

วารสาร

สารานุกรมสุขภาพมูลฐานภาคใต้



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT



SOUTHERN REGIONAL PRIMARY HEALTH CARE JOURNAL

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

ISSN 0857-7293 ปีที่ 37 ฉบับที่ 3 ประจำเดือน เมษายน - มิถุนายน 2566



คำแนะนำการเตรียมและหลักเกณฑ์การจัดทำและส่งต้นฉบับ วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้

SOUTHERN REGIONAL PRIMARY HEALTH CARE JOURNAL

วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ เป็นวารสารรองรับการเผยแพร่บทความวิจัย และบทความวิชาการ ด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องของหน่วยงานต่าง 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 17
- 1.2 ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 14 อยู่ใต้ชื่อเรื่อง ให้ตัวเลขเป็นตัวยกท้าย และสถานที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 12 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 17
- 2.2 ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 14 อยู่ใต้ชื่อเรื่อง ให้ตัวเลขเป็นตัวยกท้าย และสถานที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 12 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 รัชยพงษ์ และกฤษณะ ช่างกล่อม. (2541). การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานสารสนเทศแห่งชาติ เพื่อการศึกษา. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี.

3.2 กรณีอ้างอิงจากวารสารให้เขียนตามรูปแบบ

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

จุมพล พุฒภัทรชีวิน และรัตนา ตุงคสวัสดิ์. (2542). วิวัฒนาการและทางเลือกของนโยบายการศึกษา ของรัฐบาลไทย. วารสารเศรษฐศาสตร์. 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 Paper)
- ผลงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ (Full Paper)

5. การทำหนังสือนำส่ง

5.1 หน่วยงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

- โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลศูนย์ ลงนามโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือเทียบเท่า
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ลงนามโดยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหรือเทียบเท่า

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

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. กองบรรณาธิการจะไม่ส่งต้นฉบับคืนให้ ไม่ว่าบทความวิจัยหรือบทความวิชาการนั้นจะได้รับการลงพิมพ์หรือไม่

9. ต้นฉบับจะต้องมีชื่อผู้เขียน ผู้เรียบเรียงหรือผู้แปล โดยแจ้งชื่อ นามสกุลจริง ตำแหน่งผู้เขียนบทความ สถานที่ทำงานและหมายเลขโทรศัพท์หรืออีเมล ที่สามารถติดต่อได้สะดวก

บทบรรณาธิการ

วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ ฉบับนี้ เป็นปีที่ 37 ฉบับที่ 3 ประจำเดือน เมษายน – มิถุนายน 2566 เป็นช่วงสำคัญอีกครั้งหนึ่งของการเมืองไทย คือ การเลือกตั้งทั่วไปโดยหลายพรรคต่างเสนอนโยบายเพื่อให้ประชาชนได้พิจารณา โดยกำหนดให้วันที่ 14 พฤษภาคม 2566 เป็นวันที่จัดให้มีการเลือกตั้งสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรทั่วราชอาณาจักร โดยมีพรรคก้าวไกลและพรรคเพื่อไทยมีผู้ได้รับเลือกตั้งเป็นสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรมากเป็นอันดับที่ 1 และ 2 ตามลำดับ โดยทั้ง 2 พรรคมีนโยบายด้านสาธารณสุขสรุปได้ดังนี้ พรรคก้าวไกล มีนโยบายเน้นการลงทุนด้านสุขภาพ ตรวจสอบสุขภาพ ง่ายทั้งกายและจิต ใช้ระบบ telemedicine ลดความเหลื่อมล้ำของ 3 กองทุนด้านสุขภาพ สำหรับพรรคเพื่อไทย มีนโยบายที่ให้ใช้บัตรประชาชนใบเดียวรักษาได้ทุกที่เชื่อมโยงข้อมูลด้านสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคผ่านการฉีดวัคซีน ให้โรงพยาบาลทุกเขตใน กทม. สร้างสถานชิวาภิบาลดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น ทั้งนี้เราคงต้องติดตามกันต่อไปว่า หลังจากการจัดตั้งรัฐบาลแล้ว ทิศทางนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขจะเป็นลักษณะใด แล้วเราทุกคน ต้องเตรียมตัวในการรับนโยบายจากส่วนกลางอย่างไร อีกทั้งจะมีผลต่อแนวทางการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่กำลังดำเนินไปอย่างไร เราคงจะได้คำตอบในไม่ช้า

วารสารฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความเพียรพยายามของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง จึงขอขอบพระคุณท่านผู้ทรงคุณวุฒิ ที่กรุณาอ่านบทความ และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นคุณูปการต่อการยกระดับมาตรฐานทางวิชาการให้กับงานวิจัย เจ้าของผลงานวิจัยที่ทุ่มเทความรู้ ความสามารถในการดำเนินการวิจัย เพื่อให้งานวิจัยมีมาตรฐานทางวิชาการ กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า วารสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพงานวิจัย และการเผยแพร่ ผลงานสู่วงกว้างมากขึ้น และยินดีรับข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาคุณภาพของวารสารต่อไปในอนาคต

สารบัญ

ทิศทาง/นโยบาย

- ความท้าทายในการปรับโครงสร้างและระบบงานสาธารณสุขมูลฐาน ตามวิสัยทัศน์สู่ศตวรรษที่ 21 ของ WHO และยุทธศาสตร์ชาติทางด้านสาธารณสุข (ต่อ) 8

ความเคลื่อนไหวการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานในพื้นที่

- การพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานในพื้นที่ 11

งานวิชาการที่เกี่ยวข้องกับสาธารณสุขมูลฐาน

- สาธารณสุขมูลฐาน ระบบบริการปฐมภูมิ และเวชศาสตร์ครอบครัว นิยาม ความหมาย และความเชื่อมโยง 13

งานวิจัย - ผลงานวิชาการ - บทความวิชาการ

- พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความสามารถในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกระบี่ 18
- การพัฒนาการคัดแยกผู้ป่วยตาม MOPH ED. Triage แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลกันตัง จังหวัดตรัง 31
- การพัฒนาและขับเคลื่อนตำบลปลอดภัยในการจัดการอุบัติเหตุทางถนนแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่ อำเภอวังชัน จังหวัดแพร่ 44
- การพัฒนาเด็กปฐมวัยรอบด้านรองรับคนในศตวรรษที่ 21 จังหวัดพัทลุง 56
- ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลลานสกา 70

ความท้าทายในการปรับโครงสร้างและระบบงานสาธารณสุขมูลฐาน ตามวิสัยทัศน์สู่ศตวรรษที่ 21 ของ WHO และยุทธศาสตร์ชาติทางด้านสาธารณสุข (ต่อ)

การสาธารณสุขมูลฐาน คือ ยุทธศาสตร์นำสู่บริการสุขภาพถ้วนหน้า

การสาธารณสุขมูลฐานที่นำมาใช้เมื่อ 40 ปีที่แล้ว ไม่อาจนำมาใช้กับคู่สถานการณ์ทางสังคม เศรษฐกิจ และเทคโนโลยี ที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ณ ปัจจุบัน และมีแนวโน้มที่จะพลิกผันต่อไปด้วยอัตราความเร่งที่เพิ่มขึ้นตลอดเวลา ภาวะการณ์ดังกล่าวกระตุ้นให้ภาคประชาคมลุกขึ้นเรียกร้องความเท่าเทียมเป็นธรรมกว้างขวางขึ้น

ตารางแสดงบทบาทใหม่ทั้ง 3 ด้านที่ส่งผลให้เกิดการจัดบริการสุขภาพถ้วนหน้า (UHC) ในพื้นที่ชุมชน

องค์ประกอบและบทบาทใหม่ของงานสาธารณสุขมูลฐาน	งานสาธารณสุขมูลฐานก่อผลดีแก่บริการสุขภาพถ้วนหน้า อย่างไร?		
	การเงิน/ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพของครัวเรือน	คุณภาพบริการ การเข้าถึง ยา เวชภัณฑ์ และวัคซีน	การเข้าถึงบริการที่เท่าเทียมเป็นธรรม
บริการปฐมภูมิและบทบาทหน้าที่ทางสาธารณสุขที่จำเป็น	<p>บริการป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มประชากร ช่วยลดค่าใช้จ่ายของการจัดบริการระดับบุคคล</p> <p>ค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขมูลฐานมีต้นทุนต่อประสิทธิผลสูงกว่าการส่งต่อไปดูแลในหน่วยบริการไกลบ้าน</p>	<p>ระบบสุขภาพที่มีพื้นฐานบนบริการปฐมภูมิ ที่มีสมรรถนะเข้าถึงได้ในเบื้องต้น บริการที่ต่อเนื่องและผสมผสานครอบคลุมด้วยการประสานงานให้เกิดลักษณะประชาชนเป็นศูนย์กลาง น่าจะยกระดับผลลัพธ์ทางสุขภาพได้ดีกว่า</p>	<p>งานสาธารณสุขมูลฐานที่มุ่งเน้นชุมชนเป็นฐานของบริการเป็นหนทางสำคัญที่จะสร้างเสริมความมั่นใจในการเข้าถึงบริการสุขภาพแม้ว่าจะอยู่ในชนบทที่ห่างไกล หรือ เป็นกลุ่มชายขอบในเมือง</p>
การขับเคลื่อนกิจกรรมและนโยบายร่วมของทุกภาคส่วน โดยใช้ข่าวสารแสดงเหตุปัจจัยทางสุขภาพ	<p>แสดงและเอื้อให้จัดการกับเหตุปัจจัยของปัญหาได้ ช่วยให้ป้องกันภาวะคุกคามสุขภาพ สร้างเสริมคุณภาพชีวิต ทำให้ลดบริการเฉพาะบุคคล และลดค่าใช้จ่ายลงได้</p>	<p>ลดภาระโรคในกลุ่มประชากร ทำให้สามารถนำทรัพยากรทั้งเงินและคน ไปใช้ในการให้บริการสุขภาพได้อย่างมีคุณภาพและปลอดภัยได้ยิ่งขึ้น</p>	<p>การบ่งชี้เหตุปัจจัยที่นำไปสู่ปัญหาสุขภาพช่วยเพิ่มโอกาสที่จะเข้าถึงบริการโดยลดอุปสรรคทางด้านสังคม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจที่ขัดขวางการเข้าถึงบริการสุขภาพ</p>
การเสริมศักยภาพให้แก่ประชาชน และชุมชน	<p>การให้ข่าวสารขับเคลื่อนการใช้งบประมาณเพื่อปกป้องคุ้มครองประชาชนในชุมชน</p> <p>มีส่วนร่วมในการออกแบบและวางแผนระบบจัดการงบประมาณ (ท้องถิ่น) ให้เพิ่มทรัพยากรสำหรับการขยายผลการดำเนินงานทางสุขภาพ</p>	<p>ให้ข่าวสารสนับสนุนการขยายการเข้าร่วมพัฒนาบริการสุขภาพในพื้นที่ให้มีความสอดคล้องกับวัฒนธรรมความพอใจของผู้ใช้บริการและสามารถไต่ระดับความรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy) จนเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นได้</p> <p>ปรับปรุงความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Care)</p>	<p>การเสริมหนุนความเข้าใจและแนวทางในการให้บริการที่ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง ในกรณีการจัดเตรียมผู้ให้บริการทางสุขภาพที่ไม่เป็นทางการเช่น คนในครอบครัว เพื่อนบ้าน ฯลฯ</p>

ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสาธารณสุข และภาคส่วนต่าง ๆ ที่เข้าร่วมจัดวางวิสัยทัศน์ของงานสาธารณสุขมูลฐาน ในศตวรรษที่ 21 ในระดับโลกประเมินว่า การสาธารณสุขมูลฐานจะต้องปรับทักษะและสมรรถนะใหม่ ตลอดจนจัดระบบ และโครงสร้างให้บุคลากรทางสุขภาพสามารถดำเนินงานตามบทบาท (Roles) และหน้าที่ (Function) ใหม่ดังที่วาง เป็นแนวทางไว้ในตาราง ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีความแตกต่างไปจากที่เคยกำหนดเอาไว้เมื่อ 30 – 40 ปีที่แล้ว ส่งผลให้แต่ละ ประเทศต้องพิจารณาวิเคราะห์มรรควิถี (Pathway) ที่ต้องนำไปใช้แทนแผนที่ยุทธศาสตร์ (Roadmap) ดังเดิม

ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี และแผนปฏิรูปการสาธารณสุข

แนวคิดการปรับวิถีการขับเคลื่อนนโยบายจากเป้าหมายการพัฒนาในช่วงการเปลี่ยนผ่าน สหัสวรรษภายใน ปี 2015 (พ.ศ. 2558) มาสู่การจัดวางเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนภายในปี 2030 (2573) เป็นความท้าทายเพราะมุ่งให้เกิดการบูรณาการ 3 ด้าน คือ การพัฒนาทางเศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และสังคมที่คำนึงถึงทุกคน (Social Inclusion) ซึ่งสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ขององค์การอนามัยโลกสู่ศตวรรษที่ 21 ที่มุ่งให้ปรับใช้งานสาธารณสุขมูลฐานตอบสนอง ต่อประชาชนที่มีส่วนเข้าร่วมจัดบริการอย่างใกล้ชิดด้วยลักษณะความเป็นพลเมืองตามหน้าที่

การเปลี่ยนแปลงกระบวนการนโยบาย ในประเทศไทย ที่เชื่อมโยงกับกระแสการเปลี่ยนแปลงนานาชาติ ดังสะท้อนให้เห็นจากระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2558 การออกพระราชบัญญัติการจัดทำยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2560 และพระราชโองการเรื่องยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. 2561 – 2580) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงข้อตระหนักถึงสภาพอนาคตที่ผันแปรจากอดีตขึ้นเรื่อย ๆ ตลอดจนแนวทางที่กระทรวง สาธารณสุขประสานกับหน่วยงานภาคส่วนอื่น ๆ ในการออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 เพื่อขับเคลื่อนวิสัยทัศน์การที่เป็นรูปธรรมยิ่งขึ้น หากแต่เมื่อวิเคราะห์ปฏิบัติการในการจัดงาน ร่วมภารกิจ (Convergent Operation) ในภารกิจสู่ออนาคตด้านการจัดการเตรียมสังคมสูงวัย (Ageing Society) รองรับ ภารกิจในอีก 20 ปีข้างหน้า ยังมีข้อจำกัดและช่องว่างด้านสมรรถนะการจัดการแผนงานในลักษณะมุ่งอนาคต (Anticipatory Governance) ของหน่วยงานและภาคประชาคมที่ต้องเติมเต็มอีกมาก

แผนการปฏิรูปประเทศในด้านสาธารณสุข ก็ยอมรับสิทธิของประชาชนชาวไทยในด้านสุขภาพเช่นกัน ทั้งยังระบุให้รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชน มีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาภูมิปัญญาด้านแพทย์ แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด ทั้งนี้ผลจากการศึกษาจัดทำแผนของคณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข มีข้อเสนอสำคัญที่แสดงไว้ในการปฏิรูประบบสาธารณสุข คือ

1. บริการและระบบจัดการบริการในด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ดูแลรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพ มีลักษณะแยกส่วน ขาดความหลากหลาย ในขณะที่มีความเหลื่อมล้ำ ส่งผลต่อคุณภาพบริการสุขภาพ มีข้อเสนอให้เปลี่ยน ฐานระบบบริการจาก “โรงพยาบาลเป็นฐาน” ไปสู่ “พื้นที่เป็นฐาน” กำหนดให้มีคณะกรรมการสุขภาพพื้นที่/อำเภอ (ซึ่งต่อมารัฐบาลได้ออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีให้เป็น “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตพื้นที่/อำเภอ ให้ครอบคลุม ไปถึงเหตุปัจจัยทางสังคมของปัญหาสุขภาพ)

2. การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของประชาชน เกิดความเป็นเมือง ทำให้โรคที่เกิดจากปัจจัยกำหนดสุขภาพ เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ขาดระบบข่าวสารเฝ้าระวังด้านป้องกันโรคและภัยคุกคามสุขภาพ ขาดกลไกการมีส่วนร่วม และบูรณาการพัฒนาสุขภาพในระดับพื้นที่และท้องถิ่น **มีข้อเสนอให้**ปรับใช้หลักการ “ทุกคนนโยบายห่วงใยสุขภาพ หรือ Health in All Policies Approach” โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน จึงต้องเสริมสร้างศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองของชุมชน ครอบครัว และให้องค์กรปกครองส่วนถิ่น ภาคพลเมืองเข้าร่วม

3. กลไกการอภิบาลระบบ (Governance) ยังขาดเอกภาพทำให้การกระจายบริการ และสถานบริการ เครื่องมือแพทย์มีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ **มีข้อเสนอให้** จัดตั้งคณะกรรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติ และให้ กลไกในระดับชาติ ระดับเขต และระดับจังหวัด เสริมประสิทธิภาพระบบอภิบาลสุขภาพในระดับพื้นที่

ข้อเสนอดังกล่าวจึงสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ขององค์การอนามัยโลกที่มุ่งให้ปรับระบบงานสาธารณสุขมูลฐานให้รองรับการจัดการกับเหตุปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมอย่างบูรณาการโดยให้กลไกสาธารณสุขมูลฐานมีส่วนในการเสริมหนุนให้ทุกภาคส่วนในพื้นที่เข้าร่วมจัดการกับเหตุปัจจัยที่เป็นพันธกิจของแต่ละภาคส่วน โดยอาศัยกลไกของพื้นที่ และประสานกับภาคประชาชนที่ถูกสร้างสำนึกพลเมืองอย่างเข้มแข็ง ให้สามารถจัดการกับปัญหาที่เป็นเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน

นวัตกรรมบทบาทของการสาธารณสุขมูลฐาน

กรอบการวิเคราะห์ลักษณะพันธกิจในศตวรรษที่ 21 ซึ่งประมวลไว้ตั้งแต่ พ.ศ. 2512 ทำให้ต้องวิเคราะห์แนวทางการจัดระบบและโครงสร้าง (Transformational Management) ให้ทีมงานสาธารณสุขในพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดพันธกิจร่วมกันกับภาคประชาชนและเอกชน ในลักษณะการจัดการทำงาน (Networking) ที่มีการกำหนดพื้นฐาน (Platform) รองรับอยู่บ้างแล้วในรูปของกฎระเบียบ การมอบอำนาจลงพื้นที่ หากแต่ยังขาดการวิเคราะห์และวางแผนจัดโครงสร้าง และระบบการจัดการที่นำแนวคิดเทคโนโลยีและเทคนิคสังคมใหม่ ๆ เข้ามาใช้

ตารางแสดงลักษณะบทบาทที่แตกต่างกัน ระหว่างการสาธารณสุขมูลฐานที่ผ่านมา กับพันธกิจสู่ออนาคต

การดำเนินงานเมื่อ 30 ปีที่แล้ว	นวัตกรรมบทบาทการสาธารณสุขมูลฐาน
ขยายบริการทางสุขภาพที่กำหนดไว้สู่นบขที่ยากจน	ปรับระบบโครงสร้างและการควบคุมระบบสุขภาพให้มีบริการถ้วนทั่ว และมีการปกป้องคุ้มครองสุขภาพสังคม
มุ่งเน้นที่บริการสุขภาพแม่และเด็ก	มุ่งสู่สุขภาพของทุก ๆ คน ในแต่ละชุมชน
มุ่งเน้นเฉพาะโรค หรือ ปัญหาสุขภาพที่เลือกกำหนด	ตอบสนองผสมผสานต่อความคาดหวังและความจำเป็นของประชาชนตามเงื่อนไขความเสี่ยง และภาวะสุขภาพ
ปรับปรุงสุขอนามัย น้ำ การสุขาภิบาล การให้สุขศึกษาในระดับหมู่บ้าน	ส่งเสริมวิถีชีวิต ให้มีสุขภาพดียิ่งขึ้น ดูแลปกป้องคุณภาพชีวิต ผลกระทบทางสังคมสิ่งแวดล้อมต่อสุขภาพ
ใช้เทคโนโลยีง่าย ๆ โดยอาสาสมัคร และผู้ให้บริการในชุมชนซึ่งมีใช้นักวิชาชีพ	ทีมงานผู้ให้บริการทางสุขภาพต้องเอื้อให้ชุมชนได้เข้าถึงและได้ใช้เทคโนโลยี และเวชภัณฑ์ที่เหมาะสม
มีส่วนร่วมในการระดมทรัพยากรในพื้นที่ และการจัดการทางสุขภาพผ่านคณะกรรมการของแต่ละชุมชนท้องถิ่น	สร้างการมีส่วนร่วมอย่างเป็นระบบและมีระเบียบวิธีที่ให้ประชาสังคมได้มีพื้นที่แลกเปลี่ยน เป็นกลไกเรียนรู้
รัฐจัดสรรงบประมาณจัดบริการสุขภาพจากส่วนกลาง	ระบบสุขภาพที่มีบริบทเปิดกว้างให้บริการโดยพหุภาคี
การจัดการในท่ามกลางความขาดแคลนและลดรูป	ชี้้นำให้ใช้ทรัพยากรเพิ่มขึ้นเพื่อครอบคลุมอย่างถ้วนทั่ว
การช่วยเหลือทางเทคนิคจากผู้ให้ทุนต่างประเทศ	การสนับสนุนความร่วมมือและร่วมเรียนรู้ในระดับโลก
บริการปฐมภูมิ คือ ส่วนที่มีใช้บริการจากโรงพยาบาล	บริการปฐมภูมิ คือ การประสานงานพัฒนาร่วมภาคส่วนให้เกิดการผสมผสานบริการที่รับผิดชอบโดยทุกระดับ
สาธารณสุขมูลฐานราคาถูก เป็นการลงทุนพอประมาณ	สาธารณสุขมูลฐานมิใช่ราคาถูก หากแต่ต้องการลงทุนที่เหมาะสมให้มีคุณค่าที่ดีกว่าทางเลือกอื่น

แนวทางการบูรณาการงานสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) เข้ากับกิจกรรมทางด้านสาธารณสุข (Public Health) ซึ่งขยายไปครอบคลุมมาตรการคุ้มครองประชากรและชุมชนที่เปราะบางมากขึ้น จึงเป็นหัวใจสำคัญที่ส่งผลให้หลายประเทศมุ่งเป้าไปที่การปรับเปลี่ยนบทบาทและหน้าที่ของทีมงานสาธารณสุขในแต่ละพื้นที่ ท้องถิ่น

ที่มา : เอกสารประกอบการประชุมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์งานสาธารณสุขมูลฐาน เขียนโดย นพ.วิพุธ พูลเจริญ

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนานโยบาย (สวน.) 25 มีนาคม 2562

การพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานในพื้นที่

เรียบเรียงโดย นายศุภกานต์ สุภวิบูลาสน์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

1. หลักการและเหตุผล

การขับเคลื่อนงานสาธารณสุขมูลฐานปี 2566 ในช่วงนี้ ระหว่าง เดือนเมษายน 2566 ถึง มิถุนายน 2566 ที่ผ่านมา มีกิจกรรมการขับเคลื่อนงานสาธารณสุขมูลฐานที่สำคัญกิจกรรมหนึ่งคือการพัฒนาศักยภาพองค์กร อสม. เป็นองค์กรที่เป็นผู้นำด้านสุขภาพในชุมชน เป็นแบบอย่างในการสร้างเสริมสุขภาพ ของคนในชุมชน เสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนักด้านสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จนนำไปสู่การเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ซึ่ง อสม. ส่วนใหญ่เป็นประชากรในกลุ่มวัยทำงาน มักจะมีการเจ็บป่วยด้วยโรคที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหาร การเคลื่อนไหวร่างกาย การดื่มเหล้า สูบบุหรี่ หรือแม้กระทั่งมีความเครียดจากการทำงาน พฤติกรรมเหล่านี้จะนำไปสู่การเจ็บป่วย

ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช ร่วมกับศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคทั้ง 5 แห่ง ร่วมกันจัดทำหลักสูตรพัฒนาศักยภาพองค์กร ชมรม อสม.สร้างสุขภาพ เพื่อพัฒนาศักยภาพผู้นำองค์กร อสม. ให้มีความรู้และทักษะที่เหมาะสมสามารถบริหารจัดการนำองค์กรชมรม อสม. ในการประสานสนับสนุนนโยบายในการสร้างเสริมสุขภาพประชาชนของกระทรวงสาธารณสุข ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเองและชุมชนได้อย่างเหมาะสม โดยนักร้องจัดอบรมใน ซึ่งมีกระบวนการอบรมพัฒนาศักยภาพผู้นำองค์กรชมรม อสม.ต้นแบบระดับอำเภอ ไปแล้วจำนวน 7 ชมรมระดับอำเภอต่อ 7 จังหวัดภาคใต้ ตอนบน ในปีงบประมาณ 2564-2565 มีข้อเสนอแนะในการนำหลักสูตรไปใช้ ได้แก่ หลักสูตรรูปแบบการเรียนรู้ในระบบออนไลน์ โดยสามารถนำมาใช้โปรแกรม แอปพลิเคชัน สื่อการเรียนการสอน มาประยุกต์ใช้ให้ทันสมัยต่อสถานการณ์ด้านสุขภาพ และสามารถเป็นแพลตฟอร์มเพื่อการต่อยอดโดยการนำประเด็นการอบรม หรือหลักสูตร หัวข้ออื่น ๆ เข้าร่วมเป็นชุดความรู้ในแพลตฟอร์มเดียวกัน ทำให้กลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าถึงได้ง่าย เรียนรู้ได้ด้วยตนเอง และมีช่องทางการสื่อสารต่อคณะผู้จัดทำได้รวดเร็วทำให้เกิดการแก้ไขปัญหาที่พบได้รวดเร็วและทันเวลาต่อการใช้งานจริงแต่ เนื่องจากสถานการณ์ระบาดของโรคไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ 2019 ทำให้มีมาตรการ “ไม่รวมกลุ่มคนเพื่อลดการแพร่กระจายของโรค”

การหลักสูตรการเรียนรู้ในระบบออนไลน์มีผลต่อผู้สนใจ เช่น กลุ่ม อสม.ทั่วไป บุคลากรด้านสุขภาพที่สามารถเข้ารับการเรียนรู้ในรายวิชาต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ไม่จำเป็นต้องเข้าการอบรมเป็นกลุ่ม จากนั้นได้พัฒนาปรับปรุงเนื้อหาหลักสูตรในการพัฒนาศักยภาพผู้นำองค์กร อสม. ในปีงบประมาณ 2566 มีกลุ่มเป้าหมายเพิ่มเติม จำนวน 7 ชมรมระดับอำเภอต่อ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนบน

2. วัตถุประสงค์

2.1 เพื่อติดตาม เยี่ยมเสริมพลัง แลกเปลี่ยนเรียนรู้ กระบวนการพัฒนา ศักยภาพองค์กร อสม. ต้นแบบสร้างสุขภาพในพื้นที่เป้าหมาย 7 จังหวัดภาคใต้ตอนบน

2.2 เพื่อประเมินศักยภาพองค์กร อสม. ต้นแบบสร้างสุขภาพ ในพื้นที่เป้าหมาย 7 จังหวัดภาคใต้ตอนบน

3. วิธีการดำเนินการ

3.1 รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ขององค์กร อสม.ต้นแบบสร้างสุขภาพ ปีงบประมาณ 2564 – 2566

3.2 ส่งเสริม สนับสนุนพัฒนาศักยภาพองค์กร อสม.ต้นแบบสร้างสุขภาพ

3.3 สรุปผลการดำเนินงานองค์กร อสม. ต้นแบบสร้างสุขภาพ ปีงบประมาณ 2564 - 2566

3.4 การนำเสนอผลการดำเนินงานองค์กร อสม. ต้นแบบสร้างสุขภาพ ปีงบประมาณ 2566 โดยคณะกรรมการ ชมรม อสม. และเจ้าหน้าที่พี่เลี้ยงชมรม อสม.

- | | | |
|------------------------|--------------------------|------------------------|
| - จังหวัดระนอง | 1) ชมรมอำเภอสุขสำราญ | 2) อำเภอเกาะเปอร์ |
| - จังหวัดชุมพร | 1) ชมรมอำเภอเมืองชุมพร | 2) ชมรมอำเภอสวี |
| - จังหวัดสุราษฎร์ธานี | 1) ชมรมอำเภอวิภาวดี | 2) ชมรมอำเภอบ้านนาเดิม |
| - จังหวัดนครศรีธรรมราช | 1) ชมรมอำเภอเมืองนครศรีฯ | 2) ชมรมอำเภอพรหมคีรี |
| - จังหวัดภูเก็ต | 1) อำเภอเมืองภูเก็ต | 2) ชมรมอำเภอถลาง |
| - จังหวัดพังงา | 1) ชมรมอำเภอกะปง | 2) ชมรมอำเภอกระบะบุรี |
| - จังหวัดกระบี่ | 1) ชมรมอำเภอเมืองกระบี่ | 2) อำเภอเหนือคลอง |

3.5 องค์กร อสม. ต้นแบบจังหวัดอื่น ๆ ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และให้ข้อเสนอแนะโดย วิทยากร และนักวิชาการ ศูนย์ สสม. นครศรีธรรมราช

3.6 วิทยากร และนักวิชาการศูนย์ สสม. นครศรีธรรมราช สรุปผลคะแนนจากการประเมิน และชี้แจงต่อกรรมการ ชมรม อสม. และเจ้าหน้าที่พี่เลี้ยงชมรม อสม.

3.7 ดำเนินการประกาศ ผลการประเมินองค์กร อสม. ต้นแบบสร้างสุขภาพ ปีงบประมาณ 2566

4. ผลการดำเนินงาน

ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้จัดการประเมินศักยภาพองค์กร อสม. ต้นแบบ สร้างสุขภาพ ปีงบประมาณ 2566 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อติดตาม เยี่ยมเสริมพลัง แลกเปลี่ยนเรียนรู้ กระบวนการพัฒนา และการประเมินศักยภาพองค์กร อสม. ต้นแบบสร้างสุขภาพ ในพื้นที่เป้าหมาย 7 จังหวัดภาคใต้ตอนบน จังหวัดละ 2 อำเภอ รวม 14 อำเภอ ในระหว่างวันที่ 6 - 7 มิถุนายน 2566 ผ่านระบบการประชุมออนไลน์ ซึ่งได้ดำเนินกิจกรรมดังนี้

1. องค์กร อสม. ต้นแบบสร้างสุขภาพ ระดับดีเยี่ยมอย่างยิ่ง
 - 1) ชมรมอสม. อำเภอสุขสำราญ จังหวัดระนอง
 - 2) ชมรม อสม. อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต
2. องค์กร อสม. ต้นแบบสร้างสุขภาพ ระดับดีเยี่ยม
 - 1) ชมรมอสม. อำเภอเกาะเปอร์ จังหวัดระนอง
 - 2) ชมรมอสม. อำเภอเมืองภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต
 - 3) ชมรมอสม. อำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่
 - 4) ชมรมอสม. อำเภอเมืองชุมพร จังหวัดชุมพร
 - 5) ชมรมอสม. อำเภอสวี จังหวัดชุมพร
 - 6) ชมรมอสม. อำเภอวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี
 - 7) ชมรมอสม. อำเภอบ้านนาเดิม จังหวัดสุราษฎร์ธานี
 - 8) ชมรมอสม. อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช
 - 9) ชมรมอสม. อำเภอพรหมคีรีจังหวัด นครศรีธรรมราช
3. องค์กร อสม. ต้นแบบสร้างสุขภาพ ระดับดี
 - 1) ชมรมอสม. อำเภอกะปง จังหวัดพังงา
 - 2) ชมรมอสม. อำเภอกระบะบุรี จังหวัดพังงา
 - 3) ชมรมอสม. เมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่



สาธารณสุขมูลฐาน ระบบบริการปฐมภูมิ และเวชศาสตร์ครอบครัว นิยาม ความหมาย และความเชื่อมโยง

เรียบเรียงโดย สุพัตรา ศรีวณิชชากร สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน

คำสามคำ อันได้แก่ คำว่า “สาธารณสุขมูลฐาน” (Primary Health Care) “ระบบบริการปฐมภูมิ” (Primary Care) และ “เวชศาสตร์ครอบครัว” (Family Medicine) ที่หลายส่วนกล่าวถึงกันอย่างมากและมีความเข้าใจที่แตกต่างกัน บทความนี้มีเจตนาที่จะทบทวนความหมายคำทั้งสามนี้ว่า เหมือนหรือต่างกันอย่างไร และมีความเชื่อมโยงกันอย่างไร โดยพิจารณาจากที่มาและการให้ความหมายจากองค์กรที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้เพื่อเป็นพื้นฐานต่อการทำความเข้าใจร่วมกันในการพัฒนางานระบบบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพ เท่าเทียม และมีประสิทธิภาพ

“สาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care)” มีที่มาจากคำประกาศอัลตา อัลตา โดยองค์การอนามัยโลกเมื่อปี ค.ศ.1978 (พ.ศ.2519) ซึ่งมีเจตนาให้มีการขับเคลื่อนชุมชนโลกให้เร่งพัฒนาระบบบริการสุขภาพในแต่ละประเทศ ให้สามารถปกป้อง คุ้มครอง และส่งเสริมสุขภาพของประชากรโลกทุกคนได้อย่างเท่าเทียม บนฐานการพัฒนาที่เชื่อมโยงกับการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของแต่ละประเทศ และความหมายของคำว่าสุขภาพมิใช่เพียงการไม่มีโรค แต่หมายถึงสภาวะความ สุขสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม และการได้รับการดูแลให้มีสุขภาพดีถือว่าเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ในการประชุมนี้ได้ให้ความหมายและการปฏิบัติการภายใต้คำนี้ว่า “Primary health care is essential health care based on practical, scientifically sound, and socially acceptable methods and technology made universally accessible to individuals and families in the community by means acceptable to them and at a cost that the community and the country can afford to maintain at every stage of their development in a spirit of self-reliance and self-determination. It forms an integral part of both the country’s health system of which it is the central function and the main focus of the overall social and economic development of the community. It is the first level of contact of individuals, the family and the community with the national health system, bringing health care as close as possible to where people live and work and constitutes the first element of a continuing health care process. (World Health Organization, 1978)”

ในคำประกาศดังกล่าว ได้ให้ความหมายสาธารณสุขมูลฐานทั้งในลักษณะที่เป็นปรัชญา แนวคิดสำคัญดังกล่าวข้างต้น ที่หมายถึงบริการสำคัญที่ต้องมีเหตุผล ประยุกต์ใช้ได้ เป็นที่ยอมรับของสังคม เป็นบริการที่ประชาชนทุกคนเข้าถึงได้ และมีค่าใช้จ่ายในระดับที่เหมาะสม ชุมชนและประเทศสามารถรับภาระได้ รวมทั้งเน้นความสำคัญของหน่วยบริการที่เป็นด่านแรกที่เชื่อมต่อระหว่างชุมชนกับหน่วยบริการทางการแพทย์และได้กล่าวถึงประเด็นการดำเนินงานสุขภาพที่ควรมีการดำเนินการเป็นอย่างน้อยเกี่ยวกับ 1) การให้สุศึกษาเพื่อป้องกันควบคุมปัญหาสุขภาพสำคัญ 2) ปัญหาโภชนาการ 3) น้ำสะอาดและสุขาภิบาล 4) อนามัยแม่และเด็กรวมทั้งการวางแผนครอบครัว 5) การให้วัคซีนป้องกันโรค 6) การควบคุมโรคระบาดในท้องถิ่น 7) การดูแลรักษาโรคพื้นฐาน และ 8) การมียาที่จำเป็นใช้อย่างพอเพียง (WHO 1978) นอกจากนี้ ในคำประกาศยังได้เสนอกลวิธีสำคัญเพื่อตอบสนองต่อแนวคิดดังกล่าว คือ 1) การส่งเสริมการพึ่งตนเองของประชาชน และสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนทั้งในด้านการวางแผน การดำเนินงานและการประเมินผล 2) การประสานบูรณาการงานสุขภาพกับภาคส่วนอื่น ๆ 3) มีฐานหน่วยบริการสุขภาพพื้นฐาน และหน่วยส่งต่อที่มีบุคลากรทำงานเป็นทีม ทั้งที่เป็นบุคลากรวิชาชีพ ผู้ช่วย และประชาชน ที่ถูกฝึกให้ประยุกต์ใช้ความรู้ และเทคโนโลยีได้อย่างเหมาะสมตอบสนองต่อปัญหาพื้นที่ได้ดี 4) ระบบต้องมีการสาธารณสุขมูลฐาน ระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว บูรณาการ สนับสนุน และส่งต่อระหว่างหน่วยบริการระดับต่าง ๆ และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง (WHO 1978)

การดำเนินการตามคำประกาศนี้ในประเทศต่าง ๆ มีวิธีการที่แตกต่างกัน และให้ความหมายต่อคำนี้ต่างกันตามบริบทของระบบบริการในแต่ละประเทศ ประเทศที่พัฒนาแล้ว เมื่อพูดถึง Primary Health Care จะให้ความหมาย

ในลักษณะที่ทำให้บริการสุขภาพตอบสนองต่อชุมชนและความต้องการของประชาชนมากขึ้น โดยใช้หน่วยบริการที่ทำหน้าที่เป็นบริการด่านแรกมีอยู่แล้วในพื้นที่ อันหมายถึง primary care อันได้แก่ general practice surgery หรือ family practitioners เป็นผู้ให้บริการ ส่วนประเทศที่กำลังพัฒนาที่มีทรัพยากรน้อย หน่วยบริการสุขภาพยังไม่เพียงพอ ได้แก่ ประเทศในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ รวมทั้งประเทศไทย จะให้ความหมายของการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในลักษณะที่เน้นการเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วม มีความสามารถในการดูแลตนเองได้มากขึ้นจากคำประกาศข้างต้น จะพบว่า องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของ Primary Health Care ที่ครอบคลุมไปถึงการจัดบริการที่เป็นบริการด่านแรกด้วย ซึ่งหมายถึงว่า องค์การอนามัยโลกและประเทศอื่นที่พัฒนาแล้ว ให้ความหมายของคำว่า Primary Health Care เหมือนกับ Primary Care คือบริการด่านแรก หรือบริการระดับปฐมภูมิ ฉะนั้นการกล่าวถึง Primary Care และ Primary Health Care ในประเทศทางยุโรปจึงหมายถึงบริการที่เหมือนกัน และใช้ 2 คำนี้แทนกัน ประเทศไทยมีการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขตามแนวแบบประเทศทางตะวันตกมากกว่า 40 ปี ในระยะแรกแรกก่อนประกาศอัลตา อัลตา เน้นการพัฒนาหน่วยบริการพื้นฐานอันได้แก่ สถานีอนามัยและโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น แต่ก็พบว่าประชาชนยังไปใช้บริการได้น้อย ระยะต่อมาซึ่งเป็นระยะสิบปีแรกหลังประกาศอัลตา อัลตา ประเทศไทยได้เน้นการเพิ่มบทบาทของประชาชน มีการพัฒนาผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.)อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และกลไกการจัดการในชุมชนเพื่อขยายบริการให้เข้าถึงมากขึ้น ซึ่งส่งผลให้บริการพื้นฐานทางด้านสาธารณสุขมีความครอบคลุมมากขึ้น ระยะสิบปีที่สองหลังประกาศฯ เป็นระยะที่เร่งการพัฒนากระบวนการบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ และจังหวัดให้มีความครอบคลุมทั่วประเทศ ทำให้บริการทางการแพทย์มีการพัฒนาเพิ่มขึ้นมาก อัตราตายแม่และเด็กลดลงอย่างมาก ระยะสิบปีที่สามจนถึงปัจจุบัน เป็นระยะของการปฏิรูปการเงินการคลัง และการบริหารจัดการลักษณะต่าง ๆ เพื่อให้เกิดบริการที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นการนำเอาแนวคิด Primary Health Care มาดำเนินการในประเทศไทย มีลักษณะที่มีพัฒนาการที่แตกต่างกันตามระยะเวลา ระยะแรกมีการพัฒนาทั้งในด้านแนวคิด และกลยุทธ์การดำเนินการลักษณะต่าง ๆ แต่ระยะต่อมานั้นไปที่กิจกรรมการมีอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ชุมชนกิจกรรมบริการ 10 ประการ และการมีกองทุนชุมชนประเภทต่าง ๆ ซึ่งเมื่อมีการถ่ายทอดไปสู่การปฏิบัติจริงที่หน่วยงานส่วนปลายที่ใกล้ชิดกับประชาชน แนวคิดได้ถูกเน้นไปแต่ที่กิจกรรมดำเนินการมากกว่าเป้าหมายสำคัญที่ต้องการให้บรรลุ (พิจารณาจากเนื้อหาของกรณีศึกษาตรวจสอบ กำกับงาน) จึงทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยทั่วไปให้ความหมายของ “สาธารณสุขมูลฐาน” คือ การมี ผสส.อสม. การมีกองทุนชุมชน ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน(ศสมช.) มิได้เข้าใจถึงแนวคิดที่คำนึงถึงผลลัพธ์ต่อประชาชนมากกว่ากิจกรรม และให้ความหมายต่องานสาธารณสุขมูลฐานที่เปลี่ยนไป แปลความว่า เป็นกิจกรรมที่ดำเนินการโดยประชาชน และชุมชนเองเป็นหลัก ส่วนการจัดการของหน่วยงานรัฐทำให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นบริการด่านแรก เรียกชื่อว่าเป็น Primary Medical Care อันได้แก่ สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งกระทรวงสาธารณสุข ไม่ได้กล่าวชัดเจนว่าหน่วยบริการที่เป็น primary medical care นี้จะดำเนินการโดยใช้แนวคิดสาธารณสุขมูลฐานในลักษณะที่เป็นกลยุทธ์ หรือปรัชญาหรือไม่ แต่กำหนดว่าต้องดำเนินการชุดกิจกรรมที่กำหนดในงานสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งส่วนนี้เป็นประเด็นที่แตกต่างในการแปลแนวคิดไปสู่การปฏิบัติงานจริงระหว่างประเทศไทยกับประเทศอื่น ๆ ในยุโรป และประเทศที่พัฒนาแล้ว ทั้งนี้ส่วนหนึ่งอาจจะเนื่องด้วยสภาพการณ์ที่ประเทศไทยมีบุคลากรด้านสาธารณสุขน้อยกว่าประเทศที่พัฒนาแล้วแต่อย่างไรก็ตามแนวคิดที่เป็นหลักการหรือปรัชญาสำคัญในการทำให้ประชาชนพึ่งตนเองได้ มีส่วนร่วม การประสานความร่วมมือกับภาคส่วนต่าง ๆ ยังคงมีการดำเนินการพัฒนาต่อเนื่องในประเทศไทย แต่ภายใต้โครงการหรือกิจกรรมในชื่ออื่นที่มีใช้สาธารณสุขมูลฐาน เช่น การดำเนินการแบบประชามสุขภาพ การร่วมมือกันเพื่อพัฒนาพระราชาบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ที่ให้ความสำคัญแก่การสร้างการมีส่วนร่วมกับภาคส่วนต่าง ๆ ในการพัฒนาสุขภาพ การจัดการสุขภาพให้ประชาชนทุกคนเข้าถึงได้ในรูปของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบประกันสุขภาพที่เน้นการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ และการให้ชุมชนท้องถิ่นมีส่วนร่วม ทั้งหมดนี้แสดงให้เห็นถึงวิวัฒนาการของความหมายของสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย และความเชื่อมโยงสาธารณสุขมูลฐานกับระบบบริการปฐมภูมิ

ระบบบริการปฐมภูมิ

คำว่า “ระบบบริการปฐมภูมิ” เป็นส่วนของชุดคำที่อธิบายลักษณะระบบบริการทางการแพทย์เป็นระดับต่าง ๆ โดยแบ่งตามความซับซ้อนทางการแพทย์ เป็นบริการปฐมภูมิทุติยภูมิ และตติยภูมิ ทั้งนี้เพื่อการวางแผนหน่วยบริการ การใช้ทรัพยากร เทคโนโลยี และการจัดบุคลากรให้บริการที่เหมาะสมตามลักษณะบริการ โดยที่บริการปฐมภูมิ หมายถึงหน่วยบริการสุขภาพระดับแรกของระบบ ทำหน้าที่ให้บริการทางการแพทย์ที่ไม่ซับซ้อน

แนวคิดด้านนี้ ในระยะแรกเป็นส่วนที่ได้รับอิทธิพลจากองค์กรอนามัยโลก แต่ในระยะ 10-15 ปีหลังเริ่มรับความคิดจากประเทศทางด้านตะวันตก ยุโรป ที่จัดแบ่งบริการเป็นเพียงบริการปฐมภูมิ (primary care) และบริการโดยโรงพยาบาล (hospital care) โดยไม่ได้แบ่งแยกเป็นระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ นอกจากนี้ยังมีการให้ความหมายของบริการปฐมภูมิ ในเชิงคุณค่าอื่นเพิ่มมากขึ้นได้แก่ ระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Care) ตามคำประกาศของอัลมาอัลตา ปี ค.ศ.1978 กำหนดว่า หมายถึง บริการด่านแรกที่ประชาชนในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนเข้ามาสัมผัสกับระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ และให้จุดเน้นของบริการที่ระดับนี้ที่กว้างกว่าบริการทางการแพทย์ แต่รวมถึงการดูแลที่เกี่ยวกับสุขภาพโดยรวม ที่รวมทั้งปัจจัยทางด้านสังคม และการดูแลทั้งครอบครัว ชุมชน มิใช่เฉพาะรายบุคคล เป็นการดูแลในทุกด้านที่เกี่ยวข้องที่ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดสภาวะสุขภาพดีของประชาชน

แนวคิดต่อระบบบริการปฐมภูมิที่ดี หมายถึง บริการที่ตั้งอยู่ในท้องถิ่น เข้าถึงได้ เป็นการดูแลที่เอาผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมากกว่าโรค เป็นบริการที่ผสมผสานบริการประเภทต่าง ๆ ที่จำเป็น ให้บริการที่ต่อเนื่อง เป็นลักษณะของการบริบาลดูแล (Care) มากกว่า การรักษาโรคให้หาย (cure) Starfield ให้ความหมายของระบบบริการปฐมภูมิ ในลักษณะของบทบาทที่เป็นกระบวนการให้บริการที่เป็นบริการด่านแรกที่เข้าถึงได้ง่าย (Front-line care) ให้บริการที่ต่อเนื่อง (Ongoing care) บริการที่ผสมผสาน เข้าใจความต้องการของผู้ใช้บริการ (Comprehensive care) และเป็นหน่วยที่ประสานการบริการกับบริการเฉพาะทางอื่น หรือบริการทางสังคมอื่นที่เกี่ยวข้อง (Coordinated care) Tudor-Hart ได้กล่าวถึงบทบาทของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ควรมีเพิ่มเติมจากลักษณะบริการรักษาพยาบาลแบบเดิมคือ มีบทบาทในเชิงรุก เน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคของกลุ่มประชากร มีการให้บริการโดยที่พิจารณาปัญหาอย่างเป็นองค์รวม Fry and Horder ให้ความเห็นว่า ระบบบริการปฐมภูมิมีบทบาทที่สำคัญในการช่วยให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ และยุติธรรมจากทั้งหมดข้างต้นที่ให้ความหมายต่อระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Care) ทั้งที่พิจารณาจากส่วนที่เป็นผลลัพธ์ของบริการ และบทบาทของบริการ พบว่า เป็นการให้ความหมายที่ให้ “คุณค่า” ของ “ระบบบริการที่ดี” รวมไปถึง มิใช่หมายถึงบริการรักษาพยาบาลที่เป็นการคัดกรองเบื้องต้นเหมือน

แต่เดิมในสวนประเทศไทย บริการระดับปฐมภูมิ หมายถึง สถานีนามัย โรงพยาบาลชุมชนตามที่กล่าวแล้วข้างต้น ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้มีบทบาททั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ เช่นกัน รวมทั้งมีบทบาทสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐาน แต่น้ำหนักของบทบาทจะเน้นไปที่การคัดกรองปัญหาสุขภาพที่ไม่ซับซ้อน มิได้กล่าวถึงคุณลักษณะในลักษณะของการดูแลที่ผสมผสานอย่างเข้าใจความต้องการของผู้ใช้บริการ มิได้เน้นบริการที่ดูแลประชาชนต่อเนื่อง แต่มีแผนงานที่กำหนดให้หน่วยงานเหล่านี้มีบทบาทในการประสานกับหน่วยงาน 5 กระทรวง หลักเพื่อการพัฒนาชุมชน และคุณภาพชีวิตที่ดีตามแนวคิดของสาธารณสุขมูลฐาน ลักษณะของแนวคิดดังกล่าวข้างต้นนี้ในประเทศไทย เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้คุณค่า หรือศักดิ์ศรีของบริการระดับปฐมภูมิไม่เด่นชัด และด้อยกว่าบริการที่มีเทคโนโลยีทางการแพทย์สูงต่อมาจึงมีการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ โดยเน้นแนวคิดใหม่ ที่ทำให้หน่วยบริการปฐมภูมิมีคุณค่าและเอกลักษณ์ของตนเองที่ชัดเจน ปรับค่านิยมใหม่เป็นคำจำกัดความระบบบริการปฐมภูมิ ในเชิงแนวคิด และหลักการ (พ.ศ.2542) หมายถึง ระบบที่ให้บริการสุขภาพในระดับที่เป็นด่านแรกของระบบบริการสาธารณสุข (First line health care services) ทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่องร่วมกับประชาชน โดยประยุกต์ความรู้ทั้งทางการแพทย์ จิตวิทยา และสังคมศาสตร์ ในลักษณะผสมผสาน (Integrated) การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง (Continuous)

ด้วยแนวคิดแบบองค์รวม (Holistic) ให้แก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน (Individual, family and community) องค์การชุมชนในท้องถิ่น เพื่อพัฒนาความรู้ของประชาชนในการดูแลสุขภาพเสริมสุขภาพของตนเอง และสามารถดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยได้อย่างสมดุล

ความหมายในมิติของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ (Contracting Unit for Primary Care, CUP) หมายถึง หน่วยงานที่สามารถเป็นหน่วยคู่สัญญารับงบประมาณเหมาจ่ายต่อหัวประชากรได้ โดยที่ต้องมีคุณสมบัติตามเกณฑ์มาตรฐาน คือ จัดให้มี หน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit : PCU) ที่ทำหน้าที่ให้บริการสุขภาพทั่วไป ทั้งส่วนที่เป็นการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพพื้นฐานที่เป็นลักษณะการให้บริการแบบผู้ป่วยนอก การให้บริการที่บ้าน และบริการในชุมชน ไม่รวมบริการที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะ ตั้งอยู่ในที่สามารถเดินทางไปใช้บริการได้สะดวกภายใน 30 นาที มีบุคลากร เครื่องมือ อุปกรณ์ และการจัดการตามเกณฑ์มาตรฐาน โดยหน่วยบริการปฐมภูมิจะต้องมีประชากรที่ขึ้นทะเบียนที่ชัดเจน และรับผิดชอบดูแลประชากรไม่เกิน 10,000 คนต่อหน่วยหน่วยบริการระดับนี้อาจจัดบริการโดยสถานพยาบาลหน่วยเดียว หรือจัดเป็นเครือข่ายของหน่วยบริการย่อยที่ร่วมกันให้บริการได้

เวชศาสตร์ครอบครัว

ความหมายของเวชศาสตร์ครอบครัวมักเน้นไปที่สาขาวิชาเฉพาะทางของแพทย์ที่ควบคู่กับแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่น ๆ เช่นอายุรศาสตร์ กุมารเวชศาสตร์ ศัลยศาสตร์ ฯลฯ แต่ขณะเดียวกันก็ใช้เรียกงานบริการทางการแพทย์ที่ใช้ศาสตร์วิชาประเภทต่าง ๆ ในลักษณะเดียวกันแนวคิดในเรื่องเวชศาสตร์ครอบครัว (Family Medicine) ประเทศไทยรับคำนี้หรือศาสตร์นี้มาจากประเทศตะวันตก ที่เป็นส่วนหนึ่งของศาสตร์วิชาที่ใช้ในการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขสาขาเฉพาะทางด้านต่าง ๆ เป็นศาสตร์วิชาที่เกิดขึ้นหลังจากที่บริการทางการแพทย์มีการพัฒนาเป็นสาขาเฉพาะทางมากมาย จนทำให้บริการพื้นฐานเวชปฏิบัติทั่วไปถูกลดคุณค่า ถูกมองข้าม และไม่ได้รับความนิยม แพทย์ด้านเวชปฏิบัติทั่วไปในประเทศตะวันตกจึงได้พยายามรวมกลุ่มและศึกษาพัฒนา จัดระบบความรู้ เทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับการบริการสุขภาพพื้นฐานให้เป็นศาสตร์วิชาที่มีศักดิ์ศรีและคุณค่าอีกสาขาหนึ่งที่ไม่ต่อยกว่าบริการทางการแพทย์สาขาอื่นๆ ศาสตร์นี้เน้นความเป็นบูรณาการของความรู้ทั้งด้านการแพทย์สาขาต่าง ๆ ที่บูรณาการกับความรู้ทางด้านสังคมศาสตร์ จิตวิทยา มิได้เน้นไปทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ลึกลงไปในส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย แต่เป็นศาสตร์ที่ให้บริการแก่ประชากรทุกกลุ่ม ทุกโรค เน้นการให้บริการที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีความพยายามที่จะเข้าใจความต้องการ ความจำเป็นของประชาชนในด้านสุขภาพ ศาสตร์นี้ในบางประเทศยังใช้คำว่า เวชปฏิบัติทั่วไป (General Practice) บางประเทศก็เปลี่ยนเป็น เวชศาสตร์ครอบครัว (Family Medicine) เพื่อเป็นการเปลี่ยนภาพลักษณ์ใหม่ของบริการเวชปฏิบัติทั่วไป องค์การโลกทางด้านเวชปฏิบัติทั่วไป/เวชปฏิบัติครอบครัว (WONCA: World Organization of National Colleges and Academic Association of General Practitioners/Family Physicians)¹⁵ ได้มีข้อตกลงต่อคำจำกัดความที่เป็นบทบาทหน้าที่ของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/เวชปฏิบัติครอบครัว ดังนี้

“แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/เวชปฏิบัติครอบครัว

เป็นแพทย์ที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการให้บริการที่ผสมผสาน (comprehensive health care) แก่บุคคลทุกคนที่มาใช้บริการ เมื่อมีความจำเป็น ทำหน้าที่เป็นแพทย์ทั่วไป (Generalists) ที่ยอมรับการให้บริการแก่บุคคลทุกเพศและทุกกลุ่มอายุ เป็นผู้ที่บริหารดูแลสุขภาพแก่รายบุคคลในบริบทของครอบครัวและดูแลครอบครัวภายใต้บริบทของชุมชน ไม่ว่าจะเป็ชนชาติ ศาสนา ชนชั้นทางสังคม และวัฒนธรรมแบบใด และมีความสามารถในการให้บริการทางด้านคลินิก โดยส่วนใหญ่ หลังจากที่มีการพิจารณาและคำนึงถึงพื้นฐานทางด้านสังคม เศรษฐกิจ และด้านจิตวิทยาของผู้รับบริการร่วมด้วยรวมทั้งมีความรับผิดชอบในการให้บริการที่ผสมผสานอย่างต่อเนื่อง เป็นผู้ที่แสดงบทบาททางด้านวิชาชีพ

ไม่ว่าจะด้วยวิธีการให้บริการเองโดยตรง หรือการให้บริการโดยผ่านบุคลากรอื่น ทั้งนี้ขึ้นกับความจำเป็นทางด้านสุขภาพ และทรัพยากรที่มีในชุมชน โดยที่มีการให้บริการในลักษณะตามที่กล่าวข้างต้น” ส่วนในประเทศไทย ในระยะที่ผ่านมา ความหมายของเวชปฏิบัติทั่วไปจะเน้นไปที่บทบาทของการคัดกรองโรค/ปัญหาสุขภาพพื้นฐานที่ไม่ซับซ้อน มีความสามารถในการดูแลรักษาปัญหาพื้นฐานในทุกเรื่อง แต่ไม่มีความสามารถลึกในการรักษาปัญหาที่ซับซ้อน มิได้กล่าวถึง หรือให้น้ำหนักของการดูแลที่ผสมผสานทางด้านสังคม จิตวิทยา ที่จะเป็นเอกลักษณ์ของบริการที่ระดับนี้รวมไปด้วย อันเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้คุณค่าของงานเวชปฏิบัติทั่วไปได้ยิ่งกว่างานทางการแพทย์สาขาอื่นๆ เช่นเดียวกับคุณค่าของ บริการระดับปฐมภูมิที่ต่อยอดบริการที่โรงพยาบาลเฉพาะทางต่าง ๆ จึงได้มีการศึกษาและพัฒนาเพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว และเห็นว่าควรพัฒนาให้บริการเวชปฏิบัติทั่วไปมีลักษณะเด่นที่สำคัญเพิ่มขึ้นในการผสมผสานศาสตร์ทางด้านสังคม จิตวิทยาเข้ากับศาสตร์ทางการแพทย์ เป็นส่วนที่ควรดูแลประชาชนอย่างต่อเนื่อง ได้มีการประชุมของคณะกรรมการ ที่เกี่ยวข้องหลายครั้ง และได้นำเสนอในการประชุมแพทยศาสตร์ศึกษา ครั้งที่ 6 (พฤศจิกายน 2536) เกี่ยวกับค่านิยมงาน เวชปฏิบัติทั่วไป และแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ซึ่งมีข้อสรุปของความหมายดังนี้

“งานเวชปฏิบัติทั่วไป/เวชปฏิบัติครอบครัว” หมายถึง การให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ (Primary Care) โดยประยุกต์ความรู้ทั้งทางด้านทางการแพทย์และสังคมศาสตร์ ในลักษณะผสมผสาน (Integrated) การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพได้อย่างต่อเนื่อง (Continuous) ด้วยแนวคิดแบบองค์รวม (Holistic) ให้แก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน (Individual, family and community)” ชื่อของ **“งาน/แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป”** ได้มีการเสนอให้ ปรับเปลี่ยนเป็น **“เวชปฏิบัติครอบครัว (Family Practice)”** ทั้งนี้เพื่อพยายามที่จะสื่อแนวความคิดของการดำเนินงานที่เปลี่ยนไปจากเดิมที่เน้นการดูแลและให้บริการแบบต่อเนื่องผสมผสาน และเป็นองค์รวมมากขึ้น นอกจากนี้ ความหมายของเวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทย มิได้จำกัดขอบเขตที่ใช้เฉพาะแพทย์ แต่ขยายแนวคิดและศาสตร์นี้ให้ใช้ได้กับบุคลากรสาธารณสุขสาขาอื่นด้วย เนื่องจากระบบบริการสาธารณสุขยังมีแพทย์ไม่เพียงพอและเห็นว่าความรู้และศาสตร์วิชานี้ น่าจะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรสาธารณสุขทุกกลุ่มที่ทำงานในหน่วยบริการด้านแรกข้อมูลข้างต้นนี้แสดงให้เห็นว่า “เวชศาสตร์ครอบครัว” เป็น “แนวคิดและศาสตร์วิชา” ที่มีความจำเป็นต้องใช้ในการให้บริการที่ระดับปฐมภูมิ และขณะเดียวกันก็สื่อความหมายในลักษณะที่บอกถึง “ระดับคุณภาพที่ดีของบริการระดับปฐมภูมิ” ด้วยความเชื่อมโยงของสาธารณสุขมูลฐาน ระบบบริการปฐมภูมิ และเวชศาสตร์ครอบครัวบริการที่ระดับปฐมภูมิ เป็นส่วนของระบบบริการที่ควรจะดำเนินงานด้วยเนื้อบริการที่มีลักษณะเป็นเวชปฏิบัติทั่วไป/เวชปฏิบัติครอบครัวเป็นหลัก จึงทำให้มีการใช้คำละกันระหว่างบริการระดับปฐมภูมิกับเวชปฏิบัติครอบครัว แต่ที่มาของคำมีความต่างกัน ซึ่งอาจกล่าวโดยสรุปได้ว่า บริการระดับปฐมภูมิ เป็นการพิจารณาในมุมมองของระดับความซับซ้อนของบริการในระบบบริการสาธารณสุขทั้งหมด ที่บริการระดับนี้ต้องรับผิดชอบดูแลภาวะสุขภาพของประชาชนที่หลากหลายตั้งแต่ก่อนป่วย จนถึงป่วยมากขึ้น เป็นหน่วยบริการที่เป็นส่วนเชื่อมต่อระหว่างชุมชนกับสถานบริการสุขภาพให้แนบสนิท ส่งต่อไปรับบริการที่อื่นอย่างเหมาะสม และบริการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องแต่เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นการพิจารณาจากมุมมองที่เป็นเนื้อหา ของศาสตร์วิชาที่ใช้ในการให้บริการที่ต้องใช้ศาสตร์ความรู้ทางการแพทย์หลายด้าน รวมทั้งศาสตร์ทางด้านสังคมศาสตร์ และจิตวิทยาในสัดส่วนที่มากกว่าสาขาอื่น ซึ่งทั้ง 2 คำนี้มีส่วนที่ซ้อนและเสริมกันในการดำเนินการจริงที่ต้องพัฒนาไปควบคู่กันและทั้งหมดนี้ต่างก็ได้รับแนวคิดหรือหลักการสำคัญของสาธารณสุขมูลฐาน หรือกล่าวได้ว่ามีแนวคิดเดียวกันกับสาธารณสุขมูลฐานตามประกาศอัลมาอัลตา โดยองค์การอนามัยโลกทั้งหมดที่เสนอนี้ เพื่อให้เกิดความเข้าใจต่อความหมายที่มา ของคำทั้งหมด และใช้อย่างเข้าใจ แต่มิได้เจตนาที่จะให้ติดที่ค่านิยม หรือ ความหมายอย่างละเอียด แต่ควรเน้นที่การนำแนวคิด และความหมายไปแปลเป็นรูปธรรมปฏิบัติการที่มีคุณภาพ มีคุณค่า ตามแนวคิด หลักการ เป็นสำคัญ

ที่มา : สุพัตรา ศรีวิชชากร สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน สาธารณสุขมูลฐาน ระบบบริการปฐมภูมิ และเวชศาสตร์ครอบครัว นิยาม ความหมาย และความเชื่อมโยง The Thai Journal of Primary Care and Family Medicine 2552

พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความสามารถในการควบคุมความดันโลหิต
ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกระบี่

Self – care Behaviors and Blood Pressure Controlling Ability of Hypertension Patients at
Sub-district Health Promoting Hospital, Krabi Province

ศิริรักษ์ เกียรติเฉลิมพร

Sirirak Kiatchalearnporn

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่

Krabi Provincial Public Health Office

บทคัดย่อ

การวิจัยภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความสามารถในการควบคุมความดันโลหิต ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสามารถในการควบคุมความดันโลหิต และการเกิดโรคแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จังหวัดกระบี่ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป มาตรวจรักษาที่ รพ.สต. จังหวัดกระบี่ จำนวน 400 คน ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม และแบบบันทึกข้อมูลการรักษาพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ Chi-square test

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 69.2 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง รองลงมา ร้อยละ 15.5 และ 15.3 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับต่ำ และดี สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ร้อยละ 62.5 ทั้งนี้ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การได้รับข้อมูลข่าวสารโรคความดันโลหิตสูง การได้รับการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) เกิดภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 11.8 ซึ่งเป็นโรคหัวใจ โรคไต ไชมันในเลือดสูง และโรคอัมพฤกษ์/อัมพาต ร้อยละ 4.0, 3.8, 2.5 และ 2.3 ตามลำดับ

จากผลการศึกษา ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ได้รับข้อมูลข่าวสารโรคความดันโลหิตสูง และการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มมากขึ้น ตลอดจนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองให้เหมาะสม

คำสำคัญ : โรคความดันโลหิตสูง, พฤติกรรมการดูแลตนเอง, การควบคุมความดันโลหิต, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

Abstract

This cross-sectional research was aimed to study self – care behaviors, blood pressure controlling ability, and the factors related to blood pressure controlling ability and the occurrence of complications of hypertension patients in Sub-district Health Promoting Hospital, Krabi Province. The sample group was 400 essential hypertension patients, ages 15 and over, came to check up at the Sub-district Health Promoting Hospital, Krabi province. All of them, were selected by multi stage sampling. Research instruments were questionnaire and medical record form. Data was analyzed by descriptive statistics and chi-square test.

The results found that 69.2% of hypertension patients had moderate self-care behaviors, followed by 15.5% and 15.3% had low and good self-care behaviors. They could control blood pressure at 62.5%. In this regard, knowledge of hypertension, information receiving about hypertension, social support receiving, and self-care behaviors were significantly associated with blood pressure controlling ability (P -value < 0.05). Hypertension patients had complications at 11.8%, which were heart disease, kidney disease, hyperlipidemia, and paresis/paralysis at 4.0%, 3.8%, 2.5% and 2.3%, respectively.

According to the results, should promote hypertensive patients to increase knowledge of hypertension, information receiving about hypertension, and social support and modify the appropriate self-care behaviors.

Keywords : Hypertension, Self – care behavior, Blood pressure controlling, Sub-district health promoting hospital

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากรทั่วโลก มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกือบ 1 พันล้านคนทั่วโลก พบเสียชีวิต 7.5 ล้านคน องค์การอนามัยโลก ได้คาดการณ์ว่าจะมีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกเพิ่มขึ้นถึง 1.56 พันล้านคนในปี 2568 (รักชนก จันทรเพ็ญ, 2564) ประเทศไทยมีแนวโน้มพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการสำรวจสุขภาพประชากรไทยในปี 2562-2563 พบประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไป เป็นโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 13 ล้านคน และในจำนวนนี้มีมากถึง 7 ล้านคน ไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และหากผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลาานานและไม่ได้รับการดูแลรักษา ความรุนแรงของโรคจะเพิ่มมากขึ้น (โอภาส การย์กวินพงศ์, 2565) ทำให้ประเทศไทยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากถึง 80,000 ล้านบาทต่อปีต่อจำนวนผู้ป่วยประมาณการ 10 ล้านคน (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2563) และโรคนี้อาจจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ หลอดเลือดแดงในตาเสื่อม อาจทำให้มีเลือดออกที่จอตา ทำให้ประสาทตาเสื่อม ตาบวมหรือตาบอดได้ โรคหลอดเลือดหัวใจ เกิดจากหัวใจทำงานหนักขึ้น ทำให้ผนังหัวใจหนาตัว และถ้าไม่ได้รับการรักษาจะทำให้เกิดหัวใจโต และหัวใจวายในที่สุด เกิดโรคหลอดเลือดสมอง เกิดภาวะหลอดเลือดในสมองตีบตัน

หรือแตก ทำให้เป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต โรคไตเรื้อรัง (สำนึก สารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562)

ปัญหาหลักของการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย คือการที่ผู้ป่วยไม่ได้ตระหนักว่าเป็นโรค และการที่ยังไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้ลดลงตามเกณฑ์ปฏิบัติได้ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) ความดันโลหิตสูงมีสาเหตุสำคัญมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีปริมาณโซเดียมสูง การสูบบุหรี่ การขาดออกกำลังกาย การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ การมีภาวะอ้วน การมีภาวะเครียดสะสม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประกอบกับ อายุที่มากขึ้น รวมถึงการมีพ่อแม่ หรือญาติพี่น้องสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลให้มีโอกาสต่อการเกิดโรคนี้อีกมากขึ้น (ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์, 2563) กระทรวงสาธารณสุขได้ปรับปรุงระบบบริการด้านสาธารณสุขของประเทศ เพื่อให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้ได้มาตรฐาน (ญานิน หนองหารพิทักษ์ และประจักษ์ บัวผัน, 2556) ให้มีขีดความสามารถมากขึ้นในการบริการปฐมภูมิ ให้ประชาชนมารับการรักษาที่ รพ.สต. ในโรคที่ไม่ซับซ้อน เพื่อให้ผู้ป่วยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายที่สูง ใช้เวลาในการรอรับบริการนาน อาทิ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ (Srinivasan, 2014)

จังหวัดกระบี่ มี รพ.สต.ทั้งหมด 72 แห่ง ใน 8 อำเภอ ในปี 2565 (ข้อมูล ณ กันยายน 2565) มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อยู่ในความรับผิดชอบของ รพ.สต. จำนวน 27,587 คน โดยเฉลี่ย 383 คน/รพ.สต. (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่, 2565) ทั้งนี้ทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง ได้ให้ความสำคัญต่อการจัดการผู้ป่วยโรคเรื้อรังของ รพ.สต. ซึ่งเป็นหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ผู้วิจัย จึงได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเอง และความสามารถในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดกระบี่ เพื่อนำมาวางแผนพัฒนาการดูแล และแก้ไข ปัญหา ให้มีประสิทธิภาพที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเอง และความสามารถในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสามารถในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
3. เพื่อศึกษาการเกิดโรคแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรอิสระ

- อายุ
- ระยะเวลาการป่วยเป็นความดันโลหิตสูง
- ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง
- การได้รับข้อมูลข่าวสารโรคความดันโลหิตสูง
- การได้รับการสนับสนุนทางสังคม
- พฤติกรรมการดูแลตนเอง
- การมารักษาตามนัด

ตัวแปรตาม

ความสามารถในการควบคุมความดันโลหิต

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสามารถในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยภาคตัดขวาง (Cross-sectional Research)

ประชากรที่ศึกษา ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยชาวไทยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุมารับการรักษาที่ รพ.สต.จังหวัดกระบี่ มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ในปี 2565 ซึ่งมีจำนวน 12,174 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่, 2565)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษามีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ รพ.สต.จังหวัดกระบี่
2. มาตรวจรักษาที่ รพ.สต. จังหวัดกระบี่ อย่างน้อย 2 ครั้งล่าสุด และในปัจจุบัน (ล่าสุดที่มาปรึกษาพยาบาล) ในปี 2565 – ปัจจุบัน
3. สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และเป็นผู้ที่ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย

และมีเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ

1. มีโรคแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุอย่างรุนแรง
2. เป็นผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้หรือมีโรคร่วมรุนแรง
3. มีปัญหาด้านการสื่อสารและ/หรือการทำความเข้าใจ
4. ปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษา

ขนาดตัวอย่าง คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้

เทคนิคการหาขนาดตัวอย่างของ Yamana (1967) โดยต้องใช้ขนาดตัวอย่างจำนวน 388 คน เป็นอย่างน้อย ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้ขนาดตัวอย่างจำนวน 400 คน และผู้วิจัยได้ดำเนินการสุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi stage sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ

1. แบบสอบถาม ประกอบด้วยส่วนต่าง ๆ ดังนี้ คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิในการรักษาพยาบาล การมารักษาตามแพทย์นัด ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และการป่วยเป็นโรคไวรัสโคโรนา 2019 ลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามปลายปิด หรือให้เติมข้อเท็จจริงในช่องว่างที่เว้นไว้รวมจำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง มีจำนวน 12 ข้อ ลักษณะแบบวัดจะมีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบให้เลือกตอบว่า ใช่/ไม่ใช่ หรือไม่ทราบ ถ้าตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิด/ไม่ทราบ ให้ 0 คะแนน การประเมินความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ได้แบ่งระดับความรู้ออกเป็น 3 ระดับ คือ

ระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60) ค่าคะแนน 0 – 6 คะแนน

ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60 – 79) ค่าคะแนน 7 – 9 คะแนน

ระดับสูง (ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ค่าคะแนน 10 – 12 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนทางสังคม (จากบุคคลในครอบครัวและจากแพทย์/

พยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) แบบวัดส่วนนี้มีข้อคำถามรวมทั้งสิ้น 10 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) เป็นข้อคำถามแบบให้เลือกตอบว่า มาก ปานกลาง เล็กน้อย และไม่เคยเลย โดยแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อคือ ถ้าตอบมาก ให้ 3 คะแนน ปานกลาง ให้ 2 คะแนน เล็กน้อย ให้ 1 คะแนน และไม่เคยเลย ให้ 0 คะแนน แบ่งระดับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยการอิงเกณฑ์ ออกเป็น 3 ระดับ คือ

ระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60) ค่าคะแนน

0 – 17 คะแนน
ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60 – 79) ค่าคะแนน 18 – 23 คะแนน

ระดับสูง (ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ค่าคะแนน 24 – 30 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการได้รับข้อมูลข่าวสารโรคความดันโลหิตสูง เป็นการประเมินว่าผู้ป่วยได้รับข้อมูลข่าวสารโรคความดันโลหิตสูงมากน้อยเพียงใด ประกอบด้วยคำถาม 6 ข้อ แบบวัดมีลักษณะเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) เป็นข้อคำถามแบบให้เลือกตอบว่าได้รับข้อมูลข่าวสารมาก ปานกลาง น้อย และไม่เคยได้รับ โดยแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อคือ ถ้าตอบมาก ให้ 3 คะแนน ปานกลาง ให้ 2 คะแนน น้อย ให้ 1 คะแนน และไม่เคยได้รับ ให้ 0 คะแนน แบ่งระดับการได้รับข้อมูลข่าวสารโรคความดันโลหิตสูง โดยการอิงเกณฑ์ ออกเป็น 3 ระดับ คือ

ระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60) ค่าคะแนน 0 – 10 คะแนน

ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60 – 79) ค่าคะแนน 11 – 14 คะแนน

ระดับสูง (ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ค่าคะแนน 15 – 18 คะแนน

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การควบคุมปัจจัยเสี่ยง และการมาตรวจสุขภาพ แบบวัดมีลักษณะเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) รวมทั้งสิ้น 26 ข้อ ให้เลือกตอบว่า เป็นประจำ เป็นบางครั้ง และไม่เคยเลย

ข้อความเชิงนิมิตด้านบวก		ข้อความเชิงนิเสธด้านลบ	
เป็นประจำ ให้คะแนน	2 คะแนน	ไม่เคยเลย ให้คะแนน	2 คะแนน
บางครั้ง ให้คะแนน	1 คะแนน	บางครั้ง ให้คะแนน	1 คะแนน
ไม่เคยเลย ให้คะแนน	0 คะแนน	เป็นประจำ ให้คะแนน	0 คะแนน

แบ่งระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาพรวม โดยการอิงเกณฑ์ออกเป็น 3 ระดับ คือ

ระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60) ค่าคะแนน 0 – 30 คะแนน

ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60 – 79) ค่าคะแนน 31 – 41 คะแนน

ระดับดี (ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ค่าคะแนน 42 – 52 คะแนน

นอกจากนี้ได้แบ่งพฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้าน ออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ มีค่าคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 ระดับปานกลาง มีค่าคะแนนร้อยละ 60 – 79 และระดับดี มีค่าคะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป ของค่าคะแนนรวมในแต่ละด้าน

2. แบบบันทึกข้อมูลการรักษาพยาบาล ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับระดับความดันโลหิต 2 ครั้ง ก่อนและปัจจุบัน และการเกิดโรคแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เติมข้อเท็จจริงในช่องว่างที่เว้นไว้ ตามข้อเท็จจริงที่ได้จากทะเบียนประวัติผู้ป่วย การตรวจร่างกายในปัจจุบัน และหรือจากการสอบถามผู้ป่วย รวมจำนวน 3 ข้อ

คุณภาพเครื่องมือ ได้ตรวจสอบความตรงในเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และได้พิจารณาตัดสินตามความคิดเห็นที่สอดคล้องกันของผู้เชี่ยวชาญ จากค่าดัชนีความสอดคล้องของแต่ละข้อคำถาม ซึ่งอยู่ระหว่าง 0.66 – 1.00 แล้วนำมาวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของมาตรวัด (Reliability) โดยใช้วิธีการวัดความสอดคล้องภายใน (Internal consistency method) แบบครอนบาค อัลฟา (Cronbach's alpha) ผลการวิเคราะห์ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง = 0.70 การได้รับการสนับสนุนทางสังคม = 0.92 การได้รับข้อมูลข่าวสารโรคความดันโลหิตสูง = 0.72 และพฤติกรรมการดูแลตนเอง = 0.84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยและคณะที่ผ่านการอบรม โดยชี้แจงทำความเข้าใจถึงวัตถุประสงค์และประโยชน์ในการวิจัย และขอความยินยอมโดยให้ผู้ตอบลงนามให้ความยินยอม โดยเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อผู้ป่วยมารักษาที่ รพ.สต.หรือไปแจกแบบสอบถามที่บ้าน ให้กลุ่มตัวอย่างตอบโดยอิสระ

แบบบันทึกการรักษาพยาบาล เก็บข้อมูลโดยการบันทึกข้อมูลจากทะเบียนประวัติผู้ป่วย และหรือสอบถามข้อมูลจากผู้ป่วยตามประเด็นที่ศึกษา โดยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในวันที่ 15 ธันวาคม 2565 ถึง 15 มกราคม 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางด้านประชากร ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การได้รับข้อมูลข่าวสารโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ความสามารถในการควบคุมความดันโลหิต และการเกิดภาวะแทรกซ้อน ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด) วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสามารถในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ด้วยสถิติ Chi-square test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ โดยมีหนังสือรับรอง เลขที่ 048/2565 ลงวันที่ 9 ธันวาคม 2565

ผลการวิจัย

พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 70.2 เป็นเพศหญิง มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 52.8 รองลงมาคืออายุ 50 – 59 ปี 40 – 49 ปี และน้อยกว่า 40 ปี ร้อยละ 31.2, 12.2 และ 3.8 อายุโดยเฉลี่ย 61.2 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 74.0

มีการศึกษาระดับประถมศึกษาถึงร้อยละ 67.5 ในเรื่อง อาชีพนั้น พบว่า มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 39.0 รองลงมาคือ ช่วยเหลืองานในครอบครัว รับจ้าง ค่าขาย ธุรกิจส่วนตัว ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ และข้าราชการ บำนาญ ร้อยละ 22.0, 22.0, 12.0, 2.5, 2.0 และ 0.5 ตามลำดับ มีรายได้ไม่น้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 61.5 โดยเฉลี่ยมีรายได้ 9,139.6 บาท เป็นผู้ใช้สิทธิบัตรประกัน สุขภาพในการรักษาพยาบาล ร้อยละ 88.7 ป่วยเป็นโรค ความดันโลหิตสูงมานาน 10 ปีขึ้นไป 5 – 9 ปี และน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 44.7, 35.0 และ 20.3 โดยเฉลี่ยป่วย มานาน 9.1 ปี ทั้งนี้ ร้อยละ 68.0 มารับการรักษาตามนัด ทุกครั้ง ผิดนัด ร้อยละ 32.0 (ผิดนัดบ้างเป็นบางครั้ง ร้อยละ 31.2 ผิดนัดบ่อยครั้ง ร้อยละ 0.3 และไม่เคยมา ตามนัด ร้อยละ 0.5) เคยป่วยเป็นโรคไวรัสโคโรนา 2019 ถึงร้อยละ 42.5

พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยรวม ร้อยละ 69.2 มีพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองในระดับ ปานกลาง รองลงมา ร้อยละ 15.5 และ 15.3 มีพฤติกรรม กรรมการดูแลตนเองในระดับต่ำ และดี เมื่อพิจารณาพฤติกรรม กรรมการดูแลตนเองรายด้าน พบว่า ร้อยละ 71.5, 52.5 และ 56.8 มีพฤติกรรมด้านการรับประทานยา ด้านการควบคุม ปัจจัยเสี่ยง และด้านการตรวจสุขภาพ อยู่ในระดับดี ส่วนด้านการรับประทานอาหาร ร้อยละ 56.5 อยู่ใน ระดับต่ำ รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง และดี ร้อยละ 36.7 และ 6.8 ด้านการออกกำลังกาย พบว่า ร้อยละ 58.0 อยู่ในระดับปานกลาง ระดับต่ำ และดี ร้อยละ 21.8 และ 20.2 ตามลำดับ ด้านการจัดการกับความเครียด พบว่า ร้อยละ 36.5, 33.3 และ 30.2 อยู่ในระดับต่ำ ปานกลาง และดี ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละระดับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มตัวอย่าง

ระดับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง	จำนวน	ร้อยละ
	(n = 400)	(100.0)
โดยรวม		
ระดับต่ำ (0 – 30 คะแนน)	62	15.5
ระดับปานกลาง (31 – 41 คะแนน)	277	69.2
ระดับดี (42 – 52 คะแนน)	61	15.3
$\bar{X} = 35.7, SD = 5.4, Min = 17, Max = 52$		
ด้านการรับประทานอาหาร		
ระดับต่ำ (0 - 9 คะแนน)	226	56.5
ระดับปานกลาง (10 – 12 คะแนน)	147	36.7
ระดับดี (13 – 16 คะแนน)	27	6.8
$\bar{X} = 9.3, SD = 2.1, Min = 3, Max = 16$		
ด้านการรับประทานยา		
ระดับต่ำ (0 - 4 คะแนน)	34	8.5
ระดับปานกลาง (5 – 6 คะแนน)	80	20.0
ระดับดี (7 – 8 คะแนน)	286	71.5
$\bar{X} = 7.0, SD = 1.3, Min = 2, Max = 8$		

ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง	จำนวน	ร้อยละ
	(n = 400)	(100.0)
ด้านการออกกำลังกาย		
ระดับต่ำ (0 - 2 คะแนน)	87	21.8
ระดับปานกลาง (3 - 4 คะแนน)	232	58.0
ระดับดี (5 - 6 คะแนน)	81	20.2
$\bar{X} = 3.2, SD = 1.6, Min = 0, Max = 6$		
ด้านการจัดการกับความเครียด		
ระดับต่ำ (0 - 4 คะแนน)	146	36.5
ระดับปานกลาง (5 - 6 คะแนน)	133	33.3
ระดับดี (7 - 8 คะแนน)	121	30.2
$\bar{X} = 5.3, SD = 1.9, Min = 0, Max = 8$		
ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง		
ระดับต่ำ (0 - 5 คะแนน)	35	8.8
ระดับปานกลาง (6 - 7 คะแนน)	155	38.7
ระดับดี (8 - 10 คะแนน)	210	52.5
$\bar{X} = 7.5, SD = 1.4, Min = 1, Max = 10$		
ด้านการตรวจสุขภาพ		
ระดับต่ำ (0 - 2 คะแนน)	93	23.2
ระดับปานกลาง (3 คะแนน)	80	20.0
ระดับดี (4 คะแนน)	227	56.8
$\bar{X} = 3.3, SD = 0.8, Min = 1, Max = 4$		

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในแต่ละด้านจำแนกรายประเด็น พบผลการศึกษาดังนี้ คือ

ด้านการรับประทานอาหาร พบว่า มีการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ควรมีการปรับปรุงแก้ไขในเรื่องการรับประทานอาหารผักและผลไม้ที่รสไม่หวานจัด และรับประทานปลาและเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน โดยมีการรับประทานเป็นประจำเพียงร้อยละ 34.5 และ 38.7 ตามลำดับ

ด้านการรับประทานยา พบว่า ควรมีการปรับปรุงแก้ไขในเรื่องเมื่ออาการดีขึ้นจะหยุดยาเอง และเมื่อลืมรับประทานยาจะเพิ่มปริมาณยาเองในมือต่อไป

โดยไม่ปรึกษาแพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยมีการรับประทานเป็นบางครั้งถึงเป็นประจำร้อยละ 29.0 และ 22.8 ตามลำดับ

ด้านการออกกำลังกาย พบว่า ส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมการออกกำลังกายไม่เหมาะสม โดยพบว่ามีกรออกกำลังกายมากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์ ออกกำลังกายในแต่ละครั้งนานอย่างน้อย 30 นาที และทำกิจวัตรประจำวันที่ต้องใช้กำลังอย่างต่อเนื่องจนมีเหงื่อออกเป็นประจำเพียงร้อยละ 22.3, 19.0 และ 35.5 ตามลำดับ

ด้านการจัดการกับความเครียด พบว่า มีพฤติกรรมจัดการกับความเครียดไม่เหมาะสมในเรื่องเมื่อมีเรื่องไม่สบายใจจะพูดคุยปรับทุกข์กับผู้อื่น เมื่อเกิด

ความเครียดมีการผ่อนคลายด้วยวิธีการต่าง ๆ เมื่อเกิดความโกรธ หงุดหงิดสามารถควบคุมอารมณ์ได้ และเมื่อมีความเครียดจะผ่อนคลายจิตโดยสวดมนต์/นั่งสมาธิ พบมีพฤติกรรมดังกล่าวเป็นประจำเพียงร้อยละ 35.2, 43.2, 48.5 และ 41.5 ตามลำดับ

ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง พบว่า ยังมีพฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ไม่เหมาะสมในเรื่องพักผ่อนนอนหลับอย่างน้อยวันละ 6 – 8 ชั่วโมง และควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้เป็นประจำเพียงร้อยละ 52.4 และ 30.5 ตลอดจนถึงดื่มชาหรือกาแฟเป็นประจำ ร้อยละ 18.3

ด้านการตรวจสุขภาพ พบว่า ยังมีพฤติกรรมการตรวจสุขภาพที่ไม่เหมาะสมในเรื่องเมื่อมีอาการผิดปกติ จะมาพบแพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันที ก่อนกำหนดนัด พบปฏิบัติเป็นบางครั้ง ร้อยละ 32.3 และไม่เคยเลย ร้อยละ 7.5

ความสามารถในการควบคุมความดันโลหิต พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มตัวอย่าง สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ร้อยละ 62.5 ควบคุมไม่ได้ ร้อยละ 37.5

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสามารถควบคุมความดันโลหิต พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การได้รับข้อมูลข่าวสารโรคความดันโลหิตสูง การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการควบคุมความดันโลหิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) สำหรับตัวแปรอายุ ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และการมารับการรักษาตามนัด พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการควบคุมความดันโลหิต ($P\text{-value} > 0.05$) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสามารถในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ($n = 400$)

ตัวแปร	ความสามารถในการควบคุมความดันโลหิต			
	ควบคุมไม่ได้		ควบคุมได้	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ	150		250	
น้อยกว่า 40 ปี	6	40.0	9	60.0
40 – 49 ปี	19	38.8	30	61.2
50 – 59 ปี	54	43.2	71	56.8
≥ 60 ปี	71	33.6	140	66.4
	$\chi^2 = 3.142$ df = 3 P-value = 0.370			
ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง	150		250	
น้อยกว่า 5 ปี	33	40.7	48	59.3
5 – 9 ปี	52	37.1	88	62.9
ตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป	65	36.3	114	63.7
	$\chi^2 = 0.478$ df = 2 P-value = 0.787			
ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	150		250	

ตัวแปร	ความสามารถในการควบคุมความดันโลหิต			
	ควบคุมไม่ได้		ควบคุมได้	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ	26	45.6	31	54.4
ระดับปานกลาง	58	30.7	131	69.3
ระดับดี	66	42.9	88	57.1
	$\chi^2 = 7.229$ df = 2 P-value = 0.027			
การได้รับข้อมูลข่าวสารโรคความดันโลหิตสูง	150		250	
ระดับต่ำ	53	53.0	47	47.0
ระดับปานกลาง	67	33.7	132	66.3
ระดับสูง	30	29.7	71	70.3
	$\chi^2 = 14.117$ df = 2 P-value = 0.001			
การได้รับการสนับสนุนทางสังคม	150		250	
ระดับต่ำ	24	50.0	24	50.0
ระดับปานกลาง	56	42.4	76	57.6
ระดับสูง	70	31.8	150	68.2
	$\chi^2 = 7.596$ df = 2 P-value = 0.022			
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	150		250	
ระดับต่ำ	31	50.0	31	50.0
ระดับปานกลาง	103	37.2	174	62.8
ระดับดี	16	26.2	45	73.8
	$\chi^2 = 7.451$ df = 2 P-value = 0.024			
การมารับการรักษาตามนัด	150		250	
มาตามนัดทุกครั้ง	97	35.7	175	64.3
ผิดนัด (บางครั้ง/บ่อยครั้ง/ไม่เคยมาตามนัด)	53	41.4	75	58.6
	$\chi^2 = 0.993$ df = 1 P-value = 0.319			

การเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า เกิดภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 11.8 ซึ่งเป็นโรคหัวใจ โรคไต ไชมันในเลือดสูง และโรคอัมพฤกษ์ / อัมพาต ร้อยละ 4.0, 3.8, 2.5 และ 2.3 ตามลำดับ

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 69.2 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ร้อยละ 62.5 ควบคุมไม่ได้ ร้อยละ 37.5 เกิดภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 11.8 ซึ่งเป็นโรคหัวใจ โรคไต ไชมันในเลือดสูง และโรคอัมพฤกษ์/อัมพาต ร้อยละ 4.0, 3.8, 2.5 และ 2.3 ตามลำดับ ทั้งนี้ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไปรักษาที่ รพ.สต.ในจังหวัดกระบี่นั้น ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่แพทย์จากโรงพยาบาลส่งต่อให้ไปรับการรักษาที่ รพ.สต. เป็นผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี และสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ แพทย์จึงส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาที่ รพ.สต.เพื่อการดูแลใกล้บ้านใกล้ใจ ผู้ป่วยไม่ต้องเดินทางไกล และมาคอยรับการรักษาานาน จะทำให้ผู้ป่วยสะดวกขึ้น เป็นการลดความแออัดของโรงพยาบาล และหากมีอาการผิดปกติ ก็ให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต.ติดต่อประสานงานในการดูแลผู้ป่วยได้ หรือส่งตัวกลับให้แพทย์ดูแล ซึ่งการที่ผู้ป่วยจะควบคุมความดันโลหิตให้ได้ นั้น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะต้องมีพฤติกรรม/การดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรคที่เป็น โดยจะต้องปฏิบัติตัวและดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปรับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตประจำวัน จะช่วยทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ (JNC, 2003 ; Kaplan, 2002) ผลการศึกษาใกล้เคียงกับการศึกษาของ วูตีรัตน์ ศิริพิบูลย์ (2564) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 68.0 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง สามารถควบคุมโรคความดันโลหิตได้ ร้อยละ 68.7 และเกิดภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 15.5 ซึ่งเป็นโรคเส้นเลือดสมอง โรคไต โรคหัวใจ และอัมพาต ร้อยละ 11.3, 3.0, 2.5 และ 1.5 ตามลำดับ นอกจากนี้ ทศณีย์ บุระเพ็ง (2566) พบว่า ร้อยละ 66.9 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง แต่แตกต่างกันในเรื่องความสามารถควบคุมโรคความดันโลหิตได้ ซึ่งควบคุมได้เพียง

ร้อยละ 28.5 และการศึกษาของสิทธิโชค จิตวิวงศ์ (2560) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.0 เกิดโรคแทรกซ้อน ร้อยละ 12.7 โดยเป็นโรคไต โรคหัวใจ และอัมพาต ร้อยละ 11.5, 1.2 และ 0.6 ตามลำดับ

ผลจากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถควบคุมความดันโลหิต พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การได้รับข้อมูลข่าวสารโรคความดันโลหิตสูง การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) อธิบายได้ดังนี้

- ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยด้านพัฒนาการหรือวุฒิภาวะของบุคคล ซึ่งเป็นภูมิความรู้ของบุคคลที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม ดังนั้น การที่บุคคลได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง จึงทำให้บุคคลมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี (Dodd, et al., 2001) เป็นสิ่งที่สั่งสมมาจากการศึกษาเล่าเรียน การค้นคว้าหรือประสบการณ์ รวมทั้งความสามารถเชิงปฏิบัติและทักษะความเข้าใจหรือสารสนเทศที่ได้รับมาจากประสบการณ์ สิ่งที่ได้รับมาจากการได้ยิน ได้ฟัง การคิดหรือการปฏิบัติองค์วิชาในแต่ละสาขา ดังนั้น การที่บุคคลได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง จึงทำให้บุคคลสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ สอดคล้องกับการศึกษาของสิทธิโชค จิตวิวงศ์ (2560) ที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสามารถในการควบคุมโรคความดันโลหิต

- การได้รับข้อมูลข่าวสารโรคความดันโลหิตสูง เป็นการได้รับ/การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จากแหล่งความรู้และแหล่งประสบการณ์ ทำให้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง คิดเอง ปฏิบัติเอง ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้เหมาะสมยิ่งขึ้น นำไปสู่การความสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้น (Bernstein, 1999) แต่จากผลการศึกษาของสิทธิโชค จิตวิวงศ์ (2560) พบว่า การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการควบคุมโรคความดันโลหิต

- การได้รับการสนับสนุนทางสังคม เป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการควบคุมระดับความดันโลหิต เพราะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ มีอารมณ์มั่นคง ส่งผลให้ระบบประสาท ต่อมไร้ท่อและระบบภูมิคุ้มกันโรคทำงานได้ดีขึ้น นอกจากนี้ ยังเสริมสร้างกำลังใจในการต่อสู้ปัญหาช่วยลดโอกาสการเจ็บป่วย (Cohen & Wills, 1995) เป็นการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ก่อให้เกิดการช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเอง (สุภาภรณ์ เกื้อสุวรรณ, 2556) ช่วยทำให้บุคคลเห็นคุณค่าของตนเอง ลดความเครียด มีกำลังใจ มีคนรักและห่วงใย ทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลตนเอง ช่วยให้มีความพึงพอใจในสุขภาพที่เหมาะสม (Green & Kreuter, 2005) ทำให้สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ดังนั้น หากผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก จะทำให้มีการสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพของตนเองดีขึ้น แต่จากผลการศึกษาของ สิทธิโชค จิตวิวงศ์ (2560) พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการควบคุมโรคความดันโลหิต

- พฤติกรรมการดูแลตนเอง การที่จะควบคุมความดันโลหิตให้ได้นั้น ผู้ป่วยจะต้องมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรคที่เป็น ได้แก่ การมีพฤติกรรมการรับประทานอาหาร มีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ คลายเครียดและพักผ่อนตามความเหมาะสม ลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ อาทิ จำกัด/งดการดื่มสุรา งดสูบบุหรี่ ควบคุมน้ำหนักตัว จะทำให้ควบคุมความดันโลหิตได้ (AHA, 2017) การควบคุมความเครียด ก็ส่งผลโดยตรงต่อหัวใจและหลอดเลือด ทำให้ลดอัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิต นอกจากพฤติกรรมดังกล่าวมาแล้ว การมาตรวจตามนัด ก็เป็นอีกพฤติกรรมหนึ่งที่มีความสำคัญ เนื่องจากเป็นความร่วมมือในการรักษา ซึ่งในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ควรมาตรวจตามนัดเสมอ ถึงแม้ไม่มีอาการผิดปกติ เพื่อที่จะได้รับการประเมินอาการ การติดตามผลการรักษาและการปรับยาตามภาวะสุขภาพที่ปรากฏ เพื่อการรักษาที่ได้ผล สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ (JNC, 2003) สอดคล้องกับการศึกษาของ สิทธิโชค จิตวิวงศ์ (2560) ที่พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสามารถในการควบคุมโรคความดันโลหิต

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ดำเนินการให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พร้อมติดตามประเมินผลเป็นระยะๆ ในผู้ป่วยที่ยังไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ โดยพิจารณาแก้ไขพฤติกรรมที่เป็นปัญหาหลักที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ในแต่ละบุคคล
2. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองให้ถูกต้องเพิ่มมากขึ้น ในด้านต่าง ๆ ดังนี้คือ
 - ด้านการรับประทานอาหาร ให้มีการรับประทานผักและผลไม้ที่รสไม่หวานจัด และรับประทานปลาและเนื้อสัตว์ไม่ติดมันเพิ่มมากขึ้น
 - ด้านการรับประทานยา ห้ามไม่ให้ผู้ป่วยหยุดยาเองเมื่ออาการดีขึ้น และเมื่อลืมรับประทานยาไม่ให้เพิ่มปริมาณยาเองในมือต่อไปโดยไม่ปรึกษาแพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
 - ด้านการออกกำลังกาย ให้ออกกำลังกายมากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์ แต่ครั้งนานอย่างน้อย 30 นาที และทำกิจกรรมประจำวันที่ต้องใช้กำลังอย่างต่อเนื่องจนมีเหงื่อออก
 - ด้านการจัดการกับความเครียด เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจให้พูดคุยปรับทุกข์กับผู้อื่น มีการผ่อนคลายด้วยวิธีการต่าง ๆ พยายามควบคุมอารมณ์ได้ และอาจใช้การผ่อนคลายจิตโดยสวดมนต์/นั่งสมาธิ
 - ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ให้พักผ่อนนอนหลับอย่างน้อยวันละ 6 – 8 ชั่วโมง และควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้เพิ่มขึ้น
 - ด้านการตรวจสุขภาพ เมื่อมีอาการผิดปกติให้มาพบแพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันทีที่กำหนดนัด
3. ส่งเสริมครอบครัวผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้การสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในแต่ละครอบครัวเพิ่มมากขึ้น
4. ดำเนินการให้ข้อมูลข่าวสารโรคความดันโลหิตสูงแก่ผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ซึ่งอาจจะต้องพิจารณาช่องทางการสื่อสารที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย
5. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองเฝ้าระวังระดับความดันโลหิตและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน อย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกัน

ไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้น
ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงยังมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องหลายเรื่อง ควรดำเนินการพัฒนาหา รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และศึกษา ประสิทธิภาพการนำรูปแบบดังกล่าวไปใช้

2. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถ ควบคุมความดันโลหิตได้ ควรศึกษาหรือดำเนินการให้ผู้ป่วยสามารถลด และเลิกยา เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าสู่โรคในระยะสงบ

เอกสารอ้างอิง

- ญาณิน หนองหารพิทักษ์ และประจักษ์ บัวผัน. (2556). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี. (ออนไลน์). แหล่งที่มา <https://ph02.tci-thaijo.org/index.php/gskku/article/view/22960> (สืบค้นเมื่อ 22 มกราคม 2566)
- ฐิติรัตน์ ศิริพิบูลย์. (2564). พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความสามารถในการควบคุมความดันโลหิต ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสมุทรสาคร. รายงานวิจัย.
- ทัศนีย์ บุระเพ็ญ. (2566). พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความสามารถในการควบคุมระดับความดันโลหิต ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลเหนือคลอง. ระเบียบ: ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลเหนือคลอง.
- รักษนก จันทร์เพ็ญ. (2564). ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จ.ราชบุรี. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต, 1(2): 20-30.
- ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์. (2563). การประชุมวิชาการชมรมร้านขายยาแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 1 ประจำปี 2563 เรื่อง “ความดันโลหิตสูง: สิ่งที่น่ารู้และต้องรู้”. (ออนไลน์). แหล่งที่มา https://ccpe.pharmacy-council.org/index.php?option=seminar_detail&subpage=seminar_detail&id=3115 (สืบค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2565)
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562. เชียงใหม่ : ทริค อินค์.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2563). การประชุมวิชาการประจำปีครั้งที่ 18 สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (ออนไลน์). แหล่งที่มา <http://thaihypertension.org/files/4521.Thai%20Hypertension%20Conference%202020.pdf> (สืบค้นเมื่อ 15 พฤศจิกายน 2565)
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่. (2565). สถานการณ์ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจังหวัดกระบี่. ระเบียบ : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่.
- สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562). ประเด็นสารบรรณรณรงค์วันความดันโลหิตสูงโลก ปี 2562. (ออนไลน์) แหล่งที่มา <https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/07/127178/> (สืบค้นเมื่อ 15 มีนาคม 2566)
- สิทธิโชค จิตวิวงศ์. (2560). พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความสามารถในการควบคุมความดันโลหิต ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนภากัลย์. สมุทรสงคราม: รายงานวิจัย.
- สุภาภรณ์ เกื้อสุวรรณ. (2556). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองและครอบครัวของผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง. วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา) มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

- โอภาส การย์กวินพงศ์. (2565). คนไทย 7 ล้านคน ป่วยความดันโลหิตสูงไม่รู้ตัว สธ.เล็งวางเครื่องวัดความดันตามที่สาธารณะ. (ออนไลน์) แหล่งที่มา <https://theactive.net/news/public-health-20220517/> (สืบค้นเมื่อ 15 มีนาคม 2566)
- American Heart Association [AHA]. (2017). Hypertension: Ten ways to control your blood pressure. (Online) Available URL <http://www.americanheart.org/presenter.html> (Retrieved March 8, 2023)
- Bernstein, D. M. (1999). Perception is everything. New York: Ronjo Magic.
- Cohen, S. & Will, T. A. (1995). "Stress, Social Support and the Buffering Hypothesis." *Psychological Bulletin*, 98(2): 310-357.
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Feroelicher, E. S., Humphereys, J., Lee, K., Miaskowski, C., Puntillo, K., Rankin, S., & Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advance Nursing*, 33(5), 668-675.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health program planning an educational and ecological approach*. New York: Quebecor World Fairfield.
- Joint National Committee (JNC). (2003). The seventh report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment high blood pressure: National high blood pressure education program. (online). Available from <http://www.nhbl.nih.gov/guidelines/hypertension/Express.pdf>. (Retrieved December 2, 2022)
- Kaplan, N. M. (2002). *Kaplan's clinical hypertension*. (8th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Srinivasan, A.V. (2014). *Managing a modern hospital*. New Delhi: A Division of Sage India (P)
- Yamane, T. (1967). *Statistics : An Introductory Analysis*. London : John Weather Hill,Inc.

การพัฒนาการคัดแยกผู้ป่วยตาม MOPH ED. Triage แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลกันตัง จังหวัดตรัง

Triage Development based on MOPH ED. Triage
at Emergency and Forensic Department, Kantang Hospital, Trang

สุวรี ลิมไทย
Suwaree limthai
โรงพยาบาลกันตัง
Kantang Hospital

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาการคัดแยกผู้ป่วย รวมถึงการพัฒนาและประเมินผลการคัดแยกผู้ป่วยตาม MOPH ED. Triage แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลกันตัง การวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ปัญหาการคัดแยกผู้ป่วยจากเวชระเบียนและการอภิปรายกลุ่มพยาบาลที่ปฏิบัติงานจำนวน 20 คน ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วย โดยทีมผู้เชี่ยวชาญได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา 0.95 โดยนำไปทดลองใช้กับพยาบาล 40 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น 0.92 และระยะที่ 3 การทดลองใช้และประเมินผล กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 20 คน และผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลกันตัง จังหวัดตรัง จำนวน 390 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แฟ้มประวัติผู้ป่วย และแบบบันทึกการคัดแยกผู้ป่วย การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการวิจัยระยะที่ 1 พบว่า สถานการณ์ปัญหาการคัดแยกผู้ป่วยของแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลกันตังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน และขาดการบันทึกข้อมูลที่ครบถ้วนทำให้เกิดการคัดแยกผิดพลาดคลาดเคลื่อน ระยะที่ 2 รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชของโรงพยาบาลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย การคัดแยกผู้ป่วยกลุ่มอุบัติเหตุ กลุ่มฉุกเฉิน กลุ่ม Fast Track Stroke และ Fast Track STEMI ระยะที่ 3 ผลการประเมินการใช้รูปแบบ พบว่าการคัดแยกผู้ป่วยถูกต้องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 71.84 เป็นร้อยละ 92.82 จำแนกเป็นการคัดแยกต่ำกว่าเกณฑ์ (Under-triage) ร้อยละ 2.31 คัดแยกสูงกว่าเกณฑ์ (Over-triage) ร้อยละ 4.87 โดยทีมสหวิชาชีพให้การยอมรับว่าเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นสามารถนำมาใช้ได้จริงเหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลกันตัง และช่วยในการตัดสินใจคัดแยกผู้ป่วยดีขึ้นเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน

คำสำคัญ : การคัดแยกผู้ป่วย, MOPH ED. Triage, แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช

Abstract

This action research aimed to investigate the patient screening situation and subsequently develop and evaluate a proposed patient screening protocol based on MOPH ED. Triage for the emergency and forensic department at Kantang Hospital. The study comprised three phases. The initial phase involved exploring and analyzing the patient screening situation by gathering data from patient records and conducting a focus group with twenty nurses. The second phase focused on the development of the proposed patient screening protocol (PPSP) through expert panel consensus. The content validity of the PPSP was determined to be .95. Furthermore, the reliability of the PPSP was assessed using a sample of 40 nurses, yielding a Cronbach alpha coefficient value of .92. The final phase encompassed the testing and evaluation of the PPSP with a sample consisting of 20 nurses and 390 patients who visited the emergency and forensic department at Kantang Hospital. Research

instruments utilized for data collection included patient records and a patient screening form. Qualitative data were analyzed through content analysis, while descriptive statistics were employed for quantitative data. During the first phase, it was observed that the emergency and forensic department at Kantang Hospital did not possess a standardized patient screening protocol, resulting in incomplete patient data records and numerous instances of patient screening errors. In the second phase, the PPSP was developed, encompassing screening protocols for accidents, emergencies, fast track stroke cases, and fast track STEMI cases. In the third phase, the implementation of the PPSP yielded results indicating an increase in the accuracy of patient screening from 71.84 percent to 92.92 percent. The incidence of under-triage was found to be 2.31 percent, while the incidence of over-triage was 4.87 percent. The multidisciplinary team members involved in the study expressed that the PPSP was practical and suitable for the context of Kantang Hospital. The utilization of the PPSP facilitated improved decision-making regarding the classification of patient groups, consequently enhancing the quality of emergency care provided.

Keywords : Screening protocol, MOPH ED. Triage, Emergency and forensic department

บทนำ

แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช (Emergency Room) เป็นหน่วยงานที่มีความสำคัญในการให้บริการด้านหน้าตลอด 24 ชั่วโมง เป็นศูนย์กลางของระบบการดูแลฉุกเฉินที่เชื่อมโยงการรักษาพยาบาลฉุกเฉินทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล (ชาติชาย คล้ายสุบรรณ, 2561) การเข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉินบางช่วงเวลามีผู้ป่วยมารับบริการพร้อมกันจำนวนมากทำให้เกิดความแออัดของห้องฉุกเฉิน (ER Overcrowding) ก่อให้เกิดระยะเวลารอคอยมากขึ้น (Emergency Nurse Association, 2005) ส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างเร่งด่วนเข้าถึงบริการล่าช้า ไม่ปลอดภัย (Dehli, Fredriksen, Osbakk, & Bartnes, 2011) และยังทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือเสียชีวิตได้ จากความสำคัญดังกล่าว จึงได้มีการนำระบบการคัดแยกผู้ป่วย (Triage) มาใช้ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช

โรงพยาบาลกันตัง จังหวัดตรัง เป็นโรงพยาบาลชุมชน ระดับ F1 ขนาด 60 เตียง ให้บริการประชาชนในอำเภอกันตัง ประชาชนเขตรอยต่อกับอำเภอย่านตาขาว อำเภอลีเกา รวมทั้งแรงงานต่างถิ่น แรงงานต่างด้าว มีสำมะโนประชากร จำนวน 70,371 คน โรงพยาบาลเข้าสู่กระบวนการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานโรงพยาบาล

ผ่านการประเมินและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล Re-accreditation ครั้งที่ 3 ตามมาตรฐาน HA (Hospital Accreditation) ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ตัวชี้วัดที่สำคัญได้แก่ มาตรฐานการคัดแยกผู้ป่วยห้องฉุกเฉิน และยังเป็นตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน Emergency Care System (ECS) ตามแผนพัฒนาระบบบริการการแพทย์แบบครบวงจรและระบบการส่งต่อ ภายใต้ ยุทธศาสตร์บริการเป็นเลิศ (Service Excellence) (ด้านสาธารณสุข) การพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (ER คุณภาพ) เป็นหนึ่งในมาตรการ สำคัญตามยุทธศาสตร์ระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน

แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช เป็นด้านหน้าของโรงพยาบาลให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง มีสถิติผู้ป่วยมาใช้บริการในปีงบประมาณ 2562 – 2564 จำนวน 64,246, 57,362 และ 47,330 ครั้ง ตามลำดับ คิดเป็นจำนวนผู้มาใช้บริการเฉลี่ย 176,157 และ 129 ครั้งต่อวันตามลำดับ จากการทบทวนข้อมูลเวชระเบียนช่วงระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือน มิถุนายน ปีงบประมาณ 2564 พบว่ามีการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินได้ถูกต้องร้อยละ 71.84 มีการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินไม่ถูกต้อง ร้อยละ 28.16 โดยจำแนกเป็นการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินต่ำกว่าเกณฑ์

(Under Triage) ร้อยละ 10.26 และการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินที่สูงกว่าเกณฑ์ (Over Triage) ร้อยละ 17.90 (หน่วยงานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลกันตัง, 2564) จากข้อมูลดังกล่าวพบว่าปัญหาการคัดแยกผิดพลาดของโรงพยาบาลกันตังเกิดจากไม่มีรูปแบบคัดแยกที่ชัดเจน ขาดการบันทึกข้อมูลที่ครบถ้วน และประสิทธิภาพการทำงานของพยาบาลคัดแยก สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิภาพของการคัดแยกผู้ป่วยตามระบบ MOPH ED. Triage ต่อความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วย พบว่าแนวทางปฏิบัติที่ไม่ชัดเจน ความรู้ทักษะ และความแตกต่างของประสิทธิภาพการทำงานเกี่ยวกับการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน ส่งผลต่อการคัดแยกผู้ป่วยถูกต้อง (พิมพ์ วิระคำ, คณินันท์ วิริยาภรณ์ประภาส, ศิริพร จักรอ้อม และ พิษณุตม์ ภิญโญ, 2562) เช่นเดียวกับผลการศึกษา การปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉินและนิติเวชของเจ้าหน้าที่พยาบาลนั้น นอกจากทักษะความรู้แล้ว ประสิทธิภาพยังเป็นสิ่งที่ช่วยทำให้เจ้าหน้าที่มีความเข้าใจมากขึ้นในการคัดแยกให้ถูกต้องได้เช่นกัน (สุนทร สิทธิมงคล และวิวัฒน์ วงศ์เกษม, 2561) สอดคล้องกับผลการศึกษาของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ พบว่าการที่เจ้าหน้าที่มีความสามารถตัดสินใจคัดแยกได้ถูกต้องนั้น ส่วนหนึ่งก็ขึ้นอยู่กับความรู้ ทักษะความสามารถในการทำงาน (พรทิพย์ วชิรติลก และคณะ, 2559) และนอกจากนี้การศึกษาของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินยังพบว่า การคัดแยกที่ดีทำให้การปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉินและนิติเวชสามารถช่วยให้ดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินได้ตามระดับความเป็นเร่งด่วน ช่วยลดข้อผิดพลาดและปัญหาข้อร้องเรียนการให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉิน ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชมีความปลอดภัยตามมาตรฐาน (พรทิพย์ วชิรติลก, ธีระ ศิริสมุด, สนิษฐ ชัยสิทธิ และอนุชา เศรษฐเสถียร, 2559)

จากสถานการณ์และผลการปฏิบัติงานของแผนกฉุกเฉินและนิติเวชของโรงพยาบาล ซึ่งยังพบปัญหาการคัดแยกผู้ป่วยไม่ถูกต้อง มีความล่าช้าในการตรวจรักษา ตลอดจนความไม่พึงพอใจต่อบริการของผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดการร้องเรียนหน่วยงาน เกิดปัญหาข้อร้องเรียนความไม่พึงพอใจ นอกจากนั้นจากการใช้ MOPH ED. Triage ซึ่งเป็นระบบการคัดกรองที่กรมการแพทย์

กระทรวงสาธารณสุขพัฒนาขึ้นเพื่อให้โรงพยาบาลทั่วประเทศใช้เป็นแนวทางตั้งแต่ปี พ.ศ.2561 นั้น เมื่อนำมาใช้ที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลกันตัง พบว่าร้อยละของการคัดแยกผู้ป่วยถูกต้องระหว่างปี 2562-2564 เท่ากับ 77.26, 79.37 และ 71.84 ตามลำดับ และจากการทบทวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงวิเคราะห์หาสาเหตุเชิงระบบ (Root Cause Analysis) แบบแผนผังก้างปลา พบว่าการคัดแยกผิดพลาดทำให้เกิดอุบัติการณ์ข้อร้องเรียนครั้งนี้ปี 2562 ผู้ป่วย Stroke มาด้วยอาการเวียนศีรษะ 2 ราย พยาบาลคัดแยกให้ไปนั่งรอตรวจแผนกผู้ป่วยนอก ทำให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อระบบ fast track stroke ล่าช้า ส่งผลให้ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย กลายเป็นผู้ป่วยติดเตียง ในปี 2563 ผู้ป่วย stroke มาด้วยอ่อนเพลีย ไม่มีแรง พยาบาลคัดแยกให้ไปนั่งรอตรวจแผนกผู้ป่วยนอก แพทย์วินิจฉัยเป็น Stroke ทำให้ได้รับการส่งต่อในระบบ Fast track ล่าช้า และผู้ป่วย AMI มาด้วยอาการจุกแน่นลิ้นปี่ ได้รับการคัดแยกไปตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก ไม่ได้รับการทำ EKG ฉีดยาปรับยากลับบ้าน 1 ชั่วโมงผ่านไปผู้ป่วยกลับมาใหม่ด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอก เหงื่อออกตัวเย็น เรียกไม่รู้สีกตัว ต้องได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ และปี 2564 ผู้ป่วยโรคหัวใจมาด้วยอาการจุกแน่นลิ้นปี่ พยาบาลคัดแยกให้ไปรอตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก ขณะนั้นผู้ป่วยไปเข้าห้องน้ำ มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกมากขึ้น มีเหงื่อออก ตัวเย็น หมดสติ จึงนำผู้ป่วยย้ายเข้ามาห้องฉุกเฉินเพื่อช่วยฟื้นคืนชีพ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ เทพรัตน์ เทศประสิทธิ์ (2564) ที่พบว่า การคัดแยกประเภทผู้ป่วยได้ถูกต้อง ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจตาม ประเภทความรุนแรง ช่วยลดปัญหาความล่าช้าในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน และการศึกษาของ ณีภุชงค์ แซ่แต้ และพัชรินทร์ นະນຸຍ (2565) ซึ่งพบว่า การพัฒนารูปแบบการคัดกรองตาม MOPH ED. Triage แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในเครือข่าย โรงพยาบาลละลา โดยใช้พัฒนาแบบบันทึกให้เป็นแนวทางเดียวกันส่งผลให้ร้อยละการคัดกรองถูกต้องสูงขึ้นร้อยละ 90.3 จากข้อมูลจะพบว่าร้อยละการคัดแยกผิดพลาดที่มีปัญหาข้อร้องเรียนมักเป็น กลุ่มผู้ป่วยกลุ่ม AMI และ stroke การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษาการคัดแยกผู้ป่วยกลุ่ม AMI ผู้ป่วยกลุ่ม stroke ผู้ป่วยฉุกเฉิน และผู้ป่วยอุบัติเหตุ โดยไม่ครอบคลุมกลุ่ม

ผู้ป่วย sepsis เนื่องจากการทบทวนข้อมูลพบว่าร้อยละ การคัดแยกผู้ป่วยกลุ่ม sepsis ถูกต้องระหว่าง ปีงบประมาณ 2562-2564 เท่ากับ 95.16, 96.74 และ 98.25 ตามลำดับ ซึ่งผ่านเกณฑ์มาตรฐานการคัดแยกที่ยอมรับได้

จากสถานการณ์ปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงปัญหาและให้ความสำคัญกับปัญหานี้ จึงได้พัฒนาการคัดแยกผู้ป่วยในห้องฉุกเฉิน ด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action Research) (Kemmis and Mc Taggart, 1998) ที่เน้นความสำคัญของกระบวนการทำงานร่วมกันและการสะท้อนกลับในกระบวนการวิจัย ซึ่งมีประสิทธิภาพในการแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้ดี มาใช้พัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยตามแนวทาง MOPH ED. Triage ของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งใช้อยู่ในปัจจุบันให้มีความเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของสภาพปัญหาและทรัพยากรด้านต่าง ๆ ของโรงพยาบาลกันตัง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่รวดเร็วและปลอดภัยมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

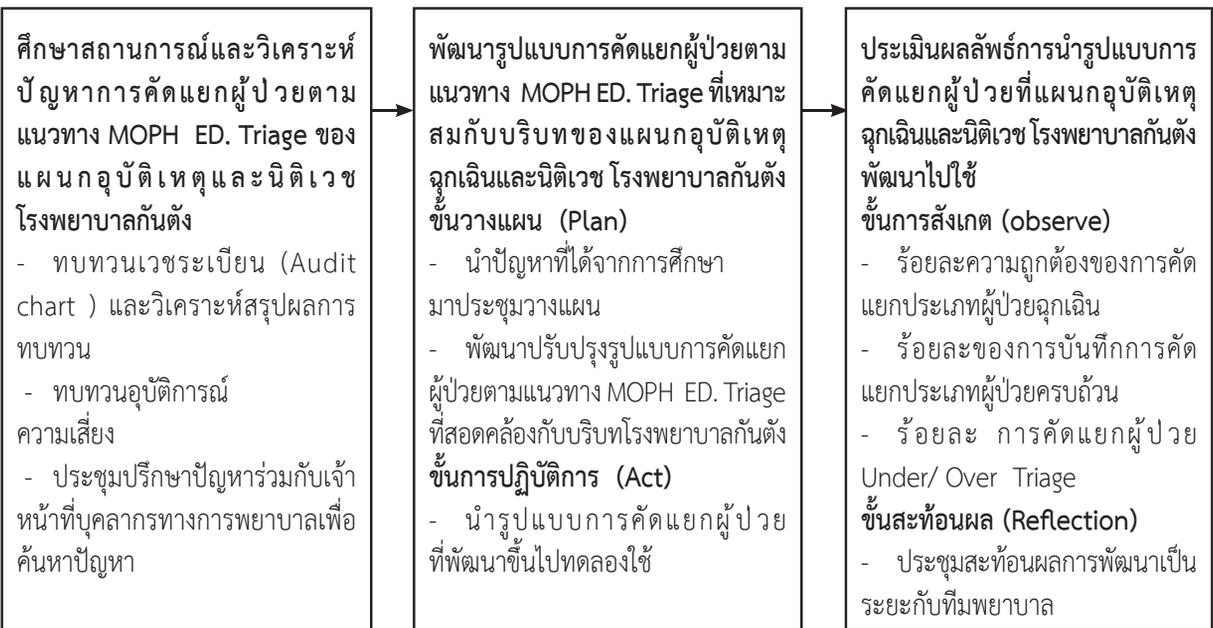
1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ปัญหาการคัดแยกผู้ป่วยตามแนวทาง MOPH ED. Triage แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลกันตัง
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยตาม

แนวทาง MOPH ED. Triage ที่เหมาะสมกับบริบทของแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลกันตัง

3. เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยตามแนวทาง MOPH ED. Triage แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลกันตังที่พัฒนาขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดกระบวนการคัดแยกผู้ป่วยของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นกระบวนการประเมินสภาพของผู้ป่วยเพื่อตัดสินความเร่งด่วนของอาการและนำมาใช้ในการจัดลำดับความเร่งด่วนเพื่อการรักษาที่เหมาะสม ซึ่งได้รับการพัฒนา ปรับปรุงระบบการคัดแยกให้เหมาะสมเพื่อให้โรงพยาบาลทั่วประเทศนำไปใช้ (Thailand National Triage Guideline, 2021) แต่เนื่องจากสถานบริการแต่ละแห่งมีความแตกต่างกัน แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชโรงพยาบาลกันตัง จึงนำกระบวนการคัดแยกผู้ป่วยดังกล่าวมาใช้เป็นแนวทางการพัฒนาการคัดแยกผู้ป่วยให้สอดคล้องกับบริบท โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (PAOR) (Kemmis and Mc Taggart, 1998) ประกอบด้วย การวางแผน (Plan) การปฏิบัติการ (Act) การสังเกต (Observe) และการสะท้อนผล (Reflection) ดังนี้



ระเบียบวิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้มีรูปแบบเป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่

1. พยาบาลวิชาชีพ หมายถึง พยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชโรงพยาบาลกันตัง จำนวน 22 คน
2. ผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชโรงพยาบาลกันตัง
3. แพทย์ประวัตผู้ป่วยในระบบ Hos xp

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

1. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชในโรงพยาบาลกันตัง จำนวน 20 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ด้วยเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานการคัดแยกและดูแลรักษาผู้ป่วยในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2565 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ.2566 2) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ และมีเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช แต่ได้ลาศึกษาในช่วงระยะเวลาที่ศึกษาข้อมูล

2. แพทย์ประวัตผู้ป่วยของแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลกันตัง ก่อนการพัฒนาารูปแบบแนวทางคัดแยกผู้ป่วย ระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนมิถุนายน ปีงบประมาณ 2564 เวชระเบียนทั้งหมด 19,836 แพทย์ กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูป Yamane ได้เท่ากับ 377 แพทย์

3. แพทย์ประวัตผู้ป่วยของแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลกันตัง หลังการพัฒนาารูปแบบแนวทางคัดแยกผู้ป่วย ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2566 เวชระเบียนทั้งหมด 22,787 แพทย์ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูป Yamane ได้เท่ากับ 390 แพทย์

คัดเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ด้วยเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นแพทย์ประวัตของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลกันตัง ระหว่างเวลาที่กำหนด 2) มีการบันทึกข้อมูลไว้สมบูรณ์ ครบถ้วนในประเด็นที่ศึกษา และมีเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) แพทย์ประวัตผู้ป่วยที่มาตามนัด 2) แพทย์ประวัตผู้ป่วยทั่วไปที่ไม่ได้จัดอยู่ในกลุ่มอาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน

ขั้นตอนการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการโดยใช้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (The action research spiral) ตามแนวคิดของเคมมิส และแมคทักการ์ท (PAOR) ประกอบด้วย การวางแผน (Plan) การปฏิบัติการ (Act) การสังเกต (Observe) และการสะท้อนผล (Reflection) เพื่อการปรับปรุงจนได้ผลการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพ พื้นที่วิจัยคือแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลกันตัง กลุ่มเป้าหมายการวิจัย เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในพื้นที่วิจัย ดำเนินงานวิจัย 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ปัญหาการคัดแยกผู้ป่วยตามแนวทาง MOPH ED. Triage ของแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลกันตัง ดังนี้

1. ผู้วิจัยทบทวนเวชระเบียน (Audit chart) ของผู้ป่วยที่รับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุและนิติเวช โรงพยาบาลกันตัง จังหวัดตรัง โดยวิเคราะห์สภาพปัญหาการใช้ MOPH ED. Triage จากฐานข้อมูลของโรงพยาบาลย้อนหลัง ระหว่างปีงบประมาณ 2562-2564 ผู้ป่วยจำนวน 64,246, 57,362 และ 47,330 ครั้ง ทบทวนเวชระเบียนในกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉิน และประเมินความถูกต้องในการคัดแยกผู้ป่วย พบว่าร้อยละของการคัดแยกผู้ป่วยถูกต้อง เท่ากับ 77.26, 79.37 และ 71.84 ตามลำดับพร้อมทบทวนรายงาน ความเสี่ยง อุบัติการณ์การคัดแยกผิดพลาดในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช และบันทึกข้อมูลตามแบบในระบบเวชระเบียนของโปรแกรม Hos xp

2. นำผลการวิเคราะห์มานำเสนอในที่ประชุมกลุ่มเจ้าหน้าที่พยาบาลที่ปฏิบัติงานการคัดแยกผู้ป่วย

ในหน่วยงานเพื่อร่วมกันค้นหาปัญหาจากการปฏิบัติ แนวทางการคัดแยกผู้ป่วยเดิม โดยใช้ MOPH ED. Triage ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

3. นำสถานการณ์ข้อมูลปัญหาที่ได้เสนอเข้าที่ประชุม ประจำเดือนของหน่วยงานเพื่อทบทวนวิเคราะห์ หาสาเหตุเชิงระบบ (Root Cause Analysis) แบบแผน ผังก้างปลา ผู้เข้าร่วมประชุมคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่การคัดแยก ทั้งหมด 20 คน

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยตาม แนวทาง MOPH ED. Triage ที่เหมาะสมกับบริบทของ แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลกันตัง ดังนี้

1. ผู้วิจัยเข้าร่วมประชุมร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ คัดแยก พยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน และทีมสหวิชาชีพ PCT พิจารณาปรับปรุง พัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วย ที่เหมาะสมกับบริบทแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลกันตัง โดยมีการเชื่อมโยงกับรูปแบบการคัด แยกประเภทผู้ป่วยของกรมการแพทย์ กระทรวง สาธารณสุข โดยมีการประชุมทั้งหมด 2 ครั้ง

2. ผู้วิจัยนำรูปแบบการคัดแยกผู้ป่วย ที่พัฒนา ขึ้นเข้าร่วมประชุมในทีมสหวิชาชีพทีม PCT เพื่อร่วม พิจารณาให้สอดคล้องกับการปฏิบัติในหน่วยงาน และ ปรับปรุงแก้ไขแนวทางปฏิบัติตามข้อเสนอแนะ

3. จัดทำพัฒนารูปแบบตามแนวทางแก้ไข แล้วส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จำนวน 3 คน ก่อนนำมาใช้เก็บข้อมูล ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช

4. นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นส่งให้โดยผู้เชี่ยวชาญ การคัดแยกผู้ป่วย ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) จำนวน 2 ท่าน ก่อนนำรูปแบบมาใช้ในการเก็บรวบรวม ข้อมูล

5. นำรูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยที่พัฒนาสู่การ ปฏิบัติ โดยจัดอบรมบุคลากรพยาบาลวิชาชีพในหน่วย งาน ซึ่งแจ้งทำความเข้าใจแนวทางการคัดแยกผู้ป่วยที่ พัฒนาขึ้นเพื่อนำมาใช้ในการคัดแยกผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุ ฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลกันตัง พร้อมเปิดโอกาสให้ แสดงความคิดเห็นในการนำไปปฏิบัติหรือข้อเสนอแนะ เพื่อปรับปรุง จัดอบรมจำนวน 2 ครั้ง แบ่งเป็นกลุ่ม ๆ ละ 10 คน ใช้เวลาชี้แจงทำความเข้าใจกลุ่มละ 1 ชั่วโมง

โดยทดลองใช้รูปแบบการคัดแยกระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ.2565 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ.2566

6. ผู้วิจัยบันทึกผลการใช้รูปแบบการคัดแยก ผู้ป่วยตามแนวทาง MOPD ED. Triage ในแผนกอุบัติเหตุ ฉุกเฉินและนิติเวชที่พัฒนาขึ้น และประเมินปัญหาในการ ใช้แนวทางปฏิบัติเป็นระยะจำนวน 4 ครั้ง อย่างต่อเนื่อง ทุก 2 สัปดาห์

ระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์การนำรูปแบบ การคัดแยกผู้ป่วยที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลกันตังพัฒนาไปใช้

1. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลผลการปฏิบัติตามรูปแบบ การคัดแยกผู้ป่วย ด้วยการนำข้อมูลเวชระเบียนของ ผู้ป่วยที่ได้บันทึกลงแบบบันทึกการคัดแยกผู้ป่วยที่พัฒนา ขึ้นมา Audit โดยผู้เชี่ยวชาญการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน 3 ท่าน ซึ่งเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน โดยการอ้างอิงการ คัดแยกตามเกณฑ์ของกรมการแพทย์ กระทรวง สาธารณสุข โดยกำหนดตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย ดังนี้

- ร้อยละความถูกต้องในการคัดแยกผู้ป่วย ฉุกเฉิน เท่ากับ 80

- ร้อยละของการบันทึกการคัดแยก ประเภทผู้ป่วยครบถ้วนเท่ากับ 80

- ร้อยละการคัดแยกผู้ป่วย Under triage น้อยกว่า 5 และ Over Triage น้อยกว่า 15

2. สะท้อนผลการพัฒนาโดยผู้วิจัยประชุมร่วมกับ พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างเพื่อนำเสนอผลการ พัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยตามแนวทาง MOPH ED. Triage มีจุดหมายเพื่อสรุปผลการดำเนินงานที่ผ่านมา สิ่งที่บรรลุเป้าหมาย ไม่บรรลุเป้าหมาย สิ่งที่ต้องปรับปรุง แก้ไข/ข้อเสนอแนะ และการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นใหม่จาก การปฏิบัติงานเพื่อป้อนกลับสู่การวางแผนใหม่ และ ดำเนินการในวงรอบต่อไปตามวงจรวิจัยปฏิบัติการ เดือนละ 1 ครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติการคัดแยก ผู้ป่วยอุบัติเหตุ โรงพยาบาลกันตัง ตามแนวทาง MOPH ED. Triage ที่พัฒนาขึ้นโดยจากแนวปฏิบัติการคัดแยก

ผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ Nation Institute of Emergency Medicine (2018)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการปฏิบัติการวิจัย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการพัฒนาแนวทางการคัดแยกผู้ป่วย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลแฟ้มประวัติผู้ป่วยที่เข้ารับบริการแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชปี 2564 จำนวน 377 แฟ้ม

ขั้นตอนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในขั้นการพัฒนา ได้แก่ แบบประเมินการคัดแยกผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้นจากที่ประชุมทีมสหวิชาชีพ PCT และจากการศึกษาทฤษฎีงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

2.1 แบบบันทึกการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุ

2.2 แบบบันทึกการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน

2.3 แบบบันทึกการคัดแยกผู้ป่วยกลุ่ม Fast track Stroke

2.4 แบบบันทึกการคัดแยกผู้ป่วยกลุ่ม Fast track STEMI

ขั้นตอนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในขั้นประเมินผล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลแฟ้มประวัติผู้ป่วยที่เข้ารับบริการแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2565 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2566 จำนวน 390 แฟ้ม

3. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของเจ้าหน้าที่บุคลากรทางการแพทย์ ประกอบด้วย เพศ อายุ ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน และประสบการณ์ในการทำงาน เพื่อนำข้อมูลดังกล่าวมาแบ่งระดับ Level ตามสมรรถนะบุคลากรทางการแพทย์ตามที่กองการพยาบาลกำหนดไว้ และเพื่อประเมินสมรรถนะเฉพาะ (specific Functional Competency) ด้านการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน ของบุคลากรในแผนกฉุกเฉินและนิติเวช

การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การสร้างแนวปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลกันตัง และแบบบันทึกการคัดแยก ผู้ป่วยอุบัติเหตุ แบบบันทึกการคัดแยกผู้ป่วย

ฉุกเฉิน แบบบันทึกการคัดแยกผู้ป่วยกลุ่ม fast track Stroke แบบบันทึกการคัดแยกผู้ป่วยกลุ่ม fast track STEMI โดยศึกษาเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องและนำข้อมูลจากการประชุมปรึกษาหารือร่วมกันในหน่วยงานมาสร้างเป็นรูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินที่พัฒนาขึ้น

2. ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ใหญ่และสาขาเวชปฏิบัติฉุกเฉิน 1 ท่าน และพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติฉุกเฉิน 1 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย ความชัดเจน และความครอบคลุมของเนื้อหา จากนั้นผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะเพื่อให้เนื้อหาเหมาะสมยิ่งขึ้น คำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC (Index of item objective congruence) เท่ากับ 0.95

3. ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือ โดยนำเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบบันทึกการคัดแยกผู้ป่วยที่ได้พัฒนาขึ้น มาทดลองใช้ในการคัดแยกผู้ป่วยจำนวน 40 ราย โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ 2 ท่าน คือพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉินคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้แบบบันทึกการคัดแยกเดียวกัน และนำมาคำนวณหาความเชื่อมั่นระหว่างผู้สังเกต (Interrater Reliability) ได้เท่ากับ 0.92

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการ ดังนี้

1. ทำบันทึกข้อความถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลกันตัง เพื่อขออนุญาตศึกษาข้อมูลการให้บริการจากงานเวชระเบียน โดยไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของส่วนบุคคลของผู้ป่วย

2. ศึกษา วิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูลจากเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3. รวบรวมข้อมูลก่อนการพัฒนาารูปแบบแนวทางคัดแยกผู้ป่วย โดยทบทวนเวชระเบียนและปฏิบัติการก่อนการพัฒนาาระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนมิถุนายน ปีงบประมาณ 2564 เวชระเบียนทั้งหมด

19,836 แพ้ม กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูป Yamane ได้เท่ากับ 377 แพ้ม

4. เก็บรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิ (primary data) ด้วยการประชุมปรึกษากับพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง

5. ประเมินผลลัพธ์การคัดแยกผู้ป่วยหลังพัฒนารูปแบบ โดยการรวบรวมข้อมูลจากประวัติผู้ป่วยที่เข้ารับบริการแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2565 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2566 จำนวน 390 แพ้ม

6. ประชุมกลุ่มตัวอย่างสะท้อนผลการพัฒนา

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

1. ข้อมูลที่ได้จากการประชุมนำมาแยกแยะเนื้อหาเป็นกลุ่มข้อมูล (content analysis) และพรรณนาความบรรยายสรุปอย่างเป็นระบบ

2. ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม แบบคัดแยกผู้ป่วยนำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ และความครบถ้วนของข้อมูล ประมวลผลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ค่าร้อยละ (percentage) ค่าพิสัย (range) ค่าเฉลี่ย (mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการพิจารณาและรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง เลขที่ P066 /2565 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนกระบวนการวิจัย การรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์เข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมในการวิจัยเมื่อไหร่ก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการทำงานแต่อย่างใด

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ปัญหาการคัดแยกผู้ป่วยตามแนวทาง MOPH ED. Triage ของแผนกฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลกันตัง

จากการศึกษาสถานการณ์การรูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยตาม MOPH ED. Triage แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลกันตังก่อนการพัฒนา

วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้

ด้วยการทบทวนเวชระเบียน (Audit chart) ย้อนหลังของผู้ป่วย ระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ.2564 จำนวน 377 แพ้ม และการทบทวนอุบัติการณ์ ความเสี่ยงพบว่า ระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยตามเกณฑ์ MOPH ED. Triage ของกระทรวงสาธารณสุขที่นำมาใช้นั้น มีการคัดแยกผู้ป่วยถูกต้องร้อยละ 71.84 คัดแยกผู้ป่วยต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ 10.26 และคัดแยกผู้ป่วยสูงกว่าเกณฑ์ร้อยละ 17.90 ซึ่งเกิดจากเจ้าหน้าที่เกิดความเข้าใจไม่ตรงกัน แนวปฏิบัติไม่ชัดเจน ทำให้การคัดแยกผู้ป่วยเกิดความผิดพลาด ซึ่งส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการดูแลรักษาและอุบัติการณ์ข้อร้องเรียนตามมา นอกจากนี้จากรายงานอุบัติการณ์ ความเสี่ยง พบดังนี้

- ผู้ป่วยโรคหัวใจ (AMI) มาด้วยอาการฉุกเฉินแน่นลิ้นปี่ พยาบาลผู้ทำการคัดแยกผู้ป่วยจัดให้อยู่ในกลุ่ม Urgent และส่งผลผู้ป่วยไปรอตรวจ ขณะนั้นผู้ป่วยไปเข้าห้องน้ำ มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกมากขึ้น เหงื่อออกตัวเย็นหมดสติ จึงนำผู้ป่วยเข้าห้องฉุกเฉินเพื่อช่วยฟื้นคืนชีพ

- ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ที่มาด้วยอาการเวียนศีรษะ ซึ่งอาการอื่นไม่ชัดเจน ได้รับการคัดแยกเป็นประเภท non urgent และให้รอตรวจที่ OPD จำนวน 3 ราย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาและส่งต่อล่าช้า

2. ผลการพัฒนาการรูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยตามแนวทาง MOPH ED. Triage ที่เหมาะสมกับบริบทของแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลกันตัง

การพัฒนาการรูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยมีการนำใบบันทึกการคัดแยกผู้ป่วยแต่ละประเภทมาใช้ในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยมีการพัฒนาการรูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยให้มีการบันทึกข้อมูลให้ชัดเจน ครอบคลุมเพื่อช่วยให้การคัดแยกผู้ป่วยได้ตรงตามเกณฑ์ ลดการคัดแยกผู้ป่วยผิดพลาดคลาดเคลื่อน ซึ่งรูปแบบที่พัฒนาขึ้นได้แก่ 1) แบบคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุ 2) แบบคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน 3) แบบคัดแยกผู้ป่วยกลุ่ม fast track Stroke 4) แบบคัดแยกผู้ป่วยกลุ่ม fast track STEMI ซึ่งจากรูปแบบเดิมจะเป็นแนวทางการคัดแยกในรูปแบบเดียวโดยใช้คัดแยกผู้ป่วยทุกประเภท ทำให้เกิดความผิดพลาดในการคัดแยกได้เนื่องจาก เกณฑ์การคัดแยกนั้น เมื่อนำมาใช้ในการ

ปฏิบัติงานจริง มีความชัดเจน ครอบคลุมอาการผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลกันตังน้อยกว่า

3. ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยของแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลกันตังที่พัฒนาขึ้น

ผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วย MOPH ED. Triage แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลกันตัง พบว่าข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง มีรายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรพยาบาลทำหน้าที่คัดแยกแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช

ข้อมูลทั่วไป	พยาบาลวิชาชีพ (n = 20)	ร้อยละ
เพศ		
- ชาย	2	10.00
- หญิง	18	90.00
ช่วงอายุ (ปี)		
- น้อยกว่า 30 ปี	13	65.00
- 30 - 40 ปี	4	20.00
- 41 - 50 ปี	2	10.00
- 51 - 60 ปี	1	5.00
$\bar{X} = 31, SD = 9.20$		
ประสบการณ์ในการปฏิบัติ		
0-1 ปี (Novice) 4	4	20.00
> 1 - 3 ปี (Advance beginner) 3	3	15.00
> 3 - 5 ปี (Competent) 7	7	35.00
> 5 -10 ปี (proficient) 3	3	15.00
> 10 ปี (Expert) 3	3	15.00
= 6, SD = 7.10		

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90 ช่วงอายุน้อยกว่า 30 ปี ร้อยละ 65.00 โดยมีอายุเฉลี่ย 31 ปี ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการทำงาน 3 -5 ปี ร้อยละ 35.00 รองลงมาคือ มีประสบการณ์ทำงาน 0 -1 ปี ร้อยละ 20.00

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละ ของการประเมินการคัดแยกประเภทผู้ป่วยตามรูปแบบ MOPH ED. Triage ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้น

ผลลัพธ์การบันทึกการใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยตาม MOPH ED. Triage	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความถูกต้องการคัดแยกประเภทผู้ป่วยทั้งหมด	377		390	
- คัดแยกผู้ป่วยถูกต้อง	271	71.84	362	92.82
- คัดแยกผู้ป่วยไม่ถูกต้อง	106	28.16	28	7.18
การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกการคัดแยก				
- ครบถ้วน	267	70.82	359	92.05
- ไม่ครบถ้วน	110	29.18	31	7.95

จากตารางที่ 2 หลังการพัฒนาพบว่า การคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินถูกต้องร้อยละ 92.82 ไม่ถูกต้อง

ร้อยละ 7.18 และการบันทึกข้อมูลครบถ้วนตามแบบบันทึกร้อยละ 92.05 บันทึกไม่ครบถ้วนร้อยละ 7.95

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของการใช้แบบบันทึกข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วยแต่ละประเภทตาม MOPH ED. Triage (n = 390)

ผลลัพธ์การบันทึกการใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยตาม MOPH ED. Triage	บันทึก		ไม่บันทึก	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การบันทึกข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุ	89	89.00	11	11.00
การบันทึกข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน	191	90.95	19	9.05
การบันทึกข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วย stroke	59	98.33	1	1.67
การบันทึกข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วย STEMI	20	100.00	0	0.00

จากตารางที่ 3 หลังการพัฒนาพบว่า ผลการประเมินการใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วย MOPH ED. Triage มีการบันทึกข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุครบถ้วนร้อยละ 89.00 การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยฉุกเฉินครบถ้วน

ร้อยละ 90.95 การบันทึกข้อมูลผู้ป่วย stroke ครบถ้วน 98.33 และการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย STEMI ครบถ้วนร้อยละ 100

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของการคัดแยกไม่ถูกต้อง (Under – Over Triage) ก่อนและหลังการพัฒนา

ผลลัพธ์การประเมินการใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยตาม MOPH ED. Triage	ก่อนการพัฒนา		ก่อนการพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การคัดแยกผู้ป่วยต่ำกว่าเกณฑ์ (Under- Triage)	43	11.40	9	2.31
การคัดแยกผู้ป่วยสูงกว่าเกณฑ์ (Over - Triage)	63	16.76	19	4.87

จากตารางที่ 4 หลังการพัฒนา พบว่าผลการประเมินการคัดแยกผู้ป่วยได้รับการคัดแยกต่ำกว่าเกณฑ์

ร้อยละ 2.31 และได้รับการคัดแยกสูงกว่าเกณฑ์ร้อยละ 4.87

อภิปรายผล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่า สถานการณ์การคัดแยกผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชของโรงพยาบาลกันตัง จากการทบทวนการคัดแยกประเภทผู้ป่วยถูกต้องเพียงร้อยละ 71.84 จากประเด็นปัญหาความผิดพลาดจากการคัดแยกผู้ป่วย การแบ่งระดับความรุนแรงไม่ถูกต้อง ไม่ตรงกับอาการผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาล่าช้า และเกิดข้อร้องเรียนตามมานั้น มีกระบวนการพัฒนาจากประเด็นปัญหาโดยการพัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยตาม MOPH ED. Triage ของแผนกฉุกเฉินและนิติเวชโรงพยาบาลกันตังนั้นใช้เกณฑ์การคัดแยกและจัดลำดับความรุนแรงตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข นำมาปรับใช้ให้เข้ากับบริบทของแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชโรงพยาบาลกันตัง ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลมีการใช้แนวทางการคัดแยกผู้ป่วย คัดแยกได้ถูกต้องร้อยละ 92.82 สอดคล้องกับการศึกษาของ กัลยารัตน์ หล้าธรรม และชัชฌาณ์ แพรขาว (2560) เพื่อพัฒนาระบบการคัดแยกผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและกำกับติดตามทุกเดือนว่าทำให้ผลการคัดแยกผู้ป่วยดีขึ้น

ลดปัญหาการคัดแยกประเภทผู้ป่วยผิดพลาด ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามลำดับความจำเป็นเร่งด่วน โดยการแบ่งประเภทแบบบันทึกจากกลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ดังนี้ ภาพรวมการบันทึกถูกต้องครบถ้วนทั้งหมด ร้อยละ 92.05 การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุมีการบันทึกข้อมูลครบถ้วนร้อยละ 89.00 การบันทึกข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินร้อยละ 90.95 การบันทึกการคัดแยกผู้ป่วยกลุ่ม stroke ร้อยละ 98.33 การบันทึกการคัดแยกผู้ป่วยกลุ่ม STEMI ร้อยละ 100 ซึ่งจะเห็นว่า การบันทึกข้อมูลได้ครบถ้วนจะช่วยให้การตัดสินใจการคัดแยกผู้ป่วยได้ถูกต้องมากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยการพัฒนาระบบการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ที่พบว่า การบันทึกข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วยถูกต้องครบถ้วนส่งผลให้การคัดแยกผู้ป่วยได้ถูกต้องมากขึ้น (อรรวรรณ ฤทธิ์อินทรางกูร และคณะ, 2561)

ผลลัพธ์การคัดแยกผู้ป่วยตาม MOPH ED. Triage แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลกันตังของเจ้าหน้าที่พยาบาล พบว่าการคัดแยกไม่ถูกต้องทั้งหมดร้อยละ 7.18 จำแนกเป็นการคัดแยกต่ำกว่าเกณฑ์ (Under Triage) ร้อยละ 2.31 และการคัดแยกสูงกว่าเกณฑ์ (Over Triage) ร้อยละ 4.87 การคัดแยกต่ำกว่าเกณฑ์พบในกลุ่มผู้ป่วยระดับ 2 เป็นระดับ 3 และการคัดแยกสูงกว่าเกณฑ์พบในกลุ่มผู้ป่วยระดับ 3 ที่คัดแยกเป็นระดับ 2 การคัดแยกผิดพลาดคลาดเคลื่อนส่วนใหญ่จะพบในกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินทั่วไป รองลงมาคือผู้ป่วยอุบัติเหตุ โดยกระบวนการพัฒนารูปแบบการคัดแยก

ตาม MOPH ED. Triage แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชของโรงพยาบาลกันตัง และนำมาใช้ในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินนั้น ทำให้การคัดแยกของเจ้าหน้าที่พยาบาลมีคุณภาพมากขึ้น การคัดแยกประเภทผู้ป่วยผิดพลาดลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามลำดับความจำเป็นเร่งด่วน ตามความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยสอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิภาพการพัฒนารูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลดอนตาลพบว่าภายหลังการใช้แนวปฏิบัติการคัดแยก ร้อยละการคัดแยกผู้ป่วยถูกต้องเพิ่มขึ้น ยืนยันประสิทธิผลของการใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินสำหรับการคัดแยกผู้ป่วยในโรงพยาบาล (ธนิษฐา ยศปัญญา, 2564)

อย่างไรก็ตาม จากผลการวิจัยยังพบว่ามีปัญหาการคัดแยกไม่ถูกต้องที่ต้องได้รับการพัฒนาต่อไป ซึ่งจากข้อมูลพบว่า ส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่พยาบาลแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชโรงพยาบาลกันตัง เป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานน้อย โดยแบ่งตามสมรรถนะ

Level จะอยู่ในกลุ่ม competent (3-5 ปี) ร้อยละ 35.00 รองลงมาในกลุ่ม Novice (0-1ปี) ร้อยละ 25.00 ซึ่งอาจส่งผลต่อการตัดสินใจในการคัดแยกประเภทผู้ป่วย การเพิ่มทักษะให้กับเจ้าหน้าที่กลุ่มดังกล่าวจึงมีความสำคัญ ทางผู้วิจัยจึงได้นำข้อมูลดังกล่าวมาพัฒนาในด้านสมรรถนะของพยาบาลในเรื่องการคัดแยกประเภทผู้ป่วยต่อไป โดยนำเสนอในองค์กรพยาบาลต่อไปให้มีการจัดอบรมและติดตามนิเทศอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย

1. ควรมีการพัฒนาโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปริมาณ หรือมีการศึกษาวิจัยเชิงกึ่งทดลอง
2. ควรมีการศึกษาผลลัพธ์ระยะยาวเพื่อติดตามประเมินผล และพัฒนาปรับปรุงคุณภาพการคัดแยก ผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

กัลยารัตน์ หล้าธรรม และชัชฉัตร แพรขาว. (2560). การศึกษาคุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินโรงพยาบาลศรีนครินทร์. ในการประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยบัณฑิตศึกษา ระดับชาติและนานาชาติ. ขอนแก่น:มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

เทพีรัตน์ เทสประสิทธิ์. (2564). การพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยงานผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุ ฉุกเฉินโรงพยาบาลโชคชัย. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัย สิ่งแวดล้อม, 15(36).160-178.

ทัศนีย์ ภาคภูมิวิจิณฉัย, โสภิต เวียงโอสถ และกฤตพัทธ์ ฝักฝน. (2562). ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินของพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาล เชียงรายประชานุเคราะห์. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา, 20(1). 66-67.

ธนิษฐา ยศปัญญา. (2564). ประสิทธิภาพการพัฒนารูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร. วารสารสภาการพยาบาล, 44(2).150-162.

นิตยา สุภามา. (2563). ประสิทธิภาพการพัฒนารูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านฝางจังหวัดขอนแก่น. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล, 35(12).125-136.

พรทิพย์ วชิรดิถก, ธีระ ศิริสมุด, สนิษฐา ชัยสิทธิ์ และอนุชา เศรษฐเสถียร. (2559). การคัดแยกผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในประเทศไทย. วารสารสภาการพยาบาล, 31(2).96-108.

พรรณพิมล สุขวงษ์. (2564). รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลน่าน. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Nubuu/article/download/255586/173781>

- พิมพา วีระคำ, คัคคนันท์ วิริยาภรณ์ประภาส, ศิริพร จักรอ้อม และภิชญุตม์ ภิญโญ. (2562). ประสิทธิภาพของ
การอบรมการคัดแยกผู้ป่วยตามระบบ MOPH ED. TRIAGE ต่อความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วยโดยเจ้าหน้าที่
กลุ่มงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลแม่สาย. วารสารกรมการแพทย์, 44(5). 132-145.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2558). คู่มือแนวทางการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน
และการจัดลำดับการบริการ ณ ห้องฉุกเฉินตามหลักเกณฑ์ที่ กพฉ.กำหนด.(ครั้งที่3) นนทบุรี : สถาบันการ
แพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน. (2561). MOPH ED. Triage การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน. [https://www.dms.go.th/backen//
Content](https://www.dms.go.th/backen//Content)
- อรวรรณ ฤทธิ์อินทรานุกร, วรุณี ขาวทอง ,ปาริณท์ คงสมบูรณ์, และ สมศรี เขียวอ่อน. (2561). การพัฒนาระบบ
การคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. วารสาร กรมการแพทย์, 43(2).146-151.
- Kemmis, S & McTaggart, R. (1988). The Action Research Planer. (3rd ed.). Victoria: Deakin University.

การพัฒนาและขับเคลื่อนตำบลปลอดภัยในการจัดการอุบัติเหตุทางถนนแบบมีส่วนร่วม ในพื้นที่ อำเภอวังชัน จังหวัดแพร่

THE DEVELOPING AND DRIVING OF PARTICIPATORY MANAGEMENT FOR SAFETY SUB-DISTRICTS TRAFFIC ACCIDENT IN WANG CHIN DISTRICT, PHRAE PROVINCE.

นพดล เสนากุล*, ชาตรี แมตส์**

Noppadol Senakul*, Chatree Matsee

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังชัน*, โรงพยาบาลแพร่**

Wangchin District Public Health Office*, Phrae Hospital**

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research : PAR) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่อำเภอวังชัน จังหวัดแพร่ 2) เพื่อศึกษาปัจจัยการเกิดอุบัติเหตุทางถนน และจุดเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่ อำเภอวังชัน จังหวัดแพร่ 3) เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนาและขับเคลื่อนตำบลปลอดภัยในการจัดการอุบัติเหตุทางถนนแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่ อำเภอวังชัน จังหวัดแพร่ จำนวน 7 ตำบล 77 หมู่บ้าน 12,101 หลังคาเรือน กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มเฉพาะเจาะจง ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 352 คน และกลุ่มสำรวจ อายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 400 คน โดยทำการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง เก็บข้อมูลระหว่าง 1 มกราคม 2564 ถึง 30 กันยายน 2564 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบ เพศชายตอบแบบสอบถามสูงสุด จำนวน 273 คน (คิดเป็นร้อยละ 68.25) ช่วงอายุที่ตอบแบบสอบถามมากที่สุด 18-60 ปี จำนวน 365 คน (คิดเป็นร้อยละ 91.25) อาศัยอยู่ในตำบลป่าสักมากที่สุด จำนวน 67 คน (คิดเป็นร้อยละ 16.75) ช่วงเวลาที่ใช้ถนนมากที่สุดเวลาเร่งด่วน (07.00-8.00น. และ 15.00-16.00น.) จำนวน 154 คน (คิดเป็นร้อยละ 38.50) ชนิดของยานพาหนะที่ใช้มากที่สุด รถจักรยานยนต์ จำนวน 262 คน (คิดเป็นร้อยละ 65.50) ความถี่ในการใช้เส้นทางมากที่สุดคือ 4-6 ครั้งต่อสัปดาห์ จำนวน 205 คน (คิดเป็นร้อยละ 51.25) ความเร็วที่ใช้ในการขับรถจักรยานยนต์หรือรถจักรยานยนต์มากที่สุดคือ ต่ำกว่า 80 กิโลเมตร/ชั่วโมง จำนวน 235 คน (คิดเป็นร้อยละ 58.75) และสภาพถนนไม่เหมาะสม เช่น มีหลุมบ่อ พบมากที่สุด ในการเกิดอุบัติเหตุ (\bar{X} =4.20, S.D.=0.45) ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนนสูงสุด คือ ด้านสภาพแวดล้อม (\bar{X} =2.70) รองลงมา คือ ด้านยานพาหนะ (\bar{X} =2.46), ด้านถนน (\bar{X} =2.43) และ ด้านผู้ใช้รถใช้ถนน (\bar{X} =2.42) ตามลำดับชุมชนได้แนวทางการพัฒนาโดยจัดการจุดเสี่ยงแบ่งเป็น 2 รูปแบบคือ ชุมชนดำเนินการในปัญหาที่สามารถจัดการได้โดยชุมชนเอง และส่งต่อข้อมูลและประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้เข้าดำเนินการแก้ไข

คำสำคัญ : การมีส่วนร่วม, ตำบลปลอดภัย, และอุบัติเหตุทางถนน

Abstract

This participatory action research (PAR) aims to 1) study the situation of road accidents in Wang Chin District, Phrae Province. 2) to study road accident factors and the risk of road accidents in the area of Wang Chin District, Phrae Province 3) To study guidelines for developing and driving of participatory management for safety sub-districts road accident in Wang Chin District, Phrae Province. In 7 sub-districts, 77 villages, 12,101 households. Two sample groups are purposive sampling that were divided to 352 of stakeholders and 400 aged 18 years of survey groups and over by self-answering

questionnaires. Data were collected from 1 January 2021 to 30 September 2021. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and qualitatively using content analysis.

The results showed that the highest number of males who answered the questionnaire were 273 (68.25%), the age range that answered the questionnaire the most was 18-60 years old, 365 (91.25%). The most of samples lived in Pa Sak Sub-district.67 (16.75%) the time when they use the road the most during rush hour (7:00 a.m. - 8:00 a.m.) and 3:00 p.m. to 4:00 p.m.), 154 samples (38.50 percent) Most used Motorcycles, 262 people (65.50%), the frequency of using the route is 4-6 times per week, 205 times (51.25%), the speed of driving a car or motorcycle is lower 80 km/h, 235 people (58.75%) and unsuitable road conditions such as potholes were the most common accidents ($=4.20$, S.D.=0.45). The factors that had the highest impact on road accidents were environmental aspects ($\bar{X} = 2.70$), followed by vehicles ($\bar{X} = 2.46$), road ($\bar{X} = 2.43$) and road users. ($\bar{X} = 2.42$), respectively.

The community has a development approach by managing risk points, divided into 2 forms: the community taking action on problems that can be managed by the community itself, and forwarding information and coordinating relevant stake holder to take action.

Keywords : Participation, Safety Sub-District and road accident
บทนำ

ในปัจจุบันผู้คนหลายสิบล้านคนได้รับบาดเจ็บหรือทุพพลภาพทุกปี จากอุบัติเหตุจราจร จากข้อมูลองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2018) พบว่าการบาดเจ็บที่เกิดจากอุบัติเหตุจราจรเป็นสาเหตุอันดับต้นๆ ของการบาดเจ็บพิการและเสียชีวิตในกลุ่มอายุ 15-29 ปี อุบัติเหตุจราจรทางบกเป็นปัญหาสำคัญระดับโลก ซึ่งก่อให้เกิดความสูญเสียอย่างมากต่อชีวิตและทรัพย์สิน การพัฒนาเศรษฐกิจที่รวดเร็วทำให้มีการเพิ่มขึ้นของปริมาณยานพาหนะ ด้วยอัตราสูง ก่อให้เกิดปัญหาอุบัติเหตุทางถนน ปัญหาทางสาธารณสุขและเศรษฐศาสตร์ ปัญหาอุบัติเหตุทางถนนเป็นปัญหาสำคัญที่ทุกประเทศกำลังเผชิญอยู่ จากรายงานสถานการณ์โลกด้านความปลอดภัยทางถนน องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2018) พบว่า ในประเทศไทย มีแนวโน้มผู้เสียชีวิตและผู้บาดเจ็บเพิ่มมากขึ้น โดยอัตราการเสียชีวิตจากการชนบนถนนสูงเป็นอันดับ 1 ในกลุ่มประเทศอาเซียน และอันดับ 9 ของโลก ในแต่ละวัน มีผู้เสียชีวิต 60 ราย ผู้บาดเจ็บ 2,500 ราย ผู้บาดเจ็บสาหัส 500 ราย รวมถึงกลายเป็นผู้พิการ 20 ราย จากอุบัติเหตุจราจรทางบก ซึ่ง 3 ใน 4 ของผู้เสียชีวิตและผู้บาดเจ็บ

สาหัสเป็นผู้ใช้จักรยานยนต์ การเสียชีวิตและการบาดเจ็บจากการเกิดอุบัติเหตุจราจรสร้างความสูญเสียทางเศรษฐกิจมากกว่า 5 แสนล้านบาทต่อปี หรือร้อยละ 6 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ สำนักงานสถิติแห่งชาติ ได้รวบรวมสถิติคดีอุบัติเหตุจราจรทางบก (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564) ระหว่าง ปี พ.ศ.2553-2563 แสดงสถิติรายปี พบว่าค่าเฉลี่ยของข้อมูลอุบัติเหตุ การรับแจ้งเหตุ จำนวน 139,109 ราย เสียชีวิต 17,103 ราย บาดเจ็บสาหัส 7,563 ราย และบาดเจ็บเล็กน้อย 45,638 ราย อุบัติเหตุบนท้องถนนส่งผลให้สัดส่วนการเสียชีวิตต่อประชากรสูงขึ้น ประเทศไทยได้บูรณาการหน่วยงานที่รับผิดชอบด้านความปลอดภัยทางถนน โดยรัฐบาลได้มอบหมายให้ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนจัดทำแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน พ.ศ.2561-2564 เพื่อใช้เป็นกรอบในการดำเนินงานของหน่วยงานต่าง ๆ ที่รับผิดชอบด้านความปลอดภัยทางถนนเพื่อให้เป็นไปตามแนวทางของสหประชาชาติ โดยมีวัตถุประสงค์ในการลดจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ลงครึ่งหนึ่งภายในปี 2563 และเป็นไปตามนโยบายของรัฐบาลเพื่อยกระดับคุณภาพบริการด้านสาธารณสุข และสุขภาพของ

ประชาชนในด้านป้องกันและแก้ไขการเกิดอุบัติเหตุจราจรอันนำไปสู่การบาดเจ็บและเสียชีวิต โดยมีการประสานความร่วมมือจากทุกภาคส่วน (ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน, 2564)

อำเภอวังชิ้น เป็น 1 ใน 8 อำเภอของจังหวัดแพร่ ในช่วงปี พ.ศ.2561-พ.ศ.2563 พบว่า มีรายงานผู้ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนถึง 30 คน เสียชีวิต 10 คน พิกัดทางการเคลื่อนไหว 2 คน ซึ่งเป็นสาเหตุที่เกิดจากรถจักรยานยนต์ทั้งสิ้น ประเภทถนนที่เกิดอุบัติเหตุสูงสุด ได้แก่ ถนนทางหลวงและ ถนนใน อบต./หมู่บ้าน (ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุเพื่อเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนน, 2564)

ผลจากอุบัติเหตุเกิดความสูญเสียต่อชีวิตและทรัพย์สิน ส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจในครอบครัว ขาดรายได้จากการบาดเจ็บ พิการ เสียชีวิต และปัญหาอื่น ๆ ที่จะตามมาตลอดจนเกิดภาวะพึ่งพิงทางสังคม ซึ่งแม้ว่าอำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่ ได้ดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการป้องกัน อุบัติเหตุแต่อุบัติเหตุทางถนนยังเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนที่ผ่านมา พบว่า ประชาชนยังไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการ (รายงานผลการดำเนินงานโครงการถนนปลอดภัยอำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่, มปป) และถ้าจะให้บรรลุเป้าหมาย จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากองค์กรภาคีทุกภาคส่วนให้เข้ามามีบทบาทการบริหารจัดการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนอย่างมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนน โดยเฉพาะบทบาทของชุมชน จึงจะช่วยป้องกันและลดความรุนแรงที่เกิดจากอุบัติเหตุทางถนนได้

จากที่กล่าวมา ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการศึกษาสถานการณ์ ปัจจุบันของปัญหาอุบัติเหตุทางถนนในอำเภอวังชิ้น เพื่อวิเคราะห์สาเหตุและปัจจัยต่าง ๆ ต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่ ตามแนวทางการดำเนินงานการ ป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนนระดับอำเภอ (D-RTI Plus) โดยประยุกต์ใช้แนวคิด การป้องกันอุบัติเหตุทางถนนขององค์การอนามัยโลก (WHO) หรือกลยุทธ์ 5 ส. และเครื่องมือ 5 ขึ้น เพื่อให้เกิดการดำเนินงานเสริมสร้างกลไกการทำงานแบบมีส่วนร่วม ระหว่างประชาชน

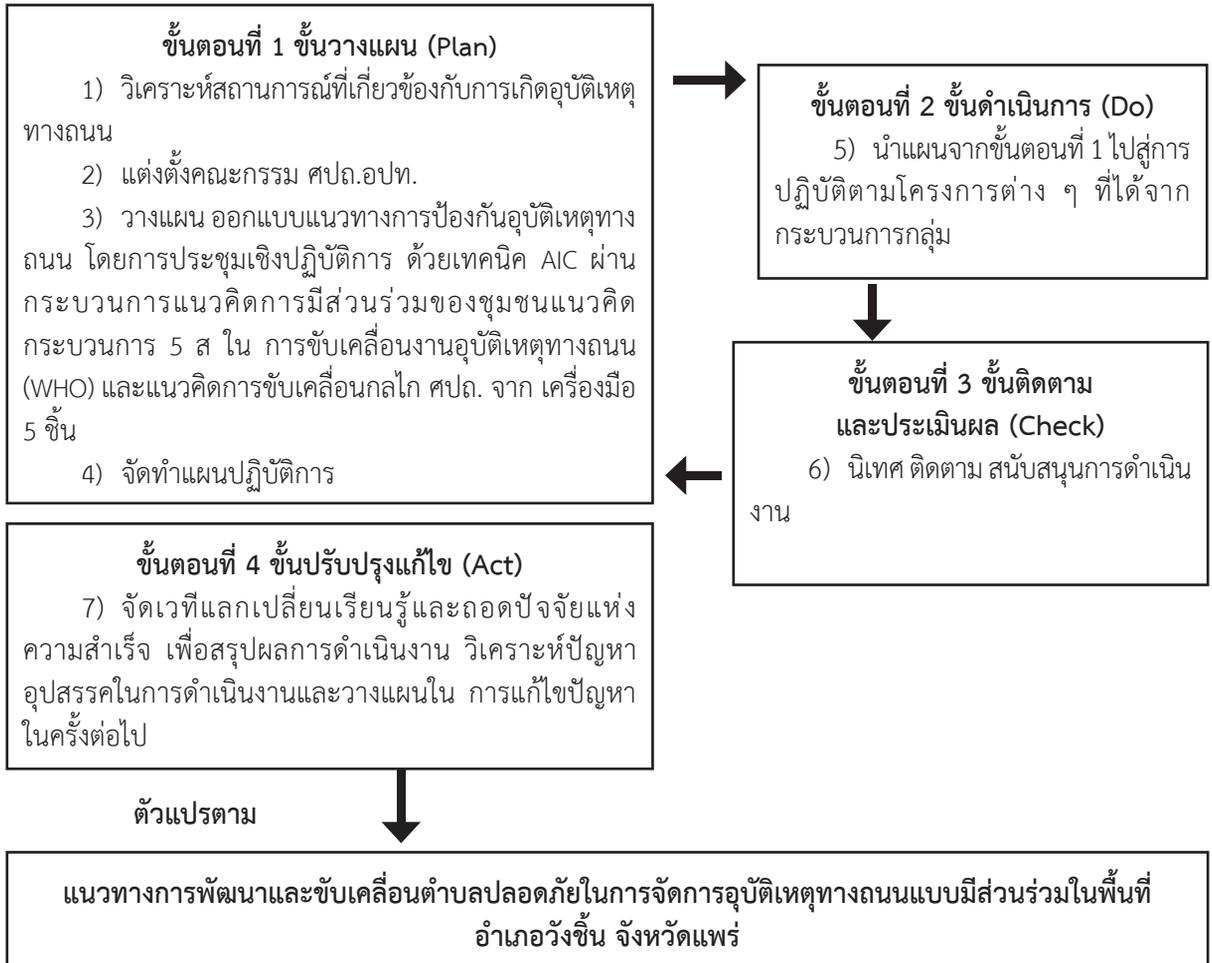
กับองค์กรทางสังคมต่าง ๆ ในการจัดการปัญหาอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ สังคม และค่านิยม สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในระดับพื้นที่อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่
2. เพื่อศึกษาปัจจัยการเกิดอุบัติเหตุทางถนนและจุดเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่
3. เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนาและขับเคลื่อนตำบลปลอดภัยในการจัดการอุบัติเหตุทางถนนแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่ อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่

กรอบแนวคิด

ตัวแปรอิสระ



ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research : PAR)

ประชากร คือ ประชาชนที่มีประสบการณ์ใช้รถใช้ถนน และอาศัยในพื้นที่ อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่ จำนวน 7 ตำบล จำนวน 77 หมู่บ้าน จำนวน 12,101 หลังคาเรือน และกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ประกอบด้วย ผู้แทนชุมชน ผู้แทนหน่วยงานราชการ ในอำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มขับเคลื่อนเพื่อค้นหาปัญหาในการแก้ไข ปัญหาอุบัติเหตุทางถนนในชุมชน ได้แก่ กลุ่มผู้มีส่วนได้

ส่วนเสีย จำนวน 352 คน ประกอบด้วย 1) นายอำเภอ จำนวน 1 คน 2) สาธารณสุขอำเภอ จำนวน 1 คน 3) ปลัดอำเภอ จำนวน 2 คน 4) ตำรวจ จำนวน 3 คน 5) นายกองค้การบริหารส่วนตำบล จำนวน 7 คน 6) ตัวแทนผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 77 คน 7) ตัวแทนชุมชน 77 หมู่บ้าน จำนวน 77 คน 8) ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 77 หมู่บ้าน จำนวน 77 คน 9) ตัวแทนสถานศึกษา จำนวน 10 คน 10) ตัวแทนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 17 คน 11) กู้ภัยจำนวน 3 คน (รวม 352 คน)

2. กลุ่มประเมินผลลัพธ์ ได้แก่ ตัวแทนประชาชนจากชุมชนที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป ที่มีประสบการณ์การใช้ถนนบริเวณจุดเสี่ยงอย่างน้อย 1 ปี

จำนวนครัวเรือน 12,101 ครัวเรือน มีคุณสมบัติอ่านออกเขียนได้ การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของเครจซี่ และมอร์แกน (Krejcie & Morgan) ได้ขนาด กลุ่มตัวอย่าง 400 คน

เครื่องมือใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

ข้อมูลเชิงปริมาณ เป็นแบบสอบถามที่ปรับปรุงจาก โคลเลซซี (Colaizzi, 1978) แบบสอบถาม มี 1 ชุด เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามแบบมาตรวัดของลิเคอร์ท (Likert-Type Scale) มี 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด มี 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ระดับปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอุบัติเหตุ

ตอนที่ 2 ประเด็นปัญหาที่สรุปออกเป็นแต่ละหมวดหมู่

ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ใช้ เครื่องมือ 5 ชิ้น ประกอบด้วย ปัจจัยกำหนดสุขภาพ แผนภูมิต้นไม้แห่งปัญหา บ้านไต่ผลลัพท์ การวิเคราะห์แรงเสริม แรงดัน และการรวบรวมข้อมูลสะท้อนผลลัพท์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การวิจัยนี้ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือดังนี้

เชิงปริมาณ ด้านเนื้อหา (Content validity) วิเคราะห์ความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามทั้ง 3 ส่วน ยกเว้นข้อมูลทั่วไป ด้วยการหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ทั้งรายข้อ (Item content validity index: I-CVI) โดยมีเกณฑ์ที่ยอมรับได้ตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไป และทั้งฉบับ (Content validity for scale: S-CVI) โดยมีเกณฑ์ที่ยอมรับได้ตั้งแต่ 0.8 ขึ้นไป ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือจากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 30 คน ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ทั้ง 3 ส่วน มีค่าเท่ากับ 0.87, 0.93 และ 0.84 ตามลำดับ

เชิงคุณภาพ การตรวจสอบเครื่องมือวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยนำแนวคำถาม (Interview guide) ที่สร้างขึ้นตามขั้นตอนหลัก ๆ ในการสร้างแนวคำถาม

โดยทำความเข้าใจคำถามและวัตถุประสงค์การวิจัย กำหนดมโนทัศน์เพื่อเป็นหัวข้อเรื่องสำหรับข้อมูลที่ต้องการ และแปลงมโนทัศน์ออกเป็นชุดคำถามปลายเปิด คำถามหลัก (Main questions) คำถามเก็บรายละเอียด (probes) และคำถามตามประเด็น (follow-up questions) ให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ร่วมให้ความเห็น ตรวจสอบแก้ไข และปรับปรุงให้มีความสมบูรณ์สามารถสื่อความหมายได้ชัดเจน ตรงประเด็น แต่อย่างไรก็ตามในงานวิจัยเชิงคุณภาพอาจมีการปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์จริงได้เช่นกัน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยในครั้งนี้มีทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ

เชิงปริมาณ

ได้แก่ แบบสอบถาม มี 1 ชุด เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามแบบมาตรวัดของลิเคอร์ท (Likert-Type Scale) มี 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด แบ่งเป็น 2 ส่วน รายละเอียดมีดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยการเกิดอุบัติเหตุทางถนน มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายปิด (Closed-end question) ลักษณะแบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านผู้ใช้งาน ด้านยานพาหนะ ด้านถนนและด้านสภาพแวดล้อม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและขับเคลื่อนตำบลปลอดภัยในการจัดการอุบัติเหตุทางถนน มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายปิด (Closed - end question) ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการบังคับใช้กฎหมาย ด้านวิศวกรรมจราจร ด้านการให้ความรู้และประชาสัมพันธ์ ด้านการบริการแพทย์ฉุกเฉิน และด้านการประเมินผลสารสนเทศ

เชิงคุณภาพ

ใช้เครื่องมือ 5 ชิ้น เพื่อการค้นหาจุดเสี่ยงอันตราย/จุดเสี่ยงในชุมชน, การวิเคราะห์จุดเสี่ยง, การปรับปรุง/แนวทางการแก้ปัญหา และการเฝ้าระวังติดตามผลหลังจากทำการปรับปรุง แก้ไข การวิเคราะห์ข้อมูล การสร้างแนวทางการพัฒนาขับเคลื่อน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) เพื่อจัดประเด็น (themes) และนำมาตีความข้อมูล เชื่อมโยงกับแบบแผนและความสัมพันธ์กับปรากฏการณ์ที่พบจากการศึกษานี้ แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ 1) จัดการข้อมูล (data Management) 2) แสดงข้อมูล (Data Display) 3) อธิบายข้อมูล (Data Explanation)

จริยธรรมการวิจัย

เอกสารรับรอง เลขที่ PPH 025/2564 ลงวันที่ 1 ธันวาคม 2566

ผลการวิจัย

การพัฒนาและขับเคลื่อนตำบลปลอดภัยในการจัดการอุบัติเหตุทางถนนแบบมีส่วนร่วม ในพื้นที่อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่ ผู้วิจัยขอเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล และการแปลผลการวิเคราะห์ข้อมูลของการวิจัยครั้งนี้เป็น 3 ส่วน ดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงระดับปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอุบัติเหตุ จำแนกรายข้อ

ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอุบัติเหตุ	\bar{X}	S.D.	ระดับปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอุบัติเหตุ
ผู้ใช้ถนน			
ผู้ใช้นอนไม่รู้จักกฎหมายจราจร	2.80	0.45	ปานกลาง
ผู้ใช้นอนรู้จักกฎหมายแต่ไม่ปฏิบัติตาม	2.40	0.55	ปานกลาง
ความไม่สมบูรณ์ของสุขภาพ เช่น มีโรคประจำตัว	1.20	0.45	น้อย
ผู้ใช้นอนมีอายุมาก	1.40	0.55	น้อย
เพศหญิงมีการตัดสินใจไม่แน่นอน	2.20	0.84	ปานกลาง
ผู้ใช้นอนเป็นมือใหม่หัดขับ	2.60	0.55	ปานกลาง
ผู้ใช้นอนมีความประมาทเลินเล่อ เช่น ขับรถเร็ว	3.20	0.84	มาก
ผู้ขับขี่ดื่มแอลกอฮอล์	3.40	0.89	มาก

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามมีผลต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน

ข้อมูลทั่วไป เพศชายตอบแบบสอบถามสูงสุดจำนวน 273 คน (คิดเป็นร้อยละ 68.25) ช่วงอายุที่ตอบแบบสอบถามมากที่สุด 18-60 ปี จำนวน 365 คน (คิดเป็นร้อยละ 91.25) อาศัยอยู่ในตำบลป่าสักมากที่สุด จำนวน 67 คน (คิดเป็นร้อยละ 16.75) ช่วงเวลาที่ใช้ถนนมากที่สุด เวลาเร่งด่วน (07.00-08.00น. และ 15.00-16.00น.) จำนวน 154 คน (คิดเป็นร้อยละ 38.50) ชนิดของยานพาหนะที่ใช้มากที่สุด รถจักรยานยนต์ จำนวน 262 คน (คิดเป็นร้อยละ 65.50) ความถี่ในการใช้เส้นทางมากที่สุด คือ 4-6 ครั้งต่อสัปดาห์ จำนวน 205 ครั้ง (คิดเป็นร้อยละ 51.25) และ ความเร็วที่ท่านใช้ในการขับรถยนต์หรือรถจักรยานยนต์มากที่สุดคือ ต่ำกว่า 80 กิโลเมตร/ชั่วโมง จำนวน 235 คน (คิดเป็นร้อยละ 58.75)

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลแสดงการจัดการจุดเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน

ระดับปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอุบัติเหตุจำแนกออกเป็นรายข้อพบว่า สภาพถนนไม่เหมาะสม เช่น มีหลุมบ่อ พบมากที่สุด ในการเกิดอุบัติเหตุ (\bar{X} =4.20 S.D. =0.45) ดังตารางที่ 1 ตามลำดับ

ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอุบัติเหตุ	\bar{X}	S.D.	ระดับปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอุบัติเหตุ
ผู้ใช้ถนนมีความมั่งง่าย	2.60	0.55	ปานกลาง
รวม	2.42	0.74	ปานกลาง
ยานพาหนะ			
ยานพาหนะเก่าไม่สมบูรณ์	2.80	0.45	ปานกลาง
ยานพาหนะขาดการดูแลบำรุงรักษาอย่างสม่ำเสมอ	2.60	0.55	ปานกลาง
รวม	2.46	0.28	ปานกลาง
ถนน			
สภาพถนนไม่เหมาะสม เช่น มีหลุมบ่อ	4.20	0.45	มากที่สุด
ถนนไม่ยกโค้ง	2.20	0.45	ปานกลาง
ถนนมีรัศมีความโค้งน้อย เช่น เป็นลักษณะโค้งหักศอก	1.20	0.45	น้อย
เส้นจราจรไม่ชัดเจน	3.80	0.45	มาก
อุปกรณ์เตือนภัยไม่ทำงาน	1.40	0.55	น้อย
ช่องจราจรแคบเกินไป	1.80	0.45	น้อย
รวม	2.43	1.27	ปานกลาง
สภาพแวดล้อม			
รัศมีการเลี้ยวทางเชื่อมเพียงพอ	2.20	0.45	ปานกลาง
ความลาดเอียงของทางเชื่อมที่เข้าร่วมกับถนนสายหลัก เพียงพอ	2.00	0.71	ปานกลาง
แนวการเลี้ยวเข้าออกของรถบนถนนเหมาะสม	2.60	0.55	ปานกลาง
การจัดสรรหรือจำกัดพื้นที่สำหรับการจอดบริเวณทางแยก	2.60	0.55	น้อย
การขาดมาตรการทางชุมชน เช่น งานเลี้ยง งานบุญต่าง ๆ	2.40	0.55	ปานกลาง
ไฟส่องสว่างในชุมชนและถนนสายหลักไม่เพียงพอ	2.60	0.55	ปานกลาง
รถจอดริมทางกีดขวางบริเวณพื้นที่ทางถนน	2.80	0.45	ปานกลาง
รวม	2.70	0.14	ปานกลาง

ประเด็นปัญหาที่เกิดอุบัติเหตุสุรพอกเป็นแต่ละ
หมวดหมู่จำแนกรายข้อพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงประเด็นปัญหาที่เกิดอุบัติเหตุสรุปรอกเป็นแต่ละหมวดหมู่ จำแนกรายข้อ

ประเด็นปัญหาที่เกิดอุบัติเหตุ	\bar{X}	S.D.	ระดับประเด็นปัญหาที่เกิดอุบัติเหตุ
ทางโค้ง			
การติดป้ายลดความเร็ว	2.5	0.58	ปานกลาง
เสาหลักลายที่เห็นชัดเจน	2.25	0.50	ปานกลาง
ราวกันบริเวณทางโค้ง	2.25	0.50	ปานกลาง
ติดแถบสะท้อนแสง	1.75	0.50	น้อย
ทางสามแยก			
ติดป้ายทางแยก	2.75	0.50	ปานกลาง
ป้ายลดความเร็ว	2.5	0.58	ปานกลาง
ทางสี่แยก			
ติดป้ายทางแยก	2.75	0.50	ปานกลาง
ป้ายลดความเร็ว	2	0.82	ปานกลาง
ถนนขรุขระไม่เรียบ เป็นคลื่น			
ความสะอาดบริเวณผิวถนน	2.5	0.58	ปานกลาง
รถบรรทุกใช้ผ้าคลุมรถ	2.25	0.50	ปานกลาง
ถนนเป็นหลุมเป็นบ่อ			
ป้ายสัญลักษณ์เตือนอันตรายต่าง ๆ จากอุบัติเหตุ	1.75	0.50	น้อย
มีการซ่อมแซมพื้นผิวถนน	3	0.82	มาก
สิ่งบดบังทัศนวิสัย			
ต้นไม้ พุ่มไม้	2.25	0.50	ปานกลาง
ป้ายโฆษณา ร่มบังแดดร้านค้า	1.75	0.50	น้อย
โค้งหักศอก	1.75	0.50	น้อย
ป้ายจราจรเตือน	2.75	0.50	ปานกลาง
ทางชัน ทางบริเวณลงเขา	2.25	0.50	ปานกลาง
จุดมืดแสงสว่างน้อย			
ป้ายสัญลักษณ์เตือนจุดอันตราย	2	0.82	ปานกลาง
แถบสะท้อนแสง	2.25	0.50	ปานกลาง
ไฟโซล่าเซลล์	2	0.82	ปานกลาง

ระดับประเด็นปัญหาที่เกิดอุบัติเหตุในพื้นที่
อำเภอวังชิ้นส่วนใหญ่พบว่าระดับประเด็นปัญหาที่เกิด

อุบัติเหตุอยู่ในระดับปานกลาง ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงระดับประเด็นปัญหาที่เกิดอุบัติเหตุ

ประเด็นปัญหาที่เกิดอุบัติเหตุ	\bar{X}	S.D.	ระดับประเด็นปัญหาที่เกิดอุบัติเหตุ
ทางโค้ง	2.19	0.31	ปานกลาง
ทางสามแยก	2.63	0.18	ปานกลาง
ทางสี่แยก	2.38	0.53	ปานกลาง
ถนนขรุขระไม่เรียบ เป็นคลื่น	2.38	0.18	ปานกลาง
ถนนเป็นหลุมเป็นบ่อ	2.38	0.88	ปานกลาง
สิ่งบดบังทัศนวิสัย	2.15	0.42	ปานกลาง
จุดมืดแสงสว่างน้อย	2.08	0.14	ปานกลาง

จุดเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน ในพื้นที่อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่ ลักษณะจุดเสี่ยงและการจัดการจุดเสี่ยงในพื้นที่อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่ พบว่า ลักษณะจุดเสี่ยงการเกิดอุบัติเหตุในชุมชนมีทั้งหมด 14 จุด แบ่งออกเป็น 7 ลักษณะ คือ 1) มีผิวถนนไม่เรียบ ขรุขระ เป็นคลื่น, 2) ถนนเป็นหลุม เป็นบ่อ, 3) เป็นทางสี่แยก, 4) เป็นทางสามแยก, 5) ถนนมีสิ่งบดบัง ทัศนวิสัย, 6) ถนนมีจุดมืด แสงสว่างน้อย และ 7) ถนนที่มีลักษณะเป็นทางโค้ง ทั้งนี้มีการวิเคราะห์ถึงศักยภาพชุมชนในการจัดการจุดเสี่ยงในลักษณะต่าง ๆ แบ่งเป็นจุดเสี่ยงที่ชุมชนสามารถจัดการได้เอง จำนวน 5 จุด และจุดเสี่ยงที่ต้องให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการ จำนวน 9 จุด ชุมชนได้ดำเนินการจัดการจุดเสี่ยงในลักษณะต่าง ๆ แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ จุดเสี่ยง ที่ชุมชนสามารถ จัดการได้เอง และจุดเสี่ยงที่ต้องให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการ โดยจุดเสี่ยงที่ชุมชนสามารถจัดการได้เอง ชุมชนได้ดำเนินการ ดังนี้ การจัดการจุดเสี่ยงที่เป็นทางโค้ง ได้แก่ การฝังเสาหลักลายและราวเหล็กกั้นถนน การติดป้ายเตือนผู้ใช้รถใช้ถนน เช่น ป้ายทางโค้ง และป้ายลดความเร็ว

เป็นต้น ทางแยกต่าง ๆ ดำเนินการโดยติด ป้ายทางแยก ป้ายลดความเร็วในชุมชน ลักษณะถนนที่เป็นหลุม เป็นบ่อ ดำเนินการโดยการจัดทำป้าย สัญลัักษณ์เตือนจุดอันตราย ป้ายชะลอความเร็ว การซ่อมแซมด้วยยางมะตอยถนนที่มีสิ่งบดบังทัศนวิสัย ดำเนินการโดยเคลื่อนย้ายหรือกำจัดวัตถุที่บดบังทัศนวิสัยออกไป เช่น ป้ายโฆษณา ร่มบังแดดร้านค้า และตัดแต่งพุ่มไม้ที่บดบังทัศนวิสัย สุดท้ายถนนที่เป็นจุดมืด แสงสว่างน้อย ดำเนินการโดยจัดทำป้ายสัญลักษณ์ เตือนจุดอันตราย การติดแถบสะท้อนแสง ส่วนลักษณะถนนที่ชุมชนไม่สามารถจัดการเองได้ ชุมชนได้ส่งต่อข้อมูลและประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้เข้าดำเนินการแก้ไข เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล สำนักงานกรมทางหลวงชนบท สถานีตำรวจภูธรอำเภอวังชิ้น เป็นต้น

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลบทบาทหน้าที่ในการขับเคลื่อนงานป้องกันปัญหาการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ของภาคีเครือข่ายอำเภอวังชิ้น ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 บทบาทหน้าที่ในการขับเคลื่อนงานป้องกันปัญหาการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ของภาคีเครือข่ายอำเภอวังชิ้น

ภาคีเครือข่าย	หน้าที่ในการขับเคลื่อนงาน
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	- ทำหน้าที่เป็นกระบอกเสียง แจ้งข่าวร้าย กระจายข่าวดี ให้ความรู้เกี่ยวกับการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนน ใน ชุมชน
อำเภอวังชิ้นและองค์การบริหารส่วนตำบล	- ให้การสนับสนุนงบประมาณในการจัดทำแผนงาน/กิจกรรม โครงการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่อำเภอ บรรจุเข้า แผนกิจกรรมประจำปีของอำเภอและองค์การบริหารส่วนตำบล - ให้การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานเกี่ยวกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในประเด็นเรื่องอุบัติเหตุทางถนน
สถานศึกษา	- สร้างกระบวนการเรียนรู้เกี่ยวกับปัญหาการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในโรงเรียนโดยประยุกต์เข้ากับวิชาที่ทำการเรียนการสอน
วัด	- พระภิกษุสงฆ์เทศนาเกี่ยวกับอุบัติเหตุทางถนนแก่ญาติโยมที่มาทำบุญตักบาตรในวันพระหรือวันสำคัญทางศาสนา
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	- ทำการจัดเก็บรวบรวมข้อมูลจุดเสี่ยง GPS, GIS แผนที่, Spot map, ข้อมูลการสอบสวน สติติ ข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุตาม บุคคล เวลา สถานที่ - เป็นพี่เลี้ยงในการดูแล ป้องกัน และรักษาผู้ประสบปัญหาการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน - วิจัย สืบสวนข้อมูลพฤติกรรมการใช้รถใช้ถนนของคนในชุมชน เพื่อเป็นสถิติในการวิเคราะห์ปัญหาด้านอุบัติเหตุทางถนนของชุมชน จัดตั้งด่านเฝ้าระวังในชุมชน
สถานีตำรวจภูธรอำเภอวังชิ้น สถานีตำรวจภูธรนาพูนและสถานีตำรวจภูธรสรอย	- บังคับใช้กฎหมายจราจรอย่างจริงจังและเข้มงวด - เฝ้าระวังการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในชุมชน - กำหนดมาตรการการสังคมหรือกติกาชุมชนเกี่ยวกับความปลอดภัยทางถนน
ผู้นำชุมชน	- ส่งเสริมความปลอดภัยทางถนนในกลุ่มเยาวชน
แกนนำเยาวชน	- ร่วมสร้างทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้รถ ใช้ถนน

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ข้อมูลทั่วไปของประชากร ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ประชาชนที่มีประสบการณ์ใช้รถ ใช้ถนน และอาศัยในพื้นที่ อำเภอวังขึ้น จังหวัดแพร่ สถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุทางถนนในอำเภอวังขึ้น จังหวัดแพร่ ในช่วงปี พ.ศ.2561 - พ.ศ.2564 พบว่ามีรายงาน ผู้ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนถึง 30 คน เสียชีวิต 10 คน พิการทางการเคลื่อนไหว 2 คน ซึ่งเป็นสาเหตุที่ เกิดจากรถจักรยานยนต์ทั้งสิ้น (ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุเพื่อเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนน, 2564) รวมทั้งการสำรวจของประชาชนทั้งในและนอกพื้นที่ในแต่ละวันจำนวนมาก ทำให้เกิดอุบัติเหตุทางถนนบ่อยครั้ง จากการศึกษาวิจัยที่พบอยู่ในระดับมากคือด้านพฤติกรรมของผู้ขับขี่เอง เช่นการดื่มแอลกอฮอล์ ขับเร็วและประมาท ซึ่งนั่นสะท้อนว่าประชาชนยังขาดความรู้ ความตระหนักและขาดความรับผิดชอบ ดังนั้นการให้ความรู้ การสร้างความตระหนักด้านขับขี่ปลอดภัยยังต้องพิจารณาดำเนินการทั้งด้านเนื้อหาวิธีการ รวมทั้งผู้รับผิดชอบทั้งหลักและร่วม เช่นการสร้างหลักสูตรการฝึกอบรมอย่างเข้มข้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นต้น ตลอดจนการมีมาตรการทางสังคมเพื่อควบคุมพฤติกรรมนั้น เช่น กฎของชุมชน/นโยบายของชุมชนต่อการลงโทษผู้ฝ่าฝืน ร่วมกับการบังคับใช้กฎหมายอย่างเป็นทางการ และยังพบว่าสภาพถนนที่ไม่พร้อมในด้านความปลอดภัยเช่น ป้ายสัญลักษณ์เตือน สภาพผิวถนน เส้นจราจร ซึ่งแสดงถึงความเอาใจใส่ ความพร้อมและการดูแลรักษาให้เหมาะสมด้วย ซึ่งเหตุเกิดบนสายหลัก รวมทั้งทางเข้าหมู่บ้านที่เชื่อมต่อกับถนนสายหลักและถนนในชุมชน สอดคล้องกับ การศึกษาของ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2018) ที่พบว่าประเทศไทยมีความเสี่ยง ในการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน เป็นอันดับสองของโลก สาเหตุหลักจากการขับรถเร็วเกินกำหนด ดื่มแล้วขับ ง่วงหลับใน และพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้ อุบัติเหตุรุนแรงเพิ่มขึ้นได้แก่การไม่สวมหมวกนิรภัย ถนนและสิ่งแวดลอมไม่ปลอดภัย และพบว่าอุบัติเหตุส่วนใหญ่เกิดขึ้นบนถนนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หมู่บ้าน ตำบล กลุ่มผู้บาดเจ็บเป็นกลุ่มวัยรุ่น วัยทำงาน ที่มีการดื่มสุราก่อนกลับจาก

ทำงาน และขับซึ่รถยนต์และรถจักรยานยนต์ (Bureau of Noncommunicable Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2016) การเกิดอุบัติเหตุทางถนนแต่ละครั้งทำให้เกิดผลกระทบและความสูญเสียมากมายทั้งต่อชีวิตและทรัพย์สิน สุขภาพกาย สุขภาพใจ ครอบครัว สังคม วิธีการดำรงชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเกิดกับวัยทำงานที่เป็นกำลังหลักสำคัญของครอบครัว ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจ ใน ครอบครัว ขาดรายได้จากการบาดเจ็บ พิการ เสียชีวิต และปัญหาอื่น ๆ ที่จะตามมา ตลอดจนเกิดภาวะพึ่งพิงทางสังคม

สรุปได้ว่า การดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนของอำเภอวังขึ้นที่ผ่านมา นั้น นอกจากประชาชนยังไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริง ทั้งความร่วมมือในการมีพฤติกรรมขับขี่ปลอดภัย และการมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา วางแผน และดำเนินการแก้ไข ในการดำเนินการแล้ว องค์กร ภาคีต่าง ๆ ยังมิได้ร่วมจัดการอย่างแท้จริง ดังนั้นจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจาก องค์กรภาคีทุกภาคส่วนให้เข้ามามีบทบาทในการดูแลปัญหาอุบัติเหตุทางถนนที่เป็นอยู่ ทั้งการป้องกันและแก้ไขปัญหาคู่อุบัติเหตุทางถนน โดยเฉพาะบทบาทของชุมชน จะเป็นพลังที่สามารถขับเคลื่อนให้เกิดความปลอดภัยทางถนน ทั้งนี้เนื่องจากอุบัติเหตุทางถนนมีสาเหตุปัจจัยหลายอย่างเข้ามาเกี่ยวข้องทั้งสภาพยานพาหนะ สภาพถนน สภาพแวดล้อม สมรรถนะ และพฤติกรรมของผู้ขับขี่โดยเฉพาะพฤติกรรมกรบรีโกลด์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ดังกล่าวแล้ว โดยแบ่งการดำเนินการเป็น 2 ประเภท คือ จุดเสี่ยงที่ชุมชนสามารถจัดการได้เอง และจุดเสี่ยงที่ต้องให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการ ในส่วนที่ชุมชนไม่สามารถจัดการเองได้เช่น ป้ายสภาพถนน การควบคุมพฤติกรรมกรบรีโกลด์และการบังคับใช้กฎหมาย ชุมชนได้ส่งต่อ ข้อมูลและประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้เข้าดำเนินการแก้ไข

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การนำนโยบายสู่การปฏิบัติในแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนน ดำเนินการร่วมกับชุมชน คำนึงถึงการมีส่วนร่วมของชุมชน มีกรอบการแก้ไขปัญหาที่

หลากหลาย เพิ่มทางเลือกวิธีการแก้ไขปัญหให้กับชุมชนมากขึ้น และยอมรับมติของ ชุมชนเป็นสำคัญ

2. การจัดการจุดเสี่ยงเป็นการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่เป็นปัจจัยกำหนดสถานะสุขภาพของประชาชน

3. นำไปต่อยอดในที่ประชุม พขอ.(การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ) ผ่านกลไก สปถ. (ศูนย์ปฏิบัติ

การทางถนน) อำเภอ ลงสู่ พขต.(การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ) สปถ.(ศูนย์ปฏิบัติการทางถนน) ขับเคลื่อนร่วมกันเป็นภาคีเครือข่ายที่ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน มุ่งสู่ระบบการบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนนในแต่ละตำบล ที่มั่นคงยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

กองป้องกันการบาดเจ็บ. เครื่องมือเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจาก อุบัติเหตุทางถนนระดับพื้นที่. นนทบุรี : กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2564. ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุเพื่อเสริม สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนน. สถิติผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตทุกจังหวัด ปี พ.ศ.2561. [ออนไลน์]. (2564) เข้าถึง เมื่อวันที่ 1 เมษายน 2564]. เข้าถึงได้จาก <http://www.thairsc.com>. ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน. ประชาสัมพันธ์. (2564). เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม Mind Map&AIC for Participatory Planing. Retrieved from <http://www.prachasan.com/mindmapknowledge/aic.html>

ปิยนุช ภิญโย, กิตติภูมิ ภิญโย, กล้วยไม้ ธิพรพรรณ, & ประภัสศรี ชาวงษ์. (2565). การพัฒนารูปแบบเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ตำบลบ้านเป็ด อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น.พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ปีที่ 49 ฉบับที่ 1 มกราคม-มีนาคม 2565.

รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์อุบัติเหตุทาง ถนนของกระทรวงคมนาคม พ.ศ.2561. กรุงเทพมหานคร : กระทรวงคมนาคม. 2564. World health organization. Global status report on road safety 2018. Geneva : World Health Organization. 2019

รายงานประจำปี 2564. กรุงเทพมหานคร : กองบูรณาการความปลอดภัยทางถนน กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย. 2561. สำนักงานนโยบายและแผนการขนส่งและจราจร.

รายงานผลการดำเนินงานโครงการถนนปลอดภัยอำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่.(มปป).มปท.(เอกสารอัดสำเนา) ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุเพื่อเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนน. (2564). สถิติผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตทุกจังหวัด ปี พ.ศ. 2561. Retrieved from <http://www.thairsc.com>

ศูนย์วิชาการความปลอดภัยทางถนน งานอุบัติเหตุทางถนน รodynต์กับความปลอดภัยทางถนนการใช้ถนนปลอดภัย เข้าถึง เมื่อวันที่ 15 เมษายน 2564]. เข้าถึงได้จาก<https://www.roadsafetythai.org>

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สสส. เครื่องมือ 5 ชิ้น ที่ทำให้การขับเคลื่อนกลไก สปถ.ไปสู่ผลลัพธ์ เข้าถึง เมื่อวันที่ เมษายน 2564]. เข้าถึงได้จาก<https://dol.thaihealth.or.th>

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564) สรุปรายงานการวิเคราะห์สถิติการเกิดอุบัติเหตุจราจรทางบก .มปท.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ งานอุบัติเหตุ ข้อมูลผู้เสียชีวิต และบาดเจ็บทางถนน ของจังหวัดแพร่ ปี 2564

Bureau of Noncommunicable Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2016). Guidelines for assessment of road accident prevention operations DHS-RTI. (n.p.). (in Thai)

Thailand Accident Research Center ศูนย์วิจัยอุบัติเหตุแห่งประเทศไทยเข้าถึง เมื่อวันที่ 12 ตุลาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก <http://www.tarc.or.th/research/135#.YtuhzHZBxPY>

World Health Organization. (2018). World Health Organization 2018.

การพัฒนาเด็กปฐมวัยรอบด้านรองรับคนในศตวรรษที่ 21 จังหวัดพัทลุง The Childhood all round development to support The 21st Century in Phatthalung Province

สุนทร คงทองสังข์⁽¹⁾ จินตนา พัฒนพงษ์ธร⁽²⁾ สมคิด ฤทธิศักดิ์⁽³⁾ มานิตา เสรีประเสริฐ⁽⁴⁾

Sunthorn Kongtongsang⁽¹⁾ Jintana Pattanapongthorn⁽²⁾ Somkid Ritthisak⁽³⁾ Manita Sareeprasert⁽⁴⁾

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง⁽¹⁾⁽³⁾⁽⁴⁾, นักวิชาการสาธารณสุขทรงคุณวุฒิ กรมอนามัย⁽²⁾

Phatthalung Provincial Public Health Office⁽¹⁾⁽³⁾⁽⁴⁾, Public Health Technical Office, Advisory level, Department of Health⁽²⁾

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษากระบวนการพัฒนาปฐมวัยรอบด้านรองรับคนในศตวรรษที่ 21 จังหวัดพัทลุง 2) ประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลระบบการพัฒนาการเด็กปฐมวัย 3) ศึกษา ปัญหา อุปสรรค และการขยายผลโครงการสู่อำเภออื่น ๆ ประชากรคัดเลือกแบบเจาะจง โรงเรียนและศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จากพื้นที่ 3 ตำบล ๆ ละ 1 โรงเรียนและศูนย์อนามัยเด็กเล็ก 1 แห่ง กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ เด็กอายุ 30 - 72 เดือนพร้อมผู้ปกครอง โรงเรียน ๆ ละ 1 ห้อง เด็ก จำนวน 25 คน และศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 15 คน รวมเด็กปฐมวัย 120 คน ผู้ปกครอง 120 คน เก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม และแบบประเมินพัฒนาการ DENVER II กลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และ Focus group ได้แก่ พ่อ แม่ ผู้ปกครองเด็กจำนวน 10 คน ผู้บริหารท้องถิ่นระดับอำเภอ และตำบล จำนวน 20 คน ครูและครูพี่เลี้ยงเด็ก จำนวน 10 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับจังหวัดและอำเภอ โรงพยาบาลควนขนุน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอควนขนุน รวม 40 คน

ผลการวิจัย พบว่า พัฒนาการเด็กปฐมวัยเปรียบเทียบกับก่อน-หลังดำเนินงานโครงการ มีพัฒนาการสมวัย เพิ่มขึ้น จากร้อยละ 52.69 เป็น ร้อยละ 82.80 พัฒนาการสงสัยล่าช้า ลดลงจาก ร้อยละ 47.31 เหลือ ร้อยละ 17.20 ภาวะโภชนาการสูงตีสมาส่วน เพิ่มขึ้น จาก ร้อยละ 54.84 เป็นร้อยละ 60.22 ส่วนระบบการพัฒนาเด็กปฐมวัยรอบด้านรองรับคนในศตวรรษที่ 21 เป็นการวางแผนและขับเคลื่อนงานเชิงระบบภายใต้เป้าหมายเดียวกันดำเนินงานและกำหนดตัวชี้วัดตามภารกิจหน่วยงาน 4 หน่วยงานหลัก ด้านการศึกษา สาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับตำบล และครอบครัว โดยมีกลไกการขับเคลื่อน กำกับและติดตามผล โดยคณะกรรมการสุขภาพตำบล และพบว่าประสิทธิภาพการจัดการเรียนรู้เด็กปฐมวัย โดยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์คะแนนพฤติกรรมการเรียนรู้ ทั้งก่อนและหลังดำเนินงานกับพัฒนาการสมวัย มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .010 และ .001 ส่วนประสิทธิผลการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ โดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการเรียนรู้ก่อนและหลังการจัดการสอนตามคู่มือ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.000

คำสำคัญ : ระบบการพัฒนาเด็กปฐมวัยรอบด้าน, ประสิทธิภาพและประสิทธิผลระบบการพัฒนาเด็กปฐมวัย

Abstract

The objectives of this action research were 1) to study The childhood all round development system to support the 21st century in Phatthalung Province 2) to evaluate the efficiency and effectiveness of childhood all round development system 3) to study the problems obstacles and the extension of the project to other districts. Population were schools and child development centers from 3 sub-districts, 1 school and 1 child health center. Quantitative sample group of children aged 30-72 months with their parents selected by purposive selection , 1 school room, 25 children and 15

child development centers. People included 120 childhood and 120 parents. collected by using a questionnaire and DENVER II Developmental Assessment. Qualitative Data were collected by interviews and focus groups, selected by purposive selection namely 10 parents, parents, 20 local administrators at district and sub-district levels, 10 teachers and child giver, and provincial and district health officials. Khuan Khanun Hospital and a sub-district health promotion hospital in Khuan Khanun District, totaling 40 people. The research results showed that childhood development was compared before and after the project implementation. The properly development in all aspects increase from 52.69% to 82.80%, suspected delayed development, decreased from 47.31% to 17.20%. Nutritional status increased from 54.84% to 60.22%. The system of childhood all round development to support 21st century is planning and systematically driving under the same goals ,integrating and setting indicators according to the mission of 4 main agencies in education, public health, local government organizations at the sub-district level and family with a driving mechanism. Supervised and followed up by the Tambon Health Board. The efficiency of childhood learning management by analyzing the relationship scores of learning behavior. both before and after working on properly development There was a statistically significant correlation at the .010 and .001 levels and The effectiveness comparing the learning averages score before and after teaching according to the manual, it was found that there was a statistically significant difference at the .000 level.

Keywords : The Childhood all round development system, The efficiency and ffectiveness of The Childhood all round development system

บทนำ

การพัฒนาประเทศไทยได้กำหนดยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ.2561 - 2580) ในด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์มีเป้าหมายเพื่อการพัฒนา “คน” ในทุกมิติและทุกช่วงวัยให้เป็นคนดีเก่งและมีคุณภาพคนไทยมีความพร้อมทั้งกายจิตใจ สติปัญญา มีพัฒนาการที่รอบด้านและมีสุขภาพที่ดีมีจิตสาธารณะรับผิดชอบต่อผู้อื่น มีธรรมาภิบาล อุดม โอปอ้อมอารี มีวินัย รักษาศีลธรรมและเป็นพลเมืองดีของชาติ มีหลักคิดที่ถูกต้อง มีทักษะที่จำเป็นในศตวรรษที่ 21 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ,2561) และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 น้อมนำแนวคิดหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง มาใช้ในการพัฒนาเชิงบูรณาการในทุกมิติ ทั้งด้านสังคม สุขภาพ การศึกษา ด้านท้องถิ่นและชุมชนอย่างสมดุล มีความพอประมาณ ภูมิคุ้มกันที่ดี โดยมุ่งเน้น “การพัฒนาคน” ให้มีความเป็นคนที่สมบูรณ์ สร้างโอกาสและที่ยืนให้

ทุกคนในสังคมได้ดำเนินชีวิตที่ดี มีความสุข (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ, 2560) โดยในปี 2562 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำคู่มือครอบครัวต้นแบบ “เลี้ยงดูลูกตามคำสอนพ่อ”คุณธรรม 8 ประการของหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ประกอบด้วย ความขยัน ประหยัด ซื่อสัตย์สุจริต ความมีวินัย ความสุภาพ ความสะอาด ความสามัคคีและความมีน้ำใจ (กรมอนามัย,2562)

จากผลการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย ของกรมอนามัยทุก 3 ปี จำนวน 6 ครั้งปีพ.ศ. 2542, 2547, 2550, 2553, 2557 และ 2560 พบว่าสถานการณ์พัฒนาการสมวัยเด็กปฐมวัยยังคงที่และมีแนวโน้มลดลงที่ร้อยละ 71.70,72.00,67.70, 73.40, 72.00 และ 67.50 ตามลำดับ (จินตนา พัฒนพงศ์ธรและวันวิสาห์ แก้วแข็งชั้น, 2561)พัฒนาการสมวัยเด็กปฐมวัยไทยมีอัตราต่ำกว่าสถิติองค์การอนามัยโลกที่พบว่าร้อยละ 80.00-85.00 ของเด็กปฐมวัยทั่วโลกมีพัฒนาการสมวัย(นิชรา เรืองดารกานนท์,

2551)และไม่บรรลุเป้าหมายตามแผนบูรณาการพัฒนาศักยภาพคนตามช่วงวัยที่กำหนดไว้ร้อยละ 85.00 การเปรียบเทียบพัฒนาการรายด้าน พบว่า ทั้ง 6 ครั้ง พัฒนาการด้านที่สงสัยล่าช้ามากที่สุดคือด้านภาษาและการใช้ภาษา โดยเฉพาะการสำรวจครั้งที่ 6 พ.ศ.2560 พบสงสัยล่าช้าถึงร้อยละ 21.6 และเด็กช่วงอายุ 3-5 ปี สงสัยล่าช้าถึงร้อยละ 31.30 รองลงมาเป็นพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กร้อยละ 9.6 (จินตนา พัฒนพงศ์ธรและวันวิสาห์ แก้วแข็งขัน,2561)และสอดคล้องกับการศึกษาการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2552 - พ.ศ. 2553 พบว่าเด็กอายุ 1 ปี ร้อยละ 4.5 ไม่สามารถพูดคำที่มีความหมายที่คุ้นเคยและร้อยละ 18.3 ไม่สามารถพูดคำที่มีความหมายอื่น ๆ ทักษะด้านสติปัญญาหรือทักษะความพร้อมในการเรียน ได้แก่ ความสามารถในการบอกสีได้อย่างถูกต้อง ส่วนทักษะในการนับ (พื้นฐานด้านคณิตศาสตร์) เด็กมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 35.2 (วิชัย เอกพลากร, 2554) จากการทบทวนพบว่า ปัจจัยแวดล้อมของทารกในครรภ์ ได้แก่ สุขภาพและโภชนาการของมารดา เช่น ภาวะขาดเหล็ก ไอโอดีน กรดโฟลิก แคลเซียม วิตามินดี การสัมผัสสารที่ก่อความพิการ เช่น เหล้า บุหรี่ ยาบางชนิด และสารจากมลพิษ ปัจจัยเหล่านี้มีอิทธิพลมากต่อการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ โดยเฉพาะช่วง 8 สัปดาห์แรกของการตั้งครรภ์ เป็นระยะวิกฤติของการสร้างอวัยวะของทารกในครรภ์ ปัจจัยแวดล้อมระยะแรกเกิด พบว่าภาวะแทรกซ้อนขณะคลอด เช่น น้ำเดินก่อนกำหนด ความดันโลหิตสูง/ชักระหว่างการคลอด ภาวะตกเลือดก่อนและหลังคลอด การคลอดท่าก้น การผ่าตดคลอด ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ จะทำให้การเริ่มต้นการให้อาหารล่าช้า การเจริญเติบโตช้ากว่าเกณฑ์ และสมองอาจมีความผิดปกติเกิดขึ้นและมีพัฒนาการล่าช้าได้ ส่วนปัจจัยด้านการเลี้ยงดูเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้พัฒนาการเด็กล่าช้า ส่วนใหญ่เกิดจากการขาดการเลี้ยงดูและกระตุ้นพัฒนาการที่เหมาะสม เนื่องจากพ่อแม่ต้องไปทำงานนอกบ้าน ปล่อยให้เด็กดูโทรทัศน์ หรือใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ผ่านจอตามลำพัง การศึกษาระบบการส่งเสริมพัฒนาการและการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัยแบบบูรณาการตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงได้มีข้อเสนอเชิงนโยบายและมาตรการต่อรัฐบาล

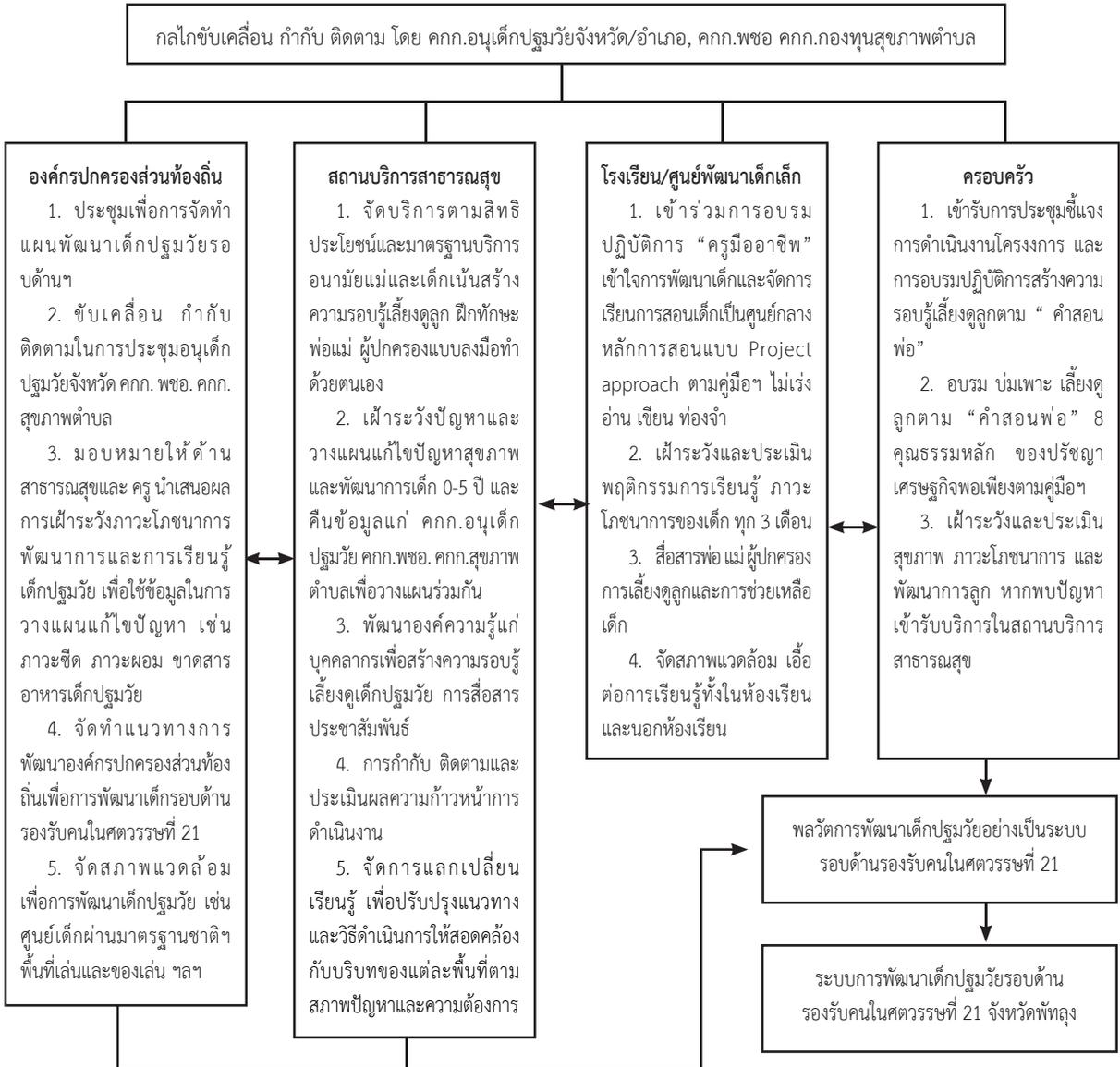
ให้มีการขับเคลื่อนงานด้วยเป้าหมายเดียวกัน คือ พัฒนาการเด็กปฐมวัย ใน 4 หน่วยงานหลักพื้นที่ระดับตำบล คือ ด้านการศึกษา ด้านสาธารณสุข ท้องถิ่น และครอบครัว(จินตนา พัฒนพงศ์ธร, อริสรา ทองเหม, นุตติยา อาษานอกและคณะ, 2563)

กรมอนามัย ดำเนินงานโครงการพัฒนาเด็กปฐมวัยรอบด้านรองรับคนในศตวรรษที่ 21 ในจังหวัดสิงห์บุรี จันทบุรี เลย และพัทลุง และจากผลการพัฒนาการเด็กปฐมวัยของจังหวัดพัทลุง ปี 2561 – 2564 ด้วยประเมินเด็กด้วยเครื่องมือ DSPM พบเด็กปฐมวัยได้รับการคัดกรองพัฒนาการร้อยละ 96.10, 94.53, 93.77 และ 91.50 พบมีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 97.54, 97.41, 91.30 และ 89.41 พบสงสัยล่าช้าร้อยละ 29.53, 28.37, 25.94 และ 24.22 เด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามร้อยละ 96.10, 94.28, 91.30 และ 93.79 และเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้น พัฒนาการด้วยเครื่องมือ มาตรฐาน TEDA 4I ร้อยละ 41.12, 47.10, 67.43 และ 70.73 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง, 2565) จังหวัดพัทลุงได้มีการประชุมร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อการพัฒนาเด็กปฐมวัย จากปัญหาจึงร่วมดำเนินงานโครงการร่วมกับกรมอนามัย ศึกษากระบวนการพัฒนาเด็กปฐมวัยรองรับคนในศตวรรษที่ 21 จังหวัดพัทลุง เพื่อใช้เป็นแนวทางการพัฒนาการเด็กปฐมวัยอย่างเป็นระบบรอบด้านรองรับคนในศตวรรษที่ 21 ของจังหวัดพัทลุง ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระบบการพัฒนาเด็กปฐมวัยรอบด้านรองรับคนในศตวรรษที่ 21 จังหวัดพัทลุง
2. เพื่อประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลของระบบการพัฒนาเด็กปฐมวัยรอบด้านรองรับคนในศตวรรษที่ 21 จังหวัดพัทลุง
3. เพื่อศึกษา ปัญหา อุปสรรค และโอกาสของการขยายผลโครงการสู่อำเภออื่น ๆ

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ใช้วิธีวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ทำให้สามารถใช้ข้อมูลได้หลากหลายวิธี ในการวิจัยเรื่องเดียวกัน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการศึกษา คือ โรงเรียน และศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ที่อยู่ในตำบลควนขนุน ตำบลพนาท่งและตำบลปันแต เลือกแบบเจาะจงโดยความสมัครใจ

ปีที่ 37 ฉบับที่ 3 ประจำเดือน เมษายน - มิถุนายน 2566

ประกอบด้วย ตำบลควนขนุน : โรงเรียนบ้านควนพลี ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านดอนนูด สังกัดเทศบาลตำบลหนองพ้อ และคลินิก WCC และงานเด็กปฐมวัย ศูนย์แพทย์โรงพยาบาลควนขนุน (CMU) ตำบลปันแต : รพ.สต.ปันแต โรงเรียนบ้านสำนักกอก และศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านสำนักกอก ตำบลพนาท่ง : รพ.สต.พนาท่ง โรงเรียนบ้านท่าช้าง และศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านท่าช้าง อำเภอควนขนุน

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเจาะจงโดยความสมัครใจและพ่อแม่ ผู้ปกครอง ประกอบด้วย

(1) เด็กปฐมวัยอายุ 2.6 - 6 ปีเต็ม ในโรงเรียนเป้าหมาย 3 ตำบล จำนวน 3 แห่ง คือโรงเรียนบ้านควนพลี จำนวน 25 คน โรงเรียนบ้านสำนักกอ จำนวน 25 คน และโรงเรียนบ้านท่าช้าง จำนวน 25 คน รวม 75 คน (2) เด็กปฐมวัยอายุ 2.6 - 3 ปีเต็ม ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป้าหมายใน 3 ตำบล จำนวน 3 แห่ง ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านดอนนุด จำนวน 15 คน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านสำนักกอ จำนวน 15 คน และศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านท่าช้าง จำนวน 15 คน รวม 45 คน สรุปรวมเด็กปฐมวัยอายุ 2.6-6 ปีเต็ม จำนวนทั้งสิ้น 120 คน

กลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงโดยความสมัครใจ พ่อ แม่ ผู้ปกครองเด็กปฐมวัยกลุ่มตัวอย่าง ตำบลละ 10 คน รวม 30 คน คุณครู/ครูพี่เลี้ยงเด็ก/ผู้ทำหน้าที่สอนนักเรียนและสมัครใจเข้าร่วมการสนทนากลุ่มตำบลเป้าหมาย ตำบลละ 4 คน รวม 12 คน และบุคลากรสาธารณสุข และ บุคลากรท้องถิ่นจากเทศบาล/อบต. บุคลากรสาธารณสุข ได้แก่ สาธารณสุขอำเภอหรือนักวิชาการฯ ที่รับผิดชอบโครงการฯ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวนตำบลละ 5 คน รวม 3 ตำบล จำนวน 15 คน บุคลากรท้องถิ่นจากเทศบาล/อบต. ได้แก่ นายกเทศบาล นายก อบต. ผู้อำนวยการการศึกษา และนักวิชาการศึกษา ที่รับผิดชอบโครงการ จำนวนตำบลละ 5 คน รวม 3 ตำบล จำนวน 15 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ

1.1 ใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณของกรมอนามัยที่ร่วมจัดทำจากการประชุมเชิงปฏิบัติการโดยมีผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษา ศึกษานิเทศจากสำนักงานศึกษาธิการและครู ครูพี่เลี้ยงเด็กจากโรงเรียนและศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก พื้นที่เป้าหมายวิจัยจากจังหวัดตาก แม่ฮ่องสอนเชียงใหม่ ด้านการสาธารณสุข นักวิชาการสาธารณสุข ร่วมจัดทำเครื่องมือเก็บข้อมูลวิจัยฯ ประกอบด้วย

1.1.1 แบบสอบถามข้อมูล มารดา บิดา ผู้ปกครอง เด็กปฐมวัย ได้แก่ ข้อมูลทางประชากร

สุขภาพ การรับบริการตามสิทธิประโยชน์ มารดาช่วงตั้งครรภ์ และเด็กปฐมวัย

1.1.2 แบบสังเกตการจัดประสบการณ์ การเรียน การสอนของครูในโรงเรียน, ครูพี่เลี้ยงเด็ก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตามคู่มือแผนการเรียนการสอนเลี้ยงดูลูกตาม “คำสอนพ่อ” ด้านสุขภาพ 8 คุณธรรมหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง มีทั้งหมด 15 ข้อให้คะแนนตามระดับการปฏิบัติของครู, ครูพี่เลี้ยงเด็ก มาตราวัดมาตราส่วนแบ่งระดับคะแนนการปฏิบัติเป็น 3 ระดับ

ระดับ 3 หมายถึง ครูปฏิบัติทุกครั้ง
ระดับ 2 หมายถึง ครูปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่

ระดับ 1 หมายถึง ครูปฏิบัติเป็นบางครั้ง

คำนวณค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการจัดประสบการณ์การเรียนการสอนโดยเทียบเกณฑ์ดังนี้ ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.50 -3.00 การจัดประสบการณ์การเรียน การสอนมีคุณภาพระดับสูง

ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.50- 2.49 การจัดประสบการณ์การเรียนการสอนมีคุณภาพระดับปานกลาง ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.49 การจัดประสบการณ์การเรียน การสอนมีคุณภาพระดับต่ำ

ทั้งนี้ ค่าคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 1.50 ขึ้นไป ในเบื้องต้นถือว่า ครูสามารถจัดประสบการณ์การเรียนการสอนแก่เด็กปฐมวัยได้ สำหรับที่ได้ค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า 1.50 ให้พิจารณาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมกับเด็กปฐมวัย

1.1.3 แบบสังเกตและบันทึกพฤติกรรมการปฏิบัติตามคุณธรรม 8 ประการหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ของนักเรียน บันทึกโดยครู ครูพี่เลี้ยงเด็ก พ่อ-แม่ หรือผู้ปกครองพฤติกรรมการปฏิบัติตามคุณธรรม 8 ประการของนักเรียนฯ มาตราวัดมาตราส่วน แบ่งระดับการปฏิบัติเป็น 5 ระดับ คือ

ระดับคะแนน 5 คะแนน เมื่อนักเรียนปฏิบัติเองทุกครั้งโดยไม่มีการชี้แนะ

ระดับคะแนน 4 คะแนน เมื่อนักเรียนปฏิบัติเองส่วนใหญ่โดยไม่มีการชี้แนะ

ระดับคะแนน 3 คะแนน เมื่อนักเรียนปฏิบัติโดยมีการชี้แนะและไม่มีการชี้แนะเท่า ๆ กัน

ระดับคะแนน 2 คะแนน เมื่อนักเรียนปฏิบัติเอง โดยไม่มีการชี้แนะในบางครั้ง

ระดับคะแนน 1 คะแนน เมื่อนักเรียนไม่ปฏิบัติเลย

ทั้งนี้ใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ยของ ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ (2538) ในการจัดระดับพฤติกรรม การปฏิบัติคุณธรรม 8 ประการ หลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงเด็กปฐมวัย ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง ปฏิบัติเองทุกครั้งโดยไม่มีการชี้แนะ

คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง ปฏิบัติเองส่วนใหญ่โดยไม่มีการชี้แนะ

คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง ปฏิบัติโดยมีการชี้แนะและไม่ชี้แนะเท่า ๆ กัน

คะแนนเฉลี่ย 1.50- 2.49 หมายถึง ปฏิบัติเองโดยไม่มีการชี้แนะในบางครั้ง

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง ไม่ปฏิบัติเลย

การทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability)
แบบสังเกตและบันทึกพฤติกรรม การปฏิบัติ ตามคุณธรรม 8 ประการ หลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง สูตร Cronbach's alpha ได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) 0.989

1.1.4 แบบบันทึกการพฤติกรรม การเรียนรู้ของเด็กปฐมวัยรายบุคคลจากการสังเกตของ ครูโรงเรียน และครูพี่เลี้ยงเด็ก มีทั้งหมด 20 ข้อ สร้างแบบ บันทึกพฤติกรรม การเรียนรู้ของเด็กปฐมวัยรายบุคคล มาตรฐานวัดมาตรฐานส่วน ประมาณค่า 5 ระดับ

ระดับคะแนน 5 ปฏิบัติมากที่สุด

ระดับคะแนน 4 ปฏิบัติมาก

ระดับคะแนน 3 ปฏิบัติปานกลาง

ระดับคะแนน 2 ปฏิบัติน้อย

ระดับคะแนน 1 ปฏิบัติน้อยที่สุด

ทั้งนี้ใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ยของ ล้วน สายยศ และ อังคณา สายยศ (2538) ในการจัดระดับพฤติกรรม การเรียนรู้เด็กปฐมวัย ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง มีพฤติกรรม การปฏิบัติมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง มีพฤติกรรม การปฏิบัติมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง มีพฤติกรรม การปฏิบัติปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.50- 2.49 หมายถึง มีพฤติกรรม การปฏิบัติ น้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง มีพฤติกรรม การปฏิบัติ น้อยที่สุด

การทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability)
แบบบันทึกการพฤติกรรม การเรียนรู้ของเด็กปฐมวัย รายบุคคลโดยการสังเกตของครูโรงเรียนและครูพี่เลี้ยง เด็ก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ใช้สูตร Cronbach's alpha ได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) 0.970

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม ข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย

2.1 ประเด็น/แนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus group) กลไกการขับเคลื่อนการพัฒนาเด็กปฐมวัยในระดับจังหวัด อำเภอและตำบล สำหรับ รองผู้ว่าราชการจังหวัดที่ได้รับมอบหมาย รอง นพ. สสจ. ผอ.กองการศึกษา นายอำเภอ นายกเทศมนตรี นายก อบต. และนักวิชาการศึกษา

2.2 ประเด็น/แนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus group) การมีส่วนร่วมในการส่งเสริมพัฒนาการ และการเรียนรู้เด็กปฐมวัย ของครู ครูพี่เลี้ยงเด็ก ผู้บริหาร หรือผู้รับผิดชอบงานพัฒนาเด็กปฐมวัยของหน่วยบริการ สาธารณสุขระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล และนักวิชาการ ศึกษา ระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล

2.3 ประเด็น/แนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus group) การเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของครอบครัว พ่อแม่ หรือผู้เลี้ยงดูเด็ก

2.4 ประเด็น/แนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus group) การจัดการเรียนการสอนตามคู่มือแผนการเรียนการสอน “สร้างความรอบรู้เกี่ยวกับโควิด-19” ตามหลักคุณธรรม 8 ประการ ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณอ้างอิงตามการศึกษาระบบการส่งเสริมพัฒนาการและการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัยแบบบูรณาการตามแนวปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง (จินตนา พัฒนพงศ์ธร, อริสรา ทองเหม, นุตติยา อาชานอกและคณะ, 2563) ทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) แบบสังเกตและบันทึกพฤติกรรมการปฏิบัติ ตามคุณธรรม 8 ประการ หลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง สูตร Cronbach's alpha ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.989 แบบบันทึกการพฤติกรรมการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัยรายบุคคลโดยการสังเกตของครูโรงเรียนและครูพี่เลี้ยงเด็กศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ใช้สูตร Cronbach's alpha ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.970 แบบสอบถามการประเมินความพึงพอใจ การใช้คู่มือครอบครัวต้นแบบ “เลี้ยงดูลูกตามคำสอนพ่อ” คุณธรรม 8 ประการหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ใช้สูตร Cronbach's alpha ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.919 เครื่องมือวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยนำแนวคำถาม (Interview guide) ที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและวัตถุประสงค์การวิจัย กำหนดมโนทัศน์เพื่อเป็นหัวข้อเรื่องสำหรับข้อมูลที่ต้องการ และแปลงมโนทัศน์ออกเป็นชุดคำถามปลายเปิด ให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ร่วมให้ความเห็น ตรวจสอบแก้ไข และปรับปรุงให้มีความสมบูรณ์ สามารถสื่อความหมายได้ชัดเจน ตรงประเด็น

การเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ขั้นตอน ดังนี้

1. การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการดำเนินการพัฒนา

1.1 ครู และครูพี่เลี้ยงเด็ก สังเกตพฤติกรรมการเรียนรู้ของเด็กรายบุคคล และบันทึกการพฤติกรรมการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัยรายบุคคล ตามแบบฟอร์มออนไลน์ ครั้งที่ 1

1.2 ครู และครูพี่เลี้ยงเด็กสังเกตและประเมินการปฏิบัติตามคุณธรรม 8 ประการ หลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง และบันทึกตามแบบฟอร์มออนไลน์ ครั้งที่ 1

1.3 คณะนักวิจัยประเมินพัฒนาการเด็กกลุ่มตัวอย่าง ครั้งที่ 1 ก่อนดำเนินงานโครงการฯ ด้วยเครื่องมือ DENVER II โดยผู้ประเมินที่ผ่านการอบรมจากมหาวิทยาลัยมหิดลให้เป็นผู้ประเมินที่มีมาตรฐาน

2. การเก็บรวบรวมข้อมูลหลังดำเนินการพัฒนา

2.1 ครู และครูพี่เลี้ยงเด็ก สังเกตพฤติกรรมการเรียนรู้ของเด็กรายบุคคล และบันทึกการพฤติกรรมการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัยรายบุคคล ตามแบบฟอร์มออนไลน์ ครั้งที่ 2

2.2 ครู และครูพี่เลี้ยงเด็กสังเกตและประเมินการปฏิบัติตามคุณธรรม 8 ประการ หลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง และบันทึกตามแบบฟอร์มออนไลน์ ครั้งที่ 2

2.3 คณะนักวิจัยประเมินพัฒนาการเด็กกลุ่มตัวอย่าง ครั้งที่ 2 หลังดำเนินงานโครงการฯ ด้วยเครื่องมือ DENVER II โดยผู้ประเมินที่ผ่านการอบรมจากมหาวิทยาลัยมหิดลให้เป็นผู้ประเมินที่มีมาตรฐาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติ ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล คือ

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ค่าความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) สถิติทดสอบค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของกลุ่มประชากรด้วย t-test, วิเคราะห์ความสัมพันธ์ Chi Square test
2. ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมวิจัย

ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง ตามเอกสารที่ PPOREC/2565 COA NO.29 เมื่อวันที่ 19 ตุลาคม 2565

ผลการวิจัย

1. ระบบการพัฒนาเด็กปฐมวัยรอบด้านรองรับคนในศตวรรษที่ 21 จังหวัดพัทลุง จากการวิเคราะห์การดำเนินงานโครงการพบว่า มี 3 ขั้นตอน คือ

1.1 การวางแผนพัฒนากลไกการบริหารจัดการและการขับเคลื่อนการพัฒนาเด็กปฐมวัยในระดับจังหวัด อำเภอและตำบล โดยการประชุมชี้แจงการดำเนินงานโครงการฯ การขับเคลื่อนงานตามภารกิจและบทบาทแต่ละหน่วยงาน ให้แก่ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและอำเภอ โรงพยาบาลควนขนุน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ท้องถิ่นจังหวัด/อำเภอ กองการศึกษาอำเภอและตำบล, การพัฒนาหน่วยบริการสาธารณสุขสร้างความรอบรู้พ่อแม่ ผู้ปกครองในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในคลินิกสุขภาพเด็กดี, การพัฒนาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น “องค์กรต้นแบบพัฒนาเด็กปฐมวัยรอบด้านรองรับคนในศตวรรษที่ 21 และการเยี่ยมเสริมพลัง กำกับ ติดตามการดำเนินงานโครงการฯ

1.2 การปฏิบัติตามแผน พัฒนาศักยภาพครูและครูพี่เลี้ยงเด็กในการจัดการเรียนการสอนแบบโครงการ (Project approach) ตามคู่มือแผนการเรียนการสอน “สร้างความรอบรู้เกี่ยวกับโควิด-19”ตามหลักคุณธรรม 8 ประการปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงและการสังเกต บันทึกพฤติกรรมการเรียนรู้ของเด็กกลุ่มตัวอย่างพัฒนาพ่อแม่ ผู้ปกครอง สร้างความรอบรู้เลี้ยงดูลูกตามคู่มือ “ครอบครัวรอบรู้เกี่ยวกับโควิด-19”ตามคุณธรรม 8 ประการ หลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเรียนรู้กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย จังหวัดพัทลุง ครั้งที่ 1 (N= 86) และครั้งที่ 2 (N=88)

ระดับคะแนนพฤติกรรม การเรียนรู้ของเด็กปฐมวัย	ครั้งที่ 1 (ก่อนดำเนินงาน)				ครั้งที่ 2 (หลังดำเนินงาน)			
	พัฒนาการของเด็ก		รวม	P -value	พัฒนาการของเด็ก		รวม	P -value
	สมวัย	ล่าช้า			สมวัย	ล่าช้า		
ระดับต่ำ	0 (0.0)	0 (0.0)	0	.010	0 (0.0)	0 (0.0)	0	.001
ระดับปานกลาง	15 (65.2)	8 (34.8)	23		0 (0.0)	2 (100.0)	2	
ระดับสูง	56 (88.9)	7 (11.1)	63		74 (86.0)	12 (14.0)	86	

* p < .05 หมายถึง: แบ่งกลุ่มคะแนนพฤติกรรมการเรียนรู้ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม สูง กลาง ด้วยคะแนนเปอร์เซ็นต์ไทล์ ที่ 33 และ 66

ปีที่ 37 ฉบับที่ 3 ประจำปี เดือน เมษายน - มิถุนายน 2566

และการสังเกต บันทึกพฤติกรรมตามการปฏิบัติตามคำสอน พ่อ คุณธรรม 8 ประการหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

1.3 การประเมินผล การดำเนินงานโครงการ ร่วมกับทีมวิจัยกรมอนามัยเก็บข้อมูล ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ในการขับเคลื่อนการพัฒนาเด็กปฐมวัยในระดับจังหวัด อำเภอและตำบล และการประเมินโครงการฯ ปัจจัยแห่งความสำเร็จการแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยการนำเสนอผลการวิจัยกับเครือข่ายในพื้นที่ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น หาข้อสรุปร่วมกันในการกำหนดมาตรการและแนวทางในการดำเนินงานและการขยายผลไปยังพื้นที่อื่น ๆ

2. การประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผล การจัดประสบการณ์เรียนรู้ของเด็กปฐมวัยตามคู่มือแผน การเรียนการสอนเลี้ยงดูลูก “ตามคำสอนพ่อ” ด้านสุขภาพ 8 คุณธรรมหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

2.1. ประสิทธิภาพการจัดประสบการณ์การเรียนรู้เด็กปฐมวัยโดยครูและครูพี่เลี้ยงเด็ก ซึ่งเป็นข้อมูลสะท้อนประสิทธิภาพการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ ซึ่งเป็นผลการจัดประสบการณ์การเรียนรู้เด็กปฐมวัย โดยครูและครูพี่เลี้ยงเด็ก พบว่า ระดับคะแนนพฤติกรรมการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัยกับพัฒนาการสมวัยของเด็ก ครั้งที่ 1 มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .010 และระดับคะแนนพฤติกรรมการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัยกับพัฒนาการสมวัยของเด็ก ครั้งที่ 2 มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 รายละเอียดตามตารางที่ 1

2.2. ความสัมพันธ์ระดับคะแนนคุณธรรมรวม 8 ประการกับพัฒนาการของเด็กปฐมวัย สังเกตและบันทึกโดยครูและครูพี่เลี้ยงเด็ก พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แปรผลได้ว่า

เด็กที่มีพัฒนาสมวัยและล่าช้า ในกลุ่มที่มีระดับคะแนนคุณธรรมด้านความขยัน สูง ปานกลาง และต่ำ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .009 รายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระดับคะแนนคุณธรรมรวม 8 ประการ หลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงกับพัฒนาการของเด็ก สังเกตและบันทึกโดยครู ครูพี่เลี้ยงเด็ก จ.พัทลุง (n=88)

ระดับคะแนนคุณธรรม 8 ประการ	พัฒนาการของเด็ก		รวม	p-value
	สมวัย	ล่าช้า		
ระดับต่ำ	0 (0.0)	0 (0.0)	0	.009
ระดับปานกลาง	2 (40.0)	3 (60.0)	5	
ระดับสูง	71 (85.5)	12 (14.5)	83	

* p < .05 หมายถึง: แบ่งกลุ่มคะแนนพฤติกรรมกรรมการเรียนรู้ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม สูง กลาง ต่ำ ด้วยคะแนนเปอร์เซ็นต์ไทล์ ที่ 33 และ 66

2.3. ภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัย พบว่า ภาวะโภชนาการเด็ก ครั้งที่ 1 (ก่อนดำเนินงาน) น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงส่วนใหญ่สมส่วน ร้อยละ 65.59 น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ ส่วนใหญ่น้ำหนักตามเกณฑ์ ร้อยละ 65.59 รongลงมา ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ ส่วนใหญ่สูงตามเกณฑ์ ร้อยละ 78.49 สูงดีสมส่วน ส่วนใหญ่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 54.84 ภาวะโภชนาการเด็กครั้งที่ 2 (หลังดำเนินงาน) น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงส่วนใหญ่สมส่วน ร้อยละ 68.62 น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ ส่วนใหญ่น้ำหนักตามเกณฑ์ ร้อยละ 67.74 ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ ส่วนใหญ่สูงตามเกณฑ์ ร้อยละ 78.49 สูงดีสมส่วน ส่วนใหญ่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 60.22 โดยสรุปภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัยกลุ่มตัวอย่าง หลังดำเนินงานโครงการ สูงดีสมส่วนเพิ่มขึ้นจาก

ร้อยละ 54.84 เป็นร้อยละ 64.22

2.4 ประสิทธิภาพการจัดประสบการณ์การเรียนรู้เด็กปฐมวัย

2.4.1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับพฤติกรรมกรรมการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัย ก่อนและหลังการใช้คู่มือแผนการเรียนการสอน “สร้างความรอบรู้ให้กับโควิด-19” ตามหลักคุณธรรม 8 ประการ ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง จังหวัดพัทลุง พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนใช้คู่มือ เท่ากับ 2.74 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.44 และหลังใช้คู่มือ เท่ากับ 2.98 74 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.15 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.000 รายละเอียดตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับพฤติกรรมกรรมการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัย ก่อนและหลังการใช้คู่มือแผนการเรียนการสอน “สร้างความรอบรู้ให้กับโควิด-19”ตามหลักคุณธรรม 8 ประการ ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง จังหวัดพัทลุง (n=84)

รายการ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t-test	p-value (1-tailed)
ก่อนใช้คู่มือ	2.74	0.442	5.093	.000
หลังใช้คู่มือ	2.98	0.153		

*p < .05

2.4.2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย การปฏิบัติตามคุณธรรม 8 ด้าน หลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงของเด็กปฐมวัยก่อนและหลังการใช้คู่มือ “สร้างความรอบรู้เกี่ยวกับโควิด-19” ตามหลักคุณธรรม 8 ประการ ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง สังเกตและบันทึกโดยครู ครูพี่เลี้ยงเด็ก จังหวัดพัทลุง พบว่า คะแนนเฉลี่ย

ก่อนใช้คู่มือ เท่ากับ 2.80 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.40 และหลังใช้คู่มือ เท่ากับ 2.94 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.23 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 รายละเอียดตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติ ตามคุณธรรม 8 ด้าน หลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ของนักเรียน ระหว่างก่อนและหลังการใช้คู่มือ “สร้างความรอบรู้เกี่ยวกับโควิด-19”ตามหลักคุณธรรม 8 ประการ ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง สังเกตและบันทึกโดยครู ครูพี่เลี้ยงเด็ก จังหวัดพัทลุง (n=83)

รายการ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t-test	p-value (1-tailed)
ก่อนใช้คู่มือ	2.80	0.406	3.406	.001
หลังใช้คู่มือ	2.94	0.239		

*p < .05

3. การประเมินประสิทธิภาพของครอบครัว ในการสอน อบรม บ่มเพาะเด็กปฐมวัย โดยการใช้คู่มือ ครอบครัวรอบรู้ การเลี้ยงดูลูกตามคำสอนพ่อ” 8 คุณธรรม หลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

กับพัฒนาการสมวัยเด็กปฐมวัย จังหวัดพัทลุงสังเกตและบันทึกโดย พ่อ แม่ ผู้ปกครอง พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value เท่ากับ .603 รายละเอียดตามตารางที่ 5

3.1 ความสัมพันธ์ระดับคะแนนการปฏิบัติ ตามคุณธรรม 8 ประการหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระดับคะแนนคุณธรรมรวม 8 ประการหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงกับพัฒนาการเด็กปฐมวัย ที่บันทึกโดยพ่อ แม่ ผู้ปกครอง จ.พัทลุง (n=75)

ระดับคะแนนคุณธรรม 8 ประการ	พัฒนาการของเด็ก		รวม	Chi-square	p-value
	สมวัย	ล่าช้า			
ระดับต่ำ	0 (0.0)	0 (0.0)	0	0.271	.603
ระดับปานกลาง	13 (81.3)	3 (18.8)	16		
ระดับสูง	51 (86.4)	8 (13.6)	59		

* p < .05 หมายถึง: แบ่งกลุ่มคะแนนพฤติกรรมการเรียนรู้ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม สูง กลาง ต่ำ ด้วยคะแนนเปอร์เซ็นต์ไทล์ ที่ 33 และ 66

3.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสนทนากลุ่ม (Focus group) พ่อ แม่ ผู้ปกครองของเด็กปฐมวัย ที่มุ่งหาความคิดเห็นและประสบการณ์ของผู้ร่วมสนทนา เป็นข้อมูลที่ผ่านการถกเถียงโต้ตอบกันของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลเอง ด้วยพลวัตกลุ่ม ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของกระบวนการสนทนากลุ่มนั้นทำให้ผู้วิจัยสามารถสังเกตพฤติกรรมของผู้ร่วมผ่านทางปฏิสัมพันธ์ที่สมาชิกกลุ่มมีต่อการโต้ตอบและแสดงความคิดเห็น ในประเด็นความคิดเห็น ทศนคติ ความคาดหวังและการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของครอบครัวและการใช้คู่มือ “ครอบครัวรอบรู้ อยู่กับโควิด-19” ตามคุณธรรม 8 ประการของหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงสามารถสรุปได้เป็น 3 ด้านหลัก ๆ ได้แก่ 1) ด้านความคาดหวังของพ่อ แม่ ผู้ปกครองเด็กปฐมวัยต่อการพัฒนาและการเลี้ยงดูลูก โดยคาดหวังให้ลูกที่ดูแล มีคุณลักษณะดังนี้ 1.1) มีความขยัน โด่งขึ้นสามารถมีงานทำมั่นคงเลี้ยงดูตัวเองและผู้อื่นได้ 1.2) ความประหยัด คือรู้จักยับยั้งชั่งใจ แยกแยะสิ่งใดควรสิ่งใดไม่ควร 1.3) ความซื่อสัตย์สุจริต คือ มีจริยธรรม คุณธรรม มั่นใจในการทำสิ่งต่าง ๆ ที่ถูกต้อง 1.4) มีวินัย มีความรับผิดชอบ ไม่เกเร ไม่ยุ่งเกี่ยวกับสิ่งเสพติด 1.5) ความสุขภาพ คือ เป็นเด็กดี มีพัฒนาการสมวัยในทุกด้าน สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างมีความสุข 1.6) ความสะอาด คือความสะอาดทั้งร่างกาย จิตใจและอารมณ์ 1.7) ความสามัคคี คือ สามารถเล่นกับเพื่อนได้ ไม่เอาเปรียบ ทำงานเป็นทีมได้ ทำตามกฎกติกาหรือข้อตกลงร่วมได้ 1.8) ความมีน้ำใจ คือ มีจิตอาสา เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ต่อผู้อื่น 1.9) ความกตัญญู คือ เชื่อฟังพ่อแม่ ผู้ปกครอง รู้คุณของผู้มีพระคุณ 2) ด้านการเลี้ยงดูลูกเพื่อให้มีคุณลักษณะตามข้อ 1 ได้แก่ 2.1) การสอน อบรม ปมเพาะที่เน้นการเป็นแบบอย่างที่ดี 2.2) การดูแลสุขภาพ ที่เน้นการสร้างเสริมและส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัยในทุกมิติ 2.3) การส่งเสริมพัฒนาการด้านสติปัญญา ที่เน้นความรู้รอบรู้ ความฉลาดรอบด้าน สามารถพึ่งตนเองได้ 2.4) ด้านสังคม คือ เน้นความรับผิดชอบ รู้จักแบ่งปัน เคารพกฎกติกา สามารถทำงานเป็นทีมได้ 2.5) ด้านความต้องการทางอารมณ์ คือ เน้นความสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับคนในบ้านอย่างสร้างสรรค์ 3.) ด้านการฝึกทักษะลูกของพ่อแม่ ผู้ปกครอง โดยใช้หลักคุณธรรม 8 ประการตามปรัชญา

ของเศรษฐกิจพอเพียงตามคู่มือฯ ผ่านของเล่นหรือสื่อต่าง ๆ การเล่นเกมเล่นิทานสร้างเสริมการเรียนรู้ที่บ้าน เน้นให้เด็กเก่ง ดี มีความสุข สามารถแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง

4. ปัญหาอุปสรรคและโอกาสในการขยายผลไปยังพื้นที่อื่น ๆ จากข้อมูลการสนทนากลุ่ม

4.1 ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานและแนวทางแก้ไขปัญหา กลุ่มตัวอย่างให้ความเห็นว่า มีปัญหาเรื่องงบประมาณในการจัดทำสื่อการเรียนการสอน การจัดหาวัสดุ อุปกรณ์ในการจัดการเรียนการสอน โดยมีแนวทางในการแก้ปัญหาคือ ขอความร่วมมือสนับสนุนจากผู้ปกครอง และประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่เพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณ

4.2 ความคิดเห็นต่อการขยายพื้นที่ดำเนินงานและความต้องการสนับสนุน กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยกับการขยายผลการดำเนินงานไปยังพื้นที่อื่นในจังหวัดโดยขอให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ประสานงานกับสำนักงานศึกษาธิการจังหวัด สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด ในการร่วมการขับเคลื่อนระบบการพัฒนาเด็กปฐมวัยรอบด้านรองรับคนในศตวรรษที่ 21 จังหวัดพัทลุง ตามผลการศึกษา

อภิปรายผล

ระบบการพัฒนาเด็กปฐมวัยรอบด้านรองรับคนในศตวรรษที่ 21 จังหวัดพัทลุง มีการ 3 ขั้นตอน คือ **ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน** การวางแผนและการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ผ่านผู้รับผิดชอบงานจาก 4 หน่วยงาน ด้านการศึกษา ด้านสาธารณสุข ท้องถิ่น และครอบครัวและผู้แทนภาคประชาชน คือ อสม. เน้นการใช้ข้อมูลร่วมกันเพื่อการจัดทำแผนงาน/โครงการพัฒนาเด็กปฐมวัยรอบด้านรองรับคนในศตวรรษที่ 21, การพัฒนาหน่วยบริการสาธารณสุขสร้างความรอบรู้พ่อแม่ ผู้ปกครองในคลินิกสุขภาพเด็กดี และการพัฒนาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น “องค์กรต้นแบบพัฒนาเด็กปฐมวัยรอบด้านรองรับคนในศตวรรษที่ 21” และการกำกับ ติดตามผลการดำเนินงาน ปัจจัยแห่งความสำเร็จคือการมีส่วนร่วมในการร่วมคิด วางแผน ดำเนินงานและประเมินผล สอดคล้องกับการศึกษาระบบการส่งเสริมพัฒนาการและการเรียนรู้

ของเด็กปฐมวัยแบบบูรณาการตามแนวปรัชญาของ เศรษฐกิจพอเพียง (จินตนา พัฒนพงศธร, อริสรา ทองเหม, นุตติยา อาษานอกและคณะ, 2563) พบว่าเป็นระบบ การขับเคลื่อนงานพัฒนาเด็กปฐมวัยเป็นการร่วมพัฒนา และขับเคลื่อนงานด้วยเป้าหมายเดียวกัน คือ พัฒนาการ เด็กปฐมวัยใน 4 หน่วยงานหลักระดับตำบล คือ ด้านการ ศึกษา ด้านสาธารณสุข ท้องถิ่น และครอบครัว **ขั้นตอนที่ 2** การปฏิบัติตามแผน พัฒนาศักยภาพครูและครูพี่เลี้ยงเด็ก การจัดการเรียนการสอนแบบโครงการตามคู่มือฯ การเฝ้า ระวังภาวะโภชนาการและพฤติกรรมการเรียนรู้ของเด็ก และการพัฒนา “ครอบครัวรอบรู้เลี้ยงดูลูกตามคำสอน พ่อ” 8 คุณธรรมหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง สอดคล้องกับการศึกษาที่อ้างข้างต้น ที่พบว่า ปัจจัย ความสำเร็จ คือ ใช้รูปแบบการสวดและลงมือปฏิบัติใน การการเรียนการสอน และการส่งต่อเพื่อให้ครอบครัว สอน อบรม เพาะเด็กในครอบครัว และการศึกษาบทบาท ของผู้ปกครองในการสร้างรอยเชื่อมต่อทางการศึกษาจาก โรงเรียนอนุบาลสู่โรงเรียนประถมศึกษา (เพชรรัตน์ ลอยปักษา, 2560) ผู้ปกครองมีบทบาทในการสร้างรอย เชื่อมต่อทางการศึกษา จากโรงเรียนสู่ครอบครัวด้วยการ สร้างเครือข่ายการติดต่อกับผู้ปกครอง พบปะ พูดคุย แลกเปลี่ยน ใช้เวลาช่วงเช้าที่ไปส่งเด็กหรือรับเด็กตอนเย็น หลังเลิกเรียน และช่องทางติดต่อกับครูประจำชั้น ติดตาม ข้อมูลผ่านทางแอปพลิเคชัน สอดจดการบ้าน และ จดหมายของโรงเรียน **ขั้นตอนที่ 3** การประเมินผล และ การขยายผลไปสู่พื้นที่อื่น ๆ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยการนำเสนอผลการวิจัยกับ เครือข่ายในพื้นที่ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เปิดโอกาสให้ แสดงความคิดเห็น หาข้อสรุปร่วมกันในการกำหนด มาตรการและแนวทางในการการขยายผลไปยังพื้นที่อื่น ๆ สอดคล้องกับการศึกษาตามที่อ้างข้างต้นที่พบว่าปัจจัย แห่งความสำเร็จคือการนำเสนอผลการวิจัยให้เครือข่าย ในพื้นที่เป้าหมายทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผลจากการพัฒนา เด็กปฐมวัยรอบด้านอย่างเป็นระบบรองรับคนในศตวรรษ ที่ 21 จังหวัดพัทลุง เป็นการบูรณาการระบบการขับเคลื่อนการพัฒนาเด็กปฐมวัยตามภารกิจของ 4 หน่วยงาน หลักในระดับตำบลที่มีเป้าหมายเดียวกัน ได้แก่ ด้านการ ศึกษา ด้านสาธารณสุข ด้านท้องถิ่น และครอบครัว

การประเมินประสิทธิผลการจัดการ ประสพการณ์การเรียนรู้เด็กปฐมวัยโดยครูและครูพี่เลี้ยง เด็ก พบว่า ระดับคะแนนพฤติกรรมการเรียนรู้ของเด็ก ปฐมวัยกับพัฒนาการสมวัยของเด็ก ครั้งที่ 1 มีความ สัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .010 และ ระดับคะแนนพฤติกรรมการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัยกับ พัฒนาการสมวัยของเด็ก ครั้งที่ 2 มีความสัมพันธ์กันอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สอดคล้องกับการศึกษา ระบบการส่งเสริมพัฒนาการและการเรียนรู้ของเด็ก ปฐมวัยแบบบูรณาการ ตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอ เพียง ภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัยก่อนและหลังดำเนิน งาน พบว่า สูงดีสมส่วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 54.84 เป็น ร้อยละ 64.22 สรุปได้ว่า ประสิทธิภาพการจัด ประสพการณ์การเรียนการสอนของครูและครูพี่เลี้ยงเด็ก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการศึกษาของเด็กปฐมวัย และเมื่อเด็กได้เรียนรู้ก็ส่งผลต่อพัฒนาการสมวัยของเด็ก ปฐมวัย

การประเมินประสิทธิผลการเรียนรู้ของเด็ก ปฐมวัย เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับพฤติกรรม การเรียนรู้ของเด็กปฐมวัย ก่อนและหลังการใช้คู่มือ แผนการเรียนการสอน “สร้างความรอบรู้อยู่กับโควิด-19” ตามหลักคุณธรรม 8 ประการ มีความแตกต่างกันอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .000 สอดคล้องกับการศึกษา ประสิทธิภาพรูปแบบการจัดประสพการณ์ที่เน้นการสืบ เสาะ เปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้รูปแบบพบว่าเด็ก มีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (กรองแก้ว ศิรินคร, 2559) และการศึกษา ระบบ การส่งเสริมพัฒนาการและการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัยแบบ บูรณาการตามแนวปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ที่พบว่าผลการประเมินประสิทธิผลการเรียนรู้เด็กปฐมวัย โดยการเปรียบเทียบระดับค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การเรียนรู้ก่อนและหลังการใช้คู่มือ แตกต่างกันอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติที่ระดับ .000 (จินตนา พัฒนพงศธร, อริสรา ทองเหม, นุตติยา อาษานอกและคณะ, 2563). และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติ ตามคุณธรรม 8 ด้าน หลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงของเด็กปฐมวัย ก่อนและหลังการใช้คู่มือ “สร้างความรอบรู้อยู่กับโควิด-19” ตามหลักคุณธรรม 8 ด้าน สังเกตและบันทึกโดยครู

ครูที่เลี้ยงเด็ก จังหวัดพัทลุง พบว่า ค่าเฉลี่ย พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สอดคล้องกับการพัฒนาคุณธรรมพื้นฐาน 8 ประการ ระดับปฐมวัยโดยจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบบูรณาการตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง พบว่าคะแนนประเมินคุณธรรมพื้นฐาน 8 ประการหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง(ศิริพรรณ เจริญใจและเพ็ญมณี แนนรท, 2562) และการศึกษาระบบการส่งเสริมพัฒนาการและการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัยแบบบูรณาการตามแนวปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ที่พบว่าผลการประเมินประสิทธิผลการเรียนรู้เด็กปฐมวัย โดยการเปรียบเทียบระดับค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเรียนรู้ก่อนและหลังการใช้คู่มือฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .000 (จินตนา พัฒนพงศ์ธร, อริสรา ทองเหม, นุตติยา อาษานอกและคณะ, 2563). ข้อเสนอเพื่อการพัฒนาเด็กปฐมวัยรอบด้านรองรับคนในศตวรรษที่ 21 (1) เร่งรัด ขับเคลื่อนและขยายพื้นที่ดำเนินงานการพัฒนาเด็กปฐมวัยอย่างเป็นระบบรอบด้านรองรับคนในศตวรรษที่ 21 จ.พัทลุงครอบคลุมทั้งจังหวัด (2) สร้างและพัฒนาคณะทำงานระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล จากหน่วยงานด้านการศึกษา ด้านสาธารณสุข ด้านท้องถิ่น และครอบครัว (3) การกำกับ เยี่ยมติดตามเสริมพลังแบบบูรณาการหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้ง 4 หน่วย

การนำผลการวิจัยไปใช้

1) หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับควรจัดบริการอนามัยแม่และเด็กตามชุดสิทธิประโยชน์อย่างมี

เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.(2562).คู่มือครอบครัวต้นแบบ “เลี้ยงดูลูกตามคำสอนพ่อ”คุณธรรม 8 ประการของหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง.พิมพ์ครั้งที่2 พ.ศ.2563.นนทบุรี : บริษัท จีที ทูลจำกัด.
- กรองแก้ว ศิรินคร.(2559). การพัฒนารูปแบบการจัดประสบการณ์ที่เน้นการสืบเสาะเพื่อเสริมสร้าง ความสามารถในการคิดแก้ปัญหาและความสามารถในการแสวงหาความรู้ของเด็กปฐมวัยชั้นอนุบาลปีที่ 2 โรงเรียนเทศบาลวัดบูรพาภิราม.วารสารมหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัยวิทยาเขตร้อยเอ็ด.ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 ประจำเดือนมกราคม-มิถุนายน 2559
- จินตนา พัฒนพงศ์ธรและวันวิสาห์ แก้วแข็งขัน.(2561).รายงานการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็ก ปฐมวัยไทยครั้งที่ 6 พ.ศ.2560. นนทบุรี. : ซีจีทูล

คุณภาพและได้มาตรฐาน เน้นการสร้างความรู้รอบรู้ในการดูแลเด็กปฐมวัยแก่พ่อ แม่ ผู้ปกครอง

2) โรงเรียนและศูนย์พัฒนาเด็กเล็กพัฒนาครูและครูที่เลี้ยงเด็กในการจัดการเรียนการสอนที่เน้นเด็กเป็นศูนย์กลางการพัฒนา

3) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นแกนนำขับเคลื่อนการพัฒนาเด็กปฐมวัยอย่างเป็นระบบฯ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

คณะอนุกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด/อำเภอ, คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล นำระบบการพัฒนาเด็กปฐมวัยรอบด้านรองรับคนในศตวรรษที่ 21 จังหวัดพัทลุง ที่พัฒนาขึ้นไปใช้อย่างจริงจัง และต่อเนื่องด้วยกระบวนการพลวัตการพัฒนาเด็กปฐมวัยอย่างเป็นระบบรอบด้านรองรับคนในศตวรรษที่ 21

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาระบบการพัฒนาเด็กปฐมวัยรอบด้านรองรับคนในศตวรรษที่ 21 ในอำเภออื่น ๆ เพื่อขยายผลและพัฒนารูปแบบการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น

- จินตนา พัฒนพงศ์ธร, อริสรา ทองเหม, นฤตยา อาษานอกและคณะ. (2563). การศึกษาระบบการ ส่งเสริมพัฒนาการและการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัยแบบบูรณาการตามแนวปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง . วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ปีที่ 43 ฉบับที่ 3 เดือนกรกฎาคม - กันยายน 2563
- นิชรา เรืองดารกานนท์.(2551).พัฒนาการและเขาวนปัญญาของเด็กไทย.กรุงเทพฯ:เอกสารอัดสำเนา
- พัชรรัตน์ ลอยปักษา .(2560) บทบาทของผู้ปกครองในการสร้างรอยเชื่อมต่อทางการศึกษาจากโรงเรียนอนุบาลสู่โรงเรียนประถมศึกษา.วิทยานิพนธ์,หลักสูตรครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการศึกษาปฐมวัยล้วน สายยศและอังคณา สายยศ.(2538). เทคนิคการวิจัยทางการศึกษา. กรุงเทพฯ: สุริยาสาสน์.
- วิชัย เอกพลากร,บรรณาธิการ.(2554).รายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 .นนทบุรี : สำนักวิจัยระบบสาธารณสุข.
- วีระยุทธ์ ชาตะกาญจน์.(2558).การวิจัยเชิงปฏิบัติการ.วารสารราชภัฏสุราษฎร์ธานี,ปีที่ 2 ฉบับที่ 1(มกราคม - มิถุนายน 2558)
- ศิริพรรณ เจริญใจ และเพ็ญมณี แนนรท. (2562). การพัฒนาคุณธรรมพื้นฐาน 8 ประการ ระดับปฐมวัย. อินเทอร์เน็ต][เข้าถึงเมื่อ9พฤษภาคม2562เข้าถึงได้จาก:<https://www.tci-thaijo.org/index.php/GKKus/article/download/49888/41287>ภาควิชาหลักสูตรและการสอน.คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริกุล อิศรานุรักษ์และคณะ.(2549). การจัดบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ในงานอนามัยแม่และเด็ก. นครปฐม: สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.(2561).ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ.2561-2580. [อินเทอร์เน็ต].2561[เข้าถึงเมื่อ 28 พฤศจิกายน 2561]. เข้าถึงได้จาก: http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2561/A/082/T_0001.PDF.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.(2560).สรุปสาระสำคัญแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่สิบสอง พ.ศ.2560-2564.[อินเทอร์เน็ต] [เข้าถึงเมื่อ 6 สิงหาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก :<http://www.nsc.go.th/download1/>.
- สำนักเลขาธิการสภาการศึกษากระทรวงศึกษาธิการ.(2563).รายงานการศึกษาสภาวะการณ์การจัดการศึกษาสำหรับเด็กปฐมวัยในประเทศไทย.กรุงเทพฯ:พริกหวานกราฟฟิค
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง.(2565). สรุปผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุขประจำปี 2564 [อินเทอร์เน็ต] [เข้าถึงเมื่อ 28 พฤษภาคม 2565].เข้าถึงได้จาก : <http://www.ptho.moph.go.th>.

ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
ที่มาใช้บริการคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลลานสกา
Prevalence and factors associated with depression among Type 2 diabetic
Patients in Lansaka Hospital.

วิมลทิน ขนบแก้ว
Wimalin kanabkaew
โรงพยาบาลลานสกา
Lansaka Hospital

บทคัดย่อ

ศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มาใช้บริการคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลลานสกา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 342 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (9Q) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่, ร้อยละ, ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ โดยใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ Odds ratio, 95%CI, multiple logistic regression โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 84.80 มีความชุกของภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 15.20 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ สถานภาพสมรส, ความเพียงพอของรายได้, ประวัติการสูญเสียของครอบครัวในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา, ดัชนีมวลกาย, พฤติกรรมการออกกำลังกายและระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้วางแผนในการดูแลและรักษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานและให้คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ : ความชุก, ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2, ภาวะซึมเศร้า

Abstract

This study aimed to determine the prevalence and factors related with depression among type 2 patients who attended Diabetes Clinic in Lansaka Hospital. The study included 342 type 2 diabetes patients. The tools consisted of the general information record form, the health of diabetic patient questionnaire and the depression screening questionnaire (9Q). We analyzed relationship between various factors, using analytical statistics odds ratio, 95%CI, logistic regression, with statistical significance at 0.05.

The study found that most of the subjects (84.8%) have no depression. The prevalence of depression was 15.20 percent. Significant factors related to depression in type 2 diabetes patients were marital status, enough income, history of family member loss within 1 year, body mass index, physical activity behavior, and fasting blood sugar levels. This study results can be used to make type 2 diabetes treatment plans, prevent depression in diabetes patients, and improve their quality of life.

Keywords : Prevalence, depression, Diabetes mellitus type 2

บทนำ

จากการรายงานสถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลก (WHO, 2014) พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกมีจำนวน 415 ล้านคนและจะเพิ่มขึ้นเป็น 642 ล้านคนในปีพ.ศ. 2583 และมีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานจำนวน 5 ล้านคน สำหรับประเทศไทยจากรายงานของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยและสมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย พบว่า อัตราตายด้วยโรคเบาหวานต่อประชากรแสนคนในภาพรวมในปี พ.ศ. 2556-2558 เท่ากับ 14.93, 17.53 และ 17.83 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี โดยในปี พ.ศ.2559 พบว่ามีการเสียชีวิตที่สัมพันธ์กับโรคเบาหวานประมาณ 76,000 ราย หรือมากกว่า 200 รายในแต่ละวัน (ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยและสมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, 2560) และยังเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญมากที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในอันดับต้น ๆ ของกลุ่มโรคเรื้อรังทั้งหมดที่รัฐบาลหลาย ๆ ประเทศมุ่งเน้นให้ความสำคัญในการป้องกันและการควบคุมโรคเบาหวานสำหรับจังหวัดนครศรีธรรมราช มีผู้ป่วยเบาหวาน ปีพ.ศ. 2558-2560 จำนวน 12,656 คน 15,572 คน และ 17,343 คน คิดเป็น 800.66 1003.9 และ 1116.48 ต่อประชากร 100,000 คน ตามลำดับ สำหรับโรงพยาบาลลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราชเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กจำนวน 30 เตียง ให้บริการระดับทุติยภูมิ มีคลินิกโรคเรื้อรังให้บริการผู้ป่วยเบาหวานในวันอังคารและวันศุกร์เช้า มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ในปี 2558-2560 จำนวน 1,338 คน 1,440 คน และ 1,586 คน ตามลำดับ โดยผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่า 130 มก./ดล. ในปี พ.ศ. 2558-2560 เท่ากับ 1,302 คน 1,240 คน และ 1,345 คน หรือ 4,818 ครั้ง 4,112 ครั้ง และ 4,394 ครั้ง ตามลำดับ, ระดับฮีโมโกลบินเอวันซีมากกว่า 8 mg% จำนวน 299, 374 และ 405 คน ตามลำดับ และพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานซึ่งเป็นโรคเรื้อรังไม่ติดต่อที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ต้องใช้เวลาในการรักษายาวนานและต่อเนื่อง ต้องปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ ทั้งการควบคุมโรค การรับประทานยา การควบคุมอาหาร และการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่จะเกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกที่ต้อง

เปลี่ยนวิถีชีวิตไปจากเดิม ประกอบกับผลกระทบด้านเศรษฐกิจที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาและผลกระทบทางด้านสังคม สิ่งเหล่านี้ทำให้สุขภาพจิตของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปจากปกติจนเกิดเป็นภาวะซึมเศร้าได้ (โสภณ แสงอ่อน พรเพ็ญ สำเภา และพรทิพย์ มาลาธรรม, 2562)

สหพันธ์สุขภาพจิตโลกรับว่า 1 ใน 4 ของผู้ป่วยเบาหวานมีอาการซึมเศร้ามาร่วมอยู่ด้วย (WHO, 2019) มีหลักฐานบ่งชี้ว่า พบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานมากกว่าคนทั่วไปร้อยละ 30 ของผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะซึมเศร้ามาร่วมด้วย สำหรับประเทศไทยพบความชุกของภาวะซึมเศร้ามาร้อยละ 31.2 และมีอุบัติการณ์ที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของกรมสุขภาพจิตโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพาหรือผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (กรมสุขภาพจิต, 2563, จิตรา อารังชัยชนะและคณะ, 2562, ศุภพงศ์ ไชยมงคล, 2560, ผกามาศ เพชรพงศ์, 2562). เมื่อเปรียบเทียบกับคนปกติพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามามากกว่าผู้ที่ไม่ได้เป็นโรคเบาหวานถึง 2-3 เท่า (มาติกา รัตนา, 2559) อีกทั้งพบภาวะซึมเศร้าในโรคเบาหวานได้ตั้งแต่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานในช่วง 1-5 ปีแรกร้อยละ 43.2 มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชี้ว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความเสี่ยงที่จะมีภาวะซึมเศร้ามามากกว่าผู้ที่ไม่ได้เป็นโรคเบาหวานถึง 2-3 เท่า (รินทร์หทัย กิตติธนา รุจน์และรัชนิกร ทบประดิษฐ์, 2562) การเพิ่มขึ้นของโรคเบาหวานจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา ผู้ป่วยเบาหวานที่ต้องดูแลตนเองและควบคุมโรคให้เหมาะสมส่งผลต่อสภาวะจิตใจของผู้ป่วยเปลี่ยนไปจากเดิม ซึ่งแสดงออกให้เห็นได้หลายรูปแบบ เช่น ความวิตกกังวล รู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง หมัดกำลังใจ รู้สึกไร้คุณค่า มีอาการซึมเศร้าอาจจะมีการคิดฆ่าตัวตายในที่สุด และผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้ามาร่วมด้วย พบว่าส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพของผู้ป่วย เช่น เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคก่อให้เกิดภาวะโรคร่วมอื่น ๆ ได้ง่ายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแย่ลงและเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ที่สำคัญคือส่งผลกระทบต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (Glycemic control) ซึ่งภาวะซึมเศร้ามักส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมาย ซึ่งการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงกับค่าปกติ เป็นเป้าหมายสำคัญที่สุดของการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน และจากการศึกษาภาวะซิมเซร่ากับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะซิมเซร่ามีโอกาสที่จะไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มากกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีภาวะซิมเซร่า (ศิริระ เมืองไทย, 2556) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากภาวะซิมเซร่ามีผลทำให้ผู้ป่วยมีสภาวะทางด้านร่างกายและจิตใจที่แย่ลง ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาขาดความสนใจในการควบคุมอาหาร การออกกำลังกายและมีการดูแลตนเองน้อยลง

จากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีและงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซิมเซร่าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้วิจัยได้ทบทวนงานวิจัยของ จารุวรรณ ไผ่ตระกูลและคณะ, 2562, จิตรา อ่างชัยชนะ, 2561, มนัญญา ภิรมย์, 2565 ซึ่งประกอบด้วย 3 แนวคิดหลัก คือ 1) แนวคิดความเจ็บป่วยเรื้อรังกับภาวะซิมเซร่า 2) แนวคิดทางด้านชีววิทยาของ Kaplan (Kaplan, Sadock, & Grebb, 1994) และ 3) ทฤษฎีภาวะซิมเซร่าของเบ็ค (Beck, 1967) โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาดการดูแลรักษาต้องทำอย่างต่อเนื่องเพื่อการคงหน้าที่ปกติ (วรทยา ทัดหล่อและคณะ, 2555) ผู้เป็นเบาหวานต้องดูแลตนเอง ตลอดจนต้องพึ่งพาผู้อื่นในบางช่วง ส่งผลทำให้เกิดความรู้สึกไม่สุขสบาย รู้สึกสูญเสียอำนาจ สิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางกายและสุขภาพทางจิตใจ ก่อให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวล (สายฝน เอกวารงกุล, 2553) ซึ่งนำไปสู่ภาวะซิมเซร่าได้ ภาวะเครียดเรื้อรังจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานดังกล่าวทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิวิทยาของระบบต่อมไร้ท่อ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับภาวะซิมเซร่าโดย Kaplan (Kaplan Sadock & Grebb, 1994) ได้อธิบายว่าความเครียดจะเป็นสิ่งกระตุ้นการทำงานของระบบ Hypothalamic-pituitary-adrenocortical (HPA axis) ทำให้เกิดการหลั่งสาร corticotrophin releasing factor (CRF) เพิ่มขึ้นส่งผลให้สารคอร์ติซอลสูงขึ้นในระบบไหลเวียนและเกิดการปรับตัวของสารสื่อประสาท นอร์อิพิเนฟรินและซีโรโตนิน โดยมีจำนวนลดลง

ส่งผลให้เกิดภาวะซิมเซร่า รวมทั้งความเครียดเรื้อรังจากการเจ็บป่วยที่ยาวนาน ยังส่งผลให้เกิดความคิดลบ ซึ่งสามารถอธิบายด้วยทฤษฎีภาวะซิมเซร่าของเบ็ค (Beck, 1967) คือ เมื่อบุคคลประสบเหตุการณ์วิกฤตในชีวิตจะมีการประมวลเรื่องราวที่ผิดพลาดในอดีตและจะกระตุ้นให้บุคคลนั้นเกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบเกี่ยวกับตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต โดยมีอาการเศร้า เสียใจ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ เป็นภาระผู้อื่นและเกิดภาวะซิมเซร่า จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยข้อมูลทั่วไป เช่น อายุ เพศ รายได้ สถานภาพสมรส ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย เช่น ระยะเวลาเป็นเบาหวาน จำนวนโรคร่วมอื่น ๆ ภาวะแทรกซ้อน การดูแลตนเอง เรื่องการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์กับภาวะซิมเซร่าในผู้ป่วยเบาหวานในระดับปานกลางถึงมาก ดังนั้นการศึกษาค้นคว้าวิจัยศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซิมเซร่าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยปัจจัยประกอบด้วยปัจจัยทั่วไปและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย

การศึกษาความชุกของภาวะซิมเซร่าในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ผ่านมาให้ผลการศึกษาที่แตกต่างกันขึ้นกับหลายสาเหตุ เช่น กลุ่มประชากรที่ศึกษาแตกต่างกัน ภาวะซิมเซร่าในโรคเบาหวานเกิดจากปัจจัยที่แตกต่างกัน เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ เป็นต้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซิมเซร่าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลลานสกา เพื่อให้เกิดแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ในการดูแลสุขภาพ การคัดกรองและการป้องกันภาวะซิมเซร่าเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซิมเซร่าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลลานสกา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซิมเซร่าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลลานสกา

ขอบเขตงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อายุระหว่าง

35-65 ปี ที่มารับบริการคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษาตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2564 – 31 พฤษภาคม 2565

กรอบแนวคิดการวิจัย

แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดความเจ็บป่วยเรื้อรังกับภาวะซึมเศร้า
2. แนวคิดทางด้านชีววิทยาของ Kaplan (Kaplan, Sadock, & Grebb, 1994)
3. ทฤษฎีภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck, 1967)
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง



ปัจจัยส่วนบุคคล

เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ จำนวนสมาชิกในครัวเรือน ลักษณะการอยู่อาศัย ประวัติการสูญเสียของครอบครัว ประวัติติดยาเสพติด และประวัติการบาดเจ็บที่ศีรษะ

- ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน
- การประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวาน



ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย
เบาหวานชนิดที่ 2

ระเบียบวิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย (Research Design) เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Study) เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช

ประชากร คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนรับบริการคลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลลานสกา จ.นครศรีธรรมราช ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2564 – 31 พฤษภาคม 2565 มีจำนวน 2,266 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด 1) เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ ผู้ป่วยเบาหวานอายุ 35 ปีขึ้นไปที่มาใช้บริการที่คลินิก

โรคเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มีความสมัครใจและให้ความยินยอมในการเก็บข้อมูลและเข้าร่วมงานวิจัย ระดับความรู้สึกตัวดี สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี 2) เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) ผู้ป่วยที่ไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ มีภาวะแทรกซ้อน ไม่สะดวกใจให้ข้อมูล ไม่อยู่ในช่วงเวลาเก็บข้อมูล เป็นต้น

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการเปิดตารางจากสูตรของเครซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 327 คน เพื่อเป็นการป้องกันความคลาดเคลื่อนจึงปรับเพิ่มเป็น 350 คน แต่เนื่องจากระยะเวลาที่กำหนดตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2564 – 31 พฤษภาคม 2565 มีกลุ่มตัวอย่างที่เก็บข้อมูลได้ 342 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป คือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพรายได้ แหล่งรายได้ ความพอเพียงของรายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ลักษณะการอยู่อาศัย ประวัติการสูญเสียชีวิตของครอบครัวในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ประวัติการใช้สารเสพติดและประวัติการบาดเจ็บที่ศีรษะ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน คือ ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร และระดับ HbA1c

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ด้วยแบบประเมิน 9 คำถาม (9Q) โดยถามถึงอาการที่เกิดขึ้นในระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา (กรมสุขภาพจิต, 2557) แปลความหมายดังนี้ คะแนนน้อยกว่า 7 หมายถึง ไม่มีอาการของภาวะซึมเศร้า คะแนน 7-12 หมายถึง มีอาการของภาวะซึมเศร้าระดับน้อย คะแนน 13-18 หมายถึง มีอาการของภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางและคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 19 หมายถึง มีอาการของภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) โดยถามถึงอาการที่เกิดขึ้นในระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ซึ่งอาศัยเกณฑ์การวินิจฉัยตามระบบ Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders fourth edition (DSM-IV) พบว่า ผู้ที่มีคะแนนรวมตั้งแต่ 7 ขึ้นไป ถือว่ามีภาวะซึมเศร้า (sensitivity=0.84, specificity=0.93) (กรมสุขภาพจิต, 2557)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ระยะเวลาเตรียมการ หลังจากโครงร่างวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัยผ่าน

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลานสกาเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้ ณ คลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลรวมทั้งขออนุญาตในการเก็บข้อมูลจากประชากรกลุ่มตัวอย่าง

2. ระยะดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างโดยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัยโดยละเอียด วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงการรักษาความลับและประโยชน์ที่จะได้รับก่อนเข้าร่วมการวิจัย โดยผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิในการปฏิเสธและ/หรือยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ สำหรับการนำเสนอผลการวิจัยในรายงานการศึกษาจะนำเสนอในภาพรวม เพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น ไม่มีการระบุชื่อหรือข้อมูลเป็นรายบุคคลและถูกทำลายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย หลังจากนั้นเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับวิจัย และสอบถามถึงความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิให้กลุ่มตัวอย่างทราบและเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย จึงให้ลงนามในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่าง เข้าสู่ขั้นตอนการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล โดยมีการตรวจสอบความสมบูรณ์และความครบถ้วนของข้อมูล หลังจากนั้นได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยมีรายละเอียดในการวิเคราะห์ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยสถิติเชิงพรรณนาได้แก่ จำนวน ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานแล้วนำเสนอผลการวิจัยในรูปแบบของตารางและการบรรยาย

2. วิเคราะห์ปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยสถิติอนุมาน (inferential statistics) โดยใช้ค่า Odds ratio, 95%CI, multiple logistic regression

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราชหมายเลขรับรองเลขที่ 029/2565

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างมีทั้งหมด 342 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 76.60 มีช่วงอายุที่มากที่สุด คือ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 63.74 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 56.30 รองลงมา หย่า/แยกกันอยู่ ร้อยละ 38.30 ศาสนาพุทธ ร้อยละ 99.40 ระดับการศึกษา ประถมศึกษา ร้อยละ 72.50 มัธยมศึกษา ร้อยละ 11.70 อาชีพ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 43.60 เกษตรกรรม ร้อยละ 34.50 รายได้ต่อเดือน ไม่เกิน 5,000 บาท ร้อยละ 61.10 ที่มาแหล่งรายได้ หารายได้เอง ร้อยละ 55.60 บุตรหลานคู่สมรส ร้อยละ 39.80 ความพอเพียงของรายได้ ร้อยละ 83.30 สมาชิกในครัวเรือน จำนวน 1-2 คน ร้อยละ 49.70 จำนวน 3-4 คน ร้อยละ 36.80 ไม่มีประวัติการสูญเสียของครอบครัวในรอบ 1 ปี ร้อยละ 96.80 ไม่มีประวัติติดยาเสพติด ร้อยละ 100 และไม่มีประวัติการบาดเจ็บที่ศีรษะ ร้อยละ 98.50

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกาย

อยู่ในช่วง 18.5-24.5 คิดเป็นร้อยละ 56.10 ส่วนใหญ่ระยะเวลาของการเป็นโรคเบาหวาน มากกว่า 7 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.93 ส่วนใหญ่มีโรคอื่นร่วมคิดเป็นร้อยละ 89.20 ได้แก่ ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 74.30 และ 73.10 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน คิดเป็นร้อยละ 80.40 มีภาวะแทรกซ้อน คิดเป็นร้อยละ 19.60 โดยมีภาวะ Diabetic retinopathy และ Nephropathy คิดเป็นร้อยละ 15.80 และ 3.80 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีการควบคุมอาหาร คิดเป็นร้อยละ 95.90 ส่วนใหญ่มีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ คิดเป็นร้อยละ 85.70 ส่วนใหญ่ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารน้อยกว่า 130 mg% คิดเป็นร้อยละ 57.90 และส่วนใหญ่มีระดับ Hba1c น้อยกว่า 7 mg% คิดเป็นร้อยละ 64.60 และมากกว่า 7 mg% คิดเป็นร้อยละ 35.40

ส่วนที่ 3 ผลการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการคลินิกเบาหวานที่โรงพยาบาลลานสกา โดยใช้แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม ความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการคลินิกเบาหวานที่โรงพยาบาลลานสกา จากการประเมินโดยใช้แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม เท่ากับ ร้อยละ 15.20 (จำนวน 52 ราย) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย ร้อยละ 14.32 มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง ร้อยละ 0.88 โดยกลุ่มตัวอย่างไม่พบอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ผลการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการคลินิกเบาหวานที่โรงพยาบาลลานสกา โดยใช้แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม

ผลการประเมินภาวะซึมเศร้า	จำนวน (คน) N=342	ร้อยละ
ภาวะซึมเศร้า		
ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า	290	84.80
มีอาการโรคซึมเศร้า	52	15.20
คะแนนจากการประเมินโรคซึมเศร้า (คะแนน)		
< 7 ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า	290	84.80
7-12 มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย	49	14.32
มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง	3	0.88

*ไม่พบอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลลานสกา ได้แก่ สถานภาพสมรสคู่ รายได้ไม่

เพียงพอ ประวัติการสูญเสียของครอบครัวในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ดัชนีมวลกาย พฤติกรรมการออกกำลังกาย และระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลลานสกา

ปัจจัยศึกษา	โรคซึมเศร้า จำนวน (ร้อยละ)			OR	95%CI	p-value
	โรคซึมเศร้าทั้งหมด	ระดับน้อย	ระดับปานกลาง			
สถานภาพสมรส	36 (19.0)	34 (17.9)	2 (1.1)	0.6	0.12 - 3.02	0.001
ความเพียงพอของรายได้	30 (10.5)	28 (9.8)	2 (0.7)	0.2	0.10 - 0.50	0.001
ประวัติการสูญเสียของครอบครัวในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา	46 (13.9)	43 (13.0)	3 (0.9)	0.2	0.03 - 0.87	0.001
ดัชนีมวลกาย	22 (26.2)	22 (26.2)	0 (0.0)	1.5	0.55 - 4.01	0.001
พฤติกรรมการออกกำลังกาย	12(24.5)	9 (18.4)	3(6.1)	1.1	0.31 - 3.97	0.013
ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร	21 (10.6)	20 (10.1)	1 (0.5)	0.6	0.29 - 1.2	0.005

*ทดสอบโดย Logistic regression analysis (p<0.05) #ไม่พบอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง

อภิปรายผล

1. ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลลานสกา คิดเป็นร้อยละ 15.20 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานของไทยซึ่งอยู่ในช่วงร้อยละ 11-30 (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และคณะ, 2557, มนัญญา ภิรมย์, 2565, ชัยพลชัย วรเริ่มสกุลและคณะ, 2561, อาคม บุญเลิศ, 2559)

2. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลลานสกา ได้แก่

2.1 สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 56.30 และพบภาวะซึมเศร้าร้อยละ 19.0 เนื่องจากความสัมพันธ์ระหว่างภาวะ

ซึมเศร้ากับความทุกข์ใจจากสัมพันธ์ภาพของชีวิตคู่เป็นปัจจัยด้านลบที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าและทำให้ภาวะซึมเศร่าคงอยู่ ได้แก่ ความเศร้า การสูญเสียความรู้สึกที่เคยมีความสุขในการทำกิจกรรมต่าง ๆ มีความรู้สึกไร้ค่าหรือความรู้สึกผิด มีความคิดเรื่องอยากตายหรือการฆ่าตัวตาย และผลของปัจจัยที่จะช่วยทำให้เกิดการสนับสนุนความใกล้ชิดและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลคือการมีสัมพันธ์ภาพของชีวิตคู่ที่ดี ซึ่งต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบปฏิสัมพันธ์เชิงลบแล้วเพิ่มการสนับสนุนความสัมพันธ์ที่เกื้อกูลกันของชีวิตคู่ มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าสถานภาพสมรสคู่สามารถช่วยผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าได้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ (ศุภพงศ์ ไชยมงคล, 2559, สุชาติดา แซ่ลิ้ม, 2562, สุจรรยา แสงเขียวงาม, 2560, นางลักษณ์ วิชัยรัมย์และคณะ, 2563)

2.2 ความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ (กุลธิดา ดวงเนตร, 2564, อิศรย์ ศิริวรรณกุลธรและคณะ, 2564, สุชาติา แซ่ลิ้ม, 2562) พบว่า ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ส่งผลต่อการดำรงชีวิตอย่างมีความสุข เหตุนี้การมีรายได้ไม่เพียงพอจึงเกิดผลกระทบทางจิตใจทำให้เกิดความเครียดความทุกข์ใจในการใช้ชีวิต (จิตรรา รงชัยชนะและคณะ, 2561) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 41.7) มีรายได้ต่อเดือนไม่เกิน 5,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 61.10) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (ชนิดาวดี สายันและคณะ, 2563) ที่ศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคเรื้อรังชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าความเครียดเพิ่มขึ้นการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยรวมทุกด้านจะเพิ่มขึ้นด้วยโดยเฉพาะปัญหาเงินไม่พอใช้ ซึ่งไม่สอดคล้องโดยการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย (ร้อยละ 83.30) อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความแตกต่างกัน เช่น การศึกษา อาชีพและผู้ดูแลซึ่งส่งผลต่อความเพียงพอของรายได้ของกลุ่มตัวอย่างได้

2.3 ประวัติการสูญเสียของครอบครัวในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของ (สิริสุตาและทักษิภา, 2561) พบว่า ความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวและการสูญเสียบุคคลใกล้ชิด ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและภาวะสุขภาพ ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตได้ และสอดคล้องกับการวิจัยของ (มณีรัตน์ เอี่ยมอนันต์, 2562) พบว่า การเผชิญกับการสูญเสียของบุคคลในครอบครัวเกิดผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

2.4 ผู้ป่วยเบาหวานที่มีพฤติกรรมไม่ออกกำลังกายเลยมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า เพราะการออกกำลังกายมีประโยชน์ต่อร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพราะการออกกำลังกายจะช่วยเพิ่มความไวของอินซูลิน จะกระตุ้นร่างกายให้ใช้น้ำตาลและช่วยให้กล้ามเนื้อใช้กลูโคสอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีลดหรือชะลอการเกิดโรคต่าง ๆ ได้ การออก

กำลังกายอย่างสม่ำเสมอไม่เพียงแต่จะช่วยทำให้สุขภาพทางด้านร่างกายดีเท่านั้น ยังมีมีอิทธิพลทางบวกต่อสุขภาพทางด้านจิตใจ ส่งผลให้บุคคลมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้นเพิ่มความภูมิใจและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีหลักฐานจากการศึกษาหลายงานที่ชี้ว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอมีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่ออกกำลังกาย (อิสริย์ ศิริวรรณกุลธรและคณะ, 2564)

2.5 ดัชนีมวลกาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างอ้วนระดับ 2 (BMI = 25-29.9 kg/m²) (ร้อยละ 29.4) ซึ่งพบว่าดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ (รัตติกาล พรหมพาทกุลและคณะ, 2563) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะเสี่ยงทางสุขภาพของผู้สูงอายุ โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดไม่มีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกาย ซึ่งอาจเป็นเพราะรูปร่างและน้ำหนักตัวไม่มีผลต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้กับการดำรงชีวิตได้ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีน้ำหนักเกินและอ้วน

2.6 ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สอดคล้องกับการศึกษาของมณีรัตน์ เอี่ยมอนันต์ (2562) พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่รับการรักษาในคลินิกเบาหวานร้อยละ 53.30 มีระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารที่สูง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารได้จะมีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานได้ง่าย ทั้งนี้เมื่อเกิดโรคแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดและส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ และสอดคล้องกับ (กานต์ชนก สุทธิผล, 2565, จารุวรรณ ไม้ตระกูลและคณะ, 2562, ดวงใจ พันธอารีวัฒนา, 2561) พบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารมีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เนื่องจากช่วงที่ทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยส่วนใหญ่ทราบผลของระดับน้ำตาลแล้ว ซึ่งส่วนหนึ่งไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของตนได้ เนื่องจากไม่ปฏิบัติ

ตามคำแนะนำของแพทย์ทำให้รู้สึกเครียดได้ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของชลวิภา สุกข์ขณานุรักษ์และคณะ (2559) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์แบบกลับทางกับระดับน้ำตาลสะสมในเลือดหรือไม่รู้สึกเครียดกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความเครียดระดับปานกลางร้อยละ 54.8 อยู่แล้วทำให้ไม่รู้สึกเครียดกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร

จากการศึกษาครั้งนี้ทำให้เห็นว่าควรให้ความสำคัญในการคัดกรองและรักษาภาวะซิมเศร่าและแนะนำการจัดการความเครียดแก่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของโรคซิมเศร่า

ข้อเสนอแนะ

1. ควรส่งเสริมให้มีการตรวจคัดกรองภาวะซิมเศร่าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างเป็นประจำ เพื่อทำให้เกิดการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ได้ทันที่และส่งต่อเพื่อเข้ารับการรักษาต่อไป
2. ควรมีการเฝ้าระวังภาวะซิมเศร่าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะดังต่อไปนี้ ได้แก่ สถานภาพความเพียงพอของรายได้ สูญเสียของครอบครัวในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา ระดับดัชนีมวลกาย พฤติกรรมการออกกำลังกายและระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร เนื่องจากมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะซิมเศร่า

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.(2563). รายงานจำนวนผู้ป่วยโรคซิมเศร่า สืบค้นวันที่ 16 เมษายน 2565 เข้าถึงได้จาก: URL:http://www.thaidepression.com/www/data_network.php.
- กรมสุขภาพจิต.(2557). แนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซิมเศร่าระดับจังหวัด. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค. (2562). รายงานประจำปี 2564 กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.นนทบุรี:กรมควบคุมโรค.
- กานต์ชนก สุทธิผล. (2565). ปัจจัยที่มีผลต่อการคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2 ศูนย์สุขภาพชุมชนประชาชนเคราะห์โรงพยาบาลราชบุรี.มหาราชนครศรีธรรมราชเวชสาร .5 (2),1-12.
- กุลธิดา ดวงเนตร. (2564). ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซิมเศร่าในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในหน่วยบริการบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ.วารสารการแพทย์โรงพยาบาล ศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์,36(1): 13-24.

3. ควรส่งเสริมให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานภาวะซิมเศร่า แก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อช่วยกันดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและเฝ้าระวังการเกิดภาวะซิมเศร่า

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. จากผลการศึกษาที่ได้ควรมีการคัดกรองประชากรกลุ่มอื่น ๆ ที่เสี่ยงต่อภาวะซิมเศร่า เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยไตวาย โรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มผู้พิการติดบ้านติดเตียง
2. มีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาถึงรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในหน่วยปฐมภูมิให้มีระดับภาวะซิมเศร่าที่ลดลง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่ส่งเสริมงานวิจัยในโรงพยาบาลที่งานสหวิชาชีพ คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลลานสกา ที่สนับสนุนและช่วยเหลือให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี และขอขอบคุณผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย นอกจากนี้ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ฝ่ายวิชาการสาธารณสุขจังหวัด นครศรีธรรมราชทุกท่านที่กรุณาให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ทำให้งานวิจัยนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยขอระลึกถึงและขอบคุณเป็นอย่างยิ่งไว้ ณ โอกาสนี้ด้วย

- จารุวรรณ ไผ่ตระกูลและคณะ. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลศูนย์แพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ตำบลองครักษ์ อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 29(2): 21-31.
- จิตรรา อารงชัยชนะและคณะ. (2561). สถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมีเศร่าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตจังหวัดขอนแก่น.วารสารแพทยธานี.45(3) 6613-631.
- ดวงใจ พันธุ์อารีวัฒนา. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมค่าน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ใน โรงพยาบาลบางแพะ จังหวัดราชบุรี.วารสารแพทย์เขต 4-5 2561;37(4):294-305.
- ผกามาศ เพชรพงศ์. (2562).ภาวะซีมีเศร่าในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานในอำเภอยะบารมีจังหวัดพิจิตร, วารสารโรคและภัยสุขภาพ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์,13(2):25-36.
- ชัยพงษ์ วรเริ่มสกุลและคณะ, (2561). ภาวะซีมีเศร่าในผู้ป่วยเบาหวาน. วารสารโรงพยาบาลนครพนม, 2(3): 64-74
- ชลวิภา สุลักษณ์านุรักษ์และคณะ. (2559). ความสัมพันธ์ของภาวะซีมีเศร่าและความเครียดกับระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน ของโรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. ศรีนครินทร์เวชสาร 2559; 31(1): 34-46.
- ชนิตาวดี สายืนและคณะ. (2563). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคเรื้อรังชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร, 23(3): 67-76.
- นงลักษณ์ วิชัยรัมย์และคณะ. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ป่วยเบาหวานในเขตตำบลหนองแก้ว อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ.วารสารวิชาการเฉลิมกาญจนา, 7(1):43-50.
- มนิรัตน์ เอี่ยมอนันต์. (2562). ภาวะซีมีเศร่าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน.วารสารพยาบาล,68(1):58-65.
- มณัญญา ภิรมย์. (2565).ความสัมพันธ์ของความเครียดและภาวะซีมีเศร่าต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสามัคคี จังหวัดมหาสารคาม.วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 19 (3): 125-136.
- มาติกา รัตนา. (2559). ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซีมีเศร่าในผู้สูงอายุจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์ ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกการจัดการบริการสาธารณสุข,คณะสาธารณสุขศาสตร์,บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยและสมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย. (2560). แนวทางเวชสำหรับโรคเบาหวาน. กรุงเทพมหานคร:บริษัท ร่มเย็น มีเดียจำกัด.
- รินทร์หทัย กิตติธรรารุจน์และรัชนิกร ทบประดิษฐ์.(2562). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซีมีเศร่าในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มาใช้บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสระตะเคียน อำเภอเสิงสาง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารการพัฒนาชุมชนและคุณภาพชีวิต, 7(1):69-80.
- รัตติกาล พรหมพาหุกุลและคณะ. (2563). ผลของโปรแกรมการกำ กับตนเองต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดไม่ได้. Nursing Science Journal of Thailand,38(2):32-45.
- วรัชยา ทัดหล่อและคณะ. (2555). ปัจจัยทำนายภาวะซีมีเศร่าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตชุมชนเมือง จังหวัดชลบุรี. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 20(1): 57-69.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจและคณะ. (2557). ความชุกและปัจจัยทำนายภาวะซีมีเศร่าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2, วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 59(3):287-298.
- สายฝน เอกวางกูร.(2553) รู้จัก เข้าใจ ดูแล ภาวะซีมี เศร่า. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.

- สุจรรยา แสงเขียวงาม. (2560). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงคำพร้อย อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น.
- สุชาติ แซ่ลิ้ม. (2562). ความชุกปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในอำเภอเมืองจังหวัดระนอง. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 , 33(1):193-202.
- สิริสุดา เตชะวิเศษ และทักษิภา ชัชวรัตน์. (2561). ปัจจัยทำนายสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง ตำบลบ้าน ต่อม อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและสุขศึกษา, 9(3), 81-95.
- โสภณ แสงอ่อน, พรเพ็ญ สำเภา และพรทิพย์ มาลาธรรม. (2562). ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน. วารสารพยาบาล, 68 (1):58-65.
- อมรรัตน์ รักฉิม, สงวน ลือเกียรติบัณฑิต, วรณัฐ แสงเจริญ. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลปากน้ำ จังหวัดนครศรีธรรมราชใน; การประชุมวิชาการระดับชาติ “วลัยลักษณ์วิจัย” หัวข้อวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 27-28 มีนาคม 2561.
- อาคม บุญเลิศ. (2559). ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนเขตรับผิดชอบของสถานบริการปฐมภูมิสามเหลี่ยมจังหวัดขอนแก่น. ศรีนครินทร์เวชสาร, 31(1):25-33.
- อิสริย์ ศิริวรรณกุลธร. (2564). ความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุคลินิกผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 29(1):1-11.
- ศิระ เมืองไทย. (2556). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่ายโรงพยาบาลศรีสะเกษ. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 28(2): 109-120.
- ศุภพงศ์ ไชยมงคล. (2560). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลคอนสาร. ชัยภูมิเวชศาสตร์, 36(1): 60-76.
- Beck, A T. (1967). Depression: Clinical experimental, and theoretical aspects. New York: Hoeber Medical Division.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J. & Grebb, J.A. (1994). Kaplan and Sadock synopsis of psychiatry: Behavioral Sciences clinical psychiatry. Maryland: Williams & Wilkins.
- World Health Organization. (2014). Global status report on noncommunicable diseases. (WHO/NMH/NVL/15.1). World Health Organization

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 หรือเกี่ยวกับความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีที่เหมาะสม ในงานสาธารณสุข และการบริการด้านสุขภาพ
- บทความอื่น ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม

สำนักงาน :

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

ลิขสิทธิ์ :

ต้นฉบับที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ ถือเป็นลิขสิทธิ์ของศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช และผลงานวิจัยของผู้เขียนต้องมาจากกระบวนการนิพนธ์ของท่านโดยจริงแท้

ความรับผิดชอบ :

เนื้อหาต้นฉบับที่ปรากฏในวารสารเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียน ทั้งนี้ ไม่รวมความผิดพลาด อันเกิดจากเทคนิคการพิมพ์

กำหนดการส่งต้นฉบับ :

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



กองสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT

ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช

13 ถนนพัฒนาการคูขวาง ตำบลโนเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช 80000

โทรศัพท์ 075-446354, 075-446005 โทรสาร 075-446291

<https://hss.moph.go.th/webs/phcsn> Facebook: ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช

Line ID : 0813705370