



วารสาร

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

Journal of Khon Kaen Provincial Health Office

ปีที่ 3 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2564

Vol. 3 No. 2 July - December 2021

ISSN 2673 - 0979 (Online)

ISSN 2730 - 2490 (Print)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

Khon Kaen Provincial Health Office

Dynamic Health Standard and Smart Journal

วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

Journal of Khon Kaen Provincial Health Office

Khon Kaen, Thailand

ปีที่ 3 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม 2564

ชื่อหนังสือ	วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
เจ้าของ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
ISSN	2673-0979 (Online) 2730-2490 (Print)
พิมพ์ที่	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
ปีที่พิมพ์	พ.ศ. 2564

ที่ปรึกษา

นายภาคี ทรัพย์พิพัฒน์	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น	สสจ.ขอนแก่น
นายอดุลย์ บำรุง	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านฝ้าย	สสจ.ขอนแก่น
	รักษาการในตำแหน่งนายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)	
นายมนู เหมือนชาติ	ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านทันตสาธารณสุข)	สสจ.ขอนแก่น
นายเชิดชัย อริยานุชิตกุล	เภสัชกรเชี่ยวชาญ (ด้านเภสัชสาธารณสุข)	สสจ.ขอนแก่น

บรรณาธิการ

นายไพรัช ธรรม	นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)	บรรณาธิการ
ดร.มิ่งขวัญ ภูงษ์ทอง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	รองบรรณาธิการด้านวิชาการ
ดร.จักรสันต์ เลยหยุด	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	รองบรรณาธิการด้านบริหาร

กองบรรณาธิการ

รศ.ดร.วงศา เล่าหศิริวงศ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.ดร.ประจักษ์ บัวผัน	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.ดร.จุฬารัตน์ โสตะ	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี วิทยาลัยบัณฑิตเอเซีย
นพ.วิทยา ชาติบัญชาชัย	ผู้อำนวยการศูนย์ความร่วมมือขององค์การอนามัยโลก ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ
ดร.ราณี วงษ์คงเดช	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ดร.วัชร อมรโรจน์วรูฒิ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น
ดร.ศุภวดี แถวเพีย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น
ดร.แสงดาว จันทรตา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น
ดร.สุทิน ชนະบุญ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.พิทยา ศรีเมือง	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.ธีรศักดิ์ พาจันทร	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.เตือนใจ ภูสระแก้ว	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.บุญมี โพธิ์คำ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี
ดร.ธิโสภินิ ทองไทย	ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

ดร.จริยา อินทรรัศมี
ดร.บุญทนากร พรหมภักดี
ดร.ประเสริฐ ประสมรักษ์

ดร.แจ่มจันทร์ เทศสิงห์
ดร.ภูวดล พลศรีประดิษฐ์
ดร.สงกรานต์ นักบุญ
ดร.นพ.ธนชัย พนาพุฒิ
นพ.ธนิศ พูเจริญ
ดร.จกกลณี จันทศิริ
ดร.กรณย์พิชญ์ โคตรประทุม
นพ.พรพล เหล่าวิวัฒน์
ทพ.สุวิทย์ ศุภวิโรจน์เลิศ
ดร.วรินทร์ทิพย์ ศรีกงพลี
นายอดิเรก เร่งมานะวงษ์
ดร.พรรณีภา ไชยรัตน์
ดร.เจษฎา สุรวรรณ
ดร.อรินรดา ลาตลาด

ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จ.ขอนแก่น
สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ โครงการจัดตั้งวิทยาเขต
อำนาจเจริญ มหาวิทยาลัยมหิดล
วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม
นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลขอนแก่น
นายแพทย์เชี่ยวชาญ รพ.ขอนแก่น
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.ขอนแก่น
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.ขอนแก่น
นายแพทย์เชี่ยวชาญ รพ.มัญจาคีรี
ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ รพ.สิรินธร จังหวัดขอนแก่น
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สสจ.ขอนแก่น
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สสจ.ขอนแก่น
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สสจ.ขอนแก่น
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สสจ.ขอนแก่น
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สสจ.ขอนแก่น

ฝ่ายจัดการ

ดร.มิ่งขวัญ ภูหงษ์ทอง	สสจ.ขอนแก่น	ผู้จัดการ
นายธนากร จำปาแดง	สสจ.ขอนแก่น	ฐานข้อมูลและสารสนเทศ
นางสาวจุฑามาศ ทองประเสริฐ	สสจ.ขอนแก่น	พิสูจน์อักษรและออกแบบปก

บทบรรณาธิการ

วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ปีที่ 3 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม – ธันวาคม 2564) บทความที่คัดเลือกมานำเสนอในวารสารฉบับนี้ประกอบด้วย นิพนธ์ต้นฉบับ จำนวน 7 เรื่อง และกรณีศึกษา 1 เรื่อง ซึ่งเป็นผลงานวิชาการ ผลงานวิจัย และองค์ความรู้ด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นที่ยอมรับและนำไปใช้ประโยชน์อย่างคุ้มค่า ได้แก่ 1) การวิเคราะห์ต้นทุนบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น 2) การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน งานบริการผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบ้านฝาง 3) การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) อำเภอเมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา 4) อุบัติการณ์และลักษณะทางคลินิกของการติดเชื้อในช่องท้องของผู้ป่วยล้างไตทางหน้าท้อง ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โรงพยาบาลศรีสะเกษ ระหว่าง ปี พ.ศ. 2561-2563 5) ปัญหาสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลขอนแก่น 6) การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันทางใจให้ครอบครัวอบอุ่นสำหรับผู้ปกครองและวัยรุ่น อำเภอเมืองจัตวา จังหวัดขอนแก่น : MIP-WHGT Model 7) การสร้างธรรมนูญสุขภาพสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบบูรณาการ 8) การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก : กรณีศึกษา

ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สายพันธุ์ B.1.1.529 หรือ โอมิครอน Omicron เราควรเฝ้าจับตามอง และติดตามข่าวสารอย่างใกล้ชิด ขณะเดียวกันก็ปฏิบัติตามมาตรการในการป้องกันอย่างเคร่งครัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุและผู้ที่ยังไม่ได้รับวัคซีนซึ่งอาจมีผลกระทบจากเชื้อโควิดสายพันธุ์โอมิครอนนี้ และกองบรรณาธิการวารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ขอให้ทุกท่านที่ยังไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโควิด ควรได้รับวัคซีนให้ครบโดสเพื่อลดความรุนแรงของอาการจากการติดเชื้อ ลดความเสี่ยงจากการสัมผัส เลี่ยงไม่เข้าไปในที่ระบดของโรค ดูแลสุขภาพตนเองและสังคม ขอให้ยึดหลัก Universal Prevention (การป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาล) อย่างเคร่งครัด เพื่อป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19 และเนื่องในวาระดิถีขึ้นปีใหม่ พ.ศ. 2565 ขออำนาจคุณพระศรีรัตนตรัย จงดลบันดาลให้ท่านและครอบครัว พบแต่ความสุข ความเจริญตลอดไปเทอญ

กองบรรณาธิการ

วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

สารบัญ

นิพนธ์ต้นฉบับ

- การวิเคราะห์ต้นทุนบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น 164

THE UNIT COST ANALYSIS PF TAMBON HEALTH PROMOTING HOSPITAL UNDER
SUPERVISION OF KHON KAEN PROVINCIAL HEALTH OFFICE

สมจิตร เดชาเสถียร

Somchit Dechasathian

- การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะไตบาดเจ็บ
เฉียบพลัน งานบริการผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบ้านฝาง 177

THE DEVELOPMENT OF CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE IN PATIENTS
WITH ACUTE KIDNEY INJURY AT INPATIENT SERVICES BAN FANG HOSPITAL

อรุณรัศมี สาทิ

Arunratsamee Satee

- การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ
ไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) อำเภอเมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา 193

THE DEVELOPMENT OF NETWORK PARTICIPATION MODEL TO CORONA VIRUS
DISEASE 2019 PREVENTION, AND CONTROL IN MUANG YANG DISTRICT,
NAKHON RATCHASIMA PROVINCE.

บัณฑิต เกียรติจตุรงค์

Bundith Kiatjaturong

- อุบัติการณ์และลักษณะทางคลินิกของการติดเชื้อในช่องท้องของผู้ป่วยล้างไตทางหน้า
ท้อง ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โรงพยาบาลศรีสะเกษ ระหว่าง ปี พ.ศ. 2561-
2563 207

INCIDENCE AND CLINICAL CHARACTERISTICS IS INFECTED CONTINUOUS
AMBULATORY PERITONEAL DIALYSIS (CAPD) PATIENTS, SISAKET HOSPITAL
BETWEEN 2018 - 2020

สิริรัตน์ อัสวเมธพันธ์

Sirirat Asawamethapant

สารบัญ (ต่อ)

ปัญหาสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลขอนแก่น	221
HEALTH STATUS RELATED TO RISK AT WORK AMONG PERSONNEL IN KHON KAEN HOSPITAL	

กรองกาญจน์ บริบูรณ์ และกรแก้ว ธีรพงษ์สวัสดิ์

Krongkan Boriboon Kornkaew Thirapongsawat

การพัฒนาแบบการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันทางใจให้ครอบครัวอบอุ่นสำหรับผู้ปกครองและวัยรุ่น อำเภอภูผาใจ จังหวัดขอนแก่น : MIP-WHGT Model	237
--	-----

THE DEVELOPMENT OF MODEL TO MENTAL IMMUNE PROMOTION TO WARM-HEARTED FAMILY FOR GUARDIANS AND TEENAGERS MUNCHA KIRI DISTRICT, KHON KAEN PROVINCE : MIP-WHGT MODEL

นารีรัตน์ สุ่มศรีสุวรรณ

Nareerat Sumsrisuwan

การสร้างธรรมนูญสุขภาพสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบบูรณาการ	253
DESIGN HEALTH CONSTITUTION TOWARDS THE DEVELOPMENT OF INTERGRATED QUALITY OF LIFE	

วงเดือน พระนคร พิษณุสินี แสนเสนยา อรรถพล ศรีประภา

Wongdaun Phranakoom Pitsinee Sansenya Arthapol Sriprapha

กรณีศึกษา

การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก : กรณีศึกษา	269
NURSING CARE OF PATIENTS WITH EXTENSIVELY-DRUG RESISTANT TUBERCULOSIS : CASE STUDY	

วรรณา ปิยะเสวตกุล

Wanna Piyasawetkul

การวิเคราะห์ต้นทุนบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

สมจิตร เดชาเสถียร¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาต้นทุนบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำนวน 248 แห่ง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 โดยทำการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective Study) และเก็บข้อมูลทุติยภูมิจากแหล่งข้อมูลที่มีอยู่แล้วเป็นส่วนใหญ่ โดยการศึกษาต้นทุนนี้มองในฐานะผู้ให้บริการ (Provider) เท่านั้น และเป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยต้นทุนค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการจะประกอบไปด้วย ต้นทุนค่าแรง ค่าวัสดุ และค่าลงทุน ซึ่งรวมเป็นต้นทุนทางตรงของแต่ละหน่วยบริการแล้วนำมาใช้เกณฑ์การกระจายต้นทุนที่เหมาะสม โดยใช้วิธีการกระจายทุนแบบ Simultaneous Equation Method ผลการศึกษา พบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 248 แห่ง มีต้นทุนรวม มูลค่า 642,715,347.59 บาท โดยแยกเป็นต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าวัสดุ และต้นทุนของค่าการลงทุนเท่ากับ 434,963,235.870, 124,310,570.32, 83,441,541.40 ตามลำดับ คิดเป็นสัดส่วนของต้นทุนค่าแรง (LC) ต่อต้นทุนค่าวัสดุ (MC) ต่อต้นทุนการลงทุน (CC) เท่ากับ 67.64:19.36:13.00 ซึ่งมีต้นทุนค่าแรงสูงเป็นสามและห้าเท่าของค่าวัสดุ และค่าลงทุน เนื่องจากภารกิจหลัก เน้นการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภค ทำให้มีภาระของค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรที่สูงจากข้อจำกัดของทรัพยากรภาครัฐ เฉลี่ยค่าใช้จ่ายต่อคนต่อครั้ง เท่ากับ 145.67 บาท หรือมีค่าเฉลี่ยการเข้าใช้บริการ 4.12 ครั้งต่อปี อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัดของการศึกษาต้นทุนหน่วยบริการของผู้มาใช้บริการโดยไม่ได้คำนึงถึงความรุนแรงของโรค ลักษณะของโรค ลักษณะของผู้ป่วย ประเภท และความยากง่ายในการตรวจรักษา แต่คิดเป็นต้นทุนต่อหน่วยบริการโดยเฉลี่ยของผู้มารับบริการทั้งหมดเท่านั้น

คำสำคัญ : ต้นทุนต่อหน่วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ระบบบริการปฐมภูมิ
ต้นทุนผู้ป่วยนอก

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

Corresponding Author: Somchit Dechasathian. E-mail: decsom@yahoo.com

Received: July 11, 2020; Revised May 21, 2021; Accepted September 21, 2021

The Unit Cost Analysis of Tambon Health Promoting Hospital under supervision of Khon Kaen Provincial Health Office

Somchit Dechasathian¹

ABSTRACTS

This study aimed to study the service cost of 248 Tambon Health Promoting Hospitals under supervision of Khon Kaen Provincial Public Health Office in 26 districts, fiscal year 2019 by retrospective study. The secondary data is mostly collected from existing sources (Health Data Center). This cost study looked at only as a provider and was a descriptive research study where the cost of all service units consisted of labor costs, material costs and investment costs. Of each service unit by using the simultaneous equation method. The results of the study showed that, there are 248 sub-district health promoting hospitals in Khon Kaen province with a total cost of 642,715,347.59 bath, separated into labor cost, material cost and the cost of investment is equal 434,963,235.87, 124,310,570.32, 83,441,541.40 respectively. The proportion of labor costs (LC) to cost of material (MC) to cost of investment (CC) was 67.64: 19.36: 13.00. Which the labor cost had three and five times of the materials and investment cost or 67.64 % of the cost of materials and investment due to the main mission of Tambon Health Promoting Hospital focus on health promoting disease control, medical treatment, rehabilitation and consumer protection this causes a high burden of personnel cost due to the constraints of governmental resources. Average cost per person per time is 145.67 bath or average service usage 4.12 times per year. However, this study contained limitations of the cost of service for the users, regardless of the severity of the disease, the nature of the disease, the type of patient, and the difficulty of treatment. But this is the average cost per unit of all customers who receive the service only. Further studies to collect information of future service activities are needed to achieve the most realistic cost possible.

Key words: Cost per unit, Tambon Health Promoting Hospital, Primary care system, Outpatient cost

¹ Public Health Technical Officer, Professional Level, Strategy for Health Department Subdivision, Khon Kaen Provincial Public Health Office.

บทนำ (Introduction)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือเดิมเรียก “สุขศาลา” หรือ “สถานีอนามัย” เป็นสถานพยาบาลประจำตำบล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้รับการยกฐานะตามนโยบายของรัฐบาลนายกรัฐมนตรี นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ เมื่อปี พ.ศ. 2552 ภายใต้ แผนปฏิบัติการไทยเข้มแข็ง พ.ศ.2555 มีขีดความสามารถในระดับปฐมภูมิ (Primary Care) ซึ่งให้บริการด้านการรักษาพยาบาล งานควบคุมป้องกันโรค งานส่งเสริมสุขภาพ พื้นฟูสมรรถภาพ ที่เกี่ยวข้องกับประชาชนในเขตรับผิดชอบ ตั้งแต่เกิดจนตาย¹ ซึ่งระบบบริการปฐมภูมิถือเป็นหัวใจของการจัดระบบบริการสุขภาพ เนื่องจากเป็นระบบบริการที่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี และสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้² นอกจากนี้ ระบบบริการปฐมภูมิยังเป็นระบบที่มีบทบาทในการสร้างความเป็นธรรมในระบบสุขภาพที่เน้นการเข้าถึงบริการที่ง่าย³ (Accessibility) สืบเนื่องจากปีพุทธศักราช 2545 ประเทศไทยได้มีการเปลี่ยนแปลงระบบการจัดสรรเงินให้กับหน่วยบริการภาครัฐเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าครอบคลุมประชากรไทยทุกคน⁴ รายรับจากการให้บริการ หรือการเบิกค่าชดเชยค่าบริการจากหลากหลายหน่วยงาน ได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงาน

ประกันสังคม และกรมบัญชีกลาง เป็นต้น ซึ่งมีกลไกการจ่ายเงินและสิทธิประโยชน์ของกลุ่มเป้าหมายที่ต่างกัน หน่วยบริการของรัฐทุกแห่งโดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุขมีหน้าที่ในการดูแลรักษาพยาบาลประชาชนทุกกลุ่มสิทธิอย่างเท่าเทียมกัน แต่เป็นที่ทราบกันดีว่า ในสถานการณ์ปัจจุบันหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้รับผลกระทบด้านการเงินจากงบประมาณที่ได้รับจัดสรรในลักษณะเหมาจ่ายรายหัวไม่เพียงพอ และหลายแห่งกำลังประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ขาดสภาพคล่องทางการเงินการคลัง เป็นวงกว้าง รพ.สต.ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำนวน 9 แห่ง อยู่ในสถานะขาดสภาพคล่องทางการเงิน กล่าวคือ พบว่า มีสถานะเงินบำรุงน้อยกว่า 150,000 บาทต่อแห่ง ดังนั้น การวิเคราะห์ต้นทุนบริการ หรือ Unit cost ถือเป็นหัวใจสำคัญในการบริหารจัดการการเงินการคลังของหน่วยบริการเพื่อให้ได้รู้ต้นทุนของตนเอง⁵ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ในประเทศไทยมีการศึกษาด้านต้นทุนไว้แต่ส่วนใหญ่จะเป็นต้นทุนของสถานบริการระดับปฐมภูมิเฉพาะเพียงแห่งเดียวเท่านั้น หรือคัดเลือกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมาเพียงบางเครือข่ายเท่านั้น^{6,7} ไม่ได้สะท้อนภาพรวมของทั้งจังหวัด ดังนั้นงานวิจัยครั้งนี้จึงเป็นต้นทุนของหน่วยบริการที่ใช้ข้อมูลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ตำบลทั้งหมด โดยมีการเปรียบเทียบเป็นรายหน่วยบริการตามของขนาดประชากรที่มีภารกิจเหมือนกันเพื่อใช้ประโยชน์ในการประกอบการตัดสินใจของผู้บริหารในการบริหารจัดการหน่วยบริการในระดับปฐมภูมิในการควบคุมค่าใช้จ่ายและด้านการจัดเก็บรายได้ของหน่วยบริการในระดับปฐมภูมิในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์ (Objective)

1. เพื่อศึกษาต้นทุนในการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อใช้เป็นเครื่องมือทางการเงินการคลังในการบริหารและการกำกับติดตามเพื่อให้เกิดความยั่งยืนทางการเงินการคลังของหน่วยบริการ

นิยามและคำจำกัดความ

ต้นทุนค่าแรง (Labor cost) ประกอบด้วย ค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรทั้งหมดที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้แก่ เงินเดือน ค่าจ้าง เงินประจำตำแหน่ง ค่าตอบแทนปฏิบัติงานนอกเวลา เงินช่วยเหลือบุตร ค่ารักษาพยาบาล เป็นต้น โดยหักค่าแรงบุคลากรที่ไปช่วยราชการออกและเพิ่มค่าแรงในส่วนของบุคลากรที่มาช่วยราชการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

ต้นทุนค่าวัสดุ (Material cost) หมายถึง มูลค่าวัสดุสิ้นเปลืองทุกประเภทที่ใช้

ในการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ได้ใช้ไป ได้แก่ ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ที่มีขาย ค่าน้ำยาเคมีในห้องปฏิบัติการ วัสดุสำนักงานวัสดุเชื้อเพลิง และยานพาหนะ วัสดุงานบ้านงานครัว ตลอดจนค่าสาธารณูปโภค (ค่าไฟฟ้า ค่าประปา ค่าโทรศัพท์ ค่าไปรษณีย์ ค่าอินเทอร์เน็ต เป็นต้น) ซึ่งไม่ว่าวัสดุนั้นจะได้อะจากการจัดซื้อของหน่วยงาน หรือได้มาจากการจัดสรรจากโรงพยาบาลคู่สัญญาหลัก (Contacting Unit Purchase : CUP) หรือการได้มาจากการบริจาค

ต้นทุนค่าการลงทุน (Capital cost) คือ ต้นทุนทางด้านอาคาร สิ่งก่อสร้าง ครุภัณฑ์ ซึ่งจะประกอบไปด้วย ค่าเสื่อมราคา (Capital Depreciation cost) ของครุภัณฑ์ทางการแพทย์ หรือครุภัณฑ์สำนักงาน อาคารสิ่งก่อสร้าง โดยคิดค่าเสื่อมราคาแบบเส้นตรง (Simple Straight Line Depreciation Method) อายุการใช้งานของครุภัณฑ์ใช้เกณฑ์การคิดค่าเสื่อมราคาจากกรมบัญชีกลาง ส่วนสิ่งก่อสร้างคิดอายุการใช้งานนาน 40 ปี

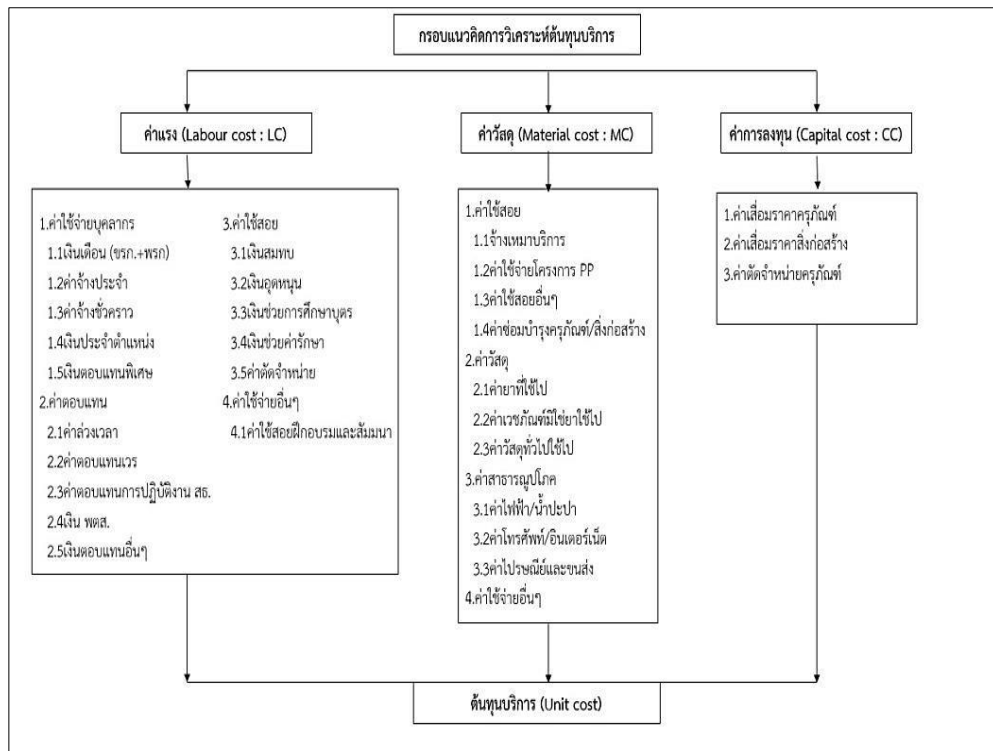
ต้นทุนสนับสนุนจากแม่ข่าย หมายถึง ต้นทุนที่เป็นค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงในการทำงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในพื้นที่เป้าหมาย แต่การทำงานดังกล่าวได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายในรูปแบบของวัสดุต่างๆ หรือบริการ โดยไม่มีการคิดมูลค่าและไม่มีการบันทึกในระบบบัญชีของหน่วยงาน

เช่น ค่าบริการกำจัดขยะติดเชื้อ ค่ายาของโรงพยาบาลแม่ข่ายที่แพทย์ใช้ในการออกปฏิบัติงานที่ รพ.สต. เป็นต้น

ต้นทุนค่าบริการ หมายถึง ต้นทุนที่ใช้ในการให้บริการด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้นตามขอบเขตของข้อกำหนดงาน ควบคุมป้องกันโรค งานส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสุขภาพ เท่านั้น

ระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Care Service) หมายถึง ระบบบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ซึ่งให้บริการด้านการรักษาพยาบาล งานควบคุมป้องกันโรค งานส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสุขภาพ ที่เกี่ยวข้องกับประชาชนในเขตรับผิดชอบและพื้นที่ใกล้เคียง

กรอบแนวคิดของการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดงานวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

การศึกษานี้เป็นการศึกษาจากรายงานงบทดลองบัญชีเกณฑ์คงค้างของปีงบประมาณ 2562 (ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2561 - กันยายน 2562) ซึ่งนำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป Microsoft Access (Cost project และ Data accdb) ของกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข และเก็บข้อมูลทุติยภูมิจากแหล่งข้อมูลที่มีอยู่แล้วเป็นส่วนใหญ่ โดยนำข้อมูลค่าใช้จ่ายตามบัญชีย่อยในผังบัญชีมาคำนวณต้นทุนบริการ แล้วนำมาคำนวณต้นทุนทั้งหมด โดย ต้นทุนรวม = ต้นทุนค่าแรง + ต้นทุนค่าวัสดุ + ต้นทุนค่าเสื่อมราคา โดยการศึกษาต้นทุนนี้มองในฐานะผู้ให้บริการ (Provider) เท่านั้น

ผลการวิจัย (Result)

จากการศึกษาต้นทุนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำนวน 248 แห่ง ใน 26 อำเภอ โดยจะนำเสนอผลการศึกษาดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป
2. ต้นทุนค่าแรง ค่าวัสดุ และค่าเสื่อมราคา แยกรายอำเภอ

3. ต้นทุนบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแยกรายอำเภอและรายหน่วย

1. ข้อมูลทั่วไป

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำนวน 248 แห่ง ใน 26 อำเภอ สามารถจัดแบ่งกลุ่มตามขนาดของประชากรออกเป็น 5 กลุ่ม แสดงจำนวนประชากรโดยแบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม และจำนวนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในแต่ละอำเภอที่รับผิดชอบดูแล ควบคุม และกำกับพบว่า อำเภอเมือง มี รพ.สต. จำนวน 25 แห่ง รับผิดชอบประชากรมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยประชากรต่อ รพ.สต. 18,911 คน (S.D.= 11,895.87) ส่วนอำเภอเปือยน้อย และเวียงเก่า มี รพ.สต. น้อยที่สุด จำนวน 3 แห่ง ต่ออำเภอ มีค่าเฉลี่ยประชากรต่อ รพ.สต. 5,424 คน (S.D.=1,430.19) และ 6,473 คน (S.D.=2,726.20) ตามลำดับ ดังตารางแสดงที่ 1

2. ต้นทุนค่าแรง ค่าวัสดุ และค่าเสื่อมราคา

โครงสร้างของต้นทุนทางระบบบัญชีของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น พบว่า มีสัดส่วนของต้นทุนค่าแรง (LC) ต่อต้นทุนค่าวัสดุ (MC) ต่อต้นทุนการ

ลงทุน (CC) เท่ากับ 67.64 : 19.36 : 13.00 ดังแสดงในตารางที่ 2 ข้อมูลรายงานงบทดลองบัญชีเกณฑ์คงค้างของปีงบประมาณ 2562 (ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2561 – กันยายน 2562) ซึ่งนำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป Microsoft Access (Cost project และ Data accdb) พบว่า มีข้อมูลครบถ้วนในทุกประเภทของต้นทุนรวมถึงต้นทุนที่ได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ซึ่งพบการสนับสนุนที่ให้ในหลากหลายลักษณะ เช่น ค่าบริการกำจัดขยะติดเชื้อ ค่ายาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาของโรงพยาบาลแม่ข่ายที่แพทย์ใช้ในการออกปฏิบัติงานที่ รพ.สต. บริการสนับสนุนการตรวจทางห้องปฏิบัติการให้ผู้มารับบริการที่ รพ.สต. และแม้แต่การจ้างบุคลากรเพื่อช่วยบันทึกข้อมูลให้กับทุก รพ.สต. ในเครือข่าย จะเห็นได้ว่า ต้นทุนส่วนใหญ่ของ รพ.สต. คือ ต้นทุนค่าแรง คิดเป็นร้อยละ 67.64 (ค่าเฉลี่ย=1,764,748.25 และ S.D.=650,332.08) ซึ่งได้รับสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายแล้ว รองลงมาคือต้นทุนค่าวัสดุ คิดเป็นร้อยละ 19.36 (ค่าเฉลี่ย=505,046.37 และ S.D.=334,557.78) และค่าเสื่อมราคาที่มีมูลค่าต่ำที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 13.00 (ค่าเฉลี่ย=339,224.45 และ S.D.=1,389,595.62) โดยพบว่า มี รพ.สต. จำนวน 83 แห่ง มีต้นทุน

ค่าแรงอยู่ในเกณฑ์ค่าเฉลี่ยของจังหวัดขอนแก่น ได้แก่ รพ.สต. ในสังกัดอำเภอโนนศิลา ชุมแพ เมือง เขาสวนกวาง ภูผาม่าน สีชมพู แวงน้อย พระยืน หนองเรือ บ้านฝาง บ้านแฮด อุบลรัตน์ พล หนองสองห้อง น้ำพอง ชำสูง หนองนาคำ มัญจาคีรี ชนบท ภูเวียง และกระนวน ส่วน รพ.สต. ในสังกัดอำเภอเวียงเก่า แวงใหญ่ และโคกโพธิ์ไชย ไม่มี รพ.สต. แห่งใดที่ผ่านเกณฑ์ค่าเฉลี่ยของต้นทุนค่าแรงของจังหวัดขอนแก่น ดังตารางแสดงที่ 2

3. ต้นทุนบริการของระบบ

บริการปฐมภูมิ

เมื่อพิจารณาต้นทุนบริการของระบบบริการปฐมภูมิ (รพ.สต.) ในจังหวัดขอนแก่น พบว่า ค่าเฉลี่ยต้นทุนบริการของ รพ.สต. เท่ากับ 145.36 บาท มีต้นทุนรวมของ ค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น จำนวนเงิน 647,036,727.72 บาท และมีค่าเฉลี่ยของผู้ใช้บริการ 4.13 ครั้งต่อคนต่อปี ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 3 ต้นทุนบริการของ รพ.สต. ในสังกัดอำเภอชุมแพ มีภาพรวมของต้นทุนค่าใช้จ่ายของประชากรต่ำที่สุด จำนวนเงิน 38,355,695 บาท หรือเท่ากับ 93.14 บาทต่อคนต่อครั้ง และมีจำนวนผู้มาใช้บริการทั้งสิ้น 79,416 คน (S.D.= 1,653.83)

หรือ 411,802 ครั้ง (S.D.=7,362.41) คิดเป็นค่าเฉลี่ยของผู้ใช้บริการ 5.19 ครั้งต่อคนต่อปี และรองลงมาคือ ภาพรวมของต้นทุนค่าใช้จ่ายของประชากรของ รพ.สต.ในสังกัดอำเภอเปือยน้อย จำนวนเงิน 6,756,350.32 บาท หรือเท่ากับ 101.36 บาทต่อคนต่อครั้ง และมีจำนวนผู้มาใช้บริการทั้งสิ้น 14,566 คน (S.D.=1,751.46) หรือ 66,656 ครั้ง (S.D.=7,318.07) คิดเป็นค่าเฉลี่ยของผู้ใช้บริการ 4.58 ครั้งต่อคนต่อปี ส่วน รพ.สต.ในสังกัดอำเภอหนองสองห้อง ภาพรวมมีต้นทุนค่าใช้จ่ายของประชากรของ จำนวนเงิน 42,232,799.36 บาท หรือเท่ากับ 220.95 บาทต่อคนต่อครั้ง และมีจำนวนผู้มาใช้บริการทั้งสิ้น 47,036 คน (S.D.=1,222.63) หรือ 191,145 ครั้ง (S.D.=4,964) คิดเป็น

ค่าเฉลี่ยของผู้ใช้บริการ 4.06 ครั้งต่อคนต่อปี ซึ่งมีค่าเฉลี่ยภาพรวมของต้นทุนค่าใช้จ่ายสูงที่สุด ดังตารางแสดงที่ 3

เมื่อพิจารณาต้นทุนค่าใช้จ่ายของประชากรราย รพ.สต. พบว่า รพ.สต.บ้านมาลา อำเภอชุมแพ มีต้นทุนค่าใช้จ่ายของประชากรต่ำที่สุด เท่ากับ 56.08 บาทต่อคนต่อครั้ง และมี รพ.สต.จำนวน 159 แห่ง ที่มีต้นทุนค่าใช้จ่ายของประชากรอยู่ในค่าเฉลี่ยของต้นทุนค่าใช้จ่ายของประชากรระดับจังหวัด คิดเป็นร้อยละ 64.11 อย่างไรก็ตาม พบว่า รพ.สต.ดงเค็ง อ.หนองสองห้อง และ รพ.สต.บ้านโคกไม้้งาม อ.สีชมพู มีต้นทุนค่าใช้จ่ายของประชากรสูงที่สุด เท่ากับ 915.86 และ 1,338.87 บาทต่อคนต่อครั้ง ตามลำดับ

ตารางที่ 1 ข้อมูลของประชากรโดยแบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม และจำนวน รพ.สต.รายอำเภอ

กลุ่มที่	อำเภอ	รพ.สต. (แห่ง)	จำนวนประชากร				
			ทั้งหมด (คน)	เฉลี่ย (คน/แห่ง)	S.D.	มากที่สุด (คน)	น้อยสุด (คน)
1.	เวียงใหญ่	5	14,020	4,673	1,425.25	5,651	3,038
	สีชมพู	13	14,849	4,950	773.88	8,532	3,262
	พระยืน	5	15,025	5,008	554.40	6,401	3,811
	ข้าสูง	5	15,729	3,146	608.31	3,650	2,320
2.	เปือยน้อย	3	16,271	5,424	1,430.19	6,819	3,961
	ภูผาม่าน	6	17,210	2,868	2,490.89	7,115	492
	โคกโพธิ์ไชย	4	18,981	6,327	1,492.01	7,816	4,832
	เวียงเก่า	3	19,419	6,473	2,726.20	9,539	4,322
	มัญจาคีรี	11	19,533	6,511	2,467.51	8,119	3,086

ตารางที่ 1 ข้อมูลของประชากรโดยแบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม และจำนวน รพ.สต.รายอำเภอ (ต่อ)

กลุ่มที่	อำเภอ	รพ.สต. (แห่ง)	จำนวนประชากร				
			ทั้งหมด (คน)	เฉลี่ย (คน/แห่ง)	S.D.	มากที่สุด (คน)	น้อยสุด (คน)
3.	หนองน้ำคำ	5	20,006	4,001	1,431.47	5,590	1,714
	เวียงน้อย	5	20,660	6,887	3,302.44	10,667	4,563
	โนนศิลา	6	22,647	3,775	872.42	5,163	2,564
	บ้านขี้เหล็ก	7	23,965	3,994	1,328.74	6,393	2,462
	ชนบท	11	24,533	4,092	1,228.07	6,477	1,973
	อุบลรัตน์	8	26,451	4,409	1,827.49	6,131	1,910
	เขาสวนกวาง	6	27,342	4,557	2,648.88	9,116	1,850
	หนองสองห้อง	13	27,391	4,565	1,138.27	7,290	1,849
4.	บ้านไผ่	13	31,093	5,182	2,283.95	9,115	2,761
	กระนวน	12	31,584	5,264	1,242.02	6,533	2,240
	ภูเวียง	11	31,810	5,302	1,164.93	6,996	1,993
	ชุมแพ	17	32,938	5,490	2,443.00	9,421	2,354
	หนองเรือ	15	34,919	5,820	2,744.62	9,472	2,905
	บ้านฝาง	8	34,993	5,832	1,091.01	7,585	1,980
	พล	13	31,093	5,182	2,283.95	9,115	2,761
5.	น้ำพอง	18	43,856	7,309	3,045.53	11,087	2,386
6.	เมือง	25	56,732	18,911	11,895.87	32,585	4,088

ตารางที่ 2 ข้อมูลต้นทุนทางระบบบัญชี (ค่าแรง : ค่าวัสดุ : ค่าการลงทุน) แยกรายอำเภอ

ลำดับ	อำเภอ	รพ.สต. (แห่ง)	ต้นทุนทางระบบบัญชี (บาท)			
			ค่าแรง	ค่าวัสดุ	ค่าการลงทุน	ต้นทุนรวม
1.	เวียงเก่า	3	8,757,001.00	1,461,399.34	1,119,871.00	11,338,271.34
2.	เปือยน้อย	3	5,485,294.00	773,067.68	497,988.64	6,756,350.32
3.	โคกโพธิ์ไชย	4	8,110,490.00	1,832,049.98	1,377,408.10	11,319,948.08
4.	คำสูง	5	9,547,690.00	2,240,814.70	483,979.51	12,272,484.21
5.	เวียงใหญ่	5	11,152,396.00	1,892,078.02	842,571.25	13,887,045.27
6.	พระยืน	5	8,549,109.00	1,936,986.74	1,154,612.87	11,640,708.61
7.	ภูผาม่าน	6	6,592,100.00	1,877,946.03	942,103.08	9,412,149.11
8.	มีดงคำศิริ	11	23,173,349.90	5,040,813.66	2,446,600.52	30,660,764.08
9.	สีชมพู	13	13,831,130.00	4,866,796.82	22,711,199.92	41,409,126.74
10.*	หนองน้ำคำ	5	8,632,765.00	1,962,290.49	843,201.00	11,438,256.49
11.*	เวียงน้อย	5	7,076,162.00	2,035,681.85	1,353,066.42	10,464,910.27
12.*	โนนศิลา	6	8,902,446.00	3,419,286.20	1,246,360.90	13,568,093.10
13.*	เขาสวนกวาง	6	7,201,953.07	2,025,721.79	2,133,558.75	11,361,233.61
14.*	บ้านแฮด	7	11,892,762.88	2,994,896.02	1,774,880.64	16,662,539.54
15.*	อุบลรัตน์	8	13,727,776.00	2,423,169.12	2,475,586.17	18,626,531.29
16.*	ชนบท	11	18,038,667.03	2,798,395	2,156,744.42	22,993,806.45
17.*	หนองสองห้อง	13	23,148,159.00	5,214,217.64	13,870,422.72	42,232,799.36
18.**	บ้านฝาง	8	14,271,542.19	3,364,428.24	1,904,163.45	19,540,133.88
19.**	ภูเวียง	11	21,835,939.00	3,811,686.63	2,035,269.59	27,682,895.22
20.**	กระนวน	12	19,520,966.06	4,156,566.45	2,465,421.07	26,142,953.58
21.**	บ้านไผ่	13	27,143,562.00	8,020,893.91	3,377,214.43	38,541,670.34
22.**	พล	13	20,427,400.00	5,592,686.85	1,510,266.11	27,530,352.96
23.**	หนองเรือ	15	27,138,157.00	8,354,614.28	2,835,164.64	38,327,935.92
24.**	ชุมแพ	17	24,444,038.91	10,853,517.74	3,058,138.67	38,355,695.32
25.***	น้ำพอง	18	24,683,897.97	6,074,847.59	2,709,333.62	33,468,079.18
26.****	เมือง	25	61,678,481.86	29,285,717.55	6,116,413.91	97,080,613.32
รวมทั้งสิ้น		248	434,963,235.87	124,310,570.32	83,441,541.40	642,715,347.59

ตารางที่ 3 ข้อมูลต้นทุนบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแยกรายอำเภอตารางที่ 4 ต้นทุน

ลำดับ	อำเภอ	รพ.สต. (แห่ง)	จำนวนบริการ			ค่าใช้จ่ายต่อครั้ง (บาท)		
			คน	ครั้ง	คน/ครั้ง/ปี	สูงสุด	ต่ำสุด	ค่าเฉลี่ย
1.	เวียงเก่า	3	13,648	57,488	4.21	259.57	141.91	197.23
2.	เปือยน้อย	3	14,566	66,656	4.58	141.35	84.87	101.36
3.	โคกโพธิ์ไชย	4	17,694	74,529	4.21	222.14	112.82	151.89
4.	จำส่าง	5	14,495	62,732	4.33	280.15	117.33	195.63
5.	แวงใหญ่	5	15,974	70,472	4.41	369.86	127.62	197.06
6.	พระยืน	5	23,004	97,096	4.22	171.93	88.74	119.89
7.	ภูผาม่าน	6	13,331	45,143	3.39	791.61	88.15	208.50
8.	มัญจาคีรี	11	44,364	185,728	4.19	342.62	95.21	165.08
9.*	สีชมพู	13	47,386	218,735	4.62	1,333.87	74.28	195.22
10.*	หนองนาคำ	5	18,633	79,037	4.24	229.33	106.57	144.72
11.*	แวงน้อย	5	25,954	96,835	3.73	132.54	96.60	108.07
12.*	โพนศิลา	6	18,848	100,667	5.34	98.18	195.16	134.78
13.*	บ้านแฮด	7	22,025	96,956	4.40	260.19	58.45	171.86
14.*	ชนบท	11	30,942	139,696	4.51	252.27	124.32	164.60
15.*	อุบลรัตน์	8	26,253	113,124	4.31	273.63	110.36	164.66
16.*	เขาสวนกวาง	6	20,368	77,181	3.79	360.38	110.63	147.20
17.*	หนองสองห้อง	13	47,036	191,145	4.06	915.86	106.09	220.95
18.**	บ้านไผ่	13	56,631	212,293	3.75	407.02	122.90	181.55
19.**	กระนวน	12	40,839	142,667	3.49	104.96	309.23	183.24
20.**	ภูเวียง	11	45,276	204,880	4.53	209.96	91.37	132.64
21.**	ชุมแพ	17	79,416	411,802	5.19	217.10	56.08	93.14
22.**	หนองเรือ	15	65,284	294,753	4.51	186.83	84.16	130.03
23.**	บ้านฝาง	8	36,944	152,145	4.12	266.13	100.25	128.43
24.**	พล	13	54,378	240,389	4.42	189.08	73.01	114.52
25.***	น้ำพอง	18	77,530	284,368	3.67	274.45	60.19	117.69
26.****	เมือง	25	207,277	734,744	3.54	369.80	83.86	136.94
รวมทั้งสิ้น		248	1,078,096	4,451,279				
ค่าเฉลี่ย			4,347.16	17,948.71	4.13			145.67
S.D.			2,119.55	7,414.39				

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เลือกใช้การคำนวณต้นทุนบริการต่อประชากรที่รับผิดชอบ แทนการคำนวณต้นทุนบริการต่อผู้มารับบริการ แยกประเภทของงานบริการ เนื่องจากลักษณะของงานบริการปฐมภูมินั้นจะมีบริการที่หลากหลาย ทำให้การศึกษาค้นทุนต่อกิจกรรมมีความยุ่งยาก ประกอบกับงานด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระบบบริการปฐมภูมินั้นมีขอบเขตของการให้บริการประชาชนมากมายเป็นวงกว้าง ไม่ได้จำกัดผู้มารับบริการ ดังนั้น การคิด ต้นทุน

บริการต่อประชากรที่รับผิดชอบจึงถูกนำมาใช้เพื่อความสมเหตุสมผลมากกว่า ซึ่งการใช้งานจากผลวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จะมีความเหมาะสมมากกว่า เพราะการขดเซยค่าบริการโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพนั้น ใช้วิธีการจัดสรรให้กับหน่วยบริการตามจำนวนประชากรที่รับผิดชอบอยู่แล้ว (OP/PP) จากผลการศึกษา พบว่า ต้นทุนในระบบบริการปฐมภูมิต้นทุนหลักอยู่ที่ต้นทุนค่าแรงสูงกว่าต้นค่าวัสดุเกือบ 2 เท่า หรือจำนวน 211 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 85.08 บ่งบอกถึงลักษณะการทำงานใน รพ.สต.ซึ่งต้องเน้นหนักในการบริหารจัดการกำลังคน

เพราะเป็นปัจจัยหลักในการให้บริการ รองลงมาคือต้นทุนค่าวัสดุ และต้นทุนค่าเสื่อมราคา อนึ่ง รพ.สต.ส่วนใหญ่ยังรับรู้ต้นทุนในการดำเนินงานของหน่วยงานตนเอง ไม่ครบถ้วน กล่าวคือ ยังมีค่าใช้จ่ายอื่นๆที่ไม่ถูกบันทึกในระบบบัญชีอีกจำนวนหนึ่ง ซึ่งต้นทุนเหล่านี้มักจะซ่อนอยู่ในโรงพยาบาลแม่ข่ายที่ดำเนินการให้ ทั้งนี้ เป็นเพราะลักษณะการทำงานกันเป็นเครือข่ายระหว่างแม่ข่ายกับลูกข่าย เสมือนพี่ดูแลน้อง จึงทำให้ต้นทุนในระบบบริการปฐมภูมิส่วนหนึ่งยังปะปนอยู่กับโรงพยาบาลแม่ข่าย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลต้นทุนครั้งนี้พบว่า มีต้นทุนบริการของหน่วยบริการที่หลากหลายนั้นขึ้นกับการจัดระบบบริการให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ตามสภาพของภูมิศาสตร์ของแต่ละแห่ง และการกระจายกำลังบุคลากรให้ทั่วถึง อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาข้อมูลต้นทุนเฉลี่ยต่อจำนวนประชากรของ รพ.สต.ของงานวิจัยนี้กับการศึกษาอื่นๆ เช่น การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยการให้บริการของผู้ป่วยจังหวัดตาก เมื่อปีงบประมาณ 2540 ของ จินตนา อุทัยศิลป์⁹ พบว่า สถานีอนามัยในสังกัดอำเภอแม่ระนาอและแม่สอດ จำนวน 28 แห่ง มีสัดส่วนต้นทุนค่าแรงต่อค่าวัสดุต่อค่าการลงทุนของสถานีอนามัยเท่ากับ 43 : 42 : 15 และ จารึก ปิยวาจานุสรณ์¹⁰ ได้ทำการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยบริการของสถานีอนามัยในอำเภอบ้านบอง จังหวัดพิจิตร ปีงบประมาณ 2543 จำนวน 11 แห่ง พบว่า

มีต้นทุนทางตรงรวม 9,328,948.14 บาท โดยมีองค์ประกอบของต้นทุนค่าแรงมากที่สุดเท่ากับ 4,084,000.02 บาท รองลงมาเป็นค่าวัสดุ เท่ากับ 2,692,543.16 บาท และค่าลงทุน เท่ากับ 4,552,404.96 บาท หรือคิดเป็นสัดส่วน 43.78 : 27.36 : 28.86 ส่วนสุกัลยา คงสวัสดิ์ และคณะ⁶ ที่ได้ทำการศึกษาด้านทุนต่อหน่วยของสถานีอนามัย ปีงบประมาณ 2549 เป็นกรณีศึกษา 6 จังหวัด มีสัดส่วนต้นทุนค่าแรงต่อค่าวัสดุต่อค่าการลงทุนของสถานีอนามัย เท่ากับ 55 : 39 : 5 และมีต้นทุนต่อประชากรของของสถานีอนามัย เท่ากับ 296 บาท และการศึกษาของพลากร ภาคภูมิ¹⁰ พบว่า รพ.สต.มีต้นทุนค่าบริการเฉลี่ยต่อประชากรที่รับผิดชอบ เท่ากับ 787 บาท ขณะที่ผลการศึกษาของจังหวัดขอนแก่นในครั้งนี้มีต้นทุนต่อหน่วยของ รพ.สต.ต่ำกว่าผลการศึกษาที่ผ่านมา หรือเท่ากับ 145.36 บาท (S.D.=116.55) และมีสัดส่วนต้นทุนบริการของ รพ.สต.ที่สูงกว่าการศึกษาที่ผ่านมา กล่าวคือ มีต้นทุนค่าแรงต่อค่าวัสดุต่อค่าการลงทุนของ รพ.สต. เท่ากับ 67.68 : 19.34 : 12.95 ซึ่งต้นทุนที่แตกต่างกันนี้อาจเนื่องมาจากจำนวนประชากรในควมรับผิดชอบและค่าใช้จ่ายในภาพรวมที่ต่างกัน ดังนั้นการนำข้อมูลข้างต้นไปใช้ผู้นำไปใช้ต้องตระหนักว่าต้นทุนระบบบริการปฐมภูมินี้อาจยังไม่ครอบคลุมต้นทุนทั้งหมดที่เกิดขึ้นจริง ระบบข้อมูลที่ต้องใช้ในการคำนวณต้นทุน

และจำเป็นต้องถูกบันทึกอยู่ในระบบบัญชีของ รพ.สต. ในเรื่องของความครบถ้วนและถูกต้องของการบันทึกบัญชี ดังนั้น การศึกษาเพิ่มเติมในอนาคตจึงมีความจำเป็นอย่างมากเพื่อสะท้อนต้นทุนที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุด

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgments)

ผู้วิจัยขอขอบคุณกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ที่ได้ให้การสนับสนุนข้อมูลในการนำมาวิเคราะห์ในครั้งนี้อย่างดียิ่ง รวมถึงขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการเก็บรวบรวมข้อมูลจนทำให้สำเร็จลุล่วงได้

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, ประชาธิป กะทา. สุขภาพปฐมภูมิบริการปฐมภูมิจากปรัชญาสู่การปฏิบัติการสุขภาพมิติใหม่. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข. 2550.
2. World Health Organization. The world health report 2008 : primary health care now more than ever. [Online]. 2008 [cited 1 January 2021]; Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43949>
3. ศิริวรรณ พิตยรังษุณย์. นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า วารสารนโยบาย

และแผนสาธารณสุข. วารสารนโยบายและแผนสาธารณสุข. 2549; 9(1): 1-18

4. Department of Health Service Support. The Four-Decade Development of Primary Health Care in Thailand. [Online]. 2014 [cited 1 January 2021]; Available from: http://phc.moph.go.th/www_hss/data_center/ifm_mod/nw/phceng.pdf
5. กลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข คู่มือการศึกษาต้นทุนหน่วยบริการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด. 2556.
6. Kongsawat S. Sriwanichakorn S. Boomtam K. Yana T. Ritsriboon P. Cummul K. Unit cost of primary care for fiscal year 2006: Case study 6 provinces. Nonthaburi: Institute of community based health care ; 2006
7. Seerasungnern D, Khempakhon P. The Cost of Hospital Services in Sub-district Health Promotion Hospitals in Nhonghong District, Buriram Province, in 2013. J Health Sci. [Online]. 2017 [cited 8 March 2021]. Available from: <https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/445>

8. จินตนา อุทัยศิลป์. การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยการให้บริการของผู้ป่วยจังหวัดตาก เมื่อปีงบประมาณ 2540. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2541
9. จารึก ปิยะวาจานุสรณ์. การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยบริการและการคืนทุนของสถานีนอนามัยในอำเภอป่าบอน จังหวัดพัทลุง ปีงบประมาณ 2543. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุข มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. 2545
10. พลากร ภาคภูมิ. การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยบริการของสถานีนอนามัย ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุข อำเภอเมืองจังหวัดกำแพงเพชร ปีงบประมาณ พ.ศ. 2541. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต วิทยาศาสตร สาขาบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล. 2543

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะไตขาดเจ็บเฉียบพลัน งานบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลบ้านฝาง

อรุณรัศมี สาทิ¹

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยที่มีภาวะไตขาดเจ็บเฉียบพลัน งานบริการผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบ้านฝาง โดยใช้กรอบแนวคิด ชูชีพ ประกอบด้วย 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การค้นหาปัญหาทางคลินิก ระยะที่ 2 การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ระยะที่ 3 การนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ ระยะที่ 4 การนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงาน กลุ่มตัวอย่างคือ 1. กลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกงานบริการผู้ป่วยใน จำนวน 10 คน 2. กลุ่มผู้ป่วย จำนวน 60 คน ได้แก่ (1) กลุ่มเสี่ยง (ผู้ป่วยที่มีภาวะขาดน้ำและผู้ป่วย septic shock) (2) ผู้ป่วยที่มีภาวะไตขาดเจ็บเฉียบพลัน เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ (1) แบบประเมิน SOS score (2) แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยไตขาดเจ็บเฉียบพลัน (3) แบบสอบถามประเมินผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติ paired t-test ผลการศึกษพบว่า ด้านพยาบาลมีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ร้อยละ 95.33 ระดับความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.32$) ด้านผู้ป่วย ระดับครีเอตินินลดลงผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง $p = 0.028$ ผู้ป่วยที่มีภาวะไตขาดเจ็บเฉียบพลัน $p = 0.025$ ข้อเสนอแนะ 1) ควรมีการนำแนวปฏิบัติไปใช้เพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของโรค 2) ควรศึกษาปัจจัยในท้องถิ่นที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะไตขาดเจ็บเฉียบพลัน 3) ควรมีการขยายการศึกษาให้ครอบคลุมถึงการติดตามผลในระยะ 3 เดือนเพื่อประเมินความสมบูรณ์การฟื้นฟูของไต

คำสำคัญ : การพัฒนา แนวปฏิบัติการพยาบาล ภาวะไตขาดเจ็บเฉียบพลัน งานบริการผู้ป่วยใน

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น

Corresponding author: Arunratsamee Satee. Email: satee2522@gmail.com

Received: May 3, 2021; Revised: December 29, 2021; Accepted: December 5, 2021

The Development of Clinical Nursing Practice Guideline in Patients with Acute Kidney Injury at Inpatient Services Ban Fang Hospital

Arunratsamee Satee¹

ABSTRACTS

This study was action research to develop and evaluate clinical nurse practice guidelines (CNPG) for patients with acute kidney injury at inpatient services Ban Fang Hospital. This CNPG was conducted based on the evidence-based practice (EBP) model of Soukup: 1) Evidence triggered phase. 2) Evidence-supported phase. 3) Evidence – observed phase. 4) Evidence-based phase. The samples were professional nurses operating in an inpatient service department who are ten persons and patients are 60 persons. The patient sample comprises the risk group: dehydrated patients, septic shock patients, and patients with acute kidney group. The research instruments were SOS score assessment, Clinical Nursing Practice Guideline for acute kidney injury, and sampling record form. The data were analyzed with paired t-test. The study results revealed that nursing activities performed following the practice guideline were scored 95.33 per cent. The degree of overall satisfaction for the performance according to the practice guideline was at a high level ($\bar{X} = 4.32$). The creatinine level was reduced for patients, namely $p = 0.028$ in the risk group and $p = 0.025$ in patients with the acute kidney group. It is recommended that the guideline should be applied to prevent and reduce the severity of the disease. The local factor affecting patients with acute kidney should also be studied. In addition, the study should be expanded to cover the follow-up, around three months, for the assessment of recovery of the kidneys.

Key words: Development, Clinical Nursing Practice Guideline, Acute Kidney Injury, Inpatient services.

¹ Registered Nurse, Professional Level, Ban Fang Hospital, Khon Kaen Province

บทนำ (Introduction)

ภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน (Acute Kidney Injury: AKI) เป็นภาวะวิกฤตระบบไตที่พบบ่อย จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุขพบผู้ป่วยที่เกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน ระหว่างปี พ.ศ.2559 - 2561 เท่ากับ 710.47; 738.22 และ 787.12 ต่อแสนประชากรตามลำดับ¹ สถิติสุขภาพจังหวัดขอนแก่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น พบว่า อัตราตาย ไตอักเสบ กลุ่มอาการของไตพิการ และไตพิการ ปี 2561-2562 อัตราตายต่อประชากร 100,000 คน เท่ากับ 47.43 และ 49.81 จากสถิติข้อมูลผู้ป่วยที่รับเข้ารักษาในโรงพยาบาลบ้านฝางที่มีภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน ในระหว่างปีงบประมาณ 2557-2559 พบว่ามีจำนวน 93 ราย, 250 ราย และ 326 รายตามลำดับ และมีค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนเงิน 534,995 บาท, 794,281 บาท และ 2,201,199 บาทต่อปีตามลำดับ²

ภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน เป็นภาวะที่ไตสูญเสียหน้าที่หรือทำงานลดลงอย่างเฉียบพลัน ส่งผลให้เกิดความผิดปกติในร่างกาย ได้แก่ ภาวะน้ำเกิน (volume overload) เลือดเป็นกรด (metabolic acidosis) ภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง (hyperkalemia) ภาวะของเสียคั่ง (uremia) ทำให้ผู้ป่วยมีอาการบวมตามร่างกาย หายใจหอบ หัวใจเต้นผิดปกติ ชีพจร ชักและหมดสติได้ ความรุนแรงของภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันส่งผลให้ผู้ป่วยต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น⁴

มีโอกาสเสียชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน 6.62 เท่า⁵ และยังพบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิด Chronic kidney disease สูงขึ้น 8.8 เท่า⁶ และในระยะยาวส่งผลกระทบต่อทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม ทั้งในระดับจุลภาคและมหภาค⁷ เพิ่มภาระค่าใช้จ่ายในครอบครัว และระบบสุขภาพของชาติ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ ภาวะ ขาดน้ำ และภาวะช็อกจากติดเชื้อในกระแสเลือด⁸ ปัจจัยด้านผู้ให้บริการพยาบาลมีบทบาทสำคัญ เพราะภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันสามารถป้องกันและเฝ้าระวังได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หากทราบ ปัจจัยเสี่ยง และมีการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงเหล่านั้นอย่างเหมาะสมและทันทั่วทั้งที่ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น⁹ หากพยาบาลมีความรู้ความสามารถในการประเมิน คัดกรอง และจัดการได้อย่างทันทั่วทั้งที่ จะสามารถป้องกัน และลดความรุนแรงของโรคได้ แต่จากการสำรวจความคิดเห็นของพยาบาลแผนกผู้ป่วยใน พบว่ามีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันในระดับเล็กน้อยถึงปานกลางอย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ซึ่งมีข้อจำกัดของทรัพยากรทั้งด้านบุคลากรและองค์ความรู้เฉพาะทางด้านโรคไต ยังไม่มีแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันที่ชัดเจน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญ
ของปัญหาที่จะศึกษาการพัฒนาแนว
ปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแล
ตั้งแต่ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไต
บาดเจ็บเฉียบพลันและผู้ป่วยที่มีภาวะไต
บาดเจ็บเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาแผนก
ผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบ้านฝาง เพื่อเป็นแนว
ปฏิบัติสำหรับพยาบาลและเพื่อให้เกิด
ผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ (Objective)

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล
ทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง และ
ผู้ป่วยที่มีภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน

2. เพื่อประเมินผลลัพธ์แนว
ปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแล
ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง และผู้ป่วยที่มีภาวะไต
บาดเจ็บเฉียบพลัน

กรอบแนวคิดการวิจัย การวิจัย
ครั้งนี้ผู้วิจัยใช้รูปแบบการพัฒนาแนว
ปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกโดยใช้หลักฐานเชิง
ประจักษ์ Evidence based practice model
รูปแบบที่นำเสนอโดยศูนย์ปฏิบัติการ
พยาบาลขั้นสูงในรัฐเนแบรสกา ประเทศ
สหรัฐอเมริกา¹⁰

ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาล

ระยะที่ 1. การค้นหาปัญหาทางคลินิก (Evidence triggered phase)

- (1) จากการปฏิบัติงาน (Practice triggered) รวบรวมข้อมูลจากการสังเกตและการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพ และจัดทำแบบ
สำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน รวบรวมสถิติผู้ป่วย ทบทวนการดูแลและการส่งต่อ
ผู้ป่วยที่มีภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน
- (2) จากแหล่งความรู้ (Knowledge triggered) ทบทวนวรรณกรรมจากตำรา บทความ เอกสารวิชาการ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ระยะที่ 2 การค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง (Evidence – supported phase)

- (1) ทบทวนวรรณกรรมและคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยกำหนดเกณฑ์ในการสืบค้น โดยใช้กรอบ PICO
- (2) วิเคราะห์หลักฐานตามเกณฑ์ของมิวนิคและไพน์เอ๊าท์

ระยะที่ 3 ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติและนำไปทดลองใช้ในหน่วยงาน (Evidence – observed phase)

- (1) ยกร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน งานบริการผู้ป่วยใน รพ.บ้านฝาง
- (2) นำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ในงานบริการผู้ป่วยใน

ระยะที่ 4 ระยะการนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงาน (Evidence based phase)

- (1) ประเมินกระบวนการเกี่ยวกับความสามารถในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ การปฏิบัติตามกิจกรรมตามแนวปฏิบัติ และ
ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ
- (2) ประเมินผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยได้แก่ ระดับครีเอตินิน จำนวนวันนอน ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้กลับบ้าน และร้อยละของผู้ป่วยที่ต้อง
ส่งต่อเพื่อทำ Hemodialysis

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ประชากรกลุ่มตัวอย่างได้แก่ 1) พยาบาลผู้ใช้นโยบายปฏิบัติ เป็นพยาบาลประจำการที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยในอย่างน้อย 1 ปีจำนวน 10 คน 2) กลุ่มผู้ป่วย ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตขาดเฉียบพลัน ได้แก่ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาระบาดผู้ป่วยในด้วยภาวะขาดน้ำและภาวะ Septic Shock จำนวน 30 คน และผู้ป่วยที่มีภาวะไตขาดเฉียบพลันระดับ 1-2 ตามเกณฑ์ KDIGO¹¹ เข้ารับการรักษาระบาดผู้ป่วยในโรงพยาบาลบ้านฝางจำนวน 30 คน

เครื่องมือในการวิจัยในครั้งนี้

ประกอบด้วย

1. แบบประเมิน SOS score¹²
2. แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

2.1 แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตขาดเฉียบพลันประกอบด้วย หมวดที่ 1 การประเมินคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตขาดเฉียบพลัน หมวดที่ 2 การจัดการและการดูแลเพื่อป้องกันภาวะไตขาดเฉียบพลัน หมวดที่ 3 การประเมินผล

2.2 แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะไตขาดเฉียบพลัน ประกอบด้วย หมวดที่ 1 การประเมินสภาพผู้ป่วย หมวดที่ 2 การจัดการ

และการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะไตขาดเฉียบพลัน หมวดที่ 3 การประเมินผล

3. แบบสอบถามประเมินผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย ชุดที่ 1 แบบประเมินพยาบาลผู้ใช้นโยบายปฏิบัติ ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินการปฏิบัติกิจกรรมตามแนวปฏิบัติ 3) แบบสอบถามความพึงพอใจ ชุดที่ 2 แบบสอบถามประเมินผู้รับบริการ ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบบันทึกผลลัพธ์การรักษา ได้แก่ ค่า Scr แต่ละวัน, ผลการรักษา (อาการดีขึ้นได้กลับบ้าน / Refer), เกิดภาวะน้ำเกินระหว่างการรักษา (เกิด / ไม่เกิด)

แบบประเมินการปฏิบัติกิจกรรมตามแนวปฏิบัติ และแบบสอบถามความพึงพอใจตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องครอบคลุมของเนื้อหา และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.85 และ 0.95 ตามลำดับ ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกันในพื้นที่ใกล้เคียง จำนวน 30 คน หา ค่า Reliability โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's reliability coefficient alpha) เท่ากับ 0.95 และ 0.87 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูลมี 3 ระยะ

1. ระยะก่อนใช้แนวปฏิบัติผู้วิจัยขอความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยจากพยาบาลอาสาสมัครแผนกผู้ป่วยใน หลังจาก

นั้นผู้วิจัยดำเนินการอบรมการใช้แนวปฏิบัติแก่พยาบาลอาสาสมัครจำนวน 10 คน ก่อนนำแนวปฏิบัติไปใช้จริง

2. ระยะใช้แนวปฏิบัติ ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ผู้วิจัยขอความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยจากผู้ป่วย หลังจากนั้นผู้วิจัยและพยาบาลอาสาสมัครแผนกผู้ป่วยใน ให้การดูแลผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติตลอดระยะเวลาที่นอนพักรักษาในโรงพยาบาล

3. ระยะหลังใช้แนวปฏิบัติ ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างและจากพยาบาลอาสาสมัคร ได้แก่ ผลลัพธ์การรักษา ความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ และความพึงพอใจของพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ความถี่ ร้อยละ และสถิติเชิงอนุมาน ใช้สถิติ paired t - test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง วิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เลขที่ KEC6073/2560 COA6073 รับรองวันที่ 7 ก.ค. 2560 ก่อนเริ่มกระบวนการวิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดการศึกษาวินิจฉัย ข้อมูล วิธีการวิจัย ความเสี่ยงผลกระทบ รวมทั้งการให้อิสระในการ

ตัดสินใจ ปฏิเสธหรือยกเลิกโดยไม่มีผลกระทบใดๆ จึงให้ลงนามในใบยินยอมข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับและทำลายตามหลักจริยธรรมการวิจัย

ผลการวิจัย (Result)

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน งานบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลบ้านฝาง แบ่งเป็น 4 ระยะคือ

ระยะที่ 1 ระยะศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน โรงพยาบาลบ้านฝาง พบว่าสถิติมีแนวโน้มสูงขึ้นทั้งจำนวนผู้ป่วยและค่ารักษาพยาบาล การดูแลรักษาพบว่า ผู้ป่วยไตบาดเจ็บเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ้านฝาง ระหว่างปี พ.ศ. 2557 - 2559 มีผู้ป่วยที่มีภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันจำนวน 669 คน ผู้ป่วยไตบาดเจ็บเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษา มี 2 ลักษณะคือ ไตบาดเจ็บเฉียบพลัน (Acute kidney injury) จำนวน 431 คน (ร้อยละ 61.74) และไตบาดเจ็บเฉียบพลันในคนที่มีไตวายเรื้อรังระยะต้นอยู่แล้ว (Acute kidney injury on top Chronic kidney disease) จำนวน 238 คน (ร้อยละ 38.26) ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อในร่างกาย และเกิดจากภาวะร่างกายขาดน้ำ การรักษาพบว่า ร้อยละ 40 เกิดภาวะแทรกซ้อนสำคัญ คือ ภาวะน้ำเกิน การส่งต่อผู้ป่วยไตวายเฉียบ

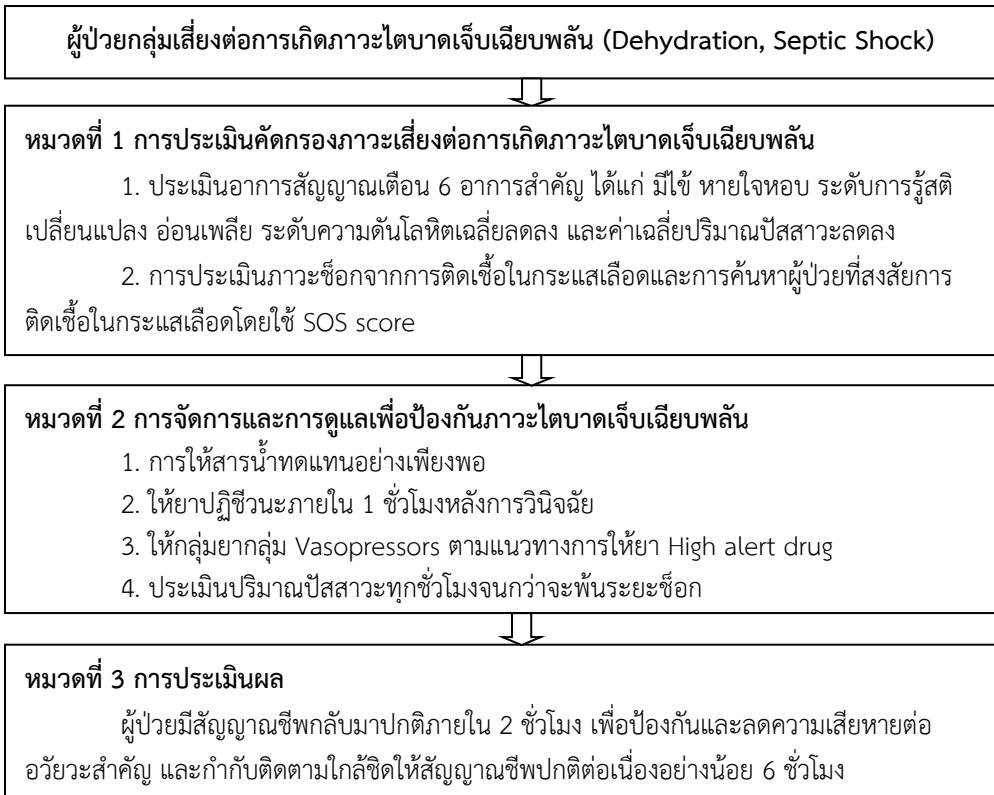
เจ็บพลันที่มีอาการรุนแรงและถูกส่งต่อรักษาโรงพยาบาลตติยภูมิจำนวน 10 คน พบว่า เสียชีวิต 3 คน (ร้อยละ 30) มีกรณีร้องเรียนการให้บริการผู้ป่วยที่เกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันที่ส่งต่อล่าช้าและเสียชีวิตจำนวน 1 คน พฤติกรรมพยาบาลด้านการตัดสินใจรายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบสัญญาณผิดปกติและการประเมินผลการพยาบาลอย่างต่อเนื่องอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 60) พยาบาลส่วนใหญ่คิดเห็นว่าตนเองมีความรู้เกี่ยวกับภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันในระดับเล็กน้อย (ร้อยละ 66.66) ส่วนใหญ่เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันยังเป็นปัญหา (ร้อยละ 80) เนื่องจากยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจนและจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันพบว่าเป็นการศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยไตบาดเจ็บเฉียบพลันในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ แต่ยังไม่มีการศึกษาแนวทางการดูแลผู้ป่วยไตบาดเจ็บเฉียบพลันในโรงพยาบาลชุมชน

ระยะที่ 2 การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน สรุปความรู้ที่ได้มาจากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อนำไป

สร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน คือ การประเมินระยะของไตบาดเจ็บเฉียบพลันตาม KDIGO¹¹ การประเมินอาการสัญญาณเตือนด้วยอาการสำคัญ¹³ และการประเมินภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด¹² การจัดการและการดูแลเพื่อป้องกันภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยที่มีภาวะ Dehydration และ ผู้ป่วย Septic shock ด้วยการให้สารน้ำทดแทนอย่างเพียงพอในระยะ Resuscitation¹⁴ ให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย¹² การให้ยา vasopressor (Levophed) ตามแนวทางการบริหารยา High Alert drug ดูแลความพอเพียงของสารน้ำและประเมินภาวะขาดน้ำหรือภาวะน้ำเกิน¹⁵ การควบคุมโรคประจำตัวระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด¹¹ ประเมินการฟื้นตัวของไต¹⁶ และวางแผนการจำหน่าย¹⁷

ระยะที่ 3 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน งานบริการผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบ้านฝาง

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน ประกอบด้วย



หมวดที่ 1 การประเมินคัดกรอง
ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตขาดเจ็บเฉียบพลันโดยประเมิน 6 อาการสำคัญ ได้แก่ มีไข้ หายใจหอบ ระดับการรับรู้สติเปลี่ยนแปลง อ่อนเพลีย ระดับความดันโลหิตเฉื่อยลึ่งลดลง และค่าเฉลี่ยปริมาณปัสสาวะลดลง (ระดับ 4 A) และการประเมินภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดการค้นหาผู้ป่วยที่ส่งสัยการติดเชื้อในกระแสเลือด (SOS score) (ระดับ 5 A) ตัดสินใจรายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบว่าผู้ป่วยมีภาวะวิกฤติดังนี้ Pulse Rate ≥ 120 , Respiratory Rate ≥ 30 Systolic BP < 90 mmHg, Diastolic BP < 60 , ค่า MAP < 65 mmHg ค่าระดับออกซิเจนใน

เลือด (SpO₂) < 95 % ปริมาณปัสสาวะออก < 0.5 ml/kg/hr (ระดับ 7A)

หมวดที่ 2 การจัดการและการดูแล
เพื่อป้องกันภาวะไตขาดเจ็บเฉียบพลัน ได้แก่ การกู้ภาวะวิกฤติโดยให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำชนิด isotonic crystalloid ในอัตราความเร็วตามแนวทางการรักษา ใช้เข็มเบอร์ 18-20 ให้ 2 เส้นพร้อมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำในปริมาณตามแผนการรักษาในระยะเวลาที่สั้น (ระดับ 7A) ให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย (ระดับ 5 A) ให้กลุ่มยา กลุ่ม Vasopressors พยาบาลผู้ปฏิบัติให้ยาตามแนวทางการให้ยา High alert drug ควบคุมกำกับการประเมิน

สัญญาณชีพและการปรับอัตราเร็วการให้ยา ทุก 5 นาที จนกว่าสัญญาณชีพจะเป็นปกติ (ระดับ 5 A) ใส่สายสวนปัสสาวะในผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกทุกราย เพื่อความไวในการประเมินปริมาณ Urine output และต้องประเมินปริมาณปัสสาวะทุกชั่วโมงจนกว่าจะพ้นระยะช็อก

หมวดที่ 3 การประเมินผลผู้ป่วย มีสัญญาณชีพกลับมาปกติภายใน 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันและลดความเสียหายต่ออวัยวะสำคัญ และกำกับติดตามใกล้ชิดให้สัญญาณชีพปกติต่อเนื่องอย่างน้อย 6 ชั่วโมง (ระดับ 2 A)

2. แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน ประกอบด้วย

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย Acute Kidney Injury / Acute Kidney Injury on top Chronic

หมวดที่ 1 การประเมินสภาพผู้ป่วย

1. ประเมินสาเหตุของการเกิดภาวะ AKI
2. ประเมินอาการสัญญาณเตือนที่บ่งบอกถึงความรุนแรงของโรค ได้แก่ ปัสสาวะออกลดลงบวม เหนื่อยง่าย สับสน ซึมลงหัวใจเต้นผิดปกติ

หมวดที่ 2 การจัดการและการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน

1. ดูแลเรื่องความเพียงพอของสารน้ำ กระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำเท่าปริมาณปัสสาวะที่ออก บวกกับ insensible loss ประมาณ 500 มิลลิลิตร และบริหารสารน้ำทางหลอดเลือดดำผ่าน infusion pump
2. ประเมินความพอเพียงของสารน้ำในร่างกาย โดยประเมินจากปริมาณน้ำเข้า – น้ำออกจากร่างกายทุก 8 ชั่วโมง, ประเมินค่า Urine specific gravity
3. ควบคุมโรคประจำตัวโดยควบคุมค่าความดันโลหิต (SBP 90-130, DBP 60-80 mmHg) ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ระหว่าง 110 – 149 mg/dl
4. การส่งเสริมการฟื้นฟูไต โดยรับประทานอาหารที่เพียงพอเหมาะสม ต้องปรึกษานักโภชนาการ และดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนเพียงพอ 6 – 8 ชั่วโมง/วัน
5. การวางแผนการจำหน่าย ให้ความรู้และทักษะการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน เพื่อป้องกันการเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันซ้ำ

หมวดที่ 3 การประเมินผล

1. ติดตามระดับครีเอตินินทุกวัน โดยทั่วไปการฟื้นตัวของไตจะเกิดขึ้นภายใน 72 ชั่วโมงถ้านอนโรงพยาบาล 3 วันและหากค่าครีเอตินินยังไม่มีแนวโน้มลดลง ต้องรายงานแพทย์พิจารณาแนวทางการรักษาหรือหาสาเหตุเพิ่มเติม หรือส่งต่อรักษาไปยังโรงพยาบาลตติยภูมิ
2. นัดติดตามผลอย่างน้อย 2 ครั้งคือ 1) ระยะใกล้คือ 1 สัปดาห์ - 1 เดือน เพื่อติดตามอาการ 2) ระยะ 3 เดือน เพื่อประเมินความสมบูรณ์ของการฟื้นตัวของไต

หมวดที่ 1 การประเมินสภาพผู้ป่วยประเมินหาสาเหตุของการเกิดภาวะ AKI เพื่อการดูแลและแก้ปัญหาได้ตรงกับสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน (ระดับ 7A) ประเมินอาการสัญญาณเตือนที่บ่งบอกถึงความรุนแรงของโรค ได้แก่ ปัสสาวะออกลดลงบวม เหนื่อยง่าย สับสน ซึมลงหัวใจเต้นผิดปกติ (ระดับ 4A)

หมวดที่ 2 การจัดการและการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันดูแลเรื่องความเพียงพอของสารน้ำ (ระดับ 4A) กระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำเท่าปริมาณปัสสาวะที่ออก บวกกับ insensible loss ประมาณ 500 มิลลิลิตรประเมินความพอเพียงของสารน้ำในร่างกายผู้ป่วยที่มีภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันโดย ประเมินจากปริมาณน้ำเข้า - น้ำออกจากร่างกายทุก 8 ชั่วโมง, ประเมินค่า Urine specific gravity (ระดับ 7A) ควบคุมโรคประจำตัวโดยควบคุมค่าความดันโลหิต (SBP90-130, DBP 60-80 mmHg) ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ระหว่าง 110 - 149 mg/dl (ระดับ 7A) การส่งเสริมการฟื้นฟูไต โดยรับประทานอาหารที่เพียงพอเหมาะสม ต้องปรึกษานักโภชนาการ และดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนเพียงพอ 6 - 8 ชั่วโมง/วัน

หมวดที่ 3 การประเมินผล ติดตามระดับครีเอตินินทุกวัน โดยทั่วไปการฟื้นฟูของไตจะเกิดขึ้นภายใน 72 ชั่วโมง (ระดับ 7A) ถ่านอนโรงพยาบาล 3 วันและหากค่าครีเอตินิน

ยังไม่มีแนวโน้มลดลง ต้องรายงานแพทย์พิจารณาแนวทางการรักษาหรือหาสาเหตุเพิ่มเติม หรือส่งต่อรักษาไปยังโรงพยาบาลตติยภูมิ มีการวางแผนการจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน เพื่อป้องกันการเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันซ้ำ (ระดับ 5A) และนัดติดตามผลอย่างน้อย 2 ครั้ง คือ 1) ระยะใกล้คือ 1 สัปดาห์ - 1 เดือน เพื่อติดตามอาการ 2) ระยะ 3 เดือน เพื่อประเมินความสมบูรณ์ของการฟื้นตัวของไต (ระดับ 7A) จากนั้นนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงจำนวน 6 คน และผู้ป่วยกลุ่ม AKI / AKI on top CKD จำนวน 10 คน รวม 16 คน พบว่าไม่เกิดภาวะ AKI ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง และในผู้ป่วยกลุ่ม AKI มีระดับครีเอตินินลดลง ภาวะแทรกซ้อนสำคัญคือภาวะน้ำเกิน ร้อยละ 20 โดยพบในผู้ป่วยที่มีภาวะ AKI on top CKD

ระยะที่ 4 การประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัตินำแนวปฏิบัติไปใช้จริงในหน่วยงานระหว่างเดือน พฤษภาคม - ตุลาคม 2561 ที่แผนกผู้ป่วยใน มีการประชุมชี้แจงก่อนใช้แนวปฏิบัติแก่พยาบาลผู้ปฏิบัติจำนวน 10 คน ใช้กับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงจำนวน 30 คน ผู้ป่วยที่มีภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันจำนวน 30 คน ประเมินผลลัพธ์ ด้านพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้นำแนวปฏิบัติ และด้านผู้ป่วย ดังนี้

1. **ผลลัพธ์ด้านพยาบาล** ข้อมูลทั่วไป พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติเป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 10 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 100 อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 41-50 ปี ประสบการณ์การทำงานที่แผนกผู้ป่วยในอย่างน้อย 1 ปี เคยดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันมากกว่า 10 ครั้ง และยังไม่เคยอบรมความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยไตบาดเจ็บเฉียบพลันจากที่อื่นมาก่อน พบว่าคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติอยู่ในระดับสูงที่สุด ร้อยละ 95.33 และความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.32$)

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของการปฏิบัติตามกิจกรรมตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน (N=10)

กิจกรรมการพยาบาลตามแนวปฏิบัติ	กลุ่มตัวอย่าง n=10 (%)	
	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
1. ประเมินสภาพผู้ป่วยเพื่อคัดกรองและเฝ้าระวังการเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันจากอาการสำคัญ	10 (100)	0 (0)
2. ตัดสินใจรายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบว่าผู้ป่วยมีภาวะวิกฤติ	10 (100)	0 (0)
3. ภาวะวิกฤติโดยให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำชนิด 0.9%NSS ในอัตราความเร็วตามแนวทางการรักษา ใช้ซีแมเบอร์ 18-20 ให้ 2 เส้นพร้อมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำในปริมาณตามแผนการรักษาในระยะเวลาที่สั้น	8 (80)	2 (20)
4. ให้กลุ่มยากลุ่มVasopressors ยาตามแนวทางการให้ยา HAD	9 (90)	1 (10)
5. ใส่สายสวนปัสสาวะในผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกทุกราย เพื่อความไวในการประเมินปริมาณ Urine output และต้องประเมินปริมาณปัสสาวะทุกชั่วโมงจนกว่าจะพ้นระยะช็อก	9 (90)	1 (10)
6. ประเมินหาสาเหตุของการเกิดภาวะAKI	9 (90)	1 (10)
7. ประเมินภาวะน้ำเกินตั้งแต่แรกรับ ระหว่างการรักษา และก่อนการจำหน่าย	10 (100)	0 (0)
8. ให้สารน้ำผ่านเครื่องนับหยดน้ำเกลือ	10 (100)	0 (0)
9. ควบคุม SBP90-130, DBP60-90 mmHg	9 (90)	1 (10)
10. ควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานให้อยู่ระหว่าง 110-140mg/dl	9 (90)	1 (10)
11. กำหนดปริมาณน้ำดื่มตามน้ำหนักตัว และกระตุ้นผู้ป่วยดื่มน้ำเท่าปริมาณปัสสาวะที่ออกบวกกับ 500ml/วัน	10 (100)	0 (0)
12. ประเมินความพอเพียงของสารน้ำในร่างกายจากปริมาณน้ำเข้า – น้ำออกจากร่างกายทุก 8 ชั่วโมง, ประเมินค่า Urine specific gravity	10 (100)	0 (0)
13. มีการเฝ้าระวังความเสี่ยงเรื่องการเกิดภาวะ Hypervolemia และ รายงานแพทย์เมื่อพบว่าผู้ป่วยมี Hypervolemia	10 (100)	0 (0)
14. ติดตามผล Serum Creatinine และ Electrolyte ตามแผนการรักษา	10 (100)	0 (0)
15. วางแผนการจำหน่ายและให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวที่บ้าน	10 (100)	0 (0)
ผลรวม	143 (95.33)	7 (4.66)

ตารางที่ 2 แสดงระดับความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ (n=10)

แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก	ความคิดเห็น		การแปลความหมาย
	$\bar{x}$	S.D.	
1. แนวปฏิบัติเป็นข้อความที่เข้าใจง่าย	4.10	0.57	มาก
2. แนวปฏิบัติมีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย	4.20	0.63	มาก
3. แนวปฏิบัติช่วยให้พยาบาลเลือกตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยได้ทันทั้งที่	4.50	0.53	มาก
4. แนวปฏิบัติช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน	4.60	0.52	มากที่สุด
5. แนวปฏิบัติช่วยสามารถนำไปใช้ได้จริง	4.40	0.70	มาก
6. แนวปฏิบัติใช้งานง่าย ไม่ยุ่งยาก	4.30	0.67	มาก
7. แนวปฏิบัติช่วยให้การบริการมีคุณภาพ ประสิทธิภาพมากขึ้น	4.20	0.63	มาก
8. ท่านมีความพึงพอใจในการใช้นโยบายปฏิบัติ	4.30	0.67	มาก
ภาพรวมระดับความพึงพอใจ	4.32	0.61	มาก

2. ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง อายุเฉลี่ย 66 ปี กลุ่มผู้ป่วย AKI อายุเฉลี่ย 68 ปี ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร สิทธิการรักษาส่วนใหญ่ใช้บัตรทอง ผลลัพธ์ด้านการรักษาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง มีจำนวนวันนอนเฉลี่ย 5.02 วัน ผู้ป่วยอาการดีขึ้นได้กลับบ้านทุกราย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน (AKI และ AKI on top CKD)

จำนวนวันนอนเฉลี่ย 5.26 วัน ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 100 อาการดีขึ้นได้กลับบ้าน ไม่มีผู้ป่วยส่งต่อเพื่อทำ Hemodialysis เกิดภาวะแทรกซ้อนสำคัญคือภาวะน้ำเกิน ร้อยละ 6.66 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับ Serum Creatinine ก่อนและหลังการรักษา พบว่า ระดับครีเอตินินเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 3 แสดงผลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับ Serum Creatinine ของผู้ป่วยก่อนและหลังการรักษา

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n)	$\bar{X}$ ค่าSCr ก่อนการรักษา	$\bar{X}$ ค่าSCr หลังการรักษา	SD	p-value
1. ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง	30	0.86	0.66	0.99	0.028
2. ผู้ป่วยที่มีภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน	30	3.05	1.98	0.89	0.025

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

แนวปฏิบัตินี้มีประสิทธิภาพส่งผลดีทั้งต่อผู้ป่วยและพยาบาลที่ชัดเจน ดังนี้ ด้านผู้ป่วย พบว่าแนวปฏิบัติที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยที่มีภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันสามารถป้องกันและลดความรุนแรงของโรคได้ เนื่องจากการประเมินคัดกรองเฝ้าระวัง ดูแลและการจัดการ กำกับติดตาม และประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ระดับครีเอตินินลดลงทุกกลุ่มสอดคล้องกับการศึกษาของ Tsui et al.¹⁸ ที่ศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติมีการเฝ้าระวังการเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันโดยใช้แบบบันทึกการเฝ้าระวังพบว่าค่าซีรัมครีเอตินินลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและจากกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยภาวะไตวายเฉียบพลันของ บัวหลัน หินแก้ว¹⁹ พบว่าการเฝ้าระวังดูแลผู้ป่วยที่ดีและมีประสิทธิภาพของพยาบาล จนผู้ป่วยได้รับการบำบัดทดแทนไตอย่างรวดเร็วมีผลทำให้ไตสามารถฟื้นคืนกลับมา ผู้ป่วยปลอดภัยกลับมาดำรงชีวิตได้อย่างปกติด้านพยาบาล พบว่าพยาบาลปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ร้อยละ 95.33 ซึ่งอยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับ Paramonczyk²⁰ เนื่องจากผู้วิจัยได้มีการสำรวจสภาพปัญหาจากสถานการณ์จริงและความต้องการของหน่วยงานโดยให้พยาบาลผู้ปฏิบัติมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและบอกความต้องการก่อนสร้างแนวปฏิบัติจากหลักฐานเชิง

ประจักษ์ สอดคล้องกับ ประสาท เนื่องเฉลิม²¹ ได้กล่าวถึงแหล่งของปัญหาการวิจัยว่าสามารถค้นหาได้จากประสบการณ์ตรงของผู้วิจัยที่ได้จากการปฏิบัติงานหรือสิ่งที่ผู้วิจัยกำลังประสบอยู่การพูดคุยปรึกษาหารือกับเพื่อนร่วมงาน ในส่วนของระดับความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.32$) โดยรายข้อมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือแนวปฏิบัติ ช่วยลดความเสี่ยงของการเกิด ($\bar{X} = 4.60$) เช่นเดียวกับแนวปฏิบัติ ช่วยให้พยาบาลเลือกตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยได้ทันทั่วที่สอดคล้องกับ ตรีชฎา ปูนสำเร็จ²² การตัดสินใจทางคลินิก เป็นทักษะจำเป็นสำหรับการปฏิบัติการพยาบาลพยาบาลเมื่อเผชิญกับปัญหาทางคลินิกที่ท้าทายและซับซ้อน เพื่อแก้ปัญหาทางคลินิกที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งความสำเร็จดังกล่าวเกิดจากการเล็งเห็นปัญหา และการแสดงความคิดเห็นร่วมกันของทีมพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย ซึ่งตรงกับแนวคิดของ ชูศัพท์¹⁰

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำไปใช้ในจำนวน N ที่มากขึ้นและศึกษาผลลัพธ์ทั้งต่อผู้ป่วยและพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และควรปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละโรงพยาบาล
2. การศึกษาครั้งต่อไปควรมีการขยายการศึกษาให้ครอบคลุมถึงการติดตามผลในระยะ 3 เดือน เพื่อประเมินความสมบูรณ์การฟื้นฟูของไต

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาค้นคว้า และ ขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญทุกท่าน ที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมืองานวิจัย รวมถึงให้คำแนะนำ และเป็นกำลังใจให้มาโดยตลอด

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. จำนวนผู้ป่วยใน (หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและครอบครัว) รวมทุกการวินิจฉัยโรค จำแนกตามเพศและโรค/กลุ่มโรค 298 โรค ตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับแก้ไข ครั้งที่ 10 ทัวราชอาณาจักร พ.ศ. 2559 - 2561 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 เมษายน 2561]. เข้าถึงได้จาก: <http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/05.aspx>
2. งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลบ้านฝาง. สถิติผู้ป่วยใน [ฐานข้อมูลปิด]. ขอนแก่น: ฐานข้อมูลผู้ป่วยใน; 2561.
3. Hoste EAJ, Kellum JA, Selby NM, Zarbock A, Palevsky PM, Bagshaw SM, et al. Global epidemiology and outcomes of acute kidney injury. Nature Reviews Nephrology. 2018; 14(10):607-25.
4. Lameire NH, Bagga A, Cruz D, De Maeseneer J, Endre Z, Kellum JA, et al.

Acute kidney injury: An increasing global concern. Lancet 2013; 382: 170-9.

5. Susantitaphong P, Cruz DN, Cerda J, Abulfaraj M, Alqahtani F, Koulouridis I, et al. World incidence of AKI: A meta-analysis. Clin. J. Am. Soc. Nephrol 2013; 8(9): 1482-93.
6. Coca SG, Singanamala S, Parikh CR. Chronic kidney disease after acute kidney injury: A systematic review and meta-analysis. Kidney Int 2012; 81(5): 442-8.
7. ญัฎฐา ล้าเลิศกุล และ ญัฎฐชัย ศรีสวัสดิ์. การฟื้นตัวของไตภายหลังภาวะไตวายเฉียบพลัน Acute Kidney Injury and Renal Recovery วารสารเวชบำบัดวิกฤต โดยสมาคมเวชบำบัดวิกฤต. 2017: 7-9.
8. Joslin J, Wilson H, Zubli D, Gauge N, Kinirons M, Hopper A, et al. Recognition and management of acute kidney injury in hospitalised patients can be partially improved with the use of a care bundle. Clin Med J R Coll Physicians London [serial online] 2015; 15(5): 431-6.
9. Cartin-Ceba R, Kashouris M, Plataki M, Kor DJ, Gajic O, Casey ET. Risk factors for development of acute kidney injury in critically ill patients: A systematic review and meta-analysis

- of observational studies. Crit Care Res Pract 2012; 2012: 691013
10. Soukup, M. The Center for Advanced Nursing Practice Evidence-Based Practice Model. Nursing Clinic of North America. 2000; 35(2), 301-9.
 11. Acute Kidney Injury Work Group. KDIGO Clinical Practice Guideline for Acute Kidney Injury. Kidney Int Suppl. 2012; 2(1): 1-138.
 12. สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย. การดูแลรักษาผู้ป่วย Severe Sepsis และ Septic Shock (ฉบับร่าง) แนวทางเวชปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: สมาคมเวชบำบัดวิกฤต; 2558.
 13. ยูภา แก้วร่วมเพชร และ กล้าเผชญ์ โชคบำรุง. ศึกษาอาการเตือนและการจัดการอาการเตือนของพยาบาล ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดไตวายเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น; 2555.
 14. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Intravenous fluid therapy in adult in hospital. clinical guideline 174. 2013.
 15. Harty J. Prevention and management of acute kidney injury. Ulster Med J. 2014; 83(3): 149-57.
 16. ณัฐชัย ศรีสวัสดิ์ และ เกรียง ตั้งสง่า. โรคไตวายเฉียบพลัน. วารสารกรมการแพทย์. 2560; 42(6).
 17. Kashani K, Rosner MH, Haase M, Lewington AJP, O'Donoghue DJ, Wilson FP, et al. Quality Improvement Goals for Acute Kidney Injury. Clin J Am Soc Nephrol. 2019; 14(6): 941-53.
 18. Tsui A, Rajani C, Doshi R, De Wolff J, Tennant R, Duncan N, et al. Improving recognition and management of acute kidney injury. Acute Med. 2014; 13(3): 108-12.
 19. บัณฑิต หินแก้ว. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะไตวายเฉียบพลัน: กรณีศึกษา. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย. 2016; 9(1): 46-62.
 20. Paramonczyk A. Barriers to implementing research in clinical practice. Can Nurse. 2005; 101(3): 12-5.
 21. ประสาท เนื่องเฉลิม. วิจัยการเรียนรู้การสอน. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.
 22. ตรีนุภา ปุ่นสำเร็จ. การตัดสินใจทางคลินิก: ทักษะจำเป็นสำหรับการปฏิบัติการพยาบาล Clinical Judgement: An Essential Skill for Nursing Intervention. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม. 2560; 18(35): 81-9.

การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) อำเภอเมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา

บัณฑิต เกียรติจตุรงค์¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการป้องกันและควบคุมโรค COVID - 19 ดำเนินการตั้งแต่เดือนสิงหาคมถึงเดือนตุลาคม 2564 กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 105 คน มาจากตัวแทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนชุมชน ซึ่งถูกคัดเลือกแบบเจาะจงให้เข้าร่วมในกระบวนการ 4 กระบวนการหลัก มีเครื่องมือ 4 ประเภทที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถามเพื่อศึกษาลักษณะประชากร กระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการ แผนงานและโครงการในการดำเนินงาน และแบบสอบถามความคิดเห็นเพื่อประเมินรูปแบบ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีทั้งหมด 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การสร้างความตระหนักถึงปัญหาและสาเหตุโรค ขั้นตอนที่ 2 การจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรค ขั้นตอนที่ 3 การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค ขั้นตอนที่ 4 การติดตามและประเมินผลป้องกันและควบคุมโรค เมื่อนำรูปแบบไปทดลองใช้ พบว่า ภาคีเครือข่ายได้ดำเนินกิจกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรค COVID - 19 ตามขั้นตอน 4 ขั้นตอน ครบทุกกิจกรรม และผลการประเมินรูปแบบพบว่า มีความสอดคล้อง มีความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และการยอมรับได้ในการนำไปปฏิบัติ

คำสำคัญ : โรค COVID - 19, การป้องกันและควบคุมโรค, การมีส่วนร่วม

¹ สาธารณสุขอำเภอเมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา

Corresponding Author; บัณฑิต เกียรติจตุรงค์, Email: bundith22470@gmail.com

Received: December 10, 2021; Revised December 13, 2021; Accepted December 14, 2021

The Development of Network Participation Model to Corona Virus Disease 2019 Prevention, and Control in Muang Yang District, Nakhon Ratchasima Province.

Bundith Kiatjaturong¹

ABSTRACTS

This research is participatory action research aimed to developed a model to prevention and control Corona Virus Disease (COVID-19) under network participation. Conducted from August to October 2021. The amount 105 samples were participants from any network, who were selected to involving within 4 key processes. There are 4 Tools: population characteristic study questionnaire; workshop; strategy plan and action plan; and opinion assessment questionnaire. The data were analyzed by descriptive statistics.

The results found the 4 key processes were developed as (1) Awareness building on the problem and cause; (2) Strategy formulation of disease prevention and control; (3) Operation determination of disease prevention and control; and (4) Monitoring and evaluation of disease prevention and control. The model had been tried out, which found that the networks were completely collaborative any activities of the program. The result of model evaluation found that on any processes were indicated that: according; fit; possible; and accepted to implementation.

Key words: COVID - 19, Prevention and Control, Participation

¹ Muang Yang District Public Health Executive, Nakhon Ratchasima Province

บทนำ (Introduction)

โรคติดเชื้อไวรัส “โคโรนา 2019” หรือ “โควิด 19” (Coronavirus Disease 2019 หรือ COVID - 19) ซึ่งองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) กำหนดให้เป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่ส่งผลกระทบไปทั่วโลกในปลายปี 2562 โดยค้นพบครั้งแรกที่เมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน ในช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 ซึ่งรัฐบาลจีนได้รายงานผู้ติดเชื้อให้แก่องค์การอนามัยโลกประจำสาธารณรัฐประชาชนจีนทราบ เมื่อวันที่ 31 ธันวาคม 2562¹ และระบาดไปทั่วโลก ส่งผลให้ WHO ประกาศให้เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ ในวันที่ 30 มกราคม พ.ศ. 2563 และประกาศให้การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาเป็น “การระบาดใหญ่ทั่วโลก” หรือ “Pandemic” ในวันที่ 12 มีนาคม พ.ศ. 2563²

ความรุนแรงของโรคดังกล่าวส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยอย่างรุนแรงจนถึงเสี่ยงต่อการเสียชีวิต เนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันโรคไม่แข็งแรง หรือเชื้อไวรัสเข้าไปทำลายการทำงานของปอด และสามารถแพร่ระบาดโดยติดต่อทางระบบทางเดินหายใจอย่างรวดเร็ว จนเกิดการแพร่ระบาดไปทั่วโลกอย่างรวดเร็ว มีรายงานพบ ผู้ติดเชื้อยืนยันแล้วมากกว่า 93,612,520 คน ใน 213 ประเทศ และมีผู้เสียชีวิต จากการระบาดของโรคแล้วมากกว่า 2,004,449 คน ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่หายแล้ว มากกว่า 66,917,580 คน

แต่อย่างไรก็ตาม ณ ปัจจุบันยังคงพบว่ามีจำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง³ สำหรับประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) รายแรกซึ่งเป็นนักท่องเที่ยวหญิงชาวจีน และเกิดการระบาดของโรคในระลอกที่ 1 เมื่อเดือนมกราคม 2563 ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ที่เดินทางจากพื้นที่เสี่ยง ผู้ประกอบอาชีพสัมผัสกับนักท่องเที่ยว จนกระทั่งปลายปี 2563 ได้เกิดการระบาดระลอกที่ 2 ในกลุ่มแรงงานต่างด้าวในตลาดกุ่ม และแพร่ระบาดจากบ่อนการพนัน แค้มป์คนงานก่อสร้าง ซึ่งทำให้ผู้ติดเชื้อมีจำนวนมากขึ้นอย่างรวดเร็ว มีการแพร่กระจายไปในหลายจังหวัด⁴ ต่อมาในช่วงเดือนเมษายน 2564 ได้เกิดการระบาดในระลอกที่ 3 จากเหตุการณ์แพร่ระบาดในผับเขตทองหล่อ และการระบาดได้กระจายไปทุกภาคทั่วประเทศ แนวโน้มการแพร่ระบาดยังคงพบกลุ่มการระบาดใหม่ในสถานที่ทำงาน สถานประกอบการต่างๆ และแพร่เชื้อต่อในชุมชนและในครัวเรือน การระบาดในระลอกนี้พบผู้ติดเชื้อสะสมสูงถึง 810,908 คน ทั้งนี้ มีผู้ป่วยยืนยันสะสมตั้งแต่ปี 2563 จำนวน 839,771 คน เป็นผู้ป่วยรายใหม่ 22,782 คน ผู้เสียชีวิตสะสม 6,848 คน⁵ แม้ระบบควบคุมโรคของประเทศ ไทย มีการแยกผู้ป่วยที่ติดเชื้อหรือเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้อย่างรวดเร็ว รวมทั้งมีการติดตามผู้ที่สัมผัสเชื้อทุกราย และมีการตรวจเชื้อจากผู้ป่วยให้ได้อย่างรวดเร็ว แต่การระบาดในประเทศไทยก็ยังคงดำเนินอย่างต่อเนื่อง⁶

จังหวัดนครราชสีมาเป็น 1 ใน 29 จังหวัด ที่ถูกประกาศให้เป็นพื้นที่ควบคุมสูงสุด และเข้มงวด สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) ณ เดือนกรกฎาคม 2564 พบผู้ป่วยยืนยันสะสม 3,984 ราย เสียชีวิตสะสม 41 ราย⁷ ซึ่งจังหวัดนครราชสีมาได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดนครราชสีมา โดยมีผู้ว่าจังหวัดนครราชสีมา เป็นประธาน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เป็นเลขานุการ ขับเคลื่อนแนวทางการจัดการการแก้ไขปัญหาภายใต้ศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Emergency Operation Center: EOC) มีการออกคำสั่งและมีมาตรการในการป้องกันและควบคุมโรคอย่างเข้มข้น ทั้งนี้ อำเภอเมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า การระบาดในระลอกที่ 1 และ 2 ยังไม่พบผู้ติดเชื้อในพื้นที่ จนกระทั่งการระบาดในระลอกที่ 3 ผลจากการประกาศใช้พระราชกำหนดบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 และการประกาศใช้มาตรการต่างๆ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่กระจายของโรค พบว่า การระบาดในระลอกที่ 1 และ 2 ยังไม่พบผู้ติดเชื้อในพื้นที่ จนกระทั่งการระบาดในระลอกที่ 3 ผลจากการประกาศใช้พระราชกำหนดบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 และการประกาศใช้มาตรการต่างๆ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่กระจายของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เช่น

มาตรการปิดประเทศ เคอร์ฟิว มาตรการปิดเมือง (lock down) ปิดโรงงาน ปิดห้างสรรพสินค้า ปิดแคมป์คนงาน ปิดร้านอาหาร และกิจการต่างๆ ทำให้ประชาชนอำเภอเมืองยางที่ทำงานในกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล รวมถึงจังหวัดอื่นๆ ที่เป็นพื้นที่เสี่ยงต้องเดินทางกลับภูมิลำเนาจำนวนมาก ส่งผลให้เกิดการการแพร่ระบาดของโรค COVID - 19 ในพื้นที่ ซึ่ง ณ วันที่ 31 กรกฎาคม 2564 พบผู้ป่วยจำนวน 47 ราย ผู้ป่วยทั้งหมดเป็นบุคคลที่เดินทางมาจากจังหวัดที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19)⁸

จากสถานการณ์ปัญหาของโรค COVID - 19 ในพื้นที่อำเภอเมืองยาง ส่งผลให้หลายหน่วยงานต้องนำนโยบายมาแปลงสู่การปฏิบัติ ภายใต้มาตรการสำคัญที่รัฐบาลเป็นผู้กำหนด ดังนั้น อำเภอเมืองยางจึงเน้นให้ความสำคัญของการมีส่วนร่วมของชุมชนที่เป็นปัจจัยสำคัญต่อการรับมือกับวิกฤตโรคระบาด COVID - 19 ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) อำเภอเมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ จะทำให้ได้แนวทางการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) ที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการ

ป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) พื้นที่อื่นๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์ (Objective)

เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) อำเภอเมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ทำการศึกษาตั้งแต่เดือนสิงหาคม - เดือนตุลาคม 2564 แบ่งกระบวนการหลักออกเป็น 4 กระบวนการ ดังนี้

กระบวนการที่ 1 การสำรวจและอธิบายคุณลักษณะของประชาชน ประกอบไปด้วย การศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เรื่องโรค COVID - 19 การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการป้องกันและควบคุมโรค COVID - 19

1) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่ง 7 กลุ่ม ได้แก่ (1) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จำนวน 21 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ได้ดังนี้ คือ ผู้แทนหน่วยงานของรัฐ ผู้แทนภาคเอกชน และผู้แทนภาคประชาชน รวมทั้งสิ้น 3 คน (2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 284 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยเลือกประธาน อสม. หมู่ละ

1 คน รวมทั้งสิ้น 46 คน (3) กำนันผู้ใหญ่บ้าน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยเลือก กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน หมู่ละ 1 คน รวมทั้งสิ้น 46 คน (4) บุคลากรจากองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยเลือกบุคลากรจาก อบต. ที่รับผิดชอบงานควบคุมป้องกันโรค แห่งละ 1 คน รวมทั้งสิ้น 4 คน (5) บุคลากรจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยเลือกบุคลากรจาก รพ.สต. ที่รับผิดชอบงานควบคุมป้องกันโรค แห่งละ 1 คน จำนวน 4 คน (6) บุคลากรจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยเลือกบุคลากรจาก สสอ. ที่รับผิดชอบงานควบคุมป้องกันโรค จำนวน 1 คน และ (7) บุคลากรจากโรงพยาบาล เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจากบุคลากรที่ รับผิดชอบงานควบคุมป้องกันโรค จำนวน 1 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 105 คน

2) เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถาม ที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้ว ประกอบ ด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรค COVID - 19 ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการป้องกันและควบคุมโรค COVID - 19

กระบวนการที่ 2 การวิเคราะห์สถานการณ์ ประกอบด้วย การศึกษาสถานการณ์ สาเหตุปัญหาและสร้างรูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการป้องกันและควบคุมโรค COVID - 19 กลุ่ม

ผู้มีส่วนร่วม คือ ตัวแทนชุมชนที่ได้คัดเลือกมาจากกระบวนการที่ 1 ใช้กระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการ เป็นเครื่องมือในกระบวนการนี้ ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การยกร่างรูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคี และ ขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบร่างรูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคี

กระบวนการที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการป้องกัน และควบคุมโรค COVID - 19 โดยให้ผู้เกี่ยวข้องและชุมชนวางแผนการดำเนินงานเพื่อการนำไปปฏิบัติในการป้องกัน และควบคุมโรค COVID - 19 มีการติดตามควบคุม กำกับ และประเมินผลลัพธ์ทุก 1 เดือน เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขวิธีการดำเนินงานจนกว่าผลลัพธ์จะเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด

กระบวนการที่ 4 การประเมินรูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการป้องกัน และควบคุมโรค COVID - 19 กลุ่มตัวอย่างในการให้ข้อมูลการประเมิน ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างที่ได้คัดเลือกมาแล้วในกระบวนการที่ 1 จำนวน 105 คน โดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็นในด้านความสอดคล้อง ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และการยอมรับได้ ของรูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีการป้องกัน และควบคุมโรค COVID - 19 โดยให้นำมาประกอบการประเมินร่วมกับจำนวนผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยโรค COVID - 19 ในพื้นที่ เพื่อสรุปเป็นรายงานผลลัพธ์การ

ดำเนินงานการป้องกัน และควบคุมโรค COVID - 19

ผลการวิจัย (Result)

จากการศึกษาลักษณะประชากร และการมีส่วนร่วม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งเป็นเพศชาย (56.19%) มีอายุเฉลี่ย 33.33 ปี (สูงสุด 66 ปี และต่ำสุด 20 ปี) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส พบร้อยละ 70.48 โดยร้อยละ 43.81 จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น มีอาชีพเกษตรกร (56.19%) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,000 - 10,000 บาท (สูงสุด 45,000 บาท ต่ำสุด 4,500 บาท) กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) อยู่ในระดับระดับต่ำร้อยละ 49.52 รองลงมา มีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 34.29 และมีความรู้ในระดับสูง ร้อยละ 16.19 ด้านการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการป้องกัน และควบคุมโรค COVID - 19 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรค COVID - 19 อยู่ในระดับระดับต่ำ โดยพบร้อยละ 56.19 รองลงมา คือ มีส่วนร่วมระดับปานกลาง ร้อยละ 30.48 และมีส่วนร่วมระดับสูงเพียงร้อยละ 13.33 เท่านั้น

สำหรับผลการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการป้องกันและควบคุมโรค COVID - 19 พบว่า ชุมชนได้กำหนดรูปแบบเพื่อนำไปปฏิบัติ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างความตระหนักถึงปัญหาและสาเหตุโรค COVID - 19 ผลการประเมินรูปแบบพบว่า มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.99$) มีความเป็นไปได้อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}= 4.03$) และมีการยอมรับได้อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}= 4.25$) หลังการตรวจสอบ พบว่า กิจกรรมทั้งหมดมีความเหมาะสมกันทั้ง 5 กิจกรรมหลัก 5 กิจกรรมย่อย ได้กำหนดมาตรการให้ภาคีเครือข่ายในแต่ละตำบล ให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเป็นผู้นำในการค้นหาปัญหา และสาเหตุเป็นผู้นำในการค้นหาปัญหา และสาเหตุ ทำการวิเคราะห์วิเคราะห์ปัญหาและสรุปผล เพื่อนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการสำรวจให้ได้รับทราบ และร่วมกันสรุปเป็นประเด็นปัญหาของพื้นที่

ขั้นตอนที่ 2 การจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรค COVID - 19 ผลการประเมินรูปแบบพบว่า มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}= 4.19$) มีความเป็นไปได้อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.20$) และมีการยอมรับได้อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.29$) หลังการตรวจสอบ พบว่า กิจกรรมทั้งหมดมีความเหมาะสมกันทั้ง 5 กิจกรรมย่อย และ 9 กิจกรรมย่อย ประกอบด้วยแผนหลัก 3 แผน คือ (1) แผนการอบรมฝึกทักษะการจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรค (2) แผนการประชุมร่วมวางแผนการป้องกันและควบคุม

โรค และ (3) แผนการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรค

ขั้นตอนที่ 3 การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID - 19 ผลการประเมินรูปแบบพบว่า มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}= 4.26$) มีความเป็นไปได้อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}= 4.22$) และมีการยอมรับได้อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}= 4.24$) หลังการตรวจสอบ พบว่า กิจกรรมทั้งหมดมีความเหมาะสมกันทั้ง 8 กิจกรรมหลัก ได้แก่

1) ดำเนินการเฝ้าระวัง คัดกรอง ค้นหากลุ่มเสี่ยงโรคติดเชื้อ โดยมีเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นผู้นำในการดำเนินการ

2) การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค ผ่านหอกระจายข่าวช่วงเช้า และช่วงเย็นทุกวันทุกหมู่บ้าน

3) กิจกรรมการรณรงค์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม DMHTT ให้กับประชาชนทุกหมู่บ้าน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ดำเนินการโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.)

4) ดำเนินการจัดตั้งศูนย์กักกันตัวผู้ป่วย Home Isolation หลังคาเรือนที่มีผู้ติดเชื้อ จัดตั้ง Community Isolation ตำบลละ 1 แห่ง

5) จัดกิจกรรมรณรงค์ฉีดวัคซีนป้องกันโรค COVID - 19 ทุกตำบล พร้อมทั้งอำนวยความสะดวกในการเดินทางมารับวัคซีน โดยองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ทุกแห่ง

6) จัดกิจกรรมประชาสัมพันธ์หลักเกณฑ์การตรวจคัดกรองการเดินทางออกนอกพื้นที่ควบคุมสูงสุดและเข้มงวด เพื่อป้องกัน และควบคุมโรคให้แก่ประชาชนผ่านหอกระจายข่าวทุกหมู่บ้าน ช่างเช้า และเย็น ทุกวัน

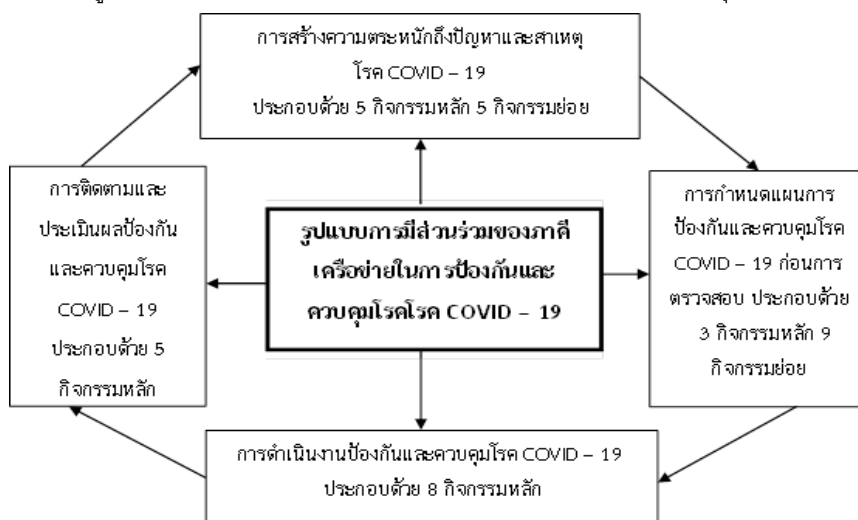
7) ติดตามและประเมินผลป้องกันและควบคุมโรค โดยมีการประเมินก่อนดำเนินการ ระหว่างดำเนินการ และหลังดำเนินการ ประกอบด้วย การประเมินผลระบบดำเนินการเฝ้าระวัง คัดกรอง ค้นหา กลุ่มเสี่ยงโรค ประเมินความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค ประเมินมาตรฐานการดำเนินงานของศูนย์กักกันตัว

ทุกระดับ ประเมินผลจำนวนประชาชนในพื้นที่ที่ได้รับวัคซีนโรค

8) ประชุมชี้แจงการประเมินผลการป้องกันและควบคุมโรค COVID - 19 เพื่อนำเสนอข้อมูลแก่ภาคีเครือข่าย และประชาชนอำเภอเมืองยางให้ได้รับทราบถึงผลการดำเนินงาน และปัญหา อุปสรรคที่ต้องแก้ไข

ขั้นตอนที่ 4 การติดตามและประเมินผลป้องกันและควบคุมโรค COVID - 19 ผลการประเมินรูปแบบพบว่า มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.05$) มีความเป็นไปได้อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.08$) และมีการยอมรับได้อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.11$) หลังการตรวจสอบ พบว่า กิจกรรมทั้งหมดมีความเหมาะสมกันทั้ง 5 กิจกรรมหลัก สามารถสรุปเป็นรูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการป้องกันและควบคุมโรค COVID - 19

ภาพที่ 1 แสดงรูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการป้องกันและควบคุมโรค COVID - 19



อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการป้องกัน และควบคุมโรค COVID - 19 จากการศึกษาลักษณะประชากร ด้านการค้นหาสภาพปัญหาของโรคพบว่า ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการสำรวจชุมชนเพื่อการค้นหาปัญหา และสาเหตุของโรคอยู่ในระดับต่ำ ดังนั้น ต้องส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาโรค และเพื่อการวางแผนการป้องกัน และควบคุมโรค ซึ่งหากภาคีเครือข่ายได้ดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนนี้แล้วจะทำให้สามารถวิเคราะห์ปัญหาพื้นที่ได้อย่างถูกต้อง แล้วนำไปวางแผนการดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะสอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา ปัญญาร, กฤษณา ทรัพย์ศิริโสภา, กมลทิพย์ ตั้งหลักมันคง และ วรธนีย์ ครองยุติ (2563)⁹ ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรค COVID - 19 พบว่า บุคลากรทางสุขภาพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ตั้งแต่การสร้างแบบสำรวจ การกำหนดพื้นที่ และทีมงานสำรวจ แล้วนำไปสู่การวางแผนการดำเนินงาน กำหนดกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาพร้อมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขบนพื้นฐานของชุมชน และภูมิปัญญาท้องถิ่น เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีในการดำเนินงาน ด้านการวางแผนการ

ป้องกันและควบคุมโรค พบว่า ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรม วิธีการแผนการถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านการป้องกัน และควบคุมโรค และการมีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรม วิธีการ แผนการประชาสัมพันธ์หลักเกณฑ์การตรวจคัดกรองการเดินทาง ออกนอกพื้นที่ควบคุมสูงสุดและเข้มงวดเพื่อป้องกัน และควบคุมโรค COVID - 19 ให้แก่ประชาชน ร้อยละ 64.76 เท่ากัน ซึ่งหากทุกกลุ่ม ทุกเครือข่ายได้มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมดังกล่าวอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง จะทำให้การดำเนินการป้องกัน และควบคุมโรค COVID - 19 เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของระนอง เกตุดาว, อัมพร เทียงตรงดี และภาสินี ไทอินทร์ (2563)¹⁰ ศึกษาการพัฒนาแบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค COVID - 19 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอและภาคีเครือข่ายอย่างเข้มแข็ง ภายใต้อุดมการณ์ "คนอุดรไม่ทอดทิ้ง กันฝ่าฟันโควิด" โดยสื่อสารข้อมูล ความรู้รวดเร็วด้วยเทคโนโลยีทันสมัย ข้อเสนอแนะสามารถนำรูปแบบดังกล่าวไป ประยุกต์ใช้ตามบริบทพื้นที่โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ด้านการดำเนินการป้องกัน และควบคุมโรค COVID - 19 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการแนะนำให้ประชาชนสวมหน้ากากอนามัยเมื่อไปในชุมชน หรือพื้นที่เสี่ยงต่อ

การติดเชื้อ COVID - 19 และการมีส่วนร่วมในการแนะนำให้ประชาชนล้างมือบ่อย ด้วยสบู่หรือใช้แอลกอฮอล์เจลถูเช็ดมือเมื่อสัมผัสกับสิ่งของที่ใช้ร่วมกันโดยเฉพาะในที่สาธารณะ ไม่นำมือมาสัมผัสเยื่อตา จมูก ปาก เพื่อป้องกันการติดเชื้อ สอดคล้องกับการศึกษาของธานี กล่อมใจ, จรรยา แก้วใจบุญ และทักษิภา ชัยวัฒน์ (2563)¹¹ ศึกษาความรู้และพฤติกรรมของประชาชนเรื่องการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019 พบว่า พฤติกรรมที่ควรส่งเสริม การป้องกันและควบคุมโรค COVID - 19 คือ การสวมหน้ากากอนามัย ล้างมือด้วยเจล แอลกอฮอล์ความเข้มข้นอย่างน้อย 70% เมื่อต้องออกไปที่สาธารณะ และเว้นระยะห่างจากผู้อื่น 1-2 เมตร และ ด้านการติดตามและประเมินผลพบว่า การประเมินผลจะทำให้ภาคีเครือข่ายได้รับทราบถึงประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคที่ได้ร่วมกันดำเนินกิจกรรมตามแผนที่วางไว้ ซึ่งสอดคล้องกับนิยามของเดชา บัวเทศ, วันเพ็ญ บัวเทศ และระพีพร บุรณคุณ (2547: 43)¹² และบัณฑิต อ่อนคำ (2539: 116)¹³ ที่กล่าวว่า การมีส่วนร่วมในการประเมินผลเป็นขั้นตอนที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการตรวจสอบผลงานที่ได้ทำลงไปว่าบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่เพียงใด และเพื่อที่จะตัดสินใจว่าจะดำเนินงานไปข้างหน้า หรือหยุดพักเพื่อการปรับปรุงวิธีการดำเนินงานใหม่

รูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการป้องกันและควบคุมโรค COVID - 19 ได้ถูกทำการประเมิน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความเหมาะสม ด้านความเป็นไปได้ และด้านการยอมรับได้ ซึ่งผลการประเมินพบว่า รูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) ที่ถูกนำไปทดลองใช้ มีความเหมาะสม มีความเป็นไปได้ และมีการยอมรับได้ ทั้ง 3 ด้านอยู่ในระดับมาก ซึ่งการที่ภาคีเครือข่าย อำเภอเมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา ให้คะแนนการประเมินรูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) ทั้ง 3 ด้านอยู่ในระดับมาก อาจเนื่องจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองยาง โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเจ้า 100 ปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และผู้นำชุมชน ได้ให้ความสำคัญ และให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมทุกขั้นตอน โดยทุกหน่วยงานทั้งภาครัฐ และเอกชน และประชาชนในพื้นที่ให้การสนับสนุนทั้งทางด้านวิชาการ และวัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินกิจกรรมป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) จึงทำให้ภาคีเครือข่ายในพื้นที่

เกิดความพึงพอใจต่อรูปแบบการมีส่วนร่วม ทั้งทางด้านความเหมาะสม ด้านความเป็นไปได้ และด้านการยอมรับได้

ผลการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการป้องกันและควบคุมโรค COVID - 19 ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ซึ่งรูปแบบมีความแตกต่างจากแนวคิดของเดชา บัวเทศ, วันเพ็ญ บัวเทศ และระพีพร บุรณคุณ (2547: 43) ที่ได้กล่าวไว้ว่า ขั้นตอนการมีส่วนร่วมมี 5 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การมีส่วนร่วมในกระบวนการวิเคราะห์ชุมชน ขั้นตอนที่ 2 การมีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผนดำเนินการ ขั้นตอนที่ 3 การมีส่วนร่วมในกระบวนการดำเนินงาน ขั้นตอนที่ 4 การมีส่วนร่วมในกระบวนการประเมินผลการดำเนินงาน ขั้นตอนที่ 5 การมีส่วนร่วมในกระบวนการรับผลประโยชน์ และมีความแตกต่างจากแนวคิดของบัณฑิต อ่อนคำ (2539: 116) ที่กล่าวว่า การมีส่วนร่วมในการพัฒนา มี 5 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นที่ 1 ขั้นมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา และสาเหตุของปัญหาในชุมชน ขั้นที่ 2 ขั้นมีส่วนร่วมในการวางแผน ขั้นที่ 3 ขั้นมีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนาขั้นที่ 4 ขั้นมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์จากการพัฒนา และขั้นที่ 5 ขั้นมีส่วนร่วมในการประเมินผลการพัฒนา ซึ่งขั้นตอนการมีส่วนร่วมที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นที่แตกต่างไปนั้นเนื่องจากไม่มีขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ ซึ่งผู้วิจัยคิดว่าผลประโยชน์ที่ได้รับจากการมีส่วนร่วมใน

การดำเนินการตามขั้นตอนทั้ง 4 ขั้นตอน จะส่งผลให้ประชาชน หรือชุมชนได้รับผลประโยชน์โดยตรง หรือทางอ้อมอย่างเป็นรูปธรรมอยู่แล้ว จึงไม่ได้รับรู้ หรือกำหนดไว้ แต่รูปแบบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับแนวคิดของอดิน รพีพัฒน์ (2547: 49)¹⁴, ปาริชาติ บัวเจริญ (2551: 67)¹⁵ ที่มีการกล่าวถึงขั้นตอนการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งมี 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา และสาเหตุของปัญหาภายในชุมชน ขั้นตอนที่ 2 การมีส่วนร่วมในขั้นการวางแผนการดำเนินงาน ขั้นตอนที่ 3 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน และขั้นตอนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผลการดำเนินงาน ซึ่งสามารถนำมาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อนำรูปแบบนี้ไปทดลองใช้ในพื้นที่อำเภอเมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุมีส่วนร่วมในการวางแผนแก้ไข มีส่วนร่วมในการดำเนินการ และมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผลการดำเนินงานอย่างเข้มแข็งทุกขั้นตอน อีกทั้ง ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ยังได้ดำเนินการประชาสัมพันธ์ข้อมูลความรู้เรื่องโรค COVID - 19 แก่ประชาชนในพื้นที่ทางหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้านในตอนเช้าทุกวัน มีส่วนร่วมเฝ้าระวัง คัดกรองกลุ่มเสี่ยง ส่งผลให้จำนวนผู้ติดเชื้อโรค COVID - 19 มีจำนวนลดลงอย่างชัดเจน

ข้อเสนอแนะ

1. เติงนโยบาย

1) ควรบูรณาการการดำเนินงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตและบริบทของพื้นที่ ไม่ก่อให้เกิดความยุ่งยากต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และควรส่งเสริมให้มีการใช้อุปกรณ์ในการป้องกันและควบคุมโรคอย่างพอเพียง

2) ควรส่งเสริมการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐ เอกชน หรือชุมชน ให้เข้ามามีส่วนร่วมครบทุกมิติ

2. เติงการนำไปใช้

1) รูปแบบการมีส่วนร่วมร่วมของภาคีในการวิจัยครั้งนี้ มีทั้งหมด 4 ขั้นตอน หากมีการเพิ่มขั้นตอนอีก 1 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 5 เป็นขั้นตอนการมีส่วนร่วมในกระบวนการรับผลประโยชน์ ซึ่งเป็นขั้นตอนที่ภาคีเครือข่ายและประชาชนจะได้รับผลตอบแทนจากการเข้าไปร่วมกิจกรรม โดยเป็นสิ่งของ หรือสิ่งตอบแทนทางด้านจิตใจ จะทำให้ประชาชนเกิดความภาคภูมิใจที่เห็นชุมชนเกิดการพัฒนา และยังเป็นเครื่องตัดสินใจที่สำคัญมากต่อการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งต่อไป

2) เครือข่ายขาดความรู้ ความเข้าใจในการวิเคราะห์ปัญหา และสาเหตุปัญหาของโรค COVID - 19 ด้านการจัดทำแผนการป้องกัน และควบคุมโรค หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ จำเป็นต้องให้ความรู้ ความเข้าใจแก่ภาคีเครือข่ายและประชาชนในพื้นที่ให้เกิด

การมีส่วนร่วมตามรูปแบบทั้ง 4 ขั้นตอน โดยอาจจัดประชุมถ่ายทอดความรู้ หรือการประชุมสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารอย่างทั่วถึง และสม่ำเสมอ

3) หน่วยงานสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องให้การสนับสนุนงบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินกิจกรรมการป้องกัน และควบคุมโรค COVID - 19 ของภาคีเครือข่ายอย่างเพียงพอและมีประสิทธิภาพ เพื่อนำไปใช้ในการป้องกัน และควบคุมโรคของภาคีเครือข่าย เมื่อเกิดการระบาดได้อย่างทันเหตุการณ์

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน บุคลากรจากองค์การบริหารส่วนตำบล บุคลากรจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บุคลากรจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และบุคลากรจากโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเจ้า 100 ปี ทุกท่าน ที่มีส่วนทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2563.

2. World Health Organization. Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). [Online]. 2020. [cited 2 April 2021]; Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf>.
3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ฉบับที่ 575 [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 25 มกราคม 2564]; เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/situation_more.php.
4. สุรัชย์ โชคครวชิตไชย. การระบาดของไวรัสโคโรนา (โควิด-19) ในประเทศไทย. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 2563; 10(1): 12-15.
5. ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 23 มกราคม 2564]; เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/situation/situation-no7-100163.pdf>.
6. ปัญญา เกติณีนี, สุรัชย์ ธรรมทวีธิกุล, ญาณพินิจ วชิรสุรงค์, บดินทร์ชาติสุขบท, และสมบัติ ทิมทรัพย์. แนวคิดและทิศทางการแก้ปัญหาโควิด - 19. วารสารก้าวหน้าโลกวิทยาศาสตร์. 2563; 20(1): 1-12.
7. ศูนย์บัญชาการเหตุการณ์ตอบโต้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19). รายงานสถานการณ์การตอบโต้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19). นครราชสีมา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา; 2564.
8. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองยาง. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ปี 2564 (เอกสารอัดสำเนา). นครราชสีมา: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา; 2564.
9. กาญจนา ปัญญาธร, กฤษณา ทรัพย์ศิริโสภา, กมลทิพย์ ตั้งหลักมันคง และ วรณิศา ครอบงูติ. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรค COVID - 19 บ้านหนองสรวงศ์ ตำบลเขียงพิน อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี ปีที่ 32 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 25 มีนาคม 2564]; เข้าถึงได้จาก: [file:///D:/Downloads/247388-Article%20Text-922928-1-10-20210629%20\(2\).pdf](file:///D:/Downloads/247388-Article%20Text-922928-1-10-20210629%20(2).pdf).
10. ระนอง เกตุดาว, อัมพร เทียงตรงดี, และภาสินี ไทอินทร์. การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุขปีที่ 30 ฉบับที่ 1 มกราคม - กุมภาพันธ์ 2564 [อินเทอร์เน็ต].

2564. [เข้าถึงเมื่อ 27 กรกฎาคม 2564]; เข้าถึงได้จาก: file:///D:/Downloads/9845-Article%20Text-14863-1-10-20210302.pdf
- 11.ธานี กล่อมใจ, จรรยา แก้วใจบุญ และ ทักษิศา ชัชรวิรัตน์. ความรู้และพฤติกรรมของประชาชนเรื่องการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019. วารสารการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีละยา [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 25 เมษายน 2564]; เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnpy/article/view/243309/165906>
- 12.เดชา บัวเทศ, วันเพ็ญ บัวเทศ และระพีพร บุรณคุณ. การพัฒนาการมีส่วนร่วมในการควบคุมและ กำจัดลูกน้ำยุงลายของแกนนำชุมชนบ้านหนองคณที หมู่ที่ 4 ตำบลพุทรา อําเภอ พระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี. สระบุรี: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 สระบุรี; 2547.
- 13.บัณฑิต อ่อนคา. รูปแบบการแก้ปัญหา ยาเสพติดในระดับพื้นที่โดยเน้นบทบาทชุมชนและระบบกลไกของรัฐและองค์กรพัฒนาเอกชนที่เอื้ออำนวยต่อการแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน: กรณีศึกษา กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการป้องกันยาเสพติดให้โทษ; 2539.
- 14.อคิน รพีพัฒน์. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาชนบทในสภาพสังคมและวัฒนธรรมไทย ในการมีส่วนร่วมของประชาชนในงานพัฒนา. บรรณานุกรม โดย ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์.กรุงเทพฯ: ศูนย์การศึกษานโยบายสาธารณสุข, 2547: 49.
- 15.ปาริชาติ บัวเจริญ. การพัฒนาแผนกลยุทธ์แบบมีส่วนร่วมของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล ลํานา. [ดุสิตนิพนธ์ สาขาวิชาบริหารศาสตร์]. สำนักงานบัณฑิตศึกษา: มหาวิทยาลัยแม่โจ้; 2551.

อุบัติการณ์และลักษณะทางคลินิกของการติดเชื้อในช่องท้อง ของผู้ป่วยล้างไตทางหน้าท้อง ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โรงพยาบาลศรีสะเกษ ระหว่าง ปี พ.ศ. 2561-2563

สิริรัตน์ อัสวเมธาพันธ์¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective Descriptive Study) วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางหน้าท้องแบบต่อเนื่อง (CAPD) และมีภาวะติดเชื้อที่เยื่อช่องท้อง (Peritonitis) แผนกผู้ป่วยในอายุรกรรม โรงพยาบาลศรีสะเกษ ระหว่าง ตุลาคม 2561 - กันยายน 2563 จำนวน 379 ราย เครื่องมือใช้เวชระเบียนผู้ป่วย นำเสนอข้อมูลเป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ผลการศึกษา พบเพศหญิงมากกว่าชาย อายุ 60 ปีขึ้นไป อุบัติการณ์ติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง ร้อยละ 49.6 ส่งน้ำในช่องท้องเพาะเชื้อพบ Gram-Negative ร้อยละ 83.1 เป็นเชื้อ *Escherichia coli*, *Klebsiella* ความถี่เข้ารับการรักษา peritonitis เฉลี่ย 1-2 ครั้ง/ปี ช่วงรักษาที่ 1-5 ปี ค่า BMI, Serum albumin, Hemoglobin ต่ำ ร้อยละ 93.1, 97.4 และ 95.5 ตามลำดับ สรุปสถานะ อัตราคงสภาพ : drop out 50:50 เหตุผล เปลี่ยนไป ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มากที่สุด ร้อยละ 62.0 เสียชีวิต ร้อยละ 38.0 ออกจากโครงการปฏิเสธการรักษา ร้อยละ 5.8 ผลการประเมินผู้ป่วยและผู้ดูแล ส่วนใหญ่ไม่ผ่านการอบรม ไม่ปฏิบัติตามขั้นตอนที่อบรมหรือทำเป็นบางครั้ง สิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสม ดังนั้น การลดอัตราการเกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ (peritonitis) ในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (CAPD) สามารถทำได้โดยเพิ่มระดับอัลบูมินในเลือด ด้วยการรับประทานอาหารที่มีอัลบูมินสูง เช่น ไข่ขาว นม โพรตีนผง และควรเริ่มการบำบัดทดแทนไตให้เร็วขึ้น เพื่อระวังภาวะทุพโภชนาการ ภาวะของเสียคั่งในเลือด เน้นและทบทวนความรู้ผู้ป่วยและญาติได้ตระหนักถึงความสะอาดในทุกขั้นตอน เทคนิคการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ตามมาตรฐานอย่างเคร่งครัด การจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยและสะอาดปลอดภัย จะช่วยลดภาวะ Peritonitis ที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิต และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย

คำสำคัญ : ไตวายเรื้อรัง การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ

¹ นายแพทย์ชำนาญการ (ด้านเวชกรรม สาขา อายุรกรรม) กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลศรีสะเกษ

Corresponding Author: Sirirat Asawamethapant Email: gonggi11@yahoo.com

Received: December 11, 2021; Revised: December 18, 2021; Accepted: December 19, 2021

Incidence and Clinical Characteristics in Infected Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD) Patients, Sisaket Hospital Between 2018 – 2020

Sirirat Asawamethapant¹

ABSTRACTS

A retrospective descriptive study about incident and characteristics of end-stage renal disease with infected continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD) patients who admitted to the internal medicine department, Sisaket hospital during October 2018 - September 2020. Total 379 patients in the study. Data collection was done by collecting data from the hospital record then analyzed by descriptive analysis.

According to the results, female patients were more than males and average age were more than 60 years old. The incidence of infected CAPD was 49.6%. Gram-negative bacteria were most commonly found from Peritoneal fluid culture 83.1%, with *Escherichia coli* and *Klebsiella*. The average visit due to peritonitis is 1 time per year, current ongoing CAPD patients are 81%, more than 90% of peritonitis patients found low BMI, low serum albumin and low Hemoglobin, while 58% were in 1-5 years duration of treatment. Among these groups had been treated with CAPD for 1-5 years. 49.3% of patients terminated CAPD and inverted to hemodialysis for 62%, death 38% and deny treatment 5.8%. As result, half of the patients dropped off due to various reasons. After CAPD training evaluation could not pass the training session, occasionally follow the guideline, cannot pass the environmental measures. To decrease the incident of peritonitis in CAPD patients, the increase of serum albumin is needed by consuming high albumin-rich foods, for example, white eggs, milk, and protein. Furthermore, earlier renal replacement therapy,

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

monitoring the stage of malnutrition and azotemia, intensive training courses for patients and caregivers need to be implemented and followed strictly. Environmental control with good ventilation could help decrease peritonitis which is the main cause of death among ESRD patients and improve health and well-being.

Key words: Chronic renal failure, Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD), Peritonitis

บทนำ (Introduction)

โรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่ภาวะไตสูญเสียหน้าที่ พบมากในอันดับต้นๆ และมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ไม่หายขาด ต้องรักษาต่อเนื่อง จากข้อมูลสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยความชุกเพิ่มขึ้นจาก 30 คนต่อประชากรหนึ่งล้านคน ในปี 2540 เป็น 749.7 คนต่อประชากรหนึ่งล้านคน ในปี 2554 และอุบัติการณ์ผู้ป่วยใหม่เพิ่มขึ้นจาก 10.2 คนต่อประชากรหนึ่งล้านคน เพิ่มเป็น 227.4 คนต่อประชากรหนึ่งล้านคน ตามลำดับ¹ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือมีผู้ป่วยไตวายมากที่สุด² มีค่าใช้จ่ายสูงเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้าย ทำให้ค่าใช้จ่ายทางสาธารณสุขของประเทศโดยรวมสูงขึ้น ปัจจุบันการรักษามี 3 วิธี ได้แก่การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis : HD) การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (Continuous ambulatory Peritoneal dialysis : CAPD) และการผ่าตัดเปลี่ยนไต (Kidney transplantation : KT) ถึงแม้การผ่าตัดเปลี่ยนไตจะเป็นวิธีการที่ดีที่สุด แต่ก็มีข้อจำกัดเรื่องการขาดแคลนผู้บริจาคไต ผู้ป่วยจึงต้องเลือกใช้วิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ซึ่งทั้งสองวิธีนี้ก็ทั้งข้อดีและข้อเสีย สำหรับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง เป็นวิธีที่สามารถทำเองได้ที่บ้านและเป็นทางเลือกที่ดี³ แทนการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่ต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูงและต้องเดินทางไปฟอกเลือด

ในหน่วยบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช) จึงได้สนับสนุนการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (CAPD first policy) อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตั้งแต่วันที่ 30 ตุลาคม 2550 เป็นต้นมา เพื่อสร้างความเสมอภาคและเท่าเทียมในการดูแลรักษาผู้ป่วย รวมทั้งสามารถแก้ไขข้อจำกัดด้านความพร้อมของบุคลากรทางสาธารณสุขในการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีไม่เพียงพอและเป็นการลดค่าใช้จ่ายเมื่อเทียบกับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีค่าใช้จ่ายสูงกว่า^{4,5} โดยมีนโยบายให้มีการจัดตั้งคลินิกล้างไตทางช่องท้องขึ้นในหลายจังหวัดช่วยลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายและเป็นทางเลือกในการรักษามากขึ้น ทำให้มีผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาทดแทนไตด้วยวิธีล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องทั้งประเทศมีปริมาณเพิ่มขึ้นจาก 1,198 ราย ในปี 2550 เป็น 2,760 ราย ในปี 2551 และ 13,708 ราย ในปี 2555¹ ด้วยปริมาณผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วสิ่งที่สำคัญคือการให้บริการและคุณภาพการรักษา เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยจากการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่บ้าน ได้แก่การติดเชื้อที่เยื่อช่องท้องที่มีสาเหตุมาจากการปนเปื้อน ขณะเปลี่ยนสายต่อท่อล้างไตหรือขณะเปลี่ยนถ้ำน้ำยา จึงเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบ (Peritonitis) ที่เป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุด

ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ถึงร้อยละ 0.8 - 12.5⁶ ทำให้ผู้ป่วยหยุดล้างไตทางช่องท้องเปลี่ยนไปใช้วิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแทน เกือบร้อยละ 50 หรือผ่าตัดเปลี่ยนไตแทนซึ่งต้องรอให้มีผู้บริจาค

จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่าปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบ peritonitis ได้แก่ โรคอ้วน โรคไตจากเบาหวาน (diabetic kidney disease) โรคความดันโลหิตสูง และระดับอัลบูมินในเลือด (baseline serum albumin) เกล็ดศักดิ์กาญจนบุศย์ และคณะ⁴ ได้สำรวจหน่วยงานล้างไตทางช่องท้อง เมื่อ ปี 2554 จำนวน 102 แห่ง ทั่วประเทศไทยพบว่ามีอัตราการติดเชื้อเยื่อช่องท้องเท่ากับ 0.47 ครั้งต่อรายต่อปี หรือ 25.5 เดือนต่อครั้ง ซึ่งสูงกว่าค่ามาตรฐานที่กำหนดไว้ในปีนั้น โดยคณะทำงานทวิภาคีเอเชีย - แปซิฟิก (Asia-Pacific Key Performance indicators : KPIs)^{7,8} ที่ไม่เกิน 0.30 ครั้งต่อปี หรือไม่เกิน 40 เดือนต่อครั้ง มีเพียง 16 ใน 94 แห่งเท่านั้นที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ปัญหานี้สอดคล้องกับการศึกษาของต่างประเทศที่พบอุบัติการณ์ การติดเชื้อในเยื่อช่องท้องใน ทุกหน่วยล้างไตทางช่องท้อง ตั้งแต่ 0.24 ถึง 1.66 episodes per patient - year⁹ สมชาย เข็มมอong⁵ สาเหตุที่ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องเกิดการติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง ส่วนใหญ่ร้อยละ 88 เกิดจากไม่ล้างมือ ไม่ใส่หน้ากาก ปิดปากและจมูก รองลงมา คือสิ่งแวดล้อม

ไม่สะอาด ลดหรือล้มขั้นตอนสำคัญในการป้องกันการติดเชื้อและเปลี่ยนผู้ดูแลในการเปลี่ยนน้ำยาล้างไต ปัจจัยอื่นๆ ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเยื่อช่องท้อง เช่น อายุ เพศ เศรษฐฐานะ การศึกษา โรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ภาวะทุโภชนาการ ภาวะอัลบูมิน ในเลือดต่ำ ความอ้วน การสูบบุหรี่ เป็นต้น

จากผลการดำเนินงานหน่วยไตเทียม โรงพยาบาลศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ ได้ให้บริการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี 2551 จนถึง ปี 2563 มีผู้รับบริการทั้งหมด 1,846 ราย ปัจจุบันยังคงสภาพ 966 ราย คิดเป็นร้อยละ 52.32 เสียชีวิต 357 ราย ร้อยละ 19.13 และเปลี่ยนการรักษาเป็นการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 375 ราย ร้อยละ 20.31 ผ่าตัดเปลี่ยนไต 17 ราย ร้อยละ 0.92 ปฏิเสธการรักษา 131 ราย ร้อยละ 7.09 สาเหตุหลักที่ทำให้เสียชีวิตและเปลี่ยนการรักษาเป็นการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เกิดจากภาวะติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง 486 ราย ร้อยละ 26.32 แสดงให้เห็นว่าการติดเชื้อในเยื่อช่องท้องของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องยังเป็นปัญหาสำคัญของการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญของปัญหาที่จะศึกษาอุบัติการณ์และลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยล้างไตทางหน้าท้อง ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในโรงพยาบาลศรีสะเกษ ระหว่างปี 2561 - 2563 เพื่อหาแนวทางป้องกัน

และพัฒนากาบริการให้มีคุณภาพมาตรฐานจะสามารถลดอัตราการติดเชื้อในเยื่อช่องท้องได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ (Objective)

1. เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และลักษณะทางคลินิกของการติดเชื้อในเยื่อช่องท้องของผู้ป่วยผู้ป่วยลำไส้ทางหน้าท้อง ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในโรงพยาบาลศรีสะเกษ
2. เพื่อศึกษาผลการรักษาของผู้ป่วยที่มีที่เกิดจากภาวะติดเชื้อในเยื่อช่องท้องของผู้ป่วยผู้ป่วยลำไส้ทางหน้าท้อง ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในโรงพยาบาลศรีสะเกษ
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อในเยื่อช่องท้องของผู้ป่วยผู้ป่วยลำไส้ทางหน้าท้อง ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในโรงพยาบาลศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบย้อนหลัง (Retrospective Study) โดยเก็บข้อมูลแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยใน ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่ลำไส้ทางช่องท้องแบบต่อเนื่องและมีภาวะติดเชื้อที่เยื่อช่องท้อง โรงพยาบาลศรีสะเกษ ระหว่างเดือน ตุลาคม 2561 - กันยายน 2563 จำนวน 379 ราย และแบบประเมินความรู้

การปฏิบัติตัว ที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมจากหน่วยไตเทียม โดยมีการเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออกดังนี้

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้

คือ ประชากรที่ลำไส้ทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง(CAPD) และมีภาวะติดเชื้อที่เยื่อช่องท้อง(Peritonitis) เข้ารับการรักษาผู้ป่วยใน แผนก อายุรกรรม โรงพยาบาลศรีสะเกษ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

คือ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่ลำไส้ทางช่องท้องแบบต่อเนื่องใส่สายที่ โรงพยาบาลศรีสะเกษ และมีภาวะติดเชื้อที่เยื่อช่องท้อง เข้ารับการรักษาผู้ป่วยใน แผนก อายุรกรรม โรงพยาบาลศรีสะเกษ ตั้งแต่ ตุลาคม 2561 ถึงเดือน กันยายน 2563 จำนวน 379 ราย 505 visit

เกณฑ์การคัดเข้า : ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการลำไส้ทางช่องท้องแบบ ต่อเนื่อง ที่ได้รับการวางสายลำไส้ (Tenckhoff catheter) โดย ศัลยแพทย์ผู้ดูแล และผู้ป่วยและญาติ รับการฝึกอบรมการเปลี่ยนน้ำยาลำไส้ทางช่องท้อง (CAPD Unit) ของโรงพยาบาลศรีสะเกษ มีภาวะติดเชื้อเยื่อช่องท้องเข้ารับการรักษาผู้ป่วยใน

เกณฑ์การคัดออก : ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการลำไส้ทางช่องท้องแบบต่อเนื่องจากสถานพยาบาลอื่นๆ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เวชระเบียนผู้ป่วยในที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่ล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องและมีภาวะติดเชื้อที่เยื่อช่องท้อง โรงพยาบาลศรีสะเกษ ระหว่างเดือนตุลาคม 2561 - กันยายน 2563 เก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานได้แก่ ช่วงอายุ เพศ การศึกษา เศรษฐฐานะ ปัจจัยทางคลินิก อาการ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ อัตรา drop out ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ผลการรักษา ผลการประเมินความรู้ การปฏิบัติตัว ที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ลักษณะส่วนบุคคล และอุบัติการณ์ของการติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง ในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอข้อมูลด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ เลขที่ 095/2564 วันที่ 15 พฤศจิกายน 2564

ผลการวิจัย (Result)

คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง มีภาวะ

ติดเชื้อเยื่อช่องท้องเข้ารับการรักษากว่าผู้ป่วยโรงพยาบาลศรีสะเกษ ระหว่างปี 2561 -2563 จำนวน 379 ราย 505 visit พบเป็น เพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 56 ช่วงอายุ มากกว่า 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 52.9 สถานภาพคู่ ร้อยละ 81.1 การศึกษาส่วนใหญ่ ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 82.1 อาชีพส่วนใหญ่ ทำนา ร้อยละ 72.5 รายได้ครอบครัวมากกว่า 5,000 บาท/เดือน

1. อุบัติการณ์และลักษณะทางคลินิก และสาเหตุที่มีผลต่อการเกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ (Peritonitis) ของผู้ป่วยล้างไตทางหน้าท้อง ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในโรงพยาบาลศรีสะเกษ ผลเพาะเชื้อผู้ป่วย CAPD อุบัติการณ์ภาวะติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง ระหว่างปี 2561 - 2563 อัตรา ร้อยละ 49.6 ดังตารางที่ 1

ลักษณะทางคลินิก พบว่า ส่วนใหญ่ความถี่สูงสุดการเข้ารับการรักษาร้อยละ 1 ครั้ง/ปี ร้อยละ 74.1 ระยะห่างการเกิด peritonitis เข้า/ปี มากกว่า 1 ปี ร้อยละ 67.0 จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 11 วัน โรคประจำตัว และโรคร่วมที่พบ ร้อยละ 79.2 และพบเป็นกลุ่มโรค (1คนอาจมีมากกว่า1โรค) สูงสุด ได้แก่โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 46.7, โรคเบาหวาน ร้อยละ 24.9 พบ Serum albumin < 3 g/dl ร้อยละ 97.4 Hemoglobin < 11 g/dl ร้อยละ 95.8 ดัชนีมวลกาย BMI < 23 ร้อยละ

93.1 ผลเพาะเชื้อพบ Gram-Negative มากที่สุด ร้อยละ 83.1 เป็นเชื้อ *Escherichia coli*, *Klebsiella* ร้อยละ 21.6 Gram-positive ร้อยละ 26.8 เป็นเชื้อ *Staphylococcus coagulase negative* ร้อยละ 16.8 ดังตารางที่ 2

2. ผลการรักษา พบว่า รักษาอยู่ ร้อยละ 81 พบสูงสุดในช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 58.0 อัตราเสียชีวิต ร้อยละ 19 สูงสุดช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 13.5 สรุปสถานะ ผู้ป่วย CAPD ยังคงล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ร้อยละ 44.9 ยุติการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ร้อยละ 49.3 เหตุผล จากเปลี่ยนไปฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มากที่สุด ร้อยละ 62.0 เสียชีวิต ร้อยละ 38.0 และออกจากโครงการปฏิเสธรักษา ร้อยละ 5.8 อัตราคงสภาพ : drop out 50:50 ในจำนวนที่ยังคงล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ส่งกลับ โรงพยาบาล

ชุมชน เพื่อดูแลใกล้บ้านจำนวนมากถึง ร้อยละ 69.4 อยู่ในความดูแลของหน่วยไตเทียม โรงพยาบาลศรีสะเกษ ร้อยละ 30.6 ดังตารางที่ 3 และ 4

3. การประเมินความรู้ผู้ป่วย/ผู้ดูแล และสิ่งแวดล้อม ตามเกณฑ์มาตรฐาน ที่เป็นปัจจัยกับการติดเชื้อในช่องท้องเข้ารับการรักษาผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีสะเกษ ระหว่างปี พ.ศ.2561 - พ.ศ.2563 จำนวนทั้งสิ้น 379 ราย ผลการประเมินผู้ป่วยเองและผู้ดูแล กลุ่มติดเชื้อ พบไม่ผ่านการอบรม ร้อยละ 57.8 ปฏิบัติตามขั้นตอนที่อบรมเป็นบางครั้ง ร้อยละ 61.2 สิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสม ร้อยละ 59.9 ส่วนกลุ่มไม่ติดเชื้อ พบผ่านการอบรม ร้อยละ 57.9 ปฏิบัติตามขั้นตอนที่อบรมทุกครั้ง ร้อยละ 61.0 สิ่งแวดล้อมเหมาะสม ร้อยละ 64.9 ดังตารางแสดง ที่ 5

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละ ผู้ป่วย CAPD มีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ (peritonitis)

ปีงบประมาณ/จำนวน CAPD	ปี พ.ศ. 2561 (n=241)		ปี พ.ศ. 2562 (n=246)		ปี พ.ศ. 2563 (n=277)		รวม (n=764)	
	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
- มีภาวะ Peritonitis (ราย)	124	51.4	118	48.0	137	49.4	379	49.6
- ไม่มีภาวะ Peritonitis(ราย)	117	48.6	128	52.0	140	50.6	385	50.4

ตารางที่ 2 แสดงเชื้อจากน้ำในเยื่อช่องท้อง ที่เป็นสาเหตุของภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล (Visit= 505)

เชื้อจากน้ำในเยื่อช่องท้อง	จำนวนผู้ป่วย (Visit=505 ครั้ง)				
	ปี พ.ศ.	ปี พ.ศ.	ปี พ.ศ.	รวม	%
	2561 (n=157)	2562 (n=167)	2563 (n=181)	(n=505)	
ส่งเพาะเชื้อ (Visit)	140	158	164	462	91.5
- No Growth	86	96	107	289	62.5
- เพาะเชื้อขึ้น	54	62	57	173	37.5
ไม่มีรายงานผล	17	9	17	43	8.5
เชื้อที่พบ (Lab) 1 Visit อ้ามากกว่า 1	57	73	60	190	
เชื้อ	22	16	13	51	26.8
1.Gram-positive organism n=51	16	9	7	32	62.7
- <i>Staphylococcus coagulase</i>	4	5	5	14	27.5
negative	2	2	1	5	9.8
- <i>Enterococcus spp.</i>	40	64	54	158	83.1
- <i>Streptococci</i>	11	20	10	41	25.9
2. Gram-Negative organism n=158	13	12	16	41	25.9
- <i>Escherichia coli</i>	5	7	7	19	12.1
- <i>Klebsiella</i>	11	25	21	57	36.1
- <i>Acinetobacter baumannii</i>					
- อื่นๆ					

ตารางที่ 3 แสดงการรักษาอยู่ และเสียชีวิต ผู้ป่วย CAPD ที่ขึ้นทะเบียนที่ รพ.ศรีสะเกษ(ท่าTK) เกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ peritonitis (n=379)

ปีงบประมาณ	2561 (n=124 ราย)	2562 (n=118 ราย)	2563 (n=137 ราย)	รวม (n=379 ราย)	%
รักษาอยู่	97	101	109	307	81.0
เสียชีวิต	27	17	28	72	19.0
ระยะเวลารักษา(n=379)					
<1 ปี (n=92)					
รักษาอยู่	30	23	24	77	20.4
เสียชีวิต	5	2	8	15	3.9
1-5 ปี					
รักษาอยู่	64	74	82	220	58.0
เสียชีวิต	21	13	17	51	13.5
>6 ปี					
รักษาอยู่	3	4	3	10	2.6
เสียชีวิต	1	2	3	6	1.6

ตารางที่ 4 แสดงสถานะ ผู้ป่วยล้างไตแบบต่อเนื่อง และมีภาวะติดเชื้อในช่องท้อง เข้ารับการลงทะเบียนรักษา รพ.ศรีสะเกษ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561-2563 (n=379)

จำนวนผู้ป่วย	2561 (n=124)	2562 (n=118)	2563 (n=137)	รวม (n=379)	%
1.ยังคงล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง	41	58	71	170	44.9
- รับบริการในเขตรับผิดชอบ รพ.ศรีสะเกษ	6	18	28	52	30.6
- ส่งกลับโรงพยาบาลชุมชน ไปรับบริการ	35	40	43	118	69.4
กลับบ้าน					
2.ยุติการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง	76	56	55	187	49.3
- เสียชีวิต	26	17	28	71	38.0
- เปลี่ยนไปฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	50	39	27	116	62.0
- ได้รับการปลูกถ่ายไต	0	0	0	0	0
3.ออกจากโครงการปลูกเสริมการรักษา	7	4	11	22	5.8

ตารางที่ 5 แสดงผลการประเมินความรู้ผู้ป่วย/ผู้ดูแล การปฏิบัติตามขั้นตอน และสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์มาตรฐาน ที่เป็นปัจจัยกับการติดเชื้อในช่องท้อง ที่ Admitted ระหว่างปี 2561 - 2563

กิจกรรม	ปี 2561 n=241		ปี 2561 n=246		ปี 2561 n=277		รวม	
ผู้ป่วย/ผู้ดูแล	ติดเชื้อ	ไม่ติดเชื้อ	ติดเชื้อ	ไม่ติดเชื้อ	ติดเชื้อ	ไม่ติดเชื้อ	ติดเชื้อ	ไม่ติดเชื้อ
ผ่านการอบรม	n=124	n=117	n=118	n=128	n=137	n=140	n=379	n=385
ใช่	52(41.1)	68(58.1)	50(42.4)	74(57.8)	58(42.3)	81(57.8)	160(42.2)	223(57.9)
ไม่ใช่	72(58.1)	49(41.9)	68(57.6)	54(42.2)	79(57.7)	59(57.7)	219(57.8)	162(42.1)
ปฏิบัติตามขั้นตอนที่อบรม								
ทุกครั้ง	51(41.1)	72(61.5)	41(34.7)	76(59.4)	55(40.1)	87(62.1)	147(38.8)	235(61.0)
บางครั้ง	73(58.9)	28(38.5)	77(65.3)	52(40.6)	82(59.9)	53(37.9)	232(61.2)	133(39.0)
สิ่งแวดล้อม								
เหมาะสม	43(34.7)	76(64.9)	51(43.2)	85(66.4)	58(42.3)	89(63.6)	152(40.1)	250(64.9)
ไม่เหมาะสม	81(65.3)	41(35.1)	67(56.8)	43(33.6)	79(57.7)	51(36.4)	227(59.9)	135(35.1)

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

ผลการศึกษาย้อนหลังผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ที่ขึ้นทะเบียนในโรงพยาบาลศรีสะเกษ และมีภาวะติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง (Peritonitis) เข้ารับการรักษาผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีสะเกษ ระหว่างปี 2561 - 2563 จำนวนทั้งสิ้น 379 ราย 505 ครั้ง เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อายุที่พบมากที่สุด อยู่ในช่วงอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 52.9 และอาชีพที่พบมากที่สุดเป็นเกษตรกร ร้อยละ 72.5 รายได้ครอบครัวมากกว่า 5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 54.2 และ <5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 45.8 สอดคล้องกับการศึกษาของ สมถวิล เกียรติวัชรชัย

และคณะ¹⁰ อุบัติการณ์และลักษณะทางคลินิกและสาเหตุที่มีผลต่อการเกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ (Peritonitis) ของผู้ป่วยลำไส้ทางหน้าท้อง ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในโรงพยาบาลศรีสะเกษ ผลเพาะเชื้อ ผู้ป่วย CAPD อุบัติการณ์ภาวะติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง ระหว่างปี 2561 - 2563 อัตราร้อยละ 49.6 ปัจจัยทางคลินิกพบความถี่การเข้ารับการรักษา ส่วนใหญ่ 1 ครั้ง/ปี ร้อยละ 74.1 ระยะห่างการเกิด peritonitisซ้ำ/ปี >1 ปี ร้อยละ 67.0 ใกล้เคียงกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ใน IPDS (International society for peritoneal dialysis) guideline ซึ่งมีการติดเชื้อในทุก 18 เดือน⁹ จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 11 วัน โรคร่วม

ที่พบ ร้อยละ 79.2 และพบเป็นกลุ่มโรค (1 คน อาจมีมากกว่า 1 โรค) สูงสุด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 46.7 , โรคเบาหวาน ร้อยละ 24.9 โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ ติดเชื้อในเยื่อปอดอักเสบในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องได้ง่าย สอดคล้องกับ อรรถพร พัทธสวกุล¹¹ พบ Serum albumin < 3 g/dl ร้อยละ 97.4 Hemoglobin < 11 g/dl ร้อยละ 95.8 ดัชนีมวลกาย BMI < 23 ร้อยละ 93.1 สอดคล้องกับการศึกษาของ สมถวิล เกียรติวัชรชัย และคณะ¹⁰ รวมทั้ง Han และคณะ¹² ที่รายงานผลการศึกษาในลักษณะเดียวกัน พบความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเข้มข้นของเลือด ระดับอัลบูมิน และดัชนีมวลกายต่ำ จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในช่องท้อง^{1,2} ผู้ป่วยยังรักษาอยู่ ร้อยละ 81 สูงสุดที่ช่วงรักษา 1-5 ปี ร้อยละ 58.0 แตกต่างกับการศึกษาก่อนหน้านี้ในโรงพยาบาลปทุมธานี ในปี 2557 ที่ ร้อยละ 80¹³ เปรียบเทียบกับการศึกษาในแถบเอเชีย Kang SH. และคณะ¹⁴ พบอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง ปีที่ 5 ที่ร้อยละ 79 อัตราเสียชีวิต ร้อยละ 19.0 เป็นช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 13.5 การคงสภาพ นับถึง 1 มกราคม 2564 ยังคงล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ร้อยละ 44.9 ยุติการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ร้อยละ 49.3 เหตุผล จากเปลี่ยนไปฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มากที่สุด ร้อยละ 62.0

เสียชีวิต ร้อยละ 38.0 และออกจากโครงการ ปฏิเสธการรักษา ร้อยละ 5.8

ผลการเพาะเชื้อ ส่งน้ำในเยื่อปอดอักเสบเพาะเชื้อ ร้อยละ 91.5 ผลเพาะเชื้อไม่ขึ้น ร้อยละ 62.5 ผลเพาะเชื้อพบ Gram-Negative มากที่สุด ร้อยละ 83.1 เป็นเชื้อ *Escherichia coli*, *Klebsiella* ร้อยละ 21.6 Gram-positive ร้อยละ 26.8 เป็นเชื้อ *Staphylococcus coagulase negative* ร้อยละ 16.8 สอดคล้องกับการศึกษาขนาดวิทยาของเชื้อจุลินทรีย์ที่ก่อให้เกิดเยื่อปอดอักเสบทั้งในประเทศและต่างประเทศ⁸ การส่งเพาะเชื้อไม่ขึ้นพบสูงเกินค่ามาตรฐานที่ ISPD กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 20⁹ จาก การวิเคราะห์ข้อมูลอาจเกิดจากผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะก่อนการเพาะเชื้อก่อนรับไว้รักษาจากโรงพยาบาลชุมชน ผลการเพาะเชื้อ พบ Gram-Negative มากกว่า Gram-positive ซึ่งเป็นเชื้อโรคที่พบมากในการปนเปื้อนจากการสัมผัสสิ่งแวดล้อมไม่สะอาด ลดหรือล้มขั้นตอนที่สำคัญในการป้องกันการติดเชื้อและการเปลี่ยนผู้ดูแล ในการเปลี่ยนน้ำยาล้างไต สุขลักษณะและพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วย สอดคล้องกับผลการประเมินผู้ป่วยเองและผู้ดูแล กลุ่มติดเชื้อ พบไม่ผ่านการอบรม ร้อยละ 57.8 ปฏิบัติตามขั้นตอนที่อบรมเป็นบางครั้ง ร้อยละ 61.2 สิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสม ร้อยละ 59.9 ส่วนกลุ่มไม่ติดเชื้อพบผ่านการอบรม ร้อยละ 57.9 ปฏิบัติตาม

ขั้นตอนที่อบรมทุกครั้ง ร้อยละ 61.0
สิ่งแวดล้อมเหมาะสม ร้อยละ 64.9

ดังนั้น การลดอัตราการเกิด ภาวะเยื่อ
ช่องท้องอักเสบ (peritonitis) ในผู้ป่วยล้างไต
ทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (CAPD) สามารถ
ทำได้โดยเพิ่มระดับอัลบูมินในเลือด ด้วยการ
รับประทานอาหารที่มีอัลบูมินสูง เช่น ไข่ขาว
นม โปรตีนผง และควรเริ่มการบำบัดทดแทน
ไตให้เร็วขึ้น เพื่อระวังภาวะทุพโภชนาการ
ภาวะของเสียคั่งในเลือด เน้นและทบทวน
ความรู้ขั้นตอนการปฏิบัติในการเปลี่ยนน้ำยา
การทำแผล ทุกขั้นตอน การรักษาความ
สะอาดบ้านเรือนและจัดสิ่งแวดล้อมให้ถูก
สุขลักษณะ

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นายแพทย์
ชลวิทย์ หลาวทอง ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
ศรีสะเกษ แพทย์หญิงแคทรียา เทนสิทธิ์
รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ ที่อนุญาตให้
ทำงานวิจัย นายแพทย์นพพล บัวสี
รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ ที่ปรึกษาและ
ตรวจทานผลงานวิจัย และเจ้าหน้าที่
ผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ช่วยเก็บข้อมูล

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. Praditpornsilpa K, Prasithisirikul W, Pongskul C, Gogasen P, Lekhyananda S, Trakarnvanich T, et al. Thailand renal replacement therapy. The Nephrology Society of Thailand. 2011.
2. Pongskul C, Sirivongs D, Keobounma T, Chanlertrith D, Promajuk P, Limwatananon C, Survival and technical failure in a large cohort of Thai CAPD patients. J Med Assoc Thai 2006; 89 suppl 2: S98-S105.
3. ทวี ศิริวงศ์. การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องในประเทศไทย. วารสารสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย 2549: 3: 298-311.
4. เกลิงศักดิ์ กาญจนบุศย์. Text of Practical Peritoneal Dialysis. กรุงเทพฯ: ศิริวัฒนาอินเตอร์พริ้นท์; 2556.
5. สมชาย เขียมช่อง. Text of Practical Peritoneal Dialysis. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์เจอร์นอลพับลิเคชั่น; 2551.
6. McDonald SP, Collins JF, Rumpsfeld M, Johnson DW. Obesity is a risk factor for peritonitis in the Australian and New Zealand peritoneal dialysis patient populations. Perit Dial Int. 2004;24(4):340-6.
7. Sirivongs D, Pongskul C, Keobounma T, Chunlertrith D, Sritaso K, Johns J. Risk factors of first peritonitis episode in Thai CAPD patients. J Med Assoc Thai. 2006;89 Suppl2:S138-45.

8. Kanjanabuch T, Chancharoenthana W, Katavetin P, Sritippayawan S, Praditpornsilpa K, Ariyapitipan S, et al. J Med Assoc Thai. 2011;94 Suppl 4:S7-12.
9. Szefto G. Reaching Standards of Care in Peritoneal Dialysis. ISPD Asian Pacific Newsletters. International Society for Peritoneal Dialysis (ISPD). 2010; 8:2-3.
10. สมถวิล เกียรติวัชรชัย. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดติดเชื้อในเยื่อช่องท้องครั้งแรกในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง. วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2555;19(3):29-35
11. อรรถพร พัชรสกุล. การติดเชื้อที่เยื่อผนังช่องท้องในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องใน โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. วารสารแพทย์เขต 4-5. 2557;33(1):9-14.
12. Han SH, Lee SC, Ahn SV, Lee JE, Kim DK, Lee TH, et al. Reduced residual renal function is a risk of peritonitis in continuous ambulatory peritoneal dialysis patients. Nephrol Dial Transplant. 2007;22(9):2653-8
13. พิมพ์พิชญาภา ชัยสุวรรณรัตน์. คุณภาพของการรักษาในคลินิกล้างไตช่องท้องแบบต่อเนื่องในโรงพยาบาลปทุมธานี ช่วงเวลา 6 ปีแรก. วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11. 2557; 28(3):701-8.
14. Kang SH, Cho KH, Park JW, Yoon KW, Do JY. Risk factors for mortality in stable peritoneal dialysis patients. Ren Fail. 2012;34(2):149-54.

ปัญหาสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากร โรงพยาบาลขอนแก่น

กรรณกาญจน์ บริบูรณ์¹ และกรแก้ว ถิรพงษ์สวัสดิ์²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง ศึกษาปัญหาสุขภาพจากการทำงานของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลขอนแก่น ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการทำงาน และพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานกับปัญหาสุขภาพจากการทำงาน ประชากร ได้แก่ บุคลากรของโรงพยาบาลขอนแก่นจำนวน 3,512 คน กลุ่มตัวอย่างคำนวณจากสูตรประมาณค่าสัดส่วนประชากร จำนวน 137 คน สุ่มอย่างง่ายตามสัดส่วน เครื่องมือเป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน multiple logistic regression

ข้อมูลทั่วไปพบว่า เพศหญิงร้อยละ 81.8 เพศชาย ร้อยละ 18.2 อายุเฉลี่ย 40 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.3 ปี สมรส ร้อยละ 51.8 โสด ร้อยละ 37.2 หม้าย, หย่า, แยก ร้อยละ 11 ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 64.2 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ที่ 22,447.5 บาท ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 14,723.8 ประสบการณ์ทำงาน เฉลี่ย 15 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.3 ได้รับข่าวสารการดูแลสุขภาพและความปลอดภัยจากการทำงาน ร้อยละ 87.6 สิ่งคุกคามด้านเคมี ร้อยละ 89.8 สิ่งคุกคามทางจิตวิทยาสังคม ร้อยละ 89.1 สิ่งคุกคามด้านชีวภาพร้อยละ 86.9 สิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ ร้อยละ 80.3 สิ่งคุกคามด้านกายภาพ ร้อยละ 8.0 ปฏิบัติตามกฎหมายระเบียบและวิธีการทำงาน ร้อยละ 86.1 สวมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายตลอดเวลาเมื่อสัมผัสสิ่งคุกคาม ร้อยละ 68.6 ปัญหาสุขภาพของบุคลากร มีอาการปวดต้นคอ ปวดไหล่ ร้อยละ 53.3 มีอาการปวดบั้นเอว ปวดหลัง ร้อยละ 46.7 มีอาการเครียด กังวลจากปริมาณงานที่มากเกินไป หรืองานที่เร่งรีบ ร้อยละ 42.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจากการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ อายุ ตำแหน่งงาน การสวมชุดป้องกันอันตรายเมื่อสัมผัสสิ่งคุกคาม การสัมผัสสิ่งคุกคามในการทำงาน

คำสำคัญ : ปัญหาสุขภาพ, ปัญหาสุขภาพจากทำงาน, พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

² นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

Correspondent author: Krongkan Boriboon; Email: krongkan.jum@hotmail.com

Received: December 14, 2021; Revised December 24, 2021; Accepted December 25, 2021

Health Status Related to Risk at Work among Personnel in Khon Kaen Hospital

Krongkan Boriboon¹ Kornkaew Thirapongsawat²

ABSTRACTS

Survey research with a cross-sectional design: A review of health issues that have arisen as a result of personnel's employment at Khon Kaen Hospital. In working with work-related health problems, there is a link between personal variables, job factors, and safety habits. The population of Khon Kaen Hospital is 3,512 people. The sample group, which consisted of 137 people, was randomly proportionately estimated using the population proportion estimation formula. A questionnaire is the tool. Statistical frequency, percentage, mean, standard deviation, and multiple logistic regression were used to examine the data

General information found female 81.8 percent, male 18.2 percent, mean age 40 years, standard deviation 11.3 years, married 51.8 percent, single 37.2 percent, widowed, divorced, separated 11 percent. Educational level Bachelor's degree 64.2 percent. The average monthly income is 22,447.5 baht, with a standard deviation of 14,723.8 and an average of 15 years work experience, 11.3 percent standard deviation, 87.6 percent information on health and occupational safety, 89.8 percent chemical risks, 89.1 percent psychosocial threats, 89.1 percent. Biological treats 86.9 percent, Ergonomic Threats 80.3 percent, and Physical Threats 8.0 percent comply with rules and procedures 86.1 percent wear protective equipment at all times when exposed to threats 68.6 percent, workforce health problems 53.3 percent reported neck and shoulder discomfort, 46.7 percent had lumbar pain, back pain, and stress. 42.3 percent are concerned about an excessive workload or rushed work. Factors related to health problems from work Statistically significant include: gender, age, job title, wearing protective apparel when threatened, and occupational risks.

Key words: health problems, health problems from work, work-related safety behavior

¹ Registered Nurse Professional Level, Khon Kaen Hospital

² Public Health Technical Officer Senior Professional Level, Specialist Public Health Scholar Health Center 7, Khon Kaen

บทนำ (Introduction)

บุคลากรที่ทำงานในโรงพยาบาลเป็นกลุ่มคนที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาด้านสุขภาพและความปลอดภัยจากการทำงาน เนื่องจากต้องปฏิบัติงานและสัมผัสกับสิ่งคุกคามต่อสุขภาพและความไม่ปลอดภัยต่างๆ ประกอบไปด้วยสิ่งคุกคามทางชีวภาพ ทางกายภาพ ทางเคมี ทางการยศาสตร์และสิ่งคุกคามทางจิตวิทยา สังคม ความเสี่ยงและสิ่งคุกคามที่เกิดจากการทำงานของบุคลากรในแต่ละแผนกก็มีความแตกต่างกันออกไปด้วย ปัจจุบันบุคลากรของโรงพยาบาลมีความเจ็บป่วยที่เกิดจากการทำงานเพิ่มมากขึ้น¹ ปัจจัยเสี่ยงจากการทำงานยังเกี่ยวกับความต้องการการดูแลสุขภาพที่ใช้ เทคโนโลยีที่ซับซ้อน² บุคลากรบางคนเกิดความเจ็บป่วยที่เป็นลักษณะเรื้อรัง บางคนถึงกับทำงานต่อไม่ได้ก่อให้เกิดผลกระทบตามมาหลายประการ เช่น การสูญเสียบุคลากรในองค์กร ผลกระทบต่อสุขภาพทางกาย และสุขภาพจิตของคนที่เป็น หรือบุคคลใกล้เคียง ตลอดจนสูญเสียความสามารถในการให้บริการผู้ป่วยที่มาใช้บริการ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการจัดการความเสี่ยงและป้องกันสิ่งคุกคามให้กับบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล รวมทั้งดูแลสุขภาพบุคลากรให้มีสุขภาพที่ดีอย่างสม่ำเสมอ³

โรงพยาบาลขอนแก่นเป็นหน่วยบริการระดับตติยภูมิ เป็นโรงพยาบาลขนาด 1,000 เตียง ดูแลรักษาผู้ป่วยทุกสาขามีศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง 5 สาขา ได้แก่ สาขาอุบัติเหตุ สาขาทารกแรกเกิด สาขาโรคมะเร็ง

สาขาโรคหัวใจ และสาขารับบริจาคปลูกถ่ายอวัยวะคน มีผู้ป่วยมารักษาเป็นจำนวนมาก ทั้งในเวลาราชการและนอกเวลาราชการ มีบุคลากรที่ปฏิบัติงาน ณ วันที่ 30 ตุลาคม 2563 จำนวน 3,082 คน แบ่งเป็นบุคลากรที่บริการผู้ป่วยโดยตรง จำนวน 2,380 คน บุคลากรที่ปฏิบัติงานสนับสนุน 702 คน การดูแลสุขภาพของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเป็นนโยบายสำคัญของโรงพยาบาลขอนแก่น จะเห็นได้จากสถิติการตรวจสุขภาพประจำปีของบุคลากรโรงพยาบาลขอนแก่น ในปี 2560, 2561, 2562 พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่ได้รับการตรวจสุขภาพมากถึงร้อยละ 80.1, 86.1 และ 82.4 ตามลำดับ

กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น เป็นหน่วยงานที่ดูแลสุขภาพและความปลอดภัยในการทำงานให้แก่บุคลากรโรงพยาบาลขอนแก่นโดยตรง ดังนั้นการจัดบริการอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับบุคลากรควรมีการเฝ้าระวังและจัดการปัญหาสุขภาพจากการทำงานอย่างเป็นระบบให้บุคลากรทุกระดับ⁴ กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม ให้บริการตรวจสุขภาพบุคลากรเป็นประจำทุกปี พบว่า ในปี 2562 มีบุคลากรมารับการตรวจสุขภาพ ร้อยละ 82.4 พบ BMI ปกติ ร้อยละ 42.9 การตรวจเลือดพบผลปกติ ร้อยละ 31.7 ตรวจเอกซเรย์ทรวงอกพบผิดปกติ ร้อยละ 6.8 และจากการเจาะเลือดตรวจพิเศษตามความเสี่ยงของลักษณะงานของบุคลากรยังไม่พบความผิดปกติในบุคลากร ซึ่งเป็นเพียงการคัดกรองเบื้องต้น

ในการประเมินภาวะสุขภาพบุคลากรและให้คำแนะนำในรายที่พบผลผิดปกติ ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลบุคลากรโรงพยาบาลขอนแก่นที่เข้ารับการตรวจรักษาโรคที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลขอนแก่น ปี 2563 พบว่ามีบุคลากร 155 คน ที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคปวดกล้ามเนื้อ และปวดหลัง แต่ยังไม่มีการศึกษาและวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพบุคลากรดังกล่าวว่าเกิดจากการทำงานในโรงพยาบาลเป็นแต่เพียงการรวบรวมภาวะสุขภาพของบุคลากรจากการตรวจร่างกาย การเข้ารับการรักษ และจากการที่ผู้วิจัยได้มีการสุ่มประเมินโดยการสอบถามบุคลากรในโรงพยาบาล พบว่า บุคลากรบางคนไม่ทราบว่าหน่วยงานที่ตนทำงานอยู่มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาต่อสุขภาพด้านไหนบ้าง และใครเป็นผู้ที่ต้องรับผิดชอบประเมินความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในที่ทำงาน เป็นต้น จากการทบทวนเอกสาร ผู้วิจัยพบว่าภาวะสุขภาพตามความเสี่ยงในการทำงานสามารถพยากรณ์ความน่าจะเป็นของปัญหาด้านอาชีวอนามัยที่อาจส่งผลต่อสุขภาพของคนทำงาน ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการดำเนินการลดความเสี่ยงจากการทำงาน หรืออีกนัยเป็นการส่งเสริมสุขภาพะคนทำงาน⁵ โดยองค์ประกอบของภาวะสุขภาพตามความเสี่ยง ได้แก่ การเจ็บป่วยและบาดเจ็บจากการทำงาน การเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงาน เป็นผลจากการทำงานภายใต้สภาพแวดล้อมการทำงานที่ไม่ปลอดภัย ได้แก่ การเจ็บป่วย

หรืออาการผิดปกติที่เกิดขึ้นจากการสัมผัส สิ่งคุกคามต่อสุขภาพด้านกายภาพ ชีวภาพ เคมี การยศาสตร์และจิตสังคม เช่น อาการกล้ามเนื้อตล้า อาการผิดปกติระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ไวรัสตับอักเสบบี เอชไอวี อาการผิดปกติของผิวหนัง อาการผิดปกติของระบบโครงร่างกล้ามเนื้อและความเครียด ส่วนการบาดเจ็บที่เกี่ยวกับการทำงาน เป็นการทำงานภายใต้สภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย ทำให้เสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บ⁶ การประเมินภาวะสุขภาพตามความเสี่ยงที่ครอบคลุมทั้งการเจ็บป่วยและบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานจึงมีความสำคัญต่อการวางแผนการจัดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและลดความเสี่ยงต่อสุขภาพให้แก่คนทำงาน จากความสำคัญดังกล่าว การศึกษาถึงปัญหาสุขภาพ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อปัญหาสุขภาพจากการทำงานของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลขอนแก่น จะได้ทราบถึงสถานการณ์ นำข้อมูลเบื้องต้นที่ได้มากำหนดการดูแลสุขภาพของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่จำเป็นอย่างเหมาะสมในการทำงาน กำหนดแนวปฏิบัติในการจัดสภาพแวดล้อมและเสริมสร้างบรรยากาศที่ดีและปลอดภัยให้เกิดขึ้นที่หน่วยงาน ที่เกิดจากปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานและลดอุบัติเหตุจากการทำงานของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลขอนแก่นต่อไป

วัตถุประสงค์ (Objective)

1. เพื่อศึกษาปัญหาสุขภาพจากการทำงานของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลขอนแก่น

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้กับปัญหาสุขภาพจากการทำงาน

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการทำงาน ได้แก่ ตำแหน่งงานที่ปฏิบัติ ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลตนเองให้มีสุขภาพที่ดี และมีความปลอดภัยจากการทำงาน การสัมผัสสิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงาน และพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน กับปัญหาสุขภาพจากการทำงาน

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

1. รูปแบบวิจัย การวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (Cross - sectional survey research)

2. ประชากร ได้แก่ บุคลากรของโรงพยาบาลขอนแก่นจำนวน 3,512 คน (นับรวมลูกจ้างรายวัน) ข้อมูลจากจำนวนบุคลากรทั้งหมดที่ตรวจสุขภาพประจำปี 2563

3. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรของโรงพยาบาลขอนแก่นโดยการคำนวณจากสูตรประมาณค่าสัดส่วนประชากร⁷ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 137 คน การสุ่มกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยจำแนกแผนกที่ศึกษาตามการจัดแบ่งของ

OSHA สุ่มอย่างง่ายตามสัดส่วนของบุคลากรในแผนก

3.1. เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion Criteria) บุคลากรที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลขอนแก่น 1 ปี ขึ้นไป สามารถอ่านออกและเขียนได้ มีผลการตรวจสุขภาพก่อนเข้าร่วมโครงการ

3.2. เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria) บุคลากรที่พิการทางสายตาและการได้ยิน ลาศึกษาต่อ ไปอบรมสัมมนา หรือลาในวันทันตชี้แจงและสำรวจ ตั้งครรภ์

3.3. เกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation criteria) ผู้เข้าร่วมวิจัยมีความวิตกกังวล หรือไม่สบายใจในการเข้าร่วมงานวิจัยขอเลิกหรือถอนตัว ลาออกจากงานที่โรงพยาบาลขอนแก่น

4. เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามภาวะสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลขอนแก่น สร้างโดยผู้วิจัย ตรวจสอบด้านความเที่ยงตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน นำแบบสอบถามไปใช้ทดลองในการเก็บรวบรวมข้อมูล 30 ชุด วิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) โดยสูตร KR-20 ได้ค่าความเที่ยงมากกว่า 0.70

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามให้อาสาสมัคร จากนั้นนัดหมายเวลาจัดส่งแบบสอบถาม เพื่อให้อาสาสมัครมีเวลาอ่านและตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

6. การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน multiple logistic regression ที่ $p\text{-value} \leq 0.05$

7. จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลขอนแก่น รหัสโครงการที่ KEF64008 รับรองตั้งแต่วันที่ 7 มิถุนายน 2564 ถึงวันที่ 6 มิถุนายน 2565

ผลการวิจัย (Result)

ข้อมูลทั่วไป อาสาสมัครที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 137 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 81.8 อายุเฉลี่ย 40 ปี

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.3 ปี ส่วนใหญ่สมรส ร้อยละ 51.8 มีระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 64.2 ต่ำ ได้รับรายได้เฉลี่ยต่อเดือน อยู่ที่ 22,447.5 บาท ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน 14,723.8 ส่วนใหญ่เป็นพยาบาล ร้อยละ 37.2 ผู้ช่วยเหลือคนใช้ พนักงานบนตึก แม่บ้าน ช่าง ร้อยละ 27.0 มีประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย อยู่ที่ 15 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.3 ได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและความปลอดภัยจากการทำงาน ร้อยละ 87.6 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

รายการ	จำนวน (n=137)	ร้อยละ
เพศ ชาย	25	18.2
หญิง	112	81.8
อายุ 20 - 29 ปี	29	21.2
30 - 39 ปี	37	27.0
40 - 49 ปี	35	25.5
50 - 59 ปี	36	26.3
อายุเฉลี่ย 40.8 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.3		
สถานภาพสมรส โสด	51	37.2
สมรส	71	51.8
ระดับการศึกษา ต่ำกว่าปริญญาตรี	30	21.9
ปริญญาตรี	88	64.2
สูงกว่าปริญญาตรี	19	13.9

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

รายการ	จำนวน (n=137)	ร้อยละ
รายได้ต่อเดือน ต่ำกว่า 15,000 บาท	63	46.0
15001- 25,000 บาท	32	23.3
25,001 - 35,000 บาท	16	11.7
มากกว่า 35,000 บาท	26	19.0
เงินเดือนเฉลี่ย 22,447.5 บาท ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 14,723.8		
ตำแหน่งงาน พยาบาล	51	37.2
ผู้ช่วยเหลือคนไข้ พนักงานบนตึก แม่บ้าน ช่าง	37	27.0
สนับสนุนด้านธุรการ การจัดการ การเงิน พัสดุ	27	19.7
นักวิชาการ นักโภชนาการ พยาบาลอาชีวอนามัย		
แพทย์, ทันตแพทย์, เภสัชกร, รังสีการแพทย์,	22	16.1
เทคนิคการแพทย์		
ประสบการณ์ในการทำงาน ต่ำกว่า 10 ปี	69	50.3
11 - 20 ปี	24	17.6
21 - 30 ปี	26	19.0
มากกว่า 30 ปี	18	13.1
ค่าเฉลี่ย 15 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.3		
การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและความปลอดภัยจากการทำงาน		
ได้รับ	120	87.6
ไม่ได้รับ	17	12.4

ปัจจัยด้านการทำงานพบสิ่งคุกคาม
ตามการรับรู้ในหน่วยงาน พบว่า มีสิ่งคุกคาม
ด้านเคมี ร้อยละ 89.8 สิ่งคุกคามทาง
จิตวิทยาสังคม ร้อยละ 89.1 มีสิ่งคุกคามด้าน
ชีวภาพ ร้อยละ 86.9 มีสิ่งคุกคามทางด้าน
การยศาสตร์ ร้อยละ 80.3 มีสิ่งคุกคามด้าน
กายภาพ ร้อยละ 8.0

พฤติกรรมการป้องกันอันตรายส่วนบุคคลขณะทำงาน พบว่า ส่วนใหญ่ปฏิบัติ
ตามกฎระเบียบและวิธีการทำงาน ร้อยละ
86.1 ส่วนใหญ่สวมอุปกรณ์ป้องกันอันตราย
ตลอดเวลาเมื่อสัมผัสสิ่งคุกคาม ร้อยละ 68.6

ปัญหาสุขภาพของบุคลากรตามความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรพบว่า มีปัญหาสุขภาพจากการทำงาน 3 ลำดับแรก ได้แก่ มีปัญหาเกี่ยวกับอาการปวดต้นคอ บ่า ไหล่ น่าจะเกี่ยวข้องกับการทำงาน ร้อยละ 53.3 มีปัญหาเกี่ยวกับอาการปวด

บั้นเอว ปวดหลัง น่าจะเกี่ยวข้องกับการทำงาน ร้อยละ 46.7 และมีปัญหาเกี่ยวกับอาการเครียด กังวลจากปริมาณงานที่มากเกินไป หรืองานที่เร่งรีบให้ทันเวลาน่าจะเกี่ยวข้องกับการทำงาน ร้อยละ 42.3 มีรายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละปัญหาสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากร

ปัญหาสุขภาพ	ไม่มี (ร้อยละ)	มีแต่ไม่เกี่ยวกับ การทำงาน (ร้อยละ)	มีและเกี่ยวข้อง กับการทำงาน (ร้อยละ)
การได้ยินเสียงจากการพูดคุยไม่ชัด	111 (81.0)	18 (13.2)	8 (5.8)
หูอื้อหรือมีความผิดปกติทางการได้ยิน	117 (85.4)	14 (10.2)	6 (4.4)
ปวดแสบผิวหนัง จากการสัมผัส	112 (81.8)	21 (15.3)	4 (2.9)
ความร้อนจัด			
อาการไข้ น้ำมูกไหล ไอ จามเป็นประจำ	108 (78.8)	19 (13.9)	10 (7.3)
ตุ่มหนอง ผื่นคัน ผื่นหนังอักเสบ	125 (91.2)	9 (6.6)	3 (2.2)
อาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสียเป็นประจำ	127 (92.7)	9 (6.6)	1 (0.7)
อาการระคายเคือง แสบตา ไอ จามแสบจมูก	106 (77.4)	20 (14.6)	11 (8.0)
อาการปวดต้นคอ บ่า ไหล่	40 (29.2)	4 (17.5)	73 (53.3)
อาการปวดบั้นเอว ปวดหลัง	49 (35.8)	24 (17.5)	64 (46.7)
อาการเจ็บบริเวณข้อศอก ปลายแขนหรือมือ	100 (73.0)	14 (10.2)	23 (16.8)
อาการปวดขา น่อง เข่า ข้อเท้า ส้นเท้า	57 (41.6)	25 (18.3)	55 (40.1)
ปริมาณงานที่มากเกินไป หรืองานที่เร่งรีบ	65 (47.5)	14 (10.2)	58 (42.3)
การทำงานที่ยาวนานเกิน 8 ชั่วโมงต่อวัน	85 (62.0)	11 (8.0)	41 (30.0)
เครียด กังวลจากสัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงาน	110 (80.3)	14 (10.2)	13 (9.5)
เครียด กังวลจากสัมพันธภาพกับหัวหน้างาน	115 (83.9)	9 (6.6)	13 (9.5)
เครียด กังวลจากสัมพันธภาพกับผู้มา รับบริการ	106 (77.4)	9 (6.6)	22 (16.0)

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการทำงาน พบว่า เพศและการสัมผัสสิ่งคุกคามจากการทำงาน มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ตัวแปร อายุ การศึกษา ตำแหน่งงานพยาบาล ตำแหน่งงานกลุ่มแพทย์, ทันตแพทย์, เภสัชกร, นักเทคนิคการแพทย์และรังสีแพทย์ และการสวมชุดป้องกันอันตราย มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ส่วนตัวแปรสถานภาพสมรส รายได้ ประสิทธิภาพการทำงาน การได้รับข่าวสารด้านสุขภาพ การปฏิบัติตามระเบียบและวิธีการทำงาน มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการทำงานอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจากการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลขอนแก่น พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจากการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลขอนแก่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ 1 ตัวแปรเพศ ($P\text{-value} < 0.001$) โดยผู้หญิงเมื่อเทียบกับผู้ชายเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพในการทำงานเป็น 0.26 เท่าของผู้ชาย ($AOR = 0.26$, $95\%CI : 0.13$ ถึง 0.54) 2 ตัวแปรอายุ ($p\text{-value} = 0.03$) โดยบุคลากรที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไปเมื่อเทียบกับบุคลากรที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปีเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพในการทำงาน

เป็น 1.79 เท่าของบุคลากรที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี ($AOR = 1.79$, $95\%CI : 0.99$ ถึง 3.23) 3 ตัวแปรตำแหน่งงาน ($p\text{-value} = 0.04$) โดยบุคลากรที่ตำแหน่งงานกลุ่มแพทย์, ทันตแพทย์, เภสัชกร, นักเทคนิคการแพทย์และรังสีแพทย์เมื่อเทียบกับตำแหน่งงานอื่นๆ เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพในการทำงานเป็น 2.26 เท่าของตำแหน่งงานอื่น ($AOR = 2.26$, $95\%CI : 1.03$ ถึง 4.99) 4 ตัวแปรการสวมชุดป้องกันอันตรายเมื่อสัมผัสสิ่งคุกคาม ($p\text{-value} = 0.007$) โดยบุคลากรที่สวมชุดป้องกันอันตรายเมื่อสัมผัสสิ่งคุกคามทุกครั้ง เมื่อเทียบกับการสวมบางครั้งหรือไม่สวมเลย มีโอกาสเป็นเกิดปัญหาสุขภาพในการทำงานลดลง ร้อยละ 89 ของการไม่สวมชุดป้องกันอันตรายเมื่อสัมผัสสิ่งคุกคามหรือสวมบางครั้ง ($AOR = 0.11$, $95\%CI : 0.24$ ถึง 0.56) 5 ตัวแปรการสัมผัสสิ่งคุกคามในการทำงานโดยภาพรวม ($p\text{-value} < 0.001$) โดยบุคลากรที่สัมผัสสิ่งคุกคามในการทำงานตลอดเวลาเมื่อเทียบกับสัมผัสสิ่งคุกคามในการทำงานบางครั้งหรือไม่สัมผัสเลย เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพในการทำงานเป็น 17.33 เท่าของการสัมผัสสิ่งคุกคามในการทำงานบางครั้งหรือไม่สัมผัสเลย ($AOR = 17.33$, $95\%CI : 3.79$ ถึง 79.25) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจากการทำงานของบุคลากร
โรงพยาบาลขอนแก่น

ปัจจัย	ปัญหาสุขภาพ				Crude OR (95%CI)	Adjusted OR	95%CI	p-value
	มี(n=98)		ไม่มี(n=39)					
	จำ	ร้อยละ	จำ	ร้อยละ				
	นวน		นวน					
1. เพศ								
- หญิง	86	76.8	26	23.2	3.58	0.26	0.13-0.54	<0.001
- ชาย	12	48.0	13	52.0	(1.89-6.76)	1		
2. อายุ								
- 40 ปีขึ้นไป	44	65.7	23	34.3	0.57	1.79	0.99-3.23	0.05
- น้อยกว่า 40 ปี	54	77.1	16	22.9	(0.33-0.96)	1		
3. ตำแหน่งงาน								
- กลุ่มแพทย์	13	59.1	9	40.9	0.51	2.26	1.03-4.99	0.04
ทันตแพทย์								
เภสัชกร								
รังสีการแพทย์								
นักเทคนิคการแพทย์								
- กลุ่มอื่นๆ	85	73.9	30	26.1	(0.26-0.99)	1		
4. สวมชุดป้องกันอันตรายเมื่อสัมผัสสิ่งคุกคาม								
- ไม่ทำเลย	12	92.3	1	7.7	5.30	0.11	0.24-0.56	0.007
- ทำหรือทำบางครั้ง	86	69.4	38	30.6	(1.22-23.01)			
5. การสัมผัสสิ่งคุกคามในการทำงานโดยภาพรวม								
- ตลอดเวลา	23	95.8	1	4.2	11.65	17.33	3.79-79.25	<0.001
- บางครั้งหรือไม่เคย	75	66.4	38	33.6	(27-49.3)	1		

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

ปัจจัยส่วนบุคคล จากการศึกษา มีเพศหญิงเป็นส่วนใหญ่ เนื่องจากบุคลากรในโรงพยาบาลมีพยาบาลเป็นตำแหน่งงานที่มากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของสิริลักษณ์ บุญประกอบ⁸ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิง ร้อยละ 90.24 อายุเฉลี่ย 40 ปี ซึ่งเมื่อแบ่งอายุของบุคลากรวัยทำงานออกเป็นสองกลุ่มที่อายุ 40 ปี จะทำให้มีบุคลากรใกล้เคียงกัน สอดคล้องกับประสบการณ์ในการทำงาน เป็นกลุ่มประสบการณ์น้อยกว่า 10 ปี และมากกว่า 10 ปี มีจำนวนที่ใกล้เคียงกัน และเนื่องจากโรงพยาบาลขอนแก่นเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ และเป็นแม่ข่ายรับผู้ป่วยไว้รักษาจำนวนมากส่งผลให้บุคลากรมีความรู้และได้รับข่าวสารทางด้านสุขภาพ ความปลอดภัยมากถึงร้อยละ 87.6 นอกจากนี้บุคลากรกลุ่ม โสัด หม้าย หย่า แยก ยังมีจำนวนใกล้เคียงกับบุคลากรที่มีสถานภาพสมรสอีกด้วย ซึ่งสอดคล้องกับสภาพสังคมในปัจจุบันซึ่งคนนิยมอยู่คนเดียวมากกว่าการใช้ชีวิตคู่ สำหรับระดับการศึกษา พบ ปริญาตรมากที่สุด เนื่องจากบุคลากรส่วนใหญ่เป็นบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขาอาชีพจะต้องได้รับการศึกษาในระดับปริญาตรขึ้นไปจึงจะสามารถปฏิบัติงานที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขาอาชีพที่ปฏิบัติงานนั้น สอดคล้องกับรายได้เฉลี่ยขั้นต่ำต่อเดือน คือ 22,447 บาท ตามเกณฑ์ระดับการศึกษาเพราะโรงพยาบาลเป็นหน่วยงานภาครัฐ จึงต้องปฏิบัติตามระเบียบราชการที่กำหนดไว้

ปัจจัยด้านการทำงาน พบว่า มีสิ่งคุกคามด้านเคมีมากที่สุด ร้อยละ 89.8 สอดคล้องกับการศึกษาของ เรียงสอน สุวรรณ และคณะ⁹ พบปัจจัยคุกคามสุขภาพจากสภาพแวดล้อมการทำงานที่สำคัญตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ปัจจัยคุกคามสุขภาพด้านเคมี ร้อยละ 68.28 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยได้สัมผัสกับสิ่งคุกคามทางกายภาพ เนื่องจากการทำงานในโรงพยาบาลมีลักษณะการทำงานในสภาพแวดล้อมคล้ายสำนักงานและทำงานในร่ม สถานที่ต้องจัดเพื่อให้บริการกับผู้ป่วยที่มีสภาพร่างกายอ่อนแอ จึงต้องจัดสภาพแวดล้อมให้มีความเหมาะสมในการนอนพักเพื่อรักษาร่างกาย ส่วนสิ่งคุกคามสุขภาพทางชีวภาพ ไม่เคยสัมผัสเป็นส่วนใหญ่ เป็นไปตามสถานการณ์ในโรงพยาบาลซึ่งจะมีการจัดการตักผู้ป่วยตามลักษณะของโรคแยกโรคติดเชื้อและโรคไม่ติดเชื้อชัดเจนด้านสิ่งคุกคามสุขภาพทางกายศาสตร์ พบการกัมตั่วทำงานเป็นประจำ ร้อยละ 65.7 และทำท่าซ้ำๆ เป็นประจำมากกว่าร้อยละ 51 สอดคล้องกับการศึกษาของ นริศรา เลิศพรสวรรค์ และคณะ¹⁰ พบว่าปัจจัยคุกคามสุขภาพจากสภาพแวดล้อมการทำงานที่สำคัญ ได้แก่ ปัจจัยด้านกายศาสตร์ สิ่งคุกคามด้านจิตสังคม พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่ทำงานระยะเวลานานเกินกว่าวันละ 8 ชั่วโมง ร้อยละ 63.5 ซึ่งจะส่งผลต่อสภาพร่างกายเกิดความอ่อนล้า หรือมีปัญหาสุขภาพได้

พฤติกรรมการป้องกันอันตราย
ขณะทำงาน อาสาสมัครมีการปฏิบัติตามระเบียบ และข้อปฏิบัติในการทำงานและสวมชุดป้องกันอันตรายขณะทำงาน สูงถึงร้อยละ 86.1 และ 68.6 ตามลำดับ แต่เนื่องจากปัจจัยสิ่งคุกคามต่อสุขภาพในโรงพยาบาลมีหลายปัจจัยและอาจมีหลายปัจจัยในกลุ่มงานหรือแผนกงานหนึ่งๆ ดังนั้นจึงอาจส่งผลต่อปัญหาสุขภาพได้หากไม่สามารถสร้างพฤติกรรมการป้องกันตนเองให้กับบุคลากรได้ ร้อยละ 100

ปัญหาสุขภาพตามความเสี่ยง
จากการทำงาน พบว่า อาสาสมัครมีปัญหาสุขภาพจากการทำงานจากอาการ ปวดต้นคอ บ่า ไหล่ มากที่สุด ร้อยละ 53.3 รองลงมาคือ ปวดบั้นเอว ปวดหลัง ร้อยละ 46.7 อาการเครียดจากงานที่เร่งรีบมีจำนวนผู้ป่วยมาก ร้อยละ 42.3 และอาการปวดขา ปวดข้อเท้า เข้า ร้อยละ 40.1 ซึ่งเป็นปัญหาทางการยศาสตร์ สอดคล้องกับการศึกษาของ วิลาสินี โอภาสศิริกุล และคณะ⁵ พบว่า ภาวะสุขภาพตามความเสี่ยงในส่วนของการเจ็บป่วยที่อาจเกี่ยวเนื่องจากงานที่พบบ่อยในกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ความเครียดที่เกี่ยวข้องจากงาน ร้อยละ 86.34 อาการปวดระบบโครงร่างกล้ามเนื้อคือปวดหลัง ร้อยละ 83.85 ปวดไหล่ ร้อยละ 82.61 และปวดต้นคอ ร้อยละ 81.99 และ เรียงสอน สุวรรณ และคณะ⁹ พบว่า การเจ็บป่วยที่อาจเกี่ยวเนื่องจากการสัมผัสปัจจัยคุกคามสุขภาพจากการทำงานที่สำคัญ ได้แก่ ปวดคอไหล่ หลังร้อยละ 54.38 ปวดแขน ข้อศอกข้อมือ ร้อยละ 40.18

ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงาน
 พบว่า ตัวแปรเพศ ตัวแปรอายุ ตัวแปรตำแหน่งงาน ตัวแปรการสัมผัสสิ่งคุกคามในการทำงานโดยภาพรวมและตัวแปรการสวมชุดป้องกันอันตรายเมื่อสัมผัสสิ่งคุกคาม สอดคล้องกับการศึกษาของอภินันท์ ประยูรวงษ์¹¹ พบว่าการสัมผัสสิ่งคุกคามด้านสุขภาพโดยรวม การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ให้มีสุขภาพดี และมีความปลอดภัยและรายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจากการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ วชิระ สุริยะวงศ์, พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ, มธุรส ทิพยมงคลกุล¹² พบว่า พฤติกรรมการทำงานด้วยความปลอดภัยมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์ แผนกหรือกลุ่มงานควรมีแผนในการสำรองอุปกรณ์ป้องกันหรือช่วยลดการสัมผัสสิ่งคุกคามในแผนกหรือกลุ่มงานของตนให้เพียงพอกับบุคลากรที่ต้องสัมผัสเสมอ และควรพัฒนาแนวทางในการป้องกันสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์สำหรับบุคลากรด้วยตนเองให้เหมาะสมกับตำแหน่งงานต่างๆ และเผยแพร่ให้บุคลากรได้ปฏิบัติ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

โรงพยาบาลขอนแก่นควรกำหนดมาตรการในการประเมินความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยในแผนกหรือกลุ่มงานต่างๆ เป็นประจำทุกปี เพื่อใช้ในการวางแผนจัดการความเสี่ยงสิ่งคุกคาม และ ควรกำหนดมาตรการการป้องกันความเสี่ยงในแต่ละแผนกให้เป็นแนวทางให้ปฏิบัติ

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

การวิจัยฉบับนี้ เสร็จสมบูรณ์เป็นอย่างดีด้วยความช่วยเหลือจากบุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหลายท่าน ผู้วิจัยขอแสดงความขอบคุณมา ณ ที่นี้ ดังนี้ แพทย์หญิงนิตยา มิลส์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น และนางไพรวลัย พรหมดี หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลที่ให้โอกาสและสนับสนุนการดำเนินงานในครั้งนี้ ที่ปรึกษาโครงการวิจัยได้แก่ นายแพทย์ปิติ จันทร์เมษา หัวหน้ากลุ่มงานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น นายจำเริญ มุลเทพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น และบุคลากรกลุ่มงานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลขอนแก่นทุกท่านที่มีส่วนร่วมและสนับสนุนในการดำเนินงานวิจัย ตลอดจนกลุ่มงาน/งานต่างๆ ในโรงพยาบาลขอนแก่น ที่ให้โอกาสในการดำเนินการศึกษาวิจัยในพื้นที่ และที่สำคัญคืออาสาสมัครให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมงานวิจัยและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์สำหรับพัฒนางานต่อไป

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. ศูนย์พัฒนาวิชาการอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม จังหวัดสมุทรปราการ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดำเนินงานอาชีวอนามัย สำหรับบุคลากรสุขภาพ. ม.ป.ท.: 2563.
2. Roger, B. Health Hazards in nursing and health care: An overview. American Journal of infection Control; 1997.
3. กรมควบคุมโรค สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม. คู่มือการตรวจประเมินการดำเนินงานการประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอมมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา; 2560.
4. อภันตริ ประยูรวงศ์. ปัญหาสุขภาพจากการทำงานของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลอภัยภูเบศ จังหวัดปราจีนบุรี: วารสารพยาบาลสาธารณสุข; 2556.
5. วิลาสินี โอภาสศิริกุล, ขวพรวรรณ จันทร์ประสิทธิ์, ธาณี แก้วธรรมานุกุล. ภาวะสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่. Nursing Journal 2558; 42: 49-60.
6. American Conference of Governmental Industrial Hygienists. 2019 TLVs and BEIs ACGIH. Occupational Safety &

- Health Administration 2019 [cited 2021 Feb 18]. Available from: <https://www.osha.gov/SLTC/etools/hospital/index.html>.
7. อรุณ จิรวัดมนกุล. ชีวสถิติสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
 8. สิริลักษณ์ บุญประกอบ. การพัฒนารูปแบบการประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลหนองคาย ปี 2560. วารสารโรงพยาบาลนครพนม. 2560; 4: 47-59.
 9. เรียงสอน สุวรรณ, ภารดี นานาศิลป์, ธาณี แก้วธรรมานุกุล. ปัจจัยคุกคามสุขภาพจากการทำงานและภาวะสุขภาพตามความเสี่ยงของคนงานโรงงานเซรามิกขนาดใหญ่ Occupational Health Hazards and Health Status Related to Risk Among Workers in Large Ceramic Factory. พยาบาลสาร ปีที่ 43 ฉบับที่ 4 ตุลาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2559; 2559.
 10. นริศรา เลิศพรสวรรค์, ขวพรพรรณ จันทรประสิทธิ์, ธาณี แก้วธรรมานุกุล. ปัจจัยคุกคามสุขภาพจากการทำงานและภาวะสุขภาพตามความเสี่ยงของพนักงานเก็บขยะ Occupational Health Hazards and Health Status Related to Risk Among Waste Collectors. พยาบาลสาร ปีที่ 44 ฉบับที่ 2 เมษายน - มิถุนายน พ.ศ. 2560; 2560.
 11. วชิระ สุริยะวงศ์, พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ, มธุรส ทิพยมงคลกุล. ศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรและพฤติกรรมการทำงานด้วยความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล ระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง [อินเทอร์เน็ต]. 2560. [เข้าถึงเมื่อ 2564 พฤษภาคม 21]; เข้าถึงได้จาก https://home.kku.ac.th/chd/index.php?option=com_content&view=article&id=245.
 12. กรมควบคุมโรค สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม. คู่มือการประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล (ฉบับปรับปรุงแก้ไข พ.ศ. 2554). พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2554.
 13. มานพ กาเลียง. แนวทางการบริหารงานด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม ของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กรณีศึกษาโรงพยาบาล สงขลา. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์; 2558.
 14. ศิริพร ด้านคชาธาร, มุจลินท์ อินทรเหมือน, นิธิมา หนูหลง, จันจิรา มหานุญ, มัตติกา ยงประเดิม. การประเมินความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยของแผนกซักรีดใน โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง จังหวัดนครศรีธรรมราช [อินเทอร์เน็ต].

2561. [เข้าถึงเมื่อ 2564 พฤษภาคม21];
เข้าถึงได้จาก[https://li01.tci-thaijo.org/
index.php/tstj/article/view/232904](https://li01.tci-thaijo.org/index.php/tstj/article/view/232904).
- 15.สุนทร บุญบำเรอ. ศึกษาพฤติกรรมความ
ปลอดภัยในการทำงานของพยาบาลใน
โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาจังหวัด
นครราชสีมา [อินเทอร์เน็ต]. 2557.
[เข้าถึงเมื่อ2564 กุมภาพันธ์ 10]; เข้าถึง
ได้จาก [https://he02.tci-thaijo.org/
index.php/Jolbcnm/article/view/28689
/24695](https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Jolbcnm/article/view/28689/24695).

การพัฒนาแบบการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันทางใจให้ครอบครัวอบอุ่น สำหรับผู้ปกครองและวัยรุ่น อำเภอมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น :

MIP-WHGT Model

นารัตน์ สุ่มศรีสุวรรณ¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแบบการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันทางใจให้ครอบครัวอบอุ่นสำหรับผู้ปกครองและวัยรุ่น อำเภอมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะ 1 ศึกษาสถานการณ์ภูมิคุ้มกันทางใจของวัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่น 13-18 ปี อำเภอมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น จำนวน 401 คน โดยการสุ่มตัวอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบวัดภูมิคุ้มกันทางใจของวัยรุ่น ระยะ 2 พัฒนารูปแบบ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบประเมินความเหมาะสมและสอดคล้อง และระยะ 3 ศึกษาผลของรูปแบบโดยการปรับปรุงโปรแกรมอบรมสุขภาพจิตครอบครัวของกรมสุขภาพจิต โดยการอบรมผู้ปกครองและวัยรุ่น 30 คู่ คัดเข้าตามเกณฑ์แบบจับคู่ จำนวน 1 ครั้ง ระยะเวลา 2 วันติดต่อกัน วันละ 6 ชั่วโมง และมีการประเมินผลก่อนและหลังการอบรม และระยะติดตาม 1,3 เดือน ใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบภูมิคุ้มกันทางใจ ความเข้าใจคุณลักษณะในการใช้ชีวิตให้ครอบครัวอบอุ่น ใช้สถิติเชิงอนุมาน คือ การทดสอบค่าที และการทดสอบของวิลคอกชัน ผลการศึกษา พบว่า สถานการณ์ภูมิคุ้มกันทางใจของวัยรุ่น ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมี 5 หน่วยการเรียนรู้ 12 แผนกิจกรรม มีความเหมาะสมและสอดคล้องในระดับมากที่สุด ผลของรูปแบบส่งผลให้ผู้ปกครองและวัยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลงของค่าคะแนนเฉลี่ยความเข้าใจคุณลักษณะในการใช้ชีวิตให้เกิดครอบครัวที่อบอุ่นหลังอบรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และระดับภูมิคุ้มกันทางใจของวัยรุ่น มีค่าคะแนนเฉลี่ยหลังอบรมทันที หลังอบรม 1,3 เดือน (ระยะติดตามความคงทน) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อเสนอแนะจากการวิจัยรูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้สามารถสร้างเสริมภูมิคุ้มกันทางใจให้ครอบครัวอบอุ่นสำหรับผู้ปกครองและวัยรุ่นได้

คำสำคัญ : ภูมิคุ้มกันทางใจ, ครอบครัวอบอุ่น, วัยรุ่น, ผู้ปกครอง

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น

Corresponding Author; Nareerat Sumsrisuwan, E-mail: nareerat06@hotmail.com

Received: October 28, 2021; Revised December 26, 2021; Accepted December 28, 2021

The Development of Model to Mental Immune Promotion to Warm-hearted Family for Guardians and Teenagers Muncha Kiri District, Khon Kaen Province: MIP-WHGT Model

Nareerat Sumsrisuwan¹

ABSTRACTS

The studied was action Research. The purposes are to studied mental immunity situation of teenagers, developed a trial model and studied the results of model. Methods has 3 phase; Phase 1 to studied psychological immunity situation of teenagers analyzed for 401 samples, using the mental immunity assessment. Phase 2 model development, used a suitability and conformity assessment. Phase 3 studied the results of model, A single study format trial measured before training, immediately, 1 month and 3 months after training. The sample group consisted of 30 pairs of parents and teenagers selected according to the matching criteria. The experimental groups used understanding the characteristics of life for a warm family assessment, mental immunity assessment, and satisfaction assessment. The psychological immunity, suitability, conformity, understanding the characteristics of life for a warm family and satisfaction data were analyzed by frequency, percentage, mean and standard deviation. The understanding the characteristics of life for a warm family score, mental immunity score were analyzed by means of t-test and Wilcoxon. The results found that the mental immunity situation of teenagers was in the moderate level. The developed format includes 5 learning units and 12 activity plans were appropriate and consistent to the greatest extent possible. After the trial, the level of understanding the characteristics of life for a warm family score for guardians and teenagers after immediately, after 1 month and 3 months training increased significantly. The psychological immunity teens, after training 1 month and 3 months were differenced and significantly increased. The trial results indicated that the mental immunity to Warm-hearted Family for Guardians and Teenagers.

Key words: Mental Immunity, warm family, teens, guardians

¹ Registered Nurse Professional Level, Muncha Kiri Hospital, Khon Kaen Province

บทนำ (Introduction)

สถาบันครอบครัวเป็นสถาบันสำคัญที่ทำหน้าที่หล่อหลอมบุคลิกภาพของบุคคลให้เป็นไปตามที่สังคมต้องการ นำไปสู่การดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข และยังเป็นแหล่งให้ความช่วยเหลือ ดูแล เยียวยาบำบัด ปั่นฟู ในยามที่ต้องเผชิญวิกฤติของสมาชิก นอกจากนั้นยังถือเป็นหน่วยเศรษฐกิจย่อยที่สุดที่มีความสำคัญสูงต่อระบบเศรษฐกิจส่วนรวม¹ ปัจจุบันสังคมโลกและประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว จากการสร้างความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจและเทคโนโลยี ส่งผลต่อความสัมพันธ์ภายในครอบครัวในเชิงความรู้สึกและอารมณ์ที่มีน้อยลง เนื่องจากสภาพการแข่งขันในสังคม สะท้อนจากปัญหาและแนวโน้มครอบครัวหย่าร้างทั่วโลก ปี พ.ศ. 2553 พบอัตราการหย่าร้างเท่ากับ 1.9 ต่อประชากรพันคน สำหรับประเทศไทย สถานการณ์การหย่าร้างมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเช่นเดียวกันในอัตรา 0.58 ต่อพันประชากร โดยมากที่สุด คือ ภาคเหนือ รองลงมา คือ ภาคกลาง กรุงเทพมหานคร ภาคตะวันออก เชียงเหนือ และต่ำสุด คือ ภาคใต้ ตามลำดับ² ซึ่งการหย่าร้างส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของครอบครัวไทย ทำให้ครอบครัวมีลักษณะไม่สมบูรณ์ จึงเป็นภาพสะท้อนความไม่มั่นคงในครอบครัวที่กำลังยกระดับสูงขึ้นเรื่อยๆ ส่งผลต่อเด็กจำนวนมากที่กำลังเติบโตขึ้นมา ที่มักจะมีปัญหาพฤติกรรมอารมณ์เกิดขึ้น

โดยเมื่อมีการหย่าร้างเกิดขึ้นจะส่งผลกระทบต่อในวงกว้างทั้งต่อคู่สมรส เด็กในครอบครัว และสังคม ซึ่งการหย่าร้างนอกจากจะส่งผลเสียหายต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมของคู่สมรสเองแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อเด็กที่ต้องเผชิญสถานการณ์การหย่าร้างของพ่อแม่ เกิดผลกระทบกับเด็กในด้านสุขภาพ³

สิ่งสำคัญที่จะช่วยให้เด็กผ่านพ้นวิกฤติในชีวิตมาได้ คือ การมีภูมิคุ้มกันทางใจ ซึ่งเป็นความสามารถในการปรับตัวของบุคคลเมื่อต้องประสบกับสถานการณ์ที่วิกฤติทุกข์ยาก ลำบาก กดดัน หรือเป็นปัญหาในชีวิต แต่สามารถปรับตัวให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤตินั้นได้ และกลับมาดำเนินชีวิตได้ตามปกติ รวมทั้งสามารถนำประสบการณ์ที่ได้ไปใช้เป็นประโยชน์ในการดำเนินชีวิตต่อไป โดยภูมิคุ้มกันทางใจในแต่ละบุคคลจะมีมากน้อยไม่เท่ากัน แต่สามารถฝึกฝนและสร้างให้เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง โดยการช่วยเหลือของพ่อแม่ผู้ปกครอง ครู และกลุ่มองค์กรต่างๆ ในชุมชน เด็กกลุ่มเสี่ยงจากครอบครัวหย่าร้างจึงควรที่จะได้รับการดูแลจิตใจ ให้สามารถเผชิญและปรับตัวต่อความยากลำบากนั้น⁴

ดังนั้นปัญหาครอบครัวนับว่าเป็นสาเหตุสำคัญมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาพฤติกรรม และปัญหาสังคม ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้ดำเนินการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันทางใจให้ครอบครัวอบอุ่นสำหรับผู้ปกครองและวัยรุ่น อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย

วัตถุประสงค์ (Objective)

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ภูมิคุ้มกันทางใจของวัยรุ่นอำเภอแม่จาศรี จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันทางใจให้ครอบคลุมรอบด้าน สำหรับผู้ปกครองและวัยรุ่น อำเภอแม่จาศรี จังหวัดขอนแก่น
3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันทางใจให้ครอบคลุมรอบด้านสำหรับผู้ปกครองและวัยรุ่น อำเภอแม่จาศรี จังหวัดขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ภูมิคุ้มกันทางใจของวัยรุ่น อำเภอแม่จาศรี จังหวัดขอนแก่น

ประชากร เป็นวัยรุ่น อายุ 13-18 ปีที่กำลังศึกษาอยู่ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ในพื้นที่อำเภอแม่จาศรี จังหวัดขอนแก่น ปี พ.ศ. 2562 จำนวน 7,279 คน⁵

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 401 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนกรณีประชากรขนาดเล็ก⁶ โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างง่าย (Random Sampling) ตามสัดส่วนนักเรียนแต่ละ

โรงเรียนจนครบตามจำนวนที่กำหนด ตามเกณฑ์การคัดเลือก

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ใช้

แบบวัดภูมิคุ้มกันทางใจ สำหรับวัยรุ่น อายุ 13-18 ปี ของกรมสุขภาพจิต⁷ ซึ่งเป็นเครื่องมือ ที่เป็นสากลและได้รับการยอมรับ มี 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามลักษณะประชากร เป็นแบบสำรวจรายการ (Check List) และคำถามแบบปลายเปิด (Open-ended Form) แบบตอบสั้น และส่วนที่ 2 แบบวัดภูมิคุ้มกันทางใจ สำหรับวัยรุ่น 13-18 ปี จำนวน 48 ข้อ โดยแต่ละข้อให้เป็นแบบเลือกตอบ 3 ระดับ คือ ไม่จริง จริงบ้าง และจริงแน่นอน วิเคราะห์และแปลผลโดยให้คะแนนในข้อที่ตอบว่า ไม่จริง = 0, จริงบ้าง = 1 และจริงแน่นอน = 2 ยกเว้นข้อที่ 11, 28, 35, 36, 42 และ 47 ให้คะแนนในข้อที่ตอบว่า ไม่จริง = 2, จริงบ้าง = 1 และจริงแน่นอน = 0 แปลผลตามเกณฑ์ 3 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง และสูง

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2563 โดยกำหนดขั้นตอน ดังนี้ 1) พบกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ เพื่อขอความร่วมมือ 2) เก็บรวบรวมข้อมูลจากประชากรกลุ่มตัวอย่างตาม วันเวลาที่กำหนด 3) นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องตามที่กำหนดไว้ ก่อนนำข้อมูลไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลเพื่ออธิบายลักษณะทางประชากรและภูมิคุ้มกันทางใจของวัยรุ่น ด้วยสถิติพรรณนา กรณีที่ข้อมูลเป็นข้อมูลต่อเนื่อง ได้แก่ ค่าเฉลี่ย/ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด หากเป็นข้อมูลแจกแจง ได้แก่ จำนวน และร้อยละ

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันทางใจให้ครอบครัวอบอุ่น สำหรับผู้ปกครองและวัยรุ่นอำเภอแม่จัน จังหวัดขอนแก่น

การศึกษาในระยะนี้ผู้ศึกษากำหนดขั้นตอนการศึกษาไว้ 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์รูปแบบ โดยเป็นการนำข้อมูลจากการศึกษา เอกสารหลักการ ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และผลจากการวิจัยระยะที่ 1 มาจัดจำแนกเนื้อหาหัวข้อสำคัญที่ครอบคลุมตามองค์ประกอบ รวมทั้งวิเคราะห์คุณลักษณะของปัจจัยต่างๆ ในแต่ละองค์ประกอบ เพื่อทำให้ได้ข้อมูลที่ตรงประเด็น (Relevance) สำหรับการนำไปสังเคราะห์รูปแบบ

ขั้นตอนที่ 2 สังเคราะห์รูปแบบ เป็นการดำเนินการรวบรวมองค์ประกอบและปัจจัยที่เกี่ยวข้องเข้ามากำหนดรูปแบบ โดยยึดวิธีการระบบ (System Approach) มาใช้เป็นแนวทาง ประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลลัพธ์ และผลย้อนกลับ พร้อม

ทั้งสัญลักษณ์ แสดงทิศทางและความสัมพันธ์ต่อเนื่องขององค์ประกอบต่างๆ ตามลำดับก่อนหลัง พร้อมทั้งกำหนดบริบทเพื่อเป็นขอบเขตทิศทางและการดำเนินการต่างๆ ของรูปแบบ

ขั้นตอนที่ 3 การสร้างรูปแบบ เป็นการนำข้อมูลที่เป็นองค์ประกอบมาร่างเป็นรูปแบบ โดยเขียนโครงสร้างองค์ประกอบความสัมพันธ์ของแต่ละองค์ประกอบและทิศทางพร้อมกับทำคำบรรยายประกอบ

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินรูปแบบ โดยนำร่างรูปแบบ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน เป็นผู้ประเมินความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างและเนื้อหา

เครื่องมือที่ใช้ คือ 1) รูปแบบการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันทางใจให้ครอบครัวอบอุ่น สำหรับผู้ปกครองและวัยรุ่น อำเภอแม่จัน จังหวัดขอนแก่น และ 2) แบบประเมินความเหมาะสมและสอดคล้องของรูปแบบ โดยใช้แบบประเมินรูปแบบของลักษณะ สกูลทอง, งามพรพรรณ ยุระยาตร์, สุทธิพงศ์ หกสุวรรณ⁸

การวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้
วิเคราะห์ข้อมูลเพื่ออธิบายความเหมาะสมและความสอดคล้องของชุดกิจกรรม โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำเสนอในรูปแบบของตาราง และบรรยายความ

ระยะที่ 3 ศึกษาผลของรูปแบบการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันทางใจให้ครอบครัวอบอุ่น สำหรับผู้ปกครองและวัยรุ่น อำเภอมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น

รูปแบบการศึกษา เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ชนิด Equivalent One Group มี Posttest 3 ครั้ง (Extended Posttest)

ประชากร เป็นผู้ปกครองและวัยรุ่น อายุ 13-18 ปีที่กำลังศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 อำเภอมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น จำนวน 7,279 คน ปี พ.ศ. 2562⁵

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ปกครองและวัยรุ่น อำเภอมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการคัดเข้าตามเกณฑ์ แบบจับคู่วัยรุ่นกับผู้ปกครอง จำนวน 30 คู่ รวมทั้งสิ้น 60 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จนครบตามจำนวนสำหรับเกณฑ์การคัดเข้า กลุ่มวัยรุ่น ดังนี้ 1) วัยรุ่นที่มีบิดามารดาอยู่ด้วยกัน และเด็กอาศัยอยู่บ้านเดียวกับบิดามารดา 2) วัยรุ่นที่อาศัยอยู่กับญาติหรือผู้ปกครองที่อุปการะเลี้ยงดู 3) กำลังเรียนอยู่ในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 และมีอายุระหว่าง 13-18 ปี 4) มีคะแนนภูมิคุ้มกันทางใจระดับต่ำ แบ่งออกเป็น 2 ช่วง คือ อายุ 13-15 ปี มีคะแนนต่ำกว่า 59 คะแนน และอายุ 16-18 ปี มีคะแนนต่ำกว่า 60 คะแนน โดยใช้แบบวัดภูมิคุ้มกันทางใจในวัยรุ่นของกรมสุขภาพจิต⁷ และ 5) สมัครใจและยินยอม

เข้าร่วม กลุ่มผู้ปกครอง ดังนี้ 1) เป็นบิดาหรือมารดาหรือผู้ปกครองที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกับวัยรุ่น และ 2) สมัครใจและยินยอมเข้าร่วม ส่วนเกณฑ์การคัดออก คือ ปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ ดังนี้ 1) ชุดกิจกรรมประกอบรูปแบบการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันทางใจให้ครอบครัวอบอุ่น สำหรับวัยรุ่นและผู้ปกครอง อำเภอมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น หรือ MIP-WHGT Model และ 2) แบบทดสอบความเข้าใจคุณลักษณะในการใช้ชีวิตให้เกิดครอบครัวที่อบอุ่นของวัยรุ่นและผู้ปกครอง จำนวน 25 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบถูกผิด (True or False) 3) แบบวัดภูมิคุ้มกันทางใจ สำหรับวัยรุ่น อายุ 13-18 ปี ของกรมสุขภาพจิต⁷ รายละเอียดตามที่กล่าวไว้ในระยะที่ 1 และ 4) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อโครงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันทางใจให้ครอบครัวอบอุ่น สำหรับผู้ปกครองและวัยรุ่น อำเภอมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจต่อโครงการของกองยุทธศาสตร์และแผนงานกรมสุขภาพจิต⁹ โดยเป็นเครื่องมือมาตรฐานของกอง แบ่งเป็น 2 ตอน 1) ข้อมูลทั่วไป 5 ข้อ เป็นแบบสำรวจรายการ 2) ความพึงพอใจ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตามวิธีของ Likert 19 ข้อ วิธีให้คะแนนมากที่สุด ให้ 5 ไปจนถึงน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน ตามลำดับ แปลผลจากค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์ ดังนี้ 3.7-5.0 คะแนน ระดับมาก

2.4-3.6 คะแนน ระดับปานกลาง และ 1.0-2.3 คะแนน ระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบทดสอบความเข้าใจคุณลักษณะในการใช้ชีวิตให้เกิดครอบครัวที่อบอุ่นของวัยรุ่นและผู้ปกครอง ขั้นตอน ดังนี้ 1) ศึกษาเอกสารแนวคิด วิจัยที่เกี่ยวข้องแล้วกำหนดขอบเขตของเครื่องมือ 2) สร้างแบบสอบถามขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดครอบครัวอบอุ่นของประเวศ ต้นติพิวัฒนสกุล¹⁰ แล้วนำไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือหาความถูกต้องเชิงเนื้อหา (Content Validity) และเชิงโครงสร้าง โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน หลังจากนั้น นำแบบสอบถามมาปรับปรุงเพื่อนำไปตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ 3) การหาค่าความยากง่าย (Difficulty) และการหาค่าความเที่ยงตรง (Validity) โดยมีการนำแบบสอบถามแบบทดสอบความเข้าใจคุณลักษณะในการใช้ชีวิตให้เกิดครอบครัวที่อบอุ่นของวัยรุ่นและผู้ปกครอง ไปทดลองใช้ (Try Out) กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกันในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มวัยรุ่น จำนวน 30 คน และกลุ่มผู้ปกครอง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความยากง่าย (Difficulty) ค่า P เท่ากับ 0.70 และมีค่าความเที่ยงตรง (Validity) เท่ากับ 0.68 พบว่ามีความเหมาะสมสามารถนำไปเก็บข้อมูลได้ 4) จากนั้นได้นำมาแก้ไขปรับปรุงให้มีความ

เหมาะสม จากนั้นจึงนำแบบสอบถามไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1) ทดสอบความเข้าใจคุณลักษณะในการใช้ชีวิตให้เกิดครอบครัวที่อบอุ่นของผู้ปกครอง ก่อนและหลังการฝึกอบรมทันที 2) วัดภูมิคุ้มกันทางใจของวัยรุ่น ก่อนหลังการฝึกอบรมทันที หลังการฝึกอบรม 1 เดือน และ 3 เดือน (ระยะติดตามความคงทนของรูปแบบ) และ 3) ความพึงพอใจต่อการฝึกอบรมหลังทันที

การวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้

1) วิเคราะห์เพื่ออธิบายข้อมูลความเข้าใจคุณลักษณะในการใช้ชีวิตให้เกิดครอบครัวที่อบอุ่น ภูมิคุ้มกันทางใจของวัยรุ่น และความพึงพอใจต่อโครงการ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) เปรียบเทียบค่าคะแนนความเข้าใจคุณลักษณะในการใช้ชีวิตให้เกิดครอบครัวที่อบอุ่นของผู้ปกครองและวัยรุ่น แบบหนึ่งกลุ่มทดสอบก่อน-สอบหลัง (One Group Pretest - Posttest Design) โดยใช้สถิติเชิงอนุมานด้วยวิธีทดสอบค่าที (Paired simple T-Test) และ 3) เปรียบเทียบคะแนนระดับภูมิคุ้มกันทางใจของวัยรุ่นก่อนการฝึกอบรม หลังอบรมทันที หลังอบรม 1 และ 3 เดือน ด้วยสถิติเชิงอนุมานทดสอบรายคู่ใช้การทดสอบของวิลคอกซัน (The Wilcoxon's Matched-Pairs Signed-Ranks Test)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
การวิจัยในครั้งนี้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เลขที่โครงการ KEC 63064 ลงวันที่ 15 กันยายน 2563

ผลการวิจัย (Result)

ผลการวิจัยแบ่งเป็น 3 ส่วน ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการศึกษาสถานการณ์ภูมิคุ้มกันทางใจของวัยรุ่นอำเภอเมืองจัตวา จังหวัดขอนแก่น พบว่า ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 50.37 ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 16-18 ปี ร้อยละ 54.36 ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 ร้อยละ 54.36 ไม่เคยพักการเรียน ร้อยละ 96.01 ผลการเรียนเฉลี่ยในเทอมที่ผ่านมาที่สุดอยู่ระหว่าง 2.01-3.00 ร้อยละ 40.40 มีจำนวนชั่วโมงที่ใช้ทำงานบ้านน้อยกว่า 1 ชั่วโมง ร้อยละ 53.86 ลักษณะที่พักอาศัยเป็นบ้านพ่อแม่ ผู้ปกครอง ร้อยละ 72.57 ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 76.31 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนระหว่าง 10,001-20,000 บาท ร้อยละ 43.64 จำนวนเงินที่ได้รับเป็นค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท ร้อยละ 74.06 ระดับการศึกษาของผู้ปกครองที่ให้การอบรมเลี้ยงดู ระดับประถมศึกษา

หรือเทียบเท่า ร้อยละ 45.14 และปัจจุบันไม่ทำงานเพื่อหารายได้ ร้อยละ 87.80 **สถานการณ์ภูมิคุ้มกันทางใจของวัยรุ่นอำเภอเมืองจัตวา จังหวัดขอนแก่น** พบว่า ระดับภูมิคุ้มกันทางใจของกลุ่มตัวอย่าง ภาพรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 61.30 ระดับภูมิคุ้มกันทางใจ จำแนกรายด้านตามคุณลักษณะ พบว่า ด้านความสามารถในการดูแลและควบคุมตัวเอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 39.00 ด้านความสามารถทางสังคม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.40 ด้านความสามารถในการแก้ไขปัญหาส่วนใหญ่อยู่น้อยกว่าระดับปานกลาง ร้อยละ 52.90 และด้านการตั้งจุดมุ่งหมายในชีวิตส่วนใหญ่อยู่น้อยกว่าระดับปานกลาง ร้อยละ 44.74

ส่วนที่ 2 ผลการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันทางใจให้ครอบครัวอบอุ่น สำหรับผู้ปกครองและวัยรุ่น อำเภอเมืองจัตวา จังหวัดขอนแก่น พบว่า รูปแบบการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันทางใจให้ครอบครัวอบอุ่น สำหรับผู้ปกครองและวัยรุ่น อำเภอเมืองจัตวา จังหวัดขอนแก่น มี 5 หน่วย ได้แก่ การสร้างสัมพันธ์ภาพความร่วมมือและแรงจูงใจ ความสามารถในการดูแลและควบคุมตนเอง ความสามารถทางสังคม ความสามารถในการแก้ปัญหา และความมุ่งมั่นตั้งใจในการประสบความสำเร็จในชีวิต ทั้งสิ้นจำนวน 12 แผนกิจกรรม โดยรูปแบบที่ผู้ศึกษาได้พัฒนาขึ้นกำหนด

จัดกิจกรรม จำนวน 1 ครั้ง ระยะเวลา 2 วัน ติดต่อกัน วันละ 6 ชั่วโมง ประกอบด้วย 1) หลักการของรูปแบบ 2) วัตถุประสงค์ของรูปแบบการฝึกอบรม 3) กระบวนการขั้นตอน 4) ประเมินผล และ 5) การให้ข้อมูลย้อนกลับ เป็นรูปแบบการฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วม มี 5 หน่วย 12 แผนกิจกรรม กำหนดจัดกิจกรรม จำนวน 1 ครั้ง ระยะเวลา 2 วันติดต่อกัน วันละ 6 ชั่วโมง มีความเหมาะสมในส่วนประกอบของรูปแบบในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย อยู่ระหว่าง 4.00-4.89 และมีความสอดคล้อง ในส่วนประกอบของรูปแบบในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.05-4.60 ซึ่งหมายความว่า รูปแบบการฝึกอบรมสามารถ สร้างเสริมภูมิคุ้มกันทางใจให้ครอบครัวอบอุ่น สำหรับวัยรุ่นและผู้ปกครอง อำเภอแม่จวน จักรี จังหวัดขอนแก่นได้

ส่วนที่ 3 ผลการศึกษาผลของรูปแบบการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันทางใจให้ครอบครัวอบอุ่นสำหรับวัยรุ่นและผู้ปกครอง อำเภอแม่จวน จักรี จังหวัดขอนแก่น โดยจากการทดลองใช้รูปแบบ พบว่า ผลการเปรียบเทียบระหว่างคะแนนก่อนและหลังการอบรมของวัยรุ่นกลุ่มตัวอย่าง มีค่าคะแนนเฉลี่ยความเข้าใจคุณลักษณะในการใช้ชีวิตให้เกิดครอบครัวที่อบอุ่นหลังการอบรมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยก่อนการอบรมมีค่าคะแนนเฉลี่ย 13.80 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.41 และหลังการอบรมมีค่าคะแนนเฉลี่ย

21.70 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.85 ผลการเปรียบเทียบระหว่างคะแนนก่อนและหลังการอบรมของผู้ปกครองกลุ่มตัวอย่าง มีค่าคะแนนเฉลี่ยความเข้าใจคุณลักษณะในการใช้ชีวิตให้เกิดครอบครัวที่อบอุ่นหลังการอบรมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยก่อนการอบรมมีค่าคะแนนเฉลี่ย 15.65 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.80 และหลังการอบรมมีค่าคะแนนเฉลี่ย 21.67 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.66 ผลการเปรียบเทียบระดับภูมิคุ้มกันทางใจของวัยรุ่นระหว่างก่อน หลังการอบรมทันที และหลังการฝึกอบรม 1 และ 3 เดือน (ระยะติดตามความคงทนของรูปแบบ) พบว่า ระดับภูมิคุ้มกันทางใจของวัยรุ่นก่อนการอบรมมีภูมิคุ้มกันทางใจอยู่ในระดับต่ำ ค่าเฉลี่ย 50.52 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.26 โดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 66.66 และหลังการอบรมทันทีกลุ่มตัวอย่างมีภูมิคุ้มกันทางใจอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 67.50 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.59 โดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 46.67 ส่วนระยะติดตามความคงทน หลังการอบรม 1 เดือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภูมิคุ้มกันทางใจอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 79.82 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.58 โดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.33 และหลังการอบรม 3 เดือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภูมิคุ้มกันทางใจอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 79.50 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.50

โดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.00 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนภูมิคุ้มกันทางใจของวัยรุ่นก่อนการอบรมกับหลังการอบรมทันที โดยใช้สถิติทดสอบ Wilcoxon Signed Ranks Test ทดสอบแบบจับคู่ที่ระดับนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 พบว่า คะแนนเฉลี่ยภูมิคุ้มกันทางใจของกลุ่มตัวอย่างหลังการอบรมทันที เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คะแนนเฉลี่ยภูมิคุ้มกันทางใจหลังการ

อบรม 1 เดือน (ระยะติดตามความคงทนของรูปแบบ) เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการฝึกอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คะแนนเฉลี่ยภูมิคุ้มกันทางใจหลังการฝึกอบรม 3 เดือน (ระยะติดตามความคงทนของรูปแบบ) เพิ่มขึ้นเปรียบเทียบกับก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 2

ตาราง 2 การเปรียบเทียบความเข้าใจคุณลักษณะในการใช้ชีวิตให้เกิดครอบครัวที่อบอุ่นของวัยรุ่นและผู้ปกครอง ระหว่างก่อนและหลังการฝึกอบรม (n = 30)

ความเข้าใจ คุณลักษณะ ในการใช้ ชีวิต	วัยรุ่น				ผู้ปกครอง			
	$\bar{x}$	S.D.	t	p-value	$\bar{x}$	S.D.	t	p-value
ก่อน	13.80	2.41	6.25	<0.001*	15.65	1.80	2.35	0.021*
หลัง	21.70	1.85			21.67	1.66		

* p-value<0.05

ส่วนผลความพึงพอใจต่อโครงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันทางใจให้ครอบครัวอบอุ่น สำหรับผู้ปกครองและวัยรุ่น อำเภอเมืองจัตวา จังหวัดขอนแก่น พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจต่อโครงการอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 85.00 โดยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อโครงการรายด้านมากที่สุด คือ สื่อ เอกสารประกอบการถ่ายทอดความรู้ มีค่าเฉลี่ย 4.69 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.50 รองลงมา คือ ด้านวิทยากร

มีค่าเฉลี่ย 4.58 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.51 และน้อยที่สุด คือ ด้านระยะเวลาที่ใช้เหมาะสม มีค่าเฉลี่ย 4.07 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.40 และส่วนใหญ่มีข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ มากที่สุด คือ ได้ข้อคิดแง่คิดในใช้ชีวิตครอบครัว ร้อยละ 30.00 รองลงมา คือ ชื่นชมวิทยากรสอนดีมาก ร้อยละ 27.50 และน้อยที่สุด คือ มีสื่อการสอนที่หลากหลาย ร้อยละ 7.50

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

สถานการณ์ภูมิคุ้มกันทางใจของวัยรุ่น อำเภอมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น ตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 พบว่า ระดับภูมิคุ้มกัน ทางใจของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 61.30 ระดับภูมิคุ้มกันทางใจ จำแนกรายด้านตามคุณลักษณะ พบว่า ด้านความสามารถในการดูแลและควบคุมตัวเองส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 39.00 ด้านความสามารถทางสังคม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.40 ด้านความสามารถในการแก้ไขปัญหาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.90 และด้านการตั้งจุดมุ่งหมายในชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 44.74 สอดคล้องกับการศึกษาของจิตรภาณุ คำสนวน¹¹ ที่พบว่าระดับภูมิคุ้มกันทางใจกันของวัยรุ่นในเขตอำเภอนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง สอดคล้องผลการศึกษาของจุฑามาศ วรรณศิลป์¹² ที่พบว่าความเข้มแข็งทางใจของวัยรุ่น อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำแนกรายด้านมีความสอดคล้องกัน คือ ด้านความสามารถในการดูแลและควบคุมตัวเอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.70 ด้านความสามารถทางสังคม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 75.00 ด้านความสามารถในการแก้ไขปัญหา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.70 และ

ด้านการตั้งจุดมุ่งหมายในชีวิต ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 86.60

การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันทางใจให้ครอบคลุมรอบด้านสำหรับผู้ปกครองและวัยรุ่น อำเภอมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น ตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 รูปแบบการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันทางใจให้ครอบคลุมรอบด้านสำหรับผู้ปกครองและวัยรุ่น อำเภอมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วย 1) หลักการของรูปแบบ 2) วัตถุประสงค์ของรูปแบบการฝึกอบรม 3) กระบวนการขั้นตอน 4) ประเมินผล และ 5) การให้ข้อมูลย้อนกลับเป็นรูปแบบการฝึกอบรมทางจิตวิทยา องค์ประกอบการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันทางใจให้ครอบคลุมรอบด้านของรูปแบบมี 5 หน่วย ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพ ความร่วมมือและแรงจูงใจ ความสามารถในการดูแลและควบคุมตนเอง ความสามารถทางสังคม ความสามารถในการแก้ปัญหาและความมุ่งมั่นตั้งใจในการประสบความสำเร็จในชีวิต ทั้งสิ้นจำนวน 12 แผนกิจกรรม โดยรูปแบบที่ผู้ศึกษาได้พัฒนาขึ้นกำหนดจัดกิจกรรม จำนวน 1 ครั้ง ระยะเวลา 2 วันติดต่อกัน วันละ 6 ชั่วโมง สอดคล้องกับกรอบแนวคิดการสร้างเสริมทางใจของไคโรเกอร์และแมคไกวเนส¹³ ว่าองค์ประกอบของการสร้างความเข้มแข็งใจของวัยรุ่นประกอบด้วย 1) ความสามารถในการดูแลและควบคุมตนเอง 2) ความสามารถทางสังคม 3) ความสามารถในการแก้ปัญหา และ

4) ความมุ่งมั่นตั้งใจในการประสบความสำเร็จในชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย¹² ที่พบว่าโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจ สำหรับเด็กวัยเรียนในครอบครัวหย่าร้าง อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น มี 4 องค์ประกอบสำคัญในการ เพิ่มระดับความเข้มแข็งทางใจให้สูงขึ้น คือ เพิ่มความสามารถดูแลและควบคุมตัวเอง การจัดการปัญหาได้ การมีสายสัมพันธ์ทางสังคม และการมีเป้าหมายสู่สำเร็จ ส่วนความเหมาะสมในส่วนประกอบของรูปแบบอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.00-4.89 และมีความสอดคล้องในส่วนประกอบของรูปแบบในระดับมากถึงมากที่สุด ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.05-4.60 ซึ่งหมายความว่า รูปแบบการฝึกอบรมสามารถสร้างเสริมภูมิคุ้มกันทางใจให้ครอบครัวอบอุ่นสำหรับวัยรุ่นและผู้ปกครอง อำเภอเมืองจันทรี จังหวัดขอนแก่นได้สอดคล้องกับการศึกษาของการศึกษาของลักษณะ สกูลทอง, ภมรพรรณ อยุธยา, สุทธิพงศ์ หกสุวรรณ¹³ ที่พบว่าค่าความเหมาะสม และความสอดคล้องในส่วนประกอบของโมเดลอยู่ในช่วงค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.50-4.78 เป็นโมเดลการฝึกอบรมที่มีประสิทธิภาพ และสามารถใช้ได้

ผลของรูปแบบการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันทางจิตใจให้ครอบครัวอบอุ่นสำหรับผู้ปกครองและวัยรุ่น อำเภอเมืองจันทรี จังหวัดขอนแก่น ตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 3

พบว่า ผลของการทดลองใช้รูปแบบส่งผลให้ผู้ปกครองและวัยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลง ดังนี้ ผู้ปกครอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยความเข้าใจคุณลักษณะในการใช้ชีวิตให้เกิดครอบครัวที่อบอุ่นหลังการฝึกอบรมสูงกว่าก่อนการฝึกอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 วัยรุ่น มีค่าคะแนนเฉลี่ยความเข้าใจคุณลักษณะในการใช้ชีวิตให้เกิดครอบครัวที่อบอุ่นหลังการฝึกอบรมสูงกว่าก่อนการฝึกอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และระดับภูมิคุ้มกันทางใจของวัยรุ่นมีค่าคะแนนเฉลี่ยภูมิคุ้มกันทางใจหลังการฝึกอบรมทันทีเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการฝึกอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนคะแนนเฉลี่ยภูมิคุ้มกันทางใจหลังการฝึกอบรม 1 และ 3 เดือน (ระยะติดตามความคงทนของรูปแบบ) เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการฝึกอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของชญญา บัวประเสริฐ¹⁴ ที่พบว่า การใส่โปรแกรมในรูปแบบให้ข้อเสนอแนะหรือให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อนักเรียนเป็นวิธีการเรียนรู้ที่เน้นพัฒนาผู้เรียนในระดับความคิดความเข้าใจเท่านั้นซึ่งอาจทำให้เกิดพฤติกรรมที่ได้จากผลการวัดคุณลักษณะ ทางจิตวิทยา เช่น ความฉลาดทางอารมณ์หรือภูมิคุ้มกันทางใจไม่ได้รับการพัฒนาขึ้นเท่าที่ควรนัก และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ นพภัศสร วิเศษ, วิภา เพ็งแสงชัย, สิริกร สุรวุฒินุชา¹⁴ ที่พบว่า ผลของโปรแกรมสร้างความเข้มแข็ง

ทางใจ ทำให้ระดับภูมิคุ้มกันทางใจ ความเครียด และภาวะซึมเศร้า ของนักเรียน ลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม เป็นไปได้ว่าเงื่อนไขเวลาและขั้นตอนของการ ดำเนินโปรแกรมค่อนข้างสั้น และสอดคล้อง กับการศึกษาประเวศ ดันติพิพัฒนสกุล¹⁰ การเพิ่มของระดับภูมิคุ้มกันทางใจของวัยรุ่น เกิดการเปลี่ยนแปลงปัจจัยด้านการสร้าง ความรู้สึกที่ดีกับตัวเอง การจัดการชีวิตได้ การมีสายสัมพันธ์เกื้อหนุน และการมี จุดหมายในชีวิต ซึ่งองค์ประกอบของรูปแบบที่ ผู้ศึกษาร่างขึ้น ทำให้มีผลต่อการเปลี่ยน ระดับภูมิคุ้มกันทางใจของวัยรุ่นขึ้น

ผลความพึงพอใจต่อโครงการ พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับ มาก ร้อยละ 85.00 ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด ของนันทาวดี วรวิวัฒน์, มนัสพงษ์ มาลา, กุลิสสา พิศาลเอก¹⁶ ที่กล่าวว่า การฝึกอบรมที่ดี จะต้อง เป็นกระบวนการที่ดำเนินการอย่างเป็นระบบ โดยกำหนดวัตถุประสงค์ให้ชัดเจน เลือกใช้กิจกรรมและเทคนิคต่างๆ ที่สามารถ ทำให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมเกิดความรู้ความ เข้าใจเนื้อหาสาระ มีทัศนคติที่ถูกต้อง เหมาะสม และเกิดความชำนาญเฉพาะเรื่อง นำไปใช้ในการปฏิบัติงานให้เป็นไปอย่างมี ประสิทธิภาพตามวัตถุประสงค์ของการอบรม

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้ส่งผลให้ ผู้ปกครองและวัยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลงของค่า คะแนนเฉลี่ยความเข้าใจคุณลักษณะในการ ใช้ชีวิตให้เกิดครอบครัวที่อบอุ่นหลังอบรม

เพิ่มขึ้น และระดับภูมิคุ้มกันทางใจของวัยรุ่น เพิ่มขึ้นหลังจากเข้าร่วมกิจกรรม

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้น นำไปใช้ในกลุ่มวัยรุ่นนอกระบบการศึกษา
2. เสริมสร้างและนำรูปแบบที่พัฒนา ขึ้นโดยการมีส่วนร่วมในทุกภาคส่วน
3. พัฒนาสื่อที่สามารถเข้าถึงได้อย่าง รวดเร็ว และทันสมัย

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สำเร็จลุล่วง ไปด้วยดีเนื่องจากได้รับความอนุเคราะห์ อย่างดียิ่งจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล มัญจาคีรี เป็นที่ปรึกษาครั้งนี้ สนับสนุน ให้ คำแนะนำปรึกษา ทำให้การศึกษาค้นคว้า เป็นไปด้วยความเรียบร้อย สมบูรณ์ ผู้วิจัย รู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง และขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้ด้วย ขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิ ดร.มิ่งขวัญ ภูหงษ์ทอง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ขอนแก่น ที่ได้ให้คำแนะนำ ตรวจสอบและ แก้ไขความถูกต้อง ให้คำแนะนำ ปรึกษา ระเบียบวิธีวิจัย และสถิติในการวิเคราะห์ ข้อมูล ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงเรียน โคกนางามพิทยาสรรพ์ ตำบลนางาม อำเภอมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น ที่ได้กรุณาให้ ความอนุเคราะห์ในการลงพื้นที่เก็บรวบรวม ข้อมูลการวิจัยในพื้นที่จริง

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, มฤตดา ชัยมี, ดารุณี จงอุดมการณ์. สุขภาพจิตครอบครัว. วารสารสมาคมพยาบาลสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2547; 22(1): 54-64.
2. กรมการปกครอง. สถิติภาพรวมการหย่าร้างและอัตราการทำหย่าร้าง พ.ศ. 2548-2552. [ออนไลน์]. 2552 [สืบค้นเมื่อวันที่ 28 เมษายน 2563]; สืบค้นจาก <https://dmh.go.th/report/status/status1.asp>
3. สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล: สาเหตุการเป็นพ่อเลี้ยงเดี่ยวหรือแม่เลี้ยงเดี่ยว: กรุงเทพมหานคร; 2552.
4. อุมารณณ์ ภัทรวาณิชย์, และเรวดี สุวรรณพเก้า. การประเมินสื่อเพื่อความเข้มแข็งทางใจของวัยรุ่น กรณีศึกษาโรงเรียนในจังหวัดระยอง. นครปฐม: บริษัทอมรินทร์ พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด; 2556.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, เอกสารสรุปการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น พ.ศ. 2562; 15 กันยายน 2561, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น: ขอนแก่น; 2561.
6. อรุณ จิรวัฒน์กุล. สถิติในการวิจัย เลือกใช้อย่างไรให้เหมาะสม. กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์; 2557
7. กรมสุขภาพจิต. แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจในเด็ก 13-18 ปี: กรุงเทพมหานคร. (ม.ป.ท.); 2556.
8. ลักษณะ สกฤตทอง, ภมรพรรณ ยะยาตร์, สุทธิพงศ์ หกสุวรรณ. การพัฒนาโมเดลการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาความฉลาดทางจิตใจของนิสิตนักศึกษาในมหาวิทยาลัย. วารสารราชพฤกษ์ 5261; 16(1): 75-87.
9. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต. คู่มือการทำรายงานประจำปี. [คู่มือปฏิบัติงาน]. นนทบุรี: 2559. 10
10. ประเวศ ดันติพิวัฒนาสกุล. คู่มือการใช้ VCD สื่อการเรียนรู้ เรื่อง เติบโตเต็มความเข้มแข็งทางใจ ชุดที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2551.
11. จิตรภาณุ ดำสนวน. ปัจจัยที่เป็นตัวพยากรณ์ภูมิคุ้มกันทางใจของวัยรุ่นในอำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์. [วิทยานิพนธ์]. ปริญญาพุทธศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพุทธจิตวิทยา: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย; 2561
12. จุฑามาศ วรณศิลป์. พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจสำหรับวัยรุ่นในครอบครัวหย่าร้าง. [วิทยานิพนธ์]. ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2560.

13. Dyer, J.G. and McGuinness T.M.
Resilience: Analysis of the Concept.
Curropin Psychiatry. 1996; 21(4):
338-344.
14. ชัญญา บัวประเสริฐ. ผลของการใช้
กิจกรรมกลุ่มที่มีต่อความฉลาดทาง
อารมณ์นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ที่มี
ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ โรงเรียน
มักกะสันพิทยา เขตราชเทวี กรุงเทพฯ.
[วิทยานิพนธ์]. การศึกษามหาบัณฑิต
สาขาวิชาการมัธยมศึกษา: มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ; 2556.
15. นพภัสสร วิเศษ, วิภา เพ็งเผ็ญม, สิริกร
สุรวัชณัฐชา. ผลของโปรแกรมสร้างความ
เข้มแข็งทางใจต่อความเครียดและภาวะ
ซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น.
วารสารการพยาบาลและการศึกษา.
2557; 7(4): 104-118.
16. นันทาวดี วรวิสุต, มนัสพงษ์ มาลา,
กุลิสลา พิศาลเอก. รูปแบบการสร้างเสริม
ภูมิคุ้มกันทางใจ ป้องกันภาวะหมดไฟ
ดูแลใจคนทำงาน. [รายงานการวิจัย].
ขอนแก่น: ศูนย์สุขภาพที่ 7. 2560.

การสร้างธรรมนูญสุขภาพสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบบูรณาการ

วงเดือน พระนคน¹ พิษณุสินี แสนเสนยา² อรรถพล ศรีประภา³

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการสร้างและขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบบูรณาการของประชาชนอำเภอบึงคล้า กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) คือ ตัวแทนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอบึงคล้า และประชาชนรวม 121 คน ดำเนินการระหว่างเดือน พฤษภาคม 2562 ถึง เมษายน 2563 เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถาม แบบบันทึกภาคสนาม การสนทนากลุ่ม (Focus Group) และแบบสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัย กระบวนการสร้างและขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ มี 4 ขั้นตอน 1. ศึกษาสถานการณ์ 2. จัดทำธรรมนูญสุขภาพ 8 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) สร้างความเข้าใจผู้บริหารและผู้นำชุมชน 2) จัดตั้งคณะกรรมการธรรมนูญสุขภาพระดับตำบล 3) ทบทวนข้อมูลและสถานการณ์ปัญหาพื้นที่ 4) ออกแบบเครื่องมือเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล 5) ยกร่างธรรมนูญสุขภาพตำบล 6) จัดเวทีประชาคมหมู่บ้านพิจารณาร่างธรรมนูญสุขภาพตำบลเชื่อมโยงกับการจัดทำแผนพัฒนาตำบล 7) ปรับปรุงร่างและจัดเวทีพิจารณาธรรมนูญสุขภาพตำบล 8) ประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพตำบล 3. การขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพ หลังประกาศใช้ 2 ขั้นตอน 1. ยกร่างธรรมนูญสุขภาพอำเภอ และประชาพิจารณ์ 2. ขั้นตอนการ 3. ประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพอำเภอในการขับเคลื่อน โดยมีร่างประกาศประกอบด้วย 10 หมวด 83 ข้อ มีการสร้างธรรมนูญสุขภาพระดับอำเภอเชื่อมโยงกับธรรมนูญสุขภาพระดับตำบลและแผนการจัดการของกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น 3 แห่ง โดยมีประเด็นการจัดการขยะเป็นประเด็นในการขับเคลื่อน จนเกิดนวัตกรรมหมู่บ้านต้นแบบการจัดการขยะ 4. การประเมินผล การมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพในระดับน้อย ($\bar{X}$ =1.66, SD=0.13) พฤติกรรมการจัดการขยะในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 1.97, SD=0.20)

คำสำคัญ : ธรรมนูญสุขภาพอำเภอ, การขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพ, การพัฒนาคุณภาพชีวิต

^{1,2} นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบึงคล้า

³ นักวิชาการสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกกวาง

Corresponding Author: Wongdaun phranakoom, E-mail: phra29@hotmail.com

Received: December 5, 2021; Revised December 24, 2021; Accepted December 30, 2021

Design Health Constitution towards the Development of Integrated Quality of Life

Wongdaun Phranakoom¹ Pitsinee Sansenya² Arthapol Sriprapha³

ABSTRACTS

This study is action research to design a health constitution towards improving the development quality of life in Bung Khla District. The sample was selected by purposive sampling representative of the Bung Khla District quality of Life Development Committee and a total of 121 people, operated between May 2019 to April 2020. The data were collected by questionnaire, field record form, focus group and observation form. Data analysis using descriptive statistics and qualitative data analysis use content analysis. The results of creating a health constitution consisted of 4 steps 1) situational study phase 2) formulating an 8-step health constitution consisting of 1) Enhancing understanding of community administrators and leaders 2) Establishing a sub-district health constitution working group 3) Review the information and situation of problem areas 4) Design data collection and analysis tools 5) Drafting the sub-district health constitution 6) Organize a forum for the community to consider a district health statute linked to the preparation of a district development plan 7) Improve the draft and arrange a forum to consider the district health statute 8) Driving the health constitution After promulgating two steps 1) Drafting district health statutes and public hearing 2) Implementation stage 3) Enacting district health statutes to drive the draft declaration consists of 10 sections, 83 articles. District- health constitutions are created, linked to district-health constitutions and management plans of 3 National Health Security Local Fund, with waste management as a driving point until the innovation village model for waste management. 4) Evaluation of participation in the health constitution driving at a low level ($\bar{X}$ =1.66, SD=0.13) and waste management behavior at a moderate level ($\bar{X}$ =1.97, SD=0.20).

Key words: District Health Constitution, Driving Health Constitution, Quality of Life Improvement

^{1,2} Public Health Technical Office, Professional Level, Bung Khla District Public Health Office

³ Public Health Technical Office, Khok Kwang Health Promoting Hospital

บทนำ (Introduction)

ธรรมนูญสุขภาพ เป็นคำที่ใช้ควบคู่กันมาตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2545 เมื่อครั้งมีการจัดทำ กฎหมายว่าด้วยระบบสุขภาพ และต่อมาออกมาเป็นกฎหมายที่เรียกว่า “พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ” หรือชื่ออย่างเป็นทางการว่า “ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ”¹ ซึ่งเป็นเครื่องมือตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ที่ใช้เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ โดยกำหนดให้มีการทบทวนอย่างน้อยทุก 5 ปี ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับแรกประกาศใช้เมื่อปี 2552 และฉบับที่ 2 เป็นกรอบแนวทางในการดำเนินงานด้านสุขภาพที่ครอบคลุมสุขภาพในทุกมิติ คือ กาย จิต ปัญญา และสังคม เป็นภาพพื้ประสงค์ร่วมของระบบสุขภาพ และเป็นกรอบแนวคิดของการจัดทำธรรมนูญสุขภาพพื้นที่⁽²⁾ ธรรมนูญสุขภาพมีความสำคัญมีผลผูกพันที่ชัดเจนต่อหน่วยงานรัฐ และที่เกี่ยวข้องในฐานะที่เป็นมติคณะรัฐมนตรีขเดียวกันในทางสังคม ธรรมนูญสุขภาพมีลักษณะเป็นเจตนารมณ์ร่วมและพันธะร่วมกันของสังคม (Social Commitment) เพื่อใช้เป็นกรอบของระบบสุขภาพของประเทศให้ค้ำถึงถึงความหมายสุขภาพ 4 มิติ นอกจากสุขภาพทางกาย ใจ สังคม แล้วยังครอบคลุมถึงสุขภาพทางจิตวิญญาณ (Spiritual Health)² ตาม

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 หมวด 5 มาตรา 46,47 และ 48 ซึ่งว่าด้วย ธรรมนูญระบบสุขภาพแห่งชาติ เป็นเครื่องมือ และกลไกที่ให้โอกาสประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ใช้เป็นเครื่องมือในการกำกับดูแล สุขภาวะของประชาชน ภายใต้ศักยภาพของทรัพยากรได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ด้วยหลักการมีส่วนร่วม และการพึ่งตนเอง จะนำไปสู่การทำแผนสุขภาพชุมชนที่สามารถปฏิบัติการได้จริง³ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 8 อุดรธานี มีการขยายผลธรรมนูญสุขภาพ เฉพาะพื้นที่ร่วมกับภาคียุทธศาสตร์ เพื่อให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการจัดทำธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่ สู่การพัฒนาตำบล จัดการสุขภาพต้นแบบโดยเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน และมีการจัดการความรู้เพื่อพัฒนาศักยภาพมีการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพให้เกิดเป็นรูปธรรม⁴ มีพื้นที่ดำเนินการเป็นจังหวัดในสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 8 อุดรธานีสนับสนุน กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กองทุนตำบล) ใช้เครื่องมือธรรมนูญสุขภาพเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกองทุนตำบลในพื้นที่ 7 จังหวัดอีสานตอนบน ประกอบด้วย จังหวัดเลย หนองบัวลำภู อุดรธานี หนองคาย สกลนคร นครพนม และ บึงกาฬ การดำเนินการระยะแรกจะเริ่มดำเนินการในช่วงต้นปี 2557⁵

อำเภอปงศล้า มีต้นทุนทางทรัพยากร องค์ความรู้ภูมิปัญญา ประวัติศาสตร์ วิถีวัฒนธรรม ความเชื่อมีทุนทางสังคม หลากหลาย วิสาหกิจชุมชนสวนยางพารา ประชาชนชาวบ้าน ประชาชนมีการศึกษา พื้นฐานเศรษฐกิจที่เข้มแข็ง หลากหลาย วัฒนธรรมผู้นำท้องถิ่นมีวิสัยทัศน์กว้างไกล แต่ในลักษณะของการทำงานภาคส่วน ยังแยกกันดำเนินการ การจัดทำธรรมนูญ สุขภาพเฉพาะพื้นที่จะสามารถสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือ ตั้งแต่การวิเคราะห์ ประเด็นปัญหาด้านสุขภาพของประชาชน ในพื้นที่ การลดปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมเสี่ยงที่สำคัญ การวางระบบการพัฒนา ทรัพยากรต่างๆ ปัญหาสังคมด้านต่างๆ และ เกิดการพัฒนาระบบพฤติกรรมสุขภาพได้อย่าง ยั่งยืน จากความสำคัญและเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญของปัญหาที่จะ สร้างธรรมนูญสุขภาพระดับอำเภอปงศล้า เพื่อเป็น กติกา ข้อตกลงร่วมกันในการพัฒนา ระบบสุขภาพ ตามความต้องการของคน ในพื้นที่ ให้มีความสุขกายสุขใจ อยู่ใน สิ่งแวดล้อมที่ดี มีความเอื้ออาทร เห็นคุณค่า ของชุมชน และภูมิปัญญาท้องถิ่นของเรา ให้ เกิดความอยู่ดีมีสุขตามสภาพ มุ่งเน้นที่ ปัญหาในพื้นที่เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพะ หรือสุขภาพอย่างสมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคมที่เชื่อมโยงกันเป็น องค์รวม นำมาซึ่งการมีคุณภาพชีวิต ประชาชนอำเภอปงศล้า

วัตถุประสงค์ (Objective)

1. เพื่อพัฒนากระบวนการสร้าง การขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ ใน ประเด็นการคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน อำเภอปงศล้า จังหวัดบึงกาฬ
2. เพื่อประเมินผลการใช้ธรรมนูญ สุขภาพระดับอำเภอสู่การพัฒนาคุณภาพ ชีวิต อำเภอปงศล้า จังหวัดบึงกาฬ

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิง ปฏิบัติการ (Action Research) โดยกำหนด กรอบของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart⁶ เป็นแนวทางในการดำเนินงาน ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ 1) P - Planning การวางแผน 2) A - Acting การปฏิบัติการ 3) O - Observing การสังเกตการณ์ และ 4) R - Reflecting การสะท้อนผลการปฏิบัติ และถอดบทเรียน

ประชากร คือ กลุ่มองค์กรต่างๆ ในอำเภอที่เอื้อต่อกระบวนการขับเคลื่อน ธรรมนูญสุขภาพ ได้แก่ 1) ภาคการเมือง หรือ กลุ่มผู้นำตำบล 2) กลุ่มของผู้ที่ปฏิบัติงาน เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของประชาชน 3) ภาคประชาชน ได้แก่ กลุ่มสภาเด็กและ เยาวชน กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน กลุ่มเกษตรกร กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ที่เคารพนับถือของคน

ในอำเภอ การทำงานร่วมกันใน 3 ภาคส่วน
ตามแนวคิดสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา

กลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการเลือก
แบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยมี
กลุ่มประชากรทั้งหมด 121 คน

กลุ่มที่ 1 ภาควิชาการ คือกลุ่มของ
ผู้ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ
ของประชาชน จำนวน 20 คน ประกอบไป
ด้วยรายละเอียดต่อไปนี้ นักวิชาการ
สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบล จำนวน 6 คน เจ้าหน้าที่วิเคราะห์
นโยบายและแผนองค์การบริหารส่วนตำบล
จำนวน 3 คน นักวิชาการศึกษา จำนวน 5 คน
นักพัฒนาชุมชน จำนวน 3 คน เจ้าหน้าที่ป้องกัน
และบรรเทาสาธารณภัย จำนวน 3 คน

กลุ่มที่ 2 ภาครัฐและการเมือง
ประชากรที่ จำนวน 35 คน ประกอบด้วย
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบล จำนวน 3 คน นายกองค์การบริหาร
ส่วนตำบล จำนวน 3 คน ปลัดองค์การบริหาร
ส่วนตำบล จำนวน 3 คน กำนันและ
ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 11 คน คณะกรรมการ
กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล จำนวน
15 คน

กลุ่มที่ 3 ภาคประชาชนและสังคม
จำนวน 45 คน ประกอบด้วย ประธานกลุ่ม
ผู้สูงอายุตำบลและอำเภอ จำนวน 4 คน
ประธานสภาเด็กและเยาวชน จำนวน 1 คน
ปราชญ์ชาวบ้าน จำนวน 4 คน ประธานบ้าน
กลุ่มเกษตรกร จำนวน 10 คน ประธานกลุ่ม

แม่บ้าน จำนวน 10 คน ประธานกลุ่มจักสาน
จำนวน 5 คน กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้านจากความร่วมมือจากหน่วยงานการ
ส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 11 คน

โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก เกณฑ์
การคัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ 1) มี
ตำแหน่งบทบาทหน้าที่ในระดับอำเภอ
มีศักยภาพในการเข้าร่วมวิจัย 2) แสดงความ
คิดเห็นและให้ข้อมูลได้ และ 3) เข้าร่วมการ
วิจัยด้วยความสมัครใจ เกณฑ์การคัดออก
(Exclusion Criteria) กลุ่มตัวอย่างย้ายที่อยู่
และเปลี่ยนตำแหน่งหรือไม่มีบทบาทหน้าที่
ในระดับอำเภอ

เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิง
ปริมาณ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน
ลักษณะข้อมูลทางประชากรเป็นแบบสอบถาม
เกี่ยวกับข้อมูลลักษณะประชากร ของประชากร
ที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ
เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา
อาชีพ รายได้ จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการมีส่วนร่วม
ในการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพ แบ่ง
ออกเป็น 4 ด้านวิเคราะห์แผนชุมชน ด้านการ
จัดการทุน ด้านการคัดเลือกประเด็นขับเคลื่อน
ด้านการประเมินผล จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามด้านพฤติกรรม
การจัดการขยะ จำนวน 15 ข้อ

เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์เจาะลึก แบบบันทึกภาคสนาม การสนทนากลุ่ม (Focus Group) และ แบบสังเกต โดยมีรายละเอียดดังนี้

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เนื้อหาแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข ให้ได้ค่า Index of Item - Objective Congruence หรือ IOC ให้ค่าอยู่ระหว่าง 0.60 ถึง 1 การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ นำไปทดลองใช้กับลักษณะประชากรที่คล้ายคลึงกัน พื้นที่ตำบลนาแสง อำเภอสรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ จำนวน 30 ชุด ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน 15 คน บุคลากรภาครัฐ 5 คน ภาคสังคม 10 คน นำมาวิเคราะห์ เพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's Alpha - Coefficient) แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพ มีค่าเท่ากับ 0.8

ผลการวิจัย (Result)

ระยะที่ 1 ระยะศึกษาสถานการณ์
อำเภอบุ่งคล้า มีประชากรทั้งหมด 13,851 คน ชาย 6,897 คน หญิง 6,954 คน จำนวนหลังคาเรือน 3,417 หลังคาเรือน แบ่งการปกครองออกเป็น 25 หมู่บ้าน 3 ตำบล 3 เขตองค์การ

บริหารส่วนตำบล ห่างจากจังหวัดบึงกาฬ 43 กิโลเมตร เป็นพื้นที่ที่อยู่ตาม แนวถนนสายทางหลวงหมายเลข 212 สายบึงกาฬ - นครพนม **สภาพทางสังคม** ปัจจุบันสภาพสังคมครอบครัวเปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยาย กลายเป็นครอบครัวเดี่ยวประมาณร้อยละ 80 ของครัวเรือน เนื่องจากสภาพเศรษฐกิจที่หากินฝืดเคืองยิ่งขึ้น ประกอบกับการรับเอาวัฒนธรรมตะวันตกมาใช้กันแพร่หลาย สังคมเริ่มมีการดูแล เอาใจใส่กันน้อยลง อยู่แบบตัวใคร ตัวมันมากขึ้น ผู้สูงอายุและเด็ก (กลุ่มวัยพึ่งพิง) ขาดคนดูแล ครอบครัวขาดความอบอุ่น การเลือกคู่ครองขาดความตระหนัก ยังคิด จึงทำให้ญาติที่มีสายเลือดใกล้ชิดกันอยู่กันเป็นครอบครัวมากขึ้น **สภาพทางเศรษฐกิจ ด้านการเกษตรกรรม** พื้นที่ ส่วนใหญ่ใช้เป็นที่นาปลูกข้าว ข้าวโพด ปลูกยางพารา ซึ่งทำให้สภาพทางเศรษฐกิจรายได้เปลี่ยนไปจากแต่ก่อนจากการทำนาอย่างเดียว มีรายได้เพิ่มขึ้นจากการขาย ข้าวโพด และยางพารา เดือนละ 1-2 ครั้ง มาเป็นรายได้ และเข้ารับจ้างในโรงงานจนเกิดผลกระทบต่อสภาพสังคมทางครอบครัว **ด้านการศึกษา** มีโรงเรียนสังกัดสำนักงานการประถมศึกษา 11 แห่ง ซึ่งมีโรงเรียนขยายโอกาสมัธยมศึกษาตอนต้น

1 แห่ง โรงเรียนมัธยมศึกษา 1 แห่ง ปัจจุบันระบบคมนาคมสะดวก สมาชิกบางส่วนส่งลูกหลานไปเรียนในตัว อำเภอบึงกาฬ มากขึ้น

ด้านการศาสนา ประชาชนส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ

ระยะที่ 2 จัดทำธรรมนูญสุขภาพ

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 71.90) อายุระหว่าง 35 - 44 ปี (ร้อยละ 37.19) รองลงมาอายุระหว่าง 45 - 50 (ร้อยละ 28.09) น้อยที่สุดอายุ 51 ขึ้นไป (ร้อยละ 5.79) มีอายุเฉลี่ย 47.7 ปี (SD=9.05) สถานภาพ สถานภาพสมรส (ร้อยละ 84.30) ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ

27.27) รองลงมาคือมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. และปริญญาตรีหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 23.97) อาชีพหลัก เกษตรกร (ร้อยละ 42.15) ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/พนักงานรัฐ (ร้อยละ 33.06) รายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,001 บาท ถึง 12,261 บาท (ร้อยละ 70.97) รองลงมา 19,523 - 26,783 (ร้อยละ 23.54) บทบาทหน้าที่ในชุมชนจากหน่วยงานประชากร ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน, สารวัตรกำนัน, แพทย์ประจำตำบล (ร้อยละ 33.88) รองลงมาคือสมาชิก อบต., รองนายก อบต., นายก อบต., เลขานายก อบต. (ร้อยละ 28.09) ดังตารางแสดงที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงคุณลักษณะทางประชากร (n=121)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน (n=121)	ร้อยละ
1. เพศ		
- ชาย	87	71.91
- หญิง	34	28.09
2. อายุ (ปี)		
- น้อยกว่า 25	8	6.62
- 26 - 34	27	22.31
- 35 - 44	45	37.19
- 45 - 50	34	28.09
- 51 ขึ้นไป	7	5.79
($\bar{x}$ = 47.47, SD = 9.05, Min = 23, Max = 58)		

ตารางที่ 1 แสดงคุณลักษณะทางประชากร (n=121) (ต่อ)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน (n=121)	ร้อยละ
3. สถานภาพสมรส		
- โสด	13	10.74
- สมรส	102	84.30
- หม้าย/หย่า/แยก	6	4.96
4. ระดับการศึกษาสูงสุด		
- ประถมศึกษา	18	14.88
- มัธยมศึกษาตอนต้น	33	27.26
- มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	29	23.97
- อนุปริญญา/ปวส.	12	9.92
- ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	29	23.97
5. อาชีพหลัก		
- เกษตรกร	51	42.15
- รับจ้าง	16	13.22
- ค้าขาย	14	11.57
- ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/พนักงานรัฐ	40	33.06
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
- น้อยกว่า 5,000	12	9.92
- 5,001-12,261	21	17.35
- 12,262-19,522	43	35.54
- 19,523-26,783	28	23.14
- 26,784 ขึ้นไป	17	14.05
7. บทบาทหน้าที่ในชุมชน		
- สมาชิก อบต., รองนายกอบต., นายกอบต., เลขานายกอบต.	34	28.09
- กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน, สารวัตรกำนัน, แพทย์ประจำตำบล	41	33.89
- เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	14	11.57
- อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, สมาชิกกลุ่มอื่น ๆ	32	26.45

การพัฒนากระบวนการ แบ่งเป็น
วางแผนใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) ในการร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและ
หาแนวทางแก้ไข จัดทำธรรมนูญสุขภาพ
8 ขั้นตอน

1) สร้างความเข้าใจผู้บริหารและ
ผู้นำชุมชนกำหนดเป้าหมายการจัดทำ
ธรรมนูญสุขภาพ โดยการจัดประชุมชี้แจงราย
ตำบลโดยมีกลุ่มเป้าหมายสำคัญ คือ
คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่
ตำบล ทั้ง 3 ตำบล

2) จัดตั้งคณะทำงานธรรมนูญ
สุขภาพระดับตำบล ประกอบด้วย นายก
องค์การบริหารส่วนตำบลทั้ง 3 แห่ง
นักวิเคราะห์นโยบายและแผน ครูประจำ
โรงเรียนในเขตตำบลทุกโรงเรียน เจ้าหน้าที่
สาธารณสุข ตัวแทนองค์กร ชุมชน ในพื้นที่
ตำบล

3) ทบทวนข้อมูลและสถานการณ์
ปัญหาพื้นที่ คณะทำงานธรรมนูญสุขภาพ
ระดับตำบล จัดประชุมวิเคราะห์สภาพปัญหา
ที่กระทบกับคุณภาพชีวิตของประชาชนใน
ตำบล

4) ออกแบบเครื่องมือ เก็บข้อมูล
และวิเคราะห์ข้อมูล

5) ยกย่องธรรมนูญสุขภาพตำบล
ครอบคลุมสภาพปัญหาและความต้องการใน
ระดับตำบล

6) จัดเวทีประชาคมหมู่บ้าน
พิจารณาร่างธรรมนูญสุขภาพตำบล เชื่อมโยง
กับการจัดทำแผนพัฒนาตำบล

7) ปรับปรุงร่างและจัดเวทีพิจารณา
ธรรมนูญสุขภาพตำบล

8) ประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพ
ตำบล

ระยะที่ 3 การขับเคลื่อนธรรมนูญ สุขภาพหลังประกาศใช้ 2 ขั้นตอน

1) ยกย่องธรรมนูญสุขภาพ อำเภอ
และประชาพิจารณ์ กระบวนการสร้าง
ธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่ อำเภอทุ่งคล้า
จังหวัดบึงกาฬมี 4 ขั้นตอนได้แก่ วางแผน
(Planning) ขั้นปฏิบัติ (Action) ขั้นสังเกตผล
การปฏิบัติงาน (Observation) ขั้นสะท้อน
กลับการปฏิบัติ (Reflection) ดังนี้

1. **ขั้นวางแผน** ผู้วิจัยได้กำหนด
แผนการดำเนินงาน โดยการประชุมสนทนา
กลุ่ม (Group Discussion) กับกลุ่มผู้เข้าร่วม
ในการวิจัย จำนวน 121 คน ข้อมูลที่ค้นพบใน
ระยะการศึกษาสภาพปัญหา สถานการณ์
หรือความภาคภูมิใจและภาพฝันหรือสิ่งที่
ต้องการให้เกิดในพื้นที่อำเภอทุ่งคล้าที่
สามารถส่งเสริมให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น สิ่งที่พบ
คือ เป็นชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท วิถีชีวิตเรียบง่าย
ประชาชน ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพกรี๊ด
ยางพารา กลางวันไม่มีคนอยู่บ้าน เหลือ
คนชราเฝ้าบ้าน การใช้เวลาว่างทำกิจกรรม

ร่วมกันในครอบครัวมีน้อยลง ประชาชนบางส่วนยังมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ไม่เหมาะสม เรื่องการบริโภคอาหาร ขาดการออกกำลังกาย มีการบริโภคเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ในงานบุญประเพณีต่างๆ ผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคระบบ หัวใจและหลอดเลือด โรคอ้วน

การวิเคราะห์ประเด็นเพื่อทบทวนและ ตรวจสอบความเหมือนและแตกต่าง ประกอบกับความภูมิปัญญาและสิ่งที่ต้องการให้เป็นในอำเภอบึงคล้า เพื่อยกร่างขึ้นประเด็นที่จะต้องช่วยกันแก้ไขและเข้าใจตรงกัน พิจารณาจัดทำจุดหมายร่วมกันและจัด แบ่งเป็นหมวดหมู่ ภาพฝันหรือสิ่งที่ต้องการ ให้เกิดในพื้นที่ ดังแสดงตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ภาพฝันหรือสิ่งที่ต้องการให้เกิดในพื้นที่อำเภอบึงคล้า

สถานการณ์/ความภูมิใจ	ภาพฝันสิ่งที่ต้องการ
1. ชุมชนมีความรักสามัคคี	1. ความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น
2. มีโรงพยาบาลอยู่ใกล้บ้าน	2. ภาครัฐควรให้การสนับสนุนและคำแนะนำ เกี่ยวกับความเป็นอยู่และการพัฒนา
3. มีโครงการบัตรทอง	3. ความสามัคคีเป็นหนึ่งเดียวในชุมชน
4. มีถนนตัดผ่านหน้าบ้าน	4. ขจัดมลภาวะพิษสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดี
5. มีอาสาสมัครสาธารณสุขที่เข้มแข็ง	5. กำจัดขยะทำชุมชนให้สะอาด
6. มียาเสพติดระบาดน้อย	6. หมั่นตรวจสุขภาพตนเอง
7. มีผู้นำเข้มแข็ง	7. การประชาสัมพันธ์ การสื่อสารให้ทั่วถึง
8. มีกลุ่มและกองทุนหมู่บ้าน	8. การสร้างความเข้มแข็งในชุมชน
9. สมาชิกในชุมชนมีความร่วมมือร่วมใจกัน	

2. ขั้นตอนการ

2.1 นำข้อมูลธรรมนูญสุขภาพของ ทั้ง 3 ตำบล มีการนำเสนอข้อคิดเห็นเพิ่มเติม ในเวทีและมีประเด็นที่น่าสนใจในภาพรวมดังนี้

“กระผมว่าควรมีความชัดเจนใน ประเด็นความครอบคลุมเรื่องการสร้างสุขภาพ”

“ผมว่าขยะนี่น่าครับ มันหลายชิ้น ทุกมือๆ มันสกปรกหมกหมมดัก เก็บบ่หมด เมาจะยาก”

“อยากมีเตาเผาขยะอยู่ทุกหมู่บ้าน ค่ะ แต่หลังกว่า อบต. สิมาเก็บบางที่จน ล้นถึง เน่าเหม็น หมาคาบไปหย่าชะกะมี”

2.2 พัฒนาศักยภาพแกนนำคณะ ทำงานธรรมนูญสุขภาพระดับตำบลและ อำเภอ จำนวน 25 คน ศึกษาดูงานการจัดทำ ธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่ ศึกษาดูงานใน พื้นที่จังหวัดเลย

2.3 ขั้นตอนการยกร่างธรรมนูญสุขภาพอำเภอ โดยแต่งตั้งคณะกรรมการยกร่างซึ่งมาจาก หัวหน้าส่วนราชการในอำเภอ ปุ่ค้ำ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนประจำองค์การบริหารส่วนตำบลทั้ง 3 แห่ง ผู้แทนผู้นำชุมชน โดยนำข้อสรุปจากการเสนอแนวคิดในเวทีและการปรับปรุงความเหมือนและแตกต่างของธรรมนูญสุขภาพทั้ง 3 ตำบล ประกอบการยกร่าง

2.4 จัดทำเวทีคืนข้อมูลให้กับผู้แทนกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และเสนอความคิดเห็นต่อร่างธรรมนูญสุขภาพอำเภอจำนวน 1 ครั้ง โดยได้รับการสนับสนุนวิทยากรจาก มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี ศูนย์การศึกษาบึงกาฬ จำนวน 1 ครั้ง

2) ประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพอำเภอในการขับเคลื่อน ประเด็นของ พชอ. ปุ่ค้ำ ร่างประกาศประกอบด้วย 10 หมวด 83 ข้อ เรียกว่า ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่อำเภอ ปุ่ค้ำ ได้แก

หมวดที่ 1 สรรค์สร้างครอบครัวอบอุ่น

หมวดที่ 2 หนุนนำการมีสุขภาพดีชีวิตเป็นสุข

หมวดที่ 3 มีจิตอาสาเชิงรุก สร้างสิ่งแวดล้อมที่ดี

หมวดที่ 4 จัดบริการสาธารณสุขให้ อย่างมีมาตรฐาน

หมวดที่ 5 ส่งเสริมสืบสานภูมิปัญญาท้องถิ่น

หมวดที่ 6 ชุมชนอยู่กันอย่างปลอดภัย
ห่วงใยคุ้มครองผู้บริโภค

หมวดที่ 7 ใส่ใจข่าวสารและเผยแพร่องค์ความรู้

หมวดที่ 8 ผู้เกี่ยวข้องด้านสุขภาพได้รับการพัฒนา

หมวดที่ 9 ใส่ใจงบประมาณด้านสุขภาพชุมชน

หมวดที่ 10 บทเฉพาะกาล

มีการสร้างธรรมนูญสุขภาพระดับอำเภอเชื่อมโยงกับธรรมนูญสุขภาพระดับตำบล และแผนการจัดการของกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น 3 แห่ง โดยมีประเด็น การจัดการขยะเป็นประเด็นในการขับเคลื่อน ทำให้เกิดประเด็นขับเคลื่อนการจัดการขยะในชุมชน เชื่อมโยงธรรมนูญสุขภาพ หมวดที่ 3 มีจิตอาสาเชิงรุก สร้างสิ่งแวดล้อมที่ดี ข้อ 27 ประชาชนคนปุ่ค้ำ เป็นชุมชนที่รักษาความสะอาดมีการจัดการขยะอย่างเป็นระบบและถูกต้อง นวัตกรรมหมู่บ้านต้นแบบการจัดการขยะและเสวียนในการทำปุ๋ยหมักส่งผลให้ผ่านการประเมินตามแผนงานโครงการอำเภอสะอาด แต่ละหมู่บ้านรวมกลุ่มในการจัดการขยะ หรือเป็นกองทุนขยะของหมู่บ้าน แต่ละหมู่บ้านจัดตั้งธนาคารขยะหรือผ้าป่าขยะ โรงเรียนและประชาชนในหมู่บ้านมีการจัดการขยะอย่างถูกตามเกณฑ์การประกวด ผู้นำชุมชน/อบต./ครูแต่ละตำบล ร่วมกันออกประเมินคัดเลือกหมู่บ้านต้นแบบและโรงเรียนต้นแบบ

ตามเกณฑ์ คณะกรรมการประกวดระดับอำเภอ ออกประเมินหมู่บ้านต้นแบบและโรงเรียนต้นแบบในการจัดการขยะ พหอ. บุ่งคล้า มอบรางวัลหมู่บ้านต้นแบบ และโรงเรียนต้นแบบในการจัดการขยะ

3. ขั้นสังเกตผลการปฏิบัติงาน

(Observation) ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนให้ความร่วมมือในการสนทนากลุ่มเพื่อวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และประเมินผลการดำเนินงานเพื่อปรับปรุงงานให้ดีขึ้น การอภิปรายผู้เข้าร่วมประชุมทุกคนให้ความสนใจอภิปราย พบว่าในตำบลเมืองคักร ภาคีเครือข่ายสุขภาพที่หลากหลายและเข้มแข็งที่มีการจัดกิจกรรมของกลุ่มชมรมอย่างต่อเนื่อง กลุ่มอาสาสมัครจิตอาสาต่างๆ ที่มีการทำงานเชื่อมโยงช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีการติดตามโดยคณะอนุกรรมการ ตามหลัก PDCA โดย 1) เชื่อมโยงข้อบังคับหรือเทศบัญญัติของอปท.และแผนงานกองทุนตำบล 2) ประกาศเป็นกติกาหรือข้อตกลงชุมชน 3) เกิดต้นแบบแหล่งเรียนรู้

4. ขั้นสะท้อนกลับการปฏิบัติ

(Reflection) จากผลการดำเนินงานก่อให้เกิดการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมกำหนดเป็นกรอบ กติกา หรือ ข้อตกลงร่วมของชุมชน ที่เกิดจากความเห็นร่วมของคนในชุมชน การบูรณาการการทำงานร่วมกันระดับพื้นที่ ภาครัฐ ท้องถิ่น ประชาชน ความมุ่งมั่นตั้งใจของผู้นำ เช่น นายกอบต./เทศบาล แกนนำชุมชน ต้องการแก้ไขปัญหาประชาชนในพื้นที่

ระยะที่ 4 การประเมินผล

การมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อน

ธรรมนูญสุขภาพ ผลการวิจัย พบว่า ระดับการมีส่วนร่วม ภาพรวมอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}=1.66$, $SD=0.13$) ด้านวิเคราะห์แผนชุมชนระดับปานกลาง ($\bar{X}=1.72$, $SD=0.27$) ด้านการจัดการทุน ระดับน้อย ($\bar{X}=1.61$, $SD=0.26$) ด้านการคัดเลือกประเด็นขับเคลื่อน ระดับน้อย ($\bar{X}=1.65$, $SD=0.26$) ด้านการประเมินผลระดับปานกลาง ($\bar{X}=1.67$, $SD=0.13$) ดังตารางแสดงที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงระดับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพ (n=121)

ประเด็นการมีส่วนร่วม	$\bar{X}$	SD	แปลความ
วิเคราะห์แผนชุมชน	1.72	0.27	ปานกลาง
ด้านการจัดการทุน	1.61	0.26	น้อย
ด้านการคัดเลือกประเด็นขับเคลื่อน	1.65	0.26	น้อย
ด้านการประเมินผล	1.67	0.28	ปานกลาง
ภาพรวม	1.66	0.13	น้อย

พฤติกรรมกำจัดการขยะ
ผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมการกำจัดการขยะ
ภาพรวม มีพฤติกรรมกำจัดการขยะ ระดับ
ปานกลาง ($\bar{X}=1.97$, $SD=0.20$) โดยมี
พฤติกรรม ที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ แยกขยะ
ก่อนทิ้งลงในถังขยะ ระดับมาก ($\bar{X}=2.35$,

$SD=2.90$) รองลงมา คือ ฝังกลบขยะที่
สามารถย่อยสลายได้ ($\bar{X}=2.16$, $SD=0.73$)
พฤติกรรมกำจัดการขยะน้อยที่สุดเผาขยะ
ทุกชนิด ($\bar{X}=1.80$, $SD=0.20$) ดังแสดงตาราง
ที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงพฤติกรรมกำจัดการขยะ (n=121)

พฤติกรรมกำจัดการขยะ	$\bar{X}$	SD	แปลความ
1. ทานแยกขยะก่อนทิ้งลงในถังขยะ	2.35	0.90	มาก
2. ทานเศษอาหารลงในถังเศษอาหาร	1.85	0.87	ปานกลาง
3. ทานนำถุงพลาสติก ถุงหิ้ว ที่ยังมีสภาพดีกลับมาใช้ซ้ำ	2.03	0.67	ปานกลาง
4. ทานนำขยะที่ยังใช้ได้ มาดัดแปลงใช้ใหม่	2.13	0.69	ปานกลาง
5. ทานปฏิเสธการรับถุงพลาสติก เมื่อซื้อของ 1 – 2 ชิ้น	1.91	0.71	ปานกลาง
6. ทานนำถุงผ้า/ถุงพลาสติกที่ใช้ซ้ำได้ไปซื้อของที่ร้าน	2.15	0.75	ปานกลาง
7. ทานพกกระบอกน้ำส่วนตัวเวลาออกไปข้างนอก	1.91	0.83	ปานกลาง
8. ทานแยกขยะเศษอาหารที่บ้านของท่าน มาหมักทำ ปุ๋ยหมักหรือน้ำหมัก	1.97	0.76	ปานกลาง
9. ทานแยกทิ้งขยะอันตราย	1.92	0.79	ปานกลาง
10. ทานแยกขยะรีไซเคิลที่บ้านของท่าน	1.73	0.76	ปานกลาง
11. ทานฝังกลบขยะที่สามารถย่อยสลายได้	2.16	0.73	ปานกลาง
12. ทานนำขยะย่อยสลายได้ไปทำปุ๋ยหมักไว้ในครัวเรือน	1.90	0.74	ปานกลาง
13. ทานใช้ถุงผ้าเมื่อต้องไปซื้อสินค้าที่ร้านค้า	2.04	0.72	ปานกลาง
14. ทานนำขยะรีไซเคิลไปจำหน่าย	1.91	0.77	ปานกลาง
15. ทานเผาขยะทุกชนิด	1.80	0.72	ปานกลาง
ภาพรวม	1.97	0.20	ปานกลาง

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

ผลการวิจัย การสร้างธรรมนูญสุขภาพสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบบูรณาการ สอดคล้องกับการศึกษาของ วราพร วันไชยธนวงศ์ และคณะ^{2,7,8} ธรรมนูญประชาชนอาศัยการมีส่วนร่วมของประชาชนและหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนในพื้นที่พร้อมทั้งมีแต่งตั้งคณะทำงาน และการกำหนดบทบาทอย่างชัดเจน จะต้องมีการกำหนดกติกา การทำงานร่วมกันที่ชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับ สำนักงานวิจัยและ พัฒนาระบบสุขภาพชุมชน⁽⁹⁾ ซึ่งได้กล่าวไว้ว่า การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่ดี ควรเป็น “กระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม” (Participatory Public Policy Process: PPPP)⁹ ซึ่งร่างธรรมนูญสุขภาพอำเภอปงศัลยา เรียกว่า “ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่อำเภอปงศัลยา” ประกอบด้วย 10 หมวด 83 ใช้เป็นแผนการจัดการให้เกิดการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนคนปงศัลยา สอดคล้องกับธรรมนูญสุขภาพระดับตำบล โดยขับเคลื่อนผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมี 3 แห่ง ในอำเภอ โดยการขับเคลื่อนต้องแปลงธรรมนูญสู่การปฏิบัติ ซึ่งผลที่ได้ในการคัดเลือกประเด็นการจัดการขยะ แต่ยังพบว่าการประเมินผลการมีส่วนร่วมยังอยู่ในระดับน้อย และพฤติกรรมกรรมการจัดการขยะในระดับปานกลาง สอดคล้องผลการศึกษา กฤตยา

อาชวานิจกุล และ กุลภา วจนสาระ⁽¹⁰⁾ พบว่าปัญหาการสื่อสารให้ประชาชนรับรู้เข้าใจถึงประโยชน์ที่จะตามมาจากการสร้างและใช้ธรรมนูญสุขภาพ แม้จะมีการรับรู้และพึงพอใจต่อการสร้างและใช้ธรรมนูญสุขภาพตำบล ในระดับมากก็ตามยังพบว่าประชาชนยังเข้าไม่ถึงกระบวนการนโยบายสาธารณะ การขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพอำเภอปงศัลยา จะเป็นเครื่องมือสำคัญในการวางกรอบการขับเคลื่อนงานสุขภาพของกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล เป็นกลไกสำคัญที่เกิดจากความร่วมมือกันระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพ และ กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล⁽¹¹⁾ ซึ่งเป็นแหล่งทุนที่สำคัญในการสนับสนุนงบประมาณการขับเคลื่อนงานสุขภาพที่สอดคล้องกับธรรมนูญสุขภาพฯ ให้กับประชาชนการประชุมบูรณาการประจำเดือนที่มีตัวแทนจากทุกฝ่ายทุกหน่วยงาน และทุกภาคส่วนไม่ว่าจะเป็นท้องถิ่น, ท้องที่, รพ.สต., วัด, โรงเรียน, อสม. ฯลฯ มาเข้าร่วมประชุม จึงเป็นเสมือนการเชื่อมโยงแบบไร้รอยต่อ เนื่องจากทุกฝ่ายได้ปรึกษาหารือกัน ร่วมกันคิด ร่วมกันทำ ร่วมกันพัฒนาเพื่ออำเภอปงศัลยา

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการศึกษาเรื่องการรับรู้แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่อำเภอปงศัลยาและกระบวนการมีส่วนร่วมในการพัฒนาธรรมนูญสุขภาพอำเภอปงศัลยา

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นายอุดม อยู่อินไกร นายอำเภอบึงคล้า (2562) ที่กรุณา ยินยอมให้การขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตเป็นประเด็นหลักและแสวงหาเครื่องมือ ในการพัฒนา ส่งเสริมการค้นคว้าจนพบ ธรรมนูญสุขภาพอำเภอ ขอขอบพระคุณ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอบึง คล้าทุกท่านที่ร่วมกระบวนการศึกษาวิจัย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในอำเภอบึงคล้า กลุ่ม ตัวอย่างที่ร่วมให้ข้อมูลและศึกษาเรียนรู้

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. **ก้าวอย่างทางเดินสู่ธรรมนูญว่าด้วย ระบบสุขภาพแห่งชาติฉบับแรก : บริษัทยามรินทร์พรันต์ตั้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน); 2555.**
2. ไพศาล ลิ้มสถิตย์. **ธรรมนูญว่าด้วยระบบ สุขภาพแห่งชาติ : มิติทางกฎหมาย.** สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2550: 1-322.
3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. **พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550.** นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการ สุขภาพแห่งชาติ; 2550.
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 8 อุตรดิตถ์. **คู่มือการประเมินเสริม พลังธรรมนูญสุขภาพ.** โรงพิมพ์ศักดิ์ศรี อักษรการพิมพ์; 2560.

5. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. **รายงานประจำปี พ.ศ. 2557 สำนักงาน คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ รายงานสานพลัง 7.** นนทบุรี สำนักงาน คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2557.
6. Kemmis. S, McTaggart. R. The Action Research Reader. 3 ed. Deakin University Press. 1988.
7. วราพร วันไชยธนวงศ์, พิมพิไล ชุ่มบ้าน, พจณีย์ มนัสพรหม. **การพัฒนาและ ขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพวิทยาลัย พยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่.** วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ. 2560;23(1):43-53.
8. ทนงค์ดี พลอาษา, ประเสริฐ ประสมรักษ์. **ผลการประเมินความเข้มแข็งของการ สร้างและใช้ธรรมนูญสุขภาพเฉพาะ พื้นที่ ในมุมมองของประชาชน จังหวัด อำนาจเจริญ.** ศรีนครินทร์เวชสาร. 2562;34(4):379-85.
9. สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ชุมชน (สพช.). **นโยบายสาธารณะ : เครื่องมือการขับเคลื่อนระบบสุขภาพ ชุมชน. การประชุมมหกรรมสุขภาพ ชุมชน ครั้งที่ 2 จากความรู้สู่ระบบ จัดการใหม่ จินตนาการเป็นจริงได้ไม่ รู้จบ วันที่ 19 มกราคม 2555 ณ อาคารอิมแพ็ค คอนเวนชันเซ็นเตอร์ เมืองทองธานี จังหวัดนนทบุรี. 2555.**

10. กฤตยา อาชวนิจกุล, กุลภา วจนสาระ.

บทสำรวจวาทกรรมและการเมือง
เรื่องสมัชชาสุขภาพ. วารสาร
สังคมศาสตร์. 2551;20:114-42.

11. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.

ก่อ - ร่าง - สร้าง - เคลื่อน บทเรียน
ธรรมนูญสุขภาพ 6 พื้นที่ ธรรมนูญว่า
ด้วยสุขภาพสู่ตำบลสุขภาวะของ
ประชาชน ตำบลดงมูลเหล็ก อำเภอ
เมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ฉบับที่ 1 พ.ศ.
2554. นนทบุรี. 2556.

การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก : กรณีศึกษา

วรรณา ปิยะเศวตกุล¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดำเนินของโรค ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนปฏิบัติการพยาบาล และผลลัพธ์การพยาบาลในผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก ที่มารับบริการที่คลินิกวัณโรคดื้อยา งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 2 ราย ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ 2560 ถึง สิงหาคม 2562 โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน การซักประวัติ ผู้ป่วยและญาติ ร่วมกับการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ข้อมูลการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ทบทวนข้อมูลกับผู้เชี่ยวชาญ ทีมสหสาขาวิชาชีพ และเครือข่ายงานวัณโรค มีการใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพของกอร์ค่อนในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ตามระยะเวลาการแยกผู้ป่วย ในระยะเวลาการแยกผู้ป่วยเพื่อวินิจฉัย ระยะเวลาการแยกผู้ป่วยเพื่อดูแลรักษาอย่างใกล้ชิด และระยะเวลาการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการรักษาวัณโรคดื้อยาหลายขนานมาก่อน โดยกรณีศึกษา รายที่ 1 เป็นผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก จากผลการรักษาล้มเหลวของวัณโรคดื้อยาหลายขนาน และมีโรคแทรกซ้อนเป็นโรคร่วม ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้และความเข้าใจในโรคและการรักษาที่ได้รับ มีจุดมุ่งหมายในการรักษาต้องการหายจากโรค ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 เป็นผู้ป่วยมีโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคร่วม ผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ไม่มาติดตามการรักษาตามนัด ทำให้เป็นวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก มีผลข้างเคียงของยาที่รักษา ญาติผู้ป่วยมีความรู้และความเข้าใจเรื่องโรค แต่ไม่ปฏิบัติตามแนวทางในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ดังนั้นบทบาทพยาบาลต้องสามารถประเมินผู้ป่วย วางแผนการพยาบาลเพื่อกำกับดูแลและติดตามผู้ป่วยในชุมชน ให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการประเมินและดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีและหายจากโรค ข้อเสนอแนะจากการศึกษาครั้งนี้ ควรนำไปพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาล และมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก

คำสำคัญ : การพยาบาล, วัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก, แบบแผนสุขภาพ

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลขอนแก่น

Corresponding Author: Wanna Piyasawetkul, Email: wanna.piya@gmail.com

Received: November 1, 2021; Revised December 16, 2021; Accepted December 18, 2021

Nursing Care of Patients with Extensively-drug Resistant Tuberculosis: Case Study

Wanna Piyasawetkul¹

ABSTRACTS

The aim of this study was the disease progression, nursing diagnosis, nursing planning, and nursing results of two patients with extensively-drug resistant tuberculosis who used the service at the Drug-resistant TB Clinic, Outpatient Department, Khon Kaen Hospital during February 2017 to August 2019. Data were collected from the medical records, patient history interview, as well as participant observation, home visit information, review of the information with an expert, multidisciplinary team, and TB networks. The Gordon's functional health pattern was used to evaluate the patient's health condition based on the triage during the triage for the diagnosis the triage time for the close care and the time for continuing treatment. The results showed that both patients had been treated for extensively-drug resistant tuberculosis before. The first patient was the patient with extensively-drug resistant tuberculosis due to the unsuccessful treatment and thyroid disease. Further, the patient and family had understanding and knowledge about the disease and treatment. The second patient had chronic obstructive pulmonary disease as a comorbidity. The patient did not take the medicine regularly or make an appointment for the follow-up. As a result, they had extensively-drug resistant tuberculosis and the side-effects of the medicine. The patient's relative had knowledge and understanding about the disease but did not follow the preventive measure for transmission. Therefore, the nurse should be able to evaluate the patient and plan for nursing care to monitor and follow up in the community. In addition, the community should take part in evaluating and taking care of the patient, so they and their family have a good quality of life and are cured of the disease. The recommendations from the research results should be applied to develop nursing practice guidelines and nursing standards for patients with extensively-drug resistant tuberculosis

Key words: Nursing, Extensively-drug resistant tuberculosis, Functional health pattern

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

บทนำ (Introduction)

วัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก (Extensively-drug resistant tuberculosis : XDR-TB) เป็นการติดเชื้อวัณโรคที่ดื้อต่อยา กลุ่ม Fluoroquinolone และยาฉีดกลุ่ม Second-line drug รวมทั้งดื้อต่อยา Isoniazid และ Rifampicin¹ ทำให้การรักษา XDR-TB มีความซับซ้อนมาก และมีความรุนแรง ของโรคเพิ่มมากขึ้น จากพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศให้วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง แต่ยังไม่สามารถให้บังคับผู้ป่วยวัณโรค โดยเฉพาะผู้ป่วย XDR-TB ให้มารับการตรวจหรือรักษาได้ ในปี พ.ศ. 2561 กระทรวงสาธารณสุขจึงประกาศให้ XDR-TB เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 เพื่อให้มาตรการทางกฎหมายสนับสนุนการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก⁴

ในประเทศไทยพบว่าร้อยละ 2 จะเป็นผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (Multi-drug resistant tuberculosis : MDR-TB) ร้อยละ 17 เป็นผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาวัณโรคมาก่อน สำหรับอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย XDR-TB ประกอบด้วยผู้ป่วย MDR-TB รายใหม่ร้อยละ 19.3 และผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาวัณโรคและพัฒนาไปเป็น XDR-TB ร้อยละ 22^{2,3} โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อการดื้อยามี 3 ด้าน คือ

1) ด้านผู้ป่วย ไม่ยอมรับการรักษารักษาหรือการตอบสนองการรักษาของผู้ป่วย 2) ด้านคุณภาพของผู้ให้การรักษา คือการรักษาที่ไม่เหมาะสม หรือ มาตรฐานของระบบบริหารจัดการยา คุณภาพยาและระบบบริหารจัดการยาไม่ดี 3) ด้านการรักษาวัณโรคที่ไม่เหมาะสมหรือไม่ได้มาตรฐาน ทำให้ วัณโรคดื้อยาเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ จนอาจถึงกับดื้อยาทุกขนานได้⁴

ในจังหวัดขอนแก่นมีผู้ป่วย XDR-TB ที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลขอนแก่น ปี พ.ศ. 2556 - 2563 จำนวน 2 ราย จากการทบทวนระบบการดูแลผู้ป่วย XDR-TB พบว่าเป็นผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาวัณโรคมาก่อนประมาณร้อยละ 5-10 ของผู้ป่วย MDR-TB เป็น XDR-TB ซึ่งเป็นโรคติดต่ออันตราย ต้องได้รับการรักษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ระยะเวลาอย่างน้อย 20 เดือน ค่ายาที่ใช้ในการรักษาประมาณ 1.2 ล้านบาท ผลสำเร็จในการรักษาได้เพียงประมาณร้อยละ 50⁴ และต้องติดตามประเมินผลหลังการรักษาด้วยยาครบอีก 18 เดือน ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่มาติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง และผลข้างเคียงของยาที่รุนแรง ทำให้เกิดความท้อแท้เบื่อหน่ายกับโรคและปฏิเสธการรักษา ส่งผลให้การรักษาล้มเหลว และผู้ป่วยอาจเสียชีวิตได้ โรงพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ให้การพยาบาลผู้ป่วยตั้งแต่การคัดกรองวัณโรค การวินิจฉัยโรค การรักษา และหลังสิ้นสุดการรักษา โดยนำกระบวนการพยาบาลมาใช้เป็นหลักในการดูแล และแก้ปัญหาผู้ป่วยให้

ครอบคลุมทุกมิติ ดังนั้นการนำแบบประเมินภาวะสุขภาพของกอร์ดอนทั้ง 11 แบบแผนมาเป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ตามระยะเวลาการแยกผู้ป่วย ในระยะเวลาการแยกผู้ป่วยเพื่อวินิจฉัย ระยะเวลาการแยกผู้ป่วยเพื่อดูแลรักษาอย่างใกล้ชิด และระยะเวลาการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง จะทำให้การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล สามารถนำสู่การวางแผนการพยาบาลได้ครอบคลุมปัญหา และความ ต้องการของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วย XDR-TB ได้รับการดูแลที่ได้มาตรฐานปลอดภัย มีคุณภาพที่ดี ประสบความสำเร็จในการรักษา และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ (Objective)

เพื่อศึกษาการดำเนินของโรค ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนปฏิบัติการพยาบาล และผลลัพธ์การพยาบาลกรณีศึกษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมากจำนวน 2 ราย

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกรณีศึกษา เลือกแบบเจาะจง โดยศึกษาการดำเนินของโรค วินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาลกรณีศึกษาผู้ป่วย XDR-TB ที่มารับบริการที่คลินิกวัณโรคดื้อยา งานผู้ป่วยนอก

โรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 2 ราย ศึกษาในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ 2560 ถึง สิงหาคม 2562 เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยข้อมูลจากเวชระเบียน การซักประวัติผู้ป่วยและญาติ ร่วมกับการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ข้อมูลการติดตามเยี่ยมบ้านของผู้ป่วย ทบทวนข้อมูลกับผู้เชี่ยวชาญ ทีมสหสาขาวิชาชีพ และเครือข่ายงานวัณโรค โดยนำกรอบแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนทั้ง 11 แบบแผนมาเป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อนำไปใช้ในการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล และการพยาบาลผู้ป่วยในระยะเวลาการแยกผู้ป่วยเพื่อวินิจฉัย ระยะเวลาการแยกผู้ป่วยเพื่อดูแลรักษาอย่างใกล้ชิด และระยะเวลาการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง

ผลการวิจัย (Result)

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ศึกษาในผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก 2 ราย รายที่ 1 เป็นผู้ป่วยมีโรคแทรกซ้อนเป็นโรคร่วม ผู้ป่วยรายที่ 2 เป็นผู้ป่วยมีโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นโรคร่วม รายละเอียดผลการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป โรคประจำตัว และการใช้สารเสพติดอื่นๆ ประวัติการรักษาวัณโรคในอดีตการรักษา ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก กรณีศึกษา 2 ราย

ข้อมูล เปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยชายไทย อายุ 54 ปี ค่าดัชนีมวลกาย 19.59 อาชีพเกษตรกรกรรม	ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 63 ปี ค่าดัชนีมวลกาย 14.89 อาชีพค้าขาย
โรคประจำตัว และการใช้สาร เสพติดอื่นๆ	- Hyperthyroid ได้ยา PTU 1X3 pc - ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่	- COPD ได้ยา Theophylline SR (200 mg) 1X1 OD - ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่
ประวัติการ รักษาวัณโรคใน อดีต	- ปี พ.ศ. 2557 มีประวัติการรักษา Pulmonary TB ที่โรงพยาบาลพระยีน ด้วยอาการไอเรื้อรัง และมีเสมหะมา 1 เดือน ไม่มีไข้ ตรวจ Sputum AFB พบ 2+ ได้ยา 2Rimstar/4HR นาน 6 เดือน ผลตรวจ Sputum C/S No growth ผลการรักษาหาย - ปี พ.ศ. 2558 มีอาการไอ มีเสมหะ และมีไข้ต่ำๆ มา 1 สัปดาห์ ตรวจ Sputum AFB พบ 3+ วินิจฉัยโรค Relapse pulmonary TB รักษาที่โรงพยาบาลพระยีน ด้วยสูตรยา 2HRZE/5HRE ส่งตรวจ Sputum C/S Growth ดื้อยา Isoniazid, Rifampicin และ Streptomycin จึง Refer รักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น วินิจฉัยโรค MDR-TB รักษาด้วยยาสูตร Longer MDR-TB regimens [$\geq 6m(Am)Lfx,Eto, Cs\pm PAS\pm Z/ \geq 14Lfx, Eto, Cs\pm PAS\pm Z$] ⁵ - เดือนที่ 11 ของการรักษา พบผลตรวจ Sputum C/S ดื้อยา Cycloserine Ofloxacin, Kanamycin, Ethionamide และ Levofloxacin สรุปผลการรักษาล้มเหลว วินิจฉัยโรค XDR-TB	- ปี พ.ศ. 2560 มีประวัติการรักษา ที่โรงพยาบาลพระยีน ด้วยอาการไอเรื้อรัง มีไข้ และมีเสมหะสีขาว ชุ่มมา 2 สัปดาห์ ตรวจ Sputum AFB พบ 3+ วินิจฉัยโรค Pulmonary TB ได้ยา 2HRZE/ 4HR ในเดือนที่ 6 ของการรักษามีอาการหายใจเหนื่อยหอบเข้ารักษาที่โรงพยาบาลพระยีน ตรวจ Sputum AFB พบ 3+ ตรวจเสมหะ Gene Expert ดื้อยา Isoniazid, Rifampicin ตรวจ Sputum C/S พบ Resistance INH, Rifampicin, Ethambutol, Streptomycin ⁸ สรุปผล การรักษา ล้มเหลว และวินิจฉัยโรค MDR-TB ส่งต่อรักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น ปรับสูตรยา Longer MDR-TB regimen ขณะรักษาตลอด 11 เดือนมีอาการไอแห้งๆ มีไข้บางวัน เหนื่อย อ่อนเพลีย เดินเซ คลื่นไส้ อาเจียน รับประทานอาหารได้น้อย ปวดข้อ ผลตรวจเสมหะ

ข้อมูล เปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
		ขณะรักษา Sputum AFB พบ 1+ ในบางเดือน ผล Sputum C/S Growth ทุกเดือน และพบเชื้อดื้อ Rifampicin, Fluoroquinolon, INH, AG/CP วินิจฉัยโรค XDR-TB
วินิจฉัยโรค	XDR-TB	XDR-TB
อาการและ อาการแสดง	ไอเรื้อรัง มีเสมหะสีขาว เหนื่อยอ่อนเพลีย ไม่มีไข้	ไอแห้งๆ มีไข้บางวัน เหนื่อย อ่อนเพลีย เดินเซ คลื่นไส้ อาเจียน รับประทานอาหารได้น้อย ปวดข้อ
ประวัติการ เจ็บป่วย ปัจจุบัน	ผู้ป่วย MDR-TB ได้รับยาสูตร Longer MDR-TB regimens รักษาได้เดือนที่ 11 พบเชื้อดื้อยา Ofloxacin, Kanamycin, Cycloserine, Ethionamide และ Levofloxacin สรุปผลการรักษาล้มเหลว วินิจฉัยโรค XDR-TB รักษาด้วยสูตรยา XDR-TB นัด ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วย AIIR (Airborne Infection Isolation Room) เพื่อเริ่มรักษาด้วยสูตรยา XDR-TB เป็น เวลา 2 สัปดาห์ ไม่มีอาการแทรกซ้อนขณะ เริ่มให้ยา จึงได้จำหน่ายผู้ป่วยออกจาก โรงพยาบาล นัดติดตามการรักษาทุก 1 เดือน ผลตรวจ Sputum AFB not found และ Sputum C/S No growth รักษาครบ 20 เดือน ผลการรักษาหาย	ผู้ป่วย MDR-TB ได้รับยาสูตร Longer MDR-TB regimens รักษา ได้เดือนที่ 11 พบเชื้อดื้อยา INH, Rifampicin, AG/CP และ Fluoroquinolone วินิจฉัยโรค XDR-TB นัดผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล ที่หอผู้ป่วย AIIR เพื่อเริ่มรักษาด้วย สูตรยา XDR-TB เป็นเวลา 6 สัปดาห์ เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการ ไอปนเลือด เหนื่อย อ่อนเพลีย ฟัง Lung มี Crepitation หูอื้อ รับประทานอาหารได้น้อย น้ำหนัก 36 Kgs, ค่าดัชนีมวลกาย 14.06 ผล Albumin 3.3 mg/dl ได้ on NG tube for feed BD (1:1) 300 ml x3 feed - มีความวิตกกังวล เรื่องการไอ เป็นเลือด นอนไม่หลับ หงุดหงิด ส่งปรึกษาจิตแพทย์ วินิจฉัยโรค

ข้อมูล เปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
		Anxiety disorder ได้รับยา Fluoxetine (20mg) 1x1 pc อาการดีขึ้น ส่งผู้ป่วยกลับโรงพยาบาลพระยี่น และกักตัวที่บ้าน - ขณะรับการรักษามีอาการกำเริบของโรคร่วมและผลข้างเคียงของยา ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนรักษาที่โรงพยาบาลพระยี่นทุกเดือน และพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาด้านจิตใจ ต้องได้รับการประเมินและรักษา กับจิตแพทย์ - หลังรักษาได้ 9 เดือน ผลตรวจ Sputum AFB not found และ Sputum C/S No growth แต่ผู้ป่วยหายใจเหนื่อยหอบมากขึ้น อ่อนเพลีย ได้ใส่ท่อช่วยหายใจ และส่งต่อมารักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น สามารถเอาท่อช่วยหายใจออกได้ 1 วัน ก่อนจำหน่ายออกโรงพยาบาล ผู้ป่วยไอออกมาเป็นเลือด และหยุดหายใจ CPR นาน 30 นาที คลำชีพจรไม่ได้ แพทย์วินิจฉัยถึงแก่กรรม
การดำเนินการ ขอยาสูตร XDR TB	ส่งรายงานขอรับการสนับสนุนยาสูตร XDR-TB จากสำนักวัณโรค ⁶ รอการได้รับอนุมัติยาวนาน 4 เดือน	ประสานงานและปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญงานวัณโรคระดับเขต และให้ส่งรายงานขอรับการสนับสนุนยาสูตร XDR-TB จาก

ข้อมูล เปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
		สำนักวัณโรค ได้รับอนุมัติยา ภายใน 2 สัปดาห์
การรักษาที่ ได้รับ	Linezolid (600 mg) 1x1 OD Clofazimine (100 mg) 1x1 OD Capreomycin (750 mg) V จันทร-ศุกร์ Bedaquiline (100 mg) 4x1 OD (2 Wk.) then 2x1 OD ทุกวันจันทร์, พุธ, ศุกร์ Moxifloxacin (400 mg) 1x1 OD ⁷	Linezolid (600 mg) 1x1 OD Clofazimine (100 mg) 1x1 OD Capreomycin(500 mg)V จันทร-ศุกร์ Bedaquiline (100 mg) 4x1 OD (2 Wk.) then 2x1 OD ทุกวันจันทร์, พุธ, ศุกร์ Moxifloxacin (400 mg)1x1 OD ⁷
พระราชบัญญัติ โรคติดต่อ พ.ศ. 2558	ปีพ.ศ.2558 ประกาศวัณโรคเป็นโรคติดต่อ ที่ต้องเฝ้าระวัง ต้องมีการติดตามและ ตรวจสอบอย่างต่อเนื่อง - มีการกักตัวผู้ป่วยให้อยู่ในพื้นที่ และม ีการส่งข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การส่งตรวจเสมหะ การตรวจคลื่นหัวใจ และอาการของผู้ป่วยทาง Line group มี การนำส่งยาให้พื้นที่ ในการกำกับการ รับประทานยาให้ผู้ป่วย และมีแนวทางการ ส่งต่อเมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะฉุกเฉินขณะรับ การรักษา	ปี พ.ศ. 2560 ประกาศโรค XDR- TB เป็นโรคติดต่ออันตรายตาม พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 เพื่อให้มาตรการทางกฎหมาย สนับสนุนการดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อยาหลายขนาน ชนิดรุนแรงมาก - มีการกักตัวผู้ป่วยให้อยู่ในพื้นที่ และมีการส่งข้อมูลการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ การส่งตรวจ เสมหะ การตรวจคลื่นหัวใจ และ อาการของผู้ป่วยทาง Line group มีการนำส่งยาให้พื้นที่ ในการ กำกับการรับประทานยาให้ผู้ป่วย และมีแนวทางการส่งต่อเมื่อผู้ป่วย เกิดภาวะฉุกเฉินขณะรับการรักษา

ข้อมูล เปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
การคัดกรองผู้ สัมผัสร่วมบ้าน หรือผู้ใกล้ชิด และการ ป้องกันการ แพร่กระจาย เชื้อ	- มีการคัดกรองภรรยาและบุตรสาว โดย การตรวจเอกซเรย์ปอดทุก 6 เดือน ผลการตรวจปกติ - ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง เช่น การใส่หน้ากากอนามัย การแยกตัวและกักตัวในพื้นที่ การกำจัดเสมหะ	- มีการคัดกรองสามี บุตรสาว โดย การตรวจเอกซเรย์ปอดทุก 6 เดือน ผลการตรวจปกติ และหลานชาย อายุ 5 ปี และ 7 ปี ได้ตรวจ Tuberculin Test ผลการตรวจปกติ - ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เช่น ไม่การใส่หน้ากากอนามัย ไม่แยกตัวออกจากครอบครัว และญาติผู้ป่วย ไม่มีเวลาดูแลผู้ป่วย เนื่องจากมีอาชีพค้าขาย
การทำ DOT	กำหนดแนวทางการทำ DOT โดยความร่วมมือของรพ.สต.พระนุ และโรงพยาบาลพระยีน จัดระบบการให้บริการฉีดยา และจัดยารับประทานแบบ Daily Drug package ลงบันทึกในสมุดติดตามการรักษา ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา รับประทานยาสม่ำเสมอ ไม่ขาดยา	กำหนดแนวทางการทำ DOT โดยความร่วมมือของ รพ.สต.พระยีน และโรงพยาบาลพระยีน จัดระบบการให้บริการฉีดยา และจัดยา รับประทานแบบ Daily Drug package ลงบันทึกในสมุดติดตามการรักษา แต่ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา และปฏิเสธการฉีดยา Capreomycin รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ มีอาการกำเริบของโรคร่วมและผลข้างเคียงของยา ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนรักษาที่โรงพยาบาลพระยีนทุกเดือน

ข้อมูล เปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
การติดตาม เยี่ยมบ้าน	จัดแนวทางเยี่ยมบ้านผู้ป่วย และลงเยี่ยม บ้านร่วมกับทีมรพ.สต.พระบุญ, โรงพยาบาล พระยืน, สสจ.ขอนแก่น, สคร.7 ก่อนการ รักษา และระหว่างการรักษา ทุก 3 เดือน	จัดแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย โดยลงเยี่ยมบ้านก่อนการรักษา และระหว่างการรักษา ร่วมกับ สหสาขาวิชาชีพทุก 1-2 เดือน
ผลข้างเคียง ของยาสูตร XDR TB	ขณะรับการรักษามีการทำงานของไตเสื่อม ลง จากผล Creatinine 2.22 และ GFR 28.27 ml/dl มีปฏิกิริยา Capreomycin (500 mg) V จันทร และพญัสบดี	ขณะรับการรักษามีอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน รับประทานอาหารได้น้อย และ ปวดข้อ
ระยะเวลาการ รักษาที่ได้รับ	20 เดือน	11 เดือน
ผลการรักษา	รักษาหาย (Cured)	เสียชีวิต

จากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้นำกรอบ
แนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน^{9,10}
มาเป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพ
ของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์
สังคมและจิตวิญญาณ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการประเมินภาวะสุขภาพ ตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ของกรณีศึกษา

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
แบบแผนที่ 1 การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการดูแลสุขภาพ	รับทราบเจ็บป่วยด้วยวัณโรคคอตีบ หลายขนานชนิดรุนแรงมาก เป็นโรค ที่รักษาหายได้ แต่ต้องรักษาระยะ นาน 20 เดือน ต้องติดตามการ รักษาอีก 2 ปี ผลข้างเคียงยารุนแรง รับประทานยาสม่ำเสมอ ติดตาม การรักษาอย่างต่อเนื่อง และป้องกัน การแพร่เชื้อ	รับทราบเจ็บป่วยด้วยวัณโรคคอตีบ ที่รุนแรง เป็นโรคที่รักษาหายได้ แต่ต้องรักษาระยะนาน 20 เดือน ผลข้างเคียงยารุนแรง รับประทาน ยาสม่ำเสมอ ติดตามการรักษา อย่างต่อเนื่อง และป้องกันการ แพร่เชื้อ แต่ผู้ป่วยจะรับประทาน ยาไม่สม่ำเสมอ ปฏิเสธการฉีดยา ไม่ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกัน การแพร่กระจายเชื้อ

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการ เผาผลาญสารอาหาร	รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ ตรงเวลา ปริมาณลดลง เบื่ออาหาร บางวัน หลังจากรักษาด้วยสูตรยา XDR-TB ได้ 4 เดือนเริ่มรับประทาน อาหารได้มากขึ้น น้ำหนักเพิ่มขึ้น 4 Kgs.	รับประทานอาหารได้น้อย น้ำหนัก 36 Kgs. ค่าดัชนีมวลกาย 14.06 ผล Albumin 3.3 mg/dl ได้ on NG tube for feed BD (1:1) 300 ml x3 feed ในช่วงที่นอนรักษาใน โรงพยาบาล เมื่อกลับมาที่บ้านยัง รับประทานอาหารได้น้อย เบื่อ อาหาร อ่อนเพลีย น้ำหนักลดลง 2 Kgs.
แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย	ขับถ่ายปัสสาวะวันละ 5-6 ครั้ง ลักษณะปกติ และถ่ายอุจจาระปกติ วันละ 1 ครั้ง	ขับถ่ายปัสสาวะวันละ 6-7 ครั้ง ลักษณะปกติ และถ่ายอุจจาระ ปกติวันละ 1 ครั้ง
แบบแผนที่ 4 กิจวัตรประจำวันและ การออกกำลังกาย	สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ แต่ มีอาการเหนื่อยง่าย และการทำ กิจกรรมต่างๆจะถูกจำกัดกิจกรรม บริเวณรอบบ้านในทุกๆนาของผู้ป่วย สามารถออกกำลังกายเดินรอบบ้าน ทุกวันๆ ละ 30 นาที	ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ น้อย ต้องมีบุตรสาวหรือสามีช่วย ดูแล กรณีนอนโรงพยาบาลจะมี พยาบาลคอยดูแลในห้องแยกโรค
แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ	นอนหลับวันละ 6-8 ชั่วโมง นอน หลับสนิท ไม่ได้นอนตอนกลางวัน แต่มีในช่วงแรกๆ ที่นอนไม่หลับที่ รักษาวันโรคดื้อยา รับประทานยา ทุกวัน แล้วยังพบเชื้อในเสมหะ และต้องเปลี่ยนสูตรยาที่ใช้ในการ รักษา	นอนหลับวันละ 5-6 ชั่วโมง นอน ไม่ค่อยหลับ หลับๆ ตื่นๆ เนื่องจาก เหนื่อย หายใจไม่อึด นอนตอน กลางวันในบางวันๆ ละ 1 ชั่วโมง หลับไม่สนิท

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
แบบแผนที่ 6 สติปัญญาและ การรับรู้	เรียนจบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ได้รับ ความรู้เรื่องวัณโรคตั้งแต่เริ่มการ รักษา ต้องรับประทานยาสม่ำเสมอ เป็นโรคติดต่อแพร่กระจายเชื้อให้คน อื่นได้ แต่ยังไม่ขาดความรู้เรื่อง ผลข้างเคียงของยาที่ได้รับจากสูตร ยา XDR-TB	เรียนจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ได้รับความรู้เรื่องวัณโรคบ้าง ตั้งแต่เริ่มการรักษา เป็นโรคติดต่อ แพร่กระจายเชื้อให้คนอื่นได้ รักษามาหลายครั้ง ไม่หายจากโรค ที่เป็นอยู่ ไม่อยากรักษา ไม่อยาก ฉีดยา
แบบแผนที่ 7 การ รับรู้ตนเอง และ อัตมโนทัศน์	รับรู้ว่าคุณเองเจ็บป่วยด้วยโรควัณ โรคคือยาที่รุนแรงมาก ต้องได้รับ การรักษาด้วยยาราคาแพง ที่ได้รับ อนุมัติจากแพทย์เชี่ยวชาญ ต้อง รับประทานยาให้ครบการรักษา 20 เดือน และแยกตัวเองไปอยู่ที่ทุ่งนา ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อให้ ครอบครัวและผู้อื่น	รับรู้ว่าคุณเองเจ็บป่วยด้วยโรค คือยาที่รักษาเดิม รักษาหลายครั้ง ไม่ดีขึ้น และต้องเปลี่ยนรักษาด้วย ยาสูตรใหม่ ระยะเวลาการรักษา 20 เดือน อาจมีอาการแทรกซ้อนขณะ รักษา กลัวว่าคุณเองไม่หายจาก โรค อาการไม่ดีขึ้น ไม่อยากฉีดยา มีอาการเหนื่อยมากขึ้น และเป็น ภาระของครอบครัว
แบบแผนที่ 8 บทบาทและ สัมพันธภาพใน ครอบครัว	มีบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัว ดูแลภรรยาและบุตรสาว เมื่อ เจ็บป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพ ได้ ทำให้บุตรสาวต้องทำงานเลี้ยง ครอบครัวแทน และในครอบครัวมี ความสัมพันธ์ที่ดี บุตรสาวจะ โทรปรึกษาพยาบาลเรื่องอาการและ ติดตามการรักษาของบิดาเป็นระยะ	มีบทบาทเป็นสมาชิกครอบครัว ร่วมกับสามีในการค้าขาย และ ดูแลหลาน เมื่อเจ็บป่วยไม่ สามารถช่วยสามีในการค้าขายได้ เป็นภาระกับสามีและบุตรสาว คอยดูแล ซึ่งไม่ค่อยมีเวลา ทำให้ ต้องพึ่งพาตนเอง และบางครั้ง โรงพยาบาลพระยีนต้องช่วยดูแล ให้นอนรักษาในโรงพยาบาล

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
แบบแผนที่ 9 เพศ และการเจริญพันธุ์	มีพฤติกรรมแสดงออกทางเพศที่เหมาะสม	หมดประจำเดือน มีพฤติกรรมแสดงออกทางเพศที่เหมาะสม
แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและการเผชิญความเครียด	มีความวิตกกังวล ช่วงที่รออนุมัตินี้ สูตร XDR-TB นาน 4 เดือน กลัวจะ ไม่ได้รับการรักษา และกลัวไม่หาย จากโรค	มีความวิตกกังวล เนื่องจากการ เจ็บป่วยที่รุนแรง ต้องนอนรักษาที่ โรงพยาบาลหลายครั้ง ส่วนญาติ ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเรื่องการ รักษาโรค ใช้ระยะเวลานาน
แบบแผนที่ 11 ค่านิยมและความเชื่อ	นับถือศาสนาพุทธ มีสหายพระ ห้อยคอและมีความเชื่อเรื่องบาป บุญคุณโทษ	นับถือศาสนาพุทธ มีความเชื่อ เรื่องสิ่งศักดิ์สิทธิ์

นำผลการประเมินภาวะสุขภาพ
ตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ทั้ง 11
แบบแผน มาตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล
และวางแผนการพยาบาล ตามระยะเวลา

การแยกผู้ป่วยโรคติดต่ออันตราย ตาม
พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ดัง
ตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กระบวนการพยาบาลกับกรณีศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. ระยะเวลาการแยกผู้ป่วยเพื่อวินิจฉัย (นอนรักษาที่โรงพยาบาล)	
ติดเชื้ระบบทางเดินหายใจจากเชื้อ Mycobacterium tuberculosis ที่ดื้อต่อยา กลุ่ม Fluoroquinolone และยาฉีดกลุ่ม Second-line drug	
เป้าหมาย ผู้ป่วยไม่เกิดการติดเชื้ระบบทางเดินหายใจจากเชื้อ Mycobacterium tuberculosis ที่ดื้อต่อยา กลุ่ม Fluoroquinolone และยาฉีดกลุ่ม Second-line drug	
กิจกรรมการพยาบาล	
1. ประเมินการหายใจทุก 4 ชั่วโมง อัตราการหายใจมากกว่า 20 ครั้งต่อนาที รายงานแพทย์	
2. วัดอุณหภูมิทุก 4 ชั่วโมง ถ้ามีไข้สูงมากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส ให้การพยาบาลลดไข้	

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
3. ประเมินความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด ทุก 4 ชั่วโมง ถ้าน้อยกว่า 95% รายงานแพทย์ 4. ดูแลการจัดท่าผู้ป่วยให้อยู่ในท่าศีรษะสูง ประมาณ 45 องศา ดูแลให้ออกซิเจนและพ่นยา 5. กระตุ้นให้ผู้ป่วยกลืนหรือพลิกตะแคงตัว และฝึกให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกลึกๆ 6. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาสูตร XDR-TB ตามแผนการรักษา และติดตามผลข้างเคียงของยา 7. ติดตามผลเอกซเรย์ปอด ผลตรวจ Sputum AFB, Sputum culture ทุก 2-4 สัปดาห์	
ขาดความรู้เกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษา การปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ เป้าหมาย ผู้ป่วยและญาติ มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษา การปฏิบัติตัว เพื่อควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ กิจกรรมการพยาบาล 1. สอบถามและประเมินความรู้ของผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษา การป้องกัน การปฏิบัติตัว และการใช้อุปกรณ์ป้องกันเพื่อควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ 2. อธิบายข้อมูลเกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษา การป้องกัน การปฏิบัติตัว และการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกัน เพื่อควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ เช่น การสวมหน้ากากอนามัย การกำจัดเสมหะ การทิ้งขยะ การจัดสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกบ้าน การแยกผู้ป่วยอยู่ในห้องแยกโรค การกักตัว¹¹ 3. การคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้านทุก 6 เดือน ที่โรงพยาบาลพระยีน 4. เตรียมความพร้อมของเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ในการดูแลผู้ป่วย เช่น การเยี่ยมบ้าน การทำ DOT การจัดสถานที่ให้บริการฉีดยาผู้ป่วย การติดตามการรักษาของผู้ป่วยทุก 1 เดือน	
2. ระยะเวลาการแยกผู้ป่วยเพื่อดูแลรักษาอย่างใกล้ชิด (ระยะเข้มข้น)	
ความคงทนต่อการทำกิจกรรมลดลง เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของปอดลดลง เป้าหมาย ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลตนเองได้มากขึ้น กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน 2. จัดระบบกิจวัตรประจำวัน และสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย 3. สังเกตและประเมินอาการของผู้ป่วย ขณะทำกิจกรรม เช่น เหนื่อยหอบมากขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น อ่อนเพลีย หน้ามืด	

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
4. ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ เรื่องพยาธิสภาพของโรคและผลข้างเคียงของยา ที่ทำให้ทำกิจกรรมได้ลดลง 5. กระตุ้นให้ญาติให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย ขณะทำกิจกรรม	
เสี่ยงต่อการเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาสูตร XDR-TB เป้าหมาย ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ที่ถูกต้องเรื่องการใช้ยา และทราบวิธีปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา XDR-TB กิจกรรมการพยาบาล - อธิบายชื่อลักษณะขนาดและจำนวนยาแต่ละชนิด - บอกเหตุผลที่ต้องรับประทานยา และการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง - อธิบายอาการและอาการแสดงของอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น ตับอักเสบ ไตวาย อาการชาปลายประสาท ผื่น โลหิตจาง เม็ดเลือดขาวต่ำ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร หูอื้อ ตามองเห็นภาพไม่ชัด ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ ประสาทหลอน ชักกระตุก ภาวะซึมเศร้า⁷ - แนะนำวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาและควรรีบไปพบแพทย์ทันที หากมีอาการเหล่านี้ได้แก่ ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ ชักกระตุก หายใจเหนื่อยหอบ อาการซึมเศร้า - ประสานเจ้าหน้าที่ใน รพ.สต. ประเมินอาการผลข้างเคียงของการใช้ยาสูตร XDR-TB - มีแนวทางปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยกรณีมีภาวะฉุกเฉิน	
	มีโอกาสเกิดภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากพยาธิสภาพโรค COPD เป้าหมาย ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน กิจกรรมการพยาบาล ประเมินระดับความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดควรมากกว่า 95% และประเมินระดับความรู้สึกตัว ลักษณะการหายใจ สภาพสีผิว ปลายมือปลายเท้า และริมฝีปากซีด มีอาการกระสับกระส่าย และสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง รายงานแพทย์เมื่อผิดปกติ

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	2. พังเสียงปอดเพื่อประเมินการหดตัวของหลอดลม และช่วยทำกายภาพบำบัดทรวงอก 3. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง จัดให้ออนคิระสูง 45 องศา 4. ดูแลให้ได้รับยาขยายหลอดลมตามแผนการรักษา 5. ติดตามผลเอกซเรย์ปอด
	มีภาวะทุพโภชนาการ เนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อย เป้าหมาย ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้มากขึ้น กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินค่า BMI และประเมินน้ำหนักทุก 1 สัปดาห์ 2. ดูแลการให้สารน้ำ สารอาหารอย่างเพียงพอ 3. ดูแลให้ได้รับอาหารทางสายยาง (NG tube) BD (1:1) 300 ml x3 feed กรณีรับประทานอาหารได้น้อย 4. กรณีสามารถรับประทานอาหารได้เองให้รับประทานอาหารครึ่งถ้วย แต่เพิ่มจำนวนมื้อเป็น 5-6 มื้อต่อวัน 5. ดูแลให้ได้รับอาหารที่เหมาะสมกับโรคและสภาพผู้ป่วยเร็วที่สุด ตามแผนการรักษาของแพทย์ 6. ติดตามค่า Albumin ในเลือด 7. ประสานนักโภชนาการในการคำนวณสารอาหารในแต่ละมื้อ และการให้อาหารเสริมระหว่างมื้ออาหาร
	แบบแผนการพักผ่อนไม่เพียงพอเนื่อง จากมีอาการเหนื่อยหอบ และวิตกกังวล เป้าหมาย ผู้ป่วยนอนหลับ และหลับสนิทมากขึ้น

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินสาเหตุการนอนไม่หลับ และปริมาณการนอนหลับทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ 2. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบ และแสงสว่างพอเพียง 3. ให้มีกิจกรรมในตอนกลางวัน เช่น การดูทีวี การฟังวิทยุ 4. สร้างสัมพันธภาพให้ผู้ป่วยไว้วางใจ และระบายความวิตกกังวลแก่ญาติผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่ 5. ปรีกษาพยาบาลจิตเวชประเมินผู้ป่วย และส่งพบจิตแพทย์ในการรักษาให้ยาคลายเครียด 6. ขอความร่วมมือกับญาติผู้ป่วย ในการลดสิ่งเร้า ไม่ให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล
มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่เนื่องจากเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง เป้าหมาย ผู้ป่วยเข้าใจบทบาทหน้าที่ที่เปลี่ยนแปลง กิจกรรมการพยาบาล 1. อธิบายเรื่องโรคที่เจ็บป่วยเป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง และบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วยที่ต้องปฏิบัติตาม 2. การจำกัดพื้นที่ ระยะเวลาของการกักตัวผู้ป่วย 3. การปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ในครอบครัว จากหัวหน้าครอบครัวเป็นสมาชิกครอบครัว ให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบ	มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่เนื่องจากเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่ออันตราย เป้าหมาย ผู้ป่วยเข้าใจบทบาทหน้าที่ที่เปลี่ยนแปลง กิจกรรมการพยาบาล 1. แจ้งแนวทางการปฏิบัติตน จากเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่ออันตราย ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 การควบคุมดูแลผู้ป่วยให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง งดหรือจำกัดการเดินทางออกนอกพื้นที่ ในกรณีที่มีความจำเป็นต้องเดินทางต้องได้รับอนุญาตจากเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ และผู้ป่วยต้องแสดงตัวต่อเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อประจำพื้นที่นั้น เพื่อรับการตรวจในทางแพทย์เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่น 2. อธิบายเรื่องโรคที่เจ็บป่วยเป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง และบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วยที่ต้องปฏิบัติตาม

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
4. ประชุม และประสานผู้นำในชุมชน เจ้าหน้าที่ในพื้นที่ เพื่อร่วมกันควบคุม กำกับ ติดตามผู้ป่วยที่อาศัยในชุมชน 5. จัดอบรมให้ประชาชนในพื้นที่ เข้าใจ โรค การรักษา การแพร่กระจายเชื้อ การเฝ้าระวังโรค	3. การจำกัดพื้นที่ ระยะเวลาของการกักตัวผู้ป่วย 4. การปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ในครอบครัว จากหัวหน้าครอบครัวเป็นสมาชิกครอบครัว ให้ผู้ป่วยและญาติทราบ 5. ประชุม และประสานผู้นำในชุมชน เจ้าหน้าที่ในพื้นที่ เพื่อควบคุม กำกับ ติดตามผู้ป่วยที่อาศัยในชุมชน¹² 6. จัดอบรมให้ประชาชนในพื้นที่ เข้าใจโรค การรักษา การแพร่กระจายเชื้อ การเฝ้าระวังโรค
3. ระยะเวลาการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง (ระยะต่อเนื่อง)	
	มีความวิตกกังวลเนื่องจากมีโรคคุกคามต่อชีวิต และ ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาโรค ระยะยาว เป้าหมาย ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลดลง และมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแนวทางการรักษา กิจกรรมการพยาบาล 1. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามปัญหาเกี่ยวกับโรค การเจ็บป่วย และแนวทางการรักษา 2. ทบทวนให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค การดำเนินของโรค แผนการรักษา และความจำเป็นในการแยกผู้ป่วยในห้องแยก และการกักตัว 3. ประสานให้ทีมแพทย์ผู้รักษาและทีมสหสาขาวิชาชีพ เยี่ยมผู้ป่วย 4. สอนแนะนำเทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การฝึกหายใจ การทำจิตใจให้สงบ อ่านหนังสือ ฟังเพลง สวดมนต์ 5. รายงานแพทย์ในกรณีผู้ป่วยวิตกกังวลเพิ่มขึ้น

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

ผู้ป่วย XDR-TB ที่ศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วยที่มีประวัติการเจ็บป่วยโดยรักษาจาก TB, MDR-TB และ XDR-TB ซึ่งมีความแตกต่างกันในโรคร่วม สภาพการเจ็บป่วย ด้านร่างกาย จิตใจ พฤติกรรมการปฏิบัติตน การรับรู้เรื่องโรค และช่วงเวลาของการประกาศเป็นโรคติดต่ออันตราย ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 โดยมีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ได้แก่ 1) ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจจากเชื้อ *Mycobacterium tuberculosis* ที่ดื้อต่อยาในกลุ่ม Fluoroquinolone และยาชนิดกลุ่ม Second-line drug 2) มีโอกาสเกิดภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากพยาธิสภาพโรค COPD 3) เสี่ยงต่อการเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาสูตร XDR-TB 4) มีภาวะทุพโภชนาการ เนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อย 5) ความคงทนต่อการทำกิจกรรมลดลง เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของปอดลดลง 6) แบบแผนการพักผ่อนไม่เพียงพอ เนื่องจากมีอาการเหนื่อยหอบ 7) ขาดความรู้เกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษา การปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ 8) มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่เนื่องจากเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่ออันตราย 9) มีความวิตกกังวลเนื่องจากมีโรคคุกคามต่อชีวิตและยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาโรคระยะยาว โดยกรณีศึกษาทั้ง 2 ได้รับการพยาบาลตามระยะเวลาการแยกโรคของ

โรคติดต่อร้ายแรง ผลการรักษาในกรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยรักษาหายจากโรค ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยเสียชีวิต เนื่องจากสาเหตุมีโรคร่วมผลข้างเคียงของยาการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ความวิตกกังวล และครอบครัวไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ดังนั้นพยาบาลต้องนำกระบวนการพยาบาลมาใช้เป็นหลักในการดูแล และแก้ปัญหาผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ เพื่อให้ผู้ป่วย XDR-TB ได้รับการดูแลที่ได้มาตรฐาน ปอดอักเสบมีคุณภาพที่ดี ประสบความสำเร็จในการรักษา และคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาล และมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมากทั้งในแผนกผู้ป่วยนอกและการดูแลต่อเนื่อง
2. ศึกษาเพิ่มเติมเชิงคุณภาพในมิติด้านจิตใจ เศรษฐกิจ สังคมของผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมากและครอบครัว

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2558.

2. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค พ.ศ. 2560-2564. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์; 2560.
3. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2561. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์; 2561.
4. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางปฏิบัติป้องกันควบคุมวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก ภายใต้พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์; 2561.
5. World Health Organization. Companion handbook to the WHO guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis. Geneva, Switzerland: WHO; 2014. p. 17-22.
6. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวปฏิบัติในการดำเนินงานระบบเฝ้าระวังความปลอดภัยจากการใช้ยาเชิงรุกสำหรับยารักษาวัณโรครายการใหม่ ยาที่จัดซื้อบ่งชี้ใหม่และแผนการรักษาใหม่ ในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์; 2559.
7. กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการเลือกใช้สูตรยารักษาวัณโรคดื้อยา ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2553. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์; 2563.
8. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. การคัดกรองเพื่อค้นหาวัณโรคและวัณโรคดื้อยา. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์; 2560.
9. พรศิริ พันธสี. กระบวนการพยาบาล & แบบแผนสุขภาพ: การประยุกต์ใช้ทางคลินิก. (พิมพ์ครั้งที่ 21). กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด พิมพ์อักษร; 2561.
10. วิพร เสนารักษ์. การวินิจฉัยการพยาบาล. (พิมพ์ครั้งที่ 12). ขอนแก่น: ห้างหุ้นส่วนจำกัดขอนแก่นการพิมพ์; 2551.
11. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์; 2559.
12. กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มืออบรมพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานวัณโรค. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์; 2563.

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) รายงานผู้ป่วย (Case Study) ตลอดจนองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสุขภาพ การแพทย์ฉุกเฉิน และคุ้มครองผู้บริโภค 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 ท้ายบทความย่อ

- E-mail address ของผู้รับผิดชอบประสานงาน (Corresponding author) ท้ายบทความย่อ
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 งานวิจัยของผู้ที่เกี่ยวข้องวัตถุประสงค์ของการวิจัย 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
- สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะในการนำผลงานการวิจัยไปใช้ประโยชน์ หรือให้ข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป

3.9 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

3.10 เอกสารอ้างอิง (Reference)

- ใช้การอ้างอิงแบบตัวเลขตามระบบ Vancouver
- การอ้างอิงในเนื้อเรื่อง (In-Text citation) ใช้ตัวเลขอารบิก แทนลำดับเอกสารที่อ้างอิง โดยใส่ตัวเลขเหนือบรรทัด (Superscript) ไว้ท้ายข้อความที่ต้องการ อ้างอิง 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 <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jkkpho/index> เพื่อทำการลงทะเบียนสมาชิกวารสาร และดำเนินการส่งบทความเข้าฐานข้อมูลระบบออนไลน์ของ JKKPHO (Journal of Khon Kaen Provincial Health Office: JKKPHO) ซึ่งสามารถดาวน์โหลดคำแนะนำการได้ที่ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jkkpho/about/submissions>



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

Khon Kaen Provincial Health Office

108 หมู่ 4 ถนนศรีจันทร์ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000

โทรศัพท์ : 043 - 221125 โทรสาร FAX : 043 - 224037