบวงจร และทันในระยะเวลาที่กำหนด ซึ่งสามารถช่วยรักษามะเร็งตั้งแต่ระยะเริ่มแรก และลดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพได้

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการการคัดกรองมะเร็งด้วยตนเองในประชาชน
๒. เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งด้วยตนเองในชุมชนเขตเมืองโดยใช้ Outsource
๓. เพื่อเพิ่มการติดตามส่งรักษาต่อเนื่องในโรงพยาบาล

วิธีดำเนินการ

๑. ขั้นวางแผนดำเนินการ (Plan) ประชุมทีมบุคลากรในโรงพยาบาล สร้างโมเดล ๓ ทีม ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพ ทีมภาคีเครือข่าย และทีม Outsource วางแผนกำหนดพื้นที่เป้าหมาย กำหนดกิจกรรมคัดกรอง ออกแบบแบบฟอร์มการคัดกรองมะเร็งด้วยตนเอง รายงานการติดตามการดำเนินงาน

๒. ขั้นดำเนินการ (Do)

- ๒.๑. ประชุมทีม ๓ ทีม เพื่อวางแผนคัดกรองมะเร็งปากมดลูกถึงบ้านเชิงรุก
- ๒.๒. ประชาสัมพันธ์และรณรงค์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง
- ๒.๓. การอบรมความรู้ให้แก่ทีมภาคีเครือข่าย ทีม Outsource และอบรมทีมบันทึกข้อมูล
- ๒.๔. ประสานงานกับสถานพยาบาลในพื้นที่
- ๒.๕. จัดบริการตรวจคัดกรองมะเร็งด้วยตนเองเชิงรุกในชุมชน โดยดำเนินงานเป็น ๒ ระยะ ระยะที่ ๑ ออกคัดกรองสุขภาพถึงบ้านเชิงรุกในชุมชน โดย ๓ ทีมและระยะที่ ๒ เพิ่มช่องทางให้ประชาชนรับชุดตรวจที่ร้านยาที่สมัครและผ่านการอบรมจากโรงพยาบาลหาดใหญ่
- ๒.๖. บันทึกข้อมูลด้านสุขภาพ ในโปรแกรม PMK, JHCIS, สถาบันมะเร็ง

Model ๓ ทีม ประกอบด้วยและภารกิจดำเนินการ ดังนี้

๑. ทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักวิชาการสาธารณสุข นักวิชาการคอมพิวเตอร์ ปฏิบัติงานในการให้ความรู้ เชื่อมการบริการ เพิ่มจุดบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแบบไร้รอยต่อ และให้บริการติดตามดูแล และส่งต่อเมื่อพบผลผิดปกติอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง

๒. ทีมภาคีเครือข่าย ได้แก่ อสม. ประธานชุมชน เครือข่ายเทศบาล ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล ๑๕ แห่ง ปฏิบัติหน้าที่ในการร่วมลงพื้นที่ สื่อสารและประสานงาน และติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับชุมชน

๓. ทีม Outsource ได้แก่ พยาบาลเกษียณอายุ /ผู้ที่ผ่านการอบรมจากโรงพยาบาลหาดใหญ่ - วางแผนและจัดเตรียมการดำเนินงาน และจัดทำ MOU กับโรงพยาบาล (PDPA) -ให้บริการประชาชนในพื้นที่: ตั้งจุดคัดกรองในโรงพยาบาลเพื่อผู้ป่วยเข้าถึงได้มากขึ้น,เชิญชวนนักกลุ่มเป้าหมายมาตรวจ,ให้ข้อมูลคำแนะนำเกี่ยวกับการคัดกรอง -ดำเนินการเก็บตัวอย่าง : เก็บตัวอย่างปากมดลูก -จัดเก็บและส่งตัวอย่างตรวจ: นำส่งตัวอย่างให้ทางโรงพยาบาลเพื่อส่งตัวอย่างไปยังห้องปฏิบัติการ -บันทึกข้อมูลลงระบบ: บันทึกข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล -ติดตามผล และส่งต่อ:ติดตามผลการการตรวจ หากพบผิดปกติประสานงานพยาบาลเพื่อนัดหมายการตรวจเพิ่มเติม -จัดทำรายงานผลการดำเนินงาน :จัดทำสรุปรายงานส่งให้โรงพยาบาล

๓. ขั้นสรุปและประเมินผล (Check)

๓.๑ ติดตามกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการส่งต่อ

๓.๒ ติดตามสรุปผลรายวัน ผลการดำเนินงาน วิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอผลการดำเนินงานในที่ประชุมของกลุ่มงาน, ผู้บริหาร

๓.๓ ประเมินความพึงพอใจของการจัดบริการ โดยประเมินผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ภาควิชาเครือข่าย และทีม Outsource

๔. ขั้นปรับปรุงตามผลการประเมิน (Act)

๔.๑ ประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ และทีมที่ดำเนินงาน

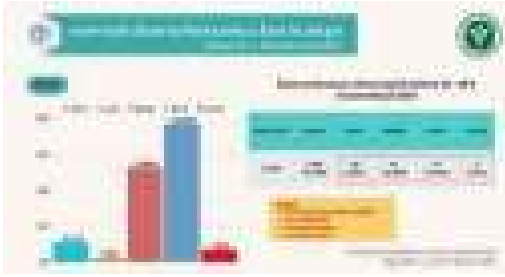
๔.๒ วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคที่เกิดจากการดำเนินงาน และนำผลมาปรับปรุงการดำเนินงานใหม่ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไป

๔.๓ ขยายพื้นที่เป้าหมายเพิ่มเป็นทั้งอำเภอหาดใหญ่ โดยใช้โมเดล ๓ ทีม

ผลการศึกษา

๑ ผลลัพธ์ เชิงปริมาณ: พบว่าการเข้าถึงบริการคัดกรองมะเร็ง เพิ่มขึ้น





๒ ผลลัพธ์เชิงคุณภาพ

- ๒.๑ มี Model คัดกรองมะเร็งปากมดลูกถึงบ้านเชิงรุกในเขตเมือง โดยบูรณาการ ๓ ทีม
- ๒.๒ ติดตามผู้รับบริการที่คัดกรองพบผลผิดปกติเข้ารับการตรวจรักษาต่อใน รพ. ร้อยละ ๗๐
- ๒.๓ ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในการบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเชิงรุกในเขตเมือง ร้อยละ ๘๕
- ๒.๔ เพิ่มรายได้อีกหนึ่งช่องทางหนึ่งให้แก่โรงพยาบาล (PP Fee schedule) ชดเชย ค่าคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test (หน่วยเก็บและหน่วยตรวจ) จาก สปสช. รวมเป็นเงิน ๒,๓๐๐,๐๐๐ บาท

สรุปและข้อเสนอแนะ

การพัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองมะเร็งด้วยตนเองในชุมชนเขตเมืองของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เป็นการดำเนินงานที่เกิดขึ้นจากความตั้งใจในการพัฒนางานการคัดกรองมะเร็งเพื่อเป็นการส่งเสริมและป้องกันโรค ซึ่งทำให้เกิดผลดีช่วยให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวกรวดเร็วมากขึ้น ช่วยให้เกิดการเรียนรู้การดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน และเพิ่มอัตราการตรวจพบมะเร็งในระยะเริ่มต้นได้ ซึ่งส่งผลให้มีการรักษามะเร็งตั้งแต่ระยะเริ่มแรกมีการส่งต่อการรักษาได้อย่างรวดเร็ว จากการดำเนินการส่งผลให้มีการคัดกรองมะเร็งเพิ่มขึ้น แต่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด จึงมีการวางแผนพัฒนาต่อเนื่องโดยขยายการดำเนินงานและการใช้บริการจากภายนอกโดยมีการขยายการคัดกรองมะเร็งไปยังร้านยาคุณภาพ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการบริการคัดกรองให้ครอบคลุมมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

๑. สถิติมะเร็งในคนไทย ที่ควรดูแลตนเองให้ห่างไกลสปีคันธค๑,๒๕๖๗ จาก <https://www.paolohospital.com/th-TH/phrapradaeng/Article/Details>
๒. อารยา ประเสริฐชัย, มยุรินทร์ เหล่ารุจิรสวัสดิ์. แนวโน้มอัตราการตายด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทย ระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๕๔-๒๕๖๔. (๒๕๖๖). *วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ*; ๑๖ :๒๐๓-๑๗
๓. ชลัษฏ์ นันทสุภา, จตุพล ศรีสมบุรณ์. *การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสำหรับสตรีไทย*. สปีคันธ ก.พ.๑,๒๕๖๘ จาก: <https://w๑.med.cmu.ac.th/obgyn/lessons/cervical-cancer-screening-for-thais/>

ภาพกิจกรรม



DM Foot Specialist Mobile In Songkhla Health Region

สุรภา หังสพฤกษ์ ฐิติรัตน์ จงอัจฉริย ทวีศักดิ์ วงศ์กิริติเมธาวิ
อารีรัตน์ นวลแย้ม และนิลเนตร ปานประดิษฐ์
โรงพยาบาลหาดใหญ่

หลักการ และเหตุผล

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ หลายระบบหนึ่งในนั้น คือการเกิดแผลเบาหวานที่เท้า (Diabetic foot ulcer: DFU) ซึ่งมักตามมาด้วยการติดเชื้อที่บริเวณแผล ถ้าดูแลไม่เหมาะสมทำให้การติดเชื้อลุกลามและตามมาด้วยการตัดอวัยวะ นอกจากผลกระทบดังกล่าวแล้ว หากแผลเกิดการติดเชื้อรุนแรงเข้าสู่กระแสเลือดทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ จากข้อมูลโรงพยาบาลหาดใหญ่ ปีพ.ศ. ๒๕๖๕ พบว่า มีผู้ป่วยถูกตัดขาส่วนล่าง (Major lower limb amputation) ปีละ ๖๐ - ๘๐ ราย ร้อยละ ๘๐ เกิดจากเท้าเบาหวานที่มีแผลติดเชื้อ หรือร่วมกับภาวะหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบ การคัดกรองที่มีประสิทธิภาพและการรักษาฟื้นฟูที่ดี สามารถป้องกันการถูกตัดขาได้

เริ่มต้นได้ทำโครงการพัฒนางานคัดกรองเท้าเบาหวานที่แผนกอายุรกรรม ของโรงพยาบาลหาดใหญ่ ปีพ.ศ. ๒๕๖๖ พบว่า สามารถเพิ่มอัตราการคัดกรองได้สูงขึ้นเป็น ร้อยละ ๗๕.๓๐ ซึ่งเมื่อเทียบกับข้อมูลการคัดกรองเดิม พ.ศ. ๒๕๖๓-๒๕๖๕ พบว่า ข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจเท้าร้อยละ ๒๙.๖๘, ๑๔.๑๔ และ ๒.๙๙ ตามลำดับ จากการคัดกรองพบผู้ป่วยเท้าเบาหวานอยู่ในระดับความเสี่ยงสูงที่จะเกิดแผลหรือถูกตัดขาจำนวน ๙๘ ราย (คิดเป็นร้อยละ ๗.๘๗) และผู้ป่วยทุกรายได้รับการรักษาฟื้นฟูโดยทีมสหวิชาชีพและไม่มีการถูกตัดขาเพิ่มมากขึ้นเลย ดังนั้นจึงเกิดแนวคิดพัฒนารูปแบบการให้บริการ DM foot specialist mobile ในเขตจังหวัดสงขลาขึ้น เพื่อพัฒนางานด้านการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงสูงให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยเชื่อมโยงการพัฒนาในระดับเครือข่ายลดขั้นตอนการเข้าถึงบริการ ลดระยะเวลาการรอคอย ตลอดจนทำให้มีความรวดเร็วในการวินิจฉัยและรักษาได้อย่างทันท่วงทีก่อนที่จะนำไปสู่การถูกตัดขา (major limb amputation)

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยเท้าเบาหวานที่มีความเสี่ยงสูงในโรงพยาบาลชุมชนที่อยู่ห่างไกลได้รับการดูแลรักษาอย่างเท่าเทียม
๒. เพิ่มการเข้าถึงบริการ และช่วยลดการตัดขาได้

วิธีดำเนินการ

๑. จัดประชุมทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลหาดใหญ่ เพื่อเตรียมความพร้อมในการออกหน่วย DM foot specialist mobile
๒. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ case manager ในจังหวัดสงขลา เพื่อถอดบทเรียนปัญหา แผนงานการดำเนินงาน โดยมีความร่วมมือกับ สสจ.จังหวัดสงขลา
๓. ลงพื้นที่ในโรงพยาบาลชุมชนที่มีจำนวนผู้ป่วยเท้าเบาหวานความเสี่ยงสูงจำนวนมากโดยมีพื้นที่นำร่องคือ อำเภอเทพา สะเดา ควนเนียงและคลองหอยโข่ง โดยมีกิจกรรมดังนี้ คือ ตรวจประเมินเท้า ประเมินแผล สอนบริหารเท้า และรักษาตามความเสี่ยงของแต่ละบุคคล เช่น มีการทำแผล ขูดหนังแข็ง แนะนำรองเท้า ปรับรองเท้า

off loadingรวมทั้งมีกิจกรรมกลุ่มในการพูดคุยถึงปัญหาในการจัดการเบาหวานและจัดการเท้า เป็นต้น มีระบบการติดตามผู้ป่วยด้วยระบบ telemedicine และ tele-consult

๔. สรุปรูปโครงการ ปัญหาและอุปสรรค พูดคุยปัญหาเกี่ยวกับเครือข่ายการทำงานในจังหวัดสงขลา และแผนพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเท้าเบาหวานที่มีความเสี่ยงสูงต่อไป

ผลการศึกษา

๑ ผลลัพธ์ เชิงปริมาณ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน						รวม	หมายเหตุ
		เม.ย	พ.ค	มิ.ย	ก.ค	ส.ค	ก.ย		
๑. จำนวนผู้ป่วยเท้าเบาหวานที่มีความเสี่ยงสูงมีแผลดีขึ้น	มากกว่าร้อยละ ๘๐	๙๒	๙๕	๙๒	๙๔	๙๕	๙๘	๙๔.๓	จากผู้ป่วย ๕๐ คนถูกตัดนิ้วโป้งเท้าขวา ๑ คน
๒. จำนวนผู้ป่วยเท้าเบาหวานที่มีความเสี่ยงสูงได้รับอุปกรณ์ off loading ภายใน ๒ สัปดาห์	มากกว่าร้อยละ ๘๐	๙๕	๙๕	๙๖	๙๖	๙๖	๙๔	๙๕.๓	
๓. จำนวนผู้ป่วยเท้าเบาหวานความเสี่ยงสูงถูกตัดขา major limb amputation	น้อยกว่าร้อยละ ๕	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	

๒ ผลลัพธ์ เชิงคุณภาพ

จากการลงพื้นที่ออกหน่วย DM foot specialist mobile ในพื้นที่นำร่องของจังหวัดสงขลาจำนวน ๔ โรงพยาบาลได้แก่ รพ.เทพา, รพ.ควนเนียง, รพ.สะเดา และ รพ.คลองหอยโข่ง มีจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด ๘๐ คน เป็นเพศหญิง ๕๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๖๕ และจำแนกประเภทผู้ป่วยตามระดับความเสี่ยงของแผลได้ดังต่อไปนี้

- ระดับต่ำมาก (Category ๐) จำนวน ๑๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๐
- ระดับต่ำ (Category ๑) จำนวน ๙ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๑.๒๕
- ระดับปานกลาง (Category ๒) จำนวน ๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๖.๒๕
- ระดับสูง (Category ๓) จำนวน ๕๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๖๒.๕

ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงที่จะถูกตัดขา จำนวน ๕๐ คน ได้รับการดูแลจากทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง โดยใช้ระบบการติดตามผ่านระบบ tele consult และระบบ telemedicine รวมทั้งติดตามการใช้รองเท้าที่มีการ off loading และการดูแลแผลอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ ๘๐ มีแผลดีขึ้น ไม่มีการถูกตัดขาหรือถูกตัดเท้าเพิ่ม แต่มีเพียงผู้ป่วย ๑ คนที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ เกิดแผลติดเชื้อลุกลาม จึงถูกตัดนิ้วโป้งเท้าขวา

สรุปและก็นำผลงานไปใช้

DM foot specialist mobile เป็นการดำเนินงานที่เกิดขึ้นจากความตั้งใจในการพัฒนางานด้านการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานโดยทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลศูนย์ชุมชนที่ห่างไกล โดยนำร่องจาก โรงพยาบาลที่มีผู้ป่วยที่มีแผลที่เท้าจำนวนมาก ซึ่งทำให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วยคือ ผู้ป่วยได้ความรู้ในการดูแลเท้า การควบคุมเบาหวาน และได้ร่วมกันพูดคุยถึงปัญหาในการรักษากันอย่างใกล้ชิด เป็นกันเอง ส่วนผลดีต่อทีมสหวิชาชีพในรพ.ชุมชนคือได้ฝึกฝนทักษะการจัดการดูแลแผลได้อย่างชำนาญ เกิดเครือข่ายความร่วมมือกันอย่างไร้รอยต่อและลดการตัดขา

เอกสารอ้างอิง

๑. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. (๒๕๖๖). แนวทางเวชปฏิบัติ สำหรับโรคเบาหวาน ๒๕๖๖.สืบค้น Nov๒๖, ๒๐๒๓จาก: <https://www.thaiendocrine.org/th/๒๐๒๓/๐๘/๐๒/>
๒. สุมาลี เชื้อพันธ์. (๒๕๕๙). ผลของโปรแกรมการดูแลเท้าแบบบูรณาการต่อพฤติกรรมดูแลเท้า สภาวะเท้า และระดับ HbA๑c ของผู้ป่วยเบาหวานความเสี่ยงสูงต่อการเกิดแผลที่เท้า.; *The Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*, ๓๑(๑):๑๑๑-๑๒๓.
๓. ศิริพร จันทรฉาย. (๒๕๕๒). การดูแลเท้าเบาหวาน : การป้องกันการถูกตัดขา. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, ๔๙(๓):๑๗๓-๑๘๘
๔. Songraksa K, Lerkiatbundit S. Development of a disease specific quality of life instrument: Thai version of the Diabetic-๓๙. *Journal of Health Science and Medical Research (JHSMR)*. Jan ๑;๒๗.

ภาพประกอบกิจกรรม



Thera Flex “นวัตกรรมยางยืดปมพลังขนาดบำบัด”

ฉมา มาศ จันทร์ทาศรี
โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

หลักการและเหตุผล

จากฐานข้อมูลระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุขในปี ๒๕๖๗ พบอัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยรายใหม่ทั่วประเทศ จำนวน ๖๓๔.๐ ต่อประชากรแสนคน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเมื่อพิจารณาอัตราผู้ป่วยเบาหวาน ในปี จำนวน ๘,๑๐๔.๒ ต่อประชากรแสนคน พบว่าการเสื่อมของระบบประสาทรับความรู้สึกและการไหลเวียนโลหิตส่วนปลายได้น้อยลง เกิดอาการชาปลายมือและปลายเท้าจนถึงไม่รู้สึกรู้สียง ส่งผลถึงแผลเบาหวานที่มือและเท้า นำไปสู่การตัดนิ้วมือและนิ้วเท้าได้ จึงเกิดการให้แนวทางการป้องกันโรคเบาหวานไว้ อาทิ เช่น การควบคุมน้ำหนักตัว การเลือกรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ และการมีกิจกรรมทางกาย ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อย ๓๐ นาทีต่อวัน หรือสะสม ๑๕๐ นาที ต่อสัปดาห์ (กองโรคไม่ติดต่อ สำนักสื่อสารความเสี่ยงฯ กรมควบคุมโรค, ๒๕๖๗)

จากการที่ผ่านมา พบว่ามีการประยุกต์ใช้นวัตกรรมยางยืดในหลากหลายโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การศึกษาของชลดา พลนาคุ (๒๕๖๕) เกี่ยวกับประสิทธิภาพของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยไม้กระดานยางยืดกล้ามเนื้อและเมล็ดมะค่าโมงขนาดฝ่าเท้าในผู้สูงอายุ อำเภอเมยวดี จังหวัดร้อยเอ็ด แสดงให้เห็นผลลัพธ์ทางสุขภาพที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ในด้านความทนทาน ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแขนขา ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ และการลดอาการชาเท้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนและหลังการทดลอง นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ใช้งานมีความพึงพอใจในระดับสูงสุดต่อความปลอดภัยและขนาดโดยรวมของนวัตกรรม

ในขณะเดียวกัน พุฒิพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์ และคณะ (๒๕๖๖) ได้นำเสนอบทความเรื่อง "การดูแลสุขภาพแนวใหม่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยข้อปฏิบัติ ๘ ประการ (ยา ๘ ขนาน)" ซึ่งหนึ่งในนั้นคือการนวดฝ่ามือและฝ่าเท้า ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามวิธีดังกล่าวอย่างต่อเนื่องสามารถลดภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรังได้ และในบางกรณี บุคลากรทางการแพทย์สามารถปรับลดขนาดยาหรือหยุดยาในผู้ป่วยบางรายได้

สถานการณ์การป่วยด้วยโรคเบาหวานในจังหวัดร้อยเอ็ด ในช่วง ๕ ปีที่ผ่านมา มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยจากรายงานของจังหวัดร้อยเอ็ด โดยการวิเคราะห์ข้อมูลจากคลังข้อมูลของ จังหวัดร้อยเอ็ด(Health Data Center) ปี ๒๕๖๑-๒๕๖๖ พบว่า อัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อแสนประชากรเท่ากับ ๖๔๙.๐, ๖๔๖.๓, ๕๗๓.๖, ๕๘๐.๘, ๕๔๙.๕ และ ๖๖๖.๘ ตามลำดับ ในส่วนของอำเภอเมืองร้อยเอ็ด พบว่าอัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อแสนประชากรของอำเภอเมืองร้อยเอ็ด ปี ๒๕๖๕-๒๕๖๗ เท่ากับ ๖๔๒.๓, ๗๕๓.๘ และ ๙๒๗.๓ ตามลำดับ ในส่วนของศูนย์แพทย์เวทีกิบาลรับผิดชอบประชากร ทั้งหมด ๓,๘๑๔ คน พบผู้ป่วยเบาหวาน ๒๖๗ คน (ข้อมูล ณ วันที่ ๓ ก.พ. ๒๕๖ จาก HOSxP PCU)นอกจากนั้นในเขตเทศบาลเมืองร้อยเอ็ด พบว่าอัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อแสนประชากรเท่ากับในเขตเทศบาลเมืองร้อยเอ็ด ปี ๒๕๖๕-๒๕๖๗ เท่ากับ ๔๑๖.๒, ๕๓๐.๒, และ ๗๔๐.๔ ตามลำดับ (Health Data Center : HDC จังหวัดร้อยเอ็ด)

อย่างไรก็ตาม จากการวิเคราะห์นวัตกรรมที่มีอยู่เดิมได้พบข้อจำกัดบางประการ ได้แก่

๑. นวัตกรรมไม้กระดานยางยืดกล้ามเนื้อและเมล็ดมะค่าโมงขนาดฝ่าเท้า มีองค์ประกอบที่ซับซ้อน การจัดหาวัสดุบางชนิด เช่น เมล็ดมะค่า อาจทำได้ยากในเขตเมือง

๒. การผลิตต้องอาศัยความชำนาญในการเจาะรูเพื่อร้อยยางยืด
๓. ประโยชน์ของนวัตกรรมเดิมจำกัดอยู่เพียงการยืดเหยียดกล้ามเนื้อและนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า
๔. รูปแบบการใช้งานเดิมไม่เอื้อต่อกิจกรรมกลุ่ม ส่งผลให้ขาดแรงจูงใจและความยั่งยืนในการออกกำลังกาย
๕. นวัตกรรมเดิมมุ่งเน้นเฉพาะการแก้ไขอาการขาบริเวณปลายเท้า แต่ละเลยการดูแลอาการขาบริเวณปลายมือ

จากข้อจำกัดดังกล่าว จึงได้พัฒนา "นวัตกรรมTheraFlexนวัตกรรมยางยืดปั๊มพลังนวดบำบัด" ที่มีลักษณะเด่นดังนี้

๑. ใช้ไม้นวดมือหนามเตย ซึ่งเป็นภูมิปัญญาท้องถิ่นที่หาซื้อได้ง่าย ราคาประหยัด และมีประสิทธิภาพในการนวดคลายกล้ามเนื้อ
๒. ออกแบบให้สามารถใช้ประโยชน์ได้ทั้งการยืดเหยียดกล้ามเนื้อและการนวดบำบัดบริเวณปลายมือ ช่วยป้องกันการเสื่อมของระบบประสาทสำหรับความรู้สึกและกระตุ้นการไหลเวียนโลหิตส่วนปลาย
๓. เหมาะสำหรับการใช้งานทั้งในผู้ป่วยโรคเบาหวานและบุคคลทั่วไป
๔. ประยุกต์การใช้งานร่วมกับยางยืดเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ
๕. มีการเพิ่มที่จับสองข้างจากท่อพีวีซี เพื่อความสะดวกในการใช้งาน เพิ่มพื้นที่สัมผัสกับไม้นวดมือหนามเตย และเสริมความปลอดภัยทั้งต่อผู้ใช้และบุคคลรอบข้าง

นวัตกรรมนี้ไม่เพียงแต่ตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของผู้ใช้เท่านั้น แต่ยังส่งเสริมการอนุรักษ์และต่อยอดภูมิปัญญาท้องถิ่น และเป็นการพัฒนานวัตกรรมสุขภาพที่มีความยั่งยืน ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อลดอาการขาบริเวณปลายมือ ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน
๒. เพื่อสร้างแรงจูงใจในการออกกำลังกายได้เพิ่มมากขึ้น ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน
๓. เพื่อให้เกิดการประยุกต์ใช้และต่อยอดนวัตกรรมไม้นวดหนามเตยจากภูมิปัญญาไทยที่มีอยู่แล้วให้เกิดประโยชน์สูงสุด

๓. เพื่อให้เกิดการประยุกต์ใช้และต่อยอดนวัตกรรมยางยืดให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
๔. เพื่อประเมินความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรม TheraFlex “ยางยืดปั๊มพลังนวดบำบัด”

วิธีดำเนินการ

การสร้างนวัตกรรม

๑. จัดหาวัสดุที่หาได้ง่ายในท้องถิ่น ได้แก่ ไม้นวดมือหนามเตย ท่อต่อตรงขนาด๓/๔ ยางรัดของ กาวร้อนชนิดน้ำ
๒. ต่อก่อตรงขนาด ๓/๔ เข้ากัน ไม้นวดมือหนามเตยทั้ง ๒ ผึ่ง ด้วยกาวร้อนชนิดน้ำทำทั้งหมด ๒ อัน
๓. นับยางรัดของ แบ่งเป็นกองละ ๕ เส้น ทั้งหมด ๔๐ กอง ต่อ ๑ อันร้อยยางเข้ากับ ท่อต่อตรง ๑ด้าน

๔. ร้อยต่อกันจับครบจำนวนยางที่นับไว้ นำมามัดปมตรงกลางเพื่อแรงเสียดทาน และอีกฝั่งของยางร้อยเข้ากับท่อต่อตรงฝั่งตรงข้าม
๕. ทำทั้งอีก ๑ อัน มาเกี่ยวกับเพื่อให้เป็นมือจับจากทั้ง ๒ ฝั่งและทดลองใช้งานจริง

ขั้นตอนการดำเนินการ

๑. ประชาสัมพันธ์แก่ผู้ที่มีารับบริการ สาธิตวิธีการใช้งาน เพื่อหาผู้ที่สนใจเข้ากลุ่มคัดเลือก
๒. คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานจากผู้มารับบริการที่ศูนย์แพทย์เทวาทิบาล โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ในช่วงเวลาเดือนกุมภาพันธ์ ปี ๒๕๖๘ จำนวน ๓๐ คน ที่สมัครเข้าโครงการ
๓. มีการประชุมนัดวัน ชี้แจง เพื่อใช้นวัตกรรมเป็นกลุ่ม ให้เกิดแรงบรรดาลใจในการเข้าร่วมกิจกรรม
๔. นัดกลุ่มเป้าหมายมาทุก ๒ สัปดาห์ วันละ ๑๐ ราย เพื่อใช้นวัตกรรมTheraFlex “นวัตกรรมยางยืดปมพลังนวดบำบัด”
๕. ติดตามผลก่อนและหลังร่วมกิจกรรมทุกครั้ง เป็นเวลา ๒ เดือน และประเมินความพึงพอใจของนวัตกรรม และดูระดับอาการชาปลายมือ (Numeric Pain Rating Scale)

ผลการศึกษา

จากการทดลองใช้นวัตกรรม TheraFlex “นวัตกรรมยางยืดปมพลังนวดบำบัด” ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า

๑. ผู้ใช้งานมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด แบ่งเป็น นวัตกรรมสามารถนำไปใช้งานได้จริง ร้อยละ ๙๖.๐ นวัตกรรมใช้งานสะดวก ใช้งานไม่ยุ่งยาก ร้อยละ ๙๐.๐
๒. ผู้ใช้งานมีความพึงพอใจในระดับมาก แบ่งเป็น นวัตกรรมสามารถใช้งานได้อย่างปลอดภัยร้อยละ ๘๖.๐ นวัตกรรมช่วยลดอาการชาปลายมือได้ ร้อยละ ๗๒.๐ การนำวัสดุใกล้ตัว และจากภูมิปัญญามาต่อยอด ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ร้อยละ ๗๔.๐ นวัตกรรมสามารถเพิ่มแรงจูงใจในการออกกำลังกายได้ ร้อยละ ๗๐.๐
๓. ผู้ใช้งานมีความพึงพอใจในระดับปานกลาง นวัตกรรมมีความแข็งแรงทนทาน ร้อยละ ๖๘.๐ นวัตกรรมมีขนาดและน้ำหนักเหมาะสม ร้อยละ ๖๕.๐

ผู้ใช้งานมีความพึงพอใจโดยรวม ต่อการใช้นวัตกรรมยางยืดปมพลังนวดบำบัดในระดับ มาก ร้อยละ ๗๗.๖ และพบว่า อาการชาปลายมือในกลุ่มผู้ใช้งานก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < ๐.๐๐๑$)

การนำผลงานไปใช้ประโยชน์

นวัตกรรมสามารถนำไปใช้งานได้จริง เพื่อเสริมสร้างการออกกำลังกายในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เช่น ความดันโลหิตสูง และกลุ่มอายุที่ต้องการฟื้นฟูร่างกายด้วยการออกกำลังกายถึงปานกลาง อย่างปลอดภัย เพื่อลดความเสี่ยงการปวดเกร็ง ชาบริเวณปลายมือได้ด้วยตนเองอย่างดี ทั้งในกลุ่มคนที่มีการใช้งานแขนและมืออย่างหนัก ในกลุ่มวัยเรียนที่ใช้การจดโน้ต และกลุ่มวัยทำงานอีกด้วย

คุณค่าของนวัตกรรม

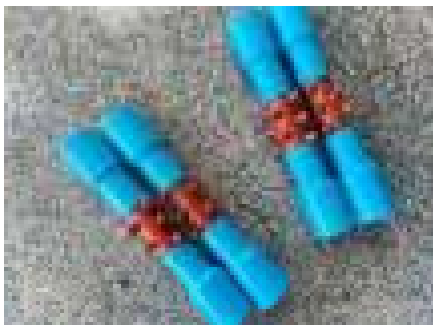
ด้านสุขภาพ : ช่วยลดอาการปวดเมื่อย กระตุ้นการไหลเวียนเลือดไปบริเวณส่วนปลายมือ ลดอาการชาปลายมือ เพิ่มการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ส่งเสริมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วย NCDs

ด้านเศรษฐกิจ : ผลิตจากวัสดุที่หาได้ง่ายในท้องถิ่น มีต้นทุนต่ำ แต่สามารถนำไปต่อยอดเชิงพาณิชย์ได้
ด้านสังคม : กระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมทำกิจกรรมในชุมชนและในโรงพยาบาล ในสังคมของผู้ป่วยNCDs
เกิดการและเปลี่ยนความคิดและการพัฒนานวัตกรรม เพื่อต่อยอดนวัตกรรมต่อไป
ด้านการอนุรักษ์ภูมิปัญญาไทย : มีการต่อยอดอุปกรณ์ของภูมิปัญญาไทยที่เห็นการอย่างแพร่หลาย มา
ประยุกต์ใช้ให้ได้ประโยชน์เพิ่มมากขึ้น เข้ากับวิถีชีวิตปัจจุบันอย่างสร้างสรรค์

เอกสารอ้างอิง

๑. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) จังหวัดร้อยเอ็ด.(๒๕๖๗). สืบค้นกุมภาพันธ์๓,๒๕๖๗. จาก <http://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER๑๗/DRAWER๐๐๒/GENERAL/DATA๐๐๐๐/๐๐๐๐๘๔๙.PDF>.
๒. กองโรคไม่ติดต่อ สำนักสื่อสารความเสี่ยงฯ กรมควบคุมโรค.(๒๕๖๗). กรมควบคุมโรคผนึกกำลังกับเครือข่ายทั่วโลก ๒๕๖๗มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสุข แม้จะต้องอยู่ร่วมกับโรคเบาหวาน. สืบค้นพฤศจิกายน ๑๓, ๒๕๖๗ จาก <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=๔๗๖๐๙&deptcode=brc>
๓. ชลลดา พลนาคุ. (๒๕๖๔). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยไม้กระดานยางยืด และเมล็ดมะค่าโมงขนาดฝ่าเท้าผู้สูงอายุ อำเภอเมืองยโสธร จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ ,๑๔(๑), ๖-๑๖. <https://he๐๔.tcithaijo.org/index.php/AJNHS/article/view/๓๙/๒๒>
๔. พุฒิพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์, นฤมล เวชจักรเวร, ธวัชชัย เอกสันติ, และวิจิตรภรณ์ ธรรมมาไพศาล. (๒๕๖๖). การดูแลสุขภาพแนวใหม่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยข้อปฏิบัติ ๘ ประการ (ยา ๘ ขนาน). วารสารมหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล, ๓๖(๒), ๑-๑๗. จาก <https://ph๐๑.tcithaijo.org/index.php/vujournal/article/view/๒๕๕๑๖๓>
๕. เพชรรัตน์ พวงลำไย, ชนากานต์ รัตนกิตติวงศ์, และรัฐพล เมฆไตรรัตน์. (๒๕๖๗). รายงานประจำปีกองควบคุมโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. <https://online.fliphtml๕.com/bcbgj/tyoi/#p=๙๙>

รูปภาพประกอบ





ภาพถ่ายได้รับการขออนุญาตจากผู้ป่วยแล้ว

ตีบ แตก ตัน รู้เท่าทันโรคไม่ติดต่อ (เรื้อรัง) ด้วย BSM

รูนีตาร์ กาเซ็ง
โรงพยาบาลยะลา

หลักการ และเหตุผล

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ในการดำเนินชีวิต ไม่ว่าจะเป็นการรับประทานอาหารรสจัด อาหารที่มีไขมันสูง อาหารปิ้งย่าง การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การไม่ออกกำลังกาย การนอนดึก การมีความเครียดสูง การรับประทานยาโดยไม่ปรึกษาแพทย์ เป็นต้น โรคในกลุ่มนี้จะมีการดำเนินโรคอย่างช้าๆ ค่อยๆ สะสมอาการทีละชนิดโดยผู้ป่วยไม่รู้ตัว หากไม่ได้รับการตรวจสุขภาพ เป็นประจำก็มักจะไม่ทราบและไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องทันเวลา จนโรคค่อยๆ ทวีความรุนแรงขึ้นและกลายเป็นอาการเรื้อรังในที่สุด จนถึงภาวะอันตรายและส่งผลกระทบต่อชีวิตและมีภาวะเสี่ยงที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมองอีกด้วย จากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขในปี ๒๕๖๖ ประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากถึง ๓๔๙,๑๒๖ ราย เสียชีวิต ๓๖,๒๑๔ ราย ผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า ๗๐ ปี และจากรายงานสถิติของสำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่าในปี ๒๕๖๔-๒๕๖๖ จังหวัดยะลา มีอัตราผู้ป่วยในของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุดเมื่อเทียบกับจังหวัดปัตตานีและนราธิวาส ในปัจจุบันโรงพยาบาลยะลาเป็นโรงพยาบาล ๕๐๐ เตียง มีผู้ป่วยที่มานอนพักรักษาที่ Stroke unit เท่ากับ ๑,๒๔๕,๑๑๙,๑๓๙๗ ตามลำดับ ไม่เพียงแต่อัตราป่วยเท่านั้นที่เพิ่มขึ้น จากรายงานพบว่าจังหวัดยะลา มีอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด โดยในปี ๒๕๖๖ พบผู้ป่วยที่เสียชีวิต ๖๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๔.๗๒ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา ; ๒๕๖๖)

การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นกิจกรรมพื้นฐานที่มีความจำเป็นต้องทำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในระยะต้นเกือบทุกราย ทั้งนี้ประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วยในด้านนี้มีผลสำคัญต่อผลการฟื้นฟูสภาพในระยะยาว แต่รูปแบบการให้สุขศึกษา ณ ปัจจุบัน ได้แก่ การให้ความรู้แบบทางเดียว (One way) การแจกเอกสารแผ่นพับ , บอร์ดให้ความรู้ เป็นต้น ยังมีข้อจำกัดในด้านการสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องชัดเจนให้กับผู้รับการสอน อีกทั้งยังเสี่ยงต่อการถ่ายทอดความรู้ที่ไม่ครบและไม่เหมือนกันทุกครั้งที่ทำการสอนอีกด้วย จากการประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลยะลา พบว่าผู้ป่วยและญาติมีความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีคะแนนอยู่ในระดับสูงสุด เพียงร้อยละ ๒๓.๓๓ และมีพฤติกรรมสุขภาพที่อยู่ระดับดี เพียงร้อยละ ๑๐.๐๐ งานสุขศึกษาจึงมีแนวคิดที่จะพัฒนานวัตกรรมที่สามารถใช้ในการถ่ายทอดความรู้ได้อย่างชัดเจน เห็นเป็นรูปธรรม โดยการใช้นวัตกรรม “BSL (Blood System Model)” เป็นสื่อสุขศึกษาเกี่ยวกับระบบการไหลเวียนของเลือด เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติ มีความรู้ ความเข้าใจและมีความตระหนักถึงอันตรายของภาวะความผิดปกติของการไหลเวียนเลือด เช่น เส้นเลือดอุดตัน ตีบและแตก ซึ่งภาวะเหล่านี้ส่งผลอันตรายแก่ชีวิตได้

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติ มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากกว่าร้อยละ ๘๐

๒. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติ มีพฤติกรรมสุขภาพ ลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อยู่ในระดับมากกว่า ร้อยละ ๖๐

๓. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีความพึงพอใจในการใช้ Blood system Model มากกว่าร้อยละ ๘๐

วิธีดำเนินการ

ขั้นเตรียมการ

๑. ศึกษาข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วย
๒. ประเมินความรู้ความเข้าใจและพฤติกรรมสุขภาพ
๓. วิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุผู้ป่วยที่ยังมีพฤติกรรมไม่ถูกต้อง
๔. ประชุมในหน่วยงานเพื่อระดมสมองคิดค้นนวัตกรรมใหม่ๆ



ขั้นตอนการผลิตและดำเนินการ

๑. เตรียมวัสดุอุปกรณ์ เช่น สายยาง, สำลี ขวดน้ำ ,สายดำรัดขวดน้ำ, กระดาษ A๔, พิวเจอร์บอร์ด, Syringe และสีผสมอาหาร



๒. ประดิษฐ์ Blood System Model และทดลองใช้งานปรับปรุง ให้ดีขึ้นและเหมาะสมกับการใช้งาน



๓. นำนวัตกรรมไปใช้ในการให้สุศึกษาแก่ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลยะลา โดยอธิบายวิธีการใช้งานอย่างละเอียด



ผลการวิจัย

ตารางที่ ๑ จำนวนและร้อยละของระดับความรู้เรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (N=๓๐)

ระดับความรู้	ก่อนใช้นวัตกรรม		หลังใช้นวัตกรรม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง (๑๔-๒๐)	๗	๒๓.๓๓	๒๙	๙๖.๗
ระดับปานกลาง (๑๐-๑๓)	๙	๓๐.๐	๑	๓.๓
ระดับต่ำ (๐-๙)	๑๔	๔๖.๖๖	๐	๐.๐

จากตารางที่ ๑ จะเห็นได้ว่า ระดับความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง หลังใช้นวัตกรรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนอยู่ในระดับสูงสุด เพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๒๓.๓๓ เป็นร้อยละ ๙๖.๗

ตารางที่ ๒ : แสดงข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเป้าหมาย (N = ๓๐ คน)

ระดับพฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนใช้นวัตกรรม		หลังใช้นวัตกรรม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
๓๐.๒๕.				
ดีมาก	-	-	๙	๓๐.๐๐
ดี	๓	๑๐.๐๐	๑๕	๕๐.๐๐
ปานกลาง	๖	๒๐.๐๐	๖	๒๐.๐๐
ไม่ดี (ควรปรับปรุง)	๒๑	๗๐.๐๐	-	-

จากตารางที่ ๒ จะเห็นได้ว่า หลังใช้นวัตกรรม กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีและดีมาก เพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๑๐ เป็นร้อยละ ๘๐

อภิปรายสรุปและข้อเสนอแนะ

เป็น Model ที่สามารถสื่อให้เห็นถึงระบบไหลเวียนของเลือด ที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ ผู้ป่วยจะเห็นภาพชัดเจนว่าหลอดเลือดจะไหลเวียนอย่างไร และส่งผลกระทบต่อร่างกายอย่างไร ทำให้ผู้ป่วยตระหนักในการดูแลสุขภาพตัวเองมากขึ้น สามารถนำไปใช้ในการให้ความรู้ในโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และในชุมชนได้ อย่างไรก็ตามควรพัฒนานวัตกรรม โดยปรับขนาดให้เล็กลง สามารถพกพาได้สะดวกหรือสร้างเป็นวิดีโอที่สามารถเผยแพร่เพิ่มเติมในช่องทางต่างๆ เช่น Tiktok หรือเพจโรงพยาบาล เพื่อให้คนอื่นที่ไม่ได้มารับการรักษาที่โรงพยาบาลยะลา ได้รับความรู้ผ่านสื่อการเรียนรู้ด้วย BSL (Blood System Model)

“ รู้จักไต เข้าใจเบาหวาน ”

พาศีละห์ เจ๊ะอาแว
โรงพยาบาลยะลา

หลักการ และเหตุผล

จากข้อมูลสถิติผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลยะลาในปี ๒๕๖๕-๒๕๖๖ พบผู้ป่วยเบาหวานจำนวน ๒๔๗๘ และ ๒๔๙๑ คนตามลำดับ ซึ่งในปี ๒๕๖๖ ผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อนหลายด้าน ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางไต ร้อยละ ๔๔.๓ ภาวะแทรกซ้อนทางเท้า ร้อยละ ๐.๘๑ และภาวะแทรกซ้อนทางตา ร้อยละ ๒.๓๑ ซึ่งจากสถิติดังกล่าวพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อนทางไตมากที่สุด บ่งบอกว่าผู้ป่วยเบาหวานยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ทั้งนี้การรักษาเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตในการควบคุมโรคเบาหวานที่มีประสิทธิภาพนั้นประกอบไปด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก ๓ อ. ๒ ส. (๑) การควบคุมอาหาร (๒) การออกกำลังกาย (๓) การควบคุมอารมณ์ (๔) การสูบบุหรี่และดื่มสุรา ที่สำคัญตระหนักเรื่องการใช้ยาลดน้ำตาลในเลือด (ยาเกินและยาฉีดอินซูลิน) เพื่อการรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติอีกทั้งยังสร้างความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะถูกคาดหวังจากบุคลากรทางการแพทย์ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ โดยเฉพาะโรคไตจากเบาหวานเพราะมีสถิติมากที่สุด รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์ยังคาดหวังความสามารถของผู้ป่วยเบาหวานในการแสดงพฤติกรรมหรือแสดงบทบาทในการเป็นผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างเหมาะสมจนสามารถควบคุมโรคให้อยู่ในระดับที่น่าพอใจ

การให้ศึกษาเรื่องการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นกิจกรรมพื้นฐานที่มีความจำเป็นที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานต้องได้รับ ทั้งนี้ประสิทธิภาพของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนมีผลระยะยาวต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งในกรณีที่ผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อนจากไตจัดเป็นประเภทไตวายชนิดเรื้อรัง หากทำการรักษาแล้วแต่ยังไม่สามารถกลับมาทำงานได้ตามปกติก็อาจนำไปสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในที่สุดนั่นเอง ทำให้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต มีค่าใช้จ่ายสูง เพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหัวใจ ภาวะไตเสื่อม และภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ อีกด้วย ทั้งนี้รูปแบบการให้ศึกษา ปัจจุบันยังคงเป็นการให้ความรู้รายบุคคล/รายกลุ่ม โดยกิจกรรมประกอบด้วยการใช้แบบสอบถาม, การสัมภาษณ์, แจกเอกสารแผ่นพับ และสื่อการสอนโมเดลอาหาร เป็นต้นทำให้มีข้อจำกัดในด้านการสร้างความเข้าใจที่ชัดเจนของสาเหตุการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานอีกทั้งยังเสี่ยงต่อการถ่ายทอดความรู้ที่ไม่ครอบคลุมทุกครั้งที่ทำกรสอนอีกด้วยจากการประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลยะลา พบว่าผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคเบาหวานและโรคเบาหวานลงไต เพียงร้อยละ ๑๖.๑๓ และมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี เพียงร้อยละ ๑๒.๙๐ กลุ่มงานสุขภาพจึงมีแนวคิดที่จะพัฒนานวัตกรรมที่สามารถใช้ในการถ่ายทอดความรู้ได้อย่างชัดเจน เป็นรูปธรรม โดยการใช้นวัตกรรม “ รู้จักไต เข้าใจเบาหวาน ” เป็นสื่อศึกษาที่คิดค้นเกี่ยวกับระบบการไหลเวียนของเลือดและการรั่วของโปรตีนอัลบูมินเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ ความเข้าใจและมีความตระหนักถึงอันตรายของภาวะแทรกซ้อนเบาหวานลงไต

การคิดค้นนวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์ขึ้นนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อผลิตสื่อที่สามารถใช้ประกอบการให้ศึกษาในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลยะลา โดยเน้นการให้ศึกษาเรื่องภาวะแทรกซ้อน (โรคไต) จากเบาหวาน แก่ผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลยะลา ซึ่งความสำเร็จที่วางไว้จากการประดิษฐ์นวัตกรรมชิ้นนี้

คือ ๑. ต้องเป็นสื่อที่ออกแบบเปรียบเทียบให้เห็นภาพชัดเจน ๒. สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ๓. ใช้งานได้จริง ๔. สามารถดึงดูดความสนใจของผู้ป่วยเบาหวานขณะใช้ประกอบการให้สุศึกษาให้ได้มากที่สุด ทั้งนี้ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความตั้งใจเพื่อเรียนรู้ สนุกกับกิจกรรม ฟังแล้วเข้าใจ เห็นภาพถึงกระบวนการเกิดโรคไตจากเบาหวานมากขึ้นและยังสร้างความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง โดยใช้เวลา ๑๕ นาที ในการให้สุศึกษาเพื่ออธิบายเนื้อหาเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคเบาหวานและการเกิดโรคไตจากเบาหวานพร้อมสาธิต การดึง Syringe เพื่อดึงน้ำจากขวดทั้ง ๒ ฟัง คือ ฟังซ้าย (การไหลเวียนเลือดของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมควบคุมอาหารจากโรคเบาหวานได้ดี ไม่มีการอุดตันของเส้นเลือด ทำให้ไตมีสุขภาพดี ไม่มีการรั่วของโปรตีนอัลบูมินจากหน่วยไตสู่กระแสเลือด) และฟังขวา (การไหลเวียนเลือดของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมควบคุมอาหารจากโรคเบาหวานไม่ดี ทำให้มีการอุดตันของเส้นเลือดและทำให้ไตมีสุขภาพไม่ดี ประสิทธิภาพการกรองของเสียลดลง เกิดการรั่วของโปรตีนอัลบูมินสู่กระแสเลือด) ทั้งนี้ระดับน้ำตาลในเลือดที่สูง ทำให้ไขมันและน้ำตาลที่ไม่ถูกย่อยสลาย ซึ่งไขมันและน้ำตาลเหล่านี้จะจับตัวอยู่ตามเส้นเลือดทำให้เส้นเลือดตีบและแข็งจนเกิดการอุดตันของเส้นเลือด ทั้งนี้ยังเกิดภาวะแทรกซ้อนจากไต ซึ่งมีการรั่วของโปรตีนอัลบูมินจากหน่วยไตสู่กระแสเลือด นี่คือนสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคไตจากเบาหวานนั่นเอง

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานลงไตมากกว่าร้อยละ ๘๐
๒. เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานลงไตอยู่ในระดับมากกว่า ร้อยละ ๖๐
๓. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความพึงพอใจในการใช้สื่อนวัตกรรม ” รู้จักไต เข้าใจเบาหวาน ” มากกว่าร้อยละ ๘๐

วิธีดำเนินการ

ขั้นเตรียมการ

๑. ศึกษาข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกเบาหวาน
๒. ประเมินความรู้ความเข้าใจ และประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกเบาหวาน
๓. วิเคราะห์ปัญหาและหาสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมควบคุมอาหารที่ไม่ถูกต้อง
๔. ประชุมในหน่วยงานเพื่อระดมสมอง คิดค้นนวัตกรรมใหม่ๆ เพื่อใช้ในคลินิกเบาหวาน

ขั้นตอนการผลิตและดำเนินการ

๑. เตรียมวัสดุอุปกรณ์ดังนี้
 ๑. สายยางความยาว ๑ เมตร
 ๒. Syring เบอร์ ๕๐ จำนวน ๔ อัน
 ๓. ขวดน้ำเล็ก จำนวน ๔ ขวด
 ๔. เคเบิลไทร์สีขาว
 ๕. ฟองน้ำ และลูกบิด
 ๖. สีผสมอาหาร (สีแดง)

๗. อุปกรณ์สำหรับประดิษฐ์ เช่น ส่วนเจาะ ,กรรไกร,มีด ,ดินสอ ,ไม้บรรทัด ,กาวยึด เป็นต้น

๒. ประดิษฐ์นวัตกรรม “ รู้จักไต เข้าใจเบาหวาน ” ด้วย DKDM (Diabetic Kidney Disease Model) และทดลองใช้งานตามรูปแบบที่วางไว้เพื่อปรับปรุงและพัฒนานวัตกรรมให้ดีขึ้น เหมาะสมกับการใช้งาน

๓. นำนวัตกรรมไปใช้ในการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาลยะลา โดยสาธิตวิธีการใช้งานอย่างละเอียด พร้อมอธิบายกระบวนการไหลเวียนของเลือดและการรั่วของโปรตีนอัลบูมิน ที่นำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนโรคไตจากเบาหวาน เป็นต้น

ผลการศึกษา

จากการประดิษฐ์นวัตกรรมชิ้นนี้ ถือว่าบรรลุวัตถุประสงค์ที่วางไว้ในนวัตกรรม “ รู้จักไต เข้าใจเบาหวาน ” เป็นสื่อการสอนที่มีการเปรียบเทียบเห็นภาพชัดเจนและใช้งานได้จริง และจากการติดตามและประเมินผลการใช้นวัตกรรม “ รู้จักไต เข้าใจเบาหวาน ” กับกลุ่มตัวอย่าง (ผู้ป่วยเบาหวาน) จำนวน ๓๑ ราย ในช่วงเดือนมีนาคม ๒๕๖๘ – เดือนพฤษภาคม ๒๕๖๘ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้เรื่องโรคเบาหวานลงไตจากร้อยละ ๑๖.๑๓ เพิ่มขึ้นร้อยละ ๘๗.๑๐ และประเมินความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรม “ รู้จักไต เข้าใจเบาหวาน ” มีความพึงพอใจระดับมาก ร้อยละ ๙๖.๗๗ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเบาหวานเข้าใจกระบวนการไหลเวียนของเลือดและการรั่วของโปรตีนอัลบูมินจากไตสู่กระแสเลือดที่ส่งผลทำให้เกิดโรคไตจากเบาหวาน

อภิปรายสรุปและข้อเสนอแนะ

๑. บุคลากรทางสุขภาพโดยเฉพาะคลินิกเบาหวานสามารถนำนวัตกรรมชิ้นนี้ไปใช้ในการพัฒนางานด้านการส่งเสริมความรู้ พฤติกรรม และควบคุมโรคเบาหวานเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ สร้างแรงจูงใจภายในของผู้มารับบริการในคลินิกเบาหวาน

๒. นวัตกรรม “ รู้จักไต เข้าใจเบาหวาน ” ยังสามารถเป็นสื่อการสอนเรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ด้วยเช่น โรคอ้วน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเส้นเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง โรคไต เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

๑. สื่ออินโฟกราฟฟิกโรคไตเรื้อรัง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และ รุนิดาร์ กาเซ็ง (๒๕๖๗)
๒. สื่อนวัตกรรม “ ทิป แดก ดัน รู้เท่าทันโรคไม่ติดต่อ (เรื้อรัง) ด้วย BSM (Blood System Model) ”

ภาพผนวก

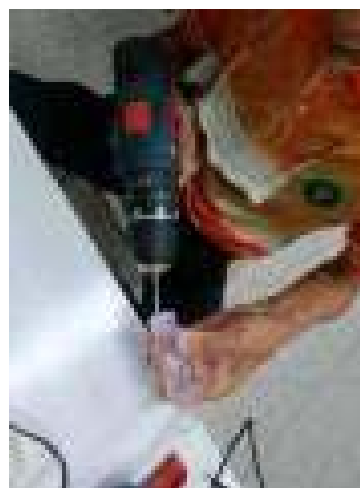
นวัตกรรม “ รู้จักไต เข้าใจเบาหวาน ” ด้วย DKDM (Diabetic Kidney Disease Model) ฉบับสมบูรณ์



ภาพกิจกรรมการใช้สื่อการสอนสุขศึกษา
นวัตกรรม “ รู้จักไต เข้าใจเบาหวาน ” ด้วย DKDM (Diabetic Kidney Disease Model)



ภาพกิจกรรมขั้นตอนการผลิตและดำเนินการ



นวัตกรรม กัมมีเสาวรสดการอยากบุหรี

พงพรรณ กาละนิโย ธิดาภรณ์ ไสโคก และกรวิชญ์ หงทัพ
ศสม.บ้านส่องนางเวยเครือข่ายปฐมภูมิโรพยาบาลมหาสารคาม
สถานพยาบาลเรือนจำจังหวัดมหาสารคาม

บทคัดย่อ

การสูบบุหรีเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตทั่วโลก โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่ามีผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรีกว่า ๘ ล้านคนต่อปี และในประเทศไทยมีมากกว่า ๕๐,๐๐๐ คนต่อปี การเลิกบุหรีแม้จะลดความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังได้อย่างชัดเจน แต่ผู้สูบบุหรีจำนวนมากกลับล้มเหลวจากอาการอยากบุหรีและอาการถอนนิโคติน การวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนานวัตกรรมกัมมีเสาวรสดการอยากบุหรีโดยผสมคุณสมบัติของเสาวรสดและสมุนไพรหญ้าดอกขาวที่มีฤทธิ์ลดความอยากสูบบุหรีและความเครียดการวิจัยใช้รูปแบบทดลองกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง (One Group Pretest-Posttest Design) กลุ่มตัวอย่างคือผู้ต้องขังชายในเรือนจำจังหวัดมหาสารคาม จำนวน ๕๐ คนที่มีความตั้งใจเลิกบุหรี โดยให้ใช้นวัตกรรมกัมมีเสาวรสดติดต่อกันเป็นเวลา ๒ สัปดาห์ และเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามวิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired t-test ผลการศึกษาพบว่า ระดับความอยากสูบบุหรีลดลงจากค่าเฉลี่ย ๗.๔๓ เหลือ ๓.๐๖ มวนที่สูบต่อวันลดลงจาก ๑๓.๘๘ เหลือ ๕.๕๒ และระดับความเครียดลดลงจาก ๗.๖๐ เหลือ ๓.๕๒ ส่วนจำนวนครั้งที่สามารถอดทนไม่สูบได้เพิ่มจาก ๐.๘๐ เป็น ๕.๐๔ ครั้ง/วัน โดยผลทั้งหมดมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < ๐.๐๐๑$) นวัตกรรมนี้จึงมีคุณค่าในการส่งเสริมการเลิกบุหรีโดยเฉพาะในกลุ่มที่เข้าถึงการรักษาได้จำกัดเช่นผู้ต้องขัง และสามารถนำไปใช้จริงในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเช่นคลินิกเลิกบุหรีหรือศูนย์สุขภาพชุมชน ผลกระทบที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ได้แก่ การลดอัตราการสูบบุหรี การใช้สมุนไพรไทยในระบบบริการสุขภาพ และการพัฒนาผลิตภัณฑ์ต้นแบบที่ปลอดภัย ใช้งานง่ายและสามารถขยายผลในวงกว้างได้อย่างยั่งยืน

หลักการ และเหตุผล

การสูบบุหรีเป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และมะเร็งหลายชนิด อีกทั้งเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรทั่วโลก โดยองค์การอนามัยโลก (WHO, ๒๐๒๑) รายงานว่ามีผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรีมากกว่า ๘ ล้านคนต่อปี ขณะที่ในประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตเฉลี่ยกว่า ๕๐,๐๐๐ คนต่อปี (กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๔) แม้การเลิกบุหรีจะลดความเสี่ยงของโรคต่าง ๆ ได้อย่างชัดเจน แต่ผู้สูบบุหรีจำนวนมากยังเลิกไม่ได้ เนื่องจากอาการอยากบุหรีและการถอนนิโคติน โดยเฉพาะในกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้ต้องขัง ซึ่งขาดการสนับสนุนด้านจิตสังคมและสุขภาพจากข้อมูลของกรมควบคุมโรค (๒๕๖๔) พบว่า ผู้ต้องขังชายมีอัตราการสูบบุหรีสูงถึงร้อยละ ๘๐.๔ เทียบกับประชากรทั่วไปที่ร้อยละ ๑๗.๔ สำหรับเรือนจำจังหวัดมหาสารคาม อัตราการสูบบุหรีในผู้ต้องขังชายสูงถึงร้อยละ ๘๙.๕ แต่ยังคงขาดกิจกรรมหรือบริการเลิกบุหรีอย่างเป็นระบบ แนวทางหนึ่งที่ได้รับความสะดวกคือการใช้สมุนไพรที่มีฤทธิ์ลดอาการอยากบุหรี เช่น หญ้าดอกขาว (*Vernonia cinerea*) ซึ่งมีงานวิจัยสนับสนุนว่ามีผลในการบรรเทาอาการถอนนิโคติน (Kongkaew et al., ๒๐๑๕) และเสาวรสด (*Passiflora edulis*) ซึ่งช่วยลดความเครียดและเสริมสุขภาพจิตงานวิจัยนี้จึงมุ่งพัฒนา “นวัตกรรมกัมมีเสาวรสดการอยากบุหรี” เพื่อเป็นทางเลือกที่เข้าถึงง่าย เหมาะสมกับบริบทของเรือนจำ โดยบูรณาการองค์ความรู้ด้านสมุนไพร พฤติกรรมสุขภาพและนวัตกรรมผลิตภัณฑ์สุขภาพ เพื่อสนับสนุนการเลิกบุหรีอย่างยั่งยืน หากนวัตกรรมนี้ได้ผล อาจสามารถขยายผลไปใช้ในระบบบริการสุขภาพได้ในอนาคต

วัตถุประสงค์

๒.๑ เพื่อพัฒนานวัตกรรมกัมมีเสาวรสดการอยากบุนหรีที่มีคุณสมบัติในการลดความอยากบุนหรีในกลุ่มผู้ต้องขังชาย

๒.๒ เพื่อศึกษาผลของการใช้นวัตกรรมกัมมีเสาวรสดผสมหญ้าดอกขาวต่อระดับความอยากบุนหรี ระดับความเครียด และจำนวนบุนหรีที่สูบในกลุ่มผู้ต้องขังชาย

วิธีดำเนินการ

๑ ประเภทของการวิจัยการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) แบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลัง (One Group Pretest-Posttest Design) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความอยากบุนหรีก่อนและหลังการใช้นวัตกรรมกัมมีเสาวรสดผสมหญ้าดอกขาว

๒ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

๒.๑ ประชากรผู้ต้องขังชายในเรือนจำจังหวัดมหาสารคามที่มีพฤติกรรมสูบบุนหรี

๒.๒ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ต้องขังชายที่มีความตั้งใจจะเลิกสูบบุนหรีและสมัครใจเข้าร่วมการทดลอง จำนวน ๕๐ คน

๒.๓ วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion Criteria) ๑) เป็นผู้ต้องขังชาย อายุ ๑๘-๖๐ ปี ๒) มีพฤติกรรมการสูบบุนหรีมาอย่างน้อย ๑ ปี ๓) มีความตั้งใจเลิกสูบบุนหรีและยินยอมเข้าร่วมการทดลอง ๔) ไม่มีประวัติแพ้เสาวรสดหรือหญ้าดอกขาว ๕) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ๑) มีอาการเจ็บป่วยรุนแรงที่อาจกระทบต่อการเข้าร่วมโครงการ ๒) อยู่ในระหว่างการใชยยาหรือผลิตภัณฑ์ช่วยเลิกสูบบุนหรีอื่นๆ ๓) มีภาวะทางจิตเวชที่ไม่ได้รับการควบคุม ๔) ไม่สามารถเข้าร่วมการทดลองอย่างต่อเนื่องได้ตลอด ๒ สัปดาห์

๒.๔ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบสอบถามระดับความอยากบุนหรี ระดับความเครียด จำนวนบุนหรีที่สูบ และจำนวนครั้งที่อดทนไม่สูบได้

๒.๕ นวัตกรรมที่ใช้ในการศึกษา ๑) ส่วนประกอบของสูตร (Formulation Components) ดังนี้ สารสกัดหญ้าดอกขาวเข้มข้น (Vernonia cinerea extract) ๑๐๐ มิลลิลิตรน้ำเสาวรสดคั้นสด (Passiflora edulis juice) ๕๐ มิลลิลิตรผงเจลาตินคุณภาพสำหรับอาหาร (Food-grade Gelatin Powder) ๖๐ กรัม น้ำต้มสุก (Sterilized Boiled Water) ๑๐๐ มิลลิลิตรหมายเหตุ: ปริมาณที่ระบุสามารถปรับลดหรือเพิ่มตามปริมาณการผลิตโดยคงสัดส่วนเดิมของสูตร ๒) วิธีการผลิต (Preparation Method) ผสมสารสกัดหญ้าดอกขาวเข้มข้น (Vernonia cinerea extract) ๑๐๐ มิลลิลิตร และน้ำเสาวรสด ๕๐ มิลลิลิตร ในน้ำต้มสุก ๑๐๐ มิลลิลิตร เติมน้ำเจลาติน ๖๐ กรัม คนให้เข้ากันโดยใช้ไฟอ่อนๆจนเจลาตินละลายสมบูรณ์ จากนั้นนำไปขึ้นรูปกัมมีโดยเทส่วนผสมลงในแม่พิมพ์ซิลิโคน ปล่อยให้เย็นตัวที่อุณหภูมิห้องก่อนนำแช่เย็นประมาณ ๑-๒ ชั่วโมงเพื่อให้แข็งตัว การเก็บรักษาเมื่อกัมมีแข็งตัวแล้ว ให้แกะออกจากแม่พิมพ์ บรรจุในภาชนะปิดสนิท และเก็บไว้ในตู้เย็นที่อุณหภูมิ ๒-๘°C เพื่อคงคุณภาพและยืดอายุการใช้งาน

๒.๖ การเก็บรวบรวมข้อมูลขั้นตอนที่ ๑) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดขั้นตอนที่ ๒) อธิบายวัตถุประสงค์และขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างขั้นตอนที่ ๓) เก็บข้อมูลพื้นฐานและประเมินระดับความอยากบูหรี่และความเครียด (Pretest) ขั้นตอนที่ ๔) ให้ผู้เข้าร่วมทดลองบริโภคกัมมีเสาวรผสมหญ้าดอกขาวเมื่อรู้สึกอยากสูบบุหรี่ เป็นเวลา ๒ สัปดาห์ขั้นตอนที่ ๕) ประเมินซ้ำหลังการทดลอง (Posttest) ด้วยเครื่องมือเดิม

๒.๗ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายข้อมูลพื้นฐานและลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใช้ สถิติทดสอบสมมติฐานแบบ Paired t-test เพื่อเปรียบเทียบระดับความอยากบูหรี่ก่อนและหลังการใช้นวัตกรรม

ผลการศึกษา

พบว่าจากการศึกษานวัตกรรมกัมมีเสาวรลดการอยากบูหรี่ในกลุ่มผู้ต้องขังชายจำนวน ๕๐ คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศชาย มีอายุเฉลี่ย ๓๔.๒ ปี ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การสูบบุหรี่มากกว่า ๕ ปี และสูบบุหรี่เฉลี่ยวันละ ๑๓.๘๘ มวน ร้อยละ ๖๔.๐ ของกลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจเลิกบูหรี่ในระดับมาก หลังจากใช้นวัตกรรมเป็นระยะเวลา ๒ สัปดาห์ ส่งผลให้ระดับความอยากบูหรี่ลดลงจากค่าเฉลี่ย ๗.๔๓ เหลือ ๓.๐๖ ($p < 0.001$) จำนวนบูหรี่ที่สูบต่อวันลดลงจาก ๑๓.๘๘ มวน เหลือ ๕.๕๒ มวน ($p < 0.001$) ระดับความเครียดลดลงจาก ๗.๖๐ เหลือ ๓.๕๒ ($p < 0.001$) และจำนวนครั้งที่สามารถอดทนไม่สูบได้เพิ่มขึ้นจาก ๐.๘๐ เป็น ๕.๐๔ ครั้งต่อวัน ($p < 0.001$) ซึ่งสะท้อนว่านวัตกรรมดังกล่าวมีประสิทธิภาพในการลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่และเสริมสร้างพฤติกรรมการควบคุมตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย ก่อนใช้ (Mean)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน ก่อนใช้ (SD)	ค่าเฉลี่ยหลังใช้ (Mean)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐานหลัง ใช้ (SD)	t-value	p-value
ระดับความอยากสูบบุหรี่	๗.๔๓	๑.๒๕	๓.๐๖	๑.๔๐	๒๐.๑๕	๐.๐๐๐
จำนวนบูหรี่ที่สูบต่อวัน	๑๓.๘๘	๓.๔๙	๕.๕๒	๒.๒๒	๑๘.๗๘	๐.๐๐๐
จำนวนครั้งที่อดทนไม่สูบได้	๐.๘๐	๐.๗๖	๕.๐๔	๑.๓๘	๒๒.๖๔	๐.๐๐๐
ระดับความเครียด	๗.๖๐	๑.๒๐	๓.๕๒	๑.๒๐	๑๗.๙๕	๐.๐๐๐

จากตารางพบว่า หลังการใช้นวัตกรรมกัมมีเสาวรลดการอยากบูหรี่ในกลุ่มผู้ต้องขังเป็นเวลา ๒ สัปดาห์ ระดับความอยากสูบบุหรี่ จำนวนบูหรี่ที่สูบต่อวัน และระดับความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ขณะที่จำนวนครั้งที่สามารถอดทนไม่สูบได้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน ($p < 0.001$) แสดงให้เห็นว่านวัตกรรมสามารถส่งผลเชิงบวกต่อพฤติกรรมและสุขภาพจิตของผู้ต้องขังได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อภิปรายผล

การนำผลงานไปใช้ประโยชน์และคุณค่าของนวัตกรรมนวัตกรรมกัมมีเสาวรลดการอยากบูหรี่มีคุณค่าในการส่งเสริมสุขภาพและสนับสนุนกระบวนการเลิกบูหรี่อย่างปลอดภัย โดยเฉพาะในกลุ่มที่เข้าถึงบริการสุขภาพได้จำกัด เช่น ผู้ต้องขังในเรือนจำ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีอัตราการสูบบุหรี่สูงกว่าประชากรทั่วไป

แนวทางการใช้ประโยชน์นำไปประยุกต์ใช้ในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในเรือนจำจังหวัดมหาสารคามโดยการแจกจ่ายกัมมีเสาวรสีให้ผู้ต้องขังชายที่มีความตั้งใจเลิกบุหรี่ พร้อมควบคู่กับการให้คำปรึกษาและการดูแลติดตามเชิงพฤติกรรม นอกจากนี้ยังสามารถนำไปขยายผลในคลินิกเลิกบุหรี่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองบ้านสองนางไยได้

ผลกระทบที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ๑) ลดอัตราการสูบบุหรี่ในกลุ่มเป้าหมายได้จริง ๒) เพิ่มอัตราความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ ๓) ลดภาระการรักษาโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ๔) ส่งเสริมการใช้สมุนไพรไทยในระบบบริการสุขภาพ ๕) พัฒนาระบบผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ปลอดภัย ใช้งานง่าย และขยายผลได้จริง

บทเรียนที่ได้รับการพัฒนานวัตกรรมกัมมีเสาวรสีลดการอยากบุหรี่แสดงให้เห็นว่าการประยุกต์ใช้สมุนไพร ร่วมกับการดูแลพฤติกรรมสุขภาพสามารถลดความอยากสูบบุหรี่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และการเลือกสมุนไพรที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายมีความสำคัญต่อความสำเร็จของนวัตกรรม

ปัจจัยแห่งความสำเร็จความสำเร็จของนวัตกรรมเกิดจากการเลือกใช้สมุนไพรที่มีฤทธิ์ลดความอยากบุหรี่ การออกแบบผลิตภัณฑ์ให้เหมาะสมกับพฤติกรรมกลุ่มเป้าหมาย และการให้ความรู้ควบคู่กับการใช้ผลิตภัณฑ์ ส่งผลให้เกิดการยอมรับและใช้จริงอย่างมีประสิทธิภาพ

รูปภาพนวัตกรรม



เอกสารอ้างอิง

๑. สำนักส่งเสริมสุขภาพกรมอนามัย. (๒๕๖๓). แนวทางการช่วยเลิกบุหรี่ในสถานบริการสุขภาพ. <https://www.anamai.moph.go.th>
๒. Kongkaew, C., Chaiyakunapruk, N., & Scholfield, N. C. (๒๐๑๕). Effectiveness of *Vernonia cinerea* for smoking cessation: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Ethnopharmacology*, ๑๕๙, ๑-๘. <https://doi.org/10.1016/j.jep.2014.09.021>
๓. World Health Organization. (๒๐๒๑). *WHO report on the global tobacco epidemic ๒๐๒๑: Addressing new and emerging products*. World Health Organization

การพัฒนาแนวทางการคำนวณคาร์โบไฮเดรตในสถานการณ์ที่มีข้อจำกัดด้านอินเทอร์เน็ต “คณิตพิชิตคาร์บ”

ทัศนียา ฟุ้งเฟื่อง กนกพิชญ์ กาฬหว่า และธนกร สำเภาทอง.
โรงพยาบาลขอนแก่น

หลักการ และเหตุผล

ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนผ่านโครงการ “คนไทยห่างไกลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)” ผ่านการส่งเสริมการกินแบบ “นับคาร์บ” โดยมุ่งเน้นให้ประชาชนสามารถบริโภคอาหารอย่างเหมาะสม ด้วยการเรียนรู้การนับปริมาณคาร์โบไฮเดรตที่บริโภคในแต่ละวัน ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน อย่างไรก็ตาม จากการปฏิบัติงานพบว่าผู้ต้องขังใน ทักษสถานบำบัดพิเศษ เรือนจำ ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรเฉพาะที่ยังคงต้องได้รับการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม กลับประสบข้อจำกัดสำคัญในการเข้าถึงเทคโนโลยีดิจิทัลเช่นสมาร์ทโฟนและแอปพลิเคชันสำหรับนับคาร์บ ไม่สามารถเข้าถึงคำนวณปริมาณคาร์โบไฮเดรตที่บริโภคในแต่ละวันตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดได้

จากการสำรวจเบื้องต้น พบว่าในเรือนจำไม่มีการอนุญาตให้นำอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์มาใช้ ทำให้ผู้ต้องขังซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบางไม่สามารถเข้าถึงคำนวณปริมาณคาร์โบไฮเดรตที่บริโภคในแต่ละวันตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดได้เป็นผลให้การเรียนรู้เรื่องการควบคุมอาหารและการนับคาร์บเพื่อดูแลสุขภาพเป็นไปได้ยาก ส่งผลกระทบโดยตรงต่อความสามารถในการควบคุมโรคของผู้ต้องขัง โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีภาวะเบาหวานหรือกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดโรคจากพฤติกรรมบริโภคที่ไม่เหมาะสม

งานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การเรียนรู้และควบคุมปริมาณคาร์โบไฮเดรตในอาหารมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (American Diabetes Association, ๒๐๒๑) หลายประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา ได้พัฒนาแอปพลิเคชันและคู่มืออาหารที่สามารถระบุค่าคาร์โบไฮเดรตอย่างชัดเจน อย่างไรก็ตามในบริบทของสถานที่ที่จำกัดการเข้าถึงเทคโนโลยี แนวทางการสื่อสารด้วยเอกสารกระดาษยังคงมีประสิทธิภาพสูง จากการศึกษาเพิ่มเติมในประเทศไทยมีมีเอกสารการคำนวณคาร์บจาก โรงเรียนเบาหวานอำเภอพิมาย เมื่อนำมาใช้คำนวณยังมีความยุ่งยาก ไม่มีกระดาษทดเลขทำให้เอกสารไม่น่าสนใจ เหมาะกับการคำนวณโดยใช้เครื่องคิดเลขมากกว่า ผู้จัดทำจึงได้นำแนวคิดการพัฒนา “คณิตพิชิตคาร์บ” แนวคิดนี้ได้รับแรงบันดาลใจจากการนับคาร์โบไฮเดรต (Carbohydrate Counting) เป็นวิธีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ได้รับการยอมรับในวงกว้าง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๑ และชนิดที่ ๒ โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับปริมาณอินซูลินให้เหมาะสมกับปริมาณคาร์โบไฮเดรตที่บริโภคในแต่ละมื้อ ทั้งนี้ American Diabetes Association (ADA) ได้แนะนำให้ใช้หลัก ๕ ขั้นตอนของการนับคาร์โบไฮเดรตดังนี้

๑. ประเมินพลังงานที่ร่างกายต้องการต่อวันโดยใช้สูตร Harris-Benedict ซึ่งเป็นสมการคำนวณอัตราการเผาผลาญพลังงานพื้นฐาน (Basal Metabolic Rate: BMR)

๒. นำไปคูณกับค่ากิจกรรม (Activity Factor) เพื่อประเมินพลังงานรวมที่ต้องการในแต่ละวัน (Total Energy Expenditure: TEE)

๓. คำนวณหาพลังงานจากคาร์โบไฮเดรตกำหนดสัดส่วนของสารอาหารโลว์คาร์บไฮเดรตคิดเป็น ๒๐% ของพลังงานทั้งหมด

๔. คำนวณปริมาณคาร์โบไฮเดรตต่อวันเป็นกรัม

๕. คำนวณจำนวนคาร์โบไฮเดรต(กรัม)เป็นจำนวนคาร์บ โดยคาร์โบไฮเดรต ๑๕ กรัม หรือข้าวหนึ่งทัพพี เท่ากับ ๑ คาร์บ

สูตร Harris-Benedict ซึ่งปรับปรุงโดย Mifflin-St Jeor Equation ที่ใช้งานโดยทั่วไป คือ

เพศชาย

$$BMR=๖๖.๕+(๑๓.๗๕\times\text{น้ำหนักเป็นกก.})+(๕.๐๐\times\text{ส่วนสูงเป็นซม.})-(๖.๗๕\times\text{อายุ})$$

เพศหญิง

$$BMR=๖๕๕.๑+(๙.๕๖\times\text{น้ำหนักเป็นกก.})+(๑.๘๕\times\text{ส่วนสูงเป็นซม.})-(๔.๖๗\times\text{อายุ})$$

สูตรนี้ได้รับการปรับปรุงในปี ๑๙๙๐ โดย Mifflin-St Jeor Equation ซึ่งบางกรณีให้ผลแม่นยำมากกว่า แต่สูตรดั้งเดิมของ Harris-Benedict ยังนิยมใช้ในกลุ่มประชาชนทั่วไปและในงานส่งเสริมสุขภาพในระดับชุมชน เนื่องจากคำนวณง่ายและสามารถใช้ร่วมกับเครื่องมือคำนวณแบบกระดาษได้

งานส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟู กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลขอนแก่น ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญ และเป็นการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ต้องขังในการคำนวณปริมาณคาร์โบไฮเดรตที่บริโภคในแต่ละวัน ด้วยเหตุนี้จึงมีแนวคิดในการพัฒนา “คณิตพิชิตคาร์บ” เพื่อเป็นเครื่องมือในการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของทัณฑสถานบำบัดพิเศษและเรือนจำ สามารถคำนวณปริมาณคาร์โบไฮเดรตโดยไม่ใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ และเป็นสื่อการเรียนรู้ที่อาสาสมัครเรือนจำ (อสรจ.) สามารถนำไปใช้ได้จริง

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อพัฒนาเครื่องมือช่วยคำนวณคาร์โบไฮเดรตที่สามารถใช้ได้โดยไม่ต้องพึ่งพาเทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์
๒. เพื่อให้ อสรจ. และผู้ต้องขังสามารถเรียนรู้และใช้ในการควบคุมอาหารเพื่อสุขภาพด้วยตนเอง
๓. เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานตามนโยบาย “คนไทยห่างไกลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)” ผ่านการส่งเสริมการกินแบบ “นับคาร์บ” ในกลุ่มประชากรเฉพาะ

วิธีดำเนินการ

การพัฒนาเครื่องมือใช้กรอบแนวคิดของวงล้อคุณภาพ (PDCA) ดังนี้

Plan ศึกษาปัญหาและเก็บข้อมูลเกี่ยวกับบริบทของเรือนจำ ความรู้ของอาสาสมัครเรือนจำ และความพร้อมของอุปกรณ์

Do พัฒนาแผ่นคำนวณคาร์โบไฮเดรตในรูปแบบโจทยคณิตศาสตร์ พร้อมสัญลักษณ์ง่ายต่อการเข้าใจ โดยเน้นภาพและตัวเลขร่วมกัน เพื่อให้เข้าใจได้ง่ายกระตุ้นสมองสามารถใช้ได้ทุกคน

Check ทดสอบเครื่องมือกับกลุ่มเป้าหมายเบื้องต้น พร้อมเก็บข้อมูลความเข้าใจและความสามารถในการใช้งาน

Act ปรับปรุงรูปแบบใหม่โดยเพิ่มขั้นตอนตั้งสูตรการคำนวณเลขทำสื่อตั้งโต๊ะเพิ่มเพื่อแยกขั้นตอนการคำนวณ หลังจากพบปัญหาในการใช้งานเครื่องคิดเลขไม่เพียงพอสำหรับ อสรจ.

ผลการศึกษา

จากการทดสอบเครื่องมือการการพัฒนาในรอบแรก พบว่าผู้ต้องขังและอสรจ. จำนวน ๑๐ คนสามารถเข้าใจหลักการนับคาร์บได้ดีขึ้น มีการนำไปใช้จริงในการวางแผนการรับประทานอาหาร อย่างไรก็ตาม ปัญหาหลักที่พบคือการคำนวณยุ่งยากตัวเลขมีจุดทศนิยม พื้นที่ในแบบฟอร์มมีไม่เพียงพอสำหรับการเขียนตัวเลข จึงได้มีการปรับปรุงโดยพัฒนาสูตรการคำนวณในกระดาษ (Act) ได้มีการขยายพื้นที่รวมถึงปรับรูปแบบการตั้งสูตรคำนวณให้เข้าใจง่ายขึ้นหลังจากปรับปรุงเอกสารการคำนวณคาร์บและเพิ่มสื่อตัวอย่างคำนวณแบบตั้งโต๊ะ ความพึงพอใจของ อสรจ. จำนวน ๖๐ คน คือ พึงพอใจระดับดี ร้อยละ ๘๑.๖๗ ความพึงพอใจระดับดีมาก ร้อยละ ๑๘.๓๔ สามารถนำไปนับคาร์บผู้ต้องขังในทัณฑสถานบำบัดพิเศษขอนแก่นได้ ร้อยละ ๑๐๐ สิ่งที่ต้องพัฒนาอาจขยายการวัดผลไปถึงระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มผู้ต้องขังป่วยร่วมด้วย

การนำผลงานไปใช้ประโยชน์และคุณค่าของนวัตกรรม

แนวทางการใช้ประโยชน์

๑. เป็นเครื่องมือที่ใช้สื่อสารสุขภาพในพื้นที่จำกัด เช่น เรือนจำ สถานพินิจ หรือศูนย์บำบัด
๒. เป็นสื่อการเรียนรู้สำหรับ อสรจ. เพื่อถ่ายทอดความรู้แก่ผู้ต้องขังได้อย่างเข้าใจง่าย

กลุ่มเป้าหมาย

๑. ผู้ต้องขังที่มีโรคเบาหวาน หรือกลุ่มเสี่ยง
๒. อาสาสมัครเรือนจำ (อสรจ.)
๓. เจ้าหน้าที่พยาบาลในเรือนจำ

ผลกระทบเชิงบวก

๑. ลดภาระของบุคลากรทางการแพทย์
๒. ส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเองแม้ในพื้นที่ที่จำกัดเทคโนโลยี

ข้อจำกัด

๑. การคำนวณในผู้สูงอายุไม่สามารถคำนวณเองได้ ต้องอาศัยอสรจ. เป็นผู้คำนวณให้
๒. ขยายขอบเขตไปนับคาร์บให้ผู้ต้องขังให้ครบทุกคน

ตัวอย่างรูปภาพอาหาร ๑ คาร์บ แลกเปลี่ยนในหมวดเดียวกัน



ตัวอย่างอาหาร ๑ คาร์บ แลกเปลี่ยนต่างหมวด



เอกสารอ้างอิง

๑. กรมอนามัย. (๒๕๖๖). คู่มือการนับคาร์โบไฮเดรต (Carbohydrate Counting) เพื่อการดูแลสุขภาพแบบยั่งยืน ในประชาชนไทย. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข. จาก <https://www.anamai.moph.go.th/>
๒. สมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (๒๕๖๓). คู่มือการแลกเปลี่ยนอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
๓. American Diabetes Association. (๒๐๒๑). *Standards of medical care in diabetes—๒๐๒๑. Diabetes Care*, ๔๔(Supplement ๑), S๑–S๒๓๒. <https://doi.org/10.23๓๓๗/dc๒๑-S๐๐๑>
๔. Mifflin, M. D., St Jeor, S. T., Hill, L. A., Scott, B. J., Daugherty, S. A., & Koh, Y. O. (๑๙๙๐). A new predictive equation for resting energy expenditure in healthy individuals. *The American Journal of Clinical Nutrition*, ๕๑(๒), ๒๔๑–๒๔๗. <https://doi.org/10.๑๐๙๓/ajcn/๕๑.๒.๒๔๑>

การประยุกต์ใช้เทคโนโลยี Push Button สร้างสำหรับอาหารสื่อสารลดคาร์บป้องกันโรค NCDs

กชนิภา นราพิณี และ สุภาพร เป็อนขุนทด

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจัน

หลักการ และเหตุผล

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจัน อำเภอกง จังหวัดนครราชสีมา มีพื้นที่รับผิดชอบ จำนวน ๑๘ หมู่บ้านประชากร จำนวน ๘,๓๔๒ คน บุคลากร จำนวน ๙ คน มีผู้รับบริการในหน่วยบริการเฉลี่ยวันละ ๕๐ - ๗๐ คนและปัจจุบันการเจ็บป่วยของประชาชนในพื้นที่ส่วนใหญ่ เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มขึ้น ดังนั้นการป้องกันและสร้างความรอบรู้ให้กับประชาชนปัจจุบันใช้แนวคิดการ Low Carb หรือ Low Carbohydrate เป็นแนวทางการเลือกกินอาหารแบบลดปริมาณคาร์โบไฮเดรต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจัน จึงเกิดแนวคิดที่จะพัฒนาระบบการให้บริการได้ประยุกต์ใช้เทคโนโลยี Push Button สร้างสำหรับอาหารสื่อสารลดคาร์บป้องกันโรค NCDs ทำให้เกิดความสนใจกับผู้ใช้บริการและสร้างความรอบรู้ให้กับผู้รับบริการเพื่อป้องกันโรค NCDs การคิดค้นนวัตกรรมครั้งนี้ใช้กระบวนการ PDCA (Plan, Do, Check, Act) เป็นวงจรการบริหารคุณภาพที่ใช้เพื่อปรับปรุงกระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่องในการทำนวัตกรรมใช้ทรัพยากรบุคลากรในหน่วยงานเป็นผู้จัดทำ เนื่องจากหน่วยบริการปฐมภูมิมีทรัพยากรจำกัดทั้งด้านคน เงิน และอุปกรณ์ จึงได้จัดทำขึ้นโดยคำนึงถึงการใช้ต้นทุนการผลิตที่ต่ำแต่ได้นวัตกรรมที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการใช้งานส่งผลให้ประชาชนในพื้นที่ได้รับประโยชน์สูงสุดและเกิดการขยายผลต่อไปได้

การใช้เทคโนโลยีภาพจาก eButton ในการประเมินพฤติกรรมเตรียมอาหารของวัยรุ่น การศึกษาที่ใช้กล้องที่สวมใส่ได้ (eButton) เพื่อบันทึกภาพการเตรียมอาหารของวัยรุ่น พบว่าอาหารที่เตรียมบ่อยคือซีเรียล บะหมี่กึ่งสำเร็จรูปและแซนด์วิช ซึ่งส่วนใหญ่ไม่ต้องปรุงสุกหรือใช้ไมโครเวฟเท่านั้น การศึกษาชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการส่งเสริมทักษะการทำอาหารที่ซับซ้อนมากขึ้นในเยาวชน

- การแทรกแซงพฤติกรรมบริโภคอาหารด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศ (SMART Eating) การวิจัยในอินเดียพบว่าการใช้แอปพลิเคชันและสื่อสารผ่านหลายช่องทางช่วยลดการบริโภคไขมัน น้ำตาล และเกลือ และเพิ่มการบริโภคผักผลไม้ในกลุ่มประชากรเมืองได้อย่างมีนัยสำคัญ

- การใช้ Machine Learning เพื่อแนะนำอาหารที่ดีต่อสุขภาพการวิจัยเสนอระบบแนะนำอาหารโดยใช้ Machine Learning และแนวคิด nudging เพื่อกระตุ้นให้ผู้ใช้เลือกเมนูที่ดีต่อสุขภาพมากขึ้น โดยใช้การแสดงผลที่ชัดเจน เช่น สีหรือสัญลักษณ์ เพื่อสื่อสารข้อมูลสุขภาพของอาหาร

วัตถุประสงค์

๒.๑ เพื่อให้ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค NCDs

๒.๒ เพื่อประยุกต์ใช้เทคโนโลยี Push button สร้างสำหรับอาหารในการสื่อสารลดคาร์บป้องกันโรค NCDs

วิธีดำเนินการ

เป้าหมายผู้รับบริการในหน่วยบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจัน จำนวน ๕๐ คน

๑ ดำเนินงานโดยใช้กระบวนการ PDCA (Plan, Do, Check, Act)

๒ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรวบรวมข้อมูลในการบริการ เกี่ยวกับความรอบรู้ในการป้องกันโรค NCDs ในสถานการณ์ปัจจุบัน

๓ ประชุมวางแผนดำเนินงานร่วมกับทุกภาคส่วนในชุมชนทั้งเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตาจัน ท้องที่ ท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย กำหนดกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้รับบริการในหน่วยบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตาจัน อำเภอกง จังหวัดนครราชสีมา

๔ จัดทำสำหรับอาหาร ด้วยเทคโนโลยี Push button เพื่อสื่อสารลดการป้องกันโรค NCDs ทดสอบระบบ การทำงานของนวัตกรรมเพื่อให้มีความปลอดภัยในการนำไปใช้งานให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงได้ง่าย และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิสามารถใช้เป็นสื่อการเรียนรู้ในงานป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรังได้ และจัดทำคู่มือการใช้งานโดยใช้การสื่อสารที่เข้าใจง่าย กระชับ และครอบคลุมทดสอบประสิทธิภาพ และนำ นวัตกรรมไปใช้

๕ นำนวัตกรรมไปใช้กับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อสร้างความรอบรู้การป้องกันโรค NCDs

๖ นำปัญหาและอุปสรรค มาประชุมทีมในสิ่งที่บกพร่องหรือปัญหาที่เกิดขึ้นในการใช้นวัตกรรมและมา วางแผนแก้ไขร่วมกัน และนำนวัตกรรมไปใช้อีกครั้งตามกระบวนการ PDCA

ผลการศึกษา

๑ ผู้รับบริการ มีความพึงพอใจ ร้อยละ ๙๖

๒ ผู้รับบริการมีความรู้เรื่องการลดการป้องกันโรค NCDs ร้อยละ ๙๓

๓ ผู้ให้บริการมีความพึงพอใจในสื่อเรื่องคาร์บที่สร้างขึ้น ร้อยละ ๑๐๐

การนำผลงานไปใช้ประโยชน์และคุณค่าของนวัตกรรม

๑ นวัตกรรมใช้เป็นสื่อ ที่พูดได้ด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย ในการสื่อสารให้กลุ่มเป้าหมายเข้าใจเกี่ยวกับการลด การป้องกันโรค NCDs

๒ เมนูในสำหรับอาหารสื่อสารลดคาร์บใช้เมนูที่ประชาชนในพื้นที่เลือกรับประทานเป็นประจำในชุมชน (จากการเก็บข้อมูลในชุมชน) มาสื่อสารเพื่อให้มีภาพออกและเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เกิดการตระหนักรู้ เพิ่มขึ้น

๓ การสร้างความรอบรู้ด้วยเทคโนโลยี Push Button เป็นเทคโนโลยีที่ทันสมัยใช้งานได้ง่ายเพียงกดปุ่มจะ แสดงข้อมูลโภชนาการด้านคาร์บในอาหารที่มีรูปอยู่ในสำหรับ

๔ สามารถขยายผลนวัตกรรมนี้ในการสร้างสื่อในหน่วยบริการปฐมภูมิได้ เช่น งานวัคซีน งานพัฒนาการ งานทันตกรรม ในการให้ความรู้ประชาชนและผู้รับบริการในหน่วยงาน

๕ สามารถขยายผลนำไปใช้ในโรงเรียนเบาหวาน ในโรงเรียน ชุมชน และหน่วยงานที่ใกล้เคียงได้

๖ นวัตกรรมนี้เป็นต้นแบบในด้านด้านต้นทุนต่ำของเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (Health Tech) เพราะ สามารถใช้กับพื้นที่ที่ห่างไกลหรือมีทรัพยากรการจัดทำนวัตกรรมที่จำกัด เป็นการกระจายแนวคิดสุขภาพดีด้วย เทคโนโลยีสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

๑. กรมควบคุมโรค. (๒๕๖๖). รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ประเทศไทย ปี ๒๕๖๗. กระทรวงสาธารณสุข. <https://www.ddc.moph.go.th>
๒. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). (๒๕๖๕). แนวทางอาหารสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. สสส. <https://www.thaihealth.or.th>
๓. มหาวิทยาลัยมหิดล คณะสาธารณสุขศาสตร์. (๒๕๖๔). การออกแบบสื่อสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารลดเสี่ยงโรค NCDs. โครงการวิจัยภายใต้ทุน สกสว.
๔. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตาจั่น.(๒๕๖๗). ข้อมูลทะเบียนผู้ป่วยในระบบ HosXP.ระบบข้อมูลในหน่วยบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตาจั่น อำเภอคง จังหวัดนครราชสีมา
๕. Thankappan, K. R., Prabhakaran, D., Vasan, A., Santosh, V. K., Khawaja, K., & Mathew, S. (๒๐๒๐). *SMART Eating: A multicomponent intervention to reduce salt, sugar and fat intake among urban Indian population.* BMC Public Health, ๒๐ (๑) , ๒๗๓ . <https://doi.org/10.1๑๘๖/s๑๒๘๘๙-๐๒๐-๘๓๐๖-๓>

รูปภาพนวัตกรรม



รูปภาพ(Photo Talk)



ชื่อภาพ : แสงสุดท้ายแห่งความหวัง

คำบรรยาย : แสงสุดท้ายเปรียบเสมือนความหวังที่เหลืออยู่เพียงเล็กน้อย หลังจากที่ผ่านมาช่วงเวลาแห่งความมืดมิด ความเจ็บปวดและความสิ้นหวัง ด้วยการต่อสู้จากโรคมะเร็งตับระยะสุดท้ายของชายชรา ที่นอนอยู่บนเตียงในบ้านที่เงียบสงบแต่ให้ความรู้สึกไม่โดดเดี่ยว มีการดูแลเอาใจใส่จากพยาบาลชุมชน เราเป็นได้มากกว่าผู้ดูแลทางกาย เป็นผู้ที่โอบอุ้มจิตใจด้วยความเข้าใจ เป็นเพื่อนที่คอยอยู่เคียงข้าง ให้กำลังใจและรับฟังแม่ในสถานการณ์ที่สิ้นหวัง พยาบาลชุมชนยังคงจุดประกายความหวังด้วยรอยยิ้ม

ชื่อ นางสาวจิตสุภา หมั่นหาญ

ที่อยู่ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลหัวหิน 2 (บ่อฝ้าย) ต.หัวหิน อ.หัวหิน จ.ประจวบคีรีขันธ์

เบอร์โทร 098-2945146



จุดเธอขึ้นจากชุมชน...นรก

อดีตสาวเชียร์เบียร์ ชีวิตผกผันกลายเป็นผู้ป่วยวัณโรค ถูกคนรอบข้างทอดทิ้ง ใช้ชีวิตอย่างโดดเดี่ยว ท่ามกลาง อัจฉริยะ ปัสสาวะ และเสื้อผ้าที่เปื้อนสิ่งปฏิกูล สิ่งที่ทำให้เธอยังคงมีลมหายใจในแต่ละวันคือ...ข้าวผัดแสนอร่อย จาก อสม.รวมถึงกำลังใจจากพยาบาลชุมชนที่ส่งผ่านไปให้ในแต่ละวัน ไม่เคยหมด...จวบจนวาระสุดท้ายของชีวิต



ชื่อภาพ แสงแห่งความหวัง คือพลังสู่ความสำเร็จ
(กลุ่มงานการพยาบาลชุมชนโรงพยาบาลระยอง)

การเจาะเลือดผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านท่ามกลางความขาดแคลนของห้องเช่าที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ ทั้งมีด อับและคั้บแคบ อาศัยเพียงแสงสว่างจากไฟฉายโทรศัพท์มือถือก็ทำให้การเก็บเลือดส่งตรวจสำเร็จได้ด้วยดี ผู้ป่วยและภรรยาซึ่งเป็นญาติคนเดียวที่อยู่ด้วยกันทั้งคู่เป็นคนไทยตกหล่นไม่ได้แจ้งเกิด เมื่อเกิดอุบัติเหตุต้องนอนติดเตียง ขาดสิทธิสำหรับคนไทยในทุกด้าน ทีมสหวิชาชีพเยี่ยมบ้านทั้ง แพทย์ พยาบาล นักกายภาพ นักสังคมสงเคราะห์ อสม.จึงเป็นแสงแห่งความหวังอันน้อยนิดที่จะช่วยดูแล เป็นกำลังใจ และ ประสานความช่วยเหลือให้ผู้ป่วยผ่านพ้นวิกฤตินี้



”รอยยิ้มของคุณยายกับเหลนน้อย“

“ผลลัพธ์ของการส่งเสริมสุขภาพตลอดทุกช่วงวัย การดูแลเด็กให้เติบโตแข็งแรงมีพัฒนาการสมวัย เป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ และเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีความสุขดี ไม่หลง ไม่ลืม ไม่หกล้ม ไม่ซึมเศร้า และกินข้าวแซ่บนี่คือพลังแห่งการดูแลสุขภาพประชาชน เชื่อมโยงทุกช่วงวัยอย่างยั่งยืน”

ผู้ส่งผลงาน : ดร. สุภาภรณ์ ปัญหาราช

หน่วยงาน : งานส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟู กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลหนองบัวลำภู

โทรศัพท์ : 0801821047

E-mail : puupee2001@hotmail.com



ชื่อภาพ : กอด

กอด คือการสื่อสารของหัวใจที่ไม่ต้องใช้คำพูดใดๆ เพียงแค่กอดกัน ก็เหมือนได้แบ่งปันความรักและความอบอุ่น ความห่วงใย กอดช่วยเยียวยาความเศร้าและเติมพลัง เติมกำลังใจในวันที่เหนื่อยล้า ให้มีแรงในการใช้ชีวิตต่อไปได้ และบางครั้งการกอดแน่น ๆ คือคำปลอบใจให้สู้ต่อที่ดีที่สุด



"สายใยรัก...จากชุมชนสู่มารดาวัยรุ่น"

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับภาคีเครือข่ายระดับชุมชน ลงพื้นที่ให้บริการสุขภาพเชิงรุกแก่ครอบครัวมารดาวัยรุ่นในชุมชนชนบท ถ่ายทอดความรู้ด้วยความเข้าใจ พร้อมส่งต่อความหวังใยจากระบบบริการสุขภาพสู่ครอบครัวเล็กๆ ที่เปี่ยมด้วยความหวังจากการทำงานที่ผสานหัวใจของความเป็นมนุษย์เข้ากับองค์ความรู้ด้านสาธารณสุข สะท้อนถึงความรัก ความเสียสละ และความภาคภูมิใจในบทบาทของระบบสุขภาพพระดัตถ์ปฐมภูมิ ที่ไม่เพียงแค่รักษาโรค แต่ยังร่วม “รักษาคุณภาพชีวิต” ของแม่และลูกน้อยในทุกช่วงวัยอย่างยั่งยืน



คุณแม่วัยใสกับคุณยายวัยเกษียณ

เหมือนโลกพังทลาย เมื่อรับโทรศัพท์ ปลายสายบอกว่า หนูคลอดลูก !!! ความรู้สึกของยายในตอนนั้น ทั้ง โกรธ ตกใจ เป็นห่วง กังวล ทุกความรู้สึกประดังประเดเข้ามา ไม่รู้จะทำอย่างไร หลานยังเรียนหนังสือ แล้วอนาคต ล่ะ เมื่อตั้งสติได้ รีบเดินทางมาหาหลาน เมื่อได้เห็นหน้าหลานกับเหลนตัวน้อย อานุภาพแห่งสายใยชีวิตทำให้ทุกอย่างแปรเปลี่ยนเป็นความรัก ความเมตตา สองสายใยกลับมาสู่อ้อมกอดของยายอย่างไม่มีเงื่อนไข...เพราะทั้งสองคือแก้วตาดวงใจตลอดกาล

นพรัตน์ เชาว์เพชรไพโรจน์
กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน รพ.ระยอง



ชื่อภาพ : “ราชทัณฑ์ปันสุขฯ” วัลโรค ู้เร็ว รักษาหาย ไม่แพร่กระจาย

ด้วยพระมหากรุณาธิคุณของพระบาทสมเด็จพระวชิรเกล้าเจ้าอยู่หัวฯ ทรงมีพระบรมราชโองการ โปรดเกล้าโปรดกระหม่อมให้จัดตั้ง โครงการราชทัณฑ์ ปันสุข ทำความดีเพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ ขึ้น ทรงมีเมตตาให้ความช่วยเหลือประชาชนอย่างเท่าเทียม ไม่เลือกปฏิบัติ โดยผู้ต้องขังในเรือนจำ ได้รับการคัดกรองวัลโรคด้วยวิธีการถ่ายภาพรังสีทรวงอก 100% ภายใต้ความร่วมมือแบบบูรณาการทุกภาคส่วน เพื่อพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ



ชื่อภาพ พัฒนา อสม.ด้านคุ้มครองผู้บริโภค

จังหวัดอุบลราชธานี กำหนดจัดอบรม “หลักสูตร อสม.ด้านคุ้มครองผู้บริโภค” ให้กับตัวแทน อสม.ทั้ง 25 อำเภอ ในจังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งประกอบด้วยความรู้เบื้องต้นของ อสม.ในการคุ้มครองผู้บริโภคเช่นผลิตภัณฑ์สุขภาพ การโฆษณา การรายงานอาการไม่พึงประสงค์ ยาสามัญประจำบ้าน ภัยจากผลิตภัณฑ์สุขภาพ สิทธิผู้บริโภค เป็นต้น และการอบรมการใช้โปรแกรม G-RDU ในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำ



เห็นรอยยิ้มผู้สูงวัยในวันนี้
เสียงหัวเราะเสียงปรบมือคือกำลังใจ
ลงพื้นที่คัดกรองสุขภาพทั้งเก้าด้าน
ติดสังคม ติดบ้านไม่ย่ำแย่

ถึงจะมีอุปสรรคมากมายให้แก้ไข
ทีมเกาะหวายไทรย่อ ขอขอบคุณ
เพื่อป้องกันปัญหาการดูแล
ขอเพียงแต่ หมั่นฝึกสมองด้วยสองมือ



ชื่อภาพ ศรัทธา

ภาพนี้เกิดขึ้นจาก โครงการคนเดโชดมอฮักแพง เบิ่งแถง ไม่ทอดทิ้งกัน นำโดยพระอธิการปิยะศักดิ์ ยโสธโร พระภิกษุ สามเณร วัดศิริสารคุณ และความศรัทธาจากญาติโยม ที่ร่วมดักบาตรข้าวสารอาหารแห้งและนม เพื่อมอบให้กับผู้มีภาวะพึ่งพิงและกลุ่มเปราะบางในชุมชน โดยมี ‘คุณหมอ’ ที่ชาวบ้านเรียกติดปากและคุ้นเคยเป็นสื่อกลางในการส่งมอบ ส่งต่อความศรัทธา จากสิ่งที่เชื่อ ให้กลายเป็นสิ่งที่มองเห็น นั่นคือ รอยยิ้มของผู้รับ 😊 ต่อเนื่องยาวนานเป็นปีที่ 6

นางนิตารัตน์ สุดเสน่ห์

ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองบ้านแหมมเจริญ

เครือข่ายบริการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

084-2899065



คำบรรยายภาพ (Photo Talk) เสียงหัวเราะและพลังบวกเติมเต็มทุกมุม

กิจกรรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) สำหรับผู้ป่วยและญาติ วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้มารับบริการเกิดความผ่อนคลาย ลดความเครียดระหว่างรอรับบริการ กิจกรรมประกอบด้วยการให้ความรู้ สร้างความสุข มอบรอยยิ้ม เสียงหัวเราะและพลังบวก เน้นการสร้างสุขภาพะทั้งกายและใจแก่ผู้มารับบริการ

นางสาวสุรัญญา โปะพะนา
กลุ่มงานสุขศึกษา โรงพยาบาลมหาสารคาม



ชื่อภาพ ใจฟู เมื่อรู้ว่าทีมหมอครอบครัวมาเยี่ยม...

เคสนี้เป็นเคสผู้สูงอายุติดบ้านอาศัยอยู่คนเดียว เมื่อมีนัดเจาะเลือดทีมหมอครอบครัวจึงลงไปให้การดูแล

ยามเช้าสดไสใจเบิกบาน

พยาบาลเยี่ยมบ้านไม่เคยไกล

ถือกระเป่าอุปกรณ์จกกันไป

ห่วงใยใส่ใจให้ทุกคน

ส่วนภาพนี้นั้นเรามุ่งมันตั้งใจไปเจาะเลือด

แม้อุณหภูมิจะเดือดแคไทนเราไม่หวั่น

ตั้งใจมันสร้างรอยยิ้มจริงใจไปด้วยกัน

แบ่งปันสุขภาพดีตลอดปีตลอดไป



ชื่อภาพ “ 3 หมอ ไกล่บ้าน ไกล่ใจ ผู้ป่วยห่างไกล NCDs ”

งานเยี่ยมบ้าน เป็นส่วนหนึ่งของงานบริการปฐมภูมิแบบเชิงรุกในชุมชน ที่นำทีมโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ทีมสหวิชาชีพ และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ลงเยี่ยมผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ให้มีส่วนร่วมในการค้นหาแนวทางการดูแลส่งเสริม ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยประยุกต์ใช้สื่อโมเดลอาหารมาช่วยในการส่งเสริมการเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักรู้ในการดูแลตนเองเพื่อสุขภาพที่ดีที่ยั่งยืนตลอดไป.

ทีมหมอครอบครัว โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

ผู้ส่งผลงานประกวด : นางสาวนพรัตน์ กลิ่นสุคนธ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ตำบลสระแก้ว อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว



ชื่อภาพ: “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ ตรงไหนก็ใช่ จุดบริการของเรา”

คำบรรยาย : แม้จะอยู่คนเดียว... แต่เมื่อมีพยาบาลมาเยี่ยม คุณยายก็รู้สึกโดดเดี่ยวอีกต่อไป เพราะการดูแลกันด้วยใจ คือพลังเล็กๆ ที่เติมเต็มความหมายของวันใหม่ การมาเยี่ยมของเรา อาจไม่เปลี่ยนโลกของคุณยาย... แต่เปลี่ยนใจที่เคยเหงา ให้กลับมามีแรงสู้ต่ออีกครั้ง

ชื่อ นางสาวอัจฉราภรณ์ เศษสุวรรณ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
ที่อยู่ กลุ่มการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัดยโสธร
เบอร์โทร 097-3392345



“ภูมิใจเด็กน้อยพัฒนาการดี”

การทำงานในการบริการปฐมภูมิให้รู้ว่า เราไม่ใช่ผู้ที่รอแต่ให้ผู้รับบริการมาหาเราที่ศูนย์เท่านั้นหากแต่เป็นการออกไปค้นหาปัญหา รับฟังและนำมาจัดการปรับเปลี่ยนให้เข้ากับบริบทของผู้รับบริการ พอเราได้เห็นการเปลี่ยนแปลง การมีพัฒนาการที่ดีขึ้นของเด็กในชุมชนเราตั้งแต่เราค้นพบปัญหา นำมาแก้ไขร่วมกับครอบครัว ตลอดจนการแนะนำให้ใช้สมุดคัดกรองพัฒนาการ DSPM และการเลี้ยงลูกเชิงบวก กอด กิน เล่น เล่า นอน ฝ้าดู ฟัน จนเด็กมีพัฒนาการที่ดีสมวัยตามเกณฑ์ พยาบาลมีความภูมิใจที่ได้ร่วมเป็นส่วนหนึ่งในการเติบโตของเด็ก ได้เห็นรอยยิ้ม แววตาแห่งความสุขของเด็กและครอบครัว ซึ่งทำให้เห็นว่า จุดเล็กๆ ของงานบริการปฐมภูมินั้น สร้างพลังบวกที่ยิ่งใหญ่ให้เด็กน้อยได้มีพัฒนาการสมวัย



เป็นภาพที่แสดงถึงความภาคภูมิใจของเจ้าหน้าที่ฯ ในภาพจะเป็นการออกติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านของเจ้าหน้าที่พยาบาล (ชุมชนบ้านกลาง ตำบลบ้านกลาง อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม) และให้ความรู้ เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ควบคู่กับการควบคุมอาหาร ที่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน ซึ่งจะเห็นถึงสีหน้า ท่าทาง ของคุณยายที่ตั้งใจรับฟัง อย่างแน่วแน่ หลังจากที่ได้รับฟังจบ คุณยายได้ให้คำมั่นว่า “ยายสีเฮ็ดให้ได้คือ คุณหมอบอก” หลังจากนั้นคุณยายได้ค่อยๆ เปลี่ยน ตามคำแนะนำและทำยที่สุดในวันตรวจคัดกรองสุขภาพประจำปี ผลระดับน้ำตาลในเลือดของคุณยายลดลงจาก 7.4% เหลือ 6.0% คุณยายยิ้มด้วยความดีใจปนหัวเราะและบอกกับเจ้าหน้าที่พยาบาลว่า “ยายชอบคุณหลายๆ เตื่อ คุณหมอถึงยายสี 72แล้ว แต่กะเฮ็ดได้คือหมุ่เตื่อ”



ชื่อเรื่อง ห๊ะ!! อะไรนะ

ในภาพสะท้อนให้เห็นถึงการทำงานที่มีความใส่ใจของเจ้าหน้าที่ ในการลงพื้นที่เยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชอย่างใกล้ชิด การปฏิบัติงานของทีมเยี่ยมบ้านในครั้งนี้เป็นไปอย่างเป็นระบบ โดยมีการสื่อสารอย่างตรงไปตรงมา รับฟังปัญหา และสอบถามข้อมูลจากผู้ป่วยด้วยความตั้งใจจริง แสดงออกถึงความเอาใจใส่ผ่านทางสีหน้า แววตาและท่าทางที่เปิดรับความคิดเห็น พร้อมทั้งมีการจดบันทึกข้อมูลเพื่อใช้ในการประเมินอาการและวางแผนดูแลต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังมีการพูดคุยกับญาติหรือผู้ดูแลเพื่อร่วมกันหาวิธีดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นการเยี่ยมบ้านเช่นนี้มีบทบาทสำคัญในการลดอคติทางสังคม ช่วยเสริมสร้างกำลังใจให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าได้ถูกทอดทิ้ง พร้อมทั้งเป็นการติดตามอาการและป้องกันการกลับมาของอาการกำเริบอีกครั้ง



ชื่อภาพ “คลินิกเยี่ยมบ้านอบอุ่น”

ทีมคลินิกหมอครอบครัวตำบลสระแก้ว ให้การดูแลสุขภาพผู้ป่วยเชิงรุกที่บ้าน ในกลุ่มผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้พิการมีความยากลำบากในการเดินทางไปโรงพยาบาล ด้วยการทำงานร่วมกันของผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านต่างๆ เป็นทีมสหวิชาชีพ เน้นการทำงานร่วมกันในแต่ละระดับร่วมกับครอบครัว ชุมชน ท้องถิ่น ส่งเสริมการเรียนรู้ ตอบสนองตามความต้องการของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว เสริมสร้างขวัญกำลังใจให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแล ให้สามารถดูแลพึ่งตนเองได้ ตามบริบทของครอบครัวมองเห็นมุมมองของการมีชีวิตร่วมกันคุณค่าในตนเอง รับรู้และเข้าใจ ถึงสภาพการเจ็บป่วย สิ่งแวดล้อม ความสัมพันธ์ในครอบครัว การเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านไม่เพียงแต่เป็นการดูแลสุขภาพกายให้ดีขึ้นเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการดูแลสุขภาพจิตของผู้ป่วยและครอบครัว ให้อยู่อย่างเข้าใจกัน สามารถดูแลกันและกันได้อย่างปกติสุข

ทีมคลินิกหมอครอบครัวตำบลสระแก้ว

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ตำบลสระแก้ว อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว

ผู้ส่งผลงานประกวด : นางสาวพัชรินทร์ เพาะแป้น พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

เบอร์โทรศัพท์ 088-8402460



“ความศรัทธาในช่วงเวลา แห่งความเรียบง่าย”

ทีมสหวิชาชีพได้พร้อมใจกันมาทำบุญถวายสังฆทานแด่พระสงฆ์ ท่ามกลางบรรยากาศเรียบง่ายด้วยความตั้งใจและมือที่พนมแนบกันอย่างนอบน้อมสะท้อนถึงพลังของความร่วมมือ ความเคารพและหัวใจที่เต็มไปด้วยจิตสำนึกดีงามสร้างความสงบในใจและเตือนให้เราตระหนักถึงสิ่งสำคัญในชีวิต ความเมตตา ความกตัญญูและการแบ่งปัน ภาพนี้ยังแฝงไว้ด้วยบทเรียนชีวิตว่า ในความวุ่นวายของโลกการทำงานนั้น การได้หยุดพักเพื่อเชื่อมโยงกับสิ่งที่เป็นรากเหง้าทางจิตวิญญาณ สามารถเติมเต็มพลังใจให้เราได้ก้าวต่อไปอย่างมั่นคง



ชื่อเรื่อง หมอๆ นับคาร์บคืออะไร

หมอๆ นับคาร์บคืออะไร ป้าสงสัยเห็นหมอมา หาหลายครั้ง
 อ้อคุณป้า นับคาร์บคือวางแผนการกินคาร์โบไฮเดรต เพื่อลด rate น้ำตาลในเลือดจ้า
 หมอพูดไปหลายครั้งและหลายครา อยากให้ป้า คำน้ำตาลในเลือดดี
 ขอคุณป้าอย่ากังวลและไหวหวั่น หมอจะหมั่นแวะมาหาไม่หน่ายหนี
 เพื่อคนไทยห่างไกล NCDs ประชาชนมีสุขทุกคนเอย



ชื่อภาพ “เอ๊ะ! เปิดฝาแล้วเจออะไร”

การลงพื้นที่สำรวจลูกน้ำเป็นการป้องกันโรคไข้เลือดออก ที่มีอยู่กลายเป็นพาหะ เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ สุ่มลูกน้ำอยู่หลายแต่ละครั้งก็มักจะมีผลที่แตกต่างกันไป ในวันที่อากาศร้อน ฝนตก ทีมสาธารณสุขอย่างเราก็ไม่หวั่น ทำให้เข้าใจถึงวิถีชีวิตและปัจจัยเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิดแหล่งเพาะพันธุ์อยู่ภายในครัวเรือนมากขึ้น ความร่วมแรงร่วมใจของ อสม. ซึ่งเป็นด่านหน้าเดินนำลงทุกหลังคาเรือน ทำให้เกิดความประทับใจและเป็นแรงบันดาลใจในการทำงานด้านสาธารณสุขต่อไป



ชื่อภาพ “เล็งดีๆ นะ หลวงตา”

ทีมกลุ่มงานการพยาบาลชุมชน มีโอกาสไปถวายความรู้พระภิกษุสงฆ์ภาคปฏิบัติในโครงการอบรมพระ
 ศิลาณุปัฏฐากเพื่อวางแผนเปิดกุฏิชีวาภิบาลดูแลตามหลักพระธรรมวินัย ได้ถวายความรู้เกี่ยวกับการเจาะน้ำตาล
 ปลายนิ้วพร้อมทั้งให้ฝึกทักษะการใช้เครื่องมือในการเจาะและการแปลผลจึงได้ให้ท่านสลักกันเจาะปลายนิ้วและ
 แปลผลหลวงตาเจาะหลวงพี่และหลวงพี่เจาะหลวงตา ทำให้เกิดภาพที่มีเสียงขึ้นมาว่า "เล็งดีๆนะหลวงตา"



ชื่อเรื่อง นวัตกรรมเล็กๆ แต่ยิ่งใหญ่

นวัตกรรมบางครั้งเป็นแค่สิ่งเล็กๆ แต่มันสามารถทำสิ่งที่ยิ่งใหญ่สำหรับใครบางคน มารดาที่มีปัญหาเรื่องของการมองเห็นและการได้ยินลดลง ต้องดูแลลูกชายติดเตียง ต้องจัดยาให้หลายตัวและวัดความดันโลหิต ทีมเยี่ยมบ้านสร้างสรรค์นวัตกรรมจัดทำถุงยาพิเศษ และ Home BP ด้วยสีกัดแยก ส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นสำหรับครอบครัวหนึ่งและส่งตัวมารดาเข้ารักษาเรื่องตาและหูต่อไป พวกเราคลินิกหมอครอบครัวจะไม่หยุดสร้างสรรค์และจะทำให้เต็มที่เต็มกำลังที่เรา



“มะเร็งมันร้าย...ลืมความกลัว เพิ่มความใส่ใจกับมะเร็งปากมดลูก โดยพยาบาลสาวใจกล้า”

เสียงหัวเราะแทรกเสียงวิชาการบรรยาย “มะเร็งปากมดลูก” ครั้งนี้ไม่มีใครวง ท่าทางจำลอง สนุก เข้าใจง่ายและไม่เชินผู้ฟัง ลุ้นและหัวเราะไปพร้อม ๆ กับความรู้ สุขภาพดีเริ่มต้นด้วยการตรวจปากมดลูก ปลอดภัย ไม่เจ็บอย่างที่คิด นี่ไม่ใช่แค่บรรยาย แต่คือพลังของ “หญิงรู้ หญิงรอด หญิงรุก” ที่แท้จริงในงานสาธารณสุข ทีมสุขภาพพร้อมเป็นพลังหญิงพิชิตโรคร้าย ตรวจพบเร็ว ปลอดภัย รู้ผลไว เริ่มต้นปกป้องตัวเองวันนี้เพื่ออนาคตสดใส



ชื่อภาพ Palliative care ดูแลด้วยหัวใจ

ด้วยระบบการดูแลอย่างเข้าถึงและเข้าใจทำให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองครบทุกมิติทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Humanization) "ขอบคุณมากครับ ขอบคุณจริงๆ" (ผู้ป่วยกล่าว)

น.ส.กุหลาบทิพย์ บุญนาม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
ที่อยู่ กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลยโสธร ต.ตาตทอง อ.เมืองยโสธร จ.ยโสธร
โทร 082-4539469



ชื่อภาพ หนึ่งคนให้ หลายคนรับ

ภาพการลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วยกลุ่มเปราะบางและด้อยโอกาสในชุมชนและส่งมอบสิ่งของ ไม่ว่าจะเป็นผ้าอ้อมสำเร็จรูป เตียงผู้ป่วย อุปกรณ์สำหรับดูแลผู้ป่วย หรือสิ่งของอื่นๆ ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย ล้วนแต่ได้รับการบริจาคจากประชาชนในพื้นที่ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญในการให้ความช่วยเหลือร่วมกับเจ้าหน้าที่ ทั้งยังเป็นการส่งมอบกำลังใจถึงผู้ป่วยและญาติหลายๆ ครอบครัวไม่ใหู้สึกโดดเดี่ยวในสังคม



ชื่อภาพ : “ยกมือ...ยกใจ”

แววตาของผู้สูงอายุที่เคยหม่นเศร้า กลับเปล่งประกายอีกครั้งเพียงเพราะมีกำลังใจคอยประคองและไม่เคยทอดทิ้ง บุคลากรสาธารณสุข และ อสม. ไม่ใช่แค่ผู้ดูแล แต่คือผู้จุดแสงแห่งความหวังในทุกลมหายใจจากวันที่นอนนิ่งไร้เรี่ยวแรง สู่วันที่แขนทั้งสองข้างยกขึ้นได้ด้วยรอยยิ้มทุกความก้าวหน้าที่คือบทพิสูจน์ของความรัก ความอดทน และศรัทธา

ผู้ส่ง นางสาวอัมพิกา วงศ์วัฒนวรากร นักสาธารณสุขปฏิบัติการ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
 กลุ่มภารกิจบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ โทรศัพท์ 086-7322717
 e-mail address ; umpika.puy@gmail.com



ชื่อภาพ : ถ้าหมอไม่มา ยายจะไม่ได้อาบน้ำ

“ยายพิศ” เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มีภาวะแทรกซ้อน ตา ไต เท้า ครบถ้วนตามตำรา ยายเป็นเบาหวาน 20 ปี คุมน้ำตาลไม่ได้ ทำให้ตาทั้ง 2 ข้างมองไม่เห็น ไตเสื่อมระยะ 2A เท้า 2 ข้างชา ไม่รู้สึก เดินไม่ได้ เคลื่อนที่ด้วยการคลาน ยายถูกทอดทิ้งให้อยู่ลำพังคนเดียวในบ้านเช่าราคาเดือนละ 600 บาท ได้กินอาหารจากการฝากเพื่อนบ้านซื้อเอามาวางไว้ให้ บางวันไม่ได้กินน้ำตาลจะต่ำมาก สัปดาห์ละ 3 วัน ฉันต้องหมั้นไปดูยาย สลับกับพี่ อสม. เพราะกลัวยายน้ำตาลต่ำ กลัวไม่ได้กินอะไรและยายบอกฉันเสมอว่า “ถ้าหมอไม่มา ยายจะไม่ได้อาบน้ำ”

ผู้ส่งผลงาน : นางสาวศศิประภา เรือนคำ (082-6436544)

หน่วยงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์

yingnoy2011@gmail.com



“ภาพหนึ่งภาพ แทนพันถ้อยคำ ภาพนี้สะท้อนคุณค่าของ ‘การทำงานร่วมกัน’ อย่างลึกซึ้ง”

ในภาพนี้ มีบุคลากรของภาคีเครือข่ายจากหลายหน่วยงานมา ณ สถานประกอบการแห่งนี้ พวกเราทุกคนทำงานเป็นทีมอย่างมีอาชีพ และถือความตั้งใจ ความปรารถนาดี ที่จะทำให้ระบบสุขภาพของสถานประกอบการแห่งนี้ดีขึ้น เรากำลังสอบถามผู้ประกอบการเพื่อให้เข้าใจวิถีชีวิตการดำเนินกิจการ และขอความร่วมมือในการพัฒนาและยกระดับคุณภาพชีวิตให้สถานประกอบการแห่งนี้ผ่านเกณฑ์มาตรฐานสุขภาพดี. ตอนนี้ สถานประกอบการแห่งนี้ผ่านเกณฑ์มาตรฐานสุขภาพดีและได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานที่ผลิต ผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ นำมาซึ่งความภาคภูมิใจของพวกเราทีมงานทุกคน



ชื่อผลงาน : แต่งตัวสวย ช่วยลดความกลัว “เข็ม”

การออกตรวจสุขภาพประจำปีที่หน่วยงานราชการ เพื่อสร้างบรรยากาศการตรวจสุขภาพประจำปีที่หน่วยงาน ด้วยการแต่งตัวด้วยชุดสวย ช่วยลดความกลัวในการเจาะเลือด ทำให้ลดบรรยากาศความตื่นเต้นลง ผู้รับบริการผ่อนคลายขึ้น เจาะเลือดแบบไร้กังวลและแม่นยำ

ผู้ส่งผลงาน : นางชวนพิศ เลิกนาค (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ)
ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ (Wellness Center) โรงพยาบาลร้อยเอ็ด



ชื่อเรื่อง “อีแม่...ช่วยอีหล่าแน่”

ณ โรงเรียนประถมศึกษาเขตเทศบาลเมืองยโสธรแห่งหนึ่ง PCU. บ้านท่าศรัทธา ลงพื้นที่ฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก นักเรียนหญิง ป.5-6 ได้ยินเสียงกระซิบเบาๆ ช่างโต๊ะว่า “คุณหมอ หนูบอฉิดได้บอค่า หนุ่ย่าน” หมอตตอบว่า “เพื่อความปลอดภัยของหนูควรฉิดจ้า” เด็กหญิงก็เริ่มตาแดงเหมือนจะร้องไห้ เกลี้ยกล่อมกันอยู่นาน ก็ไม่ยอมฉิด คุณครูจึงโทรตามคุณแม่มาช่วยปลอบ กอดให้กำลังใจ ก่อนฉิดหมอบอกว่า “ร้องดั่งๆ เลย เอาเลย เต็มที่แต่อย่าดิ้นก็พอ แป๊ปเดียว” ฉิดเสร็จน้องพูดว่า “ ชานี้เบาะคุณหมอ บอเจ็บจ้อย หนุ่ย่านซื่อๆ ขอบคุณคะ” แล้ววิ่งไปหาเพื่อน



ในปัจจุบันการทำงานหลายๆอย่างนอกจากผลงานประจักษ์แล้ว ก็ต้องมีรูปถ่าย ที่ตามมาด้วยคำว่า “ไม่มีรูป ก็คือไม่ได้มาทำงาน” เจ้าหน้าที่ และ อสม.เราทำงานกันด้วยหัวใจ ไม่เว้นวันหยุดและเวลาราชการ การทำงานควบคุมโรคกับชุมชน ที่มีทั้งคนเปิดบ้านต้อนรับและไม่ต้อนรับเรา แต่เราทุกคนก็ร่วมด้วยช่วยกันทำความเข้าใจ เพื่อให้ควบคุมโรคได้ทันเวลา ภาพนี้ถูกถ่ายในวันหยุด ตอนไหนก็ไม่รู้ตัว แต่สะท้อนให้เห็นถึงความตั้งใจและใส่ใจในการทำงาน หลายๆครั้งหน้างานเรายุ่งมากจนไม่มีเวลา และไม่ได้นึกถึงการถ่ายรูป แต่เพื่อให้สรุปงานทุกอย่างสมบูรณ์ รูปภาพก็เป็นส่วนหนึ่งของคำอธิบายการทำงานได้โดยไม่ต้องใช้คำพูดใดๆ ที่ไม่ใช่คำว่าสร้างภาพ



‘แสงเข้าบดอัยกับหัวใจที่รอคอย’ ความเชื่อมั่น เชื่อใจและความผูกพันกับทีมหมอครอบครัว

เช้าวันหนึ่งในฤดูหนาว วันที่หมอยังไม่จางหาย ในพื้นที่ห่างไกล เสียงพูดคุย ชาวบ้านหลากหลายชนเผ่าต่างมารวมตัวกันด้วยวิธีการเดินทางที่แตกต่าง หนทางที่ยาวไกล ยากลำบาก เส้นทางคดเคี้ยว ดินลูกรัง การเดินทางด้วยรถกระบะ รถจักรยานยนต์ เดินเท้าออกมาตั้งแต่เช้ามืด บ้างก็อาศัยลูกหลานงูมา พุงมา ด้วยความหวังเพียงว่า ”หมอจะมา” แม้จะยากลำบาก ความหลากหลายทางภาษาและวัฒนธรรม การสื่อสารที่ยากลำบาก ต้องอาศัยล่ามและภาษากายในการสื่อสาร แต่ทีมหมอครอบครัวเราพร้อมให้บริการด้วยใจเสมอ

บ้านพนาสวรรค์ อำเภอ เมือง จังหวัดเชียงราย



“หัวใจฟ้า-ขาว ท่ามกลางดินโคลน”

น้ำท่วมเชียงราย" นำมาพร้อมความสูญเสียต่อชีวิตและทรัพย์สิน ที่ยากเกินจะประเมินมูลค่าความเสียหาย ซึ่งส่งผลกระทบต่อชีวิตและความเป็นอยู่ของผู้คนอย่างมาก เมื่อพบชาวบ้านนั่งอยู่หน้าบ้านที่ยังคงเต็มไปด้วยคราบโคลน ด้วยใบหน้าที่เหนื่อยล้า สายตาแฝงไว้ด้วยความกังวล พยาบาลเข้าไปให้การปฐมพยาบาลอย่างตั้งใจแม้จะไม่มีอุปกรณ์ที่ครบครัน และอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม แต่พยาบาลก็ยังคงไม่ละทิ้งหน้าที่ความเสียสละและความเมตตา พร้อมกับการให้กำลังใจผู้ประสบภัย นี่คืออีกหนึ่งภาพแห่งความหวังและกำลังใจท่ามกลางวิกฤตที่ถาโถมเชียงราย



เพราะคนป่วยรอไม่ได้...แม้ถนนจะหายไป”

กันยายน 2567 อุทกภัยน้ำท่วมเชียงราย ท่วมการกระแสน้ำไหลเชี่ยวรุนแรง เพียงไม่กี่ชั่วโมงที่ธรรมชาติมอบภัยพิบัติให้ น้ำท่วมสูงจนเห็นเพียงหลังคาเรือน ถนนหลายสายหายไปถูกปกคลุมไปด้วยมวลน้ำ ถนนถูกตัดขาด ท้องฟ้าที่ปกคลุมด้วยเมฆดำ ผู้คนติดอยู่ภายในบ้าน ต้องอดข้าวอดน้ำ ได้แต่ภาวนารอความช่วยเหลือมาถึงโดยไว ทีมหมอครอบครัวได้ปฏิบัติภารกิจโดยการนำความช่วยเหลือ ทั้งอาหารและยารักษาโรคเข้าสู่พื้นที่ประสบภัย รถ ATV คันนี้กลับกลายเป็นอีกหนึ่งความหวังในการเข้าถึงผู้ประสบภัยในกรณีที่รถทั่วไปไม่สามารถเข้าถึงได้ แม้เส้นทางจะยากลำบากเต็มไปด้วยโคลนและอันตราย แต่จิตใจที่มุ่งมั่นในการช่วยเหลือ คือสิ่งที่ขับเคลื่อนให้ก้าวเดินต่อไป



ชื่อภาพ : NCDs ตีได้ ด้วยกลไก อสม.

อสม.เป็นกลไกสำคัญ ป้องกันก่อนป่วย (เชิงรุก) ติดตามผู้ป่วย (ต่อเนื่อง) ให้ความรู้และเปลี่ยนพฤติกรรม (ยั่งยืน) สร้างพลังชุมชนในการดูแลสุขภาพตนเอง

ผู้ส่งผลงาน นางนงคันุช เต็มวินิจกุล ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน และศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง โรงพยาบาลศรีสะเกษ
เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ 0981767270



ชื่อภาพ : พลังรักจากแม่สู่ชุมชน "A Mother's Love: Powering Community Health"

พลังรักของแม่ขับเคลื่อนสุขภาพของชุมชน การเยี่ยมบ้านแม่หลังคลอดโดยพยาบาลในชุมชน เป็นกุญแจสำคัญในการดูแลสุขภาพมารดาและทารกอย่างต่อเนื่อง ช่วยป้องกันปัญหาสุขภาพ เสริมสร้างความรู้และสร้างเครือข่ายการดูแลที่ยั่งยืน สะท้อนบทบาทเชิงรุกของพยาบาลในการเข้าถึงและตอบสนองต่อความต้องการของครอบครัวอย่างแท้จริง

ผู้ส่งผลงาน นางสาวศุภภัทร์ธรา ไชยบุตร **ตำแหน่ง** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน และศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง โรงพยาบาลศรีสะเกษ
เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ 091-0151799



ชื่อรูป : เมื่อมือหนึ่งไม่ปล่อย หัวใจก็ไม่ล้ม

"เมื่อมือหนึ่งไม่ปล่อย หัวใจก็ไม่ล้ม" สะท้อนถึงพลังแห่งการดูแลที่ไม่ย่อท้อของชุมชนที่ให้บริการผู้ป่วยหลังการผ่าตัดข้อสะโพก การฟื้นฟูทางกายภาพไม่เพียงแต่เป็นการคืนสุขภาพที่แข็งแรง แต่ยังเป็นการฟื้นฟูจิตใจ ให้ผู้ป่วยกลับมายืนหยัดด้วยความหวังและความมั่นใจ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการติดเชื้อได้อย่างยั่งยืน พร้อมให้โอกาสในการมีชีวิตที่สมบูรณ์แบบและมีคุณค่ากว่าเดิม



มือถือจอบ ปากสอบเมล็ดออยด์

ทุกครั้งที่ได้รับแจ้งผู้ป่วยติดเชื้อเมล็ดออยด์ สิ่งแรกที่นึกถึง คือน้ำและดิน แหล่งเชื้อที่ไหน สัมผัสยังงไ้ได้นะ
สิ่งต่อมาคือ จอบและเสียม นี้อาชีพอะไรกันนะ นักระบาดที่รึกรึปาว ว่าแล้วก็ลุยต่อ เตรียมทีม เตรียมอุปกรณ์ออก
เดินทาง ลงสอบสวน ทำงานที่รักกัน

นางสาวณัฐวรรณ จันเมือง ตำแหน่งนักสาธารณสุขปฏิบัติการ
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลหาดใหญ่
เบอร์ติดต่อ 089-870039



ชื่อผลงาน “สถานประกอบการมั่นคง ปลอดภัย ใส่ใจ เพื่อพนักงานห่างไกล NCDs”

สถานประกอบการ บริษัท โตโยต้า นนทบุรี จำกัด ร่วมกับ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี ให้บริการคัดกรองสุขภาพ อาทิ ตรวจวัดความดันโลหิต, วัดรอบเอว, คำนวณ BMI ด้วยเครื่องชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงอัตโนมัติ, เจาะเลือดปลายนิ้ว (DTX) และประเมิน CVD Risk Score ผ่านแอปพลิเคชัน ให้กับผู้บริหารและพนักงานบริษัท โตโยต้า นนทบุรี จำกัด จำนวน 50 คน

ผู้สมัคร นางรพิชา รวีพลาริปี

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี



"รอยยิ้มแห่งกำลังใจ"

สุขภาพดีเริ่มต้นที่บ้าน คือหัวใจของคนทำงานสาธารณสุขปฐมภูมิ เน้นใส่ใจดูแลสุขภาพของชุมชนด้วยความรักและความหวังดี ทุกๆ รอยยิ้มคือพลังใจของคนทำงาน ร่วมแรงร่วมใจก้าวไปพร้อมกับชุมชนอย่างมั่นคง



“พลังปฐมภูมิไทย ท่างไกล NCDs” คือแนวทางส่งเสริมสุขภาพโดยใช้พลังจากชุมชนเป็นฐาน ทั้งการดูแลตนเอง การสนับสนุนจาก อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมถึงวิถีชีวิตที่สอดคล้องกับธรรมชาติและวัฒนธรรมท้องถิ่น การมีส่วนร่วมของทุกคนช่วยสร้างเกราะป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) การปรับตัวเข้าหากันโดยไม่ทอดทิ้งใครไว้เพียงลำพัง สร้างความเข้มแข็งของชุมชนสามารถทำให้ทุกคนได้มีโอกาสทางสังคม เกิดความรักในตนเองส่งไปถึงครอบครัวและชุมชน ได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

ชื่อภาพ “ทำสิ่งที่มี ให้ดีที่สุด”

ผู้ส่งประกวด : นายวัชรินทร์ วิญญกุล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ที่อยู่ : กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ต.นครสวรรค์ออก อ.เมือง จ.นครสวรรค์ 60000

เบอร์โทรศัพท์: 0817070357

E-mail : golfwatcharin6000@gmail.com



"สัมผัสแห่งการดูแล"

ความอบอุ่นและความห่วงใยจากการสัมผัสระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ที่คอยโอบอุ้มมือผู้ป่วยอย่างอ่อนโยน เป็นตัวแทนของการดูแลเอาใจใส่และส่งผ่านกำลังใจให้แก่กันในช่วงเวลาที่เปราะบางของชีวิต เพียงการสัมผัสเบาๆ ก็สามารถส่งผ่านความห่วงใย ความเข้าใจและความมั่นใจได้อย่างลึกซึ้ง

นางเพ็ญพิมล เปียงแก้ว พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช
083-1031361 Email: pen-2002@hotmail.com



หมอลำ (รำ) ม่วนหลาย

แพทย์และพยาบาลลงไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยอายุ 88 ปี โรคประจำตัวหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจ เพื่อประเมินอาการหลังจำหน่ายออกจากกรพ. ถึงแม้ผู้ป่วยจะนอนที่เตียง ช่วยเหลือตนเองลำบากและยังใส่สายให้อาหารทางจมูกอยู่ แต่ผู้ป่วยมีอุปนิสัยรำเรง มีญาติคอยดูแลและให้กำลังใจเป็นอย่างดี เดิมผู้ป่วยชอบร้องรำทำเพลง เป็นนางรำเก่า ผู้ป่วยจึงร้องเพลงให้ทีมเยี่ยมบ้านฟังและรำอย่างเพลิดเพลินแพทย์ฟังแล้วก็รู้สึกเพลิดเพลินเลยร่วมรำไปกับผู้ป่วยด้วย พร้อมกับญาติและพยาบาลที่คอยประมอให้จังหวะ ม่วนหลายกันถ้วนหน้า



ชื่อภาพ : แวนตาอันใหม่

มีเด็ก นร.คนหนึ่ง สีหน้าไม่สู้ดีนัก ได้แต่ก้มหน้า เสียงพูดเบาสั้นเครือ หนูโดนหนักเหลือเกินค่ะพี่ ไม่อยากเห็นหน้าใครเลย อยากหลบและหายไปจากโลกใบนี้ พยาบาลเอื้อมมือไปสัมผัสแขนเบาๆ และอ้อมกอดที่ปลอดภัย ขอให้น้องลองมองมาที่ดวงตาของพี่คนนี้สักครั้ง สายตาแห่งความจริงใจและความหวังดี ได้ถูกส่งต่อไปยังดวงตาทั้ง 2 ข้าง “ พี่เป็นเหมือนแวนสายตาให้หนูเลยรู้มั๊ย ” เป็นคำพูดที่ตราตรึงใจพยาบาล บางครั้งความทุกข์ที่อยู่ในใจไม่มีใครมองเห็น ถ้าเราลองใส่แว่นตาแห่งความเข้าใจและมองเห็นตัวตนของเขา จะเป็นเครื่องจักรอกดีๆ ที่จะดึงความรู้สึกและคุณค่าของเขาออกมาได้ ประสานทีมสหวิชาชีพ ครู ผู้ปกครอง สร้างความเข้าใจกับครอบครัว



“รอยยิ้ม” การรักษาที่ประเมินค่าไม่ได้

“รอยยิ้ม” สัญลักษณ์ของความสุขที่มองเห็นได้ที่ปรากฏอยู่บนใบหน้าเปี่ยมสุข ไร้ความกังวล ของผู้ป่วย และญาติ ณ ศูนย์โรคมะเร็งเชิงรุก โรงพยาบาลกำแพงเพชร ขณะเข้าร่วมกิจกรรม “สุนทรีย์สนทนา” เมื่อการสนทนาไม่ใช่แค่การพูด แต่เป็นการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ แบ่งปัน การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม กิจกรรมดีๆ ที่เกิดขึ้นจากกลุ่มคนที่ปรารถนาจะแบ่งปันความสุขให้กับกลุ่มคนที่ต้องการกำลังใจ แม้เป็นช่วงสั้นๆ ระหว่างรอพบหมอ แต่ความสุขที่ได้มาก็ถือว่าเป็น “การรักษาที่ประเมินค่าไม่ได้” ที่ช่วยเยียวยาหัวใจได้อย่างแท้จริง

โดย น.ส.เจริณ สีสืบ

ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยชำนาญการ โรงพยาบาลกำแพงเพชร



ชื่อภาพ : หัวใจใต้ร่มกาสาพัสตร์

หัวใจความเป็นมนุษย์ของภิกษุหนุ่มรูปหนึ่ง ที่เข้าสู่ร่มกาสาพัสตร์ เพื่อศึกษาพระธรรม คำสั่งสอน ด้วยจิตใจอันบริสุทธิ์ที่ปราศณาให้ผู้อื่นพันทุกข์ จึงเสียสละเพื่อเรียนรู้ในการอุปฐากภิกษุ ที่อาพาธ ซึ่งเป็นคุณธรรมที่พึงมี ตามคำกล่าวของพระพุทธองค์ที่ตรัสกับเหล่าภิกษุว่า “ดูก่อน ภิกษุทั้งหลาย ผู้ใดเล่าจะพึงพยาบาลพวกเธอ ถ้าพวกเธोजักไม่พยาบาลกันเอง ใครเล่าจักพยาบาล ดูก่อนภิกษุทั้งหลาย ผู้ใดจะพึงอุปฐากเรา ผู้นั้นพึงพยาบาลภิกษุอาพาธด้วยเถิด”



ชื่อภาพ สามัคคีคือพลัง

ภาพกิจกรรมการคัดกรองโรคโควิดโรคปอดเชิงรุกในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง โดยใช้กล้องเอกซเรย์พกพา (Camera Ray) ด้วยข้อจำกัดด้านระยะทางและความยากลำบากในการเดินทางของกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ในพื้นที่ห่างไกล ส่งผลให้มีโอกาสเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขได้ยาก โรงพยาบาลน้ำปาด จึงได้ดำเนินการคัดกรองโรคโควิดโรคปอดเชิงรุกถึงบ้าน เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพและส่งเสริมการดูแลสุขภาพกลุ่มเปราะบางอย่างมีประสิทธิภาพ



ชื่อภาพ: “ใจที่ไม่หลอก...แม่ในชุดผี”

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขถอดเสื้อกาวร์มาใส่เสื้อผีในกิจกรรมวันฮาโลวีน เพื่อสื่อสารความรู้เรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง ผ่านการเลียนแบบพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การกินหวาน สูบบุหรี่ และดื่มสุรา ผีที่น่ากลัวไม่ใช่ชุดที่สวมใส่ แต่คือภัยสุขภาพที่เรามักมองข้าม กิจกรรมในครั้งนี้เข้าถึงใจผู้รับบริการทุกเพศทุกวัย ทำให้เรื่องสุขภาพกลายเป็นเรื่องเข้าใจง่ายและน่าจดจำเพราะจิตวิญญาณของการเป็นผู้ให้ ไม่ได้อยู่ในชุดที่สวมใส่ แต่แฝงอยู่ในหัวใจที่ใส่ใจทุกชีวิตอย่างแท้จริง



...สองข้างกาย...ทุกคนอยู่ตรงนี้เสมอ...

การจากลา ไม่ใช่จุดจบของความรู้สึก แต่คือบทหนึ่งของความทรงจำ แม้วันนี้เราจะเดินคนละทาง แต่ใจผูกพันเหมือนเดิม คุณป้าผู้ป่วยระยะท้าย กลัวการจากลา ครอบครัวเศร้ากับการกล่าวคำอำลา พยาบาลชุมชนฟังด้วยใจ เชื่อมประสานใจในครอบครัว เข้าใจและให้เวลา เพื่อคำอำลาที่มีคุณค่า แม้อาจทำให้เจ็บ แต่จะทำให้ครอบครัวเติบโตยอมรับในการจากลา แม้จะเกิดความเสียดัน คุณป้าจะมีความรักโอบล้อม เป็นที่รักและมีคุณค่าสำหรับครอบครัวเสมอ...

นางสุนิสา คำประสิทธิ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลเลย อำเภอเมืองเลย จังหวัดเลย



ชื่อภาพระบบติดตามกำกับกรกินยาผู้ป่วยวัณโรค

การพัฒนาาระบบติดตามกำกับกรกินยาของผู้ป่วยวัณโรค ร่วมกับเอาเทคโนโลยีเข้ามาใช้ในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ทั้งสะดวก รวดเร็ว ทันต่อเหตุการณ์ โดยเริ่มจากการวางแผนร่วมกับทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย การดำเนินงานติดตามผู้ป่วยอย่างเป็นระบบและประเมินผลการดำเนินงาน จนส่งผลให้ผู้ป่วยรับประทานยาทุกวันตามเวลาที่กำหนด มีผลตรวจเสมหะเป็นปกติ รักษาหายตามเกณฑ์ที่กำหนด ไม่ดื้อยาในอนาคต



การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์เรื่อง น้ำหยดสุดท้าย

แม้ว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ แต่เรายังคงให้สิ่งที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ดื่มและได้ช่วยเหลือเพื่อบรรลូវัตถุประสงค์ได้ ทำให้รู้ว่าผู้ป่วยไม่ได้อยู่ตามลำพังแม้ลมหายใจจะรวยริน แต่น้ำเพียงเล็กน้อยช่วยคลายความกระหายและทุกข์ทรมานในวินาทีสุดท้ายมือที่ประคองน้ำดื่มไม่เพียงแต่ส่งผ่านความชุ่มชื้นแต่ยังสื่อถึงความห่วงใยและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ได้ เพราะความเมตตาในช่วงสุดท้าย คือ สิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าเขายังมี คุณค่า...จนลมหายใจสุดท้าย



ชื่อภาพ :NCDs ดีได้ด้วยพลังปฐมภูมิ Low carb & IF

ระบบสุขภาพปฐมภูมิใกล้บ้านในการสู้โรคไม่ติดต่อเรื้อรังพลังปฐมภูมิ คือ เครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพด่านแรกที่ได้ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด คลินิกหมอครอบครัวหนองตาหมู โรงพยาบาลนางรอง ร่วมกับ 3 หมอกลไกสำคัญในการต่อสู้กับโรค NCDs การเสริมสร้างความเข้มแข็งทั้งในด้านบุคลากร ทรัพยากร เทคโนโลยีและการบริหารจัดการ ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้อย่างทั่วถึง นำไปสู่การลดอัตราป่วย ลดภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรค NCDs ได้อย่างยั่งยืน



แม้ว่า...ฉันจะยังป่วยอยู่

บ้าน คือ สถานที่ที่ไม่มีพื้นที่ใดทดแทนสภาพแวดล้อมนี้ได้ ความเจ็บป่วยที่จำเป็นต้องนอนโรงพยาบาล ถูกแทนที่ด้วยการนอนที่บ้านและได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยในตามเดิม รอยยิ้มของผู้สูงอายูวัย 91 ปี ท่านนี้ช่วยย้ำเตือนฉันเสมอว่า งานที่ทำอยู่มีคุณค่าต่อคนไข้มากแค่ไหนและถึงแม้ว่าเราจะยังป่วยอยู่ เราจะยิ้มด้วยความสุขแบบนี้ได้เพียงแค่เราทำงานให้เต็มความสามารถ และความอímเอมเหล่านี้ได้เกิดขึ้นที่นี่ “การดูแลผู้ป่วยในบ้าน” การบริการที่เต็มไปด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์



ชื่อภาพ “น้ำใจในวันน้ำท่วม”

เมื่อเข้าฤดูฝน ในพื้นที่เกิดน้ำท่วมและมีผู้ป่วย หนึ่งในพลังสำคัญที่ยังคงหลังไหลไม่หยุดคือ “น้ำใจ” จากทีมสหวิชาชีพในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่ไม่เคยหยุดอยู่แค่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พวกเราลงพื้นที่ นั่งรถ นั่งเรือ เดินลุยน้ำ นำบริการถึงหน้าบ้าน แม้เพียงประตูรั้วก็กลายเป็นจุดเชื่อมโยงระหว่างผู้ให้และผู้รับ ในวันที่การเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นเรื่องยาก “ความห่วงใย” กลายเป็นยารักษาใจที่ดีที่สุด ภาพนี้จึงสะท้อนหัวใจของระบบสุขภาพที่แท้จริง คือการอยู่เคียงข้างประชาชนไม่ว่าในสถานการณ์ใดๆ

นายธีระพงษ์ พรหมจันทร์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปลิง ตำบลหนองบัวศาลา อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา

โทรศัพท์ 0922929639



ชื่อภาพ : เยาว์วัยในจิวร

วิภูสงสาร :เกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นเรื่องปกติล้วนเกิดกับมนุษย์ทุกคน ในบทบาทของบุคลากรสาธารณสุขเกี่ยวข้องกับเรื่องวิภูษะของการเจ็บป่วย แต่จะเกิดประโยชน์อย่างไรถ้าวิภูสงสารนี้สามารถเชื่อมโยงไปยังกลุ่มสามเณร นำไปสู่การแบ่งปันประสบการณ์จากโรงพยาบาลสู่วัด ด้วยการทำกิจกรรมและโครงการอบรมพระภิกษุสามเณรสามารถฝึกฝนการช่วยชีวิตของผู้อื่นได้ ลดการเกิดวิภูสงสารของการเจ็บป่วยและตาย อีกทั้งยังเป็นการกระทำด้วยเมตตา ปรารถนาให้ผู้อื่นพ้นจากทุกข์ด้วย



ชื่อภาพ : พลังแห่งหัวใจด้านหน้า

เข้ายันเย็น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำงานอย่างเข้มข้น ลงพื้นที่เยี่ยมสถานกักกันโรคโควิด-19 คัดกรองกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย ด้วยใจ ถึงโรคอุบัติใหม่จะร้ายกาจเพียงใด ก็ต้องสยบให้พลังความกล้าหาญของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเครือข่ายที่เข้มแข็ง “แม้จะไม่มีเสียงปรบมือ ไม่มีเวทีแสงสี” แต่ทุกอย่างก้าวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข คือพลังที่เคลื่อนไหวเพื่อผู้คน เรามาเพื่อส่งต่อความรู้ ความห่วงใย และการปกป้อง แม้จะต้องยืนอยู่ห่าง แต่หัวใจเราไม่เคยห่างจากชุมชน “งานปฐมภูมิ...คือการดูแลที่เริ่มต้นจากความรัก เข้าไปถึงพื้นที่ เข้าใจปัญหา และใกล้ชิดประชาชน” ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ที่ไม่เพียงป้องกันและควบคุมโรค แต่ยังเป็นที่พักพิงของชุมชนในช่วงเวลาวิกฤต



คุณทวด 99 ปี สุขภาพดี ที่บ้านโบราณ สุดอะเมซิ่ง

ท่ามกลางสายฝนโปรยปราย พยาบาลและ อสม. มาตรวจสุขภาพคุณทวด 99 ปี ที่บ้านโบราณอะเมซิ่ง คุณทวดในชุดเสื้อลายดอก ผ้าถุง ค่อยๆ เดินมานั่งต้อนรับ ยิ้มเห็นฟันเต็มปาก บอกดีใจ ชวนให้กินมะละกอ กลัวย้ำว่า พยาบาลได้นำไข่ไก่ ส้มและยาความดัน ไปมอบให้คุณทวดด้วย ผลตรวจสุขภาพ ความดันน้ำตาลในเลือดปกติ ความจำดี คอยเก่ง ยิ้มอารมณ์ดี มีความสุข ยกนิ้วกุดโลดและกล่าวคำให้พรที่ทรงคุณค่า สุขภาพดีสุดอะเมซิ่งยิ่งกว่า

ชื่อ นางนันทิยา พานิชายุนนท์ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลพัทลุง

โทรศัพท์ 063-0234254

Email : nuntiya3233@gmail.com



ก้าวด้วยกัน ไปได้ไกล

ด้วยสถานการณ์โควิดโรค ของโรงพยาบาลแพร่ พบว่ากลุ่มผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ซึ่งมีโรคร่วมเช่นเบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, ไตวายเรื้อรังและปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นต้น มีอัตราการเสียชีวิตสูง ดังนั้นทางกลุ่มงานเวชกรรมสังคมร่วมกับกลุ่มงานรังสีวิทยา จึงได้จัดกิจกรรมคัดกรองกลุ่มเสี่ยงดังกล่าว โดยใช้ mobile CXR แม้จะเป็นงานที่ทำด้วยความยากลำบาก แต่ได้รับความร่วมมืออย่างดีจากหลายภาคส่วนในพื้นที่ เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน,อาสาสมัครกู้ภัย และผู้นำชุมชน เป็นต้น ทำให้การดำเนินงานสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ส่งผลให้ผู้ป่วยติดเตียงในเขตเทศบาลเมืองแพร่ได้รับการคัดกรอง ครบ 100 % ซึ่งเป็นเสน่ห์ของคนทำงาน ปฐมภูมิ “ก้าวด้วยกัน ไปได้ไกล”



รู้เร็ว รู้ไว ใส่ใจสุขภาพ

กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลสามพราน ออกหน่วยคัดกรองโรคเรื้อรัง เบาหวาน ความดันโลหิต มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก ในชุมชน เพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยง NCD และให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้เกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยใช้ 3อ., 2ส, 1พ ประชาชนได้รับบริการที่บ้าน ไม่ต้องเดินทางมาโรงพยาบาล ประหยัดเวลา ประหยัดเงิน และเกิดประโยชน์สูงสุด การออกหน่วยครั้งนี้ พบหญิงที่มีความผิดปกติมีก้อนเต้านมคล้ายเต้านมที่เต้านม แนะนำไปพบแพทย์ รพ.ศิริราช ตรวจพบเป็นมะเร็งเต้านม สามารถรักษาได้ทันท่วงที

นางพัชรี เกษรบุญนาค โรงพยาบาลสามพราน
11/1 ม.1 ต.ไร่จีน อ.สามพราน จ.นครปฐม
โทรศัพท์ 062-5926996



ชื่อภาพ : รักษาสุขภาพชุมชน

ตำบลกระทุ่มราย ทุกสัปดาห์พี่เลี้ยงโรงเรียนรักษัเข่า จะลงพื้นที่ทำงานอย่างเข้มแข็งในการติดตามการออกกำลังกาย พี่นฟูเข่าและขา กับนักเรียนที่เข้าโรงเรียนรักษัเข่า จะดำเนินการถ่ายรูป ถ่ายวิดีโอส่งรายงานในไลน์เพื่อให้พี่เลี้ยงจาก รพ.ประเทาย รพ.สต. ประกอบไปด้วย แพทย์ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ พยาบาล ได้ติดตาม แนะนำและประเมินผลในทุกสัปดาห์ เพื่อผลลัพธ์ที่ดีขึ้นกับนักเรียน ถึงเขาจะเสื่อมตามอายุ แต่ถ้ามีการออกกำลังกาย พี่นฟูเข่าด้วยท่าที่ถูกต้องเหมาะสม จะสามารถลดอาการปวดเข่าและลดความรุนแรงของเข่าได้ พี่เลี้ยงโรงเรียนรักษัเข่าทำงานด้วยใจ พรารถนาให้ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะเข่าเสื่อมรุนแรง สามารถลดอาการปวดเข่า ลดความรุนแรงของเข่าเสื่อมชะลอการผ่าตัด กระทุ่มรายเรามีเครือข่ายที่เข้มแข็ง ทุกอย่างก้าวชาวกระทุ่มราย คือพลังที่เคลื่อนไหวเพื่อประชาชน เราทำงานเพื่อประชาชน ส่งต่อความรู้ ความหวังใย และการปกป้อง หัวใจเราไม่เคยห่างชุมชน “งานปฐมภูมิคือการดูแลที่เริ่มต้นจากความรัก เข้าถึงชุมชน เข้าใจปัญหา รักประชาชน”



ชื่อภาพ รอยยิ้มในวันพรุ่งนี้

คุณแม่มาตรวจฟัน แต่ไม่สามารถทิ้งลูกน้อยวัย 2 ขวบ ไว้กับผู้อื่นได้ สุขภาพช่องปากก็สำคัญ ลูกก็สำคัญ จึงได้พาลูกน้อยมาด้วย เมื่อแม่ขึ้นบนยูนิต ลูกน้อยก็ขึ้นมา นั่งเป็นกำลังใจไม่ห่าง บรรยากาศเต็มไปด้วยความอบอุ่น ความน่ารัก ความใส่ใจของกันและกัน แม่กับลูก หมอบกับคนไข้ แคได้เห็นคนไข้ใส่ใจสุขภาพช่องปากตั้งแต่เนิ่นๆ เหมือนเป็นการสอนให้ลูกน้อยชินการดูแลสุขภาพฟันไปในตัว การดูแลสุขภาพฟันตั้งแต่เนิ่นๆ เป็นสิ่งสำคัญที่จะนำไปสู่รอยยิ้มที่สดใสในวันข้างหน้า



เปิดใจให้โอกาส

ต่อให้โลกโหดร้ายแค่ไหน การให้โอกาส กำลังใจและความไว้วางใจเป็นสิ่งสำคัญมากสำหรับผู้ป่วย จิตเวช ในการจัดการสุขภาพตนเองและกลับคืนสู่สังคมได้อย่างมีคุณค่า เป็นความภาคภูมิใจของ ทีมสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกับครอบครัว ชุมชนในการดูแล เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยอย่างมี ความสุขและใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้

ภาคผนวก



คำสั่งคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ

ที่ ๒ / ๒๕๖๔

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการจัดการประชุมวิชาการทางระบาดวิทยาของประเทศไทย ประจำปี ๒๕๖๔

ที่ ๒๒ คณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อของประเทศไทย ได้ประชุมเมื่อวันที่ ๒๕ มีนาคม ๒๕๖๔ เพื่อพิจารณาและอนุมัติโครงการจัดการประชุมวิชาการทางระบาดวิทยาของประเทศไทย ประจำปี ๒๕๖๔ โดยกำหนดวันที่ ๑๕ - ๑๘ กรกฎาคม ๒๕๖๔ ณ โรงแรมอวานี พลาซ่าโฮเทล กรุงเทพฯ จังหวัดกรุงเทพฯ

เพื่อให้มีการดำเนินการจัดการประชุมวิชาการดังกล่าวเป็นไปด้วยความเรียบร้อย และบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อของประเทศไทย จึงมีคำสั่งแต่งตั้งกรรมการ ดังนี้

๑. คณะที่ปรึกษา

๑) นายสุเมธฯ	สุเมธ ใจคง	รองอธิการบดีมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
๒) นายอภิสิทธิ์	บุญญรัตน์	ผู้อำนวยการกองส่งเสริมสุขภาพของประเทศไทย
๓) นายสุวิทย์	โสมพิทักษ์	นายกสมาคมวิชาการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ
๔) นายวิญญู	บุญฤทธิ์	สมาคมวิชาการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ

๒. คณะทำงานฝ่ายวิชาการ

๑) นายปวิศ	ปวิศ วัฒนศิริ	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี	ประธาน
๒) นายสุวิทย์	สุวิทย์ วัฒนศิริ	โรงพยาบาลขอนแก่น	รองประธาน
๓) นายวิญญู	วิญญู วัฒนศิริ	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี	รองประธาน
๔) นายสุวิทย์	สุวิทย์ วัฒนศิริ	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี	รองประธาน
๕) นายสุวิทย์	สุวิทย์ วัฒนศิริ	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี	รองประธาน
๖) นายวิญญู	วิญญู วัฒนศิริ	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี	รองประธาน
๗) นายวิญญู	วิญญู วัฒนศิริ	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี	รองประธาน
๘) นายวิญญู	วิญญู วัฒนศิริ	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี	รองประธาน
๙) นายวิญญู	วิญญู วัฒนศิริ	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี	รองประธาน
๑๐) นายวิญญู	วิญญู วัฒนศิริ	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี	รองประธาน
๑๑) นายวิญญู	วิญญู วัฒนศิริ	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี	รองประธาน
๑๒) นายวิญญู	วิญญู วัฒนศิริ	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี	รองประธาน
๑๓) นายวิญญู	วิญญู วัฒนศิริ	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี	รองประธาน
๑๔) นายวิญญู	วิญญู วัฒนศิริ	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี	รองประธาน
๑๕) นายวิญญู	วิญญู วัฒนศิริ	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี	รองประธาน

๑๕๖ นายวิญญู วัฒนศิริ

๑๘) บำรุงสุขภาพ	สารอินทรีย์	โกลตาบอสฟอรัส	คณะกรรมการ และสำนักงาน
๑๙) บำรุงสุขภาพ	ผลิตภัณฑ์	โกลตาบอสฟอรัส	คณะกรรมการ และผู้ร่วมสหภาพ
๑๙) บำรุงสุขภาพ	ผลิตภัณฑ์	โกลตาบอสฟอรัส	คณะกรรมการ และผู้ร่วมสหภาพ
๑๙) บำรุงสุขภาพ	ผลิตภัณฑ์	โกลตาบอสฟอรัส	คณะกรรมการ และผู้ร่วมสหภาพ
๑๙) บำรุงสุขภาพ	โกลตาบอส	โกลตาบอสฟอรัส	คณะกรรมการ และผู้ร่วมสหภาพ
๒๐) สุขภาพ	สุขภาพ	คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ดำเนินการเพื่อสุขภาพแห่งชาติ	คณะกรรมการ และผู้ร่วมสหภาพ

มาตรา ๓๖

๑. การดำเนินการดำเนินการโดยหน่วยงานในกรม
๒. การดำเนินการดำเนินการโดยหน่วยงานในกรม
๓. การดำเนินการโดยกรม
๔. การดำเนินการโดยกรม
๕. การดำเนินการโดยกรม

๓. คณะกรรมการดำเนินการ

๑) นายสุชาติ	ศรี	โกลตาบอสฟอรัส	ประธาน
๒) นายสมชาย	วิภา	โกลตาบอสฟอรัส	รองประธาน
๓) นายสมชาย	ศรี	โกลตาบอสฟอรัส	รองประธาน
๔) นายสมชาย	ศรี	โกลตาบอสฟอรัส	รองประธาน
๕) นายสมชาย	ศรี	โกลตาบอสฟอรัส	รองประธาน
๖) นายสมชาย	ศรี	โกลตาบอสฟอรัส	รองประธาน
๗) นายสมชาย	ศรี	โกลตาบอสฟอรัส	รองประธาน
๘) นายสมชาย	ศรี	โกลตาบอสฟอรัส	รองประธาน
๙) นายสมชาย	ศรี	โกลตาบอสฟอรัส	รองประธาน
๑๐) นายสมชาย	ศรี	โกลตาบอสฟอรัส	รองประธาน
๑๑) นายสมชาย	ศรี	โกลตาบอสฟอรัส	รองประธาน
๑๒) นายสมชาย	ศรี	โกลตาบอสฟอรัส	รองประธาน
๑๓) นายสมชาย	ศรี	โกลตาบอสฟอรัส	รองประธาน
๑๔) นายสมชาย	ศรี	โกลตาบอสฟอรัส	รองประธาน
๑๕) นายสมชาย	ศรี	โกลตาบอสฟอรัส	รองประธาน
๑๖) นายสมชาย	ศรี	โกลตาบอสฟอรัส	รองประธาน
๑๗) นายสมชาย	ศรี	โกลตาบอสฟอรัส	รองประธาน
๑๘) นายสมชาย	ศรี	โกลตาบอสฟอรัส	รองประธาน
๑๙) นายสมชาย	ศรี	โกลตาบอสฟอรัส	รองประธาน
๒๐) นายสมชาย	ศรี	โกลตาบอสฟอรัส	รองประธาน

๑๘) นายสมชาย

๒๗) นายสารเดช	สุคนธา	โรงพยาบาลการุณิก	สมเด็จพระนาง
๒๘) นายทวีวัฒน์	สิริมาลย์	โรงพยาบาลศิริราชปิยะบุร	สมเด็จพระนาง
๒๙) นายสุวิญญา	วณิชชา	โรงพยาบาลศิริราชปิยะบุร	สมเด็จพระนาง
๓๐) นายสารสิทธิ์	โรจนาน	โรงพยาบาลศิริราชปิยะบุร	สมเด็จพระนาง
๓๑) นายสารณนิจา	ฉวีณี	โรงพยาบาลศิริราชปิยะบุร	สมเด็จพระนาง
๓๒) นายสุทธพร	ปัจจุตา	โรงพยาบาลสุพรรณโธ	สมเด็จพระนาง
๓๓) นายสารทวโรจ	จุมภดี	โรงพยาบาลสุพรรณโธ	สมเด็จพระนาง
๓๔) นายวิเศษ	กัมไลณ	โรงพยาบาลสุพรรณโธ	สมเด็จพระนาง
๓๕) นายสารนิศาภิต	วิมลฉวี	โรงพยาบาลบ้านบึง สบู่	สมเด็จพระนาง
๓๖) นายสารณนโรจน์	ประภัสสร	โรงพยาบาลสิรินธร นครราชสีมา	สมเด็จพระนาง
๓๗) นายสุภา	ธมลวรรณ	โรงพยาบาลสิรินธร นครราชสีมา	สมเด็จพระนาง
๓๘) นายวิไลวรรณ	ธมลประวีณี	โรงพยาบาลสิรินธร นครราชสีมา	สมเด็จพระนาง
๓๙) นายสมชาย	ประภาณีพิลา	โรงพยาบาลสิรินธร นครราชสีมา	สมเด็จพระนาง
๔๐) นายสารสิทธิ์	วชิโรนภา	โรงพยาบาลสิรินธร นครราชสีมา	สมเด็จพระนาง
๔๑) นายวิวัฒน์	แก้วนิล	โรงพยาบาลบ้าน	สมเด็จพระนาง
๔๒) นายสมนิจา	ณัฐฉิ	โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยะบุร	และนางสุภากร สมเด็จพระนาง
๔๓) นายธนิต	ปาริฉัตร	โรงพยาบาลสุพรรณ	สมเด็จพระนาง และผู้ช่วยสุภากร

รายชื่อที่ คม

๑. วิศวกรและช่างเทคนิคสถาน ศึกษาธิการประถม
๒. วิศวกรฝึกหัดสถานศึกษา
๓. เจ้าหน้าที่ฝึกสอน ๆ สถาน
๔. วิศวกรและช่างเทคนิค การช่างภาค ป่าไม้จังหวัด สอน
๕. วิศวกรและช่างเทคนิคภาคฝึกหัด สถานภาคบ้าน สภาการฝึกหัด และผู้ฝึกสอน
๖. วิศวกรและช่างเทคนิคภาคฝึกหัด
๗. เจ้าหน้าที่สถานศึกษา และสถาน ๆ
๘. วิศวกรและช่างเทคนิคสถาน
๙. วิศวกรและช่างเทคนิค ภาคฝึกหัดภาค

๔. สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ และพระบรมวงศานุวงศ์

๑) นายสารสิทธิ์	กันฉวี	โรงพยาบาลสุพรรณโธ	พระนาง
๒) นายสุวิญญา	วณิชชา	โรงพยาบาลสุพรรณ	พระนาง
๓) นายสารณนิจา	ฉวีณี	โรงพยาบาลสุพรรณ	พระนาง
๔) นายวิเศษ	กัมไลณ	โรงพยาบาลสุพรรณ	พระนาง

(๕) นายสุวิญญา

๑๑) นายอรรถไกร	วิบูลย์	โรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพฯ	คณะทำงาน
๑๒) นายสาทรวิภากรภณ	พจนันท์	โรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพฯ	คณะทำงาน
๑๓) นายสมเกียรติ	กฤษณา	โรงพยาบาลรามาธิบดี กรุงเทพมหานคร	คณะทำงาน
๑๔) นายสุวิทย์	แสงสุภาภรณ์	โรงพยาบาลรามาธิบดี กรุงเทพมหานคร	คณะทำงาน
๑๕) นายพิชญ์ศิริ	ธีรภรณ์	โรงพยาบาลรามาธิบดี	คณะทำงาน
๑๖) นายพรสัมพันธ์	นาคะ	โรงพยาบาลรามาธิบดี	คณะทำงาน
๑๗) นายภาสกร	นาคะ	โรงพยาบาลรามาธิบดี กรุงเทพฯ	คณะทำงาน และสมาชิก
๑๘) นายปริญญ์	ชญาน์	โรงพยาบาลรามาธิบดี กรุงเทพฯ	คณะทำงาน และสมาชิก
๑๙) นายสาทรวิภากรภณ	ไพโรจน์	โรงพยาบาลรามาธิบดี กรุงเทพฯ	คณะทำงาน และสมาชิก
๒๐) นายวิฑูรย์	สัมพันธ์	โรงพยาบาลรามาธิบดี	คณะทำงาน และสมาชิก

นิพนธ์ที่ ๕๖

๑. ศึกษานโยบายและแผนงานที่สนับสนุนการจัดการด้านสุขภาพในภาคการศึกษาระดับมัธยมศึกษา
๒. ศึกษานโยบายการศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา
๓. ศึกษานโยบายและแผนงานในการพัฒนาสุขภาพและอนามัยของนักเรียนในระดับมัธยมศึกษา

นิพนธ์ที่ ๕๗

๕. คณะทำงานฝ่ายเทคนิค

๑) นายณิธิ	สุภาวดี	โรงพยาบาลรามาธิบดี กรุงเทพฯ	ประธาน
๒) นายสุภาภรณ์	นันทนิตย์	โรงพยาบาลรามาธิบดี	รองประธาน
๓) นายสาทรวิภากรภณ	ปริญญ์	โรงพยาบาลรามาธิบดี กรุงเทพมหานคร	รองประธาน
๔) นายสาทรวิภากรภณ	ธีรภรณ์	โรงพยาบาลรามาธิบดี	รองประธาน
๕) นายพิชญ์ศิริ	สัมพันธ์	โรงพยาบาลรามาธิบดี	รองประธาน
๖) นายสาทรวิภากรภณ	พจนันท์	โรงพยาบาลรามาธิบดี กรุงเทพฯ	คณะทำงาน
๗) นายสุวิทย์	แสงสุภาภรณ์	โรงพยาบาลรามาธิบดี กรุงเทพฯ	คณะทำงาน
๘) นายสุวิทย์	นาคะ	โรงพยาบาลรามาธิบดี กรุงเทพฯ	คณะทำงาน
๙) นายพรสัมพันธ์	ไพโรจน์	โรงพยาบาลรามาธิบดี	คณะทำงาน
๑๐) นายพิชญ์ศิริ	ธีรภรณ์	โรงพยาบาลรามาธิบดี	คณะทำงาน
๑๑) นายสุวิทย์	นาคะ	โรงพยาบาลรามาธิบดี	คณะทำงาน
๑๒) นายสุภาภรณ์	นันทนิตย์	โรงพยาบาลรามาธิบดี	คณะทำงาน
๑๓) นายสุวิทย์	นาคะ	โรงพยาบาลรามาธิบดี	คณะทำงาน
๑๔) นายสาทรวิภากรภณ	ไพโรจน์	โรงพยาบาลรามาธิบดี	คณะทำงาน
๑๕) นายสาทรวิภากรภณ	พจนันท์	โรงพยาบาลรามาธิบดี	คณะทำงาน

นายสาทรวิภากรภณ

นิพจน์ สหี

- ๑. วิทยาลัยมหาดไทย การฝึกและสอนตามโรงเรียนฝึกหัดครู
- ๒. วิทยาลัยเกษตรและเทคโนโลยีสอนวิชาชีพและการฝึกหัดครูวิทยาลัยเกษตร
- ๓. วิทยาลัยการช่าง การฝึกหัดตามวิทยาลัยการช่าง วิทยาลัยการช่าง และวิทยาลัยการช่าง การฝึกหัดตามวิทยาลัยการช่าง
- ๔. วิทยาลัยการช่าง การฝึกหัดตามวิทยาลัยการช่าง วิทยาลัยการช่าง และวิทยาลัยการช่าง การฝึกหัดตามวิทยาลัยการช่าง
- ๕. วิทยาลัยการช่าง การฝึกหัดตามวิทยาลัยการช่าง วิทยาลัยการช่าง และวิทยาลัยการช่าง การฝึกหัดตามวิทยาลัยการช่าง

๓. คณะทำงานการศึกษาระดับมัธยมศึกษา "คณะศึกษาธิการ" แห่งจังหวัด

๑) นายวิชากร	ธนาภา	โรงเรียนเทศบาล	ประธาน
๒) นายเปศล	ไพโรจน์	โรงเรียนเทศบาล	รองประธาน
๓) นายไพฑูริ	อภินันท์	โรงเรียนเทศบาล	รองประธาน
๔) นายวิชากร	ณัฐพร	โรงเรียนเทศบาล	รองประธาน
๕) นายวิชากร	สุพรรณภา	โรงเรียนเทศบาล	คณะทำงาน
๖) นายวิชากร	สมานันท์	โรงเรียนเทศบาล	คณะทำงาน
๗) นายวิชากร	ศุภมาส	โรงเรียนเทศบาล	คณะทำงาน
๘) นายวิชากร	สุวิภา	โรงเรียนเทศบาล	คณะทำงาน
๙) นายวิชากร	นันทิยา	โรงเรียนเทศบาล	คณะทำงาน
๑๐) นายวิชากร	วิไลโรจน์	โรงเรียนเทศบาล	คณะทำงาน
๑๑) นายวิชากร	วิไลโรจน์	โรงเรียนเทศบาล	คณะทำงาน
๑๒) นายวิชากร	วิไลโรจน์	โรงเรียนเทศบาล	คณะทำงาน

นิพจน์ สหี

- ๑. วิทยาลัยเกษตร และเทคโนโลยีสอนวิชาชีพและการฝึกหัดครูวิทยาลัยเกษตร
- ๒. วิทยาลัยการช่าง การฝึกหัดตามวิทยาลัยการช่าง วิทยาลัยการช่าง และวิทยาลัยการช่าง การฝึกหัดตามวิทยาลัยการช่าง
- ๓. วิทยาลัยการช่าง การฝึกหัดตามวิทยาลัยการช่าง วิทยาลัยการช่าง และวิทยาลัยการช่าง การฝึกหัดตามวิทยาลัยการช่าง
- ๔. วิทยาลัยการช่าง การฝึกหัดตามวิทยาลัยการช่าง วิทยาลัยการช่าง และวิทยาลัยการช่าง การฝึกหัดตามวิทยาลัยการช่าง
- ๕. วิทยาลัยการช่าง การฝึกหัดตามวิทยาลัยการช่าง วิทยาลัยการช่าง และวิทยาลัยการช่าง การฝึกหัดตามวิทยาลัยการช่าง
- ๖. วิทยาลัยการช่าง การฝึกหัดตามวิทยาลัยการช่าง วิทยาลัยการช่าง และวิทยาลัยการช่าง การฝึกหัดตามวิทยาลัยการช่าง
- ๗. วิทยาลัยการช่าง การฝึกหัดตามวิทยาลัยการช่าง วิทยาลัยการช่าง และวิทยาลัยการช่าง การฝึกหัดตามวิทยาลัยการช่าง
- ๘. วิทยาลัยการช่าง การฝึกหัดตามวิทยาลัยการช่าง วิทยาลัยการช่าง และวิทยาลัยการช่าง การฝึกหัดตามวิทยาลัยการช่าง

๓. ส่งเป็นกรอบการดำเนินงานที่สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพแห่งชาติ
๔๔. ครอบคลุม ๗ สาขาที่เกี่ยวข้อง

ทั้งนี้ ความสำเร็จจะขึ้น

กับ ๖ องค์ประกอบ ดังนี้



๑. ความรู้ (Knowledge)

๒. ความสามารถ (Capacity)

กำหนดการประชุมวิชาการพัฒนางานด้านบริการปฐมภูมิ ประจำปี ๒๕๖๘
 “พลังปฐมภูมิไทย ห่วงไกล NCDs”
 ระหว่างวันที่ ๑๕-๑๗ กรกฎาคม ๒๕๖๘ ณ โรงแรมแกรนด์ พาสาสโซ อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี

วันที่	เวลา	กิจกรรม	หมายเหตุ
๑๕-ก.ค.-๖๘	๘.๐๐-๙.๐๐ น.	ลงทะเบียนเข้าร่วมประชุม	
	๙.๐๐-๙.๓๐ น.	ชมวีดิทัศน์แนะนำจังหวัดชลบุรี กล่าวต้อนรับผู้เข้าร่วมประชุมในนามเจ้าภาพร่วม โดย นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี	ทีมพิธีการ
	๙.๓๐-๑๐.๓๐ น.	เสวนา “เรื่องเด่นของปฐมภูมิภาคตะวันออก” โดย ทีมภาคตะวันออก ๑. “ราชทัณฑ์ ปันสุข” โดย ๑ นพ.กสิวัฒน์ ศรีประดิษฐ์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา ๒ พญ.กุลธิดา สวัสดิ์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลพุทธโสธร จ.ฉะเชิงเทรา ๓ นพ.กฤติน วาริอุดมทรัพย์ นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลพุทธโสธร จ.ฉะเชิงเทรา ๒. “การดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน” โดย ๑. นพ.จตุพร พลอยล้วน กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลชลบุรี ๒. พว.ญภา ภัคฐิติพันธ์ กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลชลบุรี	ผู้ดำเนินรายการ คุณระพีภัทร์ โสภิธาปัญญา* รพ.ระยอง
	๑๐.๓๐-๑๐.๔๕ น.	รับประทานอาหารว่าง และเครื่องดื่ม	
	๑๐.๔๕-๑๒.๐๐ น.	เสวนาเรื่อง “การดำเนินงาน NCDs โดยคนปฐมภูมิและ เวชศาสตร์ครอบครัว” โดย ๑. พญ.สุพัตรา ศรีวิณิชชากร ประธานราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่ง ประเทศไทยวิทยาการภาคเอกชน	ผู้ดำเนินรายการ พญ.สาวิตรี ต้นเจริญ

		<p>๒. นพ.สตาจค์ ศุภผล แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว รพ. ขอนแก่น</p> <p>๓. นพ.พิเชษฐ์ น้อยหุ่น แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว รพ. ปทุมธานี</p> <p>๔. พว.รัชดา พิพัฒน์ศาสตร์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ พิเศษ รพ.พุทธชินราช พิษณุโลก</p>	
	๑๒.๐๐-๑๓.๐๐ น.	รับประทานอาหารกลางวัน	
	๑๓.๐๐-๑๗.๐๐ น.	<p>ห้องที่ ๑</p> <p>เสวนาวิจัยอย่างไรในงานปฐมนุญมิ</p> <p>๑. พว.เพ็ญพิศ นกุลสวัสดิ์ วิทยากรภาคเอกชน</p> <p>๒. นพ.สตาจค์ ศุภผล รพ.ขอนแก่น</p> <p>๓. นพ.ภูมินทร์ พรหมรัตน์กุล รพ.พุทธชินราช พิษณุโลก</p> <p>๔. นพ.ศุภเลิศ เนตรสุวรรณ รพ.เชียงใหม่ประชานุเคราะห์</p> <p>๕. พว.นงคราญ พุฒิพิริยะ รพ.เชียงใหม่ประชานุเคราะห์ ผู้ดำเนินรายการ</p> <p>ห้องที่ ๒</p> <p>เสวนาการพัฒนางานประจำให้เป็นงานวิจัย</p> <p>๑. นพ.นิทกร สอนชา รพ.ขอนแก่น</p> <p>๒. พญ.โสธยา วงศ์วิไล รพ.ชลบุรี</p> <p>๓. พว.สุทัศน์า ลิขิตกุลธนพร วิทยากรภาคเอกชน</p> <p>๔. พว.วาสนา เกตุมะรพ.พุทธชินราช พิษณุโลก</p> <p>๕. พว.รัชดา พิพัฒน์ศาสตร์ รพ.พุทธชินราช พิษณุโลก ผู้ดำเนินรายการ</p> <p>ห้องที่ ๓</p> <p>เสวนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้การปรับปรุงคุณภาพงานอย่างต่อเนื่องในงานปฐมนุญมิ</p> <p>๑. พญ.สุรัตนา สิงห์ป้อง รพ.เพชรบูรณ์</p> <p>๒. พว.วัฒนา สว่างศรี รพ.มหาสารคาม</p> <p>๓. พว.สุภาภรณ์ นากลาง รพ.เพชรบูรณ์</p> <p>๔. พว.อุบลรัตน์ จันทนะโพธิ รพ.พุทธชินราช พิษณุโลก</p> <p>๕. พว.ปฏิพิมพ์ อยู่คง รพ.พุทธชินราช พิษณุโลก ผู้ดำเนินรายการ</p>	ทีมวิชาการ

		<p>ห้องที่ ๔</p> <p>สัมมนาการพัฒนางานระบาดในระบบสุขภาพปฐมภูมิ</p> <p>๑. นพ.ชาติรี โปสิทธิพิเชษฐ รพ.พระนครศรีอยุธยา</p> <p>๒. พญ.ศิริรัตน์ เขียวบ้านยาง รพ.พุทธชินราช พิษณุโลก</p> <p>๓. นพ.กฤตินันท์ บุญรำไพ รพ.มหาราชนครราชสีมา</p> <p>๔. นพ.นิติ อารมณชีน รพ.พระนครศรีอยุธยา</p> <p>๕. พว.นริศราพุทธรัตนา รพ.พุทธชินราช พิษณุโลกผู้ ดำเนินรายการ</p>	
		<p>ห้องที่ ๕</p> <p>สัมมนาเรื่องเล่าจากภาพกับงานปฐมภูมิ</p> <p>๑. นพ.พิเชษฐ์ น้อยหุ่น รพ.ปทุมธานี</p> <p>๒. พญ.ณัฐชา กาญจนชม รพ.ศรีสวรรค์สุขภาพ</p> <p>๓. นวก.เจษฎากร ศิริมงคล รพ.พุทธชินราช พิษณุโลก</p> <p>๔. พว.ปัญจมาพร สาดจันทพงษ์ รพ.ปทุมธานี</p> <p>๕. พว.ปณชญา กิตติสุทธิเปรม รพ.ปทุมธานี ผู้ดำเนินรายการ</p>	
		<p>ห้องที่ ๖</p> <p>อภิปรายงานวิชาการเพื่อความก้าวหน้า</p> <p>๑. รศ.พญ.มยุรี พิทักษ์ศิลป์ คณะแพทยศาสตร์ ม.บูรพา</p> <p>๒. พว.ประทุม สุภชัยพานิชพงศ์ วิทยากรภาคเอกชน</p> <p>๓. ดร.ธีรากร มณีรัตน์ รพ.ขอนแก่น</p> <p>๔. พญ.สุพัตรา ศรีวิณิชชากร วิทยากรภาคเอกชน</p> <p>๕. พว.ยุคลธร หวังเรืองสฤติย์ รพ.พุทธชินราช พิษณุโลก ผู้ดำเนินรายการ</p>	
	<p>๑๗.๐๐ น. เป็นต้นไป</p>	<p>พักผ่อนตามอัธยาศัย</p>	

หมายเหตุ : เวลา ๑๔.๓๐ - ๑๔.๔๕ น. รับประทานอาหารว่าง และเครื่องดื่ม

กำหนดการประชุมวิชาการพัฒนางานด้านบริการปฐมภูมิ ประจำปี ๒๕๖๘
 “พลังปฐมภูมิไทย ห่างไกล NCDs”
 ระหว่างวันที่ ๑๕-๑๗ กรกฎาคม ๒๕๖๘ ณ โรงแรมแกรนด์ พาสาสโซ อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี

วันที่	เวลา	กิจกรรม	หมายเหตุ
๑๖-ก.ค.-๖๘	๘.๓๐-๙.๐๐ น.	ลงทะเบียนเข้าร่วมประชุม สรุปลงทะเบียนในวันที่ ๑๕ ก.ค. ๒๕๖๘	
	๙.๐๐-๑๐.๐๐ น.	บรรยายเรื่อง“เกษียณแล้วทำอะไรดี(แล้วมีความสุข) โดย นพ.จรัญ บุญฤทธิการ อดีตนายกสมาคมเวชกรรม สังคมแห่งประเทศไทย วิทยาการภาคเอกชน	ผู้ดำเนินรายการ เสาวคนธ์ พรหมพิทักษ์*
	๑๐.๐๐-๑๐.๑๕ น.	รับประทานอาหารว่าง และเครื่องดื่ม	
	๑๐.๑๕-๑๑.๑๕ น.	เสวนาเรื่อง “นั้บคาร์บอย่างไรให้ชนะใจตัวเอง ” โดย ๑. น.ส.วีราภรณ์ ภัทรวรานนท์ สาธารณสุขอำเภอเฉลิม พระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา ๒. นางจุณี คงทรัพย์ รพ.กระนวน จังหวัดขอนแก่น	ผู้ดำเนินรายการ คุณสุรีพร แสงสุวรรณ รพ. มหาราช นครราชสีมา
	๑๑.๑๕-๑๒.๑๕น.	บรรยายเรื่อง “อนาคตสดใสด้วยกลไกสุขภาพปฐมภูมิ” โดย นายแพทย์สุรสิทธิ์ จิตรพิทักษ์เลิศ ผู้อำนวยการ รพ.ขอนแก่น นายกสมาคมเวชกรรมสังคมแห่งประเทศไทย	ผู้ดำเนินรายการ นางเกษร กาญจน กระจ่าง*
	๑๒.๑๕-๑๓.๐๐ น.	รับประทานอาหารกลางวัน	
	๑๓.๐๐-๑๔.๐๐ น.	เสวนาเรื่อง “เภสัชปฐมภูมิใกล้ใจ ด้วยบริการรับยาใกล้ บ้าน” โดย ๑. ภญ. รัชนิทย์ ราชกิจ เนตรสุวรรณ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ๒. ภญ.รัตติกาล แสนเย็น รพ.ขอนแก่น ๓. พญ.กรรณิกา จิรวานิชเชษฐ รพ.ปทุมธานี ๔. พญ.สาวิตรี ตันเจริญ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก	ผู้ดำเนินรายการ นวก.เกษฎากร ศิริมงคล
	๑๔.๐๐-๑๔.๑๕ น.	รับประทานอาหารว่าง และเครื่องดื่ม	
	๑๔.๑๕-๑๕.๓๐น.	พิธีเปิด - กล่าวต้อนรับ โดย นายธวัชชัย ศรีทอง ผู้ว่าราชการจังหวัดชลบุรี	

		- กล่าวรายงาน โดย นายกสมาคมเวชกรรมสังคมแห่ง ประเทศไทย นายแพทย์สุรสิทธิ์ จิตรพิทักษ์เลิศ - ประธานกล่าวเปิดโครงการฯ โดย ปลัดกระทรวง สาธารณสุข นพ.โอภาส การย์กวินพงศ์	
	๑๕.๓๐-๑๖.๓๐ น.	บรรยาย “ทิศทางนโยบายระบบสุขภาพปฐมภูมิปี ๒๕๖๘” โดย ปลัดกระทรวงสาธารณสุข นพ.โอภาส การย์กวินพงศ์	
	๑๖.๓๐-๑๗.๓๐ น.	พิธีมอบรางวัล “คนดีศรีปฐมภูมิ” - ประธานกล่าวเปิดพิธีมอบรางวัล “คนดีศรีปฐมภูมิ” - ชมวีดิทัศน์และมอบรางวัล “คนดีศรีปฐมภูมิ”	ผู้รับผิดชอบ ทีมคัดเลือกคนดีศรีปฐม ภูมิ
	๑๗.๓๐-๑๘.๐๐ น.	มอบรางวัลนำเสนอผลงานวิชาการ	ผู้รับผิดชอบ ทีมวิชาการ
	๑๘.๐๐-๑๙.๐๐ น.	รับประทานอาหารเย็น	

กำหนดการประชุมวิชาการพัฒนางานด้านบริการปฐมภูมิ ประจำปี ๒๕๖๘
 “พลังปฐมภูมิไทย ห่วงไกล NCDs”
 ระหว่างวันที่ ๑๕-๑๗ กรกฎาคม ๒๕๖๘ ณ โรงแรมแกรนด์ พาสาสโซ อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี

วันที่	เวลา	กิจกรรม	หมายเหตุ
๑๗-ก.ค.-๖๘	๘.๓๐-๙.๐๐ น.	ลงทะเบียนเข้าร่วมประชุม สรุปลงทะเบียนในวันที่ ๑๖ ก.ค. ๒๕๖๘	
	๙.๐๐-๑๑.๐๐ น.	เสวนาเรื่อง “การถ่ายโอน อย่างไรให้ราบรื่น” ๑. นางสาวณีย์ อู่ตระกูล ที่ปรึกษาด้านสาธารณสุข อบจ.ระยอง วิทยาการภาคเอกชน ๒. นายสุริยะ ศิริวัฒน์ ผอ.กองสาธารณสุข อบจ.ระยอง ๓. นายสมหมาย ไกรสมเด็จ ผอ.รพ.สต.บ้านสมานมิตร อ.เมือง จ.ระยอง ๔. นพ.ภัทรนนท์ บุญยอุดมศาสตร์ ผอ.รพ.วังจันทร์ จ.ระยอง	ผู้ดำเนินรายการ นางสาวณีย์ อู่ตระกูล
	๑๑.๐๐-๑๑.๑๕ น.	รับประทานอาหารว่าง และเครื่องดื่ม	
	๑๑.๑๕-๑๒.๑๕ น.	“ยกระดับบริการ NCDs ทั้งเครือข่ายให้ปัง เป๊ะ” โดย พญ.ลาลิน ประสงค์ศิลป์ หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลระยอง	ผู้ดำเนินรายการ นางสาวณีย์ อู่ตระกูล*
	๑๒.๐๐-๑๓.๐๐ น.	รับประทานอาหารกลางวัน	
	๑๓.๐๐-๑๔.๓๐ น.	นายกสมาคมเวชกรรมสังคมแห่งประเทศไทยและทีมบริหารพบ สมาชิก	
	๑๔.๓๐-๑๔.๔๕ น.	รับประทานอาหารว่าง และเครื่องดื่ม	
	๑๔.๔๕-๑๖.๓๐ น.	ประชุมคณะกรรมการสมาคมเวชกรรมสังคมแห่งประเทศไทย	
	๑๖.๓๐ น.	ปิดประชุม	

คณะกรรมการในการนำเสนอผลงานวิชาการ 6 ห้อง

ห้องที่ 1 นำเสนอ เพื่อความก้าวหน้าประเภท วิจัยและ R2R

1.1 ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะและคัดเลือกผลงานวิชาการ

ชื่อ สกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงาน
นางประทุม สุกชัยพานิชพงศ์	ที่ปรึกษาชมรมพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย	
นางสาวสุรียรัตน์ ฦ วิเชียร	อาจารย์สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร

1.2 คณะวิทยากรผู้วิพากษ์และผู้ประสานงาน

คณะวิทยากรผู้วิพากษ์	ตำแหน่ง	ผู้ประสานงาน
นางประทุม สุกชัยพานิชพงศ์	ที่ปรึกษาชมรมพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย	นางวันเพ็ญ ออกเวหา
ดร.ธรรกร มณีรัตน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	นางจิราพร หมั่นศรี
รศ.พญ.มยุรี พิทักษ์ศิลป์	หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา	นายพงษ์วิษณุ คมสารพวงค์

ห้องที่ 2 นำเสนอเพื่อประกวดประเภทงานวิจัย

2.1 ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะและคัดเลือกผลงานวิชาการ

ชื่อ สกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงาน
ดร.วิภาพร สิทธิศาสตร์	อาจารย์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช

2.2 คณะวิทยากรผู้วิพากษ์และผู้ประสานงาน

คณะวิทยากรผู้วิพากษ์	ตำแหน่ง	ผู้ประสานงาน
1.นายภูมินทร์ พรหมรัตนกุล	นายแพทย์ชำนาญการ	นางวิศรุดา ดีเมืองซ้าย
2.นายสตางค์ ศุภผล	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	นางนงคราญ พุฒิพิริยะ
3.นางเพ็ญพิศ นุกุลสวัสดิ์	อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์	นางวิไลวรรณ ยอดประสิทธิ์

ห้องที่ 3 นำเสนอเพื่อประกวดประเภท R2R

3.1 ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะและคัดเลือกผลงานวิชาการ

ชื่อ สกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงาน
ดร.กฤษภรณ์ ศรีใจ	หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์และประกันคุณภาพการศึกษา	วิทยาลัยการสาธารณสุขสุพรรณบุรี
ดร.รัศมี สุขนรินทร์	รองผู้อำนวยการด้านยุทธศาสตร์และประกันคุณภาพการศึกษา	วิทยาลัยการสาธารณสุขสุพรรณบุรี
ดร.ยุพธนา แยกคาย	หัวหน้ากลุ่มงานบริการวิชาการ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสุพรรณบุรี

3.2 คณะวิทยากรผู้วิพากษ์และผู้ประสานงาน

คณะวิทยากรผู้วิพากษ์	ตำแหน่ง	ผู้ประสานงาน
1.นายนิทกร สอนชา	นายแพทย์เชี่ยวชาญ	นางสาวยุคลธร หวังเรืองสภิตย์
2.นางโสธยา วงศ์วิไล	นายแพทย์เชี่ยวชาญ	นายสมปอง กรุณา
3.นางสุทัศนาลิขิตกุลธนพร	ข้าราชการบำนาญ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	นางสาวเมธินี แหล่งหล้าเลิศ

ห้องที่ 4 นำเสนอเพื่อประกวดประเภทระบอบ

4.1 ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะและคัดเลือกผลงานวิชาการ

ชื่อ สกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงาน
นางสาวศิริรัตน์ เขียวบ้านยาง	นายแพทย์ชำนาญการ	โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก

4.2 คณะวิทยากรผู้วิพากษ์และผู้ประสานงาน

คณะวิทยากรผู้วิพากษ์	ตำแหน่ง	ผู้ประสานงาน
นายกฤษณันท์ บุญรำไพ	นายแพทย์ชำนาญการ	นางกิงกาญจน์ บุญมา
นายธাত্রี โปสิทธิพิเชษฐ์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	นางนริศรา พุทธรัดนา
นางสาวศิริรัตน์ เขียวบ้านยาง	นายแพทย์ชำนาญการ	นางสาวรัชดาพิพัฒน์ศาสตร์

ห้องที่ 5 นำเสนอเพื่อประกวดประเภทนวัตกรรม (Poster presentation)

5.1 ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะและคัดเลือกผลงานวิชาการ

ชื่อ สกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงาน
ดร.กฤษภรณ์ ศรีใจ	หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์และประกันคุณภาพการศึกษา	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
ดร.รัศมี สุขนรินทร์	รองผู้อำนวยการด้านยุทธศาสตร์และประกันคุณภาพการศึกษา	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
ดร.ยุทธนา แยกคาย	หัวหน้ากลุ่มงานบริการวิชาการ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร

5.2 คณะวิทยากรผู้วิพากษ์และผู้ประสานงาน

คณะวิทยากรผู้วิพากษ์	ตำแหน่ง	ผู้ประสานงาน
นางสาวสุรตนา สิงห์ป้อง	นายแพทย์ชำนาญการ	นางสาวเพ็ญพรรณ จงจิราวงศา
นางวัฒนา สว่างศรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	นางสาวรัตนภรณ์ ศิริจันทร์
นางสุภาภรณ์ นากลาง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	นางอรุณี เพชรพิพัฒน์

ห้องที่ 6 นำเสนอเพื่อประกวดประเภท Phototalk

6.1 ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะและคัดเลือกผลงานวิชาการ

ชื่อ สกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงาน
1.พญ.สาวิตรี ตันเจริญ	นายแพทย์ชำนาญการ	โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก

6.2 คณะวิทยากรผู้วิพากษ์และผู้ประสานงาน

คณะวิทยากรผู้วิพากษ์	ตำแหน่ง	ผู้ประสานงาน
นายพิเชษฐ์ น้อยหุ่น	นายแพทย์ชำนาญการ	นางอภิยา อุฬุพานนท์
นางสาวณัฐชา กาญจนชม	นายแพทย์ชำนาญการ	นางสาวศิริลักษณ์ บุญยงค์
นายเจษฎากร ศิริมงคล	นักสาธารณสุขปฏิบัติการ	นางจิระวรรณ ต่อวัฒนกิจกุล

รางวัลนำเสนอผลงานวิชาการ
งานประชุมวิชาการโครงการพัฒนางานบริการปฐมภูมิประจำปี ๒๕๖๘
ภายใต้โครงการ "พลังปฐมภูมิไทยห่างไกลNCDs"
วันที่ ๑๕-๑๗ กรกฎาคม ๒๕๖๘ ณ โรงแรมแกรนด์พาลาสโซ่อำเภอบางละมุงจังหวัดชลบุรี

๑. งานวิจัยนำเสนอด้วยวาจา (Oral presentation)

ลำดับ	ชื่อ สกุล	ผลงาน	ที่ทำงาน
๑	พญ.สุรภา หังสพฤกษ์	ประสิทธิผลของโปรแกรมคาลิสเทนิกต่อการควบคุม น้ำตาลและการนำกระแสประสาทในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่มีภาวะปลายประสาทเสื่อม	โรงพยาบาลหาดใหญ่
๒	ดร.วัชรินทร์ ทองสีเหลือง	การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุไฟฟ้าของเยาวชนจังหวัดมหาสารคาม	ศูนย์แพทย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ มหาสารคามเครือข่าย โรงพยาบาล มหาสารคาม
๓	นางสาวฮีดายา ตีวาเง๊ะ	ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพใน ๗ สัปดาห์ของประชาชนที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนอำเภอเมืองจังหวัดยะลา	โรงพยาบาลยะลา

1. R๒R นำเสนอด้วยวาจา (Oral presentation)

ลำดับ	ชื่อ สกุล	ผลงาน	ที่ทำงาน
๑	นายพงพรรณ กาละนิโย	การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดด้วยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ	โรงพยาบาล มหาสารคาม
๒	นางกรองแก้ว จันทร์ ตระกูล	การพัฒนาแนวทางการดูแลและติดตามผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ภายใต้บริบทของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิแห่งหนึ่ง	โรงพยาบาล นครพนม
๓	พญ.ช่อทิพย์ พรหมมา รัตน์	การพัฒนากระบวนการดูแลแบบประคับประครองที่บ้านอ.เมืองจ.ลำพูน	โรงพยาบาลลำพูน

2. งานด้านระบาดวิทยาและการสอบสวนโรค

ลำดับ	ชื่อ สกุล	ผลงาน	ที่ทำงาน
๑	นางสาวสุวิมล สีเหลือง	การสอบสวนการระบาดโรคไข้หวัดใหญ่ชนิดB ในโรงเรียนแห่งหนึ่งและในชุมชนอำเภอไพรบึงจังหวัดศรีสะเกษ ระหว่างวันที่ ๒๒ มกราคม - ๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘	โรงพยาบาลไพรบึง
๒	นายสุทัศน์ เลี้ยววงศ์	การสอบสวนโรคอาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ดพิษในอำเภอมะขามจังหวัดจันทบุรี ระหว่างเดือนเมษายน-พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๘	โรงพยาบาลมะขาม
๓	นางสาวปิยธิดา ศรีจันทร์	การสอบสวนการระบาดโรคสครับไทฟัสตำบลท่าข้ามและทุ่งใหญ่อำเภอหาดใหญ่จังหวัดสงขลา วันที่๘-๑๘ ตุลาคม ๒๕๖๗	โรงพยาบาลหาดใหญ่

3. นวัตกรรม& CQI

ลำดับ	ชื่อ สกุล	ผลงาน	ที่ทำงาน
๑	นางสาวกาญจนา รวี คงเกิด	K.D.s Coolpatch เจลประคบเย็นลดปวดจากแป้งกวนไส้ ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม	โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์
๒	นางสาวฟาติละห์ เจ๊ะอาแว	รู้จักไตเข้าใจเบาหวาน	โรงพยาบาลยะลา
๓	นางกชพร เรืองจินตนา	“โมเดลคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเชิงรุกเขตเมืองโรงพยาบาลหาดใหญ่”	โรงพยาบาลหาดใหญ่

4. เล่าด้วยภาพ (Photo talk)

ลำดับ	ชื่อ สกุล	ผลงาน	ที่ทำงาน
๑	พญ.ปรีชญา เต็มพรเลิศ	"หมอลำ (รำ) ม่วนหลาย"	โรงพยาบาลเลย
๒	นางสาวอัจฉรา สุจาจริง	เพราะคนป่วยรอไม่ได้แม้ถนนจะหายไป	โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
๓	นางนัยนา บางบุตร	"มะเร็งมันร้าย...ลิ้มความกลัวเพิ่มความใส่ใจกับมะเร็งปากมดลูกโดยพยาบาลสาวใจกล้า"	โรงพยาบาลประโคนชัย



ประกาศคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ
เรื่อง การกำหนดชื่อของบุคลากรทางการแพทย์ใน "ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ" แห่งประเทศไทย ปีพ.ศ. ๒๕๖๔

ตามที่ คณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ และคณะกรรมการพิจารณาอนุมัติการปฏิบัติงานในสถานพยาบาล/โรงพยาบาลทั่วไป มีมติเห็นชอบให้มีการกำหนดชื่อของบุคลากรทางการแพทย์ใน "ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ" แห่งประเทศไทย ปีพ.ศ. ๒๕๖๔ เพื่อใช้ระบุบุคคลที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาล/สถานประกอบการ/หน่วยงาน/หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง และดำเนินการป้องกันโรคติดต่อ และ คุ้มครอง สุขภาพ สิทธิทางการแพทย์และสิทธิอื่น

ด้วย การพิจารณาอนุมัติของบุคลากรทางการแพทย์ใน "ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ" แห่งประเทศไทย ปีพ.ศ. ๒๕๖๔ ได้ดำเนินการแล้วในโรงพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน และ สถานประกอบการ ดังนี้

- ๑. บุคลากรทางการแพทย์ใน "ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ" จำนวน ๓๓ คน (ประกอบด้วย)
 - ๑.๑ บุคลากรทางการแพทย์ใน "ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ" แห่งประเทศไทย สาขามะเร็งและพันธุศาสตร์

กลุ่มที่ ๑ พศ./พช.

ประเทศไทย

นายวิภา

ศิริราช

โรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพฯ

ประเทศไทย ชั้นที่ ๑

นายธีร

จุฬาฯ

โรงพยาบาลศิริราช

ประเทศไทย ชั้นที่ ๒

นายวิฑูรย์

จุฬาฯ

โรงพยาบาลศิริราช

กลุ่มที่ ๒ พศ./พช. ๒๕

ประเทศไทย

นายธีร

จุฬาฯ

โรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพฯ

ประเทศไทย ชั้นที่ ๑

นายสมศักดิ์

ศิริราช

โรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพฯ

ประเทศไทย ชั้นที่ ๒

นายวราวุฒ

ศิริราช

โรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพฯ

- ๑.๒ บุคลากรทางการแพทย์ใน "ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ" แห่งประเทศไทย สาขามะเร็ง

กลุ่มที่ ๑ พศ./พช.

ประเทศไทย

นายสมเกียรติ

ศิริราช

โรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพฯ

ประเทศไทย ชั้นที่ ๑

นายสมเกียรติ

ศิริราช

โรงพยาบาลศิริราช

ประเทศไทย ชั้นที่ ๒

นายสุวิทย์

ศิริราช

โรงพยาบาลศิริราช

กลุ่มที่ ๒...

กลุ่มที่ ๒ รพช./รพ.สต.		
การโรคหนองเนื้อ		
บาทการพิเศษสูง	เมืองหนอง	โรงพยาบาลเจ้าพระยา รพ.หนอง
การโรคหนองเนื้อ ชั้นต้น ๑		
บาทการพิเศษ	โพน	โรงพยาบาลเจ้าพระยา รพ.หนอง
การโรคหนองเนื้อ ชั้นต้น ๒		
บาทพิเศษ	เมืองหนอง	รพ.สต.บาทการ เจ้าพระยา รพ.หนอง

๑.๓ บุคลากรสาธารณสุขส่วน "คนมีสติปัญญา" แห่งประเทศไทย สาขาวิชาชีพการสาธารณสุขและสาขาอื่น

กลุ่มที่ ๑ รพช./รพช.		
การโรคหนองเนื้อ		
บาทพิเศษ	เมืองหนอง	โรงพยาบาลเจ้าพระยา
การโรคหนองเนื้อ ชั้นต้น ๑		
บาทพิเศษ	เมืองหนอง	โรงพยาบาลเจ้าพระยา รพ.หนอง
การโรคหนองเนื้อ ชั้นต้น ๒		
บาทพิเศษ	เมืองหนอง	โรงพยาบาลเจ้าพระยา รพ.หนอง

กลุ่มที่ ๒ รพช./รพ.สต.		
การโรคหนองเนื้อ		
บาทการพิเศษ	โพน	รพ.สต.บาทการ เจ้าพระยา รพ.หนอง
การโรคหนองเนื้อ ชั้นต้น ๑		
บาทพิเศษ	เมืองหนอง	สถานพยาบาลเมืองหนองเนื้อที่ ๑๑ บาทการ บาทการพิเศษ รพ.สต. รพ.หนอง
การโรคหนองเนื้อ ชั้นต้น ๒		
บาทการพิเศษ	เมืองหนอง	โรงพยาบาลเจ้าพระยา รพ.หนอง

๒. บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ "พื้นที่ปฎิรูปภูมิ" ระดับเขตสุขภาพ จำนวน ๘๒ คน แบ่งออกเป็น
 ๒.๑. บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ "พื้นที่ปฎิรูปภูมิ" ระดับเขตสุขภาพ สาธารณชนในเขตพื้นที่
 กลุ่มที่ ๑ ทพ.วทช.

๑. นายแพทย์ไพฑูริ	สุวิไลไพฑูริ	โรงพยาบาลนคร
๒. นายแพทย์วิฑูริ	กาญจนา	โรงพยาบาลศรีวิบูลย์บุรีรัมย์
๓. นายแพทย์	จำเนียร	โรงพยาบาลบ้านด่าน
๔. นายแพทย์	พิชญ์	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อ.สตูลบุรีรัมย์
๕. นายแพทย์ไพฑูริ	สิริมาวิไล	โรงพยาบาลสตูลบุรีรัมย์
๖. นายแพทย์	ศวี	โรงพยาบาลสตูลบุรีรัมย์
๗. นายแพทย์วิฑูริ	วิภาดา	โรงพยาบาลสตูลบุรีรัมย์
๘. นายแพทย์	ไพฑูริ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อ.สตูลบุรีรัมย์
๙. นายแพทย์	พวงมา	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อ.สตูลบุรีรัมย์

กลุ่มที่ ๒ ทพ.วท.สส.

๑. นายแพทย์ไพฑูริ	สุวิไล	โรงพยาบาลสตูลบุรีรัมย์ นคร
๒. นายแพทย์ไพฑูริ	จำเนียร	โรงพยาบาลศรีวิบูลย์บุรีรัมย์
๓. นายแพทย์	วิภาดา	โรงพยาบาลบ้านด่าน อ.บ้านด่าน
๔. นายแพทย์ไพฑูริ	พวงมา	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อ.สตูลบุรีรัมย์
๕. นายแพทย์ไพฑูริ	พวงมา	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อ.สตูลบุรีรัมย์
๖. นายแพทย์	สิริมาวิไล	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อ.สตูลบุรีรัมย์
๗. นายแพทย์	พวงมา	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อ.สตูลบุรีรัมย์
๘. นายแพทย์	สิริมา	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อ.สตูลบุรีรัมย์

๒.๒. บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ "พื้นที่ปฎิรูปภูมิ" ระดับเขตสุขภาพ สาธารณชน
 กลุ่มที่ ๑ ทพ.วทช.

๑. นายแพทย์ไพฑูริ	สุวิไลไพฑูริ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อ.สตูลบุรีรัมย์
๒. นายแพทย์ไพฑูริ	ศวี	โรงพยาบาลบ้านด่าน
๓. นายแพทย์	พวงมา	โรงพยาบาลบ้านด่าน อ.บ้านด่าน
๔. นายแพทย์ไพฑูริ	สุวิไล	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อ.สตูลบุรีรัมย์
๕. นายแพทย์	สุวิไล	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
๖. นายแพทย์ไพฑูริ	พวงมา	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
๗. นายแพทย์ไพฑูริ	ศวี	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
๘. นายแพทย์	พวงมา	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
๙. นายแพทย์	พวงมา	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

กลุ่มที่ ๒ ทพ.วท.สส.

๑. นายแพทย์ไพฑูริ	พวงมา	ทพ.สต.บ้านด่าน อ.บ้านด่าน อ.สตูลบุรีรัมย์
๒. นายแพทย์ไพฑูริ	พวงมา	ทพ.สต.บ้านด่าน อ.บ้านด่าน อ.สตูลบุรีรัมย์
๓. นายแพทย์ไพฑูริ	พวงมา	ทพ.สต.บ้านด่าน อ.บ้านด่าน อ.สตูลบุรีรัมย์
๔. นายแพทย์ไพฑูริ	พวงมา	ทพ.สต.บ้านด่าน อ.บ้านด่าน อ.สตูลบุรีรัมย์

๒. นายแพทย์...

๕. นายวิญญา	อำนวย	โรงพยาบาลโพนพิบูลย์วิเทศ จ.ขอนแก่น
๖. นายสุวัฒน์	เมธา	รพ.ศ. ๕๖๑ โพนพิบูลย์วิเทศ จ.ขอนแก่น จ.บุรีรัมย์
๗. นายภาณุพงศ์	นพรัตน์	โรงพยาบาลรัตนโกสินทร์ จ.ศรีสะเกษ
๘. นายวิเศษ	เวสสุวรรณ	โรงพยาบาลรัตนโกสินทร์ จ.สุราษฎร์ธานี
๙. นายอนุวัฒน์	ศิริสุพรรณ	รพ.ศ. ๖๑๑ พิษณุโลกวิเทศ จ. พิษณุโลก จ.สุโขทัย

๒.๓ บุคลากรสาธารณสุขที่สนับสนุน "สมัชชาปฐมภูมิ" ของจังหวัดภาค สาขาจังหวัดการสาธารณสุข และสาขาวิชาอื่น


กลุ่มที่ ๑ รพ.บ./รพ.ช.

๑. นายไพฑูริ	วิมลทิพย์ประทีป	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านไผ่ จ.ขอนแก่น
๒. นายพรศักดิ์	สุเมธิต	โรงพยาบาลรัตนโกสินทร์
๓. นายสมศักดิ์	วิมลประทีป	โรงพยาบาลรัตนโกสินทร์
๔. นายภาณุวิญญา	ศิริสุพรรณ	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชขอนแก่น จ.ขอนแก่น
๕. นายสุภาวดี	กมล	โรงพยาบาลสุรินทร์
๖. นายวิชา	ไมราศ	โรงพยาบาลบุรีรัมย์
๗. นายภาณุพงศ์	นพรัตน์	โรงพยาบาลศรีสะเกษ
๘. นายสุรินทร์	โชติวิเศษ	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

กลุ่มที่ ๒ รพ.บ./รพ.ช.

๑. นายไพฑูริ	พชรพิชญ	โรงพยาบาลบ้านไผ่ จ.ขอนแก่น
๒. นายวิญญา	อำนวย	รพ.ศ. ๕๖๑ โพนพิบูลย์วิเทศ จ.ขอนแก่น
๓. นายสุวัฒน์	เมธา	รพ.ศ. ๖๑๑ พิษณุโลกวิเทศ จ.ขอนแก่น จ.สุโขทัย
๔. นายภาณุพงศ์	นพรัตน์	รพ.ศ. ๖๑๑ พิษณุโลกวิเทศ จ.ขอนแก่น จ.บุรีรัมย์
๕. นายไพฑูริ	วิมลทิพย์	รพ.ศ. ๕๖๑ โพนพิบูลย์วิเทศ จ.ขอนแก่น
๖. นายสุวัฒน์	เมธา	รพ.ศ. ๕๖๑ โพนพิบูลย์วิเทศ จ.ขอนแก่น จ.บุรีรัมย์
๗. นายวิชา	ไมราศ	รพ.ศ. ๕๖๑ โพนพิบูลย์วิเทศ จ.ขอนแก่น จ.บุรีรัมย์
๘. นายไพฑูริ	วิมลทิพย์	รพ.ศ. ๕๖๑ โพนพิบูลย์วิเทศ จ.ขอนแก่น
๙. นายสุวัฒน์	เมธา	รพ.ศ. ๕๖๑ โพนพิบูลย์วิเทศ จ.ขอนแก่น

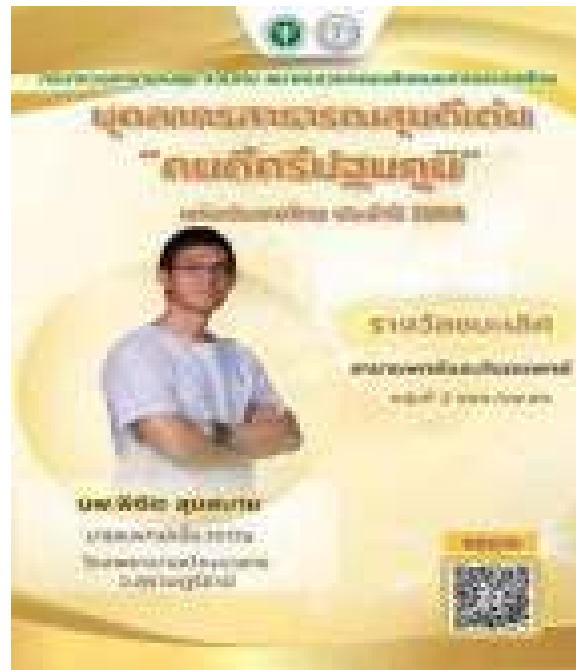
ประกาศ ณ วันที่ ๑๕ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๔


 นายสุวัฒน์ เมธา
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น
 นายสม. สมเวทการแพทย์และทันตกรรม

รายชื่อบุคลากรสาธารณสุขดีเด่น “คนดีศรีปฐมภูมิ” ปี ๒๕๖๘



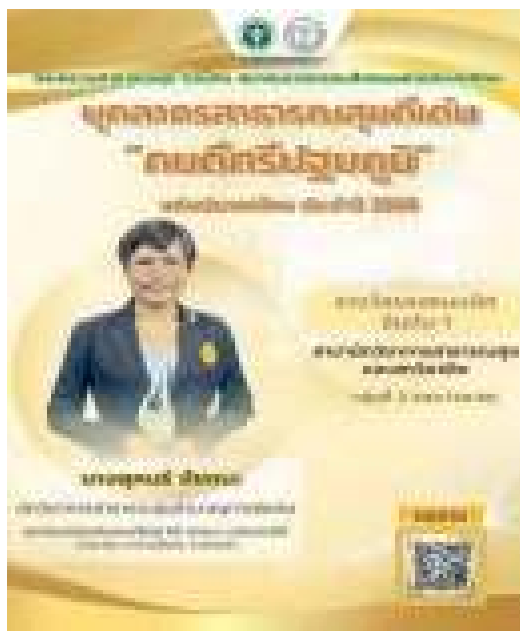












โครงการการป้องกันวิชาการพัฒนาบริการปฐมภูมิประจำปี ๒๕๖๘
"พลังปฐมภูมิไทย ห่างไกล NCDs"
(Protect Thai from NCDs with the Power of Primary Care)

๑. หลักการของเหตุผล

ปัจจุบันระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Care) เป็นพื้นฐานสำคัญของระบบบริการสุขภาพเป็นสำคัญ (Gate keeper) ของการเข้าถึงที่มีคุณภาพสำหรับคนไทยทุกภาค ช่วยลดช่องว่างของระบบบริการสุขภาพประชาชน ประเทศไทยมีนโยบายและแผนการพัฒนาบริการปฐมภูมิมาอย่างต่อเนื่อง โดยการปฏิรูประบบส่งเสริมการพัฒนาบริการสุขภาพในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิบริการระดับสูง คือมีจุดมุ่งหมายที่จะพัฒนาไปพร้อมๆ กัน ในส่วนของระบบบริการปฐมภูมิพบข้อจำกัดทั้งในส่วนของสมรรถนะของบุคลากร ความไม่สอดคล้องของระบบ การลงทุนพัฒนาช่วยปฐมภูมิเพื่อสร้างองค์ความรู้ การส่งเสริมพัฒนาการศึกษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 หน่วยงานที่พบอุปสรรคมากที่สุดคือระดับพื้นที่ การนำเทคโนโลยีการสื่อสารมาใช้ในซีไอประจำวันจึงมีความสำคัญมาก เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพสมรรถนะ ไม่แออัด มีมาตรฐานที่ขึ้น มีจุดเชื่อมโยงกับระบบบริการ อีกทั้งยังลดภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลและสร้างภาพมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ร่วมกัน

ดังนั้น โครงการพัฒนาปีงบประมาณ ร่วมกันสมาคมฯ การแพทย์ครอบครัวแห่งประเทศไทย ให้ความสำคัญและความจำเป็นจึงได้จัดทำโครงการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ปี ๒๕๖๘ ภายใต้ชื่อ "พลังปฐมภูมิไทย ห่างไกล NCDs (Protect Thai from NCDs with the power of Primary Care)" ขึ้นเพื่อชักจูงภาคีความร่วมมือของบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลทั่วไป ทุกแห่งและผู้สนใจที่เกี่ยวข้องนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีความสนใจพัฒนาองค์ความรู้ และเข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ พัฒนาการ สามารถปรับใช้ในสถานการณ์ที่มีผลกระทบได้ ตลอดจนประสานกับภาคีเครือข่ายเพื่อจัดกิจกรรมแก่ประชาชนให้ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี

๒. วัตถุประสงค์

- ๑. เพื่อพัฒนาบุคคลในกลุ่มบริการด้านบริการปฐมภูมิทุกระดับ ทุกภูมิภาค ให้มีความรู้ความเข้าใจในนโยบาย และสามารถนำไปใช้ให้สอดคล้องกับบริบทหน่วยงาน
- ๒. เพื่อร่วมกันระดมความคิดในการพัฒนามาตรการดำเนินงานบริการปฐมภูมิโดยใช้วิธีการแบบสร้างสรรค์เพื่อสุขภาพ
- ๓. เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการวิชาการ นวัตกรรมและผลงานต้นแบบของเครือข่ายด้านบริการปฐมภูมิทั่วประเทศ
- ๔. เพื่อส่งเสริมให้มีเครือข่ายปฐมภูมิทั้งระบบซึ่งในการดำเนินงานเป็นรูปธรรม
- ๕. เพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่มวงได้ได้รับการดูแลที่ทั่วถึง ครอบคลุมและเหมาะสม มีคุณภาพชีวิตที่ดี

/ลงนามเป็นพยาน

๓. กลุ่มเป้าหมาย

- ๓.1 สถาบันพัฒนาฯ มีโครงการพัฒนาระบบงานที่มุ่งเน้นด้านการศึกษาปฐมวัยในสถานศึกษา
ศูนย์/โรงเรียนทั่วไป ผู้สนใจได้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านวิชาการและสาธารณสุข จำนวน ๕๐๐ คน
- ๓.2 โครงการและโครงการย่อย จำนวน ๕๐๐ คน

๔. ระยะเวลาการดำเนินงาน

กิจกรรม	ระยะเวลา ปีงบประมาณ ๒๕๖๓											
	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	
๓.1 อบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาระบบงาน/ศึกษานิเทศก์ที่เกี่ยวข้องกับจัดการระบบงาน			←————→									
๓.2 จัดทำแผนงานโครงการเพื่อเสนอขอสนับสนุนงบประมาณ							←—→					
๓.๓ ฝึกอบรม ประชาสัมพันธ์โครงการ					←————→							
๓.4 อบรมวิชาการพัฒนาระบบงานปฐมวัย โรงเรียน/ศูนย์/โรงเรียนทั่วไป ประจำปี ๒๕๖๓									←—→			
๓.5 สรุปและประเมินผลโครงการ									←————→			

๕. วิธีการดำเนินงาน

- ๓.1 อบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาระบบงานโครงการศึกษานิเทศก์ที่เกี่ยวข้องกับจัดการระบบงาน
- ๓.2 จัดทำแผนงานโครงการ เสนอเพื่อขอสนับสนุนงบประมาณ
- ๓.๓ ฝึกอบรม ประชาสัมพันธ์โครงการแก่โรงเรียน/ศูนย์/โรงเรียนทั่วไปและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านวิชาการและสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนศึกษานิเทศก์
- ๓.4 อบรมวิชาการพัฒนาระบบงานปฐมวัยประจำปี ๒๕๖๓ “พลังปฐมวัยไทย ฝ่าฝัน NCDs”
 - ๕.๑ จัดนิทรรศการแสดงผลงานโรงเรียนผู้ศึกษานิเทศก์
 - ๕.๒ บรรยายถึงภาพความสำเร็จโครงการในจังหวัดต่างๆ โดยเปลี่ยน ๒ หัวข้อ
- ๓.๕ สรุปและประเมินผลโครงการ

๓.๕๓๓๓๓๓๓๓

๖. สถานที่จำหน่าย

๖. โรงเรียนมหาวชิราวุธ จังหวัดสงขลา จังหวัดสงขลา

๗. ผลการดำเนินงาน

ขอเสนอการขอสนับสนุนจากศูนย์การปฐมภูมิ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๑ จังหวัดสงขลา (๒๐๐๖๐๐๖-๖๖) ให้สนับสนุนการดำเนินงาน โดยมีรายละเอียดดังนี้

โครงการ ปฐมภูมิวิชาการที่สงขลาแบบฝึกการปฐมภูมิ ประจำปี ๒๕๖๘ "หลักปฐมภูมิไทย ห่างไกล NCDs"

ค่าสมนาคุณวิทยากรวันที่ ๑๕ กรกฎาคม ๒๕๖๘

๑) ค่าสมนาคุณวิทยากรภาคเช้า	
๒๐๐๐ บาท x ๓ ชั่วโมง x ๕ คน	๓๐,๐๐๐ บาท
๒) ค่าสมนาคุณวิทยากรภาคค่ำ	
๒,๐๐๐ บาท x ๓ ชั่วโมง x ๕ คน	๓๐,๐๐๐ บาท
๓) ค่าสมนาคุณวิทยากรภาคกลางวัน	
๓,๐๐๐ บาท x ๓ ชั่วโมง x ๕ คน	๓๐,๐๐๐ บาท
๔) ค่าสมนาคุณวิทยากรภาคค่ำ	
๒,๐๐๐ บาท x ๓ ชั่วโมง x ๕ คน	๓๐,๐๐๐ บาท
๕) ค่าสมนาคุณวิทยากรภาคกลางวัน	
๒,๐๐๐ บาท x ๓ ชั่วโมง x ๕ คน	๓๐,๐๐๐ บาท
๖) ค่าสมนาคุณวิทยากรภาคกลางวัน	
๓,๐๐๐ บาท x ๓ ชั่วโมง x ๕ คน	๓๐,๐๐๐ บาท

ค่าสมนาคุณวิทยากรวันที่ ๑๖ กรกฎาคม ๒๕๖๘

๑) ค่าสมนาคุณวิทยากรภาคกลางวัน	
๓,๐๐๐ บาท x ๓ ชั่วโมง x ๕ คน	๓๐,๐๐๐ บาท
๒) ค่าสมนาคุณวิทยากรภาคค่ำ	
๒,๐๐๐ บาท x ๓ ชั่วโมง x ๕ คน	๓๐,๐๐๐ บาท
๓) ค่าสมนาคุณวิทยากรภาคค่ำ	
๒,๐๐๐ บาท x ๓ ชั่วโมง x ๕ คน	๓๐,๐๐๐ บาท
๔) ค่าสมนาคุณวิทยากรภาคค่ำ	
๒,๐๐๐ บาท x ๓ ชั่วโมง x ๕ คน	๓๐,๐๐๐ บาท
๕) ค่าสมนาคุณวิทยากรภาคค่ำ	
๒,๐๐๐ บาท x ๓ ชั่วโมง x ๕ คน	๓๐,๐๐๐ บาท

ค่าสมนาคุณวิทยากรวันที่ ๑๗ กรกฎาคม ๒๕๖๘

๑๑) ค่าสมนาคุณวิทยากรภาคค่ำ	
๒,๐๐๐ บาท x ๒ ชั่วโมง x ๕ คน	๒๐,๐๐๐ บาท
๑๒) ค่าสมนาคุณวิทยากรภาคกลางวัน	
๒,๐๐๐ บาท x ๒ ชั่วโมง x ๕ คน	๒๐,๐๐๐ บาท

รวม ค่าสมนาคุณ

๓๓) ค่าขนมาศูนย์วิเทศการศรั	๓๓๐๐- บาท
๓๓๑) ค่าสาธารณูปโภค	๓๓๑๐๐- บาท
๓๓๒) ค่าสาธารณูปโภค	๓๓๒๐๐- บาท
๓๓๓) ค่าสาธารณูปโภค	๓๓๓๐๐- บาท
๓๓๔) ค่าสาธารณูปโภค	๓๓๔๐๐- บาท
๓๓๕) ค่าสาธารณูปโภค	๓๓๕๐๐- บาท
๓๓๖) ค่าสาธารณูปโภค	๓๓๖๐๐- บาท
๓๓๗) ค่าสาธารณูปโภค	๓๓๗๐๐- บาท
๓๓๘) ค่าสาธารณูปโภค	๓๓๘๐๐- บาท
๓๓๙) ค่าสาธารณูปโภค	๓๓๙๐๐- บาท
๓๔๐) ค่าสาธารณูปโภค	๓๔๐๐๐- บาท
รวม	๓๔๐,๐๐๐- บาท

หมายเหตุ : ค่าใช้ตามรายการสามารถอ้างสิทธิ์คืนได้

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. บุคลากรในหน่วยงานสามารถ 1๐๐% ๓๐
๒. 1๐๐% ๓๐ ของบุคลากรในหน่วยงานสามารถที่จะจัดการปฐมภูมิโรคเบาหวานศูนย์โรคเบาหวานศูนย์ และศูนย์โรคที่เน้นมีระบบของโรคที่ดำเนินการเฉพาะสถานศูนย์ที่ร่วมโครงการ มีความรู้ความเข้าใจ ในนิยามและหลักการของการปฐมภูมิ สามารถนำไปปฏิบัติได้
๓. ผู้เข้าร่วมโครงการมีความพึงพอใจมากกว่า 1๐๐% ๓๐
๔. พบผลของการปฐมภูมิมีการใช้ข้อมูลสุขภาพผ่านมีประสิทธิผลในการบริหารจัดการและติดตามกลุ่มเสี่ยงผู้ป่วย
๕. พบผลของการปฐมภูมิมีบทบาทในการจัดการโรค NCDs ของศูนย์ชุมชน คือสามารถป้องกันคัดกรอง วินิจฉัย และดูแลรักษา
๖. บุคลากรสาธารณสุขมีกระตือรือร้นในการให้บริการเชิงรุกและตรวจสุขภาพ NCDs ของชุมชน
๗. เกิดนวัตกรรมที่สามารถนำมาใช้ร่วมกับสหวิชาชีพ (ทั้งสถานประกอบการ)
๘. นำไปสู่อุทิศความไม่พบสถานศูนย์ระดับพื้นที่ที่มีมาตรฐานในการป้องกันและดูแลโรค NCDs

ในสถานประกอบการ



ประชุมวิชาการ

งานบริการปฐมภูมิ

สมาคมเวชกรรมสังคมแห่งประเทศไทย

พลังปฐมภูมิไทย ห่วงไกล NCDs

**PROTECT THAI FROM NCDs WITH
THE POWER OF PRIMARY CARE**

15-17 กรกฎาคม 2568

ณ โรงแรมแกรนด์ พาลาสโซ พักยา
จังหวัดชลบุรี

