



วารสารสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น

ปีที่1 ฉบับที่2 ก.ค. - ธ.ค. 2562 : Vol.1 No.2 July - December 2019

Journal of Khon Kaen Provincial Health Office

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
Khon Kaen Provincial Health Office
Dynamic Health Standard and Smart Journal

วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

Journal of Khon Kaen Provincial Health Office

Khon Kaen, Thailand

ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม 2562 – ธันวาคม 2562

ชื่อหนังสือ	วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
เจ้าของ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
ISSN	2673-0979 (Online)
พิมพ์ที่	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
ปีที่พิมพ์	พ.ศ. 2562

ที่ปรึกษา

นายสมชายโชติ ปิยวัชรเวลา

นายไพรัชต์ สงคราม

นายอดุลย์ บำรุง

นายมนี เหมือนชาติ

นายเชิดชัย อริยานุชิตกุล

นางจิรประภา ศิริสูงเนิน

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น สสจ. ขอนแก่น

นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) สสจ. ขอนแก่น

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านไผ่

นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) สสจ. ขอนแก่น

ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านทันตสาธารณสุข) สสจ. ขอนแก่น

เภสัชกรเชี่ยวชาญ (ด้านเภสัชสาธารณสุข) สสจ. ขอนแก่น

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษรักษาการ

ในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ

(ด้านบริการทางวิชาการ) สสจ. ขอนแก่น

บรรณาธิการ

นางกมล วัฒนายิ่งเจริญชัย

นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา)

สสจ. ขอนแก่น

บรรณาธิการฝ่ายจัดการ

ดร.มิ่งขวัญ ภูหงษ์ทอง

นายคำผ่าน เมืองพิล

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สสจ. ขอนแก่น

นักทรัพยากรบุคคล สสจ. ขอนแก่น

บรรณาธิการฝ่ายวิชาการ

นางเกื้อกุล เพ็ชรสันต์

ดร.จักรสันต์ เลยหยุด

ดร.วรินทร์ทิพย์ ศรีกงพลี

นางสาวนพพร การถัก

นางแสงเดือน โสภา

นางกนกพร วัฒนฉัตริน

นางสาวจงกนิษฐ์ บุญอาสา

นายอดิเรก เร่งมานะวงษ์

ดร.กฤษณะ เพชรบ่อใหญ่

นางจิราภรณ์ บุญปก

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สสจ. ขอนแก่น

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สสจ. ขอนแก่น

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สสจ. ขอนแก่น

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สสจ. ขอนแก่น

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สสจ. ขอนแก่น

เภสัชกรชำนาญการ สสจ. ขอนแก่น

ทันตแพทย์ชำนาญการ สสจ. ขอนแก่น

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สสจ. ขอนแก่น

เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขชำนาญงาน สสจ. ขอนแก่น

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สสจ. ขอนแก่น

นายวัฒนา นิลบรรพต
ดร.เจษฎา สุวาวรรณ์
ดร.พรณิภา ไชยรัตน์

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สสจ. ขอนแก่น
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สสจ. ขอนแก่น
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สสจ. ขอนแก่น

ผู้ทรงคุณวุฒิ

รศ.ดร.จุฬารัตน์โสตะ
ผศ.ดร.พิศมัย หอมจำปา
ผศ.ดร.อุไร จำปาวดี
ดร.ราณี วงษ์คงเดช
ดร.สุทิน ชนະบุญ
ดร.พิทยา ศรีเมือง
ดร.ประทีป กาลเขว่า
ดร.ธีรศักดิ์ พาจันท์
ดร.สุพัฒน์ อาสนะ
ดร.เตือนใจ ภูสระแก้ว
ดร.บุญมี โพธิ์คำ
ดร.สุกัญญา กาญจนบัตร์
ดร.ชนิษฐา พูมา
ดร.ธิไลภิญ ทองไทย
ดร.วุฒิพงศ์ ภักดีกุล

ดร.ประเสริฐ ประสมรักษ์

ดร.ศิริภาณี ศรีหาภาค
ดร.แจ่มจันทร์ เทศสิงห์
ดร.ภูวดล พลศรีประดิษฐ์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี
โรงพยาบาลธัญรักษ์ จังหวัดอุดรธานี
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน วิทยาเขตสกลนคร
ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร
สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ โครงการจัดตั้งวิทยาเขต
อำนาจเจริญ มหาวิทยาลัยมหิดล
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น
วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

บทบรรณาธิการ

วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ฉบับนี้เป็นฉบับที่ 2 ปีที่ 1 บทความที่คัดเลือกมานำเสนอในวารสารฉบับนี้ประกอบด้วย บทความวิจัย 14 เรื่อง และบทความกรณีศึกษา 1 เรื่อง เป็นเรื่องที่ศึกษาเกี่ยวกับ ด้านสาธารณสุข เช่น “การสำรวจสภาวะสุขภาพประชาชนในพื้นที่ใกล้เคียงโรงไฟฟ้าชีวมวล อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น” “การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ ภายใต้กองทุนระบบการดูแลระยะยาว อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น” “การพัฒนาแนวทางอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง” บทความทางการแพทย์ เช่น “การศึกษาย้อนหลังภาวะ Phacomorphic และ Phacolytic glaucoma ในโรงพยาบาลศรีสะเกษ ระหว่าง ปี พ.ศ. 2557-2561” “การเปรียบเทียบผลการตรวจทางเซลล์วิทยาของก้อนที่ได้นามด้วยวิธีการเจาะดูดด้วยเข็มขนาดเล็กกับพยาธิสภาพจากเนื้อเยื่อของก้อนในโรงพยาบาลขอนแก่น” บทความด้านเภสัชสาธารณสุขและทันตสาธารณสุข เช่น “ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานตำบลม่วงหวาน อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น” “การพัฒนารูปแบบส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาแก้ผู้ป่วยโรคเบาหวานแคว้นวิจัย โรงพยาบาลภูเวียง จังหวัดขอนแก่น” สำหรับบทความวิจัยที่ไม่ได้นำมากล่าวในที่นี้ ทุกเรื่องมีสาระที่น่าสนใจและเป็นประโยชน์ จึงขอเชิญชวนให้สมาชิกทุกท่านติดตามอ่าน รายละเอียดด้านใน

ในวาระดิถีขึ้นปีใหม่ พ.ศ. 2563 และ ส่งท้ายปีเก่า พ.ศ. 2562 นี้ กองบรรณาธิการวารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ขออวยพรให้สมาชิกและท่านผู้อ่านทุกท่าน จะมีแต่ความสุข สมหวัง ความเจริญ ตลอดไป ท้ายที่สุดนี้ ขอเชิญชวนทุกท่านที่สนใจส่งบทความลงตีพิมพ์ในวารสารท่านสามารถส่งบทความออนไลน์ผ่านทาง website ของวารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โดยสามารถศึกษารายละเอียดได้ ใน website ดังกล่าว วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น มุ่งมั่นจะเป็นเวทีให้บุคลากรทางการแพทย์/สาธารณสุข และผู้สนใจได้แลกเปลี่ยนแพร่ผลงานวิชาการที่มีคุณค่าเช่นนี้ต่อไป

บรรณาธิการ

สารบัญ

การสำรวจสภาวะสุขภาพประชาชนในพื้นที่ใกล้เคียงโรงไฟฟ้าชีวมวลอำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น ทวี พิมพ์พันธ์	1
การพัฒนารูปแบบส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานแรกวินิจฉัย โรงพยาบาลภูเวียง จังหวัดขอนแก่น วิภารัตน์ ลีชัยกิจเจริญ	23
การพัฒนาแนวทางอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ในการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อรรณณ ศรีเกิน, มิ่งขวัญ ภูหงษ์ทอง, พรรณิภา ไชยรัตน์	39
การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ ภายใต้กองทุนระบบการดูแล ระยะยาว อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น บุญถม ชัยญวน	55
การศึกษาย้อนหลังภาวะ Phacomorphic และ Phacolytic glaucoma ในโรงพยาบาลศรีสะเกษระหว่าง ปี พ.ศ. 2557-2561 จิตริน ธรรมเมธา	71
การเปรียบเทียบผลการตรวจทางเซลล์วิทยาของก้อนที่เต้านมด้วยวิธีการเจาะดูด ด้วยเข็มขนาดเล็กกับพยาธิสภาพจากเนื้อเยื่อของเต้านมในโรงพยาบาลขอนแก่น อภิญา ไชติญาโน	83
ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานตำบลม่วงหวาน อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น จิรสุดา บัวผัน	91
ผลของการใช้คู่มือปฏิบัติงานสำหรับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จังหวัดอำนาจเจริญ ประจำปี 2562 แคทริยา รัตนทเวเนตร, เอื้องอรุณ สมนึก, เอกชัย อินหงษา, ประเสริฐ ประสมรักษ์	107
ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสำราญ อ้อมฤทัย มั่นในบุญธรรม	121

รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ การควบคุมค่าดัชนีมวลกายและรอบเอว บุคลากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น	133
คเชนทร์ ชาญประเสริฐ	
ผลของการให้บริการตรวจรักษาโรคแผนกผู้ป่วยนอกคู่ขนานการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกต่อคุณภาพบริการในมุมมองของผู้ให้และผู้มารับบริการ : กรณีศึกษาจังหวัดขอนแก่น	147
สาลินี ไวยนนท์	
การประเมินแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ขอนแก่น ปีงบประมาณ 2562	159
สมจิตร เดชาเสถียร, เจษฎา สุรวรรณ, พชรพร ครองยุทธ, ปัทมา ล้อพงศ์พานิชย์	
การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วย โรคเบาหวานชนิดที่2 โดยใช้กระบวนการการเสริมสร้างพลังอำนาจและการดูแล ต่อเนื่องในศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น	171
กนกทอง ไพศาล	
การคัดกรองการเลี้ยงดูเด็กตามมาตรฐานขั้นต่ำตามพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546 โดยอาสาสมัครสาธารณสุข พื้นที่ 7 ตำบลเขตรับผิดชอบศูนย์พึ่งได้ โรงพยาบาลขอนแก่น ประจำปี 2561	183
เยาวเรศ คำมะนาด, มะลิวัลย์ เกาเบา	
การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาตา: กรณีศึกษา 2 ราย	197
สมใจ แสงสรว้อย	

การสำรวจสภาวะสุขภาพประชาชนในพื้นที่ใกล้เคียงโรงไฟฟ้าชีวมวล อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น

ทวี พิมพ์พันธ์

บทคัดย่อ

มลพิษจากการเผาไหม้ของโรงงานไฟฟ้าชีวมวลที่ใช้ชานอ้อยเป็นเชื้อเพลิง ก่อให้เกิดผลกระทบต่อทางด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ใกล้เคียงปัญหาสุขภาพที่สำคัญคือโรคในระบบทางเดินหายใจทางผิวหนังภูมิแพ้ระคายเคืองตาและก่อเหตุรำคาญผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาผลกระทบต่อด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ใกล้เคียงโรงไฟฟ้าชีวมวล อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น เนื่องจากมีโรงไฟฟ้าชีวมวลในพื้นที่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาวะสุขภาพและผลกระทบต่อประชาชนในพื้นที่ใกล้เคียงโรงไฟฟ้าชีวมวลการศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา เลือกตัวอย่างแบบเจาะจงจากประชาชนจำนวน 1,140 คน จำนวน 8 ชุมชน 4 หมู่บ้าน ตำบลหนองเรือ อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่นในวันที่ 1 กันยายน ถึง 30 พฤศจิกายน 2561รวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์โดยแบบสัมภาษณ์ที่พัฒนาขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปโดยใช้ค่าความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และหาความสัมพันธ์ของตัวแปรด้วยสถิติ binary logistic regression ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 1,140 คน มีผลกระทบต่อด้านสุขภาพคือมีอาการคันตามร่างกายทุกวันร้อยละ 11.1 มีไข้ น้ำมูก และไอบ่อยที่สุดในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 28.1, 22.1, และ 16.3 ตามลำดับมีประวัติสัมผัสฝุ่นจากโรงไฟฟ้าชีวมวลทุกวัน ร้อยละ 69.3 เวลาที่ได้รับมลพิษมากที่สุดคือช่วง 17.00-22.00 น. ร้อยละ 42.6 กลุ่มตัวอย่างมีบ้านห่างจากโรงไฟฟ้าน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 กิโลเมตร ร้อยละ 38.8 และพบว่าระยะห่างระหว่างบ้านถึงโรงไฟฟ้า มีความสัมพันธ์กับอาการต่อไปนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ได้แก่ อาการคัดจมูก มีน้ำมูก แสบจมูก แสบคอ เสียงแหบ ไอไม่มีเสมหะ หอบ คันตามร่างกาย มีผื่นแดงตามร่างกาย แสบตาหรือคันตา และตาแดงจากผลการศึกษานี้หน่วยงานภาครัฐในพื้นที่ควรตระหนักถึงการจัดระบบการเผาระวังสิ่งแวดล้อมและระบบเผาระวังสุขภาพเพื่อประเมินสถานะสุขภาพของประชาชนในพื้นที่รอบโรงงานไฟฟ้าชีวมวลอย่างต่อเนื่องรวมทั้งให้ความรู้แก่ประชาชนในพื้นที่เรื่องการป้องกันตนเองจากฝุ่น

คำสำคัญ: โรงไฟฟ้าชีวมวล, ขอนแก่น, สภาวะสุขภาพ

นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น

Corresponding Author: Thawee Phimphan. Email: FF_PH3@hotmail.com

THE SURVEY HEALTH STATUS OF PEOPLE IN AREA NEAR THE BIOMASS POWER PLANTS IN NONGRUEA DISTRICT, KHONKAEN PROVINCE

Thawee Phimphan¹

ABSTRACT

The air pollution from the biomass power plants have emerged over environmental and health effects of people living nearby the plants. These pollutants can cause serious health consequences such as: respiratory irritation, asthma, skin, allergy, and eye irritation. Objectives of the survey were to explore health status and health effects of people in area near the biomass power plants, Nongruea district, KhonKaen province. A descriptive study was conducted, collecting data from 1,140 people lived area near the biomass power plants in Nongruea sub district, Nongruea district, KhonKaen province. during September 1 – November 30, 2018. A questionnaire was developed for interview in children and parents by researcher team. Data were analyzed by descriptive statistic such as frequency, percentage, and correlation of variable and binary logistic regression. The results of this study showed that people have itchy skin itchy skin everyday (11.1). Common signs and symptoms in the previous year were fever, running nose and cough (28.1%, 22.1% and 16.3%, respectively). History of everyday exposure to dust from biomass power plants was 69.3%. Majority of people exposed during 05.00 pm to 10.00 pm. (42.6%). Around half of the children lived far from biomass power plants less than 1 kilometer. There were significant relationship between the distance from people house to the plants and the symptoms including nasal congestion, runny nose, sore nose, sore throat, hoarseness, cough, dyspnea, itchy skin, rash, sore eye, and red eye ($p < 0.05$). Finding from this study suggested that the administrative agency should seriously concern about the areas around biomass power plants. Environmental monitoring and health surveillance system should be created for health impact assessment among people in the risk areas. Knowledge and health situation information are necessary to share for prevention of dust exposure.

Key words: Biomass power plants, KhonKaen, Health status

¹Public Health Technical Officer. Primary Care and Holistic Department. Nongruea Hospital, KhonKaen Province, Thailand

บทนำ (Introduction)

การผลิตไฟฟ้าจากชีวมวลได้กลายเป็นที่นิยมในวงการธุรกิจ และในปัจจุบันมีโรงไฟฟ้าชีวมวลประมาณ 2,000 แห่ง ที่ผลิตได้ไฟฟ้ารวมทั้งหมด 22.5 จิกะวัตต์ในกว่า 40 ประเทศ^{1,2} ปัจจุบันประเทศไทยมีการพัฒนาทางด้านอุตสาหกรรมและขยายตัวทางเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว ทำให้ความต้องการใช้ไฟฟ้ามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ในปี 2559 ปริมาณการใช้ไฟฟ้า 182,847 ล้านหน่วยส่วนใหญ่ผลิตมาจากก๊าซธรรมชาติประมาณร้อยละ 63.2 และลิกไนต์/ถ่านหินประมาณร้อยละ 19.5 มีเพียงประมาณร้อยละ 6.4 เท่านั้นที่ได้จากแหล่งพลังงานอื่นๆ ซึ่งในส่วนนี้ส่วนใหญ่มาจากพลังน้ำร้อยละ 2.4 การนำเข้าร้อยละ 10.6 และน้ำมันร้อยละ 0.2³ ระบบการผลิตพลังงานส่วนใหญ่มีขนาดใหญ่และเน้นการใช้เชื้อเพลิงซากดึกดำบรรพ์ ถึงแม้ที่ผ่านมาแหล่งพลังงานเหล่านี้จะช่วยให้ประเทศไทยสามารถผลิตไฟฟ้าตอบสนองต่อการพัฒนาเศรษฐกิจได้อย่างเพียงพอ และมีความมั่นคงในระบบค่อนข้างสูง แต่ในขณะเดียวกันการพัฒนาพลังงานไฟฟ้าที่ผ่านมาได้ก่อให้เกิดผลกระทบทางลบในด้านสิ่งแวดล้อม และสุขภาพของประชาชนอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ มลพิษจากโรงไฟฟ้ามีส่วนเกี่ยวข้องกับโรคและปัญหาสุขภาพในหลายส่วน³⁻⁴ ที่สำคัญคือ โรคในระบบทางเดินหายใจ⁴⁻⁵ สร้างความเสียหาย

แก่แหล่งน้ำเพื่อการอุปโภค และบริโภคและต่อพีชผลทางการเกษตร^{4,6}

ประเทศไทยเป็นประเทศเกษตรกรรมที่มีสารอินทรีย์ที่เป็นแหล่งกักเก็บพลังงานจากธรรมชาติและสามารถนำมาใช้ผลิตพลังงานได้ เช่น เศษวัสดุเหลือใช้ทางการเกษตรหรือกากจากกระบวนการผลิตในอุตสาหกรรมการเกษตร ที่เรียกว่า ชีวมวล เช่น ฟางข้าว แกลบ กากอ้อย มันสำปะหลัง ข้าวโพดเลี้ยงสัตว์ กะลาปาล์ม และไม้ยางพารา ฯลฯ⁷ รายงานว่า ปริมาณชีวมวลจากเศษวัสดุเหลือใช้ทางการเกษตรที่ผลิตภายในประเทศ มีปริมาณรวมทั้งหมด 71,289,681 กิโลกรัม สามารถเปลี่ยนเป็นพลังงานไฟฟ้าได้มากถึง 3,943 เมกกะวัตต์ โรงไฟฟ้าพลังงานชีวมวลจึงเป็นทางเลือกหนึ่งในการผลิตกระแสไฟฟ้าของประเทศไทยและที่ผ่านมารัฐบาลมีนโยบายในการสนับสนุนด้านเงินทุนแก่ผู้ผลิตไฟฟ้าขนาดเล็ก จากข้อมูลของสำนักงานนโยบายและแผนพลังงานพบว่า ในปัจจุบันมีโรงไฟฟ้าชีวมวลในประเทศไทยทั้งหมด จำนวน 231 แห่ง แบ่งเป็นภาคเหนือจำนวน 31 แห่ง โดยเป็นโรงไฟฟ้าขนาดกำลังการผลิต 9.0-9.9 เมกกะวัตต์จำนวน 30 แห่ง และขนาดกำลังการผลิต 0.16 เมกกะวัตต์จำนวน 1 แห่ง ภาคกลางจำนวน 101 แห่ง ขนาดกำลังการผลิต 9.0-9.9 เมกกะวัตต์จำนวน 70 แห่ง ขนาดกำลังการผลิต ต่ำกว่า 1 เมกกะวัตต์จำนวน 4 แห่ง ภาคอีสานจำนวน 86 แห่ง ขนาด

กำลังการผลิต 9.0-9.9 เมกกะวัตต์ จำนวน 73 แห่ง ขนาดกำลังการผลิต 6.0-8.9 เมกกะวัตต์ จำนวน 15 แห่ง และขนาดกำลังการผลิต 0.7 เมกกะวัตต์ จำนวน 1 แห่ง และภาคใต้ จำนวน 13 แห่ง ขนาดกำลังการผลิต 9.0-9.9 เมกกะวัตต์ จำนวน 5 แห่ง ขนาดกำลังการผลิตต่ำกว่า 1 เมกกะวัตต์ จำนวน 1 แห่ง^๘ พบว่า ส่วนใหญ่ใช้แกลบเป็นเชื้อเพลิงหลักถึง 135 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 58 ซึ่งกระจายตัวอยู่ในภาคเหนือ ภาคกลาง และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้จะใช้ทะลายปาล์มเป็นเชื้อเพลิงหลักถึงจำนวน 9 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 69 ส่วนโรงไฟฟ้าชีวมวล อีกจำนวน 87 แห่ง ใช้มันสำปะหลัง กากอ้อย ชังข้าวโพดและเศษไม้ ไม้สับ ขี้เลื่อยและฟาง เป็นเชื้อเพลิง

จังหวัดขอนแก่น ถือเป็นศูนย์กลางผลิตไฟฟ้าชีวมวลจากขาน้อยที่สำคัญแห่งหนึ่งของประเทศ เนื่องจากเป็นแหล่งเพาะปลูกอ้อยที่สำคัญแห่งหนึ่งของประเทศไทย มีผลผลิตอ้อยมากกว่าปีละ 7 ล้านตัน โดยมีโรงงานไฟฟ้าชีวมวลจำนวน 5 แห่ง กำลังการผลิตรวม 120.4 เมกกะวัตต์^๙ แต่ในขณะเดียวกันการพัฒนาพลังงานไฟฟ้าที่ผ่านมา ได้ก่อให้เกิดผลกระทบทางลบในด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมของประชาชน ซึ่งผลกระทบจากมลพิษทางอากาศที่เกิดจากโรงไฟฟ้าชีวมวล ที่รู้จักกันดีมีอยู่ในรูปแบบของมีสารเคมีหลายชนิดที่ทราบแล้วว่ามีอันตรายต่อสุขภาพได้แก่ฝุ่นละออง

ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ ไอน้ำ คาร์บอนมอนอกไซด์ ไฮโดรคาร์บอนออกไซด์ของไนโตรเจนและสารอื่นๆ อีกนับพันชนิดในจำนวนนี้ 28 ตัวอยู่ในรายชื่อสารที่มีอันตรายต่อสุขภาพขององค์การพิทักษ์สิ่งแวดล้อมของอเมริกา (EPA) และมีอย่างน้อยห้ากลุ่มสารที่ส ถาบันวิจัยมะเร็งนานาชาติ (International Agency for Research on Cancer, IARC) ระบุว่า เป็นสารก่อมะเร็ง สารก่อมะเร็งที่พบได้แก่สารพีเอเอช (polycyclic aromatic hydrocarbons (PAH)) เบนซีน ฟอร์มาลีน 1,3 บิวตะไดอินและสารอนุมูลอิสระ (free radicals) ซึ่งถ้าเข้าสู่ร่างกายจะไปดึงอิเล็กตรอนทำให้เซลล์ของร่างกายถูกทำลายเซลล์เหล่านี้บางส่วนอาจจะตายหรือมีการทำงานที่ผิดปกติไป¹⁰ มลพิษเหล่านี้ยังสามารถทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพอย่างรุนแรง เช่น การระคายเคืองระบบทางเดินหายใจ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) โรคหอบหืด ภูมิแพ้ ซึ่งทำให้การทำงานของปอดลดลง และมีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น¹⁰⁻¹² นอกจากมลพิษทางอากาศแล้วโรงไฟฟ้าชีวมวลอาจทำให้เกิดปัญหาการใช้แย่งชิงน้ำในพื้นที่และมลพิษทางน้ำได้เนื่องจากต้องมีการใช้น้ำเป็นจำนวนมากในกระบวนการหล่อเย็น และการทำงานของเครื่องจักร รวมถึงกิจกรรมการขนวัตถุดิบเข้าโรงไฟฟ้าอาจทำให้เกิดปัญหาเสียงดังเป็นต้น¹³

ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินงานตามแผนงานควบคุมโรคและภัยสุขภาพจาก

มลพิษสิ่งแวดล้อม ภายใต้แผนงานบูรณาการ
บริหารจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม¹⁴ ซึ่ง
ปี 2561 ประชาชนกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่
เสี่ยงมลพิษสิ่งแวดล้อม (hot zone) ต้อง
ได้รับการดูแลสุขภาพและป้องกันโรคและภัย
สุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อมอย่างน้อย
ร้อยละ 35.0 โดยสำนักงานป้องกันควบคุม
โรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ได้ให้โรงพยาบาล
หนองเรือ จัดทำแผนการดำเนินงานเฝ้าระวัง
ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ จาก
โรงไฟฟ้าชีวมวล/บ่อขยะ ในพื้นที่อำเภอ
หนองเรือซึ่งมีโรงไฟฟ้าชีวมวล 1 แห่ง ส่วนใหญ่
ใช้ขานอ้อยที่เหลือจากกระบวนการผลิต
น้ำตาลเป็นเชื้อเพลิงหลักในการผลิตไฟฟ้า
จากการทบทวนวรรณกรรมของสภามร เป็น
ตามวาระคณะ ในปี 2557 มีการศึกษา
เกี่ยวกับสถานการณ์ผลกระทบต่อสุขภาพ
จากโรงไฟฟ้าชีวมวลในพื้นที่จังหวัดสุรินทร์
พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่อาศัยโดยรอบโรงไฟฟ้า
ในเขตอำเภอเมืองและอำเภอปราสาทจังหวัด
สุรินทร์จำนวน 517 คน มีความคิดเห็นต่อการ
เปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมและสุขภาพของ
ชุมชนเปรียบเทียบก่อนหลังมีโรงไฟฟ้าเป็นไป
ในแนวทางเดียวกัน โดยพบว่าส่วนใหญ่เห็น
ว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงที่แย่งในด้าน
1) ด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพได้แก่มีฝุ่น
ละอองบริเวณบ้าน รองลงมาได้แก่มีฝุ่น
ละอองภายในบ้าน 2) ด้านการใช้ประโยชน์
พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงที่แย่งมากที่สุด
ได้แก่คุณภาพน้ำดื่ม (น้ำฝน) และ 3) ด้าน

คุณภาพชีวิตพบว่ามีอาการตาแดงระคาย
เคืองตาอาหารทางผิวหนังผื่นคันส่วนใหญ่ไม่
เห็นด้วยหากจะมีการตั้งโรงงานไฟฟ้าชีวมวล
ขึ้นอีกในพื้นที่และเคยมีผู้ร้องเรียนปัญหาที่
เกิดขึ้นสำหรับความเห็นต่อผลกระทบด้าน
จิตใจพบว่าส่วนใหญ่ผลกระทบที่เกิดขึ้นมี
ผลกระทบด้านจิตใจในด้านลบทั้งผลกระทบ
จากฝุ่นละอองเสียงดังกลิ่นน้ำบริโภคอึดอัด
ความปลอดภัยมลพิษการปนเปื้อนแหล่งน้ำ
และสุขภาพของบุตรหลาน⁴ ผู้นิพนธ์จึงสนใจ
ศึกษาผลกระทบด้านสุขภาพของประชาชน
ในพื้นที่ใกล้เคียงโรงไฟฟ้าชีวมวล อำเภอ
หนองเรือ จังหวัดขอนแก่น เนื่องจากมี
โรงไฟฟ้าชีวมวลในพื้นที่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ
ศึกษาสภาวะสุขภาพและผลกระทบของ
ประชาชนในพื้นที่ใกล้เคียงโรงไฟฟ้าชีวมวล

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิง
พรรณนา (Descriptive study) โดยการสำรวจ
สภาวะสุขภาพประชาชนในพื้นที่ใกล้เคียง
โรงไฟฟ้าชีวมวลตำบลหนองเรือ อำเภอหนอง
เรือ จังหวัดขอนแก่น ประชากรในการศึกษา
ครั้งนี้ ประกอบด้วย ประชากรที่อาศัยรอบ
โรงไฟฟ้าชีวมวล ในรัศมี 1-2 กิโลเมตรซึ่ง
ประกอบด้วยประชากร จำนวน 8 ชุมชน
4 หมู่บ้านจำนวน 3,258 คน กลุ่มตัวอย่าง
สำหรับการศึกษาซึ่งใช้วิธีการสัมภาษณ์
(Interview) ด้วยแบบสัมภาษณ์ที่ผู้นิพนธ์ได้
จัดทำขึ้น โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง

(purposive selection) คือ ผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รอบโรงไฟฟ้าชีวมวล ในรัศมี 1-2 กิโลเมตร และมีความสมัครใจที่จะเข้าร่วมการให้สัมภาษณ์¹⁶ ในพื้นที่ 8 ชุมชน 4 หมู่บ้าน ตำบลหนองเรือ อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,140 คน คิดเป็นร้อยละ 35.1 ตามแผนงานควบคุมโรคและภัยสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม ภายใต้แผนงานบูรณาการบริหารจัดการขยะและสิ่งแวดล้อมประชาชนกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่เสี่ยงมลพิษสิ่งแวดล้อม ต้องได้รับการดูแลสุขภาพและป้องกันโรคและภัยสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อมอย่างน้อยร้อยละ 35.0¹⁴ ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนกันยายน-พฤศจิกายน พ.ศ. 2561 รวบรวมข้อมูลโดยการสำรวจ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในแต่ละชุมชนที่รับผิดชอบใช้ระยะเวลาในการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างประมาณ 3-5 นาที แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นคำถามเกี่ยวกับสถานภาพของผู้ตอบ จำนวน 14 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ หลัก อาชีพรอง การศึกษา การอาศัยอยู่ในพื้นที่ ลักษณะการอยู่อาศัย ระยะห่างจากโรงไฟฟ้าชีวมวล ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติบุคคลครอบครัวที่มีการสูบบุหรี่ ลักษณะบ้านพักอาศัย โรคประจำตัว ประวัติอาการแพ้ การได้รับ ฝุ่นละออง/ควัน/เขม่า/เถ้า ที่ปลิวเข้ามาในบ้านหรือเกิดจากกิจกรรมใน

บ้าน ส่วนที่ 2 ข้อมูลภาวะสุขภาพ เป็นคำถามเกี่ยวกับข้อมูลภาวะสุขภาพประกอบด้วย 1) ประวัติอาการที่พบบ่อย จำนวน 21 ข้อ 2) อาการหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นในระยะ 2-4 สัปดาห์ จำนวน 5 ข้อ 3) อาการเจ็บป่วยที่ต้องได้รับการรักษาหรือพบแพทย์ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา 4) ประวัติการรับประทานยาในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา 5) การได้รับสัมผัสมลพิษจากโรงไฟฟ้าชีวมวล 6) ช่วงเวลาที่ได้รับมลพิษ 7) วิธีการป้องกันตนเองจากฝุ่น/ควัน/วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปโดยใช้ค่าความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงวิเคราะห์ใช้ binary logistic regression หาความสัมพันธ์ระหว่างระยะทางจากบ้านถึงโรงไฟฟ้ากับอาการผิดปกติที่พบ หาความหนักแน่นของความสัมพันธ์และอธิบายด้วยค่า crude OR (crude odds ratio), 95% CI (95% confidence interval)

ผลการวิจัย (Result)

ข้อมูลทั่วไปพบว่า ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ทั้งหมด จำนวน 1,140 คน ส่วนใหญ่หมู่ที่ 10 ต.หนองเรือ 398 คน (ร้อยละ 34.9) รองลงมาหมู่ที่ 1 ต.หนองเรือ 338 คน (ร้อยละ 29.7) หมู่ที่ 2 ต.หนองเรือ 276 คน (ร้อยละ 24.2) และหมู่ที่ 13 ต.หนองเรือ 128 คน (ร้อยละ 11.2) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 649 คน (ร้อยละ 56.9) เพศชาย 491 คน (ร้อยละ 43.1) อายุระหว่าง 41-60 ปี 467 คน (ร้อยละ 41.0)

รองลงมาอายุ 61-80 ปี 290 คน (ร้อยละ 25.4) และอายุ 21-40 ปี 202 คน (ร้อยละ 17.8) ตามลำดับ อายุเฉลี่ย 51.8 ปี ($SD = 15.3$ ปี) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม 261 คน ธุรกิจส่วนตัว 233 คน และรับจ้างทั่วไป 177 คน คิดเป็นร้อยละ 22.9, 22.5 และ 15.6 ตามลำดับ ส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษา 557 คน รองลงมามัธยมศึกษาตอนปลาย 204 คน และมัธยมศึกษาตอนต้น 158 คน คิดเป็นร้อยละ 49.1, 17.9 และ 13.9 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในพื้นที่มานานเป็นระยะเวลา 41-50 ปี และระยะเวลา 51-60 ปี ใกล้เคียงกันคือร้อยละ 17.3 และร้อยละ 15.8 โดยมีระยะเวลาที่อาศัยในพื้นที่เฉลี่ย 40 ปี ($SD = 20.5$ ปี) ลักษณะการอยู่อาศัยของกลุ่มตัวอย่างมีการอาศัยอยู่ในพื้นที่ตลอดเวลามากที่สุดร้อยละ 71.5 อยู่เฉพาะช่วงเย็นร้อยละ 24.3 และอยู่เป็นบางวันร้อยละ 3.4 ตามลำดับระยะห่างจากบ้านถึงโรงไฟฟ้ามากกว่า 1 กิโลเมตร ร้อยละ 61.2 ระยะห่างน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 กิโลเมตรร้อยละ 38.8 เฉลี่ยเท่ากับ 1.6 กิโลเมตร ($SD = 0.8$ กิโลเมตร) น้อยที่สุด 300 เมตรและมากที่สุด 5 กิโลเมตร

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่จำนวน 917 คน (ร้อยละ 80.5) คนที่สูบบุหรี่จำนวน 171 คน (ร้อยละ 15.0) มีเพียงส่วนน้อยที่เคยสูบบุหรี่ แต่เลิกแล้ว จำนวน 43 คน (ร้อยละ 4.5) พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของคนในครอบครัว ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่จำนวน 649 คน (ร้อยละ 68.2) มีเพียงส่วนน้อยที่เคยสูบบุหรี่ แต่เลิกแล้ว จำนวน 52 คน (ร้อยละ 41.4) ส่วนใหญ่บ้านพักอาศัยของกลุ่มตัวอย่าง เป็นแบบสองชั้นเต็มร้อยละ 42.7 รองลงมาแบบชั้นเดียวติดพื้น ร้อยละ 41.1

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวจำนวน 847 คน (ร้อยละ 74.3) มีโรคประจำตัว 293 คน (ร้อยละ 25.7) โรคที่พบมากที่สุด คือโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 95 คน โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 67 คน โรคเบาหวาน 49 คน และโรคหืด จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 8.3, 4.7, 4.7 และ 2.1 ตามลำดับส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการแพ้จำนวน 907 คน (ร้อยละ 79.5) แพ้ฝุ่นหรือแพ้อากาศมีอาการจาม คัดจมูก ผื่นคัน 202 คน แพ้ยา 20 คน คิดเป็นร้อยละ 17.8 และ 1.8 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของลักษณะทางสังคมประชากร

ลักษณะทางสังคมประชากร (n = 1,140)	จำนวน	ร้อยละ
พื้นที่เป้าหมาย		
หมู่ที่ 1 ต.หนองเรือ	338	29.7
หมู่ที่ 2 ต.หนองเรือ	276	24.2
หมู่ที่ 10 ต.หนองเรือ	398	34.9
หมู่ที่ 13 ต.หนองเรือ	128	11.2
เพศ		
ชาย	491	43.1
หญิง	649	56.9
อายุ		
(ต่ำกว่า) อายุ 20 ปี	169	14.7
อายุ 21-40 ปี	202	17.8
อายุ 41-60 ปี	467	41.0
อายุ 61-80 ปี	290	25.4
(มากกว่า) อายุ 80 ปี	12	1.1
(Min=5.0, Max=92.0, Mean=50.0, S.D.=14.5)		
อาชีพ		
เกษตรกรรวม	261	22.9
รับราชการ/พนักงานของรัฐ	113	9.9
ลูกจ้างเอกชน	50	4.4
นักเรียน/นักศึกษา	94	8.2
ธุรกิจส่วนตัว	233	20.5
รับจ้างทั่วไป	177	15.6
ว่างงาน	119	10.4
อื่นๆ	93	8.2

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของลักษณะทางสังคมประชากร (ต่อ)

ลักษณะทางสังคมประชากร (n = 1,140)	จำนวน	ร้อยละ
การศึกษา		
ไม่ได้เรียน	11	0.9
ระดับประถมศึกษา	557	48.9
มัธยมศึกษาตอนต้น	158	13.9
มัธยมศึกษาตอนปลาย	204	17.9
อนุปริญญา/ปวส.	76	6.7
ปริญญาตรี	114	10.0
สูงกว่าปริญญาตรี	20	1.8
ระยะเวลาที่อาศัยในพื้นที่		
น้อยกว่า 10 ปี	117	10.3
11-20 ปี	156	13.7
21-30 ปี	161	14.1
31-40 ปี	127	11.1
41-50 ปี	197	17.3
51-60 ปี	180	15.8
61-70 ปี	140	12.3
71 ปีขึ้นไป	62	5.5
(Min=0.5, Max=92.0, Mean=38.5, S.D.=20.0)		
ลักษณะการอยู่อาศัย		
อยู่เป็นประจำทุกวัน ตลอดเวลา	815	71.5
อยู่เฉพาะช่วงเย็น กลางวันไปทำงาน/ทำกิจกรรมที่อื่น	277	24.3
อยู่เป็นบางวัน บางวันไปอาศัยที่อื่น	38	3.4
อื่นๆ (ไม่ระบุ)	10	0.8
ระยะห่างระหว่างบ้านกับโรงไฟฟ้า		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 กิโลเมตร	442	38.8
1 กิโลเมตรขึ้นไป	698	61.2
(Mean = 1.6 kms, SD = 0.8)		

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของลักษณะทางสังคมประชากร (ต่อ)

ลักษณะทางสังคมประชากร (n = 1,140)	จำนวน	ร้อยละ
ลักษณะบ้านพักอาศัย		
ชั้นเดียวติดพื้นดิน	468	41.1
ชั้นเดียว ใต้ถุนสูง	131	11.4
สองชั้นเต็ม	486	42.7
มากกว่า 2 ชั้น	24	2.1
ห้องแถวติดกัน	26	2.3
อื่น ๆ (ไม่ระบุ)	5	0.4
การสูบบุหรี่		
ไม่สูบ	917	80.5
สูบ	171	15.0
เคยสูบ แต่เลิกแล้ว	52	4.5
การสูบบุหรี่ของคนในบ้าน		
ไม่สูบ	777	68.2
สูบ	313	27.4
คนในบ้านเคยสูบบุหรี่ แต่เลิกไปแล้ว	50	4.4
การมีโรคประจำตัว		
ไม่มี	847	74.3
มี	293	25.7
โรคความดันโลหิตสูง	95	8.3
โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	67	5.9
โรคเบาหวาน	49	4.3
โรคหืด	31	2.7
ภูมิแพ้	23	2.0
อื่น ๆ (ไม่ระบุ)	28	2.5
ประวัติการแพทย์		
ไม่มีประวัติแพทย์	907	79.5
แพ้ฝุ่นหรือแพ้อากาศ	202	17.8
แพ้ยา	20	1.8
อื่น ๆ (ไม่ระบุ)	11	0.9

ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมากลุ่มตัวอย่างมีอาการป่วยจำนวน 958 ราย คิดเป็นร้อยละ 84.0 โดยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ร้อยละ 49.2 คลินิกร้อยละ 23.8 และไม่ได้ได้รับการรักษา ร้อยละ 17.5 ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมากลุ่มตัวอย่างจำนวน 320 ราย มีอาการไข้ร้อยละ 28.1 รองลงมา มีน้ำมูกร้อยละ 22.1 และ

อาการไอร้อยละ 16.3 มีการรับประทานยาในช่วงหนึ่ง เดือนที่ผ่านมา โดยพบการรับประทานยาแก้ปวดลดไข้มากที่สุดร้อยละ 10.3 รองลงมา เป็นยาแก้แพ้ ยาลดน้ำมูก ร้อยละ 9.9 และรับประทานยาอื่นๆ ร้อยละ 9.7 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ข้อมูลการเจ็บป่วยในระยะ 1 ปีที่ผ่านมา

ข้อมูลการเจ็บป่วย (n = 1,140)	จำนวน	ร้อยละ
การเจ็บป่วยในปีที่ผ่านมา		
ไม่ป่วย	182	16.0
ป่วย	958	84.0
อาการเจ็บป่วยในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา		
ไข้	320	28.1
น้ำมูก	251	22.1
ไอ	186	16.3
ภูมิแพ้	69	6.1
โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	60	5.3
ปวดศีรษะ	42	3.7
เจ็บคอ	6	0.5
ปวดกล้ามเนื้อ	6	0.5
โรคหืด	4	0.3
ปวดท้อง	2	0.2
อื่นๆ (ไม่ระบุ)	12	1.1
การรักษา (n = 958)		
ไม่ได้รักษา	195	20.4
ซื้อยากินเอง	98	10.2
คลินิก	238	24.8
โรงพยาบาล	427	44.6

ตารางที่ 2 ข้อมูลการเจ็บป่วยในระยะ 1 ปีที่ผ่านมา (ต่อ)

ข้อมูลการเจ็บป่วย (n = 1,140)	จำนวน	ร้อยละ
การรับประทานยาในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา (n = 958)		
ไม่ได้รับประทาน	594	62.0
รับประทาน	364	38.0
ยาแก้ปวด ลดไข้	115	12.0
ยาแก้แพ้/ลดน้ำมูก	112	11.7
ยาฆ่าเชื้อ/ยาปฏิชีวนะ	24	2.5
ยาแก้ไอ	27	2.8
ยาขยายหลอดลม	2	0.2
ยาพ่น	10	1.1
อื่น ๆ (ไม่ระบุ)	74	7.7

แหล่งกำเนิดฝุ่นละออง/ควัน/เขม่า/ และฝุ่น/ควันจากการสูบบุหรี่ภายในบ้าน
 แก้วที่กลุ่มตัวอย่างมีการสัมผัสทุกวันคือฝุ่น/ จำนวน 254 คน คิดเป็นร้อยละ 33.9, 25.4 และ
 ควันจากการประกอบอาหาร จำนวน 386 คน 22.3 ตามลำดับ (ตารางที่ 3)
 ฝุ่น/ควันจากยานพาหนะ จำนวน 289 คน

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของแหล่งกำเนิดฝุ่นละออง/ควัน/เขม่า/แก้ว

แหล่งกำเนิดฝุ่นละออง/ควัน/เขม่า/แก้ว (n = 1,140)	มีทุกวัน	
	จำนวน	ร้อยละ
ควันจากการสูบบุหรี่ภายในบ้าน	254	22.3
ควันจากการประกอบอาหาร	386	33.9
ควันจากธูป	26	2.3
ฝุ่น/ควันจากยานพาหนะเช่น ฝุ่นจากถนน/รถบรรทุก	289	25.4
ฝุ่น/เขม่าจากปืมน้ำมัน	15	1.3
ฝุ่น/ควันจากการเผาฟางข้าว/ไร่/นา/อ้อย	16	1.4
ควันจากการเผาขยะหรือเศษใบไม้	13	1.1

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของแหล่งกำเนิดฝุ่นละออง/ควัน/เขม่า/เถ้า (ต่อ)

แหล่งกำเนิดฝุ่นละออง/ควัน/เขม่า/เถ้า (n = 1,140)	มีทุกวัน	
	จำนวน	ร้อยละ
ฝุ่นจากการขุดเจาะหิน	1	0.1
ฝุ่นจากการก่อสร้าง	13	1.1
ฝุ่น/ควันจากโรงงานอุตสาหกรรม ระบุประเภทของโรงงานน้ำตาลฯ	96	8.4
กิจกรรมอื่นที่เกิดฝุ่น/ควัน/เขม่า/เถ้า ระบุ (ขี้เถ้า, กองขยะ)	31	2.7

การได้รับสัมผัสมลพิษจากโรงไฟฟ้าชีวมวลส่วนใหญ่ร้อยละ 69.3 ได้รับสัมผัสฝุ่นละออง/ควัน/เขม่า/เถ้าระยะเวลาที่ได้รับมลพิษมากที่สุดอยู่ในช่วง 17.00-22.00 น. ช่วง 11.00-16.00 น. และช่วง 06.00-10.00 น. คิดเป็นร้อยละ 426,284 และ 14.7 ตามลำดับ โดยกลุ่มตัวอย่างไม่ได้ใส่อุปกรณ์ป้องกันตนเองจำนวน 513 คน คิดเป็นร้อยละ 45.0 มีเพียงร้อยละ 39.2 ที่ป้องกันตนเองโดยการใส่ผ้าปิดปาก/ปิดจมูก และร้อยละ 15.2 ป้องกันตนเองโดยการอยู่ในห้อง/อาคารเพื่อหลีกเลี่ยงการสัมผัสฝุ่น/ควัน (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 การสัมผัสมลพิษจากโรงไฟฟ้าชีวมวล

การสัมผัสมลพิษจากโรงไฟฟ้าชีวมวล (n=1140)	จำนวน	ร้อยละ
การได้รับสัมผัสฝุ่นละออง/ควัน/เขม่า/เถ้าจากโรงงานไฟฟ้าชีวมวล		
ไม่ได้รับ	350	30.7
ได้รับ	790	69.3
ช่วงเวลาที่ได้รับมลพิษ(n=790)		
06.00-10.00 น.	116	14.7
11.00-16.00 น.	225	28.4
17.00-22.00 น.	337	42.6
23.00-05.00 น.	112	14.2
วิธีการป้องกันจากฝุ่นละออง/ควัน/เขม่า/เถ้า		
ไม่ได้ป้องกัน	513	45.0
อยู่ในห้องหรืออาคารเพื่อหลีกเลี่ยงการสัมผัสฝุ่น/ควัน	174	15.2
ใส่ผ้าปิดปาก/จมูก	446	39.2
อื่นๆ (เดินออกจากบริเวณที่มีฝุ่นทันที)	7	0.6

ข้อมูลภาวะสุขภาพ

อาการทางร่างกายที่เกิดขึ้นหลังจากได้รับฝุ่นละออง/ควัน/เขม่า/เถ้าที่กลุ่มตัวอย่างตอบว่ามีทุกวันมากที่สุดคือ อาการคันตามร่างกาย จำนวน 126 ราย อาการมีน้ำมูก จำนวน 66 ราย คัดจมูก

จำนวน 62 ราย อาการแสบจมูก 47 คน และอาการคันตามร่างกาย จำนวน 46 คนและ แสบตา คันตา จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 11.1, 5.8, 5.4, 4.1, 4.0 และ 3.9 ตามลำดับ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของอาการที่พบ

อาการที่พบ (n=1140)	มีอาการทุกวัน		สัปดาห์ละครั้ง		น้อยกว่า เดือนละ 1 ครั้ง		ไม่มีอาการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. คัดจมูก	62	5.4	133	11.7	115	10.1	673	59.0
2. มีน้ำมูก	66	5.8	134	11.6	113	9.9	664	58.2
3. แสบจมูก	47	4.1	133	11.7	79	6.9	779	68.3
4. เลือดกำเดาไหล	7	0.6	14	1.2	6	0.5	1075	94.3
5. แสบคอ	27	2.4	108	9.5	58	5.1	860	75.4
6. เสียงแหบ	15	1.3	59	5.2	46	4.0	911	79.9
7. ไอ ไม่มีเสมหะ	35	3.1	140	12.3	93	8.2	713	62.5
8. หอบ	21	1.8	40	3.5	19	1.7	985	86.4
9. หายใจมีเสียง วี๊ด		1.1		2.7		1.5		88.3
10. ปวดหัว	12		31		17		1007	
11. เวียนหัว	43	3.8	177	15.5	146	12.8	597	52.4
12. เหนื่อยง่าย	33	2.9	155	13.6	108	9.5	692	60.7
ผิดปกติ	30	2.6	123	10.8	55	4.8	807	70.8
13. เพ้อแววม	3	0.3	15	1.3	21	1.8	1060	93.0
ผิดปกติ								
14. หัวใจเต้น	7	0.6	51	4.5	34	3.0	977	85.7
ผิดปกติ								
15. คันตาม ร่างกาย	126	11.1	65	5.7	36	3.2	799	70.1

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของอาการที่พบ (ต่อ)

อาการที่พบ (n=1140)	มีอาการทุกวัน		สัปดาห์ละครั้ง		น้อยกว่า เดือนละ 1 ครั้ง		ไม่มีอาการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
16. มีผื่นแดงตาม ร่างกาย	24	2.1	61	5.4	61	5.4	884	77.5
17. แสบตาและคัน ตา	45	3.9	83	7.3	76	6.7	822	72.1
18. ตาแดง	12	1.1	25	2.2	38	3.3	1005	88.2
19. น้ำตาไหลมาก ผิดปกติ	13	1.1	53	4.6	29	2.5	975	85.5
20. ปวดตา	22	1.9	61	5.4	39	3.4	918	80.5
21. มองภาพไม่ชัด	46	4.0	96	8.4	78	6.8	811	71.1

วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่าง
อาการกับระยะห่างจากบ้านถึงโรงไฟฟ้า
ชีวมวล ด้วยสถิติ logistic regression พบว่า
กลุ่มตัวอย่างมีระยะห่างจากบ้านถึงโรงไฟฟ้า
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 กิโลเมตรมีความสัมพันธ์

กับหลายอาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
ที่ $p < 0.05$ ได้แก่ อาการคัดจมูก มีน้ำมูก แสบ
จมูก แสบคอ เสียงแหบ ไอไม่มีเสมหะ หอบ
คันตามร่างกาย มีผื่นแดงตามร่างกาย แสบตา
หรือคันตา และตาแดง (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างระยะทางจากบ้านถึงโรงไฟฟ้ากับอาการผิดปกติที่พบ

อาการที่พบ	ระยะทางจากบ้านกับโรงไฟฟ้า				Crude OR	95% CI	p-value
	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 กิโลเมตร		มากกว่า 1 กิโลเมตร				
	จำนวน (ร้อยละ)		จำนวน (ร้อยละ)				
	มีอาการ	ไม่มีอาการ	มีอาการ	ไม่มีอาการ			
คัดจมูก	218(46.5)	251(53.5)	249(37.1)	422(62.9)	1.47	1.14-1.88	0.0015
มีน้ำมูก	221(47.1)	248(52.9)	255(38.0)	416(62.0)	1.45	1.13-1.85	0.0021
แสบจมูก	167(35.6)	302(64.4)	194(28.9)	477(71.1)	1.35	1.04-1.76	0.0167
แสบคอ	137(29.2)	332(70.8)	142(21.2)	529(78.8)	1.53	1.15-2.03	0.0018
เสียงแหบ	114(24.3)	355(75.7)	115(17.1)	556(82.9)	1.55	1.14-2.09	0.0029

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างระยะทางจากบ้านถึงโรงไฟฟ้ากับอาการผิดปกติที่พบ (ต่อ)

อาการที่พบ	ระยะทางจากบ้านกับโรงไฟฟ้า				Crude OR	95% CI	p-value
	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 กิโลเมตร		มากกว่า 1 กิโลเมตร				
	จำนวน (ร้อยละ)		จำนวน (ร้อยละ)				
	มีอาการ	ไม่มีอาการ	มีอาการ	ไม่มีอาการ			
ไอไม่มีเสมหะ	192(40.9)	277(59.1)	235(35.0)	436 (65.0)	1.28	1.00-1.65	0.0422
หอบ	84(17.9)	385(82.1)	71(10.6)	600 (89.4)	1.84	1.29-2.63	0.0004
คันตามร่างกาย	156(33.3)	313(66.7)	173(25.8)	498 (74.2)	1.43	1.09-1.87	0.0060
มีผื่นแดงตามร่างกาย	147(31.3)	322(68.7)	166 (24.7)	505 (75.3)	1.38	1.05-1.82	0.0139
แสบตาหรือคันตา	148(31.6)	321(68.4)	153 (22.8)	518 (77.2)	1.56	1.18-2.05	0.0009
ตาแดง	143(30.5)	326(69.5)	165 (24.6)	506 (75.4)	1.34	1.02-1.76	0.027

การหาความสัมพันธ์ระหว่างพื้นที่ตลอดเวลา มีความสัมพันธ์กับการ
 ลักษณะการอยู่อาศัยในพื้นที่กับอาการป่วย เจ็บป่วยในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา (ตารางที่ 7)
 ใน 1 ปีที่ผ่านมา พบว่ากลุ่มที่อาศัยอยู่ใน

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ของลักษณะการอาศัยในพื้นที่กับอาการป่วยใน 1 ปีที่ผ่านมา (n=1,140)

ลักษณะการอาศัย ในพื้นที่	การป่วยในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา				Crude OR	95% CI	p-value
	ป่วย		ไม่ป่วย				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
อยู่พื้นที่ตลอดเวลา	693	85.0	122	15.0	1.50	1.06-2.11	0.014
อยู่ในพื้นที่ไม่ ตลอดเวลา	257	79.1	68	20.9	Ref.		

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

ผลการศึกษาสภาวะสุขภาพและผลกระทบของประชาชนในพื้นที่ใกล้เคียงโรงไฟฟ้าชีวมวล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการที่พบบ่อยทุกวัน คือ อาการคันตามร่างกาย มีไข้ น้ำมูก และไอบ่อยที่สุดในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Juntarawijit C¹⁷ ที่ศึกษาสภาวะสุขภาพของผู้ที่อาศัยอยู่ใกล้โรงไฟฟ้าชีวมวล 2 แห่งในประเทศไทย ในปีพ.ศ. 2556 พบว่า อาการที่พบบ่อยในผู้ที่อาศัยอยู่ใกล้โรงไฟฟ้าชีวมวล คือ อาการคัน มีไข้ ระบายท้องและไอ ซึ่งอาการเหล่านี้เกิดจากการสัมผัสฝุ่นและควันจากการเผาไหม้ของโรงงานไฟฟ้าชีวมวลทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง^{5,20} ผลกระทบต่อสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ เกิดประสิทธิภาพการหายใจ เพิ่มการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลหรือเพิ่มการเสียชีวิตจากโรคหัวใจโรคทางเดินหายใจ และโรคในระบบหลอดเลือด¹⁸ ยังมีการศึกษาพบว่าถ้าฝุ่นละออง PM2.5 หรือ PM10 ที่เพิ่มขึ้น 10 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตต่อวันเพิ่มขึ้นระหว่างร้อยละ 0.7 และ 8.0 คน ที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิตนั้นคือคนที่มีโรคประจำตัวเช่น โรคหัวใจโรคในระบบทางเดินหายใจ (หอบหืดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง) คนชราคนสูบบุหรี่¹⁹ แม้แต่การรับสัมผัสในระยะสั้นๆ เพียงหนึ่งชั่วโมงถึงสองวันก็อาจทำให้เกิดเช่นทำให้เกิด

หัวใจวายหรือเสียชีวิตได้แล้วผู้ที่สัมผัสฝุ่นควันเป็นเวลานานๆ จะมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและโรคในระบบทางเดินหายใจ^{19,20} อย่างไรก็ตาม ข้อมูลอาการแสดงของโรคระบบทางเดินหายใจ นอกจากปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมแล้ว พฤติกรรมส่วนบุคคล เช่น การสูบบุหรี่ การดูแลสุขภาพร่างกายตนเอง การออกกำลังกาย และปัจจัยทางพันธุกรรมก็มีส่วนในอาการแสดงดังกล่าวได้เช่นกัน

ผลการสำรวจเรื่องแหล่งกำเนิดฝุ่นละออง/ควัน/เขม่า/เถ้าในชุมชน พบว่า ในชุมชนนี้มีแหล่งกำเนิดฝุ่นละออง/ควัน/เขม่า/เถ้าที่กลุ่มตัวอย่างมีการสัมผัสฝุ่น/ควันจากโรงงานอุตสาหกรรมทุกวันคือ โรงงานน้ำตาลที่ผลิตไฟฟ้าชีวมวล รวมทั้งการสอบถามเรื่องการสัมผัสมลพิษจากโรงไฟฟ้าชีวมวลพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับสัมผัสฝุ่นละออง/ควัน/เขม่า/เถ้า ถึงร้อยละ 61.3 ในช่วงเวลา 17.00-22.00 น. มากที่สุด รองลงมาเป็นช่วงเวลา 11.00-16.00 น. และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่ตอบว่า มีการสัมผัสฝุ่นละออง/ควัน/เขม่า/เถ้า ร้อยละ 45.0 ไม่ได้ใส่อุปกรณ์ป้องกันตนเอง ซึ่งพบว่าผลกระทบต่อสุขภาพของควันไฟจากการเผาชีวมวลจะขึ้นอยู่กับความเข้มข้นของมลพิษระยะเวลาสัมผัส อายุความไวต่อผลกระทบของแต่ละบุคคลและการเป็นโรคปอดหรือโรคหัวใจของผู้สัมผัส¹⁸⁻¹⁹ หากไม่ได้สวมใส่การป้องกันตนเองจากฝุ่นละอองที่เกิดจากการไหม้ อาจจะทำให้ระคายเคืองต่อตา และระบบทางเดินหายใจได้ไปจนถึง

การเกิดอันตรายร้ายแรงได้แก่ทำให้เกิดโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนล่างชนิดเฉียบพลัน (Acute lower respiratory diseases) โดยเฉพาะในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic obstructive pulmonary disease) ในผู้ใหญ่ซึ่งในปัจจุบันมีข้อมูลหลักฐานสนับสนุนอย่างชัดเจนแล้ว^{10,11}

จากการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร พบความสัมพันธ์ระหว่างระยะห่างระหว่างบ้านกับโรงไฟฟ้ากับอาการผดผื่นที่พบ ได้แก่อาการคัดจมูก มีน้ำมูก แสบจมูก แสบคอ เสียงแหบ ไอไม่มีเสมหะ หอบ ค้นตามร่างกาย มีผื่นแดงตามร่างกาย แสบตาหรือคันตา และตาแดง สอดคล้องกับการศึกษาของกรรณา สุขเกษม และคณะ¹⁵ ที่ศึกษาภาวะสุขภาพเด็ก 0-15 ปี ที่อาศัยอยู่ใกล้โรงไฟฟ้าชีวมวลจังหวัดร้อยเอ็ด ในปี 2559 พบว่า มีความสัมพันธ์กับอาการผดผื่นที่พบ อาการคัดจมูก มีน้ำมูก เลือดกำเดาไหล แสบคอ เสียงแหบ ไอไม่มีเสมหะ ปวดศีรษะ เวียนศีรษะคันตามร่างกาย ผื่นแดงตามร่างกาย แสบตาหรือคันตา ตาแดง น้ำตาไหลมากผดผื่น และปวดตา อีกทั้งผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนโดยรอบโรงงานไฟฟ้าที่สัมผัสควันเป็นประจำ จะมีการเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินหายใจ จนส่งผลให้การทำงานของระบบทางเดินหายใจและสมรรถภาพปอดลดลงอย่างต่อเนื่องและเมื่อร่างกายได้รับควันซึ่งเป็นสารมลพิษที่จะมีกลไกป้องกันต่อต้านสิ่งที่เข้ามาทำอันตราย

คือ กระบวนการอักเสบ ซึ่งถ้ามีต่อเนื่องและยาวนาน การซ่อมแซมก็ไม่สามารถทำให้ปอดกลับมาทำหน้าที่ปกติได้ ทำให้เกิดเป็นพังพืดในหลอดลมและเนื้อปอด นำไปสู่การลดลงของสมรรถภาพปอดอย่างต่อเนื่อง ทำให้เป็นโรคเรื้อรังของระบบทางเดินหายใจ²¹⁻²²

จากผลการสำรวจสภาวะสุขภาพและผลกระทบของประชาชนในพื้นที่ใกล้เคียงโรงไฟฟ้าชีวมวลอำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น ครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการน้ำมูก คัดจมูก แสบจมูก คันตามร่างกาย และแสบตา คันตา ซึ่งเป็นอาการที่เกิดขึ้นหลังจากได้รับสัมผัสฝุ่นละออง/ควัน/เขม่า/เถ้าทุกวัน แหล่งกำเนิดฝุ่นละออง/ควัน/เขม่า/เถ้าในชุมชน ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีการสัมผัสฝุ่น/ควันทุกวันคือ ฝุ่นควันจากโรงงานอุตสาหกรรม (โรงงานน้ำตาลที่ผลิตไฟฟ้าชีวมวล) ฝุ่น/ควันจากการประกอบอาหาร ฝุ่น/ควันรถจักรยานพาหนะ รวมทั้งพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับสัมผัสฝุ่นละออง/ควัน/เขม่า/เถ้า ถึงร้อยละ 61.3 ในช่วงเวลา 17.00-22.00 น. ส่วนใหญ่ไม่ได้ใส่อุปกรณ์ป้องกันตนเอง ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างระยะห่างระหว่างบ้านกับโรงไฟฟ้ากับอาการผดผื่นที่พบ ได้แก่ อาการคัดจมูก มีน้ำมูก แสบจมูก แสบคอ เสียงแหบ ไอไม่มีเสมหะ หอบ ค้นตามร่างกาย มีผื่นแดงตามร่างกาย แสบตาหรือคันตา และตาแดง ซึ่งพิจารณาโอกาสเสี่ยงระหว่างระยะทางจากบ้านถึงโรงไฟฟ้าระหว่างระยะทางน้อยกว่า

หรือเท่ากับ 1 กิโลเมตร เทียบกับระยะมากกว่า 1 กิโลเมตรกับอาการผิดปกติของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าผู้ที่อยู่ระยะห่างจากบ้านถึงโรงไฟฟ้าน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 กิโลเมตร มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการตาแดง แสบตาหรือคันตา คันตามร่างกาย หอบ คัดจมูก แสบคอและเสียงแหบ มากกว่าอาการมีน้ำมูก แสบจมูก ไอไม่มีเสมหะ มีผื่นแดงตามร่างกาย มากกว่ากลุ่มผู้ที่อยู่ระยะห่างจากบ้านถึงโรงไฟฟ้ามากกว่า 1 กิโลเมตร ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอของการนำผลศึกษาไปใช้

1.จากผลการศึกษาสภาวะสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ใกล้เคียงโรงไฟฟ้าชีวมวล หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีการคัดกรอง และเฝ้าระวังอาการผิดปกติทางผิวหนัง ระบบทางเดินหายใจ และอาการผิดปกติทางตาในผู้ที่อาศัยอยู่ในใกล้โรงไฟฟ้าเป็นประจำ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

2.โรงงานไฟฟ้าชีวมวลควรมีช่องทางการติดต่อ/แจ้งปัญหาเรื่องฝุ่นละออง/ควัน/เขม่า/เถ้าให้ประชาชนในพื้นที่ใกล้เคียงโรงไฟฟ้าชีวมวลที่สะดวก เข้าถึงได้ง่าย เช่น เบอร์โทรศัพท์ Line Facebook เป็นต้น

3.หน่วยงานที่รับผิดชอบด้านมลพิษทางอากาศ ควรมีการตรวจติดตั้งสถานีตรวจวัดคุณภาพอากาศเพื่อการรายงานผลแบบ Real Time เชื่อมโยงกับผลการตรวจ

สุขภาพของประชาชนที่อาศัยอยู่โดยรอบโรงไฟฟ้าชีวมวล เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและผลกระทบต่อสุขภาพ

ข้อเสนอในการศึกษาครั้งต่อไป

1.ควรมีการศึกษาภาวะสุขภาพในกลุ่มเปราะบาง ได้แก่ เด็ก 0-5 ปี ผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป หญิงตั้งครรภ์ และหญิงให้นมบุตร ที่อาศัยอยู่ในใกล้โรงไฟฟ้าชีวมวล

2.ควรทำการศึกษาเชิงลึกเพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อการร้องเรียนด้านผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม และสุขภาพจากการดำเนินการโรงไฟฟ้าชีวมวล (ปัจจัยสำคัญที่ทำให้สถานประกอบการอยู่ร่วมกันกับชุมชนอย่างยั่งยืน)

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ขอขอบคุณ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองเรือ สาธารณสุขอำเภอหนองเรือ เทศบาลหนองเรือ อาสาสมัครสาธารณสุขในเขตรับผิดชอบเทศบาลหนองเรือ ตำบลหนองเรือ อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่นที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. World Health organization. **Air quality guidelines global update 2005** [Internet]. [cited 2018 Jul 2]. Available from: https://www.who.int/phe/health_topics/outdoorair/outdoorair_aqg/en/.
2. Demirbas A. Potential applications of renewable energy sources, biomass combustion problems in boiler power systems and combustion related environmental issues. **Prog Energy Combust Sci** 2005; 31:171 – 92.
3. Bureau of Energy Policy and Planning, Ministry of Energy. **Strategic Plan, Office of Energy Policy and Planning 2017-2021** [Internet]. [cited 2018 Jul 28]. Available from: http://www.eppo.go.th/images/POLICY/PDF/strategic-plan_60-64.pdf (in Thai).
4. Puenwa S, Thongkliang S. The study of the health impact situation from biomass power plants in Surin Province. **Regional Health Promotion Center 5 Annual Report Nakhon Ratchasima** 2015; 1: 168-69. (in Thai).
5. Boman BC, Forsberg AB, Jarvholm BG. **Adverse health effects from ambient air pollution in relation to residential wood combustion in modern society.** *Scand J Work Environ Health* [Internet]. 2003 [cited 2018 Jul 28]; 29: 251–60. Available from: <http://dx.doi.org/10.5271/sjweh.729>.
6. World Health Organization. **Health aspects of air pollution with particulate matter, ozone and nitrogen dioxide** [report]. Bonn, Germany:WHO Working Group; 2003.
7. Department of Alternative Energy Development and Energy Conservation. **A guide to development and investment in renewable energy production set 4, 2009** [Internet]. [cited 2018 Jul 28]. Available from: http://www.dede.go.th/article_attach/h_biomass.pdf (in Thai).
8. Department of Alternative Energy Development and Efficiency, Ministry of Energy. **Information of biomass power plants in Thailand 2018** [Internet]. [cited 2018 Jul 28]. Available from: http://www.dede.go.th/ewt_news.php?nid=41810 (in Thai).
9. Department of Alternative Energy Development and Efficiency. **Guide to development and investment in alternative energy production Set 4** [Internet]. [cited 2018 Mar 20]. Available from: http://www.dede.go.th/ewt_news.php?nid=774&filename=index (in Thai).

10. Naeher LP, Brauer M, Lipsett M, Zelikoff JT, Simpson CD, Koenig JQ, et al. **Wood smoke health effects: A review.** *InhalToxicol* [Internet]. 2007. [cited 2018 Jul 28];19:67–106. Available from:<http://dx.doi.org/10.1080/08958370600985875>.
11. Fullerton DG, Bruce N, Gordon SB. **Indoor air pollution from biomass fuel smoke is a major health concern in the developing world.** *Trans R Soc Trop Med Hyg* [Internet]. 2008 [cited 2018 Jul 28]; 102:843–51. Available from:<http://dx.doi.org/10.1016/j.trstmh.2008.05.028>.
12. Health Impact Assessment Division, Department of Health, Ministry of Public Health. **Guidelines for monitoring areas at risk from air pollution in the case of biomass power plants 2015** [Internet]. [cited 2018 Mar 20]. Available from: <http://hia.anamai.moph.go.th/download/hia/manual/book/book41.pdf> (in Thai).
13. Environmental Workers Foundation for Biomass. Bangkok: Q Printing Management Company Limited; 2006. (in Thai).
14. Bureau of Occupational and Environment Disease, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. **The strategy from disease control programs and health hazards from environmental pollution 2017-2021** [Internet]. [cited 2018 Jul 2]. Available from:<http://envocc.ddc.moph.go.th/contents/view/665> (in Thai).
15. Sookasem K, Motana N, Siripanich S, Luankaew T, Bhamaramanabe A, Sukwet S, et al. Health status of children aged 0–15 years old living near the biomass power plants in Roi Et Province, Thailand. **Weekly Epidemiological Surveillance Report** 2017; 48: 305-13. (in Thai).
16. Charoensuk P, Pudpadee S, Douangmont P, Samakeekarom P. **Factors Affecting Environmental and Health Impacts Complaints Related to the Biomass Power Plant Operations 2014** [Internet]. [cited 2018 Jul 2]. Available from: http://hia.anamai.moph.go.th/download/hia/km/61/hia_km12-1.pdf (in Thai).
17. Juntarawijit C. Biomass power plants and health problems among nearby residents: a case study in Thailand. **International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health** 2013; 26: 813-21.

18. Gan WQ, FitzGerald JM, Carlsten C, Sadatsafavi M, Brauer M. **Associations of ambient air pollution with chronic obstructive pulmonary disease hospitalization and mortality.** *Am J Respir Crit Care Med* [Internet]. 2013 [cited 2018 Jul 2]; 187(7): 721–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1164/rccm.201211-2004OC>.
19. Torres-Duque C, Maldonado D, Perez-Padilla R, Ezzati M, Vieggi G. **Biomass fuels and respiratory diseases, a review of the evidence.** *Proc Am Thorac Soc* [Internet]. 2008 [cited 2018 Jul 2];5:577– 90. Available from: <http://dx.doi.org/10.1513/pats.200707-100RP>.
20. Boman BC, Forsberg AB, Jarvholm BG. **Adverse health effects from ambient air pollution in relation to residential wood combustion in modern society.** *Scand J Work Environ Health* [Internet]. 2003 [cited 2018 Jul 2]; 29: 251–60. Available from: <http://dx.doi.org/10.5271/sjweh.729>.
21. Health Impact Assessment Division, Department of Health, Ministry of Public Health. **Health impact studies In the case of biomass power plants Capacity below 10 MW: 2015** [Internet]. [cited on 28 July 2018]. Available from: http://kcenter.anamai.moph.go.th/download.php?info_id=898&download_file=pdf/d3502877d1a38d81236e9e8004a251c7.pdf (in Thai).
22. Sinthu S, Kamlungde U, Konggumnerd R. **Effect of Smoke Exposure on Lung Function among Adults in Communities.** *Journal of the Nursing Council* [Internet]. 2011 [cited 2018 Jul 2]; 26 (3): 93–106. Available from: <https://www.tci-thaijo.org/index.php/TJONC/article/view/2728/2429>.

การพัฒนารูปแบบส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานแรกวินิจฉัย โรงพยาบาลภูเวียง จังหวัดขอนแก่น

วิภารัตน์ ลิ้มชัยกิจเจริญ¹

บทคัดย่อ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทย และโรงพยาบาลภูเวียงมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องการสำรวจเบื้องต้นจากการให้คำปรึกษาด้านยาพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 60 รับประทานยาไม่ถูกต้องส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันแก่ผู้ป่วยผู้วิจัยจึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาแบบส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานแรกวินิจฉัย โรงพยาบาลภูเวียง จังหวัดขอนแก่น วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานแรกวินิจฉัยนำมาพัฒนาแบบส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยา และศึกษาผลของการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้งานวิจัยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามตรวจสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค 0.94 แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานแรกวินิจฉัยที่ได้จากการสุ่มอย่างง่ายจำนวน 164 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานผลการศึกษา (1) ปัญหาที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานแรกวินิจฉัย พบว่าปัญหาด้านภาวะอารมณ์และความเครียด ด้านการสนับสนุนด้านพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ป่วยเรื่องการออกกำลังกายอยู่ระดับปานกลาง (2) ได้รูปแบบส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยา คือ S (Screening) H (Health Promotion Activity) O (Organization) P (Physician diagnosis)– D (Dispensary) M (Monitoring) ที่ได้รับการพัฒนากิจกรรมในคลินิกเบาหวาน (3) ผลของการนำรูปแบบส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาไปใช้ พบว่าผู้ป่วยได้รับยาตามระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ผลลัพธ์ค่าทางห้องปฏิบัติการ FBS HbA_{1c} LDL Cretinine อยู่ในเกณฑ์ปกติเพิ่มขึ้น เสนอแนะ : ควรศึกษาอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคเบาหวานแรกวินิจฉัย, การส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยา

¹เภสัชกรชำนาญการ, โรงพยาบาลภูเวียง จังหวัดขอนแก่น

Corresponding Author: Wiparat Leechaikitcharoen. E-mail: wiparat.leechai@gmail.com

DEVELOPMENT OF PRACTICE GUIDELINES TO IMPROVE MEDICATION ADHERENCES IN PATIENT WITH FIRST DIAGNOSIS DIABETES MELLITUS IN PHUWIANG HOSPITAL IN KHONKAEN PROVINCE

Wiparat Leechaikitcharoen¹

ABSTRACT

Introduction: Diabetes Mellitus (DM) is, at present, a major health problem in Thailand and the number of the DM patients in Phuwiang Hospital is continuously increasing. According to a preliminary survey on drug usage, it is found that 60% of the patients abused and caused diabetes complications. To this incident, it is required that the researcher develop the guideline to promote a medication adherence in the patients whom were initially diagnosed as diabetes in Phuwiang Hospital, Khonkaen Province. Objective: The research aims to study the problem that affects directly to the medication adherences in the first-diagnosis DM patients in order to develop the practice guideline for promoting the drug utilization by those groups and to find the results for general medication adherences. The research methodology was conducted by means of an action research to collect data by using questionnaires with a reliability of Cronbach's alpha coefficient at 0.94 which selected from 164 first-diagnosis DM patients and also analyzed data in forms of frequency, percentage and standard deviation. Results: (1) On account of this research, the affected problems in medication adherences among those patients were their emotion and stress, supportive behavior for taking care of themselves, particularly in a regular workout, which were all found in a moderate level. (2) The output modeling conducted from this study was called "SHOP-DM", standing for S (Screening) H (Heath Promotion Activity) O (Organization) P (Physician diagnosis) – D (Dispensary) M (Monitoring) which this model was utilized as the main activities in the diabetes clinic. (3) The result of this study revealed that the patients received less in medication for reducing their blood sugar levels, while the use of laboratory in FBS, HbA_{1c}, LDL & Cretinine was found in a normal level. Recommendation: It is suggested that the study be continually conducted at least 1 year.

Key Words: Patient with First-Diagnosis Diabetes Mellitus, Promoting a Medication Adherence

¹Pharmacist Professional Level, Phuwiang Hospital

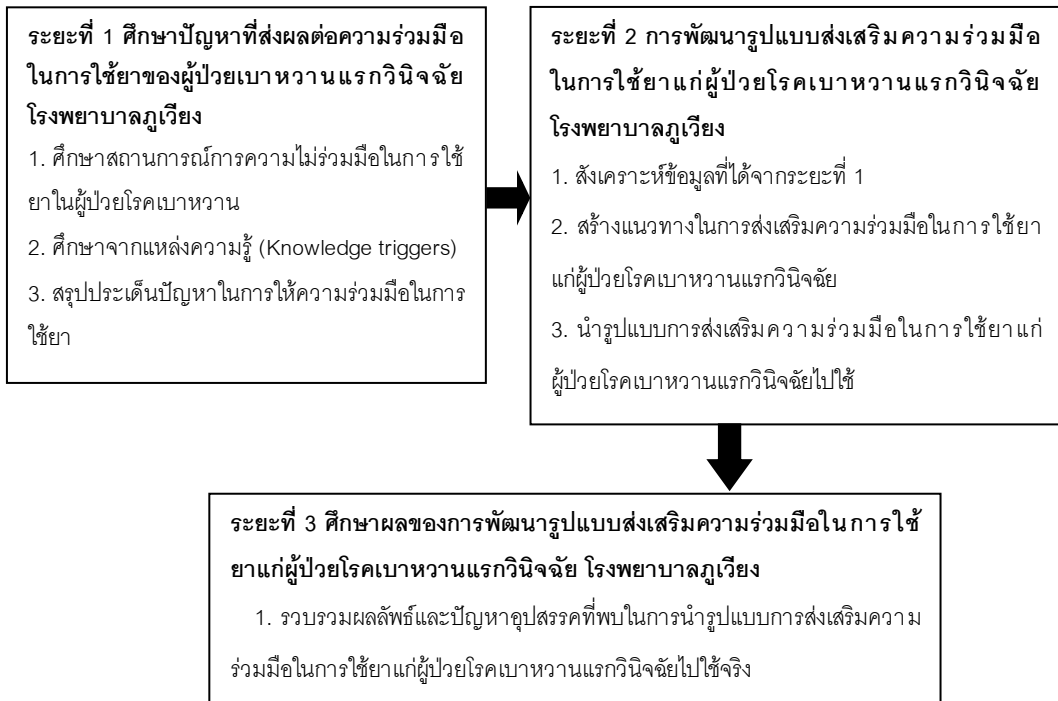
บทนำ (Introduction)

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่นับวันจะมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ทั้งในประชากรทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย สหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติรายงานว่าในปี พ.ศ. 2558 มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลก 415 ล้านคน มีกลุ่มเสี่ยงที่จะเปลี่ยนเป็นผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 318 ล้านคน คาดว่าในปี พ.ศ. 2583 จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลก จะเพิ่มขึ้นเป็น 642 ล้านคน เป็นผู้หญิงถึง 313 ล้านคน หรือประมาณครึ่งของผู้ป่วยเบาหวานเป็นผู้หญิง ผู้หญิง 2 ใน 5 ที่ป่วยเป็นเบาหวานอยู่ในวัยเจริญพันธุ์ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังของโรคเบาหวานเกิดในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานมานานอย่างน้อย 5 ปีขึ้นไป โดยเฉพาะในผู้ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด¹ จากการศึกษาสถิติผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มาใช้บริการที่คลินิกเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลภูเวียง ที่ขึ้นทะเบียน ปีพ.ศ. 2559 มีจำนวน 5,258 คนจนถึงปัจจุบัน ปี พ.ศ. 2560 มีผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 4,154 คน ลดลง 1,104 คน คิดเป็นร้อยละ 20.99 จากการให้คำแนะนำปรึกษาด้านยาของเภสัชกรในคลินิกเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอกได้ทำการ

ประเมินเบื้องต้นจากแบบสอบถามและการสัมภาษณ์ผู้ป่วยร่วมกับทวนสอบตามเวชระเบียนในผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 30 คน พบว่าผู้ป่วยสามารถตอบได้อย่างถูกต้องเพียงจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 40

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่ได้ระบุระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวานของผู้ป่วย²⁻³ซึ่งอาจมีภาวะโรคแทรกซ้อนร่วมรวมถึงการได้รับยาร่วมกันหลายขนาน⁴ ทั้งนี้ยังไม่มีการศึกษาใดมุ่งเน้นไปที่ผู้ป่วยที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานครั้งแรกผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานแรกวินิจฉัย โรงพยาบาลภูเวียง จังหวัดขอนแก่น การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาปัญหาที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานแรกวินิจฉัย (2) พัฒนารูปแบบส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานแรกวินิจฉัย (3) ศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานแรกวินิจฉัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ในส่วนการพัฒนารูปแบบประชากร คือผู้ป่วยที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ภายในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา ระหว่างเดือนมกราคม – ธันวาคม 2560 จำนวน 1,032 คน กลุ่มตัวอย่าง ได้จากวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยอาศัยหลักความน่าจะเป็น (Probability Sampling) ด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามที่เป็นคำถามปลายปิดและมี

การวัดค่าเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการป้องกัน และดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน, แบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยาซึ่งสร้างขึ้นโดย Morisky ชื่อ Morisky Medication Adherence Scale หรือ MMAS 8-item, แบบบันทึกผลค่าทางห้องปฏิบัติการผู้ป่วยโรคเบาหวานแรกวินิจฉัย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดมุ่งหมายของการ

วิจัย (Index of item-objective congruence :IOC) คัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าความสอดคล้อง 0.60 ขึ้นไป การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟา ของ ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.94 การวิจัยมีการดำเนินงานวิจัย 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาปัญหาที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานแรกวินิจฉัย โรงพยาบาลภูเวียง จังหวัดขอนแก่นในผู้ป่วยโรคเบาหวานแรกวินิจฉัย ณ. คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลภูเวียงจำนวน 164 คน ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลในระยะที่ 1 นี้ ในช่วงเดือนมิถุนายน 2561

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานแรกวินิจฉัย โรงพยาบาลภูเวียง จังหวัดขอนแก่นนำข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 มาประยุกต์ร่วมกับแนวทางการจัดการโรคด้านยาวิเคราะห์และสังเคราะห์ร่วมกันกับทีมสหสาขาวิชาชีพประกอบด้วย แพทย์จำนวน 3 คน พยาบาลวิชาชีพจำนวน 5 คน และเภสัชกรจำนวน เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานแรกวินิจฉัยโดยใช้วิธีทำ Group discussion แก้ไขปัญหาตามกระบวนการที่มีและคนที่มีส่วนร่วมในแต่ละกิจกรรมในคลินิก ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลในระยะที่ 2 นี้ ในช่วงเดือนกรกฎาคม 2561

ระยะที่ 3 ศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานแรกวินิจฉัย โรงพยาบาลภูเวียง จังหวัดขอนแก่นในผู้ป่วยโรคเบาหวานแรกวินิจฉัย ณ.คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลภูเวียงจำนวน 164 คนนำรูปแบบส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาที่พัฒนาขึ้นไปใช้จริงในระยะเวลาติดตามผล 2 เดือน และเก็บรวบรวมข้อมูลวิเคราะห์ด้วยค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การศึกษานี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เลขที่โครงการ COA6115ลงวันที่ 25 พฤษภาคม 2561

ผลการวิจัย (Result)

ระยะที่ 1 ศึกษาปัญหาที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานแรกวินิจฉัย โรงพยาบาลภูเวียง จังหวัดขอนแก่น

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวานแรกวินิจฉัย โรงพยาบาลภูเวียง ระยะเวลาไม่เกิน 1 ปี จำนวน 164 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิงจำนวน 110 คน (ร้อยละ 67.07) อยู่ในช่วงอายุ 51-60 ปี (ร้อยละ 45.12) มีการศึกษาสูงสุดในระดับประถมศึกษาจำนวน 73 ราย (ร้อยละ 44.51) รองลงมาคือ การศึกษาสูงสุดปริญญาตรี จำนวน 51 คน (ร้อยละ 31.10) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ

เกษตรกรรม 77 คน (ร้อยละ 46.95) สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ระหว่าง 3-4 คน (ร้อยละ 40.24) ส่วนใหญ่ระยะเวลาในการได้รับวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นเวลา 1 ปี (ร้อยละ 32.93) ส่วนมากกลุ่มตัวอย่างไม่มีภาวะแทรกซ้อน 112 คน (ร้อยละ 68.29) ค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างเฉลี่ย 24.3 กก/ม² ค่าทางห้องปฏิบัติการมีค่าดังนี้ ค่า FBS ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 161 - 180mg/dl จำนวน 64 คน (ร้อยละ 39.03) ค่า HbA1C อยู่ระหว่าง 6 - 7% จำนวน 86 คน (ร้อยละ 52.44) ค่า LDL อยู่ระหว่าง 161 - 180mg/dl จำนวน 73 คน (ร้อยละ 44.51) ค่า Creatinine อยู่ระหว่าง 0.5 - 0.6 mg/dl จำนวน 89 คน (ร้อยละ 54.27) จำนวนรายการยาที่ได้รับเฉลี่ย 3.5 รายการ

2. ปัญหาที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานแรกวินิจฉัย โรงพยาบาลภูเวียง จังหวัดขอนแก่น จากการศึกษาปัญหาที่ส่งผลต่อความร่วมมือ

ในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานแรกวินิจฉัยโรงพยาบาลภูเวียง พบว่า ปัจจัยด้านบุคคลของผู้ป่วยโรคเบาหวานแรกวินิจฉัย มีความรู้เรื่องโรคเบาหวานในระดับดีมาก และความเชื่อด้านสุขภาพถูกต้องในระดับดี ส่วนทางด้านภาวะอารมณ์และความเครียดอยู่ระดับปานกลาง ปัจจัยด้านการสนับสนุนพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนระดับปานกลางในการมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัวและชุมชน ส่วนการสนับสนุนจากการมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุขอยู่ในระดับดี ส่วนปัจจัยด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนได้ดีในเรื่อง การควบคุมอาหาร การใช้ยา และการดูแลตนเองและป้องกันภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติตนเรื่องการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง(กำหนดเกณฑ์ในการจัดระดับโดยใช้แนวคิดของ Best⁵ ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านการสนับสนุน และพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานแรกวินิจฉัย โรงพยาบาลภูเวียง จังหวัดขอนแก่น (n=164)

ปัจจัยด้าน	คะแนนเต็ม	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
1. บุคคล				
1.1 ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน	15	14.07	1.00	ดีมาก
1.2 ความเชื่อด้านสุขภาพ	5	4.38	0.49	ดี
1.3 ภาวะอารมณ์และความเครียด	5	3.44	0.79	ปานกลาง

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านการสนับสนุน และพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานแรกวินิจฉัย โรงพยาบาลภูเวียง จังหวัดขอนแก่น (n=164) (ต่อ)

ปัจจัยด้าน	คะแนนเต็ม	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
2. การสนับสนุน				
2.1 การมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัว	5	3.43	0.52	ปานกลาง
2.2 การมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุข	5	3.96	0.25	ดี
2.3 การมีส่วนร่วมของชุมชน	5	2.85	0.71	ปานกลาง
3 พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน				
3.1 การควบคุมอาหาร	3	1.71	0.31	ดี
3.2 การออกกำลังกาย	3	1.38	0.47	ปานกลาง
3.3 การใช้ยา	3	1.88	0.09	ดี
3.4 การดูแลตนเองและป้องกันภาวะแทรกซ้อน	3	1.86	0.17	ดี

3. ความร่วมมือในการใช้ยา โดยใช้แบบประเมิน The Morisky Medication Adherence Scale ของผู้ป่วยโรคเบาหวานแรกวินิจฉัย โรงพยาบาลภูเวียง จังหวัดขอนแก่น ความร่วมมือในการใช้ยา ของผู้ป่วยโรคเบาหวานแรกวินิจฉัย โรงพยาบาลภูเวียง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในการใช้ยาเรื่องเมื่อวานนี้คุณรับประทานยาหรือไม่ ถูกต้องมากที่สุดจำนวน 163 คน (ร้อยละ 99.39) รองลงมาคือเมื่อไปเที่ยวหรือออกจากบ้านคุณไม่ได้ นำยาไปด้วยสามารถตอบถูกจำนวน 161 คน (ร้อยละ 98.17) ส่วนความร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างที่มีน้อย

ที่สุดคือการเคยลืมรับประทานยา จำนวน 113 คน (ร้อยละ 69.90) รองลงมาคือในบางครั้งที่คุณปกติเคยหยุดยาเองโดยไม่ได้บอกแพทย์จำนวน 143 คน (ร้อยละ 87.19)

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานแรกวินิจฉัย โรงพยาบาลภูเวียง จังหวัดขอนแก่น

ภายหลังการประเมิน ผู้วิจัยได้ร่วมกับสหวิชาชีพ ในการปรับรูปแบบส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานแรกวินิจฉัย โรงพยาบาลภูเวียง จังหวัดขอนแก่น ดังตารางเปรียบเทียบ รูป

แบบเดิม และรูปแบบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ซึ่งรูปแบบที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น ผู้วิจัยได้สังเคราะห์องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบระบบการจัดรูปแบบส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานแรกวินิจฉัย เพื่อให้ได้รูปแบบที่มีประสิทธิภาพ โดยกำหนดปัจจัยแห่งความสำเร็จ ประกอบด้วย 6 กระบวนการ (process) ได้แก่ 1) ตรวจทานประวัติ (Screening) 2) จัดกิจกรรมเสริมสร้าง

สุขภาพระหว่างรอตรวจ (Health promotion activities) 3) การแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม (Organization/Orientation) 4) ผู้ป่วยพบแพทย์ (Physician diagnosis) 5) ผู้ป่วยรับยา (Dispensary) และ 6) การติดตาม (Monitoring) หรือ เรียกว่า SHOP - DM Model รายละเอียดการเปรียบเทียบระหว่างรูปแบบเดิมและรูปแบบที่พัฒนาดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระหว่างรูปแบบเดิมและรูปแบบที่พัฒนา สำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานแรกวินิจฉัย โรงพยาบาลภูเวียง จังหวัดขอนแก่น

กิจกรรม	รูปแบบเดิม	รูปแบบที่พัฒนา
การนัดหมาย	1. พยาบาลจะนัดหมายให้ผู้ป่วยมารับการเจาะเลือด วัดความดันโลหิต และซักประวัติความเจ็บป่วยอื่นๆ	1) ตรวจทานประวัติ (Screening) 1.1) วัดความดันโลหิต 1.2) สอบถามประวัติผู้ป่วย
กิจกรรม (Activity)	ระหว่างรอผลห้องปฏิบัติการผู้ป่วยจะได้รับทราบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	2) จัดกิจกรรมเสริมระหว่างรอตรวจ (Health promotion activities) การเพิ่มเจ้าหน้าที่มาร่วมทำกิจกรรมตามปัญหาที่พบในการศึกษาระยะที่ 1 คือ
ระหว่างรอพบแพทย์	สหสาขาวิชาชีพ	- กายภาพบำบัดช่วยอธิบายการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วย - นักการแพทย์แผนไทยช่วยส่งเสริมการดูแลเท้าและการออกกำลังกาย - พยาบาลช่วยให้ผู้ป่วยและญาติทำ SMBG เองที่บ้าน
	คลินิกแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม ตามรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	3) คลินิกได้รับรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจะแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม (Organization/Orientation)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระหว่างรูปแบบเดิมและรูปแบบที่พัฒนา สำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานแรกวินิจฉัย โรงพยาบาลภูเวียง จังหวัดขอนแก่น (ต่อ)

กิจกรรม	รูปแบบเดิม	รูปแบบที่พัฒนา
พบแพทย์	แพทย์สั่งจ่ายยาและนำมารับยา	4) ผู้ป่วยพบแพทย์ (Physician Dx)
จ่ายยาผู้ป่วย	เภสัชกรให้คำแนะนำการรับประทานยาที่ถูกต้องก่อนกลับบ้าน	5) ผู้ป่วยรับยา (Dispensary) การจ่ายยาผู้ป่วย จำแนกดังนี้ 5.1) ในกรณีผู้ป่วยที่แพทย์ไม่เปลี่ยนแปลงรายการยาและขนาด 5.2) กรณีผู้ป่วยได้รับการปรับขนาดยาหรือเปลี่ยนชนิดยา - สร้างนวัตกรรมช่วยส่งเสริมการรับประทานยา เช่น แผ่นพับยาเสมือนจริง และสติ๊กเกอร์ช่วยกินยากับผู้ป่วยที่มองฉลากไม่ชัด
การติดตาม	ไม่มี	6) การติดตาม (Monitoring) ยาของผู้ป่วยแบ่งออกเป็น 2 กรณี 6.1) ผู้ป่วยมารับบริการที่คลินิกเบาหวานตามบัตรนัดติดตาม 6.2) กรณีผู้ป่วยไม่มาตามนัดจะโทรศัพท์ติดตาม

ระยะที่ 3 ศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานแรกวินิจฉัย โรงพยาบาลภูเวียงจังหวัดขอนแก่น

1. จำแนกผู้ป่วยตามจำนวนยาที่ได้รับมาก่อนและระหว่างการศึกษาผู้ป่วยโรคเบาหวานแรกวินิจฉัยโรงพยาบาลภูเวียงจังหวัดขอนแก่น

จากการศึกษา การจำแนกผู้ป่วยตามจำนวนยาที่ได้รับก่อนเข้าร่วมการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยได้รับยาลดระดับน้ำตาลในเลือดจำนวน 1 ชนิด จำนวน 64 ราย

(ร้อยละ 39.02) รองลงมาคือได้รับยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือดร่วมกัน 2 ชนิด จำนวน 43 ราย (ร้อยละ 26.22) ผู้ป่วยได้รับยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือดร่วมกันมากกว่า 2 ชนิด จำนวน 40 ราย (ร้อยละ 24.39) และผู้ป่วยได้รับยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือดร่วมกับอินซูลินจำนวน 40 ราย (ร้อยละ 24.39) ตามลำดับ ส่วนเดือนที่ 2 ระหว่างการศึกษานั้นพบว่าผู้ป่วยได้รับยาลดระดับน้ำตาล 1 ชนิดเพิ่มขึ้นมีจำนวน 69 ราย (ร้อยละ 42.07) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยจำแนกตามจำนวนยาลดระดับน้ำตาลที่ได้รับก่อนและระหว่างการศึกษ (เดือนที่2) (n=164)

จำแนกผู้ป่วยตามจำนวนยาที่ได้รับ	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)	
	เดือน 0	เดือน 2
ยาลดระดับน้ำตาล 1 ชนิด	64 (39.02)	69(42.07)
ยาเม็ดลดระดับน้ำตาล 2 ชนิด	43 (26.22)	45(27.44)
ยาเม็ดลดระดับน้ำตาลมากกว่า 2 ชนิด	40(24.39)	33(20.12)
ยาลดระดับน้ำตาลร่วมกับอินซูลิน	17(10.37)	17(10.37)

2. ความถี่ของพฤติกรรมการใช้ยาตามแพทย์สั่ง ความคิดเห็นด้านลบต่อยา และปัจจัยที่เป็นอุปสรรคที่อาจทำให้ไม่สามารถมาพบแพทย์ตามนัดของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานเรื้อรัง วิทยาลัย โรงพยาบาลภูเวียง จังหวัดขอนแก่น

จากเดือนก่อนทำการศึกษ พบว่า ความถี่ของพฤติกรรมการใช้ยาตามแพทย์สั่ง ส่วนมากผู้ป่วยใช้ยาผิดขนาดจำนวน 16 ราย (ร้อยละ 9.76) ความคิดเห็นด้านลบต่อยา ส่วนใหญ่ผู้ป่วยกินยาแล้วรู้สึกไม่สบายตัว จำนวน 6 ราย (ร้อยละ 3.66) และปัจจัยที่เป็นอุปสรรคที่อาจทำให้ไม่สามารถมาพบ

แพทย์ตามนัด คือความลำบากในการมาพบแพทย์ จำนวน 10 ราย (ร้อยละ 6.10)

เดือนที่ 2 ของการทำการศึกษ พบว่าความถี่ของพฤติกรรมการใช้ยาตามแพทย์สั่งส่วนมากผู้ป่วยลืมกินยา จำนวน 10 ราย (ร้อยละ 6.10) ความคิดเห็นด้านลบต่อยา ส่วนใหญ่ผู้ป่วยกินยาแล้วรู้สึกไม่สบายตัว จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 3.05) และปัจจัยที่เป็นอุปสรรคที่อาจทำให้ไม่สามารถมาพบแพทย์ตามนัด คือความลำบากในการมาพบแพทย์ จำนวน 8 ราย (ร้อยละ 4.88) รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละ ของพฤติกรรมการใช้ยาตามแพทย์สั่งความคิดเห็นด้านลบต่อยา และปัจจัยที่เป็นอุปสรรคที่อาจทำให้ไม่สามารถมาพบแพทย์ตามนัดของกลุ่มตัวอย่าง (n=164)

พฤติกรรม ความคิดเห็นและปัจจัย ที่เป็นอุปสรรค	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)	
	เดือน 0	เดือน 2
พฤติกรรมไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่ง		
ลืมกินยา	13(7.93)	10(6.10)
ใช้ยาผิดขนาด	16(9.76)	9(5.49)
ไม่กินยาบางรายการ	7(4.27)	5(3.05)
ยาหมดก่อนพบแพทย์	3(1.83)	6(3.66)
ปรับยาเอง	6(3.66)	3(1.83)
ความคิดเห็นด้านลบต่อยา		
กินยาแล้วรู้สึกไม่สบายตัว	6(3.66)	5(3.05)
กินยานานไม่ได้ผล	5(3.05)	2(1.22)
ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคที่อาจทำให้ไม่สามารถ มาพบแพทย์ตามนัด		
ความลำบากในการมาพบแพทย์	10(6.10)	8(4.88)

3. ผลลัพธ์ค่าทางห้องปฏิบัติการ ก่อนเริ่มทำการศึกษาค่า (เดือน 0) และครบ เดือนที่ 2 ระหว่างการศึกษากลุ่มผู้ป่วย โรคเบาหวานแรกวินิจฉัย โรงพยาบาลภูเวียง จังหวัดขอนแก่น

จากเดือนก่อนทำการศึกษาค่า พบว่า ค่าทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยโรคเบาหวานแรกวินิจฉัย มีค่า FBS ส่วนมากอยู่ระหว่าง 161 –180 mg/dl จำนวน 64 ราย (ร้อยละ 39.02) ส่วนค่า HbA1c มีค่าระหว่าง 6-7%

พบมากในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 86 คน (ร้อยละ 52.44)

เดือนที่ 2 ของการทำการศึกษาค่า พบว่า ค่าทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วย โรคเบาหวานแรกวินิจฉัย มีค่า FBS ส่วนมาก อยู่ระหว่าง 161 –180 mg/dl จำนวน 46 ราย (ร้อยละ 28.05) ส่วนค่า HbA1c มีค่าระหว่าง 6-7% พบมากในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 94 คน (ร้อยละ 57.32) รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของผลตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยก่อนเริ่มทำการศึกษา (เดือน 0) และครบเดือนที่ 2 ระหว่างการศึกษากลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานแรกวินิจฉัย โรงพยาบาลภูเวียง จังหวัดขอนแก่น (n=164)

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)	
	เดือน 0	เดือน 2
FBS (mg/dl)		
110 - 130	28 (17.07)	35 (21.34)
131 - 150	33 (20.12)	38 (23.17)
141-160	39 (23.78)	45 (27.44)
161 -180	64 (39.02)	46 (28.05)
HbA1c (%)		
6-7	86 (52.44)	94 (57.32)
8-9	78 (47.56)	70 (42.68)
LDL (mg/dl)		
120 - 140	37 (22.56)	59 (35.98)
141 - 160	54 (32.93)	61 (37.19)
161 - 180	73 (44.51)	44 (26.83)
Creatinine (mg/dl)		
0.5 – 0.6	89 (54.26)	85 (51.83)
0.7 – 0.8	75 (45.73)	79 (48.17)

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

1. ศึกษาปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานแรกวินิจฉัย โรงพยาบาลภูเวียง จังหวัดขอนแก่น

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานแรกวินิจฉัยระยะเวลาไม่เกิน 1 ปี จำนวน

164 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 51-60 ปี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากโรคเบาหวานมักพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของหลายงาน^{2,3,6} กลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาสูงสุดในระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกรรม การประกอบอาชีพมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง เนื่องจากต้องรับประทานอาหารเพื่อ

เพิ่มพลังงานและอาจรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา⁴ ส่วนใหญ่ระยะเวลาในการได้รับวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานเป็นเวลา 1 ปี และไม่มีภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากระยะเวลาในการได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานไม่นาน ทำให้ไม่พบภาวะแทรกซ้อน เพราะภาวะแทรกซ้อนเกิดในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานมานานอย่างน้อย 5 ปีขึ้นไป¹ ค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างเฉลี่ย 24.3 กก/ม² พบว่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในเกณฑ์ของภาวะน้ำหนักเกิน ค่าทางห้องปฏิบัติการมีค่าดังนี้ ค่า FBS ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 161 -180mg/dl ค่า HbA1c อยู่ระหว่าง 6 – 7% ค่า LDL อยู่ระหว่าง 161 – 180 mg/dl ค่า Creatinine อยู่ระหว่าง 0.5 - 0.6 mg/dl ส่วนจำนวนรายการยาที่ได้รับเฉลี่ย 3.5 รายการ มีความแตกต่างจากผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม มักได้รับยาหลายขนาน เพราะมีความสัมพันธ์กับโรคร่วมที่ต้องรักษาไปพร้อมกัน โดยเฉลี่ยมากกว่า 4 รายการต่อคน⁴ ปัญหาที่ส่งผลต่อประสิทธิผลในการป้องกันและดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานแรกวินิจฉัย พบว่าปัจจัยด้านบุคคลของผู้ป่วยเบาหวานแรกวินิจฉัย มีความรู้เรื่องเบาหวานในระดับดีมาก และความเชื่อด้านสุขภาพถูกต้องในระดับดี อาจเกิดจากการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอของกิจกรรมปกติที่โรงพยาบาลดำเนินการในคลินิกเบาหวาน ส่วนทางด้านภาวะอารมณ์และความเครียด อยู่ระดับปานกลาง ปัจจัยด้านการสนับสนุน

พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนระดับปานกลางในการมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัวและชุมชน ส่วนการสนับสนุนจากการมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุขในระดับดี ปัจจัยด้านพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยการปฏิบัติตนเรื่องการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง โดยการออกกำลังกายของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ไม่คุ้นเคย ส่งผลให้การออกกำลังกายของผู้ป่วยเบาหวานมีน้อย ทั้งที่การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ เพราะร่างกายจะใช้น้ำตาลได้มากกว่าเดิม มีผลดีระยะยาว⁷

ความร่วมมือในการใช้ยา โดยใช้แบบประเมิน The Morisky Medication Adherence Scale ของผู้ป่วยโรคเบาหวานแรกวินิจฉัย โรงพยาบาลสุเวียง จังหวัดขอนแก่น พบว่าความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยไม่เต็มรับประทานยาก่อนมาพบแพทย์ในวันถัดมา และไม่ลืมพกยาไปด้วยเมื่อเดินทางออกนอกบ้านหรือไปเที่ยว ทั้งนี้เกิดจากความรับผิดชอบต่อตนเองและกังวลว่าบุคลากรทางการแพทย์จะว่ากล่าวเรื่องการรับประทานยา ส่วนการออกนอกบ้านส่วนใหญ่จะมีผู้ดูแลคอยตักเตือนหรือมีการแบ่งยาเพื่อพกพาออกมาไว้ต่างหาก ส่วนความร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างที่มีน้อยที่สุดคือการเคยลืมรับประทานยา จากการสอบถามเพิ่มเติมพบว่า ผู้ป่วยที่ลืมรับประทานยาจะอยู่ตามลำพัง ไม่มีผู้ดูแล

และจำนวนรายการยาที่มีมากกว่า 1 รายการ
รับประทานต่างเวลากันทำให้เกิดความสับสน
จนลืมรับประทาน

2. การพัฒนารูปแบบส่งเสริมความ
ร่วมมือในการใช้ยาแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน
แรกวินิจฉัย โรงพยาบาลภูเวียง จังหวัด
ขอนแก่น

ผู้วิจัยได้ร่วมกับสหวิชาชีพ ในการ
ปรับรูปแบบส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยา
แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานแรกวินิจฉัย
โรงพยาบาลภูเวียง จังหวัดขอนแก่น ผู้วิจัยได้
ร่วมมือกับสหสาขาวิชาชีพสังเคราะห์
องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบระบบการ
จัดรูปแบบส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยา
แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานแรกวินิจฉัย โดย
กำหนดปัจจัยแห่งความสำเร็จ ประกอบด้วย
6 กระบวนการ (process) ได้แก่ 1) ตรวจพบ
ประวัติ (Screening) 2) จัดกิจกรรมเสริมสร้าง
สุขภาพระหว่างรอตรวจ (Health promotion
activities) 3) การแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม
(Organization /Orientation) 4) ผู้ป่วยพบ
แพทย์ (Physician diagnosis) 5) ผู้ป่วยรับ
ยา (Dispensary) และ 6) การติดตาม
(Monitoring) หรือ เรียกสั้นๆ ว่า SHOP - DM
Model

3. ศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบ
ส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาแก่ผู้ป่วย
โรคเบาหวานแรกวินิจฉัย โรงพยาบาลภูเวียง
จังหวัดขอนแก่น

3.1 จำแนกผู้ป่วยตามจำนวนยาที่
ได้รับก่อนและระหว่างการศึกษาผู้ป่วย
โรคเบาหวานแรกวินิจฉัย โรงพยาบาลภูเวียง
จังหวัดขอนแก่นการจำแนกผู้ป่วยตามจำนวน
ยาที่ได้รับก่อนเข้าร่วมการศึกษา พบว่า ส่วน
ใหญ่ผู้ป่วยได้รับยาลดระดับน้ำตาลในเลือด
จำนวน 1 ชนิด หลังจากดำเนินการศึกษา
ตามรูปแบบใหม่ที่ได้รับการพัฒนาครบ
2 เดือน พบว่ามีผู้ป่วยได้รับยาลดระดับ
น้ำตาล 1 ชนิดเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 42.07

3.2 ความถี่ของพฤติกรรมการใช้
ยาตามแพทย์สั่ง ความคิดเห็นด้านลบต่อยา
และปัจจัยที่เป็นอุปสรรคที่อาจทำให้ไม่
สามารถมาพบแพทย์ตามนัดของกลุ่มผู้ป่วย
โรคเบาหวานแรกวินิจฉัย โรงพยาบาลภูเวียง
จากเดือนก่อนทำการศึกษา พบว่าความถี่
ของพฤติกรรมการใช้ยาตามแพทย์สั่ง
ส่วนมากผู้ป่วยใช้ยาผิดขนาด รองลงมาคือ
ผู้ป่วยลืมกินยา พบว่าความคิดเห็นด้านลบ
ต่อยา เดือนที่ 2 พฤติกรรมการใช้ยาตาม
แพทย์สั่งลดลง ทั้งนี้เกิดจากการเน้นย้ำเรื่อง
การปรับเปลี่ยนยา รูปแบบยา ที่เภสัชกรเน้น
ให้เห็นชัดเจนทำให้ผู้ป่วยกินยาได้ถูกต้องมาก
ขึ้น เดือนก่อนทำการศึกษาและเดือนที่ 2
ความคิดเห็นด้านลบต่อยาลดลง และปัจจัยที่
เป็นอุปสรรคที่อาจทำให้ไม่สามารถมาพบ
แพทย์ตามนัด คือความลำบากในการมาพบ
แพทย์ ไม่มีการเปลี่ยนแปลง สาเหตุ
เนื่องมาจากอุปสรรคของพื้นที่อำเภอภูเวียงที่
กว้างการเดินทางเข้ารับบริการเป็นอุปสรรคที่

สำคัญเนื่องจากรถประจำทางมีน้อยการแก้ไข ปัญหาในพื้นที่ปัจจุบันคือเน้นการส่งผู้ป่วย เข้ารับบริการใกล้บ้าน คือ โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อลดปัจจัยที่เป็น อุปสรรคสำคัญของผู้ป่วย

3.3 ผลลัพธ์ค่าทางห้องปฏิบัติการ ก่อนเริ่มทำการรักษา (เดือน 0) และครบ เดือนที่ 2 ระหว่างการศึกษากลุ่มผู้ป่วย โรคเบาหวานแรกวินิจฉัย โรงพยาบาลภูเวียง จากเดือนก่อนทำการรักษา และเดือนที่ 2 พบว่า ค่าทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วย เบาหวานแรกวินิจฉัย มีค่า FBS ส่วนมาก ลดลงอยู่ในช่วง 141-160 mg/dl ส่วนค่า HbA1c มีค่าระหว่าง 6-7% ส่วนค่า LDL มี ค่าลดลงในเดือนที่ 2 อยู่ระหว่าง 141-160 mg/ ส่วนค่า Creatinine เดือนก่อนทำการรักษา และเดือนที่ 2 ส่วนใหญ่มีค่าระหว่าง 0.5 – 0.6 mg/dl จากผลของค่าทางห้องปฏิบัติการ พบว่าค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) มีค่า ลดลงในเดือนที่ 2 ส่วนค่าระดับน้ำตาลใน เม็ด เลือด (HbA1 C) ทั้ง เดือน ก่อน ทำการ รักษา และเดือนที่ 2 อยู่ใน ช่วงปกติ เป็นค่าระดับน้ำตาลที่สะท้อนถึงค่าน้ำตาลที่ แท้จริงมากกว่าค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ส่วนค่า LDL และค่า Creatinine ทั้ง เดือนก่อนทำการรักษาและเดือนที่ 2 อยู่ใน เกณฑ์ปกติ ทั้งนี้เป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างเป็น ผู้ป่วยโรคเบาหวานแรกวินิจฉัย ระยะเวลาไม่ เกิน 1 ปี รวมไปถึงระยะเวลาการนัดติดตาม ผลระยะเวลา 2 เดือนเป็นเวลาระยะสั้น ๆ

การดูแลตนเองและการกินยาของผู้ป่วยจึงมี ความใส่ใจพร้อมกับการวางระบบในคลินิกที่ มีการนัดติดตาม จึงไม่พบค่าทาง ห้องปฏิบัติการที่มีความผิดปกติสะท้อนให้ เห็นภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน สรุปผล การศึกษาปัญหาที่ส่งผลต่อความร่วมมือใน การใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานแรกวินิจฉัย โรงพยาบาลภูเวียง จังหวัดขอนแก่น ทำให้ ทราบปัญหาของผู้ป่วยในพื้นที่จากนั้นนำผล ที่ได้ไปสู่การพัฒนารูปแบบส่งเสริมความ ร่วมมือในการใช้ยาแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน แรกวินิจฉัยที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวาน อันจะช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของ ผู้ป่วย ตั้งแต่เริ่มได้รับการวินิจฉัยจนกระทั่งถึง การติดตามเยี่ยมผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วย เบาหวานแรกวินิจฉัยในพื้นที่อำเภอภูเวียงใช้ ยาได้ถูกต้อง มีผลทางห้องปฏิบัติการอยู่ใน เกณฑ์ปกติรูปแบบส่งเสริมความร่วมมือใน การใช้ยาแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานแรกวินิจฉัยที่ พัฒนาขึ้นนี้สามารถนำไปปรับใช้พื้นที่อื่น ต่อไปได้

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่สละ เวลาเพื่อให้ข้อมูลที่สำคัญต่อการดำเนินการ วิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. สำนักงานโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. **โรคเบาหวาน**. (ออนไลน์) สืบค้นเมื่อ 16มิถุนายน 2561 จาก <http://www.ncd.ddc.moph.go.th>. 2561.
2. ภาวนา กิริติยวงศ์. **การส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานในระดับโรงพยาบาลประจำจังหวัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่บัณฑิต วิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล; 2537.
3. อารมย์ พรหมดี. **การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมุกดาหาร**. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2552
4. Grant, R.W., Devita, N.G., Singer, D.E., & Meigs, J.B. Polypharmacy and medication adherence in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 2003; 26(5).
5. Best, J. W. **Research in Education**. 3rd. India, New Delhi: Prentice Hall, Inc. 1978.
6. ทวีวรรณ กิ่งโคกกรวด. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานโรคเบาหวาน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2540.
7. เทพ หิมะทองคำ และคณะ. **การทบทวนองค์ความรู้เบาหวานและน้ำตาลในเลือดสูง**. กรุงเทพฯ: สำนักกิจการโรงพยาบาล องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2548.

การพัฒนาแนวทางอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ในการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

อรวรรณ ศรีเกิน¹, มิ่งขวัญ ภูหงษ์ทอง², พรรณิภา ไชยรัตน์³

บทคัดย่อ

วิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในระบบการดูแลระยะยาว ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์แพทย์ประสาทโมทร อำเภอมะนัง จังหวัดขอนแก่นเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ระยะที่ 2 พัฒนาแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะที่ 3 ประเมินผล ใช้แบบเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ และแนวทางเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ระหว่างเดือนมกราคม 2562- พฤศจิกายน 2562 ผลการศึกษาอธิบาย 3 ส่วนประกอบด้วย ลักษณะกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการการดูแลระยะยาว ได้แก่ กลุ่มที่ต้องการการดูแลฉุกเฉิน กลุ่มป่วยเรื้อรังติดเตียง และกลุ่มที่ต้องการให้การดูแลที่ยั่งยืน ชับซ้อน งานบริการหลักสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้แก่ การดูแลสุขภาพที่บ้าน การดูแลต่อเนื่อง และการดูแล ช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินและบทบาทหน้าที่หน่วยงาน กลุ่มองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลระยะยาว ได้แก่ หน่วยบริการสุขภาพทั้งระดับปฐมภูมิ ถึงตติยภูมิ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและอาชีพผู้สูงอายุ นำใช้ประโยชน์จากงานวิจัย โดยนำรูปแบบ วิธีการ รวมทั้งผลการวิจัยในพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน รวมถึงการต่อยอดงานวิจัยในประเด็นอื่นได้อีกด้วย

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, ระบบการดูแลระยะยาว, อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

²นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

³พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

Corresponding Author: Orawan Srikoen. Email: 00kaew0032@gmail.com

DEVELOPMENT OF GUIDELINE COMMUNITY CARE BY CAREGIVERS: LONG TERM CARE SYSTEM FOR DEPENDENT ELDERLY

Orawan Srikoen¹, Mingkhuan Phuhongtong², Punnipa Chairat³

ABSTRACT

The studied aims to develop guidelines for caring elderly dependent by care givers volunteers in the long-term care system. In the area of responsibility of Pracha Samosorn Medical Center, Mueang District, Khon Kaen Province. This is Action research, divided into 3 phases, which are 1st Phase situation analysis, 2nd Phase develop guidelines for caring elderly dependent, and 3rd Phase evaluation. Use the quantitative data and quality data collections. The data collected between January 2019 - November 2019. The findings revealed three parts include (1) target groups that need long-term care are groups which are that needs Emergency care Chronic illness and bedbound and groups that require complex care (2) Health services for elderly dependent is home health care, Ongoing care and emergency care. Finally, Roles and responsibilities of departments, groups, organizations related to long-term care, including health services from primary to tertiary, local administration organizations and Elderly and Quality of Life Development Center. Take advantage of the research by using the model, methodology, and research results in areas with similar contexts Including the extension of research on other issues as well.

Key words: Dependent elderly, Long-term care system, Care giver

¹ Registered Nurse, Professional Level, Khon Kaen Hospital

² Public Health Technical Officer, Professional Level, Khon Kaen Provincial Health Office

³ Registered Nurse, Professional Level, Khon Kaen Provincial Health Office

บทนำ (Introduction)

ประชากรผู้สูงอายุระดับโลกในปี ค.ศ. 2000 มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 901 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 48 คาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2030 จะสูงถึงร้อยละ 56 หรือ 1.4 ล้านคน และปี ค.ศ. 2050 จะสูงถึง 2.1 ล้านล้านคน¹ นอกจากอายุคาดเฉลี่ยที่สูงขึ้น ประชากรก็มีอายุที่ยืนยาวขึ้น สอดคล้องกับประชากรอายุมากกว่า 80 ปีจะสูงขึ้นมากกว่า 3 เท่าจากปี ค.ศ. 2015 คือ 125 ล้านคน เป็น 434 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2050 ส่วนใหญ่เพศหญิงมากกว่าชาย และอาศัยอยู่ในเขตเมือง

ประชากรผู้สูงอายุไทย พบว่าจำนวนผู้สูงอายุมีการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 4 ล้านคน หรือ ร้อยละ 6.8 ในปี 1994 เป็น 10 ล้านคนหรือ ร้อยละ 14.9 ในปี 2014² และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 20.5 ล้านคน หรือ ร้อยละ 35.1 ในปี ค.ศ. 2040 จากโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ซึ่งเป็นผลมาจากอัตราเพิ่มของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงขึ้นถึง 4.1 อัตราการเจริญพันธุ์ลดลง อัตราเกิดลดลง ประชากรมีอายุที่ยืนยาวขึ้น โดยพบว่า อายุเฉลี่ยประชากรไทยสูง 75 ปีในปี ค.ศ. 2012³ และสัดส่วนประชากรอายุ 80 ปีขึ้นไป จะเพิ่มขึ้นกว่า 2 เท่าจากในปี ค.ศ. 2020 ถึงปี ค.ศ. 2030 แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงประชากรแสดงให้เห็นว่าประเทศไทยได้ถูกจัดอยู่ในกลุ่มสังคมสูงวัย ซึ่งทุกฝ่ายควรต้องวางแผนทั้งเชิงรุกและเชิงรับกับ

ความเสี่ยงที่มากับการเข้าสู่วัยสูงอายุ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงสถานะสุขภาพที่หลากหลายซับซ้อน ทั้งในระดับชีวภาพ ความเกี่ยวข้องกับเซลล์ในร่างกาย อายุที่มากขึ้น ระบบภูมิคุ้มกันที่อ่อนแอลง กำลังหรือแรงในร่างกายอ่อนลง เสี่ยงต่อการเกิดโรคที่มีความแตกต่างกัน โดยเฉพาะผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพร่วมด้วย เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รับประทานอาหารไม่ถูกสุขลักษณะ การเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่มีการสูญเสียคนใกล้ชิด บทบาทในสังคมเปลี่ยนไป ทำให้สุขภาพและความผาสุกของผู้สูงอายุเสื่อมลง ยังพบว่าผู้สูงอายุมีความพิการและเป็นผู้ที่ขึ้นทะเบียนเป็นคนพิการถึงร้อยละ 6 ส่วนใหญ่เป็นความพิการทางกาย รองลงมาเป็นความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย และการมองเห็น ตามลำดับ⁴ ผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในระดับต่างๆ ในปี ค.ศ. 2009 มีจำนวน 140,000 คน และจะเพิ่มเป็น 240,000 คน ในปี 2019 ตามลำดับ⁵ ความเจ็บป่วย การพึ่งพิง ความพิการ ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายสุขภาพต่อหัวประชากรที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วหนึ่งในหลายสาเหตุคือการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายบริการในผู้สูงอายุโดยรวม ซึ่งประกอบด้วยค่าใช้จ่ายด้วยกลุ่มที่เสียชีวิต ซึ่งจะสูงกว่ากลุ่มผู้ไม่เสียชีวิตหลายเท่า เนื่องจากการใช้ยา การบริการทางการแพทย์ที่มีเทคโนโลยีสูง และแพง ถูกใช้ในกลุ่มก่อนเสียชีวิตเป็นหลักไม่ว่าจะอายุเท่าใด แต่อัตราการเสียชีวิตส่วนใหญ่ก็เป็นกลุ่มสูงอายุ

ปี พ.ศ. 2559 รัฐบาลได้จัดสรรงบประมาณให้กับ สปสช. ในการดำเนินโครงการฯ ขยับเคลื่อนโดยการใช้โครงสร้างการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กองทุนตำบล) ซึ่งบริหารจัดการโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สปสช. ได้จัดสรรงบประมาณไปตามกองทุนตำบลที่มีความพร้อม 1,000 แห่ง เพื่อทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการแทนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ และจัดสรรงบประมาณให้แก่หน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในฐานะผู้จัดบริการประมาณ 1,000 แห่ง เพื่อเตรียมความพร้อมของระบบบริการ พัฒนาศักยภาพเครือข่ายการประเมินคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามแบบการประเมินความสามารถในการใช้เครื่องมือประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยมีเป้าหมายให้ครอบคลุมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างน้อย 4 ประเภท คือ 1) ติดบ้าน 2) ติดบ้านและมีภาวะสมองเสื่อม 3) ติดเตียงและ 4) ติดเตียงและมีภาวะสมองเสื่อม และการจัดทำแผนการดูแล (care plan) สำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละรายตามชุดสิทธิประโยชน์ศูนย์แพทย์ประจำสโมสร ในฐานะหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นเครือข่ายบริการสุขภาพของโรงพยาบาลขอนแก่นเข้าร่วมจัดบริการในระบบดูแลระยะยาวโดยมีผู้สูงอายุในการดูแลทั้งสิ้น 2,305 คน แบ่งเป็นผู้สูงอายุติดสังคม 2,223 คน (96.44%) ติดบ้าน 68 คน (2.95%) ติดเตียง 14 คน

(0.61%) เจ็บป่วยโรคหรือร้งจำนวน 1,536 คน (66.64%) ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด ระบบบริการผู้สูงอายุที่มีอยู่ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเฉียบพลันเร่งด่วน (acute care) การดูแลระยะกลาง (Intermediate care) และบริการระยะยาว (Long-term care) เป็นบริการทางการแพทย์และบริการด้านสังคมที่จัดโดยสหสาขาวิชาชีพ มีเป้าหมายเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยให้กลับมาดำรงชีวิตอิสระให้ได้มากที่สุด ลดการนอนในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น ลดการพึ่งพิงบริการระยะยาวในรายที่ฟื้นฟูสมรรถภาพกลับมาได้ และรวมถึงป้องกันไม่ให้เกิดความพิการอย่างถาวร การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงประกอบด้วย การดูแลแบบฉุกเฉิน บริการบำบัดฟื้นฟูร่างกาย ซึ่งทำได้ในรูปแบบ 1) การช่วยเหลือด้วยกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ สวัสดิการ ส่งเสริมอาชีพ และเพิ่มรายได้ กิจกรรมทางสังคม ซึ่งเหมาะสมกับผู้สูงอายุที่ไปไหนมาไหนได้และผู้สูงอายุวัยต้น 2) การช่วยเหลือให้สามารถทำกิจวัตรประจำวัน เผื่อระวังป้องกันการล้มหรือการถูกรถทำรุนแรง การถูกทอดทิ้ง การกักขังให้ได้รับยาอย่างต่อเนื่อง การมีคนอยู่เป็นเพื่อน การฟื้นฟูสภาพหลังการเจ็บป่วย 3) การดูแลเผื่อระวังอาการตลอดเวลาในทุกด้าน 4) การดูแลที่มีความซับซ้อนมากขึ้น ต้องการคนดูแลเป็นส่วนใหญ่ หรือ เกือบตลอดเวลา^{7,8,9} ที่ผ่านมา การดูแลสนับสนุนดังกล่าวต้อง

อาศัยอาสาสมัครที่ผ่านการฝึกอบรมเฉพาะ เป็นกลไกหลักในการดูแล ช่วยเหลือทั้งใน ลักษณะการประสานหน่วยงาน องค์กรเข้าไป ช่วยเหลือ การเข้าไปดูแลเองโดยตรง ซึ่งใน ระบบการดูแลระยะยาว โดยศูนย์แพทย์ ประชาสโมสรม มีการดำเนินการมาระยะหนึ่ง แล้ว แต่ยังขาดความชัดเจนในรูปแบบ วิธี ทำงาน โดยเฉพาะส่วนของผู้ที่มิพบาทุเล ผู้สูงอายุ ทั้งอาสาสมัคร หน่วยงาน องค์กรที่ เกี่ยวข้อง เพื่อความครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและครอบครัว จึงทำการศึกษา แนวทาง อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ในการ ดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยอาสาสมัครดูแล ผู้สูงอายุในระบบการดูแลระยะยาว ในเขต พื้นที่รับผิดชอบของศูนย์แพทย์ประชาสโมสรม อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น มุ่งให้ เกิดข้อเสนอแนวทางการพัฒนาอาสาสมัคร ในรูปแบบที่คล้ายกันในการดูแลกลุ่ม ประชากรอื่น หรือเป็นแนวทางในการพัฒนา รูปแบบเดียวกันในพื้นที่อื่นได้ รวมถึงการเพิ่ม ประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิง และความครอบคลุมในการดูแลในทุก มิติของความต้องการในทุกด้านต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิง ปฏิบัติการ (Action research)แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์ สถานการณ์ ประกอบด้วยการศึกษาบริบท ชุมชน เส้นทางการพัฒนาระบบการดูแลระยะ ยาวสำหรับผู้สูงอายุผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วย กลุ่มอาสาสมัครที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ใน ภาวะพึ่งพิง จำนวน 10 คน และผู้เกี่ยวข้อง อื่น เช่น ผู้รับผิดชอบกองทุนสุขภาพตำบล กองทุนระบบการดูแลระยะยาว จากเทศบาล นครขอนแก่น บุคลากรในศูนย์แพทย์ประชา สโมสรมได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักวิชาการ สาธารณสุข เป็นต้น และ อาสาสมัคร สาธารณสุข(อสม.)ระยะที่ 2 พัฒนาแนวทาง ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนได้แก่การวางแผน การปฏิบัติการการสะท้อนการปฏิบัติการ และการปรับปรุง แผนการปฏิบัติการ ผู้ร่วม วิจัย ประกอบด้วย บุคลากรของศูนย์แพทย์ ประชาสโมสรม อาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง จำนวน 10 คน และผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะ พึ่งพิงและครอบครัว 64คน ระยะที่ 3 ประเมินผล เป็นการประเมินประสิทธิผล แนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระยะเวลาดำเนินการ ตั้งแต่เดือน มกราคม 2562- พฤศจิกายน 2562 รวมเวลาที่ใช้ใน การศึกษา 11 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 1) เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แบบสำรวจภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 2) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพได้แก่ ผู้วิจัยซึ่งเป็นบุคลากรสังกัดศูนย์แพทย์ประสาทโมสร รับผิดชอบงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เข้าถึงข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม โดยใช้แนวคำถามเชิงโครงสร้าง ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในพื้นที่ และเส้นทางการพัฒนาแนวทางการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานผู้สูงอายุ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน และ ร้อยละ ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) และการตีความจากข้อมูลที่ได้จากการสังเกต การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม รวมทั้ง ใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้า (triangulation) เป็นการตรวจสอบความถูกต้อง ตรงกันของข้อมูลที่มาจากหลายแหล่ง ได้แก่ บุคคล เวลา และสถานที่ การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นเลขที่ KEC 62074/2562 ลงวันที่ 16 กันยายน 2562

ผลการวิจัย (Result)

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์

ศูนย์แพทย์ประสาทโมสร รับผิดชอบประชากรจำนวน 10,325 คนเป็นผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) จำนวน 2,305 คน (21.53%) ของประชากรทั้งหมด ได้รับการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 1,792 คน (77.74%) ของผู้สูงอายุทั้งหมดพบว่าเป็นกลุ่มติดสังคม (คะแนน ≥ 12) 1,798 คน (96.44%) ติดบ้าน (คะแนน 5-11) 53 คน (2.95%) ติดเตียง (คะแนน 0-4) 11 คน (0.61%) เจ็บป่วยโรคเรื้อรังจำนวน 1,536 คน (66.64%) ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด โรคเรื้อรังที่พบ 3 อันดับแรก คือ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวานและความดันโลหิตสูง ข้อเสื่อม ตามลำดับผลการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุนี้นี้ (1) โรคเบาหวาน พบความเสี่ยง และเสี่ยงสูงจำนวน 233 คน (11.81%) (2) กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด พบความเสี่ยงสูง สูงมาก และสูงอันตรายจำนวน 156 คน (7.91%) ไม่พบคนผิดปกติในการคัดกรองซึมเศร้าและสมองเสื่อม และคัดกรองข้อเข่าเสื่อม พบผิดปกติจำนวน 3 คน (0.17%) มีความพิการทางร่างกายและการเคลื่อนไหวจำนวน 50 คน (2.79%) และพิการทางการได้ยินและการสื่อสารจำนวน 28 คน (1.56%) สถานการณ์อยู่อาศัยในครัวเรือนสำรวจ 1,792 คนพบว่า ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ร่วมกับลูกหลานหรือเครือญาติจำนวน 1,901 คน (96.40%) ผู้สูงอายุอยู่

ด้วยกันเพียงลำพังจำนวน 64 คน (3.25%) และพบว่า ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับเด็กเล็ก หรือ คนพิการ หรือผู้ที่มีประวัติเสี่ยงสารเสพติด จิตเวช และอื่น ๆ จำนวน 7 คน (0.35%) ผล การศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพพบปัญหา ผู้สูงอายุในพื้นที่ และเส้นทางการพัฒนาแนวทางการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินงานผู้สูงอายุ ดังนี้

-ปี พ.ศ. 2558 ศูนย์แพทย์ประสาท สโมสร ดูแลผู้สูงอายุตามนโยบาย คัดกรอง เยี่ยมบ้านโดย มีการ คัดกรองผู้สูงอายุ แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ 3 กลุ่ม ติดสังคม/ติดบ้าน/ ติดเตียง มีการจัดบริการเยี่ยมบ้าน ตรวจ รักษาเบื้องต้น และสนับสนุนการรวมกลุ่มทำ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

-ปี พ.ศ. 2559-2560 มีนโยบาย Long Term Care ดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง (สิทธิหลักประกันสุขภาพ) กำหนดให้มีการจัดอบรมพัฒนาทักษะ ผู้จัดการดูแล (Care manager:CM) และ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (Care giver:CG) ซึ่งเป็นเงื่อนไขการพัฒนากระบวนการดูแล ผู้สูงอายุระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ใน ภาวะพึ่งพิง มีการจัดการข้อมูล จำแนก ปัญหาและความต้องการบริการสุขภาพของ ผู้สูงอายุโดยใช้การประเมินความสามารถใน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และคัดแยกกลุ่ม ที่มีระดับคะแนน 0-11 เป็น 4 กลุ่มด้วย เครื่องมือ TAI จัดทำแผนการดูแล (care plan)ผ่านระบบโปรแกรม ของกรมอนามัย

ลงทะเบียนผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงผ่านระบบ โปรแกรม LTC ของ สปสช.จากผลการศึกษา การดำเนินงานศูนย์แพทย์ประสาทสโมสร จะ เห็นได้ว่าผู้สูงอายุในพื้นที่ที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ได้รับการดูแลไม่ ครอบคลุม และไม่ต่อเนื่อง ระบบการดูแลที่ บ้านเป็นแบบเยี่ยมบ้านทั่วไป ไม่มีเจ้าของ คนใช้ CG ไม่เพียงพอต่อการให้บริการ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน เนื่องจาก CG ลาออก ย้ายที่อยู่ไปต่างจังหวัด CG ต้อง ข้ามไปดูแลชุมชน เกิดความไม่สะดวก บางครั้งเกิดปัญหากับ อสม.ในพื้นที่ของ ผู้สูงอายุที่ข้ามเขตไปดูแลด้านข้อมูลและ ระบบโปรแกรมพบว่าระบบโปรแกรมการ เยี่ยมบ้าน การลงข้อมูลซ้ำซ้อน ลงทะเบียน สปสช.และกรมอนามัย ข้อมูลไม่มีการ เชื่อมโยงกัน ด้านการทำ care plan ยุ่งยาก ใช้เวลาในการทำมากในแต่ละราย

ระยะที่ 2 ขั้นปฏิบัติการ

เป็นการดำเนินการต่อเนื่อง มาจาก ระยะที่ 1 ดังนี้ 1) การสร้างทีมวิจัยในพื้นที่ ผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วย บุคลากรของศูนย์ แพทย์ประสาทสโมสร CM อาสาสมัคร สาธารณสุข CG ผู้นำชุมชน โดยเริ่มจากการ จัดประชุมร่วมกัน เพื่อแลกเปลี่ยนความ คิดเห็น เสนอแนวทางการแก้ไขปัญหา วางแผน การดำเนินงาน เพื่อให้การดูแล ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงใช้แนวคิดการ ทำงานแบบมีส่วนร่วมทั้งกลุ่มสหสาขา วิชาชีพ (แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด

เภสัชกร เป็นต้น) และกลุ่ม องค์การภาคประชาชน 2) ดำเนินการในระยะปฏิบัติตามแผน สะท้อนผลการปฏิบัติโดยใช้การประชุมสรุปผลการดำเนินงานประจำเดือน การทำ case conference และได้ปรับปรุงแผนการดำเนินการ แก้ไขปัญหา และนำไปสู่การปฏิบัติใหม่ ในทุกรอบเดือนที่พบสถานการณ์ที่เป็นปัญหา อุปสรรค เงื่อนไขที่ส่งผลกระทบต่อการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระยะนี้ได้ดำเนินการ 2 วงรอบ ผลการดำเนินงานแต่ละวงรอบมีรายละเอียด ดังนี้

วงรอบที่ 1

1) การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่คัดเลือกจากอสม. ที่สมัครใจปฏิบัติงานในบทบาทนี้มีการฝึกอบรมตามหลักสูตรมาตรฐานกรมอนามัย 70 ชั่วโมง ประเมิน กำกับติดตามทั้งส่วนทักษะ และความรู้ ทั้งแบบสัปดาห์ในชั้นเรียน และเป็นพี่เลี้ยงเมื่อลงพื้นที่ดูแลสุขภาพที่บ้าน และร่วมกำหนดแนวทาง บทบาทการทำงาน และเสริมความรู้นอกเหนือจากหลักสูตร คือ การประเมิน ADL และการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะโรค การใช้ยาและอาหารเสริมในผู้สูงอายุการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุโรคที่พบในผู้สูงอายุ และการดูแลสังคมผู้สูงอายุกับประเด็นปัญหา การใช้แบบประเมิน TAI (Typology of Aged with Illustration) ในการประเมินสถานะของผู้สูงอายุมุ่งถึงการฝึกปฏิบัติทั้งในคลินิก และในชุมชน

2) ด้านการบริการ มีการดำเนินการดังนี้ (1) จัดทีมสหสาขาวิชาชีพติดตามเยี่ยมบ้านโดยจัดแบ่งตามความจำเป็นของภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ (2) แต่งตั้งคณะกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และกำหนดแผนปฏิบัติการ (3) จัดประชุมบทเรียนการดำเนินงานและ conference case ทุกรอบเดือน 4) จัดทำ care plan ให้สหสาขาวิชาชีพและ CG ติดตามดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง 5) เพิ่มจำนวนอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (CG) โดยเทศบาลนครขอนแก่น ทำให้มี CG เพิ่มขึ้นรวมเป็น 10 คน ทำให้เกิดความครอบคลุมการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น รวมทั้งเกิดประสิทธิผล และประสิทธิภาพในการดูแลที่ดี ประเมินจากปัญหาอุปสรรคและการเข้าถึงผู้รับบริการที่ CG สะท้อนในการประชุมประจำเดือน

2. ทบทวนทุนทางสังคม และศักยภาพชุมชนในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอื่น เพื่อให้ผู้สูงอายุในกลุ่มติดสังคมมีโอกาส เข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชน เช่น กลุ่มออกกำลังกาย มีกิจกรรมฝึกสมอง

วงรอบที่ 2

ปัญหาที่พบจากการดำเนินการในระยะที่ 1 มีดังนี้ (1) การลงข้อมูลซ้ำซ้อนลงทะเบียน สปสช.และกรมอนามัย ข้อมูลไม่มีการเชื่อมโยงกัน (2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุผู้ดูแลในครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข ยังขาดความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ

พึงพิง (3) กลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม ได้รับส่งเสริมการจัดกิจกรรมเพื่อสุขภาพในชุมชน น้อยขาดการรวมกลุ่มทำกิจกรรมในชุมชนของผู้สูงอายุ (4) กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่ต่อเนื่องขาดผู้นำ (5) ระบบส่งต่อการแพทย์ฉุกเฉินในผู้สูงอายุช้าเนื่องจากสภาพความแออัดของชุมชน และที่อยู่อาศัยไม่เอื้อต่อการเข้าช่วยเหลือ (6) ความร่วมมือของหน่วยงานองค์กรยังดำเนินการแบบทำเป็นกิจกรรมไม่บูรณาการเป็นแผนร่วมกัน

การพัฒนาในวาระรอบที่ 2

1. พัฒนาและใช้ข้อมูล มีการประมวลข้อมูลจาก โปรแกรม JHCIS โดย นักวิชาการสาธารณสุข และ CM มาตรวจสอบข้อมูลแล้วใช้ประโยชน์ในการติดตามผู้สูงอายุ ผู้พิการ โดยให้ CG เป็นคนรายงานความก้าวหน้าทุก 1 เดือนในวันประชุมประจำเดือนจัดทำ care plan ผ่านระบบโปรแกรม ของกรมอนามัย การทำ care plan สะดวกมากขึ้นมีการลงทะเบียนผู้สูงอายุกลุ่มพึงพิงผ่านระบบโปรแกรม Long term care ของ สปสช.

2. เสริมความเข้มแข็งด้วยการฝึกอบรมเพิ่มทักษะ และความรู้ของ CG เช่น การประเมิน ADL ที่ถูกต้อง การดูแลผู้สูงอายุเฉพาะโรคผ่านเวทีประชุม และ case conference เดือนละครั้งจัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในพื้นที่ เช่น การแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับศูนย์แพทย์อื่น การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายนอกโดยไปศึกษาดู

งานในพื้นที่ต้นแบบ จะทำให้มีโอกาสเทียบเคียงประสบการณ์ ต่อยอดการทำงาน รวมถึงการพัฒนานวัตกรรมเชิงระบบได้

3. การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในแต่ละชุมชน 4 ชุมชน ส่งผลให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นทั้งด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ และสภาพแวดล้อม เช่น ชมรมผู้สูงอายุนาคะประเวศน์ มีกิจกรรมการตรวจคัดกรองสุขภาพ ร่วมเป็นจิตอาสา ทำความสะอาดดูแลสภาพแวดล้อมในพื้นที่สาธารณะ สนับสนุนจิตอาสาเด็กเยี่ยมบ้าน จัดสวัสดิการเมื่อป่วย ตายตั้งกองทุนกู้ยืมประกอบอาชีพสำหรับผู้สูงอายุและครอบครัว ยากจน ยากลำบาก

4. การกำหนด กฎ กติกา ข้อตกลงการบริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึงพิง ประกอบด้วย ทีมสหสาขาวิชาชีพ (แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุข) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งศูนย์แพทย์ประจำตำบลโมสร มี 11 ชุมชน มีพยาบาลรับผิดชอบ 1 คน ต่อ 1-2 ชุมชน การได้มาของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึงพิงมีที่มาจากอย่างน้อย 4 ช่องทาง ได้แก่ 1) การสำรวจของข้อมูลครัวเรือนที่รับผิดชอบของ CG และ อสม. 2) พยาบาล หรือทีมสหสาขาวิชาชีพออกเยี่ยมบ้าน 3) การส่งต่อจากระบบการดูแลต่อเนื่องโรงพยาบาลขอนแก่น และ 4) ญาติผู้สูงอายุโทรแจ้งศูนย์แพทย์ มีการจัดการข้อมูลที่ได้โดยการทำแผนการติดตามประเมิน ซึ่งกลุ่ม 3-4 ต้องมีแพทย์ร่วม

ดูแล และประเมินสุขภาพที่บ้านได้ ส่วนกลุ่มที่ 1-2 มีพยาบาลประจำชุมชนรับผิดชอบดูแลติดตามเยี่ยม เกษัชกร และนักกายภาพบำบัด จะร่วมเยี่ยมผู้สูงอายุ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ใน case ที่มีปัญหาและต้องการการดูแลเฉพาะทางจะมีการปรึกษาในทีมสหสาขาวิชาชีพทุกครั้ง และหลังจากเยี่ยมดูแล จะมีการติดตามประเมินผู้สูงอายุทุกเดือน

5. ด้านความร่วมมือของชุมชน ประกอบด้วย 1) ชุมชนได้รับความร่วมมือจาก อสม.และผู้นำชุมชน ในการลงเยี่ยมการขอความช่วยเหลือด้านปรับปรุงสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและนอกบ้าน รวมถึงการจัดสวัสดิการในชุมชนให้ผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือ 2) เทศบาลนครขอนแก่นมีการประสานด้านสวัสดิการทางสังคม มีการติดตามช่วยเหลือมีการใช้ประโยชน์ของทรัพยากร 3) กองทุนสุขภาพเทศบาลนครขอนแก่นจัดสรรงบประมาณให้ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ค่าตอบแทน ค่าอุปกรณ์ หรือวัสดุต่างๆ งบประมาณการเบิกจ่ายค่าตอบแทนเบิกทุก 3 เดือน 4) ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข ชุมชนบะขามร่วมกับศูนย์แพทย์ได้มีการระดมทุน สร้างที่อยู่อาศัยให้ผู้สูงอายุพิการทางการเคลื่อนไหวขาดคนดูแล ได้ประสานเทศบาลเมืองขอนแก่นจัดสวัสดิการให้ การจัดการกองทุนและสวัสดิการเพื่อผู้สูงอายุ 5) ชมรมผู้สูงอายุในแต่ละชุมชนจัดสวัสดิการ การช่วยเหลือ

เมื่อเจ็บป่วยและเงินฌาปนกิจ เงินออมทรัพย์ ขึ้นอยู่กับข้อกำหนดของแต่ละชุมชน

ระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลการพัฒนาแนวทางในการดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในระบบการดูแลระยะยาวดังนี้

1. อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ผ่านการอบรมตามหลักสูตรมาตรฐานกรมอนามัย 10 คน เฉลี่ย 1 คนต่อ 1 ชุมชน หรือ อาสาสมัคร 1 ต่อผู้สูงอายุพึ่งพิง 6 คน เป็นไปตามสัดส่วนอาสาสมัครต่อผู้สูงอายุพึ่งพิง และในการอบรมได้ทำการประเมินความรู้ก่อนและหลังอบรม พบว่าหลังอบรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. เกิดแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ มีระบบส่งต่อเมื่อพบความผิดปกติ หรือภาวะฉุกเฉินแนวทางการดูแลต่อเนื่อง ที่ครอบคลุมทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ สภาพแวดล้อม และสุขภาพ รูปแบบวิธีการดูแลที่บ้าน การเชื่อมโยงข้อมูลกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพกับอาสาสมัคร หรือ ผู้ดูแลในครัวเรือน

3. มีแผนการดูแลที่ครอบคลุม และครบถ้วน นำสู่การปฏิบัติโดยอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และเป็นแผนการดูแลที่สะท้อนกลับมา ปรับปรุงเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา อย่างน้อย 2 ช่องทางได้แก่ เวทีประชุมประจำเดือน และการสื่อสารผ่านไลน์

กลุ่ม เพื่อปรับเปลี่ยนแผนการดูแล รวมถึง
ประสานการดูแลร่วมกับหน่วยงาน องค์กรอื่น

4. เครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ สิ่งของที่
สนับสนุนการดูแล มีจำนวนเพียงพอต่อความ
ต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดย
ความร่วมมือของโรงพยาบาลขอนแก่น หน่วย
บริการปฐมภูมิ เทศบาลนครขอนแก่น โดยมี
Care Manager เป็นผู้บริหารจัดการการ
จัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น จัดหาเตียงผู้ป่วย
ให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เครื่องผลิต
ออกซิเจน อุปกรณ์ทำแผล เป็นต้น

5. มีฐานข้อมูลของผู้สูงอายุ
ครอบคลุมทั้ง 11 ชุมชน ข้อมูลผู้สูงอายุตาม
ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร
ประจำวันครอบคลุมทุกสิทธิข้อมูลปัญหา
และความต้องการจากแหล่งที่มา 2 แหล่ง
ได้แก่ ข้อมูลจากอาสาสมัคร และชุมชน เช่น
การรับสวัสดิการ สภาพบ้านที่พัก อุปกรณ์
สิ่งของที่จำเป็น เป็นต้น และข้อมูลจาก
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น แผนพัฒนา
ท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เทศบัญญัติ
งบประมาณ สวัสดิการรัฐและอื่นๆ ตามความ
จำเป็น

6. พัฒนาศักยภาพ ขีดความสามารถ ครอบคลุม
กลุ่ม องค์กรชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่
ชมรมผู้สูงอายุในแต่ละชุมชนจัดสวัสดิการ
เมื่อผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกป่วย ตาย กองทุน
หมู่บ้าน อาสาสมัครระดมเงิน สิ่งของ
ช่วยเหลือ และแรงงานปรับสภาพบ้านให้
ผู้สูงอายุมีความเป็นอยู่ที่เหมาะสมมากขึ้น

เช่นชมรมผู้สูงอายุชุมชนบะขามได้รับการ
สร้างที่พักให้ใหม่ และได้รับการจัดสวัสดิการ
สิ่งของ เงินสงเคราะห์ที่เหมาะสม

การพัฒนาแนวทางการดูแล
ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง โดยอาสาสมัคร
ดูแลผู้สูงอายุ (Care givers) ในระบบการ
ดูแลระยะยาวนำเสนอในแผนภาพเชื่อมโยง
การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง และ
บทบาท ของหน่วยงาน กลุ่ม องค์กรชุมชนที่
เกี่ยวข้อง แสดงความสัมพันธ์ในภาพที่ 1

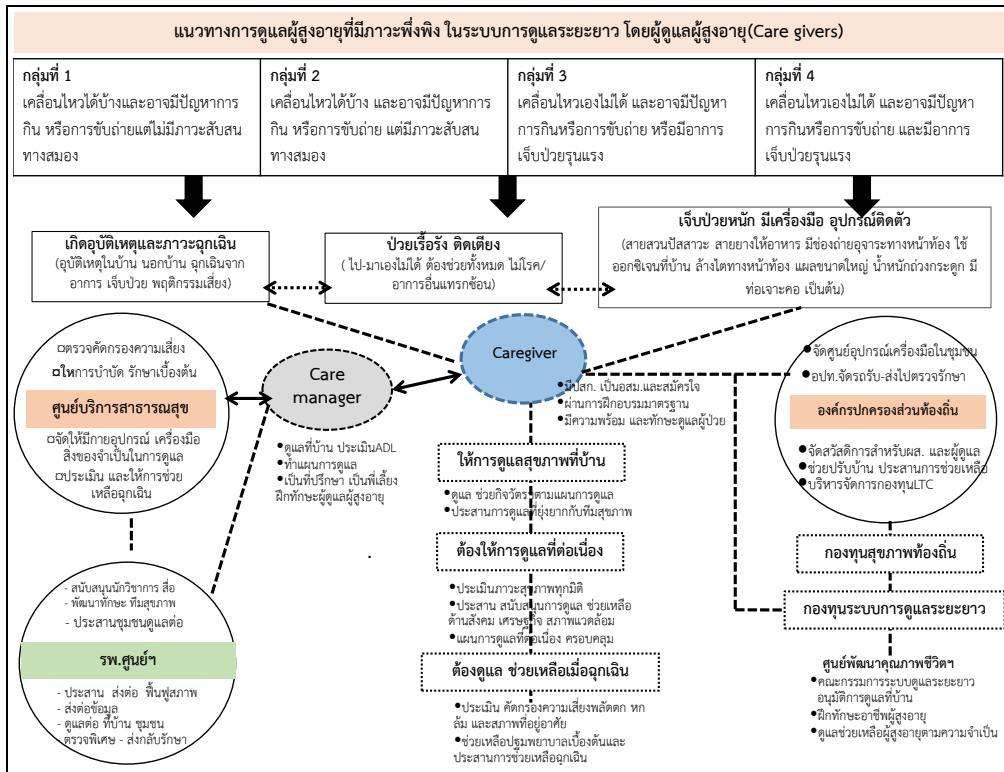
กลุ่มเป้าหมายที่ให้การดูแลใน
ระบบการดูแลระยะยาวประกอบด้วย 4 กลุ่ม
ตามเครื่องมือที่ใช้ประเมินสภาวะของ
ผู้สูงอายุ (Typology of Aged with
Illustration:TAI) คือ กลุ่มที่ 1 และ 2 มีค่า
คะแนน ADL 5-11 กลุ่มที่ 3 และ 4 มีค่า
คะแนน ADL 0-4 มีลักษณะปัญหาและความ
ต้องการบริการ และการช่วยเหลือจัดกลุ่มได้ 3
กลุ่ม ได้แก่ (1) กลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิด
อุบัติเหตุและภาวะฉุกเฉิน เช่น อุบัติเหตุใน
บ้าน นอกบ้าน ฉุกเฉินจากอาการ เจ็บป่วย
พฤติกรรมเสี่ยง เป็นต้น (2) กลุ่มป่วยเรื้อรัง
ติดเตียง เช่น ไป-มาเองไม่ได้ ต้องช่วยทั้งหมด
มีโรคและอาการแทรกซ้อน เป็นต้น (3)
เจ็บป่วยหนัก มีเครื่องมือ อุปกรณ์ติดตัวเช่น
สายสวนปัสสาวะ สายยางให้อาหาร มีช่อง
ถ่ายอุจจาระทางหน้าท้อง ใช้ออกซิเจนที่บ้าน
ล้างไตทางหน้าท้อง แผลขนาดใหญ่ น้ำหนัก
ถ่วงกระดูก มีท่อเจาะคอ เป็นต้น อาสาสมัคร
ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ให้บริการ

ช่วยเหลือ ดูแล ตามปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง 3 งานหลัก ได้แก่ (1) การให้การดูแลที่บ้าน เป็นการดูแลช่วยกิจวัตรประจำวันตามแผนการดูแลการประสานการดูแลที่ย่างยากกับทีมสุขภาพ รวมทั้งครอบครัวให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุตามความจำเป็น (2) ให้การดูแลต่อเนื่อง โดยการประเมินภาวะสุขภาพทุกมิติ ประสาน สนับสนุนการดูแลช่วยเหลือด้านสังคม เศรษฐกิจ สภาพแวดล้อมและสุขภาพ จัดทำแผนการดูแลที่ต่อเนื่อง ครอบคลุมและ (3) การดูแลช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน เช่น ลำลัก ตกเตียง กระดูกเคลื่อน โดยมีผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) ให้การสนับสนุน ทำหน้าที่เป็นผู้ประเมินและจัดทำแผนการดูแล เป็นที่ปรึกษา พี่เลี้ยง ฝึกทักษะที่จำเป็น เช่น การพลิกตะแคงตัว การเคลื่อนย้าย การดูแล และสังเกตอุปกรณ์เครื่องมือที่ติดตัวผู้ป่วยให้อยู่ในสภาพที่เหมาะสม ถ้าพบผิดปกติประสาน ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุทันที

หน่วยงาน กลุ่ม องค์กรชุมชนที่เกี่ยวข้องมีดังนี้ (1) ศูนย์แพทย์ประสาทโมส เป็นหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ บริการตรวจรักษาโรคเบื้องต้น โรคเรื้อรังที่ไม่ซับซ้อน ดูแลสุขภาพที่บ้าน เป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่หลักในการพัฒนาผู้จัดการดูแล ค้นหา และ

พัฒนาทักษะ ความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งการกำกับ ติดตามเพื่อควบคุม และ มี ประสิทธิภาพ (2) โรงพยาบาลขอนแก่น ในฐานะหน่วยบริการที่ต้องดูแล รับผิดชอบพื้นที่บริการ รวมถึงเป็นเครือข่ายบริการสุขภาพกับศูนย์แพทย์ประสาทโมสที่ต้องรับ-ส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง และระยะยาว รวมถึงการสนับสนุนเครื่องมือ อุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น ที่นอนลม เครื่องดูดเสมหะ เตียงผู้ป่วยปรับระดับได้ เป็นต้น (3) เทศบาลนครขอนแก่น โดยสำนักการสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม สำนักสวัสดิการสังคม ที่สนับสนุนให้มีการจัดการกองทุนหลัก และกองทุนระบบการดูแลระยะยาว เพื่อให้มีการดำเนินการสอดคล้อง กับ วัตถุประสงค์ และ กลุ่มเป้าหมายหลัก ผ่านคณะกรรมการกองทุนฯ เพื่อเข้าสู่ระบบการเบิกจ่ายโดยหน่วยจัดบริการในระบบการดูแลระยะยาว และ (5) ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ ทำหน้าที่เป็นหน่วยจัดบริการในระบบการดูแลระยะยาว มี คณะกรรมการอนุมัติแผนการดูแลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ติดตามดูแลสุขภาพที่บ้าน รวมทั้งการดูแลช่วยเหลืออื่น ตามความจำเป็น

แผนภาพที่ 1 แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาวโดยอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ



การอภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) แสดงให้เห็นงานบริการที่ต้องดำเนินการให้เกิดความเชื่อมโยงกัน ทั้งแบบทำเดี่ยว ผ่านระบบการจัดการแผนการดูแล งานที่ต้องทำร่วมกัน¹⁰ เช่นการติดตามดูแลที่บ้านกรณีที่เป็นการเจ็บป่วยที่ต้องดูแลพิเศษ ซับซ้อน ยุ่งยาก และงานที่ทำเชื่อมโยงกันเป็นเนื้อเดียวกัน เช่น การดูแล

ต่อเนื่อง ที่ต้องประการดูแลช่วยเหลือจนครอบคลุมทุกมิติ การประสานความช่วยเหลือที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาท้องถิ่นเป็นต้น ส่วนกลุ่มเป้าหมายที่ต้องให้การดูแลซึ่งจำแนกความต้องการบริการตามภาวะสุขภาพ ผลวิจัยชี้ว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุตามปัญหาและความต้องการ ประกอบด้วยกลุ่มที่ต้องการการดูแลเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน กลุ่มที่เจ็บป่วยเรื้อรังติดเตียง มีลักษณะไป-มาเองไม่ได้ ต้องช่วยทั้งหมด มีโรคหรืออาการ

แทรกซ้อน^{11,12} และกลุ่มที่เจ็บป่วยหนัก มีเครื่องมือ อุปกรณ์ติดตัวเช่น สายสวน ปัสสาวะ สายยางให้อาหาร มีช่องถ่ายอุจจาระทางหน้าท้อง ใช้ออกซิเจนที่บ้าน ล้างไตทางหน้าท้อง แผลขนาดใหญ่ น้ำหนักถ่วงกระดูก มีท่อเจาะคอ เป็นต้นและให้บริการครอบคลุมอย่างน้อย 3 บริการหลัก^{10,12,13} ได้แก่ (1) การให้การดูแลที่บ้าน (2) ให้การดูแลต่อเนื่องและ (3) การดูแลช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการดูแลในระบบการดูแลระยะยาวของ สปสช.⁵ แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ¹⁴ และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12¹⁶ โดยความร่วมมือกับกลุ่มทางสังคม องค์กรชุมชน หน่วยงานที่มีภารกิจใกล้เคียงกัน ซึ่งเป็นแนวทางที่สอดคล้องกับเป้าหมายยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี¹⁷

ข้อจำกัดการวิจัย

เป็นการศึกษาเฉพาะในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์แพทย์ประสาทโมสร ทำให้เงื่อนไข และการพัฒนาภาพรวมอาจปรากฏในแต่ละขั้นตอนไม่ครบถ้วน และเป็นพื้นที่เขตเมืองการเข้าถึงผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง และครอบครัว มีข้อจำกัดด้วยวิถีความเป็นอยู่ ความซับซ้อนของโรคและการเจ็บป่วย โดยเฉพาะอาสาสมัคร จึงเป็นงานที่บุคลากรสาธารณสุข ต้องยืนยันศักยภาพ สร้างความไว้วางใจให้กับผู้สูงอายุ และครอบครัว ในการดำเนินงาน

ข้อเสนอแนะ

1) ข้อเสนอในการนำผลการวิจัยไปใช้ โดยนำใช้แนวทางการพัฒนาในพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน นำใช้วิธีการช่วยเหลือสนับสนุนการทำงานของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุและเป็นข้อเสนอการพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาว ในแง่ของการพัฒนาศักยภาพ การจัดการระบบ การระบุปัญหา และความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย

2) ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการวิจัยในประเด็นการการจัดการกองทุนระบบการดูแลระยะยาว ควรเป็นอย่างไร ประเด็นแนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีปัญหาและความต้องการที่เกี่ยวข้องกับการกระทำรุนแรง ควรเป็นอย่างไรความพึงพอใจของผู้สูงอายุและครอบครัวที่มีต่อระบบการดูแลระยะยาวของรัฐ เป็นอย่างไรประสิทธิภาพของการจัดการดูแลระยะยาวในรูปแบบต่างๆ ควรเป็นอย่างไร

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. World Health Organization. Health in 2015: from MDGs, Millennium Development Goals to SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva Switzerland: World Health Organization. 2015.

2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. **ตัวชี้วัดภาวะสุขภาพไทย**. กรุงเทพฯ: กระทรวงเทคโนโลยีและสารสนเทศ. 2016.
3. World Health Organization. **Global Health and Aging**. Geneva Switzerland: World Health Organization. 2011.
4. พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข. **The Kingdom of Thailand Health System Review: การทบทวนระบบสุขภาพของประเทศไทย**. Geneva, Switzerland : WHO. 2558.
5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. **คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ 2559**. กรุงเทพฯ : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). 2559.
6. ชนิษฐา กู้ศรีสกุล, ณัฐพัชร มรรคา, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ. การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร. **วารสารวิชาการสาธารณสุข**. 2559; 25(4); 89-99.
7. เกื้อ วงศ์บุญสิน. **การคาดการณ์เพื่อสังคมสูงวัยในอนาคต**. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการนโยบายวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและนวัตกรรมแห่งชาติ; 2558.
8. เบญจพร สุธรรมชัย, จิราพร เกศพิชญวัฒนา, นภัศ แก้ววิเชียร. การสังเคราะห์รูปแบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ. **วารสารวิชาการสาธารณสุข**. 2558; 4(26); 15-26.
9. ศิริพันธุ์ สาสัตย์, ทศนา ชูวรรณะปรกรณ์, เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์. **รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ เรื่อง รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในสถานดูแลระยะยาวในประเทศไทย**. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). 2552.
10. ชนิษฐา นันทบุตร. **การดูแลสุขภาพชุมชน : แนวคิด เครื่องมือ การออกแบบ**. นนทบุรี: อูษาการพิมพ์; 2551.
11. วรณภา ศรีธีบุญรัตน์, ผ่องพรรณ อรุณแสง, มยุรี ลีทองอิน, สิริมาศ ปิยะวัฒน์พงศ์, ลดาวัลย์ พันธุ์พานิชย์. **การถอดบทเรียนและสังเคราะห์ ระบบบริการการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง : กรณีศึกษาผู้สูงอายุที่มีภาวะสโตรคและภาวะสมองเสื่อม**. แผนงานสร้างและจัดการความรู้เพื่อพัฒนาระบบและกลไกการพัฒนาสังคมสูงอายุอย่างมีคุณภาพ. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (มส.ผส.). สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.); 2558.
12. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. **บูรณาการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุไทย**. กรุงเทพฯ : เจพรีน์; 2552.
13. ศิริพันธุ์ สาสัตย์. **ทิศทางและแนวโน้มการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว**. **Thai Journal of Nursing Council**. 2553; 25(3); 5-10.

14. วิพรรณ ประจวบเหมาะ. รายงานการศึกษา โครงการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564) ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2550-2554). กรุงเทพฯ: วิทยาลัยประชากรศาสตร์; 2556
17. วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, ขวัญใจ อำนาค สัตยเชื้อ, ศิริพันธ์ สาสัตย์, พรทิพย์ มาลาธรรม, และจิณณลีลา ณรงค์ศักดิ์. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น. วารสารสภาการพยาบาล. 2557: 29(3); 104-115.
18. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่สิบสอง พ.ศ. 2560 -2564. 2560
19. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข); 2559.

การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ ภายใต้กองทุนระบบการดูแลระยะยาว อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น

บุญถม ชัยญวน¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนระยะยาว อำเภอพล จังหวัดขอนแก่นศึกษาในพื้นที่เทศบาลเมืองเมืองพลและองค์การบริหารส่วนตำบลเมืองพล กลุ่มเป้าหมาย ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง จำนวน 116 คน กลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม 2,907 คน เก็บข้อมูลโดยการสำรวจข้อมูล สัมภาษณ์ สทนากลุ่มการสังเกต ระหว่างเดือน ธันวาคม พ.ศ.2560 - กันยายน พ.ศ.2561 ผลการศึกษาพบว่า 1) ความชุกของการเกิดภาวะพึ่งพิงระยะยาวในผู้สูงอายุ ร้อยละ 8.39 มีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 13.86 2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ ประกอบด้วย 6 ปัจจัย ได้แก่ โรคหลอดเลือด โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคปอดอักเสบและอายุ 75 ปีขึ้นไป 3) รูปแบบการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย (1) การเฝ้าระวังภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ระดับทุติยภูมิกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม โดยกิจกรรมหมอลำสรวัดญะโนโรงเรียนผู้สูงอายุ มีความรู้การป้องกันภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) (2) นวัตกรรม GIS ชุมชนและเทคโนโลยีการแจ้งเหตุฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ ณ จุดเกิดเหตุ (3) การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ในโรงพยาบาลด้วยการคัดกรองระบบ ESI+Elderly มีระดับความรุนแรงของผู้สูงอายุก่อนและหลังการวิจัยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) และ 4) รูปแบบการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ มีการเชื่อมระบบบริการและการมีส่วนร่วมของชุมชนและคณะแผนกเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของชุมชนหลังการวิจัยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$)

คำสำคัญ : ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, ผู้สูงอายุ, กองทุนระบบการดูแลระยะยาว

¹นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพล จังหวัดขอนแก่น

Corresponding Author: Boonthom Chaiyoun. E-mail: thom_chi@hotmail.com

EMERGENCY MEDICAL SERVICES FOR THE ELDERLY UNDER THE LONG-TERM CARE FUND IN PHON DISTRICT KHONKAEN PROVINCE

Boonthom Chaiyoun¹

ABSTRACT

This study was on the Research and Development Study in Department of Muangphon Municipality and Muangphon Subdistrict Administration Organization. Targeted Population were the elderly with bedridden and home ridden group 116 people, and active group 2,907 people that were collected data by survey of medical recode and elderly health status, in-depth interviews, participatory observation, and document review. The period was between December, 2017 to September, 2018. The results revealed was as follows. 1) The prevalence of long-term dependence in the elderly is 8.39 and dementia 13.86 2) Associated factors were 6 factors that showed asthma, CHD, diabetes, hypertension, pneumonia, and age ≥ 75 year. 3) Development model of emergency medical services for the elderly under the long-term care fund, consisting of (1) secondary prevention of emergency medical monitoring in the active ageing group and sing a traditional song in the elderly school that was made accessibility of emergency medical and the use of emergency services of the elderly was increasing significantly (P-value < 0.001). (2) Innovative GIS and emergency response technology for the elderly at the scene could be used to identify risk group. (3) The screening of elderly in emergency department by ESI + Elderly screening was resulted increasing positive of medical emergencies for the elderly, and significantly (P- value < 0.001). 4) The development model of emergency medical services for long term care system that was expanded in all dimensions of community participation that had mean score of community participation after research was significantly higher than before the study (P value < 0.001).

Key words: Emergency Medical Services, the Elderly, the Long-Term Care Fund

¹Public health officers, Professional Level Phon District Public Health Office, KhonKaen Province

บทนำ (Introduction)

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรได้ทำให้หลายประเทศเข้าสู่ภาวะสังคมผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับประเทศไทย พบสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 10.7 ร้อยละ 12.2 และ ร้อยละ 14.9 ในปี พ.ศ. 2550, 2553 และ 2557 ตามลำดับ¹ ซึ่งภายใต้สถานการณ์สังคมผู้สูงอายุ ปัญหาด้านสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพเนื่องจากผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีภาวะเจ็บป่วย โดยพบผู้สูงอายุไทยมากกว่าครึ่งหนึ่งป่วยด้วยโรคเรื้อรัง² ความต้องการการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้สูงอายุจากการทบทวนงานวิจัยในช่วงระยะเวลา 20 ปีที่ผ่านมาในประเทศพัฒนาแล้วพบว่ามีเพิ่มสูงมากขึ้น ทั้งการใช้บริการรถกู้ชีพออกเหตุเพิ่มสูงขึ้นในหลายประเทศ โดยในประเทศออสเตรเลีย พบว่าอัตราการรับส่งผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ที่มีอายุ 85 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนการเกิดเฉลี่ย 8 ครั้งต่อปี³ ในประเทศไทย พบว่าสถิติการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมีแนวโน้มสูงขึ้นจากปี 2553 จำนวน 82,895 ราย ปี 2556 เพิ่มขึ้นเป็น 155,431 คน และพบว่าส่วนใหญ่เป็นเหตุการณ์ผู้ป่วยฉุกเฉิน จำนวน 765,076 ครั้ง รองลงมาคือเหตุการณ์อุบัติเหตุจราจร จำนวน 308,119 ครั้ง⁴ จากการศึกษาเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉินในผู้สูงอายุของประเทศไทยมีค่อนข้างจำกัด โดยการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าผู้สูงอายุมีความต้องการต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 52.3⁵ และพบว่าประชาชนในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร้อยละ 85.11⁶ นอกจากนี้การศึกษาในสถานบริการปฐมภูมิพบว่าสถานที่และระบบบริการของหน่วยงานไม่เอื้อต่อการให้บริการผู้สูงอายุที่พึ่งพาระยะยาว ทำให้ผู้สูงอายุประสบปัญหาในการเดินทาง และขาดอุปกรณ์อำนวยความสะดวก มีความยากลำบากในการเคลื่อนย้าย⁷

แม้ว่าในปัจจุบัน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้สนับสนุนให้เกิดการดูแลในชุมชน ภายใต้แผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พ.ศ.2557 – 2561 ซึ่งกำหนดให้มีกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อย่างไรก็ตามพบว่ายุทธศาสตร์ดังกล่าวมุ่งเน้นเฉพาะการพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาวเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับบริการทั้งด้านสาธารณสุขและบริการด้านสังคมตามระดับความจำเป็นของการดูแลระยะยาว⁸ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นในปัจจุบัน ที่ส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในอนาคต จึงเป็นความจำเป็นที่ต้องพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุในอนาคต ซึ่งภาค

ตะวันออกเฉียงเหนือเป็นพื้นที่ที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุด ถึง 1 ใน 3 ของประเทศ มีผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่เพียงลำพังมากที่สุด มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอสูงสุดของประเทศ⁹ จังหวัดขอนแก่น พบผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพรุนแรงและต้องการการดูแลระยะยาว ร้อยละ 12 และพบว่าผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในครอบครัวเดี่ยวถึงร้อยละ 59 และมีผู้สูงอายุอาศัยอยู่คนเดียวเกือบร้อยละ 10¹⁰ อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น มีผู้สูงอายุ 12,357 คน คิดเป็นร้อยละ 9.25 ของผู้สูงอายุจังหวัดขอนแก่น¹¹ ซึ่งยังไม่มีระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ

การศึกษารูปแบบการพัฒนา ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุเพื่อรองรับระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในอำเภอพล จังหวัดขอนแก่น จึงเป็นการศึกษาและพัฒนา ระบบการจัดบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินของผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ของผู้สูงอายุในชุมชน โดยการเชื่อมระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ ภายใต้บริบทของพื้นที่ ซึ่งจะนำไปสู่การสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินและการพัฒนามาตรฐานการดูแลบริการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุโดยจะส่งผลให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและครอบครัว และสามารถประยุกต์ใช้กับพื้นที่อื่น ตลอดจนผลักดันสู่การปรับเปลี่ยนเชิง

นโยบายเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุของประเทศไทยต่อไป

วัตถุประสงค์ (Objective)

เพื่อพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนระยะยาวในอำเภอพล จังหวัดขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ทำการศึกษาระหว่างเดือน ธันวาคม พ.ศ.2560 – กันยายน พ.ศ.2561 แบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้สูงอายุในชุมชนและสถานบริการสุขภาพเป็นขั้นตอนของการประเมินและวิเคราะห์สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ ระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน สถานการณ์ภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ในผู้สูงอายุ

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการพัฒนา ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุภายใต้กองทุนระบบการดูแลระยะยาว อำเภอพลประกอบด้วย (1) การเฝ้าระวังภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ระดับทุติยภูมิในกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม โดยกิจกรรมหมอลำสรภัญญะในโรงเรียนผู้สูงอายุ (2) นวัตกรรม

GIS ชุมชนและเทคโนโลยีการแจ้งเหตุฉุกเฉิน
สำหรับผู้สูงอายุ ณ จุดเกิดเหตุ (3) การดูแล
ผู้สูงอายุที่มีภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ใน
โรงพยาบาล ด้วยการคัดกรองระบบ ESI +
Elderly

ระยะที่ 3 การประเมินผลการ
พัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้
สูงอายุเป็นขั้นตอนการการประเมินผล
รูปแบบระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้
สูงอายุ มี 3 รูปแบบ ซึ่งเป็นการประเมินผล
ลัพธ์ของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินใน
ผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) การเกิดภาวะฉุกเฉิน
ทางการแพทย์ 2) การ Re-admitted ภายใน
30 วัน 3) ระดับความสามารถในการปฏิบัติ
กิจวัตรประจำวัน 4) การมีส่วนร่วมของชุมชน
5) ระยะเวลาการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน
ในชุมชน 6) รูปแบบการพัฒนาการป้องกัน
ภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์สำหรับผู้สูงอายุ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในการเก็บ
รวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ใช้วิธีการเก็บรวบรวม
ข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ดัง
รายละเอียดต่อไปนี้

เครื่องมือเชิงปริมาณ

(1) แบบประเมินภาวะทุพพลภาพ
ประเมินจากการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐาน
ของชีวิต อาศัยเครื่องมือ The Barthel index
ซึ่งประกอบด้วยการประเมิน 10 กิจกรรมโดย
ใช้เกณฑ์การตัดสินภาวะทุพพลภาพรุนแรง
คือ เท่ากับหรือน้อยกว่า 12 คะแนนจาก
คะแนนเต็ม 20 คะแนน¹²

(2) แบบประเมินการปฏิบัติกิจกรรม
เพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน ใช้เครื่องมือ
Physical Self Maintenance Scale
ประกอบด้วย 8 กิจกรรม¹³

(3) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าเป็น
การประเมินโดยใช้เครื่องมือประเมินภาวะ
ซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ซึ่งมีทั้งหมด 15 ข้อ¹⁴

(4) แบบทดสอบภาวะบกพร่อง
ทางการรับรู้หรือภาวะสมองเสื่อมประเมินโดย
ใช้เครื่องมือทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น
Mini-Mental State Examination มีจำนวน
ทั้งหมด 11 ข้อ¹⁵

(5) แบบสำรวจปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ
การเกิดภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ใน
ผู้สูงอายุอื่น ได้แก่ โรคเรื้อรัง (Chronic
disease) หมายถึง โรคหรือการเจ็บป่วย
อาการบาดเจ็บที่เข้ารับการรักษาในห้
ฉุกเฉินของโรงพยาบาล ที่ได้รับการวินิจฉัย
จากแพทย์ ช่วงระยะเวลามารับบริการ วิธีการ
มารักษาในห้ฉุกเฉิน ระดับความรุนแรง
ของภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ ผลการรักษา
และการกลับมารักษาซ้ำ

เครื่องมือเชิงคุณภาพเครื่องมือเชิง
คุณภาพในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้
ออกแบบตามกระบวนการวิจัยประกอบด้วย
แนวทางการสัมภาษณ์เจาะลึกและการ
สนทนากลุ่มเกี่ยวกับภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์
ในผู้สูงอายุ ในบริบททางสังคมและ
วัฒนธรรมชุมชน แนวทางการสังเกตแบบมี
ส่วนร่วมในกิจกรรมและการประชุม แนวทาง

การศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับบริบทชุมชน แนวทางการการสังเกตแบบมีส่วนร่วมใน กิจกรรมและการประชุม อบรม ที่เกี่ยวกับการ พัฒนาแบบจำลองระบบบริการการแพทย์ ดูกเงินในผู้สูงอายุ แนวทางศึกษาเอกสารที่ เกี่ยวข้องการจัดทำแผนของชุมชนและการ ประเมินการมีส่วนร่วมของชุมชน แนว ทางการสังเกตแบบมีส่วนร่วมเวทีชุมชน ประกอบด้วย

(1) แนวทางการสัมภาษณ์เจาะลึก และการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับระบบการดูแล ผู้สูงอายุระยะยาว การดูแลภาวะดุกเงิน ทางการแพทย์

(2) แนวทางประเมินการมีส่วนร่วม ของชุมชน เครื่องมือประเมินการมีส่วนร่วม ของชุมชนใช้เครื่องมือ Spidergram ซึ่ง ประกอบด้วยองค์ประกอบการประเมิน 5 ด้าน ¹⁶

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิง ปริมาณประกอบด้วย

(1) การวิเคราะห์และนำเสนอผล สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลทั่วไป ปัจจัยที่ เกี่ยวข้อง และข้อมูลภาวะดุกเงินทางการ แพทย์ในผู้สูงอายุ ตามระดับการวัดตัวแปร ด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยหรือค่ามัธยฐาน

(2) การวิเคราะห์และนำเสนอผล ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับเกิดภาวะดุกเงินทางการ แพทย์ในผู้สูงอายุ โดยการวิเคราะห์ Chi-square, Multiple logistic regressions, Adjusted OR, 95%CI

(3) การวิเคราะห์และนำเสนอผล ของภาวะดุกเงินทางการแพทย์ในผู้สูงอายุ และประเภทความรุนแรงของภาวะภาวะ ดุกเงินทางการแพทย์ในผู้สูงอายุ ด้วย Prevalence rate และ 95%CI

(4) เปรียบเทียบความชุกภาวะ ดุกเงินทางการแพทย์ในผู้สูงอายุ ก่อนและ หลังการวิจัยด้วย Prevalence rate, 95%CI, T-test และ Chi square

ข้อมูลเชิงคุณภาพข้อมูลที่ได้จาก การศึกษาเชิงคุณภาพ ได้แก่ การสัมภาษณ์ เจาะลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การ สนทนากลุ่ม และศึกษาเอกสาร จะถูกนำมา วิเคราะห์โดย

(1) กำหนดตารางการบันทึกข้อมูล การสัมภาษณ์เจาะลึก การสังเกตแบบมีส่ว ร่วม การสนทนากลุ่ม ให้เป็นแนวทางเดียวกัน และให้ครอบคลุมประเด็น

(2) ตรวจสอบความครบถ้วน สมบูรณ์ของข้อมูลหลังการเก็บข้อมูลทุกครั้ง และข้อมูลที่ได้จะถูกนำมาจัดพิมพ์ลงใน แบบฟอร์มบันทึกการลงข้อมูลโดยใช้ตาราง โปรแกรม Excel ให้แล้วเสร็จเร็วที่สุด

(3) ข้อมูลที่บันทึกเสร็จจะถูกนำมา วิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และ การตีความ (Interpretation) แล้วกำหนดรหัส ของข้อมูล โดย นักวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยเป็น คนกำหนดรหัสข้อมูลที่ตนเองรวบรวมมาได้ ในแต่ละฉบับโดยอิสระ

(4) ตรวจสอบการกำหนดรหัสของข้อมูลแต่ละฉบับด้วยการให้นักวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยลงรหัสข้อมูลซ้ำในบันทึกข้อมูลที่ไม่ใช่ของตนเองโดยอิสระ

(5) นักวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยร่วมแลกเปลี่ยนการลงรหัสข้อมูล โดยการตีความ (Interpretation) ข้อมูล ตรวจสอบการลงรหัสข้อมูลและลงรหัสข้อมูลใหม่

(6) วิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และวิเคราะห์ประเด็น (Thematic analysis) ตามลำดับขั้นของข้อมูล

(7) จัดกลุ่มของข้อมูลจากการรหัสข้อมูล และนำไปสู่การสร้างบทสรุปย่อย แล้วจึงสร้างเป็นบทสรุปของการศึกษาแต่ละประเด็น (Thematic analysis) ตามวัตถุประสงค์การวิจัย

(8) สร้าง Framework จากข้อมูลที่ได้ในภาคสนาม

(9) ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลจากการวิเคราะห์ ด้วยวิธีสะท้อนข้อมูลกับชุมชน เพื่อตรวจสอบยืนยันว่าข้อมูลที่น่าเชื่อถือถึงสมบูรณ์ครอบคลุมประเด็นที่ศึกษา

ผลการวิจัย (Result)

1. วิเคราะห์สถานการณ์สถานะสุขภาพผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนพบว่าผู้สูงอายุจากการสำรวจได้ทั้งหมด จำนวน 2,778 คน จากประชากร 2,907 คน คิดเป็นร้อยละ 95.56 พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 59.07 มีอายุเฉลี่ย 70.12 ปี และมี

อายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 12.63 ส่วนใหญ่มีผู้ดูแล ร้อยละ 91.72 ซึ่งส่วนใหญ่มีลูกสาวเป็นผู้ดูแลมากที่สุด ร้อยละ 36.32 รองมาคือ คู่สมรส ร้อยละ 33.62 การประเมินภาวะทุพพลภาพ พบว่ามีผู้สูงอายุ ร้อยละ 66.12 มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยโรคที่พบบ่อยมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 34.56 รองมาคือโรคเบาหวาน ร้อยละ 25.34 และพบว่า ความชุกของการเกิดภาวะพึ่งพิงระยะยาวในผู้สูงอายุ ร้อยละ 8.39 (95%CI= 9.3-11.0) การประเมินการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนพบว่า มีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 13.86 (95%CI= 10.50 – 15.10) และพบความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ร้อยละ 2.84 (95%CI= 2.30 - 3.38)

2. การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อป้องกันภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ของผู้สูงอายุในชุมชน

(1) การวางแผนพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ โดยอาศัยโรงเรียนผู้สูงอายุเป็นรูปแบบ (Platform) เป็นพื้นที่ปฏิบัติการเกี่ยวกับการป้องกันภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในชุมชน และอาศัยรูปแบบระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเป็นพื้นที่ปฏิบัติการเกี่ยวกับการป้องกันภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงในชุมชน ด้วยการจัดแลกเปลี่ยนสภาพปัญหาและสถานการณ์ภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์

ของผู้สูงอายุในชุมชนที่เกี่ยวข้อง การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ในผู้สูงอายุ

(2) การพัฒนานวัตกรรมโดยอาศัยต้นทุนทางสังคมและต้นทุนทางวัฒนธรรมของชุมชนในการพัฒนานวัตกรรมเพื่อให้สามารถปฏิบัติได้จริงและเกิดความยั่งยืน ซึ่งนวัตกรรมที่พัฒนาขึ้นเพื่อป้องกันภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ได้แก่ หมอลำ สรภัญญะ หลักสูตรป้องกันภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ในโรงเรียนผู้สูงอายุ และนวัตกรรมการเฝ้าระวังภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ 6 ปัจจัยภายใต้แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อป้องกันภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ในกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง

(3) ทดลองนวัตกรรมป้องกันภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ในชุมชน เพื่อประเมินความเหมาะสมกับการใช้ในบริบทวัฒนธรรมของพื้นที่และการตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน

(4) ประเมินผลและถอดบทเรียนรูปแบบการป้องกันภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ในระหว่างพัฒนานวัตกรรมและหลังสิ้นสุดการวิจัย ซึ่งพบว่ากิจกรรมการป้องกันภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ในผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ได้แก่ นวัตกรรมสรภัญญะ หมอลำ และหลักสูตรป้องกันภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์

ในโรงเรียนผู้สูงอายุ เดือนละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 5 เดือน โดยบุคลากรของเทศบาลเมืองเมืองพลและโรงพยาบาลพล พบว่าทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับอาการภาวะฉุกเฉินที่ควรระวัง และการใช้บริการรถฉุกเฉินเบอร์โทร 1669 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 93 และพบว่าผู้สูงอายุเกิดเหตุภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ร้อยละ 0.25 อย่างไรก็ตามจากการสอบถามอาการเกิดภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์จากโรคเรื้อรัง 6 โรคในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาของผู้สูงอายุ จำนวน 373 คน คิดเป็นร้อยละ 13.42 พบว่าร้อยละ 10.19 ประเมินตนเองว่ามีอาการฉุกเฉินแล้วอาการดีขึ้นจึงไม่ไปพบแพทย์ ส่วนผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงพบว่าผู้ดูแลใช้แบบประเมินคัดกรองภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ กับผู้สูงอายุทุกครั้งก่อนให้การดูแล ซึ่งพบว่ามีย่อตราการภาวะฉุกเฉิน ร้อยละ 4.44 และทำให้ผู้ดูแลสามารถประเมินการเกิดภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ของผู้สูงอายุได้ทันก่อนเกิดอาการภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่รุนแรง จำนวน 1 คนคิดเป็นร้อยละ 2.85

3. การประเมินผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์สำหรับผู้สูงอายุ

จากการสังเคราะห์ข้อมูลการพัฒนากระบวนการบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุภายใต้กองทุนระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว พบว่า การเฝ้าระวังและ

ป้องกันภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ในระบบ การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ภายใต้ระบบการ ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวพบว่า การป้องกัน ภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์มี 2 กระบวนการที่ สำคัญของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในระบบการ ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ได้แก่ ผู้จัดการดูแล และ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ดังนี้

(1) การเฝ้าระวังและค้นหาผู้สูงอายุ (Surveillance) ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิด ภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ จากการวิเคราะห์ สถิติของผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการการดูแล ภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ในโรงพยาบาล พบว่าปัจจัยที่ต้องเฝ้าระวังภาวะฉุกเฉิน ทางทางการแพทย์ในผู้สูงอายุ 6 ปัจจัย ได้แก่ โรค หอบหืด/โรคถุงลมโป่งพอง(Asthma/COPD) โรคหัวใจ/อาการเจ็บหน้าอก (CHD/Chest pain) โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคปอดอักเสบ และ อายุเท่ากับหรือมากกว่า 75 ปีขึ้นไป นอกจากนี้ การประเมินคัดกรอง ภาวะพึ่งพิงระยะยาวตามเกณฑ์การจัด ประเภทการพึ่งพิงระยะยาวของสำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำให้สามารถ คัดแยกผู้สูงอายุออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่ม ผู้สูงอายุติดสังคม และ กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ซึ่งจะนำไปสู่การจัดกิจกรรมการ ป้องกันภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่มีความ แตกต่างกันของผู้สูงอายุแต่ละประเภท

(2) การป้องกันภาวะฉุกเฉิน ทางทางการแพทย์ของผู้สูงอายุในชุมชน

(Prevention) พบว่าการป้องกันภาวะฉุกเฉิน ทางทางการแพทย์ในผู้สูงอายุ ทั้ง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม และ กลุ่มผู้สูงอายุติด บ้านติดเตียง มีกิจกรรมที่แตกต่างตามบริบท ของผู้สูงอายุ ซึ่งกระบวนการการป้องกัน ภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ในผู้สูงอายุที่ อาศัยต้นทุนทางสังคมและทุนทางวัฒนธรรม ของชุมชนจะนำมาสู่การปฏิบัติที่เป็นจริงใน พื้นที่ ซึ่งนำมาสู่ความยั่งยืนของการปฏิบัติให้ อยู่ในวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ โดยกิจกรรมการ ป้องกันภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ใน ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ได้แก่ การบูรณาการ กิจกรรมการป้องกันภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ในโรงเรียนผู้สูงอายุ การใช้วัฒนธรรม ที่ชุมชนคุ้นเคยและผลิตเพลงในชุมชน เช่น หมอลำ สรภัญญะ เพื่อสื่อสารถ่ายทอด อาการเฝ้าระวังภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ และ การเรียกใช้บริการรถกู้ชีพ 1669 โดย บุคคลในชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุและคนใน ชุมชนมีความเข้าใจและตระหนักถึงภาวะ ฉุกเฉินทางการแพทย์ ส่วนในกิจกรรมการเฝ้า ระวังภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์จากการ ประเมินคัดกรองประวัติการเจ็บป่วยและการ ตรวจร่างกาย 6 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ ฉุกเฉินทางการแพทย์ การให้ความรู้ป้องกัน ความเสี่ยง ความรู้ในการเรียกรถพยาบาล ฉุกเฉิน 1669 สามารถช่วยทำให้เฝ้าระวัง ความเสี่ยงของผู้สูงอายุได้ทัน

(3) การประเมินผลการพัฒนา ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับ

ผู้สูงอายุจากการเปรียบเทียบคะแนนการมีส่วนร่วมของชุมชนก่อนและหลังการวิจัยพบว่าก่อน และหลังสิ้นสุดการพัฒนากระบวนการบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุภายใต้ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 8 เดือน พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนได้ขยายวงกว้างในทุกมิติขององค์ประกอบมีคะแนนเพิ่มขึ้นทุกองค์ประกอบ และพบว่าคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของชุมชนหลังการวิจัยสูงกว่าก่อนการวิจัยอย่างนัยสำคัญทางสถิติ ($P \text{ value} < 0.001$)

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

1. การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อป้องกันภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ของผู้สูงอายุในชุมชน จากการสำรวจผู้สูงอายุในชุมชนพบว่า ร้อยละ 66.12 มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยโรคที่พบบ่อยมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 34.56 รองมาคือโรคเบาหวาน ร้อยละ 25.34 ซึ่งพบว่ามี ความชุกที่ใกล้เคียงกับการสำรวจระดับประเทศพบว่าโรคความดันโลหิตสูงในเพศชายและเพศหญิงของกลุ่มอายุ 60 - 69 ปี มีร้อยละ 47.2 และ 49.5 ตามลำดับ และความชุกเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น จนถึงร้อยละ 58.7 และ 68.9 ในเพศชายและหญิงตามลำดับของกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป นอกจากนี้ยังพบว่าโรคเบาหวาน ในเพศชายมีร้อยละ 16.1 เพศหญิงมีร้อยละ 21.9¹⁷

กิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน จึงประกอบด้วย 2 กิจกรรมการป้องกันภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ในผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม และกลุ่มติดบ้านติดเตียง

ซึ่งกิจกรรมการป้องกันภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ในกลุ่มติดสังคม ประกอบด้วย นวัตกรรมสรภัญญะ หมอลำ และหลักสูตรป้องกันภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ในโรงเรียนผู้สูงอายุ เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับอาการภาวะฉุกเฉินที่ควรระวัง และการใช้บริการรถฉุกเฉินเบอร์โทร 1669 ส่วนผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ร้อยละ 8.39 (95%CI= 9.30-11.0) มีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 13.86 (95%CI=10.50 - 15.10) ซึ่งพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ ร้อยละ 91.72 มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและอาการเจ็บป่วย มีความพิการ ร้อยละ 11 และมากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงไม่มีการประเมินและแผนการดูแลสำหรับป้องกันภาวะฉุกเฉิน ผู้ดูแลไม่มีความรู้ในการดูแลภาวะฉุกเฉิน กิจกรรมการป้องกันภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ในกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง ประกอบด้วย แบบประเมินคัดกรองภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ ความรู้การเรียกใช้รถ 1669 และการใช้เทคโนโลยีแจ้งเหตุฉุกเฉินโดยการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้จัดการดูแล พบว่าสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาเครื่องมือประเมินภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ของผู้สูงอายุ พบว่า การประเมินภาวะ

โรคเรื้อรังมากกว่า 2 ชนิด ภาวะหลังลิ้ม ภาวะสมองเสื่อม ความสามารถในการทำ หน้าที่ของร่างกาย เป็นเครื่องมือประเมินที่ สำคัญ¹⁸ จากการติดตามประเมินผู้สูงอายุที่ จำหน่ายจากห้องฉุกเฉินใน 4 สัปดาห์ของ ประเทศออสเตรเลีย พบว่ามี 2 ตัวแปร ที่เป็น ปัจจัยทำนายการนอนโรงพยาบาลของ ผู้สูงอายุหรือไม่ ได้แก่ ระบบขนส่ง และ การมี พยาบาลชุมชนดูแล¹⁹

2. รูปแบบการพัฒนาระบบการ ป้องกันภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์สำหรับ ผู้สูงอายุ ทำให้เกิดการเชื่อมระบบบริการดูแล ผู้สูงอายุระยะยาวที่บ้านและการมีส่วนร่วม ของชุมชนในการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน สำหรับผู้สูงอายุ

จากการเปรียบเทียบคะแนนการมี ส่วนร่วมของชุมชนก่อนและหลังการวิจัย พบว่าก่อน และหลังสิ้นสุดการพัฒนา ระบบ บริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ ภายใต้ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 8 เดือน พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนได้ ขยายวงกว้างในทุกมิติขององค์ประกอบมี คะแนนเพิ่มขึ้นทุกองค์ประกอบ และพบว่า คะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของชุมชนหลัง การวิจัยสูงกว่าก่อนการวิจัยอย่างนัยสำคัญ ทางสถิติ (P value <0.001) ทั้งนี้เนื่องจากการ พัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวต้อง อาศัยกระบวนการสร้างความร่วมมือของผู้ ปฏิบัติการและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบ

บริการสุขภาพ 2 ระบบ ได้แก่ ระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน มีหน่วยกู้ชีพ โรงพยาบาล ชุมชน และ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เป็น พื้นที่ปฏิบัติการ และ ระบบการดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาว มีองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยบริการปฐมภูมิ ผู้จัดการดูแล และ ผู้ดูแล เป็นผู้ปฏิบัติการในชุมชน เพื่อร่วม ออกแบบระบบบริการให้เกิดการเชื่อมต่อข้อมูล ของผู้สูงอายุ การเชื่อมทีมปฏิบัติเพื่อทำ หน้าที่ร่วมกันในการดูแลผู้สูงอายุ ณ จุดเกิด เหตุ รวมถึงการนำส่งผู้ป่วยสูงอายุ รวมทั้ง การเชื่อมการดูแลผู้สูงอายุ ตั้งแต่การป้องกัน เฝ้าระวังภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ การดูแล ผู้สูงอายุ ณ จุดเกิดเหตุ การดูแลใน โรงพยาบาล ซึ่งทำให้เกิด การเชื่อมบุคคล องค์กร หรือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแล ผู้สูงอายุระยะยาวและระบบบริการการแพทย์ ฉุกเฉิน ซึ่งเป็นการสร้างการมีส่วนร่วมในการ ดูแลสุขภาพร่วมกันในการระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน สอดคล้องกันเช่นเดียวกับการ ศึกษาองค์ประกอบของปฏิบัติการที่ทำให้ ให้อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของการดูแลฉุกเฉินใน ผู้สูงอายุจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า ได้แก่ 1) ทีมดูแลที่ให้ความ ช่วยเหลือโดยตรงที่มีความเชี่ยวชาญด้านการ ดูแลผู้สูงอายุ หรือ การมีทีมปรึกษาแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญโดยตรง 2) มีเครื่องมือประเมิน กลุ่มเป้าหมายในการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน 3) เน้นความสำคัญของการวางแผนจำหน่าย 4) การเพิ่มการสื่อสารข้ามทีมระหว่างทีม

สหวิชาชีพในการดูแลต่อเนื่อง²⁰ รวมทั้งข้อเสนอแนะการประเมินหลังการสิ้นสุดแผนพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 2 จากการวิเคราะห์ฐานข้อมูลการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ พ.ศ.2556 – 2559 มีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับสถานการณ์แนวโน้มผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น และการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอดประกอบกับงานวิจัยที่แสดงให้เห็นถึงการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มผู้สูงอายุมากกว่ากลุ่มวัยอื่น ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินต้องมีการเตรียมความพร้อมทั้งสถานการณดังกล่าว นอกจากนี้กลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเปราะบาง และอาจมีสาเหตุหรือกลุ่มอาการนำที่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินต่างจากกลุ่มวัยอื่น จึงอาจมีความจำเป็นที่ต้องมีการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะนอกเหนือจากการให้บริการที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน²¹ ซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยงานหนึ่งที่สำคัญสำหรับการสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งนอกจากกองทุนระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่อยู่ภายใต้การดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแล้วยังมีกฎหมายที่กำหนดให้การแพทย์ฉุกเฉินเป็นประเภทหนึ่งของการสาธารณสุขและการรักษาพยาบาลที่ถูกกำหนดไว้ในพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551

ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ และมีมติให้สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ออกประกาศหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2553 ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่²²

ข้อเสนอแนะ

1. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติควรร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการพัฒนาหลักสูตรและศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ให้กับหน่วยกู้ชีพเพื่อทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้สูงอายุ ณ จุดเกิดเหตุ

2. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติควรผลักดันนโยบายการป้องกันภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ในประชากรกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อเฝ้าระวังในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงและกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวให้เป็นวาระในระดับประเทศ

3. กระทรวงสาธารณสุขควรสนับสนุนให้มีการจัดดูแลและป้องกันบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวภายใต้กองทุนระบบการดูแลระยะยาว เพื่อพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ผู้วิจัยวิจัยขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.ศิริภาณี ศรีหาภาคอาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่นที่ ปรึกษาวิจัยและนายแพทย์ประวีร์ คำศรีสุข ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพล นายบุญส่ง แสนสุข สาธารณสุขอำเภอพล นายสันต์บุญ หล้า ปลัดเทศบาลเมืองเมืองพล นายภูผา ผา ปริญา นายกองค้การบริหารส่วนตำบล เมืองพล นายวชิราวุธผล บุญภิรมย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลเมืองพล ที่ให้การสนับสนุน ให้กำลังใจ รวมทั้งเป็นพื้นที่ในการดำเนินการวิจัย ตลอดจนกลุ่มเป้าหมายที่ให้ความร่วมมือแก่ ผู้วิจัยเป็นอย่างดีและขอบคุณผู้เกี่ยวข้อง ทุกท่านที่ให้การสนับสนุนและช่วยเหลือใน การวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จตามวัตถุประสงค์

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. **รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี 2550**. [เอกสารอัดสำเนา]. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2557.
2. สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุลและคณะ. **การสำรวจสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ปี 2556 ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ**. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2556.
3. Lowthian JA, Curtis AJ, Cameron PA, et al. **Systematic review of trends in emergency department attendances. Australian perspective. Emerg Med J; 2010.**
4. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. **รายงานประจำปี 2556**. [เอกสารอัดสำเนา]. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ; 2556.
5. นิชชาภัทร ชันสาคร และคณะ. **การศึกษาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ**. กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2559.
6. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ. **รายงานการทบทวนประสบการณ์ต่างประเทศในการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและบทเรียนสำหรับประเทศไทย**. นนทบุรี: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. เครือสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2556.
7. ศิริภาณี ศรีหาภาค และคณะ. **ผลกระทบและการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย**. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย; 2557.
8. สำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. **คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ**

- ปีงบประมาณ 2559. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2558.
9. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. **รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี 2550.** [เอกสารอัดสำเนา]. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2557.
 10. Sihapark S, Kuhirunyaratn P, Hongtu C. Severe Disability Among Elderly Community Dwellers in Rural Thailand: Prevalence and Associated Factors. *Ageing International*. 2014; 39(3): 210-220.
 11. สำนักบริหารการทะเบียน. **ระบบสถิติทางการทะเบียน ปี 2559.** [เอกสารอัดสำเนา]. กรุงเทพฯ: กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย; 2559.
 12. Challis, D., et al. Dependency in older people recently admitted to care homes. *Age and Ageing*. 2000; 29(3): 255-260.
 13. สุทธิชัย จินตะพันธ์กุล. มุมมองใหม่ของการสร้างเสริมสุขภาพภายใต้ปรากฏการณ์ประชากรผู้สูงอายุ. **วารสารพญดาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ**. 2545; 3(2): 49-62.
 14. Yesavage, J. A., et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res*. 1982; 17(1): 37-49.
 15. Folstein, M. F., Folstein, S. E., McHugh, P. R. Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*. 1975; 12(3): 189-198.
 16. Rifkin, S.B., et al. Primary Health Care On measuring participation. *Soc. Sci. Med.* 1988; 26(9): 931-940.
 17. วิชัย เอกพลากร และคณะ. **การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5.** นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2557.
 18. Salvi, et al. The elderly in the emergency department: a critical review of problems and solutions. *Internal and Emergency Medicine*. 2007; (2): 292-301.
 19. Caplan, et al. Risk of admission within 4 weeks of discharge of elderly patients from the emergency department-the DEED study. *Age and Ageing*. 1998; 27: 697-702.
 20. Hickman, et al. Best practice interventions to improve the management of older people in acute care settings: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*. 2007; 60(2): 113-126.
 21. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. **แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติฉบับที่ 3**

พ.ศ. 2560 – 2564. นนทบุรี: สถาบัน
การแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ; 2559.

22. สัมฤทธิ์ ศรีอำรุงสวัสดิ์ และคณะ.

รายงานการทบทวนประสพการณ์
ต่างประเทศในการพัฒนาระบบ
บริการการแพทย์ฉุกเฉินและบทเรียน
สำหรับประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนัก
งานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกัน
สุขภาพไทย; 2556.

การศึกษาย้อนหลังภาวะ Phacomorphic และ Phacolytic glaucoma ในโรงพยาบาลศรีสะเกษ ระหว่าง ปี พ.ศ. 2557 - 2561

ฐิสริน ตรรกเมธา¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาย้อนหลังภาวะ Phacomorphic และ Phacolytic glaucoma ที่ได้รับการผ่าตัดในกลุ่มงานจักษุกรรม โรงพยาบาลศรีสะเกษ ระหว่างปี พ.ศ. 2557-2561 เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน ใช้สถิติพรรณนาจำแนกระดับการมองเห็น และความดันลูกตาก่อน และหลังการผ่าตัด วิธีการผ่าตัด พบผู้ป่วย 282 ราย เป็น Phacomorphic glaucoma 218 ราย และ Phacolytic glaucoma 64 ราย เพศหญิงร้อยละ 60.28 มีช่วงอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 40.78 ผ่าตัดด้วยวิธี Extracapsular Cataract Extraction (ECCE) ร้อยละ 50.35 (142 ราย) วิธี Phacoemulsification ร้อยละ 39.71 (112 ราย) และวิธี Intracapsular cataract Extraction (ICCE) ร้อยละ 9.92 (28 ราย) การมองเห็นก่อนผ่าตัดอยู่ในระดับ HM, Good PJ มากที่สุด ร้อยละ 57.09 (161 ราย) ต่ำสุด FC ½m ร้อยละ 5.32 (15 ราย) มีระดับการมองเห็นหลังผ่าตัดที่หนึ่งสัปดาห์ที่ 6/60 หรือดีกว่า ร้อยละ 51.42/60 หรือน้อยกว่า ร้อยละ 11.11 ระดับ 3/60 หรือน้อยกว่า ร้อยละ 27.78 เมื่อติดตามระดับการมองเห็นหลังผ่าตัดหนึ่งเดือนมีระดับ 6/60 หรือดีกว่า ร้อยละ 70.83 ระดับ 6/60 หรือน้อยกว่า ร้อยละ 6.94 ระดับ 3/60 หรือน้อยกว่า ร้อยละ 22.22 เมื่อติดตามค่าความดันลูกตาเฉลี่ยก่อนผ่าตัด 31.27 มิลลิเมตรปรอท และหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์และ 1 เดือน ลดลงเหลือ 12.98 และ 12.42 มิลลิเมตรปรอท ตามลำดับสรุปได้ว่าการค้นพบ Phacomorphic/Phacolytic glaucoma ในระยะแรกๆ และผ่าตัดในเวลาที่เหมาะสม ทำให้เกิดประสิทธิผลต่อการรักษาและลดภาวะแทรกซ้อน เช่น เลื่อนเลือดจางตาอุดตัน ต้อหินขึ้นรุนแรงและกระจกตาเสื่อมจึงควรรณรงค์ให้ประชาชนตระหนัก เข้ารับตรวจการรักษาในระยะแรกและพัฒนาระบบเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาได้เพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: ระดับการมองเห็น, ต้อหิน, ต้อกระจก, การผ่าตัดต้อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง

¹นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม สาขาจักษุวิทยา) กลุ่มงานจักษุวิทยา โรงพยาบาลศรีสะเกษ

Corresponding Author: Thisarin Takkametha. Email: thisarint@hotmail.com

A RETROSPECTIVE REVIEW OF PHACOMORPHIC/PHACOLYTIC GLAUCOMA IN SISAKET HOSPITAL BETWEEN 2014 – 2018

Thisarin Takkametha¹

ABSTRACT

This study is a retrospective study about patient with Phocomorphic and Phacolytic that had been operated at Sisaket Hospital during 2014-2018. The data base were reviewed, Age of patients, sex, type of surgery, pre-operative and post-operative visual acuity (VA) has been reviewed. The data base were analyzed by percentage. The pre-operative and post-operative were analyzed by mean. The results of the study show that 282 patients, Phocomorphic glaucoma 218 patients and Phacolytic glaucoma 64 patients which 60.28 percents are female and 40.78 percents are 70-79 years old, had been operated by the Extra capsular cataract extraction (ECCE) for 142 patients (50.35%), Phacoemulsification 112 patients (39.71%) and intracapsular cataract extraction (ICCE) 28 patients (9.92%). Preoperative with Hand motion (HM), and Good Light perception (PL) are 161 patients (57.09%), finger counting (FC 1/2 m.) 15 patients (5.32%). For 1 week post operation, 51.42% are VA 6/60 or better, 11.11% are VA 6/60 or lesser and 27.78% are VA 3/60 or lesser. After follow up for 1 month, 70.83% have VA 6/60 or better, 6.94% are VA 6/60 or lesser and 22.22% are VA 3/60 or lesser. Average of pre-operative ocular pressure is 31.27 mmHg, after follow up 1 week and 1 month average post-operative ocular pressure are decrease to 12.98 mmHg and 12.42 mmHg. Patients with Phocomorphic and Phacolytic glaucoma that had been early detect, appropriated time of operation and treatment seems to have better results and decrease risk of complications such as retinal artery occlusion, severe glaucoma and corneal decompensation.

Key words: Visual acuity, Glaucoma, Cataract, Phacoemulsification

¹Medical Physician, Senior Professional Level, Diploma Thai Board of Ophthalmology, Department of Ophthalmology, Sisaket Hospital

บทนำ (Introduction)

ต้อกระจกเป็นสาเหตุสำคัญของภาวะตาบอดในโลกและในประเทศไทย โดยเฉพาะเมื่อประชากรมีอายุชั้มากขึ้นจากการสำรวจภาวะตาบอดในประเทศไทยปี พ.ศ.2537 พบว่าต้อกระจกเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียสายตาร้อยละ 75¹ หากผู้ป่วยไม่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจก อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจาก mature cataract ดังต่อไปนี้ phacomorphic glaucoma ซึ่งพบได้บ่อยกว่า phacolytic glaucoma Lens particle glaucoma และ phacoanaphylactic uveitis Phacomorphic glaucoma มีสาเหตุจาก lens มีการหนาตัว ส่งผลให้เกิดภาวะ papillary block และเกิด secondary angle closure glaucoma ผู้ป่วยมักมีอาการปวดตาเฉียบพลัน ตรวจพบตาแดง comeal edema shallow anterior chamber จนกระทั่ง fixed dilated pupil และ Phacolytic glaucoma เกิดจากการรั่วของ lens protein ออกมานอก lens capsule ต่อมา macrophage จะมาจับกิน lens protein ทำให้มีการอุดตันของ trabecular meshwork ส่งผลให้มีการเพิ่มขึ้นของความดันลูกตา ผู้ป่วยมาด้วยปวดตาเฉียบพลัน ตรวจพบ ciliary injection comeal edema และมีความขุ่นขาวของ anterior chamber²⁻⁴ การรักษาผู้ป่วยในกลุ่มเป็นการใช้ยาเพื่อลดความดันลูกตาและลดการอักเสบ โดยการรักษาหลักเป็นการผ่าตัดต้อกระจก²⁻⁴ ผู้ป่วยที่มีการพยากรณ์โรค

ดีเป็นผู้ป่วยที่สามารถควบคุมความดันลูกตาและทำการผ่าตัดได้เร็ว³

โรงพยาบาลศรีสะเกษเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 500 เตียง มีการผ่าตัดต้อกระจกเฉลี่ย 1,500 รายต่อปี ในจำนวนนี้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งมีภาวะ phacomorphic หรือ phacolytic glaucoma ที่มีค่าความดันลูกตาสูงกว่าปกติและมีการอักเสบของลูกตา ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีอาการปวดตา การมองเห็นลดลง จักษุแพทย์ต้องใช้เวลาและทรัพยากรในการควบคุมอาการ เพื่อให้ผู้ป่วยมีการพยากรณ์โรคและคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้วิจัยจึงมีความสนใจและศึกษาข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี ในปี พ.ศ. 2557-2561 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์วิธีการผ่าตัดผลของการรักษาในแง่ระดับการมองเห็นและความดันลูกตาทั้งก่อนและหลังการผ่าตัด

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง โดยศึกษาจากข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการให้รหัสโรครหัสผ่าตัดตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก⁵⁻⁶ การวินิจฉัยภาวะ phacomorphic หรือ phacolytic glaucoma และเข้ารับการผ่าตัดที่โรงพยาบาลศรีสะเกษระหว่างปี พ.ศ. 2557-2561 จำนวน 282 ราย โดยกำหนดกรอบการศึกษาครอบคลุม 4 ประเด็น 1) จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะ Glaucoma secondary to other eye disorders

2) วิธีการผ่าตัดที่ใช้ในการรักษา 3) ระดับการมองเห็น และ 4) ระดับความดันของลูกตาดังนี้

1. สืบค้นเวชระเบียนที่ได้รับรหัส H 405 เพื่อค้นหาผู้ป่วยที่มีภาวะ glaucomasecondarytoothereyediseases และจำแนกสาเหตุของโรคที่ทำให้เกิดความผิดปกติ phacomorphicglaucoma หรือ phacolytic glaucoma

2. สืบค้นรหัสเหตุการณ์ในเวชระเบียน เพื่อค้นหาวิธีการผ่าตัดที่ใช้ ประกอบด้วยรหัส 132 หมายถึง การผ่าตัดด้วยวิธีExtracapsular Cataract Extraction (ECCE)

รหัส 1341 หมายถึง การผ่าตัดด้วยวิธี Phacoemulsification

รหัส 1319 หมายถึง การผ่าตัดด้วยวิธี Intracapsular cataract Extraction (ICCE)

3.ระดับการมองเห็นก่อนและหลังผ่าตัด ทบทวนจากบันทึกในเวชระเบียนตามมาตรฐานบันทึกการตรวจระดับการมองเห็น กลุ่มงาน จักษุวิทยา โรงพยาบาลศรีสะเกษ โดยใช้เครื่องมือSnellen chart ตามมาตรฐานของราชวิทยาลัยจักษุวิทยาระดับการมองเห็นตามนิยามศัพท์ ดังนี้ PL หมายถึง light perception, PJ หมายถึง light projection, HM หมายถึง hand movement และ FC หมายถึงcounting finger

4. ระดับความดันลูกตาก่อนและหลังผ่าตัดทบทวนจากเวชระเบียนตามมาตรฐานการบันทึกระดับความดันลูกตา

โดยใช้เครื่องมือ Appanation tonometer ตามมาตรฐานของราชวิทยาลัยจักษุวิทยา

สถิติที่ใช้ในการศึกษา ใช้สถิติเชิง

พรรณนา จำนวน และร้อยละ

ขอบเขตในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในแผนก จักษุวิทยาโรงพยาบาลศรีสะเกษ ระหว่างเดือนมกราคม 2556 – มกราคม 2561 รวมทั้งสิ้น 5 ปี และได้รับรหัสโรค ICD – 10: H405 วินิจฉัย Glaucomasecondarytoothereyediseases, รหัสเหตุการณ์ ICD-9 132 หมายถึง การผ่าตัดด้วยวิธี Extracapsular Cataract Extraction (ECCE) รหัส 1341 หมายถึงการผ่าตัดด้วย วิธี Phacoemulsification รหัส 1319 หมายถึง การผ่าตัดด้วย วิธี Intracapsular cataract Extraction (ICCE)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ เลขที่ COA 008/2562วันที่ 5 สิงหาคม 2562ให้สามารถทำการศึกษาย้อนหลังจากเวชระเบียนได้

ผลการวิจัย (Result)

1.อุบัติการณ์ภาวะPhacomorphic และ Phacolytic glaucomaในผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่เข้ารับการผ่าตัดในแผนกจักษุวิทยาโรงพยาบาลศรีสะเกษระหว่างปี 2557 – 2561 คิดเป็นร้อยละ 3 โดยได้รับรหัส H405 (glaucomasecondarytoothereyediseases)

จำนวน 576 ราย ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจาก
Phacomorphic glaucoma คิดเป็นร้อยละ
77.30 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 อุบัติการณ์และสาเหตุของภาวะ Lens induced glaucoma ที่เข้ารับการรักษาในแผนก
จักษุวิทยาโรงพยาบาลศรีสะเกษ ระหว่างปี พ.ศ. 2557 – พ.ศ. 2561

คุณลักษณะ	ปี พ.ศ.					
	2557	2558	2559	2560	2561	รวม
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
จำนวนเวชระเบียน	127	132	135	98	84	576
รหัส H405 (ฉบับ)						
สาเหตุ						
Phacomor						
phic glaucoma	67 (84.81)	41 (70.69)	56 (77.78)	29 (72.5)	25 (75.76)	218 (77.30)
Phacolytic glaucoma	12 (15.19)	17 (29.31)	16 (22.22)	11 (27.5)	8 (24.24)	64 (22.70)

เมื่อพิจารณาคุณลักษณะของผู้ป่วย
ที่มีภาวะ phacomorphic glaucoma และ
ได้รับการผ่าตัด จำนวน 218 ราย คิดเป็น
ร้อยละ 77.30 พบมากในเพศหญิง คิดเป็น

ร้อยละ 61.93 มีอายุระหว่าง 70 – 79 ปี ถึง
ร้อยละ 39.91 และเกิดความผิดปกติที่ตาซ้าย
ร้อยละ 51.83 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและคุณลักษณะของผู้ป่วย phacomorphic glaucoma ในแผนกจักษุวิทยา โรงพยาบาล ศรีสะเกษ ระหว่างปี พ.ศ.2557 – พ.ศ.2561 จำแนกตามเพศ อายุ และตำแหน่งของความผิดปกติ

คุณลักษณะ	ปี พ.ศ.					รวม (จำนวน,%)
	2557 (จำนวน,%)	2558 (จำนวน,%)	2559 (จำนวน,%)	2560 (จำนวน,%)	2561 (จำนวน,%)	
Phacomorphic glaucoma	67	41	56	29	25	218
เพศ						
หญิง	51(76.12)	25(60.98)	24(42.86)	18(62.07)	17(68.00)	135(61.93)
ชาย	16 (23.88)	16(39.02)	32(57.14)	11(37.93)	8(32.00)	83(38.07)
อายุ (ปี)						
30-39	0	0	0	1(3.45)	0	1(0.46)
40-49	0	0	0	0	0	0
50-59	0	0	0	4(13.79)	3(12.00)	7(3.21)
60-69	7(10.45)	8(19.51)	24(42.86)	7(24.14)	7(28.00)	53(24.31)
70-79	28(41.79)	16(39.02)	24(42.86)	11(37.93)	8(32.00)	87(39.91)
80-89	32(47.76)	17(41.46)	8(14.29)	6(20.69)	7(28.00)	70(32.11)
ตำแหน่ง						
ข้างขวา	17(25.37)	25(60.98)	40(71.43)	13(44.83)	10(40.00)	105(48.17)
ข้างซ้าย	50(74.63)	16(39.02)	16(28.57)	16(55.17)	15(60.00)	113(51.83)

นอกจากนั้นสาเหตุที่พบรองลงมาเกิดจากภาวะ phacolytic glaucoma ที่ได้รับการผ่าตัด จำนวน 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.70 พบมากในเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ

54.69 เช่นกัน แต่พบมากในช่วงอายุระหว่าง 80 – 89 ปี ร้อยละ 45.31 และเกิดความผิดปกติที่ตาซ้ายและตาขวาเท่ากัน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและคุณลักษณะของผู้ป่วย Phacolytic glaucoma จำแนกตามเพศ อายุ และ ตำแหน่งของความผิดปกติในแผนกจักษุวิทยา โรงพยาบาลศรีสะเกษ ระหว่างปีพ.ศ.2557-พ.ศ.2561

คุณลักษณะ	ปี พ.ศ.					รวม (จำนวน,%)
	2557 (จำนวน,%)	2558 (จำนวน,%)	2559 (จำนวน,%)	2560 (จำนวน,%)	2561 (จำนวน,%)	
Phacolytic glaucoma	12(15.19)	17(29.31)	16(22.22)	11(27.5)	8(24.24)	64(22.70)
เพศ						
หญิง	6(50.00)	9(52.94)	9(56.25)	6(54.55)	5(62.50)	35(54.69)
ชาย	6(50.00)	8(47.06)	7 (43.75)	59(45.45)	3(37.50)	29(45.31)
อายุ (ปี)						
50-59	1(8.33)	0	0	0	0	1(1.56)
60-69	0	0	0	4(36.36)	2(25.00)	6(9.38)
70-79	6(50.00)	9(52.94)	8(50.00)	2(18.18)	3(37.50)	28(43.75)
80-89	5(41.67)	8(47.06)	8(50.00)	5(45.45)	3(37.50)	29(45.31)
ตำแหน่ง						
ข้างขวา	6(50.00)	8(47.06)	8 (50.00)	7(63.64)	3(37.50)	32(50.00)
ข้างซ้าย	6(50.00)	9(52.94)	8(50.00)	4(36.36)	5(62.50)	32(50.00)

2. วิธีการผ่าตัดที่ใช้ในการรักษา
ภาวะ Lens induced glaucoma สืบค้นจาก
รหัสหัตถการในเวชระเบียน พบผู้ป่วยได้รับการ
การรักษาด้วยการผ่าตัด จำนวน 282 ราย คิด
เป็นร้อยละ 48.95 ในจำนวนนี้ได้รับการ
ผ่าตัด โดยเป็นวิธี Extracapsular Cataract

Extraction (ECCE) รหัสหัตถการ 132 มาก
ที่สุดคิดเป็นร้อยละ 50.35 รองลงมาเป็นวิธี
Phacoemulsification รหัส 1341 คิดเป็น
ร้อยละ 39.72 และ Intracapsular cataract
Extraction (ICCE) รหัส 1319 มีจำนวนน้อย
ที่สุดคิดเป็นร้อยละ 19.72 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 วิธีการผ่าตัดที่ใช้รักษาภาวะ Lens induced glaucoma ผู้ป่วยในแผนกจักษุวิทยา
โรงพยาบาลศรีสะเกษ ระหว่างปีพ.ศ. 2557 –พ.ศ. 2561

คุณลักษณะ	ปี พ.ศ.					รวม
	2557 (จำนวน,%)	2558 (จำนวน,%)	2559 (จำนวน,%)	2560 (จำนวน,%)	2561 (จำนวน,%)	
ได้รับการผ่าตัด	79(62.20)	58(43.93)	72(53.33)	40(40.81)	33(39.28)	282(48.95)
วิธีการผ่าตัด						
ECCE	41(51.90)	34 (58.62)	44(61.11)	13(32.5)	10(30.30)	142(50.35)
Phacoemulsification	26(32.91)	19(32.76)	24(33.33)	24(60)	19(57.58)	112(39.72)
ICCE	12(29.27)	5(14.71)	4(5.56)	3(23.08)	4(40.00)	28(19.72)

3. ระดับการมองเห็นก่อนและหลัง
ผ่าตัดสืบค้นข้อมูลในเวชระเบียน โดยกำหนด
เกณฑ์การวัดระดับการมองเห็นก่อนผ่าตัด
เป็น 4 ระดับ ประกอบด้วย light perception
(PL) light projection (PJ) hand movement
(HM) และ counting finger (FC) พบว่า

ระดับการมองเห็นก่อนผ่าตัดอยู่ในช่วง
poorlight projection จนถึง Counting
finger ½ m โดยการมองเห็นที่ระดับ hand
movement มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.09
และไม่พบระดับ light perception เลย
ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ระดับการมองเห็นก่อนผ่าตัด

ระดับการมองเห็น	ปี พ.ศ.					รวม
	2557 (จำนวน,%)	2558 (จำนวน,%)	2559 (จำนวน,%)	2560 (จำนวน,%)	2561 (จำนวน,%)	
Poor PJ	28(35.44)	8(13.79)	16(22.22)	20(50.00)	17(51.52)	89(31.56)
HM, good PJ	40(50.63)	50(86.21)	40(55.56)	16(40.00)	15(45.45)	161(57.09)
FC 1/2ft	6(7.59)	0	8(11.11)	2(5.00)	1(3.03)	17(6.03)
FC 1/2m	5(6.34)	0	8(11.11)	2(5.00)	0	15(5.32)
รวม	79	58	72	40	33	282

เมื่อทดสอบระดับการมองเห็นหลัง
ผ่าตัด 1 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มี
ระดับการมองเห็นที่ 6/60 หรือดีกว่า คิดเป็น
ร้อยละ 51.42 และผู้ป่วยส่วนน้อยที่มีระดับ
การมองเห็นที่ 6/60 หรือน้อยกว่า คิดเป็น
ร้อยละ 11.11 เมื่อติดตามระดับการมองเห็น
ภายหลังการผ่าตัดครบ 1 เดือน พบว่า ผู้ป่วย

ส่วนใหญ่มีระดับการมองเห็นที่ 6/60 หรือ
ดีกว่า คิดเป็นร้อยละ 70.83 รองลงมา มีระดับ
การมองเห็นที่ 3/60 หรือน้อยกว่าคิดเป็น ร้อยละ
27.66 และพบผู้ป่วยมีระดับการมองเห็นที่
6/60 หรือน้อยกว่า คิดเป็นร้อยละ 7.94 ซึ่ง
พบน้อยที่สุด ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ระดับการมองเห็นหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์และ 1 เดือน

ระดับการมองเห็น	ปี พ.ศ.					รวม
	2557	2558	2559	2560	2561	
	(จำนวน,%)	(จำนวน,%)	(จำนวน,%)	(จำนวน,%)	(จำนวน,%)	
ระดับการมองเห็นหลังการผ่าตัด 1 สัปดาห์						
6/60 orbetter	34 (43.04)	41 (70.69)	16 (22.22)	24 (60.00)	30 (90.91)	145 (51.42)
less than6/60	6 (17.65)	17 (41.46)	8 (50.00)	4 (16.67)	3 (10.00)	38 (26.21)
less than3/60	39(49.37)	0	48 (66.67)	12 (30.00)	0	99 (35.11)
ระดับการมองเห็นหลังการผ่าตัด 1 เดือน						
6/60 orbetter	51 (64.56)	58 (100)	24 (33.33)	26 (65.00)	30 (90.91)	189 (67.02)
less than 6/60	0	0	8 (11.11)	4 (15.38)	3 (10.00)	15 (7.94)
less than 3/60	28 (35.44)	0	40 (55.56)	10 (25.00)	0	78 (27.66)
รวม	79	58	72	40	33	282

4. ความดันลูกตาก่อนและหลัง
ผ่าตัด สืบค้นข้อมูลในเวชระเบียน โดยวัด
ความดันลูกตาตามมาตรฐาน ราชวิทยาลัย
จักษุวิทยา พบว่าระดับความดันลูกตาเฉลี่ย
ก่อนผ่าตัด 31.27 มิลลิเมตรปรอทอย่างไรก็

ตามภายหลังการผ่าตัด ระดับความดันลูกตา
เฉลี่ยลดลงเป็น 12.98 มิลลิเมตรปรอท และ
12.42 มิลลิเมตรปรอทในสัปดาห์แรก และ
1 เดือนหลังผ่าตัด ตามลำดับ ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ระดับความดันลูกตาก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด 1 สัปดาห์และ 1 เดือน

ระดับความดันลูกตา (เฉลี่ยมิลลิเมตรปรอท)	ปี พ.ศ.					รวม
	2557	2558	2559	2560	2561	
ก่อนผ่าตัด	35.9	26	26.33	34.69	33.45	31.27
หลังการผ่าตัด 1 สัปดาห์	13.09	10.5	11.25	15.05	15	12.98
หลังผ่าตัด 1 เดือน	13.23	10.61	11.44	13.75	13.06	12.42

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

การศึกษาครั้งนี้พบผู้ป่วย Lens induced glaucoma เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.28 อายุมากกว่า 60 ปี ถึงร้อยละ 99.64 และพบ Phacomorphic glaucoma 218 ราย ร้อยละ 77.30 phacolytic glaucoma 64 ราย ร้อยละ 22.70 สอดคล้องกับการทำวิจัยของ Rijai et al.⁷ ที่ พบ สัดส่วน ของ Phacomorphic phacolytic เป็น 65:35 ซึ่งงานวิจัยที่เกี่ยวข้องส่วนใหญ่มาจากประเทศกำลังพัฒนาในทวีปเอเชียที่มีปัญหาการเข้าถึงบริการ ส่งผลให้ผู้ป่วยมากเมื่อเทียบกับทวีปอื่นๆ อีกทั้งยังมีลักษณะทางกายภาพของลูกตา ชาวเอเชีย มักมีความยาวลูกตาสั้นกว่าชาวยุโรป จึงมีโอกาสเกิด Phacomorphic glaucoma ได้มากกว่า

วิธีในการทำผ่าตัดพบว่า ECCE เป็นหัตถการที่ทำมากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วย mature cataract ซึ่งเป็นการผ่าตัดด้วยกระจกแบบแผลเล็กและมีความปลอดภัยสูง สอดคล้องกับหลายงานวิจัย⁷⁻⁹ ส่วนผู้ป่วยที่ต้องทำผ่าตัดด้วยวิธี ICCE นั้นน่าจะเป็น

เพราะ hypermature cataract หรืออาจมีภาวะ subluxated lens ร่วมด้วย

ระดับการมองเห็นหลังจากผ่าตัดดีขึ้นอยู่ในเกณฑ์ดี (6/60 หรือดีกว่า) เกินร้อยละ 70 ซึ่งเป็นไปในแนวทางเดียวกันกับการศึกษาก่อนหน้านี้และข้อมูลของโรงพยาบาลศรีสะเกษ พบว่าการมองเห็นหลังจาก 1 เดือน เมื่อพิจารณาโดยรวมแล้วดีขึ้นจากหลังผ่าตัดที่ 1 สัปดาห์ เพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้จะพบการอักเสบและการบวมของกระจกตานานกว่าผู้ป่วยต่อกระจกปกติทำให้ในช่วงแรกของการติดตามผลได้ผลการรักษาไม่ดีเท่าที่ควร อีกข้อสังเกตหนึ่ง คือ มีการหายไปของข้อมูลอันสืบเนื่องจากการไม่มาตรวจตามนัดของผู้ป่วยซึ่งอาจเกิดจากการที่อาการดีขึ้น มีปัญหาเรื่องการเดินทางทั้งจากระยะทางและอายุของผู้ป่วยปัญหาสุขภาพด้านอื่นๆ และอาจรวมถึงการไม่มีความรู้ไม่ตระหนักถึงความสำคัญของโรคที่เป็น

ความดันลูกตาก่อนและหลังการผ่าตัด พบความดันลูกตาเฉลี่ยก่อนผ่าตัด 31.27 มิลลิเมตรปรอท ความดันลูกตาเฉลี่ยหลังผ่าตัดที่หนึ่งสัปดาห์และหนึ่งเดือน คือ

12.98 มิลลิเมตรปรอทและ 12.42 มิลลิเมตรปรอทตามลำดับ ได้ผลคล้ายกับการศึกษาของ Rijai et al.⁷ และ Ramakrishnan et al.⁹ ที่พบว่าความดันลูกตาหลังผ่าตัดลดลงจากก่อนผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและข้อมูลจากเวชระเบียนของโรงพยาบาลศรีสะเกษพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 90.0 ไม่จำเป็นต้องใช้ยาลดความดันลูกตาในระยะยาว

Phacomorphic และ Phacolytic glaucoma เป็นภาวะที่รักษาด้วยการผ่าตัดและป้องกันได้ การรักษาได้ผลดีทั้งในเรื่องของการมองเห็นและการลดลงของความดันลูกตา แต่ทั้งนี้ยังพบผู้มีภาวะแทรกซ้อน เช่น เส้นเลือดจอตาอุดตัน ต้อหินขั้นรุนแรงและกระจกตาเสื่อม ดังนั้นการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะดังกล่าวย่อมส่งผลดีต่อผลการรักษา การประชาสัมพันธ์เพื่อให้ความรู้ความเข้าใจกับโรคและการรักษาทั้งตัวผู้ป่วยเองและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การหามาตรการคัดกรองโรคในชุมชนที่มีประสิทธิภาพและส่งต่อเข้ารับการรักษาผ่าตัด ย่อมส่งผลดีในการดูแลและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยต่อไป

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ขอขอบพระคุณ แพทย์หญิงเพิ่มศิริ เลอมาณูวรลักษณ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสะเกษ แพทย์หญิงพัชรี สนิทธีวรากล หัวหน้ากลุ่มงานจักษุวิทยาเจ้าหน้าที่แผนกจักษุวิทยาผู้ป่วยนอกเจ้าหน้าที่ศูนย์จำหน่ายเจ้าหน้าที่เวชระเบียนผู้ป่วยในเจ้าหน้าที่ห้อง

บัตร และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือสนับสนุนให้การวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. พัฒพงษ์ ภูยานนท์ และคณะ. **ต้อกระจก. วารสารจักษุสาธารณสุข.** 2555; 21(1): 136-160.
2. สุดารัตน์ ไหญ่สว่าง และคณะ. **จักษุวิทยา. ตำราจักษุวิทยา. กรุงเทพฯ: ที่ คิว พี.** 2555.
3. Kaiser PK, Friedman NJ, Pineda RP. **The Massachusetts Eye and Ear Infirmary Illustrated Manual of Ophthalmology.** 2008; 2: 277-279.
4. Kunimoto DY, Kanitkar KD, Makar MS. **The Wills Eye Manual.** 2006; 4: 177-179.
5. WHO. ICD-10 10th revision Volum1 Tabular list fifth edition 2016 World Health Organization, TCMC (Thai Case Mix Center). 2016.
6. WHO. ICD-9CM 9th revision clinical modification 2010 Sixth edition, National Health Security office. 2010: 45-46.
7. Rijal AP, Karki DB. Visual outcome and IOP control after cataract surgery in lens induced glaucoma.

- Kathmandu University Medical Journal. 2006; 4(1): 30-33.
8. Prajna NV, Ramakrishanan R, Krishnada R, Manoharan N. Lens induced glaucoma-visual results and risk factors for final visual acuity. *Indian J Ophthalmol*. 2004; 44(3): 149-155.
9. Ramakrishanan R, Maheshwari D, Kader MA, et al. Visual prognosis, intraocular pressure control and complications in phacomorphic glaucoma following manual small incision cataract surgery. *Indian J Ophthalmol*. 2010; 58(4): 303-306.

การเปรียบเทียบผลการตรวจทางเซลล์วิทยาของก้อนที่เต้านม ด้วยวิธีการเจาะดูดด้วยเข็มขนาดเล็กกับพยาธิสภาพจากเนื้อเยื่อ ของเต้านมในโรงพยาบาลขอนแก่น

อภิญา โชติญาโน¹

บทคัดย่อ

มะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่มีความสำคัญในสตรีทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย วิธีการตรวจทางเซลล์วิทยาที่ได้จากการเจาะดูดด้วยเข็มขนาดเล็ก (Fine needle aspiration cytology (FNAC)) เป็นวิธีการที่จำเป็นในการวินิจฉัยและการรักษาโรคของเต้านม งานวิจัยนี้จัดทำขึ้นเพื่อเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างผลการตรวจทางเซลล์วิทยาและผลการตรวจพยาธิสภาพในโรคของเต้านมในโรงพยาบาลขอนแก่น โดยเป็นการศึกษาแบบย้อนหลังในผู้ป่วย 1,380 ราย ที่มีผลการตรวจทางเซลล์วิทยาด้วยการเจาะดูดด้วยเข็มขนาดเล็กตั้งแต่เดือนมกราคม 2549 ถึงเดือนธันวาคม 2555 เพื่อทำการวินิจฉัยโรคของเต้านม โดยทุกรายจะถูกทบทวนผลการวินิจฉัยโดยพยาธิแพทย์เพียงหนึ่งท่าน หลังจากนั้นจึงเปรียบเทียบกับผลทางพยาธิวิทยา โดยสรุปผลเป็นตัวเลขและค่าร้อยละ ผลพบรอยโรคที่เป็นเนื้อร้าย 117 ราย (ร้อยละ 8.48 ของทั้งหมด), ไม่ใช่เนื้อร้าย 619 ราย (ร้อยละ 44.85) และสรุปผลการตรวจวินิจฉัยไม่ได้เนื่องจากความไม่เหมาะสมเพียงพอของเนื้อเยื่อเต้านม 644 ราย (ร้อยละ 46.67 ของทั้งหมด) โดยผู้ป่วยที่มีผลทางพยาธิวิทยามีเพียง 480 ราย จึงนำผลทางเซลล์วิทยามาเปรียบเทียบกับผลทางพยาธิวิทยา โดยผลพบว่ามีเนื้อร้ายอยู่ 104 ราย (ร้อยละ 21.66 ของผู้ป่วยที่มีผลทางพยาธิวิทยา) ไม่ใช่เนื้อร้าย 188 ราย (ร้อยละ 39.17) และอีก 188 ราย (ร้อยละ 39.17) ที่มีผลทางพยาธิวิทยาโดยไม่มีผลการตรวจทางเซลล์วิทยาร่วมด้วย

คำสำคัญ: เซลล์วิทยา, ก้อนที่เต้านม, พยาธิสภาพ

¹พยาธิแพทย์ กลุ่มงานพยาธิวิทยาภายใน โรงพยาบาลขอนแก่น

Corresponding Author: Apinya Chotiyano. Email: apinya@gmail.com

COMPARATIVE STUDY OF FINE NEEDLE ASPIRATION FINE NEEDLE ASPIRATION CYTOLOGY (FNAC) AND PATHOLOGY OF BREAST MASS AT KHON KAEN HOSPITAL

Apinya Chotiyano¹

ABSTRACT

Breast cancer is the most important malignant disease in female worldwide and also in Thailand. Fine needle aspiration cytology (FNAC) is the essential tools in the diagnosis and management of breast diseases. Objectives: To determine the correlation of cytological and pathological results in breast lesions at Khon Kaen hospital Materials and Methods: A retrospective of 1380 consecutive patients undergoing fine needle aspiration cytology from January 2006 to December 2012 was received to identify breast lesions and reviewed by one pathologist. Categorical variables were summarized as counts and percentages. Results: Malignancy was found in 117 cases (8.48% of total cases), benign 619 cases (44.85%) and inconclusive due to unsatisfactory specimens 644 cases (46.67%). There were 480 cases followed by tissue biopsy. When comparison with the result of tissue biopsy, the malignancy was found in 104 cases (21.66% of total biopsy cases), benign 188 cases (39.17 %) and no tissue biopsy result due to no further evaluation 188 cases (39.17% of total biopsy cases).

Key words: Aspiration Cytology, Fine Needle, Breast Mass

¹Pathologist, Section of anatomical pathology, Khon Kaen Hospital

บทนำ (Introduction)

มะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบเป็นอันดับหนึ่งของสตรีทั่วโลก เป็นสาเหตุที่สำคัญที่ทำให้เกิดความพิการรวมทั้งเสียชีวิตในประเทศไทย โดยพบมีค่า Age- standardized incidence rate (ASR) ของมะเร็งเต้านมอยู่ที่ 20.9 รายต่อประชากรหญิง 100,000 ราย ในปี พ.ศ. 2544-2546¹ ในจังหวัดขอนแก่นพบผู้ป่วยใหม่ที่ตรวจพบมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้นทุกปีโดยในปี พ.ศ. 2553 พบผู้ป่วยใหม่มะเร็งเต้านมร้อยละ 8.7 (290 ราย ต่อผู้ป่วยมะเร็งที่ตรวจพบใหม่ทั้งหมด 3,321 ราย) และในปี พ.ศ. 2554 พบผู้ป่วยใหม่ร้อยละ 10.3 (248 ราย จากผู้ป่วยมะเร็งที่ตรวจพบใหม่ทั้งหมด 2417 ราย) รวมถึงเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตจากมะเร็งเต้านมทั้งหมดร้อยละ 16.5 ในปี พ.ศ. 2553²

วิธีมาตรฐานในการตรวจหามะเร็งของเต้านมในปัจจุบันคือการผ่าตัดเพื่อนำชิ้นเนื้อเต้านมมาตรวจทางพยาธิวิทยา³⁻⁶ แต่เนื่องจากการตรวจทางพยาธิวิทยามีข้อจำกัดหรือความไม่สะดวกในการใช้เป็นวิธีการตรวจคัดกรองเบื้องต้น ดังนั้นได้มีการใช้วิธีการตรวจทางเซลล์วิทยาด้วยการเจาะดูด ด้วยเข็มขนาดเล็ก (Fine needle aspiration cytology (FNAC)) โดยเริ่มเป็นที่นิยมในประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2531 เนื่องจากมีข้อได้เปรียบคือทำง่าย ใช้เวลาในการทำหัตถการน้อย สะดวก ไม่ต้องเตรียมผู้ป่วยนาน ประหยัด เจ็บปวดน้อย และมีความ

ถูกต้องสูง สามารถนำมาใช้ตรวจยืนยัน การสาเหตุของก้อนที่เต้านมได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁷ แต่อย่างไรก็ตามการตรวจชิ้นเนื้อเต้านมทางพยาธิวิทยายังเป็นการตรวจที่เป็นมาตรฐาน (Gold standard) ในการวินิจฉัยโรคของเต้านม โดยการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างผลการตรวจทางเซลล์วิทยาและผลการตรวจพยาธิสภาพในโรคของเต้านมในโรงพยาบาลขอนแก่น เพื่อพัฒนาความสามารถในการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม และเกิดประโยชน์สูงสุดคือความปลอดภัยของผู้ป่วยต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังในผู้ป่วย 1,380 ราย ที่มีผลการตรวจทางเซลล์วิทยาด้วยการเจาะดูด ด้วยเข็มขนาดเล็ก(FNAC) ตั้งแต่เดือนมกราคม 2549 ถึงเดือนธันวาคม 2555 เพื่อทำการวินิจฉัยโรคของเต้านม โดยทุกรายจะถูกทบทวนผลการวินิจฉัยโดยพยาธิแพทย์เพียงหนึ่งท่าน หลังจากนั้นจึงเปรียบเทียบกับผลทางพยาธิวิทยา โดยสรุปผลเป็นจำนวนและร้อยละ

ผลการวิจัย (Result)

ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจก้อนที่เต้านมด้วยการตรวจทางเซลล์วิทยาโดยใช้เข็มขนาดเล็กเจาะดูดมีทั้งสิ้น 1,380 ราย อยู่ในช่วงอายุ

14-72 ปี (อายุเฉลี่ย 50 ปี) โดยมีเพศหญิง : ชายเท่ากับ 1,375 : 5 ซึ่งในผู้ป่วยเพศชาย ได้รับการวินิจฉัยเป็นผลปกติทั้งหมด ผลการ ทบทวนผลการวินิจฉัยทางเซลล์วิทยาพบ ตั้งแต่ผลปกติ, fibroadenosis, fibrocystic changes, fibroadenoma, ductal carcinoma in situ, lobular carcinoma in situ, invasive ductal carcinoma, invasive lobular carcinoma, โดยที่ผลการตรวจ ทางพยาธิ tubular carcinoma, mucinous carcinoma, diffuse large B-cell lymphoma และ medullary carcinoma พบรอยโรคที่

เป็นเนื้อร้าย 117 ราย (ร้อยละ 8.48 ของ ทั้งหมด), ไม่ใช่เนื้อร้าย 619 ราย (ร้อยละ 44.85) และสรุปผลการเซลล์วิทยาได้นาม 644 ราย (ร้อยละ 46.7 ของทั้งหมด) โดย ผู้ป่วยที่มีผลทางพยาธิวิทยามีเพียง 480 ราย จึงนำผลทางเซลล์มาเปรียบเทียบร่วมกัน โดย ผลพบว่ามีเนื้อร้ายอยู่ 104 ราย (ร้อยละ 21.66 ของผู้ป่วยที่มีผลทางพยาธิวิทยา) ไม่ใช่เนื้อร้าย 188 ราย (ร้อยละ 39.17) และ อีก 188 ราย (ร้อยละ 39.17) ที่มีผลทางพยาธิ วิทยา ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลทางเซลล์วิทยาของเต้านมที่ได้จากการใช้เข็มขนาดเล็กเจาะดูกับผลทาง พยาธิวิทยา

FNAC report	<u>Histologic Benign Lesion</u>		<u>Findings Malignant Lesion</u>		Total
	case	%	case	%	case
Unsatisfactory	161	85.64	27	14.36	188
Benign Lesion	175	82.94	36	17.06	211
Malignant Lesion	13	16.05	68	83.95	81
Total	349	72.71	131	27.29	480

จากการศึกษาพบผู้ป่วย 13 ราย ที่มี ผลตรวจทางเซลล์วิทยาเป็นผลบวกหลง โดย ที่ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาพบผลเนื้อเยื่อ ปกติ 1 ราย, fibroadenoma 2 ราย, ductal epithelial hyperplasia 5 ราย, fibrocystic change 2 ราย และ radial scar 3 ราย มี

ผู้ป่วยจำนวน 36 ราย ที่มีผลการตรวจทาง เซลล์วิทยาเป็นผลลบหลง โดยมีผลทางพยาธิ วิทยาพบ invasive ductal carcinoma 30 ราย, Malignant Phyllodes tumor 2 ราย, ductal carcinoma in situ 3 ราย และ diffuse large B cell lymphoma 1 ราย โดยผู้ป่วยที่มี

ผลทางค่าความไว (sensitivity rate) อยู่ที่ 68/104 (ร้อยละ 65.4) ค่าความจำเพาะ (specificity rate) อยู่ที่ 175/188 (ร้อยละ 95.6) ค่าความแม่นยำ (accuracy rate) อยู่ที่ 243/292 (ร้อยละ 83.2) ค่าพยากรณ์ผลบวก (positive predictive value) มีค่าเท่ากับ 68/81 (ร้อยละ 83.9) ค่าพยากรณ์ผลลบ (negative predictive value) มีค่าเท่ากับ 175/211 (ร้อยละ 82.9) ค่าผลบวกหลง (false positive rate) มีค่าเท่ากับ 13/188 (ร้อยละ 7) ค่าผลลบหลง (falsenegative rate) มีค่าเท่ากับ 36/104 (ร้อยละ 35) ค่า Likelihood ratio มีค่าเท่ากับ 0.65/0.96= 0.68 ค่า Odd ratio มีค่าเท่ากับ 104/188 (ร้อยละ 55)

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

การวินิจฉัยโรคของก้อนที่เต้านมวิธีที่เป็นมาตรฐาน (gold standard) คือการตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา แต่เนื่องจากการตรวจโรคของเต้านม โดยการเจาะดูดด้วยเข็มขนาดเล็กเป็นวิธีการตรวจที่เป็นที่นิยมมากขึ้น เนื่องจากสะดวก และง่ายต่อทั้งผู้ป่วยและแพทย์ผู้ทำการรักษา จากงานวิจัยต่างๆพบว่า การตรวจด้วยวิธี FNAC ควรมีความไว (sensitivity rate) อยู่ในช่วงร้อยละ 65 ถึง 98 ค่าความจำเพาะ (specificity rate) อยู่ช่วงร้อยละ 34 ถึง 100 ค่าผลบวกหลง (false positive) อยู่ช่วงร้อยละ 0 ถึง 2 ค่าผล

ลบหลงควรมีน้อยกว่าร้อยละ 6 รวมถึงอัตรา ร้อยละของความไม่เหมาะสมของสิ่งส่งตรวจทางเซลล์วิทยาของเต้านมด้วยวิธี FNAC อยู่ในช่วงร้อยละ 0 ถึง 42 ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่ายังมีอัตราร้อยละของค่าผลลบหลง ค่าผลลบหลง และค่าความไม่เหมาะสมของสิ่งส่งตรวจยังสูงกว่างานวิจัยอื่นๆ เนื่องจากว่าวิธีการตรวจโรคของเต้านม ด้วยการทำการเจาะดูดด้วยเข็มเล็กเป็นหัตถการที่ต้องอาศัย ประสบการณ์ของแพทย์ทำหัตถการด้วย โดยมีการศึกษาพบว่าทักษะของผู้เจาะตรวจทางเซลล์วิทยาด้วยวิธี FNAC สามารถทำให้ค่าความไม่เหมาะสมของสิ่งส่งตรวจแปรผันได้ตั้งแต่ร้อยละ 5 จนกระทั่งถึงมากกว่าร้อยละ 40 ค่าผลลบหลงที่สูงอาจมีสาเหตุมาจากความผิดพลาดทางเทคนิคการเจาะตรวจ การอ่านแปลผลผิดพลาด หรือการตรวจพบเซลล์ที่ผิดปกติปนอยู่กับเซลล์ปกติ ตัวอย่างของความผิดพลาดทางเทคนิครวมถึงการไม่พบเซลล์ หรือปริมาณของสิ่งส่งตรวจที่ไม่เพียงพอ มีเลือดปนเปื้อนอยู่ปริมาณมาก สไลด์สิ่งส่งตรวจแห้ง และการมีสิ่งปนเปื้อนที่เกิดในขั้นตอนการย้อมสี ซึ่งในงานวิจัยนี้พบมีผู้ป่วย 36 ราย ที่มีผลลบหลง โดยพบว่ามี 30 ราย ที่พบเลือดเป็นพื้นหลังปริมาณมาก และพบจำนวนเซลล์เต้านมปริมาณน้อย มี 3 ราย ที่พบว่าเซลล์ที่ได้จากการเจาะตรวจด้วยวิธี FNAC มีการเสื่อมสลาย มีผู้ป่วย 2 ราย ที่มีผลการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยาเป็น Malignant

Phyllodes tumor และอีก 1 รายพบเซลล์ของเต้านมปกติในการตรวจทางเซลล์วิทยา แต่ผลการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยาพบมะเร็งของต่อมน้ำเหลือง (diffuse Large B cell lymphoma) แทรกอยู่ในเนื้อเยื่อของเต้านม พบผู้ป่วยจำนวน 13 ราย ที่มีผลการตรวจเต้านมทางเซลล์วิทยาด้วยวิธี FNAC ที่มีผลบวก ซึ่งแปลผลการตรวจทางเซลล์วิทยาจัดอยู่ในกลุ่มน่าสงสัยต่อการเป็นมะเร็ง (suspicious for malignancy) โดยจากการศึกษาพบว่ามีความ false-suspicious พบ

ได้ตั้งแต่ร้อยละ 1 ถึง 13 จึงไม่เป็นผลบวกที่แท้จริงเมื่อเปรียบเทียบกับผลการศึกษานี้กับการศึกษาของแซ่ฉั่วและคณะที่ทำการศึกษาในปี พ.ศ. 2548 พบว่า ค่าความไวต่อการตรวจโรคของเต้านมทางเซลล์วิทยาด้วยวิธี FNAC มีค่าความไวลดลง (ร้อยละ 65.4 จากเดิม 74) แต่มีค่าความจำเพาะมากขึ้น (ร้อยละ 95.6 จากเดิม 94) ค่าพยากรณ์ผลบวกลดลง (ร้อยละ 83.9 จากเดิม 90) ค่าพยากรณ์ผลลบเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 82.9 จากเดิม 82) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าความไว ความจำเพาะ ค่าการพยากรณ์ผลบวก และค่าการพยากรณ์ผลลบ กับการวิจัยของแซ่ฉั่ว และคณะ

Diagnostic accuracy	Xaechua et al (%)	Recent study (%)
Sensitivity	74	65.4
Specificity	94	95.6
Positive predictive value	90	83.9
Negative predictive value	82	82.9

นอกจากนี้ค่าอัตราความไม่เหมาะสมของสิ่งส่งตรวจทางเซลล์วิทยามีค่าเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 46.7 จากเดิม 40.19) ซึ่งมีค่ามากกว่าอัตราที่กำหนด อาจเกิดจากหลายปัจจัย แต่สาเหตุที่สำคัญคือการขาดประสบการณ์หรือทักษะในการเจาะดูดด้วยเข็มเล็ก (FNAC) ซึ่งจะต้องทำการปรับปรุงในขั้นตอนต่อไปและอย่างต่อเนื่องและนอกจากนี้โอกาสที่จะทำให้ค่าของผลบวก

ลดลงและผลลบลดลงได้นั้น ต้องใช้ความร่วมมือจากบุคลากรที่เกี่ยวข้องในทุกขั้นตอนทั้งในกระบวนการเก็บตัวอย่างทั้งทางเซลล์วิทยาและชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยาตลอดจนถึงขั้นตอนการแปลผล เพื่อให้ได้ประโยชน์สูงสุดในการรักษาผู้ป่วยโรคของเต้านมในเวลาต่อไป

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. Lakhani S, Ellis I, Schnitt S, Tan P, van de Vijver M. **WHO classification of tumours of the breast.** 4 th ed. International Agency for Research on Cancer, Lyon Cedex 08, France. 2012; (14-31).
2. Kamsa-ard S, Wiangnon S, Usantia P, Muenhut P, Sripa B. Cancer incidence in Khon Kaen, Thailand: a Geographic Information System (GIS) - based analysis. **Srinagarind Med J** 2007; 22.
3. National Cancer Institute. **Hospital-Based Cancer Registry 2011.** Union Ultraviolet co.th. 2012.
4. Filipe MI, and Lake BD. **Histochemistry in Pathology: the second edition.** Churchill Livingstone, London, UK. 1990; (335-354).
5. ปริมาตรณ์ ประสาททองโอสถ และคณะ. **Aberration of normal development and induction, ศัลยศาสตร์ศีรษะคอและเต้านม.** สยามศิลป์การพิมพ์. 2547.
6. ปริญญ์ สุทธภรณ์ชัย, หัสชา ศรีเปล่ง, คมกริช ฐานิสโร, วิชา จรุงรัตน์ . Accuracy of diagnostic test in the evaluation of solid breast mass in Songklanagarin Hospital. **สงขลานครินทร์เวชสาร**; 2543.
7. Edmund S. Cibas, Barbara S. Ducatman. **Cytology: Diagnostic Principles and Clinical Correlates 4th ed.** 2013

ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลม่วงหวาน อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

จิรสุดา บัวผัน¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและ แบบจำลองการวางแผนในการส่งเสริมสุขภาพที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานในเขตตำบลม่วงหวาน อำเภอ น้ำพอง จังหวัดขอนแก่น ประชากรที่ศึกษาคือ ผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 290 คน ใช้วิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 133 คน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสัมภาษณ์ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามทุกข้อมากกว่า 0.50 วิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาชเท่ากับ 0.96 ดำเนินการเก็บข้อมูลในระหว่างวันที่ 1 ถึง 31 กรกฎาคม 2562 นำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 จากการศึกษาพบว่า ตัวแปรแบบจำลองการวางแผนในการส่งเสริมสุขภาพ ด้านทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ด้านจำนวนอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปาก ด้านการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุข ด้านการได้รับการสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุข ด้านการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ซึ่งตัวแปรอิสระทั้ง 5 ตัวแปร สามารถพยากรณ์การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานในเขตตำบลม่วงหวาน อำเภอ น้ำพอง จังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ 61.3

คำสำคัญ: คุณลักษณะส่วนบุคคล, แบบจำลองการวางแผนในการส่งเสริมสุขภาพ, การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวาน

¹ ทันตแพทย์ชำนาญการ, ฝ่ายทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลน้ำพอง อำเภอ น้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

Corresponding Author: Jirisuda Bouphan. E-mail:jirisuda38@gmail.com

FACTORS AFFECTING ORAL HEALTH CARE OF PATIENT WITH DIABETES MELLITUS IN MUANG WAN SUB-DISTRICT NAM-PHONGDISTRICT, KHONKAEN PROVINCE

Jirisuda Bouphan¹

ABSTRACT

This cross-sectional descriptive research aimed to study personal characteristics and precede proceed model affect to oral health care of patient with diabetes mellitus in Muang Wan sub-district Nam-Phongdistrict, KhonKaen province. The samples were 133 diabetes mellitus patients randomly selected by systematic random sampling from the 290 populations of diabetes mellitus patients at Muang Wan sub-district. This study was collected data by interview form that examined and verified by the three experts for content validity and all items objective congruence were more than 0.50 and the Cronbach's Alpha Coefficient was at 0.96. Data collected between 1st and 31st July 2019. The data distribution was performed by descriptive statistics including percentage, mean, standard deviation, median, minimum and maximum. The Inferential statistics were Pearson's product-moment correlation, Spearman's rank correlation coefficient and Stepwise multiple linear regressions. The level of statistical significance was set at 0.05. The results showed five of precede proceed model; attitude about oral health care, number of oral cleaning equipment, access to public health facilities, the support of the Village Health Volunteers, awareness about oral health care and five variables could predict the oral health care of patient with diabetes mellitus at 61.3%.

Key words: Personal Characteristics, PRECEDE-PROCEED Model, Oral Health Care of patient with Diabetes Mellitus

¹Dentist at dental public health department, Nam-Phong hospital Nam-Phong district, Khon Kaen province

บทนำ (Introduction)

จากสภาพเศรษฐกิจสังคม สิ่งแวดล้อม และเทคโนโลยีที่มีความเจริญก้าวหน้าทำให้ปัญหาโรคติดต่อที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตและทุพพลภาพได้ลดน้อยลง แต่โรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ส่งผลกระทบอย่างมากต่อระบบสาธารณสุขของสังคมโลกและประเทศไทย ซึ่งโรคเบาหวานนั้นมีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น เช่น โรคหัวใจ ภาวะแทรกซ้อนทางไต ตา ปลายประสาท และเท้า เป็นต้น ประเทศไทยกำลังเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2568 โดยจะมีประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี เพิ่มขึ้นประมาณ 14.4 ล้านคน หรือเพิ่มขึ้นเกินร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมดและจะมีผู้สูงอายุ 1 คน ในทุกๆ 5 คน เป็นโรคเบาหวาน สหพันธ์เบาหวานนานาชาติได้คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2583 ประเทศไทยจะมีผู้ป่วยเบาหวานสูงถึง 5.3 ล้านคน กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กำลังจะกลายเป็นสาเหตุหลักมากกว่าร้อยละ 70 ของการเสียชีวิตทั้งหมดในประเทศ ในปี พ.ศ. 2559 พบว่ามีการเสียชีวิตที่สัมพันธ์กับโรคเบาหวานเป็นจำนวนประมาณ 76,000 ราย หรือมากกว่า 200 รายในแต่ละวัน ซึ่งคาดว่าจะมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นไปเรื่อยๆ และในบรรดาผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยให้เข้าสู่ระบบการรักษามีเพียงร้อยละ 35.6 ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้เป็นไปตามเป้าหมายของการรักษา หากไม่มีการดำเนินการใดๆ ความท้าทายที่รออยู่ข้างหน้า

คือ คนไทยที่เป็นผู้ป่วยจำนวน 7.5 ล้านคนที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานในปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคเบาหวานในอนาคตถึงร้อยละ 70 ซึ่งมีผลกระทบทางสังคมอันเนื่องมาจากอัตราการเสียชีวิต และทุพพลภาพของประชากรเพิ่มขึ้น และผลกระทบทางเศรษฐกิจซึ่งเกิดจากภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นตามมา จึงให้เกิดนโยบายเกี่ยวกับเบาหวานเป็นหนึ่งในโรคที่กระทรวงให้ความสำคัญในแง่ของการป้องกันและรักษา ตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ซึ่งจัดทำโดยสำนักนโยบาย และยุทธศาสตร์ในปี พ.ศ.2560 แผนยุทธศาสตร์การป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อ 5 ปี (พ.ศ.2560-2564) เพื่อให้ทุกภาคส่วนมีความเป็นเอกภาพในการบริหารจัดการเพื่อสุขภาพของประชาชน บูรณาการการทำงานร่วมกัน และเน้นป้องกันโรคมากกว่าการรักษา โดยการส่งเสริมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของประชาชนไทย ตลอดช่วงชีวิตทุกกลุ่มวัย เพื่อก้าวสู่สังคมสุขภาพที่ยั่งยืน¹

จากสถานการณ์ที่สังคมก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุและอัตราการพบผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว ปัญหาหนึ่งที่พบมากขึ้นในผู้ป่วยคือปัญหาสุขภาพช่องปากทำให้เกิดโรคทางปริทันต์ต่างๆ ซึ่งสุขภาพช่องปากส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต ทั้งด้านกายภาพ อารมณ์ และสังคม โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่สูญเสียฟันทั้งปาก

นอกจากนี้ ยังมีโรคที่สัมพันธ์กับโรคในช่องปาก ร่วมกับความเสื่อมของสภาพร่างกาย ทำให้การดูแลสุขภาพช่องปากมีความซับซ้อนมากกว่ากลุ่มอื่น ประเด็นปัญหาสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่สำคัญ ซึ่งในการพัฒนางานด้านทันตกรรมนั้น องค์ประกอบที่มีความสำคัญหนึ่ง คือการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งเป็นความสามารถในการปฏิบัติระดับบุคคลที่จะดูแลสุขภาพช่องปากและฟันด้วยตนเอง ประกอบด้วย 1) การทำความสะอาดฟันแท้/ฟันเทียมและช่องปาก 2) การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง 3) การเลือกรับประทานอาหาร และ 4) การเข้ารับบริการตรวจสุขภาพช่องปากและรักษาจากเจ้าหน้าที่ทันตบุคลากร² จากที่ผ่านมามีการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า สุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ อยู่ในระดับปานกลาง³ และพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานในตำบลแวง อำเภอโพธิ์ทองจังหวัดร้อยเอ็ด มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับสูง⁴

ซึ่งการส่งเสริมสุขภาพให้ผู้ป่วยได้รับปัจจัยที่จำเป็นด้านต่างๆ ให้ส่งเสริมกันนำไปสู่การมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ซึ่งแบบจำลองการวางแผนในการส่งเสริมสุขภาพ (PRECEDE-PROCEED MODEL) เป็นรูปแบบการส่งเสริมรูปแบบหนึ่งที่มีความครอบคลุมปัจจัยด้านต่างๆ ซึ่งมีความน่าสนใจที่จะทำให้การส่งเสริมสุขภาพช่องของผู้ป่วย

เบาหวานมีประสิทธิภาพ เป็นแบบจำลองที่ได้รับการพัฒนาเพื่อใช้ในงานสาธารณสุข ซึ่งสร้างความเชื่อมโยงประเด็นด้านสุขภาพไปสู่ประเด็นที่มีส่วนเกี่ยวข้องอื่นๆ เป็นแบบจำลองที่ให้ความสำคัญกับประเด็นแทรกแซงที่ส่งผลต่อสุขภาพ มุ่งเน้นไปที่ชุมชนในฐานะที่เป็นจุดเริ่มต้นของการส่งเสริมสุขภาพ ได้กำหนดกลุ่มปัจจัยออกเป็น 3 กลุ่มปัจจัยที่สำคัญ ได้แก่ 1) ปัจจัยนำ 2) ปัจจัยเอื้อ 3) ปัจจัยเสริม⁵ จากที่ผ่านมามีการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เข้าร่วมโครงการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปาก **ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเทศบาลนครรังสิต จังหวัดปทุมธานี** หลังเข้าร่วมโครงการมีพฤติกรรมการเลือกบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพช่องปากความรู้เรื่องสุขภาพช่องปากและการรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปากดีขึ้น⁶ และมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคปริทันต์ของผู้สูงอายุอำเภอโนนหาว จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคปริทันต์มีความสัมพันธ์กับการรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคปริทันต์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁷

คุณลักษณะส่วนบุคคล นั้นเป็นสิ่งสำคัญในการกำหนดสุขภาพ ซึ่งเกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ สิ่งแวดล้อมทางสังคม และ สิ่งแวดล้อมทางสาธารณสุขด้วย โดยบุคคลที่มีคุณลักษณะส่วนบุคคลที่แตกต่างกัน จะมีปัญหาสุขภาพที่แตกต่างกัน

ได้แก่ 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) อาชีพ 5) รายได้ 6) ระดับการศึกษา และ 7) ระยะเวลาที่ป่วยเป็นเบาหวาน จะแสดงแนวโน้มของพฤติกรรมแต่ละบุคคล และมียิทธิพลค่อนข้างถาวรต่อพฤติกรรม มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยง การปรับตัว การทำงาน การเกิดโรคที่แตกต่างกัน ตามความแตกต่างทางคุณลักษณะส่วนบุคคล^๙ จากการศึกษาเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคลพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลสงขลาที่มีระยะเป็นเบาหวานมากกว่า 15 ปี มีความสัมพันธ์กับการมีปัญหาสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{๑๐} และนอกจากนี้ยังมีการศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ปัจจัยด้านอายุ การศึกษาและอาชีพมีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{๑๐}

ตำบลม่วงหวานเป็นตำบลหนึ่งในเขต อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น มีจำนวนหลังคา-เรือนทั้งหมด 3,132 หลังคาเรือน ประชากรทั้งหมด 9,855 คน แยกเป็นเพศชาย 4,916 คน เพศหญิง 4,939 คน การรับบริการสาธารณสุขมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลม่วงหวาน และโรงพยาบาลน้ำพองซึ่งเป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย ปัญหาสุขภาพที่สำคัญปัญหาหนึ่งของตำบลม่วงหวาน คือโรคเบาหวาน ซึ่งมีผู้ป่วย

เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ในปัจจุบันมีผู้ป่วยจำนวน 290 คน คิดเป็น 2,516.49 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ในการดูแลผู้ป่วยจะมีคลินิกโรคเรื้อรังให้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเดือนละ 1 ครั้ง ในรายที่มีโรคร่วมรุนแรงหรือไม่สามารถคุมระดับน้ำตาลได้จะมีการส่งรักษาต่อที่โรงพยาบาลบาลพอง นอกจากนี้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคปริทันต์จะมีการตรวจสุขภาพในช่องปากปีละ 1 ครั้ง ซึ่งจากการตรวจในปี 2561 มีผู้ป่วยเบาหวานเข้ารับการตรวจทั้งหมด 170 ราย คิดเป็นร้อยละ 61.72 พบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานมีปัญหาสุขภาพที่พบส่วนใหญ่ได้แก่ โรคปริทันต์ โรคฟันผุ และต้องการใส่ฟันเทียม¹¹ จากปัญหาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าสุขภาพช่องปากเป็นสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งถือเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดโรคทางปริทันต์ได้ง่าย ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาค้นคว้าคุณลักษณะส่วนบุคคลและ แบบจำลองการวางแผนในการส่งเสริมสุขภาพมีผลต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานในเขตตำบลม่วงหวาน อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น เพื่อให้ได้ข้อมูลและแนวทางในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ (Objective)

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลและแบบจำลองการวางแผนในการส่งเสริม

สุขภาพที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานในเขตตำบลม่วงหวาน อำเภอ น้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

2. คุณลักษณะส่วนบุคคล ระดับแบบจำลองการวางแผนในการส่งเสริมสุขภาพและระดับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานในเขตตำบลม่วงหวาน อำเภอ น้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

3. ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะของการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานในเขตตำบลม่วงหวาน อำเภอ น้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลม่วงหวาน อำเภอ น้ำพอง จังหวัด

ขอนแก่น จำนวน 290 คน¹¹ และการสนทนากลุ่มจำนวน 12 คนโดยการ คำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Multipleregressionanalysis) โดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างของ Cohen¹² ดังนี้

$$N = \frac{\lambda(1 - R_{Y.A,B}^2)}{R_{Y.A,B}^2 - R_{Y.A}^2} + w$$

เมื่อกำหนดให้

$R_{Y.A,B}^2$ คือ ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุสำหรับ Full Model ซึ่งในการวิจัยในครั้งนี้ได้นำค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรจากการศึกษาปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล สถานะสุขภาพ ทักษะคิด และพฤติกรรมสุขภาพ ที่มีผลต่อสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์³ ซึ่งเป็นลักษณะงานที่คล้ายคลึงและมีพื้นที่เดียวกันในการทำวิจัยครั้งนี้ ซึ่งได้ค่า เท่ากับ 0.176

$R_{Y.A}^2$ คือ ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุสำหรับ Reducemodel ($R_{Y.A,B}^2 - R_{Y.B}^2$) ซึ่งได้ค่า

$$R_{Y.A}^2 = 0.128$$

$R_{Y.B}^2$ คือ ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุที่เปลี่ยนแปลง เมื่อไม่มีตัวแปรที่ต้องการทดสอบ

$$R_{Y.B}^2 = 0.048$$

λ คือ ค่าความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนตัวแปรอิสระและอำนาจการทดสอบ

w คือ จำนวนตัวแปรอิสระนอกเหนือจากตัวแปรที่ต้องการทดสอบ (เขต A) = 0

เพราะฉะนั้นการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้ตัวอย่างในการศึกษาจำนวนทั้งสิ้น 133 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) โดยการนำรายชื่อผู้ป่วยเบาหวานตำบลม่วงหวาน อำเภอ น้ำพอง จังหวัดขอนแก่น ทั้งหมดจำนวน 290 คน มาสุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบ จนได้ จำนวนตัวอย่างตามที่ คำนวณไว้คือ 133 คน ในการสนทนากลุ่มเพื่อสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณโดยเลือก บุคคลที่สามารถให้ข้อมูลการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานตำบลม่วงหวาน อำเภอ น้ำพอง จังหวัดขอนแก่นได้ดีที่สุด (Key informants) เป็นผู้ที่มีความยินดี และให้ความร่วมมือในการสนทนากลุ่มโดยมีแบบบันทึกและเทปบันทึกเสียง ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือ มี ทั้งหมด 2 ชุด ชุดที่ 1 แบบสอบถาม (Questionnaires) มีทั้งหมด 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับ แบบจำลองการวางแผนในการส่งเสริมสุขภาพ ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวาน โดยส่วนที่ 2 ถึง ส่วนที่ 3 ใช้มาตราส่วนประมาณค่า มีคำตอบให้เลือกตอบโดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 3 ระดับ¹³ ส่วนที่ 5 คำถามปลายเปิด โดยให้ผู้ตอบได้เสนอ ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ

ช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานตำบลม่วงหวาน อำเภอ น้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

ชุดที่ 2 แนวทางในการสนทนากลุ่ม มีทั้งหมด 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แนวทางการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แนวทางการสนทนากลุ่ม เกี่ยวกับแบบจำลองการวางแผนในการส่งเสริมสุขภาพ ส่วนที่ 3 แนวทางการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวาน ส่วนที่ 4 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานตำบลม่วงหวาน อำเภอ น้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือ ทั้ง 2 ชุด ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ด้านความตรงของเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านพบว่า ทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 จากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขและปรับปรุง โดยผู้ทรงคุณวุฒิแล้วนำไปทดลองใช้เครื่องมือ กับผู้ป่วยเบาหวานตำบลวังชัย อำเภอ น้ำพอง จังหวัดขอนแก่นซึ่งที่มีลักษณะการปฏิบัติงานการบริหาร จัดการคล้ายคลึงกันและมีพื้นที่ใกล้เคียงกันในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คนโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของ ครอน บาช (Cronbach's Alpha Coefficients) ได้ค่าความเที่ยงของตัวแปรจำลองการวางแผนในการส่งเสริมสุขภาพ เท่ากับ 0.96 ตัวแปรการดูแลสุขภาพ

ช่องปากของผู้ป่วยเบาหวาน เท่ากับ 0.86 รวมค่าความเที่ยงของแบบสอบถามทั้งหมด เท่ากับ 0.96

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัย วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ สำเร็จรูป สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุดและสถิติอนุมาน หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's ProductMoment CorrelationCoefficient) สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficient) การวิเคราะห์ถดถอย พหุคูณ แบบ ขั้นตอน (MultipleRegressionAnalysis)

การแปลผล การแปลผล คุณลักษณะส่วนบุคคล และคะแนนระดับ จำลองการวางแผนในการส่งเสริมสุขภาพ และระดับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานตำบลม่วงหวาน อำเภอ น้ำพอง จังหวัดขอนแก่น โดยนำมาจัดระดับ 3 ระดับคือ มาก ปานกลาง น้อย ซึ่งได้จากการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยดังนี้¹⁴ ระดับมาก (2.34-3.00 คะแนน), ระดับปานกลาง (1.67-2.33 คะแนน), ระดับน้อย (1.00-1.66 คะแนน) สำหรับเกณฑ์การแบ่งระดับความสัมพันธ์จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)¹⁵ มีค่าตั้งแต่ -1 ถึง + 1 แบ่งระดับดังนี้ $r = 0$ หมายถึง ไม่มีความสัมพันธ์ (No Relationship), $r = + 0.01$ ถึง + 0.30

หมายถึง มีความสัมพันธ์ต่ำ (Weak Relationship), $r = +0.31$ ถึง +0.70 หมายถึง มีความสัมพันธ์ปานกลาง (Moderate Relationship), $r = +0.71$ ถึง +0.99 หมายถึง มีความสัมพันธ์สูง (Strong Relationship), $r = +1$ หมายถึง มีความสัมพันธ์โดยสมบูรณ์ (Perfect Relationship)

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากการวิจัยในครั้งนี้หลังจากได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เลขที่ COA 62040/2562 โดยดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2562 ถึง 31 กรกฎาคม 2562

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวานในเขตตำบลม่วงหวาน อำเภอ น้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวานในเขตตำบลม่วงหวาน อำเภอ น้ำพอง จังหวัดขอนแก่น พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 108 คน คิดเป็นร้อยละ 81.2 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 61 - 70 ปี จำนวน 74 คน คิดเป็นร้อยละ 55.6 โดยมีอายุเฉลี่ย 64.38 ปี (S.D.=8.59 ปี) อายุต่ำสุด 41 ปี อายุสูงสุด 96 ปี ส่วนใหญ่

สถานภาพสมรส จำนวน 82 คน คิดเป็นร้อยละ 61.7 มีอาชีพเกษตรกรรวม จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 30.1 มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท ($Q_1 = 1,500$ บาท , $Q_2 = 10,000$ บาท) จำนวน 76 คน คิดเป็นร้อยละ 57.1 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา หรือต่ำกว่า จำนวน 124 คน คิดเป็นร้อยละ 93.2 ส่วนใหญ่ระยะเวลาระยะเวลาเป็นเบาหวาน 6-10 ปี จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 37.6 มีค่ามัธยฐาน 10 ปี (Min = 1 ปี, Max = 32 ปี)

2. ระดับแบบจำลองการวางแผนในการส่งเสริมสุขภาพของการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยเบาหวานในเขตตำบลม่วงหวาน อำเภอ น้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

เมื่อพิจารณาระดับแบบจำลองการวางแผนในการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.36 (S.D.= 0.19) ซึ่งเมื่อพิจารณาตามปัจจัย พบว่า แบบจำลองการวางแผนในการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุข มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.89 (S.D.=0.22) รองลงมาคือ ด้านการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.67 (S.D.= 0.36) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านการได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.67 (S.D.= 0.50) รองลงมาคือ ด้านจำนวนอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปากอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 2.17 (S.D.= 0.32) ซึ่งผลการศึกษาระดับแบบจำลองการวางแผนในการส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับมากในครั้งนี้น้อยด้อยกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า การรับรู้และด้านทัศนคติปัญหาสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสงขลา อยู่ในระดับมาก⁹ และพบว่าปัจจัยนำสุขภาพช่องปากด้านการรับรู้ของผู้สูงอายุตำบลบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ อยู่ในระดับมาก¹⁶

3. ระดับการดูแลสุขภาพช่องปาก ผู้ป่วยเบาหวานในเขตตำบลม่วงหวาน อำเภอ น้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

เมื่อพิจารณาระดับการดูแลสุขภาพช่องปาก ผู้ป่วยเบาหวานในเขตตำบลม่วงหวาน อำเภอ น้ำพอง จังหวัดขอนแก่น พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.36 (S.D.= 0.21) ซึ่งเมื่อพิจารณาตามปัจจัย พบว่า การดูแลสุขภาพช่องปากด้านการเลือกรับประทานอาหาร มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.61 (S.D.= 0.34) รองลงมาคือ การเลือกรับประทานอาหารอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.42 (S.D.= 0.31) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การตรวจสุขภาพช่องปากและรักษาจากเจ้าหน้าที่ทันตบุคลากร อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.14 (S.D. = 0.42) รองลงมาคือ การทำความสะอาดฟันแท้/ฟันเทียมและช่องปาก อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.27 (S.D. = 0.30) ซึ่งผลการศึกษาระดับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานอยู่ในระดับมากในครั้งนี้น้อย

สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในเขตตำบลทุ่งทอง อำเภอหนองบัว จังหวัดนครสวรรค์อยู่ในระดับมาก¹⁷ และพบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานในตำบลแวง อำเภอโพธารอง จังหวัดร้อยเอ็ด มีอยู่ในระดับมาก⁴

4. คุณลักษณะส่วนบุคคลและแบบจำลองการวางแผนในการส่งเสริมสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานในเขตตำบลม่วงหวาน อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

คุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่า รายได้ มีความสัมพันธ์ต่ำกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานในเขตตำบลม่วงหวาน อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.223$, $p\text{-value}=0.010$) ซึ่งผลการศึกษา รายได้ มีความสัมพันธ์การดูแลสุขภาพช่องปาก ในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับสถานบริการทันตกรรมที่ใช้ประจำ และการได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากของวัยทำงาน อำเภออัมพวา จังหวัด

สมุทรสงคราม¹⁸ และพบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในเขตภาคเหนือตอนล่าง ประเทศไทย¹⁹

แบบจำลองการวางแผนในการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า แบบจำลองการวางแผนในการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ปานกลางกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานในเขตตำบลม่วงหวาน อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.689$, $p\text{-value}<0.001$) ซึ่งผลการศึกษาแบบจำลองการวางแผนในการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์การดูแลสุขภาพช่องปาก ในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่าการรับรู้ด้านสุขภาพในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงกับการรับรู้ประโยชน์ที่ได้รับมีความสัมพันธ์ปานกลางกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ เขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์ อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์²⁰ และพบว่า ปัจจัยตระหนักถึงความจำเป็นต่อการเข้ารับการรักษาทันตกรรมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความต้องการเข้ารับบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุ³ รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่าง 5 คุณลักษณะส่วนบุคคล แบบจำลองการวางแผนในการส่งเสริมสุขภาพ และการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานในเขตตำบลม่วงหวาน อำเภอโนนพอง จังหวัดขอนแก่น

คุณลักษณะส่วนบุคคล	การดูแลสุขภาพช่องปาก		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	P - value	ระดับความสัมพันธ์
1.เพศ (หญิง)	0.100	0.250	ไม่มีความสัมพันธ์
2.อายุ	-0.097	0.953	ไม่มีความสัมพันธ์
3.สถานภาพสมรส (สมรส)	-0.097	0.266	ไม่มีความสัมพันธ์
4.อาชีพ (เกษตรกร)	-0.130	0.137	ไม่มีความสัมพันธ์
5.รายได้ ^a	0.223**	0.010	ต่ำ
6.ระดับการศึกษา (ประถมศึกษา หรือต่ำกว่า)	-0.167	0.055	ไม่มีความสัมพันธ์
แบบจำลองการวางแผนในการส่งเสริมสุขภาพ			
	0.689***	< 0.001	ปานกลาง
1.การรับรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก	0.535***	< 0.001	ปานกลาง
2.ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก	0.560***	< 0.001	ปานกลาง
3.จำนวนอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปาก	0.531***	< 0.001	ปานกลาง
4. การเข้าถึงอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปาก	0.225**	0.009	ต่ำ
5. ค่าใช้จ่ายสำหรับอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปาก	0.269**	0.002	ต่ำ
6. การได้รับการสนับสนุนจากเพื่อน	0.392***	< 0.001	ปานกลาง
7. การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว	0.110	0.208	ไม่มีความสัมพันธ์
8.การได้รับการสนับสนุนจาก อสม.	0.232**	0.007	ต่ำ
9.การเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุข	0.263**	0.002	ต่ำ

**Correlation is significant at the 0.01 level

***Correlation is significant at the <0.001level

^a Spearman's rank correlation coefficient

5. คุณลักษณะส่วนบุคคลและแบบจำลองการวางแผนในการส่งเสริมสุขภาพที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานในเขตตำบลม่วงหวาน อำเภอ น้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

ผลการวิเคราะห์ พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานในเขตตำบลม่วงหวาน อำเภอ น้ำพอง จังหวัดขอนแก่น ที่ถูกเลือกเข้าสมการ คือ ตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และตัวแปรอิสระที่ไม่ได้ถูกเลือกเข้าสมการคือตัวแปรที่มีค่านัยสำคัญทางสถิติมากกว่า 0.05 โดยตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าในสมการเรียงลำดับดังนี้ ทักษะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ($r=0.560$, $p\text{-value}<0.001$) จำนวนอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปาก ($r=0.531$, $p\text{-value}<0.001$) การเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุข ($r=0.263$, $p\text{-value}=0.002$) การได้รับการสนับสนุนจากอสม. ($r=0.232$, $p\text{-value}=0.007$) การรับรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ($r=0.535$, $p\text{-value}<0.001$) ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่าตัวแปรอิสระทั้ง 5 ตัวแปรสามารถพยากรณ์การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานในเขตตำบลม่วงหวาน อำเภอ น้ำพอง จังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ 61.3 ซึ่งผลการศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและแบบจำลองการวางแผนในการส่งเสริม

สุขภาพที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า อายุ และการเคยได้รับความรู้ทางทันตสุขภาพที่มีผลต่อการมารับบริการทางทันตกรรมของผู้สูงอายุ 60-74 ปี ใน อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์³ และพบว่า อายุ มีผลกับการใช้บริการทันตกรรมของผู้สูงอายุ ในเขตตำบลนครชัยศรี อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม²¹ และพบว่า อายุ ทักษะ การรับรู้ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้พิการ ตำบลบัวใหญ่ อำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา²² และพบว่า ทักษะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอเมืองชัย จังหวัด กาฬสินธุ์²³ นอกจากนั้นจากการสนทนากลุ่มผู้ป่วยเบาหวานให้ข้อเสนอแนะว่า อาสาสมัครสาธารณสุขควรเป็นคนประสานงานและนัดหมายให้ผู้ป่วยเบาหวานมาพบทันตแพทย์ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสถิติวิเคราะห์หาค่าถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานในเขตตำบลม่วงหวาน อำเภอ น้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

ตัวแปร	B	Beta	T	P - value	R	R ²	R ² adj	R ² change
ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก	0.143	0.253	3.673	<0.001	.560	0.313	0.308	-
จำนวนอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปาก	0.300	0.450	7.059	<0.001	0.678	0.459	0.451	0.146
การเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุข	0.265	0.270	4.667	<0.001	0.731	0.534	0.523	0.075
การได้รับการสนับสนุนจาก อสม.	0.067	0.201	3.572	0.001	0.755	0.571	0.557	0.037
ค่าคงที่ -0.078, F = 33.279 , p - value < 0.001, R = 0.783, R ² = 0.613, R ² adj = 0.595								

6. ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานในเขตตำบลม่วงหวาน อำเภอ น้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

กลุ่มตัวอย่างได้ให้ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานในเขตตำบลม่วงหวาน อำเภอ น้ำพอง จังหวัดขอนแก่น ทั้งหมด 42 คน คิดเป็นร้อยละ 31.58 จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 133 คน ซึ่งปัญหาอุปสรรคที่มีผู้เสนอแนะมากที่สุด คือ การเลือกรับประทานอาหารจำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 73.81 รองลงมาคือ การตรวจสุขภาพช่องปากและรักษาจากเจ้าหน้าที่ทันตบุคลากร จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 47.62 ในส่วนของข้อเสนอแนะ ที่มีผู้เสนอแนะมากที่สุดคือ การตรวจสุขภาพช่องปากและรักษา

จากเจ้าหน้าที่ทันตบุคลากร จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 42.86 รองลงมาคือ แบบจำลองการวางแผนในการส่งเสริมสุขภาพจำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 ส่วนปัญหาอุปสรรคที่ได้จากการสนทนากลุ่มคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลม่วงหวานไม่มีเจ้าหน้าที่ทันตบุคลากรอยู่เป็นการประจำ และจะมีทันตแพทย์ออกมาให้บริการเพียงสัปดาห์ละ 1 ครั้งทำให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาถ้าเกิดการเจ็บป่วยในวันที่ทันตแพทย์ไม่ได้มาให้บริการ และในวันที่ทันตแพทย์มาให้บริการก็มีข้อจำกัดในการให้บริการเนื่องจากมีทันตแพทย์ออกมาให้บริการเพียงคนเดียว

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ควรส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ป่วยเบาหวาน ตรวจช่องปากด้วยตนเองหลังแปรง

ฟันเสร็จอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ เพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพในช่องปากตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ควรแนะนำการเตรียมไหมขัดฟัน และการใช้ไหมขัดฟันที่ถูกต้องให้กับผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อให้สามารถใช้ทำความสะอาดซอกฟันได้อย่างปลอดภัย

3. ควรเพิ่มบุคลากร หรือเพิ่มรอบของเจ้าหน้าที่ให้บริการที่ รพ.สต. รวมทั้งควรมีการประชาสัมพันธ์ หรือ นัดหมายการให้ผู้ป่วยเบาหวานได้ทราบ ผ่านอาสาสมัครสาธารณสุข เมื่อมีทันตแพทย์มาให้บริการ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้ตามลำดับความรุนแรงได้มากขึ้น

4. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรให้สุขศึกษาเชิงรุก แก่คนในครอบครัวผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อให้สามารถให้คำแนะนำ ในการประกอบอาหารที่เหมาะสมต่อการดูแลสุขภาพในช่องปากของผู้ป่วยเบาหวาน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการทันตสาธารณสุข เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสารการบริการ และการเข้าถึงการบริการทันตสาธารณสุขอย่างทั่วถึง

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของช่องปากของผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อหาแนวทาง และส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวาน สมาชิกในครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อนบ้าน รวมถึง

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้สามารถทำงานแบบบูรณาการในการดูแลสุขภาพในช่องปากของผู้ป่วยเบาหวาน

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ขอขอบพระคุณสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลน้ำพอง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอน้ำพอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลม่วงหวาน และผู้ป่วยเบาหวานที่ตอบแบบสอบถามและผู้ป่วยเบาหวานที่มีส่วนร่วมในการสนทนากลุ่มทุกคน ที่สนับสนุนในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. Rattarasarn C. Current situation and cooperation for diabetes care reform in Thailand. Bangkok: Novo-Nordisk. 2017.
2. Bureau of dental health, Ministry of public health. Oral care the gateway to good health. Bangkok: Veterans administration organization. 2012.
3. Natengamtavee K. Personal characteristics factors, state of health, oral care attitude and oral care behaviors, influencing oral health of Type 2 Diabetes Mellitus elderly patients in Huai Rat district, Buriram province. Journal of The Office of ODPC 7 Khon Kaen. 2016: 23(2); 23-37.

4. Sirisuwan P. Knowledge, perception and oral health care behaviors among diabetes patients in Wang sub - district, Phon Tong District, Roi-Et province. **Journal of nursing, public health, and education**. 2018; 19(1): 73-85.
5. Gielen, A. C., & Eileen M. M. **The PRECEDE - PROCEED Planning model**. in health behavior and health education, edited by Glanz, K, Lewis, F., & Rimer, K. B. San Francisco: Jossey-Bass. 1996.
6. Chainant K, Chanthamolee S, Suwan P, Srisuphanunt M. **The development of an oral healthcare model for older adults with chronic diseases in Rangsit city municipality, Patum Thani province**. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2018; 5(1): 91-107.
7. Meewanee P, Duangsong R. Factors related to behaviors preventing periodontal diseases among elderly, Nam Nao district Phetchabun province. **Thai Dental Nurse Journal**. 2016; 27(1): 92-107.
8. Sota C. **Concepts theories and application for health behavioral development**. 3rd ed. KhonKaen: KhonKaen University. 2011.
9. Tilokkarn N. Factors Related to Oral Health Problems and Dental Care Services of Diabetic Patients, Songkhla Hospital. **Songklanakarin Dent. J**. 2017; 5(2): 11-16.
10. Phoophania M, Prayoonwong N. Factors influencing dental services accessibility among the elderly in Suphanburi province. **Sripatum Review of Humanities and Social Sciences**. 2018; 18(2): 66-75.
11. Muang Wan sub-district health promoting hospital. **General information and number of diabetic patients in MuangWan Sub-district**, Nam Phong district, KhonKaen province. Khon Kaen. 2019.
12. Cohen JM, Uphoff NT. Participations place in rural development: Seeking clarity through specificity. **World Development**. 1980; 8(3): 213-235.
13. Chantrasuwan S, Buatuan S. **Social sciences research methodology**. Khon Kaen: Department of sociology and anthropology, Faculty of humanities and social sciences, Khon Kaen University. 2004.
14. Likert R. **The human organization: Its management and value**. New York: McGraw-Hill. 1976.

15. Elifson K. **Fandamental of social statistic**. International edition. Singapore: McGraw-Hill. 1990.
16. Phaonimmongkol C. Factors related to dental service needs of the elderly people in Bangbo subdistrict administrative organization, Samut-Prakarn province. **J Gerontol Geriatr Med**. 2018; 17(2018): 10-19.
17. Rodsawear S. **Factors related to dental care behaviors among the elderly in Thungthong sub-district, Nongbuadistrict, Nakhonsawan province**. Naresuan research 12: Research and innovation on national development; 2016 July 21-22, Naresuan University. 2016.
18. Thivakorakot W. Associated factors of oral health status in working-age population at Amphawa district, Samut Songkhram province. **Region 4-5 Medical Journal**. 2017; 36(4): 237-249.
19. Sangouam S, Kitterawuttiwong N, Tejavivaddhana P, Pratoomsot C, Korwanich K. Factors related to accessibility of dental care service among the elderly in lower northern region, Thailand. **CM Dent J**. 2015; 36(1): 53-62.
20. Seehawong M. Health perception associated with oral health behaviors of the elders in Phetchabun municipality, Muang District, Phetchabun province. **Journal of Health Science**. 2018; 28(3): 418-431.
21. Subbowon U. Factors related to utilization of dental services among elderly in Nakhonchaisi subdistrict, Nakhonchaisi district, Nakhon Pathom province. **Region 4-5 Medical Journal**. 2018; 37(4): 306-317.
22. Torarid C, Rachsombut C, Srisang P, Phajan T, Bunyu S. Factors related to oral health care behaviors of disabled, Buayai sub-district, Buayai district, Nakhon Ratchasima province. **Thai Dental Nurse Journal**. 2015; 26(2): 64-72.
23. Arsaphanom J, Janposri W. Oral health care behaviors and factors relation to oral health care behaviors of type 2 diabetes mellitus patients in sub-district health promoting hospitals, Khongchai district, Kalasin province. **Research and development health system journal**. 2013; 6(2): 162-171.

ผลของการใช้คู่มือปฏิบัติงานสำหรับเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จังหวัดอำนาจเจริญ ประจำปี 2562

แคทรียา รัตนเพระเนตร¹, เอื้องอรุณ สมณี², เอกชัย อินหงษา³, ประเสริฐ ประสมรักษ์⁴

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้คู่มือปฏิบัติงานสำหรับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จังหวัดอำนาจเจริญ กำหนดขนาดตัวอย่างร้อยละ 30 ของ รพ.สต. สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลในกลุ่มผู้บริหาร 26 คน ผู้ปฏิบัติงาน 52 คน และผู้รับบริการ 260 คน ด้วยแบบสังเกต แบบสัมภาษณ์และแบบทดสอบมีความเที่ยงเท่ากับ 0.75, 0.70, 0.79 และ 0.84 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ผลการวิจัยพบว่า

เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.97 อายุระหว่าง 40 – 49 ปี ร้อยละ 38.46 เป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 34.62 ระยะเวลาปฏิบัติงานใน รพ.สต.แห่งนี้เฉลี่ย 9.50 ± 2.00 ปี ประชาชนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.15 อายุระหว่าง 30 – 39 ปี ร้อยละ 42.83 สถานภาพสมรส ร้อยละ 53.38 อาชีพเกษตรกร/ค้าขาย ร้อยละ 63.42 การศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 52.58 ระดับความสำเร็จของการใช้คู่มือปฏิบัติงาน ภาพรวมอยู่ระดับปานกลาง ผลของการใช้คู่มือรายด้านพบว่า การจัดการทั่วไปอยู่ระดับดี ความพึงพอใจในบริการอยู่ระดับมาก ส่วนความรู้ในการปฏิบัติงานและการปฏิบัติงานและสภาพแวดล้อมใน รพ.สต. อยู่ระดับปานกลางบริการที่ประชาชนเห็นว่ามีมาตรฐาน ได้แก่ ตรวจโรคทั่วไป ล้างแผล คลินิกโรคเรื้อรัง คลินิกสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และคลินิกทันตกรรม สิ่งที่ต้องปรับปรุง ได้แก่ พฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่ ความเพียงพอทั้งบุคลากร/วัสดุอุปกรณ์ ปัจจัยความสำเร็จ ได้แก่ ความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่คุณภาพบริการเป็นมาตรฐานเดียวกัน ตรงเวลา เสมอภาค ความเพียงพอของบุคลากร/วัสดุอุปกรณ์ภาวะผู้นำและความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย ดังนั้น ควรพัฒนาความรู้และพฤติกรรมบริการของผู้ปฏิบัติงาน เพื่อส่งมอบบริการที่เป็นเลิศต่อไป

คำสำคัญ: คู่มือปฏิบัติงาน , ระดับความสำเร็จของการใช้คู่มือปฏิบัติงาน

¹นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ

²นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ

³นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ

⁴สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ โครงการจัดตั้งวิทยาเขตอำนาจเจริญ มหาวิทยาลัยมหิดล

Corresponding Author: Prasert Prasomruk, Email: prasert.pra@mahidol.edu

THE RESULT OF USING THE OPERATING MANUAL FOR STAFF AT SUB – DISTRICT HEALTHPROMOTING HOSPITALS,AMNAT CHAROEN PROVINCE IN 2019

Catreeya Ratanatewanet¹ , AungArun Somnuk², Akkachai Inhongsa³ , Prasert Prasomruk⁴

ABSTRACT

The objective of this research was to study the result of using the operating manual for staff at Sub-District HealthPromoting Hospitalsin Amnat Charoen Province. The sample size were 30 percent of staff at the hospital using the multi-stage sampling. The data were collected from 26 executives, 52 operation staff and 260 clients through observation, interview, and questionnaires with reliability values of 0.75, 0.79, 0.70 and 0.84 respectively. The data were analyzed using descriptive statistics.

The research found thatmost of the providerswere female 58.97%,the age between 40-49 years (38.46%)and professional nurses34.62%. The duration of working period in the hospital was 9.50 ± 2.00 years. While the servicers group, the most of them werefemale71.15%, aged between 30 - 39 years42.83%,marital status were married 53.38%,occupation were famers/trades63.42, finished secondary school52.58 %. The study founded that overall success level of using the working manual was at a medium level. The results of using the manual in each aspect showed that the general management at the hospital was at a high level. The knowledge on work, operations and environment in the hospital was at a medium level. The services that the public deemed to have standards included general examination, wound dressing, chronic disease clinic, immunizationclinic and the dental clinic. The improvement area of services included the service behavior of the staff, the sufficiency of personnel, medicine and equipment. The success factors included knowledge and competency of the staff. Service quality is the same standard, punctuality, adequacy of personnel, medicine and materials, leadership and cooperation from network partners. Therefore, knowledge and service behavior of operators should be improved in order to provide excellent service.

Key words: operation manual, success level of operation manual

¹Plan and Policy Analyst, Senior Professional Level, Amnat Charoen Provincial Health Office

²Public Health Technical Officer, Practitioner Leve, Amnat Charoen Provincial Health Office

³Public Health Technical Officer, Professional Level, Amnat Charoen Provincial Health Office

⁴Public Health Program, Mahidol University, Amnat Charoen Campus

บทนำ (Introduction)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นหน่วยให้บริการด้านแรกที่ใกล้ชิดกับประชาชน มีภารกิจหลากหลายแต่มีข้อจำกัดด้านจำนวนบุคลากรและงบประมาณ การบริหารจัดการแบบมืออาชีพจึงมีความสำคัญ จำเป็นต้องพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้หลากหลาย สามารถประยุกต์ศาสตร์ทางสังคม การแพทย์และสาธารณสุขในการทำงานได้เป็นอย่างดี ทั้งยังสามารถเป็นที่ปรึกษาของครอบครัวประชาชนในชุมชน จัดบริการต่อเนื่องเชื่อมโยงกับหน่วยบริการสาธารณสุขในระดับต่างๆ และร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ ในการพัฒนาสุขภาพประชาชนได้ นอกจากนี้ ยังต้องมีทักษะเพิ่มเติมเฉพาะด้าน มีศักยภาพในการบริหารจัดการ การทำงานเป็นทีม การทำงานเชิงรุกในชุมชน ตลอดจนการใช้และจัดการระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศ² เพื่อให้ประชาชนเกิดการพึ่งตนเอง และมีความแตกฉานด้านสุขภาพ

ปัจจุบันระบบสุขภาพไทยกำลังเผชิญกับสิ่งท้าทายรอบด้าน อาทิ การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การเปลี่ยนจากสังคมชนบทสู่สังคมเมือง การเชื่อมต่อการค้าการลงทุนทั่วโลก ตลอดจนความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ประชาชนมีความคาดหวังต่อคุณภาพของระบบบริการมากขึ้น ขณะที่งบประมาณภาครัฐเริ่มมีจำกัด ไม่เพียงพอต่อการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุข ทำให้ระบบ

สุขภาพไทยต้องเตรียมรับมือกับสิ่งต่างๆ เหล่านี้³ กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ประกอบด้วยยุทธศาสตร์พัฒนาความเป็นเลิศ 4 ด้าน การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. เป็นประเด็นสำคัญในยุทธศาสตร์ที่ 4 แผนยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellent)⁴ เจริญชัย คำแฝง⁵ ศึกษาวิจัยเรื่องอนาคตภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในทศวรรษหน้า (พ.ศ. 2554-2564) พบว่า บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต้องเก่งการบริหารงานระบอบประชาธิปไตย เก่งภาวะผู้นำและมีระบบการธำรงรักษามูลค่าการที่ดีขึ้น ดังนั้น บุคลากรจึงต้องมีทักษะความสามารถหลายด้าน เพื่อให้ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพพรรคชาติ จำเริญพัฒน์⁶ เสนอแนะให้มีคู่มือปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อสร้างความเข้าใจบทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ให้ชัดเจน⁶ ซึ่งจะส่งผลต่อการส่งมอบบริการที่มีคุณภาพ ลดปัญหาเรื่องร้องเรียน

การร้องเรียนของประชาชน ถือเป็นเสียงสะท้อนให้หน่วยงานทราบว่า การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลเพียงใด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญตระหนักและให้ความสำคัญกับการแก้ปัญหาดังกล่าวมาโดยตลอด ผลการจัดการเรื่องร้องเรียนปีงบประมาณ 2558 –

2561 พบแนวโน้มการเกิดปัญหาเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์ยังไม่คงที่เท่ากับ 18, 6, 4 และ 27 เรื่อง ตามลำดับประเภทเรื่องร้องเรียนที่พบบ่อย ได้แก่ พฤติกรรมบริการ/รักษาพยาบาล ขอความช่วยเหลือสิ่งแวดล้อมเหตุรำคาญ และความประพฤติส่วนตัว⁷ แสดงถึงความจำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนาการบริการของ รพ.สต. ให้ตอบสนองความต้องการของประชาชน

จังหวัดอำนาจเจริญมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 77 แห่ง มีบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 341 คน⁸ ข้อจำกัดด้านบุคลากรเป็นอุปสรรคสำคัญของการพัฒนา รพ.สต. ให้มีศักยภาพและประสิทธิภาพ การกำหนดคุณสมบัติและขอบเขตการทำงานของบุคลากรจึงต้องครอบคลุมทั้งบทบาทที่ปฏิบัติจริงและบทบาทที่คาดหวัง⁹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญจึงได้กำหนดนโยบายเพื่อพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ภายใต้ชื่อโครงการ “SMART รพ.สต.” โดยเน้นการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพ เพื่อตอบสนองความต้องการและความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน ให้สอดคล้องกับการพัฒนาเครือข่ายระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข)¹⁰ มีการจัดทำคู่มือปฏิบัติงานสำหรับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ขึ้นเป็นครั้งแรกในปี 2560 โดยรูปแบบสมบูรณ์มีองค์ประกอบ 7 ส่วน ได้แก่ (1)

กระบวนการพัฒนาคู่มือ (2) วัตถุประสงค์ (3) บทบาทหน้าที่ (4) คำจำกัดความ (5) ภารกิจ รพ.สต. (6) ขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Flow Chart) ด้านการบริหาร 9 งาน ด้านการบริการ 13 งาน และ (7) ระบบติดตามประเมินผล มีการใช้คู่มือเป็นแนวทางการปฏิบัติงานและเรียนรู้งานของบุคลากรใน รพ.สต.อย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 – 2562 เพื่อให้สามารถนำกระบวนการตามมาตรฐานและคุณภาพการบริการไปปฏิบัติเป็นรูปแบบเดียวกันทั้งจังหวัด และมีการกำหนดเป็นตัวชี้วัดของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ในปี 2561 และ 2562 ตัวชี้วัด “ระดับความสำเร็จของการใช้คู่มือปฏิบัติงานสำหรับเจ้าหน้าที่ รพ.สต.”

การพัฒนามาตรฐานการบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้วยคู่มือปฏิบัติงานสำหรับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ที่ผ่านมายังขาดการประเมินผลเพื่อสะท้อนความสำเร็จของการนโยบายนไปสู่การปฏิบัติในพื้นที่ ดังนั้น งานวิจัยและพัฒนา ร่วมกับกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ จึงออกประเมินผลการใช้คู่มือปฏิบัติงานสำหรับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ในมุมมองของเจ้าหน้าที่และประชาชนผู้ใช้บริการเพื่อให้หน่วยงานทุกระดับทราบถึงข้อเท็จจริงต่างๆ และมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ (Objective)

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อวัดระดับความสำเร็จของการใช้คู่มือปฏิบัติงานสำหรับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอำนาจเจริญ

วัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อศึกษาผลของการใช้คู่มือปฏิบัติงานสำหรับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รายด้าน ได้แก่ ด้านการจัดการทั่วไป ด้านการปฏิบัติงานและสภาพแวดล้อมใน รพ.สต. ด้านความรู้ในการปฏิบัติงาน และด้านความพึงพอใจในบริการ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ต้องการศึกษาผลของการใช้คู่มือปฏิบัติงานสำหรับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เก็บข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ใน รพ.สต. และประชาชนในพื้นที่จังหวัดอำนาจเจริญ

ตัวแปรอิสระ การใช้คู่มือปฏิบัติงานสำหรับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. จังหวัดอำนาจเจริญ

ตัวแปรตาม ระดับความสำเร็จของการใช้คู่มือปฏิบัติงานสำหรับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และผลของการใช้คู่มือ ในด้านการจัดการทั่วไป ด้านการปฏิบัติงานและสภาพแวดล้อมใน รพ.สต. ด้านความรู้ในการปฏิบัติงาน และด้านความพึงพอใจในบริการ

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

เป็นการวิจัยเชิงประเมินผล (Evaluation Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) พ.ศ. 2562 ในจังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 77 แห่ง¹⁰

กลุ่มตัวอย่าง คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) พ.ศ. 2562 ในจังหวัดอำนาจเจริญ คำนวณหาขนาดตัวอย่างน้อยสุดด้วยการกำหนดเกณฑ์ที่ร้อยละ 30 ของประชากร¹¹ ได้ขนาดตัวอย่าง 26 แห่ง

การสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling) โดยแยก รพ.สต. ออกเป็นอำเภอ (Cluster Random Sampling) คำนวณหาสัดส่วนของ รพ.สต. แต่ละอำเภอจากประชากรทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยวิธีจับสลากมาให้ครบตามจำนวนที่กำหนดไว้ แล้วแบ่งกลุ่มคนที่ถูกสุ่มในแต่ละ รพ.สต. ออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มเจ้าหน้าที่ โดยเก็บข้อมูลในผู้บริหารพยาบาลวิชาชีพและนักวิชาการสาธารณสุข ส่วนกลุ่มประชาชนใช้การเลือกตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental Sampling) รพ.สต. ละ 10 คน

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 4 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบสังเกตและสัมภาษณ์การจัดการทั่วไปมีลักษณะคำถามเป็นแบบเปิด 5 ข้อ มีน้ำหนัก 20 คะแนน

ชุดที่ 2 แบบสังเกตการปฏิบัติงานและสภาพแวดล้อมใน รพ.สต. ประกอบด้วย การปฏิบัติงานและสภาพแวดล้อมใน รพ.สต. เป็นคำถามปลายเปิด 10 ข้อ มีน้ำหนัก 30 คะแนน

การแปลผลชุดที่ 1 และชุดที่ 2 โดยการเปรียบเทียบร้อยละของคะแนนกับเกณฑ์ ดังนี้ ระดับดีมาก ร้อยละ 90-100 ระดับดี ร้อยละ 80-89 ระดับปานกลาง ร้อยละ 70-79 ระดับน้อย/ไม่ดี ร้อยละ 60-69 และระดับน้อยมาก/ไม่ดีเลย ≤ ร้อยละ 59

ชุดที่ 3 แบบทดสอบความรู้ในการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย ความรู้ในการปฏิบัติงาน มีลักษณะคำถามเป็นแบบปรนัย 4 คำตอบ 30 ข้อ และอัตนัย 2 ข้อ มีน้ำหนัก 30 คะแนน

การแปลผลระดับความรู้แบบอิงเกณฑ์ (Criterion – Referenced Test) ตามวิธีของ Bloom ดังนี้ ระดับดีมาก ≥ ร้อยละ 80 ระดับดี ร้อยละ 70-79 ระดับปานกลาง ร้อยละ 60-69 ระดับน้อย ร้อยละ 50-59 และระดับน้อยมาก ≤ ร้อยละ 49

ชุดที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจในบริการ ประกอบด้วย ความพึงพอใจของประชาชนต่อการให้บริการของ รพ.สต. และข้อคิดเห็นเพิ่มเติม มีลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า 5 คำตอบ 11 ข้อ และแบบเปิด 3 ข้อ มีน้ำหนัก 20 คะแนน

การแปลผลระดับความพึงพอใจ โดยใช้เกณฑ์ Likert Scales 5 ระดับ ดังนี้

ระดับมากที่สุด 4.21-5.00 คะแนน ระดับมาก 3.41-4.20 คะแนน ระดับปานกลาง 2.61-3.40 คะแนน ระดับไม่พอใจ 1.81-2.60 คะแนน และระดับไม่พอใจเลย 1.00-1.80 คะแนน

การแปลผลระดับความสำเร็จของการใช้คู่มือปฏิบัติงานสำหรับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เป็นการนำผลประเมิน 4 ด้านนำมาคำนวณร้อยละแล้วคูณด้วยน้ำหนักคะแนนรวมผลทั้ง 4 ด้าน และแปลผลเป็นระดับความสำเร็จ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยอาจารย์ที่ปรึกษา และผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) กับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ในจังหวัดยโสธร 30 คน ได้ค่า Cronbach's Coefficient ของเครื่องมือ 4 ชุด เท่ากับ 0.75, 0.70, 0.79 และ 0.84 ตามลำดับ

การรวบรวมข้อมูล แบ่งทีมผู้วิจัยออกเป็น 2 ทีม ๆ ละ 4 คน ดำเนินการประชุมชี้แจง อบรม และทดลองการสัมภาษณ์ และได้ส่งหนังสือจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ ถึงสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง ขออนุญาตเก็บข้อมูล ตรวจสอบความสมบูรณ์ ลงรหัสก่อนนำไปบันทึกในโปรแกรมคอมพิวเตอร์

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและ

คุณลักษณะด้านประชากร ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้รับอนุญาตจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ เลขที่ 4/62 ลงวันที่ 4 เมษายน 2562 และได้ ปฏิบัติตามโดยเคร่งครัด

ผลการวิจัย (Result)

1. ข้อมูลทั่วไปจากการตอบ แบบทดสอบของเจ้าหน้าที่ 78 คน อัตราการตอบกลับร้อยละ 100 พบว่า ส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง ร้อยละ 58.97 มีอายุระหว่าง 40 – 49 ปี ร้อยละ 38.46 อายุต่ำสุด 22 ปี อายุ สูงสุด 58 ปี มีอายุเฉลี่ย 41.94 ± 9.74 ปี เป็น พยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 34.62 ระยะเวลาที่

ปฏิบัติงานใน รพ.สต. ที่ทำการศึกษา น้อยสุด 1 ปี มากสุด 36 ปี ค่ามัธยฐาน 9.50 ± 2.00 ปี สำหรับประชาชน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.15 มีอายุระหว่าง 30 – 39 ปี ร้อยละ 42.83 อายุต่ำสุด 20 ปี อายุสูงสุด 62 ปี มี อายุเฉลี่ย 35.64 ± 7.46 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 53.38 ประกอบอาชีพเกษตรกร/ ค้าขาย ร้อยละ 63.42 มีการศึกษาสูงสุดระดับ มัธยมศึกษา ร้อยละ 52.58

2. ระดับความสำเร็จของการใช้ คู่มือปฏิบัติงานสำหรับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ภาพรวมมีคะแนนระดับความสำเร็จ เท่ากับ 73.54 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง อำเภอที่มี คะแนนรวมสูงสุด ได้แก่ อำเภอปทุมราชวงศา เท่ากับ 78.18 อำเภอห้วยตะพาน เท่ากับ 76.26 และอำเภอพนา เท่ากับ 75.70 ตามลำดับ ส่วนต่ำสุด ได้แก่ อำเภอชานุมาน เท่ากับ 69.75

ตารางที่ 1 ร้อยละรายด้าน และระดับความสำเร็จของการใช้คู่มือฯ จำแนกรายอำเภอ

อำเภอ	ด้าน (ร้อยละ)				ผลรวม (ร้อยละ)	ระดับ ความสำเร็จ
	การจัดการ (น้ำหนัก 20)	การปฏิบัติงาน (น้ำหนัก 30)	ความรู้ (น้ำหนัก 30)	ผลลัพธ์ (น้ำหนัก 20)		
ปทุมราชวงศา	90.00	85.00	69.00	69.90	78.18	4
ห้วยตะพาน	85.00	85.00	64.58	71.90	76.26	4
พนา	80.00	82.50	59.83	85.00	75.70	4
เมือง	84.29	75.71	58.52	77.60	72.65	3
ลืออำนาจ	76.67	81.67	59.67	68.40	71.41	3
เสนางคนิคม	70.00	75.00	61.44	76.93	70.32	3
ชานุมาน	70.00	75.00	58.22	78.93	69.75	3
รวม	80.77	79.62	61.60	75.12	73.54	3

3. ผลของการใช้คู่มือปฏิบัติงาน สำหรับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. รายด้าน

3.1 ด้านการจัดการทั่วไป
ภาพรวมมีการจัดการทั่วไปอยู่ในระดับดี ร้อยละ 80.77 ($\bar{x}=8.08\pm1.02$ คะแนน) วิเคราะห์รายข้อ พบว่า ผลของการจัดการสูงสุด ได้แก่ รพ.สต.มีคู่มือ Version ปัจจุบัน ร้อยละ 100 คู่มือถูกเปิดใช้งานเป็นประจำ ร้อยละ 88.46 และมีการนำคู่มือไปใช้ในการปฏิบัติงาน เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 84.62 ตามลำดับ ส่วนต่ำสุด ได้แก่ ความคิดสร้างสรรค์ในการนำคู่มือไปใช้ ร้อยละ 26.92

3.2 ด้านการปฏิบัติงานและสภาพแวดล้อมใน รพ.สต. ภาพรวมมีการปฏิบัติงานและสภาพแวดล้อมใน รพ.สต. อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 79.62 ($\bar{x}=15.92\pm1.81$ คะแนน) วิเคราะห์รายข้อ พบว่า การปฏิบัติสูงสุด ได้แก่ ทำงานตรงตามตารางการปฏิบัติงานรายวัน ร้อยละ 84.62 ความกระตือรือร้นและความพร้อมในการปฏิบัติงาน และบรรยากาศในการทำงานดี เป็นมิตร เอื้ออาทร ให้เกียรติผู้ร่วมงาน ร้อยละ 76.92 และทำงานตรงตามบทบาทภารกิจ ร้อยละ 73.08 ตามลำดับ ส่วนต่ำสุดคือ ติดผังขั้นตอนการปฏิบัติงานไม่ครบถ้วนและไม่เป็นปัจจุบัน ร้อยละ 38.46

3.3 ด้านความรู้ในการปฏิบัติงาน ภาพรวมเจ้าหน้าที่มีความรู้ในการปฏิบัติงานในระดับปานกลาง ร้อยละ 61.60 ($\bar{x}=30.80\pm7.96$) วิเคราะห์รายด้าน

พบว่า เจ้าหน้าที่ที่มีความรู้มากที่สุดในด้านบริหาร ร้อยละ 60.77 รองลงมาคือ ด้านบริการ ร้อยละ 59.87 และด้านวิชาการ ร้อยละ 46.41 ตามลำดับ

3.4 ด้านความพึงพอใจในบริการ
ภาพรวมประชาชนพึงพอใจในระดับมาก ร้อยละ 75.12 ($\bar{x}=3.76\pm0.74$) วิเคราะห์รายข้อพบว่า ประชาชนมีความพึงพอใจในระดับมากทุกข้อคำถามข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ การได้รับการบริการแบบเดียวกันกับคนอื่นที่มาใช้บริการแบบเดียวกัน ($\bar{x}=3.79$) การได้รับการอธิบายด้วยความเต็มใจและครบถ้วนเมื่อมีข้อซักถามเพิ่มเติม ($\bar{x}=3.77$) และการบริการได้มาตรฐานตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพและความต้องการ ($\bar{x}=3.70$) ตามลำดับ ส่วนต่ำสุด ได้แก่ ความตรงต่อเวลาของเจ้าหน้าที่ ($\bar{x}=3.44$)

ความคิดเห็นเพิ่มเติมประชาชนเห็นว่า การบริการที่เป็นมาตรฐาน ได้แก่ ตรวจโรคทั่วไป ล้างแผล คลินิกเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง วัคซีนคลินิก และทันตกรรม สิ่งที่ควรปรับปรุง ได้แก่ พฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่ เช่น พูดไม่สุภาพ ไม่ใส่ใจผู้ป่วย ให้บริการล่าช้า มาทำงานสาย ความเพียงพอและเหมาะสมทั้งบุคลากร ยา วัสดุอุปกรณ์ ส่วนปัจจัยของความสำเร็จ ประชาชนเห็นว่าเกิดจากความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่ คุณภาพบริการเป็นมาตรฐานเดียวกัน ตรงเวลา เสมอภาค บุคลากร/วัสดุอุปกรณ์/ยา

เพียงพอภาวะผู้นำและความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

1. ระดับความสำเร็จของการใช้คู่มือปฏิบัติงานสำหรับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. พบว่า ระดับความสำเร็จของการใช้คู่มือสุขภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 73.54 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่ต้องพัฒนาเพิ่มเติม ได้แก่ ความรู้ในการปฏิบัติงาน และการปฏิบัติงานและสภาพแวดล้อมใน รพ.สต. ที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจาก นอกเหนือจากการสื่อสารคู่มือไปยังผู้ปฏิบัติงานใน รพ.สต. บุคลากรจำเป็นต้องมีการเฝ้าหาความรู้เพิ่มเติมด้วยตนเอง เพื่อให้มีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งไม่สอดคล้องกับนครชาติเผื่อนปฐม¹² ที่ศึกษาพบว่า ผลสัมฤทธิ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากทั้งโดยภาพรวมและรายด้าน ยกเว้นด้านหน่วยบริการปฐมภูมิมีบุคลากรที่มีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง

2. การจัดการทั่วไป พบว่า การจัดการทั่วไปภาพรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 80.77 ทั้งนี้เนื่องจากผู้บริหารมีการกำหนดนโยบายและวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน มีการ

สื่อสารภายในองค์กรเพื่อสร้างความเข้าใจ และการมีส่วนร่วมระหว่างบุคลากร มีการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับจรัญญู ทองเอนก¹³ ที่ศึกษาพบว่า ระดับการควบคุมกำกับการดำเนินงานตามโครงการของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภาพรวมอยู่ระดับมาก โดยปัจจัยที่มีผลต่อบทบาทในการควบคุมกำกับการดำเนินงานตามโครงการ ได้แก่ ทักษะการติดต่อสื่อสาร ทักษะการวางแผน และจัดองค์กร ทักษะการเป็นผู้นำ เพศ (ชาย) และทักษะการพัฒนาตนเองในส่วนของจิตวิธดา อัครภาณุวัฒน์, ช่อทิพย์ บรมธนรัตน์ และวรางคณา จันทร์คง¹⁴ ศึกษาพบว่า ปัจจัยกระบวนการบริหารมีผลต่อการพัฒนาระบบบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดแม่ฮ่องสอน ภาพรวมอยู่ระดับสูงและพงศกร ปาณัณณพ¹⁵ ศึกษาพบว่า การบริหารจัดการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สนามไทยส่งผลกระทบเชิงบวกค่อนข้างสูงต่อการบริการสุขภาพของประชาชนในเขตตำบล สนามไทย อำเภอนายายอาม จังหวัดจันทบุรี ทั้งในภาพรวมและในด้านส่งเสริมสุขภาพด้านการรักษาพยาบาล ด้านการควบคุมป้องกันโรค และด้านฟื้นฟูสุขภาพ

3. การปฏิบัติงานและสภาพแวดล้อมใน รพ.สต. พบว่า การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่และสภาพแวดล้อมภายในและภายนอก รพ.สต. ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 79.62 ทั้งนี้เนื่องจาก

หน่วยงานมีโครงสร้างการทำงานไม่เป็นระบบ สัดส่วนบุคลากรต่อประชากรไม่เหมาะสม ขนาดการพัฒนาปรับปรุงภูมิทัศน์ในหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับบริบทการณ์ บุญทัศน์¹⁶ ที่ศึกษาพบว่า ระดับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอที่มีเหตุการณ์ความไม่สงบของจังหวัดสงขลาอยู่ในระดับปานกลาง และสายชล แสงแดงชาติ¹⁷ ศึกษาพบว่า บรรยากาศองค์การที่มีผลต่อประสิทธิผลการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขต 3 อยู่ในระดับปานกลางแต่ไม่สอดคล้องกับกฤษฎา ไม้เวียง¹⁸ ที่ศึกษาพบว่า นักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่นมีการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่อยู่ในระดับมาก และปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของนักวิชาการสาธารณสุข ได้แก่ ปัจจัยด้านการบริหาร ปัจจัยด้านงบประมาณ ปัจจัยด้านเทคโนโลยี ปัจจัยด้านบุคลากร และปัจจัยด้านวัสดุอุปกรณ์ ตามลำดับ และนครชาติ เผื่อนปฐม¹² ศึกษาพบว่า การปฏิบัติตามยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขโดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก

4. ความรู้ พบว่า เจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ในการปฏิบัติงานภาพรวมอยู่ในระดับ

ปานกลาง ร้อยละ 61.60 ทั้งนี้เนื่องจากเจ้าหน้าที่มีความรู้และทักษะความสามารถเฉพาะตำแหน่ง ขาดการจัดการความรู้และบูรณาการเชื่อมโยงระหว่างวิชาชีพ ซึ่งสอดคล้องกับเฉลิมพล วัฒนไกร¹⁹ ที่ศึกษาพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดกำแพงเพชรมีความรู้ในระดับปานกลาง ในส่วนของเศกสันต์ ชานมณีรัตน์²⁰ ศึกษาพบว่า หัวหน้าสถานีอนามัยในเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 5 มีความรู้ในระดับปานกลาง และธวัชชัย แดงอ่ำ²¹ ศึกษาพบว่า บุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จังหวัดพิษณุโลกมีความรู้เกี่ยวกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอยู่ในระดับปานกลาง

5. ความพึงพอใจในบริการ พบว่า ประชาชนมีความพึงพอใจในบริการของ รพ.สต. ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 72.44 ทั้งนี้เนื่องจากการบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีผลสำเร็จทั้งปริมาณและคุณภาพตรงตามจุดมุ่งหมาย และตามความต้องการของประชาชนซึ่ง Millet (1954) ได้กล่าวไว้ว่า องค์ประกอบที่ทำให้การบริการได้รับความพึงพอใจ ได้แก่ ได้รับการบริการอย่างเสมอภาค ทันเวลา เพียงพอ ต่อเนื่อง และก้าวหน้า ส่วน Aday และ Anderson (1981) กล่าวว่า ผู้รับบริการจะรู้สึกพึงพอใจต่อความสะดวกที่ได้รับ การประสานการบริการ อภัยภัยหรือความสนใจ

ของผู้ให้บริการ ข้อมูลข่าวสารทางการบริการที่ได้รับ คุณภาพบริการ และค่าใช้จ่ายในการบริการ²² ซึ่งสอดคล้องกับกาญจนา โพธิ์คำ²³ ที่ศึกษาพบว่า ประชาชนมีความคิดเห็นต่อระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในระดับมากทุกด้าน ในส่วนของสุขุณจิตนา มณีรัตน์²⁴ ศึกษาพบว่า ความพึงพอใจของผู้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสบป้อน อำเภองาว จังหวัดลำปาง โดยรวมอยู่ระดับมาก และวัชร เกษทองมา²⁵ ศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพลวงมะนาว อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมามีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก แต่ไม่สอดคล้องกับเกสร แสงจันทร์²⁶ ที่พบว่า สมาชิกครอบครัวผู้มารับบริการมีความพึงพอใจต่อการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรวมทุกด้านในระดับปานกลาง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. พัฒนาความรู้ของผู้ปฏิบัติงาน โดยให้การสื่อสารภายในองค์กรที่ดี มีการจัดรูปแบบการถ่ายทอดคู่มือให้ทั่วถึง เพื่อให้ผู้ปฏิบัติเกิดความรู้ความเข้าใจและตระหนักถึงการมีส่วนร่วมในการพัฒนา และควรมีการทบทวนคู่มือทุก ๆ 2 ปี

2. พัฒนาพฤติกรรมบริการของผู้ปฏิบัติงาน โดยจัดให้มีหลักสูตรอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขระดับตำบล Smart รพ.สต. รุ่นที่ 2 เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริการสู่ความเป็นเลิศ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อระดับความสำเร็จในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ รพ.สต.

2. ควรศึกษาความสัมพันธ์ของการใช้คู่มือกับความสำเร็จของการปฏิบัติงาน

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำแนะนำเป็นอย่างดี นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ สาธารณสุขอำเภอผู้อำนวยการ รพ.สต. เจ้าหน้าที่ รพ.สต. พี่น้องร่วมงาน และประชาชน จังหวัดอำนาจเจริญ ที่ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล. รายงานการติดตามประเมินผลนโยบายการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) (รายงานการวิจัย). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2554.

2. ณัฐธิดา บุญเจริญ, ภูษิตา อินทรประสงค์ และจรรยา ภัทรอาชาชัย. ความเครียดในงานและความพึงพอใจในงานที่ส่งผลต่อประสิทธิผลในการดำเนินงานวัณโรคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลใน 7 จังหวัดภาคใต้ตอนบน. **วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา**. 2559; 11(1): 2.
3. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. **แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี** (ด้านสาธารณสุข). กรุงเทพฯ. 2559.
4. สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. **คู่มือแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต. ติดดาว) ปี 2562**. กรุงเทพฯ. 2561.
5. เจริญชัย คำแฝง. **อนาคตภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในทศวรรษหน้า (พ.ศ. 2554-2564)** [ปรัชญาดุษฎีบัณฑิตยุทธศาสตร์การพัฒนากุมิภาค]. มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี; 2555.
6. วรชาติ จำเริญพัฒน์. **บทบาทของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขตตรวจราชการ 12** [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยบูรพา. 2553.
7. กลุ่มงานนิติการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ. **บันทึกข้อความเรื่องรายงานสรุปผลการจัดการเรื่องร้องเรียน ลงวันที่ 8 กรกฎาคม 2562**. อำนาจเจริญ. 2562.
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ. **รายงานประจำปี 2561**. อำนาจเจริญ. 2561.
9. สมหมาย จันทร์เรือง. **รพ.สต. ทางเลือกหรือทางเลือกของระบบสุขภาพไทย**. [ออนไลน์]. 2558 [สืบค้น 27 กันยายน 2562]; จาก <https://www.hfocus.org/content/2015/07/10346>
10. กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ. **คู่มือปฏิบัติงานสำหรับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. อำนาจเจริญ**; 2561.
11. ธีรวัณ ฤกษ์กุล. **ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์**. คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี. 2549.
12. นครชาติ เผื่อนปฐม. **ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่ส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข** [วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยศิลปากร กรุงเทพมหานคร; 2554.
13. จริญญา ทองเอนก. **สุนทรียทักษะผู้นำที่มีผลต่อบทบาทในการควบคุมกำกับการดำเนินงานตามโครงการของ**

- ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดร้อยเอ็ด [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2557.
14. จิตติวรดา อัครภานุวัฒน์, ช่อทิพย์ บรรณรัตน์ และวรางคณา จันทรงค์. **ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาระบบบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดแม่ฮ่องสอน**. ในการประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ครั้งที่ 2 (น. 1). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช นครนายก. 2555.
 15. พงศกร ปาณัณณพ. **ผลกระทบของการบริหารจัดการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสนามไชยที่มีต่อการบริการสุขภาพของประชาชนในเขตตำบลสนามไชย อำเภอนายายอาม จังหวัดจันทบุรี** [วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี. จันทบุรี; 2556.
 16. รัตติภรณ์ บุญทัศน์. **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลในอำเภอที่มีเหตุการณ์ความไม่สงบของจังหวัดสงขลา** [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา; 2557.
 17. สายชล แสงแดงชาติ. **ทักษะการบริหารและบรรยากาศองค์การ ที่มีผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขต 3** [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร; 2555.
 18. กฤษดา ไม่เวียง. **ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น** [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2557.
 19. เฉลิมพล วัฒนไกร. **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดกำแพงเพชร** [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช นครนายก. 2553.
 20. เสกสันต์ ชานมณีรัตน์. **การประเมินความรู้ ความคิดเห็น และผลการดำเนินงานตามนโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของหัวหน้าสถานีอนามัยในเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 5** [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช; 2554.

21. วัชรชัย แต่งอ่ำ. **ความรู้และความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขเกี่ยวกับการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จังหวัดพิษณุโลก** [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยพะเยา; 2559.
22. บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. **เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย**. กรุงเทพฯ. 2553.
23. กาญจนา โพธิ์คำ. **ความคิดเห็นของประชาชนต่อระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านด้า อำเภอมือเมือง จังหวัดพะเยา** [วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยพะเยา. 2555.
24. สุจินณา มณีรัตน์. **พฤติกรรมและความพึงพอใจของผู้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสบป้อน**
อำเภองาว จังหวัดลำปาง [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยพะเยา; 2559.
25. วัชร เกษทองมา. **การพัฒนาคุณภาพการให้บริการที่เอื้ออาทรกับผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพลวงมะนาว อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา** [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา; 2559.
26. เกสร แสงจันทร์. **ความพึงพอใจของครอบครัวต่อการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านสระตลุง ตำบลตลุกกลางทุ่ง อำเภอเมือง จังหวัดตาก** [วิทยานิพนธ์คหกรรมศาสตรมหาบัณฑิต]. นครนายก: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2554.

ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลำราญ

อ้อมฤทัย มั่นในบุญธรรม¹

บทคัดย่อ

การวิจัยในครั้งนี้เป็นวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) วัดก่อนและหลังการทดลอง (One group pre-post design) มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านการรับประทานอาหารการออกกำลังกายการพักผ่อนและคลายความเครียด การจัดการตนเองระดับน้ำตาลในเลือด และค่าการทำงานของไต 2) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านการรับประทานอาหารการออกกำลังกายการพักผ่อนและคลายความเครียด การจัดการตนเองระดับน้ำตาลในเลือด และค่าการทำงานของไต ก่อนและหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลำราญ ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกรกฎาคม 2561 ถึงเดือนมีนาคม 2562 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบบสอบถามแบบบันทึกติดตามวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปคำนวณหาค่าความถี่ร้อยละค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ Paired sample t – test ผลการวิจัยพบว่า 1) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านการบริโภคอาหารการออกกำลังกายการพักผ่อนและคลายความเครียด การจัดการตนเองพบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนน สูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด และค่าการทำงานของไตพบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดลดลงกว่าก่อนการทดลอง ส่วนค่าเฉลี่ยการทำงานของไต (eGFR) สูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ข้อเสนอแนะควรมีการพัฒนาสื่อต่างๆ ที่เข้าถึงประชาชนให้มากยิ่งขึ้นและระบบการติดตามประเมินผลควรเป็นระบบเครือข่ายที่มีการประสานงานที่ดีกับสถานบริการสาธารณสุข

คำสำคัญ: โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม, การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ, ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2, ระดับน้ำตาลในเลือด, การชะลอไตเสื่อม

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลำราญ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

Corresponding Author: Aomruthai Monnaibuntham. Email: aomheal@gmail.com

THE RESULTS OF A HEALTH BEHAVIOR CHANGE PROGRAM ON HEALTH LITERACY AND EMPOWERMENT. BLOOD SUGAR CONTROL AND RENAL IMPAIRMENT OF DIABETIC PATIENTS TYPE 2 IN SAMRAN SUB-DISTRICT HEALTH PROMOTING HOSPITAL

Aomruthai Monnaibuntham¹

ABSTRACT

This research was the objectives 1) to study the effect of behavior change programs by comparing eating behaviors, behaviors exercise, relaxation and stress behaviors and Self-management behaviors. Before and after the experiment in the experimental group 2) to study the effect of behavior change program by comparing blood sugar levels and kidney function Before and after the experiment. The sample was a diabetic patient type 2 in the area of Samran Sub-District Health Promoting Hospital. The research was conducted between July 2018 to March 2019. The research instrument was a behavior change program by health literacy and empowerment, questionnaires. Data analysis by using the computer program to calculate the frequency, percentage, mean, standard deviation and Paired sample t – test. The results of the research were as follows: 1. The comparison of average score of behavior in food consumption behavior exercise Relaxation and stress relief Self-management. It was found that after the experiment, the sample group had average scores higher than before the experiment with statistical significance ($p < 0.05$). The kidney function was found that after the experiment, the sample group had average blood glucose level. Lower than before the experiment While the average renal function (eGFR) was higher than before the experiment with statistically significant ($p < 0.05$). The evaluation system should be a network system with good coordination with public health facilities

Key words: Behavior change program, Health literacy, Empowerment, Diabetic Patients Type 2, Renal impairment

¹Public Health Technical Officer, Professional Level, Samran Sub-district Health Promoting Hospital

บทนำ (Introduction)

โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus) เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลกโดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้จากสถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานการรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่าผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานประมาณ 422 ล้านคนจากทั่วโลกโดยความชุกในเกิดโรคเบาหวานพบว่าในประเทศรายได้ต่ำและรายได้ปานกลางมีความชุกเพิ่มสูงขึ้นและคาดการณ์ว่าตัวเลขของผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานจะเพิ่มสูงขึ้นอีกเท่าตัวในอีก 20 ปีข้างหน้านอกจากนี้โรคเบาหวานยังเป็นโรคที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับ 1 จากทั่วโลกโดยในปี ค.ศ. 2012 โรคเบาหวานเป็นสาเหตุโดยตรงของการเสียชีวิตจำนวน 1.5 ล้านคนและกว่าร้อยละ 80 ของการเสียชีวิตของโรคเบาหวานเกิดจากภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะโรคไตวาย¹ สำหรับประเทศไทยการสำรวจจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานปีพ.ศ.2557 พบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 36,742 คน คิดเป็นอัตรา 780.073 ต่อแสนประชากร² สำหรับปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคเบาหวานได้แก่ อายุที่มากกว่า 40 ปี เชื้อชาติกรรมพันธุ์ ประวัติการป่วยด้วยโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์การรับประทานที่ไม่ถูกสุขลักษณะ การมีน้ำหนักเกินการขาดกิจกรรมทางกาย ความทนต่อกลูโคสบกพร่องและการมีภาวะความดันโลหิตสูงเมื่อเกิดการป่วยด้วย

โรคเบาหวานและไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้³ ก่อให้เกิดผลกระทบทั้งทางร่างกายจิตใจและสังคมและจิตวิญญาณ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวเนื่องจากเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความตึงเครียดในครอบครัวเช่นเกิดปัญหาในการสื่อสารมีการตอบสนองทางอารมณ์แบบเข้มข้นเป็นต้นซึ่งปัญหาเหล่านี้เกิดจากรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนยังอยู่ในระดับต่ำที่มีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษาอายุและอาชีพ⁴ ดังนั้นเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยเบาหวานคือการควบคุมไม่ให้ผู้ป่วยมีอาการของโรคและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนในระยะยาวของโรคเบาหวาน ป้องกันไม่ให้เกิดความพิการหรือการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคแทรกซ้อนต่ออวัยวะต่างๆเช่นตาไตและระบบประสาท³ โดยโรคไตวายเรื้อรังจากเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่พบมากถึง 1 ใน 3 ของผู้ป่วยเบาหวานหรือประมาณ 60 ล้านคน จากทั่วโลกสาเหตุของการเกิดโรคไตวายเรื้อรังส่วนใหญ่มาจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ทำให้หลอดเลือดที่มาเลี้ยงไตตีบแข็งส่งผลให้การทำงานของไตค่อยๆ ลดลงและเกิดการเสื่อมลงอย่างถาวรถ้าไม่ได้รับการฟอกไตจะทำให้ของเสียคั่งและเสียชีวิตได้ ปัจจุบันประเทศไทยมีผู้ป่วยไตวายเรื้อรังประมาณ 7.6 ล้านคน ในจำนวนนี้อยู่ในระยาสุดท้ายกว่า 70,000 คนที่ต้องรับการฟอก

เลือดหรือล้างไตทางช่องท้องซึ่งมีสาเหตุจากโรคเบาหวาน^{5,6} ร้อยละ 40.7 ก่อให้เกิดผลกระทบทางลบต่อผู้ป่วยและครอบครัวเช่นคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและการรับภาระค่าใช้จ่ายที่นอกเหนือจากค่ารักษาเช่นค่าเดินทาง การขาดรายได้จากการหยุดงานในส่วนของตำบลสำราญ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น สถานการณ์การป่วยด้วยโรคเบาหวานจากการเก็บข้อมูลย้อนหลัง พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสำราญในปี 2560 มีทั้งสิ้น 257 ราย มีเพียงร้อยละ 28.43 เท่านั้นที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมายและมีภาวะแทรกซ้อนทางไต จำนวน 69 คน⁷ ซึ่งที่ผ่านมาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสำราญได้มีการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดแต่ยังพบปัญหาในการรักษาผู้ป่วยเบาหวานคือ ผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ถูกต้อง ทำให้เกิดภาวะไตเสื่อม ผู้วิจัยสนใจที่จะแก้ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ถูกต้องและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะไตเสื่อมด้วยโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการประยุกต์ใช้แนวทางการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการเสริมพลัง ที่มีแนวคิดว่าการที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ในการตัดสินใจปฏิบัติดังกล่าวเพื่อหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรคจะให้ผลดีต่อบุคคลในการช่วยลดโอกาสต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือช่วยลดความรุนแรงของโรค ร่วมกับการเสริมพลังให้บุคคลตัดสินใจว่าตนเองมีความสามารถที่จะทำกิจกรรมนั้นแต่ถ้ามีความเชื่อว่าจะไม่มีความสามารถก็จะหลีกเลี่ยงการกระทำนั้นไปจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าผลการวิจัยเรื่องการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถเพิ่มความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงการรับรู้ความรุนแรงของการมีภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ⁸ และการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุสามารถเพิ่มการรับรู้ความสามารถตนเองพฤติกรรม การปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญ⁹ ผู้วิจัยจึงได้ทำการวิจัยนี้โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยเปรียบเทียบพฤติกรรม การปฏิบัติตัวด้านการรับประทานอาหารการออกกำลังกายการพักผ่อนและคลายความเครียด การจัดการ

ตนเองก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง 2) เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือด และค่าการทำงานของไต ก่อนและหลังการทดลองเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วิธีการดำเนินการวิจัย (Methodology)

รูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) วัดก่อนและหลังการทดลอง (One group pre-post design) ดำเนินการวิจัย ระหว่าง เดือน กรกฎาคม 2561 ถึง มีนาคม 2562

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลำราญ อำเภอมืองจังหวัดขอนแก่นในการศึกษาค้างนี้ใช้การคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประชากร 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกันของอรุณจิรวัดมนกุล¹⁰ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 38 คน ได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก 5 % สำหรับการสูญเสีย (Drop out) ได้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้างนี้จำนวน 40 คน เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง Inclusion criteria ดังนี้ (1) เป็นผู้ป่วยเบาหวานทั้งเพศชายและหญิงที่มาปรึกษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลำราญอย่างน้อย 1 ปี (2) เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้มี HbA1C ตั้งแต่

8.5%ขึ้นไปและมีความเสี่ยงของไตตั้งแต่ระยะที่ 1-3 (3) รู้สึกตัวดีสามารถติดต่อสื่อสารด้วยวิธีการอ่านการฟังการเขียนและยินยอมให้ความร่วมมือในการศึกษา เกณฑ์การคัดออก (Exclusive criteria) 1) มีเหตุสุดวิสัยไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ เช่น เจ็บป่วย 2) มีข้อจำกัดทางด้านความสามารถในการออกกำลังกาย 3) ไม่ประสงค์เข้าร่วมกิจกรรมต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

3 ส่วน คือ

1. โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิดการเสริมพลัง (Empowerment) และการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) จำนวน 4 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 เดือน รวมระยะเวลา 4 เดือน ประกอบด้วย

ครั้งที่ 1 ขั้นการเข้าถึง ได้แก่ การอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานโดยวิทยากรจากโรงพยาบาลขอนแก่นและการค้นหาศักยภาพผู้ป่วย

ครั้งที่ 2 ขั้นการเข้าใจ ได้แก่ การสนทนาแบบมีส่วนร่วม (โสเหว) การฝึกทักษะการใช้คู่มือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อชะลอไตเสื่อมสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

ครั้งที่ 3 ขั้นปฏิสัมพันธ์ ได้แก่ สนทนียสนทนาและการเสริมพลัง การตอบข้อซักถาม บอกเล่าประสบการณ์ และการตั้งเป้าหมายแบบมีส่วนร่วม

ครั้งที่ 4 ขั้นการตัดสินใจ ได้แก่ การเยี่ยมยามถามข่าว (เยี่ยมบ้าน) และการให้คำแนะนำแบบมีส่วนร่วม การรวมกลุ่มสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน

2. แบบสอบถาม (Questionnaire) ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. ของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปของกองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข¹¹ และพื้นฐานของแนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับโรคเบาหวานและความรอบรู้ด้านสุขภาพแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลด้านสุขภาพ 2) พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร 3) พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย 4) พฤติกรรมด้านการพักผ่อนและคลายความเครียด และ 5) พฤติกรรมด้านการจัดการตนเอง

3. แบบบันทึกการติดตามภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ประกอบด้วยระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting Blood Sugar) และค่าการทำงานของไต (eGFR)

การประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อวิเคราะห์ทางสถิติข้อมูลทั่วไป และข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ตอบแบบสอบถาม วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารการออกกำลังกาย การพักผ่อนและคลายความเครียด และการจัดการตนเอง ก่อนและ

หลังการทดลองด้วยค่าสถิติที่ (Paired sample t – test) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting Blood Sugar) และค่าการทำงานของไต (eGFR) ก่อนและหลังการทดลองด้วยค่าสถิติที่ (Paired sample t – test)

ผลการวิจัย (Result)

การวิจัยครั้งนี้ ได้ศึกษาเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการพักผ่อนและคลายความเครียด และพฤติกรรมการจัดการตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting Blood Sugar) และค่าการทำงานของไต (eGFR) เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.5 อายุ 61-70 ปี ร้อยละ 50 สถานภาพสมรส (คู่) ร้อยละ 67.5 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 90 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 37.5 รายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 90 ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวานมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 47.5

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรม การพักผ่อนและคลายความเครียด และพฤติกรรมการจัดการตนเอง

จากการวิจัย พบว่าจากคะแนนเต็ม 45 คะแนน ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร 28.60 คะแนน (S.D.=6.37) อยู่ในระดับปานกลางหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 29.95 คะแนน (S.D.=6.30) โดยแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) พฤติกรรมการออกกำลังกายจากคะแนนเต็ม 15 คะแนน ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 6.97 คะแนน (S.D.=3.57) อยู่ในระดับต่ำหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 8.67 คะแนน (S.D.=2.85) โดยแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) พฤติกรรม

การพักผ่อนและคลายความเครียด จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 13.65 คะแนน (S.D.=5.71) อยู่ในระดับต่ำหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 16.15 คะแนน (S.D.=4.42) โดยแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) พฤติกรรมการจัดการตนเองจากคะแนนเต็ม 30 คะแนน ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 18.65 คะแนน (S.D.=3.25) อยู่ในระดับปานกลางหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 20.45 คะแนน (S.D.=3.45) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนและคลายเครียด และการจัดการตนเอง ก่อนและหลังการทดลอง

พฤติกรรมการปฏิบัติตัว	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{d}$	T	P-value
1. ด้านการบริโภคอาหาร					
ก่อนการทดลอง	28.60	6.37	1.35	6.07	<0.001
หลังการทดลอง	29.95	6.30			
2. ด้านการออกกำลังกาย					
ก่อนการทดลอง	6.97	3.57	1.70	5.02	<0.001
หลังการทดลอง	8.67	2.85			
3. ด้านการพักผ่อนและคลายความเครียด					
ก่อนการทดลอง	13.65	5.71	2.50	5.30	<0.001
หลังการทดลอง	16.15	4.42			
4. ด้านการจัดการตนเอง					
ก่อนการทดลอง	18.65	3.25	1.80	5.64	<0.001
หลังการทดลอง	20.45	3.45			

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือด(Fasting Blood Sugar) และค่าการทำงานของไต (eGFR)

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือด(Fasting Blood Sugar) ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง

กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ย 153.90 mg% (S.D.=58.79) หลังการทดลองมีกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ย 151.95 mg% (S.D.=47.82) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting Blood Sugar) ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลอง

ค่าระดับน้ำตาลในเลือด	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{d}$	T	p-value
ก่อนการทดลอง	153.90	58.79	2.05	0.22	<0.05
หลังการทดลอง	151.85	48.82			

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับการทำงานของไต (eGFR) ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการทำงานของไต 69.68 มล./นาที

(S.D.=25.11) หลังการทดลองมีกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยระดับการทำงานของไต 71.85 มล./นาที (S.D.=26.36) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการทำงานของไต (eGFR) ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลอง

ค่าระดับการทำงานของไต	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{d}$	T	p-value
ก่อนการทดลอง	69.68	25.11	2.17	1.174	<0.001
หลังการทดลอง	71.85	26.36			

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

จากผลการวิจัยพบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมโภชนาการ การออกกำลังกาย การพักผ่อนและคลายความเครียดและ

การจัดการตนเอง หลังการทดลองสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) เกิดจากการได้รับกิจกรรมแทรกแซงที่ประยุกต์ใช้การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและเสริมพลังอำนาจ ในการป้องกันโรคเบาหวาน โดยการอบรม

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน รวมถึงการจัดกระบวนการเรียนรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้จาก ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจและความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยใช้กลวิธีทางสุศึกษา อันได้แก่การใช้สื่อโมเดลและ Infographic ประกอบการบรรยายและแจกคู่มือการดูแลตนเองเพื่อการป้องกันโรคเบาหวานและชะลอไตเสื่อมซึ่งเป็นวิธีพื้นฐานที่สามารถถ่ายทอดความรู้การจัดกิจกรรมการสอนทั้งกลุ่มโดยใช้ Infographic การให้คู่มือการอบรมซึ่งเป็นความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง เพื่อการป้องกันโรคเบาหวานซึ่งจะมีทีมพี่เลี้ยงคอยให้คำแนะนำที่ถูกต้องเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานยอมรับกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองตามสภาพความเป็นจริงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่มีบรรยากาศเป็นกันเอง (โศเกร) และตัดสินใจเลือกปฏิบัติตนที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตของตนเองรวมถึงการนำความรู้ที่ได้ไปฝึกทักษะต่อยอดที่บ้านโดยมีการตั้งเป้าหมายในการฝึกทักษะดังกล่าวที่ได้รับร่วมกับมีการสนับสนุนจากผู้ดูแลและครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยมีการดูแลพฤติกรรมสุขภาพของตนที่ดีขึ้นนำไปสู่ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น คือ ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และมีค่าความเสื่อมของไตที่ดีขึ้นกว่าเดิมซึ่งจากผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting Blood Sugar) ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และค่าเฉลี่ยของระดับการทำงานของไต (eGFR) ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เพราะเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน คือ การพัฒนาความรู้ทักษะตลอดจนความเชื่อด้านสุขภาพจนทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นว่าสามารถจัดการตนเองในชีวิตประจำวันได้ ผู้ป่วยมีพฤติกรรม การดูแล สุขภาพ ของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของวิชมน ภรณ์เจริญ, น้ำอ้อย ภักดีวงศ์, อัมพร นามวงศ์พรหม¹² ที่พบว่า โปรแกรมการพัฒนาความรู้การจัดการตนเอง และการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีค่าเฉลี่ยอันดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหลังเข้าโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจำนวนหรือร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และการศึกษาของศิริลักษณ์ ธงทอง¹³ ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มีคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเองที่สูงขึ้น รวมถึงทำให้ผู้ป่วยมีระดับของครีเอตินิน และระดับของอัตราการทำงานของไตที่ดีขึ้นหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองและการศึกษา

ของจินตนา หามาดีและคณะ¹⁴ ที่พบว่า การพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานที่ถูกต้อง ร่วมกับการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว นำไปสู่การมีพฤติกรรมชะลอความก้าวหน้าของไต

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ ควรมีการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพใน ด้านทักษะการสื่อสารและทักษะในการ ตัดสินใจเลือกปฏิบัติเพื่อควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดและการชะลอไตเสื่อมใน ผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการ ออกแบบกิจกรรมที่เสริมสร้างให้ผู้ป่วยเข้าถึง เข้าใจ มีปฏิสัมพันธ์และตัดสินใจปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับวิถีชีวิต ผู้ป่วยและควรขยายผลสู่พื้นที่อื่น และโรค เรื้อรังอื่น ๆ ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

รายงานการวิจัยฉบับนี้ สำเร็จ ลุล่วงด้วยดี ซึ่งผู้วิจัย ขอขอบคุณ กลุ่ม ตัวอย่าง อาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่ คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลสำราญ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น คณะเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลสำราญทุกคนที่มีส่วนสนับสนุนการ วิจัย และทำยี่ที่สุดขอขอบคุณอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ตำบล สำราญทุกคนที่มีส่วนช่วยเหลือในการ

ประสานงานและการเยี่ยมบ้านกลุ่มผู้ป่วย เบาหวานที่เข้าร่วมโครงการ ตลอดจนทุกท่าน ที่มีได้เอื้อย่นาม ที่มีส่วเกี่ยวข้อง กับการ ความสำเร็จในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. World Health Organization. 10 facts aboutdiabetes. (ออนไลน์). สืบค้นได้จาก <http://www.who.int/features/factfiles/diabetes/en/>;2016. (สืบค้นเมื่อ 2มิถุนายน 2559)
2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข. **จำนวนและ อัตราผู้ป่วยในด้วยโรคเบาหวาน (E10-E14) ต่อประชากร 100,000 คน (รวมทุกการวินิจฉัยโรค) ปี พ.ศ.2550 – 2557 จำแนกรายจังหวัดเขตบริการ สาธารณสุขและภาพรวมประเทศ (รวม กรุงเทพมหานคร).** 2559.
3. นงลักษณ์ แก้วทอง, ลักษณะ เดิมศิริกุลชัย, ประสิทธิ์ สิริพันธ์, ธราดล เก่งการพานิช และขวัญเมืองแก้วดำเกิง. ความแตกต่าง ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดัน โลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านหนองหอย จังหวัดสระแก้ว. **วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี.** กรุงเทพฯ. 2557
4. อมรรัตน์ ภิรมย์ชม และอนงค์ หาญสกุล . ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแล ตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

- ในอำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ.
2555 วารสารสำนักงานป้องกัน
ควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น, (19)1: 1-10.
5. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย.
โรคไตจากเบาหวาน. (ออนไลน์). สืบค้น
ได้จาก http://www.dmthai.org/news_and_knowledge/1790; 2559. (สืบค้น
เมื่อ 2 มิถุนายน 2560)
 6. วรจกณา พิชัยวงศ์. โรคไตจากเบาหวาน.
วารสารกรมการแพทย์. 2558; กันยายน-
ตุลาคม: 19-24.
 7. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสำราญ.
สถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลสำราญ. รายงานประจำปี
2560. 2560.
 8. อรุณีย์ ศรีนวล. การประยุกต์ทฤษฎี
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการ
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดตนเอง
เพื่อป้องกันโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2548.
 9. ศิริยุสม์วรามิตร. โรคไตเรื้อรังในกลุ่ม
ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง.
เอกสารประกอบการบรรยาย.
[ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก <http://www.sknhospital.go.th/Webskn/news/โรคเรื้อรังในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน>. (ppt).
2559 : สืบค้นเมื่อ (2 มิถุนายน 2560).
 10. อรุณ จิรวัดมนกุล. ชีวสถิติ. พิมพ์ครั้งที่ 3.
ขอนแก่น:คลังน่านาวิทยา; 2551.
 11. กองสุขศึกษาศึกษากระทรวงสาธารณสุข. แนว
ทางการพัฒนาคุณภาพงานสุขศึกษา
และพัฒนาความรอบรู้ด้านสุภาพ
และพฤติกรรมสุภาพใน
โรงพยาบาล. โรงพิมพ์กองสุขศึกษา,
นนทบุรี; 2560:
56-60.
 12. รัชมน ภรณ์เจริญ, น้ำอ้อยภักดีวงศ์, อำ
ภาพรนามวงศ์พรหม. ผลของโปรแกรม
การพัฒนาความรู้และการมีส่วนร่วมของ
ครอบครัวต่อพฤติกรรมสุภาพและ
ควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็น
เบาหวานชนิดที่ 2. ราชมาธิบดีพยาบาล
สาร 2553; 16(2): 279-292.
 13. ศิริลักษณ์ ทุ่งทอง. ผลของโปรแกรม
สนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอ
ไตเสื่อมจากเบาหวานต่อพฤติกรรม
การจัดการตนเองและผลลัพธ์ทาง
คลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่
ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลใน
เลือดได้. [ปริญญาพยาบาลศาสตรมหา
บัณฑิต] (การพยาบาลผู้ใหญ่) บัณฑิต
วิทยาลัยมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์;
2556.
 14. จินตนา หามาลี, นัยนาพิพัฒน์ วณิชชา,
รวิวรรณ ผ่องกัณหา. ผลของโปรแกรมการ
ส่งเสริมการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อ
ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมลด

ความก้าวหน้าของโรคไตเรื้อรังใน
ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะ
เสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง. วารสาร
พยาบาลสงขลานครินทร์ 2557; 34(2):
67-86.

รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ การควบคุมค่าดัชนีมวลกาย และรอบเอวบุคลากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

คเชนทร์ ชาญประเสริฐ¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยใช้แนวคิดการเสริมพลัง (Empowerment) กลุ่มตัวอย่างบุคลากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 40 ราย คัดเลือกโดยมีวิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย แบ่ง การวิจัยเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ของปัญหา (Situation analysis phase) ระยะที่ 2 การดำเนินการเพื่อพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระยะที่ 3 การประเมินผลการดำเนินงาน (Evaluation phase) เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพโดยสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา เชิงปริมาณ เก็บรวบรวมโดยใช้แบบสอบถามความรู้และการปฏิบัติตัว ค่าดัชนีมวลกายและรอบเอว วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วย Paired t-test ผลการศึกษาระยะที่ 1 พบว่า บุคลากรกลุ่มเสี่ยงให้ความสนใจต่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ และร่วมการออกแบบกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพตามทฤษฎี PRECEED MODEL ระยะที่ 2 ขึ้นดำเนินการ ประยุกต์การเสริมพลังในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพประกอบด้วย การเสริมสร้างความรอบรู้และทักษะ จัดกระบวนการกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การพัฒนาปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมการสะท้อนกลับเพื่อปรับปรุงการวิจัยการรวมกลุ่มออกกำลังกายเพื่อนช่วยเพื่อน การมีโค้ชให้คำปรึกษาและการให้รางวัล ระยะที่ 3 การประเมินผล พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ การปฏิบัติตัว หลังการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพสูงขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) ส่วนค่าดัชนีมวลกายและรอบเอวหลังการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพลดลงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) จากผลการศึกษาในครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่ารูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิดการเสริมพลังใช้ได้ผลกับบุคลากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จึงควรนำไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มโรคเรื้อรังทั้งกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยต่อไป

คำสำคัญ : การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ, ค่าดัชนีมวลกาย รอบเอว , การเสริมพลัง

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองขอนแก่น

Corresponding Author: Khachen Chanprasert. Email: kcchan240@gmail.com

HEALTH BEHAVIOR DEVELOPMENT MODEL CONTROL OF BODY MASS INDEX AND WAIST CIRCUMFERENCE, DIABETES RISK GROUP PERSONNEL MUEANG DISTRICT PUBLIC HEALTH OFFICE, KHONKAEN PROVINCE

Khachen Chanprasert¹

ABSTRACT

This research is an action research by using empowerment, sample groups, diabetes in health personnel risk group 40 people, Muang district public health office in KhonKaen Province, selected by simple random sampling method, divided into 3 phases, Phase 1, Situation analysis phase, Phase 2, Implementation to develop a behavioral modification model for the phase 3 Evaluation phase Collecting qualitative and quantitative data Qualitative by group discussion Participatory observation Quantitative content analysis was collected by Health literacy knowledge and practice questionnaires. Body mass index and waist circumference Quantitative data analysis with Paired t-test

The results of Phase 1 study found that risk groups were interested in developing healthy behaviors. And participated in the design of health behavior development activities according to the PRECEED MODEL Phase 2 theory. Application of empowerment in developing healthy behaviors consists of strengthening knowledge and skills. Arrange the group exchange learning process Development of contributing factors and supplementary factors Reflections to improve research Exercise group Friends help friends Having a coach to give advice and give rewards. Phase 3 Evaluation: The average score of knowledge Demeanor Body mass index and waist circumference after health behavior development were significantly higher than before development (p-value <0.001). Body mass index and waist circumference after health behavior development were lower than before development. With statistically significant (p-value <0.001). Based on this study, it indicates that the development of health behavior patterns based on the empowerment concept works for diabetes risk group personnel. Therefore should be applied in chronic disease groups, both at risk and in the next group

Key words: health behavior development, body mass index, waistline, empowerment

¹Public Health Technical Officer, Mueang District Public Health Office

บทนำ (Introduction)

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยที่สุดโรคหนึ่งซึ่งจากรายงานพบว่ามีอุบัติการณ์และอัตราความชุกสูงขึ้นอย่างมาก ระบาดวิทยาของโรคเบาหวานประมาณการณ์ทั่วโลกในปี ค.ศ. 1985 ประมาณ 30 ล้านคนและเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในปี ค.ศ. 2000 เป็น 177 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2025 จะมีผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานอย่างน้อยประมาณ 300 ล้านคน ซึ่งมีการเสียชีวิตจากโรคเบาหวานประมาณ 4 ล้านคนต่อปี (WHO, 2016)¹

จังหวัดขอนแก่น เป็นจังหวัดหนึ่งที่โรคเบาหวานเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ โดยในปี พ.ศ. 2558 พบอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานของจังหวัดเท่ากับ 1,034.82 ต่อแสนประชากร (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 2559)² และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี 2559 พบว่าป่วยด้วยโรคเบาหวาน 3694.40 ต่อประชากรแสนคน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 2560)³

จากผลการคัดกรองภาวะสุขภาพบุคลากรสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองขอนแก่น พบว่า มีโรคประจำตัวถึงร้อยละ 7.89 โรคอันดับหนึ่งคือ โรคความดันโลหิตสูง รองลงมาโรคเบาหวาน และยังพบว่า มีความเสี่ยง ต่อโรคเบาหวาน จำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.23 มีภาวะอ้วนระดับ 1,2,3 จำนวน 69 คน คิดเป็นร้อยละ 45.39 ไขมันในเลือดสูง 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.42

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง “รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและควบคุมดัชนีมวลกายบุคลากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น” ขึ้น โดยใช้เทคนิคกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและการเสริมพลัง เพื่อหาแนวทางในการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพการควบคุมค่าดัชนีมวลกายและรอบเอวของบุคลากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน เพื่อเกิดการเรียนรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง การจัดการตนเองในการป้องกันภาวะเสี่ยง ต่อโรคเบาหวานต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้แนวคิดการเสริมพลังและการมีส่วนร่วมทำให้ผู้มีปัญหาสุขภาพเรื่องเดียวกันสามารถวิเคราะห์ปัญหาทบทวนสถานการณ์ในอดีตเชื่อมโยงถึงปัจจุบัน กำหนดแนวทางการแก้ปัญหาศึกษารูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งการพึ่งพาตนเองในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงจากโรคเบาหวาน

ประชากรในการศึกษารั้งนี้ เป็นบุคลากรสังกัดสาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ในเวลาที่ทำการศึกษา คือ 1) เป็นผู้ที่อายุ 35 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง 2) ได้รับการคัดกรองภาวะสุขภาพ

จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน เช่น มีประวัติเสี่ยงทางด้านพันธุกรรม, ค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ที่กำหนด, มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากกว่า 100 mg/dl หลังดื่มน้ำตาลอาหาร 8 ชั่วโมง 3) ยินยอมสมัครใจเข้าร่วมโครงการกลุ่มตัวอย่าง สุ่มตัวอย่างอย่างง่ายจากบุคลากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โดยวิธีจับสลาก จำนวน 40 คน

ขั้นตอนในการวิจัยการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ การควบคุมค่าดัชนีมวลกายและรอบเอวของบุคลากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองขอนแก่น แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การประเมินสถานการณ์ปัญหาและความต้องการ (Situation analysis phase)

เป็นศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง การเก็บข้อมูลเชิงลึก โดยการสนทนากลุ่มเพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการจากบุคลากรกลุ่มเสี่ยง

ระยะที่ 2 ปฏิบัติการ

2.1 ขั้นเตรียมการ (Pre-action phase) การแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินงาน การสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อสร้างความคุ้นเคยและสร้างความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย โดยกำหนดระยะเวลาการดำเนินงานวิจัยเป็นเวลา 10 เดือน รวมถึงการจับสลากกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานเข้าร่วมโครงการวิจัยตามเกณฑ์

ที่กำหนด และเป็นผู้ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยตลอดระยะเวลาโครงการที่ศึกษา และการเตรียมผู้ร่วมวิจัย

2.2 ขั้นดำเนินการ (Action phase)

จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาองค์ความรู้และทักษะการป้องกันโรคเบาหวานและควบคุมดัชนีมวลกาย จัดกิจกรรมกลุ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยการใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อสร้างพลังให้เกิดความตระหนักความมุ่งมั่นตั้งใจและสร้างทัศนคติเชิงบวกในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้แก่กลุ่มเป้าหมายโดยการเสนอแผนพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพรายบุคคล เดือนละ 1 ครั้ง ต่อเนื่อง 6 เดือน การสะท้อนกลับข้อมูล (Reflex) การดำเนินกิจกรรมตามแผน ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานและนำไปสู่การปรับปรุงรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับบริบทและวิถีชีวิตของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน และดำเนินการตามแผนงานหรือรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมตามแนวคิดและทฤษฎี การเสริมพลัง โดยเน้นการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างและภาคีเครือข่าย

ระยะที่ 3 ขั้นการประเมินผล (Evaluation phase) ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน และค่าดัชนีมวลกาย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

สุขภาพ และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา
รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยโดยการประยุกต์แนวคิดกระบวนการเสริมพลัง (Empowerment) เก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยมีทั้งหมด 3 ชนิดดังนี้

- คู่มือการปฏิบัติตัวของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานเพื่อแจกให้กลุ่มตัวอย่างหลังกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน

- รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเป็นกิจกรรมการเรียนรู้และทักษะเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้กระบวนการเสริมพลัง ที่เป็นรูปแบบที่ได้จากระยะที่ 1 ของการวิจัย

- เทปบันทึกเสียงใช้บันทึกเสียงในขณะทำการสนทนากลุ่มการประชุมกลุ่มย่อยในแต่ละครั้งของการพบกลุ่ม

- เครื่องชั่งน้ำหนักและสายวัดรอบเอว

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

- ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้จากการสังเกตโดยผู้ช่วยวิจัยโดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วม 5 ระดับ คือ ร่วมรับรู้ ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมทำ ร่วมตรวจสอบ บันทึกลงแบบสังเกตแบบมีส่วนร่วม

- ข้อมูลเชิงปริมาณ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามวัตถุประสงค์ โดยการประยุกต์แนวคิดการเสริมพลังและผลงาน

วิจัยที่เกี่ยวข้อง ขอคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพของเนื้อหา หาความตรงของเนื้อหา (Content Validity) และผู้วิจัยนำไปปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา คือการรายละเอียดจากเอกสาร กำหนดขอบเขตและโครงสร้างของแบบสอบถาม สร้างข้อคำถามและหลักเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละคำตอบ นำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเบาหวานพิจารณาความถูกต้อง ความครอบคลุมตามวัตถุประสงค์การใช้ภาษา แล้วผู้วิจัยนำไปปรับปรุงแบบสอบถามให้ถูกต้องก่อนนำไปใช้จริง

ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ได้ไปทดลองใช้กับบุคลากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในพื้นที่ใกล้เคียงที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อหาความเชื่อมั่นโดยวิธีการหาความเชื่อมั่นด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach'Alpha Coefficient) ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78

การเก็บรวบรวมข้อมูล
ขั้นเตรียมการการเตรียมความพร้อมของทีมวิจัยเป็นการเตรียมความพร้อม

เรื่องการเป็นผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้นำกลุ่มโดยทีมสหวิชาชีพจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองขอนแก่นติดต่อประสานงานสาธารณสุขอำเภอเมืองขอนแก่น เพื่อขออนุญาตในการวิจัยในพื้นที่

ขั้นตอนการทำความเข้าใจกับ
กลุ่มตัวอย่างขออนุญาตชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัยชี้แจงในเรื่องการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารพฤติกรรมการออกกำลังกายและพฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียดดำเนินการตามรูปแบบ/กิจกรรมการเรียนรู้โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน ทำกิจกรรมกลุ่มเดือนละ 1 ครั้งครั้งละประมาณ 2 ชั่วโมง วัน เวลา ตามความสะดวกของกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นประเมินผลรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ เมื่อสิ้นสุดกระบวนการวิจัยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารพฤติกรรมการออกกำลังกายและพฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียดนำข้อมูลที่ได้จากการสะท้อนการทำกิจกรรมภายในกลุ่มและคะแนนของการเปลี่ยนแปลงของแบบสอบถามเกี่ยวกับการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานนำเสนอเป็นรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรม

สุขภาพและการควบคุมดัชนีมวลกายของบุคลากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองขอนแก่น และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมดัชนีมวลกายบุคลากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำมาสร้างเป็นรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและควบคุมดัชนีมวลกายบุคลากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองขอนแก่น เป็นการวิจัยแบบมีส่วนร่วมกับกลุ่มตัวอย่างโดยการรวบรวมข้อมูลจากแนวคิดการดูแลสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมและการเสริมพลัง และทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนำมาสร้างเป็นรูปแบบและทดลองปฏิบัติจริง

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การแจกแจงความถี่ร้อยละ
2. หาค่าเฉลี่ยค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและพิสัยของคะแนนความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ

3. ผลการศึกษาเปรียบเทียบของคะแนนค่าความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การปฏิบัติตัวเช่น การบริโภคอาหารและการออกกำลังกายการผ่อนคลายความเครียดค่าดัชนีมวลกายและรอบเอวการวิเคราะห์ผลทางสถิติด้วยการแจกแจงความถี่ร้อยละค่าเฉลี่ยค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและใช้สถิติ Paired T-test

ผลการวิจัย (Result)

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์และความต้องการ ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ซึ่งผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ของปัญหา (Situation analysis phase) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นบุคลากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองขอนแก่น จำนวน 40 คนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 67.5 อายุระหว่าง 46-55 ปี ร้อยละ 52.51 ส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 65.0 ตำแหน่งในการทำงานนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 45.0 รองลงมาคือพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 37.5 มีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 35,001-45,000 บาท ร้อยละ 45.0 รองลงมา คือมากกว่า 45,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 40.0 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีญาติพี่น้องสายตรงเป็นเบาหวาน ร้อยละ 57.5 โดยมีญาติสายตรงซึ่งเป็นมารดาป่วยเป็นโรคเบาหวานมากที่สุด ร้อยละ 39.13 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 67.5 ไม่ดื่มเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 75.0 ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย ต่ำกว่า 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ร้อยละ 92.5

ส่วนที่ 2 การศึกษาความต้องการของเจ้าหน้าที่ การประชุมเชิงปฏิบัติการบุคลากรสาธารณสุขและผู้วิจัย จำนวน 30 คน ประกอบด้วย ตัวแทนจากสำนักงาน

สาธารณสุขอำเภอเมือง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุข และผู้วิจัย ผลการประชุม พบว่าทุกคนให้ความสำคัญและสนใจดีต่อการนำเสนอเรื่องการศึกษารูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ บุคลากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โดยเห็นว่าควรกำหนดเป็นนโยบายให้บุคลากรทุกระดับมีหน้าที่ สุขภาพดีเป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพ ส่งเสริมปัจจัยเอื้อให้บุคลากรมีการออกกำลังกาย การเสริมพลังถือเป็นแนวทางที่ดีในการส่งเสริมให้บุคลากรทุกระดับเกิดการเรียนรู้พัฒนาและช่วยเหลือกันและกัน โดยการรวมกลุ่ม/ชมรมออกกำลังกาย

นอกจากที่ประชุมร่วมร่างแนวทางการออกแบบกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ การควบคุมค่าดัชนีมวลกายและรอบเอวของบุคลากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานโดยกิจกรรมเน้นการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3 อ. และทักษะที่ถูกต้องผ่านการลงมือปฏิบัติ มีผู้ให้คำปรึกษาเป็นโค้ช มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเสริมพลังสร้างแรงจูงใจ มีโครงการเสริมเป็นทางเลือกสำหรับผู้เข้าอบรม เช่น โครงการพัฒนาจิต โครงการส่งเสริมการออกกำลังกาย เป็นต้น ซึ่งส่วนใหญ่เห็นตรงกันว่าปัญหาด้านร่างกายมีความสัมพันธ์กับจิตใจที่มีความเชื่อมโยงกัน นอกจากนี้ที่ประชุมเสนอว่าควรให้บุคลากรกลุ่มเสี่ยงที่เข้าร่วมโครงการมีการบันทึก

ข้อมูลการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพทุกเดือน เพื่อเป็นข้อมูลในการปรับแผนการจัดกิจกรรม พัฒนาพฤติกรรมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกคน

ส่วนที่ 3 การศึกษาความต้องการของบุคลากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน การศึกษาสถานการณ์โดยประชุมกลุ่มแบบมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง บุคลากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่สมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 40 ราย ผลการประชุมสรุปดังนี้

1) ผู้เข้าร่วมประชุมส่วนใหญ่ให้ความสนใจเข้าร่วมกิจกรรมเป็นอย่างดี โดยให้เหตุผลว่า “สุขภาพร่างกายดีจะส่งผลต่อจิตใจดี” “ปัญหาโรคเบาหวานเป็นปัญหาในระดับบุคคล การป้องกันดีกว่าการรักษา” “การมีความรู้ที่ถูกต้องจะช่วยป้องกันการเจ็บป่วยด้วยเบาหวานในภายหลัง” “การป้องกันโรคเบาหวาน”

2) การวางแผนร่วมกันและเน้นการพัฒนาศักยภาพให้บุคลากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีทักษะในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองสามารถจัดการตนเองได้อย่างถูกต้อง

3) กิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ พัฒนาทักษะส่วนบุคคล การรวมกลุ่มลงมือปฏิบัติ การจัดเวทีแลกเปลี่ยน

เรียนรู้เดือนละ 1 ครั้ง การให้รางวัลและแรงจูงใจ

โดยสรุป จากการประเมินสถานการณ์ระยะที่ 1 พบว่า

1) บุคลากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานให้ความสนใจดีต่อการนำเสนอเรื่อง การศึกษารูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และร่วมวางแผนทางการออกแบบกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ บุคลากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองขอนแก่น

2) รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานโดยการเสริมสร้างความรอบรู้

3) มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่องทุกเดือน และการสร้างแรงจูงใจ

ระยะที่ 2 การประยุกต์แนวคิดกระบวนการเสริมพลังเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างได้กำหนดร่วมกัน การออกแบบกิจกรรม นำไปสู่การประสานงานกับหน่วยงานทั้งด้านสถานที่จัดกิจกรรม วิทยากร และประสานสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ โรงพยาบาลขอนแก่น ศูนย์วิทยาศาสตร์การกีฬา เป็นต้น ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การออกแบบกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ลำดับ	กิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
1	กลุ่มสัมพันธ์สร้างความคุ้นเคยและออกแบบกิจกรรม	บุคลากร กลุ่มเสี่ยง	เดือนมิถุนายน 2561	ผู้วิจัยและ กลุ่มตัวอย่าง
2	การอบรมเชิงปฏิบัติปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การควบคุมค่าดัชนีมวลกายและรอบเอวตามหลัก 3 อ.		เดือนกรกฎาคม 2561	
3	การตั้งกลุ่ม/ชมรมออกกำลังกาย		ตุลาคม 2561	
4	การเข้าร่วมโปรแกรมวิ่งเพื่อสุขภาพที่หน่วยงานหรือองค์กรภายนอก		ตุลาคม 2561- กุมภาพันธ์ 2562	
5	การแลกเปลี่ยนเรียนรู้เดือนละ 1 ครั้ง (ทานข้าว เล่าเรื่อง)		เดือนสิงหาคม 2561- กุมภาพันธ์ 2562	
6	การบันทึกแบบเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ		พฤศจิกายน 2561	
7	กิจกรรมส่งท้าย: กลุ่มเปิดใจ ถอดบทเรียนรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ		มีนาคม 2562	

ขั้นตอนการดำเนินการ

รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจากการศึกษารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในครั้งนี้ ผู้วิจัย มีบทบาทในการเป็นผู้ชี้แนะ กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างใช้ศักยภาพในการแก้ไขปัญหา รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนี้ ได้จากการร่วมกันสะท้อนคิด (Reflective phase) เป็นกระบวนการแบบประชาธิปไตย ไม่มีการควบคุม และเน้นการเสริมพลัง (Empowerment)

ระยะที่ 3 การประเมินผล

1. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ก่อนและหลังการพัฒนากระบวนการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ก่อนการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเท่ากับ 16.62 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.39 หลังการพัฒนา มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 17.02 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.18 เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนความรู้ ก่อนและหลังการพัฒนาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.002$) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน จำแนกตามระดับความรู้สูง กลาง และต่ำ ก่อนและหลังการพัฒนาแบบแผนการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ บุคลากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน พบว่า ก่อนการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูง จำนวน 35 ราย คิดเป็นร้อยละ 87.5 หลังการพัฒนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ระดับสูงเพิ่มขึ้นเป็น 37 ราย คิดเป็นร้อยละ 92.5

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการพัฒนาแบบแผนการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ก่อนการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัว เท่ากับ 101.95 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.99 หลังการพัฒนามีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 102.70 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 6.91 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัว ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวหลังการพัฒนา สูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ผลการเปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติตัวของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการพัฒนาแบบ แผนการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ จำแนกตามระดับการปฏิบัติตัวสูง ปานกลาง และต่ำ ก่อนการพัฒนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับปานกลางและต่ำ เท่ากัน จำนวน

15 ราย คิดเป็นร้อยละ 50.0 หลังการพัฒนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 90.0

3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการพัฒนาแบบแผนการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ก่อนการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย เท่ากับ 26.77 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.97 หลังการพัฒนามีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายเท่ากับ 26.27 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.80 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ค่าดัชนีมวลกายหลังการพัฒนา ลดลงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

4. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรอบเอวของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการพัฒนาแบบแผนการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ก่อนการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยรอบเอวเท่ากับ 86.95 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.60 หลังการพัฒนามีค่าเฉลี่ยรอบเอวเท่ากับ 84.84 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.01 เมื่อเปรียบเทียบค่ารอบเอวของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ค่ารอบเอวหลังการพัฒนาแบบ แผนลดลงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

จากผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ การควบคุมค่าดัชนีมวลกายและรอบเอวของบุคลากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานครั้งนี้ ผู้วิจัย มีบทบาทในการเป็นผู้ชี้แนะ กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างใช้ศักยภาพในการแก้ไขปัญหา รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพนี้ ได้จากการร่วมกันสะท้อนคิด (Reflective phase) เป็นกระบวนการแบบประชาธิปไตย ไม่มีการควบคุมและเน้นการเสริมพลัง (Empowerment) ซึ่งถือเป็นจุดเด่นของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ⁴ ผู้วิจัยนำแนวคิดการเสริมพลัง มาใช้เป็นแนวทางการศึกษาและพัฒนา รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งพบว่าภายหลังการเข้าร่วมโครงการวิจัย บุคลากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีความรู้และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนค่าดัชนีมวลกายและค่ารอบเอวของบุคลากรกลุ่มเสี่ยงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งรูปแบบที่ผ่านมามี การศึกษาของอรุณีย์ ศรีนวล⁵ ศึกษาผลของการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในอำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์พบว่า ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเบาหวานสูงกว่าก่อนการทดลอง

และสอดคล้องกับการศึกษาของวันเพ็ญ พูลเพิ่ม⁶ ที่มีการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่รักษาด้วยยาต้านไวรัส โดยใช้การเสริมพลังร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและพัฒนา รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพพบว่าหลังการพัฒนาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ มีความรู้และการปฏิบัติตัวเพิ่มสูงขึ้น สอดคล้องกับวิถีชีวิตและพึงพอใจในกิจกรรมที่จัดขึ้น

รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ประกอบด้วย

- 1.การพัฒนาปัจจัยนำเข้า ได้แก่ การเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและทักษะ

จากการศึกษาข้อมูลความและการปฏิบัติตัวระยะที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีความรู้ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเบาหวาน โดยเฉพาะเรื่องการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและการผ่อนคลายความเครียด ดังนั้น การพัฒนาความรอบรู้โดยการเน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยการพัฒนาองค์ความรู้ให้เข้าใจ เข้าถึง การมีปฏิสัมพันธ์และทักษะที่จำเป็นสู่การตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในแต่ละปัจเจกบุคคล จึงเป็นรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง ส่งผลให้การเรียนรู้มีความสนุกสนาน ไม่เคร่งเครียด และผู้เรียนสามารถนำไปปฏิบัติได้ด้วยตนเอง

เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับกลุ่มเพื่อนและผู้สอน ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของการเสริมพลัง (Empowerment)⁷

2. การพัฒนาปัจจัยเชื้อ

การเสริมพลังของบุคลากรกลุ่มเสี่ยงด้วยกระบวนการ Coaching โดยการกระตุ้นชี้แนะ และเสริมพลัง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีทักษะ สร้างความมั่นใจในตนเอง ในการปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่องตามหลัก 3 อ. ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์และการผ่อนคลายความเครียด การใช้โซเชียลมีเดีย เช่น Facebook, Line เป็นการเสริมพลัง การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน และสามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้อย่างทั่วถึง การเสริมกระบวนการเรียนรู้และการฝึกทักษะ โดยการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ “พัฒนาจิตพิชิตโรค พิชิตงาน” สร้างความรัก ความสามัคคี และการเรียนรู้จากการฝึกปฏิบัติจริงในบรรยากาศที่เอื้อต่อการเรียนรู้ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้สะท้อนถึงสภาพปัญหาที่เป็นอยู่ ร่วมกับการมองเห็นคุณค่าในตนเองจากการช่วยเหลือเพื่อนที่มีปัญหาเดียวกัน เป็นแนวคิดที่ประยุกต์มาจากการให้เพื่อช่วยเหลือกันเอง (Self health group)

3. การพัฒนาปัจจัยเสริม

การตั้งกลุ่ม/ชมรมออกกำลังกาย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีคนคอยให้กำลังใจและให้

คำปรึกษาการให้รางวัลแรงจูงใจ เป็นการกระตุ้นให้บุคลากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ.ได้อย่างถูกต้องและมีความต่อเนื่องกำหนดเป็นนโยบายของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองขอนแก่น “หุ่นสวย สุขภาพดี” เพื่อให้บุคลากรเป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีจุดเน้นที่ต้องคำนึงถึงในการออกแบบกระบวนการ คือ บุคลากรด้านสุขภาพเป็นผู้ที่มีองค์ความรู้ดี แต่ขาดความตระหนัก ความใส่ใจในการดูแลสุขภาพ จึงจำเป็นต้องมีการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพการชี้แนะเสนอแนะให้บุคลากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีความสามารถและทักษะ ดังนั้นการออกแบบกิจกรรมโดยการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อการเข้าถึงข้อมูลความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติและจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องโรคเบาหวานแก่บุคคล ครอบครัว และชุมชนเพื่อการมีสุขภาพที่ดี

2. การให้คำปรึกษา โดยการเสริมพลัง ในลักษณะการเป็นโค้ช โดยทีมผู้วิจัยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและทีมวิทยากรถือเป็นกระบวนการหนึ่งในการสะท้อนการนำองค์ความรู้ไปประยุกต์ในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับวิถีชีวิต เป็นการประเมิน

สภาพแวดล้อมของตนเองที่เป็นปัจจัยเอื้อให้บุคลากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีศักยภาพในการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุขตามหลัก 3 อ. 2 ส. เพื่อนำข้อมูลมาวางแผนเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ

2. ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาวิถีชีวิตและการปฏิบัติตัวของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในการจัดการดูแลตนเอง โดยเน้นกระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (Participation action research)

3. การนำแนวคิดกระบวนการเสริมพลัง ร่วมกับแนวคิด PRECEED MODEL ประยุกต์ใช้ในกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังอื่นๆ ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ขอขอบคุณ อ้อมฤทัย มั่นในบุญธรรม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสำราญ ที่เป็นทั้งผู้ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะตลอดกระบวนการวิจัย และขอขอบคุณ คณะเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองทุกคน ตลอดจนผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ที่ให้การสนับสนุนงานวิจัยในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. World Health Organization. 10 facts about diabetes. [Online]. Available from <http://www.who.int/features/factfiles/diabetes/en/>; 2016. [cited 2016 Jun 2]
2. Khonkaen Provincial Health Office. HDC [Internet]. 2017. [cited 2017 Oct 10]; Available from <https://goo.gl/5U1WFX>
3. KhonKaen Provincial Health Office, HDC [Internet]. 2017. [cited 2017 Oct 10]; Available from: <https://goo.gl/5U1WFX>
4. Sudsiri Hirunchunha. Development of a care model for the caregivers of stroke patients at home. Bangkok: Mahidol University. 2005
5. Arunee Srinaul. Application of health belief plan cooperated with social support in behavior change to protect themselves from diabetes Khon Kaen: Khon Kaen University; 2005.
6. Wanpen Phoonperm. Development of health behavior among persons living with HIV/AIDS taking anti-retroviral drug by empowerment and social support. Khon Kaen: Khon Kaen University. 2007
7. Zimmerman, M. Empowerment theory: Psychological, organizational and community levels of analysis. Handbook of Community Psychology. 2000; 43-64.

ผลของการให้บริการตรวจรักษาโรคแผนกผู้ป่วยนอกคู่ขนาน การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกต่อคุณภาพบริการ ในมุมมองของผู้ให้และผู้มารับบริการ : กรณีศึกษาจังหวัดขอนแก่น

สาลิณี ไวยนนท์

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้บริการตรวจรักษาโรคแผนกผู้ป่วยนอกคู่ขนานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกต่อคุณภาพบริการในมุมมองของผู้ให้และผู้มารับบริการในโรงพยาบาลของจังหวัดขอนแก่น เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ในผู้มารับบริการ โดยมีกลุ่มเป้าหมาย คือ แพทย์แผนไทยที่ตรวจรักษาโรคที่แผนกผู้ป่วยนอกคู่ขนานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จำนวน 44 คน และผู้มารับบริการที่ได้รับการคัดกรองเข้าตรวจรักษา จำนวน 485 คน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผู้ให้บริการมีอัตราตอบกลับคิดเป็นร้อยละ 100 พบว่า ให้บริการตรวจรักษา OPD คู่ขนาน ไม่น้อยกว่า 2 วันต่อสัปดาห์ มีความมั่นใจในการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคทราบถึงนโยบายที่ชัดเจนในการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทย และแพทย์แผนไทยได้รับการพัฒนาทักษะ ความรู้ อย่างต่อเนื่อง สม่่าเสมอ ในส่วนของผู้มารับบริการมีอัตราตอบกลับคิดเป็นร้อยละ 97.11 ได้รับการตรวจคัดกรอง และได้รับคำแนะนำในการรักษาด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย มีความมั่นใจในบริการ และพึงพอใจในการรับบริการระดับมากที่สุด เพื่อการพัฒนาการให้บริการตรวจรักษาโรคแผนกผู้ป่วยนอกคู่ขนานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ควรมีการผลิตและพัฒนาแพทย์แผนไทยให้มีจำนวนแพทย์แผนไทยที่ให้บริการอย่างเพียงพอ และสร้างความมั่นใจให้ผู้มารับบริการในประเด็นของการรักษาด้วยยาสมุนไพรเพื่อให้คุณภาพเทียบเคียงกับยาแผนปัจจุบัน

คำสำคัญ : การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, ผู้ให้บริการ, ผู้มารับบริการ

¹นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

Corresponding Author: Salinee Vaiyanon. E-mail : salineevai@gmail.com

THE EFFECT OF THE OUT PATIENT DEPARTMENT PARALLEL CLINIC OF THAI TRADITIONAL MEDICINE AND ALTERNATIVE MEDICINE TOWARDS QUALITY SERVICES AMONG THE PATIENTS AND SERVICE PROVIDER'S PERSPECTIVES: KHON KEAN PROVINCE CONTEXT

Salinee Vaiyanon¹

ABSTRACT

A descriptive study was conducted to study aimed to examine the effect of the Out Patient Department Parallel Clinic of Thai Traditional Medicine and Alternative Medicine towards quality services among the patients and service provider's perspectives in Khon Kaen Province. Methodology: at the provincial and community hospital of Khon Kaen province, Thailand. 44 services provider (Thai Traditional Doctors) and patient who received service at the Thai traditional medicine and alternative medicine clinic were calculated and required 485 samples. The study tool was self administrated questionnaire. Descriptive statistics, frequency, percentage mean and standard deviation were applied for data analysis. Results: This study found respond rate among Thai Traditional medicine doctors was 100%. This group working at the parallel OPD services not less than 2 days a week. The Thai Traditional medicine doctors feel confidence in diagnose and treatment of the diseases. They informed of clear policy of providing the Thai Traditional Medicine services. In part of the patients, the response rate was 97.11. This group was screened and received Thai Traditional medicine treatment and advisory. The patients feel confidence with the treatment received and satisfied with the highest level of the services. The increasing number of the Thai Traditional medicine doctor was suggested for a service in Thai Traditional Medicine and alternative medicine clinic in the community hospital. In addition, ensuring the efficacy of treatment by the herbal medicine to modern medicine was required.

Key words: Thai Traditional Medicine and alternative medicine, service providers, patients

¹Public Health Technical Officer, Professional Level, KhonKaen Provincial Health Office

บทนำ (Introduction)

กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ ในหน่วยบริการสาธารณสุขของรัฐอย่างครบวงจร ทั้งการรักษา ป้องกันส่งเสริม และฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกำหนดให้มีการบูรณาการ ร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบัน คือ การเปิดห้องตรวจรักษาโรคแผนกผู้ป่วยนอกคู่ขนานกับการแพทย์แผนไทย โดยกำหนดเป้าหมายให้โรงพยาบาลทุกแห่งทั่วประเทศ ให้บริการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยคู่ขนานกับแพทย์แผนปัจจุบันอย่างน้อย ร้อยละ 50 และรณรงค์ให้ประชาชนหันมาใช้บริการแพทย์แผนไทยมากขึ้นให้ได้ ร้อยละ 18 ของผู้ป่วยที่ใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก เพื่อให้ประชาชน สามารถเข้าถึงบริการด้านการแพทย์แผนปัจจุบัน ควบคู่กับการแพทย์แผนไทย โดยในปัจจุบันพบว่า การให้บริการการแพทย์แผนไทยได้รับการยอมรับจากประชาชนมากขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น ปวดเมื่อยหรือผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต พบว่าการนวดไทยได้ช่วยฟื้นฟูให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่ปกติ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ผลดี และสัดส่วนผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอกมีผู้ใช้บริการการแพทย์แผนไทยมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น² กอปรกับปัจจุบันพบว่า การนำเข้ายาแผนปัจจุบันที่มีมูลค่าสูงปีละกว่า 1.3 แสนล้านบาทหรือร้อยละ 35 ของค่าใช้จ่ายสุขภาพ ซึ่งสูงกว่าประเทศพัฒนา

แล้วที่ใช้เพียงร้อยละ 20 ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายส่งเสริมให้โรงพยาบาลในสังกัดทั่วประเทศ ใช้ยาสมุนไพรรักษาการเจ็บป่วยเพื่อลดการนำเข้าแผนปัจจุบันให้ลดลง และได้จัดทำโครงการพัฒนาให้มีคลินิกแพทย์แผนไทยที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลรัฐ โดยมีแพทย์แผนไทยทำหน้าที่ตรวจวินิจฉัยและรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยได้ง่ายขึ้น และเป็นการส่งเสริมให้การแพทย์แผนไทยสามารถอยู่ข้างเคียงกับการแพทย์ปัจจุบันได้อย่างเหมาะสม³

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ในการควบคุมกำกับ ติดตามการดำเนินงาน การให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของสถานบริการทุกระดับให้มีคุณภาพและมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด จึงได้ทำการวิจัยโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้บริการตรวจรักษาโรคแผนกผู้ป่วยนอกคู่ขนานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนของจังหวัดขอนแก่น ในมุมมองของผู้ให้บริการด้านคุณภาพการบริการซึ่งประกอบด้วยความรู้ทักษะ จำนวนบุคลากร อุปกรณ์ เครื่องมือและเทคโนโลยี ตลอดจนระบบยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา และศึกษาผลของการให้บริการตรวจรักษาโรคแผนกผู้ป่วยนอก

คู่ขนานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนของจังหวัดขอนแก่น ในมุมมองของผู้มารับบริการด้านการเข้าถึงบริการ คุณภาพการบริการ การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ความพึงพอใจต่อการมารับบริการ เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ในการวางแผนเพื่อการพัฒนาการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจังหวัดขอนแก่นต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) โดยจัดเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 กลุ่ม ตัวอย่าง คือ ผู้ให้บริการ และผู้มารับบริการ ซึ่งผู้ให้บริการในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง แพทย์แผนไทยที่มีใบประกอบวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องตรวจรักษาโรคแผนกผู้ป่วยนอกคู่ขนานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 26 แห่ง มากกว่า 6 เดือนขึ้นไป จำนวน 44 คน ผู้มารับบริการในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง ผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล และได้รับการคัดกรองให้เข้ารับการตรวจวินิจฉัยและรักษาด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยที่ห้องตรวจรักษาโรคแผนกผู้ป่วยนอกคู่ขนานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

การคำนวณขนาดตัวอย่าง ผู้มารับบริการ โดยใช้โปรแกรม Win Pepi⁴ โดยกำหนด To estimate a mean: Confidence level = 95% ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ = 0.2% of mean Assumed mean = 4.91 Assumed S.D. = 0.11⁵ คำนวณขนาดตัวอย่างได้ 485 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมและปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ เพื่อทำการคำนวณค่า CVI (Content validity index) จำนวน 3 ท่าน และนำไปทดสอบเพื่อหาความเที่ยง (Reliability test) ในจังหวัดมหาสารคาม ซึ่งตั้งอยู่ในเขตสุขภาพเดียวกันและมีผลการดำเนินงานผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก คู่ขนานใกล้เคียงกัน สำหรับแบบสอบถามของผู้มารับบริการ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) 0.87 เป็นเครื่องมือในการจัดเก็บข้อมูลการวิจัยโดยแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 2 ชุด คือ 1) แบบสอบถามของบุคลากรผู้ให้บริการ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา ตำแหน่ง และประเภทการจ้างงาน ส่วนที่ 2 ข้อคำถามการสนับสนุนการบริการ ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับระบบบริการ จำนวนบุคลากร ความรู้และทักษะของผู้ให้บริการ อุปกรณ์ เครื่องมือและเทคโนโลยี และระบบยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา จำนวน 14 ข้อ มี

ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า(Rating scale) 5 อันดับ โดยมีเกณฑ์ในการแปลผล คือ ระดับคะแนน แบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม คือ คะแนนเฉลี่ย 4.21 - 5.00 มากที่สุด 3.41 - 4.20 มาก 2.61 - 3.40 ปานกลาง 1.81 - 2.60 น้อย และ 1.00 - 1.80 น้อยที่สุด⁶ 2) แบบสอบถามของผู้มารับบริการ ประกอบด้วย 5 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ที่อยู่ การศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา การรักษาเมื่อเจ็บป่วย และโรคประจำตัว ส่วนที่ 2 ข้อมูลการมารับบริการ ได้แก่ จำนวนครั้งที่มารับบริการ เหตุผลที่เลือกมารักษาที่สถานบริการแห่งนี้ เหตุผลในการเลือกรักษาด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย และความต้องการที่จะรักษาด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยในครั้งต่อไป ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ซึ่งใช้แนวคิดการดูแลสุขภาพองค์รวม และการเข้าถึงบริการ มาใช้ในการทำแบบสอบถาม จำนวน 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 อันดับ และมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ น้อยที่สุด = 1 น้อย = 2 ปานกลาง = 3 มาก = 4 มากที่สุด = 5 โดยมีเกณฑ์ในการแปลผล คือ ระดับคะแนน แบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม คือ คะแนนเฉลี่ย 4.21 - 5.00 มากที่สุด 3.41 - 4.20 มาก 2.61 - 3.40 ปานกลาง 1.81 - 2.60 น้อย และ 1.00 - 1.80 น้อยที่สุด⁶ ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจต่อการรับบริการ ซึ่งใช้แนวคิดคุณภาพการบริการมาใช้

ในการทำแบบสอบถาม จำนวน 12 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า(Rating scale) 5 อันดับ และมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ น้อยที่สุด = 1 น้อย = 2 ปานกลาง = 3 มาก = 4 มากที่สุด = 5 โดยมีเกณฑ์ในการแปลผล คือระดับคะแนน แบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม คือ คะแนนเฉลี่ย 4.21 - 5.00 มากที่สุด 3.41 - 4.20 มาก 2.61 - 3.40 ปานกลาง 1.81 - 2.60 น้อย และ 1.00 - 1.80 น้อยที่สุด⁶ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Conbrach's alphacoefficient) 0.89

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS และสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน *การพิทักษ์สิทธิผู้วิจัย* การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ KEC 62069/ 2562

ผลการวิจัย (Result)

การศึกษานี้เก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มคือ ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ซึ่งในส่วนของผู้ใช้บริการเป็นแพทย์แผนไทยที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลพบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.30 อายุเฉลี่ย 30.67 (S.D.= 8.1) ปี และพบว่าเป็นลูกจ้างมากที่สุด คือ ร้อยละ 37.80 รองลงมา คือ ข้าราชการ ร้อยละ 31.10

การสนับสนุนการบริการตรวจรักษาโรค
แผนกผู้ป่วยนอกคู่ขนานการแพทย์แผนไทย
และการแพทย์ทางเลือกต่อคุณภาพบริการใน
มุมมองของผู้ให้บริการ พบว่า ประเด็นที่
คะแนนเฉลี่ยการได้รับการสนับสนุนบริการ
มากที่สุด คือ จัดการให้บริการตรวจรักษาที่
แผนกผู้ป่วยนอกคู่ขนานไม่น้อยกว่า 2 วันต่อ

สัปดาห์ รองลงมา คือ แพทย์แผนไทยมีความ
มั่นใจในการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรค มี
นโยบายที่ชัดเจนในการจัด บริการด้าน
การแพทย์แผนไทย และแพทย์แผนไทยได้รับ
การพัฒนาทักษะ ความรู้ อย่างต่อเนื่อง
สม่ำเสมอ ตามลำดับ ดังแสดงตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนการบริการตรวจรักษาโรคแผนกผู้ป่วยนอกคู่ขนาน การแพทย์
แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในมุมมองของผู้ให้บริการ

การสนับสนุนการบริการตรวจรักษาโรคแผนกผู้ป่วยนอกคู่ขนาน การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	ค่าเฉลี่ย	S.D.	การแปลผล ระดับ
1. มีนโยบายที่ชัดเจนในการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทย	4.00	0.60	มาก
2. ผู้บริหารให้การสนับสนุนการจัดบริการ	3.98	0.94	มาก
3. มีบุคลากรที่เพียงพอต่อการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย	3.31	0.99	ปานกลาง
4. แพทย์แผนไทยมีความมั่นใจในการตรวจวินิจฉัย และรักษาโรค	4.07	0.72	มาก
5. แพทย์แผนไทย ได้รับการพัฒนาทักษะ ความรู้ อย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ	4.00	0.67	มาก
6. มีการชี้แจงสหวิชาชีพเพื่อจัดบริการตรวจรักษา OPD คู่ขนาน	3.67	0.79	มาก
7. สหวิชาชีพให้ความร่วมมือในการจัดบริการตรวจรักษาที่ OPD คู่ขนาน เช่น แพทย์ พยาบาล เป็นต้น	3.58	0.72	มาก
8. มีการจัดสถานที่ในการให้บริการตรวจรักษา OPD คู่ขนาน เป็นสัดส่วน	3.58	1.05	มาก
9. มีการจัดระบบการคัดกรองผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษาด้วยศาสตร์ การแพทย์แผนไทย	3.87	0.73	มาก
10. จัดการให้บริการตรวจรักษา OPD คู่ขนาน ไม่น้อยกว่า 2 วันต่อสัปดาห์	4.47	0.69	มากที่สุด
11. มียาและเวชภัณฑ์ที่มีคุณภาพดี และเพียงพอต่อการให้บริการ	3.73	0.86	มาก
12. มีการปรุงตำรับยาเฉพาะรายเพื่อการรักษาที่มีประสิทธิภาพ	3.07	1.10	ปานกลาง
13. มีเครื่องมือ และอุปกรณ์ที่มีมาตรฐาน เพียงพอต่อการให้บริการ	3.58	0.98	มาก
14. มีการนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ในการให้บริการ เช่น ระบบคิว การจัดเก็บข้อมูล เป็นต้น	3.51	1.08	มาก

ในส่วนของผู้รับบริการ พบว่า เป็นเพศหญิงมากที่สุดร้อยละ 67.1 การศึกษาจบระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 37.60 รองลงมา คือ ปริญญาตรี และมัธยมศึกษา ร้อยละ 27.80 และ 26.10 ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นข้าราชการ ร้อยละ 29.7 รองลงมา คือ รับจ้าง ร้อยละ 27.80 ใช้สิทธิในการรักษาสหิทธิบัตรทองมากที่สุด ร้อยละ 47.30 รองลงมา คือสิทธิข้าราชการ ร้อยละ 42.50 การเจ็บป่วยในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา ส่วนใหญ่มีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ร้อยละ 42.00 เหตุผลที่มาับการรักษาที่คลินิกชุมชนนี้ คือ คุณภาพการรักษาดี ร้อยละ 35.90 รองลงมา คือ สะดวก/ใกล้บ้าน และเจ้าหน้าที่บริการดี ร้อยละ 31.40 และ 23.10 ตามลำดับ สาเหตุที่เลือกใช้ศาสตร์การแพทย์แผนไทยในการรักษา เนื่องจากมีความเชื่อมั่นในการรักษาด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยมากที่สุด ร้อยละ 67.70 รองลงมา คือ มีผู้แนะนำ ร้อยละ 21.40 และจะเลือก

รักษาด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยต่อไปถึงร้อยละ 98.70

ความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยของสถานบริการ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นเกี่ยวกับดูแลสุขภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยของสถานบริการมากที่สุด คือ ได้รับการตรวจคัดกรอง และได้รับคำแนะนำในการรักษาด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย รองลงมา ได้แก่ การมารับบริการในครั้งต่อไป หากเป็นโรคที่สามารถรักษาด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทยได้ จะเลือกรับการรักษาด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย คิดว่าการดูแลสุขภาพไม่ให้ขาดสมดุลโดยออกกำลังกายสม่ำเสมอ รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ การนั่งสมาธิเพื่อให้จิตใจเข้มแข็งมั่นคง อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม จะช่วยป้องกันการเจ็บป่วยได้ และการได้รับการอย่างเสมอภาคเท่าเทียมกัน ดังแสดงตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยของสถานบริการ

ความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพด้วย ศาสตร์การแพทย์แผนไทยของสถานบริการ	ค่าเฉลี่ย	S.D.	แปลผล ระดับ
1. ท่านคิดว่าสาเหตุของการเกิดโรคจะมีความเกี่ยวพันกันทั้งทางร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ	4.24	0.76	มากที่สุด
2. ท่านคิดว่าการดูแลสุขภาพไม่ให้ขาดสมดุลโดยออกกำลังกายสม่ำเสมอ รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ การนั่งสมาธิเพื่อให้จิตใจเข้มแข็งมั่นคง อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม จะช่วยป้องกันการเจ็บป่วยได้	4.43	0.62	มากที่สุด

ตารางที่ 2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยของสถานบริการ (ต่อ)

ความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพด้วย ศาสตร์การแพทย์แผนไทยของสถานบริการ	ค่าเฉลี่ย	S.D.	แปลผล ระดับ
3. ท่านคิดว่าในการรักษาโรคสามารถรักษาโดยใช้การแพทย์ดั้งเดิม คือ แพทย์ แผนไทยร่วมกับแพทย์แผนปัจจุบันได้	4.33	0.62	มากที่สุด
4. ที่สถานบริการแห่งนี้ท่านสามารถเลือกการรักษาได้ทั้งแพทย์แผนปัจจุบัน และแพทย์แผนไทย	4.42	0.58	มากที่สุด
5. ท่านคิดว่ายาสมุนไพรมีฤทธิ์การรักษาเทียบเท่ากับยาแผนปัจจุบัน	4.12	0.77	มาก
6. เมื่อท่านเจ็บป่วย/เกิดปัญหาสุขภาพ ท่านมารับบริการที่สถานบริการแห่งนี้ เนื่องจากมีความสะดวก	4.37	0.62	มากที่สุด
7. ท่านมีความมั่นใจต่อการตรวจรักษา และให้บริการของแพทย์แผนไทยของ สถานบริการแห่งนี้	4.38	0.62	มากที่สุด
8. ท่านได้รับการอธิบายอย่างสมอบภาคเท่าเทียมกัน	4.43	0.60	มากที่สุด
9. ท่านคิดว่าสถานบริการคิดค่าบริการที่เหมาะสม	4.37	0.58	มากที่สุด
10. ท่านได้รับการตรวจคัดกรอง และได้รับคำแนะนำในการรักษาด้วยศาสตร์ การแพทย์แผนไทย	4.49	0.57	มากที่สุด
11. ท่านได้รับการการตรวจรักษาจากแพทย์แผนไทยของสถานบริการที่ตรงกับ อาการเจ็บป่วย	4.42	0.63	มากที่สุด
12. ท่านได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพด้วยศาสตร์การแพทย์ แผนไทยเพื่อ แก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของท่าน	4.40	0.64	มากที่สุด
13. ท่านได้รับการบริการที่ปลอดภัย ไม่พบอาการผิดปกติภายหลังการรับบริการ	4.41	0.61	มากที่สุด
14. หากท่านต้องได้รับการรักษาด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทยอย่างต่อเนื่อง ท่านพร้อมที่จะมารับบริการตามนัด	4.42	0.64	มากที่สุด
15. การมารับบริการในครั้งต่อไป หากเป็นโรคที่สามารถรักษาด้วยศาสตร์แพทย์ แผนไทยได้ ท่านจะเลือกรับการรักษาด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย	4.46	0.58	มากที่สุด

ความพึงพอใจต่อการรับบริการ พบว่า
ประเด็นที่ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อ
บริการมากที่สุด คือ ความมั่นใจในคุณภาพ
บริการของสถานบริการแห่งนี้ รองลงมาคือ
เจ้าหน้าที่มีจิตบริการที่ดี เช่น พูดยาไพเราะ
หน้าตายิ้มแย้ม มีความพร้อมในการ

ให้บริการ เป็นต้น และมีการให้คำแนะนำและ
ให้ความรู้ด้านศาสตร์การแพทย์แผนไทยใน
การดูแลสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหาร
การใช้ยาสมุนไพร การทำสมาธิบำบัด เป็น
ต้น ดังแสดงตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความพึงพอใจต่อการรับบริการ

ประเด็น	ค่าเฉลี่ย	ร้อยละ	แปลผลระดับ
1. มีความสะดวก รวดเร็วในการรับบริการ	4.36	0.63	มากที่สุด
2. มีช่องทางการรับบริการตรวจรักษาด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย โดยเฉพาะ	4.35	0.64	มากที่สุด
3. เจ้าหน้าที่มีจิตบริการที่ดี เช่น พุดจาไพเราะ หน้าที่ยิ้มแย้ม มีความพร้อมในการให้บริการ เป็นต้น	4.51	0.55	มากที่สุด
4. เจ้าหน้าที่มีทักษะ ความรู้ และความชำนาญในการรักษาด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย	4.39	0.57	มากที่สุด
5. มีเจ้าหน้าที่แพทย์แผนไทยเพียงพอต่อการให้บริการ	4.04	0.87	มาก
6. เวลาที่ใช้ในการตรวจรักษาและการบริการมีความเหมาะสม	4.27	0.63	มากที่สุด
7. อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้สะอาด และเพียงพอ	4.25	0.66	มากที่สุด
8. ยาและเวชภัณฑ์มีคุณภาพดี เพียงพอต่อการให้บริการ	4.22	0.65	มากที่สุด
9. ค่ารักษา/บริการมีความเหมาะสม	4.32	0.57	มากที่สุด
10. มีการให้คำแนะนำและให้ความรู้ด้านศาสตร์การแพทย์แผนไทย ในการดูแลสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหาร การใช้อยาสมนไพร การทำสมาธิบำบัด เป็นต้น	4.46	0.60	มากที่สุด
11. มีการนัดรับบริการในโรคที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง	4.42	0.58	มากที่สุด
12. มีความมั่นใจในคุณภาพบริการของสถานบริการแห่งนี้	4.52	0.52	มากที่สุด

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

ในมุมมองของผู้ให้บริการที่ให้บริการตรวจรักษาโรคแผนกผู้ป่วยนอกคู่ขนานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน พบว่า ผู้ให้บริการที่เป็นแพทย์แผนไทยทั้งหมด มีคะแนนเฉลี่ยในระดับมากที่สุดและมาก ในประเด็นของการจัดการให้บริการตรวจรักษา OPD คู่ขนานไม่น้อยกว่า 2 วันต่อสัปดาห์ รองลงมา คือ

แพทย์แผนไทยมีความมั่นใจในการตรวจวินิจฉัย และรักษาโรค มีนโยบายที่ชัดเจนในการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทย และแพทย์แผนไทยได้รับการพัฒนาทักษะความรู้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ซึ่งในประเด็นที่กล่าวมานี้แสดงถึงความพร้อมและความมั่นใจในการให้บริการ ทั้งนี้เพื่อพิจารณาข้อมูลทั่วไปของแพทย์แผนไทย พบว่า เป็นบุคลากรที่อายุเฉลี่ย 31 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มวัยผู้ใหญ่ ที่มีความมุ่งมั่น มีพลังที่จะให้การบริการรักษาพยาบาล อย่างไรก็ตามยังคงมีประเด็น

ที่จะต้องพัฒนาและส่งเสริมต่อ คือ การเพิ่มจำนวนบุคลากรให้เพียงพอต่อการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย ในคลินิกของโรงพยาบาล

ในส่วนของผู้มารับบริการตรวจรักษาโรคแผนกผู้ป่วยนอกคูขนานการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนพบว่า เป็นเพศหญิงมากกว่าชาย การศึกษาส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษาและปริญญาตรี ส่วนใหญ่เป็นข้าราชการและรับจ้าง และใช้สิทธิในการรักษาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสิทธิข้าราชการสอดคล้องกับการศึกษา ขนมนินา นามแสง และอัจฉราวรรณ โตภาคงาม⁷ ที่พบว่าผู้มารับบริการส่วนใหญ่เป็นหญิง การศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี ใช้สิทธิการรักษาเป็นบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ในด้านการเจ็บป่วย พบว่า โรคที่ผู้มารับบริการเคยเจ็บป่วยที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกคูขนานการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกมากที่สุด คือ อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ สอดคล้องกับการศึกษาของขนมนินา นามแสง และอัจฉราวรรณ โตภาคงาม⁷ และรองลงมา คือ ปวดเข่า/ข้อเข่าเสื่อม ซึ่งในการรักษาด้วยแพทย์แผนไทยมีการให้บริการรักษาตามหลักการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดเรื้อรัง ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ด้วยการแพทย์ผสมผสาน⁸ พร้อมทั้งมีสถิติการฝึกการออกกำลังกาย

เพื่อบรรเทาและป้องกันอาการปวด รวมทั้งมีสมุนไพรหรือยาให้กับผู้มารับบริการ ซึ่งผลจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า แผนกผู้ป่วยนอกคูขนานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้รับความนิยมและความมั่นใจจากผู้มารับบริการ พิจารณาจากเหตุผลในการมารับบริการส่วนใหญ่ คือ คุณภาพการรักษาดีและเจ้าหน้าที่บริการดี มีความเชื่อมั่นในการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย และเกือบร้อยละ 100 จะกลับมารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกคูขนานการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกต่อเนื่อง

ในมุมมองของผู้มารับบริการต่อการมารับบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก พบว่า ผู้มารับบริการทราบว่า จะได้รับการตรวจคัดกรอง และได้รับคำแนะนำในการรักษาด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย การมารับบริการในครั้งต่อไป หากเป็นโรคที่สามารถรักษาด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทยได้ จะเลือกรับการรักษาด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย และคิดว่าการดูแลสุขภาพไม่ให้ขาดสมดุลโดยออกกำลังกายสม่ำเสมอจะไม่เจ็บป่วย นั่นคือ ในปัจจุบันนี้ผู้มารับบริการมีความรู้และเข้าถึงความรู้ทางด้านโรคต่างๆ ก่อนมาพบแพทย์ผู้ให้บริการ และพบว่าผู้มารับบริการยังมีความไม่แน่ใจว่ายาสมุนไพรฤทธิ์การรักษาเทียบเท่ากับยาแผนปัจจุบัน พิจารณาจากคะแนนความคิดเห็นเฉลี่ยต่ำสุด

ในส่วนของความพึงพอใจต่อการมารับบริการ พบว่า มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุดเกือบทุกประเด็น สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนม์นิภา นามแสง และ อัจฉรวรรณ โตภาคงาม⁷ และอัจฉรา เชียงทองและคณะ⁵ ที่พบว่า ระดับความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับพึงพอใจมาก และประเด็นที่มีความพึงพอใจมากที่สุดคือ ด้านการประสานงาน ค่าใช้จ่าย ในขณะที่การศึกษาค้นพบว่า ประเด็นที่ผู้รับบริการมีความพึงพอใจมากที่สุดคือ ความมั่นใจในคุณภาพบริการของสถานบริการแห่งนี้ เจ้าหน้าที่มีจิตบริการที่ดี เช่น พุดจาไพเราะ หน้าที่ตามยิ้มแย้ม มีความพร้อมในการให้บริการ รวมถึงการได้รับคำแนะนำที่ดี อย่างไรก็ตามยังมีประเด็นที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อย คือ การมีเจ้าหน้าที่แพทย์แผนไทยที่ไม่เพียงพอต่อการให้บริการ ซึ่งอาจส่งผลต่อระยะเวลาในการรอคอยในการเข้ารับบริการ คะแนนความพึงพอใจจึงลดลง

โดยสรุปแล้ว การศึกษาค้นพบว่า ผลของการให้บริการตรวจรักษาโรคแผนกผู้ป่วยนอกคูชุนานการ แพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกต่อคุณภาพบริการในมุมมองของผู้ให้บริการ มีการให้บริการตรวจรักษา OPD คูชุนาน ไม่น้อยกว่า 2 วันต่อสัปดาห์ แพทย์แผนไทยมีความมั่นใจในการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรค มีนโยบายที่ชัดเจนในการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทย และแพทย์แผนไทยเองได้รับการพัฒนา

ทักษะ ความรู้ อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ในขณะที่ผู้มารับบริการได้รับการตรวจคัดกรอง และได้รับคำแนะนำในการรักษาด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย มีความมั่นใจในการมารับบริการ และมีความพึงพอใจในการรับบริการระดับมากที่สุด

เพื่อการพัฒนาการให้บริการตรวจรักษาโรคแผนกผู้ป่วยนอกคูชุนานการ แพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ควรมีการผลิตและพัฒนาแพทย์แผนไทยอย่างต่อเนื่องเพื่อให้มีแพทย์แผนไทยจำนวนที่เพียงพอต่อการให้บริการและให้บริการที่มีประสิทธิภาพ และสร้างความมั่นใจให้ผู้มารับบริการในประเด็นของฤทธิ์การรักษาของยาสมุนไพร ที่ใช้รักษาให้เทียบเท่ายาแผนปัจจุบัน

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาช่วยตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย เจ้าหน้าที่แพทย์แผนไทยที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดขอนแก่นที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม และขอขอบคุณผู้ช่วยนักวิจัยที่ช่วยในการประสานงานและเก็บรวบรวมแบบสอบถามการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. ธวัชชัยกมลธรรม. **เจาะลึกระบบสุขภาพ**. (ออนไลน์). 2561 [เข้าถึงเมื่อ 1 ธันวาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก <https://www.hfocus>.

- org/home?destination=content/2014/11/8633.
2. ธิติรัตน์ กันทาแจ้งม. **ความต้องการและโอกาสการเข้าถึงการบริการด้วยการแพทย์แผนไทยเขตบริการโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่**. [วิทยานิพนธ์การแพทย์แผนไทย มหาวิทยาลัยมหิดล]. เชียงราย : วิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย; 2558.
 3. เยาวภา ปฐมศิริกุล. พฤติกรรมด้านสุขภาพและปัจจัยจิตวิทยาที่ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้บริการด้านสุขภาพด้วยวิธีการแพทย์ทางเลือกของลูกค้าโรงพยาบาลบ้านนา จังหวัดนครนายก. **วารสารศรีนครินทรวิโรฒวิจัยและพัฒนา สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์**. 2014; 6(11).
 4. Abramson J. H. WINPEPI updated: computer programs for epidemiologists, and their teaching potential. Epidemiologic perspectives & innovations: EP+I, 8(1), 1. doi: 10.1186/1742-5573-8-1). 2011.
 5. อัจฉรา เชียงทอง, อรุณฯ ภาชีน, จวีวรรณ บุญสุยา, ฉัตรชัย สวัสดิไชย. คุณภาพและการเข้าถึงบริการของโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย. **วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า**. 2560; ปีที่34 ฉบับที่ 3 ก.ค. - ก.ย. 2560 หน้า 206 – 221.
 6. ชัชวาลย์ เรื่องประพันธ์. **สถิติพื้นฐาน**. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2539.
 7. ชนม์นิภา นามแสง และ อัจฉราวรรณ โตภาคงาม. การประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดอุดรธานี. **KKU Res J (GS)** 16(1): January – March 2016.
 8. กลุ่มงานพัฒนาวิชาการ สำนักงานการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. **การดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดเรื้อรังระบบกระดูกและกล้ามเนื้อด้วยการแพทย์ผสมผสาน**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ; มปป.

การประเมินแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2562

สมจิตร เดชาเสถียร¹, เจษฎา สุรวรรณ¹, พชรพร ครองยุทธ², ปัทมา ล้อพงศ์พานิชย์³

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงประเมินผลมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2562 โดยประยุกต์ใช้รูปแบบ CIPPIEST ของ Stufflebeam เป็นกรอบแนวคิดการวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลแบบภาคตัดขวางระหว่าง ปีงบประมาณ 2562 (ตุลาคม 2561 - กันยายน 2562) โดยใช้การวิเคราะห์รายงาน เอกสารที่เกี่ยวข้องและสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า ในปีงบประมาณ 2562 แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ ประกอบด้วย 4 ประเด็นยุทธศาสตร์ 13 เป้าประสงค์ 45 ตัวชี้วัด มีความสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขมีระบบการบริหารยุทธศาสตร์ผ่านโปรแกรมแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ที่พัฒนาขึ้นมาใหม่โดยได้รับการอนุมัติให้ดำเนินงาน 3,572 โครงการและสนับสนุนงบประมาณจำนวนทั้งสิ้น 163,072,865 บาท ตัวชี้วัดร้อยละ 73.33 (33 ตัวชี้วัด) มีผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์การประเมิน และร้อยละ 26.67 (12 ตัวชี้วัด) ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินข้อเสนอแนะสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นควรพัฒนาระบบสารสนเทศให้สามารถเชื่อมโยงฐานข้อมูล ลดการทำงานที่ซ้ำซ้อน และตรวจสอบความถูกต้องได้ จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ได้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ, รูปแบบ CIPPIEST

¹นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

²นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

Corresponding Author: Jesada Surawan. Email: surawanjesada@gmail.com

EVALUATION OF STRATEGIC PLANNING FOR HEALTH DEVELOPMENT, KHONKAEN PROVINCIAL HEALTH OFFICE, FISCAL YEAR 2019

Somchit Dechasathian¹, Jesada Surawan¹, Pacharaporn Krongyuth², Pattama Lophongpanit³

ABSTRACT

This research is evaluation research. The objective is to assess the health development strategic plan, KhonKaen Provincial Health Office, in the fiscal year 2019. The researchers were applying the CIPPIEST model of Stufflebeam as a conceptual research framework. A cross-sectional study design to collect data during the fiscal year 2019 (October 2018-September 2019). An analysis of reports, documents, and in-depth interviews from the stakeholder has been analyzed with content analysis. The results showed that in the fiscal year 2019, the health development strategy consists of 4 strategic issues, 13 goals, and 45 indicators are aligned with the Ministry of Public Health's strategic plans. The action plan program has been developed to support the project management system. The 3,572 projects and a total budget of 163,072,805 baht have been approved through the action plan program. There were 73.33 % (33 indicators) of overall indicators pass the assessment criteria, and 26.67% (12 indicators) couldn't pass the assessment. Suggestion: Khon Kaen Provincial Health Office should develop the information systems to link information, reduce repetitive and validated work. It can improve the efficiency of strategic planning for health development to achieve better objectives.

Key words: Strategic Planning for Health Development, CIPPIEST model

¹Public Health Technical Officer Professional Level, Strategy for Health Development Subdivision, Khon kaen Provincial Health Office

²Public Health Technical Officer Senior Professional Level, Strategy for Health Development Subdivision, Khon kaen Provincial Health Office

³Assistant Professor, Faculty of Public Health, UbonRatchathani Rajabhat University

บทนำ (Introduction)

สืบเนื่องจากพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดีพ.ศ.2546 หมวด 3 กำหนดให้ส่วนราชการต้องจัดทำแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการราชการมีการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติการเพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ต่อภารกิจของหน่วยงานและของรัฐ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดความผาสุกและความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชน¹และมาตรา 16 ของพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562² กำหนดให้ส่วนราชการจัดทำแผนปฏิบัติการของส่วนราชการนั้น โดยจัดทำเป็นแผนห้าปีซึ่งต้องสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติแผนแม่บทแผนการปฏิรูปประเทศแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาตินโยบายของคณะรัฐมนตรีที่แถลงต่อรัฐสภาและแผนอื่นที่เกี่ยวข้องมาตรา 29 วรรค 2 กำหนดให้การบริการประชาชนและการติดต่อประสานงานระหว่างส่วนราชการด้วยกันต้องกระทำโดยใช้แพลตฟอร์มดิจิทัลกลางที่สำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล (องค์การมหาชน) กำหนด และมาตรา 33 กำหนดให้ส่วนราชการจัดให้มีการทบทวนภารกิจของตนว่าภารกิจใดมีความจำเป็นหรือสมควรที่จะยกเลิกปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงการดำเนินการต่อไปหรือไม่ โดยคำนึงถึงยุทธศาสตร์ชาติ แผนแม่บทแผนการปฏิรูปประเทศแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม

แห่งชาตินโยบายของคณะรัฐมนตรีที่แถลงต่อรัฐสภาและแผนอื่นที่เกี่ยวข้องรวมถึงกำลังเงินงบประมาณของประเทศความคุ้มค่าของภารกิจ และสถานการณ์อื่นประกอบกัน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นโดยกลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุขคำนึงถึงความสำคัญดังกล่าว จึงได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพประจำปีงบประมาณ 2562 ภายใต้แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพจังหวัดขอนแก่น 5 ปี (พ.ศ. 2560 – 2564) ให้มีความสอดคล้องกับบริบทในสถานการณ์ปัจจุบันประกอบด้วย 4 พันธกิจ 4 ประเด็นยุทธศาสตร์ 13 เป้าประสงค์ 45 ตัวชี้วัดและแปลงเป็นกลยุทธ์สู่การปฏิบัติซึ่งจากการปฏิบัติที่ผ่านมาการประเมินผลการทำงานจะประเมินความสำเร็จของงานตามตัวชี้วัดเท่านั้นในขณะที่การประเมินผลด้านยุทธศาสตร์ (strategy control and evaluation) เป็นหนึ่งในสี่ขั้นตอนสำคัญของกระบวนการวางแผนกลยุทธ์ (strategic planning) ที่มีความจำเป็นเพื่อประเมินผลสัมฤทธิ์ของภารกิจอีกทั้งยังเป็นการติดตามประเมินผลการทำงานขององค์กรให้เป็นไปตามแผนยุทธศาสตร์ที่ตั้งไว้ทั้งนี้ถือเป็นหนึ่งในกลไกของการถ่วงดุลและตรวจสอบเพื่อให้เป็นไปตามหลักธรรมาภิบาลขององค์กร (good governance) ซึ่งสอดคล้องตามที่ระบุไว้ในพระราชกฤษฎีกา

ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี

จากการทบทวนวรรณกรรมนักวิจัยพบว่า การประเมินยุทธศาสตร์มีเครื่องมือการประเมินหลายรูปแบบแต่รูปแบบที่นิยมใช้มากได้แก่รูปแบบการประเมิน CIPPIEST ซึ่งเป็นรูปแบบการประเมินที่เน้นการตัดสินใจตามแนวคิดของ Stufflebeam เดิมมีชื่อว่า CIPP model และต่อมามีการขยายผลโดยเพิ่มเติม IEST เข้ามาประกอบด้วยการประเมินด้านบริบท (context evaluation: C) ด้านปัจจัยนำเข้า (inputs evaluation: I) ด้านกระบวนการ (process evaluation: P) ด้านผลผลิต (products evaluation: P) ด้านผลกระทบ (impact evaluation: I) ด้านประสิทธิผล (effectiveness evaluation: E) ด้านความยั่งยืน (sustainability evaluation: S) และด้านการถ่ายโยงความรู้ (transportability evaluation: T)

นักวิจัยในฐานะที่เป็นบุคลากรในกลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุขซึ่งรับผิดชอบเกี่ยวกับการวางแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพโดยตรง และนักวิจัยที่เป็นคนกลางจากหน่วยงานภายนอก จึงเลือกใช้รูปแบบ CIPPIEST เป็นเครื่องมือการประเมินความสำเร็จตามตัวชี้วัดของยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพประจำปีงบประมาณ 2562 ข้อมูลที่ได้จะทำให้ทราบการบรรลุผลตามวิสัยทัศน์และเป้าประสงค์ความสามารถในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์และการบรรลุ

ตัวชี้วัดที่กำหนดรวมทั้งรับทราบปัญหาอุปสรรคและข้อจำกัดในการดำเนินงาน เพื่อปรับปรุงแก้ไขให้ดีขึ้นระหว่างการทำงาน และในปีงบประมาณต่อไปอันจะนำไปสู่การบรรลุวิสัยทัศน์ “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุขระบบบริหารและบริการเป็นเลิศในเขตสุขภาพที่ 7”

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

การประเมินแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เป็นการวิจัยเชิงประเมินผล (evaluation research) โดยประยุกต์ใช้รูปแบบ CIPPIEST ของ Stufflebeam เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลแบบภาคตัดขวาง ระหว่างปีงบประมาณ 2562 (ตุลาคม 2561 - กันยายน 2562) มีขอบเขตการวิจัย ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินบริบทปัจจัยนำเข้าและกระบวนการแปลงแผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ เป็นการประเมินก่อนจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพปีงบประมาณ 2562 โดยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ ผู้บริหาร ผู้รับผิดชอบแผนยุทธศาสตร์/ตัวบ่งชี้และบุคลากรระดับปฏิบัติการในหน่วยงานต่างๆ ที่นำแผนยุทธศาสตร์ไปปฏิบัติเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการจัดประชุมกลุ่มย่อย (focus group) เพื่อวิเคราะห์บริบท ได้แก่ ความสอดคล้องของแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ

ปีงบประมาณ 2562 กับ แผนยุทธศาสตร์ 20 ปี กระทรวงสาธารณสุข ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ สมรรถนะของบุคลากรระบบบริหารจัดการงบประมาณวัสดุ ครุภัณฑ์ และ กระบวนการ ได้แก่ กระบวนการแปลงแผน ยุทธศาสตร์สู่การนำไปปฏิบัติ กระบวนการ กำกับ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน และระบบสารสนเทศที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินผลระหว่าง การดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ ในระยะ 6 เดือน 9 เดือน และเมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ ได้แก่ ผลผลิต ผลกระทบ ประสิทธิภาพ ผล ยั่งยืน และการถ่ายโยงความรู้ที่วิจัยเก็บ รวบรวมข้อมูลเชิงทฤษฎีจากการรายงานผล การดำเนินงานตามตัวชี้วัด นำมาวิเคราะห์ และสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ ได้ข้อสรุปและคำแนะนำเพื่อนำไปใช้ในการ วางแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพในปี ต่อไป

ผลการวิจัย (Result)

1. การประเมินด้านบริบท

จากการประชุมกลุ่มย่อยเพื่อจัดทำ แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นปีงบประมาณ 2562 โดยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วน เสีย ผลการศึกษาพบว่า แผนยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 ภายได้แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ประกอบด้วย แผน

ยุทธศาสตร์เพื่อพัฒนาความเป็นเลิศ 4 ด้าน 15 แผนงาน 40 โครงการและ 55 ตัวชี้วัด เมื่อ พิจารณาถึงบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ ศักยภาพและทรัพยากรของสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นสภาพปัญหา/ ความต้องการของประชาชนตามเวลาและ สถานการณ์ของสังคมในปัจจุบันแล้ว นั้น พบว่ามีตัวชี้วัดที่ไม่สอดคล้องกับบริบท เช่น ระดับ ความสำเร็จของการพัฒนาเมือง สมุนไพรระดับความสำเร็จของเขตสุขภาพที่มี การบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนา กำลังคนได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการ กำลังคนที่มีประสิทธิภาพเป็นต้น จึงไม่นำมา บรรจุไว้ในแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ ดังนั้น ในปีงบประมาณ 2562 สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จึงได้กำหนด แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพจำนวน 4 ด้าน 13 เป้าประสงค์ 45 ตัวชี้วัด และกำหนด วิสัยทัศน์ “ประชาชนสุขภาพดีเจ้าหน้าที่มี ความสุขระบบบริหารและบริการเป็นเลิศใน เขตสุขภาพที่ 7” เป็นเป้าหมายของการ ดำเนินงาน

2. การประเมินด้านปัจจัยนำเข้า

จากการประเมินปัจจัยนำเข้า 4 ด้าน ได้แก่ ด้านบุคลากรด้านวัสดุอุปกรณ์ อาคารสถานที่สารสนเทศเพื่อการตัดสินใจ ด้านงบประมาณและด้านการบริหารจัดการ พบว่า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น มีบุคลากรที่มีสมรรถนะเหมาะสม รับผิดชอบ

เป็นผู้ดูแลกำกับตัวชี้วัด/ผู้จัดเก็บข้อมูล ได้ครบทุกตัวชี้วัด สถานะทางการเงิน ณ วันที่ 30 กันยายน 2562 พบว่า ปังบประมาณ 2562 ราย รับรวม 3,896,084,080.07 บาท รายจ่ายรวม 3,862,207,978.99บาท ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่มีผลกำไร อย่างไรก็ตามยังพบปัญหาด้านการบริหารจัดการระบบสารสนเทศเพื่อการตัดสินใจมีขั้นตอนที่ซ้ำซ้อน ลำช้า ไม่สามารถกำกับติดตามการดำเนินงานได้อย่างเป็น real time กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข จึงได้พัฒนาโปรแกรมแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ในการบริหารโครงการ ควบคุมกำกับการใช้งบประมาณให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ จากการนำไปใช้พบว่า ในปีงบประมาณ 2562 มีการบันทึกแผนปฏิบัติงานผ่านโปรแกรมAction plan จำนวน 3,572 แผนงาน/โครงการทั้ง 26 อำเภอครอบคลุม 4 ประเด็นยุทธศาสตร์ 45 ตัวชี้วัดและนโยบายการปฏิบัติราชการของผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขงบประมาณที่ได้รับการอนุมัติในการดำเนินงานทั้งสิ้น 163,072,865 บาท ภาพรวมของผู้ใช้โปรแกรมส่วนใหญ่ ร้อยละ 38.8 มีความพึงพอใจระดับมาก รองลงมา ร้อยละ 36.6 มีความพึงพอใจระดับปานกลาง และร้อยละ 14.2 มีความพึงพอใจระดับมากที่สุด ตามลำดับ

3. การประเมินด้านกระบวนการ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น มีระบบและกลไกการถ่ายทอดแผนยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพแก่บุคลากรทุกระดับเพื่อแปลงแผนงานและโครงการสู่การปฏิบัติในระดับกิจกรรมมีระบบการบริหารโครงการผ่านโปรแกรมแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ที่พัฒนาขึ้นมาใหม่ โดยพบว่า ในปีงบประมาณ 2562 มีโครงการที่บันทึกผ่านโปรแกรมแผนปฏิบัติการเพื่อขออนุมัติจำนวน 3,572โครงการจำนวนเงินที่ขออนุมัติจำนวน 163,072,865 บาทบาทแยกตามประเด็นยุทธศาสตร์ 4 ยุทธศาสตร์ดังนี้ยุทธศาสตร์ที่ 1สร้างเสริมสุขภาพเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและพัฒนาการคุ้มครองผู้บริโภคและการจัดการสิ่งแวดล้อมให้มีประสิทธิภาพจำนวน 2,070แผนงาน/โครงการจำนวนเงิน 76,615,945 บาท ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาคุณภาพสถานบริการตามมาตรฐานลดความแออัดและจัดระบบบริการในเครือข่ายแบบไร้รอยต่อจำนวน 726 แผนงาน/โครงการจำนวนเงิน 30,144,480 บาท ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะมีความสุขในการทำงานและสร้างความเข้มแข็งในภาคประชาสังคมจำนวน 244 แผนงาน/โครงการจำนวนเงิน 23,721,760 บาท ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาระบบบริหารจัดการทางการเงินระบบสารสนเทศและยุทธศาสตร์และการวิจัยนวัตกรรมขององค์กรเพื่อสนับสนุนการให้บริการจำนวน 350 แผนงาน/โครงการ

จำนวนเงิน 24,532,621 บาทและแผนงาน/โครงการอื่นๆ จำนวน 182 แผนงาน/โครงการ จำนวนเงิน 8,058,059 บาท นอกจากนี้สำนักงานสาธารณสุขขอนแก่น ยังมีการออกนิเทศเพื่อรับทราบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินโครงการ เพื่อวางแผนจัดกิจกรรมช่วยเหลือแก้ไขปัญหาและเพื่อส่งเสริมการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการกำกับติดตามกระบวนการทางการเงิน/การเบิกจ่าย เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพทำให้สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ทันเวลา อีกทั้งยังมีระบบการสร้างขวัญและกำลังใจให้แก่ผู้ปฏิบัติงานทุกระดับอย่างต่อเนื่อง

4. การประเมินด้านผลผลิต

การประเมินผลสำเร็จตามตัวชี้วัด 45 ตัวชี้วัดพบว่า ตัวชี้วัดร้อยละ 73.33 (33 ตัวชี้วัด) มีผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์ และร้อยละ 26.67 (12 ตัวชี้วัด) ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ประกอบด้วย 1) อัตราส่วนมารดาตายต่อการเกิดมีชีพแสนคน 2) อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ 0 – 28 วัน 3) ร้อยละของเด็กที่พบพัฒนาการล่าช้าได้รับการพัฒนาด้วย TEDA4I 4) ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี 5) ร้อยละการคัดกรองในกลุ่มสตรีที่ต้องเฝ้าระวังมะเร็งที่มีความเสี่ยงสูง (มะเร็งปากมดลูก) 6) ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ 7) ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับการคัดกรอง CKD และควบคุมได้ตามเกณฑ์ 8) ระดับความพึงพอใจของ

ผู้รับบริการ 9) ร้อยละของหน่วยงานผ่านการประเมินระบบควบคุมภายใน 10) ประสิทธิภาพการบริหารการเงิน: โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมินการบริหารจัดการการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพ 11) ร้อยละของหน่วยบริการผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล (คุณภาพการให้รหัส ICD) และ 12) Digital Transformation

5. การประเมินด้านผลกระทบ

จากการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพก่อให้เกิดผลกระทบทั้งทางบวกและทางลบต่อประชากรกลุ่มเป้าหมายโดยเฉพาะอย่างยิ่งตัวชี้วัดด้านอัตราส่วนมารดาตายต่อการเกิดมีชีพแสนคนอัตราตายทารกแรกเกิดอายุ 0 – 28 วัน ร้อยละของเด็กที่พบพัฒนาการล่าช้าได้รับการพัฒนาด้วย TEDA4I ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี ร้อยละการคัดกรองในกลุ่มสตรีที่ต้องเฝ้าระวังมะเร็งที่มีความเสี่ยงสูง (มะเร็งปากมดลูก) ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับการคัดกรอง CKD และควบคุมได้ตามเกณฑ์ตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินเหล่านี้ ทำให้แนวโน้มอัตราการตาย การป่วยด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้สูงขึ้น ส่งผลต่ออายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีต่ำลงและเพิ่มรายจ่ายด้านสุขภาพให้กับครัวเรือนและรัฐบาล สำหรับตัวชี้วัดอื่นที่ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน เป็นตัวชี้วัดด้านการบริหารจัดการ การเงินและการคลัง

ผลกระทบที่เกิดขึ้นจะสะท้อนกลับไปยังแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่วางแผนไว้ จะไม่สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เนื่องจากขาดการบริหารจัดการที่ดี สิ่งที่ต้องดำเนินการต่อไปจึงควรพิจารณาว่าหน่วยงานที่มีผลการประเมินด้านการบริหารจัดการไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินเป็นหน่วยงานที่มีผลการประเมินตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ที่ 1 – 3 ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินด้วยหรือไม่ เพื่อค้นหาสาเหตุและวางแผนแก้ไขปัญหในปีต่อไป

6. การประเมินด้านประสิทธิผล

การดำเนินแผนงาน/โครงการตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพพบว่าสามารถตอบสนองความต้องการของกลุ่มเป้าหมายได้อย่างครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ เมื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุตามวิสัยทัศน์ที่ตั้งไว้ พบว่าด้านประชาชนสุขภาพดี ประเมินจากประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 จำนวน 4 เป้าประสงค์ 19 ตัวชี้วัด ร้อยละ 73.68 (14 ตัวชี้วัด) ผ่านเกณฑ์การประเมิน ยุทธศาสตร์ที่ 2 จำนวน 3 เป้าประสงค์ 14 ตัวชี้วัด ร้อยละ 78.57 (11 ตัวชี้วัด) ผ่านเกณฑ์การประเมิน ในด้านเจ้าหน้าที่มีความสุข ประเมินจากยุทธศาสตร์ที่ 3 จำนวน 2 เป้าประสงค์ 3 ตัวชี้วัด พบว่าผ่านเกณฑ์การประเมิน ร้อยละ 100 โดยพบว่าหน่วยงานในเครือข่ายบริการสาธารณสุขนำดัชนีความสุขของคนทำงานไปใช้และดำเนินการครบ 5 ระดับ คิดเป็น

ร้อยละ 100 ทำให้อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข เท่ากับร้อยละ 99.1 ในด้านระบบบริหารและบริการเป็นเลิศในเขตสุขภาพที่ 7 นั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น มีผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์จำนวน 33 ตัวชี้วัด และเมื่อเปรียบเทียบกับผลการดำเนินงานของจังหวัดอื่นในเขตสุขภาพที่ 7 พบว่าผลงานเป็นอันดับ 1 เพิ่มขึ้นจาก 8 ตัวชี้วัดในปีงบประมาณ 2561 เป็นจำนวน 12 ตัวชี้วัดและผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์อันดับที่ 4 เมื่อเปรียบเทียบกับจังหวัดอื่นหรือไม่ผ่านเกณฑ์ลดลงจาก 21 ตัวชี้วัด ในปีงบประมาณ 2561 เหลือ 17 ตัวชี้วัดในปีงบประมาณ 2562 ส่งผลให้หน่วยงานได้รับเกียรติบัตร (รางวัลระดับดีเยี่ยม) หน่วยงานที่มีการกำกับดูแลองค์การที่ดี ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562

7. การประเมินด้านความยั่งยืน

จากผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ ปีงบประมาณ 2560 – 2562 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ได้สนับสนุนการพัฒนาแผนงาน/โครงการตามกระบวนการ PDCA จนกระทั่งได้องค์ความรู้ที่สามารถเผยแพร่ให้หน่วยงานอื่นนำไปใช้ได้หลายๆ โครงการ ยกตัวอย่างเช่น โครงการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ผลการควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพของโรงพยาบาลและรพ.สต. (RDU) ทำให้โรงพยาบาลและรพ.สต.ผ่าน

เกณฑ์ RDU ขั้นที่ 1 ร้อยละ 100 โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ มีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ ร้อยละ 100 ระดับความสำเร็จผ่านเกณฑ์การประเมินเป็นอันดับ 1 ของเขตสุขภาพที่ 7 ระยะเวลา 3 ปี ต่อเนื่อง เป็นต้น

8. การประเมินด้านการถ่ายโยงความรู้

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ให้ความสำคัญกับการนำองค์ความรู้ไปถ่ายทอดให้กลุ่มเป้าหมายคนอื่นๆ หรือนำไปประยุกต์ใช้หรือพัฒนาต่อยอด ดังจะเห็นได้จากการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้มีทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ทักษะการปฐมพยาบาลเบื้องต้น และมีทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพ พบระดับความสำเร็จ ร้อยละ 100 การอบรมอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) พบว่า อสค. ร้อยละ 100 เป็นแกนนำปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่มีพฤติกรรมเป็นแบบอย่างให้ครอบครัวและเป็นผู้ดูแลสุขภาพของคนในครอบครัวตนเองสามารถถ่ายทอดความรู้ให้คนในครอบครัวตนเองและช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้ และประสานงานพัฒนาสุขภาพครอบครัวและเป็นเครือข่ายกับอสม.โดยไม่ซ้ำซ้อนบทบาทกันนอกจากนั้น จากการนับจำนวนผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่นำไปใช้ประโยชน์ตั้งแต่ตุลาคม 2561 - กันยายน 2562 (กรณีทำงานวิจัย/R2R มีการนำไปใช้

ประโยชน์มากกว่า 1 ครั้งให้นับการใช้ประโยชน์ได้เพียงครั้งเดียว) พบว่าร้อยละ 51 ของผลงานวิจัย/R2R ที่เผยแพร่ผ่านการประชุมวิชาการหรือวารสาร ได้มีการนำไปใช้ประโยชน์ในการด้านการศึกษาและการใช้ดูแลสุขภาพผู้ป่วยอย่างเป็นรูปธรรม

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

การประเมินแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาศักยภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นปีงบประมาณ 2562โดยใช้รูปแบบ CIPPIEST เป็นกรอบแนวคิดการประเมินเพื่อการตัดสินใจของผู้บริหารครั้งนี้ สามารถนำมาใช้ประเมินได้ทุกระยะของการดำเนินงาน ทำให้ได้ข้อมูลสารสนเทศสำหรับตัดสินใจกำหนดสิ่งต่างๆ ได้แก่ ความสัมพันธ์ของเป้าหมายกับความต้องการที่จะได้รับการบริการ หรือ การได้รับโอกาส การจัดลำดับความสำคัญเกี่ยวกับระยะเวลา การใช้งบประมาณและทรัพยากร การออกแบบกิจกรรมที่สอดคล้องกับบริบท การควบคุมกำกับติดตาม และการตัดสินใจยุบ หรือ ยกเลิก หรือดำเนินโครงการต่อไปในอนาคต^{4,5} ผลการประเมินพบว่า แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาศักยภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2562 ประกอบด้วยแผนยุทธศาสตร์ 4 ด้าน 13 เป้าประสงค์ 45 ตัวชี้วัด มีความสอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน และแผนยุทธศาสตร์กระทรวง

สาธารณสุขประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 ภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) มีปัจจัยนำเข้าที่สามารถสนับสนุนการบริหารจัดการแผนงาน/โครงการให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้ ผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์⁶ ทั้ง 4 ด้านประเมินผลสำเร็จตามตัวชี้วัด 45 ตัวชี้วัดพบว่าตัวชี้วัดร้อยละ 73.33 (33 ตัวชี้วัด) มีผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์และร้อยละ 26.67 (12 ตัวชี้วัด) ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินเกิดจากปัญหาและอุปสรรคสรุปได้ดังนี้ 1) ด้านสารสนเทศเพื่อการตัดสินใจ เนื่องจากขาดการเชื่อมโยงข้อมูลจากฐานข้อมูลต่างๆ ทำให้มีข้อมูลที่ไม่เพียงพอไม่เป็นปัจจุบัน มีความผิดพลาดในการลงข้อมูล และระบบการส่งเอกสารออนไลน์ที่ไม่ประสานกันทำให้ต้องลงข้อมูลเดิมซ้ำในรายงานแต่ละรายงาน จึงเกิดความผิดพลาดได้ ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลระบบและผู้ใช้งานระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC on Cloud) เพื่อให้สามารถเข้าถึงข้อมูลที่เป็น Big Data ได้อย่างรวดเร็ว สามารถตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูลและการเชื่อมโยงข้อมูล เพื่อลดความซ้ำซ้อนของการลงข้อมูลได้ รวมทั้งการพัฒนาโปรแกรมแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ให้ตรงตามความต้องการของผู้ใช้ระบบให้มากขึ้น เพื่อลดขั้นตอนการเดินทางส่งเอกสาร และการอนุมัติโครงการที่

รวดเร็วขึ้น 2) ด้านบุคลากรที่อาจทำงานไม่ตรงตามความเชี่ยวชาญ ทำให้ประสิทธิภาพและประสิทธิผลการทำงานลดลง 3) บริบทด้านวัฒนธรรม และค่านิยมของผู้ใช้บริการ ทำให้ตัวชี้วัดด้านการตรวจมะเร็งปากมดลูก และการตั้งครรภ์ซ้ำของวัยรุ่นไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน และวัฒนธรรมการรับประทานอาหารของคนอีสาน ทำให้อัตราการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ซึ่งการปรับทัศนคติ ยังคงต้องใช้การสื่อสารด้านสุขภาพ (Health Literacy) อย่างต่อเนื่อง เพื่อลดผลกระทบทางลบด้านสังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม และเพื่อให้บรรลุตามวิสัยทัศน์ “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุขระบบบริหารและบริการเป็นเลิศในเขตสุขภาพที่ 7”

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงได้ด้วยดีด้วยความร่วมมืออย่างดียิ่งจากบุคลากรกลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุขบุคลากรด้านการแพทย์และการสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกท่านที่ได้เสียสละเวลาให้นักวิจัยสัมภาษณ์และให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลที่เป็นประโยชน์สำหรับการศึกษาวิจัยขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นและบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นที่อำนวยความสะดวกในการศึกษาวิจัย

จนกระทั่งสำเร็จลุล่วงภายในระยะเวลาที่กำหนด

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. The Secretariat of the Cabinet. Royal Decree on Criteria and Procedures for Good Governance, B.E. 2546 (2003). R Thai Gov Gaz. 2003; 120 (100): 1–16.
2. The Secretariat of the Cabinet. Royal Decree on Criteria and Procedures for Good Governance (2), B.E. 2562 (2019). R Thai Gov Gaz [Internet]. 2019; 136(56): 253–6. Available from: http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DA/TA/PDF/2562/A/056/T_0253.PDF
3. Stufflebeam DL, Coryn CLS. **Evaluation: Theory, models and applications.** 2nd eds. San Francisco: Jossey-Bass; 2014.
4. Chintapanyakun T, Ruaengsri S, Laksana K, Lhongsap P. The new curriculum evaluation: CIPPIest model. **J Police Nurse.** 2017; 9(2): 203–12.
5. Buosonte R. CIPP and CIPPIest evaluation model: Mistaken and precise concepts of applications. **Silpakorn Educ Res J.** 2013; 5(2): 7–24.
6. Khon Kaen Provincial Health Office. **Workshop seminar documents of Strategic Planning for Health Development.** 2019.

การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 โดยใช้กระบวนการการเสริมสร้างพลังอำนาจและการดูแลต่อเนื่อง ในศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น

กทอง ไพศาล¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนาแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้กระบวนการการเสริมสร้างพลังอำนาจและการดูแลต่อเนื่องในศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่นกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาในศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น ติดต่อกัน 2 ปีขึ้นไปที่มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) $\geq 7\text{mg \%}$ จำนวน 40 คน โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือแบบสอบถาม แบบทดสอบความรู้และรูปแบบการวิจัยเป็นแบบกลุ่มตัวอย่างเดี่ยววัดก่อน-หลัง ติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านเป็นรายบุคคล ใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) คือ 1) การค้นหาปัญหา 2) การสร้างความตระหนักปัญหา 3) การมีส่วนร่วมตัดสินใจเลือกแนวปฏิบัติ และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ติดตามประเมินความต่อเนื่องของการปฏิบัติในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม ดำเนินการศึกษาตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2562 – 31 ตุลาคม 2562 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปใช้สถิติพรรณนาผลการศึกษพบว่าหลังการศึกษากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมดีขึ้นทุกด้าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจและการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านรายบุคคล ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ตระหนักในปัญหาสุขภาพของตน มีส่วนร่วมเลือกวิธีปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทในด้านการบริโภคอาหาร ออกกำลังกายและการผ่อนคลายความเครียด ทำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยควรนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคอื่นต่อไป

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2, กระบวนการการเสริมสร้างพลังอำนาจ, การดูแลต่อเนื่อง

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น

Corresponding Author: Kongthong Paisarn. E-mail: Kongthong_paisarn@hotmail.com

THE DEVELOPMENT MODEL OF SELF CARE BEHAVIOR MODIFICATION FOR DIABETES PATIENTS TYPE 2 BY EMPOWERMENT PROCESS IN PRIMARY CARE UNIT PHON HOSPITAL KHON KAEN PROVINCE

Kongthong Paisam¹

ABSTRACT

This Research aims to study the development model of selfcare behavior modification for diabetes patients type 2 by empowerment process in Primary care unit Phon Hospital KhonKaen Province. The study performed June 2019 – October 2019. The samples were used in this study. Selection of specific models (Purposive sampling) is a group of patients with diabetes type 2 that in Primary care unit PhonHospitalregister 2 consecutive years, HbA1c level $\geq 7\text{mg}\%$ of 40 people used in data analysis. Which contains information 3 parts is general information. Knowledge query and self-care behavior of diabetes mellitus patients Study on the single. Evaluation before and after studying. By using the Gibsonempowerment process contains 1) problem searching 2) recognizes about health problem 3) participate in choosing the right approach to health 4) maintaining effective of practices. Evaluation and tracking the continuity care by individual at home, so patients are changed self-care behavior practices. Data analysis using computer program package. Analyzed by descriptive statistics. Result of this study was found that after study the diabetes knowledge and self-care behavior are better in all aspects, significantly ($p\text{-value} < 0.001$) to compare the mean of Hemoglobin A1c (HbA1c) was found to have a statistically significant difference ($p\text{-value} < 0.001$). Conclusion: this study found that the empowerment process and tracking the continuity of care by individual at home can help to diabetes patients have the knowledge and ability to care for themselves, recognizes about health problem in themselves, participate in choosing the right approach to health and contextual compliance, In terms of food, exercise, stress relief the behaviour is constantly changing and it affects the blood glucose control of the patient. So, should be used this process for other chronic disease patients.

Key words: Diabetes Patients type 2, Empowerment Process, Continuous Care

¹Registered Nurse, Professional Level, Phon Hospital, Khon Kaen province

บทนำ (Introduction)

ปัจจุบันทั่วโลกให้ความสำคัญกับโรคเบาหวานซึ่งเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชนิดหนึ่งที่เป็นปัญหาสำคัญในปัจจุบัน ซึ่งกำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ท้าทายของโลกจนได้รับการขนานนามว่า Silent Killer หรือ เพชฌฆาตเงียบ ทำให้สูญเสียงบประมาณในการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างมาก เบาหวานเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆ ของโลก สถานการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลก¹ (WHO) รายงานว่าในปี พ.ศ. 2552 ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีจำนวน 108 ล้านคนเพิ่มขึ้นเป็น 422 ล้านคน ในปีพ.ศ.2557 และมีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานจำนวน 1.5 ล้านคน นอกจากนี้ยังพบว่าประชากรทั่วโลกที่มีอายุมากกว่า 18 ปีป่วยด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.7 เป็นร้อยละ 8.5 ซึ่งในปัจจุบันประชากรวัยผู้ใหญ่ 1 ใน 11 คนป่วยเป็นโรคเบาหวานสำหรับในประเทศไทยจากรายงานของสำนักโรคไม่ติดต่อข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง² กระทรวงสาธารณสุข พบว่าอัตราตายด้วยโรคเบาหวานต่อประชากรแสนคน ในภาพรวมของประเทศในปี 2556-2558 เท่ากับ 8.80, 15.48 และ 19.59 ตามลำดับ เห็นได้ว่าอัตราการตายด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นทุกรายงานภาวะโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทยในปี พ.ศ.2556² พบว่าโรคเบาหวาน เป็นสาเหตุการตายของประชาชนไทยในเพศชายเป็นอันดับที่ 8 เพศหญิงอันดับที่ 3 ร้อยละ 4.1,

8.7 ตามลำดับและพบว่าประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกในการรักษาพยาบาลโรคเบาหวานเฉลี่ย 1,172 บาท ต่อราย ส่วนผู้ป่วยในค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ย 10,217 บาท ต่อรายรวมค่ารักษาพยาบาลทั้งสิ้น 3,984 ล้านบาท ต่อปี หากคนไทยป่วยด้วยโรคเบาหวาน รวม 3 ล้านคน/ปีมารับบริการที่สถานพยาบาล จะต้องเสียค่ารักษาพยาบาลทั้งสิ้นประมาณ 47,596 ล้านบาท/ปี สถิติสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นในปี 2559 - 2561 พบผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนด้วยโรคเบาหวานต่อแสนประชากร ดังนี้ 5,190.99 , 5,610.09 , 5,960.98 ตามลำดับสอดคล้องกับข้อมูลคลินิกเบาหวานอำเภอพลพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนรับบริการที่โรงพยาบาลพล ปี 2559 – 2561 พบว่ามีผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 5,547, 5,647 และ 5,769 ราย ตามลำดับ และมีแนวโน้มอัตราป่วยเพิ่มสูงมากขึ้นทุกๆ ปีผู้ป่วยโรคเบาหวานร้อยละ 97 เกิดจากพฤติกรรมการใช้ชีวิต การรับประทานอาหารขาดการออกกำลังกาย ซึ่งเรียกว่าเบาหวานชนิดที่ 2 ทำให้ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินค่าปกติ ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนต่ออวัยวะต่างๆ เกือบทุกระบบ เช่น ทำให้ตามัวหรือบอด ไตเสื่อม ไตวาย โรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีไขมันเกาะและก่อให้เกิดความพิการและเสียชีวิตก่อนวัยอันควรส่งผลกระทบต่อ การดำรงชีวิตภาวะเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัวรวมทั้งประเทศชาติ

จากการทบทวนศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และจากการติดตามเฝ้าระวังพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่มาตลอด จะพบว่าปัจจัยที่ทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้เนื่องจากมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสมทั้งด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การคลายเครียด การดูแลรักษาพยาบาลและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และพบว่าปัจจัยสาเหตุที่สำคัญ คือพฤติกรรมในการรับประทานอาหารตามบริบทวัฒนธรรมของพื้นที่คือการรับประทานข้าวเหนียวกับอาหารรสจัด และผลไม้รสหวานตามฤดูกาล ซึ่งข้าวเหนียวเป็นอาหารที่ให้พลังงานสูงถ้ารับประทานปริมาณมากและเป็นประจำมีผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง⁴จากการประเมินผลกระทบของการดำเนินการที่ผ่านมา ยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงศึกษาการพัฒนาแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานโดยการใช้กระบวนการการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้ในการดูแล เสริมพลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลพลโดยติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านรายบุคคล เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง มีผลต่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดตามมาตรฐาน เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยเบาหวานต่อไป

วัตถุประสงค์ (Objective)

เพื่อศึกษาการพัฒนาแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้กระบวนการการเสริมสร้างพลังอำนาจและการดูแลต่อเนื่องในศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

พื้นที่ในการศึกษา ในพื้นที่ เขตเทศบาลเมืองเมืองพล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้จำนวนมาก ในเขตอำเภอพลระยะเวลาดำเนินงานในช่วงเดือน มิถุนายน พ.ศ. 2562 – 31 ตุลาคม พ.ศ. 2562

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน และมีที่อยู่ในพื้นที่เทศบาลเมืองเมืองพลตำบลเมืองพล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่นเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposivesampling) คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) สูงมากกว่า 7% มีอายุระหว่าง 60 – 75 ปี อ่านออกเขียนได้ ขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลพล และสมัครใจเข้าร่วมโครงการจำนวน 40 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา
เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้
แบ่งเป็น 2 ส่วน

1. กระบวนการ การเสริมสร้างพลัง
อำนาจและการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วย
โรคเบาหวาน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม
ข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างและ
พัฒนาขึ้นจากการประมวลเอกสาร แนวคิด
และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 1 ชุด แบ่ง
ออกเป็น 4 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล
ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส
น้ำหนัก รอบเอว ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ย
ระยะเวลาของการเจ็บป่วย ภาวะแทรกซ้อน
การได้รับข้อมูลข่าวสาร ผู้ดูแลหลัก ใช้สถิติ
เชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่และร้อยละ
คำถามปลายปิด จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้
เกี่ยวกับโรคเบาหวานจำนวน 20 ข้อ
ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความหมาย
สาเหตุของโรค อาการของโรค การปฏิบัติเพื่อ
ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ภาวะแทรกซ้อน
การรักษา แบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวก 11 ข้อ
ข้อคำถามเชิงลบ 9 ข้อ โดยให้ผู้ป่วยตอบว่า
“ถูก ” เมื่อเห็นว่าข้อความนั้นถูกต้องและตอบ
ว่า “ผิด” เมื่อเห็นว่าข้อความนั้นไม่ถูกต้อง
เกณฑ์การให้คะแนน ถ้าคำถามทางบวก
ตอบ “ใช่” ให้ 1 คะแนน ตอบ “ไม่ใช่” ให้ 0

คะแนน ถ้าคำถามทางลบ ตอบ “ใช่” ให้ 0
คะแนน ตอบ “ไม่ใช่” ให้ 1 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบวัดการปฏิบัติและ
การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
จำนวน 25 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบมาตรา
ส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) ให้
คะแนนตั้งแต่ 1 คะแนน (ไม่เคยปฏิบัติ) ถึง 5
คะแนน (ทำเป็นประจำ) คะแนนรวมทั้งหมด
125 คะแนน โดยคำถามประกอบด้วย การ
ปฏิบัติ 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการรับประทานอาหาร 2) ด้านการออกกำลังกาย 3) ด้านการ
จัดการกับความเครียด 4) ด้านการรักษาและ
5) ด้านการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน
แบ่งเป็นข้อคำถามทางบวก 15 ข้อ และคำถาม
ทางลบ 10 ข้อ

ส่วนที่ 4 ระดับน้ำตาลในเลือดของ
ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประกอบด้วยค่าระดับ
น้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) ทดสอบ
ความแตกต่างค่าเฉลี่ยทางสถิติก่อนและหลัง
การศึกษาโดยใช้ Paired sample t-test

ขั้นตอน การดำเนินการ การ
ศึกษาวิจัย ครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ดำเนินการ
ประสานงานและเก็บข้อมูลด้วยตนเอง จึง
ต้องเตรียมความพร้อมเพื่อการศึกษาตาม
ขั้นตอนดังนี้

ขั้นเตรียมการศึกษา ดำเนินการค้นคว้า
ข้อมูล ทบทวนวรรณกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง
กับพฤติกรรม ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม และ
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองของ
ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับ

น้ำตาลในเลือดได้ดี ศึกษาจากข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลพล 2 ปีย้อนหลัง เพื่อประเมินสภาพปัญหาและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างรวบรวมข้อมูลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล การตรวจวัดระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) รวมทั้งวัดระดับความรู้ วัดระดับพฤติกรรม การดูแลตนเอง ก่อนดำเนินการศึกษา เตรียมชุมชน โดยประสานผู้นำชุมชน อสม. ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการศึกษาและขอความร่วมมือในการอำนวยความสะดวกในการดำเนินงาน

ขั้นตอนการ จัดประชุมและทำกิจกรรมกลุ่ม สร้างสัมพันธภาพและความคุ้นเคยกับผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 คน ณ ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการศึกษาและขอความร่วมมือในการดำเนินงานใช้เวลาในการประชุม 3 ชั่วโมง โดยให้กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคเบาหวานแนะนำตัวเอง รวมถึงพฤติกรรม การดูแลตนเอง พอสั่งแซ่บการติดตามดูแลต่อเนื่องซึ่งผู้วิจัยและทีมได้ติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มตัวอย่างร่วมกับใช้กระบวนการ การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยเบาหวานเป็นรายบุคคล เพื่อติดตามประเมินกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเอง โดยเน้นการสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยและ

ครอบครัว เพื่อเสริมสร้างพลังให้เกิดความตระหนัก ความมุ่งมั่นตั้งใจ และสร้างทัศนคติเชิงบวกในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้แก่กลุ่มเป้าหมาย เพื่อรับฟังปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติ และหาแนวทางแก้ปัญหา ร่วมกันเดือนละ 2 ครั้งติดต่อกัน 2 เดือน เวลาในการติดตามเยี่ยมครั้งละประมาณ 1 ชั่วโมง

กระบวนการ การเสริมสร้างพลังอำนาจ มีขั้นตอนดังนี้

1) กิจกรรมการค้นหาปัญหา เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ พยาบาลเข้าไปสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมคิดค้นหาปัญหาของความเจ็บป่วย และร่วมกันกำหนดความสำคัญของปัญหา บอกเล่าถึงความต้องการและปัญหาการดูแล และการจัดการกับความเจ็บป่วย ในฐานะที่เป็นผู้ป่วยและในฐานะผู้ดูแล โดยพยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือสนับสนุนและให้คำปรึกษา แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เมื่อทราบปัญหา และความต้องการแล้ว ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัววางแผนในการแก้ไขปัญหา และนัดหมายการเยี่ยมครั้งต่อไป

2) กิจกรรมการสร้างความรู้ความตระหนักรู้และเข้าใจปัญหา ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีทักษะในการทำความเข้าใจกับปัญหา ทบทวนสะท้อนคิดหาสาเหตุของปัญหา และแสวงหาแนวทาง วางแผนในการ

จัดการกับปัญหา การดูแลตนเองของผู้ป่วย ในประเด็นการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การคลายเครียด การรักษาและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ทั้งภาวะแทรกซ้อนระยะสั้น และภาวะแทรกซ้อนระยะยาว เพื่อสร้างความมั่นใจในตนเองในการแก้ปัญหา ส่งเสริมให้สามารถกำหนดเป้าหมายการดูแลตนเองได้ ซึ่งในระยะนี้พยาบาลแสดงบทบาทเป็นผู้ช่วยเหลือ สนับสนุน ให้คำปรึกษา และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เรียนรู้ตามความต้องการ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้แสดงความคิดเห็น ความรู้ความสามารถอย่างเต็มที่ ให้เกิดกระบวนการสะท้อนคิดพบหนทางแก้ไขปัญหาร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลเสริมแรงโดยการชมเชย ในความรู้ความสามารถ และการตัดสินใจ แก้ไขปัญหา เพื่อสร้างกำลังใจและความมั่นใจในตนเองในการแก้ไขปัญหามา ส่งเสริมให้สามารถกำหนดเป้าหมายการดูแลตนเอง

3) กิจกรรมการมีส่วนร่วมตัดสินใจ และเลือกแนวทางปฏิบัติ ในขั้นตอนนี้ผู้ป่วยและครอบครัวจะเกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง และมีการคิดวิเคราะห์ เรียนรู้และตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหามาที่เหมาะสมกับตนเอง ผู้ป่วยและครอบครัวจะแสวงหาแนวทางแก้ไขปัญหามาด้วยตนเองตามความสนใจและความต้องการ และเลือกวิธีการปฏิบัติที่ตนเองชอบ เป็นการพัฒนาทักษะการแก้ไขปัญหา พัฒนาความสามารถ เกิดความ

เชื่อมั่นในตนเอง และรู้สึกมีพลังอำนาจในการควบคุมสถานการณ์การจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งกิจกรรมในขั้นตอนนี้เป็นการเสนอทางเลือก กระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เรียนรู้ ตัดสินใจเลือกวิธี และลงมือปฏิบัติ ในการดูแลตนเอง เพื่อควบคุมระดับน้ำตาล โดยในกิจกรรมนี้พยาบาลมีบทบาท เป็นผู้อำนวยความสะดวก ให้คำปรึกษา ชี้แนะให้ข้อมูลในการแสวงหาความรู้และแหล่งประโยชน์ด้วยตนเอง โดยคำนึงถึงความเหมาะสมกับสภาพความเป็นอยู่และบริบทของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลัก

4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ในขั้นตอนนี้ ผู้ป่วยและครอบครัวจะดำเนินการจัดการกับปัญหาและการเจ็บป่วยด้วยตนเอง โดยกระทำอย่างต่อเนื่องตามสภาพของปัญหาที่เกิดขึ้น โดยพยาบาลได้ทบทวนกิจกรรมที่ผ่านมาไปแล้วทั้ง 3 กิจกรรม ให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเลือกวิธีการปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมกับตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความมั่นใจว่าตนเองสามารถเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมกับตนเอง แสดงออกถึงความมั่นใจ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความรู้สึกมั่นใจในการปฏิบัติและตัดสินใจเลือกในสิ่งที่ดีเหมาะสมแล้ว เพื่อคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพอย่างยั่งยืนต่อไป เมื่อนำวิธีที่เลือกไปปฏิบัติแล้วประสบผลสำเร็จ ผู้ป่วยและครอบครัวจะ

รู้สึกมั่นใจ มีพลังอำนาจ มีความสามารถและ
จะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการแก้ปัญหานั้นสำหรับ
ใช้ในครั้งต่อไป และยังสามารถแนะนำให้
ผู้อื่นปฏิบัติตามตนเองได้

5) การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content
Validity) ผู้วิจัยได้นำเอาแบบสอบถามที่สร้าง
ขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบความ
ถูกต้องทางภาษาและความครอบคลุมของ
เนื้อหา จำนวน 3 ท่าน แล้วนำไปปรับแก้
ตามให้ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำจึงได้นำไปทดลอง
ใช้กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันกับกลุ่ม
ตัวอย่างจำนวน 30 ราย เพื่อหาความเชื่อมั่น
(Reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา
ตามวิธีของครอนบาค (Cronbach's Alpha
Coefficient) แล้วจึงนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์
ข้อมูลทางคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรม
สำเร็จรูป ดังนี้

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยใช้สถิติเชิง
พรรณนาได้แก่ความถี่และร้อยละความรู้
เกี่ยวกับโรคเบาหวานใช้สถิติเชิงพรรณนา
ได้แก่ร้อยละค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยทางสถิติก่อน
และหลังการศึกษาโดยใช้ Paired sample t-
test พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย
โรคเบาหวานใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่
ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยทางสถิติก่อน
และหลังการศึกษาโดยใช้ Paired sample t-test

ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย
โรคเบาหวานประกอบด้วยค่าระดับน้ำตาล
เฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) ทดสอบความ
แตกต่างค่าเฉลี่ยทางสถิติก่อนและหลัง
การศึกษาโดยใช้ Paired sample t-test

จริยธรรมการวิจัยผู้วิจัยได้คำนึงถึง
ศักดิ์ศรีและควมมีคุณค่าของผู้เข้าร่วมวิจัย
ทุกคนไม่กระทำการใดๆ ที่ก่อให้เกิดอันตราย
หรือความต่อร่างกายจิตใจสังคมและ
วิญญานของผู้ร่วมวิจัย การศึกษานี้ผ่านการ
รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
ในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
ขอนแก่น เลขที่โครงการ COA62 ลงวันที่

ผลการวิจัย (Result)

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศ
หญิง (ร้อยละ 80.0) อายุตั้งแต่ 60-65 ปี
(ร้อยละ 75.0) สถานภาพคู่ (ร้อยละ 85.0)
จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ
70.0) ประกอบอาชีพค้าขาย (ร้อยละ 50.0)
ระยะเวลาเป็นโรคเบาหวาน 10 ปีขึ้นไป (ร้อยละ
60.0) และภาวะโรคแทรกซ้อน (ร้อยละ 62.5)

2. กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้นทุก
ด้านในภาพรวม โดยก่อนศึกษากลุ่มตัวอย่าง
มีคะแนนเฉลี่ย 16.93 คะแนน (S.D.= 1.20)
หลังศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย
เพิ่มขึ้นเป็น 19.08 คะแนน (S.D.=1.03)
แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value
<.001, 95% CI -2.35, -1.94) รายละเอียดดัง
ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน (n = 40)

ความรู้เกี่ยวกับ โรคเบาหวาน	ก่อนศึกษา		หลังศึกษา		95%CI	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ด้านความหมายของโรค	2.23	0.68	2.73	0.41	-0.65, -0.34	<.001*
ด้านสาเหตุของโรค	1.39	0.47	1.74	0.4	-0.49, -0.20	<.001*
ด้านอาการของโรค	1.39	0.47	1.74	0.4	-0.49, -0.20	<.001*
ด้านการปฏิบัติตัว	3.43	0.72	4.63	0.72	-1.39, -1.01	<.001*
ด้านการรักษาพยาบาล	2.74	0.7	3.43	0.57	-0.91, -0.44	<.001*
ด้านภาวะแทรกซ้อน	2.74	0.7	3.43	0.57	-0.91, -0.44	<.001*
รวมทุกด้าน	16.93	1.2	19.08	1.03	-2.35, -1.94	<.001*

3.หลังการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่าง
มีพฤติกรรมดีขึ้นทุกด้านในภาพรวม โดยก่อน
ศึกษากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย 95.01
คะแนน (S.D. = 7.74) หลังศึกษาพบว่ากลุ่ม
ตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 113.76
คะแนน (S.D.= 6.52) แตกต่างกันอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001,95%CI-
20.26, -17.28) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่าง (n = 40)

ความรู้เกี่ยวกับ โรคเบาหวาน	ก่อนศึกษา		หลังศึกษา		95%CI	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
การบริโภคอาหาร	18.81	2.22	23.01	1.61	-4.69, -3.67	<0.001
การออกกำลังกาย	17.73	1.95	22.83	1.79	-5.59, -4.60	<0.001
การจัดการกับความเครียด	19.33	2.21	23.34	1.3	-4.66, -3.37	<0.001
การรักษา	19.84	2.29	23.29	1.28	-3.97, -2.92	<0.001
การป้องกันการเกิด ภาวะแทรกซ้อน	19.21	1.87	21.21	2.01	-2.25, -1.74	<0.001
รวมทุกด้าน	95.01	7.74	113.76	6.52	-20.26, -17.28	<0.001

4. กลุ่มตัวอย่างมีค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด(HbA1c)ลดลง โดยก่อนศึกษากลุ่มตัวอย่างมีค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) เฉลี่ย 9.34 (S.D. = 1.56) และหลังศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่า

ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด(HbA1c)เฉลี่ยลดลงเป็น 8.25 คะแนน (S.D.= 1.38) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < .001, 95%CI 0.94, 1.23) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของผลระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง (n = 40)

ค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม ในเลือด	ก่อนศึกษา		หลังศึกษา		95%CI	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c)	9.34	1.56	8.25	1.38	0.94 -1.23	<0.001

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

1.กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้นทุกด้านในภาพรวมโดยก่อนศึกษากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย 16.93 คะแนน (S.D.= 1.20) หลังศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 19.08 คะแนน (S.D.= 1.03) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P -value < .001, 95%CI -2.35, -1.94) สอดคล้องกับการศึกษาของปริดา กังแฮและคณะ⁶ ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการตนเองต่อความรู้พฤติกรรม และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 34 คน ที่มารับบริการที่รพสต.โคกหล่อ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง ซึ่งหลังการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับ

โรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P -value < 0.001)

2. หลังการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมดีขึ้นทุกด้านในภาพรวมโดยก่อนศึกษากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย 95.01 คะแนน (S.D.= 7.74) หลังศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 113.76 คะแนน (S.D.= 6.52) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001, 95%CI -20.26, -17.28) สอดคล้องกับสอดคล้องกับผลการศึกษาของอัมพิกา มังคละพฤษ³ ได้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับระดับน้ำตาลในเลือดหลังการกินข้าวเหนียวในกลุ่มตัวอย่างเป็นคนไข้เบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งพบในเด็กอ้วนและผู้ใหญ่ อำเภอสนป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ซึ่งกินข้าวเหนียวเป็นอาหารหลักผลการศึกษาพบว่าข้าวเหนียวเพิ่มระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าข้าวเจ้าถึง 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรหรือ

50 หน่วยและการกินข้าวเหนียวมีผลมากๆ ทำให้คนไข้เบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ยากขึ้นและการศึกษาของปริดา กังแฮและคณะ⁶ ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรม และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 34 คน ที่มารับบริการที่รพสต.โคกหล่อ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง ซึ่งหลังการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < .001$, $Z = 3.518$)

3. กลุ่มตัวอย่างมีค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) ลดลงโดยก่อนศึกษากลุ่มตัวอย่างมีค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) เฉลี่ย 9.34 (S.D.= 1.56) และหลังศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) เฉลี่ยลดลงเป็น 8.25 คะแนน (S.D.= 1.38) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$, 95%CI 0.94 ,1.23) สอดคล้องกับการศึกษาของสมหวังซ้อนงามและคณะ⁴ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีผล HbA1c มากกว่า 7 และผู้ดูแลผู้ป่วย หรือบุคคลในบ้านของผู้ป่วย มีวิถีชีวิต พฤติกรรมบริโภคอาหาร และมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ส่งผลทำให้ HbA1c มากกว่า 7 คือ 1) วิถีชีวิตส่วนใหญ่จะอยู่กับบ้าน มีการรวมกลุ่มเพื่อรับประทานอาหาร

ร่วมกัน โดยนำอาหารไปรับประทานร่วมกันปรุงอาหารร่วมกัน ไม่ได้แยกปรุงสำหรับผู้ป่วย โดยเฉพาะมีการซื้ออาหารปรุงสำเร็จหรือแกงจากตลาด 2) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร คือการรับประทานข้าวเหนียวจะควักออกจากกระติบข้าวไปรับประทานเรื่อยๆ จนอิ่มโดยไม่แบ่งออกเป็นส่วนๆ ตามจำนวนที่ต้องรับประทาน ทำให้ไม่สามารถรู้ปริมาณที่รับประทานและการศึกษาของหรรษลักษณ์แววนุต⁵ ได้ประยุกต์ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านนาบัวอำเภอเมืองจังหวัดสุรินทร์พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} = .005$) และการศึกษาของปริดา กังแฮและคณะ⁶ ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรม และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 34 คน ที่มารับบริการที่รพสต.โคกหล่อ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง ซึ่งหลังการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < .01$, $Z = 3.410$) กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจและการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

รายบุคคลเป็นกระบวนการที่สามารถเสริมพลังให้เกิดความตระหนักในปัญหาสุขภาพของตนและเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมกับการเลือกวิถีปฏิบัติที่เหมาะสมกับสุขภาพและสอดคล้องกับบริบทในด้านการบริโภคอาหารด้านการออกกำลังกาย และด้านการผ่อนคลายความเครียดทำให้มีการปฏิบัติปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องและมีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานจึงควรนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นต่อไป

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ขอขอบคุณนายแพทย์ประวีร์ คำศรีสุข ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพล ที่ได้ให้คำแนะนำสนับสนุนการดำเนินงานวิจัยจนแล้วเสร็จ ขอขอบคุณผู้รับผิดชอบงานคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลพล และบุคลากรกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลพลที่ได้ให้ความช่วยเหลือในการรวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มตัวอย่างที่ช่วยตอบแบบสอบถามขอขอบคุณ ดร.ศิริภาณี ศรีหาภาค ที่ให้คำปรึกษาการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ซึ่งทำให้การวิจัยในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. World Health Organization. World Health Statistics 2012: World Health Organization; [cited 2012 Jun 12, 2012] from:

http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/en/. 2012.

2. สำนักโรคไม่ติดต่อข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. [ออนไลน์] เข้าถึงได้จาก: information-statistic/non-Communicable-disease data.php. 2016.
3. อัมพิกา มังคละพุทธร. ผลการบริโภคข้าวเหนียวต่อการควบคุมโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในประชากรภาคเหนือของประเทศไทย. สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2546.
4. สมหวัง ชื่อนงาม และคณะ. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานที่มีผล HbA1C มากกว่า 7 ของอำเภอเนินมะปราง จังหวัดพิษณุโลก. 2556.
5. หรรษลักษณ์ แววบุตร. การประยุกต์ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านนาบัวอำเภอเมืองจังหวัดสุรินทร์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต] สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 2553.
6. ปรีดา กังแฮ และคณะ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรม และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกหล่อ อำเภอเมืองจังหวัดตรัง; 2557.

การคัดกรอง การเลี้ยงดูเด็กตามมาตรฐานขั้นต่ำตามพระราชบัญญัติ คุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546 โดยอาสาสมัครสาธารณสุข พื้นที่ 7 ตำบลเขตรับผิดชอบศูนย์พึ่งได้ โรงพยาบาลขอนแก่น ประจำปี 2561

เยาวเรศ คำมะนาด¹, มะลิวัลย์ เกาเบา²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การเลี้ยงดูเด็กตามมาตรฐานขั้นต่ำในการเลี้ยงดูเด็ก ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546 ในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบ เป็นการค้นหาเด็กที่ต้องการสนับสนุนส่งเสริมให้เกิดการเลี้ยงดูอย่างเหมาะสมตามวัยตลอดจนเพื่อนำผลการศึกษาไปปรับปรุง งานบริการศูนย์พึ่งได้วิธีการศึกษาเป็นเชิงพรรณนาและเชิงปฏิบัติการ เครื่องมือที่ใช้คือ แบบคัดกรองเพื่อสนับสนุนการเลี้ยงดูเด็กตามมาตรฐานขั้นต่ำ ศึกษาระหว่างเดือน ธันวาคม 2560 – มีนาคม 2561 กลุ่มตัวอย่าง 1,746 คนพื้นที่ 4 อำเภอ 7 ตำบล ในจังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษา พบว่า ร้อยละ 16.32 เป็นกลุ่มที่ถูกกระทำรุนแรง (ธงแดง) ร้อยละ 10.88 เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการถูกกระทำรุนแรง (ธงเหลือง) ส่วนใหญ่เป็นเด็กเพศชาย ร้อยละ 57.19 อายุ 11-15 ปี ร้อยละ 44.46 มีปัญหาที่พบมากที่สุด เด็กติดเกมสัปดาห์จนรบกวนต่อชีวิตประจำวันร้อยละ 17.18 เด็กไม่ระวังอันตราย และพาตัวเองไปเสี่ยงอันตรายบ่อยครั้ง รองลงมา ร้อยละ 16.38 สมาชิกในครอบครัวใช้สารเสพติด หรือ ดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ ร้อยละ 14.78 2) ผลการศึกษานำไปปรับปรุงงานบริการและพัฒนาการทำงานแบบสหวิชาชีพ พบว่า มีการจัดประชุมเครือข่ายสัจจรร้อยละ 100 ต่อเนื่องประจำทุกเดือน มีจัดกิจกรรมรณรงค์จิตอาสาตามหมู่บ้านประจำปีต่อเนื่อง ข้อเสนอแนะการคัดกรองเพื่อสนับสนุนการเลี้ยงดูเด็กตามมาตรฐานขั้นต่ำ ซึ่งเป็นเรื่องใหม่ ของสังคมไทย ส่วนใหญ่ประชาชนยังขาดความรู้ เรื่อง การคุ้มครองเด็กและการเลี้ยงดูเด็กให้เป็นไปตามมาตรฐานขั้นต่ำควร จัดอบรมความรู้ เรื่อง พ.ร.บ. คุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546 ให้กับบุคลากรสหวิชาชีพและอาสาสมัครในชุมชน และควรจัดกิจกรรมเฝ้าระวังความเสี่ยง ตามบริบท ของพื้นที่

คำสำคัญ: มาตรฐานขั้นต่ำการดูแลเด็ก, ศูนย์พึ่งได้, การคุ้มครองเด็ก

¹นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

²นักสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลขอนแก่น

Corresponding Author: Yaowaret Khammanat. Email: yaowaretmaw@gmail.com

**SCREENING FOR MINIMUM STANDARD OF CHILD REARING IN
ACCORDANCE TO THE CHILD PROTECTION ACT BY HEALTH
VOLUNTEER: CASE STUDY ONE STOP CRISIS CENTER (OSCC),
KHONKAEN HOSPITAL, 2018**

Yaowaret Khammanat¹, Maliwan Taobao²

ABSTRACT

This research aims to study the situation of child rearing accordingly to the minimum standards in accordance to the Child Protection Act B.E. 2546. To find the children in needed and promote proper caring appropriately for their age. And to improve the service of the OSCC The study research methods were description and action research by using Screening forms in supporting child rearing according with the minimum standards which took placed in December 2017 - March 2018, the amount of 1,746 samples of populations living in 4 districts and 7 sub-districts in KhonKaen province. The study results had shown that 16.32 percent were groups of victims of violence (group of in crisis), 10.88 percent were at risk of domestic violence (at risk group) which mostly were male children; age between 11-15 years old at 57.19 % and 44.46 % respectively. The most problems 17.18% of children were addicted to games which impacted to their daily lives, 16.38% led their lives at risk of violence and 14.78% of them came from the family members with substance or alcohol use. Also the study results had shown that arrangement of monthly meeting among the OSCC teams and networks brought to improvement of services, development of multidisciplinary work and actively campaign against violence throughout the year. Recommendations: The training for acknowledge of Screening for Minimum Standard of Child Rearing in accordance to the Child Protection ACT B.E. 2546 should be done for those community workers and volunteers to work appropriately to their community and meet their needs.

Key words: Minimum Standard of Child, One Stop Crisis Center, Child Protection

¹ Social Worker Professional Level, Khon Kaen Hospital

² Social Worker, Khon Kaen Hospital

บทนำ (Introduction)

จากรายงาน WHO ทุกๆ ปีทั่วโลก มีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ประมาณ 41,000 คน ตกเป็นเหยื่อของการถูกฆาตกรรม ร้อยละ 23 ถูกกระทำทารุณกรรมทางกาย ร้อยละ 36 ถูกกระทำทารุณกรรมทางจิตใจ ร้อยละ 16 ถูกทารุณกรรมทางเพศและ ถูกปล่อยปละละเลย ส่วนใหญ่ผู้กระทำจะเป็นผู้ปกครอง ผู้ดูแล เพื่อนทั้งนี้ ประสิทธิภาพการถูกกระทำ ความรุนแรงในวัยเด็ก ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต และสุขภาพในระยะยาวรวมถึง การเกิดภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และการใช้สารเสพติด และการเป็นผู้กระทำ ความรุนแรงเอง¹ ในประเทศไทยยังไม่มีมีการสำรวจ ข้อมูลหรืออุบัติเหตุการณ์ การเลี้ยงดูเด็กตามมาตรฐานขั้นต่ำตามพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546 ในชุมชน มีเพียงจากรายงาน การสำรวจ สำนักงานสถิติแห่งชาติและ องค์การยูนิเซฟ (UNICEF) ประเทศไทย พบว่า สถานการณ์การเลี้ยงดูเด็ก ร้อยละ 75.2 ผู้ปกครองอบรมเด็กด้วยวิธีรุนแรงทั้งทางร่างกาย และจิตใจ² และรายงาน สถานการณ์เด็กถูกกระทำรุนแรงจากศูนย์พึ่งได้ กระทรวงสาธารณสุข ปี 2550-2558 จำนวน 42,032 คน ส่วนใหญ่พบเด็กอายุ 10-15 ปี ร้อยละ 46.70 ถูกกระทำจากคนใกล้ชิด ร้อยละ 73.43 ถูกกระทำรุนแรงทางเพศมากที่สุด สาเหตุจากสภาพแวดล้อมรวมการเลี้ยงดูเด็กที่ไม่เป็นตามมาตรฐานขั้นต่ำ³

ต่ำ³ ร้อยละ 40.9 เด็กถูกปล่อยปละละเลยมากที่สุด ร้อยละ 40.4 เด็กถูกกระทำรุนแรงทางด้านร่างกาย และร้อยละ 40⁴ เด็กถูกกระทำรุนแรงทางจิตใจ การทำงานด้านการป้องกันและการเฝ้าระวังความเสี่ยง มาตรฐานขั้นต่ำในการดูแลเด็ก ถือเป็นเครื่องมือเพื่อพัฒนาเด็กให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ตลอดจนส่งเสริมสถาบันครอบครัว หรือส่งเสริมความสัมพันธ์อันดีในครอบครัว โดยกำหนดให้รัฐหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีหน้าที่ต้องเข้าไปให้ความช่วยเหลือ เพื่อให้เด็กและครอบครัวได้รับการตามมาตรฐานที่ควรจะเป็น⁵ ศูนย์พึ่งได้ กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยบริการช่วยเหลือเด็กให้ได้รับการดูแลตามมาตรฐานการดูแลขั้นต่ำมีกลไกการทำงานร่วมกัน เป็นทีมสหวิชาชีพด้านการบำบัด เยียวยา ป้องกัน เฝ้าระวังและการฟื้นฟู ทางจิต กาย สังคม ยาวนานกว่า 20 ปี ส่วนใหญ่เป็นการทำงานเชิงรับมากกว่าเชิงป้องกันการแก้ไขปัญหาการดำเนินงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลมากกว่าการสร้างกระแสนี้นตัวและการเฝ้าระวังป้องกันปัญหาความรุนแรงในชุมชนและโรงเรียนยังพบน้อยเฉพาะพื้นที่นำร่องในเขตรับผิดชอบ⁷ แม้ว่าพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546 มาตรา 23 ได้กำหนดให้ผู้ปกครองต้องอุปการะเลี้ยงดู อบรมสั่งสอน และพัฒนาเด็กที่อยู่ในความปกครองดูแลของตนตามสมควร แก่ขนบธรรมเนียม ประเพณีและวัฒนธรรมแห่งท้องถิ่น แต่ทั้งนี้

ต้องไม่ต่ำกว่ามาตรฐานขั้นต่ำตามที่กำหนดในกฎกระทรวง⁹ และกำหนดให้ผู้ปกครองมีหน้าที่ต้องดูแลการเลี้ยงดูอบรมสั่งสอนและพัฒนาเด็กที่อยู่ในความปกครองดูแลของตน ซึ่งรวมไปถึงการบำบัดฟื้นฟูเมื่อมีปัญหาสุขภาพพัฒนาการ แก่ไขเยียวยาพฤติกรรมที่ผิดปกติด้วย คุ่มครองสวัสดิภาพเด็กที่อยู่ในความปกครองดูแลของตนมิให้ตกอยู่ในภาวะอันน่าจะเป็นอันตรายแก่ร่างกายหรือจิตใจ และปฏิบัติต่อเด็กให้เด็กเติบโตในสิ่งแวดล้อมของครอบครัว ในบรรยากาศแห่งความผาสุก ความรักและความเข้าใจ และกำหนดให้บุคคลพบเห็นเด็กตกอยู่ในสภาพจำต้องได้รับการสงเคราะห์ หรือคุ่มครองสวัสดิภาพ จะต้องให้การช่วยเหลือเบื้องต้น และแจ้งต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ พนักงานฝ่ายปกครอง หรือ ตำรวจ หรือ ผู้หน้าที่คุ่มครองสวัสดิภาพเด็ก การแจ้งหรือรายงานตามมาตรานี้ เมื่อได้กระทำโดยสุจริตจะได้รับการคุ่มครองสวัสดิภาพสำหรับผู้แจ้ง แต่อย่างไรก็ตามคนส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ ความเข้าใจ กับมาตรฐานขั้นต่ำในการดูแลเด็ก การมีส่วนร่วมของประชาชนในแจ้งเบาะแส หรือการมีส่วนร่วมเผยแพร่ข้อมูลและความรู้ และการดำเนินการเพื่อช่วยเด็กน้อยมาก แนวทางการการให้บริการแก่เด็กที่ได้รับความรุนแรงโดยรวมพบว่า หน่วยงานส่วนใหญ่ที่ให้บริการแก่กลุ่มเป้าหมายนี้ยังมีลักษณะบริการที่ยังไม่เป็นระบบครบวงจร หลายองค์การมีการดำเนินงานเฉพาะบางส่วนบางกิจกรรม และ

เป็นระบบการส่งต่อ (referral system) ไปยังหน่วยงานอื่นแทน¹⁰ ผู้วิจัยเล็งเห็นความสำคัญของปัญหา จึงได้ทำการศึกษา การคัดกรอง การเลี้ยงดูเด็กตามมาตรฐานขั้นต่ำตามพระราชบัญญัติคุ่มครองเด็ก พ.ศ.2546 โดยอาสาสมัครสาธารณสุข เขตรับผิดชอบศูนย์พึ่งได้ซึ่งเป็นการทำงานกับเครือข่ายในชุมชน มีทุกหมู่บ้าน การมองปัญหาและการให้ความช่วยเหลือเด็กเบื้องต้น และสร้างการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนเป็นสิ่งสำคัญ โดยคาดหวังว่าจะนำไปพัฒนารูปแบบการทำงานกับเด็กกลุ่มเสี่ยง ในชุมชน เพื่อให้การทำงานเป็นระบบครบวงจร ทั้งด้านการป้องกันค้นหา ส่งต่อบำบัด ฟื้นฟู และการติดตาม ในระบบการดูแลเด็กและครอบครัวที่ถูกระงับเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ (Objective)

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การเลี้ยงดูเด็กตามมาตรฐานขั้นต่ำในการเลี้ยงดูเด็กตาม พระราชบัญญัติคุ่มครองเด็ก พ.ศ. 2546 ในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบ
2. เพื่อนำผลการศึกษาค้นหาเด็กที่ต้องการสนับสนุนส่งเสริมเพื่อให้เกิดการเลี้ยงดูอย่างเหมาะสมตามวัย
3. เพื่อนำผลการศึกษาไปปรับปรุงงานบริการศูนย์พึ่งได้ ด้านป้องกันปัญหาเด็กที่อยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการถูกระงับของจังหวัดขอนแก่นให้พัฒนายิ่งขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

วิธีการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการ ศึกษาวิจัยแบบ Mixed method เป็น การศึกษาแบบเชิงพรรณนา (Descriptive study) และการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Actionresearch) มีการเก็บข้อมูลจากการ สังเกตการณ์ การสัมภาษณ์การสนทนากลุ่ม การประมวลผลข้อมูลเดิมที่มีอยู่และ สัมภาษณ์ การศึกษากรณีตัวอย่าง การถอด บทเรียนการจัดรูปแบบการเฝ้าระวังการ ทารุณกรรมเด็ก ในชุมชนและโรงเรียน ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษา ระหว่างเดือน ธันวาคม 2560- มีนาคม 2561

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ จำนวน 2,233 คน เป็นเด็กที่เป็นสมาชิกในครัวเรือน 20 ครอบครัวที่อาสาสมัครสาธารณสุขที่ ทำงานด้านเด็กและครอบครัว รับผิดชอบใน ชุมชน 4อำเภอ 7 ตำบล ได้แก่ อำเภอเมือง (ตำบลในเมือง ตำบลโคกสี) อำเภอหนองเรือ (ตำบลโนนทอง ตำบลจระเข้) อำเภอน้ำพอง (ตำบลน้ำพอง ตำบลวังชัย) อำเภอภูเวียง (ตำบลหนองกุงธนาสนาร) จังหวัดขอนแก่น

ตัวอย่างในการศึกษา ใช้สูตรของ เครซี่และมอร์แกนคำนวณหาขนาดของกลุ่ม ตัวอย่าง ดังนี้

$$n = \frac{\chi^2 Np(1-p)}{e^2 (N-1) + \chi^2 p(1-p)}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร(ประชากรเด็กจำนวน 13,075 คน)

e = ความคาดเคลื่อนของการเลือกตัวอย่าง

χ^2 = ค่าไคสแควที่ df เท่ากับ 1 และ ระดับความเชื่อมั่น 95%

P = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร (P=0.5)

ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 2,233 คนใน การศึกษาค้นคว้านี้เก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่ม ตัวอย่างได้ทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้ คือ แบบ คัดกรองเพื่อสนับสนุนการเลี้ยงดูเด็กตาม

มาตรฐานขั้นต่ำ Child maltreatment surveillance tool ทั้งนี้แบบคัดกรอง ผ่านการ พัฒนาโดยทีมผู้เชี่ยวชาญที่ทำงานด้านการ คัดกรองเด็กในประเทศไทย ภายใต้ศูนย์คิน ผันโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ แบบการเฝ้าระวัง การดูแลเด็กที่ไม่เหมาะสม มีองค์ประกอบ ใน

การประเมิน 5 ด้าน คือ ด้านสุขภาพกาย ด้านสุขภาพจิต ด้านศักยภาพของผู้ปกครอง ในการดูแลเด็ก ด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม และครอบครัว และด้านกฎหมาย มีทั้งหมด 32 ข้อ ข้อคำถาม แบ่งเป็นข้อมูลเด็ก จำนวน 20 ข้อ ข้อมูลผู้ดูแลจำนวน 8 ข้อ ข้อมูลสมาชิกในครอบครัว 4 ข้อ เป็นแบบ Check list

วิธีการรวบรวมข้อมูลใช้วิธีการสุ่ม

อย่างง่ายดังนี้ อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ทำงานด้านเด็กและครอบครัว รับผิดชอบ จำนวนครอบครัว 1 อสม.ต่อ 20 ครัวเรือน อาสาสมัครสาธารณสุข เก็บข้อมูล ครัวเรือน และสมาชิกในครอบครัวที่เป็นเด็กทุกราย

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ในการวิจัยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ นำข้อมูลมาวิเคราะห์ผล และใช้การวิเคราะห์ ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ SPSS/PC+สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย การแปลผลดังนี้แบบสอบถาม 32 ข้อ ข้อละ 1 คะแนน รวม 32 คะแนน และสรุป คะแนนมีเกณฑ์ การแบ่งกลุ่มคะแนน เป็น 3 กลุ่มได้แก่คะแนนรวมแบบคัดกรอง น้อยกว่า 3 คะแนน แปลผล เป็นกลุ่มธงเขียวคือเด็ก ปกติกลุ่มเสี่ยงต่ำหมายถึง เด็กไม่ได้เผชิญกับ ภัยของการถูกละเมิด ละเลยทอดทิ้งหรือ แสวงหาผลประโยชน์นี้ในต้องทำงานด้านการ ส่งเสริมป้องกัน

คะแนนรวมแบบคัดกรอง เท่ากับ 3-4 คะแนน แปลผล เป็นกลุ่มธงเหลือง คือเด็ก กลุ่มเสี่ยงสูง หมายถึง มีความเสี่ยงที่อาจ ส่งผลการกระทบต่อเด็ก กลุ่มนี้ ครอบครัวผู้ดูแล ทีมสหวิชาชีพและผู้ที่เกี่ยวข้อง ต้องทำงาน ด้านการส่งเสริมป้องกัน ช่วยเหลือและ สนับสนุนให้เด็กได้รับการดูแลที่เหมาะสม ตามวัยมากขึ้น และมีการติดตามและ ประเมินอย่างต่อเนื่อง

คะแนนรวมแบบคัดกรอง เท่ากับ 5 คะแนน ขึ้นไป แปลผล เป็นกลุ่มธงแดง คือ กลุ่มเสี่ยงฉุกเฉิน หมายถึง เด็กที่จะได้รับ อันตรายและต้องอาศัยการประเมินเชิงลึก จากทีมสหวิชาชีพ เพื่อค้นหาข้อเท็จจริง กลุ่ม นี้ ครอบครัว ผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพและผู้ที่เกี่ยวข้อง ต้องให้การดูแลเบื้องต้นให้เด็ก ปลอดภัย และส่งต่อผู้ประกอบวิชาชีพ เพื่อ เข้าสู่งานสหวิชาชีพในการช่วยเหลือ และคุ้มครองเด็กโดยเร็ว

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

แบบคัดกรองนี้สำรวจโดยอาสาสมัคร สาธารณสุขในชุมชน เป็นผู้กรอก ซึ่งผ่านการ อบรม การค้นหาภาวะเสี่ยงในเด็กและความรู้ ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546 ห้ามมิให้เด็กและครอบครัวเป็นผู้กรอกและ ตอบแบบคัดกรองด้วยตนเอง อาสาสมัคร สาธารณสุขผู้ทำงานด้านเด็กและครอบครัว ใช้ดุลยพินิจของตนเอง ในการตอบคำถาม ซึ่งอาจจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล โดย คำนึงถึงพัฒนาการตามวัย เพื่อประโยชน์

สูงสุดและความปลอดภัยของเด็กเป็นสำคัญ และวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลขอนแก่นหมายเลขเอกสาร KE60121

ผลการวิจัย (Result)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา จำนวน 1,746 คน เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า เด็กกลุ่มธงดวง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 163 ราย คิดเป็นร้อยละ 57.19 กลุ่มธงดวงเหลือง จำนวน 111 ราย คิดเป็นร้อยละ 58.42 ส่วนธงดวงเขียว พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 920 ราย คิดเป็นร้อยละ 52.69

เมื่อจำแนกตามอายุ พบว่า กลุ่มธงดวงเขียว กลุ่มเสี่ยงน้อยมากที่สุด จำนวน 1,271 ราย คิดเป็นร้อยละ 72.19 รองลงมา กลุ่มธงดวงกลุ่มเสี่ยงฉุกเฉิน จำนวน 285 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.32 ส่วนกลุ่มธงดวงเหลือง กลุ่มเสี่ยงสูงพบน้อยที่สุด จำนวน 190 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.88 ตามลำดับ เมื่อจำแนกตามอายุ พบว่าเด็กกลุ่มธงดวง ส่วนใหญ่ อายุ 11 – 15 ปี จำนวน 127 ราย คิดเป็นร้อยละ 44.46 กลุ่มธงดวงเหลือง จำนวน 89 ราย คิดเป็นร้อยละ 46.84 และกลุ่มธงดวงเขียว จำนวน 555 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.67 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนผลการประเมินจากแบบคัดกรอง เพื่อสนับสนุนการเลี้ยงดูเด็กตามมาตรฐานขั้นต่ำ ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546 และจำแนกอายุ

	กลุ่ม ธงดวง	ร้อยละ	กลุ่ม ธงดวงเหลือง	ร้อยละ	กลุ่ม ธงดวงเขียว	ร้อยละ	รวม	ร้อยละ
เพศ								
ชาย	163	57.19	111	58.42	552	43.43	826	47.31
หญิง	122	42.81	79	41.58	719	56.57	920	52.69
อายุ								
0 - 5 ปี	7	2.46	9	4.74	150	11.80	166	9.51
6-10 ปี	47	16.49	45	23.68	315	24.78	407	23.31
11 -15 ปี	27	44.56	89	46.84	555	43.67	771	44.16
16 -18 ปี	104	36.49	47	24.74	251	19.75	402	23.02
รวม	285	100	190	100	1,271	100	1,746	100
การจำแนกกลุ่มเสี่ยง และระบุพื้นที่อาศัยของเด็ก พบว่า กลุ่มธงดวงและกลุ่มธงดวง					เหลือง ส่วนใหญ่อาศัยในเขตพื้นที่ ตำบลหนองกุงธนสาร อำเภอภูเวียง จำนวน 62 ราย			

คิดเป็นร้อยละ 21.75 และจำนวน 45 ราย
คิดเป็น ร้อยละ 23.68 ตามลำดับสำหรับกลุ่ม
ธงเขียว ภาวะเสี่ยงน้อย พบว่าส่วนใหญ่

อาศัยในเขตพื้นที่ ตำบลโคกสี อำเภอเมือง
จำนวน 294 รายคิดเป็นร้อยละ 23.13
ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนผลการประเมินจากแบบคัดกรอง เพื่อสนับสนุนการเลี้ยงดูเด็กตาม
มาตรฐานขั้นต่ำ จำแนกกลุ่มเสี่ยง และระบุพื้นที่อาศัยของเด็ก (n=1,746)

พื้นที่	กลุ่ม ธงแดง	ร้อยละ	กลุ่ม ธงเหลือง	ร้อยละ	กลุ่ม ธงเขียว	ร้อยละ	รวม	ร้อยละ
อ.เมือง	29	10.18	11	5.79	294	23.13	334	19.12
ต.โคกสี								
ต.พระลับ	16	5.61	2	1.05	32	2.52	50	2.86
อ.น้ำพอง	51	17.89	37	19.47	257	20.22	345	19.75
ต.น้ำพอง								
ต.บัวใหญ่	3	1.05	6	3.16	17	1.34	26	1.48
ต.วังชัย	37	12.98	41	21.58	224	17.62	302	17.29
อ.หนองเรือ	30	10.53	27	14.21	138	10.86	195	11.16
ต.จระเข้ม								
ต.โนนทอง	57	20	21	11.05	125	9.83	203	11.62
อ.ภูเวียง	62	21.75	45	23.68	184	14.48	291	16.66
ต.หนองกุง								
ธนสาร								
รวม	285	100	190	100	1,271	100	1,746	100

ปัญหาที่พบ 5 อันดับแรก ได้แก่
เด็กติดเกมส์จนรบกวนต่อชีวิตประจำวัน
จำนวน 300 รายคิดเป็นร้อยละ 17.18 อันดับ
2 รองลงมาคือ เด็กไม่ระวังอันตราย และพา
ตัวเองไปเสี่ยงอันตรายบ่อยครั้งจำนวน
286 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.38 อันดับ 3
สมาชิกในครอบครัว ใช้สารเสพติด หรือ ดื่ม
แอลกอฮอล์เป็นประจำจำนวน 285 ราย คิด

เป็นร้อยละ 14.78 อันดับ 4 เด็กเคยใช้สารเสพติด
บุหรี่ หรือ ดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ
จำนวน 230 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.17
อันดับ 5 ผู้ดูแล ใช้คำพูดประชดประชันเสียดสี
หรือคำทอที่หยาบคายรุนแรงเป็นประจำ
จำนวน 162 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.36

ด้านศักยภาพของผู้ปกครองและผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลใช้คำพูดประชดประชัน

เสียดสี หรือดำทอที่หายาบคายรุนแรงเป็นประจำมีจำนวนมากที่สุด จำนวน 162 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.70 รองลงมา ได้แก่ผู้ดูแลไม่สามารถควบคุมอารมณ์ และ/หรือ พฤติกรรมของตนเองได้จำนวน 122 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.54 และผู้ดูแลมีปัญหาด้านการเงิน มีหนี้สินจนไม่สามารถดูแลเด็กในชีวิตประจำวันได้จำนวน 120 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.48 ตามลำดับ

ผลการประเมินด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคมและครอบครัว พบว่า สมาชิกในครอบครัวใช้สารเสพติด หรือดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำมีจำนวนมากที่สุด จำนวน 285 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.48 รองลงมา ได้แก่มีการใช้ความรุนแรงในครอบครัว จำนวน 85 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.44 และครอบครัวไม่มีที่อยู่มีที่

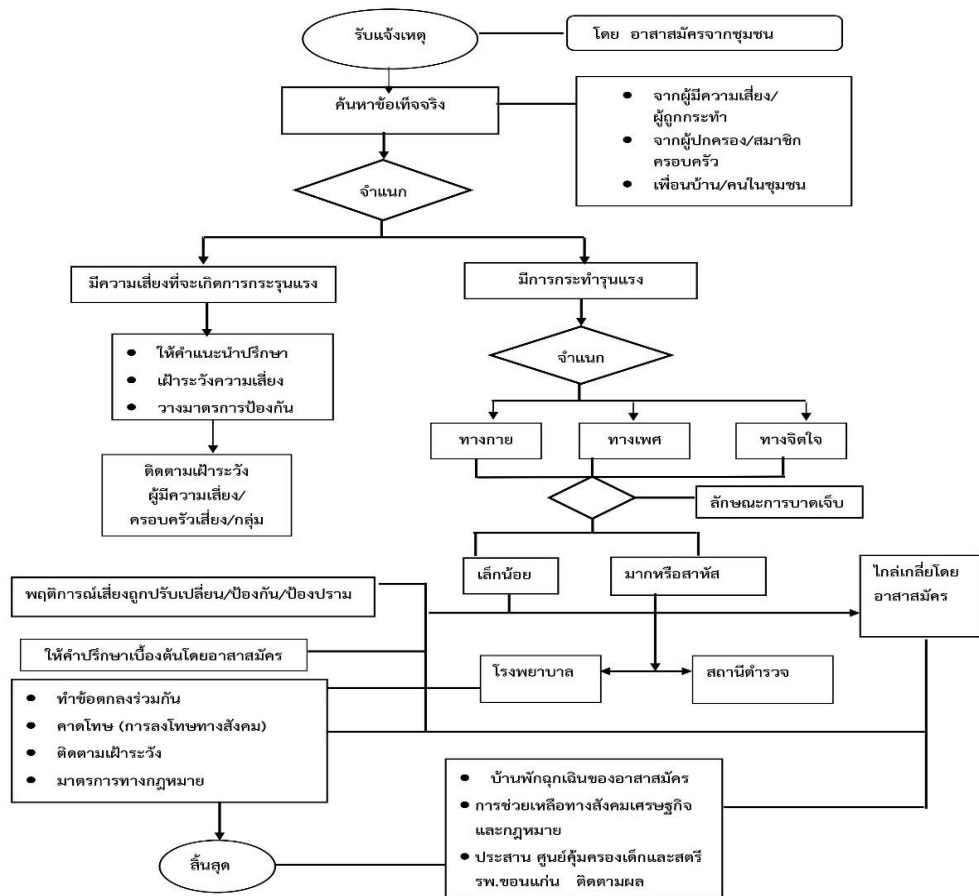
อยู่ไม่เป็นหลักแหล่ง หรือที่อยู่ไม่ปลอดภัย จำนวน 62 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.80 ตามลำดับ

ผลการศึกษาเชิงปฏิบัติการ แบ่ง

ออกเป็น 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ศึกษาจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง พบว่าการวิจัยเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการระบบการคุ้มครองเด็ก พบว่า ศูนย์พึ่งได้โรงพยาบาลขอนแก่นได้ดำเนินการในลักษณะการเรียนรู้ จัดทำแผนที่ยุทธศาสตร์ ฉบับปฏิบัติการ (SLM) การพัฒนาศูนย์พึ่งได้ Challenge: รพ.ปลอดภัย โรงเรียนลดความรุนแรง ชุมชนปลอดภัย แผน 5 ปี (2556-2560) จัดทำระเบียบวิธีปฏิบัติจากการระดมสมองจากการระดมสมองและความร่วมมือจากบุคลากรทุกระดับจากสหวิชาชีพ ดังแผนผังที่ 1

แผนผังที่ 1 การให้การดูแลเด็กและสตรีที่เสี่ยงหรือถูกกระทำรุนแรง ในชุมชน



ส่วนที่ 2 ศึกษารูปแบบการทำงานแบบสหวิชาชีพในการแก้ไขปัญหาเด็กกลุ่มเสี่ยงสูงและเด็กกลุ่มภาวะเสี่ยงฉุกเฉิน ในพื้นที่นำผลการสำรวจการเลี้ยงดูเด็กตามมาตรฐานขั้นต่ำ ค้นหาปัญหาเด็กที่อยู่ในภาวะเสี่ยง ช่วยเหลือและสนับสนุนให้เด็กได้รับการดูแลตามมาตรฐานขั้นต่ำ ได้มีการจัดประชุมกรณีศึกษาและหาแนวทางร่วมกันจำนวน 10 ราย

ส่วนที่ 3 มีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อ การประเมินความเสี่ยงเบื้องต้นเด็กในชุมชน มีการประชุมสหวิชาชีพทุกๆ วันอังคารสัปดาห์ที่ 4 มีการทำเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ร่วมกับสหวิชาชีพในเรื่องเกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อการกระทำ ความรุนแรง/ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ และมีกิจกรรมที่ทำร่วมกับชุมชน/หน่วยงาน/องค์กร

อื่นๆ เช่น กิจกรรมรณรงค์ยุติความรุนแรง หรืออื่นๆ เป็นต้น

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

เด็กที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อปัญหาสังคมและความรุนแรง ได้แก่ การติดเกมส์ และรบกวนต่อการใช้ชีวิต และมีผลกระทบต่อการเรียน การพักผ่อน ซึ่งเป็นปัญหาผลกระทบตามมาจากยุคสังคมดิจิทัลและโลกโซเชียล ส่งผลการควบคุมอารมณ์ พฤติกรรม อาจนำไปสู่ปัญหาด้านจิตใจ อารมณ์ ดังนั้นรูปแบบการทำงานเพื่อสนับสนุนกลไกการเฝ้าระวังการทารุณกรรม เด็กควรพัฒนารูปแบบการทำงานกับ ครอบครัว โรงเรียน ชุมชนและบูรณาการหลายภาคส่วนเพื่อการดำเนินงาน การป้องกัน แก้ไขปัญหา นอกจากนี้ควรนำผลที่ได้นำไปสู่การจัดทำแผนงานกิจกรรมการดำเนินการเพื่อการเฝ้าระวังการสืบข้อเท็จจริง การคุ้มครองสวัสดิภาพ การบำบัดและการฟื้นฟูพัฒนา การป้องกัน ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องมือแบบคัดกรองเพื่อสนับสนุนการเลี้ยงดูเด็ก ตามมาตรฐานขั้นต่ำ Child maltreatment surveillance tool (CMST) แนวคิดและหลักการของแบบคัดกรองเพื่อสนับสนุนการเลี้ยงดูเด็กตามมาตรฐานขั้นต่ำ ซึ่งเป็นเรื่อง

ใหม่ ของสังคมไทย แม้ว่า พ.ร.บ คุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546 มีการบังคับใช้กฎหมายมาแล้ว กว่า 13 ปี และมีการประกาศกฎหมาย กฎกระทรวง เพื่อสนับสนุนการเลี้ยงดูเด็ก ตามมาตรฐานขั้นต่ำตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2549 ส่วนใหญ่ประชาชนยังขาดความรู้เรื่องการ คุ้มครองเด็กและการเลี้ยงดูเด็กให้เป็นไปตาม มาตรฐานขั้นต่ำควรมีการอบรมให้มีความรู้ ความเข้าใจและสามารถไปใช้ประโยชน์ใน การประเมินแก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง 3) ควรขยาย พื้นที่ให้ครอบคลุม ทุกอำเภอจัดทำหลักสูตร Training บุคลากรวิชาชีพที่เกี่ยวข้องและ อาสาสมัครในชุมชนจัดอบรมความรู้เรื่อง พ.ร.บ.คุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ขอขอบคุณ นายแพทย์ชาญชัย จันทรรักษ์กุล ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ขอนแก่น เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบศูนย์พึ่งได้ อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำงาน สาธารณสุขอำเภอหนองเรือ โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลจระเข้ โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนทอง โรงพยาบาล น้ำพอง โรงพยาบาลภูเวียง โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกุงชนสาร และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกสี องค์การบริหารส่วนตำบลพระลับคุณบุญ พลอย ตูลาพันธ์ และคุณอชิมา เกิดกล้า สำนักบริหารการสาธารณสุข ทีมผู้เชี่ยวชาญ ที่ทำงานด้านการคุ้มครองเด็กในประเทศไทย

ภายใต้ศูนย์คืนฝัน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่ปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้ตลอดจนได้กรุณาให้คำแนะนำในการแก้ไขปรับปรุงข้อบกพร่องต่างๆและให้คำแนะนำการใช้เครื่องมือให้ถูกต้องสมบูรณ์ยิ่งขึ้นในการเก็บข้อมูลการทำวิจัยฉบับนี้

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. World Health Organization Child Maltreatment Violence and Injury Prevention in Child Maltreatment (child abuse) Administration on Children, Youth and Families 330 C Street, SW, Washington, D.C. 2016; 15-24.
2. National Statistical Office and UNICEF Thailand surveying the situation of children and women In the Bangkok community, 2016. **The complete report** Bangkok 2017; 19-244.
3. Public Health Administration Division Office of the Permanent Secretary Data Analysis Report of One Stop Crisis Center, 2007-2015, **Nonthaburi: New Plain Printing Co.,** 2015 C15-70.
4. Prapaphan Chucharoen, PanratNimtung. Research reports the study of the situation of violence against children in the family in order to prevent violence Office of Health Promotion Fund, copy documents Unknown, printed. 2007; 15-103.
5. Foundation for the Protection of Children Rights. **Multidisciplinary team work manual in child protection process.** Bangkok: Foundation for the Protection of Children Rights. 2003; 11-276.
6. Public Health Administration Office of the Permanent Secretary Practice guidelines for helping children and women who have been abused in a provincial network, **Khon Kaen. Phra Thamkhan Press.** 2006; 71 -100.
7. ChanyaphonRattanakosol, Yaowaret Khammanat, OrapinNawaphongsakom. Integrating work to help children and women. Violent In the group of Roi Kaen Sin La Sin One Stop Crisis Center, KhonKaen Hospital. **Copy documents Unknown, printed.** 2014; 7 -79.
8. Office of the Attorney General Office of the Royal Initiative of Her Royal Highness Princess Bajrakitiyapha Relevant laws and regulations for use in operations Office of Public Prosecutor Region 4. **Copy document Unspecified.** 2016; 9 -120.

9. Department of Children and Youth Affairs, & Ministry of Social Development and Human Security. Handbook and agreement on the protection and assistance of children at risk and the victims of abuse, neglect, neglect, exploitation and violence. Bangkok: Department of Children and Youth Affairs. 2017; 272: 21-56.
10. Aphinya Wetchayachai, research report on social welfare assessment for children who have been abused, Health Systems Research Institute Bangkok. Copy document, unspecified. 2003, 254; 29-85.

การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา: กรณีศึกษา 2 ราย

สมใจ แสงสร้อย¹

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นกรณีศึกษา (case study) ประชากรที่ศึกษาคือ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการดำเนินของโรค เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และผลลัพธ์การพยาบาล เลือกแบบเจาะจง 2 รายที่มีการรับรู้และการดูแลตนเองแตกต่างกัน ซึ่งเบาหวานขึ้นจอประสาทตา เป็นภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน ทำให้เส้นเลือดที่จอประสาทตาได้รับความเสียหายและเลือดไหลเวียนผิดปกติ ในช่วงแรกอาจมองเห็นผิดปกติเล็กน้อย หากปล่อยไว้ไม่รักษา อาจทำให้สูญเสียการมองเห็นได้ ผลการศึกษาผู้ป่วย 2 ราย แตกต่างกันที่ความสม่ำเสมอในการติดตามการรักษา การควบคุมโรค การจัดการตนเองเกี่ยวกับโรค เกิดภาวะแทรกซ้อนคือมีภาวะเบาหวานขึ้นตาอย่างรุนแรง เมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนการดูแลจัดการกับโรคของผู้ป่วย การดูแลช่วยเหลือโดยพยาบาลจึงต้องมีความเหมาะสม และควรต้องเป็นพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญ ผ่านการฝึกทักษะเฉพาะทาง ซึ่งได้ทบทวน และนำใช้หลักการเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบการวางแผนการพยาบาล เพื่อให้เกิดการเรียนรู้การจัดการตนเองของผู้ป่วยที่ต่อเนื่อง ประกอบกับการพัฒนาทีมงาน และคำนึงถึงผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปผลการศึกษาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาศักยภาพทีม แนวทางการประเมินผู้ป่วยและใช้เป็นแนวทางดูแลผู้ป่วยกลุ่มภาวะแทรกซ้อนทางตาอื่นได้

คำสำคัญ: การพยาบาล, เบาหวานขึ้นจอประสาทตา

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลขอนแก่น

Corresponding Author: Somjai Sangsoi. Email: somjai_pig@hotmail.com

NURSING OF DIABETIC RETINOPATHY IN DIABETES PATIENTS: CASE SERIES 2 CASES

Somjai Sangsoi¹

ABSTRACT

This case study of Diabetic Retinopathy. Comparative case study 2 cases. The first is a woman with underlying disease, high blood pressure, diabetes detected together. Self-care and continuing treatment control sugar level, the second person is male, had been diagnosed with diabetes, had to stop treatment, for 10 years. That time, with high blood sugar together with severe diabetes. And missing an appointment to follow up with regular treatment cannot control sugar levels. When the patient has such complications, if appropriate screening is performed by a nurse with expertise and have applied the nursing process in the nursing plan to cover the information plan continuous care have teamwork based on patients and families as the center. To help patients to be safe, resulting in better quality of life for patients to improve personnel potential assessment. In additional, the result can be adapted with other eye complication methodology

Key words : Nursing Care, Diabetic Retinopathy

¹Registered Nurse, Professional Level, Nurseing Organization, Khon Kaen Hospital

บทนำ (Introduction)

ภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา (Diabetic Retinopathy) เป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานที่พบได้บ่อย และมีความสำคัญ เพราะหากปล่อยทิ้งไว้ไม่ได้รับการรักษา ทำให้ผู้ป่วยตาบอดได้¹ ประเทศไทยความชุกของภาวะเบาหวานขึ้นจอตาพบได้ร้อยละ 21.6 ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (DM type 2) 24.0-31.4² และพบการตาบอดร้อยละ 2³ สถิติห้องตรวจจักษุโรงพยาบาลขอนแก่นย้อนหลังจาก 2560-2561 พบผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจตา 2,888 และ 4,784 ราย ตรวจรักษาด้วยการยิงเลเซอร์ 142 และ 156 ราย และฉีดยาเข้าน้ำวุ้นตา 313 และ 375 ราย ตามลำดับ⁴

กลไกการเกิดเบาหวานขึ้นตา เกิดจากระดับน้ำตาลในเลือดที่เพิ่มสูงขึ้นเป็นเวลานาน ส่งผลให้เส้นเลือดฝอยที่ไปเลี้ยงจอประสาทตาอุดตันเกิดจอประสาทตาขาดเลือดกระตุ้นให้เกิดการสร้างหลอดเลือดใหม่ (Neovascularization) ซึ่งหลอดเลือดใหม่เหล่านี้มีลักษณะเปราะและแตกง่ายทำให้เลือดหรือสารน้ำอื่นๆ รั่วไหลเข้าจอประสาทตา¹⁰ทำให้เกิดเลือดออกในจอประสาทตาและเกิดพังผืด ดึงรั้งจอประสาทตาหลุดลอกได้ นอกจากนี้ ระดับน้ำตาลที่สูงยังสามารถทำให้เกิดเลนส์ตาทึบ ส่งผลให้การมองเห็นไม่ชัดเจนคล้ายคนสายตาสั้น หากระดับน้ำตาลขึ้นๆ ลงๆ ไม่คงที่ ก็จะเป็นสาเหตุให้คนที่เบาหวานนั้นบางวันมอง

ชัด บางวันมองไม่ชัด หรือมีค่าสายตาเปลี่ยนแปลงได้

การแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา

1. No Diabetic Retinopathy (No DR) หมายถึงจอประสาทตাপกติไม่มีเบาหวานขึ้นจอประสาทตา

2. Mild Non-Proliferative Diabetic Retinopathy (Mild NPDR) หมายถึงตรวจพบหลอดเลือดฝอยโป่งพองเพียงอย่างเดียว

3. Moderate Non-Proliferative Diabetic Retinopathy (Moderate NPDR) หมายถึงภาวะที่ตรวจพบว่า มีจุดเลือดออกที่จอประสาทตา หลอดเลือดฝอยโป่งพองทำให้ควบคุมการไหลเวียน ของสารน้ำไม่ได้ โปรตีนในพลาสมารั่วออกนอกหลอดเลือด จับตัวแข็งเกิดเป็น ก้อนสีขาวเหลืองขอบเขตชัดเจน

4. Severe Non-Proliferative Diabetic Retinopathy (Severe NPDR) หมายถึง การตรวจพบความผิดปกติอย่างใด อย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ มีเลือดออกในจอตามากกว่า 20 จุด ในแต่ละส่วนของจอตา พบหลอดเลือดทำขยายตัวเป็นจุดๆ เกิดลักษณะเป็นปูขาวคล้ายปูยัสสาลีขอบเขตไม่ชัดเจน มีความผิดปกติของหลอดเลือดฝอยในจอประสาทตา

5. Proliferative Diabetic Retinopathy (PDR) หมายถึง ภาวะการขาดเลือดในจอประสาทตาอย่างรุนแรงจนเกิดการสร้างหลอดเลือดใหม่ ที่ขรุขระประสาทตา ที่จอ

ประสาทตา ซึ่งหลอดเลือดใหม่นี้ ทำให้เกิดพังผืดดำที่งอกขึ้นจะเกิดอาการต้อกระจกประสาทตาให้หลุดลอก และมีเลือดออกในน้ำวุ้นลูกตา

แนวทางวิธีรักษาเบาหวานเข้าจอประสาทตา แบ่งเป็น 3 วิธีหลักๆ ได้แก่

1. การยิงเลเซอร์ที่จอประสาทตา เป็นวิธีมาตรฐานในการรักษาโดยมีข้อบ่งชี้คือเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาระยะที่มีการสร้างหลอดเลือดใหม่และที่มีจุดรับภาพชัดบวม เลเซอร์จะทำให้หลอดเลือดงอกใหม่ที่ผิดปกติฝ่อส่งผลให้จอประสาทตายุบบวมและป้องกันการเกิดเลือดออกในจอตา การรักษาด้วยเลเซอร์นั้นต้องแบ่งยิงหลายครั้งเพื่อป้องกันภาวะจอประสาทตาบวมจากเลเซอร์

2. การฉีดยาเข้าในน้ำวุ้นตา เป็นวิธีใหม่โดยการฉีดยาที่มีคุณสมบัติลดการรั่วของหลอดเลือดและทำให้หลอดเลือดเกิดใหม่ฝ่อลง ยาที่ใช้ปัจจุบันมี 2 กลุ่มคือ ยาสเตียรอยด์และยาต้านการสร้างหลอดเลือดใหม่ (anti-vascular endothelial growth factor) การรักษาด้วยวิธีนี้ได้ผลค่อนข้างดีแต่ฤทธิ์ของยาอยู่ได้ไม่นานและมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้แก่ การอักเสบติดเชื้อเลือดออกในน้ำวุ้นตา จอตาหลุดลอกนอกจากนี้ยาสเตียรอยด์ยังทำให้เกิดต้อกระจกและต้อหินได้

3. การผ่าตัดจอประสาทตา ใช้ในกรณีที่เบาหวานเข้าจอประสาทตาระยะ

รุนแรง เช่น มีพังผืดดึงจอประสาทตาให้หลุดลอก หรือมีเลือดออกในน้ำวุ้นตา

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา เกิดได้จากหลายปัจจัย เช่น ระยะเวลาการป่วยเบาหวาน^{5,6,7,8} โปรตีนรั่วในปัสสาวะ^{6,7} ระดับน้ำตาลในเลือดวิธีรักษา⁹ ความดันโลหิตสูง ดัชนีมวลกายระดับไขมันในเลือดสูง⁵ เพศชาย⁹ จากการทบทวนวรรณกรรมย้อนหลัง 5 ปี มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับความชุกของโรคพบว่าขึ้นกับอายุผู้ป่วยระยะเวลาเจ็บป่วย การควบคุมระดับน้ำตาลรวมถึงระดับน้ำตาลสะสม²³ ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานยังเป็นนานก็ยิ่งมีความเสี่ยงสูงการไม่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต ไขมันในเลือดและปัจจัยอื่นๆ ที่เพิ่มความเสี่ยงทำให้เกิดภาวะเบาหวานขึ้นตามากขึ้น ผู้ป่วยที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในระยะรุนแรง จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยเลเซอร์และการฉีดยาเข้าในน้ำวุ้นตา เพื่อหยุดการเจริญเติบโตของหลอดเลือดงอกใหม่ (Neovascularization) และลดการบวมของจุดรับภาพ (Diabetic Macular Edema) การรักษาโดยการผ่าตัด ทำในรายที่มีจอตาหลุดลอก (Retinal Detachment) เพื่อช่วยให้การมองเห็นดีขึ้น ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างเป็นสุขและมีชีวิตยืนยาวพยาบาลต้องมีความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขา เข้าใจพยาธิสภาพของโรค สามารถประเมินภาวะแทรกซ้อน

ติดตามอาการให้การช่วยเหลืออย่างทันท่วงที รวมทั้งให้ความรู้คำแนะนำการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ศึกษาจึงเลือกศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยเบาหวาน 2 รายที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์ (Objective)

เพื่อศึกษาการดำเนินของโรค เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์การพยาบาล

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

เป็นกรณีศึกษา (case study) เลือกแบบเจาะจงในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาเข้ารับการรักษาที่ห้องตรวจจักษุ โรงพยาบาลขอนแก่น พ.ศ.2561 จำนวน 2 ราย มีความแตกต่างกันชัดเจนในด้านการรับรู้ภาวะเจ็บป่วย การตระหนักถึงการดูแลตนเองเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย การสัมภาษณ์การสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูลการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลลัพธ์การพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีแบบแผนสุขภาพของ Gordon เป็นกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา มีการเปรียบเทียบข้อมูล การประเมินภาวะสุขภาพ การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การรักษา

การวินิจฉัยการพยาบาล ในผู้ป่วยที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา 2 ราย

ผลการศึกษา (Result)

ผู้ป่วยรายที่ 1 เป็นเพศหญิง อายุ 59 ปี รับยารักษาโรคเบาหวานสม่ำเสมอเป็นเวลา 7 ปี ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี และตาขวามีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาเล็กน้อย ตาซ้ายมีภาวะเบาหวานขึ้นตาระดับรุนแรง ได้รับการรักษาโดยการยิงเลเซอร์ที่ตาซ้าย และให้ควบคุมระดับน้ำตาลไขมันและความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติรับประทานยาสม่ำเสมอ และมาติดตามการรักษาตามนัดทุกครั้ง จะเห็นว่าโรคสัมพันธ์กับระยะเวลาเจ็บป่วย อายุ²

รายที่ 2 เป็นเพศชาย อายุ 45 ปี ตรวจพบว่าเป็นเบาหวานเบาชนิดที่ 2 เมื่ออายุ 35 ปี หยุดยาเอง 10 ปี มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาระยะรุนแรง ไม่มาตรวจตามนัด รักษาโดยการฉีดอินซูลิน ยิงเลเซอร์ตา 2 ข้าง รวม 3 ครั้ง และฉีดยาเข้าวุ้นตา 3 ครั้ง ผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ การมาตรวจติดตามการรักษาต่อเนื่อง ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดี รายนี้พบว่าโรคสัมพันธ์กับระยะเวลาเจ็บป่วยเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง และค่าน้ำตาลสะสม^{10,11} ผลการศึกษาในครั้งนี้ ใช้เป็นข้อมูลประกอบแนวทางการพัฒนาการให้การพยาบาลเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา

ทั้งด้านการตรวจคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานทุกราย ร่วมกับการได้รับการวินิจฉัยและการดูแลรักษา รวมถึงพยาบาลเป็นผู้นำด้านสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วย ตระหนักถึงวิธีป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เพื่อลดการสูญเสียตาอย่างถาวรได้ อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ด้วยโรคเบาหวานเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง จนเกิดภาวะแทรกซ้อนเบาหวานขึ้นจอประสาทตา หากผู้ป่วยมีการรับรู้ มีความ

ตระหนักในภาวะเจ็บป่วยของตน เพื่อจะได้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ผู้ศึกษาได้นำกรอบแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนสุขภาพทั้ง 11 แบบแผนของ Gordon มาเป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ การพยาบาลที่ให้และการดูแลต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ดังต่อไปนี้

11 แบบแผนสุขภาพ Gordon	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
แบบแผนที่ 1 การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลสุขภาพ	1. มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง 2. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังทำเลเซอร์	1. มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง 2. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังทำเลเซอร์ 3. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะและหลังฉีดยาเข้าน้ำวุ้นตา
แบบแผนที่ 2 โภชนาการ	1. มีโอกาสเกิดภาวะ hyperglycemia 2. มีโอกาสเกิดภาวะ hypoglycemia	1. มีโอกาสเกิดภาวะ hyperglycemia 2. มีโอกาสเกิดภาวะ hypoglycemia
แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเอง	. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่เนื่องจากขาดความเข้าใจแผนการรักษา	. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่เนื่องจากขาดความเข้าใจแผนการรักษา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล

1. การพยาบาลเพื่อป้องกัน

ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (hyperglycemia)

ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (hyperglycemia) มักไม่มีอาการในช่วงแรก จะเริ่มมีอาการเมื่อระดับน้ำตาลสูงเกิน 200 mg เช่นอาการปัสสาวะบ่อย ตามัว กระหายน้ำ ปวดศีรษะ เหนื่อยง่าย ถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกวิธีอาจเกิดภาวะเลือดเป็นกรดจากการสะสมของสารคีโตน (Ketones) ซึ่งเป็นของเสียในเลือดและปัสสาวะ จะมีอาการหายใจสั้น สับสน ปวดท้อง คลื่นไส้อาเจียน

วัตถุประสงค์ เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงปกติจะ ลดภาวะแทรกซ้อนจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง

บทบาทพยาบาล แนะนำส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารรับประทานยาตามแผนการรักษาและมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ

2. การพยาบาลเพื่อป้องกัน

ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemia)

ภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด (hypoglycemia) เป็นภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลัน สาเหตุหลักเนื่องมาจาก ผู้เป็นเบาหวานได้รับอินซูลินหรือยารักษาเบาหวานชนิดรับประทาน ที่ออกฤทธิ์กระตุ้นให้ร่างกายหลั่งอินซูลินเพิ่มขึ้นมากเกินไป หรือเกิดจากสาเหตุอื่น เช่น รับประทานอาหาร น้อยเกินไป รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา หรือไม่

รับประทานอาหาร หรือถึงระยะรับประทานอาหาร หลังฉีดอินซูลินนานเกินไป

วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดและช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด

บทบาทพยาบาล ประเมินอาการน้ำตาลต่ำในเลือด เฝ้าระวังอาการน้ำตาลต่ำในเลือด ช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด แนะนำผู้ป่วยเรื่องการรับประทานยาเบาหวานและการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง

3. การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะอันตรายจากภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา

ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานจะมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงผิดปกติ ส่งผลให้ผนังหลอดเลือดฝอยเสื่อมทั่วร่างกายรวมทั้งหลอดเลือดที่จอประสาทตาด้วย เลือดและสารต่างๆ จะรั่วซึมออกจากหลอดเลือดที่ผิดปกติเหล่านี้และทำให้เกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานขึ้นจอประสาทตาระยะแรกจะไม่มีอาการผิดปกติ ถ้าปล่อยไว้นานโดยไม่ได้รับการรักษาโรคจะลุกลามมากขึ้นเกิดเลือดออกที่จอประสาทตาจอประสาทตาหลุดลอกส่งผลทำให้ตาบอดถาวรได้

วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายต่อผู้ป่วยเบาหวาน

บทบาทพยาบาล แนะนำส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อ

ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด ความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติและพัฒนาระบบบริการการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจจอประสาทตาอย่างน้อยปีละครั้ง เพราะถ้าพบความผิดปกติแต่เนิ่น ๆ จะช่วยลดความรุนแรงที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้

4. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในระยะรุนแรงที่รับการรักษาโดยการยิงเลเซอร์

ยิงเลเซอร์เบาหวานขึ้นตาเป็นการยิงแบบ panretinal laser photocoagulation ซึ่งเป็นกระบวนการที่มีการยิงเลเซอร์เข้าไปที่หลอดเลือดบริเวณจอประสาทตาทำให้เกิดความร้อนจากนั้นจะทำให้เกิดการแตกของเซลล์ และเซลล์ตายตามมาซึ่ง ข้อดีก็คือ จะทำให้หลอดเลือดใหม่ที่สร้างขึ้นฝ่อลง ส่งผลให้จอประสาทตา ยุบบวมและป้องกันเลือดออกในตา ผู้ป่วยจะมองเห็นดีกว่า

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยพร้อมก่อนเลเซอร์และปฏิบัติตัวถูกต้องหลังทำเลเซอร์ลดภาวะแทรกซ้อนหลังทำเลเซอร์

บทบาทพยาบาล เตรียมผู้ป่วยให้พร้อมก่อนทำเลเซอร์ ช่วยแพทย์ขณะทำเลเซอร์ให้การพยาบาลหลังทำเลเซอร์ สังเกตอาการหลังทำเลเซอร์เช่นอาการปวดตาให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังทำเลเซอร์ นัดหมายผู้ป่วยให้มาตรวจครั้งต่อไป แนะนำอาการสำคัญที่ต้องมาก่อนนัด

5. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในระยะรุนแรงที่ได้รับการรักษาโดยการฉีดยาเข้าในวุ้นตา การฉีดยาเข้าในวุ้นตา (Intravitreal Anti-VEGF agent) เป็นการรักษารับภาพบวมจากเบาหวาน โดยการฉีดยาเข้าในวุ้นตายาจะไปยับยั้งการเจริญเติบโตของเส้นเลือดงอกใหม่ (Neovascularization) ลดการรั่วซึมของหลอดเลือดและลดอาการบวมของจอประสาทตา ยาที่นิยมใช้คือยา Avastin การรักษานี้จะได้ผลดีกว่าการรักษาโดยการยิงเลเซอร์ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบได้ เช่น การติดเชื้อ การแพ้ยา การมีเลือดออก

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยพร้อมก่อนฉีดยาปฏิบัติตัวถูกต้องขณะฉีดยาและหลังฉีดยาลดภาวะแทรกซ้อนจากการฉีดยา

บทบาทพยาบาล เตรียมผู้ป่วยให้พร้อมก่อนฉีดยา ช่วยแพทย์และเฝ้าระวังอาการขณะฉีดยา สังเกตอาการหลังฉีดยา เช่นอาการปวดตา ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังฉีดยา นัดหมายผู้ป่วยให้มาตรวจครั้งต่อไป แนะนำอาการสำคัญที่ต้องมาก่อนนัด

6. การพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลไม่เข้าใจแผนการรักษาของผู้ป่วยและญาติ

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจแผนการรักษาลดความวิตกกังวลให้ความร่วมมือในการรักษา

บทบาทของพยาบาล อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค

แผนการรักษา ขั้นตอนการรักษา ผลการรักษา
ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในการรักษา
การปฏิบัติตัวก่อนขณะและหลังทำหัตถการ
อาการสำคัญที่ต้องมาก่อนนัด

7. การวางแผนการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

ต้องมีการเตรียมครอบครัว เตรียม
ผู้ดูแลหลัก เพื่อมารับการสอนคำแนะนำการ
ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การสังเกต อาการ
ผิดปกติ การมาตรวจตามแพทย์นัด ตลอดจน
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทาน
อาหารและการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับ
น้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด และ
ความดันโลหิต ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เพื่อลด
ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

กรณีศึกษาเปรียบเทียบกับ รายที่ 1 ซึ่ง
มีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง แล้วตรวจ
พบเบาหวานร่วม มีการดูแลตนเองรับการ
ตรวจรักษาต่อเนื่อง รายที่ 2 ตรวจพบว่าเป็น
เบาหวานตอนอายุน้อยและรักษาไม่ต่อเนื่อง
หยุดยาเองมา 10 ปี ตรวจพบน้ำตาลในเลือด
สูงร่วมกับค่าระดับน้ำตาลในเลือดสะสม
(HbA1C) ในระดับสูง สอดคล้องกับ
การศึกษาของกรทิพย์ มิตรวงษา, 2555¹¹
ร่วมกับผู้ป่วยมีค่าระดับน้ำตาลในเลือด
สะสม (HbA1C) ในระดับสูง ดังเช่น

งานวิจัยของขวัญเรือน วรเทศะ, 2555¹²
วิธีที่จะรู้ว่าเป็นเบาหวานขึ้นจอประสาทตา
หรือไม่ นั่นคือการตรวจจอประสาทตาใน
ผู้ป่วยเบาหวาน โดยควรได้รับการตรวจ
ตาปีละ 1 ครั้ง อย่าปล่อยผู้ป่วยต้องตา
บอดเพราะเบาหวาน นอกจากนี้ในบทบาท
ของพยาบาล สามารถที่จะดำเนินการจัดการ
คัดกรองค้นหาผู้ป่วยกลุ่มที่มีโอกาสเสี่ยง ที่
จะเกิดโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตาได้ ซึ่ง
สอดคล้องกับการศึกษาของ วิจิต ปรวรางกูร,
2560¹³ ดังนั้นการบริหารจัดการทรัพยากรที่มี
อยู่และการจัดระบบบริการ เพื่อให้ผู้ป่วย
เบาหวานได้รับการคัดกรองจอประสาทตา
ตลอดจนการส่งต่อผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มี
ภาวะแทรกซ้อนทางตาพบจักษุแพทย์เพื่อให้
ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม
ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

การศึกษาในครั้งนี้สำเร็จลงได้
ด้วยดี เนื่องจากได้รับความช่วยเหลือเป็น
อย่างดีจากหลายๆ ฝ่าย โดยเฉพาะทีมกลุ่ม
ภารกิจด้านการพยาบาล และทีมจักษุแพทย์
ที่ให้คำแนะนำ และพัฒนาระบบการคิด
วิเคราะห์อย่างเป็นระบบ และช่วยแก้ไข
ข้อบกพร่องต่างๆ ขอขอบคุณผู้ป่วยโรคเบาหวาน
ที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาทุกคน
ขอบคุณเจ้าหน้าที่ทุกฝ่ายของโรงพยาบาล
ขอนแก่น ที่มีส่วนช่วยอำนวยความสะดวกใน
การทำการศึกษานี้ในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. World Health Organization. **World Health Statistics 2015**. [cite October 31 2019] available from: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2015.
2. Sompopsakul A, Euayaporn Y, Sukchan P, et al. Prevalence and risk factors of diabetic retinopathy among registered diabetic patient in Songkhla general hospital. **Journal of the Narathwat Rajanagar University**. 2012; 4 (3).
3. Intaravichiankacha S. Factors related to self-care behavior of diabetic patients who come to service at the Tambon Health Promotion Hospital, Province Ubon Ratchathani. **Public Health Technical Officer Professional Level Ubonratchathani Provincial Public Health Office**. 2012; 7 (2).
4. Information. **Patient statistics**, Khon Kaen Hospital. KhonKaen. 2017.
5. Chen MS, Kao CS, Chang CJ, Wu TJ, Fu CC, Chen CJ, et al. Prevalence and risk factors of diabetic retinopathy among noninsulin-dependent diabetic subjects. **Am J Ophthalmol**. 1992; 114(6): 723-30.
6. Cai XL, Wang F, Ji LN. Risk factors of diabetic retinopathy in type 2 diabetic patients. **Chin Med J (Engl)**. 2006; 20; 119(10): 822-6.
7. Dowse GK, Humphrey ARG, Collins VR, Plehwe W, Gareeboo H, Fareed D, et al. Prevalence and risk factors for diabetic retinopathy in the multiethnic population of Mauritius. **Am J Epidemiol**. 1998; 147(5): 448-57.
8. Lim A, Stewart J, Chui TY, Lin M, Ray K, Lietman T, et al. Prevalence and risk factors of diabetic retinopathy in a multi-racial underserved population. **Ophthalmic Epidemiol**. 2008; 15(6): 402-9.
9. Pradeepa R, Anitha B, Mohan V, Ganesan A, Rema M. Risk factors for diabetic retinopathy in a South Indian Type 2 diabetic population in the Chennai Urban Rural Epidemiology Study (CURES). **Diabet Med**. 2008; 25(5): 536-42.
10. Wongsittirak S. **Common Ophthalmic Diseases**. Nursing Textbook, Eye Practice. Bangkok: Department of Ophthalmology Faculty of Medicine, Thammasat University. 1998.
11. Mitwongsa G. **Incidence of diabetic retinopathy in Mukdahan province**.

- The medical research Mukdahan hospital [interne] . 2012. [cited October 31 2019] available from: <http://www.mukhos.go.th/sit/?name=research&file=readresearch&id=6>.
12. Worratach K. Metabolic factors affecting diabetic retinopathy of type 2 diabetic patients In Phetchabun Hospital. **Journal of Health Systems Research and Development**. 2012; 5 (1): 10-23.
 13. Pawaranggoon W. Prevention of diabetic retinopathy in type 2 diabetic Patients Nunah Hospital Bangkok. **Chiangrai Medical Journal**. 2018; 9(2): 73-81.

ข้อแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

1. คำแนะนำสำหรับผู้เขียน (Instructions for the Authors)

วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น (Journal of Khon Kaen Provincial Health Office) จัดทำขึ้นเพื่อเผยแพร่ บทความวิจัย (Research Article) บทความวิชาการ (Academic Article) บทความปริทัศน์ (Literature Review Article) ตลอดจนองค์ความรู้ ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสุขภาพ การแพทย์ฉุกเฉินและคุ้มครองผู้บริโภค ระบบสุขภาพและการประเมินผลโครงการด้านสุขภาพ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่ายด้านสุขภาพ บทความวิชาการทางด้านการแพทย์ โดยทุกบทความได้รับการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จากภายในและภายนอกสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น มีกำหนดตีพิมพ์ปีละ 2 ฉบับ เพื่อเผยแพร่ผลงานการวิจัย แลกเปลี่ยนแนวคิดองค์ความรู้ด้านการวิจัยของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขออกสู่สาธารณะ

2. ข้อกำหนดในการเตรียมต้นฉบับ

2.1 ต้นฉบับหน้าเดียวบนกระดาษขนาด เอ 4 ความยาวไม่เกิน 12 หน้ากระดาษ (รวมเนื้อหาทุกส่วน)

2.2 กรอบของข้อความ ขอบบน 1.5 นิ้ว ขอบล่าง 1 ซม. ขอบซ้าย 1.5 นิ้ว ขอบขวา 1 นิ้ว

2.3 ตัวหนังสือใช้ TH Sarabun ขนาด 16 point

3. การเรียงลำดับเนื้อหา

3.1 ชื่อเรื่อง (Title)

- ภาษาไทย ขนาด 18 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
- ภาษาอังกฤษ ขนาด 18 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง

3.2 ชื่อผู้เขียน (Authors)

- ชื่อผู้เขียน (ทุกคน) ภาษาไทย-ภาษาอังกฤษ ชื่อวุฒิการศึกษา ขนาด 14 point
ตัวหนา จัดชิดขวา ใต้ชื่อเรื่อง
- ตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงาน ผู้เขียน ภาษาไทย-ภาษาอังกฤษ ขนาด 14 point
ตัวหนา จัดชิดซ้าย ทำยบทศด้อย
- E-mail address ของผู้รับผิดชอบประสานงาน (Corresponding author)
ทำยบทศด้อย ต่อจากตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงาน

3.3 บทคัดย่อ (Abstract)

- ชื่อบทคัดย่อ และ abstract ขนาด 16 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
- ข้อความบทคัดย่อภาษาไทย ภาษาอังกฤษ ขนาด 16 point ตัวธรรมดา กำหนดขีดขอบ ความยาวภาษาไทยไม่เกิน 300 คำ

3.4 คำสำคัญ (Keyword)

- ให้พิมพ์ต่อท้ายบทคัดย่อ (Abstract) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 5 คำ ขนาด 16 point โดยจะต้องไม่เป็นชื่อเดียวกันกับชื่อเรื่อง

3.5 บทนำ (Introduction)

- บรรยายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย ศึกษา ค้นคว้า งานวิจัยของผู้คนที่เกี่ยวข้องวัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมติฐาน และขอบเขตของการวิจัย

3.6 วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

- ประกอบไปด้วย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง, เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย, การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ, วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล, การวิเคราะห์ข้อมูล, สถิติที่ใช้ในการวิจัย, การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

3.7 ผลการวิจัย (Result)

- อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัยโดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์แล้วสรุปตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานที่ตั้งไว้

3.8 อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

- การเขียนอภิปรายผล ในประเด็นหลักที่ตอบวัตถุประสงค์การวิจัย พร้อมแสดงเหตุผลสนับสนุนผลการวิจัย
- สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะในการนำผลงานการวิจัยไปใช้ประโยชน์หรือให้ข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป

3.9 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

3.10 เอกสารอ้างอิง (Reference)

- ใช้การอ้างอิงแบบตัวเลขตามระบบ Vancouver
- การอ้างอิงในเนื้อเรื่อง (In-Text citation) ใช้ตัวเลขอารบิก แทนลำดับเอกสารที่

อ้างอิง โดยใช้ตัวเลขเหนือบรรทัด (Superscript) ไว้ท้ายข้อความที่ต้องการอ้างอิง โดยไม่มีวงเล็บ หากต้องการอ้างอิงเอกสารที่เคยอ้างแล้วซ้ำอีกครั้ง ให้ใส่หมายเลขเดิมที่เคยอ้างไว้ครั้งแรก

- การอ้างอิงในเอกสารท้ายบทความ (Reference citation) เรียงตัวเลขตามลำดับที่อ้างอิง ตั้งแต่เลข 1 เป็นต้นไป จนครบทุกลำดับที่มีการอ้างอิงในเนื้อหา
- เอกสารที่อ้างอิงในเนื้อหาต้องตรงกับเอกสารอ้างอิงในเอกสารท้ายบทความ

ตัวอย่างการเขียนส่วนเอกสารอ้างอิง

1. บทความจากวารสารมาตรฐาน (Standard journal article)

1.1 กรณีผู้แต่งไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อทุกคน คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (comma- ,)

- Wang R-H, Hsu H-Y, Lin S-Y, Cheng C-P, Lee S-L. Risk behaviours among early adolescents: risk and protective factors. Journal of Advanced Nursing. 2010; 66(2): 313-323.

1.2 กรณีผู้แต่งเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรก คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (comma- ,) และตามด้วย et al.

- Lister-Sharp D, Chapman S, Stewart-Brown S, et al. Health promoting schools and health promotion in schools: two systematic reviews. 1999. In: Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE): Quality-assessed Reviews [Internet]. York (UK): Centre for Reviews and Dissemination (UK); 1995-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK67984>

2. บทความที่ผู้แต่งเป็นหน่วยงานหรือสถาบัน (Organization as author)

- World Health Organization Cancer. An overview on CALR and CSF3R mutations and a proposal for revision of WHO diagnostic criteria. Ann Oncol. 2013; 24: 13-17.

3. หนังสือที่ผู้แต่งเป็นบุคคล

- Atienzo EE, Campero L, Estrada F, Rouse C and Walker D. Interventions involving parents in order to impact adolescent sexual behavior. Salud publica de Mexico. 2011; 53(2): 160-171.

4. หนังสือที่ผู้แต่งเป็นหน่วยงานหรือสถาบัน (Organization)

- World Health Organization Regional Office for the Western Pacific. Adolescent health and development: a WHO regional framework 2001-2004. Philippines: Manila; 2004.

5. เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุม/รายงานการประชุม (Conference proceeding)

- JSPS-NRCT Core University Exchange System on Pharmaceutical Sciences, National Research Council of Thailand. Advance in research on pharmacologically active substances from natural sources; 1992 Dec 3-5, Holiday Garden Hotel, Chiang Mai. Chiang Mai: The University; 1992.

6. เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์ (Thesis/Dissertation)

- Cha E-S. Predictors of sexual behavior among Korean college students: Testing the theory of planned behavior [Thesis of Ph.D.]. United States - Pennsylvania: University of Pittsburgh; 2005.

7. บทความวารสารบนอินเทอร์เน็ต (Journal article on the Internet)

- Centers of Disease Control and Prevention. Sexual Risk Behavior: HIV, STD, & Teen Pregnancy Prevention. Adolescent and School Health. [Online]. 2012 [cited 10 June 2013]; Available from: <http://www.cdc.gov/healthyyouth/sexualbehaviors/index.htm>.

3.11 ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม ผู้วิจัยต้องคำนึงหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เคารพในบุคคล (Respect to person) เช่น การขอคำยินยอม ความเป็นส่วนตัว การเก็บรักษาความลับ

3.12 การส่งต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์

- ให้ผู้เขียน ส่ง file ต้นฉบับบทความวิชาการหรือบทความวิจัยเป็นอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ (.doc) ไปที่ e-mail: m.phuhongtong@gmail.com เพื่อทำการลงทะเบียนสมาชิกวารสาร และดำเนินการส่งบทความเข้าฐานข้อมูลระบบออนไลน์ของ JKKPHO (Journal of Khon Kaen Provincial Health Office: JKKPHO) ซึ่งสามารถดาวน์โหลดได้ที่ <http://110.771.139.142/kkphpj>

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

Khon Kaen Provincial Health Office

108 หมู่ 4 ถนนศรีจันทร์ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000

โทรศัพท์ TEL : 043-221125 โทรสาร FAX : 043-224037

<http://110.771.139.142/kkphoj/>