

วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

Journal of Khon Kaen Provincial Health Office

Khon Kaen, Thailand

ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2567

ชื่อหนังสือ	วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
เจ้าของ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
ISSN	2673-0979 (Online) 2730-2490 (Print)
พิมพ์ที่	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
ปีที่พิมพ์	พ.ศ. 2567

ที่ปรึกษา

นพ.อภิชาติ ลิมานนท์	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น	สสจ.ขอนแก่น
นพ.อดุลย์ บำรุง	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านฝาย	สสจ.ขอนแก่น
	นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรมป้องกัน)	
นพ.วิโรจน์ เลิศพงศ์พิพัฒน์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สมเด็จพระยุพราชกระนวน รักษาการในตำแหน่งนายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)	สสจ.ขอนแก่น
นางสาวกรรณิกา ตั้งวานิชกพงษ์	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการทางวิชาการ)	สสจ.ขอนแก่น
ทพ.มูณี เหมือนชาติ	ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านทันต สาธารณสุข)	สสจ.ขอนแก่น
ภก.เชิดชัย อริยานุชิตกุล	เภสัชกรเชี่ยวชาญ (ด้านเภสัชสาธารณสุข)	สสจ.ขอนแก่น
นางบัวบุญ อุดมทรัพย์	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน ชำนาญการพิเศษ	สสจ.ขอนแก่น

กองบรรณาธิการ

นพ.ประวีร์ คำศรีสุข	นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)	บรรณาธิการ
ดร.มิ่งขวัญ ภูหงษ์ทอง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	รองบรรณาธิการด้านวิชาการ
ดร.จักรสันต์ เลยหยุด	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน ชำนาญการพิเศษ	รองบรรณาธิการด้านบริหาร
ทพ.สุวิทย์ ศุภวิโรจน์เลิศ	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ	
ดร.วรินทร์ทิพย์ ศรีกงพลี	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	
ดร.เจษฎา สุววรรณ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	
ดร.พรรณนิภา ไชยรัตน์	อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี	
ดร.ศุภวดี แถวเพ็ญ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	
ดร.รัตน์ดาวรรณ คลังกลาง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	
ดร.แสงดาว จันท์ตา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	

ดร.สุทิน ชนะบุญ	วิทยาจารย์ชำนาญการพิเศษ
ผศ.ดร.ธีรศักดิ์ พาจันทร์	ผู้ช่วยศาสตราจารย์
ดร.เตือนใจ ภูสระแก้ว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
ผศ.ดร.ราณี วงษ์คงเดช	ผู้ช่วยศาสตราจารย์
ดร.บุญทวนกร พรหมภักดี	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ
นพ.ธนิศ พุเจริญ	นายแพทย์เชี่ยวชาญ
ดร.ธิไลภิญญา ทองไทย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
ดร.กฤษฎิณีพิชญ์ โคตรประทุม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ผู้ทรงคุณวุฒิ

รศ.ดร.วงศา เล้าหศิริวงศ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.ดร.ประจักษ์ บัวผัน	ผู้ทรงคุณวุฒิ
รศ.ดร.จุฬารัตน์ โสตะ	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี วิทยาลัยบัณฑิตเอเซีย
นพ.วิทยา ซาติบัญญัติชัย	ศูนย์ความร่วมมือขององค์การอนามัยโลก ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ
รศ.ดร.ทิพาพร กาญจนราช	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.ดร.เยาวเจศ ชูลิขิต	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผศ.ดร.พิทยา ศรีเมือง	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.ภก.บุญมี โพธิ์คำ	วิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี
ดร.จริยา อินทวรรค์มี	นักวิชาการอิสระ
ผศ.ดร.ประเสริฐ ประสมภักษ์	สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ โครงการจัดตั้งวิทยาเขต อำนาจเจริญ มหาวิทยาลัยมหิดล
ดร.แจ่มจันทร์ เทศสิงห์	วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม
ดร.ภูวดล พลศรีประดิษฐ์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.สงกรานต์ นักบุญ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม
ดร.นพ.ธนชัย พนาพุฒิ	นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลขอนแก่น
นพ.สุรพันธ์ เจริญธัญรักษา	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลขอนแก่น
นพ.ศักรินทร์ แก้วเข้า	ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ศาสตราจารย์ ดร. จงกลณี
จันทร์ศิริ

นางอุบล จ๋วงพานิช

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

นักวิชาการอิสระ

ฝ่ายจัดการ

ดร. มิ่งขวัญ ภูหงษ์ทอง

นางมลิวรรณ มะลิตัน

นายนรินทร์ บัวอิน

สสจ. ขอนแก่น

สสจ. ขอนแก่น

สสจ. ขอนแก่น

ผู้จัดการ

การเงินการบัญชี

จัดรูปเล่ม พิสูจน์อักษร

บทบรรณาธิการ

วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 (มกราคม – มีนาคม 2567) บทความที่คัดเลือกมานำเสนอในวารสารฉบับนี้ประกอบด้วย นิพนธ์ต้นฉบับ จำนวน 9 เรื่อง และรายงานผู้ป่วย 1 เรื่อง ซึ่งเป็นผลงานวิชาการ ผลงานวิจัย และองค์ความรู้ด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นที่ยอมรับและนำไปใช้ประโยชน์อย่างคุ้มค่า ได้แก่ 1) ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอระดับรุนแรงที่ได้รับการผ่าตัดแบบเร่งด่วน 2) การพัฒนาแนวทางการค้นหาผู้เข้ายาเสพติดด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมในพื้นที่ตำบลบ้านไผ่ อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น 3) การพัฒนาการบริการสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิกหมอครอบครัว ตำบลสะอาด อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น 4) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลหนองนาคำ อำเภอหนองนาคำ จังหวัดขอนแก่น 5) ผลของการสัมมนาเชิงลึกแบบกลุ่มผู้ให้บริการในคลินิกฝากครรภ์ ต่อปัญหาภาวะเลือดจางในหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น 6) การศึกษาเปรียบเทียบผลการประเมินประสิทธิภาพตามเกณฑ์ Total Performance Score (TPS) ของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2564-2566 7) การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการป้องกันการบาดเจ็บ จากอุบัติเหตุทางถนน อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น 8) รูปแบบการพัฒนาการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น 9) การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอภูพาน จังหวัดอุดรธานี และ 10) การพยาบาลผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือด กรณีศึกษา 2 ราย

ในช่วงฝุ่นละอองขนาดเล็กเกินค่ามาตรฐานกำลังกลับมาอีกครั้ง หากมีความจำเป็นต้องออกนอกบ้าน ควรสวมใส่หน้ากากป้องกันฝุ่น สังเกตอาการ หากมีอาการไอ แน่นหน้าอก วิงเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน หรืออาการอื่น ๆ ควรปรึกษาแพทย์ทันที สุดท้ายนี้กองบรรณาธิการ วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ขอขอบคุณทุกท่านที่สนใจและส่งบทความตีพิมพ์ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าบทความที่เผยแพร่จะเป็นประโยชน์ให้กับทุก ๆ ท่าน

กองบรรณาธิการ

วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

สารบัญ

นิพนธ์ต้นฉบับ

- ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรง
ที่ได้รับการผ่าตัดแบบเร่งด่วน 1-16
- The effect of developing a nursing care practice guideline
for urgent surgery in severe traumatic brain injury
- บงอร ศรีสงคราม, ธัญรัตน์ ปิยวัชรเวลา, ศิราณี คำอู, กรณ์ยพิชญ์ โคตรประทุม,
จิราพร น้อมกุศล, สมพร หงษ์เวียง, นิตยา ศรีสุทธิกมล
- Prasert Kitsuwannaratana, Sriprapai Inchaithep, Rujira thoumajaikoul,
Kanchana Kaenrach
- การพัฒนาแนวทางการค้นหาผู้เข้าเสพติดด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม
ในพื้นที่ตำบลบ้านไต้ อำเภอยะยี่น จังหวัดขอนแก่น 1-15
- Development of Guidelines for Finding Drug users by Participating in the area of
Ban Ton Subdistrict, Phra Yuen District, Khon Kaen Province
- วิระวดี นักร้อง
- Wirawat Nukrong
- การพัฒนาการบริการสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิกหมอครอบครัว ตำบลสะอาด
อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น 1-14
- Development of services for diabetic patients in Sa-ard Primary care cluster Nam
Phong District, Khon Kaen Province
- ศิริพร เหลืองอุดม
- Siriporn Luangudom
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท
โรงพยาบาลหนองนาคำ อำเภอนองนาคำ จังหวัดขอนแก่น 1-12
- Factor Associated with Medication Adherence of Schizophrenia in
Nong Na Kham Hospital Nong Na Kham District Khon Kaen Province
- ภัทรพร ภูคลัง
- Phatarabhorn Phuklung

สารบัญ (ต่อ)

ผลของการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกลุ่มผู้ให้บริการในคลินิกฝากครรภ์ ต่อปัญหาภาวะเลือดจางในหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น Results of in-depth focus group interviews among prenatal clinic staff members in the 7th Regional Health Promotion, Khon Kean, Thailand มกรารัตน์ หวังเจริญ <i>Makararat Wongjaroen</i>	1-13
การศึกษาเปรียบเทียบผลการประเมินประสิทธิภาพตามเกณฑ์ Total Performance Score (TPS) ของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2564-2566 A Comparative Study on the Performance Evaluation Results According to the Total Performance Score (TPS) Criteria of the Service Units under the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health in Khon Kaen Province, the Core of the Fiscal Year 2564-2566 ธัญญา อุพลเกียรติ, ชัชวาลย์ มุ่งแสง <i>Tanya Upolthian, chatchawan Mungsang</i>	1-15
การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น Model Development of Management the Quality to Prevent Road Traffic Accidents, Nong Ruea District, Khon Kaen Province คมชาญ ไชโยแสง, พิชิต แสนเสนา, ธวัชชัย คำป้อง <i>Khomchan Chaiyosang, Pichit Seansena, Tawatchai Kampong</i>	1-14
รูปแบบการพัฒนาการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น Development Model for NCDs prevention and control of Village Health Volunteers in Chum Phae District, Khon Kaen Province ธนัต จ่ากลาง <i>Thanut Jaklang</i>	1-13

สารบัญ (ต่อ)

การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี 1-14

The Development of Community Participation Rehabilitation Model for Drugs Addiction
Recovery at Kumphawapi District, Udon Thani Province

ประพัทธ์ ธรรมวงศา

Prapat Thammawongsa

รายงานผู้ป่วย

การพยาบาลผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือด กรณีศึกษา 2 ราย 1-14

Nursing care for patients with Sepsis: A case study of 2 patients

ปิยภัศรา หรืออินทร์

Piyapatsara Reein

ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรง ที่ได้รับการผ่าตัดแบบเร่งด่วน

บังอร ศรีสงคราม¹, ธัญรัศม์ ปิยวัชรเวลา², ศิราณี คำอู่³, ภัทรณีย์พิชญ์ โคตรประทุม⁴,
จิราพร น้อมกุศล⁵, สมพร หงษ์เวียง⁶, นิตยา ศรีสุทธิกมล⁷

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) เพื่อประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ 1) การเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงได้รับการประเมินและรายงานแพทย์ได้ทันใน 5 นาที 2) ผู้ป่วยอาการทรุดลงขณะรอผ่าตัด 3) ระยะเวลารอคอยผ่าตัด 4) จำนวนวันนอนรักษาในโรงพยาบาล 5) ผู้ป่วยเสียชีวิตใน 24 ชั่วโมง 6) การมีวินัยในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล และ 7) ความพึงพอใจของพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรงที่เข้ารับการรักษาที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลขอนแก่น เป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 25 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน 50 คน ห้องผ่าตัด 25 คน ในเดือนตุลาคม 2566-มกราคม 2567 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสังเกตการปฏิบัติ แบบประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล และแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล วิเคราะห์เปรียบเทียบผลลัพธ์ ใช้สถิติ Pearson Chi-Square Test และ Mann-Whitney U Test ข้อมูลการปฏิบัติและความพึงพอใจของพยาบาล ใช้สถิติพรรณนา ความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติ ได้รับการประเมินและรายงานแพทย์ได้ทันใน 5 นาทีสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อาการทรุดลงขณะรอผ่าตัด ระยะเวลารอคอยผ่าตัด น้อยกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.05) อุบัติการณ์การเสียชีวิต จำนวนวันนอนรักษาในโรงพยาบาล น้อยกว่า แต่ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 พยาบาลปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ร้อยละ 96.80 ความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติ ร้อยละ 94.19 สรุปว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรงที่ได้รับการผ่าตัดแบบเร่งด่วน ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งต่อผู้ป่วย พยาบาล และองค์กร

คำสำคัญ : ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรง, แนวปฏิบัติการพยาบาล, ผลลัพธ์การพยาบาล

^{1,2,3,5}พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลขอนแก่น

^{4,6,7}พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

Correspondence Author; Bungon Srisongkram email: Srisongkram3631@gmail.com

Received: January 17, 2024; Revised February 26, 2024; Accepted March 1, 2024

The effect of developing a nursing care practice guideline for urgent surgery in severe traumatic brain injury

Bungon Srisongkram¹, Thanyaras Piyawatchwela², Siranee Khumou³, Karunpich Kotpratum⁴,
Jiraporn Normkusol⁵, Skomporn Hongveang⁶, Nittaya Srisutthikamol⁷

Abstract

This quasi-experimental study the nursing outcomes of the developed nursing care practice guideline for urgent surgery severe traumatic brain injury patients including 1) prompt assessment and reporting by physicians of increased intracranial pressure (IICP) patients within five minutes, 2) patient symptoms while waiting for surgery, 3) waiting time for surgery, 4) hospital length of stay, 5) mortality rate in 24 hr, 6) adherence to the developed nursing care practice guideline, and 7) nurse satisfaction with the implementation of the developed guideline. Fifty urgent surgery severe traumatic brain injury patients from Accident and Emergency care units, Khon Kaen Hospital were enrolled and evenly divided into treatment and control groups. Additionally, fifty emergency nurses and twenty-five operating room nurses during October 2023 to January 2024 were also enrolled in this study. Data acquisitions were obtained using an observational nursing practice form, nursing outcome evaluation form, and satisfaction questionnaire for this guideline. The nursing outcome results were analyzed in a comparison with a control group using Pearson Chi-Square and Mann-Whitney U statistic, while the adherence assessment and the satisfaction questionnaire were analyzed using descriptive statistics. The results showed that the treatment group had rapid report and assessment by physician within 5 minutes significantly higher than the control group. Moreover, they possess significantly less symptoms worsening and waiting time for surgery than the control group (p -value < 0.05). The mortality rate and hospital length of stay also less than the control group, however, not significantly difference at p -value of 0.05. Nevertheless, nurses adhering to nursing care practice guidelines at 96.80% and expressing satisfaction with the implementation at 94.19%. These results conclude that the developed nursing care practice guideline for urgent surgery severe traumatic brain injury patients results in positive outcomes for patients, nurses, and the organization.

Key words : Urgent surgery severe traumatic brain injury patients,

Nursing care practice guideline, Nursing outcomes

^{1,2,3,5}Registered Nurse (Senior Professional Level), Khon Kaen Hospital

^{4,6,7}Registered Nurse (Professional Level), Khon Kaen Hospital

บทนำ

ประเทศไทยมีอัตราผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร สูงเป็นอันดับ 9 ของโลก และอันดับ 1 ในเอเชีย มีผู้เสียชีวิต 22,491 คนต่อปี เฉลี่ย 60 คนต่อวัน¹ โดยการบาดเจ็บที่ศีรษะพบมากที่สุดร้อยละ 30 และการบาดเจ็บสมองระดับรุนแรงจะมีอัตราตายสูงร้อยละ 29² จากภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง³ ทำให้เลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงสมองลดลง⁴ และยิ่งพบภาวะสมองบวม และมีเลือดออกในสมองซ้ำ⁵ แนวทางการรักษาผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บสมองที่สำคัญคือได้รับการช่วยเหลือฉุกเฉินตามแนวทางการรักษาของ Advanced traumatic life support (ATLS) โดยเฉพาะผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรง ต้องได้รับการปรึกษาจากศัลยแพทย์ระบบประสาททุกรายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและรักษาได้ทันเวลา ทั้งการทำ CT Brain และการผ่าตัดสมองเร่งด่วน⁶ ในกรณีที่ได้รับการผ่าตัดล่าช้า จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวช้า และมีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นเกิดความพิการทุพพลภาพอย่างชั่วคราวหรือถาวร⁷

สถิติผู้ป่วยอุบัติเหตุที่บาดเจ็บสมองระดับรุนแรงมารับการรักษาที่หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลขอนแก่น ใน พ.ศ.2561-2565 จำนวน 373, 483, 434, 413 และ 320 รายตามลำดับ เสียชีวิต 124, 134, 130, 127 และ 122 ราย ตามลำดับ ในปี 2565 เกิดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิต

สูงถึงร้อยละ 48⁸ จากการทบทวนอุบัติการณ์พบว่า การประเมินผู้ป่วยไม่ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานการดูแลคือภายใน 5-15 นาที มีความล่าช้าในการประเมินภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง การประสานงานในการทำ CT Brain และการจัดการอาการรบกวนในภาวะวิกฤติ อีกทั้งรูปแบบการให้ข้อมูลแก่ญาติในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อผ่าตัดเร่งด่วนยังไม่เป็นแนวทางเดียวกันขึ้นกับประสบการณ์ของแต่ละคน จากการทบทวนปัจจัยที่อาจเป็นสาเหตุการเกิดอุบัติการณ์พบว่า พยาบาลมีการหมุนเวียนบ่อยร้อยละ 30 มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองน้อยกว่า 5 ปี ซึ่งยังขาดความรู้ทักษะและความมั่นใจในการให้การพยาบาล โดยเฉพาะในสถานการณ์วิกฤติฉุกเฉินที่ต้องตัดสินใจแก้ไข ทำให้เกิดความล่าช้าในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ยังพบว่า ยังไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ครอบคลุมการพยาบาล ตั้งแต่การประเมินผู้ป่วยแรกรับ จนถึงการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อเข้ารับการผ่าตัดสมองเร่งด่วน ส่วนมากเป็นการปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติกรณีสมองบาดเจ็บของประเทศไทย ซึ่งยังไม่ครอบคลุมการสะท้อนหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาล และการเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการผ่าตัดสมองเร่งด่วนจากห้องฉุกเฉิน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีกรนำแนวปฏิบัติการพยาบาลมาดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองทั้งในประเทศ

และต่างประเทศเพิ่มมากขึ้น ผลการวิจัยส่วนใหญ่พบว่าทำให้ผลลัพธ์ดีขึ้นในเรื่องของการลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ลดอัตราการเสียชีวิต และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล⁹ ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรงที่ได้รับการผ่าตัดแบบเร่งด่วนตามกรอบแนวคิด IOWA model 7 ขั้นตอน¹⁰ ดังนี้ 1) กำหนดประเด็นปัญหาและวิเคราะห์สาเหตุการดูแลผู้ป่วยที่เกิดความล่าช้าไม่เป็นไปตามมาตรฐานแต่งตั้งทีมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ 2) สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลต่างๆ 3) ประเมินข้อมูลที่สืบค้นได้ตรวจสอบความน่าเชื่อถือและคุณภาพของหลักฐาน ยกเว้นแนวปฏิบัติการพยาบาล ให้เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลขอนแก่น 4) นำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ยกเว้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหาศึกษานำร่องและปรับแก้ไขให้เหมาะสม ขั้นตอนที่ 5, 6 และ 7 เป็นขั้นตอนของการศึกษาในครั้งนี้ซึ่งเป็นการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ไปทดลองใช้ในหน่วยงาน และศึกษาผลของการใช้เพื่อช่วยให้พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพได้มาตรฐานเป็นแนวทางเดียวกัน ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน และอัตราการตาย และยังเป็นการพัฒนาคุณภาพการบริการในงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินและห้องผ่าตัดโรงพยาบาลขอนแก่น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรงที่ได้รับการผ่าตัดแบบเร่งด่วนโรงพยาบาลขอนแก่น ดังนี้ 1) ผลการศึกษาด้านผู้ป่วย เปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงได้รับการประเมินและรายงานแพทย์ได้ทันใน 5 นาที จำนวนผู้ป่วยอาการทรุดลงขณะรอผ่าตัด จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตใน 24 ชั่วโมง จำนวนวันนอนรักษาในโรงพยาบาล และระยะเวลารอคอยผ่าตัด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติฯ 2) ผลการศึกษาด้านผู้ปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ ความมีวินัยในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล และความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาล

วิธีดำเนินการศึกษา

เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ศึกษาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และห้องผ่าตัดโรงพยาบาลขอนแก่น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เป็นพยาบาลวิชาชีพ และผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรงที่แพทย์วินิจฉัยว่าต้องได้รับการผ่าตัดแบบเร่งด่วน กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ได้แก่ 1) พยาบาลวิชาชีพ เป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินจำนวน 50 คน

และห้องผ่าตัดจำนวน 25 คน ในระยะเวลาที่ศึกษา

2) ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรงที่เข้ารับการรักษาตั้งแต่แรกวันที่ห้องอุบัติเหตุ และถูกเงินโรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างวันที่ 20 กันยายน 2566 - 31 ธันวาคม 2566 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) อายุ 18 ปี ขึ้นไป 2) แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระบบเดียวจากทุกสาเหตุ 3) คะแนน Glasgow coma scale อยู่ในช่วง 3-8 คะแนน 4) ได้รับการวินิจฉัยว่าต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดแบบเร่งด่วน และ 5) ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยเกณฑ์คัดอาสาสมัครออก (exclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่กลับมารักษาซ้ำ 2) แพทย์วินิจฉัยว่าอยู่ในภาวะสมองตาย คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการเปรียบเทียบค่าสัดส่วนระหว่างสองประชากรที่เป็นอิสระต่อกัน ใช้ข้อมูลอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองรุนแรงที่ได้รับการผ่าตัด ในปี พ.ศ. 2565 คือร้อยละ 48 และคาดการณ์ว่าเมื่อมีการนำ ใช้แนวปฏิบัติทางการแพทย์พยาบาล จะทำให้อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลงน้อยกว่าร้อยละ 10 กำหนดค่าความคลาดเคลื่อน ประเภทที่ 1 (α) = .05 ค่าอำนาจการทดสอบ ($1-\beta$) = .80 และค่าสัดส่วนประชากร 2 กลุ่ม (n) = 1 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา 22 คน ปรับขนาดตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหาย ร้อยละ 10 ได้ตัวอย่างกลุ่มละ 25 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย

คือ แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรงที่ได้รับการผ่าตัดแบบเร่งด่วน ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิด IOWA model¹⁰ โดยเนื้อหาของแนวปฏิบัติได้มาจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านการประเมินคุณภาพ วิเคราะห์ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐาน และการแสดงความเห็นร่วมกันของทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ โดยหลักฐานที่สืบค้นได้มี 752 เรื่อง สามารถนำมาใช้ได้จริง 20 เรื่อง ซึ่งประกอบด้วยหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยกึ่งทดลองที่มีกลุ่มทดลองและมีกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 1 เรื่อง¹¹ งานวิจัยเชิงทดลองที่มีกลุ่มควบคุมที่มีการออกแบบวิจัยอย่างดีแต่ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่มจำนวน 8 เรื่อง¹²⁻¹⁹ งานวิจัยที่เป็นการศึกษาย้อนหลังหรือการศึกษาติดตามไปข้างหน้าที่มีการออกแบบวิจัยอย่างดีจำนวน 6 เรื่อง²⁰⁻²⁵ และงานวิจัยที่เป็นงานวิจัยเชิงบรรยายหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพจำนวน 5 เรื่อง^{10,26,27,28,29} สังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรงที่ได้รับการผ่าตัดแบบเร่งด่วน ได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คนได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index) เท่ากับ 0.88

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) แบบประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ใช้รวบรวมข้อมูลจากบันทึกเวชระเบียนของกลุ่มตัวอย่างโดยการเติมค่าและเลือกตอบ จำนวนทั้งหมด 14 ข้อ ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา การวินิจฉัย ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่สมองและการผ่าตัดที่ได้รับ ส่วนที่ 2 ข้อมูลผลลัพธ์ทางการพยาบาล ได้แก่ 1) การเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงที่ได้รับการประเมินและรายงานแพทย์ได้ทันใน 5 นาที 2) อาการทรุดลงขณะรอผ่าตัด 3) ระยะเวลาารอคอยผ่าตัดสมอง 4) จำนวนวันนอนรักษาในโรงพยาบาล 5) เสียชีวิตใน 24 ชั่วโมงนับจากเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉิน

2) แบบสังเกตการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเป็นแบบตรวจสอบรายการปฏิบัติ (checklist) โดยพยาบาลเป็นผู้ประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล จากการตรวจสอบตามแบบบันทึกของทีมผู้ปฏิบัติที่ให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรงที่ได้รับการผ่าตัดสมองเร่งด่วน จำนวนทั้งหมด 25 ข้อ

3) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ

ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ข้อคำถามความพึงพอใจของพยาบาล มีจำนวน 8 ข้อ มีค่าคะแนน 0 - 10 คะแนน โดย 0 คะแนน คือ มีความพึงพอใจน้อยที่สุด 10 คะแนน คือ มีความพึงพอใจมากที่สุด ค่าคะแนนที่ได้แต่ละข้อนำมารวมกันและคิดเป็นร้อยละ ใช้ค่าเฉลี่ยร้อยละในการแปลผลระดับความพึงพอใจของพยาบาล การแปลผลแบ่งออกเป็น 5 ระดับ³⁰ ค่าเฉลี่ยร้อยละ 81-100 หมายถึง มีความพึงพอใจมากที่สุด ร้อยละ 61-80 หมายถึง มีความพึงพอใจมาก ร้อยละ 41-60 หมายถึง มีความพึงพอใจปานกลาง ร้อยละ 21-40 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อย และร้อยละ 1-19 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1) ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดย (Index of Objective Congruence: IOC) ของแบบสังเกตการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ แบบประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล และแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล เท่ากับ 0.81, 0.95 และ 0.88 ตามลำดับ โดยแต่ละรายข้อค่า IOC มากกว่า 0.5 ทุกข้อ

2) ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจแก้ไขและปรับปรุงนำไปทดลองใช้ กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มผู้ป่วย 10 คน พยาบาล 10 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ของแบบประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล และแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล เท่ากับ 0.95 และ 0.92 ตามลำดับ หากความเชื่อมั่นแบบ ความคงที่ (Measure of Stability) ของแบบสังเกตการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ โดยวิธีสอบซ้ำ (Test-retest Method) คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างคะแนนการวัดทั้ง 2 ครั้งของพยาบาล 10 คน ได้เท่ากับ 0.85

การเก็บรวบรวมข้อมูล 1) หลังผ่านการรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ ก่อนดำเนินการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ผู้วิจัยได้จัดประชุมชี้แจงรายละเอียดการดำเนินงานแก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 2) เก็บข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มควบคุม ระหว่างเดือนตุลาคม ถึง พฤศจิกายน 2566 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ทางการพยาบาลจากเวชระเบียนหลังผู้ป่วยจำหน่ายจนครบ 25 คน 3) จัดประชุมเตรียมความพร้อมของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ชี้แจงและพัฒนาทักษะในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ จากนั้นให้การพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ กับกลุ่มทดลอง โดยเก็บข้อมูลกลุ่มทดลองระหว่างเดือนธันวาคม 2566 ถึง มกราคม 2567 และให้ผู้ช่วยวิจัยติดตามเก็บรวบรวมข้อมูลการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลหลังสิ้นสุดการพยาบาลผู้ป่วยแต่ละราย และเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย

กลุ่มทดลองโดยใช้แบบประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลจากเวชระเบียนหลังผู้ป่วยจำหน่าย จนครบ 25 คน 4) หลังเสร็จสิ้นการวิจัยในกลุ่มทดลอง ให้พยาบาลวิชาชีพที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย ทำแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล 1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ความมีวินัยในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล และความพึงพอใจของพยาบาล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) ผลลัพธ์ทางการพยาบาลต่อผู้ป่วยในเรื่อง จำนวนครั้งการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงที่ได้รับการประเมินและรายงานแพทย์ได้ใน 5 นาที จำนวนผู้ป่วยอาการทรุดลงขณะรอผ่าตัด จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตใน 24 ชั่วโมง เปรียบเทียบสัดส่วนการเกิดด้วยสถิติ Pearson Chi-Square test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะวันนอนรักษาและระยะเวลารอคอยผ่าตัดด้วยสถิติ Mann-Whitney U test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามแนวทางจริยธรรม โดยงานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลขอนแก่น เลขที่ KEF66027 เมื่อวันที่ 19 กันยายน 2566

ผลการศึกษา

จากการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรงที่ได้รับการผ่าตัดแบบเร่งด่วน ซึ่งประกอบด้วย 5 แนวปฏิบัติหลัก ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ และผู้ป่วยบาดเจ็บสมองรุนแรงที่ต้องได้รับการผ่าตัดเร่งด่วน นำเสนอผลการศึกษาดังนี้ 1) ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 2) ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล 2.1) ด้านผู้ปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ ความมีวินัยในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล และ ความพึงพอใจของพยาบาล 2.2) ด้านผู้ป่วย ได้แก่ จำนวนการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงได้รับการประเมินและรายงานแพทย์ได้ทันใน 5 นาที จำนวนผู้ป่วยอาการทรุดลงขณะรอผ่าตัด จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตใน 24 ชั่วโมง ระยะเวลา นอนรักษาในโรงพยาบาล และระยะเวลารอคอยผ่าตัดสมอง

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 กลุ่มพยาบาล จำนวน 75 คน ปฏิบัติงานที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 50 คน เพศหญิง 38 คน (ร้อยละ 76) เพศชาย 12 คน (ร้อยละ 24) อายุเฉลี่ย 34.20 ปี มีประสบการณ์ทำงานในหน่วยงานมากกว่า 10 ปี จำนวน 25 คน(ร้อยละ50) 8-10 ปี 6 คน (ร้อยละ 12) 5-7 ปี 4 คน (ร้อยละ 8) 3-4 ปี 6 คน (ร้อยละ 12) 1-2 ปี 9 คน(ร้อยละ18) ส่วนใหญ่มีสมรรถนะ

อยู่ในระดับ Expert ร้อยละ 40 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี 25 คน (ร้อยละ 100) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี 46 คน ร้อยละ 92 ผ่านการอบรมเวชปฏิบัติฉุกเฉิน 12 คน (ร้อยละ 24) และปฏิบัติงานที่ห้องผ่าตัดจำนวน 25 คน เพศหญิง 19 คน (ร้อยละ 76) เพศชาย 6 คน (ร้อยละ 24) อายุเฉลี่ย 29.36 ปีมีประสบการณ์ทำงานในหน่วยงาน 8-10 ปี 1 คน (ร้อยละ 4) 5-7 ปี 14 คน (ร้อยละ 56) 3-4 ปี 10 คน (ร้อยละ 40) ส่วนใหญ่มีสมรรถนะอยู่ในระดับ Competent ร้อยละ 56 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี 25 คน (ร้อยละ 100)

1.2 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วย ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน (กลุ่มละ 25 ราย) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 64 และ 56) อายุเฉลี่ยกลุ่มควบคุม 48.44 ปี ค่า SD 12.27 (min 18 , max 75 ปี) กลุ่มทดลอง 47.48 ปี ค่า SD 13.62 (min 21, max 73 ปี) ระดับการศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 64 และ 76) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 68 และ 80) ผล CT วินิจฉัยเป็น EDH มากที่สุด (ร้อยละ 60 และ 68)

2. ความมีวินัยในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล พบว่าพยาบาลห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และพยาบาลห้องผ่าตัด มีวินัยในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ภาพรวมอยู่ที่ ร้อยละ 96.80 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความมีวินัยในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล (n=25)

แนวปฏิบัติการพยาบาล	จำนวน ข้อ	การปฏิบัติตามแนว ปฏิบัติการพยาบาล	
		จำนวน ครั้ง	ร้อยละ
1. การคัดกรองและประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บสมองแรกรับ	3	75	100.00
2. การจัดการอาการคุกคามชีวิตในภาวะฉุกเฉิน	9	220	97.78
3. การเตรียมความพร้อมด้านร่างกายผู้ป่วยและผลตรวจที่สำคัญ ในการผ่าตัด	5	115	92.00
4. การให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการผ่าตัดสมองเร่งด่วน	5	120	96.00
5. การเตรียมความพร้อมห้องผ่าตัดรองรับการผ่าตัดสมองเร่งด่วน	3	75	100.00
รวม	25	605	96.80

3. ความพึงพอใจของพยาบาลต่อแนว
ปฏิบัติการพยาบาล ภาพรวมความพึงพอใจอยู่
ที่ร้อยละ 94.19 ราย ข้อที่พึงพอใจมากที่สุด

คือสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงร้อยละ 98.64
รองลงมาคือแนวปฏิบัติการพยาบาลมีความ
ครอบคลุมร้อยละ 92.12 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาล

ความคิดเห็นต่อแนวปฏิบัติการพยาบาล	ค่าเฉลี่ยร้อยละ (Mean)	S.D.	แปลผล ระดับความพึงพอใจ
1. แนวปฏิบัติการพยาบาลใช้งานง่าย	68.51	12.32	มาก
2. แนวปฏิบัติการพยาบาลเข้าใจง่าย	86.98	13.47	มากที่สุด
3. แนวปฏิบัติการพยาบาลมีความครอบคลุม	92.12	13.02	มากที่สุด
4. สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง	98.64	9.24	มากที่สุด
5. ช่วยตัดสินใจเลือกการปฏิบัติได้	87.43	7.15	มากที่สุด
6. สามารถนำไปใช้ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพได้	89.23	11.31	มากที่สุด
7. ช่วยให้การบริการมีคุณภาพ	82.39	10.42	มากที่สุด
8. ความพึงพอใจโดยรวม	94.19	9.52	มากที่สุด

4. ผลลัพธ์ทางการพยาบาลต่อผู้ป่วย
เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ใช้และไม่ใช้แนว
ปฏิบัติการพยาบาล พบว่ากลุ่มที่ใช้

แนวปฏิบัติการพยาบาลมีระยะเวลารอคอย
การผ่าตัดสมอง อาการทรุดลงขณะรอผ่าตัด
น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้ และผู้ป่วยที่เกิดภาวะ

ความดันในกะโหลกศีรษะสูงได้รับการประเมินและรายงานแพทย์แก้ไขได้ใน 5 นาทีสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($P < 0.05$) ส่วนจำนวนวันนอน

รักษาในโรงพยาบาล และอุบัติการณ์ผู้ป่วยเสียชีวิต พบน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้ แต่ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 3 และ ตารางที่ 4

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระยะเวลารอคอยผ่าตัดและจำนวนวันนอนรักษาในโรงพยาบาล

ผลลัพธ์ทางการพยาบาล	Mean Rank	Mann-Witney U	Z	p-value
ระยะเวลารอคอยผ่าตัดสมอง		2654.21	-3.89	0.01*
กลุ่มทดลอง (SD=39.79)	189.52			
กลุ่มควบคุม (SD=44.44)	265.92			
จำนวนวันนอนรักษาในโรงพยาบาล		2633.04	-0.59	0.56
กลุ่มทดลอง (SD=9.74)	17.92			
กลุ่มควบคุม (SD=9.18)	19.72			

* p-value<0.05

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงที่ได้รับการประเมินและอุบัติการณ์ผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอผ่าตัด

ผลลัพธ์ทางการพยาบาล	กลุ่มควบคุม (n=25)		กลุ่มทดลอง (n=25)		χ^2	P -value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงที่ได้รับการประเมินและรายงานแพทย์ได้ใน 5 นาที (เป้าหมาย คือ การประเมินและรายงานแพทย์ไม่ทันใน 5 นาที = 0)					9.7067	0.008*
ทันใน 5 นาที	4		11			
ไม่ทัน	9		1			
ไม่เกิด	12		13			
อาการทรุดลงขณะรอผ่าตัด (เป้าหมายคือ เกิดอาการทรุดลง=0)					4.50	0.034*
เกิด	8	32	2	8		
ไม่เกิด	17	68	23	92		
เสียชีวิตใน 24 ชั่วโมงนับแต่เข้ารับการรักษาในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (เป้าหมาย เกิด=0)					1.087	0.297
เกิด	3	12	1	4		
ไม่เกิด	22	88	24	96		

* p-value<0.05

อภิปรายและสรุปผลวิจัย

ผลการศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรงที่ได้รับการผ่าตัดแบบเร่งด่วนพบว่ากลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลมีระยะเวลารอคอยการผ่าตัดสมอง อาการทรุดลงขณะรอผ่าตัด น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้ และผู้ป่วยที่เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงได้รับการประเมินและรายงานแพทย์แก้ไขได้ใน 5 นาทีสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($P < 0.05$) เนื่องจากการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลจะช่วยในการปรับปรุงคุณภาพ³¹ ทำให้ได้แนวทางปฏิบัติที่เพิ่มความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยบริการ³² สอดคล้องกับการศึกษาของ เสาวลักษณ์ ภูวนกุล และคณะ (2560)¹⁸ พบว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลเป็นเครื่องมือสำคัญที่ส่งเสริมคุณภาพการดูแลของพยาบาล และในการศึกษานี้พยาบาล มีวินัยในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลสูง ร้อยละ 96.80 เป็นผลมาจากก่อนนำใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้วิจัยได้ชี้แจงกับผู้ใช้นโยบายเพื่อทำความเข้าใจ มีการจัดอบรมพัฒนาสมรรถนะพยาบาลที่เกี่ยวข้อง ทำให้พยาบาลมีความพึงพอใจ ให้ความสำคัญและปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายและการมีแนวปฏิบัติการพยาบาลที่กำหนดบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในห้องฉุกเฉินที่ชัดเจน มีแนวทางในการประสานงานเพื่อเตรียมความพร้อมการ

ผ่าตัดระหว่างทีมที่เกี่ยวข้อง และการให้ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวในการเตรียมผ่าตัด ลดความซ้ำซ้อนของการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดได้เร็วขึ้น ทำให้ระยะเวลารอคอยผ่าตัดสมอง สั้นลง สอดคล้องกับการศึกษาของสุริยา ทวีกุล³³ ที่พัฒนาระบบบริการพยาบาล ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะด้วยการพัฒนาความรู้ของพยาบาลในการประเมินอาการ อย่างถูกต้องและรวดเร็ว ส่งผลให้พยาบาลสามารถตัดสินใจช่วยชีวิต และให้การดูแลรักษาอย่างเหมาะสมรวดเร็วขึ้นลดความล่าช้า และการที่ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองรุนแรงได้รับการผ่าตัดภายใน 4 ชั่วโมงจะทำให้การฟื้นตัวของสมองดีกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของวิบูลย์ เตชะโกศล³⁴ พบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรงที่ใช้ระยะเวลาตั้งแต่แรกรับที่แผนกฉุกเฉิน จนถึงเข้ารับการผ่าตัดน้อยกว่า 4 ชั่วโมง จะมีการฟื้นตัวได้ดีกว่า ส่วนอุบัติการณ์ผู้ป่วยเสียชีวิตใน 24 ชั่วโมง และระยะวันนอนรักษาในโรงพยาบาลในกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้ แต่ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ เนื่องจากพยาธิสภาพของการบาดเจ็บที่สมองมีความซับซ้อน ผลการรักษาขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่ได้รับบาดเจ็บและระดับความรุนแรง ซึ่งส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการบาดเจ็บและทำให้ต้องได้รับการรักษาที่แตกต่างกัน การวิจัยนี้

กลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษามีความคล้ายกัน ทั้งลักษณะที่บาดเจ็บ ผลการวินิจฉัยหลังทำ CT Brain อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้อุบัติการณ์ การเสียชีวิตและระยะเวลาอนรรักษาไม่ แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ สุมาลี สุขไชย และคณะ(2565)¹¹ ที่พบว่า ผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ที่กลุ่ม ตัวอย่างมีระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ ไม่แตกต่างกัน ทำให้อุบัติการณ์เลือดออก ภายในกะโหลกศีรษะซ้ำ และผู้ป่วยต้องทำ การผ่าตัดซ้ำไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

1) ในการนำแนวปฏิบัติทางการ พยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บสมองระดับ รุนแรงที่ต้องได้รับการผ่าตัดเร่งด่วน แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลขอนแก่นนี้ไปใช้ ควรมีการประเมินถึงความเหมาะสมตาม บริบทของแต่ละโรงพยาบาล เตรียมความพร้อมของพยาบาลโดยการพัฒนาสมรรถนะ นิเทศติดตามความมีวินัยในการใช้แนว ปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง และปรับปรุงให้มีความทันสมัยเหมาะสมกับสถานการณ์ในปัจจุบัน

2) แนวปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้ในการ วิจัยนี้ มีข้อจำกัดคือ เริ่มใช้ในผู้ป่วยที่เข้ารับ การรักษาที่ห้องฉุกเฉิน ยังไม่ครอบคลุม การพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุ หากผู้ป่วยได้รับการ พยาบาลที่ได้มาตรฐานตั้งแต่ต้นทางอาจ ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด

ที่ทันเวลาเพิ่มขึ้น เสนอให้ทำการศึกษาวิจัย เพิ่มเติมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้บาดเจ็บสมองระดับรุนแรงที่เริ่มตั้งแต่ โรงพยาบาลต้นทางหรือจุดเกิดเหตุ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณที่มสสหสาขาคุณแล ผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจ คุณภาพเครื่องมือวิจัย ตลอดจนผู้บริหาร โรงพยาบาล ที่ให้ข้อเสนอแนะ สนับสนุนและ ผลักดันให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง (References)[1]

1. สำนักงานนโยบายและแผนการขนส่งและจราจร สำนักงานความปลอดภัย.รายงาน การวิเคราะห์สถานการณ์อุบัติเหตุทาง ถนนของกระทรวงคมนาคม พ.ศ.2562. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 20 สิงหาคม 2566]; เข้าถึงได้จาก : [https://www.otp.go.th /uploads /tiny_ uploads /PDF/ 2563-06/25630601-Road Accident Ana 2562_Final.pdf](https://www.otp.go.th/uploads/tiny_uploads/PDF/2563-06/25630601-Road Accident Ana 2562_Final.pdf).
2. World Health Organization [WHO]. Global status report on road safety 2018. Geneva: World Health Organization; 2018.
3. Pinto J, Lei L, Wang C. Do chameleons lead better? A meta-analysis of the self-monitoring and leadership relationship. Personality and Social Psychology Bulletin.

- [Internet]. 2023 [Cited 2023 August 12]; Available from: <https://doi.org/10.1177/01461672231210778>.
4. Wagner AK, Franzese K, Weppner JL, Kwasnica C, Galang GN, Edinger J, Linsenmeyer M. Traumatic brain injury. Braddom's Physical Medicine and Rehabilitation 2021: 916-953.
 5. Hoffmann J, May A. Diagnosis, pathophysiology, and management of cluster headache Lancet Neurol. 2018; 17(1):75-83.
 6. ราชวิทยาลัยประสาทศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติกรณีสมองบาดเจ็บ. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: บริษัทพรอสเพอริตีส์ จำกัด; 2562.
 7. สุดาสมรรค์ เจียมสกุล, กัญญาดา ประจุศิลป์. การศึกษาตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล สำหรับผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท. วารสารพยาบาลทหารบก. 2560; 18:147-154.
 8. กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล. ฐานข้อมูลบุคลากร. ขอนแก่น: กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลขอนแก่น; 2565.
 9. แอน ไทยอุดม, นที ลุ่มนอก. การพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างจากหลัก ฐานเชิงประจักษ์สำหรับผู้ป่วยสมองบาดเจ็บระดับปานกลางถึงรุนแรง. วารสารพยาบาลทหารบก 2561, 19(3): 107-116.
 10. Titler MG, Kleber C, Steelman VJ, Rakel BA, Budreau G, Everett LQ, et al. The IOWA model of evidencebased practice to promote quality care. Crit Care Nurs Clin North Am 2001;13: 497-509.
 11. สุมาลี สุขไชย, วรางคณา คำยิ่ง, จินตนา วงศ์ยุทธจักร, ฉัตรทอง เวบสูงเนิน. ผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาลในผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่สมอง. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล. 2565; 28(2): e 260033.
 12. Hawryluk GWJ, Aguilera S, Buki A., Bulger E, Citerio G, Cooper DJ, et al. A management algorithm for patients with intracranial pressure monitoring: The Seattle International Severe Traumatic Brain Injury Consensus Conference (SIBICC). Intensive Care Medicine 2019; 45(12): 1783–1794.
 13. Soltana K, Moore L, Bouderra S, Lauzier F, Clément J, Mercier É, et al. Adherence to clinical practice guideline recommendations on low-value Injury care: A multicenter retrospective cohort study : The Journal of the International Society

- for Pharmacoeconomics and Outcomes Research [Internet].2020 [Cited 2023 August 10]; Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jval.2021.06.008>
14. Cook A.M, Morgan JG, Hawryluk GWJ, Mailloux P, McLaughlin D, Papangelou A, et al. Guidelines for the acute treatment of cerebral edema in neurocritical care patients. neurocritical care [Internet]. 2020 [Cited 2023 september 10]; Available from: <https://doi.org/10.1007/s12028-020-00959-7>.
 15. พิไลพร สุริยชันน์, ชัยคณิศ แพรชาว. ผลลัพธ์ทางการพยาบาลระหว่างส่งต่อเพื่อการรักษาต่อเนื่องในผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์.2565; 6(3):100-113.
 16. ชัยคณิศ แพรชาว, กัญญา ขุนจำนงค์ภักดิ์. ผลลัพธ์ผู้ป่วยจากการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อย. วารสารพยาบาลสงขลา นครินทร์.2564; 41(4):15-26.
 17. จรุงศรี ประทุม, สุพรรณรัตน์ กิจบรียงเลิศ. ผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการประเมินผู้ป่วยสมองบาดเจ็บเล็กน้อยโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต. วารสารวิชาการแพทย์เขต.2561; 11, 32(4): 1431-1450.
 18. เสาวลักษณ์ ภูวนวกุล, นพรัตน์ เรืองศรี, อรพรรณ มั่นตะรักษ์, จารุภา คงรส. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองที่ได้รับการผ่าตัดสมอง โรงพยาบาลพิจิตร. วารสารกรมการแพทย์2560; 42(6): 102-107.
 19. ปิยธิดา กิรติพรฤดี, วัฒนา โพธิ์ทิพย์วงษ์, รพีพร โรจน์แสงเรือง. การกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ที่มารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมุทรสาคร. วารสารเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย. 2565; 4(1): 16-35.
 20. Hawryluk GWJ, Rubiano AM, Totten AM, O'Reilly C, Ullman JS, Bratton SL, et al. Guidelines for the Management of Severe Traumatic Brain Injury: 2020 Update of the Decompressive Craniectomy Recommendations Neurosurgery [Internet]. 2020 [Cited 2023 september 22]; 87(3): 427–434. Available from: <https://doi.org/10.1093/neuros/nyaa278>.
 21. Iaccarino C, Lippa L, Munari M, Castioni CA, Robba C, Caricato A, et al. Management of intracranial hypertension following traumatic brain injury: A best clinical practice adoption proposal for intracranial pressure monitoring and decompressive craniectomy. Journal

- of Neurosurgical Sciences.[Internet] 2021 [Cited 2023 June 10]; 65(3), 219–238. Available from: <https://doi.org/10.23736/S0390-5616.21.05383-2>.
22. Gerber LH, Deshpande R, Moosvi A., Zafonte R, Bushnik T, Garfinkel S, et al. Narrative review of clinical practice guidelines for treating people with moderate or severe traumatic brain injury. NeuroRehabilitation.[Internet] 2021 [Cited 2023 June 6]; 48(4): 451–467. Available from: <https://doi.org/10.3233/NRE-210024>.
23. Chan V, Estrella MJ, Babineau J, Colantonio A. A systematic review protocol for assessing equity in clinical practice guidelines for traumatic brain injury and homelessness. Frontiers in Medicine .[Internet] 2022 [Cited 2023 June 6]; Available from: <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.815660>.
24. Di BS, Weil M, Ma WJ, Zhang Q, Lu AQ, Wang H, et al. A critical review to traumatic brain injury clinical practice guidelines. Medicine.[Internet] 2019 [Cited 2023 June 6]; 98(9): e14592. Available from: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000014592>.
25. ธีฎรัศม์ ปิยวัชรเวลา. การพยาบาลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บร่วมกับมีภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 2020; 2(1): 125-138.
26. Kondziella D, Bender A, Diserens K, Van Erp W, Estraneo A, Formisano R, Aat et al. European Academy of Neurology guideline on the diagnosis of coma and other disorders of consciousness. European Journal of Neurology.[Internet] 2020 [Cited 2023 June 6]; 27(5): 741–756. Available from : <https://doi.org/10.1111/ene.14151>.
27. Gantner D, Cooper DJ, Finfer S, Bragge P. Determinants of Adherence to Best Practice in Severe Traumatic Brain Injury: A Qualitative Study. Neurocritical Care.[Internet] 2022; 37(3): 744–753. Available from : <https://doi.org/10.1007/s12028-022-01551-x>.
28. นิภาวรรณ สามารถกิจ. การศึกษาติดตามอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อย. วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 2561; 11(4): 14-36.

29. ชัจจเณศ์ แพรขาว, โภธิพงษ์ เรืองจ้อย, สุภาพรณ์ ตัณฑ์สุระ, นิชาภัทร บุชมงคล, พจนา ทักษ้าย. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการจัดการความปวดในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองรุนแรงและบาดเจ็บอวัยวะอื่นร่วม. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2561; 28(2): 41-52.
30. ปราณี มีหาญพงษ์, กรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล. วารสารพยาบาลทหารบก. 2018; 19(1): 9-15.
31. พินิตนันท์ หนูชัยปลอด, วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเขียร, หทัยรัตน์ แสงจันทร์. การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน. พยาบาลสาร. 2557; 41: 88-98.
32. ทิพวรรณ บุญสนอง, หทัยรัตน์ แสงจันทร์, ประณีต ส่งวัฒนา. การพัฒนาและประเมินผลความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับบาดเจ็บปวดทางช่องเหนือเยื่อ dura. วารสารสภาการพยาบาล. 2555; 26(2), 115-125.
33. สุรียา ทวีกุล. การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนน ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2561; 14(3): 46-56.
34. วิบูลย์ เตชะโกศล. ประสิทธิภาพของการพัฒนาระบบทางด่วนพิเศษในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ. ศรีนครินทร์เวชสาร, 2557; 29(6): 524-529.

การพัฒนาแนวทางการค้นหาผู้ใช้ยาเสพติดด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม ในพื้นที่ตำบลบ้านโต้น อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น

วิระวัตติ นักร้อง

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มุ่งเน้นศึกษาระดับการปฏิบัติและการมีส่วนร่วมของคณะทำงาน แก้ไขปัญหาเสพติดในระดับอำเภอ ตำบล หมู่บ้าน ในการพัฒนาแนวทางการค้นหาผู้ใช้ยาเสพติด ในพื้นที่ตำบลบ้านโต้น อ.พระยืน จ.ขอนแก่น พิจารณาใช้แนวทางการสนทนากลุ่ม การอบรมให้ความรู้ นำสู่กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม A-I-C ตามแนวทางการพัฒนา 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) สร้างการรับรู้นโยบายสู่การปรับกระบวนการดำเนินงาน 2) การผ่องถ่ายนโยบายการดำเนินงาน 3) การมอบหมายภารกิจสู่ปฏิบัติ 4) ประชาคมชุมชนสร้างการรับรู้ 5) ปฏิบัติการเชิงรุกมาตรการ เคาะประตูบ้านแจกซองผ้าป่าแจ่งเบาแสด 6) การรวบรวม สอบทาน และจัดทำบัญชีรายชื่อ ระหว่าง ภาคประชาชน ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดอำเภอ ภายหลังการพัฒนา พบว่า 1) ผู้เข้าร่วม โครงการมีคะแนนการปฏิบัติเพิ่มขึ้น เฉลี่ยร้อยละ 52.4 ค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนการปฏิบัติ มีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.001$ 2) มีส่วนร่วม ในการพัฒนาได้อย่างเหมาะสม เพิ่มขึ้น ร้อยละ 62.3 ค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนการมีส่วนร่วมมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.001$ 3) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างของการค้นหาผู้ใช้ยาเสพติดในพื้นที่เป้าหมาย เพิ่มขึ้นร้อยละ 94.4 4) แนวทางการค้นหาผู้ใช้ยาเสพติดด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมในพื้นที่สามารถ พัฒนาผ่านตามเกณฑ์มาตรฐานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ผลการดำเนินงานรางวัลชนะเลิศต้นแบบ ระดับเขตสุขภาพที่ 7 นำไปประยุกต์ใช้เพื่อเป็นแนวทางในการค้นหาผู้ใช้ยาเสพติดในชุมชนเพื่อนำเข้าสู่ขั้นตอนการคัดกรอง การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การพัฒนา, แนวทาง, ยาเสพติด, การมีส่วนร่วม

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น

Corresponding Author; Wirawat Nukrong, Email: Wirawatnukrong@gmail.com

Received: November 11, 2023; Revised February 5, 2024; Accepted February 8, 2024

Development of Guidelines for Finding Drug users by Participating in the area of Ban Ton Subdistrict, Phra Yuen District, Khon Kaen Province

Wirawat Nukrong

Abstract

This action research focus on the practice and the level of participation of the working group to solve drug problems in the district level, sub-district level, village level for developing of drug user search guidelines in Ban Ton Sub-district, Phra Yuen District, Khon Kaen Province by using group conversation, education leads to A-I-C participate planning process include 6 process is create policy awareness to adjust the operating process, operation policy transfer, assigning missions to action, the community creates awareness, proactive action which knocks on the door of the house to give away the robe envelope for report clues and collecting reviewing and making a list between the people's sector, community leaders, local government organizations, sub-district health promotion hospital and district drug prevention and suppression committee. After the development, it was found that participants in the project have an increase in average practice score of 52.4 percent and the average difference in practice scores is statistically significant with $p\text{-value} < 0.001$, appropriately development increasing 62.3 percent and the average difference in participation points is statistically significant with $p\text{-value} < 0.001$, the results of the average comparison of the difference in the search for drug users in the target area increased by 94.4 percent and the guidelines for finding drug users with the process of participation in the area can be developed through the criteria. Quality of Life Management Performance, the 7th Health Zone Award, applied as a guideline for finding drug users in the community to be introduced into the screening process. Treatment and rehabilitation effectively

Key word: Development, Guidelines, Drug, Participation

Public Health Technical Officer, Professional Level, Phra Yuen District, Khon Kaen Province

บทนำ (Introduction)

ยาเสพติดเป็นปัญหาที่ก่อให้เกิดความเสียหายร้ายแรงต่อมวลมนุษยชาติส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม และประเทศชาติอย่างมหาศาลในช่วงระยะเวลา 10 ปี (พ.ศ. 2552 – 2561) ประมาณ 269 ล้านคนทั่วโลก หรือ 1 ใน 4 ของประชากรโลกมีการใช้ยาเสพติด¹ สำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2564 มีการจับกุมคดียาเสพติด 337,186 คดี ผู้ต้องหา 350,758 คน จังหวัดขอนแก่น จับกุมคดียาเสพติด 5,884 คดี อยู่ในอันดับ 2 ที่มีจำนวนผู้ต้องหาคดียาเสพติดสูงสุด อำเภอพระยืน พบการจับกุมสอดคล้องตามภาพรวมจังหวัด พบการจับกุมคดียาเสพติด 309 คดี² โดยตำบลบ้านดั้นพบการจับกุมคดียาเสพติดอย่างต่อเนื่อง พ.ศ. 2564-2566 จำนวน 14 ราย , 19 ราย และ 22 ราย ตามลำดับ³ สถานการณ์ยาเสพติดในประเทศไทยยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญและมีความรุนแรงก่อให้เกิดความเสียหายทั้งผู้เสพ ครอบครัว สังคม ประเทศชาติโดยรวม และมีแนวโน้มว่าจะขยายตัวต่อเนื่องตามสภาพความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจและสังคม ปัญหา ยาเสพติดจึงถูกยกให้เป็นวาระแห่งชาติที่ทุกรัฐบาลได้กำหนดนโยบายและกลยุทธ์ต่อยาเสพติดทั้งเชิงป้องกันและแก้ไขในรูปแบบราชฎี-รัฐร่วมใจ เป็น “ภาวะร่วม” ระหว่างภาครัฐและท้องถิ่นชุมชน โดยถือว่า “ผู้เสพคือผู้ป่วย ไม่ใช่อาชญากร”⁴ มุ่งสู่การคืนคนดี(ผู้ผ่านการบำบัด)กลับสู่สังคม

ซึ่งการได้มาของกลุ่มผู้ติดยาเสพติดจากแนวทาง 2 ส่วน คือ กลุ่มผู้ถูกดำเนินคดีจากปฏิบัติการปิดล้อมตรวจค้น X-Ray เซึ่งรุกของเจ้าหน้าที่ตำรวจ/ฝ่ายปกครอง และจากการสำรวจฐานข้อมูลผู้ค้า ผู้เสพและกลุ่มเสี่ยงที่ยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดในชุมชนโดยเครือข่ายกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน เพื่อนำกลุ่มผู้ติดยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดฟื้นฟู 3 ลักษณะ คือ ระบบสมัครใจ บังคับบำบัด และต้องโทษ แต่ปัญหาที่พบคือ การค้นหาและการเข้าถึงผู้ใช้ยาเสพติด ในชุมชนเป็นเรื่องยาก⁵ และไม่สามารถระบุจำนวนกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดที่แน่ชัดใกล้เคียงตามความเป็นจริงได้ รวมทั้งขาดโอกาสการค้นหากลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดรายใหม่ที่ยังสามารถนำเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ก่อนที่จะพบภาวะติดยา จนแสดงออกทางพฤติกรรมที่ก้าวร้าว ไม่ยินยอมเข้าสู่ระบบการบำบัดรักษา จนส่งผลกระทบต่อทางจิตเวชจากยาเสพติด⁶

ด้วยเหตุผลและสภาพปัญหาข้างต้น รวมถึงการดำเนินงานที่สอดคล้องตามนโยบายว่าด้วยการป้องกันปราบปรามและแก้ไขปัญหายาเสพติด ที่กำหนดทิศทางการขับเคลื่อนงานโดยบูรณาการนโยบายและแผนทุกภาคส่วน มุ่งสู่การแก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืน⁷ โดยจุดต้นน้ำสำคัญในระบบ ปฏิบัติการคือการค้นหาผู้ที่มีพฤติกรรมยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดทั้งหมดในชุมชนให้มากที่สุด เพื่อจัดทำฐานข้อมูล นำสู่ขั้นตอนการคัดกรอง

จำแนกกลุ่มผู้ใช้ ผู้เสพและผู้ติดยาเสพติด ส่งต่อเข้าสู่กระบวนการบำบัดฟื้นฟู ดูแล เยียวยา อย่างทัน่วงทีอย่างมีประสิทธิภาพนั้น จำเป็นอย่างยิ่ง ในการพัฒนาแนวทางการค้นหาผู้เข้ายาเสพติดในชุมชนด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม โดยกำหนดกรณีศึกษาในพื้นที่ตำบลบ้านไต้ อำเภอยะยี่ จังหวัดขอนแก่น พิจารณาใช้แนวทางการสนทนากลุ่มปัญหา⁸ การอบรมให้ความรู้ นำสู่กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม A-I-C⁹ ร่วมกับการนำแนวทางการค้นหาผู้เข้ายาเสพติดในชุมชนมาเป็นแนวทางเสริมสร้างการมีส่วนร่วม ผ่านการดำเนินงานตำบลคุณภาพชีวิตแบบบูรณาการ¹⁰ เพื่อนำผลการศึกษามาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการค้นหาผู้เข้ายาเสพติดในเขตพื้นที่อำเภอยะยี่ได้อย่างมีประสิทธิภาพในระยะต่อไป

วัตถุประสงค์ (Objective)

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนาแนวทางการค้นหาผู้เข้ายาเสพติดด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมในพื้นที่ตำบลบ้านไต้ อำเภอยะยี่ จังหวัดขอนแก่น

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อวัดระดับการปฏิบัติ และการมีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวทางการค้นหาผู้เข้ายาเสพติดในชุมชน

2.2 เพื่อประเมินผลการค้นหาผู้เข้ายาเสพติดด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม

ในพื้นที่ตำบลบ้านไต้ อำเภอยะยี่ จังหวัดขอนแก่น

2.3 เพื่อพัฒนาแนวทางการค้นหาผู้เข้ายาเสพติดด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมในพื้นที่ตำบลบ้านไต้ อำเภอยะยี่ จังหวัดขอนแก่น จากองค์กรภาคประชาชน ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดอำเภอยะยี่

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ดำเนินการระหว่างเดือน กันยายน - ธันวาคม 2566 การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เลขที่ REC027/2566 ให้ไว้ ณ วันที่ 7 กันยายน พ.ศ.2566

วิธีการวิจัย

1. จัดประชุมทบทวนสถานการณ์ปัญหา ยาเสพติด อุปสรรคที่พบจากการดำเนินงานและสร้างการรับรู้นโยบายการดำเนินงานเชิงบูรณาการ 4 หน่วยงานหลัก ประกอบด้วย ปกครองอำเภอ สถานีตำรวจภูธร โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ร่วมกำหนดแนวทางการค้นหาผู้เข้ายาเสพติดในชุมชน โดยนายอำเภอเป็นประธานการประชุม จำนวน 3 ครั้ง และจัดประชุมเพื่อมอบถ่ายแนวทางการค้นหาผู้เข้ายาเสพติดในชุมชน พร้อมการแต่งตั้ง

คณะทำงานระดับอำเภอ-องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น-กำนันตำบล ดำเนินการในเดือนกันยายน 2566

2. นำแนวทางค้นหาผู้ใช้ยาเสพติดในชุมชนสู่การปฏิบัติ ด้วยการมอบหมายภารกิจ โดยการจัดทำคำสั่งคณะทำงานระดับตำบล-หมู่บ้าน-คุ้มบ้าน ร่วมกับการพัฒนาศักยภาพคณะทำงาน การจัดประชาคมสร้างการรับรู้และความไว้วางใจรายหมู่บ้าน ปฏิบัติการเชิงรุกถึงหน้าบ้าน “มาตรวจเคาะประตูบ้านแจกของผ้าป่าแจ้เงาแสด” การรวบรวม สอบทาน และจัดทำบัญชีรายชื่อที่จะต้องอยู่ภายใต้การรับรู้ข้อมูลของประชาชนในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง ดำเนินการระหว่างเดือน ตุลาคม - ธันวาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ คณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดเทศบาลตำบลบ้านไต้้น ประกอบด้วย ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรภาคประชาชน (อสม./แกนนำคุ้ม) ผู้นำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดอำเภอ พระยีน จำนวนทั้งสิ้น 124 คน โดยมีผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการ จำนวน 82 คน

กลุ่มตัวอย่าง หรือ ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ คณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดเทศบาลตำบลบ้านไต้้น จากการคัดเลือกตัวแทนกลุ่ม องค์กรภาคประชาชน ผู้นำชุมชน อปท. รพ.สต.

และ ศป.ปส.อ.พระยีน ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ 82 คน ดำเนินการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ(Systematic Random Sampling) เพื่อวัดการปฏิบัติและส่วนร่วมในการพัฒนา ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 64 คน ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างในกรณีที่ทราบจำนวนประชากร โดยใช้การคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร¹¹ จากสูตร

$$n = \frac{NZ^2_{\alpha/2}\sigma^2}{e^2(N-1) + Z^2_{\alpha/2}\sigma^2}$$

$$\frac{82(1.96)^2(0.43)^2}{(0.05)^2(82-1) + (1.96)^2(0.43)^2}$$

$n = 63.81$

จากการคำนวณได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 64 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ มีทั้งสิ้น 3 ชุด ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยที่เกี่ยวข้องและตามกรอบแนวคิดของการวิจัย ประกอบด้วย (1) แบบสอบถามการปฏิบัติและการมีส่วนร่วมการค้นหาผู้ใช้ยาเสพติดในชุมชน (2) แบบประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตแบบบูรณาการเป้าหมายความสำเร็จ 5 ระดับ เพื่อการค้นหาผู้ใช้ยาเสพติดในชุมชน (3) แนวคำถามการสนทนากลุ่มแบบมีโครงสร้าง

การตรวจสอบคุณภาพขอเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถามการปฏิบัติและการมีส่วนร่วมในการพัฒนา

แนวทางการค้นหาผู้เข้าเสพติดในชุมชน มีขั้นตอนดังนี้ (1) การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้น เสนอผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้องจำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของภาษาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ ตามหลัก IOC : Index of item objective congruence (2) การตรวจสอบหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสัมภาษณ์ที่ปรับปรุงแล้ว ไปทดสอบในการสำรวจนำร่อง (Try Out) ในกลุ่มตัวแทนเขตพื้นที่ตำบลพระยืน อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น จำนวน 30 ราย ซึ่งพบว่า มีลักษณะภูมิศาสตร์ ขนาดประชากรและการกระจายหมู่บ้านมีลักษณะใกล้เคียงกัน ผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยวิธีของครอนบาค (Cronbach's Method) ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Coefficient of Alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นในระดับ 0.78 (3) นำผลการวิเคราะห์ที่ได้จากการทดลองใช้เครื่องมือไปปรึกษาผู้เชี่ยวชาญและตรวจสอบปรับปรุงข้อคำถาม ให้มีความสมบูรณ์เหมาะสมอีกครั้งก่อนนำไปใช้การจริง

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 การเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามการปฏิบัติและการมีส่วนร่วมในการค้นหาผู้เข้าเสพติดในชุมชน การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ด้านนโยบายและการสนับสนุนงบประมาณ การสนทนากลุ่ม เพื่อศึกษาและวิเคราะห์สภาพการณ์ต่างๆที่ดำรงอยู่ก่อนที่จะเริ่มดำเนินการพัฒนา ระยะที่ 2 รวบรวมข้อมูลเพื่อติดตามประเมินผลระหว่างดำเนินการและประเมินผลสรุปเมื่อสิ้นสุดโครงการ โดยผู้วิจัยดำเนินการติดตามประเมินผลเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อทราบความก้าวหน้าของการดำเนินงานรวมถึงปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นซึ่งอาจต้องพิจารณาปรับแผนดำเนินงานให้มีความสอดคล้องตามแต่บริบทของปัญหานั้นๆ และการประเมินผลเมื่อสิ้นสุดโครงการวิจัย เป็นการวิเคราะห์สภาพการณ์หลังมีการพัฒนาแนวทางการค้นหาผู้เข้าเสพติดในชุมชน ที่ได้ดำเนินการไปแล้วว่าได้ผลเป็นอย่างไร

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ การวิเคราะห์ข้อมูลมีขั้นตอนดังนี้

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความสมบูรณ์ ความครบถ้วนและถูกต้องของชุดข้อมูล จัดคู่มือตารางรหัสและวิธีการลงรหัสข้อมูลทั้งหมดจำแนกรายข้อ และบันทึกชุดข้อมูลจำแนกแบบสอบถามรายบุคคลในคอมพิวเตอร์ ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS for windows ข้อมูลดังนี้

- สถิติพรรณนา(Descriptive statistics)

โดยใช้สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อใช้ในการอธิบาย ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มองค์กร

ภาคประชาชน ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ ศป.ปส.อ.พระยืน

- การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้วยสถิติ Paired t - test วัดการปฏิบัติและการมีส่วนร่วมในการพัฒนาตามแนวทางการค้นหาผู้ใช้ยาเสพติดในชุมชน

ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นข้อมูลที่ได้จากการดำเนินการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) และการสังเกต (Observation) ในแต่ละวัน ภายหลังจากตรวจสอบความครบถ้วนและถูกต้องของชุดข้อมูล นำข้อมูลที่ได้ไปจัดหมวดหมู่จำแนกตามประเด็นปัญหาที่พบ ทำการตีความหมายจากข้อมูลที่ได้ตามการรับรู้ในการสนทนากลุ่มและผู้ใช้ข้อมูลแต่ละราย ซึ่งทั้งหมดนั้น เป็นการวิเคราะห์จากเนื้อหาของข้อมูล (Content analysis) ที่ได้จากผู้ให้ข้อมูล ทำการสรุปเชื่อมโยงความสัมพันธ์และเหตุผลในประเด็นที่มุ่งเน้น ทำการศึกษา รวมถึงประเด็นแวดล้อมอื่นที่เกี่ยวข้อง

ผลการวิจัย (Result)

ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวทางการค้นหาผู้ใช้ยาเสพติดด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม ผู้วิจัยดำเนินการจัดประชุมสร้างการรับรู้จากหน่วยงานหลักระดับอำเภอ 4 หน่วยงาน โดยนายอำเภอเป็นประธาน จำนวน 3 ครั้ง ร่วมกำหนด (ร่าง) แนวทางการค้นหาผู้ใช้ยาเสพติดในชุมชน ตามโครงการดำเนินงาน

ชุมชนยั่งยืนเพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติดแบบครบวงจรตามยุทธศาสตร์ชาติ นำเข้าสู่เวทีการประชุมภาคีเครือข่ายผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ ตัวแทนองค์กรภาคประชาชน ผู้นำชุมชน อปท. รพ.สต. และ ศป.ปส.อ.พระยืน จำนวน 2 ครั้ง กำหนดแนวทางตามกรอบการพัฒนา 6 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นที่ 1 : สร้างการรับรู้นโยบายสู่การปรับกระบวนการดำเนินงานเชิงบูรณาการ ด้วยการประชุมเชิงปฏิบัติการ (War Room) 4 หน่วยงานหลัก สร้างความเข้าใจสถานการณ์และเข็มมุ่งการดำเนินงาน ขั้นที่ 2 : การรณรงค์นโยบายการค้นหาผู้ใช้ยาเสพติดในชุมชน ด้วยการแต่งตั้งคณะทำงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พร้อมการจัดประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน ขั้นที่ 3 : การมอบหมายภารกิจสู่ปฏิบัติการค้นหาผู้ใช้ยาเสพติดในชุมชน โดยการจัดทำคำสั่งคณะทำงานระดับตำบล - หมู่บ้าน - คุ่มบ้าน ร่วมกับการพัฒนาศักยภาพชุดปฏิบัติการค้นหาผู้ใช้ยาเสพติดประจำหมู่บ้านเพื่อสร้างส่วนร่วมการดำเนินงานที่เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ขั้นที่ 4 : การจัดประชาคมสร้างการรับรู้และความไว้วางใจเครือข่ายหมู่บ้าน เพื่อชี้แจงการดำเนินงาน การสร้างความไว้วางใจและสร้างร่วมมือจากประชาชนทุกหลังคาเรือน ขั้นที่ 5 : ปฏิบัติการเชิงรุกถึงหน้าบ้าน “มาตรการเคาะประตูบ้านแจกซองผ้าป่าแจ้งเบาะแส” เพื่อกระตุ้นส่วนร่วมชุมชนและอำนวยความสะดวก ลดความ

กังวลในการจัดส่งข้อมูลรายครัวเรือน ชั้นที่ 6 : การรวบรวม เปิดซองผ้าป่าแจ้งเบาะแส สอบทาน และจัดทำบัญชีรายชื่อที่จะต้องอยู่ ภายใต้การรับรู้ข้อมูลการดำเนินงานของ ประชาชนในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

ระยะที่ 2 การนำแนวทางการค้นหาผู้ใช้ ยาเสพติดในชุมชนที่พัฒนาขึ้นใหม่ไปใช้เพื่อ ตอบวัตถุประสงค์เฉพาะ คือ ระดับการปฏิบัติ และการมีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวทางการ ค้นหาผู้ใช้ยาเสพติดในชุมชน และการค้นหา ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมใน พื้นที่เป้าหมาย กรณีศึกษาตำบลบ้านไต้ น อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น รายละเอียด ดังนี้

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้เข้าร่วม โครงการ

จากการศึกษาข้อมูลทั่วไปของ ผู้เข้าร่วมโครงการ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 67.3 อายุต่ำสุด 20 ปี สูงสุด 66 ปี อายุเฉลี่ย 46.7 ปี พักอาศัยในเขตตำบล ร้อยละ 95.2 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับ มัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1-3 ร้อยละ 30.8 โดยมีการศึกษาในระดับปริญญาตรี

และสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 29.8 และ 6.3 ส่วนใหญ่อยู่ในบทบาทของผู้นำชุมชน รองลงมาคือ องค์กรภาคประชาชน ร้อยละ 33.7 และ 26.9 ไม่เคยร่วมกิจกรรม การค้นหาผู้ใช้ยาเสพติดในระดับชุมชน ร้อยละ 54.3 โดยในรอบปีที่ผ่านมาเคยอบรม หลักสูตรเกี่ยวกับยาเสพติด ร้อยละ 60.1 เคยได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันและ แก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชน ร้อยละ 63.5 สูงสุดจากสื่อบุคคลได้แก่นายอำเภอแจ้งใน วาระการประชุมหัวหน้าส่วนราชการและ กำนันผู้ใหญ่บ้าน รองลงมาคือเอกสารหรือ แผ่นพับเผยแพร่จากสถานีตำรวจและ หน่วยงานสาธารณสุข ร้อยละ 64.4 และ 63.9

การปฏิบัติตามแนวทางการค้นหา ผู้ใช้ยาเสพติดในชุมชน หลังการพัฒนา

ผลการสัมภาษณ์หลังเสร็จสิ้น การพัฒนา พบว่า ผู้เข้าร่วมโครงการทุกคน มีคะแนนการปฏิบัติตามแนวทางการค้นหา ผู้ใช้ยาเสพติดในชุมชน เป็นประจำ คะแนน เฉลี่ยหลังการพัฒนาเท่ากับ 59.3 คะแนน มีจำนวนเพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนา ร้อยละ 52.4 ดังตารางแสดงที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ จำแนกตามระดับการปฏิบัติตามแนวทางการค้นหาผู้ใช้ยาเสพติดในชุมชน ก่อนและหลังการพัฒนา

ระดับการปฏิบัติ	ก่อน	หลัง
	การพัฒนา	การพัฒนา
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
น้อย (ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60)	18 (28.1)	0
ปานกลาง (ได้คะแนนร้อยละ 60 – 79)	32 (50.0)	24 (37.5)
มาก (ได้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป)	14 (21.9)	40 (62.5)
รวม	64 (100)	64 (100)

สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนด้านการปฏิบัติก่อนและหลังการพัฒนาของกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ จำนวน 64 คน ด้วยสถิติ Paired t-test มาใช้เพื่อการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนด้านการปฏิบัติ พบว่า มีความแตกต่าง

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$, $\bar{d} = 20.4$, 95%CI = 19.5 – 21.3) สรุปว่า หลังการพัฒนากลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการมีการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติตามแนวทางการค้นหาผู้ใช้ยาเสพติดในชุมชน ดังตารางแสดงที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนการปฏิบัติตามแนวทางการค้นหาผู้ใช้ยาเสพติดในชุมชน ก่อนและหลังการพัฒนา

การปฏิบัติ	ผลการเปรียบเทียบ					
	N	\bar{X}	\bar{d}	95%CI	t	p value
ก่อนการพัฒนา	64	38.9	20.4	19.5 – 21.3	43.4	< 0.001
หลังการพัฒนา	64	59.3				

ด้านการมีส่วนร่วมในการค้นหาผู้ใช้ยาเสพติดในชุมชน หลังการพัฒนา พบว่า ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการศึกษาและวิเคราะห์สภาพการณ์ในปัจจุบัน การวางแผนดำเนินกิจกรรม การปฏิบัติตามแผนดำเนินกิจกรรม และการประเมินผลกิจกรรม ได้เหมาะสมมาก ร้อยละ 86.6, 84.4, 82.2

และ 82.4 ตามลำดับ จากข้างต้นพบว่า กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการมีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวทางการค้นหาผู้ใช้ยาเสพติดในชุมชน ได้เหมาะสมมาก ร้อยละ 86.7 คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 26.8 คะแนน มีจำนวนเพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนาร้อยละ 62.3 ดังตารางแสดงที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มประชากรจำแนกตามระดับการมีส่วนร่วมการค้นหา
ผู้เข้ายาเสพติดในชุมชนก่อนและหลัง

ระดับการมีส่วนร่วม	ก่อน	หลัง
	การพัฒนา จำนวน (ร้อยละ)	การพัฒนา จำนวน (ร้อยละ)
น้อย (ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60)	26 (40.6)	0
เหมาะสมปานกลาง (ได้คะแนนร้อยละ 60 – 79)	24 (37.5)	28 (43.8)
เหมาะสมมาก (ได้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป)	14 (21.9)	36 (56.5)
รวม	64 (100)	64 (100)

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างของการมีส่วนร่วมการค้นหาผู้เข้ายาเสพติดในชุมชน ก่อนและหลังการพัฒนา จากกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ จำนวน 64 คน พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($p < 0.001$, $\bar{d} = 10.3$, 95%CI = 9.62 – 10.97) สรุปว่า หลังการพัฒนากลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการมีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวทางการค้นหาผู้เข้ายาเสพติดในชุมชน ดังตารางแสดงที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนการมีส่วนร่วมก่อนและหลังการพัฒนา

การมีส่วนร่วม	ผลการเปรียบเทียบ					
	N	\bar{X}	\bar{d}	95%CI	t	p value
ก่อนการพัฒนา	64	16.5	10.3	9.6 – 10.9	30.5	< 0.001
หลังการพัฒนา	64	26.8				

ผลการค้นหาผู้เข้ายาเสพติดในชุมชน ก่อน และ หลัง การ พัฒนา ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่าง

ของการค้นหาผู้เข้ายาเสพติดในพื้นที่เป้าหมาย พบว่า เพิ่มขึ้น จากก่อนการพัฒนา จำนวน 151 ราย คิดเป็นร้อยละ 94.4 ดังตารางแสดงที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการค้นหาผู้ใช้ยาเสพติดในชุมชน ก่อน - หลัง การพัฒนา

พื้นที่ดำเนินการ	ผลการค้นหาผู้ใช้ยาเสพติดในชุมชน			
	ก่อนการ	หลังการพัฒนา	ผลการค้นหา(ราย)	
	พัฒนา (ราย)	(ราย)	เพิ่ม	ร้อยละ
ตำบลบ้านไต้ จำนวน 9 หมู่บ้าน	160	311	151	94.4

ผลการดำเนินงานเพื่อพัฒนาตำบล จัดการสุขภาพแบบบูรณาการ

พบว่า ตำบลบ้านไต้ อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น สามารถพัฒนาตำบลเป้าหมายให้ผ่านตามเกณฑ์มาตรฐานตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการระดับดีเยี่ยม (กระทรวงสาธารณสุข) เกิดตำบลต้นแบบในการศึกษาดูงานและเป็นแหล่งเรียนรู้การค้นหาผู้ใช้ยาเสพติดในชุมชน รางวัลชนะเลิศการประกวดต้นแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับเขตสุขภาพที่ 7 ประเภทต้นแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิต

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

จากผลการวิจัยการพัฒนาแนวทางการค้นหาผู้ใช้ยาเสพติดด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมในพื้นที่ตำบลบ้านไต้ อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น สามารถนำมาสรุปประเด็นสำคัญดังนี้ (1) การปฏิบัติตามแนวทางการค้นหาผู้ใช้ยาเสพติดในชุมชน ผลการวิจัยพบว่า หลังการพัฒนากลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการมีการปฏิบัติตามแนวทางการค้นหาผู้ใช้ยาเสพติดในชุมชนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งพบว่า การอบรมความรู้ การสนทนากลุ่ม การติดตามประเมินร่วมกันอย่างต่อเนื่องส่งผลให้ผู้เข้าร่วมโครงการมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การปฏิบัติเป็นประจำเพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนา ร้อยละ 52.4 สอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่า การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมของชุมชนเป็นความร่วมมือของภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วม การได้รับโปรแกรมการอบรมให้ความรู้เป็นแนวทางสำคัญในผลสำเร็จของการดำเนินงาน^{12,13} (2) ด้านการมีส่วนร่วมในการค้นหาผู้ใช้ยาเสพติดในชุมชน ผลการวิจัยพบว่า หลังการพัฒนากลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการมีส่วนร่วมตามแนวทางการค้นหาผู้ใช้ยาเสพติดในชุมชนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งพบว่า ปัจจัยสำคัญของการดำเนินงานคือการบูรณาการภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ตั้งแต่ระดับนโยบาย ระดับปฏิบัติการ และระดับชุมชนท้องถิ่นอย่างเป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้เข้าร่วมโครงการมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีส่วนร่วมเป็นประจำเพิ่มขึ้นจากก่อนการ

พัฒนาร้อยละ 62.3 สอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่า การระบวงการมีส่วนร่วมต้องประกอบด้วย การค้นหาปัญหา การกำหนดบทบาทหน้าที่และร่วมหาผู้รับผิดชอบ โดยการจัดเวทีพูดคุยเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันในกลุ่มที่มีความเกี่ยวข้อง การอบรมความรู้เพื่อให้ประชาชนตระหนักถึงสถานการณ์ และควรให้ผู้นำชุมชนและภาครัฐที่เกี่ยวข้องเข้ามาร่วมการพัฒนา¹⁴⁻¹⁷

(3) ผลการค้นหาผู้เข้าเสพติดในชุมชนก่อนและหลังการพัฒนา ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างของการค้นหาผู้เข้าเสพติดในพื้นที่เป้าหมาย พบว่า เพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนา จำนวน 151 ราย คิดเป็นร้อยละ 94.4 (4) การพัฒนาแนวทางการค้นหาผู้เข้าเสพติดด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมในพื้นที่ตำบลบ้านโต้น อำเภอพระยีนจังหวัดขอนแก่น ผลการพัฒนา พบว่าสามารถพัฒนาตำบลเป้าหมายให้ผ่านตามเกณฑ์มาตรฐานตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการระดับดีเยี่ยม เกิดตำบลต้นแบบในการศึกษาดูงานและเป็นแหล่งเรียนรู้การค้นหาผู้เข้าเสพติดในชุมชน รางวัลชนะเลิศประเภทต้นแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิตระดับเขตสุขภาพที่ 7 การประกวดต้นแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพระดับเขตสุขภาพที่ 7 สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า การบูรณาการการทำงานตามบทบาทจากหลายภาคีที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการแก้ไขปัญหาเสพติด การให้ความสำคัญในการ

ขับเคลื่อนงานของผู้บริหารระดับอำเภอ-ตำบล นับเป็นหมุดหมายสำคัญที่จะดึงทุกฝ่ายเข้ามาร่วมการดำเนินงานได้อย่างเต็มความสามารถ¹⁸⁻²⁰ ตามกรอบการพัฒนา 6 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นที่ 1 : สร้างการรับรู้ นโยบายสู่การปรับกระบวนการดำเนินงานเชิงบูรณาการ ขั้นที่ 2 : การรณรงค์นโยบาย การค้นหาผู้เข้าเสพติดในชุมชน ขั้นที่ 3 : การมอบหมายภารกิจสู่ปฏิบัติการค้นหาผู้เข้าเสพติดในชุมชนขั้นที่ 4 : การจัดประชาคม สร้างการรับรู้และความไว้วางใจรายหมู่บ้าน ขั้นที่ 5 : ปฏิบัติการเชิงรุกถึงหน้าบ้าน “มาตรการเคาะประตูบ้านแจกซองผ้าป่า แจกเบาะแส” ขั้นที่ 6 : การรวบรวมเปิดของ สอบทาน และจัดทำบัญชีรายชื่อ

ข้อเสนอแนะ

(1) ปัญหาเสพติดถือเป็นปัญหาส่วนรวมทางสังคม ปัจจัยสำคัญของการดำเนินงานคือการบูรณาการภาคส่วนที่เกี่ยวข้องอย่างเข้มแข็งต่อเนื่อง การปรับนโยบายให้มีความยืดหยุ่นตามความเหมาะสมและความจำเป็นของพื้นที่ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานจะต้องสามารถปรับระเบียบและนโยบายมาใช้ได้อย่างเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายและระยะเวลาการดำเนินงานตามสภาพความเป็นจริงในพื้นที่ นอกจากนี้ควรเพิ่มการประสานความร่วมมือกับผู้นำในลักษณะอื่นที่ไม่ใช่ผู้นำตามกฎหมาย เช่น ปราชญ์ชาวบ้าน ผู้นำทาง

จิตวิญญาณ ครูที่เกษียณอายุราชการที่ ประชาชนเคารพนับถือ ในชุมชน ร่วมในคณะทำงาน จะมีส่วนในการสร้างความไว้วางใจในการเปิดเผยรายชื่อผู้ใช้จ่ายยาเสพติดเพื่อนำเข้าสู่ขั้นตอนการดูแลช่วยเหลือเป็นไปตามเป้าหมายยิ่งขึ้น

(2) ควรให้ความสำคัญและกำกับดูแล การค้นหาผู้ใช้จ่ายยาเสพติดในชุมชนที่มี ประสิทธิภาพ ตั้งแต่ระดับนโยบาย ระดับปฏิบัติการ และระดับชุมชนท้องถิ่น อย่างเป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง เพื่อช่วยลด โอกาสการปกปิดข้อมูลผู้เสพยาเสพติด ในชุมชน จนไม่สามารถคัดกรองผู้เสพ เข้ารับการบำบัดรักษาได้ตรงตามเป้าหมาย ที่แท้จริง ไม่สามารถเข้าไปให้ความช่วยเหลือ ได้อย่างทั่วถึงและตรงตามความต้องการ

(3) ควรมีการส่งเสริมพลังชุมชนและ สังคมให้มีความเข้มแข็งมากขึ้นเป็นลำดับ ลดบทบาทด้านการดำเนินงานของภาครัฐ ปรับไปสู่วิธีการสนับสนุนและกำกับดูแล โดยการดำเนินการใดๆ ที่องค์กรภาค ประชาชน/ประชาสังคม สามารถดำเนินการ ได้เองหรือสามารถรับผิดชอบแทนภาครัฐได้ ก็ควรเปิดโอกาสให้ภาคส่วนเหล่านี้ ดำเนินการได้อย่างเต็มความสามารถ

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ขอขอบคุณ นายอำเภอพระยืน สาธารณสุขอำเภอพระยืน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพระยืน ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา

แนะนำที่เป็นประโยชน์ด้านวิชาการรวมทั้งให้ กำลังใจแก่ผู้วิจัย ขอขอบคุณนายกเทศมนตรี ตำบลบ้านไต้และคณะผู้รับผิดชอบงาน รพ.พระยืน ผอ.รพ.สต.บ้านบ้านไต้ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เครือข่าย อสม.และ ประธานคุ้ม ในพื้นที่ตำบลบ้านไต้ ที่กรุณาสมัครใจ เข้าร่วมโครงการวิจัยและร่วมกิจกรรมการ พัฒนาอย่างต่อเนื่องทุกขั้นตอน

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์วิจัยและสนับสนุนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน. ภาพรวมสถานการณ์ยาเสพติดโลก กับ ผลกระทบ ที่มี ต่อ SDGs. คณะ เศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2565.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สถิติคดียาเสพติด ของ ประเทศไทย. ศูนย์เทคโนโลยี สารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงาน สถิติแห่งชาติ; 2566.
3. โรงพยาบาลพระยืน. รายงานการ บำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดสถิติ ยาเสพติด อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น ประจำปี 2566 . กลุ่มงานจิตเวชและยา เสพติด โรงพยาบาลพระยืน; 2566.
4. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. รายงานผลการ ดำเนินงาน ป้องกันและปราบปราม ยาเสพติด ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564. กระทรวงยุติธรรม; 2564.

5. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง (Community Based Treatment and care). ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
6. บุรฉัตร จันทร์แดง. บทวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาเสพติดในปัจจุบัน. วารสารสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม; (2560).
7. สำนักงานตำรวจแห่งชาติ. คู่มือการดำเนินงานโครงการดำเนินงานชุมชนยั่งยืน เพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติดแบบครบวงจรตามยุทธศาสตร์ชาติ ฉบับปรับปรุง พ.ศ.2566. ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด สำนักงานตำรวจแห่งชาติ; 2566.
8. เพ็ญพักตร์ อุทิศ. แนวคิดและเทคนิคการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion: FGD) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547
9. ชีระพงษ์ แก้วหาวงษ์. กระบวนการเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็งประชาคมประชาสังคม. พิมพ์ครั้งที่ 9. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คณิศรนาวิทยา; 2543.
10. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. แนวทางการขับเคลื่อนตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการเพื่อการพึ่งตนเองของชุมชน. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
11. อรุณ จีรวัดน์กุล และคณะ. ชีวสถิติ. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น: ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2546.
12. ศรีสุดา ลุนพุดิ และ นารีรัตน์ หาญกล้า. การบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง: กรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่งจังหวัดขอนแก่น. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ; 2564.
13. ธาวิณี แสงสว่าง. การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครคุมประพฤติในการแก้ไขฟื้นฟูผู้กระทำผิดในชุมชนในสังกัดสำนักงานคุมประพฤติภาค 7. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2557.
14. ศรีทรงชัย รัตนเสียมรัมย์. กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยวัณโรค ตำบลออนใต้ อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2555.
15. ทศนาวลัย ตันติเอกรัตน์. แนวทางการพัฒนาการมีส่วนร่วมในการจัดการท่องเที่ยวเชิงอนุรักษ์ของประชาชนในท้องถิ่น กรณีศึกษาเกาะลิบง อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสวนดุสิต; 2560.
16. มิตร สุขขาม. ความคิดเห็นของผู้ต้องขังที่มีต่อกระบวนการชุมชนบำบัดในเรือนจำพิเศษพัทยา. วิทยานิพนธ์

- ปริญญา รัฐประศาสนศาสตร์
มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา; 2562.
17. วลีรัตน์ แสงไชย. กระบวนการบำบัด
ผู้เสพยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของ
ชุมชนเพื่อการคืนคน (เคย) ดี ผู้การเป็นคน
ดีอย่างยั่งยืน : กรณีศึกษาภาคเหนือ.
วารสารบัณฑิตศึกษา : มหาวิทยาลัย
ราชภัฏสวนสุนันทา; 2561.
18. สมเดช รุ่งศรีสวัสดิ์. การพัฒนาแหล่ง
ท่องเที่ยวบนฐานเศรษฐกิจสร้างสรรค์
และการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่าง
ยั่งยืน กรณีศึกษา ต.คลองโคน อ.เมือง
จ.สมุทรสงคราม. กรุงเทพฯ :
มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา;
2556.
19. พิสิทธิ์ รัตนะ. การมีส่วนร่วมของ
เกษตรกรในโครงการชุมชนต้นแบบ
เศรษฐกิจพอเพียง ชุมชนบ้านถ่อนนา
ลับ ในจังหวัดอุดรธานี. นนทบุรี :
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช; 2557.
20. ชโลธร อัญชลีสินทร. กระบวนการบำบัด
ฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของ
ชุมชน กรณีศึกษา “สารภีโมเดล” อำเภอ
สารภี จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์
ปริญญาศิลปศาสตร มหาบัณฑิต
(อาชีวศึกษาและงานยุติธรรม)
มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558.

การพัฒนาการบริการสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิก หมอครอบครัว ตำบลสะอาด อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

ศิริพร เหลืองอุดม¹, พรรณีภา ไชยรัตน์², ดังการ พลลภา³, ศศิธรณ์ นนทะโมลี⁴

บทคัดย่อ

งานวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบบริการสำหรับผู้ป่วยเบาหวานให้มีประสิทธิภาพสร้างผลกระทบที่ดีต่อสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน รวมถึงตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 85 คน ซึ่งได้รับการส่งต่อมารับบริการในคลินิกหมอครอบครัว แบ่งการวิจัยเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) การศึกษาสถานการณ์ 2) พัฒนารูปแบบบริการ 3) ประเมินผล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แนวทางสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และแบบประเมินพฤติกรรมกรมการบริโภคเครื่องดื่มที่มีรสหวาน และระดับน้ำตาลในเลือด วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน Paired sample T-test ผลการวิจัย พบว่า พื้นที่บริการมีศักยภาพจัดการตนเองที่สอดคล้องกับการจัดการภาวะเรื้อรัง มีบริการคลินิกหมอครอบครัวที่มีศักยภาพ ทีมสหวิชาชีพ และอาสาสมัครที่ร่วมจัดบริการมีหลายกลุ่มและมีความเพียงพอ แต่ยังคงขาดทักษะการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมโรค และลดภาวะแทรกซ้อน การเชื่อมต่อข้อมูลสองหน่วยบริการดำเนินการได้ช้า และผู้รับบริการเองยังขาดสมรรถนะในการจัดการตนเอง จึงพัฒนาบริการที่เอื้อให้มีกระบวนการปรับปรุง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยหลักการพัฒนาสติเพื่อสุขภาพ ผลการพัฒนาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมกรมการบริโภคเครื่องดื่มมีรสหวานมีสัดส่วนลดลง การออกกำลังกายฝึกสมาธิ/สติ มีสัดส่วนเพิ่มขึ้น และระดับน้ำตาลในเลือดเกินเกณฑ์ปกติมีสัดส่วนลดลง ข้อเสนอแนะจากงานวิจัยจึงควรเน้นรูปแบบของคลินิกบริการหลายแบบในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาล กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นไปตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย รวมถึงการมีส่วนร่วมบริการของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

คำสำคัญ: ผู้ป่วยเบาหวาน, คลินิกหมอครอบครัว, การพัฒนาสติเพื่อสุขภาพ

1,3,4 พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ โรงพยาบาลน้ำพอง

2 อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

* Corresponding Author; พรรณีภา ไชยรัตน์, Email: pannipachairat@gmail.com

Received: December 14, 2023; Revised February 12, 2024; Accepted February 13, 2024

Development of services for diabetic patients in Sa-ard Primary care cluster Nam Phong District, Khon Kaen Province

Siriporn luangudom¹, Pannipa Chairat², Dangkan ponlap³, Sasithon nontamolee⁴

Abstract

This research aims to develop a service model for diabetic patients. To be effective Create a positive impact on the health of diabetic patients. including responding to the problems and needs of service recipients. The sample group consisted of 85 diabetic patients who were referred to receive services at the primary care cluster. The research is divided into 3 phases: 1) studying the situation 2) developing service models 3) evaluating results. Data were collected using in-depth interviews, focus group discussions, and behavioral assessments for the consumption of sweetened beverages. and blood sugar levels Qualitative data were analyzed using content analysis. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics such as frequency, percentage, mean, and standard deviation. Inferential statistics, Paired sample t-test. The results of the research found that service areas have the potential for self-management that is consistent with chronic condition management. There are potential primary care cluster. Multidisciplinary team and volunteers those participating in providing services are diverse and adequate, but lack skills to support behavior change to control disease of diabetic patients and reduce complications. Data connection between two services is inefficiency, and service recipients who lack the capacity to manage themselves. Therefore, we develop services that facilitate the improvement process. Change behavior with the principles of developing mindfulness for health. The results of the service found that diabetic patients have a habit of consuming sweetened beverages, meditation/mindfulness increased clearly and the proportion of blood sugar levels exceeding normal limits decreased. We would like to suggest from the research that we should focus on various types of clinic services in-outside the hospital, The behavior modification process is based on the patient problems and needs. Including participation in the services of relevant network partners.

Key word: Diabetic patients, Primary care cluster, Developing mindfulness for health.

1,3,4 Registered Nurse, Professional Level, Namphong Hospital, Namphong District, Khon Kaen Province

2 Lecturer, Faculty of Nursing, Udon Thani Rajabhat University

บทนำ (Introduction)

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก ปัจจุบัน โดยสถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลก ในปี 2564 มีผู้ป่วยจำนวน 537 ล้านคน และคาดว่าในปี 2573 จะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน รายงานสถิติสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในระยะ 3 ปีที่ผ่านมาเพิ่มขึ้นปีละ 3 แสนคน อัตราตาย 25.1 ต่อประชากรแสนคน ค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขในการรักษาโรคเบาหวานเฉลี่ย 47,596 ล้านบาทต่อปี นอกจากนี้ยังเป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง โรคไตวายเรื้อรัง เป็นต้น ประเทศไทยมีความชุกโรคเบาหวานในประชากรไทย 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 6.9 เพศหญิงสูงกว่าเพศชาย มีแนวโน้มสูงขึ้นตามอายุ และกลุ่มที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองเบาหวานเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 2 ในเพศหญิง และอันดับ 10 ในเพศชาย พบภาวะแทรกซ้อนมากที่สุด คือ โรคไตเบาหวานขึ้นจอประสาทตา หัวใจขาดเลือด และหลอดเลือดสมอง ตามลำดับ² แต่ภาวะแทรกซ้อนที่มีค่าใช้จ่ายมากที่สุดคือ เป็นแผลและมีเนื้อตาย (gangrene) 13,417 บาทต่อปี โรคหลอดเลือดสมอง 10,418 บาทต่อปี และภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ 9,860 บาทต่อปี ตามลำดับ การควบคุม

ระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมได้เพียงร้อยละ 35.8

จากสถานการณ์และปัญหาของผู้ป่วยเบาหวาน สะท้อนคุณภาพการบริการซึ่งประเมินโดยเครือข่ายวิจัยทางการแพทย์แห่งประเทศไทยและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่าการตรวจคัดกรองเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ค่าการทำงานของไต ระดับน้ำตาลในเลือด ค่าไขมันในเลือด ตรวจช่องปาก ตรวจเท้า ยังดำเนินการได้ในสัดส่วนที่น้อยกว่าร้อยละ 50 อาจมีสาเหตุจากความคุ้มค่าของกิจกรรมการตรวจ ข้อเสนอที่สำคัญในการพัฒนาเพื่อเพิ่มคุณภาพบริการ³ คือการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนของเบาหวาน เช่น การตรวจคัดกรอง การป้องกัน รักษาภาวะแทรกซ้อนซึ่งต้องเชื่อมโยงกับทรัพยากร ค่าใช้จ่าย ความเชี่ยวชาญบุคลากร เครื่องมือเทคโนโลยีที่ใช้ การรักษาเน้นในรูปแบบการจัดการเฉพาะราย และปรับรูปแบบบริการในลักษณะพบแพทย์ในแต่ละครั้งให้นานขึ้น วิเคราะห์ปัญหาเฉพาะราย ผู้ป่วยมีส่วนร่วม (Shared care plan) หรือจัดโปรแกรมการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ ผู้ให้บริการเปลี่ยนบทบาทจากสั่งการรักษาเป็นผู้สนับสนุน²⁻³ การทบทวนวรรณกรรมชั้นนำรูปแบบบริการของคลินิกที่เฉพาะ ได้แก่

- 1) รูปแบบร่วมกับระบบบริการแบบคลินิกรายวัน มีสหวิชาชีพและแนวปฏิบัติที่ทำความเข้าใจร่วมกัน ใช้เวลาในการบริการต่อรายเพิ่มขึ้น

2) รูปแบบที่ใช้ข้อมูลประกอบการบริการจัดโปรแกรมตามระดับการควบคุมโรค ซึ่งแพทย์จะเป็นผู้พิจารณาถึงความถี่ในการนัดหมาย

3) รูปแบบคลินิกบริการที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางการเรียนรู้ประสบการณ์ร่วมกันและกันมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจการดูแลรักษาด้วยตนเอง และ 4) รูปแบบนัดแยกจากระบบบริการปกติ จัดบริการแบบ Health Coach ผู้ให้บริการทำหน้าที่ให้กำลังใจ กระตุ้นเตือน หนุนเสริมอาสาสมัครในการกำกับติดตามในพื้นที่³⁻⁶

โรงพยาบาลน้ำพองมีการออกแบบและการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานและประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงมาอย่างต่อเนื่อง โดยสร้างความร่วมมือกับภาคีปฏิบัติการในระดับพื้นที่ ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยเบาหวานและผู้ดูแลในครัวเรือน อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำท้องที่ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีรูปแบบการจัดบริการแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จ (One stop service) แยกจากระบบปกติของผู้ป่วยนอก ปรับระบบการนัดแบบเฉพาะหมู่บ้าน ตำบล เพื่อให้สะดวกกับการเดินทางมาพร้อมกัน หรือเพื่อนช่วยเพื่อนเตือนกัน พัฒนาศักยภาพบุคลากรทั้ง Nurse care manager และ System management team พัฒนาแนวทางการบริการ การสื่อสารและการวางแผนจำหน่ายเพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชน รวมถึงจัดบริการรักษาพยาบาลในหมู่บ้าน ซึ่งผลที่ได้พบว่า อัตราการควบคุมโรคได้

(HbA1C น้อยกว่า 7) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ตัวอย่างปี 2560-2562 พบร้อยละ 31.07, 30.62, 35.05 ตามลำดับ เกิดภาวะแทรกซ้อนมากที่สุด คือ โรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 4 ร้อยละ 15.19 และ ระยะที่ 5 ร้อยละ 12.29 เบาหวานขึ้นจอประสาทตาร้อยละ 2.25 เกิดแผลที่เท้า ร้อยละ 0.8 อัตราการถูกตัดเท้าร้อยละ 0.07 ตามลำดับ ปัญหาที่เกิดขึ้นส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยภาวะแทรกซ้อนที่ซับซ้อน รุนแรง ผู้ป่วยขาดความรู้และทักษะการจัดการตนเอง เช่น การออกกำลังกาย การจัดการอาหารที่เหมาะสม การรับประทานยาที่ถูกต้อง เป็นต้น

ผู้วิจัยในฐานะเป็นผู้รับผิดชอบงานบริการผู้ป่วยเบาหวาน ของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ น้ำพอง พบความซับซ้อนของปัญหา และระบบการจัดการในรูปแบบของบริการผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลด้วยหลายสาเหตุทั้งจากผู้รับบริการที่ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีปัญหาการเดินทาง การดูแลจัดการตนเอง ส่วนผู้ให้บริการพบปัญหาในส่วนภาระงานจำกัดระยะเวลาบริการด้วยปริมาณผู้รับบริการรายวันที่สูง การวิจัยเชิงปฏิบัติการจึงเป็นแนวทางที่เหมาะสมในการค้นหาความรู้ ปรับเปลี่ยนแนวทางบริการ พร้อมการกำกับติดตามที่มีประสิทธิภาพ ชะลอภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย

จึงปรับระบบบริการในรูปแบบคลินิกบริการผู้ป่วยนอกในหน่วยปฐมภูมิหอมครอบครัว (Primary Care Cluster) มีทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด เกสเซอร์ ทันตบุคลากร ร่วมบริการครบถ้วนเหมือนการจัดบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล มีเป้าหมายพัฒนาบริการที่มีประสิทธิภาพ สร้างผลกระทบที่ดีต่อสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน รวมถึงรูปแบบบริการที่สอดคล้องกับปัญหาและความจำเป็นของผู้ป่วยอีกด้วย

วัตถุประสงค์(Objective)

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การบริการผู้ป่วยเบาหวาน ในพื้นที่ตำบลสะอาด อำเภอ น้ำพอง จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการบริการผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกหอมครอบครัว ตำบลสะอาด อำเภอ น้ำพอง จังหวัดขอนแก่น
3. เพื่อประเมินผลการพัฒนาบริการสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิกหอมครอบครัวตำบลสะอาด อำเภอ น้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

รูปแบบการวิจัยเป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action Research) ใช้กรอบแนวคิดของ Mule & Goodman (2014)⁷ 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบบริการ

และระยะที่ 3 ประเมินผล ขอบเขตการวิเคราะห์สถานการณ์ตามแนวคิดรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model : CCM)⁸ และปรับบริการโดยประยุกต์ใช้หลักการพัฒนาสติเพื่อสุขภาพ เข้ามาเสริมในกิจกรรมบริการ (Mindfulness Development for Health)⁹

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์การบริการผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ โดยวิธีสัมภาษณ์เชิงลึก สทนากลุ่ม และศึกษาจากเอกสารประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ตำบลสะอาด อำเภอ น้ำพอง จังหวัดขอนแก่น ผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาล เกสเซอร์ แพทย์แผนไทย นักกายภาพบำบัด ทันตภิบาล ทันตแพทย์ จากโรงพยาบาลน้ำพอง จำนวน 10 คน ซึ่งเป็นบุคลากรที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลน้ำพอง และไปร่วมจัดบริการคลินิกหอมครอบครัวตำบลสะอาด อำเภอ น้ำพอง จังหวัดขอนแก่น และยินดีเข้าร่วมงานวิจัยอย่างต่อเนื่อง เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม สัมภาษณ์เชิงลึก ประกอบด้วย 1) ความคิดเห็นต่อการบริการผู้ป่วยเบาหวาน 2) รูปแบบการจัดการบริการที่เหมาะสม 3) ปัจจัย เชื้อไขของการจัดบริการเบาหวาน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการจัดบริการผู้ป่วยเบาหวาน คลินิกหอบครอบครัวตำบลสะอาด อำเภอป่าพอง จังหวัดขอนแก่น โดยทำการศึกษาด้วยวิธีสัมภาษณ์เชิงลึก สทนากลุ่ม และทบทวนวรรณกรรมวิเคราะห์แนวปฏิบัติที่ดีในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มีผู้ให้ข้อมูล คือทีมสหวิชาชีพที่ให้บริการในคลินิกหอบครอบครัวจำนวน 10 คน ทีมเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขที่ช่วยบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 12 คน และผู้ป่วยเบาหวานที่ส่งต่อให้มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 85 คน ซึ่งเป็นผู้ที่แพทย์อนุญาตให้กลับมารับการรักษาไถ่บ้าน มีปริมาณน้ำตาลที่เกาะโมเลกุลเม็ดเลือดแดง (HbA1C) มากกว่า 7 mg/dl หรือน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 6 ชั่วโมง มากกว่า 160 mg/dl มารับบริการสม่ำเสมอ และยินดีเข้าร่วมโครงการเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือแนวคำถามในการสนทนากลุ่ม สัมภาษณ์เชิงลึก ประกอบด้วย 1) ประสบการณ์ในการจัดบริการของคลินิกบริการผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลป่าพอง รูปแบบ วิธีการ ปัจจัย เงื่อนไข 2) แนวทางการจัดบริการที่สอดคล้องกับปัญหาและความจำเป็นของผู้รับบริการ การจัดการ(คน ทรัพยากร ข้อมูล) และบทบาทผู้เกี่ยวข้อง 3) ผลผลิต ผลลัพธ์ที่ต้องการ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

ระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนาบริการสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิกหอบครอบครัวตำบลสะอาด อำเภอป่าพอง จังหวัดขอนแก่น โดยประเมินจากผลการจัดบริการผู้ป่วยเบาหวาน ใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แนวทางการสังเกตพฤติกรรมกรรมการเข้าร่วมกิจกรรมรายบุคคล 2) แบบประเมินพฤติกรรมเสี่ยงระดับน้ำตาลในเลือดยุคนบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลแบบประเมินพฤติกรรมเสี่ยง ระดับน้ำตาลในเลือด รายบุคคลวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา เช่น แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุमानเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ย HbA1c และ DTX ก่อนและหลังเข้าร่วมวิจัยด้วยสถิติ Paired sample T-test การตรวจสุขภาพคุณภาพเครื่องมือวิจัย แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตพฤติกรรม รวมถึงแบบประเมินพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวาน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการสัมภาษณ์และยืนยันข้อเท็จจริงจากผู้รับบริการ ผู้วิจัยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่รับผิดชอบคลินิกบริการโรคเรื้อรัง รวมถึงพยาบาลผู้จัดการรายกรณี และพยาบาลที่เชี่ยวชาญการจัดบริการสุขภาพในชุมชน พิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ความครอบคลุม ความเหมาะสมทางด้านเนื้อหา และภาษาที่ใช้

การเก็บรวบรวมข้อมูล(Data Collection)

เสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เมื่อผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้วจึงเสนอโครงการวิจัยต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลน้ำพองเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์รายละเอียดการวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เลขที่ KEC 63043/2563 ลงวันที่ 9 เมษายน 2563 การดำเนินวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตลอดการวิจัยตามหลักจริยธรรมในมนุษย์ทุกประการ

สรุปผลการวิจัย (Conclusion)

ผลการศึกษาระยะที่ 1 การศึกษา
สถานการณ์การบริการผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ตำบลสะอาด อำเภอ น้ำพอง จังหวัดขอนแก่น มีรายละเอียดดังนี้

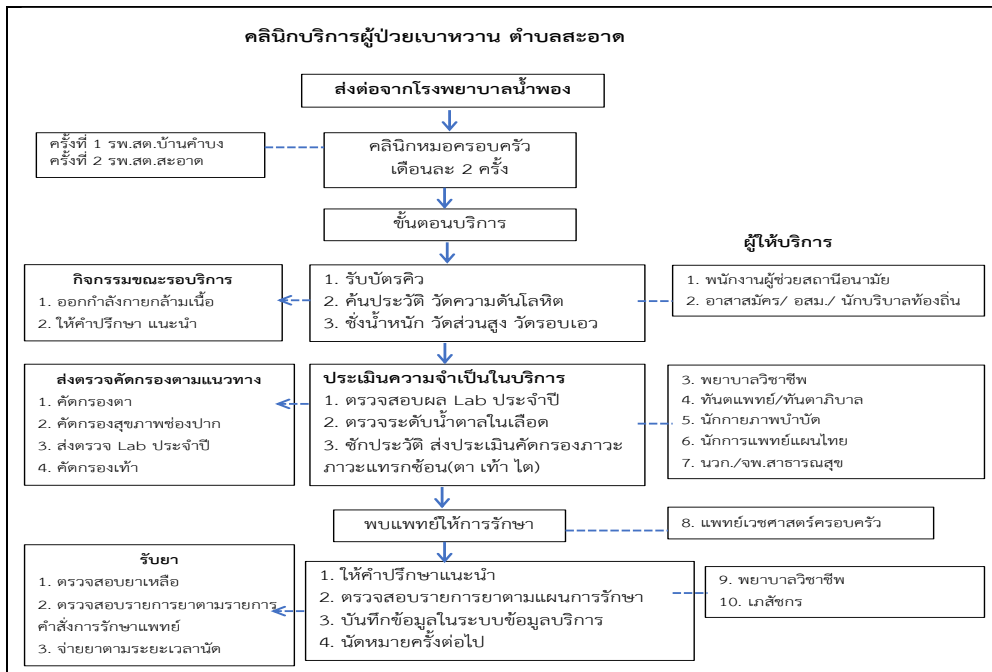
1. ผลการศึกษาศักยภาพการจัดการตนเองของพื้นที่ตำบลสะอาดมี 14 หมู่บ้าน 1,738ครัวเรือน ประชากร 8,562 คน ประชากรวัยเด็ก (น้อยกว่า 15 ปี) 1,638 คน (ร้อยละ 19.13) วัยทำงาน(15-59 ปี) 4,705 คน (ร้อยละ 54.95) วัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) 2,219 คน (ร้อยละ 25.91) อัตราพึ่งพิงรวม 82 คน โดยเป็นอัตราพึ่งพิงวัยสูงอายุ 47 คน

และวัยเด็ก 35 คน ต่อประชากรวัยทำงาน 100 คน ดำเนินการในลักษณะการช่วยเหลือดูแลกัน ได้แก่ การจัดสวัสดิการช่วยเหลือดูแลเมื่อเกิดป่วย เสียชีวิต เช่น กองทุนหมู่บ้าน กองบุญสวัสดิการวันละบาท กองทุนสวัสดิการชมรมผู้สูงอายุ ฅมาปณิกสงเคราะห์หมู่บ้าน เป็นต้น ในด้านเศรษฐกิจส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมรวมกลุ่มอาชีพในลักษณะอาชีพเสริม เช่น กลุ่มผลิตน้ำยาเอนกประสงค์ ข้าวซ่อมมือผลิตลูกประคบ ทอเสื่อ เลี้ยงวัวนม เป็นต้น การคมนาคมในหมู่บ้าน ระหว่างหมู่บ้านส่วนใหญ่เป็นถนนคอนกรีตได้รับการปรับปรุงซ่อมแซมผิวถนน มีการคัดแยกขยะและมีถังรองรับขยะทุกครัวเรือน ใช้น้ำอุปโภคจากประปาหมู่บ้าน 8 หมู่บ้าน และใช้น้ำประปาส่วนภูมิภาค 6 หมู่บ้าน เฉพาะหมู่ที่ 3,10,12 ใช้ประปาบาดาลทั้งอุปโภคและบริโภค มีการบริหารจัดการกันเองทั้งในส่วนของคุณภาพและมาตรฐาน จากแผนกองทุนสุขภาพตำบล 2564 ปัญหาชุมชน 5 อันดับแรก ได้แก่ 1) จำนวนผู้ป่วยเรื้อรัง มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง) 2) ปัญหาการจัดการขยะครัวเรือน 3) ปัญหาการใช้สารเคมีในการเกษตร 4) ปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงกลุ่มวัยรุ่น 5) ผู้สูงอายุมีความพิการ ไม่มีคนดูแล เจ็บป่วยเรื้อรัง ติดบ้าน ติดเตียง ศักยภาพในการจัดการด้านสุขภาพ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 แห่ง คือ รพ.สต.นาศรี และรพ.สต.คำบาง

แบ่งพื้นที่บริการแห่งละ 7 หมู่บ้าน มีคลินิก หมอครอบครัว กองทุนสุขภาพตำบล ศูนย์ดูแลและฟื้นฟูผู้สูงอายุและคนพิการ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (care givers) อสม. หมอครอบครัว อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุและคนพิการ เป็นต้น 2. ผลการศึกษาการจัดบริการคลินิกหมอครอบครัวตำบลสะอาด จัดบริการรักษาพยาบาลโรคเรื้อรังแบบคลินิกผู้ป่วยนอกเต็มรูปแบบ มีทีมสหวิชาชีพให้บริการ ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร ทันตแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุข นักการแพทย์แผนไทย และนักโภชนาการ และติดตามเยี่ยมดูแลสุขภาพที่บ้านกรณียุ่งยาก ปัญหาซับซ้อน ต้องใช้ทีมสหวิชาชีพช่วยสนับสนุน 3. ผลการศึกษาระบบสนับสนุนการดูแลและบริการ ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ 1) **ทุนทางสังคม** ได้แก่ (1) ทีมสหวิชาชีพ (ทีมหมอครอบครัว) จากโรงพยาบาลน้ำพอง มีทักษะ ความรู้ ความเชี่ยวชาญในการจัดบริการ วินิจฉัยและแก้ปัญหาผู้รับบริการได้ (2) กองทุนสุขภาพตำบล สนับสนุนการจัดการสุขภาพกลุ่มภาวะเรื้อรัง เช่น การตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการจัดคลินิกบริการรักษา เป็นต้น (3) กลุ่มอาสาสมัคร ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข นักบริหาร ชุมชน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ช่วยสนับสนุนบริการในคลินิก อำนวยความสะดวกผู้รับบริการ รวมถึงการให้คำแนะนำช่วยเหลือ เยี่ยมบ้าน

ต่อเนื่อง (4) หน่วยกู้ชีพ กู้ภัย ช่วยรับส่ง เคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่สูงอายุติดบ้าน มารับบริการในวันที่มีบริการคลินิก (5) โรงพยาบาลน้ำพอง สนับสนุนทีมสหวิชาชีพร่วมจัดบริการ พร้อมทั้งยาและเวชภัณฑ์ ทุกรายการ (6) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จัดสถานที่ที่เอื้อต่อการจัดทีมบุคลากรสนับสนุนบริการ ส่งต่อและติดตามในชุมชน 2) **ระบบข้อมูลทางคลินิก** มี 2 ลักษณะ ได้แก่ (1) ข้อมูลที่บันทึกบริการรักษาพยาบาล เช่น บันทึกการรักษ การคัดกรอง และ (2) ข้อมูลผู้ป่วยที่เชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาล และหน่วยตรวจหมอครอบครัว ยังพบปัญหาความเชื่อมโยงของข้อมูลไม่ครบถ้วน ส่งผลต่อการตัดสินใจตรวจรักษาของแพทย์ 3) **การบริการผู้ป่วยเบาหวาน** จัดบริการตรวจรักษาเดือนละ 2 ครั้ง โดยแบ่งเป็นพื้นที่บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งละ 1 ครั้ง ผู้ให้บริการ คือ ทีมสหวิชาชีพ หรือทีมหมอครอบครัวจากโรงพยาบาลน้ำพอง และบุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กำหนดขั้นตอนและกิจกรรมบริการ ตามแผนภาพที่ 1 และบทบาททีมสหวิชาชีพที่ร่วมบริการ **ตารางที่ 1** พบว่ามีปัญหาในส่วนของทักษะความเชี่ยวชาญของผู้ให้บริการในการคัดกรองประเภทต่างๆ ลำดับขั้นตอนมีหลายอย่าง ซับซ้อนระบบข้อมูลที่เชื่อมโยงประวัติผู้รับบริการส่งผลกระทบต่อบริการที่ล่าช้า ไม่ต่อเนื่อง ผู้ป่วยต้องมารับบริการถี่ขึ้น รวมถึงปัญหาในส่วนของ การควบคุมโรคทั้งระดับน้ำตาลในเลือดที่เกิดขึ้นระดับปกติ และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ซับซ้อนมากขึ้น

แผนภาพที่ 1 ขั้นตอนบริการคลินิกผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลสะอาด (ก่อนพัฒนา)



ตารางที่ 1 บทบาทของทีมนสหวิชาชีพที่ร่วมให้บริการในคลินิกหมอมหอรบครัว

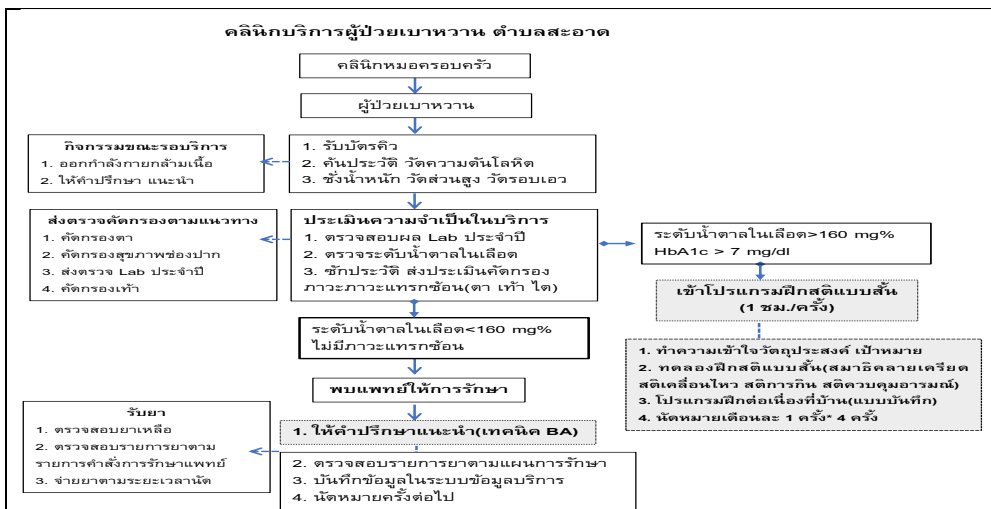
สหวิชาชีพ	บทบาท
1. แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว	ตรวจรักษา การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน การให้คำแนะนำ การส่งต่อการรักษา การปรับยาตามผลระดับน้ำตาล ซึ่งทำหน้าที่ตรวจรักษาทุกครั้งในการบริการคลินิกโรคเรื้อรังที่รพ.สต.
2. เภสัชกร	ตรวจนับยาผู้ป่วยก่อนพบแพทย์ จัด แจกยา และให้คำแนะนำการใช้ยาที่ถูกต้อง ซึ่งทำหน้าที่ประเมิน ตรวจสอบการจัด จ่ายยาทุกครั้งในการบริการคลินิกโรคเรื้อรังที่รพ.สต.
3. พยาบาลวิชาชีพ (2 คน)	ตรวจสอบการตรวจทางห้องปฏิบัติการประจำปี ชักประวัติคัดกรอง ให้คำปรึกษาแนะนำก่อนและหลังพบแพทย์ ตรวจสอบการบันทึกข้อมูลในระบบข้อมูลต่างๆ
4. นวภ./จพ. สาธารณสุขชุมชน	เจาะตรวจเลือดระดับน้ำตาลบริเวณปลายนิ้ว
5. พนักงานผู้ช่วยสถานีอนามัย	จัดเตรียมและตรวจสอบความพร้อมของอุปกรณ์ เครื่องมือทุกจุดบริการ
6. อาสาสมัคร/ อสม./ นักบริบาลชุมชน	จัดลำดับคิว คั่นบัตร ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว วัดความดันโลหิต พร้อมบันทึกผลในเวชระเบียน

สหวิชาชีพ	บทบาท
7. ทันตแพทย์/จพ.ทันตสาธารณสุข	ตรวจคัดกรองช่องปากตามมาตรฐาน ให้คำปรึกษา แนะนำ ส่งต่อเข้ารับบริการหากพบความผิดปกติ
8. นักกายภาพบำบัด	ประเมิน คัดกรอง และดูแลผู้ป่วยเบาหวาน รวมถึงการส่งต่อหากพบความผิดปกติ
9. แพทย์แผนไทย/ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย	ให้ความรู้ แนะนำ ปรึกษา และสาธิตการออกกำลังกาย พื้นฟูจุดที่มีความเสี่ยง การดูแลส่งเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการจัดบริการผู้ป่วยเบาหวาน คลินิกหอมครอบครัวตำบลสะอาด อำเภอ น้ำพอง จังหวัดขอนแก่น จากสถานการณ์การบริการในคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาล ผู้การจัดบริการรูปแบบคลินิกหอมครอบครัว ยังพบปัญหาและความต้องการ 3 ส่วน ได้แก่ 1) ปัญหาการควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวาน ทั้งระดับน้ำตาล การเกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น 2) ศักยภาพการจัดบริการในส่วนของบุคลากร ทรัพยากรสนับสนุนมีเพียงพอ แต่ขาดกระบวนการในการส่งเสริมสนับสนุนการจัดการตนเอง

ของผู้ป่วยที่มาใช้บริการ 3) ระบบข้อมูลที่ใช้หลายระบบ ส่งผลต่อภาระงานที่ต้องบันทึกและจัดการให้ครบถ้วน รวมถึงขาดการเชื่อมโยงข้อมูลสนับสนุนการตรวจรักษาให้เป็นระบบเดียวกัน ส่งผลต่อการให้การรักษของแพทย์ รวมถึงการนัดหมาย จึงจัดทำร่างรูปแบบบริการเพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเบาหวานปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จัดการตนเอง รวมถึงการควบคุมโรค โดยเฉพาะระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อลดหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน ดังแผนภาพที่ 2

แผนภาพที่ 2 ขั้นตอนบริการคลินิกบริการผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลสะอาด (หลังพัฒนา)



มีงานและกิจกรรมที่สนับสนุนการปรับระบบบริการ ดังนี้ 1) พัฒนาศักยภาพทีมสหวิชาชีพที่ร่วมให้บริการให้มีความรู้และทักษะการนำใช้หลักการพัฒนาสติเพื่อสุขภาพ (Mindfulness Development for Health) 2) ประสาน สร้างความร่วมมือกับองค์กรเครือข่ายร่วมจัดบริการ ได้แก่ กองทุนสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข ท้องที่ ครอบครัวและผู้ดูแล 3) พัฒนาระบบข้อมูลให้เชื่อมโยงกันจากโรงพยาบาลถึงคลินิกเป็นระบบเดียวเพื่อลดภาระงานทีมสหวิชาชีพได้ใช้ข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพ 4) มีกระบวนการในการปรับระบบการดูแลจัดการตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวโดยใช้คู่มือ แนวทางที่มีองค์ประกอบเนื้อหาในส่วนของการประเมินตนเอง และโปรแกรมการฝึกสติที่บ้าน **ระยะที่ 3** ประเมินผลการพัฒนาบริการสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิกหมอครอบครัวตำบลสะอาด อำเภอ น้ำพอง จังหวัดขอนแก่น หลังการปรับบริการ 6 เดือน จัดบริการทั้งสิ้น 12 ครั้ง มีผู้รับบริการใน

คลินิกเบาหวานครั้งละ 30-40 คน แต่ละรอบบริการมีผู้ป่วยใหม่เข้าเกณฑ์ที่ต้องเข้ากระบวนการฝึกสติแบบสั้น 10-15 คน รวมทั้งสิ้น 85 คน โดยแบ่งเป็นเพศหญิง 62 คน (ร้อยละ 72.9) เพศชาย 38 คน (ร้อยละ 27.1) ส่วนใหญ่อายุ 60 ปีขึ้นไป 1 ใน 3 มีบุตรเป็นผู้ดูแลหลัก 1) ผลการปรับพฤติกรรม การบริโภคอาหาร เครื่องดื่มที่มีรสหวาน การออกกำลังกาย ที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีพฤติกรรมบริโภคสมุนไพรร่วมกับเครื่องดื่มที่มีรสหวาน ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม มีสัดส่วนลดลง ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรม ส่วนพฤติกรรมการออกกำลังกายมีสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นเล็กน้อย ประเภทการออกกำลังกายที่ปฏิบัติมากที่สุด คือการเดิน และมีการฝึกสมาธิเพิ่มขึ้น 2) ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ที่เข้าร่วมกิจกรรม ค่าเฉลี่ย HbA1c และ DTX หลังการพัฒนาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.001$

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับ Hba1c และ DTX ของผู้ป่วยเบาหวานก่อน

และหลังการพัฒนา (n=85)

น้ำตาล ในเลือด	ก่อนปรับบริการ		หลังปรับบริการ		Mean different(SD)	95% CI		t	p
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD		Lower	Upper		
HbA1c	9.03	2.1	7.3	1.2	1.7 (1.7)	1.3	2.1	9.1	.001
DTX	197.7	36.1	156.6	47.8	41.1 (55.1)	29.1	53.0	6.8	.001

อภิปรายผลและสรุปผลการวิจัย

(Discussion and Conclusion)

1. สถานการณ์การบริการผู้ป่วยเบาหวาน พื้นที่ตำบลสะอาดมีลักษณะโครงสร้างประชากรที่เข้าสู่สังคมผู้สูงวัยระดับสุดยอด (Super Aged Society) คือ มีผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 25.91 วัยแรงงานทุกๆ 2 คน ต้องดูแลผู้สูงอายุ 1 คน ส่วนการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานเป็นผู้สูงอายุถึง 2 ใน 3 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดสอดคล้องกับสถิติการเจ็บป่วยโรคเรื้อรังในระดับประเทศ⁹ มีศักยภาพในการสนับสนุนจัดการกับปัญหาเรื่องเบาหวานครอบคลุมประเด็นทางด้านสวัสดิการสังคม ดูแลช่วยเหลือกันในรูปแบบกองทุนสวัสดิการดูแลเจ็บป่วย ตาย กลุ่มจิตอาสาที่ช่วยเหลือส่งเสริมการลดรายจ่าย เพิ่มรายได้ รวมถึงการสนับสนุนทรัพยากรในการจัดบริการโรคเบาหวานที่ครบถ้วน และมีศักยภาพเพียงพอในการจัดบริการครอบคลุมทุกมิติ การบริการ ได้แก่ ความเชี่ยวชาญทางคลินิก ระบบข้อมูลที่สนับสนุนบริการมีครบถ้วนเป็นปัจจุบัน การสนับสนุนของหน่วยงาน องค์กรในชุมชน รวมถึงงานและกิจกรรมในคลินิกบริการ ส่งผลให้บริการสุขภาพเกิดประสิทธิภาพได้¹⁰⁻¹³ 2. พัฒนารูปแบบการจัดบริการผู้ป่วยเบาหวาน โดยจัดการกับในส่วนที่เป็นปัญหา และปรับเพิ่มกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ด้วยการฝึกสติ ซึ่งต้องปรับ

แนวทางขั้นตอนในการจัดบริการ^{3,9} พัฒนากิจกรรมปรึกษา แนะนำเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และปรับระบบข้อมูลให้เชื่อมโยงเข้าถึงได้ทั้งโรงพยาบาล หน่วยตรวจ (คลินิกหมอครอบครัว) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่งผลให้ผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เข้าร่วมกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และเกิดผลดีและความปลอดภัยของผู้รับบริการ¹³⁻¹⁴ 3. ผลการปรับรูปแบบบริการ โดยเพิ่มการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้รับบริการโดยใช้โปรแกรมฝึกสติแบบสั้น และจัดทำแนวทางฝึกต่อที่บ้านพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีพฤติกรรมการบริโภคสมุนไพร เครื่องดื่มที่มีรสหวานก่อนเข้าร่วมกิจกรรม มีสัดส่วนลดลงภายหลังเข้าร่วมกิจกรรม ส่วนพฤติกรรมการออกกำลังกายมีสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นเล็กน้อย อีกทั้งส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงได้อีกด้วย ซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานทางวิชาการในการเสริมพลังผู้ป่วยในการจัดการตนเอง³⁻⁶ แต่หากไม่มีการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง ก็อาจจะกลับมามีปัญหาที่มีความเสี่ยงและเข้าสู่ภาวะแทรกซ้อนได้เร็วขึ้น จึงควรที่ต้องจัดการต่อเนื่องในรูปแบบบริการในคลินิก¹⁵

ข้อเสนอแนะ

1. การจัดหน่วยบริการโรคเรื้อรังนอกโรงพยาบาลควรดำเนินการในรูปแบบที่มีทีมสหวิชาชีพเพียงพอโดย เฉพาะแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว พยาบาลวิชาชีพ เกษัชกร

2. พัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมพัฒนาทักษะทีมสหวิชาชีพ อาสาสมัคร ผู้ดูแลในครัวเรือนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้หลักการพัฒนาสติเพื่อสุขภาพหรือหลักการอื่นๆที่เกี่ยวข้องและประยุกต์ใช้สนับสนุนการจัดบริการในระบบปกติ 3. โรงพยาบาลจัดปรับระบบบริการผู้ป่วยนอกในรูปแบบที่เฉพาะกรณีกลุ่มโรคที่มีลักษณะปัญหาและความต้องการใกล้เคียงกันกับเบาหวานไม่ควรใช้ระบบบริการรูปแบบเดียวในทุกกลุ่มโรค 4. ผู้นำท้องที่ กลุ่มอาสาสมัคร กองทุนสวัสดิการชุมชน กองทุนสุขภาพตำบล สนับสนุนการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน โดยการร่วมค้นหาและพัฒนาศักยภาพอาสาสมัคร เพิ่มช่องทางการสื่อสารข้อมูล สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ครอบครัว และผู้ดูแลผ่านหลายช่องทาง

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ขอขอบคุณทีมเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอ น้ำพอง ประกอบด้วย สหวิชาชีพจากโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการสนับสนุนการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สมเกียรติ โพธิ์สัตย์, สถิตย์ นิรมิตมหาปัญญา, ชัยชาญ ดีโรจน์วงศ์, วีระศักดิ์ ศรีนินนากร, นภา ศิริวิวัฒน์นกุล, สิทธิชัย อาชาอินดี และคณะ. โรคเบาหวาน

Thailand Medical Services Profile 2011 – 2014. [Internet]. 2023 [Cited 2022 June 10]; Available from: <https://www.hiso.or.th/thaihealthstat/report/ThailMedicalServices.php?y=2014&I=tmsp1.0>

2. Ngarmukos C, Bunnag P, Kosachunhanun N, Krittiyawong S, Leelawatana R, Prathipanawat T and et al. Thailand diabetes registry project: prevalence, characteristics and treatment of patients with diabetic nephropathy. [Internet]. 2023. [Cited 2023 May 30]; Available from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17715832>.
3. ปฐมพร ศิระประภาศิริ, สันติ ลาภเบญจกุล. คู่มือการจัดการบริการคลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูงวิถีใหม่ แบบยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (สำหรับระดับผู้ปฏิบัติงาน): กองวิชาการแพทย์กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2563.
4. สำนักโรคไม่ติดต่อ. คู่มือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในคลินิก NCD คุณภาพ. กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2558 ;10-11.

5. กอบกุล ยศณรงค์. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานสู่ระบบบริการระดับปฐมภูมิในเครือข่ายบริการสุขภาพ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2555; 6(2) : 290- 297
6. ภิญญา ไปมูลเปี่ยม, พัทธนี อินใจ, วินัย บันทะนะ, ไชยวัฒน์ น้ำเย็น. การพัฒนาระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชนภายใต้บริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่สาคร อ.เวียงสา จ.น่าน.วารสารระบบสาธารณสุข. 2559; 25(3): 394-400
7. Moule P., Goodman M. Nursing Research: An Introduction. Sage Publications; 2014.
8. Wagner E.H. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness. 1998; 1(1): 2-4.
9. กรมสุขภาพจิต. หลักสูตรและแผนการสอน เรื่อง การพัฒนาสติเพื่อสุขภาพ (Mindfulness Development for Health). กลุ่มที่ปรึกษากกรมสุขภาพจิต; 2557.
10. พรณิภา ไชยรัตน์, ขนิษฐา นันทบุตร. สถานะและศักยภาพชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ ตำบลแห่งหนึ่งภาคเหนือประเทศไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2562; 28(5): 56-62.
11. อาทิตยา วัจวนสินธุ์, จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ. การประเมินผล การดูแล ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในมุมมองของผู้รับบริการที่รับบริการในหน่วยสุขภาพที่แตกต่างกัน: กรณีศึกษาเขตบริการสุขภาพที่ 2. มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2559.
12. สุทธิ เชิดชูตระกูลศักดิ์, นิรัชรา ลิลละย์กุล, เจษฎากร โนนินทร์. การพัฒนารูปแบบการจัดบริการผู้ป่วยโรคเบาหวานเครือข่ายสุขภาพอำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2565; 31(6): 1061-1070.
13. อัมพรทิพย์ อุดทาโท. การพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วย เบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ รพสต.บ้านดอกคำใต้ ต.แม่ตึบ อ.งาว จ.ลำปาง. เชียงรายเวชสาร. 2564;13(1) :136- 151
14. ปราโมทย์ ถ่างกระโทก. บทบาทพยาบาลวิชาชีพในการจัดการโรคเรื้อรัง. วารสารสงขลานครินทร์. 2560; 37(2) :154-159.
15. Martin Gulliford, Smriti Naithani and Myfanwy Morga. What is 'continuity of care'?. [Internet]. Journal of Health Services Research & Policy. 2006; 11(4). 2006. [Cited 2023 May 30]; Available from <https://hsr.sagepub.com> at Kings College.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลหนองนาคำ อำเภอหนองนาคำ จังหวัดขอนแก่น

ภัทรพร ภูคลัง¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลหนองนาคำ อำเภอหนองนาคำ จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 16 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา แบบประเมินแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ โดยใช้สถิติ Chi Square ผลการศึกษาพบว่า ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 1.40$ SD = 0.94) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การมาตรวจตามแพทย์นัด (p-value = 0.02) ปัจจัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.48) และปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.40) การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าควรพัฒนากระบวนการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมาตรวจตามแพทย์นัด

คำสำคัญ: โรคจิตเภท, ความร่วมมือในการใช้ยา, แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ,

การสนับสนุนทางสังคม

นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลหนองนาคำ จังหวัดขอนแก่น

Corresponding Author; Phatarabhorn Phuklung, Email: tobutuber@gmail.com

Received: January 6, 2024; Revised February 11, 2024; Accepted February 17, 2024

Factor Associated with Medication Adherence of Schizophrenia in Nong Na Kham Hospital Nong Na Kham District Khon Kaen Province

Phatarabhorn Phuklung¹

Abstract

This cross-sectional study aimed to study the factors related to health belief model, social support and medication adherence among schizophrenia patients in Nong Na Kham Hospital Nong Na Kham District Khon Kaen Province. The sample group consisted of 16 schizophrenia patients collected data from medication adherence scale for Thais health belief model and social support questionnaires. The factor associated was analyzed by Chi Square statistics. Results indicated that medication adherence among schizophrenia patients is at a high level (\bar{X} = 1.40 SD = 0.94). Factors that have a statistically significant relationship with medication adherence were regular doctor visits (p-value = 0.02). The health belief model factor was associated without statistically significant (p-value = 0.48) and social support factor was associated without statistically significant (p-value = 0.40) This study suggests that processes that encourage patients to keep their doctor appointments should be developed.

Keywords: Schizophrenia, Medication adherence, Health belief model, Social support

¹ Medical Physician, Professional Level, Nong Na Kham Hospital, Khon Kaen Province

บทนำ

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคจิตเวชที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ และพบมากที่สุดในกลุ่มโรคจิตเวช จากสถิติโลกผู้ป่วยจิตเภทมากกว่า 21 ล้านคน โดยพบอุบัติการณ์โรคประมาณ 0.1 – 0.5 ต่อพันประชากร ความชุกเท่ากับ 2.5 – 5.3 ต่อพันประชากร ความชุกตลอดชีพเท่ากับ 7.0 – 9.0 ต่อพันประชากร เพศหญิง เพศชาย เป็นได้เท่าๆ กัน พบในช่วง 15-54 ปี ส่วนใหญ่มีอาการในช่วงวัยรุ่นต้นๆหรือผู้ใหญ่¹ ในประเทศไทย พบความชุกของโรคจิตเภทเท่ากับร้อยละ 0.88 โดยมีสัดส่วนเพศชายต่อหญิงเท่ากับ 1.1 ต่อ 1 ระยะเวลาที่พบอุบัติการณ์ คือ ช่วงอายุ 15-24 ปี โดยมีระยะเวลาในการป่วยประมาณ 30-34 ปี² จังหวัดขอนแก่นพบผู้ป่วยสูงที่สุด คือ อำเภอเมืองขอนแก่น อำเภอบ้านไผ่ และอำเภอชุมแพ จำนวน 22,182, 2,464 และ 1,461 ราย ตามลำดับ ส่วนโรงพยาบาลหนองคำ ปี 2566 นั้น มีผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 387 ราย เป็นผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 96 ราย คิดเป็นร้อยละ 21 ปัญหาที่พบ คือ ขาดการรักษาที่ต่อเนื่องจำนวน 54 ราย คิดเป็นร้อยละ 56 ไม่มาพบแพทย์ตามนัดจำนวน 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 16 รับประทานยา/จิตยาไม่ตรงตามแพทย์สั่งจำนวน 31 ราย คิดเป็นร้อยละ 32 การป้องกันไม่ให้อุบัติการณ์ผู้ป่วยจิตเภท

เกิดอาการกำเริบเป็นสิ่งสำคัญยิ่งแม้ว่าโอกาสการกลับเป็นซ้ำสามารถเกิดอุบัติการณ์ได้เสมอหลังจากผู้ป่วยจิตเภทได้รับการรักษาจนอาการทางจิตสงบแล้วก็ตาม³

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการกลับเป็นซ้ำพบว่า กระบวนการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การมีส่วนร่วมโดยชุมชนและทีมสหวิชาชีพ แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามทางการตัดสินใจแบบมีส่วนร่วม และกระบวนการกำกับติดตามผู้ป่วยจิตเภท⁴ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลับเป็นซ้ำพบว่า 1) ความเชื่อด้านสุขภาพในโรคจิตเภท โดยด้านการรับรู้ความเสี่ยงของโรคจิตเภท พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีการกำเริบและกลับเป็นซ้ำจากความเชื่อได้แก่ ไม่ได้ได้รับการรักษาในระยะเฉียบพลันไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ใช้สารเสพติด ปัญหาความสัมพันธ์กับผู้ดูแลถูกตีตรา และความเสื่อมถอยของสมรรถภาพจากการป่วยซ้ำ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคจิตเภทได้แก่ขาดยาใช้สารเสพติดและการตีตราผู้ป่วยจากพฤติกรรมความรุนแรง ด้านการรับรู้อุปสรรคต่อการฟื้นฟูดูแลตนเองในโรคจิตเภทได้แก่ ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท เจตคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วย

ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาได้แก่ การส่งต่อผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาได้อย่างรวดเร็ว การรับประทายยาต่อเนื่อง การให้ความสำคัญกับผู้ดูแล การมีส่วนร่วมของชุมชน การฟื้นฟูทักษะการดูแลตนเองความปลอดภัยและความสงบสุขของชุมชนด้านสิ่งกระตุ้นจูงใจให้ปฏิบัติในโรคจิตเภทได้แก่ การสนับสนุนความรู้จากเจ้าหน้าที่การมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภทการฝึกปฏิบัติแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวชุมชนการสนับสนุนด้านกำลังใจและด้านการรับรู้ความสามารถได้แก่ ประสิทธิภาพความสำเร็จจากการดูแลผู้ป่วยและมุมมองด้านบวกในการดูแล 2) พฤติกรรมการมีส่วนร่วมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทพบว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวจะช่วยสนับสนุนให้ชุมชนและภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพและจัดการปัญหาด้วยทรัพยากรในท้องถิ่น 3) แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนพบว่ามี 3 แนวทางที่สำคัญได้แก่ (1) การคืนข้อมูลด้านสุขภาพแก่ชุมชน (2) การสนับสนุนความรู้และการฝึกทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยด้วยกิจกรรมตามบริบทวิถีเดิมอย่างสม่ำเสมอ และ (3) การบูรณาการการทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วน⁵ และการศึกษา

โปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยจิตเภท ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนผู้ป่วยจิตเภทพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมการปฏิบัติตัวสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ระยะหลังสิ้นสุดการทดลอง ผู้ป่วยกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมการปฏิบัติตัวสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ⁶

โรงพยาบาลหนองนาคำ จังหวัดขอนแก่นมีคลินิกจิตเวชที่มีแพทย์ และพยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางจิตเวชได้ดำเนินการส่งเสริมความรู้ และการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่อง จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทในบริบทของโรงพยาบาลหนองนาคำ จังหวัดขอนแก่นโดยศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม ผลของการวิจัยเพื่อนำไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภทในบริบทของอำเภอหนองนาคำต่อไป

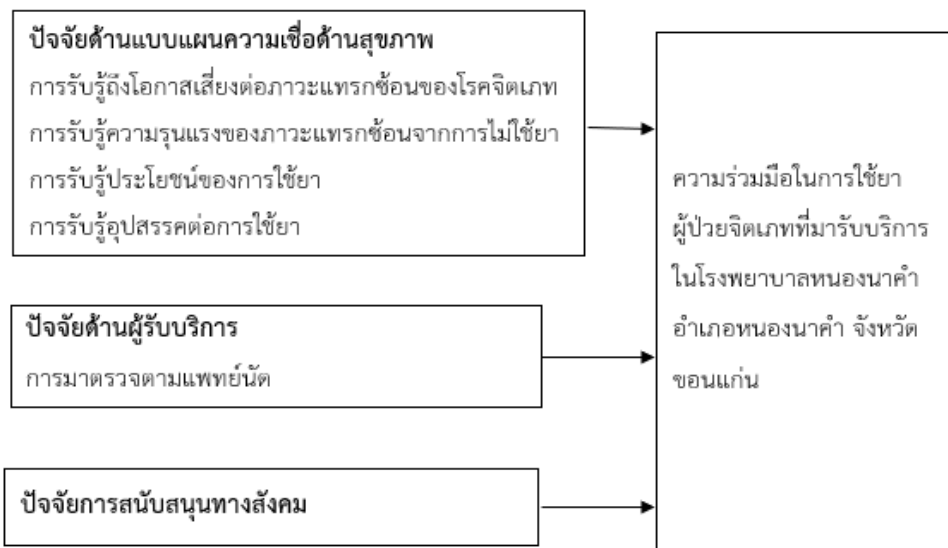
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านผู้รับบริการ ได้แก่ การมาตรวจตาม แพทย์นัด กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลหนองนาคำ อำเภอหนองนาคำ จังหวัดขอนแก่น

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และ ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลหนองนาคำ อำเภอหนองนาคำ จังหวัดขอนแก่น

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากกรอบแนวคิดการวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับผู้วิจัยนำตัวแปรที่สำคัญจากผลการศึกษากลับมาข้างต้นได้แก่ 1) ปัจจัยด้านผู้รับบริการ 2) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพประกอบด้วยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคจิตเภท การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากการไม่ใช้ยา การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยา และการรับรู้อุปสรรคต่อการใช้ยา และ 3) การสนับสนุนทางสังคม มาประยุกต์ใช้ในงานวิจัยนี้



กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ขึ้นทะเบียนรับบริการในโรงพยาบาลหนองนาคำ อำเภอหนองนาคำ จังหวัดขอนแก่น ทั้งเพศชาย และหญิง ในปี พ.ศ.2566

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาลหนองนาคำ อำเภอหนองนาคำ จังหวัดขอนแก่น ในเดือนตุลาคม 2566 เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ได้กลุ่มตัวอย่าง 16 ราย

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) 1. เป็นผู้ที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ของโรงพยาบาลหนองนาคำ อำเภอหนองนาคำ จังหวัดขอนแก่น ไม่น้อยกว่า 6 เดือน โดยมารับบริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลหนองนาคำ หรือรับบริการตรวจรักษาจากสถานบริการสุขภาพแห่งอื่น 2. ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ พูดคุยสื่อสารภาษาไทยได้รู้เรื่อง ไม่เป็นอุปสรรคต่อการเก็บข้อมูล 3. คะแนนประเมินอาการทางจิตในระดับน้อยกว่า 30 คะแนน ((Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS)

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) 1. มีภาวะซึมเศร้า ใช้สารเสพติด 2. ปฏิเสธการให้ข้อมูล

เกณฑ์สิ้นสุด เมื่อโครงการวิจัยสิ้นสุด

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลคุณลักษณะทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพการสมรส สิทธิการรักษา การมาตรวจตามแพทย์นัด **ส่วนที่ 2** แบบประเมินความร่วมมือในการเข้าผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้เครื่องมือ Medication Adherence Scale for Thais หรือ MAST ที่พัฒนาโดยรัชกา อัครกรณกุล⁷ ซึ่งมีค่า Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.85 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ของคะแนนมีค่าเท่ากับ 0.88 **ส่วนที่ 3** แบบประเมินแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีจำนวนข้อคำถาม 30 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของความเจ็บป่วย (6 ข้อ) การรับรู้ถึงความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากการไม่ใช้ยา (8 ข้อ) การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา (6 ข้อ) และการรับรู้อุปสรรคต่อการใช้ยา (10 ข้อ) ซึ่งใช้มาตราวัดส่วนประมาณค่า (Rating scale) **ส่วนที่ 4** แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิดของเซฟเฟอร์ และคณะ⁸ โดยถามแหล่งของการได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับปฐมภูมิ คือ บุคคลในครอบครัว มีข้อคำถาม 19 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์จิตใจและสังคม (7 ข้อ) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (7 ข้อ) และการสนับสนุนด้านการเงิน วัสดุสิ่งของ (5 ข้อ) ซึ่งใช้มาตราวัดส่วนประมาณค่า (Rating scale)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach ดังนี้ แบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach เท่ากับ 0.80 แบบประเมินแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของความเจ็บป่วย ด้านการรับรู้ถึงความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากการไม่ใช้ยา ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา และด้านการรับรู้อุปสรรคต่อการใช้ยาได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach เท่ากับ 0.80, 0.82, 0.97 และ 0.84 ตามลำดับ และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนด้านอารมณ์จิตใจและสังคม การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านการเงิน วัตถุประสงค์ของ ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach เท่ากับ 0.86, 0.81 และ 0.97

จริยธรรมในการวิจัย ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น กระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 5 ตุลาคม 2566 เลขที่โครงการวิจัย REC 040/2566

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการวิจัย

1. ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งอธิบายถึงขั้นตอนในการเสริมสร้างแรงจูงใจรวมถึงการตอบแบบสอบถามโดยละเอียดให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันทั้งผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ 2. เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปแบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาแบบประเมินความเชื่อด้านแบบแผนสุขภาพการสนับสนุนทางสังคม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปกับความร่วมมือในการใช้ยา ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการใช้ยา ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมกับความร่วมมือในการใช้ยาโดยใช้สถิติ Chi-square โดยผู้วิจัยแปรผลดังนี้ คะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า 1-2.33 คะแนน ถือว่าคะแนนอยู่ในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34-3.66 คะแนน ถือว่าคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยสูงกว่า 3.67-5.0 คะแนน ถือว่าคะแนนอยู่ในระดับสูง

ผลการวิจัย

คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 69 ส่วนใหญ่มีอายุ 31-45 ปี จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.5 ส่วนใหญ่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 53.3 มีรายได้ ระหว่าง 5,000-10,000 บาทต่อเดือน จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.5 สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่โสดจำนวน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.3 สิทธิการรักษา 30 บาท จำนวน 15 ราย คิด

เป็นร้อยละ 94 การมาตรวจตามแพทย์นัด ส่วนใหญ่มาตรงตามนัดทุกครั้ง จำนวน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 87.4 การสนับสนุนจากครอบครัวส่วนใหญ่มีสามี/ภรรยา/ลูก/หลาน หรือญาติ เป็นผู้ดูแล จำนวน 13 ราย คิดเป็น ร้อยละ 81.3

ระดับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาล หนองนาคำ อำเภอหนองนาคำ จังหวัด ขอนแก่นในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (mean = 1.40 SD = 0.94) ดังตารางแสดงที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความร่วมมือในการใช้ยา

ความร่วมมือในการใช้ยา	\bar{x}	SD	แปลผล
1. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านลืมกินยา (ไม่ได้กินยาบางมื้อ) บ่อยแค่ไหน	1.50	1.09	สูง
2. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านเปลี่ยนขนาดยาตามความต้องการของตนเอง (คือ กิน มากหรือน้อยกว่าที่ควรจะกิน) บ่อยแค่ไหน	1.62	1.40	สูง
3. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านหยุดกินยาเองบ่อยแค่ไหน	1.18	0.54	สูง
4. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านกินยาไม่ตรงเวลา (ก่อนหรือหลังกว่าเวลาที่กินประจำ มากกว่า 1 ชม.) บ่อยแค่ไหน	1.50	1.09	สูง
5. ใน 1 เดือนที่ผ่านมาท่านกินยาไม่ครบทุกชนิดบ่อยแค่ไหน	1.31	0.87	สูง
6. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านกินยาไม่ครบทุกมื้อบ่อยแค่ไหน เช่น กรณีลืมกินยา หรือ ลืมนำยาไปทำงาน เพื่อกินระหว่างวัน หรือกรณีเดินทางไกลแล้วไม่ได้นำยาติดตัว ไปด้วย	1.50	0.89	สูง
7. ท่านไม่ได้มาพบแพทย์ตามนัด (ขาดนัดหรือเลื่อนนัดแพทย์) บ่อยแค่ไหน	1.37	0.88	สูง
8. ท่านขาดยาและไม่ได้กินยาเนื่องจากไม่ได้มาพบแพทย์ตามนัดบ่อยแค่ไหน	1.25	0.77	สูง
ภาพรวม	1.40	0.94	สูง

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการมา
ตรวจตามแพทย์นัดกับความร่วมมือในการใช้

ยาพบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติ รายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างการมาตรวจตามแพทย์นัดกับความร่วมมือในการใช้ยา

ปัจจัยด้านผู้รับบริการ	ความร่วมมือในการใช้ยา		
	χ^2	df	p-value
การมาตรวจตามนัด	22.42	15	0.02

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างแบบ
แผนความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือใน
การใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท ไม่พบปัจจัยไม่มี

ความสัมพันธ์ความร่วมมือในการใช้ยาอย่าง
มีนัยสำคัญทางสถิติรายละเอียดแสดงใน
ตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านแบบแผนสุขภาพกับความร่วมมือในการใช้ยาของ
ผู้ป่วยจิตเภท

ปัจจัยด้านความเชื่อแบบแผนด้านสุขภาพ	ความร่วมมือในการใช้ยา		
	χ^2	df	p-value
การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของความเจ็บป่วย	49.00	15	0.43
การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค	61.00	15	0.23
การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา	50.00	15	0.81
การรับรู้อุปสรรคต่อการใช้ยา	65.66	15	0.48
ภาพรวม	56.50	15	0.48

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย
ด้านการสนับสนุนทางสังคมกับความร่วมมือ
ในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทพบว่าไม่มี

ความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติรายละเอียดดัง

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท

ปัจจัยชักนำ การสนับสนุนทางสังคม	ความร่วมมือในการใช้ยา		
	χ^2	df	p-value
การสนับสนุนด้านอารมณ์จิตใจและสังคม	3.09	15	0.92
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร	9.43	15	0.30
การสนับสนุนด้านการเงิน วัสดุสิ่งของ	7.24	15	0.40
ภาพรวม	12.71	15	0.40

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของจිරศักดิ์ ห้วยทราย และสมชาย สุริยะไกร⁹ ที่ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลดงหลวง ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยการสนับสนุนจากครอบครัวไม่พบความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาการศึกษาในครั้งนี้อาจมาจากมีขนาดกลุ่มตัวอย่างน้อย และไม่ได้ควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ แตกต่างกับการศึกษาของกมลวรรณ ต้นติพิวัฒน์สกุล¹⁰ เรื่อง ปัจจัยของผู้ป่วยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาในบริบาลทางเภสัชกรรม โรงพยาบาลบางปลาหม่า

สุพรรณบุรี ผลการศึกษาพบว่า การมีผู้ดูแลในการใช้ยาจะส่งผลดีต่อความร่วมมือในการใช้ยา อาจเกิดจากการสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะจากบุคคลในครอบครัวซึ่งมีสามี/ภรรยา, ลูก/หลานหรือญาติซึ่งเป็นแรงสนับสนุนปฐมภูมิ เป็นความผูกพันใกล้ชิดที่สนิทสนมกัน (Attachment) สัมพันธภาพแห่งความใกล้ชิดจะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคนรักและเอาใจใส่ซึ่งความสัมพันธ์ชนิดนี้จะได้จากความสัมพันธ์ของคู่สมรส ความสัมพันธ์ระหว่างมารดากับบุตร ความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อน ซึ่งความสัมพันธ์ชนิดนี้จะส่งผลโดยส่วนรวมคือ ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกปลอดภัยและอบอุ่น ส่งผลให้บุคคลได้รับความรัก ความดูแลเอาใจใส่ การได้รับการยอมรับ เห็นคุณค่าการช่วยเหลือ รู้สึกว่าตนเองมีค่า มีความสำคัญ และมีความเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวนำมาสู่การช่วยเหลือกลุ่มตัวอย่างให้คลายความทุกข์ความกังวลใจ ความรู้สึกต่างๆ ที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาที่ดี

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ปัจจัยที่พบในการศึกษาครั้งนี้ คือ การมาตรวจตามนัด ดังนั้นโรงพยาบาลควรพัฒนาแนวทางการให้บริการที่สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วย และส่งเสริมความร่วมมือในการมาพบแพทย์ในทุกๆด้าน

ข้อเสนอในการวิจัยครั้งต่อไป

ผู้วิจัยควรทำวิจัยเชิงปริมาณซ้ำโดยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง และตัวแปรที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ด้วย Multiple logistic regression เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. Elke Loots, Eva Goossens, Toke Vanwesemael, Manuel Morrens, Bart Van Rompaey, Tinne Dilles. Interventions to Improve Medication Adherence in Patients with Schizophrenia or Bipolar Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. International of Environment Research and Public Health 2021; 18: 10213.
2. ธนพล บรรดาศักดิ์. บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท: กรณีศึกษา. เวชสารแพทย์ทหารบก 2564; 74(3): 221-232.
3. สุดาพร สถิตยยุทธการ. การกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง: สถานการณ์และแนวทางการป้องกัน. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2559; 28(3): 1-15.
4. ณัฐพล บุตตะโยธี. กระบวนการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนมีส่วนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลโกสุมพิสัย อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 2564; 5(9): 77-88.
5. อุไรวรรณ เกิดสังข์. การวิจัยและพัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนเป็นฐานที่มีต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. [วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต]. กรุงเทพฯ; มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ: 2565.
6. นิตยา เศรษฐา, อรทัย สงวนพรรค, สำราญ อยู่หมื่นไหว, วาสนา จินากิ่ง. การพัฒนาโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมปฏิบัติตัวในผู้ป่วยจิตเภท. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2559; 30(1): 1-16

7. รัชิกา อัครภรณ์กุล. การทดสอบแบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับคนไทยในผู้ป่วยจิตเภท. [วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลา; มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์: 2565.
8. Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. Health-related functions of social support. *Journal of behavioral Medicine* 1981; 4(4): 381-401
9. จีรศักดิ์ ห้วยทราย, สมชาย สุริยะไกร. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลดงหลวง. *ศรีนครินทร์เวชสาร* 2562; 34(2): 159-155.
10. กมลวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล. ปัจจัยของผู้ป่วยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา งานบริหารทางเภสัชกรรม โรงพยาบาลบางปลาม้า สุพรรณบุรี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 2562; 28(1): 107-120
11. ธนพล บรรดาศักดิ์. บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท: กรณีศึกษา. *เวชสารแพทย์ทหารบก* 2564; 74(3): 221-232.
12. เมธี สุทธิศิลป์, สุดา ภูน้อย. การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวชที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลวังเจ้า. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีในอินทร์เทิร์น* 2566; 4(2): 102-119
13. มนสิชา มาสิง. ความร่วมมือในการใช้ยาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. *มหาราช นครศรีธรรมราช เวชสาร* 2561; 1(2): 118-129
14. สุจรรยา โลหาชีวะ, นันทภัค ชนะพันธ์. ปัจจัยทำนายประสบการณ์ทางบวกและทางลบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* 2563; 34(1): 103-117
15. อภรณ์ ศรีชัย. ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความสม่ำเสมอของการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 : วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม* 2564; 15(38): 671-684

ผลของการสัมมนาเชิงลึกแบบกลุ่มผู้ให้บริการในคลินิกฝากครรภ์ ต่อปัญหาภาวะเลือดจางในหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น

มกรรัตน์ หวังเจริญ

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา เพื่อพัฒนาคุณภาพงาน โดยมีวัตถุประสงค์
1) ศึกษาความรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของหญิงครรภ์มีภาวะโลหิตจางและเสี่ยงโลหิตจาง
2) พัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์ 3) ประเมินผลรูปแบบ
การส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์ วิธีการศึกษาวางแผน ประกอบด้วย
การสำรวจความรู้ 18 ข้อ และพฤติกรรม 12 ข้อ ก่อนและหลังได้รับกิจกรรมด้านโภชนาการ
สำหรับหญิงตั้งครรภ์โลหิตจางและเสี่ยงโลหิตจางในคลินิกฝากครรภ์ จากนั้นนำผลการศึกษา
มาสนทนากลุ่ม การสัมมนาเชิงลึก ในแพทย์ทุกราย พยาบาลที่ให้คำปรึกษาด้านโภชนาการ
นักโภชนาการ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ย
ความเข้มข้นของเลือด (ฮีมาโตคริต) ก่อนเข้ากิจกรรม 33.5 ± 1.79 mg/dl หลังเข้ากิจกรรม
 31.96 ± 2.21 mg/dl ทั้งนี้ฮีมาโตคริตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คะแนนความรู้เรื่องโลหิตจาง
ก่อนและหลัง เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังได้รับเมนูเสริมธาตุเหล็ก และกิจกรรมโรงเรียน
พ่อแม่ ประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์ที่มีเป็นปัญหามากที่สุดคือ การหยุดกินยา
เมื่อมีผลข้างเคียง สื่อโภชนาการที่สนใจมากที่สุดคือ ข้อความสั้นๆ และวิดีโอ ผลการสัมมนา
แบบกลุ่มและเชิงลึกในของเจ้าหน้าที่ในคลินิกฝากครรภ์ พบว่า สื่อในโรงเรียนพ่อแม่มีความเพียงพอ
แต่ขาดการสื่อสารสองทาง และควรให้มีการประเมินพฤติกรรมการกินยาและอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง
ข้อเสนอแนะ ปรับแนวทางให้การรักษาและให้คำแนะนำในหญิงตั้งครรภ์ เน้นกิจกรรมหรือสื่อ
ที่นำไปสู่การปรับพฤติกรรม

คำสำคัญ: หญิงตั้งครรภ์, โลหิตจาง, ความรู้ในหญิงตั้งครรภ์, พฤติกรรมในหญิงตั้งครรภ์

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

*Corresponding Author; Makararat Wongjaroen, Email: makara2523@gmail.com

Received: January 30, 2024; Revised February 8, 2024; Accepted March 15, 2024

Results of in-depth focus group interviews among prenatal clinic staff members in the 7th Regional Health Promotion, Khon Kean

Makararat Wongjaroen

Abstract

This research is research and development. To develop the quality of work. The objectives are 1) Study the knowledge and behavior of pregnant women with anemia and at risk of anemia regarding nutrition. 2) Develop a model for promoting knowledge about nutrition in pregnant women. 3) Evaluate the model for promoting knowledge about nutrition in pregnant women. The evaluation consists of questionnaire knowledge 18 points, and behavior regarding nutrition 12 points before and after receive activities in prenatal clinic. The results of the survey study in pregnancy were discussed in a focus group and in-depth interview with all physicians, nurses who do activities about nutrition, nutritionists, and pharmacists at prenatal clinic. The results showed that the mean Hematocrit before was 33.5 ± 1.79 mg/dl and after was 31.96 ± 2.21 mg/dl decrease with statistical significance. The knowledge score on anemia before and after increased with statistical significance after receiving the iron supplement menu and parents' school activities. Assessing the behavior of pregnant women, the most common problem is stop take medicine after have side effect. The results of group and in-depth interviews with staff at the antenatal clinic found that the media in parents' schools was sufficient but lacked two-way communication and there should be an evaluation of the behavior to taking medicine and foods that are high in iron. Adjust treatment guidelines and provide advice for pregnant women. Focus on activities or media that lead to behavior adjustment.

Keywords: Pregnant women, Anemia, Knowledge, Behavior in pregnancy

Obstetrics and Gynecology Doctors, Regional Health Promotion 7, Khon Kaen Province

บทนำ (Introduction)

สถานการณ์ภาวะโลหิตจางของสตรีตั้งครรภ์ไทยจากรายงานของกรมอนามัย พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี ร้อยละ 20-30 ในขณะตั้งครรภ์¹ ทั้งนี้ความต้องการธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นเพื่อสร้างเม็ดเลือดแดงที่เพิ่มขึ้นรวมถึงให้ทารกและรกของหญิงตั้งครรภ์ซึ่งเป็นแหล่งอาหารในทารก ดังนั้นธาตุเหล็กสะสมในร่างกายไม่เพียงพอ จำเป็นต้องได้ธาตุเหล็กเพิ่มจากอาหารที่อุดมไปด้วยธาตุเหล็กและยาบำรุงเลือด² ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กเป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดอย่างหนึ่งสำหรับปัญหาโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์ ให้ความสำคัญต่อการเสียเลือดได้ลดลงขณะคลอดเข้าสู่ภาวะช็อค หมดสติ ความดันโลหิตต่ำได้ง่าย เป็นสาเหตุการเสียชีวิต ส่งผลต่อทารกทำให้คลอดก่อนกำหนด น้ำหนักตัวน้อยได้ สำหรับความชุกของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ทั่วโลก เพิ่มขึ้น 13% จาก 10.1% ในปี 2008 เป็น 11.4% ในปี 2018³ จากการวิจัยเชิงสำรวจหลายงานวิจัยพบว่า ปัญหาส่วนหนึ่งเกิดจากคนไข้ไม่ได้รับประทานยาบำรุงเลือดต่อเนื่อง รวมถึงรับประทานอาหารที่อุดมไปด้วยธาตุเหล็กไม่เพียงพอ การแสวงหาข้อมูลทางสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์อยู่ในระดับปานกลาง⁴ สื่อที่ใช้ยังไม่เพียงพอ อีกทั้งสื่อที่มีอยู่ยังไม่เหมาะสมกับการให้ความรู้หญิง

ตั้งครรภ์ ดังจะเห็นได้จากการสำรวจความต้องการใช้สื่อในการให้ความรู้กับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในคลินิกฝากครรภ์ พบว่าสื่อที่ต้องการคือ วิดีโอสั้นๆ ร้อยละ 77.4 รองลงมาคือ รูปภาพอินโฟกราฟิกและใช้ข้อความสั้นๆ เข้าใจง่าย ร้อยละ 43.4⁵ การให้ความรู้หญิงตั้งครรภ์ที่ผ่านมามีลักษณะเป็นการให้ความรู้ทางเดียวโดยไม่ได้ถามความต้องการปัญหาอุปสรรค อีกทั้งหญิงตั้งครรภ์ไม่กล้าปรึกษาปัญหาหรือสอบถามอาการผิดปกติรวมถึงการปฏิบัติตัวที่ถูกวิธีและเรื่องต่างๆ ที่สงสัยกับแพทย์พยาบาลโดยเฉพาะเรื่องการรับประทานยา จึงทำให้เกิดภาวะโลหิตจาง⁵ ศูนย์อนามัยที่ 7 มีปัญหาเลือดจางในหญิงตั้งครรภ์ ดังจะเห็นได้จากสถานการณ์โลหิตจาง เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรกระหว่างปี 2563 – 2565 คิดเป็นร้อยละ 17.53 17.46 และ 23.65 ตามลำดับ และอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ขึ้นไป คิดเป็น ร้อยละ 26 25.17 20.82 ตามลำดับ ซึ่งพบว่าเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งที่ 2 ร้อยละของโลหิตจางกลับเพิ่มขึ้น หลังจากผ่านการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กและให้กิจกรรม คือสื่อโภชนาการผ่าน เมนูเสริมธาตุเหล็ก และให้ความรู้ในโรงเรียนพ่อแม่ ในการฝากครรภ์ครั้งแรก มีการศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเลือดจางในหญิงตั้งครรภ์ พบว่าความ

รอบรู้ด้านสุขภาพ ครอบคลุมความรู้เรื่องอาหารและยา การสืบค้นข้อมูล การสื่อสาร มีผลต่อภาวะเลือดจางในหญิงตั้งครรภ์⁶ นอกจากนี้ ยังได้มีการศึกษาถึงทดลองเรื่องประสิทธิผลของรายการอาหารบำรุงเลือดต่อการเพิ่มความเข้มข้นของเลือดในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ดังกล่าว ตั้งแต่ 1 กันยายน 2562 – 29 กุมภาพันธ์ 2563 จำนวน 73 ราย พบว่าเมนูเสริมธาตุเหล็กเพียงอย่างเดียว ไม่มีความสำคัญทางสถิติในการลดปัญหาโลหิตจาง⁷

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) ศึกษาความรู้และพฤติกรรม การปฏิบัติตัวของหญิงครรภ์มีภาวะโลหิตจาง และเสี่ยงโลหิตจาง
- 2) พัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์
- 3) ประเมินผลรูปแบบการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์ เป็นงานวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อพัฒนาคุณภาพงาน (Quality Improvement)

ขอบเขตการวิจัย หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางและเสี่ยงโลหิตจางจำนวน 30 ราย ที่มาฝากครรภ์ที่ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ระหว่าง 12 มิ.ย.2566 - 30 ส.ค. 2566 ผู้ให้บริการในคลินิกฝากครรภ์

ต่อปัญหาภาวะเลือดจางในหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
ประชากร หญิงตั้งครรภ์ทั้งหมดที่มาฝากครรภ์ ระหว่างวันที่ 12 มิ.ย.2566 - 30 ส.ค. 2566 จำนวนทั้งหมด 533 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติ โดยการเลือกแบบสุ่ม ได้กลุ่มตัวอย่างในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง และเสี่ยงโลหิตจางจำนวน 30 ราย เกณฑ์การคัดเลือก

- 1) ตั้งครรภ์เดี่ยวที่มาฝากครรภ์ ครั้งแรกหลังจากรับการแจ้งผลเลือดอายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์
- 2) ค่าฮีมาโตคริต < 33% มีภาวะโลหิตจาง และ < 36% คือ ภาวะเสี่ยงภาวะโลหิตจาง
- 3) ผลการตรวจ ยืนยันธาลัสซีเมีย ไม่พบโรคธาลัสซีเมีย
- 4) สามารถติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์ได้ และยินยอมเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์คัดออก มีภาวะแทรกซ้อนหรือครรภ์เป็นพิษ หรือภาวะเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์ไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ จนสิ้นสุดการทดลองหรือครบทุกครั้ง

สัมภาษณ์แบบกลุ่มและเชิงลึกในแพทย์ทุกรายที่ออกตรวจจำนวน 2 ราย พยาบาล 3 ราย นักโภชนาการ 1 ราย

ประจำคลินิกฝากครรภ์ เกสซักร 1 ราย รวมจำนวน 7 ราย ระหว่าง 12 ต.ค.2566 ถึง 30 ต.ค.2566

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การดำเนินการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถาม โดยมีแบบวัดความรู้ก่อน-หลัง ประกอบด้วย 2 ส่วน ประเมินความรู้เรื่องโลหิตจาง จำนวน 18 ข้อ และแบบสอบถามการปฏิบัติตนของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก จำนวน 12 ข้อ เมื่อมาฝากครรภ์ ครั้งแรก และเมื่ออายุครรภ์ 20 สัปดาห์ โดยขออนุญาตใช้เครื่องมือจาก รศ.ดร.เกสินี สราญฤทธิ์ชัย สังกัดคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และ นางสมพร สุระเทมีย์กุล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

แบบสอบถามประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ 2. แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังเข้ากิจกรรมตามมาตรฐานเพื่อแก้ไขภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ แบบถูก-ผิด จำนวนทั้งสิ้น 18 ข้อ 3. แบบสอบถามการปฏิบัติตนของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กก่อนและหลังเข้ากิจกรรมตามมาตรฐาน จำนวน 12 ข้อ 4. การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) แพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ และเภสัชกรใน คลินิกฝากครรภ์ ของโรงพยาบาล โดยนำผลการสำรวจ

จากข้อ 1-3 มาอภิปราย โดยวิเคราะห์รายประเด็นที่หญิงตั้งครรภ์ด้านคะแนนความรู้ และพฤติกรรมการปฏิบัติตน ก่อนและหลังเข้ากิจกรรมตามมาตรฐานในคลินิกฝากครรภ์ วิเคราะห์ความรู้และพฤติกรรมที่ควรได้รับการแก้ไข 5. การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) สัมภาษณ์รายบุคคลต่อจากการสนทนากลุ่ม เพื่อหา ช่องว่างในการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง ใช้เวลาคนละ 30 นาที โดยใช้แบบสอบถามเนื้อหาประกอบด้วย สรุปผลจากการสนทนากลุ่มจากคะแนนเฉลี่ยก่อนหลังด้านความรู้ และพฤติกรรมในหญิงตั้งครรภ์ ข้อความรู้ และพฤติกรรมหญิงตั้งครรภ์ที่พบเป็นพบว่า ต้องได้รับการแก้ไข สื่อที่ให้ในคลินิกฝากครรภ์สำหรับโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์ เพื่อควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กว่ามีเพียงพอในการเพิ่มความรู้และปรับพฤติกรรมในหญิงตั้งครรภ์ (ปัจจุบันมีแผ่นพับเมนูเสริมธาตุเหล็ก โรงเรียนพ่อแม่)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เนื่องจากแบบสอบถามเป็นการนำเครื่องมือที่พัฒนาแล้วมาใช้ ผู้วิจัยจึงนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่าง แบบสัมภาษณ์แบบกลุ่มและเชิงลึกในกลุ่มผู้ให้บริการในคลินิกฝากครรภ์ ผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากสถิติแพทย 3 ท่าน

ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

1. สำรวจหญิงที่มาใช้บริการฝากครรภ์มีภาวะโลหิตจางและเสี่ยงโลหิตจาง

จำนวน 30 ราย ทำแบบประเมินความรู้และพฤติกรรมก่อนหลัง อายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์และที่อายุครรภ์ 20 สัปดาห์ กิจกรรมของคลินิกฝากครรภ์ประกอบด้วย ให้แผ่นพับเมนูเสริมธาตุเหล็ก และกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่เปิดวีดีโอ ให้คำแนะนำ 2.การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) และ การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) โดย กลุ่มตัวอย่างเลือกจากแพทย์ทุกรายพยาบาลรับผิดชอบเรื่องโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์ นักโภชนาการและเภสัชกรประจำคลินิกฝากครรภ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ ที่มีภาวะโลหิตจางและเสี่ยงโลหิตจาง ได้รับการดูแลตามมาตรฐานการฝากครรภ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

คุณลักษณะทั่วไป	กลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี) Mean±SD	29.00±5.02	
อายุครรภ์ (สัปดาห์) Mean±SD	8.39±1.98	
น้ำหนัก (กิโลกรัม) Mean±SD	57.49±8.65	
ดัชนีมวลกาย (BMI (กก./ม. ²)) Mean±SD	22.69±3.17	
การศึกษา		
ระดับประถมศึกษา	1	3.3
ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น	2	6.7
ระดับมัธยมศึกษาตอน	8	26.7

จริยธรรมวิจัย การวิจัยนี้ ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น รหัสโครงการ 070 เมื่อวันที่ 24 มกราคม 2566

ผลการวิจัย (Result)

ผลการวิจัย พบว่า จากการสำรวจสถานการณ์หญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางและเสี่ยงโลหิตจาง อายุเฉลี่ย 29.00±5.02 ปี อายุครรภ์เฉลี่ย 8.39±1.98 สัปดาห์ น้ำหนัก 57.49±8.65 กิโลกรัม ดัชนีมวลกาย 22.69±3.17 กก./ม.² การศึกษาระดับ ปวช. / ปวส. ร้อยละ 36.7 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 30 รายได้เพียงพอกับรายจ่าย ร้อยละ 80 เคยแท้งบุตร ร้อยละ 23.3 ทุกรายอยู่ด้วยกันกับสามี ส่วนใหญ่ตั้งครรภ์ครั้งแรก ร้อยละ 46.7 ดังตารางที่ 1

คุณลักษณะทั่วไป	กลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ
ระดับ ปวช. / ปวส.	11	36.7
ระดับปริญญาตรี	8	26.7
ระดับปริญญาโทขึ้นไป	0	0.0
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	4	13.3
รับราชการ/พนักงาน	8	26.6
รับจ้าง	9	30.0
เกษตรกรรวม	1	3.3
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	8	26.7
รายได้เพียงพอกับรายจ่าย	24	80.0
เคยแท้งบุตร	7	23.3
อยู่ด้วยกันกับสามี	30	100.0
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์		
ครรภ์แรก	14	46.7
ครรภ์ที่ 2	10	33.3
ครรภ์ที่ 3	6	20.0
มากกว่าครรภ์ที่ 3	0	0.0

จากผลการวิจัยพบว่าระดับค่าระดับฮีมาโตคริต เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก คิดเป็น 33.55±1.79 mg/dl และเมื่อมาฝากครรภ์ 20 สัปดาห์ คิดเป็น 31.96±2.21 mg/dl พบว่าระดับฮีมาโตคริต ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยฮีมาโตคริต และเมื่อหญิงตั้งครรภ์ อายุครรภ์ 20 สัปดาห์

ค่าเฉลี่ยฮีมาโตคริต (mg/dl)	ฝากครรภ์	อายุครรภ์	Mean difference	p-value	Mean (95%CI)
	ครั้งแรก	20 สัปดาห์			
	Mean (SD)	Mean (SD)			
หญิงตั้งครรภ์	33.55±1.79	31.96±2.21	1.1217	<0.001*	(0.58-1.66)

* p-value<0.05

ประเด็นความรู้หญิงตั้งครรภ์ พบว่า ก่อนดำเนินกิจกรรม ระดับความรู้ร้อยละ 5 ราย คิดเป็น ร้อยละ 16.7 ระดับความรู้ปานกลาง 25 ราย ร้อยละ 83.3

หลังดำเนินกิจกรรม พบว่า ระดับความรู้ร้อยละ 3 ราย คิดเป็น ร้อยละ 10 ระดับความรู้ปานกลาง 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 90 ดังตารางที่ 3

ประเด็นความรู้หญิงตั้งครรภ์	ก่อนดำเนินกิจกรรม(n=30)		หลังดำเนินกิจกรรม(n=30)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ระดับความรู้				
น้อย(<14 คะแนน)	5	16.7	3	10
ปานกลาง(14-16 คะแนน)	25	83.3	27	90

ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กก่อนเข้ากิจกรรม 15.47 คะแนน หลังเข้ากิจกรรม 16 คะแนน การปฏิบัติตนของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ก่อนทำกิจกรรม 46.93 คะแนน

หลังทำกิจกรรม 48.43 คะแนน คะแนนความรู้หลังฝากครรภ์ 8 สัปดาห์ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การปฏิบัติตนของหญิงตั้งครรภ์ 12 ข้อ ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กเพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพจำแนกรายประเด็นระหว่างก่อนและหลังการดูแลตามมาตรฐานเปรียบเทียบคะแนนความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก และการปฏิบัติตนของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

ประเด็นความรู้	ก่อน	หลัง	Mean difference	p-value	95%CI
	Mean (SD)	Mean(SD)			
ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก	15.47 (1.48)	16.00 (1.44)	-0.86	0.018*	-1.33, -0.39
การปฏิบัติตนของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก	46.93 (6.16)	48.43 (3.39)	-1.90	0.171	-3.34, -0.45)

* p-value<0.05

ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ

การสัมภาษณ์แบบกลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก ด้านความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก พบว่าก่อนเข้ากิจกรรมในคลินิกฝากครรภ์ ความรู้เฉลี่ยของหญิงตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นมาอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง โดยความรู้ที่หญิงตั้งครรภ์ตอบผิด 3 ลำดับแรกก่อนทำกิจกรรมคือ หญิงตั้งครรภ์ควรดื่มนมพร้อมยาเสริมธาตุเหล็กทุกวัน คิดเป็น ร้อยละ 40 หญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติเป็นโรคแผลในกระเพาะอาหารเรื้อรังมีโอกาสมีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก คิดเป็นร้อยละ 30 ทารกที่เกิดจากแม่ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กอาจจะทำให้พัฒนาการด้านสติปัญญาล่าช้า ร้อยละ 17 หลังจากการเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ และรับเมนูเสริมธาตุเหล็ก พบว่าความรู้ของหญิงตั้งครรภ์ ตอบผิด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กสามารถถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ได้คิดเป็น

ร้อยละ 80 ดื่มนมพร้อมยาเสริมธาตุเหล็ก มีหญิงตั้งครรภ์ตอบผิดคิดเป็นร้อยละ 37 และหญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติเป็นโรคแผลในกระเพาะอาหารเรื้อรังมีโอกาสมีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กร้อยละ 26 ผลการศึกษาโดยการสัมภาษณ์แบบกลุ่มด้านความรู้ แนวน้อมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับพฤติกรรมที่เป็นปัญหามากที่สุดก่อนและหลังได้รับกิจกรรมและเมนูเสริมธาตุเหล็กคือ 1.เมื่อมีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายดำ หยุดยา 2.ดื่มน้ำหรือ กาแฟ หลังรับประทานอาหาร 3. กินยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กพร้อมกับการดื่มนม สำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล พบว่า สื่อโภชนศึกษา มีความเพียงพอในการเพิ่มความรู้และปรับพฤติกรรมในหญิงตั้งครรภ์ แต่ควรกระตุ้นติดตามประเมินการใช้สื่อ ของหญิงตั้งครรภ์ที่สำคัญคือ แบบประเมินพฤติกรรมการกินยาและอาหาร

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาเชิงสำรวจในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางและเลี้ยงโลหิตจาง 30 ราย เมื่อมาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ และ 20 สัปดาห์ หลังจากได้รับความรู้ในโรงเรียนพ่อแม่ และเมนูเสริมธาตุเหล็ก เจ้าหน้าที่ฝากครรภ์ทุกราย พบว่า ความรู้ของหญิงตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นจากการฝากครรภ์ครั้งแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นการรับประทานนมพร้อมยาเสริมธาตุเหล็ก สื่อโภชนาการ คือเมนูเสริมธาตุเหล็ก มีความเพียงพอ อย่างไรก็ตามการสัมภาษณ์แบบกลุ่มเน้นการให้ความรู้เรื่องห้ามดื่มนมพร้อมยาเสริมธาตุเหล็ก มีการสื่อสารสองทางในโรงเรียนพ่อแม่ทบทวนความรู้ที่ให้นหญิงตั้งครรภ์ การปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า หญิงตั้งครรภ์หยุดรับประทานยา เมื่อมีผลข้างเคียง ดังนั้นควรกระตุ้นติดตามประเมินพฤติกรรมการกินยา และอาหารและให้คำแนะนำรายบุคคล ผลของการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกลุ่มของเจ้าหน้าที่ในคลินิกฝากครรภ์เพื่อหาแนวทางให้การรักษาและให้คำแนะนำในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางแพทย์ 1 ราย แนะนำแนวทางการตรวจหาสาเหตุ ตรวจเพิ่ม ferritin เพื่อยืนยันการขาดธาตุเหล็ก แม้ในรายที่เป็น พาหะธาลัสซีเมีย รวมถึงรายที่ไม่สามารถรับประทานยาบำรุงเลือดได้ เนื่องจากผลข้างเคียงของยา¹²

สำหรับพยาบาล 3 ราย มีข้อสรุป ดังนี้ ควรใช้การสื่อสารแบบสอง มีการตรวจสอบความเข้าใจของผู้รับบริการโดยใช้แบบ เทคนิคการทวนกลับ โดยให้ผู้รับบริการอธิบายสิ่งที่ได้รับคำแนะนำ ด้วยคำพูดของผู้รับบริการ ตั้งคำถามเป็น ปลายเปิด พยาบาลควรให้ผู้รับบริการทบทวนการรับรู้และการปฏิบัติตัว รวมถึงควรมีแบบประเมินพฤติกรรมการกินยาและอาหาร โดยใช้ สื่อและคำแนะนำจากกรมอนามัยรวมถึงถอดบทเรียนจากคู่มือและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในพื้นที่¹³⁻¹⁵

สำหรับการสื่อที่ใช้ในคลินิกฝากครรภ์ที่มีอยู่เดิมได้แก่ แผ่นพับเมนูเสริมธาตุเหล็ก รวมถึงสื่อโภชนาการที่ใช้ในโรงเรียนพ่อแม่ ได้แก่ โมเดลอาหาร และเปิดวิดีโอให้ความรู้เรื่องเลือดจาง มีประโยชน์แต่อย่างไรก็ตามไม่ใช่สื่อแทนการให้คำแนะนำโดยบุคคล แต่ควรใช้ข้อมูลจากสื่อมาเน้นประเด็นสำคัญ สำหรับการเสริมสร้างแรงและการจัดการตนเองของผู้รับบริการ โดยการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการและผู้ดูแล เช่นญาติ และสามี

เภสัชกร เน้น เรื่อง ความรู้ ความสำคัญของสารกินยา และนักโภชนาการการให้ความรู้ให้แบบ รายบุคคล ในหญิงตั้งครรภ์ ที่ทำแบบประเมินการรับประทานยาและอาหาร

ข้อเสนอแนะ (Recommendation)

การศึกษานี้เป็นเพียงการศึกษา เพื่อพัฒนาคุณภาพงาน โดยมีข้อมูลพื้นฐาน จากการสำรวจหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิต ภาวะและเสี่ยงโลหิตจางโดยนำข้อมูลสำรวจ ความรู้ก่อน หลังเข้าโรงเรียนพ่อแม่ มาใช้ในการ สนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกใน เจ้าหน้าที่คลินิกฝากครรภ์ฝาก เพื่อปรับปรุง งานอย่างไรก็ตามควรมีการพัฒนา รูปแบบ การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีโลหิตจางและเสี่ยง โลหิตจางต่อไป

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ขอขอบพระคุณผู้บริหาร ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ที่สนับสนุนการ วิจัยในครั้งนี้ พญ.สิริวิไล นิตา กิตติศิริวัฒนกุล ที่ปรึกษาให้คำแนะนำแนวทางการ ดำเนินการวิจัย อาจารย์กัญญา จันทร์พล, MSc(biostatistics) ที่ปรึกษาด้านการ วิเคราะห์ข้อมูล และ รศ.ดร. เกสินี สราญฤทธิชัย สัง กัด ค ณ ะ ส า ร ณ สุ ข ศ า ส ต ร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และนางสมาพร สุรเตมีย์กุล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ขอนแก่นที่ให้คำแนะนำตลอดการวิจัย และ สุดทำยนี้ขอขอบพระคุณอาสาสมัครหญิง ตั้ง ครรภ์ที่ยินดีและให้ความร่วมมือ ในการวิจัย ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วง ตามวัตถุประสงค์

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวง สาธารณสุข. คู่มือแนวทางการควบคุม และป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุ เหล็ก 2556;2.
2. World Health Organization, Method of assessing iron status. Iron Deficiency Anemia Assessment, Prevention, and control. A guide for program managers 2001;33-43
3. CDC Anemia Among Pregnant Women Participating in the Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children United States 2008–2018. 2022 / 71(25);813–819. [cited 2023 April 10]. Available from <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/71/wr/mm7125a1.htm>
4. Tachasuksri T, Siriarunrat S, Suppasri P, Suppaseemanont W, Boonnate N, Kwannate C, et al. Causal model for quality of life among pregnant women. SCNJ 2017; 4(1): 28-46 (in Thai)
5. Antenatal clinic and breast feeding clinic. Model for promoting health literacy about take iron supplement tablets in pregnant women and lactating women [Internet]. Nakhon

- Sawan: Health Center 3 NakhonSawan; 2019 [cited 2023 April 20]. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/nah/article/view/250652> (in Thai)
6. Waraphok S, Ratinthorn A, Limruangrong P. Factors influencing maternal health literacy in pregnant women. *JTNMC* 2020; 35(1): 86-98. (in Thai)
 7. วณิดา อุตตรนคร. ประสิทธิภาพของรายการอาหารบำรุงเลือดต่อการเพิ่มความเข้มข้นของเลือดในหญิงตั้งครรภ์. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพปีที่ 13*, 2563
 8. สมภาพร สุรเดมีย์กุล, เกศินี สราญฤทธิชัย. ผลของโปรแกรมการพัฒนาคความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติตัวและระดับฮีมาโตคริตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพปีที่ 2564*; 44: 41-54
 9. Solhi M, Abbasi K, Azar FEF, Hosseini A. Effect of health literacy education on self-care in pregnant women: A randomized controlled clinical trial. *IJCBNM* 2019;7(1):1-12.
 10. Mira Triharini Eka, Mishbahatul Mar, Gita Nofita. Determinant factors of anemia in pregnancy based on health belief model: a correlational study. Faculty of Nursing, Universitas Airlangga, Surabaya, Indonesia [Internet].; 2023[cited 2023 April 20]. Available from: <https://e-journal.unair.ac.id/JNERS/article/view/43704>
 11. Swiss Society of Gynecology and Obstetrics (SSGO): 2017 FIGO Statement, September 2023
 12. Health Education Division Department of health service support Ministry of Public Health. Health literacy [Internet]. Nonthaburi: Health Education Division; 2011 [cited 2023 April 2]. Available from: <http://www.hed.go.th/linkHed/69>. (in Thai)
 13. Samaporn Suratemeekul, Kesinee Saranrittichai. The effects of health literacy development and social support program on behaviors and hematocrit levels among pregnant women with Iron deficiency anemia. 2021; 44(4): 41-54.

14. Boonyaprapapan T, Sangin S, Siriarunrat S. Effects of the educative supportive program on self-care behavior and hematocrit level among pregnant women with iron deficiency anemia. JFONUBUU 2018; 26(4): 40-50. (in Thai)
15. Intarakamhang U. Creation and development of Thailand health literacy [Internet]. Bangkok: The Behavioral Science Research Institute; 2017[cited 2023 Jan 15]. Available from: <http://bsris.swu.ac.th/upload/268335.pdf>. (in Thai)

การศึกษาเปรียบเทียบผลการประเมินประสิทธิภาพตามเกณฑ์ Total Performance Score (TPS) ของหน่วยบริการสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2564-2566

ธัญญา อุพลเกียรติ¹, ชัชวาลย์ มุ่งแสง²

บทคัดย่อ

ด้วยงบประมาณภาครัฐมีจำกัด ไม่เพียงพอสำหรับเป็นค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุข หากหน่วยบริการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังของหน่วยบริการที่ไม่มีประสิทธิภาพ มีผลกระทบต่อสถานะวิกฤตทางการเงินของหน่วยบริการ กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ทำแนวทางประเมินประสิทธิภาพ Total Performance Score (TPS) เพื่อเป็นเครื่องมือประเมินประสิทธิภาพด้านกระบวนการและผลลัพธ์การดำเนินงาน การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลการประเมินประสิทธิภาพ Total Performance Score (TPS) ของหน่วยบริการในจังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2564 - 2566 รูปแบบการศึกษาเป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross - sectional descriptive study) โดยศึกษาเปรียบเทียบจากข้อมูลทุติยภูมิ (secondary source) จากข้อมูลผลการประเมินประสิทธิภาพหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564 - 2566 กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ มีจำนวนหน่วยบริการทั้งสิ้น 26 แห่ง ประกอบด้วย (1) โรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 1 แห่ง (2) โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 2 แห่ง และ (3) โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 23 แห่ง ผลการศึกษาพบว่าร้อยละของหน่วยบริการที่มีผลการประเมินประสิทธิภาพในแต่ละระดับคะแนน ปีงบประมาณ 2564 - 2566 ดังนี้ ระดับคะแนนดีมาก (Grade A) พบว่ามีร้อยละ 0.00 ร้อยละ 26.92 และร้อยละ 19.23 ตามลำดับ ระดับคะแนนดี (Grade B) พบว่ามีร้อยละ 3.85 ร้อยละ 19.23 และร้อยละ 23.08 ตามลำดับ ระดับคะแนนพอใช้ (Grade C) พบว่ามีร้อยละ 30.77 ร้อยละ 34.62 และร้อยละ 19.23 ตามลำดับ ระดับคะแนนต้องปรับปรุง (Grade D) พบว่ามีร้อยละ 34.62 ร้อยละ 11.54 และร้อยละ 15.38 ตามลำดับ และระดับคะแนนไม่ผ่าน (Grade F) พบว่ามีร้อยละ 30.77 ร้อยละ 7.69 และร้อยละ 23.08 ตามลำดับ

คำสำคัญ: ประสิทธิภาพ, หน่วยบริการ, แนวทางประเมินประสิทธิภาพ

^{1,2}นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

Corresponding Author; Tanya Upolthian, Email: tanya.maksong@gmail.com

Received: January 30, 2024; Revised February 8, 2024; Accepted March 15, 2024

A Comparative Study on the Performance Evaluation Results According to the Total Performance Score (TPS) Criteria of the Service Units under the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health in Khon Kaen Province, the Core of the Fiscal Year 2564–2566

Tanya Upolthian¹, chatchawan Mungsang²

ABSTRACT

With the government budget is limited and insufficient for public health expenses, if the financial management service unit of the service unit is inefficient, it affects the financial crisis of the service unit of the Division of Health Economy and Health Security, Office of the Permanent Secretary. Therefore, The Ministry of Public Health has created guidelines for evaluating The Total Performance Score (TPS) efficiency as a tool for evaluating process efficiency and operational results. This study aims to compare the results of the Total Performance Score (TPS) evaluation of service units in Khon Kaen Province for the fiscal years 2564 to 2566. The study design is a Cross-sectional descriptive study at a specific point-in-time by comparing secondary data from the results of the efficiency evaluation of service units under the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, fiscal year 2564 to 2566, Division of Health Economics and Security. It has a total of 26 service units, consisting of 1 regional hospital, 2 general hospitals and 23 community hospitals. The results of the study found that the percentage of service units that had performance evaluation results at each score level for fiscal years 2564 to 2566 were as follows: The very good score level (Grade A) was found to be 0.00 percent, 26.92 percent, and 19.23 percent, respectively. The good score level (Grade B) was found to be 3.85 percent, 19.23 percent, and 23.08 percent, respectively. The fair score level (Grade C) was found to be 30.77 percent, 34.62 percent, and 19.23 percent. The score level that needs to be improved (Grade D), it was found to be 34.62 percent, 11.54 percent, and 15.38 percent, respectively, and the score level did not pass (Grade F), it was found that 30.77 percent, 7.69 percent, and 23.08 percent, respectively.

Key word: Efficiency, Service Unit, Guidelines Evaluate performance

¹Public Health Technical Officer, Professional Level, Khon Kaen Provincial Health Office

บทนำ (Introduction)

หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 26 แห่ง ประกอบด้วย (1) โรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 1 แห่ง (2) โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ จำนวน 1 แห่ง (3) โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 1 แห่ง และ (4) โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 23 แห่ง ในการบริหารการเงินการคลัง แบ่งระดับของหน่วยบริการตาม Service Plan จำนวน 26 แห่ง ได้แก่ ระดับ A จำนวน 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลขอนแก่น ระดับ S จำนวน 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลชุมแพ M1 จำนวน 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ระดับ M2 จำนวน 4 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลบ้านไผ่ โรงพยาบาลพล รพ.กระนวน และโรงพยาบาลน้ำพอง ระดับ F1 จำนวน 4 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลหนองเรือ โรงพยาบาลหนองสองห้อง โรงพยาบาลภูเวียง และโรงพยาบาลมัญจาคีรี ระดับ F2 จำนวน 11 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลบ้านฝาง โรงพยาบาลพระยืน โรงพยาบาลสีชมพู โรงพยาบาลอุบลรัตน์ โรงพยาบาลเปือยน้อย โรงพยาบาลแวงใหญ่ โรงพยาบาลแวงน้อย โรงพยาบาลชนบท โรงพยาบาลเขาสวนกวาง โรงพยาบาลภูผาม่าน และโรงพยาบาลซำสูง ระดับ F3 จำนวน 4 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลหนองนาคำ โรงพยาบาลเวียงเก่า โรงพยาบาลโคกโพธิ์ไชย และโรงพยาบาลโนนศิลา^{1,2} เพื่อให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข

(พ.ศ. 2560-2579)³ ยุทธศาสตร์ด้านบริหาร เป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) แผนงานที่ 13 ดำเนินงานตามโครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง ลดความเสี่ยงทางการเงินของหน่วยบริการ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและภาคประชาชนในการสนับสนุนหน่วยบริการ รวมทั้งกำหนดเป็นตัวชี้วัดของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ชื่อ ร้อยละ ของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน เป้าหมายใน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ระดับ 7 ไม่เกินร้อยละ 4 และระดับ 6 ไม่เกินร้อยละ 6⁴ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ระดับ 7 ไม่เกินร้อยละ 2 และระดับ 6 ไม่เกินร้อยละ 4¹ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ระดับ 7 ไม่เกินร้อยละ 2 และระดับ 6 ไม่เกินร้อยละ 4⁵ ดังนั้น เพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายของตัวชี้วัด จึงมีการพัฒนาระบบการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังของหน่วยบริการให้มีประสิทธิภาพ โดยกำหนดมาตรการ และพัฒนาเครื่องมือในการกำกับติดตามประสิทธิภาพการเงินการคลังตามเกณฑ์ Total Performance Score (TPS) ทำให้สถานการณ์ความเสี่ยงในด้านการเงินของหน่วยบริการในจังหวัดขอนแก่น จึงมีแนวโน้มดีขึ้น โดยปัจจุบัน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ผลการดำเนินงานตัวชี้วัด ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤต

ทางการเงินเป็นไปตามเป้าหมาย ทั้งนี้ เมื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานตั้งแต่ปีงบประมาณ 2563-2566 จะพบว่าแนวโน้มของร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ 7 ลดลงอย่างต่อเนื่อง โดย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2566⁶ หน่วยบริการไม่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ 7 คิดเป็นร้อยละ 0.00 และพบว่าหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ 6 มีแนวโน้มร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินดีขึ้น ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ร้อยละ 7.69 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2566 หน่วยบริการไม่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ 6 จึงได้นำแนวคิดในการพัฒนาระบบการบริหารด้านการเงินการคลังตามเกณฑ์ประเมินผลประสิทธิภาพ Total Performance Score (TPS)⁷ ทำให้การบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดขอนแก่นทุกแห่ง มีประสิทธิภาพ และโรงพยาบาลในจังหวัดขอนแก่นมีส่วนร่วมเป็นภาคีเครือข่ายในการพัฒนาระบบตรวจสอบภายใน ได้แก่ ด้านการควบคุมภายใน ด้านการเงิน บัญชีพัสดุ การจัดเก็บรายได้ค่ารักษาพยาบาล และการควบคุมกำกับด้านรายได้ และด้านรายจ่าย โดย Total Performance Score (TPS) มีเกณฑ์วัดประสิทธิภาพ 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ตัวชี้วัดกระบวนการ(Process Indicators)

ประกอบด้วย 1) การบริหารแผนทางการเงินเปรียบเทียบผลการดำเนินงานผลต่าง ไม่เกิน $\pm 5\%$ 2) การบริหารสินทรัพย์หมุนเวียนและหนี้สินหมุนเวียน โดยระยะเวลาชำระเจ้าหนี้การค้า&เวชภัณฑ์มีอายุ ≤ 90 วัน หรือ ≤ 180 วัน และหรือ ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้สิทธิ UC ≤ 60 วัน และหรือ ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้สิทธิข้าราชการ ≤ 60 วัน และหรือ การบริหารสินค้าคงคลัง (Inventory Management) ≤ 60 วัน ยกเว้น โรงพยาบาลพื้นที่เกาะ ≤ 90 วัน และ 3) การบริหารจัดการ โดยการบริหารต้นทุนและค่าใช้จ่าย คะแนนตรวจสอบบททดลองเบื้องต้น ผลผลิต (Productivity) เป็นที่ยอมรับ คือ อัตราครองเตียงผู้ป่วยใน $\geq 80\%$ และ Sum of AdjRW เกิน ค่ากลางกลุ่มโรงพยาบาล หรือเพิ่มขึ้น 5% และส่วนที่ 2 ตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงาน ประกอบด้วย 1) ความสามารถในการทำกำไร โดยมีประสิทธิภาพในการดำเนินงาน (Operating Margin) อัตราผลตอบแทนจากสินทรัพย์ (Return on Asset) ผลกำไรขาดทุนก่อนหักค่าเสื่อม (EBITDA) ≥ 0 และ 2) การวัดสภาพคล่องทางการเงิน โดยทุนสำรองสุทธิ (Net Working Capital) ≥ 0 และ Cash Ratio ≥ 0.8

วัตถุประสงค์ (Objective)

1. ศึกษาเปรียบเทียบผลการประเมินประสิทธิภาพ ประกอบการตัดสินใจ กำหนดนโยบายด้านการบริหารการเงินการคลัง

ของหน่วยบริการสำนักงานปลัดกระทรวง
สาธารณสุข ในจังหวัดขอนแก่น

2. นำผลการศึกษาเปรียบเทียบผลการ
ประเมินประสิทธิภาพ เป็นข้อมูลสำหรับการ
พัฒนาประสิทธิภาพการเงินการคลังของ
หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง
สาธารณสุข ในจังหวัดขอนแก่น ให้ดียิ่งขึ้น
อย่างยั่งยืนส่งผลไปยังประชาชนผู้มารับ
บริการ แก้ไขปัญหาประสพภาวะวิกฤตทาง
การเงินของหน่วยบริการ

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการศึกษา
เชิงพรรณนา แบบภาคตัดขวาง ณ เวลา
ใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional descriptive
study) โดยศึกษาเปรียบเทียบจากข้อมูลทุติยภูมิ
(secondary source) จากข้อมูลผลการ
ประเมินประสิทธิภาพหน่วยบริการสังกัด
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ในจังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2564
ปีงบประมาณ 2565 และปีงบประมาณ 2566
จากกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกัน
สุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ไฟล์ข้อมูลผลการประเมินข้อมูลผล
การประเมินประสิทธิภาพ (Total Performance
Score: TPS) หน่วยบริการสังกัดสำนักงาน
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดขอนแก่น
ปีงบประมาณ 2564 - 2566 จำนวน 26 แห่ง จาก
เว็บไซต์ของกองเศรษฐกิจสุขภาพและ

หลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวง
สาธารณสุข

2. แบบบันทึกผลการประเมินข้อมูล
ผลการประเมินประสิทธิภาพ (Total
Performance Score : TPS) หน่วยบริการ
สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ใน
จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2564 - 2566
ตามเกณฑ์รายชื่อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติ เิง
พรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ
ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้การ
วิเคราะห์เปรียบเทียบ ข้อมูลผลการประเมิน
ประสิทธิภาพหน่วยบริการสังกัดสำนักงาน
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดขอนแก่น
ปีงบประมาณ 2564 ปีงบประมาณ 2565 และ
ปีงบประมาณ 2566 จากกองเศรษฐกิจสุขภาพ
และหลักประกันสุขภาพ 3 มิติ คือ มิติที่ 1
เปรียบเทียบ 3 ปี คือ ปีงบประมาณ
2564-2566 มิติที่ 2 เปรียบเทียบ 3 ปีตาม
เกณฑ์การประเมินจำนวน 20 ข้อ มิติที่ 3
เปรียบเทียบ 3 ปี คือ ปีงบประมาณ 2564-
2566 แยกรายโรงพยาบาล

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

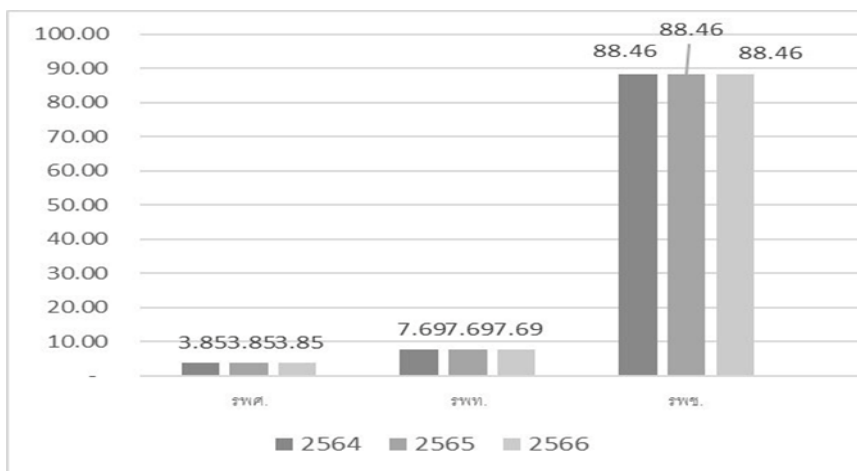
การศึกษาวินิจฉัยนี้ได้รับการพิจารณา
และรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการ
จริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เลขที่ COE
034/2566 เมื่อวันที่ 7 ธันวาคม 2566

ผลการวิจัย (Result)

จากการศึกษาเปรียบเทียบผลการประเมินประสิทธิภาพตามเกณฑ์ Total Performance Score (TPS) ของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2564 ปีงบประมาณ 2565 และปีงบประมาณ 2566 มีหน่วยบริการในจังหวัดขอนแก่น ขอนำเสนอผลการวิจัย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2564⁸ ปีงบประมาณ 2565⁹และปีงบประมาณ 2566¹⁰ จังหวัดขอนแก่นมีโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หน่วยบริการจำนวน 26 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง ร้อยละ 7.69 ของโรงพยาบาลทั้งหมด

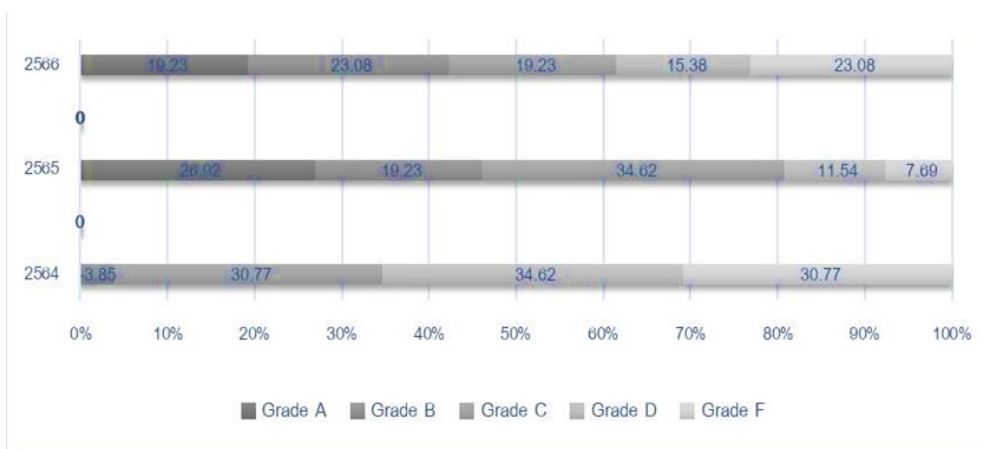
คือ 1. โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น 2. โรงพยาบาลชุมแพ และโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 23 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 88.46 ของโรงพยาบาลทั้งหมด คือ 1. โรงพยาบาลบ้านฝาง 2.โรงพยาบาลพระยืน 3. โรงพยาบาลหนองเรือ 4. โรงพยาบาลสีชมพู 5. โรงพยาบาลน้ำพอง 6. โรงพยาบาลอุบลรัตน์ 7. โรงพยาบาลบ้านไผ่ 8. โรงพยาบาลเวียงน้อย 9. โรงพยาบาลพล 10. โรงพยาบาลแวงใหญ่ 11. โรงพยาบาลแวงน้อย 12. โรงพยาบาลหนองสองห้อง 13. โรงพยาบาลภูเวียง 14. โรงพยาบาล มัญจาคีรี 15. โรงพยาบาลชนบท 16. โรงพยาบาลเขาสวนกวาง 17. โรงพยาบาลภูผาม่าน 18. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน 19. โรงพยาบาลข้าสูง 20. โรงพยาบาลหนองนาคำ 21. โรงพยาบาลเวียงเก่า 22. โรงพยาบาลโคกโพธิ์ไชย 23. โรงพยาบาลโนนศิลา รายละเอียดดังรูปภาพที่ 1



รูปภาพที่ 1 กราฟแสดงจำนวนและประเภทโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2564-2566

ส่วนที่ 2 ผลการประเมินประสิทธิภาพตามเกณฑ์ Total Performance Score (TPS) ของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2564-2566 1. ผลการเปรียบเทียบผลการประเมินประสิทธิภาพตามเกณฑ์ Total Performance Score (TPS) ของหน่วยบริการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดขอนแก่น ในปีงบประมาณ 2564 - 2566 สรุปผลการประเมินระดับ

คะแนนดีมาก (Grade A) และระดับคะแนนพอใช้ (Grade C) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปีงบประมาณ 2565 แต่ลดลงในปีงบประมาณ 2566 ระดับคะแนนดี (Grade B) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ระดับคะแนนต้องปรับปรุง (Grade D) และระดับคะแนนไม่ผ่าน (Grade F) มีแนวโน้มลดลงในปีงบประมาณ 2565 แต่ปีงบประมาณ 2566 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น รายละเอียดดังรูปภาพที่ 2



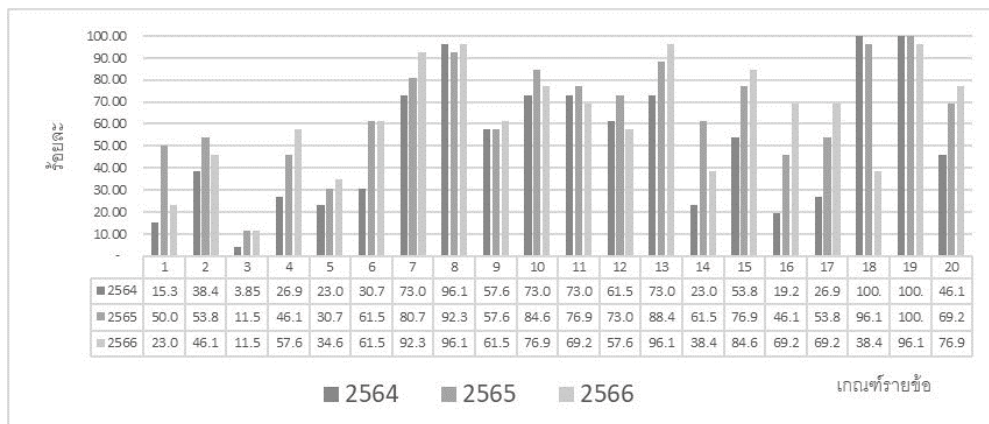
รูปภาพที่ 2 ผลการเปรียบเทียบผลการประเมินประสิทธิภาพของหน่วยบริการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2564-2566

2. ผลการศึกษาผลการเปรียบเทียบผลการประเมินประสิทธิภาพตามเกณฑ์ Total Performance Score (TPS) ของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2564-2566 ตามเกณฑ์การประเมิน จำนวน 20 ข้อ พบว่า เกณฑ์รายข้อที่มีแนวโน้มผ่านเกณฑ์เพิ่มขึ้น ได้แก่ (ข้อ 4)

การบริหารสินทรัพย์หมุนเวียนและหนี้สินหมุนเวียน ระยะเวลาตัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้สิทธิ UC ≤60 วัน พบว่า มีหน่วยบริการผ่านเกณฑ์การประเมิน ปีงบประมาณ 2564-2566 คิดเป็นร้อยละ 26.92, ร้อยละ 46.15 และร้อยละ 57.69 ตามลำดับ (ข้อ5) การบริหารสินทรัพย์หมุนเวียนและหนี้สินหมุนเวียน ระยะเวลาตัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้สิทธิ

ข้าราชการ ≤ 60 วัน พบว่า มีหน่วยบริการผ่านเกณฑ์การประเมิน ปีงบประมาณ 2564-2566 คิดเป็นร้อยละ 23.08, ร้อยละ 30.77 และร้อยละ 34.22 ตามลำดับ (ข้อ 7) การบริหารต้นทุน และค่าใช้จ่าย Unit Cost for OP ไม่เกินค่ากลางกลุ่มโรงพยาบาล พบว่า มีหน่วยบริการผ่านเกณฑ์การประเมิน ปีงบประมาณ 2564-2566 คิดเป็นร้อยละ 73.08, ร้อยละ 80.77 และร้อยละ 92.31 ตามลำดับ (ข้อ 13) คะแนนตรวจสอบงบทดลองเบื้องต้น พบว่า มีหน่วยบริการผ่านเกณฑ์การประเมิน ปีงบประมาณ 2564-2566 คิดเป็นร้อยละ 73.08, ร้อยละ 88.46 และร้อยละ 96.15 ตามลำดับ (ข้อ 15) ผลผลิต (Productivity) เป็นที่ยอมรับ Sum of AdjRW เกินค่ากลางกลุ่ม รพ. หรือ เพิ่มขึ้น 5 % พบว่า มีหน่วยบริการผ่านเกณฑ์การประเมิน ปีงบประมาณ 2564-2566 คิดเป็นร้อยละ 53.85, ร้อยละ 76.92 และร้อยละ 84.62

ตามลำดับ (ข้อ 16) ผลลัพธ์การดำเนินงานความสามารถในการทำกำไร ประสิทธิภาพในการดำเนินงาน (Operating Margin) พบว่า มีหน่วยบริการผ่านเกณฑ์การประเมิน ปีงบประมาณ 2564-2566 คิดเป็นร้อยละ 19.23, ร้อยละ 46.15 และร้อยละ 69.23 ตามลำดับ (ข้อ 17) ผลลัพธ์การดำเนินงานความสามารถในการทำกำไร อัตราผลตอบแทนจากสินทรัพย์ (Return on Asset) พบว่า มีหน่วยบริการผ่านเกณฑ์การประเมิน ปีงบประมาณ 2564-2566 คิดเป็นร้อยละ 26.92, ร้อยละ 53.85 และร้อยละ 69.23 ตามลำดับ (ข้อ 20) การวัดสภาพคล่องทางการเงิน Cash Ratio ≥ 0.8 พบว่า มีหน่วยบริการผ่านเกณฑ์การประเมิน ปีงบประมาณ 2564-2566 คิดเป็นร้อยละ 46.10, ร้อยละ 69.23 และร้อยละ 76.92 ตามลำดับ รายละเอียดดังรูปภาพที่ 3



รูปภาพที่ 3 ผลการเปรียบเทียบผลการประเมินประสิทธิภาพของหน่วยบริการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2564-2566 ตามเกณฑ์รายข้อ

3. ผลการศึกษาผลการเปรียบเทียบผลการประเมินประสิทธิภาพตามเกณฑ์ Total Performance Score (TPS) ของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ในจังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2564-2566 ในภาพรวมของทุกโรงพยาบาลในจังหวัดขอนแก่น พบว่า เกณฑ์การประเมินที่มีจำนวนโรงพยาบาลผ่านน้อยที่สุด 5 อันดับแรก ดังนี้

ปีงบประมาณ 2564			ปีงบประมาณ 2565			ปีงบประมาณ 2566					
ข้อที่	รายละเอียด	จำนวน รพ.		ข้อที่	รายละเอียด	จำนวน รพ.		ข้อที่	รายละเอียด	จำนวน รพ.	
		ไม่ผ่าน	ร้อยละ			ไม่ผ่าน	ร้อยละ			ไม่ผ่าน	ร้อยละ
3	ระยะเวลาชำระเจ้าหนี้การค้า& เจ้าหนี้ภาษี < 90 วัน หรือ < 180 วัน	25	96.15	3	ระยะเวลาชำระเจ้าหนี้การค้า& ภาษี < 90 วัน หรือ < 180 วัน	23	88.46	3	ระยะเวลาชำระเจ้าหนี้การค้า& เจ้าหนี้ภาษี < 90 วัน หรือ < 180 วัน	23	88.46
1	การบริหารแผนทางการเงิน มิติรายได้	22	84.62	5	ระยะเวลาอันเนื่องในการเรียกเก็บหนี้สินีชำระ < 60 วัน	18	69.23	1	การบริหารแผนทางการเงิน มิติรายได้	20	76.92
16	ประสิทธิภาพในการดำเนินงาน (Operating Margin)	21	80.77	4	ระยะเวลาอันเนื่องในการเรียกเก็บหนี้สินี UC < 60 วัน	14	53.85	5	ระยะเวลาอันเนื่องในการเรียกเก็บหนี้สินีชำระ < 60 วัน	17	65.38
5	ระยะเวลาอันเนื่องในการเรียกเก็บหนี้สินีชำระ < 60 วัน	20	76.92	16	ประสิทธิภาพในการดำเนินงาน (Operating Margin)	14	53.85	14	อัตราผลตอบแทนผู้ถือหุ้น > 80 %	16	61.54
14	อัตราผลตอบแทนผู้ถือหุ้น > 80 %	20	76.92	1	การบริหารแผนทางการเงิน มิติรายได้	13	50.00	18	ผลกำไรขาดทุนก่อนหักค่าเสื่อม (EBITDA) > 0 (1 คะแนน)	16	61.54

อภิปรายผลและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่าผลการศึกษการเปรียบเทียบผลการประเมินประสิทธิภาพตามเกณฑ์ Total Performance Score (TPS) ของหน่วยบริการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2564-2566 จำนวน 26 แห่ง พบว่าหน่วยบริการที่มีผลการประเมินระดับคะแนนดีมาก (Grade A) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นระหว่างปีงบประมาณ 2564 คิดเป็นร้อยละ 0.00 และปีงบประมาณ 2565 ร้อยละ 26.92 และมีแนวโน้มลดลงปีงบประมาณ 2566 ร้อยละ 19.23 จังหวัดขอนแก่น มีการขับเคลื่อนด้านการเงินการคลังโดยการสนับสนุนงบประมาณให้กับหน่วยบริการที่ประเมินผ่านระดับคะแนนดีมาก (Grade A) และระดับคะแนนดี (Grade B)

ในไตรมาส 3 ปีงบประมาณ 2564¹¹ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของน้ำค้าง บวรกุลวัฒน์¹² พบว่าแนวทางการประเมินประสิทธิภาพ (Total Performance Score : TPS) ครบทุกมิติ สอดคล้องกับการขับเคลื่อนด้านการเงินการคลัง 5 มาตรการที่สะดวกต่อการใช้งาน รวมทั้งสามารถนำไปเป็นข้อมูลในการให้รางวัลด้วยการจัดสรรเงินเพิ่มเติมให้สำหรับหน่วยบริการที่มีผลการประเมินประสิทธิภาพ (Total Performance Score :TPS) คะแนนระดับดีมาก (Grade A) ในไตรมาส 3 ปีงบประมาณ 2562 จำนวน 83 แห่ง เป็นเงิน 83,000,000 บาท และปีงบประมาณ 2563 จำนวน 85 แห่ง เป็นเงิน 84,500,000 บาท

หน่วยบริการที่มีผลการประเมินระดับคะแนนดีมาก (Grade A) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นระหว่างปีงบประมาณ 2564 คิดเป็นร้อยละ 0.00 และปีงบประมาณ 2565

ร้อยละ 26.92 และมีแนวโน้มลดลง ปีงบประมาณ 2566 ร้อยละ 19.23 หน่วยบริการในจังหวัดขอนแก่นมีแนวโน้มที่จะเกิดความเสี่ยงวิกฤตทางการเงินการคลัง ระดับ 4-7 หากหน่วยบริการไม่สามารถควบคุมกำกับแผนทางการเงินมิติรายได้ และค่าใช้จ่าย รวมทั้งการบริหารต้นทุนและค่าใช้จ่าย LC MC ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของชนฎาภา อุบัติษฐ์ และอัญชลีพร¹³ ได้ทำการศึกษา การพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ตามเกณฑ์ประเมินประสิทธิภาพ ด้านการเงินการคลัง (Total Performance Score: TPS) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2562-2565 ผลการศึกษาพบว่า มีหน่วยบริการที่อยู่ในระดับดีมาก (Grade A) คิดเป็นร้อยละ 2.78, 8.33, 0.00 และ 2.78 ตามลำดับ สถานการณ์ด้านการเงินการคลังของโรงพยาบาลต่างๆ ในสังกัดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย โดยส่วนใหญ่มีแนวโน้มที่จะเกิดความเสี่ยงทางการเงินมากขึ้น อันมีสาเหตุจากการมีค่าใช้จ่ายสูงกว่ารายรับ จึงมีแนวทางในการพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังขึ้น โดยการพัฒนาศักยภาพบุคลากร การพัฒนาระบบการตรวจสอบการเงินการคลัง การกำกับติดตามและประเมินผล

จากข้อมูลเปรียบเทียบประเมินประสิทธิภาพ พบว่า ข้อ 9 การบริหารค่าใช้จ่าย ประเภท ค่าแรงบุคลากร (LC) ไม่เกินค่ากลางกลุ่มโรงพยาบาล พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจากปีงบประมาณ 2565 ผ่านเกณฑ์การประเมิน คิดเป็นร้อยละ 57.69 และปีงบประมาณ 2566 ผ่านเกณฑ์การประเมิน คิดเป็นร้อยละ 61.54 ข้อ 10 การบริหารต้นทุนและค่าใช้จ่าย MC ค่ายา ไม่เกินค่ากลางกลุ่มโรงพยาบาล พบว่า มีแนวโน้มผ่านเกณฑ์ประมาณลดลงจากปีงบประมาณ 2565 ผ่านเกณฑ์การประเมิน คิดเป็นร้อยละ 84.62 ปีงบประมาณ 2566 ผ่านเกณฑ์การประเมิน คิดเป็นร้อยละ 76.92 และ ข้อ 11 การบริหารต้นทุนและค่าใช้จ่าย MC ค่าวัสดุวิทยาศาสตร์และการแพทย์ ไม่เกินค่ากลางกลุ่มโรงพยาบาล พบว่า มีแนวโน้มผ่านเกณฑ์ประเมินลดลงจากปีงบประมาณ 2565 ผ่านเกณฑ์การประเมิน คิดเป็นร้อยละ 76.92 ปีงบประมาณ 2566 ผ่านเกณฑ์การประเมินคิดเป็นร้อยละ 69.23 ทั้ง 3 ข้อ ดังกล่าว จังหวัดขอนแก่นยังไม่ผ่านเกณฑ์ประเมินครบทุกแห่ง ข้อมูลสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังยังไม่มีประสิทธิภาพมีแนวโน้มจะทำให้เกิดวิกฤตทางการเงินได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของพิทักษ์พล บุญยมาลิก และธิดาจิต มณีวัต¹⁴ ผลการศึกษาพบว่า สาเหตุผลปัจจัยความสำเร็จในการบริหารการเงินประกอบด้วย 8 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) ใน

ระดับประเทศ มีการกักเงินเพื่อการบริหารจัดการไม่เกินร้อยละ 10 2) การปรับตัว 3) ผู้นำ 4) การจัดหารายได้เพิ่มเพื่อลดรายจ่าย 5) การใช้ระบบสารสนเทศสำหรับข้อมูลทางบัญชี 6) การลดต้นทุนค่าแรงโดยนำระบบสารสนเทศมาใช้ 7) การใช้ระบบจัดซื้อจัดจ้างแบบอิเล็กทรอนิกส์ และ 8) การจัดแผนการเงิน สาเหตุและปัจจัยความล้มเหลวในการบริหารการเงิน ประกอบด้วย 10 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การจัดสรรงบประมาณไม่เพียงพอ 2) วิธีการจัดสรรเงินเป็นรายหัว 3) การจัดสรรงบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขาด 4) การกระจายเงินในระบบบริหารจัดการไม่ดี 5) ศักยภาพของผู้บริหารแต่ละโรงพยาบาล 6) โรงพยาบาลใช้ศักยภาพไม่เต็มที่ 7) ต้นทุนค่าแรง 8) ต้นทุนวัสดุ 9) ระบบการลงข้อมูลทางบัญชีไม่ถูกต้อง และ 10) มีค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานที่ไม่เป็นตามแผนทางการเงิน การคลัง ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับแนวทางการบริหารการเงิน คือ ควรมีการกระจายอำนาจการบริหารการเงินให้เขตสุขภาพและจังหวัดให้มากขึ้น เปลี่ยนวิธีการจัดสรรเงินโดยการแยกเงินเดือนออกจากงบเหมาจ่ายรายหัว การกักเงินเพื่อช่วยโรงพยาบาลที่มีปัญหา การเพิ่มงบประมาณให้เขตสุขภาพ การเพิ่มการบริหารร่วมโดยใช้บัญชีเสมือน และการเพิ่มการบริหารการเงินร่วมกันในเขตสุขภาพ

หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดขอนแก่น

ปีงบประมาณ 2564 - 2566 พบว่าหน่วยบริการส่วนใหญ่มีผลการประเมินระดับคะแนนพอใช้ (Grade C) ระดับคะแนนต้องปรับปรุง (Grade D) และระดับคะแนนไม่ผ่าน (Grade F) จำนวนแห่งรวมกันแยกรายปี ดังนี้ ปีงบประมาณ 2564 จำนวน 25 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 96.15 ปีงบประมาณ 2565 จำนวน 14 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 53.85 ปีงบประมาณ 2566 จำนวน 15 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 57.69 ซึ่งพิจารณาเกณฑ์รายชื่อประกอบ พบว่า หน่วยบริการจะประเมินประสิทธิภาพไม่ผ่านตามเกณฑ์ในข้อ 3 การบริหารสินทรัพย์หมุนเวียนและหนี้สินหมุนเวียน ระยะเวลาชำระเจ้าหนี้การค้าฯ & เวชภัณฑ์มีอายุ ≤ 90 วัน หรือ ≤ 180 วัน จำนวนเพียงเล็กน้อย ดังนี้ ปีงบประมาณ 2564 มีหน่วยบริการผ่านเกณฑ์การประเมิน จำนวน 1 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 3.85 ปีงบประมาณ 2565 หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การประเมิน จำนวน 3 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 11.54 ปีงบประมาณ 2566 หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การประเมิน จำนวน 3 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 11.54 ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ จีระพร สาสุดี และยอดชาย สุวรรณหงส์¹⁵ ผลการศึกษาพบว่า 1) โรงพยาบาลภาครัฐในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี มีผลการดำเนินงานประสิทธิผลสูงกว่าเป้าหมาย กระทรวงสาธารณสุขในด้านเงินทุนหมุนเวียนสุทธิ (ร้อยละ 83.33) และด้านอัตราส่วน

เงินทุนหมุนเวียนเร็ว (ร้อยละ 58.34) ด้านระยะเวลาถ้วนเฉลี่ยในการชำระหนี้การค้า ปรเภทยาและเวชภัณฑ์มีไชยา (ร้อยละ 58.34) 2) โรงพยาบาลไม่มีวิกฤตทางการเงินระดับ 7 (ร้อยละ 91.66) ประสิทธิภาพการดำเนินงาน ด้านการบริหารการเงินการคลังของ โรงพยาบาลภาครัฐในสังกัดสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดสระบุรีภาพรวมมี ประสิทธิภาพสูง ($x = 4.18$, $S.D. = 0.385$)

จากผลการศึกษาเปรียบเทียบตาม เกณฑ์การประเมินรายชื่อที่โรงพยาบาล ผ่านน้อยที่สุด 5 อันดับแรก ปีงบประมาณ 2564-2566 ส่วนใหญ่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ในหัวข้อ การบริหารแผนทางการเงิน มิติรายได้ ระยะเวลาชำระเจ้าหนี้การค้า&เวชภัณฑ์ มีไชยา ≤ 90 วัน หรือ ≤ 180 วัน ระยะเวลา ถ้วนเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้สินชำระการค้า ≤ 60 วัน ระยะเวลาถ้วนเฉลี่ยในการเรียกเก็บ หนี้สิน UC ≤ 60 วัน อัตราครองเตียงผู้ป่วย ใน $\geq 80\%$ ซึ่งจะเป็นสาเหตุปัญหาทำให้ หน่วยงานจะประสบสถานการณ์วิกฤติทาง การเงิน ระดับ 4-7 ได้ จังหวัดมีมาตรการและ นโยบายกำกับติดตาม พัฒนาระบบการเงิน การคลัง และเฝ้าระวังประสิทธิภาพการเงิน การคลังของโรงพยาบาล กำหนดเป็นตัวชี้วัด นิเทศ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน สาธารณสุข ระดับเครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP) จังหวัดขอนแก่น¹⁶ ให้มีการประชุม คณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง (CFO) ติดตามสถานการณ์เพื่อสนับสนุนช่วยเหลือ

แลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนา อย่างสม่ำเสมอ มีแผนพัฒนาคุณภาพบัญชีหน่วยบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดขอนแก่น ควบคุมกำกับ กระบวนการปฏิบัติงานให้ถูกต้องตาม ระเบียบตามเกณฑ์ตรวจสอบภายใน 5 มิติ และควบคุมกำกับ Planfin ร่วมกับการเงินและบัญชี ออกตรวจเยี่ยมและค้นหา ต้นแบบ (Best Practice) เพื่อการแลกเปลี่ยน เรียนรู้เรื่องการพัฒนาประสิทธิภาพการเงิน การคลังของหน่วยบริการ และพัฒนา ผู้บริหารและศูนย์จัดเก็บรายได้ พื้นฟูการใช้ โปรแกรมบริหารจัดการลูกหนี้แก่หน่วยบริการ เพื่อให้จัดเก็บรายได้มีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษา พบว่า หน่วยบริการ ที่มีผลการประเมินระดับคะแนนดีมาก (Grade A) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นระหว่าง ปีงบประมาณ 2564 คิดเป็นร้อยละ 0.00 และ ปีงบประมาณ 2565 ร้อยละ 26.92 และมีแนวโน้มลดลง ปีงบประมาณ 2566 ร้อยละ 19.23 หน่วยบริการส่วนใหญ่มีผลการ ประเมินอยู่ในระดับคะแนนพอใช้ (Grade C) ระดับคะแนนต้องปรับปรุง (Grade D) และระดับคะแนนไม่ผ่าน (Grade F) และการประเมินเกณฑ์รายชื่อ จำนวน 20 ข้อ ทำให้ทราบว่าสาเหตุปัญหาทำให้หน่วย บริการจะประสบสถานการณ์วิกฤติทาง การเงิน ได้แก่ การบริหารแผนทางการเงิน

การบริหารต้นทุนและค่าใช้จ่าย ผลผลิต (Productivity) เป็นที่ยอมรับ ข้อเสนอแนะ ดังนี้ 1. ต้องมีการกำกับติดตามสถานการณ์ตามเกณฑ์ประเมิน โดยการพัฒนาโปรแกรมสำหรับการประเมินประสิทธิภาพหน่วยบริการด้วยระบบสารสนเทศที่ทันสมัย เช่น การพัฒนาเป็นระบบ Dashboard โดยผู้ใช้งานและผู้บริหารทุกระดับสามารถ เลือกหน่วยบริการเพื่อตรวจสอบประสิทธิภาพ

2. กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ ซึ่งเป็นหน่วยงานส่วนกลางของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีหน้าที่รับผิดชอบในการติดตาม กำกับเรื่องประสิทธิภาพของหน่วยบริการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ให้มีการชี้แจงให้ความรู้ทำความเข้าใจแนวทางการประเมินประสิทธิภาพตามเกณฑ์ Total Performance Score (TPS) แต่ละแนวทาง ให้มีความรู้ ความเข้าใจ ในรายละเอียดของแต่ละแนวทางจนสามารถนำไปวิเคราะห์ และนำไปพัฒนาปรับปรุงประสิทธิภาพให้ดีขึ้น

3. มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สำหรับหน่วยบริการที่ผลการประเมินประสิทธิภาพตามเกณฑ์ Total Performance Score (TPS) อย่างต่อเนื่องให้เป็นแนวทางสำหรับหน่วยบริการที่ยังมีผลการประเมินยังไม่ถึงระดับคะแนนดีมาก (Grade A) หากหน่วยบริการสามารถพัฒนาปรับปรุงประสิทธิภาพจนถึงระดับคะแนนดีมาก (Grade A)

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลจะเห็นได้ว่าหน่วยบริการมีแนวโน้มที่จะมีการบริหารการเงินการคลังที่ไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้หน่วยบริการเสี่ยงต่อการมีปัญหาด้านะวิกฤตทางการเงินการคลังได้ ดังนั้นจึงควรศึกษาการตระหนักรู้ และรับรู้สถานการณ์การเงินการคลังของหน่วยบริการ และประเมินผลความรู้ความเข้าใจการประเมินประสิทธิภาพตามเกณฑ์ Total Performance Score (TPS) รายชื่อ ของผู้บริหารและคณะกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลัง (Chief Financial Officer : CFO) และผู้รับผิดชอบที่เกี่ยวข้องทุกหน่วยงานในหน่วยบริการ

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ขอขอบคุณท่านนายแพทย์ สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น คณะผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น คณะกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลัง (Chief Financial Officer : CFO) หน่วยบริการสุขภาพ จังหวัดขอนแก่น และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านการเงินการคลัง ของเครือข่ายหน่วยบริการในจังหวัดขอนแก่นทุกแห่ง ทำยนี้ขอขอบคุณเจ้าของเอกสารและงานวิจัยทุกท่าน แหล่งข้อมูลจากกองเศรษฐกิจสุขภาพ และหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และแหล่งข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องที่ผู้ศึกษาค้นคว้าได้นำมาอ้างอิง จนกระทั่งสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. สรุปผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุขที่สำคัญ เอกสารประกอบการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ 2566. ขอนแก่น: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น; 2566
2. กองบริหารการสาธารณสุข. ข้อมูลพื้นฐานสถานบริการสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 12 ก.พ. 2567]. เข้าถึงได้จาก <https://it-phdb.moph.go.th/reportdata-beta/#/chart-bed>.
3. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 12 ก.พ. 2567]. เข้าถึงได้จาก <https://spd.moph.go.th/governance-excellence/>.
4. กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ. รายงานผลการดำเนินงานประจำปี 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 12 ก.พ. 2567]. เข้าถึงได้จาก <https://dhes.moph.go.th/?p=13539>
5. กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ. รายงานผลการดำเนินงานประจำปี 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 12 ก.พ. 2567]. เข้าถึงได้จาก <https://dhes.moph.go.th/?p=18171>
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. ติดตามสถานการณ์ทางการเงินจังหวัดขอนแก่น [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 12 ก.พ. 2567]. เข้าถึงได้จาก https://lookerstudio.google.com/reporting/d8d75765-7517-4ea7-8231-78ea23c28d6b/page/p_0b78e7uuxc
7. ชุมพล นุชผ่อง. แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 7 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงิน การคลัง เขตสุขภาพที่ 7 ปีงบประมาณ 2565 ในวันที่ 26-27 พฤษภาคม พ.ศ. 2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 12 ก.พ. 2567]. เข้าถึงได้จาก <https://www.uckkpho.com/download/2287/>
8. กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ. ข้อมูลผลการประเมินประสิทธิภาพ TPS ไตรมาส 4/2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 12 ก.พ. 2567]. เข้าถึงได้จาก <https://hfo64.moph.go.th/>
9. กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ. ข้อมูลผลการประเมินประสิทธิภาพ TPS ไตรมาส 4/2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 12 ก.พ. 2567]. เข้าถึงได้จาก <https://hfo65.moph.go.th/>

10. กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ. ข้อมูลผลการประเมินประสิทธิภาพ TPS ไตรมาส 4/2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 12 ก.พ. 2567]. เข้าถึงได้จาก <https://hfo66.moph.go.th/>
11. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. สรุปมติและข้อสั่งการที่ประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลัง (Chief Financial Officer: CFO) หน่วยบริการสุขภาพ จังหวัดขอนแก่น ครั้งที่ 2/2564 วันที่ 9 กันยายน 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 12 ก.พ. 2567]. เข้าถึงได้จาก <https://www.uckkpho.com/uc/1516/>
12. น้ำค้าง บวรกุลวัฒน์. การศึกษาแนวทางการประเมินประสิทธิภาพ (Total Performance Score: TPS) หน่วยบริการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2565
13. ชญาภา อุดิษฐ์, อัญชลีพร วุฒิเป็ก. การพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ตามเกณฑ์ประเมินประสิทธิภาพด้านการเงินการคลัง (Total Performance Score : TPS) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. วารสารวิจัยสุขภาพโรงพยาบาลและชุมชน ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2566. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 19 ม.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/pthjo/article/view/1359>
14. พัทธ์พัล บุญยมาสิก, ธิดาจิต มณีวัต. แนวโน้มการบริหารการเงินของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข: การศึกษาเชิงคุณภาพ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2564;15(4): 477-789.
15. จีระพร ลาสุดี, ยอดชาย สุวรรณวงษ์. การประเมินประสิทธิผลและประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาลภาครัฐในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2563; 30(1): 523-531 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 19 ม.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RDHSJ/article/view/254949/173193>
16. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. คู่มือนิเทศ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุข ระดับเครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP) จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2567. ขอนแก่น: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น; 2567

การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการป้องกันการบาดเจ็บ จากอุบัติเหตุทางถนน อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น

คมชาญ ไชโยแสง¹, พิธิต แสนเสนา², ธวัชชัย คำป่อง³

บทคัดย่อ

การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น เป็นการวิจัยดำเนินการ (Operation Research) มี 2 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สภาพปัญหา ระยะที่ 2 หารูปแบบแนวทางที่เหมาะสมเพื่อพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการ ดำเนินการศึกษาในคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอ คณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และประชาชนในชุมชน ดำเนินการวิจัย ปีงบประมาณ 2565 รวบรวมข้อมูลทุติยภูมิ จากโรงพยาบาลหนองเรือ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษา สถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุทางถนน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2559-2564 กลุ่มอายุ 15-19 ปี พบสูงสุด ยานพาหนะที่เกิดอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ ร้อยละ 75.27, 71.67, 84.33, 83.02, 87.17 และ 83.07 ตามลำดับ ไม่สวมหมวกนิรภัย ร้อยละ 88.57, 93.02, 81.43, 74.10, 81.91 และ 89.01 ตี๋มแอลกอฮอล์แล้วขับขี่ ร้อยละ 34.41, 34.67, 26.50, 22.06, 25.16 และ 31.63 จากการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการป้องกันการอุบัติเหตุทางถนน 8 องค์ประกอบ ส่งผลให้ปีงบประมาณ 2565 จำนวนการเกิดอุบัติเหตุ ลดลงถึง ร้อยละ 29.52 จำนวนผู้บาดเจ็บลดลงถึงร้อยละ 30.13

คำสำคัญ: ศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอ คุณภาพการบริหารจัดการ
อุบัติเหตุทางถนน การพัฒนารูปแบบ

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอชุมแพ

² ข้าราชการบำนาญ

³ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเหมือดแอ่ ตำบลบ้านเม็ง องค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น

Corresponding Author; Khomchan Chaiyosang Email: Khomchai115@gmail.com

Received: January 22, 2024; Revised March 17, 2024; Accepted March 21, 2024

Model Development of Management the Quality to Prevent Road Traffic Accidents, Nong Ruea District, Khon Kaen Province

Khomchan Chaiyosang¹, Pichit Seansena², Tawatchai Kampong³

Abstract

The development of the quality of management in preventing road accidents in Nong Ruea District, Khon Kaen Province, is conducted through Operations Research in two phases as follows: Phase 1: Problem Analysis. Phase 2: Identifying suitable approaches and models to improve the quality of management. Conducting studies within the Road Safety Operations Committee of the District, the Road Safety Operations Committee of the Local administration, community leaders, voluntary health workers in villages, sub-district health promotion hospital staff, and community members. The research was conducted in the fiscal year 2022, and the geographical data was collected from Nong Ruea Hospital. Analysing with descriptive statistics, the Road Traffic Injuries study in the fiscal year 2016-2021 reveals that the age group 15-19 years has the highest frequency. Motorcycle accidents have the percentage of 75.27, 71.67, 84.33, 83.02, 87.17 and 83.07, respectively. The lack of Helmet protection is at 88.57, 93.02, 81.43, 74.10, 81.91 and 89.01. Drinking alcohol and driving is 34.41, 34.67, 26.50, 22.06, 25.16 and 31.63. The development of quality management in preventing road accidents in 8 components is accomplished by decreasing the number of accidents by 29.52 per cent and lowering injuries by 30.13 per cent in the fiscal year 2022.

Key words: District Road Safety Operations Center, Quality of Management,

Road Traffic Injuries, Model Development

¹Public Health Technical Officer, Professional Level, Chumphae District Public Health Office

²Pensioner

³Director of Ban Muad-ae Subdistrict Health Promoting Hospital

บทนำ (Introduction)

จากการประชุมสมัชชาใหญ่แห่งสหประชาชาติ¹ เดือนกันยายน พ.ศ.2558 ได้ให้การรับรองวาระการพัฒนาที่ยั่งยืน พ.ศ. 2573 (2030 Agenda for Sustainable Development) เป้าหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืน ข้อ 3.6 คือ ลดอัตราการเสียชีวิตและการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุการจราจรทางถนนให้ได้ครึ่งหนึ่งภายใน ปี 2563 สะท้อนให้เห็นว่าการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุการจราจรทางถนนเป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งของการเสียชีวิตทั่วโลก โดยเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของผู้มีอายุระหว่าง 15-29 ปี² ประเทศไทย ในปี พ.ศ.2564 มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนมากกว่า 13,000 ราย หรือเฉลี่ยวันละ 36 ราย โดยเป็นกลุ่มคนวัยทำงานอายุตั้งแต่ 25-60 ปี เสียชีวิตมากถึงร้อยละ 54.0 หรือประมาณกว่า 7,000 ราย สาเหตุมาจากปัจจัยเกี่ยวกับ “พฤติกรรมของคน” และ “สภาพของรถ” เป็นสำคัญ โดยเสียชีวิตจากรถ “จักรยานยนต์” มากที่สุด มากกว่า 5,800 ราย และมีสถานะเป็น “ผู้ขับขี่” จำนวนมากกว่า 5,000 ราย³

อำเภอหนองเรือ มีการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน โดยมีศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน อำเภอ หรือ ศปถ.อำเภอ ที่ดำเนินการเป็นรูปธรรมในปี พ.ศ. 2559 ทำหน้าที่เป็นแกนนำสำคัญ ในการป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน

มีคณะกรรมการ ศปถ.อำเภอ ที่มีนายอำเภอ เป็นผู้อำนวยการศูนย์ฯ สาธารณสุขอำเภอ เป็นเลขานุการ คณะกรรมการมาจากทุกส่วนราชการ ได้แก่ เจ้าหน้าที่ทางหลวง การไฟฟ้า ส่วนภูมิภาค สถานประกอบการ ฝ่ายปกครอง หัวหน้าส่วนราชการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น โดยเป็นพี่เลี้ยงการดำเนินงานของศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ศปถ.อปท) แต่การเกิดอุบัติเหตุในพื้นที่ก็ยังเป็นปัญหาสำคัญ โดยเฉพาะการเสียชีวิตซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่มาจากเมาแล้วขับ ขับรถเร็ว ชนท้ายรถบรรทุก ในรายที่ขับที่รถจักรยานยนต์พบว่าไม่สวมหมวกนิรภัย เวลาที่เกิดเหตุส่วนใหญ่จะเป็นช่วง 18.00 น. ถึง 20.00 น. ซึ่งเป็นช่วงเวลาหลังเลิกงาน และมียานพาหนะจำนวนมากในท้องถนน ประกอบกับมีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ขับรถเร็ว ประมาณ ไม่เคารพกฎจราจร ส่งผลให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย ส่วนสถานที่เกิดเหตุส่วนใหญ่พบถนนสายหลัก (ถนนมลิวรรณ) ซึ่งเป็นถนน 4 เลน⁴ ในส่วนของตำรวจเองได้ให้ความสำคัญแก้ไขปัญหาคู่อุบัติเหตุทางถนนมาโดยตลอด โดยร่วมเป็นคณะกรรมการ ศปถ.อำเภอ มีการกวดขันวินัยจราจรทั้งในและนอกช่วงเทศกาลปีใหม่และสงกรานต์ให้ ความรู้แก่เด็กนักเรียนในโรงเรียนต่างๆ ประสานความร่วมมือไปยังโรงงานน้ำตาล ในการดูแลตรวจสภาพรถบรรทุกให้มีความพร้อมในการใช้งาน มีความปลอดภัย

ในการขนส่ง^๕ โดย ศปถ.อำเภอหนองเรือ ได้บูรณาการดำเนินงานร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ขยายเครือข่ายไปยัง ศปถ.อปท. ทุกแห่ง แต่จากการดำเนินงานที่ผ่านมา ยังไม่สามารถลดจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนได้อย่างเป็นรูปธรรม ถึงแม้สถิติการเกิดอุบัติเหตุจะมีแนวโน้มลดลงในช่วงหลายปีที่ผ่านมา ก็ตาม อาจเนื่องมาจากความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุสูงขึ้น ซึ่งมาจากหลายปัจจัย เช่น เมาแล้วขับ ไม่สวมหมวกนิรภัย ขับรถเร็ว เป็นต้น^๖ จากผลกระทบที่กล่าวมาข้างต้น ส่งผลต่อชีวิตและทรัพย์สินของประชาชนผู้ใช้รถใช้ถนน จึงจำเป็นต้องศึกษาถึงสถานการณ์ปัญหา และหาแนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน เพื่อปรับปรุงและเติมเต็มให้การดำเนินงานป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่ประสบผลสำเร็จและลดการเสียชีวิตในพื้นที่ และนำกระบวนการหรือกิจกรรมที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ไปปรับใช้ในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์ (Objective)

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุทางถนนทั้งสายหลักและสายรอง ในเขตอำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

รูปแบบการวิจัย : การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยดำเนินการ (Operation Research) ตามขั้นตอนการวิจัยดำเนินการพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สภาพปัญหา เป็นการวิเคราะห์สภาพปัญหาการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน ระยะที่ 2 การหาแนวทางแก้ไขปัญหา เพื่อลดการเกิดอุบัติเหตุทางถนนซึ่งเป็นสาเหตุการบาดเจ็บและเสียชีวิต

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในเขตอำเภอหนองเรือ ประชากร ได้แก่ ประชาชนในพื้นที่อำเภอหนองเรือ อายุระหว่าง 13-59 ปี จำนวน 60,570 คน⁷ สุ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อเป็นกลุ่มเป้าหมายในการตอบแบบสัมภาษณ์ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 397 ตัวอย่าง โดยกำหนดให้เป็นผู้ที่เคยเกิดอุบัติเหตุในพื้นที่ 200 และประชาชนทั่วไป 197 คน
ระยะที่ 2 การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมอภิปรายกลุ่มจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการบริหารจัดการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน จำนวน 15 คน

เครื่องมือวิจัย มี 3 ส่วน
ประกอบด้วย 1) แบบเก็บข้อมูลอุบัติเหตุจากโรงพยาบาล 2) แบบสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย

3) แบบบันทึกการอภิปรายกลุ่ม ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ นำแบบสัมภาษณ์ไป Tryout ที่อำเภอหนอง

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

จริยธรรมการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ที่เป็นมาตรฐานสากล โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เลขที่โครงการวิจัย REC 054/2565

ผลการวิจัย (Result)

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สภาพปัญหา (1) สถานการณ์ปัญหาและสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุทางถนนทั้งสายหลักและสายรองในเขตอำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น จากรายงานโรงพยาบาลหนองเรือ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2559-2564 พบว่าจำนวนครั้งการเกิดอุบัติเหตุ มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยลดจาก 866 ครั้ง ในปีงบประมาณ พ.ศ.2559 เป็น 385 ครั้ง ในปีงบประมาณ พ.ศ.2564 โดยลดลงถึงร้อยละ 55.54 จำนวนผู้บาดเจ็บมีแนวโน้ม

ลดลงอย่างต่อเนื่องเช่นเดียวกัน โดยลดลงจาก 1,125 ราย ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 เป็น 481 รายในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 โดยลดลงร้อยละ 57.24 พหุติกรรมเสี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 34.41, 31.67, 26.50, 22.06, 25.16 และ 31.63 ตามลำดับ การไม่สวมหมวกนิรภัย ร้อยละ 88.57, 93.02, 81.43, 74.10, 81.91 และ 89.01 ตามลำดับ กลุ่มอายุ 15-19 ปี มีสัดส่วนของการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนสูงสุด ในปี 2561-2564 ร้อยละ 19.00, 15.56, 16.78 และ 17.41 ตามลำดับ ประเภทถนนที่เกิดอุบัติเหตุสูงสุดคือ ถนนมลิวรรณ ร้อยละ 35.48, 40.83, 85.79, 71.75, 95.39 และ 88.86 ตามลำดับ และประเภทยานพาหนะที่เกิดอุบัติเหตุสูงสุดคือรถจักรยานยนต์ คิดเป็น ร้อยละ 75.27, 71.67, 84.33, 83.02, 87.17 และ 83.07 ตามลำดับ (2) การศึกษาสภาพปัญหาการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในเขตอำเภอหนองเรือ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 397 ตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.69 อายุเฉลี่ย 45.75 ปี (SD.11.27) อาชีพเกษตรกรรมสูงสุด ร้อยละ 48.11 เป็นผู้ที่เคยเกิดอุบัติเหตุในพื้นที่ 200 คน อายุเฉลี่ย 46.18 ปี (SD.=11.63) และประชาชนทั่วไป 197 คน อายุเฉลี่ย 45.32 ปี (SD.=10.90) การเคยได้รับบาดเจ็บหรือเกิดอุบัติเหตุทางถนน ในกลุ่มตัวอย่างเคยได้รับบาดเจ็บหรือเกิดอุบัติเหตุทางถนน มีบุคคลในครอบครัว

เคยได้รับบาดเจ็บหรือเกิดอุบัติเหตุทางถนน ร้อยละ 29.00 เสียชีวิต ร้อยละ 1.72 ยานพาหนะที่เคยได้รับบาดเจ็บหรือเกิดอุบัติเหตุใช้เป็นประจำ คือรถจักรยานยนต์ ร้อยละ 56.50 ในกลุ่มประชาชนทั่วไป มีบุคคลในครอบครัวเคยได้รับบาดเจ็บหรือเกิดอุบัติเหตุทางถนน ร้อยละ 18.27 พิการ ร้อยละ 2.78 และมีเสียชีวิต ร้อยละ 2.78 ยานพาหนะที่เคยได้รับบาดเจ็บหรือเกิดอุบัติเหตุใช้เป็นประจำ คือรถจักรยานยนต์ ร้อยละ 65.48 ความรอบรู้ด้านอุบัติเหตุทางถนน กลุ่มที่เคยได้รับบาดเจ็บหรือเกิดอุบัติเหตุทางถนน ได้มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน ร้อยละ

73.50 มีพฤติกรรมป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ โดยไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ไม่ขับเร็ว เคารพกฎจราจร สวมหมวกนิรภัย คาดเข็มขัดนิรภัย และตรวจเช็คสภาพรถก่อนใช้งาน ร้อยละ 86.00, 83.50, 81.00, 79.50, 65.00 และ 60.00 ตามลำดับ ประชาชนทั่วไป จำนวน 197 คน เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน ร้อยละ 77.16 มีพฤติกรรมป้องกันการเกิดอุบัติเหตุโดยไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ไม่ขับเร็ว เคารพกฎจราจร สวมหมวกนิรภัย คาดเข็มขัดนิรภัย และตรวจเช็คสภาพรถก่อนใช้งาน ร้อยละ 90.36, 90.86, 87.82, 84.77, 79.19 และ 76.65 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความรอบรู้ด้านอุบัติเหตุทางถนน (N=397)

ตัวแปร	ผู้ที่เคยเกิดอุบัติเหตุ		ประชาชนทั่วไป		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ท่านเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน หรือไม่						
ไม่เคย	53	26.50	45	22.84	98	24.69
เคย	147	73.50	152	77.16	299	75.31
ท่านมีความรู้ในการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน หรือไม่						
ไม่เคย	46	23.00	27	13.71	73	18.39
เคย	154	77.00	170	86.29	324	81.61
ท่านเคยค้นหาความรู้เกี่ยวกับวิธีการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนนหรือไม่						
ไม่เคย	78	39.00	64	32.49	142	35.77
เคย	122	61.00	133	67.51	255	64.23
เมื่อท่านมีความรู้ในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน ท่านได้นำความรู้มาปฏิบัติหรือไม่						
ไม่	30	15.00	20	10.15	50	12.59
ใช่	170	85.00	177	89.85	347	87.41

การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ไม่ขับเร็ว	172	86.00	179	90.86	351	88.41
ไม่ดื่มแอลกอฮอล์	167	83.50	173	90.36	340	85.64
เคารพกฎจราจร	162	81.00	173	87.82	335	84.38
สวมหมวกนิรภัย	159	79.50	167	84.77	326	82.12
คาดเข็มขัดนิรภัย	130	65.00	156	79.19	286	72.04
เช็คสภาพรถ	120	60.00	151	76.65	271	68.26

ท่านเคยสอบถามหรือแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน ในชุมชนกับคนอื่น ๆ

ไม่เคย	95	47.50	87	44.16	182	45.84
เคย	105	52.50	110	55.84	215	54.16

การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน ในผู้ที่เคยเกิดอุบัติเหตุมีการป้องกัน ร้อยละ 88.00 ซึ่งน้อยกว่าประชาชนทั่วไป ร้อยละ 94.92 และถนนสายรอง ผู้ที่เคยเกิด อุบัติเหตุมีการป้องกัน ร้อยละ 77.50 ซึ่งน้อยกว่าประชาชนทั่วไป ร้อยละ 85.28 มาตรการ ทางสังคมและการมีส่วนร่วมของภาคี เครือข่าย มาตรการทางสังคมที่จะลดการเกิด อุบัติเหตุทางถนนในชุมชนได้ผลและควร ดำเนินการ คือ การเคารพกฎจราจร รองลงมา คือการตั้งด่านกวดขันวินัยจราจรอย่างเข้มข้น การบริหารจัดการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ ทางถนน บุคลากรที่จะมานำพาแก้ไขปัญหา การเกิดอุบัติเหตุทางถนนในชุมชนที่มหลักคือ ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน/ กรรมการ หมู่บ้าน รองลงมาคือ ตำรวจ และประชาชน ในชุมชน ตามลำดับ โดยควรจัดกิจกรรม เพื่อให้มีการตื่นตัวในการป้องกันการเกิด

อุบัติเหตุทางถนนในชุมชน ได้แก่ การรณรงค์ สื่อสาร ประชาสัมพันธ์ในการป้องกันและ ลดอุบัติเหตุในชุมชนอย่างต่อเนื่อง 365 วัน โดยกลุ่มตัวอย่างเห็นว่า ผู้นำในชุมชนมีการ กำหนดนโยบายในการป้องกันการเกิด อุบัติเหตุทางถนน ร้อยละ 71.28

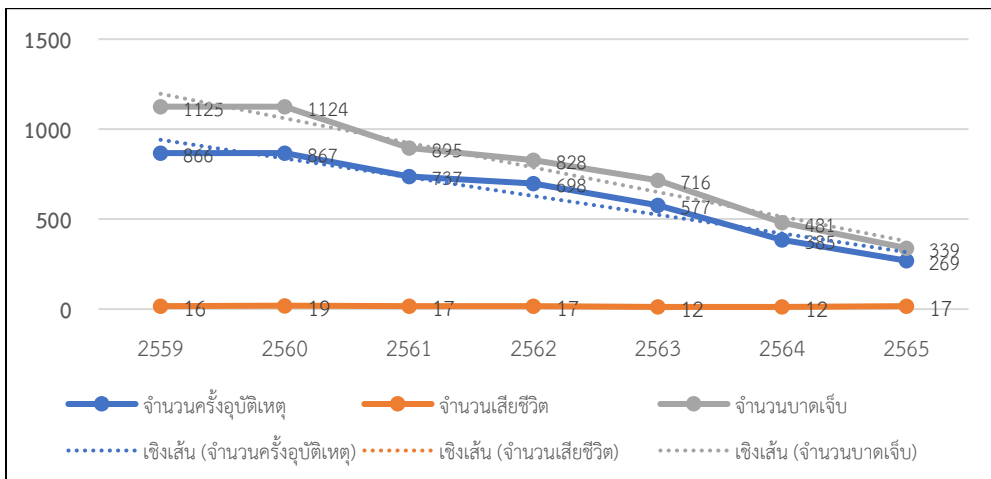
ระยะที่ 2 การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ ทางถนน อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น (1) การหาแนวทางแก้ไขปัญหา การป้องกันการ บาดเจ็บและเสียชีวิต ปิงปประมาณ พ.ศ. 2559-2564 ใช้กลไก สปถ.อำเภอ สปถ. อบท. โดยมีสาธารณสุขอำเภอเป็นเลขานุการ ร่วมในการชี้แจง การสอบสวนการบาดเจ็บ เสียชีวิตจากการจราจรทางถนนทุกราย และ มีการนำเสนอข้อมูลเพื่อให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายอย่างต่อเนื่อง จุดแข็งคือ ความเข้มแข็งของ สปถ.อำเภอ ที่มีกลไก

การทำงานอย่างต่อเนื่อง แต่ยังไม่สามารถสร้างความเป็นเจ้าของท้องถิ่นบางแห่งซึ่งเป็น “เจ้าภาพ” อยู่แล้ว ดังนั้น ศปถ.อำเภอ จึงมีนโยบายและสนับสนุนและผลักดันให้อปท. ซึ่งกำกับดูแลพื้นที่ใกล้ชิดประชาชน ต้องทราบบัญญาเกี่ยวกับเรื่องอุบัติเหตุทางถนน ลูกขึ้นมาเป็นเจ้าภาพหลักในการจัดการปัญหา และร่วมขับเคลื่อนนโยบาย “ตำบล ขับขี่ปลอดภัย” 1.1) การอบรมเครือข่าย ศปถ.อปท. ในการดำเนินงาน “พัฒนา อำเภอ ตำบล ขับขี่ รวดจรรย์ยานยนต์ปลอดภัย” โดยได้กำหนดธรรมนูญชุมชนร่วมกันในประเด็น การสวมหมวกนิรภัย การขับรถย้อนศร ฯลฯ ให้หน่วยงานราชการองค์กร เป็นแบบอย่างในการปฏิบัติตามธรรมนูญชุมชน ซึ่งที่ประชุมได้ยอมรับและร่วมกัน 1.2) ศปถ.อำเภอ สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ แก่แกนนำเพื่อร่วมแก้ไขปัญหาลูกเสี่ยงในพื้นที่ตามจำนวนที่ได้จากการสำรวจและจัดเก็บข้อมูล หากเกินศักยภาพที่จะดำเนินการแก้ไขเองได้ รายงานให้ ศปถ.อ.หนองเรือ ทราบบ เพื่อประสานหน่วยงานที่รับผิดชอบดำเนินการปรับปรุงแก้ไข และมอบภารกิจ 1.3) กำหนดมาตรการความปลอดภัยของสถานประกอบการ ได้แก่ บริษัทขอนแก่นแหวนจำกัด บริษัทรวมเกษตรอุตสาหกรรมจำกัด (โรงงาน น้ำตาลมิตรภูเวียง) ห้างสรรพสินค้าโลตัส 1.4) กำหนดมาตรการความปลอดภัยในสถานศึกษาโดยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสียที่เกี่ยวข้องใน

กระบวนการกำหนดมาตรการ 1.4.1) อบรมให้ความรู้สร้างทักษะแก่เยาวชนตามหลักสูตร มนุษย์ปัจจัย “ทักษะคิดเอาชีวิตรอดภัยบนท้องถนน” Thailand Safe Youth (TSY Program) 1.4.2) อบรมหลักสูตรการจัดทำใบขับขี่ให้กับเด็กและเยาวชนในสถานศึกษาตามโครงการ “นักเรียนรุ่นใหม่ มีใบขับขี่” โดยประสานความร่วมมือระหว่าง ศปถ.อ.หนองเรือ ร่วมกับ สำนักงานขนส่งจังหวัดขอนแก่น แห่งที่ 2 1.5) กำหนดมาตรการความปลอดภัยของรถรับ-ส่งนักเรียน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องของ 1.6) การป้องกันอุบัติเหตุทางถนนตลอดปี 365 วัน 1.6.1) การดำเนินงานด้านชุมชนด้านหลัก ด้านรองโดยบูรณาการการดำเนินงานขับเคลื่อน ผ่านกลไก ศปถ.อปท. เชื่อมโยงกับ กลไก ศปถ.อำเภอ โดยกำหนดมาตรการ ระบบการดำเนินงาน การสื่อสารผ่านระบบไลน์ตลอด 24 ชั่วโมง การดำเนินงานตรวจป้องปราม การขับรถที่ไม่ปลอดภัย ด้านตรวจ แอลกอฮอล์ผู้ขับขี่ 1.6.2) มาตรการตรวจแอลกอฮอล์ผู้ขับขี่ทุกรายที่เกิดอุบัติเหตุที่โรงพยาบาลโดยไม่มีข้อยกเว้น กรณีเป็นเยาวชนอายุต่ำกว่า 20 ปี ให้มีการสืบสวนดำเนินคดีกับผู้จำหน่าย 1.6.3) การตรวจเยี่ยม เสริมพลังด้านชุมชนและคืนข้อมูลช่วงเทศกาล 1.6.4) การติดตามประเมินผลการดำเนินงาน ศปถ.อปท.อย่างต่อเนื่อง และการติดตามการดำเนินงานตามมาตรการความปลอดภัยในสถานศึกษา

อย่างต่อเนื่อง 1.7) แนวทางการขับเคลื่อนงานเพื่อให้เกิดความยั่งยืน 1.7.1) ติดตามการดำเนินงานของแกนนำเพื่อร่วมแก้ไขปัญหาจุดเสี่ยงในพื้นที่ โดยการนำเสนอข้อมูลเชิงลึก ข้อเท็จจริงรายตำบลในแบบฉบับที่เข้าใจง่าย ทั้งคืนข้อมูลให้กับผู้บริหารท้องถิ่น และชุมชน อย่างต่อเนื่อง 1.7.2) การสร้างความเข้มแข็งให้กับศป.อปท ในการดำเนินงานในพื้นที่ 1.7.3) ติดตามผลการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในชุมชน และธรรมนูญชุมชน (2) ประเมินผลการทดสอบแนวทางแก้ไขปัญหาการป้องกันการบาดเจ็บจาก

อุบัติเหตุทางถนนเบื้องต้น ปีงบประมาณ พ.ศ.2565 2.1) ข้อมูลการบาดเจ็บ เสียชีวิต และจำนวนครั้งการเกิด พบว่า จำนวนการเกิดอุบัติเหตุ ลดจาก 481 ครั้ง ในปีงบประมาณ พ.ศ.2564 เป็น 339 ครั้ง ในปีงบประมาณ พ.ศ.2565 โดยลดลงถึงร้อยละ 29.52 จำนวนผู้บาดเจ็บลดลงเช่นเดียวกัน โดยลดลงจาก 385 ราย ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 เป็น 269 ราย ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 โดยลดลงร้อยละ 30.13 แต่อย่างไรก็ตาม จำนวนผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นจาก 12 รายเป็น 17 ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 จำนวนผู้บาดเจ็บ เสียชีวิต และจำนวนครั้งการเกิดอุบัติเหตุ ปีงบประมาณ พ.ศ.2559-2565

2.2 การสังเคราะห์ข้อมูลผู้เสียชีวิต ปีงบประมาณ พ.ศ.2565 มีรายงานผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนจำนวน 17 ราย มากกว่าปีงบประมาณ พ.ศ.2564 ที่รายงาน 12 ราย เมื่อพิจารณาข้อมูลทางระบาดวิทยาผู้เสียชีวิตอัตราส่วนเพศชายต่อหญิงเท่ากับ 1.83:1.00

กลุ่มอายุ 20-24 ปี สูงที่สุดจำนวน 5 ราย ร้อยละ 29.41 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 50-54 ปี จำนวน 4 ราย ร้อยละ 23.53 พบชนชั้นที่รถจักรยานยนต์สูงสุด 13 ราย ร้อยละ 76.47 เกิดเหตุบนทางหลักสายถนนม.ลิวรรณ จำนวน 11 ราย ร้อยละ 64.71 เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุจากบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง 12 ราย ร้อยละ 70.59

อภิปรายผลและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

จากการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิต ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2559-2564 ได้ใช้กลไก สปถ.อำเภอ สปถ.อปท. การสะท้อนข้อมูลสถานการณ์ ผ่านที่ประชุม สปถ.อำเภอ และ พชอ. ทั้งการสอบสวนการบาดเจ็บ เสียชีวิตทุกราย และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายอย่างต่อเนื่อง ซึ่งถือเป็นจุดแข็งของ สปถ.อำเภอ ที่มีกลไกการทำงานชัดเจนและต่อเนื่อง แต่ยังไม่สามารถสร้างความเป็นเจ้าของ หรือ เจ้าภาพ ในการจัดการป้องกัน และแก้ไขปัญหาในพื้นที่ร่วมกับประชาชนในชุมชน และผู้วิจัยได้วิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลจากการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง 397 คน จากนั้นสะท้อนข้อมูล ให้คณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน (สปถ.) อำเภอหนองเรือ รับทราบ และร่วมระดมสมอง ในการหาแนวทางแก้ไขปัญหาก็ได้รูปแบบการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน 9 องค์ประกอบคือ 1) การสร้างกลไกการขับเคลื่อนการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนแบบมีส่วนร่วมของทีมสหสาขา สปถ.อปท. 2) การจัดการปัญหารายตำบล โดยการสร้างเครือข่าย การทำธรรมนูญหมู่บ้านเพื่อขับเคลื่อนงานในพื้นที่ การมีเวทีแลกเปลี่ยนประเด็น รวมถึงการแบ่งโซนกันดูแล ติดตามผล มีช่องทางสื่อสารผ่านไลน์กลุ่ม และเวทีต่างๆ

3) มาตรการองค์กรความปลอดภัยทางถนน (3 ร. รัฐ โรงเรียน โรงงาน) 4) การรายงานสถานการณ์อุบัติเหตุรายตำบล 5) การพัฒนาศักยภาพศักยภาพ RTI Team ระดับตำบล ให้มีความเข้มแข็ง 6) จัดตั้งด้านชุมชนเพื่อสกัดกั้นกลุ่มเสี่ยงที่ขับซึ่รถจักรยานยนต์ไม่ปลอดภัย 7) การสื่อสารประชาสัมพันธ์สร้างความตระหนักการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในชุมชน 8) มาตรการอำเภอหนองเรือ ขับขี่ปลอดภัย 365 วัน 9) ประเมินผลจากการดำเนินส่งผลให้จำนวนการเกิดอุบัติเหตุ ลดจาก 481 ครั้ง ในปีงบประมาณ พ.ศ.2564 เป็น 339 ครั้ง ในปีงบประมาณ พ.ศ.2565 โดยลดลงถึง ร้อยละ 29.52 จำนวนผู้บาดเจ็บลดลงจาก 385 ราย ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 เป็น 269 ราย ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ลดลงร้อยละ 30.13 แต่อย่างไรก็ตาม พบว่าจำนวนผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นจาก 12 รายเป็น 17 ราย เมื่อพิจารณาข้อมูลทางระบาดวิทยา ผู้เสียชีวิต อัตราส่วนเพศชายต่อหญิงเท่ากับ 1.83:1.00 กลุ่มอายุ 20-24 ปี สูงที่สุดจำนวน 5 ราย ร้อยละ 29.41 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 50-54 ปี จำนวน 4 ราย ร้อยละ 23.53 พบขับซึ่จักรยานยนต์สูงสุด 13 ราย ร้อยละ 76.47 เกิดเหตุบนทางหลักสายถนนมลิวรรณ จำนวน 11 ราย ร้อยละ 64.71 เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ จากบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง 12 ราย ร้อยละ 70.59

จากการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน มี 9 องค์ประกอบ ส่งผลให้จำนวนการเกิดอุบัติเหตุ ลดลง ร้อยละ 29.52 จำนวนผู้บาดเจ็บลดลงร้อยละ 30.13 สอดคล้องกับสารสิน กิตติไพวานนท์¹² ที่ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนน อำเภอแวงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น พบว่าอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลดลง และสอดคล้องกับการศึกษาของนายสมบูรณ์ แฉวมั่น¹³ ได้ศึกษารูปแบบการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ในตำบลโคกหล่าม อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ เป็นการวิจัยวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยใช้วงจร PAOR เพื่อวิเคราะห์ปัญหา และแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนน ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนเพื่อคนตำบลโคกหล่าม “KHOK-LAM Model” โดยความร่วมมือร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดการปัญหา และโครงสร้างการจราจรในชุมชน แก้ไขปัญหาจุดเสี่ยงร้อยละ 100.00 ทำให้เกิดความปลอดภัยในการจราจรการใช้รถใช้ถนน จำนวนการเกิดอุบัติเหตุลดลงร้อยละ 48.8 และไม่มีผู้เสียชีวิต ซึ่งขัดแย้งกับงานวิจัยนี้ที่พบว่า จำนวนผู้เสียชีวิตเพิ่มจากปีงบประมาณ พ.ศ.2564 จาก 12 ราย เป็น 17 ราย โดยพบว่าเสียชีวิตบนถนนมลิวรรณที่เป็นถนนสายหลัก มีการจราจรคับคั่ง ใช้ความเร็วสูง

เป็นถนน 4 เลน ตัดผ่านอำเภอหนองเรือ ระยะทาง 32 กิโลเมตร มีศปถ.อปท. ที่รับผิดชอบพื้นที่ที่ถนนตัดผ่าน 9 อปท. รวมถึงความผิดพลาด และการฝ่าฝืนกฎหมายจราจรของผู้ขับขี่ ในส่วนพฤติกรรมเสี่ยงการดื่มสุรา การไม่สวมหมวกนิรภัย มีแนวโน้มลดลง แต่อย่างไรก็ตามจะเห็นว่ยังมีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แล้วขับขี่ จำเป็นต้องมีการดำเนินการมาตรการทางกฎหมายควบคู่ไปด้วย ทั้งประเด็นการขายสุรา¹⁴ ให้บุคคลอายุต่ำกว่า 20 ปี และขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกช่วงเวลาที่ยกกฎหมายกำหนด¹⁵ ดังนั้น จึงควรพัฒนาศักยภาพก้านั้น ผู้ใหญ่บ้านเพื่อดำเนินการตรวจเตือน ประชาสัมพันธ์ตามบทบาทพนักงานเจ้าหน้าที่เพื่อปฏิบัติตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551¹⁶ ตามประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2558 เรื่องแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่เพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2558 (ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2558, 2558) ร่วมกับผลักดันให้เกิดมาตรการชุมชนในการลด ละ เลิก การดื่มแอลกอฮอล์โดยบูรณาการกับการตั้งด่านชุมชน 365 วัน รวมถึงต้องสร้างจิตสำนึกแก่ร้านค้า และประชาชนในการเคารพกฎหมายอย่างเคร่งครัด

ข้อเสนอแนะ

1. ตำรวจควรมีการกวดขันและจำกัดความเร็วบนถนนสายหลักที่ผ่านอำเภอหนองเรือ ตลอดจนนมลิวรรณจากตำบลจระเข้ ถึง ตำบลโนนสะอาด อำเภอหนองเรือ เพื่อลดความรุนแรงเมื่อเกิดอุบัติเหตุ

2. การสร้างแผงกันขอบถนนป้องกันการขับซี้ดเกาะถนนสายหลัก ทำให้เสี่ยงที่จะเกิดอุบัติเหตุสูงมาก โดยแนวทางหลวง

3. ชุมชนควรมีการบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจังจัดตั้งด่านชุมชน เพื่อกวดขันวินัยจราจร และห้ามจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้กับบุคคลที่อายุต่ำกว่า 20 ปี

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาแนวทางการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนของอปท. 365 วัน

2. ควรมีการศึกษาแนวทางการปฏิบัติตาม พรบ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.2551

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความช่วยเหลือแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน คณะกรรมการ สปถ.อำเภอหนองเรือ รพ.สต. อสม. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ประชาชนชาวอำเภอหนองเรือทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือและให้ข้อมูล คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. องค์การอนามัยโลก. รายงานสถานการณ์โลกด้านความปลอดภัยทางถนน พ.ศ.2558. กรุงเทพมหานคร: บริษัท สแกนด์-มีเดีย คอร์ปอเรชั่น จำกัด; 2559.
2. SDG Move. Global Plan Decade of Action for Road Safety 2021-2030 [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงเมื่อ 1 ก.ย. 2564]. เข้าถึงได้จาก: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/health-topics/road-traffic-injuries/global-plan-for-road-safety.pdf?sfvrsn=65cf34c8_27&download=true
3. ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุทางถนน. ข้อมูลรับแจ้งอุบัติเหตุทางถนนในรอบ 24 ชั่วโมง [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 ก.ย. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thairsc.com/>. 2565
4. โรงพยาบาลหนองเรือ อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น. สถิติการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน. อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น: โรงพยาบาลหนองเรือ อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น; 2564.
5. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองเรือ อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น. สถิติการบาดเจ็บและเสียชีวิตจาก

- อุบัติเหตุทางถนน. อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองเรือ อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น; 2565.
6. ศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอหนองเรือ อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น. สถิติการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน. อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น: ศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอหนองเรือ อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น; 2565.
 7. กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. สถิติทางการทะเบียนราษฎร [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 1 ก.ย. 2564]. เข้าถึงได้จาก : <https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMONTH/statmonth/#/mainpage>
 8. Yamane, Taro.1967. Statistics, An Introductory Analysis,2nd Ed., New York: Harper and Row
 9. ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน พ.ศ. 2554. ราชกิจจานุเบกษา 128 ตอนพิเศษ 4ง (ลงวันที่ 14 มกราคม 2554).
 10. กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย ฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการศูนย์อำนวยความสะดวกทางถนน. แผนที่นำทางเชิงกลยุทธ์ทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน พ.ศ.2554-2563. กรุงเทพมหานคร: กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย. 2554.
 11. พิเชิด แสนเสนา, ธวัชชัย คำบั้ง, วิลาวัลย์ บุญมี. รูปแบบการป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี 2566; 2(1): 47-62.
 12. สารสิน กิตติไพวานนท์. การพัฒนารูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนน อำเภอแวงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว 2565; 5 (3) : 233-245.
 13. สมบูรณ์ แนวนั่น. รูปแบบการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในตำบลโคกหล่าม อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี 2563; 18(1): 40-51.
 14. พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551, ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 96 ตอนที่ 77 ฉบับพิเศษ หน้า 22. (ลงวันที่ 12 พฤษภาคม 2552).

15. ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี พ.ศ. 2558. เรื่อง กำหนดเวลาห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2558, ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 132 ตอนพิเศษ 18ง. (ลงวันที่ 6 มกราคม 2558).
16. ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2558. เรื่อง แต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่เพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2558, ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 132 ตอนพิเศษ 335 ง. (ลงวันที่ 27 พฤศจิกายน 2558).

รูปแบบการพัฒนาการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น

ณัฐ จักกลาง¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาปัจจัยการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ และการสร้างรูปแบบการพัฒนาการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น แบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะ 1) ศึกษาปัจจัยการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ โดยใช้แบบสอบถามที่มีค่าความเที่ยง 0.98 2) การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ และ 3) การยืนยันรูปแบบการพัฒนาการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 75.93 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรค การสนับสนุนทางสังคม และความเชื่อด้านสุขภาพ รูปแบบการพัฒนาการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของ อสม. ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ 1) ด้านความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ 2) ด้านการสนับสนุนทางสังคม และ 3) ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่ารูปแบบการพัฒนาการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของ อสม. อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น มีความเหมาะสมและเป็นไปได้ในระดับมากที่สุด (มัธยฐาน = 5.00) ร้อยละ 91.67

คำสำคัญ: การพัฒนา, รูปแบบ, โรคไม่ติดต่อ, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

¹ สาธารณสุขอำเภอชุมแพ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอชุมแพ

Corresponding Author; Thanut Jaklang, Email: tjaklang@gmail.com

Received: March 10, 2024; Revised March 17, 2024; Accepted March 22, 2024

Development Model for NCDs prevention and control of Village Health Volunteers in Chum Phae District, Khon Kaen Province

Thanut Jaklang¹

Abstract

The objectives of this research were to study the factors for prevention and control of non-communicable diseases (NCDs), to examine causal factors influencing NCDs prevention and control, and to develop NCDs prevention and control Model of Village Health Volunteers (VHVs) in Chum Phae District, Khon Kaen Province. The study is divided into 3 phases: 1) to study the factors for NCDs prevention and control, and causal factors influencing the prevention and control of NCDs. Using a questionnaire with a reliability of 0.94. 2) to develop NCDs prevention and control Model and 3) to confirm the development Model for NCDs prevention and control. The result showed that the sample group had NCDs. prevention and control overall, at a high level of 75.93 percent. Factors influencing the NCDs prevention and control include health literacy in prevention and control, social support, and health belief models. The development Model for NCDs prevention and control of VHVs. Consist of 3 aspects: 1) regarding health beliefs model in NCDs. prevention and control 2) social support and 3) health literacy in NCDs. prevention and control. The experts are of the opinion that the developing Model for NCDs prevention and control of VHVs in Chum Phae District, Khon Kaen Province. It is appropriate and possible at the highest level (Median = 5.00) 91.67 percent.

Key word: Development, Model, Non-communicable Disease, Village Health Volunteers

¹ Chief of Chum Phae District Health, Chum Phae District Health Office

บทนำ (Introduction)

กลุ่มโรคไม่ติดต่อ (Noncommunicable diseases: NCDs) เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลก ทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม ประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรค NCDs มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 38 ล้านคน (คิดเป็นร้อยละ 68 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก) ในปี พ.ศ. 2555 เป็น 41 ล้านคน (คิดเป็นร้อยละ 71 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก) ในปี พ.ศ. 2559¹ ในประเทศไทยพบว่ากลุ่มโรคไม่ติดต่อยังคงเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของประเทศทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวมเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับสถานการณ์ระดับโลก ซึ่งอัตราการเสียชีวิตอย่างหยาบอันมีสาเหตุมาจากโรคไม่ติดต่อที่สำคัญมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในประชากรไทย โดยในปี พ.ศ. 2561 โรคไม่ติดต่อที่เป็นสาเหตุการตาย 3 อันดับแรกได้แก่ โรคมะเร็งรวมทุกประเภทรองลงมาคือโรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจขาดเลือด คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 123.3, 47.1 และ 31.8 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ² อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น พบว่าโรคไม่ติดต่อยังเป็นปัญหาสำคัญในลำดับหนึ่งของพื้นที่เช่นเดียวกับจังหวัดขอนแก่น และประเทศไทย โดยในปี 2559 ประชาชนอำเภอชุมแพป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไตวายเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดหัวใจ มะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูกร้อยละ 8.42, 5.08, 2.08, 1.08, 0.42, 0.08 และ 0.03 เพิ่มเป็น ร้อยละ 10.79, 6.34, 2.32, 1.57, 0.71, 0.17 และ 0.05 ในปี 2563 ตามลำดับ อย่างไรก็ตามโรคปอดอุดกั้นมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อยจากอัตราป่วยร้อยละ 0.49 ปี 2559 เป็นร้อยละ 0.48 ปี 2563 ตามลำดับ นอกจากนี้แล้วยังพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่นป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานมากกว่าประชาชนในภาพรวมของอำเภอ กล่าวคือ อสม.อำเภอชุมแพ ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 16.37 ในขณะที่ประชาชนภาพรวมทั้งอำเภอมีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 10.79 และ อสม.อำเภอชุมแพ ยังป่วยด้วยโรคเบาหวานสูงถึง ร้อยละ 13.89 ในขณะที่ประชาชนภาพรวมทั้งอำเภอมีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานมีร้อยละ 6.34³ แสดงว่า อสม.อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น อาจมีปัญหาด้านความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อที่สมควรได้รับการพัฒนาในโอกาสต่อไป เพื่อให้เป็นหมอคนที่ 1 ที่สามารถแนะนำดูแลผู้ป่วยถึงบ้านและสุขภาพของคนในชุมชนที่ตนเองรับผิดชอบ⁴ ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป กระบวนการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเริ่มต้นจากการที่ประชาชนมีพฤติกรรมเสี่ยง (Health risk behavior) 4 ประเภท คือ การดื่มสุรา การสูบบุหรี่

กิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ และพฤติกรรม การบริโภคที่ไม่เหมาะสม¹ รวมถึง ความเครียดสะสมจากใช้ชีวิตประจำวัน⁵ ที่เกิดขึ้นซ้ำ ๆ จนเกิดพยาธิสภาพที่แสดง อาการ 4 ด้าน ได้แก่ น้ำหนักเกินและ ความอ้วน น้ำตาลในเลือด ไชมันในเลือดและ ความดันโลหิตที่เพิ่มสูงขึ้น จนกลายเป็น โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 4 กลุ่ม คือ โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคถุงลมโป่งพอง และโรคมะเร็ง¹

ดังนั้นการทราบถึงการป้องกันและ ควบคุมโรคไม่ติดต่อของ อสม. และปัจจัยที่มี อิทธิพลต่อการป้องกันและควบคุมโรค ไม่ติดต่อของ อสม. อำเภอชุมแพ จังหวัด ขอนแก่น จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการ พัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรค ไม่ติดต่อของ อสม. อำเภอชุมแพ จังหวัด ขอนแก่น ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1) ศึกษาปัจจัยการป้องกันและ ควบคุมโรคไม่ติดต่อของ อสม.
- 2) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการ ป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของ อสม.
- 3) เพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาการ ป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของ อสม. อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยและ พัฒนา แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาปัจจัยการป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อของ อสม. และ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้าน สุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ ติดต่อของ อสม. 1.1 ประชากรและกลุ่ม ตัวอย่างการวิจัยครั้งนี้ ศึกษาในกลุ่ม อสม. อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 324 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ประกอบด้วย 1) เป็น อสม. ที่อยู่ในอำเภอชุมแพ จังหวัด ขอนแก่น ปี พ.ศ. 2563 มีอายุการเป็น อสม. 1 ปีขึ้นไป และ อ่านหนังสือภาษาได้ มีความ เข้าใจ และสามารถตอบแบบสอบถามด้วย ตนเอง ส่วนเกณฑ์การคัดออก ประกอบด้วย อสม. ที่เจ็บป่วยและไม่สามารถตอบ แบบสอบถามได้ในช่วงการเก็บข้อมูล และไม่ยินยอมในการตอบแบบสอบถามกลุ่ม ตัวคำนวณด้วยการใช้โปรแกรม G*power 3.1.9.4 ที่ใช้สถิติทดสอบ Linear multiple correlation coefficient⁶ โดยการกำหนด อำนาจการทดสอบ เท่ากับ 0.90 ที่ระดับ นัยสำคัญทางสถิติ (Level of significance) เท่ากับ 0.05 ค่า Effect Size ขนาดกลาง เท่ากับ 0.15 และปัจจัยทำนาย 20 ตัวแปร เมื่อแทนค่าแล้วได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 222 คน และเพื่อป้องกันการถอนตัวของกลุ่ม ตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มจำนวนขนาดกลุ่ม ตัวอย่าง ร้อยละ 20⁷ ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่าง

จำนวน 267 คน อย่างไรก็ตามในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง อสม. ทั้งสิ้น 324 คน 1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยนำแบบสำรวจความรู้ด้านสุขภาพสำหรับประชาชนอายุ 15 ปี ขึ้นไป ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข^๑ มาปรับใช้โดยเพิ่มเติมเนื้อหาปัจจัยปัจจัยด้านแบบแผนความเชื่อสุขภาพและปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมมีลักษณะดังนี้ ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 5 ข้อ จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือ ศูนย์สุขภาพชุมชน ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมงขึ้นไป น้ำหนัก ส่วนสูง ความยาวเส้นรอบเอว ความดันโลหิต การมีโรคประจำตัว และระยะเวลาเป็นโรคประจำตัว ตอนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพหลัก และจำนวนสมาชิกในครัวเรือน ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ 3.1 แบบสอบถามปัจจัยด้านความเชื่อด้านสุขภาพ มีจำนวน 18 ข้อ 3.2 แบบสอบถามปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมจำนวน 20 ข้อ และ 3.3 แบบสอบถามปัจจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ จำนวน 28 ข้อ

1.3 การหาคุณภาพเครื่องมือ แบบสอบถามที่สร้างขึ้นนำไปตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้ 1) การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา รูปแบบของแบบสอบถาม ความเหมาะสมด้านภาษา ความสมบูรณ์ของคำชี้แจงและความเหมาะสมของเวลาในการตอบแบบสอบถาม แล้วปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ 2) การหาความเที่ยง (Reliability) นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ที่อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น จำนวน 30 คน ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีลักษณะสภาพแวดล้อมการปฏิบัติที่ใกล้เคียงกันและมีพื้นที่ติดต่อกัน หลังจากนั้นนำมาคำนวณเพื่อวิเคราะห์ ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามปัจจัยด้านความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการสนับสนุนทางสังคม และด้านความรู้สุขภาพด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเท่ากับ 0.92, 0.91 และ 0.96 ตามลำดับ และมีค่าความเที่ยงแบบสอบถามทั้งฉบับได้เท่ากับ 0.98

1.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้ 1) ผู้วิจัยประสานงานโดยการจัดทำหนังสือจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอชุมแพ ถึงโรงพยาบาลชุมแพ ศูนย์สุขภาพชุมชน 2 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 17 แห่ง เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลงานวิจัย 2) ผู้วิจัยแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาให้กลุ่มตัวอย่างได้ทราบ

โดยมีเอกสารชี้แจงประกอบ พร้อมแนบหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัยเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ รวมถึงการอธิบายหรือตอบข้อซักถามจนทำให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจเป็นอย่างดี

3) ผู้วิจัยชี้แจงสิทธิที่พึงได้รับระหว่างเข้าร่วมโครงการวิจัยของผู้เข้าร่วมวิจัย ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ 3.1) ผู้วิจัยชี้แจงสิทธิประโยชน์ในการเข้าร่วมการวิจัยโดยความสมัครใจ ไม่บังคับ และไม่มีผลกระทบใด ๆ ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยหรือขอยกเลิกข้อมูลที่ให้ไว้ในการศึกษาครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลกระทบกับผู้ร่วมวิจัย

3.2) สิทธิในการปกปิดชื่อไม่ให้ปรากฏ โดยนำเสนอหรือการอภิปรายข้อมูลในรายงานในภาพรวม จะไม่มีการอ้างอิงที่สืบค้นไปยังอาสาสมัครได้ ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยจะเก็บเอกสารไว้ในลิ้นชักใต้โต๊ะของปิดผนึก ที่มีกุญแจล็อก และมีผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยสามารถเข้าถึงข้อมูลได้เท่านั้น เมื่อวิจัยเสร็จสิ้นแล้วจะทำลายเอกสารดังกล่าวภายใน 1 ปี

3.3) หลังจากอาสาสมัครวิจัยรับทราบข้อมูล โดยการอธิบายและเอกสารอย่างชัดเจน ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้อาสาสมัครวิจัยสอบถามข้อสงสัยก่อนตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ด้วยตนเอง

4) ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะไม่ถูกเปิดเผยและใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น

5) อาสาสมัครวิจัยสามารถหยุดหรือยกเลิกในการจะให้ข้อมูลได้ทุกครั้ง หากไม่ประสงค์

ที่จะให้ข้อมูลต่อไป และ 6) นำแบบสอบถามที่ได้รับมาตรวจสอบความสมบูรณ์ และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป 1.5 การวิเคราะห์ข้อมูล การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และใช้สถิติในการวิเคราะห์ ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ต่ำสุด และการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของ อสม. อำเภอ ชุมแพ จังหวัดขอนแก่น

2.1 ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างคือตัวแทนผู้เชี่ยวชาญทางด้านบริหารจัดการผู้เชี่ยวชาญทางปฏิบัติการด้านสาธารณสุขในพื้นที่ ซึ่งเป็นทีมสหวิชาชีพทางด้านสาธารณสุข ได้แก่ สาธารณสุขอำเภอ แพทย์เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล ประธาน อสม. ระดับตำบล กำนัน และ อสม. ที่เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานและควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น คัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 13 คน

2.2 เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย ผลการวิจัยในระยะที่ 1 แนวทางสนทนากลุ่มที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยร่างรูปแบบการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของ อสม. อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น มีรูปแบบการพัฒนา 3 ด้าน 15 ประเด็น และ 48 กิจกรรมการพัฒนา และเครื่องบันทึกเสียงและภาพ

2.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการประชุมสนทนากลุ่ม โดยผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างการวิจัย ผลการวิจัยในระยะที่ 1 และสนทนากลุ่มตามแนวทางการสนทนากลุ่ม พร้อมทั้งขออนุญาตบันทึกเสียงและภาพในระหว่างเก็บรวบรวมข้อมูลจนครบทุกประเด็น และกิจกรรมการพัฒนา

2.4 การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยให้ผู้ช่วยวิจัยดำเนินการถอดคำพูดจากเสียงบันทึกไว้ ออกมาเป็นตัวหนังสือ และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ระยะที่ 3 การยืนยันรูปแบบการพัฒนาการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของ อสม. อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่าง คือ อายุรแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญงานป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวาน โรงพยาบาลชุมแพ สาธารณสุขอำเภอเขาสวนกวาง นักวิชาการสาธารณสุข ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอชุมแพ ประธานเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอชุมแพ พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลหนองเขียด อาสาสมัครสาธารณสุขดีเด่นระดับเขตสุขภาพที่ 7 สาขาการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ อสม. อำเภอชุมแพ และอาจารย์ที่สอนวิชาการสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรขอนแก่น โดยการคัดเลือกแบบเจาะจง เป็นผู้ให้ข้อมูลคนสำคัญจำนวน 8 คน

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในระยะนี้ เป็นแบบประเมินรูปแบบการพัฒนาการ พัฒนาการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของ อสม. อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

3.3 การเก็บข้อมูล ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือตอบแบบประเมิน พร้อมแนบ โครงร่างวิจัย ผลการวิจัยในระยะที่ 1 และที่ 2 และแบบประเมินรูปแบบการพัฒนาการ พัฒนาการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของ อสม. อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น ถึงผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 8 ท่าน พร้อมนัดหมายเวลาในการเก็บรวบรวมแบบประเมินกลับคืน

3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล ตรวจสอบความครบถ้วน และวิเคราะห์ด้วยการหาค่ามัธยฐาน พิสัย และส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์

3.5 การพิทักษ์สิทธิอาสาสมัคร งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลชุมแพ ผ่านการรับรอง เลขที่ HE 641006 เมื่อวันที่ 19 กรกฎาคม 2564

ผลการวิจัย (Result)

1. **ปัจจัยด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของ อสม. อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น** การปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของ อสม. พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 75.93 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 15.12 และระดับพอใช้ ร้อยละ 5.25 กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติในการ

ป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อมากที่สุดคือ 29 คะแนนเต็ม ร้อยละ 9.26 โดยมีค่าเฉลี่ย การปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไม่

ติดต่อในภาพรวมเท่ากับ 24.65 คะแนน (S.D. 3.38) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และระดับการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในภาพรวม ของกลุ่มตัวอย่าง อสม. อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น

ระดับการปฏิบัติ	จำนวน (324 คน)	ร้อยละ	การแปลผล
1. คะแนนต่ำกว่า 18 คะแนนลงมา (< 60 %)	12	3.70	ต่ำ
2. คะแนนตั้งแต่ 18 -< 21 คะแนน (60 - <70%)	17	5.25	พอใช้
3. คะแนนตั้งแต่ 21 -< 24 คะแนน (70 -<80%)	49	15.12	ปานกลาง
4. คะแนนตั้งแต่ 24 คะแนนขึ้นไป (>80%)	246	75.93	สูง

\bar{X} = 24.65, S.D. = 3.38, Min = 12 คะแนน Max = 29

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อปัจจัยการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของ อสม. อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของ อสม. อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น มีอิทธิพลต่อปัจจัยการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของ อสม. อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ

21.00 และพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อปัจจัยการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของ อสม. ได้แก่ ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม และ ความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยทั้งสองสามารถทำนาย ความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของ อสม. ได้ร้อยละ 17.60 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อปัจจัยการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของ อสม. อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น

ปัจจัย	B	b	t	P value
ความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ	0.266	0.088	4.078	P < 0.001
Constant (a) = 12.969; F = 85.627, R ² = 0.210, R = 0.458				
การสนับสนุนทางสังคม	0.266	0.088	4.078	P < 0.001
ความเชื่อด้านสุขภาพ	0.198	0.077	3.031	P < 0.05
Constant (a) = 11.814; F = 34.393, R ² = 0.176, R = 0.420				

3. การพัฒนารูปแบบการพัฒนาการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของ อสม. อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น รูปแบบการพัฒนาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและผ่านการยืนยันด้วยกระบวนการสนทนากลุ่มประกอบด้วย รูปแบบการพัฒนา 3 ด้าน 15 ประเด็น และ 48 กิจกรรมการพัฒนามีดังนี้ 1) ด้านความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ มี 6 ประเด็นการพัฒนา 6 คือ 1.1) การรับรู้โอกาสเสี่ยง มี 3 กิจกรรม ได้แก่ กำหนดความเสี่ยง ปรับระดับความเสี่ยง รับรู้ความเสี่ยง 1.2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค มี 2 กิจกรรม ได้แก่ ระบุผลกระทบต่อสุขภาพ รู้วิธีป้องกันภาวะแทรกซ้อน 1.3) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันควบคุมโรค มี 2 กิจกรรม ได้แก่ รู้วิธีป้องกัน อธิบายผลกระทบเชิงบวก 1.4) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันควบคุมโรค มี 3 กิจกรรม ได้แก่ สร้างความมั่นใจ จูงใจให้ข้อมูลที่ถูกต้อง 1.5) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันควบคุมโรค มี 3 กิจกรรม ได้แก่ ให้ข้อมูลสุขภาพ สร้างความตระหนักระบบแจ้งเตือน 1.6) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคควบคุมโรค มี 4 กิจกรรม ได้แก่ การอบรมตั้งเป้าหมาย เสริมแรง แสดงพฤติกรรมที่ถูกต้อง 2) ด้านการสนับสนุนทางสังคม มี 3 ประเด็นการพัฒนา คือ 2.1) การพัฒนาการมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัว

มี 4 กิจกรรม ได้แก่ สนับสนุนด้านอารมณ์ การประเมิน ข้อมูลข่าวสาร เครื่องมือ แรงงาน เงิน เวลา 2.2) การพัฒนาความร่วมมือของบุคลากรสาธารณสุข มี 5 กิจกรรม ได้แก่ ศักยภาพบุคลากร พัฒนาระบบการให้ความรู้ ระบบบริการ ข้อมูล การติดตาม และ 2.3) การพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชน มี 5 กิจกรรม สร้างชุมชนเข้มแข็ง กำหนดนโยบาย จัดสิ่งแวดล้อม ส่งเสริมสุขภาพ มีเวทีพูดคุย 3) ด้านความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ มี 6 ประเด็นพัฒนา คือ 3.1) การเข้าถึงข้อมูลในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ มี 3 กิจกรรม ได้แก่ แสวงหาแหล่งข้อมูล ที่เชื่อถือ วิธีค้นหาข้อมูล การตรวจสอบข้อมูล 3.2) ความเข้าใจในการป้องกันควบคุมโรค มี 3 กิจกรรม ได้แก่ รับรู้ถึงเนื้อหา อธิบายความเข้าใจเนื้อหา วิเคราะห์เนื้อหา 3.3) ชักถามในการป้องกันควบคุมโรค มี 2 กิจกรรม ได้แก่ การสื่อสาร การโน้มน้าว 3.4) การตัดสินใจในการป้องกันควบคุมโรค มี 3 กิจกรรม ได้แก่ กำหนดทางเลือก การใช้เหตุผล เลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง 3.5) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันควบคุมโรค มี 4 กิจกรรม ได้แก่ กำหนดเป้าหมาย วางแผน ปฏิบัติ ทบทวนวิธีการปฏิบัติ และ 3.6) การบอกต่อในการป้องกันควบคุมโรค มี 2 กิจกรรม ได้แก่ การชี้แนะ และการตรวจสอบความถูกต้อง

4. การประเมินรูปแบบการพัฒนาการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของ อสม. อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่ารูปแบบการพัฒนาการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของ อสม. อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น มีความสอดคล้องกัน โดยมีค่ามัธยฐานในภาพรวมเท่ากับ 5.00 คะแนน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ เท่ากับ 0.00 กิจกรรมการพัฒนาที่มีความเหมาะสมและเป็นไปได้อยู่ในระดับมากที่สุด (มัธยฐาน = 5.00) ร้อยละ 91.67 และอยู่ในระดับมาก (มัธยฐาน = 4.50) ร้อยละ 8.33

การอภิปรายผล

การอภิปรายผลการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมุ่งอภิปรายประเด็นและข้อค้นพบที่สำคัญตามวัตถุประสงค์การศึกษา ประกอบด้วย

1. ปัจจัยด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของ อสม. อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่าง อสม. มีการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 75.93 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 15.12 และระดับพอใช้ ร้อยละ 5.25 สอดคล้องกับการศึกษาของกฤตภณ เทพอินทร์ และ เสน่ห์ ขุนแก้ว⁹ และ สุวรรณ หล่อโลหการ และ ประพรศรี นรินทร์รักษ์¹⁰ รวมถึงจิตติยา ใจคำ จักรกฤษณ์ วังราชฎี และ อักขรา ทองประทุม¹¹ แสดงให้เห็นได้ว่า อสม.

ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ซึ่งอาจเกิดจาก อสม. ได้มีการพัฒนาเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง แต่อย่างไรก็ตามยังมี อสม. จำนวน 78 คน หรือร้อยละ 24 ที่ต้องได้รับการพัฒนาต่อไป

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของ อสม. อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น พบว่าปัจจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของ อสม. มีอิทธิพลต่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของ อสม. ได้ร้อยละ 21.00 สอดคล้องกับการศึกษาของกฤตภณ เทพอินทร์ และ เสน่ห์ ขุนแก้ว⁹ และ ภาณุวัฒน์ พิทักษ์ธรรมากุล¹² และ จิราภรณ์ อริยสิทธิ์¹³ ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีของ Nutbeam, D.¹⁴ และ Mc Cormack, L. et al.¹⁵ สำหรับการวิจัยนี้ยังพบว่าปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีอิทธิพลต่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของ อสม. สามารถทำนายการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ร้อยละ 17.60 แต่อย่างไรก็ตามปัจจัยที่มีอิทธิพลดังกล่าวมีอิทธิพลต่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของ อสม. อำเภอชุมแพ ยังมีอำนาจการทำนายไม่สูงเพียงพอ ซึ่งในการทำวิจัยครั้งต่อไปควรพิจารณาปัจจัยอื่นๆ¹⁶ เพิ่มเติมให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

3. รูปแบบการพัฒนาการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของ อสม. อำเภอชุมแพ

จังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วย 3 ด้าน 15 ประเด็น และ 48 กิจกรรมการพัฒนา ซึ่งจากการสนทนากลุ่มแล้วไม่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม สอดคล้องกับผลการประเมินรูปแบบการพัฒนาการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของผู้เชี่ยวชาญที่มีความเห็นว่ารูปแบบการพัฒนาดังกล่าว มีความสอดคล้องกัน โดยมีกิจกรรมพัฒนาที่ความเหมาะสมและเป็นไปได้อยู่ในระดับมากที่สุด ถึงร้อยละ 91.67 แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการพัฒนาดังกล่าวสามารถนำไปปฏิบัติในพื้นที่ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์ ควรมีการพัฒนาศักยภาพ อสม. ที่มีผลการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ที่อยู่ในระดับปานกลาง พอใช้ และทำให้มีการปฏิบัติที่ถูกต้องในระดับสูงมากยิ่งขึ้น โดยมีการพัฒนาทั้งในด้านแบบแผนความเชื่อสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อโดยเฉพาะอย่างยิ่ง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การโต้ตอบซักถาม และการบอกต่อ ซึ่งอยู่ในระดับกลาง

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

- 2.1 ควรศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยนำรูปแบบการพัฒนาการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของ อสม. อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น ไปทดลอง

ปฏิบัติในพื้นที่โดยมีการศึกษาเปรียบเทียบกับระยะเวลาในการปฏิบัติงานของ อสม.

- 2.2 ควรศึกษาเพิ่มเติมตัวแปรอิสระที่มีอิทธิพลต่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของ อสม. อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น ในปัจจัยด้านการบริหารจัดการสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ปัจจัยด้านหลักการศีล 5 คำสอนของพระพุทธเจ้า ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงของในหลวงรัชกาลที่ 9 รวมถึงการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกที่มีความประหยัดและปฏิบัติได้ง่าย

- 2.3 ควรศึกษารูปแบบการพัฒนาการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในกลุ่ม อสม. และกลุ่มป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อหรือโรคเรื้อรังอื่นๆ ในพื้นที่อำเภอต่างๆ จังหวัดขอนแก่น

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาฉบับนี้ ได้รับความกรุณาและความร่วมมือจากหลายท่าน ผู้วิจัยขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมแพ บุคลากรสำนักงานสาธารณสุขอำเภอชุมแพ และกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่กรุณาเสียสละเวลาในการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับการศึกษาวิจัย รวมถึงท่านที่ไม่ได้กล่าวนามไว้ ณ ที่นี้ ที่ได้กรุณาแลกเปลี่ยนความรู้ แนวคิด และให้ข้อเสนอแนะต่างๆ ทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. Noncommunicable diseases. [Internet]. 2021 [cited 2021 May 31]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. การสาธารณสุขไทย 2559-2560 Thailand Health Profile. [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 15 พฤษภาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: https://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/thailand%20health%20profile%202016_2017.pdf
- ถนัด จำกลาง. การระบุนิยามสาธารณสุขอำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น. ขอนแก่น : สำนักงานสาธารณสุขอำเภอชุมแพ. 2564.
- Hfocus. สถ.มอขของขวัญปีใหม่ 2564 คนไทยทุกคนมีหมอประจำตัว 3 คน “ดูแลใกล้ตัว ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 13 เมษายน 2564]. เข้าถึงได้จาก : <https://www.hfocus.org/content/2020/12/20694>
- สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ
- โดยยึดชุมชนเป็นฐาน :ชุมชนลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (CBI NCDs). นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข. 2560.
- FRANZ FAUL, EDGAR ERDFELDER, ALBERT-GEORG LANG AND AXEL BUCHNER. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and Biomedical sciences. [Internet]. 2007 [cited 2021 Feb 3]. Available from:file:///C:/Users/66650/Downloads/Faul2007_Article_GPower3AFlexibleStatisticalPow.pdf GeneralPowerAnalysisPro%20(1).pdf
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. ระเบียบวิธีวิจัยทางการแพทย์พยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 5 กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไออินเตอร์ มีเดีย. 2553.
- วิมล โรมา และคณะ. รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป พ.ศ. 2560 (ระยะที่ 1). นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2561.
- กฤศภณ เทพอินทร์, เสน่ห์ ชุนแก้ว. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปากท่า จังหวัดอุตรดิตถ์. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรดิตถ์ ปีที่ 14 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2565. 2565

10. สุวรรณมา หล่อโลหการ, ประพรศรี นรินทร์รักษ์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต. วารสารวิชาการสาธารณสุข. ปีที่ 30 กันยายน - ตุลาคม 2564. 2564.
11. จิตติยา ใจคำ, จักรกฤษณ์ วัชรราชฎ์, อักษรา ทองประชุม. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดลำพูน. วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ ปีที่ 8 ฉบับที่ 2 เดือนกรกฎาคม – ธันวาคม 2564. 2564
12. ภาณุวัฒน์ พิทักษ์ธรรมากุล. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในชุมชนต้นแบบของเขตสุขภาพที่ 5. กลุ่มสุขภาพภาคประชาชนและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 5. (มปท.). 2565.
13. จิราภรณ์ อริยสิทธิ์. ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. Region 3 Medical and Public Health Journal 2023; 20(3):117-23
14. Nutbeam, D. The evolving concept of health literacy. Social Science & Medicine. 2008; 67(12): 2072-2078
15. Mc Cormack, L. et al. Measuring health literacy: A pilot study of a new the skills-based instrument. The journal of Health Communication. 2010; 15 (2): 51-71.
16. ถนัด จำกลาง. รูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น. [วิทยานิพนธ์ปริญญาตรี วิทยาศาสตร์สุขภาพ]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม; 2561.

การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วม ของชุมชน อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

ประพัทธ์ ธรรมวงศา¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด 2) การพัฒนาแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด และ 3) ประเมินผลการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนสิงหาคม 2566 - มกราคม 2567 เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า มีกลุ่มเป้าหมายที่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 167 คน รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน คือ 1) การเตรียมครอบครัว 2) การสำรวจผลกระทบ ความคาดหวังของครอบครัวเกี่ยวกับปัญหาเสพติดในชุมชนและแนวทางการแก้ไข 3) การให้ความรู้เรื่องโรคสมองตติยา 4) การให้ความรู้เรื่องวงจรการใช้ยา ปัญหาในช่วงเลิกยา ระยะแรก 5) การให้ความรู้เรื่องการระกอบอาชีพ/การศึกษา 6) การป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ และ 7) การคืนคนดีสู่สังคม ผลการพัฒนาแบบ พบว่า ประชาชน ไม่มีพฤติกรรมกลับไปเสพซ้ำ ร้อยละ 95.2 กลุ่มเยาวชนในวัยเรียนไม่กลับไปเสพซ้ำและไม่มีความเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติด ร้อยละ 100 และมีชุมชนต้นแบบการแก้ไขปัญหายาเสพติด ภาพรวมการมีส่วนร่วมการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน มีคะแนนเพิ่มขึ้น ดังนั้น ควรส่งเสริมให้ชุมชน เข้าไปมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหายาเสพติด จะทำให้สามารถแก้ไขปัญหาค้นคว้าได้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละชุมชนได้อย่างแท้จริง

คำสำคัญ : การบำบัดฟื้นฟู ผู้ป่วยยาเสพติด การมีส่วนร่วมของชุมชน

¹นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

Corresponding Author: Prapat Thammawongsa, e-mail: prapat_793@hotmail.co.th

Received: March 10, 2024; Revised March 17, 2024; Accepted March 22, 2024

The Development of Community Participation Rehabilitation Model for Drugs Addiction Recovery at Kumphawapi District, Udon Thani Province

Prapat Thammawongsa¹

Abstract

This participatory action research (PAR) aims to: 1) investigate the current state of drug rehabilitation, 2) develop a drug rehabilitation model through community engagement, and 3) evaluate the efficacy of the community-participation rehabilitation model in Kumphawapi District, Udon Thani Province, from September 2022 to January 2023. Data collection involved both quantitative and qualitative methods, analyzed using statistical analysis and content analysis. The research findings indicated that a total of 167 target individuals voluntarily participated in the activities. The community-involved rehabilitation model should include the following components: 1) family preparation, 2) assessment of the impact and family expectations regarding drug problems and their resolutions, 3) education on the addictive brain disease, 4) instruction on the drug use cycle and issues during the initial phase of drug cessation, 5) providing vocational and educational training, 6) prevention of relapse, and 7) Reintegrating reformed individuals into society, establishing commitments, and fostering family relationships. The results of the model development revealed that 95.2% of the general population did not relapse, 100% of adolescents did not relapse, and there was a prototype community addressing drug problems. Overall, community-involved drug rehabilitation improved, suggesting that promoting community involvement in addressing drug issues is crucial for developing solutions that are contextually appropriate and effectively address the real problems

Key words: Rehabilitation, Drug addicts, Community participation

¹ Public Health Technical Officer, Senior Professional Level,
Kumphawapi District Public Health Office, Udon Thani Province

บทนำ (Introduction)

ปัญหายาเสพติด เป็นปัญหาสำคัญของทั่วโลก ที่ส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของประเทศ สังคม เศรษฐกิจ รวมถึงปัญหาอาชญากรรม มีแนวโน้มจำนวนผู้ใช้ ยาเสพติดเพิ่มสูงขึ้นถึง จากปี ค.ศ. 2009 จำนวน 210 ล้านคน เพิ่มเป็น 269 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2018 หรือมีความชุกเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 4.8 เป็นร้อยละ 5.4¹ ประเทศไทย จากรายงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ปี พ.ศ. 2563 พบว่ามีผู้เข้ารับการบำบัดรักษา ยาเสพติด จำนวน 212,646 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 89.66 มีอายุระหว่าง 25-29 ปี ร้อยละ 18.24 แยกเป็นผู้เสพ ร้อยละ 63.61 ผู้ติดยาเสพติด ร้อยละ 31.99 และผู้ใช้สารเสพติด ร้อยละ 4.40 โดยพบว่าเป็นผู้เข้ารับการบำบัด และเป็นผู้เสพ รายใหม่ ร้อยละ 70.34 ส่งผลให้เกิดภาวะการฉีกขาด และมีความเสี่ยงจากการใช้ ยาเสพติด² ปัญหา ยาเสพติดเป็นปัญหาทางสังคมที่ส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่ของประชาชนในชุมชน โดยเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กับปัญหาของสังคมในปัจจุบันอย่างซับซ้อน เช่น ปัญหาอาชญากรรม ปัญหาสังคม ปัญหาการใช้ความรุนแรงในครอบครัว ความไม่ปลอดภัย ในชีวิตและทรัพย์สิน ปัญหาการล่วงละเมิดทางเพศ การใช้ความรุนแรงและปัญหาครอบครัว การแพร่ระบาดของยาเสพติดมีแนวโน้มทวีความรุนแรงขึ้น มีการแพร่ระบาดในวงกว้าง เข้าถึงทุกพื้นที่ทุกชุมชน

ถึงแม้จะมีการใช้กฎหมายอย่างรุนแรงแล้วก็ตาม ยาเสพติดทำให้ประเทศต้องสูญเสียงบประมาณอย่างมากในการป้องกัน และแก้ไขปราบปราม ต้องสูญเสียทรัพยากรบุคคลจำนวนมากโดยเฉพาะกลุ่มเยาวชน และวัยทำงาน ซึ่งเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศ ถือว่าเป็นอุปสรรคอย่างยิ่งในการพัฒนาประเทศ โดยเฉพาะการพัฒนาทรัพยากรบุคคลซึ่งเป็นหัวใจของการพัฒนา เนื่องจากยาเสพติดก่อให้เกิดความเสียหาย ทั้งผู้เสพ ผู้ขาย ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ³ อำเภอภูพาน จังหวัดอุดรธานี เป็นอำเภอขนาดใหญ่ มีพื้นที่รับผิดชอบ 13 ตำบล 176 หมู่บ้าน ประชากร 125,632 คน สถานการณ์ด้านยาเสพติด พบว่าการตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาผู้เสพสารเสพติดในชุมชน สถานศึกษาและสถานประกอบการ ระหว่างปี พ.ศ. 2564 - 2566 พบว่า เยาวชนมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ และการเสพสารเสพติด โดยมีผลการตรวจปัสสาวะได้ผลบวก ดังนี้ ปี 2564 จำนวน 650 ราย ได้รับการบำบัด 101 ราย ปี 2565 จำนวน 415 ราย ได้รับการบำบัด 42 ราย ปี 2566 จำนวน 625 ราย ได้รับการบำบัด 24 ราย⁴ การเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดมีแนวโน้มลดลงเรื่อย ๆ สวนทางกับผลการตรวจที่พบว่ามีจำนวนการใช้และการเสพสารเสพติด เพิ่มขึ้น ปัญหาที่พบจากการการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดที่ผ่านมาพบว่า

หลังจากที่ผู้ติดสารเสพติด เข้ารับการบำบัดรักษาฟื้นฟู กลับไปอาศัยอยู่ในชุมชน ชุมชนไม่ยอมรับ เกิดการตีตรา ทางสังคม ส่งผลให้ผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ และถูกจับดำเนินคดีซ้ำๆ ไม่ได้ได้รับความร่วมมือจากครอบครัวและญาติในการให้ข้อมูลที่ต้องการกับเจ้าหน้าที่ภาครัฐ สถานประกอบการและโรงเรียนยังไม่มีแนวทางในการจัดกิจกรรม บำบัด และฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด หากไม่มีแนวทางหรือมาตรการที่รัดกุมและเหมาะสมกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติด รวมถึงการใช้หรือเสพยาเสพติด จะส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้และส่งผลกระทบต่อในวงกว้างต่อเยาวชน วัยแรงงานและประชาชนในพื้นที่ ระบบและกลไกหนึ่งที่สำคัญที่จะสามารถแก้ไขปัญหาได้ในระยะยาวและอย่างยั่งยืน คือการส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อสร้างความตระหนัก ความรู้ความเข้าใจและเห็นโทษพิษภัยของปัญหายาเสพติด จากสภาพปัญหาที่กล่าวมาข้างต้น ส่งผลกระทบแก่บุคคล ครอบครัว ชุมชนเป็นอย่างมาก หากไม่ได้รับการแก้ไข มีแนวโน้มขยายความรุนแรงเพิ่มขึ้น ดังนั้นจึงจำเป็นต้องพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี เพื่อหารูปแบบที่เหมาะสมในการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติด โดยผ่าน

กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปเป็นต้นแบบ “กุ่มภวาปี โมเดล” รวมถึงการขยายผลแนวทางการแก้ไขปัญหายาเสพติดและการการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดไปยังพื้นที่อื่นๆ และนำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานยาเสพติด ต่อไป

วัตถุประสงค์ (Objective)

- 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี
- 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี
- 3) เพื่อประเมินผลการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้ แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะเตรียมการ 2) ระยะดำเนินการ โดยใช้แนวคิดของ Kemmis & McTaggart⁵ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) และ 3) ระยะประเมินผล ระยะเวลาดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566 ถึง เดือนมกราคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ดังนี้

1. **ทีมบำบัดฟื้นฟูยาเสพติด** คือ บุคลากรที่ได้รับการแต่งตั้งจากนายอำเภอ เป็นทีมผู้ปฏิบัติงานในการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติด ประกอบด้วย นายอำเภอ ปลัดอำเภอ ตำรวจ สาธารณสุขอำเภอ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้นำชุมชน จำนวน 12 คน

2. **แกนนำชุมชน** คือแกนนำชุมชนที่เข้าร่วมกิจกรรม ประกอบด้วยผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และภาคีเครือข่าย จำนวน 12 คน

3. **กลุ่มผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติด** คือผู้สมัครใจเข้าร่วมการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดในชุมชน จำนวน 167 คน

4. **กลุ่มครอบครัวผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติด** คือสมาชิกในครอบครัวที่มีผู้สมัครใจเข้าร่วมการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดในชุมชน ครอบครัวละ 1 คน จำนวน 167 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้ 1) **ระยะเตรียมการ** ใช้ระยะเวลา 1 เดือน ทีมประกอบด้วย ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตำรวจ ปลัดอำเภอ อาสาสมัครสาธารณสุข และภาคีเครือข่ายในชุมชน ที่ปฏิบัติงานการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติด ร่วมกันวิเคราะห์และศึกษาสถานการณ์การบำบัดฟื้นฟูยาเสพติด โดยการทบทวนจากข้อมูลรายงานการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติด ของอำเภอกุมภวาปี ย้อนหลัง

3 ปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2563 - พ.ศ. 2565 และนำข้อมูลที่ได้จากการทบทวนมาเป็นแนวทางในการพัฒนา และสรุปเพื่อหาแนวทางในการพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด 2) **ระยะดำเนินการ(การพัฒนาแนวปฏิบัติและการนำไปใช้)** แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้ 2.1) การวางแผน (Planning) แต่งตั้งคณะกรรมการการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตำรวจ ปลัดอำเภอ อาสาสมัครสาธารณสุข และภาคีเครือข่าย ซึ่งพัฒนาจากแนวทางการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดผู้เข้ายาเสพติด โดยชุมชนเป็นฐาน ของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี⁶ ร่วมกันวางแผนแนวทางการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดผู้เข้ายาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน โดยนำมาปรับให้เหมาะสมกับบริบทของอำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วย 1) การพัฒนาแนวทางการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติด ได้ปรับแบบคัดกรองผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติด เพื่อเข้าสู่กระบวนการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดอย่างรวดเร็ว 2) จัดทำคำสั่ง และกำหนดบทบาทหน้าที่รับผิดชอบ ของคณะกรรมการ 2.2) การปฏิบัติการ (Action) จัดประชุม/ประชาคมการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติด โดยชุมชนเป็นฐานจำนวน 2 ครั้งต่อสัปดาห์ รวม 7 ครั้ง ในระยะเวลา 1 เดือน กลุ่มเป้าหมายได้แก่ ผู้ป่วยยาเสพติด และครอบครัว จำนวน 167 คน ในพื้นที่นำร่อง 4 ชุมชน 2.3) การสังเกตการณ์ (Observation) การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) ติดตามการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง การสังเกตสัมภาษณ์ สทนากลุ่มกับทีมบำบัดฟื้นฟูยาเสพติด และชุมชนเข้าที่ร่วมกิจกรรม

เพื่อค้นหาปัญหา วิเคราะห์ปัญหา ปัจจัยส่งเสริมและเป็นอุปสรรคในการการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และนำเสนอข้อมูลให้กับทีมบำบัดฟื้นฟูยาเสพติด และชุมชนเข้าที่ร่วมกิจกรรม เพื่อสะท้อนความคิดและร่วมกันปรับปรุงแนวปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น 2.4) ระยะเวลา ประเมินผล ประเมินผลโดยการเยี่ยมติดตามผู้ผ่านการบำบัดตามเกณฑ์ และประเมินผล การมีส่วนร่วมของทีมบำบัดฟื้นฟูยาเสพติด และชุมชนในการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติด หลังจากนั้นสรุปและประเมินผล

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ 1) แบบคัดกรอง และส่งต่อผู้ป่วยที่เข้าและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา 2) แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ 1) แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) ในประเด็น แนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ 2) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ในประเด็น แนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ 3) แบบบันทึกเอกสาร

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) และ

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive analysis)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอภูมิกวาวปี จังหวัดอุดรธานี เลขที่ KPEC 43/2566 ลงวันที่ 11 สิงหาคม 2566

ผลการวิจัย (Result)

1. สถานการณ์การบำบัดฟื้นฟูยาเสพติด การดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติด อำเภอภูมิกวาวปี จังหวัดอุดรธานี พบว่า เยาวชนมีพฤติกรรมเกี่ยวข้องกับ การใช้ และ การเสพยาเสพติด โดยการตรวจพบปีศาจได้ผลบวก ปี 2564 จำนวน 650 ราย เข้ารับการบำบัด 101 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.54 ปี 2565 จำนวน 415 ราย เข้ารับการบำบัด 42 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.12 ปี 2566 จำนวน 625 ราย เข้ารับการบำบัด 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.84 ซึ่งมีแนวโน้มผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดลดลงทุกปี จากการศึกษาสถานการณ์และการบำบัดรูปแบบเดิมพบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดไม่สามารถเข้าถึงการบำบัดรักษา ยาเสพติดแบบสมัครใจ เนื่องจากเกรงว่าจะถูกจับกุมดำเนินคดี ถูกบันทึกประวัติ และถูกตีตราจากสังคมว่าเป็นผู้ต้องหาคดียาเสพติด รวมถึงรูปแบบการ

บำบัดรักษาผู้เสพสารเสพติดยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ส่วนการแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน มีการดำเนินงานเฉพาะหน่วยงานภาครัฐที่มีบทบาทโดยตรงในการแก้ไขปัญหายาเสพติดเท่านั้น ชุมชนและภาคีเครือข่ายไม่มีส่วนร่วมในกระบวนการหรือจัดกิจกรรมดังกล่าว

จากสภาพปัญหาการดำเนินงานที่ผ่านมา จึงได้มีการประสานความร่วมมือและบูรณาการการทำงานร่วมกัน 4 ภาคส่วน ประกอบด้วยหน่วยงานตำรวจ ปกครอง สาธารณสุข และภาคีเครือข่ายในชุมชน ร่วมกันวางแผนและพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการจัดประชุม/ทำประชาคม ในหมู่บ้าน เพื่อค้นหาปัญหายาเสพติดในชุมชน และหาแนวทางการแก้ปัญหาพร้อมกัน มีการประชาสัมพันธ์ เชิญชวน รณรงค์ สอดส่อง ส่งข่าว โดยคณะกรรมการในชุมชน ผ่านการทำความเข้าใจกับผู้ปกครองและคนใกล้ชิด มีการดูแลแบบเครือญาติ เชิญชวนผู้เสพยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัด รักษา ลดการตีตรา รวมถึงการกำหนดมาตรการทางสังคม การทำกิจกรรมกลุ่มบำบัดและครอบครัวสัมพันธ์ เพื่อนำรูปแบบที่ได้ไปดำเนินการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน

2. รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดย

การมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การประสานความร่วมมือ 4 ภาคส่วน 2) การบูรณาการดำเนินงานในพื้นที่ และ 3) การจัดกิจกรรมการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยมีรายละเอียด ดังนี้ขั้นตอนที่ 1 การประสานความร่วมมือ 4 ภาคส่วน คือ 1) ฝ่ายตำรวจ 2) ฝ่ายปกครอง 3) ฝ่ายสาธารณสุข และ 4) ฝ่ายภาคีเครือข่ายในชุมชน ขั้นตอนที่ 2 การบูรณาการดำเนินงานในพื้นที่ คือ 1) การค้นหาโดยที่มระดับอำเภอประกอบด้วย ตำรวจ ฝ่ายปกครอง ฝ่ายสาธารณสุข โดยการประสานงานกับชุมชนและหน่วยงานต่าง ๆ ในพื้นที่รวมถึงการพูดคุยทำความเข้าใจกับผู้ใช้สารเสพติด ให้การดูแลช่วยเหลือตามสภาพของแต่ละคนหรือส่งต่อเข้ารับการบำบัดรักษา 2) การคัดกรองโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อแยกประเภทของผู้ป่วยยาเสพติดเป็น ผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติด โดยคัดกรองประวัติการใช้ยาเสพติดด้วยแบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่เข้ายาและสารเสพติดเพื่อเข้ารับการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติด 3) การบำบัดรักษาฟื้นฟู โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร่วมกับฝ่ายปกครอง เจ้าหน้าที่ตำรวจ และชุมชน 4) การติดตามผู้ที่ผ่านการบำบัดรักษา โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้นำชุมชน ขั้นตอนที่ 3 การจัดกิจกรรมการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

โดยการจัดกิจกรรมการบำบัดโดยใช้ชุมชน เป็น ศูนย์ ก ล า ง (Community Based Treatment: CBTx) ระยะเวลาในการบำบัด สัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวม 7 ครั้ง ดังนี้

- 1) การเตรียมครอบครัว ครอบครัว คือการประเมินบทบาทของครอบครัว (เชิงบวก) ในการช่วยเหลือช่วยเหลือผู้ป่วยหยุดใช้ ยาเสพติด
- 2) การสำรวจผลกระทบ ความคาดหวังของครอบครัว เกี่ยวกับ ปัญหา ยาเสพติดในชุมชน และแนวทางการแก้ไข
- 3) การให้ความรู้เรื่องโรคสมองติดยา
- 4) การให้ความรู้เรื่อง วงจรการใช้ยา ปัญหา ในช่วงเลิกยาในระยะแรก
- 5) การให้ความรู้การ ประกอบอาชีพ/การศึกษา
- 6) การป้องกันการ กลับไปเสพยา
- 7) การคืนคนดีสู่สังคม คำมั่นสัญญา และครอบครัวสัมพันธ์

3. ผลการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติด

โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ผลการวิจัย พบว่า 1) กลุ่มประชาชน จำนวน 125 คน ไม่มีพฤติกรรมกลับไปเสพยา 119 คน (ร้อยละ 95.20), มีพฤติกรรมกลับไปเสพยา 6 คน (ร้อยละ 4.80), หลังการบำบัดรักษา มีอาชีพ มีรายได้ จำนวน 119 คน (ร้อยละ 95.20), ไม่มีอาชีพ ไม่มีรายได้ จำนวน 6 คน (ร้อยละ 4.80) 2) กลุ่มเยาวชน ในวัยเรียน จำนวน 42 คน พบว่าร้อยละ 100 ไม่มีพฤติกรรมกลับไปเสพยา, มาเรียน

สม่ำเสมอ, ไม่ขาดเรียนและไม่มีพฤติกรรม เสี่ยงต่อการใช้สารเสพติด 3) ชุมชน พบว่า มีตำบลต้นแบบ จำนวน 4 ตำบล, 4 หมู่บ้าน, 167 ครอบครัว, มีแผนงานโครงการแก้ไข ปัญหา ยาเสพติด จำนวน 4 แผนงาน และมีมาตรการทางสังคมในการแก้ไขปัญหา ยาเสพติดในชุมชน จำนวน 4 มาตรการ

ด้านการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ของผู้เข้าร่วมกิจกรรม ประกอบด้วย 1) ทีมบำบัดฟื้นฟูยาเสพติด 12 คน 2) แกนนำชุมชน จำนวน 12 คน 3) กลุ่มครอบครัวผู้เข้ารับการรักษาฟื้นฟูยาเสพติด จำนวน 167 คน รวมทั้งหมด 191 คน พบว่าภาพรวม ก่อนดำเนินการ อยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} \pm S.D. : 2.50 \pm 0.53$) หลังดำเนินการ อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} \pm S.D. : 4.03 \pm 0.36$) รายด้านพบว่า ก่อนดำเนินการ รายด้านที่อยู่ในระดับต่ำคือ ด้านร่วมตัดสินใจ ($\bar{X} \pm S.D. : 2.80 \pm 0.42$) และด้านร่วมรับผลประโยชน์ ($\bar{X} \pm S.D. : 2.10 \pm 0.32$) อยู่ในระดับปานกลางคือ ด้านร่วมคิด ($\bar{X} \pm S.D. : 3.00 \pm 0.00$) และด้านร่วมประเมินผล ($\bar{X} \pm S.D. : 3.00 \pm 0.00$) หลังดำเนินการ พบว่ารายด้านทุกด้านอยู่ในระดับสูง ดังตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ผลการดำเนินงานการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ข้อมูลภายหลังเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติด	จำนวน	ร้อยละ
1. กลุ่มประชาชน (n=125)		
ด้านพฤติกรรมกาเสพติด		
ไม่มีพฤติกรรมกลับไปเสพซ้ำ	119	95.2
มีพฤติกรรมกลับไปเสพซ้ำ	6	4.8
ด้านอาชีพ		
มีอาชีพ มีรายได้	119	95.2
ไม่มีอาชีพ ไม่มีรายได้	6	4.8
2. กลุ่มเยาวชนในวัยเรียน (n=42)		
ไม่มีพฤติกรรมกลับไปเสพซ้ำ	42	100
มาเรียนสม่ำเสมอ ไม่ขาดเรียน	42	100
ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติด	42	100
3. ชุมชน		
ตำบลต้นแบบ	4 ตำบล	
หมู่บ้านต้นแบบ	4 หมู่บ้าน	
ครอบครัวต้นแบบ	167 ครอบครัว	
แผนงานโครงการแก้ไขปัญหาเสพติด	4 แผนงาน	
มาตรการทางสังคมในการแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชน	4 มาตรการ	

ตารางที่ 2 การมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

รายด้านการมีส่วนร่วม	ก่อนดำเนินการ (n=191)			หลังดำเนินการ(n=191)		
	\bar{x}	S.D.	ระดับ	\bar{x}	S.D.	ระดับ
1. ร่วมคิด	3.00	0.00	ปานกลาง	4.40	0.56	สูง
2. ร่วมตัดสินใจ	2.80	0.42	ต่ำ	4.10	0.58	สูง
3. ร่วมรับผลประโยชน์	2.10	0.32	ต่ำ	4.53	0.45	สูง
4. ร่วมประเมินผล	3.00	0.00	ปานกลาง	4.23	0.67	สูง
ภาพรวม	2.50	0.53	ต่ำ	4.03	0.36	สูง

อภิปรายผลและสรุปผลการวิจัย

(Discussion and Conclusion)

ผลการวิจัยพบว่า สถานการณ์การบำบัดฟื้นฟูยาเสพติด ปัญหาและอุปสรรคที่ผ่านมามีคือ เป็นการดำเนินการโดยภาครัฐโดยฝ่ายเดียว ขาดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนจังหวัดระยอง พบว่าปัญหาสำคัญของการดำเนินงานบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด คือเป็นการใช้กระบวนการทำงานแบบเชิงอำนาจ โดยหน่วยงานภาครัฐเป็นผู้กำหนดแนวทางและสั่งการ ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน⁷

รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน คือการประสานความร่วมมือภาคีเครือข่าย 4 ภาคส่วน ผ่านกระบวนการค้นหา การคัดกรอง การบำบัดรักษาฟื้นฟู และการติดตามผู้ที่ผ่านการบำบัดรักษา โดยมีรูปแบบ คือการจัดกิจกรรมการบำบัดโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง (Community Based Treatment: CBTx) ดังนี้ 1) การเตรียมครอบครัว 2) การสำรวจผลกระทบ ความคาดหวังของครอบครัวเกี่ยวกับปัญหาเสพติดในชุมชนและแนวทางการแก้ไข 3) การให้ความรู้เรื่องโรคสมองติดยา 4) การให้ความรู้เรื่องวงจรการใช้ยา ปัญหาในช่วงเลิกยาระยะแรก 5) การให้ความรู้การประกอบอาชีพ/การศึกษา

6) การป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ และ
7) การคืนคนดีสู่สังคม คำมั่นสัญญา และครอบครัวสัมพันธ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน : กรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่งในอำเภอป่าต้ว จังหวัดยโสธร พบว่ารูปแบบประกอบด้วย การแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาศักยภาพเครือข่าย อบรมให้ความรู้แก่ผู้เกี่ยวข้อง คัดกรองบำบัดฟื้นฟูและการเยี่ยมติดตามผู้ติดยาเสพติด การนิเทศ ประเมินผล และจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยขั้นตอนที่สำคัญคือการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน จะช่วยส่งเสริมให้การดำเนินงานสำเร็จได้⁸ และงานวิจัยเรื่องการพัฒนาารูปแบบการเยี่ยมบ้านด้วยวิธีผสมผสานกับการให้คำปรึกษาครอบครัว สำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาที่มีภาวะเสี่ยงติดยาเสพติด ในเขตอำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น พบว่าปัจจัยที่สำคัญในการพัฒนาารูปแบบที่เหมาะสมในการดำเนินงานในพื้นที่ จะต้องผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้ร่วมกันออกแบบ ประกอบด้วยครูประจำชั้นและครูฝ่ายปกครอง ตัวแทนนักเรียนกลุ่มเสี่ยง ผู้ปกครองของนักเรียนกลุ่มเสี่ยง และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งส่งผลให้นักเรียนกลุ่มเสี่ยงสามารถ ลด ละ เลิกยาเสพติดได้ และเกิดความอบอุ่นในครอบครัว⁹ รวมถึงการศึกษาเรื่องรูปแบบการป้องกัน

และ แก้ไขปัญหาหาสาเหตุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดจันทบุรี พบว่า รูปแบบประกอบด้วย 1) การจัดทำและปฏิบัติตามแผนการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน 2) การสร้างและใช้มาตรการทางสังคมเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด 3) การจัดกิจกรรมในชุมชนเพื่อสนองตอบโครงการเสริมพลังสร้างความเข้มแข็งต่อต้านยาเสพติด และ 4) การจัดตั้งศูนย์การเรียนรู้เพื่อต่อต้านยาเสพติดในชุมชนเพื่อให้สมาชิกในชุมชนใช้เรียนรู้ร่วมกัน ซึ่งมีปัจจัยแห่งความสำเร็จคือการให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ตั้งแต่เริ่มต้น คือการร่วมคิดวิเคราะห์ปัญหา ร่วมกำหนดแนวทาง ร่วมดำเนินการผ่านโครงการต่าง ๆ ที่ริเริ่มโดยชุมชน ร่วมประเมินผลและร่วมรับผลประโยชน์ ที่มีความสอดคล้องกับบริบท ปัญหา และความต้องการ ของชุมชน¹⁰

ผลการประเมินหลังนำรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่ากลุ่มประชาชน ไม่มีพฤติกรรมกลับไปเสพซ้ำ ร้อยละ 95.20 กลุ่มเยาวชนในวัยเรียน พบว่า ร้อยละ 100 ไม่มีพฤติกรรมกลับไปเสพซ้ำ, มาเรียนสม่ำเสมอ, ไม่ขาดเรียนและไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมกาสูบหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น กรณีศึกษาโรงเรียน

แห่งหนึ่ง ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น พบว่าควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับอันตรายจากการสูบบุหรี่ตั้งแต่เริ่มเข้าเรียนซึ่งจะส่งผลให้นักเรียนตระหนักถึงอันตรายและมีทัศนคติที่ดี ตลอดจนการเป็นแบบอย่างที่ดีในการเลิกสูบบุหรี่ของคนใกล้ชิด¹¹ ด้านการมีส่วนร่วมในการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติด พบว่าภาพรวมก่อนดำเนินการ อยู่ในระดับต่ำ โดยเฉพาะด้านการร่วมตัดสินใจ และด้านการร่วมรับผลประโยชน์ ซึ่งแสดงถึงการแก้ไขปัญหามา ผ่านมา ส่วนใหญ่จะเป็นการดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่ของภาครัฐ ชุมชนและประชาชนไม่ได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดำเนินการ จึงส่งผลให้ชุมชนไม่ได้รับทราบถึงแนวทางการแก้ไขปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าการแก้ไขปัญหายาเสพติดจะเป็นการดำเนินการเชิงอำนาจ โดยหน่วยงานภาครัฐเป็นผู้ดำเนินการทั้งหมด ขาดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและชุมชน ภาพหลังดำเนินการพบว่าภาพรวมและรายด้านการมีส่วนร่วม ทุก ด้าน อยู่ใน ระดับ สูง^{7,15} ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยส่วนใหญ่ที่ค้นพบว่าปัจจัยที่สำคัญในการแก้ไขปัญหายาของชุมชนให้ประสบผลสำเร็จ คือปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน และสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วมและการเสริมพลังอำนาจ คือการให้ความตระหนักถึงศักยภาพ

และข้อจำกัดของตนเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง หรือแก้ไขปัญหานั้น ๆ ผ่านกระบวนการวิเคราะห์สถานการณ์ การร่วมปฏิบัติ และร่วมมือกันเพื่อแก้ไข ปัญหา จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงใน ชุมชนของตนเองได้อย่างยั่งยืน¹² และ สอดคล้องกับผลของการศึกษาที่พบว่าปัจจัย แห่งความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาคือการ ส่งเสริมและสนับสนุนให้ชุมชนเข้ามามีส่วน ร่วมในทุกกระบวนการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยา เสพติด จะช่วยให้การบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเส พติดในชุมชนสำเร็จและสามารถนำไปสู่การ แก้ไขปัญหาเสพติดประสบผลสำเร็จได้ใน ระยะยาว^{8,10,13,14} การบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเส พติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง ชุมชนต้องม ีความพร้อมในการเข้าร่วมทุกขั้นตอน¹⁶ เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ติดยาเสพติดแบบองค์ รวมด้วยความเข้มข้นที่แตกต่างกันไปตามแต่ บริบทและความซับซ้อนของปัญหาในผู้ติดยา เสพติดแต่ละราย โดยการดูแลจะบูรณาการ การรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดเข้าสู่การบริการ ทางสังคมและสุขภาพในชุมชนอย่างยั่งยืน และชุมชนสามารถตรวจสอบได้

ข้อเสนอแนะ

1) ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาการ บำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด คือ ควรมีการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับหน่วยงานอื่นๆ ที่มีบทบาทและหน้าที่ในการบำบัดฟื้นฟู ผู้ติดยาเสพติด เพื่อนำข้อมูลและ

ประสบการณ์การดำเนินงาน ไปเป็นแนวทาง ในการพัฒนางานของแต่ละพื้นที่ให้มีความ สมบูรณ์และสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ได้ ดีมากยิ่งขึ้น

2) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการ บำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด คือ ควรส่งเสริม กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อกระตุ้น และสนับสนุนให้ให้ชุมชนสามารถจัดกิจกรรม การบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด โดยยึดชุมชน เป็นศูนย์กลางการดำเนินงาน รวมถึงขยาย ผลชุมชนต้นแบบแก้ไขปัญหายาเสพติด ไปยังพื้นที่อำเภอและหมู่บ้านอื่นๆ ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ขอขอบพระคุณนายอำเภอกุมภวาปี ผู้กำกับสถานีตำรวจภูธรกุมภวาปี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกุมภวาปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่วนราชการทุกหน่วยงาน ผู้นำชุมชนและ ภาควิเคราะห์ข้อมูลทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือ ให้การสนับสนุนและอำนวยความสะดวก ในการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติด ของอำเภอกุมภวาปี ในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. United Nations Office on Drugs and Crime. EXTENT OF DRUG USE. [Internet]. 2020 [cited 2023 May 30]; Available From : https://wdr.unodc.org/wdr2020/field/WDR20_Booklet_2.pdf

2. กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด. ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 5 มิถุนายน 2566]; เข้าถึงได้จาก: <https://antidrugnew.moph.go.th/Identity/STS/Forms/Account/>
3. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการคัดกรอง การประเมินความรุนแรง การบำบัดรักษาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด สำหรับศูนย์คัดกรองสถานพยาบาลยาเสพติด และสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 5 มิถุนายน 2566]; เข้าถึงได้จาก: <https://www.chiangmaihealth.go.th/document/221101166727744069.pdf>
4. ศูนย์ป้องกันและปราบปรามยาเสพติด อำเภอกุมภวาปี. รายงานการดำเนินงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ปี 2566. เอกสารอัดสำเนา, 2566
5. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Geelong, Victoria: Deakin University Press; 1988.
6. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. คู่มือแนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน(Community based treatment : CBTx) สำหรับผู้ปฏิบัติงานในชุมชน "วิถีใหม่การแก้ไขปัญหาเสพติดอย่างยั่งยืน". กรุงเทพมหานคร: บริษัท ออนป้า จำกัด; 2564.
7. ณัฐพร ผลงาม. การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนจังหวัดระยอง. วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม 2564; 1(2): 49-71.
8. ราศรี อาษาจิตร, สุจิตตา ฤทธิมนตรี. การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน : กรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่งในอำเภอป่าติ้ว จังหวัดยโสธร. วารสารวิจัยและพัฒนา ระบบสุขภาพ 2566; 16(2): 244-57.
9. พิศิษฐ์ โกจรรย์ศรี. การพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านด้วยวิธีผสมผสานกับการให้คำปรึกษาครอบครัว สำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาที่มีภาวะเสี่ยงติดสารเสพติดในเขตอำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน 2563; 3(2): 1-13.
10. สมจิต ยาใจ, วสิมล สุวรรณรัตน์, วราภรณ์ นองเนื่อง. รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดโดยการมีส่วนร่วม

- ของชุมชน จังหวัดจันทบุรี. วารสาร
วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
2564; 32(1): 224–36.
11. ธิติ บุคตาน้อย, สุทิน ชนนะบุญ, เบนญาภา
กาลเข้ว่า. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของ
นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น
กรณีศึกษาโรงเรียนแห่งหนึ่ง ในเขต
เทศบาลนครขอนแก่น อำเภอเมือง
จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิทยาศาสตร์
สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน 2019;
2(1): 139–52.
 12. Gibson CH. A concept analysis of
empowerment. J Adv Nurs. 1991;
16(3): 354–61.
 13. เกศินี วีระศิลป์, ธนวัฒน์ ปินตา,
อุบลวรรณ สุภาแสน, เศรษฐ ใจเพชร,
วินิจ ภาเจริญ. การมีส่วนร่วมของผู้นำ
ชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหา
ยาเสพติดในพื้นที่ตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย
จังหวัดเชียงใหม่. วารสารรัฐศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย
2566; 3(1): 16–31.
 14. บุญยาพร เอื้อทัตทาน. การมีส่วนร่วมของ
ประชาชนในการป้องกันยาเสพติดใน
ชุมชนมะพร้าวคู่ แขวงบางบำหรุ เขตบาง
พลัด กรุงเทพมหานคร. วารสารวิจัย
วิชาการ 2563 ; 3(2): 101–112.
 15. นภัทร ภักดีศรีขวัญ, ภาคิน เจริญนนทสิทธิ์,
วรรณวรางค์ ศุทธชัย. การมีส่วนร่วมของ
องค์กรภาครัฐกับภาคประชาชนในการ
พัฒนาการบริการสาธารณสุขด้านบำบัด
ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด.
วารสารวิชาการและวิจัย มหาวิทยาลัย
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2564; 11(3):
371-383.
 16. นิตยา ฤทธิ์ศรี สุภัญญา, วัฒนประไพจิตร,
ศุภลักษณ์ จันทหาญ. รูปแบบการ
บำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้เข้ายาเสพติดโดย
ชุมชนเป็นศูนย์กลาง : กรณีศึกษาใน
หมู่บ้านแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง
มหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม.
วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2565;
19(2): 50-63.

การพยาบาลผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือด กรณีศึกษา 2 ราย

ปิยภัสรา หรืออินทรี

บทคัดย่อ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เป็นภาวะวิกฤติที่พบบ่อยและมีแนวโน้มที่สูงขึ้นทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก ดังนั้น การได้รับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมและรวดเร็วจะช่วยลดความรุนแรงและความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะดังกล่าวได้ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยใช้แนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนมาเป็นแนวทางในการประเมินสภาพผู้ป่วย และนำเครื่องมือประเมินผู้ป่วย Sepsis ชื่อ NEW score มาช่วยคัดกรองและค้นหาผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยทำการศึกษาผู้ป่วยที่มีอาการและแสดงอาการของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหนองสองห้อง โดยทำการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย Sepsis ผลที่ได้จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยรายที่ 1 มีภาวะช็อก การพยาบาลที่สำคัญได้แก่การดูแลระบบไหลเวียนโลหิต การเฝ้าระวังภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ การให้สารน้ำและโภชนาการ การดูแลด้านจิตใจ และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ในขณะที่ผู้ป่วยรายที่ 2 มีภาวะไข้และมีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ ทั้ง 2 รายได้วางแผนการจำหน่ายตามหลัก D-M-E-T-H-O-D เมื่อติดตามผลลัพธ์ทางการพยาบาลพบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีอาการดีขึ้นตั้งแต่ช่วงแรก ดังนั้นการปฏิบัติการพยาบาลที่มีแนวปฏิบัติที่ดีในการเฝ้าระวังและติดตามอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและทันต่อการเปลี่ยนแปลง จะช่วยลดความเสี่ยงลดภาวะแทรกซ้อน รวมถึงลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้

คำสำคัญ: กระบวนการพยาบาล, ภาวะช็อก, ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น

Corresponding Author: Piyapatsara Reein, Email: piyapat3455@gmail.com

Received: January 26, 2024; Revised March 20, 2024; Accepted March 22, 2024

Nursing care for patients with Sepsis: A case study of 2 patients

Piyapatsara Reein¹

Abstract

Sepsis is a common critical condition that frequently occurs and shows an upward trend both in Thailand and around the world. Therefore, receiving appropriate and prompt treatment will help reduce the severity and risk of death of patients with these conditions. This study aims to study the use of nursing processes in the nursing care of patients with Sepsis using the concept of Gordon's health model as a guideline for evaluating patient conditions. The Sepsis assessment tool called NEW score was also used to screen and search for patients with Sepsis. Two patients with symptoms of Sepsis who were admitted to Nong Song Hong Hospital were studied and compared according to the guidelines for caring for patients with Sepsis. The results showed that the first patient had a shock condition and was treated by taking care of the circulatory system, monitoring for electrolyte imbalances, providing fluids and nutrition, and psychological care and monitoring for complications that may occur while the second patient had a fever and low level of potassium in the blood. Both patients were provided the discharge plan according to the D-M-E-T-H-O-D principle. The results obtained from the follow-up process revealed that both case studies improved initially. Therefore, it is necessary to have good practices for closely monitoring and following up on patient symptoms and keeping up with changes which will help in reducing the risk and the complications including reducing the death rate of patients.

Key words: Nursing Process, Shock, Sepsis

Registered Nurse, Professional Level, Nong Song Hong Hospital, Khon Kaen

บทนำ (Introduction)

การติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เป็นกลุ่มอาการของโรคที่เป็นผลมาจากความไม่สมดุลของปฏิกิริยาการตอบสนองทางภูมิคุ้มกันของร่างกายต่อการติดเชื้อที่ก่อให้เกิดการอักเสบกระจายไปทั่วร่างกาย ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ การทำงานของอวัยวะต่างๆ ล้มเหลว และเสียชีวิตตามมา¹ จากสถิติองค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) ปี 2561 ระบุว่า มีผู้ติดเชื้อในกระแสเลือดสูงถึง 48.9 ล้านคน และเสียชีวิต 11 ล้านคน² ประเทศไทยพบอุบัติการณ์การเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นอันดับ 1 ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ปัจจุบันมีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดประมาณ 175,000 รายต่อปี และเสียชีวิตประมาณ 45,000 รายต่อปี³ จากสถิติในช่วงปีงบประมาณ 2562-2566 พบอัตราการตายของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community acquired ในระดับประเทศ เท่ากับ 32.37, 32.47, 33.71, 35.24 และ 30.5 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราการตายของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community acquired ระดับเขตสุขภาพที่ 7 มีค่าเท่ากับ 28.66 , 29.33 , 32.37 , 35.06 และ 29.97 ตามลำดับ⁴ จากสถิติดังกล่าวจะเห็นว่าอัตราการตายมีแนวโน้มลดลงเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ซึ่งยังถือว่าเป็นปัญหาสำคัญ

ที่ต้องให้ความสนใจในกระบวนการดูแลรักษา ในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว โรงพยาบาลหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น เป็นโรงพยาบาลขนาด 60 เตียง จากข้อมูลสถิติ ในปีงบประมาณ 2562-2566 พบผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 11, 32, 35, 49 และ 64 ราย ซึ่งในจำนวนนี้มีผู้ป่วยได้รับการส่งต่อจำนวน 0, 9, 4, 10 และ 16 ราย และพบอัตราการเสียชีวิตที่ร้อยละ 0, 0, 12.5, 8.7 และ 39.13 ตามลำดับ ซึ่งเป็นแนวโน้มที่มากขึ้นและมีภาวะคุกคามต่อชีวิต หากไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมทันเวลาที่ อาจทำให้เกิดภาวะล้มเหลวของอวัยวะสำคัญและเกิดภาวะช็อก เสียชีวิตในที่สุด รวมถึงการเพิ่มระยะเวลาอนโรงพยาบาล เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษา และส่งผลกระทบต่อครอบครัวทั้งสภาวะจิตใจ และเศรษฐกิจได้ สาเหตุของการติดเชื้อที่นำไปสู่การติดเชื้อในกระแสเลือดคือการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ รองลงมาคือการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ คิดเป็นร้อยละ 67 และ 49 ตามลำดับ โรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือ เบาหวาน รองลงมาคือความดันโลหิตสูงและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ 54.64, 40.21, และ 4 ตามลำดับ⁵ จากการทบทวนพบปัญหาคือการวินิจฉัยล่าช้า ทำให้การรักษาล่าช้าไปด้วย เนื่องจากไม่มีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มาก่อน ปี พ.ศ.2561 ได้นำแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย Sepsis

เครือข่ายจังหวัดขอนแก่น มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ภายหลังจากนำมาใช้พบว่าขาดการนำแบบประเมิน NEW score มาใช้ในกลุ่มโรคสำคัญ เนื่องจากไม่ได้กำหนดกลุ่มเป้าหมายที่ต้องเฝ้าระวัง มักพบว่าไม่มีการประเมินหรือการประเมินไม่ต่อเนื่อง ขาดการปฏิบัติตาม Protocol การส่งตรวจ H/C ล่าช้าและหรือไม่ได้ส่งตรวจ การให้สารน้ำในปริมาณที่ไม่เหมาะสม และการให้ยาปฏิชีวนะก่อนส่งตรวจ H/C ที่มึนทางคลินิกจึงได้กำหนดกลุ่มโรคสำคัญ ใช้ NEW score ในการประเมินคัดกรอง จัดประชุมให้ความรู้ จัดทำ Standing Order และประกาศใช้ ติดตามประเมินผลและทบทวนการดูแลรักษาผู้ป่วย Sepsis ที่ได้ส่งต่อ แบบประเมินนี้มีข้อจำกัดคือใช้สำหรับประเมินในผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไป จากความสำคัญดังกล่าวข้างต้น ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจในเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดเพื่อศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย Sepsis เครือข่ายจังหวัดขอนแก่น โดยใช้แบบประเมิน NEW score ในการคัดกรองและเฝ้าระวังความรุนแรง และเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการดูแลที่ถูกต้อง เหมาะสมและปลอดภัยจากภาวะวิกฤตแทรกซ้อนต่างๆ โดยทำการศึกษา กับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

หนองสองห้องในเดือนมิถุนายน 2566 และเดือนพฤศจิกายน 2566 จำนวน 2 รายเปรียบเทียบกัน โดยผู้ป่วยรายที่ 1 มีคะแนน NEW score ที่ 5 คะแนน Serum Lactate 3.4 mmol/l และมีภาวะ Septic shock ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 มีคะแนน NEW score ที่ 7 คะแนนและ Serum Lactate 1.9 mmol/l ดังรายงานต่อไปนี้

รายงานผู้ป่วย (Case Presentation)

กรณีศึกษาผู้ป่วยรายที่ 1 หญิงไทย สถานภาพสมรส อายุ 76 ปี การศึกษาระดับประถม อาชีพเกษตรกร เป็นผู้ป่วยหลักประกันสุขภาพอำเภอหนองสองห้อง มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง ฤกษ์ลมปอดอุดกั้น และไตวายระดับ 3 รับประทานที่โรงพยาบาลหนองสองห้อง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 ปฏิเสธการดื่มสุราและสูบบุหรี่ ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร ช่วยเหลือตัวเองได้ดี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 9 มิถุนายน 2566 ที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน เวลา 08.35 น. ให้ประวัติว่าถ่ายเหลวเป็นน้ำมากกว่า 10 ครั้ง มีไข้และอาเจียน 6 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล แกร็บผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ตัวเย็น ผิวหนังและริมฝีปากแห้ง ไม่มีหายใจหอบเหนื่อย สัญญาณชีพวัดได้ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 94 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 82/49 มิลลิเมตรปรอท ค่า

MAP 60 mmHg O₂sat 95% E4V5M6 motor power grade 5 ของแขนขาทั้ง 2 ข้าง pupil 3 mm RTLBE lung clear DTX 68 mg/dl Glasgow coma scale 15 คะแนน NEW score 5 คะแนน Cr. 2.1 Lactate 3.4 mmol/l WBC 21,180 cells/cu.mm ดูแลจัดท่านอนหงาย ศีรษะราบ ห่มผ้า keep warm ให้ออกซิเจน cannula 3 lpm on 0.9% NaCl 1000 ml vein drip 60 ml/hr สังเกตอาการและสัญญาณชีพทุก 15 นาที ต่อมาเวลา 08.45 น. สัญญาณชีพวัดได้ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 84/50 มิลลิเมตรปรอท O₂sat 98% มีคำสั่งการรักษาให้ load 0.9% NaCl 1000 ml, ceftriaxone 2 gm vein stat, 50% glucose 1 vial 50 ml, DTX 257 mg/dl on levophed 4:100 in 5% DW 250 ml vein drip 10 ml/hr ผ่านเครื่อง infusion pump แพทย์พิจารณา Admit Dx. Septic Shock ผู้ป่วยรายนี้มีภาวะช็อกและความไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ อาจมีของเสียคั่งเนื่องจากระดับไตวายระดับ 3 ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเครียดและวิตกกังวล ให้ข้อมูลการรักษาและดูแลใกล้ชิด

กรณีศึกษาผู้ป่วยรายที่ 2 หญิงไทย สถานภาพหม้าย อายุ 93 ปี เป็นผู้ป่วยหลักประกันสุขภาพอำเภอหนองสองห้อง มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง รับยาประจำที่โรงพยาบาลหนองสองห้อง ตั้งแต่ปี พ.ศ.2549 ปฏิเสธการดื่มสุราและสูบบุหรี่ ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร สายตามัวหูตึง ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย เคลื่อนไหวช้า ใช้ไม้เท้าช่วยพยุง เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 16 พฤศจิกายน 2566 ที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน เวลา 15.35 น. ให้ประวัติว่ามีไข้ ถ่ายเหลว 2 ครั้ง ไม่มีมูกเลือด 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาลหนองสองห้อง แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีไข้ หายใจเร็ว ดูแลเหนื่อย อ่อนเพลีย สัญญาณชีพวัดได้ อุณหภูมิ 38.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 118 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 26 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 101/59 มิลลิเมตรปรอท ค่า MAP 73 mmHg O₂sat 94% ตรวจร่างกาย E4V5M6 motor power grade 5 ของแขนขาทั้ง 2 ข้าง pupil 3 mm RTLBE lung clear Glasgow coma scale 15 คะแนน NEW score 7 คะแนน Cr. 1.4 Lactate 1.9 mmol/l WBC 10,050 cells/cu.mm จัดท่านอนหงาย ศีรษะกึ่งสูง on cannula 3 lpm on 0.9% NaCl 1000 ml vein drip 60 ml/hr

ผ่านเครื่อง Infusion pump ผล EKG normal sinus rhythm CXR no infiltration U/S missing IVC ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ potassium 2.7 mEq/l มีคำสั่งการรักษาให้ add KCL 10 mEq in NSS 100 ml vein drip in 1 hr then KCL 60 mEq + NSS 1000 ml vein drip 60 ml/hr แพทย์พิจารณา admit Dx. AFI day 1 with Sepsis ผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด มีไข้และความไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ การประเมินและเฝ้าระวังภาวะ Septic shock พัลซตกหกล้ม ผู้ป่วยและครอบครัวมีความกังวลใจในอาการเจ็บป่วย ให้ข้อมูลการรักษาและดูแลใกล้ชิด

จากการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยทั้ง 2 ราย พบว่าผู้ป่วยรายที่ 1 มีความรุนแรงมากกว่า เนื่องจากมีภาวะช็อก ผลการประเมิน NEWS score เมื่อแรกรับมีค่าคะแนน

ที่เหมือนกัน 0 คะแนน คือค่าระดับความรู้สึกตัว, ผู้ป่วยหายใจได้เอง ค่าคะแนนที่เหมือนกัน 1 คะแนน คือ ระดับออกซิเจนในเลือด ส่วนที่ต่างกันคือค่าอุณหภูมิ (Temperature), ชีพจร(Pulse), อัตราการหายใจ (Respiratory) และความดันโลหิต (Blood pressure ค่าตัวบน) ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีภาวะ Hypoperfusion ผู้ป่วยรายที่ 1 มีค่า Systolic Blood Pressure (SBP) = 82 (< 100) mmHg มีค่า MAP = 60 (< 65) mmHg และ Cr.= 2.1 (> 1.2) ส่วนรายที่ 2 มีค่า Respiratory Rate (RR) = 26 (> 22) ครั้ง/นาที และมี Cr. = 1.4 (> 1.2) ผลการตรวจ H/C พบว่าผู้ป่วยมีการติดเชื้อชนิด localized infection ทั้ง 2 ราย สาเหตุของการติดเชื้อคือการติดเชื้อในชุมชน ผล Identify H/C: gram negative bacilli: Escherichai coli Staphylococcus

การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล

จากปัญหาของผู้ป่วย สามารถสรุปข้อวินิจฉัยและให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	
	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
1. มีภาวะช็อกเนื่องจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (กรณีศึกษาที่ 1)	1. ชักประวัติและตรวจร่างกาย เพื่อค้นหาสาเหตุของการติดเชื้อ 2. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะช็อก จากการติดเชื้อในกระแสเลือด เช่น ไข้สูง ชีพจรเต้นเร็ว	1. เฝ้าระวังและค้นหาภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด 2. ติดตาม EKG ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 30-60 นาที

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	
	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
พยาบาล	<p>ความดันโลหิตต่ำและระดับความรู้สึกตัวลดลง</p> <p>3. ติดตาม EKG ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 30-60 นาที</p> <p>4. ช่วยเหลือให้สารน้ำ 0.9 %NaCl 1000 ml vein drip 60 ml/hr และ load 1000 ml เพื่อเพิ่ม volume</p> <p>5. เตรียมผู้ป่วยเพื่อ U/S ช่วยแพทย์ ประเมินความเพียงพอของการได้รับสารน้ำ U/S : MC collapsibility index</p> <p>6. ดูแล on levophed 4:100 in 5% DW 250 ml vein drip 10 ml/hr ผ่านเครื่อง infusion pump keep BP > 90/60 mmHg MAP > 65 mmHg สังเกตอาการข้างเคียงจากการบริหารยา ได้แก่ กลมพิษ หัวใจเต้นช้าผิดปกติ ปัสสาวะออกน้อยหรือไม่มีปัสสาวะ</p> <p>7. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ ceftriazone 2 gm vein stat then OD และสังเกตอาการข้างเคียงจากการแพ้ยา (ผู้ป่วยได้ ceftriazone 2 gm vein OD x 14 วัน)</p> <p>8. ดูแล on O₂ cannula 3 lpm</p> <p>9. บันทึกจำนวนปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง จนสามารถ keep ความดันโลหิต \geq 90/60 mmHg และ MAP \geq 65 mmHg then ทุก 8 ชั่วโมง</p> <p>10. บันทึกปริมาณ I/O ทุก 8 ชั่วโมง</p> <p>11. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ อิเล็กโตรไลต์ CBC, serum lactate</p>	<p>3. ช่วยเหลือให้สารน้ำ 0.9% NaCl 1000 ml vein drip 60 ml/hr และ load 1000 ml เพื่อเพิ่ม volume</p> <p>4. ดูแล on O₂ cannula 3 lpm</p> <p>5. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ ceftriazone 2 gm vein stat then OD และสังเกตอาการข้างเคียงจากการแพ้ยา (ผู้ป่วยได้ ceftriazone 2 gm vein OD x 7 วัน metronidazole 500 mg vein q 8 hr ในวันที่ 3)</p>

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	
	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
2. มีภาวะความไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ กรณีที่ 1 มีภาวะน้ำตาลต่ำ กรณีที่ 2 มีภาวะโพแทสเซียมต่ำ	<ol style="list-style-type: none"> ประเมินอาการของภาวะน้ำตาลต่ำ ได้แก่ ตัวสั่น มือสั่น เวียนหรือปวดศีรษะ กระสับกระส่าย เหงื่อแตก ตามัว ดูแลให้กลูโคส 50 ml vein push ประเมินการทำงานของไต สังเกตอาการของเสียคั่ง เช่น บัสสาวะออกน้อย อ่อนเพลีย หอบเหนื่อย บวม ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง เป็นต้น ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับโปรตีนที่คุณภาพดี เช่น ไข่ เนื้อปลา นมจากพืช เป็นต้น บันทึกจำนวนครั้งของการขับถ่าย อุจจาระและลักษณะของอุจจาระ แนะนำให้ผู้ป่วยและญาติ สังเกตการเกิดภาวะของของเสียคั่งในร่างกาย เช่น บัสสาวะออกน้อย อ่อนเพลีย บวม คันตามร่างกาย หอบเหนื่อย บันทึกน้ำเข้า-ออก ทุก 8 ชม. เพื่อเป็นการประเมินความสมดุลของน้ำ ประเมินระดับความรู้สึกตัวและบันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 	<ol style="list-style-type: none"> ประเมินอาการของภาวะโพแทสเซียมต่ำ ได้แก่ อาการคลื่นไส้อาเจียน ท้องผูก อ่อนเพลีย กล้ามเนื้ออ่อนแรง การหายใจ ล้มเหลว ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ดูแลบริหารยา add KCL 10 mEq in NSS 100 ml vein drip in 1 hr then KCL 60 mEq + NSS 1000 ml vein drip 60 ml/hr โดยให้ผ่านเครื่อง infusion pump และประเมินสัญญาณชีพ อาการของภาวะโพแทสเซียมสูงระหว่างที่ผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง ประเมินการทำงานของไต การเกิดภาวะคั่งของของเสียในร่างกาย ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่มีโพแทสเซียม ได้แก่กล้วย ส้ม ฝรั่ง แครอท คะน้า แนะนำให้สังเกตภาวะโพแทสเซียมสูง ได้แก่ อ่อนเพลีย กล้ามเนื้ออ่อนแรง
3. เกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน เนื่องจากภาวะเลือดเป็นกรด	<ol style="list-style-type: none"> ประเมินภาวะพร่องออกซิเจน ประเมินอัตราการหายใจ สีของเล็บปลายมือปลายเท้าเยื่อเมือก ลิ้น ลักษณะการขีดเขียว ดูแลช่วยทางเดินหายใจให้โล่ง สอนวิธีการไอที่ถูกวิธีเพื่อให้ขับเสมหะได้เพื่อลดภาวะพร่องออกซิเจน วัดสัญญาณชีพและ O₂sat ทุก 15-30 นาที เพราะการประเมินสัญญาณชีพจะทำให้ทราบความรุนแรงของภาวะพร่องออกซิเจน ติดตามค่า CO₂ เนื่องจากการติดเชื้อเซลล์จะมีความต้องการการใช้ ออกซิเจนมากขึ้น ทำให้ซีฟจรเต้นเร็ว หายใจเร็วและลึกมากขึ้น จนอยู่ในภาวะต่างจากการหายใจ (respiratory alkalosis) หากไม่ได้รับการแก้ไข ร่างกายจะมีการปรับชดเชยโดยมีการเผาผลาญแบบไม่ใช้ออกซิเจน จนเกิดภาวะกรดจากการเผาผลาญ 	

ชื่อวินิจฉัยทางการแพทย์	กิจกรรมการพยาบาล	
พยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	(metabolic acidosis) ได้ กรดแลคติกและเกิดการคั่งของกรดแลคติกตามมา เกิดภาวะพร่องออกซิเจน	
4. ผู้ป่วยไม่รู้สึกสบายเนื่องจากภาวะไข้	5. ดูแลให้ 7.5%NaHCO ₃ 1 amp iv slowly push, Sodamint 2x3oral pc 1. ดูแลให้ Paracetamol(500mg) รับประทานครั้งละ 2 เม็ด ทุก 4-6 ชั่วโมง 2. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะครบจำนวนและถูกต้องตามแผนการรักษา 3. ดูแลให้จิบน้ำ ดื่มน้ำให้เพียงพอ อย่างน้อย 1.5 ลิตร/วัน ควบคู่กับการควบคุมการได้รับสารน้ำทางเส้นเลือดเพื่อลดการขาดน้ำ (dehydration) 4. ปฏิบัติการพยาบาลด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ (aseptic technique) 5. ล้างมือก่อนและหลังทำการพยาบาลทุกครั้ง	
5. เสี่ยงต่อการพลัดตก หกล้ม	1. ประเมินและบันทึกความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเมื่อแรกรับ 2. ให้คำแนะนำญาติในเรื่องสถานที่ ยกราวเหล็กกันเตียงและล้อกล้อเตียง/รถเข็น 3. จัดสิ่งของข้างเตียงให้หยิบถึงง่าย 4. จัดพื้นที่ภายในหอผู้ป่วยให้มีแสงสว่างเพียงพอ พื้นแห้ง ไม่ลื่น 5. แขนงป้ายสัญลักษณ์เสี่ยงต่อพลัดตก หกล้มเพื่อสื่อสารและเฝ้าระวัง	
6. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัว ด้วยท่าที่อ่อนโยน เห็นอกเห็นใจ และให้ความเป็นกันเอง เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจ 2. ให้ข้อมูลแผนการรักษา เพื่อให้ปรับตัวและเผชิญกับปัญหาการเจ็บป่วย 3. กระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ระบายความรู้สึก 4. ให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัว โดยคอยดูแลอย่างใกล้ชิด 5. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องตามแผนการรักษาพยาบาล 6. ให้ความเคารพในความเป็นบุคคล โดยแจ้งให้ผู้ป่วยทราบทุกครั้งก่อนที่จะปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล	
7. วางแผนการจำหน่ายตามหลัก D-M-E-T-H-O-D	1. พูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อสร้างสัมพันธภาพ 2. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค แผนการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว 3. ให้ความรู้เรื่องวิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เช่น การดูแลรักษาร่างกายและของใช้ให้สะอาด รับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ๆ และหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสจัด เป็นต้น 4. อธิบายให้เห็นถึงความสำคัญของพฤติกรรมจัดการตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ได้แก่ การรับประทานยาในโรคประจำตัวอย่างต่อเนื่อง ตรงเวลา 5. กระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวดูแลตนเองตามแผนการรักษาของแพทย์ สังเกตอาการผิดปกติของ ตนเองได้ และการมาตรวจตามนัด 6. เปิดโอกาสให้ซักถามและประเมินความเข้าใจภายหลังให้คำแนะนำ	

ผลการศึกษา (Result)

1. ผลลัพธ์ด้านการพยาบาล

ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการรักษาพยาบาลตาม CPG Sepsis และ CNPG Sepsis Bundle Protocol เมื่อเปรียบเทียบผลรักษาการพยาบาล สามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้ เมื่อแรกรับที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ณ ชั่วโมงที่ 0 พยาบาลใช้เครื่องมือ New score คัดกรอง สามารถ early detect ภาวะ Sepsis ได้ตั้งแต่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้ป่วยได้รับการจัดการให้ระบบไหลเวียนโลหิตและการใช้ออกซิเจนในระดับเซลล์กลับมาเป็นปกติ ประกอบไปด้วยการให้สารน้ำในปริมาณที่เหมาะสม ให้ antibiotic หลังการวินิจฉัย และส่ง H/C serum lactate ทั้ง 2 ราย การให้ยากระตุ้นการบีบหลอดเลือดและการเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิดอย่างต่อเนื่องบนทึกในใบสั่งเกตอาการ การประเมินและติดตามสภาพความรุนแรงภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของพยาบาล เฝ้าระวังเพื่อให้ค่า MAP \geq 65 mmHg ซึ่งสะท้อนว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังและวิเคราะห์อาการเปลี่ยนแปลงและอาการผิดปกติของผู้ป่วยในภาวะวิกฤต การประเมินและติดตามการรักษาตั้งแต่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ขณะเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยและการดูแลต่อเนื่องจากทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง จนถึงการวางแผนจำหน่ายตามหลัก D-M-E-T-H-O-D

สู่การดูแลต่อเนื่องในชุมชน เนื่องจากทั้ง 2 รายมีโรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูง เป็นผู้สูงอายุ การให้ความรู้เรื่องโรค อาการ และการปฏิบัติตัว การให้ยา รวมถึงการเฝ้าระวังอาการผิดปกติ ได้รับความรู้ คำแนะนำ เหมือนกัน แต่ผู้ป่วยรายที่ 2 จะต้องเป็นผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด เนื่องจากมีภาวะพึ่งพิงสูงกว่า เพราะช่วยเหลือตัวเองได้น้อย มีปัญหาด้านสายตาและการได้ยิน

2. ผลลัพธ์ด้านดูแลรักษา พบว่า

ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการรักษาเพื่อพุงระบบการไหลเวียนโลหิต นอกจากการให้สารน้ำทดแทนในปริมาณที่เหมาะสมและการให้ยากระตุ้นความดันโลหิตก็มีส่วนสำคัญในการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยรายที่ 1 ได้รับยา Norepinephrine ทันทีหลังเกิดภาวะช็อก มีผลในการลดอัตราการตาย จึงอาจอนุมานผลลัพธ์ที่ได้จากประสิทธิภาพในการช่วยพุงการไหลเวียนโลหิต การส่งตรวจระดับ lactate เนื่องจากการลดลงของค่า lactate บ่งชี้ถึงการประคับประคองการไหลเวียนเลือดที่ดีทำให้สามารถเพิ่มการใช้ออกซิเจนระดับเซลล์ได้ ผู้ป่วยรายที่ 1 มีระดับ lactate สูงขึ้นบ่งชี้ถึงภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรงเกิดภาวะอวัยวะทำหน้าที่บกพร่อง (Organ failure) ซึ่งในผู้ป่วยรายที่ 1 ใช้เวลานานในการรักษา เนื่องจากสูงอายุและมีโรคประจำตัว

ดังนั้นสิ่งสำคัญที่พยาบาลจะต้องให้ความสำคัญคือผู้ป่วยต้องได้รับการแก้ไขภาวะช็อกเงินให้ทันต่ออาการที่เปลี่ยนแปลงทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย พ้นจากภาวะวิกฤตินอกจากนี้การดูแลแบบองค์รวมและการให้ข้อมูลอย่างถูกต้องชัดเจนเพื่อการปรับตัวที่เหมาะสมและทำให้ผู้ป่วยคลายกังวล

อภิปรายสรุปผลการศึกษา (Discussion and Conclusion)

ภาวะ Sepsis และ Septic shock เป็นภาวะวิกฤตช็อกเงินที่มีอัตราการตายสูง หัวใจสำคัญของการดูแลรักษาอยู่ที่การวินิจฉัยและเริ่มให้การรักษาย่างถูกต้องรวดเร็ว โดยทีมรักษาที่มีศักยภาพ มีความพร้อมด้านบุคลากร เครื่องมือและอุปกรณ์ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ทีมพยาบาลที่ปฏิบัติงานในทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีบทบาทสำคัญในการดูแลอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง เนื่องจากเป็นผู้ประสานทีมผู้ดูแลและผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ การเฝ้าระวังติดตามอาการผู้ป่วยได้ทันต่อการเปลี่ยนแปลง⁹ ต้องเป็นผู้มีความรู้และทักษะในการประเมิน ภาวะ Sepsis และ Septic shock ที่ถูกต้อง แม่นยำ เข้าใจพยาธิสภาพและการดำเนินของโรค⁸ สามารถใช้เครื่องมือในการคัดกรอง เพื่อดูแลรักษาผู้ป่วยได้ถูกต้อง เหมาะสม ทันเวลา⁷ ซึ่งสอดคล้องกับ

ผลการศึกษาของ ปิยะอร รุ่งธนเกียรติ และคณะ¹⁰ พบว่ากระบวนการดูแลต้องครอบคลุมและมีการประสานงานร่วมกัน ตั้งแต่แรกรับไว้ใน การดูแลตั้งแต่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งรูปแบบดังกล่าวใช้กระบวนการดูแลอย่างเป็นระบบร่วมกับการพยาบาลที่มีพยาบาลผู้จัดการรายกรณี¹¹ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วย จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ispahani และคณะ¹⁵ ที่ระบุว่าอายุที่พบในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ พบอายุเฉลี่ย 62.46 ± 15.96 ปี มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่พบบ่อยในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดอันดับหนึ่งคือโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 54.64 รองลงมาคือ ความดันโลหิตสูงร้อยละ 40.21⁵ ความรุนแรงของโรคทำให้เกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้ป่วยรายที่ 1 ที่มีโรคประจำตัวมีภูมิคุ้มกันโรคต่ำและเมื่อเกิดโรคจะทำให้โรครุนแรงมากขึ้น ผู้ป่วยและครอบครัวควรได้รับความรู้ในการดูแลตนเอง การสังเกตอาการผิดปกติจากเครือข่ายในระดับปฐมภูมิซึ่งต้องเน้นการเฝ้าระวังในกลุ่มเปราะบางหรือเสี่ยงสูงซึ่งเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงมีโรคเดิม¹⁵ ประโยชน์ที่ได้จากการศึกษานี้คือ

การมีแนวปฏิบัติที่ดี มีแนวทางการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะ Sepsis และ Septic shock ของเครือข่ายทำให้กระบวนการดูแลรักษาถูกต้อง รวดเร็ว ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องต้องเป็นผู้มีความรู้และทักษะในการคัดกรองและให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะ Sepsis และ Septic shock ในระยะวิกฤตได้อย่างถูกต้อง รวดเร็วส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัย นอกจากนี้ผลที่ได้จากการศึกษาจะมีประโยชน์ต่อบุคลากรทางการแพทย์ในการนำแนวทางที่นำเสนอในงานนี้ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้

ข้อเสนอแนะ

1. การวางระบบการประเมินติดตามและเฝ้าระวัง ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย Sepsis และ Septic shock เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปในแนวทางเดียวกันทั้งองค์กร โดยมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและทำงานตามมาตรฐาน อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง
2. จัดกิจกรรมทบทวนการดูแลผู้ป่วย Sepsis ที่เข้ารับการรักษาเพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้
3. ควรมีการกำหนดบทบาทพยาบาลในรูปแบบการจัดการรายกรณี (case management) เพื่อติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงาน

กิจกรรมประกาศ (Acknowledgement)

กรณีศึกษานี้สำเร็จลุล่วงด้วยดีเนื่องจากความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดีเยี่ยมจาก คุณพิกุลทอง ลุนส์ำโรง หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลหนองสองห้อง ได้เสียสละเวลาอันมีค่ายิ่ง ในการให้คำปรึกษา ตลอดจนได้ตรวจสอบและแก้ไขข้อบกพร่อง และกรณีศึกษานี้ จะสำเร็จลงมิได้ หากปราศจากกำลังใจและการสนับสนุนจากสมาชิกทุกคนในครอบครัว รวมถึงเพื่อนร่วมงานทุกคนที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Wiersinga W J, Leopold S J, Cranendonk D R, Poll TVD. Host innate immune responses to sepsis. Virulence 2014; 5(1): 36-44.
2. Rudd K E, Johnson S C, Agesa K M, Shackelford K A, Tsoi D, Kievlan D R, et al. Global, regional, and national sepsis incidence and mortality. 1990-2017: analysis for the Global Burden of Disease Study. Lancet. 2020;395(10219):200-11. doi: 10.1016/ S0140-6736 (19)32989-7.

3. สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กองตรวจราชการ. แผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ 2561. กระทรวงสาธารณสุข; 2561; 448-459.
4. กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลอัตราตายจากภาวะ Sepsis. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 5 พฤศจิกายน 2566]; เข้าถึงได้จาก <http://healthkpi.moph.go.th/>
5. โรงพยาบาลหนองสองห้อง. สรุปข้อมูลสถิติ ปีงบประมาณ 2566. กลุ่มงานประกันสุขภาพยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลหนองสองห้อง; 2566.
6. Mitchell M Levy, Laura E Evans, Andrew Rhodes. The surviving sepsis campaign bundle: 2018 update. Intensive care medicine, 44(6)925-928
7. Mervyn Singer, Clifford S. Deutschman, Christopher Warren Seymour. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA, 2016; 315(8),801-810.
8. สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วย severe sepsis และ septic shock (ฉบับร่าง) พ.ศ. 2558. กรุงเทพฯ; 2558.
9. อัมราภรณ์ อรรถชัยวัฒน์, ธีรพร สติรังกูร, นวชนิษฐ์ ลิขิตลีชัย, อรุณี ไพศาลพาณิชย์กุล. บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ. นนทบุรี: สำนักพิมพ์สี่ตะวัน; 2561.
10. ปิยะอร รุ่งธนเกียรติ, สุนันญา พรหมตวง, จันทนา แพงบุตดี. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตด้วยระบบทางด่วนโรงพยาบาลสุรินทร์. วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย. 2562; 6(1): 36-51.
11. นางลักษณ คุ้มตระกูล. ผลการพัฒนาคุณภาพระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว. วารสารการพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 2560; 25(2): 120-134.
12. วีรพงศ์ วัฒนาวนิช. Update management in septic shock. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2566]; เข้าถึงได้จาก http://medinfo.psu.ac.th/nurse/CoP/Sepsis/sepsis_3.pdf

13. วันเพ็ญ ทุงศรีแก้ว.การพยาบาลผู้ป่วย sepsis. [ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล]. ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล; 2552.
14. วิจิตรา กุสุมภ์. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต: แบบองค์รวม. พิมพ์ครั้งที่ 6. นนทบุรี: สหประชาพานิชย์; 2560.
15. Isphani P, Pearson N J, Greenwood D. An analysis of community and hospital acquired bacteremia in a large teaching hospital in the United Kingdom. QJ Med 1987; 63: 427-440.
16. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราช ญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ.แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันการประเมินภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ.กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข. 2551; 21-28.

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) ตลอดจนองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสุขภาพ การแพทย์ฉุกเฉินและคุ้มครองผู้บริโภค ระบบสุขภาพและการประเมินผลโครงการด้านสุขภาพ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่ายด้านสุขภาพ บทความวิชาการทางด้านการแพทย์ โดยทุกบทความได้รับการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิจากภายในและภายนอกสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น มีกำหนดตีพิมพ์ปีละ 2 ฉบับ เพื่อเผยแพร่ผลงานการวิจัย แลกเปลี่ยนแนวคิดองค์ความรู้ด้านการวิจัยของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขออกสู่สาธารณะ

2. ข้อกำหนดในการเตรียมต้นฉบับ

- 2.1 ต้นฉบับหน้าเดียวบนกระดาษขนาด เอ 4 ความยาวไม่เกิน 12 หน้ากระดาษ (รวมเนื้อหาทุกส่วน)
- 2.2 กรอบของข้อความ ขอบบน 1.5 นิ้ว ขอบล่าง 1 ซม. ขอบซ้าย 1.5 นิ้ว ขอบขวา 1 นิ้ว
- 2.3 ตัวหนังสือใช้ TH Sarabun ขนาด 16 point

3. การเรียงลำดับเนื้อหา

3.1 ชื่อเรื่อง (Title)

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

3.2 ชื่อผู้เขียน (Authors)

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

3.3 บทคัดย่อ (Abstract)

- ชื่อบทคัดย่อ และ abstract ขนาด 16 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
- ข้อความบทคัดย่อภาษาไทย ภาษาอังกฤษ ขนาด 16 point ตัวธรรมดา กำหนด

ขีดขอบ ความยาวภาษาไทยไม่เกิน 300 คำ

3.4 คำสำคัญ (Keyword)

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

3.5 บทนำ (Introduction)

- บรรยายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย ศึกษา ค้นคว้า งานวิจัยของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องวัตถุประสงค์ของการวิจัย 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 พร้อมแสดง เหตุผลสนับสนุนผลการวิจัย
- สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะในการนำผลงานการวิจัยไปใช้ประโยชน์ หรือให้ ข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป

3.9 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

3.10 เอกสารอ้างอิง (Reference)

- ใช้การอ้างอิงแบบตัวเลขตามระบบ Vancouver
- การอ้างอิงในเนื้อเรื่อง (In-Text citation) ใช้ตัวเลขอารบิก แทนลำดับเอกสารที่ อ้างอิง โดยใส่ตัวเลขเหนือบรรทัด (Superscript) ไว้ท้ายข้อความที่ต้องการ อ้างอิง โดยไม่มีวงเล็บ หากต้องการอ้างอิงเอกสารที่เคยอ้างแล้วซ้ำอีกครั้ง ให้ใส่หมายเลขเดิมที่เคยอ้างไว้ครั้งแรก
- การอ้างอิงในเอกสารท้ายบทความ (Reference citation) เรียงตัวเลขตามลำดับ ที่อ้างอิง 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. [Internet. 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>