

วารสาร

สาธารณสุขมูลฐานภาคใต้



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 38 ฉบับที่ 1 ประจำเดือน ตุลาคม - ธันวาคม 2566



คำแนะนำการเตรียมและหลักเกณฑ์การจัดทำและส่งต้นฉบับ วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้

SOUTHERN REGIONAL PRIMARY HEALTH CARE JOURNAL

วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ เป็นวารสารรองรับการเผยแพร่บทความวิจัย และบทความวิชาการ ด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ของหน่วยงานต่างๆ ในกระทรวงสาธารณสุข, หน่วยงานราชการอื่นที่เกี่ยวข้องด้านสาธารณสุข, องค์กรเอกชน, ตลอดจนภาคีเครือข่ายต่างๆ

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)

5. การทำหนังสือนำส่ง

5.1 หน่วยงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

- โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลศูนย์ ลงนามโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือเทียบเท่า

- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ลงนามโดยนายแพทย์สาธารณสุข จังหวัดหรือเทียบเท่า

5.2 หน่วยงานการศึกษา ลงนามโดยคณบดีขึ้นไป

5.3 หน่วยงานภาคเอกชน/ภาคีเครือข่าย ลงนามโดยผู้บริหารองค์กรที่สังกัด

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช

13 ถนนพัฒนาการคูขวาง ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช 80000

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

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

6. กำหนดเผยแพร่ (ปีละ 4 ครั้ง)

ฉบับที่ 1 ประจำเดือน ตุลาคม – ธันวาคม

ฉบับที่ 2 ประจำเดือน มกราคม – มีนาคม

ฉบับที่ 3 ประจำเดือน เมษายน – มิถุนายน

ฉบับที่ 4 ประจำเดือน กรกฎาคม - กันยายน

7. สิทธิของกองบรรณาธิการ

ในกรณีที่บรรณาธิการ หรือผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งได้รับเชิญให้เป็นผู้ตรวจบทความวิจัยหรือบทความทางวิชาการ มีความเห็นว่าควรแก้ไขต้นฉบับ ทางกองบรรณาธิการจะส่งต้นฉบับให้ผู้เขียนพิจารณา จัดการแก้ไขให้ก่อนตีพิมพ์ ทั้งนี้กองบรรณาธิการจะยึดถือความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิเป็นเกณฑ์

8. กองบรรณาธิการจะไม่ส่งต้นฉบับคืนให้ ไม่ว่าบทความวิจัยหรือบทความวิชาการนั้นจะได้รับการลงพิมพ์หรือไม่

9. ต้นฉบับจะต้องมีชื่อผู้เขียน ผู้เรียบเรียงหรือผู้แปล โดยแจ้งชื่อ นามสกุลจริง ตำแหน่งผู้เขียนบทความ สถานที่ทำงานและหมายเลขโทรศัพท์หรืออีเมล ที่สามารถติดต่อได้สะดวก

U T U R R N A R I K A R

วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ ฉบับนี้เป็นปีที่ 38 ฉบับที่ 1 ประจำเดือน ตุลาคม – ธันวาคม 2566 เป็นช่วงของการเริ่มต้นปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ทุกส่วนราชการเริ่มขับเคลื่อนนโยบายของรัฐบาล โดยหนึ่งในนโยบายกระทรวงสาธารณสุข Quick Win 100 วัน ซึ่งสร้างขวัญกำลังใจให้กับบุคลากรสาธารณสุข คือการกำหนดตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ นับเป็นการสร้างแรงจูงใจและขวัญกำลังใจให้บุคลากรยังอยู่ในระบบ ลดภาวะสมองไหล และการลาออกจากราชการลงได้ อันจะส่งผลดีต่อการให้บริการประชาชนต่อไป โดยวารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ได้เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในการสนับสนุนโอกาสและความก้าวหน้าของเครือข่ายบุคลากรสาธารณสุขผ่านการตีพิมพ์ผลงานวิชาการของบุคลากรเพื่อประกอบการประเมินผลงานเพื่อเลื่อนระดับที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่องเสมอมา

วารสารฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความเพียรพยายามของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง จึงขอขอบพระคุณท่านผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาเสียสละเวลาอ่านบทความวิชาการ และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นคุณูปการต่อการยกระดับมาตรฐานทางวิชาการให้กับงานวิจัย เจ้าของผลงานวิจัยที่ทุ่มเทความรู้ ความสามารถในการดำเนินการวิจัย เพื่อให้งานวิจัยมีมาตรฐานทางวิชาการ กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า วารสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพงานวิจัย และการเผยแพร่ผลงานสู่วงกว้างมากขึ้น และยินดีรับข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาคุณภาพของวารสารต่อไปในอนาคต

สารบัญ

ทิศทาง/นโยบาย

- Quick Win 13 นโยบายสาธารณสุข ปี 67 8

งานวิจัย - ผลงานวิชาการ - บทความวิชาการ

- ผลของโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่บ้านในผู้มีอาการ Long COVID ที่มีปัญหาระบบทางเดินหายใจต่อ สภาวะอาการและคุณภาพชีวิตของบุคลากรสาธารณสุข โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช 11
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ตำบลหนองบัว อำเภอรัชฎา จังหวัดตรัง 21
- การพัฒนาการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในสถานพยาบาลเอกชน จังหวัดระนอง 31
- การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เทศบาลเมืองดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี 44
- ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลปกาสัย อำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ 57
- การพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินด้วยระบบ Interfacility Patient Transfer โรงพยาบาลกันตัง จังหวัดตรัง 69
- การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการฝากครรภ์ล่าช้าในเครือข่ายสุขภาพ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช 80
- การรับรู้และการปฏิบัติตามบทบาทของ อสม.หมอบประจำบ้าน ในพื้นที่อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช 89

Quick Win 13 นโยบายสาธารณสุข ปี 67



นโยบาย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2567

ยกระดับ 30 บาท พลัส
Quick Win 100 วัน



1 โครงการพระราชดำริฯ/ เฉลิมพระเกียรติ/ ที่เกี่ยวข้อง พระบรมวงศานุวงศ์

- โครงการราชทัณฑ์บิณฑบาต
คัดกรองบะเร็นในผู้ต้องขังทุกท่าน
- โรงพยาบาลจังหวัดยะลาแบบ (รพส./รพท.)
- สุทธิภาพพระราชทาน ผ่านการรับรอง
คุณภาพทุกแห่ง

- โครงการเฉลิมพระเกียรติฯ 72 พรรษา (ไตรมาส 2)
- 1) เฉลิมพระเกียรติฯ 72,000 วัน
- 2) นำดีดัดกระทา 7,200 คน
- 3) พันไม้อายุ 72,000 คน
- 4) ฉกฉกบะเร็นในพื้นที่ไกล 720 อำเภอ
- 5) ดูแลสุขภาพพระบาทสมเด็จพระ 72,000 รูป (รพส.)
- 6) อาหารผู้เฒ่าบะเร็นทุกหมื่น
เฉลิมพระเกียรติฯ 72 พรรษา 72 วัน

2 sw. กทม. 50 เขต 50 sw. และปริมาณพล

- จัดตั้ง sw. 120 เข้ม
ในเขตควบคุมเมือง / อ.เมือง จ.เชียงใหม่



3 สภากาชาด/ ยาเสพติด

- จัดตั้งศูนย์บริการผู้ประสบเหตุและยาเสพติด
และยาเสพติด ทุกจังหวัด
- มีห้องผู้ป่วยจิตเวช ทุกจังหวัด
- มีกลุ่มงานจิตเวช ทุกอำเภอ

4 มะเร็งครบวงจร

- ให้ความรู้ HPV ในหญิงวัย 11 – 20 ปี 1 ล้านคน
- คัดกรองมะเร็งในไฉ้น 100,000 คน
- มี Cancer Warrior ทุกจังหวัด



5 สร้างขวัญ และกำลังใจ บุคลากร

- มี CareD+ Team ในหน่วยบริการระดับ
และบรรพชาบาล 3,000 ตำแหน่ง
- กำหนดค่าตอบแทนพยาบาล
อำนาจการแพทย์
- แผนพัฒนาระบบวัฒนธรรม
ให้สัมพันธ์กันระหว่างสาขาวิชา

แก้ปัญหา

6

การแพทย์ปฐมภูมิ

- ตรวจโรค รับยา Telemedicine
ใกล้บ้าน 1 จังหวัด 1 sw.
- อนามัยโรงเรียน (ครู หมอ พ่อแม่)
1 อำเภอ 1 โรงเรียน



6 สาธารณสุข ชายแดนและ พื้นที่เฉพาะ

- ไข้หวัดใหญ่ เอชไอวี Real Time
บุคลากรที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ
- สงครามเย็น พัฒนาการเข้าถึงบริการ
ในกลุ่มประชากรเฉพาะ



8

สถานชิวากิบาล

- จัดตั้งสถานชิวากิบาล จังหวัดละ 1 แห่ง
- จัดตั้ง Hospital at Home จังหวัดละ 1 แห่ง
- จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ ทุก sw.



พัฒนา รพช. แม่ข่าย

- กำหนดเป้าหมาย sw. แม่ข่าย
- จัดทำแผนพัฒนา รพช. แม่ข่าย
- พัฒนาศักยภาพการวินิจฉัย
ด้วย CT/MRI (18/26)



วางรากฐาน

ดิจิทัลสุขภาพ

- บัตรประชาชนในมือ รักษาได้ทุกที่
4 เขตสุขภาพ
- 200 sw.อัจฉริยะ ทั่วประเทศ
- Virtual Hospital 1 แห่ง



11 ส่งเสริมการมีบุตร

- แร่ธาตุในครรภ์แม่มาคี ครอบคลุมระดับ
ภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง
- มีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร 1 จังหวัด 1 แห่ง
- คัดกรองโรคหายากในการตั้งครรภ์ 24 โหล



เศรษฐกิจสุขภาพ

- Blue Zone เขตสุขภาพละ 1 แห่ง
- ศูนย์ Wellness Center 500 แห่ง
- การอนุญาตผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน 100 รายการ
- สร้างงาน สร้างอาชีพ (มูลค่า 5,000 คน/
Caregiver 5,000 คน/ Care Assistant 1,000 คน)



12

13 นักท่องเที่ยวปลอดภัย

- Safety Tourist
เขตสุขภาพละ 1 พื้นที่
- One Region One Sky Doctor



สร้างเศรษฐกิจ

R.11 21/09/2566

วันที่ 22 ก.ย. 2566 นพ.ชลน่าน ศรีแก้ว รวม.สาธารณสุข (สธ.) พร้อมด้วย นายสันติ พร้อมพัฒน์
รมช.สาธารณสุข นพ.โอภาส การย์กวินพงศ์ ปลัด สธ. นายวิชาญ มินชัยนันท์ ที่ปรึกษา รวม.สธ. ได้ประชุมมอบนโยบาย
กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2567 ภายใต้แนวคิด “ที่เล่าให้ห้องฟัง รวมพลังแล้วไปต่อ” แก่ผู้บริหารระดับสูง สธ.
จากส่วนกลางและส่วนภูมิภาค 13 เขตสุขภาพ จำนวน 500 คน รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทั่วประเทศ
กว่า 5 แสนคน



นพ.ชลน่าน กล่าวว่า สำหรับ Quick Win 100 วันที่จะเร่งรัดให้เห็นผลลัพธ์โดยเร็วมี 5 เรื่อง คือ 1) โครงการพระราชดำริ โดยคัดกรองมะเร็งในผู้ต้องขังทุกคน พัฒนาโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช และโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ เป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะต้นแบบ และสุขาสุลาพระราชทานผ่านการรับรองคุณภาพทุกแห่ง รวมทั้งขับเคลื่อนโครงการเฉลิมพระเกียรติ 72 พรรษา พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ไตรมาส 2 ทั้งแนวต่าผู้สูงอายุ 7.2 หมื่นอัน ผ่าตัดต่อกระดูก 7,200 ดวง ฟันเทียม 7.2 หมื่น คน ออกหน่วยฟันที่ห่างไกล 720 อำเภอ ดูแลสุขภาพพระภิกษุสงฆ์ 7.2 หมื่นรูป และอาคารผู้ป่วยนอกเขตเมืองเฉลิมพระเกียรติ 72 พรรษา 72 แห่ง 2) ดิจิทัลสุขภาพ บัตรประชาชนใบเดียวรักษาได้ทุกที่ นำร่อง 4 เขตสุขภาพ 3. สร้างขวัญและกำลังใจบุคลากร โดยมี Care D+ Team ในหน่วยบริการทุกระดับ 4. โรงพยาบาลกทม. 50 เขต 50 โรงพยาบาลและปริมณฑล โดยจัดตั้ง โรงพยาบาล 120 เตียงในเขตตอนเมือง และ 5. สถานชิวาภิบาล จัดตั้งจังหวัดละ 1 แห่ง Hospital at Home จังหวัดละ 1 แห่ง และคลินิกผู้สูงอายุทุกโรงพยาบาล

นพ.ชลน่าน กล่าวต่อไปว่า สธ. มีภารกิจดูแลสุขภาพคนไทยทั้งประเทศให้แข็งแรง เป็นพื้นฐานสำคัญในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจและประเทศ จากนั้นขอให้ร่วมมือกันยกระดับ 30 บาทพลัสให้พัฒนาอย่างก้าวกระโดด ต้องพร้อมรับมือความท้าทายจากสถานการณ์ที่มีความไม่แน่นอนสูง เช่น สังคมสูงวัยแบบสมบูรณ์ อัตราการเกิดที่ลดลงขาดแคลนแรงงานในอนาคต ภาวะโลกร้อนสูญยุคโลกเดือด ฝุ่น PM 2.5 ภัยคุกคามทางไซเบอร์ เป็นอาทิ ด้วยการรวมพลังเพื่อฟื้นฟู เปลี่ยนวิกฤตไปสู่อโอกาส

ทั้งนี้ การขับเคลื่อนสาธารณสุขไทยต่อจากนี้ จะเป็นสาธารณสุขยุคใหม่ โดยจะปรับระบบบริการสุขภาพให้ประชาชนเป็นศูนย์กลาง ต่อยอดเศรษฐกิจไทย เติมเต็มบริการสุขภาพเพื่อประชาชน ยกกระต่าการดูแลสุขภาพที่ดีทั้งกาย ใจ ปัญญา สังคม เชื่อมกันทุกมิติ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุม รักษา และฟื้นฟู ด้วยนโยบาย 30 บาทพลัส เพิ่มคุณภาพชีวิตประชาชนทุกคน ทุกกลุ่ม ทุกพื้นที่

13 ประเด็นสำคัญ ของนโยบาย 30 บาท พลัส แต่ละนโยบายประกอบด้วย

1. พัฒนางานสาธารณสุขตามแนวพระราชดำริและโครงการเฉลิมพระเกียรติของพระบรมวงศานุวงศ์ทุกพระองค์ คือ คัดกรองมะเร็งผู้ต้องขังทุกราย ,รพ.อัจฉริยะต้นแบบในรพ.เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 10 แห่ง และรพ.เทรัตนเวชชานุกูลฯ อ.แม่แจ่ม จ.เชียงใหม่ ,สุขาสุลาพระราชทานผ่านการรับรองคุณภาพทุกแห่ง
2. โรงพยาบาล กทม. 50 เขต 50 โรงพยาบาล และปริมณฑล ขนาด 120 เตียง จะประกาศตั้งรพ.แรกในเขตตอนเมือง ซึ่งจะมีการก่อสร้างใหม่ ส่วนงบประมาณอยู่ระหว่างการพิจารณา
3. สุขภาพจิต/ยาเสพติด ให้มีมินิธัญญารักษ์ดูแลบำบัดผู้ติดยาเสพติดทุกจังหวัด และงานจิตเวชทุกอำเภอ
4. มะเร็งครบวงจร ฉีดวัคซีน HPV ป้องกันมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มอายุ 11-20 ปี หรือระดับชั้นป.5- มหาวิทยาลัยปี 2 จำนวน 1 ล้านโดส ในเดือนตุลาคมนี้ ,คัดกรองพยาธิใบไม้ตับ 1 แสนคนในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
5. สร้างขวัญกำลังใจบุคลากร มีการตั้งทีมแคร์ดีพลัสในสถานบริการทุกระดับ ด้วยการให้ความรู้ ความเข้าใจระบบสุขภาพกับญาติและคนไข้ โดยเฉพาะในแผนกฉุกเฉินและส่วนงานที่มีความแออัด ,บรรจุข้าราชการพิเศษครบทุกตำแหน่ง และได้รับสิทธิเลื่อนเงินเดือนในช่วงลาศึกษาต่อ จากเดิมที่จะหยุดการขึ้นเงินเดือนไว้ 3 ปี
6. การแพทย์ปฐมภูมิ ตรวจเลือด รับยา การแพทย์ทางไกลเทเลเมดิซีน 1 จังหวัด 1 รพ. และ 1 อำเภอ 1 โรงเรียน อนามัยโรงเรียน
7. สาธารณสุขชายแดนและพื้นที่เฉพาะ ขึ้นทะเบียนเบิกจ่ายเป็นเรียลไทม์บุคคลมีปัญหสถานและสิทธิกลุ่มเฉพาะ 5 จังหวัด
8. สถานชิวาภิบาล ตั้งจังหวัดละ 1 แห่ง อาจจะในสถานที่ที่มีอยู่แล้วของพื้นที่ เช่น รพ.ชุมชน หรือวัด เป็นต้น ,Hospital @Home หรือโฮมหวอด และมีคลินิกผู้สูงอายุทุกรพ.
9. พัฒนาโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย เติมเต็มศักยภาพให้ รพช.ที่จะรับการดูแลในระดับทุติยภูมิ มีการกำหนดเป้าหมาย เพิ่มศักยภาพ วินิจฉัยโรคด้วยเครื่องซีที เครื่อง MRI

10. ดิจิทัลสุขภาพ เป็นโครงการบัตรประชาชนใบเดียว รักษาทุกโรคได้ทุกที่ โดยจะเริ่มนำร่องระยะต้น 4 เขตสุขภาพ จำนวน 27 จังหวัด ได้แก่

- เขตสุขภาพที่ 1 ครอบคลุม 8 จังหวัด เชียงใหม่ เชียงราย แพร่ น่าน พะเยา ลำปาง ลำพูน และแม่ฮ่องสอน
 - เขตสุขภาพที่ 4 ครอบคลุม 8 จังหวัด สระบุรี นนทบุรี ลพบุรี อ่างทอง นครนายก สิงห์บุรี พระนครศรีอยุธยา และปทุมธานี
 - เขตสุขภาพที่ 9 ครอบคลุม 4 จังหวัด นครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ และสุรินทร์
 - และเขตสุขภาพที่ 12 ครอบคลุม 7 จังหวัด พัทลุง ตรัง สตูล สงขลา ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส
- ซึ่งเป็นเขตสุขภาพที่มีการเสนอความร่วมมือว่าสามารถดำเนินการได้

11. ส่งเสริมการมีบุตร ตั้งคลินิกส่งเสริมการมีบุตร จังหวัดละ 1 แห่ง และคัดกรองทารกแรกเกิดจากเดิม 24 กลุ่มโรค เพิ่มเป็น 40 กลุ่มโรค

12. เศรษฐกิจสุขภาพ ประกาศให้มี Wellness Community เขตสุขภาพละ 1 แห่ง และอาจจะเพิ่มเติมเป็นรายจังหวัดที่มีความพร้อม คือ เชียงใหม่และน่าน, ขึ้นทะเบียน Wellness center 500 แห่ง, ออกใบอนุญาตผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน 100 รายการ และสร้างงานสร้างอาชีพ 500 คน เช่น นวด

13. นักท่องเที่ยวปลอดภัย ให้มีพื้นที่ Safety เขตสุขภาพละ 1 แห่ง, สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) จัดให้มี 1 เขต 1 Skydoctor



ที่มา : สำนักสารนิเทศ กระทรวงสาธารณสุข

ผลของโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่บ้านในผู้มีอาการ Long COVID
ที่มีปัญหาในระบบทางเดินหายใจต่อ สภาวะอาการและคุณภาพชีวิตของบุคลากรสาธารณสุข
โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

Effect of a home-based pulmonary rehabilitation program in long COVID
patients symptoms who have respiratory symptoms on symptomatic status and quality
of life of health personnel in Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

อรัทัย แก้วประดิษฐ์

โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

Oratai Kaewpradit

Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่บ้านในผู้มีอาการ Long COVID ที่มีปัญหาในระบบทางเดินหายใจต่อสภาวะอาการ และคุณภาพชีวิตของบุคลากรสาธารณสุข โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่าง บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนาตั้งแต่ วันที่ 1 พฤษภาคม 2565 ถึง วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2566 และมีปัญหา Long COVID ระบบทางเดินหายใจ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) ด้วยโปรแกรม G*Power กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ 0.95 ขนาด อิทธิพล (Effect size) 0.80 และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ซึ่งเป็นการ กำหนดจำนวน กลุ่มตัวอย่างน้อยที่สุดที่สามารถแสดงให้เห็นความแตกต่างในการทดสอบสมมติฐานได้ จากการ คำนวณได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 32 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่บ้านตามแผนการจัด กิจกรรม เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่บ้าน ที่ผู้วิจัยพัฒนา ขึ้นตามแนวคิดของลาร์สัน (Larson, J. L. (2007) และดอตต์และคณะ ในการจัดการกับอาการ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บ รวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินสภาวะอาการ 3) แบบวัดคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติพรรณนา และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนน สภาวะอาการ และคุณภาพชีวิต ด้วยสถิติทดสอบ Wilcoxon Signed – Rank Test

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีสภาวะอาการ และคุณภาพชีวิต ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัย สำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

คำสำคัญ : ลองโควิด, คุณภาพชีวิต, สภาวะอาการ, บุคลากรสาธารณสุข, การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่บ้าน

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effects of a home-based pulmonary rehabilitation on symptomatic status and quality of life of healthcare personnel reporting respiratory symptoms from long COVID.

The samples of this study were 32 healthcare personnel working at Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital who were infected with the coronavirus from May 1, 2022 to February 28, 2023 and experienced long COVID symptom in respiratory system such as shortness of

drawing lots from hospital personnel who met the specified qualifications. The experimental group received a home-based pulmonary rehabilitation program developed based on Dodd model for a period of six weeks. The research instruments were questionnaires consisting of three parts: 1)

personal information 2) symptom assessment form and 3) quality of life measure. Data were analyzed using Wilcoxon Signed – Rank Test

The results revealed the experimental group had a better symptomatic status and quality of life at a statistically significant level of .001 ($p < .001$).

Keywords : Long COVID, Quality of Life. Symptomatic status, Public health personnel, Home-base pulmonary rehabilitation

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคโควิด – 19 (COVID -19) เป็นโรคติดเชื้อที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (SARS-CoV-2) ที่ทุกประเทศรวมถึงประเทศไทย มีการระบาดอย่างหนักมาเป็นเวลากว่า 3 ปี ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่มีทั้งไม่แสดงอาการมีอาการแสดงแต่ไม่รุนแรง คล้ายคลึงโรคติดเชื้อไวรัสทางเดินหายใจอื่นๆ เช่น เป็นไข้ ไอ เจ็บคอ หอบเหนื่อย หายใจเร็ว เป็นต้น แต่ผู้ติดเชื้อบางส่วน อาจพบว่ามีอาการจำเพาะ เช่น สูญเสียการดมกลิ่น การรับรสเปลี่ยนไป ซึ่งส่วนใหญ่รักษาตามอาการแบบประคับประคอง ผู้ป่วยร้อยละ 5 – 8 มีพยาธิสภาพที่เนื้อปอด ทำให้ปอดมีการทำงานไม่เต็มที่ ตั้งแต่พบการติดเชื้อที่เมืองฮุอัน ประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนจีน ในเดือนธันวาคม 2562 จนถึงปัจจุบัน มีรายงานผู้ติดเชื้อทั่วโลก 513,624,000 คน และมีผู้เสียชีวิตทั้งสิ้น 6.23 ล้านรายสำหรับประเทศไทย รายงานจากกระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 30 เมษายน 2565 พบผู้ติดเชื้อทั้งสิ้น 4.24 ล้านคน ผู้เสียชีวิต 28,526 ราย (สิทธิชัย ตันติภาสวสิน, 2565)

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยพบว่า การติดเชื้อโควิด – 19 ไม่ใช่แค่ติดเชื้อ รักษาหายแล้วจบ เหมือนเช่นโรคอื่นๆ แต่พบว่ามีโอกาสเกิดภาวะภายหลังการติดเชื้อ อาจเป็นอาการผิดปกติที่กำเริบขึ้นใหม่โดยที่ไม่สามารถอธิบายอาการว่ามาจากโรคอื่นที่ตรวจวินิจฉัยได้ ซึ่งหากว่าอาการเหล่านี้คงอยู่นานกว่า 1 เดือน เรียกว่า Long COVID (Long – COVID) ซึ่งเชื่อกันว่าอาจเกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนาเอง จากกระบวนการอักเสบที่ยาวนานต่อเนื่อง หรืออาจเกิดจากภาวะภูมิคุ้มกันต้านทานตนเอง จากการศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับ Long COVID ในสหราชอาณาจักรและจีน พบว่า ภาวะ Long COVID อาจเรื้อรังอยู่ในผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ได้นานถึง 1 ปีหลังการติดเชื้อ โดยพบว่าผู้ป่วยที่หายดีแล้ว 1 ใน 3 ยังมีอาการ Long COVID อย่างน้อย 1 อาการ แม้เวลาผ่านไปนาน 6 เดือน และพบว่า

ร้อยละ 45 ของอดีตผู้ที่เคย พบอาการ Long COVID อย่างน้อย 1 อาการ แม้ผ่านไป 1 ปี พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ผู้ใหญ่มากกว่าเด็ก (ธีระ วรธนารัตน์, 2565)

ในสถานการณ์การแพร่ระบาดอย่างหนักของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาเมื่อ 2-3 ปีที่ผ่านมาโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ของจังหวัดนครศรีธรรมราช มีผู้ป่วยติดเชื้อที่ต้องรับไว้ในโรงพยาบาลล้นอัตราการครองเตียง บุคลากรทำงานกันอย่างหนัก ร่วมกันทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยที่รักษาตัวในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จำนวน 8,600 คน ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลสนามและโรงแรม 14,320 คน และผู้ป่วยที่ลงทะเบียนรับการรักษาและกักตัวเองอยู่ที่บ้าน (Home isolation) 11,450 คน (HosXP, 2565) นอกจากนี้ โรงพยาบาลยังเป็นจุดศูนย์กลางทั้งการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย ยังมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อมากกว่าประชาชนทั่วไป ส่งผลให้บุคลากรทางการแพทย์ ติดเชื้อไวรัสโคโรนา คิดเป็นร้อยละ 63.38 บางรายยังมีอาการ Long COVID ที่ส่งผลกระทบต่อการทำงาน และชีวิตประจำวัน คิดเป็นร้อยละ 4.13 ซึ่งจากอาการของ Long COVID ที่มีผลยาวนาน ทำให้บุคลากรผู้ซึ่งต้องมาดูแลสุขภาพเกิดภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟในการทำงาน เกิดทัศนคติทางลบต่อผู้อื่นๆ รวมทั้งต่อการทำงาน ทำให้เกิดความรู้สึกสับสนคุณค่าของบุคคลถ้าสถานการณ์ดังกล่าวยังเกิดต่อเนื่อง บุคคลรู้สึกถึงความล้มเหลว หรือไร้ประสิทธิภาพ (Maslach and Leiter, 2016) จากการศึกษาของซูลกร ลิงไรเซงและคณะ (2565) ที่ศึกษาผลกระทบภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง พบว่าบุคลากรผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีอาการแสดงเข้ารับการรักษาด้วยอาการ Long COVID แม้ระยะเวลาผ่านไป แต่ยังคงมีอาการต่อเนื่องอยู่ นอกจากนี้ ข้อมูลจากเว็บไซต์ RAMA CHANNEL โดยแพทย์หญิงรพีพรรณ รัตนวงศ์นรา มอร์ด พบว่าผลกระทบระยะยาว

มักพบในผู้ติดเชื้อที่มีการนอนโรงพยาบาล โดยเฉพาะเข้ารับการรักษาตัวใน ICU อาจทำให้แขน ขา ไม่ค่อยมีแรง และยังคงรู้สึกเหนื่อยล้า แม้จะไม่มีเชื้อโควิดอยู่แล้วก็ตาม ในบางรายอาจมีผลต่อการคิดและคำพูด นำไปสู่ภาวะที่มีอาการผิดปกติทางจิตใจ ปัญหา Long COVID จึงบั่นทอนคุณภาพชีวิต สมรรถนะในการดำรงชีวิต และการทำงาน กระทบต่อความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด และเป็นภาระค่าใช้จ่ายทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัว และประเทศในระยะยาวได้

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา ผลของโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่บ้านในผู้มีอาการ Long COVID ที่มีปัญหาในระบบทางเดินหายใจต่อ สภาวะอาการ และคุณภาพชีวิตของบุคลากรสาธารณสุข โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช เพื่อไม่ให้มีสภาวะอาการ และเกิดผลลัพธ์คุณภาพชีวิตที่ดี โดยกรอบแนวคิดการจัดการอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) เป็นกรอบแนวคิดที่นิยมใช้ในการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการอาการไม่สุขสบายที่เกิดจากโรคและการรักษา กรอบแนวคิดนี้พัฒนาจากกรอบแนวคิดของลาร์สันและคณะ (Larson et al., 1994) ที่อธิบายว่า อาการเป็นประสบการณ์ของบุคคลที่สะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ทางกาย จิต สังคม การรับรู้ความรู้สึก และการนึกคิด อาการเป็นที่สิ่งที่ทำให้บุคคล มาพบกับผู้ดูแลสุขภาพ และเป็นปัญหาสำคัญที่ผู้มีอาการทุกคนต้องรับผิดชอบต่อตนเองและครอบครัว ในการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น รูปแบบการจัดการกับอาการประกอบด้วย 3 มิติที่สัมพันธ์กัน คือ ประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์จากอาการ การประยุกต์ใช้แนวคิดของดอดด์และคณะ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การประเมินประสบการณ์เกี่ยวกับภาวะการหายใจ อาการไอ อาการเหนื่อย หลังได้รับเชื้อไวรัสโคโรนาและมีอาการลองโควิด 2) การให้ความรู้และการจัดการกับอาการ 3) การพัฒนาทักษะในการจัดการกับอาการด้วยตนเอง 4) ปฏิบัติการในการจัดการกับอาการด้วยตนเองขณะอยู่ที่บ้าน และ 5) การประเมินผลการจัดการกับอาการระบบทางเดินหายใจ โดยมีรูปแบบการสอนทางระบบแอปพลิเคชันไลน์ การใช้คู่มือการจัดการเป็นสื่อ ใช้ระบบสื่อสารออนไลน์ นับได้ว่าเทคโนโลยี มีความจำเป็นในระบอบวิถีชีวิตใหม่ ผู้วิจัยมีความเห็นว่า โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน

จึงเหมาะสมสำหรับบุคลากรที่จะปฏิบัติ เพื่อขจัดอาการระบบทางเดินหายใจที่เกิดจากลองโควิด

วัตถุประสงค์วิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่บ้านในผู้มีอาการ Long COVID ที่มีปัญหาในระบบทางเดินหายใจ ต่อสภาวะอาการและคุณภาพชีวิตของบุคลากรสาธารณสุข

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสภาวะอาการ ของผู้มีอาการ Long COVID ที่มีปัญหาในระบบทางเดินหายใจ จากภาวะ Long COVID ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่บ้าน
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้มีอาการ Long COVID ที่มีปัญหาในระบบทางเดินหายใจ จากภาวะ Long COVID ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่บ้าน

คำถามการวิจัย

สภาวะอาการ และคุณภาพชีวิต ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่บ้าน ในผู้ป่วย Long COVID ที่มีปัญหาในระบบทางเดินหายใจ แตกต่างกันหรือไม่อย่างไร

สมมุติฐานการวิจัย

1. สภาวะอาการในผู้มีอาการ Long COVID ที่มีปัญหาในระบบทางเดินหายใจหลังเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่บ้าน ดีวก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
2. คุณภาพชีวิตในผู้มีอาการ Long COVID ที่มีปัญหาในระบบทางเดินหายใจหลังเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่บ้าน ดีวก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดรูปแบบการจัดการ (Model for system management) ของลาร์สัน (Larson, J. L. (2007) ประกอบด้วย 3 มิติที่สัมพันธ์กัน คือ ประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์จากอาการ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดของดอดด์และคณะ (Dodd, et, al, 2001) ในการจัดการกับอาการประกอบด้วย 5 ขั้นตอน สามารถสรุปกรอบแนวคิดในการศึกษา ดังภาพที่ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม

โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่บ้านในผู้มีอาการ Long COVID ที่มีปัญหาในระบบทางเดินหายใจ ตามแนวคิดของลาร์สัน (Larson, J. L. (2007) และ ดอดด์และคณะ (Dodd, et, al, 2001) ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

1. ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experience) ได้แก่ อายุ เพศ ภาวะสุขภาพทั่วไป อาการในระบบทางเดินหายใจ ค่าความเข้มข้นออกซิเจนในเลือด ประวัติการสูบบุหรี่ โรคประจำตัว การรับประทานยา ปัจจัยสิ่งแวดล้อม การออกกำลังกาย เป็นต้น
2. กลวิธีการจัดการกับอาการ (Symptom management strategies)
 - 2.1 ฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อด้วยยางยืด
 - 2.2 การฝึกการหายใจแบบห่อปาก (Pursed lip Breathing Exercise)
 - 2.3 การขยับเคลื่อนไหวทรวงอกด้วยตนเอง (Active chest mobilization)
 - 2.4 การให้ความรู้เรื่องโรค การรักษาและการดูแลตนเอง
 - อาการ Long COVID
 - วิธีการลดอาการหอบเหนื่อย ได้แก่ การฝึกการหายใจ (Breathing Exercise)
 - การระบายเสมหะ ได้แก่ การฝึกการไอเป็นชุดๆ การเคาะปอด การจัดท่านั่ง หรือท่านอนที่เหมาะสมเพื่อระบายเสมหะ
 - 2.5 การให้โภชนาการที่เหมาะสม
 - การดื่มน้ำ
 - อาหารบำรุงปอด / อาหารควรเลี่ยง
 - 2.6 การช่วยเหลือทางด้านจิตใจและสังคม
 - โทรศัพท์ติดตามสอบถามทุกสัปดาห์
 - 2.7 แจกยางยืด คู่มือฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่บ้าน



ผลของโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่บ้านในผู้มีอาการ Long COVID ที่มีปัญหาในระบบทางเดินหายใจ ต่อสภาวะอาการและคุณภาพชีวิตของบุคลากรสาธารณสุข โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

1. ขอบเขตด้านประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นบุคลากรทางด้านสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตั้งแต่ 1 มกราคม 2564 - 20 พฤษภาคม 2566 จำนวน 1,648 คน

2. ขอบเขตด้านตัวแปร

2.1 ตัวแปรอิสระ คือ โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่บ้าน

2.2 ตัวแปรตาม คือ สภาวะอาการคุณภาพชีวิต

3. ขอบเขตด้านเวลาและสถานที่ สถานที่ดำเนินการวิจัย ได้แก่ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ตั้งแต่เดือน มีนาคม 2566 ถึง เดือน สิงหาคม 2566

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่บ้าน ในผู้มีอาการ Long COVID ที่มีปัญหาในระบบทางเดินหายใจ หมายถึง การจัดกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด เป็นการช่วยให้ปอดกลับคืนสู่สภาพใกล้เคียงปกติมากที่สุด ชะลอไม่ให้ปอดเสื่อมมากยิ่งขึ้น เพื่อลดอาการเพิ่มคุณภาพชีวิต เพิ่มความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวัน ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ

(1). การประเมิน ได้แก่ อายุ เพศ ภาวะสุขภาพทั่วไป อาการในระบบทางเดินหายใจ ภาวะการหายใจลำบาก อาการไอ ค่าความเข้มข้นออกซิเจนในเลือด ประวัติการสูบบุหรี่ โรคประจำตัว การรับประทานอาหาร ปัจจัยสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

(2). การฝึกออกกำลังกายที่บ้าน ได้แก่ การฝึกการหายใจแบบห่อปาก (Pursed lip Breathing Exercise) การขยับเคลื่อนไหวทรวงอกด้วยตนเอง (Active chest mobilization) การฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อด้วยยางยืด

(3). การให้ความรู้เรื่องโรค การรักษาและการดูแลตนเอง ได้แก่ อาการ Long COVID วิธีการลดอาการหอบเหนื่อย ได้แก่ การฝึกการหายใจ (Breathing Exercise) และการระบายเสมหะ ได้แก่ การฝึกการไอเป็นชุดๆ การเคาะปอด การจัดท่า นั่ง หรือทำนอนที่เหมาะสม เพื่อระบายเสมหะ

(4). การให้โภชนาการที่เหมาะสม ได้แก่ การดื่มน้ำ อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง และการเลือกรับประทานอาหารบำรุงปอด

(5). การช่วยเหลือทางด้านจิตใจและสังคม โดยการติดตามทางโทรศัพท์ สอบถามความเป็นอยู่ให้กำลังใจ ทุกสัปดาห์

2. สภาวะอาการ (symptom status) หมายถึง การรับรู้ของบุคลากรสาธารณสุข ที่มีอาการลงโควิดถึงความรู้สึกเหนื่อยในการประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ประเมินโดยใช้มาตราวัด ความรู้สึกเหนื่อยในการประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (MMRC dyspnea Scale) ของ Bestall et al. (1999) ในขณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (2553)

3. คุณภาพชีวิต (Quality of life) เป็นการรับรู้ของบุคลากรสาธารณสุข ที่มีอาการลงโควิดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง ได้แก่ อาการของโรค ความสามารถในการทำกิจกรรมโดยมีผลจากอาการหายใจลำบาก เหนื่อย และผลกระทบของโรคต่อ ชีวิตประจำวัน ซึ่งมีผลต่อการทำงาน และการควบคุมอาการของโรค โดยผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบประเมิน 6 St George's Respiratory Questionnaire [SGRQ] ของ Jones, Quirk, and Bavey stock (1991) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินได้ครอบคลุมและใช้คำถามที่หลากหลาย มีความเที่ยงตรงสูง สามารถประเมินได้ชัดเจน และสะดวกต่อการนำไปใช้ (Halvani, Pourfarokh, & Nasiriani, 2006)

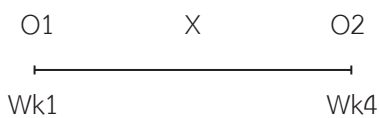
4. บุคลากรทางด้านสาธารณสุข หมายถึง บุคลากรทุกแผนกที่ปฏิบัติในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล นักกายภาพบำบัด นักเทคนิคการแพทย์ และนักรังสี รวมทั้งผู้ที่ปฏิบัติงานสายสนับสนุนแผนกต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในระบบบริการสุขภาพ

5. ผู้มีอาการ Long COVID คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา ตั้งแต่ วันที่ 1 พฤษภาคม 2565 ถึง วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2566 และมีปัญหา Long COVID ระบบทางเดินหายใจ เช่น อาการหอบเหนื่อย เหนื่อยง่าย ไอ เป็นต้น โดยใช้แบบประเมิน Borg Scale คือ คะแนนประเมินความเหนื่อยขณะปัจจุบันขณะใดขณะหนึ่ง โดยอาจ

ประเมินความเหนื่อยขณะอยู่กับที่ ก่อนทำกิจกรรม ขณะกำลังทำกิจกรรม หรือภายหลังทำกิจกรรมก็ได้ การประเมินสามารถกระทำโดยกำหนดการตรวจวัดความเหนื่อย ตั้งแต่ 0 - 10 โดย 0 หมายถึง ไม่เหนื่อยเลย 1-10 หมายถึง ระดับความเหนื่อยที่มากขึ้นเรื่อยๆ และระดับ 10 หมายถึง เหนื่อยมากที่สุดจนจะขาดใจ จากนั้นให้ผู้ป่วยประเมินตนเองว่ามีความเหนื่อยอยู่ระดับใด ระหว่าง 0-10

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) แบบหนึ่งกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (One groups pretest - posttest design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่บ้านในผู้มีอาการ Long COVID ที่มีปัญหาในระบบทางเดินหายใจต่อสภาวะอาการ และคุณภาพชีวิตของบุคลากรสาธารณสุข โดยมีรูปแบบการวิจัย ดังนี้



ภาพที่ 2 รูปแบบการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้มีอาการ Long COVID ที่มีปัญหาในระบบทางเดินหายใจ ซึ่งมีขั้นตอนประกอบด้วย (1) การประเมิน (2) การฝึกออกกำลังกายที่บ้าน (3) การให้ความรู้เรื่องโรค การรักษาและการดูแล (4) การให้โภชนาการที่เหมาะสม (5) การช่วยเหลือทางด้านจิตใจและสังคม ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 4 - 6 สัปดาห์ มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 และค่าความเที่ยงเท่ากับ .86 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามสภาวะอาการ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 1 และค่าความเที่ยง .93 และ 3) แบบสอบถามคุณภาพชีวิต มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1 และมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา

ของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .94

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรม 1 ท่าน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชปฏิบัติครอบครัว 1 ท่าน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาล 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านฉุกเฉินไปงพอง 1 ท่าน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองด้วยแบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามสภาวะอาการ แบบสอบถามคุณภาพชีวิตและดำเนินการทดลองดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 - 4 ทำกิจกรรมที่บ้าน จำนวน 16 ครั้ง สัปดาห์ที่ 1 (จันทร์ พุธ ศุกร์) การฝึกออกกำลังกายที่บ้าน ได้แก่ การฝึกการหายใจแบบห่อปาก, การขยับเคลื่อนไหวทรวงอกด้วยตนเอง, การฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อด้วยยางยืด (เสาร) การให้ความรู้เรื่องโรค การรักษาและการดูแลตนเอง การระบายเสมหะ ได้แก่ การฝึกการไอเป็นชุดๆ การเคาะปอด การจัดท่านั่งหรือท่านอนที่เหมาะสม โดยผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์

สัปดาห์ที่ 2 (จันทร์ พุธ ศุกร์) การฝึกออกกำลังกายที่บ้าน ได้แก่ การฝึกการหายใจแบบห่อปาก, การขยับเคลื่อนไหวทรวงอกด้วยตนเอง, การฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อด้วยยางยืด (เสาร) การให้ความรู้เรื่องโภชนาการอาหารควรเลี่ยง อาหารบำรุงปอด โดยผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์

สัปดาห์ที่ 3 (จันทร์ พุธ ศุกร์) การฝึกออกกำลังกายที่บ้าน ได้แก่ การฝึกการหายใจแบบห่อปาก, การขยับเคลื่อนไหวทรวงอกด้วยตนเอง, การฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อด้วยยางยืด (เสาร) ให้ความรู้เกี่ยวกับเทคนิคการควบคุม/บรรเทาอาการเหนื่อยขณะทำกิจวัตรประจำวัน หรือ งานประจำ ทบทวนท่าลดอาการเหนื่อย โดยผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์

สัปดาห์ที่ 4 (จันทร์ พุธ ศุกร์) การฝึกออกกำลังกายที่บ้าน ได้แก่ การฝึกการหายใจแบบห่อปาก, การขยับเคลื่อนไหวทรวงอกด้วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบวิธีการทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

6.1 ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

6.2 ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ การทดสอบด้วยวิธี Kolmogorov & Smirnov พบว่ามีการกระจายของข้อมูลทั้งสองกลุ่มไม่เป็นโค้งปกติ จึงเลือกใช้สถิติเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสภาวะอาการ และคุณภาพชีวิต ก่อนและหลังการทดลอง โดย Wilcoxon Signed – Rank Test

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจริยธรรมวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช ตามเอกสารรับรองเลขที่ A009/2566 ลงวันที่ 17 กรกฎาคม 2566

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.6 อายุ 51 – 60 ปี มีมากที่สุด

ร้อยละ 46.87 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 65.6 ยังโสด ร้อยละ 28.1 บทบาทในครอบครัว ร้อยละ 71.9 เป็นสมาชิกครอบครัว ระดับการศึกษา ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 46.9 ตำแหน่งงานส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 40.6 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน 1 – 10 ปี มีมากที่สุดร้อยละ 37.5 รายได้ต่อเดือนมากที่สุด คือมากกว่า 40,001 บาท ร้อยละ 37.5 ส่วนใหญ่ร้อยละ 50.0 เป็นข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 50 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับวัคซีน จำนวน 4 เข็ม ร้อยละ 71.9 ระยะเวลาหลังติดเชื้อโควิด – 19 มีตั้งแต่ 6, 8, 4, 3, 2, 1 และมากกว่า 12 เดือน ร้อยละ 15.6, 12.5, 12.5, 12.5, 9.4, 6.3 และร้อยละ 3.1 ตามลำดับ ระดับความรุนแรงของอาการหลังติดเชื้อโควิด – 19 มีอาการปานกลางมากที่สุดร้อยละ 81.2

การเปรียบเทียบสภาวะอาการ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่บ้าน พบว่า บุคลากรสาธารณสุขที่เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่บ้านมีค่าเฉลี่ยคะแนนสภาวะอาการ หลังเข้าร่วมโปรแกรมดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความแตกต่างของสภาวะอาการ ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมด้วยสถิติ Wilcoxon Signed – Rank Test

กลุ่มตัวอย่าง	n	Median	Mean Rank	Z
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	32	3.00	16.00	- 4.947
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	32	0	0.00	

p < .001

การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิต ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่บ้าน พบว่า บุคลากรสาธารณสุข ที่เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่บ้าน มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความแตกต่างของคุณภาพชีวิตโดยรวม ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed – Rank Test

กลุ่มตัวอย่าง	n	Median	Mean Rank	Z
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	32	38.00	16.50	- 4.939
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	32	23.50	0.00	

p < .001

อภิปรายผล

ผลของโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่บ้านในผู้มีอาการ Long COVID ที่มีปัญหาในระบบทางเดินหายใจ ต่อ สภาวะอาการและคุณภาพชีวิตของบุคลากรสาธารณสุข โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐาน ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 สภาวะอาการในผู้มีอาการ Long COVID ที่มีปัญหาในระบบทางเดินหายใจหลังเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่บ้าน ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เนื่องจากในการจัดกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีสภาวะอาการดีขึ้นกว่าเดิม ไม่มีความรู้สึกเหนื่อยในการประกอบกิจกรรมประจำวัน ผู้วิจัยจัดกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด เพื่อช่วยให้ปอดกลับคืนสู่สภาพใกล้เคียงปกติมากที่สุด ซะลอมไม่ให้ปอดเสื่อมมากยิ่งขึ้น เพื่อลดอาการ เพิ่มความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวัน ฝึกออกกำลังกายที่บ้าน ได้แก่

- 1) การหายใจแบบห่อปาก (Pursed lib Breathing Exercise)
- 2) การขยับเคลื่อนไหวทรวงอกด้วยตนเอง (Active chest mobilization)
- 3) การฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อด้วยยางยืด
- 4) การให้ความรู้เรื่องโรค การรักษาและการดูแลตนเองจากอาการ Long COVID วิธีการลดอาการหอบเหนื่อย และการระบายเสมหะ
- 5) การให้โภชนาการที่เหมาะสม การดื่มน้ำ อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง และการเลือกรับประทานอาหารบำรุงปอด
- 6) การช่วยเหลือทางด้านจิตใจและสังคม โดยการติดตามทางโทรศัพท์ สอบถามความเป็นอยู่ ให้กำลังใจ ทุกสัปดาห์ ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 4 - 6 สัปดาห์ โดยในการฝึกออกกำลังกายด้วยยางยืด เน้นการบริหารกล้ามเนื้อระหว่างกระดูกซี่โครง คือ External และ Internal intercostal muscles การหดตัวของ External intercostal muscles ทำให้ยก Ribs ทางด้านหน้าขึ้น ช่วยเพิ่ม AP diameter ของทรวงอก ขณะเดียวกัน การหดตัวของ Internal intercostal muscles เป็นการดึง Ribs ลง ดังนั้น การยืดและหดของกล้ามเนื้อ จึงมีประโยชน์ในการเพิ่มเส้นใยกล้ามเนื้อให้มีขนาดยาวขึ้น ช่วยเพิ่มความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อทรวงอก ทำให้การระบายอากาศดีขึ้น (Viekk, 1991 อ้างถึงใน ดลรวี ลีลารุ่งระยับ, 2557) นอกจากนี้ การออกกำลังกายด้วยยางยืดยังเพิ่มความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ ซึ่งเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด

ที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด (เสาวนีย์ เหลืองอร่าม, 2561) ยังมีการปฏิบัติด้วยความถี่ 3 วัน/สัปดาห์ ทำ 5-10 ครั้ง/ท่า/รอบ ทำ 2 รอบ/วัน ร่วมกับการฝึกการหายใจแบบห่อปาก จะส่งผลให้อากาศที่ค้างอยู่ในปอด ถูกขับออก และมีอากาศใหม่เข้าสู่ปอด ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนก๊าซได้มากขึ้น เพิ่มปริมาตรปอดและออกซิเจนในเลือดได้ เพิ่มการระบายอากาศและลดอาการเหนื่อย ทำให้สมรรถภาพปอดดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ อารีรัตน์ ม่วงทอง (2551) ที่ศึกษาเรื่อง ผลของการจัดการกับอาการหายใจลำบากต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกาย การหายใจแบบเป่าปาก ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการการหายใจเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ การติดตามพูดคุยทางโทรศัพท์ ผ่านระบบแอปพลิเคชันไลน์ การกล่าวชมเชย ให้กำลังใจ เป็นการเสริมแรง เพิ่มความมั่นใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ McDowell, McClean, FitzGibbon, & Tate (2015) ที่ศึกษาประสิทธิภาพของการโทรศัพท์ติดตามในการเยี่ยมผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนปัญหาการหายใจของเซนต์จอร์จ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากงานวิจัยชิ้นนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการออกกำลังกายด้วยยางยืด เพื่อส่งเสริมด้านความแข็งแรง ความทนทาน และความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจ ยิ่งไปกว่านั้น การที่ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างฝึกการหายใจอย่างเหมาะสมควบคู่กันไปด้วยจะช่วยป้องกัน และบรรเทาภาวะการหายใจลำบาก และยังช่วยเรื่องการระบายเสมหะได้ดีขึ้นอีกด้วย

สมมติฐานข้อที่ 2 คุณภาพชีวิตในผู้มีอาการ Long COVID ที่มีปัญหาในระบบทางเดินหายใจหลังเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่บ้าน ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่บ้าน เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ซึ่งกลุ่มตัวอย่าง ได้รับกิจกรรมตามโปรแกรม กำหนดมีการติดตามการดำเนินกิจกรรม แลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องโรค อาหาร อาการ ความรุนแรง ตัวกระตุ้นอาการหายใจเหนื่อย และสิ่งที่ควรหลีกเลี่ยง รวมทั้งมีการมอบคู่มือการทำกิจกรรม คลิปวีดีโอการออกกำลังกาย การบริหารการหายใจ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในการออก

กำลังกายฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ซึ่งจากแนวคิดรูปแบบการจัดการ (Model for system management) ของลาร์สัน (Larson, J. L. (2007) และ ดอดด์และคณะ (Dodd, et, al, 2001) ที่ประกอบด้วย 3 มิติที่สัมพันธ์กันคือ ประสิทธิภาพการมีอากาศ กลวิธีการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์จากอาการ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดของดอดด์และคณะ ในการจัดการกับอาการประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การประเมินประสิทธิภาพเกี่ยวกับภาวะการหายใจ อาการไอ อาการเหนื่อย หลังได้รับเชื้อไวรัสโคโรนาและมีอาการลงโควิด 2) การให้ความรู้และการจัดการกับอาการ 3) การพัฒนาทักษะในการจัดการกับอาการด้วยตนเอง 4) ปฏิบัติการในการจัดการกับอาการด้วยตนเองขณะอยู่ที่บ้าน และ 5) การประเมินผลการจัดการกับอาการระบบทางเดินหายใจ พัฒนารูปแบบโปรแกรมเพื่อให้เหมาะสมกับสภาพการทำงานและความคล่องตัวของกลุ่มตัวอย่าง ที่ส่วนใหญ่มีการทำงานเป็นกะมี 5 ส่วน ดังนี้ 1) การประเมิน (assessment) 2) การฝึกออกกำลังกายที่บ้าน (exercise training) 3) การให้ความรู้เรื่องโรค การรักษาและการดูแลตนเอง (education) 4) การให้โภชนาการที่เหมาะสม (nutritional intervention) และ 5) การช่วยเหลือทางด้านจิตใจและสังคม การแจกคู่มือและอุปกรณ์ยางยืดสำหรับออกกำลังกายที่บ้าน ถ้ามีวิธีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้ดี และสามารถจัดการกับอาการเหล่านั้นได้ด้วยตนเอง ก็จะส่งผลลัพธ์ที่ดี คุณภาพชีวิตดีขึ้นไปด้วย จะเห็นได้ว่า จากการประเมินสภาพกลุ่มตัวอย่างเพื่อจัดการกับอาการในขั้นตอนแรก ของการทำวิจัย พบว่า ค่าออกซิเจนในเลือดของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 59.38 อยู่ที่ 96% แสดงให้เห็นว่า ปอดของกลุ่มตัวอย่างมีระดับความแข็งแรง ค่อนข้างต่ำ แต่หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม ระดับออกซิเจนในเลือดเพิ่มขึ้น ในระดับ 97-100 % ทุกราย เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่ามีค่าเฉลี่ยคะแนนหลังเข้าร่วมโปรแกรมดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อพิจารณาทางด้านพบว่า ค่าเฉลี่ยด้านอาการจาก 14.63 คะแนน เหลือ 1.34 คะแนน ค่าเฉลี่ยด้านการทำกิจกรรม จาก 12.22 คะแนน เหลือ 1.905 คะแนน และค่าเฉลี่ยด้านผลกระทบจาก 11.16 เหลือ 1.047 คะแนน ตามลำดับ สอดคล้อง

กับการศึกษาของ Yoshimi et al. (2012) ศึกษาการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้ระยะเวลาในการศึกษา 6 สัปดาห์ และใช้แบบประเมินปัญหาการหายใจของเซนต์จอร์จ พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนปัญหาการหายใจลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งจากผลการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างต่างให้ความคิดเห็นว่า เป็นโปรแกรมที่เหมาะสมสำหรับบุคลากรที่มีเวลาการทำงานไม่แน่นอนสามารถออกกำลังบริหารปอดตอนไหนก็ได้ ที่สะดวกคล่องตัว กลุ่มตัวอย่างบางราย ใช้เวลางานที่ว่างวันจากการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากไม่ได้ส่งผลกระทบต่อการทำงานแต่อย่างใด บางรายไปเผยแพร่ให้เพื่อนร่วมงานญาติพี่น้องได้ปฏิบัติตาม บางรายแนะนำเพื่อนฝูงบอกกล่าวถึงผลดีของการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดด้วยวิธีดังกล่าว นับได้ว่า เกิดประโยชน์อย่างแท้จริง สำหรับผู้ที่มีปัญหาจากระบบทางเดินหายใจ ไม่เฉพาะกับผู้ที่มีการลงโควิดเท่านั้น แต่ยังมีผลในวงกว้างให้บุคลากรทางด้านสาธารณสุข ผู้ที่ต้องดูแลสุขภาพบุคคลอื่นด้วย มีสมรรถภาพปอดที่แข็งแรง คุณภาพชีวิตดียิ่งๆ ขึ้นไป

การนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาครั้งนี้ เป็นแนวทางในการฟื้นฟูสมรรถนะบุคลากรให้มีความสามารถในการทำงานอย่างเต็มศักยภาพ เสริมสร้างพัฒนาคุณภาพชีวิตในการทำงาน และการสร้างความสุขให้แก่บุคลากรทุกระดับ สำหรับผู้บริหารสามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลประกอบการกำหนดนโยบายขององค์กรเพื่อพัฒนาทรัพยากรทุกด้าน ส่งเสริมรักความสามัคคีให้กับบุคลากรทุกหน่วย ตลอดจนจนถึงการสร้างระบบบริการสุขภาพที่ดี มีคุณภาพมาตรฐานต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการออกแบบโปรแกรมบริหารการหายใจ การออกกำลังกาย ให้มีการวัดซ้ำหลัง 12 สัปดาห์ เพื่อติดตามดูค่าเฉลี่ยสมรรถภาพปอดและค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตในระยะยาว
2. ควรมีการศึกษาตัวแปรเรื่องเพศเพิ่มเติม เพื่อวิเคราะห์อิทธิพลต่อพฤติกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอด เนื่องจากงานวิจัยชิ้นนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่ต้องดูแลผู้ป่วยโควิด - 19 โดยตรง จึงมีโอกาสติดเชื้อมากกว่าบุคลากรอื่น

เอกสารอ้างอิง

- ชุลีกร ลิงไธสง, ศศิธร ยี่ศรี, กชนันท์ นาครรัตน์ และ เตือนใจ ชีวาเกียรติยิ่งยง. (2563). การศึกษาผลกระทบภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) ของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาพระดับจังหวัด. สืบค้นจาก chrome-extension://efaidnbmninnbpcjpcglclefindmkaj/https://mwi.anamai.moph.go.th/th/mwiresearch/download?id=95560&mid=36865&mkey=m_document&lang=th&did=28108.
- เมธาวิ หวังชาลาบวร, ศรัณย์ วีระเมธาชัย และชนกมณ ลีศรี. (2565). ความชุกของภาวะหลังการติดเชื้อโควิด - 19 ในผู้ป่วยที่มีประวัติไวรัสโคโรนา 2019 จากการติดตามที่ระยะ 3 เดือนหลังการติดเชื้อ. วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 16(1) 1-11.
- รพีพรรณ รัตนวงศันรา. (2564). ภาวะ Long COVID เมื่อติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. สืบค้นจาก <https://www.rama.mahidol.ac.th/ramachannel/article>.
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุลและคณะ. (2540). คุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพจิต. สืบค้นจาก <https://he01.tcithaijo.org/index.php/kcn/article/download/161112/116179/445830>.
- อชิรญา ทองเหม. (2565). ภาวะลองโควิดคืออะไร หายป่วยแต่ไม่จบ. สืบค้นจาก chrome-extension://efaidnbmninnbpcjpcglclefindmkaj/http://www.med.nu.ac.th/dpMed/fileKnowledge/375_2022-07-31.pdf.
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., & Humphreys, J., et al. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 668-676.
- Halvani, Pourfarokh, & Nasiriani. (2006). The St George's Respiratory Questionnaire. PubMed. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1759018/>.
- Hospes, G., Bossenbroek, L., Hacken, N. H., Hengel, P. V., & Greef, M. H. (2009). Enhancement of daily physical activity increase physical fitness of out clinic COPD patient : Re sult of an counselling program. *Patient Education and Counseling*, 75, 274 – 278.
- Hui, K. P., & Hewitt., A. B. (2003). A simple pulmonary rehabilitation program improve health outcome reduce hospital utilization in patient with chronic obstructive pulmonary disease. *Chest*, 124(1), 94 – 97.
- Larson, J. L. (2007). Functional performance and physical activity in chronic obstructive pulmonary disease : Theoretical perspectives. *Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 4, 237 – 242.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ตำบลหนองบัว อำเภอธัญญา จังหวัดตรัง

Factors Associated with Diabetes Preventive Behavior among People Aged 35 Years and Older in Nongbua Sub-district, Nongbua District, Trang Province

มาริสา มากเพ็ง

Marisa Makpeng

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว
Nongbua Sub-district Health Promoting Hospital Director

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ตำบลหนองบัว อำเภอธัญญา จังหวัดตรัง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ตำบลหนองบัว อำเภอธัญญา จังหวัดตรัง จำนวน 342 คน นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน โดยใช้สถิติไคสแควร์ และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ตำบลหนองบัว อำเภอธัญญา จังหวัดตรัง อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.06$, S.D. = 0.46) 2) ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 รายได้ต่อเดือน ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเบาหวาน และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.113$, 0.021, 0.117, p-value < 0.05) การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.141$, p-value < 0.01) และการรับรู้อุปสรรคของการเกิดโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำมากกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = -0.192$, p-value < 0.01) ส่วนปัจจัยด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคเบาหวาน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน จากผลการวิจัยนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน

คำสำคัญ : พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน, แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ, ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป

Abstract

This cross-sectional survey research aimed to 1) examine diabetes preventive behavior and 2) factors associated with diabetes preventive behavior among people aged 35 years and older in Nongbua sub-district, Nongbua district, Trang province. Collected the data from three hundred and forty-two subjects of people aged 35 years and older in Nongbua sub-district, Nongbua district, Trang province. The instrument was a questionnaire. Frequency, percentage, mean, standard deviation chi-square test, Pearson product-moment correlation coefficient associated with factors, and diabetes preventive behavior were used for data analysis.

The results showed that 1) subjects mainly were at medium levels of diabetes preventive behavior among people aged 35 years and older ($\bar{X} = 3.06$, S.D. = 0.46). 2) Education level is related to diabetes prevention behavior, statistically significant at 0.01. Income, knowledge about diabetes

prevention, and perception of the risk of developing diabetes, there was a very low positive correlation with diabetes prevention behaviors, statistically significant at the 0.05 level ($r = 0.113$, 0.021 , 0.117 , p -value < 0.05). Perceived severity of diabetes had a fragile positive relationship with diabetes prevention behaviors, statistically significant at the 0.01 level ($r = 0.141$, p -value < 0.01), and perception of barriers to diabetes has a shallow negative relationship with diabetes prevention behavior, statistically significant at the 0.01 level ($r = -0.192$, p -value < 0.01). As for gender, age, marital status, occupation, and perceived benefits of diabetes prevention, there is no relationship with diabetes prevention behavior. The results of this research can be used as basic information for modifying behavior to prevent disease.

Keywords : Diabetes preventive behavior, Health Belief Model, People aged 35 years and older

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่องค์การสหประชาชาติประกาศให้เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากมีอุบัติการณ์อัตราป่วยและอัตราตายเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลก มีผู้ป่วยจำนวน 463 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี 2588 จะมีผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 629 ล้านคน สำหรับประเทศไทยโรคเบาหวานเป็น 1 ใน 5 โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิต ร้อยละ 75 ของการเสียชีวิตทั้งหมด หรือประมาณ 320,000 คนต่อปี และทุก 1 ชั่วโมง มีผู้เสียชีวิต 37 ราย และพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นประมาณ 3 แสนคนต่อปี และมีผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระบบทะเบียน 3.2 ล้านคน ของกระทรวงสาธารณสุข สาเหตุของการเจ็บป่วยส่วนหนึ่งเกิดจากพันธุกรรม ในขณะที่สาเหตุหลักมาจากวิถีการดำเนินชีวิตที่ขาดการดูแลส่งเสริมสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านอาหารและการออกกำลังกาย สภาพความเป็นอยู่ วิถีชีวิต และพฤติกรรมสุขภาพที่เปลี่ยนไปในทางที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้น (กรมควบคุมโรค, 2564)

ปัจจุบันประเทศไทยมีนโยบายในการสร้างสุขภาพนำร่อง โดยเน้นการคัดกรองโรคที่เป็นปัญหาในชุมชนให้ได้รับการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู สำหรับพฤติกรรมสุขภาพที่ก่อให้เกิดโรคเบาหวาน ได้แก่ พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสม (กรมควบคุมโรค, 2565) การป้องกันโรคจึงเป็นเรื่องจำเป็นที่ต้องดำเนินการควบคู่กับพฤติกรรมป้องกันการโรคเบาหวานที่เหมาะสม ตามแนวคิด 3อ. 2ส. ได้แก่ การรับประทาน

อาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การงดสูบบุหรี่ และการงดสารเสพติด (อรพินท์ สีขาว, 2559) ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Becker (1975 อ้างถึงใน วิจิตพงษ์ วงศ์เรื่อน, 2561) เชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้ของพฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าใกล้กับสิ่งที่ตนพอใจ และคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตน และจะหนีออกห่างจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนาการพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา และป้องกันโรค ซึ่งสามารถนำมาใช้ในการศึกษาพฤติกรรมป้องกันการโรคได้

รายงานสถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ ในปี พ.ศ. 2564 จังหวัดตรัง พบว่า มีผู้ป่วย จำนวน 4,130 คน คิดเป็นอัตรา 644.73 ต่อแสนประชากร ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี 2563 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง, 2564) ตำบลหนองบัว อำเภอรษฎา จังหวัดตรัง มีผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 46 ราย คิดเป็นอัตรา 1,012.77 ต่อแสนประชากร ซึ่งสูงกว่าอัตราป่วยระดับจังหวัด (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว, 2565)

จากสถานการณ์ดังกล่าวจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการโรคเบาหวานของประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ตำบลหนองบัว อำเภอรษฎา จังหวัดตรัง เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคเบาหวานของประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป และลดอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปตำบลหนองบัว อำเภอรัญญา จังหวัดตรัง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ตำบลหนองบัว อำเภอรัญญา จังหวัดตรัง

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Survey Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ตำบลหนองบัว อำเภอรัญญา จังหวัดตรัง จำนวน 2,338 คน (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว, 2565)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ตำบลหนองบัว อำเภอรัญญา จังหวัดตรัง จำนวน 342 คน ได้จากการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Taro Yamane (1973 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยีนรากร, 2553) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 สำหรับความคลาดเคลื่อน ร้อยละ 5

การสุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling) โดยมีขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 แบ่งหมู่บ้าน จำนวน 9 หมู่บ้าน ออกเป็นโซนตามเขตพื้นที่ จำนวน 3 โซน ได้แก่ โซนที่ 1 หมู่ 2, 7 และ 9 โซนที่ 2 หมู่ 1, 4 และ 8 และโซนที่ 3 หมู่ 3, 5 และ 6 ขั้นตอนที่ 2 ใช้การสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) เลือกหมู่บ้านของแต่ละโซนพื้นที่ จำนวน 1 หมู่บ้าน ขั้นตอนที่ 3 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วน (Proportional to size) ตามโซนของพื้นที่ และขั้นตอนที่ 4 ทำการสุ่มตัวอย่างเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) โดยหาช่วงของการสุ่มแต่ละหมู่บ้าน จากสูตร N/n แล้วจับฉลากคนที่ 1 และใช้ช่วงการสุ่มตามลำดับทะเบียนรายชื่อ จนครบจำนวน ใช้เกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) อายุ 35 ปีขึ้นไป 2) อาศัยอยู่ในพื้นที่จริง และ 3) สามารถสื่อสาร ฟัง พูด อ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทยได้ เกณฑ์การคัดออก คือ 1) เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน 2) ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และ 3) ไม่อยู่ในวันที่เก็บข้อมูล และเกณฑ์การให้เลิก

จากการศึกษา คือ ปฏิเสธหรือออกจากงานวิจัยระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยดัดแปลงจากการศึกษาของ สมใจ จางวาง เทพกร พิทยภินัน และนิรชร ชูดีพัฒนา (2559) โดยแบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ต่อเดือน เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ และเติมคำในช่องว่าง 2) ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามให้เลือกตอบ จำนวน 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน และตอบผิดหรือไม่ทราบ ได้ 0 คะแนน การแปลผล ตามเกณฑ์การประเมินแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom (1986, อ้างถึงใน ศักดิ์สิทธิ์ คำเกษา, 2562) มี 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ ปานกลาง และสูง 3) ปัจจัยด้านความรู้ จำนวน 16 ข้อ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวาน จำนวน 4 ข้อ การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน จำนวน 4 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคเบาหวาน จำนวน 4 ข้อ และการรับรู้อุปสรรคของการเกิดโรคเบาหวาน จำนวน 4 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด และส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน มีจำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติน้อยครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย การแปลผลส่วนที่ 3 และ 4 ใช้เกณฑ์การพิจารณาของ Best, (1977 อ้างถึงใน ศักดิ์สิทธิ์ คำเกษา, 2562) มี 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ ปานกลาง และสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ได้แก่ 1) การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา ความชัดเจน ความครอบคลุมของแบบสอบถาม จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขและคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 2) การหาค่าความเชื่อมั่น

ของเครื่องมือ (Reliability) โดยผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try - Out) กับประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ในตำบลเขาไพร อำเภอรังษภา จังหวัดตรัง จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) แบบสอบถามทั้งฉบับ ได้ 0.834

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเสนอขอรับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง เพื่อพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
2. ทำหนังสือถึงผู้ใหญ่บ้านหมู่ 2, 5 และ 8 เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการวิจัย โดยดำเนินการตามลำดับ ดังนี้ 1) กลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมวิจัย ให้เซ็นชื่อลงในแบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 2) ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง โดยใช้แบบสอบถาม ใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม 15 นาที
4. นำแบบสอบถามที่เก็บรวบรวมได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของแบบสอบถาม
5. นำแบบสอบถามที่สมบูรณ์ที่ผ่านการตรวจสอบไปวิเคราะห์ผลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ประมวลผลข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ตำบลหนองบัว อำเภอรังษภา จังหวัดตรัง โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการรับรองการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง เลขที่ P021/2566

ผลการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.40 มีอายุเฉลี่ย 52.29 ปี มีสถานภาพสมรส คือ สมรส ร้อยละ 77.80 สำเร็จการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี ร้อยละ 82.75 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 61.10 มีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 9,306.35 บาท

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานในระดับสูง ร้อยละ 43.00 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง และระดับต่ำ ร้อยละ 36.50 และ 20.50 ตามลำดับ เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า ข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุด คือ ข้อ 6 การควบคุมอาหารหวาน มัน เค็ม เป็นหัวใจสำคัญของการป้องกันโรคเบาหวาน ตอบถูก ร้อยละ 84.80 ส่วนข้อคำถามที่ตอบผิดมากที่สุด คือ ข้อ 10 ความเครียดไม่ทำให้เสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ตอบผิด ร้อยละ 71.90

ปัจจัยด้านการรับรู้

1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคเบาหวาน ผลการวิจัย พบว่า ข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อ 4 คนที่รับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม เป็นประจำ ทำให้เสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ($\bar{X} = 4.20$, S.D. = 0.86) ส่วนข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ข้อ 2 คนที่มีการออกกำลังกายเป็นประจำไม่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ($\bar{X} = 2.87$, S.D. = 0.76) โดยภาพรวมการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคเบาหวาน อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.34$, S.D. = 0.54)

2) การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน ผลการวิจัย พบว่า ข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อ 6 การเป็นเบาหวานอาจทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนได้ เช่น ไตวาย ตาบอด แผลเรื้อรัง ($\bar{X} = 4.35$, S.D. = 0.82) ส่วนข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ข้อ 8 การรักษาโรคเบาหวานต้องใช้เวลาาน ทำให้คนเป็นโรคสูญเสียเวลาในการประกอบอาชีพ และขาดรายได้ ($\bar{X} = 3.45$, S.D. = 1.38) โดยภาพรวมการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน อยู่ในระดับสูง 3.89 ($\bar{X} = 3.89$, S.D. = 0.61)

3) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคเบาหวาน ผลการวิจัย พบว่า ข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อ 10 การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

ครั้งละ 30 นาทีขึ้นไป อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ช่วยป้องกันการเกิดโรคเบาหวานได้ ($\bar{X} = 3.78$, S.D. = 0.97) ส่วนข้อความที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ข้อ 9 การควบคุมอาหารพวงน้ำตาลเท่านั้น ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ ($\bar{X} = 2.30$, S.D. = 1.05) โดยภาพรวมการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.28$, S.D. = 0.53)

4) การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคเบาหวาน ผลการวิจัย พบว่า ข้อคำถามที่มีคะแนน

พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายข้อ (n=342)

ข้อคำถาม	\bar{X}	S.D.	แปลผล
1. ท่านรับประทานอาหารเช้าโปรตีน เช่น เนื้อปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่ และถั่วเมล็ด วันละ 8-10 ช้อนโต๊ะ	3.27	0.87	ปานกลาง
2. ท่านรับประทานอาหารอบ นึ่ง และต้ม	3.23	0.86	ปานกลาง
3. ท่านรับประทานข้าวเป็นอาหารหลัก สลับกับอาหารพวกแป้ง เป็นบางมื้อ เป็นข้าวที่ขัดสีน้อยหรือไม่ขัดสี วันละ 4-5 ทัพพี	3.04	0.89	ปานกลาง
4. ท่านรับประทานผลไม้ที่ไม่หวาน เช่น ชมพู่ ฝรั่ง แก้วมังกร เป็นต้น วันละ 2 จานเล็ก	3.23	1.20	ปานกลาง
5. ท่านดื่มนมรสจืดพร่องมันเนย ไขมันต่ำ หรือไม่มีไขมัน วันละ 1 แก้ว	2.86	0.99	ปานกลาง
*6. ท่านรับประทานอาหารทอด เช่น ไก่ทอด หมูทอด ปลาทอด กุ้งแชก ขนมชิ้นกระทา ขนมไข่หงส์ เป็นต้น	2.89	1.15	ปานกลาง
*7. ท่านรับประทานอาหาร/ขนมที่ปรุงด้วยกะทิ เช่น แกงกะทิ กล้วย ฝูฉี่ พะแนง สลิม ลอดช่อง ทับทิมกรอบ กล้วยบัวชี่ เป็นต้น	2.99	0.96	ปานกลาง
8. ท่านใช้น้ำมันในการทอด ผัด ปริมาณน้อยเท่าที่จำเป็น ไม่เกินวันละ 3-4 ช้อนชา	3.11	0.81	ปานกลาง
9. ท่านรับประทานน้ำตาลและของหวาน ไม่เกินวันละ 2 ช้อนชา	2.56	1.11	ปานกลาง
*10. ท่านเติมเครื่องปรุงจำพวกเกลือป่น น้ำปลาซีอิ้วขาว น้ำปลาร้า ผงปรุงรส ผงชูรส เพิ่มในอาหาร	3.01	0.77	ปานกลาง
11. ท่านออกกำลังกาย เล่นกีฬาเบาๆ หรือเคลื่อนไหวร่างกาย อย่างน้อย 3 วัน ต่อสัปดาห์	3.15	1.08	ปานกลาง
12. ท่านออกกำลังกายแบบแอโรบิก เช่น การเดินแอโรบิก การเดินเร็ว ยางยืด ซีจรรย์าน เป็นต้น อย่างน้อยวันละ 30 นาที	2.72	1.11	ปานกลาง
13. ท่านมีการจัดการความเครียดโดยการอ่านหนังสือ ฟังเพลง ฟังธรรมะ	2.80	1.09	ปานกลาง

เฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อ 14 การควบคุมอาหารเพื่อป้องกันโรคเบาหวานของท่านถือเป็นภาระของครอบครัวในการเตรียมอาหาร ($\bar{X} = 3.11$, S.D. = 1.26) ส่วนข้อความที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ข้อ 16 การจัดการความเครียดเป็นเรื่องที่ยาก ($\bar{X} = 2.64$, S.D. = 0.94) โดยภาพรวมการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคเบาหวาน อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.85$, S.D. = 0.71)

ข้อความ	\bar{X}	S.D.	แปลผล
14. เมื่อมีปัญหาการทำงาน การใช้ชีวิต ท่านจะปรึกษาครอบครัวและเพื่อนร่วมงาน	2.82	1.09	ปานกลาง
*15. ท่านสูบบุหรี่หรือดื่มแอลกอฮอล์เมื่อมีความเครียด	4.29	1.06	สูง
ภาพรวม	3.06	0.46	ปานกลาง

*ข้อความเชิงลบ เมื่อนำไปคิดภาพรวม ให้คะแนน ทุกครั้ง = 1, บ่อยครั้ง = 2, บางครั้ง = 3, นานๆ ครั้ง = 4, ไม่เคยปฏิบัติ = 5

จากตารางที่ 1 พบว่า เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า ข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อ 15 ท่านสูบบุหรี่หรือดื่มแอลกอฮอล์เมื่อมีความเครียด (ข้อความเชิงลบ) ($\bar{X} = 4.29, S.D. = 1.06$) ส่วนข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 9 ท่านรับประทานน้ำตาลและของหวาน ไม่เกินวันละ 2 ช้อนชา ($\bar{X} = 2.56, S.D. = 1.11$) เมื่อพิจารณาในภาพรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันการโรคเบาหวาน อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.06, S.D. = 0.46$)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามระดับพฤติกรรมป้องกันการโรคเบาหวาน (n=342)

ระดับพฤติกรรมป้องกันการโรคเบาหวาน	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง ($\bar{X} = 3.68-5.00$)	29	8.50
ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.34 - 3.67$)	292	85.40
ระดับต่ำ ($\bar{X} = 1.00 - 2.33$)	21	6.10
$\bar{X} = 3.06$ S.D. = 0.46 Min = 1.80 Max = 4.60		

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมป้องกันการโรคเบาหวาน ในระดับปานกลาง ร้อยละ 85.40 รองลงมา คือ ระดับสูง และระดับต่ำ ร้อยละ 8.50 และ 6.10 ตามลำดับ การทดสอบสมมติฐาน

ตารางที่ 3 การหาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และอาชีพ กับพฤติกรรมป้องกันการโรคเบาหวาน โดยใช้ Chi-square test (n=342)

ตัวแปร	ระดับพฤติกรรมป้องกันการโรคเบาหวาน			χ^2	p-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง		
เพศ				1.069	0.586
ชาย	10(6.70)	124(83.20)	15(10.10)		
หญิง	11(5.70)	168(87.00)	14(7.30)		
สถานภาพสมรส				1.311	0.519
โสด/หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	5(6.60)	67(88.20)	4(5.30)		
สมรส	16(6.00)	225(84.60)	25(9.40)		
ระดับการศึกษา				10.025	0.007
ต่ำกว่าปริญญาตรี	19(6.70)	246(86.90)	18(6.40)		

ตัวแปร	ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน			x ²	p-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง		
ปริญญาตรีขึ้นไป	2(3.40)	46(78.00)	11(18.60)		
อาชีพ				5.662	0.226
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/พนักงาน/ลูกจ้าง เอกชน/ค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว	2(3.60)	47(85.50)	6(10.90)		
เกษตรกร/รับจ้าง	15(5.70)	225(85.90)	22(8.40)		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	4(16.00)	20(80.00)	1(4.00)		

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากตารางที่ 3 การหาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และอาชีพ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน โดยใช้ Chi-square test พบว่า ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ตำบลหนองบัว อำเภอรัชฎา จังหวัดตรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 ส่วนปัจจัยด้านเพศ สถานภาพสมรส และอาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ตำบลหนองบัว อำเภอรัชฎา จังหวัดตรัง

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ รายได้ต่อเดือน ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และการรับรู้กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน โดยใช้ Pearson product-moment correlation coefficient (n=342)

ตัวแปร		S.D.	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆	X ₇	Y ₁
X ₁	52.29	11.41	1	-.227**	.063	-.071	.099	-.091	.007	-.059
X ₂	9,306.35	8,038.34		1	.020	.093	.055	.233**	-.020	.113*
X ₃	6.79	1.89			1	-.025	.368**	.029	-.033	.021*
X ₄	3.34	0.54				1	.106*	.399**	.182**	.117*
X ₅	3.89	0.64					1	.160**	0.54	.141**
X ₆	3.28	0.53						1	0.75	.042
X ₇	2.85	0.71							1	-.192**
Y ₁	3.06	0.46								1

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

หมายเหตุ: X₁ = อายุ, X₂ = รายได้ต่อเดือน, X₃ = ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน, X₄ = การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวาน, X₅ = การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน, X₆ = การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคเบาหวาน, X₇ = การรับรู้อุปสรรคของการเกิดโรคเบาหวาน, Y₁ = พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน

จากตารางที่ 4 พบว่า รายได้ต่อเดือน ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเบาหวาน และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.113, 0.021, 0.117, p\text{-value} < 0.05$) การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.141, p\text{-value} < 0.01$) และการรับรู้อุปสรรคของการเกิดโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำมากกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = -0.192, p\text{-value} < 0.01$) ส่วนอายุ และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคเบาหวาน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป

อภิปรายผล

1) พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป

ผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ตำบลหนองบัว อำเภอรัญญา จังหวัดตรัง อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.06, S.D. = 0.46$) ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ทำให้มีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังซึ่งเกิดจากพฤติกรรมและพันธุกรรม การลดโอกาสเกิดโรคเบาหวานทำได้ด้วยการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การงดบุหรี่และสุรา (อรพินท์ สีขาว, 2559) การดูแลกลุ่มเสี่ยงตั้งแต่ยังไม่มีการ โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีชีวิตที่ไม่เหมาะสม อันเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน จะช่วยป้องกันและยืดระยะเวลาการเป็นโรคออกไปได้ (สมณี วัชรสินธุ์, อัจฉรา ภักดีพิณีจ และอามินะห์ เจ๊ะปอ, 2560) ซึ่งต้องมีการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของพัชรวรรณ แก้วศรีงาม (2556) และสอดคล้องกับการศึกษาของสมใจ จางวาง, เทพกร พิทยภินัน และนิรชร ชูดีพัฒนา (2559)

2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ตำบลหนองบัว อำเภอรัญญา จังหวัดตรัง

ผลการวิจัย พบว่า ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาเป็นปัจจัยพื้นฐานที่เป็นแรงกระตุ้นให้บุคคล แสดงออกทางพฤติกรรมและเป็นการพอใจส่วนบุคคลที่เกิดจากประสบการณ์การเรียนรู้ และนำไปสู่การส่งเสริมหรือยับยั้งการแสดงออกทางพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆ (Green, et al, 1980 อ้างถึงในวิริยา บุญทอง และพัชรา พลเยี่ยม, 2564) สอดคล้องกับการศึกษาของวิจิตพงษ์ วงศ์เรื่อน (2561) ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.021, p\text{-value} = 0.043$) ทั้งนี้เนื่องจากความรู้เรื่องโรคเป็นปัจจัยร่วมในการทำให้บุคคลเกิดการคิด การตัดสินใจในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมได้ (Becker, 1975 อ้างถึงใน อิทธิเชษฐ์ พนิตชัยศักดิ์, 2563) สอดคล้องกับการศึกษาของสมใจ จางวาง, เทพกร พิทยภินัน และนิรชร ชูดีพัฒนา (2559) และสอดคล้องกับการศึกษาของวิจิตพงษ์ วงศ์เรื่อน (2561) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.113, 0.021, 0.117, p\text{-value} < 0.05$) การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.141, p\text{-value} < 0.01$) และการรับรู้อุปสรรคของการเกิดโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำมากกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = -0.192, p\text{-value} < 0.01$) ทั้งนี้เนื่องจากการรับรู้ของบุคคลต่อโอกาสเสี่ยง และการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค จะทำให้บุคคลพยายามออกจากภาวะคุกคามของโรค โดยการเลือกพฤติกรรมเพื่อปฏิบัติตามที่บุคคลนั้นคิดว่าเป็นวิธีที่ดีที่สุด และการรับรู้

อุปสรรคของการป้องกันโรค จะทำให้บุคคลเปรียบเทียบ ประโยชน์กับผลเสียของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ หรือ ค่าใช้จ่ายหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้น (Becker, 1975 อ้างถึงใน อธิเชษฐ์ พนิตชัยศักดิ์, 2563) สอดคล้องกับการศึกษา ของพัชรวรรณ แก้วศรีงาม (2556); สมใจ งามวาง, เทพกร พิทยภินัน และนิรชร ชูดีพัฒนนะ (2559); สำเภา แก้วโบราณ (2561) และวิจิตพงษ์ วงศ์เรื่อน (2561)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษา

จากผลการศึกษา พบว่า ความรู้ การรับรู้โอกาส เสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้อุปสรรคมีความ สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของ ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ดังนั้นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรมีการจัด

กิจกรรม โครงการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การ ป้องกันโรคเบาหวาน โดยสร้างการรับรู้ให้เกิดกับกลุ่ม เสี่ยงโรคเบาหวาน เช่น การเสวนา แลกเปลี่ยนเรียนรู้ บุคคลต้นแบบ ค่าใช้จ่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นต้น ซึ่งจะ ทำให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

การศึกษาครั้งต่อไป 1) ควรมีการศึกษา ประสิทธิภาพของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การ ป้องกันโรคเบาหวาน หรือการพัฒนารูปแบบการป้องกัน โรคเบาหวานโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ และ 2) ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ เช่น สิ่ง ชักนำให้เกิดการปฏิบัติ การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ทศนคติ แรงจูงใจ เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2564). กรมควบคุมโรค รมณรงค์วันเบาหวานโลก ปี 2564 ตระหนักถึงการดูแลรักษาโรคเบาหวาน ให้ได้รับการรักษาอย่างทั่วถึง. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค.
- กรมควบคุมโรค. (2565). รายงานสถานการณ์ NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง ปี 2564. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค.
- พัชรวรรณ จันทรเพชร เพชรรัตน์ ศิริสุวรรณ และฉัตรลดา ดีพร้อม. (2563). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพกลุ่ม เสี่ยงโรคเบาหวาน ในเขตพื้นที่ตำบลเมืองไพร อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุม โรคที่ 7 ขอนแก่น. 27(1), 52-63.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว. (2565). รายงานผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ ในปี พ.ศ. 2565. ตระ: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว.
- วิจิตพงษ์ วงศ์เรื่อน. (2561). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในอำเภอสบปราบ จังหวัดลำปาง. การค้นคว้าอิสระหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. คณะสาธารณสุข ศาสตร์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สมใจ งามวาง. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน และโรคความดัน โลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงอำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. หลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน, มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
- สุมนี วัชรสินธุ์, อัจฉรา ภักดีพิบิน และอามีนะห์ เจาะปอ. (2560). รูปแบบการบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความ ดันโลหิตสูง. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สำเภา แก้วโบราณ. (2561). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานในวัยรุ่นที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานใน จังหวัดสมุทรปราการ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง. (2564). รายงานสถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ ในปี พ.ศ. 2564 จังหวัดตรัง. ตรัง: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง.

- อรพินท์ สีขาว. (2559). อ้างถึงใน วิจิตพงษ์ วงศ์เรื่อน. (2561). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในอำเภอสบปราบ จังหวัดลำปาง. การค้นคว้าอิสระหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. คณะสาธารณสุขศาสตร์.
- Becker. (1975). อ้างถึงใน วิจิตพงษ์ วงศ์เรื่อน. (2561). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในอำเภอสบปราบ จังหวัดลำปาง. การค้นคว้าอิสระหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. คณะสาธารณสุขศาสตร์.
- Best. (1977). อ้างถึงใน ศักดิ์สิทธิ์ คำเกษา. (2562). ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพโดยการประยุกต์ความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มเสี่ยงที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปานเจริญ อำเภอรามัญ จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 13(3), 56-68.
- Bloom. (1986). อ้างถึงใน ศักดิ์สิทธิ์ คำเกษา. (2562). ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพโดยการประยุกต์ความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มเสี่ยงที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปานเจริญ อำเภอรามัญ จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 13(3), 56-68.
- Green, et al. (1980). อ้างถึงใน วริยา บุญทอง และพัชรา พลเยี่ยม. (2564). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของวัยทำงานอายุ 15-59 ปี ปี 2564 เขตสุขภาพที่ 6. นนทบุรี: ศูนย์อนามัยที่ 6 กรมอนามัย.
- Yamane. (1973). อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร. (2553). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไออินเตอร์มีเดีย.

การพัฒนาการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในสถานพยาบาลเอกชน จังหวัดระนอง Development of a Rational Drug Use for Clinics In Ranong Province

เสาวลักษณ์ กิรติหัตถยากร, นิชา ยนต์พิพัฒนกุล
Sawaluck Keeratihuttayakorn, Nicha Yonphiphatthanakun
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง
Ranong Provincial Public Health Office

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) สถานการณ์และปัญหาการใช้ยาอย่างสมเหตุผลสำหรับสถานพยาบาลเอกชน จังหวัดระนอง และ (2) ค้นหามาตรฐานการดำเนินงานด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในจังหวัดระนอง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ประกอบกิจการคลินิก 53 คน เก็บรวบรวมโดยใช้แบบประเมินตนเองด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลสำหรับสถานพยาบาลเอกชนที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบประเมินของสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ ความตรงของเนื้อหา อยู่ระหว่าง 0.67-1.0 และอำนาจจำแนกรายชื่อ อยู่ระหว่าง 0.34-0.79 ความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.908 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา คือ การแจกแจงความถี่ และร้อยละ เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย ผู้แทนผู้ประกอบการคลินิก จำนวน 9 คน และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสถานพยาบาล จำนวน 7 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา โดยมีระยะเวลาดำเนินการในปีงบประมาณ 2564-2565

ผลการศึกษาพบว่า (1) สถานการณ์และปัญหาการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของสถานพยาบาลเอกชน (คลินิก) ในจังหวัดระนอง ส่วนใหญ่เป็นคลินิกเวชกรรม(ทั่วไป/เฉพาะทาง) สำหรับคลินิกเวชกรรมเฉพาะทาง พบว่า เป็นคลินิกสาขาเวชกรรมเฉพาะทางสาขากุมารเวชศาสตร์ และสาขาโสต ศอ นาสิกวิทยามากที่สุด ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเจ้าของคลินิก รับทราบและเห็นด้วยเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลสำหรับคลินิก สถานการณ์การใช้ยาอย่างสมเหตุผลในคลินิกโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (กำลังดำเนินการ) โดยปัญหาและอุปสรรคที่พบในคลินิกที่พบมากที่สุด คือ ด้านระบบแจ้งเตือนการแพทย์เป็นแบบระบบ manual ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการสั่งจ่ายยาที่ผู้ป่วยแพ้ เนื่องจากไม่ได้ใช้ ระบบ electronic รองลงมาคือ ปัญหาด้านการพัฒนาฉลากยา ฉลากยาเสริม และข้อมูลยาสู่ประชาชน (ฉลากยาไม่ได้บอกความแรงของยาที่ผู้ป่วยได้ทราบ ไม่มีฉลากเสริม) และปัญหาด้านการรวบรวมและพัฒนาคำแนะนำต่างๆ ที่ช่วยให้การใช้ยาในผู้ป่วยกลุ่ม (ไม่ได้จัดทำคำแนะนำต่างๆ ในผู้ป่วยกลุ่มพิเศษแต่ละกลุ่ม) จากสถานการณ์และปัญหาดังกล่าวนำมาสู่การจัดทำแนวทางการพัฒนาระบบการใช้ยาอย่างสมเหตุผลสำหรับคลินิก จังหวัดระนอง ประกอบด้วย 1) การสร้างความเข้มแข็งของคณะกรรมการเภสัชกรรม โดยผู้ดำเนินการคลินิก เป็นกรรมการหลัก 2) การจัดทำฉลากยาเสริม และข้อมูลยาสู่ประชาชน ให้จัดทำฉลากยาตามข้อกำหนดที่ระบุไว้ใน มาตรฐานฉลากยาสำหรับสถานพยาบาลเอกชน 3) การจัดหาเครื่องมือจำเป็นที่ช่วยให้เกิดการสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุผล ให้บททวนรายการยาที่ผู้ป่วยใช้ประจำ และนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาประยุกต์ใช้ในการตรวจรักษา และจัดทำคำแนะนำ สำหรับโรคที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติ 4) การสร้างความตระหนักรู้ของบุคลากรทางการแพทย์และผู้รับบริการ ให้มีป้ายประชาสัมพันธ์หรือป้ายเตือนภายในคลินิก ถึงการจ่ายยาปฏิชีวนะ 5) การดูแลด้านยาเพื่อความปลอดภัยของประชากรกลุ่มพิเศษ ให้งดเว้นการสั่งยาซ้ำซ้อน ที่ก่อให้เกิดอันตรายได้ง่าย และ 6) การส่งเสริมจริยธรรมและจรรยาบรรณทางการแพทย์ ในการสั่งยา ให้งดเว้นการสั่งยาที่เป็นสูตรลับ และไม่ให้ผู้อื่นที่ไม่ใช่แพทย์เป็นผู้สั่งยาแทน พร้อมเผยแพร่แนวทางการพัฒนาดังกล่าวไปยังคลินิกกลุ่มเป้าหมายในการพัฒนา (2) การค้นหาคลินิกต้นแบบด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล พบว่าคลินิกที่ผ่านการประเมินมาตรฐาน เป็นคลินิกเวชกรรม จำนวน 2 แห่ง

คำสำคัญ : แนวทางการพัฒนา, การใช้ยาอย่างสมเหตุผล, คลินิก

Abstract

This Research and Development Research (R&D) aimed to: (1) investigate situations and problems of rational drug use (RDU) at clinics; and (2) To find a model clinic for rational drug use in Ranong province

The study involved 53 clinic operators. Data were collected using a rational drug use self-assessment questionnaire for Private Clinic that do not accept patients for overnight stays, the researcher developed from a self-assessment questionnaire of the Bureau of Hospital and Medical Practice.; the questionnaire-related coefficients were 0.6–1.0 for IOC, 0.34–0.79 for discriminatory power, and 0.908 for Cronbach alpha or reliability. Data analysis included descriptive statistics to determine frequency and percentage and focus group discussions study in 9 clinic owners, and 7 officials responsible for the hospital work analyzed the data using content analysis. The implementation period is in fiscal year 2021-2022.

The results indicated that: (1) concerning the RDU situations and problems at clinics, mostly medical clinics and specialized medical clinics, most of the clinic owners acknowledged and agreed with the overall RDU principles at a moderate level; The problems and cause of most clinics is the system of allergy notification The drug allergy notification system still be manual system not yet an electronic system. Second is the problem of developing drug labels, supplementary drug labels, and drug information to the public (drug labels do not tell patients the strength of the drug they are giving. no extra label) and problems in collecting and developing various recommendations that helps to use the drug in group of patients (Various recommendations have not been made for each special group of patients.) Such problems lead to the development of the RDU system for clinics in Ranong province was had six key elements: (a) Pharmacy and therapeutics committee strengthening involving clinic operators as core members; (b) Labeling and leaflet for patients prepared according to the requirements of the Drug Label Standards for private health facilities; (c) Essential RDU tools provided for reviewing lists of medications commonly used by patients, informing the patients to bring the same medicines every time when coming for treatment, using a computer when making examination and treatment, and creating advisory sheets for common diseases in medical practice; (d) Awareness of RDU principles raised among medical personnel and patients by posting publicity or warning signs on antibiotic prescription at the clinics; (e) Special population group's medication for patient safety by refraining from prescribing duplicate medicines that easily cause patient harm; and (f) Ethics in prescription by refraining from prescribing secret drug formulas and not allowing other people other than the doctor to prescribe the drugs.(2) The role model clinics for rational drug use in Ranong that passed the standard assessment are 2 clinics

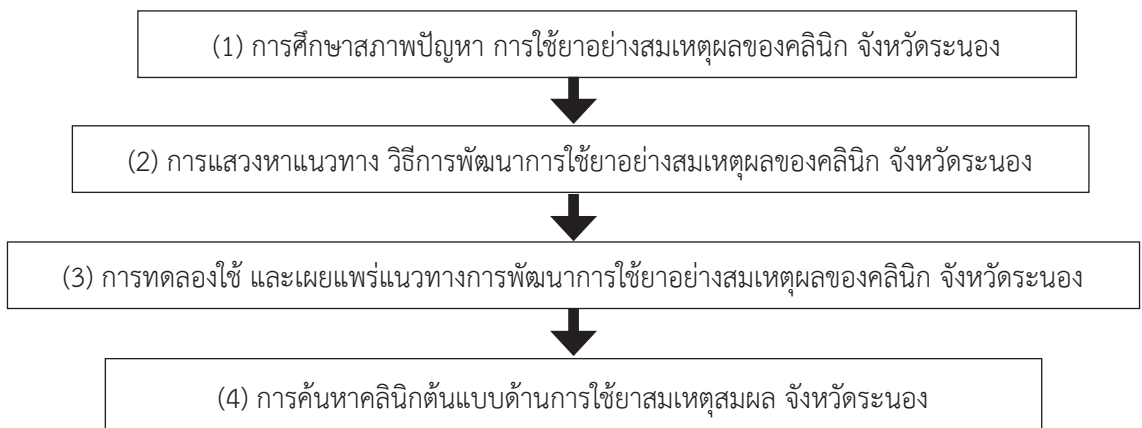
Keywords : Guidelines for Development, Rational drug use, Clinics

บทนำ

สถานการณ์การใช้ยาในประเทศไทย มีแนวโน้มการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลเกิดขึ้นทั้งในสถานพยาบาลและชุมชน โดยเฉพาะสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน มีการสั่งยาที่ก่อให้เกิดการใช้ยาโดยไม่จำเป็น การสั่งใช้ยาซ้ำซ้อน สั่งใช้ยาโดยไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่ารักษาโรคนั้นได้จริง (สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, 2559) โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาด้านการบริโภครักษาปฏิชีวนะ พบว่า ประชาชนใช้ยาปฏิชีวนะรักษาโรคหวัดซึ่งเกิดจากเชื้อไวรัสอย่างแพร่หลาย ประมาณร้อยละ 40-60 ในต่างจังหวัด และร้อยละ 70-80 ในกรุงเทพมหานคร (บุปผาศิริริศมี, 2540) นอกจากนี้ คลินิกและร้านยามีอัตราการสั่งยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคที่ส่วนมากไม่จำเป็นต้องได้ยาปฏิชีวนะประมาณ 40-60% (สรীরโรจน์ สุขกมลสันต์, 2559)

กระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้การใช้อย่างสมเหตุผลเป็นแผนงานในยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี พร้อมทั้งกำหนดนโยบายการพัฒนากระบวนการสุขภาพเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเป็นแผนงานหนึ่งในแผนงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ให้มีการดำเนินการในสถานบริการทุกระดับ ทั้งนี้ได้มีการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลโดยใช้กลยุทธ์ “PLEASE” เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงาน พร้อมผลักดันนโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use: RDU) สู่การปฏิบัติในสถานพยาบาลเอกชน เพื่อส่งเสริม

กรอบแนวคิดการวิจัย



และผลักดันสถานพยาบาลเอกชนให้เข้าถึงและปฏิบัติตามแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพด้านการใช้ยาสมเหตุผล

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบในการควบคุมกำกับ ดูแลการดำเนินงานของสถานพยาบาลเอกชน ให้เป็นไปตามกฎหมาย ซึ่งครอบคลุม สถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนหรือคลินิกด้วย จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น และนโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน คณะผู้วิจัยจึงได้ศึกษาสถานการณ์และปัญหาอุปสรรคด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในสถานพยาบาลเอกชน ประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) จังหวัดระนอง และดำเนินการพัฒนาการใช้ยาอย่างสมเหตุผล พร้อมค้นหาคลินิกเวชกรรมต้นแบบด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เพื่อพัฒนาส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในสถานพยาบาลเอกชน ประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน และสร้างความตระหนักถึงความสำคัญในการใช้ยา เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาการใช้ยาอย่างสมเหตุผลสำหรับสถานพยาบาลเอกชน จังหวัดระนอง
2. เพื่อค้นหาสถานพยาบาลเอกชนต้นแบบด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในจังหวัดระนอง

ระเบียบวิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย (Research Design) การวิจัยครั้งนี้จึงเป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) ใช้ระเบียบวิธีวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยกำหนดขั้นตอนการดำเนินงานไว้ 4 ขั้นตอนต่อเนื่องกันตามกรอบแนวคิดการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

ประชากร ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นกลุ่มผู้ประกอบการกิจการสถานพยาบาลเอกชนประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนจังหวัดระนอง จำนวน 53 คน โดยเก็บทุกหน่วยประชากร

2. การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

ประกอบด้วย 2 กลุ่ม รวม 16 คน ดังนี้

2.1 กลุ่มที่ 1 กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบ

เจาะจง (Purposive sampling) จากกลุ่มผู้ประกอบการกิจการคลินิก จังหวัดระนอง จำนวน 9 ประเภท ได้แก่ คลินิกเวชกรรม คลินิกเวชกรรมเฉพาะทางคลินิกทันตกรรม ชั้น 1 คลินิกการแพทย์แผนไทย คลินิกการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ คลินิกกายภาพบำบัด คลินิกเทคนิคการแพทย์ และสหคลินิก ซึ่งเลือกผู้แทนตามประเภทคลินิกประเภทละ 1 คน โดยมีเงื่อนไขของการกำหนดคุณสมบัติของประชากรที่จะถูกเลือกมาศึกษาโดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) และเกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ดังนี้

1) เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)

ได้แก่

(1) ผู้ที่เต็มใจเข้าร่วมการวิจัยและสามารถเข้าร่วมการวิจัยตลอดระยะเวลาของการดำเนินการวิจัย

(2) ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่จังหวัดระนอง ตลอดระยะเวลาทำการศึกษาวิจัย

(3) มีระยะเวลาประกอบกิจการมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี

2) เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

ได้แก่

(1) ผู้ที่ยกเลิกการสมัครใจ/ของการให้ข้อมูล

2.2 กลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านสถานพยาบาล

ที่มีหน้าที่ควบคุมกำกับมาตรฐานสถานพยาบาลเอกชนในระดับโรงพยาบาลชุมชน 4 แห่ง จำนวน 4 คน และโรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง จำนวน 3 คน รวม 7 คน ศึกษาในประชากรทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสาร งานวิจัย ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง และแบบสอบถามจากสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข แล้วนำมาประยุกต์สร้างเครื่องมือให้มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และกรอบแนวคิดการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

เป็นแบบประเมินตนเองด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลสำหรับสถานพยาบาลที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยปรับปรุงมาจากสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งนำแนวคิดของ PLEASE มาประยุกต์ใช้ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2563) ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ลักษณะของคลินิก และบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา โดยลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิดและปิด จำนวน 2 ข้อ

ส่วนที่ 2 การตรวจประเมิน โดยมีข้อคำถามทั้งหมด จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วยเนื้อหา การส่งเสริมให้เกิดความเข้มแข็งของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (Pharmacy and Therapeutics Committee Strengthening) การพัฒนาฉลากยา ฉลากยาเสริม และข้อมูลยาสู่ประชาชน (Labeling and Leaflet for Patient Information) การสร้างความตระหนักรู้ของบุคลากรทางการแพทย์ และผู้รับบริการ (Awareness for RDU Principles among Health Personnel and Patients) การรวบรวมและพัฒนาคำแนะนำต่างๆ (Special Population Care) และการส่งเสริมให้การสั่งใช้ยาเป็นไปตามหลักจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ (Ethics in Prescription) ลักษณะการวัด เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ ดำเนินการแล้ว ให้คะแนน 3 คะแนน กำลังดำเนินการ ให้คะแนน

2 คะแนน และไม่มี ให้คะแนน 1 คะแนน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}} = \frac{3 - 1}{3} = 0.66$$

2.34 – 3.00 หมายถึง ระดับสูง

1.67 – 2.33 หมายถึง ระดับปานกลาง

1.00 – 1.66 หมายถึง ระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 ปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนางานด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในคลินิก โดยลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด จำนวน 6 ข้อ

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผู้วิจัยได้ใช้กรอบการสนทนากลุ่มที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยได้ดำเนินการ ดังนี้

ก. นำกรอบแนวคิดในการวิจัยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มาใช้เป็นหลักในการกำหนดประเด็นคำถามในการสนทนากลุ่ม โดยมีประเด็นสนทนากลุ่มในเรื่องเป้าหมายการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Goal) เหตุผลที่สถานพยาบาลเอกชนควรให้ความสำคัญกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Why) การดำเนินงาน (Process) การพัฒนาต่อเนื่องจากที่สถานพยาบาลควรดำเนินการเพื่อนำไปสู่การใช้ยาอย่างสมเหตุผล ได้แก่ การดำเนินงานอย่างสอดคล้องกับกฎเกณฑ์สำคัญ 6 ประการตามแนวทาง RDU Hospital PLEASE ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดประเด็นจากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ข. สร้างกรอบการสนทนากลุ่มเพื่อใช้ในการเก็บข้อมูลตามประเด็นที่กำหนด

ค. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของกรอบการสนทนากลุ่มกับกรอบความคิดในการวิจัย โดยขอให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) ก่อนนำไปใช้สนทนากลุ่ม

ง. ขณะที่สนทนากลุ่ม เมื่อพบประเด็นที่เกี่ยวข้องก็ได้ปรับปรุงข้อสนทนากลุ่มเพิ่มเติมเพื่อให้ครอบคลุมประเด็นที่ต้องการมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Validity) ของแบบประเมินตนเองด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลสำหรับสถานพยาบาลที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงจากสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุน

บริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ไปตรวจคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย 1) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดระนอง 2) นายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน และ 3) นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) พิจารณาความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity) ของร่างแบบประเมิน จากนั้นนักวิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขแบบประเมินฯ ครั้งที่ 1 โดยหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับลักษณะพฤติกรรม ถ้าดัชนีความสอดคล้องที่คำนวณได้มากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 ข้อคำถามนั้นก็เป็นตัวแทนของกลุ่มพฤติกรรมนั้น ถ้าข้อคำถามใดมีค่าดัชนีความสอดคล้องต่ำกว่า 0.5 ข้อคำถามนั้นก็จะต้องตัดออกไปหรือต้องนำไปปรับปรุงแก้ไขใหม่ให้ดีขึ้น

สำหรับผลการหาค่าดัชนีความสอดคล้องของแบบประเมินตนเองด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลสำหรับสถานพยาบาลที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ทุกข้ออยู่ระหว่าง 0.67-1.0

2. การหาคุณภาพเครื่องมือ ของแบบประเมินตนเองด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลสำหรับสถานพยาบาลที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ที่ได้ปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ 1 ไปใช้ทดสอบกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ในคลินิกจังหวัดชุมพร เพื่อทดสอบคุณภาพของแบบประเมินตนเองด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลสำหรับสถานพยาบาลที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน แล้วนำผลทดลองมาวิเคราะห์หาคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้

2.1 การหาอำนาจจำแนก (Discrimination Power)

การหาค่าอำนาจจำแนกของข้อคำถามของแบบประเมินตนเองด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลสำหรับสถานพยาบาลที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน โดยใช้วิธีหาค่าอัตราส่วนวิกฤติ t เป็นรายข้อ โดยกำหนดค่านัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ถ้าค่า t ที่คำนวณได้มีค่ามากกว่าค่า t ที่เปิดตาราง r ที่ df = n-2 แสดงว่าคะแนนของข้อนั้นมีความสัมพันธ์กับคะแนนรวม นั่นคือ ข้อคำถามนั้นมีอำนาจจำแนก แต่ถ้าค่า t ที่คำนวณได้มีค่าน้อยกว่าค่า t ที่เปิดตาราง r ที่ df = n-2 แสดงว่าคะแนนของข้อนั้นไม่มีความสัมพันธ์กับคะแนนรวม นั่นคือ ข้อคำถามนั้นไม่มีอำนาจจำแนก ข้อคำถามนั้นจะถูกตัดออกไปหรือต้องนำไปปรับปรุงแก้ไขใหม่ให้ดีขึ้น ซึ่งค่า t ที่เปิดตาราง r ที่ขึ้นความเป็นอิสระ 28 ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

มีค่า = 0.306 ผลการวิเคราะห์อำนาจจำแนก ปรากฏว่าแบบประเมินตนเองด้านการใช้อย่างสมเหตุผลสำหรับสถานพยาบาลที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน จำนวน 15 ข้อ (24 ข้อย่อย) ต้องปรับปรุง 5 ข้อ คือ ข้อ 3 ข้อ 10.1 ข้อ 10.6 ข้อ 10.9 และข้อ 13 มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อทั้งหมด โดยมีค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.34-0.79

2.2 การหาความเชื่อมั่น (Reliability)

การหาความเชื่อมั่นของแบบประเมินตนเองด้านการใช้อย่างสมเหตุผลสำหรับสถานพยาบาลที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (Coefficient of Alpha) ตามวิธีของครอนบัค ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.908

สำหรับการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงของข้อมูลที่ได้จากการศึกษา โดยการตรวจสอบข้อมูลจากการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้วิธีการเก็บรวบรวมหลายวิธีในเรื่องเดียวกันด้วยวิธีการต่างๆ ได้แก่ การสนทนากลุ่ม การศึกษาเอกสาร โดยวิธีตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบประเมินตนเองแบบบันทึก (Record) ซึ่งผ่านการตรวจสอบ โดยมีวิธีการเก็บข้อมูล ดังนี้

1. การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ เป็นการเก็บข้อมูลจากแบบประเมินตนเองด้านการใช้อย่างสมเหตุผลสำหรับสถานพยาบาลที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน สำหรับคำถามปลายเปิด ผู้วิจัยรวบรวมจากปัญหาอุปสรรค ที่ผู้ประเมินตนเอง ได้แสดงความเห็น โดยส่งหนังสือราชการจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนองทางไปรษณีย์ เพื่อนำมาใช้ประกอบในการวิเคราะห์สภาพปัจจุบันของการดำเนินงานด้านการใช้อย่างสมเหตุผล

2. การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

การบันทึก (Record) จากการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) มีขั้นตอน ดังนี้

2.1 แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสนทนากลุ่ม

2.2 นำเสนอข้อมูลสภาพปัจจุบัน ด้านการใช้อย่างสมเหตุผลของสถานพยาบาลที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ที่ได้จากการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

2.3 รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสภาพปัจจุบันเพิ่มเติม

2.4 จัดลำดับประเด็นที่ต้องการพัฒนา

2.5 วิเคราะห์และอภิปรายถึงแนวทางหรือวิธีการที่นำไปสู่การพัฒนาการใช้อย่างสมเหตุผลในสถานพยาบาลเอกชนประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน จังหวัดระนอง

2.6 ร่วมกันพิจารณาแนวทางการพัฒนาการใช้อย่างสมเหตุผลในสถานพยาบาลเอกชนประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน จังหวัดระนอง

2.7 บันทึกผลการประชุม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) คือ การแจกแจงความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage)

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ นำข้อมูลที่ได้มาจากแบบบันทึก (Record) มาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วน แยกเป็นหมวดหมู่ตามประเด็นปัญหา และทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง หมายเลขรับรอง COA_PHRN 013/65 ลงวันที่ 15 สิงหาคม 2565

ผลการวิจัย

1. การศึกษาสถานการณ์และปัญหาการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

1.1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับคลินิกในจังหวัดระนอง พบว่า มีลักษณะเป็นคลินิกเวชกรรม (ทั่วไป/คลินิกเวชกรรมเฉพาะทาง) มากที่สุด ร้อยละ 38.5 รองลงมาเป็นคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ร้อยละ 28.3 และคลินิกทันตกรรม ชั้น 1 ร้อยละ 22.6 เมื่อพิจารณาศูนย์บริการเฉพาะทาง พบว่า เป็นคลินิกเวชกรรมเฉพาะทาง สาขากุมารเวชศาสตร์ และสาขาโสตศอนาสิกวิทยา มากที่สุด ร้อยละ 23.1 ส่วนมากเป็นเจ้าของ ร้อยละ 98.1 บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาใน

คลินิก เป็นแพทย์ และพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 35.9 มีเพียงร้อยละ 1.6 ที่เป็นเภสัชกร ทุกแห่งรับรู้เกี่ยวกับนโยบายเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลสำหรับคลินิก และเห็นด้วยอย่างยิ่งว่าควรมีการกำหนดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลสำหรับคลินิก

1.2 การใช้ยาอย่างสมเหตุผลสำหรับคลินิก ประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

การใช้ยาอย่างสมเหตุผลในคลินิก โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่าทุกข้อส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ยกเว้นประเด็น “การมีระบบเตือนภัยการใช้ยาความเสี่ยงสูง (High Alert Drugs)” “ฉลากยา มีการบอกความแรงของยาให้ผู้ป่วยทราบ” “การแสดงค่า GFR ของผู้ป่วยโรคไตปรากฏชัดเจนบน OPD card และ/หรือบนจอภาพการสั่งยาของแพทย์” “การแสดงกรณีผู้ป่วยที่เป็น G-6-PD deficiency ปรากฏชัดเจน OPD card และ/หรือบนจอภาพการสั่งยาของแพทย์” “บุคลากรทางการแพทย์อย่างน้อยร้อยละ 80 เข้าร่วมการอบรมเพื่อสร้างความตระหนักรู้ต่อการใช้

ยาอย่างสมเหตุผลอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง” “การมีระบบติดตามและแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในการใช้ยาไม่ถูกต้องหรือไม่ต่อเนื่อง (counseling) เช่น ผู้ป่วยที่ใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์หรือยาต้านวัณโรค” อยู่ในระดับปานกลาง และ “การมีระบบอิเล็กทรอนิกส์ในการตรวจสอบรายการยาที่ห้ามใช้ในผู้ป่วยตั้งครรภ์/ยาที่ต้องระวังในสตรีที่ให้นมบุตร” “การมีระบบอิเล็กทรอนิกส์ในการตรวจสอบรายการยา กรณีแพทย์สั่งยาที่ผู้ป่วยแพ้หรือยาที่มีสูตรโครงสร้างทางเคมีคล้ายคลึงกัน (Cross-reaction)” “การแจ้งเตือนปัญหาการใช้ยาดัวยาระบบสารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ กรณี fatal หรือ contraindicated drug interaction” “การแจ้งเตือนปัญหาการใช้ยาดัวยาระบบสารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ กรณียาที่ห้ามใช้ หรือการปรับขนาดยาเมื่อใดทำงานลดลงมาก” “การแจ้งเตือนค่าวิกฤตทางห้องปฏิบัติการ เช่น ค่า INR” “การแจ้งเตือนกรณีเป็นผู้ป่วยโรคตับ” อยู่ในระดับต่ำ

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในคลินิกของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวม

การใช้ยาอย่างสมเหตุผลในคลินิก	\bar{X}	S.D.	แปลผล
Pharmacy and Therapeutics Committee Strengthening (P)	2.31	0.85	สูง
Labeling and Leaflet for Patient Information (L)	2.45	0.78	สูง
Essential RDU Tools (E)	1.71	0.84	ปานกลาง
Awareness for RDU Principles among Health Personnel and Patients (A)	2.43	0.82	สูง
Special Population Care (S)	2.23	0.88	ปานกลาง
Ethics in Prescription (E)	2.77	0.64	สูง

1.3 ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในคลินิก มีรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 2 สถานการณ์ ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในคลินิกจังหวัดระนอง

การดำเนินการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในคลินิก	สถานการณ์	ปัญหาและอุปสรรค
1. การส่งเสริมให้เกิดความเข้มแข็งของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด	1. คลินิกมีการกำหนดผู้รับผิดชอบเกี่ยวกับการดำเนินการตามนโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (73.6%) 2. มีการจัดทำบัญชีรายการยาและทบทวนรายการยาอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง (71.7%)	- ไม่มีคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด

การดำเนินการใช้ยา อย่างสมเหตุผลในคลินิก	สถานการณ์	ปัญหาและอุปสรรค
2. การพัฒนาฉลากยา ฉลากยาเสริม และข้อมูลยาสู่ประชาชน	1. คลินิกมีการให้ความรู้เรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผลแก่ผู้รับบริการ (88.7%) 2. ฉลากยาที่ใช้ของคลินิกเป็นไปตามมาตรฐานฉลากยาสำหรับสถานพยาบาลเอกชน (90.6%) 3. คลินิกมีฉลากยาเสริมเพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้ได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย ในกรณีที่ไม่สามารถบรรจุข้อมูลยาในฉลากยาได้ทั้งหมด (66.0%)	- ฉลากยา ไม่ได้บอกความแรงของยาที่ให้ผู้ป่วยได้ทราบ - ฉลากยา บางคลินิกบางแห่งไม่ได้ระบุชื่อสามัญ/ชื่อการค้าของยา - บางแห่งไม่มีฉลากเสริม เพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้ได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย ในกรณีที่ไม่สามารถบรรจุข้อมูลยาในฉลากยาได้ทั้งหมด เช่น รับประทานต่อเนื่องจนยาหมด
3. การรวบรวมเครื่องมือ จำเป็นที่ช่วยให้การใช้ยาเป็นไปอย่างสมเหตุผล	1. คลินิกมีการทบทวนรายการยาที่ผู้ป่วยใช้ในปัจจุบัน (69.8%) 2. การแสดงให้ปรากฏชัดเจนใน OPD card หรือบนจอภาพการสั่งยาของแพทย์ เช่น - ผู้ป่วยเป็นโรคพร่องเอนไซม์จีซิกพีดี (G-6-PD deficiency) (64.2%) - การตั้งครรภ์/การให้นมบุตร ของผู้ป่วย (67.9%) 3. มีระบบอิเล็กทรอนิกส์ตรวจสอบรายการยากรณีแพทย์สั่งยาที่ผู้ป่วยแพ้ (22.6%)	- แนะนำการใช้ยาไม่ครบถ้วน เช่น ไม่แจ้งข้อควรปฏิบัติพิเศษเกี่ยวกับการใช้ยา - ไม่ได้สอบถามยาเดิมของผู้ป่วย อาจส่งผลให้เกิดการใช้ยาซ้ำซ้อน - การแจ้งเตือนปัญหาการใช้ยาเป็นแบบระบบ manual ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการสั่งจ่ายยา เช่น การแจ้งเตือนกรณีแพ้ยา/ตั้งครรภ์ กรณีผู้ป่วยเป็นโรคตับ โรคไต ค่าวิกฤตทางห้องปฏิบัติการ - การไม่มีระบบเตือนภัยการใช้ยาความเสี่ยงสูง (High Alert Drugs)
4. การสร้างความตระหนักรู้ ของบุคลากรทางการแพทย์ และผู้รับบริการต่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	1. บุคลากรทางการแพทย์ อย่างน้อยร้อยละ 80 เข้าร่วมการอบรมที่สร้างความตระหนักรู้ต่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ปีละครั้ง (52.8%) 2. แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ มีการพัฒนาองค์ความรู้ที่ทันสมัยผ่านการศึกษาค้นคว้าอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยตามที่สภาวิชาชีพกำหนด (86.8%)	- ขาดการอบรม/สัมมนา เกี่ยวกับแนวทางการใช้ยาอย่างสมเหตุผล - ผู้รับบริการตระหนักรู้ต่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล แต่ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำการใช้ยา เช่น การรับประทานยาปฏิชีวนะไม่ครบจำนวนตามที่แพทย์กำหนด
5. การรวบรวมและพัฒนาคำแนะนำต่างๆ ที่ช่วยให้การใช้ยาในผู้ป่วยกลุ่มพิเศษเกิดความปลอดภัย	1. ให้การรักษาตามแนวทางการรักษาโรคตาม Standard Clinical Practice Guideline (CPG) (79.2%)	- ไม่มีระบบติดตาม และแก้ไขปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยกลุ่มพิเศษแต่ละกลุ่ม เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยที่ใช้ยาความเสี่ยงสูง ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ หรือยาด้านวัณโรค

การดำเนินการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในคลินิก	สถานการณ์	ปัญหาและอุปสรรค
6. การส่งเสริมให้การสั่งใช้ยาเป็นไปตามหลักจรรยาบรรณและจรรยาบรรณวิชาชีพ	1. คลินิกมีการดำเนินการเกี่ยวกับจรรยาบรรณและธรรมาภิบาลในการสั่งใช้ยาอย่างเหมาะสม เช่น ไม่สั่งยาที่ไม่มีข้อบ่งชี้ (88.7%)	- บางคลินิกมีการสั่งจ่ายยาปฏิชีวนะบ่อยครั้ง/ สั่งจ่ายยาตามอาการ เกินความจำเป็น และซ้ำซ้อนกับยาเดิม

2. แนวทางการพัฒนาระบบการใช้ยาอย่างสมเหตุผลสำหรับคลินิก จังหวัดระนอง

2.1 เป้าหมายการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ผู้ดำเนินการและผู้ประกอบวิชาชีพสำหรับคลินิก ควรยึดเป็นแนวทางในการปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ใช้ยาอย่างปลอดภัย ซึ่งจะส่งผลดีต่อผู้ป่วยในระยะยาวต่อไป

2.2 เหตุผลที่คลินิกควรให้ความสำคัญกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ผู้ดำเนินการ ผู้ประกอบวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน และบุคลากรด้านการแพทย์ ในคลินิก

ต้องทำความเข้าใจถึงเหตุผล ความจำเป็น และแยกแยะปัญหาความไม่ปลอดภัยที่เกิดขึ้นจากการสั่งใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล และต้องยึดเป็นแนวทางในการปฏิบัติอย่างเข้มงวด

2.3 การดำเนินงาน (Process) การพัฒนาต่อเรื่องที่คลินิกควรดำเนินการ เพื่อนำไปสู่การใช้ยาอย่างสมเหตุผล ได้แก่ การดำเนินงานอย่างสอดคล้องกับกฎเกณฑ์สำคัญ 6 ประการตามแนวทาง RDU Hospital PLEASE ดังนี้

ตารางที่ 3 แนวทางการพัฒนาระบบการใช้ยาอย่างสมเหตุผลสำหรับคลินิกในจังหวัดระนอง

ด้านกฎเกณฑ์ PLEASE	แนวทางการพัฒนาระบบการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
กฎเกณฑ์ที่ 1 (P) การสร้างเสริมความเข้มแข็งของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (Pharmacy and Therapeutics Committee (PTC) Strengthening)	1. การจัดทำบัญชีรายการยาของคลินิก ไม่ควรมียา ที่ขาดประสิทธิภาพและขาดความปลอดภัยในการใช้ มาใช้สำหรับจ่ายให้แก่ผู้ป่วยในคลินิก โดยคัดเลือกยาจากบริษัทที่ดีและปลอดภัย พร้อมนำการใช้ยาเพิ่มเติม และการคำนวณขนาดยาให้เหมาะสมกับผู้ป่วย 2. ควรมีการทบทวนรายการยาในบัญชียา อย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง 3. จัดให้มีระบบตรวจติดตามการใช้ยาที่ไม่สมเหตุผล หรือแจ้งความเสี่ยงของยาให้แก่ผู้ป่วยทราบ การเตือนภัยยาที่ต้องเฝ้าระวังโดยอาจนัดติดตามอาการผู้ป่วย
กฎเกณฑ์ที่ 2 (L) การจัดทำฉลากยา ฉลากยาเสริม และข้อมูลยาสู่ประชาชน	1. จัดทำฉลากยาตามข้อกำหนดที่ระบุไว้ใน “มาตรฐานฉลากยาสถานพยาบาลเอกชน” 2. จัดทำฉลากยาเสริม หรือจัดทำกระบวนการให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับยาที่ได้รับเพียงพอต่อการใช้ยาได้อย่างเหมาะสม เช่น การพิมพ์ QR code บนฉลากยาเพื่อเชื่อมโยงไปยังข้อมูลยาสำหรับประชาชน ในเบื้องต้นให้จัดทำฉลากยาเสริมจำนวน 18 รายการยาก่อน หรือ การมีรูปภาพ หรือลักษณะเม็ดยาบนฉลากยาลำดับรายการยาที่สั่งจ่าย ชื่อผู้สั่งจ่ายยา 3. มาตรฐานฉลากยาสำหรับคลินิกในจังหวัดระนอง ประกอบด้วย - ชื่อ และหมายเลขโทรศัพท์ และ/หรือ ที่อยู่ของสถานพยาบาล - ชื่อ-สกุลของผู้ป่วย หมายเลขบัตรผู้ป่วยของคลินิก เช่น Clinic number (CN) หรือหมายเลขประจำตัวผู้ป่วยในลักษณะอื่น และวันเดือนปีที่จ่ายยา

ด้านกฎแฉ PLEASE	แนวทางการพัฒนาการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
	<p>- ชื่อยา (แสดงด้วยชื่อสามัญทางยา และ/หรือ ชื่อการค้าของยา แสดงเป็นภาษาไทย และ /หรือภาษาอังกฤษ โดยต้องแสดงชื่อสามัญทางยาภาษาไทยไว้ด้วยเสมอ กรณีที่เป็นยาผสมแสดงชื่อภาษาไทยของยาด้วยชื่อการค้า) รูปแบบของยา ขนาดยาหรือความแรงของยา และจำนวนยาที่ส่งจ่าย วิธีใช้ยา ข้อบ่งใช้ หรือสรรพคุณของยา ค่าเตือน และ/หรือ ข้อควรระวัง และ/หรือ ข้อห้ามใช้ ระบุวันหมดอายุของยา</p> <p>4. พัฒนาฉลากยาให้เป็นฉลากยามาตรฐานRDU โดยแสดงชื่อยาสามัญทางยาเป็นภาษาไทยและมีค่าเตือนในยาบางรายการที่จำเป็น</p> <p>5. มีการจัดทำฉลากยาเสริมในยาที่จำเป็นต้องให้คำแนะนำเป็นพิเศษ เช่น ยาฟัน ยาเหน็บช่องคลอด</p>
<p>กฎแฉดอกที่ 3 (Es) การจัดทำหรือจัดหาเครื่องมือจำเป็นที่ช่วยให้เกิดการสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Essential RDU Tools)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีการทบทวนรายการยาที่ผู้ป่วยใช้ประจำ 2. ถ้าผู้ป่วยมีการเจาะเลือด หรือนำผลเลือดมาให้ดู จะมีการบันทึกในใบตรวจรักษาทุกครั้ง 3. การแจ้งเตือนกรณีเป็นผู้ป่วยโรคตับ แพทย์จะบันทึกผู้ป่วยที่มีประวัติโรคตับในใบตรวจรักษา ให้เห็นเด่นชัดหรือทำสัญลักษณ์ให้เห็นชัดเจน 4. การพัฒนาการนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการตรวจรักษาของคลินิก 5. การจัดทำคำแนะนำ สำหรับโรคที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติ ได้แก่ กลุ่มโรคติดเชื้อและกลุ่มโรค NCD 6. มีการเผยแพร่โปสเตอร์แผ่นพับ หรือสื่อความรู้ในเรื่องการใช้ยาปลอดภัยในรูปแบบต่างๆ จากแหล่งข้อมูลความรู้ที่เชื่อถือได้
<p>กฎแฉดอกที่ 4 (A) การสร้างความรู้ความตระหนักรู้ของบุคลากรทางการแพทย์และผู้รับบริการต่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Awareness for RDU Principles among Health Personnel and Patients)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. คลินิก มีป้ายประชาสัมพันธ์ หรือป้ายเตือนภายในคลินิก การจ่ายยาปฏิชีวนะไม่จ่ายยาปฏิชีวนะเกินความจำเป็น เช่น ไม่จ่ายยาปฏิชีวนะในโรคหวัด ไอ เจ็บคอ ท้องร่วง ท้องเสีย อาหารเป็นพิษ และบาดแผลทั่วไป 2. คลินิกมีการสั่งจ่ายยาเท่าที่จำเป็น ไม่เป็นการจ่ายยาในลักษณะฟุ่มเฟือย เช่น แสดงรายการยาต่อ 1 ใบสั่งยาของผู้ประกอบวิชาชีพแต่ละคน 3. สร้างความตระหนักรู้ เรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะ ยาNSAIDs อย่างปลอดภัย ฯลฯ แก่ผู้ป่วย 4. สอบถามข้อมูลที่เป็นจำเป็นในการรักษา เช่น การแพ้ยา โรคประจำตัว ฯลฯ
<p>กฎแฉดอกที่ 5 (S) การดูแลด้านยาเพื่อความปลอดภัยของประชากรกลุ่มพิเศษ (Special Population Care)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. กลุ่มผู้สูงอายุ ให้งดเว้นการสั่งยาซ้ำซ้อนที่ก่อให้เกิดอันตรายได้ง่ายในผู้สูงอายุ เช่น cinnarizine + flunarizine, NSAIDs ตั้งแต่ 2 ชนิดร่วมกัน และยาที่มีฤทธิ์ง่วงซึมหลายชนิดร่วมกัน งดเว้นการสั่งยาที่มีฤทธิ์ anticholinergic สูง 2. กลุ่มสตรีตั้งครรภ์ กำหนดให้มีการสอบถามประวัติประจำเดือนของผู้ป่วยหญิงในวัยเจริญพันธุ์ทุกคน และบันทึก ก่อนการสั่งยา และมีระบบช่วยเตือนว่ายาในคลินิกชนิดใดห้ามใช้กับสตรีตั้งครรภ์ เช่น การมีสติ๊กเกอร์ติดที่กระป๋องยา 3. กลุ่มสตรีให้นมบุตร กำหนดให้มีการสอบถามประวัติการมีบุตรของผู้ป่วยหญิงในวัยเจริญพันธุ์ ทุกคน และบันทึก ก่อนการสั่งยา ซึ่งอาจมีการให้นมบุตรอยู่

ด้านกฎแฉ PLEASE	แนวทางการพัฒนาการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
	<p>4. กลุ่มผู้ป่วยเด็ก ให้งดเว้นการสั่งยาที่มีความเสี่ยงและอันตรายสูงเป็นพิเศษ เช่น all antihistamines, antitussives, expectorants, mucolytics และ decongestants ให้กับเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี</p> <p>5. กลุ่มผู้ป่วยโรคตับ ให้งดเว้นการสั่งยาที่มีความเสี่ยงและอันตรายสูงเป็นพิเศษ โดยเฉพาะ major และ minor tranquilizer, NSAIDs และ amoxicillin/clavulanate</p> <p>6. กลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ให้งดเว้นการสั่งยาที่มีความเสี่ยงและอันตรายสูงเป็นพิเศษ โดยเฉพาะ NSAIDs และ glibenclamide</p> <p>7. กลุ่มผู้ป่วยจิตเวช ,กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับยา 5 ขนานขึ้นไป ,กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาด้านไวรัสเอดส์ ,กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาด้านวัณโรค มีระบบการติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการใช้ยาไม่ถูกต้องหรือไม่ต่อเนื่อง</p>
<p>กฎแฉดอกที่ 6 (Et) การส่งเสริมจริยธรรมและจรรยาบรรณทางการแพทย์ใน การสั่งใช้ยา (Ethics in Prescription) คลินิกในจังหวัดระนอง ยังมีการสั่งจ่ายยาปฏิชีวนะบ่อยครั้ง และมีการสั่งจ่ายยาตามอาการ เกินความจำเป็น และเข้าซ้อนกับยาเดิม</p>	<p>งดเว้นการสั่งยา และถือเป็นข้อปฏิบัติของคลินิก</p> <ul style="list-style-type: none"> - ยาที่เป็นสูตรลับ เช่น สูตรยาลดความอ้วนโดยไม่แสดงส่วนประกอบของยา - การยินยอมให้ผู้อื่นที่ไม่ใช่แพทย์เป็นผู้สั่งยาแทน - การสั่งยาสูตรเฉพาะของตนเองที่ขาดหลักฐานสนับสนุนประสิทธิผลและความปลอดภัย - การฉีดยาให้กับผู้ป่วยบ่อยครั้งตามคำเรียกร้องโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ - การสั่งยาอันตรายหรือยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท โดยขาดความตระหนักถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น corticosteroid, anabolic hormone, benzodiazepine - การสั่งการรักษาที่เกินความจำเป็นแก่ผู้ป่วยด้วยวัตถุประสงค์ เพื่อผลตอบแทนทางการเงิน หรือเพื่อชักจูงให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อถือว่าเป็นการรักษาที่ดีและเป็นไปตามมาตรฐาน

ทั้งนี้มิติที่ประชุมมีมติให้ทดลองใช้ และเผยแพร่แนวทางการใช้ยาอย่างสมเหตุผล จังหวัดระนอง โดยเริ่มนำร่องในคลินิกเวชกรรม เนื่องจากคลินิกเวชกรรมมีปริมาณการใช้ยาเป็นจำนวนมาก และมีความพร้อมในการพัฒนาด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และคัดเลือกคลินิกต้นแบบด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล จังหวัดระนอง โดยมีหลักเกณฑ์ในการพิจารณาคัดเลือก “คลินิกต้นแบบ” ดังนี้

1. เป็นคลินิกที่ประเมินตนเองตามแนวทาง PLEASE ผ่านเกณฑ์ครบทุกข้อ
2. เป็นคลินิกที่ผ่านการตรวจรับรองมาตรฐานจากพนักงานเจ้าหน้าที่

3. การทดลองใช้ และเผยแพร่แนวทางการพัฒนาการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของคลินิก จังหวัดระนอง

ผู้วิจัยได้นำแนวทางการใช้ยาอย่างสมเหตุผล จังหวัดระนองมาจัดทำเป็นรูปเล่มคู่มือ โดยเผยแพร่เพื่อทดลองใช้ในผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาลเอกชน จังหวัดระนอง จำนวน 53 แห่ง พร้อมนำข้อเสนอแนะต่างๆ มาปรับปรุงเป็นฉบับสมบูรณ์ จากนั้นผู้วิจัยได้เผยแพร่คู่มือแนวทางการพัฒนาการใช้ยาอย่างสมเหตุผล จังหวัดระนอง พร้อมจัดส่ง



ไปยังคลินิกเวชกรรมทุกแห่ง และประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุผลผ่านทาง LINE Group สถานพยาบาลเอกชน จังหวัดระนองไปยังคลินิกทุกแห่ง โดยมีรายละเอียดของคู่มือตามแนวทาง PLEASE

4. การค้นหาคลินิกต้นแบบด้านการใช้อย่างสมเหตุผล จังหวัดระนอง

หลังจากเผยแพร่แนวทางการพัฒนาระบบการใช้อย่างสมเหตุผลสำหรับคลินิก จังหวัดระนอง ผู้วิจัยได้ให้คลินิกเวชกรรมจำนวน 20 แห่ง ทำการประเมินตนเองด้านการใช้อย่างสมเหตุผล ซึ่งพบว่าคลินิกเวชกรรมที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ตามแนวทางการใช้อย่างสมเหตุผลครบทุกข้อมีจำนวน 2 แห่ง คิดเป็น 10% ทั้งนี้คณะกรรมการคัดเลือกคลินิกต้นแบบด้านการใช้อย่างสมเหตุผล ได้พิจารณาคัดเลือกคลินิกเวชกรรมต้นแบบด้านการใช้อย่างสมเหตุผล พบว่าคลินิกเวชกรรมที่ผ่านการตรวจประเมินรับรอง และผ่านการคัดเลือกจากคณะกรรมการคัดเลือกคลินิกเวชกรรมต้นแบบด้านการใช้อย่างสมเหตุผล ให้เป็นคลินิกต้นแบบด้านการใช้อย่างสมเหตุผล จังหวัดระนอง มีจำนวน 2 แห่ง และได้มอบเกียรติบัตร ให้แก่คลินิกต้นแบบด้านการใช้อย่างสมเหตุผล โดยผู้ว่าราชการจังหวัดระนอง ในเวทีการประชุมวิชาการและถอดบทเรียนงานสาธารณสุขประจำปี 2565 เมื่อวันที่

เอกสารอ้างอิง

- กัปปิยะ ปาณิวรรณ. (2561). การพัฒนารูปแบบการบริการเภสัชกรรมเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผลสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลน้ำเย็น อำเภอน้ำเย็น จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี 8, 1 (มกราคม-มิถุนายน) : 56-65.
- คณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล. (2558). คู่มือการดำเนินงานโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- บุปผา ศิริรัศมี.(2540). พฤติกรรมสุขภาพในเรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชนในจังหวัดนครปฐม [ออนไลน์] สืบค้น 8 ม.ค. 2564 เข้าถึงได้จาก : URL: <https://pr.mahidol.ac.th/ipsrbeta/File Upload/PDF/Report-File-206.pdf>
- พรพิมล จันทร์คุณภาส และคณะ. (2559). การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้อย่างสมเหตุผล (Service Plan : Rational Drug Use). นนทบุรี : กลุ่มงานพัฒนาระบบสนับสนุนบริการสำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- พิสนธิ์ จงตระกูล. (2008). คู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ตามบัญชียาหลักแห่งชาติ. นนทบุรี : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สรীরโจน์ สุขกมลสันต์, วรรณภา ศรีวิริยานุภาพ และวิทยา กุลสมบุรณ์. ความสำคัญ ความชุก และการกระจายของสินค้าไม่ปลอดภัยในประเทศไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2559. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2559

22 กันยายน 2565 ณ เฮอริเทจ แกรนด์ คอนเวนชั่น ระนอง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 หน่วยงานควรกำหนดนโยบายการพัฒนาการใช้อย่างสมเหตุผลในสถานพยาบาลเอกชน โดยให้มีการตรวจประเมินการดำเนินการใช้อย่างสมเหตุผลในสถานพยาบาลเอกชน เป็นประจำทุกปี พร้อมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ภาครัฐที่เกี่ยวข้อง และพัฒนาความรู้ของประชาชน

2. ข้อเสนอแนะสำหรับกรวิจัยและพัฒนาในครั้งต่อไป

2.1 การวิจัยนี้ เป็นการพัฒนาแนวทางระบบการใช้อย่างสมเหตุผล สำหรับสถานพยาบาลเอกชนในจังหวัดระนอง ยังไม่มีการต่อยอดศึกษาประสิทธิผลและความพึงพอใจของแนวทางการพัฒนาระบบการใช้อย่างสมเหตุผลสำหรับสถานพยาบาลเอกชนในจังหวัดระนอง

2.2 ควรศึกษาความคาดหวังของผู้ป่วยที่จะได้รับการใช้อย่างสมเหตุผล และเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่มารับบริการ

- สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. (2559). สถานการณ์การใช้ยาเหตุผล สภาพปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. [ออนไลน์] สืบค้น 8 พ.ย. 2563 เข้าถึงได้จาก : URL:http://ndi.fda.moph.go.th/uploads/policy_file/20170801152053.pdf.
- สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ. (2563). แบบประเมินด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลสำหรับสถานพยาบาลที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน. [ออนไลน์] สืบค้น 8 พ.ย. 2563 เข้าถึงได้จาก : URL:http://mrd-hss.moph.go.th/mrd1_hss/?p=2673.
- อัจฉรา ไชยธรรม. (2563). การพัฒนาระบบการสั่งจ่ายยาปฏิชีวนะเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผลกรณีศึกษาโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจและบาดแผลสดจากอุบัติเหตุของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในภาคเหนือตอนบน. วารสารเภสัชกรรมไทย. 13, 1 (ม.ค.-มี.ค.) : 74-87.
- Aqeel Aslam, S. K., Maria Mehdi, Sidra Mumtaz, Babar Murtaza,. (2016). Evaluation of Rational Drug Use at Teaching Hospitals in Punjab Pakistan. Journal of Pharmacy Practice and Community Medicine. 2, 2 (Apr-Jun) : 54 – 57.

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เทศบาลเมืองดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี The Development of Elderly Dependency Care Model in Donsak District Surat Thani Province.

วาสนา คงกะเต
Vasana Khongkadee
โรงพยาบาลดอนสัก
Donsak Hospital

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2) เพื่อศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ 3) เพื่อเปรียบเทียบกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (ADL) ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ ระเบียบวิธีวิจัยได้แก่ เชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเทศบาลเมืองดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี รวมทั้งสิ้นจำนวน 40 คน ผลการวิจัย พบว่าความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน จำแนกเป็นผู้สูงอายุติดสังคม ร้อยละ 80.75 กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 17.70 กลุ่มติดเตียง ร้อยละ 1.53 ปัญหาที่พบบ่อย ได้แก่ ไม่ได้รับงบประมาณสนับสนุนในการจัดการบริการ การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลมีเฉพาะอาสาสมัครที่ช่วยในการประสานงานเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีน้อย รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เทศบาลเมืองดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี ใช้ DONSACK Model ประกอบด้วย 1) D - Disability support workers 2)O - Operation 3)N - Network 4) S – Screening 5)A – Accessibility 5) K- Knowledge Management สรุปผล หลังเสร็จสิ้นกระบวนการ ผู้ดูแลมีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับดี ร้อยละ ความพึงพอใจอยู่ในระดับดี ร้อยละ 100 และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคะแนน ADL สูงกว่าก่อนการทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ 0.05

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ, การดูแลผู้สูงอายุ, ภาวะพึ่งพิง

Abstract

Objectives : 1) To study the situation of caring for the elderly who are dependent, 2) to study the results of developing a model for caring for the elderly who are dependent, and 3) to compare the daily routines of the Barthel ADL Index (ADL) before and after using the research method: Models of care for dependent elderly people used a participatory action research model. The sample group were specified on caregivers and elderly people who were dependent on Donsak Municipality, Surat Thani Province, total number of 40 people.

Research results : Elderly people who were dependent Donsak Municipality, Surat Thani province had been used the assessment of ability to do daily activities (Barthel Activity of Daily Living; ADL). The result indicated that 80.75% of elderly people were classified as socially addicted, followed by people homebound and bedridden with 17.70% and 1.53% respectively. Common problems included not receiving a budget to support the provision of follow-up services for dependent elderly patients. Community participation in care included only village health volunteers who have helped in coordinating public health officials, community leaders, local government organizations. There were few, everyone does different things. Models of care for the elderly who are dependent. Donsak Municipality Surat Thani Province uses the DONSACK Model consisting of 1)D - Disability. 2)O - Operation 3)N - Network 4)S – Screening 5)A – Accessibility 6) K- Knowledge.

Conclusion : Summary of results: After completing the care model development process. Caregivers had good social support at 100%. Participation in caring for the elderly was at a good level at 100%. Plus, dependent elderly people had significantly higher ADL scores than before the trial. Lastly, the developed model had p value < 0.05 .

Keywords : Model development, Elderly care, Dependency

บทนำ

ปัจจุบันสังคมไทยกำลังเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างเต็มตัวมีจำนวนประชากรวัยสูงอายุเพิ่มขึ้น จากการคาดประมาณการสถิติทางประชากรในปี พ.ศ. 2579 มีแนวโน้มที่ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยมีผู้สูงอายุร้อยละ 30 (พิชิต สุขสบาย, 2560; สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2560) ผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มสูงมากขึ้น ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต) โรคสมองเสื่อม โรคเรื้อรังร่วมหลายโรค และอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไปเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะที่ต้องพึ่งพิง เป็นผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ต้องมีผู้ดูแลอย่างสมบูรณ์ทำให้เกิดภาระการดูแลในระยะยาว (ศิริณี ศรีหาภาค, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณิศร เต็งรัง, 2557) ในปี 2565 จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีประชากรทั้งหมด 1,071,996 คน ประกอบด้วย ชาย 527,153 คน หญิง 544,843 คน (สำนักบริหารงานทะเบียน กรมการปกครอง, 2565) และในปี 2563-2565 จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีผู้สูงอายุจำนวน 136,266 คน 143,138 คน และ 150,184 คน มีผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง จำนวน 5,739 คน 6,013 คน และ 6,937 คน ตามลำดับจะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้น และติดบ้าน ติดเตียงเพิ่มขึ้นเช่นกัน เทศบาลเมืองดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี ในปี 2565-2566 มีประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 1,832 คน คิดเป็นร้อยละ 14.98 และ 2,016 คน คิดเป็นร้อยละ 16.35 เพิ่มขึ้นตามลำดับ การประเมินผลความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ปี 2565 จำแนกเป็นผู้สูงอายุติดสังคม จำนวน 1,670 คน (ร้อยละ 91.15) กลุ่มติดบ้าน 114 คน (ร้อยละ 6.22) กลุ่มติดเตียง 18 คน (ร้อยละ 0.98) ปี 2566 จำแนกเป็นผู้สูงอายุติดสังคม จำนวน 1,628 คน (ร้อยละ 80.75) กลุ่มติดบ้าน 357 คน (ร้อยละ 17.70) กลุ่มติดเตียง 31 คน (ร้อยละ 1.53) (โรงพยาบาลดอนสัก, 2566)

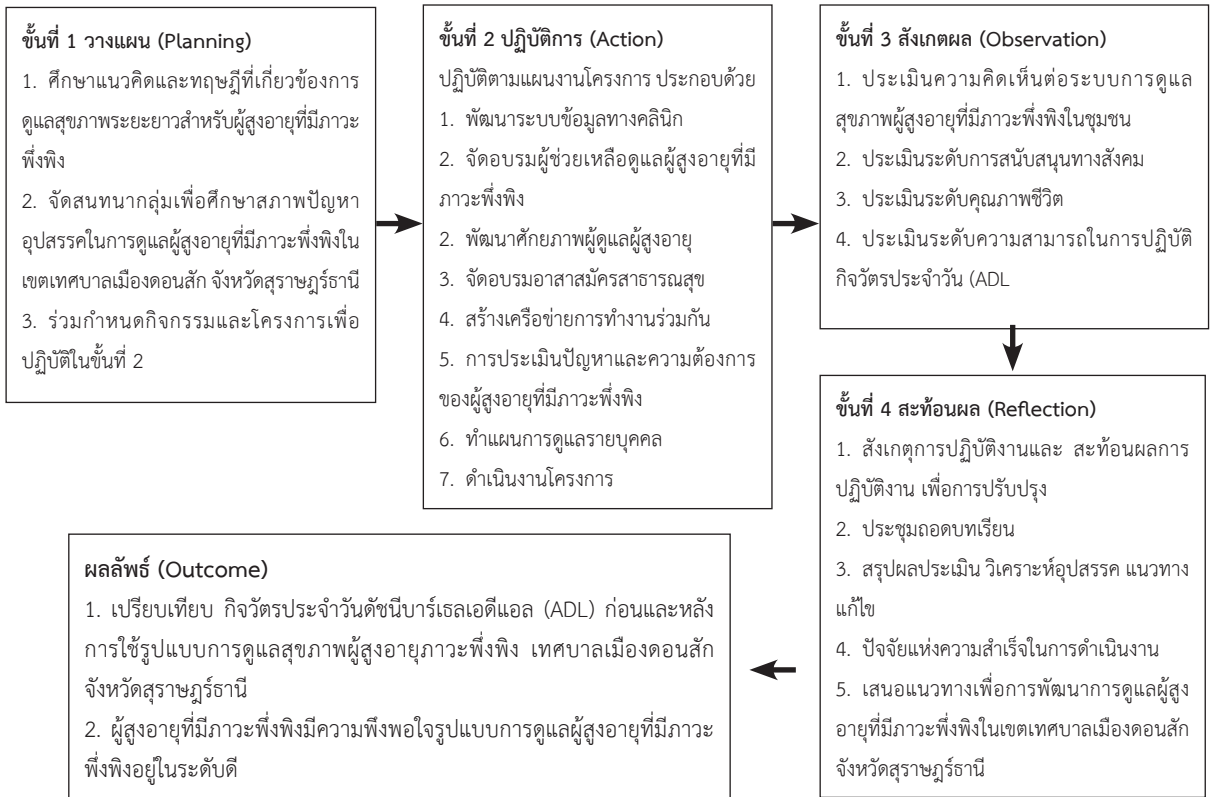
จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นและติดบ้าน ติดเตียงเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกันและก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี ได้มีการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care: LTC) ตั้งแต่ปี 2559 มีการดำเนินการบูรณาการ ร่วมกับการดูแลต่อเนื่องของศูนย์การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of care Center) โรงพยาบาลดอนสัก ในปี 2561-2565 และในช่วงการแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไม่มีสนับสนุนงบประมาณการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สัดส่วนความเพียงพอของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver : CG) น้อยกว่าจำนวนผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัว เป็นผู้สูงอายุ และรับภาระงานอื่นร่วมด้วยทำให้ประสิทธิภาพในการดำเนินงานลดลง ขาดการดูแลองค์รวมที่ชัดเจน ขาดการมีส่วนร่วม และบูรณาการร่วมกับผู้นำชุมชน การสนับสนุนจากภาคีเครือข่าย และยังคงพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง บางคนไม่พร้อมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การเจ็บป่วยเกิดขึ้นแบบกระตันทัน เป็นภาระที่ยาวนาน ในการดูแลต้องมีการปรับตัวเปลี่ยนแปลงในบทบาทหน้าที่ตนเอง บางคนไม่มีความรู้ความสามารถ ไม่มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุรวมทั้งยังมีภาระในด้านอื่นๆ เช่น งาน ภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น ผู้วิจัย ในฐานะผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวและทีมงานดูแลต่อเนื่อง เห็นความสำคัญและความจำเป็นต้องมีการศึกษา วิจัยและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เทศบาลเมืองดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี เพื่อให้พื้นที่มีระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับบริการอย่างต่อเนื่อง ที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เทศบาลเมืองดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี
2. เพื่อศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเทศบาลเมืองดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เทศบาลเมืองดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน

ระเบียบวิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตเทศบาลเมืองดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการดูแลระยะยาว (Long Term Care: LTC) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ร่วมกับกรอบแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ปรับปรุงใหม่ (expanded chronic care model) ของ Edward Wagner ซึ่งปรับปรุงโดยบาร์และคณะ (Koehn, Jarvis, & Kobayashi, 2011)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรได้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 20 คน เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้าสู่ระบบ LTC ได้รับการยืนยันจาก สปสช. ในช่วงเดือนตุลาคม 2565-มิถุนายน 2566 โดยกลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปในพื้นที่เทศบาลเมืองดอนสัก อำเภอดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี ในระหว่างเดือนมกราคม-ตุลาคม 2566 ที่มีคะแนนประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน และผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 20 คน รวมทั้งหมดจำนวน 40 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2) ผู้ดูแลมีหน้าที่บทบาทในการดูแลหลักของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน 3) สามารถโต้ตอบ พูดคุย สื่อสารความหมายเข้าใจ 4) สัมผัสใจเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเสียชีวิต 2) ไม่ได้อาศัยอยู่ในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองดอนสัก 3) มีปัญหาทางด้านร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรง 4) รู้สึกไม่สะดวกใจหรือไม่สบายใจในการให้ข้อมูล 5) ไม่สามารถเข้าร่วมกระบวนการจนเสร็จสิ้น

เครื่องมือใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

เป็นแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบ่งเป็น 7 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนที่ 2 คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความคิดเห็นต่อระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน จำนวน 9 ข้อ กำหนดรูปแบบลิเคอร์ทสเกล (Likert scale) 5 ระดับ ส่วนที่ 4 แบบสอบถามสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวข้องระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน จำนวน 9 ข้อ กำหนดรูปแบบลิเคอร์ทสเกล (Likert scale) 5 ระดับ ส่วนที่ 5 แบบประเมินความสามารถกิจวัตรประจำวัน (Activity Daily Living) ของ Department of Medical Service Ministry of Public (2015) โดยใช้แบบประเมินดัชนีบาร์เธลเอดีเอล (Barthel ADL Index) ส่วนที่ 6 แบบประเมินคุณภาพชีวิต เป็นแบบประเมินขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) โดยสุวัฒน์ มัทนรินทร์กุลและคณะ (2545) โดยประเมินความรู้สึกในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา จำนวน 26 ข้อ กำหนดรูปแบบลิเคอร์ทสเกล (Likert scale) 5 ระดับ ส่วนที่ 7 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน จำนวน 10 ข้อ กำหนดรูปแบบลิเคอร์ทสเกล (Likert scale) 5 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การวิจัยนี้ ผู้วิจัยหาการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยได้นำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาใช้ค่าดัชนี

ความสอดคล้อง (Index of item objective congruence: IOC) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพหัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวมโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 1 คน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูงสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน (APN) จำนวน 1 คน นำแบบสอบถามมาปรับแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence: IOC) มีค่าเท่ากับ 0.78 ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) สำหรับความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) นำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้ดูแล ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ใน ตำบลปากแพรก อำเภอดอนสักจำนวน 30 คน ในแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มา แบบสอบถามความคิดเห็นต่อระบบการดูแลสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวข้องระบบการดูแลสุขภาพ และประเมินความพึงพอใจ โดยใช้สัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient reliability) มีค่าเท่ากับ 0.78, 0.81 และ 0.80 ตามลำดับการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน กันยายน - ตุลาคม 2566 ภายหลังจากได้รับการอนุมัติในจริยธรรมการวิจัยจาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี ผู้วิจัยเข้าพบผู้นำท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลดอนสัก เพื่อชี้แจงและอธิบายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย ความเสี่ยง ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัยพร้อมทั้งขอให้ผู้ที่เข้าร่วมวิจัยลงลายมือชื่อแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยลงในแบบฟอร์มการเข้าร่วมการวิจัย โดยจำแนกออกเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวางแผน (Planning) ผู้วิจัยศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตเทศบาลเมืองดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจัดการสนทนากลุ่ม ณ ห้องประชุมเทศบาลเมืองดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยมีรองนายกเทศมนตรีเมืองดอนสัก ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขฯ

เทศบาลเมืองดอนสัก ประธานชุมชน ประธานศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิต ผู้ช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด นักแพทย์แผนไทย ผู้จัดการการดูแลระยะยาว (CM) มีผู้เข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 13 คน เดือนกันยายน 2566 2) การปฏิบัติการ (Action) พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตเทศบาลเมืองดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี พัฒนาข้อมูลทางคลินิก นำไปสู่โครงการ/กิจกรรม ส่งการปฏิบัติในพื้นที่ เช่น โครงการคัดกรองและประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เยี่ยมบ้านบริการการดูแลต่อเนื่อง ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้พิการ โครงการจัดบริการระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการดูแลสุขภาพ กันยายน - ตุลาคม 2566 3) การสังเกต (Observation) การติดตามและเก็บรวบรวมข้อมูล การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตเทศบาลเมืองดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี ดำเนินการ เดือน ตุลาคม 2566 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ADL น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 จำนวน 20 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 20 คน ทีมพัฒนารูปแบบประกอบด้วย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาล ผู้ช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขที่ผ่านการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 20 คน 4) การสะท้อนผล (Reflection) ประชุมผู้ร่วมวิจัยเพื่อถอดบทเรียนและสรุปผลประชุมสรุปรายสะท้อนผลการดำเนินงานตามแผนการดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเทศบาลเมืองดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี รายงานผลเปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินงาน ในเดือน ต.ค. 66 การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา คือ ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และ เปรียบเทียบกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เรลเอดีแอล (ADL) ก่อนและหลังทดลองใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพโดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank Test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ

วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลด้วย 1) การประมวลผลข้อมูลเบื้องต้น 2) การแปลข้อมูลรายวัน (Interpretation) 3) การเพิ่มเติมข้อมูลจนมั่นใจว่าประเด็นข้อมูลมีความถูกต้อง ชัดเจน ไม่คลุมเครือ และไม่พบประเด็นใหม่ตามขอบเขตการศึกษาที่กำหนดไว้ (Data saturation)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี หมายเลขรับรองที่ STPHO2023-208 ลงวันที่ 31 สิงหาคม 2566

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล ของผู้ป่วยผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแลผู้ป่วยผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเทศบาลเมืองดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี กลุ่มละจำนวน 20 คน รวมทั้งสิ้น 40 คน พบว่า กลุ่มผู้ป่วยผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพศ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 80.0 อายุเฉลี่ย 65 ปี มากที่สุด 91 ปี อายุเฉลี่ย 81.35 ปี น้ำหนัก น้อยที่สุด 40 กก. มากที่สุด 88 กก. น้ำหนักเฉลี่ย 55.20 กก. ส่วนสูง น้อยที่สุด 145 ซม. มากที่สุด 175 ซม. ส่วนสูงเฉลี่ย 158.5 ซม. ค่าดัชนีมวลกาย น้อยที่สุด 16.26 คะแนน สูงสุด 34.67 คะแนน ค่าเฉลี่ย 21.98 คะแนน จำแนกรายกลุ่มตามเกณฑ์ของผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่ อยู่ในกลุ่มปกติ จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 55.0 ค่าน้ำตาลในกระแสเลือด น้อยที่สุด 79 Mg/dL มากที่สุด 194 Mg/dL ค่าเฉลี่ย 112.80 Mg/dL ค่า Systolic น้อยที่สุด 68 mm/Hg มากที่สุด 164 mm/Hg ค่าเฉลี่ย 118.9 mm/Hg ค่า Diastolic น้อยที่สุด 49 mm/Hg มากที่สุด 102 mm/Hg ค่าเฉลี่ย 72.7 mm/Hg จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 75.0 ระดับการศึกษาสูงสุด ส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 90.0 และ โรคประจำตัวส่วนใหญ่ เป็นกลุ่มโรค โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไต จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 55.0 ระยะเวลายังมีชีวิตอยู่ น้อยที่สุด 1 ปี มากที่สุด 5 ปี ค่าเฉลี่ย 2.25 ปี จำนวนสมาชิกครอบครัว น้อยที่สุด 2 คน มากที่สุด 10 คน ค่าเฉลี่ย 3.45 คน รายได้ครัวเรือน น้อยที่สุด 4,000 บาท

มากที่สุด 40,000 บาท รายได้ครัวเรือนเฉลี่ย 13,550 บาท กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพศ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 80.0 อายุน้อยที่สุด 26 ปี มากที่สุด 67 ปี อายุเฉลี่ย 53.45 ปี ระดับการศึกษาสูงสุด เกือบครึ่งหนึ่งอยู่ในระดับมัธยมศึกษาจำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 45.0 โรคประจำตัวส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ

65.0 สถานะสมรส เกือบครึ่งหนึ่งอยู่ในกลุ่ม มีคู่ จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 45.5 ความสัมพันธ์กับ ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มเป็นลูก จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 65.0 รายได้ครัวเรือนผู้ดูแล น้อยที่สุด 1,000 บาท มากที่สุด 40,000 บาท รายได้ครัวเรือนเฉลี่ย 13,100 บาท ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง น้อยที่สุด 1 ปี มากที่สุด 15 ปี ค่าเฉลี่ย 4.15 ปี แสดงในตารางที่ 1 ดังนี้

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ป่วยผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง		
เพศ		
ชาย	4	20.0
หญิง	16	80.0
อายุ (Min = 65, Max = 91, Mean = 81.35 S.D. =7.59)		
น้ำหนัก (Min = 40, Max = 88, Mean = 55.20, S.D. =12.55)		
ส่วนสูง (Min = 145, Max = 175, Mean = 158.5, S.D. = 8.61)		
ค่าดัชนีมวลกายตามเกณฑ์ของผู้สูงอายุ (Min = 16.26, Max =34.67, Mean = 21.98, S.D. = 4.76)		
น้อยกว่า 18.5 (ผอม)	4	20.0
18.5 – 22.9 (ปกติ)	11	55.0
23.0 – 24.9 (น้ำหนักเกิน)	2	10.0
25.0 – 29.9 (อ้วนระดับ 1)	1	5.0
มากกว่า 30 (อ้วนระดับ 2)	2	10.0
ค่าน้ำตาลในกระแสเลือด (Min = 79, Max = 194, Mean = 112.80, S.D. =27.97)		
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้รับการศึกษา	2	10.0
ประถมศึกษา	18	90.0
โรคประจำตัว		
โรคเบาหวาน	1	5.0
โรคมะเร็ง	1	5.0

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
โรคความดันโลหิตสูง	6	30.0
โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง	1	5.0
โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไต	11	55.0
ระยะเวลาป่วยติดเตียง(ปี) (Min = 1, Max = 5, Mean = 2.25, S.D. = 1.25)		
จำนวนสมาชิกครอบครัว (Min = 2, Max = 10, Mean = 3.45, S.D. = 2.16)		
รายได้ครัวเรือน (Min = 4,000, Max = 40,000, Mean = 13,550, S.D. = 10,884)		
กลุ่มดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง		
เพศ		
ชาย	4	20.0
หญิง	16	80.0
อายุ (Min = 26, Max = 67, Mean = 53.45 S.D. =9.42)		
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา	5	25.0
มัธยมศึกษา	9	45.0
ปวช./ ปวส./ อนุปริญญา	3	15.0
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	3	15.0
โรคประจำตัว		
ไม่มี	13	65.0
โรคเบาหวาน	2	10.0
โรคมะเร็ง	2	10.0
โรคความดันโลหิตสูง	2	10.0
โรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง	1	5.0
สถานะสมรส		
โสด	6	30.0
คู่	9	45.0
หย่า/หม้าย	5	25.0
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยสูงอายุ		

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
สามี/ภรรยา	1	5.0
ลูก	13	65.0
ญาติ	6	30.0
รายได้ครัวเรือนผู้ดูแล (Min = 1,000, Max = 40,000, Mean = 13,100, S.D. = 11,219.81)		
ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Min = 1, Max = 15, Mean = 4.15, S.D. = 3.54)		

ผลของสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

การศึกษาบริบท การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เทศบาลเมืองดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี จากการใช้แบบสัมภาษณ์ แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม ผลการศึกษาพบว่าพื้นที่เทศบาลเมืองดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี ประกอบด้วย 11 ชุมชน ปี 2565 มีประชากรทั้งหมด 12,225 คนมีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 1,832 คน คิดเป็นร้อยละ 14.98 จากการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activity of Daily Living; ADL) จำแนกเป็นผู้สูงอายุติดสังคม จำนวน 1,670 คน (ร้อยละ 91.15) กลุ่มติดบ้าน 114 คน (ร้อยละ 6.22) กลุ่มติดเตียง 18 คน (ร้อยละ 0.98) ปี 2566 มีประชากรทั้งหมด 12,326 คนมีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 2,016 คน คิดเป็นร้อยละ 16.35 จากการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activity of Daily Living; ADL) จำแนกเป็นผู้สูงอายุติดสังคม จำนวน 1,628 คน (ร้อยละ 80.75) กลุ่มติดบ้าน 357 คน (ร้อยละ 17.70) กลุ่มติดเตียง 31 คน (ร้อยละ 1.53) ปัญหาที่พบได้แก่ โรงพยาบาลดอนสักไม่ได้รับงบประมาณสนับสนุนในการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลเฉพาะ อสม. ที่ช่วยในการประสานงานเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การมีส่วนร่วมและบูรณาการงานร่วมกันน้อย

ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ผลของขั้นที่ 1 การวางแผน (Planning) ออกแบบกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดำเนินการเตรียมความพร้อมก่อนการประชุมวางแผนการเก็บข้อมูลก่อนการศึกษาวิจัย ดำเนินกิจกรรมโดยการประชุมสนทนากลุ่ม (Focus Group) ณ ห้องประชุมเทศบาลเมืองดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยมีรองนายกเทศมนตรีเมืองดอนสัก ผู้อำนวยการ

กองสาธารณสุข เทศบาลเมืองดอนสัก ประธานชุมชน ประธานศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิต ผู้ช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด ผู้จัดการการดูแลระยะยาว (CM) มีผู้เข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 13 คน กำหนดเวลาในการประชุม 1 วัน วิเคราะห์สถานการณ์การร่วมกันพบปัญหาและอุปสรรคที่ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่สำคัญคือรูปแบบการดำเนินงานไม่ชัดเจน ผู้ดูแล/ญาติ ขาดความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ ในการดูแล ที่ถูกต้อง ผู้ช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่ได้มีการอบรมฟื้นฟู มีปัญหาสุขภาพ การคัดกรองผู้สูงอายุไม่ครอบคลุม ขาดแรงจูงใจในการทำงาน บุคลากรในการดูแลไม่เพียงพอ ขาดการประสานงานการทำงานเป็นทีม อุปกรณ์ในการดูแลรักษาไม่เพียงพอไม่ได้รับการดูแลต่อเนื่อง ขาดการสนับสนุนช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีปัญหารายได้ ผลจากการประชุมกลุ่มนำมาสรุป แนวทางหรือโครงการ/กิจกรรม แก้ไขปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้ทำแผนกิจกรรม/โครงการทั้งสิ้น 6 โครงการ ได้แก่ 1) โครงการคัดกรองและประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 2) โครงการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 3) โครงการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 4) โครงการเยี่ยมบ้านบริการการดูแลต่อเนื่อง ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้พิการ 5) โครงการจัดบริการระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 6) โครงการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการดูแลสุขภาพ

ผลของขั้นที่ 2 ปฏิบัติการ (Action) เป็นการดำเนินการต่อเนื่องจากขั้นวางแผน โดยให้นำแผนสู่การปฏิบัติ พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เทศบาลเมืองดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี ใช้ DONSAK Model ประกอบด้วย 1) D - Disability support

workers จัดโครงการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ อสม. ผู้นำชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 30 คน ทดแทนและเตรียมความพร้อมในการอบรมผู้ช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) หลักสูตร 70 ชั่วโมงของกรมอนามัย เพิ่มแรงจูงใจในการทำงานจ่ายค่าตอบแทน 600 บาท/เดือน 2)O - Operation จัดกิจกรรมโครงการเติมฝันปันรัก เป็นโครงการที่อสม. ผู้นำชุมชนร่วมกับภาคีเครือข่ายมีการระดมทุนเติมฝันปันรัก บูรณาการร่วมกับงานเยี่ยมบ้านและมอบเครื่องอุปโภคบริโภคสนับสนุนครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มอบเดือนละ 1 ครั้ง/11 ชุมชน/11 ราย ทุกสัปดาห์ที่ 2 ของเดือน 3)N - Network มีการจัดตั้งกลุ่มคณะทำงานของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย ทีมสุขภาพ ผู้บริหารเทศบาลเมืองดอนสัก ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และองค์กรภาคประชาชนร่วมเยี่ยมบ้าน เสริมพลังผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแล 4) S - Screening การคัดกรองและประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุให้ครอบคลุม จัดทำฐานข้อมูล ลงพื้นที่เชิงรุกคัดกรองและประเมินภาวะสุขภาพ ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันกลุ่มติดบ้านพบกลุ่มติดเตียง เพิ่มอีก 18 ราย เสนอรายชื่อปี 2567 5)A - Accessibility การเข้าถึงบริการผู้ป่วยด้วยการเยี่ยมบ้านดูแลแบบต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของทีมสุขภาพ และชุมชน การเข้าถึงโครงการจัดบริการระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อได้รับการดูแล การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ เช่น ผ้าอ้อมสำเร็จรูปในผู้สูงอายุที่กลั้นปัสสาวะไม่ได้ จำนวน 56 ชิ้น/เดือน ชุดทำแผล เตียง ที่นอนลม เครื่องผลิตออกซิเจน ปี 2566 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 38 รายที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนในการดูแลระยะยาว 6)K - Knowledge Management เป็นการจัดการความรู้ นวัตกรรม และสิ่งประดิษฐ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น รอกบริหารขา รวดัดเดิน เก้าอี้นั่งขับถ่าย และปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย จำนวน 3 ราย

ผลของขั้นที่ 3 สังเกต (Observation) มีหัวข้อการประเมินดังนี้ 1)ระดับความคิดเห็นต่อระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า คะแนนน้อยสุด 4.22 คะแนน มากสุด 5.0 คะแนน คะแนนเฉลี่ยรวม 4.61 คะแนน เมื่อจำแนกรายคนพบว่า ทุกคนอยู่ในกลุ่มระดับสูง จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 100.0 2) ระดับ

การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า คะแนนน้อยสุด 4.56 คะแนน มากสุด 5.0 คะแนน คะแนนเฉลี่ยรวม 4.76 คะแนน เมื่อจำแนกรายคนพบว่า ทุกคนอยู่ในกลุ่มระดับสูง จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 100 3)ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า คะแนนน้อยสุด 74 คะแนน มากสุด 122 คะแนน คะแนนเฉลี่ยรวม 95.6 คะแนน เมื่อจำแนกรายคน พบว่า ส่วนใหญ่คุณภาพชีวิตระดับกลาง จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 55.0 และคุณภาพชีวิตที่ดี 9 คน คิดเป็นร้อยละ 45.0 4)ระดับกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เรลเอดีแอล (ADL) ก่อน-หลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เทศบาลเมืองดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า ก่อนการใช้รูปแบบการดูแล คะแนนกิจวัตรประจำวันดัชนี บาร์เรลเอดีแอล (ADL) น้อยที่สุด 0 คะแนน มากที่สุด 11 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 3.35 คะแนน เมื่อจำแนกเป็นรายกลุ่ม พบว่า ส่วนใหญ่มีภาวะพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 60.0 รองลงมามีภาวะพึ่งพิงรุนแรง จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 35.0 น้อยที่สุดมีภาวะพึ่งพิงปานกลาง จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 5.0 หลังการใช้รูปแบบการดูแล คะแนนกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เรลเอดีแอล (ADL) น้อยที่สุด 0 คะแนน มากที่สุด 11 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 6.20 คะแนน เมื่อจำแนกเป็นรายกลุ่ม พบว่า เกือบครึ่งหนึ่งมีภาวะพึ่งพิงปานกลาง จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 40.0 รองลงมามีภาวะพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 35.0 น้อยที่สุดมีภาวะพึ่งพิงรุนแรง จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 25.0 แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความคิดเห็นต่อระบบการดูแลสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิต กิจกรรมประจำวัน ดัชนีบาร์เรลเอดีแอล (ADL) ของผู้ดูแล และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เทศบาลเมืองดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี

หัวข้อการประเมิน	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความคิดเห็นต่อระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ (Min = 4.22, Max = 5.0, Mean = 4.61, S.D. = 0.24)		
ระดับสูง (3.67 – 5.00 คะแนน)	20	100.0
ระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Min = 4.56, Max = 5.0, Mean = 4.76, S.D. = 0.13)		
ระดับสูง (3.67 – 5.00 คะแนน)	20	100.0
ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (Min = 74, Max = 122, Mean = 95.6, S.D. = 9.98)		
คุณภาพชีวิตระดับกลาง (61 - 95 คะแนน)	11	55.0
คุณภาพชีวิตที่ดี (96 – 130 คะแนน)	9	45.0
กิจกรรมประจำวัน ดัชนีบาร์เรลเอดีแอล (ADL)		
ก่อนการใช้รูปแบบการดูแล (Min = 0, Max = 11, Mean = 3.35, S.D. = 3.13)		
ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ (0-4 คะแนน)	12	60.0
ภาวะพึ่งพารุนแรง (5-8 คะแนน)	7	35.0
ภาวะพึ่งพาปานกลาง (9-11คะแนน)	1	5.0
หลังการใช้รูปแบบการดูแล (Min = 0, Max = 11, Mean = 6.20 S.D. = 3.78)		
ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ (0-4 คะแนน)	7	35.0
ภาวะพึ่งพารุนแรง (5-8 คะแนน)	5	25.0
ภาวะพึ่งพาปานกลาง (9-11คะแนน)	8	40.0

ผลของทั้งที่ 4 สะท้อนผล (Reflection)

1. จากการสนทนา ประชุมผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพึงพอใจ ได้รับการดูแลต่อเนื่อง ผู้ดูแล/ญาติมีความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ ในการดูแลที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น มีความสุข ให้ความร่วมมือ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุมีการพัฒนาศักยภาพมีแรงจูงใจในการทำงาน การคัดกรองผู้สูงอายุครอบคลุมเพิ่มขึ้น บุคลากรมีการทำงานเป็นทีม อสม.มีหลายบทบาทหน้าที่ในสังคม ทำให้การประสานงานง่ายและสะดวก มีความตั้งใจในการทำงาน ได้สร้างคุณค่าให้กับผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจ เกิดสังคมกตัญญู

2. ปัจจัยที่ส่งผลผลการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ได้แก่ เทศบาลเป็นส่วนขับเคลื่อน โครงการร้อยละ ร้อยใจ การศึกษาดูงาน เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การติดตามเยี่ยม โดย จนท. อสม. CG. การสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนฯ ในการจัดบริการ โครงการจัดบริการระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สนับสนุนผ้าอ้อมสำเร็จรูป มีศูนย์กายอุปกรณ์ให้ยืมอุปกรณ์ที่จำเป็นเช่น เตียง ที่นอนลม ชุมชนมีส่วนร่วมและประสานงานในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ผลลัพธ์

1. ความพึงพอใจ พบว่า ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเทศบาลเมืองดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำแนกรายข้อพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดได้แก่ ข้อที่ 2.1 “เจ้าหน้าที่ออกเยี่ยมบ้านมีกริยามารยาทเรียบร้อย”

มีคะแนนเฉลี่ย 5.00 คะแนน รองลงมาได้แก่ ข้อที่ 2.2 “เจ้าหน้าที่ที่ออกเยี่ยมบ้านมีความสามารถดูแลและแก้ปัญหา” มีคะแนนเฉลี่ย 4.95 คะแนน น้อยที่สุดได้แก่ ข้อที่ 3.2 “ช่องทางการติดต่อขอความช่วยเหลือการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน” มีคะแนนเฉลี่ย 4.50 คะแนน แสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เทศบาลเมืองดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำแนกรายข้อ (n = 20)

ข้อ	ข้อความ	mean	S.D.
1	ด้านขั้นตอนกระบวนการดูแลผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิง		
1.1	รูปแบบการเยี่ยม การดูแลและแผนการดูแล	4.75	0.44
1.2	จำนวนวันและระยะเวลาในการออกเยี่ยม	4.85	0.37
1.3	ความเหมาะสมของกิจกรรมการเยี่ยมดูแล	4.70	0.47
2	ด้านตัวบุคคล		
2.1	เจ้าหน้าที่ออกเยี่ยมบ้านมีกริยามารยาทเรียบร้อย	5.00	0.00
2.2	เจ้าหน้าที่ที่ออกเยี่ยมบ้านมีความสามารถดูแลและแก้ปัญหา	4.95	0.22
3	ด้านการสนับสนุนและช่วยเหลือสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิง		
3.1	การได้รับอุปกรณ์ช่วยเหลือ เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น เตียง ที่นอนลม เครื่องผลิตออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ ชุดทำแผล	4.95	0.22
3.2	ช่องทางการติดต่อขอความช่วยเหลือการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	4.50	0.51
4	ด้านคุณภาพการจัดกิจกรรมการดูแล		
4.1	ท่านมีความเชื่อมั่นและได้รับประโยชน์จากการเยี่ยมติดตามดูแล	4.85	0.37
4.2	ท่านมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น	4.60	0.50
5	ความพึงพอใจในระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิง		
5.1	ภาพรวมของความพึงพอใจในระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน	4.75	0.44

ระดับระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เทศบาลเมืองดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า คะแนนน้อยสุด 4.30 คะแนน มากสุด 5.00 คะแนน

คะแนนเฉลี่ยรวม 4.79 คะแนน เมื่อจำแนกรายคนพบว่า ทุกคนอยู่ในกลุ่มระดับสูง จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 100.0 แสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เทศบาลเมืองดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำแนกรายคน

ระดับความพึงพอใจ	จำนวน	ร้อยละ
Min = 4.30, Max = 5.0, Mean = 4.79, S.D. = 0.20		
1. ต่ำ (1 – 2.33 คะแนน)	0	0.0
2. ปานกลาง (2.34 - 3.66 คะแนน)	0	0.0
3. สูง (3.67 – 5.00 คะแนน)	20	100.0
รวม	20	100.0

2. การเปรียบเทียบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เรลเอดีแอล (ADL) ก่อน-หลัง การใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เทศบาลเมืองดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า หลังการใช้รูปแบบการดูแล

ในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -3.309$, $p\text{-value} < 0.001$) แสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เรลเอดีแอล (ADL) ก่อน-หลังการใช้รูปแบบการดูแล

กิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เรลเอดีแอล (ADL)	Rank	Mean Rank	Sum of Rank	Z	p-value
ก่อนการใช้รูปแบบการดูแล	Negative Ranks	0.00	0.00	- 3.309	< 0.001
หลังการใช้รูปแบบการดูแล	Positive Ranks	7.50	105.00		

อภิปรายผล

รูปแบบการวิจัยการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม 4 ขั้นตอน ในครั้งนี้สอดคล้องกับการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งมีการบัญญัติตามกรอบกฎบัตรออตตาวา (Organization., 2009) โดยอาศัยปัจจัยเงื่อนไขความสำเร็จในการดำเนินงาน คือ ศักยภาพและความพร้อมของแกนนำชุมชน ระบบสนับสนุนที่เข้มแข็งในชุมชน และนโยบายเพื่อ สุขภาพของชุมชน ส่วนองค์ประกอบสำคัญในการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของชุมชน การพัฒนาศักยภาพของการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สอดคล้องกับทฤษฎีการดูแลตนเองของ โอเร็ม(Orem, 1985) ที่อธิบายว่าการดูแลตนเองของบุคคลที่มีวุฒิภาวะผู้สูงอายุต้องมีการเรียนรู้ผลในการกระทำเพื่อสนองความต้องการดูแลตนเองและคงไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพและความผาสุก

สอดคล้องกับ ภัทรานิชฐ์ ก่อนคำ(ภัทรานิชฐ์ ก่อนคำ, 2564) ที่ได้ทำวิจัยในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับชุมชน ด้วยดูแลแบบมีส่วนร่วม มีการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่งผลให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนได้อย่างต่อเนื่องและเหมาะสมกับบริบทของชุมชน สำหรับประเด็นการเปรียบเทียบ พบว่าหลังการใช้รูปแบบการดูแลในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีคะแนนเฉลี่ยกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เรลเอดีแอล (ADL) สูงกว่าก่อนหลังการใช้รูปแบบการดูแล เพราะกระบวนการมีส่วนร่วมส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างถูกต้อง และการติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล เพื่อประเมินและให้คำแนะนำตามสภาพปัญหาที่แท้จริง จึงเป็นผลให้ผู้สูงอายุจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับ บุหลัน สุขเกษม และคณะ(บุหลัน สุขเกษม, มลฤทัย ทองพิละ, & ศรียา ศิริปฐุ, 2565) ที่ได้การประเมินประสิทธิผลของ

รูปแบบพบว่า การได้รับสิ่งสนับสนุนทางสังคมระดับ การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุของภาคีเครือข่าย ความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและคะแนน ADL ของผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนการทดลองใช้รูปแบบที่ พัฒนาขึ้นอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ 0.05 นอกจากนี้ การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สอดคล้องกับงานวิจัยของศศินันท์ สายแวว และวรพจน์ พรหมสัตยพรต (ศศินันท์ สายแวว และวรพจน์ พรหม สัตยพรต, 2565) ซึ่งศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลระยะ ยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า 1) มีการศึกษา บริบท และวิเคราะห์ปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง รวมทั้งแต่งตั้งคณะกรรมการสนับสนุน การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ 2) ดำเนินโครงการตามกระบวนการที่กำหนด โดยการ มีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนตามบทบาท

ข้อเสนอแนะ

1. ศึกษากระบวนการดูแลระยะยาวด้าน สาธารณสุข ที่ขยายการดูแลครอบคลุมทั้งผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาสครอบคลุมทุกคน ทุกกลุ่มวัย ให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม
2. ส่งบุคลากรพยาบาลวิชาชีพเข้ารับการอบรม เพื่อปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้จัดระบบการดูแลระยะยาวด้าน สาธารณสุขเพิ่ม เพื่อรองรับการจัดการระบบที่ผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น
3. พัฒนาศักยภาพผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง อย่างต่อเนื่องทุกปี
4. สร้างความเข้มแข็งและพัฒนาศักยภาพ ของภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

- Koehn, S., Jarvis, P., & Kobayashi, K. (2011). Taking care of chronic disease: realizing approaches for Canada's aging ethnic population: a workshop.
- Orem, D. E. (1985). A CONCEPT OF SELF-CARE FOR THE REHABILITATION CLIENT. *Rehabilitation Nursing Journal*, 10(3).
- Organization., W. H. (2009). Milestones in health promotion: Statements from global conferences. Geneva: World Health Organization. Retrieved from https://www.who.int/healthpromotion/Milestones_Health_Promotion_05022010.pdf
- บุหพันธ์ สุขเกษม, มลฤทัย ทองพิละ, & ศรียา ศิริปรุ. (2565). รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วม ของชุมชนศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารวิจัยพัฒนาสุขภาพ ศรีสะเกษ*, 1(1), 71-81.
- พิชิต สุขสบาย. (2560). การประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของทีมงานครอบครัว อ.ชัยบุรี จ. สุราษฎร์ธานี. *วิชาการแพทย์เขต* 11, 2, 257-269.
- ภัทรานิชรุ้ ก้อนคำ. (2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเทศบาลตำบล นาปลีก อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ. *มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*.
- ศศินันท์ สายแวว และวรพจน์ พรหมสัตยพรต. (2565). การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญอำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 7(4), 197 – 212.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2560). รายงานการสำรวจ การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560. Retrieved from http://www.nso.go.th/sites/2014en/Survey/social/domographic/OlderPersons/2017/Full%20Report_080618.pdf
- สำนักบริหารงานทะเบียน กรมการปกครอง. (2565). รายงานประชากรตามทะเบียนราษฎร. สืบค้นจาก <https://www.bora.dopa.go.th/home/>

ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลปากาสัย อำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่

Factors affecting blood sugar control in patients type 2 diabetes in Pakasai Sub-district, Nuea khlong District Krabi Province

สมหญิง ฉิมพลีปักษ์

Somying Chimpleepak

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองเสียด

Ban Khlong Siet Subdistrict Health Promoting Hospital

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาคั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ในความรุนแรงของโรค ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง กับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ตำบลปากาสัย อำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 152 คน ในเขตพื้นที่ตำบลปากาสัย อำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และสมการถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 27.81, SD = 3.85$) โดยแบ่งออกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการรับรู้ในความรุนแรงของการเป็นโรค 28.69 คะแนน ($SD=3.89$) ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค 27.13 คะแนน ($SD=4.57$) ด้านความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง 26.35 คะแนน ($SD=4.26$) และด้านความคาดหวังในความสามารถของตน 25.68 คะแนน ($SD=3.81$) ตามลำดับ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะประชากรกับระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ปัจจัยด้านดัชนีมวลกาย มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากกับระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($r = .208, p < .05$) และปัจจัยด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับต่ำ อย่างมีนัยทางสถิติที่ ($r=0.323, p < .01$)

คำสำคัญ : ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2, การรับรู้สุขภาพ, พฤติกรรมการป้องกันโรค, การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

Abstract

This descriptive research The objective is to analyze the relationship between the perception of the risk of disease. Perception of the severity of the disease Expectations of the effectiveness of the response Expectations of self-efficacy and blood sugar control behavior of patients with type 2 diabetes and factors affecting self-care behavior and blood sugar levels of patients with type 2 diabetes, Pakasai Subdistrict Nuea Khlong District Krabi Province A sample group of 152 people in the Pakasai subdistrict area. Nuea Khlong District Krabi Province Data were collected using a self-administered questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics. and inferential statistics, including Pearson correlation coefficient statistics. and multiple regression equations

The research results found that Perception of health status regarding self-care in controlling blood sugar levels Most were at a moderate level ($M = 27.81, SD = 3.85$). Divided into each aspect, it was found that the perception of severity of disease was 28.69 points ($SD = 3.89$). The perception of risk of disease was 28.69 points. disease 27.13 points ($SD=4.57$), expectation of response effectiveness

26.35 points (SD=4.26), and expectation of self-efficacy 25.68 points (SD=3.81), respectively. Relationship between characteristics factors Population and fasting blood sugar levels of diabetic patients. It was found that the body mass index factor It has a very weak positive correlation with blood sugar levels. Statistically significant ($r = .208, p < .05$) and the self-care behavior factor had a positive relationship with low perception of health status. Statistically significant at ($r = 0.323, p < .01$)

Keywords : Type 2 diabetes, Health awareness, Disease prevention behaviors, Blood sugar control

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อที่พบได้ในประชากรทุกประเทศทั่วโลก ก่อให้เกิดโรคเรื้อรังทางสุขภาพ เพราะไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ โรคเบาหวานสามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้ สาเหตุของโรคเบาหวาน เกิดจากพฤติกรรม รวมถึงการดำรงชีวิตของคนที่อยู่ดี กินดีกินไป ขาดการออกกำลังกาย โรคอ้วน เป็นต้น สถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลกยังคงเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ สหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติ รายงานว่า ภายในปี พ.ศ.2573 จะเพิ่มจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นเป็น 643 ล้านคน และภายในปี 2588 จะเพิ่มมากถึง 783 ล้านคน จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า ในปี 2573 และจะมีผู้เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานเป็น 6.7 ล้านคน ในแต่ละปี ซึ่งคิดเป็น 1 คน ในทุกๆ 5 วินาที และพบในผู้ที่มีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป (International Diabetes Federation, 2022)

ประเทศไทยพบผู้ป่วยเป็นเบาหวาน 4.8 ล้าน คน หรือ 1 ใน 11 คนป่วยเป็นโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 9.8 มีอัตราเพิ่มขึ้นประมาณ 1 แสนคนต่อปี ทั้งนี้คาดการณ์ว่า ความชุกของโรคเบาหวานจะเพิ่มสูงขึ้นถึง 5.3 ล้านคนภายในปี 2583 ซึ่งถือว่าเป็นปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ เป้าหมายของการควบคุมโรคเบาหวานคือ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหลังดอาหารเช้าให้อยู่ใน ระดับ 90 – 130 มิลลิกรัม/เดซิลิตรหรือระดับ ฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ (HbA1C) น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 7 ดังนั้น ผู้ป่วยเบาหวานจะต้องมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ที่ถูกต้อง จะทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และลดภาวะแทรกซ้อนอันจะทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิต (พวงเพชร เหล่าประสิทธิ์, 2566)

อัตราความชุกด้วยโรคเบาหวาน เขตสุขภาพที่ 11 ในปีพ.ศ. 2561 – 2565 พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเท่ากับ 3669.18, 3892.55, 3854.04 และ 4059.74 ตามลำดับ มีอัตราป่วยรายใหม่ด้วยโรคเบาหวานต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 466.73, 437.59, 436.45, 467.47 และ 493.27 ตามลำดับ อัตราผู้ป่วยเบาหวาน ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี เท่ากับ ร้อยละ 29.52, 31.05, 34.21, 31.50 และ ร้อยละ 34.91 ตามลำดับ ส่วนจังหวัดกระบี่ มีอัตราความชุกด้วยโรคเบาหวาน เท่ากับ 3591.42, 3359.58, 3594.06 และ 3820.99 ตามลำดับ มีอัตราป่วยรายใหม่ด้วยโรคเบาหวานต่อประชากรแสนคนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เท่ากับ 372.10, 369.09, 402.32, 427.82 และ 429.33 ตามลำดับ และมีอัตราผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี เท่ากับ ร้อยละ 34.74, 33.43, 34.42, 27.61 และร้อยละ 35.97 (HDC, 2566) ซึ่งยังไม่บรรลุเป้าหมายของการดำเนินการ (เป้าหมาย \geq ร้อยละ 40) สถานการณ์โรคเบาหวาน อำเภอเหนือคลอง ปีพ.ศ. 2561 – 2565 พบว่า อัตราป่วยรายใหม่ด้วยโรคเบาหวานต่อประชากรแสนคนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เท่ากับ 359.57, 264.19, 364.82, 384.74, และ 554.66 ตามลำดับ และอัตราผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี เท่ากับ ร้อยละ 15.81, 21.60, 21.48, 20.26 และร้อยละ 17.80 ตามลำดับ ซึ่งตำบลที่มีอัตราความชุกด้วยโรคเบาหวานสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ตำบลเหนือคลอง จำนวน 679 คน ตำบลคลองขนาน จำนวน 480 คน และตำบลปากส้าย จำนวน 477 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่, 2566)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยด้านอายุ ระดับการศึกษาและการรับรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ทั้งนี้ อธิบายได้ว่าเมื่อผู้ป่วยเบาหวานมีอายุเพิ่มมากขึ้น มีวุฒิภาวะมากขึ้น จะทำให้ตระหนักถึงสุขภาพของตนเอง

เพิ่มมากขึ้น ทำให้มีการดูแลตนเองมากขึ้นทั้งการเลือกอาหารที่รับประทาน การออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียด การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเป็นสิ่งที่สำคัญมาก เนื่องจากจะช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน อันเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต (สถาพร บั้วระพา, 2560) โดยนำแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection Motivation Theory ,PMT) ของโรเจอร์ เป็นวิธีการกระตุ้นให้เกิดความกลัวโดยเชื่อว่าบุคคลจะเกิดความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ขึ้นอยู่กับกระบวนการรับรู้ของตนเอง 4 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) การรับรู้ในความรุนแรงของโรค 2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค 3) ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง 4) ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ทำให้เกิดแรงจูงใจในการป้องกันโรค ซึ่งมีผลต่อความตั้งใจที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง ทศนคติและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในที่สุด (Floyd, Prentice-Dunn, & Rogers, 2000)

ดังนั้นการศึกษานี้ ผู้วิจัยสนใจนำแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคดีงกล่าว มาใช้ในการส่งเสริม การปฏิบัติในการป้องกันโรคเบาหวาน และชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานเกิดความรู้ ความเข้าใจ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จึงได้ทำการศึกษา “ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลปกาสัย อำเภอนือคลอง จังหวัดกระบี่” ผลที่ได้จากการศึกษาจะเป็นประโยชน์ต่อประชาชนในพื้นที่ตำบลปกาสัย อำเภอนือคลอง จังหวัดกระบี่ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ให้สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นฐานข้อมูลในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

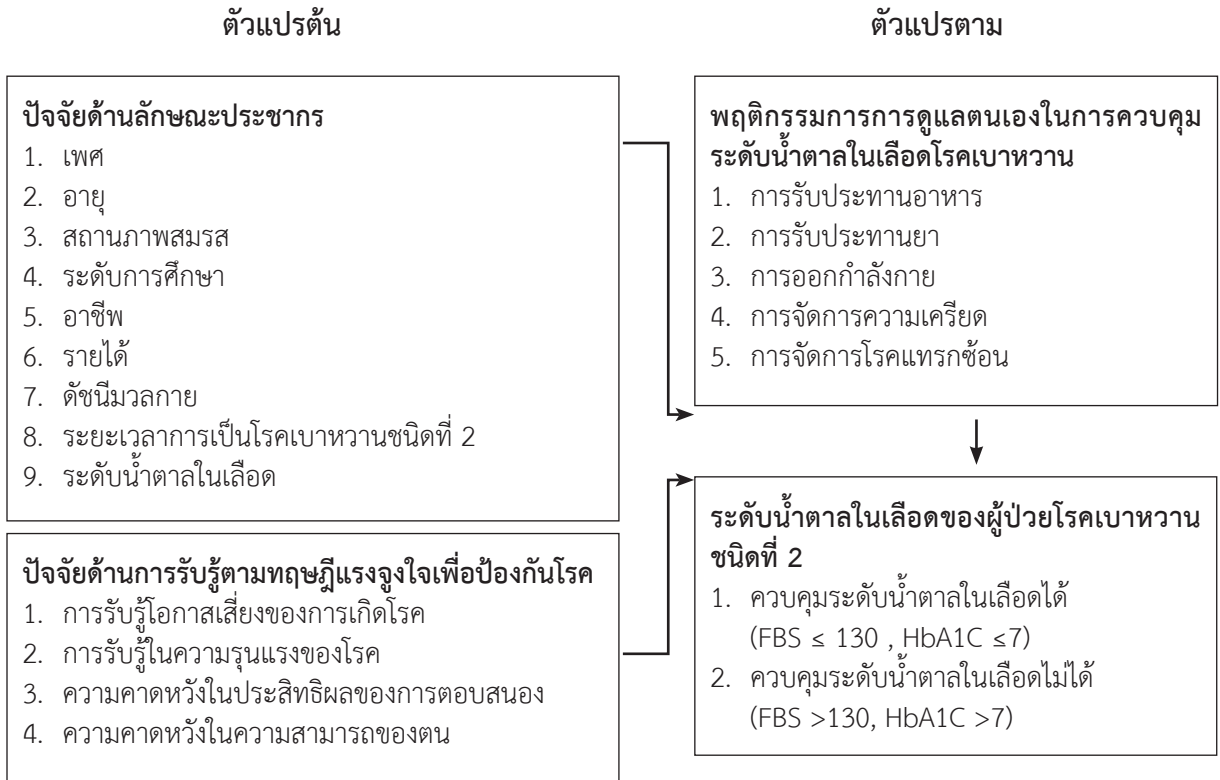
1. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลปกาสัย อำเภอนือคลอง จังหวัดกระบี่
2. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ในความรุนแรงของโรค ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง ความคาดหวัง

ในความสามารถของตนเองของกลุ่มตัวอย่างในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลปกาสัย อำเภอนือคลอง จังหวัดกระบี่

3. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสของการเกิดโรค การรับรู้ในความรุนแรงของโรค ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง กับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลปกาสัย อำเภอนือคลอง จังหวัดกระบี่

4. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ตำบลปกาสัย อำเภอนือคลอง จังหวัดกระบี่

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้มีรูปแบบเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยศึกษา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional study)

ประชากร คือ ได้แก่ ประชาชนที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป ในพื้นที่ตำบลปกาสัย อำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ จำนวน 493 คน

จากประชากรกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 493 คน นำมาคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power : Jacob Cohen (1992) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 138 คน และบวกค่าความคลาดเคลื่อนของการเก็บข้อมูล 10% เพื่อครอบคลุมทุกหน่วยจำนวนทั้งสิ้น 152 คน

การวิจัยครั้งนี้ เก็บข้อมูลในพื้นที่ ตำบลปกาสัย อำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ ด้วยเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นประชาชนทั้งเพศชาย

และเพศหญิง อายุตั้งแต่ 40 ปี ขึ้นไป ที่อาศัยในพื้นที่ตำบลปกาสัย อำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ 2) เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 อย่างน้อย 1 ปี 3) ไม่มีปัญหาการพูด การมองเห็น การฟัง 4) เป็นผู้ที่สมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย และ 5) สามารถเข้าใจภาษาไทยและสามารถตอบแบบสอบถามได้ และเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) ไม่สามารถให้ข้อมูลแบบสอบถามจนแล้วเสร็จ 2) ผู้ที่เข้าร่วมโครงการแต่ตอบแบบสอบถามไม่ครบ และ 3) ผู้ที่เสียชีวิตระหว่างการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยนี้ มีเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม 1 ชุด แบ่งเป็น 3 ส่วน โดยมีรายละเอียด ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามด้านคุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ข้อคำถาม

จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาเป็นโรคและรับการรักษา ระดับน้ำตาลในเลือด น้ำหนัก ส่วนสูง BMI และข้อความคำถามข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการ ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 2 ข้อ เป็นคำถามแบบ Checklist รวมทั้งหมด 11 ข้อ และใช้ระดับการวัดข้อมูล ประเภทนามบัญญัติ (Nominal Scale) ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ตามทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ โดยใช้แบบสอบถามแบบมาตราส่วนประเมินคำตอบ (Rating Scale Question) ซึ่งเป็นระดับการวัดข้อมูลประเภท อันตรภาค (Interval Scale) เป็นคำถามให้เลือกตอบ 5 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยน้อยที่สุด แบ่งเป็น ข้อความเชิงบวก (Positive Statement) 18 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 20 และข้อความเชิงลบ (Negative Statement) 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 13 และ 19 ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 26 ข้อ ซึ่งเป็นการวัดแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) การตอบแบบสอบถามตามแบบสอบถามแต่ละข้อ เป็นคำถามให้เลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัตินานๆ ครั้ง แบ่งเป็น ข้อความเชิงบวก (Positive Statement) 20 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 4, 6, 7, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26 และข้อความเชิงลบ (Negative Statement) 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 3, 5, 8, 11, 16 ประกอบด้วย 4 ด้าน 1) พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 6 ข้อ 2) พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย จำนวน 4 ข้อ 3) พฤติกรรมด้านการรับประทานยาและการรับการตรวจตามนัด จำนวน 6 ข้อ 4) พฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพทั่วไปและการป้องกันโรคแทรกซ้อน จำนวน 7 ข้อ และ 5) พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด จำนวน 3 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การวิจัยนี้ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านเนื้อหา (Content Validity) ทั้งความครอบคลุมของข้อความ ความสอดคล้องของวัตถุประสงค์ ความถูกต้อง

ของเนื้อหา เกณฑ์การประเมินคะแนน ความชัดเจน และความเหมาะสมของภาษา จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านงานโรค ไม่มีติดเรื้อรัง ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์ และผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเบาหวาน จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้งหมดมาแก้ไขตามคำแนะนำ โดยใช้เกณฑ์การตัดสินความตรงเชิงเนื้อหาตามความเห็นสอดคล้องและยอมรับของผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของเครื่องมือวิจัยต้องมีค่ามาตรฐานที่ยอมรับได้ 0.67 ขึ้นไป

ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือจากผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในเขตตำบลเหนือคลอง อำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ ที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำมาคำนวณความเที่ยงจากการหาความสอดคล้อง ด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 เท่ากับ 0.89 และ 0.92 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ กำหนดระยะเวลาในการศึกษาในระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ.2566 – กันยายน พ.ศ. 2566 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีขั้นตอนดังนี้ 1) ผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเหนือคลอง ในการออกหนังสือขออนุญาตในการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูล 2) ผู้วิจัยดำเนินการประสานงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองเสียด และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งประสาน ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 3) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของแบบสอบถาม ให้ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทราบ และเข้าใจในการดำเนินการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม โดยตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขต้องเป็นบุคคลที่สามารถเขียนหนังสือได้และมีความคล่องแคล่วในการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม 4) ผู้วิจัยและตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ผ่านการอบรมและมีคุณสมบัติการอ่าน และเขียนหนังสือคล่องแคล่ว จำนวน 20 คน ดำเนินการเก็บ

รวบรวมข้อมูล โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเองโดยความสมัครใจ ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลของแต่ละบุคคล 30 นาที 5) ผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมแบบสอบถาม พร้อมนำมาตรวจสอบความครบถ้วน ความถูกต้องแล้วนำไปลงรหัสเพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ หมายเลขรับรอง KBO-IRB 2023/11.2505 ลงวันที่ 25 พ.ศ. 2566

ผลการวิจัย

การวิจัยนี้ ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ตำบลปกาสัย อำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ มีกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 152 คน และสามารถจัดเก็บข้อมูลได้ครบทุกคน ร้อยละ 100.0 ผลการวิจัยต่อไปนี้จำแนกการนำเสนอ ออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) ด้านคุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง 2) การรับรู้ตามทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 3) ด้านพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ด้านคุณลักษณะทางประชากรเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 114 คน (ร้อยละ 72.50) มีกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป จำนวน 89 คน (ร้อยละ 54.35) อายุเฉลี่ย 61.01 ปี (SD=11.34) สถานสมรส จำนวน 110 คน (ร้อยละ 68.84) ระดับการศึกษาประถมศึกษา มากที่สุด จำนวน 125 คน (ร้อยละ 80.40) ส่วนใหญ่ประกอบเกษตรกร จำนวน 64 คน (ร้อยละ 46.40) รายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท จำนวน 119 คน (ร้อยละ 76.10) ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานน้อยกว่า 10 ปี จำนวน 114 คน (ร้อยละ 72.50) มากกว่า 10 ปีขึ้นไป จำนวน 38 คน (ร้อยละ 27.50) เฉลี่ย 8.37 ปี (SD= 5.34) ข้อมูลด้านการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (FBS) ส่วนใหญ่มากกว่า 130 mg/dl

จำนวน 83 คน (ร้อยละ 60.14) (SD=44.60) ในการศึกษาครั้งนี้ใช้ค่าดัชนีมวลกายที่ 30.0 kg/m² ขึ้นไป จัดเป็นเกณฑ์อ้วน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีดัชนีมวลกาย (BMI) ในเกณฑ์ปกติ (น้อยกว่า 24.9 kg/m²) จำนวน 54 คน (ร้อยละ 39.13) กลุ่มที่จัดว่าน้ำหนักเกินหรืออ้วน ที่มีดัชนีมวลกาย 25.0 – 29.9 kg/m² จำนวน 76 คน (ร้อยละ 44.93) ส่วนกลุ่มที่จัดอยู่ในภาวะอ้วนมีจำนวน 22 คน (ร้อยละ 15.94) เฉลี่ยค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 25.79 kg/m² (SD=3.89) ซึ่งจัดอยู่ในเกณฑ์น้ำหนักเกิน (overweight) แหล่งที่มาของข้อมูลทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่ทางโทรทัศน์ จำนวน 78 คน (ร้อยละ 43.48) และรูปแบบการได้รับข้อมูลข่าวสารและความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานที่กลุ่มตัวอย่างชื่นชอบส่วนใหญ่เป็นทางโทรทัศน์ จำนวน 55 คน (ร้อยละ 72.48)

2. การรับรู้ตามทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 พบว่า ภาพรวมมีค่าเฉลี่ย 27.81 คะแนน (SD=3.86) จากคะแนนเต็ม 40 คะแนน จัดอยู่ในระดับสูง โดยแบ่งออกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการรับรู้ในความรุนแรงของการเป็นโรค 28.69 คะแนน (SD=3.89) ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค 27.13 คะแนน (SD=4.57) ด้านความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง 26.35 คะแนน (SD=4.26) และด้านความคาดหวังในความสามารถของตน 25.68 คะแนน (SD=3.81) ตามลำดับ

3. พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับสูง จำนวน 125 คน (ร้อยละ 80.40) แบ่งเป็นรายด้าน 4 ด้าน พบว่า ด้านการรับประทานยา จำนวน 130 คน (ร้อยละ 85.50) ด้านการจัดการภาวะแทรกซ้อน จำนวน 130 คน (ร้อยละ 85.50) ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 115 คน ร้อยละ (73.20) ด้านการจัดการความเครียด จำนวน 99 คน (ร้อยละ 61.60) และ ด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 92 คน (ร้อยละ 64.40) ตามลำดับ

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะประชากรกับระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ปัจจัยด้านดัชนีมวลกาย มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมากกับระดับน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($r = .208, p < 0.05$) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสะสมสูงจะมีดัชนีมวลกายอยู่ที่ $25.0 - 29.9 \text{ kg/m}^2$ จัดได้ว่าเป็นกลุ่มน้ำหนักเกินหรืออ้วน

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองและพฤติกรรมดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ปัจจัยด้านพฤติกรรมดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับต่ำ อย่างมีนัยทางสถิติที่ ($r = 0.323, p < 0.01$) ปัจจัยด้านการรับประทานอาหารมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($r = 0.513, p < 0.01$) ปัจจัยด้านการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($r = 0.733, p < 0.01$) ในทิศทางตรงกันข้าม ปัจจัยด้านการรับประทานยา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($r = 0.363, p < 0.01$) ปัจจัยด้านการ

จัดการภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับต่ำมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($r = 0.176, p < 0.05$) และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($r = 0.450, p < 0.01$) ปัจจัยด้านการจัดการความเครียด มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับต่ำมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($r = 0.233, p < 0.01$) และ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($r = 0.752, p < 0.01$)

การวิเคราะห์สมการพหุคูณปัจจัยด้านลักษณะประชากรและการรับรู้ภาวะสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด (Model Summary) การวิเคราะห์ค่าความคลาดเคลื่อนแต่ละค่าเป็นอิสระต่อกัน โดยใช้ค่า Durbin-Watson พบว่า ค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.31 ซึ่งอยู่ระหว่าง 0 - 1.4 แสดงว่ามีความสัมพันธ์กันในทิศทางบวก แต่จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่าตัวแปรพหุคูณมีค่า Tolerance อยู่ระหว่าง 0.82 - 0.96 และ VIF มีค่าระหว่าง 1.03 - 1.20 ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยที่กำหนดให้ค่า Tolerance ต้องมากกว่า 0.10 และค่า VIF ต้องน้อยกว่า 10 (Vanichbuncha, 2007: 84) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์สมการพหุคูณปัจจัยด้านลักษณะประชากรและการรับรู้ภาวะสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (Model Summary)

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
1	.403 ^a	.163	.124	5.81	.163	4.24	6	131	.001	1.31

a. Predictors: (Constant), การรับรู้ภาวะสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเอง, ดัชนีมวลกาย, ระดับการศึกษา, ระยะเวลาเป็นเบาหวาน, อายุ, รายได้ต่อเดือน
b. Dependent Variable: พฤติกรรมดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

การวิเคราะห์ปัจจัยด้านลักษณะประชากรและการรับรู้ภาวะสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (Coefficients) พบว่า ปัจจัยรายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p=0.03$) มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (β) เท่ากับ 0.000 และการรับรู้ภาวะสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลเลือดอย่างมีนัย

สำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p = 0.000$) มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (β) เท่ากับ 0.585 ขณะที่อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เป็นเบาหวานและดัชนีมวลกายไม่มีความสัมพันธ์ในทางสถิติ ซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับตัวแปรอื่นๆ แต่ตัวแปรทั้งหมดนี้ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ถูกต้อง ร้อยละ 61.15 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ปัจจัยด้านลักษณะประชากรและการรับรู้ภาวะสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (Coefficients)

		B	Std. Error	Beta	T	Sig.	Tolerance	VIF
1.	(Constant)	61.15	6.10		10.02	.000		
	อายุ	-.082	.048	-.150	-1.73	.086	.847	1.18
	ระดับการศึกษา	.132	.621	.019	.213	.831	.828	1.20
	รายได้ต่อเดือน	.000	.000	-.183	-2.09	.038	.834	1.19
	ระยะเวลาเป็นเบาหวาน	.122	.096	.105	1.26	.209	.930	1.07
	ดัชนีมวลกาย	.096	.133	.060	.726	.469	.931	1.07
	การรับรู้ภาวะสุขภาพ	.585	.131	.363	4.45	.000	.962	1.03
a. Dependent Variable: พฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด								

การวิเคราะห์ความแปรปรวนปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด (ANOVA) พบว่า ปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองและพฤติกรรม

การดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยรวม และเมื่อจำแนกออกเป็น 5 ด้าน ไม่มีความสัมพันธ์ในทางสถิติ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ความแปรปรวนปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (ANOVA)

Model		Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	5838.07	6	973.01	.478	.824b
	Residual	266617.00	131	2035.24		
	Total	272455.08	137			

a. Dependent Variable: ระดับน้ำตาลในเลือด
b. Predictors: (Constant), พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด, พฤติกรรมด้านการรับประทานยา, การรับรู้ภาวะสุขภาพ, พฤติกรรมด้านการจัดการภาวะแทรกซ้อน, พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร, พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย

การวิเคราะห์สมการพหุคูณปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด (Model Summary) พบว่า การวิเคราะห์ค่าความคลาดเคลื่อนแต่ละค่าเป็นอิสระต่อกัน โดยใช้ค่า Durbin-Watson ในตารางที่ 4 พบว่า ค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.847 ซึ่งอยู่ระหว่าง 1.5 – 2.5 แสดงว่า

มีความเป็นอิสระ แต่จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่าตัวแปรพหุคูณมีค่า Tolerance อยู่ระหว่าง 0.578 – 0.820 และ VIF มีค่าระหว่าง 1.359 – 1.729 ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยที่กำหนดให้ค่า Tolerance ต้องมากกว่า 0.10 และค่า VIF ต้องน้อยกว่า 10 (Vanichbuncha, 2007: 84) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์สมการพหุคูณปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (Model Summary)

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
1	.147a	.021	-.023	45.114	.021	.478	6	131	.824	1.847

a. Predictors: (Constant), พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด, พฤติกรรมด้านการรับประทานยา, การรับรู้ภาวะสุขภาพ, พฤติกรรมด้านการจัดการภาวะแทรกซ้อน, พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร, พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย
b. Dependent Variable: ระดับน้ำตาลในเลือด

การวิเคราะห์ปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (Coefficients) พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ

และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ทั้ง 5 ด้าน ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือด แต่ตัวแปรทั้งหมดนี้รวมกันทำนายการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ถูกต้องร้อยละ 152.78 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์ปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (Coefficients)

		B	Std. Error	Beta	T	Sig.	Tolerance	VIF
1.	(Constant)	152.78	58.62		2.60	.01		
	การรับรู้ภาวะสุขภาพ	-1.137	1.18	-.098	-.95	.34	.70	1.41
	พฤติกรรมการรับประทานอาหาร	1.706	2.18	.081	.78	.43	.69	1.43
	พฤติกรรมการออกกำลังกาย	-.808	2.21	-.040	-.36	.71	.62	1.60
	พฤติกรรมการรับประทานยา	-2.07	2.77	-.071	-.74	.45	.82	1.21
	พฤติกรรมการจัดการภาวะแทรกซ้อน	.655	1.84	.036	.35	.72	.73	1.35
	พฤติกรรมการจัดการความเครียด	1.942	3.030	.073	.641	.523	.578	1.729

a. Dependent Variable: ระดับน้ำตาลในเลือด

อภิปรายผล

เมื่อพิจารณาด้านการรับรู้สภาวะสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (M = 27.81, SD = 3.85) สอดคล้องกับการศึกษาของ อ้อมใจ แต่เจริญวิริยะกุล และกิตติยา ศิลาวงศ์สุวรรณภูมิ (2559) ที่ศึกษาการรับรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลทุ่งมน อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลทุ่งมน อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ มีแบบแผนการรับรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง (ร้อยละ 52.20) ทั้งนี้ สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานจากบุคลากรทางการแพทย์ โดยที่หน่วยบริการสุขภาพและบุคลากรสาธารณสุขจะเน้นไปที่การตรวจประเมินอาการเบื้องต้น จ่ายยาตามอาการ และให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และคำแนะนำในการ

ดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเพียงระยะเวลาสั้นๆ จึงเป็นผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการรับรู้สภาวะสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับปานกลาง)

ปัจจัยด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับต่ำอย่างมีนัยทางสถิติที่ (r=0.323, p< .01) จากงานวิจัยของ รื่นจิต เพชรชิต, 2558 กล่าวว่า โดยบุคคลจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นเมื่อรับรู้ปัญหาและความรุนแรงที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Moudi Albargawi และคณะ พบว่า การรับรู้และความเชื่อของบุคคลที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีอิทธิพลต่อระดับของการยึดมั่นในกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่มีแนวโน้มส่งผลต่อพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่

รายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p = 0.038$) มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (β) เท่ากับ 0.000 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อภิวัฒน์ เจริญวัฒน์ (2561) ที่ศึกษาปัจจัยที่ผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า รายได้เฉลี่ยครอบครัวต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เนื่องจากการไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวด้านเงินทองและสิ่งของเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ทำให้ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ปัจจัยด้านการรับประทานยามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($r=0.363$, $p < .01$) สอดคล้องกับงานวิจัยของ ปิยะดา ยุติฉิม และคณะ (2561) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการปัญหาการใช้ยาต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการรับประทานยาที่ผ่านมามากกว่าได้ประสบปัญหาการใช้ยา ได้แก่ ลืมกินยา อ่านฉลากยาไม่เห็น เป็นต้น แสดงว่า การที่ผู้ป่วยมีปัญหาในการรับประทานยา จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมต่ำด้วย

เอกสารอ้างอิง

- กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการความเครียดสำหรับวัยทำงาน. Retrieved from www.hed.go.th/linkhed/file/261
- กิตต์กวี โพธิ์โน. (2560). กรมสุขภาพจิต เตือน ผู้ป่วยเบาหวาน !! อย่าปล่อยให้เกิด “โรคทางอารมณ์” เสี่ยงโรคสมองเสื่อมเยือนเร็วขึ้น!! Retrieved from http://thainews.prd.go.th/th/website_th/news/print_news/TNSOC6011140010045
- จิรพรรณ พิวนวล และประทุม เนตรินทร์. (2561). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางแก้ว ในตำบลบางแก้ว อำเภอละอุ่น จังหวัดระนอง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี, 1(2), 46-61.
- ฉีกานต์ หลายชูไทย. (2560). ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน. Retrieved from <https://chulalongkornhospital.go.th/kcmh/diabetes-complications/>
- ธนวัฒน์ สุวัฒนกุล. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 12(3), 515-522.
- มนรดา แข็งแรง, นันทัชพร เนลสัน, สมจิตร การะสา และปิตินันท์ ราชภัท. (2560). ความรู้ ทศนคติ และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดอุบลราชธานี. การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ราชธานีวิชาการ ครั้งที่ 2, 968-980.

ปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยรวมแล้ว เมื่อจำแนกออกเป็น 5 ด้านพบว่า ผลการวิจัยไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นโดยพบว่า ไม่มีตัวแปรใดสามารถอธิบายตัวแปรตามได้ อาจเป็นไปได้ว่า ในงานวิจัยนี้กลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปจำนวน 89 คน คิดเป็นร้อยละ 54.35

ข้อเสนอแนะในการนำวิจัยไปใช้ประโยชน์

- 1) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในเชิงคุณภาพเพื่อพัฒนาโปรแกรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองให้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยให้สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตรายได้ และระดับการศึกษาของผู้ป่วย
- 2) ควรมีการศึกษาเพื่อหาแนวทางป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในเชิงรุก สำหรับกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน เช่น ในกลุ่มที่มีดัชนีมวลกายมากกว่า 30 กิโลกรัม/เมตร² โดยการจัดโปรแกรมให้ความรู้ในด้าน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การลดน้ำหนัก เป็นต้น



- สมจิตร ชัยยะสมุทร และวัลย์นารี พรหมลา. (2560). แนวทางการพัฒนาความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน จังหวัดปทุมธานี. วารสาร บัณฑิตศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์, 15(2), 111-123.
- Alanazi, F. K., Alotaibi, J. S., Paliadelis, P., Alqarawi, N., Alsharari, A., & Albagawi, B. (2018). Knowledge and awareness of diabetes mellitus and its risk factors in Saudi Arabia. *Saudi medical journal*, 39(10), 981-989.
- Jannoo Z , Wah Y.B., Lazim A.M, & Hassali M.A. (2017). Examining diabetes distress, medication adherence, diabetes self-care activities, diabetes-specific quality of life and health-related quality of life among type 2 diabetes mellitus patients. *Journal of Clinical & Translational Endocrinology*, 9, 48-54.

การพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินด้วยระบบ Interfacility Patient Transfer โรงพยาบาลกันตัง จังหวัดตรัง

The Development of Emergency Referral Model with Interfacility Patient Transfer System at Kantang Hospital

ดาฤมล นุ่นแก้ว
Darumon Noonkaew
โรงพยาบาลกันตัง
Kantang Hospital

บทคัดย่อ

วิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินโดยใช้ระบบ Interfacility patient transfer ณ โรงพยาบาลกันตัง จังหวัดตรัง ดำเนินการ 4 ระยะระหว่างมีนาคมถึงกันยายน พ.ศ.2566 ดังนี้ ระยะที่ 1 ศึกษาปัญหาการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินตามวงจร PAOR ระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน และระยะที่ 4 ประเมินประสิทธิผลการใช้รูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และสถิติเชิงพรรณนา และ pair t-test

ผลการพบว่า ระยะที่ 1 การส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินของโรงพยาบาลกันตังมีแนวทางปฏิบัติยังไม่ชัดเจน พยาบาลวิชาชีพมีประสบการณ์ทำงานต่างกัน ขาดความรู้และทักษะการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินไม่เพียงพอ และการบันทึกทางการพยาบาลระหว่างส่งต่อไม่ครอบคลุม ระยะที่ 2 ได้รูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน ประกอบด้วย แนวทางการอบรมเชิงปฏิบัติการ และนวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อ ระยะที่ 3 พยาบาลได้รับการอบรมเชิงปฏิบัติการตามรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน ระยะที่ 4 พยาบาลมีความรู้และทักษะหลังการอบรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การบันทึกการพยาบาลขณะส่งต่อครบถ้วน ร้อยละ 98.95 ร้อยละอุบัติการณ์ความเสี่ยงขณะส่งต่อลดลงเท่ากับ 0.7 นวัตกรรมรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินของโรงพยาบาลกันตัง ประกอบด้วย 1) การแบ่งประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินส่งต่อ 2) ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วย 3) ระยะ pre-transfer, during-transfer และ post-transfer 3) บันทึกทางการพยาบาลครอบคลุมการดูแลขณะส่งต่อ

ผลการวิจัยที่มหาวิทยาลัยให้การยอมรับรูปแบบ และสามารถนำมาใช้ได้จริงเหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลกันตัง ส่งผลให้การส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้มีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : รูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน, Interfacility patient transfer

Abstract

This action research aimed to develop and evaluate the effectiveness of the Emergency Referral Model (ERM) with an Interfacility Patient Transfer (IPT) system at Kantang Hospital. The study was conducted in four phases from March to September 2023. The challenges of emergency patient transfers were explored in the first phase. In Phase 2, the ERM with IPT system for emergency patients and its evaluation forms were developed based on the PAOR cycle. Phase 3 involved a trial using the proposed ERM with IPT system. Final phase, the effects of the proposed model were evaluated using content analysis, descriptive statistics, and pair t-tests.

The findings from Phase 1 revealed that the hospital lacked clear guidelines for referring patients; moreover, registered nurses lacked experience, knowledge, and skills. Nursing documentation during transfers was also inadequate. Phase 2, the ERM with IPT system for emergency patients, was designed, including practical training guidelines and innovative patient care during transfers. Phase 3,

nurses received practical training and applied the knowledge gained in patient transfers. Phase 4, the effectiveness of utilizing the ERM with IPT system for emergency patients revealed a statistically significant increase in nurses' knowledge, and skill after training at .05. All nurses demonstrated emergency patient care skills during transfers meeting the criteria, with nursing documentation completeness reaching 98.95%. The incidence of risk events during transfers decreased to 0.7%. The innovative emergency patient transfer model of Kantang Hospital includes 1) categorizing emergency patients for transfer, 2) a three-stage process including pre-transfer, during transfer, and post-transfer, and 3) comprehensive nursing records during transfers.

This study interdisciplinary team accepted the developed ERM with IPT system for emergency patients, proving applicable to Kantang Hospital's context and ensuring efficient care for transferred emergency patients.

Keywords: Emergency referral model, Interfacility patient transfer.

บทนำ

ระบบบริการสุขภาพในประเทศไทย ได้มีการออกแบบนโยบายด้านสุขภาพ เพื่อให้บริการทางการแพทย์ด้านต่างๆ ให้กับประชาชน รวมถึงการดูแลและส่งต่อ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลส่งต่อมีความจำเป็นในการบริหารจัดการระบบให้มีประสิทธิภาพ เพื่อให้สถานพยาบาลที่มีศักยภาพทั้งด้านทรัพยากร เครื่องมือพยาบาลวิชาชีพ ไม่เพียงพอ สามารถส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลที่มีศักยภาพมากกว่าได้อย่างปลอดภัย โดยมีการจัดระบบการส่งต่อผู้ป่วยทั้งภาวะฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉิน ให้สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ อย่างไรก็ตามพบว่า สถานพยาบาลหลายๆ แห่งมักประสบปัญหาในการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉิน ซึ่งอาจมีปัญหามากน้อยแตกต่างกันออกไป เช่น การติดต่อสื่อสารเวลานาน การเตรียมความพร้อม เครื่องมืออุปกรณ์ที่จำเป็น รวมถึงสมรรถนะความรู้ความสามารถในการดูแล ประเมินผู้ป่วยที่ถูกต้องเหมาะสมส่งต่อ เป็นต้น (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2559)

โรงพยาบาลกันตัง จังหวัดตรัง เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง มีระยะทางห่างจาก โรงพยาบาลศูนย์ 25 กิโลเมตร ให้การบริการสุขภาพแก่ประชาชนจำนวนมาก ทั้งด้าน ส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟู และการรักษา จากสถิติผู้รับบริการในโรงพยาบาลกันตัง ปี 2563 - 2565 มีจำนวน 155, 215, 144, 892 และ 173, 186 ครั้ง ตามลำดับ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติฉุกเฉิน ที่ต้องได้รับการส่งต่อเพื่อไปรับการรักษาที่ยังสถาน

พยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าด้วย จากการปฏิบัติงานที่ผ่านมาพบว่า ข้อมูลปี พ.ศ. 2563 - 2565 พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมีจำนวน 2,013, 2,414 และ 2,034 ครั้ง ตามลำดับ (หน่วยงานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลกันตัง, 2565) จากข้อมูลดังกล่าว พบข้อผิดพลาดหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขณะส่งต่อจำนวน 58, 46 และ 34 ครั้ง ตามลำดับ ข้อผิดพลาดที่พบได้แก่ ไม่สามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงที่เป็นภาวะวิกฤติ ฉุกเฉินได้ เช่น ท่อช่วยหายใจเลื่อนจากตำแหน่งเดิม เข็มน้ำเกลือเลื่อนหลุด สารน้ำหรือยา ไหมไหล สารน้ำหรือยารั่ว ออกนอกหลอดเลือด มีอาการบวมแดงตำแหน่งให้สารน้ำหรือยา เป็นต้น การบันทึกทางการแพทย์ไม่สมบูรณ์ และครอบคลุม ไม่ได้บันทึกข้อมูลอาการเปลี่ยนแปลงขณะส่งต่อ ทำให้การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษาไม่ต่อเนื่อง (หน่วยงานเวชระเบียนความเสี่ยงโรงพยาบาลกันตัง, 2565) จากการทบทวนอุบัติการณ์ข้อผิดพลาดในการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินไปยังโรงพยาบาลปลายทาง ทั้งนี้การส่งต่อของโรงพยาบาลกันตังที่ปฏิบัติแบบเดิมยังไม่มีการบันทึกชัดเจน ซึ่งพยาบาลวิชาชีพยังต้องได้รับการเพิ่มสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อทั้งด้านความรู้ความสามารถทักษะการดูแลผู้ป่วยต่างๆ ในแต่ละขั้นตอน นอกจากนี้แบบบันทึกข้อมูลขณะส่งต่อยังไม่ครอบคลุมกระบวนการขั้นตอนของการส่งต่อ ซึ่งมีผลกระทบทำให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงหรือไม่ได้รับการดูแลตามแผนการรักษาที่ปลอดภัยตามมาตรฐานและส่งผลให้เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงทำให้เกิดปัญหาการฟ้องร้อง

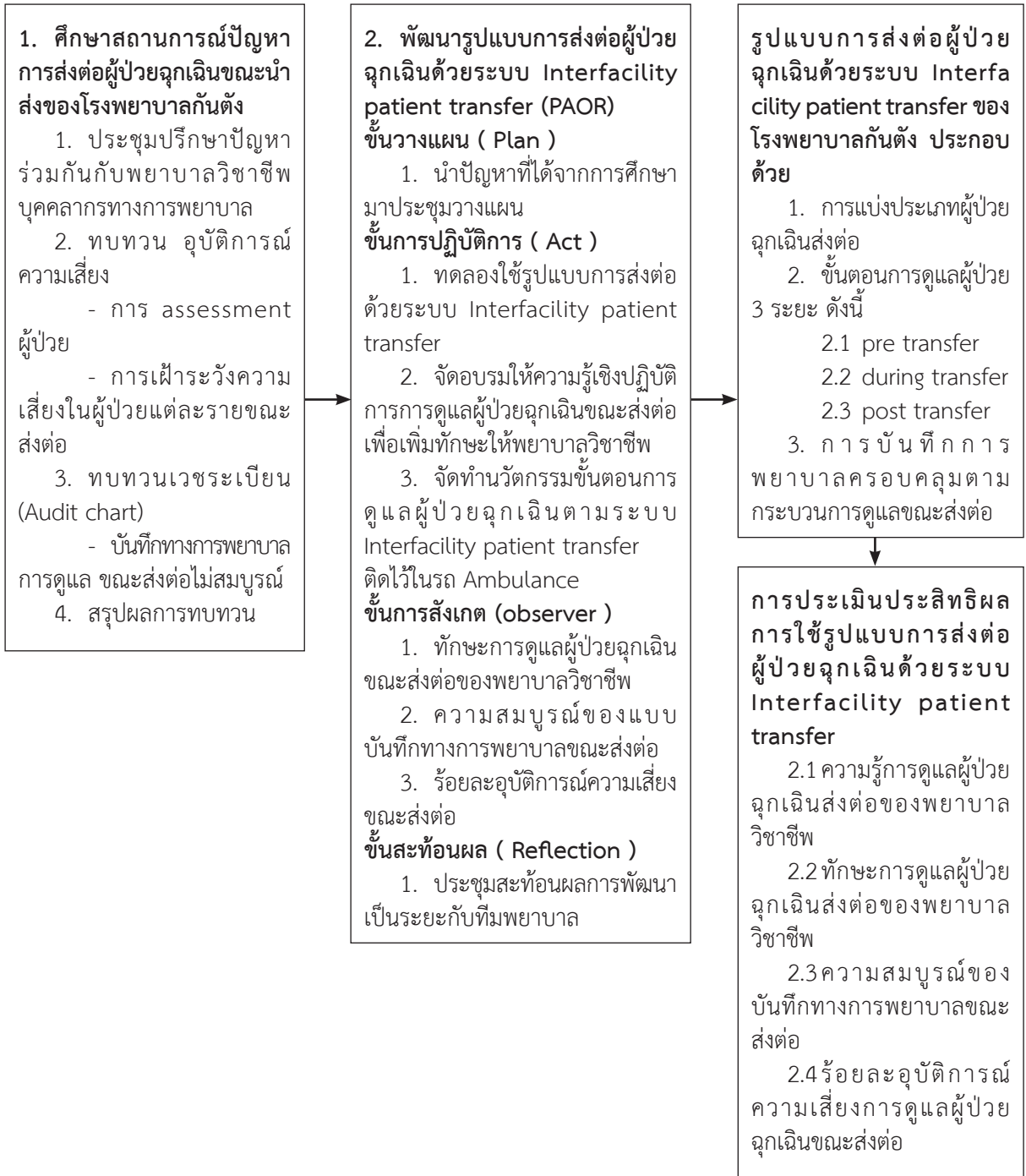
เนื่องจากระบบดังกล่าวเป็นระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาลตามแนวปฏิบัติได้รับการพัฒนาจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน(ศูนย์ปฏิบัติการระหว่างสถานพยาบาล สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน, 2559) มีความแตกต่างจากระบบส่งต่อแบบเดิมที่โรงพยาบาลใช้อยู่ นั่น ได้แก่ มีการจำแนกระดับความเฉียบพลันของผู้ป่วย เป็นระดับ 5 ระดับตามความรุนแรงโดยแบ่งเป็น U = Unstable, H = Stable with High risk of deterioration, M = Stable with Medium risk of deterioration, L = Stable with Low risk of deterioration, N = Stable with No risk of deterioration การเตรียมผู้ป่วยขึ้นตอนก่อนส่งต่อ ดูแลขณะส่งต่อ และหลังส่งต่อที่ชัดเจนโดยให้การดูแลตามหลัก A B C D เพื่อให้ระบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อได้รับการดูแลตามมาตรฐานอย่างปลอดภัย สอดคล้องกับการศึกษาของทิพย์วิภา สังข์อินทร์ และคณะ (2563) ศึกษาการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินแบบครบวงจร โรงพยาบาลนครพนม โดยระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีมาตรฐานในการดำเนินงานสามารถช่วยลดบรรเทาความรุนแรงของการบาดเจ็บในผู้ป่วยฉุกเฉินได้ รวมถึงต้องมีการเตรียมความพร้อมในทุกๆ ด้าน ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้างานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชโรงพยาบาลกันตัง จึงตระหนักถึงความจำเป็นและความสำคัญของการพัฒนาการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยนำระบบ Interfacility patient transfer มาใช้ การส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยมีการวางระบบ การจำแนกประเภทผู้ป่วย นำหลักวิชาการมาเพิ่มทักษะ เพิ่มสมรรถนะการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ และปรับกระบวนการขั้นตอนที่ชัดเจน เพื่อสามารถนำมาใช้ได้จริง ส่งผลให้การส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้ อย่างมีประสิทธิภาพ ความสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลกันตังต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินโดยใช้ระบบ Interfacility patient transfer
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินโดยใช้ระบบ Interfacility patient transfer

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาล Interfacility patient transfer ที่พัฒนาโดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน, 2559 ซึ่งเป็นการนำกระบวนการดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อ โดยเริ่มจากระดับนโยบาย การจำแนกระดับความเฉียบพลันของอาการผู้ป่วย การบริหารและแนวทางปฏิบัติการ ส่งต่อผู้ป่วย การรายงานผลรวมถึงการประเมิน คุณภาพการส่งต่อ ในการพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินด้วยระบบ สถานพยาบาล Interfacility patient transfer เพื่อให้ผู้ป่วยส่งต่อได้รับการดูแลตามมาตรฐานอย่างมีประสิทธิภาพเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (PAOR) ประกอบด้วย การวางแผน (Plan) การปฏิบัติการ (Act) การสังเกต (observer) และการสะท้อนผล (Reflection) (Kermis and Mc Taggart, 1998) ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้มีรูปแบบเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ดำเนินการวิจัย

ระหว่างเดือน มีนาคม พ.ศ.2566 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนวิจัย แบ่งออกเป็น 4 ระยะ และได้มีการกำหนดประชากร และกลุ่มตัวอย่างในแต่ละระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาของโรงพยาบาลกันตัง ได้แก่ แพ้มีประวัติผู้ป่วยฉุกเฉินทุกรายที่ได้รับการส่งต่อของโรงพยาบาลกันตังก่อนการพัฒนาารูปแบบ ส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินด้วยระบบ Interfacility patient transfer ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2565 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 จำนวน 995 ราย และกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การคำนวณสูตร Yamane ได้เท่ากับ 286 ราย ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินด้วยระบบ Interfacility patient transfer ที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลกันตัง ระยะที่ 3 การนำรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยด้วยระบบ Interfacility patient transfer โรงพยาบาลกันตังไปใช้ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ขึ้นทะเบียนประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง ที่ได้รับมอบหมายในการปฏิบัติงานการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 30 คน เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยส่งต่อฉุกเฉิน 2) พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทำงานตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป 3) เป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานอย่างน้อย 4 เดือนในช่วงระยะเวลาที่ศึกษาข้อมูล และมีเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) พยาบาลวิชาชีพที่อายุมากกว่า 45 ปีขึ้นไป 2) พยาบาลวิชาชีพที่ลาศึกษาต่อ ลากลอบในช่วงระยะเวลาที่ศึกษาข้อมูล 3) พยาบาลที่ผ่านการอบรมเฉพาะด้านการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน และระยะที่ 4 ประเมินประสิทธิผลการนำรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินด้วยระบบ Interfacility patient transfer โรงพยาบาลกันตังไปใช้ ได้แก่ แพ้มีประวัติผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้รับการส่งต่อของโรงพยาบาลกันตัง หลังการพัฒนาารูปแบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินด้วยระบบ Interfacility patient transfer ระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ.2566 ถึงเดือน กันยายน พ.ศ.2566 จำนวน 982 ราย และกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การคำนวณสูตร Yamane ได้เท่ากับ 285 ราย

ขั้นตอนการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการโดยใช้วงจรเชิงปฏิบัติการ (The action research spiral) ตามแนวคิดของเคมมิส และแมคทักการ์ท (PAOR) ประกอบด้วยการวางแผน (Plan) การปฏิบัติการ (Act) การสังเกต (Observe) และการสะท้อนกลับ (Reflection) เพื่อการปรับปรุงจนได้ผลการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพ พื้นที่วิจัยคือ โรงพยาบาลกันตัง กลุ่มเป้าหมายในการวิจัย เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในพื้นที่วิจัย ดำเนินการวิจัย 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาของโรงพยาบาลกันตังดังนี้

1.1 ผู้วิจัยทบทวนเวชระเบียน (Audit chart) ของผู้ป่วยฉุกเฉินโรงพยาบาลกันตังที่ได้รับการส่งต่อโดยวิเคราะห์สภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อของพยาบาลวิชาชีพ จากฐานข้อมูลย้อนหลังพบว่าระหว่างปีงบประมาณ 2563-2565 พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมีจำนวน 2,013, 2,414 และ 2,034 ครั้ง ตามลำดับ จากข้อมูลดังกล่าว พบข้อผิดพลาดหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขณะส่งต่อจำนวน 58, 46 และ 34 ครั้ง ตามลำดับ และเนื่องจากต้นปีงบประมาณ 2566 ยังพบปัญหาอุบัติการณ์การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินขณะส่งต่อจึงทบทวนข้อมูล 5 เดือน คือช่วงเดือน ตุลาคม พ.ศ.2565 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 มีจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการส่งต่อจำนวน 995 ราย ตามลำดับ พร้อมทบทวนรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงขณะส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน

1.2 นำผลการวิเคราะห์ปัญหาเสนอในที่ประชุมร่วมกับพยาบาลวิชาชีพพยาบาลจำนวน 30 คน ที่ได้รับมอบหมายปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อเพื่อค้นหาปัญหาร่วมกันจากการปฏิบัติงาน

1.3 นำปัญหาเสนอในที่ประชุมกลุ่มสนทนาในที่ประชุมทีม PCT ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล หัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินร่วมกับพยาบาลวิชาชีพพยาบาลที่ปฏิบัติงานส่งต่อผู้ป่วยเพื่อหาสาเหตุปัญหาเชิงระบบ (Root Cause Analysis)

1.4 วิเคราะห์ข้อมูล สรุปการวิเคราะห์สถานการณ์ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ และนำเสนอเพื่อแก้ปัญหาาร่วมกันในทีมผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้รับการส่งต่อ

ระยะที่ 2 ดำเนินการพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินด้วยระบบ Interfacility patient transfer ที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลกันตังดังนี้

2.1 ผู้วิจัยเข้าร่วมประชุมกับทีมสหวิชาชีพ (PCT) และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญผ่านการอบรมการปฏิบัติการส่งต่อแล้วได้แก่พยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งต่อที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลกันตัง โดยเชื่อมโยงกับแนวปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน (สพฉ.)

2.2 นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ได้แก่ แบบบันทึกทางการแพทย์ระหว่างส่งต่อผู้ป่วย แบบประเมินทักษะพยาบาลวิชาชีพขณะส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน แบบประเมินความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมอบรมให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินขณะส่งต่อ และนวัตกรรมขั้นตอนการดูแลขณะส่งต่อ เข้าร่วมเสนอในที่ประชุมทีม สหวิชาชีพ (PCT) เพื่อพิจารณาให้สอดคล้องกับการปฏิบัติงาน และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะในที่ประชุม โดยมีการประชุมทั้งหมด 3 ครั้ง

2.3 พัฒนารูปแบบตามข้อเสนอแนะ แล้วส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จำนวน 3 คน ก่อนนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในโรงพยาบาลกันตัง

2.4 จัดทำนวัตกรรมรูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินขณะส่งต่อด้วยระบบ Interfacility patient transfer ติดไว้ในรถ Ambulance เพื่อช่วยให้พยาบาลวิชาชีพเข้าใจขั้นตอนมากยิ่งขึ้น

2.5 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาลด้วยระบบ Interfacility patient transfer โดยผู้เข้าร่วมประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อจำนวน 30 คน โดยมีรายละเอียดการประชุม ดังนี้ บรรยายหลักการปฏิบัติการส่งต่อ ชี้แจงแนวทางปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินของโรงพยาบาลกันตังประกอบด้วย การแบ่งประเภทผู้ป่วยก่อนส่งต่อ วิธีการประเมินผู้ป่วยตามขั้นตอนการส่งต่อ ได้แก่ pre transfer , During transfer และ post transfer การบันทึกทางการแพทย์ขณะส่งต่อ รวมถึงการใช้นวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยส่งต่อ แบ่งกลุ่มฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยส่งต่อโดยมีการประเมินให้คะแนนการปฏิบัติ

ระยะที่ 3 การนำรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินด้วยระบบ Interfacility patient transfer ของโรงพยาบาลกันตังไปใช้

3.1 ผู้วิจัยทดลองใช้รูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินด้วยระบบ Interfacility patient transfer

3.2 ประเมินความรู้ก่อนและหลังการอบรมของพยาบาลวิชาชีพโดยการแปลผลคะแนนในการทำแบบทดสอบในการเข้าอบรม

3.3 ประเมินทักษะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินขณะส่งต่อของพยาบาลวิชาชีพ โดยให้พยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉินผู้ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยส่งต่อจำนวน 2 ท่าน คือผู้วิจัยและพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉินอีก 1 ท่านประเมินโดยใช้แบบประเมินทักษะที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำมาแปลผลตามเกณฑ์ที่กำหนด

3.3 ผู้วิจัยบันทึกผลการใช้รูปแบบการพัฒนาระบบการส่งต่อด้วยระบบ Interfacility patient transfer ที่พัฒนาขึ้น และประเมินปัญหาการใช้แนวทางปฏิบัติเป็นระยะ จำนวน 3 ครั้ง อย่างต่อเนื่องทุกเดือนในที่ประชุม

ระยะที่ 4 ประเมินประสิทธิผลการนำรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินด้วยระบบ Interfacility patient transfer ของโรงพยาบาลกันตังไปใช้

4.1 ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลผลการปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินด้วยระบบ Interfacility patient transfer โดยเชื่อมโยงกับแนวปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน โดยกำหนดตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายดังนี้ ความรู้การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินส่งต่อของพยาบาลวิชาชีพผ่านเกณฑ์ร้อยละ 95 ทักษะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินส่งต่อของพยาบาลวิชาชีพผ่านเกณฑ์ร้อยละ 95 ความสมบูรณ์ของบันทึกทางการแพทย์ขณะส่งต่อ ร้อยละ 95 และร้อยละอุบัติการณ์ความเสี่ยงการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินขณะส่งต่อ ≤ 1

4.2 สะท้อนผลการพัฒนา โดยผู้วิจัยประชุมร่วมกับพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง เพื่อนำเสนอผลการพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินด้วยระบบ Interfacility patient transfer มีวัตถุประสงค์เพื่อสรุปผลการดำเนินงานการพัฒนารูปแบบการส่งต่อที่ผ่านมา วัตถุประสงค์ความเสี่ยงการดูแลผู้ป่วยส่งต่อในภาพรวมทั้งหมดทุกราย สิ่งที่ต้องปรับปรุงแก้ไข และการเรียนรู้จากการปฏิบัติงานเพื่อนำกลับไปวางแผนการแก้ปัญหา

และดำเนินการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องในรอบวงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการต่อไปเดือนละ 1 ครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 3 ชุด ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในขั้นรวบรวมข้อมูลก่อนการพัฒนาแบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินด้วยระบบ Interfacility patient transfer ได้แก่

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ มีลักษณะเป็นคำถามปลายปิด ประกอบด้วยเพศ อายุ วุฒิการศึกษา หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์ในการทำงาน และการศึกษาเพิ่มเติม

1.2 แบบบันทึกทางการพยาบาลขณะนำส่งที่ได้รับการตอบกลับจากโรงพยาบาลปลายทางมีลักษณะเป็นการประเมินและลงบันทึกผลการเปลี่ยนแปลง

1.3 แบบรายงานความเสี่ยงในโปรแกรมระบบ Hos xp ซึ่งรายงานข้อมูลความเสี่ยงไปยังโปรแกรม Healthcare Risk Management System ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลและนำปฏิบัติการณ์ข้อผิดพลาดการส่งต่อผู้ป่วยมาทบทวน

2. เครื่องมือที่ใช้ในขั้นการพัฒนา ได้แก่ รูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาล Interfacility patient transfer ของโรงพยาบาลกันตั้งที่ได้พัฒนาขึ้นมาจากการประชุมปรึกษาปัญหาในทีม PCT โดยเชื่อมโยงกับแนวทางปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาลของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (2557) ประกอบด้วย

2.1 การแบ่งประเภทระดับความฉุกเฉินของผู้ป่วยในการส่งต่อ

2.2 ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วย 3 ระยะ ดังนี้ pre-transfer, during - transfer และ post - transfer

2.3 การบันทึกทางการพยาบาลครอบคลุมตามกระบวนการดูแลขณะส่งต่อ มีลักษณะแบบประเมินเติมข้อมูลในช่องว่างและ แบบ check list จำนวน 8 ข้อ

2.4 แบบบันทึกทางการพยาบาลเป็นแบบภาพรวม กรณีมีการส่งต่อโรคเฉพาะ เช่น STEMI Stroke สามารถใช้แบบบันทึกดังกล่าวได้ โดยไม่มีความซ้ำซ้อนของการบันทึกข้อมูลแต่อย่างใด

2.5 นวัตกรรม Monitor transfer model คือนวัตกรรมที่คิดพัฒนาขึ้นมาผ่านทีม PCT หลังการประชุมปรึกษาปัญหาหารือกัน ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนการดูแลตามระบบเพื่อช่วยให้พยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัยตามมาตรฐาน

3. เครื่องมือที่ใช้ในขั้นการประเมินประสิทธิผล ได้แก่

3.1 แบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินขณะส่งต่อ มีลักษณะเป็นคำถาม 2 ตัวเลือก จำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 10 คะแนน ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน การแปลผลคะแนนใช้เกณฑ์ผ่านร้อยละ 50

3.2 แบบประเมินทักษะการส่งต่อ มีลักษณะเป็นข้อคำถาม 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติถูกต้องเหมาะสม ปฏิบัติไม่เหมาะสม และไม่ปฏิบัติ จำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 30 คะแนน แบ่งระดับเกณฑ์ผ่านการประเมินเป็น 2 ระดับ ดังนี้

ระดับ 0 - 24 คะแนน หมายถึง ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน

ระดับ 25 - 30 คะแนน หมายถึง ผ่านเกณฑ์การประเมิน

3.3 แบบบันทึกทางการพยาบาลขณะส่งต่อ พัฒนาขึ้นตามระบบ Interfacility patient transfer เป็นลักษณะข้อมูลในช่องว่างและ check list เป็นรายชื่อ จำนวน 8 ข้อ

3.4 รายงานปฏิบัติการณ์ความเสี่ยงในโปรแกรม HosXp โปรแกรม Healthcare Risk Management System ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล และเอกสารการตอบกลับจากโรงพยาบาลปลายทางในรูปแบบ electronic file ประกอบด้วย ความถูกต้อง ความเหมาะสม และความครบถ้วนของข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละขั้นตอน การส่งมอบผู้ป่วยตามแนวทาง ข้อเสนอแนะ/ข้อควรพัฒนาปรับปรุง โดยแยกข้อมูลผู้ป่วยแต่ละราย

การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การสร้างรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินด้วยระบบด้วย Interfacility patient transfer พัฒนาขึ้นจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน (2557) มาประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาเป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินด้วยระบบ

Interfacility patient transfer ที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลกันตั้ง

2. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ พยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติฉุกเฉิน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาล เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ใหญ่และสาขาเวชปฏิบัติฉุกเฉิน 1 ท่าน จากนั้นผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ เพื่อให้เนื้อหามีความเหมาะสมยิ่งขึ้น เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบทดสอบความรู้ก่อนหลังการอบรม แบบประเมินทักษะการดูแลของพยาบาลขณะส่งต่อ แบบบันทึกทางการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อ คำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC เท่ากับ 0.94, 0.91 และ 0.88 ตามลำดับ

3. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือ โดยนำเครื่องมือ ไปทดลองใช้และคำนวณค่าความเชื่อมั่น ดังนี้

3.1 แบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินขณะส่งต่อ ทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินจำนวน 30 ราย และคำนวณค่าความเชื่อมั่น Kuder-Richardson KR20 เท่ากับ 0.9

3.2 แบบประเมินทักษะการส่งต่อพัฒนาขึ้นโดยให้พยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉินผู้ผ่านการอบรมด้านการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินจำนวน 2 ท่าน ทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินจำนวน 30 ราย และคำนวณค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้สังเกต (Interrater Reliability) เท่ากับ 0.96

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการ ดังนี้

1. ทำบันทึกข้อความเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลกันตั้ง เพื่อขออนุญาตศึกษาข้อมูลการให้บริการจากงานเวชระเบียน โดยไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

2. ศึกษา วิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูลจากเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3. รวบรวมข้อมูลก่อนการพัฒนาารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยทบทวนเวชระเบียนอุบัติการณ์ความเสี่ยงต่างๆ ก่อนการพัฒนา

4. เก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยการประชุมปรึกษากับทีมพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง

5. ประเมินประสิทธิผลการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินหลังพัฒนารูปแบบ โดยการรวบรวมข้อมูลจากประวัติผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้รับการส่งต่อของโรงพยาบาลกันตั้งระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2566

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

1. วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ค่าแจกแจงความถี่ด้วยจำนวนและร้อยละ ทักษะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินขณะส่งต่อของพยาบาลวิชาชีพ ความสมบูรณ์ของบันทึกทางการพยาบาลขณะส่งต่อ และอุบัติการณ์ความเสี่ยงการดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อ ก่อนและหลังการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินส่งต่อของโรงพยาบาลกันตั้งด้วยระบบ Interfacility patient transfer

2. วิเคราะห์ความแตกต่างของความรู้ก่อนและหลังการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินส่งต่อของโรงพยาบาลกันตั้ง ด้วยระบบ Interfacility patient transfer โดยใช้สถิติ paired t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีวิเคราะห์เนื้อหา และพรรณนาความบรรยายสรุปอย่างเป็นระบบ (content analysis)

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ดำเนินการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง เลขที่ P012/2566 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ กระบวนการวิจัย การรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล และเมื่อผู้ให้ข้อมูลยินยอร่วมวิจัยแล้ว จึงให้ลงนามในใบยินยอม ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิ์ที่จะเข้าร่วมที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น

ผลการวิจัย

1. ผลการพัฒนาารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินด้วยระบบ Interfacility patient transfer ที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลกันตั้ง

ผลการพัฒนาารูปแบบการส่งต่อ ตามวงจร (PAOR) จากการการประชุมหาสาเหตุ และวิเคราะห์

ปัญหาาร่วมกัน ซึ่งพบปัญหาที่สำคัญคือ ไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ความเข้าใจและทักษะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการส่งต่ออย่างไม่เพียงพอ เนื่องจากประสบการณ์การทำงานที่หลากหลายหน่วยงานและประสบการณ์การทำงานที่แตกต่างกัน เสนอปัญหาให้ผู้บริหารรับทราบและแก้ปัญหาผ่านกิจกรรมดังต่อไปนี้

1. จัดโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินด้วยระบบ Interfacility patient transfer เพื่อแก้ไขปัญหาคือความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินส่งต่อของพยาบาล ให้สามารถดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินส่งต่อได้ตามกระบวนการขั้นตอนการดูแลที่ถูกต้อง โดยการแบ่งประเภทระดับความเฉียบพลันของผู้ป่วยฉุกเฉินส่งต่อ และมีขั้นตอนการดูแลผู้ป่วย 3 ระยะ ได้แก่ pre-transfer, during -transfer และ post - transfer

2. พัฒนาแบบการบันทึกทางการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินส่งต่อให้ครอบคลุมกระบวนการดูแลผู้ป่วยขณะ ส่งต่อตามแนวทางดูแลผู้ป่วย 3 ระยะ ได้แก่ pre -transfer, during- transfer และ post -transfer เพื่อแก้ปัญหาคือการบันทึกทางการพยาบาลไม่ครบถ้วน ส่งผลให้ข้อมูลอาการของผู้ป่วยไม่ต่อเนื่องกัน ระหว่าง โรงพยาบาลต้นทางและโรงพยาบาลปลายทาง และเพื่อให้พยาบาลสามารถลงบันทึกข้อมูลผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น

3. ประเมินทักษะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินส่งต่อของพยาบาลวิชาชีพ โดยการใช้แบบประเมินทักษะที่สร้างขึ้น ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้รับการส่งต่อช่วยให้พยาบาลวิชาชีพดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องเหมาะสมในแต่ละขั้นตอน pre -transfer, during -transfer และ post - transfer ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างปลอดภัย โดยมีพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉินเป็นคณประเมินทักษะการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ

4. จัดทำนวัตกรรม Monitor transfer model ติดไว้ในรถ Ambulance เพื่อเป็นป้ายย้ำเตือนขั้นตอนการดูแลให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อ มีความมั่นใจและเข้าใจวิธีการดูแลตามหลักการดูแลผู้ป่วยส่งต่อด้วยระบบ Interfacility patient transfer

สรุปผลการนำรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยด้วยระบบ Interfacility patient transfer ที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลกันตังมาใช้ พบว่าการจัดโครงการ

อบรมเชิงปฏิบัติการทำให้พยาบาลมีความรู้มีทักษะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินอย่างเป็นระบบมากขึ้น มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนเป็นแนวทางเดียวกัน การออกแบบ บันทึกทางการพยาบาลตามระบบการดูแล 3 ระยะ คือ pre-transfer, during -transfer และ post -transfer ส่งผลให้พยาบาลบันทึกได้ง่ายขึ้น ส่งผลให้การบันทึกครบถ้วนเพิ่มขึ้นอย่างไรก็ตามการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินส่งต่อพบข้อปฏิบัติการมีความเสี่ยงลดลงตาม แต่ก็ยังมีข้อผิดพลาด จากการประชุมปรึกษาแก้ไขปัญหาในทีมสหวิชาชีพจึงมีการนำเสนอปัญหาการส่งต่อในทุก 1 เดือน เพื่อนำเสนอปัญหาและพัฒนาแก้ไขในวงรอบถัดไปอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

2. ประสิทธิผลการใช้รูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินด้วยระบบ Interfacility patient transfer ของโรงพยาบาลกันตัง

2.1 เปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินส่งต่อของโรงพยาบาลกันตังด้วยระบบ Interfacility patient transfer พบว่า หลังจากพยาบาลวิชาชีพได้ผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการ การส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินพยาบาลวิชาชีพมีความรู้หลังอบรมมากกว่าก่อนอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ 0.05

2.2 เปรียบเทียบร้อยละทักษะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินขณะส่งต่อของพยาบาลวิชาชีพ พบว่าหลังการใช้รูปแบบการส่งต่อที่พัฒนาขึ้น ผลการประเมินทักษะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินส่งต่อของพยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องเหมาะสมตามแนวทางตามขั้นตอนปฏิบัติผ่านเกณฑ์เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 56.67 เป็นร้อยละ 100

2.3 เปรียบเทียบความสมบูรณ์ของบันทึกทางการพยาบาลขณะส่งต่อ พบว่าหลังการพัฒนาการใช้รูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินด้วยระบบ Interfacility patient transfer ร้อยละของการบันทึกทางการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยส่งต่อเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 75.52 เป็นร้อยละ 98.95 และเพิ่มขึ้นทั้ง 3 ขั้นตอน คือ pre transfer, during transfer และ post transfer 98.25, 98.95 และ 99.30 ตามลำดับ

2.4 ด้านปฏิบัติการความเสี่ยง การดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อ พบว่าผลลัพธ์หลังการนำรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินด้วยระบบ Interfacility patient

transfer มาใช้ร้อยละอุบัติเหตุการณความเสี่ยงการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้รับการส่งต่อลดลงเท่ากับ 0.7

อภิปรายผล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่า หลังจากการนำรูปแบบระบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินมาใช้โดยมีการอบรมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้ การมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อมีประสิทธิภาพมากขึ้น ร้อยละอุบัติเหตุการณลดลงเท่ากับ 0.7 จากผลการวิจัยดังกล่าว การปรับใช้แนวทางการส่งต่อให้เข้ากับบริบทโรงพยาบาลทำให้พยาบาลเข้าใจและปฏิบัติได้จริงมากกว่าการนำแนวปฏิบัติของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินมาใช้ทั้งหมด เนื่องจากบริบทผู้ป่วยนโยบาย พื้นที่การดูแลผู้ป่วยแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วาสีทธิ นงนุช, วิศิษฐ์ ทองคำ และวัชร เยี่ยมรัศมีกุล (2560) การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน ระหว่างสถานพยาบาล โรงพยาบาลเชิงขวัญ ผลการศึกษาพบว่าหลังจากมีแนวปฏิบัติในระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินทำให้ดำเนินงานในการให้บริการมีประสิทธิภาพ การส่งต่อไม่เหมาะสมลดลง นอกจากนี้ยังพบว่าการพัฒนาให้มีการบันทึกทางการพยาบาลระหว่างส่งต่อผู้ป่วย โดยปรับรูปแบบตามระบบ Interfacility patient transfer มีการบันทึกตามหลักการดูแลผู้ป่วย A B C D พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีการบันทึกข้อมูลได้ครบถ้วนร้อยละ 98.95 เนื่องจากบันทึกทางการพยาบาลเป็นหลักฐานสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง สามารถส่งต่อข้อมูลดังกล่าวให้โรงพยาบาลปลายทางทราบรายละเอียดเพื่อการวางแผนดูแลรักษาผู้ป่วยได้ทันทั่วถึง สอดคล้องกับการศึกษาของ พรพิไล นิยมถิน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย ศึกษาผลของการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลขณะส่งต่อผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้นต่อคุณภาพการส่งต่อและความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ พบว่าการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นตามขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินตามสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินกำหนดทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

ประสิทธิผลการนำรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินด้วยระบบ Interfacility patient transfer ของโรงพยาบาลกันตังมาใช้ อธิบายได้ว่าการสังเกตและการสะท้อนกลับ เป็นขั้นตอนในการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ที่สำคัญเพื่อประเมินว่าผู้ร่วมพัฒนารูปแบบสามารถปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่และหากเกิดปัญหาการให้ข้อเสนอแนะระหว่างทีมสหวิชาชีพและผู้ร่วมพัฒนาช่วยให้เกิดกระบวนการเรียนรู้และปรับปรุงพัฒนางานที่ดีต่อไป ซึ่งพบว่าการจัดอบรมโครงการเชิงปฏิบัติการให้กับพยาบาลวิชาชีพทำให้พยาบาลมีความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้รับการส่งต่อที่ดีขึ้น ผู้ป่วยได้รับการแบ่งประเภทระดับความรุนแรงก่อนส่งต่ออย่างถูกต้อง ได้รับการดูแลตามกระบวนการ 3 ขั้นตอน ก่อนส่งต่อ ระหว่างส่งต่อ และหลังส่งต่ออย่างถูกต้อง สามารถบริหารทรัพยากรด้านต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะการบริหารอัตรากำลังพยาบาลอย่างถูกต้องในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินที่ส่งได้รับการส่งต่อ ส่งผลให้ผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้รับการส่งต่อไปรักษาโรงพยาบาลปลายทางนั้น ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน อย่างปลอดภัย ลดปัญหาข้อผิดพลาดและข้อร้องเรียน สอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพย์วิภา สังข์อินทร์ และคณะ (2563) ศึกษาการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินแบบครบวงจร โรงพยาบาลนครพนม โดยระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีมาตรฐานในการดำเนินงานสามารถช่วยลดบรรเทาความรุนแรงของการเจ็บป่วยในผู้ป่วยฉุกเฉินได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย

1. ควรมีการพัฒนากระบวนการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานอย่างปลอดภัย
2. ควรมีการพัฒนางานวิจัยระบบส่งต่อโดยการนำเทคโนโลยีมาใช้เช่นการใช้ระบบ Telemedicine เพื่อดูแลผู้ป่วยส่งต่อร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลต้นทางและโรงพยาบาลปลายทาง
3. การพัฒนารูปแบบการส่งต่อแบบเฉพาะโรค เช่น การส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การส่งต่อผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จะทำให้รูปแบบการส่งต่อสอดคล้องกับบริบทการทำงานและการให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- จักรพงษ์ ปิติโชคโกคินท์ , มยุนา ศรีสุภนันท์ ,สุรีย์ จันทโรมรี และประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2562). การพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะวิกฤติ โรงพยาบาลนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี, 37(1).88-97
- ชาญวิทย์ ทรัพย์เทพ, กรองกาญจน์ บุญใจใหญ่ , สุชาติ นฤคนธ์, ยุพา คงกลีนสุคนธ์ และนริศา มั่นทางกูร (2556). สถานการณ์การจัดบริการสาธารณสุข โครงสร้าง รูปแบบและปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการจัดบริการสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร : ไชเบอร์ ร็อก.
- ทิพย์วิภา สังข์อินทร์ และ นุชนารถ ศรีนาค . (2562) การพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินแบบครบวงจร โรงพยาบาลนครพนม , วารสารโรงพยาบาลนครพนม ,8 (2).94-103.
- ปรีชา หวานหล่อ, บุญช่วย ศรีธรรมศักดิ์ และสุรีย์พันธุ์ วรพงศธร. (2560). การพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยแบบครบวงจร โรงพยาบาลนครพนม , วิชระเวชสารและสารสารเวชศาสตร์เขตเมือง, 61(3).215-224.
- พรพิไล นิยมถิน. (2561). ผลการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลขณะส่งต่อผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้นต่อคุณภาพการส่งต่อและความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย จังหวัดเลย,วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี, 26 (3).135-142.
- โรงพยาบาลกันตัง. (2565). รายงานเวชระเบียนความเสี่ยงโรงพยาบาลกันตัง.
- วาสนา นาชัยเริ่ม และ ปิยะพร ทิพวงศ์.(2563).การพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์.วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 5(4).36-43.
- วาสิทธิ์ นงนุช และคณะ.(2560).การพัฒนาคุณภาพระบบส่งต่อฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาล โรงพยาบาลเชิงขวัญ จังหวัดร้อยเอ็ด.วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น,10(2).49-57
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.(2557).การปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาล.นนทบุรี : อัลติเมท พรินติ้ง จำกัด.
- สมจินตนา เอี่ยมสรรพางค์ , ธาณิชร์ โลเกศกระวี และ กมลทิพย์ แซ่เล่า. (2557) การปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาล Interfacility patient transfer .นนทบุรี :อัลติเมท พรินติ้ง.
- Kemmis, S & McTaggart, R. (1988). The Action Research Planer. (3rd ed.). Victoria: Deakin University.



การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการฝากครรภ์ล่าช้าในเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช
Factors Associated with Delay Antenatal Care in
Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital Health Network

อุบล บุญนา
 Ubol Bunnag
 โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช
 Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมต่อการมาฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์ในเครือข่ายสุขภาพ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่าง เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ล่าช้าครั้งแรกในเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จำนวน 317 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามเรื่อง ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมต่อการมาฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า ของหญิงตั้งครรภ์ในเครือข่ายสุขภาพ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

นำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ .90 ค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.74 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย \bar{x} และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน S.D.

ผลการศึกษา พบว่า ตัวอย่างส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 25-29 ปี (ร้อยละ 42.27) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. (ร้อยละ 39.12) กลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่มีระดับความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 70.98) ค่าเฉลี่ยมีค่า 8.91 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานมีค่า 0.31 และมีทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ทางบวก (ร้อยละ 59.62) และมีความเชื่อด้านสุขภาพการรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 70.66) นอกจากนี้ปัจจัยเอื้อ การเข้าถึงบริการในการฝากครรภ์ ขั้นตอนการให้บริการฝากครรภ์ ระยะทางในการเข้าถึงบริการ ความห่วงใยต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-2019 มีระดับความคิดเห็นส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 63.40) และปัจจัยเสริมประกอบด้วย สิทธิการรักษา การได้รับการสนับสนุนจากสามีและบุคคลในครอบครัว พบว่าตัวอย่าง มีระดับความคิดเห็นส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 89.27)

คำสำคัญ : การมาฝากครรภ์ล่าช้า, เครือข่ายสุขภาพ

Abstract

This exploratory research The objective is to study the leading factors, contributing factors, and additional factors leading to delayed first antenatal care visits of pregnant women in the health network. Maharat Nakhon Si Thammarat Hospital sample group There were 317 pregnant women who came for prenatal care late for the first time in the health network of Maharat Nakhon Si Thammarat Hospital. The instrument used to collect data was a questionnaire on leading factors, contributing factors, additional factors for delaying first prenatal care. of pregnant women in the health network Maharat Nakhon Si Thammarat Hospital

Take it to check for content validity. The index of consistency (IOC) was obtained equal to .90. Reliability Using the Cronbach's Alpha Coefficient formula equal to 0.74, data were analyzed by Use descriptive statistics including percentage, mean \bar{x} and standard deviation s.d.

The results of the study found that most of the samples were in the age range of 25-29 years (42.27%) and graduated from high school/vocational certificate. (39.12%) Most of the sample had a high level of knowledge about pregnancy and prenatal care (70.98%). The mean value was 8.91, the

standard deviation was .31, and they had attitudes towards pregnancy. pregnancy and positive prenatal care (59.62%) and had a high level of belief in health and perception of risk (70.66%). In addition, contributing factors Access to antenatal care services Procedures for providing prenatal care Distance to access the service Susceptibility to the outbreak situation of coronavirus disease-2019 Most opinions were at a high level (63.40%) and additional factors included: Right to treatment Receiving support from husband and family members found that the sample Most opinions were at a high level (89.27%).

Keywords : Delayed attendance, Healthcare network

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การฝากครรภ์เป็นหนึ่งในบริการอนามัยแม่และเด็ก เพื่อให้การส่งเสริมสุขภาพและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์จนกระทั่งคลอด องค์การอนามัยโลกและกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพอย่างน้อย 5 ครั้ง จากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และควรมาฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ เพื่อลดปัญหาภาวะแทรกซ้อนและอัตราการตายของมารดาและทารก ได้แก่ โรคโลหิตจาง ภาวะทุพโภชนาการ โรคความดันโลหิตสูงในระยะตั้งครรภ์ การแท้งบุตร การตกเลือดก่อนคลอด และหลังคลอดเป็นต้น และส่งผลกระทบต่อสุขภาพของทารกในครรภ์ อันได้แก่ การคลอดก่อนกำหนด ทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า ทารกมีน้ำหนักแรกคลอดต่ำกว่าเกณฑ์ (ชนันต์ มาลัยกนก, 2558: 1; สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 12 สงขลา: 2559) สอดคล้องกับการศึกษาของ หทัยรัตน์ รังสรรค์สุชาติ (2564: 3-4) ได้กล่าวถึง สถานการณ์ด้านสุขภาพแม่และเด็กในประเทศไทยแม้จะมีแนวโน้มที่ดีขึ้น แต่ก็ยังพบปัญหาอัตราการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ยังไม่บรรลุเป้าหมาย สถานการณ์การฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ของจังหวัดภูเก็ต ระหว่างปีงบประมาณ 2558, 2559 และ 2560 มีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 63.10, 49.09 และ 44.38 ตามลำดับซึ่งยังไม่บรรลุตามตัวชี้วัดระดับกระทรวงสาธารณสุขด้วยการศึกษาของ ชนันต์ มาลัยกนก (2558: 10) ได้วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ซ้ำโดยวิเคราะห์หลายตัวแปรพร้อมกัน (Multivariate Analysis) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 เมื่อควบคุมด้วยปัจจัยอื่นๆ แล้ว ได้แก่ 1) ตัวแปรสิทธิในการรักษา โดยหญิงที่จ่ายเองไม่มีสิทธิในการรักษา

จะมีโอกาสมาฝากครรภ์ซ้ำเป็น 2.17 เท่าของผู้ที่มีสิทธิในการรักษา 2) ตัวแปรการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในสังคม บุคคลในครอบครัว ญาติ เพื่อน และสถานบริการ โดยภาพรวม โดยหญิงที่ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในสังคม บุคคลในครอบครัว ญาติ เพื่อน และสถานบริการในระดับต่ำและปานกลาง จะมีโอกาสมาฝากครรภ์ซ้ำเป็น 1.89 เท่าของผู้ที่ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในสังคม บุคคลในครอบครัว ญาติ เพื่อน และสถานบริการในระดับสูง และ 3) ตัวแปรลำดับของการตั้งครรภ์ โดยหญิงที่ตั้งครรภ์ครั้งแรก จะมีโอกาสมาฝากครรภ์ซ้ำเป็น 1.64 เท่าของผู้ที่ตั้งครรภ์ ครรภ์ที่ 2-4 นอกจากนี้มีการศึกษาหลายการศึกษาที่พบว่า ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม มีความเกี่ยวข้องกับการมาฝากครรภ์ล่าช้า ดังเช่น การศึกษาของ ทิพย์วรรณ โพธิ์ตา, เรื่อง ปัจจัยสาเหตุของการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในชุมชน พบว่า สตรีที่ตั้งครรภ์ที่สมรสแล้วมีการมาฝากครรภ์เร็วขึ้น ส่วนครอบครัวที่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจมีรายได้น้อย และไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายทำให้สตรีที่ตั้งครรภ์ไม่เห็นความสำคัญของการมาฝากครรภ์ รวมถึงการไม่มีสิทธิในการรักษาพยาบาลทำให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ส่งผลต่อการไม่มาฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

จากการสำรวจการมาการฝากครรภ์ครั้งแรกของหญิงตั้งครรภ์ ในเครือข่ายสุขภาพ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช พบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีอัตราร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ไม่ผ่านเกณฑ์ อยู่ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดมุขธารา ตำบลปากนคร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกข่อย ตำบลปากนคร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งหนอง ตำบลนาเคียน สถานีอนามัยบ้านปากพูน ตำบลปากพูน สถานีอนามัยบ้านศาลาบางปู ตำบลปากพูน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไม้แดง

ตำบลท่าเรือ (กระทรวงสาธารณสุข, 2565) และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การรับรู้ของหญิงตั้งครรภ์ว่าตนเองสบายดีและยังสามารถทำงานได้ตามปกติ ทำให้ไม่ไปรับบริการฝากครรภ์และมีทัศนคติต่อการตั้งครรภ์เชิงลบการมาฝากครรภ์ ทำให้มาฝากครรภ์ด่ำและถ้าขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเรื่องการฝากครรภ์มีแนวโน้มมาฝากครรภ์น้อยด้วย ด้วยเหตุนี้ จึงมีความสนใจที่จะศึกษาเรื่องการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการฝากครรภ์ล่าช้าในเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช เพื่อที่จะนำข้อมูลได้มาพัฒนารูปแบบการบริการฝากครรภ์ของเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ที่มีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยนำ (ระดับความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ ทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ ความเชื่อด้านสุขภาพ) ของหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า
2. เพื่อศึกษาปัจจัยเอื้อ (การเข้าถึงบริการในการฝากครรภ์ ขั้นตอนการให้บริการฝากครรภ์ ระยะทางในการเข้าถึงบริการ ความหวั่นไหวต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-2019) ของหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า
3. เพื่อศึกษาปัจจัยเสริม (สิทธิการรักษา การได้รับการสนับสนุนจากสามีและบุคคลในครอบครัว) ของหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า

คำถามการวิจัย

1. ปัจจัยนำ (ระดับความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ ทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ ความเชื่อด้านสุขภาพ) ของหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า อยู่ในระดับใด
2. ปัจจัยเอื้อ (การเข้าถึงบริการในการฝากครรภ์ ขั้นตอนการให้บริการฝากครรภ์ ระยะทางในการเข้าถึงบริการ ความหวั่นไหวต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-2019) ของหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า อยู่ระดับใด
3. ปัจจัยเสริม (สิทธิการรักษา การได้รับการสนับสนุนจากสามีและบุคคลในครอบครัว) ของหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า อยู่ระดับใด

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการศึกษาทฤษฎี เอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาสร้างเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษา ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมต่อการมาฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า ของหญิงตั้งครรภ์ในเครือข่ายสุขภาพ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ของวิริภรณ์ชัยเศรษฐสัมพันธ์ โดยเลือกศึกษาตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยของหญิงวัยเจริญพันธุ์ ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า ได้แก่ ปัจจัยนำ หมายถึง ปัจจัยที่จะช่วยทำให้มาฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส อาชีพ ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ ทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการฝากครรภ์ล่าช้า การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ ปัจจัยเอื้อ หมายถึง คุณลักษณะของ สิ่งแวดล้อมทั้งด้านกายภาพ สังคมและวัฒนธรรม ทักษะส่วนบุคคลหรือทรัพยากรที่จะช่วยเกื้อกูลที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถมาฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ ได้แก่ การเข้าถึงบริการในการฝากครรภ์ ขั้นตอนการให้บริการฝากครรภ์ ระยะทางในการเข้าถึงบริการ ความหวั่นไหวต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-2019 และปัจจัยเสริม หมายถึง ปัจจัยที่เป็นผลสะท้อนที่บุคคลจะได้รับจากบุคคลต่างๆ ในการทำให้เกิดการมาฝากครรภ์ล่าช้า ได้แก่ สิทธิการรักษา การได้รับการสนับสนุนจากสามีและบุคคลในครอบครัว

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า ในเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ในปีงบประมาณ 2565 จำนวน 1,737 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า ในเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ในปีงบประมาณ 2566 จำนวน 317 คน โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการใช้ตารางสำเร็จรูปของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie and Morgan) กำหนดขอบเขตของช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 และระดับความคลาดเคลื่อนที่ ร้อยละ 5 ที่จำนวนประชากร (N)

1,800 คน สำหรับการสุ่มกลุ่มตัวอย่างใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) ผู้วิจัยได้จัดกลุ่มของประชากร โดยใช้สถานพยาบาลในเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช เป็นกลุ่มจัด (อิทธิพัทธ์ สุวทันพรกุล, 2561: 374)

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้ประยุกต์มาจากเครื่องมือวิจัยของ สุวิมล สุรินทร์ทรัพย์ (2559) และเรณู ศรีสุข (2559) แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้อาชีพ สถานะภาพสมรส สิทธิในการรักษาพยาบาล ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ และเติมคำ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยนำ ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ ความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการฝากครรภ์ล่าช้า (การฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์) การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ ประกอบด้วยความคิดเห็นของหญิงตั้งครรภ์ที่มีต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ โดยใช้มาตรวัดประมาณค่าของลิเคิร์ต (Likert Scale) โดยปรับเป็น 4 ระดับ เพื่อให้ทิศทางของความคิดเห็นประกอบด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (ภูวตล วิริยะ, 2561: 76)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยเอื้อ ประกอบด้วย การเข้าถึงบริการฝากครรภ์ และขั้นตอนการให้บริการฝากครรภ์ ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ โดยใช้มาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยเสริม ประกอบด้วย การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากสามีและบุคคลในครอบครัว จะวัดถึงการที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลเอาใจใส่ ได้รับคำแนะนำในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์และการคลอดจากสามีและบุคคลในครอบครัว โดยใช้มาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้นำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษา การเรียง

ลำดับข้อคำถาม ความสอดคล้องกับประเด็นที่ต้องการวัด และประเมินความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ดังนี้ 1) แพทย์ หรือสูติกรแพทย์ที่มีความรู้ความสามารถ จำนวน 2 ท่าน 2) พยาบาลวิชาชีพที่มีหน้าที่เกี่ยวกับการฝากครรภ์หรือดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีประสบการณ์ทำงานมาไม่น้อยกว่า 5 ปี จำนวน 2 ท่าน และ 3) นักวิชาการ หรือผู้มีความสามารถด้านการวัดและประเมินผล จำนวน 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.90 และหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยใช้สูตรค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.74

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ขออนุมัติหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล และติดต่อประสานงานกับสถานพยาบาลในเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช
2. ผู้วิจัยจะดำเนินการติดต่อประสานงานกับสถานพยาบาลในเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ซึ่งแจ้งโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือและขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินงานวิจัยและเก็บข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า
3. ผู้วิจัยอบรมผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล เพื่อทำความเข้าใจในโครงการ และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนการสอบถาม การตรวจสอบความถูกต้องของแบบสอบถาม และทดสอบผู้ร่วมวิจัยในการใช้แบบสัมภาษณ์เพื่อให้เข้าใจตรงกัน และได้คำตอบที่ตรงกันกับผู้วิจัย
4. เตรียมแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูล จำนวน 350 ชุด
5. จัดทำแผนการดำเนินการเก็บข้อมูล โดยจะเก็บข้อมูล
6. ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยผู้วิจัยดำเนินการแนะนำตัวเองและผู้ช่วยวิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยโดยใช้แนวทางจากเอกสาร

ชี้แจงแนะนำข้อมูล (Information Sheet) และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างสามารถซักถามข้อสงสัยต่างๆ จนเป็นที่พอใจและสามารถตัดสินใจตอบแบบสอบถาม โดยไม่มีการบังคับ

7. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมตอบแบบสอบถามในงานวิจัย จึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยในหนังสือยินยอมด้วยความสมัครใจ ก่อนทำการเก็บข้อมูลเป็นลายลักษณ์อักษร

8. เก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยใช้เวลาเฉลี่ยในการตอบแบบสอบถาม 15 นาที

9. ตรวจสอบข้อมูลให้ถูกต้อง ครบถ้วน และรวบรวมแบบสอบถามไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาใช้โปรแกรมสำเร็จรูป (SPSS for Windows) ในการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ประกอบด้วย จำนวน ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจริยธรรมวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช ตามเอกสารรับรองเลขที่ A003/2565 ลงวันที่ 23 พฤศจิกายน 2565

ตารางที่ 1 ระดับความรู้เรื่องการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ (n=317)

ระดับความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์		จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ	คะแนนน้อยกว่า 6 คะแนน	11	3.47
ระดับปานกลาง	คะแนนระหว่าง 6-7 คะแนน	80	25.24
ระดับสูง	คะแนนระหว่าง 8-10 คะแนน	225	70.98
Mean = 8.91 S.D.= 0.31, Max = 10, Min = 2			

2.2 ทักษะคิดต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับทักษะคิดต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ มีทักษะคิดทางบวก จำนวน 189 คน คิดเป็นร้อยละ 59.62 รองลงมามีทักษะคิด

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

จากการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 25-29 ปี จำนวนร้อยละ 42.27 โดยส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 39.12 รองลงมาคือระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 23.34 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,1001-15,000 บาท/เดือน ร้อยละ 44.48 รองลงมา 15,001 -20,000 บาท/เดือน ร้อยละ 24.29 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 65.62 รองลงมาคือไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 10.41 สถานภาพการสมรสส่วนใหญ่คือ ใช้ชีวิตคู่ (จดทะเบียนสมรส) ร้อยละ 64.35 รองลงมา ใช้ชีวิตคู่ (ไม่จดทะเบียนสมรส) ร้อยละ 29.02 สิทธิการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่เป็นสิทธิประกันสังคม ร้อยละ 53.31 รองลงมาคือบัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 43.85

2. ปัจจัยนำ

2.1 ระดับความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์อยู่ในระดับสูง จำนวน 225 คน คิดเป็นร้อยละ 70.98 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 80 คน คิดเป็น ร้อยละ 25.24 ค่าเฉลี่ยคะแนน เท่ากับ 8.91 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.31 โดยมีค่าคะแนนสูงสุด คือ 10 และต่ำสุด คือ 2 ดังตารางที่ 1

เป็นกลาง จำนวน 128 คน คิดเป็น ร้อยละ 40.38 ค่าเฉลี่ยคะแนน เท่ากับ 3.37 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.39 โดยมีค่าคะแนนสูงสุด คือ 4 และต่ำสุด คือ 2 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ทศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ (n=317)

ระดับทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์		จำนวน	ร้อยละ
ทัศนคติทางลบ	คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.99	0	0
ทัศนคติเป็นกลาง	คะแนนเฉลี่ย 2.00 – 2.99	128	40.38
ทัศนคติทางบวก	คะแนนเฉลี่ย 3.00 – 4.00	189	59.62
Mean = 3.37 S.D.= 0.39, Max = 4, Min = 2			

2.3 ความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีระดับความเชื่อด้านสุขภาพ ในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการฝากครรภ์ล่าช้าส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง จำนวน 224 คน คิดเป็นร้อยละ 70.66 รองลงมาในระดับปานกลาง จำนวน 89 คน คิดเป็น ร้อยละ 28.08 และระดับต่ำ

จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 1.26 ในด้านการรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 197 คน คิดเป็นร้อยละ 62.14 รองลงมาในระดับสูง จำนวน 120 คน คิดเป็น ร้อยละ 37.86 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับความเชื่อด้านสุขภาพ (n=317)

ระดับความเชื่อด้านสุขภาพ		จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการฝากครรภ์ล่าช้า			
ระดับต่ำ	คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60	4	1.26
ระดับปานกลาง	คะแนนระหว่างร้อยละ 60 - 70	89	28.08
ระดับสูง	คะแนนมากกว่าร้อยละ 70	224	70.66
การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์			
ระดับต่ำ	คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60	0	0
ระดับปานกลาง	คะแนนระหว่างร้อยละ 60 - 70	197	62.14
ระดับสูง	คะแนนมากกว่าร้อยละ 70	120	37.86

3. ปัจจัยเอื้อ

ประกอบด้วย การเข้าถึงบริการในการฝากครรภ์ ขั้นตอนการให้บริการฝากครรภ์ ระยะทางในการเข้าถึงบริการ ความห่วงใยต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-2019 ซึ่งจากการ

ศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีระดับความคิดเห็นส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง จำนวน 201 คิดเป็นร้อยละ 63.40 ระดับความคิดเห็นระดับกลาง จำนวน 114 คน คิดเป็นร้อยละ 35.97 และความคิดเห็นระดับต่ำ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 0.63 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระดับความคิดเห็นต่อปัจจัยเอื้อ (n=317)

ระดับความคิดเห็นต่อปัจจัยเอื้อ		จำนวน	ร้อยละ
ความคิดเห็นระดับต่ำ	คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.00	2	0.63
ความคิดเห็นระดับกลาง	คะแนนเฉลี่ย 2.01 – 3.00	114	35.97
ความคิดเห็นระดับสูง	คะแนนเฉลี่ย 3.01 – 4.00	201	63.40

4. ปัจจัยเสริม ประกอบด้วย สิทธิการรักษา การได้รับการสนับสนุนจากสามีและบุคคลในครอบครัว ซึ่งจากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีระดับความคิดเห็น ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง จำนวน 283 คิดเป็นร้อยละ 89.27

ระดับความคิดเห็นระดับกลาง จำนวน 33 คน คิดเป็น ร้อยละ 10.41 และความคิดเห็นระดับต่ำ จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.32 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ระดับความคิดเห็นต่อปัจจัยเสริม (n=317)

ระดับความคิดเห็นต่อปัจจัยเสริม		จำนวน	ร้อยละ
ความคิดเห็นระดับต่ำ	คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.00	1	0.32
ความคิดเห็นระดับกลาง	คะแนนเฉลี่ย 2.01 – 3.00	33	10.41
ความคิดเห็นระดับสูง	คะแนนเฉลี่ย 3.01 – 4.00	283	89.27

อภิปรายผล

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้ เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์อยู่ในระดับสูง จำนวน 225 คน คิดเป็นร้อยละ 70.98 รองลงมาอยู่ใน ระดับปานกลาง จำนวน 80 คน คิดเป็น ร้อยละ 25.24 ค่าเฉลี่ยมีค่า 8.91 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานมีค่า 0.31 โดยมีค่าคะแนนสูงสุด คือ 10 และต่ำสุดคือ 2 เมื่อ พิจารณารายข้อ พบว่า ข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ตอบถูกมากที่สุด คือ เมื่อทารกในครรภ์ไม่ดิ้นหรือดิ้นน้อย ลงควรรีบไปพบแพทย์ก่อนนัดหมาย ร้อยละ 94.95 และ เมื่อมีอาการคลื่นไส้อาเจียนอย่างมากควรไปพบแพทย์ เพราะไม่ใช่อาการแพ้ท้องธรรมดา ร้อยละ 90.85 ตามลำดับ ส่วนข้อคำถามที่ตอบผิดมากที่สุด คือ การฝาก ครรภ์คือการขึ้นทะเบียนเพื่อจองสถานที่คลอด ร้อยละ 21.13 และควรฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่อมีอาการผิดปกติเกิด ขึ้น ถ้าไม่มีอาการผิดปกติก็ไม่ต้องมาฝากครรภ์ก็ได้ ร้อยละ 37.54 ตามลำดับ ซึ่งมีความสอดคล้องกับผล การศึกษาของ เรณู ศรีสุข (2559) และ สายใจ โฆษิตกุลพร (2558) ซึ่งผลการศึกษาพบว่าระดับความรู้เกี่ยวกับการ ตั้งครรภ์ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง

ปัจจัยเอื้อ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีระดับความคิดเห็น ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง จำนวน 201 คิดเป็น ร้อยละ 63.40 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อคำถามที่กลุ่ม ตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วย คือ สถานบริการฝากครรภ์มี ขั้นตอนการให้บริการที่ชัดเจน จำนวน 301 คน คิดเป็น 94.95 รองลงมา มาตราการป้องกันการแพร่ระบาดของ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-2019 (COVID-19) ที่สถาน บริการใช้ สามารถสร้างความเชื่อมั่นในการมาใช้บริการ ในครั้งถัดไป จำนวน 288 คน คิดเป็น 90.85 ข้อคำถาม ที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วย คือ การเดินทางมา ฝากครรภ์ไม่สะดวก หรือมีค่าใช้จ่ายในการเดินทางที่มาก จำนวน 299 คน คิดเป็น 94.32 รองลงมา ขั้นตอนในการ ฝากครรภ์มีขั้นตอนซับซ้อน หลายขั้นตอน หรือต้องเดิน ทางไปหลายจุด จำนวน 287 คน คิดเป็น 90.53 ยัง สอดคล้องกับ ทิพย์วรรณ โพธิ์ตา (2562) ผลการศึกษา พบว่าหญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 92.9 มีความสะดวกในการมา ฝากครรภ์ในสถานบริการ และมีความพึงพอใจต่อสถาน บริหารร้อยละ 89.8 นอกจากนั้นหญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 85.7 เห็นว่าการเดินทางมาฝากครรภ์ไม่มีอุปสรรค

ปัจจัยเสริม พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีระดับความคิดเห็นส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง จำนวน 283 คิดเป็นร้อยละ 89.27 โดยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่เป็นสิทธิประกันสังคม จำนวน 163 คน คิดเป็นร้อยละ 53.31 รองลงมา สิทธิบัตรประกันสุขภาพ 139 คน คิดเป็นร้อยละ 43.85 และสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการจำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 2.84 ตามลำดับ และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วย คือ สามีหรือผู้ดูแลของท่านเห็นด้วยกับการฝากครรภ์ จำนวน 314 คน คิดเป็น 99.05 รองลงมา สามีหรือผู้ดูแลของท่านจะพาท่านไปฝากครรภ์เมื่อทราบว่าท่านตั้งครรภ์ จำนวน 310 คน คิดเป็น 97.79 ข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วย คือ จำนวน 89 คน คิดเป็น 28.07 สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิมล สุรินทร์ทรัพย์ (2559) พบว่าหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ ใช้สิทธิประกันสังคม ร้อยละ 49.6 รองลงมาคือบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ร้อยละ 42.8 และ 7.6 ตามลำดับ และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยกับ

สามีหรือผู้ดูแลของท่านเห็นด้วยกับการฝากครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 72.68 รองลงมา สามีหรือผู้ดูแลของท่านจะพาท่านไปฝากครรภ์เมื่อทราบว่าท่านตั้งครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 69.85

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาบางประเด็นโดยเฉพาะความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ในบางข้อ ที่หญิงตั้งครรภ์ตอบไม่เป็นไปตามความถูกต้องเท่าที่ควร อาทิ การรับประทานยาบำรุงขณะตั้งครรภ์จะทำให้เด็กตัวโตและคลอดยาก ซึ่งเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องต้องให้ผู้ดูแลเกี่ยวกับการจัดสุศึกษาแก่หญิงตั้งครรภ์ต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในลักษณะของการวิจัยเชิงคุณภาพหรือการศึกษารณีตัวอย่างของหญิงที่ตั้งครรภ์ล่าช้า เพื่อจะได้ทราบรายละเอียดในเชิงลึก เพื่อนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในด้านต่างๆ ในพื้นที่ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2565). ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสาธารณสุข Health Data Center (HDC) เขตสุขภาพที่ 9. (ม.ป.ป.). คู่มือ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต. เข้าถึงเมื่อ 15 กุมภาพันธ์, เข้าถึงได้จาก http://203.157.71.139/group_sr/allfile/1580475179.pdf
- ทิพย์วรรณ โพธิ์ตา. (2562). ปัจจัยสาเหตุของการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในชุมชน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 37, (2), 180-189.
- ชนันต์ มาลัยนก. (2558). การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการฝากครรภ์ล่าช้า. เข้าถึงเมื่อ พฤศจิกายน 2566. เข้าถึงได้จาก <http://203.157.71.148/hpc7data/Res/ResFile/2562000801.pdf>
- ภูวดล วิริยะ. (2561). “การนำเสนอกิจกรรมการเรียนการสอนเหตุการณ์โลกในยุคปัจจุบันสำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย”. วิทยานิพนธ์ระดับปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการสอนสังคมศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- เรณู ศรีสุข. (2559). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในสถานบริการเขตอำเภอพนสนิมคม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
- วีริภรณ์ ชัยเศรษฐ์สัมพันธ์. (2563). เอกสารประกอบการสอน หน่วยที่ 6 การพยาบาลมารดา ทารกในระยะตั้งครรภ์. เข้าถึงเมื่อ 15 กุมภาพันธ์, เข้าถึงได้จาก https://hiperc.sru.ac.th/pluginfile.php/145720/mod_resource/content/1/หน่วยที่%20%206.1.pdf
- สุวิมล สุรินทร์ทรัพย์. (2559). “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์ พื้นที่เขตนครวันชิงพลบ อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน”. การค้นคว้าอิสระปริญญาโทมหาบัณฑิต วิชาเอกการจัดการการสร้างสรรค์เสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

สายใจ โฆษิตกุลพร. (2558). การฝากครรภ์และพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช 2555. นครศรีธรรมราช: ม.ป.ป. (อัสสัณา) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 12 สงขลา. (2559). โครงการแก้ปัญหาหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ล่าช้า. เข้าถึงเมื่อ พฤศจิกายน 2566. เข้าถึงได้จาก <https://localfund.happynetwork.org/project/1705>

อรรถัย วงศ์พิกุล สนินารถ โรจนานุกูลพงศ์ และอำพรพรรณ คำรณฤทธิ. (ม.ป.ป.). ฝากครรภ์ดี มีคุณภาพ ควรฝากก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์. เข้าถึงเมื่อ 15 กุมภาพันธ์, เข้าถึงได้จาก https://hpc9.anamai.moph.go.th/web-upload/migrated/files/hpc9/n938_df1afe68b9df03814be919b973140495_article_20170110121603.pdf

อิทธิพัทธ์ สุวทันพรกุล. (2561). การวิจัยทางการศึกษา แนวคิดและการประยุกต์ใช้. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

การรับรู้และการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม.หมอบริจาคบ้าน ในพื้นที่อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช

Perception and performance according to the role of Village Health Volunteers the area of Mueang Nakhon Si Thammarat District, Nakhon Si Thammarat Province

กรณิกา โกฎีกุล

Kornnika Kotikul

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช

Mueang Nakhon Si Thammarat District Public Health Office

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้และการปฏิบัติงานตามบทบาท ของ อสม.หมอบริจาคบ้าน ในพื้นที่ อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตร อสม.หมอบริจาคบ้าน ในพื้นที่อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 26 คน เก็บข้อมูลโดยใช้การสนทนากลุ่ม (focus group discussion) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาและตีความ

ผลการวิจัย พบว่า อสม.หมอบริจาคบ้านรับรู้บทบาทของตนเอง 8 บทบาทหลัก และสามารถปฏิบัติงานตาม บทบาท อสม.หมอบริจาคบ้าน ในฐานะหมอบริจาคคนที่ 1 ร่วมกับหมอบริจาคคนที่ 2 และหมอบริจาคคนที่ 3 รวมทั้งทีมสหวิชาชีพ ได้รับการยอมรับในบทบาทมากกว่าการเป็น อสม.ก่อนการพัฒนายกระดับเป็น อสม.หมอบริจาคบ้าน โดยเฉพาะในเรื่องการใช้ เทคโนโลยีในการปฏิบัติงาน อสม.หมอบริจาคบ้านทุกคนสามารถ ทำได้ดี ปัญหาและอุปสรรคคือ ขาดความเป็นตัวของ ตัวเองตามบทบาทหน้าที่เชิงนโยบาย และเชิงพื้นที่ ตลอดจนขาดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในกลุ่ม อสม.ด้วย กันเองและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ทำให้การปฏิบัติมีความแตกต่างกันไปตามศักยภาพรายบุคคล แนวทางแก้ไขในการ ปฏิบัติงานตามบทบาท อสม. หมอบริจาคบ้าน โดยการพัฒนาระดับ อสม.หมอบริจาคบ้าน ให้สามารถรับรู้ เข้าใจ บทบาทและสามารถยกระดับการปฏิบัติงานตามบทบาท อสม.หมอบริจาคบ้านด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ ต่อไป

คำสำคัญ : การรับรู้บทบาท, การปฏิบัติงานตามบทบาท, อสม.หมอบริจาคบ้าน

Abstract

This research aims to study the perception and performance of the role of village health volunteers. In the area of Mueang Nakhon Si Thammarat District Nakhon Si Thammarat Province. The target group includes village health volunteers who have undergone training according to the curriculum Village health volunteer in the area of Mueang Nakhon Si Thammarat District Nakhon Si Thammarat Province, 26 people. Data were collected using focus group discussions and in-depth interviews, content analysis and interpretation.

The results of the research found that village health volunteers are aware of their 8 main roles and are able to perform their duties according to their roles. Village health volunteer, As the 1st doctor, together with the 2nd and 3rd doctors, including a multidisciplinary team. Be accepted in a role rather than being village health volunteers before the development upgraded to Village health volunteer especially in the matter of using technology in practice. Every village health volunteer can do a good job. Problems and obstacles lack of individuality according to policy roles and spatial as well as lack of exchange of knowledge and experiences in the group Village health volunteers

themselves and related network partners. Make the practice different according to each individual's potential. Solutions for performing the role village health volunteer, resident doctor by developing and upgrading Village health volunteer, resident doctor to be able to recognize understand the role and be able to raise the level of performance according to the role Village health volunteer, resident doctor through a creative participatory process.

Keywords : Role perception, Performance according to role, Village health volunteer, Resident doctor

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบาย ทิศทาง ยุทธศาสตร์และวางแผนในระยะยาวในด้านสาธารณสุขไว้ 4 ด้าน ตามแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 4 Excellence ปี 2566 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) แผนงานที่ 5 การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพและ อสม. โดยพัฒนาศักยภาพกำลังคนด้านสุขภาพในชุมชนให้มีศักยภาพและเป็นแกนหลักในการดูแลและจัดการด้านสุขภาพของประชาชน ให้ประชาชนคนไทย มีหมอประจำตัว 3 คน โดยยกระดับความรู้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้เป็น อสม.หมอบริการบ้าน ควบคู่กับการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารทางการแพทย์ พร้อมทั้งเพิ่มประสิทธิภาพระบบการบริการสาธารณสุขในชุมชน ผ่านการพัฒนากระบวนการแพทย์ทางไกลควบคู่ไปกับการเพิ่มบทบาทของ อสม. มีวัตถุประสงค์เพื่อลดโรคและปัญหาสุขภาพ ส่งเสริมให้ประชาชนพึ่งตนเองได้ และสามารถลดความแออัดของโรงพยาบาล ลดการพึ่งพาโรงพยาบาลได้โดยพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เน้นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและภัยสุขภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภค ด้วยความร่วมมือของทุกภาคส่วน โดยให้ประชาชนมีโอกาสร่วมคิดร่วมทำ ร่วมทำ และร่วมในการอภิบาลแบบเครือข่าย ภายใต้กระบวนการที่ส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาบทบาทด้านสุขภาพภาคประชาชนตามหลักการสาธารณสุขมูลฐาน ปัจจุบันมีเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวนกว่า 1,040,000 คน ซึ่งเป็นตัวแทนประชาชนผู้มีจิตอาสาเสียสละ เข้ามามีส่วนร่วมดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน จนได้รับการยอมรับจากสังคม ซึ่งกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพ

ของตนเองได้ และชุมชนมีศักยภาพในการพึ่งพาตนเองได้อย่างยั่งยืน ให้มีความสำคัญในการส่งเสริมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว ชุมชน ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

จากการทบทวนงานวิจัยของนพพร จันทร์เสนา นครชัยชาญ และ ประพริทธิ์ คุณากรพิทักษ์ (2558) เรื่องแนวทางการจัดการความรู้บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี พบว่า 1) ปัญหาการปฏิบัติงานตามบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยรวมมีปัญหาอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาทางด้าน พบด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือด้านการให้บริการสุขภาพ รองลงมาคือ ด้านการให้ความรู้ 2) ผลการสนทนากลุ่มได้แนวทางการจัดการความรู้ตามบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย 2 แนวทาง 4 โครงการ คือ แนวทางที่ 1 ด้านการให้บริการสุขภาพประกอบด้วย 2 โครงการ ได้แก่ โครงการฝึกอบรม สัมมนาและโครงการศึกษาดูงาน แนวทางที่ 2 ด้านการให้ความรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วย 2 โครงการ ได้แก่ โครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และโครงการพัฒนาสื่อการสอน 3) การประเมินแนวทางการจัดการความรู้ตามบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบค่าเฉลี่ย ด้านความเหมาะสมและความเป็นไปได้ อยู่ในระดับมากที่สุดโดยรวมและรายด้านทุกด้าน เมื่อพิจารณาเป็นรายข้ออยู่ในระดับมากที่สุด ข้อ ส่วนมณีทิพย์ ชวิตรานุกัษ และชาญชัย จิวจินดา (2563) ได้ศึกษาวิจัยเรื่องบทบาทและหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขต้นแบบ กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ต.กันตัง จ.ตรัง และ ต.บางรักพัฒนา จ.นนทบุรี พบว่า (1) อสม. ทั้งสองเขตพื้นที่ศึกษามีหน้าที่ดำเนินการส่งเสริมสุขภาพของคนในชุมชน ถ่ายทอดความรู้ ประชาสัมพันธ์ และชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุข

เหมือนกัน แต่ อสม. ต.กันตัง จ.ตรัง มีความรู้ด้านสาธารณสุขและมีขอบเขตงานที่ได้รับมอบหมายมากกว่า อสม. ต.บางรักพัฒนา จ.นนทบุรี (2) ปัญหาสำคัญของอสม. ในเขตพื้นที่ศึกษาคือ ปัญหาด้านค่าตอบแทนสวัสดิการของอสม. ไม่เพียงพอต่อความต้องการของสมาชิก และปัญหาประชาชน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องไม่เข้าใจ ไม่ให้ความร่วมมือ และไม่เห็นความสำคัญของ อสม. ในบทบาทด้านการพัฒนาสาธารณสุขชุมชน (3) อสม. ต.กันตัง จ.ตรัง มีบริบทเป็นสังคมชนบท ความสามารถในการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขมีจำกัด แต่มีความสัมพันธ์กับผู้ที่เกี่ยวข้องด้านสาธารณสุขดีกว่า อสม. ต.บางรักพัฒนา จ.นนทบุรี ซึ่งมีบริบทเป็นสังคมเมือง ทำให้ประชาชนในชุมชนเปิดใจยอมรับฟัง และอยากมีส่วนร่วมในกิจกรรมด้านสาธารณสุข ส่งผลให้การดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้ ธรรมชาติของโรคติดต่ออันตราย (2566) ได้นำเสนอบทความวิชาการ เรื่องการรับรู้บทบาท และแรงจูงใจในการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุม และป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ข้อสรุปว่าการรับรู้บทบาทในการปฏิบัติงาน เป็นการรับรู้ และเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกี่ยวกับการปฏิบัติงานตามบทบาทในการควบคุม และป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยรับรู้ข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากแหล่งข้อมูลอื่น เช่น โทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต และการประกาศของกระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น ส่วนแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน เป็นแรงผลักดันหรือกระตุ้นให้

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านปฏิบัติงาน ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยจูงใจ และปัจจัยค้ำจุน และจากการทบทวนงานวิจัยอื่นๆ ยังไม่มีงานวิจัยเกี่ยวกับการรับรู้บทบาทและการปฏิบัติตามบทบาทของ อสม. หมอประจำบ้านที่ครอบคลุมทุกด้าน

จากสถานการณ์ดังกล่าว ประกอบกับอำเภอเมืองนครศรีธรรมราช มีเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 2,903 คน ซึ่งผ่านการอบรมตามหลักสูตร อสม. หมอประจำบ้าน ในปี พ.ศ. 2563 จนถึง ปี พ.ศ. 2565 แล้วจำนวน 345 คน ตามนโยบายการพัฒนาศักยภาพและยกระดับ อสม. เป็นหมอประจำบ้านและมีการขับเคลื่อนให้มีการปฏิบัติงานในพื้นที่ให้สอดคล้องกับนโยบายดังกล่าว โดยการมีส่วนร่วมของทีม 3 หมอ ในพื้นที่ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาวิจัยเรื่องการรับรู้และการปฏิบัติงาน ตามบทบาท ของ อสม. หมอประจำบ้านในพื้นที่อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อให้ได้สารสนเทศที่สามารถนำไปใช้ในการวางแผนและพัฒนาศักยภาพ อสม. หมอประจำบ้าน เพื่อให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

เพื่อศึกษาการรับรู้และการปฏิบัติงานตามบทบาท ของ อสม. หมอประจำบ้าน ในพื้นที่อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดการวิจัย

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

- แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการรับรู้
- แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับบทบาท
- แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน ของ อสม. หมอประจำบ้าน
- งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง



สร้าง/พัฒนาเครื่องมือ เก็บรวบรวมข้อมูลวิเคราะห์สังเคราะห์การรับรู้บทบาทและการปฏิบัติงานตามบทบาท ของ อสม. หมอประจำบ้าน ในพื้นที่อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช



ผลการรับรู้บทบาทและการปฏิบัติงานตามบทบาท ของ อสม. หมอประจำบ้าน ในพื้นที่อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)

ขอบเขตการวิจัย

1. ขอบเขตด้านประชากร ประชากรที่ศึกษา คืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร อสม. หมอประจำบ้าน

กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตร อสม. หมอประจำบ้าน ในพื้นที่อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 345 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม. หมอประจำบ้าน จำนวน 26 คน โดยการเลือกแบบเจาะจง ตามคุณลักษณะ ดังนี้ 1) ประธาน อสม. ประจำตำบล 14 คน 2) ประธาน อสม. ประจำหมู่บ้าน 8 คน 3) ประธาน อสม. ประจำชุมชน 4 คน

กลุ่มเป้าหมายที่เข้ารับการศึกษา

1) เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย (target group)

- (1) สามารถอ่านออกเขียนได้
- (2) อาศัยอยู่ในอำเภอเมืองนครศรีธรรมราช
- (3) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผ่านการอบรมหลักสูตร อสม. หมอประจำบ้าน

ในพื้นที่อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช

- (4) สนใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2) เกณฑ์การคัดออกกลุ่มเป้าหมาย (target group)

- (1) ไม่สนใจเข้าร่วมการวิจัย
- (2) ไม่สามารถเข้ากิจกรรมการวิจัยได้

เครื่องมือรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำแนวคำถาม (Interview guide) ที่สร้างขึ้นตามขั้นตอนหลักๆ ในการสร้างแนวคำถาม โดยทำความเข้าใจคำถามและวัตถุประสงค์การวิจัย กำหนดมโนทัศน์เพื่อเป็นหัวข้อเรื่องสำหรับข้อมูลที่ต้องการ และแปลงมโนทัศน์ออกเป็นชุดคำถามปลายเปิด โดยใช้แนวคำถามในการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง

(Semi-Structured interviews) โดยมีคำถามหลัก (Main questions) คำถามเก็บรายละเอียด (Probes) และคำถามตามประเด็น (Follow-up questions)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขมูลฐาน 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขด้านสุขภาพภาคประชาชน 1 ท่าน นำข้อคิดเห็นข้อเสนอแนะมาตรวจสอบแก้ไข และปรับปรุงให้มีความสมบูรณ์ สามารถสื่อความหมายได้ชัดเจน โดยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แนวคำถามในการสัมภาษณ์การรับรู้และการปฏิบัติตามบทบาท อสม. หมอประจำบ้าน เป็นแนวคำถามกึ่งโครงสร้างที่มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยประสานงานชี้แจงรายละเอียด และขออนุญาตเก็บข้อมูลจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร อสม. หมอประจำบ้านในเขตพื้นที่อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันและความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. เก็บข้อมูลโดยใช้การสนทนากลุ่ม (focus group discussion) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) เป็นแนวคำถามกึ่งโครงสร้างที่มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด เรื่องการรับรู้และการปฏิบัติตามบทบาท อสม. หมอประจำบ้าน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นกระบวนการจัดระเบียบ หาโครงสร้าง และหาความหมายของข้อมูลที่รวบรวมมา เป็นการค้นหาข้อความที่บอกความสัมพันธ์ของสิ่งต่างๆ แล้วจึงสร้างแนวคิดและทฤษฎีที่อธิบายสิ่งเหล่านั้นขึ้นมา ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม วิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) เป็นประเด็น (themes) และนำมาตีความข้อมูลเพื่อเข้าถึงความหมาย แบบแผนและความสัมพันธ์ของการกระทำหรือปรากฏการณ์ที่ศึกษา

กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพประกอบด้วยขั้นตอนสำคัญ 3 ขั้นตอน คือ 1) จัดการข้อมูล (data Management) 2) แสดงข้อมูล (Data Display) 3) อธิบายข้อมูล (Data Explanation) (Miles and Huberman, 1984, 1994) ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูล ที่เป็นการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยการ “กลั่นเอาสาระ” หรือเนื้อหาสำคัญจาก “ข้อมูลดิบ” ที่อยู่ในรูปของการพรรณนาหรือเรื่องเล่า ซึ่งผู้วิจัยรวบรวมมาจากการเก็บข้อมูลภาคสนาม ใช้วิธีการตีความข้อมูลบนพื้นฐานของความมีเหตุผลเชิงตรรกะ

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจริยธรรมวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ตามเอกสารรับรองเลขที่ 064/2566 ลงวันที่ 25 กันยายน 2566

ผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่องการรับรู้และการปฏิบัติงานตามบทบาท ของ อสม.หมอบริการบ้าน ในพื้นที่อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการรับรู้และการปฏิบัติงานตามบทบาท ของ อสม.หมอบริการบ้าน ในพื้นที่อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัยเป็น 4 ประเด็นหลัก คือ 1) การรับรู้บทบาทของ อสม.หมอบริการบ้าน 2) การปฏิบัติตามบทบาทของ อสม.หมอบริการบ้าน 3) ผลงานความสำเร็จในการดำเนินงานตามบทบาท อสม.หมอบริการบ้าน 4) ปัญหาอุปสรรคและการแก้ไข ในการปฏิบัติงานตามบทบาท อสม.หมอบริการบ้าน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. การรับรู้บทบาทของ อสม.หมอบริการบ้าน

จากการที่กระทรวงสาธารณสุข ได้มีแนวคิดการพัฒนา ระบบสุขภาพปฐมภูมิ เข้มแข็ง มีคุณภาพ ทัวถึง ยั่งยืน และบรรลุเป้าหมาย “ทุกครอบครัวมีหมอบริการตัว 3 คน” มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนให้ใกล้ชิดกับประชาชนมากยิ่งขึ้น เน้นการเสริมสร้างสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ การดูแลสุขภาพของครอบครัว ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม มุ่งให้เกิดผลลัพธ์กับประชาชนทั้งด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิต ในความสุขภาพ สุขใจ สุขสามัคคีและ

ปลอดภัยจากโรคโควิด 19 ในวิถีชีวิตใหม่ อย่างเป็นรูปธรรมได้จริง จากการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของประชาชน นโยบาย 3 หมอหรือคนไทยทุกคนครอบครัวมีหมอบริการตัว 3 คน เป็นการประสานการทำงานดูแลประชาชนที่บ้านและชุมชนแบบ “ดูแลใกล้ตัว ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” เพิ่มความครอบคลุมให้ได้รับบริการต่อเนื่อง ลดการเดินทาง ลดความแออัดของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เน้นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และส่งต่อรักษาในโรคซับซ้อนยุ่งยาก โดยหมอคนที่ 1 หมอบริการบ้าน หมอคนที่ 2 หมอสาธารณสุข และหมอคนที่ 3 หมอครอบครัว (แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว) พบว่า หมอคนที่ 1 หมอบริการบ้าน คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือ อสม. มีการรับรู้บทบาทสำคัญตามที่ถูกกำหนดในเชิงนโยบายระเบียบปฏิบัติทำหน้าที่ เยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำ คัดกรอง ติดตามและดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น โดยหมอบริการบ้าน 1 คนดูแลประชาชน 10-20 หลังคาเรือน อีกทั้งยังรับรู้ถึงบทบาทของหมอคนที่ 2 และหมอคนที่ 3 กล่าวคือ หมอคนที่ 2 หมอสาธารณสุข คือ บุคลากรในสถานบริการปฐมภูมิ ทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) คลินิกหมอครอบครัว ศูนย์บริการสาธารณสุขครอบคลุมบุคลากรทุกสาขาวิชาชีพทั้งพยาบาล เกษษกร นักสาธารณสุขชุมชน และวิชาชีพอื่นๆ ทำหน้าที่ให้การดูแลส่งเสริมสุขภาพ ประสานงานระหว่างหมอคนที่ 1 และหมอคนที่ 3 คัดกรองเพื่อระบุงูสาเหตุ ยืนยันความผิดปกติและส่งต่อผู้ป่วย โดยหมอสาธารณสุข 1 คน ดูแลประชาชน 1,250 – 2,500 คน และหมอคนที่ 3 หมอครอบครัว คือ แพทย์ในโรงพยาบาล เป็นผู้ให้การรักษายาบาล ดูแล ให้คำปรึกษา ประสานและส่งต่อการรักษาพิเศษ โดยหมอครอบครัว 1 คนดูแลประชาชน 8,000 – 12,000 คน

การรับรู้เกี่ยวกับนโยบายที่มุ่งให้คนไทยทุกคนครอบครัวมีหมอบริการตัว 3 คน เป็นเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขในยุคปัจจุบัน เป้าหมายใหญ่ของนโยบายคือการทำให้ประชาชนเป็นเจ้าของระบบสุขภาพที่แท้จริง ได้รับผลของนโยบายอย่างชัดเจน คือการมีสุขภาพดีจากการได้รับบริการทางสุขภาพที่ดี ทั้งการดูแลรักษา (care) และบริการสาธารณสุข (public health) และมีคุณภาพชีวิตจากปัจจัยทางสังคมที่ดี (social determinants of health) เป็นการต่อยอดให้ระบบบัตรทอง 30 บาทรักษาทุกโรคมั่นคงและยั่งยืนยิ่งขึ้น

เพราะจะช่วยลดความแออัดและภาระงานของบุคลากรในโรงพยาบาล โดยเฉพาะโรงพยาบาล ในระดับตติยภูมิ เป็นนโยบายที่สามารถลงมือปฏิบัติได้ทันทีโดยไม่ต้องงบประมาณเพิ่ม และไม่จำเป็นต้องออกกฎหมายใหม่มารองรับ เพราะรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบันกำหนดให้ต้องมีทีมหมอครอบครัว ไว้บริการประชาชนอยู่แล้ว “นโยบายนี้เพียงทำให้เกิดบูรณาการและปลุกพลังงานของคนและระบบเดิม ที่มีอยู่” ว่าเป็นการมุ่งสร้างระบบสาธารณสุขอย่างทั่วถึง เพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพ และมีที่ปรึกษาเมื่อเวลาเจ็บป่วย เน้นการบูรณาการดำเนินงานร่วมกันของ 3 หมอ เพื่อให้การช่วยเหลือ ดูแลรักษา และส่งต่อ ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของตนเองในบทบาทของ อสม.หมอประจำบ้านด้วยการเป็นทีมหมอครอบครัวที่มีประสิทธิภาพ ยึดหลักการทำงานของทีมหมอครอบครัวประจำตัว 3 คน คือ การทำให้ประชากรแต่ละครอบครัวรู้จักและเข้าถึงหมอประจำตัวทั้ง 3 คน และเมื่อมีการเจ็บป่วยหรือจำเป็นต้องได้รับบริการสุขภาพ จะได้รับบริการจากหมอทั้ง 3 คน ตามลำดับความต้องการ โดยหมอทั้ง 3 คนจะมีการติดต่อประสานงานกัน ถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการรักษาและข้อมูลของผู้ป่วย เพื่อให้การรักษามีความต่อเนื่อง และการส่งต่อผู้ป่วยเป็นไปอย่างราบรื่น เมื่อมีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาภายในสถานบริการ ไปครั้งก็จะมีโอกาสพบหมอประจำตัวคนที่ 3 ของตัวเอง โดยหลักการแล้วผู้ป่วยจะเข้าถึงหมอคนที่ 2 ได้ก็โดยการส่งต่อของหมอคนที่ 1 และเข้าถึงหมอคนที่ 3 ได้ โดยการส่งต่อของหมอคนที่ 2 เมื่อออกจากโรงพยาบาล หมอคนที่ 3 ต้องประสานไปยังหมอคนที่ 2 และคนที่ 1 ให้รู้ เพื่อการติดตามในระดับตำบล และชุมชนได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งในส่วนของกรรับรู้บทบาทของ อสม.หมอประจำบ้าน และการรับรู้เกี่ยวกับนโยบาย 3 หมอ อสม.หมอประจำบ้านมีการรับรู้ มีความเข้าใจ มีความรู้สึกนึกคิดและภาคภูมิใจในบทบาทดังกล่าวที่มองว่าเป็นการยกระดับในเชิงคุณค่า ทั้งด้านความรู้ ประสบการณ์และทักษะจากเพื่อนร่วมงาน หมอคนที่ 1 ด้วยกัน ทีมหมอครอบครัวหมอคนที่ 2 และคนที่ 3 อย่างต่อเนื่องและหลากหลายตามความเจ็บป่วยของประชาชน ในความรับผิดชอบของตนเองและทีมงานเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เป็นการเพิ่มสมรรถนะหรือขีดความสามารถในการทำงานที่สูงขึ้นมีระบบสนับสนุนที่ชัดเจนจากหมอคนที่ 2 และคนที่ 3 รวมทั้งมีการประชาสัมพันธ์ถ่ายทอด

นโยบายสู่สาธารณะอย่างกว้างขวางหลายช่องทางทำให้ประชาชนและทุกภาคส่วน มีการรับรู้ร่วมกัน ช่วยให้สามารถทำงานและถ่ายทอดนโยบายได้ง่ายขึ้นสะดวกมากขึ้นได้รับการยอมรับมากขึ้นด้วย การผลการศึกษพบว่า บทบาทของ อสม.หมอประจำบ้าน ประกอบด้วย 8 ด้าน โดยมีผลการวิจัย กล่าวคือ

1) บทบาทด้านการสนับสนุนให้มี อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสม.) ทุกครอบครัว พบว่า อสม.หมอประจำบ้านมีความเป็นผู้นำและใช้ภาวะผู้นำในการสร้างทีมเครือข่ายอาสาสมัครด้านสาธารณสุขและสุขภาพแบบมีส่วนร่วมโดยการประสานงานและบริหารจัดการ (Health Coacher and Manager) อย่างแท้จริง มีความตั้งใจ และความพยายามในการส่งเสริม สนับสนุน พัฒนา และสร้างการมีส่วนร่วมของคนในครอบครัวทั้งลูก หลาน ญาติทุกเพศทุกวัย ให้สามารถดูแลสุขภาพของคนในครอบครัวได้ด้วยตนเอง และมุ่งเน้นให้ทุกครอบครัวมีอย่างน้อย 1 คน เป็น อสม. ในการช่วยเหลือคนในครอบครัวและผู้อื่นด้วยจิตเมตตา มีคุณธรรม จริยธรรม โดยไม่หวังสิ่งตอบแทนใดๆ ไม่เรียกร้องสิ่งตอบแทนใดนอกเหนือจากทำเพื่อให้เพื่อนมนุษย์ได้มีความสุข โดยเฉพาะในกลุ่มครอบครัวที่มีสมาชิก ในครอบครัวมีภาวะพึ่งพิงหรือพิการหรือเจ็บป่วยติดบ้านติดเตียง นับเป็นเป้าหมายอันดับแรกของทีมหมอครอบครัว โดย อสม.หมอประจำบ้านหรือหมอคนที่ 1 จะทำบทบาทหน้าที่ที่เลี้ยงในด้านต่างๆ ดังนี้

(1) สนับสนุนและส่งเสริมให้มีการจัดตั้ง อสม. ครบทุกครอบครัวในเขตรับผิดชอบ โดย อสม.หมอประจำบ้าน ปฏิบัติตามบทบาท และมีการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพ การเยี่ยมบ้าน ส่งต่อ และการสร้างเครือข่ายในชุมชน ที่เชื่อมโยงกับเครือข่ายระบบบริการสุขภาพ นอกจากนี้ ยังมีบทบาทในการเสริมพลัง ให้แกนนำครอบครัวเข้าสู่การอบรมหลักสูตร อสม. เพื่อให้เป็น อสม. ที่มีสมรรถนะสามารถดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว ถ่ายทอดความรู้ให้แก่สมาชิกในครอบครัว ช่วยเหลือดูแลสุขภาพของประชาชน ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่อยู่ในชุมชนได้ สามารถวิเคราะห์และจัดการความเสี่ยงภัยสุขภาพของตนเองและสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งนำสมาชิกไปรับบริการสุขภาพเมื่อพบปัญหาเกินกว่าที่ครอบครัวและ อสม. จะดูแล ได้บันทึกกิจกรรมการดูแลสุขภาพของ อสม. ลงในสมุดบันทึกประจำครอบครัว และ

สามารถประสานงานเชื่อมโยง เป็นเครือข่ายในระบบ ส่งต่อข้อมูลด้านสุขภาพ ได้รับความรู้เพิ่มเติมและรับคำปรึกษาจาก อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

(2) สนับสนุนให้ อสม.มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนที่ อสม. มีความรู้ มีประสบการณ์ และมีทักษะความชำนาญจากการดูแลผู้ป่วยในครอบครัวของตนเองหรือเครือข่ายใกล้เคียง ในขณะที่เดียวกัน ยังพบว่า อสม.ที่มีทักษะประสบการณ์สามารถถ่ายทอดความรู้ทักษะจากประสบการณ์ให้แก่สมาชิก ในครอบครัวของตนเองอย่างต่อเนื่องอีกด้วย ซึ่งทำให้เพิ่มศักยภาพของคนในครอบครัว ชุมชน อีกทางหนึ่ง ก็เป็นการลดความตึงเครียดจากการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องระยะยาว เพราะมีคนในครอบครัวที่สามารถดูแลทดแทนกันได้เพิ่มขึ้น

2) บทบาทด้านการเป็นที่เลี้ยงให้ อสม. ดูแลสุขภาพทุกครอบครัว อสม.หมอประจำบ้านได้รับความไว้วางใจจากครอบครัวในชุมชนทั้งในและนอกเขตรับผิดชอบของตนเอง ด้วย อสม.หมอประจำบ้านเป็นผู้มีความรู้ด้านระบบสุขภาพในชุมชน และการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เป็นผู้ที่ไม่เรียนรู้ตลอดเวลา มีความเป็นผู้นำ เป็นนักจัดการในการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ แก้ไขปัญหาความขัดแย้งได้เป็นอย่างดี ด้วยเป็นคนที่มีความหนักแน่น เป็นผู้รอบรู้ในชุมชน มองโลกในแง่การทำงานเป็นทีม มีวินัยในการทำงาน มีความทุ่มเทมุ่งมั่น ขยันและเสียสละ อสม.หมอประจำบ้านจึงเป็นเสมือนสมาชิกคนสำคัญของทุกครอบครัวในเขตรับผิดชอบของตนเองและบางครั้งยังเข้าไปเป็นสมาชิกในครอบครัวของเขตรับผิดชอบของเพื่อน อสม. คนอื่นๆ ด้วยเช่นกัน ทั้งนี้กล่าวได้ว่า อสม.หมอประจำบ้านเป็นผู้ที่เปี่ยมไปด้วยเมตตาธรรม มีคุณธรรม จรรยาบรรณ และอุดมการณ์ อสม.ที่ได้รับการยอมรับนับถือเชื่อถือเชื่อมั่นจนเป็นความไว้วางใจและศรัทธา ในที่สุด ส่วนหนึ่งมาจากการถ่ายทอดของครอบครัวอีกส่วนหนึ่งจากการเรียนรู้ถ่ายทอดจากรุ่นสู่รุ่น ที่ผ่านกระบวนการอบรมบ่มเพาะมายาวนานในพื้นที่ปฏิบัติการจริงของชุมชน มีทั้งทุกข์สุขโศกเศร้าเสียใจ ดีใจและความประทับใจคลอเคล้ากันไปบนเส้นทางของ อสม.หมอประจำบ้าน ในบทบาทของหมอคนที่ 1 (1) เป็นที่เลี้ยงให้ อสม. ได้ เช่นการล้างแผล และความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเรื่องอื่นๆ (2) มีส่วนร่วมให้ อสม. ได้เรียนรู้กับทีมสหวิชาชีพ (3) เป็นที่เลี้ยง (เพื่อน) ในช่วงอบรมด้วย

(4) เป็นผู้ดูแลจิตใจไม่ให้ อสม. เครียด (จากการดูแลผู้ป่วย)

3) บทบาทด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมไม่ให้เกิดโรคในพื้นที่ พบว่า อสม.หมอประจำบ้านทำหน้าที่เป็นผู้นำ เป็นผู้จัดการแก้ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ร่วมกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. หรือ ทีมหมอครอบครัว โดยการสร้างทีมเครือข่ายสุขภาพ ได้แก่ อสม. อสม. และเครือข่ายต่างๆ หาสาเหตุ จัดทำแผน หางบประมาณ หาสิ่งสนับสนุนมาแก้ไขปัญหา มาสร้างสุขภาพในหลักการของการดูแลสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ และการปฐมพยาบาลเบื้องต้น และการฟื้นฟูสุขภาพ ประกอบด้วย

(1) การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก อสม.หมอประจำบ้านมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค วิธีเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมไม่ให้เกิดโรคไข้เลือดออกในระดับพื้นที่ สามารถอธิบายวิธีการแก้ปัญหา วิธีเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมไม่ให้เกิดโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เช่น ออกพื้นที่สำรวจลูกน้ำยุงลาย ส่งรายงานเข้าแอป อสม. ออนไลน์ ลงตรวจ/สำรวจพื้นที่ เช่นโรคไข้เลือดออก และทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย การสอบสวนโรคร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประสานท้องถิ่นพ่นหมอกควันกำจัดยุงตัวทั้งพื้นที่รับผิดชอบ ตลอดจนการวางแผนการทำงานอย่างเป็นระบบครบวงจร ด้วยการจัดการขยะ อสม. เป็นต้นแบบ สร้างหลุมขยะเปียก แยกขยะ เพื่อลดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายและสัตว์/แมลงพาหนะนำโรคต่างๆ ด้วยการมีส่วนร่วมของเพื่อน อสม.และครอบครัวก่อนแล้วขยายผลไปยังครอบครัวที่มีความพร้อม สนใจเข้าร่วมกิจกรรมโครงการจนเกิดการเอาอย่างขยายผลสู่ชุมชนต่อไป

(2) การสังเกตอาการที่บ่งชี้ว่าจะเป็นโรคไข้เลือดออก อสม.หมอประจำบ้านได้รับการพัฒนาระดับความรู้ความสามารถเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงที่บ่งชี้ว่าเป็นโรคไข้เลือดออก ได้แก่ 1) ไข้สูงลอย มีไข้สูง 39-40 องศาเซลเซียส ระยะ 2-5 วัน หน้าแดง มักไม่ไอ ไม่มีน้ำมูก ปวดเมื่อยตามตัว และปวดศีรษะ 2) อาการเลือดออก

(3) มีการออกพื้นที่คัดกรองร่วมกับสหวิชาชีพ ในการคัดกรองโรคในช่วงมีการระบาดของโรค เช่น covid 19

(4) การป้องกัน ควบคุมและดูแลรักษา วัณโรค อสม.หมอประจำบ้านมีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ การเกิดโรค การติดต่อ การป้องกันควบคุม และการ ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค สามารถถ่ายทอด ความรู้ และให้คำแนะนำประชาชนแก่ประชาชนกลุ่ม เป้าหมายในการป้องกันควบคุมวัณโรค ทำหน้าที่ในการ คัดกรองประชากรกลุ่มเสี่ยงและเป็นพี่เลี้ยงดูแลการรับ ประทานยาโดยการสังเกตตรง (DOT) กำกับ ติดตามดูแล รักษา ผู้ป่วยวัณโรคและรายงานข้อมูลแก่เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขโดยใช้เทคโนโลยีได้เป็นอย่างดี สำหรับคนที่ ไม่เคยใช้ก็อาศัยการเรียนรู้จากเพื่อน อสม. และลูกหลาน คอยช่วยเหลือแนะนำฝึกให้ทำหลายๆ ครั้ง จนสามารถ ใช้ได้อย่างคล่องแคล่วและสามารถถ่ายทอดแก่ผู้อื่นได้ ด้วย อย่างไรก็ตามสำหรับ อสม. บางคน ที่ไม่มีผู้ป่วย ในเขตรับผิดชอบของตนเองก็เป็นทีมในการทำงาน ในทุกขั้นตอนเช่นกัน

(5) การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคพิษ สุนัขบ้า อสม. หมอประจำบ้าน เป็นผู้มีความรู้เกี่ยวกับ สาเหตุของการเกิดโรค การติดต่อ อาการที่พบในคน และ สัตว์ และการป้องกันตนเอง ครอบครัวยกจากโรคพิษสุนัข บ้า สามารถถ่ายทอดความรู้ และให้คำแนะนำในการ ป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าให้แก่ประชาชนได้ รวมทั้งสนับสนุน ช่วยเหลือด้านการเข้าถึงระบบบริการเมื่อกลุ่มเป้าหมาย มีความจำเป็นต้องใช้บริการเมื่อมีความเสี่ยงเกิดขึ้น

(6) การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมไม่ให้เกิด โรคพยาธิใบไม้ในตับ ด้วยบริบทของสังคมปัจจุบันที่ วัฒนธรรมการบริโภคของคนในภาคใต้มีการเปลี่ยนแปลง ไปค่อนข้างมาก ดังนั้น อสม. หมอประจำบ้าน จึงมีบทบาท สำคัญ ในการติดตามสถานการณ์ สาเหตุ การตรวจ วินิจฉัย อาการ การรักษา อาการแทรกซ้อนและการ ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ สามารถถ่ายทอดความรู้ และให้คำแนะนำประชาชนกลุ่มเสี่ยงในการป้องกันได้ อย่างมีประสิทธิภาพ

(7) การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคเลป โตสไปโรสิส อสม.หมอประจำบ้าน เป็นผู้มีความรู้ รับรู้ สถานการณ์ กลุ่มเสี่ยง สาเหตุของการเกิดโรค การติดต่อ อาการและการรักษา และการป้องกัน โรคเลปโตสไปโรสิส สามารถถ่ายทอดความรู้ บทเรียนประสบการณ์ และให้ คำแนะนำในการป้องกัน แก่ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ในเขตรับผิดชอบและพื้นที่ใกล้เคียงได้

(8) การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม การค้นหา ผู้ป่วย การติดตามการกักกันรักษาผู้ป่วย โรคไข้มาลาเรีย ด้วยบริบทของการเคลื่อนย้ายประชากรจากประเทศ เพื่อนบ้านและพื้นที่ระบาดของโรค ไข้มาลาเรีย เกิดขึ้น ตลอดเวลา อสม.หมอประจำบ้านจึงต้องมีความตื่นตัวอยู่ ตลอดเวลาเช่นกันในการค้นหาผู้ป่วยการติดตามกำกับ การกักกันตามมาตรฐานการรักษา และการเฝ้าระวัง ควบคุมโรคไข้มาลาเรียไม่ให้ระบาด

4) บทบาทด้านการส่งเสริมสุขภาพ ลดโรค เรื้อรัง ปัญหาสุขภาพจิต ยาเสพติด และ อุบัติเหตุ การส่งเสริมสุขภาพและการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญ อสม. หมอประจำบ้าน (1) การเฝ้าระวัง ป้องกัน ปัญหาสุขภาพ จิตในชุมชน (2) การเฝ้าระวัง ป้องกัน โรคเบาหวาน และ ความดันโลหิตสูง อสม.หมอประจำบ้านปฏิบัติงานตาม บทบาทหน้าที่ในเรื่องนี้อย่างเข้มข้น เพราะยังเป็นปัญหา สำคัญของพื้นที่ และเป็นเรื่องยาก ในการแก้ไขเพราะเป็น เรื่องที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวันพื้นฐาน ของประชาชนทุกคน ทุกครอบครัวและชุมชน (3) การจัด สภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุและผู้ป่วย ดิ ดบ้าน ดิ ดเตียง อสม.หมอประจำบ้านมีส่วนร่วมในการจัด สภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุ ผู้ป่วย ดิ ดบ้าน ดิ ดเตียงแต่ละราย ตลอดจนดูแลเรื่องการจัดยา อาหารสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายด้วย รวมถึงการจัดการของ เสียจากการเจ็บป่วย ขยะติดเชื้ออย่างถูกหลักสุขาภิบาล ตามระบบที่ถูกกำหนดไว้ของสถานบริการสาธารณสุข ในพื้นที่ (4) การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ อสม.หมอ ประจำบ้าน เป็นผู้มีความรู้ความชำนาญ ในการป้องกัน การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยสาเหตุสำคัญของการ พลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุเกิดจากความเสื่อมความเสี่ยง ด้านร่างกายและความสามารถที่ลดลง เช่น การมองเห็น การเดินการทรงตัว การรับรู้การตัดสินใจ และการเจ็บ ป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่าง

5) บทบาทด้านการถ่ายทอดความรู้ด้าน ภูมิปัญญาไทย สมุนไพร และการใช้กัญชาทางการแพทย์ ด้วยภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ถือเป็นระบบการแพทย์ แบบองค์รวมระหว่างกาย จิต สังคม และธรรมชาติ เป็นการดูแลสุขภาพของคนทั้งร่างกาย และจิตใจในระดับปัจเจกบุคคล และยังสอดคล้องกับวิถีชีวิต วัฒนธรรมของ ชุมชนหรือสังคม และยังเอื้อประสานสมดุลของระบบ นิเวศน์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม โดยชุมชน

สามารถพึ่งพาตนเองทางด้านสุขภาพอนามัยได้ด้วยอาศัยยาจากสมุนไพรที่มีอยู่อย่างหลากหลาย การนวดไทย การดูแลรักษาสุขภาพแบบพื้นบ้าน

6) บทบาทด้านการใช้เครื่องมือสื่อสารและแอปพลิเคชันการคัดกรอง ประเมินสุขภาพ ร่วมทีมหมอครอบครัว (Telemedicine) เทคโนโลยีการสื่อสารทางการแพทย์ อสม.หมอบริการบ้านผ่านการพัฒนาศักยภาพด้วยการฝึกฝนเพื่อให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถถ่ายทอดให้แก่ อสม. อสค. และบุคคลในครอบครัว ชุมชนได้ ดังนี้ 1) แอปพลิเคชัน SMART อสม. เน้นเรื่อง การส่งแบบ อสม. 1 การติดตามผู้ป่วย และการดูแลผู้ป่วย 2) การใช้งานระบบโทรเวชกรรม Telemedicine เป็นการพัฒนาโปรแกรมการคัดกรอง รายงานติดตาม ประเมินภาวะสุขภาพของประชาชนที่ อสม.หมอบริการบ้านรับผิดชอบงาน สามารถส่งต่อข้อมูลให้ทีมเจ้าหน้าที่ รพ.สต. รพช.ทีมหมอบริการครอบครัว 3) ระบบการสื่อสารกับ อสม. 4.0

7) บทบาทด้านการเป็นแกนนำเครือข่ายดูแลสุขภาพและจัดการปัญหาสุขภาพใน ครอบครัวชุมชน รวมทั้งการส่งต่อผู้ป่วย

(1) มีการออกพื้นที่ร่วมกับทีม 3 หมอ และทีมสหวิชาชีพ

(2) อสม. เยี่ยมบ้านประชาชน มีการส่งต่อผู้ป่วยให้กับทีม SRRT

(3) ประชาชนมีความเชื่อมั่นใน ยอมรับ อสม. มากขึ้นมากกว่าในอดีตจากศักยภาพที่เพิ่มขึ้นของ อสม.

8) บทบาทด้านการเข้าถึงและการใช้ประโยชน์จากข้อมูลสุขภาพในพื้นที่ วางแผนแก้ไขปัญหาและรายงานผล (1) มีการส่งคืนข้อมูลจากกรมฯ ให้แก่พื้นที่ (2) อสม.มีการเรียนรู้ข้อมูลจาก App เช่น BMI BP และ DTX คือค่าอะไร ไม่ควรเกินเท่าไหร่ และสามารถให้ความรู้แก่ประชาชนได้ (3) มีฐานข้อมูลด้านต่างๆ (จาก รพ.สต. / อบต. /จากการสำรวจ) เช่น ฐานข้อมูลผู้ป่วย การเกิดไข้เลือดออก ข้อมูลหลังคาเรือน เป็นต้น เพื่อนำไปวางแผนสุขภาพประชาชน

2. การปฏิบัติตามบทบาทของ อสม.

หมอบริการบ้าน ทั้ง 8 บทบาท พบว่า อสม.หมอบริการบ้านมีการปฏิบัติตามบทบาท อสม.หมอบริการบ้านยึดหลักการ “(SMART)3” ประกอบด้วย

1) Strategy & System & Success (S3) เน้นการทำงานเชิงยุทธศาสตร์อย่างเป็นระบบ มุ่งสู่ความสำเร็จ

2) Management & Modern & Mind (M3) เน้นหลักการบริหารจัดการในการดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ ด้วยกระบวนการ มีส่วนร่วม ด้วยสื่อสร้างสรรค์ทันสมัย สอดคล้องกับบริบทและสถานการณ์ปัจจุบัน และการดำเนินนั้นๆ คำนึงถึงด้านจิตใจและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

3) Ability & Academic & Achievement (A3) ความสามารถในการปฏิบัติงานของ อสม.หมอบริการบ้าน พบว่า อสม.หมอบริการบ้านเป็นผู้ที่มีความสามารถกลุ่มเล็กในหลากหลายด้าน ทั้งด้านวิชาการ และความคล่องในการทำงานให้บรรลุผลสำเร็จตามแผนที่วางไว้ตามบทบาทหน้าที่ของ อสม.หมอบริการบ้าน

4) Relationship & Realistic & Responsibility (R3) อสม.หมอบริการบ้าน เป็นผู้มีความสัมพันธ์ที่ดี เป็นมิตรกับทุกคน การทำงานของ อสม.หมอบริการบ้านอยู่บนพื้นฐานของการปฏิบัติได้จริง ทำงานด้วยใจ ไม่แบ่งเชื้อชาติ ศาสนา และมีความรับผิดชอบต่อผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม.หมอบริการบ้าน ทำให้ได้รับความไว้วางใจเป็นที่ยอมรับเชื่อถือและศรัทธา

5) Technology & Time & Talent (T3) อสม.หมอบริการบ้าน เป็นผู้ใฝ่เรียนรู้จนสามารถใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ในการทำงานและการสื่อสารถ่ายทอดข้อมูลสารสนเทศและองค์ความรู้ได้เป็นอย่างดี ทุกที่ทุกเวลา ซึ่งเป็นความท้าทายต่อสังคมยุคปัจจุบันและทิศทางในอนาคตที่กำลังเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว นับเป็นความสามารถพิเศษของ อสม.หมอบริการบ้าน ในพื้นที่อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช

3. ผลงานความสำเร็จในการดำเนินงานตามบทบาท อสม.หมอบริการบ้าน ทั้ง 8 บทบาท นอกจากได้ปฏิบัติงานโดยยึดหลัก “(SMART)3” ดังกล่าวข้างต้นสามารถสรุปปัจจัยหรือองค์ประกอบสำคัญที่นำไปสู่ความสำเร็จ ดังนี้

1) อสม.มีหมวกหลายใบ ทำให้มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ที่หลากหลาย ทำให้หมวกหลายใบเป็นพลังเสริมซึ่งกันและกัน

2) ความเข้มแข็งของ อสม.หมอบริการบ้าน เป็นสิ่งสะท้อนความเข้มแข็งของชุมชนได้เป็นอย่างดี อสม.หมอบริการบ้านเป็นเครื่องมือ กระบวนการ กลไก ในการยกระดับศักยภาพองค์กร อสม.ให้สูงขึ้นชุมชนยังมีความเชื่อถือเชื่อมั่นศรัทธาเพิ่มมากขึ้นด้วย

3) อสม.หมอบริการบ้าน ภายใต้การสนับสนุนของ อสม.หมอบริการบ้าน ได้ร่วมสร้างเสริมพลังครอบครัวในเขตรับผิดชอบและในชุมชน ได้ทำหน้าที่ ถ่ายทอดความรู้ ความเข้าใจ ทักษะและประสบการณ์ ด้วยการเรียนรู้จากการปฏิบัติแบบตัวต่อตัวโดยตรง ภายใต้บริบทของครอบครัวและชุมชน

4. ปัญหาอุปสรรคและการแก้ไข ในการปฏิบัติงานตามบทบาท อสม.หมอบริการบ้าน

4.1 ปัญหาและอุปสรรค พบว่าให้ขาดความเป็นตัวของตัวเองตามบทบาทหน้าที่เชิงนโยบาย และเชิงพื้นที่ ตลอดจนขาดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในกลุ่ม อสม.ด้วยกันเองและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ทำให้การปฏิบัติมีความแตกต่างกันไปตามศักยภาพรายบุคคล

4.2 แนวทางแก้ไขในการปฏิบัติงานตามบทบาท อสม.หมอบริการบ้าน โดยการพัฒนายกระดับ อสม.หมอบริการบ้าน ให้สามารถรับรู้ เข้าใจบทบาท และสามารถยกระดับการปฏิบัติงานตามบทบาท อสม.หมอบริการบ้านด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ ต่อไป

อภิปรายผล

การศึกษาวิจัยเรื่องการรับรู้และการปฏิบัติงานตามบทบาท ของ อสม.หมอบริการบ้าน ในพื้นที่อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการรับรู้และการปฏิบัติงานตามบทบาท ของ อสม.หมอบริการบ้าน ในพื้นที่อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัยเป็น 4 ประเด็นหลัก คือ 1) การรับรู้บทบาทของ อสม.หมอบริการบ้าน 2) การปฏิบัติตามบทบาทของ อสม.หมอบริการบ้าน 3) ผลงานความสำเร็จ ในการดำเนินงานตามบทบาท อสม.หมอบริการบ้าน 4) ปัญหาอุปสรรคและการแก้ไข ในการปฏิบัติงานตามบทบาท อสม.หมอบริการบ้าน โดยมีรายละเอียด ดังนี้ 1) การรับรู้

บทบาทของ อสม.หมอบริการบ้าน มีการรับรู้บทบาทในภาพรวมๆ เชื่อมโยงกับการปฏิบัติงานเดิมและการอบรมเพิ่มเติมในการยกระดับ อสม. เป็น อสม.หมอบริการบ้าน ทำให้สามารถรับรู้บทบาทที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น

2) ในเรื่องการปฏิบัติงาน ตามบทบาทพบว่าสามารถปฏิบัติได้ดีขึ้นโดยใช้เทคโนโลยี Telemedicine การได้ร่วมทีมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แพทย์และสาขาวิชาชีพ ทำให้ได้รับประสบการณ์ตรงมากขึ้น ตลอดจนได้ลงมือปฏิบัติภายใต้การดูแลของทีมสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องทำให้มีความมั่นใจ และได้รับการยอมรับจากผู้ป่วย ญาติ ชุมชน และภาคีที่เกี่ยวข้องมากขึ้นด้วย นับเป็นความสำเร็จที่สำคัญในบทบาทของ อสม.หมอบริการบ้าน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ นพพร จันทรเสนา นครชัยชาญ ชาญไธ และประพรทิพย์ คุณากรพิทักษ์(2558) ที่พบว่า จากการประเมินแนวทางการจัดการความรู้ตามบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี มีความเหมาะสมและความเป็นไปได้อยู่ในระดับมาก เนื่องจากแนวทางได้ผ่านการให้ข้อมูลจากบุคคลที่มีความรู้และประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน ซึ่งก่อให้เกิดประโยชน์ต่อชุมชน และแนวทางสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้จริงอย่างเป็นรูปธรรม ครอบคลุมตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวมถึงเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพเชิงรุกอันจะส่งผลต่อสุขภาพที่ดีของประชาชน และสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญ เกิดดอนทราย(2566) ที่พบว่าความสำเร็จของการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เมื่อมีการรับรู้บทบาทเพิ่มขึ้นการปฏิบัติงานจะเพิ่มขึ้น

การนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาดังนี้ เป็นแนวทางในการพัฒนาระดับศักยภาพ อสม.หมอบริการบ้าน ตามบทบาทเชิงนโยบายและบทบาทเชิงพื้นที่

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการวิจัยและพัฒนาเพื่อยกระดับบทบาทและการปฏิบัติตามบทบาทเชิงนโยบายและเชิงพื้นที่ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2562) คู่มือ อสม.หมอบริการบ้าน ตุลาคม 2562

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2563) คู่มือการปฏิบัติงานสำหรับ อสม.หมอบริการบ้าน พฤษภาคม 2563

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข,2565

ชาย โพธิ์สีดา (2564) ศาสตร์และศิลป์ การวิจัยเชิงคุณภาพ : คู่มือให้นักศึกษาและนักวิจัยสังคมศาสตร์ พิมพ์ครั้งที่ 9 บริษัท อมรินทร์ พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน) กรุงเทพฯ

นพพร จันทร์เสนา นครชัยชาญ ชาญอุไร และ ประพทธิพิศ คุณากรพิทักษ์(2558). แนวทางการจัดการความรู้ตามบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี. วารสารบัณฑิต วิทยาลัยพิษณุพรศน์ 10(1) : ม.ค.-มิ.ย. 2558

ธัญวรรณ เกิดดอนทราย (2566) การรับรู้บทบาท และแรงจูงใจตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 วารสารนิสิตวง ปีที่ 25 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2566

มณีทิพย์ ขวิตรานุกรักษ์ และชาญชัย จิวจินดา (2563) บทบาทและหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขต้นแบบ กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ต.กันตัง จ.ตรัง และ ต.บางรักพัฒนา จ.นนทบุรี Journal of Administrative and Management. Vol8 No.1 January – April 2020.

ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561-2580 (ฉบับประกาศราชกิจจานุเบกษา),2561

วัตถุประสงค์ :

1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ ความเข้าใจด้านนโยบายการพัฒนางานสาธารณสุข
2. เพื่อเผยแพร่บทความวิชาการและผลงานความก้าวหน้าของงานสาธารณสุขมูลฐาน และระบบบริการสุขภาพ ทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท
3. เพื่อเป็นสื่อในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในด้านต่างๆ ที่จะนำไปสู่การพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน การพัฒนาชนบท และระบบบริการสุขภาพ
4. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับงานสาธารณสุขของศูนย์วิชาการสาธารณสุข และหน่วยงานอื่นๆ
5. เพื่อเป็นสื่อสัมพันธ์สร้างความร่วมมือ และความเข้าใจระหว่างศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราชกับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

ขอบเขตบทความ :

- บทความวิชาการและผลงานวิจัยเกี่ยวกับการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและพัฒนาชนบท
- ผลงานความก้าวหน้าและประสบการณ์การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน
- บทความแปลหรือเรียบเรียงจากภาษาต่างประเทศ หรือเกี่ยวกับความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ที่เหมาะสม ในงานสาธารณสุข และการบริการด้านสุขภาพ
- บทความอื่นๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม

สำนักงาน :

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



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT

ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช

13 ถนนพัฒนาการคูยาง ตำบลโนนเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช 80000

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

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

Line ID : 0813705370