

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 ฉบับพิเศษ (มกราคม 2567)



ที่ปรึกษาพิเศษ

นพ.สุระ วิเศษศักดิ์
ดร.นพ.ภาณุวัฒน์ ปานเกตุ
นพ.อาคม ประดิษฐสุวรรณ
นพ.สามารถ ธีระศักดิ์

อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ผู้ทรงคุณวุฒิ

รศ.ดร.ปัญญา เลิศไกร
รศ.ดร.นัยนา หนูนิล
ผศ.ดร.คุณชัย สุวรรณคง
ดร.ภก.คชาพล นิมิตต
ดร.วิเชียร ไทยเจริญ
ดร.ชัยณรงค์ แก้วจันทน์
ดร.ไพสิฐ บุญยะกวี
ดร.สุรชาติ โกยกุลย์
ดร.จามจุรี แซ่หลู่
ดร.เบญจวรรณ ถนอมชยธวัช
ดร.ภาวดี เหมทานนท์
ดร.รัชยานภิศ รัชตะวรรณ (พลศึกษา)
ดร.บุญรวม จิตต์สามารถ
ดร.มูทริกา จินากุล
ดร.ภญ.ศรีสุดา ศิลาโชติ
ดร.มัลลิกา คงแก้ว
ดร.พ.ต.หญิง เบญจมาภรณ์ ฮั่วเจียม
ดร.ลัญจกร นิลกาญจน์
ดร.วาสนี วงศ์อินทร์
ดร.อัมไพวรรณ บุญแก้ววรรณ

มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช
มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
มหาวิทยาลัยทักษิณ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช
ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี
ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา
โรงพยาบาลปากพนัง
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี
โรงพยาบาลค่ายวิหขารุช นครศรีธรรมราช
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฉวาง

บรรณาธิการ

นายรุจ เรืองพุทธ

ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้
จังหวัดนครศรีธรรมราช

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นายสุรเชษฐ์ เขตทอง

ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช

กองบรรณาธิการ

นางสาวชลกร ภู่อุบลสุข

รองผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้
จังหวัดนครศรีธรรมราช

นายสมชาย ลีสิน
นางรุจิรา เพชรสงค์
นายศุภกานต์ สุภวิบูลาสน์
จ.อ.ศุภภรณ์ ขวัญใจ
นายธนา คักดีสุปรีชา

ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช
ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช
ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช
ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช
ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช

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 // คั่นเมื่อ/เดือน,/วัน,/ปี,/ จาก/URL ของเว็บไซต์ที่เข้าถึง

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. (2545). จรรยาบรรณนักวิจัย. คั่นเมื่อ 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 ฉบับนี้ เป็นปีที่ 38 ฉบับพิเศษ (มกราคม 2567) นับเป็นการเริ่มต้นปีใหม่ที่ดียิ่งสำหรับบุคลากรสาธารณสุขเกี่ยวกับความก้าวหน้าในวิชาชีพ ด้วยนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ที่สร้างขวัญกำลังใจของบุคลากรในความมั่นคงก้าวหน้าในวิชาชีพ ทำให้หลายหน่วยงานได้รับการจัดสรรในตำแหน่งระดับชำนาญการพิเศษ ทำให้บุคลากรสาธารณสุขที่มีคุณสมบัติที่สามารถเข้ารับการประเมินในระดับชำนาญการพิเศษ ทำผลงานวิชาการประกอบการพิจารณามากขึ้น เพื่อเป็นการสนับสนุนในการสร้างขวัญกำลังใจและส่งเสริมให้มีการพัฒนาผลงานวิชาการของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ จึงได้มีการจัดทำวารสารฉบับพิเศษ (มกราคม 2567)

วารสารฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความเพียรพยายามของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง จึงขอขอบพระคุณท่านผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาเสียสละเวลาอ่านบทความวิชาการ และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นคุณูปการต่อการยกระดับมาตรฐานทางวิชาการให้กับงานวิจัย เจ้าของผลงานวิจัยที่มีความกระตือรือร้น ทุ่มหาความรู้ ความสามารถในการดำเนินการวิจัย เพื่อให้งานวิจัยมีมาตรฐานทางวิชาการ กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า วารสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพงานวิจัย และการเผยแพร่ผลงานสู่วงกว้างมากขึ้น และยินดีรับข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาคุณภาพของวารสารต่อไปในอนาคต

สารบัญ

งานวิจัย - ผลงานวิชาการ - บทความวิชาการ

- การพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ที่มีโรคร่วมวัณโรคปอดแบบมีพีทีเลี้ยง (DOT) : กรณีศึกษา 8
- ความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
ต่อการประสานงานร่วมกับโรงพยาบาลชุมชน 17
- การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง : กรณีศึกษา 2 ราย 30
- กลยุทธ์เชิงนวัตกรรมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดกระบี่ 38
- การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง
ให้เข้าสู่ภาวะสุดท้ายอย่างสงบ : กรณีศึกษา 54
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลคนพิการ อำเภอลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช 63
- ปัจจัยทำนายการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
โรงพยาบาลพนม จังหวัดสุราษฎร์ธานี 74
- ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเปราะบางกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุ 86
- ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อและโรคไม่ติดต่อ
ของประชาชนในพื้นที่ตำบลสีชล 96
- ความคิดเห็นของผู้บริหารการเงินการคลัง (CFO) สำนักงานปลัดกระทรวงที่มีต่อการใช้เครื่องมือ
การประเมินประสิทธิภาพหน่วยบริการ (Total Performance Score : TPS) 108
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุม
ระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช 119
- การบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อการให้บริการด้านสาธารณสุข
ของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
กรณีศึกษา : การถ่ายโอนภารกิจของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี
และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด 131
- การพัฒนารูปแบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สื่อสาร
ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและสุขภาพภาคประชาชน จังหวัดอุบลราชธานี 142
- การพัฒนารูปแบบการป้องกันความเสี่ยงและการดูแลภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ
จากชุมชนถึงโรงพยาบาล กรณีศึกษา ตำบลเหล่าเสือโก้ก อำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี 152
- ผลลัพธ์การดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะความดันเลือดในปอดสูงในทารกแรกเกิด
โรงพยาบาลสีชล จังหวัดนครศรีธรรมราช 163

การพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ที่มีโรคร่วมวัณโรคปอดแบบมีพี่เลี้ยง (DOT) : กรณีศึกษา

วิภา วิภาดาวุฒิกุล
Wipha Wiphadawutikul
โรงพยาบาลระนอง
Ranong Hospital

บทคัดย่อ

การศึกษา Cross-sectional study มีวัตถุประสงค์คือ ศึกษาผลลัพธ์ของการพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ที่มีโรคร่วมวัณโรคปอดแบบมีพี่เลี้ยง (DOT) สำหรับใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่มีโรคร่วมวัณโรคปอดของโรงพยาบาลจังหวัดระนอง ระยะเวลาการศึกษาตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2565 ถึง กันยายน พ.ศ. 2566 พื้นที่ศึกษาคือจังหวัดระนอง ประชากรศึกษาคือผู้ป่วยเอดส์ติดเชื้อวัณโรค ถูกเลือกเข้าสู่อุปการศึกษานี้โดยใช้เกณฑ์ คัดเข้า พบว่ามีผู้ป่วยถูกคัดเข้า 2 ราย จากจำนวน 33 ราย ที่ขึ้นทะเบียนจากการวินิจฉัยของแพทย์ร่วมกับผลการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ เครื่องมือที่ใช้คือแบบเก็บข้อมูลมาตรฐานของสำนักวัณโรคและแบบประเมินสภาพปัญหาผู้ป่วยโดยใช้ 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 รายถูกจำหน่ายจากทะเบียนผู้ป่วยตามระยะเวลาที่กำหนด ผลการตรวจเสมหะจากการเพาะเชื้อเป็นลบและการตรวจ Xpert MTB/RIF ไม่พบสารพันธุกรรมของวัณโรค ผล X-ray ปอดปกติ ค่าดัชนีมวลกายเพิ่มขึ้น ผลการตรวจภูมิคุ้มกัน (CD4) สูงขึ้น สรุปว่าการพยาบาลรูปแบบนี้ คือแบบปกติ แต่เพิ่มกระบวนการดูแลและประเมินผลด้านจิตใจโดยใช้แบบประเมิน 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนร่วมด้วยเป็นทางเลือกที่ดีในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งมีความเสี่ยงสูงที่อาจพัฒนาไปสู่วัณโรคดื้อยา (MDR) และดื้อยารุนแรงเฉียบพลัน (XDR) ซึ่งปัญหาความรุนแรงของโรคสูงกว่า ทั้งด้านสุขภาพและด้านเศรษฐกิจ คือค่าใช้จ่ายทั้งผู้ป่วยและภาครัฐ ซึ่งผู้ศึกษาจะนำผลการศึกษานี้เป็นแบบแผนสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยให้ครอบคลุมทุกอำเภอ เนื่องจากการลงพื้นที่เก็บข้อมูลพบปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่เป็นปัญหาอุปสรรคในการพยาบาล เช่น แรงงานต่างชาติผิดกฎหมายในพื้นที่ ซึ่งจำเป็นต้องใช้การแก้ไขปัญหามาตรฐานหรือช่วยร่วมด้วย การประสานงานที่ดีจะช่วยให้การแก้ปัญหาที่สวนของสาธารณสุขไม่มีความเสียหายทำได้ดีขึ้น เช่น เพิ่มกระบวนการคัดกรองโดยอบรมผสม. ต่างชาติ การผลิตสื่อเฉพาะเป็นภาษาต่างชาติ รวมถึงเพิ่มช่องทางการประชาสัมพันธ์

คำสำคัญ : ผู้ป่วยเอดส์ที่มีโรคร่วมวัณโรคปอด, โรงพยาบาลจังหวัดระนอง

Abstract

The purpose of this cross-sectional study is to study the results of nursing care for AIDS patients with pulmonary tuberculosis comorbidity with a mentor (DOT) for use as a guideline for improving the care of AIDS patients with pulmonary tuberculosis comorbidity at the hospital. Ranong Province The study period is from June 2022 to September 2023. The study area is Ranong Province. The study population was AIDS patients infected with tuberculosis. were selected into this study using inclusion criteria. It was found that 2 patients were selected from a total of 33 patients registered based on physician diagnosis combined with laboratory confirmation results. The tools used were the standard data collection form of the Bureau of Tuberculosis and the patient problem assessment form using the 11 Gordon health plans. The results of the study revealed that both patients were discharged from the patient registry within the specified period. The results of the sputum culture test were negative and the Xpert MTB/RIF test did not find genetic material of tuberculosis. The X-ray results

of the lungs were normal. The BMI was increased. Immune test results (CD4) increased. In conclusion, this form of nursing is the normal type but adds a process of care and psychological evaluation using Gordon's 11 health model assessment forms as well. It is a good option for caring for patients with tuberculosis, an opportunistic infection that is common in AIDS patients. There is a high risk that it may develop into drug-resistant (MDR) and acute drug-resistant (XDR) tuberculosis, which are more severe disease problems. Both health and economic is the cost of both patients and the government sector. The researcher will use the results of this study as a model for inpatient nursing to cover all districts. This is because data collection was conducted and found various risk factors that create obstacles to nursing care, such as illegal foreign workers in the area. This requires the use of network partners to solve problems together. Good coordination will help to better solve problems in which the public health sector does not have expertise. For example, increasing the screening process by training foreign village health volunteers, producing specific media in foreign languages. Including increasing public relations channels.

Keywords : AIDS patients with lung tuberculosis, Ranong Hospital

บทนำ

โรคเอดส์ (AIDS: Acquired Immune Deficiency Syndrome) เป็นกลุ่มอาการเจ็บป่วย สาเหตุจากร่างกายได้รับเชื้อไวรัสเอชไอวีเข้าไปทำลายเม็ดเลือดขาว (T- Helper Cell) ที่เป็นแหล่งสร้างภูมิคุ้มกันโรค ทำให้ภูมิคุ้มกันโรคลดลง ติดเชื้อโรคฉวยโอกาส (Opportunistic Infection) ได้ง่าย เป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อประชากร เศรษฐกิจ และสังคม ทั่วโลกต้องร่วมมือกันเพื่อหามาตรการในการหยุดยั้งลดการแพร่เชื้อลดปัญหาผลกระทบ และความรุนแรง ลดการรังเกียจตีตรา รวมถึงลดการตายจากการติดเชื้อ อีกทั้งการติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับติดเชื้อวัณโรคทำให้วัณโรคลุกลามรุนแรง และวัณโรคเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของผู้ติดเชื้อเอชไอวี (สำนักโรคเอดส์วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค, 2560)

ปี พ.ศ. 2560 - 2564 องค์การอนามัยโลกได้จัดให้ประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศจากทั่วโลกที่มีภาระวัณโรค มีปัญหาวัณโรคสูงทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านอุบัติการณ์วัณโรค ด้านวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (Multiple resistance tuberculosis: MDR-TB) (สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค, 2560) และด้านวัณโรคร่วมกับการติดเชื้อเอชไอวี มีอัตราความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีสูงกว่าที่กำหนดไว้คือ ร้อยละ 5 และสถิติผู้ป่วยโรคเอดส์ ปีที่ 38 ฉบับพิเศษ (มกราคม 2567)

และวัณโรค จังหวัดระนองพบว่า ปี พ.ศ. 2563 - 2565 มีผู้ป่วยเอชไอวีที่มีเชื้อวัณโรค จำนวน 31, 30 และ 33 ราย ตามลำดับ มีอัตราป่วยตายน้อยละ 12.9, 16.67 และ 24.24 ตามลำดับ (กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง, 2566) ทบทวนสถานการณ์แล้วพบว่าแนวโน้มผู้ป่วยและอัตราป่วยตายสูงขึ้นและส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ต่อกันรุนแรงขึ้นด้านขนาดและความรุนแรงของวัณโรค

ปัจจุบันมีการรักษาโรคเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสประสิทธิภาพสูง แต่ยังไม่มียาใดที่จะรักษาโรคเอดส์ให้หายขาดได้ ผู้ป่วยเอดส์ที่ป่วยเป็นวัณโรคจึงต้องเผชิญความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และด้านจิตวิญญาณ ในการดูแลกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่ระยะแรก และเข้ารับการรักษาอย่างรวดเร็ว ภูมิจาก การรับประทานยาสม่ำเสมอ ครบถ้วนต่อเนื่อง เน้นการรักษาแบบมีที่เลี้ยง (Directly Observed Therapy: DOT) ซึ่งเป็นกลยุทธ์ที่องค์การอนามัยโลกใช้ควบคุมการรักษาวัณโรคของผู้ป่วยรายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ถูกรายงาน และได้รับการรักษา ร้อยละ 90 และอัตราการสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับซ้ำทุกประเภท ที่ได้รับการรักษาสูตรยาแนวที่หนึ่ง ร้อยละ 90 และใช้หลักกระบวนการพยาบาลแบบองค์รวม เพื่อวางแผนการพยาบาลผู้ป่วย

เฉพาะราย ให้ครอบคลุมทุกมิติและนำไปสู่การเรียนรู้ การปฏิบัติการพยาบาล ที่สอดคล้องในการจัดการปัญหา ของผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นแนวทางในการดูแล ผู้ป่วยเอดส์ติดเชื้อวัณโรคแบบมีที่เลี้ยง (DOTS) โดยนำ ผลการศึกษาที่ได้มาปรับปรุงระบบบริการให้เกิดประสิทธิภาพ และคุณภาพแก่ผู้รับบริการ เป็นแนวทางสำหรับเจ้าหน้าที่ และเครือข่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์ที่มีโรคร่วม วัณโรคปอดอย่างมีคุณภาพ ลดการแพร่กระจายเชื้อ ในครอบครัวชุมชน และสังคม เป็นเอกสารทางวิชาการ สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาลจบใหม่ และนักศึกษาที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานและผู้สนใจ อีกทั้งเป็นแนวทางในการปรับปรุงพัฒนารูปแบบ ดูแลผู้ป่วยเอดส์ติดเชื้อวัณโรคต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการพยาบาลผู้ป่วย เอดส์ที่มีโรคร่วมวัณโรคปอดแบบมีที่เลี้ยง (DOT)
2. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงพัฒนาการ ดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่มีโรคร่วมวัณโรคปอด

วิธีการดำเนินการศึกษา

- 1) รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียน คือ อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการแพ้ยา ประวัติการใช้ยาและสารเสพติด การรักษา ผลการตรวจ ทางห้องปฏิบัติการ การวินิจฉัยของแพทย์ การสอบสวนโรค การตอบคำถาม แบบแผนการดำเนินชีวิต การเยี่ยมบ้าน ประเมินสภาพผู้ป่วย บันทึกข้อมูล พร้อมให้การพยาบาล
- 2) ศึกษาเอกสารวิชาการ ตำราทางการพยาบาล แนวคิด ทฤษฎี ที่เกี่ยวข้อง
- 3) ประชุมทีมงานของฝ่ายเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลระนองและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อคัดเลือกผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการศึกษา
- 4) ทำหนังสือขออนุญาตผู้ศึกษาเพื่อเก็บข้อมูล โดยแบบยินยอมเข้าร่วมการศึกษา
- 5) เก็บข้อมูลโดยใช้
5.1 เครื่องมือเก็บข้อมูลใช้แบบบันทึกผู้ป่วย ของสำนักวัณโรค

5.2 การประเมินสภาพปัญหาผู้ป่วยโดยใช้ 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

6) เกณฑ์คัดเข้า

6.1 ผู้ป่วยวัณโรคที่มีประวัติติดเชื้อเอชไอวี มาก่อน

6.2 อายุ 18 ปีขึ้นไป

6.3 ไม่มีประวัติการดื้อยา

6.4 มีผล CD4 <200

6.5 เป็นผู้ป่วยใหม่ที่ยังไม่ได้รับการรักษา วัณโรค มีภูมิลำเนาจังหวัดระนอง และมารับการรักษา ที่โรงพยาบาลระนองเท่านั้น

7) นิยามศัพท์

ผู้ป่วยวัณโรค หมายถึงผู้ที่ได้รับการวินิจฉัย โดยการตรวจร่างกายโดยแพทย์ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การเสมหะให้ผลบวก หรือการตรวจสารพันธุกรรมและ ยีนที่เกี่ยวข้องกับการดื้อยา (Xpert MTB/RIF) ร่วมกับ ผล X-ray ปอด

ผู้ป่วยวัณโรคและเอดส์ หมายถึง ผู้ป่วย วัณโรคที่มีประวัติการติดเชื้อ HIV มาก่อน

สูตรยารักษาวัณโรค หมายถึง การใช้ยา รักษาวัณโรคประกอบด้วย สูตร 1 ถึง 4 ของสำนักวัณโรค ซึ่งเป้าหมายหลักควบคุมการรักษาวัณโรค แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ

1. ระยะเข้มข้น (Intense phase) ในช่วง เวลา 2 เดือนแรกการรักษาจะประกอบไปด้วยตัวยาหลัก 4 ชนิด ซึ่งตัวยาอาจจะอยู่ในรูปแบบของยาแยกเม็ดหรือ รวมอยู่ในเม็ด เดียวกันที่เรียกว่ายารวมเม็ด ระยะเข้มข้นนี้ ถือว่ามีความสำคัญมากเพราะ จะช่วยลดปริมาณ ของเชื้อในปอดได้มากที่สุดและช่วยลดการแพร่กระจาย ของเชื้อ

2. ระยะต่อเนื่อง (Continuous phase) ในช่วงเวลา 4 เดือนต่อมา การรักษาใช้ยาหลัก 2 ชนิด เพื่อกำจัด เชื้อวัณโรคที่เหลืออยู่ ซึ่งตัวยาอาจจะอยู่ใน รูปแบบของยาแยกเม็ด หรือเป็นยารวมเม็ดก็ได้เช่นกัน ยาที่ใช้ในการรักษาวัณโรค ประกอบด้วย 4 สูตร ดังนี้ (WHO,2010)

1. สูตรที่หนึ่งใช้สูตรยามาตรฐาน (2HRZE/4HR) ยาเริ่มต้นของการรักษา (first line drug) ผู้ป่วยจะได้รับยาทั้งหมด 4 ตัว

ระยะแรกนี้ใช้เวลารวม 2 เดือน ได้แก่

ไอโซไนอะซิด (Isoniazid: H)

ไรแฟมพิซิน (Rifampicin: R)

ไพราซิनाไมด์ (Pyrazinamide: Z)

และอีแทมบูทอล (Ethambutol: E)

ระยะยาต่อเนื่อง และในช่วงรักษาต่อเนื่องใช้ระยะเวลาในการรับประทานยาต่ออีก 4 เดือน ยาที่ใช้ คือ

ไอโซไนอะซิด (Isoniazid: H)

ไรแฟมพิซิน (Rifampicin: R)

เงื่อนไขการพิจารณาการใช้ยารักษาวัณโรค

ในกรณีที่ไม่มีพบเชื้อจะใช้ระยะเวลารักษารวมทั้งหมด 6 เดือน แต่หากยังมีการพบเชื้อแสดงถึงการตอบสนองต่อยาช้า หลังจาก 2 เดือนแรกก็ยังมีไข้ ไอ น้ำหนักไม่ขึ้น จึงต้องมีกรรยี่ดระยะเวลาการรักษาต่อเนื่องจาก 4 เดือนเป็น 7 เดือน เพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดเป็นซ้ำแต่ในกรณีผู้ป่วยเอดส์ที่มีระดับเม็ดเลือดขาวซีดีโฟร์ (CD4) น้อยกว่า 100 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิลิตร ควรได้รับยาไม่น้อยกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ โดยปรับขนาดให้เหมาะสมเพื่อป้องกันการดื้อยา ไรแฟมพิซินภายหลังได้ การออกฤทธิ์โดยดียวจะไปทำลายเชื้อที่กำลังแบ่งตัวได้รวดเร็ว (bactericides action) ได้แก่ ไรแฟมพิซิน ไอโซไนอะซิด และสเตรปโตมัยซิน ยาสูตรนี้ทำให้ปราศจากเชื้อโดยสิ้นเชิง (sterilization action) โดยเฉพาะเชื้อที่อยู่ในเซลล์แมคโครฟาจ (macrophage) ซึ่งมีภาวะเป็นกรด ได้แก่ พัยราซิनाไมด์

2. สูตรที่สอง คือ 2SHRZE/1HRZE/5HRE สำหรับผู้ที่รักษาครั้งแรกล้มเหลว หรือกลับเป็นซ้ำ ใช้ระยะเวลา 8 เดือน

การรักษาในระยะแรกของสูตรนี้ใช้ระยะเวลารักษา 3 เดือน โดย 2 เดือนแรกจะใช้ยา 5 ตัว คือ Isoniazid(H) Rifampicin(R) Pyrazinamide(Z) Ethambutol (E) Streptomycin (S) จากนั้นต่อด้วยยา

4 ตัวคือ Isoniazid(H) Rifampicin(R) Pyrazinamide(Z) Ethambutol (E) อีก 1 เดือน

การรักษาในระยะต่อเนื่อง รับประทานยา 3 ชนิด คือ

ไอโซไนอะซิด (H) ไรแฟมพิซิน (R) และอีแทมบูทอล (E) เป็นระยะเวลา 5 เดือน

3. สูตรที่สาม คือ 2HRZ/4HR สำหรับผู้ป่วยใหม่ที่ยอมเสมหะเป็นลบใช้ระยะเวลาในการรักษา 6 เดือน การรักษาในระยะ 2 เดือนแรกรับประทานยา 3 ชนิด คือ ไอโซไนอะซิด (H) ไรแฟมพิซิน (R) และพัยราซิ นามาไมด์ (Z) หลังจากนั้นเป็นการรักษาในระยะต่อเนื่องใช้ เวลาในการรักษา 4 เดือน รับประทานยาจำนวน 2 ชนิด คือ ไอโซไนอะซิด (H) ไรแฟมพิซิน (R)

4. สูตรที่สี่ ภายหลังจากการตรวจเสมหะ ให้ผลเป็นลบ สำหรับผู้ป่วยเรื้อรังที่ได้รับการรักษาล้มเหลว ใช้ยาอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 12 เดือนให้การรักษา ด้วยไอโซไนอะซิด (H) ชนิดเดียว หรือยาสำรองที่ผู้ป่วย ไม่เคยใช้มาก่อนอย่างน้อย 3 ชนิด เช่น กานามันซินะ (Kanamycin) และออฟล็อกซาซิน (Ofloxacin) เป็นต้น ระยะเวลาการรักษาวัณโรค หมายถึง การกำหนดเวลากินยาผู้ป่วยวัณโรคตามแผนการรักษา ของแพทย์ เช่น 6 เดือน 9 เดือน 12 เดือน

DOT หมายถึง การกำกับควบคุมการกินยา ของผู้ป่วยวัณโรคแบบมีพี่เลี้ยง เช่น ญาติ เจ้าหน้าที่ บุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น อสม. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำศาสนา และบุคคลที่ผู้ป่วยเคารพนับถือ

CD4 หมายถึง เม็ดเลือดขาวชนิดหนึ่ง ที่ควบคุมและต่อสู้กับเชื้อโรคต่างๆ ที่เข้าสู่ร่างกายไม่ว่า ทางใดก็ตาม โดยมีคุณลักษณะทางเคมีคือ เป็นสารโปรตีน ชนิดหนึ่งที่เรียกว่า Glycoprotein ที่อยู่บนผิวเซลล์ เม็ดเลือดขาวชนิดที่ทำงานเกี่ยวข้องกับระบบภูมิคุ้มกัน ด้านทานโรคของร่างกาย (หรือเซลล์ T-helper) โดยหน้าที่ที่สำคัญเป็นอย่างมากคือ ช่วยให้ร่างกาย มีภูมิคุ้มกันด้านทานและกำจัดเชื้อโรคต่างๆ ได้โดยเฉพาะ พวกเชื้อแบคทีเรีย เชื้อรา และไวรัส

8) ระยะเวลาการศึกษา มิถุนายน พ.ศ. 2565 ถึง กันยายน พ.ศ. 2566

9) วิธีการเก็บข้อมูล

9.1 สังเกต

9.2 สัมภาษณ์

9.3 รวบรวมข้อมูลเดือนละสองครั้ง

เพื่อประเมินผลด้านการกินยา และสุขภาพจิต

9.4 นำเข้าประชุมทีมงานเพื่อปรับแก้แผน

การรักษา วางแผนการพยาบาลตามสภาพปัญหาที่พบ

9.5 สรุปผลการรักษา

10) การวิเคราะห์เชิงพรรณนา

ผลการศึกษา

จากผลการรวบรวมข้อมูล พบว่ามีผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่โรงพยาบาลระนอง 33 ราย พบว่ามี 2 รายที่เข้าได้กับเกณฑ์คัดเข้าเป็นผู้ป่วยเอดส์ที่มีโรคร่วมวัณโรคปอด อาศัยอยู่ที่ตำบลเขาหินเวศน์ อำเภอเมืองระนอง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นวัณโรครับรักษาที่โรงพยาบาลระนอง ใช้สูตร 1 ทั้ง 2 ราย ตั้งแต่มิถุนายน พ.ศ. 2565 ถึง กันยายน พ.ศ. 2566 ใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน (Nursing Process) การพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic nursing care) การวางแผนจำหน่ายใช้หลักการ D-Method

จากการทบทวนเวชระเบียนและสอบสวนโรคเฉพาะรายพบรายละเอียดผู้ป่วยดังนี้

รายที่ 1

ข้อมูลทั่วไป ชายไทย อายุ 42 ปี หย่าร้าง

ศาสนาพุทธ อาชีพรับจ้าง การศึกษาชั้นประถมศึกษา

อาการสำคัญ มารับยาวัณโรคต่อเนื่อง มีไข้ต่ำ

ไอมีเสมหะ หายใจเหนื่อยเวลาพูดคุยนาน อ่อนเพลีย

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจเสมหะพบเชื้อวัณโรค AFB 2 แพทย์วินิจฉัยวัณโรคปอด

ประวัติส่วนตัวและพฤติกรรมเสี่ยง ดื่มสุรา

สูบบุหรี่ มีพฤติกรรมกรมามีเพศสัมพันธ์แบบไม่ปลอดภัย ไม่สวมถุงยางอนามัย มีภรรยาหลายคน ไม่มีประวัติโรคไม่ติดต่อ และโรคที่ระบบทางเดินหายใจ สูง 169 เซนติเมตร น้ำหนัก 51 กก. ดัชนีมวลกาย 17.85 สัญญาณชีพระหว่างกินยาพบว่า มีแผลพุพองแห้งคันเรื้อรังที่แขนขา และลำตัว ต่อมาน้ำเหลืองที่คอตันซ้ายโต ฟังปอดผิดปกติ ด้านขวา เยื่อปอดอักเสบเล็กน้อย และผลการตรวจทาง

ห้องปฏิบัติการ ผลการเพาะเชื้อจากเสมหะ ให้ผลบวก, CD4 61-262 cell/mm³, ผล VDRL ปกติ

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ได้รับการวินิจฉัยติดเชื้อเอชไอวีเมื่อปี พ.ศ. 2558 รับการรักษาโรงพยาบาลจังหวัดชลบุรี ปฏิเสธการรักษา HIV ก่อนป่วย 16 เดือนที่แล้ว ไอมีเสมหะสีเขียว รับการรักษาด้วยยารักษาวัณโรคสูตร 1 (2HRZE/4HR) Isoniazid, Rifampicin, Pyrazinamide, Ethambutol, ACRIPTEGA (DTG50+3TC300+TDF300), Bactrim, Azithromycin, Fluconazole และ Betnovate cream ระยะเวลาการรักษา 6 เดือน ติดตามผลการกินยาพบว่า 5 สัปดาห์แรกพบอาการไข้ หนาวสั่น มีน้ำในเยื่อหุ้มปอด และพบผลเลือดติดเชื้อเอดส์ (CD4 61 Cell/mm³) ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน กินยาระยะเข้มข้นครบและอาการดีขึ้น จึงส่งตัวมารับยาต่อโรงพยาบาลระนอง เพื่อรับยาวัณโรคระยะต่อเนื่อง งานเวชปฏิบัติวางแผนทำ DOT และเยี่ยมบ้าน เก็บข้อมูลและให้การพยาบาลและประเมินผล

ผลการรักษา หายแบบ 1.รักษาครบ 2.ตรวจเสมหะเป็นลบ 3.ผล X-ray ปอดปกติ

ผลการประเมิน AIDS CD4 262 Cell/mm³ สูงขึ้นจากตอนแรกรับ

แผนการรักษาต่อไป เฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำ เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อ HIV ได้ติดตามหลังการรักษา TB. ต่อเนื่องอีก 3 เดือน (สิ้นสุด เม.ย. 2566) ไม่พบความผิดปกติ

รายที่ 2

ข้อมูลทั่วไป ชายไทย อายุ 53 ปี สมรส ศาสนาพุทธ อาชีพช่างซ่อมคอมพิวเตอร์ การศึกษาชั้นมัธยมศึกษา

อาการสำคัญ ก่อนมา 7 วัน ไอมีเสมหะสีเหลืองเจ็บหน้าอก

ประวัติการป่วย ติดเชื้อเอชไอวี เมื่อปี พ.ศ. 2557 ปฏิเสธการรักษาเนื่องจากสุขภาพแข็งแรง 1 ปี ต่อมาน้ำหนักลด เป็นหวัดบ่อย อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร เหนื่อยง่าย ผื่นคันบริเวณผิวหนัง รับการรักษาโรงพยาบาลระนอง เมื่อเดือนมกราคม พ.ศ. 2566 ได้รับยาต้านไวรัส GPO-VIR S30 ไม่ขาดยา พบอาการเบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ไอบ่อย อาการเข้าได้กับนิยามการคัดกรองวัณโรค

จึงตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการเฉพาะพบว่า ติดเชื้อวัณโรค ตอบสนองต่อการรักษาด้วย Rifampicin, ผล X-ray ปอดผิดปกติ แพทย์วินิจฉัย AID S& Pulmonary TB.

พฤติกรรมเสี่ยง ดื่มสุรา สูบบุหรี่ พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์แบบไม่ปลอดภัย ไม่สวมถุงยางอนามัย ไม่มีประวัติป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ

ผลการตรวจร่างกายเบื้องต้น สูง 164 เซนติเมตร น้ำหนัก 50 กิโลกรัม ดัชนีมวลกาย 18.59 ไม่มีไข้ ความดันโลหิต 120/70 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 72 ครั้ง/นาที หายใจ 22 ครั้ง/นาที ออกซิเจน 98 เปอร์เซ็นต์ ปอดปกติ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เสมหะปกติ ตรวจยืนยันวิธีเฉพาะพบว่า ติดเชื้อวัณโรคด้วยวิธีเฉพาะ

การวินิจฉัย วัณโรคเอ็ดส์

การรักษา สูตร 1 (2HRZE/4HR) Isoniazid, Rifampicin, Pyrazinamide, Ethambutol, Vit B 6, ACRIPTEGA ,Dolutegravir, Cetirizine และ Lorazepam

ช่วงเวลาการรักษา เดือน มกราคม - มิถุนายน 2566 ผลการรักษา ได้รับการจำหน่ายแบบ 1.รักษาครบ 2.ตรวจเสมหะเป็นลบ 3.ผล X-ray ปอดปกติ ติดตามเยี่ยมถึงเดือนกันยายน เพื่อเฝ้าระวังการติดเชื้อซ้ำไม่พบความผิดปกติ

ผลการตรวจระดับภูมิคุ้มกัน AIDS CD4 432 Cell/mm³

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบและประเมินผลผู้ป่วย

ข้อมูลผู้ป่วย	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ข้อมูลส่วนบุคคล	เพศชาย อายุ 42 ปี ศาสนาพุทธ อาชีพ รับจ้าง การศึกษาประถมศึกษาตอนปลาย มีพฤติกรรมมีเพศสัมพันธ์แบบไม่ปลอดภัย	เพศชาย อายุ 53 ปี ศาสนาพุทธ อาชีพ รับจ้าง การศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย มีเพศสัมพันธ์แบบไม่ปลอดภัย
สถานภาพสมรส	หย่าร้าง	สมรส
ช่วงเวลาศึกษา	มิถุนายน 2565 - กุมภาพันธ์ 2566	มกราคม 2566 - มิถุนายน 2566
ผลการวินิจฉัย	TB & AIDS จากการตรวจเสมหะ และ X-ray ปอด	TB & AIDS ตรวจวิธีเฉพาะ และ X-ray ปอด
ข้อมูลการเจ็บป่วย	วินิจฉัย HIV 7 ปี ไม่ได้รับการรักษา HIV เข้ารับการรักษาวัณโรค มีภาวะแทรกซ้อนน้ำเยื่อในปอด CD4 61-262 cell/mm ³	วินิจฉัย HIV 8 ปี ได้รับการรักษา HIV และรักษาวัณโรค ไม่มีภาวะแทรกซ้อน CD4 198-432 cell/mm ³
การใช้ยา สารเสพติด การแพ้อาหาร	ดื่มสุรา สูบบุหรี่ ไม่แพ้อาหาร มีผื่นคัน คลื่นไส้ อาเจียน	ดื่มสุรา สูบบุหรี่ ไม่แพ้อาหาร มีผื่นคัน คลื่นไส้ อาเจียน
การติดตามเยี่ยมบ้าน	จำนวน 9 ครั้ง	จำนวน 9 ครั้ง
การรักษา	Category 1	Category 1
ผลการรักษา	จำหน่ายแบบกินยาครบ เสมหะลบ ผลปอดปกติ	จำหน่ายแบบกินยาครบ เสมหะลบ ผลปอดปกติ

จากแบบเก็บข้อมูลผู้ศึกษาได้ประเมินมีความเหมือนและแตกต่างทางการพยาบาล ที่สำคัญคือมีประวัติติดเชื้อ HIV ทั้ง 2 ราย โดยที่รายที่ 1 ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส HIV ในระยะแรกเนื่องจากกังวลด้านภาวะทางสังคม น่าจะเป็นสาเหตุของผลการตรวจ HIV และ CD4 เนื่องจากใช้ระยะเวลาการกินยานานกว่ารายแรก และการติดตามพบว่ามีการแพทย์ ผู้ศึกษาและทีมงานได้ประเมินอาการ วางแผนปฏิบัติการพยาบาล เพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์ที่มีโรคร่วมวัณโรคปอด 2 รายนี้ โดยจัดยาเป็นชุดรายวันเพื่อความสะดวกในการกินยา การวางแผนการเยี่ยมบ้านแบบผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแลมีส่วนร่วม เพื่อการปรับแผนการพยาบาล การให้คำปรึกษาเฉพาะราย การเสริมสร้างแรงเสริมทางบวก การค้นหาบุคคลหรือแหล่งพึ่งพิง กระบวนการพยาบาล ส่งเสริมการรับรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคและผู้ป่วยเอดส์ที่ถูกต้อง ป้องกันการติดเชื้อรายใหม่ ลดจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และลดอัตราการเสียชีวิต

อภิปรายผลการศึกษา

งานวิจัยมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ สุพัตรา คงปลอด และคณะ (2558) ที่ศึกษาเรื่องการรับรู้ความต้องการการดูแลตนเองและพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเอดส์ที่ติดฉวยโอกาสพบว่า การรับรู้ความต้องการการดูแลตนเองและพฤติกรรมดูแลตนเองมีส่วนสำคัญในการทำให้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ที่มีสุขภาพแข็งแรง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การรับรู้ความต้องการการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยและพฤติกรรมดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยมีส่วนสำคัญมากเพื่อป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสและการมีสุขภาพที่แข็งแรง กรณีศึกษาที่ 1 เข้ารับการรักษาเมื่อติดเชื้อวัณโรคปอด และสภาพร่างกายแสดงถึงภาวะเอดส์ ร่างกายผอม ผื่น คันผิวหนัง ต่อม้ำเหลืองโต มีระดับภูมิคุ้มกันต้านทานต่ำ CD4 < 200 Cell/mm³ สอดคล้องกับประเทือง ธีรารุ่งเรือง (2561) ที่ศึกษาเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอด ในงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบางพลี พบว่าความล่าช้าในการวินิจฉัยและการรักษาจะเพิ่มความเสี่ยงในการแพร่เชื้อวัณโรคปอด รายที่ 1 เมื่อเปรียบเทียบกับรายที่ 2

รับการรักษาวัณโรคด้วยยาสูตร 1 สอดคล้องกับ จิราภรณ์ ชวงค์ (2562) ที่ศึกษาเรื่องกลยุทธ์การลดการติดยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมอแบบกรายใหม่ในชุมชนจังหวัดตรัง พบว่าผู้ป่วยไม่ยอมเข้าใกล้คนในชุมชนกลัวการถูกตีตรา เป็นอุปสรรคสำคัญในการเปิดเผยตนเอง ต้องมีบุคลากรทางการแพทย์เป็นที่ปรึกษา สอดคล้องกับ ชนิษฐา สุขทอง (2564) ที่ศึกษาเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ที่มีโรคร่วมวัณโรคปอดโรงพยาบาลบางระจัน พบว่าการเสริมสร้างแรงเสริมทางบวกเป็นระยะ การสร้างเสริมพลังอำนาจทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจ ค้นหา ตระหนักและเข้าใจปัญหาที่แท้จริงของตนเอง ใช้กลยุทธ์ผสมผสานเพื่อให้มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยา สอดคล้องกับบุษรชัช ไซยสิทธิ์ และคณะ (2556) ซึ่งศึกษากลยุทธ์ในการส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี พบว่ากลยุทธ์ที่นำไปใช้เพื่อส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านเอชไอวี ควรมีลักษณะที่ผสมผสานมากกว่าหนึ่งวิธีโดยคำนึงถึงบริบทของหน่วยงาน ได้แก่ 1) การให้ความรู้หรือการสอนอย่างมีแบบแผน 2) การสนับสนุนทางสังคม 3) การให้คำปรึกษารายบุคคลและแบบกลุ่มโดยบุคลากรสุขภาพ 4) การเสริมสร้างแรงเสริมทางบวกและ 5) การติดตามผู้ป่วย การดูแลทางด้านร่างกายและจิตใจเป็นส่วนสำคัญ และการเสริมสร้างพลังในการดูแลตนเองของผู้ป่วย การให้คำแนะนำ การเยี่ยมบ้านสม่ำเสมอ การให้คำปรึกษาแบบเฉพาะเจาะจง ส่งผลให้กรณีศึกษาที่ 1 สามารถบอกความเจ็บป่วยกับพี่สาวและญาติได้ มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม รับประทานยารักษาวัณโรคครบ 9 เดือน ผลตรวจเสมหะไม่พบเชื้อหยุดยา จำหน่ายจากทะเบียน และได้รับการแนะนำการปฏิบัติตัวตามหลัก D METHOD ติดตามเยี่ยมหลังหยุดยา ไม่มีอาการนำส่งสัยการกลับซ้ำของวัณโรคปอด ผล CD4 เพิ่มขึ้น (262) มีน้ำหนักเพิ่มขึ้น 3 กิโลกรัม และยังคงอยู่ในระหว่างการรักษาเอดส์ต่อเนื่อง กรณีศึกษาที่ 2 มีความแตกต่างเนื่องจากเข้ารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ภายใน 1 ปี หลังทราบติดเชื้อ เอชไอวี และรับยาต้านไวรัสต่อเนื่องเป็นระยะ 7 ปี ด้วยความรู้สึกร่างกายแข็งแรง จึงมีพฤติกรรมดื่มสุรา เทียบกลางคืน

นอนดึก พักผ่อนไม่เพียงพอ ละเลยการดูแลตัวเอง ทำให้ติดเชื้อฉวยโอกาสวัณโรคปอด เข้ารับการรักษาทั้งสองโรคอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับ ละม่อม ไชยสิริ (2564) ที่ศึกษาเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีภาวะแทรกซ้อนจากเชื้อฉวยโอกาสโรงพยาบาลชุมแพพบว่าผู้ป่วยเอดส์ที่ระดับ CD4 ต่ำและไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด ทำให้เพิ่มโอกาสเกิดการติดเชื้อฉวยโอกาส ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต การมีครอบครัวคอยดูแลเป็นกำลังใจส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ขาดยา และรักษาวัณโรคปอดด้วยระยะการรับประทานยาสั้นกว่า ครบการรักษา 6 เดือน หายขาดจากโรค และรับประทานยาต้านเชื้อเอชไอวีปัจจุบันเป็น ACRIPTEGA ผล CD4 เพิ่มขึ้น (359-432) ,VL <20 copies/ml) น้ำหนักเพิ่มขึ้น 5 กิโลกรัม ด้านจิตใจมีความกังวล และรู้สึกเสียใจเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีของภรรยา จากการพยาบาลอย่างครอบคลุมทั่วถึง ภรรยาได้รับการรักษาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. เนื่องจากรายที่ 1 มีฐานะไม่ค่อยดี จึงมีปัญหาการเข้าถึงบริการของรัฐ ทำให้ส่งผลถึงประสิทธิภาพในการรักษา ควรใช้ระบบ Telemedicine ในการเพิ่มประสิทธิภาพการทำ DOT และลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารักษาที่โรงพยาบาล โดยให้แพทย์ตรวจร่างกายและสั่งการรักษาผ่านระบบนี้ โดยไม่คิดค่าใช้จ่าย และจ่ายยาทางไปรษณีย์น่าจะเป็นทางเลือกที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่ในประเทศไทยมีฐานะยากจน การอำนวยความสะดวกในการรักษาน่าจะทำให้การเข้าถึงระบบการรักษายา/ค่าปรึกษา และจะทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามเป้าหมายของ WHO

2. นำระบบ Line Notify ที่ไม่มีค่าใช้จ่ายมาใช้ส่งข้อความเตือนอัตโนมัติไปยังบัญชีไลน์ส่วนตัวของผู้ป่วย หรือญาติ เพื่อแจ้งเตือนการกินยา การมารักษาตามนัด และการติดตามการรักษา เนื่องจากผู้ป่วยไม่มารักษาตามนัด

3. รายที่ 1 มีอาการป่วยค่อนข้างชัดเจน ซึ่งถือว่าเป็นปัญหาด้านการคัดกรองผู้ป่วยล่าช้า ควรเพิ่มแบบคัดกรองผู้มีอาการสงสัยวัณโรคปอดของกองวัณโรคเข้าสู่ แอปพลิเคชันสมาร์ท อสม. เพื่อการเร่งรัดค้นหาผู้ป่วยวัณโรคเชิงรุกอย่างทั่วถึงและครอบคลุมทั้งในกลุ่มเป้าหมายและกลุ่มเสี่ยง

4. จากการเยี่ยมบ้านพบว่าชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยมีแรงงานต่างชาตินอกระบบ ไม่ผ่านการคัดกรองวัณโรค ซึ่งเป็นโรคที่ติดต่อในระบบทางเดินหายใจ สามารถแพร่กระจายติดต่อได้โดยง่าย ดังนั้น ในกรณีที่มีผู้ป่วยวัณโรคสิ่งที่ควรแนะนำอันดับแรก คือ การป้องกันแพร่กระจายเชื้อ วิธีปฏิบัติตัว และการกินยาที่ถูกต้อง พร้อมทั้งการคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้าน ดังนั้นการรักษาวัณโรคจึงต้องอาศัยการทำงานเป็นทีมในบุคลากรทางสาธารณสุขทั้งในส่วนของโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อสม. (ไทย/เมียนมาร์) ควรให้มีการสอบสวนผู้ป่วยวัณโรคทุกราย

5. พัฒนาและจัดทำสื่อให้ความรู้และแบบคัดกรอง 2 ภาษา (ไทย-พม่า) เน้นการป้องกันเอชไอวีและวัณโรคแก่ ประชาชนทุกกลุ่ม โดยผ่านสื่อโซเซียลหรือหอกระจายข่าว เนื่องจากพื้นที่ตำบลเขานิเวศน์มีความเสี่ยงด้านการถ่ายทอดโรค ควรเปิดสื่อที่จัดทำขึ้นเปิดผ่านหอกระจายข่าว โดยขอความร่วมมือจากเทศบาลให้ความรู้การป้องกัน วัณโรค ผ่านหอกระจายข่าวทุกแห่งอย่างสม่ำเสมอ

เอกสารอ้างอิง

- กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ. (2566). สถิติผู้ป่วยเอดส์วัยโรค ปี 2566. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง. เอกสารอัดสำเนา.
- ชนิษฐา สุขทอง. (2564). การพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ที่มีโรคร่วมวัณโรคปอด. Singburi Hospital Journal. 30(2),95-108.
- จิราภรณ์ ชวงศ์.(2562). กลยุทธ์การลดตีตราของผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะเป็นบวกรายใหม่ในชุมชนจังหวัดตรัง. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ. 2(1), 255-266
- ประเทือง ธรารช. (2561). การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดในงานบริการผู้ป่วยนอก. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าเพชรบุรี. 1(2), 77-95.
- ยุทธชัย ไชยสิทธิ์, รัตติยา ทองอ่อน, บุญรอด ดอนประเพ็ง, และคณะ. (2556). กลยุทธ์ในการส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. 5(3), 13-16.
- ละม่อม ไชยสิริ. (2564). การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีภาวะแทรกซ้อนจากเชื้อฉวยโอกาส. วารสารเผยแพร่การพยาบาลโรงพยาบาลชุมแพ. (ม.ป.ท.).
- สุพัตรา คงปลอด และคณะ. (2558). การรับรู้ความต้องการดูแลตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อฉวยโอกาส. วารสารรามธิบดีพยาบาล. 21(1), 38-51.
- สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค. (2560). แผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์.
- สำนักโรคเอดส์วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. (2560). แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์.
- Gordon, M. (1997). Manual of nursing diagnosis. New York: Mc Graw Hill.
- Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. (2001). Nursing: Concepts of practice (6th ed.). St.Louis: Mosby, 47-49

ความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอต่อการประสานงาน ร่วมกับโรงพยาบาลชุมชน

Opinion of District Health Officers Pertaining to co-ordination with community hospitals

พลภักดิ์ เตสิทธิ์
Ponlapat Satian
โรงพยาบาลลานสกา
Lansaka Hospital

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเกี่ยวกับการประสานงานร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) และหน่วยบริการปฐมภูมิ แบ่งเป็นด้านการบริหาร บริการ วิชาการ และการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข เก็บข้อมูลในผู้ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 197 คน ด้วยแบบสอบถาม เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม - กันยายน 2566 เปรียบเทียบความแตกต่าง โดยใช้ Mann-Whitney U-test, Kruskal-Wallis H test และ paired t-test

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ปฏิบัติงานสังกัด สสอ., PCU, NPCU และ รพ.สต. ในจังหวัดนครศรีธรรมราช ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.8 อายุเฉลี่ย 35.1 ปี ระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 53.8 ดำรงตำแหน่งในระดับบริการ ร้อยละ 56.9 มีอายุงานอยู่ระหว่าง 6 - 10 ปี ร้อยละ 41.1 ผู้ปฏิบัติงานเป็นบุคคลในพื้นที่ที่ปฏิบัติงาน ร้อยละ 73.6 ส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์เป็น คปสอ. ร้อยละ 67.5 ที่มีประสบการณ์ส่วนใหญ่มีระยะเวลาเป็นกรรมการน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 70.3 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสำคัญต่อการประสานงานในภาพรวม ส่วนใหญ่ผู้ปฏิบัติงานที่มีตำแหน่งด้านบริการ มีค่าคะแนนเฉลี่ยความสำคัญรายด้านมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) รวมถึงสถานที่ปฏิบัติงานระยะห่างจากโรงพยาบาล และระบบข้อมูลข่าวสาร ที่ต่างกันมีผลต่อคะแนนเฉลี่ยความสำคัญด้านบริการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นต่อสภาพเป็นจริง พบว่า ผู้ปฏิบัติงานที่มีตำแหน่งแตกต่างกัน มีค่าคะแนนเฉลี่ยสภาพเป็นจริงด้านวิชาการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) รวมถึงสถานที่ปฏิบัติงานระยะห่างจากโรงพยาบาลที่ต่างกัน ความสัมพันธ์ผู้บริหารที่ต่างกันในด้านกรบริหาร มีผลต่อคะแนนเฉลี่ยสภาพความเป็นจริงด้านการมีส่วนร่วมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

คำสำคัญ : ผู้ปฏิบัติงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ, การประสานงาน, โรงพยาบาลชุมชน

Abstract

The purpose of this study was to study the opinions of workers under the District Public Health Office regarding the coordination between community hospitals (HCHO), District Public Health Office (SSO), and primary care units. Divided into administration, service, academics and participation in the development of the public health service system. Data were collected on 197 workers in the District Public Health Office (PHO), Primary Service Unit (PCU), Primary Service Unit Network (NPCU), and Subdistrict Health Promoting Hospital (Subdistrict Health Promoting Hospital) using questionnaires. Data were collected from August - September 2023. Compare differences using Mann-Whitney U-test,

Kruskal-Wallis H test and paired t-test.

The results of the study found that workers under the Public Health Office, PCU, NPCU and Subdistrict Health Promoting Hospital in Nakhon Si Thammarat Province Most were female, 55.8 percent, with an average age of 35.1 years, with a bachelor's degree or higher, 53.8 percent held service level positions, 56.9 percent had a working period between 6 - 10 years, 41.1 percent were people in the practice area. 73.6 percent of the work, most of them have no experience as CSOs, 67.5 percent of those with experience have had less than 5 years as committee members, 70.3 percent. When comparing the difference in average scores on the importance of overall coordination. Most of the workers have service positions. There was a statistically significant difference in the mean scores for each aspect ($p < 0.001$), including the location of work and distance from the hospital. and information systems The different factors have a statistically significant difference in the average scores on service importance ($p < 0.05$). As for comparing the differences in the average scores of opinions regarding actual conditions, it was found that workers with different positions different There was a statistically significant difference in the mean scores for academic reality ($p < 0.05$), including the location of work being different from the hospital. Relationships among different executives in management The effect on the average score of the reality of participation was significantly different ($p < 0.05$).

Keywords : Employees affiliated with the district public health office, Coordination, Community hospital.

บทนำ

สถานการณ์ทั่วโลกที่มีการเปลี่ยนแปลงส่งผลให้ปัจจุบันระบบสุขภาพไทย กำลังเผชิญกับสิ่งที่ท้าทายจากรอบด้าน อาทิ การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การเปลี่ยนจากสังคมชนบทสู่สังคมเมือง การเชื่อมต่อการค้าการลงทุนทั่วโลก ตลอดจนความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ประชาชนมีความคาดหวังต่อคุณภาพของระบบบริการมากขึ้น ขณะที่ยังประสบภาวะเศรษฐกิจที่เริ่มจำกัดไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้น รวมถึงปัญหาการขาดแคลนบุคลากร ทำให้ระบบสุขภาพไทยต้องเตรียมรับมือกับสิ่งต่างๆ เหล่านี้ จึงเป็นสาเหตุที่ต้องการความร่วมมือในการดำเนินงานจากภาคส่วนอื่นๆ และชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการปัญหานั้นๆ ประเทศไทยมีการปฏิรูประบบสาธารณสุขและระบบสุขภาพ มุ่งเน้นดูแลสุขภาพแบบพึ่งตนเอง เข้าถึงบริการ และได้รับความเป็นธรรมทางสุขภาพ มีความมั่นคงด้านสุขภาพอย่างยั่งยืน เน้นพัฒนาประสิทธิภาพการบริการให้มีความเสมอภาคเท่าเทียมกัน บริการได้มาตรฐาน สามารถตอบสนองความ

ต้องการของประชาชนและชุมชน โดยเพิ่มศักยภาพของชุมชนโดยเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชนสามารถพึ่งตนเองได้ ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2560 หมวด 5 หน้าที่ของรัฐ มาตรา 55 รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึงเสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ.2560 - 2579) ด้านสาธารณสุข (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2560) เน้นการเข้าถึงบริการสาธารณสุข พัฒนาระบบการให้บริการที่ยึดหลักว่า “บริการทุกคน บริการทุกอย่าง บริการทุกที่ บริการทุกเวลา ด้วยเทคโนโลยี เพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการของประชาชนให้เท่าเทียมและทั่วถึง” ใช้กรอบยุทธศาสตร์ 4 ด้าน (4 Excellence) ได้แก่ 1) ยุทธศาสตร์สร้างความเป็นเลิศด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Promotion & Prevention Excellence) 2) ยุทธศาสตร์สร้างความเป็นเลิศด้านบริการ (Service Excellence) 3) ยุทธศาสตร์

สร้างความเป็นเลิศด้านกำลังคน (People Excellence) และ 4) ยุทธศาสตร์สร้างความเป็นเลิศด้านการบริหารจัดการด้วยหลักธรรมาภิบาล (Governance Excellence) (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2566)

การบริหารจัดการในรูปของ “ระบบสาธารณสุขระดับอำเภอ” (District Health System) จึงเป็นกลไกการประสานงานระดับอำเภออย่างเป็นระบบ มีคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ หรือ คปสอ. เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพในระดับอำเภอ การติดตามการดำเนินงาน รวมทั้งการจัดสรรงบประมาณตามความเหมาะสม เน้นการจัดระบบบริการสุขภาพอย่างมีขั้นตอน กำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบชัดเจน มีระบบการทำงานร่วมกันและช่วยเหลือเกื้อกูลกันอย่างเป็นรูปธรรม ทำงานเชื่อมโยงกันทุกระบบ ทุกองค์กรภาคีเครือข่าย “ระบบสาธารณสุขเดียวกัน” (เดชา แซ่หลี และคณะ, 2557) มีภารกิจหลักของ คปสอ. คือการบริหารจัดการเครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิให้เกิดความคล่องตัวในการบริการด้านสุขภาพ การจัดการยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ รวมทั้งการวางแผนทรัพยากรบุคคล แผนงบประมาณ และแผนงาน/โครงการเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดต่อประชาชน ประเสริฐ บินตะคุ และกุสุมาลี โพธิ์ปัสสา (2559) คณะกรรมการ คปสอ. ประกอบด้วย ผู้บริหารจากโรงพยาบาลชุมชนและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ แม้ว่า 2 หน่วยงานนี้จะมีบทบาท ภารกิจที่แตกต่างกัน แต่มีเป้าหมายเดียวกัน คือการพัฒนาสาธารณสุขเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนและชุมชน การแบ่งปันข้อมูล ประสานงานในกรณีฉุกเฉิน และทำงานร่วมกัน ตั้งแต่การคัดกรองสุขภาพ การรณรงค์ให้วัคซีน การประเมินสุขภาพในชุมชน และพัฒนารูปแบบให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกันสร้างความตระหนักรู้ด้านสุขภาพ

จากการดำเนินการที่ผ่านมา พบว่า การพัฒนาสุขภาพมีความซับซ้อนมากขึ้นเนื่องจากปัญหาในระบบสุขภาพที่เกิดขึ้นมีการเปลี่ยนแปลงตามโลกในปัจจุบัน โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายในระบบบริการสุขภาพมุ่งเน้นการรักษาพยาบาลเป็นหลัก ในขณะที่การป้องกันควบคุมโรคและการส่งเสริมสุขภาพมีสัดส่วนน้อยกว่าที่ควร ทำให้กลไกและกระบวนการที่จะพัฒนาเชิงนโยบาย

เพื่อการจัดการและแก้ไขป้องกันปัญหาต่างๆ ไม่มีความชัดเจน กลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอจึงเป็นทางออกและแนวทางแก้ไขผลกระทบต่อด้านปัญหาสุขภาพที่เหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ มุ่งเน้นการดำเนินงานร่วมกันระหว่าง รพช., สสอ., PCU, NPCU และ รพ.สต. ซึ่งมีความสำคัญต่อการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข ส่งผลให้เกิดบริการที่มีคุณภาพ (Quality) เสมอภาค (Equity) มีประสิทธิภาพ (Efficiency) โปร่งใสตรวจสอบได้ (Transparency) และ มีความรับผิดชอบต่อสังคม (Social accountability) การประสานงานอย่างเป็นระบบ เครือข่าย (Networking) การทำงานร่วมภาคีเครือข่ายที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ในและนอกกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาสังคม และภาคประชาชน เป็นต้น มีความเชื่อมโยงอย่างเป็นระบบโดยให้บริการต่อเนื่อง ทั้งขณะป่วยและไม่ป่วย แต่จากรายงานการตรวจประเมินคุณภาพบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นครศรีธรรมราช ปี พ.ศ. 2563 - 2465 พบว่า 1) รูปแบบการดำเนินงานยังไม่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน มีการดำเนินงานแบบแยกขาดการบูรณาการ 2) ผู้บริหารไม่ให้ความสำคัญส่งผลให้การกำหนดทิศทางองค์กรไม่ชัดเจน 3) ขาดประสิทธิภาพการจัดการทรัพยากรที่เหมาะสม การจัดการข้อมูลยังไม่เป็นระบบ

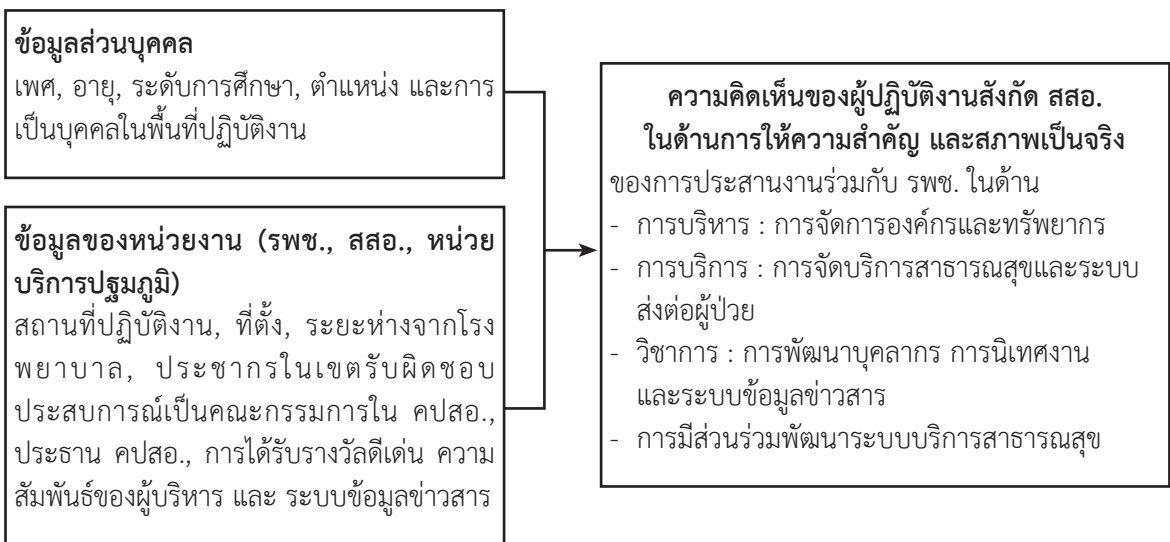
จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและประสบการณ์ทำงานที่มีการประสานงานร่วมกันภายใต้คณะกรรมการ คปสอ. ในทางปฏิบัติการประสานงานระหว่าง รพช., สสอ., PCU, NPCU และ รพ.สต. พบว่ายังไม่เป็นไปตามเป้าหมายและประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร เนื่องจากการบริหารจัดการและการจัดบริการมีรูปแบบที่เปลี่ยนแปลงไป มีความซ้ำซ้อนมากยิ่งขึ้น ความคิดเห็นในการทำงานที่อาจขัดแย้งกันระหว่าง รพช., สสอ., PCU, NPCU และ รพ.สต. ปัญหาการประสานงานในการให้บริการ และระบบส่งต่อที่ขาดประสิทธิภาพ การนิเทศงานไม่ได้ผลเท่าที่ควร เกิดความเครียด ไม่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ปฏิบัติงาน ตลอดจนระบบการทำงานไม่เป็นทีมเดียวกัน (ณัฐธิดา มาลาทอง และคณะ, 2562) นอกจากนี้ยังมีพระราชบัญญัติการกระจายอำนาจตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540

ที่ต้องถ่ายโอนภารกิจบางส่วนของสาธารณสุขให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งส่งผลกระทบต่อ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างขององค์กร และการบริการสาธารณสุขของหน่วยงานระดับอำเภอ ส่งผลต่อรูปแบบการประสานงานในอนาคต (จักรกฤษณ์ วัชรภูมิจิต, 2554: นงเยาว์ สมหวังพรเจริญ, ธีระวุธ ธรรมกุล และอารยา ประเสริฐชัย, 2565) ดังนั้นผู้วิจัยได้ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างความสำคัญกับความ เป็นจริงในการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพอย่างเป็นระบบ รวมทั้งความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานสังกัดสำนักงาน สสอ. ต่อการประสานงานร่วมกับ รพช. สภาพการดำเนินงานร่วมกัน ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ ในการประสานงานของระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ คาดว่า ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ในการกำหนดแผนงาน เพื่อปรับปรุงแก้ไขและพัฒนาการประสานงานในระดับอำเภอให้เกิดประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น โดยเฉพาะผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งเปรียบเสมือนหน่วยบริการเครือข่ายของ รพช. มีความเชื่อมโยงรอยต่อบริการสู่ชุมชนและครอบครัว และวางแผนและพัฒนารูปแบบการประสานงานเพื่อพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานสังกัด สสอ. เกี่ยวกับการประสานงานร่วมกันระหว่าง รพช., สสอ., PCU, NPCU และ รพ.สต. ในด้านบริหาร ด้านบริการ ด้านวิชาการ และด้านการมีส่วนร่วมพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานสังกัด สสอ. PCU/NPCU และ รพ.สต. ตามปัจจัยส่วนบุคคลที่แตกต่างกัน เช่น อายุ ตำแหน่ง ระดับการศึกษา ประสบการณ์การเป็นกรรมการ คปสอ.
3. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานสังกัด สสอ. PCU, NPCU และ รพ.สต. ตามลักษณะทั่วไปของโรงพยาบาลชุมชน PCU, NPCU และ รพ.สต. เช่น ขนาดของโรงพยาบาลชุมชน ระยะทางห่างจาก รพช.

กรอบแนวคิด



ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบความสัมพันธ์เกี่ยวกับการให้ความสำคัญและสภาพความเป็นจริงในด้านการบริหาร การบริการ วิชาการ และการมีส่วนร่วมพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องแล้วจะสามารถส่งเสริมกระบวนการดำเนินงานสาธารณสุขได้บรรลุเป้าหมายได้มากยิ่งขึ้น

2. มีการพัฒนารูปแบบ กระบวนการในการขับเคลื่อนงานสาธารณสุขที่เป็นรูปธรรม ในรูปแบบเครือข่ายทีมงานเดียวกันอย่างเป็นรูปธรรม กำหนดบทบาทหน้าที่ร่วมกันอย่างชัดเจน ทั้งด้านบทบาทที่แยกกันชัดเจน บทบาทหน้าที่ที่ต้องดำเนินการร่วมกัน และบทบาทที่ต้องดำเนินการให้มีความเชื่อมต่อกันระหว่างโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิ

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย (Research Design) การศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใด เวลาหนึ่ง (Cross-sectional Descriptive Study) ประชากรที่ศึกษา (Study Population) คือ ผู้ปฏิบัติงานในสำนักงาน สสอ. PCU, NPCU และ รพ.สต. มีผู้ปฏิบัติงานทั้งหมด 390 คน กลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มเลือกอย่างง่าย (Simple Random Sampling) (การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้กำหนดสัดส่วนความคลาดเคลื่อนที่ระดับ .05 เท่ากับระดับความเชื่อมั่น 95%) โดยการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตร Krejcie and Morgan (Krejcie, R. V. & Morgan, D. W., 1970) ได้จำนวนตัวอย่าง 197 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย (Instrument) ใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็น 3 ส่วนดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถาม มีข้อความ 19 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมีข้อให้เลือกตอบ (Check list) และเติมข้อความ ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นต่อการประสานงานร่วมกับโรงพยาบาลชุมชน 2 ประเด็น คือ การให้ความสำคัญ และสภาพเป็นจริง ในด้านการบริหาร จำนวน 19 ข้อ การบริการ จำนวน 22 ข้อ วิชาการ จำนวน 14 ข้อ การมีส่วนร่วมพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข จำนวน 6 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบให้ แปรผลความคิดเห็น

เป็น 5 ระดับ ดังนี้ มากที่สุด (ร้อยละ 81 – 100) มาก (ร้อยละ 61 – 80) ปานกลาง (ร้อยละ 41 – 60) น้อย (ร้อยละ 21 – 40) น้อยที่สุด (ร้อยละ 0 – 20) และแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ การแปลผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยาย เห็นด้วยน้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.50) เห็นด้วยน้อย (ค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.50) เห็นด้วยปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.51 – 3.50) เห็นด้วยมาก (ค่าเฉลี่ย 3.51 – 4.50) เห็นด้วยมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.51 – 5.00) ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการประสานงานร่วมกัน มีข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมีข้อให้เลือกตอบ (Check list) และคำถามปลายเปิดเติมข้อความ

การตรวจสอบความสมบูรณ์และถูกต้องของแบบสอบถาม 1) ความถูกต้องตามเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิสาธารณสุขอำเภอ นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 5 ท่านเป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและรายละเอียดของข้อคำถาม ความเหมาะสมของภาษาในข้อคำถามทุกข้อ นำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ โดยได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item-objective congruence Index: IOC) = IOC มีค่า 0.50 -1.00 (1) ความน่าเชื่อถือ (Reliability) นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา แล้วไปทดสอบ (Pretest Questionnaire) กับประชากรที่ลักษณะคล้ายกับประชากรที่ศึกษาจำนวน 30 ราย และนำไปแก้ไขข้อบกพร่องก่อนนำไปใช้จริงและหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach 's coefficient alpha) ค่าความน่าเชื่อถือที่คำนวณได้ในแต่ละส่วนของแบบสอบถาม ดังนี้ การให้ความสำคัญต่อการประสานงานโดยรวม 0.9783 สภาพเป็นจริงของการประสานงานโดยรวม 0.9482 การให้ความสำคัญต่อการประสานงานด้านการบริหาร 0.9309 สภาพเป็นจริงของการประสานงานด้านการบริหาร 0.8709 การให้ความสำคัญต่อการประสานงานในด้านการบริการ 0.9635 สภาพเป็นจริงของการประสานงานด้านการบริการ 0.8842 การให้ความสำคัญต่อการประสานงานด้านวิชาการ 0.8682 สภาพเป็นจริงของการประสานงานด้านวิชาการ 0.7416 การให้ความสำคัญของ

การประสานงานด้านการมีส่วนร่วม 0.9605 สภาพเป็นจริงของการประสานงานด้านการมีส่วนร่วม 0.9360

การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

การดำเนินการวิจัย ตั้งแต่วันที่ สิงหาคม – 30 กันยายน 2566 โดยจัดทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช พร้อมแบบสอบถามส่งให้กับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในเขตอำเภอที่ตั้งของ รพช. เพื่อมอบหมายให้นักวิชาการสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานระดับ สสอ. เป็นผู้ประสานเป็นงานในการจัดส่งและเก็บรวบรวมแบบสอบถามส่งกลับ รวมทั้งประสานงานกับผู้รับผิดชอบงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ช่วยในการกำกับและติดตามแบบสอบถาม และติดต่อประสานงานเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือดำเนินการจัดเก็บรวบรวมข้อมูลโดยส่งแบบสอบถามให้แก่ผู้เกี่ยวข้อง เมื่อตอบแบบสอบถามเสร็จแล้วส่งแบบสอบถามกลับมายัง สสอ. เพื่อรวบรวมส่งกลับมายังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

นำข้อมูลที่ได้แปลงรหัสตามคู่มือ สร้างแฟ้มข้อมูล บันทึกและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ในการทดสอบสมมติฐานการวิจัย เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยความสำคัญกับสภาพเป็นจริงโดยนำผลต่างของคะแนนเฉลี่ยความสำคัญกับสภาพเป็นจริงมาทดสอบเงื่อนไขการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normal distribution) โดยใช้ Kolmogorov-Smirnov Test (K-S) พบว่า มีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ ดังนั้นจึงใช้ paired t-test ในการทดสอบ กรณีมีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ (โค้งเบ้ซ้าย) จึงใช้ Mann-Whitney U-test สำหรับตัวแปรที่มีลักษณะ 2 กลุ่ม (Categories) และ Kruskal-Wallis H test สำหรับตัวแปรที่มีลักษณะมากกว่า 2 กลุ่ม (Categories)

จริยธรรมในการวิจัย

ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงาน

สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เอกสารรับรองเลขที่ 068/2566 และผู้วิจัยได้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการศึกษาวิจัย และสิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยซึ่งจะไม่มีผลกระทบใดๆ หากยุติการเข้าร่วมวิจัย

ผลการศึกษา

ผู้ปฏิบัติงานสังกัด สสอ. PCU, NPCU และ รพ.สต. ในจังหวัดนครศรีธรรมราช ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.8 อายุระหว่าง 30 – 39 ปี ร้อยละ 40.6 มีอายุเฉลี่ย 35.1 ปี มีระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 53.8 ดำรงตำแหน่งในระดับบริการ ร้อยละ 56.9 มีอายุงานอยู่ระหว่าง 6 – 10 ปี ร้อยละ 41.1 ผู้ปฏิบัติงานเป็นบุคคลในพื้นที่ที่ปฏิบัติงานร้อยละ 73.6 ส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์เป็น คปสอ. ร้อยละ 67.5 สำหรับผู้ที่มีประสบการณ์การเป็นกรรมการ คปสอ. ในปัจจุบัน ส่วนใหญ่มีระยะเวลาเป็นกรรมการน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 70.3

ลักษณะหน่วยงานและปัจจัยอื่นๆ ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่มีการประสานงานร่วมกับโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง ร้อยละ 38.1 มีการปฏิบัติงานที่ รพ.สต. ร้อยละ 49.7 มีสถานที่ปฏิบัติงานมีระยะทางห่างจากโรงพยาบาล 1 – 5 กิโลเมตร ร้อยละ 40.1 และ PCU, NPCU รับผิดชอบประชากรมากกว่า 8,000 คน ร้อยละ 58.5 ส่วน รพ.สต. รับผิดชอบประชากรน้อยกว่า 8,000 คน ร้อยละ 41.5 ทั้ง PCU, NPCU มีการรวบรวมโดยมีศูนย์ข้อมูลข่าวสาร ร้อยละ 59.9 นอกจากนี้หน่วยงาน ร้อยละ 65.0 ไม่เคยได้รับรางวัลใดๆ ประธาน คปสอ. ร้อยละ 69.5 ส่วนใหญ่เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้บริหาร รพช./สสอ. มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ร้อยละ 88.8 ประสิทธิภาพทีมงาน รพช./หน่วยบริการปฐมภูมิ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 61.9 อย่างไรก็ตาม ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่เห็นควรปรับปรุงประเด็นมีการพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงาน ร้อยละ 24.4 นอกจากนี้การแต่งตั้งคณะกรรมการ คปสอ. ควรมีอาสาสมัครสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้เข้ามามีส่วนร่วมเป็นกรรมการด้วย ร้อยละ 61.9

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการใช้ความสำคัญและสภาพเป็นจริงของการประสานงาน พบ

ว่ามีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสำคัญและคะแนนเฉลี่ยสภาพเป็นจริงแต่ละข้อ ดังนี้ ด้านการบริหาร ด้านการบริการ ด้านวิชาการ ด้านการมีส่วนร่วม มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการให้ความสำคัญกับสภาพเป็นจริงแตกต่างกันทุกกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะมีความแตกต่างมาก ในด้าน 1) มีการประเมินผลและตรวจสอบการจัดบริการ โดยประชาชนและองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง 2) ประชาชนมีทางเลือกในการเสนอความคิดเห็นเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการได้หลายวิธี 3) ประชาชนมีโอกาสนเสนอความคิดเห็นในการพัฒนาการบริการสุขภาพตลอดเวลา

การให้ความสำคัญต่อการประสานงาน เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสำคัญต่อการประสานงาน ในภาพรวมส่วนใหญ่ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสำคัญด้านปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ ระดับการศึกษา และประสบการณ์การเป็นกรรมการ คปสอ. ไม่มีความแตกต่างกัน ยกเว้นตำแหน่ง พบว่าผู้ปฏิบัติงานที่มีตำแหน่งแตกต่างกัน มีค่าคะแนนเฉลี่ยความสำคัญรายด้านมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยตำแหน่งด้านบริการ จะให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญสูงกว่าตำแหน่งระดับบริหาร วิชาการ และ การมีส่วนร่วม (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสำคัญรายด้านจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล		คะแนนเฉลี่ยความสำคัญรายด้าน (Mean Rank)				รวม
		บริหาร	บริการ	วิชาการ	มีส่วนร่วม	
อายุ ^b (ปี)	20 – 29	96.24	99.09	107.00	97.76	72
	30 – 39	100.21	99.94	91.84	102.14	80
	40 – 49	109.21	106.40	104.15	90.88	26
	50 – 59	90.39	84.55	91.79	101.58	19
	p-value	0.686	0.639	0.358	0.835	
ระดับการศึกษา ^a	ต่ำกว่าปริญญาตรี	95.84	95.43	98.55	99.47	91
	ปริญญาตรีขึ้นไป	101.71	102.06	99.38	98.59	106
	p-value	0.469	0.414	0.919	0.913	
ตำแหน่ง ^b	บริหาร	98.66	64.41	93.70	102.09	28
	วิชาการ	92.65	11.52	100.39	94.31	109
	บริการ	110.70	92.40	98.96	106.08	60
	p-value	0.141	< 0.001*	0.857	0.410	
ประสบการณ์	ไม่มี	103.48	97.28	102.38	97.37	133
เป็นกรรมการ	มี	89.69	102.57	91.97	102.38	64
คปสอ. ^a	p-value	0.110	0.541	0.228	0.559	

^aMann Whitney U test ^bKruskal – Wallis H test *มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสำคัญรายด้าน จำแนกตามลักษณะหน่วยงาน มีคะแนนเฉลี่ยความสำคัญแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่า สถานที่ปฏิบัติงานระยะห่างจากโรงพยาบาลที่ต่างกันมีผลต่อคะแนนเฉลี่ยความสำคัญด้านบริการ

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนด้านการบริหาร วิชาการและการมีส่วนร่วม ไม่มีความแตกต่างกันและระบบข้อมูลข่าวสาร การรวบรวมข้อมูลข่าวสารที่ต่างกัน มีผลต่อคะแนนเฉลี่ยความสำคัญด้านวิชาการ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสำคัญรายด้าน จำแนกตามลักษณะหน่วยงาน

ลักษณะหน่วยงาน		คะแนนเฉลี่ยความสำคัญรายด้าน (Mean Rank)				รวม
		บริหาร	บริการ	วิชาการ	มีส่วนร่วม	
ขนาดรพ. ^b	10 เดียง	101.02	92.87	110.24	94.74	27
(ที่ประสานงานด้วย)	30 เดียง	102.81	98.88	97.17	103.25	70
	60 เดียง	95.79	101.45	93.59	94.50	71
	90 เดียง	95.79	99.00	106.19	103.72	29
	p-value	0.881	0.930	0.523	0.751	
สถานที่ปฏิบัติงาน ^b	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	98.95	97.67	87.16	98.59	44
	PCU/NPCU	92.60	97.62	107.89	101.65	55
	รพ.สต.	102.61	100.37	99.33	98.59	98
	p-value	0.578	0.945	0.195	0.901	
สถานที่ปฏิบัติงาน	1 – 5 กม.	97.94	92.78	105.99	97.67	79
มีระยะทางห่าง	6 – 10 กม.	93.50	98.13	82.44	80.72	52
จาก รพ. ^b	11 – 15 กม.	101.59	109.19	107.39	116.88	32
	16 – 20 กม.	108.86	94.44	109.14	128.92	18
	21 กม.ขึ้นไป	104.58	117.25	90.13	95.56	16
	p-value	0.871	0.440	0.121	0.008*	
ประธาน คปสอ. ^a	ผู้อำนวยการ รพช.	99.27	96.83	98.73	101.14	137
	สาธารณสุขอำเภอ	98.38	103.96	99.61	94.12	60
	p-value	0.919	0.418	0.921	0.421	
ความสัมพันธ์ผู้บริหาร ^a	ความสัมพันธ์ดี	94.44	90.40	97.35	95.80	66
	ขัดแย้ง	101.30	103.33	99.83	100.61	131
	p-value	0.424	0.132	0.772	0.571	
ระบบข้อมูลข่าวสาร ^a	มีศูนย์ข้อมูล	105.37	88.33	112.48	108.17	66
	ไม่มีศูนย์ข้อมูล	95.79	104.37	92.21	94.38	131
	p-value	0.264	0.061	0.018*	0.105	
ประสิทธิภาพทีมงาน	ต่ำ	100.45	109.58	98.75	102.76	76
รพช./หน่วยบริการ	ปานกลาง	104.73	90.64	98.96	95.89	91
ปฐมนูมิ ^b	สูง	77.93	97.55	99.68	98.92	30
	p-value	0.078	0.099	0.997	0.736	

^aMann Whitney U test ^bKruskal – Wallis H test * มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p < 0.05

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นต่อสภาพเป็นจริง พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านตำแหน่ง ผู้ปฏิบัติงานที่มีตำแหน่งแตกต่างกัน ให้คะแนนเฉลี่ยสภาพเป็นจริงด้านวิชาการ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยตำแหน่ง

ระดับบริหาร บริการ และการมีส่วนร่วมมีคะแนนเฉลี่ยสภาพเป็นจริงด้านวิชาการ สูงกว่าตำแหน่งระดับบริหาร บริการ และการมีส่วนร่วม ซึ่งทั้ง 3 ด้าน มีคะแนนเฉลี่ยสภาพเป็นจริงไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยสภาพเป็นจริงรายด้าน จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล		คะแนนเฉลี่ยสภาพเป็นจริงรายด้าน (Mean Rank)				รวม
		บริหาร	บริการ	วิชาการ	มีส่วนร่วม	
อายุ ^b (ปี)	20 – 29	99.98	96.12	108.07	96.82	72
	30 – 39	93.29	104.87	96.93	104.35	80
	40 – 49	107.50	97.54	97.46	90.40	26
	50 – 59	107.71	87.21	75.47	96.50	19
	p-value	0.603	0.600	0.156	0.688	
ระดับการ	ต่ำกว่าปริญญาตรี	89.92	103.33	99.72	98.81	91
ศึกษา ^a	ปริญญาตรีขึ้นไป	106.79	95.28	98.38	99.17	106
	p-value	0.038*	0.322	0.869	0.965	
ตำแหน่ง ^b	บริหาร	93.64	97.09	92.48	96.05	28
	วิชาการ	104.69	102.20	109.20	96.23	109
	บริการ	91.16	94.08	83.52	105.40	60
	p-value	0.285	0.662	0.015*	0.573	
ประสบการณ์	ไม่มี	96.42	99.79	99.01	98.21	133
เป็นกรรมการ	มี	104.36	97.37	98.98	100.63	64
คปสอ. ^a	p-value	0.359	0.780	0.997	0.778	

^aMann Whitney U test ^bKruskal – Wallis H test * มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นต่อสภาพเป็นจริง พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามปัจจัยส่วนบุคคล มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยที่เป็นสภาพจริงรายด้านและระดับนัยสำคัญทางสถิติ จำแนกตามลักษณะหน่วยงานและปัจจัยอื่นๆ

ลักษณะหน่วยงานและปัจจัยอื่น ๆ		คะแนนเฉลี่ยสภาพเป็นจริงรายด้าน (Mean Rank)				รวม
		บริหาร	บริการ	วิชาการ	มีส่วนร่วม	
ขนาดรพ. a	10 เดียง	109.56	102.44	109.52	89.93	27
(ที่ประสานงานด้วย)	30 เดียง	95.27	93.96	96.01	105.71	70
	60 เดียง	100.25	107.98	98.25	94.65	71
	90 เดียง	95.10	85.98	98.26	101.90	26
	p-value	0.705	0.268	0.768	0.532	
สถานที่	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	86.55	95.10	101.84	95.57	44
ปฏิบัติงาน b	PCU/NPCU	110.51	92.86	93.22	100.15	55
	รพ.สต.	98.13	104.19	100.97	99.89	98
	p-value	0.111	0.435	0.671	0.900	
สถานที่ปฏิบัติ	1 – 5 กม.	99.73	85.46	96.77	99.01	79
งานมีระยะทาง	6 – 10 กม.	101.49	110.17	110.50	81.30	52
ห่างจากรพ. b	11 – 15 กม.	108.48	108.84	89.59	115.97	32
	16 – 20 กม.	85.56	99.81	87.89	126.28	18
	21 กม.ขึ้นไป	88.41	108.94	103.94	91.88	16
	p-value	0.635	0.094	0.414	0.014*	
ประธาน คปสอ. a	ผู้อำนวยการ รพช.	95.82	97.66	97.41	101.61	137
	สาธารณสุขอำเภอ	106.27	102.06	102.63	93.03	60
	p-value	0.235	0.617	0.552	0.325	
ความสัมพันธ์	ความสัมพันธ์ดี	84.63	103.11	95.21	91.27	66
ผู้บริหาร a	ชัดเจน	106.24	96.93	100.91	102.89	131
	p-value	0.012*	0.471	0.506	0.172	
ระบบข้อมูล	มีศูนย์ข้อมูล	99.43	86.37	94.27	110.41	66
ข่าวสาร a	ไม่มีศูนย์ข้อมูล	98.78	105.36	101.39	93.25	131
	p-value	0.940	0.027*	0.406	0.044	
ประสิทธิภาพ	ต่ำ	99.68	98.86	100.51	104.83	76
ทีมงานรพช. /สอ. b	ปานกลาง	100.31	101.90	99.62	95.93	91
	สูง	93.28	90.57	93.30	93.53	30
	p-value	0.834	0.639	0.832	0.505	

^aMann Whitney U test ^bKruskal – Wallis H test * มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p < 0.05

อภิปรายผล

ความสัมพันธ์ของผู้ปฏิบัติงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอกับโรงพยาบาลชุมชน ต้องอาศัยศาสตร์และศิลป์ในการบริหารจัดการอย่างมาก ยอมรับความแตกต่างซึ่งกันและกัน เพื่อร่วมกำหนดเป้าหมายและทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอโดย CUP Management สร้างความเป็นเอกภาพ ประสานงานอย่างกลมกลืนเป็นเนื้อเดียวกัน ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการบริหารจัดการมีความคล่องตัวขององค์กร สอดคล้องกับการศึกษาของตรัยมาส คงเรือง และคณะ ที่พบว่าบทบาทผู้ประสานงานและติดตามความก้าวหน้าอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง กระตุ้นให้ประชาชนมีส่วนร่วม จัดระบบสุขภาพ สามารถขับเคลื่อนการจัดระบบสุขภาพระดับอำเภอผลลัพธ์คือการดำเนินงานที่ตอบสนองความต้องการอย่างแท้จริงตามบริบทในพื้นที่ อย่างไรก็ตามยังพบปัญหาและอุปสรรคที่พบคือ การประสานงานให้เกิดความร่วมมือทั้งภายในและภายนอก และการรับรู้บทบาทและความรับผิดชอบการขับเคลื่อนระบบสุขภาพของหน่วยงานภายนอก (ตรัยมาส คงเรือง และคณะ, 2563) ดังนั้นคณะกรรมการบริหาร CUP การพัฒนาระบบและกลไกการทำงาน ต้องมีการประสานงานในพื้นที่ โดยมีโครงสร้างหน่วยงานที่ชัดเจนในรูปแบบคณะกรรมการ เพื่อรองรับภารกิจและทำหน้าที่ร่วมกันทำงานแบบบูรณาการในระดับอำเภอและจังหวัด (พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และสุรัชย์ โชคครรชิตไชย, 2561) ซึ่งการประชุมสม่ำเสมอและต่อเนื่องจะเป็นแนวทางสำคัญในการจัดการความรู้ใน CUP ทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ เพื่อชี้แจงความจำเป็นในการขับเคลื่อนงานการบริหารจัดการภายใน CUP สร้างความเข้าใจและแก้ไขปัญหาร่วมกัน ยังเป็นการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันระหว่าง รพ., สสอ. และตัวแทนจากหน่วยบริการปฐมภูมิร่วมเป็นคณะกรรมการบริหารจะช่วยลดช่องว่างที่เกิดขึ้น เพิ่มโอกาสในการสื่อสาร แลกเปลี่ยนแนวคิดและประสบการณ์ ตลอดจนสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว ร่วมคิดวิเคราะห์ ร่วมจัดทำแนวทางปฏิบัติ และร่วมติดตามประเมินผล เสมือนเป็นองค์กรเดียวกัน เน้นการพัฒนาบูรณาการงานร่วมกันทุกด้าน (อดุลย์ บำรุง, 2562) ระหว่าง รพช./สสอ./หน่วยบริการปฐมภูมิ ด้านการ

บริหาร (1) กำหนดเป้าหมายร่วมกันเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการอย่างจริงจัง (2) ประชุมเพื่อวางแผนและประสานแผนร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ (3) กำหนดแผนงานร่วมกัน เพื่อให้บริการทั่วถึงทั้งอำเภออย่างชัดเจน ด้านการบริการ (1) การสนับสนุนให้ชุมชนมีการพัฒนา/จัดตั้งองค์กรเน้นการพึ่งตนเอง (2) การบริการรับ-ส่งต่อ ผู้ป่วยที่สะดวกรวดเร็วตลอด 24 ชั่วโมง (3) การให้ความรู้ คำปรึกษากับประชาชนให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองและชุมชนในเบื้องต้น สร้างความตระหนักรู้ ด้านวิชาการ (1) การจัดให้มีเครื่องมือที่ทันสมัยในการติดต่อสื่อสารเพียงพอ (2) ผู้นิเทศจาก รพช.มีความรู้ในเรื่องที่นิเทศดี เน้นการนิเทศเสริมพลัง (สุภภัทร นักรู้กำพลพัฒน์ และคณะ, 2559) ซึ่งเป็นกระบวนการติดตามการดำเนินการ อธิบายให้ผู้ปฏิบัติงานเข้าใจได้ชัดเจน (3) การจัดระบบข้อมูล สมบูรณ์ถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน (พัชรา กาญจน์ คงทวีพันธ์, 2563) ด้านการมีส่วนร่วม (1) การเปิดโอกาสให้ประชาชน/องค์กรชุมชน มีส่วนร่วมเป็นกรรมการ วางแผนดำเนินการเพื่อพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข (2) มีช่องทางเลือกให้ประชาชนเสนอความคิดเห็นเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ (3) การให้ประชาชน/องค์กรชุมชน มีส่วนร่วมในการประเมินผลและตรวจสอบการจัดบริการ อย่างไรก็ตาม ในระยะยาวควรมีการเตรียมการและพัฒนาองค์กรที่เป็นเอกภาพ มีประสิทธิภาพในการบริหารจัดการที่ดีต่อไปการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการ คปสอ. และ CUP Management ปัจจัยสำคัญในการดำเนินงานขับเคลื่อนด้านสาธารณสุขคือ การทำงานเป็นทีม (อดุลย์ บำรุง, 2562) การบริหารจัดการร่วมกันเป็นเครือข่าย รวมทั้งบรรยากาศในการทำงานที่ดีไม่มีภาวะตึงเครียด ตลอดจนการสนับสนุนให้องค์กรมีขวัญกำลังใจและความสุขในการปฏิบัติงานย่อมส่งผลให้บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กำหนดไว้ อย่างมีประสิทธิภาพ นำไปสู่การปฏิบัติตามบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่ CUP มีบทบาทในการขับเคลื่อนงานสาธารณสุข เมื่อมีปัญหาจะให้การช่วยเหลือโดยมีฝ่ายยุทธศาสตร์ของสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้ดูแลโดยควรสนับสนุนงบประมาณ สนับสนุนด้านกำลังคน และด้านวัสดุอุปกรณ์ ให้เพียงพอและเหมาะสม พัฒนาระบบการวางแผน

การสร้างภาวะผู้นำ และเพิ่มพูนความรู้ความสามารถให้กับคณะกรรมการ และสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่างๆ ให้มากยิ่งขึ้น (ประเสริฐ บินตะคุ และกุสุมาลี โพธิ์ปัสสา, 2559) มุ่งเน้นการประสานงาน การวางแผนเพื่อการพัฒนา การสนับสนุนส่งเสริมการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ให้มีประสิทธิภาพ อันจะนำไปสู่เป้าหมายคือ ประชาชนสุขภาพดีมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. พัฒนารูปแบบกระบวนการในการขับเคลื่อนระบบการบริหารจัดการ คปสอ.ให้มีลักษณะเป็นเครือข่ายเดียวกันอย่างเป็นรูปธรรม โดยกำหนดบทบาทหน้าที่ร่วมกันอย่างชัดเจน (บทบาทหลัก บทบาทรอง บทบาทร่วม) ซึ่งต้องดำเนินการร่วมกัน ทิศทางการทำงาน มีความเชื่อมโยงกัน

2. เสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้นำ และผู้ปฏิบัติงานทุกระดับของโรงพยาบาล และสาธารณสุขอำเภอ เช่น จัดกิจกรรมร่วมกัน ร่วมสร้างค่านิยมการให้ความสำคัญซึ่งกันและกัน ตั้งแต่ระดับต้นน้ำ การคัดกรองผู้ป่วยก่อนเข้ารับบริการในโรงพยาบาล ลดความแออัด และระยะเวลารอคอย เป็นการเชื่อมต่อระบบบริการสาธารณสุขให้เป็นทีมงานเดียวกัน ภายใต้การบริหารจัดการและวางแผนงานร่วมกันอย่างเหมาะสมในแต่ละพื้นที่

3. แผนพัฒนากำลังคนด้านการบริหาร วิชาการ คุณธรรมและจริยธรรม ในประเด็นสำคัญ ได้แก่ การบริหารจัดการที่เข้มแข็ง นักเจรจาไกล่เกลี่ยต่อรอง การจัดการกับความขัดแย้ง การบริหารจัดการ ทักษะการทำงานเป็นทีม การพัฒนางานสาธารณสุขเชิงรุก การทำงานแบบมีส่วนร่วมทั้งผู้ปฏิบัติงาน/ประชาชน เสริมสร้างความรับผิดชอบในการทำงานร่วมกัน

4. พัฒนารูปแบบกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน สนับสนุนวิชาการ องค์ความรู้ เทคโนโลยีใหม่ๆ ทันสมัย ได้แก่ระบบติดต่อสื่อสารให้มีประสิทธิภาพ เช่น ช่องสื่อสาร Line OA, GIS Mapping หรือ สนับสนุนยานพาหนะในการส่งต่อผู้ป่วย เป็นต้น

5. ระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่มีความคล่องตัว รวดเร็ว เน้นความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ มีแพทย์

เวชศาสตร์ครอบครัวประจำในการบริการรักษาพยาบาล ร่วมกับระบบปรึกษาผ่าน TeleMed ใช้ Application ในการเชื่อมต่อระบบบริการระหว่างโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งด้านงานเชิงรุก Early Warning Sign, Early diagnosis และ Early Treatment และมีแผนตั้งรับภาวะวิกฤตฉุกเฉิน

6. ระบบข้อมูลข่าวสารให้มีศูนย์ข้อมูลข่าวสารทุกอำเภอ มีผู้รับผิดชอบชัดเจน ภายใต้ PDPA และมีการจัดเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ ครอบคลุมถูกต้อง และมีความสมบูรณ์เพียงพอเท่าที่จำเป็นสำหรับใช้ประโยชน์

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

1. ศึกษาความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และหน่วยบริการปฐมภูมิต่อการประสานร่วมกัน ในด้าน 1) โครงสร้างองค์กรกลาง/ภาวะผู้นำ 2) ความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงาน 3) การบริการเชิงรับและเชิงรุก 4) ด้านวิจัยและพัฒนา 5) ด้านระบบส่งต่อผู้ป่วย 6) ด้านระบบข้อมูลข่าวสาร 7) ด้านการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงาน/องค์กรชุมชน/ประชาชน และ 8) ด้านประสิทธิภาพทีมงานสาธารณสุข

2. ศึกษารูปแบบการประสานงานของระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอในกระบวนการกระจายอำนาจด้วยการถ่ายโอนระหว่าง รพ.สต. และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) รูปแบบของระบบสุขภาพในบทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

3. ศึกษาการนิเทศงานสาธารณสุขกับกระบวนการกระจายอำนาจ

เอกสารอ้างอิง

- จักรกฤษณ์ วัชรภูมิจิต. (2554). การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข: ความเป็นมาสถานการณ์และแนวโน้มในอนาคต. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 5(4): 530 -538.
- ตรัยมาส คงเรือง และคณะ. (2563). บทบาทในการร่วมขับเคลื่อนการจัดระบบสุขภาพระดับอำเภอของพยาบาลปฏิบัติ การงานปฐมภูมิ โรงพยาบาลชุมชน เครือข่ายบริการสุขภาพที่ 12. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 40(4): 74-84.
- ประเสริฐ บินตะคุ และกุสุมาลี โพธิ์ปัสสา. (2559). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานตามนโยบายและยุทธศาสตร์ การพัฒนาสุขภาพของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) จังหวัดบึงกาฬ. บทความ วิจัย. <https://bkpho.moph.go.th/ssjweb/bkresearch/index.php?fn=search&room=all&page=2>
- พัชรภาณุจันท์ คงทวีพันธ์. (2563). ผลลัพธ์การขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนารูปแบบการนิเทศติดตามงานเครือข่ายสุขภาพ ระดับอำเภอ (District Health System: DHS) จังหวัดเชียงใหม่, วารสารวิทยาลัย
- พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และสุรัชย์ โชคครรชิตไชย. (2561). การจัดบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ: กรณีศึกษาพื้นที่ กรุงเทพมหานคร. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 8(1): 152-61.
- สุวภัทร นักรู้กำพลพัฒน์, นิชนันท์ สุวรรณกัญญา, ยมนา ชนะนิล และภูษณิศมา มีนาเขตร. (2559). การประเมินผลการดำเนินการของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ กรณีอำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี. วารสาร มนุษยศาสตร์ และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. 7(2):105-130
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2560) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566 - 2570) หน้าที่ 1 เล่มที่ 139 ตอนพิเศษ 258 ง ราชกิจจานุเบกษา 1 พฤศจิกายน 2565. ประกาศ ณ วันที่ 24 ตุลาคม พุทธศักราช 2565 เป็นปีที่ 7 ในรัชกาลปัจจุบัน
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข พ.ศ. 2560 –2579. สืบค้นวันที่ 25 กรกฎาคม 2566 http://bps.moph.go.th/new_bps/Public_Document
- อดุลย์ บำรุง. (2562). ข้อเสนอแนะการพัฒนาสมรรถนะคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.) วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 1(1); 87-101.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง : กรณีศึกษา 2 ราย Nursing Care of Patient Stroke : 2 Case Study

อมรรัตน์ รัตนพันธุ์
Amornrat Rattanaphan
โรงพยาบาลบางขัน
Bangkhan hospital

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตและความพิการ อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกต่างกันตามลักษณะทางกายวิภาคและตำแหน่งที่เกิดขึ้น บทบาทพยาบาลที่สำคัญมาก คือการซักประวัติเบื้องต้น การประเมินสัญญาณชีพและประเมินการทำงานของระบบประสาทสมอง เพื่อทราบแนวทางการรักษาที่ลดภาวะสมองถูกทำลายและเพิ่มโอกาสการฟื้นหายอย่างรวดเร็ว และการฟื้นฟูสภาพรวมทั้งการให้ความรู้ผู้ดูแลในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังจำหน่าย

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสาเหตุ อาการและอาการแสดง การรักษา และการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้วิธีการศึกษาจากกรณีศึกษา 2 ราย

ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษา ทั้ง 2 ราย มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง คือ โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูงและเบาหวาน มีอาการและอาการแสดงเหมือนกัน คือเกิดความพิการในการเคลื่อนไหวทั้งแขนและขา และมีความผิดปกติเกี่ยวกับการพูด แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย คือการรักษาแบบประคับประคอง ได้แก่ ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ให้ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด และจัดทำให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30 องศา

บทบาทพยาบาลงานบริการผู้ป่วยในของโรงพยาบาลระดับ 30 เตียง คือ การซักประวัติเบื้องต้น การประเมินสัญญาณชีพและประเมินการทำงานของระบบประสาทสมอง เพื่อเป็นแนวทางการดูแลรักษาและส่งต่อผู้ป่วยเพื่อเข้าถึงยาลดไขมันเลือดได้รวดเร็ว หรือภายใน 4 ชั่วโมงหลังผู้ป่วยมีอาการ จะลดโอกาสการเสียชีวิตและความพิการที่เกิดจากสมองถูกทำลายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : โรคหลอดเลือดสมอง, การพยาบาล, การดูแลแบบประคับประคอง

Abstract

Stroke is a leading cause of death and disability. Signs and Symptoms of stroke patients vary difference according to their anatomy and location. The role of nurses is very important is a preliminary history taking, assessment of vital signs and neuro sign to know treatment methods that will reduce brain damage and increase the chance of a speedy recovery and rehabilitation, including educating caregivers in preventing post-discharge complications.

Objective: To study the causes, signs and symptoms, treatment and nursing care for patients with stroke. Using the study method of 2 case studies.

The results of the study found that both case studies had risk factors for stroke, namely high blood pressure, high blood fat and diabetes. They have the same signs and symptoms are disability in movement of both arms and legs, and has speech disorders. Guidelines for care are supportive treatment, including intravenous fluid administration, give medication to prevent blood clotting and position the patient to lie with the head elevated at 30 degrees.

The role of the inpatient service nurse in a 30-bed hospital is to take a basic history. assessment of vital signs and neuro sign. A guideline for care and referral of patients to access blood clot-dissolving drugs quickly or within 4 hours after the patient has symptoms, it will effectively reduce the chance of death and disability caused by brain damage.

Keywords : Stroke, Nursing, Palliative treatment

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease, Stroke) หรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นโรคทางระบบประสาทที่พบบ่อย เป็นหนึ่งในสาเหตุหลักของการเสียชีวิตและความพิการทั่วโลกและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องซึ่ง 1 ใน 4 ของประชากรที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไป และร้อยละ 90 ของโรคหลอดเลือดสมองสามารถป้องกันได้ จากข้อมูลองค์การโรคหลอดเลือดสมองโลก (World Stroke Organization : WSO) พบว่า สาเหตุการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองนับเป็นอันดับที่ 2 ของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั่วโลกและเป็นอันดับ 5 ของประชากรอายุ 15 - 59 ปี ทั้งแนวโน้มยังมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในปี 2562 ทั่วโลกพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกว่า 101 ล้านคน เป็นผู้ป่วยรายใหม่ 12 ล้านคน (ทุกๆ 3 วินาทีจะพบผู้ป่วยรายใหม่ 1 คน) และเสียชีวิตมากถึง 6.5 ล้านคนในประเทศไทย สถิติรายงานจากกระทรวงสาธารณสุขปี 2566 พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงเช่นกัน เป็นจำนวนผู้ป่วยมากถึง 349,126 คน และเสียชีวิต 36,214 คน เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง และส่วนใหญ่อายุมากกว่า 70 ปี ในเขตสุขภาพที่ 11 สถิติข้อมูลในระบบคลังข้อมูลสุขภาพ HDC กระทรวงสาธารณสุข 2566 พบว่ามีผู้ป่วยรายใหม่จากโรคหลอดเลือดสมอง 1,019 คน และจากสถิติข้อมูลโรงพยาบาลบางชั้น จากปี 2563 - 2566 พบว่ามีจำนวนผู้มารับบริการที่รับไว้ดูแลในหอผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองสถิติเพิ่มขึ้นในแต่ละปีอย่างต่อเนื่องเช่นกัน 22 , 29 , 45 และ 62 คน จากข้อมูลไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิตขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล แต่พบว่า ในปี 2566 มีผู้ป่วยมีค่าคะแนน Barthel index น้อยกว่า 15 คะแนน 18 ราย ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพา นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่ต้องกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น

ติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ 2 ราย ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ 1 ราย เกิดแผลกดทับ 1 ราย ข้อติดแข็ง 2 ราย และกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน 2 ราย ถึงแม้ว่าจะมีจำนวนไม่มากแต่ส่งผลให้เกิดการเสียชีวิตหรือพิการตามมามากขึ้น

ข้อมูลทั้งหมดนี้แสดงให้เห็นถึงขนาดของปัญหาและความคุ้มค่าในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หากบุคลากรในหน่วยงานมีความรู้ทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งในเชิงรับที่โรงพยาบาล และเชิงรุกในการป้องกันในชุมชน ก็จะสามารถลดจำนวน และลดงบประมาณในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ศึกษาในบทบาทหัวหน้างานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบางชั้น ซึ่งมีบทบาทในการบริหาร ควบคุมกำกับให้บุคลากรพยาบาลในหน่วยงานบริการผู้ป่วยในได้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามมาตรฐาน ทั้งในภาวะปกติ และกรณีฉุกเฉิน และมีหน้าที่ถ่ายทอดองค์ความรู้ทางการพยาบาล วิธีการป้องกัน รักษา และฟื้นฟู แก่ผู้ป่วยและญาติ ตลอดถึงภาคีเครือข่าย จึงได้จัดการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กรณีศึกษาขึ้น โดยมีจุดมุ่งหมายที่จะใช้กรณีตัวอย่างทั้ง 2 กรณี ซึ่งเป็นตัวอย่างที่พบได้บ่อย มีความซับซ้อนทั้งในด้านตัวโรค การดำเนินของโรค ตลอดจนปัจจัยแวดล้อมที่สนับสนุนให้อาการของโรคเลวลงหรือดีขึ้น อาทิ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็น ตลอดจนความตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเอง ปัจจัยด้านคุณค่า ความเชื่อ ทางด้านเศรษฐกิจ และสังคมของผู้ป่วย และ ญาติ ในการนี้ เพื่อนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยรายอื่นๆ ซึ่งอาจจะมีปัญหาคล้ายๆ กัน เช่น ปัญหาการรับยาไม่ต่อเนื่อง ขาดนัด การศึกษากรณีตัวอย่างจึงมุ่งเน้นไปที่การค้นหาวิธีการแก้ปัญหาในเชิงระบบโดยการสร้างเครื่องมือเพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติที่เป็นไปในทาง

เดียวกัน มีการดึงเอาหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้องเข้ามาช่วยแก้ปัญหา มีการนำเอา Technology การสื่อสารทางไกล หรือ Telemedicine มาใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลต่อเนื่อง ซึ่งถือเป็นโอกาสพัฒนาในลำดับต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพยาธิสภาพ สาเหตุ อาการ และอาการแสดง และการรักษาโรคหลอดเลือดตมอง
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดตมอง จากกรณีศึกษา 2 ราย

วิธีการศึกษา

การศึกษาเพื่อเปรียบเทียบการศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดตมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 2 ราย โดยเลือกผู้ป่วยที่ส่งกลับจากโรงพยาบาลทุ่งสง ที่ต้องให้การดูแลในระยะ Acute Phase ภายใน 72 ชั่วโมงแรก และมีภาวะพึ่งพาโดยใช้เกณฑ์การประเมินคะแนน Barthel index น้อยกว่า 15 คะแนน ขออนุญาตผู้ป่วยเพื่อนำมาเป็นกรณีศึกษา อธิบายวัตถุประสงค์ ประเมินสภาพผู้ป่วย ให้การพยาบาลผู้ป่วยขณะนอนพัก รักษาตัวในโรงพยาบาล และติดตามเยี่ยม ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 ระหว่างวันที่ 27 กรกฎาคม 2566 ถึงวันที่ 9 พฤศจิกายน 2566 ติดตามเยี่ยมที่ผู้ป่วยนอก 2 ครั้ง ติดตามเยี่ยมบ้าน 3 ครั้ง รวมระยะเวลา 112 วัน ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 ระหว่างวันที่ 28 สิงหาคม 2566 ถึงวันที่ 9 พฤศจิกายน 2566 ติดตามเยี่ยมที่ผู้ป่วยนอก 3 ครั้ง ติดตามเยี่ยมบ้าน

กรณีศึกษา

ข้อมูลผู้ป่วย	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
เพศ	หญิง	หญิง
อายุ	63 ปี	61 ปี
สถานภาพสมรส	คู่	หม้าย
ศาสนา	พุทธ	พุทธ
เชื้อชาติ/สัญชาติ	ไทย	ไทย

2 ครั้ง รวมระยะเวลา 85 วันเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูล ได้แก่ 1) แบบประเมินภาวะสุขภาพ 2) แบบบันทึกทางการพยาบาล 3) แบบบันทึกจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน และเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ และการสังเกต ดำเนินการศึกษาค้นคว้าจากตำราและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดตมอง ตลอดจนปรึกษาแพทย์ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรม นักวิชาการสาธารณสุข โดยใช้กรอบแนวคิดของมาร์จอร์รี่ กอร์ดอน (Gordon, 1994) เป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพ ให้การพยาบาลตามหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (7 Aspect of Care) ร่วมด้วยการประยุกต์ใช้แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-management support) ด้วยเทคนิค 5A ในการดูแลผู้ป่วยเนื่องจากมีโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานร่วมด้วย

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Quality Research) มุ่งศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดตมองในระยะ Acute Phase ภายใน 72 ชั่วโมงแรก และมีภาวะพึ่งพาหรือคะแนน Barthel index น้อยกว่า 15 คะแนน ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและติดตามต่อเนื่องในชุมชนตั้งแต่เดือนกรกฎาคม - ธันวาคม 2566 จำนวนกรณีศึกษา 2 ราย

ข้อมูลผู้ป่วย	ผู้ป่วยกรณีศึกษาครั้งที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาครั้งที่ 2
การศึกษา	ไม่ได้เรียนหนังสือ	มัธยมศึกษาปีที่ 3
อาชีพ/รายได้	แม่บ้าน	ทำสวน
สิทธิการรักษา	บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเขต	บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเขต
ที่อยู่ปัจจุบัน	ตำบลบางชัน อำเภอบางชัน จังหวัดนครศรีธรรมราช	ตำบลบางชัน อำเภอบางชัน จังหวัดนครศรีธรรมราช
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน	เวียนศีรษะ เสียหลักล้มลงหลังจากนั้น มีแขนและขาข้างซ้ายอ่อนแรง มา 1 วัน ก่อนมา เริ่มมีอาการเวียนศีรษะ ขณะเดินไปหยิบผ้า เสียหลักล้มลงก้นกระแทก ไม่มีศีรษะกระแทก หลังจากนั้นมีอาการอ่อนมีหน้าเบี้ยว ไม่มีลิ้นแข็ง พูดไม่ชัดอยู่เดิมนั้น ยังมีอาการอ่อนแรงซีกซ้าย ญาติจึงพามาโรงพยาบาลบางชัน ส่งต่อโรงพยาบาลทุ่งสง เพื่อ CT Brain โรงพยาบาลทุ่งสงส่งกลับมาเพื่อรักษาต่อ	อ่อนแรงแขนและขาซีกซ้ายมากขึ้น พูดไม่ชัด อาเจียน 1 ครั้งมา 5 ชม. 1 วัน ก่อนมาอ่อนแรงแขนขาข้างซ้ายยังเดินได้ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน 9 ชม. อ่อนแรงขาซ้ายมากขึ้น หกล้มตอนลุกเดินเข้าห้องน้ำ ศีรษะไม่กระแทกพื้น จำเหตุการณ์ได้ 5 ชม. ก่อนมาอ่อนแรงแขนและขาซีกซ้ายมากขึ้น พูดไม่ชัด อาเจียน 1 ครั้งญาติจึงพามาโรงพยาบาลบางชัน ส่งต่อโรงพยาบาลทุ่งสงเพื่อ CT Brain โรงพยาบาลทุ่งสงส่งกลับมาเพื่อรักษาต่อ
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง หยุดการรักษาเองมา 3 ปี ปฏิเสธการผ่าตัด และโรคติดต่อร้ายแรงใดๆ ของตนเอง ปฏิเสธการแพ้ยา แพ้อาหาร สารเคมี	โรคความดันโลหิตสูง ไม่มารักษาตามนัด 3 เดือน ปฏิเสธการผ่าตัด และโรคติดต่อร้ายแรงใดๆ ของตนเอง ปฏิเสธการแพ้ยา แพ้อาหาร สารเคมี
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	มารดาป่วยด้วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงคนอื่นๆ ในครอบครัวคนอื่น มีสุขภาพแข็งแรง ปฏิเสธการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อร้ายแรง หรือโรคทางพันธุกรรม	ปฏิเสธการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว ปฏิเสธการป่วยด้วยโรคติดต่อร้ายแรงหรือโรคทางพันธุกรรม
อาการแรกรับ	ผู้ป่วยมาด้วยเปลนอน น้ำหนัก 64 กก. สูง 164 ซม. BMI ๒๓.๗ ผิวสีน้ำตาล รู้สึกตัวดี E4V5M6 pupil 2 mm RTL BE มีแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง motor power grade IV แขนขาข้างขวากำลังปกติ motor power grade V พูดไม่ค่อยชัดอยู่เดิม ลิ้นแข็ง ไม่มีมุมปากตก อุณหภูมิร่างกาย 36.2 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นชีพจร 96 ครั้ง/นาที จังหวะการเต้นสม่ำเสมอ อัตราการหายใจ	ป่วยมาด้วยเปลนอน น้ำหนัก 74 กก. สูง 158 ซม. BMI 29.6 รู้สึกตัวดี E4V5M6 pupil 2 mm RTL BE มีแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง motor power grade IV แขนขาข้างขวากำลังปกติ motor power grade V, มุมปากด้านซ้ายตก ไม่มีลิ้นแข็ง พูดชัดดี อุณหภูมิร่างกาย 37.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นชีพจร 92 ครั้ง/นาที จังหวะการเต้นสม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต

ข้อมูลผู้ป่วย	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
	18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 197/102 มิลลิเมตรปรอท ความสมบูรณ์ของออกซิเจน 97 % การวินิจฉัยโรค Ischemic Stroke	๒๐๖/๘๘ มิลลิเมตรปรอทความสมบูรณ์ของออกซิเจน 97 % การวินิจฉัยโรค Ischemic Stroke
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	<p>27 กรกฎาคม 2566 CT Brain: Chronic infarcts at the left frontoparietal and left occipital lobes. No intracranial hemorrhage or recent large infarct, ผลเอกซเรย์ทรวงอกปกติ คลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ</p> <p>DTX 248 mg% สูงกว่าปกติ, CBC: WBC 74,000 Cell/cu.mm, Hct 40.6 % Hb 14.4 g/dl Platelet 175400 Neutrophil 75 Lymphocyte 20, BUN/ Cr 10 / 0.89 mg/dl eGFR 69.4 (ไตเสื่อมระยะที่ 2) Electrolyte: Sodium 135 mmol/L, Potassium 3.80 mmol/L, Chloride 101.2 mmol/L, Bicarbonate 26 mmol/L</p> <p>29 กรกฎาคม 2566 FBS: 229 mg/dl สูงกว่าปกติ, HbA1C: 10.7 % สูงกว่าปกติ, Lipid profile: Cholesterol 195 mg/dl, Triglyceride mg/dl สูงกว่าปกติ, HDL-Cholesterol 33 mg/dl สูงกว่าปกติ, LDL-Cholesterol 119 mg/dl สูงกว่าปกติ</p>	<p>28 สิงหาคม 2566 CT Brain: Suggestive of acute infarction at the right periventricular region and right external capsule, ผลเอกซเรย์ทรวงอกปกติ คลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ</p> <p>DTX 98 mg%, CBC: WBC 10350 Cell/cu.mm สูงกว่าปกติ Hct 35.9% ต่ำกว่าปกติ Hb 12.1 g/dl Platelet 357,000 Neutrophil 83 สูงกว่าปกติ Lymphocyte 14 ต่ำกว่าปกติ, BUN/ Cr 10 / 0.67 mg/dl, eGFR 95.3 Electrolyte: Sodium 132 mmol/L ต่ำกว่าปกติ, Potassium 3.87 mmol/L, Chloride 96.5 mmol/L, Bicarbonate 21 mmol/L ต่ำกว่าปกติ</p>

ผลการศึกษา กรณีศึกษา 2 ราย

ผลการศึกษกรณีศึกษา 2 ราย พบว่า ทั้ง 2 ราย ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Ischemic Stroke ข้อมูลทั่วไป อาการเรื้อรัง พยาธิสภาพ สาเหตุ อาการและอาการแสดง และแนวทางการรักษา ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการพยาบาล ไม่มีความแตกต่างกัน และพบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษามีปัญหาสุขภาพหรือข้อวินิจฉัยการพยาบาล 7 ข้อ ได้แก่ 1) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงจากความดันโลหิตสูง 2) เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อสมองได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอจากพยาธิสภาพของโรค 3) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง 4) ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม

ลดลงเนื่องจากแขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง 5) ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วยและผลกระทบที่เกิดขึ้น 6) เสี่ยงต่อการเกิดกลับเป็นซ้ำของโรคเนื่องจากขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และ 7) เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุได้ง่ายเนื่องจากแขนขาอ่อนแรง

บทบาทพยาบาลที่สำคัญสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ดังนี้

1. ประเมินสัญญาณชีพและอาการทางระบบประสาท ทุก 1-2 ชั่วโมง หรือจนกว่าคงที่
2. สังเกตอาการและอาการแสดง ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวลดลง กระสับกระส่าย ซึม ปวดศีรษะรุนแรง คลื่นไส้ อาเจียนรุนแรง ชักเกร็ง ตาพร่า เห็นภาพซ้อน หรือ

แขนขาข้างตรงข้ามอ่อนแรง ให้รับรายงานแพทย์

3. จัดให้ผู้ป่วยนอนท่าศีรษะสูง 30 องศา เพื่อส่งเสริมการไหลกลับของเลือดดำจากสมองดีขึ้น

4. ฝ้าระวังภาวะปอดติดเชื้อจากการสำลักอาหารเข้าสู่ปอด เนื่องจากสมองคู่ที่ 5,7,9,10 และ 12 ถูกทำลาย ทำให้การควบคุมการเคลื่อนไหวของลิ้นและการกลืนลำบาก

5. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาคือ 0.9 % NaCl 1,000 ml IV rate 100 ml/hr.

6. ให้อายาเพื่อป้องกันการแข็งตัวของเลือด ASA gr V 1 Tablets oral OD PC

7. แนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมที่เพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะ เช่น การเกร็งตัว การเบ่งถ่าย การไอ และการงอข้อสะโพกเป็นต้น และดูแลให้พักผ่อนบนเตียง

8. ติดตามผลระดับน้ำตาลในเลือดถ้ามีค่าน้ำตาลสูงมากกว่า 200 ให้รายงานแพทย์ ร่วมกับสังเกตอาการของการมีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงเช่น ซึมลง เพื่อ ชัก หมดสติ อ่อนเพลียมากกระหายน้ำบ่อย ปัสสาวะบ่อย

9. ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในเรื่องการรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ผลกระทบของโรคถ้าไม่ควบคุมระดับน้ำตาล และภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น

10. นำแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองด้วยเทคนิค 5A มาใช้ในการพยาบาลเพื่อให้คำแนะนำและวางแผนร่วมกันในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

11. กระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองให้มากที่สุดโดยให้พยายามใช้ร่างกายด้านที่อ่อนแรงคือร่างกายด้านซ้าย เท้าที่ผู้ป่วยสามารถจะทำได้

12. ให้ความรู้และทักษะกับผู้ดูแลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยได้ถูกวิธีในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การเคลื่อนไหว การทำความสะอาดร่างกาย การสวมใส่หรือถอดเสื้อผ้า

13. ประสานนักกายภาพบำบัดเพื่อ ฝึกการเคลื่อนย้าย การใช้กายอุปกรณ์ กระตุ้นการออกกำลังกาย

14. แนะนำผู้ดูแลสังเกตอาการและอาการเปลี่ยนแปลงที่ต้องรีบมาโรงพยาบาลทันที เช่น ปวดศีรษะ มีอาเจียน แขนขาอ่อนแรงเพิ่มขึ้น หรือสูญเสียการทรงตัว ง่วงซึม กระสับกระส่าย สับสนมากขึ้น พูดลำบาก

อภิปรายผล

ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายมาโรงพยาบาลด้วยอาการที่คล้ายกัน คือ แขน ขาซีกซ้ายอ่อนแรง ผล CT scan บ่งบอกว่ามีภาวะหลอดเลือดในสมองตีบ และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Ischemic stroke เนื่องจากภาวะโรคหลอดเลือดสมองเกิดจากภาวะที่สมองขาดเลือดมาเลี้ยง ส่วนของเมดัลลา สมองส่วนหน้า เปลือกสมอง หรือสมองน้อย ผู้ป่วยจะไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวได้ โดยระยะแรกกล้ามเนื้อจะอ่อนบวมเปื่อย ผู้ป่วยจะรู้สึกแขนขาหนักขึ้น การเคลื่อนไหวลำบากหรืออาจเคลื่อนไหวไม่ได้เลย (มินตรา ธรรมกุล, 2564; สมพิศ วิริยม, 2565; สุภางค์ จริภักดิ์. (2557) ซึ่งจากกรณีศึกษา ทั้ง 2 ราย พบว่ามีอาการของแขนและขาอ่อนแรง และถ้าปล่อยทิ้งไว้นาน ผู้ป่วยอาการเกร็ง โดยจะเกิดอาการงอของข้อมือ ข้อศอกนิ้วมือกำแน่น ข้อตะโพกกางออก เข้าและเท้าจะงอเข้าถ้าอาการเกร็งอยู่นานจะทำให้กล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่เหยียดของข้อต่างๆ สูญเสียหน้าที่ (สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2564; จิราพร รมไพรี, 2558) แต่กรณีศึกษา ทั้ง 2 ราย ได้รับการประเมินสภาพอย่างรวดเร็วทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษา โดยการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาคือ 0.9 % NaCl 1,000 ml IV rate 100 ml/hr. ให้อายาเพื่อป้องกันการแข็งตัวของเลือด ASA gr V 1 Tablets oral OD PC จัดทำให้ผู้ป่วยนอนท่าศีรษะสูง 30 องศา เพื่อส่งเสริมการไหลกลับของเลือดดำจากสมองดีขึ้น และติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะค่าระดับน้ำตาลในเลือดถ้าสูงจะส่งผลให้ระดับความดันในหลอดเลือดเพิ่มสูงขึ้น (ศรีกัญญา เข็รอรบ, สดากาญจน์ เอี่ยมจันทร์ประทีป, อุไร จิ้งโง้ง, อรัญญา รักษาบ, จุฬาลักษณ์ แก้วสุกคมสันต์ เหลี่ยมมะ, ณัฐชยา ไชยชนะ และกัญญาภักดิ์ เทียนโชติ, 2565) ซึ่งในวันที่ 2 ของการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล พบว่าความดันโลหิตลดลง จาก 200/100 mmHg เหลือ 180/90 – 150/90 mmHg

ความแตกต่างของผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย คือ ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2 มีโรคเบาหวาน และภาวะไตวาย ระยะที่ 2 มีผลต่อการควบคุมความดันโลหิต โดยเมื่อน้ำตาลในเลือดสูงในระยะแรกไตจะถูกทำลาย ส่งผลให้มีการคั่งของเกลือและน้ำ ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ข้อมูลพบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1 หลังจากที่ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง จาก 255 เหลือ 107 ในวันที่ 2 ความดันโลหิตเริ่มลง อาการปวดไม่ชัดดีขึ้น ซึ่งเป็นผลมาจากการเริ่มมี reperfusion ของสมองส่วนที่ขาดเลือด (จิราพร รบไพรี, 2558; กัลยา ปวงจันทร์ และศิริกาญจน์ จินาวิน, 2563) จะเห็นได้ว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้นำและทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ พยาบาลผู้ดูแลจำเป็นต้องตระหนักถึงพยาธิสภาพการดำเนินของโรค ในผู้ป่วยในระยะเฉียบพลัน ทราบวิธีการปฏิบัติกรพยาบาลอย่างถูกต้องให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนส่งเสริมให้หายจากการเจ็บป่วยเร็วขึ้น (สาคร จรูญฉาย, 2561; รัชณี ชาลีวรรณ, 2563)

ดังนั้นการนำหลักการการดูแลตามบทบาทหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (7 Aspect of Care) มาใช้ในการดูแลสอดคล้องกับงานวิจัยการวางแผนการดูแลในระยะคงที่ วางแผนการพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในเรื่องการรับรู้ความรุนแรงของโรค(Perceived severity) เกี่ยวกับโรค การนำแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองด้วยเทคนิค 5A มาใช้ในการวางแผนการพยาบาลเพื่อให้คำแนะนำ และวางแผนร่วมกันในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และสร้างความตระหนักโดยใช้หลัก Motivational interviewing ในการปรับพฤติกรรมมารับประทานยา การมาพบแพทย์ให้ตรงนัด โดยให้ผู้ป่วยวิเคราะห์สาเหตุ ปัจจัยที่ไม่สามารถรับประทานยาได้ และการขาดนัด โดยมีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่ผู้ป่วยนอกและที่บ้าน (กัลยรัตน์ สังข์มรรทร, ศศิธร กระจายกลาง, เพ็ญจันทร์ วันแสน, 2564) พบว่าผู้ป่วยสามารถ ปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรค สามารถปรับพฤติกรรมมารับประทานยา การรับประทานอาหาร และการมาตรวจตามนัด และผลการศึกษาในผู้ป่วยกรณีศึกษา ทั้ง 2 ราย มีแนวโน้มในทางที่ดีขึ้น สามารถกลับมาช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตร

ประจำวันได้เพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องระดับนโยบายควรส่งเสริมการพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการและการสนับสนุนทางการแพทย์ เช่น สร้างแคมเปญการสรรหาอาสาสมัครทางการแพทย์ในพื้นที่เพื่อช่วยในการดูแลผู้ป่วยที่มีการเข้าถึงบริการลำบาก
2. พยาบาลควรนำการดูแลตามบทบาทหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (7 Aspect of Care) มาใช้ในการจัดทำแผนนิเทศทางการแพทย์โรคต่างๆ
3. พยาบาลควรนำแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-management) ด้วยเทคนิค 5A มาใช้ในกระบวนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง
4. ควรนำ Technology การสื่อสารทางไกล หรือ Telemedicine มาใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

- กัลยา ปวงจันทร์ และศิริกาญจน์ จินาวิน. (2563). ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลแพร์. วารสารโรงพยาบาลแพร์, 28(2), 1-17.
- กัลยรัตน์ สังข์มรรทร, ศศิธร กระจายกลาง, เพ็ญจันทร์ วันแสน. (2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสุรินทร์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 36(2), 327-342.
- จิราพร รบโพธิ์. (2558). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ : กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 12(2), 9-16.
- มินตรา ธรรมกุล. (2564). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบในชุมชน: กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต, 1(2), 75-87.
- รัชณี ชาลีวรรณ. (2563). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้ทางด่วน: กรณีศึกษา. ชัยภูมิเวชสาร, 40(2), 147-153.
- สุภางค์ จริภักดิ์. (2557). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน : รายงานกรณีศึกษา. วารสารวิชาการแพทย์, 28(3), 807 – 817.
- สาคร จรุงฉาย. (2561). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง : กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 15(1), 146-156.
- สมพิศ วิริยม. (2565). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง : กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร, 3(2), 130-140.
- สมศักดิ์ เทียมเก่า. (2564). สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง. วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย, 37(4), 54-60.
- ศรียัญญา เข็อรบ, สดากาญจน์ เอี่ยมจันทร์ประทีป, อุไร จังโล่ง, อรุณญา รักหาบ, จุฬาลักษณ์ แก้วสุกคมสันต์ เหลี่ยมมะ, ณัฐชยา ไชยชนะ และกัญญาภัค เทียนโชติ. (2565). ปัจจัยด้านความรู้ของพยาบาลต่อความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยผ่าตัดสมองจากเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้น อะแรคนอยด์. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 31(6), 1104-1114.

กลยุทธ์เชิงนวัตกรรมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดกระบี่

An Innovative Strategy for Dengue Prevention and Control, Krabi Province

ประยุทธ์ กลัษผดุง
Prayat Glabpadung
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่
Krabi Provincial Public Health Office

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) วิเคราะห์สภาพปัญหาโรคไข้เลือดออกและความต้องการในการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออก 2) สร้างกลยุทธ์เชิงนวัตกรรมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก 3) ประเมินผลกลยุทธ์เชิงนวัตกรรมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก รูปแบบการศึกษาคือการวิจัยและพัฒนาซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์สภาพปัญหา (Pain Point) 2) การสร้างและพัฒนากลยุทธ์เชิงนวัตกรรม 3) การนำไปใช้ในพื้นที่ และ 4) การประเมินผล พื้นที่ศึกษาคืออำเภอเมือง จังหวัดกระบี่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถามและแบบบันทึกข้อมูลระบาดวิทยา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือบุคลากรสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายทุกระดับและประชาชนที่อาศัยอยู่ใน 10 ตำบล ในอำเภอเมือง จังหวัดกระบี่ จำนวนทั้งหมด 72 คน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.7) กลุ่มอายุระหว่าง 50 - 59 ปี (ร้อยละ 43.1) ตำแหน่ง/บทบาทหน้าที่รับผิดชอบเป็นผู้รับผิดชอบงาน (ร้อยละ 36.1) และเป็นผู้ที่ได้รับมอบหมาย/ผู้นำชุมชน (ร้อยละ 33.3) ผลการประเมินการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ โดยการประเมินเนื้อหาของกลยุทธ์เชิงนวัตกรรม (3 รบ) + มาตรการ 3-3-1 ในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ซึ่งครอบคลุม 5 ด้าน สรุปได้ว่า ด้านความตรงเนื้อหา อยู่ในระดับมาก ในขณะที่อีก 4 ด้าน ได้แก่ ความครอบคลุม ความเชื่อมโยง ความยืดหยุ่น และความเป็นไปได้ มีคะแนนการประเมินอยู่ในระดับมากที่สุด ผลการประเมินกลยุทธ์ 3 รบ ในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดกระบี่ พบว่า ทุกประเด็นกิจกรรมที่ดำเนินการภายใต้กลยุทธ์ 3 รบ (รบก - รบเร็ว - รบแรง) ได้รับการยอมรับและดำเนินการในพื้นที่ในทุกระดับ ผลการประเมินการใช้ประโยชน์และความพึงพอใจต่อกลยุทธ์ 3 รบ และ มาตรการ 3-3-1 ในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ทั้ง 10 ประเด็น พบว่า ทุกประเด็นมีผลการประเมินอยู่ในระดับ มากที่สุดและมาก (มากกว่าร้อยละ 80) ในส่วนของการประเมินภาพรวม ก็พบว่า มีผลการประเมินส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุด และมาก (ร้อยละ 91.6) เช่นเดียวกัน การประเมินด้านผลกระทบหลังการใช้กลยุทธ์ 3 รบ และ มาตรการ 3-3-1 ในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยเริ่มใช้กลยุทธ์ตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2566 (สัปดาห์ที่ 22) จนถึงสิ้นเดือนตุลาคม 2566 (สัปดาห์ที่ 44) พบว่าหลังใช้กลยุทธ์ดังกล่าวได้ 1 เดือน (สัปดาห์ที่ 26) จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลงอย่างชัดเจน เมื่อเปรียบเทียบกับค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถขยายผลในพื้นที่อื่นๆ และพัฒนาเป็นต้นแบบในการจัดการโรคติดต่อมาโดยง่ายอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนยิ่งขึ้น

คำสำคัญ : โรคไข้เลือดออก, กลยุทธ์เชิงนวัตกรรม, การป้องกันและควบคุม

Abstract

This Action Research aimed to 1) analyze the dengue fever problem and the need to solve the dengue fever problem 2) create innovative strategies for prevention and control of dengue fever 3) evaluate innovative strategies for dengue prevention and control. The type of study was research and development consisting of 4 steps: 1) analysis of problem conditions (Pain Point), 2) creation and development of innovative strategies, 3) application in the area, and 4) evaluation of results. The

study area was Mueang District, Krabi Province. The tools used to collect data included questionnaires and epidemiological data recording forms. The study samples included a total of 72 public health personnel and network partners at all levels and people living in 10 sub-districts of Mueang District, Krabi Province. The research results revealed that majority of the samples were female (66.7%), age group between 50 – 59 years (43.1%). Their position/responsibilities were the persons responsible for the work (36.1%) and being the designated person/community leaders (33.3%). Results of the evaluation of policy implementation by evaluating the content of the innovative strategy (3 battles) + 3-3-1 measures for prevention and control of dengue fever, which covers 5 dimensions, it can be concluded that the validity of the content was at a high level, while the other 4 aspects of comprehensiveness, connectivity, flexibility, and feasibility had the highest evaluation scores. The results of the evaluation of the 3-battle strategy for prevention and control of dengue fever in the area of Mueang District, Krabi Province showed that every issue of activities carried out under the 3-battle strategy (battle - attack quickly - fight hard) has been accepted and implemented in the area at every level. The evaluation results of the utilization and satisfaction with the 3-battle strategy and the 3-3-1 measures for prevention and control of dengue fever in all 10 issues demonstrated that every issue had evaluation results at the high and highest level (> 80%). As for the overall evaluation, it was found that the majority of the evaluation results were at the high and highest level (91.6%) as well. Evaluation of the impact after using the 3-battle strategy and 3-3-1 measures to prevent and control dengue, starting with the strategy from June 2023 (Week 22) until the end of October 2023 (Week 44), found that after using the strategy for 1 month (week 26), the number of dengue cases had decreased markedly compared to the 5-year median. The results of this research can be extended to other areas and developed into a model for managing Aedes borne diseases more efficiently and sustainably.

Keywords : Dengue hemorrhagic fever, Innovative strategy, Prevention and control

บทนำ

โรคไข้เลือดออก (Dengue hemorrhagic fever) เกิดจากเชื้อไวรัสเด็งกี (Dengue virus) ซึ่งมี 4 สายพันธุ์ ได้แก่ DENV-1, DENV-2, DENV-3 และ DENV-4 โดยมียุงลายเป็นพาหะนำโรคมาสู่คน (WHO, 2023) ยุงลายบ้าน (*Aedes aegypti*) และยุงลายสวน (*Aedes albopictus*) ทั้งสองชนิดสามารถแพร่เชื้อไวรัสเด็งกี (Dengue virus หรือ DENV) รวมถึงไวรัสซิกา (Zika virus หรือ ZIKV) และไวรัสชิคุนกุนยา (Chikungunya virus หรือ CHIKV) โรคไข้เลือดออกเป็นโรคอาร์โบไวรัสที่แพร่กระจายมากที่สุดของมนุษย์ โดยมีประชากรโลกประมาณ 3.6 พันล้านคนที่อาศัยในพื้นที่เสี่ยงต่อการแพร่เชื้อ มีการติดเชื้อ DENV ประมาณ 390 ล้านราย และผู้ป่วยโรคไข้

เลือดออก 96 ล้านรายต่อปี (Radke, 2012; Schaffner, 2014) โรคไข้เลือดออกเป็นโรคประจำถิ่นในแถบเขตร้อนของเอเชีย ละตินอเมริกาและแปซิฟิก แพร่กระจายไปทั่วแอฟริกา และเพิ่งทำให้เกิดการระบาดในประเทศสหรัฐอเมริกาและบางส่วนของยุโรป (Bhatt, 2013) ต่อมาแพร่กระจายไปทั่วโลกตั้งแต่ทศวรรษ 1960 เนื่องจากปัจจัยที่สำคัญ ได้แก่ การเติบโตของประชากร การขยายตัวของเมือง การเดินทางและเคลื่อนย้ายเพิ่มขึ้น และการควบคุมพาหะนำโรคที่ไม่เพียงพอ

การแพร่โรคไข้เลือดออกในพื้นที่แพร่โรคหรือพื้นที่เสี่ยง เกี่ยวข้องกับวัฏจักรการแพร่โรคเขตเมือง (Urban cycle) โดยเชื่อกันว่าปัจจัยสภาพแวดล้อมทางกายภาพ เป็นตัวควบคุมพลวัตประชากรยุงลายพาหะนำ

โรค (Aedes vector population dynamic) ประชากรยุงลายจะเพิ่มขึ้นตามฤดูกาลหรือตามปริมาณน้ำฝน เนื่องจากแหล่งเพาะพันธุ์หรือภาชนะรองรับน้ำ (Waterholding containers) มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น (Wai KT et al., 2012; Boonklong et al., 2016) พลวัตการแพร่กระจายเชื้อไวรัสตั้งถิ่นที่ในพื้นทีที่ระบาดซึ่งได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อม เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ได้แก่ ความหนาแน่นประชากร (Population density) การเคลื่อนย้ายประชากร (Population migration) ความหนาแน่นประชากรยุงลายพาหะนำโรค (Aedes vector population density) แหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย (Aedes larval habitats) ความหนาแน่นและการกระจายของสัตว์กักตุนโรคที่เป็นโฮสต์ (Animal reservoir host density and distribution) การดื้อต่อสารเคมีกำจัดแมลงของยุงลายพาหะนำโรค (Insecticide resistance in Aedes vectors) การใช้ประโยชน์ที่ดินและสิ่งปกคลุมดิน (Land use and land cover) และการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (Climate change) (Koyadun et al., 2012; สุรชาติ โกยกุลย์ และคณะ, 2561; สุรชาติ โกยกุลย์ และคณะ, 2565)

ถึงแม้จะมีความก้าวหน้าในการวิจัยเพื่อแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกและมีการลงทุนงบประมาณเพิ่มขึ้น แต่การระบาดของโรคไข้เลือดออกก็ยังมีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้นทั้งในแง่ความถี่ ขนาด และการกระจายทางภูมิศาสตร์ (WHO, 2012) ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และการเมือง ระบบสาธารณสุขในประเทศต่างๆ ต้องปรับตัวและต่อสู้กับการแพร่กระจายอย่างไม่หยุดยั้งของไวรัส DENV และอาร์โบไวรัสอื่นๆ เช่น CHIKV และ ZIKV และพยายามพัฒนาแผนงาน มาตรการ และกลยุทธ์การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค

การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออก จำเป็นต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระบาดวิทยาของโรคไข้เลือดออก ซึ่งต้องพิจารณาผู้ป่วย (Host) พาหะนำโรค (Vector) ไวรัส (Agent) และสิ่งแวดล้อม (Environment) รวมกัน (Tsheten, 2021) ในขณะที่เดียวกับการพัฒนายุทธศาสตร์และกลยุทธ์ในการจัดการโรคไข้เลือดออกเป็นเรื่องสำคัญและท้าทายของประเทศไทยและประเทศอื่น ที่ประสบปัญหาการระบาด

ของโรคนี้ (สุรชาติ พูลถิ่น และคณะ, 2565; สุรชาติ โกยกุลย์ และคณะ, 2565; ขวัญชัย กันทะใจและคณะ, 2566; Lam, 2013; Tissera et al., 2016; Pang et al., 2017; Achee, 2019)

จังหวัดกระบี่มีรายงานการระบาดของโรคไข้เลือดออกมานานกว่า 40 ปี ปัจจุบันโรคไข้เลือดออกมีการระบาดกระจายไปทั่วพื้นที่จังหวัด ซึ่งการกระจายของโรคมีการเปลี่ยนแปลงตามพื้นที่อยู่ตลอดเวลา ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านระบาดวิทยา พบว่า ตั้งแต่ปี พ.ศ.2530 – 2555 รูปแบบการระบาดเป็นแบบปีเว้นปี หรือปีเว้นสองปี แต่ในระยะหลังต่อมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 – 2562 มีรูปแบบการระบาดที่ไม่แน่นอน ส่วนในปี พ.ศ. 2563 – 2564 มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับรายงานลดลงเนื่องจากมีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โรคโควิด 19) และต่อมาในปี พ.ศ. 2565 เมื่อเข้าสู่ระยะหลังการระบาดใหญ่ (Post-pandemic) ของโควิด 19 พบว่ามีการรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้น อัตราป่วยต่อประชากรแสนคนและอัตราป่วยตายมีแนวโน้มสูงขึ้นเช่นกัน (กองโรคติดต่ออำเภอโดยแมลง, 2566)

จากผลการวิเคราะห์สถานการณ์โรคไข้เลือดออกดังข้างต้น สรุปได้ว่า จังหวัดกระบี่ เป็นพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง และเป็นพื้นที่ที่ได้รับผลจากการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมซึ่งมีการขยายตัวของชุมชนในเขตเมือง และการขยายตัวของพื้นที่ท่องเที่ยวอย่างต่อเนื่องเช่นกัน จึงมีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการอุบัติของโรคไข้เลือดออก ประกอบกับการวิเคราะห์สภาพปัญหา (Pain Point) ของโรคไข้เลือดออก จังหวัดกระบี่ยังพบว่า ระบบการรายงานโรคจากสถานบริการสาธารณสุขยังไม่มีประสิทธิภาพ อีกทั้งความร่วมมือของชุมชนและการระดมทรัพยากรเพื่อดำเนินการก็ยังไม่มีความมีประสิทธิภาพเช่นกัน ส่งผลให้การดำเนินการควบคุมโรคไม่มีประสิทธิภาพ ด้วยที่มาและความจำเป็นดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงดำเนินการประยุกต์ใช้การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยมีประเด็นข้อสมมติฐานการวิจัยที่สำคัญ คือ กลยุทธ์เชิงนวัตกรรม 3 รบ [1] รบรุก 2) รบเร็ว 3) รบแรง] ควบคู่กับ มาตรการ 3-3-1 สามารถใช้ในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดกระบี่ ได้มีประสิทธิภาพหรือไม่ อย่างไร การวิจัยนี้

จึงมีเป้าประสงค์ในการพัฒนากลยุทธ์ในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดกระบี่ เพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่ และใช้เป็นต้นแบบในการพัฒนาให้เกิดรูปแบบและแนวทางการจัดการโรคติดต่อ นำโดยผู้ลงนามสมรสกันอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนยิ่งขึ้น การจัดทำนโยบาย แผนงาน/โครงการการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพของหน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในระดับจังหวัด และระดับเขต ตลอดจนการจัดทำนโยบาย แผนงาน/โครงการการพัฒนาแบบยั่งยืนของจังหวัดและกลุ่มจังหวัด ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ทั่วไป

พัฒนากลยุทธ์เชิงนวัตกรรมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดกระบี่

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. วิเคราะห์สภาพปัญหาโรคไข้เลือดออกและความต้องการในการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออก

2. สร้างกลยุทธ์เชิงนวัตกรรมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

3. ประเมินผลกลยุทธ์เชิงนวัตกรรมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและประยุกต์ใช้ทฤษฎีการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยได้สร้างกรอบแนวคิดสำหรับการวิจัย ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนสำคัญ ได้แก่ 1) การวิเคราะห์สภาพปัญหา (Pain Point) 2) การสร้างและพัฒนากลยุทธ์เชิงนวัตกรรม [3 รบ] + มาตรการ 3-3-1 3) การนำไปใช้ในพื้นที่ (Implementation) และ 4) การประเมินผล มี 3 ระดับ [1] กระบวนการ 2) ผลลัพธ์ 3) ผลกระทบ] ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ

กลยุทธ์เชิงนวัตกรรม 3 รบ

หมายถึง มาตรการ 3 รบ ประกอบด้วย 1) รบ รุก 2) รบเร็ว (มาตรการ 3-3-1) และ 3) รบแรง

1. รบรุก ในพื้นที่ระบาดซ้ำซาก (สีแดง) คือ มีจำนวนผู้ป่วยย้อนหลัง 4 สัปดาห์ มากกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปี และ มีการระบาดต่อเนื่องมากกว่า 28 วัน เพื่อสกัด การแพร่เชื้อโรคไข้เลือดออก

2. รบเร็ว ในพื้นที่ที่พบผู้ป่วยรายแรกของ เหตุการณ์ในหมู่บ้านหรือชุมชน เพื่อลดผู้ป่วยรายใหม่ใน พื้นที่ โดยเน้นการดำเนินงานตามมาตรการ 3-3-1 หมายถึง 3- คือ รู้เร็ว โรงพยาบาล รายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือด ออกภายใน 3 ชั่วโมง ผ่านระบบ no line โปรแกรม DHF SuperXchange ของ สสจ. าระปี 3- คือ อสม. รับแจ้ง ผ่านระบบไลน์ลงควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างรวดเร็วที่ บ้านผู้ป่วยภายใน 3 ชั่วโมง 1- คือ อพท. รับแจ้งผ่านระบบ ไลน์ แล้วลงดำเนินการพ่นเคมีฆ่ายุงอย่างรวดเร็วที่บ้าน ผู้ป่วยและรัศมีรอบบ้าน 100 เมตร ภายใน 1 วัน ในขณะที่ เดียวกัน อสม. ลงสำรวจลูกน้ำและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ ยุงลายที่บ้านผู้ป่วย และรัศมีรอบบ้าน 100 เมตร โดยดำเนินการ 3 ครั้ง คือ ในวันที่ 0, 3, 7 หลังจาก การรับแจ้งผ่านระบบไลน์

3. รบแรง ทุกตำบลในพื้นที่อำเภอเมืองกระบี่ ร่วมสร้างสังคมเป็นสุขแบบมีส่วนร่วม โดยเน้นกิจกรรม 1) การระดมทรัพยากรและสนับสนุนการขับเคลื่อนภาคี เครือข่ายทุกภาคส่วน ทุกหมู่บ้าน/ชุมชน 2) จัดเวที ประชาคมขับเคลื่อน กำหนดมาตรการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ระบาด/พื้นที่เสี่ยง 3) การกำหนดมาตรการทางสังคมร่วมกัน เช่น กำหนด กติกาของหมู่บ้าน/ชุมชน 4) การสื่อสารความเสี่ยงแก่ ประชาชนในพื้นที่

การประเมินผล

หมายถึง การประเมินผลกระบวนการ (Process) ผลลัพธ์ (Outcome) และผลกระทบ (Impact) รายละเอียดดังนี้

กระบวนการ (Process) ประกอบด้วย 1) การนำ นโยบายสู่การปฏิบัติ 2) การระดมทรัพยากรการบริหาร

3) ความร่วมมือของชุมชน 4) การรายงานโรคทันเวลา และ 5) ความพึงพอใจของภาคีเครือข่าย

การประเมินการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ โดยการประเมินเนื้อหาของกลยุทธ์เชิงนวัตกรรม (3 รบ) + มาตรการ 3-3-1 ในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ซึ่งครอบคลุม 5 ประเด็น ได้แก่ 1) ความตรงเนื้อหา 2) ความครอบคลุม 3) ความเชื่อมโยง 4) ความยืดหยุ่น และ 5) ความเป็นไปได้

ผลลัพธ์ (Outcome) ประกอบด้วย 1) ดัชนีทาง กิจวัทยา 2) การควบคุมโรคมีประสิทธิภาพ 3) การแบ่ง พื้นที่ระบาดวิทยา 4) การสื่อสาร รณรงค์ประชาสัมพันธ์ ผลกระทบ (Impact) ประกอบด้วย อัตราป่วยลดลง ไม่เกินมาตรฐาน

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการศึกษา เป็นการศึกษาโดยใช้รูปแบบ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้รูปแบบ การวิจัยและพัฒนา (Research and Development)

พื้นที่ศึกษา

พื้นที่ที่ใช้ในการศึกษาวิจัย คือ อำเภอเมือง จังหวัดกระบี่ ซึ่งเป็นพื้นที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก พื้นที่แพร่เชื้อและ/หรือพื้นที่เสี่ยงต่อการแพร่เชื้อโรคไข้ เลือดออก โดยมีการรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเป็น ประจำทุกปี ประกอบด้วย 10 ตำบล ได้แก่ เทศบาลเมือง กระบี่ (ตำบลปากน้ำ ตำบลกระบี่ใหญ่) ตำบลกระบี่น้อย ตำบลคลองประสงค์ ตำบลเขาคราม ตำบลทับปริก ตำบลไล่ไทยตำบลอ่าวนางตำบลเขาทองตำบลหนองทะเล จำนวน 69 หมู่บ้าน และ 14 ชุมชน

กลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ประชากรที่ศึกษา หมายถึง บุคลากรสาธารณสุข และภาคีเครือข่ายทุกระดับและประชาชนที่อาศัย อยู่ใน 10 ตำบล ในอำเภอเมือง จังหวัดกระบี่

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ หมายถึง บุคลากรสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายทุกระดับและ ประชาชนที่อาศัยอยู่ใน 10 ตำบล ในอำเภอเมือง จังหวัด กระบี่ ที่ได้รับการคัดเลือกแบบจำเพาะจงจำนวน 72 คน

ระยะเวลาศึกษาวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยและทีมเก็บข้อมูลภาคสนาม ดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัยทั้งแบบปฐมภูมิจากพื้นที่ศึกษา และข้อมูลทุติยภูมิจากระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยและทีมเก็บข้อมูลภาคสนาม ดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัยจากพื้นที่ศึกษารวมทั้งหมด 7 เดือน ตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2566 ถึงเดือนธันวาคม 2566

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตหน่วยงานที่กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาสังกัดพร้อมประสานขอความร่วมมือเพื่อเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่นักวิจัยออกแบบขึ้นแบบสอบถามมีเนื้อหาครอบคลุมตามตัวแปร ในกรอบแนวคิดการวิจัย ตั้งแต่การวิเคราะห์สภาพปัญหา กลยุทธ์เชิงนวัตกรรม การนำไปใช้ในพื้นที่ และการประเมินผลและประสานหน่วยงาน/กลุ่มงาน/งานที่เกี่ยวข้องเพื่อรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) ด้านต่างๆ เกี่ยวข้องโรคระบาดวิทยา และการควบคุมโรค ภายใต้มาตรการ 3-3-1 ตามกรอบแนวคิดการวิจัย โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลที่นักวิจัยได้ออกแบบขึ้นเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์สถิติสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ (quantitative data) ทั้งหมด โดยใช้ทั้งสถิติเชิงพรรณนา

(descriptive statistics) เพื่อวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผลการประเมินกลยุทธ์เชิงนวัตกรรม (3 รูป) ในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก และข้อมูลทางระบาดวิทยา ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม ข้อมูลปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน รวมถึงปัจจัยสู่ความสำเร็จที่เป็นส่วนหนึ่งของแบบสอบถาม ดำเนินการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการศึกษา

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือบุคลากรสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายทุกระดับและประชาชนที่อาศัยอยู่ใน 10 ตำบล ในอำเภอเมือง จังหวัดกระบี่ จำนวนทั้งหมด 72 คน จำแนกเป็นเพศชาย (ร้อยละ 33.3) เพศหญิง (ร้อยละ 66.7) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุระหว่าง 50 – 59 ปี (ร้อยละ 43.1) [Mean/Median \pm SD. (Min–Max) (ปี) เท่ากับ 47.94/50.50 \pm 11.20 (24–80) (ปี)] ตำแหน่ง/บทบาทหน้าที่รับผิดชอบของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นผู้รับผิดชอบงาน (ร้อยละ 36.1) และ เป็นผู้ที่ได้รับมอบหมาย/ผู้นำชุมชน (ร้อยละ 33.3) หน่วยงานต้นสังกัด/ภาคีเครือข่ายพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นภาคีเครือข่ายภาคประชาชน/อสม. (ร้อยละ 33.3) และโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ร้อยละ 20.8) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (N=72)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	24	33.3
หญิง	48	66.7
อายุ (ปี)		
20 – 29	6	8.3
30 – 39	9	12.5

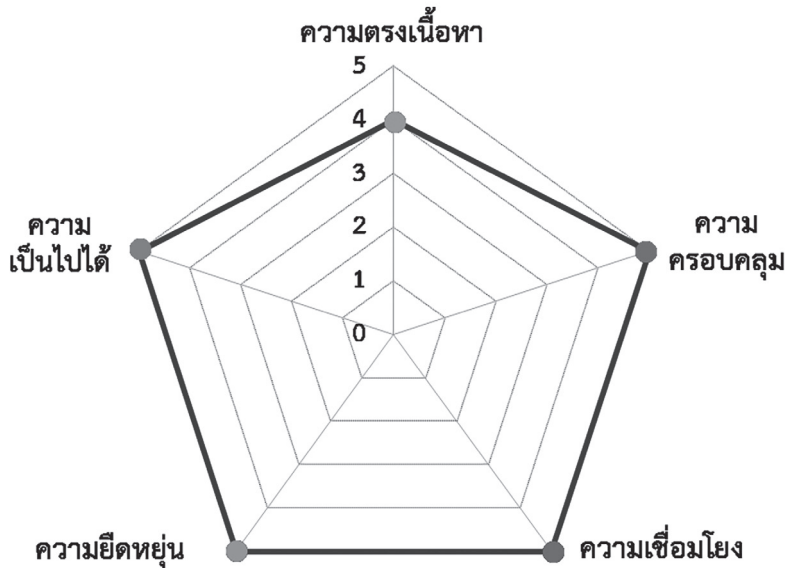
ลักษณะทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
40 – 49	16	22.2
50 – 59	31	43.1
≥ 60	10	13.9
Mean/Median ± SD. (Min–Max) (ปี) 47.94/50.50 ± 11.20 (24–80) (ปี)		
ตำแหน่ง/บทบาทหน้าที่รับผิดชอบ		
หัวหน้างาน	9	12.5
ผู้รับผิดชอบงาน	26	36.1
ทีมภารกิจ Operation	10	13.9
ผู้บริหาร	3	4.2
ผู้ที่ได้รับมอบหมาย/ผู้นำชุมชน	24	33.3
หน่วยงานต้นสังกัด/ภาคีเครือข่ายพื้นที่		
สคร.ที่ 11 จ.นครศรีธรรมราช/ ศตม./ นคม.	4	5.6
สสจ./ กลุ่มภารกิจ Operation ระดับจังหวัด	11	15.3
สสอ./ กลุ่มภารกิจ Operation ระดับอำเภอ	3	4.2
โรงพยาบาลทั่วไป/ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	15	20.8
เทศบาล/ อบจ./ อบต.	9	12.5
ผู้นำชุมชน	6	8.3
ภาคีเครือข่ายภาคประชาชน/ อสม.	24	33.3

**ผลการประเมินกระบวนการของกลยุทธ์
เชิงนวัตกรรม (3 รบ) + มาตรการ 3-3-1 ในการป้องกัน
ควบคุมโรคไข้เลือดออก**

การนำนโยบายสู่การปฏิบัติ

ผลการประเมินเนื้อหาของกลยุทธ์เชิงนวัตกรรม
(3 รบ) + มาตรการ 3-3-1 ในการป้องกันควบคุมโรค

ใช้เลือดออก ครอบคลุม 5 ด้าน จากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา
(N=72) (ภาพที่ 2) พบว่า ด้านความตรงเนื้อหา
อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 86.2) ในขณะที่อีก 4 ด้าน ได้แก่
ความครอบคลุม ความเชื่อมโยง ความยืดหยุ่น และความ
เป็นไปได้ มีคะแนนการประเมินอยู่ในระดับมากที่สุด
(ร้อยละ 93.1 ร้อยละ 97.3 ร้อยละ 91.7 ร้อยละ 95.9
ตามลำดับ)



ภาพที่ 2 ผลการประเมินเนื้อหาของกลยุทธ์เชิงนวัตกรรม (3 รบ) + มาตรการ 3-3-1 ในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

หมายเหตุ : คะแนนผลการประเมินที่ได้จากสมการคำนวณ คิดเป็นร้อยละ โดยแบ่งเป็น 5 ช่วง [$<60=1$ (น้อยที่สุด), $60-69=2$ (น้อย), $70-79=3$ (ปานกลาง), $80-89=4$ (มาก), $90-100=5$ (มากที่สุด)]

ในขณะเดียวกัน ผลการประเมินการถ่ายทอดกลยุทธ์เชิงนวัตกรรม (3 รบ) + มาตรการ 3-3-1 ในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก สู่การปฏิบัติในพื้นที่ พบว่า กระบวนการและวิธีการถ่ายทอดนโยบายแก่หน่วยงานหรือบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเก็บข้อมูลได้จาก 4 ระดับ คือ 1) ระดับกรมควบคุมโรค (มาตรการ 3-3-1) และระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (3 รบ) 2) ระดับอำเภอ 3) ระดับตำบล และ 4) ระดับชุมชน (อสม.) สรุปได้ว่า กระบวนการถ่ายทอดมีวิธีการขั้นตอนที่ชัดเจน มีหลากหลายช่องทาง ทำให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายถึงระดับชุมชน ทั้งผู้รับนโยบายในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายกระทรวงมหาดไทย

การระดมทรัพยากรการบริหารและความร่วมมือของชุมชน

การขับเคลื่อนเพื่อแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกภายใต้กลยุทธ์เชิงนวัตกรรม (3 รบ) + มาตรการ 3-3-1

ของ อำเภอเมือง จังหวัดกระบี่ มีการระดมทรัพยากรการบริการ (คน-เงิน-ของ) จากภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ได้แก่ องค์การบริหารส่วนจังหวัดกระบี่ สคร.ที่ 11 อบจ. เทศบาล รพ.สต. อบต. ทุกแห่ง

มีการสนับสนุน เครื่องพ่นหมอกแบบละอองฝอย (ULV) สารเคมีกำจัดแมลง ทราายกำจัดลูกน้ำ จัดอบรมบุคคลากรให้มีความรู้เรื่องการใช้เครื่องพ่นยุงที่ถูกต้อง

หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องร่วมมือกันเป็นอย่างดีในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จัดกิจกรรมรณรงค์ จัดอาสาพัฒนาสิ่งแวดล้อม กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายอย่างต่อเนื่อง ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายและ Big cleaning day ในพื้นที่ 7 ร. [โรงเรียน โรงเรียน โรงพยาบาล โรงแรม โรงธรรม โรงงาน สถานที่ราชการ] โดยจิตอาสาฯ อสม. ในพื้นที่ระบาดและพื้นที่เสี่ยงทุกสัปดาห์ ให้เป็นพื้นที่ปลอดลูกน้ำยุงลาย

มีเวทีประชาคมรายตำบล (หมู่บ้าน) โดยนายอำเภอเมืองกระบี่เป็นประธาน เพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา สื่อสารกับบุคลากร นักเรียน นักศึกษา อสม. และประชาชน เรื่องการกำจัดยุงและลูกน้ำยุงลายที่บ้านพัก อาคาร สถานที่ทำงาน พื้นที่สาธารณะต่างๆ และการป้องกันยุงกัด โดยเฉพาะผู้ที่มีอาการไข้

ควรทายากันยุงอย่างน้อย 3 วัน กลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาส เสียชีวิตสูงถ้าเกิดป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก เช่น โรคอ้วน โรคประจำตัว หากมีไข้สูงเกิน 2 วัน ควรไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล แนะนำให้รับประทานยาพาราเซตามอล เพื่อลดไข้

ผลการประเมินการควบคุมโรคไข้เลือดออกตามมาตรการ 3-3-1

การประเมินด้านผลลัพธ์ ภายใต้มาตรการ 3-3-1 ในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ในพื้นที่อำเภอเมือง

จังหวัดกระบี่ ปี พ.ศ. 2566 ตั้งแต่ สัปดาห์ที่ 28 ถึง สัปดาห์ที่ 40 พบว่า รพ. สามารถแจ้งรายงานผู้ป่วย ทันเวลา 3 ชม. ร้อยละ 100 เกือบทุกสัปดาห์ และสามารถควบคุมโรคทันเวลาที่บ้านผู้ป่วย 3 ชม. ร้อยละ 100 เกือบทุกสัปดาห์ เช่นกัน ในขณะที่เดียวกัน ร้อยละควบคุมโรคทันเวลา 1 วัน ร้อยละ 100 ทุกสัปดาห์ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลการประเมินการควบคุมโรคไข้เลือดออกตามมาตรการ 3-3-1

สัปดาห์ที่	ร้อยละ รพ.แจ้งทันเวลา 3 ชม.	ร้อยละ การควบคุมโรคทันเวลาที่บ้านผู้ป่วย 3 ชม.	ร้อยละ การควบคุมโรคทันเวลา 1 วัน	ร้อยละ การพ่นวันที่ 0, 3, 7 หรือวันที่ 0, 7	ร้อยละ ค่า HI, CI=0 ผ่านเกณฑ์ (ครั้งที่ 1)	ร้อยละ ค่า HI, CI=0 ผ่านเกณฑ์ (ครั้งที่ 2)
28	98.2	95	100	80	45	80
29	98	97	100	90	50	70
30	100	98	100	100	70	80
31	100	100	100	100	60	80
32	100	100	100	100	65	80
33	100	100	100	100	70	80
34	100	100	100	100	70	80
35	100	100	100	100	70	80
36	100	100	100	100	75	80
37	100	100	100	100	75	80
38	100	100	100	100	75	80
39	100	100	100	100	75	80
40	100	100	100	100	40	40

ผลการประเมินการใช้ประโยชน์และความพึงพอใจต่อกลยุทธ์ 3 รบ และ มาตรการ 3-3-1 ในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

ผลการประเมินการใช้ประโยชน์และความพึงพอใจต่อกลยุทธ์ 3 รบ และ มาตรการ 3-3-1 ในการ

ป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ทั้ง 10 ประเด็น พบว่าทุกประเด็นมีผลการประเมินอยู่ในระดับมากที่สุดและมาก (มากกว่าร้อยละ 80) ในส่วนของการประเมินภาพรวมก็พบว่ามีการประเมินส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุดและมาก (ร้อยละ 91.6) เช่นเดียวกัน (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ผลการประเมินการใช้ประโยชน์และความพึงพอใจต่อกลยุทธ์ 3 รบ และ มาตรการ 3-3-1 ในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

ประเด็นการประเมิน	ระดับความพึงพอใจ (N=72)				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. เนื้อหากกลยุทธ์/มาตรการ มีความถูกต้อง มีความตรง เหมาะสม และ ชัดเจน	24 (33.3)	38 (52.8)	9 (12.5)	1 (1.4)	0 (0)
2. กลยุทธ์/มาตรการ สามารถใช้งานง่าย ไม่ซับซ้อน	25 (34.7)	38 (52.8)	7 (9.7)	2 (2.8)	0 (0)
3. สามารถบริหารจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ	21 (29.2)	37 (51.4)	12 (16.6)	2 (2.8)	0 (0)
4. มีแนวทางการดำเนินงานเอื้อและสนับสนุน การแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในพื้นที่	18 (25.0)	45 (62.5)	8 (11.1)	1 (1.4)	0 (0)
5. ภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานได้รับการสนับสนุน ทางวิชาการในการดำเนินงานอย่างเหมาะสม	17 (23.6)	47 (65.3)	7 (9.7)	1 (1.4)	0 (0)
6. การได้รับข้อมูลข่าวสาร และการประชาสัมพันธ์ สนับสนุนการดำเนินงานอย่างเหมาะสมเพียงพอ	22 (30.6)	41 (56.9)	7 (9.7)	2 (2.8)	0 (0)
7. การมีส่วนร่วมของท่าน ในการดำเนินงาน ตามกลยุทธ์/มาตรการนี้	23 (31.9)	40 (55.6)	6 (8.3)	3 (4.2)	0 (0)
8. กลยุทธ์/มาตรการนี้ สามารถแก้ปัญหาได้จริง	27 (37.5)	39 (54.2)	4 (5.5)	2 (2.8)	0 (0)
9. กลยุทธ์/มาตรการนี้ ภาคีเครือข่ายในพื้นที่ได้รับ ประโยชน์	22 (30.6)	43 (59.7)	6 (8.3)	1 (1.4)	0 (0)
10. ความพึงพอใจในภาพรวม	25 (34.7)	41 (56.9)	6 (8.3)	0 (0)	0 (0)

ผลการประเมินกลยุทธ์เชิงนวัตกรรม (3 รบ) ในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

ผลการประเมินกลยุทธ์ 3 รบ ในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดกระบี่ โดยใช้ ตัวอย่างที่ศึกษาซึ่งเป็นบุคลากรสาธารณสุข และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทุกระดับ พบว่า ทุกประเด็นกิจกรรมที่ดำเนินการภายใต้กลยุทธ์ 3 รบ (รบรุก - รบเร็ว - รบแรง) ได้รับการยอมรับและดำเนินการในพื้นที่ในทุกระดับ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ผลการประเมินกลยุทธ์เชิงนวัตกรรม (3 รบ) ในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก (N=72)

กลยุทธ์เชิงนวัตกรรม (3 รบ)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. รบรุก		
1.1 ดำเนินการการพ่นเคมีฆ่ายุงแบบบูรณาการทั้งหมู่บ้าน จำนวน 2 รอบ ห่างกัน 7 วัน		
เห็นด้วย	72	100
ไม่เห็นด้วย	0	0

กลยุทธ์เชิงนวัตกรรม (3 รบ)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1.2 การจัดกิจกรรมทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุง เช่น กิจกรรมจิตอาสาฯ และ Big Cleaning จำนวน 2 รอบห่างกัน 7 วัน		
เห็นด้วย	71	98.6
ไม่เห็นด้วย	1	1.4
1.3 การจัดกิจกรรมการพ่นเคมีฆ่ายุงแบบปูพรมและดำเนินการจัดกิจกรรมทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงทั้งหมดที่บ้านต้องจัดทำไปพร้อมๆ กัน		
เห็นด้วย	70	97.2
ไม่เห็นด้วย	2	2.8
2. รบเร็ว		
2.1 รู้เร็ว โรงพยาบาลได้รายงานโรคไข้เลือดออกภายใน 3 ชั่วโมง		
ได้รับภายใน 3 ชั่วโมง	71	98.6
ไม่ได้รับภายใน 3 ชั่วโมง	1	1.4
2.2 อสม. รับแจ้งผู้ป่วยผ่านระบบไลน์ ภายใน 3 ชั่วโมง		
ได้รับแจ้ง	72	100
ไม่ได้รับแจ้ง	0	0
2.3 อสม. ลงควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างรวดเร็วที่บ้านผู้ป่วยภายใน 3 ชั่วโมง		
ได้ควบคุม	70	97.2
ไม่ได้ควบคุม	2	2.8
3. รบแรง		
3.1 การระดมทรัพยากร (คน เงิน ของ) และสนับสนุนการขับเคลื่อนร่วมกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในการดำเนินงาน		
เห็นด้วย	72	100
ไม่เห็นด้วย	0	0
3.2 การจัดเวทีประชาคมขับเคลื่อนกำหนดมาตรการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ระบาด และพื้นที่เสี่ยง		
เห็นด้วย	71	98.6
ไม่เห็นด้วย	1	1.4
3.3 การกำหนดมาตรการทางสังคมร่วมกัน เช่น กำหนดกติกาของหมู่บ้าน/ชุมชน		
เห็นด้วย	71	98.6
ไม่เห็นด้วย	1	1.4

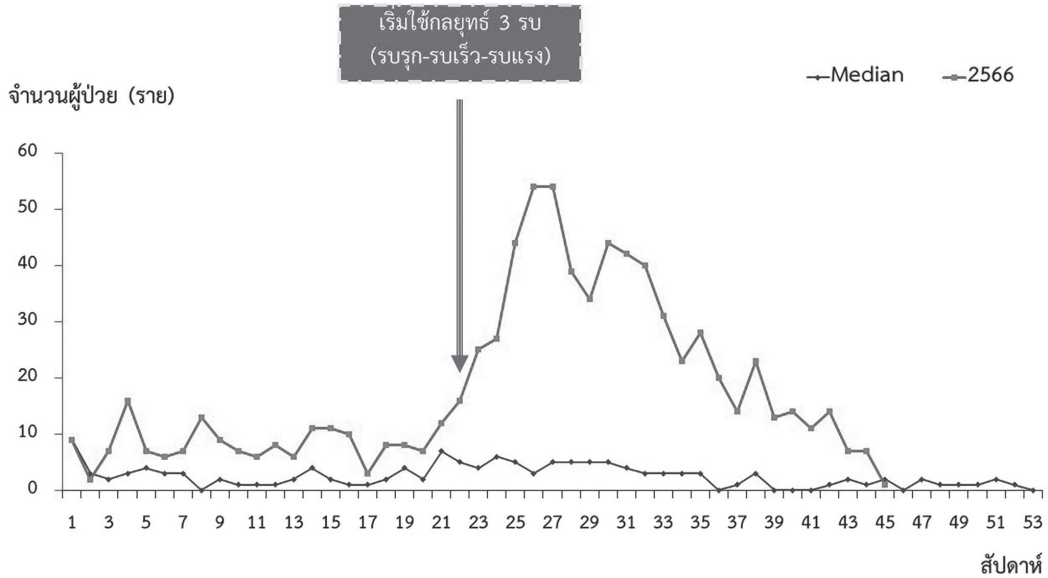
กลยุทธ์เชิงนวัตกรรม (3 รบ)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
3.4 การสื่อสารความเสี่ยงแก่ประชาชนในพื้นที่		
เห็นด้วย	71	98.6
ไม่เห็นด้วย	1	1.4
3.5 การให้ความรู้ การประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการกำจัดขยะ/ลูกน้ำ และการสื่อสารความเสี่ยง		
เห็นด้วย	71	98.6
ไม่เห็นด้วย	1	1.4
3.6 ฉีดสเปรย์กระพองกำจัดขยะในบ้าน ถ้ามีขยะชุม		
ปฏิบัติสม่ำเสมอ	56	77.8
ปฏิบัติบางครั้ง	15	20.8
ไม่ปฏิบัติ	1	1.4
3.7 การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำขยะทุกสัปดาห์		
ปฏิบัติสม่ำเสมอ	68	94.4
ปฏิบัติบางครั้ง	3	4.2
ไม่ปฏิบัติ	1	1.4
3.8 การป้องกันไม่ให้ยุงกัด เช่น ทายากันยุง		
ปฏิบัติสม่ำเสมอ	66	91.7
ปฏิบัติบางครั้ง	6	8.3
ไม่ปฏิบัติ	0	0
3.9 แนะนำประชาชนให้รู้จักวิธีการป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยวิธี 5ป 1ข		
ปฏิบัติสม่ำเสมอ	69	95.8
ปฏิบัติบางครั้ง	3	4.2
ไม่ปฏิบัติ	0	0
3.10 แนะนำประชาชนให้รู้จักวิธีการป้องกันโรคไข้เลือดออก ด้วยมาตรการ 3 เก็บ 3 โรค		
ปฏิบัติสม่ำเสมอ	68	94.4
ปฏิบัติบางครั้ง	4	5.6
ไม่ปฏิบัติ	0	0
3.11 ประชาสัมพันธ์/แจ้งข่าวการเกิดโรคไข้เลือดออกในชุมชนแก่ประชาชนทราบและติดตามสถานการณ์การระบาดอย่างต่อเนื่อง		
ปฏิบัติสม่ำเสมอ	69	95.8

กลยุทธ์เชิงนวัตกรรม (3 รบ)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ปฏิบัติบางครั้ง	3	4.2
ไม่ปฏิบัติ	0	0
3.12 ให้คำแนะนำผู้มีอาการสงสัยโรคไข้เลือดออกและญาติมีไข้เกิน 2 วัน ต้องไปพบแพทย์		
ปฏิบัติสม่ำเสมอ	67	93.0
ปฏิบัติบางครั้ง	4	5.6
ไม่ปฏิบัติ	1	1.4
3.13 ให้คำแนะนำการปฏิบัติตนแก่ผู้ป่วยที่มีอาการสงสัยป่วยเป็นโรคไข้ เลือดออกป้องกันการแพร่กระจายเชื้อด้วยการทายากันยุงอย่างน้อย 3 วัน		
ปฏิบัติสม่ำเสมอ	68	94.4
ปฏิบัติบางครั้ง	4	5.6
ไม่ปฏิบัติ	0	0
3.14 ให้คำแนะนำกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสเสียชีวิตสูงถ้าเกิดป่วยเป็นโรคไข้ เลือดออก เช่น โรคอ้วน โรคประจำตัว หากมีไข้สูงเกิน 2 วัน ควรไปพบแพทย์ ที่โรงพยาบาล		
ปฏิบัติสม่ำเสมอ	71	98.6
ปฏิบัติบางครั้ง	1	1.4
ไม่ปฏิบัติ	0	0
3.14 ให้คำแนะนำกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสเสียชีวิตสูงถ้าเกิดป่วยเป็นโรคไข้ เลือดออก เช่น โรคอ้วน โรคประจำตัว หากมีไข้สูงเกิน 2 วัน ควรไปพบแพทย์ ที่โรงพยาบาล		
ปฏิบัติสม่ำเสมอ	70	97.2
ปฏิบัติบางครั้ง	2	2.8
ไม่ปฏิบัติ	0	0

**ผลการประเมินการลดป่วยโรคไข้เลือดออก
หลังการใช้กลยุทธ์ 3 รบ และ มาตรการ 3-3-1 ในการ
ป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก**

การประเมินด้านผลกระทบหลังการใช้กลยุทธ์
3 รบ และ มาตรการ 3-3-1 ในการป้องกันควบคุมโรคไข้
เลือดออก ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดกระบี่ โดยเริ่มใช้

กลยุทธ์ ตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2566 (สัปดาห์ที่ 22) จนถึง
สิ้นเดือนตุลาคม 2566 (สัปดาห์ที่ 44) พบว่า หลังใช้
กลยุทธ์ดังกล่าวได้ 1 เดือน (สัปดาห์ที่ 26) จำนวนผู้ป่วย
ด้วยโรคไข้เลือดออก (ทั้ง 3 รหัส : 26, 27, 66) จำแนก
รายสัปดาห์ อ.เมือง จ.กระบี่ ลดลงอย่างชัดเจน เมื่อเปรียบ
เทียบกับค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี (ภาพที่ 3)



ภาพที่ 3 จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก (รหัส 26,27,66) จำแนกรายสัปดาห์ อ.เมือง จ.กระบี่ ปี พ.ศ. 2566 และค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี เปรียบเทียบ ก่อน และหลังใช้กลยุทธ์ 3 รบ **สรุปและอภิปรายผล**

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ คือบุคลากร สาธารณสุขและภาคีเครือข่ายทุกระดับและประชาชนที่อาศัยอยู่ใน 10 ตำบล ในอำเภอเมือง จังหวัดกระบี่ จำนวนทั้งหมด 72 คน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง กลุ่มอายุระหว่าง 50 – 59 ปี [Mean/Median ± SD. (Min–Max) (ปี) เท่ากับ 47.94/50.50 ± 11.20 (24–80) (ปี)] ตำแหน่ง/บทบาทหน้าที่รับผิดชอบของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นผู้รับผิดชอบงานและผู้ที่ได้รับมอบหมาย/ผู้นำชุมชน หน่วยงานต้นสังกัด/ภาคีเครือข่ายพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นภาคีเครือข่ายภาคประชาชน/อสม. และโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

การประเมินการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ โดยการประเมินเนื้อหาของกลยุทธ์เชิงนวัตกรรม (3 รบ) + มาตรการ 3-3-1 ในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ซึ่งครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่ 1) ความตรงเนื้อหา 2) ความครอบคลุม 3) ความเชื่อมโยง 4) ความยืดหยุ่น และ 5) ความเป็นไปได้ สรุปได้ว่า ด้านความตรงเนื้อหา อยู่ในระดับมาก ในขณะที่อีก 4 ด้าน ได้แก่ ความครอบคลุม ความเชื่อมโยง ความยืดหยุ่น และความเป็นไปได้ มีคะแนนการประเมินอยู่ในระดับมากที่สุด

ผลการประเมินกลยุทธ์ 3 รบ ในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก สรุปได้ว่า ทุกประเด็นกิจกรรมที่ดำเนินการภายใต้กลยุทธ์ 3 รบ (รบก - รบเร็ว - รบแรง) ได้รับการยอมรับและดำเนินการในพื้นที่ทุกระดับ ผลการประเมินการใช้ประโยชน์และความพึงพอใจต่อกลยุทธ์ 3 รบ และ มาตรการ 3-3-1 ในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ทั้ง 10 ประเด็น พบว่าทุกประเด็นมีผลการประเมินอยู่ในระดับ มากที่สุด และมาก ในส่วนของการประเมินภาพรวม ก็พบว่า มีผลการประเมินส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุด และมากเช่นเดียวกัน

การประเมินด้านผลกระทบหลังการใช้กลยุทธ์ 3 รบ และ มาตรการ 3-3-1 ในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดกระบี่ โดยเริ่มใช้กลยุทธ์ ตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2566 (สัปดาห์ที่ 22) จนถึงสิ้นเดือนตุลาคม 2566 (สัปดาห์ที่ 44) พบว่า หลังใช้กลยุทธ์ดังกล่าวได้ 1 เดือน (สัปดาห์ที่ 26) จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก (ทั้ง 3 รหัส : 26, 27, 66) จำแนกรายสัปดาห์ อ.เมือง จ.กระบี่ ลดลงอย่างชัดเจนเมื่อเปรียบเทียบกับค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี

ผลการวิจัย กลยุทธ์เชิงนวัตกรรมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดกระบี่ ครั้งนี้ สามารถสรุปได้ว่า มีประสิทธิผลทั้งในด้านผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนหน้านี้เกี่ยวกับพัฒนายุทธศาสตร์และกลยุทธ์ในการจัดการโรคไข้เลือดออกในประเทศไทยและประเทศอื่นๆ (สุธีรา พูลถิ่น และคณะ, 2565; สุรชาติ โกยกุลย์ และคณะ, 2565; ขวัญชัย กันทะใจและคณะ, 2566; Lam, 2013; Tissera et al., 2016; Pang et al., 2017; Achee, 2019) ผลการศึกษานี้สามารถขยายผลในพื้นที่อื่นๆ และพัฒนาเป็นต้นแบบในการจัดการโรคติดต่อมาโดยง่ายอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนยิ่งขึ้น

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ ได้ผ่านความเห็นชอบโดยสอดคล้องตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยใน

เอกสารอ้างอิง

- กองโรคติดต่อมาโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคติดต่อมาโดยแมลง. ค้นเมื่อ ตุลาคม 9, 2566. จาก <https://drive.google.com/drive/folders/1TTaSvaYamVwA5Iq7ATZJmIcHBuGXOSb>.
- ขวัญชัย กันทะใจ, รัชณี นิธากร, กิตติพัทธ์ เอี่ยมรอด. กลยุทธ์การพัฒนาประสิทธิภาพการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในพื้นที่ 4 อำเภอฝั่งตะวันออก จังหวัดตาก. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2566;10(2);1-14.
- สุธีรา พูลถิ่น, สุทธิดา นิยมศรีกุล, อัจฉรา เมฆเจริญ และ ปิติ มงคลกลางกูร. การพัฒนายุทธศาสตร์และกลยุทธ์ในการจัดการโรคไข้เลือดออกประเทศไทย. วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก 2565;9(2);1-23.
- สุรชาติ โกยกุลย์, อติศักดิ์ ภูมิรัตน์, รัชพล สัมพุทธานนท์, วิชุดา แซ่เจีย, สุนทร พิมพ์พันธ์, ประภัสสร ดำแป้น. รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์เรื่องการพัฒนาแบบจำลองการแพร่โรคไข้เลือดออกในสภาวะการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและภูมิทัศน์ในพื้นที่ท่องเที่ยวและเขตเมืองของจังหวัดภูเก็ต, 2561. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- สุรชาติ โกยกุลย์. นวัตกรรมการเฝ้าระวังเชื้อไวรัสเด็งกี ไวรัสซิกุนกุนยา และไวรัสซิกา ในยุงลายบ้าน *Aedes aegypti* และยุงลายสวน *Aedes albopictus*. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2565;31(6);1071-84.
- สุรชาติ โกยกุลย์, อติศักดิ์ ภูมิรัตน์. นิเวศระบาดวิทยาและพลวัตการแพร่ไวรัสเด็งกี. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา 2565;17(1);44-57.
- Achee NL, Grieco JP, Vatandoost H, Seixas G, Pinto J, Lee Ching-NG L et al. Alternative strategies for mosquito-borne arbovirus control. *PLoS Negl Trop Dis* 2019;13(1):1-12.
- Bhatt S, Gething PW, Brady OJ, Messina JP, Farlow AW, Mayes CL, et al. The global distribution and burden of dengue. *Nature*. 2013; 496(7446): 1–13.



- Boonklong O, Bhumiratana A. Seasonal and geographical variation of dengue vectors in Narathiwat, South Thailand. *Canadian J Infect Dis Med Microbiol* 2016; 2016: 8062360.
- Koyadun S, Butraporn P, Kittayapong P. Ecologic and sociodemographic risk determinants for dengue transmission in urban areas in Thailand. *Interdiscip Perspect Infect Dis* 2012; 2012; 907494.
- Lam SK. Challenges in reducing dengue burden; diagnostics, control measures and vaccines. *Expert Review of Vaccines* 2013; 12(9):995-1010.
- Pang T, Mak TK, Gubler DJ. Prevention and control of dengue-the light at the end of the tunnel. *Lancet Infect Dis* 2017;17(3):e79-e87. doi: 10.1016/S1473-3099(16)30471-6.
- Radke EG, Gregory CJ, Kintziger KW, Sauber-Schatz EK, Hunsperger EA, Gallagher GR, et al. Dengue outbreak in Key West, Florida, USA, 2009. *Emerg Infect Dis*. 2012; 18(1): 135–7.
- Schaffner F, Mathis A. Dengue and dengue vectors in the WHO European region: past, present, and scenarios for the future. *Lancet Infect Dis*. 2014; 14: 1271–80.
- Tissera H, Pannila-Hetti N, Samaraweera P, Weeraman J, Palihawadana P, Amarasinghe A. Sustainable dengue prevention and control through a comprehensive integrated approach: the Sri Lanka an perspective. *WHO South East Asia J Public Health* 2016 ;5(2):106-112.
- Tsheten T, Gray DJ, Clements ACA, Wangdi K. Epidemiology and challenges of dengue surveillance in the WHO South-East Asia Region. *Transactions of The Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene* 2021;115(6):583–99.
- Wai KT, Arunachalam A, Tana S, et al. Estimating dengue vector abundance in the wet and dry season: implications for targeted vector control in urban and peri-urban Asia. *Pathog Global Health* 2012; 106: 436-445.
- WHO. *Global strategy for dengue prevention and control*. Geneva: WHO Press; 2012.
- World Health Organization. (2023). Dengue and Severe Dengue. ค้นเมื่อ กรกฎาคม 9, 2566. จาก <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue>.

การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองให้เข้าสู่ภาวะสุดท้ายอย่างสงบ : กรณีศึกษา Nursing in elderly patient with palliative treatment for good death : Case study

ศิริพร เอียดแก้ว

Siriporn Eyadkeaw

โรงพยาบาลจุฬาภรณ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช

Chulabhorn Hospital Nakhon Si Thammarat Province

บทคัดย่อ

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การทำหน้าที่ของส่วนต่างๆ ในร่างกายมีการเสื่อมถอย มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง แม้รักษาเต็มที่แล้วอาจไม่สามารถฟื้นสภาพได้ การรักษาแบบประคับประคองเป็นอีกทางเลือกให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายอย่างสงบ

วัตถุประสงค์ของการศึกษาคั้งนี้เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่ป่วยด้วยโรคปอดอักเสบที่รักษาแบบประคับประคอง ให้เข้าสู่ภาวะสุดท้ายอย่างสงบ ศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วย 2 ราย วางแผนการดูแลผู้ป่วย ให้การพยาบาลจัดการอาการรบกวน ประเมินผล เยี่ยมหลังจำหน่ายและเยี่ยมครอบครัวหลังผู้ป่วยเสียชีวิต

ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยสูงอายุทั้งสองราย มาโรงพยาบาลด้วยอาการตัวร้อน ไอ หายใจเหนื่อยหอบ วินิจฉัยโรคเป็นปอดอักเสบ ได้รับการติดตามดูแล เยี่ยมหอบ ดูแลแผลกดทับ จนเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบ ผู้ป่วยรายที่ 1 ควบคุมอาการได้ จำหน่ายกลับไปดูแลที่บ้านจนเสียชีวิต รวมระยะดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล 9 วัน และที่บ้าน 4 วัน ผู้ป่วยรายที่ 2 ไม่สามารถจัดการอาการเหนื่อยหอบได้ ต้องนอนโรงพยาบาลจนเสียชีวิต รวมระยะเวลาดูแล 18 วัน

การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่รักษาแบบประคับประคองเป็นการดูแลแบบองค์รวม ให้สามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยได้ ซึ่งพยาบาลต้องมีความรู้เกี่ยวกับตัวโรค การจัดการอาการรบกวน มีสมรรถนะในการสอน ให้คำปรึกษา ประสานงาน วางแผนการดูแลต่อเนื่องสู่บ้านและชุมชน ส่งผลให้บรรลุเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองคือ “การตายดี (good death)” ได้

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ, การดูแลแบบประคับประคอง

Abstract

Elderly is an age that has been changes both physically and mentally. The functions of the body is deteriorate. Always have chronic illness, even full treatment but cannot be restored. Palliative treatment is part for threat elderly patients reach the good death.

The purpose of this study was to study nursing care for elderly patients with pneumonia who received palliative treatment to reach their last days peacefully. Comparative study of 2 patients admitted in Chulabhorn Hospital, Nakhon Si Thammarat Province. Nursing care to manage disturbing symptoms , discharge plan and home visits after discharge and after the patient dies.

The results of the study found that both elderly patients came to the hospital with a high temperature, coughing, and dypnea. Diagnosis pneumonia and treated infection ,manage symptoms of dypnea, care pressure sores until reaching the last day of life peacefully. First patient could controlled symptoms and discharge for took care at home . Total care period for the patient was 9 days in the hospital and 4 days at home. The second patient was unable to manage dyspnea. Had to stay in the

hospital until he died Total care period is 18 days.

Palliative care for elderly patients is the holistic care including physical, mental, social and spiritual dimensions. To be able to face illness ,nurse must have knowledge about the disease, Managing disturbing symptoms ,competence in teaching, Consultation, coordination, and discharge planning for continuous care from hospital to home, and community .To achieving the goal of palliative care “good death”.

Keywords : Elderly, Palliative care, Nursing process.

บทนำ

องค์การสหประชาชาติได้คาดการณ์การเพิ่มจำนวนผู้สูงอายุของโลกระหว่างปี พ.ศ.2558 - 2573 โดยผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นจาก 900 ล้านคนเป็น 1400 ล้านคน สำหรับประเทศไทย คาดการณ์ว่าในปี 2571 จะมีผู้อายุเกิน 60 ปีร้อยละ 23.50 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ มีข้อจำกัดในการทำหน้าที่ส่วนต่างๆ ของร่างกายในทางเสื่อมถอย การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล ทั้งจากภาวะของโรคและความรุนแรงของการเจ็บป่วย รวมทั้งการบำบัดรักษาที่ผู้ป่วยได้รับตลอดจนอาจเกิดอาการข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

องค์การอนามัยโลกให้คำจำกัดความ Palliative Care หรือการดูแลแบบประคับประคอง ว่าหมายถึงวิธีการดูแลที่เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่เผชิญกับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต ด้วยการป้องกันและบรรเทาอาการที่ทำให้ทุกข์ทรมาน ทั้งการเจ็บป่วยทางกาย ทางใจ ปัญหาเชิงสังคมและจิตวิญญาณแบบองค์รวม รวมไปถึงการดูแลจิตใจครอบครัวผู้ป่วยหลังการสูญเสีย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรวมทั้งครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถเผชิญความตายอย่างสงบศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และตายดี (Quality of death)

ข้อมูลสารสนเทศผู้ป่วยในปี 2564, 2565 และ 2566 ผู้สูงอายุที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 35,28.5และ36.1 ของผู้ป่วยที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลและแสดงความจำเป็นในการรักษาแบบประคับประคอง คิดเป็นร้อยละ 3.8, 1.7 และ 3.5 จากทะเบียนข้อมูลผู้ป่วยใน ปี2564, 2565 และ2566 พบว่าผู้ป่วย

ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลร้อยละ 35, 50 และ 60 เป็นผู้ป่วยที่รักษาแบบประคับประคอง เนื่องจากผู้ดูแลไม่มั่นใจในการดูแลที่บ้าน จากการประชุมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยประคับประคอง การนิเทศการปฏิบัติงานของพยาบาลของแผนกผู้ป่วยในพบว่ายังไม่มี ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง ร้อยละ 66.6 ไม่เคยอบรมการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง ร้อยละ 55.5 เป็นพยาบาลจบใหม่อายุงานไม่เกิน 5 ปี และร้อยละ 44.4 เป็นพยาบาลที่หมุนเวียนมาช่วยปฏิบัติงานจากแผนกอื่นได้แก่ ห้องคลอด ผู้ป่วยนอก เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่รักษาแบบประคับประคองเข้าสู่ระยะท้ายอย่างสงบ ผู้ศึกษาจึงได้ศึกษาค้นคว้า รวบรวมความรู้ด้านวิชาการการพยาบาลและประสบการณ์จากการทำงาน เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่รักษาแบบประคับประคองให้เข้าสู่ระยะสุดท้ายอย่างสงบ
2. เพื่อศึกษาอาการรบกวนและการจัดการอาการในผู้ป่วยระยะสุดท้าย
3. เพื่อศึกษาการดูแลครอบครัวผู้ป่วยในขณะที่เจ็บป่วยและหลังการสูญเสีย

วิธีการศึกษา

1. เลือกกรณีศึกษาจากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬารณณ์ในปี 2566
2. ศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา และแฟ้มประวัติผู้ป่วย เยี่ยมผู้ป่วยทุกวันในขณะนอนในโรงพยาบาล

3. ปรึกษาพยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยระดับประคอง

4. ดำเนินการศึกษา วิเคราะห์ปัญหา วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผลการพยาบาล เตรียมจำหน่ายและติดตามเยี่ยมบ้านหลังจำหน่าย

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬารัตน์ จำนวน 2 ราย เป็นผู้ป่วยสูงอายุ ประสงค์รักษาแบบประคอง ที่ผู้ศึกษาได้ให้การพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัวจนผู้ป่วยเสียชีวิตและได้ติดตามเยี่ยมครอบครัวหลังผู้ป่วยเสียชีวิต ดำเนินการศึกษา ผู้ป่วยรายที่ 1 ระหว่างวันที่ 7 - 16 พฤษภาคม 2566 ผู้ป่วยรายที่ 2 ระหว่างวันที่ 3 - 22 กันยายน 2566

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ดังตารางที่ 1

ข้อมูลผู้ป่วย	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
ข้อมูลทั่วไป	เพศชาย อายุ 92 ปี สถานะภาพสมรส ไม่ได้ ประกอบอาชีพ มีลูก 5 คน มีลูกสาว 2 คน เป็นผู้ดูแลหลัก	เพศชาย อายุ 84 ปี สถานะสมรส ไม่ได้ ประกอบอาชีพ มีลูก 5 คน ทำงานที่อื่น ผู้ป่วยอยู่บ้านกับภรรยา
วันที่รับเข้ารพ.	7 พฤษภาคม 2566 เวลา 17.35 น.	3 กันยายน 2566 เวลา 23.21 น.
วันที่จำหน่าย	16 พฤษภาคม 2556 เวลา 16.00 น.	22 กันยายน 2566 เวลา 10.40 น.
จำนวนวันนอนรพ.	9 วัน	18 วัน
อาการสำคัญที่มา: ประวัติการเจ็บป่วย ปัจจุบัน:	หายใจเหนื่อยมา 30 นาที 4 วันก่อนมาตัวร้อน ซึมลง หายใจเร็ว มีเสียงครืดคราดในลำคอ มีแผลกดทับที่ก้น 2 วันก่อนมาเริ่มกลืนอาหารลำบาก หายใจมีเสียงครืดคราดมากขึ้น	หายใจเหนื่อยมา 7 ชั่วโมง 30 นาที 13 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลตัวร้อน ไอ 7 ชั่วโมง 30 นาทีก่อนมามีอาการสำลักอาหาร หายใจเหนื่อยหอบ จึงประสาน EMS ออกรับ
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต :	โรคความดันโลหิตสูงเป็นมา 2 ปี รักษาที่โรงพยาบาลจุฬารัตน์ ไม่ขาดยา	เป็นโรคหลอดเลือดสมอง และ พาร์กินสัน เป็นมา 5 ปี รับยาจากโรงพยาบาล มหาราช ไม่ขาดยา
การประเมินแรกรับ	ผู้ป่วยล้มตาได้เอง ส่งเสียงไม่เป็นคำพูด ขยับแขนขาได้เอง ไม่ทำตามคำสั่ง หายใจเหนื่อย มี Retraction ฟังปอดมีเสียงเสมหะทั้งสองข้าง มีแผลกดทับที่ก้นขนาด 3 * 3 เซนติเมตร E4V4M5 ตรวจสอบ motor power ทั้งสองข้าง เท่ากัน gr. 5 ทั้งแขนและขา	ผู้ป่วยล้มตาได้เอง ส่งเสียงไม่เป็นคำพูด ขยับแขนขาด้านขวาได้บ้าง ด้านซ้ายขยับไม่ได้ หายใจเหนื่อยมี Retraction ฟังปอดมีเสียงเสมหะทั้งสองข้าง มีแผลกดทับที่แขนซ้าย ขนาด 5* 5 เซนติเมตร ขาซ้าย ขนาด 3*3 เซนติเมตร เท้าซ้ายขนาด 1.5*1.5 เซนติเมตร E4V2M5 motor power ด้านขวา gr 3 ทั้งแขนและขา ด้านซ้าย gr 1+ ทั้งแขนและขา

ข้อมูลผู้ป่วย	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
สัญญาณชีพแรกจับ	BP 141/58 mmHg Pulse 104 ครั้ง/นาที RR 28 ครั้ง/นาที BT 38.0 °C O2 saturation 82 %	BP 114/72 mmHg Pulse 104 ครั้ง/นาที RR 36 ครั้ง/นาที BT 36.7 °C O2 saturation 82 %
การตรวจทางรังสีวิทยา	Infiltration RUL	Infiltration RUL
แผนการรักษา	- Clindamycin 600 mg iv q 8 hr - LPRC 1 unit iv drip in 4 hr (12/5/2566) - ยาเดมิม - 0.9% NSS 1000 ml iv rate 80 cc/hr - Paracetamol 500 mg oral prn q 4 hr - Acetylcysteine 1ซอง ละลายน้ำ oral tid pc	- Ceftriaxone 2 gm iv OD - Morphine 3 mg iv prn q 3 hr - Dexamethazone 4 mg iv q 6 hr (12 - 19/5/2566) - Lorazepam 0,5 mg 1 - 2 tab oral prn hs - ยาเดมิม
การวินิจฉัยของแพทย์	Pneumonia	Pneumonia

2. ภาวะสุขภาพ การประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนของกอร์ดอน รายละเอียดดังตารางที่ 2

ข้อมูลภาวะสุขภาพ	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	ครอบครัวรับรู้การเจ็บป่วยว่าเป็นผู้ป่วยติดเตียง มีลูกสาวสองคนช่วยกันดูแลผู้ป่วย มีอุปกรณ์การดูแลที่บ้านคือเตียงนอนและที่นอนลม	ครอบครัวรับรู้การเจ็บป่วยว่าเป็นผู้ป่วยติดเตียง มีหลานสะใภ้เป็นผู้ดูแลหลัก มีอุปกรณ์การดูแลที่บ้านพร้อม เมื่อมีปัญหาการดูแลจะปรึกษาลูกสาวผู้ป่วยที่ทำงานต่างจังหวัดซื้อยาและอุปกรณ์ส่งมาให้
แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญอาหาร	ผู้ป่วยรับประทานอาหารวันละ 3 - 4 มื้อ รับประทานได้น้อย มีอาการไอและสำลักเป็นครั้งคราว	ผู้ป่วยรับประทานอาหารวันละ 3 - 4 มื้อ รับประทานได้น้อย มีอาการไอและสำลักเป็นครั้งคราว
แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย	ใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูปรองรับปัสสาวะ	ใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูปรองรับปัสสาวะ
แบบแผนที่ 4 กิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย	ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีลูกสาวช่วยดูแล	ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีหลานสะใภ้ช่วยดูแล
แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ	ผู้ป่วยนอนหลับคืนละประมาณ 5 - 6 ชั่วโมง นอนหลับๆ ตื่นๆ	ผู้ป่วยนอนหลับคืนละประมาณ 5 - 6 ชั่วโมง นอนหลับดี ไม่มีตื่นขึ้นมากกลางดึก
แบบแผนที่ 6สติปัญญาและการรับรู้	ผู้ป่วยเรียนจบชั้น ป.4 การมองเห็นการได้ยินปกติตอบสนองต่อการสื่อสารด้วยการพูดออกเสียงเป็นคำๆ การทำท่าทาง	ผู้ป่วยเรียนจบชั้น ป. 4 การมองเห็นการได้ยินปกติตอบสนองต่อการสื่อสารด้วยการพูดออกเสียงเป็นคำๆ การทำท่าทาง

ข้อมูลภาวะสุขภาพ	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
แบบแผนที่ 7 การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์	ผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิดเป็นครั้งคราว	ผู้ป่วยนอนสงบ ไม่มีอาการหงุดหงิด ก้าวร้าว หรือซึมเศร้า
แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ	ผู้ป่วยเป็นสมาชิกในครอบครัว อยู่ด้วยกัน 5 คน สมาชิกในครอบครัวรักใคร่กันดี	ผู้ป่วยเป็นสมาชิกในครอบครัว อยู่ด้วยกัน 4 คน ลูก 5 คน ทำงานต่างจังหวัด ส่งเงินมาให้ มาเยี่ยมบ่อยๆ สัมพันธภาพในครอบครัวดี
แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์	เพศชาย เป็นผู้สูงอายุ ไม่มีอวัยวะเพศผิดปกติ	ผู้ป่วยเพศชาย เป็นผู้สูงอายุ ไม่มีอวัยวะเพศผิดปกติ
แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและการเผชิญกับความเครียด	ผู้ป่วยมีท่าทางหงุดหงิด ส่งเสียงดังเป็นช่วงๆ และพักหลับได้เป็นช่วงๆ	ให้ความร่วมมือในการรักษา ไม่มีท่าทางหงุดหงิด ก้าวร้าวหรือซึมเศร้า
แบบแผนที่ 11 ความเชื่อ	ผู้ป่วยนับถือศาสนาพุทธ ชอบฟังธรรมะ ฟังเพลง เชื่อมั่นในการรักษาแผนปัจจุบัน ไม่มีการใช้ยาสมุนไพรหรือแพทย์ทางเลือกอื่น	ผู้ป่วยนับถือศาสนาพุทธ ชอบฟังธรรมะ ฟังเพลง เชื่อมั่นในการรักษาแผนปัจจุบัน ไม่มีการใช้ยาสมุนไพรหรือแพทย์ทางเลือกอื่น

3. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล แบ่งตามระยะต่างๆ ดังนี้

1. ระยะ Acute phase

ปัญหาที่ 1 ทบทวนแผนการดูแลผู้ป่วย (Advance care planning)

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยทั้งสองรายญาติแจ้งความประสงค์ขอรักษาแบบประคับประคอง เนื่องจากเป็นความประสงค์ของผู้ป่วยและญาติอยากให้ผู้ป่วยสุขสบายที่สุด

การพยาบาล ค้นหาผู้ดูแลหลักและผู้ตัดสินใจหลักในการดูแลผู้ป่วย ให้ทุกคนตัดสินใจร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย ประชุมที่ครอบครัวของผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ผู้ดูแลและพยาบาลประคับประคอง อธิบายให้ทราบถึงข้อดีและข้อเสียที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา เปิดโอกาสให้ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและซักถามข้อสงสัย

ประเมินผลการพยาบาล ครอบครัวรับทราบข้อมูลการรักษา ลงความเห็นร่วมกันยืนยันต้องการรักษาแบบประคับประคอง ต้องการทำตามความประสงค์ของผู้ป่วย ไม่อยากให้ผู้ป่วยทรมานในช่วงสุดท้ายของชีวิต

ปัญหาที่ 2 มีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยทั้งสองรายผลรังสีเอ็กซเรย์พบ Infiltration both lung ประวัติมีไข้ สัมผัสอาหาร อัตราการหายใจ 28 – 34 ครั้ง/นาที ฟังปอดมีเสียงRhonchi

การพยาบาล วัดสัญญาณชีพและระดับออกซิเจนในเลือด ทุก 4 ชั่วโมง on O2 mask c bag 8-10 ลิตร/นาที ให้อาาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา แนะนำเช็ดตัวลดไข้และให้ยา paracetamol 500 mg 1 tab oral prn ทุก 4 ชั่วโมง แนะนำระวังผู้ป่วยสำลักอาหารและน้ำ ปรับเตียงให้ศีรษะสูงขณะให้อาหารและหลังให้อาหาร อาหารทางปากคำเล็กๆ

ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยทั้งสองรายอาการดีขึ้น อุณหภูมิร่างกาย 36.7 – 37.2 oC อัตราการหายใจ 24-28 /นาที หลังให้ oxygen mask c bag 8- 10 ลิตร/นาที ระดับออกซิเจนในเลือด 95 – 96 %

ปัญหาที่ 3 ส่งเสริมการหายใจของแผลกดทับ

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยรายที่ 1 มีแผลกดทับที่ก้น ขนาด 3*3 เซนติเมตร ผู้ป่วยรายที่ 2 มีแผลกดทับที่แขนซ้าย ขนาด 5*5 เซนติเมตร ขาซ้าย ขนาด 3+3 เซนติเมตร เท้าซ้ายขนาด 1.5*1.5 เซนติเมตร แผลมี discharge ซึม ผู้ป่วยทั้งสองรายมีผิวแห้งเสี่ยงต่อเกิดแผลกดทับเพิ่มเติมได้ง่าย

การพยาบาล ทำแผลด้วย 0.9% Normal Saline และทาด้วย Intrasite Gel วันละ 2 ครั้ง เช้า – เย็น ใส่ที่นอนลมและใช้หมอนรองรับบริเวณปุ่มกระดูกต่างๆ แนะนำพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมงหรือเมื่อจำเป็น .แนะนำดูแลผ้าปูที่นอนให้ตึง ไม่มีรอยหยัก เปลี่ยนเมื่อเปียกชื้น ใช้โลชั่นทาหลังทำความสะอาดผิวหนัง และสำรวจผิวหนังว่ามีรอยแดง มีแผลกดทับเกิดเพิ่มหรือไม่ ดูแลให้ได้รับอาหารทางสายยาง เพื่อส่งเสริมการหายใจของแผล

ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยรายที่ 1 แผลกดทับดีขึ้น ขนาดลดลง เหลือแค่เป็นรอยถลอก ผู้ป่วยรายที่ 2 แผลกดทับที่แขน ขาหายสนิท ไม่มีแผลกดทับที่ตำแหน่งอื่นเพิ่มเติม

2. ระยะIncome phase

ปัญหาที่ 4 ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีการเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินหายใจมีอาการหายใจลำบาก

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยมีอาการหายใจเหนื่อยหอบ ใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องหายใจ อัตราการหายใจ 28 – 32 ครั้ง/นาที มีเสมหะครืดคราดในลำคอ ไม่มีไข้

การพยาบาล ให้ยาบรรเทาอาการเหนื่อยหอบตามแผนการรักษา ได้แก่มอร์ฟีนและยาอื่นๆ แนะนำการลดอาการเหนื่อยหอบโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ ให้เปิดพัดลมจ่อหน้าให้ผู้ป่วย ใช้ผ้าชุบน้ำเย็นเช็ดหน้าเช็ดตัวให้ผู้ป่วยเพื่อให้รู้สึกสบายตัวขึ้น ให้ Oxygen mask c bag 8 – 10 ลิตร/นาที แนะนำจัดทำให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง ตะแคงหน้าเพื่อให้เสมหะไหลมารวมกันดูดเสมหะได้ง่าย เคาะปอด suction prn แนะนำเตรียมอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วยให้พร้อม ไม่พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยบ่อยเนื่องจากทำให้ผู้ป่วยเหนื่อยหอบมากขึ้น

ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยรายที่ 1 อาการเหนื่อยหอบลดลงเมื่อได้รับยามอร์ฟีนทางหลอดเลือด

เลือดดำร่วมกับการให้ออกซิเจน อัตราการหายใจ 18 – 22 ครั้งต่อนาที สามารถจำหน่ายกลับไปดูแลที่บ้านได้ ผู้ป่วยรายที่ 2 ยังมีอาการเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 24- 28 ครั้งต่อนาที แพทย์ปรับเปลี่ยนแผนการรักษาเป็นให้Morphine 10 mg + NSS 100 mg iv drip 10 drop/min ให้อายา dexamethasone 4 mg iv q 8 ชั่วโมง ผู้ป่วยมีอาการสงบ หลับได้ไม่เหนื่อย

ปัญหาที่ 5 ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงของระบบย่อยอาหารไม่สามารถรับอาหารทางสายยางได้ **ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยรายที่1 ญาติแจ้งว่าหลังให้อาหารทางสายยางผู้ป่วยมีอาการหายใจเหนื่อยหอบเป็นพักๆ ผู้ป่วยรายที่ 2 ญาติแจ้งว่าทดสอบก่อนให้อาหารมีน้ำสีคล้ำออกมามากกว่า 50 ซีซี

การพยาบาล แนะนำให้ญาติของผู้ป่วยทั้งสองรายทราบว่าเป็นอาการแสดงของผู้ป่วยระยะท้าย อธิบายให้ทราบถึงข้อเสียของการฝืนให้อาหารหากผู้ป่วยไม่สามารถรับอาหารได้ ผู้ป่วยรายที่ 1 ที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน แนะนำว่า “ถ้าญาติกังวลไม่สบายใจให้พามาโรงพยาบาลได้” ผู้ป่วยรายที่ 2 อยู่ในโรงพยาบาล รายงานแพทย์ให้ฟังดื่มน้ำและอาหาร ดูแลให้อาและสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา ประเมินลักษณะ content ที่ออกจากสายให้อาหาร เมื่อลดลงทดลองให้อาหารทางสายยางซ้ำเพื่อเตรียมจำหน่ายไปดูแลที่บ้าน

ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยรายที่ 1 เสียชีวิตในวันรุ่งขึ้นหลังญาติปรึกษาเรื่องผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบหลังให้อาหารทางสายยาง ผู้ป่วยรายที่ 2 ไม่สามารถรับอาหารทางสายยางได้ตั้งแต่วันที่ 6 – 22 ตุลาคม 2566 ผู้ป่วยมีอาการสงบไม่สับสนทุรนทุราย

ปัญหาที่ 6 ส่งเสริมการดูแลผู้ป่วย End of life

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยทั้งสองราย ประเมิน PPS Score ได้ 30% มีอาการหายใจเหนื่อย ผู้ป่วยรายที่ 1 ญาติแจ้งทางไลน์ว่า “มีอาการหายใจยาวบ้างสั้นบ้าง ระดับออกซิเจนในเลือด 87%” ผู้ป่วยรายที่ 2 ต้องให้ยามอร์ฟีนชนิดหยดทางหลอดเลือดดำอย่างต่อเนื่อง ไม่สามารถรับอาหารทางสายยางได้

การพยาบาล อธิบายอาการของผู้ป่วยให้ญาติทราบ เปิดโอกาสให้พูดคุยระบายความรู้สึก

ซักถามข้อสงสัย ผู้ป่วยรายที่ 1 อยู่ที่บ้าน แนะนำผ่านการโทรศัพท์และวิดีโอคอล ให้กำลังใจญาติและแจ้งว่า “มีอะไรโทรศัพท์หรือไลน์มาได้ตลอดเวลาจะนะ” ผู้ป่วยรายที่ 2 อยู่ในโรงพยาบาล แนะนำและตรวจเยี่ยมอาการทุกวัน แนะนำให้บุคคลในครอบครัวได้อยู่ใกล้ชิดใช้เวลา ร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย ให้พูดคุยในสิ่งดีๆ ที่เคยทำ ร่วมกัน แนะนำให้จับมือหรือสัมผัสให้กำลังใจผู้ป่วย ไม่ให้ ผู้ป่วยรู้สึกกลัวหรือโดดเดี่ยว แนะนำให้ทำกิจกรรมทาง ศาสนาคือ นิมนต์พระมาสวดมนต์ เปิดธรรมะ บทสวด มนต์ให้ฟัง ทำกิจกรรมที่ผู้ป่วยชอบ เช่นเปิดเพลง แนะนำ การปลดปล่อยสิ่งที่ค้างคาใจของผู้ป่วย เช่นเรื่องลูก มรดก การขนานต่าง ๆ ถ้ามีให้ช่วยทำให้ลุล่วงอย่าให้ผู้ป่วย กังวลแนะนำหยุดยาที่ไม่จำเป็นเนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถ รับประทานและอาหารทางสายยางได้ ประเมินอาการรบกวน อื่นๆ และจัดการเพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างสงบลดการ ดูแลที่ไม่จำเป็น ไม่รบกวนผู้ป่วยจนเกินไป

ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยทั้งสอง รายมีอาการสงบไม่เหนื่อย ไม่มีเสียงครีตคราด ญาติบอกว่า “ยอมรับได้ถ้าผู้ป่วยจะเสียชีวิตในเวลา อันใกล้นี้” ผู้ป่วยทั้งสองรายได้มีการนิมนต์พระมาให้ ผู้ป่วยได้ทำบุญ มีการเปิดบทสวดให้ฟังก่อนนอนทุกคืน ญาติบอกว่าผู้ป่วยไม่มีสิ่งค้างคาใจอื่น

ปัญหาที่ 7 เตรียมความพร้อมก่อน จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยรายที่ 1 อาการ ดีขึ้น วางแผนดูแลที่บ้าน ผู้ป่วยรายที่ 2 ญาติแจ้งว่า ต้องการพาผู้ป่วยกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน ถ้าสามารถ ควบคุมอาการเหนื่อยหอบได้

การพยาบาล แนะนำการเตรียม อุปกรณ์การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ประสานทีมเยี่ยมบ้านและ รพ.สต.เพื่อเยี่ยมอุปกรณ์ สอนและประเมินทักษะในการ ดูแลผู้ป่วยได้แก่ การให้อาหารทางสายยาง การดูแลผู้ป่วย ให้ออกซิเจน การดูดเสมหะ การดูแลความสะอาด ช่องปาก การทำแผล การพลิกตะแคงตัว ประสานทีมดูแล ผู้ป่วยในชุมชน ส่งข้อมูลการเยี่ยมบ้านผ่านโปรแกรม Smart COC แนะนำการให้ยามอร์ฟินเพื่อบรรเทาอาการ เหนื่อยหอบและการปรับยาตามอาการของผู้ป่วย แนะนำ การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน ให้เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ

ทีมงานเมื่อมีปัญหาการดูแลผู้ป่วย ในผู้ป่วยรายที่ 2 Try wean off ยามอร์ฟินแบบหยดทางหลอดเลือดดำ

ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยทั้งสอง รายญาติเตรียมอุปกรณ์การดูแลที่บ้านพร้อม ประเมิน ทักษะในการดูแลผู้ป่วยทำได้ถูกต้อง ผู้ป่วยรายที่ 1 สามารถจำหน่ายไปดูแลที่บ้านได้ ผู้ป่วยรายที่ 2 ยังมี อาการเหนื่อยหอบเมื่อลดขนาดยา Morphine ชนิดให้ ทางหลอดเลือดดำ ญาติขอรักษาที่โรงพยาบาลจน สามารถคุมอาการได้หรือจนเสียชีวิต

3. ระยะ Stable phase

ปัญหาที่ 8 ผู้ดูแลกังวลเกี่ยวกับอาการ และการดูแลผู้ป่วย

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยรายที่ 1 ลูกของ ผู้ป่วยบอกว่า “กังวลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย กังวลเมื่อ ต้องดูแลที่บ้าน” ผู้ป่วยรายที่ 2 ลูกสาวบอกว่า “ได้ลงงาน หลายวันแล้วเพื่อมาดูแลผู้ป่วย รู้สึกกังวลเป็นห่วงงานที่ ทำ แต่ไม่อยากทิ้งพ่อไป กลัวไม่ได้อยู่ส่งพ่อจนถึงวาระ สุดท้าย”

การพยาบาล เปิดโอกาสให้ญาติได้ ทดลองทำกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยเสมือนอยู่ที่ บ้าน โดยพยาบาลเป็นที่เลี้ยงที่ปรึกษาในการดูแล และ แจ้งให้ทราบว่าหลังจำหน่ายจะมีทีมให้คำปรึกษาในการ ดูแลผู้ป่วยและเยี่ยมบ้าน ในผู้ป่วยรายที่ 2 แนะนำให้บอก ให้ผู้ป่วยทราบถึงความจำเป็นต้องกลับไปทำงาน และให้ กำลังใจญาติ

ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยรายที่ 1 ญาติบอกว่ามีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยแต่ยังมีความ กังวล ขอปรึกษาเมื่อมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยเป็นครั้ง คราว ผู้ป่วยรายที่ 2 ลูกสาวกลับไปทำงานผลดีให้ลูกชาย อีกคนมาอยู่ดูแล ลูกสาวบอกว่าผู้ป่วยพักหน้าบ้านตาซีม เมื่อบอกว่าขอกลับไปทำงานก่อน

ปัญหาที่ 9 ติดตามการดูแลที่บ้านหลัง จำหน่าย

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยรายที่ 1 แพทย์ จำหน่ายกลับบ้าน

การพยาบาล ให้เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ และช่องทางไลน์กับพยาบาล แจ้งให้ทราบว่าสามารถ ปรึกษาปัญหาได้ตลอดเวลา ส่งต่อทีมเยี่ยมบ้านเพื่อ

ติดตามดูแลต่อเนื่อง ร่วมเยี่ยมบ้านผู้ป่วยสอบถามปัญหา และให้กำลังใจผู้ดูแลโทรศัพท์ถามอาการเป็นระยะๆ ตอบคำถามของญาติ ทางline ในทันทีที่ได้รับการปรึกษา

ประเมินผลการพยาบาล ลูกสาวผู้ป่วย สามารถดูแลผู้ป่วยได้ดี มีการซักถามปัญหาการดูแลผ่านการโทรศัพท์และไลน์เป็นช่วงๆ เช่น “รับประทานอาหารไม่ได้ ดูดทดสอบแล้วมีอาการเหลือ มีอาการเหนื่อยหอบหลังให้อาหาร ออกซิเจนในเลือดต่ำกว่าปกติ ” เมื่อได้รับคำแนะนำก็สามารถทำได้ดี จากการเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยรายที่ 1 ยังมีอาการหายใจเหนื่อยบ้างไม่มาก

ปัญหาที่ 10 ดูแลหลังผู้ป่วยเสียชีวิต

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยรายที่ 1 ญาติแจ้งทางไลน์ว่าผู้ป่วยเสียชีวิตที่บ้านอย่างสงบ ผู้ป่วยรายที่ 2 ญาติมาแจ้งว่าผู้ป่วยดูนิ่งไม่ขยับ ไปตรวจจุกคล้ำซีพจรไม่ได้

การพยาบาล

1. หลังการเสียชีวิตทันที ผู้ป่วยรายที่ 1 เสียชีวิตที่บ้าน เนื่องจากญาติแจ้งมาในวันรุ่งขึ้น ญาติบอกว่า “ไปอย่างสงบ” จึงแสดงความเสียใจกับญาติและปลอบใจว่าได้ดูแลผู้เสียชีวิตอย่างดีที่สุดแล้ว แนะนำเรื่องการแจ้งตาย ผู้ป่วยรายที่ 2 เสียชีวิตที่โรงพยาบาล ปลอบโยนและให้กำลังใจญาติให้ตั้งสติ ไม่ร้องไห้ฟูมฟาย เจ้าหน้าที่ทำการขอขมาผู้ป่วย พร้อมด้วยญาติ ร่วมสวดมนต์และกรวดน้ำส่งวิญญาณผู้ป่วย ช่วยทำความสะอาดร่างกายและแต่งตัวให้เหมาะสม แนะนำเตรียมเอกสารการแจ้งตาย การนำศพออกจากโรงพยาบาลหลังเสียชีวิต 2 ชั่วโมง

2. การดูแลครอบครัวผู้เสียชีวิตหลังการสูญเสีย ไปร่วมงานศพของผู้ป่วย ติดตามเยี่ยมครอบครัวหลังการสูญเสีย โดยไปเยี่ยมบ้านและโทรศัพท์หลังการเสียชีวิตทำบุญ 100 วัน

ประเมินผลการพยาบาล ครอบครัวและญาติทั้งสองรายบอกว่า “ยอมรับได้กับการเสียชีวิตอย่างสงบของผู้ป่วย” ได้จัดการการส่งวิญญาณตามความเชื่อ ทั้งสองครอบครัวจัดงานศพที่บ้านตามประเพณีหลังการสูญเสีย จากการติดตามเยี่ยมทั้งสองครอบครัว ภรรยาของผู้ป่วยและลูกๆ อยู่ได้ไม่มีภาวะซึมเศร้าผิดปกติ

สรุปผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยสูงอายุ 2 รายเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬารัตน์ ด้วยอาการตัวร้อน ไอ เหนื่อยหอบ วินิจฉัยแรกรับเป็นปอดอักเสบ วางแผนรักษาแบบประคับประคองมีอาการหายใจเหนื่อยหอบ ได้ดูแลโดยการใช้ยาและไม่ใช้ยา จนสามารถคุมอาการได้ รักษาแผลกดทับจนดีขึ้น ด้านผู้ดูแลมีความกังวลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยและการใช้ช่วงเวลารับสุดท้ายกับผู้ป่วย ได้ให้คำแนะนำ กำลั้งใจแก่ผู้ดูแล ฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วย ประสานทีมสุขภาพในการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยรายที่ 1 สามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ ได้มีการติดตามดูแลต่อเนื่อง จนผู้ป่วยเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบ รวมระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย 13 วัน ในโรงพยาบาล 9 วันและที่บ้าน 4 วัน ผู้ป่วยรายที่ 2 ไม่สามารถจัดการอาการเหนื่อยหอบได้ ต้องดูแลต่อเนื่องที่โรงพยาบาลจนเสียชีวิตอย่างสงบ รวมระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยทั้งหมด 18 วัน ซึ่งวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลคิดเป็น 2 เท่าผู้ป่วยที่เสียชีวิตที่บ้าน

อภิปรายผล

การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ประสงค์รักษาแบบประคับประคองเป็นการดูแลแบบองค์รวมทั้งมิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งนอกจากดูแลผู้ป่วยแล้วยังต้องดูแลครอบครัวและผู้ดูแลหลักให้สามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยได้ ซึ่งพยาบาลต้องมีความรู้เกี่ยวกับการรักษาและจัดการอาการรบกวน และต้องมีสมรรถนะในการให้คำปรึกษา การสอน การสื่อสารกับผู้ป่วย ผู้ดูแลและครอบครัว การประสานงาน ให้การพยาบาลแบบองค์รวม โดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติ วางแผนการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไปสู่บ้าน และชุมชน ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสภาวะการเจ็บป่วย ส่งผลให้บรรลุเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองคือ “การตายดี(good death)” สอดคล้องกับฉัตรกมล เจริญวิภาดา (2018:12) ที่ศึกษาเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยระยะเรื้อรังระยะสุดท้าย ต่อเนื่องจากสถานพยาบาลไปยังบ้าน และชุมชนในบริบทของศูนย์การดูแลแบบประคับ

ประคอง และทีจินันท์ บุญเต็ม (2565:1) ที่ศึกษาเรื่องการพยาบาลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีภาวะพึ่งพิง

งานในหน่วยงานเพื่อให้การพยาบาลมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาสมรรถนะทีมดูแลผู้ป่วยระดับประคองได้แก่แพทย์ เภสัชกร พยาบาล ควรผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยระดับประคองอย่างน้อย 2 สัปดาห์
2. ศักยภาพพยาบาลผู้ป่วยใน ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคองและการดูแลแบบองค์รวม โดยการอบรม ทบทวนแนวปฏิบัติ และนิเทศการปฏิบัติ

3. ควรจัดหายาและอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพิ่มเติมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการอาการรบกวน เช่น Syringe driver, ยา Fentanyl น้ำมันกัญชา สามารถจำหน่ายผู้ป่วยไปดูแลที่บ้านได้
4. สนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมจัดหาอุปกรณ์ในธนาคารอุปกรณ์ให้มีจำนวนมากขึ้น เช่นเตียงนอนปรับระดับได้ เครื่องผลิตออกซิเจน เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้มากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- คณะกรรมการ CoP Palliative care ฝ่ายการพยาบาล ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ .(2566) . แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคอง สืบค้นจาก <https://pcmc.swu.ac.th/> .
- ความรู้ด้านการดูแลแบบประคอง (Palliative Care) (2023) .สืบค้น 23 ตุลาคม2566, จาก <https://www.chulabhornchannel.com> .
- คู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคองและระยะท้าย. (2564).กรุงเทพฯ:หน่วยการดูแลแบบประคอง งานการพยาบาลส่งเสริมคุณภาพชีวิต โรงพยาบาลราชวิถี.
- จรินทร์ คำดีและจิตตรา จันท์สุริยา (2556). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตักผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลบ้านบึง.[online]. สืบค้น 23 ตุลาคม2566,จาก<http://banbunghospital.com/km/2556/02.pdf>.
- ฉัตรกมล เจริญวิภาดา (2018),กรณีศึกษา: การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ต่อเนื่องจากสถานพยาบาลไปยังบ้าน และชุมชนในบริบทของศูนย์การดูแลแบบประคอง หน่วยงานให้คำปรึกษา กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลคลองท่อม, วารสารกระบี่เวชสาร ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 .
- ทีจินันท์ บุญเต็ม (2565).การพยาบาลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีภาวะพึ่งพิง : กรณีศึกษา,วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, <https://thaidj.org/index.php>.
- นภา หลิมรัตน์ ศรีเวียง ไพโรจน์กุล (2560).ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลแบบประคอง พิมพ์ ครั้งที่ 1. ขอนแก่น :โรงพิมพ์คลังน่านาวิทยา.
- บั้งอร ไทรเกด. (2566). คู่มือสำหรับประชาชนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคอง (Palliative Care) : บริษัทสร้างสื่อจำกัด.
- บุญญา สว่างแก้ว .(2566) . การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคอง สืบค้น23 ตุลาคม 2566, จาก <https://www.tphcp.go.th>.
- พิชัย จันท์ศรีวงศ์ ศิริพร เสมสาร การดูแลแบบประคอง หรือ Palliative Care สืบค้น 23 ตุลาคม 2566, จาก <https://www.rama.mahidol.ac.th/> .
- ไลทอง ภัทรปริยากุล . (2562) .กรณีศึกษา (Case study)การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดระยะลุกลามแบบประคองที่บ้าน. เพชรบุรี : วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า สืบค้น23 ตุลาคม 2566, จาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/>.
- ศูนย์การณรัักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น Handbook for Palliative Guidelines พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น :โรงพิมพ์คลังน่านาวิทยา, 2560.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลคนพิการ อำเภอลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช

Factors Related to the Quality of Life of Caregivers of People with Disabilities, Lan Saka District, Nakhon Si Thammarat Province

วารกรณ์ ศรีตะบำ

Varaporn Sorntabam

โรงพยาบาลลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช

Lan Saka Hospital, Nakhon Si Thammarat Province

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) คุณภาพชีวิต และ 2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้พิการ อำเภอลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้พิการในเขตอำเภอ ลานสกา จำนวน 296 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยการหยิบฉลากอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ตรวจสอบคุณภาพ เครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน วิเคราะห์ค่าความเที่ยง โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช ได้เท่ากับ 0.84 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และหาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Chi square, Fisher's Exact Test และ Spearman's Correlation coefficient

ผลการวิจัย พบว่า คุณภาพชีวิตในภาพรวมอยู่ในระดับกลาง (Mean= 3.58, SD.= 0.59) โดยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี (Mean= 3.88, SD.= 0.67) ส่วนคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และโดยรวม อยู่ในระดับกลาง (Mean= 3.56, 3.32, 3.58 และ 3.58; SD.= 0.59, 0.77, 0.57 และ 0.79) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลคนพิการ ได้แก่ การมีโรคประจำตัว ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับคนพิการ อายุ และระยะเวลาที่ดูแลคนพิการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า กระทรวงสาธารณสุขควรส่งเสริมให้ผู้ดูแลคนพิการได้รับการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อไม่ให้ผู้ดูแลมีโรคประจำตัว และควรมีการสนับสนุนจากหน่วยงานในชุมชนให้ผู้ดูแลคนพิการมีรายได้ที่เพิ่มขึ้น ตลอดจนให้ความรู้ในการดูแลคนพิการเพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความชำนาญที่มากขึ้น เพื่อลดภาวะเครียดในการดูแลคนพิการ

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต, ผู้ดูแล, คนพิการ

Abstract

This cross-sectional survey research aims to study 1) quality of life and 2) factors related to the quality of life of caregivers of disabled people, Lan Saka District, Nakhon Si Thammarat Province. The sample was 296 caregivers of people with disabilities in Lansaka District, recruited by simple sampling. The research tool was a questionnaire in which Three experts checked the quality of the tools, and the reliability showed that Cronbach's alpha coefficient was equal to 0.84. Data were analysed using descriptive statistics, and the relationships were examined using Chi-square statistics, Fisher's Exact Test, and Spearman's Correlation coefficient.

The research results found that overall quality of life was at a medium level (Mean= 3.58, SD.= 0.59). When described in the subtopic, the quality of mental health was at a good level (Mean= 3.88, SD.= 0.67) while the physical, social relationship, environment and overall were at the medium level (Mean= 3.56, 3.32, 3.58, and 3.58; SD.= 0.59, 0.77, 0.57, and 0.79). The related factors which are statistically significant in the quality of life of caregivers of disabled people include having congenital

diseases, sufficiency of income, relationships with disabled people, age, and length of time of caring for disabled people.

From the findings of this study, the Ministry of Public Health should encourage caregivers of disabled people to receive health promotion so they do not develop congenital diseases and support from community agencies to provide them with additional income. In addition, they should give knowledge in caring for people with disabilities so that caregivers will have more expertise, which can help relieve stress.

Keywords : Quality of life, Caregiver, Disabled

บทนำ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1995) ได้กล่าวไว้ว่า คุณภาพชีวิตของแต่ละคนขึ้นอยู่กับบริบทของทางสังคม วัฒนธรรม และค่านิยมในเวลานั้นๆ และมีความสัมพันธ์กับจุดมุ่งหมาย ความคาดหวัง และมาตรฐานที่แต่ละคนกำหนด ซึ่งประกอบไปด้วย 4 มิติ ได้แก่ มิติด้านสุขภาพกาย (Physical) มิติด้านสุขภาพจิต (Psychological) มิติด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationships) และมิติด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) ฉะนั้น การพัฒนาคุณภาพชีวิตให้มนุษย์มีความเป็นอยู่ที่ดีอย่างเท่าเทียม และทั่วถึงจึงเป็นปัจจัยหลักที่มีบทบาทโดยตรงต่อการพัฒนาประเทศ หากประเทศใดมีมนุษย์ที่พร้อมด้วยศักยภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต ถือว่าประเทศนั้นเป็นประเทศที่พัฒนาและประสบผลสำเร็จ

คนพิการทั่วโลกมีมากกว่า 1,000 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 15 ของประชากรโลก หรือ 1 ใน 7 ของคนทั้งโลก จากจำนวนดังกล่าว มีผู้ใหญ่ประมาณ 110 – 190 ล้านคน ประสบปัญหาที่มีนัยสำคัญต่อการทำหน้าที่ของร่างกาย และประมาณการว่ามีเด็กประมาณ 93 ล้านคน หรือคิดเป็น 1 ใน 20 ของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี มีความพิการระดับปานกลางหรือระดับรุนแรง จำนวนคนพิการเพิ่มขึ้นเมื่อประชากรเข้าสู่วัยชรา และพบว่าทั่วโลกมีปัญหาสุขภาพเรื้อรังมากขึ้น (กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ, 2565) คนพิการจึงนับเป็นประชากรกลุ่มหนึ่งของสังคมที่กำลังเป็นเป้าหมายสำคัญในการพัฒนาศักยภาพของตนมาพัฒนาชุมชน สังคม และ

ดำเนินชีวิตร่วมอยู่ในชุมชนได้อย่างมีความสุข (เฉลิมขวัญ สิงห์วี, 2548) ฉะนั้น ผู้ดูแลคนพิการจึงเป็นกลุ่มเสี่ยงที่บุคลากรทางสุขภาพไม่ควรมองข้าม ถึงแม้ว่าจะมีนโยบายการดูแลคนพิการระยะยาวซึ่งเป็นมาตรการที่สำคัญในการดูแลบุคคลที่มีความพิการตามแผนพัฒนาแห่งชาติแห่งชาติโดยมีเป้าหมายเพื่อให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน ได้รับการสนับสนุนให้มีขีดความสามารถในการดูแลบุคคลที่มีความพิการ สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรีในครอบครัวและชุมชน และได้รับบริการทั้งด้านสาธารณสุขและบริการด้านสังคมที่เชื่อมโยงกันอย่างมีประสิทธิภาพ แต่บริการเหล่านี้ไม่ได้เกิดผลโดยตรงต่อผู้ดูแลคนพิการอย่างแท้จริง

จากข้อมูลการจดทะเบียนคนพิการ ทั้ง 7 ประเภท ของอำเภอลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช มีจำนวน 896 คน ได้แก่ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย จำนวน 155 คน ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย จำนวน 445 คน ความพิการทางสติปัญญา 109 คน ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม จำนวน 105 คน ความพิการทางการเรียนรู้ จำนวน 30 คน และออทิสติก จำนวน 11 คน (โรงพยาบาลลานสกา, 2566) และจากการปฏิบัติงานโดยการเยี่ยมบ้านของผู้วิจัย พบว่า ผู้พิการแต่ละประเภทจะมีความแตกต่างของการดูแล ซึ่งทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมต่างๆ ของผู้ดูแลเอง เช่น เมื่อเยี่ยมบ้านบางรายนอนที่พื้นบ้าน เนื้อตัวสกปรกซึ่งเกิดจากการไม่ได้ทำความสะอาดของร่างกาย บางรายมีอาการทรุดลงเนื่องจากไม่ได้พบแพทย์ตามนัด ในขณะที่เดียวกันผู้พิการบางรายได้รับการดูแลเป็น

อย่างดีเนื่องจากฐานะของครอบครัวดี เป็นต้น อีกสาเหตุหนึ่ง เกิดจากผู้ดูแลยังมีต้องการในการประกอบอาชีพและหารายได้เพื่อเลี้ยงครอบครัว และมีภาระในการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ดูแลอีกด้วย จากภาระการดูแลคนพิการที่หนักและมีระยะเวลายาวนาน ผู้ดูแลต้องปฏิบัติหน้าที่นอกเหนือจากบทบาทเดิม ต้องเรียนรู้บทบาทใหม่ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ส่งผลให้การใช้ชีวิตประจำวันและการปฏิบัติตัวของผู้ดูแล ตลอดจนสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ เปลี่ยนแปลงไป ผู้ดูแลต้องใช้เวลาและแรงกายแรงใจในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดซึ่งเป็นงานหนักจึงส่งผลให้ผู้ดูแลคนพิการเกิดความเหนื่อยล้าและก่อให้เกิดความเครียด ส่งผลต่อตัวผู้ดูแลเอง และก็อาจมีปัญหามากมายด้านไม่อาจจะเป็นปัญหาสุขภาพ ชีวิตความเป็นอยู่ ฐานะทางการเงิน และชีวิตส่วนตัวของตัวเอง (วีณา ลีละพัฒนา และสายพิน หัตถิรัตน์, 2558)

หากได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลคนพิการ ซึ่งผู้ดูแลคนพิการส่วนใหญ่ คือ ญาติในครอบครัวซึ่งปกติมีภาระที่ต้องปฏิบัติ ของตนเองและครอบครัวอยู่แล้ว และต้องดูแลคนพิการด้วยจึงทำให้มีความกดดัน ความยากลำบากที่เป็นผล หากผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยใดมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลคนพิการ อำเภอถนอมสง่า จังหวัดนครศรีธรรมราช จะสามารถนำข้อมูลไปพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลคนพิการต่อไป และคาดหวังว่าจะนำผลการศึกษาไปกำหนดเป็นนโยบายและแนวทาง

การบริหารจัดการคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลคนพิการของอำเภอถนอมสง่า จังหวัดนครศรีธรรมราช ให้สอดคล้องกับสถานการณ์และบริบทของพื้นที่อำเภอถนอมสง่า จังหวัดนครศรีธรรมราช ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้พิการ อำเภอถนอมสง่า จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้พิการ อำเภอถนอมสง่า จังหวัดนครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลคนพิการ โดยมีตัวแปรต้น คือ ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 11 ตัวแปร ได้แก่ 1) เพศ 2) อายุ 3) ระดับการศึกษา 4) สถานภาพการสมรส 5) ศาสนา 6) อาชีพหลัก 7) การมีโรคประจำตัว 8) ประเภทของผู้พิการ 9) ระยะเวลาดูแลต่อวัน 10) ความเพียงพอของรายได้ และ 11) ความสัมพันธ์กับคนพิการ สำหรับตัวแปรตามคือคุณภาพชีวิต โดยนำข้อคำถามขององค์การอนามัยโลก (WHOQWL BRIF THAI) (สุวัฒน์ มหัตถินันตร์กุล และคณะ, 2540) ดังกรอบแนวคิดในภาพที่ 1

ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล

1. เพศ
2. อายุ
3. ระดับการศึกษา
4. สถานภาพการสมรส
5. ศาสนา
6. อาชีพหลัก
7. การมีโรคประจำตัว
8. ประเภทของผู้พิการ
9. ระยะเวลาดูแลต่อวัน
10. ความเพียงพอของรายได้
11. ความสัมพันธ์กับคนพิการ

คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลคนพิการ

1. คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย
2. คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ
3. คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม
4. คุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม
5. คุณภาพชีวิตโดยรวม

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย: การศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study)

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ดูแลผู้พิการในเขตอำเภอลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 896 คน กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรของ Krejcie & Morgan (1970) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 269 คน และเพื่อป้องกันการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีก 10 % จำนวน 27 คน ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 296 คน การสุ่มตัวอย่าง : โดยการหยิบฉลากอย่างง่ายตามสัดส่วนของแต่ละหน่วยบริการ

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) ได้แก่ 1) เป็นผู้ดูแลคนพิการที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป 2) สัญชาติไทย 3) เป็นผู้ดูแลคนพิการที่ได้รับการขึ้นทะเบียนคนพิการ และ 4) ผู้ดูแลคนพิการที่อ่านหนังสือออก และเขียนหนังสือได้

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria) ได้แก่ เป็นผู้ดูแลที่มาอยู่ในเขตอำเภอลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช ไม่ครบ 6 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม จำนวน 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 11 ตัวแปร ได้แก่ 1) เพศ 2) อายุ 3) ระดับการศึกษา 4) สถานภาพการสมรส 5) ศาสนา 6) อาชีพหลัก 7) การมีโรคประจำตัว 8) ประเภทของผู้พิการ 9) ระยะเวลาในการดูแลต่อวัน 10) ความเพียงพอของรายได้ และ 11) ความสัมพันธ์กับคนพิการ

ส่วนที่ 2 เป็นแบบประเมินชีวิตคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOLBREF-THAI) โดยสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ (2540) จำนวน 26 ข้อ โดยข้อคำถามผู้วิจัยนำมาจัดเรียงข้อคำถามใหม่ ดังนี้ 1) คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย 7 ข้อ 2) คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ 6 ข้อ 3) คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม 8 ข้อ 4) คุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม 3 ข้อ 5) คุณภาพชีวิตโดยรวม 2 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ ได้แก่

มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน) โดยคำถามเชิงลบผู้วิจัยจะกลับคะแนน

การแปลผล คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย เฉลี่ยเป็นรายข้อ และภาพรวม ระดับการวัดเป็นอัตราส่วนสเกล (Rating Scale) มาจัดเป็น 3 ระดับ โดยใช้การแบ่งกลุ่มตามแนวคิดของ Best (1977) ดังนี้ ระดับดี (คะแนนเฉลี่ย 3.67 – 5.00) ระดับกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 2.66) และระดับไม่ดี (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และให้ความเห็นชอบในด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และหาความเหมาะสมเชิงภาษา (Wording) ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิเป็นบุคคลที่มีความรู้ ความสามารถ และความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับพฤติกรรมศาสตร์ จำนวน 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านสถิติ จำนวน 1 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย และนำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อความสมบูรณ์ ได้ค่า IOC รายข้ออยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00

แบบสอบถามประเมินคุณภาพชีวิต นำมาวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha Coefficient) เท่ากับ 0.84 (สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ, 2540)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บข้อมูลเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566 โดยมีขั้นตอนการเก็บข้อมูล ดังนี้

1. จัดทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลลานสกา สาธารณสุขอำเภอลานสกา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และประธานอสม. ส่งหนังสือเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. นักวิจัยติดต่อประสานงานกับผู้รับผิดชอบงานผู้พิการของ รพ.สต. เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย รายละเอียดในการตอบแบบสอบถาม การเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการตอบ

แบบสอบถาม โดยผู้รับผิดชอบงานผู้พิการของ รพ.สต. เป็นผู้ติดตามแบบสอบถาม

3. ผู้รับผิดชอบงานผู้พิการของ รพ.สต. ซึ่งเป็นผู้ช่วยนักวิจัยอ่านแบบสอบถาม เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วน และความสมบูรณ์ ก่อนที่จะส่งกลับมายังผู้วิจัย

4. ภายหลังได้รับแบบสอบถามกลับคืน ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม จากนั้นลงรหัสและวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยใช้ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ค่าสูงสุด (Maximum) และค่าต่ำสุด (Minimum) ใช้วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล และตัวแปรที่ศึกษา

2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับระดับคุณภาพชีวิต ซึ่งเป็นตัวแปรเชิงกลุ่ม (Categorical variables) โดยใช้สถิติ Chi square และ Fisher's Exact Test

วิเคราะห์ตัวแปรอายุ และระยะเวลาในการดูแลต่อวัน ด้วยสถิติ Spearman's Correlation coefficient เนื่องจากผลการทดสอบการกระจายของข้อมูล ด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov พบว่า $p < 0.01$ (การกระจายของข้อมูลไม่ปกติ) โดยใช้หลักเกณฑ์ของ Bartz (1999) ดังนั้น ความสัมพันธ์สูงมาก ($r = 0.80 - 1.00$) ความสัมพันธ์สูง ($r = 0.60 - 0.79$) ความสัมพันธ์ปานกลาง ($r = 0.40 - 0.59$) ความสัมพันธ์ต่ำ ($r = 0.20 - 0.39$) และความสัมพันธ์ต่ำมาก ($r = 0.01 - 0.19$)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลคนพิการ

คุณภาพชีวิต	Mean (SD.)	ระดับ
ด้านร่างกาย	3.56 (0.59)	กลาง
ด้านจิตใจ	3.88 (0.67)	ดี
ด้านสิ่งแวดล้อม	3.58 (0.57)	กลาง
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	3.32 (0.77)	กลาง

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยชิ้นนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เอกสารรับรองเลขที่ 082/2566 วันที่รับรอง 31 ตุลาคม 2566

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างประมาณ 4 ใน 5 เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 80.41) ประมาณ 1 ใน 3 มีอายุระหว่าง 50-59 ปี มีอายุเฉลี่ย 53.88 (SD.= 13.37) อายุต่ำสุด 20 ปี สูงสุด 87 ปี (ร้อยละ 35.14) เกือบครึ่งมีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 48.65) ประมาณ 3 ใน 5 มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 60.14) เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 98.65) มากกว่าครึ่งมีอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 54.73) ประมาณ 2 ใน 3 ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 64.19) กลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัว พบว่า เป็นโรคความดันโลหิตสูง มากที่สุด (ร้อยละ 56.60) รองลงมา คือ โรคเบาหวาน (ร้อยละ 19.81) มากกว่าครึ่งกลุ่มตัวอย่างดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางกาย (ร้อยละ 53.72) กลุ่มตัวอย่างดูแลผู้พิการมากกว่า 6 ชั่วโมง/วัน มากที่สุด (ร้อยละ 60.14) เวลาที่ดูแลผู้พิการเฉลี่ย 11.26 ชั่วโมง (SD.= 8.82) ต่ำสุด 0.5 ชั่วโมง สูงสุด 24 ชั่วโมง ส่วนใหญ่มีรายได้พอใช้ (ร้อยละ 62.50) ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างจะเป็นเพื่อนบ้าน/ผู้รับจ้าง มากที่สุด (ร้อยละ 42.91)

2. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลคนพิการดังตารางที่ 1

คุณภาพชีวิต	Mean (SD.)	ระดับ
โดยรวม	3.58 (0.79)	กลาง
ภาพรวม	3.58 (0.59)	กลาง

จากตารางที่ 1 พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับกลาง (Mean= 3.58, SD.= 0.59) โดยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี (Mean= 3.88, SD.= 0.67) ส่วนคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และโดยรวม อยู่ในระดับ (Mean= 3.56, 3.32, 3.58 และ 3.58; SD.= 0.59, 0.77, 0.57 และ 0.79)

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลคนพิการ อำเภอลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลคนพิการ อำเภอลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช

ปัจจัย	คุณภาพชีวิต		x ²	df	p-value
	ดี (จำนวน/ร้อยละ)	ไม่ดี-กลาง (จำนวน/ร้อยละ)			
เพศ			0.171	1	0.679
ชาย	31 (53.45)	27 (46.55)			
หญิง	120 (50.42)	118 (49.58)			
ระดับการศึกษา			8.450	4	0.076
ประถมศึกษา	62 (43.06)	82 (56.94)			
มัธยมศึกษาตอนต้น	24 (53.33)	21 (46.67)			
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	27 (60.00)	18 (40.00)			
อนุปริญญา/ปวส.	15 (55.56)	12 (44.44)			
ปริญญาตรีและสูงกว่า	23 (65.71)	12 (34.29)			
สถานภาพสมรส			1.523	2	0.467
โสด	27 (46.55)	31 (53.45)			
สมรส	96 (53.93)	82 (46.07)			
หม้าย/หย่า/แยก	28 (46.67)	32 (53.33)			
ศาสนา			Fisher's Exact Test		1.000
พุทธ	149 (51.03)	143 (48.97)			
อิสลาม/คริสต์	2 (50.00)	2 (50.00)			

ปัจจัย	คุณภาพชีวิต		x ²	df	p-value
	ดี (จำนวน/ร้อยละ)	ไม่ดี-กลาง (จำนวน/ร้อยละ)			
อาชีพหลัก			6.036	3	0.110
ข้าราชการ/ธุรกิจส่วนตัว	23 (37.70)	38 (62.30)			
เกษตรกรกรรม	88 (54.32)	74 (45.68)			
รับจ้าง	23 (58.97)	16 (41.03)			
ค้าขาย	17 (50.00)	17 (50.00)			
การมีโรคประจำตัว			8.574	1	0.003**
ไม่มี	109 (53.37)	81 (42.63)			
มี	42 (39.62)	64 (60.38)			
ประเภทผู้พิการ			1.891	3	0.595
ทางการได้เห็น	9 (50.00)	9 (50.00)			
ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย	25 (43.10)	33 (56.90)			
ทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย	85 (53.46)	74 (46.54)			
ทางสติปัญญา/ทางจิตใจหรือพฤติกรรม/ทางการเรียนรู้/ออทิสติก	32 (52.46)	29 (47.54)			
ความเพียงพอของรายได้			19.310	3	< 0.001**
พอใช้จ่าย	105 (56.76)	80 (43.24)			
ไม่พอใช้แต่ไม่มีหนี้สิน	13 (25.49)	38 (74.51)			
พอใช้และเหลือใช้มีไว้เก็บ	10 (76.92)	3 (23.08)			
ไม่พอใช้และมีหนี้สิน	23 (48.94)	24 (51.06)			
ความสัมพันธ์กับคนพิการ			9.887	3	0.020*
พ่อ/แม่	54 (62.07)	33 (37.93)			
พี่น้อง	15 (45.45)	18 (54.55)			
ญาติ	17 (34.69)	32 (65.31)			

ปัจจัย	คุณภาพชีวิต		x ²	df	p-value
	ดี (จำนวน/ร้อยละ)	ไม่ดี-กลาง (จำนวน/ร้อยละ)			
เพื่อนบ้าน/ผู้รับจ้าง	65 (51.18)	62 (48.82)			

หมายเหตุ * p-value < 0.05

** p-value < 0.01

จากตารางที่ 2 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลคนพิการ อำเภอลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้แก่ การมีโรคประจำตัว ความเพียงพอของรายได้ และความสัมพันธ์กับคนพิการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ และระยะเวลาที่ดูแลคนพิการกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลคนพิการ อำเภอลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช

ตัวแปร	Spearman's rho (r _s)	p-value
อายุ	-0.186	0.001
ระยะเวลาที่ดูแลคนพิการ	0.117	0.045

หมายเหตุ * p < 0.05

** p < 0.01

จากตารางที่ 3 พบว่า อายุ และระยะเวลาที่ดูแลคนพิการมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลคนพิการอยู่ในระดับต่ำมาก โดยอายุมีทิศทางในทางลบ (r = -0.186) สำหรับระยะเวลาที่ดูแลคนพิการมีทิศทางในทางบวก (r = 0.117)

อภิปรายผล

คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลคนพิการในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 93.95, SD = 1.49) อาจจะเป็นเพราะว่า ส่วนมากผู้ตอบแบบสอบถามเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 80.41) ซึ่งเพศหญิงเป็นเพศที่บริบทของสังคมไทยถูกอบรมมาให้เลี้ยงดูดูแลครอบครัว มีความละเอียดอ่อน มีความใส่ใจ และทำหน้าที่ดูแลได้ดี อีกทั้ง อายุเฉลี่ยของผู้ตอบแบบสอบถามมีอายุระหว่าง 50-59 ปี มีอายุเฉลี่ย 53.88 ปี (SD = 13.37) ซึ่งเป็นวัยทำงานตอนปลาย เป็นวัยที่ต้องมีหน้าที่ในความรับผิดชอบทั้งด้านการเงิน การงาน การดูแลบุคคลในครอบครัว การสร้างฐานะ รวม

ไปถึงการมีบทบาทในสังคม (สุภณา บุศนรากร, 2551) แตกต่างกับการศึกษาของเบญจมาศ สลิลปรามโทย (2565) ที่พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าอยู่ในระดับดี เช่นเดียวกับพิชชดา วิหวัศ สำราญกุล (2564) ที่พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี อยู่ในระดับดี

เมื่อแยกเป็นรายด้านพบว่า มีเพียงด้านจิตใจที่อยู่ในระดับดี เพียงด้านเดียว (Mean = 3.88, SD = 0.67) ซึ่งจากข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 60.14) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 64.19) และมีรายได้พอใช้ (ร้อยละ 62.50) อาจจะเป็นเพราะว่า การที่ผู้ดูแลมีสถานภาพสมรสคู่จะทำให้ผู้ดูแลได้มีการสื่อสาร ปรับตัว ให้กำลังใจซึ่งกันและกันในการดูแลผู้พิการระหว่างสามีและภรรยา ประกอบกับฐานะทางเศรษฐกิจ และการไม่มีโรคประจำตัวของของผู้ดูแลที่มีรายได้พอใช้ทำให้ไม่เกิดความเครียด

และค่าใช้จ่ายที่จะต้องดูแลครอบครัว หรืออีกเหตุผลหนึ่งคือ เกือบครึ่งผู้ดูแลจะเป็นเพื่อนบ้าน/ผู้รับจ้าง (ร้อยละ 42.91) ซึ่งกลุ่มนี้จะได้รับค่าตอบแทน มีรายได้ที่จะดูแลครอบครัว จึงส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับเบญจมาศ สลิลปราโมทย์ (2565) ที่พบว่า คุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ดูแลเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าอยู่ในระดับดี

ส่วนคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ความสัมพันธ์ภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และโดยรวม อยู่ในระดับกลาง (Mean= 3.56, 3.32, 3.58 และ 3.58; SD.= 0.59, 0.77, 0.57 และ 0.79) สามารถอธิบายได้ว่า ถึงแม้ผู้ดูแลผู้พิการอยู่ในระดับดี แต่ในการดูแลผู้พิการมีระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ย เท่ากับ 11.26 ชั่วโมง (SD.= 8.82) ซึ่งเป็นระยะเวลาที่ยาวนานในแต่ละวัน จนอาจจะทำให้ร่างกายของผู้ดูแลมีกำลังที่ไม่เพียงพอในการทำงานแต่ละวัน (Mean= 3.42, SD.= 0.88) ตลอดจนการที่จะต้องดูแลร่างกายตนเองเพื่อที่จะทำงานหรือการให้มีชีวิตที่อยู่ได้ในแต่ละวัน (Mean= 3.31, SD.= 1.06) ซึ่งทำให้ด้านร่างกายอยู่ในระดับกลาง ในขณะที่เดียวกันด้านสิ่งแวดล้อม ที่พบว่า จากการที่ผู้ดูแลมีระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ย เท่ากับ 11.26 ชั่วโมง ซึ่งเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน จึงอาจจะทำให้ผู้ดูแลมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดอยู่ในระดับกลาง (Mean= 3.44, SD.= 0.79) และอาจจะส่งผลถึงการจัดการในชีวิตทางเพศ อีกด้วย (Mean= 2.61, SD.= 1.19) ทั้งนี้จึงส่งผลให้คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ดูแลมีความพอใจในสุขภาพ และคิดว่ามีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับกลาง (Mean= 3.54, 3.63; SD.= 0.85, 0.85) สอดคล้องกับเบญจมาศ สลิลปราโมทย์ (2565) ที่พบว่า คุณภาพชีวิตความสัมพันธ์ภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมของผู้ดูแลเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าส่วนใหญ่อยู่ในระดับกลาง ในขณะที่คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย และโดยรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี

จากการศึกษานี้พบว่า การมีโรคประจำตัว ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับคนพิการ อายุ และระยะเวลาที่ดูแลคนพิการ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้พิการ กล่าวคือ เมื่อผู้ดูแลไม่มีโรคประจำตัว จะไม่ก่อให้เกิดความเครียด ทำให้สุขภาพจิตดี ส่งผลถึงคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ดูแลคนพิการที่ดี

(Mean= 3.88, SD.= 0.67) แตกต่างกับการศึกษาของเยาวลักษณ์ ทวีกสิกรรม และคณะ (2557) ที่พบว่า โรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพาในเขตอำเภอมนรมย์ จังหวัดชัยนาท

ความเพียงพอของรายได้ อธิบายได้ว่า หากผู้ดูแลมีรายได้ที่เพียงพอจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีกำลังทรัพย์ที่จะดูแลผู้พิการและครอบครัวของตนเองได้ดีกว่ารายได้ที่ไม่เพียงพอ ซึ่งจากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้พอใช้ (ร้อยละ 62.50) จึงทำให้ความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลคนพิการ สอดคล้องกับเยาวลักษณ์ ทวีกสิกรรม และคณะ (2557) ที่พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพาในเขตอำเภอมนรมย์ จังหวัดชัยนาท เช่นเดียวกับเบญจมาศ สลิลปราโมทย์ (2565) ที่พบว่า ความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้า ส่วนเดียวกับพิชชดา วิทวัสสารัญกุล (2564) ที่พบว่า ความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

ทั้งนี้ความสัมพันธ์กับคนพิการมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้พิการ จากงานวิจัยส่วนใหญ่ผู้ดูแลจะเป็นเพื่อนบ้านหรือผู้รับจ้าง ความสัมพันธ์ในลักษณะดังกล่าวจะมีค่าตอบแทนเข้ามาเกี่ยวข้อง ซึ่งจะทำให้มีผู้รับจ้างมีรายได้ที่เพิ่มขึ้น ลดความเครียดจากภาวะเศรษฐกิจ จึงส่งผลถึงคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับกระสิน เขียวปิง และคณะ (2566) ที่พบว่า ความสัมพันธ์กับคนพิการมีผลต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชน จังหวัดลำปาง เช่นเดียวกับเดียวกับพิชชดา วิทวัสสารัญกุล (2564) ที่พบว่า ความสัมพันธ์กับคนพิการมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

อายุของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ระดับต่ำมาก โดยอายุมีทิศทางในทางลบ ($r = -0.186$) อาจจะเป็นเพราะว่าผู้ที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานตอนปลาย (ระหว่าง 50-59 ปี) มีอายุเฉลี่ย 53.88 ซึ่งการดูแลผู้พิการอาจจะทำให้ต้องขาดงาน จึงทำให้ขาดรายได้ ในขณะที่

ผู้ตอบแบบสอบถามจำเป็นต้องดูแลครอบครัวด้วยการขาดรายได้จึงเป็นภาวะเสี่ยงในการดำเนินชีวิตประจำวัน สอดคล้องกับการศึกษาของ กระสิน เขียวปิง และคณะ (2566) ที่พบว่า อายุมีผลต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชน จังหวัดลำปาง แตกต่างกับการศึกษาของเยาวลักษณ์ ทวีกสิกรรม และคณะ (2557) ที่พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพาในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชัยนาท

สำหรับระยะเวลาที่ดูแลคนพิการมีทิศทางในทางบวก ($r = 0.117$) อธิบายได้ว่า การที่ผู้ดูแลดูแลผู้พิการระยะเวลายาวนาน ย่อมมีประสบการณ์ในการดูแลคนพิการ มีความสามารถในการช่วยเหลือคนพิการ ในขณะที่เฝ้าดูแลและสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง เพราะเป็นกิจกรรมที่ซ้ำๆอย่างต่อเนื่องทำให้ผู้ดูแลไม่เห็นถึงปัญหาและอาจจะส่งผลถึงความสุขในการดูแลคนพิการอีกด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของกระสิน เขียวปิง และคณะ (2566) ที่พบว่า ระยะเวลาที่ดูแลคนพิการมีผลต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชน จังหวัดลำปาง เช่นเดียวกับเบญจมาศ สลิลปราโมทย์ (2565) ที่พบว่า ระยะเวลาที่ดูแลคนพิการมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้า

เอกสารอ้างอิง

- กระสิน เขียวปิง และเสาวนีย์ กุลเสวตร์. (2566). คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชน จังหวัดลำปาง. วารสารกรมการแพทย์, 48(1), 80-86.
- กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. (2565). แผนปฏิบัติการกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2566 -2570. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; กรุงเทพมหานคร.
- เฉลิมขวัญ สิงห์วี. (2548). ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางกายในศูนย์ฟื้นฟูอาชีพคนพิการในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. ใน: วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาชุมชน. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- เบญจมาศ สลิลปราโมทย์. (2565). คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้า. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 15(3), 114-127.
- พิชชุตตา วิชาสวัสดิการกุล. (2564). คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. วารสารแพทย์เขต 4-5, 40(1), 19-29.
- เยาวลักษณ์ ทวีกสิกรรม, ปริญา ศิริราพิพัฒน์ และมณีนรัตน์ พรหมณี. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพาในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชัยนาท. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 24(3), 104-118.

แตกต่างกับการศึกษาของเยาวลักษณ์ ทวีกสิกรรม และคณะ (2557) ที่พบว่า ระยะเวลาที่ดูแลคนพิการไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพาในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชัยนาท

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่า การมีโรคประจำตัว ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับคนพิการ อายุ และระยะเวลาที่ดูแลคนพิการ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้พิการ ฉะนั้น เพื่อให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้พิการมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้ง 5 ด้าน กระทรวงสาธารณสุขจึงควรส่งเสริมให้ผู้ดูแลคนพิการได้รับการส่งเสริมสุขภาพเพื่อไม่ให้ผู้ดูแลมีโรคประจำตัว และควรมีการสนับสนุนจากหน่วยงานในชุมชนให้ผู้ดูแลคนพิการมีรายได้ที่เพิ่มขึ้น ตลอดจนให้ความรู้ในการดูแลคนพิการเพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความชำนาญที่มากขึ้น เพื่อลดภาวะเครียดในการดูแลคนพิการ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการวิจัยแบบการมีส่วนร่วมจากชุมชน เพื่อให้มีรูปแบบการดูแลผู้พิการที่มีประสิทธิภาพที่ยั่งยืน และเพื่อให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้ง 5 ด้าน

- โรงพยาบาลลานสกา. (2566). รายงานประจำปี 2566 (ไตรมาส 3). สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช.
วังนา ลีละพัฒนะ, และสายพิณ หัตถิรัตน์. (2558). เมื่อผู้ดูแลทำไม่ไหวแล้ว. สืบค้นเมื่อวันที่ 20 กันยายน 2566 จาก
https://www.rama.mahidol.ac.th/fammed/th/article/postgrad/writer23/article_4.
- สกุณา บุญนรากร. (2551). การสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวมทุกช่วงวัย. สงขลา: เทมการพิมพ์
สุวัฒน์ มหันรินทร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ และราณี พรมานะจรัสกุล.
(2540). เปรียบเทียบตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตของ WHO 100 ตัวชี้วัด. เชียงใหม่:โรงพยาบาลสวนปรุง.
- Bartz, A. E. (1999). Basic statistical concepts. (4th Edition). New Jersey: Prentice-Hall.
- Best, J. W. (1977). Research in Education. (3nded). Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement, 30(3), pp. 607-610.
- World Health Organization. (1995). Measuring quality of life. Retrieved 20 September 2023, From https://www.apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63482/WHO_MSA_MNH_PS_F_97.4.pdf?sequence=1&isAllowed=y

ปัจจัยทำนายการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพนม จังหวัดสุราษฎร์ธานี

Factors predicting the occurrence of diabetic retinopathy in patients with type 2 diabetes at Phanom Hospital, Surat Thani Province

นภัสวรรณ ศักดา
Naphatwan Sakda
โรงพยาบาลพนม จังหวัดสุราษฎร์ธานี
Phanom Hospital, Surat Thani Province

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพนม จังหวัดสุราษฎร์ธานี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงเป็นผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ตามเกณฑ์คัดเข้า และคัดออก ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 789 ราย โดยศึกษาาระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2566 วิเคราะห์ปัจจัยทำนายการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา โดยใช้สถิติ multivariable logistic regression

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 789 ราย พบว่ามีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา จำนวน 111 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.1 ซึ่งส่วนใหญ่เป็น NPDR จำนวน 110 ราย คิดเป็นร้อยละ 99.1 โดยแบ่งเป็น mild, moderate และ severe NPDR ร้อยละ 75.5, 15.5 และ 9.0 ตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนาย พบว่า เพศหญิง จะเพิ่มโอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา 2.82 เท่าของผู้ป่วยเพศชาย (95% CI: 1.54-5.17, P-value =0.001) ผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จะช่วยลดโอกาสการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาได้ 42% เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี (95% CI: 0.36-0.92, P-value = 0.020) ผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานมานานกว่า 5 ปี จะเพิ่มโอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา 1.77 เท่าของผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานมาน้อยกว่า 5 ปี (95% CI: 1.10-2.84, P-value =0.019) ผู้ป่วยที่มีการสูบบุหรี่ จะเพิ่มโอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา 3.39 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่มีการสูบบุหรี่ (95% CI: 1.05-10.91, P-value =0.041) ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่า 140 จะเพิ่มโอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา 1.97 เท่าของผู้ป่วยที่มีความดันน้อยกว่าหรือเท่ากับ 140 (95% CI: 1.11-3.51, P-value =0.021) ผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลมากกว่า 7 จะเพิ่มโอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา 2.08 เท่าของผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลน้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 (95% CI: 1.23-3.50, P-value =0.006) และ ผู้ป่วยที่มีระดับครีเอตินินในเลือดมากกว่า 1.5 จะเพิ่มโอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา 2.86 เท่าของผู้ป่วยที่มีระดับน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.5 (95% CI: 1.18-6.93, P-value =0.020) ผลการวิจัยนี้เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงแนวทางการป้องกันภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการให้ความสำคัญกับปัจจัยทำนายดังกล่าว

คำสำคัญ : ปัจจัยทำนาย, ภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา, ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

Abstract

The retrospective study aims to study factors predicting the occurrence of diabetic retinopathy in patients with type 2 diabetes. Data were collected from medical records of patients with type 2 diabetes who received treatment in the outpatient department of Phanom Hospital Surat Thani. A purposive sample was selected to include all patients who were screened for diabetic retinopathy.

According to the inclusion and exclusion criteria, a total of 789 samples were obtained, studied between 1 October 2023 and 31 December 2023. Factors predicting the occurrence of diabetic retinopathy were analyzed using multivariable logistic regression statistics and the ability to distinguish disease was analyzed using Area under ROC (AuROC).

The results of the study found that of the total sample group of 789 cases, 111 cases of diabetic retinopathy, accounting for 14.1 per cent, were found to be NPDR, 110 cases, accounting for 99.1 per cent, divided into mild, moderate, and severe non-proliferative diabetic retinopathy (NPDR) 75.5, 15.5, and 9.0 per cent respectively. When analyzing the predictive factors, it was found that females have an increased risk of diabetic retinopathy 2.82 times more than male patients (95% CI: 1.54-5.17, P-value =0.001). Patients aged 60 years and over have a 42% reduced chance of developing diabetic retinopathy compared to patients aged less than 60 years (95% CI: 0.36-0.92, P-value = 0.020). Patients who have had diabetes for more than 5 years will increase their risk of developing diabetic retinopathy 1.77 times more than those who have had diabetes for less than 5 years (95% CI: 1.10-2.84, P-value =0.019). Smoking patients will increase the risk of diabetic retinopathy by 3.39 times among patients who do not smoke (95% CI: 1.05-10.91, P-value =0.041). Patients with higher systolic blood pressure of 140 increase the risk of diabetic retinopathy by 1.97 times in patients with blood pressure less than or equal to 140 (95% CI: 1.11-3.51, P-value =0.021). Patients with blood sugar levels greater than 7 will increase the risk of diabetic retinopathy by 2.08 times in patients with blood sugar levels less than or equal to 7 (95% CI: 1.23-3.50, P-value =0.006). In addition, patients with blood creatine levels more than 1.5 will increase the risk of diabetic retinopathy 2.86 times in patients with levels less than or equal to 1.5 (95% CI: 1.18-6.93, P-value =0.020). This research result is useful in improving guidelines for diabetic retinopathy prevention in patients with type 2 diabetes by paying attention to such predictive factors.

Keywords : Predictive factors, Diabetic retinopathy, Type 2 diabetic patients

บทนำ

ภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา (Diabetic Retinopathy) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จากการสำรวจ National Survey of Blindness 2006-2007 พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีมากกว่า 3 ล้านราย แต่มีผู้เข้ารับการตรวจคัดกรองเพียง 100,000 ราย โดยมีความชุกของโรคเบาหวานเข้าจอประสาทตา (Diabetic retinopathy) ในผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 23.3 (จรีพร คงประเสริฐ, 2558) สำหรับในประเทศไทยพบความชุกของภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 14.7-42.6 (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2566)

ภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา เกิดจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ไม่เหมาะสม ส่งผลกระทบต่อหลอดเลือดในตา ทำให้เส้นเลือดมีการถูกทำลายและเกิดการอุดตัน จอประสาทตาที่อยู่ใกล้เคียงจึงเกิดการขาดเลือด และมีการหลั่งสารกระตุ้นให้มีเส้นเลือดใหม่ที่ผิดปกติจากเส้นเลือดข้างเคียงมาสู่บริเวณที่ขาดเลือด เส้นเลือดที่เกิดขึ้นใหม่นี้มักเปราะและแตกง่ายกว่าเส้นเลือดปกติ และอาจดึงให้จอประสาทตาลอก ทำให้ผู้ป่วยตาบอดได้ จะเห็นได้ว่าความรุนแรงของภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานต้องสูญเสียตาอย่างถาวร ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดังนั้น

หากเราคัดกรองกลุ่มเป้าหมายได้เร็วและดูแลสุขภาพตาอย่างเหมาะสม จะสามารถป้องกันภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาได้ โดยต้องควบคุมระดับน้ำตาลเลือดอย่างเหมาะสมและตรวจตาอย่างสม่ำเสมอเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยลดความเสี่ยงในผู้ป่วยเบาหวาน

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ พบว่ามีการศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในหลายพื้นที่ โดยพบว่า ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานมากกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี, ระดับไขมันในเลือด Total cholesterol มากกว่าหรือเท่ากับ 200 mg/dl, ระดับ LDL มากกว่าหรือเท่ากับ 100 mg/dl (บดินทร์ จักรแก้ว, 2565) อายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป, โรคไขมันในเลือดสูง และระดับ HDL มากกว่าหรือเท่ากับ 40 มก/ดล. (กุลธิดา สุทธิโชติ, นริวรรณ เขียวอิม และนิธิกุล เต็มเอี่ยม, 2566) ระยะเวลาการเป็นเบาหวานนานกว่า 5 ปี, ระดับการมองเห็น และการใช้อินซูลินรักษาเพียงอย่างเดียว (ชายหาญ รุ่งศิริแสงรัตน์, 2560) ระดับน้ำตาลในเลือด และระยะเวลาการเป็นเบาหวาน (เทียนชัย เมธานพคุณ, 2563) จะเห็นได้ว่าผลการศึกษายังมีความหลากหลายผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อาจเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาได้จากหลายปัจจัย แต่ปัจจัยหลักๆ มักเกิดจากระยะการเป็นเบาหวานที่ยาวนาน ระดับน้ำตาลไขมันในเลือด และระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งบริบทพื้นที่ที่ต่างกันส่งผลให้ผลการศึกษามีความขัดแย้งกัน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความชุกและปัจจัยทำนายการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในบริบทพื้นที่อำเภอพนม จังหวัดสุราษฎร์ธานี เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ปรับปรุงแผนการดูแลรักษา และการจัดการให้เหมาะสมตามความเสี่ยงและความรุนแรงของภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา

สำหรับโรงพยาบาลพนม เป็นโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ขนาด 30 เตียง มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานในปีงบประมาณ 2566 จำนวน 1,330 ราย ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จะได้รับการตรวจคัดกรองภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาโดยใช้กล้องถ่ายภาพ

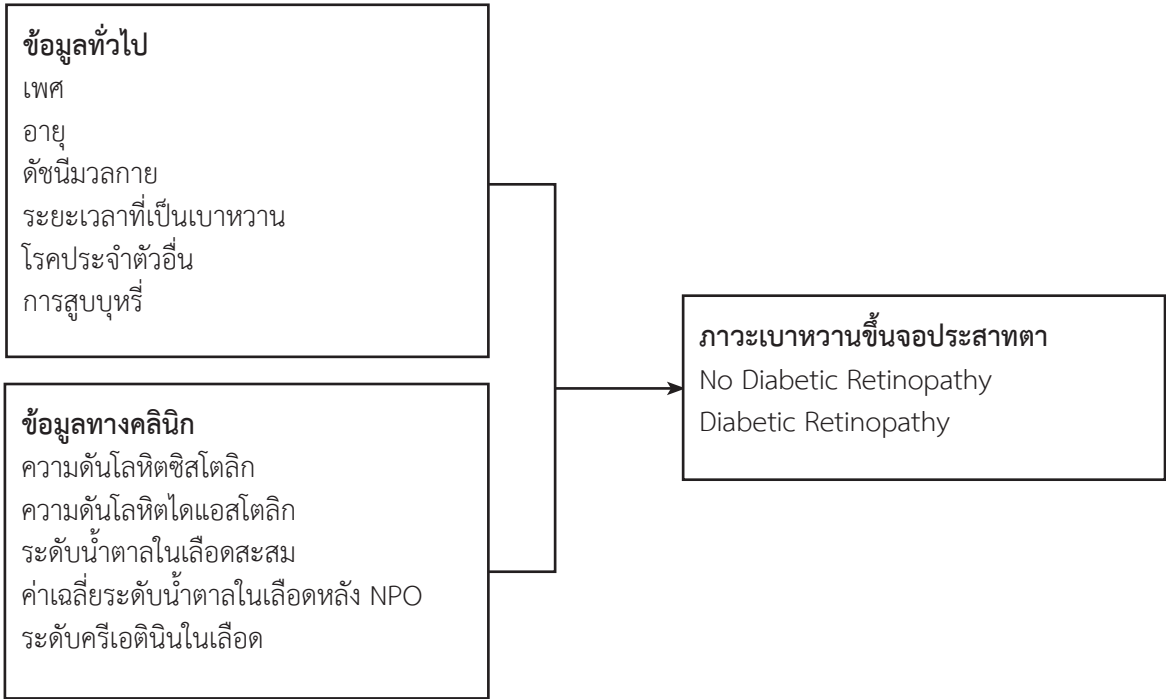
จอประสาทตา (fundus camera) ทุกราย หากพบความผิดปกติจะส่งต่อผู้ป่วยเพื่อพบจักษุแพทย์เพื่อวินิจฉัยเพิ่มเติมและวางแผนการรักษาต่อไป แต่ทั้งนี้ยังไม่เคยมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยทำนายการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในบริบทของโรงพยาบาลพนม การวิจัยนี้จึงมุ่งหวังที่จะศึกษาความชุก และปัจจัยทำนายการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในบริบทพื้นที่โรงพยาบาลพนม จังหวัดสุราษฎร์ธานี เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนพัฒนากลยุทธ์ป้องกันที่เหมาะสมเพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา และพัฒนานโยบายสาธารณสุขที่เป็นประโยชน์ต่อประชาชนทั่วไป รวมทั้งพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความชุกของการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพนม จังหวัดสุราษฎร์ธานี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพนม จังหวัดสุราษฎร์ธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยทางคลินิกเกี่ยวกับความชุกและปัจจัยทำนายการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้วิจัยจึงใช้กรอบแนวคิดการศึกษาทางคลินิก (Clinical Factors) โดยการวิเคราะห์ข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีผลต่อการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ดังนี้



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาโดยเก็บข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective study) เพื่อศึกษาความชุกของภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา และปัจจัยทำนายการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพนมจังหวัดสุราษฎร์ธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการตรวจคัดกรองเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ประจำปีงบประมาณ 2566 จำนวน 789 ราย โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการคัดกรองภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา เกณฑ์การคัดออก เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดอื่นๆ และผู้ป่วยที่มีข้อมูลไม่ครบตามแบบบันทึกข้อมูลที่ต้องการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้เครื่องมือของเทียนชัย เมธานพคุณ (2563) ซึ่งศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ในโรงพยาบาลหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ มีรายละเอียด เป็น 3 ส่วน ดังนี้

ปีที่ 38 ฉบับพิเศษ (มกราคม 2567)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน โรคประจำตัวอื่น และการสูบบุหรี่

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางคลินิก ได้แก่ ความดันซิสโตลิก ความดันไดแอสโตลิก ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดน้ำและอาหาร ระดับครีเอตินินในเลือด

ส่วนที่ 3 ภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ได้แก่ No DR และ DR

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่สร้างขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และผู้เชี่ยวชาญด้านสถิติในการวิจัย แล้วนำแบบบันทึกข้อมูลที่ได้มาปรับปรุง และนำไปทดลองใช้เก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง จนได้เครื่องมือเก็บข้อมูลที่มีประสิทธิภาพสามารถตอบวัตถุประสงค์การวิจัยได้

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำบันทึกข้อความขออนุญาตทำวิจัย และเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก จากผู้อำนวยการโรงพยาบาล พร้อมส่งโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาวินิจฉัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี
2. เมื่อผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาวินิจฉัยในมนุษย์ ผู้วิจัยประสานเจ้าหน้าที่เวชระเบียนเพื่อดึงข้อมูลจากระบบ Hosxp ตามแบบบันทึกข้อมูลที่กำหนด โดยยึดหลักจริยธรรมวิจัยเป็นสำคัญ
3. นำข้อมูลมาวิเคราะห์และตรวจสอบความถูกต้องตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก พร้อมทั้งค้นหาและบันทึกข้อมูลเพิ่มเติมจากเอกสารหรือสรุปรายงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจคัดกรองภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา จนได้ข้อมูลครบถ้วน
4. ตรวจสอบความถูกต้องขอข้อมูลอีกครั้ง ก่อนนำไปวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลทางคลินิก โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ
2. เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป และข้อมูลทางคลินิกระหว่างกลุ่มที่มี และไม่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา โดยใช้สถิติไคสแควร์ Chi-square

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะทั่วไปและลักษณะทางคลินิกเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มีและไม่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา

ข้อมูล n	No DR (n= 678)		DR (n= 111)		P-value
	%	n	%	n	
เพศ					< 0.001
ชาย	222	32.7	16	14.4	
หญิง	456	67.3	95	85.6	

3. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ multiple logistic regression

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี ตามเอกสารรับรองโครงการวิจัยที่ STPH02023-316 ลงวันที่ 30 พฤศจิกายน 2566

ผลการวิจัย

จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 789 ราย พบว่ามีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา จำนวน 111 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.1 ซึ่งส่วนใหญ่เป็น NPDR จำนวน 110 ราย คิดเป็นร้อยละ 99.1 โดยในจำนวน NPDR แบ่งเป็น mild, moderate และ severe NPDR ร้อยละ 75.5, 15.5 และ 9.0 ตามลำดับ

ลักษณะทั่วไปและลักษณะทางคลินิกเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มีและไม่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา พบว่า ปัจจัยเพศ, อายุ, ดัชนีมวลกาย, ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน และระดับน้ำตาลในเลือดสะสม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยโรคประจำตัวอื่น, การสูบบุหรี่, ความดันโลหิตซิสโตลิก, ความดันโลหิตไดแอสโตลิก, ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลัง NPO 8 ชั่วโมง, ระดับครีเอตินินในเลือด และระดับ LDL ในเลือด ไม่พบความแตกต่างในทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ข้อมูล n	No DR (n= 678)		DR (n= 111)		P-value
	%	n	%		
อายุ					0.008
น้อยกว่า 60 ปี	321	47.3	67	60.4	
60 ปีขึ้นไป	351	52.7	44	39.6	
ดัชนีมวลกาย					0.005
น้อยกว่า 18.5 (น้ำหนักน้อย)	21	3.1	2	1.8	
18.5-22.9 (น้ำหนักปกติ)	163	24	30	27	
23-24.9 (น้ำหนักมากเกินไป)	128	18.8	24	21.6	
25-29.9 (อ้วนระดับ 1)	248	36.6	23	20.7	
มากกว่าหรือเท่ากับ 30 (อ้วนระดับ 2)	118	17.4	32	28.8	
ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน					0.009
น้อยกว่า 5 ปี	306	45.1	35	31.5	
มากกว่า 5 ปี	372	54.9	76	68.5	
โรคประจำตัวอื่น					0.721
ไม่มี	36	5.3	5	4.5	
มี	642	94.7	106	95.5	
การสูบบุหรี่					0.193
ไม่สูบ	662	97.6	106	95.5	
สูบ	16	2.4	5	4.5	
ความดันโลหิตซิสโตลิก					0.061
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 140 (ควบคุมได้ดี)	579	85.4	87	78.4	
มากกว่า 140 (ควบคุมได้ไม่ดี)	99	14.6	24	21.6	
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก					0.706

ข้อมูล n	No DR (n= 678)		DR (n= 111)		P-value
	%	n	%		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 90 (ควบคุมได้ดี)	655	96.6	108	97.3	
มากกว่า 90 (ควบคุมได้ไม่ดี)	23	3.4	3	2.7	
ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม					< 0.001
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 (ควบคุมได้ดี)	327	48.2	32	28.8	
มากกว่า 7 (ควบคุมได้ไม่ดี)	351	51.8	79	71.2	
ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลัง NPO 8 ชั่วโมง					0.102
น้อยกว่า 155 (ควบคุมได้ดี)	480	70.8	70	63.1	
มากกว่าหรือเท่ากับ 155 (คุมน้ำตาลได้ไม่ดี)	198	29.2	41	36.9	
ระดับครีเอตินินในเลือด					0.07
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.5 (ควบคุมได้ดี)	649	95.7	102	91.9	
มากกว่า 1.5 (ควบคุมได้ไม่ดี)	29	4.3	9	8.1	
ระดับ LDL ในเลือด					0.145
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 100 (ควบคุมได้ดี)	325	47.9	45	40.5	
มากกว่า 100 (ควบคุมได้ไม่ดี)	353	52.1	66	59.5	

เมื่อปรับอิทธิพลของหลายตัวแปร โดยใช้สถิติ Multivariable logistic regression analysis พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ได้แก่ เพศ, อายุ, ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน, การสูบบุหรี่, ความดันโลหิตซิสโตลิก, ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม และ ระดับครีเอตินินในเลือด อธิบายได้ดังนี้

เพศ พบว่า ผู้ป่วยที่เป็นเพศหญิง จะเพิ่มโอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา 2.82 เท่าของผู้ป่วยเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อควบคุมปัจจัยต่างๆ ให้คงที่ (95% CI: 1.54-5.17, P-value =0.001)

อายุ พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จะช่วยลดโอกาสการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาได้ 42% เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อควบคุมปัจจัยต่างๆ ให้คงที่ (95% CI: 0.36-0.92, P-value = 0.020)

ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานมานานมากกว่า 5 ปี จะเพิ่มโอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา 1.77 เท่าของผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานมาน้อยกว่า 5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อควบคุมปัจจัยต่างๆ ให้คงที่ (95% CI: 1.10-2.84, P-value =0.019)

การสูบบุหรี่ พบว่า ผู้ป่วยที่มีการสูบบุหรี่ จะเพิ่มโอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา 3.39 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่มีการสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อควบคุมปัจจัยต่างๆ ให้คงที่ (95% CI: 1.05-10.91, P-value =0.041)

ความดันโลหิตซิสโตลิก พบว่า ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่า 140 หรือควบคุมได้ไม่ดี จะเพิ่มโอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา 1.97 เท่าของผู้ป่วยที่มีความดันน้อยกว่าหรือเท่ากับ 140 หรือควบคุมได้ดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อควบคุมปัจจัยต่างๆ ให้คงที่ (95% CI: 1.11-3.51, P-value =0.021)

ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลมากกว่า 7 หรือควบคุมได้ไม่ดี จะเพิ่มโอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา 2.08 เท่าของผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลน้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 หรือควบคุมได้ดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อควบคุมปัจจัยต่างๆ ให้คงที่ (95% CI: 1.23-3.50, P-value =0.006) และระดับครีเอตินินในเลือด พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับครีเอตินินในเลือดมากกว่า 1.5 หรือควบคุมได้ไม่ดี จะเพิ่มโอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา 2.86 เท่าของผู้ป่วยที่มีระดับน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.5 หรือควบคุมได้ดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อควบคุมปัจจัยต่างๆ ให้คงที่ (95% CI: 1.18-6.93, P-value =0.020) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาโดยการวิเคราะห์ multivariable logistic regression

ปัจจัย	β	Adjusted OR Lower	95% CI		P-value
			Upper		
ค่าคงที่ (Intercept)	-3.49				
เพศ					
ชาย*		1.00			
หญิง	1.04	2.82	1.54	5.17	0.001
อายุ					
น้อยกว่า 60 ปี*		1.00			
60 ปีขึ้นไป	-0.55	0.58	0.36	0.92	0.020
ดัชนีมวลกาย					
น้อยกว่า 18.5 (น้ำหนักน้อย)*		1.00			
18.5-22.9 (น้ำหนักปกติ)	0.53	1.69	0.36	7.94	0.505
23-24.9 (น้ำหนักมากเกินไป)	0.39	1.48	0.31	7.08	0.624
25-29.9 (อ้วนระดับ 1)	-0.49	0.61	0.13	2.91	0.536
มากกว่าหรือเท่ากับ 30 (อ้วนระดับ 2)	0.54	1.71	0.36	8.10	0.501
ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน					
น้อยกว่า 5 ปี*		1.00			

ปัจจัย	β	Adjusted OR Lower	95% CI		P-value
			Upper		
มากกว่า 5 ปี	0.57	1.77	1.10	2.84	0.019
โรคประจำตัวอื่น					
ไม่มี*		1.00			
มี	-0.09	0.92	0.33	2.59	0.872
การสูบบุหรี่					
ไม่สูบ*		1.00			
สูบ	1.22	3.39	1.05	10.91	0.041
ความดันโลหิตซิสโตลิก					
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 140 (ควบคุมได้ดี)*		1.00			
มากกว่า 140 (ควบคุมได้ไม่ดี)	0.68	1.97	1.11	3.51	0.021
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก					
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 90 (ควบคุมได้ดี)*		1.00			
มากกว่า 90 (ควบคุมได้ไม่ดี)	-0.70	0.50	0.12	1.97	0.318
ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม					
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 (ควบคุมได้ดี)*		1.00			
มากกว่า 7 (ควบคุมได้ไม่ดี)	0.73	2.08	1.23	3.50	0.006
ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลัง NPO 8 ชั่วโมง					
น้อยกว่า 155 (ควบคุมได้ดี)*		1.00			
มากกว่าหรือเท่ากับ 155 (คุมน้ำตาลได้ไม่ดี)	-0.02	0.98	0.60	1.59	0.933
ระดับครีเอตินินในเลือด					
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.5 (ควบคุมได้ดี)*		1.00			
มากกว่า 1.5 (ควบคุมได้ไม่ดี)	1.05	2.86	1.18	6.93	0.020
ระดับ LDL ในเลือด					
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 100 (ควบคุมได้ดี)*		1.00			
มากกว่า 100 (ควบคุมได้ไม่ดี)	0.06	1.06	0.68	1.65	0.784

* Reference group

อภิปรายผล

จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 789 ราย พบว่ามีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา จำนวน 111 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.1 ซึ่งส่วนใหญ่เป็น NPDR จำนวน 110 ราย คิดเป็นร้อยละ 99.1 โดยในจำนวน NPDR แบ่งเป็น mild, moderate และ severe NPDR ร้อยละ 75.5, 15.5 และ 9.0 ตามลำดับ สอดคล้องกับผลการศึกษาของซาบันนายัม และคณะ พบอัตราการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ร้อยละ 3.4-12.3% (Sabanayagam C., et al, 2019)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ได้แก่ ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน และระดับน้ำตาลในเลือดสะสม ผลการศึกษาที่สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่าระยะเวลาการเป็นเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา (Sun, Q et al., 2021; Song JJ, et al., 2023; Gong, D., 2023) โดยผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานมากกว่า 5 ปี จะเพิ่มโอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา 1.77 เท่าของผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานน้อยกว่า 5 ปี และผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลมากกว่า 7 หรือควบคุมได้ไม่ดี จะเพิ่มโอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา 2.08 เท่าของผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลน้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 หรือควบคุมได้ดี

นอกจากนี้ เพศ, อายุ, การสูบบุหรี่, ความดันโลหิตซิสโตลิก และ ระดับครีเอตินินในเลือด ยังมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาด้วยเช่นเดียวกัน โดยผู้ป่วยที่เป็นเพศหญิง จะเพิ่มโอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา 2.82 เท่าของผู้ป่วยเพศชาย ทั้งนี้เนื่องจากเพศหญิงมีฮอร์โมนที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ได้แก่ ฮอร์โมนเอสโตรเจน (estrogen) มีผลกระทบต่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและการทำงานของสารประกอบที่เกี่ยวข้องกับภาวะเบาหวาน ซึ่งทำให้เพศหญิงมีโอกาสเสี่ยงมากขึ้น โดยการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จะช่วยลดโอกาสการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาได้ 42% เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี และผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่า 140 หรือ

ควบคุมได้ไม่ดี จะเพิ่มโอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา 1.97 เท่าของผู้ป่วยที่มีความดันน้อยกว่าหรือเท่ากับ 140 หรือควบคุมได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของก่อง (2023) พบว่า อายุ ดัชนีมวลกาย (BMI), ความดันโลหิตซิสโตล (SBP) เป็นปัจจัยเสี่ยงที่เป็นอิสระสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (T2DM) (Gong, D., 2023) นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีการสูบบุหรี่ จะเพิ่มโอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา 3.39 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่มีการสูบบุหรี่ สอดคล้องกับการศึกษาของชู และคณะ ซึ่งพบว่า จำนวนการสูบบุหรี่ต่อวันเป็นปัจจัยทำนายการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา (Su, Z., et al 2023) และ ผู้ป่วยที่มีระดับครีเอตินินในเลือดมากกว่า 1.5 หรือควบคุมได้ไม่ดี จะเพิ่มโอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา 2.86 เท่าของผู้ป่วยที่มีระดับน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.5 หรือควบคุมได้ดี อธิบายได้ว่าระดับครีเอตินิน เป็นตัวบ่งบอกการทำงานของไต หากมีค่าครีเอตินินที่สูงขึ้นแสดงว่าประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง ซึ่งการเป็นเบาหวานสามารถทำให้เกิดความเสี่ยงในการเสื่อมของไต ซึ่งส่งผลให้ระดับ creatinine ในเลือดเพิ่มขึ้น สะท้อนถึงปัญหาในการควบคุมน้ำตาลในเลือด ส่งผลต่อการทำลายเส้นประสาทที่เชื่อมต่อกับระบบประสาทตา ทำให้เกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ดังนั้นผู้ป่วยที่มีระดับครีเอตินินในเลือดที่สูงจึงเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาได้

สรุป

ความชุกของภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพนม จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบได้ร้อยละ 13.8 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเบาหวานขึ้นตาระยะเริ่มแรกหรือระยะที่ยังไม่มีหลอดเลือดเกิดใหม่ (Nonproliferative Diabetic Retinopathy: NPDR) เป็นระยะที่ผนังหลอดเลือดที่จอตาไม่แข็งแรง ส่งผลให้หลอดเลือดโป่งพอง อาจทำให้เลือดหรือของเหลวรั่วออกมาในจอตา ทำให้เกิดจุดบวมในระยะเริ่มแรกอาจมีอาการเพียงเล็กน้อย โดยผู้ป่วยที่ตรวจพบส่วนใหญ่จะเป็น Mild NPDR การศึกษานี้ยังพบปัจจัยที่ทำนายภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ได้แก่ เพศ, อายุ, ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน, การสูบบุหรี่,

ความดันโลหิตซิสโตลิก, ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม และระดับครีเอตินินในเลือด ดังนั้นพยาบาลควรให้ความสำคัญกับการตรวจคัดกรองภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา โดยคำนึงปัจจัยที่เป็นตัวทำนายการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาดังกล่าว และวางแผนพัฒนาระบบการดูแลรักษาเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยดังกล่าวสามารถนำไปพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาเบาหวานที่เน้นการป้องกันภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ นอกจากนี้ควรส่งเสริม

การให้ความรู้และสร้างความตระหนักในประชาชนเกี่ยวกับความสำคัญของการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน เพื่อเสริมสร้างการรับรู้และการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพในระยะยาว สำหรับข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาการพัฒนาแอปพลิเคชันหรือเทคโนโลยีในการติดตามและจัดการผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยมีการแจ้งเตือนและให้ข้อมูลที่จำเป็นเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพ และช่วยในการควบคุมความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา และศึกษาการพัฒนาแนวทางการจัดการทางคลินิกที่เน้นการรักษาและควบคุมภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาอย่างเฉพาะเจาะจง โดยให้ความสำคัญกับการติดตามพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

- กุลธิดา สุทธิโชติ, นริวรรณ เขียวอิม และ นิธิกุล เต็มเอี่ยม. ความสัมพันธ์ของระยะการป่วยเป็นเบาหวานและการควบคุมระดับน้ำตาลต่อการเกิดภาวะจอตาผิดปกติจากเบาหวานในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลศรีสะเกษ. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว; 6(1): 74-86.
- ชายชาญ รุ่งศิริแสงรัตน์. (2560). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์ สวาทยานนท์. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย; 7(2): 179-188.
- เทียนชัย เมธานพคุณ. (2563). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ในโรงพยาบาลหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. วารสารแพทย์เขต 4-5; 39(2): 178-188.
- บดินทร์ จักรแก้ว. (2565). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตอำเภอกิ่งเมืองของจังหวัดเชียงใหม่. วารสารสาธารณสุขล้านนา: 18(2); 16-29.
- Gong, D., Fang, L., Cai, Y., Chong, I., Guo, J., Yan, Z., Shen, X., Yang, W., & Wang, J. (2023). Development and evaluation of a risk prediction model for diabetes mellitus type 2 patients with vision-threatening diabetic retinopathy. *Frontiers in endocrinology*, 14, 1244601. <https://doi.org/10.3389/fendo.2023.1244601>
- Sabanayagam C, et. al. (2019). Incidence and progression of diabetic retinopathy: a systematic review. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2019 Feb;7(2):140-149. doi: 10.1016/S2213-8587(18)30128-1. Epub 2018 Jul 11. PMID: 30005958
- Song JJ, et al. (2023). Correlation between glycated hemoglobin A1c, urinary microalbumin, urinary creatinine, β_2 microglobulin, retinol binding protein and diabetic retinopathy. *World J Diabetes*. 2023. PMID: 37547593



- Su, Z., Wu, Z., Liang, X., Xie, M., Xie, J., Li, H., Wang, X., & Jiang, F. (2023). Diabetic retinopathy risk in patients with unhealthy lifestyle: A Mendelian randomization study. *Frontiers in endocrinology*, 13, 1087965. <https://doi.org/10.3389/fendo.2022.1087965>
- Sun, Q., Jing, Y., Zhang, B., Gu, T., Meng, R., Sun, J., Zhu, D., & Wang, Y. (2021). The Risk Factors for Diabetic Retinopathy in a Chinese Population: A Cross-Sectional Study. *Journal of diabetes research*, 2021, 5340453. <https://doi.org/10.1155/2021/5340453>

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเปราะบางกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุ Association between the Fragile Condition and the Occurrence of Postoperative Complications in Elderly Patients

จิราวรรณ รอดมณี, มณฑิรา ชาญนรงค์
Jirawan Rodmane, Montira Channarong
โรงพยาบาลสิชล
Sichon Hospital

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Descriptive Cross-Sectional Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเปราะบางกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เป็นผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดในโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง ระหว่างเดือน ตุลาคม ถึง ธันวาคม 2566 จำนวน 320 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุ (Multivariate Regression Analysis)

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัด ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 60-69 ปี จำนวน 154 ราย (48.1%) และเป็นเพศหญิง จำนวน 176 คน (55%) มีค่าดัชนีมวลกายน้อยกว่าหรือเท่ากับ 24.9 จำนวน 222 ราย (69.4%) ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะโลหิตจาง จำนวน 310 ราย (96.9%) อยู่ในภาวะพยาธิสภาพของร่างกายเล็กน้อยถึงปานกลางซึ่งไม่ได้เกี่ยวข้องกับมาจากการผ่าตัด (ASA Class 2) จำนวน 256 ราย (80%) การผ่าตัดส่วนใหญ่เป็นการผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไป จำนวน 164 ราย (51.2%) มีวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป จำนวน 190 ราย (59.4%) ใช้ระยะเวลาผ่าตัดน้อยกว่า 2 ชม. จำนวน 245 ราย (76.6%) มีการสูญเสียเลือดน้อยกว่า 100 cc จำนวน 245 ราย (83.8%) พบผู้ป่วยสูงอายุมีภาวะเปราะบาง เพียง 20 ราย (6.3%) และมีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด จำนวน 47 ราย (14.7%) โดยสามารถแบ่งได้เป็นระดับภาวะแทรกซ้อน Grade 1 จำนวน 30 ราย (9.4%) และ Grade 2 จำนวน 17 ราย (5.3%) เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเปราะบางกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง จะเพิ่มโอกาสเสี่ยงของการมีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มมากขึ้น 68.25 เท่าของผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะเปราะบาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อควบคุมปัจจัยอื่นๆ ให้คงที่ (95% CI:8.19-568.78, P-value < 0.001)

ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นพยาบาลควรให้ความสำคัญกับนำข้อมูลนี้มาใช้ในการปรับปรุงแผนการดูแลสุขภาพและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง

คำสำคัญ : ภาวะเปราะบาง, ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด, ผู้สูงอายุ

Abstract

The descriptive cross-sectional research aimed to study the relationship between the fragile condition and the occurrence of postoperative complications in elderly patients. Purposive sampling was used to recruit elderly patients total of 320 cases who underwent surgery at a general hospital between October and December. Data were analyzed using multivariate regression analysis statistics.

The results of the study found that elderly people who had undergone surgery had an age between 60-69 years of age, 154 cases (48.1%), and 176 cases (55%) were female. They had a BMI less than or equal to 24.9, 222 cases (69.4%), and mostly did not have anemia conditions 310 cases

(96.9%). Most elderly had mild to moderate systemic disturbance that may not be related to the reason for surgery (ASA Class 2), 256 cases (80%). The operative was general surgery, 164 cases (51.2%) with general anesthesia, 190 cases (59.4%). The surgery time was less than 2 hours, 245 cases (76.6%) and had blood loss of less than 100 CC, 245 cases (83.8%). The study highlighted that only 20 elderlies with fragile conditions were found (6.3%) and had postoperative complications of around 47 cases (14.7%), which can be divided into Grade 1 complications of around 30 cases (9.4%), and Grade 2 cases around 17 cases (5.3%). Considering the association between the fragile condition and the occurrence of postoperative complications in elderly patients, data showed that elderly patients with fragile conditions significantly increased the risk of complications by 68.25 times in elderly patients compared to those who did not have the condition with controlling for other factors constant (95% CI:8.19-568.78, P-value < 0.001).

The results of this study demonstrate a significant association between the fragile condition of the elderly and the occurrence of postoperative complications. Therefore, nurses should apply this knowledge to improve healthcare plans and prevent postoperative complications in vulnerable elderly people.

Keywords : Fragile condition, postoperative complications, elderly

บทนำ

ประเทศไทยเข้าสู่ “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” (complete aged society) ในปี พ.ศ. 2565 โดยมีประชากรอายุมากกว่า 60 ปี กว่า 12.9 ล้านคน หรือ 20% จากประชากรทั้งหมด (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2565) และมีการคาดการณ์ว่าในอีกไม่เกิน 15 ปีข้างหน้า ประเทศไทยจะกลายเป็น “สังคมสูงอายุระดับสุดยอด” (super aged society) เมื่อสัดส่วนของประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปีสูงถึง 28% ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2562) ปัจจุบันจำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดมีจำนวนมากขึ้น ดังเห็นได้จากสถิติจำนวนผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดในประเทศอังกฤษ พบว่ามีจำนวน 2.5 ล้านคน ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 75 ปี และประมาณร้อยละ 30 มีอายุมากกว่า 85 ปีขึ้นไป (Lin et al., 2016) สำหรับสถิติการผ่าตัดในโรงพยาบาลลิซล 3 ปีย้อนหลัง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563-2565 จำนวน 4,760, 4,570 และ 4,571 ราย เป็นผู้สูงอายุ จำนวน 1,494, 1,390 และ 1,505 รายตามลำดับ จะเห็นได้ว่า ร้อยละ 30 ของการ

ผ่าตัดเป็นผู้สูงอายุ (สถิติการผ่าตัดโรงพยาบาลลิซล, 2566)

ภาวะเปราะบาง (Frailty) เป็นภาวะสุขภาพที่พบได้บ่อยและเกิดขึ้นอย่างเนิ่นนานในผู้สูงอายุและเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ (World Health Organization, 2017) โดยเป็นภาวะการสูญเสียความสามารถในการปรับสมดุลพลังงานสำรองของร่างกาย จนเกิดวงจรความเสื่อมของพลังงานในร่างกายที่ผิดปกติ ทำให้สูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งการศึกษาในต่างประเทศพบภาวะเปราะบางระหว่างร้อยละ 13.60-31.20 (Ofori-Asenso R et al., 2019) ส่วนในประเทศไทยพบระหว่างร้อยละ 22.10-32.10 (Srinonprasert V, Chalerm Sri C & Aekplakorn W., 2018) ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางและจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัด จึงเป็นภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดตามมา

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัด พบว่าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะเปราะบางจะมีความสัมพันธ์กับการเกิด

ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนของแผลผ่าตัด นอกจากนี้ยังพบว่า ภาวะเปราะบางมีความสัมพันธ์กับการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ประสิทธิภาพการจำหน่าย และเพิ่มอัตราการตายถึง 4.19 เท่าในผู้ป่วยที่มีภาวะเปราะบาง (Panayi AC, et al., 2019) ภาวะเปราะบางจึงมีความสัมพันธ์กับอัตราการตายหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดที่ไม่ใช่การผ่าตัดเกี่ยวกับหัวใจ (George EL, et al., 2021) ภาวะเปราะบางที่สูงจะส่งผลให้เกิดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะเพิ่มขึ้นด้วย (Tuddenham SA, Gearhart SL, Wright Iii EJ & Handa VL., 2022) และจากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเปราะบางกับผลลัพธ์หลังการผ่าตัดลำไส้ใหญ่ พบว่า มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการไม่พึงประสงค์สำคัญ การติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด และ ลำไส้ไม่ทำงานหลังผ่าตัด (Lee C, et al., 2022) นอกจากนี้การศึกษามูลกระทบของภาวะเปราะบางกับภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วน Lumbar พบว่า ภาวะเปราะบางเพิ่มอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัด รวมไปถึงภาวะช็อคจากการเสียเลือด 1.73 เท่า การติดเชื้อ 2.94 เท่า การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ 2.57 เท่า และเพิ่มอัตราการจำหน่ายที่ไม่ปกติ 2.07 เท่า นอกจากนี้ยังพบว่า ภาวะเปราะบางมีความสัมพันธ์กับระยะวันนอนโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษา และอัตราการกลับมารักษาซ้ำใน 90 และ 180 วันเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีความเปราะบาง (Ton A, et al., 2022) สำหรับในประเทศไทย พบว่า มีเพียง 1 การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับภาวะเปราะบางในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ได้แก่ การศึกษาปัจจัยทำนายการเกิดภาวะแทรกซ้อนระยะ 7 วันหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเนื้องอกสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไปที่ได้รับการผ่าตัดสมอง ผลการศึกษา พบว่า ภาวะเปราะบางทางคลยกรรม ดัชนีมวลกายเกิน และระยะเวลาที่ระงับความรู้สึกมากกว่า 360 นาที มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนระยะ 7 วันหลังผ่าตัด 70.87, 2 และ 3.59 เท่าของผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ (เขมรัฐ ปันหลุย, ปรางทิพย์ ฉายพุทธ, วัลย์ลดา ฉันทน์เรื่องวนิชย์ และ บรรพต สิทธินาม, 2565) จะเห็นได้ว่าการศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเปราะบางกับผลลัพธ์และภาวะ

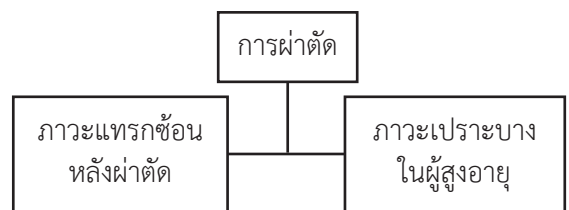
แทรกซ้อนหลังผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งเป็นการศึกษาในต่างประเทศ แต่ยังไม่มีการศึกษาในประเทศไทย ผู้วิจัยเล็งเห็นความสำคัญของภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัด ที่อาจจะส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมาภายหลังการผ่าตัด จึงสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเปราะบางกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัด เพื่อนำผลที่ได้มาวางแผนพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเปราะบางกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัด

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การศึกษารั้งนี้ประยุกต์แนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy's adaptation model: RAM) เป็นกรอบแนวคิดซึ่งรอย เชื่อว่าบุคคลประกอบด้วยกายจิต สังคมรวมเป็นระบบชีวิต เป็นระบบเปิด มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาทำให้บุคคลต้องปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปซึ่งได้แก่การผ่าตัดในผู้สูงอายุ โดยระบบการปรับตัวของบุคคล ประกอบด้วย สิ่งนำเข้าหรือสิ่งเข้า ได้แก่ ภาวะเปราะบาง และการผ่าตัด กระบวนการควบคุม ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของร่างกายเมื่อได้รับการผ่าตัดเพื่อให้คงไว้ซึ่งความสมดุลในร่างกาย และสิ่งนำออกซึ่งแสดงผลการปรับตัวออกมาในการศึกษานี้ ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด หากผู้สูงอายุปรับตัวได้ดีจะไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด หากปรับตัวไม่มีก็จะเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ดังภาพ



ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบ การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Descriptive Cross-Sectional Research)

ประชากรที่ศึกษา ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดรักษาในโรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช ประจำปี 2565 จำนวน 1,500 ราย คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของทาร์ยามาเน่ ดังนี้

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

โดยที่ N คือจำนวนประชากร และ e คือค่าความคลาดเคลื่อน 0.05

ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 315.79 ราย ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 320 ราย สุ่มกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling) โดยกำหนดสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างตามจำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดแต่ละประเภทแล้วนำมาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงโดยมีเกณฑ์การคัดเลือก เป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดทุกราย ทุกโรค ในโรงพยาบาลสิชล ระหว่างเดือนตุลาคม ถึง เดือนธันวาคม 2566 เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่ให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน ตลอดการศึกษา ผู้ป่วยที่ไม่สมัครใจอยู่ระหว่างการรักษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ค่าดัชนีมวลกาย ภาวะซีด และ ASA classification และ 2) ข้อมูลการผ่าตัด ได้แก่ ชนิดของการผ่าตัด วิธีการให้ยาระงับความรู้สึก ระยะเวลาการผ่าตัด และการสูญเสียเลือดขณะผ่าตัด
2. แบบประเมินภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ จำนวน 5 ข้อ ตามคู่มือการคัดกรองและประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564 ถ้ามีอาการตั้งแต่ 3 ข้อขึ้นไป ถือว่ามีภาวะเปราะบาง
3. แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด มี 2 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และมีภาวะ

แทรกซ้อน พร้อมทั้งระบุภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น โดยแบ่งระดับความรุนแรงภาวะแทรกซ้อนทางศัลยกรรมหลังการผ่าตัด (Clavien -Dindo Classification) (Dindo D, Demartines N & Clavien PA, 2004) จำแนกระดับความรุนแรง 5 ระดับตามความผิดปกติที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาที่เกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัด ได้แก่ Grade 1 เป็นภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดทั่วไป Grade 2 เป็นภาวะที่ต้องการการรักษาด้วยยา Grade 3 เป็นภาวะที่ต้องการการผ่าตัด Grade 4 เป็นภาวะที่ต้องช่วยชีวิต และ Grade 5 เสียชีวิต

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบบันทึกระดับความรุนแรงภาวะแทรกซ้อนทางศัลยกรรมหลังการผ่าตัด (Clavien -Dindo Classification) จากการศึกษาของ ชนุตพร รัตนมงคล และคณะ ได้ทดสอบดัชนีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งชนิดปฐมภูมิของกระเพาะอาหาร ตับ ทางเดินน้ำดี ลำไส้ใหญ่ และลำไส้ตรง จำนวน 20 ราย พบว่าได้ค่า CVI เท่ากับ .80 และได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .84 (ชนุตพร รัตนมงคล และคณะ, 2559)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เมื่อผ่านคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เรียบร้อย ดำเนินการเก็บข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเปราะบางและภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช ระหว่างเดือนตุลาคม ถึงเดือนธันวาคม 2566 ตามเกณฑ์การคัดเลือก คัดออก และเกณฑ์การศึกษาที่กำหนด
2. แนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งให้ลงนามในยินยอมเข้าร่วมวิจัย โดยคำนึงถึงหลักปฏิบัติพื้นฐานการทำวิจัยในมนุษย์ 3 ด้าน ได้แก่ การเคารพในสิทธิส่วนบุคคล หลักของผลประโยชน์ และหลักความยุติธรรม

3. ผู้วิจัยจะเป็นคนเก็บข้อมูลด้วยตนเองทั้งหมด โดยการอ่านข้อคำถามให้ฟัง และกลุ่มตัวอย่างตอบข้อมูลทั่วไปตามความเป็นจริงที่เกิดขึ้น และเก็บข้อมูลการผ่าตัด ข้อมูลภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วย ผู้ให้ข้อมูลจะออกจากการวิจัยเมื่อไหร่ก็ได้ และจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาใดๆ ของโรงพยาบาล หากสงสัยไม่เข้าใจ สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลทุกอย่างจะเก็บไว้เป็นความลับ นำเสนอในภาพรวมของเนื้อหาวิชาการเท่านั้น

4. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลในแบบสอบถาม พร้อมทั้งให้รหัสข้อมูล ก่อนนำไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลภาวะเปราะบาง และข้อมูลระดับภาวะแทรกซ้อน วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การหาค่าความถี่ และร้อยละ และหาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเปราะบาง กับระดับภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุ (Multivariate Regression Analysis)

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ตามเอกสารรับรองเลขที่ 069/2566 ลงวันที่ 25 กันยายน 2566

ผลการวิจัย

ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 60-69 ปี มากที่สุด ร้อยละ 48.1 และเป็นเพศหญิงร้อยละ 55 มีค่าดัชนีมวลกายน้อยกว่าหรือเท่ากับ 24.9 มากที่สุด ร้อยละ 69.4 อีกทั้งพบการมีภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 3.1 ค่า ASA ส่วนใหญ่อยู่ใน Class 2 ร้อยละ 80 มากกว่าครึ่งหนึ่งมีประเภทการผ่าตัดเป็นศัลยกรรมทั่วไป (ร้อยละ 51.2) โดยวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกที่พบมากที่สุด คือ General Anesthesia ร้อยละ 59.4 ส่วนระยะเวลาผ่าตัด พบว่าส่วนใหญ่ใช้เวลาน้อยกว่า 2 ชม. ร้อยละ 76.6 และมีการสูญเสียเลือดที่น้อยกว่า 100 cc ขึ้นไป ร้อยละ 83.8 อีกทั้งผู้ป่วยสูงอายุ ร้อยละ 6.3 มีภาวะเปราะบาง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยสูงอายุ จำนวน 320 ราย

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
60-69	154	48.1
70-79	120	37.5
80-89	36	11.3
90 ปีขึ้นไป	10	3.1
เพศ		
ชาย	144	45
หญิง	176	55
ค่าดัชนีมวลกาย		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 24.9	222	69.4

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
25-29.9	75	23.4
มากกว่าหรือเท่ากับ 30	23	7.2
ภาวะโลหิตจาง		
ไม่มีภาวะโลหิตจาง	310	96.9
มีภาวะโลหิตจาง	10	3.1
ค่าASA		
Class 1	9	2.8
Class 2	256	80
Class 3	55	17.2
ประเภทของการผ่าตัด		
ศัลยกรรมทั่วไป	164	51.2
ศัลยกรรมกระดูก	78	24.4
สูติกรรม	12	3.8
ศัลยกรรมจักษุ	60	18.8
ศัลยกรรมโสต ศอ นาสิก	6	1.9
วิธีการให้ยาระงับความรู้สึก		
Local Anesthesia	130	40.6
General Anesthesia	190	59.4
ระยะเวลาการผ่าตัด		
น้อยกว่า 2 ชม.	245	76.6
ตั้งแต่ 2-4 ชม.	67	20.9
4 ชม. ขึ้นไป	8	2.5
การสูญเสียเลือด		
น้อยกว่า 100 cc	268	83.8
ตั้งแต่ 100-500 cc	46	14.4
500 cc ขึ้นไป	6	1.9
ภาวะแทรกซ้อน		

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีภาวะเปราะบาง	300	93.8
มีภาวะเปราะบาง	20	6.3

จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุทั้งหมด 320 ราย พบว่า มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด จำนวน 47 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.7 โดยสามารถแบ่งได้เป็น Grade 1 ร้อยละ 9.4 และ Grade 2 ร้อยละ 5.3 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุ จำนวน 320 ราย

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด		
ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	273	85.3
มีภาวะแทรกซ้อน	47	14.7
ระดับภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด		
Grade 1	30	9.4
Grade 2	17	5.3

สำหรับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเปราะบางกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดด้วย Multivariable analysis พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง จะเพิ่มโอกาสเสี่ยงของการมีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น 68.25 เท่าของผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่มีภาวะเปราะบาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI:8.19-568.78, P-value < 0.001) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเปราะบางกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัด

ปัจจัย	Crude OR Lower	95% CI		P-value	Adjusted OR Lower	95% CI		P-value
		Upper				Upper		
ภาวะเปราะบาง								
ไม่มีภาวะเปราะบาง*	1.00				1.00			
มีภาวะเปราะบาง	84.10	18.58	380.80	< 0.001	68.25	8.19	568.78	< 0.001

*Reference group

อภิปราย

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเปราะบางกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุในครั้ง นี้ มีจำนวนผู้ป่วยสูงอายุทั้งหมด 320 ราย มีภาวะเปราะบาง คิดเป็นร้อยละ 6.3 และมีผู้สูงอายุที่เกิดภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 14.7 ส่วนใหญ่เป็นภาวะแทรกซ้อนระดับ 1 และ 2 โดยผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเปราะบางมีโอกาสเสี่ยงที่สูงมากในการเผชิญกับภาวะแทรกซ้อนเมื่อเทียบกับผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่มีภาวะเปราะบาง โดยมีการเพิ่มขึ้นถึง 68.25 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะเปราะบาง ซึ่งภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ เป็นหนึ่งของโรคไม่ติดต่อที่พบบ่อยที่สุดและเกิดขึ้นแน่นอนในผู้สูงอายุ และเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักของภาวะพึ่งพาเนื่องจากลดลงของพลังงานสำรองในผู้สูงอายุ ซึ่งภาวะเปราะบางมีผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุ ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้ม การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ความทุพพลภาพ และการเสียชีวิต นอกจากนี้บุคคลที่มีภาวะเปราะบางจะเสี่ยงต่อผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ภายหลังการเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือหัตถการทางการแพทย์ ส่งผลให้ต้องพักฟื้นนานขึ้นและใช้บริการด้านการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ซาลิก้า และคณะ ซึ่งศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มที่มีภาวะเปราะบางและไม่มีภาวะเปราะบาง พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะเปราะบางมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นต่อภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนของระบบประสาทส่วนกลาง การมีเลือดหรือน้ำเหลืองคั่งใต้แผล แผลแยก การติดเชื้อ และโลหิตจางหลังผ่าตัด นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีภาวะเปราะบางยังมีระยะเวลาในการพักรักษาตัวนานขึ้น มีการส่งตัวไปยังสถานฟื้นฟูที่สูงขึ้น และค่ารักษาพยาบาลที่สูงขึ้น (Zalikhia AK, Pham L, Keeley J, Hussein IH, El-Othmani MM., 2023) และการศึกษาของโอคาเบ และคณะ พบว่าภาวะเปราะบางมีความสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มขึ้น ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดที่รุนแรง (การจำแนกประเภท Clavien-Dindo ≥ 3) และการอยู่โรงพยาบาลหลังผ่าตัดนานขึ้น (Okabe H., 2019)

สรุป

ภาวะเปราะบางมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุ การประเมินภาวะเปราะบางก่อนผ่าตัดจึงเป็นสิ่งสำคัญ ถือเป็นความท้าทายที่สำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากความเปราะบางเป็นตัวทำนายผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพ และการได้รับการประเมินภาวะเปราะบางก่อนการผ่าตัดสามารถเป็นแนวทางในการตัดสินใจและปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ นอกจากนี้ปัจจุบันประชากรสูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการทำความเข้าใจและจัดการกับความเปราะบางของผู้สูงอายุในบริบทของการผ่าตัดจึงมีความสำคัญ โดยต้องพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยเชิงรุกและบูรณาการ บุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความสำคัญกับการทำความเข้าใจภาวะเปราะบาง การใช้เครื่องมือประเมินภาวะเปราะบางที่มีประสิทธิภาพ และการดำเนินการตามมาตรการที่กำหนดเพื่อตอบสนองการดูแลที่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง จะช่วยให้การดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยต่อชีวิต และเพิ่มความพึงพอใจต่อระบบบริการของโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

ควรให้ความสำคัญกับการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ, ดัชนีมวลกาย, ภาวะโลหิตจาง, ค่า ASA, ประเภทการผ่าตัด, วิธีการให้ยาระงับความรู้สึก, ระยะเวลาการผ่าตัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ การพัฒนาแผนการดูแลทางการพยาบาลที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง โดยการเน้นการควบคุมปัจจัยเสี่ยงและการดูแลเฝ้าระวังที่เพิ่มความปลอดภัยหลังผ่าตัด นอกจากนี้ควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการให้ความรู้ การอบรมและการศึกษาเพื่อเพิ่มความเข้าใจและการรับรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างภาวะ

เพราะบางกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนให้แก่บุคลากรทาง
สาธารณสุข และเป็นแรงจูงใจในการดำเนินการวิจัย
เพิ่มเติม ทำให้เกิดข้อมูลที่เป็นประโยชน์มากขึ้นสำหรับ

การพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่มี
ภาวะเพราะบาง

เอกสารอ้างอิง

- เขมรัฐ ปันหลุย, ปรางทิพย์ ฉายพุทธ, วัลย์ลดา ฉันทน์เรืองวนิชย์ และ บรรพต สิทธินาม. (2565). ปัจจัยทำนายการเกิด
ภาวะแทรกซ้อนระยะ 7 วัน หลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเนื้องอกสมอง. วารสารเกื้อการุณย์; 29(1):
118-131.
- ชนุตพร รัตนมงคล และคณะ. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลัง
ผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งชนิดปลุมนภูมิของกระเพาะอาหาร ตับ ทางเดินนี้ ลำไส้ใหญ่ และลำไส้ตรง. วารสารสภากา
พยาบาล; 31(3): 97-109.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2565). Research Brief การเข้าถึงระบบบริการทางสังคมของ
ประชากรในครัวเรือนก่อนวัยสูงอายุและผู้สูงอายุ ที่มีรูปแบบการอยู่อาศัยต่างกันเพื่อนำไปสู่แนวทางการ
สนับสนุนการบริการที่เหมาะสม.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2562). การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย
พ.ศ. 2553-2583 (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
- George EL, Hall DE, Youk A, Chen R, Kashikar A, Trickey AW, Varley PR, Shireman PK, Shinall MC Jr,
Massarweh NN, Johanning J, Arya S. (2021). Association Between Patient Frailty and Postop
erative Mortality Across Multiple Noncardiac Surgical Specialties. JAMA Surg. 2021 Jan
1;156(1):e205152. doi: 10.1001/jamasurg.2020.5152. Epub 2021 Jan 13. PMID: 33206156; PMCID:
PMC7675216.
- Lee C, Mabeza RM, Verma A, Sakowitz S, Tran Z, Hadaya J, Lee H, Benharash P. (2022). Association of
frailty with outcomes after elective colon resection for diverticular disease. Surgery. 2022
Aug;172(2):506-511. doi: 10.1016/j.surg.2022.03.025. Epub 2022 May 2. PMID: 35513905.
- Lin HS, Watts JN, Peel NM, Hubbard RE. (2016). Frailty and post-operative outcomes in older surgical
patients: a systematic review. BMC Geriatr. 2016 Aug 31;16(1):157. doi: 10.1186/s12877-016-
0329-8. PMID: 27580947; PMCID: PMC5007853.
- Ofori-Asenso R, Chin KL, Mazidi M, Zomer E, Ilomaki J, Zullo AR, et al. (2019). Global incidence of
frailty and prefrailty among community-dwelling older adults: a systematic review and me
ta-analysis. JAMA Netw Open. 2019;2(8):e198398.
- Okabe H, Ohsaki T, Ogawa K, Ozaki N, Hayashi H, Akahoshi S, Ikuta Y, Ogata K, Baba H, Takamori H.
(2019). Frailty predicts severe postoperative complications after elective colorectal surgery.
Am J Surg. 2019 Apr;217(4):677-681. doi: 10.1016/j.amjsurg.2018.07.009. Epub 2018 Nov 23.
PMID: 30473227
- Panayi AC, Orkaby AR, Sakthivel D, Endo Y, Varon D, Roh D, Orgill DP, Neppl RL, Javedan H, Bhasin S,
Sinha I. (2019). Impact of frailty on outcomes in surgical patients: A systematic review and
meta-analysis. Am J Surg. 2019 Aug;218(2):393-400. doi: 10.1016/j.amjsurg.2018.11.020. Epub
2018 Nov 27. PMID: 30509455; PMCID: PMC6536365.

- Srinonprasert V, Chalerm Sri C, Aekplakorn W. (2018). Frailty index to predict all-cause mortality in Thai community-dwelling older population: A result from a National Health Examination Survey cohort. *Arch Gerontol Geriatr.* 2018 Jul-Aug;77:124-128. doi: 10.1016/j.archger.2018.05.002. Epub 2018 May 4. PMID: 29751290.
- Ton A, Shahrestani S, Saboori N, Ballatori AM, Chen XT, Wang JC, Buser Z. (2022). The impact of frailty on postoperative complications in geriatric patients undergoing multi-level lumbar fusion surgery. *Eur Spine J.* 2022 Jul;31(7):1745-1753. doi:10.1007/s00586-022-07237-4. Epub 2022 May 12. PMID: 35552820.
- Tuddenham SA, Gearhart SL, Wright Iii EJ, Handa VL. (2022). Frailty and postoperative urinary tract infection. *BMC Geriatr.* 2022 Oct 28;22(1):828. doi:10.1186/s12877-022-03461-1. PMID: 36307754; PMCID: PMC9617308.
- World Health Organization. (2018). WHO clinical consortium on healthy ageing topic focus: frailty and intrinsic capacity [Internet]. 2017 [Cited 2018 June 1]; Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272437.2>.
- Zalikha AK, Pham L, Keeley J, Hussein IH, El-Othmani MM. (2023). Frailty Among Total Hip and Knee Arthroplasty Recipients: Epidemiology and Propensity Score-weighted Analysis of Effect on In-hospital Postoperative Outcomes. *J Am Acad Orthop Surg.* 2023 Mar 15;31(6):292-299. doi: 10.5435/JAAOS-D-22-00642. Epub 2022 Dec 28. PMID: 36728666

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อและโรคไม่ติดเชื้อ ของประชาชนในพื้นที่ตำบลลิซล

Health Literacy and health behavior to prevent infectious and non-infectious diseases among the people in Sichon subdistrict.

จिरาพร เหลืองร่อนทอง, มณฑิรา ชาญณรงค์
Jiraporn leaungronthong, Montira channarong
โรงพยาบาลลิซล
Sichon Hospital

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคติดเชื้อและโรคไม่ติดเชื้อ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคติดเชื้อและโรคไม่ติดเชื้อของประชาชนในพื้นที่ตำบลลิซล สุ่มกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 410 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ประสิทธิภาพสัมพันธ์ของ เพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.2 โดยมีอายุอยู่ระหว่าง 50-59 ปี ร้อยละ 41.7 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 36.7 และส่วนใหญ่มีบทบาท/ตำแหน่ง/สถานะทางสังคม เป็นประชาชนในชุมชน ร้อยละ 55.3 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการตัดสินใจข้อมูลและบริการสุขภาพ และทักษะการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ รวมทั้งคะแนนภาพรวมระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 62.7, 53.2, 57.1, 66.3 และ 44.6 ตามลำดับ สำหรับระดับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร, ด้านการออกกำลังกาย, ด้านการจัดการความเครียด, ด้านการสูบบุหรี่, ด้านการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 และคะแนนรวมพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 35.1, 33.7, 69.5, 75.4, 57.3 และ 43.4 ตามลำดับ อย่างไรก็ตามจากการศึกษาพบว่า พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 33.7 โดยภาพรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพในด้านการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 และ ภาพรวมพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.003 และ 0.002 ตามลำดับ) ผลการวิจัยนี้สามารถช่วยในการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพให้กับประชาชนในระยะยาว โดยเฉพาะช่วงเวลาที่ต้องเผชิญกับการระบาดของโรคติดเชื้อและโรคไม่ติดเชื้อที่อุบัติใหม่ในอนาคต

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพ, โรคติดเชื้อ, โรคไม่ติดเชื้อ

Abstract

This descriptive research aimed to study health literacy and health behaviour to prevention infectious and non-infectious disease and to study the relationship between health literacy and health behaviour in preventing infectious and non-infectious diseases among people living in the Sichon Subdistrict. The multi-stage random sampling method was used to randomise the sampling with a total sample of 410 people. Data were analyzed using Pearson's correlation efficiency statistics.

The results of the study found that the participants mostly were female (67.2%), with ages between 50-59 years at 41.7 %. Of the sample around 36.7% graduated from primary school, and

most have roles/positions/social status. The study revealed that the score of health literacy, skills for accessing health information, services skills for understanding health information, services health information, services decision-making skills and skills in applying health information and services including the overall score of health literacy level were at a very good level, representing 62.7%, 53.2%, 57.1%, 66.3%, and 44.6 %, respectively. For the health behaviour level, it was found that food consumption behaviour, exercise behavior, stress management, smoking, and prevention of COVID-19 infection and the overall health behaviour score was at a very good level, accounting for 35.1%, 33.7%, 69.5%, 75.4%, 57.3%, and 43.4%, respectively. However, the exercise behaviour of participants was not at a good level accounting for 33.7%. It can be seen that the overall score of health literacy has a statistically significant relationship with health behaviour of prevention of COVID-19 infection and also had a statistically significant with health behaviour in the overall score. (P-value = 0.003 and 0.002, respectively).

The results of this research can use to public policy and develop appropriate health promotion programs to prevent disease and promote long-term health for the people in the community, especially during times faced with outbreaks of infectious and emerging infectious diseases in the future.

Keywords : Health literacy, Health behaviour, Infectious disease, Non-infectious disease

บทนำ

ความรู้ด้านสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการเสริมศักยภาพบุคคลในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองของประชาชน เนื่องจากเป็นความสามารถในการทำความเข้าใจ และการประยุกต์ใช้ข้อมูลด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อส่งเสริมและรักษาภาวะสุขภาพที่ดี ทั้งในบริบทของการป้องกันโรคติดเชื้อและไม่ติดเชื้อ ซึ่งปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยกำหนดเป็นตัวชี้วัดยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขด้านการส่งเสริม ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงทุกกลุ่มวัยได้รับการส่งเสริมความรู้และทักษะที่จำเป็นต่อการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากข้อมูล ความรู้ และการบริการสุขภาพที่จำเป็นต่อการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัวอย่างต่อเนื่องผ่านการบริการสุขภาพและสังคมที่มีอยู่ในปัจจุบัน (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

ปัจจุบันความชุกของโรคไม่ติดเชื้อซึ่งมีลักษณะของโรคเรื้อรัง ได้แก่ กลุ่มโรค NCDs (Noncommunicable disease) ประกอบด้วย โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ

ขาดเลือด โรคเบาหวาน ภาวะความดันโลหิตสูง และโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลย์, ภาณุวัฒน์ คำวังสง่า และสุธิตา แก้วทา, 2563) เนื่องจากพฤติกรรมกรบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม ผักและผลไม้ ของประชาชนไทยมีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่เป็นความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพมากขึ้น นอกจากนี้การมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด และกลุ่มโรคมะเร็ง โดยพบว่าการขาดกิจกรรมทางกายส่งผลให้เกิดการเสียชีวิต 3.2 ล้านคนต่อปีทั่วโลก (องค์การอนามัยโลก, 2556) สำหรับโรคติดเชื้อในชุมชนก็เช่นเดียวกันสามารถระบาดและส่งผลกระทบต่อประชาชนในพื้นที่ โดยสามารถแพร่เข้ามาในชุมชนผ่านการสัมผัสกับผู้ป่วยที่ติดเชื้อหรือผ่านทางอากาศ น้ำ อาหาร หรือแมลงนำโรค หากไม่มีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อ อาจแพร่ระบาดส่งผลให้มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งการแพร่ระบาดไม่เพียงแต่ส่งผลต่อสุขภาพแต่ยังมีผลกระทบต่อสังคม และเศรษฐกิจ ดังนั้นความรู้พฤติกรรม

สุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อ และโรคไม่ติดเชื้อของประชาชนในพื้นที่เป็นสิ่งสำคัญเพื่อสร้างความตระหนักและป้องกันควบคุม และส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดการแพร่ระบาดและความรุนแรงของโรคติดเชื้อในชุมชนและสร้างสังคมที่มีสุขภาพที่แข็งแรงมั่นคงและยั่งยืน

โรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช มีจำนวนประชากรในเครือข่ายพื้นที่รับผิดชอบทั้งสิ้นจำนวน 88,641 ราย รับผิดชอบพื้นที่ตำบลสิชล ประชากร 16,000 ราย มีสัดส่วนประชากรในตำบลสิชลที่อยู่ในวัยทำงาน อายุ 15-59 ปี จำนวน 9,052 ราย ปัญหาสุขภาพที่สำคัญในพื้นที่ได้แก่ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ โดยเฉพาะ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและโรคหัวใจและหลอดเลือด ดังเห็นได้จากสถิติอัตราป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากรในปีงบประมาณ จังหวัดนครศรีธรรมราช CUP โรงพยาบาลสิชล ปีงบประมาณ 2563-2565 เท่ากับ 1,122.71, 1,341.32 และ 1,509.94 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ อัตราป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวาน ปีงบประมาณ 2563-2565 เท่ากับ 543.97, 497.50 และ 677.10 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และ อัตราป่วยรายใหม่ของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease) ปีงบประมาณ 2536-2565 เท่ากับ 63.93, 48.51 และ 32.73 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (HDC, 2566) จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าโรคความดันโลหิตสูง มีอัตราการป่วยรายใหม่สูงที่สุด และเพิ่มขึ้นทุกปี ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2563-2565 รองลงไปคือ โรคเบาหวาน และโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งโรคดังกล่าวเกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ 3 ปี ย้อนหลัง พบว่า เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ที่เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 1) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ ปัจเจกบุคคล บริบทด้านสุขภาพ และบริบทด้านสังคม และ 2) ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ (ปาจราโพธิ์หัง, 2564) เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน (ฉวีวรรณศรีดาวเรือง, & จิราพร วรวงศ์, 2565) กลุ่มเสี่ยง

โรคความดันโลหิตสูง (จิราภรณ์ อริยสิทธิ์, 2566; ภัทพร บวรทิพย์, ศิวพร อังวัฒนา และนพมาศ ศรีเพชรวรรณดี, 2566) โรคไตเรื้อรัง (ชญาภา วรพิทยาภรณ์, พรทิพย์ มาลาธรรม และนพวรรณ พิณิจจรเดช, 2564) และความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 302ส ของประชาชนทั่วไป (กิตติพงษ์ เรือนเพชร และคณะ, 2566; กมนต์ อินทรวิชัย, กัมปนาท ฉายชูวงศ์, & ญาณันธกรราภทิพย์, 2566) เป็นต้น แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพมีทั้งที่สร้างขึ้นเอง และใช้ของกองสุศึกษา อีกทั้งเป็นการศึกษาในต่างพื้นที่ แต่ยังไม่มีการศึกษาในเขตพื้นที่อำเภอสิชล ผู้วิจัยซึ่งรับผิดชอบงานด้านบริการปฐมภูมิได้เล็งเห็นความสำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่จึงมีความสนใจที่จะศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อและโรคไม่ติดเชื้อของประชาชนในพื้นที่ตำบลสิชล เพื่อนำผลที่ได้มาวางแผนพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม นำไปสู่การพัฒนากระบวนการสุขภาพและสุขภาพภาคประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อและโรคไม่ติดเชื้อของประชาชนในพื้นที่
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อและโรคไม่ติดเชื้อของประชาชนในพื้นที่

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Sorensen และคณะ (2012) เสนอกรอบแนวคิดที่ได้จากการสังเคราะห์กรอบแนวคิดที่รวบรวมได้ในระหว่าง ค.ศ. 2000 - 2009 “Integrated model of health literacy” และเสนอองค์ประกอบหลัก 4 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าถึง 2) การเข้าใจ 3) การประเมิน และ 4) การปฏิบัติ ดังนี้

องค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพ

1. ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ
2. ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ
3. ด้านการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ
4. การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ 2ส

พฤติกรรมสุขภาพการป้องกันโรคโควิด-19

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อบรรยายความรู้และพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่อำเภอสิชลเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อและโรคไม่ติดต่อ

ประชากรที่ศึกษา ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นประชาชนในเขตพื้นที่ตำบลสิชล อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 9,000 ราย คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของทอโรยามาเน่ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 383.12 ราย ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 385 ราย สุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling) มีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) เป็นประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ตำบลสิชล อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช 2) อายุ 15-59 ปี 3) มีสติสัมปชัญญะครบถ้วนสมบูรณ์สามารถสื่อสาร ฟัง พูดคุย ภาษาไทยได้ และเกณฑ์การคัดออก คือ ตอบแบบสอบถามไม่ครบทุกข้อ และไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อและโรคไม่ติดต่อที่สำคัญของประชาชน ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 4 ข้อ เป็นแบบตัวเลือก ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และบทบาททางสังคม

ส่วนที่ 2 ความรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 16 ข้อ เป็นแบบประเมินมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ ที่วัดความยากง่ายของการกระทำ ตั้งแต่ระดับไม่เคยทำจนถึงระดับทำได้ง่ายมาก กำหนดค่าคะแนน ตั้งแต่ 1 ถึง

5 โดยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพเป็นคะแนนรวมจากแบบวัดซึ่งมีค่าต่ำสุด 16 คะแนน สูงสุด 80 โดยมีการแบ่งคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ เป็น 4 ระดับ คือ ระดับไม่ดี คะแนน 16-47 คะแนน ระดับพอใช้ คะแนน 48-55 คะแนน, ระดับดี คะแนน 56-63 คะแนน และระดับดีมาก คะแนน 64-80 คะแนน

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็น 2 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 3.1 พฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ 2ส ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา จำนวน 13 ข้อ เป็นแบบประเมินมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1-5 วัดความถี่ของการปฏิบัติต่อสัปดาห์ ตั้งแต่ระดับไม่เคยปฏิบัติ จนถึงปฏิบัติทุกวัน ข้อความที่แสดงความหมายด้านลบ ได้แก่ ข้อ 2-3-4-5-6-9-10-11-12-13 และ ข้อความที่แสดงความหมายด้านบวก ได้แก่ ข้อ 1-7-8

ตอนที่ 3.2 พฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อ ได้แก่ การป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 7 ข้อ เป็นแบบประเมินมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1-5 วัดความถี่ของการปฏิบัติต่อสัปดาห์ ตั้งแต่ระดับไม่เคยปฏิบัติ จนถึงปฏิบัติทุกวัน ข้อความที่แสดงความหมายด้านลบ ได้แก่ ข้อ 14-17 ข้อความที่แสดงความหมายด้านบวก ได้แก่ ข้อ 15-16-18-19-20

คะแนนรวมพฤติกรรมสุขภาพป้องกันโรคติดเชื้อและโรคไม่ติดต่อเป็นคะแนนรวมจากแบบวัดซึ่งมีค่าต่ำสุด 20 คะแนน สูงสุด 100 คะแนน คะแนนระดับไม่มีแสดงว่ามีพฤติกรรมปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองด้านโรคติดเชื้อและโรคไม่ติดต่อ คะแนนระดับดีมากแสดงว่ามีพฤติกรรมปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองด้านโรคติดเชื้อและโรคไม่ติดต่อได้อย่าง

ถูกต้องสม่ำเสมอ โดยมีการแบ่งคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็น 4 ระดับ คือ ระดับไม่ตี คะแนน 20-59 คะแนน, ระดับพอใช้คะแนน 60-69 คะแนน, ระดับดีคะแนน 70-79 คะแนน และ ระดับดีมาก คะแนน 80-100 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเพื่อป้องกันโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยกองสุขศึกษา ค่าความเชื่อมั่น 0.908

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำบันทึกข้อมูลขออนุมัติเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเพื่อป้องกันโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อที่สำคัญในประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบตำบลสีชล อำเภอสีชล จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เมื่อผ่านคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เรียบร้อย ดำเนินการเก็บข้อมูลแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเพื่อป้องกันโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อที่สำคัญของประชาชน ตามเกณฑ์การคัดเข้า คัดออก และเกณฑ์ยุติการศึกษาที่กำหนด
3. แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งให้ลงนามในยินยอมเข้าร่วมวิจัย โดยคำนึงถึงหลักปฏิบัติพื้นฐานการทำวิจัยในมนุษย์ 3 ด้าน ได้แก่ การเคารพในสิทธิส่วนบุคคล หลักของผลประโยชน์ และหลักความยุติธรรม
4. กลุ่มตัวอย่างจะเป็นคนทำแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเพื่อป้องกันโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อที่สำคัญของประชาชน หากกลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกในการอ่านข้อมูล ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยสามารถอ่านข้อคำถามให้ฟังได้ โดยให้บอกค่าคะแนนตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลเอง

5. ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัย ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล พร้อมทั้งให้รหัสข้อมูล ก่อนนำไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การหาค่าความถี่ และร้อยละ 2) ข้อมูลระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ 3) หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ โดย การวิเคราะห์ประสิทธิสัมพัทธ์ของเป็ยสัน

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ตามเอกสารรับรองเลขที่ 048/2566 ลงวันที่ 26 กรกฎาคม 2566

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในเขตพื้นที่ตำบลสีชล จำนวน 410 ราย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.2 โดยมีอายุอยู่ระหว่าง 50-59 ปี มากที่สุด ร้อยละ 41.7 รองลงมาคือ อายุ 40-49 ปี และ 30-19 ปี ร้อยละ 23.9 และ 16.3 ตามลำดับ ส่วนระดับการศึกษาสูงสุด พบ จบระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 36.7 รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น และ ปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 19.6 และ 13.7 ตามลำดับ บทบาท/ตำแหน่ง/สถานะทางสังคม พบ ประชาชนในชุมชน มากที่สุด ร้อยละ 55.3 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างในเขตพื้นที่ตำบลสีชล จำนวน 410 ราย

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	134	32.8
หญิง	275	67.2
อายุ		
15-19 ปี	14	3.4
20-29 ปี	54	13.2
30-39 ปี	67	16.3
40-49 ปี	98	23.9
50-59 ปี	171	41.7
60 ปีขึ้นไป	6	1.5
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	5	1.2
ประถมศึกษา	150	36.7
มัธยมศึกษาตอนต้น	80	19.6
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	86	21
อนุปริญญา/ปวส.	32	7.8
ปริญญาตรีขึ้นไป	56	13.7
บทบาท/ตำแหน่ง/สถานะทางสังคม		
อสม.	134	32.8
ผู้ใหญ่บ้าน/กำนัน/กรรมการชุมชน	49	12
ประชาชนในชุมชน	226	55.3

ระดับความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) พบว่า องค์ประกอบที่ 1 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ มีคะแนนมากที่สุดในระดับ ดีมาก มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 15.4 ± 2.8 องค์ประกอบที่ 2 ทักษะการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ มีคะแนนมากที่สุดในระดับ ดีมาก มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 15.3 ± 2.6 องค์ประกอบที่ 3 ทักษะการตัดสินใจข้อมูลและบริการ

สุขภาพ มีคะแนนมากที่สุดในระดับ ดีมาก มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 14.9 ± 2.9 และ องค์ประกอบที่ 4 ทักษะการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ มีคะแนนมากที่สุดในระดับ ดีมาก มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 15.7 ± 2.4 เมื่อพิจารณาคะแนนรวม พบว่า มีคะแนนระดับดีมาก และมีคะแนนรวมเฉลี่ยเท่ากับ 61.3 ± 8.9 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงระดับความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ตามองค์ประกอบต่างๆ

ระดับความรู้ด้านสุขภาพ	\bar{X}	Min	Max	การแปลผล
1. ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	15.4 ± 2.8	4	20	ดีมาก
2. ทักษะการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ	15.3 ± 2.6	4	20	ดีมาก
3. ทักษะการตัดสินใจข้อมูลและบริการสุขภาพ	14.9 ± 2.9	4	20	ดีมาก
4. ทักษะการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ	15.7 ± 2.4	4	20	ดีมาก
สรุปคะแนนรวมความรู้ด้านสุขภาพ	61.3 ± 8.9	16	80	ดีมาก

สำหรับระดับพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) พบว่า ทักษะด้านการบริโภคอาหาร อยู่ในระดับดีมาก มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 21.6 ± 3.8 ทักษะด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับ ไม่ดี มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 6.2 ± 2.0 ทักษะด้านการจัดการความเครียด อยู่ในระดับดีมาก มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 8.1 ± 2.1

ทักษะด้านการสูบบุหรี่ อยู่ในระดับดีมาก มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 4.7 ± 0.8 ทักษะด้านการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 อยู่ในระดับดีมาก มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 28.0 ± 3.5 ส่วนคะแนนรวมพฤติกรรมสุขภาพป้องกันการโรคไม่ติดต่อและโรคติดเชื้อ พบว่า อยู่ในระดับดี มีคะแนนรวมเฉลี่ย เท่ากับ 77.1 ± 8.1 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงระดับพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) ตามด้านต่างๆ

ระดับพฤติกรรมสุขภาพ	\bar{X}	Min	Max	การแปลผล
1. ทักษะด้านการบริโภคอาหาร	21.6 ± 3.8	3	30	ดีมาก
2. ทักษะด้านการออกกำลังกาย	6.2 ± 2.0	2	10	ไม่ดี
3. ทักษะด้านการจัดการความเครียด	8.1 ± 2.1	2	10	ดีมาก
4. ทักษะด้านการสูบบุหรี่	4.7 ± 2.2	2	10	ดีมาก
5. ทักษะด้านการดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	4.7 ± 0.8	1	5	ดีมาก
6. ทักษะด้านการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19	28.0 ± 3.5	12	35	ดีมาก
สรุปคะแนนรวมพฤติกรรมสุขภาพป้องกันการโรคไม่ติดต่อและโรคติดเชื้อ	77.1 ± 8.1	52	998	ดีมาก

สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพ ด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพในด้าน การจัดการความเครียด การป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 และ ภาพรวมพฤติกรรมสุขภาพ (P-value = 0.004, 0.001 และ 0.005 ตามลำดับ)

ด้านทักษะการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพในด้านการจัดการความเครียด การป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 และ ภาพรวมพฤติกรรมสุขภาพ (P-value = 0.004, 0.045 และ 0.002 ตามลำดับ) ด้านทักษะการตัดสินใจข้อมูลและบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพในด้านการ

จัดการความเครียด (P-value = 0.036) ด้านทักษะการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมกรรมสุขภาพในด้านการบริโภคอาหาร การป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 และภาพรวมพฤติกรรมสุขภาพ (P-value = 0.049, < 0.001

และ 0.002 ตามลำดับ) และภาพรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมกรรมสุขภาพในด้านการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 และ ภาพรวมพฤติกรรมสุขภาพ (P-value = 0.003 และ 0.002 ตามลำดับ)

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	พฤติกรรมสุขภาพ						
	การบริโภคอาหาร	การออกกำลังกาย	การจัดการความเครียด	การสูบบุหรี่	การดื่มสุรา	การป้องกันการติดเชื้อโควิด-19	ภาพรวมพฤติกรรมสุขภาพ
1. ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ							
Correlation Coefficient	0.028	-0.002	.143**	0.012	0.092	.165**	.138**
P-value	0.578	0.972	0.004	0.809	0.062	0.001	0.005
2. ทักษะการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ							
Correlation Coefficient	0.074	0.076	.141**	0.011	0.054	.099*	.156**
P-value	0.133	0.124	0.004	0.822	0.275	0.045	0.002
3. ทักษะการตัดสินใจข้อมูลและบริการสุขภาพ							
Correlation Coefficient	0.017	0.088	.103*	-0.032	0.042	0.04	0.074
P-value	0.729	0.074	0.036	0.522	0.4	0.419	0.133
4. ทักษะการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ							
Correlation Coefficient	.097*	0.089	-0.008	-0.021	0.079	.190**	.155**
P-value	0.049	0.072	0.876	0.677	0.109	< 0.001	0.002
ภาพรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพ							
Correlation Coefficient	0.058	0.079	.125*	-0.017	0.058	.148**	.154**
P-value	0.245	0.111	0.011	0.733	0.244	0.003	0.002

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed), * Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

อภิปราย

ระดับความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ของประชาชนในเขตพื้นที่ตำบลลิขิต ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการตัดสินใจ ข้อมูลและบริการสุขภาพ และทักษะการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ รวมทั้งคะแนนภาพรวมระดับความรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับดีมาก แสดงให้เห็นว่าประชาชนในเขตพื้นที่ตำบลลิขิตมีความรู้ที่มีคุณภาพและความเข้าใจที่ดีในด้านสุขภาพ โดยสามารถเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพได้ดี ทราบข้อมูลและเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง สามารถตัดสินใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองได้ และสามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลทางสุขภาพในการดูแลสุขภาพได้ ทั้งนี้เนื่องจากในเขตพื้นที่ตำบลเป็นเขตที่มีการตั้งอยู่ของโรงพยาบาล การมีระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและเข้าถึงได้ง่ายช่วยส่งเสริมการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพในประชาชน การให้บริการสุขภาพที่เป็นมิตรและสะดวกสบายช่วยเสริมสุขภาพในทุกวัย ทำให้ประชาชนมีการเข้าถึงข้อมูลทางสื่อสารที่สะดวกและเข้าถึงได้ง่ายเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ประชาชนได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพได้มากขึ้น เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมการมีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่ดี และมีการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในชุมชน เช่น การส่งเสริมการออกกำลังกาย การกินอาหารที่เหมาะสม และการลดพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อสุขภาพ เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในเขตพื้นที่ตำบลลิขิต

สำหรับระดับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร, ด้านการจัดการความเครียด, ด้านการสูบบุหรี่, ด้านการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 และคะแนนรวมพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก อย่างไรก็ตามจากการศึกษา พบว่า พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับไม่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของเนตรนภา กาบมณี, สิริลักษณ์ อู่เจริญ และฐิติวรรณ โยธาทัย (2564) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลโนนสูง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี และพบว่า พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย

ในระดับต่ำ และการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวานกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โดยศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ 2 อ ได้แก่ อาหาร และการออกกำลังกาย พบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดี (อังศุมารินทร์ ปากวิเศษ และ สมศักดิ์ อินทมาต, 2566) แต่แตกต่างจากผลการศึกษาของรัชชัย ศรีเสน และเขมิสา ศรีเสน (2566) ซึ่งศึกษาความรู้ด้านปัจจัยกำหนดสุขภาพในประชาชนพื้นที่บริการปฐมภูมิเครือข่าย มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก พบว่า พฤติกรรมที่ปฏิบัติได้ดี ได้แก่ พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย และพฤติกรรมที่ปฏิบัติได้ไม่มี คือพฤติกรรมการรับประทานอาหาร สำหรับผลการศึกษาของผู้วิจัยในครั้งนี้อธิบายได้ว่า ประชาชนในพื้นที่เขตตำบลลิขิตอาจได้รับข้อมูลและคำแนะนำทางการแพทย์ที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การจัดการกับความเครียด การสูบบุหรี่ และการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 แต่อาจขาดทรัพยากรหรือสภาพแวดล้อมที่ไม่สนับสนุนการออกกำลังกายทำให้ประชาชนยากต่อการเข้าถึงทรัพยากรการออกกำลังกาย สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกายของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 10 พบว่า ปัจจัยสนับสนุนต่อการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ถึงแม้ความรู้และทัศนคติต่อการออกกำลังกายจะอยู่ในระดับดีก็ตาม หากไม่มีปัจจัยสนับสนุนก็ส่งผลให้ประชาชนมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ไม่เพียงพอ (อนุสรณ์ ส่องแสง และคณะ, 2565) หรืออาจจะเป็นปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมอาจมีผลต่อวิถีชีวิตและการมีกิจกรรมทางกายของบุคคลในชุมชนส่งผลให้ไม่มีเวลาวางพื่อที่จะออกกำลังกาย ทำให้พฤติกรรมด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับไม่มี ซึ่งผลการวิจัยนี้จะช่วยให้สามารถวางแผนและดำเนินการเพื่อปรับปรุงพฤติกรรมการออกกำลังกายในชุมชนนั้นๆ ได้อย่างเหมาะสม

นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่า ภาพรวมความรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในด้านการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 และ ภาพรวมพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยการศึกษารายบุคคล

ระบบ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ แสดงให้เห็นว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นตัวกลางด้านข้อมูลที่จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (Kim K, Shin S, Kim S & Lee E., 2023) รวมทั้งการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหน่วยตรวจหัวใจด้วยเครื่องมือพิเศษโรงพยาบาลตำรวจ พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยภาพรวมและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ2ส พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง (พิม สุวรรณิน, 2564) การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมในศูนย์บริการสุขภาพ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมโดยรวม (วิไลลักษณ์ ตียาพันธ์ และ วรจรรตญ์ มงคลดิษฐ์, 2565) และการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมส่วนใหญ่อยู่ในระดับพื้นฐาน และความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับสูง (กาลิมะ ชง, ศิริรัตน์ ปานอุทัย และภารตี นานาศิลป์, 2565) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ตาบลดกตมภู อำเภอบึงสามพัน จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน (กฤษฏา เจริญรื่น, 2566) ความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญเนื่องจากการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองของประชาชน

สรุป

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อในประชาชนเขตพื้นที่อำเภอสิชล พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ทั้ง 4 ทักษะ ได้แก่ ทักษะ

การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการตัดสินใจข้อมูลและบริการสุขภาพ และทักษะการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ โดยคะแนนภาพรวมระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับดีมากเช่นเดียวกัน จึงควรส่งเสริมการรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ประชาชนยังคงทราบข้อมูลที่ทันสมัยสถานการณ์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ส่วนพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร, ด้านการจัดการความเครียด, ด้านการสูบบุหรี่, ด้านการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 และคะแนนรวมพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก แต่อย่างไรก็ตามจากการศึกษา พบว่าประชาชนในพื้นที่ตำบลสิชลมีพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับไม่ดี จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะต้องมีการส่งเสริมการออกกำลังกายและสนับสนุนให้ประชาชนในพื้นที่มีการออกกำลังกายอย่างเพียงพอ เนื่องจากการออกกำลังกายเป็นส่วนสำคัญของการรักษาสุขภาพและป้องกันโรคที่ดี และส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อให้เห็นผลต่อสุขภาพของประชาชนในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

ควรร่วมมือกับภาคีเครือข่ายอื่นๆ ในการดำเนินการและสนับสนุนให้ประชาชนในพื้นที่ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ครอบคลุมทุกกลุ่มวัยรวมทั้งสนับสนุนให้มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ นอกจากนี้ควรมีการวิจัยเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชากรกลุ่มวัยอื่นๆ พัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทในพื้นที่ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กมนต์ อินทวิชัย, กัมปนาท ฉายชูวงษ์, & ญาณันธร กราบทิพย์. (2566). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาของประชาชนในอำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี, 21(1), 69-80.
- กฤษฎา เจริญรื่น. (2566). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลกุดชุมพุง อำเภอพิบูลย์มังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา, 3(2), 1-13.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2566). รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567. Available from: https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2023/11/KPI_template_672.pdf
- กองสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2566). การเสริมสร้างและประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: www.hed.go.th. [19 พฤษภาคม 2566]
- กาลิมา ชง, ศิริรัตน์ ปานอุทัย และภารตี นานาศิลป์. (2565). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 49(3): 83-94.
- กิตติพงษ์ เรือนเพชร และคณะ. (2566). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ตำบลบ้านยาง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารพยาบาล, 72(3), 21-29.
- กิตติพงษ์ เรือนเพชร, ยุวดี งามสงัด, นิภา สุทธิพันธ์, ปิยะธอร์ รุ่งธ เกียรติ, ปณิตทัต บนขุนทด, & เมธา พันธุ์รัมย์. (2566). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, 17(2), 479-492
- จิราภรณ์ อริยสิทธิ์. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. Region 3 Medical and Public Health Journal-วารสารวิชาการ แพทย์ และ สาธารณสุขเขตสุขภาพ ที่ 3, 20(3), 117-123.
- ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง, & จิราพร วรวงศ์. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. ของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม, 16(2), 454-468.
- ชญาภา วรพิทยาภรณ์, พรทิพย์ มาลาธรรม และนพวรรณ พิณิจจรเดช. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคไตเรื้อรัง. Rama Nurs J, 27(1), 77-91.
- ธัชชัย ศรีเสน และเขมิกา ศรีเสน. (2566). ศึกษาความรู้ด้านปัจจัยกำหนดสุขภาพในประชาชนเขตพื้นที่บริการปฐมภูมิเครือข่าย มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 9(3), 191-201.
- เนตรนภา กาบมณี, สิริลักษณ์ อู่เจริญ และฐิติวรรณ โยธาทัย. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลโนนสูง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร, 24(1), 23-33.
- ปจวรา โพธิ์ห้าง. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในประเทศไทย: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 29(3), 115-130.
- พิม สุวรรณิน. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ และ พฤติกรรมสุขภาพ ตาม หลัก 3 อ. 2 ส. ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหน่วยตรวจหัวใจด้วยเครื่องมือพิเศษโรงพยาบาลตำรวจ. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต, 1(2), 10-19.

- ภทพร บวรทิพย์, ศิวพร อึ้งวัฒนา และนพมาศ ศรีเพชรวรรณดี. (2566). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 50(1), 284-299.
- วิไลลักษณ์ ตียาพันธ์ และ วรจรรยา มงคลดิษฐ์. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมในศูนย์บริการสุขภาพ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์. วารสารนวัตกรรมการศึกษาและการวิจัย; 6(2): 336-351.
- องค์การอนามัยโลก. (2556). Global action plan for the prevention and control of NCD 2013-2020. Avail able from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506236>
- อนุสรณ์ ส่องแสง, วราภรณ์ จันทร์พราว, ดิศพล บุปผาชาติ และเด่นดวงดี ศรีสุระ. (2565). พฤติกรรมการออกกำลังกาย ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 10. วารสารศูนย์อนามัยที่ 10, 10(1), 62-83.
- อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลย์, ภาวนุวัฒน์ คำวังสง่า และสุจิตา แก้วทา. (2563). รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. นนทบุรี. อักษรกราฟฟิกแอนดตีไซน์.
- อังศุมารินทร์ ปากวิเศษ และ สม ศักดิ์ อินทมาต. (2566). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับ พฤติกรรม การดูแลสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรธานี, 11(2), 1-17.
- HDC กระทรวงสาธารณสุข. Available from: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>
- Kim K, Shin S, Kim S, Lee E. (2023). The Relation Between eHealth Literacy and Health-Related Behav iors: Systematic Review and Meta-analysis. J Med Internet Res. 2023 Jan 30;25:e40778. doi: 10.2196/40778.PMID: 36716080
- Sorensen K., Van den Broucke., Fullam J., Doyle G., Pelikan J., Slonska Z.,... & Brand H. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definition amd models. BMC public health, 12(1), 80.

ความคิดเห็นของผู้บริหารการเงินการคลัง (CFO) สำนักงานปลัดกระทรวงที่มีต่อการใช้เครื่องมือ การประเมินประสิทธิภาพหน่วยบริการ (Total Performance Score : TPS)

ชนวีร์ กริมละ

Chanavi Kremla

กองสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

Division of Public Health Emergency Management, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, Thailand

บทคัดย่อ

วิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อศึกษาความรู้ ความเข้าใจของผู้บริหารการเงินการคลัง (CFO) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีต่อการใช้เครื่องมือการประเมินประสิทธิภาพ (Total Performance Score :TPS) 2) เพื่อศึกษาระดับความคิดเห็นของผู้บริหารการเงินการคลัง (CFO) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีต่อเกณฑ์การประเมินประสิทธิภาพ (Total Performance Score :TPS และ 3) เพื่อศึกษาระดับความคิดเห็นของผู้บริหารการเงินการคลัง (CFO) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ต่อการคิดสัดส่วนการให้คะแนนการประเมินประสิทธิภาพ (Total Performance Score :TPS) กลุ่มตัวอย่างของการวิจัย คือ ผู้บริหารการเงินการคลัง (CFO) หน่วยงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 285 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 63.6 โดยมีอายุระหว่าง 36-45 ปีร้อยละ 35.2 ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 68.2 สังกัดโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 78.4 ระยะเวลาการปฏิบัติงานด้านการเงินการคลัง 5 ปีขึ้นไปร้อยละ 83 ซึ่งปัจจุบันดำรงตำแหน่งอยู่ในสายงานสนับสนุน ร้อยละ 63.6 ปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจการใช้เครื่องมือการประเมินประสิทธิภาพหน่วยบริการ ผลการวิจัยพบว่าภาพรวม ผู้บริหารการเงินการคลัง (CFO) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีความรู้ความเข้าใจการใช้เครื่องมือการประเมินประสิทธิภาพ (Total Performance Score :TPS) อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 64 ความคิดเห็นของผู้บริหารการเงินการคลัง (CFO) สำนักงานปลัดกระทรวงที่มีต่อการใช้เครื่องมือการประเมินประสิทธิภาพ (Total Performance Score :TPS) 4 ด้าน พบว่าภาพรวมเห็นด้วยอย่างมากต่อการใช้เครื่องมือการประเมินประสิทธิภาพ ค่าเฉลี่ย 4.1 ดังนั้นจึงเป็นข้อมูลสำหรับการพัฒนาเครื่องมือการประเมินประสิทธิภาพหน่วยบริการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยบริการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งเป็นที่ยอมรับของหน่วยงานภายในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจะต้องมีการนำเสนอและเผยแพร่ให้หน่วยงานภายนอกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขต่อไป

คำสำคัญ : ผู้บริหารการเงินการคลัง, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, การประเมินประสิทธิภาพ

The chief financial officer perspective on the total performance score measure

Abstract

This quantitative research was aimed to study the knowledge and perception of the chief financial officers (CFOs) of the Office Permanent Secretary for Ministry of Public Health towards the use of the total performance score (TPS) measure as well as to investigate their level of perspective on the TPS criteria and the TPS rating proportion. The CFOs who were working at the Office Permanent Secretary for Ministry of Public Health were recruited as 285 people and questionnaire was the research instrument to collect the data. The results showed that most of respondents was female (63.6%) with the age was between 36-45 years (35.2%). Two-thirds (68.2%) graduated with bachelor's degree. More

than half of them were working in supporting positions (63.6%) at regional, provincial and community hospitals (78.4%) with performance period over 5 years (83%). The results of the knowledge and perception showed that overall, CFOs had knowledge and understanding at good level (64%) and their perspective on using the 4 dimensions of TPS was strongly agree with the average score as 4.1. As a result, this data could be utilized to build a performance measuring system for healthcare units that is both appropriate and authorized by the agencies that oversee them. Further presentation and distribution to agencies outside the organization is required.

Keywords : Chief financial officer, Office of the Permanent Secretary for Ministry of Public Health, Healthcare performance

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยมีภาระหนี้สาธารณะสูงจนเกินพีดานทางการคลังของประเทศ เนื่องจากรัฐบาลต้องกู้เงินเพื่อนำมาเป็นค่าใช้จ่ายในการฟื้นฟูเศรษฐกิจและการดูแลด้านสาธารณสุขของประเทศจากผลกระทบของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด-19 จำนวนมากถึง 1.5 ล้านล้านบาท บวกกับหนี้ในภาคครัวเรือนของไทยที่เคยอยู่ในระดับสูงมากที่สุดแห่งหนึ่งของโลกและพุ่งสูงขึ้นไปอีกจากวิกฤตด้านเศรษฐกิจจากโรคระบาดใหญ่ ส่งผลให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับประชาชนและระบบสุขภาพในทิศทางที่ทำให้เกิดช่องว่างทางสังคมเพิ่มขึ้น อาทิ การเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างรวดเร็ว ขณะที่ระบบการออมสำหรับแรงงานส่วนใหญ่ ทั้งในและนอกระบบยังไม่เพียงพอ ไม่ครอบคลุมและไม่สามารถสร้างหลักประกันรายได้หลังวัยทำงาน ความเหลื่อมล้ำด้านรายได้และสวัสดิการสังคมของกลุ่มผู้เสียเปรียบในสังคม แม้ว่าประชาชนไทยจะมีความครอบคลุมสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศ ถึงร้อยละ 99.73 (ข้อมูลในปี พ.ศ.2563) แต่จากข้อมูลสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของประชากรไทยพบว่า ยังมีผู้ที่ไม่มีสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลจำนวน 458,041 คน

ดังนั้น ทิศทางการพัฒนา จึงควรให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหาเชิงระบบที่มุ่งไปสู่การขจัดความยากจนและลดความเหลื่อมล้ำทางสังคม โดยยึดหลักธรรมาภิบาล (good governance) และการปกครองด้วยหลักนิติธรรม (rule of law) ลดการผูกขาดอำนาจด้านเศรษฐกิจและสังคม กรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย

ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศไทยในระยะ 5 ปี ซึ่งมีทิศทางที่มุ่งให้เกิด “ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม” (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2566)

กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำแผนปฏิบัติการราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2566 ของกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention and Protection: PP&P Excellence) 2) ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) 3) ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และ 4) ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ภายใต้กรอบ 14 แผนงาน 37 โครงการ และ 59 ตัวชี้วัด (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2566) เพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่ มีความสุข และระบบสุขภาพยั่งยืน” ทั้งนี้มีการกำหนดตัวชี้วัดที่ 61 ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน หมวด 4 ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) แผนที่ 13 การบริหารจัดการด้านการเงิน การคลังสุขภาพ โครงการที่ 2 โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง โดยมีวัตถุประสงค์ คือ 1. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง 2. เพื่อลดความเสี่ยงทางการเงินของหน่วยบริการ และ 3. เพื่อเพิ่มการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและการประสานในการสนับสนุนหน่วยบริการ เป้าหมาย ระดับ 7 ไม่เกิน

ร้อยละ 2 และระดับ 6 ไม่เกินร้อยละ 4 ดังนั้นเพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายของตัวชี้วัด จึงมีมาตรการในการขับเคลื่อนด้านการเงินการคลัง 5 มาตรการ ดังนี้

มาตรการที่ 1 : พัฒนาระบบบัญชีบริหาร (Accounting)

มาตรการที่ 2 : การจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ (Budgeting)

มาตรการที่ 3 : พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการเงินการคลัง ด้านเศรษฐกิจสุขภาพ และด้านหลักประกันสุขภาพ (Competency)

มาตรการที่ 4 : เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารด้านการเงินการคลัง (Division of regional health)

มาตรการที่ 5 : ติดตาม กำกับ เครื่องมือประเมินประสิทธิภาพทางการเงิน วางระบบเฝ้าระวัง (Efficiency) สำหรับมาตรการที่ 5 : ติดตาม กำกับ เครื่องมือประเมินประสิทธิภาพทางการเงิน วางระบบเฝ้าระวัง (Efficiency) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ได้มีการกำหนดแนวทางการดำเนินงานโดยการประเมินประสิทธิภาพหน่วยบริการด้วยเครื่องมือประเมินประสิทธิภาพ (Total Performance Score : TPS) เป้าหมายหน่วยบริการต้องผ่านเกณฑ์การประเมินประสิทธิภาพหน่วยบริการ ด้วยเครื่องมือประเมินประสิทธิภาพ (Total Performance Score : TPS) ระดับดีมาก (Grade A) และระดับดี (Grade B) ทั้งนี้ พบว่าผลการประเมินประสิทธิภาพหน่วยบริการ ด้วยเครื่องมือประเมินประสิทธิภาพ (Total Performance Score : TPS) ระดับดีมาก (Grade A) และระดับดี (Grade B) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 – พ.ศ. 2565

เครื่องมือการประเมินประสิทธิภาพ (Total Performance Score : TPS) ดำเนินการออกแบบ และจัดทำโดยกลุ่มงานพัฒนาระบบบัญชีบริหารและประสิทธิภาพการเงินหน่วยบริการ กองเศรษฐกิจสุขภาพ และหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปี 2561 โดยใช้แนวคิด CAMELS ANALYSIS ประยุกต์ให้สอดคล้องกับ 5 มาตรการ 10 เครื่องมือที่กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ ได้มีการพัฒนาในการประเมินประสิทธิภาพด้านการเงินการคลังหน่วยบริการตั้งแต่ปี 2554 รวมทั้งได้นำผลงานการให้บริการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการมาการ

ประเมินร่วมด้วยเนื่องจากให้สอดคล้องการใช้จ่ายงบประมาณมีความคุ้มค่าและมีประสิทธิภาพมากขึ้น และสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้นำผลการประเมินประสิทธิภาพทางการเงินของหน่วยบริการไตรมาส 3 ของทุกปีงบประมาณ ใช้สำหรับการสนับสนุนงบประมาณเพิ่มสำหรับหน่วยบริการที่มีผลการประเมินในระดับดีมาก (Grade A) ปีงบประมาณ 2562 ไตรมาส 3 จำนวน 83 แห่ง แห่งละ 1,000,000 บาท รวมเป็นเงิน 83,000,000 บาท ปีงบประมาณ 2563 ไตรมาส 3 มีจำนวนเงินที่สนับสนุน 169,000,000 บาท หลักเกณฑ์แบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 สนับสนุนให้หน่วยบริการที่มีผลการประเมินประสิทธิภาพ (TPS) ระดับดีมาก (Grade A) จำนวน 85 แห่ง จำนวนเงินทั้งหมด 84,500,000 บาท ส่วนที่ 2 สนับสนุนจำนวนเงิน 84,500,000 บาท ให้เขตสุขภาพที่มีหน่วยบริการมีผลการประเมินประสิทธิภาพ (TPS) ระดับดีมาก (Grade A) โดยสามารถให้เขตสุขภาพดำเนินการปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสม (น้ำค้าง บวรกุลวัฒน์, 2563)

ดังนั้นผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาความคิดเห็นของผู้บริหารการเงินการคลัง (CFO) สำนักงานปลัดกระทรวง ที่มีต่อการใช้เครื่องมือการประเมินประสิทธิภาพ (Total Performance Score : TPS) เพื่อนำผลการวิจัยมาพัฒนาเกณฑ์การประเมินประสิทธิภาพหน่วยบริการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่เหมาะสม และเป็นที่ยอมรับจากหน่วยงานภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข

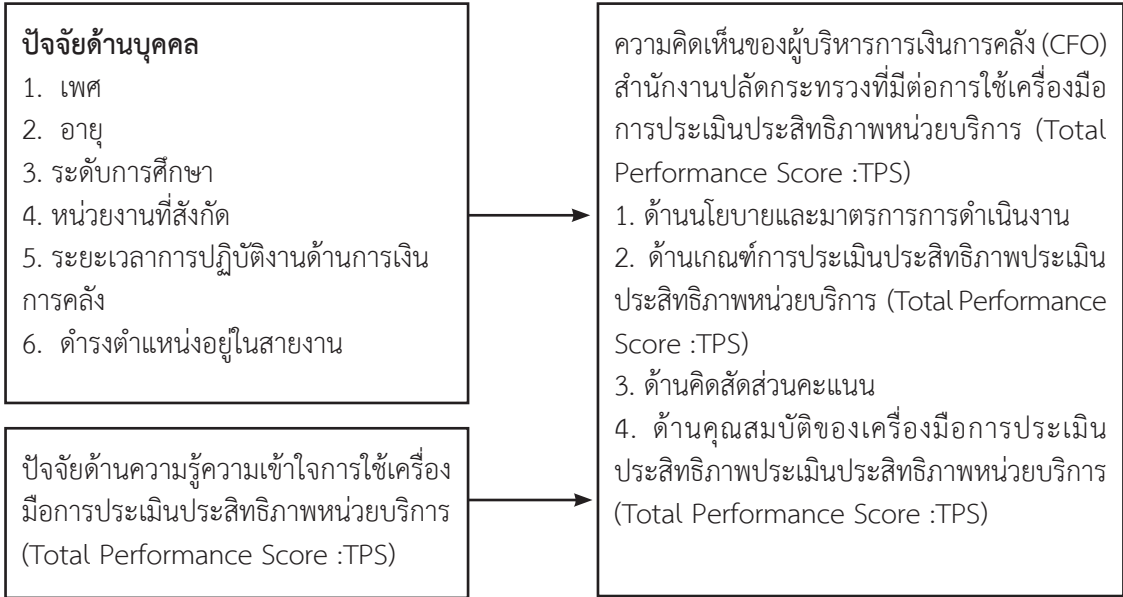
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ ความเข้าใจของผู้บริหารการเงินการคลัง (CFO) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีต่อการใช้เครื่องมือการประเมินประสิทธิภาพ (Total Performance Score : TPS)
2. เพื่อศึกษาระดับความคิดเห็นของผู้บริหารการเงินการคลัง (CFO) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีต่อเกณฑ์การประเมินประสิทธิภาพ (Total Performance Score : TPS)
3. เพื่อศึกษาระดับความเห็นของผู้บริหารการเงินการคลัง (CFO) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ต่อการคิดสัดส่วนการให้คะแนนการประเมินประสิทธิภาพ (Total Performance Score : TPS)

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



ระเบียบวิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย วิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research)

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้บริหารการเงินการคลัง (CFO) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ 1 แห่ง สำนักงานเขตสุขภาพ 1-12 12 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 76 แห่ง โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป 126 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 774 แห่ง รวมทั้งสิ้น 989 แห่ง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

วิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คำนวณหาขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย โดย คำนวณหาขนาดตัวอย่าง (Sample Size) ในการวิจัยครั้งนี้ ด้วยวิธีของ ทาโร ยามาเน่ (วัลลภ รัษฎัตราพันธ์, 2562 : Yamane, 1973) กำหนดให้มี ความคลาดเคลื่อน (e = .05) ตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้จึงเท่ากับ 285 ตัวอย่าง ดังนี้

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

n แทนค่า ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N แทนค่า จำนวนประชากร

e แทนค่า ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (โดยการวิจัยครั้งนี้กำหนดให้เท่ากับ .05)

นำมาแบ่งจำนวนประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ตามหน่วยงานและทำการหาจำนวนประชากรกลุ่มตัวอย่างในแต่ละหน่วยงาน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิตามสัดส่วน (Proportional Stratified Random Sampling) ใช้สูตรดังนี้

$$\frac{\text{จำนวนตัวอย่างแต่ละหน่วยงาน} = \frac{\text{ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง} \times \text{จำนวนประชากรในแต่ละหน่วยงาน}}{\text{จำนวนประชากรทั้งหมด}}}{\text{ดังรายละเอียดตารางที่ 1}}$$

ตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

หน่วยงาน	จำนวน (คน)	
	ประชากร	กลุ่มตัวอย่าง
กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ	1	0
สำนักงานเขตสุขภาพที่ 1-12	12	3
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	76	22
โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป	126	36
โรงพยาบาลชุมชน	774	223
รวม	989	285

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสาร ทฤษฎี และแนวคิดต่างๆ และดัดแปลงจากแบบสอบถามที่มีผู้สร้างมาแล้วเป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือ โดยแบ่งคำถามออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านบุคลิกของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยใช้ ข้อคำถามแบบเลือกตอบเพื่อเก็บข้อมูลจากนั้นนำข้อมูลมาแจกแจงความถี่ หากค่าร้อยละแยกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา หน่วยงานที่สังกัด ระยะเวลาการปฏิบัติงานด้านการเงิน การคลัง และการดำรงตำแหน่งอยู่ในสายงาน

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจการใช้เครื่องมือการประเมินประสิทธิภาพหน่วยบริการ (Total Performance Score :TPS) โดยคำถามแต่ละข้อจะมีคะแนน 1 และ 0 คะแนน โดยเลือกตอบว่าใช่หรือไม่ใช่ เกณฑ์การให้คะแนน 2 ระดับ ดังนี้

ข้อความที่ตอบถูก	ระดับคะแนน
ใช่	1
ไม่ใช่	0

ข้อความที่ตอบผิด ระดับคะแนน
ใช่ 0
ไม่ใช่ 1
จากการให้คะแนนดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจะแบ่งเกณฑ์ในการวัดครั้งนี้ออกเป็น 2 ระดับ โดยวิธีการ ดังนี้

$$\text{ช่วงกว้างระหว่างชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} = \frac{1 - 0}{2} = 0.50$$

ผู้วิจัยได้ใช้เกณฑ์การแปลความหมายดังนี้
ระดับค่าเฉลี่ย ระดับความรู้ความเข้าใจ
0.00 – 0.50 น้อย
0.51 – 1.00 มาก
ค่าเฉลี่ย 0.00 – 0.50 แสดงว่า ผู้บริหารการเงิน การคลัง (CFO) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีความรู้ความเข้าใจการใช้เครื่องมือการประเมินประสิทธิภาพ (Total Performance Score :TPS) ไม่มากนัก

ค่าเฉลี่ย 0.51 – 1.00 แสดงว่า ผู้บริหารการเงิน การคลัง (CFO) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีความรู้ความเข้าใจการใช้เครื่องมือการประเมินประสิทธิภาพ (Total Performance Score :TPS) เป็นอย่างดี

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นของผู้บริหารการเงินการคลัง (CFO) สำนักงานปลัดกระทรวงที่มีต่อ การใช้เครื่องมือการประเมินประสิทธิภาพ (Total Performance Score :TPS) 4 ด้าน คือ ด้านนโยบายและมาตรการการดำเนินงาน ด้านเกณฑ์การประเมินประสิทธิภาพประเมิน ประสิทธิภาพ (Total Performance Score :TPS) ด้านการคิดสัดส่วนคะแนน และ ด้านคุณสมบัติของเครื่องมือการประเมินประสิทธิภาพประเมินประสิทธิภาพหน่วยบริการ (Total Performance Score :TPS) ว่ามีเหมาะสมมากน้อยเพียงใด

การกำหนดการให้คะแนนจากแบบสอบถาม ส่วนที่ 3 ผู้วิจัยกำหนดค่าน้ำหนักคะแนน ดังนี้
คะแนน 5 หมายถึง ผู้ตอบมีความคิดเห็นว่าเป็นด้วยมากที่สุด

คะแนน 4 หมายถึง ผู้ตอบมีความคิดเห็นว่าเป็นด้วยมาก

คะแนน 3 หมายถึง ผู้ตอบมีความคิดเห็นว่าเป็นด้วยปานกลาง

คะแนน 2 หมายถึง ผู้ตอบมีความคิดเห็นว่าเป็นด้วยน้อย

คะแนน 1 หมายถึง ผู้ตอบมีความคิดเห็นว่าเป็นด้วยน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นมาสำหรับการวิจัยไปทดสอบความเที่ยงตรงและเชื่อมั่น ดังนี้

1. การหาค่าความเที่ยงตรง (Validity) โดยการนำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นปรีक्षणผู้เชี่ยวชาญ เพื่อทำการตรวจสอบถูกต้องเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของคำถามในแต่ละข้อว่าตรงจุดมุ่งหมายของการวิจัยครั้งนี้ หรือไม่ และนำมาแก้ไขปรับปรุงเพื่อดำเนินการขั้นต่อไป

2. การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้บริหารการเงิน การคลัง (CFO) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข นอกเหนือจากกลุ่มตัวอย่างแต่มีลักษณะงานคล้ายกันจำนวน 30 ราย หลังจากนั้นนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความถูกต้องและสมบูรณ์ก่อนสอบถามจริง เพื่อหาความเชื่อมั่นเป็นรายข้อ โดยใช้วิธีการของคูเดอร์ – ริชาร์ดสัน (KR 20) (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิตติรัตน์ แสงเลิศอุทัย, 2560) กับส่วนความรู้ความเข้าใจ เพราะมีการให้คะแนนแต่ละข้อเป็นแบบ 0, 1 และใช้วิธีการของครอนบาค (Cronbach' Alpha) (สุธรรม เลิศพงษ์ ประเสริฐและธนชาติ ประทุมสวัสดิ์, 2564) กับส่วนความคิดเห็น เพราะมีการให้คะแนนแต่ละข้อเป็น 1, 2, 3, 4, 5 (วัลลภ, 2547: 118 – 119) ผลการทดสอบความเชื่อมั่นดังกล่าวพบว่า

2.1 ผลการวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้านความรู้ความเข้าใจการใช้เครื่องมือการประเมินประสิทธิภาพหน่วยบริการ (Total Performance Score :TPS) ด้วยวิธีการของ Kuder Richardson (KR20) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .7168

2.2 ผลการวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความคิดเห็นของผู้บริหารการเงิน

การคลัง (CFO) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ใช้วิธีการของครอนบาค (Cronbach' Alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .8411

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ โดยใช้แบบสอบถามวัดความคิดเห็นเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ส่งแบบสอบถามผ่านด้วยที่ดำเนินการผ่าน google form ให้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยตอบแบบสอบถาม

2. แบบสอบถามที่กลุ่มตัวอย่างดำเนินการผ่าน google form ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้อง ครบถ้วนทุกฉบับ

3. นำแบบสอบถามทั้งหมด วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

1. การวิเคราะห์ข้อมูล เมื่อรวบรวมข้อมูลและตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามแล้ว ผู้วิจัยจะทำการวิเคราะห์ โดยจะนำแบบสอบถามที่ได้กลับคืนมาทั้งหมดมาวิเคราะห์ และประมวลผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

2. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน ดังนี้

(1) ค่าสถิติร้อยละ (Percentage) ใช้สำหรับอธิบายข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา หน่วยงานที่สังกัด ระยะเวลาการปฏิบัติงานด้านการเงิน การคลัง และการดำรงตำแหน่งอยู่ในสายงาน

(2) ค่าเฉลี่ย (X) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ใช้อธิบายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความคิดเห็นของผู้บริหารการเงินการคลัง (CFO) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

(3) ค่า Cramer's V ใช้ทดสอบสมมติฐานหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและ ตัวแปรตามนี้

เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพแบบ Nominal Scale และ Ordinal Scale

(4) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) ใช้ในการศึกษาหาความสัมพันธ์และทิศทางของความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม โดยตัวแปรที่ใช้ในการศึกษามีลักษณะข้อมูลเป็นแบบมาตราส่วน (Ratio Scale) หรือ อัตรภาค (Interval Scale)

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยจำแนกการนำเสนอออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม 2) ปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจการใช้เครื่องมือการประเมินประสิทธิภาพหน่วยบริการ และ 3) ความคิดเห็นของผู้บริหารการเงินการคลัง (CFO) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีต่อการใช้เครื่องมือการประเมินประสิทธิภาพหน่วยบริการ (Total Performance Score :TPS) รายละเอียดดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 63.6 โดยมีอายุระหว่าง 36-45 ปีร้อยละ 35.2 ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 68.2 สังกัดโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 78.4 ระยะเวลาการปฏิบัติงานด้านการเงินการคลัง 5 ปีขึ้นไปร้อยละ 83 ซึ่งปัจจุบันดำรงตำแหน่งอยู่ในสายงานสนับสนุน ร้อยละ 63.6

2. ปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจการใช้เครื่องมือการประเมินประสิทธิภาพหน่วยบริการ ผลการวิจัยพบว่าภาพรวม ผู้บริหารการเงินการคลัง (CFO) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีความรู้ความเข้าใจการใช้เครื่องมือการประเมินประสิทธิภาพ (Total Performance Score :TPS) อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 0.64 โดยมีความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับมาก จำนวน 8 ข้อ ข้อคำถามที่ผู้บริหารการเงินการคลังมีความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับมากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ 1.การประเมินประสิทธิภาพหน่วยบริการ (Total Performance Score :TPS) คะแนนเต็ม 15 คะแนน ค่าเฉลี่ยร้อยละ 95 ลำดับที่ 2 หน่วยบริการที่มีผลต่างแผนประมาณการและผลการดำเนินงาน =< ร้อยละ +/-5 ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ได้ 1 คะแนน ค่าเฉลี่ยร้อยละ 92 และลำดับที่ 3 คือ การประเมินประสิทธิภาพหน่วยบริการ (Total Performance Score :TPS) สามารถช่วยแก้ปัญหาสถานการณ์การเงิน ค่าเฉลี่ยร้อยละ 88 และมีความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับน้อย จำนวน 2 ข้อ และค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือการประเมินประสิทธิภาพหน่วยบริการ (Total Performance Score :TPS) จำแนกเป็นตัวชี้วัด 3 ด้านคือ 1.กระบวนการ (Process Indicators) 2. ผลลัพธ์การดำเนินงาน และ 3.การบัญชี ค่าเฉลี่ยร้อยละ 33 จากคำถามทั้งหมด 10 ข้อ รายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน (ร้อยละ) ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจการใช้เครื่องมือการประเมินประสิทธิภาพหน่วยบริการ

คำถาม	จำนวน		ร้อยละ		ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับความรู้ความเข้าใจ
	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง			
การประเมินประสิทธิภาพหน่วยบริการ (Total Performance Score : TPS) สามารถช่วยแก้ปัญหาสถานการณ์การเงิน	251	34	0.88	0.12	0.88	0.32	มาก

คำถาม	จำนวน		ร้อยละ		ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ ความรู้ ความ เข้าใจ
การประเมินประสิทธิภาพหน่วย บริการ (Total Performance Score :TPS) จำแนกเป็นตัวชี้วัด 3 ด้านคือ 1.กระบวนการ (Process Indica- tors) 2. ผลลัพธ์การดำเนินงาน และ 3.การบัญชี	95	190	0.33	0.67	0.33	0.47	น้อย
เกณฑ์การประเมินผลผลิตเป็นที่ ยอมรับด้วยอัตราครองเตียงผู้ป่วยใน ต้องน้อยกว่า 80%	153	132	0.54	0.46	0.54	0.50	มาก
ผลคะแนนการประเมินประสิทธิภาพ หน่วยบริการ(Total Performance Score :TPS) จำแนกออกเป็น 3 Grade	159	126	0.56	0.44	0.56	0.50	มาก
การประเมินประสิทธิภาพหน่วย บริการ (Total Performance Score :TPS) คะแนนเต็ม 15 คะแนน	264	21	0.92	0.08	0.95	0.21	มาก
หน่วยบริการที่มีผลต่างแผน ประมาณการและผลการดำเนินงาน =< ร้อยละ +/-5 ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ ได้ 1 คะแนน	254	31	0.89	0.11	0.92	0.28	มาก
ระยะเวลาถ่วงเฉลี่ยในการเรียกเก็บ ลูกหนี้คำรักษาพยาบาลสิทธิกองทุน หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : UC การให้คะแนน คือ ระยะเวลาวันต้อง น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 วัน ได้ 1 คะแนน	175	110	0.61	0.39	0.63	0.48	มาก
ระยะถ่วงเฉลี่ยการหมุนเวียนของยา และเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา (Inven- tory Management) เป็นการ ประเมินประสิทธิภาพด้านการ บริหารหนี้สินหมุนเวียน	98	187	0.34	0.66	0.35	0.48	น้อย

คำถาม	จำนวน		ร้อยละ		ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ ความรู้ ความ เข้าใจ
ข้อมูลที่นำมาใช้ในการประเมินประสิทธิภาพหน่วยบริการ (Total Performance Score :TPS) ทั้งหมดได้มาจากข้อมูลบัญชี	156	129	0.55	0.45	0.56	0.50	มาก
หากหน่วยบริการได้รับผลการประเมินประสิทธิภาพหน่วยบริการ (Total Performance Score :TPS) อยู่ใน Grade F ไม่ผ่าน หน่วยงานที่จะต้องรับผิดชอบ คือ กลุ่มงานบัญชี	193	92	0.68	0.32	0.70	0.46	มาก
ค่าเฉลี่ยภาพรวม					0.64	0.11	มาก

3. ความคิดเห็นของผู้บริหารการเงินการคลัง (CFO) สำนักงานปลัดกระทรวงที่มีต่อการใช้เครื่องมือการประเมินประสิทธิภาพ (Total Performance Score :TPS) 4 ด้าน พบว่าภาพรวมเห็นด้วยอย่างมากต่อการใช้เครื่องมือการประเมินประสิทธิภาพค่าเฉลี่ย 4.1 ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นในแต่ละด้านทั้ง 4 ด้าน

โดยด้านที่มีความเห็นด้วยมากที่สุดคือ ด้านที่ 4 ด้านคุณสมบัติของเครื่องมือการประเมินประสิทธิภาพประเมินประสิทธิภาพหน่วยบริการ (Total Performance Score :TPS) ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.2 ส่วนอีก 3 ด้านมีค่าเฉลี่ยการเห็นด้วยเท่ากันอยู่ที่ 4.1 รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานภาพรวมความคิดเห็นของผู้บริหารการเงินการคลัง (CFO) สำนักงานปลัดกระทรวงที่มีต่อการใช้เครื่องมือการประเมินประสิทธิภาพ (Total Performance Score :TPS) 4 ด้าน

ความคิดเห็นของผู้บริหารการเงินการคลัง (CFO)	ค่าเฉลี่ย	S.D	แปลผล
1. ด้านนโยบายและมาตรการการดำเนินงาน	4.1	0.4	มาก
2. ด้านเกณฑ์การประเมินประสิทธิภาพประเมินประสิทธิภาพหน่วยบริการ (Total Performance Score :TPS)	4.1	0.13	มาก
3. ด้านคิติดัดส่วนคะแนน	4.1	0.13	มาก
4. ด้านคุณสมบัติของเครื่องมือการประเมินประสิทธิภาพประเมินประสิทธิภาพหน่วยบริการ (Total Performance Score :TPS)	4.2	0.06	มาก
ค่าเฉลี่ยภาพรวม	4.1	0.09	มาก

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยเรื่อง ความคิดเห็นของผู้บริหารการเงินการคลัง (CFO) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการต่อการใช้เครื่องมือการประเมินประสิทธิภาพหน่วยบริการ (Total Performance Score) ผู้ศึกษาอภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

ผลการศึกษาความคิดเห็นของผู้บริหารการเงินการคลังของผู้บริหารการเงินการคลัง (CFO) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.6 อายุระหว่าง 36-45 ปี ร้อยละ 35.2 ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 68.2 สังกัดโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 78.4 ระยะเวลาการปฏิบัติด้านการเงินการคลัง 5 ปีขึ้นไป ร้อยละ 83 ซึ่งปัจจุบันดำรงตำแหน่งอยู่ในสายงานสนับสนุน ร้อยละ 63.6 สอดคล้องกับงานวิจัยของสุทิน สलगสิงห์ และนิพันธ์ มานะสถิตพงศ์ (2564) ร่วมกันทำการศึกษาเรื่องประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดมุกดาหาร ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.9 อายุระหว่าง 40-49 ปี มากที่สุด ร้อยละ 35.4 อายุราชการมากกว่า 15 ปี มากที่สุด คือ ร้อยละ 61.0 ระยะเวลามากที่สุด ที่ทำงานในโรงพยาบาล คือ มากกว่า 15 ปี ร้อยละ 46.3 ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพมากที่สุด ร้อยละ 26.8 หัวหน้าฝ่าย/หัวหน้างาน มากที่สุด ร้อยละ 56.1 การศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่ามากที่สุด ร้อยละ 75.6 สถานะคู่มากที่สุด ร้อยละ 70.7

2. ปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจการใช้เครื่องมือการประเมินประสิทธิภาพหน่วยบริการผลการวิจัยพบว่าภาพรวม ผู้บริหารการเงินการคลัง (CFO) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีความรู้ความเข้าใจการใช้เครื่องมือการประเมินประสิทธิภาพ (Total Performance Score :TPS) ร้อยละ 64.0 อยู่ในระดับมาก ทั้งนี้จะทำให้ผลการประเมินประสิทธิภาพของหน่วยบริการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีการพัฒนาให้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของชญาภา อุปดิษฐ์และอัญลีพร วุฒิเป็ก (2566) ร่วมกันทำการศึกษาเรื่อง การพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง

หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ตามเกณฑ์ประเมินประสิทธิภาพด้านการเงินการคลัง (Total Performance Score :TPS) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผลการศึกษาพบว่า มีหน่วยบริการสุขภาพที่อยู่ในระดับดีมาก (Grade A) คิดเป็นร้อยละ 2.78, 8.33, 0.00 และ 2.78 ตามลำดับ สถานการณ์ทางด้านการเงินการคลังของโรงพยาบาลต่างๆ ในสังกัดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย โดยส่วนใหญ่มีแนวโน้มที่จะเกิดความเสี่ยงทางการเงินมากขึ้น อันมีสาเหตุมาจากการมีค่าใช้จ่ายสูงกว่ารายรับ จึงมีแนวทางในการพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังขึ้น โดยการพัฒนาพัฒนาศักยภาพบุคลากร การพัฒนาระบบการตรวจสอบการเงิน การคลัง การกำกับติดตามและการประเมินผล เมื่อเปรียบเทียบการรับรู้หรือความคิดเห็นต่อการปฏิบัติงานการบริหารการเงินการคลังก่อนและหลังพัฒนา พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ซึ่งจากการพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังนั้น ส่งผลให้มีระบบที่ดีในการบริหารการเงินการคลังให้มีคุณภาพมากขึ้น ผลการศึกษาพบว่าการรับรู้ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังจากตัวชี้วัดทางการเงินทั้ง 6 ตัวอยู่ในระดับมาก 3. ด้านความคิดเห็นของผู้บริหารการเงินการคลัง (CFO) สำนักงานปลัดกระทรวงที่มีต่อการใช้เครื่องมือการประเมินประสิทธิภาพ (Total Performance Score :TPS) 4 ด้าน พบว่าภาพรวมเห็นด้วยอย่างมากต่อการใช้เครื่องมือการประเมินประสิทธิภาพค่าเฉลี่ย 4.1 แปลผลว่าผู้บริหารการเงินการคลัง (CFO) ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นด้วยกับเครื่องมือการประเมินประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของน้ำค้าง บวรกุลวัฒน์ (2563) ทำการศึกษาเรื่อง การศึกษาแนวทางการประเมินประสิทธิภาพ (Total Performance Score : TPS) หน่วยบริการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผลการศึกษาพบว่าแนวทางการประเมินประสิทธิภาพ (Total Performance Score : TPS) สอดคล้องกับการขับเคลื่อนด้านการเงินการคลัง 5 มาตรการที่สะดวกต่อการใช้งาน รวมทั้งสามารถนำไปเป็นข้อมูลในการให้รางวัลด้วยการจัดสรรเงินเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการที่มีผลการประเมินประสิทธิภาพระดับดีมาก (Grade A) และจากการจัด

กิจกรรมพัฒนาให้บุคคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านการเงินการคลังได้เรียนรู้ และทำความเข้าใจกับเงื่อนไขต่างๆ ในการบริหารการเงินการคลังนั้น ทำให้การทำงานถูกต้องตรงตามมาตรฐานตัวชี้วัด ประกอบกับการใช้

ระบบโปรแกรมติดตามในรูปคณะทำงานในระดับจังหวัดที่รวดเร็ว ส่งผลต่อประสิทธิภาพและความมั่นคงทางระบบการเงินการคลังแต่ละหน่วยบริการมากขึ้นเป็นลำดับ

เอกสารอ้างอิง

- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2566). รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวง สาธารณสุข (ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566
- ชญาภา อุปดิษฐ์ และอัญชลีพร วุฒิเป็ก. (2566). การพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านการเงิน การคลัง หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ตามเกณฑ์ประเมินประสิทธิภาพ ด้านการเงินการคลัง (Total Performance Score : TPS) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. วารสารวิจัยสุขภาพโรงพยาบาลและชุมชน, 71-82
- ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิตติรัตน์ แสงเลิศอุทัย. (2560). คุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย, บทความวิชาการ วารสารวิจัยและพัฒนาหลักสูตร มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
- น้ำค้าง บวรกุลวัฒน์. (2563). การศึกษาแนวทางการประเมินประสิทธิภาพ (Total Performance Score : TPS) หน่วยบริการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- พรพิมล การญาณ. (2566). การบริหารด้านการเงินภาคคลังของโรงพยาบาล ในจังหวัดเชียงใหม่. จากเว็บไซต์ <https://www.chiangmaihealth.go.th/document/230829169329326868.pdf>
- วัลลภ รัฐฉัตรานนท์. (2562). การหาขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมสำหรับการวิจัย : มายาคติในการใช้สูตรของทಾಯามาเน่ และเครทซี-มอร์แกน, บทความวิชาการ วารสารสหวิทยาการวิจัย : ฉบับบัณฑิตศึกษา ปีที่ 8 ฉบับที่ 1 (มกราคม – มิถุนายน 2562, 11-27
- ศิญาภัสร จำรัสอริวัฒน์. (2566). การศึกษาเปรียบเทียบผลการประเมินประสิทธิภาพ (Total Performance Score : TPS) หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2562 ปี 2563 และ ปี 2564 เขตสุขภาพที่ 12, บทความวิชาการ วารสารวิชาการเขต 11 ปีที่ 37 ฉบับที่ 1 ประจำเดือน มกราคม – มีนาคม 2566, 39-69
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.). (2565). ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565, บริษัทพิมพ์สิริพัฒนา จำกัด
- สุทิน สलगสิงห์ และนิพนธ์ มานะสถิตพงศ์. (2564). ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดมุกดาหาร, วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 151 -161

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ อำเภอ نابอน จังหวัดนครศรีธรรมราช

(Factors Influencing Diabetes Patients with Unpredictable Blood Sugar Levels' Self-care Practices in Nabon District, Nakhon Si Thammarat Province)

ณัฐนิชา พัฒนเกษตรวงศ์, บุษกร พัวเกาศัลย์, จรัล เปรมปรีดา

Nanicha Pattanakasetwong, Budsakorn Puakaosal, Jarun Prempreeda

โรงพยาบาลนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช

Nabon Hospital, Nakhon Si Thammarat Province

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ระดับการรับรู้อารมณ์และความคิดเกี่ยวกับโรคเบาหวาน 2) ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และ 3) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จำนวนกลุ่มตัวอย่างได้ 253 คน ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย ใช้แบบสอบถามในการสำรวจข้อมูล ตรวจสอบเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาชเท่ากับ 0.82 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และใช้สถิติ Chi-square Test, Fisher's exact test และสถิติสหสัมพันธ์ Spearman rank correlation coefficient

ผลการวิจัยพบว่า ระดับการรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.04$, $S.D. = 0.37$, 0.44) การรับรู้อารมณ์ที่เกี่ยวข้อง การรับรู้ความสามารถ การรับรู้อิทธิพลด้านสถานการณ์ และการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.62$, 3.56 , 3.51 และ 3.30 ; $S.D. = 0.48$, 0.44 , 0.45 และ 0.65) ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่า ในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.52$, $S.D. = 0.36$) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การเข้ายของผู้ป่วย ($\bar{X} = 4.00$, $S.D. = 0.56$) อยู่ในระดับสูง รองลงมาคือ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์และความเครียด อยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 3.44$, 3.31 และ 3.32 ; $S.D. = 0.45$, 0.70 และ 0.50) เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถ การรับรู้อารมณ์ที่เกี่ยวข้อง มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลาง ($r = 0.463$, 0.417 และ 0.436) สำหรับการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล และการรับรู้อิทธิพลด้านสถานการณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับต่ำ ($r = 0.267$, 0.283 และ 0.250) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนปัจจัยอื่นไม่มีความความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

จากผลการวิจัย หน่วยงานสาธารณสุขควรจัดโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพให้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้อย่างต่อเนื่อง และสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้จริงเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม

คำสำคัญ : พฤติกรรมการดูแลตนเอง, ผู้ป่วยโรคเบาหวาน, การควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

Abstract

The research was a cross-sectional study. The objectives were to study 1) the level of awareness of emotions and thoughts about diabetes, 2) the level of self-care behaviour of diabetic patients, and 3) the related factors to the self-care behaviour of diabetic patients. The sample comprised 253 people recruited using a simple random sampling method. Data collection by questionnaires. Three experts checked the questionnaire, and the Cronbach's alpha coefficient was 0.82. Data were analysed using descriptive statistics, Chi-square Test, Fisher's exact test and Spearman rank correlation coefficient statistics.

The results showed high perceived benefits and interpersonal power levels ($\bar{X} = 4.04, 4.02$; S.D.= 0.37, 0.44). Perceived related influences, perceived competence, perceived situational influences, and perceived obstacles were moderate ($\bar{X} = 3.62, 3.56, 3.51, \text{ and } 3.30$; S.D.= 0.48, 0.44, 0.45, and 0.65). The level of self-care behaviour of diabetic patients overall was found at a high level ($\bar{X} = 3.52$, S.D.= 0.36), with the aspect with the highest mean medicine usage of patients ($\bar{X} = 4.00$, S.D.= 0.56), followed by eating, exercise, and emotions and stress management were at a low level ($\bar{X} = 3.44, 3.31, \text{ and } 3.32$; S.D.= 0.45, 0.70, and 0.50). When analysing their relationship, it was found that perceived obstacles, perceived competence, and perceived emotions related to their self-care behaviour at a moderate positive relationship ($r = 0.463, 0.417, \text{ and } 0.436$), for perceived benefits, perceived interpersonal influences and perceived situational influence had a low positive relationship ($r = 0.267, 0.283, \text{ and } 0.250$) with statistical significance ($p < 0.05$). The other factors were not related to the self-care behaviour of diabetic patients who cannot control their blood sugar levels.

Based on the research results, Public health agencies should organize health promotion programs for patients with seriously uncontrolled diabetes. and can be put into practice to lead to behavior change

Keywords : Self-care behaviour, Diabetic patients, Uncontrolled blood sugar level

บทนำ

โรคเบาหวาน เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพในระยะยาวและยังเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆ ที่พบได้ในหลายๆ ประเทศ ได้มีการคาดการณ์ไว้ว่าในปี ค.ศ. 2030 จะมีผู้ป่วยโรคเบาหวานประมาณ 522 ล้านราย (International Diabetes Federation, 2017 อ้างอิงใน ศุภวรรณ จริงจิตร และกรกมล รุกขพันธ์, 2563) ทั้งนี้ การที่มีผู้ป่วยโรคเบาหวานมากขึ้นซึ่งอาจจะเกิดจากวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปและพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ดีต่อสุขภาพ ซึ่งเป็นที่รู้กันว่าหากมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมจะเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและความพิการก่อนกำหนด อีกสาเหตุหนึ่งโรคเบาหวานยังเกิดขึ้นได้เมื่อตับอ่อนผลิตอินซูลินไม่เพียงพอ หรือเมื่อร่างกายไม่สามารถใช้อินซูลินได้อย่างมีประสิทธิภาพการรักษาโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานทำให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจที่สำคัญ ทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนเศรษฐกิจของประเทศแสดงให้เห็นว่า เมื่อมีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยและการเสียชีวิตที่มากขึ้น รัฐบาลจำเป็นต้องจัดสรรงบประมาณเพื่อดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยประมาณร้อยละ 11 ของงบประมาณ

ทั้งหมด และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 41 ในปี พ.ศ. 2573 (ซัชลิต รัตสราร, 2560)

สถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานของจังหวัด นครศรีธรรมราชมีผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกชนิด จำนวน 84,998 คน คิดเป็นร้อยละ 6.78 ของประชากรทั้งหมด เป็นผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ จำนวน 32,083 คน คิดเป็นร้อยละ 37.75 สำหรับอำเภอนาบอน จังหวัด นครศรีธรรมราช มีผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด 1,012 คน เป็นผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ จำนวน 574 คน คิดเป็นร้อยละ 56.72 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นครศรีธรรมราช, 2566) ซึ่งเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สำคัญที่สุด คือ การที่จะให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้ใกล้เคียงปกติ ลด และหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถที่จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด คือ การรับประทานอาหารไม่เหมาะสม การดื่มสุรา การออกกำลังกายไม่เพียงพอ การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ความเครียด และการไม่ไปรับการตรวจตามนัด (สุวรรณิ สร้อยสงค์ และคณะ, 2561) ฉะนั้น แนวทางรักษาโรคเบาหวาน คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย

กาย การจัดการอารมณ์และความเครียด และการใช้ยา (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2560) ซึ่งผู้ป่วยโรคเบาหวานจะต้องมีบทบาทที่สำคัญในการที่จะควบคุมและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 2011 อ้างอิงใน บุญประจักษ์ จันทรวิน และคณะ, 2564) ได้แสดงความสัมพันธ์ระหว่างโมเดลที่ศูนย์กลางที่สำคัญ คือ 1) ประสิทธิภาพของบุคคล ซึ่งหมายถึงบุคคลแต่ละคนมีลักษณะส่วนตัวและประสิทธิภาพที่เคยปฏิบัติแตกต่างกัน ซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เกิดขึ้นตามมา 2) การรับรู้อารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรม ปัจจัยด้านนี้มีความสำคัญในการสร้างเสริมแรงจูงใจให้เกิดความมุ่งมั่นในการกระทำพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและเป็นแก่นสำคัญของการทำกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพที่ให้คุณค่าเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบไปด้วย (1) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ (Perceived benefit of action) จะเป็นแรงจูงใจทั้งโดยตรงและโดยอ้อมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพผ่านการตัดสินใจที่มุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรม (2) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ (Perceived barriers to action) เป็นความเชื่อหรือการรับรู้ถึงอุปสรรค หรือสิ่งขัดขวางที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (3) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy) เป็นการตัดสินใจในความสามารถของบุคคลที่จะปฏิบัติพฤติกรรมเฉพาะเรื่องภายใต้สภาวะต่างๆ (4) อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติ (Activity-related affect) เป็นความรู้สึกทางบวกและทางลบที่เกิดขึ้นทั้งก่อน ระหว่าง และภายหลังการปฏิบัติซึ่งขึ้นอยู่กับสิ่งที่มีมากระตุ้น (5) อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal influences) เป็นการรับรู้ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมความเชื่อหรือทัศนคติของบุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อความคิดของบุคคล (6) อิทธิพลด้านสถานการณ์ (Situation influences) เป็นการรับรู้และรู้สึกนึกคิดของบุคคลเกี่ยวกับสถานการณ์หรือบริบทที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ซึ่งจะส่งเสริมหรือขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรม และ 3) ผลลัพธ์เชิงพฤติกรรม (Behaviour outcome) เมื่อบุคคลเกิด

ความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรม และเมื่อปฏิบัติแล้วบุคคลจะเกิดพฤติกรรมผลลัพธ์

อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช มีผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ คิดเป็นร้อยละ 56.72 ซึ่งสูงกว่าภาพรวมของจังหวัดนครศรีธรรมราช (ร้อยละ 37.75) ฉะนั้น การควบคุมไม่ให้โรครมีความรุนแรงมากขึ้น พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง จึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน การส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องจึงเป็นเป้าหมายสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้วิจัยจึงเชื่อว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 2011 อ้างอิงใน บุญประจักษ์ จันทรวิน และคณะ, 2564) ที่กล่าวถึงแบบแผนสุขภาพที่เหมาะสมและเชื่อว่าแนวคิดดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประกอบไปด้วย 1) การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง 2) การรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง 3) การรับรู้ความสามารถของตนเอง 4) การรับรู้อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง 5) การรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล และ 6) การรับรู้อิทธิพลด้านสถานการณ์ โดยการรับรู้ดังกล่าวส่งผลให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและนำไปสู่การมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม (Pender, 2011 อ้างอิงใน บุญประจักษ์ จันทรวิน และคณะ, 2564) และการที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญได้แก่ ต้อกระจก ภาวะไตเสื่อม ความเสื่อมของระบบประสาทส่วนปลายทำให้เกิดอาการมือและเท้าชาภาวะเครียดและซึมเศร้าจากความเรื้อรังของโรคเป็นภาระของสมาชิกในครอบครัวและญาติในการดูแลเมื่อภาวะแทรกซ้อนของโรคเข้าสู่ระยะที่มีความรุนแรงและการเสียค่าใช้จ่ายทั้งทางตรงและทางอ้อมในการรักษา (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2560) ดังนั้น ควรมีการหาปัจจัยซึ่งเป็นสาเหตุของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อนำไปสู่การแก้ไขที่สาเหตุหรือปัจจัยที่ขัดขวางการเกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตามบริบทของอำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช ต่อไป

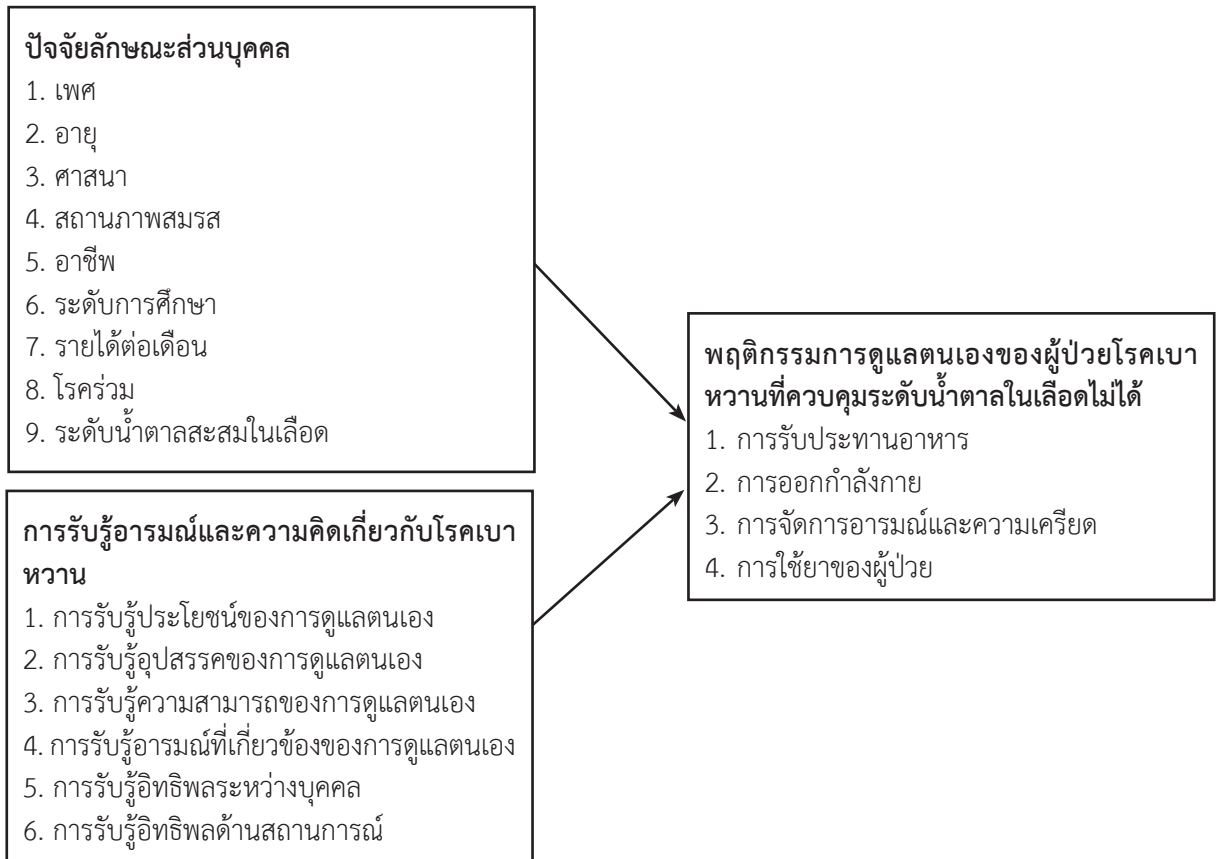
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้อารมณ์และความคิดเกี่ยวกับโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ อำเภอ نابอน จังหวัด นครศรีธรรมราช
2. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ อำเภอ نابอน จังหวัด นครศรีธรรมราช
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ อำเภอ نابอน จังหวัด นครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดแบบจำลอง การสร้างเสริมสุขภาพของ Pender (2011) คือ

- 1) ประสบการณ์ของบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน โรคร่วม และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c)
- 2) การรับรู้อารมณ์และความคิดที่เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ได้แก่ 1) การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง 2) การรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง 3) การรับรู้ความสามารถของการดูแลตนเอง 4) การรับรู้อารมณ์ที่เกี่ยวข้องของการดูแลตนเอง 5) การรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล และ 6) การรับรู้อิทธิพลด้านสถานการณ์ และได้ประยุกต์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์และความเครียด และการใช้ยาของผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ดังกรอบแนวคิดในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study)

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ อำเภอ نابอน จังหวัด นครศรีธรรมราช จำนวน 574 คน

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณของ Krejcie & Morgan (1970) ได้จำนวน 230 คน และเพื่อป้องกันการสูญเสียกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 10 % จำนวน 23 คน จึงได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 253 คน ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย โดยการหยิบบัตรชื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ตามสัดส่วนของโรงพยาบาลนาบอน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในเขตอำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) คือ 1) ผู้ป่วยมีสัญชาติไทย 2) มีอายุมากกว่า 18 ปี 3) ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง สูงกว่า 140 mg/dl จำนวน 2 ครั้ง ติดต่อกัน หรือมีค่าน้ำตาลสะสมในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 7% 4) ผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถเขียนและอ่านภาษาไทยได้ 5) อาศัยหรือภูมิลำเนาในอำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช และ 6) ผู้ป่วยเบาหวานที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่ย้ายสถานบริการไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้ประยุกต์คำถามจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานซึ่งมีจำนวน 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลจำนวน 9 ข้อ ได้แก่ 1) เพศ 2) อายุ 3) ศาสนา 4) สถานภาพสมรส 5) อาชีพ 6) ระดับการศึกษา 7) รายได้ต่อเดือน 8) โรคร่วม และ 9) ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด

ส่วนที่ 2 การรับรู้อารมณ์และความคิดเกี่ยวกับโรคเบาหวานประยุกต์คำถามจากแนวคิดของ Pender (2011) ทั้งหมด 6 ด้าน 49 ข้อ ได้แก่ 1) การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง 9 ข้อ 2) การรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง 10 ข้อ 3) การรับรู้ความสามารถของการดูแลตนเอง 10 ข้อ 4) การรับรู้อารมณ์ที่เกี่ยวข้องของการดูแลตนเอง 10 ข้อ 5) การรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล 5 ข้อ และ 6) การรับรู้อิทธิพลด้านสถานการณ์ 5 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อ 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) ไม่น่าใจ (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) สำหรับคำถามที่เป็นเชิงลบ ผู้วิจัยจะทำการกลับคะแนนการแปลผล จากคะแนนเฉลี่ยเป็นรายข้อ และภาพรวมระดับการวัดเป็นอัตราส่วนสเกล (Rating Scale) มาจัดเป็น 3 ระดับ ตามแนวคิดของ Best (1977) คือ ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.67–5.00) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34–2.66) และระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00–2.33)

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จำนวน 4 ด้าน 20 ข้อ ได้แก่ 1) การรับประทานอาหาร 5 ข้อ 2) การออกกำลังกาย 5 ข้อ 3) การจัดการอารมณ์และความเครียด 5 ข้อ และ 4) การใช้ยาของผู้ป่วย 5 ข้อ โดยเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อคำถาม 5 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ (5 คะแนน) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (4 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (3 คะแนน) ไม่ค่อยปฏิบัติ (2 คะแนน) และปฏิบัติน้อยครั้ง/ไม่ปฏิบัติเลย (1 คะแนน) สำหรับคำถามที่เป็นเชิงลบ ผู้วิจัยจะทำการกลับคะแนน

การแปลผล จากคะแนนเฉลี่ยเป็นรายข้อ และภาพรวม แบ่งระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยนำคะแนนมาจำแนกเป็น 2 ระดับ คือ ระดับมาก (คะแนน ≥ 3.52) และระดับน้อย (คะแนน < 3.52) (สุรียพันธ์วรพงษ์, 2558)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรง (Validity) และให้เห็นชอบในด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และ

หาความเหมาะสมเชิงภาษา (Wording) ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นบุคคลที่มีความรู้ ความสามารถ และความเชี่ยวชาญ เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง จำนวน 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้าน พฤติกรรมศาสตร์ จำนวน 1 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย และนำมาปรับปรุงแก้ไขได้ค่าดัชนีความ สอดคล้องของวัตถุประสงค์การวิจัยรายข้อ (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00

ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำ แบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ของ แบบสอบถาม ได้โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha Coefficient) ดังนี้ การรับรู้อารมณ์ และความคิดเกี่ยวกับโรคเบาหวาน เท่ากับ 0.85 พฤติกรรมการดูแลตนเอง เท่ากับ 0.71 และทั้งฉบับ เท่ากับ 0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. จัดทำหนังสือถึงสาธารณสุขอำเภอ, ผอ.รพ. สต.และประธาน อสม. ของหมู่บ้านกลุ่มตัวอย่าง ส่งหนังสือเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. นักวิจัยติดต่อประสานงานกับผู้รับผิดชอบ งานควบคุมโรคไม่ติดต่อของ รพ.สต. เพื่อชี้แจง วัตถุประสงค์ของงานวิจัย รายละเอียดในการตอบ แบบสอบถาม การเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยผู้รับผิดชอบงานควบคุม โรคติดต่อของ รพ.สต. เป็นผู้ติดตามและเก็บแบบสอบถาม
3. ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคไม่ติดต่อของ รพ.สต. ซึ่งเป็นผู้ช่วยนักวิจัยเป็นผู้อธิบายวัตถุประสงค์ รายละเอียดของแบบสอบถาม โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบ คำถามด้วยตัวเอง หลังจากนั้นผู้ช่วยนักวิจัยตรวจสอบ ความถูกต้อง ความครบถ้วน และความสมบูรณ์ ก่อนที่จะ ส่งกลับมายังผู้วิจัย
4. ภายหลังจากได้รับแบบสอบถามกลับคืน ผู้วิจัย ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม จากนั้นลงรหัส และวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยใช้ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ค่าสูงสุด (Maximum) และค่าต่ำสุด (Minimum) ใช้วิเคราะห์ ข้อมูลปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล และตัวแปรที่ศึกษา
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วน บุคคลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยใช้สถิติ Chi-square Test, Fisher's exact test
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ รายได้ ต่อเดือน และการรับรู้อารมณ์และความคิดโรคเบาหวาน กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ Spearman rank correlation coefficient เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ได้ทดสอบการกระจายของข้อมูล พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจง แบบไม่ปกติ ($p < 0.05$) มีระดับการวัด ดังนี้ (Bartz, 1999) มีความสัมพันธ์สูงมาก ($r = 0.80 - 1.00$) มีความสัมพันธ์กันสูง ($r = 0.60 - 0.79$) มีความสัมพันธ์ปาน กลาง ($r = 0.40 - 0.59$) มีความสัมพันธ์ต่ำ ($r = 0.20 - 0.39$) และมีความสัมพันธ์ต่ำมาก ($r = 0.01 - 0.19$)

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยชิ้นนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการ วิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยใน มนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เอกสารรับรองเลขที่ 59/2566 วันที่รับรอง 25 กันยายน 2566

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างประมาณ 3 ใน 4 เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 74.31) เกือบ 2 ใน 3 มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 63.24) อายุเฉลี่ย 61.89 ปี (S.D.= 12.02) อายุต่ำสุด 30 ปี อายุสูงสุด 95 ปี เกือบร้อยละ 100.00 นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 99.21) ประมาณ 3 ใน 4 มีสถานภาพสมรสคู่

(ร้อยละ 72.33) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 40.32) จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 71.15) ประมาณ 2 ใน 3 มีรายได้ต่อเดือน \leq 5,000 บาท (ร้อยละ 65.61) รายได้เฉลี่ย 7,559.29 บาท (S.D.= 21,985.40) รายได้ต่ำสุด 600 ปี รายได้สูงสุด 250,000 บาท กลุ่มตัวอย่างมีโรคร่วม คือ โรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 61.66) เกือบครึ่งหนึ่งดูแลตัวเองขณะเป็นเบาหวาน (ร้อยละ 47.04) มากกว่าร้อยละ 50.00 มีค่าน้ำตาลในเลือดครั้งสุดท้าย \geq 126 mm/dl (ร้อยละ 52.17) ค่าน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 131.49 ปี (S.D.= 39.37) ค่าน้ำตาลในเลือดต่ำสุด 62 mm/dl ค่าน้ำตาลในเลือดสูงสุด 345 mm/dl

2. ระดับการรับรู้อารมณ์และความคิดเกี่ยวกับโรคเบาหวาน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง ($\bar{X} = 4.04$, S.D.= 0.37) และการรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล ($\bar{X} = 4.02$, S.D.= 0.44) สำหรับด้านที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ การรับรู้อารมณ์ที่เกี่ยวข้องของการดูแลตนเอง ($\bar{X} = 3.62$, S.D.= 0.48) การรับรู้ความสามารถของการดูแลตนเอง ($\bar{X} = 3.56$, S.D.= 0.44) การรับรู้อิทธิพลด้านสถานการณ์ ($\bar{X} = 3.51$, S.D.= 0.45) และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง ($\bar{X} = 3.30$, S.D.= 0.65) ตามลำดับดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้อารมณ์และความคิดเกี่ยวกับโรคเบาหวาน

การรับรู้อารมณ์และความคิดเกี่ยวกับโรคเบาหวาน	\bar{X}	S.D.	แปลผล
การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง	4.04	0.37	สูง
การรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง	3.03	0.65	ปานกลาง
การรับรู้ความสามารถของการดูแลตนเอง	3.56	0.44	ปานกลาง
การรับรู้อารมณ์ที่เกี่ยวข้องของการดูแลตนเอง	3.62	0.48	ปานกลาง
การรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล	4.02	0.44	สูง
การรับรู้อิทธิพลด้านสถานการณ์	3.51	0.45	ปานกลาง

3. ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ พบว่า ในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.52$, S.D.= 0.36) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การใช้ยาของผู้ป่วย ($\bar{X} = 4.00$, S.D.= 0.56) อยู่ในระดับสูง รองลงมาคือ การ

รับประทานอาหาร ($\bar{X} = 3.44$, S.D.= 0.45) การออกกำลังกาย ($\bar{X} = 3.31$, S.D.= 0.70) และการจัดการอารมณ์และความเครียด ($\bar{X} = 3.32$, S.D.= 0.50) อยู่ในระดับน้อย ตามลำดับดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	\bar{X}	S.D.	แปลผล
การรับประทานอาหาร	3.44	0.45	น้อย
การออกกำลังกาย	3.31	0.70	น้อย
การจัดการอารมณ์และความเครียด	3.32	0.50	น้อย
การใช้ยาของผู้ป่วย	4.00	0.56	มาก
ภาพรวม	3.52	0.36	-

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ อำเภอ نابอน จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง การรับรู้ความสามารถของการดูแลตนเอง การรับรู้อารมณ์ที่เกี่ยวข้องของการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับ

ปานกลาง ($r = 0.463, 0.417$ และ 0.436) สำหรับการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง การรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล และการรับรู้อิทธิพลด้านสถานการณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับต่ำ ($r = 0.267, 0.283$ และ 0.250) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนปัจจัยอื่นไม่มีความความสัมพันธ์กัน ดังแสดงในตารางที่ 3 - 4

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ อำเภอ نابอน จังหวัดนครศรีธรรมราช

ปัจจัย	ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง		X ²	df	p-value
	มาก (จำนวน/ร้อยละ)	น้อย (จำนวน/ร้อยละ)			
เพศ			1.04	1	0.31
ชาย	25 (38.46)	40 (61.54)			
หญิง	86 (45.74)	102 (54.26)			
ศาสนา			Fisher's Exact Test		1.00
พุทธ	110 (43.82)	141 (56.18)			
คริสต์	1 (50.00)	1 (50.00)			
สถานภาพสมรส			0.24	1	0.63
โสด/หม้าย/หย่า/แยก	29 (41.43)	41 (58.57)			
คู่	82 (44.81)	101 (55.19)			
อาชีพ			6.14	3	0.11
เกษตรกรกรรม	43 (42.16)	59 (57.84)			
รับจ้างทั่วไป	13 (30.23)	30 (69.77)			
ค้าขาย	14 (45.16)	17 (54.84)			
ราชการ/บริษัท/ว่างงาน	41 (53.25)	36 (46.75)			
ระดับการศึกษา			1.27	1	0.26
ตั้งแต่ประถมศึกษาลงมา	83 (46.11)	97 (53.89)			
สูงกว่าประถมศึกษา	28 (38.36)	45 (61.64)			
โรคร่วม			0.70	1	0.79
ไม่มีโรคร่วม	25 (42.37)	34 (57.63)			
มีโรคร่วม	86 (44.33)	108 (55.67)			
บุคคลที่ดูแลขณะป่วย			0.87	3	0.83

ปัจจัย	ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง		X ²	df	p-value
	มาก (จำนวน/ร้อยละ)	น้อย (จำนวน/ร้อยละ)			
ดูแลตนเอง	49 (41.18)	70 (58.82)			
ภรรยา/สามี	46 (46.94)	52 (53.06)			
พ่อแม่/พี่น้อง	7 (41.18)	10 (58.82)			
ญาติ/เพื่อนบ้าน	9 (47.37)	10 (52.63)			

หมายเหตุ * p-value <0.05

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การรับรู้อารมณ์และความคิดเกี่ยวกับโรคเบาหวานกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ อำเภอ نابอน จังหวัดนครศรีธรรมราช

ตัวแปร	Spearman's rho (rs)	p-value
อายุ	0.031	0.627
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	0.029	0.646
การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง	0.267**	< 0.001
การรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง	0.463**	< 0.001
การรับรู้ความสามารถของการดูแลตนเอง	0.417**	< 0.001
การรับรู้อารมณ์ที่เกี่ยวข้องของการดูแลตนเอง	0.436**	< 0.001
การรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล	0.283**	< 0.001
การรับรู้อิทธิพลด้านสถานการณ์	0.250**	< 0.001

หมายเหตุ ** p < 0.01

อภิปรายผล

1. การรับรู้อารมณ์และความคิดเกี่ยวกับโรคเบาหวาน พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง และการรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคลมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ทราบถึงประโยชน์ของการดูแลตนเอง มีความตระหนักการไปพบแพทย์ตามนัด และเชื่อฟังคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับผลของวิจัยที่พบว่า การมาพบแพทย์ตามนัดทำให้ได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง (= 4.44, S.D.=0.59) และการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่จะทำให้สามารถควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ (= 4.29, S.D.=0.60) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง แต่ทั้งนี้ ยังมีการ

รับรู้ประโยชน์ที่ยังไม่ค่อยจะถูกตองนัก จึงทำให้มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่การรับประทานอาหารปริมาณน้อยหรือกินไม่ครบ 3 มื้อจะช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ ($\bar{X} = 2.70$, S.D.=1.08) ในประเด็นนี้จำเป็นที่ต้องให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับการรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล ก็เป็นไปในทิศทางเดียวกับการรับรู้ประโยชน์ ซึ่งผลการวิจัยพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีการติดตามอาการอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ($\bar{X} = 4.14$, S.D.=0.55) และเมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับโรคเบาหวานสามารถขอคำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้เสมอ ($\bar{X} = 4.13$, S.D.=0.54) มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นได้อีกว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

เป็นบุคคลที่มีอิทธิพลที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้มีการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองเพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของวิสุทธิ โนจิตต์ และคณะ (2562) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของผู้เบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท อยู่ในระดับสูง

สำหรับด้านการรับรู้อารมณ์ที่เกี่ยวข้องของการดูแลตนเอง การรับรู้ความสามารถของการดูแลตนเอง การรับรู้อิทธิพลด้านสถานการณ์ และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง อาจจะเป็นเพราะว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานยังมีบางประเด็นที่ไม่สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง อีกทั้งยังเกิดความกังวลหากค่าน้ำตาลในเลือดมีค่าน้ำตาลอยู่ในระดับสูง หรือพบว่าผู้ป่วยเบาหวานต้องนอนพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ดังผลการวิจัยที่พบว่า การมาพบแพทย์ตามนัดทำให้มีความกังวลค่าระดับน้ำตาลในเลือด ($\bar{X} = 2.70$, S.D.=1.05) งดรับประทานผลไม้ที่มีรสหวาน แม้ว่าลูกหลานจะนำมาให้ ($\bar{X} = 3.27$, S.D.=0.92) รู้สึกกังวลใจเมื่อทราบว่าคนอื่นต้องนอนโรงพยาบาลด้วยโรคเบาหวาน ($\bar{X} = 2.75$, S.D.=1.02) และรู้สึกว่าการใช้ชีวิตประจำวันยุ่งยากขึ้นเมื่อต้องควบคุมอาหาร ($\bar{X} = 3.12$, S.D.=1.03) จากความกังวล การรับประทานผลไม้ที่มีรสหวาน และความรู้สึกยุ่งยากในการควบคุมอาหาร จึงทำให้การรับรู้ที่อยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกับการศึกษาของวินัฐดวงแสนจันทร์ และคณะ (2564) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของวิสุทธิ โนจิตต์ และคณะ (2562) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของผู้เบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท อยู่ในระดับต่ำ

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมาก อาจจะเป็นเพราะว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยมีความตระหนักในการดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของศศิภกา สิมธุเสน (2559) ที่พบว่า พฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

โรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง แต่แตกต่างกับการศึกษาของวิสุทธิ โนจิตต์ และคณะ (2562) ที่พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้เบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอ สรรพยา จังหวัดชัยนาท อยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการใช้ยาของผู้ป่วยอยู่ในระดับมากอาจจะเป็นเพราะว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมค่าระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เมื่อไปพบแพทย์ตามนัดจะมีการปรับเพิ่ม ลด ขนาดการรับประทานยาเป็นประจำ เพราะไม่สามารถควบคุมค่าน้ำตาลในเลือดในระดับที่คงที่ได้ ซึ่งเป็นไปทิศทางเดียวกับผลการวิจัย ที่พบว่า ผู้ป่วยจะต้องอ่านฉลากยาให้เข้าใจก่อนรับประทานยาทุกครั้ง ($\bar{X} = 4.46$, S.D.=0.78) แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยมีความตระหนักเกี่ยวกับการใช้ยาที่มีการปรับ ลด หรือเพิ่มขนาดของยา แต่ทั้งนี้ การซักถามถึงชนิดยา สรรพคุณ และอาการข้างเคียงของการใช้ยา และสังเกตอาการที่เกิดกับเสมอๆ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.41$, S.D.=1.00) แสดงให้เห็นว่า การที่โรคเบาหวานจะต้องรับประทานยาเป็นเวลายาวนาน ผู้ป่วยอาจยังขาดความตระหนักในประเด็นนี้เนื่องจากเกิดความเคยชินในการรับประทานยา จึงมีเพียงพฤติกรรมที่กินยาให้ถูกต้องตามแพทย์สั่งเท่านั้น แตกต่างกับการศึกษาของวิสุทธิ โนจิตต์ และคณะ (2562) ที่พบว่า การใช้ยาของผู้เบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท อยู่ในระดับปานกลาง

ในขณะที่พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์และความเครียด อยู่ในระดับน้อย อาจจะเป็นเพราะว่า กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ (ร้อยละ 63.24) ซึ่งมีความเคยชินในการดำเนินชีวิตในแต่ละวัน และเกือบร้อยละ 50 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ทำให้ไม่มีเวลาในการออกกำลังกาย ในการรับประทานอาหารเช้าจำเป็นต้องรับประทานอาหารเช้าที่มีพลังงานที่มาก เพื่อให้มีแรงในการประกอบอาชีพ และส่วนหนึ่งมีภาวะเครียดที่จะต้องหารายได้เพื่อมาดูแลครอบครัว ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างมีโรคร่วม คือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 61.66) ไม่สามารถจัดการอารมณ์ได้เท่าที่ควร จึงทำให้เกิดภาวะเครียด ดังผลการวิจัยที่พบว่า ในการรับประทานอาหารเช้าแต่ละครั้งมักรับประทานในปริมาณมากน้อยไม่เท่ากัน เวลาหิวหรืออาหาร

รสชาติอร่อยจะรับประทานมาก เวลาไม่หิว รับประทานน้อย หรืออาหารรสชาติไม่อร่อยจะรับประทานน้อย ($\bar{X} = 2.54$, S.D.=0.88) ด้านการออกกำลังกายจะได้ออกกำลังกาย เช่น เดินหรือวิ่งเหยาะๆ วันละ 25 - 30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ($\bar{X} = 3.05$, S.D.=1.19) และมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ($\bar{X} = 2.80$, S.D.=0.92) เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องจึงทำให้อยู่ในระดับน้อย แตกต่างกับการศึกษาของวิสุทธิ โนจิตต์ และคณะ (2562) ที่พบว่า การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดของผู้เบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท อยู่ในระดับปานกลางส่วนการศึกษาของวินัฐ ดวงแสนจันทร์ และคณะ (2564) ที่พบว่า การรับรู้โรคอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้อยู่ในระดับสูง

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถ การรับรู้อารมณ์ที่เกี่ยวข้อง มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลาง ($r = 0.463, 0.417$ และ 0.436) แสดงให้เห็นว่า หากกลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงอุปสรรค หรือรับรู้ว่ามีสิ่งขัดขวางที่ทำให้ไม่สามารถดูแลตนเองได้ เมื่อมีอุปสรรคสูงก็จะมีแนวโน้มที่จะไม่ปฏิบัติในการดูแลตนเอง ทำให้ขาดความมั่นใจในความสามารถในการดูแลตนเอง จนทำให้เกิดอารมณ์หรือความคิดเปื้อนหนายที่จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมค่าน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่สามารถควบคุมได้ ดังผลการวิจัยที่พบว่า การออกกำลังกายของผู้ป่วยเบาหวานมีความยุ่งยาก ($\bar{X} = 3.25$, S.D.= 0.99) การมาพบแพทย์แต่ละครั้งทำให้ท่านเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางและค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น ($\bar{X} = 3.06$, S.D.= 1.05) และท่านรู้สึกว่าการใช้ชีวิตประจำวันยุ่งยากขึ้นเมื่อต้องควบคุมอาหาร ($\bar{X} = 3.12$, S.D.= 1.03) ประเด็นเหล่านี้ส่งผลให้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของวินัฐ ดวงแสนจันทร์ และคณะ (2564) ที่พบว่า การรู้ความสามารถของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

สำหรับการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง การรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล และการรับรู้อิทธิพลด้านสถานการณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับต่ำ ($r = 0.267, 0.283$ และ 0.250) อาจจะเป็นเพราะว่าในปัจจุบันมีสื่อหลากหลายช่องทางในการที่จะทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี ประกอบกับเวลาไปพบแพทย์พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะให้คำแนะนำทุกครั้ง จนทำให้ผู้ป่วยมีความตระหนักรู้ในการดูแลตนเอง อีกทั้งปัจจุบันมีผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น หน่วยงานทางด้านสาธารณสุขจะมีกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้น ทั้งการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับบุคคลต้นแบบที่สามารถดูแลตนเองได้ดีเยี่ยม การมีชมรมออกกำลังกายในหมู่บ้าน การมีกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานแบบเพื่อนช่วยเพื่อน การมีกิจกรรมเหล่านี้จึงส่งผลให้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ แตกต่างกับการศึกษาของวิสุทธิ โนจิตต์ และคณะ (2562) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ข้อเสนอแนะ

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในภาพรวม และด้านการใช้จ่ายของผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ส่วนด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์และความเครียด อยู่ในระดับน้อย หน่วยงานสาธารณสุขจึงควรจัดโปรแกรมให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยที่จริงจังและสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้จริง
2. การรับรู้อารมณ์และความคิดเกี่ยวกับโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ดังนั้น หน่วยงานสาธารณสุข ควรจะต้องมีการจัดโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพให้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการทำวิจัยโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อให้มีรูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

เอกสารอ้างอิง

- ชัชชาติ รัตติสาร. (2560). สถานการณ์ปัจจุบันและความร่วมมือเพื่อปฏิรูปการดูแลรักษาโรคเบาหวานในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: โนวินออร์ดิคฟาร์มา (ประเทศไทย).
- บุญประจักษ์ จันทร์วิน, วัลลภา ดิษสระ, จิตาภรณ์ ยกอิน, สุธาสินี เจียประเสริฐ, จีรภา แก้วเขียว และชนัดดา อนุพัฒน์. (2564). วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย, 3(3), 64-74.
- วินัฐ ดวงแสนจันทร์, ตะวัน แสงสุวรรณ และพุทธิพงษ์ พลคำอัย. (2564). การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมและพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 9(15), 428-422.
- วิสุทธิ โนจิตต์, สุทิดา สงวนสัจ, สุวัฒนา เกิดเมือง, ศุภสิริ สุขสม, บุษยา คำคำ และจันทิมา นวมะวัฒน์ (2562). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอสรรพยาจังหวัดชัยนาท. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏกาญจนบุรี, 8(2), 200-212.
- ศุภวรรณ จริงจิตร์ และกรกมล รุกขพันธ์. (2563). ผลของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการให้ความรู้ด้วยคู่มือโรคเบาหวาน โดยเภสัชกรในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2: การทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม. วารสารเภสัชกรรมไทย, 12(3), 789-802.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2560). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560.กรุงเทพฯ: รมเย็นมีเดีย.
- สุวรรณีย์ สร้อยสงค์, อังคณา เรือนก้อน, ขวัญสุวิทย์ อภิจันทร์เมธากุล และนิลุบล นันดา. (2561). พฤติกรรมการดูแลตนเองตามการรับรู้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 28(2), 93-103.
- สุรีย์พันธ์ วรพงศธร.(2558). การวิจัยทางสุขศึกษา. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช. (2566). รายงานโรคเรื้อรัง 2566. นครศรีธรรมราช.
- Bartz A. E. (1999). Basic statistical concepts.(4th Edition).New Jersey: Prentice–Hall.
- Best, J.W. (1977).Research in Education. (3nded).Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement, 30(3), 607–610.

การบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อการให้บริการด้านสาธารณสุข
ของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
กรณีศึกษา : การถ่ายโอนภารกิจของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี
และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

Management of Health Personnel Affecting Public Health Services at the Chaloen
Phrakiat 60th Anniversary Nawaminthrachini Health Station and Sub-district Health
Promotion Hospitals: A Case Study on the Task Transfer to the Provincial Administrative
Organization

เสาวลักษณ์ ฉิมจาด, ณัฐธยาน์กร เตชา, บุญนำ ลองกระโทก, ดิลก โรจน์ทองคำ
Saowaluk Chimjard, Natthayakon Decha, Boonnarn Longkratok, Dilok Rojthongkham
กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
Human Resource Management Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health

บทคัดย่อ

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาปัจจัยการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อการให้บริการด้านสาธารณสุขของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ 2) ศึกษาแรงจูงใจที่ส่งผลต่อการตัดสินใจถ่ายโอนของบุคลากร ไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) โดยกลุ่มตัวอย่างการวิจัยเชิงปริมาณ เป็นเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด จำนวน 400 คน ใน 49 จังหวัด ที่องค์การบริหารส่วนจังหวัดขอรับการถ่ายโอน ในปีงบประมาณ พ.ศ.2566 โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และกลุ่มตัวอย่างการวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นผู้บริหาร ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้ปฏิบัติงานด้านการเจ้าหน้าที่ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสังกัดส่วนกลาง ที่มีบทบาทหน้าที่เกี่ยวกับการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจ โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus Group) จำนวน 20 คน การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์สหสัมพันธ์ การวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุคูณ และการวิเคราะห์ความแปรปรวน

ผลการศึกษาวิจัย พบว่า 1) ปัจจัยด้านการบริหารจัดการกำลังคนมีความสัมพันธ์กับการให้บริการด้านสาธารณสุขของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทั้งในส่วนของจำนวนและคุณภาพการให้บริการที่ไม่น้อยกว่าเดิมเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ด้านการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ มีบุคลากรเพียงพอกับภาระงาน และมีการสนับสนุนบุคลากรจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ส่วนด้านการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกำลังคน ผ่านกลไกคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) พบว่า ยังไม่มีการวางแผนการบริหารจัดการกำลังคนร่วมกันที่ชัดเจน 2) ปัจจัยแรงจูงใจที่มีผลต่อการตัดสินใจถ่ายโอนของบุคลากร ไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีจำนวน 2 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านความก้าวหน้าและความมั่นคง และปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากร ในหน่วยงาน

คำสำคัญ : การบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ, การถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัย, การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข

Abstract

This research is a quantitative and qualitative study aimed to 1) examine the factors in the management of health personnel that affect the provision of public health services at the Chaloe Phrakiat 60th Anniversary Nawaminthrachini Health Station and Sub-district Health Promotion Hospital and 2) study the motivations influencing the decision of personnel to transfer to the Provincial Administrative Organization (PAO). The quantitative research sample consisted of 400 officials working in the Chaloe Phrakiat 60th Anniversary Nawaminthrachini Health Station and Sub-district Health Promotion Hospital under the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, and under the PAO in 49 provinces where the PAO requested the transfer in the fiscal year 2023, using questionnaires to collect data. The qualitative research sample consisted of administrators, experts, and officers in the Provincial Public Health Office and Central Department who were involved in the transfer process, using in-depth interviews and focus group discussions with 20 people. The research data was analyzed using descriptive and inferential statistics, including correlation analysis, multiple regression analysis, and variance analysis.

The research study found that: 1) Factors in managing human resources were correlated with the public health services provided by the Chaloe Phrakiat 60th Anniversary Nawaminthrachini Health Station and the Sub-district Health Promotion Hospital. This correlation was observed in both the number and quality of services, which did not diminish compared to before. that there were enough health personnel for the workload with support from main network hospitals. Regarding involvement in human resource management through the Local Health Committee mechanism, it was found that there was no clear joint human resource management plan to prepare for the transfer. 2) There were two statistically significant motivational factors at the 0.05 level that influenced personnel decisions to transfer to the Provincial Administrative Organization (PAO). These factors were career advancement and job security, and the relationships among personnel within the organization.

Keywords : Health personnel management, Transfer of health station tasks, Public health decentralization.

บทนำ

การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขให้ท้องถิ่นได้เริ่มกำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2540 และได้มีบทบัญญัติตามรัฐธรรมนูญได้แก่ พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ใช้บังคับ ทำให้เริ่มมีการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขโดยแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 1) พ.ศ.2543 และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครอง

ส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 1) พ.ศ.2545 ได้กำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขถ่ายโอนภารกิจด้านการสาธารณสุขไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่การถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขยังไม่มีความก้าวหน้าชัดเจนเป็นรูปธรรมมากนัก ต่อมาแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2551 ได้มีการกำหนดให้ถ่ายโอนภารกิจด้านการสาธารณสุขจากกระทรวงสาธารณสุขไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพิ่มเติม โดยเฉพาะการถ่าย

โอนภารกิจสถานีนามัย เมื่อผ่านเกณฑ์หรือวิธีประเมินความพร้อมตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยความเห็นชอบจากคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ก.ก.ถ.) ซึ่งในระยะแรกกระทรวงสาธารณสุขได้ถ่ายโอนสถานีนามัย เฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ตั้งแต่ปี พ.ศ.2551 – 2565 รวม 84 แห่ง ซึ่งแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2551 ได้ระบุไว้ชัดเจนหากเทศบาลและอบต.แห่งใด ไม่พร้อมรับการถ่ายโอน ก็ให้ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ดำเนินการได้ ด้วยเหตุนี้ คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ก.ก.ถ.) จึงได้จัดทำประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง หลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจ สถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้แก่ องค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ.2564 ลงในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 19 ตุลาคม 2564 โดยในปีงบประมาณ พ.ศ.2566 ได้มีการถ่ายโอนภารกิจของสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ไปแล้ว จำนวน 3,263 แห่ง (อ้างอิงจาก มติคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการประชุมครั้งที่ 6/2565 เมื่อวันที่ 1 ธันวาคม 2565)

แต่จากการดำเนินการภายใต้หลักเกณฑ์และขั้นตอนการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจ ตามประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นฉบับดังกล่าว ซึ่งเป็นการดำเนินการปีแรก หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีความเข้าใจในแนวทางการดำเนินการในส่วนของการกระบวนการขั้นตอน และหลักการถ่ายโอนบุคลากรที่แตกต่างกัน จึงเห็นความจำเป็นที่จะต้องศึกษาข้อมูลสถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพ การดำเนินการขั้นตอน ปัญหาอุปสรรค และผลกระทบอย่างเป็นระบบ และมีรายละเอียดเชิงลึก เพื่อพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย

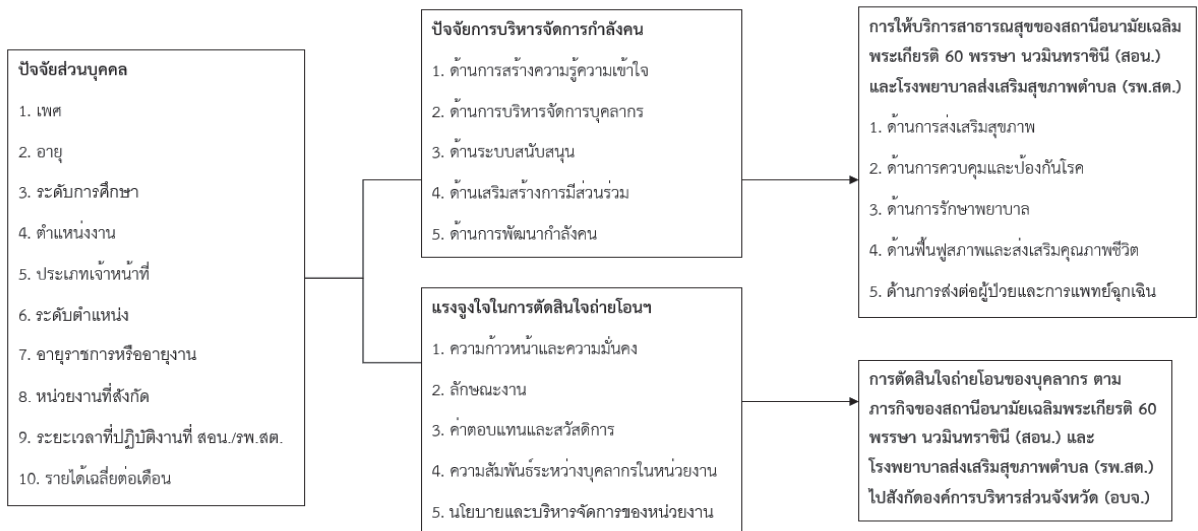
ต่อกระทรวงสาธารณสุข และเป็นข้อมูลเสนอคณะกรรมการการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ก.ก.ถ.) เพื่อปรับปรุงแนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสถานีนามัย เฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด แนบท้ายประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง หลักเกณฑ์และขั้นตอนการ ถ่ายโอนภารกิจสถานีนามัย เฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ.2564

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับการให้บริการด้านสาธารณสุขของสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) กรณีศึกษา : การถ่ายโอนภารกิจของสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.)

2. เพื่อศึกษาแรงจูงใจที่ส่งผลต่อการตัดสินใจถ่ายโอนของบุคลากร ตามภารกิจของสถานีนามัย เฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปสังกัดองค์การบริหาร ส่วนจังหวัด (อบจ.)

กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยในเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และวิจัยในเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. วิจัยเชิงปริมาณ เก็บข้อมูลกับเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โดยเป็นสายงานวิชาชีพที่ให้บริการสาธารณสุข และเป็นตำแหน่งที่กำหนดไว้ตามโครงสร้างหน่วยงาน ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข) แพทย์แผนไทย เจ้าพนักงานสาธารณสุข เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข เจ้าพนักงานเภสัชกรรม โดยมุ่งเน้นในจังหวัดที่มีการถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ในปีงบประมาณ พ.ศ.2566 จำนวน 49 จังหวัด ซึ่งมีจำนวนประชากรทั้งสิ้น จำนวน 16,284 คน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษากำหนดกลุ่มตัวอย่างตามสูตรของ Taro Yamane ที่มีความคลาดเคลื่อน (e) ที่ 0.05 ได้จำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 390.41 คน และเพื่อความสะดวกในการเก็บข้อมูลผู้วิจัยจะทำการเก็บทั้งหมด 400 ชุด ดังนั้น กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้รวมทั้งสิ้น 400 คน ซึ่งการหากลุ่มตัวอย่างในแต่ละหน่วย

งานที่สุ่มได้ โดยใช้วิธีการคำนวณตามสัดส่วนของประชากรในแต่ละหน่วยงาน ให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 400 คน

2. วิจัยเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลกับผู้บริหาร ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้ปฏิบัติงานด้านการเจ้าหน้าที่ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสังกัดส่วนกลางที่มีบทบาทหน้าที่เกี่ยวกับการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจ โดยใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus Group) จำนวน 20 คน โดยผู้วิจัยได้ใช้วิธีการเลือกสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ซึ่งการศึกษาวิจัยในครั้งนี้มีการกำหนดกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก 3 กลุ่ม จำนวนทั้งสิ้น ดังนี้ 1) ผู้บริหารและผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน 2) เจ้าหน้าที่สังกัดส่วนกลาง จำนวน 5 คน 3) เจ้าหน้าที่สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 10 คน

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยในครั้งนี้ มีเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์ ดังนี้

1. แบบสอบถาม จะแบ่งออกเป็น 4 ตอน ดังนี้ ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน ประเภทเจ้าหน้าที่ ระดับ

ตำแหน่ง (ข้าราชการ) หน่วยงานที่สังกัด อายุราชการ ระยะเวลาปฏิบัติงานที่สถานีนอนามัยหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านการบริหารจัดการกำลังคนที่มีความสัมพันธ์กับการให้บริการด้านสาธารณสุขของสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ประกอบด้วย ตอนที่ 2.1 ปัจจัยด้านการบริหารจัดการกำลังคน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการสร้างความรู้ความเข้าใจ ด้านการบริหารจัดการบุคลากร ด้านเสริมสร้างการมีส่วนร่วม ด้านการสนับสนุน และด้านการพัฒนากำลังคน และตอนที่ 2.2 สอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้บริการด้านสาธารณสุข โดยให้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับจำนวนครั้งการให้บริการ และคุณภาพให้บริการ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงจูงใจที่ส่งผลต่อการตัดสินใจถ่ายโอนของบุคลากรตามภารกิจฯ ไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ประกอบด้วย ปัจจัยแรงจูงใจ 5 ด้าน ได้แก่ ความก้าวหน้าและความมั่นคง ลักษณะงาน ค่าตอบแทนและสวัสดิการ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรในหน่วยงาน และนโยบายและบริหารจัดการของหน่วยงาน

ตอนที่ 4 ข้อเสนอแนะ

2. แบบสัมภาษณ์

ผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลจากเอกสาร และงานวิจัยที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพและการถ่ายโอนภารกิจของสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นไว้แล้วในการสัมภาษณ์ ซึ่งมีแนวคำถามปลายเปิด จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ 1) การบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพของ สถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทั้งระยะก่อน และหลังการถ่ายโอนภารกิจ 2) กระบวนการถ่ายโอนภารกิจฯ มีปัญหา อุปสรรค อย่างไรควรมีแนวทางแก้ปัญหาอย่างไรบ้าง 3) ปัจจัยที่เป็นแรงจูงใจให้บุคลากรยังไม่ตัดสินใจสมัครใจถ่ายโอน 4) ปัจจัย

ที่เป็นแรงผลักดันบุคลากรตัดสินใจถ่ายโอนไปพร้อมกับภารกิจฯ 5) ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินการขับเคลื่อนการถ่ายโอนภารกิจ และข้อเสนอแนะ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การวิจัยนี้ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านกำลังคน จำนวน 3 คน และได้ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะที่ได้รับ ก่อนนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มบุคลากรที่ปฏิบัติงาน ในสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ที่ไม่ใช่องค์การบริหารส่วนจังหวัด จำนวน 30 คน แล้วจึงนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น โดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งต้องมีค่าความเชื่อมั่นตั้งแต่ 0.07 ขึ้นไป สำหรับงานวิจัยนี้ได้ค่าความเชื่อมั่นมีค่าเท่ากับ 0.97

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคนโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานระหว่างเดือนพฤศจิกายน - ธันวาคม 2566 โดยดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อนายองค์การบริหารส่วนจังหวัดและนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด โดยชี้แจงรายละเอียดต่างๆ ของงานวิจัย และแนบเอกสารแนะนำสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งเอกสารให้ความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย
2. ผู้วิจัยใช้วิธีการเก็บข้อมูลผ่านระบบออนไลน์ <https://forms.gle/hm5psnEuPEWqxUYz6> หรือสแกน QR Code ซึ่งระบุการให้ความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยผ่านระบบออนไลน์
3. การวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้เข้าพบผู้บริหารและผู้ทรงคุณวุฒิที่มีบทบาทหน้าที่เกี่ยวกับการถ่ายโอนภารกิจฯ เพื่อขอนัดสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth

Interview) และทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลกับเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานด้านการเจ้าหน้าที่ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในรูปแบบการสนทนากลุ่ม (Focus Group) แบบออนไลน์

4. ผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัย ได้ตรวจสอบจำนวนผู้เข้าร่วมการวิจัย และการตอบแบบสอบถามของผู้เข้าร่วมวิจัยเพื่อให้ได้จำนวนครบตามกลุ่มตัวอย่าง และตรวจสอบความถูกต้อง จากนั้นทำการลงรหัสข้อมูล

ทั้งนี้ การขอเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ และแจ้งให้ทราบถึงการพิทักษ์สิทธิ์การเข้าร่วมวิจัย รายละเอียดโครงการ และการให้ความยินยอม หรือลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย หากมีปัญหาหรือข้อสงสัยสามารถติดต่อกับผู้วิจัยหรือคณะผู้วิจัยได้ทันที การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปสำหรับการวิจัย (Statistical Package for the Social Sciences: SPSS for Windows) เพื่อประมวลผลข้อมูลและจัดทำการวิเคราะห์ทางสถิติ ดังนี้

1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Analysis) ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) สำหรับอธิบายข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลส่วนบุคคล ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) อธิบายระดับความคิดเห็นของแรงจูงใจที่ส่งผลต่อการตัดสินใจถ่ายโอนของบุคลากรตามภารกิจฯ ไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.)

2) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way ANOVA) เพื่อทดสอบระดับแรงจูงใจในการตัดสินใจถ่ายโอนของบุคลากรฯ จะแตกต่างกันไปตามปัจจัยบุคคล หรือไม่และการวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) ใช้เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับการให้บริการด้านสาธารณสุขของสถานีนามัย เฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยแรงจูงใจในการตัดสินใจ

ถ่ายโอนของบุคลากร กับ การให้บริการด้านสาธารณสุขของสถานีนามัย เฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน รหัสโครงการ E006/66_ESP เมื่อวันที่ 16 พฤศจิกายน 2566

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาวิจัยเรื่องการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อการให้บริการด้านสาธารณสุขของสถานีนามัย เฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) กรณีศึกษา: การถ่ายโอนภารกิจของสถานีนามัย เฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) สามารถสรุปผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ศึกษาการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพของสถานีนามัย เฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) กรณีศึกษา : การถ่ายโอนภารกิจของสถานีนามัย เฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย มีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ส่วนใหญ่เป็นข้าราชการคิดเป็นร้อยละ 86.75 และส่วนใหญ่เป็นบุคลากรในหน่วยงานขององค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) คิดเป็นร้อยละ 65 ส่วนปัจจัยด้านการบริหารจัดการกำลังคน และปัจจัย การให้บริการด้านสาธารณสุขจากผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ พบว่าปัจจัยด้านการบริหารจัดการกำลังคน ในด้านการสร้างความรู้ความเข้าใจ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ 3.45 ซึ่งความคิดเห็น

อยู่ในระดับมาก ส่วนปัจจัยการให้บริการด้านสาธารณสุข จำแนกตามปริมาณการให้บริการส่วนใหญ่ พบว่าด้านการควบคุมและป้องกันโรค มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ 2.34 ซึ่งปริมาณการให้บริการอยู่ในระดับที่เพิ่มขึ้น ส่วนปัจจัยการให้บริการด้านสาธารณสุขจำแนกตามคุณภาพการให้บริการส่วนใหญ่ พบว่าด้านฟื้นฟูสภาพและส่งเสริมคุณภาพชีวิต มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ 2.40 ซึ่งคุณภาพการให้บริการอยู่ในระดับที่เพิ่มขึ้น

และเมื่อนำปัจจัยการให้บริการด้านสาธารณสุขมาเปรียบเทียบกับคุณภาพและปริมาณในการให้บริการด้านสาธารณสุขหลังการถ่ายโอนฯ พบว่าหลังจากการถ่ายโอนภารกิจ มีการให้บริการเชิงคุณภาพในภาพ

รวมมากขึ้นและการให้บริการด้านสาธารณสุขในเชิงปริมาณภาพรวมยังคงเท่าเดิมเมื่อเทียบกับก่อนการถ่ายโอน

นอกจากนี้เมื่อนำปัจจัยด้านการบริหารจัดการกำลังคนมาหาค่าความสัมพันธ์กับการให้บริการด้านสาธารณสุขของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) พบว่า ปัจจัยด้านการบริหารจัดการกำลังคนสัมพันธ์กับการให้บริการด้านสาธารณสุขในทิศทางเดียวกัน โดยมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ($r=0.296$, $p\text{-value} < 0.01$) ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการบริหารจัดการกำลังคนกับการให้บริการด้านสาธารณสุข (ภาพรวม)

การบริหารจัดการกำลังคน	การให้บริการด้านสาธารณสุข			
	r	Sig.	ระดับความความสัมพันธ์	ทิศทาง
	0.296**	0.000	ต่ำ	เดียวกัน

และจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหาร ผู้ทรงคุณวุฒิ และการสนทนากลุ่ม เจ้าหน้าที่ทั้งในส่วนกลางและในส่วนภูมิภาค ที่มีบทบาทหน้าที่เกี่ยวกับการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจ พบว่า การบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ ทั้งระยะก่อนและหลังการถ่ายโอนฯ แบ่งเป็น 5 ด้าน ดังนี้

1.1 ด้านการสร้างความรู้ความเข้าใจเรื่องหลักเกณฑ์ ขั้นตอน และแนวทางการดำเนินการถ่ายโอนฯ พบว่า เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และผู้ที่เกี่ยวข้องกับถ่ายโอนฯ มีการรับรู้เกี่ยวกับหลักเกณฑ์ ขั้นตอน และแนวทางการดำเนินการถ่ายโอนฯ ค่อนข้างน้อย หลักเกณฑ์ของการถ่ายโอนฯ ยังไม่ชัดเจน และขาดการสื่อสารระหว่างส่วนกลาง และส่วนภูมิภาค ซึ่งเจ้าหน้าที่และผู้ที่เกี่ยวข้องในส่วนภูมิภาคจะได้รับข่าวสารทางเดียวจากองค์การบริหารส่วนจังหวัดที่ทำงานเชิงรุกในพื้นที่ ส่งผลทำให้บุคลากรไม่มั่นใจในการถ่ายโอนฯ

1.2 ด้านการบริหารจัดการบุคลากรด้านสุขภาพ ในมิติความเพียงพอตามภาระงาน พบว่าก่อนการถ่ายโอนฯ จำนวนบุคลากรของ รพ.สต มีความเพียงพอ และในส่วนของมิติของลักษณะการจ้างงาน พบว่า ก่อนการถ่ายโอนฯ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีการจ้างงานทั้งหมด 5 ประเภท ได้แก่ ข้าราชการ พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ลูกจ้างชั่วคราว และมีการสนับสนุนบุคลากรจากโรงพยาบาลแม่ข่าย แต่หากเทียบจำนวนตามกรอบอัตรากำลัง เฉพาะประเภทข้าราชการ ทั้งของกระทรวงสาธารณสุข และองค์การบริหารส่วนจังหวัด จำนวนบุคลากรประเภทข้าราชการ ยังมีไม่เพียงพอเช่นเดียวกัน โดยเฉพาะสายวิชาชีพ เช่น พยาบาลวิชาชีพ และหลังจากการถ่ายโอนฯ พบว่า รพ.สต.บางแห่ง องค์การบริหารส่วนจังหวัดรับถ่ายโอนไปเฉพาะ รพ.สต.และภารกิจของ รพ.สต.เท่านั้น เนื่องจากไม่มีบุคลากรประเภทข้าราชการสมัครใจถ่ายโอน จึงทำให้ มีบุคลากรประเภทข้าราชการไม่เพียงพอตามกรอบอัตรากำลัง

1.3 ด้านการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกำลังคน ผ่านกลไกคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) เพื่อให้หน่วยงานมีความพร้อมรองรับการถ่ายโอนภารกิจ สอน./รพ.สต. พบว่า ยังไม่มีการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกำลังคน ไม่มีการวางแผนการบริหารจัดการกำลังคนร่วมกันที่ชัดเจน

1.4 การสนับสนุนด้านบุคลากร งบประมาณ ยา เวชภัณฑ์ การให้คำปรึกษาจากโรงพยาบาลแม่ข่าย พบว่า หลังการถ่ายโอนฯ ยังมีการให้คำปรึกษาจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ในส่วนของงบประมาณ ยา เวชภัณฑ์ ควรต้องมีการออกประกาศให้ชัดเจน เนื่องจากอยู่ภายใต้กฎหมายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่ยังไม่มีความชัดเจนเรื่องแนวทางปฏิบัติ ว่าเป็นไปตามกฎหมายหรือระเบียบใด

1.5 การพัฒนากำลังคนในด้านวิชาการ และด้านบริหาร พบว่า ยังไม่มีความชัดเจนในการพัฒนากำลังคนด้านวิชาการ และควรต้องเป็นหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขที่เป็นผู้ดำเนินการพัฒนาบุคลากร เนื่องจากมีองค์ความรู้ และมีความเชี่ยวชาญทางด้านสาธารณสุขมากกว่าองค์การบริหารส่วนจังหวัด

2. ศึกษาปัจจัยแรงจูงใจที่ส่งผลต่อการตัดสินใจถ่ายโอนของบุคลากร ตามภารกิจของสถานีนานามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) พบว่า ปัจจัยแรงจูงใจที่มีผลต่อการตัดสินใจถ่ายโอนของบุคลากรตามภารกิจของสถานีนานามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษานวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีจำนวน 2 ปัจจัย ได้แก่ ด้านความก้าวหน้าและความมั่นคง และด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรในหน่วยงาน ในส่วนของด้านลักษณะงาน ด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการ และด้านนโยบายและบริหารจัดการของหน่วยงาน ไม่มีผลต่อการตัดสินใจถ่ายโอนของบุคลากรตามภารกิจของสถานีนานามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษานวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงปัจจัยแรงจูงใจที่ส่งผลต่อการตัดสินใจถ่ายโอนของบุคลากร ตามภารกิจของสถานีนานามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษานวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) (ภาพรวม)

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients Beta	t	Sig.
	B	Std. Error			
(Constant)	2.798	0.255		10.986	0.000
ด้านความก้าวหน้าและความมั่นคง	-0.236	0.078	-0.226	-3.034	0.003
ด้านลักษณะงาน	-0.079	0.115	-0.061	-0.687	0.493
ด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการ	0.118	0.095	0.103	1.249	0.212
ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรในหน่วยงาน	-0.187	0.091	-0.159	-2.047	0.041
ด้านนโยบายและบริหารจัดการของหน่วยงาน	0.086	0.117	0.061	0.730	0.466

และจากการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่มเรื่องปัจจัยแรงจูงใจที่ส่งผลต่อการตัดสินใจถ่ายโอน ของบุคลากร ตามภารกิจของสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) พบว่า แรงจูงใจที่ส่งผลทำให้บุคลากรตัดสินใจถ่ายโอนฯ ผู้ให้ข้อมูลหลักส่วนใหญ่ได้ให้ความคิดเห็นว่า ปัจจัยด้านค่าตอบแทนเป็นแรงจูงใจให้บุคลากรถ่ายโอนไปมากที่สุด โดยค่าตอบแทนในส่วนที่เป็นอัตราเงินเดือนขององค์การบริหารส่วนจังหวัด และกระทรวงสาธารณสุข มีเพดานเงินเดือนที่แตกต่างกัน ซึ่งองค์การบริหารส่วนจังหวัดมีเพดานเงินเดือนที่สูงกว่า และอีกประเด็นหนึ่งที่เป็นแรงจูงใจให้บุคลากรถ่ายโอนคือ ด้านนโยบายและบริหารจัดการของหน่วยงาน ซึ่งบุคลากรคิดว่าหากย้ายไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด จะมีงานตามนโยบายรวมทั้งเรื่องตัวชี้วัดที่น้อยลง และประเด็นสุดท้ายที่เป็นแรงจูงใจที่ทำให้บุคลากรถ่ายโอนฯ คือ ด้านงบประมาณที่ทางองค์การบริหารส่วนจังหวัดจัดสรรให้กับ รพ.สต. เพิ่มขึ้น จะทำให้สามารถจัดบริการให้ประชาชนได้เพิ่มมากขึ้น

อภิปรายผล

จากผลการศึกษากรณีการถ่ายโอนภารกิจของสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) พบว่า ปัจจัยการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการให้บริการด้านสาธารณสุขของสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในทิศทางเดียวกัน มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ รุ่งนภา แสนคำปิ่น (2565) ที่ได้ศึกษาเรื่องการจัดการทรัพยากรมนุษย์กับประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชน ผลวิจัยพบว่าการจัดการทรัพยากรมนุษย์มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ส่วนงานวิจัยเชิงคุณภาพปัจจัยด้านการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพทั้งก่อนและหลังการถ่ายโอนทั้ง 5 ด้าน โดยด้านที่พบปัญหามากที่สุด คือ ด้านการสร้างความรู้ความเข้าใจเรื่องหลักเกณฑ์ ขั้นตอนและแนวทางการดำเนินงานถ่ายโอนฯ ยังขาดการสื่อสารระหว่างส่วนกลาง กับบุคลากรและผู้ที่เกี่ยวข้องในการถ่ายโอน ในส่วนภูมิภาค ซึ่งสอดคล้องกับ สมรณิก โชติช่วงฉัตรชัย และคณะ (2565) ที่ได้ศึกษาเรื่องกลไกการประมวลสถานการณ์และการสนับสนุนงานวิชาการ นโยบายและระบบสุขภาพ : กรณีการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด ผลการดำเนินงานพบว่า ในปีงบประมาณ 2566 มีการถ่ายโอน สถานีนอนามัยและรพ.สต. จำนวน 3,263 แห่งจากกระทรวงสาธารณสุข ให้แก่ อบจ. ใน 49 จังหวัด หลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจ สถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. 2564 มีการระบุบทบาทหน้าที่และหน่วยงานที่รับผิดชอบ เมื่อวิเคราะห์ด้วยกรอบ 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ พบว่ารายละเอียดที่เกี่ยวกับระบบยาและเวชภัณฑ์มีค่าใช้จ่ายและระบบข้อมูลสุขภาพมีน้อยกว่าระบบอื่นๆ ก่อนการถ่ายโอนฯ มีการดำเนินการที่สำคัญคือ การชี้แจงแนวทางปฏิบัติในหลายรูปแบบทั้งที่เป็นเอกสาร ราชการ หนังสือชักซ้อม การจัดอบรม หรือการจัดประชุม และการออกระเบียบเพื่อให้มีความชัดเจนในการดำเนินการ ปัญหาสำคัญอย่างหนึ่งในการนำไปสู่การปฏิบัติ คือ การขาดความชัดเจนในประเด็นการถ่ายโอนบุคลากร เช่น วิธีการจัดจ้าง ค่าตอบแทน ความก้าวหน้า และภาระงานบุคลากร ที่จัดจ้างประเภทพนักงานกระทรวงสาธารณสุข เป็นกลุ่มที่ได้รับผลกระทบจากการถ่ายโอนมากที่สุด เนื่องจากเป็นรูปแบบการจ้างที่มีเฉพาะในกระทรวงสาธารณสุขในขณะที่ยังไม่เคยมีระเบียบการจ้างในลักษณะเดียวกันนี้ ในกระทรวงมหาดไทย สำหรับด้านการบริหารจัดการบุคลากรด้านสุขภาพ ซึ่งแบ่งเป็น 2 มิติคือมิติความพอเพียงตามภาระงานและมิติของลักษณะการจ้างงาน ทั้งก่อนการถ่ายโอนฯ และหลังการถ่ายโอนฯ พบปัญหาความขาดแคลนบุคลากรตามกรอบอัตรากำลังอยู่ก่อนแล้ว หลังการถ่ายโอนจึงยังพบปัญหาความ

ขาดแคลนบุคลากรตามกรอบอัตรากำลัง เนื่องจาก สอน./รพ.สต บางแห่งบุคลากรที่สมัครใจไปไม่ครบตามกรอบอัตรากำลัง ประกอบกับองค์การบริหารส่วนจังหวัดรับ การถ่ายโอนตามกรอบอัตรากำลังเฉพาะประเภท ข้าราชการ ซึ่งก่อนการถ่ายโอน รพ.สต./สอน.กรอบอัตรา กำลังข้าราชการไม่เพียงพอต่อภาระงานอยู่แล้ว แต่เนื่องจาก กระทรวงสาธารณสุขมีการจ้างงานประเภทอื่นจึงทำให้มี บุคลากรเพียงพอต่อการให้บริการ ซึ่งสอดคล้องกับงาน วิจัยของ เบญจวรรณ ถนอมชยธวัช และคณะ (2566) เรื่อง การบริหารจัดการกำลังคนของสถานีนามัย เฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กรณีถ่ายโอนให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยใช้กลไกพระราชบัญญัติระบบ สุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ผลการศึกษาสถานการณ์การ ถ่ายโอนในครั้งนี้ พบว่าภารกิจของ สอน.และ รพ.สต. ถูกถ่ายโอนไปทั้งหมด แต่บุคลากร ของ สอน.และ รพ.สต. ถ่ายโอนไปไม่หมด มีอัตรากำลังน้อยกว่าก่อนถ่ายโอน ซึ่งก่อนถ่ายโอนอัตรากำลังต่ำกว่ากรอบอัตรากำลังอยู่แล้ว ดังนั้นการถ่ายโอนครั้งนี้ ปริมาณงานเท่าเดิม แต่ปริมาณ คนน้อยลง ทำให้ งาน คน เงิน ไม่สัมพันธ์กัน ส่งผลให้ สอน.และรพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัด ขาดอัตรากำลังคนในการให้บริการสุขภาพ โดยเฉพาะ อย่างยิ่ง สอน. และ รพ.สต. ขนาดเล็ก (S) และขนาดกลาง (M) ขาดแคลนบุคลากรสายวิชาชีพ สถานการณ์ดังกล่าว ย่อมส่งผลกระทบต่อ การให้บริการสุขภาพ สำหรับปัจจัย แรงจูงใจที่ส่งผลต่อการตัดสินใจถ่ายโอนของบุคลากร ตามภารกิจของสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล (รพ.สต.) ไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ผลการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ พบว่า ปัจจัยด้าน ความก้าวหน้าและมั่นคง และปัจจัยด้านความสัมพันธ์ ระหว่างบุคลากรในหน่วยงาน เป็นแรงจูงใจให้บุคลากร ถ่ายโอนฯ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ศุภานัน พุฒตาล (2562) ที่ได้ศึกษาวิจัยเรื่องแรงจูงใจที่มีผลต่อการตัดสินใจสมัครเข้าทำงานที่มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล ธัญบุรี ผลวิจัยพบว่า แรงจูงใจที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเข้า ทำงานมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี คือ ด้าน โอกาสในความเจริญก้าวหน้าและพัฒนาตนเอง ด้านความ

สัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน ด้านสวัสดิการและค่าตอบแทน ด้านลักษณะงาน ส่วนการวิจัยเชิงคุณภาพ มีปัจจัยแรง จูงใจอยู่ 3 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านค่าตอบแทนในส่วนของ อัตราเงินเดือน (2) ด้านนโยบายและบริหารจัดการของ หน่วยงาน และ (3) ด้านงบประมาณ ซึ่งสอดคล้องกับงาน วิจัยของ อรพรรณ โยธาสมุทร (2565) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง การถ่ายโอนโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิสู่องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บึงยี่โถ อำเภोधัญบุรี จังหวัดปทุมธานี โดยใช้การวิจัยเชิง คุณภาพด้วยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In - depth Interview) โดยมีกลุ่มตัวอย่าง คือกลุ่มนักวิชาการ จำนวน 2 คน ข้าราชการกระทรวงสาธารณสุข ข้าราชการ ท้องถิ่น เจ้าหน้าที่ รพ.สต.จำนวน 3 คน ตลอดจนผู้มารับ บริการจำนวน 5 คน ผลการวิจัยพบว่า 1. องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นมีข้อจำกัดและประสบปัญหาเกี่ยวกับการ จัดสรรงบประมาณในการจ้างบุคลากรด้าน สาธารณสุข มีรายได้มีไม่เพียงพอในการจัดซื้อวัสดุ อุปกรณ์ ยาและเวชภัณฑ์ด้านสาธารณสุข สำหรับให้ บริการประชาชน และขาดการอุดหนุนงบประมาณที่ได้รับจากรัฐบาล ซึ่งไม่เพียงพอต่อการบริหารงานโรง พยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การจัดทำงบประมาณเพิ่ม เดิมเพื่อใช้สำหรับการดำเนินงาน 2. บุคลากรสังกัดโรง พยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีความกังวลเกี่ยวกับ ความ มั่นคงของตำแหน่งงาน ความก้าวหน้าอัตราค่าตอบแทน ตำแหน่งและขั้นรวมถึงสวัสดิการและความมั่นคงด้านงบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 3. การปฏิบัติงานของคณะกรรมการกระจายอำนาจ ไม่มีกิจกรรม ส่งเสริม ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเตรียมการถ่าย โอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ไม่มีการ ผลักดันให้กระทรวงสาธารณสุขถ่ายโอนรพ.สต.ให้องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นในช่วงเวลาที่กฎหมายกำหนด ทำให้การถ่ายโอนไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาการให้บริการ สาธารณสุขของสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล (รพ.สต.) เฉพาะบุคลากรและเจ้าหน้าที่ด้าน

สาธารณสุขเท่านั้น ในการวิจัยครั้งต่อไปควรเพิ่มประชากรกลุ่มตัวอย่างที่เป็นประชาชนในพื้นที่ที่เข้าใช้บริการในสถานอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) นั้นๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกมากยิ่งขึ้น

2. การเก็บข้อมูลการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน ที่เป็นบุคลากรและเจ้าหน้าที่ของสถานี

อนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทั้งที่ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอนไป อบจ. เป็นเพียงการเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามเท่านั้น ในการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการเพิ่มการเก็บข้อมูลแบบสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth Interview) หรือการสนทนากลุ่ม (Focus Group) เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกและชัดเจนมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. (2565). ประชุมคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ครั้งที่ 6/2565. สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี ทำเนียบรัฐบาล
- เบญจวรรณ ถนอมชยธวัช และคณะ. (2566). การบริหารจัดการกำลังคนของ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กรณีถ่ายโอนให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยใช้กลไกพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- ประกาศคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. (วันที่ 19 ตุลาคม 2564). ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 138 ตอนพิเศษ 254 ง
- แผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551.(วันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2551). ราชกิจจานุเบกษา ฉบับประกาศและงานทั่วไป เล่ม 125 ตอนพิเศษ 40 ง
- พระราชบัญญัติกำหนดและแผนชั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542. (17 พฤศจิกายน 2542). ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 116/ตอนที่ 114 ก
- ลือชัย ศรีเงินยวงและคณะ. (2555). การถ่ายโอนสถานีอนามัยสู่ท้องถิ่น: การสังเคราะห์บทเรียนจากกรณีศึกษาพื้นที่ถ่ายโอนและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย. [สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข]. มหาวิทยาลัยมหิดล
- ศุภานัน พุฒตาล. (2562). แรงจูงใจที่มีผลต่อการตัดสินใจสมัครเข้าทำงานที่มหาวิทยาลัยเทคโนโลยี ราชมงคลธัญบุรี. กองบริหารงานบุคคล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี
- สงกรานต์ บุญมาและศุภวัฒน์นกร วงศ์ธนวิสุ (2556). การบริหารจัดการสถานีอนามัยบ้านสันนาเม็งหลังถ่ายโอนภารกิจจากสาธารณสุข: กรณีศึกษาเทศบาลตำบลสันนาเม็ง อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่. [การค้นคว้าอิสระปริญญาโทมหาบัณฑิต]. วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- สมธนิ์ก โชติช่วงฉัตรชัย และคณะ. (2565). กลไกการประมวลสถานการณ์และการสนับสนุนงานวิชาการนโยบายและระบบสุขภาพ:กรณีการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- อรพรรณ โยธาสมุทร. (2565) การถ่ายโอนโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงยี่โถ อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี. [การค้นคว้าอิสระปริญญาโทมหาบัณฑิต]. คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

การพัฒนาารูปแบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สื่อสาร
ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและสุขภาพภาคประชาชน จังหวัดอุบลราชธานี
The Development of the Model for Village Health Volunteers to Convey
in the Primary Health Care Operation in Ubon Ratchathani

วิชิต พุ่มจันทร์
Wichid Pumchan
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
Ubon Ratchathani Provincial Health Office

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบันและการพัฒนารูปแบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สื่อสารในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและสุขภาพภาคประชาชน จังหวัดอุบลราชธานี รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยผสมผสาน (Mixed methods) เก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ (Quantitative) และเชิงคุณภาพ (Qualitative)

ผลการศึกษา ดังนี้ 1. ได้รูปแบบ รูปแบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สื่อสารในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและสุขภาพภาคประชาชน จังหวัดอุบลราชธานี มีแนวทาง 6 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านบริบทและสิ่งแวดล้อม จำนวน 11 ข้อ 2) ด้านโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ จำนวน 5 ข้อ 3) ด้านเทคโนโลยี จำนวน 9 ข้อ 4) ด้านกระบวนการสายที่ 1 สื่อสารเครือข่ายเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 8 ข้อ สายที่ 2 สื่อสารเครือข่ายประธาน อสม. จำนวน 7 ข้อ และสายที่ 3 สื่อสารเครือข่าย อสม. สื่อสาร จำนวน 8 ข้อ 5) ด้านการตัดสินใจ 5.1) ความรู้ในการสื่อสาร จำนวน 4 ข้อ 5.2) ทักษะในการสื่อสาร จำนวน 6 ข้อ 5.3) แรงจูงใจในการสื่อสาร จำนวน 7 ข้อ 2. ผลประเมินความเหมาะสมในการนำไปใช้ จากความคิดเห็น ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดอุบลราชธานี 34,681 คน สุ่มตัวอย่าง 800 คน พบว่า ภาพรวมมีความเหมาะสมระดับมาก ($\bar{x}=4.21$) และเมื่อจำแนก ทั้ง 6 ด้าน ก็มีความเหมาะสมระดับมากทั้งหมด มีรายละเอียด ดังนี้ 1. ด้านบริบทและสิ่งแวดล้อม มีความเหมาะสมระดับมาก ($\bar{x}=4.28$) 2. ด้านโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ มีความเหมาะสมระดับมาก ($\bar{x}=4.30$) 3. ด้านเทคโนโลยี มีความเหมาะสมระดับมาก ($\bar{x}=4.29$) 4. ด้านกระบวนการ มีความเหมาะสมระดับมาก ($\bar{x}=4.29$) แยกเป็น 4.1) สายที่ 1 สื่อสารเครือข่ายเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ($\bar{x}=4.29$) 4.2) สายที่ 2 สื่อสารเครือข่าย ประธาน อสม. ($\bar{x}=4.31$) 4.3) สายที่ 3 สื่อสารเครือข่าย อสม. สื่อสาร (ไม่ใช่ประเภทผู้นำ อสม.) ($\bar{x}=4.28$) 5. ด้านการตัดสินใจ มีความเหมาะสมระดับมาก ($\bar{x}=4.25$) 5.1) ความรู้ในการสื่อสาร ($\bar{x}=4.25$) 5.2) ทักษะในการสื่อสาร ($\bar{x}=4.27$) 5.3) แรงจูงใจในการสื่อสาร ($\bar{x}=4.23$) และ 6 ด้านปัญหา มีความเหมาะสมระดับมาก ($\bar{x}=4.23$)

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ, อสม. สื่อสาร, สาธารณสุขมูลฐาน, สุขภาพภาคประชาชน

Abstract

This research paper aims to study the current condition and the way to develop the model for village health volunteers to convey in the primary health care operation in Ubon Ratchathani. For the research model, the author applied Mixed Methods Research by gathering data both quantitative and qualitative data. The results of the study were showed as follow 1) the author created the model for village health volunteers to convey in the primary health care operation in Ubon Ratchathani with 6 issues: 1) 11 items of contexts and environment; 2) 5 items of structure and officers' roles; 3) 9 items of technology; 4) items of procedures: 1. 8 items of the communication network of public health officers, 2. 7 items of communication network of village health volunteer chiefs, and 3. 8 items of

communication between network of village health volunteers; 5) making decision: 5.1 4 items of knowledge in communication, 5.2 6 items in communication skills, and 5.3 7 items of motivation in communication. And, 2) The appropriate assessment for utilization - from 34,681 village health volunteers that the author had 800 people from the sampling, the author found that, overall, there is a high level of appropriateness ($\bar{x}=4.21$) - after classifying 6 issues, there were all high levels of suitability. The details were as follows: 1) contexts and environment expressed a high level of appropriateness ($\bar{x}=4.28$), 2) structure and officers' roles was a high level of appropriateness ($\bar{x}=4.30$), 3) technology was a high level of appropriateness ($\bar{x}=4.29$), 4) procedures expressed a high level of appropriateness ($\bar{x}=4.29$) - for this point, the author can divided in 3 issues: 4.1.1 the public health officers' communication ($\bar{x}=4.29$), 4.1.2 the communication network of village health volunteer chiefs ($\bar{x}=4.31$), 4.1.3 the communication between network of village health volunteers ($\bar{x}=4.28$); 5) making decision expressed a high level of appropriateness ($\bar{x}=4.25$): 5.1 communication knowledge ($\bar{x}=4.25$), 5.2 communication skills ($\bar{x}=4.27$), 5.3 motivation of communication; ($\bar{x}=4.23$); and 6) problems was a high level of appropriateness ($\bar{x}=4.23$).

Keywords : Model Development, Communication of Village Health Volunteers, The Primary Health Care, Public Health

บทนำ

กระบวนการสาธารณสุขมูลฐาน หรือการสาธารณสุขมูลฐาน ได้มีการเริ่มขึ้นตามมติที่มีการประชุมกันที่ เมืองอัลมา-อตา (Alma-Ata) ประเทศรัสเซีย (ในสมัยก่อนที่ยังไม่ได้แยกประเทศ) ในปี 2521 ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนาชุมชน เพื่อให้ประชาชนแก้ปัญหาด้วยตนเองและสามารถช่วยตนเองได้ ด้วยการสาธารณสุขในการผสมผสานในการพัฒนาด้านอื่นๆ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2557) ในประเทศไทย เริ่มมีการดำเนินการประกาศใช้แผนงานสาธารณสุขมูลฐานแห่งชาติ เมื่อปี พ.ศ. 2522 และหลังจากนั้น ปีต่อมา ก็มีการตั้งสำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐานแห่งชาติ (เจาะลิกระบบสุขภาพ, 2557) เพื่อเป็นหน่วยงานในการขับเคลื่อนการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย และมีการขับเคลื่อนมาตั้งแต่ทศวรรษที่ 1 (พ.ศ. 2520-2529) เป็นการจัดโครงสร้างพื้นฐานของการสาธารณสุขมูลฐาน ทศวรรษที่ 2 (พ.ศ. 2530 - 2539) มีการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) เกิดความก้าวหน้าของกองทุนพัฒนาหมู่บ้านและกองทุนบัตรสุขภาพ ผสส.ยกระดับขึ้นมาเป็น อสม.ทั้งหมด และ

จัดตั้งชมรม อสม.ระดับต่างๆ ทศวรรษที่ 3 (พ.ศ. 2540-2549) เร่งรัดการพัฒนาเพื่อให้บรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า ใช้สาธารณสุขมูลฐานเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาสุขภาพ โดยมี อสม.เป็นผู้ปฏิบัติ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้สนับสนุน เน้นเรื่องหมู่บ้านจัดการสุขภาพ พัฒนา อสม. ทศวรรษที่ 4 (พ.ศ. 2550-2557) ปรับกระบวนการพัฒนารูปแบบการสาธารณสุขมูลฐาน มุ่งเน้นการบริหารจัดการ เสริมพลังชุมชน สร้างเครือข่าย สร้างการมีส่วนร่วม พัฒนาศักยภาพอสม.จากนักพัฒนาเป็นนักจัดการสุขภาพชุมชน พัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ตำบลจัดการสุขภาพ เชื่อมระบบบริการปฐมภูมิและเครือข่ายระดับอำเภอ (ณฐนนท บรีสุทธ, 2563) หลังจากนั้น ในปี 2561 มีการประชุมระดับโลกด้านการสาธารณสุขมูลฐาน : จากปฏิญญาอัลมา-อตา สู่การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UHC) และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ณ เมืองอัสตานา สาธารณรัฐคาซัคสถาน นอกจากการดำเนินงานการสาธารณสุขมูลฐานแล้ว ยังมีมีการพัฒนาการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งภายหลังได้มีกฎหมายหรือ พรบ.สุขภาพปฐมภูมิเมื่อปี 2562 เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพ มีความเป็นธรรม

กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ออกนโยบาย 3 หมอ โดยมีแนวคิดการพัฒนาาระบบสุขภาพปฐมภูมิเข้มแข็ง มีคุณภาพทั่วถึงยั่งยืนและบรรลุเป้าหมายทุกครอบครัว มีหมอปประจำตัว 3 คน โดย มี อสม.เป็นหมอคนที่ 1 ที่รองรับการดำเนินงาน เชื่อมโยงกับ หมอคนที่ 2 และ หมอคนที่ 3 ดังนั้น การพัฒนาศักยภาพ อสม.จึงเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องมีการเตรียมการ

การพัฒนา อสม.ในจังหวัดอุบลราชธานี ที่ผ่านมามีในด้านข้อมูลทั่วไป แบ่งเขตการปกครองเป็น 25 อำเภอ 219 ตำบล 2,884 ชุมชน/หมู่บ้าน 403,546 หลังคาเรือนมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทั้งหมด จำนวน 34,681 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, 2563) การพัฒนา อสม.หรือผู้นำ อสม.ที่ผ่านมามีส่วนใหญ่นำมาดำเนินการตามนโยบาย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข การพัฒนาศักยภาพ อสม. ที่จะแก้ไขปัญหาตามสภาพ ปัญหาของพื้นที่ หรือตามบริบทไม่ค่อยจะมีการดำเนินการ แต่ในปี 2562 จังหวัดอุบลราชธานี มีการจัดทำ ธรรมนูญ อสม.แห่งแรกของประเทศไทย ได้กำหนดให้มีการขับเคลื่อน อสม.สื่อสาร หมู่บ้านละ 1 คน เพื่อเป็น แกนนำที่จะสื่อสารข้อมูลต่างๆ ให้ อสม. และประชาชน ในการสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพ ภาคประชาชน โดยมีการพัฒนาศักยภาพ อสม.โดยใช้งบประมาณจากธรรมนูญ อสม.ในปี 2563 และมีการพัฒนาศักยภาพ อสม.สื่อสาร ในปี 2564 ใช้งบประมาณ จากการบูรณาการงบประมาณ การวิจัยของโครงการ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การพัฒนารูปแบบ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สื่อสาร ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและสุขภาพภาคประชาชน จังหวัดอุบลราชธานี

ขั้นตอนที่ 1.ศึกษาการพัฒนารูปแบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สื่อสาร ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและสุขภาพภาคประชาชน จังหวัดอุบลราชธานีในภาวะปัจจุบัน

ขั้นตอนที่ 2.พัฒนารูปแบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สื่อสารที่เหมาะสม ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและสุขภาพภาคประชาชน จังหวัดอุบลราชธานี

ขั้นตอนที่ 3.ประเมินการพัฒนารูปแบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สื่อสารในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและสุขภาพภาคประชาชน จังหวัดอุบลราชธานี

รูปแบบ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สื่อสาร ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและสุขภาพภาคประชาชน จังหวัดอุบลราชธานี

ประเมินผลการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ของมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี และมีการขับเคลื่อน มีผลงาน ที่ได้รับความสำเร็จ ที่เกี่ยวข้องหลายประการแต่ยังไม่มี การประเมินผล และถอดบทเรียนเพื่อพัฒนาในการขับเคลื่อนต่อไปอย่างเป็นรูปธรรม (ธรรมนูญ อสม.จังหวัดอุบลราชธานี, 2562)

ดังนั้น เพื่อให้การขับเคลื่อนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)สื่อสาร มีการต่อยอด มีคุณภาพและการดำเนินการที่ต่อเนื่อง ผู้วิจัยในฐานะ คุแลงานสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพภาคประชาชน จึงมีความสนใจที่จะศึกษา การพัฒนารูปแบบ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สื่อสาร ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและสุขภาพภาคประชาชน จังหวัดอุบลราชธานี และเพื่อประเมินพร้อม ทั้งการพัฒนารูปแบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)สื่อสาร ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน และสุขภาพภาคประชาชน จังหวัดอุบลราชธานี ในระยะต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาและพัฒนารูปแบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สื่อสาร
2. เพื่อประเมินการพัฒนารูปแบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สื่อสาร ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและสุขภาพภาคประชาชน จังหวัดอุบลราชธานี

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษาวิจัย การพัฒนารูปแบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) สื่อสารในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและสุขภาพภาคประชาชน จังหวัดอุบลราชธานี เป็นการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed methods) เก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ (Quantitative) และคุณภาพ (Qualitative)

ประชากร การสนทนากลุ่ม (Focus Group) ได้แก่ กลุ่มที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาศักยภาพ อสม. และการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพภาคประชาชน ในระดับจังหวัด อำเภอ และระดับตำบล ประมาณ 9-15 คน การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) สำหรับผู้ทรงคุณวุฒิ โดยได้คัดเลือกผู้เชี่ยวชาญ ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่มีความรู้ และประสบการณ์ในการพัฒนาศักยภาพ อสม.รวมทั้งผู้บริหารที่เกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบาย ในระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับตำบล รวมอย่างน้อย จำนวน 10-15 ท่าน การตอบแบบสอบถาม อสม.ในจังหวัดอุบลราชธานี ประชากร 34,681 คน สุ่มตัวอย่าง ใช้สูตร TARO YAMANE ได้ตัวอย่าง 395 คน เพื่อความครอบคลุมใช้ขนาดตัวอย่างเป็นตัวแทน อสม.เป็น 2 เท่า คือ 800 คน

เครื่องมือใช้เก็บข้อมูล/การตรวจสอบการใช้เครื่องมือ เครื่องมือการวิจัยเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย

1. แนวคำถามในการประสนทนากลุ่ม (Focus Group) ใช้ในการสนทนากลุ่มบุคลากร ที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาศักยภาพ อสม.และการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพภาคประชาชน ในระดับจังหวัด อำเภอ และระดับตำบล มีทั้งหมด 5 ข้อ
2. แนวคำถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ผู้ทรงคุณวุฒิ รวมทั้ง ผู้บริหารที่เกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบาย มีทั้งหมด 5 ข้อ นำแบบสัมภาษณ์เชิงลึก สำหรับ ผู้ทรงคุณวุฒิที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบ แล้วนำมาปรับปรุง

เครื่องมือเชิงปริมาณ ประกอบด้วย

แบบสอบถาม อสม. มี 2 ชุด ชุดที่ 1 ประเมินสภาพปัจจุบัน มี 3 ส่วน ข้อมูลทั่วไป 10 ข้อ รูปแบบ อสม.สื่อสาร ในภาวะปัจจุบัน 71 ข้อ และปัญหาและข้อเสนอแนะ 2 ข้อ

2) ประเมินรูปแบบด้านความเหมาะสมการนำไปใช้ มี 3 ส่วน ข้อมูลทั่วไป 9 ข้อ การประเมินรูปแบบ อสม.สื่อสาร 78 ข้อ และปัญหาและข้อเสนอแนะ 2 ข้อ นำแบบสอบถาม อสม. 2 ชุด ให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบ และวิเคราะห์หาค่าความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence หรือ IOC) แล้วปรับปรุงแก้ไขให้ถูกต้อง วิเคราะห์หาความเที่ยง วิธีกรของครอนบาค (Cronbach Method) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Coefficient of Alpha) เท่ากับ 0.91,0.92 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ได้เก็บข้อมูล คือ 1.การศึกษาสภาพปัจจุบัน 1) จากศึกษาเอกสาร แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 2) การสนทนากลุ่ม (Focus Group) 3) การสัมภาษณ์เชิงลึก(In-depth interview) 4) การตอบแบบสอบถาม ของ อสม. (Questionnaire) 2.การพัฒนาแบบ โดยการนำผลการศึกษา จาก 1) จากศึกษาเอกสาร ที่เกี่ยวข้อง 2) การสนทนากลุ่มย่อย(Focus Group) 3)การสัมภาษณ์เชิงลึก(In-depth interview) และ 4) การตอบแบบสอบถาม ของ อสม. (Questionnaire) วิเคราะห์ (Analysis) มาสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นรูปแบบ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) สื่อสารในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและสุขภาพภาคประชาชน จังหวัดอุบลราชธานี 3.การประเมินการพัฒนารูปแบบด้านความเที่ยงตรง โดย ศึกษาความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 10-15 ท่าน 4.การประเมินการพัฒนารูปแบบด้านความเหมาะสมการนำไปใช้ โดย ประเมินจากความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ในจังหวัดอุบลราชธานี แล้วนำข้อ เสนอแนะมาปรับปรุง การพัฒนารูปแบบต่อไป

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและรับรอง จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เอกสารรับรองเลขที่ SSJ.UB 2566-005 รหัสโครงการ SSJ.UB005 วันที่รับรอง 21 กุมภาพันธ์ 2566

ผลการศึกษารายละเอียด

1. ผลการศึกษาสภาพปัจจุบัน

1.1 การประชุมสนทนากลุ่ม (Focus Group) ได้ผลสรุปการสนทนากลุ่ม แนวทางการการพัฒนา รูปแบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สื่อสาร ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและสุขภาพภาคประชาชน จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 14 ข้อ ดังนี้ 1) จัดประชุมชี้แจง บทบาทหน้าที่ อสม. สื่อสารและวางแผนการดำเนินงาน 2) การอบรมพัฒนาศักยภาพ อสม. สื่อสารอย่างต่อเนื่อง 3) จัดเจ้าหน้าที่ที่เป็นพี่เลี้ยงในการดำเนินงาน อสม. สื่อสาร และแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการ 4) การพัฒนาระบบการสื่อสาร 5) อสม. สื่อสาร ต้องปฏิบัติหน้าที่ความรับผิดชอบ 6) ควรมีการเพิ่มจำนวน อสม. สื่อสาร 7) ส่งเสริมให้เพิ่มกลุ่มเครือข่ายอื่นๆ ในการเป็น อสม. สื่อสาร 8) จัดให้มีศูนย์ประสานงานระดับอำเภอ 9) ควรมีการศึกษารายละเอียด เชิงปฏิบัติการ 10) จัดให้มีโครงการเชื่อมสัมพันธ์ระหว่าง อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และภาคีเครือข่าย 11) ประกาศนโยบาย หรือจัดทำธรรมนูญ อสม. ประเด็นการใช้เทคโนโลยีมาช่วยในการสื่อสารการดำเนินงาน และ 12) การจับคู่บัดดี้ อสม. ให้มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการใช้เทคโนโลยี

1.2) การใช้แบบสอบถาม อสม. (Questionnaire) สอบถาม อสม. ในจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่ม อสม. ประชากร 34,681 คน สุ่มตัวอย่าง 800 คน ข้อมูลทั่วไป ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 89.07 การศึกษาระดับ ม.6 ร้อยละ 42.81 อาชีพ เกษตรกร ร้อยละ 79.41 สถานะภาพสมรส ร้อยละ 77.27 ผ่านการอบรม ร้อยละ 87.39 ในด้านรูปแบบ อสม. สื่อสาร พบว่า **ด้านที่ 1.** นโยบายบริบทและสิ่งแวดล้อม 1.1) ทราบ เข้าใจ และถือปฏิบัติตลอด ร้อยละ 47.54 1.2) เกิดขึ้นจากนโยบาย 3 หมอ ร้อยละ 55.84 1.3) เป็นนโยบายที่ตีมาจาก

ร้อยละ 54.75 1.4) เป็นนโยบายที่ยกระดับระบบสุขภาพปฐมภูมิ มี อสม. หมอคนที่ 1 เป็น ร้อยละ 65.54 1.5) สสอ./ฝ่ายสาธารณสุขมูลฐานอำเภอ สื่อสารให้ดำเนินการ ร้อยละ 59.03 1.6) สสอ. ประชุมชี้แจงนโยบายสื่อสาร ร้อยละ 55.42 1.7) มีการประชุมอบรม จนท. และอสม. ในระดับอำเภอ และใน รพ.สต. ร้อยละ 37.90 1.8) มีการขับเคลื่อนการใช้แอปสมาร์ท อสม. ร้อยละ 74.86 1.9) มีการกำกับ ติดตาม ประเมินผลทุกครั้ง ร้อยละ 82.01 **ด้านที่ 2.** ด้านโครงสร้าง และบทบาทหน้าที่ 2.1) ได้รับความเข้าใจ และ ถือปฏิบัติตลอด เกี่ยวกับ อสม. สื่อสาร หมายถึง ร้อยละ 47.54 2.2) ทราบ เข้าใจ และ ถือปฏิบัติตลอด เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ ร้อยละ 50.66 2.3) ทราบเข้าใจ และถือปฏิบัติตลอด เกี่ยวกับประเภท อสม. สื่อสาร ร้อยละ 44.82 2.4) ฝ่าย สสม. อำเภอ ส่งไลน์ไปยังกลุ่มไลน์ รพ.สต. ทุกแห่ง ร้อยละ 46.38 2.5) อสม. สื่อสาร ช่วงเช้า หากมีการสื่อสาร นโยบาย หรือข้อมูลทางไลน์มา ช่วงเช้า ร้อยละ 65.43 2.6) อสม. มีการสื่อสาร ขับเคลื่อนประเด็นต่างๆ ตามนโยบาย อสม. สื่อสารพบว่า ทำทั้ง ข้อ 1 และข้อ 2 แล้วแต่สะดวก ร้อยละ 52.81 **ด้านที่ 3.** ด้านกระบวนการ 3.1) อสม. ผู้ทำหน้าที่ รับ-ส่ง ข้อมูลข่าวสาร จากงานสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพภาคประชาชน กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สสจ. อุบลฯ พบว่าทำทุกครั้ง ร้อยละ 70.05 3.2) อสม. ผู้ทำหน้าที่ รับ-ส่ง ข้อมูลข่าวสาร จากฝ่ายสาธารณสุขมูลฐานระดับอำเภอ สสอ. พบว่า ทำทุกครั้ง ร้อยละ 67.89 3.3) อสม. ผู้ทำหน้าที่ รับ-ส่ง ข้อมูลข่าวสาร จากฝ่ายปฐมภูมิและองค์กรร่วม โรงพยาบาลชุมชน พบว่าทำทุกครั้ง ร้อยละ 65.41 3.4) อสม. ผู้ทำหน้าที่ รับ-ส่ง ข้อมูลข่าวสาร จาก ผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพภาคประชาชน รพ.สต. พบว่า ทำทุกครั้ง ร้อยละ 73.55 3.5) อสม. ผู้ทำหน้าที่ รับ-ส่ง ข้อมูลข่าวสาร ประชาชน อสม. จังหวัด พบว่าทำทุกครั้ง ร้อยละ 62.67 3.6) อสม. ผู้ทำหน้าที่ รับ-ส่ง ข้อมูลข่าวสาร ประชาชน อสม. โชน พบว่าทำทุกครั้ง ร้อยละ 63.97 3.7) อสม. ผู้ทำหน้าที่ รับ-ส่ง ข้อมูลข่าวสารจากประชาชน อสม. ตำบล พบว่าทำทุกครั้ง ร้อยละ 72.09 **ด้านที่ 4.** ด้านเทคโนโลยี 4.1) ท่านมีและใช้อุปกรณ์สื่อสารในการดำเนินงานส่งข้อมูลข่าวสารผ่านระบบโซเชียลต่างๆ ตามนโยบาย

อสม.สื่อสาร จังหวัดอุบลราชธานี ส่วนใหญ่มีและใช้ โทรศัพท์มือถือ ร้อยละ 87.99 4.2) โทรศัพท์มือถือของท่านมีสเปค สมรรถนะ สามารถใช้ส่งข้อมูลข่าวสารผ่านระบบโซเชียลต่างๆ ตามนโยบาย อสม.สื่อสาร จังหวัดอุบลราชธานี ส่วนใหญ่ใช้ได้ ร้อยละ 98.73 4.3) สัญญาณอินเทอร์เน็ตในโทรศัพท์มือถือในพื้นที่ของท่าน สามารถใช้ส่งข้อมูลข่าวสาร ผ่านระบบโซเชียลต่างๆ ตามนโยบาย อสม.สื่อสาร จังหวัดอุบลราชธานี ส่วนใหญ่ใช้ได้ ร้อยละ 99.06 4.4) ท่านสามารถ เข้าลิ้งค์และรายงานข้อมูลตอบคำถามกลับในกลุ่กเฟิร์มที่ทางจังหวัด ส่งทางไลน์กลุ่มตามนโยบาย อสม.สื่อสาร จังหวัดอุบลราชธานี ส่วนใหญ่ เข้าได้ทุกครั้ง และรายงานข้อมูลตอบกลับทุกครั้ง ร้อยละ 84.11 4.5) ท่านได้ใช้โซเชียลใบบ้าง ในการสื่อสารตามนโยบาย อสม.สื่อสาร จังหวัดอุบลราชธานี ส่วนใหญ่ ใช้ไลน์กลุ่ม ร้อยละ 36.70 รองลงมา ใช้แอป สมาร์ท อสม. ร้อยละ 31.54 **ด้านที่ 5. ด้านการตัดสินใจ 5.1 ด้านความรู้ 5.1.1) อสม.ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบาย อสม.สื่อสาร เกิดขึ้นจาก ธรรมนุญ อสม.ปี 2563 พบว่า** ใช้ ร้อยละ 92.84 5.1.2) อสม.ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับที่มา อสม.สื่อสารพบว่า ใช้ ร้อยละ 98.00 5.1.3) อสม.ด้านความรู้ความเข้าใจ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ร่วมกับชมรม อสม.จังหวัดอุบลราชธานี ได้กำหนดให้มี อสม.สื่อสาร ที่ได้กำหนดไว้ในธรรมนูญ อสม.พบว่า ใช้ ร้อยละ 97.10 (คน) 5.1.4) อสม. ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ นโยบาย อสม.สื่อสาร ลงไปหา อสม. ไม่ครอบคลุม ทัวถึง ทำให้ไม่ทราบข้อมูล ไม่สามารถปฏิบัติงานตามนโยบายได้อย่างมีประสิทธิภาพ พบว่า ใช้ ร้อยละ 86.90 5.1.5) อสม. ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบาย อสม.สื่อสาร เป็นนโยบายที่ไม่เกี่ยวข้องสัมพันธ์ เชื่อมโยง หนุนเสริม บูรณาการ กับนโยบายอื่นๆ งานกิจกรรมใดๆ เลย พบว่า ใช้ ร้อยละ 76.69 5.1.6) อสม. ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบาย อสม.สื่อสาร มี 2 ประเภท คือ ประเภทผู้นำ อสม.ได้แก่ ประธานอสม.จังหวัด/อำเภอ/ตำบล /รพ.สต./หมู่บ้าน และประเภทที่ไม่ใช่ผู้นำ อสม.ได้แก่ อสม.หมอบริการบ้าน/อสม.แพทย์แผนไทย /อสม.สื่อสาร (ที่อยู่ในกลุ่มไลน์ อสม.สื่อสาร)/อสม.ดีเด่น/อสม.แอปพลิเคชัน/อสม.วิถีไทย ห่างไกลโรค พบว่า ใช้ ร้อยละ 93.24 5.1.7) อสม.

ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบาย อสม.สื่อสาร ประเภทผู้นำ อสม.สื่อสาร จะสื่อสารไปยังประธาน อสม. แต่ละระดับตามลำดับ ตั้งแต่ จังหวัด /โซน/ อำเภอ /ตำบล/ รพ.สต./หมู่บ้าน/ชุมชน พบว่า ใช้ ร้อยละ 97.01 5.1.8) อสม. ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบาย อสม.สื่อสาร ประเภทไม่ใช่ ผู้นำ อสม. ให้สื่อสาร อสม. ในหมู่บ้านของตนเอง หรือภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง พบว่า ใช้ ร้อยละ 85.86 5.1.9) อสม.ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบาย อสม.สื่อสาร อสม.เมื่อสื่อสารเสร็จ ไม่จำเป็นต้องรายงานผลการสื่อสารในลิ้งค์ต่างๆ กลับมา พบว่า ใช้ ร้อยละ 75.14 5.1.10) อสม. ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบาย อสม.สื่อสาร สสอ./ฝ่าย สสม. อำเภอ/รพ.สต. ไม่จำเป็นต้องสนับสนุนการสื่อสารลงพื้นที่ระดับอำเภอและระดับตำบล พบว่า ใช้ ร้อยละ 72.66 5.1.11) อสม. ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบาย อสม.สื่อสาร ได้กำหนดไว้อย่างน้อยหมู่บ้านละ 1 คน โดยมีการอบรมไปแล้ว เมื่อปี 2563 ร่วมบูรณาการกับงานวิจัยโควิด-19 ของทางมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี พบว่า ใช้ ร้อยละ 90.01 5.1.12) อสม.สื่อสาร มีบทบาทหน้าที่รับข้อมูลข่าวสาร ในระบบออนไลน์จากจังหวัด อำเภอ และ ระดับตำบล ไปสื่อสารให้ อสม. ได้ทราบ เข้าใจ และถือปฏิบัติ อย่างรวดเร็ว ทันต่อสถานการณ์ พบว่า ใช้ ร้อยละ 97.09 5.1.13) จะมีการสื่อสาร นโยบาย /ประเด็น ขับเคลื่อน/กิจกรรมต่างๆ ให้ อสม.ทราบและถือปฏิบัติ เป็นรูปแบบหนังสือสั่งการ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ไปยังสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โดยตรงเท่านั้น พบว่า ใช้ ร้อยละ 91.51 5.1.14) การรณรงค์การตอบคำถามหรือให้ข้อมูลผ่านลิ้งค์ เป็นกิจกรรมหลัก ของนโยบาย อสม.สื่อสาร พบว่า ใช้ ร้อยละ 96.47 5.1.15) สนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่สำคัญ ในปีที่ผ่านมา คือ การคัดกรอง ผู้สูงอายุโดยใช้แอป อสม.การขับเคลื่อนนโยบาย 3 หมอ พบว่า ใช้ ร้อยละ 97.19 5.1.16) เรื่องที่สื่อสาร ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ นโยบายจังหวัด นโยบายนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด เรื่องจากชมรม อสม.และประเด็นอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง พบว่า ใช้ ร้อยละ 96.40 5.1.17) ว่างเวลาการสื่อสาร นโยบาย อสม.สื่อสาร จังหวัดอุบลราชธานี ดังนี้ 1) สื่อสารปกติ รอบละ 1-2

สัปดาห์ 2) สื่อสารด่วนเมื่อมีนโยบายเร่งด่วน ตามบริบทพบว่า ไข้ ร้อยละ 95.13 5.1.18) อสม.สื่อสาร .ยังไม่เคยมีการให้รางวัล อสม.สื่อสาร เพื่อที่จะสร้างบรรยากาศชื่นชมผู้เข้าร่วมขับเคลื่อนเป็นรางวัล เล็กๆ น้อยๆ แต่มาด้วยน้ำใจ เป็นรอบๆ ตามแต่จะมีผู้สนับสนุน พบว่า ไข้ ร้อยละ 85.88 5.1.19) อสม.สื่อสาร ขับเคลื่อนการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ปี 2564 (อสม.เคาะประตูบ้าน) ช่วง 22 ธ.ค.2563 - 5 ม.ค. 2564 มีผลงาน อันดับ 1 ของประเทศ พบว่า ไข้ ร้อยละ 95.65 5.1.20) อสม.คัดกรองผู้สูงอายุ โดยสมารถ อสม.สามารถคัดกรอง ผู้สูงอายุมีจำนวนมาก ได้อันดับ 2 ของประเทศ (ณ.24 เมษายน 2566) พบว่า ไข้ ร้อยละ 95.51 ด้านที่ 5.2 ด้านทักษะ 5.2.1) การลงแอปไลน์ในมือ พบว่า ส่วนใหญ่ มีทักษะดี ร้อยละ 59.13 5.2.2) การเปิดไลน์อ่านข้อความในกลุ่มต่างๆ พบว่า ส่วนใหญ่ มีทักษะดี ร้อยละ 67.13 5.2.3) การพิมพ์ข้อความและส่งเข้ากลุ่มไลน์ต่างๆ พบว่า ส่วนใหญ่ มีทักษะดี ร้อยละ 63.39 5.2.4) การเปิดลิงค์ที่มาในกลุ่มไลน์ พบว่า ส่วนใหญ่มีทักษะดี ร้อยละ 63.15 การกรอกข้อมูลในกลุ่มเฟิร์ม พบว่า ส่วนใหญ่ มีทักษะดี ร้อยละ 56.96

1.3) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) สำหรับ ผู้เชี่ยวชาญ ผู้ทรงคุณวุฒิ โดยได้คัดเลือก ผู้เชี่ยวชาญ ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่มีความรู้ และประสบการณ์ในการพัฒนาศักยภาพ อสม.รวมทั้ง ผู้บริหารที่เกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบายในระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับตำบล มีผลการศึกษาเป็นข้อสรุปแนวทาง การพัฒนารูปแบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)สื่อสาร ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและสุขภาพภาคประชาชน จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 12 ข้อ ดังนี้ 1) การสื่อสาร ระหว่าง อสม.สื่อสาร กับ อสม.จะทำให้ อสม.เข้าถึงได้ง่าย เข้าใจได้ดีกว่า เจ้าหน้าที่สื่อสาร 2) ควรสื่อสารในหลากหลายแพลตฟอร์ม เช่น ยูทูป ไลน์ เฟสบุ๊คส์ และติ๊กต็อก เป็นต้น เพื่อเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ทั่วถึง ตามความชอบของกลุ่มเป้าหมาย 3) การทำแพลตฟอร์ม ต่างๆ ในการสื่อสาร ควรทำให้เข้าถึงได้ง่าย สะดวกผู้ใช้ 4) ข้อความที่สื่อสารควรสั้น กระชับ ไม่ยาวจนเกินไป ติดหู ติดตา โดนใจ ตรงประเด็น และมีการคืนข้อมูล ให้ อสม 5) ให้มีการพัฒนา

ศักยภาพ อสม.อย่างต่อเนื่อง ทั้งระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล ให้มีความรู้และทักษะ มีความพร้อมในการใช้เครื่องมือสื่อสาร 6) ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรเป็นพี่เลี้ยงสนับสนุนทุกเรื่อง ทั้งเรื่องวิชาการ ความรู้ ด้านดิจิทัล การติดตาม หนุนเสริม การให้รางวัล การชื่นชม ให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง 7) เป็นโครงการนโยบายที่ดีมาก ควรสนับสนุนดำเนินการต่อ และขยายผลให้ดียิ่งขึ้น 8) ควรมีการจัดทำวาระนโยบายเป็นประจำทุกเดือน เพื่อกระตุ้นให้เกิดการขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่อง เช่น เดือนธันวาคม รมรณรงค์เรื่องอุบัติเหตุ การคัดกรอง คนเมาสุรา ในช่วงปีใหม่ หรือเดือนกุมภาพันธ์ วันแห่งความรัก อาจขับเคลื่อนนโยบายส่งเสริมการมีบุตร เป็นต้น 9) ควรส่งเสริมสนับสนุนให้มีรางวัล มีใบประกาศ ชื่นชม ในการปฏิบัติงาน อสม.สื่อสาร เพื่อเป็นขวัญกำลังใจและแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน 10) การสื่อสารที่ยกระดับจากการเป็นเอกสารเป็นหนังสือ ให้เป็นรูปไฟล์อิเล็กทรอนิกส์หรือดิจิทัลให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพื่อความรวดเร็ว ทันต่อสถานการณ์ ในโลกยุคดิจิทัล 11) ส่งเสริมสนับสนุน ให้ อสม.ทุกคน เข้าแพลตฟอร์มต่างๆ ที่มีให้ครบทุกคน เช่น กลุ่มไลน์โอเพ่นแชท อสม.สื่อสาร เฟสบุ๊คส์ อสม.สื่อสาร ยูทูป อสม.สื่อสารและแอปสมารถ อสม. เป็นต้น 12) ขยายแนวคิด อสม.สื่อสาร จากจังหวัดอุบลราชธานี ไปสู่ ระดับเขต ระดับภาค และระดับประเทศ

2. การพัฒนารูปแบบ โดยการนำผลการศึกษา จากศึกษาเอกสาร แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การประชุมสนทนากลุ่ม (Focus Group) การใช้แบบสอบถาม อสม. (Questionnaire) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) มาวิเคราะห์ (Analysis) มาสังเคราะห์ (Synthesis) ได้รูปแบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) สื่อสาร ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและสุขภาพภาคประชาชน จังหวัดอุบลราชธานี ดังนี้ รูปแบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)สื่อสาร ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและสุขภาพภาคประชาชน จังหวัดอุบลราชธานี มีแนวทาง 5 ด้าน ดังนี้ 1.ด้านบริบท และสิ่งแวดล้อม มีจำนวน 11 ข้อ ดังนี้ 1) มีการดำเนินการสอดคล้องกับนโยบาย 3 หมอ 2) มีการดำเนินการตาม นโยบายสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพประชาชน

3) มีการดำเนินการสอดคล้องกับสภาพปัญหาสุขภาพในพื้นที่ 4) มีการดำเนินการตามหลัก ธรรมนูญ อสม. 5) มีการดำเนินการพัฒนาศักยภาพ อสม. ให้เป็น อสม. สื่อสาร 6) มีการดำเนินการให้เป็นนโยบายสำคัญในการปฏิบัติงานของ อสม. 7) เป็นการพัฒนารูปแบบ อสม. สื่อสาร 8) เป็นนโยบายที่จำเป็นด้านสุขภาพ 9) เป็นนโยบายที่เป็นประโยชน์ 10) เป็นนโยบายที่ถือว่าเป็นการพัฒนาศักยภาพ อสม. ร่วมกับ 11) เป็นนโยบายที่มีความจำเป็นที่ต้องมีการพัฒนาต่อไป 2.ด้านโครงสร้าง 1) อสม. สื่อสาร หมายถึง อสม. ที่นำข่าวสาร นโยบายจากผู้บริหารหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องไปสื่อสารให้ อสม. ได้รับทราบและถือปฏิบัติ 2) อสม. สื่อสาร มี 2 ประเภท คือ (1) ประเภทผู้นำ อสม. ได้แก่ ประธาน อสม.หมู่บ้าน/รพ.สต./ตำบล/อำเภอ/โชน และระดับจังหวัด (2) ประเภทไม่ใช่ผู้นำ อสม. ได้แก่ 1.อสม.หมอบประจำบ้าน 2.อสม.สื่อสาร 3.อสม.แพทย์แผนไทย 4.อสม.แอปพลิเคชัน 5.อสม.วิถีไทย ห่างไกลโรค 6.อสม.ดีเด่น ทุกสาขา/ทุกปี หรือ อสม.อื่นๆ ที่ได้รับมอบหมาย เป็นต้น 3) อสม. สื่อสาร ประเภทผู้นำ อสม. จะสื่อสารตามลำดับโครงสร้างจากประธานจังหวัดไปยังประธานอำเภอ ประธานอำเภอไปยังประธานตำบล ประธานตำบลไปยังประธานหมู่บ้าน ประธานหมู่บ้านไปยัง อสม.ทุกคน 4) อสม. สื่อสาร ประเภทไม่ใช่ผู้นำ อสม. จะสื่อสารไปเครือข่ายที่เชื่อมโยงทั้งแนวราบ แนวตั้งที่รู้จัก และสื่อสารไปยัง อสม. ในหมู่บ้านตนเอง 3.ด้านเทคโนโลยี 1) อสม. สื่อสาร ต้องมีโทรศัพท์มือถือที่มีสมรรถนะใช้แอปต่างๆ ในการสื่อสาร 2) อสม. สื่อสาร มีความรู้และทักษะในการใช้มือถือ 3) อสม. สื่อสาร มีความรู้และทักษะ ในการแอปต่างๆ ด้านสุขภาพในมือถือ ในการสื่อสารข้อมูลโซเชียล เช่น สมาร์ท อสม. อสม.ออนไลน์ เป็นต้น 4) อสม. สื่อสาร มีความรู้และทักษะสามารถเข้าใช้โปรแกรม Line 5) อสม. สื่อสารมีความรู้และทักษะสามารถเข้าใช้โปรแกรม Facebook 6) อสม. สื่อสาร มีความรู้และทักษะสามารถเข้าใช้โปรแกรม You tube 7) อสม. สื่อสาร มีความรู้และทักษะสามารถเข้าใช้ค้นหาข้อมูลความรู้เว็บไซต์ต่างๆ ได้ 8) อสม. สื่อสาร มีความรู้และทักษะสามารถถ่ายรูปถ่ายคลิปวิดีโอ และนำเข้าสู่ระบบโซเชียลได้ 9) อสม. สื่อสาร

มีความรู้และทักษะสามารถเข้าประชุมสื่อสารในระบบออนไลน์ เช่น ระบบชุม ระบบเวปเอกซ์ เป็นต้น 4.ด้านกระบวนการ สายที่ 1 สื่อสารเครือข่ายเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สายที่ 2 สื่อสารเครือข่าย ประธาน อสม. และสายที่ 3 สื่อสารเครือข่าย อสม. สื่อสาร 5.ด้านการตัดสินใจ 1) ความรู้ในการสื่อสาร 2) ทักษะในการสื่อสาร 3) แรงจูงใจในการสื่อสาร

3. การประเมินการพัฒนารูปแบบความเที่ยงตรงในด้านความเหมาะสมและเป็นไปได้ โดยได้ ประเมินจากศึกษาความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 15 คน มีความสอดคล้องเหมาะสม และเป็นไปได้

4. การประเมินการพัฒนารูปแบบด้านความเหมาะสมการนำไปใช้ ของการพัฒนารูปแบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) สื่อสาร ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและสุขภาพภาคประชาชน จังหวัดอุบลราชธานี โดยประเมินความเหมาะสมในการนำไปใช้จากการศึกษาความคิดเห็นของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) จังหวัดอุบลราชธานี จากประชากร 34,681 คน สุ่มตัวอย่าง 800 คน มีผลการศึกษา มีความเหมาะสมภาพรวม ระดับมาก ($\bar{x}=4.21$) และเมื่อจำแนกรายด้าน ทั้ง 6 ด้าน ก็มีความเหมาะสมภาพรวมรายด้าน ระดับมากที่สุด มีรายละเอียด ดังนี้ 1.ด้านบริบท และสิ่งแวดล้อม มีความเหมาะสมภาพรวมรายด้าน ระดับมาก ($\bar{x}=4.28$) ประกอบด้วยข้อย่อย 11 ข้อ 2.ด้านโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ มีความเหมาะสมภาพรวมรายด้าน ระดับมาก ($\bar{x}=4.30$) ประกอบด้วยข้อย่อย 5 ข้อ 3.ด้านเทคโนโลยี มีความเหมาะสมภาพรวมรายด้าน ระดับมาก ($\bar{x}=4.29$) ประกอบด้วยข้อย่อย 9 ข้อ 4.ด้านกระบวนการ มีความเหมาะสมภาพรวมรายด้าน ระดับมาก ($\bar{x}=4.29$) 4.1.1) สายที่ 1 สื่อสารเครือข่ายเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ($\bar{x}=4.29$) 4.1.2) สายที่ 2 สื่อสารเครือข่ายประธาน อสม. ($\bar{x}=4.31$) 4.1.3) สายที่ 3 สื่อสารเครือข่าย อสม. สื่อสาร (ไม่ใช่ประเภทผู้นำ อสม.) ($\bar{x}=4.28$) 5.ด้านการตัดสินใจ มีความเหมาะสมภาพรวมรายด้านระดับมาก ($\bar{x}=4.25$) 5.1ความรู้ในการสื่อสาร ($\bar{x}=4.25$) 5.2 ทักษะในการสื่อสาร ($\bar{x}=4.27$) 5.3 แรงจูงใจในการสื่อสาร ($\bar{x}=4.23$) และ 6 ด้านปัญหา มีความเหมาะสมภาพรวมรายด้านระดับมาก ($\bar{x}=4.23$)

อภิปรายผล

จากผลการศึกษา การพัฒนารูปแบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)สื่อสาร ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและสุขภาพภาคประชาชน จังหวัดอุบลราชธานี ได้แนวทาง 5 ด้าน ซึ่งมีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ เพราะนอกจากจะมีกระบวนการศึกษาหลายขั้นตอนและหลากหลายวิธีการ ทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ แล้วผลการประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิ มีความเหมาะสมเป็นไปได้ รวมทั้งผลการประเมินการนำไปใช้ของ อสม.พบว่ามีความเหมาะสมภาพรวมระดับมาก ($\bar{x}=4.21$) และมีความเหมาะสมระดับมากในทุกด้าน พร้อมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยในแต่ละด้าน ดังนี้ 1)ด้านบริบทและสิ่งแวดล้อม ในประเด็นมีการดำเนินการตามนโยบายสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพประชาชน สอดคล้องกับปริญญา กาศจนานนท์ และคณะ (2562) การปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลท่าไม้ อำเภอกะทู้ม แบน จังหวัดสมุทรสาคร พบว่ามีการนำนโยบายการสาธารณสุขมูลฐานไปดำเนินการพบปัญหาอุปสรรคและหาทางแก้ไขให้ดีขึ้น ในประเด็นมีการดำเนินการสอดคล้องกับสภาพปัญหาสุขภาพในพื้นที่ สอดคล้องกับภัทรพล จึงสมเจตไพศาล และ สันติ ทวยมีฤทธิ์ (2564) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดนครราชสีมา ในขณะที่มีการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 2) ด้านโครงสร้าง และบทบาทหน้าที่ ในประเด็น อสม.สื่อสาร หมายถึง อสม.ที่นำข่าวสารนโยบายจากผู้บริหาร หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องไปสื่อสารให้ อสม.ได้รับทราบและถือปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาของ บำรุง วงษ์นิม (2565) ได้ศึกษา การพัฒนาสมรรถนะด้านการสื่อสารของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายอำเภอท่าม่วง พบว่า อสม.ทำหน้าที่ส่งข่าวเหมือนกับสื่อมวลชนทั่วไป แต่ความแตกต่างตรงที่พวกเขาลงมือปฏิบัติด้วย ทำให้สื่อที่เป็นตัวเขา ยังมีประสิทธิภาพมากขึ้น รวมทั้งประเด็น อสม.สื่อสาร จะสื่อสาร ไปยัง อสม.ในหมู่บ้านตัวเอง พบว่าหมอไว้ใจพวกเราที่สุดคะ เราจะต้องนำสิ่งที่ประโยชน์ไปบอก

คนในชุมชน ซึ่งไม่ใช่ใครเป็นพี่น้องเราเอง เราต้องพยายามบอกสิ่งที่ถูกต้อง 3) ด้านเทคโนโลยี อสม.มีความรู้และทักษะการใช้เครื่องมือ อาทิ มือถือหรืออุปกรณ์ที่จำเป็นสอดคล้องกับงานวิจัยของ เพ็ญศรี โตเทศ (2563) พบว่า การพัฒนาควรเปลี่ยนให้เหมาะสมกับยุคดิจิทัลให้เป็น อสม .4.0 ให้สามารถใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการสื่อสารและเรียนรู้ได้อย่างถูกต้อง พร้อมทั้ง ธนวัฒน์ เจริญวงษา & สุภาณี เส็งศรี (2563),อดิพร เกิดเรือง (2564) และวัชรวิ วัฒนาสุทธีวงศ์,รัฐพล เย็นใจมา,& พงศพัฒน์ จิตตานุรักษ์ (2565) พบว่าการนำดิจิทัลเทคโนโลยีเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาการอบรมผู้เป็นอสม.ควรเน้นความรู้เอง เครื่องมือสื่อสารที่ทันสมัย และความรู้ที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน 4) ด้านกระบวนการ มีการสื่อสาร 3 สาย ได้แก่ สายที่ 1 สื่อสารเครือข่ายเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สายที่ 2 สื่อสารเครือข่าย ประธาน อสม. และ สายที่ 3 สื่อสารเครือข่าย อสม.สื่อสาร (ไม่ใช่ประเภทผู้นำ อสม.) ส่วนใหญ่มีความเหมาะสมภาพรวมรายด้าน ระดับมาก ($\bar{x}=4.29$) สอดคล้องกับการศึกษาของ บำรุง วงษ์นิม (2565) ได้ศึกษา การพัฒนาสมรรถนะด้านการสื่อสารของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายอำเภอท่าม่วง พบว่าสมรรถนะการสื่อสาร อสม.ด้านกระบวนการสื่อสาร พบว่าหลังการทดลอง ค่าคะแนนเฉลี่ยผู้ส่งสาร การออกแบบเนื้อหา ด้านการใช้สื่อ ช่องทางการสื่อสาร ผู้รับสารสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ที่ .05 5) ด้านการตัดสินใจ ประเด็นอสม.สื่อสาร ต้องมีความรู้เกี่ยวกับผู้ส่งข้อมูลสาร ($\bar{x}=4.27$) ผู้รับสาร ($\bar{x}=4.25$) ช่องทางการสื่อสาร ($\bar{x}=4.24$) แรงจูงใจในการสื่อสาร ในด้านการมีส่วนร่วม ($\bar{x}=4.28$)การยอมรับในสังคม ($\bar{x}=4.25$) ความสัมพันธ์ของผู้ร่วมงาน ($\bar{x}=4.24$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ธิติพัฒน์ เอี่ยมนรินทร์ จันทนา ทองประยูร และ มาลี บุญศิริพันธ์ (2558) ได้ศึกษาสมรรถนะด้านการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น พบว่า ความรู้ผู้ส่งสารระดับมากที่สุด ($\bar{x}=3.76$) ความรู้ผู้รับสาร ($\bar{x}=3.70$) การใช้สื่อและช่องทางสื่อสาร ($\bar{x}=3.66$) และแรงจูงใจในการสื่อสาร ในด้านความสัมพันธ์ของผู้ร่วมงาน ($\bar{x}=3.93$) การยอมรับในสังคม ($\bar{x}=3.86$) และ การมีส่วนร่วม ($\bar{x}=3.85$)

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยเชิงปฏิบัติการ การนำรูปแบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)สื่อสาร ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและสุขภาพภาคประชาชน จังหวัดอุบลราชธานี ไปทดลองใช้จริง

2. การวิจัยเชิงทดลองในการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สื่อสาร ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและสุขภาพภาคประชาชน จังหวัดอุบลราชธานี

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข กรมสนับสนุนบริการสุขภาพภาคประชาชน.(2565).วิวัฒนาการการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย (พ.ศ.2521-2557) .สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การทหารผ่านศึก.
- เจาลี้ระบบสุขภาพ(2557) .กว่า ทศวรรษ การสาธารณสุขมูลฐานไทย.สืบค้นเมื่อ 12 มีนาคม 2566. <https://www.hfocus.org/content/2014/07/7622>
- ณัฐนนท บิริสุทร.(2563).การพัฒนาารูปแบบการเสริมสร้างความสุขในการทำงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดน่าน.
- จิตพัฒน เอี่ยมนิรันดร์ และ คณะ.(2558) .สมรรถนะด้านการสื่อสารของอาสาสมัครสาธารณสุขขอนแก่น.วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์(สทสม).ปีที่ 21 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2558.
- ธนวัฒน์ เจริญวงษา และ สุภาวิณี เส็งศรี (2563).ความฉลาดทางดิจิทัลกับทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรมในศตวรรษที่ 21.สืบค้นเมื่อ 15 มีนาคม 2566. <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/ivebjournal/article/view/245251>
- ธรรมบุญ อสม.จังหวัดอุบลราชธานี.(2562).รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้นำอสม.ในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม จังหวัดอุบลราชธานี
- บำรุง วงษ์นิม.(2565).การพัฒนาสมรรถนะด้านการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพอำเภอท่าอุ้ง.
- ปณัทภัตทร์ พงษ์พุทธิรักษ์และคณะ.(2564).การพัฒนาความสามารถด้านการสื่อสารของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน องค์การบริหารส่วนตำบลหมื่นไวย อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา.
- ปริญญา กาศจนานนท์.(2562).การปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลท่าไม้ อำเภอกระทุ้มแบน จังหวัดสมุทรสาคร.
- ภัทรพล จึงสมเจตไพศาล และ สันติ ทวยมีฤทธิ์.(2564).การพัฒนาารูปแบบการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดนครราชสีมา.
- วัชรวิ วัฒนาสุทธีวงศ์,รัฐพล เย็นใจมา,& พงศ์พัฒน์ จิตตานารักษ์.(2556).ประสิทธิผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)ในอำเภอเมืองกาญจนบุรี.วารสาร มจร สังคมศาสตร์ปริทัศน์,R267-R278
- อติพร เกิดเรือง.(2560).การส่งเสริมการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 เพื่อรองรับสังคมไทยในยุคดิจิทัล. สืบค้นเมื่อ 12 มีนาคม 2566.<https://so04.tci-thaijo.org/index.php/JLPRU/article/view/91025>

การพัฒนาารูปแบบการป้องกันความเสี่ยงและการดูแลภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ จากชุมชนถึงโรงพยาบาล กรณีศึกษา ตำบลเหล่าเสือโก้ อำเภอเหล่าเสือโก้ จังหวัดอุบลราชธานี

The Development of Model for Risk Prevention and Emergency Care for Diabetes in the Elders from Community to Hospital: A Case Study from Lousuaekok Sub-district Lousuekok District Ubon Ratchathani Province.

สนธยา พุ่มจันทร์
Sonthaya Phumchan
โรงพยาบาลเหล่าเสือโก้
Lousuaekok Hospital

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบัน การพัฒนารูปแบบและประเมินการพัฒนารูปแบบการป้องกันความเสี่ยงและการดูแลภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ จากชุมชนถึงโรงพยาบาล กรณีศึกษา ตำบลเหล่าเสือโก้ ระเบียบวิธีวิจัย การวิจัยผสมผสาน(Mix method) เก็บข้อมูล ทั้งเชิงปริมาณ(Quantitative)และเชิงคุณภาพ(Qualitative) การเก็บข้อมูล การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก(In-depth interview) กลุ่มที่เกี่ยวข้อง การวิจัยเชิงทดลองกลุ่มผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

ผลการศึกษา พบว่า 1.ได้รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงและการดูแลภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ ในระดับชุมชน และระดับโรงพยาบาล 2.ผลการนำรูปแบบไปใช้ในส่วนของการทดลองโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ จำนวน 110 คน กลุ่มทดลอง 55 คน กลุ่มควบคุม 55 คน ใช้เวลา 10 สัปดาห์ ในตำบลเหล่าเสือโก้ อำเภอเหล่าเสือโก้ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมต่อภาวะฉุกเฉินจากโรคเบาหวาน ก่อนได้รับโปรแกรมเท่ากับ 2.9520 คะแนน คะแนน (SD .46916) และหลังได้รับโปรแกรม 3.1731 คะแนน คะแนน (SD .32396) พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะฉุกเฉินจากโรคเบาหวาน หลังจากได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และหลังการทดลอง กลุ่มควบคุม มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะฉุกเฉินของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน เท่ากับ 2.9636 คะแนน คะแนน (SD .33821) และกลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะฉุกเฉินของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน เท่ากับ 3.1731คะแนน คะแนน (SD .32396) เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพบว่า กลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะฉุกเฉินของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้สูงอายุ มีประสิทธิผล รวมทั้ง ผลความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (\bar{x} =4.34) และ อสม. (\bar{x} =4.32) ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระดับมาก เป็นการยืนยันว่าสามารถนำไปใช้ในพื้นที่ยังได้ และนำไปเป็นต้นแบบขยายไปยังพื้นที่อื่นๆ โดยเสนอแนะให้มีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ การพัฒนารูปแบบการป้องกันความเสี่ยงและการดูแลภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ ในระดับชุมชน และโรงพยาบาล ไปทดลองใช้จริง

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ, ความเสี่ยงภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานผู้สูงอายุ, ผู้สูงอายุ, เบาหวาน

Abstract

This research aims to study current condition of developing a model and evaluating the development of a model for risk prevention and emergency care for diabetes in the elders which is a case study from Lousuaekok Sub-district. The author applied Mix method Research to collect data

both Quantitative and Qualitative data gathering data by group discussion and In-depth interview with related groups of experimental research on a group of elderly people with diabetes. The results showed that 1) the author derived a model for risk prevention and emergency care for diabetes among the elders for both the community level and hospital level; 2) results of using the model in the trial of a behavior modification program to prevent the risk of diabetes emergencies among 110 elderly people (55 people from experimental group and 55 people from control group) within 10 weeks in Lousuaekok Sub-district Louasuaekok District. The author found that experimental group expressed average behavioral scores for diabetes emergencies before participating at 2.9520 (SD .46916) and after participating 3.1731 (SD .32396). In addition, the author found that the experimental group had a significantly higher mean score for diabetes emergency risk prevention behaviors after participating the program than before receiving the program at the statistical level .05. After the experiment, the control group had the average score of emergency risk prevention behaviors of the elderly with diabetes at 2.9636 (SD .33821) and mean scores of emergency risk prevention behaviors of elderly people with diabetes at 3.1731 (SD .32396). When comparing the means, the author found that the experimental group had a significantly higher mean score for emergency risk prevention behaviors for the elders with diabetes than the control group at .05. The author concluded that behavior modification programs for the elderly people was effective including satisfaction results of public health officials at $\bar{x}=4.34$ and village health volunteers at $\bar{x}=4.32$ most of them expressed satisfaction at a high level. This confirmed that the model can be applied in real condition and, also, can be prototype for other areas. The author suggested that there should be action research by using a system model for developing risk prevention and emergency care for diabetes in the elders at the community and hospital levels for actual testing.

Keywords : Model Development, Elderly Diabetes Emergency Risk, Elderly People, Diabetes mellitus

บทนำ

สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) จะเป็นสังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไป ที่อยู่จริงในพื้นที่ต่อประชากรทุกช่วงอายุในพื้นที่เดียวกัน และมีอัตราเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 20 ขึ้นไป หรือมีประชากรอายุ 65 ปี ขึ้นไป ที่อยู่จริงในพื้นที่ต่อประชากรทุกช่วงอายุในพื้นที่เดียวกัน อัตราเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 14 ขึ้นไป (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566) จากนิยามและความหมาย ดังกล่าว เมื่อพิจารณาสถิติผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ.2566 ประชากรทั้งประเทศ 66,054,830 คน มีผู้สูงอายุ จำนวน 12,814,778 คน คิดเป็น ร้อยละ 19.40 ผู้สูงอายุ แบ่งตามกลุ่มช่วงอายุ ช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 56.69 ช่วงอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 29.38 ช่วงอายุ

80-89 ปี ร้อยละ 11.43 ช่วงอายุ 90-99 ปี ร้อยละ 2.24 ช่วงอายุ 100 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 0.26) (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566) จะเห็นได้ว่า ร้อยละของผู้สูงอายุ ไกล่เข้าถึง ร้อยละ 20 ทำให้ประเทศไทย กำลังจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) สังคมไทยจึงหันมาให้ความสนใจผู้สูงอายุมากขึ้น โดยเฉพาะในด้านการดูแลสุขภาพอนามัย โรคภัยไข้เจ็บ โรคเรื้อรังต่างๆ ของผู้สูงอายุ

โรคเบาหวาน เป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่งที่เป็นปัญหาสาธารณสุขเกือบทุกประเทศทั่วโลก สำหรับในประเทศไทยโรคเบาหวานก็มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น เช่น อัตราความชุกเพิ่มจาก ร้อยละ 6.4 ในปี พ.ศ.2556 เป็นร้อยละ 8 ในปี 2558 (IDF, 2015, สำนักโรคไม่ติดต่อกรม

ควบคุมโรค, 2559) และข้อมูลจากการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยด้วยการตรวจสุขภาพร่างกาย ครั้งที่ 6 ปี พ.ศ.2562-2563 เมื่อเปรียบเทียบกับครั้งที่ 5 พ.ศ.2557 พบว่าความชุกของโรคเบาหวานประชากรไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8 ในปี พ.ศ.2557 เป็นร้อยละ 9.5 ในปี พ.ศ.2563 (วิชัย เอกพลากร, 2564)

ในด้านโรคเบาหวานกับผู้สูงอายุ พบว่าจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ.2557-2558 พบผู้ป่วยประมาณ 4.8 ล้านคน ซึ่งผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีความชุกมากที่สุด (Aekplakor,2014.2016 Health System Research Institute (HSRI) สอดคล้องกับสถานการณ์ผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปี ตั้งแต่ปี พ.ศ.2563-2566 มีจำนวน 292,552 คน (ร้อยละ15.75 ของประชาชนทั้งหมด), 292,063 คน (ร้อยละ 15.64 ของประชาชนทั้งหมด), 303,720 คน (ร้อยละ 16.25 ของประชาชนทั้งหมด) และ312,855 คน (ร้อยละ 16.73 ของประชาชนทั้งหมด) ตามลำดับ (ฐานข้อมูล HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, 2566) เมื่อพิจารณาผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานระดับจังหวัด พบว่าเพิ่มขึ้นทุกปีเช่นกัน แม้ว่าปี พ.ศ.2566 จะลดลงแต่ก็ลดลงเพียงเล็กน้อย ตั้งแต่ พ.ศ.2563-2566 มีจำนวน 69,540 คน (ร้อยละ 22.54 ของผู้สูงอายุทั้งหมด), 74,369 คน (ร้อยละ 25.46 ของผู้สูงอายุทั้งหมด), 87,098 คน (ร้อยละ28.68 ของผู้สูงอายุทั้งหมด) และ 82,257 คน (ร้อยละ 26.29 ของผู้สูงอายุทั้งหมด) ตามลำดับ (ฐานข้อมูล HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, 2566) สอดคล้องกับจำนวนผู้สูงอายุในอำเภอเหล่าเสือโก้ก ตั้งแต่ ปี พ.ศ.2563-2566 มีจำนวน 4,323 คน (ร้อยละ 15.46 ของประชาชนทั้งอำเภอ), 4,419 คน (ร้อยละ 15.80 ของประชาชนทั้งอำเภอ), 4,559 คน (ร้อยละ 16.28 ของประชาชนทั้งอำเภอ) และ 4,677 คน (ร้อยละ 16.69 ของประชาชนทั้งอำเภอ) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีเช่นกัน ตั้งแต่ พ.ศ.2563-2566 จำนวน 862 คน (ร้อยละ 19.94 ของผู้สูงอายุทั้งหมด),1,207 คน (ร้อยละ 23.24 ของผู้สูงอายุทั้งหมด), 4,035 คน (ร้อยละ 21.28

ของผู้สูงอายุทั้งหมด) และ 4,187 คน (ร้อยละ 20.24 ของผู้สูงอายุทั้งหมด) ตามลำดับ(ฐานข้อมูล HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, 2566) ในตำบลเหล่าเสือโก้ก จำนวนผู้สูงอายุ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2563-2566 มีจำนวน 1,332 คน (ร้อยละ16.55 ของประชาชนทั้งหมด ตำบลเหล่าเสือโก้ก), 1,334 คน (ร้อยละ 16.85 ของประชาชนทั้งหมดตำบลเหล่าเสือโก้ก), 1,366 คน (ร้อยละ 17.23 ของประชาชนทั้งหมดตำบลเหล่าเสือโก้ก) และ 1,404 คน (ร้อยละ 17.75 ของประชาชนทั้งหมด ตำบลเหล่าเสือโก้ก) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แม้ว่าบางปีลดลง ตั้งแต่ พ.ศ.2563-2566 จำนวน 269 คน (ร้อยละ 20.20), 233 คน (ร้อยละ 17.47 ของผู้สูงอายุทั้งหมด), 326 คน (ร้อยละ 23.87 ของผู้สูงอายุทั้งหมด) และ 376 คน (ร้อยละ26.78 ของผู้สูงอายุทั้งหมด) ตามลำดับ (ฐานข้อมูล HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, 2566) จากข้อมูลดังกล่าวทั้ง 3 ระดับจังหวัด อำเภอ และตำบลเหล่าเสือโก้ก จำนวนผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี แม้ว่าบางปีจะลดลง แต่แนวโน้มส่วนใหญ่จะเพิ่มขึ้น รวมทั้งผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานก็มีแนวโน้มในลักษณะสูงขึ้นเช่นเดียวกัน ทำให้โอกาสที่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานจะมีความเสี่ยงต่อภาวะฉุกเฉินจากโรคเบาหวาน เพิ่มมากขึ้นเช่นกัน

ภาวะฉุกเฉินที่เกิดจากโรคเบาหวาน หมายถึง การเจ็บป่วยแบบกะทันหัน ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ที่เกิดขึ้นแล้ว หากไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที จะมีอันตรายถึงชีวิตได้ (Maneratannaporn et al.,2018) อุบัติการณ์การเกิดภาวะฉุกเฉิน ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในผู้สูงอายุ ที่มารับบริการในหน่วยปฐมภูมิ (Primary care) คิดเป็นร้อยละ 11.30 ส่วนอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะฉุกเฉินจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 7.46 และยังไม่พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะฉุกเฉินจากโรคเบาหวานของผู้สูงอายุในชุมชน (Anthanont et al. , 2012) จากข้อมูลการเกิดภาวะฉุกเฉินจากโรคเบาหวานของผู้สูงอายุในอำเภอเหล่าเสือโก้ก ตั้งแต่ปี 2563-2566 พบว่า มีจำนวน 44 คน (ร้อยละ 5.1), 33 คน (ร้อยละ 3.21), 45 คน (ร้อยละ 4.64) และ 44 คน

(ร้อยละ 4.61) ตามลำดับ และข้อมูลการเกิดภาวะฉุกเฉินจากโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ ในตำบลเหล่าเสือโก้ก ตั้งแต่ปี 2563-2566 พบว่ามีจำนวน 24 คน (ร้อยละ 8.92), 10 คน (ร้อยละ 4.29), 14 คน (ร้อยละ 4.29) และ 25 คน (ร้อยละ 6.65) ตามลำดับ(ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลเหล่าเสือโก้ก Hospital Information System: HIS), 2566) แม้ว่าอุบัติการณ์การเกิดภาวะฉุกเฉินจากโรคเบาหวานของผู้สูงอายุในอำเภอเหล่าเสือโก้ก ทั้งในระดับโรงพยาบาล และระดับชุมชน ไม่ได้สูงเมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลในระดับประเทศ แต่เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้อัตราการเกิดภาวะฉุกเฉิน ไม่เกินร้อยละ 2 พบว่าสูงกว่าเกณฑ์ ตั้งแต่ปี 2563-2566 ทั้งในระดับอำเภอ และในระดับตำบล และมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ หากไม่มีการจัดการที่มีความชัดเจน และมีประสิทธิภาพต่อนอกจากนั้น ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินแก้ไขปัญหการเกิดภาวะฉุกเฉินจากโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ จากการทบทวนรายงานประชุม สนทนากลุ่ม (Focus Group) ผู้เกี่ยวข้องเบื้องต้น พบว่า ยังมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการที่ทำให้เกิดภาวะดังกล่าว ได้แก่ 1) ปัญหาจากตัวผู้สูงอายุเองที่มีพฤติกรรมเสี่ยงการขาดการออกกำลังกาย หลงลืมการกินยา กินผลไม้รสหวานจำนวนมาก ลดน้ำหนักได้ยาก ขาดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 2) บุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้สูงอายุ มีมาตรฐานการรักษาพยาบาลที่แตกต่างกัน 3) กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และอาสาสมัครครอบครัว (อสค.) และผู้ดูแลยังขาดความรู้ทักษะ และประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวาน (สนธยา พุ่มจันทร์, สนทนากลุ่ม, 7 กันยายน 2566)

จากสถานการณ์ บริษัท สภาพปัญหาที่เกี่ยวข้องตั้งแต่จำนวนผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น จะนำสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) ผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้น หรือมีความชุกของโรคเบาหวานในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ส่งผลต่ออัตราการเกิดภาวะฉุกเฉินจากโรคเบาหวานมีแนวโน้มสูงขึ้น และอาจมีผลกระทบการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุจนถึงขั้นหมดสติหรือเสียชีวิต หากยังไม่มีมาตรการแก้ไขปัญหาดังกล่าว พร้อมทั้งปัญหาอุปสรรคในการแก้ไขปัญหานี้ในระดับชุมชนและระดับ

โรงพยาบาล ที่ยังมีข้อจำกัดอยู่หลายประการ ผู้วิจัยมองเห็นความสัมพันธ์ดังกล่าวในเชิงระบบ ทั้งในระดับชุมชน และในระดับโรงพยาบาล จำเป็นต้องให้มีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กันในการแก้ไขปัญหา ซึ่งยังไม่มียานวิจัยใดที่ได้ศึกษาในเชิงระบบ ตั้งแต่ระดับชุมชนจนถึงโรงพยาบาล มีแต่การศึกษาเฉพาะเรื่อง เฉพาะประเด็น แยกเป็นส่วนๆ จึงยังไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างครอบคลุม มีประสิทธิภาพต่อเนื่องยั่งยืน ผู้วิจัย จึงมีความสนใจที่จะศึกษา เพื่อนำไปแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยได้กำหนดการวิจัยเป็นการพัฒนารูปแบบการป้องกันความเสี่ยงและการดูแลภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุจากชุมชนถึงโรงพยาบาล กรณีศึกษาตำบลเหล่าเสือโก้ก อำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี ขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบันรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงและการดูแลภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ จากชุมชนถึงโรงพยาบาล กรณีศึกษา ตำบลเหล่าเสือโก้ก อำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี
- 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันความเสี่ยงและการดูแลภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ จากชุมชนถึงโรงพยาบาล กรณีศึกษา ตำบลเหล่าเสือโก้ก อำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี
- 3) เพื่อประเมินการพัฒนารูปแบบการป้องกันความเสี่ยงและการดูแลภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ จากชุมชนถึงโรงพยาบาล กรณีศึกษา ตำบลเหล่าเสือโก้ก อำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัย การพัฒนารูปแบบการป้องกันความเสี่ยงและการดูแลภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ จากชุมชนถึงโรงพยาบาล กรณีศึกษา ตำบลเหล่าเสือโก้ก อำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี ได้ใช้แนวคิดการพัฒนารูปแบบ ของ ดร.วโร เฟิงส์วส์ดี (2553:9-10) ซึ่งแบ่งขั้นตอน 2 ขั้นตอน คือ การสร้างและพัฒนารูปแบบ และการทดสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบ ทั้งสองขั้นตอนดังกล่าว ผู้วิจัย ได้มากำหนดกรอบการวิจัย ดังนี้ ขั้นตอนการสร้างและพัฒนารูปแบบ จะเป็น

ขั้นตอนที่ 1-2 คือ ขั้นตอนที่ 1.สภาพปัจจุบันรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงและการดูแลภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ ขั้นตอนที่ 2.พัฒนารูปแบบการป้องกันความเสี่ยงและการดูแลภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ และขั้นตอนการทดสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบจะเป็นขั้นตอนที่ 3-5 คือ ขั้นตอนที่ 3 การประเมินการพัฒนารูปแบบความเที่ยงตรงในด้านความเหมาะสมและเป็นไปได้ ขั้นตอนที่ 4 การนำรูปแบบไปทดลองใช้การป้องกันความเสี่ยงและการดูแลภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ และ ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันความเสี่ยงและการดูแลภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การพัฒนารูปแบบการป้องกันความเสี่ยงและการดูแลภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ จากชุมชนถึงโรงพยาบาล กรณีศึกษา ตำบลเหล่าเสือโก้ก อำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี เป็นการวิจัยผสมผสาน (Mixed method) เก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ(Quantitative)และเชิงคุณภาพ(Qualitative)

ประชากร กลุ่มประชากร ในการสนทนากลุ่ม กลุ่มที่ 1 เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลระดับปฏิบัติการ กลุ่มที่ 2 กลุ่มปฏิบัติการในระดับชุมชน ประมาณ 10-15 คน การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้บริหารในโรงพยาบาล และกลุ่มผู้นำในระดับชุมชน ประมาณ 10-15 คน แบบสอบถามผู้สูงอายุในตำบลเหล่าเสือโก้ก อำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี มีจำนวน 376 คน ได้ตัวอย่าง จำนวน 110 คน (แบ่งเป็นกลุ่มละ 55 คน 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม) โดยใช้โปรแกรม G*Power (Faul , Erdfelder ,lang , & Buchner, 2007)กำหนดค่าความเชื่อมั่น ระดับ 0.05 ระดับอำนาจการทดสอบ (power) ที่ระดับ 0.80 ขนาดอิทธิพล (Effect size) ระดับ 0.7 ตามคำแนะนำของ Cohen (1988)แบบสอบถามความพึงพอใจสม.ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 120 คน โดยใช้สูตร TARO YAMANE 3) แบบสอบถามความพึงพอใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกลุ่มตัวอย่าง มีจำนวน 138 คน โดยการคำนวณ ใช้สูตร TARO YAMANE

เครื่องมือใช้เก็บข้อมูล/การตรวจสอบการใช้เครื่องมือการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ (1)แบบสอบถามการประเมินพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ ในเขตตำบลเหล่าเสือโก้ก จำนวน 110 คน (2)แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ที่เกี่ยวข้องในระดับชุมชน และ (3)แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ที่เกี่ยวข้องในระดับโรงพยาบาล การตรวจสอบเครื่องมือ โดยการนำแบบสอบถามทั้งหมดให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบและวิเคราะห์หาค่าดัชนีของความสอดคล้องกันระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับจุดประสงค์(Index of Item-Objective Congruence หรือ IOC) แล้วนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความถูกต้องเหมาะสม วิเคราะห์หาความเที่ยงโดยวิธีการของครอนบาค (Cronbach Method) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Coefficient of Alpha) เท่ากับ 0.92, 0.91, 0.92 ตามลำดับซึ่งมากกว่า 0.70 จึงถือได้ว่าแบบสอบถามมีความ น่าเชื่อถือ (Hair. et al., 2010)

การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ (1) ได้แก่ แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม (Focus Group) กลุ่มที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย กลุ่มที่ 1 เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลระดับปฏิบัติการ กลุ่มที่ 2 กลุ่มปฏิบัติการในระดับชุมชน จำนวน 10-15 คน มีทั้งหมด 5 ข้อ (2) แนวคำถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) กลุ่มที่ 1 ผู้บริหารในโรงพยาบาล กลุ่มที่ 2 กลุ่มผู้นำในระดับชุมชน ประมาณ 10-15 คน มี 5 ข้อ การตรวจสอบเครื่องมือ โดยการ นำแนวคำถามสนทนากลุ่ม และ แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ให้ความเห็น แล้วนำแบบคำถามมาปรับปรุงแก้ไข

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ได้เก็บข้อมูล ดังนี้ 1.การศึกษาสภาพปัจจุบัน 1)จากศึกษาเอกสาร แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 2)การประชุมสนทนากลุ่ม (Focus Group) 3)การสัมภาษณ์เชิงลึก(In-depth interview) 2.การพัฒนารูปแบบ โดยการนำผลการศึกษาจาก 1) จากศึกษาเอกสาร แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 2)การสนทนากลุ่มย่อย(Focus Group) 3) การสัมภาษณ์เชิงลึก(In-depth interview) และ

4) การใช้แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ จำนวน 110 คน แล้วมาวิเคราะห์ (Analysis) มาสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นรูปแบบ การพัฒนารูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ ทั้งในระดับชุมชน และในระดับโรงพยาบาล 3. การประเมินการพัฒนารูปแบบความเที่ยงตรงในด้านความเหมาะสมและเป็นไปได้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 4. การนำรูปแบบไปทดลองใช้ เฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ ใช้วิจัยแบบกึ่งทดลอง มีกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ใช้โปรแกรมและแนวทางที่จัดทำขึ้นในระดับชุมชน ประชากรผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ในตำบลเหล่าเสือโก้ก จำนวน 110 คน เลือกเข้ากลุ่มทดลอง จำนวน 55 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 55 คน 5. การประเมินผล โดยการประเมินผลจาก 1) ผลของพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ 2) ความพึงพอใจของกลุ่มที่เกี่ยวข้อง ในการพัฒนาการป้องกันความเสี่ยงและการดูแลภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ ในระดับชุมชน และในระดับโรงพยาบาล

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เอกสารรับรองเลขที่ SSJ.UB 2566-122 รหัสโครงการ SSJ.UB 122 วันที่ รับรอง 17 ตุลาคม 2566

ผลการศึกษาวิจัย

1. ผลการศึกษาสภาพปัจจุบัน 1.1 การประชุมสนทนากลุ่ม (Focus Group) มีผลการศึกษา 3 ส่วน ดังนี้ 1) รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงและการดูแลภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ จากชุมชนถึงโรงพยาบาล มี 9 ข้อ 2) บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการป้องกันภาวะฉุกเฉินของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ประกอบด้วย (1) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล (2) เจ้าหน้าที่รพ.สต (3) อสม. (4) นักบริหารผู้สูงอายุ (5) อสค. (6) พนักงานกู้ชีพ (7) ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน และ (8) ประชาชน/ญาติ 3) รูปแบบการทำงานแบบเครือข่าย แนวราบตามแนวคิดจิตอาสา 1.2 การสัมภาษณ์

เชิงลึก(In-depth interview) มีผลการศึกษา 3 ส่วน ดังนี้ 1) การป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุในระดับโรงพยาบาล มีแนวทางการดำเนินงาน จำนวน 16 ข้อ 2) การดูแลภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ ในระดับโรงพยาบาล (ภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด ระดับกลูโคสในเลือด <70 มก./ดล.) และ 3) การดูแลภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ ในระดับโรงพยาบาล (ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ระดับกลูโคสในเลือด >250 มก./ดล.)

2. การพัฒนารูปแบบโดยการนำผลการศึกษาจากขั้นตอนที่1 และการใช้แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ ในตำบลเหล่าเสือโก้ก อำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี แล้วนำ มาวิเคราะห์ (Analysis) มาสังเคราะห์ (Synthesis) ได้รูปแบบการพัฒนารูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ จากชุมชนถึงโรงพยาบาล กรณีศึกษา ตำบลเหล่าเสือโก้ก อำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี ดังนี้

2.1 ในระดับชุมชน 2.1.1 รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ ในระดับชุมชน จำนวน 17 ข้อ 2.1.2 รูปแบบการดูแลภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุในระดับชุมชน แบ่งเป็น 2 กรณี ดังนี้ 1) กรณีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ประเภทอาการไม่รุนแรง และประเภทอาการรุนแรง ไม่รู้สึกตัว 2) กรณีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

2.2 ในระดับโรงพยาบาล 2.2.1 รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ ในระดับโรงพยาบาล มีแนวทางการป้องกันจำนวน 16 ข้อ 2.2.2 รูปแบบการดูแลภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุในระดับโรงพยาบาล มี 2 กรณี 2.2.2.1 การดูแลภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ กรณีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ(ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ระดับกลูโคสในเลือด <70 มก./ดล) ในระดับโรงพยาบาล ดังนี้ 1) ไม่มีอาการ และมีอาการไม่รุนแรง รู้สึกตัวดี เหงื่อออกใจสั่น ใจหวิว ตาลาย หน้าซีด 2) มีอาการรุนแรง ไม่รู้สึกตัว 2.2.2.2 การดูแลภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ กรณีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ระดับกลูโคสในเลือด >250 มก./ดล) ในระดับโรงพยาบาล

3. การประเมินการพัฒนารูปแบบความเที่ยงตรงในด้านความเหมาะสมและเป็นไปได้ โดยได้ ประเมินจากศึกษาความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน มีความสอดคล้องเหมาะสม

4. การนำรูปแบบไปทดลองใช้ และผลการประเมินผล

การนำรูปแบบไปทดลองใช้เฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ ใช้วิจัยแบบกึ่งทดลอง ให้มีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและแนวทางที่จัดทำขึ้นในระดับชุมชน ไปปฏิบัติกับกลุ่มทดลอง ส่วนกลุ่มควบคุมให้มีการดำเนินการตามปกติ มีผลการศึกษาดังนี้

4.1 ผลของพฤติกรรมป้องกันการความเสี่ยงต่อภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ เปรียบเทียบก่อนและหลังมีการทดลองใช้ กลุ่มทดลองมีค่าคะแนน

เฉลี่ยพฤติกรรมต่อภาวะฉุกเฉินจากโรคเบาหวาน ก่อนได้รับโปรแกรมเท่ากับ 2.9520 คะแนน คะแนน (SD .46916) และหลังได้รับโปรแกรม 3.1731 คะแนน คะแนน (SD .32396) และหลังได้รับโปรแกรม เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะฉุกเฉินจากโรคเบาหวาน หลังจากได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการความเสี่ยงต่อภาวะฉุกเฉินของโรคเบาหวานผู้สูงอายุ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะฉุกเฉินจากโรคเบาหวาน (n=55)

กลุ่ม	mean	S.D.	t	Sig. (2-tailed)
กลุ่มทดลอง	2.9520	.46916	-3.658	0.001
กลุ่มควบคุม	3.1731	.32396		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4.2 ผลของพฤติกรรมป้องกันการความเสี่ยงต่อภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ เปรียบเทียบกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง หลังมีการทดลองใช้ ก่อนการทดลอง กลุ่มควบคุม มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการความเสี่ยงต่อภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ เท่ากับ 2.8153 คะแนน คะแนน (SD .45041) และกลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการความเสี่ยงต่อภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ เท่ากับ 2.9520 คะแนน คะแนน (SD .46916) เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย พบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการความเสี่ยงต่อภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุไม่แตกต่างกัน

หลังการทดลอง กลุ่มควบคุม มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการความเสี่ยงต่อภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ เท่ากับ 2.9636 คะแนน คะแนน (SD .33821) และกลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการความเสี่ยงต่อภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุเท่ากับ 3.1731 คะแนน คะแนน (SD .32396) เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย พบว่า กลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการความเสี่ยงต่อภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวาน (n=55)

	กลุ่ม	mean	S.D.	t	Sig. (2-tailed)
ก่อนทดลอง	กลุ่มควบคุม	2.8153	.45041	1.559	0.112
	กลุ่มทดลอง	2.9520	.46916		
หลังทดลอง	กลุ่มควบคุม	2.9636	.33821	3.317	0.001
	กลุ่มทดลอง	3.1731	.32396		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4.3 ความพึงพอใจของกลุ่มที่เกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการป้องกันความเสี่ยงและการดูแลภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ ในระดับชุมชนและในระดัประบบสุขภาพ

4.3.1 ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่เกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการป้องกันความเสี่ยงและการดูแลภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ ในระดับชุมชนและโรงพยาบาล พบว่า ส่วนใหญ่มีความเหมาะสมในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยรวม (\bar{x} =4.34) โดยข้อที่มีความเหมาะสมระดับมากที่สุด ได้แก่ ให้นำผู้เป็นเบาหวานควรปฏิบัติโดยแจ้งผู้ดูแลทราบ เพื่อจะได้ช่วยเหลือหากเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉิน พกสมุดประจำตัวผู้ป่วยเบาหวานหรือสมุดคู่มือผู้ป่วยเบาหวานตลอดเวลา พกเครื่องตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว(ถ้ามี) ควรตรวจวัดเมื่อมีอาการไม่สบาย ทราบช่องทางติดต่อกับทีมสุขภาพโรงพยาบาลที่ดูแลหรือโทร 1669 (\bar{x} =4.71) และข้อที่มีความเหมาะสมระดับน้อยที่สุด คือ ใช้การจัดกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนเพื่อให้บุคคลอื่นที่เข้าร่วมกิจกรรมสามารถใช้คำพูดที่เป็นกำลังใจซึ่งกันและกัน (\bar{x} =3.96)

4.3.2 ความพึงพอใจของ อสม.ในการพัฒนารูปแบบการป้องกันความเสี่ยงและการดูแลภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ ในระดับชุมชนและโรงพยาบาล พบว่า ส่วนใหญ่มีความเหมาะสมในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยรวม (\bar{x} =4.24) โดยข้อที่มีความเหมาะสมระดับมากที่สุด ได้แก่ จัดให้มีสมุดประจำตัวผู้ป่วยเบาหวาน มีความเหมาะสมในระดับมาก (\bar{x} =4.51) และ

ข้อที่มีความเหมาะสมระดับน้อยที่สุด คือ แจกคู่มือการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ (\bar{x} =4.24)

อภิปรายผล

1. จากการศึกษาวิจัย ได้รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงและการดูแลภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ ในระดับชุมชนและระดับโรงพยาบาล โดยระดับชุมชน มี 2 แนวทาง คือ แนวทางในการป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ จำนวน 17 ข้อ และแนวทางการดูแลภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ 2 ข้อ คือดูแลกรณีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และกรณีน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งสอดคล้องกับสภาพปัญหาที่จำเป็นต้องมี ทั้งแนวทางในการป้องกันและแนวทางการดูแลในภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ รวมทั้งมีการเชื่อมโยงจากชุมชนไปถึงโรงพยาบาลอย่างไร้รอยต่อทุกภาคส่วนต้องมีส่วนเกี่ยวข้องและมีหน้าที่ต้องช่วยกันทุกคน ดังแนวทางข้อที่ 1 ที่ได้จากการศึกษา คือแนวทางป้องกันความเสี่ยงและการดูแลภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ จากชุมชนถึงโรงพยาบาล เป็นหน้าที่ของทุกคนต้องช่วยกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ณัฐธยาน์ ประเสริฐอำไพสกุล และคณะ (2558) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูงของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ได้กล่าวไว้ว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับปัจจัยการกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำตาล

ในเลือดสูงมาก จะมีพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูงดี ผลการศึกษาสอดคล้องกับแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ เบคเกอร์ (Becker, 1974) เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลต้องอาศัยปัจจัยกระตุ้นและแต่ละคนต้องการการกระตุ้นในระดับที่ไม่เท่ากันโดยการกระตุ้นของสิ่งเร้าเป็นไปได้ทั้งภายใน และภายนอก เช่นอาการของโรคที่เป็นจากประสบการณ์ของตนเองหรือการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนฝูง ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย โดยทั่วไปความพอใจที่ยอมรับคำแนะนำ ข้าราชการคำแนะนำของสมาชิกในครอบครัว การกระตุ้นเตือน ทำให้บุคคลเกิดความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ และจุฑาพงศ์ เตชะสีวรรณาภรณ์ บุญเชียง และรังสิยา นารินทร์ (2563) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้ที่เป็เบาหวาน ตั้งแต่ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ ระยะที่ 2 ดำเนินการตามรูปแบบที่พัฒนาใน ระยะที่ 1 และระยะที่ 3 ประเมินผลการดำเนินงาน โดยในระยะที่ 1 ขึ้นเตรียมการ ใช้กรอบแนวคิดการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ระยะที่ 2 ขึ้นดำเนินการ เป็นการใช้กรอบแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน เป็นระยะที่นำรูปแบบการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวานที่พัฒนาโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนไปดำเนินการในชุมชน ระยะที่ 3 เป็นระยะที่ผู้วิจัยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมกันประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่ได้พัฒนาขึ้น โดยการวัดความรู้ในการดูแลตนเองและการปฏิบัติตัวของผู้ที่เป็นเบาหวาน และสอดคล้องกับ สมพงษ์ จันทรโอวาท สุภาพร สุโพธิ และนวรรตน์ บุญนาน (2557) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง:กรณีศึกษา เครือข่ายบริการสุขภาพแคว้น จังหัดมหาสารคาม พบว่าการแก้ไขปัญหสุขภาพจำเป็นต้องอาศัยการมีความรู้ความสามารถและทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัว โดยครอบครัวจะต้องมีการศึกษาปัญหา วิเคราะห์ และเลือกวิธีที่ดีที่สุดในการแก้ปัญหาโดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน ควรได้รับการพัฒนาอย่างเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน อันจะนำไปสู่สุขภาพของครอบครัว ชุมชนอย่างแท้จริง

2. การประเมินรูปแบบพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะดุกเณินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ จาก

ผลของพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะดุกเณินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ เปรียบเทียบ ก่อนและหลังมีการทดลองใช้ กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมต่อภาวะดุกเณินจากโรคเบาหวาน ก่อนได้รับโปรแกรมเท่ากับ 2.9520 คะแนน คะแนน (SD .46916) และหลังได้รับโปรแกรม 3.1731 คะแนน คะแนน (SD .32396) และหลังได้รับโปรแกรมเมื่อทำการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะดุกเณินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะดุกเณินจากโรคเบาหวานหลังจากได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะดุกเณินจากโรคเบาหวานของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในชุมชน ของสมลักษณ์ เทพสุรียานนท์ และคณะ(2565) พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะดุกเณินจากโรคเบาหวาน หลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะดุกเณินจากโรคเบาหวานสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

3. ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม.ในการพัฒนารูปแบบการป้องกันความเสี่ยงและการดูแลภาวะดุกเณินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุในระดับชุมชนและโรงพยาบาล พบว่า ส่วนใหญ่มีความเหมาะสมในระดับมาก อสม. มีค่าเฉลี่ยรวม ($\bar{x}=4.24$) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีค่าเฉลี่ยรวม ($\bar{x}=4.34$) ความพึงพอใจดังกล่าว สะท้อนให้เห็นว่า ระบบการพัฒนารูปแบบการป้องกันความเสี่ยงและการดูแลภาวะดุกเณินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ ในระดับชุมชนและโรงพยาบาล เป็นที่ยอมรับเป็นระบบที่จะแก้ปัญหาได้ มีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ อนุชา วรหาญ (2561) เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลเลาขวัญ ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่าในภาพรวมผู้ป่วยโรค เบาหวานที่ได้รับการดูแลด้วยรูปแบบใหม่ ร้อยละ 78.5 มีความพึงพอใจมาก รองลงมา ร้อยละ 21.5 พึงพอใจปานกลาง

เมื่อพิจารณาความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในแต่ละประเด็น พบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 76.0 มีความพึงพอใจมาก

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยเชิงปฏิบัติการ การนำรูปแบบการพัฒนาการป้องกันความเสี่ยงและการดูแลภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ ในระดับชุมชนและโรงพยาบาลไปทดลองใช้จริง

2. การทดลองใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองใช้เวลา 10 สัปดาห์ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรเพิ่มระยะเวลาติดตามมากกว่า 10 สัปดาห์ เพื่อดูการเปลี่ยนแปลง และการคงอยู่ของพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะฉุกเฉินโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ และให้ผลการศึกษามีความสมบูรณ์เพิ่มมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กาญจนา พิบูลย์ และคณะ. (2558). การศึกษาอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในผู้สูงอายุ.วารสารคณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- กาญจนา เฟื่องฟู และคณะ. (2564). ปัจจัยการทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดอุดรธานี.พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต (พย.ม.), คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- จริยา นพเคราะห์ และคณะ. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ;การจัดการตนเอง;ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่2 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เมษายน-มิถุนายน 2563, 251-261.
- ไชยยา จักรสิงโต. (2560). ประสิทธิผลโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ที่มีภาวะเสี่ยงสูงต่อการป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคอ้วน.หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการสุขภาพ, มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนนครินทร์.
- ณัฐยานี ประเสริฐอำไพสกุล และคณะ.(2551).ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด.วิทยานิพนธ์,หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว), มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ต่านน้อย, พรเทพ ศิริสุขโกคา และคณะ. (2562). การพัฒนาเว็บแอปพลิเคชันเพื่อให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.NPRU-Online Journal and Research Database Research Database of the 11th NPRU Nation Academic Conference.
- นัตยา ตั้งศิริกุล และคณะ. (2562). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งกรุงเทพมหานคร. มหาวิทยาลัยรังสิต.
- พันธวี คำสาว และคณะ. (2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวาน อำเภอบ้านม่วง จังหวัดสกลนคร. กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลพระอาจารย์มั่น ภูริทัตโต,วารสารโรงพยาบาลสกลนคร.
- วัฒนา สว่างศรี และคณะ. (2558). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่ในชุมชน.วารสารพยาบาลทหารบก ปีที่ 16 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2558, 116-122.
- ศิริภาณี ศรีหาภาค และคณะ. (2561). รูปแบบการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุภายใต้กองทุนระบบการดูแลระยะยาว จังหวัดขอนแก่น.
- สมลักษณ์ เทพสุริยานนท์ และคณะ. (2564). การพัฒนาแบบประเมินความเสี่ยงต่อภาวะฉุกเฉินจากโรคเบาหวานของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในชุมชน.วารสารการพยาบาลและสุขภาพ.

- สมจิตต์ สิ้นรุชชัย และคณะ. (2564). การพัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูง ในคลินิกหมอครอบครัว จังหวัดสระบุรี.คลังข้อมูลความรู้ระบบสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข(สวรส.).
- สมพงษ์ จันทรโรวาท และคณะ. (2557). การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง:กรณีศึกษา เครือข่ายบริการสุขภาพแคว้น จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 23 ฉบับที่ 3 พฤษภาคม-มิถุนายน 2557.
- สมพร กิจสุวรรณรัตน์ และคณะ.(2563). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดลำปาง ปี 2561. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ ปีที่ 7 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2563.
- สุปรียา แก้วสวัสดิ์ และคณะ. (2552). การวิจัยกึ่งทดลอง:งานประจำสู่การวิจัยกึ่งทดลอง สำหรับนักสาธารณสุข.วารสารสมาคมวิชาชีพสาธารณสุข ปีที่ 35 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2563, 30-39.
- โอชา พันธุ์, มนชนก โลมรัตน์ และประพิศพัทธ์ พูลศรี. (2564). ปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อภาวะฉุกเฉินจากโรคเบาหวานของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในชุมชน.วารสารสุขภาพและการพยาบาล มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.
- อภิญา เนียมเล็ก และคณะ. (2563). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน ภายใต้สถานการณ์การระบาดของเชื้อ COVID-19.กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม ศูนย์แพทย์ชุมชนโรงพยาบาลควนขนุน อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง.
- [https://fopdev.or.th/สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ \(Aged Society\).](https://fopdev.or.th/สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society).)
- <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/1962/สถิติผู้สูงอายุ.>

ผลลัพธ์การดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะความดันเลือดในปอดสูงในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช

The Outcome of Care for Newborns with Persistent Pulmonary Hypertension Sichon Hospital, Nakhon Si Thammarat Province

ณัชชา ถาวารภรณ์, มณฑิรา ชาญณรงค์, เปรมีศา ตรงต่อกาล
Natcha Thawaraporn, Montira Channarong, Premisa trongtorkarn
โรงพยาบาลสิชล
Sichon Hospital

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบศึกษาข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective study) เพื่อศึกษาผลลัพธ์การดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะความดันเลือดในปอดสูงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยทุกราย (Census) เป็นทารกแรกเกิดที่มีภาวะความดันเลือดในปอดสูง ในปีงบประมาณ 2564-2566 จำนวน 20 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Chi-square test และ Kruskal-Wallis Test

ผลการศึกษา พบว่า ทารกที่มีภาวะความดันเลือดในปอดสูง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (55%) มีเชื้อชาติไทย (95%) วิธีการคลอดส่วนใหญ่เป็นการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (60%) โดยมีอายุครรภ์ครบกำหนด (37-41wk.) (90%) น้ำหนักแรกเกิดอยู่ระหว่าง 2,500-3,800 กรัม (80%) คะแนน Apgar นาทีที่ 1 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.7 ± 1.03 คะแนน นาทีที่ 5 มีค่าเท่ากับ 8.93 ± 1.15 คะแนน และนาทีที่ 10 มีค่าเท่ากับ 9.68 ± 0.52 คะแนน ทารกส่วนใหญ่มีภาวะโรคร่วม (95%) ซึ่งโรคร่วมที่พบมากที่สุด คือ sepsis (55%) ข้อมูลด้านมารดา พบว่า มารดาไม่ได้รับยากระตุ้นการคลอด 10 ราย (50%) และมีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ 12 ราย (60%) ด้านการรักษา พบว่า ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยภาวะ PPHN ภายใน 24 ชั่วโมง 15 ราย (75%) การช่วยหายใจด้วยแรงดันบวกในห้องคลอด 11 ราย (55%) ผลการรักษาพบว่า ทารกรอดชีวิต 9 ราย (45%) เสียชีวิต 9 ราย (45%) และส่งต่อ 2 ราย (10%) โดยการคลอดทารกมีคะแนน Apgar นาทีที่ 1 และ 5 และ อายุที่รับการวินิจฉัยภาวะความดันเลือดในปอดสูง (PPHN) เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การดูแลรักษาทารกแรกเกิดอย่างมีนัยสำคัญ โดยพบว่า ทารกที่คลอดด้วยวิธีปกติทางช่องคลอด มีค่าสัดส่วน การเสียชีวิตน้อยกว่าทารกที่คลอดด้วยวิธีผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} = 0.010$), ทารกที่รอดชีวิตมีคะแนน Apgar นาทีที่ 1 และ 5 มากกว่าทารกที่มีการเสียชีวิตและส่งต่อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} = 0.010, 0.035$) และทารกที่รอดชีวิตจะได้รับการวินิจฉัย PPHN ที่อายุมากกว่า 24 ชั่วโมง (55.6%) มากกว่าทารกที่เสียชีวิตและส่งต่ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} = 0.017$)

จะเห็นได้ว่า ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอัตราการรอดชีวิต น้อยกว่าอัตราการเสียชีวิตและการส่งต่อดังนั้น พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยควรมีการติดตามประเมินอาการอย่างใกล้ชิด โดยคำนึงถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะความดันเลือดในปอดสูง และนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ : ผลลัพธ์การดูแล, ทารกแรกเกิด, ภาวะความดันเลือดในปอดสูง

Abstract

The retrospective study aims to investigate the care outcomes of newborns with persistent pulmonary hypertension (PPHN) admitted to Sichon Hospital, Nakhon Si Thammarat Province. The study collected data from the medical records of 20 newborns with PPHN in the fiscal year 2021-2023. The majority of newborns with PPHN were female (55%) and of Thai ethnicity (95%). Most of them were delivered by cesarean section (60%) and were full-term (90%). Their birth weight was between 2,500-3,800 grams (80%). The mean Apgar scores at the first, fifth, and tenth minute were 7.7 ± 1.03 , 8.93 ± 1.15 , and 9.68 ± 0.52 , respectively. The study found that most of the newborns had comorbid conditions (95%), with sepsis being the most common (55%). In terms of maternal information, most of the mothers did not receive medication to stimulate labour (50%), and complications during pregnancy were found in 12 cases (60%).

The study also found that the majority of newborns received a diagnosis of PPHN within 24 hours (75%), and positive pressure ventilation was used in around 11 cases (55%). The treatment outcome showed that 9 infants survived (45%), 9 died (45%), and 2 were referred (10%). The babies had Apgar scores at minutes 1 and 5, and age at diagnosis of PPHN was found to be significantly related to the result of newborn care. The proportion of deaths was significantly lower among babies born by normal vaginal delivery than those born by cesarean section (P -value = 0.010). Babies who survived had higher Apgar scores at minutes 1 and 5 than babies who died (P -value = 0.010, 0.035). More infants who survived were diagnosed with PPHN older than 24 hours (55.6%) than infants who died and were referred (P -value = 0.017).

It can be seen that the outcome of caring for most neonates is survival rates, which are lower than death rates and referrals. Therefore, nurses caring for patients should closely monitor and assess their symptoms. Taking into account factors that are related to the outcomes of care for newborns with pulmonary hypertension. and use the information obtained to plan improvements in caring for this group of patients to be more efficient.

Keywords : Care outcomes, Neonates, Persistent pulmonary hypertension

บทนำ

ภาวะความดันเลือดในปอดสูงในทารกแรกเกิด เป็นหนึ่งในภาวะร้ายแรงที่อาจเกิดขึ้นในทารกแรกเกิด ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อเส้นเลือดที่นำเลือดจากหัวใจไปยังปอดมีการหดตัวเกินไปหรือมีสิ่งขัดขวางการไหลของเลือด ทำให้ความดันเลือดในหลอดเลือดปอดเพิ่มขึ้นจนเป็นอันตรายต่อชีวิต ภาวะนี้จึงถือเป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และต้องรักษาโดยเร่งด่วนเพื่อรักษาชีวิตของทารกแรกเกิดสามารถเกิดขึ้นได้เนื่องจากปัจจัยทางพันธุกรรม แต่มักจะมีปัจจัยเสี่ยงเพิ่มเติมที่ส่งผลให้เกิดภาวะนี้ เช่น การสูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์ การใช้ยาต่างๆ หรือภาวะแทรกซ้อนทางการแพทย์ขณะทำการคลอด ภาวะนี้เป็นภาวะที่เกิดขึ้นได้ไม่บ่อยแต่เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต ดังเห็นได้จากในต่างประเทศพบอุบัติการณ์การเกิดประมาณ 1-5 ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีพ อัตราการเสียชีวิต 4-33% (Le Duc et al., 2023; Ruopp & Cockrill, 2022; Siefkes & Lakshminrusimha, 2021) ในประเทศไทย มีอุบัติการณ์เกิดอยู่ระหว่าง 0.38-4.6 ต่อ การเกิดมีชีพ 1,000 คนพบอัตราการอัตราการเสียชีวิตสูงถึง 24 -71.1 % (ชรินพร, 2560; นพวรรณ, 2560; ขนิษฐา, 2564; อาทิตย์,

2565 และ ดวงฤทัย, 2566) ซึ่งแตกต่างกันแต่ละสถานพยาบาลที่มีข้อจำกัดแตกต่างกัน

แนวทางการรักษาภาวะความดันเลือดในปอดสูงในทารกแรกเกิดในปัจจุบันประกอบด้วย 1) การใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดความถี่สูง (high frequency ventilation; HFV) 2) การรักษาระดับความดันโลหิตโดยการให้ยากระตุ้นความดันและ/หรือ volume expander 3) การแก้ไขภาวะเลือดเป็นกรด 4) การให้ยาหล่อมประสาทยาระงับความปวด และยาคลายกล้ามเนื้อ เพื่อให้ทารกสงบและไม่เกิดอาการเจ็บปวด 5) การให้ยาขยายหลอดเลือดในปอด และ 6) การใช้เครื่องพองการทำงานของหัวใจและปอด นอกจากนี้ยังมีการรักษาด้วยการสูดดมก๊าซไนตริกออกไซด์ (inhaled nitric oxide; iNO) เป็นการรักษาที่อยู่ในกลุ่มการให้ยาขยายหลอดเลือดในปอดออกฤทธิ์ขยายเฉพาะหลอดเลือดแดงในปอด (selective pulmonary vasodilators) (อัญชลี, 2563) ซึ่งผลลัพธ์การดูแลรักษาภาวะความดันเลือดในปอดสูงในทารกแรกเกิดใน มีทั้งการเสียชีวิต รอดชีวิต และการส่งต่อไปรักษาโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์การดูแลรักษา พบว่า อายุครรภ์ น้ำหนักแรกเกิด (อาทิตย์, 2565) ภาวะ meconium aspirate syndrome ทารกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจความถี่สูง (HFOV) ที่มีค่า mean airway pressure (MAP) สูงสุดมากกว่าเท่ากับ 20 cmH₂O (ชนิษฐา, 2564) ค่าความดันโลหิต SBP และ MAP ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล (ชรินพร, 2560) ค่าดัชนีออกซิเจน การได้รับแก๊สไนตริกออกไซด์ (มนัญญา, 2564) ระยะเวลาการเกิดภาวะความดันปอดสูง (ปฐมภรณ์, 2563) เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การรักษาความดันในปอดสูงในทารกแรกเกิดจำเป็นต้องมีการวินิจฉัยและการรักษาอย่างรวดเร็วเนื่องจากภาวะนี้เป็นภาวะที่อันตรายต่อชีวิตของทารกแรกเกิด รวมถึงการรักษาโรคที่เป็นสาเหตุหรือการลดความดันเลือดในปอด การดูแลทารกในหน่วยหออภิบาลทารกแรกเกิดอย่างมีคุณภาพเพื่อให้ทารกมีโอกาสเจริญเติบโตและพัฒนาการปกติต่อไป

โรงพยาบาลสิชล เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ ขนาด 400 เตียง มีกุมารแพทย์และทีมพยาบาลที่

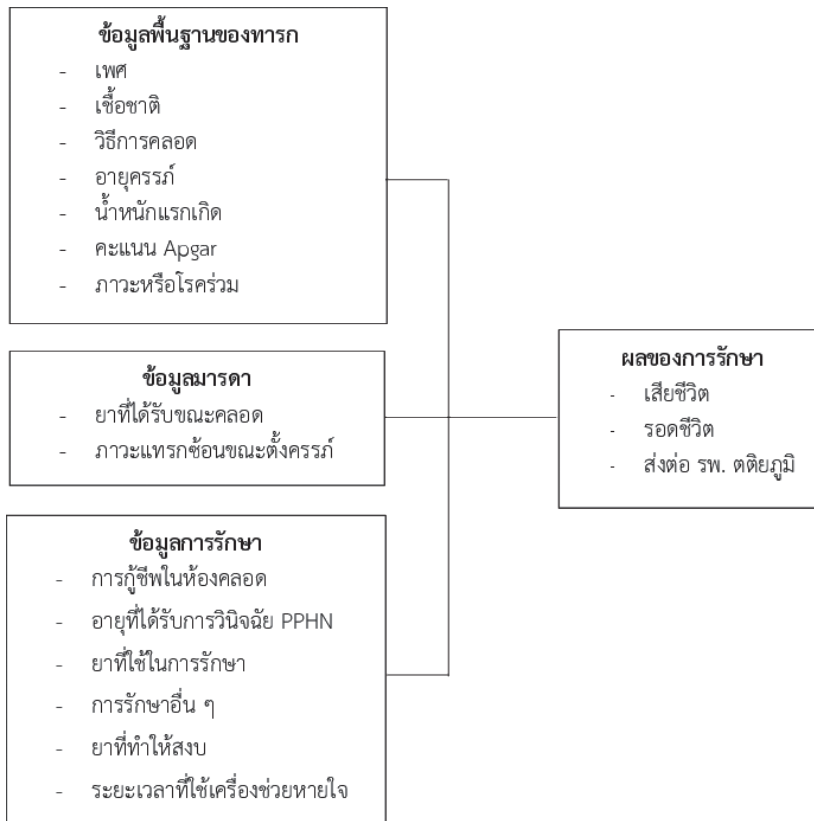
ดูแลหออภิบาลทารกแรกเกิด ซึ่งพัฒนาศักยภาพมาอย่างยาวนานจนสามารถดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะความดันเลือดในปอดสูงได้มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 เป็นต้นมา ดังนั้นการวิจัยเรื่องผลลัพธ์การดูแลรักษาทารกแรกเกิดที่มีภาวะความดันเลือดในปอดสูงที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดโรงพยาบาลสิชลจึงมีความสำคัญเนื่องจากมีผลต่อการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของทารกแรกเกิดและครอบครัว อีกทั้งผลการวิจัยสามารถพัฒนาคุณภาพการวินิจฉัย การดูแลรักษา และการพยาบาลผู้ป่วย รวมทั้งการป้องกันการเกิดภาวะดังกล่าว ช่วยให้ทารกแรกเกิดมีโอกาสในการเจริญเติบโตและพัฒนาการเป็นไปอย่างปกติในภายหลัง

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานของทารก ข้อมูลมารดา ข้อมูลการรักษา และผลการรักษาภาวะความดันเลือดในปอดสูงของทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช
- 2) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของผลการรักษาภาวะความดันเลือดในปอดสูงของทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช ตามข้อมูลพื้นฐาน ข้อมูลมารดา และข้อมูลการรักษา

กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาผลลัพธ์การดูแลรักษาทารกแรกเกิดที่มีภาวะความดันในปอดสูงที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยใช้กรอบแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์การดูแลรักษาทารกแรกเกิดที่มีภาวะความดันในปอดสูง โดยแบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ข้อมูลด้านทารก ประกอบด้วย เพศ เชื้อชาติ วิธีการคลอด อายุครรภ์ น้ำหนักแรกเกิด คะแนน Apgar และภาวะหรือโรคร่วม 2) ข้อมูลด้านมารดา ประกอบด้วย ยาที่มารดาได้รับขณะคลอด และภาวะแทรกซ้อนของมารดาขณะตั้งครรภ์ และ 3) ข้อมูลการรักษา ประกอบด้วย การกัซิปในห้องคลอด อายุที่ได้รับ การวินิจฉัย PPHN ยาที่ใช้ในการรักษา การรักษาอื่นๆ ยาที่ทำให้สงบ และระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ดังนี้



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบ retrospective descriptive study ในผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะความดันในปอดสูง (Persistent Pulmonary Hypertension of the Newborn : PPHN)

ประชากรที่ศึกษา ผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะความดันในปอดสูง (Persistent Pulmonary Hypertension of the Newborn: PPHN) ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2561 ถึง วันที่ 31 ธันวาคม 2565 จำนวน 20 ราย กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเป็นประชากรทุกราย (Census) โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าได้แก่ เวชระเบียนที่บันทึกการวินิจฉัยด้วยรหัส ICD-10 รหัส P293 persistent fetal circulation ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561-2565 และเกณฑ์การคัดออก เป็นเวชระเบียนที่มีวารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้

ข้อมูลไม่ครบ และไม่สามารถหาข้อมูลได้จากฐานข้อมูลในระบบ Hosxp และเวชระเบียนทารกที่มีความพิการแต่กำเนิดรุนแรง (congenital anomalies) ที่ไม่ใช่โรคลำไส้เลื่อนกะบังลมแต่กำเนิด (congenital diaphragmatic hernia: CDH) หรือทารกที่สงสัยว่ามีความผิดปกติของโครโมโซม (chromosome abnormalities) หรือโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว (congenital cyanotic heart disease)

เครื่องมือรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีรายละเอียดแบบบันทึกในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของทารก ได้แก่ เพศ เชื้อชาติ วิธีการคลอด อายุครรภ์ น้ำหนักแรกเกิด คะแนน Apgar และภาวะโรคร่วม

ส่วนที่ 2 ข้อมูลมารดา ได้แก่ ยาที่ได้รับขณะคลอด และ ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการรักษา ได้แก่ ชนิดของยาที่ใช้ในการรักษา การตั้งค่าเครื่องช่วยหายใจ (ventilator setting) ระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ระยะเวลาที่รับการรักษาในโรงพยาบาล

ส่วนที่ 4 ผลของการรักษา ได้แก่ ประเภทการจำหน่ายผู้ป่วย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบบันทึกข้อมูลทั้ง 3 ส่วน ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา ได้แก่ แพทย์เฉพาะทางกุมารเวชกรรม จำนวน 12 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลทารกแรกเกิดวิกฤติ จำนวน 1 ท่าน และปรับแก้ตามข้อเสนอของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่า CVI (Content Validity Index) 0.86

การรวบรวมข้อมูล

1) เมื่อโครงร่างการวิจัยผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช และผ่านการอนุญาตให้ใช้ข้อมูลในเวชระเบียนจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิชล ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกเวชระเบียนผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่มีภาวะความดันเลือดในปอดสูง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์คัดเข้า คัดออก และเกณฑ์ยุติการศึกษา

2) เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนบันทึกในแบบบันทึกข้อมูลให้ครบทั้ง 4 ส่วน หากไม่ครอบคลุมสืบค้นข้อมูลเพิ่มเติมจากระบบ Hosxp หลังจากนั้นตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและนำไปวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้านทารก ด้านมารดา ข้อมูลการรักษา และผลลัพธ์การดูแลรักษา ผู้วิจัยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลชนิดต่อเนื่อง และวิเคราะห์จำนวน ความถี่ และร้อยละ สำหรับข้อมูลชนิดไม่ต่อเนื่อง

2) การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของผลการรักษาภาวะความดันเลือดในปอดสูงขอทารกแรก

เกิดในโรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช ตามข้อมูลพื้นฐานของทารก ข้อมูลมารดา และข้อมูลการรักษา โดยใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ สำหรับข้อมูลที่เป็นความถี่ ใช้สถิติ Chi-square และใช้ Kruskal-Wallis Test ในกรณีที่มีข้อมูลเป็นค่าเฉลี่ย ได้แก่ คะแนน Apgar score และระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยกำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับ P-value น้อยกว่า 0.05

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เอกสารรับรองเลขที่ 110/2566 ลงวันที่ 31 ตุลาคม 2566

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลพื้นฐานของทารก จากกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 20 ราย มีข้อมูลพื้นฐานของทารก ดังนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55 มีเชื้อชาติไทย ร้อยละ 95 วิธีการคลอดส่วนใหญ่เป็น Cesarean section ร้อยละ 60 โดยมีอายุครรภ์เป็น Term (37-41wk.) ร้อยละ 90 และมีน้ำหนักแรกเกิดส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 2,500-3,800 g. ร้อยละ 80 คะแนน Apgar นาทีที่ 1 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.7 ± 1.03 คะแนน นาทีที่ 5 มีค่าเท่ากับ 8.93 ± 1.15 คะแนน และนาทีที่ 10 มีค่าเท่ากับ 9.68 ± 0.52 คะแนน อีกทั้งพบการมีภาวะหรือโรคร่วมที่พบในทารก ร้อยละ 95 โดยโรคร่วมที่พบมากที่สุด คือ sepsis ร้อยละ 55 รองลงมาคือ Hypothermia และ Respiratory distress syndrome ร้อยละ 35 และ 30 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลพื้นฐานของทารก

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	9	45
หญิง	11	55
เชื้อชาติ		
ไทย	19	95
ต่างชาติ	1	5
วิธีการคลอด		
Normal labor	5	25
Cesarean section	12	60
Vacuum extraction	3	15
อายุครรภ์		
Term (37-41wk.)	18	90
Preterm(<37wk.)	2	10
น้ำหนักแรกเกิด		
ต่ำกว่า 2,500 g.	3	15
2,500-3,800g.	16	80
>3,800g.	1	5
คะแนน Apgar at 1 min, mean \pm SD	7.7 \pm 1.03	
คะแนน Apgar at 5 min, mean \pm SD	8.93 \pm 1.15	
คะแนน Apgar at 10 min, mean \pm SD	9.68 \pm 0.52	
ภาวะหรือโรคร่วมที่พบในทารก		
ไม่มี	1	5
มี	19	95
Meconium stained amniotic fluid	1	5
RDS	6	30
Congenital diaphragmatic hernia	1	5

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
Hypoglycemia	1	5
Hypothermia	7	35
Pneumothorax	1	5
อื่นๆ	14	70
pneumonia	4	20
sepsis	11	55

2. ข้อมูลด้านมารดา สำหรับข้อมูลของมารดา พบว่า ส่วนใหญ่มารดาไม่ได้รับยากระตุ้นการคลอด ร้อยละ 50 และมารดามีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์

ร้อยละ 60 โดยภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุด คือ ภาวะซีด ร้อยละ 20 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของข้อมูลมารดา

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ยาที่มารดาได้รับขณะคลอด		
ไม่ได้รับ	10	50
Oxytocin (Syntocinon)	8	40
MgSO ₄	2	10
ภาวะแทรกซ้อนของมารดาขณะตั้งครรภ์	12	60
ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์	2	10
มีประวัติน้ำเดินก่อนกำหนด มากกว่า 18 ชม.	2	10
เบาหวาน	2	10
ภาวะซีด	4	20
Sepsis	1	5
อื่นๆ	5	25
Amphet+	3	15
VDRL+	2	10

3. ข้อมูลการรักษา สำหรับข้อมูลการรักษา พบว่า การกู้ชีพในห้องคลอด ที่พบมากที่สุด คือ การช่วยหายใจด้วยแรงดันบวก ร้อยละ 55 ส่วนอายุที่รับการวินิจฉัยภาวะ PPHN ที่พบมากที่สุด คือ แรกเกิด-24 ชั่วโมง ร้อยละ 75 ในส่วนของยาที่ใช้ในการรักษา พบว่าเป็น Norepinephrine มากที่สุด ร้อยละ 80 รองลงมาคือ Dopamine และ Silenafil (Viagra) ร้อยละ 75 และ 10

ตามลำดับ การรักษาที่ให้มากที่สุด คือ 7.5%NaHO₃ ร้อยละ 75 รองลงมา คือ Hydrocortisone และ PRC ร้อยละ 60 และ 55 ตามลำดับ ส่วนยาที่ทำให้สงบ (Sedation) ที่ให้ได้แก่ Midazolam และ Fentanyl ร้อยละ 95 และ 85 ตามลำดับ อีกทั้งมีระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเฉลี่ยเท่ากับ 10.7 ± 10.74 วัน ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของข้อมูลการรักษา

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
การกู้ชีพในห้องคลอด		
การให้ออกซิเจนทั่วไป (Mask,Box)	5	25
การช่วยหายใจด้วยแรงดันบวก	11	55
การใส่ท่อช่วยหายใจ	4	20
อายุที่รับการวินิจฉัยภาวะPPHN		
แรกเกิด-24 ชั่วโมง	15	75
มากกว่า 24 ชั่วโมง	5	25
ยาที่ใช้ในการรักษา		
Dopamine	15	75
Epinephrine	1	5
Dobutamine	1	5
Silenafil(Viagra)	2	10
Norepinephrine	16	80
การรักษา		
0.9% Nacl	7	35
PRC	11	55
7.5%NaHO ₃	15	75
FFP	7	35
Iloprost	4	20
Hydrocortisone	12	60

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
20%Albumin	2	10
ยาที่ทำให้สงบ(Sedation)		
Midazolam	19	95
Fentanyl	17	85
ระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ (วัน), mean \pm SD	10.7 \pm 10.74	

4. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของผลการรักษาภาวะความดันเลือดในปอดสูงของทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราชตามข้อมูลพื้นฐานของทารก ข้อมูลด้านมารดา ข้อมูลการรักษา พบว่า วิธีการคลอด, คะแนน Apgar นาทีที่ 1

และ 5, อายุที่รับการวินิจฉัยภาวะPPHN และระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ที่แตกต่างกันมีผลต่อผลการรักษาที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.05) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์การดูแลรักษาทารกแรกเกิดที่มีภาวะความดันในปอดสูง

ปัจจัย เสียชีวิต (n=9) รอดชีวิต (n=9)	ผลการรักษา, n(%)			P-value
	ส่งต่อ (n=2)			
ข้อมูลพื้นฐานของทารก				
เพศ				0.360*
ชาย	4 (44.4)	5 (55.6)	0 (0)	
หญิง	5 (55.6)	4 (44.4)	2 (100)	
เชื้อชาติ				0.526*
ไทย	8 (88.9)	9 (100)	2 (100)	
ต่างชาติ	1 (11.1)	0 (0)	0 (0)	
วิธีการคลอด				0.010*
Normal labor	2 (22.2)	3 (33.3)	0 (0)	
Cesarean section	6 (66.7)	6 (66.7)	0 (0)	
Vacuum extraction	1 (11.1)	0 (0)	2 (100)	
อายุครรภ์				0.102*
Term (37-41wk.)	8 (88.9)	9 (100)	1 (50.0)	

ปัจจัย เสียชีวิต (n=9) รอดชีวิต (n=9)	ผลการรักษา, n(%)			P-value
	ส่งต่อ (n=2)			
Preterm(<37wk.)	1 (11.1)	0 (0)	1 (50.0)	
น้ำหนักแรกเกิด				0.678*
ต่ำกว่า 2,500 g.	1 (11.1)	2 (22.2)	0 (0)	
2,500-3,800g.	8 (88.9)	6 (66.7)	2 (100)	
>3,800g.				
คะแนน Apgar at 1 min, mean ± SD	7.78 ± 0.67	8.11 ± 0.33	5.5 ± 2.12	0.005**
คะแนน Apgar at 5 min, mean ± SD	8.61 ± 1.11	9.56 ± 0.53	7.5 ± 2.12	0.035**
คะแนน Apgar at 10 min, mean ± SD	9.61 ± 0.6	9.78 ± 0.44	9.5 ± 0.71	0.709**
ภาวะหรือโรคร่วมที่พบในทารก				0.526*
ไม่มี	1 (11.1)	0 (0)	0 (0)	
มี	8 (88.9)	9 (100)	2 (100)	
ข้อมูลมารดา				
ยาที่มารดาได้รับขณะคลอด				0.329*
ไม่ได้รับ	5 (55.6)	5 (55.6)	0 (0)	
ได้รับ	4 (44.4)	4 (44.4)	2 (100)	
ภาวะแทรกซ้อนของมารดาขณะตั้ง ครรภ์				0.477*
ไม่มี	4 (44.4)	4 (44.4)	0 (0)	
มี	5 (55.6)	5 (55.6)	2 (100)	
ข้อมูลการรักษา				
การกักชีพในห้องคลอด				0.206*
การให้ออกซิเจนทั่วไป (Mask, Box)	3 (33.3)	2 (22.2)	0 (0)	
การช่วยหายใจด้วยแรงดันบวก	3 (33.3)	7 (77.8)	1 (50.0)	

ปัจจัย เสียชีวิต (n=9) รอดชีวิต (n=9)	ผลการรักษา, n(%)			P-value
	ส่งต่อ (n=2)			
การใส่ท่อช่วยหายใจ	3 (33.3)	0 (0)	1 (50.0)	
อายุที่รับการวินิจฉัยภาวะPPHN				0.017*
แรกเกิด-24 ชั่วโมง	9 (100)	4 (44.4)	2 (100)	
มากกว่า 24 ชั่วโมง	0 (0)	5 (55.6)	0 (0)	
ยาที่ใช้ในการรักษา				
Dopamine	7 (77.8)	6 (66.7)	2 (100)	0.595*
Epinephrine	0 (0)	1 (11.1)	0 (0)	0.526*
Dobutamine	1 (11.1)	0 (0)	0 (0)	0.526*
Sildenafil(Viagra)	2 (22.2)	0 (0)	0 (0)	0.257*
Norepinephrine	8 (89.9)	7 (77.8)	1 (50.0)	0.450*
การรักษา				
0.9% Nacl	2 (22.2)	4 (44.4)	1 (50.0)	0.550*
PRC	5 (55.6)	6 (66.7)	0 (0)	0.230*
7.5%NaHO3	7 (77.8)	6 (66.7)	2 (100)	0.595*
FFP	2 (22.2)	4 (44.4)	1 (50.0)	0.550*
Iloprost	2 (22.2)	2 (22.2)	0 (0)	0.757*
Hydrocortisone	5 (55.6)	5 (55.6)	2 (100)	0.477*
20%Albumin	0 (0)	2 (22.2)	0 (0)	0.257*
ยาที่ทำให้สงบ(Sedation)				
Midazolam	9 (100)	8 (88.9)	2 (100)	0.526*
Fentanyl	8 (89.9)	7 (77.8)	2 (100)	0.661*
ระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วย หายใจ(วัน), mean \pm SD	4.67 \pm 5.2	17.22 \pm 12.23	8.5 \pm 7.78	0.012**

Statistical use: * Chi-square test, ** Kruskal-Wallis T

อภิปรายผล

1. ข้อมูลพื้นฐานทารก ผลลัพธ์การดูแลรักษาภาวะความดันเลือดในปอดสูงของทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ทารกส่วนใหญ่ที่มีภาวะความดันเลือดในปอดสูงเป็นเพศหญิง ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ ขนิษฐา (2564) และ มนูญญา (2564) ซึ่งพบว่าทารกที่มีภาวะความดันเลือดในปอดสูงส่วนใหญ่เป็นเพศชาย วิธีการคลอดส่วนใหญ่เป็น Cesarean section มีอายุครรภ์ครบกำหนด (37-41wk.) และมีน้ำหนักแรกเกิดส่วนใหญ่ปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ อาซาร์ต และคณะ (Arshad et al., 2021) ซึ่งพบว่า ทารกส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คลอดด้วยวิธีการ Cesarean section และ มีอายุครรภ์ครบกำหนด การศึกษานี้ยังพบว่า คะแนน Apgar นาทีที่ 1 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.7 ± 1.03 คะแนน นาทีที่ 5 มีค่าเท่ากับ 8.93 ± 1.15 คะแนน และนาทีที่ 10 มีค่าเท่ากับ 9.68 ± 0.52 คะแนน ซึ่งทารกส่วนใหญ่มีโรคร่วม คือ sepsis Hypothermia และ respiratory distress syndrome ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ มนูญญา (2564) พบว่าภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในทารกที่มีภาวะความดันเลือดในปอดสูง ได้แก่ การติดเชื้อในร่างกาย ทั้งภาวะปอดติดเชื้อจากการใส่เครื่องช่วยหายใจ และภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งการติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับอัตราการตายในทารกแรกเกิดที่มีภาวะความดันเลือดในปอดสูง (Lin et al., 2022) ทั้งนี้เนื่องจากภาวะ PPHN มักพบในทารกกลุ่มอาการสูดลำบาก (respiratory distress syndrome) ภาวะปอดอักเสบ ภาวะติดเชื้อ ภาวะหายใจลำบากชั่วคราว หรือมีภาวะความดันเลือดในปอดสูงที่ไม่ทราบสาเหตุ (อัญชลี, 2563)

2. ข้อมูลด้านมารดา พบว่า ส่วนใหญ่มารดาไม่ได้รับยากระตุ้นการคลอด กรณีที่ได้รับยากระตุ้นการคลอด ส่วนใหญ่เป็น Oxytocin (Syntocinon) ภาวะแทรกซ้อนของมารดาขณะตั้งครรภ์ที่พบบ่อย คือ ภาวะซีด นอกจากนี้ยังพบมารดาเสพติดแอมเฟตามีนจำนวน 3 ราย มีการศึกษาพบว่าผลกระทบการเสพติดแอมเฟตามีนส่งผลให้ทารกมีภาวะหายใจลำบากต้องช่วยกู้ชีพ ถึงร้อยละ 14.3 (ทิพย์อุษา, 2566) แต่การศึกษา

นี้พบว่าข้อมูลด้านมารดาไม่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การดูแลรักษาภาวะความดันเลือดในปอดสูงในทารกแรกเกิด

3. ข้อมูลการรักษา พบว่า ทารกส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยภาวะ PPHN ใน แรกเกิด-24 ชั่วโมง และมีการกู้ชีพในห้องคลอด ด้วยการช่วยหายใจด้วยแรงดันบวก ในส่วนของยาที่ใช้ในการรักษาและกระตุ้นระดับความดันโลหิต และขยายหลอดเลือดในปอดในโรงพยาบาลสิชล ได้แก่ Norepinephrine รองลงมาคือ Dopamine และ Silenafil (Viagra) ตามลำดับ ทารกส่วนใหญ่จะได้รับการแก้ไขภาวะเลือดเป็นกรดด้วย $7.5\% \text{ NaHO}_3$ และ Hydrocortisone และ PRC ร่วมด้วย ส่วนยาที่ทำให้ทารกสงบ (Sedation) เพื่อลดการใช้ออกซิเจน ได้แก่ Midazolam และ Fentanyl นอกจากนี้โรงพยาบาลสิชลมีการใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดความถี่สูง (high frequency ventilation; HFV) ในการดูแลรักษาภาวะความดันเลือดในปอดสูงในทารกแรกเกิด ทารกส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเฉลี่ยเท่ากับ 10.7 ± 10.74 วัน แต่การรักษาภาวะ PPHN ในโรงพยาบาลสิชล ยังมีข้อจำกัดในการรักษาด้วยการใช้เครื่องพุงการทำงานของหัวใจและปอด การรักษาด้วยการสูดดมก๊าซไนตริกออกไซด์ และการตรวจวินิจฉัยยืนยันด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (echo-cardiogram) ที่ยังไม่สามารถทำได้ ส่งผลให้ทารกมีอัตราการเสียชีวิตที่สูง

4. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของผลการรักษาภาวะความดันเลือดในปอดสูงของทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราชตามข้อมูลพื้นฐานของทารก ข้อมูลด้านมารดา ข้อมูลการรักษา พบว่า วิธีการคลอด, คะแนน Apgar นาทีที่ 1 นาทีที่ 5, อายุที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะ PPHN และระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดที่มีภาวะความดันเลือดในปอดสูง อธิบายได้ว่า ทารกแรกเกิดที่มีภาวะความดันเลือดในปอดสูงที่มีการคลอดด้วยวิธี Normal labor มีค่าสัดส่วนการเสียชีวิต น้อยกว่าทารกที่มีการคลอดด้วยวิธี Cesarean section ทั้งนี้เนื่องจากกระบวนการคลอด Normal labor เป็นกระบวนการธรรมชาติและปกติที่ทารกและระบบต่างๆ ของร่างกายของแม่ได้รับการเตรียมตัวมาตั้งแต่ต้นทาง ทารกพร้อมที่จะเกิด หมายความว่า

ร่างกายของแม่และทารกได้รับสัญญาณที่บอกให้ร่างกายเริ่มต้นกระบวนการนี้ได้ ส่วนการคลอดด้วยวิธี Cesarean section มักจะเป็นการผ่าตัดเอาทารกออกจากครรภ์ก่อนเริ่มต้นกระบวนการคลอดธรรมชาติ จึงส่งผลให้ทารกที่คลอดด้วยวิธี Normal labor มีโอกาสที่จะเกิดปัญหาน้อยกว่าทารกที่เกิดผ่าตัด

ทารกที่รอดชีวิตจะมีคะแนน Apgar นาทีที่ 1 และนาทีที่ 5 มากกว่าทารกที่มีการเสียชีวิตและส่งผลทั้งนี้เนื่องจาก คะแนน Apgar เป็นระบบการประเมินสภาพสุขภาพของทารกที่เกิดใหม่ ที่ให้คะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 10 ที่ นาทีที่ 1 และ นาทีที่ 5 หลังการคลอด โดยให้คะแนนในแต่ละด้าน ได้แก่ Appearance (สีผิว) Pulse (ชีพจร) Grimace response (การตอบสนองต่อการกระตุ้น) Activity (การเคลื่อนไหว) และ Respiration (การหายใจ): ประเมินการหายใจของทารก เพื่อประเมินสภาพทารกในทันทีที่เกิดขึ้น โดยคะแนน Apgar ที่สูงมีความหมายว่าทารกมีสภาพสุขภาพดี สามารถปรับตัวและเข้ากับสภาพแวดล้อมได้ดี ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการรอดชีวิตของทารก ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ นพวรรณ (2560) ซึ่งพบว่า ทารกที่เสียชีวิตมีคะแนน Apgar ที่ 1 และ 5 นาทีน้อยกว่ากลุ่มที่รอดชีวิตแต่ไม่มีนัยสำคัญ ระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจ และจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของกลุ่มที่รอดชีวิตนานกว่ากลุ่มที่เสียชีวิต และจากการศึกษาอัตราการรอดชีพและปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตในทารกที่มีภาวะความดันเลือดในปอดสูงในประเทศมาเลเซีย พบว่า คะแนน Apgar น้อยกว่า 5 ในนาทีที่ 5 มีความสัมพันธ์อัตราการเสียชีวิต (Mat Bah, 2021) และการศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดที่มีภาวะความดันเลือดในปอดสูง และได้รับการรักษาด้วยไนตริกออกไซด์ พบว่า คะแนน Apgar น้อยกว่า 3 ในนาทีที่ 1 เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิต (Qian, 2022)

นอกจากนี้ทารกที่รอดชีวิตส่วนใหญ่จะได้รับการวินิจฉัยภาวะ PPHN ที่อายุมากกว่า 24 ชั่วโมง ซึ่งมากกว่าทารกที่เสียชีวิตและส่งผลทั้งนี้แสดงว่าทารกที่รอดชีวิตมีการทำงานของปอดและระบบหลอดเลือดได้ถูกต้องตั้งแต่แรกคลอดมาก่อน มีความสามารถในการปรับตัวและเคลื่อนไหวได้ดี ซึ่งสามารถช่วยให้ระบบหลอดเลือดปอด

ทำงานได้ปกติมากขึ้นในระยะแรก แต่ทารกที่เสียชีวิตและส่งผลต่อ แสดงว่ามีความรุนแรงของ PPHN ตั้งแต่แรกคลอด จึงสามารถวินิจฉัยภาวะ PPHN ได้ตั้งแต่แรกคลอดภายใน 24 ชั่วโมง และทารกที่รอดชีวิตมีระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจมากกว่าทารกที่เสียชีวิตและส่งผล เนื่องจากทารกที่มีอาการรุนแรงจะเสียชีวิตในระยะแรกๆ ของการรักษา จึงทำให้มีระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจและวันนอนโรงพยาบาลที่น้อยกว่าทารกที่รอดชีวิต

สรุป

ผลลัพธ์การดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะความดันเลือดในปอดสูงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า มีอัตราเสียชีวิตสูง โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิต ได้แก่ การคลอดด้วยวิธี Cesarean section คะแนน Apgar นาทีที่ 1 และนาทีที่ 5 การได้รับการวินิจฉัย PPHN ภายใน 24 ชั่วโมง และระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจ ดังนั้นพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยควรมีการติดตามประเมินอาการอย่างใกล้ชิด โดยคำนึงถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะความดันเลือดในปอดสูง และนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ควรนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้ในการพัฒนาแนวทางการดูแลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันการเกิดภาวะความดันเลือดในปอดสูง เพื่อเพิ่มอัตราการรอดชีวิตในผู้ป่วยดังกล่าว นอกจากนี้ควรการศึกษาผลกระทบทางจิตสังคม คุณภาพชีวิต และพัฒนาการของทารกแรกเกิดที่มีภาวะความดันเลือดในปอดสูงในระยะยาว ทำให้ผู้วิจัยและผู้บริการดูแลรักษามีภาพรวมที่ครอบคลุมของผลกระทบทั้งทางร่างกายและจิตใจ

เอกสารอ้างอิง

- ชนิษฐา ผิวหอม. (2564). อัตราการเสียชีวิตและปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดที่มีภาวะความดันเลือดในปอดสูงในโรงพยาบาลศรีสะเกษ. วารสารการแพทย์โรงพยาบาล ศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 36(1), 181-190.
- ชรินทร์ พนาอรุณวงศ์. (2560). ภาวะความดันเลือดปอดสูงในทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลนครพนม. วารสารโรงพยาบาล นครพนม, 4(2), 5-18.
- ทิพย์อุษา จันทร์ทองศรี. (2566, กรกฎาคม 17). ผลกระทบจากการเสพสารเมทแอมเฟตามีนของมารดาขณะตั้งครรภ์ ต่อทารกในระยะแรกเกิด โรงพยาบาลเซกา จังหวัดบึงกาฬ. https://skko.moph.go.th/dward/document_file/oa/research_file_name/20230717133205_976338236.pdf
- ดวงฤทัย พิงสุวรรณ. (2566). อุบัติการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะความดันเลือดในปอดสูงในทารกแรกเกิดของโรงพยาบาลหัวหิน. หัวหินเวชสาร, 3(2), 1-13.
- นพวรรณ พงศ์โสภา. (2560). ภาวะความดันเลือดในปอดสูงในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการ แพทย์เขต 11, 31(1), 49-59.
- อาทิตย์ สอนไว. (2565). ภาวะความดันเลือดในปอดสูงในทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช. วารสารวิชาการแพทย์และสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3, 19(3), 196-211.
- มนัญญา อภิวัฒน์พร. (2021). ภาวะความดันเลือดในปอดสูงในทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี. วารสารการ แพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี, 29(1), 30-37.
- อัญชลี ลีรัมย์สิกุล. (2563). แนวทางการดูแลรักษาภาวะความดันเลือดในปอดสูงในทารกแรกเกิด. ใน : สันติปัญญะหิตานนท์, บรรณาธิการ. Smart Practice in Neonatal Care. กรุงเทพมหานคร: แอคทีฟ พรินท์ จำกัด.
- Arshad MS, Adnan M, Anwar-Ul-Haq HM, Zulqarnain A. (2021). Postnatal causes and severity of persistent pulmonary Hypertension of Newborn. Pak J Med Sci. 2021 Sep-Oct;37(5):1387-1391. doi: 10.12669/pjms.37.5.2218. PMID: 34475917
- Brooks BA, Krishnan A, d'Udekem Y, Yurasek GK. (2023). Transposition With Hypertrophic Cardiomyopathy and Persistent Pulmonary Hypertension of the Newborn. World J Pediatr Congenit Heart Surg; 13(6):800-802. doi: 10.1177/21501351221098135. PMID: 35604788
- Butt MU, Jabri A, Hamade H, Abdouh AA, Mhanna M, Haddadin F, Nasser F, Hammad N, Jazar DA, Toumar AJ, Siraj A, Balakumaran K, Ilbawi M. (2023). Predicting the Severity and Outcome of Persistent Pulmonary Hypertension of the Newborn Using New Echocardiography Parameters. Curr Probl Cardiol; 48(8): 101181. doi: 10.1016/j.cpcardiol.2022.101181. PMID: 35341801
- Imam SS, El-Farrash RA, Taha AS, Saleh GA. (2022). Milrinone Versus Sildenafil in Treatment of Neonatal Persistent Pulmonary Hypertension: A Randomized Control Trial. J Cardiovasc Pharmacol; 80(5): 746-752. doi:10.1097/FJC.0000000000001332. PMID: 35881893
- Le Duc K, Rakza T, Baudalet JB, Boukhris MR, Mur S, Houeijeh A, Storme L. (2023). Diastolic ventricular function in persistent pulmonary hypertension of the newborn. Pediatr; 11(1): 175-178. doi: 10.3389/fped.2023.1175178. eCollection 2023. PMID: 37435163
- Lin C, Mi J, Zhang Y, Duan S, Wu J, Li Y. (2022). A nomogram prediction model for early death in patients with persistent pulmonary hypertension of the newborn. Front Cardiovasc Med. 2022

- Dec 22;9:1077339. doi: 10.3389/fcvm.2022.1077339. PMID: 36620618; PMCID: PMC9813219.
- Mat Bah MN, Tan RYH, Razak H, Sapian MH, Abdullah N, Alias EY. (2021). Survival and associated risk factors for mortality among infants with persistent pulmonary hypertension of the newborn in Malaysia. *J Perinatol.* 2021 Apr;41(4):786-793. doi: 10.1038/s41372-021-00962-6. Epub 2021 Feb 15. PMID: 33589728; PMCID: PMC7883964.
- Okbay Gunes A, Ciftel M, Timur ME, Dedeali C, Pirdal BZ. (2022). Efficacy and safety of endotracheal instillation of iloprost for persistent pulmonary hypertension of the newborn. *Cardiol Young*; 32(12): 1894-1900. doi:10.1017/S1047951121005072. PMID: 34986915
- Qian AM, Zhu W, Yang Y, Lu KY, Wang JL, Chen X, Guo CC, Lu YD, Rong H, Chneg R. (2022). Early risk factors for death in neonates with persistent pulmonary hypertension of the newborn treated with inhaled nitric oxide. *Zhongguo Dang Dai Er Ke Za Zhi.* 2022 May 15;24(5):507-513. doi: 10.7499/j.issn.1008-8830.2111191. PMID: 35644190
- Ruopp NF, Cockrill BA. (2022). Diagnosis and Treatment of Pulmonary Arterial Hypertension: A Review. *JAMA*; 327(14): 1379-1391. doi: 10.1001/jama.2022.4402. PMID: 35412560
- Siefkes HM, Lakshminrusimha S. (2021). Management of systemic hypotension in term infants with persistent pulmonary hypertension of the newborn: an illustrated review. *Arch Dis Child Fetal Neonata*; 106(4): 446-455. doi: 10.1136/archdischild-2020-319705. PMID: 33478959
- Singh Y, Lakshminrusimha S. (2021). Pathophysiology and Management of Persistent Pulmonary Hypertension of the Newborn. *Clin Perinatol*; 48(3): 595-618. doi: 10.1016/j.clp.2021.05.009. PMID: 34353582

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 และผลงานวิจัยของผู้เขียนต้องมาจากการบูรณาการนิพนธ์ของท่านโดยจริงแท้

ความรับผิดชอบ :

เนื้อหาต้นฉบับที่ปรากฏในวารสารเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียน ทั้งนี้ ไม่รวมความผิดพลาด อันเกิดจากเทคนิคการพิมพ์

กำหนดการส่งต้นฉบับ :

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



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT

ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช
13 ถนนพัฒนาการคูขวาง ตำบลโนเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช 80000
โทรศัพท์ 075-446354, 075-446005 โทรสาร 075-446291
<https://hss.moph.go.th/webs/phcsn> Facebook: ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช
Line ID : 0813705370