

วารสาร

สารานุกรมสุขภาพมูลฐานภาคใต้



กองสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT



SOUTHERN REGIONAL PRIMARY HEALTH CARE JOURNAL

<http://phcsn.hss.moph.go.th> E-mail : southern.phc@gmail.com

ISSN 0857-7293 ปีที่ 36 ฉบับที่ 2 ประจำเดือน มกราคม - มีนาคม 2565

คำแนะนำการเตรียมและหลักเกณฑ์การจัดทำและส่งต้นฉบับ วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ SOUTHERN REGIONAL PRIMARY HEALTH CARE JOURNAL

วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ เป็นวารสารรองรับการเผยแพร่บทความวิจัย และบทความวิชาการ ด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ของหน่วยงานต่าง ๆ ในกระทรวงสาธารณสุข, หน่วยงานราชการอื่นที่เกี่ยวข้องด้านสาธารณสุข, องค์กรเอกชน, ตลอดจนภาคีเครือข่ายต่าง ๆ

การจัดทำต้นฉบับ

1. บทความวิจัย ความยาว 10-12 หน้ากระดาษขนาด A4 ใช้ตัวพิมพ์ TH SarabunPSK ขนาด 16 Point และต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารหรือหนังสือใดมาก่อน

- 1.1 ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวหนาไว้หน้าแรกตรงกลาง ขนาดอักษร 16
- 1.2 ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 16 อยู่ใต้ชื่อเรื่อง ให้ตัวเลขเป็นตัวยกท้าย และสถานที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 16 ระบุตัวเลขเป็นเลขยกท้ายให้ตรงกับชื่อผู้นิพนธ์
- 1.3 มีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 250 คำ ต่อบทคัดย่อ
- 1.4 กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (จำนวน 3-5 คำ)
- 1.5 การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดอักษร 16
- 1.6 การใช้ตัวเลข คำย่อและวงเล็บควรใช้เลขอารบิกทั้งหมดใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น

ให้เรียงลำดับสาระดังนี้

บทคัดย่อ (ภาษาไทย)/บทคัดย่อ (Abstract)/ บทนำ/วัตถุประสงค์วิจัย/สมมติฐาน (ถ้ามี)/กรอบแนวคิดการวิจัย/ระเบียบวิธีวิจัย (ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง/เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย/การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ/การเก็บรวบรวมข้อมูล/การวิเคราะห์ข้อมูล)/จริยธรรมวิจัย/ผลการวิจัย/อภิปรายผล/การนำผลการวิจัยไปใช้/ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป/เอกสารอ้างอิง

2. บทความวิชาการ

- 2.1 ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวหนาไว้หน้าแรกตรงกลาง ขนาดอักษร 16
- 2.2 ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 16 อยู่ใต้ชื่อเรื่อง ให้ตัวเลขเป็นตัวยกท้าย และสถานที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 16 ระบุตัวเลขเป็นเลขยกท้ายให้ตรงกับชื่อผู้นิพนธ์
- 2.3 มีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 250 คำ ต่อบทคัดย่อ
- 2.4 กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (จำนวน 3-5 คำ)

ให้เรียงลำดับสาระดังนี้

บทคัดย่อ (ภาษาไทย)/บทคัดย่อ (Abstract)/บทนำ/เนื้อเรื่อง/สรุป/ข้อเสนอแนะ/เอกสารอ้างอิง

3. การเขียนเอกสารอ้างอิงของบทความวิจัยและบทความทางวิชาการ ทั้งภาษาไทย ภาษาอังกฤษ ให้จัดเรียงตามลำดับ อักษร ชื่อผู้แต่ง โดยใช้รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิงแบบ APA (American Psychological Association) ไม่เกิน 10-15 เรื่อง

3.1 กรณีอ้างอิงจากหนังสือให้เขียนตามรูปแบบ

ชื่อ // นามสกุลผู้แต่ง// (ปีที่พิมพ์)// ชื่อหนังสือ// (ครั้งที่พิมพ์)// สถานที่พิมพ์:/ สำนักพิมพ์.

ไพรัช รัชพงษ์ และกฤษณะ ช่างกล่อม. (2541). การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานสารสนเทศแห่งชาติ เพื่อการศึกษา. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี.

3.2 กรณีอ้างอิงจากวารสารให้เขียนตามรูปแบบ

ชื่อ // นามสกุลผู้แต่ง// (ปี, เดือนที่วารสารออก)// ชื่อบทความ// ชื่อวารสาร, ปี// (ฉบับที่), /เลขหน้า ของบทความ

จุมพล พูลภัทรชีวิน และรัตนา ตุงคสวัสดิ์. (2542). วิวัฒนาการและทางเลือกของนโยบายการศึกษา ของรัฐบาลไทย. วารสารครุศาสตร์. 27 (2), 98-106.

3.3 กรณีพิมพ์อ้างอิงจากอินเทอร์เน็ต (Internet) ให้เขียนตามรูปแบบ

ชื่อ // นามสกุลผู้แต่ง// (ปีที่จัดทำ)// ชื่อเรื่องของเอกสาร.// ค้นเมื่อ/เดือน,/วัน,/ปี,/จาก/URL ของเว็บไซต์ที่เข้าถึง

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. (2545). จรรยาบรรณนักวิจัย. ค้นเมื่อ พฤษภาคม 3, 2556, จาก <http://www/nrct.go.th-research.ehties.html>

4. การส่งเรื่องต้นฉบับให้นำส่งไฟล์ Word ทาง Email : southern.phc@gmail.com ดังนี้

- สำหรับตีพิมพ์ผลงานไม่เกิน 12 หน้า (Summary Paprer)
- ผลงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ (Full Paper)

5. การทำหนังสือนำส่ง

5.1 หน่วยงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

- โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลศูนย์ ลงนามโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือเทียบเท่า
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ลงนามโดยนายแพทย์สาธารณสุข จังหวัดหรือเทียบเท่า

5.2 หน่วยงานการศึกษา ลงนามโดยคณบดีขึ้นไป

5.3 หน่วยงานภาคเอกชน/ภาคีเครือข่าย ลงนามโดยผู้บริหารองค์กรที่สังกัด

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช

13 ถนนพัฒนาการคูขวาง ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช 80000

โทร 075 – 446354, 446005 โทรสาร 075 – 446291 <http://phcsn.hss.moph.go.th>

Email : southern.phc@gmail.com โทรมือถือ 081-3705370

6. กำหนดเผยแพร่ (ปีละ 4 ครั้ง)

ฉบับที่ 1 ประจำเดือน ตุลาคม – ธันวาคม

ฉบับที่ 2 ประจำเดือน มกราคม – มีนาคม

ฉบับที่ 3 ประจำเดือน เมษายน – มิถุนายน

ฉบับที่ 4 ประจำเดือน กรกฎาคม - กันยายน

7. สิทธิของกองบรรณาธิการ

ในกรณีที่บรรณาธิการ หรือผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งได้รับเชิญให้เป็นผู้ตรวจบทความวิจัยหรือบทความทางวิชาการ มีความเห็นว่าควรแก้ไขต้นฉบับ ทางกองบรรณาธิการจะส่งต้นฉบับให้ผู้เขียนพิจารณา จัดการแก้ไขให้ก่อนตีพิมพ์ ทั้งนี้กองบรรณาธิการจะยึดถือความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิเป็นเกณฑ์

8. กองบรรณาธิการจะไม่ส่งต้นฉบับคืนให้ไม่ว่าบทความวิจัยหรือบทความวิชาการนั้นจะได้รับการลงพิมพ์หรือไม่

9. ต้นฉบับจะต้องมีชื่อผู้เขียน ผู้เรียบเรียงหรือผู้แปล โดยแจ้งชื่อ นามสกุลจริง ตำแหน่งผู้เขียนบทความ สถานที่ทำงานและหมายเลขโทรศัพท์หรืออีเมล ที่สามารถติดต่อได้สะดวก

U t u r r n a r i k a r

วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ ฉบับนี้เป็นปีที่ 36 ฉบับที่ 2 ประจำเดือน มกราคม 2565 - มีนาคม 2565 นับเป็นช่วงเวลาที่ทำทนายระบบสาธารณสุขไทยและหลายประเทศอีกครั้ง จากการระบาดอย่างรุนแรงของโรคโควิด-19 สายพันธุ์โอมิครอน ซึ่งได้กลายเป็นสายพันธุ์หลักของการระบาดในหลายประเทศ ประเทศไทยพบจำนวนผู้ป่วยจำนวนหลักหมื่นต่อวันอีกครั้ง และในหลาย ๆ ประเทศ เช่น เกาหลีใต้ เวียดนาม พบผู้ป่วยนับแสนรายต่อวัน ถึงแม้ตัวเลขจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ในแต่ละวันจะมีจำนวนที่สูงมาก แต่พบว่าจำนวนผู้เสียชีวิตและผู้ป่วยอาการหนักไม่สูงตามไปด้วย อาจเกิดจากความรุนแรงของเชื้อโรคสายพันธุ์โอมิครอนน้อยกว่าสายพันธุ์เดลต้า ความทั่วถึงของการได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ได้ช่วยลดอัตราการเสียชีวิตและผู้ป่วยหนักลงได้ จนนำไปสู่ข้อเสนอให้โรคโควิด-19 เป็นโรคประจำถิ่นในอนาคตอันใกล้ แต่ถึงอย่างไรก็ตามบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และภาคีเครือข่ายจากทุกภาคส่วนยังคงปฏิบัติหน้าที่อย่างเข้มแข็งในการปกป้องพี่น้องประชาชนจากโรคโควิด-19 ต่อไป

วารสารฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความร่วมมือของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง จึงขอขอบคุณคณะผู้บริหารกรมสนับสนุนบริการสุขภาพทุกท่านที่ให้การสนับสนุน ท่านผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาอ่านบทความ และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นคุณูปการต่อการยกระดับมาตรฐานทางวิชาการ เจ้าของผลงานวิชาการที่มีความตั้งใจและเพียรพยายามในการพัฒนาคุณภาพทางวิชาการ เพื่อเผยแพร่สู่สาธารณะให้กว้างขวางมากยิ่งขึ้น

สารบัญ

ทิศทาง/นโยบาย

- การบูรณาการ “พัฒนาคนตลอดช่วงชีวิต” 8

ความเคลื่อนไหวงานสุขภาพภาคประชาชน

- การพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานในพื้นที่ 11

งานวิชาการที่เกี่ยวข้องกับสาธารณสุขมูลฐาน

- พระราชบัญญัติอาสาสมัครสาธารณสุขเส้นทางสู่มาตรฐานของการเป็น อสม. 18

งานวิจัย - ผลงานวิชาการ - บทความวิชาการ

- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการรักษาวัณโรคที่ไม่พึงประสงค์ภายใต้รูปแบบการกำกับติดตามการรับประทานยาในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในจังหวัดชุมพร 21

- การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผิคนัด 33

- การพัฒนาระบบงานและความพึงพอใจการให้บริการงานบริหารงานทั่วไปสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช 47

- การพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยโรคอ้วนที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบตัวร่างกายเพื่อผ่าตัดถุงน้ำดีโดยวิธีส่องกล้อง : กรณีศึกษา 59

- การพัฒนาร้านยามาตรฐานในจังหวัดสุราษฎร์ธานี 73

การบูรณาการ “พัฒนาคนตลอดช่วงชีวิต”

7 กระทรวงร่วมลงนามบันทึกข้อตกลง พร้อมบูรณาการ “พัฒนาคนตลอดช่วงชีวิต” หนุนงานด้าน
กลุ่มเด็กปฐมวัย-ผู้สูงอายุ ปี 2565-2569 มุ่งเป้าเด็กเติบโตเต็มศักยภาพ-พัฒนาการสมวัย ผู้สูงอายุมีความปลอดภัย
แข็งแรง



เมื่อวันที่ 24 มี.ค. 2565 พล.อ.ประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี เป็นประธานในพิธีลงนามบันทึก
ข้อตกลงการบูรณาการความร่วมมือ 7 กระทรวง : การพัฒนาคนตลอดช่วงชีวิต (กลุ่มเด็กปฐมวัย และผู้สูงอายุ)
พ.ศ.2565-2569 พร้อมด้วยรัฐมนตรีว่าการและผู้บริหารกระทรวงทั้ง 7 ประกอบด้วย กระทรวงมหาดไทย
กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม กระทรวงแรงงาน
กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม เข้าร่วม

การลงนามบันทึกข้อตกลง 7 กระทรวงในครั้งนี้ จะดำเนินการตามเป้าประสงค์ของกระทรวงสาธารณสุข
(สธ.) คือ เด็กปฐมวัยมีการเจริญเติบโตเต็มศักยภาพ พัฒนาการสมวัย มีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้รับการและ
คุ้มครองอย่างทั่วถึงเท่าเทียมตามมาตรฐาน ภายใต้กรอบการบูรณาการความร่วมมือการพัฒนาคนตลอดช่วงชีวิต
5H ประกอบด้วย 1. Heart จิตใจดี มีวินัย 2. Head เก่งคิด วิเคราะห์เป็น 3. Hand ใฝ่เรียนรู้ มีทักษะ 4. Health
สุขภาพแข็งแรง 5. Hi-tech ทันสมัย ก้าวหน้า รู้เท่าทันเทคโนโลยี

นอกจากกลุ่มปฐมวัยแล้ว กลุ่มผู้สูงอายุ ถือเป็นอีกหนึ่งกลุ่มที่ควรให้ความสำคัญภายใต้วิสัยทัศน์ผู้สูงอายุ
เป็นหลักชัยของสังคม ด้วยหลัก 4S ประกอบด้วย 1. Social Participation ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในสังคม
2. Social Security ส่งเสริมความมั่นคง ปลอดภัย 3. Strong Health ส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรง 4. Smart
Digital and Innovation ส่งเสริมเทคโนโลยีดิจิทัลและนวัตกรรมอย่างชาญฉลาด

ในส่วนบทบาทหน้าที่ของแต่ละกระทรวงในการดำเนินงานร่วมกันแบบบูรณาการอย่างมีประสิทธิภาพ นั้น ได้กำหนดบทบาท ได้แก่

1. กระทรวงมหาดไทย ดำเนินงานสนับสนุนส่งเสริมให้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และโรงเรียนที่จัดการศึกษา ระดับปฐมวัยให้มีคุณภาพและมาตรฐาน รวมทั้งส่งเสริม สนับสนุนการดำเนินงานอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ดำเนินงานพัฒนาเด็กปฐมวัยและกลุ่มด้วยการเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานด้านเด็กปฐมวัยให้สามารถดูแล พัฒนา ค้ำครอง ปั้นฟู ให้เด็กปฐมวัยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผ่านระบบ e-learning และส่งเสริมศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุคุณภาพเป็นพื้นที่ต้นแบบการบูรณาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในทุกมิติ

3. กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม ให้ความร่วมมือในการดำเนินงานส่งเสริม สนับสนุนพ่อแม่ ผู้ปกครอง ได้เข้าถึงข้อมูลและบริการของภาครัฐที่เกี่ยวข้องด้วยเทคโนโลยีดิจิทัลอย่างทั่วถึงและปลอดภัย รวมทั้งพัฒนาผู้สูงอายุให้มีความสามารถในการใช้เทคโนโลยีควบคู่กับความรอบรู้ทางดิจิทัล และรู้เท่าทันสื่อดิจิทัลอย่างสร้างสรรค์

4. กระทรวงแรงงาน ดำเนินงานคุ้มครองและส่งเสริมหญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอดให้ได้รับสิทธิและสวัสดิการที่เหมาะสม และสนับสนุนการจัดตั้งมมนมแม่ สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยในสถานประกอบการ รวมทั้งพัฒนาฝีมือแรงงานและพัฒนารูปแบบการฝึกอบรมให้แก่ผู้สูงอายุ ด้านการส่งเสริมทักษะฝีมือและการประกอบอาชีพตามความต้องการของผู้สูงอายุ

5. กระทรวงศึกษาธิการ ดำเนินงานส่งเสริมและพัฒนาครูและบุคลากรในการจัดการศึกษาปฐมวัยให้มีความรู้และทักษะที่สอดคล้องกับหลักการพัฒนาเด็กปฐมวัยอย่างรอบด้าน รวมทั้งสนับสนุนพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุก่อร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข เพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในครอบครัว ในชุมชน และส่งเสริมการมีงานทำของประชากรวัยแรงงาน

6. กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ดำเนินงานสนับสนุนความรู้และร่วมพัฒนาทักษะบุคลากรด้านการวิจัยและการผลิตนวัตกรรม สำหรับการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและพัฒนาระบบเทคโนโลยี Digital platform ที่เกี่ยวกับการพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพ

นายอนุทิน ชาญวีรกูล รองนายกรัฐมนตรีและ รมว.สาธารณสุข เปิดเผยว่า สำหรับ สธ. มีนโยบายในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนทุกช่วงวัย โดยเฉพาะการส่งเสริมสุขภาพให้เด็กปฐมวัยทุกคนได้รับการพัฒนาตามวัยอย่างมีคุณภาพและต่อเนื่อง โดยกำหนดเป้าหมายให้เด็กแรกเกิดถึง 5 ปี จำนวน 85% มีพัฒนาการสมวัย และเด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้า มีการแนะนำให้ผู้ปกครองไปกระตุ้นพัฒนาการ โดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ได้อย่างเหมาะสม



นอกจากนี้ ยังรวมไปถึงกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งขณะนี้ประเทศไทยกำลังเผชิญหน้ากับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรเข้าสู่สังคมสูงอายุ (Aged Society) อย่างรวดเร็ว โดยคาดว่าในปี พ.ศ.2583 จะมีผู้สูงอายุเพิ่มเป็น 31% หรือประมาณ 20.5 ล้านคนของประชากรทั้งหมด จึงจำเป็นและมีความสำคัญต่อการพัฒนา ศักยภาพคนไทยให้เติบโตเป็นคนที่มีคุณภาพ และมีสุขภาพดี โดยการพัฒนาคนให้เติบโตอย่างมีคุณภาพต้องเริ่มตั้งแต่ช่วงปฐมวัย ซึ่งเป็นช่วงเวลาของการสร้างรากฐานของชีวิตทุกด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สติปัญญา อารมณ์ และสังคม

“ที่สำคัญสมองของมนุษย์มีกระบวนการพัฒนาอย่างรวดเร็ว สมองจะเติบโตถึง 80% ของสมองผู้ใหญ่ ตั้งแต่ขณะเป็นทารกในครรภ์จนถึงอายุประมาณ 3 ปี หากเด็กไม่ได้รับการกระตุ้นอย่างเหมาะสม จะเกิดผลกระทบต่อการสร้างเส้นใยประสาท ทำให้สมองพัฒนาไม่เต็มที่ ศักยภาพการเรียนรู้ลดลง ส่งผลต่อการพัฒนา ศักยภาพ และการเรียนรู้ตลอดชีวิตของคนไทยในอนาคต” นายอนุทิน กล่าว

ที่มา : บทความจากสถานีกลางสุขภาพ (www.healthstation.in.th)

การพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานในพื้นที่

เรียบเรียงโดย นายวสุพล ฤทธิแก้ว นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

การขับเคลื่อนงานสาธารณสุขมูลฐานปี 2565 ในช่วงนี้ ระหว่าง เดือนมกราคม 2565 ถึงเดือนมีนาคม 2565 ที่ผ่านมา มีกิจกรรมการขับเคลื่อนงานสาธารณสุขมูลฐานที่สำคัญกิจกรรมหนึ่งคือกระบวนการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่น และการจัดงานวันอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งชาติ ประจำปี 2565 ในพื้นที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้มีการคัดเลือก อสม. ดีเด่น 12 สาขา ประกอบด้วย 1. สาขาการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ 2. สาขาการส่งเสริมสุขภาพ 3. สาขาสุขภาพจิตชุมชน 4. สาขาการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพเสพติดในชุมชน 5. สาขาการบริการในศูนย์สาธารณสุขชุมชน (ศสมช.) และการสร้างหลักประกันสุขภาพ 6. สาขาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ 7. สาขาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ 8. สาขาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในชุมชน 9. สาขาการจัดการสุขภาพชุมชนและอนามัยสิ่งแวดล้อม 10. สาขานมแม่และอนามัยแม่และเด็ก 11. สาขาทันตสุขภาพ และ 12. สาขาการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ การคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขดีเด่นระดับเขตและระดับภาคประจำปี 2565 ได้กำหนดให้มีการประชุมพิธีเปิดการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขดีเด่นระดับเขตและระดับภาค พร้อมกันทั้ง 4 ภาค ผ่านระบบออนไลน์ ในวันที่ 4 มกราคม 2565 และจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้นำเสนอผลงานคัดเลือก อสม. ดีเด่นระดับเขต และภาคผ่านระบบออนไลน์ แยกรายภาค ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ระหว่างวันที่ 5 - 7 มกราคม 2565 ภาคกลาง ระหว่างวันที่ 6 - 7 และ 10 - 13 มกราคม 2565 และภาคใต้ได้จัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้นำเสนอผลงานผ่านระบบออนไลน์ โดยใช้แอปพลิเคชันซูม ให้อาสาสมัครสาธารณสุขดีเด่นระดับจังหวัด นำเสนอผลงานที่ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือในพื้นที่ สำหรับคณะกรรมการสาขาละ 5 คนให้เดินทางมาร่วมประชุมพิจารณาคัดเลือก อสม. ดีเด่นระดับเขต และภาคร่วมกัน ระหว่างวันที่ 11 - 13 มกราคม 2565 โดยใช้ห้องประชุมของศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 4 ห้อง อสม.ดีเด่นระดับจังหวัดนำเสนอผลงานเพื่อให้คณะกรรมการคัดเลือก อสม.ดีเด่นระดับเขตและระดับภาค วันละ 4 สาขา รวม 3 วัน 12 สาขา การจัดกิจกรรมนำเสนอคัดเลือก อสม.ดีเด่นได้ดำเนินการเสร็จสิ้นไปด้วยความเรียบร้อยแล้ว ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช ขอขอบคุณหน่วยงานที่ร่วมจัดกิจกรรมในครั้งนี้ ได้แก่ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานชายแดนใต้ จังหวัดยะลา สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 11 สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 12 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 14 จังหวัดภาคใต้ ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขภาคใต้ ที่ร่วมจัดกิจกรรมในครั้งนี้ และที่สำคัญต้องขอบคุณศูนย์วิชาการของกระทรวงสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ เขต 11 และเขตสุขภาพที่ 12 รวมถึงคณะกรรมการคัดเลือก อสม.ดีเด่นภาคใต้ทุกท่านทั้ง 12 สาขา ที่ได้เสียสละเวลามาร่วมเป็นกรรมการคัดเลือก อสม.ดีเด่นของภาคใต้ในครั้งนี้ภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด - 19 และการจัดกิจกรรมคัดเลือก อสม.ดีเด่นระดับชาติประจำปี 2565 ที่ได้ดำเนินการจัดกิจกรรมให้ อสม.ดีเด่นระดับภาค 4 ภาค ได้นำเสนอผลงานผ่านระบบออนไลน์เช่นกัน ระหว่างวันที่ 9 - 24 กุมภาพันธ์ 2565 ที่ผ่านมา การจัดกิจกรรมการคัดเลือก อสม.ดีเด่นระดับชาติในปี นี้ ต้องขอแสดงความยินดีและชื่นชมในความสำเร็จของ อสม.ดีเด่นภาคใต้ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในทุกภาคส่วนที่สนับสนุนกิจกรรมการคัดเลือก อสม.ดีเด่น

ในทุกๆระดับ ที่ทำให้ผลการคัดเลือก อสม.ดีเด่นระดับชาติประจำปี 2565 อสม.ดีเด่นของพื้นที่ภาคใต้ที่ร่วมนำเสนอผลงานได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการคัดเลือกเป็น อสม.ดีเด่นระดับชาติ ประจำปี 2565 รวมถึง 6 สาขา รายละเอียดดังนี้

ภาพกิจกรรมการจัดงานคัดเลือก อสม.ดีเด่นภาคใต้ ระหว่างวันที่ 11 – 13 มกราคม 2565



สาขาการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ



ขอแสดงความยินดีกับ นางสาวจางวงมณี จีจิตรโสภาค อสม.ดีเด่นจากจังหวัดระนอง
ที่ได้รับการคัดเลือกเป็น อสม.ดีเด่น ระดับเขตสุขภาพที่ 11 และ อสม.ดีเด่นระดับ
ภาคใต้



ขอแสดงความยินดีกับ นางสุจิตต์ นุรักษ์ อสม.ดีเด่นจังหวัดตรัง ได้รับการคัดเลือก
เป็น อสม.ดีเด่น ระดับเขตสุขภาพที่ 12

สาขาการส่งเสริมสุขภาพ



ขอแสดงความยินดีกับ นางอรวิมล อธิวัฒน์ อสม.ดีเด่นจังหวัดชุมพร ได้รับ
การคัดเลือกเป็น อสม.ดีเด่น ระดับเขตสุขภาพที่ 11



ขอแสดงความยินดีกับ นางอรวิมล อธิวัฒน์ อสม.ดีเด่นจังหวัดตรัง ได้รับการ
คัดเลือกเป็น อสม.ดีเด่น ระดับเขตสุขภาพที่ 12 และ อสม.ดีเด่นระดับภาคใต้

สาขาสุขภาพจิตชุมชน



ขอแสดงความยินดีกับ นางอรอนงค์ เจริญรักษ์ อสม.ดีเด่นจังหวัดสุราษฎร์ธานี
ได้รับการคัดเลือกเป็น ระดับเขตสุขภาพที่ 11 และ อสม.ดีเด่นระดับภาคใต้ ได้รับ
การคัดเลือกเป็น อสม.ดีเด่นระดับชาติ ประจำปี 2565



ขอแสดงความยินดีกับ นางอริยาภา เจริญ อสม.ดีเด่นจังหวัดยะลา ได้รับการ
คัดเลือกเป็น อสม.ดีเด่น ระดับเขตสุขภาพที่ 12

สาขาการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพเสียดังในชุมชน



ขอแสดงความยินดีกับนางชองอร ชัยประสิทธิ์ ศึกษานิเทศก์ อสม.ดีเด่นจังหวัดนครศรีธรรมราช ได้รับการคัดเลือกเป็น อสม.ดีเด่นระดับเขตสุขภาพพื้นที่ 11 และ อสม.ดีเด่นระดับภาคใต้ ได้รับการคัดเลือกเป็น อสม.ดีเด่นระดับภาคใต้ ประจำปี 2565



ขอแสดงความยินดี นาย ชองอร ชัยประสิทธิ์ อสม.ดีเด่นจังหวัดสงขลา ได้รับการคัดเลือกเป็น อสม.ดีเด่น ระดับเขตสุขภาพพื้นที่ 12

สาขาการบริการในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.)และการสร้างหลักประกันสุขภาพ



ขอแสดงความยินดีกับนางบุญขจร สีหาวัฒน์ อสม.ดีเด่นจังหวัดสุราษฎร์ธานี ได้รับการคัดเลือกเป็น อสม.ดีเด่นระดับเขตสุขภาพพื้นที่ 11 และ อสม.ดีเด่นระดับภาคใต้



ขอแสดงความยินดีกับนายพาทชอบ จูรัตน์ อสม.ดีเด่นจังหวัดพัทลุง ได้รับการคัดเลือกเป็น อสม.ดีเด่น ระดับเขตสุขภาพพื้นที่ 12

สาขาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ



ขอแสดงความยินดี นางจัญญดา บุญขจร อสม.ดีเด่นจังหวัดสุราษฎร์ธานี ได้รับการคัดเลือกเป็น อสม.ดีเด่น ระดับเขตสุขภาพพื้นที่ 11 และ อสม.ดีเด่นระดับภาคใต้



ขอแสดงความยินดีกับ นางสาวนิตา เส็มงาม อสม. ตำบลจังหวัดพัทลุง ได้รับการคัดเลือก
เป็น ระดับเขตสุขภาพที่ 12

สาขาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ



ขอแสดงความยินดีกับ นายชัยสิทธิ์ นวมทอง อสม. ตำบลจังหวัดสุราษฎร์ธานี ได้รับการ
คัดเลือกเป็น อสม.ดีเด่นระดับเขตสุขภาพที่ 11 และอสม.ดีเด่นระดับภาคใต้
ได้รับการคัดเลือกเป็น อสม.ดีเด่นระดับชาติประจำปี 2565



ขอแสดงความยินดีกับ นางจตุรทัตย์ ประทุมรัตน์ อสม.ตำบลจังหวัดสงขลาได้รับ
การคัดเลือกเป็น อสม.ดีเด่นระดับเขตสุขภาพที่ 12

สาขาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในชุมชน



ขอแสดงความยินดีกับนางฤทัย สิงห์เล็ก อสม.ตำบลจังหวัดชุมพร ได้รับการคัดเลือก
เป็น อสม.ดีเด่น ระดับเขตสุขภาพที่ 11



ขอแสดงความยินดีกับ นายเชษฐา เวระจามะห์ อสม. ตำบลจังหวัดปัตตานี ได้รับการ
คัดเลือกเป็น ระดับเขตสุขภาพที่ 12 และ อสม.ดีเด่นระดับภาคใต้ ได้รับการคัดเลือก
เป็น อสม.ดีเด่นระดับชาติประจำปี 2565

สาขาการจัดการสุขภาพชุมชนและอนามัยสิ่งแวดล้อม



ขอแสดงความยินดี นายพิชิต ทุมดี อสม.ดีเด่นจังหวัดกระบี่ ได้รับการคัดเลือกเป็น
ระดับเขตสุขภาพที่ 11



ขอแสดงความยินดี นายปัทมเดช อสม.ดีเด่นจังหวัดระยอง ได้รับการคัดเลือก
เป็น อสม.ดีเด่น ระดับเขตสุขภาพที่ 12 และ อสม.ดีเด่นระดับภาคใต้

สาขานมแม่ และอนามัยแม่และเด็ก



ขอแสดงความยินดี นายอชฎา พรหมภาคร อสม.ดีเด่นจังหวัดชุมพร ได้รับการ
คัดเลือกเป็น อสม.ดีเด่น ระดับเขตสุขภาพที่ 11



ขอแสดงความยินดี นางสาวอุษะ ปัทมรัตน์ อสม.ดีเด่นจังหวัดปัตตานี ได้รับการคัดเลือก
เป็น อสม.ดีเด่น ระดับเขตสุขภาพที่ 12 และ อสม.ดีเด่นระดับภาคใต้

สาขาทันตสุขภาพ



ขอแสดงความยินดี นางสาวกุลพิชิตา เมืองระเทศ อสม.ดีเด่นจังหวัดสง
ได้รับการคัดเลือกเป็น อสม.ดีเด่น ระดับเขตสุขภาพที่ 11



ขอแสดงความยินดีกับนางสาวสมภา ใจดีสุพรรณ อสม.ดีเด่นจังหวัดตรัง ได้รับ การ
คัดเลือกเป็น อสม.ดีเด่นระดับเขตสุขภาพที่ 12 และได้รับการคัดเลือกเป็น อสม.ดีเด่น
ระดับภาคีประจำปี 2565

สาขาการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ



ขอแสดงความยินดีกับนางจันทิมา นุรักษ์ อสม. ดีเด่นจังหวัดสุราษฎร์ธานี ได้รับ การ
คัดเลือกเป็น อสม.ดีเด่นระดับเขตสุขภาพที่ 11 และได้รับการคัดเลือกเป็น อสม.ดีเด่น
ระดับภาคีประจำปี 2565



ขอแสดงความยินดีนางรัตติยา นราชนาภานี อสม.ดีเด่นจังหวัดสงขลา ได้รับ การ
คัดเลือกเป็น อสม.ดีเด่น ระดับเขตสุขภาพที่ 12

พระราชบัญญัติอาสาสมัครสาธารณสุขเส้นทางสู่มาตรฐานของการเป็น อสม.

เรียบเรียงโดย นายสุรเชษฐ์ เซตุดอง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

ประเทศไทยได้รับการยกย่องว่าเป็นประเทศที่มีการสาธารณสุขมูลฐานที่ดีมากประเทศหนึ่ง โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชนในการดูแลสุขภาพทั้งระดับตนเอง ครอบครัว และชุมชน ส่งผลให้การสาธารณสุขไทยมีความเข้มแข็งและเจริญก้าวหน้าจนมาถึงปัจจุบัน ในการประชุมระดับโลกของสมาชิกรองการอนามัยโลก ณ เมืองอัลมา-อตา สหภาพโซเวียต ในปี 2521 ผู้แทนประเทศไทยได้แสดงให้เห็นถึงศักยภาพของประชาชนและชุมชนในประเทศไทยในการจัดบริการสาธารณสุขเบื้องต้นของตนเอง ซึ่งเป็นที่มาของการสาธารณสุขมูลฐานของประเทศไทย นำมาสู่การออกคำประกาศอัลมา-อตา เพื่อเรียกร้องให้ทุกชาติสมาชิกสนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐานอย่างจริงจัง เพื่อมุ่งสู่การมีสุขภาพดีถ้วนหน้า

ประเทศไทยได้ลงนามในกฎบัตรขององค์การอนามัยโลก เมื่อปี 2523 เพื่อกำหนดเป้าหมายร่วมกันในการพัฒนาสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543 (Health For All By the Year 2000) จากนั้นได้มีการจัดตั้งโครงการสาธารณสุขมูลฐาน และจัดตั้งสำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในวันที่ 3 ธันวาคม 2523 โดยมีกิจกรรมหลักที่สำคัญ คือ

1. อบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับต่าง ๆ เพื่อทำหน้าที่ครูฝึกด้านการสาธารณสุขมูลฐาน
2. อาสาสมัคร 2 ประเภท ได้แก่ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คัดเลือกโดยสังคมนิติ
3. ทำแบบเรียนด้วยตนเองของผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ครอบคลุมเนื้อหาทั้งการส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรค รักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ และมอบให้ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ใช้เป็นคู่มือในการปฏิบัติงานในหมู่บ้าน

4. กำหนดกิจกรรมการบริการด้านการสาธารณสุขมูลฐาน 8 องค์ประกอบ (ปัจจุบันเพิ่มเติมเป็น 14 องค์ประกอบ) รวมทั้งสนับสนุนยาที่จำเป็นให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยใช้ชื่อว่า สหกรยาประจำหมู่บ้าน ด้วยการบริจาคของกลุ่มบริษัทแหลมทองอุตสาหกรรม จำกัด ในวงเงิน 20 ล้านบาทในขณะนั้น อาสาสมัครทั้ง 2 ประเภทในยุคนั้นจึงเป็นกลไกสำคัญของการสาธารณสุขมูลฐาน โดยมีบทบาทที่สรุปให้เข้าใจง่ายขึ้น ๆ ว่า “แก้ข่าวร้าย กระจายข่าวดี ซึ่บริการ ประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน และทำตนเป็นตัวอย่างที่ดี” ในช่วงแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 (พ.ศ.2535 – 2539) ได้มีการยกระดับบทบาท ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จนมาถึงปัจจุบัน

ภารกิจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จากอดีตมาถึงปัจจุบันมีความหลากหลายมากขึ้น ตามบริบทและสถานการณ์เกี่ยวกับสาธารณสุขที่เปลี่ยนแปลงไป นอกจากนี้บทบาทของ อสม.ยังขยายไปสู่ภารกิจของกระทรวงและหน่วยงานอื่น ๆ เช่น กระทรวงมหาดไทย กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นต้น เพื่อให้เกิดการยกระดับทักษะและขีดความสามารถของ อสม.ตลอดจน

เครือข่ายประสานงาน การบริหารกิจการ และการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพภายในชุมชนของ อสม.อย่างมีระบบ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ในฐานะเป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่ในการขับเคลื่อนงานสาธารณสุขมูลฐาน และการดูแลอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จึงได้ยกร่างพระราชบัญญัติอาสาสมัครสาธารณสุข พ.ศ..... ขึ้น นับเป็นก้าวที่สำคัญในการยกระดับความเป็น อสม. จากเดิม การดำเนินกิจการใด ๆ ของ อสม.จะอยู่ภายใต้ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ.2554 ซึ่งอาศัยอำนาจตามความในมาตรา 20 แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ.2534 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ 5) พ.ศ.2545

ปัจจุบันร่างพระราชบัญญัติอาสาสมัครสาธารณสุข พ.ศ.... อยู่ระหว่างการทำประชาพิจารณ์ โดยเนื้อหาสาระของร่างพระราชบัญญัติ แบ่งเป็น 6 หมวด ได้แก่

1. หมวด 1 บททั่วไป
2. หมวด 2 คณะกรรมการนโยบายอาสาสมัครสาธารณสุข
3. หมวด 3 คณะกรรมการส่งเสริมและสนับสนุนอาสาสมัครสาธารณสุขระดับจังหวัด
4. หมวด 4 อาสาสมัครสาธารณสุข แบ่งเป็น
 - ส่วนที่ 1 การคัดเลือก
 - ส่วนที่ 2 การฟื้นฟูสภาพ
 - ส่วนที่ 3 บทบาท หน้าที่และมาตรฐานทางจริยธรรม
 - ส่วนที่ 4 การพัฒนาสมรรถนะและสิทธิประโยชน์
5. หมวด 5 กองทุน
6. หมวด 6 บทกำหนดโทษ

มีหลายประเด็นในบางมาตราที่น่าสนใจและมีผลต่อ อสม. โดยขอยกตัวอย่างดังต่อไปนี้

หมวด 4

ส่วนที่ 2 การฟื้นฟูสภาพ

มาตรา 24 อาสาสมัครสาธารณสุขฟื้นฟูสภาพ เมื่อ (5) ไม่ผ่านการประเมินสมรรถนะตามมาตรา 33”

โดยมาตรา 33 บัญญัติไว้ว่า

“อาสาสมัครสาธารณสุขต้องได้รับการประเมินสมรรถนะตามมาตรฐานสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุข และมาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐานและสุขภาพภาคประชาชน อย่างสม่ำเสมอ หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินสมรรถนะให้เป็นไปตามระเบียบ ที่คณะกรรมการกำหนด”

ในมุมมองของผู้เขียนมองว่า บทบัญญัตินี้มีเจตนาในการรักษาไว้ซึ่งมาตรฐานและสมรรถนะของ อสม. เพื่อให้ อสม.ทุกคนมีการพัฒนาตนเองอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากภารกิจของ อสม.นั้นเกี่ยวข้องกับสุขภาพของประชาชน การรักษาไว้ซึ่งมาตรฐานของ อสม.จึงถือเป็นเรื่องที่สำคัญ ในระยะแรกอาจมีผลกระทบให้ต้องมีการปรับตัวบ้าง แต่อย่างไรก็ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขต้องเป็นไปตามที่คณะกรรมการกำหนด

ส่วนที่ 3 บทบาท หน้าที่และมาตรฐานทางจริยธรรม

มาตรา 31 ห้ามมิให้ผู้ใดซึ่งมิได้เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข กระทำการหรือแสดงให้ผู้อื่นเข้าใจว่าตนเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ใช้หรือแสดงบัตรประจำตัวอาสาสมัครสาธารณสุข หรือบัตรประจำตัวอาสาสมัครสาธารณสุขแบบอิเล็กทรอนิกส์ว่าตนเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข

ในบทบัญญัตินี้ เป็นบทบัญญัติเดียวแห่งร่างพระราชบัญญัตินี้มีโทษทางอาญา ตามมาตรา 56 ซึ่งได้บัญญัติไว้ว่า ผู้ใดฝ่าฝืนมาตรา 31 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

หมวด 5 กองทุน

มาตรา 41 ให้จัดตั้งกองทุนหนึ่งเรียกว่า “กองทุนสนับสนุนการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขมูลฐาน” ขึ้นในกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข เพื่อเป็นทุนหมุนเวียนสำหรับใช้จ่ายในการดำเนินงานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของชุมชนโดยกลไกสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพภาคประชาชน ช่วยเหลือการส่งเสริม สวัสดิการ การส่งเสริม การสนับสนุน การพัฒนา และการอื่นใดที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครสาธารณสุข

บทบัญญัตินี้ ถือเป็นบทบัญญัติที่จะช่วยให้การดำเนินกิจกรรม การจัดสวัสดิการ หรือกิจกรรมอื่นใดของอาสาสมัครสาธารณสุข สามารถดำเนินการไปได้อย่างราบรื่น คล่องตัว และรวดเร็วมากขึ้น ร่างพระราชบัญญัติอาสาสมัครสาธารณสุขฉบับนี้ ถือเป็นก้าวที่สำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุขของไทย ซึ่งยังต้องผ่านกระบวนการทางนิติบัญญัติอีกหลายขั้นตอน อาจมีการแก้ไขเพิ่มเติมอีกหลายมาตรา แต่อย่างไรก็ตามก็ยังคงเจตนารมณ์ของกฎหมายในการส่งเสริมและสนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขซึ่งเป็นประชาชนในชุมชนเป็นกำลังสำคัญสำหรับการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนตามหลักการสาธารณสุขมูลฐาน โดยยกระดับทักษะและขีดความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขให้ดำเนินการตามหลักการดังกล่าวได้สัมฤทธิ์ผล ตลอดจนสร้างเครือข่ายการประสานงาน การบริหารกิจการอาสาสมัครสาธารณสุข และการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพภายในชุมชนให้เป็นอย่างมีระบบต่อไป

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการรักษาวัณโรคที่ไม่พึงประสงค์ภายใต้รูปแบบการกำกับติดตามการรับประทานยาในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในจังหวัดชุมพร
Factors associated with unfavorable TB Treatment outcomes under Directly Observed Treatment by Healthcare Worker among New Tuberculosis Patients in Chumphon Province, Thailand

พรทิพย์ สกุลศักดิ์

Porntip Sakulsak

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร

Chumphon Public Health Office

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการรักษาวัณโรคที่ไม่พึงประสงค์ภายใต้รูปแบบการกำกับติดตามการรับประทานยาในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดชุมพร ใช้ข้อมูลผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนการรักษาของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดชุมพร จำนวน 11 แห่ง ศึกษาข้อมูลปีงบประมาณ 2559-2563 จากฐานข้อมูล National Tuberculosis Information program (โปรแกรม NTIP) ของกรมควบคุมโรคทุกราย จำนวน 2,465 ราย ใช้วิธีเลือกแบบจำเพาะเจาะจง (Purposive sampling) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และการวิเคราะห์ปัจจัยความสัมพันธ์กับผลการรักษาวัณโรคที่ไม่พึงประสงค์ ใช้การวิเคราะห์แบบถดถอยลอจิสติก (Logistic Regression) แบบ multivariate analysis โดยใช้สถิติ multiple logistic regression

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการรักษาวัณโรคที่ไม่พึงประสงค์ภายใต้รูปแบบการกำกับติดตามการรับประทานยาในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดชุมพรคือ กลุ่มผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป 2.64 เท่า (95%CI 1.92-3.62; p-value <0.001) ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 35 กิโลกรัม 1.65 เท่า (95%CI 0.44-0.97; p-value = 0.034) ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ไม่ใช่คนไทย 2.64 เท่า (95%CI 1.60-4.35; p-value <0.001) ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพมีความเสี่ยงต่อผลการรักษาวัณโรคที่ไม่พึงประสงค์ 1.47 เท่า (95%CI 1.08-1.99; p-value =0.014) นอกจากนี้ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ติดเชื้อ HIV มีความเสี่ยงต่อผลการรักษาวัณโรคที่ไม่พึงประสงค์ 1.23 เท่า (95%CI 0.17-0.32; p-value = 0.014) ตามลำดับ ดังนั้นจึงควรให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงในการกำกับการกินยา ต้องให้การดูแลติดตามผู้ป่วยวัณโรคที่เป็นผู้สูงอายุ และผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อ HIV อย่างใกล้ชิด และมีการประเมินสุขภาพเบื้องต้นของผู้ป่วยวัณโรคแต่ละรายเพื่อพิจารณาให้อาหารเสริมแก่ผู้ป่วยวัณโรคที่พิจารณาว่าอาจจะมีภาวะทุพโภชนาการ

คำสำคัญ : ผลการรักษาที่ไม่พึงประสงค์, การกำกับติดตามการรับประทานยาโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข, วัณโรครายใหม่

Abstract

This study aimed to find out factors that might be associated with unfavorable TB treatment outcomes in Chumphon province, where Directly Observed Treatment (DOT) by Healthcare Worker model for TB treatment has been implemented since 2015. Two thousand and four hundred sixty-five new tuberculosis patients registered for TB treatment during 2016-2020 were reviewed, but forty-six new tuberculosis patients were excluded mainly due to changed diagnosis. The data were statistically analyzed using descriptive statistics and Logistic regression analysis.

The factors that related to the unfavorable TB treatment outcomes under Directly Observed Treatment by Healthcare Worker among New Tuberculosis Patients in Chumphon Province with the significant statistic was (1) the new TB patients aged over 60 years. They were related to the unfavorable TB treatment outcomes about 2.64 times (95%CI 1.92-3.62; p-value. <0.001) when comparing with weighing less than 35 kg were 1.65 times (95%CI 0.44-0.97; p-value = 0.034). For the factor of their nationality, Non Thai new patients TB were high risk unfavorable TB treatment outcomes about 2.64 times (95%CI 1.60-4.35; p-value <0.001). when comparing with their occupation, non-occupational new TB patients were 1.47 times (95%CI 1.08-1.99; p-value = 0.014). In addition, HIV-infected new TB patients were 1.23 times (95%CI 0.17-0.32; p-value = 0.014). Moreover, VCT (voluntary counselling and testing) is strongly suggested to provide for all TB cases to get blood HIV testing, and comprehensive HIV care should be reviewed for all HIV-positive TB patients to find-out any existing of HIV care. Preliminary assessment of the health of each TB patient was assessed using BMI calculations and supplementation was considered for TB patients considered to be malnourished. as well as should add channels for tracking patients such as Application Line or Facetime to help track TB drug intake.

Keywords : Unfavorable TB treatment outcomes, Directly Observed Treatment by Healthcare Worker, New Tuberculosis patients

บทนำ

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุข เป็นสาเหตุของการป่วย และการตาย ในหลายประเทศทั่วโลก มีแนวโน้มที่จะทวีความรุนแรงมากขึ้น ทั้งนี้ประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศที่องค์การอนามัยโลกจัดเป็นกลุ่มประเทศที่มีภาระวัณโรคสูง (High burden countries) ได้แก่ มีภาระโรควัณโรค (TB) วัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี (TB/HIV) จำนวน 10,000 ราย ผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตสูงถึง 11,000 ราย มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานหรือดื้อยา Rifampicin (MDR/RR-TB) 2,500 ราย ซึ่งคาดว่าจะพบผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานหรือดื้อยา คิดเป็นร้อยละ 1.7 ในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และร้อยละ 10 ในผู้ป่วยวัณโรคที่มีประวัติการรักษาวัณโรคมาก่อน (กองวัณโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

กระทรวงสาธารณสุขได้เห็นชอบยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ พ.ศ.2560-2564 เพื่อเป็นกรอบการดำเนินงานโดยมีมาตรการหลักในการจะบรรลุปเป้าหมายการลดอุบัติการณ์วัณโรค หนึ่งในมาตรการหลักที่สำคัญ คือ ดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่ตรวจพบทุกรายด้วยแนวทางการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ให้มีอัตราความสำเร็จการรักษาไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90 (Bureau of Tuberculosis, 2018) ซึ่งแผนงานวัณโรคแห่งชาติได้นำกลยุทธ์ DOTS ตั้งแต่ปี พ.ศ.2539 การรักษาแบบมีพี่เลี้ยง (Directly Observed Treatment -DOT) เป็นองค์ประกอบหนึ่งของ DOTS หมายถึงการรักษาที่ผู้ป่วยต้องมีผู้อื่นดูแลกำกับการกินยาโดยพี่เลี้ยง อาจเป็นเจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรค เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน หรือสมาชิกในครอบครัว (พันธ์ชัย รัตนสุวรรณ, 2544)

จังหวัดชุมพรได้เริ่มประกาศนโยบายการรักษาผู้ป่วยวัณโรคแบบมีพี่เลี้ยงโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (DOT) เพื่อดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคในเครือข่ายบริการสุขภาพของจังหวัดชุมพร ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2558 เน้นให้ผู้ป่วยวัณโรคทุกรายต้องมารับประทานยาที่สถานบริการสาธารณสุขต่อหน้าเจ้าหน้าที่ทุกวัน จนกว่าจะครบการรักษา ถึงแม้ว่าจังหวัดชุมพรจะดำเนินการกำกับติดตามการรับประทานยาในผู้ป่วยวัณโรคโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างเข้มข้น ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2558 เป็นต้นมา อย่างไรก็ตาม พบว่าในปีงบประมาณ 2558-2563 จังหวัดชุมพรมีผลการรักษาวัณโรคที่ไม่พึงประสงค์สูงถึงร้อยละ 10.70 (กองวัณโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564) สาเหตุสำคัญที่ทำให้การรักษาผู้ป่วยวัณโรคไม่สำเร็จของจังหวัดชุมพร คือ การขาดยา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรค คือการมีโรคร่วมประจำตัว ได้แก่ การติดเชื้อเอดส์ โรคตับแข็งที่ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในระหว่างการรักษา และประวัติการได้รับการรักษาวัณโรคมาก่อน (พรวิไล อักษร, 2550) และผู้ป่วยวัณโรคที่มีโรคร่วมมีโอกาสเสียชีวิต 2.3 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่มีโรคร่วม และผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะเมื่อสิ้นสุดระยะเข้มข้นเป็นบวก/ไม่มีผลเสียชีวิตเป็น 20.74 เท่าของผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะเมื่อสิ้นสุดระยะเข้มข้นเป็นลบ (ภัทรีณี ไตรสถิต และคณะ, 2550) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มีอาการหนัก มีพยาธิสภาพที่ปอดมาก หรือได้รับเชื้อวัณโรคดื้อยา ทำให้ผลการตรวจเสมหะยังพบเชื้ออยู่ หรือบางคนอาการหนักตรวจเสมหะไม่ได้แล้วเสียชีวิต และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ ผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ $CD4 \leq 350$ เซลล์/ลบ.มม. และไม่ได้ยาต้านไวรัส (กิตติพัทธ์ เอี่ยมรอด และคณะ, 2556) อีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญ คือ ปัญหาในการเดินทางไปตรวจรักษาซึ่งมี

ระยะทางไกล ไม่สะดวกต้องเสียค่าใช้จ่าย และบางครั้งไม่มีเวลาไปตามนัดเนื่องจากต้องประกอบอาชีพ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยขาดยาในระหว่างการรักษา (กฤษณา ชีวะกุล, 2556) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการขาดยาของผู้ป่วยโรคปอดทรายใหม่ในระบบประกันสังคมของโรงพยาบาลเอกชน จังหวัดสมุทรปราการ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหาด้านการทำงาน การลา การบริการรักษา (จิระวรรณ พิงส์กุล, 2548) ส่วนการรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยา การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคปอดรักษาซ้ำ (นันทพร เชนชัยภูมิ และนรลักษ์ณ์ เอื้อกิจ, 2555) จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการรักษาโรคที่ไม่พึงประสงค์ภายใต้รูปแบบการกำกับติดตามการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคทรายใหม่ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในจังหวัดชุมพร เพื่อจะได้

นำไปใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคต่อไป

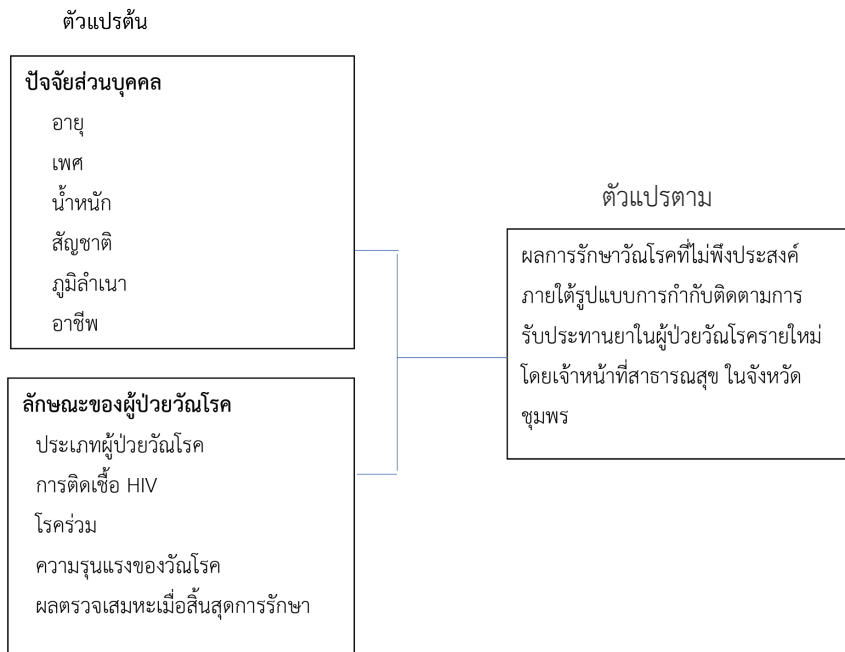
สมมติฐาน

ปัจจัยส่วนบุคคล ประเภทผู้ป่วยโรค การติดเชื้อ HIV โรคร่วม ความรุนแรงของโรค และผลตรวจเสมหะเมื่อสิ้นสุดการรักษามีความสัมพันธ์กับผลการรักษาโรคที่ไม่พึงประสงค์ภายใต้รูปแบบการกำกับติดตามการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคทรายใหม่ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดชุมพร

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการรักษาโรคที่ไม่พึงประสงค์ภายใต้รูปแบบการกำกับติดตามการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคทรายใหม่ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดชุมพร

กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีการวิจัย

รูปแบบการศึกษาเป็นแบบศึกษาย้อนหลัง (Retrospective Study) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ข้อมูลผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ทุกรายที่ขึ้นทะเบียนของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่งในพื้นที่จังหวัดชุมพร จำนวน 11 แห่ง ใช้วิธีเลือกแบบจำเพาะเจาะจง (Purposive sampling) ศึกษาข้อมูลปีงบประมาณ 2559-2563 (ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2558 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2563) จากฐานข้อมูล National Tuberculosis Information program (โปรแกรม NTIP) (กองวัณโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2561) ของกรมควบคุมโรค เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการรักษาวัณโรคที่ไม่พึงประสงค์ภายใต้รูปแบบการกำกับติดตามการรับประทานยาในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดชุมพร ที่ได้ดำเนินการใช้รูปแบบการรักษาผู้ป่วยวัณโรคภายใต้การสังเกตการรับประทานยาต่อหน้าที่พี่เลี้ยงที่เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาตั้งแต่ปี 2558 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นกลุ่มเดียวกันกับประชากรที่ใช้ในการศึกษา จำนวน 2,465 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ระยะที่ 1 ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

สร้างแบบบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการรักษาวัณโรคที่ไม่พึงประสงค์ภายใต้รูปแบบการกำกับติดตามการรับประทานยาในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในจังหวัดชุมพร ตัวแปรต่าง ๆ ที่จะมีในแบบบันทึกข้อมูลมีดังนี้

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล : เพศ อายุ น้ำหนัก สัญชาติ ภูมิลำเนา และอาชีพ

1.2 ประเภทผู้ป่วยวัณโรค : วัณโรคปอด วัณโรคนอกปอด

1.3 การติดเชื้อ HIV : HIV ลบ HIV บวก ไม่มีผลการตรวจ

1.4 โรคร่วม

1.5 ความรุนแรงของวัณโรค : ผลตรวจเสมหะ

1.6 ผลตรวจเสมหะเมื่อสิ้นสุดการรักษา : เสมหะบวก เสมหะลบ ไม่มีผลตรวจเสมหะ ขาดยา ทั้งนี้ไม่มีการระบุตัวตนของข้อมูลผู้ป่วยในแบบบันทึกที่ได้รับการรับรองแล้ว ซึ่งผู้วิจัยจะไม่มีการเปิดเผยหรือคัดลอก หรือนำเอกสารไปเผยแพร่ให้แก่บุคคลทั่วไปได้รับทราบข้อมูลผู้ป่วย หากมีการนำข้อมูลเหล่านี้ไปวิเคราะห์ ผู้วิจัยจะไม่มีการระบุตัวตนของผู้ป่วย จะมีเพียงการสรุปในภาพรวมเท่านั้น

ระยะที่ 2 ทดสอบการใช้โดยทดสอบการบันทึกข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบบันทึกข้อมูลมาทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีบริบทคล้ายกัน จำนวน 50 คน แล้วนำมาหาค่าความเที่ยง โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยได้ค่าความเที่ยงของแบบบันทึกข้อมูลทั้งหมดเท่ากับ 0.87 (Cronbach, L.J, 1951)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากข้อมูลผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดชุมพร โดยใช้ข้อมูลปีงบประมาณ 2559-2563 จากฐานข้อมูล National Tuberculosis Information program ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร เก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น

2. ผู้วิจัยสร้างแฟ้มข้อมูล โดยมีตัวแปรต่างๆ นำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดจากการเก็บข้อมูล และบันทึกข้อมูล ตามรหัสที่แปลงแล้ว ลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์

3. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการ วิเคราะห์

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้นำมาตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูล และนำมาวิเคราะห์ ตามระเบียบวิธีทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ตัวแปรประกอบด้วย อายุ เพศ น้ำหนัก สัญชาติ ภูมิภาค อาชีพ ประเภทผู้ป่วยวัณโรค การติดเชื้อ HIV ไรคร่วม ความรุนแรงของวัณโรค และผลตรวจเสมหะเมื่อสิ้นสุดการรักษา การวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

การวิเคราะห์ปัจจัยความสัมพันธ์กับผลการรักษาวัณโรคที่ไม่พึงประสงค์ วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ ตัวแปรเดียวทีละคู่โดยใช้สถิติ Simple logistic regression กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 นำเสนอ ค่าขนาดความสัมพันธ์อย่างหยาบ (Crude Odds Ratio)

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคในจังหวัดชุมพร จำแนกตามประเภทของผู้ป่วย วัณโรค ปีงบประมาณ 2559-2563

ประเภทของผู้ป่วยวัณโรค/ปีงบประมาณ	2559	2560	2561	2562	2563	รวม
วัณโรคปอดตรวจพบเชื้อวัณโรค (B+)	251	254	237	250	242	1,234
วัณโรคปอดตรวจไม่พบเชื้อวัณโรค (B-)	203	170	168	157	118	816
วัณโรคนอกปอด (EP)	85	83	81	84	82	415
รวม	539	507	486	491	442	2,465

ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในจังหวัดชุมพร ปีงบประมาณ 2559-2563 จำนวน 243 ราย มีผลการรักษาที่ไม่พึงประสงค์ คิดเป็นร้อยละ 10.0 สาเหตุ ส่วนใหญ่มาจากการเสียชีวิตในระหว่างการรักษา

และช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 จากนั้นวิเคราะห์หาความสัมพันธ์แบบพหุ โดยใช้การวิเคราะห์แบบถดถอยลอจิสติก (Logistic Regression) แบบ multivariate analysis โดยใช้สถิติ multiple logistic regression (Hosmer, Lemeshow, 2000)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการรับรองจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ กระทรวงสาธารณสุข หนังสือรับรองเลขที่ 014/2564 ลงวันที่ 10 พฤศจิกายน 2564

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรักษา วัณโรคในจังหวัดชุมพร ช่วงปีงบประมาณ 2559-2563 มีจำนวนทั้งสิ้น 2,465 ราย ในปีงบประมาณ 2559 มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่สูงสุด จำนวน 539 ราย และมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง ดังตาราง 1

วัณโรค คิดเป็นร้อยละ 7.7 ของจำนวนผู้ป่วยวัณโรค รายใหม่ทั้งหมด และมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ จำนวน 46 ราย ถูกคัดออกเนื่องจากผู้ป่วยได้รับการเปลี่ยนแปลง การวินิจฉัย (Change diagnosis) ดังตาราง 2

ตารางที่ 2 ผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในจังหวัดชุมพร ปีงบประมาณ 2559-2563

	รักษาสำเร็จ		ผลการรักษาที่ไม่พึงประสงค์					เปลี่ยนวินิจฉัย	รวม
	รักษาหาย	รักษาครบ	เสียชีวิต	ล้มเหลว	ขาดยา	โอนออก	ไม่สามารถประเมินได้		
จำนวน	1,179	997	187	6	21	16	13	46*	2,465
ร้อยละ			(7.7)	(0.2)	(0.9)	(0.7)	(0.5)		
รวม	2,176		243					-	2,419

*ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ จำนวน 46 ราย ถูกคัดออกเนื่องจากผู้ป่วยได้รับการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัย (Change diagnosis) (Change diagnosis)

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อผลการรักษาวัณโรคที่ไม่พึงประสงค์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อผลการรักษาวัณโรคที่ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ภายใต้รูปแบบการกำกับติดตามการรับประทานยา โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดชุมพร ปีงบประมาณ 2559-2563 คือผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี 1.93 เท่า (OR = 1.93, 95% Confidence (CI) 1.47-2.53) ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 35 ปี 1.64 เท่า (OR = 1.64, 95% Confidence (CI) 0.45-0.92) ส่วนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ไม่ใช่คนไทย 1.71 เท่า (OR = 1.71, 95% Confidence (CI) 1.11-2.64) ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ไม่ประกอบอาชีพ 1.58 เท่า (OR = 1.58, 95% Confidence (CI) 1.20-2.10) นอกจากนี้ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ติดเชื้อ HIV 1.34 เท่า (OR = 1.34, 95% Confidence (CI) 0.24-0.44) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่อผลการรักษาวัณโรคที่ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยวัณโรค

รายใหม่ครวระหลายปัจจัยโดยคำนึงถึงผลกระทบของปัจจัยอื่น ๆ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อผลการรักษาวัณโรคที่ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ภายใต้รูปแบบการกำกับติดตามการรับประทานยา โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดชุมพร ปีงบประมาณ 2559-2563 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี 2.64 เท่า (95% CI 1.92-3.62; p-value < 0.001) ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 35 กิโลกรัม 1.65 เท่า (95% CI 0.44-0.97; p-value = 0.034) ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ไม่ใช่คนไทย 2.64 เท่า (95% CI 1.60-4.35; p-value < 0.001) ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ 1.47 เท่า (95% CI 1.08-1.99; p-value = 0.014) และผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ติดเชื้อ HIV 1.23 เท่า (95% CI 0.17-0.32; p-value < 0.001) ดังตาราง 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรแบบพหุอภิสติกลงในโมเดลสุดท้ายระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการรักษาวัณโรคที่ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในพื้นที่จังหวัดชุมพร ปีงบประมาณ 2559-2563 (n=2,419)

ปัจจัยเสี่ยง	OR adj	95% CI	p-value
อายุ			<0.001*
< 60 ปี	1		
≥ 60 ปี	2.64	1.92-3.62	
น้ำหนัก			0.034*
< 35 กิโลกรัม	1.65	0.44-0.97	
≥ 35 กิโลกรัม	1		
สัญชาติ			<0.001*
ไทย	1		
ไม่ใช่ไทย	2.64	1.60-4.35	
อาชีพ			0.014*
ประกอบอาชีพ	1		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1.47	1.08-1.99	
การติดเชื้อ HIV			<0.001*
Positive	1.23	0.17-0.32	
Negative	1		

*significant

อภิปรายผล

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการรักษาวัณโรคที่ไม่พึงประสงค์ภายใต้รูปแบบการกำกับติดตามการรับประทานยาในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในจังหวัดชุมพร ได้แก่ อายุ, น้ำหนัก, สัญชาติ, อาชีพ และการติดเชื้อ HIV

1. อายุ พบว่าผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี มีความเสี่ยงต่อผลการรักษาวัณโรคที่ไม่พึงประสงค์มากกว่าผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี 2.64 เท่า สอดคล้องกับผล

การศึกษาของ Yen YF et al. (2012) ในประเทศไต้หวัน และผลการศึกษาของพันธ์ชัย รัตนสุวรรณและคณะ (2017) ที่พบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่เป็นผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ต่อผลการรักษาวัณโรคที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งผู้ป่วยวัณโรคที่เป็น ผู้สูงอายุมีโอกาสสูงที่จะเสียชีวิตในระหว่างการรักษา เนื่องมาจากผู้สูงอายุอวัยวะต่างๆ มีการเสื่อมสภาพลงตามวัย ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง และจากการศึกษาของพัฒนา โพธิ์แก้วและคณะ (2556) ทำการเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาล จำนวน 33 แห่งในภาคเหนือตอนบน พบว่าสาเหตุการเสียชีวิต

ของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เกิดจากผู้สูงอายุ (>64 ปี) มีอัตราตายร้อยละ 14.9 จากข้อมูลผู้ป่วยแพทย์ลงความเห็นว่าเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงเกิดจากโรคร่วม (ร้อยละ 33) แสดงว่าการรักษาวัณโรคอาจทำให้โรคประจำตัวที่ผู้ป่วยเป็นอยู่มีอาการทรุดลงหรือควบคุมไม่ได้

2. น้ำหนัก พบว่าผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 35 กิโลกรัม มีความเสี่ยงต่อผลการรักษาวัณโรคที่ไม่พึงประสงค์มากกว่าผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่มีน้ำหนักมากกว่า 35 กิโลกรัม 1.65 เท่า ซึ่งผู้ป่วยวัณโรคที่น้ำหนักตัวเริ่มรักษาน้อย มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวเมื่อเริ่มรักษาอยู่ในเกณฑ์ปกติ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ โกลินท์ หลวงละ (2549) พบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มีน้ำหนักตัวเมื่อเริ่มรักษาน้อยกว่า 45 กิโลกรัม มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มีน้ำหนักตัวเมื่อเริ่มรักษาสูงกว่า 45 กิโลกรัมถึง 2 เท่า ทั้งนี้สาเหตุที่ผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวน้อยอาจเนื่องมาจากการเป็นโรคนาน ทำให้รับประทานอาหารได้น้อย ซึ่งไม่เพียงพอต่อการทำงานของร่างกาย

3. สัญชาติ พบว่าผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ไม่ใช่คนไทย มีความเสี่ยงต่อผลการรักษาวัณโรคที่ไม่พึงประสงค์มากกว่าผู้ป่วยวัณโรคที่เป็นคนไทย 2.64 เท่า ซึ่งผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่ใช่คนไทย มีความเสี่ยงที่จะขาดยาในระหว่างการรักษาวัณโรค สอดคล้องกับการศึกษาของอุมาวัลย์ จ้านสกุล (2553) ที่พบว่าผู้ป่วยวัณโรคในแรงงานต่างด้าว มีโอกาสขาดยาสูงที่สุดในจังหวัดระนอง เนื่องมาผู้ป่วยอาจจะไม่ให้ความร่วมมือหรือไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การย้ายที่อยู่ทำงานทำให้ไม่สะดวกไปรับบริการ หรือกลับประเทศ หรือย้ายที่ประกอบอาชีพ ทำให้ยากต่อการติดตามการรักษา

4. อาชีพ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีความเสี่ยงต่อผลการรักษาวัณโรคที่ไม่พึงประสงค์มากกว่าผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ได้ประกอบอาชีพ 1.47 เท่า ซึ่งผู้ป่วยที่ไม่ได้ประกอบอาชีพมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่ได้ประกอบอาชีพ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่เสียชีวิตส่วนใหญ่อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป สอดคล้องกับผลการศึกษาของวิวรรธน์ มุ่งเขตกลาง และคณะ (2559) พบว่าอาชีพของผู้ป่วยวัณโรคที่เสียชีวิตส่วนใหญ่ไม่ประกอบอาชีพ ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้ป่วยวัณโรคที่เสียชีวิตส่วนใหญ่อายุ 65 ปีขึ้นไป ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ บางคนเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง บางคนร่างกายพิการ และปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ เช่น ผู้สูงอายุไม่มีรายได้ ทำให้ไม่ยอมมาเข้ารับการรักษา ผู้สูงอายุบางรายถูกทอดทิ้ง มีปัญหาทั้งด้านจิตใจและสังคม ปัญหาการเข้าถึงการรักษาเมื่อเจ็บป่วย จึงมีโอกาสเสียชีวิตได้ง่าย

5. การติดเชื้อ HIV ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ติดเชื้อ HIV มีความเสี่ยงต่อผลการรักษาวัณโรคที่ไม่พึงประสงค์มากกว่าผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ไม่ติดเชื้อ HIV 1.23 เท่า ซึ่งผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อ HIV มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่ติดเชื้อ HIV อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV เม็ดเลือดขาวถูกทำลายทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทำงานลดลง ส่งผลให้เชื้อโรคฉวยโอกาสแทรกซ้อนเข้าสู่ร่างกายได้ง่ายขึ้น ผู้ป่วยอาจได้รับผลข้างเคียงจากการรักษา และได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจ ก่อให้เกิดความท้อแท้ ส่งผลให้สภาพร่างกายทรุดโทรมหนักขึ้นและเสี่ยงต่อการเสียชีวิตในที่สุด สอดคล้องกับผลการศึกษาของนพดล พิมพ์จันทร์และคณะ (2554) ปัจจุบันที่มีความสัมพันธ์ต่อผลการรักษาวัณโรคไม่สำเร็จในผู้ป่วยติดเชื้อร่วมเอชไอวีและวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาในพื้นที่จังหวัดสุรินทร์ ได้แก่ สูตรยาที่ใช้ในการรักษาวัณโรค ปริมาณเซลล์ CD4 ระยะการป่วยด้วยโรคเอดส์

การให้ความร่วมมือในการกักกันยาต้านไวรัสและยาต้านไวรัสในอัตราต่ำดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรได้รับการดูแลเป็นพิเศษ เช่น การสังเกตอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นมาจากโรคที่เป็นร่วม เพื่อจะได้รับการรักษาอาการข้างเคียงได้ทัน่วงที

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงในการกำกับการกักกันยาต้องให้การดูแลติดตามผู้ป่วยไวรัสที่เป็นผู้สูงอายุ และผู้ป่วยไวรัสที่ติดเชื้อ HIV อย่างใกล้ชิด เพื่อเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการหยุดกักกันยาของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยไวรัสที่ติดเชื้อ HIV ต้องติดตามการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้ควรมีการกระตุ้นหรือส่งเสริมด้านจิตใจและสังคมของผู้ป่วยโดยการให้กำลังใจ ส่งผลให้การรักษาวินิจฉัยโรคได้เพิ่มขึ้น
2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงในการกำกับการกักกันยาควรเพิ่มความเข้มข้นในการซักประวัติกลุ่มเสี่ยงสูง เพื่อให้เกิดความชัดเจนของโรคร่วมแอบแฝง (underlying disease) ทำการประเมินภาวะสุขภาพเบื้องต้นของผู้ป่วยไวรัสแต่ละราย และพิจารณาการดูแลรักษาโรคร่วมกับแพทย์ที่ดูแลโรคนั้น ๆ เพื่อวางแผนการรักษาแบบบูรณาการ
3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงในการกำกับการกักกันยา ควรมีการประเมินสุขภาพเบื้องต้นของผู้ป่วยไวรัสแต่ละรายโดยใช้คำนวณค่า BMI และพิจารณาให้อาหารเสริมแก่ผู้ป่วยไวรัสที่พิจารณาว่าอาจจะมีภาวะทุพโภชนาการ เพื่อให้ผู้ป่วยมีสภาพร่างกายแข็งแรง
4. กรณีผู้ป่วยไวรัสที่ไม่ใช่คนไทย ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการขาดการรักษาค่อนข้างสูง เนื่องจากอาจจะย้ายสถานที่ทำงานหรือกลับประเทศ ควรเน้นการบันทึก

ข้อมูลประวัติของผู้ป่วยไวรัส ควรมีการตรวจสอบที่อยู่ปัจจุบันหรือเบอร์โทรศัพท์ว่าใช่หรือไม่ หรือควรเบอร์โทรศัพท์ของนายจ้าง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง และสามารถติดตามผู้ป่วยไวรัสได้จริง หรือควรเพิ่มช่องทางการติดตามผู้ป่วย เช่น Application Line หรือ Facetime เพื่อช่วยติดตามการรับประทานยารักษา

5. ผู้ป่วยไวรัสที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ทำให้ผู้ป่วยไม่มีรายได้ ส่งผลให้ไม่ยอมมาเข้ารับการรักษา ปัญหาการเข้าถึงการรักษาเมื่อเจ็บป่วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงในการกำกับการกักกันยาควรให้กำลังใจ และดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจเกิดความท้อแท้ใจจากสภาวะโรคที่เป็นอยู่ และควรส่งเสริมให้มีการรวมกลุ่มและสร้างเครือข่ายในการดูแลตนเอง โดยมีการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทำให้การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยไวรัสมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
6. ควรจัดประชุมพี่เลี้ยงในระดับตำบลอย่างน้อยเดือนละ 2 ครั้ง เพื่อปรึกษาหารือและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างการปฏิบัติหน้าที่ร่วมกัน เพื่อให้พี่เลี้ยงทุกคนในแต่ละตำบลปฏิบัติตามหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายการเสียชีวิต รวมถึงการเก็บข้อมูลระดับชุมชนจะช่วยให้ได้ประโยชน์ในการดูแลป้องกันการเสียชีวิตระหว่างการรักษาวินิจฉัยโรคได้ และเป็นการเพิ่มอัตราความสำเร็จของการรักษาวินิจฉัยโรคในพื้นที่จังหวัดชุมพร
2. ควรทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อกระตุ้นให้เกิดการบูรณาการแก้ไขปัญหาไวรัสทุกภาคส่วน เช่น เจ้าหน้าที่คลินิกไวรัสประจำโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ผู้ประสานงานระดับอำเภอ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ผู้ป่วยไวรัส ผู้นำชุมชน เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- กิตติพัทธ์ เอี่ยมรอด และคณะ. (2556). สาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคเสมหะบวกรายใหม่. พุทธชินราช เวชสาร, 30(3), 276-85.
- กฤษณา ชีวะกุล และคณะ. (2556). ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เสมหะบวก สถาบันโรคทรวงอกปีงบประมาณ 2554-2556. วารสารสถาบันโรคทรวงอก, 13(1), 7-16.
- กองวัณโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). รายงานสถานการณ์และการเฝ้าระวังวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก (Extensively drug-resistant TB:XDR-TB). สืบค้น 18 กันยายน 2564, จาก <https://www.tbthailand.org/statustb.html>.
- กองวัณโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2561). แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ.2561. กรุงเทพฯ:สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์.
- โกสินทร์ หลวงละ. (2549). การวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงของการเสียชีวิตระหว่างการรักษาวัณโรคในผู้ป่วยวัณโรคปอดชนิดใหม่และเกิดโรคกลับ. (การค้นคว้าอิสระหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จิระวรรณ พิงสกุล. (2548). อัตราการขาดยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ในระบบประกันสังคมของโรงพยาบาลเอกชน จังหวัดสมุทรปราการ. สืบค้น 20 กันยายน 2564, จาก <http://dric.nect.go.th/Search/SearchDetail175575>
- ฐานข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค กองวัณโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). [เข้าถึงเมื่อ 21 กันยายน 2564]. เข้าถึงได้จาก http://tbc Thailand.ddc.moph.go.th/UIForm/Tableau/TEST_tbcm.php.
- นันทพร เขยชัยภูมิ, นรลักขณ์ เอื้อกิจ. (2555). ปัจจัยทำนายนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำ. วารสารพยาบาลตำรวจ, 4(2), 123-4.
- นพดล พิมพ์จันทร์, พรนภา ศุกรเวทย์ศิริ, นงลักษณ์ เทศนา, และคณะ. (2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อผลการรักษาวัณโรคไม่สำเร็จในผู้ติดเชื้อร่วมเอชไอวี-วัณโรค จังหวัดสุรินทร์. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น, 18(3), 59-63.
- พัฒนา โพธิ์แก้ว, อภิญญา เชื้อสุวรรณ, วรรัตน์ อิ่มสงวน และคณะ. (2556). การศึกษาสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในพื้นที่เขตภาคเหนือตอนบน. วารสารวัณโรค โรคทรวงอก และเวชบำบัดวิกฤติ, 34(2), 51-62.
- พันธ์ชัย รัตนสุวรรณ. (2544). ทำไมต้องรักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วย DOT. วารสารวัณโรคและโรคทรวงอก, 22, 195-8.
- พันธ์ชัย รัตนสุวรรณ และคณะ. (2017). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับผลการรักษาวัณโรคที่ไม่พึงประสงค์ภายใต้รูปแบบการทำ DOT ที่ไม่ใช่ญาติผู้ป่วย: การศึกษาแบบ retrospective cohort. J Med Health Sci, 24(3), 57-64.
- พรวิไล อักษร. (2550). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลการรักษาวัณโรคปอดในโรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่. วารสารกรมควบคุมโรค, 33(4), 245-6.
- ภัทรีณี ไตรสถิต, พัฒนา โพธิ์แก้ว, สุคนธ์ ประสิทธิ์วัฒน์เสรี. (2550). การวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงของการดื้อยาและการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรคปอด และการศึกษาเปรียบเทียบการรักษาหายของผู้ป่วยวัณโรคปอดจำแนกตามประเภทของพี่เลี้ยงในการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้น

ภายใต้การสังเกตตรง(รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์). สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. 53-71.

วิวรรณ มุ่งเขตกลาง, ปวีณา จังภูเขียว, กรรณิการ์ ตฤณวุฒิพงษ์. (2559). สาเหตุและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคระหว่างการรักษา ในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2552-2553. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น, 23(1), 22-33.

อุมาวัลย์ จ้านสกุล. (2553). ปัจจัยที่ส่งผลต่อผลการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบสังเกตโดยตรงของผู้ป่วยวัณโรคในแรงงานต่างด้าว จังหวัดระนอง, วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 4(2).

Bureau of Tuberculosis. (2018). National action plan for anti-tuberculosis 2017-2021. Bangkok: Aksorn graphic & design publishing.

Cronbach, L.J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. Psychometrika, 16(3), 297-334.

Hosmer D, Lemeshow S. Applied Logistic Regression. New York Wiley 2000; 105-106.

Yen YF, Yen MY, Shih HC, et al. (2012). Risk factors for unfavorable outcome of pulmonary tuberculosis in adults in Taipei, Taiwan. Trans R Soc Trop Med Hyg, 106(5), 303-8.

การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผิดนัด

The Caring System Development of Miss Appointment Diabetes Mellitus Patients

นงลักษณ์ ลีลาสุธานนท์

Nongluk Leelasuthanon

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่

Krabi Provincial Public Health Office

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผิดนัด การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผิดนัด ประเมินประสิทธิผลของระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผิดนัด และความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผิดนัดที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 คน ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ผิดนัดอย่างน้อย 1 ครั้ง แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองใช้กับระบบการดูแลผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้น ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ ใช้กับการดูแลแบบเดิม เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน แบบสอบถาม แบบบันทึกการรักษาพยาบาล แบบทดสอบก่อนหลัง และแบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา Chi-square test, Independent t-test และ Paired sample t-test

ผลการศึกษา พบว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย การแจ้งเตือนให้มารักษาตามนัด การรักษาพยาบาลและให้ความรู้ การติดตามและให้กำลังใจผู้ป่วย สำหรับการมารักษาในแต่ละเดือน ผลการใช้ระบบที่พัฒนาขึ้น พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผิดนัดมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น มีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) และมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง ดีกว่าการดูแลแบบเดิม มีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยลดลงมากกว่าการดูแลแบบเดิม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ผู้ใช้ส่วนใหญ่ (83.3%) พึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้พัฒนาขึ้น ระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้พัฒนาขึ้นนี้สามารถขยายผลไปยังสถานบริการสาธารณสุขอื่น ๆ

คำสำคัญ : ระบบการดูแล, โรคเบาหวาน, พฤติกรรมการดูแลตนเอง

Abstract

This research and development aimed to study the situation of the diabetes care system that has defaulted. Developing a care system for patients with diabetes that has defaulted. Evaluate the effectiveness of the default diabetes care system. and satisfaction with the improved diabetes care system for defaulting. The 60 samples of diabetic caring system development were at least 1 visit miss appointment type-two diabetes mellitus patients dividing samples into 2 groups; experimental group and comparative group, each group consisted of 30 samples. The experimental group was used for the developed caring system while the comparison group was used for traditional care. Research tools included diabetes mellitus caring system, questionnaire, medical record form, pre and post tests, and blood sugar level record. Data analysis was performed by descriptive statistics, Chi-square test, Independent t-test and Paired sample t-test.

The results revealed that the developed caring system consisted of reminders to come for treatment by appointment, medical treatment and education, follow-up and encourage patients for coming to treatment each month. The results of using the developed system demonstrated that miss appointment diabetes mellitus patients had average knowledge about diabetes mellitus and self care behavior scores more than before using this system, and blood sugar level statistically decreased (p -value < 0.01). The developed caring system resulted in more average diabetes mellitus knowledge and self care behavior scores more than the traditional care system, and average blood sugar statistically decreased compared to the traditional care system (p -value < 0.001). Most users (83.3%) were satisfied with the developed caring system. This developed patient care system can be extended to other health care facilities.

Keywords : Caring system, Diabetes mellitus, Self care behavior

บทนำ

โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus) เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ส่งผลต่ออวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย และเป็นต้นเหตุของการเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นอีกหลายประการ (นิตยา พันธุเวช และคณะ, 2554) โรคเบาหวานเป็นปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมของประเทศ โดยเฉพาะด้านคุณภาพของทรัพยากรมนุษย์ ทำให้ประชากรเสียชีวิตก่อนวัยอันควร เกิดการสูญเสียศักยภาพในการประกอบอาชีพ และผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย และโรคแทรกซ้อน (โสภณ เมฆธน, 2557) เกิดความสูญเสียปีสุขภาวะและส่งผลกระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมอย่างรุนแรง อีกทั้ง ส่งผลต่อการใช้งบประมาณของภาครัฐในการดูแลจัดสวัสดิการที่เกี่ยวข้องกับทางการแพทย์ ซึ่งเป็นภาระและการสูญเสียที่ส่งผลกระทบต่อประเทศ ตลอดจนการขับเคลื่อนเศรษฐกิจของประเทศ (ปานทิพย์ รัตนศิลป์ กัลยาณี และกิตติพัฒน์ โสภิตธรรมคุณ, 2559) ปัจจุบันคนไทยป่วยเป็นโรคเบาหวาน 4.8 ล้านคน หรือ 1 ใน 11 คนที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 9.8 อัตราป่วยเพิ่มขึ้นประมาณ 1 แสนคนต่อปี ร้อยละ 40 ไม่รู้ว่าตัวเองป่วย ขณะที่ผู้ได้รับการวินิจฉัยและดูแลรักษามีเพียงร้อยละ 54.1 หรือเพียง 2.6 ล้านคน ในจำนวนนี้มีเพียง 1 ใน 3 คน ที่สามารถบรรลุเป้าหมายในการรักษา ทำให้อัตราการเสียชีวิตจากโรคเบาหวานในประเทศไทยมีมากถึง 200 รายต่อวัน มีการคาดการณ์ว่าความชุกของโรคเบาหวานจะเพิ่มสูงขึ้นถึง 5.3 ล้านคนภายในปี 2583 (วรณัฏ นิธิยานันท์, 2563) เป้าหมายของการควบคุมโรคเบาหวานคือ ต้องควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหารให้อยู่ในระดับ 90 – 130 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หรือระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ (HbA1C) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 7 (American Diabetic Association [ADA], 2007)

เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันและเรื้อรัง ที่มีผลกระทบต่อระบบหลอดเลือดขนาดเล็กใหญ่ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง จอตาเสื่อมและเกิดตาบอด และการเสื่อมของหน่วยไตและเกิดไตวาย ดังนั้น ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะต้องมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง จะทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และลดภาวะแทรกซ้อนอันจะทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิต (สุปวีณ์ ธนอัครวนนท์ และคณะ, 2554) นอกจากนี้ผู้ป่วยต้องมารักษาตามนัด เพื่อประเมินผลการรักษา และรับยาไปรับประทานอย่างต่อเนื่อง การดูแลตนเองด้วยการไปพบแพทย์ตามนัดอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ซึ่งเป็นกิจกรรมหนึ่งในความรับผิดชอบต่อสุขภาพ เนื่องจากการป่วยเป็นโรคเบาหวานต้องมารับการตรวจน้ำตาลในเลือด ตรวจสอบสุขภาพทั่วไป ได้รับความรู้และคำแนะนำที่ถูกต้องและเหมาะสม ตลอดจนได้รับการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยที่ไม่มีอาการ (อารยา ทองผิว, 2555) ดังนั้น การไปพบแพทย์ตามนัดอย่างต่อเนื่อง จึงเป็นกิจกรรมการดูแลตนเองที่สำคัญ ที่ทำให้การรักษาได้ผลดีทั้งในระยะสั้นและระยะยาว การที่ผู้ป่วยผัดนัดจะมีผลทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในระดับปกติได้ และยังพบว่าความร่วมมือในการรับประทานยาไม่ดี ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ มีการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ผู้ป่วยที่ผัดนัดในการรักษาบ่อย ๆ จะมีระดับน้ำตาลในเลือดกับการดูแลตนเองที่แย่กว่ากลุ่มที่มาพบแพทย์ตรงตามนัด (Karter, et al., 2004) สำหรับในประเทศไทย พบว่า การผัดนัดเป็นประจำทำให้ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดที่ปลายนิ้ว (Dextrostix : DTX) และระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1C) เพิ่มมากขึ้น (วริศรา ลูวีระ และเสาวนันท บำเรอราช, 2556) และการผัดนัดมีความสัมพันธ์กับการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน

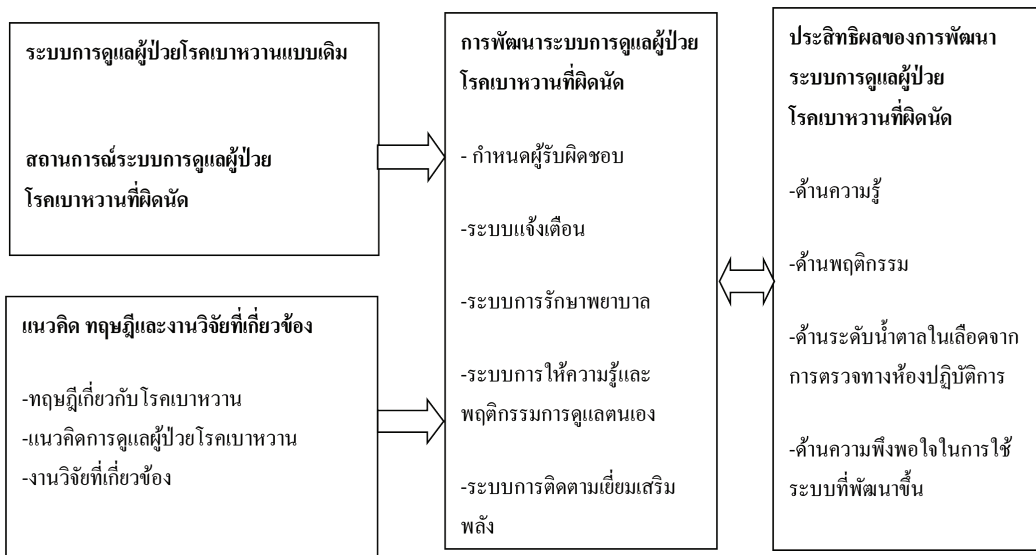
ชนิดที่ 2 (ปกาสติ โอวาทกานนท์, 2554) โรงพยาบาลเกาะพีพี จังหวัดกระบี่ มีผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 99 คน ผิดนัดจำนวน 97 คน (ร้อยละ 97.9) สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เพียง ร้อยละ 29.9 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่, 2564) ทั้งนี้โรงพยาบาลเกาะพีพียังไม่มีระบบการดูแลผู้ป่วยที่ผิดนัด เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผิดนัดดังกล่าวมารักษาตามนัด และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มากขึ้น ลดหรือชะลอการเกิดโรคแทรกซ้อน และการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้วิจัยจึงได้วิจัยพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผิดนัด โรงพยาบาลเกาะพีพี เพื่อจะได้มีระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผิดนัด ไปพิจารณาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผิดนัดของโรงพยาบาลเกาะพีพี และโรงพยาบาลในพื้นที่อื่น ๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาสถานการณ์ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผิดนัด
2. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผิดนัด
3. ประเมินประสิทธิผลของระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผิดนัดที่พัฒนาขึ้น
4. ประเมินความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผิดนัดที่พัฒนาขึ้น

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผิดนัด ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร ทฤษฎี แนวคิด สถานการณ์และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผิดนัด สรุปสาระสำคัญมา กำหนด กรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

นิยามศัพท์

การผิदनัด หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่มารักษาตามที่แพทย์นัด อย่างน้อย 1 ครั้ง ในปี 2563 ถึงก่อนการศึกษา

ประสิทธิผลของระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผิदनัด หมายถึง ผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินการตามระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผิदनัด โดยประเมินจากความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยการพัฒนา ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตามแนวทางของ Dey & Hariharan (2006) ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดขั้นตอน การวิจัยและพัฒนาเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผิदनัด การเกิดภาวะแทรกซ้อน พฤติกรรมการดูแลตนเอง การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความพึงพอใจในการรับบริการของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผิदनัด

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผิदनัดอย่างน้อย 1 ครั้ง ในปี 2563 และมารักษาที่โรงพยาบาลเกาะพีพี ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2562 ถึง 30 กันยายน 2563 ซึ่งมีทั้งหมด จำนวน 97 คน ดำเนินการเลือกตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้

1. ผู้ป่วยอายุ 15 ปี ขึ้นไป ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2
2. ป่วยเป็นโรคเบาหวานที่เคยมีประวัติผิदनัด อย่างน้อย 1 ครั้ง ในปี 2563 ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2562 ถึง 30 กันยายน 2563 และมาตรวจรักษาที่แผนก

ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเกาะพีพี

3. สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และเป็นผู้ที่ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการระดมสมองแพทย์ 1 คน และพยาบาล 5 คน ของโรงพยาบาลเกาะพีพี จังหวัดกระบี่ โดยการเลือกตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจง ซึ่งเป็นผู้ให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน และยินดีเข้าร่วมศึกษาวิจัย จำนวน 6 คน

ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้นำข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1 มาพิจารณาประชุมระดมสมอง เพื่อระบุนโยบายการที่ต้องการพัฒนาในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมกับโรคที่เป็น และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ค้นหาประเด็นที่ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมที่เหมาะสมกับโรคที่เป็น ค้นหาวิธีการแก้ปัญหา และหาวิธีการวัดผลการพัฒนา

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินประสิทธิผลระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผิदनัด ที่ได้พัฒนาขึ้น ในด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือด โดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผิदनัด แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มทดลอง (กลุ่มที่ได้รับการดูแลด้วยระบบที่ได้พัฒนาขึ้น) จำนวน 30 คน ที่สมัครใจเข้ารับระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้พัฒนาขึ้น
2. กลุ่มเปรียบเทียบ (กลุ่มที่ได้รับการดูแลด้วยวิธีการเดิม ๆ ที่ปฏิบัติกันมา) จำนวน 30 คน ที่มารักษาตามปกติที่โรงพยาบาลเคยให้บริการ ซึ่งยินดีที่จะเข้าร่วมการศึกษาในกลุ่มนี้

การเลือกผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง โดยการเลือกตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจง ซึ่งมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

1. ผู้ป่วยอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2

2. เป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (1 ครั้งสุดท้ายที่มารักษาที่โรงพยาบาล เกาะพีพี มีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 130 mg / dl) และไม่มีโรคแทรกซ้อนจากการป่วยเป็นโรคเบาหวาน

3. เป็นผู้ที่ยินดีร่วมมือในการรักษา และอยู่ร่วมการศึกษาได้ครบ 3 เดือน ในการคัดเลือกผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว ผู้วิจัยได้จับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะต่าง ๆ ใกล้เคียงกัน ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวาน และดัชนีมวลกาย ซึ่งถือว่าเป็นตัวแปรควบคุม แล้วแยกเข้ากลุ่มทดลอง/กลุ่มเปรียบเทียบ ตามความสมัครใจ

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบลักษณะส่วนบุคคลระหว่าง 2 กลุ่มดังกล่าว โดยใช้ Chi - square test พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีลักษณะไม่แตกต่างกัน เหมาะสมต่อการเปรียบเทียบประสิทธิผลระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผิคนัด

เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่

1. การศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผิคนัด ในโรงพยาบาลเกาะพีพี ได้ใช้เครื่องมือในการศึกษา ดังนี้

1.1 แบบสอบถามผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ลักษณะและเหตุผลการผิคนัด และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งจะใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

1.2 แบบบันทึกการรักษาพยาบาล ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า ค่า (Fasting Blood Sugar : FBS) ในปัจจุบัน (วันที่มาตรวจ) และ 2 ครั้งก่อนการมาตรวจในปัจจุบัน และภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน เก็บข้อมูลบันทึกจาก OPD Card และหรือผลการตรวจ

ทางห้องปฏิบัติการ (ในส่วนของระดับน้ำตาลในเลือด)

2. ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผิคนัด ใช้เป็นเครื่องมือในการวิจัย ซึ่งได้จากการศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผิคนัดที่พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่ ร้อยละ 76.3 ผิคนัดบ้างเป็นบางครั้ง ซึ่งการผิคนัดดังกล่าว ร้อยละ 10.3 จะมาพบแพทย์ก่อนนัด (มาวันนัดจะไม่สะดวกหรือมาไม่ได้ ร้อยละ 9.2 และจำวันนัดไม่ได้ ร้อยละ 1.0) ส่วน ร้อยละ 89.7 จะมาพบแพทย์หลังนัด (ไม่สะดวกหรือมาไม่ได้ ร้อยละ 76.2 ลืมวันนัด ร้อยละ 15.5 และไม่มีใครพามา ร้อยละ 2.0 ตามลำดับ) ทั้งนี้ ในเรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยดังกล่าว พบว่า ในด้านการรับประทานอาหาร มีพฤติกรรมไม่ถูกต้องในเรื่องดื่มน้ำชา กาแฟ โดยใส่น้ำตาล ครีมเทียมหรือนมข้นหวาน รับประทานขนมหวาน ของหวานหลังอาหาร/ระหว่างมื้อ และรับประทานอาหารจำพวกทอดหรืออาหารที่มีไขมันมาก ด้านการออกกำลังกาย มีพฤติกรรมไม่ถูกต้องในเรื่อง ออกกำลังกายอย่างน้อย 3 วัน/สัปดาห์ และใช้เวลาในการออกกำลังกายนานครั้งละ 30 นาที ด้านการจัดการกับความเครียด มีพฤติกรรมไม่ถูกต้องในเรื่องเมื่อมีเรื่องไม่สบายใจจะปรึกษากับผู้ใกล้ชิด เมื่อเกิดความเครียดมีการผ่อนคลายด้วยวิธีการต่าง ๆ และเมื่อเกิดความโกรธ หงุดหงิดสามารถควบคุมอารมณ์ได้ ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง มีพฤติกรรมไม่ถูกต้องในเรื่องควบคุมน้ำหนักตัวไม่เพิ่มขึ้น และด้านการเฝ้าระวังโรค คือ เมื่อมีอาการผิดปกติจะมาพบเจ้าหน้าที่ทันทีที่กำหนดนัด ในเรื่องการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 70.1 ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้พบเพียงร้อยละ 29.9 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ได้นำข้อมูลดังกล่าวมาพิจารณา ร่วมกับการระดมสมองจัดทำระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผิคนัด ได้ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผิคนัดสำหรับกลุ่มทดลอง ดังนี้

ครั้งที่ 1 (เดือนแรก)

(1) การแจ้งเตือนให้มารักษาตามนัด ก่อนวันที่ผู้ป่วยจะต้องมารับการรักษาตามนัด 1 - 2 วัน พยาบาลจะโทรศัพท์หรือส่งข้อความทางระบบ Line application (แล้วแต่กรณีที่มีระบบสื่อสาร) ไปยังผู้ป่วยหรือญาติ เพื่อให้ผู้ป่วยมารับการรักษาตามวันทีนัดหมาย แต่ถ้าผู้ป่วยไม่มีโทรศัพท์ ก็จะแจ้งไปยัง อสม. ที่รับผิดชอบในพื้นที่ ๆ ผู้ป่วยอาศัยอยู่ ให้ติดตามผู้ป่วยไปรักษาตามวันทีนัดหมายให้มาพบแพทย์ หากผู้ป่วยไม่สามารถมารักษาตามนัดได้ ก็ให้นัดให้ผู้ป่วยรีบมารักษาให้เร็วที่สุด

(2) การรักษาพยาบาลและให้ความรู้ เมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์

2.1 ให้การตรวจรักษาโดยแพทย์

2.2 หลังจากแพทย์ตรวจเสร็จแล้ว

พยาบาลดำเนินการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นรายกลุ่ม ๆ ละ 2 - 3 คน ซึ่งจะเน้นในเรื่องที่เป็นปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์ผู้ป่วย (โดยการพูดคุย และใช้สื่อประกอบ) พร้อมซักถามและประเมินพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และให้คำแนะนำถึงการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม

(3) การติดตาม และให้กำลังใจผู้ป่วย 15 วัน หลังจากผู้ป่วยกลับบ้านแล้ว พยาบาลก็โทรศัพท์หรือส่งข้อความทางระบบ Line application สอบถามถึงการปฏิบัติตัว และให้คำแนะนำพร้อมให้กำลังใจผู้ป่วย ให้ปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง กรณีที่ไม่สามารถติดต่อผู้ป่วยได้ก็จะประสาน อสม.ในพื้นที่ทำการเยี่ยมบ้านให้คำแนะนำ

ครั้งที่ 2 (เดือนที่ 2)

(1) การแจ้งเตือนให้มารักษาตามนัด ก่อนวันที่ผู้ป่วยจะต้องมารับการรักษาตามนัด 1 - 2 วัน พยาบาลจะโทรศัพท์หรือส่งข้อความทางระบบ Line

application ไปยังผู้ป่วยหรือญาติ เพื่อให้ผู้ป่วยมารับการรักษาตามวันทีนัดหมาย แต่ถ้าผู้ป่วยไม่มีโทรศัพท์ ก็จะแจ้งไปยัง อสม. ที่รับผิดชอบในพื้นที่ ๆ ผู้ป่วยอาศัยอยู่ ให้ติดตามผู้ป่วยไปรักษาตามวันทีนัดหมายให้มาพบแพทย์

(2) การรักษาพยาบาลและให้ความรู้ เมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์

2.1 ให้การตรวจรักษาโดยแพทย์

2.2 หลังจากแพทย์ตรวจเสร็จแล้ว

พยาบาลพูดคุยซักถามเป็นรายกลุ่ม ๆ ละ 2 - 3 คน ถึงความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และการปฏิบัติตัวและให้คำแนะนำเพิ่มเติมในส่วนที่ผู้ป่วยยังไม่รู้ไม่เข้าใจ หรือยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง

(3) การติดตาม และให้กำลังใจผู้ป่วย 15 วัน หลังจากผู้ป่วยกลับบ้านแล้ว พยาบาลก็โทรศัพท์หรือส่งข้อความทางระบบ Line application สอบถามถึงการปฏิบัติตัว โดยจะเน้นในส่วนที่ยังปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องจากการมาครั้งแรก พร้อมเสริมพลังให้กำลังใจผู้ป่วยให้ปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง กรณีที่ไม่สามารถติดต่อผู้ป่วยได้ก็จะประสาน อสม.ในพื้นที่ทำการเยี่ยมบ้านให้คำแนะนำ และเน้นย้ำให้ผู้ป่วยมารักษาตามนัดในครั้งต่อไป

ครั้งที่ 3 (เดือนที่ 3)

(1) การแจ้งเตือนให้มารักษาตามนัด ในครั้งนี้ก็จะไม่ได้โทรนัด หรือติดตามผู้ป่วยก่อนวันนัด แต่ถ้าหากผู้ป่วยไม่มาตามนัด พยาบาลจะโทรศัพท์หรือส่งข้อความทางระบบ Line application ไปยังผู้ป่วยหรือญาติ เพื่อให้ผู้ป่วยมารับการรักษาให้เร็วที่สุด ซึ่งถ้าผู้ป่วยไม่มีโทรศัพท์ ก็จะแจ้งไปยัง อสม. ที่รับผิดชอบในพื้นที่ ที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ ให้ติดตามผู้ป่วยให้มาพบแพทย์โดยเร็วที่สุด

(2) การรักษาพยาบาลและให้ความรู้ เมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์

2.1 ให้การตรวจรักษาโดยแพทย์

2.2 แพทย์ และพยาบาลดำเนินการประเมินการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยพร้อมกับพิจารณาผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดทั้ง 3 เดือน ว่าดีขึ้นหรือไม่ (ค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS < 130 mg/dl หรือมีแนวโน้มลดลงใกล้ 130 mg/dl) ถือว่าผู้ป่วยมีแนวโน้ม / ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ แต่ถ้าไม่มีแนวโน้มลดลง หรือยังสูงเท่ากับหรือใกล้เคียงกับครั้งแรก หรือสูงมากขึ้น จะพิจารณาหาสาเหตุ โดยให้พยาบาลและทีมงานทำการเยี่ยมบ้านเพื่อหาสาเหตุ พร้อมทั้งส่งเสริมสนับสนุนให้ญาติช่วยดูแลด้วยอีกทางหนึ่ง และอาจจะพิจารณาปรับขนาดยาให้เหมาะสมร่วมด้วย แล้วนำผู้ป่วยเข้าสู่การเริ่มต้นระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผิคนัดใหม่ต่อไป

(3) การติดตาม และให้กำลังใจผู้ป่วย กรณีผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี หรือมีแนวโน้มควบคุมระดับน้ำตาลได้ พยาบาลก็โทรศัพท์หรือส่งข้อความทางระบบ Line application สอบถามถึงการปฏิบัติตัว เพื่อเฝ้าระวัง ให้คำแนะนำที่เหมาะสมพร้อมให้กำลังใจ และเน้นย้ำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาตามนัดสำหรับกลุ่มเปรียบเทียบ (กลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบเดิม) แพทย์ทำการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานแล้วให้คำแนะนำ หรือพยาบาลเป็นผู้ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรคเบาหวานที่เป็น แล้วให้ผู้ป่วยรับยากลับบ้าน ในการมารับรักษาแต่ละครั้ง

3. แบบทดสอบก่อนและหลังการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผิคนัด ได้แก่

3.1 แบบทดสอบก่อนและหลัง ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ทั้งนี้ ความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้ใช้แบบวัดมีลักษณะเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) วัดความพึงพอใจในแต่ละประเด็นจำนวน 12 ข้อ และความพึงพอใจโดยรวม จำนวน 1 ข้อ ว่ามีความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับ มาก ปานกลาง น้อย และไม่พึงพอใจ แบ่งเกณฑ์การพิจารณาในแต่ละข้อดังนี้คือ ถ้าตอบมาก ให้คะแนน 3 คะแนน ปานกลาง ให้คะแนน 2 คะแนน น้อย ให้คะแนน 1 คะแนน และไม่พอใจ ให้คะแนน 0 คะแนน (ใช้ถามเฉพาะกลุ่มที่ใช้ระบบหลังการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน)

3.2 แบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า (ค่า FBS) ซึ่งเก็บข้อมูลก่อนและหลังการศึกษา (3 เดือน) ทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

คุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือนัดกล่าวได้ผ่านการตรวจสอบความตรงทางด้านเนื้อหา (Content validity) และมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objectives Congruence : IOC) ของแต่ละข้อคำถามอยู่ระหว่าง 0.6 – 1.0 ซึ่งถือว่าใช้ได้ นอกจากนี้ได้วิเคราะห์ความเชื่อถือได้ของมาตรวัด โดยใช้วิธีการวัดความสอดคล้องภายใน (Internal consistency method) แบบครอนบาค อัลฟา (Cronbach's alpha) ผลการวิเคราะห์ได้ค่าความเชื่อถือของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน = 0.71 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง = 0.75 และแบบวัดความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผิคนัด = 0.91

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เก็บข้อมูลสถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผิคนัด และระดับน้ำตาลในเลือด ในเดือนสิงหาคม 2564

2. เก็บข้อมูลการทดสอบก่อนและหลังการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผิคนัด และ

แบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด โดย

ครั้งที่ 1 เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง ในเดือน
ตุลาคม 2564

ครั้งที่ 2 เก็บข้อมูลภายหลังการดำเนินการ
ครบ 3 เดือน ในเดือนมกราคม 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติ ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้วิเคราะห์

1.1 สถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวาน
ที่ผิคนัด โรงพยาบาลเกาะพีพี เกี่ยวกับลักษณะส่วน
บุคคล พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความสามารถ
ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

1.2 ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่ม
ทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ และความพึงพอใจต่อ
ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในการศึกษา
ประสิทธิภาพระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผิคนัด

2. สถิติเชิงวิเคราะห์

2.1 เปรียบเทียบลักษณะส่วนบุคคล
ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อพิสูจน์
ทางสถิติให้เห็นว่าทั้งสองกลุ่มดังกล่าวมีลักษณะที่
คล้ายกันหรือไม่ โดยใช้ Chi-square test

2.2 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับ
โรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับ
น้ำตาลในเลือด โดยใช้สถิติดังนี้

- Independent t-test ใช้เปรียบเทียบ
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการ
ดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือด ระหว่างกลุ่ม
ทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

- Paired t-test ใช้เปรียบเทียบ
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแล
ตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนกับหลังการ
ทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากสำนักงาน
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน จังหวัดกระบี่
โดยมีหนังสือรับรอง เลขที่ COA No. KB-IRB 2021
/15.1806 ลงวันที่ 18 มิถุนายน 2564

ผลการวิจัย

สถานการณ์ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบา หวานที่ผิคนัด

จากการศึกษา พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มา
รับการรักษา ที่โรงพยาบาลเกาะพีพี ตั้งแต่ 1 ตุลาคม
2562 ถึง 31 กันยายน 2563 มีจำนวน 99 ราย
มารับบริการไม่ตรงตามนัดจำนวน 97 ราย คิดเป็น
ร้อยละ 97.9 โรงพยาบาลเกาะพีพี มีระบบการดูแล
ผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัด โดยใช้วิธีการโทรศัพท์วิธีเดียว
พบว่าผู้ป่วยไม่มาตามนัด ไม่มีระบบการแจ้งเตือนล่วงหน้า
และ ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในคลินิกเบาหวานของ
โรงพยาบาลเกาะพีพี ทุกรายได้รับการตรวจระดับ
น้ำตาลในเลือดเพื่อติดตามระดับน้ำตาลในเลือด มีการ
ให้คำแนะนำให้กับผู้ป่วยรายที่มีผลระดับน้ำตาลใน
เลือดผิดปกติแบบเฉพาะราย ส่วนการให้ความรู้เรื่อง
โรคเบาหวานโดยวิธีการติดโปสเตอร์ไว้ที่บริเวณคลินิก
เบาหวาน ไม่มีแผนการเยี่ยมติดตามผู้ป่วยในพื้นที่

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่ผิคนัด

1. กำหนดผู้รับผิดชอบ และบทบาทหน้าที่ใน
การติดตามผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยพยาบาลผู้รับผิดชอบ
คลินิกเบาหวาน และ อสม. ในพื้นที่

2. พัฒนาระบบการแจ้งเตือนล่วงหน้า โดย
ให้ผู้รับผิดชอบโทรติดตามผู้ป่วยก่อนวันนัด 1-2 วัน
ทุกราย และ จัดตั้งกลุ่มไลน์ผู้รับผิดชอบ เพื่อเป็นช่อง
ทางการแจ้งข้อมูลข่าวสาร การประสาน และ
การติดตามผลการดำเนินงาน

3. กำหนดเนื้อหาและรูปแบบการให้ความรู้กับผู้ป่วยเบาหวาน ส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

4. จัดทำแผนการเยี่ยมติดตามผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่ ติดตามเยี่ยมเสริมพลังตามแผน และนำผลการติดตามมาวิเคราะห์ ส่งเคราะห์ปรับใช้ด้วยกระบวนการคุณภาพ PDCA

ประสิทธิผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผิคนัด

ผู้วิจัยศึกษาเปรียบเทียบประเด็นความรู้เรื่องโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือด ระหว่างกลุ่มทดลอง กับกลุ่มเปรียบเทียบ ผลการศึกษาปรากฏ ดังนี้

1. ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือด เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ในช่วงก่อนและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน 10.4 คะแนน พฤติกรรมการดูแลตนเอง 55.1 คะแนน และมีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 159.9 mg / dl ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน 11.0

คะแนน พฤติกรรมการดูแลตนเอง 55.6 คะแนน และมีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 164.9 mg /dl เมื่อเมื่อเปรียบเทียบเรื่องดังกล่าวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value > 0.05) หมายความว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเองใกล้เคียงกัน และระดับน้ำตาลในเลือดใกล้เคียงกัน

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน 13.1 คะแนน พฤติกรรมการดูแลตนเอง 60.4 คะแนน และมีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 129.2 mg / dl ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน 11.2 คะแนน พฤติกรรมการดูแลตนเอง 56.3 คะแนน และมีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 172.8 mg / dl เมื่อเปรียบเทียบประเด็นดังกล่าวระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกประเด็น (P-value < 0.01) หมายความว่า กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือด ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบในช่วง หลังการทดลอง

หลังการทดลอง	n	(\bar{X})	S.D.	t-value	df	P-value
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน						
กลุ่มทดลอง	30	13.1	2.0	3.699	58	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	11.2	1.9			
พฤติกรรมการดูแลตนเอง						
กลุ่มทดลอง	30	60.4	5.8	2.984	58	0.004
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	56.3	4.5			

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือด ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบในช่วง หลังการทดลอง (ต่อ)

หลังการทดลอง	n	(\bar{X})	S.D.	t-value	df	P-value
ระดับน้ำตาลในเลือด						
กลุ่มทดลอง	30	129.2	18.0	-4.045	34.8	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	172.8	56.2			

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือด เปรียบเทียบก่อนกับหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน 10.4 คะแนน พฤติกรรมการดูแลตนเอง 55.1 คะแนน และระดับน้ำตาลในเลือด 159.2 mg / dl ส่วนหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน 13.1 คะแนน พฤติกรรม

การดูแลตนเอง 60.4 คะแนน และระดับน้ำตาลในเลือด 129.2 mg / dl เมื่อเปรียบเทียบประเด็นดังกล่าว ก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในทุกประเด็น (P-value <0.001) หมายความว่า กลุ่มทดลอง หลังการทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือด ดีกว่าก่อนการทดลอง รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือด ของกลุ่มทดลองในช่วง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

หลังการทดลอง	n	(\bar{X})	S.D.	t-value	df	P-value
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน						
กลุ่มทดลอง	30	10.4	2.0	-8.887	29	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	13.1	2.0			
พฤติกรรมการดูแลตนเอง						
กลุ่มทดลอง	30	55.1	7.6	-7.318	29	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	60.4	5.8			
ระดับน้ำตาลในเลือด						
กลุ่มทดลอง	30	159.9	34.6	7.235	29	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	129.2	18.0			

กลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน 11.0 คะแนน พฤติกรรมการดูแลตนเอง 55.6 คะแนน และระดับน้ำตาลในเลือด 164.9 mg / dl ส่วนหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน 11.2 คะแนน พฤติกรรมการดูแลตนเอง 56.3 คะแนน และระดับน้ำตาลในเลือด 172.8 mg / dl เมื่อเปรียบเทียบประเด็นดังกล่าว ก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value > 0.05) ในทุกประเด็น หมายความว่า กลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือด ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง

ด้านความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผิคนัด ในภาพรวม พบว่า ร้อยละ 83.3 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการดูแลด้วยระบบที่พัฒนาใหม่ มีความพึงพอใจมาก รองลงมา ร้อยละ 16.7 มีความพึงพอใจปานกลาง

อภิปรายผล

จากการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ผิคนัด ซึ่งได้จัดให้มีระบบการแจ้งเตือนให้มารักษาตามนัดด้วยการโทรศัพท์หรือส่งข้อความทางระบบ Line application หรือให้ อสม.เป็นผู้ติดตาม ให้การรักษาพยาบาล ให้ความรู้ และประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย เมื่อมารักษาในแต่ละเดือน และเมื่อนำระบบดังกล่าวมาใช้ พบว่า ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผิคนัดมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น มีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง และมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง ดีกว่าการดูแลแบบเดิม ๆ มีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยลดลงมากกว่าการดูแลแบบเดิม ๆ ผู้ใช้ระบบที่พัฒนามีความพึงพอใจมากถึงร้อยละ 83.3

ทั้งนี้ ระบบที่พัฒนานี้ ได้มีการแจ้งเตือนให้ผู้ป่วยมารักษาตามนัด ทำให้ผู้ป่วยตระหนักที่จะมารักษาพยาบาล และมารักษาตรงตามนัด นอกจากนี้ มีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยมีการซักถาม และประเมินความรู้ หาพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือไม่ถูกต้อง พร้อมให้คำแนะนำในส่วนขาดหรือส่วนที่ยังไม่รู้ หรือยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง เป็นการเติมเต็มในส่วนที่ยังเป็นปัญหาของผู้ป่วย และเป็นการใส่ใจติดตามการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นการสื่อสารและดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด หากผู้ป่วยไม่เข้าใจก็จะได้ซักถามได้ (Beckie, 1989) นอกจากนี้ ก็มีการประเมินการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ เพื่อนำสิ่งที่ผู้ป่วยยังปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องมาปรับปรุงแก้ไขให้มีพฤติกรรมที่ถูกต้อง มีการให้กำลังใจผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีพลังกายและใจที่จะปฏิบัติตัวให้ถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้น อีกทั้งมีการติดตามผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ เพื่อทราบความก้าวหน้าในการรักษาพยาบาล พร้อมทั้งซักถามถึงการปฏิบัติตนของผู้ป่วย ซึ่งหากผู้ป่วยยังไม่เข้าใจ หรือยังไม่ปฏิบัติ ก็จะเน้นย้ำให้ผู้ป่วยเข้าใจและเกิดการปฏิบัติ เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง (Rice, 2010) ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ หรือได้ดีขึ้น ต่างจากระบบเดิมที่เคยปฏิบัติ คือ แพทย์ทำการรักษาพยาบาล ให้คำแนะนำ และพยาบาลให้คำแนะนำ แล้วให้ผู้ป่วยรับยา และกลับบ้าน ซึ่งพบในทางปฏิบัติว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของศุภมิตร ปาณรูป (2562) พบว่า การแจ้ง/ติดตามให้ผู้ป่วยมาทำการรักษา ให้ความรู้ คำแนะนำ และประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผิคนัดมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น และมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ดีกว่าการดูแลแบบเดิม ๆ มยุรี เทียงสกุล (2561);

อนุชา วรหาญ (2560) พบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเอง ให้คำแนะนำในการปฏิบัติในการดูแลตนเอง ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง ที่ดีขึ้น และทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง นันทพร บุษราคัมวดี และยุวมาลัย ศรีปัญญาภูมิศักดิ์ (2555) พบว่า การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีการเสริมพลัง ให้กำลังใจ และติดตาม ประเมินผลเป็นระยะ ๆ ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม และเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ควรนำระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่น ๆ

เอกสารอ้างอิง

นันทพร บุษราคัมวดี และยุวมาลัย ศรีปัญญาภูมิศักดิ์. (2555). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลนครนายก. วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 5(2); 114 – 129.

นิตยา พันธเวทย์, เมตตา คำพิบูลย์ และนุชรี อาบสุวรรณ. (2555). ประเด็นรณรงค์วันเบาหวานโลก ปี 2554. กรุงเทพฯ: สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.

ปกาสิต โอวาทกานนท์. (2554). ผลการดูแลรักษาเบาหวานและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลทรายมูล. ศรีนครินทร์เวชสาร, 6(24); 339 – 349.

ปานทิพย์ รัตนศิลป์กุลชาญ และกิตติพัฒน์ โสภิตธรรมคุณ. (2559). อันตรายจากโรคเบาหวาน. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี หัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ, 81, 2(2); 1-8.

มยุรี เทียงสกุล. (2561). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า. สมุทรสงคราม: รายงานวิจัย.

วรรณิ นิธิยานันท์. (2563). ไทยป่วยเบาหวานพุ่งสูงต่อเนื่องแตะ 4.8 ล้านคน ชี้ ‘เนือยนิ่ง-อ้วน-อายุมาก’ ต้นเหตุ. ค้นเมื่อ ธันวาคม 23, 2564, จาก <https://www.hfocus.org/content/2019/11/18014>

วริศรา ลูวีระ และเสาวนันทน์ บำเรอราช. (2556). การผิคนัดและตัวชี้วัดทางคลินิกของผลการดูแลในผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิสามเหลี่ยมโรงพยาบาลศรีนครินทร์. ศรีนครินทร์วารสารการแพทย์. ค้นเมื่อ มกราคม 10, 2565, จาก http://www.smj.ejnal.com/e-journal/showdetail/?show_detail=T&art_id=1897

ศุภมิตร ปาณธูป. (2562). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผิคนัด. อดุตรดิตถ์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอดุตรดิตถ์.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่. (2564). รายงานผู้ป่วยโรคเบาหวาน. กระบี่ : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่.

สุปวีณ์ ธนอัครนนท์, เอกชัย คำลือ, ธาราทิพย์ อุทศน์, พร้อมพันธ์ คุ้มเนตร และวัชร ผลมาก. (2554). เหตุผลการผิคนัดของผู้ป่วยเบาหวานคลินิกเบาหวาน. วารสารโรงพยาบาลแพร่, 19(2); 85-95.

- โสภณ เมฆธน. (2557). สธ.ห่วงคนไทยป่วยโรคไม่ติดต่อ 14 ล.ตายปีละ 3 แสน. คั่นเมื่อมกราคม 10, 2565, จาก <http://www.thairath.co.th/content/435167>
- อนุชา วรหาญ. (2560). การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลเลขาวิทย.กาญจนบุรี : รายงานวิจัย.
- อารยา ทองพิว. (2550). การดูแลสุขภาพทั่วไปและการดูแลตนเองในภาวะพิเศษ. กรุงเทพฯ: คัลเลอร์ฮาร์โมนี.
- American Diabetes Association [ADA]. (2007). Standards of medical care for patients with diabetes mellitus. *Diabetes care*, 30; S4-40.
- Beckie T. (1989). A supportive-educative telephone program: impact on knowledge and anxiety after coronary artery bypass graft surgery. *Heart Lung*, 18; 46-55.
- Dey, K. P., & Hariharan, S. (2006). Integrated approach to healthcare Quality management: A case study. *The TQM Magazine*, 18(6); 583-605.
- Karter AJ, Parker MN, Moffet HH, Ahmed AT, Ferrara A, Liu JY, et al. (2004). Missed appointment and poor glycemic control : an opportunity to identified high-risk diabetes patients. *Med Care*, 42; 110-5.
- Rice, R. (2010). Telecaring in home care : Making a telephone visit. *Geriatric Nursing*, 21(1); 56-57.

การพัฒนากระบวนการงานและความพึงพอใจการให้บริการงานบริหารงานทั่วไป สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช

Work Process Development and The Satisfaction of General Administration in
The Office of Disease Prevention and Control 11, Nakhon Si Thammarat Province.

จินตนา จิราพันธ์

Jintana Jiraphan

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช

Office of Disease Prevention and Control 11, Nakhon Si Thammarat Province

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงพรรณนา (Cross-sectional descriptive research design) วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัญหา อุปสรรค การพัฒนากระบวนการขั้นตอนการปฏิบัติ และการประเมินผล ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างบุคลากรที่ปฏิบัติงานภายในหน่วยงาน จำนวน 91 คน ด้วยแบบสอบถามและแบบการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ ค่าเฉลี่ย T-test และ F-test ผลการศึกษาพบว่า

สภาพการบริหารงานบริหารทั่วไป ซึ่งมีระบบงานย่อย 4 งาน ได้แก่ งานธุรการและงานสารบรรณ งานการเงินและบัญชี งานพัสดุและยานพาหนะ และงานการเจ้าหน้าที่ โดยภาพรวม พบว่าปัญหาที่สำคัญ ได้แก่ กระบวนการและขั้นตอนในการปฏิบัติและให้บริการไม่ชัดเจน ช่องทางการให้และการเข้าถึงการบริการ ยังไม่ครอบคลุม และการให้บริการของบุคลากรยังไม่เป็นมืออาชีพ

แนวทางการพัฒนาการบริหารทั่วไป พบว่า การเพิ่มประสิทธิภาพของงานบริหารทั่วไปให้ดียิ่งขึ้น กว่าเดิมจะต้องกำหนดกระบวนการและขั้นตอนในการปฏิบัติงานที่ชัดเจน การปฏิบัติงานอย่างรับผิดชอบ ถูกต้อง รวดเร็ว ทันเวลา และเพิ่มช่องทางการให้บริการ พัฒนาสมรรถนะของเจ้าหน้าที่ทุกงานให้มีความรู้ความสามารถ ในงานสามารถให้บริการแล้วเสร็จตามเวลาที่กำหนด ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการหลังการพัฒนา กระบวนการในภาพรวม พบว่าระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก โดย งานธุรการและงานสารบรรณ ($\bar{x}=3.84$, S.D.= 0.58)งานการเงินและบัญชี ($\bar{x}=3.82$, S.D.= 0.55) งานพัสดุและยานพาหนะ ($\bar{x}=3.85$, S.D.= 0.65) และ งานการเจ้าหน้าที่ ($\bar{x}=3.94$, S.D.= 0.61) ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของกลุ่มงานต่าง ๆ มีความแตกต่างกันอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 (ค่าF =2.40) (sig=0.022) โดยงานกฎหมาย กลุ่มระดับปริญญาและตอบโต้ภาวะ ฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข มีค่าเฉลี่ยระดับความพึงพอใจน้อยและแตกต่างจากกลุ่มอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น .05

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย การพัฒนากระบวนการและขั้นตอนการปฏิบัติเพิ่มเติมเกี่ยวกับ การจัดประชุม ฝึกอบรมในและนอกสถานที่ การบริหารจัดการโครงการด้านการศึกษาวิจัย และการมีระบบการปรึกษาที่เป็น ความเชี่ยวชาญเฉพาะของกลุ่มบริหารทั่วไป เช่น เกี่ยวกับระเบียบงานพัสดุ การเงินและบัญชี และการเจ้าหน้าที่ มีการกำกับติดตามเป็นระบบ เพิ่มการฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพให้สมรรถนะเพิ่มขึ้นสามารถปฏิบัติงานได้อย่าง มีมืออาชีพ และมีการจัดการความรู้เกี่ยวกับงานบริหารงานทั่วไป

Abstract

This research used cross-sectional descriptive research design. The purpose of this study to study the current situation and existing problems of general administration, work process development, and evaluated satisfaction. The purpose of this study were collected data from 91 administrative officers in the work unit with questionnaire, group discussion. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and analysis by T-test, and F-test. The results showed as follows.

General administrative condition, with have four general management groups, namely administrative and encyclopedic work, finance and accounting work, parcel and vehicle work, and office work. Overall, major general administrative issues, including processes and procedures for providing services, were unclear. The channels for providing and accessing the service system do not cover all tasks, and the service of personnel is unprofessional.

The General Administration Development Guidelines found that improving the efficiency of general administration work must clearly define the processes and procedures for performing the work. Perform responsible, accurate, fast, timely and increase service channels, improve the performance of all staff to have the knowledge and ability to complete the service in due course. The overall evaluation of user satisfaction in the general management group is very high. By Administrative and Encyclopedia ($\bar{x}=3.84$, S.D.= 0.58) Finance and Accounting ($\bar{x}=3.82$, S.D.= 0.55) Parcel and vehicle work ($\bar{x}=3.85$, S.D.= 0.65) and office work ($\bar{x}=3.94$, S.D.= 0.61). Satisfaction average of different groups. There is a statistically significant difference of .05. By law, epidemiology and emergency response. There is a statistically significant average satisfaction level and differs from other groups at confidence level.05 ($F =2.40$) ($p=0.022$).

The research recommendations. Developing additional procedures and procedures on Organizing training on-site and outdoor meetings, research project management, and the expert consultation system of project management and general management department such as the regulations of supplies, finance and accounting, and officials. There is a systematic monitoring. Increase training to develop personnel to be more competent and able to work professionally, and has knowledge management about general administration tasks.

บทนำ

ตามมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 28 มิถุนายน 2548 ให้นำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ มาเป็นเครื่องในการดำเนินการเป็นการนำหลักเกณฑ์ และแนวคิดตามรางวัลคุณภาพแห่งชาติของ ประเทศสหรัฐอเมริกา Malcolm Baldrige National Quality Award (MBNQA) และรางวัลคุณภาพแห่งชาติของ ประเทศไทย Thailand Quality Award (TQA) มาปรับให้สอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาระบบราชการ ไทยและการดำเนินการตามพระราชกฤษฎีกาว่าด้วย หลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ.2546 (สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา, 2564) ดังนั้น เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ จึงเป็น กรอบในการประเมินองค์กรด้วยตนเอง เป็นแนวทาง ในการปรับปรุงการบริหารจัดการองค์กรเพื่อยกระดับ คุณภาพมาตรฐานการดำเนินงาน

การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (Public Sector Management Quality Award :PMQA) เป็นเครื่องมือการพัฒนาองค์กรตามยุทธศาสตร์หลัก ในการยกระดับคุณภาพระบบราชการไทยให้มีศักยภาพ และขีดความสามารถเทียบเท่าระดับสากล การนำ เครื่องมือนี้ไปดำเนินการส่วนราชการจะมีการพัฒนา อย่างต่อเนื่องตามเป้าประสงค์ของแผนยุทธศาสตร์ การพัฒนาระบบราชการไทย (พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2555) ที่ต้องการให้ส่วนราชการมีการปรับปรุงตนเองอย่าง รอบด้านและต่อเนื่อง มีขีดสมรรถนะสูงมีวิสัยทัศน์ และความรับผิดชอบต่อสังคมให้ความสำคัญกับ ประชาชนผู้รับบริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียปรับปรุง กระบวนการทำงานให้มีความคล่องตัวและมีประสิทธิ ภาพเพื่อส่งมอบบริการที่ดีให้กับประชาชนส่งเสริมให้ ข้าราชการพัฒนาตนเอง มีความคิดริเริ่มและเรียนรู้อย่าง ต่อเนื่องวางแผนและตัดสินใจอย่างมีเหตุผลโดยอาศัย ข้อมูลสารสนเทศ และทำงานโดยมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์

ตามกรอบแนวคิดการพัฒนาและวงจรคุณภาพการ บริการภาครัฐในปีงบประมาณ พ.ศ. 2553 (สำนักงาน คณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ, 2564) เป็นการ มุ่งเน้นให้หน่วยงานภาครัฐปรับปรุงองค์กร โดยการ วัดความสำเร็จของการดำเนินการ เพื่อผ่านเกณฑ์ คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐระดับพื้นฐานเป็น สำคัญ โดยได้ดำเนินกิจกรรมการส่งเสริมและการติดตาม ประเมินผลส่วนราชการทั้งในระดับกรม จังหวัด เพื่อให้สามารถพัฒนาระดับคุณภาพการบริหาร จัดการภาครัฐ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้ สะท้อนถึงความจริงและปัญหาที่สำคัญหลายประการ ในบริบทต่าง ๆ กล่าวคือนันทนา โรจนนุกุลพงษ์ (2550) ศึกษาการบริหารจัดการของสาธารณสุขอำเภอ ในมุมมองของสาธารณสุขอำเภอเอง และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อำเภอและสถานีอนามัยกรณีศึกษาสาธารณสุข อำเภอฉะเชิงเทรา ผลการศึกษาพบว่า ทัศนคติต่อ ประสิทธิภาพการบริหารจัดการภาพรวมมีระดับความ พึงพอใจในระดับปานกลาง เพื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านธุรการ การเงินและพัสดุมีความพึงพอใจระดับ ปานกลาง ปัจจัยด้าน เพศ อายุ สถานภาพสมรส วุฒิการศึกษา ตำแหน่ง อัตราเงินเดือน อายุราชการ ความ พึงพอใจในงาน การได้รับการเรียนรู้และอบรม การบริหารงาน ส่งผลกระทบต่อความพึงพอใจแตกต่างกัน อย่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และพิมพ์ลักษณ์ อยู่วัฒนา (2557) ศึกษาแนวทางการพัฒนาศักยภาพ บุคลากรสายสนับสนุน เครือข่ายบริการสาธารณสุข จังหวัดสมุทรสงคราม พบว่าปัญหาในการปฏิบัติงาน ของบุคลากรสายสนับสนุน ในทัศนะของผู้บริหาร มีปัญหาเรื่องคุณภาพของงาน งานล่าช้าขาด ฟ้าเลี้ยง หรือที่ปรึกษาช่วยในการตัดสินใจแก้ปัญหาใน บางงาน ขาดความสามารถในการเกษียณ หนังสือที่ ใช้ในงานราชการ ขาดศักยภาพในการคิด เชิงระบบ

และการวางแผน วิเคราะห์และตัดสินใจในงาน นอกจากนี้ อานันต์ ศิริ (2556) ศึกษาปัญหาและแนวทางการพัฒนางานบริหารงานบุคคลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้และสถานที่ปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน ส่งผลต่อความพึงพอใจในงานบริหารงานบุคคลแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วน ทองคำศรีเนตร และภคิน ไชยช่วย (2561) ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจการบริหารทรัพยากรบุคคลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ผลการศึกษาพบว่า ระดับความพึงพอใจการบริหารงานบุคคลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศอายุ อายุราชการ และตำแหน่ง ในปัจจุบันมีผลต่อระดับความพึงพอใจแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

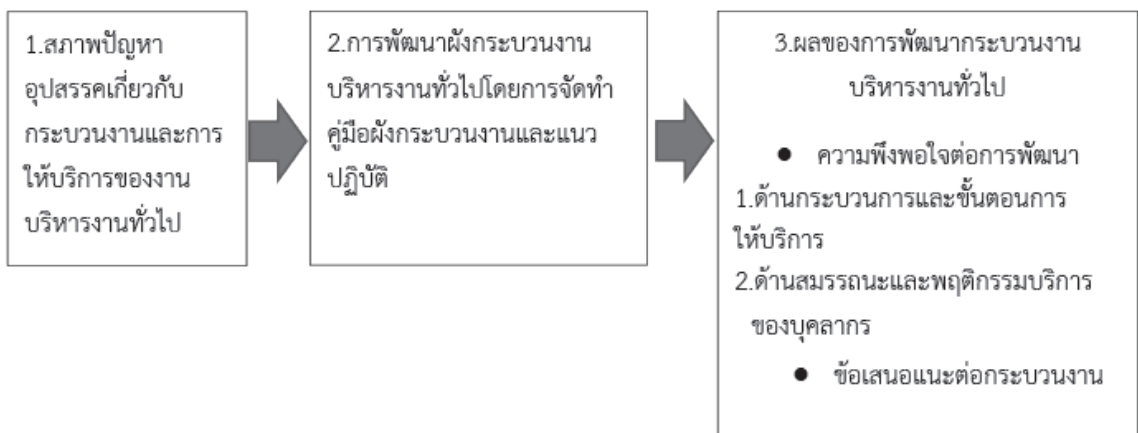
จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น ชี้ให้เห็นถึงช่องว่างที่สำคัญในเชิงระบบกระบวนการอย่างชัดเจน จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องยกระดับการพัฒนากระบวนการและความพึงพอใจการให้บริการงาน

บริหารงานทั่วไป ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาการพัฒนากระบวนการและความพึงพอใจการให้บริการงานบริหารงานทั่วไป สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช ขึ้น

วัตถุประสงค์วิจัย

1. ศึกษาสภาพปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับกระบวนการและการให้บริการบุคลากร ของกลุ่มบริหารทั่วไป สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อพัฒนากระบวนการของขั้นตอน ของกลุ่มบริหารทั่วไปสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช ประกอบการให้บริการแก่บุคลากร
3. เพื่อประเมินผลความพึงพอใจของ กระบวนการและขั้นตอน การให้บริการของบุคลากร กลุ่มบริหารทั่วไป สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

1. **รูปแบบการวิจัย** การวิจัยครั้งนี้มีรูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Cross - sectional descriptive research design)

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาจากประชากรทุกรายที่ปฏิบัติงานจากหน่วยงานภายใน ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 9 กลุ่ม ประกอบด้วย 1) กลุ่มยุทธศาสตร์แผนงานและเครือข่าย จำนวน 9 คน 2) กลุ่มพัฒนาองค์กร จำนวน 4 คน 3) กลุ่มระบาดวิทยาและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข จำนวน 13 คน 4) กลุ่มสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 7 คน 5) กลุ่มโรคติดต่อ จำนวน 28 คน 6) กลุ่มพัฒนานวัตกรรมและวิจัย จำนวน 4 คน 7) กลุ่มห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ด้านควบคุมโรค จำนวน 13 คน 8) กลุ่มโรคไม่ติดต่อ จำนวน 10 คน 9) งานกฎหมาย จำนวน 3 คน รวมจำนวน 91 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสำรวจสภาพปัญหาและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับระบบงานกลุ่มบริหารทั่วไปซึ่งเป็นแบบสอบถามแบบปลายเปิดแบบให้เขียนบรรยาย และการสนทนากลุ่มโดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ปฏิบัติงานในกลุ่มบริหารทั่วไปงานละ 2 คน และจากตัวแทนของแต่ละกลุ่มงานละ 2 คนและข้อมูลจากการรายงานผลการตรวจสอบภายในสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช ของกรมควบคุมโรค ประจำปี 2563 – 2564

2. ออกแบบผังกระบวนการของงานกลุ่มบริหารทั่วไป ทั้ง 4 งาน ให้ครอบคลุม รัศมี เพื่อนำมาทดลองใช้

3. แบบประเมินความพึงพอใจต่อกระบวนการกลุ่มบริหารทั่วไปโดยสร้างตามแบบมาตรวัดของลิเคิร์ท (Likert Scale) เรียกว่า วิธีการประเมินแบบรวมค่า (Method of Summated Rating) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่าต่อเนื่อง Likert Scale 5 ระดับ ตั้งแต่

มากที่สุด (5 คะแนน)	มาก (4 คะแนน)	ปานกลาง (3 คะแนน)	น้อย (2 คะแนน)	น้อยที่สุด (1 คะแนน)
-------------------------	------------------	----------------------	-------------------	-------------------------

ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนตามช่วงความคิดเห็นต่อการการพัฒนาเกี่ยวกับการพัฒนากระบวนการงานกลุ่มบริหารทั่วไป เกี่ยวกับ ด้านกระบวนการและขั้นตอนการให้บริการด้านสมรรถนะและพฤติกรรมบริการของบุคลากร ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระดับเท่า ๆ กัน และมีการแปลผล ค่าเฉลี่ย (สุมิตรา ศรีสุชาติ, 2550: 2)

1. เกณฑ์การประเมินในภาพรวมกำหนดเกณฑ์ในการแบ่ง 3 อันตรภาคชั้นคือ มาก ปานกลาง น้อย โดยใช้ค่าคะแนนนำมาคำนวณความกว้างแต่ละ

อันตรภาคชั้นใช้สูตร

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{3} = \text{ค่าคะแนนความกว้างอันตรภาคชั้น}$$

$$\frac{5 - 1}{3} = 1.33$$

หลังจากการคำนวณช่วงระดับคะแนนดังกล่าวแล้ว นำค่าที่ได้จากการคำนวณมาแบ่งเป็นระดับ ความพึงพอใจในภาพรวม 3 ระดับดังนี้

- 1.00 - 2.33 หมายถึง ระดับน้อย
- 2.34 - 3.66 หมายถึง ระดับปานกลาง
- 3.67 - 5.00 หมายถึง ระดับมาก

2. เกณฑ์การประเมินรายชื่อ กำหนด 5 ระดับ โดยใช้สูตรการคำนวณความกว้างของแต่ละอันตรภาคชั้นดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{5} = \text{ค่าคะแนนความกว้างอันตรภาคชั้น}$$
$$\frac{5 - 1}{5} = 0.80$$

หลังจากการคำนวณช่วงระดับคะแนนดังกล่าวแล้วนำค่าที่ได้จากการคำนวณมาแบ่งเป็นระดับ ความพึงพอใจ รายชื่อ 5 ระดับดังนี้

- คะแนนเฉลี่ย 4.21 – 5.00 หมายถึง มากที่สุด
- คะแนนเฉลี่ย 3.41 – 4.20 หมายถึง มาก
- คะแนนเฉลี่ย 2.61 – 3.40 หมายถึง ปานกลาง
- คะแนนเฉลี่ย 1.81 – 2.60 หมายถึง น้อย
- คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.80 หมายถึง น้อยที่สุด

โดยแบบประเมินความพึงพอใจเนื้อหา แบ่งออกเป็น 3 ส่วน

- 1) ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา กลุ่มงานที่ปฏิบัติงาน ประเภทตำแหน่ง รายได้ อายุการทำงาน
- 2) ด้านกระบวนการและขั้นตอนการให้บริการ ประกอบด้วย ข้อคำถามครอบคลุมเนื้อหา 4 ข้อประกอบด้วย 1. กำหนดผังขั้นตอนที่ชัดเจน 2. ให้บริการตามขั้นตอนในระยะเวลาที่เหมาะสมทันเวลา 3. มีความยืดหยุ่นไม่ยุ่งยาก 4. มีการตรวจสอบความถูกต้องก่อนดำเนินการตามขั้นตอนหรือเสนอไปยังผู้บังคับบัญชาตามลำดับถัดไป

- 3) ด้านสมรรถนะและพฤติกรรมบริการของบุคลากรประกอบด้วย ข้อคำถามครอบคลุมเนื้อหา 6 ข้อประกอบด้วย 1. บุคลากรมีความรู้ความสามารถ 2. บุคลากรมีความเอาใจใส่เต็มใจบริการ 3. บุคลากรให้คำแนะนำตอบข้อซักถามและแก้ไขปัญหาอุปสรรคเป็นอย่างดี 4. บุคลากรให้คำแนะนำเกี่ยวกับงานการเงินและบัญชีได้ถูกต้องครบถ้วน 5. บุคลากรให้บริการด้วยความโปร่งใสเป็นธรรม ตรวจสอบได้ 6. ผู้รับบริการได้รับบริการถูกต้องตามระเบียบขั้นตอนตรงกับความต้องการ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลดังนี้

- 1. ผู้วิจัยได้ขออนุญาตหัวหน้าหน่วยงาน และขอความอนุเคราะห์จากหัวหน้ากลุ่มงาน ออกหนังสือถึงกลุ่มงานต่าง ๆ เพื่อส่งกระบวนการและขั้นตอนการปฏิบัติงานของกลุ่มบริหารทั่วไป ให้กลุ่มงานทดลองใช้ปฏิบัติงาน ระยะเวลาประมาณ 6 เดือน (เดือนกุมภาพันธ์ - กรกฎาคม 2564)
- 2. หลังจากทดลองใช้กระบวนการและขั้นตอนการปฏิบัติงานแล้ว จึงออกแบบสอบถามประเมินความพึงพอใจ โดยขออนุญาตหัวหน้าหน่วยงาน แจกแบบสอบถามด้วยตัวเอง จำนวน 91 ชุด ใช้ระยะเวลาประมาณ 4 สัปดาห์ เมื่อได้รับแบบสอบถามกลับคืนมาแล้ว ทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามแต่ละชุด ทำการลงรหัสข้อมูล และประมวลผลข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์

การวิเคราะห์ข้อมูล

- 1. ตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถาม และลงรหัสบันทึกในโปรแกรมการวิเคราะห์ทางสถิติ
- 2. วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าเฉลี่ยและ

ทดสอบสมมติฐานโดยใช้สถิติอนุमान ได้แก่การวิเคราะห์หาค่าความแตกต่างค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มสถิติ t-test, การวิเคราะห์ความแปรปรวน (Analysis of Variance: ANOVA) โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way ANOVA) หาค่าสถิติ F-Test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการวิจัย

1. สภาพปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับกระบวนการและการให้บริการของกลุ่มบริหารงานทั่วไป สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช จากการสำรวจและการสนทนากลุ่มบุคคลากร โดยการจัดประชุมกลุ่มย่อยคัดเลือกเฉพาะหัวหน้ากลุ่ม/งาน และสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มสัมภาษณ์ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

1.1 ด้านกระบวนการและขั้นตอนการให้บริการ ประกอบด้วย 1) งานธุรการและงานสารบรรณ มีข้อเสนอแนะในการจัดทำผังขั้นตอนกระบวนการทำงานแต่ละเรื่องให้ชัดเจน แต่ละขั้นตอนการทำงาน และชี้แจงให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ เพื่อจะได้ปฏิบัติได้ถูกต้อง และเพิ่มช่องทาง การให้บริการแก่บุคคลากรภายใน ทั้งการขอใช้บริการและเข้าถึงแบบฟอร์มต่าง ๆ ระบบออนไลน์ 2) งานการเงินและบัญชี ควรกำหนดผังกระบวนการและขั้นตอน ให้เอื้อต่อการทำงาน ควรมีขั้นตอนหรือกระบวนการยืมเงิน คืนเงิน หรือทำคู่มือระเบียบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง 3) งานพัสดุและยานพาหนะควรนำระบบ/โปรแกรม มาเป็นเครื่องมือในการดำเนินงาน เช่น ระบบการจองรถ/ขออนุญาตใช้รถยนต์ออนไลน์ มีระบบการควบคุมพัสดุ ครุภัณฑ์ออนไลน์ และสามารถออกรายงานประจำปีได้ 4)

งานการเจ้าหน้าที่ ให้มีโปรแกรมระบบเข้าไปตรวจสอบวันลาหรืออนุมัติวันลาผ่านระบบออนไลน์ได้ 1.2 ด้านบุคคลทั้ง 4 งาน ควรมีการฟื้นฟูข้อมูลเกี่ยวกับกฎและระบบบริการต่าง ๆ เกี่ยวกับการปฏิบัติและสื่อสารกับกลุ่มงานอื่น ๆ อย่างสม่ำเสมอ

2. การพัฒนากระบวนการของขั้นตอนของกลุ่มบริหารงานทั่วไป สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช ประกอบการให้บริการแก่บุคคลากร ซึ่งผู้ศึกษาร่วมกับผู้ปฏิบัติงานกลุ่มบริหารงานทั่วไป พัฒนาขึ้นจากระเบียบขั้นตอนที่ใช้เป็นแนวในการปฏิบัติงานจัดทำขึ้นและเผยแพร่คู่มือดังกล่าวแก่ผู้เกี่ยวข้องในระบบงานภายในของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช ประกอบด้วย 1. กระบวนการธุรการ/สารบรรณ ประกอบด้วย 1) งานทะเบียนหนังสือรับ (หนังสือภายนอก) 2) งานทะเบียนหนังสือรับ (หนังสือภายใน) 3) งานตรวจสอบหนังสือก่อนนำเสนอผู้มีอำนาจ 4) งานทะเบียนหนังสือส่ง 2. กระบวนการด้านการเงินและบัญชี 1) การยืมเงินตราพระราชการ 2) การเบิกเงิน 3) การจ่ายเงิน 4) การจ่ายเช็คเงินยืมตราพระราชการ 5) การรับเรื่องชำระหนี้เงินยืมตราพระราชการ 6) การทวงลูกหนี้เงินยืมที่เกินกำหนดชำระหนี้ 7) การใช้บัตรเครดิตตราพระราชการ 7.1 การสมัครบัตรเครดิตตราพระราชการ 7.2 ส่งบัตรเครดิตให้ผู้ประสาน 7.3 ยืมเงินโดยใช้บัตรเครดิต 7.4 รับใบสำคัญและขอใช้การยืมเงินโดยบัตรเครดิต 3. กระบวนการด้านพัสดุ 1) การจัดซื้อจัดจ้าง โดยวิธีเฉพาะเจาะจง ตามมาตรา 56 (2)(ข) วงเงินไม่เกิน 100,000 บาท 2) การจัดซื้อจัดจ้าง โดยวิธีเฉพาะเจาะจง ตามมาตรา 56 วรรคหนึ่ง (2)(ข) วงเงินไม่เกิน 500,000 บาท 3) การจัดซื้อจัดจ้าง โดยวิธีคัดเลือก ตามมาตรา 56 วรรคหนึ่ง (1) ข้อ (ก)(ข)(ค)(ง)(จ)(ฉ)(ช) (ซ) 4) การจัดซื้อจัดจ้าง โดยวิธีประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์

e-bidding (วงเงินเกิน 500,000 บาท แต่ไม่เกิน 5 ล้านบาท 5) การรายงานผลการจัดซื้อจัดจ้างประจำเดือน 6) การรายงานผลการจัดซื้อจัดจ้างสิ้นปีงบประมาณ 7) การดูแลรักษาทรัพย์สิน 8) การตรวจสอบพัสดุประจำปี 9) การเบิก-จ่ายพัสดุ 4. กระบวนการด้านการเจ้าหน้าที่ 1) การแต่งตั้งเพื่อเลื่อนระดับให้สูงขึ้นของข้าราชการ 1.1 การแต่งตั้งเพื่อเลื่อนระดับให้สูงขึ้นข้าราชการ (ระดับชำนาญงาน/ชำนาญการ) 1.2 การแต่งตั้งเพื่อเลื่อนระดับให้สูงขึ้นของข้าราชการ (ระดับชำนาญการพิเศษ) 2) การรับย้าย – โอนข้าราชการ 3) การให้ย้ายข้าราชการ 4) การให้โอนข้าราชการ 5) การพิจารณาความดีความชอบเพื่อเลื่อนเงินเดือนค่าจ้างค่าตอบแทน

3. ผลการประเมินความพึงพอใจการพัฒนากระบวนการบริหารทั่วไป การให้บริการของบุคลากรกลุ่มบริหารทั่วไป สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช 1. ข้อมูลทั่วไปผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สถานที่ปฏิบัติงาน ประเภทตำแหน่ง กลุ่มอายุ รายได้ อายุงาน พบว่า ส่วนมากเป็น เพศหญิง (ร้อยละ 76.1) สถานภาพสมรส โสด (ร้อยละ 48.9) การศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 52.2) ปฏิบัติงานที่กลุ่มโรคติดต่อ (ร้อยละ 31.5) ประเภทตำแหน่งข้าราชการระดับปฏิบัติงาน (ร้อยละ 59.8) กลุ่มอายุ 38 ปี ลงมา (62.0) มีรายได้ 25,000 บาท ลงมา (ร้อยละ 59.8) 2. ระดับความพึงพอใจต่อการพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีสัดส่วนผู้ตอบ ระดับพัฒนากระบวนการบริหารทั่วไป รวมกลุ่มบริหารทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนมาก พึงพอใจ ระดับมาก (ร้อยละ 56.5) เมื่อพิจารณารายด้าน ทั้ง 4 งาน ได้แก่ งานธุรการและงานสารบรรณ งานการเงินและบัญชี งานพัสดุและยานพาหนะ และงานการเจ้าหน้าที่ มีความพึงพอใจระดับมาก (ร้อยละ 60.9 59.8 53.3 และ 59.8) และเมื่อ พิจารณาข้อคำถามรายข้อพบว่า ในทุกงาน ความพึงพอใจในระดับมาก ในทุกข้อและทุกงาน 3. ผลการทดสอบสมมติฐานการศึกษา

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจระหว่างปัจจัย เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สถานที่ปฏิบัติงาน กลุ่มอายุ (ปี) ช่วงรายได้ (บาท) และกลุ่มอายุงาน (ปี) พบว่าทุกตัวแปรค่าเฉลี่ยความพึงพอใจไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ทั้งนี้ได้แสดงค่าช่วงความเชื่อมั่น 95% ของค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ (95% CI of Mean) ไว้ด้วยแล้ว (ดังตารางที่ 1) ในขณะที่เมื่อเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจระหว่างสถานที่ปฏิบัติงานพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($F=2.401$, $Sig.=0.022$) ทั้งนี้พบว่าผู้ปฏิบัติงานกฎหมายมีความพึงพอใจเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มอื่นๆ ในขณะที่ผู้ปฏิบัติงานกลุ่มสื่อสารความเสี่ยง มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจสูงแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญจากกลุ่มอื่นๆ คือ ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจเฉลี่ยอยู่ในช่วง 95 % คือ 3.70-4.73 ที่เหลือผลการประเมินไม่แตกต่าง แต่ทั้งนี้ในกลุ่มงานกฎหมายช่วงของคะแนนมีการกระจายมากกว่ากลุ่มอื่นๆ อาจจะเนื่องมาจากจำนวนผู้ตอบน้อยด้วยอีกประการหนึ่ง (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจกับปัจจัยต่างๆ

ตัวแปร	n	mean	S.D.	95% CI Mean	ค่าสถิติทดสอบ	ค่า Sig.
เพศ					-0.433	0.666
ชาย	21	3.74	0.59	(3.47, 4.01)		
หญิง	70	3.80	0.50	(3.68, 3.92)		

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจกับปัจจัยต่างๆ (ต่อ)

ตัวแปร	n	mean	S.D.	95% CI Mean	ค่าสถิติทดสอบ	ค่า Sig.
สถานภาพสมรส					1.561	0.205
โสด	45	3.77	0.46	(3.63, 3.91)		
สมรส	41	3.85	0.57	(3.67, 4.03)		
หย่าร้าง/หม้าย	5	3.51	0.46	(2.80, 4.24)		
ระดับการศึกษา					1.052	0.386
ต่ำกว่าปริญญาตรี	5	3.61	0.59	(2.87, 4.35)		
ปริญญาตรี	45	3.85	0.52	(3.70, 4.01)		
ปริญญาโท	38	3.77	0.49	(3.61, 3.94)		
ปริญญาเอก	3	3.3	.057	(1.82, 4.65)		
ประเภทตำแหน่ง					0.272	0.845
ข้าราชการระดับหัวหน้างาน	14	3.85	0.46	(3.58, 4.11)		
ข้าราชการระดับปฏิบัติงาน	55	3.76	0.54	(3.62, 3.91)		
พนักงานราชการ	12	3.88	0.59	(3.50, 4.25)		
อื่นๆ	10	3.72	0.44	(3.40, 4.04)		
กลุ่มอายุ (ปี)					0.889	0.415
38 ปี ลงมา	57	3.76	0.52	(3.62, 3.89)		
39 ปี- 49 ปี	16	3.73	0.52	(3.46, 4.00)		
50 ปี ขึ้นไป	18	3.93	0.51	(3.68, 4.18)		
ช่วงรายได้ (บาท)					0.762	0.47
น้อยกว่า 25,001 บาท	55	3.75	0.51	(3.61, 3.89)		
25,001 - 43,000 บาท	16	3.75	0.51	(3.47, 4.02)		
ตั้งแต่ 43,001 บาทขึ้นไป	20	3.91	0.54	(3.66, 4.16)		
กลุ่มอายุงาน (ปี)					1.865	0.161
น้อยกว่า 14 ปี	62	3.72	0.53	(3.59, 3.86)		
14-26 ปี	11	3.80	0.38	(3.55, 4.06)		
ตั้งแต่ 27 ปีขึ้นไป	18	3.99	0.53	(3.72, 4.25)		

หมายเหตุ a คือ สถิติทดสอบ t-test, b คือสถิติทดสอบ F-test

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจกับปัจจัยด้านสถานที่ปฏิบัติงาน

ตัวแปร	n	mean	S.D.	95% CI Mean	ค่าสถิติทดสอบ	ค่า Sig.
สถานที่ปฏิบัติงาน					2.401	0.022**
กลุ่มยุทธศาสตร์แผนงานและเครือข่าย	9	3.88	0.31	(3.63, 4.14) ab		
กลุ่มพัฒนาองค์กร	4	4.05	0.50	(3.26, 4.84) ab		
กลุ่มระบาดวิทยาและตอบโต้ฯ	13	3.45	0.33	(3.25, 3.65) ab		
กลุ่มสื่อสารความเสี่ยงฯ	7	4.21	0.62	(3.70, 4.73) b		
กลุ่มโรคติดต่อ	28	3.82	0.53	(3.61, 4.03) ab		
กลุ่มพัฒนางานวิจัย	4	3.77	0.81	(2.47, 5.00) ab		
กลุ่มห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ด้านควบคุมโรค	13	3.67	0.54	(3.35, 4.00) ab		
กลุ่มโรคไม่ติดต่อ	10	3.92	0.25	(3.74, 4.10) ab		
งานกฎหมาย	3	3.24	0.51	(1.98, 4.50) a		

** ค่าSig. < 0.05, ตัวอักษร a,b ที่ต่างกันคือค่าเฉลี่ยความพึงพอใจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 ด้วยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ด้วยการทดสอบของ Tukey HSD

4. ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับคู่มือผังกระบวนการของกลุ่มบริหารงานทั่วไปการจัดทำผังขั้นตอนการปฏิบัติงานของนักวิชาการ ที่เป็นกรณีศึกษาที่เป็นประจำ ได้แก่ 1.กรณีจัดประชุมฝึกอบรมภายในและนอกสถานที่ 2. กรณีเดินทางไปปฏิบัติราชการและหรือใช้รถยนต์ของทางราชการในการเดินทางไปราชการ 3. กรณีการจัดซื้อวัสดุสำนักงาน วัสดุคอมพิวเตอร์ในโครงการจัดประชุมฝึกอบรม 4. กรณีการบริหารจัดการโครงการด้านการศึกษาวิจัย 5. การมีระบบการปรึกษาที่เป็นความเชี่ยวชาญเฉพาะของกลุ่มบริหารงานทั่วไป เช่นเกี่ยวกับระเบียบงานพัสดุ การเงินและบัญชี และการเจ้าหน้าที่

อภิปรายผล

การพัฒนากระบวนการบริหารงานกลุ่มบริหารทั่วไปของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช ประจำปีงบประมาณ 2564 จากผลการวิจัย ซึ่งพบประเด็นสำคัญ

1. จากกระบวนการในการพัฒนางานโดยการสำรวจสภาพปัญหาของกลุ่มบริหารทั่วไปของ งานธุรการ การเงิน บัญชี และพัสดุพบปัญหาสำคัญ คือ ขาดผังขั้นตอนกระบวนการทำงาน แนวปฏิบัติที่ชัดเจน และขาดการสื่อสารต่อบุคลากรภายใน ผู้ศึกษาได้นำไปดำเนินการในการจัดทำคู่มือเกี่ยวกับกระบวนการและขั้นตอนกระบวนการ ซึ่งสอดคล้องกับแนวนโยบายพัฒนาระบบบริหารสำนักงานภาครัฐ ของกรมควบคุมโรค

และข้อมูลจากการตรวจสอบภายในที่กำหนด
แนวนโยบายให้หน่วยงานในกรมควบคุมโรควิเคราะห์
และพัฒนาระบบงาน ให้ชัดเจนและมีการสื่อสาร
ตลอดจนปรับปรุงให้สอดคล้องกับการพัฒนาการ
บริหารจัดการภาครัฐ (PMQA 4.0) นโยบายการกำกับ
ดูแลองค์กรที่ดี และการประเมินผลการปฏิบัติราชการ

2. จากความพึงพอใจต่อภาพรวมกลุ่มบริหาร
ทั่วไปหลังจากการนำผังกระบวนการตลอดจนสื่อสาร
แนวปฏิบัติระหว่างผู้ปฏิบัติกับบุคลากรแต่ละกลุ่มงาน
พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมาก พึงพอใจ ระดับมาก (ร้อยละ
56.5) เมื่อพิจารณารายด้าน ทั้ง 4 งาน ได้แก่ 1) งานธุรการ
และงานสารบรรณ 2) งานการเงินและบัญชี 3) งาน
พัสดุและยานพาหนะ และ 4) งานการเจ้าหน้าที่และ
จากการทดสอบทางสถิติพบว่า ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ
ของเมื่อวิเคราะห์แยกตาม เพศ สถานภาพสมรส ระดับ
การศึกษา สถานที่ปฏิบัติงาน กลุ่มอายุ (ปี) ช่วงรายได้
(บาท) และกลุ่มอายุงาน (ปี) พบว่าทุกตัวแปรค่าเฉลี่ย
ความพึงพอใจไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ 0.05
สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทนา โรจนนุกุลพงษ์
(2550) พิมพ์ลักษณ์ อยู่วัฒนา (2557) ทองคำ ศรีเนตร
และภคิน ไชยช่วย (2561) และอานันต์ ศิริ (2556)
ซึ่งพบว่า ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลของบุคลากรสาธารณสุข
ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้และสถานที่
ปฏิบัติงานที่แตกต่างกันส่งผลต่อความพึงพอใจ ในงาน
สายสนับสนุน ด้านธุรการ พัก และบริหารงานบุคคล
ไม่แตกต่างกันอย่างนัยสำคัญทางสถิติแต่ในขณะที่
บุคลากรที่ปฏิบัติงานกลุ่มงานแตกต่างกัน มีความพึงพอใจ
ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05
โดยงานกฎหมาย กลุ่มระบาดวิทยาและตอบโต้
ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข มีค่าเฉลี่ยระดับ
ความพึงพอใจกรมควบคุมโรคและข้อมูลจากการตรวจสอบ
ภายในที่กำหนดแนวนโยบายให้หน่วยงานในกรม
ควบคุมโรควิเคราะห์และพัฒนาระบบงาน ให้ชัดเจน

และมีการสื่อสารตลอดจนปรับปรุงให้สอดคล้องกับการ
พัฒนาการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA 4.0) นโยบาย
การกำกับดูแลองค์กรที่ดี และการประเมินผลการปฏิบัติ
ราชการน้อยและแตกต่างจากกลุ่มอื่นๆ อย่างมีนัย
สำคัญทางสถิติ ที่ระดับ.05 แสดงให้เห็นว่างานบริหาร
ทั่วไป มีความสำคัญและจำเป็นกับบุคลากรในองค์กร
ทุกระดับที่เกี่ยวข้องที่ต้องได้รับการสื่อสารสนับสนุน
และปฏิบัติให้ปฏิบัติได้ถูกต้อง ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่าง มีข้อ
เสนอแนะให้การจัดทำผังขั้นตอนการปฏิบัติงานที่เป็น
กรณีศึกษาที่ปฏิบัติบ่อยของนักวิชาการ ได้แก่ 1. กรณีจัด
ประชุมฝึกอบรมในและนอกสถานที่ 2. กรณีเดิน
ทางไปปฏิบัติราชการและหรือใช้รถยนต์ของทางราชการ
ในการเดินทางไปราชการ 3. กรณีการจัดซื้อวัสดุสำนักงาน
วัสดุคอมพิวเตอร์ในโครงการจัดประชุมฝึกอบรม 4. กรณี
การบริหารจัดการโครงการด้านการศึกษาวิจัย 5. การ
มีระบบการปรึกษาที่เป็นความเชี่ยวชาญเฉพาะของ
กลุ่มบริหารทั่วไป เช่น เกี่ยวกับระเบียบงานพัสดุ
การเงินและบัญชี และการเจ้าหน้าที่ ซึ่งสอดคล้อง
กับรายงานของกลุ่มตรวจสอบภายในปี 2563 กรม
ควบคุมโรคในรอบที่ 5 และ 6 ที่พบประเด็นการ
ตรวจสอบและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับ ประสิทธิภาพ
ประจำที่มีประเด็นการพัฒนาเกี่ยวกับการจัดเก็บ
เอกสาร ที่ต้องชี้แจงสื่อสารให้กับบุคลากรปฏิบัติให้
ถูกต้องตามแนวปฏิบัติและการบริหารโครงการวิจัย
ควรมีการพัฒนาาระบบขั้นตอนทั้งในส่วนประเภท
กิจกรรมประจำ และกิจกรรมที่เป็นความเชี่ยวชาญ
เฉพาะด้านการเงิน พัก ในโครงการวิจัย

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยดังกล่าวผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ
ต่อการพัฒนาระบบงานบริหารทั่วไป ของสำนักงาน
ป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช คือ
การจัดระบบบริหารทั่วไปให้มีประสิทธิภาพ ควรจัด

ทำผังกระบวนการและขั้นตอนในการปฏิบัติในประเด็นที่มีการปฏิบัติบ่อยเพิ่มเติม มีการกำกับติดตามเป็นระบบ เพิ่มการฝึกอบรมพัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะเพิ่มจะปฏิบัติงานได้อย่างมีอาชีพโดยเฉพาะในกลุ่มงาน ที่มีเจ้าหน้าที่บรรจุใหม่ และมีการจัดการองค์ความรู้ด้านระบบบริหารงาน

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค. (2562). แนวทางการจัดทำหนังสือราชการกรมควบคุมโรค.เอกสารอัตรสำเนา. กรุงเทพมหานคร. (2528). การบริหารงานบุคคล. (พิมพ์ครั้งที่2). นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

พิมพ์ลักษณ์ อยู่วัฒนา . (2557). แนวทางการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสายสนับสนุน เครือข่ายบริการสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม. เอกสารทางวิชาการอัตรสำเนา.

นันทนา โรจนนุกุลพงษ์. (2550). ศึกษาการบริหารจัดการของสาธารณสุขอำเภอในมุมมองของสาธารณสุขอำเภอเองและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอและสถานีนานามัยกรณีศึกษาสาธารณสุขอำเภอฉะเชิงเทรา.สารนิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และองค์การ.คณะพัฒนาทรัพยากรมนุษย์.สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

ทองคำศรีเนตร และภคิน ไชยช่วย. (2561) .ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจการบริหารทรัพยากรบุคคลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร.วารสารวิจัยและประเมินผลอุบลราชธานี ปีที่ 7 ฉบับที่ 1. (มกราคม-มิถุนายน 2561).

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. (2564). พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พุทธศักราช 2546 เข้าถึงโดย . <https://www.krisdika.go.th>.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. (2564). การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA 4.0) และนโยบายการกำกับดูแลองค์กรที่ดี (Organization Good Governance. : <http://www.opdc.go.th>.

สำนักกฎหมายหอสมุดแห่งชาติ. (2564). ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยงานสารบรรณ พ.ศ. 2526 พร้อม ภาคผนวกฉบับแก้ไข พ.ศ. 2539 และคำอธิบายเข้าถึงโดย <https://www.nat.go.th>.

สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี..ราชกิจจานุเบกษา. (2564). พระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 เข้าถึงโดย <http://www.ratchakitcha.soc.go.th>.

สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี..ราชกิจจานุเบกษา. (2564). พระราชบัญญัติ วิธีการงบประมาณ พ.ศ. 2561 เข้าถึง โดย <http://www.ratchakitcha.soc.go.th>.

สำนักตรวจสอบและประเมินผลกำลังคนสำนักงาน กพ. 2564 คู่มือการปฏิบัติงาน การย้าย การโอนหรือการเลื่อนตามกฎ ก.พ. มาตรา 63 : ตำแหน่งประเภททั่วไป ประเภทวิชาการ และประเภทอำนาจการ” เข้าถึง โดย <https://www.ocsc.go.th>.

อานันต์ ศิริ. (2556). การศึกษาปัญหาและแนวทางการพัฒนาการบริหารงานบุคคลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน.โครงการวิชาการ. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน.

การพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยโรคอ้วนที่ได้รับการระงับความรู้สึก
แบบทั่วร่างกายเพื่อผ่าตัดถุงน้ำดีโดยวิธีส่องกล้อง : กรณีศึกษา

Nursing care of the Hypertensive and Obese patients who received
A general anesthesia for Laparoscopic cholecystectomy: Case study

ลัดดาวัลย์ ศิริวัฒน์

Laddawal Siriwat

โรงพยาบาลมหาสารนครศรีธรรมราช

Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

บทคัดย่อ

โรคนิ่วในถุงน้ำดีเป็นปัญหาที่พบบ่อยในระบบทางเดินอาหาร การผ่าตัดออกด้วยวิธีส่องกล้องโดยการใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในช่องท้องเพื่อเอาถุงน้ำดีออกเป็นที่นิยมในปัจจุบันแต่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรของระบบหายใจและระบบไหลเวียน ดังนั้นจึงนิยมการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย หากผู้ป่วยอายุมากและมีโรคร่วมต่าง ๆ โรคได้แก่ ความดันโลหิตสูงและโรคอ้วน

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยการเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยโรคอ้วน เข้ารักษาโดยได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายเพื่อการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีโดยวิธีส่องกล้อง จำนวน 2 ราย ในโรงพยาบาลมหาสารนครศรีธรรมราช เดือน ตุลาคม 2564 ทั้งระยะก่อน ระหว่าง และหลังให้การระงับความรู้สึก โดยศึกษา ประวัติผู้ป่วยจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน การซักประวัติจากผู้ป่วยญาติและการสังเกต เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูลและเปรียบเทียบ โดย holistic care ในการประเมินวินิจฉัยทางพยาบาล

ผลการศึกษา กรณีศึกษารายที่ 1 เพศหญิง อายุ 74 ปี มีโรคร่วมคือเป็นผู้สูงอายุ เคยมีประวัติโรคหลอดเลือดสมอง ไชมันโนลีสโตซิส ความดันโลหิตสูง ซึ่งควบคุมได้ไม่เกิดการผ่าตัดและการให้ยาระงับความรู้สึกราบรื่นดี รวมเวลารักษาตัวในโรงพยาบาล 2 วัน กรณีศึกษารายที่ 2 เพศหญิง อายุ 30 ปี มีโรคร่วมคือโรคอ้วน น้ำหนัก 122 กิโลกรัม BMI 48.25 การผ่าตัดสำเร็จและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึก รวมเวลารักษาตัวในโรงพยาบาล 3 วัน

วิสัยทัศน์พยาบาลผู้ให้การระงับความรู้สึกผู้ป่วย นอกจากมีทักษะในการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายแล้ว จะต้องมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคของผู้ป่วย รายละเอียดในการผ่าตัดและผลกระทบต่อระบบต่าง ๆ เพื่อเฝ้าระวังดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนใด ๆ

คำสำคัญ : การพยาบาล, การผ่าตัดถุงน้ำดีโดยวิธีส่องกล้อง, การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย, ความดันโลหิตสูง, โรคอ้วน

Abstract

Gallstones are a common problem in the digestive system. A surgery with carbon dioxide output in laparoscopic cholecystectomy has become popular in nowadays. However, when elimination of carbon dioxide is much higher than carbon dioxide output, storages of tissue and arterial carbon dioxide concentrate change. Therefore, general anesthesia is preferred. If the patient are old and various comorbidities such as hypertension and obesity.

This study is a comparative descriptive study of 2 cases with hypertension and obesity who admitted to laparoscopic cholecystectomy in Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital during October 2021. A study was conducted from inpatient medical records, patients and relatives' interview and observations. The instrument was used holistic care by comparing data analysis based on holistic care through gallbladder surgery with general anesthesia in term of preoperative, during operative, and postoperative nursing.

The result reveals that the first case study is female with aged 74 years old. She had co-morbid such as stroke, dyslipidemia, poorly controlled of hypertension. The surgery and general anesthesia had smoothed. The total spent the time in hospital for 2 days. The second case is female as well but her age is 30. She had co-morbid with obesity (weight 122 kg, BMI 48.25). The surgery was successful and there were no complications from anesthesia. Total time spent in hospital for 3 days.

Nurse anesthetists who provide anesthesia not only have skill in anesthesia administration, they have to have knowledge about the patient's disease, physiological changes as well as the details of the surgery and side effects to monitor and take care of patients to be safety and no complications.

Keywords : Nursing care, Laparoscopic Cholecystectomy, General anesthesia, Hypertension, Obesity

บทนำ

นิ่วในถุงน้ำดีเป็นปัญหาที่พบบ่อยในระบบทางเดินอาหาร เกิดจากภาวะไม่สมดุลของสารประกอบในน้ำดี ทำให้มีอาการปวดแน่นท้อง ท้องอืด นิ่วในถุงน้ำดีพบได้มากถึงร้อยละ 20 ในเพศหญิงของประเทศอเมริกา แคนาดา และยุโรป ในประเทศไทยพบได้ร้อยละ 6 (สรราชัย กาญจนลาภ, 2554) การผ่าตัดเอาถุงน้ำดีออกเป็นการแก้ปัญหาที่ถาวรเพื่อไม่ให้เกิดนิ่วในถุงน้ำดีขึ้นอีกต่อไปและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต่าง ๆ การผ่าตัดภายใต้กล้อง (laparoscopic cholecystectomy) ซึ่งมีข้อดีคือแผลผ่าตัดมีขนาดเล็ก ระยะฟื้นตัวเร็วกว่า ลดค่าใช้จ่ายและระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ปัจจุบันจึงนิยมมากขึ้น (ธัญเดช นิมมานวุฒิพงษ์, 2563) สถิติผู้มารับการผ่าตัดโดยวิธีนี้ในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ปีงบประมาณ 2562-2564 มีจำนวน 204, 369 และ 272 รายตามลำดับ ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดส่วนใหญ่มีอายุมากและมีโรคร่วมต่าง ๆ ที่พบบ่อยคือโรคความดันโลหิตสูงและโรคอ้วน สถิติผู้ป่วยที่มารับการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดถุงน้ำดีโดยวิธีส่องกล้องที่มีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช 3 ปีย้อนหลัง (พ.ศ.2562-2564) เป็นจำนวน 44, 83 และ 90 ราย ตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยโรคอ้วน จำนวน 24, 31 และ 35 ราย ตามลำดับ (ระบบฐานข้อมูลกลุ่มงานวิสัญญีวิทยา, 2562-2564)

ในการให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วย laparoscopic cholecystectomy นับว่ามีความซับซ้อนส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรของระบบหายใจและไหลเวียนจากการใส่ก๊าซในช่องท้องและการจัดทำผู้ป่วยขณะผ่าตัด อีกทั้งเมื่อผู้ป่วยมีโรคร่วมต่าง ๆ จะส่งผลให้การควบคุมระดับความดันโลหิตได้ยากและเกิดภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจนได้มากขึ้น วิสัญญีพยาบาลผู้ให้ยาระงับความรู้สึกต้องมีความรู้

ความเข้าใจและมีความละเอียดรอบคอบในการให้การพยาบาลมากขึ้น ผู้ศึกษาจึงได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยโรคอ้วน ที่มารับการระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัดถุงน้ำดีโดยวิธีส่องกล้อง เพื่อให้การระงับความรู้สึกในผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพนอกจากนี้เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานนำไปสู่การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยโรคอ้วน ที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายเพื่อการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีโดยวิธีส่องกล้อง ทั้งระยะก่อน ระหว่าง และหลังให้การระงับความรู้สึก

วิธีการศึกษา

การศึกษาเชิงพรรณนา จำนวน 2 ราย โดยการเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยโรคอ้วน ที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายเพื่อการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีโดยวิธีส่องกล้อง ทั้งระยะก่อน ระหว่าง และหลังให้การระงับความรู้สึก โดยศึกษา ประวัติผู้ป่วยจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน การซักประวัติจากผู้ป่วย ญาติและการสังเกตเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูลและเปรียบเทียบ โดยใช้การประเมินครอบคลุม holistic care ประกอบด้วย ร่างกาย (พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษาโดยการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายเพื่อผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีโดยวิธีส่องกล้อง) จิตใจ อารมณ์และสังคม และจิตวิญญาณ โดยประเมินปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลทั้งในระยะก่อน ระหว่าง และระยะหลังผ่าตัดในเดือน ตุลาคม 2564 จำนวน 2 ราย

ผลการศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 74 ปี มาโรงพยาบาล เมื่อวันที่ 20 พฤษภาคม 2564 ด้วยอาการ ปวดท้อง บริเวณลิ้นปี่ ราวไปหลัง ได้รับการตรวจ อัลตราซาวด์ พบนิ่วในถุงน้ำดี แพทย์นัดมาผ่าตัดเพื่อเอาถุงน้ำดี ออกโดยวิธีส่องกล้อง ในวันที่ 21 ตุลาคม 2564

เนื่องจากผู้ป่วยมีโรคประจำตัวคือไขมันใน เลือดสูงและความดันโลหิตสูง ซึ่งจากประวัติควบคุม ได้ไม่ดี แพทย์ได้ส่งปรึกษาวิสัญญีแพทย์เพื่อประเมิน ก่อนให้ยาระงับความรู้สึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ปกติ, ผลการตรวจเอ็กซเรย์ปอดและคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ปกติ สามารถให้การระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัดได้ โดยวิธีให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย และให้ รับประทานยารักษาความดันโลหิตสูงต่อเนื่องจนถึง เข้าวันผ่าตัดวิสัญญีพยาบาลเยี่ยมผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับ ความรู้สึก ชักประวัติ ตรวจร่างกาย ประเมิน ASA class 3

วันผ่าตัด วิสัญญีพยาบาลรายงานวิสัญญีแพทย์ เพื่อร่วมวางแผนให้ยาระงับความรู้สึก หลังจากติด อุปกรณ์เฝาระวังพบว่าความดันโลหิตค่อนข้างสูง แต่หลัง จากได้รับยา sedation ความดันโลหิตลดลง จึงให้ยาระงับความรู้สึกต่อ ในระยะ induction สามารถช่วย หายใจทางหน้าอกได้อย่างมีประสิทธิภาพ และใส่ท่อ ช่วยหายใจได้ในครั้งเดียว ระหว่างการให้ยาระงับ ความรู้สึกวิสัญญีพยาบาลเฝ้าสังเกตความดันโลหิตทุก 3-5 นาที ชีพจร, คลื่นไฟฟ้าหัวใจ, airway pressure, ETCO2 และอุณหภูมิกาย ปรับลดและเพิ่มยาตามความ เหมาะสม พร้อมทั้งบันทึกใน Anesthetic record รวมระยะเวลาการผ่าตัดนาน 2 ชั่วโมง 5 นาที การผ่าตัด ราบรื่นดี ได้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 400 มิลลิลิตร เสียเลือดประมาณ 50 มิลลิลิตร urine 100 มิลลิลิตร เมื่อการผ่าตัดสำเร็จมีการแก้ฤทธิ์ muscle relaxant

ผู้ป่วยตื่นดี หายใจสม่ำเสมอและแรงพอ ทำตามคำสั่งได้ จึงถอดท่อช่วยหายใจ และย้ายผู้ป่วยไปดูแลต่อที่ห้อง พักฟื้น ระหว่างนอนพักที่ห้องพักฟื้นดูแลให้ออกซิเจน cannular 3 LPM และได้รับยาระงับปวด Fentanyl 40 มก.ทางหลอดเลือดดำ เฝาระวังในห้องพักฟื้น 1 ชั่วโมง สัญญาณชีพปกติ SpO2 100% pain score 2 คะแนน จึงย้ายกลับหอผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยสูดดม ออกซิเจน cannular 3 LPM ต่อ

หลังผ่าตัดวันที่ 1 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจ ไม่เหนื่อย off O2 ได้ SpO2 room air 98% สัญญาณ ชีพปกติ ในช่วงเวรบ่ายมีอาการปวดแผล pain score 6 คะแนน ได้รับยา Morphine 3 mg. IV. หลังจากนั้น อาการปวดลดลง นอนหลับพักผ่อนได้ ไม่มีไข้ ไม่คลื่นไส้ อาเจียน รับประทานอาหารอ่อนลดมัน ลดเค็ม สามารถ ลุกเดินเข้าห้องน้ำได้ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้และ มาตรวจติดตามอาการอีกครั้งใน 2 สัปดาห์

กรณีศึกษารายที่ 2

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 30 ปี ปวดท้องบริเวณ ลิ้นปี่ ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ไม่มีไข้ ไม่มีถ่ายเหลว ไม่มี ตัวตาเหลือง มารักษาและได้รับการตรวจอัลตราซาวด์ และ CT whole abdomen พบนิ่วในถุงน้ำดีขนาด 1.1 เซนติเมตร และแพทย์นัดมาผ่าตัดเพื่อเอานิ่วใน ถุงน้ำดีออกโดยวิธีส่องกล้อง ในวันที่ 26 ตุลาคม 2564 ผู้ป่วยเป็นโรคอ้วน BMI 48.25 แพทย์ได้ส่งปรึกษา วิสัญญีแพทย์เพื่อประเมินก่อนให้ยาระงับความรู้สึก ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการปกติ ผลการตรวจเอ็กซเรย์ ปอดและคลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ สามารถให้การระงับ ความรู้สึกเพื่อการผ่าตัดได้โดยวิธีให้ยาระงับความรู้สึก แบบทั่วตัว ผู้ป่วยเป็นโรคอ้วนแต่ไม่มีภาวะ obstructive sleep apnea (OSA) ประเมิน mallampati class II ASA class 3 จากภาวะ morbid obesity

วันผ่าตัด หลังจาก monitoring, จัดท่าผู้ป่วยให้อยู่ในท่า Ramp's position เพื่อให้ใส่ท่อช่วยหายใจได้ง่าย จากนั้นเริ่มการให้ยาระงับความรู้สึก โดย preoxygenation ด้วย 100% O₂ 6 LPM 5 นาที หายใจผ่านหน้ากากช่วยหายใจ และ Fentanyl 100 มคก., Midazolam 2 mg, Propofol 150 mg ทางหลอดเลือดดำ เมื่อผู้ป่วยหลับให้ Succinylcholine 150 mg ทางหลอดเลือดดำเพื่อช่วยในการใส่ท่อช่วยหายใจ ระหว่างนี้ผู้ช่วยวิสัญญีกดกระดูก cricoid และใส่ท่อช่วยหายใจด้วย Video laryngoscope เมื่อใส่ท่อช่วยหายใจสำเร็จจึงให้ยาระงับความรู้สึกต่อ ปรับเปลี่ยนก๊าซเป็น 50% O₂ โดยใช้ Air และ O₂, Gas flow 2 LPM และเปิด Sevoflurane และให้ Cisatracurium 10 mg เป็นยาหย่อนกล้ามเนื้อใส่ orogastric tube เพื่อระบายลมและน้ำย่อยออกจากกระเพาะอาหาร ระหว่างการให้ยาระงับความรู้สึกวิสัญญีพยาบาลเฝ้าสังเกตความดันโลหิตทุก 3-5 นาที ชีพจร, คลื่นไฟฟ้าหัวใจ, airway pressure, ETCO₂ และอุณหภูมิกาย ปรับลดและเพิ่มยาตามความเหมาะสมพร้อมทั้งบันทึกใน Anesthetic record รวมระยะเวลาการผ่าตัด Laparoscopic cholecystectomy นาน 2 ชั่วโมง 45 นาที การผ่าตัดราบรื่นดี เสียเลือดประมาณ 20 มิลลิลิตร ได้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 500 มิลลิลิตร

หลังผ่าตัด เสร็จสิ้น มีการแก้ฤทธิ์ muscle relaxant ผู้ป่วยตื่นดี หายใจสม่ำเสมอและแรงพอทำตามคำสั่งได้ ยกศีรษะได้และกำมือได้แน่น จึงถอดท่อช่วยหายใจ และย้ายผู้ป่วยไปดูแลต่อที่ห้องพักฟื้น ระหว่างนอนพักที่ห้องพักฟื้นดูแลให้ออกซิเจน cannular 3 LPM และได้รับยาระงับปวด Fentanyl 50 มคก. ทางหลอดเลือดดำ เฝ้าระวังในห้องพักฟื้น 1 ชั่วโมง สัญญาณชีพปกติ SpO₂ 100% pain score 2 คะแนน จึงย้ายกลับหอผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยสูดดมออกซิเจน cannular 3 LPM ต่อ

หลังผ่าตัดวันที่ 1 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจไม่เหนื่อย off O₂ ได้ Oxygen saturation room air 98% สัญญาณชีพปกติ ในช่วงเวรตึกมีอาการปวดแผล pain score 6 คะแนน ได้รับยา Morphine 3 mg. IV. หลังจากนั้นอาการปวดลดลง นอนหลับพักผ่อนได้ ไม่มีไข้ ไม่คลื่นไส้ อาเจียน รับประทานอาหารอ่อนลงดื่ม แต่ยังไม่กล้าลุกขึ้นเดิน

หลังผ่าตัดวันที่ 2 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจไม่เหนื่อย ช่วยเหลือตัวเองได้ ลุกเดินได้ สัญญาณชีพปกติ ยังมีอาการปวดแผลเล็กน้อย pain score 1-2 คะแนน ไม่มีไข้ ไม่คลื่นไส้ อาเจียน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ และนัดมาติดตามอาการอีก 2 สัปดาห์

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยประเมินโดยใช้ holistic care ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ พบปัญหาและความเสี่ยงที่ต้องดูแล โดยวางแผนและให้การพยาบาลทางวิสัญญี เป็น 3 ระยะ ดังนี้

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะก่อนให้การระงับความรู้สึก

Holistic care	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		การวิเคราะห์
	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	
1.ด้านจิตสังคมการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลตนเอง	1.ขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด	1.ขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีความวิตกกังวล กลัวการผ่าตัดและยังไม่ทราบขั้นตอนการผ่าตัดและการระงับความรู้สึกกิจกรรมทางการพยาบาล ทัศนคติสุขภาพจึงต้องมีการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก เพื่อเตรียมความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ อธิบายขั้นตอนการผ่าตัดอย่างคร่าว ๆ และวิธีปฏิบัติตัว การดื่มน้ำและ อาหาร ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีความรู้ความเข้าใจ ปฏิบัติตัวก่อนได้รับยาระงับความรู้สึกได้ถูกต้อง
	2.วิตกกังวลกลัวเรื่องการผ่าตัดเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัด	2.วิตกกังวลกลัวเรื่องการผ่าตัดเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัด	
2.ร่างกาย	เสี่ยงต่อการเสียเลือดจากการผ่าตัด	เสี่ยงต่อการเสียเลือดจากการผ่าตัด	กรณีศึกษาที่ 1 มีโรคร่วมและรับประทานยาต้านการรวมตัวของเกล็ดเลือด จึงเสี่ยงต่อการเสียเลือดมากกว่ารายที่ 2 แพทย์ให้หยุดยา 3 วันก่อนการผ่าตัดผู้ป่วยปฏิบัติตามได้ถูกต้อง การเสียเลือดจากการผ่าตัด รายที่ 1 เสียเลือด 50 มิลลิลิตร, รายที่ 2 เสียเลือด 20 มิลลิลิตร

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะระหว่างให้การระงับความรู้สึก

Holistic care	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		การวิเคราะห์
	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	
1.ร่างกาย	1.เสี่ยงต่อการให้ยาระงับความรู้สึกผิดคน/ผิดการผ่าตัด	1.เสี่ยงต่อการให้ยาระงับความรู้สึกผิดคน/ผิดการผ่าตัด	กรณีศึกษาที่ 1 เป็นผู้สูงอายุ อาจมีปัญหาด้านการได้ยินและมีผู้ป่วยหลายรายในห้องผ่าตัด ดังนั้นจึงต้องมีการตรวจสอบความถูกต้องและความพร้อมก่อนการผ่าตัดโดยการซักถามชื่อ สกุล อายุ จากผู้ป่วยหรือญาติให้ถูกต้องครบถ้วนตรงกับเวชระเบียนและป้ายข้อมือ กรณีศึกษาที่ 2 เนื่องจากผู้ป่วยมีโรคอ้วน น้ำหนักมาก ทำให้มีลักษณะโดดเด่นและอายุน้อยกว่าจึงไม่มีปัญหาด้านการสื่อสารสามารถซักถามจากผู้ป่วยได้โดยตรง และในกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ต้องมีการ sign in, time out และ sign out ให้ถูกต้องครบถ้วนเช่นเดียวกัน

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะระหว่างให้การระงับความรู้สึก (ต่อ)

Holistic care	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		การวิเคราะห์
	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	
	เสี่ยงต่อการขาดออกซิเจนจากการช่วยหายใจผ่านหน้ากากและการใส่ท่อช่วยหายใจได้ยาก	เสี่ยงต่อการขาดออกซิเจนจากการช่วยหายใจผ่านหน้ากากและการใส่ท่อช่วยหายใจได้ยาก	กรณีศึกษาที่ 1 เป็นผู้สูงอายุ ไม่มีฟันบางช่วง มีฟันโยก แก้มตบ ได้เตรียมความพร้อมเพิ่มเติมคือ เตรียมก๊อสรองบนแก้มทั้ง 2 ข้างและ pre-oxygenation ก่อนให้ยานำสลบเป็นระยะเวลา 5 นาที และใส่ laryngoscope อย่างระมัดระวังไม่ให้เกิดกระทบกับฟันที่โยกผลปรากฏว่าไม่เกิดภาวะการช่วยหายใจผ่านหน้ากากได้ยาก และการใส่ท่อช่วยหายใจสำเร็จในครั้งแรก โดยไม่เกิดภาวะขาดออกซิเจนค่า Oxygen saturation 100% กรณีศึกษาที่ 2 มีโรคอ้วน ร่างกายต้องการใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้นร่วมกับมีfunctional residual capacity ลดลง10 ทำให้ผู้ป่วยขาดออกซิเจนได้เร็ว ก่อนการให้ยานำสลบ ต้อง preoxygenation อย่างน้อย 5 นาที เพื่อให้มีออกซิเจนสำรองในช่วงใส่ท่อช่วยหายใจ และจัดทำขณะใส่ท่อช่วยหายใจให้ใบหูอยู่ระนาบเดียวกับกระดูกทรวงอก (sternal notch) โดยใช้ผ้าหนูนไหล่และลำตัวส่วนบนเพื่อให้ศีรษะและลำคอเคลื่อนไหวได้มากขึ้น สามารถใส่ laryngoscope ได้ง่ายและเตรียมอุปกรณ์ videolaryngoscope ในการใส่ท่อช่วยหายใจเพื่อให้เห็น vocal cord อย่างชัดเจนซึ่งสามารถใส่ท่อช่วยหายใจได้สำเร็จในครั้งแรกไม่เกิดภาวะขาดออกซิเจน ค่า SpO2 100%

Holistic care	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		การวิเคราะห์
	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	
	เสี่ยงต่อการเกิดภาวะลมในชั้นใต้ผิวหนัง	เสี่ยงต่อการเกิดภาวะลมในชั้นใต้ผิวหนัง	ภาวะลมในชั้นใต้ผิวหนัง เกิดจากการที่ปลายของ trocar ไม่ทะลุผ่านชั้น peritoneum ก่อนใส่ลม ทำให้มีการสะสมของลมระหว่างชั้น fascia และ peritoneum หรือในเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง (subcutaneous tissue) ซึ่งทำให้มีการดูดซึ่มก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในช่องท้อง 4 สามารถวินิจฉัยได้จากการคลำผู้ป่วยบริเวณในหน้า ลำคอ หรือหน้าอกว่ามีอาการบวมหรือมี crepitus หรือไม่ รวมทั้งค่า ETCO ₂ จะสูงขึ้นถึงแม้จะพ้นช่วงการใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ไปแล้วกรณีศึกษาที่ 1 ไม่มีภาวะอ้วน การแทง trocar ผ่านชั้นต่าง ๆ ลงไปในช่องท้องทำได้ไม่ยาก และการวินิจฉัยทำได้ง่าย
	เสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนจากการเกิดลมในช่องทรวงอก	เสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนจากการเกิดลมในช่องทรวงอก	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะคาร์บอนไดออกไซด์คั่งในกระแสเลือด เนื่องจากการผ่าตัดนี้ในอุ้งน้ำดีโดยวิธีส่องกล้อง ต้องมีการใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในช่องท้อง เพื่อเพิ่มพื้นที่ในการใส่เครื่องมือช่วยให้ผ่าตัดได้สะดวก ก๊าซนี้ละลายในเนื้อเยื่อและเลือด ถูกขับออกทางปอด ดังนั้นต้องมีการ ติดตามเฟ้าระวังค่าคาร์บอนไดออกไซด์ทางลมหายใจออก (ETCO ₂) อย่างใกล้ชิดไม่ควรสูงเกิน 35 มม.ปรอท และสามารถปรับเพิ่มการช่วยหายใจ (minute - ventilation) ร้อยละ 20-30 ได้เมื่อค่า ETCO ₂ สูงขึ้น รวมทั้งเฟ้าระวัง Oxygensaturation อย่างใกล้ชิดระหว่างการผ่าตัดกรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีค่า ETCO ₂ สูงเล็กน้อยในช่วงแรกของการใส่ก๊าซ หลังจากมีการปรับเพิ่มการช่วยหายใจค่า ETCO ₂ ลดลงไม่เกิน 35 มม.ปรอท ค่า Oxygen saturation 99-100% ตลอดการผ่าตัด ไม่มีภาวะคาร์บอนไดออกไซด์คั่งในกระแสเลือด

Holistic care	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		การวิเคราะห์
	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	
	เสี่ยงต่อภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดระหว่างผ่าตัดและให้ยาาระงับความรู้สึก	เสี่ยงต่อภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดระหว่างผ่าตัดและให้ยาาระงับความรู้สึก	กรณีศึกษาที่ 1 เป็นผู้สูงอายุ มีข้อจำกัดของ functional reserve การได้รับยาาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปจะทำให้เส้นเลือดขยายตัว และถ้าหากผู้ป่วยมีภาวะพร่องน้ำจะทำให้ความดันโลหิตลดลงมาก ฉะนั้นในช่วงของการนำสลบต้องระมัดระวังในการใช้ยา ควรเลือกยาที่มีผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดต่ำและให้ในจำนวนไม่มากเกินไป เพื่อไม่ให้ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงมากเกินไป เกินร้อยละ 20 ของ mean arterial pressure ของค่าเริ่มต้น ระหว่างการผ่าตัดมีการเฝ้าระวังความดันโลหิต ชีพจร คลื่นไฟฟ้าหัวใจ บันทึกทุก 5 นาที และรายงานวิสัญญีแพทย์เมื่อมีความผิดปกติ ซึ่งตลอดระยะเวลาของการผ่าตัดความดันโลหิตอยู่ใน 130/75-170/90 มม.ปรอท ชีพจร 70-90 ครั้ง/นาที คลื่นไฟฟ้าหัวใจไม่มีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม กรณีศึกษาที่ 2 มีโอกาสเกิดความดันเลือดต่ำได้จากการจัดท่าศีรษะสูงและการใส่ก๊าซในช่องท้อง ทำให้ venous return ลดลง แต่จากภาวะโรคอ้วนเมื่อร่างกาย มีขนาดใหญ่ขึ้นทำให้มีปริมาณเลือดไหลเวียนในร่างกายเพิ่มขึ้น ร่วมกับความต้องการใช้ออกซิเจนมากขึ้น จึงทำให้ cardiac output เพิ่มขึ้น ความดันโลหิต จะสูงกว่าปกติ และผู้ป่วยอายุไม่มากการได้รับยาาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายไม่มีผลทำให้ความดันโลหิตลดลงมาก ตลอดระยะเวลาของการได้รับยาาระงับความรู้สึกความดันโลหิตมีการเปลี่ยนแปลงไม่มาก อยู่ในช่วง 120/80-140/90 มม.ปรอทชีพจร 60-90 ครั้ง/นาที คลื่นไฟฟ้าหัวใจไม่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

Holistic care	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		การวิเคราะห์
	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	
	เสี่ยงต่อการฟื้น จากยาสลบซ้ำ เนื่องจากเป็นผู้สูง อายุ	เสี่ยงต่อการฟื้น จากยาสลบซ้ำ เนื่องจากเป็นโรค อ้วน	<p>กรณีศึกษาที่ 1 เป็นผู้สูงอายุซึ่งจะมีปัญหาการ กำจัดยาทางตับ/ไต จากการศึกษาที่มีระดับ albumin, การลดลงของกล้ามเนื้อและการเพิ่มขึ้นของไขมัน มีการลดลงของปริมาณน้ำในร่างกาย ยาที่มีการ ละลายในน้ำสูงจะมีค่าความเข้มข้นของยาสูงขึ้น และยาที่มีการละลายในไขมันจะมีการ กระจายของยามาก ทำให้มีผลต่อการกำจัด ยาออกจากร่างกายช้า ระยะเวลาในการออก ฤทธิ์ช้าลง 5 ดังนั้นจึงต้องลดขนาดยาและรอ ระยะเวลายาเริ่มออกฤทธิ์นานขึ้นกว่าคนหนุ่ม สาวระยะเวลาในการลดและปิดยาคมสลบให้ สอดคล้องกับการผ่าตัด</p> <p>กรณีศึกษาที่ 2 เป็นโรคอ้วน การกระจายของยา ซึ่งเป็นผลมาจาก cardiac -output และปริมาณ พลาสมาที่เพิ่มขึ้น ร่างกายมีการสะสมไขมันมาก ขึ้น ยาที่ละลายในไขมันได้ดีจะกระจายสะสม ในไขมันมากขึ้น ทำให้ค่าครึ่งชีวิตในการกำจัด ยา(elimination half-life) นานขึ้น 1 ดังนั้นใน ช่วงแรกที่ยาควรให้ขนาดสูงขึ้นเพื่อให้ความ เข้มข้นของยาในพลาสมาเพียงพอ แต่ช่วงรักษา ระดับการสลบควรให้ปริมาณน้อยลงและระยะ เวลาห่างขึ้น เพื่อไม่ให้ยาสะสมในไขมันมากเกินไป ไปในกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีการคำนวณยาและ ให้ตามความเหมาะสม ค่อย ๆ ลดยาคมสลบลง สอดคล้องกับระยะเวลาการผ่าตัด หลังจาก reverse ยา muscle relaxant ประมาณ 10 นาที ผู้ป่วย รู้สึกตัว ทำตามคำสั่งได้ หายใจสม่ำเสมอและ เพียงพอสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ สัญญาณ ชีพปกติ</p>

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะหลังให้การระงับความรู้สึก

Holistic care	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		การวิเคราะห์
	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	
1.ร่างกาย	เสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนเนื่องจากการอุดกั้นทางเดินหายใจ	เสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนเนื่องจากการอุดกั้นทางเดินหายใจ	กรณีศึกษาที่ 1 เนื่องจากเป็นผู้สูงอายุ มีการกำจัดยาออกจากร่างกายได้ช้าจะมีฤทธิ์หลงเหลืออยู่จะยังหลับเป็นช่วง ๆ และการได้รับยาแก้ปวดจะทำให้ง่วงซึมได้มาก กรณีศึกษาที่ 2 ซึ่งเป็นโรคอ้วน การขับยาออกได้ช้าและมีไขมันทางเดินหายใจอุดกั้นได้ง่ายต้องจัดทำโดยหนุนไหล่ให้ทางเดินหายใจโล่ง ใส่ nasal airway, ให้ O ₂ cannular 3 LPM วัด Vital signs ทุก 5 นาที จนกว่าจะรู้สึกตัวดี ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนจากการอุดกั้นทางเดินหายใจ vital signs ปกติ SpO ₂ 97-100% ให้การดูแลที่ห้องพักฟื้น 45 นาทีคะแนน Modified Aldrete Score = 10 จึงย้ายกลับตึก และยังคงให้ O ₂ ต่อพร้อมทั้งประสานงานกับพยาบาลประจำตึกในการเฝ้าระวังต่อเนื่อง
	ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด	ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีอาการปวดแผลผ่าตัดในห้องพักฟื้น วัตถุประสงค์พยาบาลประเมินและให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา พุดคุยและให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล กรณีศึกษาที่ 1 บ่นปวดแผล pain score = 6 ได้รับยา Fentanyl 40 มก. IV. หลังจากนั้นอาการปวดทุเลา pain score ลดลงเหลือ 2 คะแนนและเมื่อกลับไปที่ตึกในช่วงเวรป่วย ได้รับ Morphine 3 mg. IV. อาการปวดทุเลาลง สัญญาณชีพปกติ กรณีศึกษาที่ 2 มีอาการปวดแผล pain score = 8 ได้รับยา Fentanyl 50 มก. IV. หลังจากนั้นอาการปวดทุเลา pain score ลดลงเหลือ 2 คะแนน สัญญาณชีพปกติ ค่า SpO ₂ 97-100%

Holistic care	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		การวิเคราะห์
	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	
2.ด้านจิตสังคมการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลตนเอง	ขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	ขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยประเมินและความรู้ในการปฏิบัติตัวในการดูแลแผล ป้องกันการติดเชื้อ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกาย แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติและมาตรวจตามแพทย์นัด ในกรณีศึกษาที่ 2 แนะนำเพิ่มเติมและให้กำลังใจในการลดความอ้วน ผู้ป่วยและญาติทั้ง 2 รายมีความรู้ความเข้าใจเพิ่มขึ้น
	ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด	ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีอาการปวดแผลผ่าตัดในห้องพักฟื้น วิทยาลัยพยาบาลประเมินและให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา พุดคุยและให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล กรณีศึกษาที่ 1 บ่นปวดแผล pain score = 6 ได้รับยา Fentanyl 40 มก. IV. หลังจากนั้นอาการปวดทุเลา pain score ลดลงเหลือ 2 คะแนนและเมื่อกลับไปเตียงในช่วงเวรป่วย ได้รับ Morphine 3 mg. IV. อาการปวดทุเลาลง สัญญาณชีพปกติ กรณีศึกษาที่ 2 มีอาการปวดแผล pain score = 8 ได้รับยา Fentanyl 50 มก. IV. หลังจากนั้นอาการปวดทุเลา pain score ลดลงเหลือ 2 คะแนน สัญญาณชีพปกติ ค่า SpO ₂ 97-100%

อภิปรายผล

การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยโรคอ้วน ด้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วจะใช้คำว่า “ระหว่าง” หรือ “ขณะ” หรือ “ระยะให้” ใช้คำไหนต้องใช้คำนั้นตลอดทั้งเรื่องร่างกายเพื่อการผ่าตัดนี้ในฤงน้ำติโดยวิธีส่องกล้อง ทั้งระยะก่อนระหว่าง และหลังให้การระงับความรู้สึกบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิสัญญี จะต้องให้การพยาบาลแต่ละระยะเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยสูงสุด ดังนี้

ระยะก่อนผ่าตัด

พยาบาลวิสัญญีให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวและประเมินก่อนให้ยาระงับความรู้สึก เพื่อเตรียมความพร้อมทุกด้าน ป้องกันการถูกกดหรือเลื่อนผ่าตัด ทำให้การให้ยาระงับความรู้สึก และการผ่าตัดดำเนินไปอย่างราบรื่น ปลอดภัย ไม่มี ภาวะแทรกซ้อนขณะและหลังให้ยาระงับความรู้สึก

ระยะระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก

ระยะนี้ต้องอาศัยความรู้และความละเอียดรอบคอบในการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหา ในช่วงการนำสลบผู้ป่วยสูงอายุและมีความดันโลหิตสูง จะต้องบริหารยาในขนาดที่เหมาะสม รระยะเวลาในการออกฤทธิ์ ใส่ท่อช่วยหายใจด้วยความนุ่มนวล เพื่อไม่ให้ความดันโลหิตต่ำหรือสูงมากเกินไปสำหรับการใส่ท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยโรคอ้วนนอกจากต้องมีอุปกรณ์ที่ดีและความชำนาญแล้ว การสื่อสารและการประสานงานที่ดีกับทีมผ่าตัดนำมาซึ่งความร่วมมือในการจัดทำผู้ป่วยให้ถูกต้องและป้องกันอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วยได้ เฝ้าระวังสัญญาณชีพ ติดตามขั้นตอนของการผ่าตัดเพื่อจะได้ปรับยาระงับความรู้สึกให้เหมาะสมพอดีกับการเสร็จสิ้นการผ่าตัด ผู้ป่วยไม่ตื่นเร็วหรือช้าเกินไป

ระยะเสร็จสิ้นการระงับความรู้สึก ในกรณีที่เหมาะสมว่าผู้ป่วยสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ ต้องแก้ฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อในเวลาที่เหมาะสม และผู้ป่วยต้องสามารถหายใจได้เองเพียงพอ หากผู้ป่วยฟื้นช้ายาสลบยั้งค้างอยู่มาก มีภาวะขาดออกซิเจน และมีคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง อุณหภูมิกายต่ำ ระบบไหลเวียนไม่คงที่ เตรียมยาลดความดันเลือดให้พร้อม ควรปรึกษาวิสัญญีแพทย์ก่อนเพื่อร่วมประเมินและตัดสินใจในการถอดท่อช่วยหายใจ และเตรียมอุปกรณ์สำหรับเปิดทางเดินหายใจโล่ง เช่น oral/nasal airway พร้อมใช้

ระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึก

เป็นระยะที่ให้การพยาบาลในห้องพักฟื้น ดังนั้นพยาบาลวิสัญญีจะต้องดูแลอย่างใกล้ชิด ให้ออกซิเจนจัดทำให้ทางเดินหายใจโล่ง และบริหารความปวดอย่างเหมาะสม การเยี่ยมผู้ป่วยหลังให้การระงับความรู้สึก ติดตามเยี่ยมเพื่อประเมินภาวะ

แทรกซ้อนหลังผ่าตัดและการระงับความรู้สึกกระตุ้นให้เห็นความสำคัญของการลุกเดินและการออกกำลังกายอย่างเหมาะสมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ

สรุปผล

จากการศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 รายที่มีความแตกต่างกัน แต่ต้องรับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายเพื่อการผ่าตัดต้อกระจกด้วยวิธีส่องกล้อง ใช้เครื่องมือในการเฝ้าระวังตามมาตรฐานทั้ง 2 ราย แต่การให้การพยาบาลวิสัญญีในระยะให้ยาระงับความรู้สึกมีความซับซ้อนแตกต่างกันถึงแม้ว่าจะเป็นผ่าตัดชนิดเดียวกันก็ตาม นอกจากการเฝ้าระวังความเสี่ยงที่เกิดจากการผ่าตัดโดยวิธีนี้แล้ว ในผู้ป่วยรายที่ 1 เป็นผู้สูงอายุและมีโรคความดันโลหิตสูง มีประวัติโรคหลอดเลือดสมอง จะต้องดูแลไม่ให้ความดันสูงหรือต่ำจนเกินไปซึ่งมักจะเกิดในช่วงการนำสลบการใส่ท่อช่วยหายใจ และช่วงการฟื้นจากยาสลบและช่วงถอดท่อช่วยหายใจ ในผู้ป่วยรายนี้สามารถควบคุมระดับความดันได้เหมาะสม สามารถฟื้นจากยาระงับความรู้สึกได้ไม่นานหลังจากเสร็จการผ่าตัด ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายใด ๆ ได้รับการดูแลเป็นอย่างดีทุกขั้นตอน พักในโรงพยาบาลเพียง 2 วัน ผู้ป่วยรายที่ 2 มีโรคอ้วน ในระยะให้ยาระงับความรู้สึกจะมีการดูแลพิเศษในเรื่องการใส่ท่อช่วยหายใจภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำทั้งช่วงเริ่มและช่วงฟื้นจากยาระงับความรู้สึก ซึ่งในผู้ป่วยรายนี้สามารถผ่าตัดได้อย่างราบรื่น และไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายใด ๆ พักในโรงพยาบาลเพียง 1 วันหลังผ่าตัด ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ

ข้อเสนอแนะ

1. ในการประเมินผู้ป่วยโรคอ้วน จะต้องซักประวัติ Obstructive sleep apnea ทุกครั้ง เพื่อประเมินระบบทางเดินหายใจ จะต้องติดตามผล Blood gas ซักประวัติการทำกิจวัตรประจำวัน การออกกำลังกาย เพื่อประเมินระบบหัวใจและหลอดเลือด อาจต้องปรึกษาอายุรแพทย์เพื่อส่งตรวจเพิ่มเติม เช่น echo

2. การดูแลผู้ป่วยหลังการให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัดส่องกล้อง หลังจากสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ตามข้อบ่งชี้แล้ว ควรให้ออกซิเจนเสริมต่อหลังผ่าตัดแก่ผู้ป่วยทุกราย เนื่องจากผู้ป่วยหลังผ่าตัดโดยวิธีส่องกล้องมักมีความผิดปกติของกระบังลม จากกระบังลมถูกยึดจากการใส่ลมในช่องท้อง โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุ อ้วน สูบบุหรี่ และผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทำให้ค่าออกซิเจนในเลือดแดงต่ำและมีความต้องการออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการใส่ลมในช่องท้องยังคงมีต่อไปอีกระยะหนึ่งถึงแม้จะปล่อยก๊าซออกจากช่องท้องแล้ว

เอกสารอ้างอิง

- จรรยา เลิศอรรมยมณี. (2556). การระงับความรู้สึกในผู้ป่วยโรคอ้วน. ตำราวิสัญญีวิทยา. กรุงเทพฯ: เอ-พลัส พริน.
- ดรินทร์ โล่ห์สิริวัฒน์. (2553). นิวในถุงน้ำดี. ค้นเมื่อ ตุลาคม, 30, 2564, จาก <https://www.si.mahidol.ac.th>.
- ชญเดช นิมมานวุฒิมพงษ์ และวิบูลย์ ภักษบตีภรณ์. (2563). ข้อเสนอแนะด้านการพัฒนาระบบบริการการผ่าตัดแผลเล็ก ปี 2563. นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

ฉันต์ชนก วนสุวรรณกุล. (2555). การให้ยาระงับความรู้สึกสำหรับการผ่าตัดส่องกล้อง. ตำราวิสัญญีวิทยาคลินิก. สงขลา: หน่วยผลิตตำราคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ภาวิณี ปางทิพย์อำไพ. (2560). การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น. กรุงเทพฯ: พี เอ ลิฟวิ่ง จำกัด.

มานี รักษาเกียรติศักดิ์. (2558). การให้ยาระงับความรู้สึกในผู้สูงอายุ. ตำราพื้นฟูวิชาการวิสัญญีวิทยา. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย.

สหสา หมั่นดี. (2555). การให้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. ตำราพื้นฟูวิชาการวิสัญญีวิทยา. กรุงเทพฯ: ธนาเพลสจำกัด.

สรรชัย กาญจนลาภ. (2554). บทความพื้นฟูวิชาเรื่องนิวในระบบทางเดินน้ำดี. ค้นเมื่อ ตุลาคม, 31, 2564, จาก <http://www.rtamedj.pmk.ac.th/files/64-1-8.pdf>.

อนันต์โชติ วิมุกตะนันท์. (2558). การให้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. ตำราพื้นฟูวิชาการวิสัญญีวิทยา. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย.

อรรถัน กาญจนวนิชกุล. (2555). การให้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยโรคอ้วน. ตำราวิสัญญีวิทยาคลินิก. สงขลา: หน่วยผลิตตำราคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

การพัฒนาร้านยามาตรฐานในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

Development of Standard Drugstores in Suratthani Province

เรวัต ไชยเพชร

Rawat Chaipet

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

Health Consumer Protection Department Surat Thani provincial public health office

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ร้านยามาตรฐานตามหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน (Good Pharmacy Practices, GPP) และการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use, RDU) เพื่อสร้างแนวทางร้านยาสู่ร้านยามาตรฐาน และประเมินผลการใช้แนวทางการพัฒนา โดยทำการสำรวจ ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สร้างแนวทางการพัฒนาจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มจากเภสัชกรร้านยา และพนักงานเจ้าหน้าที่จำนวน 20 คน ประเมินผลใช้รูปแบบเปรียบเทียบก่อน-หลัง กลุ่มตัวอย่าง คือ ร้านขายยาและเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในร้านขายยาแผนปัจจุบัน จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวนทั้งสิ้น 122 ร้าน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 61 ร้าน การพัฒนาตามแนวทางใช้เวลา 4 เดือน ผลพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนของ GPP และ RDU เฉลี่ยเท่ากับ 98.66 และ 38.08 ตามลำดับ กลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนของ GPP และ RDU เฉลี่ยเท่ากับ 95.79 และ 26.62 ตามลำดับ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การสร้างแนวทางในการพัฒนาจากการมีส่วนร่วมระหว่างร้านยา ชมรมร้านยา และพนักงานเจ้าหน้าที่ มีผลต่อการยกระดับมาตรฐานร้านยา

คำสำคัญ : วิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน, การใช้ยาอย่างสมเหตุผล, ร้านยามาตรฐาน

Abstract

The objectives of this research were to survey the situation of standard drugstore according to Good Pharmacy Practices (GPP) and Rational Drug Use (RDU), to create the guideline for standard drugstore, and to evaluate the developed guideline. The first step of research method conducted reviewing relevant literature and survey situation of drugstore in Surathani province. The developed guideline was derived from in-depth interview and focus group of 20 pharmacists and officers. Evaluation used the comparing to number of drugstores between pre and post-intervention. The sample consisted of drugstores and its pharmacists, totally 122 stores. They were randomly divided into control group and experimental group, with 61 stores each group. Duration of intervention was 4 months. The results found that the mean GPP and RDU scores of the experimental group were 98.66 and 38.08, respectively. The mean GPP and RDU scores of the control group were 95.79 and 26.62, respectively. It was a statistical significant between two groups. Guidelines for development through participation of drugstores, drugstore association, and public health office have an effect on raising the standard of drugstores.

Keywords : Good Pharmacy Practices (GPP), Rational Drug Use (RDU), standard drugstore

บทนำ

ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Health expenditure) ของประเทศทั่วโลกเป็นค่ายามากกว่าร้อยละ 10-40 โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศกำลังพัฒนาอาจสูงกว่าร้อยละ 50 องค์การอนามัยโลกประเมินว่าการใช้จ่ายเหล่านี้ส่วนหนึ่งเป็นการใช้จ่ายอย่างไม่สมเหตุผลทั้งในภาครัฐและเอกชน ตัวอย่างเช่น การสำรวจในประเทศที่กำลังพัฒนาจำนวน 97 ประเทศ มีผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนเฉียบพลันและท้องเสียจากเชื้อไวรัสได้รับยาปฏิชีวนะอย่างไม่เหมาะสม (Holloway KA., 2011) และในกรุงเทพมหานคร พบว่าประชาชนใช้ยาปฏิชีวนะรักษาโรคหวัดซึ่งเกิดจากเชื้อไวรัสอย่าง

แพร่หลายประมาณร้อยละ 70-80 รวมถึงในต่างจังหวัดร้อยละ 40-60 (บุปผา ศิริรัศมี, 2540) ในปี พ.ศ. 2553 อนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลภายใต้กรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ ระบุว่า “การใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล เป็นปัญหาที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วนและสมควรได้รับการยกสถานะเป็นวาระแห่งชาติ” (คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ, 2554) โครงการใช้ยาอย่างสมเหตุผลได้เริ่มอย่างจริงจังในปี พ.ศ.2558 เพื่อส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาล (Rational Drug Use Hospital: RDU Hospital) แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564) ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาและสร้างความเข้มแข็งในการอธิบายระบบ

สุขภาพ หนึ่งในนั้นคือการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12, 2559) เพื่อพัฒนาระบบและกลไกให้เกิดการใช้ยาสมเหตุสมผลขึ้นในประเทศ และขยายผลสู่การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลในชุมชน (RDU Community) ในปี พ.ศ.2564

การดำเนินการในโรงพยาบาลอภัยภูเบศร สำคัญ 6 ประการ เขียนย่อเป็นคำว่า “PLEASE” ได้แก่ การกำหนดนโยบายในการส่งเสริม (P: Policy for RDU) การจัดทำฉลากยา ฉลากยาเสริม และข้อมูลยาสู่ประชาชน (L: Labelling and leaflet for Patient Information) การจัดหาเครื่องมือที่จำเป็น (E: Essential RDU Tools) การสร้างความตระหนักรู้ (A: Awareness for RDU Principles Among Health Personnel and Patients) การดูแลด้านยาของผู้ป่วยกลุ่มพิเศษ (S: Special Population Care) และการส่งเสริมจริยธรรมและจรรยาบรรณ (E: Ethics in Prescription) มุ่งเน้นให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลในโรคที่สำคัญ เช่น การใช้ยาปฏิชีวนะในโรคหวัด อูจากระวัง ผลสด หลึงคลอดปกติ และการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเบาหวาน เป็นต้น การใช้ยาสมเหตุสมผลตามหลักวิชาการที่ถูกต้องจะทำให้การรักษามีประสิทธิผลและส่งผลลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ได้แก่ ผลข้างเคียง และการแพ้ยา (คชาพล นิมิตเดช, 2562) การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลในชุมชน มีแนวทางการดำเนินงาน ประกอบด้วย 5 กิจกรรมหลัก ได้แก่ การเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาเชิงรุกในโรงพยาบาล (Proactive Hospital based Surveillance) การเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาเชิงรุกในชุมชน (Active Community based Surveillance) การสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน (Community Participation) การสร้างความรอบรู้ของประชาชน (RDU Literacy) และการส่งเสริม

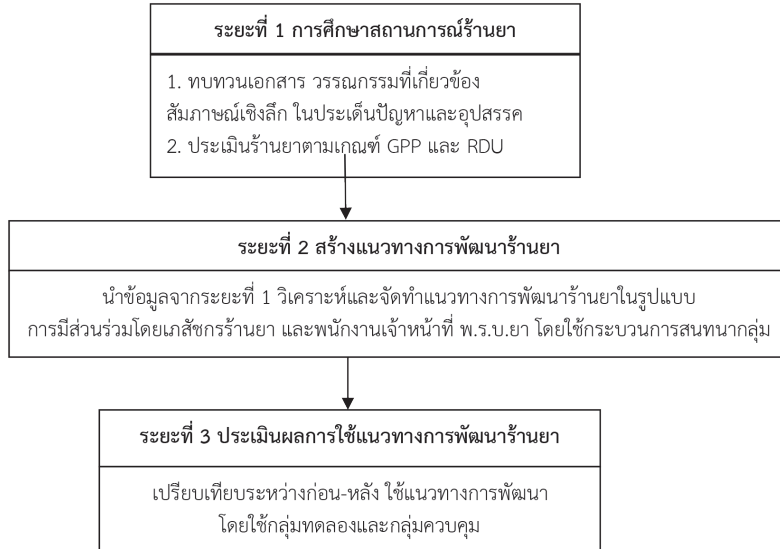
การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลในภาคเอกชน (Good Private Sector) อันได้แก่ คลินิกเอกชน ร้านชำ/ร้านสะดวกซื้อ และร้านยา

ร้านยาเป็นแหล่งกระจายยาหลักของภาคเอกชนที่อยู่ในชุมชน ซึ่งมีอำนาจหลายประเภทและประชาชนเข้าถึงการบริโภคยาได้ง่าย โอกาสที่ผู้บริโภคจะได้รับอันตรายจากยามีมากตามไปด้วย ดังนั้นกฎหมายจึงได้กำหนดให้ร้านยาทุกร้านต้องปฏิบัติตามหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน (Good Pharmacy Practice: GPP) ภายใต้ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน ในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ.2557 (ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์และวิธีการปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน ในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา, 2557) งานวิจัยนี้มุ่งเน้นให้เกิดการพัฒนาและยกระดับร้านยาในจังหวัดสุราษฎร์ธานีซึ่งมีอยู่จำนวนมากให้ผ่านมาตรฐานตามเกณฑ์หลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน (GPP) และการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (RDU) ในภาคเอกชน อันจะทำให้ประชาชนได้รับความปลอดภัยจากการใช้ยามากขึ้น

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ร้านยามาตรฐานตามหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน และการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล จังหวัดสุราษฎร์ธานี
2. เพื่อสร้างแนวทางการพัฒนาร้านยาสู่ร้านยามาตรฐาน
3. เพื่อประเมินผลการใช้แนวทางการพัฒนาต่อคุณภาพของร้านยามาตรฐานตามหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน และการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล

กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีการวิจัย

การศึกษารั้ครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนมิถุนายน 2564 - มกราคม 2565 แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นแรกเป็นการสำรวจ ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในเรื่องการพัฒนาร้านยา รวมไปถึงการสัมภาษณ์เชิงลึกกับเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในร้านยา (In-depth interview) ขั้นต่อมานำผลการสำรวจที่ได้มาพัฒนาแนวทางสู่ร้านยามาตรฐานโดยใช้กระบวนการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และการสนทนากลุ่ม (focus group) ประกอบด้วย เภสัชกรร้านยา ผู้แทนชมรมร้านยาสุราษฎร์ธานี และพนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติยา จำนวน 20 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และขั้นสุดท้ายเป็นการประเมินผล มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

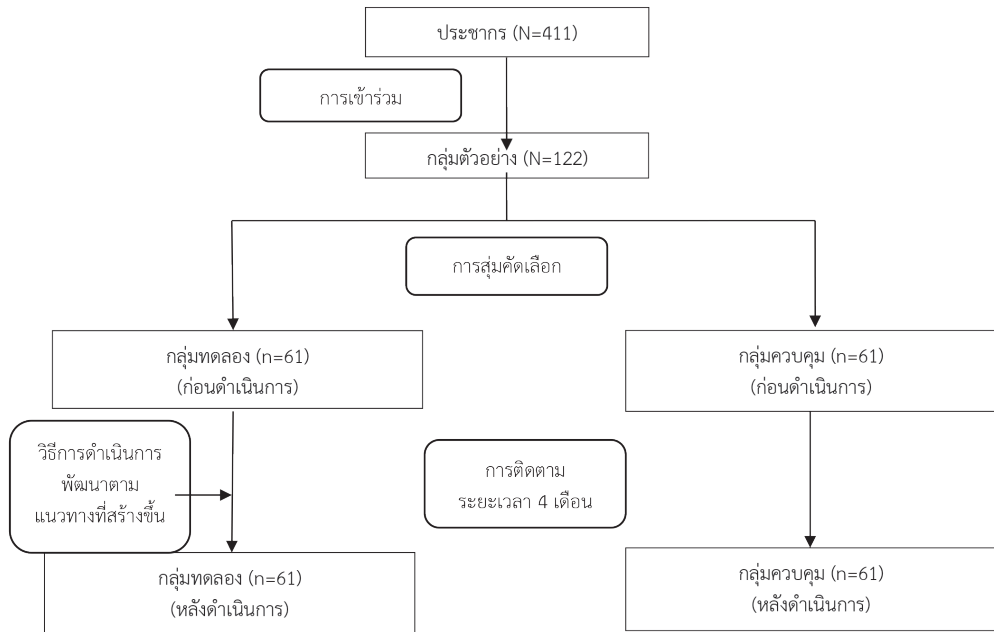
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ร้านขายยาและเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ขย.1) จังหวัด

สุราษฎร์ธานี จำนวน 411 ร้าน (กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี, 2563)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ร้านขายยาและเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ขย.1) จังหวัดสุราษฎร์ธานีที่สนใจเข้าร่วมโครงการ การคำนวณกลุ่มตัวอย่างใช้เกณฑ์ในการประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากประชากร กลุ่มตัวอย่าง 15-30% (บุญชม ศรีสะอาด, 2535) ในการศึกษาที่ใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 122 ร้าน และทำการสุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 61 ร้าน

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัย (Inclusion Criteria) ได้แก่ 1) ร้านยาแผนปัจจุบันที่ได้รับอนุญาตจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี 2) เภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการร้านยาที่สมัครใจและยินยอมเข้าร่วม เกณฑ์การออกจากการวิจัย (Exclusion Criteria) ได้แก่ 1) ร้านยาที่ฝ่าฝืนพระราชบัญญัติยา พ.ศ.2510 2) ไม่ให้ความร่วมมือในการติดตามและประเมินผล 3) มีความประสงค์จะถอนตัวออกจากการวิจัย



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 เครื่องมือ คือ

1. แบบบันทึกการประเมินวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน (GPP) ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่อุปกรณ์และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ.2557 แบ่งเป็น 5 หมวด ได้แก่ หมวดสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน หมวดอุปกรณ์ หมวดบุคลากร หมวดการควบคุมคุณภาพยา และหมวดการปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน คะแนนเต็ม 100 คะแนน การผ่านเกณฑ์ แต่ละหมวดและคะแนนรวมทุกหมวดต้องมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70

2. แบบสอบถามการประเมินการใช้อย่างสมเหตุผล (RDU) ตามแนวทาง PLEASE 6 หัวข้อ ได้แก่ นโยบายในการส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล ฉลากยา ฉลากยาเสริม และข้อมูลยาสู่ประชาชน จัดหาเครื่องมือที่จำเป็น การสร้างความตระหนักรู้

การดูแลการใช้ยาในผู้ป่วยกลุ่มพิเศษ และส่งเสริมจริยธรรมและจรรยาบรรณทางเภสัชกรรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ บทสนทนาจากการสัมภาษณ์ถูกถอดเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างละเอียดแบบคำต่อคำ การวิเคราะห์ประกอบด้วย การจัดระเบียบข้อมูล และการจัดรหัสเป็นหมวดหมู่ และสรุปผล ในส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนาและเชิงอนุมาน ได้แก่ Student's unpaired t-test และ Student's paired t-test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี หมายเลขรับรอง ST-PHO2021-013 ลงวันที่ 10 มิถุนายน 2564

ผลการวิจัย

1.สถานการณ์ร้านยามาตรฐานในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

จากการสำรวจร้านยาในจังหวัดสุราษฎร์ธานีระหว่างเดือนมิถุนายน-กรกฎาคม 2564 ผู้วิจัยได้สุ่มตัวอย่างร้านยาจำนวน 122 ร้าน ประเมินตามมาตรฐานเกณฑ์ GPP พบว่ามีร้านยาผ่านเกณฑ์มาตรฐานจำนวน 122 ร้าน (ร้อยละ 100) มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 96.67 ± 2.34 คะแนน ผลประเมินร้านยาตามเกณฑ์ RDU พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนของร้านยามีค่าเท่ากับ 24.74 ± 4.10 คะแนน จาก 45 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 55

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกกับเภสัชกรร้านยาพบว่าปัญหาในการพัฒนาร้านยามาตรฐานประกอบด้วยหลายปัจจัย ได้แก่

- 1) เภสัชกรขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับมาตรฐาน GPP และ RDU
- 2) เภสัชกรขาดองค์ความรู้เรื่องโรคและการใช้ยาที่ทันสมัย
- 3) เภสัชกรอธิบายข้อมูลยาให้แก่ผู้ป่วยไม่ครบถ้วน
- 4) เภสัชกรใช้เวลาในการอธิบายมากและบางครั้งผู้ป่วยไม่เข้าใจ
- 5) ร้านขายยาขายยาไม่สมเหตุผล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มยาปฏิชีวนะ
- 6) ประชาชนต้องการซื้อยาไม่เหมาะสมกับโรคและเกินความจำเป็น
- 7) ขาดช่องทางการสื่อสารระหว่างร้านยากับผู้ป่วย

2.แนวทางการพัฒนา

เภสัชกรร้านยา ตัวแทนชมรมร้านยาสุราษฎร์ธานี และพนักงานเจ้าหน้าที่พระราชบัญญัติยาจำนวน 20 ท่าน ร่วมสร้างแนวทางในการพัฒนาร้าน

ยามาตรฐาน มีรายละเอียด ดังนี้

- 1) ประชาสัมพันธ์และให้ความรู้ในการใช้ยาโดยชมรมร้านยาสุราษฎร์ธานี
- 2) การรวบรวมองค์ความรู้/คำแนะนำในการพัฒนาร้านยา การคัดเลือกยาเข้าร้านยา
- 3) จัดทำตัวอย่างสื่อช่วยสอนประชาชน เพื่อช่วยอธิบายการใช้ยาเพิ่มเติม โดยได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี
- 4) เพิ่มช่องทางเข้าถึงองค์ความรู้/คำแนะนำในการพัฒนาร้านยา ตัวอย่างสื่อช่วยสอนประชาชนเกี่ยวกับการใช้ยาในสถานการณ์ต่าง ๆ ผ่าน google drive และแอปพลิเคชันไลน์
- 5) ติดตาม ประเมินผล และตรวจเยี่ยมอย่างใกล้ชิดเพื่อเพิ่มเติมองค์ความรู้และข้อมูลเฉพาะในการพัฒนาร้านยามาตรฐาน ตามเกณฑ์ GPP และ RDU แนวทางการพัฒนาดังกล่าวจะถูกนำมาใช้กับกลุ่มทดลองเป็นระยะเวลา 4 เดือน ระหว่างเดือนสิงหาคม - พฤศจิกายน 2564

3.การประเมินผล

ผลการประเมินแนวทางการพัฒนาร้านยามาตรฐานต่อไปนี้ จำแนกการนำเสนอออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ผลการประเมินวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน (GPP) และ 3) ผลการประเมินการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไปของร้านยา ประกอบด้วย พื้นที่ตั้งของร้านยา ระยะเวลาในการเปิดร้านยา และข้อมูลของเภสัชกรร้านยา ประกอบด้วย เพศ อายุ วุฒิการศึกษา ระยะเวลาการปฏิบัติงานต่อวัน ประสบการณ์การปฏิบัติงานเภสัชกรรมชุมชน และตำแหน่งในร้านยา แสดงเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของร้านยาและเภสัชกรร้านยา

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=61)	กลุ่มทดลอง (n=61)
1.ข้อมูลทั่วไปของร้านยา		
พื้นที่ตั้งของร้านยา		
เมืองสุราษฎร์ธานี	25 (40.98%)	27 (44.26%)
เกาะพะงัน	7 (11.47%)	7 (11.47%)
บ้านนาสาร	3 (4.92%)	2 (3.28%)
คีรีรัฐนิคม	2 (3.28%)	2 (3.28%)
กาญจนดิษฐ์	3 (4.92%)	4 (6.56%)
เคียนซา	1 (1.64%)	0 (0%)
เกาะสมุย	20 (32.79%)	19 (31.15%)
ระยะเวลาในการเปิดร้านยา (ปี)	7.8±8.1	7.6±5.7
2.ข้อมูลทั่วไปของเภสัชกรร้านยา		
เพศ		
ชาย	18 (29.51%)	14 (22.95%)
หญิง	43 (70.49%)	47 (77.05%)
อายุ (ปี)		
60 ปีขึ้นไป	0 (0%)	1 (1.64%)
50-59 ปี	2 (3.28%)	2 (3.28%)
40-49 ปี	8 (13.11%)	13 (21.31%)
30-39 ปี	30 (49.18%)	32 (52.46%)
น้อยกว่า 30 ปี	21 (34.43%)	13 (21.31%)
วุฒิการศึกษา		
ปริญญาตรี	55 (90.16%)	58 (95.08%)
ปริญญาโท	5 (8.20%)	2 (3.28%)
ปริญญาเอก	1 (1.64%)	1 (1.64%)
อื่น ๆ	-	-
ระยะเวลาการปฏิบัติงานต่อวัน (ชั่วโมง)	12.9±1.7	13.0±1.4
ประสบการณ์การปฏิบัติงานเภสัชกรรมชุมชน (ปี)	8.6±5.8	8.4±5.8
ตำแหน่งในร้านยา		
เจ้าของร้านยา	32 (52.46%)	28 (45.90%)
เภสัชกรประจำร้านยา	29 (47.54%)	33 (54.10%)

ผลการประเมินแนวทางการพัฒนาร้านยาสู่ร้านยาคุณภาพตามวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนใน

สถานที่ขยายยาแผนปัจจุบัน (GPP) และการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (RDU)

ผลการประเมินตาม GPP พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเฉลี่ยเท่ากับ 99.64 และ 96.97 ตามลำดับ มีค่าเฉลี่ยความแตกต่างเท่ากับ 2.67 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 2

ผลการประเมินตาม RDU พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้ค่าคะแนนเฉลี่ย 38.08 และ 26.62 ตามลำดับ มีค่าเฉลี่ยความแตกต่างเท่ากับ 11.46 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ผลการประเมินแนวทางการพัฒนาตามวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขยายยาแผนปัจจุบัน (GPP)

หมวด	กลุ่มควบคุม (n=61)			กลุ่มทดลอง (n=61)			Mean difference	p-value
	ก่อน	หลัง	Mean difference	ก่อน	หลัง	Mean difference		
สถานที่	97.71 ±3.86	98.05 ±3.71	0.34	97.78 ±3.06	99.87 ±1.49	2.10	1.82	<0.001
อุปกรณ์	100.00 ±0.00	100.00 ±0.00	0.00	100.00 ±0.00	100.00 ±0.00	0.00	0.00	>0.05
บุคลากร	95.49 ±6.83	96.20 ±6.09	0.68	97.21 ±6.46	99.42 ±2.67	2.21	4.27	0.005
การควบคุมคุณภาพ	98.88 ±2.30	99.11 ±2.00	0.22	98.66 ±2.92	99.93 ±0.58	1.27	0.82	0.003
การปฏิบัติ	89.81 ±3.91	91.51 ±4.43	1.70	91.21 ±3.36	98.98 ±2.19	7.77	7.47	<0.001
เฉลี่ย	96.37 ±2.57	96.97 ±2.46	0.60	96.97 ±2.07	99.64 ±0.95	2.67	2.67	<0.001

ตารางที่ 3 ผลการประเมินแนวทางการพัฒนาตามการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)

หัวข้อการประเมิน (คะแนนเต็ม)	คะแนน						Mean difference	p-value
	กลุ่มควบคุม (n=61)			กลุ่มทดลอง (n=61)				
	ก่อน	หลัง	Mean difference	ก่อน	หลัง	Mean difference		
นโยบาย (13)	10.80 ±0.60	11.02 ±0.56	0.21	10.62 ±0.76	11.31 ±0.50	0.69	0.30	0.003
ฉลากยา (4)	2.08 ±0.82	2.41 ±0.96	0.33	2.28 ±0.90	3.46 ±0.81	1.18	1.05	<0.001
เครื่องมือ (7)	3.08 ±1.35	3.70 ±1.70	0.62	3.51 ±1.10	6.74 ±0.68	3.23	3.03	<0.001
ตระหนักรู้ (8)	3.80 ±1.35	4.34 ±1.58	0.54	4.61 ±1.22	6.75 ±1.06	2.15	2.41	<0.001

ตารางที่ 3 ผลการประเมินแนวทางการพัฒนาตามการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) (ต่อ)

หัวข้อการประเมิน (คะแนนเต็ม)	คะแนน						Mean difference	p-value
	กลุ่มควบคุม (n=61)			กลุ่มทดลอง (n=61)				
	ก่อน	หลัง	Mean difference	ก่อน	หลัง	Mean difference		
การใช้ยาในผู้ป่วยกลุ่มพิเศษ (7)	0.75 ±1.22	1.61 ±1.95	0.85	1.11 ±1.40	5.34 ±1.03	4.23	3.74	<0.001
จริยธรรมและจรรยาบรรณ (6)	3.13 ±0.76	3.54 ±0.70	0.41	3.70 ±0.72	4.48 ±0.77	0.77	0.93	<0.001
คะแนนรวม (45)	23.66 ±4.27	26.62 ±6.02	2.97	25.84 ±3.64	38.08 ±3.34	12.25	11.46	<0.001

อภิปรายผล

สถานการณ์ในปี พ.ศ.2564 ร้อยละร้านยามาตรฐานในจังหวัดสุราษฎร์ธานี มีการดำเนินการตามเกณฑ์ GPP อยู่ในระดับสูงถึงร้อยละ 96.67 และตามเกณฑ์ RDU ได้คะแนน 24.74 คะแนน จาก 45 คะแนน (ร้อยละ 55) โดยหลังจากที่ดำเนินการตามแนวทางพัฒนาที่ได้กำหนด พบว่าร้านยามีคะแนนการประเมินที่สูงขึ้น ทั้งในเกณฑ์ GPP และ RDU เท่ากับ 98.31 และ 32.36 คะแนน (ร้อยละ 72) ตามลำดับ

สาเหตุที่คะแนน GPP ของร้านยามีค่าสูง และทุกร้านผ่านการประเมินตามเกณฑ์ เนื่องจากตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ.2557 ได้กำหนดให้ร้านยาทุกร้านต้องปฏิบัติตามหลัก GPP หากไม่ผ่านการประเมิน อาจต้องปิดตัวลงหรือขายกิจการ (ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์

และวิธีการปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน ในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา, 2557) ในขณะที่เกณฑ์ RDU ในภาคเอกชน เริ่มใช้ในปี พ.ศ. 2564 เพื่อส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลมากขึ้น แต่ไม่ได้บังคับเป็นข้อกำหนด จึงอาจส่งผลให้คะแนนร้านยามาตรฐานของ RDU น้อยกว่า GPP

แนวทางที่พัฒนาขึ้นใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ของเภสัชกรร้านยา ชุมชมร้านยา และพนักงานเจ้าหน้าที่ ส่งผลให้ร้านยามีมาตรฐานที่สูงขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาเรื่อง การพัฒนาสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันในสมุทรสงครามสู่มาตรฐาน GPP อย่างมีส่วนร่วม (ภาณุโชติ ทองยัง, 2561) แต่การศึกษานี้ได้เพิ่มบทบาทการมีส่วนร่วมของชมรมร้านยา การเข้าถึงและสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างพนักงานเจ้าหน้าที่และเภสัชกรร้านยา รวมถึงเพิ่มการประเมินผลตามเกณฑ์ RDU โดยพนักงานเจ้าหน้าที่

การวิจัยนี้มีจุดแข็งคือ ส่งเสริมการบริหารเภสัชกรรมในร้านยา เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจในการใช้ยาที่ถูกต้อง จากการศึกษาการพัฒนาแนวทางการใช้ยาปลอดภัยในตำบลพรุพี อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี ปี 2562-2563 พบว่าประชาชนส่วนใหญ่ขาดความรู้ ความเข้าใจ ในการใช้ยาและกฎหมาย (ชมพูนุท เสียงแจ้ว, 2563) อย่างไรก็ตามงานวิจัยนี้ไม่ได้ประเมินผลลัพธ์จากการที่ร้านยามีมาตรฐานที่สูงขึ้น ได้แก่ ประสิทธิภาพจากการใช้บริการร้านยามาตรฐาน ความปลอดภัย ความพึงพอใจของผู้รับบริการ และรายได้ที่เพิ่มขึ้นของร้านยา มาตรฐาน รวมไปถึงการประเมินผลแนวทางที่พัฒนาขึ้นในระยะยาว

การยกระดับมาตรฐานร้านยาจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องตั้งแต่กระบวนการสำรวจสถานการณ์ การวิเคราะห์ปัญหา สร้างแนวปฏิบัติ อาศัยการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง และควรครอบคลุมร้านยาทุกแห่งนำมาซึ่งคุณภาพในการให้บริการ และความปลอดภัยของประชาชนจากการรับบริการร้านยา

เอกสารอ้างอิง

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี. (2563). รายงานผลการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคประจำปี 2563. กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี.

คชาพล นิมิตข, จินตนา ลิมระนางกูร และศุศราภรณ์ สามประดิษฐ์. (2019). นโยบายการใช้ยาอย่างสม เหตุผลประสบความสำเร็จหรือล้มเหลว. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพมหาวิทยาลัยทักษิณ. 1 (2),1-7.

คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12. (2559). แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ. ค้นเมื่อ ธันวาคม 24, 2563, จาก <http://doh.hpc.go.th/data/HL/nationalHealthDevelopment12.pdf>

คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ. (2554). นโยบายแห่งชาติด้านยา พ.ศ. 2554 และ ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2559. (3). โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด: สำนักยาสานักงานคณะกรรมการอาหารและยา.

คณะกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (2558) คู่มือการดำเนินงาน โครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (1) โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขจังหวัด (สวร.ส.)

- ชมพูนุท เสียงแจ้ว. (2564). ผลลัพธ์การพัฒนาแนวทางการใช้ยาปลอดภัยในตำบลพรุพี อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานีปี 2562-2563. ค้นเมื่อ มีนาคม 31, 2565, จาก <https://research.sru.ac.th/2021/04/27/research-result-62-63-pdf/>
- บุญชม ศรีสะอาด. (2535). หลักการวิจัยเบื้องต้น. (3) กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- บุปผา ศิริรัศมี. (2540) พฤติกรรมสุขภาพในเรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชนในจังหวัดนครปฐม /. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, ม.ป.ท.
- ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์และวิธีการปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน ในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557, (2557, 5 พฤศจิกายน).ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 131 ตอนพิเศษ 223 ง., หน้า 7.
- ภาณุโชติ ทองยัง. (2561). การพัฒนาสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน ในจังหวัดสมุทรสงคราม สู่มาตรฐาน GPP อย่างมีส่วนร่วม. วารสารอาหารและยา. 25 (2), 39-48
- สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. (2563). สถิติใบอนุญาตประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยา ประจำปี พ.ศ. 2561. ค้นเมื่อ ธันวาคม 24, 2564, จาก <http://www.fda.moph.go.th/sites/drug/SitePages/Statistic.aspx>
- Kathleen Anne Holloway (2011). Combating inappropriate use of medicine Expert review of clinical pharmacology 4 (3), 335-348



บันทึก

A large area of the page is filled with horizontal dotted lines, providing a template for handwritten notes or a table of contents.

วัตถุประสงค์ :

1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ ความเข้าใจด้านนโยบายการพัฒนางานสาธารณสุข
2. เพื่อเผยแพร่บทความวิชาการและผลงานความก้าวหน้าของงานสาธารณสุขมูลฐาน และระบบบริการสุขภาพ ทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท
3. เพื่อเป็นสื่อในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในด้านต่าง ๆ ที่จะนำไปสู่การพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน การพัฒนาชนบท และระบบบริการสุขภาพ
4. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับงานสาธารณสุขของศูนย์วิชาการสาธารณสุข และหน่วยงานอื่น ๆ
5. เพื่อเป็นสื่อสัมพันธ์สร้างความร่วมมือ และความเข้าใจระหว่างศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราชกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ขอบเขตบทความ :

- บทความวิชาการและผลงานวิจัยเกี่ยวกับการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและพัฒนาชนบท
- ผลงานความก้าวหน้าและประสบการณ์การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน
- บทความแปลหรือเรียบเรียงจากภาษาต่างประเทศ หรือเกี่ยวกับความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ที่เหมาะสม ในงานสาธารณสุข และการบริการด้านสุขภาพ
- บทความอื่น ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม

สำนักงาน :

ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช
13 ถนนพัฒนาการคูขวาง ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช 80000
โทร 075 – 446354, 446005 โทรสาร 075 – 446291 <http://phcsn.hss.moph.go.th>
facebook : ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช
Email : southern.phc@gmail.com โทรมือถือ 081-3705370

ลิขสิทธิ์ :

ต้นฉบับที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ ถือเป็นลิขสิทธิ์ของศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช และผลงานวิจัยของผู้เขียนต้องมาจากกระบวนการนิพนธ์ของท่านโดยจริงแท้

ความรับผิดชอบ :

เนื้อหาต้นฉบับที่ปรากฏในวารสารเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียน ทั้งนี้ ไม่รวมความผิดพลาด อันเกิดจากเทคนิคการพิมพ์

กำหนดการส่งต้นฉบับ :

- ฉบับที่ 1 ประจำปี ตุลาคม – ธันวาคม
- ฉบับที่ 2 ประจำปี มกราคม – มีนาคม
- ฉบับที่ 3 ประจำปี เมษายน – มิถุนายน
- ฉบับที่ 4 ประจำปี กรกฎาคม – กันยายน



กองสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT

วิสัยทัศน์ : ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช
"เป็นศูนย์กลางเสริมสร้างความร่วมมือและพัฒนาเครือข่ายการสาธารณสุขมูลฐานภายในปี 2565"

ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช
13 ถนนพัฒนาการดูขวาง ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช 80000
โทรศัพท์ 075-446354, 075-446005 โทรสาร 075-446291
<http://phcsn.hss.moph.go.th> Facebook: ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช