



วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ

(Sisaket Journal of Research and Health Development: SJRH)
Vol.3 No. 2 : April - June 2024

ปีที่ 3 ฉบับที่ 2 : เมษายน - มิถุนายน 2567



วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ

(Sisaket Journal of Research and Health Development, SJRH)

ปีที่ 3 ฉบับที่ 2 : เมษายน - มิถุนายน 2567 : Vol. 3 No. 2 : April - June 2024



เจ้าของวารสาร

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการและผลการศึกษาวิจัยทางด้านการพัฒนาคุณภาพงานสาธารณสุขและคุณภาพชีวิต นำไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
2. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการด้านการแพทย์และด้านสาธารณสุขของบุคลากรสาธารณสุขทั้งใน และนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
3. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการด้านสุขภาพของนักวิจัย อาจารย์ นิสิต นักศึกษา
4. เป็นแหล่งวิชาการให้บุคลากรทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข รวมถึงประชาชนทั่วไป แลกเปลี่ยนองค์ความรู้ในระดับประเทศและระดับนานาชาติ และพัฒนาคุณภาพให้เข้าสู่มาตรฐานตามหลักสากล อันเป็นกลไกส่งเสริมการมีสุขภาวะที่ดีและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมของประชาชน

นโยบายและขอบเขตการตีพิมพ์

วารสารฯ มีนโยบายรับตีพิมพ์บทความคุณภาพสูงในด้านสุขภาพ สังคมและสิ่งแวดล้อมด้านสุขภาพ โดยมีกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ บุคลากรด้านสาธารณสุขภายในและภายนอกองค์กร อาจารย์ นิสิต นักศึกษา นักวิจัยภายในและภายนอกองค์กร

ประเภทบทความที่รับตีพิมพ์

บทความที่เปิดรับ ได้แก่ บทความวิจัย (Research article) บทความวิชาการ (Academic article) บทความกรณีศึกษา (Case Study article)

กำหนดเผยแพร่บทความวารสาร

กำหนดเผยแพร่แบบออนไลน์ ราย 3 เดือน ปีละ 4 ฉบับ ฉบับละไม่เกิน 20 บทความ

- ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม – เดือนมีนาคม
- ฉบับที่ 2 เดือนเมษายน – เดือนมิถุนายน
- ฉบับที่ 3 เดือนกรกฎาคม – เดือนกันยายน
- ฉบับที่ 4 เดือนตุลาคม – เดือนธันวาคม

กรณี มีบทความส่งตีพิมพ์ในวารสารจำนวนมากที่กำหนด อาจพิจารณาเผยแพร่วารสาร เพิ่มเป็นฉบับพิเศษ

การเผยแพร่บทความวารสาร

วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ จัดทำเป็นรูปเล่ม หมายเลข E-ISSN 2822-0749 (Online) เผยแพร่เป็นรูปเล่มและเผยแพร่ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์บนเว็บไซต์ <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/SJRH/index> และจัดส่งให้กับหอสมุดแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) ศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (TCI) และห้องสมุดสถาบันการศึกษาทั่วไป

สำนักงานกองบรรณาธิการ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ 485 หมู่ที่ 6 ถนนศรีสะเกษ-กันทรลักษณ์ ตำบลโพธิ์น้ำ อำเภอมือ จังหวัดศรีสะเกษ 33000 โทรศัพท์ 045-616041-7 E-mail : baokamk@gmail.com

Website : <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/SJRH/index>

คณะดำเนินงาน

วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ (Sisaket Journal of Research and Health Development, SJRH)

ที่ปรึกษา

- | | |
|-------------------------------|---|
| 1. นพ.ทง วีระแสงพงษ์ | นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 2. นพ.ประวิ อ่ำพันธุ์ | คณบดีคณะแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี |
| 3. นพ.สมพงษ์ จรุงจิตตานุสนธิ์ | อดีตผู้ทรงคุณวุฒิกระทรวงสาธารณสุข |
| 4. นพ.วันชัย เหล่าเสถียรกิจ | อดีตผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข |
| 5. ดร.นพ.สุรเดช ชวเดช | นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด |
| 6. นพ.พิเชฐ จงเจริญ | รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 7. นพ.เสกสรรค์ จวงจันทร์ | รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 8. นพ.ศรีไพร ทองนิมิตร | รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 9. นายปรีชา ปิยะพันธ์ | รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 10. นายไพฑูรย์ แก้วอมร | รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 11. นางบุญน้อม ไกรยา | รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 12. นายวิสิฐศักดิ์ พิริยานนท์ | รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |

ที่ปรึกษาต่างประเทศ

1. Associate Professor Dr. Niruwan Turnbull : Faculty of Public Health, Mahasarakham University, Thailand
2. Associate Professor Dr. Chalermchai Khemtong : University of Florida, USA.
3. Assistant Professor Dr. Elvin Blanco : Houston Methodist Research Institute, Houston, Texas, USA.

บรรณาธิการ

นายแพทย์พิเชฐ จงเจริญ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

รองบรรณาธิการ

- | | |
|--------------------------------|----------------------------------|
| 1. ดร.อนันต์ ถิ่นทอง | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 2. ดร.กำพล เข้มทอง | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 3. นางสาวเนาวรัตน์ ศรีสันติแสง | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |

กองบรรณาธิการ

- | | |
|--------------------------------|--|
| 1. ผศ.ดร.อนุพันธ์ ประจำ | อาจารย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ และผู้ทรงคุณวุฒิ |
| 2. ผศ.ดร.อารี บุตรสอน | อาจารย์ คณะแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี |
| 3. ผศ.ดร.กิตติ เหลาสภาพ | อาจารย์ คณะแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี |
| 4. ผศ.ดร.กล้าณรงค์ วงศ์พิทักษ์ | อาจารย์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ |
| 5. ผศ.ดร. ธนะพัฒน์ ทักษิณทร์ | อาจารย์ คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ |
| 6. ดร.อนุพันธ์ สุวรรณพันธ์ | อาจารย์ คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ |
| 7. ดร.สุคนธ์ทิพย์ บัวแดง | อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
จังหวัดอุบลราชธานี |
| 8. ดร.สมัย ลาประวัตติ | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 9. ดร.วรกร วิชัยโย | อาจารย์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ
มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ |
| 10. ดร.ณัฐชานันท์ กมลฤกษ์ | อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
จังหวัดอุบลราชธานี |
| 11. ดร.วิลาวัณย์ ขาดดา | อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี |
| 12. ดร.พุทธิไกร ประมวล | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 13. Dr. Le Ke Nghiep | Lecturer of the Department of Health,
Vinh Long Province, Vietnam |
| 14. ดร.สุระพล นามวงศ์ | สำนักงานสาธารณสุขอำเภอห้วยทับทัน
จังหวัดศรีสะเกษ |
| 15. ดร.ธีระวุธ คำโสภา | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 16. ดร.วิเชียร ศรีหนาจ | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 17. ดร.ธวัชชัย เต็มใจ | อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
จังหวัดอุบลราชธานี |
| 18. ดร.สุทธิศักดิ์ นรดี | สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปรังคัง จังหวัดศรีสะเกษ |
| 19. ดร.ประวิทย์ บุตรวงษ์ | นักวิจัยอิสระ |
| 20. นพ.ชำนาญ สมรมิตร | โรงพยาบาลยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ |
| 21. นพ.อัครเดช บุญเย็น | โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ |
| 22. ทพ.ชาญชัย ศานติพิพัฒน์ | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |

กองบรรณาธิการ

23. ภก.พัลลิกา สุพล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
24. ภก.เด่นชัย ดอกพอง	โรงพยาบาลขุนันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ
25. นายสมัย คำเหลื่อ	สาธารณสุขอำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ
26. นายอุทัย น้อยพรหม	โรงพยาบาลยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ
27. นายอนุสร การะเกษ	โรงพยาบาลราศีไศล จังหวัดศรีสะเกษ
28. นางสาวขวัญจิตร เขิงชวโน	โรงพยาบาลศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ
29. นางกุสุมา มีศิลป์	โรงพยาบาลศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

1. นางจริยา เตชะสุข	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
2. นางสาวรัชนิกร ศรีหวาด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
3. นางสาวสาวิตรี ยาทอม	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
485 หมู่ 6 ต.โพนข่า อ.เมือง จ.ศรีสะเกษ 33000 โทรศัพท์ (045) 616040-6 ต่อ 312
<https://he03.tci-thaijo.org/index.php/SJRH/index>

1. วารสารกำหนดออกเผยแพร่ในระบบออนไลน์ เว็บไซต์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ทุก 30 วัน
2. ข้อความ บทความ และรายงานการวิจัยเป็นความคิดเห็น และการค้นคว้าของผู้เขียนโดยเฉพาะ ไม่จำเป็นต้องสอดคล้องกับคณะผู้จัดทำ และมีข้อความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
3. บทความที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ ได้รับการตรวจสอบทางด้านวิชาการโดยผู้ทรงคุณวุฒิจากภายในและผู้ทรงคุณวุฒิจากภายนอกตรงตามสาขาวิจัย จำนวน 3 ท่าน
4. เนื้อหาบทความในวารสารเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียน การนำเนื้อหาหรือส่วนหนึ่งส่วนใดของบทความในวารสารนี้ไปเผยแพร่ สามารถกระทำได้ โดยให้ระบุแหล่งอ้างอิงจากวารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ
5. ผู้แต่งจะต้องสงวนลิขสิทธิ์และให้สิทธิกับวารสารในการตีพิมพ์เผยแพร่บทความ ห้ามเผยแพร่ซ้ำและบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารนี้ถือเป็นลิขสิทธิ์ของวารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ

สารจากบรรณาธิการ

วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ ฉบับนี้เป็นปีที่ 3 ฉบับที่ 2 ประจำเดือนเมษายน - มิถุนายน 2567 เปิดรับบทความวิชาการโดยผ่านเว็บไซต์ระบบ ThaiJO ได้ผ่านการพิจารณาคุณภาพบทความผลงานวิชาการจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งจากภายในและภายนอกองค์กร จำนวน 3 ท่าน พิจารณาให้ความเห็นก่อนอนุมัติให้เผยแพร่ผลงานการศึกษาวิจัยและผลงานวิชาการที่เป็นองค์ความรู้จากการศึกษาวิจัยด้านการแพทย์และด้านสาธารณสุข เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำไปถ่ายทอดและใช้ประโยชน์จากผลการศึกษาวิจัย

บทความวิชาการและผลการศึกษาวิจัย จากการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ทั้งในสังกัดและนอกสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ นักวิจัย อาจารย์ นิสิต นักศึกษา ที่ส่งมาเผยแพร่เพื่อให้เกิดการนำไปใช้วางแผนในการดูแลสุขภาพของประชาชน ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งกองบรรณาธิการได้มีการพัฒนา ปรับปรุง และยกระดับคุณภาพของบทความผลงานวิชาการ ผลการศึกษาวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารนี้ ให้สอดคล้องหลักเกณฑ์ต่างๆ และการนำไปใช้ประโยชน์ของเจ้าของผลงานการศึกษา การวิจัยเพื่อธำรงรักษาไว้ซึ่งคุณภาพมาตรฐานของวารสาร รวมถึงให้ความไว้วางใจและให้ความเชื่อมั่นกับผู้สนใจที่ส่งบทความมายังกองบรรณาธิการ ตลอดจนเป็นประโยชน์สำหรับการสืบค้นข้อมูลทางวิชาการจากวารสาร

ในนามกองบรรณาธิการ ขอขอบคุณผู้เขียนบทความที่ให้เกียรติและไว้วางใจกับวารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ ส่งบทความวิชาการ บทความปริทัศน์ บทความวิจัย บทความกรณีศึกษา มาเผยแพร่ผลการศึกษาวิจัยและองค์ความรู้ที่ค้นพบ อนึ่ง ขอเชิญชวนผู้ที่สนใจส่งบทความวิชาการมายังวารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ โดยใช้ช่องทาง <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/SJRH/about/submissions> บทความที่ส่งมาจะได้รับ การกลั่นกรองคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาที่เกี่ยวข้อง ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่สละเวลาเพื่อประเมินคุณภาพบทความวิชาการ พร้อมให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ การปรับปรุงแก้ไขให้บทความมีคุณภาพและมีมาตรฐานกองบรรณาธิการ หวังเป็นอย่างยิ่งว่า วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ จะเป็นแหล่งวิชาการงานวิจัยทางด้านสุขภาพและเป็นเครือข่ายองค์ความรู้หลากหลายอย่างกว้างขวาง

นายแพทย์พิเชษฐ์ จงเจริญ

บรรณาธิการวารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ

สารบัญ

บทความวิจัย	หน้า
1. การพัฒนาต่อยอดรูปแบบตามนโยบาย GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCSH) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัวหุ่ง จังหวัดศรีสะเกษ สุจินต์ งามแสง, ส.บ., ยวธิดา ศรีรินทร์, ส.บ., นฤดี ไกรยา, ส.บ., พชรพรรณ พรหมศรี, พย.บ. และ อนุสรณ์ ภาระเกษ, พย.ม., อพย.	1-12
2. ผลของการใช้แนวทางการคัดแยกกระดับความฉุกเฉินผู้ป่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลขุนตาล จังหวัดเชียงราย เอกนรินทร์ แก้วเกตุ, พย.บ.	13-23
3. การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วม ของชุมชน ในเขตตำบลนาตาล อำเภอนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี ธนัชร ปักษาพันธ์, พย.บ., สุคนธ์ทิพย์ บัวแดง, ประด.	24-38
4. รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยใช้กระบวนการธรรมนูญสุขภาพตำบลโนนค้อ อำเภอนโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ ณภัทร จุลทัศน์, ส.บ.	39-50
5. การพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาแวนิลาฟาริน คลินิกแวนิลาฟาริน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีรัตนัน อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดศรีสะเกษ ธนวรรณ มณีอินทร์, พ.บ.	51-65
6. การศึกษาการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข นุชน้อย ประภาโส, ภ.บ., วท.ม	66-79
7. การศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส ของประชากรกลุ่มเสี่ยง อนุรักษ์ แก้วคุณอก, วท.บ.	80-92
8. การศึกษาเปรียบเทียบความเจ็บปวดหลังการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบด้วยการฉีดยาชาเฉพาะที่ และการให้ยาตามสลบ สิทธิชัย สายสมบูรณ์, พ.บ.	93-104
9. การใช้อัลตราซาวด์อีลาสโตกราฟีประเมินภาวะพังผืดของตับในผู้ป่วยที่มีภาวะโภชนาการเกินซึ่งเสี่ยง ต่อภาวะไขมันพอกตับในอำเภอยะรังบุรีรัมย์ โดยเปรียบเทียบกับค่า FIB-4 index และ NAFLD fibrosis score ชลิดา กิตติรุ่งเรือง, พ.บ.	105-117
10. รูปแบบการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริบาลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำท่วม ตำบลแซ อำเภอยะรังบุรีรัมย์ จังหวัดศรีสะเกษ พรทิพา เสาวเรือง, ส.บ.	118-130
11. ผลของโปรแกรมการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย โดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล(Care giver) ผู้สูงอายุ ตำบลพราหมณ์ อำเภอยะรังบุรีรัมย์ จังหวัดศรีสะเกษ ภาวนา โสภาสี, ส.ม., สมัย ลาประเสริฐ, ส.ค.	131-141

การพัฒนาต่อยอดรูปแบบตามนโยบาย GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCSH) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัวหุ่ง จังหวัดศรีสะเกษ

สุจินต์ งามแสง, ส.บ.¹, ยูวธิดา ศรีนนท์, ส.บ.², นฤดี ไกรยา, ส.บ.², พชรพรรณ พรหมศรี, พย.บ.³,
อนุสร การเกษ, พย.ม., อพย.⁴

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนาแนวทางและศึกษาผลลัพธ์การพัฒนาในรูปแบบตามนโยบาย GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCSH) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัวหุ่ง จังหวัดศรีสะเกษ ศึกษาในผู้ให้ข้อมูลหลัก 17 คน และกลุ่มตัวอย่างผู้ใช้บริการจำนวน 302 คน เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก 2) การสนทนากลุ่มการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม การระดมสมอง สะท้อนคิด และ 3) รูปแบบตามนโยบาย GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCSH) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัวหุ่ง ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยวิธีการสามเส้า วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (Content Validity) ได้ค่า OIC = 0.5-1 เก็บรวบรวมข้อมูลเดือน ธันวาคม 2566 – เมษายน 2567

ผลการวิจัย ด้านสถานการณ์ พบประเด็นปัญหาด้านการพัฒนาสามให้ได้มาตรฐานและการจัดการสิ่งปฏิกูล โดยองค์ประกอบที่ต้องได้รับการจัดการคือ 1) ปัญหาด้านองค์ความรู้ 2) การมีส่วนร่วมในการจัดการของบุคลากร 3) ความตระหนักถึงความสำคัญของการดำเนินการ รูปแบบการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCSH) ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัวหุ่ง “3PKA” ประกอบด้วย 1) Policy คือ มินโยบายการดำเนินงานที่ชัดเจน 2) Participation การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน 3) Patients Focus มีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง 4) Knowledge & Healthy Management การพัฒนาความรู้และการจัดการอย่างมีระบบ และ 5) Activity การกำหนดกิจกรรมการพัฒนาที่ชัดเจน

ผลลัพธ์การดำเนินการพบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัวหุ่ง มีการพัฒนาการดำเนินงานในการพัฒนาต่อยอดรูปแบบการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCSH) ผ่านเกณฑ์ประเมินตนเอง 14 ขั้น จากการพัฒนาดังกล่าวทำให้ผู้รับบริการมีความรอบรู้ต่อการปฏิบัติตามนโยบาย GCSH ในระดับมาก การรับรู้บทบาทตนเองมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามนโยบายและมีความพึงพอใจต่อการดำเนินงาน อยู่ในระดับมากร้อยละ 97.25 โดยปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาการพัฒนารูปแบบดำเนินงาน GCSH ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัวหุ่ง ประกอบด้วยหลัก “3PKA” มีการปฏิบัติงานแบบภาคีเครือข่ายโดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา ซึ่งทำให้ผลลัพธ์การพัฒนาอยู่ในระดับดีมาก

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ,นโยบายกรีนแอนด์คลีนฮอสปิตอล, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตำบลบัวหุ่ง

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบัวหุ่ง จังหวัดศรีสะเกษ Email:ngamsang2515@gmail.com

² นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบัวหุ่ง จังหวัดศรีสะเกษ Email:yuwatidasri2329@gmail.com, naruedeekraiya@gmail.com

³ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบัวหุ่ง จังหวัดศรีสะเกษ Email:pacharapan2521@gmail.com

⁴ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลราชสีห์ จังหวัดศรีสะเกษ Email:anusorn.9915@gmail.com

The further development of the model according to the GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCSH) policy, Bua Hung Sub-district Health Promoting Hospital Sisaket Province

Sujin Ngamsang, *B.P.H.*¹, Yuwatida Srinon, *B.P.H.*², Nalerdee Kraiya, *B.P.H.*²,
Pacharapan Promsri, *B.N.S.*³, Anusorn Karaket, *M.N.S., APN.*⁴

Abstract

The purpose of the participatory research is to study the situation, analyze the situation, develop guidelines, and evaluate the GREEN and CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCSH) model in Bua Hung Subdistrict Health Promoting Hospital Sisaket Province. The study included a total sample of 302 people, a total of 32 informants, and 302 people living in the area of Bua Hung Subdistrict. The research tools consisted of 1) Data collection form from in-depth interviews, 2) group discussion, participatory and non-participatory observation, brainstorming, and reflection, and 3) a model according to GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCSH) policy. Bua Hung Subdistrict Health Promotion. The quality of the instrument is verified by obtaining a content-matching value IOC=0.50 to 1.00 collecting data Between November 2022 and April 2023.

Research results 1) Situation: Problems found Development of standard toilets and sewage management There is an element that must be addressed 1) knowledge issues. 2) Participation in management 3) Personnel recognizing that did not pass the evaluation criteria GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCSH) operating model of Bua Hung Subdistrict Health Promoting Hospital "3PKA" that consists of 1) Policy, that is, there is an operation policy Clear tasks 2) Participation of all sectors, 3) Patients Focus, with service recipients as the center, 4) Knowledge & Healthy Management, systematic knowledge development and management, and 5) Activity, clearly defining development activities.

The operation results found that Bua Hung Subdistrict Health Promoting Hospital Operations have been developed to further develop the GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCSH) operating model through the 14-step self-assessment criteria. From such development, service recipients are well-versed in complying with the GCSH policy. At a high level, they perceived their role in participating in policy implementation and were satisfied with its operations. It is at a high level of 97.25 percent by the success factor in developing the development of the GCSH operating model of Bua Hung Subdistrict Health Promoting Hospital. Consisting of the principles of "3PKA", operations are carried out as network partners by placing service recipients at the development center. which makes the development results at an excellent level.

Keywords: Model development, GREEN&CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital,
Bua Hung Sub-district Health Promoting Hospital

¹ Public Health Technical Officer, Professional level, Bua Hung Health Promoting Hospital, Sisaket Province, Email: ngamsang2515@gmail.com

² Public Health Technical Officer, Professional level, Bua Hung Health Promoting Hospital, Sisaket Province, Email: yuwatidasri2329@gmail.com, naruedeekraiya@gmail.com

³ Registered Nurse Professional Level, Bua Hung Health Promoting Hospital, Sisaket Province, Email: pacharapan2521@gmail.com

⁴ Registered Nurse Professional Level, Rasi Salai Hospital, Sisaket Province, Email: anusorn.9915@gmail.com

บทนำ

ตามประเด็นยุทธศาสตร์การคุ้มครองสิทธิ ด้านสุขภาพของประชาชน ลดความเสี่ยงด้านอนามัย สิ่งแวดล้อมจากการจัดบริการของสถานบริการสาธารณสุข การพัฒนาสุขภาพอย่างยั่งยืนและเป็นมิตรกับ สิ่งแวดล้อม (Sustainable and Ecological Sanitation) ของประเทศไทย (กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวง ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม, 2555) หรือ GREEN and CLEAN Hospital หรือสถานบริการสาธารณสุขรวมใจ ธรรมรงค์โลกพร้อมด้วยการสุขภาพอย่างยั่งยืนและเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม คือการกำหนดตัวชี้วัด โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดกระทรวง สาธารณสุข เพื่อให้มีการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อม ให้สถานบริการสาธารณสุขมีความตระหนักและจิตสำนึก เกี่ยวกับการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในหน่วยงาน ประกอบไปด้วย 5 กิจกรรมที่เรียกว่า กิจกรรม GREEN ได้แก่ G: Garbage คือ การจัดการมูลฝอยทุกประเภท R: Restroom คือ การพัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาด เพียงพอและปลอดภัย (HAS) E: Energy คือ การจัดการ ด้านพลังงาน E: Environment คือ การจัดการสิ่งแวดล้อม ในโรงพยาบาล และ N: Nutrition คือ การจัดการสุขภาพ อาหารและการจัดการน้ำบริโภคในโรงพยาบาลและชุมชน ให้มีมาตรฐานและขับเคลื่อนด้วยกลยุทธ์ CLEAN ได้แก่ C: Communication การสื่อสารสาธารณะเพื่อสร้างความ เข้าใจ L: Leader สร้างบทบาทผู้นำ E: Effectiveness เกิดผลดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพ A: Activity สร้าง กิจกรรมเพื่อสร้างจิตสำนึกอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนและ N: Network มีความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายชุมชนและ ท้องถิ่น โดยกรอบแนวคิดในการขยายผล GREEN & CLEAN Hospital สู่วิทยาลัยส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มุ่งเป้าในการพัฒนาต่อยอดและเพิ่มกิจกรรมให้ ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น อีกทั้งยังมีการวางกลไกการขับเคลื่อน ของโรงพยาบาลให้มีบทบาทในการ สนับสนุนและส่งเสริม รพ.สต. นำไปสู่การกำหนดเป็นแนวทางการดำเนินงาน สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คือ GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital

(GCSH) โดยมุ่งเน้นการพัฒนาให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น นำไปสู่การกำหนดเป็นแนวทางการดำเนินงานสำหรับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยเฉพาะ มีแบบประเมิน ตามเกณฑ์ GCSH ประเมินคุณภาพการจัดการด้านอนามัย สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและ เชื่อมต่อการขับเคลื่อนการดำเนินงานมาตรฐานโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวที่สอดคล้องกับการขยายผล การดำเนินงานการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถาน บริการสาธารณสุข ตามโครงการ GREEN & CLEAN Hospital (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2553)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัวหุ้ง อำเภอ ราชีไศล จังหวัดศรีสะเกษ ได้ให้ความสำคัญต่อการลดภาวะ โลกร้อนของสถานบริการและชุมชน โดยมีการดำเนินการ พัฒนาแผนบริการตามนโยบาย GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCSH) โดยการ พัฒนามีกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้พลังงานและเชื้อเพลิง การจัดการของเสีย ทั้งเศษอาหาร สิ่งปฏิกูล ที่เกิดจากการ ขับถ่ายและน้ำเสียที่เกิดขึ้นจากการใช้ของผู้รับบริการและ ชุมชน จากการดำเนินงานตามแผนนโยบาย พบว่า ประเด็น ปัญหาสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัวหุ้ง ที่ยัง ไม่ผ่านระดับพื้นฐานอันเนื่องมาจากประเด็นของกลยุทธ์ CLEAN ยังขาดการสื่อสารนโยบายไปทั่วทั้งองค์กร เพื่อ สร้างความเข้าใจในการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วมและไม่มี แผนการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามเกณฑ์ GREEN and CLEAN ที่ชัดเจนและขาดการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ให้มี องค์ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN and CLEAN Hospital เช่น การควบคุมระบบบำบัดน้ำเสีย รวมถึง แนวทางการจัดการขยะมูลฝอยและการจัดการสิ่งปฏิกูล ในชุมชนที่มีกระบวนการที่ไม่ชัดเจนในทางปฏิบัติ จาก สถานการณ์และปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยในฐานะผู้บริหารและ ให้บริการตามแนวทางขับเคลื่อนตามนโยบาย GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCSH) มุ่งหวังที่จะพัฒนาต่อยอดนโยบายดังกล่าว เพื่อ ศึกษาสถานการณ์ พัฒนาแนวทางและศึกษาผลลัพธ์การ พัฒนารูปแบบตามนโยบาย GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCSH)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัวหุ้ง จังหวัดศรีสะเกษ
อันจะเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานและผลักดัน
ให้มีมาตรฐานการพัฒนาตามแนวทาง พัฒนารูปแบบ
ให้ได้ตามนโยบาย GREEN & CLEAN Sub-district Health
Promoting Hospital (GCSH) ในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทและสถานการณ์ในการดำเนินงาน
GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting
Hospital (GCSH) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัวหุ้ง
อำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ
2. เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการ
ดำเนินงาน GREEN & CLEAN Sub-district Health
Promoting Hospital (GCSH) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลบัวหุ้ง อำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การพัฒนาสู่มาตรฐานมาตรฐาน
GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting
Hospital (GCSH) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัวหุ้ง
อำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยศึกษาวิจัยครั้งนี้ ใช้รูปแบบวิธีวิจัย
เชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action
Research: PAR) Kemmis and McTaggart (1988) โดยมี
ขั้นตอนการศึกษาประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1
การศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ ขั้นตอนที่ 2 วางแผน
ขั้นตอนที่ 3 ปฏิบัติตามแผนและขั้นที่ 4 การประเมินผล
เป็นการศึกษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัวหุ้ง
อำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ รูปแบบการดำเนินการ
ภายใต้มาตรฐาน GREEN & CLEAN Sub-district Health
Promoting Hospital (GCSH)

พื้นที่ในการวิจัย

ผู้วิจัยเลือกแบบเจาะจง (Purposive
sampling) โดยเลือก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัวหุ้ง
อำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ

ผู้ให้ข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัวหุ้ง ที่เกี่ยวข้องกับการ
ดำเนินงาน GREEN & CLEAN Sub-district Health
Promoting Hospital (GCSH) ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
แบบเจาะจง โดยใช้เกณฑ์ตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนด
ประกอบด้วย บุคลากรทางการแพทย์ รพ.สต.บัวหุ้ง ภาควิ
เคราะห์ข้อมูลที่มีส่วนร่วมในการพัฒนารพ.สต. เช่น โรงเรียน
เทศบาล ผู้นำ ชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขและผู้มารับ
บริการ 17 คน แบ่งเป็น บุคลากรทางการแพทย์ รพ.สต.
บัวหุ้ง 7 คน ข้าราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข
ที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. และ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ภาควิ
เคราะห์ข้อมูลที่มีส่วนร่วมในการพัฒนา รพ.สต.บัวหุ้ง เช่น
โรงเรียน เทศบาล ผู้นำ ชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และ
ผู้มารับบริการ ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่ตำบลบัวหุ้ง อำเภอ
ราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ 10 คนรวมทั้งรวม 17 คน โดยมี
เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยเข้าร่วมโครงการ
(Inclusion criteria)

1) บุคลากรทางการแพทย์ รพ.สต.บัวหุ้ง ภาควิ
เคราะห์ข้อมูลที่มีส่วนร่วมในการพัฒนา รพ.สต.บัวหุ้ง เช่น
โรงเรียน เทศบาล ผู้นำ ชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และ
ผู้มารับบริการ

2) สามารถอ่านและสื่อความหมายได้ดี

3) มีทักษะการใช้สื่อสังคมออนไลน์ สามารถตอบ
แบบสอบถามออนไลน์ได้

4) มีความสมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือใน
การวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยออกจากโครงการ
(Exclusion criteria)

ไม่ยินยอมร่วมโครงการวิจัย จากการขออนุญาต
ยินยอมร่วมโครงการวิจัยของผู้ให้ข้อมูล (Consent form)
ในแบบสอบถาม

กลุ่มตัวอย่าง เป็นประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี
ขึ้นไป ที่อาศัยในตำบลบัวหุ้ง การคำนวณขนาดของกลุ่ม
ตัวอย่าง คำนวณโดยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ

(power analysis) จากการศึกษาของ ศรีสุวรรณ ธาณี, เทิดศักดิ์ พรหมอารักษ์, 2566 โดยการหาค่าขนาดของอิทธิพล (effect size conventions) ใช้ค่า Small effect size เท่ากับ 0.2 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 อำนาจในการทดสอบ .95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาจำนวน 272 รายเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มอีก 10% รวมกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ทั้งหมด 302 ราย

ขั้นตอนการวิจัยประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ มี การดำเนินการดังนี้

สัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับการจัดการระบบบริการบริบทและสถานการณ์ในการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCSH) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัวหุ่ง อำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษจำนวน 17 คน สนทนากลุ่มระหว่างผู้บริหารนโยบาย ผู้ขับเคลื่อนนโยบาย ผู้นำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ และกลุ่มผู้ได้รับผลกระทบการดำเนินการตาม GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital และสังเกตแบบมีส่วนร่วม เกี่ยวกับลักษณะการมีส่วนร่วมในกระบวนการและขั้นตอนกิจกรรมต่างๆ

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผน โดยการสนทนากลุ่มเพื่อวางแผน ระดมความคิดและออกแบบแนวทางการจัดบริการ GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCSH) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้ขับเคลื่อนนโยบาย ผู้นำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ และกลุ่มผู้ได้รับผลกระทบระบบบริการ GCSH

ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติตามแผนโดยมีการดำเนินการ ดังนี้ จัดประชุมหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้องเพื่อการถ่ายทอดนโยบายการจัดระบบบริการสุขภาพตามแนวทางพัฒนา GCSH ซึ่งสามารถกำหนดแนวทางการจัดบริการทางสุขภาพได้ดังนี้ 1) แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานจึงมีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCSH) 2) ประชุมคณะกรรมการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting

Hospital (GCSH) ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัวหุ่ง แจกบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการทั้ง 5 ประเด็น ได้แก่ วิเคราะห์ปัญหาหารือกัน และเสนอร่างนโยบายครั้งที่ 2 เพื่อปรับปรุงร่างนโยบายเตรียมประกาศใช้นโยบายประกาศนโยบาย 3) จัดทำแผนงานโครงการเพื่อขออนุมัติอบรมให้ความรู้ในการจัดการมูลฝอยแก่บุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัวหุ่ง สร้างส่วนที่ได้มาตรฐาน HAS ประกาศใช้นโยบายลดพลังงาน จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและสิ่งแวดล้อม ได้แก่สอน การสาธิตกายบริหารขั้นต้น ที่สามารถทำได้เองที่บ้าน จัดทำแผนด้านสิ่งแวดล้อม คือ การเพิ่มพื้นที่สีเขียวให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัวหุ่งโดยการปลูกต้นไม้ และ 4) การดำเนินงาน ตามกิจกรรม GREEN และกลยุทธ์ CLEAN ตามแผนดำเนินงาน (Action Plan)

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล โดย 1) ประเมินผลลัพธ์การให้บริการตามเกณฑ์มาตรฐานกรีนแอนด์คลีน 2) ประเมินความรู้ด้านสุขภาพผู้รับบริการในงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ของ รพ.สต.บัวหุ่ง ตามเกณฑ์มาตรฐานกรีนแอนด์คลีน และ 3) ประเมินระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการในงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ของ รพ.สต.บัวหุ่ง ตามเกณฑ์มาตรฐานกรีนแอนด์คลีน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 สัมภาษณ์เชิงลึก 1) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับสถานการณ์สภาพปัญหาการจัดบริการทางสุขภาพในการดำเนินการตามนโยบาย GCSH 2) แนวทางการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ใช้สังเกตและบันทึกเกี่ยวกับลักษณะการมีส่วนร่วมในกระบวนการและขั้นตอนกิจกรรมต่างๆ 3) แนวทางการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม ใช้สังเกตสภาพแวดล้อมในพื้นที่ และ 4) แนวคำถามสนทนากลุ่มเกี่ยวกับการจัดบริการทางสุขภาพในการดำเนินการตามนโยบาย GCSH

ส่วนที่ 2 ลักษณะทางประชากร ประกอบไปด้วย อายุ เพศ บทบาทในชุมชนระดับการศึกษาอาชีพ ผู้ให้คำปรึกษา กรณีพบปัญหาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (สุขาภิบาลอาหาร การจัดการน้ำสะอาด การจัดการขยะและ

การจัดการส้วมมาตรฐานและสิ่งปฏิกูล การจัดการด้านพลังงาน)

ส่วนที่ 3 ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านสุขาภิบาลอาหาร การจัดการน้ำสะอาด การจัดการขยะ และการจัดการส้วมมาตรฐานและสิ่งปฏิกูลการจัดการด้านพลังงาน ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงแบบสอบถามความรอบรู้ด้านวัคซีนโควิด 19 ของ สมชาย ภาณุมาสวิวัฒน์ (สมชาย ภาณุมาสวิวัฒน์ และคณะ, 2566) โดยแบบสอบถามดังกล่าวพัฒนาขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดของ Nutbeam D (Nutbeam, 2008) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 6องค์ประกอบ ดังนี้ 1) ด้านความรู้ความเข้าใจ จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ ใช่ ไม่ใช่ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน 2) ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 5ข้อ 3) ด้านทักษะการสื่อสาร จำนวน 9ข้อ 4) ด้านการจัดการตนเอง จำนวน 5 ข้อ 5) ด้านการรู้เท่าทันสื่อ จำนวน 5ข้อ และ 6) ด้านทักษะการตัดสินใจ จำนวน 5 ข้อ คะแนนรวมของแบบวัดทั้งฉบับมีค่าตั้งแต่ 0-34คะแนน การแปลผลความรอบรู้ด้านการปฏิบัติตามแนวทาง GCSH ให้ความหมายของคะแนนตามช่วงค่าเฉลี่ยคะแนนสัมพัทธ์ โดยคำนวณจากค่าเฉลี่ยรายด้านหรือโดยรวมหารด้วยคะแนนสูงสุดที่เป็นไปได้ของรายด้านหรือโดยรวมนั้น หารด้วย 3 อันตรภาคชั้น ให้ความหมายของคะแนนตามช่วงค่าเฉลี่ยคะแนนสัมพัทธ์ ดังนี้ 0-0.33 หมายถึง ระดับต่ำ 0.34-0.66หมายถึง ระดับปานกลาง และ 0.67-1.00 หมายถึง ระดับสูง

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจของผู้รับบริการในงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ของ รพ.สต.บัวหุ่ง ตามเกณฑ์มาตรฐานกรีนแอนดคลีน (GCSH)

ตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (Content Validity) ได้ค่า OIC = 0.5-1ตรวจหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) เครื่องมือความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) เท่ากับ 0.83

แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการในงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) เท่ากับ 8.86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขออนุญาตและขอความยินยอมในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลักทุกขั้นตอนของการศึกษาและเข้าร่วมกิจกรรม

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือ

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ใช้การตรวจสอบสามเส้า (Data triangulation) ด้านข้อมูลโดยเปลี่ยนแหล่งเวลาและสถานที่ให้ข้อมูล

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการเห็นชอบและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ SPPH 2023-194 วันที่รับรอง 7 ธันวาคม 2566

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลัก

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 17 คน แบ่งเป็นกลุ่มบริหารนโยบาย เป็นเพศชายและหญิง จำนวน 4 คน อายุเฉลี่ย 56.2 ปี (SD=2, Min=53 ปี, Max=58 ปี) มีประสบการณ์ด้านการบริหารจัดการบริการสุขภาพเฉลี่ย 12 ปี (SD=4, Min=4 ปี, Max=19 ปี) กลุ่มผู้ขับเคลื่อนนโยบาย เป็นเพศชาย 2 คน เพศหญิง 3 คน อายุเฉลี่ย 42.5 ปี (SD=2, Min=38 ปี, Max=51 ปี) มีประสบการณ์ด้านการจัดบริการ GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCSH) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เฉลี่ย 9 ปี (SD=6.58,

Min=5 ปี, Max=10 ปี)และกลุ่มผู้ได้รับผลกระทบด้านระบบบริการสุขภาพทางการจัดบริการ GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCSH) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 8 คน เป็นเพศชาย 3 คน หญิง 5 คนอายุเฉลี่ย 42.1 ปี (SD=6.58, Min=36 ปี, Max=54 ปี) มีประสบการณ์การให้บริการทางการจัดบริการ GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCSH) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เฉลี่ย 7 ปี (SD=6.58, Min= 4 ปี, Max=10 ปี)

2. สถานการณ์และสภาพปัญหา การปฏิบัติตามแผนนโยบายและให้บริการทางการจัดบริการ GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCSH) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัวหุ้ง พบว่าบริบทในการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCSH) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัวหุ้ง อำเภอราชีไศล จังหวัดศรีสะเกษ ให้บริการในระดับปฐมภูมิ ขนาด L แบ่งประชากรในเขตตำบลบัวหุ้ง ออกเป็น 18 หมู่บ้าน มีจำนวนประชากร 7,592 คน พบประเด็นปัญหาด้านการพัฒนาส้วมมาตรฐาน และการจัดการสิ่งปฏิกูล โดยองค์ประกอบที่ต้องได้รับการจัดการ คือ 1) ปัญหาด้านองค์ความรู้ของผู้ให้บริการและประชาชนในพื้นที่ดำเนินการให้บริการ โดยพบว่าหน่วยงานยังขาดการสื่อสารองค์กร ทั้งด้านการวางแผนนโยบายที่ชัดเจน การกำหนดบทบาทหน้าที่ของบุคลากรเพื่อการขับเคลื่อนตามแผนนโยบาย GCSH รวมถึงการวางแผนด้านการพัฒนาองค์ความรู้ของบุคลากรต่อการปฏิบัติและสร้างความรอบรู้สุขภาพของประชาชนต่อแนวทางพัฒนาระบบบริการ นโยบาย GCSH ขณะเดียวกันยังพบว่าประชาชนในเขตพื้นที่บริการยังขาดความเข้าใจในนโยบายการขับเคลื่อนตลอดจนการนำปฏิบัติเพื่อนำนโยบาย GCSH ไปใช้ในชีวิตประจำวัน 2) ด้านการมีส่วนร่วมในการจัดบริการของบุคลากรและการมีส่วนร่วมต่อการปรับปรุงกระบวนการวิธีปฏิบัติเพื่อประยุกต์ใช้นโยบาย GCSH ของประชาชนในชุมชน ในการดำเนินการปฏิบัติตามแนวทางที่ยังน้อย เนื่องจากการขาดการสื่อสารและการสร้างความเข้าใจในแนวทางดำเนินนโยบายตามแผนพัฒนา GCSH ซึ่ง

พบว่าในระยะริเริ่มการนำแนวทาง GCSH ไปปฏิบัติโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัวหุ้งมีการสื่อสารต่อคณะทำงาน ในระดับผู้นำชุมชน อันประกอบด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกสภาตำบลเทศบาลตำบล เป็นหลัก แต่ในการสื่อสารในระดับบุคคลมีความจำเป็นต้องสื่อสารให้เกิดความเข้าใจมากขึ้น “ฉันได้ยินอยู่ค่ะเรื่อง การเก็บขยะ การทำส้วมที่ดี แต่ก็ยังไม่ค่อยเข้าใจเท่าไรว่าจะให้ฉันปฏิบัติแบบไหน” (ผู้ให้ข้อมูลผู้ใช้บริการในชุมชน) พบว่าในด้านการสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจต่อนโยบาย GCSH จะต้องมีการพัฒนาแนวทางสื่อสารให้เกิดความครอบคลุมมากขึ้นและความตระหนักถึงความสำคัญของการดำเนินการ GCSH และวางแผนการสร้างความรู้ด้านสุขภาพต่อการปฏิบัติตามนโยบาย GCSH

3. แนวทางการจัดบริการทางสุขภาพ ตามนโยบายและให้บริการทางการจัดบริการ GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCSH) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัวหุ้ง พบว่าภายหลังการค้นหาปัญหาและวิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่หน่วยงานมีแนวทางจัดบริการดังนี้ 1) กำหนดนโยบาย GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCSH) และสื่อสารผ่านการประชาสัมพันธ์หมู่บ้าน โดยผู้ใหญ่บ้านประกาศให้ประชาชนในพื้นที่บริการรับทราบถึงนโยบายและการปฏิบัติตามนโยบายของครัวเรือน มีการติดประกาศนโยบาย ติดป้ายประชาสัมพันธ์ให้ทราบโดยทั่วกันของชุมชน 2) มีแผนงานโครงการเพื่อขออนุมัติ อบรมให้ความรู้ในการจัดการมูลฝอยแก่บุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัวหุ้ง สร้างส้วมที่ได้มาตรฐาน HAS ประกาศใช้นโยบายลดพลังงาน จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและสิ่งแวดล้อม ได้แก่สอน การสาธิตกายบริหารขั้นต้น ที่สามารถทำได้เองที่บ้าน จัดทำแผนด้านสิ่งแวดล้อม คือ การเพิ่มพื้นที่สีเขียวให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัวหุ้ง โดยการปลูกต้นไม้ อบรมให้ความรู้ในการจัดการมูลฝอยแก่บุคลากร รพ.สต.บัวหุ้ง ประกาศใช้นโยบายลดพลังงาน เช่น มีการดำเนินงาน ตามกิจกรรม GREEN และ กลยุทธ์ CLEAN Garbage

การจัดการมูลฝอย ให้ความรู้เรื่องการคัดแยก เก็บรวบรวม เคลื่อนย้ายและกำจัดมูลฝอยในหน่วยงานประกาศต ให้บริการสุขภาพสถิติบรรจุโดยให้ผู้มารับบริการนำถุงผ้า มาเอง 3)มีแผนปฏิบัติการดำเนินงานตามกิจกรรม GREEN และกลยุทธ์ CLEAN ประกอบด้วย G: Garbage การจัดการ มูลฝอยทุกประเภท R : Restroom การพัฒนาส้วม มาตรฐานและการจัดการสิ่งปฏิกูล E: Energy การจัดการ ด้านพลังงานและทรัพยากร E: Environment การจัดการ สิ่งแวดล้อม ใน รพ.สต. และ N: Nutrition การส่งเสริมด้าน อาหารและน้ำปลอดภัยปลอดภัยและเป็นแหล่งเรียนรู้ ให้กับชุมชนนอกจากนี้หน่วยงานยังได้มีการพัฒนาและ ติดตาม การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ โดยอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้การส่งเสริมสุขภาพ เฝ้าระวัง ประเมิน ติดตามผลการดูแลด้านสภาพแวดล้อมในชุมชน ร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์และหน่วยงานสนับสนุน การกิจในด้านอื่นๆ ประกอบด้วย องค์การบริหารส่วน ท้องถิ่นสนับสนุนการเก็บซื้อ อภิบาลสิ่งแวดล้อมภายใน ชุมชน และการไฟฟ้าส่วนภูมิภาคให้การสนับสนุนด้านการ ซ่อมแซม ปรับปรุงระบบไฟฟ้าในครัวเรือน เป็นต้น โดยมี ผลลัพธ์การดำเนินงาน ที่สามารถสรุปเป็นรูปแบบการ ดำเนินงาน GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCSH) ของโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลบัวหุ่ง “3PKA” ประกอบด้วย 1) Policy คือมี นโยบายการดำเนินงานที่ชัดเจน 2) Participation การมี ส่วนร่วมของทุกภาคส่วน 3) Patients Focus มีผู้รับบริการ เป็นศูนย์กลาง 4) Knowledge & Healthy Management การพัฒนาความรู้และการจัดการอย่างมีระบบ และ 5) Activity การกำหนดกิจกรรมการพัฒนาที่ ชัดเจน ในชุมชนที่ถือปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมกับสภาพวัฒนธรรม ชุมชน จากการดำเนินงาน สามารถสรุปบทเรียนจากการ ดำเนินงานในการพัฒนาต่อยอดรูปแบบการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCSH) 14 ขั้น พบว่า การดำเนินงาน GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCSH) ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลบัวหุ่งและผู้มารับบริการในโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบลบัวหุ่ง เข้ามามีส่วนร่วมการในดำเนิน แก้ไขปัญหา ทำให้เกิดกิจกรรมมอบความรู้ในการ จัดการมูลฝอยแก่บุคลากรทั้งใน โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล การจัดสรรตั้งงบประมาณสร้างส้วมที่ได้ มาตรฐาน เกิดการใช้นโยบายลดพลังงาน เช่น กำหนดเวลา ในการ เปิด ปิด เครื่องปรับอากาศ กิจกรรมส่งเสริม สุขภาพ และสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สอน และสาธิต กายบริหารขั้นต้น ที่สามารถทำได้เองที่บ้าน เพิ่มพื้นที่สีเขียวให้กับโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลบัวหุ่ง ซึ่งพบว่า การดำเนินงานในการ พัฒนาต่อยอดรูปแบบการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCSH) ของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัวหุ่ง “การดำเนินการ ตามแผนปฏิบัติการที่ผ่านมา ทำให้เราได้รับรู้ รับทราบและ ค้นหาปัญหาที่เราคิดว่ามันต้องอยู่แล้วแต่ความเป็นจริงปัญหา ที่มีอยู่นั้นต้องอาศัยการ กำกับ ติดตามในงานเรา รับผิดชอบ ให้ดี แล้วเราจะเห็นปัญหาและสามารถทำการแก้ไข ปรับปรุง ได้ทันที ที่รับรู้ปัญหา จะทำให้ ปัญหานั้นไม่บาน ปลาย จนส่งผลกระทบต่อบุคคล ชุมชน และสิ่งแวดล้อม” “ไม่เคยได้รับการอบรมอย่างนี้มานานแล้ว อบรมวันนี้ทำให้ มีความรู้ในเรื่องการจัดการมูลฝอยแต่ละประเภทและนำ ความรู้ที่ได้ไปใช้ในองค์กรเป็นอย่างดี “การได้รับจัดสรร งบประมาณในการก่อสร้างห้องน้ำของผู้มารับบริการที่ชำรุด ได้รับการ ปรับปรุงตามมาตรฐานของ HAS “การร่วมมือ ของภาคีเครือข่าย ทำให้การประเมินตนเองของโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลบัวหุ่ง มีแนวทางการดำเนินงาน ที่ชัดเจน” จากการให้ข้อมูลดังกล่าวสามารถสรุปได้ว่า รพ.สต.บัวหุ่ง และชุมชนมีการ การกำหนดกิจกรรม การพัฒนาที่ชัดเจนในชุมชนที่ถือปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม กับสภาพวัฒนธรรมและวิถีชีวิตของคนชุมชน มีการ วางแผนกำหนดบทบาทของผู้ให้และผู้รับบริการในการ ขับเคลื่อนตลอดจน การได้รับความร่วมมือของภาคี เครือข่ายที่เข้มแข็งในการนำปฏิบัติตามแผนนโยบาย ที่พัฒนา ส่งผลให้การ ประเมินตนเองผลลัพธ์การดำเนินงาน ในการพัฒนาต่อยอดรูปแบบการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital

(GCSH)14 ชั้นของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัวหุ่งผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 100

4. ผลลัพธ์การพัฒนาสู่มาตรฐานมาตรฐาน GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCSH) และ ผลลัพธ์ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้รับบริการในงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ของ รพ.สต.บัวหุ่ง ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCSH) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัวหุ่ง

ข้อมูลทั่วไป ประชาชนผู้ตอบแบบสอบถาม ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของประชาชนพื้นที่ตำบลบัวหุ่ง อำเภอรามัน จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 302 คน สามารถจำแนกคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง โดยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 51.7 เพศหญิง ร้อยละ 48.3 มีอายุเฉลี่ย 47.23 ปี (Min=24 ปี, Max =71 ปี) บทบาทในชุมชนส่วนใหญ่เป็นประชาชนทั่วไป ร้อยละ 68.9 รองลงมาคือ อสม.ร้อยละ 17.5 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ ประถมศึกษา ร้อยละ 43.4 อาชีพเกษตรกรทำสวน/ ทำนา/เลี้ยงสัตว์ ร้อยละ 42.7 ผู้ให้คำปรึกษา กรณีพบปัญหาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (สุขาภิบาลอาหาร การจัดการน้ำสะอาด การจัดการขยะ และการจัดการสิ่งแวดล้อมและสิ่งปฏิกูล การจัดการด้านพลังงาน) ในกรณีที่พบปัญหาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมจะเลือกปรึกษากับผู้นำชุมชนมากที่สุด ร้อยละ 91.7 รองลงมาคือ ปรึกษานักวิชาการสาธารณสุข รพ.สต. ร้อยละ 90.7

มีการพัฒนากำหนดนโยบาย(GCSH) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัวหุ่งดังนี้ ปฏิบัติงานตามหลัก G : Garbage คือ การจัดการมูลฝอยและการใช้ประโยชน์จากขยะและสิ่งปฏิกูลด้วยหลัก 3R คือ Reduce ลดการใช้บรรจุภัณฑ์ที่ก่อให้เกิดมลพิษสิ่งแวดล้อมหรือเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ที่สามารถนำไปกำจัดหรือบำบัด หรือลดการใช้พลังงาน ลดของเสีย ลดการใช้น้ำและลดก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ Reuse การนำผลิตภัณฑ์ที่ยังสามารถใช้งานได้กลับมาใช้ซ้ำ Recycle การใช้ทรัพยากรที่สามารถนำกลับมาใช้ใหม่ได้ปฏิบัติตามหลักและการสร้างพื้นที่แหล่งปฏิภรณ์ระดับตำบลอย่างมีมาตรฐาน R : Restroom คือ การจัดการสิ่งแวดล้อมให้ได้มาตรฐาน HAS ตลอดจน

ส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ส้วมสาธารณะอย่างถูกต้องมีการปรับปรุงและสร้างส้วมให้มีมาตรฐาน ปฏิบัติตามหลัก E : Energy คือ ลดการใช้พลังงานและพลังงานทดแทนจากชีวภาพและชีวมวลและลดการใช้พลังงานไฟฟ้า เพื่อเป็นการประหยัดทรัพยากรและการขยายผลโดยการประชาสัมพันธ์การประหยัดพลังงานไปยัง ภาศเครือข่ายเทศบาลตำบลบัวหุ่ง วัด โรงเรียน และชุมชน ปฏิบัติตามหลัก E : Environment คือ การจัดการสิ่งแวดล้อมที่ช่วยลดภาวะโลกร้อนและเื้อต่อสุขภาพโดยเน้นหลัก 5 ส. จัดสถานที่ทำงานให้น่าอยู่ทำงานและปลูกต้นไม้เพื่อความร่มรื่นสร้างพื้นที่สีเขียวในโรงพยาบาลปฏิบัติตามหลัก N : Nutrition คือ รมรงค์อาหารปลอดภัยและสุขภาพด้วยการบริโภคผักพื้นบ้าน อาหารพื้นบ้านเพื่อลดการใช้สารเคมี ประสานความร่วมมือกับภาศเครือข่าย มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดำเนินงานกับชุมชนเรื่องการทำถึงขยะเปียกลดโลกร้อน

พบว่า การได้รับความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ตามนโยบาย GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCSH) กลุ่มตัวอย่างมีการเข้าถึง การเข้าถึงข้อมูลความรู้และความรอบรู้เกี่ยวกับ อาหาร น้ำสะอาด การลดพลังงาน คุณภาพน้ำดื่มที่ใช้ ความรู้เรื่องประเภทขยะ การคัดแยกขยะ อันตรายของขยะ สิ่งปฏิกูล (อุจจาระ ปัสสาวะ น้ำเสีย) การกำจัดสิ่งปฏิกูลและอันตรายของสิ่งปฏิกูลมากที่สุดสามอันดับแรกจากเจ้าหน้าที่ภาครัฐ (รพ.สต. /เทศบาล)อยู่ใน ระดับมากที่สุด (Mean = 4.52,S.D.=0.52) รองลงมาได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) อยู่ในระดับมาก (Mean = 4.44,S.D. = 0.57) และเข้าถึงข้อมูลจากไลน์ (Line) อยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ (Mean = 4.42,S.D. = 0.60)

ความรอบรู้เกี่ยวกับสุขภาพ 6 ด้านพบว่า 1) ความรู้ความเข้าใจ (M=3.58, S.D.=0.25) 2) การเข้าถึงข้อมูล (M=4.75, S.D.=0.42) 3) ทักษะการสื่อสาร (M=7.98, S.D.= 0.16) 4) การจัดการตนเอง(M=4.82, S.D.= 0.12) 5) การรู้เท่าทันสื่อ(M=4.89, S.D.= 0.18) และ ทักษะการตัดสินใจ (M=4.91, S.D.= 0.15) อยู่ใน ระดับมาก ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความรอบรู้ในนโยบาย GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCSH)
ของกลุ่มตัวอย่าง (n= 302)

ตัวแปร	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนที่ได้จริง	Mean ($\bar{x}$)	S.D.	คะแนนเฉลี่ยสัมพัทธ์	ระดับความรอบรู้
ความรอบรู้เกี่ยวกับ GCSH โดยรวม	0-34	6- 32	28.65	6.54	0.84	มาก
ความรู้ความเข้าใจ	0-5	3-5	3.58	0.25	0.71	มาก
การเข้าถึงข้อมูล	0-5	4-5	4.75	0.42	0.95	มาก
ทักษะการสื่อสาร	0-9	2-9	7.98	0.16	0.88	มาก
การจัดการตนเอง	0-5	2-5	4.82	0.12	0.96	มาก
การรู้เท่าทันสื่อ	0-5	1-5	4.89	0.18	0.97	มาก
ทักษะการตัดสินใจ	0-5	1-5	4.91	0.15	0.98	มาก

หมายเหตุ:คะแนนเฉลี่ย / คะแนนเต็ม

5. ความพึงพอใจของผู้รับบริการในงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ของ รพ.สต.บัวหุ้ง ตามเกณฑ์มาตรฐาน GCSH

1) ความพึงพอใจด้านเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในรพ.สต.บัวหุ้ง โดยรวมอยู่ในระดับมาก (M= 4.68) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามมีความพึงพอใจทุกข้ออยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน คือ มีการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานสิ่งแวดล้อม (M=4.74) รองลงมาคือ ให้บริการด้วยความสะดวก รวดเร็ว (M =4.72) และมีความรู้ ความสามารถ ความเข้าใจและให้คำแนะนำได้ (M=4.36) ตามลำดับ

2) ความพึงพอใจด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม รพ.สต.บัวหุ้งโดยรวมอยู่ในระดับมาก (M=4.71) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามมีความพึงพอใจทุกข้ออยู่ในระดับมาก เช่นเดียวกัน คือมีความพึงพอใจ ต่อการจัดสภาพแวดล้อมภายในและภายนอกอาคารของ รพ.สต.ให้สะอาด สะดวก ปลอดภัย สำหรับผู้ป่วย ผู้มาใช้บริการ (M=4.81) รองลงมาคือความพึงพอใจต่อกิจกรรมส่งเสริมและเผยแพร่ความรู้เรื่องการสุขภาพอาหารและน้ำ สุขอนามัย ความสะอาดและมีความพึงพอใจการให้คำแนะนำมาตรการประหยัดพลังงาน (M=4.69) ตามลำดับ โดยมีระดับความพึงพอใจ โดยรวมในด้าน

GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCSH) ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัวหุ้ง ในระดับมาก ร้อยละ 97.25

บทสรุปและอภิปรายผล

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาสู่มาตรฐาน GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCSH) ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัวหุ้ง อำเภอราศีไศล จังหวัดศรีสะเกษพบว่ารูปแบบการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCSH) ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัวหุ้ง“3PKA”ประกอบด้วย 1) Policy คือ มีนโยบายการดำเนินงานที่ชัดเจน 2) Participation การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน 3) Patients Focus มีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง 4) Knowledge & Healthy Management การพัฒนาความรู้และการจัดการอย่างมีระบบ และ 5) Activity การกำหนดกิจกรรมการพัฒนาที่ชัดเจน ผลลัพธ์จากการดำเนินการพบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัวหุ้ง มีการพัฒนาสู่มาตรฐานสามเสาหลักของประเทศไทย (HAS) เป็นตำบลที่มีการจัดการสิ่งแวดล้อมอย่างถูกสุขลักษณะ โดยมีบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลเป็นแห่งแรกในอำเภอราศีไศล และผ่านเกณฑ์การประเมินตนเอง 14 หัวข้อ ร้อยละ 100 ซึ่งสอดคล้องกันกับการศึกษาของ

เกศราพร แก้วลาย (2561) ที่พบว่าปัจจัยของความสำเร็จในการพัฒนาพัฒนารูปแบบอนามัยสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาล ประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนแบบมีส่วนร่วม 2) การกำหนดนโยบายที่ชัดเจนและถ่ายทอดสู่การปฏิบัติอย่างเข้มแข็ง 3) การควบคุมกำกับและติดตามงานอย่างต่อเนื่อง 4) การสื่อสารร่วมกันอย่างทั่วถึงและรวดเร็วในการพัฒนางาน 5) การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ การสื่อสารและนวัตกรรมเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน 6) การประเมินผลการพัฒนางานที่เข้มแข็ง 7) ความมุ่งมั่นและสามัคคีของผู้รับผิดชอบงานระดับหน่วยงาน ส่งผลให้ผู้รับบริการมีความรอบรู้ต่อการปฏิบัติตามนโยบาย GCSH 6 ด้าน โดยพบว่า 1) ความรู้ความเข้าใจ (M=3.58, S.D.= 0.25) 2) การเข้าถึงข้อมูล (M=4.75, S.D.= 0.42) 3) ทักษะการสื่อสาร (M=7.98, S.D.= 0.16) 4) การจัดการตนเอง (M=4.82, S.D.= 0.12) 5) การรู้เท่าทันสื่อ (M=4.89, S.D.= 0.18) และ ทักษะการตัดสินใจ (M=4.91, S.D.= 0.15) อยู่ในระดับมากพบว่า การรับรู้บทบาทตนเองมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามนโยบายและมีความพึงพอใจต่อการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 97.25 การสร้างความพึงพอใจ เพื่อจูงใจให้บุคลากรปฏิบัติงานและเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานของโรงพยาบาล เป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้บุคลากรปฏิบัติงานอย่างเต็มความสามารถ (Herzberg, 1967) นอกจากแรงจูงใจจะทำให้ปฏิบัติงานอย่างเต็มความสามารถแล้ว การตัดสินใจเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ก็เกิดจากแรงจูงใจ การวิจัยการมีส่วนร่วมของครูในการเข้าร่วมโครงการส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียนของประเทศนอร์เวย์พบว่า แรงจูงใจของครูมีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมกิจกรรมโครงการส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียน (Hege, Anette, & Bente, 2009) โดยปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาการพัฒนารูปแบบดำเนินงาน GCSH ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัวทุ่ง ประกอบด้วยหลัก “3PKA” มีการปฏิบัติงานแบบภาคีเครือข่ายโดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา ซึ่งทำให้ผลลัพธ์การพัฒนาอยู่ในระดับดีมาก ทำให้ทราบถึงปัจจัยที่ทำให้การวิจัยนี้ประสบผลสำเร็จได้ ประกอบด้วย

“3PKA” ดังนี้ 1) P : Policy การมีนโยบายที่ชัดเจนจากผู้บริหารทำให้มีแนวทางในการทำงานที่ชัดเจน เนื่องจากการบริหารงานในองค์กรให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น การบริหารต้องให้ความสำคัญแก่ทรัพยากรพื้นฐานของการบริหารตามหลักการ 4M’s ซึ่งประกอบด้วย คน (Man) เงิน (Money) วัสดุอุปกรณ์ (Material) และ เทคนิควิธีในการจัดการ (Management) (ยงยุทธ เกษสาคร, 2546) 2) P: Participation การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนภาคีเครือข่ายให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมในกระบวนการทำงานทั้งการวางแผนแบบมีส่วนร่วมมีความรู้สึกเป็นเจ้าของบุคลากรได้ร่วมคิด ร่วมทำร่วมรับผิดชอบ และร่วมรับผลประโยชน์ ก่อเกิดความภาคภูมิใจร่วมกันจากการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมเป็นผลมาจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลจนนำไปสู่การช่วยเหลือและสนับสนุนด้านต่างๆ อาทิ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านความคิด การสนับสนุนด้านการตัดสินใจ ตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับและข้อมูลเพื่อเรียนรู้และประเมินตนเอง (House, 1981) รวมถึงการที่บุคคลรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีความผูกพันซึ่งกันและกัน (Cobb, 1976) 3) P: Patients Focus การยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ให้บริการดูแลสุขภาพดี มีความสำคัญกับผู้ป่วยมาเป็นลำดับแรกในการดูแลรักษาผู้ป่วย ก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี จะช่วยให้การพัฒนามีความต่อเนื่องและมีความก้าวหน้ายิ่งขึ้นไป 4) K: Knowledge & Healthy Management คือการพัฒนาความรู้และการจัดการอย่างมีระบบและต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1) ควรมีการศึกษาและพัฒนากิจกรรมดำเนินงาน GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCSH) อย่างต่อเนื่องควรมีการส่งเสริมปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนา GREEN & CLEAN

Sub-district Health Promoting Hospital (GCSh)
เพื่อให้มีความต่อเนื่องและยั่งยืน

2) ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในพื้นที่อำเภอราษีไศล

เอกสารอ้างอิง

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.(2553).คู่มือโครงการ
สาธารณสุขรวมใจณรงค์ลดโลกร้อนด้วยการ
สุขภาพอย่างยั่งยืนและเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม.
กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและ
สิ่งแวดล้อม.(2555).แผนยุทธศาสตร์อนามัย
สิ่งแวดล้อมแห่งชาติ.กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การ
สงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

เกศราพร แก้วลาย(2561). การพัฒนารูปแบบอนามัย
สิ่งแวดล้อมโรงพยาบาลวาปีปทุมจังหวัด
มหาสารคาม,ผลงานวิชาการ งานมหกรรมวิชาการ
สาธารณสุข ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
มหาสารคาม ปี 2561[ออนไลน์]. ได้จาก
<http://mkho.moph.go.th/research2018/>.

ยงยุทธ เกษสาคร.(2546). เทคนิคการฝึกอบรมและการ
ประชุม(พิมพ์ครั้งที่ 4).กรุงเทพฯ: วี.เจ. พรินติ้ง.

ศรัญรัตน์ ธาณี และเทิดศักดิ์ พรหมอารักษ์ (2565).
การพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน โรงพยาบาล
GREEN and CLEAN Hospital ของโรงพยาบาล
น้ำขุ่น ตำบลชีเหล็ก อำเภอน้ำขุ่น จังหวัด
อุบลราชธานี. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี, 12(1), 5–14.

สมชาย ภาณุมาสวิวัฒน์, อนุสร การเกษ, วรณชาติ
ตาเลิศ, เกตุรินทร์ บุญคล้าย, กรรณิกา เพ็ชรเกษ.
ความรอบรู้ด้าน วัคซีนโควิด 19 กับความตั้งใจการ
ฉีดวัคซีนโควิด 19 ของ ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่
18 ปี ขึ้นไป. วารสารวิชาการ- สาธารณสุข, 31
(ฉบับเพิ่มเติม 1):S3-14.

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of
life stress. Psychosomatic Medicine, 38(5),
300-314.

Herzberg,F., Mausner,B.,&Snyderman,B.B.(1967)
The motivation to work(2nd ed.).
New York:John Wiley &Sons.

Hege,E. T., Anette,C. I.,&Bente,W.(2009).
The Norwegian network of health
promoting schools: A three-year follow-up
study of teacher motivation, participation
and perceived outcomes. Scandinavian
Journal of Educational Research, 53(1),
89-102.

Kemmis, S. and McTaggart, R. (1988). The Action
Research Planer. 3rded. Victoria, Australia:
Deaken University Press.

Nutbeam D. (2008).. The evolving concept of
health literacy. Social Science & Medicine
(2008), 67(12):2072-8.

ผลของการใช้แนวทางการคัดแยกระดับความฉุกเฉินผู้ป่วย งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลขุนตาล จังหวัดเชียงราย

เอกรินทร์ แก้วเกตุ, พย.บ.¹

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของความถูกต้องของการคัดแยกระดับความฉุกเฉินผู้ป่วยก่อนและหลังของการใช้แนวทางการคัดแยกระดับความฉุกเฉินผู้ป่วย และระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นี้แนวทางการคัดแยกระดับความฉุกเฉินผู้ป่วย งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลขุนตาล จังหวัดเชียงราย ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2566 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2567 กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลขุนตาล จำนวน 6 คน และข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลขุนตาล กลุ่มก่อนและหลังการใช้นี้แนวทาง กลุ่มละ 375 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แนวทางการคัดแยกระดับความฉุกเฉินผู้ป่วย ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบรวบรวมผลลัพธ์ความถูกต้องของการคัดแยกระดับความฉุกเฉินผู้ป่วย และแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นี้แนวทางการคัดแยกระดับความฉุกเฉินผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน Chi-squared

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างบุคลากรเป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 มีอายุเฉลี่ย 31 ปี จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100 มีประสบการณ์ทำงานในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เฉลี่ย 7.85 ปี หลังมีการใช้นี้แนวทางการคัดแยกระดับความฉุกเฉินผู้ป่วยมีความถูกต้องของการคัดแยกระดับความฉุกเฉินผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 58.87 เป็น ร้อยละ 90.40 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจเฉลี่ย 4.83 คะแนน อยู่ในระดับมากที่สุดต่อการใช้นี้แนวทาง การวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าแนวทางการคัดแยกระดับความฉุกเฉินผู้ป่วยสามารถช่วยพัฒนาการคัดแยกผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช เห็นควรส่งเสริมให้มีการใช้อย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การคัดแยก, ระดับความฉุกเฉินผู้ป่วย, งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลขุนตาล
จังหวัดเชียงราย Email: Inkkaichon2547@gmail.com

Effect of Using Triage Patient Guidelines in Accident and Emergency Unit, Khuntan Hospital, Chiang Rai Province

Ekharin Kaewket, *B.N.S.*¹

ABSTRACT

This quasi-experimental research aimed to compare the results of the accuracy of patient triage and the level of satisfaction of professional nurses who use the triage patient guideline at the accident and emergency unit, Khuntan Hospital, Chiang Rai Province, from November 2023 to February 2024. The sample consisted of 6 registered nurses working at accident and emergency unit, Khuntan Hospital, Chiang Rai province and medical records of patients treated consisted of 375 medical records per group at accident and emergency unit, Khuntan Hospital, compared before and after implementation of triage patient guideline. The research instrument was the MOPH ED.triage. The data collection instrument was the triage outcome recode satisfaction assessment form. Descriptive statistics and a Chi-Square test were used for data analysis.

The study result revealed that the sample was 100 percent female with an average age of 31 years, 100 percent graduated with bachelor's degrees, and had an average experience in accident and emergency units of 7.85 years. The accuracy after using the triage patient guideline (90.40%) was statistically significantly higher ($p < 0.001$) than that before (53.87%). Professional nurses' satisfaction with the use of triage patient guidelines was found to average 4.83 points at the highest level. This study indicated that the triage patient guideline can improve the accuracy of patient triage and should be promoted for continued use.

Keywords: Triage, Triage Patient Guidelines, Accident and Emergency Department

¹ Registered Nurse Professional Level, Accident and Emergency Unit, Khuntan Hospital, Chiang Rai Province, Email: Inkkaichon2547@gmail.com

บทนำ

งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช เป็นหน่วยงานด่านแรกที่ทำให้บริการการรักษายาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินทุกประเภท ทุกเพศ ทุกวัย ตลอด 24 ชั่วโมง (ชาติชาย คล้ายสุบรรณ, 2561) ในปัจจุบันผู้ใช้บริการที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช มีจำนวนมากและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ก่อให้เกิดปัญหาผู้ป่วยล้น (overcrowding) ซึ่งเป็น ปัญหาที่สำคัญสำหรับโรงพยาบาลทุกแห่งทั่วโลก สาเหตุหนึ่งของผู้ป่วยล้นเนื่องจากผู้ป่วยที่มาใช้บริการ ณ งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช มีทั้งผู้ป่วยฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉิน อีกทั้งการให้บริการที่รวดเร็วในการรักษายาบาล ทำให้ไม่เพียงพอต่อผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติเท่านั้นที่มีความต้องการบริการจากบุคลากรทางการแพทย์ แต่จะมีผู้ป่วยที่มีอาการไม่ฉุกเฉินมีความต้องการมารับบริการที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ด้วยเช่นกัน เนื่องจากเวลาในการตรวจรวดเร็วว่าการรอตรวจที่หน้าห้องตรวจโรคทั่วไป จึงทำให้ผู้ใช้บริการมีระดับความรุนแรงและความฉุกเฉินที่หลากหลาย(Sartini et al., 2022)

ปัญหาผู้ป่วยล้นงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชเป็นความท้าทายของบุคลากรที่ปฏิบัติงาน ณ หน่วยงานเนื่องจากความต้องการใช้บริการมีมากกว่าความสามารถในการให้บริการ ณ เวลานั้นๆ ด้วยข้อจำกัดของทรัพยากรบุคคล อุปกรณ์ทางการแพทย์ และเวลา ทำให้ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงและมีความฉุกเฉิน เข้าถึงบริการยากมากขึ้น คือ ไม่สามารถทราบได้ว่าผู้ป่วยรายใดที่มีความฉุกเฉินที่ต้องได้รับการตรวจรักษาอย่างทันการณ์ (Savioli et al., 2022) กระบวนการคัดแยก (Triage) จึงถูกนำมาใช้เพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการช่วยเหลือด้วยบุคลากรทางการแพทย์ได้เหมาะสมและทันเวลา เพื่อลดความรุนแรงของโรค ลดความพิการ ลดความทรมาน ลดความไม่พึงพอใจและลดการร้องเรียน โดยเฉพาะงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ที่มีผู้รับบริการตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งมีแนวโน้มจำนวนเพิ่มสูงขึ้น อีกทั้งผู้รับบริการมาพร้อมกันในช่วงเวลาเดียวกัน ส่งผลให้ผู้รับบริการเข้าถึง

บริการที่ล่าช้าและไม่ปลอดภัย (สุภารัตน์ วังศรีคุณ, 2561)

โรงพยาบาลขุนตาล เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ให้บริการแก่ผู้รับบริการภายในเขตอำเภอขุนตาล และให้บริการประชาชนเขตรอบนอกของอำเภอพญาเม็งรายและอำเภอเชียงของจังหวัดเชียงราย หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช เป็นหน่วยงานที่สำคัญของโรงพยาบาล เพราะเป็นบริการด่านแรกในการให้บริการรักษายาบาลแก่ผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ทั้งผู้ที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุต่างๆ และการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่เกิดขึ้นเฉียบพลัน เพื่อให้ผู้ป่วยรอดพ้นจากภาวะวิกฤติ ที่คุกคามต่อชีวิต ไม่เกิดความรู้สึกหรือภาวะแทรกซ้อนทั้งร่างกายและจิตใจจากสถานการณ์ให้บริการพบว่า ในปี 2563-2565 มีผู้ป่วยเข้ารับบริการที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช จำนวน 24,311, 19,549, 22,593 รายตามลำดับ ซึ่งพบมีจำนวนผู้ป่วยมารับบริการเพิ่มขึ้น ผลการประเมินการคัดแยกระดับความฉุกเฉินผู้ป่วย ในปี 2563-2566 พบมีความถูกต้องของการคัดแยก ร้อยละ 91.66, 89.34 และ 90.67 ตามลำดับ คัดแยกระดับความฉุกเฉินต่ำกว่าความเป็นจริง (under triage) ร้อยละ 5.0, 4.40 และ 4.33 ตามลำดับ คัดแยกระดับความฉุกเฉินสูงกว่าความเป็นจริง (over triage) ร้อยละ 3.34, 6.27 และ 5.00 ตามลำดับ(งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลขุนตาล, 2565) จากข้อมูลพบมีผู้ป่วยทั้งที่เป็นผู้ป่วยฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉินปะปนกัน ทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินจริงได้รับการช่วยเหลือช้าลง เจ้าหน้าที่ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ทั่วถึงระยะเวลาในการรอคอยแพทยนานขึ้น พบจำนวนผู้ป่วยไม่รอรับบริการ ถึงแม้ว่าผลการคัดแยกเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดแล้วก็ตาม

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษาผลการใช้แนวทางการคัดแยกระดับความฉุกเฉินผู้ป่วย งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลขุนตาล

เพื่อให้การให้บริการรักษาพยาบาลมีประสิทธิภาพ
สูงขึ้น

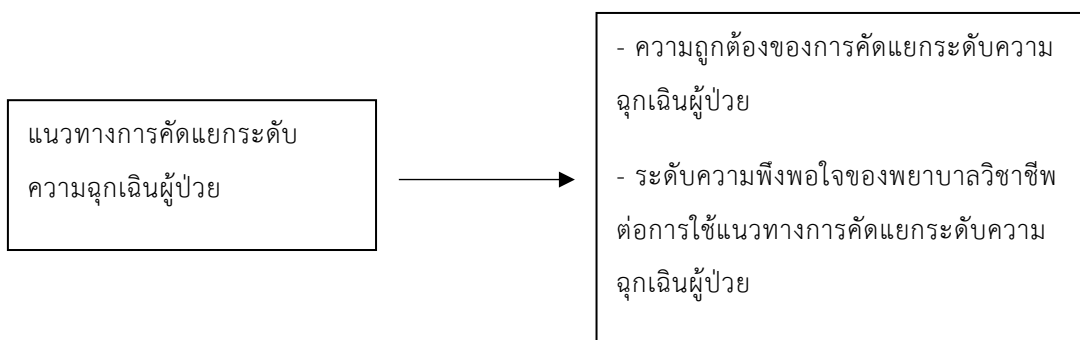
ระดับความฉุกเฉิน ผู้ป่วย งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและ
นิติเวช โรงพยาบาลขุนตาล จังหวัดเชียงราย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของความ
ถูกต้องของการคัดแยกระดับความฉุกเฉินผู้ป่วย
ก่อนและหลังของการใช้แนวทางการคัดแยก
ความฉุกเฉินผู้ป่วย งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
โรงพยาบาลขุนตาล จังหวัดเชียงราย
2. เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของ
พยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายการคัดแยก

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้เพื่อศึกษา
เปรียบเทียบผลของความถูกต้องของการคัดแยก
ระดับความฉุกเฉินผู้ป่วยและระดับความพึงพอใจ
ของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายการคัดแยก
ระดับความฉุกเฉินผู้ป่วย ตามกรอบแนวคิดการ
วิจัย ดังนี้



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง
(Quasi experimental Research) มีการวัดผล
ก่อนการทดลองและวัดผลหลังทดลอง โดยเก็บ
รวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2566 ถึง
กุมภาพันธ์ 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่

กลุ่มที่ 1 กลุ่มบุคลากร เป็น
พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุ
ฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลขุนตาล จังหวัด
เชียงราย จำนวน 6 คน

กลุ่มที่ 2 เป็นข้อมูลเวชระเบียน
ผู้รับบริการในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและ
นิติเวช โรงพยาบาลขุนตาล จังหวัดเชียงราย

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

กลุ่มที่ 1 กลุ่มบุคลากร เป็น
พยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่คัดแยกผู้ป่วยในหน่วย
งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ของโรงพยาบาล
ขุนตาล จังหวัดเชียงราย จำนวน 6 คน โดยการ
คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงโดยมีเกณฑ์การ
คัดเลือก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัคร

เข้าร่วมงานวิจัย (Inclusion criteria)

1. เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติ
งานในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
โรงพยาบาลขุนตาล จังหวัดเชียงราย

2. ปฏิบัติหน้าที่ในการคัดแยก
ระดับความฉุกเฉินผู้ป่วยของหน่วยงานอุบัติเหตุ
ฉุกเฉินและนิติเวช

3. มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน
ในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชมากกว่า 6
เดือน

4. ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

เกณฑ์การคัดอาสาสมัครออก จากการวิจัย (Exclusion criteria)

1. ย้ายออกจากหน่วยงาน หรือ
ลาออกระหว่างการวิจัย

2. ขอลถอนตัว หรือขอออกจาก
การวิจัย

กลุ่มที่ 2 เป็นข้อมูลเวชระเบียน
ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน
และนิติเวช โรงพยาบาลขุนตาล โดยคำนวณหา
ขนาดตัวอย่างโดยไม่ทราบขนาดของประชากรที่
แน่นอนใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อ
ประมาณค่าสัดส่วนของประชากรของ Cochrane
ได้กลุ่มตัวอย่าง 375 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1. แนวทางการคัดแยกระดับความ
ฉุกเฉินผู้ป่วย MOPH ED. TRIAGE ของกรมการ
แพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข, 2561) เป็นคู่มือประกอบ
คำอธิบายรายละเอียดในการตัดสินใจการคัดแยก
ระดับความฉุกเฉินผู้ป่วยทั้ง 5 ระดับความรุนแรง
ฉุกเฉิน

2. แบบเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย
ประกอบด้วย

2.1 แบบรวบรวมข้อมูลทั่วไปของ
กลุ่มตัวอย่าง

2.2 แบบเก็บรวบรวมผลลัพธ์
ของการคัดแยกระดับความฉุกเฉินผู้ป่วย ได้แก่
ความถูกต้องของการคัดแยกระดับความฉุกเฉิน
ผู้ป่วย โดยประเมินจากความตรงกันของผลการ
คัดแยกระดับความฉุกเฉินผู้ป่วยของพยาบาล
วิชาชีพผู้ทำหน้าที่คัดแยกระดับความฉุกเฉินผู้ป่วย
กับผู้วิจัย

2.3 แบบประเมินความพึงพอใจ
ของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวทางการคัดแยก
ระดับความฉุกเฉินผู้ป่วย มีลักษณะเป็นแบบมาตรา
ส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามแนวคิดของ
Likert มี 5 ระดับ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย
และน้อยที่สุด โดยในแต่ละข้อกำหนดค่าน้ำหนัก
ของคะแนน ดังนี้

คะแนน 5 หมายถึง มีความ
พึงพอใจมากที่สุด

คะแนน 4 หมายถึง มีความ
พึงพอใจมาก

คะแนน 3 หมายถึง มีความ
พึงพอใจปานกลาง

คะแนน 2 หมายถึง มีความ
พึงพอใจน้อย

คะแนน 1 หมายถึง มีความ
พึงพอใจน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการ วิจัย

1. ผู้วิจัย ซึ่งเป็นผู้ประเมินความถูกต้อง
ของการคัดแยกระดับความฉุกเฉินผู้ป่วย ได้
ทดลองทำการตรวจสอบความถูกต้องของการ
คัดแยกระดับความฉุกเฉินผู้ป่วย กับผู้เชี่ยวชาญ
ด้านการคัดแยกผู้ป่วย (inter-rater reliability)
จากข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยจำนวน 10 ราย ได้ค่า
ความเชื่อมั่นเท่ากับ 1

2. แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายการคัดแยกระดับความฉุกเฉินผู้ป่วย ได้หาความเชื่อมั่นกับพยาบาลวิชาชีพที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยได้ขออนุญาตศึกษาวิจัยในโรงพยาบาลขุนตาล ภายหลังจากที่โครงการวิจัยพร้อมเครื่องมือการวิจัย ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

2. ผู้วิจัยประชุมผู้ช่วยวิจัยและทีมงานเพื่อวางแผนดำเนินการศึกษาวิจัย ได้ชี้แจงการดำเนินงานวิจัย และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง

3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มก่อนการใช้นโยบายการคัดแยกระดับความฉุกเฉินผู้ป่วย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง การสุ่มตัวอย่างข้อมูลจากงานเวชระเบียนผู้ป่วยหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลขุนตาล จำนวน 375 ราย และนำมาประเมินความถูกต้องของการคัดแยกระดับความฉุกเฉินผู้ป่วย

4. จัดประชุมพยาบาลผู้ทำหน้าที่ในการคัดแยกผู้ป่วย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และความสำคัญของการคัดแยก นำเสนอข้อมูลสถานการณ์การคัดแยกระดับความฉุกเฉินผู้ป่วยให้ความรู้การใช้แนวทางคัดแยกระดับความฉุกเฉินผู้ป่วย

5. สอนและฝึกทักษะการคัดแยกระดับความฉุกเฉินผู้ป่วยขณะปฏิบัติงานจริง เพื่อให้ผู้ทำการคัดแยกผู้ป่วยมีทักษะ และความชำนาญในการคัดแยกระดับความฉุกเฉินผู้ป่วย เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์

6. ดำเนินการใช้นโยบายการคัดแยกระดับความฉุกเฉินผู้ป่วย ร่วมกับการนิเทศ ติดตาม กำกับ การใช้นโยบายการคัดแยกระดับความฉุกเฉินผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลา 3 เดือน

5. หลังมีการใช้นโยบายและกำกับติดตาม ผู้วิจัยดำเนินการประเมินความถูกต้องของการคัดแยกระดับความฉุกเฉินผู้ป่วยจากการสุ่มเวชระเบียนผู้ป่วยหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลขุนตาล จำนวน 375 ราย และประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายการคัดแยกระดับความฉุกเฉินผู้ป่วย

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลผลลัพธ์การคัดแยกระดับความฉุกเฉินผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ ร้อยละ และสถิติเชิงอนุมาน Chi-square test

3. ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายการคัดแยกระดับความฉุกเฉินผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย หมายเลขการรับรอง CRPPHO No. 173/2566 ลงวันที่ 10 พฤศจิกายน 2566

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างบุคลากร ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 มีอายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 66.67 มีอายุเฉลี่ย 31 ปี สถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 83.33 จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100 มีประสบการณ์การทำงานในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน อยู่ในช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 66.67 มีประสบการณ์ทำงานในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเฉลี่ย 7.85 ปี รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างบุคลากรจำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงานในงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช (n = 6)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	0	0.00
หญิง	6	100.00
อายุ (ปี)		
21-30	2	33.33
31-40	4	66.67
(อายุเฉลี่ย $\bar{X}$ = 31.00 ปี, S.D. = 6.26)		
สถานภาพสมรส		
โสด	5	83.33
สมรส	0	0.00
หย่าร้าง	1	16.67

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างบุคลากรจำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงานในงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช (n = 6) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
อนุปริญญา	0	0.00
ปริญญาตรี หรือ	6	100.00
เทียบเท่า		
ประสบการณ์การทำงาน		
ในงานอุบัติเหตุและ		
ฉุกเฉิน (ปี)		
1 – 5	4	66.67
6 – 10	1	16.66
10 - 15	1	16.66
(ประสบการณ์ทำงาน		
เฉลี่ย $\bar{X}$ = 4.33 ปี,		
S.D.=4.18)		

2. ผลของความถูกต้องของการคัดแยกระดับความฉุกเฉินผู้ป่วยก่อนและหลังของการใช้แนวทางการคัดแยกระดับความฉุกเฉินผู้ป่วย งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลขุนตาล จังหวัดเชียงราย กลุ่มก่อนใช้แนวทางการคัดแยกระดับความฉุกเฉินคัดแยกผู้ป่วย มีการคัดแยกระดับความฉุกเฉินผู้ป่วยถูกต้องร้อยละ 53.87 คัดแยกไม่ถูกต้อง ร้อยละ 46.13 แบ่งเป็นการคัดแยกระดับความฉุกเฉินผู้ป่วยที่ต่ำกว่าสภาพอาการของผู้ป่วย (Under Triage) ร้อยละ 5.33 การคัดแยกระดับความฉุกเฉินผู้ป่วยที่สูงกว่าสภาพอาการของผู้ป่วย (Over Triage) ร้อยละ 40.80 กลุ่มหลังใช้แนวทางการคัดแยกระดับความฉุกเฉิน มีการคัดแยกระดับความฉุกเฉินผู้ป่วยถูกต้อง ร้อยละ 90.40 คัดแยกไม่ถูกต้อง ร้อยละ 9.60 แบ่งออกเป็น การคัดแยกระดับความฉุกเฉินผู้ป่วยที่ต่ำกว่าสภาพอาการของผู้ป่วย (Under Triage) ร้อยละ 1.87 การ คัดแยกระดับความฉุกเฉินผู้ป่วยที่สูงกว่า

สภาพอาการของผู้ป่วย (Over Triage) ร้อยละ 7.73 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์ด้านความถูกต้องของการคัดแยกระดับความฉุกเฉินผู้ป่วย กลุ่มก่อนและหลังการใช้แนวทางการคัดแยกระดับความฉุกเฉินผู้ป่วย

ความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วย	กลุ่มก่อนใช้	กลุ่มหลังใช้	Chi-Square	p-value
	(n= 375) จำนวน (ร้อยละ)	(n= 375) จำนวน (ร้อยละ)		
คัดแยกถูกต้อง	202 (53.87)	339 (90.40)	124.50	<0.001
คัดแยกไม่ถูกต้อง	173 (46.13)	36 (9.60)		
- ต่ำกว่าสภาพอาการของผู้ป่วย	20 (5.33)	7 (1.87)	6.49	0.011
- สูงกว่าสภาพอาการของผู้ป่วย	153 (40.80)	29 (7.73)	111.55	< 0.001

ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการ
ใช้แนวทางการคัดแยกระดับความฉุกเฉินผู้ป่วย
พบว่า มีระดับความพึงพอใจรายด้านทั้ง 8 ด้าน
ได้แก่ ด้านมีความง่ายไม่ยุ่งยากซับซ้อน ด้านมี
ความสะดวกในการใช้ด้านสามารถนำไปปฏิบัติได้
ด้านสามารถคัดแยกระดับความฉุกเฉินของผู้ป่วย

ได้ ด้านมีประโยชน์ต่องานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
ด้านเหมาะสมในการคัดแยกผู้ป่วยทุกประเภท
ด้านระยะเวลาที่ใช้ในการคัดแยกมีความเหมาะสม
และด้านความพึงพอใจภาพรวมต่อการใช้นี้แนวทาง
และในภาพรวม อยู่ในระดับความพึงพอใจ
มากที่สุด รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นี้แนวทาง
การคัดแยกระดับความฉุกเฉินผู้ป่วย งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลขุนตาล(n=6)

รายการประเมิน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับความ พึงพอใจ
1. มีความง่ายไม่ยุ่งยากซับซ้อน	4.50	0.55	มากที่สุด
2. มีความสะดวกในการใช้	4.83	0.41	มากที่สุด
3. สามารถนำไปปฏิบัติได้	5.00	0.00	มากที่สุด
4. สามารถคัดแยกระดับความฉุกเฉินของผู้ป่วยได้	5.00	0.00	มากที่สุด
5. มีประโยชน์ต่องานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	5.00	0.00	มากที่สุด
6. เหมาะสมในการคัดแยกผู้ป่วยทุกประเภท	5.00	0.00	มากที่สุด
7. ระยะเวลาที่ใช้ในการคัดแยกมีความเหมาะสม	4.50	0.55	มากที่สุด
8. ความพึงพอใจภาพรวมต่อการใช้นี้แนวทาง	4.83	0.41	มากที่สุด
ภาพรวม	4.83	0.38	มากที่สุด

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยผลของการใช้แนวทางการคัดแยกระดับความฉุกเฉินผู้ป่วย งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลขุนตาล จังหวัดเชียงราย เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของความถูกต้องของการคัดแยกระดับความฉุกเฉินผู้ป่วย ก่อนและหลังของการใช้แนวทางการคัดแยกระดับความฉุกเฉินผู้ป่วย และศึกษาระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวทางการคัดแยกระดับความฉุกเฉิน ผู้ป่วย งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลขุนตาล จังหวัดเชียงราย สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ ดังนี้

ภายหลังมีการใช้แนวทางการคัดแยกระดับความฉุกเฉินผู้ป่วย มีร้อยละความถูกต้องของการคัดแยกระดับความฉุกเฉินผู้ป่วยสูงกว่าก่อนใช้แนวทาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แสดงให้เห็นถึงผลดีของการนำแนวทางการคัดแยกระดับความฉุกเฉินผู้ป่วยมาใช้ ผลลัพธ์ที่ดีขึ้นในการวิจัยครั้งนี้เกิดจากในระหว่างการดำเนินการวิจัยมีการสอน การฝึกทักษะการคัดแยกระดับความฉุกเฉินผู้ป่วยขณะปฏิบัติงานจริง รวมถึงมีการนิเทศ ติดตาม กำกับ การใช้แนวทางการคัดแยกระดับความฉุกเฉินผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ อีกทั้งแนวทางการคัดแยกระดับความฉุกเฉินผู้ป่วยที่นำมาใช้เป็นแนวทางมาตรฐานที่นำมาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ จึงส่งผลที่ใช้ได้ผลดี และผลการวิจัยด้านความถูกต้องของการคัดแยกระดับความฉุกเฉินผู้ป่วย มีความสอดคล้องกับหลายการศึกษา อาทิเช่น การศึกษาของปทุมณู พิงนำ (2563) ที่พบความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วยเพิ่มขึ้นหลังใช้แนวทางการคัดแยกประเภทผู้ป่วย หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลวังชัน การศึกษาของพรวิภา ยะสอน (2566) ที่ศึกษาผลการใช้แนวทางการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่า

หลังมีการใช้แนวทางการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีความถูกต้องของการคัดแยกเพิ่มขึ้น การคัดแยกไม่ถูกต้อง การคัดแยกต่ำกว่าและสูงกว่าความจริงลดลง

ผลการศึกษาระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวทางการคัดแยกระดับความฉุกเฉินผู้ป่วยพบว่าระดับความพึงพอใจรายด้าน และภาพรวมอยู่ในระดับความพึงพอใจมากที่สุด จากผลการวิจัยนี้เป็นผลมาจากแนวทางการคัดแยกระดับความฉุกเฉินผู้ป่วยที่นำมาใช้มีความง่าย สะดวก สามารถนำไปใช้กับการปฏิบัติจริงได้ แนวทางมีความเหมาะสมในการนำมาใช้กับผู้ป่วยทุกประเภทในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาหลายการศึกษาที่นำแนวทางการคัดแยกระดับความฉุกเฉินของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขไปใช้ โรงพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวทางมีความพึงพอใจต่อการใช้แนวทาง แนวทางสามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ อาทิเช่น การศึกษาของนิตยา สุภามา, สุพัชชา คำวงษา, ปัทมา ล้อพงศ์พานิชย์, เจษฎา สุรวรรณ (2563) และการศึกษาของพูนมณี อุ่มสัมฤทธิ์(2566)

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล บุคลากรในหน่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลขุนตาลทุกท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิ ตลอดจนผู้รับบริการที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยเป็นอย่างดี ทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรมีการเตรียมความพร้อมของพยาบาลวิชาชีพทั้งด้านองค์ความรู้ ทักษะในการ

ทำการคัดแยกระดับความฉุกเฉินผู้ป่วย ก่อน
ดำเนินการใช้แนวทาง

2. ควรมีการเสริมทักษะ และพัฒนาองค์
ความรู้ของพยาบาลผู้ทำหน้าที่คัดแยกระดับ
ความฉุกเฉินผู้ป่วยเป็นระยะอย่างต่อเนื่องและ
สม่ำเสมอ

3. ควรมีวิธีการประเมินความถูกต้อง
ของการคัดแยกระดับความฉุกเฉินผู้ป่วย
หลากหลายวิธีการ และทำอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาถึงปัจจัยด้านประสิทธิภาพ
ของผู้คัดแยกต่อความถูกต้องของการคัดแยกระดับ
ความฉุกเฉินผู้ป่วยและเพิ่มระยะเวลาในการ
ศึกษาวิจัยให้มากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

(2561).MOPD ED. TRIAGE. สำนัก

วิชาการแพทย์กรมการแพทย์.

งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิเวศ โรงพยาบาลขุน

ตาล. (2565). รายงานประจำปี พ.ศ.

2565. โรงพยาบาล ขุนตาล: สำนักงาน

สาธารณสุขจังหวัดเชียงราย กระทรวง

สาธารณสุข; 2565.

ชาติชาย คล้ายสุบรรณ. (2561).คู่มือแนวทางการ

จัดบริการห้องฉุกเฉินที่เหมาะสมกับระดับ

ศักยภาพสถานพยาบาล. กรมการแพทย์

กระทรวงสาธารณสุข.

นิตยา สุภามา, สุพัตรา คำวงษา, ปัทมา ล้อพงศ์

พานิชย์, เจษฎา สุรวรรณ. (2563).

ประสิทธิผลการพัฒนารูปแบบการคัดแยก

ประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านฝาง

จังหวัดขอนแก่น. วารสารสุขภาพและ

สิ่งแวดล้อมศึกษา, 5(4), 65-74.

บุญยงษ์ ปิจนัว.(2563).ผลการศึกษาคัดแยก

ประเภทผู้ป่วยหน่วยงานอุบัติเหตุและ

ฉุกเฉิน โรงพยาบาลวังชัน.วารสาร

โรงพยาบาลแพร่, 28(1), 152-162.

พรวิภา ยะสอน.(2566). ผลการใช้แนวทางการคัด

แยกผู้ป่วย งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ

และฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้า

ตากสินมหาราช.วารสารวิชาการ

สาธารณสุขจังหวัดตาก, 3(2). สืบค้นจาก

<http://www.tako.moph.go.th/librarybook/web/books/view?id=23>.

พูนมณี อุ่มสัมฤทธิ์. (17 พฤศจิกายน 2566).

ประสิทธิผลการพัฒนารูปแบบการคัดแยก

ประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินโรงพยาบาลศรีธาตุ

จังหวัดอุดรธานี.[อินเทอร์เน็ต] จังหวัด

อุดรธานี.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

อุดรธานี.

<https://backoffice.udpho.org/openaccess/>.

สุภารัตน์ วังศรีคุณ. (2561). การพัฒนาคุณภาพ

การคัดแยกผู้ป่วยที่แผนกฉุกเฉิน.พยาบาล

สาร, 45(3), 158-169.

Sartini, M., Carbone, A., Demartini, A.,

Giribone, L., Oliva, M., Spagnolo,

A.M., Cremonesi, P., Canale, F. &

Cristina, M.L. (2022). Overcrowding

in Emergency Department: Causes,

Consequences, and Solutions—A

Narrative Review. *Healthcare*,10(9),

1-13. [https://](https://doi.org/10.3390/healthcare10091625)

[doi.org/10.3390/healthcare1009162](https://doi.org/10.3390/healthcare10091625)

5.

Savioli, G., Ceresa, I.F.; Gri, N.,
BavestrelloPiccini, G.; Longhitano,
Y., Zanza, C.; Piccioni, A., Esposito,
C., Ricevuti, G. &Bressan, M.A.
(2022). Emergency Department
Overcrowding: Understanding the
Factors to Find Corresponding
Solutions. J. Pers. Med, 12(2), 1-13.
<https://doi.org/10.3390/jpm12020279>.

การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วม ของชุมชน ในเขตตำบลนาตาล อำเภอรัตนวาปี จังหวัดอุบลราชธานี

ธนัชพร ปักษาพันธ์, พย.บ.¹, สุคนธ์ทิพย์ บัวแดง, พร.ด.²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตตำบลนาตาล อำเภอรัตนวาปี จังหวัดอุบลราชธานี ดำเนินการในช่วงเดือนมกราคม – เมษายน 2567 ผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วยกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และภาคีเครือข่ายในชุมชนจำนวน 60 คน และผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า จำนวน 80 คน ดำเนินการ 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และสะท้อนผลการปฏิบัติ จำนวน 2 วนรอบ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพแบบอุปนัย การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าเฉลี่ย ค่าสถิติ pair t-test

ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ในเขตตำบลนาตาล อำเภอรัตนวาปี จังหวัดอุบลราชธานี SIX STEPS Model : SSEPST ประกอบด้วย 1. Self-care: การดูแลตัวเองด้านสุขภาพที่จำเป็น 2. Strengthening family : การเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว 3. Establishing groups: การจัดตั้งกลุ่มผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ 4. Policy support: การมีนโยบายเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ 5. Social Engagement: การมีส่วนร่วมทางสังคมและชุมชน 6. Technology and Digital Access : การเข้าถึงดิจิทัลและความสามารถในการใช้เทคโนโลยี ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วมในการป้องกันภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมการป้องกันการป่วยและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุหลังการทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ดังนั้นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มศักยภาพในการดำเนินงานเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

คำสำคัญ : รูปแบบ, การป้องกันภาวะซึมเศร้า, ผู้สูงอายุ, การมีส่วนร่วมของชุมชน

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี E-mail: pugsapun6395@gmail.com

² อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี E-mail: sukhontip@scphub.ac.th

Community-Based Participatory Approach to Developing a Depression Prevention Model for Older Adults in Nathal Sub-district, Nathal District, Ubon Ratchathani Province

Tanutpron Pugsapun, B.N.S.¹, Sukhontip Buadang, Ph.D.²

Abstracts

This community-based participatory action research aimed to develop a depression prevention model for older adults in Nathal Sub-district, Nathal District, Ubon Ratchathani Province, Thailand. The research was conducted from January to April 2024 and involved 60 participants, including public health officials, community network members, and older adults at risk of depression. The research employed a four-step cyclical process: planning, action, observation, and reflection, implemented over 2 rounds. Qualitative data analysis was conducted using an inductive approach, while quantitative data analysis involved frequencies, percentages, standard deviations, means, and paired t-tests.

The SIX STEPS Model: SSEPST: A Community-Based Participatory Approach to Depression Prevention for Older Adults in Nathal Sub-district, Nathal District, Ubon Ratchathani Province (1) Self-care: Providing the elderly with information and resources to promote self-care practices that support their physical and mental well-being. (2) Strengthening family: Fostering strong and supportive family relationships to enhance social connectedness and reduce feelings of isolation and loneliness; (3) Establishing groups: Creating opportunities for older adults to socialize and engage; (4) Policy support: Advocating for policies that promote the well-being of older adults and address their specific needs. (5) Social Engagement: Encouraging older adults to participate in social activities and community social engagement (6) Technology and Digital Access: providing access to technology and training to enable them to connect with others, access information, and engage in online activities. The results of the CBPAR demonstrated a significant positive impact on several key outcomes for older adults: Increased awareness of depression risk factors and symptoms; enhanced understanding of the severity of depression; improved self-esteem and self-worth; strengthened social support networks; increased participation in depression prevention activities; adoption of healthier behaviors to reduce depression risk; improved overall quality of life; reduced prevalence of depression. The model's emphasis on social engagement, community participation, self-care empowerment, and policy advocacy aligns with the principles of positive aging and promotes the holistic well-being of older adults.

Keywords: Depression, older adults, Community-Based Participatory Action Research, Prevention

¹ Registered Nurse, Professional level, Nathal Hospital, Ubon Ratchathani Province, E-mail: pugsapun6395@gmail.com

² Lecturer, Sirindhorn College of Public Health Ubon Ratchathani Province, E-mail: E-mail: sukhontip@scphub.ac.th

บทนำ

ปัจจุบันประชากรโลกได้เปลี่ยนผ่านสู่ประชากรสูงวัยกลุ่ม โดยพบว่าในประเทศพัฒนาแล้ว เช่น ประเทศสมาชิกในยุโรป อเมริกาเหนือ ได้เข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์แล้ว ซึ่งปัจจุบัน มีการใช้ดัชนีการสูงวัยจำแนกสังคมดังนี้ (1) สังคมเยาว์วัย (young society) หมายถึง ค่าดัชนีต่ำกว่า 50 (2) สังคมสูงวัย (aged society) หมายถึง ค่าดัชนีระหว่าง 50 - 119.9 (3) สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (completed aged society) หมายถึง ค่าดัชนีระหว่าง 120 - 199.9 และ (4) สังคมสูงวัยระดับสุดยอด (super aged society) หมายถึง ค่าดัชนีตั้งแต่ 200 ขึ้นไป ในขณะที่บางประเทศในเอเชียเช่น ญี่ปุ่น ได้เข้าสู่ สังคมสูงวัยระดับสุดยอดแล้วส่วนในประเทศอาเซียน พบว่า ประเทศสิงคโปร์มีค่าดัชนีชี้วัดของสังคมผู้สูงอายุเป็นอันดับ 1 เช่นกันสำหรับประเทศไทยจัดอยู่ในกลุ่มสังคมสูงวัยของ กลุ่มประเทศอาเซียนเป็นอันดับที่ 2 (WHO, 2023) ในขณะที่ ประเทศไทยเข้าสู่สภาวะการตายลดน้อยลงทำให้คนอายุยืนยาวขึ้น ดูได้จากอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของคนไทยเมื่อ 50 ปี ก่อนอายุคาดเฉลี่ยของเพศชายประมาณ 55 ปี เพศหญิง ประมาณ 62 ปี แต่ปัจจุบัน (พ.ศ. 2566) อายุคาดเฉลี่ย ได้เพิ่มสูงขึ้น โดยเพศชายประมาณ 73.5 ปี เพศหญิง ประมาณ 80.5 ปี และอีกสิบปีข้างหน้า (พ.ศ. 2567) อายุคาดเฉลี่ย ของเพศชายประมาณ 76 ปี และเพศหญิงประมาณ 83 ปี (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2566) และการที่อายุที่ยืนยาวขึ้น ของผู้สูงอายุถือว่าเป็นเรื่องที่ดี เพราะสะท้อนให้เห็นถึง ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ช่วยรักษาชีวิต ให้กับผู้สูงอายุได้ แต่พบว่าการมีอายุที่ยืนยาวของผู้สูงอายุ ยังส่งผลกระทบต่อโรคไข้เจ็บต่างๆที่ตามมา

การสำรวจสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย พบว่า ผู้สูงอายุ มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่ากลุ่มวัยอื่นโดยพบได้มากถึง ร้อยละ 10-13 และพบว่าผู้สูงอายุเป็นโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้น ร้อยละ 15.6 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม วิธีการดำเนินชีวิต การพลัดพราก การสูญเสียความภาคภูมิใจในตัวเอง เกิดการปรับตัว ในการดำรงชีวิตหลายอย่าง การเปลี่ยนแปลงจะทำให้เกิด ความเครียด วิตกกังวล ผิดหวังต่อตนเองรู้สึกไร้ค่า ส่งผลให้ เกิดภาวะซึมเศร้าได้ เมื่อมีความเสื่อมทางร่างกายจะเกิด การเจ็บป่วยเกิดการพึ่งพิงระบบบริการสุขภาพมากขึ้น จน ส่งผลกระทบหลายด้าน เช่น การป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็น ภาระในการจัดการระบบสุขภาพและสังคมในทั่วโลก (National

Institute on Ageing, National Institute of Health, 2023) ซึ่งการ คาดการณ์ขององค์การสหประชาชาติพบว่าโครงสร้างประชากร มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในประเทศที่มีรายได้ต่ำและ ปานกลางจะมีสัดส่วนผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 80 และ ประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในระดับสมบูรณ์ และจากศึกษาขององค์การอนามัยโลก คาดการณ์ว่า โรคซึมเศร้าจะมีการเปลี่ยนแปลงอันดับของโลกที่เป็นภาระ จากอันดับ 4 ในปี ค.ศ. 1990 มาเป็นอันดับ 2 ในปี ค.ศ. 2020 (World Health Organization, 2015) ด้านความ รุนแรงของภาวะซึมเศร้าขึ้นอยู่กับความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่า ในตัวเอง เมื่อความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองต่ำลงจะส่งผลให้ เกิดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามากขึ้นและในทาง กลับกันเมื่อความรุนแรงของโรคภาวะซึมเศร้าลดลง ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองก็จะมากขึ้น (Beck AT, 1967) จากการวิจัยของ Kelley Orth et. Al. (2009) ได้ทำการ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตัวเองกับภาวะ ซึมเศร้าพบว่าผู้ที่เห็นคุณค่าในตัวเองต่ำ ก็จะมีเสี่ยงที่จะมี ภาวะซึมเศร้าสูง องค์การอนามัยโลกได้อธิบายผลกระทบ ของภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรงที่สุดอาจทำให้เกิด การฆ่าตัวตาย (World Health Organization, 2018) เมื่อ พิจารณาผลกระทบด้านจำนวนปีที่สูญเสียเนื่องจากภาวะ บกพร่องทางสุขภาพ (Years Live with Disability: YLD) ภาวะ ซึมเศร้าเป็นสาเหตุอันดับที่ 1 ทั้งในเพศชายและเพศหญิง ในประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง ทางด้านการสูญเสีย ปีสุขภาพ (Disability Adjusted Life Years: DALYs) และภาวะซึมเศร้าจัดเป็นสาเหตุอันดับที่หนึ่งในประเทศที่มี รายได้ปานกลางและประเทศที่มีรายได้สูงคิดเป็น ร้อยละ 5.1 และ 8.2 ตามลำดับ และปัญหาภาวะซึมเศร้ายังคงเป็น ภาระโรคที่สำคัญประเทศไทย ก่อความสูญเสียปีสุขภาพ เป็นอันดับที่ 1 ในเพศหญิงและอันดับที่ 9 ในเพศชาย เมื่อ เปรียบเทียบกับกลุ่มโรคทางจิตเวชพบว่าปัญหาภาวะซึมเศร้า เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาพสูงเป็นอันดับ ที่ 1 และจำนวนปีที่สูญเสียภาวะบกพร่องทางสุขภาพ เป็นสาเหตุการสูญเสียอันดับที่ 1 ในเพศหญิงและอันดับที่ 2 ในเพศชาย ผู้สูงอายุไทยพบภาวะซึมเศร้าเป็นภาระโรค อันดับที่ 10 ในเพศชายและอันดับที่ 5 ในเพศหญิง (วิชัย เอกพลากร, 2557) โรคซึมเศร้าเป็นการเปลี่ยนแปลง ทางอารมณ์ที่พบบ่อยเพราะวัยสูงอายุจะพบความสูญเสียได้

บอยโดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีโรคซึมเศร้า ส่วนใหญ่จะมีอาการทางอารมณ์ เช่น เบื่อหน่าย ท้อแท้หงุดหงิดง่าย ใจคอไม่ดี เบื่อ ไม่สนใจในกิจกรรมที่เคยชอบ เป็นต้น นอกจากนี้อาจจะมีนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ไม่มีสมาธิ ผู้สูงอายุบางคนจะบ่นว่าความจำแย่ลง ทำให้ลืมง่ายมากกว่าถ้าซึมเศร้ามาก ๆ อาจมีความคิดอยากตาย ต้องการทำร้ายตนเอง ซึ่งเป็นภาวะเร่งด่วนมากต้องได้รับความช่วยเหลือ โดยปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคซึมเศร้าของผู้สูงอายุประกอบด้วย 3 ปัจจัยหลัก คือ (1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศหญิง อายุ สถานภาพสมรส หรือหม้าย การเจ็บป่วยทางกายและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (2) ปัจจัยด้านชีวภาพ ได้แก่ ความผิดปกติของสารสื่อประสาทและการรับรู้ความรู้สึกต่างๆ และ (3) ปัจจัยด้านจิตสังคมและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การขาดการสนับสนุนทางสังคมการสูญเสียบุคคลใกล้ชิด (สุวิทย์ เจริญศักดิ์, 2561) ข้อมูลขององค์การอนามัยโลกปี 2023 พบอัตราป่วยด้วยโรคซึมเศร้าของประชากรทั่วโลกประมาณ 3.8% และกลุ่มที่พบการป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ส่วนมากจะพบในผู้ใหญ่ 5% (ผู้ชาย 4% และผู้หญิง 6%) และในผู้ใหญ่ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี พบร้อยละ 5.7 ทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าประมาณ 280 ล้านคน เพศหญิงมีโอกาสป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามากกว่าผู้ชายประมาณ 50% (WHO,2023) และผลการสำรวจภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุของไทย พบว่าผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 12.2% (กรมกิจการผู้สูงอายุ,2565) ดังนั้นเมื่อพบว่าผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น จึงต้องมีระบบการเข้าถึงการรักษาและการได้รับการช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพซึ่งจะช่วยให้อัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าและอัตราฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุลดลง และจากการทบทวนวรรณกรรมถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีมากและหลากหลาย เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านสุขภาพและวิถีชีวิต ความเชื่อและทัศนคติ ความเครียด เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (วิหิตา ธรรมเจริญและคณะ,2564) ส่วนความเห็นว่าเหตุการณ์วิกฤติในชีวิตการรับรู้สภาวะสุขภาพความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สถานภาพสมรส โรคประจำตัว และความผาสุกทางใจ ก็เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้เช่นกัน (พรทิพย์ แก้วสว่าง,2564) ส่วนเพศและ

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ก็พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเช่นเดียวกัน (อ้อยทิพย์ บัวจันทร์ และคณะ, 2564) ซึ่งปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านคุณภาพชีวิตที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ เช่น อายุ สถานะภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ การเจ็บป่วย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การออกกำลังกาย การทะเลาะเบาะแว้ง ความพึงพอใจเพื่อน การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การเข้าวัดเพื่อร่วมกิจกรรมทางศาสนา (พิทยุตม์ คงพ่วงและคณะ,2564) ส่วนปัจจัยจิตสังคม การรับรู้ และการสนับสนุนทางสังคม ก็มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเช่นเดียวกัน (จิตติรัตน์ ช่างทองและคณะ, 2564)

สถานการณ์ผู้สูงอายุของอำเภอนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี พบว่ามีประชากรทั้งสิ้น 24,365คน มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทุกปีโดยมีจำนวนผู้สูงอายุในปี 2566 จำนวน 5,489 คน คิดเป็นร้อยละ 22.52 ของประชากรทั้งหมด พบจำนวนผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ทั้งหมด 349 คน คิดเป็นร้อยละ 6.35 ของผู้สูงอายุทั้งหมด และในเขตตำบลนาตาลอำเภอนาตาล พบสัดส่วนของผู้สูงอายุต่อจำนวนประชากรทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 22.30 พบจำนวนผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ทั้งหมด 349 คน คิดเป็นร้อยละ 9.61 ของผู้สูงอายุทั้งหมด ซึ่งในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้านและติดเตียง มีโอกาสในการเกิดภาวะซึมเศร้าได้มาก ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะมีปัญหาด้านสุขภาพทางกาย คือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเจ็บป่วย และการขาดการเอาใจใส่ดูแล ส่วนมากจะมาจากปัญหาสุขภาพทางกายและจิตใจเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งจากการสำรวจสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในปีงบประมาณ 2565 พบว่าพบผู้สูงอายุมีภาวะเครียด ร้อยละ 18.2 วิดกกังวลเรื่องการอยู่อาศัย ร้อยละ 38.0 มีภาวะเบื่อหน่าย ร้อยละ 52.5 มีโอกาสฆ่าตัวตายและมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 2.1 ตามลำดับ (โรงพยาบาลนาตาล, 2565) ซึ่งจากปัญหาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นจะส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุและครอบครัว รวมถึงการเป็นภาระของสังคมและประเทศชาติ ซึ่งปัญหาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในตำบลนาตาล อำเภอนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี ยังไม่มีการศึกษาถึงรูปแบบในการแก้ไขปัญหาอย่างชัดเจน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาถึงรูปแบบในการดำเนินงานในการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุตำบลนาตาล อำเภอนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อลดอัตราการเกิดปัญหาภาวะซึมเศร้าของ

ผู้สูงอายุในตำบลนาตาล อำเภอนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี
ให้เกิดประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1.วัตถุประสงค์ทั่วไป

รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ
โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ในเขตตำบลนาตาล
อำเภอนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี

2.วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อศึกษาสถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรค
ซึมเศร้าและแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ในเขต
ตำบลนาตาล อำเภอนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี

2.2 เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะ
ซึมเศร้าในผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนใน
เขตตำบลนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี

2.3 เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกัน
ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ใน
เขตตำบลนาตาล อำเภอนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

1 รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบเป็น
การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action
research :PAR) Streubert, H. J. & Carpenter, D. R. (1995)
ตามกรอบแนวคิดของ เคมีสและ แมกแท็คกาท (Kemmis &
Mc Taggart, 1990) ประกอบด้วยขั้นตอนการ 4 ขั้นตอน
ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และสะท้อนผลการ
ปฏิบัติ จำนวน 2 วนรอบ เก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล
เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ นำมาร่างเป็นรูปแบบที่พัฒนา
ขึ้นและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาใน
ประชากรกลุ่มเล็กแล้วนำประเด็นปัญหาที่พบเพื่อนำมา
ปรับเปลี่ยนกิจกรรมการดำเนินงานจนรูปแบบมีความ
เที่ยงตรง สอดคล้องกับการแก้ไขปัญหาและนำรูปแบบที่
พัฒนาขึ้นมาประกาศใช้ในพื้นที่ต่อไป

2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ร่วมวิจัย (Participants) ประกอบด้วย 2 กลุ่ม
ดังต่อไปนี้ ตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

2.1. กลุ่มตัวอย่างในการพัฒนารูปแบบ
จำนวน 60 คน

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษาแบบเจาะจง
ได้แก่

2.1.1 ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่ม

ตัวอย่าง

2.1.1.1 กลุ่มตัวอย่างในการพัฒนา

รูปแบบ จำนวน 60 คน โดยกำหนดแบบเจาะจงในกลุ่มผู้ม
มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนี้

2.1.1.1.1 กลุ่มตัวอย่างบุคลากรผู้
ให้บริการจำนวน 10 คน ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขจาก
โรงพยาบาลนาตาล ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลนาตาล และ
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาตาล จำนวน 10 คน

2.1.1.1.2 กลุ่มตัวอย่างเครือข่าย
ท้องถิ่นและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน
50 คนประกอบด้วย ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
แกนนำชุมชน ชมรมผู้สูงอายุหรือตัวแทนชมรมผู้สูงอายุ
อาสาสมัครสาธารณสุขในเขตตำบลนาตาล อาสาสมัคร
ผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุในครัวเรือน ในเขตตำบล
นาตาล จำนวน 50 คน

2.1.1.2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการ
ประเมินผลของรูปแบบ ได้แก่ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อ
ภาวะซึมเศร้า ในเขตพื้นที่ตำบลนาตาล อำเภอนาตาล
จังหวัดอุบลราชธานี โดยสุ่มแบบง่ายกลุ่มตัวอย่างคำนวณขนาด
ตัวอย่างง่ายจากสูตรประมาณค่าเฉลี่ย (อรุณ จิรวรรณกุล,
2557) (simple random sampling) จำนวน 80 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มตัวอย่างในการใช้
ประเมินรูปแบบ ได้แก่กลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้วย
โรคซึมเศร้าในระดับน้อยถึงระดับปานกลาง จากการ
คัดกรองสุขภาพของผู้สูงอายุ พ.ศ. 2565 ตำบลนาตาล
อำเภอนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี

$$\text{จากสูตร } n = \frac{NZ^2\alpha/2 [P(1 - P)]}{[e^2(N - 1)] + [Z^2\alpha/2P(1 - P)]}$$

เมื่อ n = ขนาดของตัวอย่างที่ต้องการศึกษา

N = กลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้วยโรคซึมเศร้าใน
ระดับน้อยถึงระดับปานกลาง จากการคัดกรองสุขภาพของ
ผู้สูงอายุขึ้นไป จำนวน 706 คน

$Z_{\alpha/2}$ = ค่าสัมประสิทธิ์ภายใต้โค้งปกติมาตรฐาน
ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ดังนั้น $Z(0.05/2) = 1.96$

p = ค่าประมาณสัดส่วนของปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในอำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี เท่ากับ 0.78 (วิมา ธรรมเจริญ, นิทัศน์ย์ เจริญงาม, ญาดา ชาติติติก, นิตยา ทองหนู้ย, 2564)

e = ความแม่นยำของการประมาณค่า (Precision of estimate) ซึ่งกำหนดให้เท่ากับ 15% ของค่า p เท่ากับ 0 ดังนั้นขนาดตัวอย่าง $n = 76$ คน เพื่อการสูญเสียรวมเท่ากับ 80 คน โดยใช้เกณฑ์คัตเข้า ดังนี้

1) ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในตำบลนาตาล อำเภอ นาตาล อย่างน้อย 1 ปี และสมัครใจเข้าร่วมในการจัดกิจกรรม

2) ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบคัดกรอง 9Q ของกรมสุขภาพจิต (2557) และมีระดับคะแนนซึมเศร้าอยู่ระดับน้อย (คะแนน 7-12) หรือระดับคะแนนซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนน 13-18 คะแนน)

เกณฑ์การคัดออก

1) ไม่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม
2) การย้ายออกจากพื้นที่ ตำบลนาตาล อำเภอ นาตาล จังหวัดอุบลราชธานี

2.1.2 ขอบเขตด้านตัวแปร (variables)

3.1.2.1 ตัวแปรต้น (independent variables) ได้แก่ รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุตำบลนาตาล อำเภอ นาตาล จังหวัดอุบลราชธานี

3.1.2.2 ตัวแปรตาม (dependent variables) ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค แบบวัดการเห็นคุณค่าในตัวเองของผู้สูงอายุ แรงสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วมพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า ระดับคะแนนคัดกรองภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

2.1.3 ขอบเขตด้านระยะเวลา ผู้วิจัยทำการวิจัยระหว่างเดือน มกราคม 2566 – เมษายน 2567

2.1.4 ขั้นตอนการวิจัย

วิธีการดำเนินงานวิจัยการวิจัยครั้งนี้มีขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมการวิจัยที่มีลักษณะเป็นวงจรต่อเนื่อง (Spiral of Step) โดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Kermis and Mc taggart ประกอบด้วย 4 ระยะ มีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 การวางแผน (Planning) 1.ศึกษาบริบทพื้นที่, 1.1 บริบทของตำบลที่นำไปสู่การขับเคลื่อน

ธรรมนูญสุขภาพตำบล, 1.2 การมีส่วนร่วมจากภาครัฐและภาคเมือง ที่จะออกแบบกิจกรรมในการจัดกิจกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยการจัดกิจกรรมกลุ่มโดยใช้เทคนิคการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค สถานการณ์สุขภาพปัจจุบันของประชาชนในตำบลนาตาล จัดลำดับความสำคัญของปัญหา ของชุมชนโดยใช้กระบวนการ (Appreciation Influence Control) ในกิจกรรมจำนวน 2 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ชื่อกิจกรรม “ผู้บริหารยุคใหม่” โดยมีกิจกรรมการฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของผู้นำเชิงกลยุทธ์ โดยใช้เนื้อหาความรู้เฉพาะด้านการบริหาร การวางแผนกลยุทธ์ การออกแบบนโยบายในการดำเนินงาน ด้านการสื่อสารทักษะการแสดงความคิดเห็น การสั่งการ การฟังอย่างตั้งใจ และด้านการโน้มน้าวให้เกิดการมีส่วนร่วมของสมาชิกทั้งภายในองค์กร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายนอกองค์กร ทั้งภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชน และเสริมสร้างความเข้มแข็งในประเด็นที่เป็นโอกาสในการพัฒนาให้กับผู้นำชุมชน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล กรรมการผู้เกี่ยวข้องในการป้องกันและควบคุมโรค

กิจกรรมที่ 2 ชื่อ กิจกรรม “สะท้อนคิดปัญหาและการจัดการทรัพยากรในชุมชน” โดยกิจกรรมนี้ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมการสะท้อนปัญหาบริบทของสังคมที่รวบรวมได้รวมถึงการรับฟังความคิดเห็นของทีมพัฒนาคุณภาพในการจะร่วมวางแผนการทำงาน การแต่งตั้งคณะกรรมการผู้รับผิดชอบ การระดมทุน ระดมทรัพยากรในทุกหน่วยงานและทุกชุมชนมาใช้ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

ระยะที่ 2 ขั้นการปฏิบัติการ (Action) ปฏิบัติตามแผนในการจัดทำนโยบาย การออกแบบกิจกรรมในการจัดทำแผน กรอบการปฏิบัติงานและปฏิทินการดำเนินงานในการควบคุมและป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยมีกิจกรรมดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 การพัฒนาศักยภาพของทีมพัฒนาคุณภาพรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุ “การสังเคราะห์ปัญหาการป้องกันภาวะซึมเศร้า โดยจัดกิจกรรมสนทนากลุ่มให้แก่ผู้สูงอายุและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในประเด็น (1) เข้าถึงข้อมูลสุขภาพและ

บริการสุขภาพ (Access skill) ของประชาชน โดยฝึกกิจกรรมการใช้สื่อออนไลน์ เช่น โลกโซเชียลมีเดียต่างๆ การค้นหาข่าวจริงข่าวปลอม การประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อ มีความรู้ความเข้าใจ (Cognitive skill) โดยฝึกกิจกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อการสังเคราะห์และค้นหาปัญหาของประชาชนที่มีความเร่งด่วนและมีความจำเป็นในการดำเนินการในการแก้ไขปัญหา การประชุมกลุ่มระดมความคิดในกิจกรรมเดิมที่เคยปฏิบัติและแนวทางใหม่ที่กลุ่มออกแบบกิจกรรมร่วมกัน ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) โดยฝึกกิจกรรมการฟังอย่างตั้งใจ การสื่อสารโดยผ่านกระบวนการสุนทรียสนทนา ทักษะการจัดการตนเอง (Self-management skill) โดยฝึกกิจกรรมในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง ฝึกการเป็นผู้นำและความสามารถในการกำหนดเป้าหมาย วางแผน และปฏิบัติตามแผนการปฏิบัติ พร้อมทั้งการทบทวนวิธีการปฏิบัติตามเป้าหมาย เพื่อนำมาปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติให้ถูกต้อง ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) โดยฝึกกิจกรรมทางเลือก ฝึกทักษะการปฏิเสธ ฝึกความสามารถในการกำหนดทางเลือกและปฏิเสธ/หลีกเลี่ยงหรือเลือกวิธีการปฏิบัติ โดยมีการใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดี-ผลเสีย (2) ฝึกการสื่อสาร ทักษะการติดต่อสัมพันธ์ การปฏิเสธ หลีกเลี่ยง พร้อมแสดงทางเลือกที่ถูกต้อง การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy skill) การปฏิเสธและแก้ไขข่าวจริงหรือข่าวลวง ความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่นำเสนอ และสามารถเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อ เพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเองและผู้อื่น รวมทั้งมีการประเมินข้อความสื่อ เพื่อชี้แนะแนวทางให้กับชุมชนและสังคม รวมถึงกิจกรรมการบันทึกองค์ความรู้ในลักษณะการจัดการความรู้ในการปฏิบัติงาน

กิจกรรมที่2การสร้าง ส. ในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกิจกรรมในการป้องกันและลดภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุโดยผู้วิจัยจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมระยะเวลา 5 อาทิตย์ ได้แก่ กิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการ กิจกรรมปฏิบัติจริงที่บ้าน กิจกรรมสนับสนุนการปฏิบัติโดยพี่เลี้ยงคนที่ 1 ได้แก่บุคลากรในครอบครัว ทีมพี่เลี้ยงคนที่ 2 ได้แก่ ทีมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ทีมพี่เลี้ยงคนที่ 3 ได้แก่ ทีมบุคลากรสาธารณสุข

ระยะที่ 3 ขั้น การสังเกตการณ์ (Observation) การดำเนินการติดตาม/สังเกตผลการ

ดำเนินงานในระยะที่1พร้อมสรุปประเด็นการสะท้อนผลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค เพื่อนำมาปรับปรุงการดำเนินการ กิจกรรมให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในขั้นตอนการสะท้อนกลับ

ระยะที่ 4 ขั้นการสะท้อนกลับ(Reflection) โดยมีกิจกรรมการ ประชุมกลุ่มย่อยและการจัดเวทีรับฟังความคิดเห็น เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยใช้เครื่องมือในการเก็บข้อมูลในส่วนนี้คือการสังเกตแบบมี ส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม การสนทนากลุ่มที่เกิดขึ้นตาม ธรรมชาติและการนำเสนอผลการดำเนินงานในรูปแบบ การถอดบทเรียน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เน้นการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นหลัก ร่วมกับการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ดังนั้นเครื่องมือที่สำคัญที่สุดคือผู้วิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมในการศึกษาหาความรู้ การปรึกษา เพื่อขอคำแนะนำจากผู้มีประสบการณ์ในการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยมีเครื่องมือช่วยเหลือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1 การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

เครื่องมือในการเก็บข้อมูลในกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และภาคีเครือข่ายในชุมชนประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามปลายเปิดเกี่ยวกับ พฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จำนวน 8 ข้อ

นอกจากนี้ผู้วิจัย รวบรวมข้อมูลด้วยตนเองด้วยการศึกษาเอกสาร การสังเกตพฤติกรรมของผู้เข้าร่วมกิจกรรมรวมทั้งข้อมูลจากการสรุปทบทวนการดำเนินงาน (After Action Reviews) และการถอดบทเรียน

2.การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วยปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลและเศรษฐกิจ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว สิทธิการรักษาพยาบาล การอยู่อาศัย การเจ็บป่วย ผู้ดูแลหลักในบ้าน และผู้ป่วยทางจิตเวช ในครอบครัว จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเพื่อประเมินปัจจัยด้านจิตวิทยา ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วนได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยงของโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค จำนวน 10 ข้อ

ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) โดยมี 5 ตัวเลือกคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) ไม่แน่ใจ (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ตามลำดับค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.78

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเพื่อประเมินปัจจัยด้านจิตวิทยา ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วนได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) โดยมี 5 ตัวเลือกคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) ไม่แน่ใจ (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ตามลำดับ มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.76

ส่วนที่ 4 แบบวัดการเห็นคุณค่าในตัวเองของผู้สูงอายุ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) ในแต่ละด้านมีข้อคำถาม 10 ข้อ โดยมี 5 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) ไม่แน่ใจ (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ตามลำดับมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.78

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเพื่อประเมินการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) ในแต่ละด้านมีข้อคำถาม 10 ข้อ โดยมี 5 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) ไม่แน่ใจ (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ตามลำดับ มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.82

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามเพื่อประเมินการมีส่วนร่วม จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) ในแต่ละด้านมีข้อคำถาม 10 ข้อ โดยมี 5 ตัวเลือกคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) ไม่แน่ใจ (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ตามลำดับ มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.78

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามเพื่อประเมินพฤติกรรม การป้องกันความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้า ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) ในแต่ละด้านมีข้อคำถาม 10 ข้อ โดยมี 5 ตัวเลือกคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) ไม่แน่ใจ (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ตามลำดับ มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.82

ส่วนที่ 8 แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข โดยในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาท่านมีความคิดและพฤติกรรมเหล่านี้บ้าง มีจำนวน 30 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.86

ส่วนที่ 9 แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (World Health Organization Quality of Life Brief- Thai, WHOQOL-BREF-THAI) 1) ด้านสุขภาพร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านสัมพันธภาพสภาพทางสังคม 4) ด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ส่วนข้อที่ 1 และ 26 เป็นตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม โดยแบ่งคะแนนระดับคุณภาพชีวิตออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ระดับคะแนน 26-60 ระดับคุณภาพชีวิตไม่ดี คะแนนรวม: 61 - 95 คะแนน ระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง และ คะแนนรวม: 96 - 130 คะแนน ระดับคุณภาพชีวิตดีมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.85

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ หลังจากเก็บข้อมูลแล้ว นำข้อมูลมาจำแนกเป็นหมวดหมู่ เรียบเรียงเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์แบบอุปนัย (analytic induction)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งใช้สถิติดังนี้ หาค่าความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าเฉลี่ยของข้อมูล ค่าสถิติ Paired t-test ใช้ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลังดำเนินการ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่โครงการวิจัย SSJ.UB2 ลงวันที่ 4 มกราคม 2567 โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki)

ผลการวิจัย

การศึกษาการพัฒนารูปแบบรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ในเขตตำบลนาตาล อำเภอนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี ก่อนการ พัฒนาและหลังการพัฒนา ในครั้งนี้ ผู้วิจัยนำเสนอสรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

4.1 ข้อมูลด้านบริบท และสถานการณ์การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลนาตาล อำเภอนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี ดังนี้ ตำบลนาตาล แบ่งพื้นที่การปกครองออกเป็น 18 หมู่บ้าน มีพื้นที่ 526.8 ตารางกิโลเมตร ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นที่ราบลุ่ม มีเทือกเขาภูพานอยู่ทางทิศตะวันตก มีแม่น้ำโขงไหลผ่านทางทิศตะวันออก มีเกาะแก่งในแม่น้ำโขงมีป่าไม้และทุ่งหญ้าและมีสถานที่ท่องเที่ยวที่สำคัญของจังหวัดอุบลราชธานี ได้แก่ หาดปากแซง เกาะแก่งในแม่น้ำโขง ภูพาน พบว่ามีประชากร 24,365 คน มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทุกปี โดยมีจำนวนผู้สูงอายุในปี 2566 จำนวน 5,489 คน คิดเป็นร้อยละ 22.52 ของประชากรทั้งหมด พบจำนวนผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงทั้งหมด 349 คน คิดเป็นร้อยละ 6.35 ของผู้สูงอายุทั้งหมด และในเขตตำบลนาตาล พบสัดส่วนของผู้สูงอายุต่อจำนวนประชากรทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 22.30 (กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย, 2566) ประชากรส่วนใหญ่เป็นคนพื้นเมือง(อีสาน) หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในเขตตำบลนาตาล มีจำนวน 2 แห่ง ได้แก่ กลุ่มบริการปฐมภูมิและองค์รวมของโรงพยาบาลนาตาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาตาล ซึ่งเป็นหน่วยงานให้บริการสุขภาพชุมชนในด้านรักษาพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ ตั้งแต่แรกเกิดถึงวัยสูงอายุ โดยมีมุ่งตอบสนองความต้องการและแก้ไขปัญหาให้ประชาชนทั้งด้านร่างกายและจิตใจอย่างถูกต้อง ปลอดภัย รวดเร็ว และประทับใจในบริการ ติดตามให้บริการเชิงรุกถึงชุมชน โดยกลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์รวมโรงพยาบาลนาตาล รับผิดชอบพื้นที่ จำนวน 2 หมู่บ้าน จำนวน 510 หลังคาเรือน และมีจำนวนประชากรทั้งหมด 3,806 คน เป็นเพศชาย จำนวน 1,821 คน เพศหญิง จำนวน 1,985 คน ซึ่งสัดส่วนประชากรในกลุ่มผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 21.34 ของประชากรทั้งหมด โดยมีการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ ตามนโยบายมุ่งหมาย

สุขภาพประชาชน ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ โดยให้มีการบริการและพัฒนาคลินิกผู้สูงอายุให้เป็นโรงพยาบาลผู้สูงอายุและการป้องกัน เน้นการดูแลรักษาผู้สูงอายุในกลุ่ม Stroke, STEMI , Hip Fracture โดยเปิดบริการคลินิกผู้สูงอายุ ในวันศุกร์และวันอาทิตย์ ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้มาก ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะมีปัญหาด้านสุขภาพทางกาย คือ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเจ็บป่วย และการขาดการเอาใจใส่ดูแล ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาพทางกายดี โดยผลจากการสำรวจสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของหน่วยบริการปฐมภูมิและองค์รวมของโรงพยาบาลนาตาล ในปีงบประมาณ 2565 พบว่าพบผู้สูงอายุมีภาวะเครียดร้อยละ 18.2 วิถีกังวลเรื่องการอยู่อาศัยร้อยละ 38.0 มีภาวะเบื่อหน่ายร้อยละ 52.5 มีโอกาสฆ่าตัวตายและมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 2.1 ซึ่งหน่วยบริการยังไม่ได้มีแนวทางที่ชัดเจนในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้

4.2 ระบบการดำเนินงานในการป้องกันภาวะซึมเศร้าของตำบลนาตาล จากข้อมูลเชิงลึกของการดำเนินงานของคณะทำงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลและสถานการณ์การดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรค การป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุจากแบบสัมภาษณ์ การสังเกต การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม ดังนี้

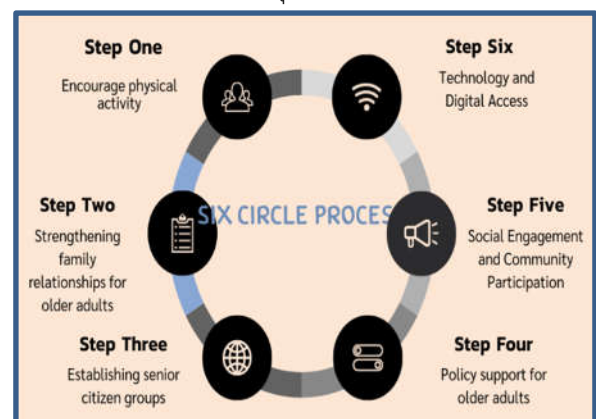
4.2.1 ไม่มีแนวทางการดูแลสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน โดยหน่วยบริการสุขภาพจะเน้นการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในด้านร่างกาย เช่น การคัดกรองภาวะสุขภาพด้านการเคลื่อนไหว การมองเห็น การได้ยินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุและการคัดกรองโรคหรือภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญในวัยผู้สูงอายุ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด การหักของสะโพก ความเสี่ยงต่อภาวะพลัดตกหกล้ม ส่วนการคัดกรองด้านสุขภาพจิตจะพบการคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุ(20) และคัดกรองภาวะซึมเศร้า(90) และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย(80) ซึ่งผลการคัดกรองในปี 2565 พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าในอัตราที่ไม่สูงมากดังนั้นปัญหาด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุจึงถูกมองข้ามไปและดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง

4.2.2 ขาดระบบการติดตามการรักษาเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ด้วยในระบบการดูแลผู้สูงอายุของอำเภอนาตาล จะเน้นการดูแลด้านกายมากกว่าด้านจิตใจ ซึ่งในเขตตำบลนาตาล พบสัดส่วนของผู้สูงอายุต่อจำนวนประชากรทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 22.30 พบจำนวนผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ทั้งหมด 349 คน คิดเป็นร้อยละ 9.61 ของผู้สูงอายุทั้งหมด ซึ่งในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้านและติดเตียงมีโอกาสในการเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากขึ้น โดยในปีงบประมาณ 2565 พบว่าพบผู้สูงอายุมีภาวะเครียด ร้อยละ 18.2 วิตกกังวลเรื่องการอยู่อาศัย ร้อยละ 38.0 มีภาวะเบื่อหน่าย ร้อยละ 52.5 มีโอกาสฆ่าตัวตายและมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 2.1 และผู้สูงอายุกลุ่มเหล่านี้ไม่ได้เข้ารับการรักษอย่างต่อเนื่อง

4.2.3 ข้อมูลด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน ไม่มีระบบการสนับสนุนและการจัดการบริการการดูแลผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าอย่างเป็นระบบ ส่วนมากชุมชนจะเน้นการดูแลด้านกายภาพมากกว่า และชุมชนยังขาดองค์ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเหล่านี้

4.2.4 กระบวนการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ในเขตตำบลนาตาล อำเภอ นาตาล จังหวัดอุบลราชธานี มีขั้นตอนจำนวน 8 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้ (1) จัดตั้งกลไกในการดำเนินงานในการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้า (2) จัดทำนโยบายสนับสนุนการดำเนินงาน คน เงิน การบริหารจัดการในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ (3) สร้างการรับรู้ ทักษะการปรับเปลี่ยนกระบวนคิด วิเคราะห์ ในการกำหนดประเด็นปัญหาและการคิดต่อยอดให้แก่คณะกรรมการควบคุมโรคระดับตำบล (4) การจัดกิจกรรมกลุ่มในการสร้างเสริมการรับรู้ในภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุ (5) จัดตั้งศูนย์ข้อมูลการเผยแพร่ความรู้ในการปฏิบัติตัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน (6) ขยายการดำเนินงานให้มีความยั่งยืน โดยการบังคับใช้ธรรมนูญตำบลในการควบคุมป้องกันโรคซึมเศร้าให้ครอบคลุมทุกหมู่บ้านและชุมชนหน่วยงานและมีแนวปฏิบัติเป็นแนวทางที่ได้มาตรฐาน (7) การจัดทำแบบประเมินการใช้รูปแบบการป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ทุก 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือน และ (8) การศึกษาดูงานในพื้นที่ต้นแบบด้านการดูแลผู้สูงอายุและการถอดบทเรียนผลสำเร็จของการป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุและกำหนดให้เป็นประเด็นในการดำเนินงานด้านสุขภาพของตำบลนาตาลต่อไป

4.3 รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ในเขตตำบลนาตาล อำเภอ นาตาล จังหวัดอุบลราชธานี ได้แก่การประชุมกลุ่มการสะท้อนปัญหา การออกแบบกิจกรรมร่วมกันของทีมผู้เข้าร่วมการวิจัย จนได้รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ในเขตตำบลนาตาล อำเภอ นาตาล จังหวัดอุบลราชธานี คือ SIX STEPS Model : SSEPST:1. Self-care: การดูแลตัวเองสำหรับผู้สูงอายุในด้านต่างๆ ได้แก่ การรับประทานอาหารที่ดี การออกกำลังกายเป็นประจำ 2. Strengthening family: การเสริมสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ 3. Establishing groups: การจัดตั้งกลุ่มผู้สูงอายุ 4. Policy support: การสนับสนุนผู้สูงอายุผ่านนโยบาย โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตร่วมกับผู้มีส่วนที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนโดยกำหนดนโยบายมีบทบาทสำคัญในการสร้างสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนความเป็นอยู่ที่ดีและการพึ่งพาตัวเองของผู้สูงอายุ 5. Social engagement: การมีส่วนร่วมทางสังคมและชุมชนโดยสร้างโอกาสในการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมสนับสนุนและจัดสรรงบประมาณให้กับศูนย์ชุมชนและศูนย์ผู้สูงอายุ 6. Technology and Digital Access : เทคโนโลยีและการเข้าถึงดิจิทัลโดยจัดหาโปรแกรมการฝึกอบรม และการสนับสนุนเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุเรียนรู้ และใช้เทคโนโลยีทำให้พวกเขาสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็น ติดต่อสื่อสารกับคนที่รักและรับข่าวสารและส่งเสริมเทคโนโลยีที่เข้าถึงได้ ดังนั้นผู้วิจัยได้สรุปรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ในเขตตำบลนาตาล อำเภอ นาตาล จังหวัดอุบลราชธานี ตามภาพที่ 1



ภาพที่ 1 รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ในเขตตำบลนาตาล อำเภอ นาตาล

4.4. ผลการประเมินรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตตำบลนาตาล อำเภอนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี ดังนี้

4.4.1 ผลการประเมินรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตตำบลนาตาล อำเภอนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี ผลการประเมินรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตตำบลนาตาล อำเภอนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี

4.4.2. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วมในการป้องกันภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมการป้องกัน การป่วยด้วยโรคซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุหลังการทดลองลดลง

กว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยพบว่า หลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนรับรู้ความเสี่ยงของโรค เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง 7.24 คะแนน (95%CI=6.63-7.84) ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น 10.71 คะแนน (95%CI=9.74-11.69) ผลต่างค่าเฉลี่ยของการเห็นคุณค่าในตนเอง เพิ่มขึ้น 12.86 คะแนน (95% CI=11.62-14.10) ค่าเฉลี่ยของคะแนนของการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น 8.03 คะแนน (95%CI=7.05-9.00) ค่าเฉลี่ยของคะแนนของการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้น 12.76 คะแนน (95%CI=11.48-14.04) ค่าเฉลี่ยของคะแนนของพฤติกรรม. การป้องกันโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้น 9.59 คะแนน (95%CI=8.37-10.81) ค่าเฉลี่ยของคะแนนของอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้ามลดลง 8.76 คะแนน (95%CI=-10.24 -7.28) และค่าเฉลี่ยของคะแนนของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น 33.35 คะแนน (95%CI=30.79-35.91) ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตารางเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุ แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันและการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ก่อนและหลังการทดลอง (n=80)

รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนฯ	ก่อนการพัฒนา (n=80) Mean(S.D.)	หลังการพัฒนา (n=80) Mean(S.D.)	$\bar{d}$	95%CI	t	p-value
การรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า	24.15 (2.03)	31.39 (2.97)	7.24	6.63-7.84	23.84	<0.001**
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	24.71(1.69)	35.43(4.52)	10.71	9.74-11.69	21.89	<0.001**
การเห็นคุณค่าในตนเอง	25.79 (3.14)	38.65 (5.76)	12.86	11.62-14.10	20.57	<0.001**
การสนับสนุนทางสังคม	16.24 (2.88)	24.26 (4.67)	8.03	7.05-9.00	16.33	<0.001**
การมีส่วนร่วมในการป้องกันฯ	26.70 (2.97)	39.46(6.52)	12.76	11.48-14.04	19.87	<0.001**
พฤติกรรมการป้องกันโรคซึมเศร้า	18.73(3.67)	28.31(6.64)	9.59	8.37-10.81	15.65	<0.001**
อัตราการเกิดภาวะซึมเศร้า	20.5(6.97)	11.74(0.96)	-8.76	-10.24—7.28	-11.78	<0.001**
คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	50.93(10.31)	84.27(16.13)	33.35	30.79-35.91	25.91	<0.001**

p-value= 0.001

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยเรื่องการพัฒนาแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมตำบลนาตาล อำเภอนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) แบ่งการศึกษาเป็น 3

ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาบริบทของพบว่าตำบลนาตาล ยังไม่มีความชัดเจนและเป็นระบบ ผู้สูงอายุไม่ตระหนักถึงการดูแลตนเองและหมั่นกำลังใจในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า ประชาชนและผู้ดูแลในครอบครัว ยังขาดความรู้ในการป้องกันและดูแลผู้สูงอายุเมื่อเกิดภาวะ

ซึมเศร้า รวมถึงมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารายใหม่ โดยผู้วิจัยได้วิเคราะห์ปัญหาและสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้เพื่อนำมาพัฒนารูปแบบในระยะที่ 2 โดยผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมคืนข้อมูลการประชุมกลุ่มระดมสมองและออกแบบกิจกรรมเพื่อสร้างการรับรู้และออกแบบการดูแลของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย บุคลากรสาธารณสุข ผู้นำชุมชนและภาคีเครือข่ายด้านการดูแลสุขภาพ ได้แก่ การค้นหาปัญหาของชุมชนร่วมกัน การพัฒนาการรับรู้การปฏิบัติตัวเพื่อดูแลตนเองของผู้สูงอายุ รวมถึงการจัดบริการสุขภาพด้านการรักษาให้ผู้รับบริการเข้าถึง การติดตามเยี่ยมบ้านโดยหมอคนที่ 1 หมอคนที่ 2 ให้ความรู้แนวทางปฏิบัติตัวและหมอคนที่ 3 ให้การรักษาย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการติดตามอย่างต่อเนื่องของหมอคนที่ 1 และครอบครัวของกลุ่มเสี่ยงการให้สุขภาพศึกษาในระบบออนไลน์ สื่อการเรียนรู้เข้าใจง่ายและทันสมัยจนได้รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตตำบลนาตาล อำเภอวานรนิวาส จังหวัดอุบลราชธานี ผ่านกระบวนการพัฒนาจำนวน 8 ขั้นตอนประกอบด้วย (1) จัดตั้งกลไกในการดำเนินงานในการพัฒนารูปแบบการป้องกันการป้องกันภาวะซึมเศร้า (2) จัดทำนโยบายสนับสนุนการดำเนินงาน คน เงิน การบริหารจัดการในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ (3) สร้างการรับรู้ ทักษะการปรับเปลี่ยนกระบวนคิด วิเคราะห์ ในการกำหนดประเด็นปัญหา และการคิดต่อยอดให้แก่คณะกรรมการควบคุมโรคระดับตำบล (4) การจัดกิจกรรมกลุ่มในการสร้างเสริมการรับรู้ในภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุ (5) จัดตั้งศูนย์ข้อมูลการเผยแพร่ความรู้ในการปฏิบัติตัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน (6) ขยายการดำเนินงานให้มีความยั่งยืนโดยการบังคับใช้ธรรมนูญตำบลในการควบคุมป้องกันโรคซึมเศร้าให้ครอบคลุมทุกหมู่บ้านและชุมชนหน่วยงานและมีแนวปฏิบัติเป็นแนวทางที่ได้มาตรฐาน (7) การจัดทำแบบประเมินการใช้รูปแบบการป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ทุก 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือน และ (8) การศึกษาดูงานในพื้นที่ต้นแบบด้านการดูแลผู้สูงอายุและการถอดบทเรียนผลสำเร็จของการป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุและกำหนดให้เป็นประเด็นในการดำเนินงานด้านสุขภาพของตำบลนาตาลได้รูปแบบของการพัฒนาคือ SIX STEPS Model : SSEPST ซึ่งเป็นกิจกรรมที่พัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและศักยภาพในการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุด้วยกระบวนการ

สร้างการรับรู้ ส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองมากขึ้นรวมถึงการสร้างความรู้ความตระหนักให้แก่ชุมชนเพื่อจัดการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพและเกิดความยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รุจิวรรณ สอนสมภาร ซึ่งศึกษาแนวทางการส่งเสริมเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุใน 3 ส่วนในระบบบริการปฐมภูมิ คือ (1) หน่วยบริการเน้นการบริการให้ความรู้ ปรึกษา การรักษาให้ครอบคลุม (2) ครอบครัว ช่วยเหลือ รับฟังปัญหา ดูแลใกล้ชิด สังเกตพฤติกรรมของผู้สูงอายุและ (3) ผู้สูงอายุ มีความสามารถในการดูแลตนเอง ได้แก่ พักผ่อนให้เพียงพอ รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ผลการศึกษาพบว่าหลังใช้โปรแกรมผู้สูงอายุมีระดับคะแนนเฉลี่ยของความรู้และปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น และระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมากและสอดคล้องกับการศึกษาของวัลยา ตูพานิช (2566) ในการศึกษารูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งกระบวนการพัฒนาประกอบด้วย ขั้นตอนดังนี้ (1) การพัฒนาตัวผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน ให้มีความรู้ ความเข้าใจและมีศักยภาพในด้านการป้องกันภาวะซึมเศร้า (2) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขในด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ในรูปแบบการสร้างทีม ซึ่งการสร้างเครือข่ายให้เกิดการดูแลเกื้อหนุนกันในแบบพี่เลี้ยง ภายใต้การส่งเสริม การสนับสนุน เน้นการทำงานเป็นทีมร่วมกับภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน และการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในทุกระดับทั้งบุคคล ครอบครัว ชุมชน ระบบบริการสาธารณสุข ในการมาร่วมคิดร่วมตัดสินใจ ร่วมกันพัฒนาการแก้ไขปัญหาให้การดำเนินงานในการป้องกันภาวะเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่เรื้อรังให้ประสบผลสำเร็จ (วัลยา ตูพานิช, 2566 ;อรพิตา เกตุพันธ์และสุรีย์ จันทโรไมลี, 2563;รุจิวรรณ สอนสมภาร, 2560) และสนับสนุนการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุให้เกิดความยั่งยืนและเกิดค่านิยมของการเอื้อเฟื้อและชุมชนดูแลซึ่งกันและกันและจะส่งผลให้เกิดชุมชนอบอุ่น เอื้ออาทรซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรม เกิดการปฏิสัมพันธ์ ผ่อนคลายความเครียดจากการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนจะทำให้ลดภาวะซึมเศร้าที่จะเกิดขึ้นได้

ซึ่งการดำเนินงานในการป้องกันภาวะซึมเศร้าที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนั้นจำเป็นต้องมีการพัฒนาเครือข่ายและ

กลไกในชุมชนให้มีความเข้มแข็งจนสามารถกำหนดนโยบายและขับเคลื่อนการดำเนินงานในการป้องกันภาวะการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กฤษณีย์ ศรีใจ พบว่าแนวทางในการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลักได้แก่ การเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุรายบุคคล และการสนับสนุนทางสังคม และผลการประเมิน ความเหมาะสมของรูปแบบตามเกณฑ์ด้านความเหมาะสม ความเป็นประโยชน์ ความเป็นไปได้ และความถูกต้องครอบคลุม อยู่ในระดับมากทุกด้าน ซึ่งนอกจากการดำเนินงานในองค์ประกอบดังกล่าวที่ผ่านมานั้น ส่วนหนึ่งที่จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตัวต่อเนื่องเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของตนเองได้ อย่างต่อเนื่อง ผู้สูงอายุต้องได้รับการสนับสนุนในการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อให้ตนเองเกิดพลังใจที่จะปฏิบัติตัวในทางที่เหมาะสม จะส่งผลให้อัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าได้น้อย ดังนั้นรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพในเขตตำบลนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี ดังนั้นงานวิจัยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นนี้ สามารถนำมาใช้ในการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ และพื้นที่ใกล้เคียงสามารถนำรูปแบบดังกล่าวไปใช้ดูแลประชากรกลุ่มผู้สูงอายุได้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรประสานความร่วมมือและเชื่อมกลไกการทำงานให้เกิดการขับเคลื่อน ได้แก่ การพัฒนาบุคลากรให้เข้าใจบทบาทหน้าที่ของแต่ละภาคส่วนตลอดจนสร้างความร่วมมือในการมองเป้าหมายเดียวกันคือลดอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้
2. ควรพัฒนาระบบบูรณาการฐานข้อมูลด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ สู่การใช้ประโยชน์ โดยสามารถเชื่อมโยงการประมวลผลและนำเสนอข้อมูลผ่าน Data Visualization
3. ควรพัฒนาระบบการส่งต่อหรือแนวทางในการรักษาผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าแบบไร้รอยต่อระหว่าง

หน่วยบริการปฐมภูมิจนถึงหน่วยบริการทุติยภูมิให้ชัดเจนและประชาชน /ผู้สูงอายุ สามารถเข้าถึงได้

เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถิติผู้สูงอายุ ณ วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2562 แยกตามตำบล.(ออนไลน์). แหล่งที่มา : <http://www.dop.go.th/th/know/1/238>. 2562.
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2565). แผนกลยุทธ์กรมกิจการผู้สูงอายุ พ.ศ.2560- 2564. กรุงเทพมหานคร : เทพเพ็ญวานิชย์.
- กรมสุขภาพจิต. (2559). แผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564). นนทบุรี: สำนักยุทธศาสตร์สุขภาพจิต.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แบบประเมินความเครียด กรมสุขภาพจิต (SPST-20). (ออนไลน์). แหล่งที่มา : <http://envocc.ddc.moph.go.th/contents/view/697>. 2550.
- กระทรวงสาธารณสุข. แบบรายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2562. (ออนไลน์). แหล่งที่มา : http://bie.moph.go.th/e-insreport/file_report/2019-02-12-09-06-13-11.doc. 2562.
- กฤษณีย์ ศรีใจ.(2566).รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง. วิทยานิพนธ์ดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ชาฤทธิ์ วรวิญญูพงศ์จิราพร เกศพิช,ญวัฒน์.(2557).ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารพยาบาลตำรวจ.ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2557.P16-32.
- ฐิติรัตน์ ช่างทอง และเกษตรชัย และหิม. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจิตสังคม การรับรู้ และการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา, 17(2), 54-64.

- เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง และอุมาพร อุดมทรัพย์
ยากุล. (2554). ความชุกของโรคซึมเศร้าในประชากร
สูงอายุ จังหวัดเชียงใหม่. วารสารสมาคมจิตแพทย์
แห่งประเทศไทย, 56(2), 103-116.
- ธนา คลองงาม.(2564).ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้า
ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอำเภอลาดบัวหลวง จังหวัด
ศรีสะเกษ.วารสารการแพทย์และสาธารณสุข
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี,1(4), 174-181.
- ประสพสุข ศรีแสงปาง. (2561). ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ.ความถนัด
ในการพยาบาล. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 41(1),
129-140.
- ปิตินันท์ เสดะปุระ และณัฐธฤต ไชยสงคราม.(2565).
ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของ
ผู้สูงอายุในประเทศไทยปี พ.ศ. 2564.วารสารศูนย์
อนามัยที่ 9, 16(3), 1070-1084.
- พรทิพย์ แก้วสว่าง.(2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า
ในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานอำเภอกันทรลักษณ์ จังหวัด
ศรีสะเกษ. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่
10,19(1), 36-48.
- พิทยุทธ์ คงพ่วง พิมพ์พรรณ อำพันธ์ทอง วชิรี เพ็ชรวงษ์
และสุนันทรา ขำนวนทอง.(2564).ปัจจัยด้านคุณภาพ
ชีวิตที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุใน
พื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลวังลึก อำเภอสามสูง
จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารสังคมศาสตร์และ
มานุษยวิทยาเชิงพุทธ, 6(11), 338-348.
- รุจิวรรณ สอนสมภาร.(2561).แนวทางการส่งเสริมเพื่อ
ป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอำเภอศรีสะเกษ
นครราชสีมา.วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพจังหวัด
นครราชสีมา.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา.ปีที่ 4
ฉบับที่ 1มกราคม-มิถุนายน 2561.P 77-89.
- วัลยา ตูพานิช.(2566).รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการ
เกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ
เรื้อรัง.วิทยานิพนธ์ดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- วิชัย เอกพลากร.(2557).รายงานการสำรวจสุขภาพของ
ประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ.
2557.นนทบุรี.สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- วิชาการณ คันทะมูล และ ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์.(2559).
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะ
ซึมเศร้าของผู้สูงอายุภาคเหนือตอนบน.วารสาร
วิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย, 10(3), 83-92.
- วิมา ธรรมเจริญ และนิตศันย์ เจริญงาม.(2561).พฤติกรรม
การดูแลสุขภาพตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
ตำบลสองพี่น้อง อำเภอบางบาล จังหวัดนนทบุรี.รายงาน
การวิจัยฉบับสมบูรณ์มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี.
137 หน้า.
- วิมา ธรรมเจริญ นิตศันย์ เจริญงาม ญาณากา โชติติติก
และนิตยา ทองหนูน้อย. (2564). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับ
ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในอำเภอบางบาล จังหวัด
นนทบุรี. วารสารวิจัยรำไพพรรณี, 15(3), 52-62.
- วิภา ไพนิกพันธ์ บุษกร เพิ่มพูล และวรกร วิชัยโย. (2562).
ปัจจัยที่มีผลต่อความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ
ในตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์.
วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 4(1),
11-23.
- ศิริภัทรา จุฑามณี สมบัติ ประทักษ์กุลวงศา และ
เพชรไพลิน พิบูลนิเกษม. (2562). ภาวะซึมเศร้าใน
ผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาอิสลาม. วารสารโรงพยาบาล
มหาสารคาม, 16(2), 141-148.
- สุรเดช ขะเดช.(2562).ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะ
ซึมเศร้าของผู้สูงอายุอำเภอห้วยทับทัน จังหวัด
ศรีสะเกษ.วารสารการแพทย์และสาธารณสุข
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, 2(3), 174-181.
- สุวิทย์ เจริญศักดิ์,กอบหทัย สิทธิธรรมา, ธีรศักดิ์ สาตรา,
วิรัชศักดิ์ เมืองไพศาล,วรลักษณ์ ศรีนนท์
ประเสริฐ.(2561).ความชุกของโรคจิตเวชในผู้ป่วย
สูงอายุ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลและปัจจัย
ที่เกี่ยวข้อง,วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย
ไทยปีที่ 63 ฉบับที่1, มกราคม - มีนาคม 2561,
P 89-98.
- อรุณ จิรวัฒน์กุล.(2553).ชีวิตที่ดี.พิมพ์ลักษณ์, กรุงเทพฯ :
วิทย์พัฒน์.
- อรุณ จิรวัฒน์กุล. (2557). สถิติในงานวิจัยเลือกใช้กลุ่ม
ตัวอย่างให้เหมาะสม. กรุงเทพฯ : บริษัทวิทย์พัฒน์.

- อ้อยทิพย์ บัวจันทร์ ญัฐปภัสน์ นวลสีทอง ธมลวรรณ
สวัสดีสิ่ง และฐาติมา เพชรนัย.(2564). ปัจจัยที่มี
ความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน
อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. วารสารพยาบาล, 70(4),
20-27.
- อิทธิพล พลเยี่ยม.(2556).ความทุกข์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะ
ซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจังหวัด
ร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาโรคติดต่อเชื้อและวิทยาการระบาด คณะ
สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Beck A.T. (1967). Depression: Clinic, experimental
and theoretical aspects. New York: Hoeber
Medical Division.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G.
(1997). Cognitive therapy of depression.
New York: The Guilford Press.
- Cohen, H.G., Staley, F.A. and Willis J.H. (1989).
Teaching science as a decision making
process. 2nd. Iowa: Kendall/Hunt Publishing
Company.
- Hsieh, F.Y., Bloch, D.A., & Larsen, M.D. (1998). A
simple method of sample size calculation
for linear and logistic regression. Statistics in
medicine, 17(14), 1623-1634.
- Kemmis, S. & McTaggart, R. (1990). The action
research planner. (3rd ed.). Victoria: Deakin
University Press.
- National Clinical Guideline Centre. (2010).
Delirium: Diagnosis, prevention and
management. Royal College of Physicians
(UK).
- Orth, U., Robins, R.W., Trzesniewski, K.H., Maes, J., &
Schmitt, M. (2009). Low self-esteem is a risk
factor for depressive symptoms from young
adulthood to old age. Journal of abnormal
psychology, 118(3), 472-478.
- United Nations. (2017). World population
prospects: The 2017 revision - Key Findings
and Advance Tables.
- World Health Organization. (2015). Thinking
healthy: a manual for psychosocial
management of perinatal depression, WHO
generic field-trial version 1.0, 2015 (No.
WHO/MSD/MER/15.1). World Health
Organization.
- World Health Organization. (2017). World Health
Day 2017 - Depression: let's talk.
[https://www.who.int/news-
room/events/detail/2017/04/07/default-
calendar/world-health-day-2017](https://www.who.int/news-room/events/detail/2017/04/07/default-calendar/world-health-day-2017).
- World Health Organization. (2018). World Health
Day 2017 - Depression: let's talk.
[https://www.who.int/news-
room/events/detail/2017/04/07/default-
calendar/world-health-day-2018](https://www.who.int/news-room/events/detail/2017/04/07/default-calendar/world-health-day-2018).
- World Health Organization. (2023). Depression.
[https://www.who.int/health-
topics/depression#tab=tab_1](https://www.who.int/health-topics/depression#tab=tab_1).

รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยใช้กระบวนการธรรมาภิบาลสุขภาพ ตำบลโนนค้อ อำเภอนโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ

ณภัทร จุลทัศน์, ส.บ.¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานธรรมาภิบาลหมู่บ้านจัดการไข้เลือดออก บ้านเท่อเล่ ตำบลโนนค้อ อำเภอนโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ ระหว่างเดือน กรกฎาคม 2566 ถึง กุมภาพันธ์ 2567 กลุ่มตัวอย่างในการพัฒนารูปแบบได้แก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานธรรมาภิบาลหมู่บ้านจัดการไข้เลือดออก บ้านเท่อเล่ จำนวน 35 คน กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาและประเมินผล ประชาชนทั้งหมด 101 คน จาก 101 หลังคาเรือน โดยประยุกต์ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ของเคมมิสและแมกแทกการ์ด (Kemmis & McTaggart) ซึ่งประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1) การวางแผนการปฏิบัติงาน ขั้นตอนที่ 2) การลงมือปฏิบัติการตามแผน ขั้นตอนที่ 3) การติดตามสังเกตการณ์ และขั้นตอนที่ 4) การสะท้อนผล จำนวน 3 วนรอบ เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม ของเครือข่ายสุขภาพและผู้นำชุมชนในชุมชน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูล เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนก่อนและหลังใช้สถิติ paired t-test

ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบการดำเนินงานธรรมาภิบาลหมู่บ้านจัดการไข้เลือดออกบ้านเท่อเล่ มีกระบวนการดำเนินงาน ดังนี้ 1.) การเตรียมการก่อนการวิจัย โดยมีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อทำความเข้าใจในบริบทของชุมชน 2) การประชุมร่วมกับชุมชนเพื่อสะท้อนสถานการณ์การแพร่ระบาดและออกแบบวิธีการดำเนินงานธรรมาภิบาลหมู่บ้านจัดการไข้เลือดออก 3) การติดตามการดำเนินงานโดยเยี่ยมเสริมพลังเครือข่ายในการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออก ได้รูปแบบการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออก ตามหลัก TERLER Modle ดังนี้ 1) Team Tumbol Health board : การแต่งตั้งทีมคณะกรรมการระดับตำบล 2) E : effective planning ออกแบบรูปแบบการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค ทำให้มีประสิทธิภาพ 3) R : (Respect & Openness) ให้ความเคารพต่อกันและเปิดกว้างทางความคิด 4) L : Learning and Literacy การเรียนรู้และความแตกฉานเกี่ยวกับโรค 5) E : Experience and education การเรียนรู้ขึ้นชมการทำงาน ผ่านประสบการณ์ 6) R : Reflection Evaluation การสะท้อนและประเมินผลการดำเนินการ

ผลการประเมินรูปแบบที่พัฒนาขึ้นพบว่า หลังการดำเนินงาน กลุ่มตัวอย่างมี มีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนของการรับรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ : รูปแบบ, การดำเนินงานธรรมาภิบาลหมู่บ้าน, จัดการโรคไข้เลือดออก

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนค้อ จังหวัดศรีสะเกษ
Email: chokanan454545@gmail.com

Model for prevention and control of dengue fever using the Non Kho Subdistrict Health Constitution process, Non Khun District, Sisaket Province

Naphat Jullatat, *B.P.H.*¹

Abstract

This Participatory Action Research focuses on developing of the management of Dengue Hemorrhagic Fever by using Village Constitution; Terler Village, Non Kho Sub- district, Non Khun District, Sisaket Province was selected as a model community during July 2023 to February 2024. Number of Village Constitution participant: 35 people and 101 members from 101 families were chosen as the experimental group. This research study is using Kemmis and McTaggart's PAOR model, which shown as four stages are 1)Planning 2)Acting 3)Observing and 4)Reflecting in 3 Cycles. In-Depth interview and Groups conversation from District Health team and Community leaders were used. The data was analyzed by Qualitative Data Analysis, Information Consistency and Comparisons with the average point of the pre- and the post-paired t-test.

Results of the management of Dengue Fever within Terler Village operated that 1) Research Preparation; A special workshop was arranged for community context. 2) Discussion; Perform meetings with local communities was presented epidemic and also the management of Dengue Hemorrhagic Fever. 3) Operation Monitoring; Reinforcement to monitor the spread of the epidemic. TERLER Model has been used as the following 1)T: Team Tumbol Health Board 2)E: Effective Planning 3)R: Respect & Openness 4)L: Learning and Literacy 5)E: Experience and Education and 6)R: Reflection Evaluation.

The evaluation results indicated that the mean difference scores of the Example was higher than Pre-test and the Comparison Group at 0.05 level of statistically significance.

Keywords: The Management, Village Constitution, Dengue Hemorrhagic Fever

¹ Public Health Technical Officer, Professional level, Ban Non Klor Health Promoting Hospital, SisaketProvince,
Email: chokanan454545@gmail.com

บทนำ

โรคไข้เลือดออกนับเป็นปัญหาสาธารณสุขไทยตลอดมา เพราะไข้เลือดออกเป็นโรคติดต่อที่สร้างความสูญเสียชีวิต ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจของประเทศ ทั้งที่ทุกฝ่ายได้ช่วยกันรณรงค์ป้องกันและควบคุมมาโดยตลอด และได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนพบว่าปัญหาโรคไข้เลือดออกไม่ได้ลดลงมากนัก ยังคงเป็นปัญหาสำคัญในระดับประเทศเรื่อยมา ที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน ไม่ว่าจะเป็นด้านการควบคุมและป้องกันโรค ด้านการรักษาที่ถูกต้องและทันเวลา สำหรับบทบาทในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอำเภอโนนคูณ ทำได้โดยอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่าย เช่น ผู้บริหาร สมาชิกสภาฯ โรงเรียน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่ อสม. ตลอดจนประชาชน และนอกจากความร่วมมือจากทุกฝ่ายแล้ว ความต่อเนื่องและสม่ำเสมอของการปฏิบัติงานก็เป็นอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญ ที่จะทำให้การควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกเกิดประสิทธิภาพมากที่สุด

สถานการณ์โรคไข้เลือดออก จังหวัดศรีสะเกษ ได้รับรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกรวม(26,27,66) จำนวนทั้งสิ้น 140 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 9.50 ต่อประชากรแสนคน ไม่มีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิต พบผู้ป่วยเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยพบเพศชาย 84 ราย และเพศหญิง 56 ราย อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง 1.50: 1 กลุ่มอายุที่พบสูงสุดคือกลุ่มอายุ 5-9 ปีคิดเป็นอัตราป่วย 43.14 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 10-14 ปี, 15-24 ปี, 0-4 ปี, 25-34 ปี, 35-44 ปี, 45-54 ปีและ 65 ปี ขึ้นไป อัตราป่วยเท่ากับ 36.34, 33.03, 18.96, 6.6, 1.69, 1.13 และ 0.55 อำเภอที่มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงสุดคือ อำเภอขามเฒ่า อัตราป่วยเท่ากับ 171.50 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ อำเภอกันทรลักษณ์, อำเภอราษีไศล, อำเภอห้วยทับทัน, อำเภอกันทรารมย์, อำเภอโนนคูณ, อำเภอศีลาลาด, อำเภออุทุมพรพิสัย, อำเภอโพธิ์ศรีสุวรรณ, อำเภอพยุห์, อำเภอเบญจลักษณ์, อำเภอเมือง, อำเภอวังหิน, อำเภอศรีรัตนะ, อำเภอปรังค์ภู, อำเภอขุนหาญ, อำเภอเมือง

จันทร์, อำเภอภูสิงห์, อำเภอน้ำเกลี้ยง, อำเภอปทุมรัตน์, อำเภอไพรบึง, อำเภอขุขันธ์, อัตราป่วยเท่ากับ 18.28 , 9.93 , 9.42 , 8.99 , 7.58 , 4.97 , 4.67 , 4.2 , 2.77 , 2.68 , 2.15 , 1.99 , 1.87 , 1.47 , 0.93 , 0 , 0 , 0 , 0 , 0 , 0 , ราย ตามลำดับ (สถานการณ์โรคไข้เลือดออก จังหวัดศรีสะเกษ 11 มิถุนายน 2565 สำนักงานสาธารณสุขศรีสะเกษ)

โรคไข้เลือดออกยังเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของอำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ สถานการณ์โรคไข้เลือดออกอำเภอโนนคูณ พบว่ามีรายงานผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องมาโดยตลอด ในปี พ.ศ. 2565 มีรายงานผู้ป่วย 9 ราย อัตราป่วย 22.75 / แสนประชากร ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิต ซึ่งพบว่ามีรายงานผู้ป่วยทุกปี และยังต่ำกว่าค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี แนวโน้มการเกิดโรคปี 2565 ไม่แตกต่างกับปี 2560 ตามแนวโน้มการเกิดโรคของอำเภอโนนคูณ (สถานการณ์โรคไข้เลือดออก สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโนนคูณ, 2565)

บ้านเท่อเล่อ มีประชากร 453 คน 101 หลังคาเรือน ซึ่งการระบาดของโรคไข้เลือดออกปีเว้นปี โรคไข้เลือดออกเกิดได้กับคนทุกเพศทุกวัยทั้งเด็กทั้งผู้ใหญ่ เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ แต่ต้องอาศัยความร่วมมือจากประชาชนให้ดูแลไม่ให้มีลูกน้ำในบ้านเรือนอย่างต่อเนื่อง องค์กรท้องถิ่นสนับสนุนในการควบคุมป้องกันโรคและหน่วยงานของรัฐสนับสนุนความรู้ทางวิชาการ ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนได้รับทราบข่าวสารและมีมาตรฐานในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก มีการเตรียมการเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออกให้เกิดผลกระทบต่อชีวิตและทรัพย์สินน้อยที่สุด (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนค้อ, 2565)

ผู้วิจัยจึงให้ความสำคัญที่จะศึกษารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยใช้กระบวนการธรรมนูญสุขภาพ ตำบลโนนค้อ อำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกให้มีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยใช้กระบวนการธรรมนุญสุขภาพตำบลโนนค้อ อำเภอนโนนคุณ จังหวัดศรีสะเกษ

2.วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อศึกษาข้อมูลสถานการณ์การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลโนนค้อ อำเภอนโนนคุณ จังหวัดศรีสะเกษ

2.2 เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยใช้กระบวนการธรรมนุญสุขภาพ ตำบลโนนค้อ อำเภอนโนนคุณ จังหวัดศรีสะเกษ

2.3 เพื่อศึกษาผลของการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยใช้กระบวนการธรรมนุญสุขภาพตำบลโนนค้อ อำเภอนโนนคุณ จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ระยะเวลาดำเนินการศึกษาวิจัยระหว่างเดือน กรกฎาคม 2566 ถึง กุมภาพันธ์ 2567

ประชากร ได้แก่ ตัวแทนบุคคลในครัวเรือนของหมู่บ้าน ทั้งหมด 101 คน จาก 101 หลังคาเรือน วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ในชุมชนบ้านเท่อเล่ หมู่ 5 ตำบลโนนค้อ อำเภอนโนนคุณ จังหวัดศรีสะเกษ

กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยใช้กระบวนการธรรมนุญสุขภาพในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนค้อ อำเภอนโนนคุณ จังหวัดศรีสะเกษ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1.กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการพัฒนาระบบการสร้างรูปแบบ เลือกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีเจาะจง (Purposive Sampling) ประกอบด้วย นายกองค์การบริหารส่วนตำบล, เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล, สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล, ผู้นำชุมชน ,ปราชญ์ชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ,พระ ,CG ,เจ้าหน้าที่

สาธารณสุข ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key information) ในการสะท้อนสภาพปัญหา และการถอดบทเรียน โดยมีส่วนร่วมร่วมของชุมชน โดยทำการสุ่มเลือกมาแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ในกลุ่มที่เกี่ยวข้อง จำนวน 35 คน ดังนี้

1. นายกองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 1 คน
2. เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 1 คน
3. สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 1 คน
4. ผู้นำชุมชน/คณะกรรมการหมู่บ้าน จำนวน 9 คน
5. ปราชญ์ชุมชน จำนวน 3 คน
6. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 10 คน
7. พระ จำนวน 2 รูป
8. CG จำนวน 5 คน
9. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 3 คน

2.กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาและประเมินผลเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เป็นตัวแทนประชาชนทุกหลังคาเรือน ในชุมชนบ้านเท่อเล่ หมู่ 5 ตำบลโนนค้อ อำเภอนโนนคุณ จังหวัดศรีสะเกษ ทั้งหมด 101 คน 101 หลังคาเรือน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานธรรมนุญหมู่บ้านจัดการโรคไข้เลือดออกบ้านเท่อเล่ ตำบลโนนค้อ อำเภอนโนนคุณ ประกอบด้วย

1.เครื่องมือวิจัยเชิงคุณภาพ

1. แนวทางการสนทนากลุ่มในระยะสังเกตการพัฒนากระบวนการดำเนินงานธรรมนุญหมู่บ้านจัดการโรคไข้เลือดออก บ้านเท่อเล่ ตำบลโนนค้อ อำเภอนโนนคุณ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม
ในระยะตรวจสอบความรู้ทักษะการพัฒนารูปแบบการ
ดำเนินงานธรรมนูญหมู่บ้านจัดการโรคไข้เลือดออก บ้าน
เท่อเล่ ตำบลโนนค้อ อำเภอนโนนคูณ มีประเด็นหลักดังนี้
1) แนวทางการพัฒนาการป้องกันและควบคุมโรค
ไข้เลือดออก 2) ประสิทธิภาพการป้องกันและควบคุม
โรคไข้เลือดออก 3) แนวทางการใช้ธรรมนูญหมู่บ้านจัดการ
โรคไข้เลือดออก บ้านเท่อเล่ ตำบลโนนค้อ อำเภอนโนนคูณ
จังหวัดศรีสะเกษ อย่างไรบ้าง

ส่วนที่ 2 แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม
1)แนวทางการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรค
ไข้เลือดออก 2)ประสิทธิภาพการป้องกันและควบคุม
โรคไข้เลือดออก และ3)การประสานความร่วมมือกับผู้ที่มี
ส่วนเกี่ยวข้อง ภาศิเครือข่ายในการสร้างเครือข่ายเพื่อ
สนับสนุนธรรมนูญหมู่บ้านจัดการโรคไข้เลือดออก

2. แนวทางการสังเกต ติดตาม และบันทึก
การเปลี่ยนแปลง ซึ่งแนวทางการสังเกต จะใช้ประเมิน
ตลอดช่วงของการดำเนินกิจกรรมทุกระยะ สังเกตสิ่งต่าง ๆ
รวมทั้งพฤติกรรมของผู้ร่วมวิจัย และมีการบันทึกการ
สังเกตการดำเนินงานทุกขั้นตอนของการวิจัย โดยมีแนว
ทางการสังเกต ประกอบด้วย การสังเกตการมีส่วนร่วม
ได้แก่ การสังเกตการแสดงความคิดเห็น ความสนใจขณะ
เข้าร่วมกลุ่ม สังเกตการเปลี่ยนแปลงและกระบวนการ
ปฏิสัมพันธ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เช่น การรวมกลุ่ม การแสดง
ความคิดเห็น และการสังเกตผลลัพธ์การดำเนินการ ตาม
วัตถุประสงค์ รวมทั้งปัญหาและอุปสรรค อุปกรณ์ที่ใช้ใน
การช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เทปบันทึกเสียง ช่วยให้มี
ข้อมูลที่ถูกต้องและครอบคลุมทุกประเด็น

3.การประเมินผลใช้ แบบสอบถามการ
รับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของ
ประชาชน ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้าน
โนนค้อ ตำบลโนนค้อ อำเภอนโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ
ครอบคลุมตามเนื้อหา ตัวแปรตามวัตถุประสงค์ที่ต้องศึกษา
ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถาม
เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ
อายุ สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว

ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้
สถานะทางสังคม ประสิทธิภาพการทำงานด้านการ
สาธารณสุขและสุขภาพ และประสิทธิภาพป่วยเป็น
ไข้เลือดออก เป็นต้น จำนวน 13 ข้อ ส่วนที่ 2 การรับรู้ของ
ประชาชนในการป้องกันโรคไข้เลือดออก เป็นแบบวัดซึ่งผู้
ศึกษาได้นำเอาแบบสอบถามของสมชาย โลกคำลือ (2550)
ซึ่งมีความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.76 มีทั้งหมด
28 ข้อ ครอบคลุมเนื้อหาการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค
7 ข้อ การรับรู้

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัย โดยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ

1.ระยะวิเคราะห์ปัญหาข้อมูลสถานการณ์ โดย 1.
ศึกษาบริบท (Context) ศึกษาข้อมูลสถานการณ์การ
ดำเนินงานธรรมนูญหมู่บ้านจัดการโรคไข้เลือดออก บ้าน
เท่อเล่ กำหนดขอบเขตของการวางแผนเพื่อนำไปทำ
แผนการดำเนินการ 2. ศึกษาสภาพความเป็นจริง
ปัจจุบัน (Current Reality) ประเมินการดำเนินงาน
ธรรมนูญหมู่บ้านจัดการโรคไข้เลือดออก บ้านเท่อเล่ ทำให้
ทราบสถานการณ์ปัญหา จุดแข็ง จุดอ่อน ของชุมชน โดย
ผ่าน การแสดงความคิดเห็น 3 การกำหนดวิธีขึ้นการแก้ไข
ปัญหา กำหนดปฏิบัติการที่เป็นกุญแจสำคัญ (Key
Actions Workshop) ระบุปฏิบัติการที่ต้องทำ โดยการตั้ง
คำถามรวมศูนย์ ว่า เราจะ พัฒนารูปแบบการดำเนินงาน
ธรรมนูญหมู่บ้านจัดการโรคไข้เลือดออก บ้านเท่อเล่
อำเภอนโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ อย่างไรบ้าง 4 การ
ออกแบบปฏิทินกิจกรรมและงานที่มอบหมาย (Calendar
of Activities and Assignments) คณะทำงานร่วมกันวาง
แผนเพื่อเขียนปฏิทินการปฏิบัติงาน โดยใส่เป้าหมายไป
ด้วย จนได้แผนปฏิบัติการ

ระยะที่ 2 การปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ ตามรูปแบบ
TERLER Modle ดังนี้ 1)Team Tumbol Health board :
การแต่งตั้งทีมคณะกรรมการระดับตำบล 2) E :
effective planning ออกแบบรูปแบบการป้องกันการ
แพร่ระบาดของโรค ทำให้มีประสิทธิภาพ 3) R : (Respect
& Openness) ให้ความเคารพต่อกัน และเปิดกว้างทาง
ความคิด 4) L : Learning and Literacy การเรียนรู้และ

ความแตกต่างเกี่ยวกับโรค 5) E : Experience and education การเรียนรู้ขึ้นมการทำงาน ผ่านประสบการณ์ 6) R : Reflection Evaluation การสะท้อนและประเมินผลการดำเนินการ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การศึกษครั้งนี้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการที่หลากหลายดังนี้

1 การสังเกต (Observation) ด้วยการเฝ้าดูสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างเอาใจใส่และได้มีการกำหนดไว้อย่างมีระเบียบวิธีเพื่อวิเคราะห์หรือหาความสัมพันธ์ของสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นสิ่งอื่นที่ทำให้รู้พฤติกรรมที่แสดงออกมาอย่างเป็นธรรมชาติและเป็นข้อมูลตรงตามสภาพความเป็นจริงซึ่งการสังเกตมี 2 แบบ คือ แบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วมโดยผู้ศึกษาใช้การสังเกต ดังนี้

1.1 การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-participation observation) ด้วยการสังเกตพฤติกรรมพฤติกรรมที่มีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของผู้ร่วมกระบวนการ

1.2 การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participation observation) ที่ผู้ศึกษาได้มีโอกาสได้สังเกตพฤติกรรมที่มีส่วนร่วมในการป้องกันโรคป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยการเข้าร่วมกิจกรรมการสร้างเครือข่ายในฐานะเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่

2. การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview)

เป็นการสนทนา ซักถามผู้ให้ข้อมูลหลัก บางคนและผู้ศึกษาเลือกมาเนื่องจากบุคคลนั้นมีคุณสมบัติที่จะให้ข้อมูลเฉพาะเจาะจงที่ผู้ศึกษาต้องการหรือมีประสบการณ์ต่างจากคนอื่น ๆ ซึ่งมีขั้นตอนตั้งแต่การแนะนำตนเอง การสร้างสัมพันธภาพที่ดี การเข้าใจวัตถุประสงค์ การจดบันทึก และการสัมภาษณ์ ที่ผู้สัมภาษณ์ต้องฝึกฝนเทคนิคการสังเกต การฟัง การซักถาม การถามซ้ำ และการกล่าวขอบคุณ การสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อทราบข้อมูลพฤติกรรมที่มีส่วนร่วมในการป้องกันโรคป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และบริบทอื่น

3. การสนทนากลุ่ม (focus-group discussion) เป็นการสนทนาข้อมูลจากกลุ่มที่ทุกคนมีส่วนร่วมแสดง

แสดงความคิดเห็นที่มีการเตรียมการ วางแผน และ เป็นหัวข้อที่กลุ่มให้ความสนใจ โดยแบ่งกลุ่มการสนทนากลุ่มแต่ละครั้งให้มีผู้ร่วมสนทนาประมาณ 6-12 คน เพื่อให้ได้ข้อมูลเฉพาะด้านมีการแสดงความคิดเห็นของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง กับพฤติกรรมป้องกันและควบคุมไวรัสโคโรนา จากสังคม และเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ องค์ประกอบของการสนทนาที่ถูกต้อง คือ ผู้ดำเนินการสนทนา ผู้จัดบันทึก ผู้ช่วยและผู้ร่วมสนทนา แนวทางการสนทนา อุปกรณ์สนทนา การส่งเสริมบรรยากาศ ของสนทนาคุณแก่ผู้เข้าร่วม สถานที่ ระยะเวลาและประเด็นการสนทนากลุ่ม

4. การประชุมระดมสมอง (brain storming) ร่วมกับครอบครัวของผู้ป่วยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยการนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับการวางแผนการปฏิบัติงาน การปฏิบัติการ การสังเกตการณ์ การสะท้อนการปฏิบัติงาน การมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์ และเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนร่วมได้แสดงความคิดเห็น ร่วมกันระดมสมอง แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน การวิเคราะห์ข้อมูลการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานธรรมนูญหมู่บ้านจัดการโรคไข้เลือดออก บ้านเพื่อเล่า ตำบลโนนค้อ โดยผู้ศึกษาทำหน้าที่การสนับสนุนและเอื้ออำนวยในการประชุม (facilitator) เพื่อให้เกิดการสร้างรูปแบบป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก รวมถึงการออกแบบปฏิทินกิจกรรมและงานที่มอบหมาย (Carlander of Activities and Assignments) คณะทำงานร่วมกันวางแผนเพื่อเขียนปฏิทินการปฏิบัติงาน โดยใส่เป้าหมายไปด้วยจนได้แผนปฏิบัติการ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โดยตรวจสอบความถูกต้องด้วยนักวิจัยได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน แล้วนำมาประมวลข้อค้นพบจนได้ความคิดเห็นสรุปตรงกัน แล้วนำมาวิเคราะห์เนื้อหา

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลด้านบริบทชุมชน ได้แก่ ข้อมูลการสำรวจพื้นฐาน ข้อมูลประชาชน อัตราป่วย ธรรมนูญหมู่บ้าน ตำบลโนนค้อ

2. การวิเคราะห์ข้อมูลด้านการดำเนินงาน รูปแบบการดำเนินงานธรรมนูญหมู่บ้านจัดการโรคไข้เลือดออก บ้านเท่อเล่อ ตำบลโนนค้อ อำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ ในการการวางแผน การปฏิบัติการ การสังเกตการณ์ การสะท้อนผลการปฏิบัติ โดยการรวบรวม จัดหมวดหมู่ และการวิเคราะห์เนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณก่อน และหลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นโดยใช้ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาขอ อนุญาตและขอความยินยอมในการเก็บรวบรวมข้อมูลจาก ผู้ให้ข้อมูลหลักทุกขั้นตอนของการศึกษาและเข้าร่วม กิจกรรม ผู้ศึกษาคำนึงถึงประเด็นจริยธรรมในการศึกษา โดยมีการขออนุญาตการศึกษา และเก็บข้อมูลอย่างเป็นทางการและโดยชีวจาก เพื่อให้ผู้เข้าร่วมศึกษาทราบ วัตถุประสงค์ของการวิจัย และเปิดโอกาสให้ตัดสินใจเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ นอกจากนี้ประเด็นในการสอบถาม และการสนทนาก็มีการถ่วงรองอย่างระมัดระวัง เพื่อไม่ให้ เจาะลึกในประเด็นที่เป็นเรื่องส่วนตัวที่อาจทำให้เกิดความ เสียหายแก่บุคคล การนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะเป็น การนำเสนอข้อมูลโดยภาพรวม ในการอ้างอิงถึงชื่อกลุ่ม ตัวอย่างและกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วม การศึกษาได้ตลอดระยะเวลาในการวิจัย โดยการพิทักษ์สิทธิ การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ SPPH 2023-112 วันที่รับรอง 6 กรกฎาคม 2566

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาข้อมูลสถานการณ์การดำเนินงาน ธรรมนูญหมู่บ้านจัดการโรคไข้เลือดออก บ้านเท่อเล่อ ตำบลโนนค้อ อำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ โดยผ่าน

การแสดงความคิดเห็น โดยตั้งคำถามว่าสถานการณ์การ ดำเนินงานธรรมนูญหมู่บ้านจัดการโรคไข้เลือดออก บ้าน เท่อเล่อ ตำบลโนนค้อ อำเภอโนนคูณ เป็นอย่างไร พบว่า 1. บางหลังคาเรือนไม่มีวัสดุอื่นป้องกันยุงลงไข่ ปิดฝาโอ่งใหญ่ หรือโอ่งน้ำ 2.ไม่มีการล้างและขัดภาชนะทุก เมื่ออาสาสมัคร สาธารณสุขตรวจพบ เป็นเพียงหน้าที่ของ อสม.จำเป็นต้อง ทำความสะอาดให้โดยเจ้าของบ้านไม่เคยสนใจ 3.เมื่อเกิด การระบาดของโรค การพัฒนาสิ่งแวดล้อมรอบหมู่บ้าน และเป็นค่าน้ำมันเชื้อเพลิง ค่าอาหาร และเครื่องมือสำหรับการ พ่นยุง เป็นความรับผิดชอบของหน่วยงานราชการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล 4.หลังคาเรือนที่ พบว่ามีรายงานผู้ป่วย ไม่อนุญาตหรือไม่เปิดบ้านเพื่อให้ทีม ควบคุมโรคเข้าทำงานได้โดยสะดวก ส่งผลให้ โรค ไข้เลือดออกระบาดในพื้นที่ ไม่เกิดการมีส่วนร่วมของผู้มี ส่วนได้เสียหรือมีส่วนเกี่ยวข้องในการกิจกรรมดังกล่าว และ ไม่มีการติดตามประเมินผล

ผลการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน ธรรมนูญหมู่บ้านจัดการโรคไข้เลือดออก บ้านเท่อเล่อ ตำบลโนนค้อ อำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ ตาม รูปแบบ TERLER Modle ดังนี้

1) Team Tumbol Health board : การแต่งตั้งทีมคณะกรรมการระดับตำบล โดยการพัฒนา เครือข่ายสุขภาพในชุมชนโดยการกระตุ้นเครือข่าย โดยการ ดำเนินการ ในรูปแบบของคณะกรรมการควบคุมโรคระดับ ตำบล ที่ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน ปราชญ์ชุมชน อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

2) E : effective planning ออกแบบ รูปแบบการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค ทำให้มี ประสิทธิภาพ โดยการออกแบบรูปแบบการป้องกันการ แพร่ระบาดของโรคที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม ประเพณี ทำ ให้มีประสิทธิภาพ โดยการออกแบบรูปแบบการป้องกันการ แพร่ระบาดของโรค โดยการประยุกต์ใช้ปฎิทินชุมชน ในแต่ละเดือน แต่ละกิจกรรม ซึ่งมีความแตกต่างกันในการ จัดกิจกรรม เพื่อนำมาใช้ในการจัดการกับปัญหา

3) R : (Respect & Openness) ให้ความเคารพต่อกัน และเปิดกว้างทางความคิด โดยการให้ทุกคนแสดงความคิดเห็น โดยอาจพูด หรือเขียน ทำความเข้าใจและพร้อมที่จะเปิดรับความคิดใหม่ๆ ที่แตกต่างหรือตรงกันข้ามโดยไม่ใช้อารมณ์เป็นตัวตัดสิน

4) L : Learning and Literacy การเรียนรู้และความแตกฉานเกี่ยวกับโรค โดยการแสวงหาความสามารถและทักษะ ในการเข้าถึงข้อมูลการเข้าถึงสื่อความรู้ ความเข้าใจเพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติ และจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชน รวมทั้งสามารถแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ที่ตนเองเคยทำให้กับองค์กรชุมชนพิจารณาเพื่อสุขภาพที่ดี

5) E : Experience and education การเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ผ่านประสบการณ์ โดยการลงมือทำร่วมกัน สร้างความรู้ ทักษะ และเจตคติด้วยการนำเอาประสบการณ์เดิมมาบูรณาการเพื่อสร้างการเรียนรู้ใหม่ ๆ ขึ้น และแลกเปลี่ยนผ่านเรื่องเล่า การถอดบทเรียน การอธิบายขั้นตอนการทำงาน การเรียนรู้ที่เกิดขึ้น และนำมาวางแผนพัฒนาร่วมกัน

6) R : Reflection Evaluation การสะท้อนและประเมินผลการดำเนินการ โดยการสะท้อนสิ่งที่ดำเนินการแล้วจากกระบวนการหรือแผนที่วางไว้ร่วมกัน โดยการนำไปเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ได้วางไว้ถึงความเป็นไปได้มากน้อยเพียงใด จุดที่สำคัญคือ การมีส่วนร่วม โดยเฉพาะผู้มีความรับผิดชอบโครงการในการประเมินและสะท้อนผล การรู้บทบาทของตนเอง ตลอดจนการใช้เครื่องมือในการวัดและประเมินผลโครงการที่ตรงกับเป้าหมาย และมีความสัมพันธ์กันกับกระบวนการที่ได้ออกแบบไว้ เพื่อนำใช้ประกอบการตัดสินใจในการพัฒนาปรับปรุงได้อย่างยั่งยืน

ผลของการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน ธรรมนูญหมู่บ้านจัดการโรคไข้เลือดออก บ้านเท่อเล่ ตำบลโนนค้อ อำเภอนโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า มีหลังการดำเนินงาน กลุ่มตัวอย่างมี มีผลต่างค่าเฉลี่ยของ

คะแนนของการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งรูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปเผยแพร่เพื่อนำไปปรับใช้ในพื้นที่อื่นๆ ได้ดีขึ้นต่อไป

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n =)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	44	44.44
หญิง	56	56.56
อายุ (ปี)		
ต่ำกว่า 20 ปี	3	3.33
20-29 ปี	4	4.44
30-39 ปี	9	9.99
40-49 ปี	40	40.40
50-59 ปี	31	31.31
60 ปีขึ้นไป	13	13.13
(อายุเฉลี่ย $\bar{X}$ =40.17 Min=15, Max =8)		
สถานภาพสมรส		
โสด	7	7.77
สมรส	83	83.83
หย่าร้าง	9	9.99
ระยะเวลา		
ต่ำกว่า 10 ปี		
10-19 ปี	10	10.10
20-30 ปี	4	4.44
30 ปีขึ้นไป	8	8.88
X=42.42,S.D.=27.002,	78	78.78
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	5	5.55
ประถมศึกษา	75	75.75
มัธยมศึกษา	20	20.20

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n =) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพหลัก		
เกษตรกรกรรม	68	68.68
ค้าขาย/รับจ้างอิสระ	20	20.20
ไม่ได้ทำงาน	10	10.10
(นักเรียน/นักศึกษา/ แม่บ้าน)		
รับราชการ/	2	2.22
รัฐวิสาหกิจ		
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
0-5,000 บาท	68	68.68
5,001-10,000 บาท	26	26.26
10,001 บาทขึ้นไป	6	6.66
$X=5328.76, S.D.=4072.882, Min=0, Max=30000$		

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.56 อายุเฉลี่ย ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 40-49 ปี ร้อยละ 40.40 รองลงมาได้แก่ 50-59 ปี ร้อยละ 31.31 และ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 13.13 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 83.83 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในพื้นที่ 30 ปีขึ้นไป ร้อยละ 78.78 รองลงมาต่ำกว่า 10 ปี ร้อยละ 10.10 และ 20-30 ปี ร้อยละ 8.88 ตามลำดับ การศึกษาสูงสุด ส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 75.75 รองลงมาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 20.20 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 68.68 รองลงมาอาชีพ

ค้าขายและรับจ้างอิสระ ร้อยละ 20.20 ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 68.68

การประเมินรูปแบบการดำเนินงานธรรมนูญหมู่บ้านจัดการโรคไข้เลือดออก บ้านเทอเล่ ตำบลโนนค้อ อำเภอนาคู จังหวัดศรีสะเกษ ตามรูปแบบ TERLER Modle

การประเมินรูปแบบการดำเนินงานธรรมนูญหมู่บ้านจัดการโรคไข้เลือดออก บ้านเทอเล่ ตำบลโนนค้อ อำเภอนาคู จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมี มีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนของการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่าหลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นกลุ่มตัวอย่าง มีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง 4.16 คะแนน (95%CI=6.51-8.15) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้เลือดออก เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง 4.06 คะแนน (95%CI=6.37-7.97) การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง 4.25 คะแนน (95%CI=6.44 -8.12) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออก เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง 4.29 คะแนน (95%CI=6.18-7.87) การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไข้เลือดออก เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง 5.10 คะแนน (95%CI=7.70-9.72) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนของ การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออก การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไข้เลือดออก บ้านเทอเล่ ตำบลโนนค้อ อำเภอนาคู จังหวัดศรีสะเกษ

การประเมินรูปแบบ	ก่อน (n=200) (S.D.)	หลัง (n=200) (S.D.)	$\bar{d}$	95%CI	t	p-value
การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก	26.0 (3.1)	33.1 (2.1)	4.16	6.51-8.15	17.6833	<0.000
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้เลือดออก	25.48 (3.46)	32.35(2.04)	4.06	6.37-7.97	17.7662	<0.001

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนของ การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออก การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไข้เลือดออก บ้านเพื่อเล่า ตำบลโนนค้อ อำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ (ต่อ)

การประเมินรูปแบบ	ก่อน (n=200) (S.D.)	หลัง (n=200) (S.D.)	$\bar{d}$	95%CI	t	p-value
การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก	25.28 (3.76)	32.24 (2.06)	4.25	6.44 -8.12	17.0211	<0.000
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออก	25.55 (3.86)	32.25 (2.16)	4.29	6.18-7.87	16.4390	<0.001
การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไข้เลือดออก	38.95 (3.80)	47.35 (2.18)	5.10	7.70-9.72	17.1440	<0.001

สรุปและอภิปรายผล

1. ผลการศึกษาข้อมูลสถานการณ์การดำเนินงาน ธรรมนูญหมู่บ้านจัดการโรคไข้เลือดออก บ้านเพื่อเล่า ตำบลโนนค้อ อำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ โดยผ่านการแสดงความคิดเห็น โดยตั้งคำถามว่าสถานการณ์การดำเนินงานธรรมนูญหมู่บ้านจัดการโรคไข้เลือดออก บ้านเพื่อเล่า ตำบลโนนค้อ อำเภอโนนคูณ เป็นอย่างไร พบว่า 1.บางหลังคาเรือนไม่มีวัสดุอื่นป้องกันยุงลงไข่ ปิดฝาโอ่งใหญ่หรือโอ่งน้ำ 2.ไม่มีการล้างและขัดภาชนะทุก เมื่ออาสาสมัครสาธารณสุขตรวจพบ เป็นเพียงหน้าที่ของ อสม. จำเป็นต้องทำความสะอาดให้โดยเจ้งของบ้านไม่เคยสนใจ 3.เมื่อเกิด การระบาด ของโรค การพัฒนาสิ่งแวดล้อมรอบหมู่บ้านและเป็นค่าน้ำมันเชื้อเพลิง ค่าอาหาร และ เครื่องดื่มสำหรับการพินยุง เป็นความรับผิดชอบของหน่วยงานราชการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล 4.หลังคาเรือนที่พบว่ามีรายงานผู้ป่วย ไม่อนุญาตหรือไม่เปิดบ้านเพื่อให้ทีมควบคุมโรคเข้าทำงานได้ โดยสะดวก ส่งผลให้ โรคไข้เลือดออกระบาดในพื้นที่ ไม่เกิด การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสียหรือมีส่วนเกี่ยวข้องในการกิจกรรมดังกล่าว และไม่มีการติดตามประเมินผลสถานการณ์โรคไข้เลือดออกอำเภอโนนคูณ พบว่ามีรายงานผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องมาโดยตลอด ในปี พ.ศ. 2565 มีรายงานผู้ป่วย 9 ราย อัตราป่วย 22.75 / แสนประชากร

ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิต ซึ่งพบว่ามีรายงานผู้ป่วยทุกปี และยังต่ำกว่าค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี แนวโน้มการเกิดโรคปี 2565 ไม่แตกต่างกับปี 2560 ตามแนวโน้มการเกิดโรคของอำเภอโนนคูณ สอดคล้องกับงานวิจัยของภาคย์ คะมาลี(2552) ได้ศึกษาเรื่องการรับรู้ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนเทศบาลเมือง เมืองแกนพัฒนา อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกที่ไม่ถูกต้องมากที่สุด ได้แก่ ผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรงมีโอกาสน้อยที่จะป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก (ร้อยละ 31.9) การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกที่ไม่ถูกต้องมากที่สุด ได้แก่ การป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกไม่ แตกต่างกับการป่วยด้วยไข้หวัด (ร้อยละ 37.3) การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ไม่ ถูกต้องมากที่สุดได้แก่ ถึงปิดฝาภาชนะใส่น้ำให้มิดชิด ก็ไม่ช่วยลดการเกิดยุงลายในชุมชน (ร้อยละ 57.3) การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ไม่ถูกต้องมากที่สุดได้แก่ ทราบดีที่บิฟอส หาซื้อ ได้ยาก (ร้อยละ 43.2) การรับรู้ต่อการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ไม่ถูกต้องมากที่สุดได้แก่ ประชาชนสามารถไปขอปลาหางนกยูงเพื่อกำจัดลูกน้ำยุงลายได้ที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (ร้อยละ 59.1) และมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ไม่ถูกต้องมากที่สุดได้แก่ การใช้ยาทากันยุงเมื่ออยู่ในแหล่งที่มียุงชุม (ร้อยละ 68.3) สำหรับการเปรียบเทียบการรับรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรค

ใช้เลือดออกระหว่างตำบลที่มีอุบัติการณ์ของโรคสูงและ มีอุบัติการณ์ของโรคต่ำ พบว่าไม่มีความ แตกต่างกัน จาก การวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อ การเกิดโรค การรับรู้ความ รุนแรงของโรค การรับรู้ ประโยชน์ของการป้องกันโรคและการรับรู้ต่อการ ดำเนินงานป้องกันโรค ใช้เลือดออกมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการป้องกันโรคใช้เลือดออกของประชาชนอย่างมี นัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p\text{-value} = 0.001$) ส่วน การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคไม่มีความสัมพันธ์ กับ พฤติกรรมการป้องกันโรคใช้เลือดออกของประชาชน ผล การศึกษาในครั้งนี้สามารถใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงาน ป้องกันโรคใช้เลือดออกโดยการส่งเสริมให้ประชาชนมีการ รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการ เกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของ โรคการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค และรับรู้การด าเนินการ ป้องกันโรคใช้เลือดออกเพิ่มมากขึ้น

2.ผลการพัฒนารูปแบบการจัดการดำเนินงาน ธรรมนูญหมู่บ้านจัดการโรคใช้เลือดออก บ้านเท่อเล่ ตำบลโนนค้อ อำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ ตาม รูปแบบ TERLER Modle คือ 1)Team Tumbol Health board : การแต่งตั้งทีมคณะกรรมการระดับตำบล 2) E : effective planning ออกแบบรูปแบบการป้องกันการ แพร่ระบาดของโรค ทำให้มีประสิทธิภาพ 3) R : (Respect & Openness) ให้ความเคารพต่อกัน และเปิดกว้างทาง ความคิด 4) L : Learning and Leteracy การเรียนรู้และ ความแตกฉานเกี่ยวกับโรค 5) E : Experience and education การเรียนรู้ซึ่งกันการทำงาน ผ่านประสบการณ์ 6) R : Reflection Evaluation การสะท้อนและประเมินผล การดำเนินการสอดคล้องกับการศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับ งานวิจัยของ White (1982) ได้กล่าวว่าการมีส่วนร่วมของ ประชาชนนั้น ประกอบไปด้วย 3 รูปแบบ คือการมีส่วนร่วม ของประชาชนในการตัดสินใจว่าจะไรควรทำและควรทำ อย่างไร การมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนา เช่น การดำเนินงานตามที่ได้วางไว้การแบ่งสรร ประโยชน์จาก โครงการที่สร้างขึ้น การจะดำเนินงานโครงการป้องกันและ ควบคุมโรคใช้เลือดออก โดยเฉพาะกิจกรรมที่เป็นส่วนช่วย ให้โรคใช้เลือดออกลดลงหรือหายไปจากพื้นที่จึงจำเป็นต้อง

อาศัย การมีส่วนร่วมของประชาชน การที่ประชาชนเต็มใจ เข้ามามีส่วนร่วมจักเป็นผลดีต่อการดำเนิน โครงการฯ เพราะนอกจากจะทำบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่ตั้ง ไว้แล้ว ยังจะส่งผลกระทบยาวและ ต่อเนื่องยั่งยืน

3.ผลของการเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ย ของคะแนนของ การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ใช้เลือดออก การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกัน โรคใช้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคใช้เลือดออก การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคใช้เลือดออก การ ปฏิบัติตนในการป้องกันโรคใช้เลือดออกบ้านเท่อเล่ ตำบล โนนค้อ อำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ สูงกว่าก่อน การดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับ สุทธิชัย วงศ์ชาญศรี (2551) ได้ศึกษาเรื่องผล ของการจัดการแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุม ใช้เลือดออกของอำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม โรคใช้เลือดออกเป็นโรคติดต่อที่มียุ่งลายเป็นพาหะนำโรค การแก้ปัญหาต้องอาศัยการมีส่วนร่วม ร่วมของหลายๆ ฝ่าย จึงจะประสบผลสำเร็จอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน การวิจัย ครั้งนี้เพื่อศึกษาผลของ การจัดการโดยประยุกต์ใช้แนวคิด POSDCORB Model และกระบวนการมีส่วนร่วมในการ ป้องกัน และควบคุมใช้เลือดออก ผลการวิจัยพบว่า กลุ่ม ทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคใช้เลือดออก ความรู้ เกี่ยวกับ บทบาทหน้าที่ในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก และการมีส่วนร่วมในการป้องกัน และควบคุมใช้เลือดออก หลังการทดลองอยู่ในระดับสูงซึ่งเพิ่มขึ้นจากก่อนการ ทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ ระดับ 0.05 และ สอดคล้องกับ จันทร์พร จิระเชษฐพัฒนา (2551) ได้ศึกษา ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค ใช้เลือดออก ของประชาชนในเขตเทศบาลตำบล สบ ปราบ อำเภอสบปราบ จังหวัดลำปาง จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ ทศนคติ การรับรู้ มีความสัมพันธ์กับพฤติ กรรมการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

- 1) องค์การบริหารส่วนตำบล ควรประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการ ส่งเสริมความรู้ให้แก่ประชาชนในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง เกี่ยวกับธรรมนูญตำบลและเรื่องโรคและภัยสุขภาพเพื่อสร้างความรู้ที่ถูกต้อง
2. การคืนข้อมูลให้พื้นที่ชุมชนเพื่อให้ทราบปัญหาซึ่งจะมีประโยชน์อย่างยิ่งในการช่วยแก้ปัญหาและ พัฒนาชุมชน
3. เปิดโอกาสให้ชุมชน หรือภาคประชาสังคม เป็นเจ้าภาพในการดำเนินงานประเด็นปัญหาเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมที่แท้จริง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาผลการดำเนินงานโครงการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบองค์รวมให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมรับผิดชอบ เพื่อลดอัตราการเกิดไข้เลือดออกอย่างเป็นรูปธรรม มากยิ่งขึ้น
- 1) 2. ควรมีการบูรณาการร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ เพื่อดำเนินงานโครงการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกเพื่อขจัดปัญหาที่จะเกิดขึ้นได้ในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

- สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ กระทรวงสาธารณสุข. (2564). รายงานประจำปี 2564. กรุงเทพฯ:
- สำนักโรคติดต่ออายุรเวช กระทรวงสาธารณสุข.
- กฤตย์ดิวัฒน์ ฉัตรทอง. (2554). การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนนาชะอัง จังหวัดชุมพร. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ.
- ครรชิต พุทธิโกษา. (2554). คู่มือการพัฒนาชุมชนแห่งการเรียนรู้ฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ.
- จิระศักดิ์ เจริญพันธ์. (2550). การจัดการสาธารณสุขในชุมชน. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัย มหาสารคาม, 2546. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคไข้เลือดออกเดงกี. กรุงเทพฯ: กระทรวง สาธารณสุข.

- ชาญชุติ จรรยาสิทธิ์ และคณะ. (2554). การมีส่วนร่วมในยุทธวิธีที่เป็นประโยชน์ในการป้องกัน โรคไข้เลือดออกของประชากรตำบลท้ายบ้าน อำเภอมืองสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ ฉบับพิเศษ,ภาควิชาจุลชีววิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. 64-75.
- ดาบชัย มาภา. (2550). ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกอำเภอกาญจนบุรี จังหวัดนครพนม. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- พิภพ ธงไชย. (2554). ความเคลื่อนไหวของมวลชน การเคลื่อนไหวของประชาชน. กรุงเทพฯ: สถาบันพระปกเกล้า.
- ภาคย์ คมมาลี. (2552). การรับรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน เทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนา อำเภอมะนัง จังหวัดเชียงใหม่ เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริวรรณ ภูสุวรรณ. (2553). ความรู้และการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนก. วิทยานิพนธ์สาขาสารณสุขมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุทธิชัย วงศ์ชาญศรี. (2551). ผลของการจัดการแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุม ไข้เลือดออกของอำเภอดงหลวง จังหวัดนครพนม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- สังวาล เจริญรบ และคณะ. (2550). สถานการณ์ ความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติตนในการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกในจังหวัดร้อยเอ็ด. ร้อยเอ็ด: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ร้อยเอ็ด.
- อรพินท์ สฟโซคชัย. (2551). การสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชุมชน. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.

การพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพริน คลินิกแอสไพริน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีรัตน อำเภอสรรคบุรี จังหวัดศรีสะเกษ

นพ.ธนวรรษ มณีอินทร์, พ.บ.¹

บทคัดย่อ

โรงพยาบาลศรีรัตน เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง (F1) ผู้ป่วยที่รับบริการคลินิกแอสไพริน แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 252 คน การจัดทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เป็นการจัดการปัญหาและพัฒนาระบบงานคลินิกแอสไพริน โดยพัฒนาระบบการเก็บข้อมูลของผู้ป่วยผ่าน Google form, พัฒนาแบบสอบถามและประเมินการใช้ยาแอสไพริน, พัฒนาฉลากช่วยในการรับประทานยาแอสไพริน และการพัฒนาเครื่องมือช่วยในการทำงานของแพทย์ ได้แก่ แอปพลิเคชันคำนวณขนาดยาแอสไพริน โรงพยาบาลศรีรัตน ผ่าน AppSheet โดยทำการศึกษาเปรียบเทียบระบบงานรูปแบบเดิม ช่วงระหว่าง 1 พฤษภาคม – 31 ตุลาคม 2566 จำนวน 841 ตัวอย่าง กับระบบงานรูปแบบใหม่ ช่วงระหว่าง 1 พฤษภาคม 2566 - 30 เมษายน 2567 จำนวน 907 ตัวอย่าง

ผลการศึกษาด้านประสิทธิภาพการทำงาน พบว่า จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดคลินิกแอสไพริน โรงพยาบาลศรีรัตน เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 75.52 (จากร้อยละ 65.19) ค่า INR ของผู้ป่วยอยู่ในช่วงการรักษาเพิ่มสูงขึ้นเป็น ร้อยละ 65.71 (จากร้อยละ 60.05) เมื่อเปรียบเทียบผลการลดระยะเวลาการคำนวณขนาดยาแอสไพริน ผ่านแอปพลิเคชันคำนวณขนาดยาแอสไพริน โรงพยาบาลศรีรัตน พบว่า ใช้เวลาเฉลี่ย 0.97 นาที/ครั้ง (จากเฉลี่ย 4.16 นาที/ครั้ง) ด้านการพัฒนาระบบป้องกันความผิดพลาดในการสั่งจ่ายยาแอสไพริน พบจำนวน 1 ครั้ง ร้อยละ 0.11 (จาก 11 ครั้ง ร้อยละ 1.31) ภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาแอสไพรินลดลง พบ จำนวน 19 ครั้ง ร้อยละ 2.09 โดยไม่พบ Major bleeding event (จาก 49 ครั้ง ร้อยละ 5.83 โดยพบ Major bleeding event 1 ครั้ง ร้อยละ 0.12) ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาแอสไพรินของผู้ป่วยลดลง, ปัญหาการปฏิบัติตนของผู้ป่วยลดลง และจากการประเมินความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน โดยภาพรวมผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ผู้ป่วยจึงได้รับการบริการที่มีความสะดวก รวดเร็ว ปลอดภัย เกิดประสิทธิภาพ และประสิทธิผลอย่างสูงสุด ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจมากที่สุด

คำสำคัญ: ยาแอสไพริน, ค่า INR, แอปพลิเคชันคำนวณขนาดยาแอสไพริน

¹ นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลศรีรัตน อำเภอสรรคบุรี จังหวัดศรีสะเกษ Email : PKIndy7@gmail.com

Development of a new care system for Outpatient in Warfarin Clinic Sirattana Hospital, Sisaket

Tanawat Maneein, M.D.¹

Abstract

Sirattana Hospital is a community hospital with 60 beds (F1). Outpatiently receiving warfarin for 252 people, we conducted action research to manage problems and develop the warfarin new care system. A system for collecting patient information through Google Forms, questionnaires, and evaluating warfarin use; labels to help with taking warfarin; and tools to assist doctors in their work, including an application for calculating warfarin doses. Sirattana Hospital, through AppSheet, was developed. A comparative study of the old care system between 1 May and 31 October 2023, with 841 samples, and the new care system during the period of 1 November 2023 to 30 April 2024, with 907 samples

The results showed that the number of times patients attended warfarin clinic appointments at Sirattana Hospital increased to 75.52 percent (from 65.19 percent). The INR value of patients in the treatment range increased to 65.71 percent (from 60.05 percent) when comparing the results of reducing the time for calculating the warfarin dose. Through an application to calculate warfarin dosage, we found that it took an average of 0.97 minutes per minute (from an average of 4.16 minutes per minute). In terms of developing a system to prevent errors in ordering and dispensing warfarin, it was found 1 time, 0.11 percent (from 11 times). Complications from the use of warfarin decreased, found 19 times, 2.09%, without finding a major bleeding event (out of 49 times, 5.83%, with 1 major bleeding event, 0.12%). Cooperation problems Patients' use of warfarin decreased, and patient compliance problems decreased. and from the assessment of worker satisfaction. Overall, workers are at the highest level of satisfaction. Patients therefore receive services that are convenient, fast, safe, and efficient. and maximum efficiency. Operators are the most satisfied.

KEYWORDS: Warfarin, INR value, Warfarin dose calculator application

¹ Medical Doctor, Professional Level, Sirattana Hospital, Sisaket Province, Email PKindy7@gmail.com

บทนำ

ยาอาร์ฟาริน เป็นยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดรับประทานที่ได้รับพิษจนมาอย่างยาวนานถึงประโยชน์ในการรักษาและป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในสภาวะต่างๆ เช่น ภาวะ Atrial fibrillation, Venous Thrombosis, Valvular Heart Disease, Prosthetic Heart Valve โดยที่ยาอาร์ฟาริน มีฤทธิ์ในการต้านการแข็งตัวของเลือดโดยขัดขวางวงจรการเปลี่ยนกลับไปมา (cyclic interconversion) ระหว่าง vitamin k และ vitamin k epoxide ซึ่งเป็นกลไกการควบคุมกระบวนการ δ -carboxylation ของ vitamin k dependent coagulation factor (coagulation factor II,VII,IX,X) ทำให้ coagulation factor เหล่านี้มี coagulant activity ลดลง นอกจากนี้ยายังไปยับยั้ง carboxylation ของ protein C และ protein S ซึ่งมีฤทธิ์ช่วยต้านการแข็งตัวของเลือดด้วยยาอาร์ฟาริน เป็นยาที่มีดัชนีการรักษาแคบ มีเภสัชจลนศาสตร์ และเภสัชพลศาสตร์ที่ซับซ้อน ขนาดยาที่เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละรายจะแตกต่างกัน มีปัญหาอันตรกิริยามากมายทั้งยากับยาอื่น ยากับโรคและยากับอาหาร จึงเกิดปัญหาการใช้ยามาก การติดตามผลการรักษาด้วยยา จะพิจารณาจากการตรวจเลือดหาระดับ prothrombin time (PT) เพื่อบำนำมาคำนวณโดยรายงานผลเป็นค่า INR (international normalized ratio) ระดับการต้านการแข็งตัวของเลือดที่เหมาะสมนั้น แตกต่างกันไปตามแต่ละข้อบ่งใช้ แต่ระดับ INR เป้าหมายของหลายๆข้อบ่งใช้จะอยู่ที่ 2.0-3.0 เนื่องจากการใช้ยาอาร์ฟาริน มีผลข้างเคียง ที่สำคัญคือภาวะแทรกซ้อนของการเกิดเลือดออก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ภาวะเลือดออกที่อาจมีอันตรายถึงชีวิต เช่น เลือดออกในสมอง ดังนั้นก่อนจะใช้ยาจะต้องพิจารณาให้รอบคอบในผู้ป่วยทุกรายว่า ได้ประโยชน์ มากกว่าผลเสียที่อาจเกิดขึ้นโดยข้อที่ควรพิจารณา ได้แก่

1. การที่ผู้ป่วยมีภาวะหรือโรคที่มีข้อบ่งใช้ของยาอาร์ฟารินอย่างชัดเจน

2. โรงพยาบาลและผู้ป่วยสามารถตรวจวัดระดับ INR ได้อย่างสม่ำเสมอและมีมาตรฐาน

3. ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลและยอมรับถึงผลดีและผลเสียที่อาจเกิดขึ้นจากยานี้

4. ไม่มีข้อห้ามในการใช้ยา เช่น hemorrhage stroke, uncontrolled hypertension, cirrhosis

5. หยุดใช้ยาเมื่อหมดข้อบ่งใช้

6. ความร่วมมือในการใช้ยา (compliance) ของผู้ป่วย

จะเห็นว่ายาอาร์ฟาริน เป็นยาที่มีความเสี่ยงสูง (High Alert Drug) การมีระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาอาร์ฟารินของทีมนสหสาขาวิชาชีพ เพื่อช่วยให้การรักษาได้ผลดียิ่งขึ้น มีปัญหาภาวะแทรกซ้อนจากยาน้อยที่สุด เพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา และอาจช่วยลดค่าใช้จ่ายในระยะยาว การใช้ยาที่ถูกต้องและการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบจึงมีความสำคัญต่อประสิทธิภาพในการรักษาโดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการติดตามผลการรักษา และส่งเสริมความปลอดภัยในการใช้ยาจากเภสัชกร เพื่อให้ผู้ป่วยใช้ยาอย่างถูกต้อง มีความเข้าใจเรื่องยาและมีความปลอดภัยจากผลข้างเคียงของยาอาร์ฟาริน

โรงพยาบาลศรีรัตน เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง (F1) จำนวนผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการเฉลี่ยประมาณ 250 คนต่อวัน ผู้ป่วยที่ใช้ยาอาร์ฟารินทั้งหมด 252 คน โดยเฉลี่ยที่เข้ารับบริการคลินิกอาร์ฟาริน (ทุกวันจันทร์) ประมาณ 25 คน/วัน ถือว่ามีปริมาณมากเมื่อเทียบกับจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่ อีกทั้งระบบงานคลินิกอาร์ฟารินยังไม่มีเก็บข้อมูลเรื่องการใช้ยา, ปัญหาที่พบในการใช้ยาและแนวทางแก้ปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย การทำงานยังไม่มีระบบงานที่ชัดเจน ดังนั้นเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการจัดการปัญหาดังกล่าว โดยการพัฒนาระบบงาน, ระบบการเก็บข้อมูลของผู้ป่วยโดยใช้ Google form, พัฒนาแบบสอบถามและประเมินการใช้ยาอาร์ฟาริน คลินิกอาร์ฟาริน โรงพยาบาลศรีรัตน,

พัฒนาบุคลากรช่วยในการรับประทานยาตัวพาริน (สำหรับผู้ป่วยที่อ่านหนังสือไม่ได้หรือมีปัญหาในการจัดยา) และพัฒนาเครื่องมือช่วยในการทำงานของแพทย์ ซึ่งได้แก่ แอปพลิเคชันคำนวณขนาดยาตัวพาริน เพื่อช่วยในการจัดการปัญหาของผู้ป่วยโดยใช้ในการคำนวณขนาดยาตัวพารินให้เป็นไปตามแนวทางเวชปฏิบัติการปรับขนาดยาตัวพาริน และเพื่อเพิ่มการตัดสินใจในการเพิ่มหรือลดขนาดยาของผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างเหมาะสม รวมถึงเพื่อลดความเสี่ยงของผลข้างเคียงยาตัวพาริน และเพื่อเพิ่มความสะดวกรวดเร็ว ลดระยะเวลาการจัดการปัญหาในผู้ป่วยรายที่ INR ยังไม่ตามเป้าหมาย นอกจากนี้ ยังเป็นการพัฒนาระบบป้องกัน ความผิดพลาดในการสั่งจ่ายยาตัวพารินให้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่มีความปลอดภัย และเกิดประสิทธิภาพ (effectiveness) และประสิทธิผล (efficacy) อย่างสูงสุด และสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ปฏิบัติงานและผู้รับบริการมากขึ้น

วัตถุประสงค์

1. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาตัวพาริน โรงพยาบาลศรีสะเกษ
2. เพื่อลดระยะเวลาการคำนวณขนาดยาตัวพาริน
3. เพื่อให้ผู้ป่วยที่ใช้ยาตัวพาริน มีระดับ INR ตามเป้าหมายมากขึ้น
4. เพื่อพัฒนาระบบป้องกันความผิดพลาดในการสั่งจ่ายยาตัวพารินให้แก่ผู้ป่วย
5. เพื่อลดอาการข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนของการใช้ยาตัวพาริน

การปฏิบัติงานผ่านระบบดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาตัวพาริน รูปแบบใหม่ คลินิกตัวพาริน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีสะเกษ อำเภอศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

รูปภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

6. เพื่อลดปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาตัวพารินของผู้ป่วย

7. ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจจากการพัฒนาระบบงานมากขึ้น

สมมุติฐานการวิจัย

1. ระยะเวลาการคำนวณขนาดยาตัวพาริน ระหว่างการวิจัยระบบงานรูปแบบเดิม ช่วงระหว่าง 1 พฤษภาคม - 31 ตุลาคม 2566 กับระบบระบบงานรูปแบบใหม่ ช่วงระหว่าง 1 พฤศจิกายน 2566 - 30 เมษายน 2567 มีความแตกต่างกัน
2. ระดับ INR ตามเป้าหมาย ระหว่างการวิจัยระบบงานรูปแบบเดิม กับระบบงานรูปแบบใหม่ มีความแตกต่างกัน
3. ความผิดพลาดในการสั่งจ่ายยาตัวพาริน ให้แก่ผู้ป่วย ระหว่างการวิจัยระบบงานรูปแบบเดิม กับระบบงานรูปแบบใหม่ มีความแตกต่างกัน
4. อาการข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนของการใช้ยาตัวพาริน ระหว่างการวิจัยระบบงานรูปแบบเดิมกับระบบงานรูปแบบใหม่ มีความแตกต่างกัน
5. ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาตัวพารินของผู้ป่วย ระหว่างการวิจัยระบบงานรูปแบบเดิมกับระบบงานรูปแบบใหม่ มีความแตกต่างกัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาระบบงานปัจจุบัน (Action Research) โดยเปรียบเทียบระหว่างการปฏิบัติงานผ่านระบบงานรูปแบบเดิมกับการปฏิบัติงานผ่านระบบงานรูปแบบใหม่ ตามกรอบแนวคิดงานวิจัย

1. ระยะเวลาการคำนวณขนาดยาตัวพาริน
2. ระดับ INR ตามเป้าหมาย
3. ระบบป้องกันความผิดพลาดในการสั่งจ่ายยาตัวพาริน ให้แก่ผู้ป่วย
4. ผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนของการใช้ยาตัวพาริน
5. ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาตัวพารินของผู้ป่วย
6. ความพึงพอใจจากการพัฒนาระบบงานของผู้ปฏิบัติงาน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาระบบงานปัจจุบัน (Action Research) โดยเปรียบเทียบระหว่างการปฏิบัติงานผ่านระบบงานรูปแบบเดิมกับการปฏิบัติงานผ่านระบบงานรูปแบบใหม่ โดยพัฒนาระบบการเก็บข้อมูลของผู้ป่วยโดยใช้ Google form ให้มีความสะดวกในการดูแลประวัติย้อนหลัง , พัฒนาแบบสอบถามและประเมินการใช้ยา วาร์ฟาริน คลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลศรีรัตนะ, พัฒนาฉลากช่วยในการรับประทานยา วาร์ฟาริน (สำหรับผู้ป่วยที่อ่านหนังสือไม่ได้หรือมีปัญหาในการจัดยา) และพัฒนาเครื่องมือช่วยในการทำงานของแพทย์ ซึ่งได้แก่ แอปพลิเคชันคำนวณขนาดยา วาร์ฟาริน

กลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้ป่วยทุกคนที่ใช้ยา วาร์ฟาริน ในโรงพยาบาลศรีรัตนะ
2. แพทย์ทุกคนในโรงพยาบาลศรีรัตนะ ที่เป็นผู้ปฏิบัติงานในคลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลศรีรัตนะ

เกณฑ์การคัดเลือก

1. ผู้ป่วยทุกคนที่ใช้ยา วาร์ฟาริน ในโรงพยาบาลศรีรัตนะ ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2566 – 30 เมษายน 2567
2. แพทย์ทุกคนของโรงพยาบาลศรีรัตนะ ที่เป็นผู้ปฏิบัติงานในคลินิกวาร์ฟาริน ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2566 – 30 เมษายน 2567

เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้ป่วยที่ใช้ยา วาร์ฟาริน ที่ไม่มีประวัติการรับยาใน โรงพยาบาลศรีรัตนะ
2. ผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากคลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลศรีรัตนะ
3. แพทย์ที่ย้าย ลาออก หรือไม่ได้ปฏิบัติงานในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ข้อมูลของผู้ป่วยที่รับประทานยา วาร์ฟาริน โดยใช้เอกสารแบบสอบถามและประเมินการใช้ยา วาร์ฟาริน คลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลศรีรัตนะ รูปแบบเดิม
2. ข้อมูลจากเอกสารแบบสอบถามและประเมินการใช้ยา วาร์ฟาริน คลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลศรีรัตนะ รูปแบบใหม่
3. แอปพลิเคชันคำนวณขนาดยา วาร์ฟาริน โรงพยาบาลศรีรัตนะ ที่พัฒนาขึ้น
4. ระบบการเก็บข้อมูลของผู้ป่วยที่ใช้ยา วาร์ฟาริน โดยใช้ Google form ที่พัฒนาขึ้น
5. ฉลากช่วยในการรับประทานยา วาร์ฟาริน (สำหรับผู้ป่วยที่อ่านหนังสือไม่ได้หรือมีปัญหาในการจัดยา)
6. แบบประเมินความพึงพอใจของแพทย์ผู้ปฏิบัติงาน คลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลศรีรัตนะ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. ผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้จัดทำแอปพลิเคชันคำนวณขนาดยา วาร์ฟาริน โรงพยาบาลศรีรัตนะ ได้ทำการตรวจสอบความถูกต้อง โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรมจังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 2 ท่าน และ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรมโรคหัวใจ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 1 ท่าน
2. แบบประเมินความพึงพอใจของแพทย์ผู้ปฏิบัติงานคลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ ได้หาความเชื่อมั่นกับแพทย์ผู้ปฏิบัติงานที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน ได้ความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.89

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาขอ อนุญาตและขอความยินยอมในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลักทุกขั้นตอนของการศึกษาและเข้าร่วมกิจกรรมโดยงานวิจัยครั้งนี้ มีขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยได้ขออนุญาตศึกษาวิจัย ในโรงพยาบาลศรีรัตนะ ภายหลังจากที่โครงการวิจัยพร้อม

เครื่องมืองานวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย
จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

2. ผู้วิจัยประชุมสหสาขาวิชาชีพ
ผู้ปฏิบัติงานคลินิกวารสารฟาริน โรงพยาบาลศรีสะเกษ
จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อวางแผนดำเนินการศึกษาวิจัย
โดยชี้แจงการดำเนินงานวิจัย และวิธีการเก็บรวบรวม
ข้อมูลวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนในการวิจัย

1. รวบรวมข้อมูลการใช้ยา ของผู้ป่วยที่ได้
รับยารวาร์ฟารินในโรงพยาบาลศรีสะเกษ โดยแพทย์
ผู้ทำการรักษา ในช่วงเวลาที่ทำการรักษา

2. รวบรวมข้อมูลด้านปัญหาการใช้ยา
ผลข้างเคียงที่เกิดจากยา ความผิดพลาดในการสั่งจ่าย
ยารวาร์ฟารินแก่ผู้ป่วย และจำนวนผู้ป่วยที่ INR ตาม
เป้าหมาย ในขณะที่ดำเนินงานผ่านระบบงานการดูแล
ผู้ป่วยรวาร์ฟารินรูปแบบเดิมในช่วงระยะเวลา 6 เดือน
(1 พฤษภาคม 2566 – 31 ตุลาคม 2566)

3. วางแผนเตรียมงานก่อนการดำเนินงาน
พัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยารวาร์ฟาริน คลินิกวาร
สารฟาริน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีสะเกษ โดย
ประชุมวางแผนการดำเนินงาน ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ

4. สร้างขั้นตอนการเข้ารับบริการคลินิกวาร
สารฟาริน โดยกำหนดวันรับบริการคลินิกวารสารฟาริน เป็นทุก
วันจันทร์

5. พัฒนาเครื่องมือ ในการช่วงปฏิบัติงาน
ของสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่

5.1 แอปพลิเคชันคำนวณขนาดยารวาร์
ฟาริน โรงพยาบาลศรีสะเกษ

5.2 แบบสอบถามและประเมินการใช้ยา
รวาร์ฟาริน คลินิกวารสารฟาริน โรงพยาบาลศรีสะเกษ

5.3 ระบบการเก็บข้อมูลของผู้ป่วยโดยใช้
Google form

5.4 ฉลากช่วยในการรับประทานยารวาร์
ฟาริน (สำหรับผู้ป่วยที่อ่านหนังสือไม่ได้หรือมีปัญหาใน
การจัดยา)

6. เริ่มระบบการดูแลและให้ความรู้แก่ผู้ป่วย
ผ่านระบบพัฒนาคลินิกวารสารฟาริน รูปแบบใหม่ที่
พัฒนาขึ้น ร่วมกับการใช้เครื่องมือที่พัฒนาขึ้น
ดำเนินงานผ่านระบบการดูแลผู้ป่วยรวาร์ฟารินรูปแบบ
ใหม่ ในช่วงระยะเวลา 6 เดือน (1 พฤศจิกายน 2566 –
30 เมษายน 2567)

7. ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาติดตาม ประเมิน
ความร่วมมือในการใช้ยาและความรู้เรื่องยา รวมถึง
ประเมินภาวะเลือดออก อย่างเป็นระบบในช่วง
ระยะเวลา 1 ปี (1 พฤษภาคม 2566 – 30 เมษายน
2567)

8. ผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับยารวาร์ฟาริน แพทย์จะ
ประเมินให้คำแนะนำถึงประโยชน์และข้อบ่งชี้ของการ
ได้รับยารวาร์ฟาริน และผลข้างเคียงที่สำคัญของยา
ให้แก่ญาติและตัวผู้ป่วย ประเมินความเสี่ยงภาวะ
เลือดออก และตรวจติดตามระดับ ค่า PT,INR โดยเน้น
กับญาติและผู้ป่วยว่า จำเป็นต้องมาตรวจติดตามอย่าง
ใกล้ชิด และเน้นย้ำให้ผู้ป่วยและญาติเห็นความสำคัญ
โดยญาติและผู้ป่วยจำเป็นต้องให้ความร่วมมือ

9. ผู้ป่วยพบเภสัชกรเพื่อให้ความรู้เรื่องยา
อาการข้างเคียงสำคัญ อันตรกิริยาของยารวาร์ฟาริน
ความสำคัญของการให้ความร่วมมือในการใช้ยา รวมถึง
การติดตามการใช้ยาและนัดมาตรวจอย่างต่อเนื่อง โดย
ผ่านแบบสอบถามและประเมินการใช้ยารวาร์ฟาริน
คลินิกวารสารฟาริน โรงพยาบาลศรีสะเกษ ที่พัฒนาขึ้น
รวมถึงการตรวจสอบว่าผู้ป่วยสามารถอ่านหนังสือได้
หรือไม่ หรือมีญาติช่วยในการจัดยาหรือไม่ พร้อมทั้งส่ง
ข้อมูลเพื่อให้ห้องยาได้จัดยา โดยเภสัชกรฉลาก
ช่วยในการรับประทานยารวาร์ฟาริน (สำหรับผู้ป่วยที่
อ่านหนังสือไม่ได้หรือมีปัญหาในการจัดยา) และเก็บ
ข้อมูล โดยผ่านระบบการเก็บข้อมูลของผู้ป่วยโดยใช้
Google form ที่พัฒนาขึ้น

10. ผู้ป่วยได้รับการแจกสมุดประจำตัวผู้ป่วย
รวาร์ฟาริน แพทย์บันทึกขนาดยารวาร์ฟารินที่
รับประทาน และระดับ ค่า PT,INR ให้ทุกครั้งที่มาพบ
แพทย์ โดยแนะนำผู้ป่วยว่า หากมีภาวะเจ็บป่วยใดๆที่

ไปพบแพทย์ท่านอื่นหรือโรงพยาบาลอื่น ควรแสดงสมุดประจำตัวแก่แพทย์หรือเภสัชกรท่านอื่นที่โรงพยาบาลอื่นเพื่อจะได้ระงับการได้รับยาอื่นที่มีอันตรกิริยากับยา วาร์ฟาริน

11. นัดดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ในเบื้องต้นที่เริ่มให้ยา วาร์ฟารินจะนัดติดตามผู้ป่วยภายใน 1-2 สัปดาห์

12. การปรับขนาดยา วาร์ฟาริน แพทย์ใช้แอปพลิเคชันคำนวณขนาดยา วาร์ฟาริน โรงพยาบาลศรีรัตน ที่พัฒนาขึ้น

13. การนัดตรวจติดตามผู้ป่วยที่มีปัญหาเลือดออก โดยนัดภายใน 1-2 สัปดาห์หรือพิจารณาให้ผู้ป่วยนอนรักษาในโรงพยาบาล หากผู้ป่วยมีระดับ INR สูงเกินขนาด เพื่อสังเกตและเฝ้าระวังภาวะเลือดออก และพิจารณาให้หยุดยา วาร์ฟาริน หรือให้ antidote คือ vitamin K หรือให้ Fresh Frozen Plasma ตามความรุนแรงของภาวะเลือดออกนั้นๆ

14. รวบรวมข้อมูลด้านปัญหาการใช้ยา ผลข้างเคียงที่เกิดจากยา ความผิดพลาดในสั่งจ่ายยา วาร์ฟารินแก่ผู้ป่วย และจำนวนผู้ป่วยที่ INR ตามเป้าหมาย เปรียบเทียบระหว่าง การดำเนินงานผ่านระบบการดูแลผู้ป่วย วาร์ฟารินรูปแบบเดิม ในช่วงระยะเวลา 6 เดือน (1 พฤษภาคม 2566 – 31 ตุลาคม 2566) กับการดำเนินงานผ่านระบบการดูแลผู้ป่วย วาร์ฟารินรูปแบบใหม่ ในช่วงระยะเวลา 6 เดือน (1 พฤศจิกายน 2566 – 30 เมษายน 2567) รวมระยะเวลาการศึกษา 1 ปี และประเมินความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน

15. และประเมินความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยประเมินความพึงพอใจของแพทย์ผู้ปฏิบัติงาน ผ่านแอปพลิเคชันคำนวณขนาดยา วาร์ฟาริน โรงพยาบาลศรีรัตน ที่พัฒนาขึ้น รวมถึงระบบการดูแลผู้ป่วย วาร์ฟารินรูปแบบใหม่ ที่พัฒนาขึ้น

16. ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดย เปรียบเทียบการดำเนินงานผ่านระบบงานรูปแบบเดิม กับการ

จนมีระดับค่า PT,INR อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายและไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ แล้วจึงนัดตรวจ ติดตามผู้ป่วยในช่วงเวลา 1-2 เดือน หลังจากนั้นจะมีการตรวจติดตามระดับ PT. INR ทุกครั้ง

ดำเนินงานผ่านระบบงานรูปแบบใหม่ โดยรวบรวมข้อมูล ได้แก่

16.1 ประเมินระยะเวลาในการคำนวณขนาดยา วาร์ฟาริน เปรียบเทียบระหว่าง ก่อนการพัฒนา ระบบกับหลังพัฒนาระบบ

16.2 ประเมินโดยเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวนผู้ป่วยที่ใช้ยา วาร์ฟาริน ที่มีระดับ INR ตามเป้าหมาย เปรียบเทียบระหว่าง ก่อนการพัฒนา ระบบกับหลังพัฒนาระบบ

16.3 ประเมินระบบป้องกันความผิดพลาดในการสั่งจ่ายยา วาร์ฟารินให้แก่ผู้ป่วย เปรียบเทียบระหว่าง ก่อนการพัฒนา ระบบกับหลังพัฒนาระบบ

16.4 ประเมินผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนของการใช้ยา วาร์ฟาริน เปรียบเทียบระหว่าง ก่อนการพัฒนา ระบบกับหลังพัฒนาระบบ

16.5 ประเมินระบบการจัดการปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา วาร์ฟารินของผู้ป่วย เปรียบเทียบระหว่าง ก่อนการพัฒนา ระบบกับหลังพัฒนาระบบ

16.6 ประเมินความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานด้านการพัฒนาระบบงาน

17. สรุปข้อมูลและประเมินผลตามแผนงาน

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน และสถิติทดสอบ ความแตกต่าง T- Test

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยขอรับการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ และได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการหนังสือรับรองศึกษา โดยได้รับเอกสารรับรองโครงการวิจัย เลขที่ SPPH 2024-015 เมื่อวันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2567

ผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาระบบการดูแลผู้ป่วยวาร์ฟาริน โรงพยาบาลศรีรัตนะ ในช่วงระยะเวลา 1 ปี (1 พฤษภาคม 2566 – 30 เมษายน 2567) จำนวนครั้งการให้คำปรึกษาผู้ป่วย ที่รับยา วาร์ฟาริน 1,748 ครั้ง เข้ารับบริการ คลินิกวาร์ฟาริน (ทุกวันจันทร์) จำนวน 252 คน ผู้รับบริการในคลินิกวาร์ฟาริน โดยเฉลี่ย 25 คน/วัน

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย (N=252)

ลักษณะของผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	114	45.24
หญิง	138	54.76
อายุ (ปี)		
≤ 39	11	4.37
40-59	47	18.65
60-79	139	55.16
≥ 80	55	21.82
การศึกษา		
อ่านฉลากยาได้	173	68.65
อ่านฉลากยา	79	31.34
ไม่ได้/มองไม่ชัดเจน		

จากตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยที่ใช้ยา วาร์ฟาริน ในโรงพยาบาล ศรีรัตนะ ทั้งหมด 252 คน ส่วนใหญ่ผู้ป่วยเป็น เพศหญิง (ร้อยละ 54.76) ผู้ป่วยเป็นเพศชาย

(ร้อยละ 45.24) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60-79 ปี (ร้อยละ 55.16) รองลงมา มีอายุ ≥ 80 ปี (ร้อยละ 21.82) อายุ 40-59 ปี (ร้อยละ 18.65) และมีอายุ ≤ 39 ปี (ร้อยละ 4.37) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ เป็นกลุ่มที่อ่านฉลากยาได้ ร้อยละ 68.65

ตารางที่ 2 โรคที่เป็นข้อบ่งชี้ยา วาร์ฟารินของผู้ป่วย

โรคที่เป็นข้อบ่งชี้	จำนวน	ร้อยละ
Atrial fibrillation	135	53.57
Mitral (valve) stenosis	22	8.73
Aortic (valve) stenosis	3	1.18
Valvular heart	16	6.35
Deep vein	9	3.57
thrombosis	25	9.92
Myocardial infarction	2	0.79
Mechanical valve		
replacement	18	7.15
Pulmonary Embolism	5	1.99
Embolism and		
thrombosis of		
unspecified vein	3	1.18
Rheumatic mitral		
insufficiency	14	5.55
Ischemic stroke		

จากตารางที่ 2 เมื่อจำแนกตามชนิดของโรคที่เป็นข้อบ่งชี้ของยา วาร์ฟารินพบว่า 3 ลำดับแรก คือ Atrial fibrillation (ร้อยละ 53.57) รองลงมาเป็น Myocardial infarction (ร้อยละ 9.92) และ Mitral (valve) stenosis (ร้อยละ 8.73)

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด คลินิกวาร์ฟาริน

การนัด	ระบบงาน รูปแบบเดิม	ระบบงาน รูปแบบใหม่
จำนวนนัด (คน)	1,290	1,201
มาตามนัด	841	907
ร้อยละ	65.19	75.52

จากตารางที่ 3 เมื่อพิจารณาในรายละเอียดของจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดคลินิกกาวาร์ฟาริน โรงพยาบาลศรีรัตนะ พบว่า จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด จากระบบดูแลผู้ป่วยรูปแบบเดิม ช่วงระหว่าง 1 พฤษภาคม – 31 ตุลาคม 2566 จำนวนที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด 841 ครั้ง (ร้อยละ 65.19) ส่วนระบบดูแลผู้ป่วยรูปแบบใหม่ ช่วงระหว่าง 1 พฤศจิกายน 2566 – 30 เมษายน 2567 จำนวนที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด 907 ครั้ง (ร้อยละ 75.52)

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนผู้ป่วยใช้ยารวาร์ฟารินที่ INR ตามเป้าหมาย

	ระบบงาน รูปแบบเดิม	ระบบงาน รูปแบบใหม่
- จำนวนการให้ คำปรึกษายาวาร์ ฟาริน (ครั้ง)	841	907
- จำนวน INR ตาม เป้าหมาย (ครั้ง)	505	596
- ร้อยละ	60.05	65.71

จากตารางที่ 4 เมื่อพิจารณาในรายละเอียดของจำนวนครั้งที่ INR ตามเป้าหมายผู้ป่วยใช้ยารวาร์ฟารินในโรงพยาบาลศรีรัตนะ พบว่า การให้คำปรึกษาผู้ป่วยที่รับยารวาร์ฟาริน จากระบบงานรูปแบบเดิม ช่วงระหว่าง 1 พฤษภาคม - 31 ตุลาคม 2566 INR ตามเป้าหมาย 505 ครั้ง (ร้อยละ 60.05) ส่วนระบบระบบงานรูปแบบใหม่ ช่วงระหว่าง 1 พฤศจิกายน 2566 - 30 เมษายน 2567 INR ตามเป้าหมาย 596 ครั้ง (ร้อยละ 65.71)

ข้อมูลผลการลดระยะเวลาการคำนวณขนาดยารวาร์ฟาริน เปรียบเทียบการทำงานผ่านการจัดทำแอปพลิเคชันคำนวณขนาดยารวาร์ฟาริน ระบบงานรูปแบบใหม่ กับระบบงานรูปแบบเดิม

ตารางที่ 6 การคำนวณขนาดยารวาร์ฟาริน โดยใช้ระบบงานรูปแบบเดิม ช่วงเวลาที่ศึกษา 1 พฤษภาคม - 31 ตุลาคม 2566

เดือน	จำนวน ผู้ป่วย (คน)	ระยะเวลา เฉลี่ย/ครั้ง (นาที)	S.D.
พฤษภาคม	140	4.12	0.25
มิถุนายน	135	3.75	0.23
กรกฎาคม	148	4.54	0.41
สิงหาคม	135	4.20	0.52
กันยายน	137	4.21	0.29
ตุลาคม	145	3.72	0.51
รวม	(N = 840)	4.16	0.35

ตารางที่ 7 การคำนวณขนาดยารวาร์ฟาริน ผ่านการจัดทำแอปพลิเคชันคำนวณขนาดยารวาร์ฟาริน โรงพยาบาลศรีรัตนะ (ระบบงานรูปแบบใหม่) ช่วงเวลาที่ศึกษา 1 พฤศจิกายน 2566 – 30 เมษายน 2567

เดือน	จำนวน ผู้ป่วย (คน)	ระยะเวลา เฉลี่ย/ครั้ง (นาที)	S.D.
พ.ย. 2566	140	1.31	0.52
ธ.ค. 2566	135	1.02	0.23
ม.ค. 2567	148	0.85	0.25
ก.พ. 2567	135	0.65	0.32
มี.ค. 2567	137	0.92	0.44
เม.ย. 2567	145	1.21	0.13
รวม	(N = 840)	0.97	0.28

ระบบ ฐานข้อมูล	N	$\bar{x}$ (นาที)	S.D.	T stat	df	P
รูปแบบเดิม	840	4.16	0.35	15.7	5	0.0
รูปแบบใหม่	840	0.97	0.28	7		02

จากตารางที่ 6, 7 ผลการลดระยะเวลาการคำนวณขนาดยาตัวแปรพาริน เปรียบเทียบการทำงานผ่านการจัดทำแอปพลิเคชันคำนวณขนาดยาตัวแปรพารินระบบงานรูปแบบใหม่ กับระบบงานรูปแบบเดิม พบว่าการคำนวณขนาดยาตัวแปรพาริน โดยใช้ระบบงานรูปแบบเดิม ช่วงเวลาที่ศึกษา 1 พฤษภาคม - 31 ตุลาคม 2566 ใช้ระยะเวลาสำหรับการคำนวณขนาดยาตัวแปรพาริน โดยเฉลี่ยต่อหนึ่งราย รวม 4.16 นาที/ครั้ง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.35 ในส่วนการคำนวณขนาดยาตัวแปรพาริน ผ่านการจัดทำแอปพลิเคชันคำนวณขนาดยาตัวแปรพาริน โรงพยาบาลศรีรัตน (ระบบงานรูปแบบใหม่) ช่วงเวลาที่ศึกษา 1 พฤศจิกายน 2566 - 30 เมษายน 2567 ใช้เวลาโดยเฉลี่ยต่อหนึ่งราย รวม 0.97 นาที/ครั้ง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.28

ตารางที่ 8 แสดงจำนวนครั้งของการสั่งหรือจ่ายยาตัวแปรพารินผิดพลาด

จำนวนที่ผู้ป่วยเข้ารับ บริการคลินิกตัวแปรพาริน (ครั้ง)	ระบบงาน รูปแบบเดิม N=841	ระบบงาน รูปแบบใหม่ N=907
- คำนวณขนาดยา ผิดพลาด	4	0
-ลงข้อมูลขนาดยา ผิดพลาด	5	0
-จัด/จ่ายยา ผิดขนาด	2	1
-รวม (ร้อยละ)	11 (1.31)	1 (0.11)

จากตารางที่ 8 การเก็บข้อมูลผลการพัฒนาระบบเพื่อป้องกันความผิดพลาดในการสั่งและจ่ายยาตัวแปรพารินให้แก่ผู้ป่วย โดยพิจารณาจากเหตุการณ์ที่ถึงตัวผู้ป่วย พบว่า การใช้ระบบงานรูปแบบเดิม ช่วงเวลาที่ศึกษา 1 พฤษภาคม - 31 ตุลาคม 2566 จำนวนผู้ป่วยใช้ยาตัวแปรพาริน ที่มีการสั่งหรือจ่ายยา ผิดพลาด รวมจำนวน 11 ครั้ง (ร้อยละ 1.31) เปรียบเทียบกับระบบงานรูปแบบใหม่ ช่วงเวลาที่ศึกษา 1 พฤศจิกายน 2566 - 30 เมษายน 2567 จำนวนผู้ป่วย ใช้ยาตัวแปรพาริน ที่มีการสั่งหรือจ่ายยาผิดพลาด จำนวน 1 ครั้ง (ร้อยละ 0.11)

ตารางที่ 9 แสดงภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาตัวแปรพาริน

	1 พฤษภาคม - 31 ตุลาคม 2566 (ระบบงาน รูปแบบเดิม) จำนวนครั้ง ที่พบ (ร้อยละ) N = 841	1 พฤศจิกายน 2566 - 30 เมษายน 2567 (ระบบงาน รูปแบบใหม่) จำนวนครั้งที่ พบ (ร้อยละ) N = 907
1.Major		
1.1 Bleeding event	1 (0.12)	0 (0)
1.2 Thromboembolic event	0 (0)	0 (0)
2. Minor		
2.1 Bleeding event		
2.1.1 Bruising	36 (4.28)	12 (1.32)
2.1.2 Gum bleeding	12 (1.43)	7 (0.77)
2.2 Thromboembolic event		
รวม	49 (5.83)	19 (2.09)

จากตารางที่ 9 การเก็บข้อมูลภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาตัวแปรพาริน พบว่า ระบบงานรูปแบบเดิม ช่วงเวลาที่ศึกษา 1 พฤษภาคม - 31 ตุลาคม 2566 ภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาตัวแปรพาริน รวมจำนวน 49 ครั้ง (ร้อยละ 5.83) โดยพบ Major bleeding event 1 ครั้ง ร้อยละ 0.12 และ ระบบงานรูปแบบใหม่ ช่วงเวลาที่ศึกษา 1 พฤศจิกายน 2566 - 30 เมษายน 2567 จำนวนภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาตัวแปรพาริน จำนวน 19 ครั้ง (ร้อยละ 2.09) โดยไม่พบ Major bleeding event

จากการเก็บข้อมูลปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาอาร์ฟารินของผู้ป่วย เปรียบเทียบระหว่าง การใช้ระบบงานรูปแบบเดิม ช่วงเวลาที่ศึกษา 1 พฤษภาคม - 31 ตุลาคม 2566 พบว่า ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ที่พบมากที่สุด คือ ลืมรับประทานยา และไม่ทราบแนวทางแก้ไข พบจำนวน 48 ครั้ง (ร้อยละ 5.71) และการใช้ระบบงานรูปแบบใหม่ ช่วงเวลาที่ศึกษา 1 พฤศจิกายน 2566 – 30 เมษายน 2567 พบจำนวนลดลงคือ 20 ครั้ง (ร้อยละ 2.21) ปัญหาการปฏิบัติตนของผู้ป่วย เปรียบเทียบระหว่าง การใช้ระบบงานรูปแบบเดิม พบมากที่สุด คือ ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีผลต่อยาอาร์ฟาริน พบจำนวน 47 ครั้ง (ร้อยละ 5.59) และการใช้ระบบงานรูปแบบใหม่ พบจำนวนลดลงคือ 32 ครั้ง (ร้อยละ 3.53) ปัญหาการเก็บรักษายาอาร์ฟาริน เปรียบเทียบระหว่าง การใช้ระบบงานรูปแบบเดิม พบมากที่สุด คือ ผู้ป่วยเก็บยาไม่ถูกต้อง (หักเม็ดยาไว้ครั้งละจำนวนมาก) พบจำนวน 23 ครั้ง (ร้อยละ 2.73) และการใช้ระบบงานรูปแบบใหม่ พบจำนวนลดลงคือ 7 ครั้ง (ร้อยละ 0.77) ดังตารางที่ 10 ตารางที่ 10 แสดงปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาอาร์ฟารินของผู้ป่วย

	(ระบบงาน รูปแบบเดิม)	(ระบบงาน รูปแบบใหม่)
	จำนวนครั้งที่พบ (ร้อยละ) N = 841	จำนวนครั้งที่พบ (ร้อยละ) N = 907
1. ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา		
1.1 ลืมรับประทานยา และไม่ทราบแนวทางแก้ไข	48 (5.71)	20 (2.21)
1.2 หักยาเอง	7 (0.83)	3 (0.33)
1.3 รับประทานยามากกว่าที่แพทย์สั่ง	16 (1.90)	9 (0.99)
1.4 รับประทานยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง	17 (2.02)	8 (0.88)

2. การปฏิบัติตนของผู้ป่วย

2.1 ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีผลต่อยาอาร์ฟาริน	47 (5.59)	32 (3.53)
2.2 ผู้ป่วยรับประทานอาหารเสริม สมุนไพรที่มีผลต่อยาอาร์ฟาริน	37 (4.40)	12 (1.32)
2.3 ผู้ป่วยสูบบุหรี่หรือดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ขณะใช้ยาอาร์ฟาริน	11 (1.31)	9 (0.99)
2.4 ได้รับยาอื่นที่มีผลต่อยาอาร์ฟาริน	45 (5.35)	28 (3.09)
2.5 ไม่มาพบแพทย์ตามนัด /เลื่อนนัด	25 (2.97)	16 (1.76)

3. การเก็บรักษายาอาร์ฟาริน

3.1 ผู้ป่วยเก็บยาไม่ถูกต้อง (แช่ตู้เย็น หรือเก็บยาในจุดที่แดดส่องถึงโดยตรง)	12 (1.43)	5 (0.55)
3.2 ผู้ป่วยเก็บยาไม่ถูกต้อง (หักเม็ดยาไว้ครั้งละจำนวนมาก)	23 (2.73)	7 (0.77)

จากการเก็บข้อมูลผลการประเมินความพึงพอใจของแพทย์ผู้ปฏิบัติงาน โดยการทำงานผ่านการจัดทำแอปพลิเคชันคำนวณขนาดยาอาร์ฟาริน โรงพยาบาลศรีรัตน (ระบบงานรูปแบบใหม่) ระหว่าง 1 พฤศจิกายน 2566 – 30 เมษายน 2567 รวมจำนวน 5 คน เมื่อพิจารณารายการความคิดเห็น ต่อรายการประเมิน พบว่า มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.56 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.65 ซึ่งในภาพรวมอยู่ใน ระดับมากที่สุด

เมื่อพิจารณารายการที่มีความพึงพอใจ 3 ลำดับแรก ความพึงพอใจมากที่สุด พบว่า ความสามารถของระบบ ในการนำเสนอข้อมูล มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.67 ส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.95 อยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมา คือ ระบบฐานข้อมูลมีความถูกต้องครบถ้วน มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.62 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.59 อยู่ ในระดับมากที่สุด และความชัดเจนของข้อความที่แสดง

บนจอภาพ/สวดยงาม นำใช้งาน มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.65 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.66 อยู่ในระดับมากที่สุด และ รายการที่มีความพึงพอใจน้อยที่สุด คือ ความเร็วในการ แสดงผลหน้าจอ มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.14 ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน 0.63 อยู่ในระดับมาก และความเร็วในการ ทำงานของระบบในภาพรวม มีค่าเฉลี่ย อยู่ที่ 4.14 ส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.45 อยู่ในระดับมาก ดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ผลการประเมินความพึงพอใจของแพทย์ผู้ปฏิบัติงาน ที่ใช้การทำงานผ่านการจัดทำแอปพลิเคชันคำนวณ ขนาดยาอาร์ฟาริน โรงพยาบาลศรีรัตนะ (ระบบดูแลผู้ป่วยรูปแบบใหม่)

ประเด็นวัดประสิทธิภาพของระบบ	ระดับความพึงพอใจ(100%)		
	ค่าเฉลี่ย (X)	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
ด้านตรงตามความต้องการ (Function Requirement)	4.53	0.72	มากที่สุด
1.ความสามารถในการเรียกใช้งานในระบบฐานข้อมูล	4.25	0.63	มาก
2.ความสามารถของระบบในการเพิ่มข้อมูล	4.55	0.89	มากที่สุด
3.ความสามารถของระบบในการปรับปรุงข้อมูล	4.67	0.95	มากที่สุด
4.ความสามารถของระบบในการนำเสนอข้อมูล	4.62	0.59	มากที่สุด
5.ระบบฐานข้อมูลมีความถูกต้องครบถ้วน			
ด้านความง่ายต่อการใช้งาน (Usability)	4.56	0.72	มากที่สุด
1.ความง่ายในการเรียกใช้ระบบ	4.56	0.76	มากที่สุด
2.ความเหมาะสมในการออกแบบหน้าจอโดยภาพรวม	4.65	0.66	มากที่สุด
3.ความชัดเจนของข้อความที่แสดงบนจอภาพ / สวดยงาม นำใช้งาน	4.56	0.76	มากที่สุด
4.ความสะดวกในการเข้าใช้ระบบ	4.58	0.53	มากที่สุด
5.ความน่าใช้ของระบบในภาพรวม			
ด้านประสิทธิภาพ (Performance)	4.14	0.63	มาก
1.ความเร็วในการแสดงผลหน้าจอ	4.29	0.49	มาก
2.ความเร็วในการบันทึก ปรับปรุงข้อมูล	4.56	0.50	มากที่สุด
3.ความเร็วในการนำเสนอข้อมูล	4.14	0.45	มาก
4.ความเร็วในการทำงานของระบบในภาพรวม	4.56	0.65	มากที่สุด
รวม			

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยา วาร์ฟาริน คลินิกวาร์ฟาริน แผนกผู้ป่วยนอก

โรงพยาบาลศรีรัตนะ อำเภอสรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ เมื่อพิจารณาในรายละเอียดของจำนวนครั้งที่ INR ตาม

เป้าหมาย ผู้ป่วยใช้ยารวาร์ฟาริน ในโรงพยาบาลศรีรัตนะพบว่า การให้คำปรึกษาผู้ป่วยที่รับยารวาร์ฟาริน จากระบบดูแลผู้ป่วยรูปแบบเดิม ช่วงระหว่าง 1 พฤษภาคม - 31 ตุลาคม 2566 INR ตามเป้าหมาย 505 ครั้ง (ร้อยละ 60.05) ส่วนระบบระบบดูแลผู้ป่วยรูปแบบใหม่ ช่วงระหว่าง 1 พฤศจิกายน 2566 - 30 เมษายน 2567 INR ตามเป้าหมาย 596 ครั้ง (ร้อยละ 65.71) จึงสามารถสรุปได้ว่า จากการพัฒนาระบบงานรูปแบบใหม่สามารถทำให้ผู้ป่วยมีค่า INR ตามเป้าหมายเพิ่มขึ้นสอดคล้องกับแนวทางการจัดการด้านยาใน Service Plan สาขาโรคหัวใจ ที่กำหนดให้ผู้ป่วยมีค่า INR ตามเป้าหมาย มากกว่า ร้อยละ 65 จากการศึกษาผลการลดระยะเวลาการคำนวณขนาดยารวาร์ฟาริน เปรียบเทียบการทำงานผ่านการจัดทำแอปพลิเคชันคำนวณขนาดยารวาร์ฟาริน ระบบดูแลผู้ป่วยรูปแบบใหม่กับระบบดูแลผู้ป่วยรูปแบบเดิม พบว่า การคำนวณขนาดยารวาร์ฟาริน โดยใช้ระบบงานรูปแบบเดิม ใช้ระยะเวลาสำหรับการคำนวณขนาดยารวาร์ฟาริน โดยเฉลี่ยต่อหนึ่งราย รวม 4.16 นาที/ครั้ง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.35 ในส่วนการคำนวณขนาดยารวาร์ฟาริน ผ่านการจัดทำแอปพลิเคชันคำนวณขนาดยารวาร์ฟาริน โรงพยาบาลศรีรัตนะ (ระบบงานรูปแบบใหม่) ใช้เวลาโดยเฉลี่ยต่อหนึ่งราย รวม 0.97 นาที/ครั้ง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.28 โดยภาพรวม การพัฒนาระบบงานดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยารวาร์ฟาริน คลินิกวาร์ฟาริน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีรัตนะ สามารถลดระยะเวลาการทำงานจากระบบดูแลผู้ป่วยรูปแบบเดิมได้ ร้อยละ 76.68 จากการเก็บข้อมูลผลการพัฒนาระบบเพื่อป้องกันความผิดพลาดในการสั่งและจ่ายยารวาร์ฟารินให้แก่ผู้ป่วย โดยพิจารณาจากเหตุการณ์ที่ถึงตัวผู้ป่วย พบว่า การใช้ระบบดูแลผู้ป่วยรูปแบบเดิม จำนวนผู้ป่วยใช้ยารวาร์ฟาริน ที่มีการสั่งหรือจ่ายยา ผิดพลาด รวมจำนวน 11 ครั้ง (ร้อยละ 1.31) เปรียบเทียบกับ การทำงานผ่านระบบดูแลผู้ป่วยรูปแบบใหม่ จำนวนผู้ป่วย ใช้ยารวาร์ฟาริน ที่มีการสั่งหรือจ่ายยาผิดพลาด จำนวน 1 ครั้ง (ร้อยละ 0.11)

โดยภาพรวมระบบงานรูปแบบใหม่ สามารถลดจำนวนเหตุการณ์ที่ผู้ป่วย ใช้ยารวาร์ฟารินที่มีการสั่งหรือจ่ายยาผิดพลาดได้ จากการเก็บข้อมูลภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยารวาร์ฟาริน พบว่า ระบบดูแลผู้ป่วยรูปแบบเดิมภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยารวาร์ฟาริน รวมจำนวน 49 ครั้ง (ร้อยละ 5.83) โดยพบ Major bleeding event 1 ครั้ง ร้อยละ 0.12 และ ระบบดูแลผู้ป่วยรูปแบบใหม่จำนวนภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยารวาร์ฟาริน จำนวน 19 ครั้ง (ร้อยละ 2.09) โดยไม่พบ Major bleeding event โดยภาพรวมการพัฒนาระบบงานรูปแบบใหม่มีผลทำให้ภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยารวาร์ฟารินลดลงจากการเก็บข้อมูลปัญหาความร่วมมือในการใช้ยารวาร์ฟารินของผู้ป่วย เปรียบเทียบระหว่าง การใช้ระบบดูแลผู้ป่วยรูปแบบเดิม พบว่า ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ที่พบมากที่สุด คือ ลืมรับประทานยา และไม่ทราบแนวทางแก้ไข พบจำนวน 48 ครั้ง (ร้อยละ 5.71) และการใช้ระบบดูแลผู้ป่วยรูปแบบใหม่ พบจำนวนลดลงคือ 20 ครั้ง (ร้อยละ 2.21) ปัญหาการปฏิบัติตนของผู้ป่วย เปรียบเทียบระหว่าง การใช้ระบบดูแลผู้ป่วยรูปแบบเดิม พบมากที่สุด คือ ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีผลต่อยารวาร์ฟาริน พบจำนวน 47 ครั้ง (ร้อยละ 5.59) และการ ใช้ระบบดูแลผู้ป่วยรูปแบบใหม่ พบจำนวนลดลงคือ 32 ครั้ง (ร้อยละ 3.53) ปัญหาการเก็บรักษายารวาร์ฟาริน เปรียบเทียบระหว่าง การใช้ระบบดูแลผู้ป่วยรูปแบบเดิม พบมากที่สุด คือ ผู้ป่วยเก็บยาไม่ถูกต้อง (หักเม็ดยาไว้ครั้งละจำนวนมาก) พบจำนวน 23 ครั้ง (ร้อยละ 2.73) และการ ใช้ระบบดูแลผู้ป่วยรูปแบบใหม่ พบจำนวนลดลงคือ 7 ครั้ง (ร้อยละ 0.77) จากการเก็บข้อมูลผลการประเมินความพึงพอใจของแพทย์ผู้ปฏิบัติงาน ที่ใช้การทำงานผ่านการจัดทำแอปพลิเคชันคำนวณขนาดยารวาร์ฟาริน โรงพยาบาลศรีรัตนะ (ระบบดูแลผู้ป่วยรูปแบบใหม่) ระหว่าง 1 พฤศจิกายน 2566 – 30 เมษายน 2567 รวมจำนวน 5 คน เมื่อพิจารณารายการความคิดเห็น ต่อรายการประเมิน พบว่า มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.56 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.65 ซึ่งในภาพรวมอยู่ใน ระดับมากที่สุด

เมื่อพิจารณารายการที่มีความพึงพอใจ 3 ลำดับแรก ความพึงพอใจมากที่สุด พบว่า ความสามารถของระบบ ในการนำเสนอข้อมูล มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.67 ส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.95 อยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมา คือ ระบบฐานข้อมูลมีความถูกต้องครบถ้วน มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.62 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.59 อยู่ ในระดับมากที่สุด และความชัดเจนของข้อความที่แสดง บนจอภาพ / สวดยาม นำใช้งาน มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.65 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.66 อยู่ในระดับมากที่สุด และ รายการที่มีความพึงพอใจน้อยที่สุด คือ ความเร็วในการ แสดงผลหน้าจอ มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.14 ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน 0.63 อยู่ในระดับมาก และความเร็วในการ ทำงานของระบบในภาพรวม มีค่าเฉลี่ย อยู่ที่ 4.14 ส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.45 อยู่ในระดับมาก

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

ข้อค้นพบของการวิจัยในครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยที่ ได้รับยารวาร์ฟาริน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรี รัตนะ ส่วนใหม่เป็นผู้ป่วยกลุ่มสูงอายุ การให้ข้อมูลเรื่อง ยารวาร์ฟาริน จำเป็นต้องอธิบายให้มีความเข้าใจได้ง่าย กระชับและได้ใจความ ให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญ ของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ โดยสังเกต อาการข้างเคียงยาที่อาจจะเกิดได้ รวมถึงระมัดระวังการ ใช้อื่นหรือสมุนไพรร่วมกับยารวาร์ฟาริน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การพัฒนาแอปพลิเคชันของยารวาร์ฟาริน ครั้ง ต่อไป นอกจากสามารถคำนวณการปรับขนาดยารวาร์ ฟารินแล้ว ยังมีความจำเป็นในการพัฒนา เรื่องการ ตรวจสอบอันตรกิริยาของยารวาร์ฟาริน กับยาอื่นๆหรือ สมุนไพร เพื่อให้สามารถแก้ปัญหาของผู้ป่วยแต่ละ รายได้อย่างถูกต้อง ตรงจุด และส่งผลให้เกิดสะดวก รวดเร็วในการปฏิบัติงานของแพทย์ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- ทรงขวัญ ศิลารักษ์ และคณะ (2553). บรรณาธิการ. 2553. 12 น . Available at: <http://www.thaiheart.org/index.php?lay=show &ac=article&Id =53952670 &Ntype=5>.
- พิกรม โอศกบุญรัตน์, ทิภาดา สามสีทอง (2564). ผลของการพัฒนาการบริบาลทางเภสัชกรรม ในคลินิกวาร์ฟาริน ณ โรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง. สารสารเภสัชอีสาน 2564;17: 61-74.
- มัทรียา บุขทิพย์ (2565). การพัฒนาระบบการบริบาล ทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยที่ได้รับยารวาร์ฟาริน โรงพยาบาลนาดี จังหวัดปราจีนบุรี. วารสาร องค์การเภสัชกรรม 2565;48(4):37-40.
- สมาคมโรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรม ราชูปถัมภ์ (2553). แนวทางการรักษาผู้ป่วยด้วย ยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดรับประทาน [อินเทอร์เน็ต].
- สุภารัตน์ เปี้ยวบรรจง (2542). ผลทางคลินิกของการ บริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยนอกที่ได้รับยา วาร์ฟารินในโรงพยาบาลเชิงรายประชา นุเคราะห์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตร มหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2542.
- Alghadeer S, Alzahrani AA, Alalayet WY, Alkharashi AA, Alarifi MN (2020). Anticoagulation control of warfarin in pharmacist-led clinics versus physician-led clinics: A prospective observational study. Risk Manag Healthc Policy. 2020;13:1175–9.

- Ashp (1996). Medication Therapy and Patient Care: Organization and Delivery of Services_Guidelines ASHP Guidelines on a Standardized Method for Pharmaceutical Care Need for a Standardized Method. 1996;349–51. Available at: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclclefindmkaj/ <https://www.ashp.org/-/media/assets/policy-guidelines/docs/guidelines/standardized-method-pharmaceutical-care.ashx>
- Morgan CL, McEwan P, Tukiendorf A, Robinson PA, Clemens A, Plumb JM (2009). Warfarin treatment in patients with atrial fibrillation: observing outcomes associated with varying levels of INR control. Thromb Res. 2009 May;124(1): 37-41. doi: 10. 1016/.thromres.2008.09. 016. Epub 2008 Dec 4. PMID: 19062079.
- Rosendaal FR, Cannegieter SC, Van der Meer FJM, Briet E (1993). A method to determine the optimal intensity of oral anticoagulant therapy. Thromb Haemost [Internet] . 1993;69(3):236–9. Available at: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclclefindmkaj/<https://scholarlypublications.universiteitleiden.nl/access/item%3A3137934/view> org&rfr_dat=cr_pub 0pubmed.
- Wan Y, Heneghan C, Perera R, Roberts N, Hollowell J, Glasziou P, et al (2008). Anticoagulation control and prediction of adverse events in patients with atrial fibrillation: A systematic review. Circ Cardiovasc Qual Outcomes [Internet] . 2008;1(2):84–91. Available at: https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCOUTCOMES.108.796185_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.

การศึกษาการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

นุชน้อย ประภาโส,ภ.บ., วท.ม..¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามและวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานด้านความปลอดภัยด้านยาของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทั้ง 4 มิติ คือ 1)การบริหารจัดการระบบความปลอดภัยด้านยา 2)ระบบการคัดเลือกยาเข้า 3)การจัดซื้อยาและคลังเวชภัณฑ์ และ 4)เภสัชกรรมปฐมภูมิ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิจากฐานข้อมูลโปรแกรมประเมินตนเองตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในช่วงมกราคมถึงพฤษภาคม 2567 นำเสนอข้อมูลโดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ และใช้ Chi-square test กำหนดค่านัยสำคัญ $P < 0.05$

ผลการศึกษา เมื่อแบ่งตามเขตสุขภาพ 12 เขต รวม 72 แห่งในปี 2565 และ 76 แห่งในปี 2566 พิจารณาแต่ละมิติ คะแนนผลการประเมินตนเองตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา จำแนกตามขนาดสสจ. (S M L XL และ Ex-XL) พบว่าค่าเฉลี่ยทั้ง 4 มิติ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกันทั้งปี พ.ศ.2565 และ พ.ศ. 2566 ภาพรวมทั้ง 4 มิติ ปี 2566 มีคะแนนเฉลี่ยในแต่ละมิติเพิ่มขึ้นจากปี 2565 และผลต่างค่าเฉลี่ยรวมผลการประเมินตนเองตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดดำเนินงานในปี 2565 และ 2566 คือ 0.42 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.01$)

สรุปผลการศึกษา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกขนาดทุกแห่งให้ความสำคัญกับการดำเนินงานตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในทุกมิติ ควรให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ได้ตระหนักเห็นความสำคัญและจัดทำเป็นนโยบายให้ชัดเจนทั้งในระดับจังหวัด ระดับเขตสุขภาพ และระดับประเทศต่อไป

คำสำคัญ: มาตรฐานความปลอดภัยด้านยา, สำนักงานสาธารณสุข, การประเมินตนเอง

¹ เภสัชกรชำนาญการพิเศษ, กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข Email: nuchnoi.fda@gmail.com

Analysis of Performance According to Drug Safety Standards of the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, Thailand

Nuchnoi Prapaso, *Pharm.D. , M.Sc.*¹

Abstract

This study aims to monitor and analyze the drug safety management performance of provincial public health offices across four dimensions: 1) drug safety management system; 2) drug selection system; 3) drug procurement and inventory; and 4) primary pharmaceutical services. It is a descriptive study that analyzes secondary data from the drug safety self-assessment program database of the Ministry of Public Health from January to May 2024. The data is presented using statistics such as frequency, percentage, and the Chi-square test, with a significance level set at $P < 0.05$.

Results: When categorized by 12 health regions, comprising 72 locations in 2022 and 76 locations in 2023, the self-assessment scores according to drug safety standards were examined by the size of the provincial public health offices (S, M, L, XL, and Ex-XL). It was found that the average scores across all four dimensions did not show statistically significant differences, both in 2022 and 2023. Overall, the average scores in each dimension increased in 2023 compared to 2022. The overall average difference in the self-assessment scores according to drug safety standards between 2022 and 2023 was 0.42, which was statistically significant ($p = 0.01$).

Conclusion: Provincial public health offices of all sizes and locations place importance on complying with drug safety standards in all dimensions. Provincial public health offices should continue to recognize this importance and establish clear policies at the provincial, regional, and national levels.

KEYWORDS: Drug Safety Standards, Public Health Offices, Self-Assessment

¹ Pharmacist Senior Professional Level, Health Administration Division, Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health, Email : nuchnoi.fda@gmail.com

บทนำ

ปี 2552 สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จัดทำแบบประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาล เพื่อให้เห็นถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาลและเห็นภาพรวมว่า ควรดำเนินการอย่างไรในการประกันคุณภาพและความปลอดภัยในการให้บริการด้านยาแก่ประชาชน (สำนักบริหารการสาธารณสุข, 2552) และได้จัดทำโปรแกรมสำหรับการประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขดำเนินการ ประเมินตนเองในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2552 จนถึง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 (กองบริหารการสาธารณสุข, 2553 และศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์ กระทรวงสาธารณสุข, 2558) การประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาของโรงพยาบาลภาครัฐ พบว่าโรงพยาบาลในสังกัดส่วนใหญ่ได้มาตรฐานความปลอดภัยด้านยา ในระดับที่สูงกว่ามาตรฐานจำนวนสูงสุด ในปี 2554 และ 2555 (กิตติ พิทักษ์นิตินันท์ และ ภัทรอนงค์ จงศิริเลิศ, 2555, 2564) คือ ร้อยละ 48 และ ร้อยละ 87.9 ตามลำดับ และมีค่าคะแนนเฉลี่ยในภาพรวมผ่านเกณฑ์มาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในทุกประเด็น รวมถึงโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป มีค่าคะแนนเฉลี่ยมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาแตกต่างจากโรงพยาบาลชุมชน (สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ, 2555) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ด้วยสถานการณ์ปัจจุบันระบบการให้บริการและบริหารเภสัชกรรมของโรงพยาบาลได้ปรับเปลี่ยนไป รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงมาตรฐานใหม่ๆ หลายประเด็น เช่น การดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ การบริหารเภสัชกรรมที่มีกิจกรรมที่มากขึ้น ระบบการคัดเลือก/การจัดหายา (คณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล, 2558) เป็นต้น เพื่อให้การประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาเป็นข้อมูลปัจจุบัน สำนักงานปลัดกระทรวงจึงได้ปรับปรุง

มาตรฐานความปลอดภัยด้านยาฉบับใหม่ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 รวมทั้งพัฒนาโปรแกรมแบบประเมินให้สอดคล้องกับมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาฉบับปัจจุบัน ที่มีการประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาลและเพิ่มการประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด (กองบริหารการสาธารณสุข, 2564)

การศึกษาครั้งนี้ จึงได้ทำการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานตามแบบประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในปี 2565 และ ปี 2566 ประกอบด้วย 4 มิติ ดังนี้ 1) มิติการบริหารจัดการระบบความปลอดภัยด้านยาในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2) มิติระบบการคัดเลือกยาเข้าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 3) มิติการจัดซื้อยาและคลังเวชภัณฑ์ และ 4) มิติเภสัชกรรมปฐมภูมิ โดยแต่ละมิติจะมีระดับคะแนนการประเมินตั้งแต่ 0 – 5 ที่บ่งบอกถึงกิจกรรมที่สะท้อนการปฏิบัติงานหรือศักยภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ดังนี้ ระดับที่ 0 ยังไม่ได้ดำเนินการใดๆ ระดับที่ 1 เริ่มการดำเนินการวางแผน วางโครงสร้างเบื้องต้น ระดับที่ 2 เริ่มการดำเนินการบางส่วน เริ่มเรียนรู้การดำเนินการ ระดับที่ 3 ได้ดำเนินการแล้วเสร็จบางส่วน ระดับที่ 4 ได้ดำเนินการแล้วเสร็จ ยังมีความท้าทายด้านความยั่งยืน ระดับที่ 5 ระบบมีการดำเนินการอย่างยั่งยืน สามารถเป็นตัวอย่างการเรียนรู้ (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), 2561) หลักการพื้นฐานคือ ความสำเร็จของแต่ละระดับเกิดขึ้นอย่างเป็นขั้นตอนจากความสำเร็จและการประยุกต์ใช้ทรัพยากรและศักยภาพในระดับก่อนหน้านั้น และผู้ถูกประเมินต้องนำเสนอหลักฐานเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานในกิจกรรมต่างๆ อย่างชัดเจน ดังนั้นข้อมูลจากการศึกษาในครั้งนี้ อาจนำไปสู่ข้อเสนอแนะต่อสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในการพัฒนามาตรฐานความปลอดภัยด้านยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อทราบสถานการณ์การดำเนินงานด้านความปลอดภัยด้านยาของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
2. เพื่อประกอบการวิเคราะห์ในการนำไปสู่การพัฒนาระบบความปลอดภัยด้านยาในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

สมมุติฐานการวิจัย

คะแนนเฉลี่ยของการประเมินตนเองตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในปี 2565 กับ ปี 2566 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) จากฐานข้อมูลโปรแกรมประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประเมินตนเองตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน มกราคม 2567 – พฤษภาคม 2567

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 76 จังหวัด
สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

2. ขอบเขตของการวิจัย

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

คือ โปรแกรมแบบประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ประกอบด้วยมาตรฐานด้านต่างๆรวม 4 มิติ ดังนี้ 1) มิติการบริหารจัดการระบบความปลอดภัยด้านยาในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2) มิติระบบการคัดเลือกยาเข้าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

3) มิติการจัดซื้อยาและคลังเวชภัณฑ์ และ 4) มิติเภสัชกรรม
ปฐมภูมิ

ขั้นตอนการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทบทวนมาตรฐานด้านยา และทฤษฎีแนวคิดต่างๆ เพื่อนำมาปรับใช้ในการจัดทำมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา ได้แก่ มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ โดยสถาบันรับรองสถานพยาบาล (สธพ.) องค์ประกอบของระบบบริการสุขภาพ WHO'S 6 building block กรอบแนวคิดเพื่อการจัดการระบบยา โดย MSH's pharmaceutical management framework และหลักการความสำเร็จของแต่ละระดับเกิดขึ้นอย่างเป็นขั้นตอนจากการประยุกต์ใช้ทรัพยากรและศักยภาพในระดับก่อนนั้น

2. สร้างและทดสอบเครื่องมือแบบประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาเพื่อให้เป็นปัจจุบันและสอดคล้องจากการทบทวนมาตรฐานด้านยาและทฤษฎีแนวคิด

3. แต่งตั้งและจัดประชุมคนทำงานมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา โดยมีคณะทำงานที่มีความชำนาญแต่ละด้านในงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พิจารณาร่างและปรับแก้ไขร่างแบบประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา

4. นำร่างแบบประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทดลองใช้พร้อมให้ข้อเสนอแนะจำนวน 10 แห่ง จากนั้นปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

5. นำแบบประเมินจากข้อ 4 มาพัฒนาเป็นระบบโปรแกรมมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาสำหรับกรอกข้อมูล จัดเก็บข้อมูล และใช้ประมวลผล

6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประเมินตนเอง ผ่านโปรแกรมมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

7. นำผลการรายงานในฐานข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติ

8. สรุปผลการวิเคราะห์ และให้ข้อเสนอแนะหรือแนวทางการพัฒนาระบบของสำนักงาน

สาธารณสุขจังหวัดเพื่อให้ได้มาตรฐานความปลอดภัย
ด้านยา

สาธารณสุข ตามเอกสารรับรองโครงการวิจัย เลขที่
หนังสือรับรอง 07/2567 เมื่อวันที่ 23 เมษายน 2567

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป
โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และ
สถิติอนุมานวิเคราะห์เปรียบเทียบสัดส่วนของสำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดระดับต่างๆ โดยใช้สถิติ Chi-square
test ซึ่งการทดสอบสมมติฐานทางสถิติ กำหนดระดับ
นัยสำคัญ (α) เท่ากับ 0.01

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการ
วิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี กระทรวง

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ส่งแบบประเมินตามโปรแกรม ปี พ.ศ. 2565 รวมทั้งสิ้น 72 แห่ง และ
ปี พ.ศ.2566 รวมทั้งสิ้น 76 แห่ง โดยจำแนกรายเขตสุขภาพ

เขตสุขภาพ	ปี พ.ศ. 2565			ปี พ.ศ. 2566	
	ภาพที่	จำนวน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	จำนวน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
		(แห่ง)		(แห่ง)	
1	8	8	น่าน พะเยา ลำปาง ลำพูน เชียงราย เชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน	8	น่าน พะเยา ลำปาง ลำพูน เชียงราย เชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน
2	5	5	ตาก เพชรบูรณ์ พิษณุโลก อุตรดิตถ์ สุโขทัย	5	ตาก เพชรบูรณ์ พิษณุโลก อุตรดิตถ์ สุโขทัย
3	5	5	กำแพงเพชร พิจิตร นครสวรรค์ ชัยนาท อุทัยธานี	5	กำแพงเพชร พิจิตร นครสวรรค์ ชัยนาท อุทัยธานี
4	8	8	สระบุรี นนทบุรี ลพบุรี อ่างทอง นครนายก สิงห์บุรี พระนครศรีอยุธยา ปทุมธานี	8	สระบุรี นนทบุรี ลพบุรี อ่างทอง นครนายก สิงห์บุรี พระนครศรีอยุธยา ปทุมธานี
5	7	7	เพชรบุรี สมุทรสงคราม ประจวบคีรีขันธ์ สุพรรณบุรี นครปฐม ราชบุรี กาญจนบุรี	8	เพชรบุรี สมุทรสงคราม สมุทรสาคร ประจวบคีรีขันธ์ สุพรรณบุรี นครปฐม ราชบุรี กาญจนบุรี
6	6	6	สระแก้ว ปราจีนบุรี ฉะเชิงเทรา ชลบุรี จันทบุรี ระยอง	8	สระแก้ว ปราจีนบุรี ฉะเชิงเทรา สมุทรปราการ ชลบุรี จันทบุรี ระยอง ตราด
7	4	4	กาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด	4	กาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ส่งแบบประเมินตามโปรแกรม ปี พ.ศ. 2565 รวมทั้งสิ้น 72 แห่ง และ ปี พ.ศ.2566 รวมทั้งสิ้น 76 แห่ง โดยจำแนกรายเขตสุขภาพ (ต่อ)

เขตสุขภาพ	ปี พ.ศ. 2565			ปี พ.ศ. 2566	
	จำนวน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	จำนวน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	
ภาพที่	(แห่ง)		(แห่ง)		
8	7	อุดรธานี สกลนคร นครพนม เลย หนองคาย หนองบัวลำภู บึงกาฬ	7	อุดรธานี สกลนคร นครพนม เลย หนองคาย หนองบัวลำภู บึงกาฬ	
9	4	ชัยภูมิ นครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์	4	ชัยภูมิ นครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์	
10	5	อุบลราชธานี ศรีสะเกษ มุกดาหาร อำนาจเจริญ ยโสธร	5	อุบลราชธานี ศรีสะเกษ มุกดาหาร อำนาจเจริญ ยโสธร	
11	7	นครศรีธรรมราช สุราษฎร์ธานี ภูเก็ต กระบี่ พังงา ระนอง ชุมพร	7	นครศรีธรรมราช สุราษฎร์ธานี ภูเก็ต กระบี่ พังงา ระนอง ชุมพร	
12	6	สงขลา สตูล พัทลุง ปัตตานี ยะลา นราธิวาส	7	สงขลา สตูล ตรัง พัทลุง ปัตตานี ยะลา นราธิวาส	
รวม	72		76		

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ส่งแบบประเมินตามโปรแกรม ปี พ.ศ. 2565 รวมทั้งสิ้น 72 แห่ง และ ปี พ.ศ.2566 รวมทั้งสิ้น 76 แห่ง โดยจำแนกขนาดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

	ปี 2565	ปี 2566
ขนาด สสจ.	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
S	11 (15.3)	12 (15.8)
M	18 (25)	18 (23.7)
L	20 (27.8)	21 (27.6)
XL / Extra-XL	23 (31.9)	25 (32.9)
รวม(แห่ง)	72	76

จำนวน 5 ขนาดนั้น พบว่าในปี 2565 ขนาดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดใช้ S M L XL และ Ex-XL ที่ประเมินตนเองเข้าในโปรแกรมฯ จำนวน 11 แห่ง (15.3%) 18 แห่ง (25%) 20 แห่ง (27.8%) และ 23 แห่ง (31.9%) ตามลำดับ และในปี 2566 ขนาดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดใช้ S M L XL และ Ex-XL ที่ประเมินตนเองเข้าในโปรแกรมฯ จำนวน 12 แห่ง (15.8%) 18 แห่ง (23.7%) 21 แห่ง (27.6%) และ 25 แห่ง (32.9%) ตามลำดับ

จากตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่มีการประเมินตนเองเข้าในโปรแกรมฯ จำนวน 72 และ 76 แห่งจาก 12 เขตสุขภาพ ในปี 2565 และปี 2566 ตามลำดับ เมื่อแบ่งตามขนาดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ที่มีการแบ่งตามที่สำนักงานปลัดกระทรวงกำหนดไว้

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของการประเมินตนเองของหน่วยงานที่ประเมินตามโปรแกรมมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา

ตารางที่ 3 จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินงานเพื่อมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา 4 มิติ และหัวข้อย่อยในแต่ละมิติ ปี 2565 และ 2566

มาตรฐานความปลอดภัยด้านยา 4 มิติ	จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (ร้อยละ)	
	ปี 2565	ปี 2566
1. มิติการบริหารจัดการระบบความปลอดภัยระดับจังหวัด		
1.1) มีคณะกรรมการมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาระดับจังหวัด	43 (59.7)	69 (90.7)
1.2) มีนโยบายในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยด้านยาของจังหวัดที่ชัดเจน และ มีการจัดทำแผน หรือโครงการเพื่อบรรลุมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาใน รพ.	28 (38.8)	57 (75)
1.3) มีการประชุมคณะกรรมการมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาระดับจังหวัดอย่างน้อย 2 ครั้ง/ปี	18 (25)	50 (65.7)
1.4) มีการกำกับ ติดตาม แก้ไข และพัฒนาคุณภาพ ความปลอดภัยด้านยา ร่วมกับรพ. อย่างต่อเนื่อง โดยประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาใน รพ. อย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี	20 (27.77)	50 (65.7)
1.5) มีการจัดประชุมเภสัชกรของ รพ. และผู้เกี่ยวข้อง เพื่อถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานความปลอดภัยด้านยาระดับจังหวัด และนำเสนอผลการดำเนินงานต่อผู้บริหาร	18 (25)	28 (36.8)
2. มิติการกำกับดูแลการคัดเลือกยาเข้าโรงพยาบาล		
2.1) มีคณะกรรมการเพื่อจัดทำกรอบบัญชียาร่วมระดับจังหวัด	62 (86.1)	73 (96.1)
2.2) มีการประชุมคณะกรรมการจัดทำกรอบบัญชียาร่วมระดับจังหวัด อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง (มีรายงานการประชุม)	43 (59.7)	59 (77.6)
2.3) จัดทำกรอบบัญชียาร่วมระดับจังหวัด และหน่วยบริการแต่ละระดับ และมีการ Update ทุกปี (มีข้อมูล 3 ปีย้อนหลัง) และ มีหลักเกณฑ์การพิจารณาเข้าและออกจากบัญชียาที่ชัดเจน	36 (50)	39 (51.3)
2.4) ใช้ข้อมูลความเสี่ยง หรือความคลาดเคลื่อนทางยา เพื่อประกอบการพิจารณาเข้า และออกจากบัญชียา	37 (51.4)	28 (36.8)
2.5) มีการกำกับ ติดตาม แก้ไข และพัฒนา เพื่อให้ รพ. มีรายการยาในบัญชียาหลักแห่งชาติตามเกณฑ์ RDU Hospital และมาตรฐาน service plan สำหรับบริการผู้ป่วย อย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี	43 (59.7)	30 (39.5)
ข้อ 3 มิติการจัดซื้อยาคล้งเวชภัณฑ์		
3.1) มีคณะกรรมการบริหารเวชภัณฑ์ระดับจังหวัด	66 (91.7)	74 (97.3)
3.2) มีการกำหนดนโยบาย / แผนงาน ในการบริหารเวชภัณฑ์ระดับจังหวัด	60 (83.3)	69 (90.7)
3.3) มีการประชุมคณะกรรมการบริหารเวชภัณฑ์อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	52 (72.2)	62 (81.5)

ตารางที่ 3 จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินงานเพื่อมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา 4 มิติ และหัวข้อย่อยในแต่ละมิติ ปี 2565 และ 2566 (ต่อ)

มาตรฐานความปลอดภัยด้านยา 4 มิติ	จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (ร้อยละ)	
	ปี 2565	ปี 2566
ข้อ 3 มิติการจัดซื้อยาคลังเวชภัณฑ์		
3.4) มีการประเมิน กำกับ ติดตามหน่วยบริการระดับอำเภอทุกแห่ง ผ่านการ นิเทศงาน ตรวจสอบภายใน ตรวจสอบการหรือวิธีอื่น อย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี	61 (84.7)	61 (80.2)
3.5) มีรายงานผลการประเมิน สรุปลวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยลดความ เสี่ยง เสนอผู้บริหาร	41 (56.9)	37 (48.6)
ข้อ 4 มิติเภสัชกรรมปฐมภูมิ		
4.1) มีคณะกรรมการขับเคลื่อนงานเภสัชกรรมปฐมภูมิระดับจังหวัด	48 (66.6)	62 (81.5)
4.2) มีการจัดทำแผน โครงการเพื่อขับเคลื่อนงานเภสัชกรรมปฐมภูมิของจังหวัด	45 (62.5)	46 (60.5)
4.3) มีการประชุมคณะกรรมการขับเคลื่อนงานเภสัชกรรมปฐมภูมิระดับจังหวัด อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง	34 (47.2)	41 (53.9)
4.4) มีการกำกับ นิเทศ ติดตามการดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิในระดับอำเภอ ผ่านการนิเทศ ตรวจสอบการ หรือ วิธีการอื่น อย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี	44 (61.1)	32 (42.1)
4.5) มีการสรุปผล ถอดบทเรียน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน ผ่านเวที ประชุมวิชาการของจังหวัด	23 (31.9)	13 (17.1)

จากตารางที่ 3 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีการประเมินตนเองตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาจำนวน 72 แห่ง เมื่อพิจารณาแต่ละมิติ พบว่า

มิติที่ 1 มิติการบริหารจัดการระบบความปลอดภัยระดับจังหวัด พบว่า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีการบริหารจัดการระบบความปลอดภัยด้านยาในแต่ละหัวข้อย่อยดังนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีคณะกรรมการมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาระดับจังหวัดแล้ว จำนวน 43 และ 69 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 59.7, 90.7 ในปี 2565, 2566 ตามลำดับ มีนโยบายในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยด้านยาของจังหวัดที่ชัดเจนรวมถึงมีการจัดทำแผนหรือโครงการเพื่อบรรลุมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาล จำนวน 28, 57 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 38.8, 75 ในปี 2565, 2566 ตามลำดับ มีการประชุมคณะกรรมการมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาระดับจังหวัด อย่างน้อย 2 ครั้ง/

ปี จำนวน 18, 50 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 25, 65.7 ในปี 2565, 2566 ตามลำดับ ที่มีการกำกับ ติดตาม แก้ไขและพัฒนาคุณภาพความปลอดภัยด้านยาร่วมกับโรงพยาบาล อย่างต่อเนื่อง โดยประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี จำนวน 20, 50 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 27.7, 65.7 ในปี 2565, 2566 ตามลำดับ และมีการจัดประชุมเภสัชกรของโรงพยาบาลและผู้เกี่ยวข้อง เพื่อถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานความปลอดภัยด้านยาระดับจังหวัด และนำเสนอผลการดำเนินงานต่อผู้บริหาร จำนวน 18, 28 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 25, 36.8 ในปี 2565, 2566 ตามลำดับ

มิติที่ 2 มิติการกำกับดูแลการคัดเลือกยาเข้าโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีการกำกับในแต่ละหัวข้อย่อย พบว่า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่มีคณะกรรมการเพื่อจัดทำกรอบบัญชียาพร้อมระดับ

จังหวัดแล้วจำนวน 62, 73 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 86.1, 96.1 ในปี 2565, 2566 ตามลำดับ ที่มีการประชุม คณะกรรมการจัดทำกรอบบัญชีาร่วมระดับจังหวัด อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง (มีรายงานการประชุม) จำนวน 43, 59 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 59.7, 77.6 ในปี 2565, 2566 ตามลำดับ มีการจัดทำกรอบบัญชีาร่วมระดับ จังหวัดและหน่วยบริการแต่ละระดับ และมีการ Update ทุกปี(มีข้อมูล 3 ปีย้อนหลัง) และมีหลักเกณฑ์ การพิจารณาเข้าและออกจากบัญชีรายการยา ที่ชัดเจน จำนวน 36, 39 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 50, 51.3 ในปี 2565, 2566 ตามลำดับ ที่มีการใช้ข้อมูล ความเสี่ยง หรือความคลาดเคลื่อนทางยา เพื่อ ประกอบการพิจารณาเข้าและออกจากบัญชี จำนวน 37, 28 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 51.4, 36.8 ในปี 2565, 2566 ตามลำดับ และที่มีการกำกับ ติดตาม แก้ไข และ พัฒนา เพื่อให้โรงพยาบาลมีรายการยาในบัญชียาหลัก แห่งชาติตามเกณฑ์ RDU Hospital และมาตรฐาน service plan สำหรับบริการผู้ป่วย อย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี จำนวน 43, 30 แห่ง คิดเป็น ร้อยละ 59.7, 39.5 ในปี 2565, 2566 ตามลำดับ

มิติที่ 3 มิติการจัดซื้อยาและคลังเวชภัณฑ์ พบว่า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีการจัดการในแต่ละ หัวข้อย่อยดังนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่มี คณะกรรมการบริหารเวชภัณฑ์ระดับจังหวัด จำนวน 66, 74 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 91.7, 97.3 ในปี 2565, 2566 ตามลำดับ ที่มีการกำหนดนโยบาย/แผนงาน ในการบริหารเวชภัณฑ์ระดับจังหวัด จำนวน 60, 69 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 83.3, 90.7 ในปี 2565, 2566 ตามลำดับ ที่มีการประชุมคณะกรรมการบริหาร เวชภัณฑ์อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง จำนวน 52, 62 แห่ง

คิดเป็น ร้อยละ 72.2, 81.5 ในปี 2565, 2566 ตามลำดับ ที่มีการประเมิน กำกับ ติดตามหน่วยบริการ ระดับอำเภอทุกแห่ง ผ่านการนิเทศงาน ตรวจสอบ ภายใน ตรวจราชการ หรือวิธีอื่น อย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี จำนวน 61, 61 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 84.7, 80.2 ในปี 2565, 2566 ตามลำดับ และที่มีรายงานผล การประเมิน สรุปวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยง และปัจจัย ลดความเสี่ยง เสนอผู้บริหาร จำนวน 41, 37 แห่ง คิดเป็น ร้อยละ 56.9, 48.6 ในปี 2565, 2566 ตามลำดับ

มิติที่ 4 มิติเภสัชกรรมปฐมภูมิ สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด โดยพิจารณาแต่ละหัวข้อย่อย พบว่า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่มีคณะกรรมการ ขับเคลื่อนงานเภสัชกรรมปฐมภูมระดับจังหวัด จำนวน 48, 62 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 66.6, 81.5 ในปี 2565, 2566 ตามลำดับ ที่มีการจัดทำแผน โครงการเพื่อ ขับเคลื่อนงานเภสัชกรรมปฐมภูมิของจังหวัด จำนวน 45, 46 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 62.5, 60.5 ในปี 2565, 2566 ตามลำดับ ที่มีการประชุมคณะกรรมการ ขับเคลื่อนงานเภสัชกรรมปฐมภูมระดับจังหวัด อย่างน้อย ปีละ 2 ครั้ง จำนวน 34, 41 แห่ง คิดเป็น ร้อยละ 47.2, 53.9 ในปี 2565, 2566 ตามลำดับ ที่มีการกำกับ นิเทศ ติดตามการดำเนินงานเภสัชกรรมปฐม ภูมิในระดับอำเภอ ผ่านการนิเทศ ตรวจราชการ หรือ วิธีกรอื่น อย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี จำนวน 44, 32 แห่ง คิดเป็น ร้อยละ 61.1, 42.1 ในปี 2565, 2566 ตามลำดับ และที่มีการสรุปผล ถอดบทเรียน และ แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน ผ่านเวทีประชุม วิชาการของจังหวัด จำนวน 23, 13 แห่ง คิดเป็น ร้อยละ 31.9, 17.1 ในปี 2565, 2566 ตามลำดับ

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยผลการประเมินตนเองตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดดำเนินงาน
จำแนกตามขนาดสสจ. ปี 2565

มาตรฐานความปลอดภัยด้านยา 4 มิติ	ค่าเฉลี่ยผลการประเมินตนเองตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดดำเนินงานจำแนกตามขนาดสสจ. ปี 2565 ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน				p value
	S	M	L	XL/ Extra-XL	
การบริหารจัดการระบบความปลอดภัย ระดับจังหวัด	1.45±1.44	1.67±1.88	2.00±1.89	1.78±1.65	0.858
การกำกับดูแลการคัดเลือกยาเข้าโรงพยาบาล	3.55±1.69	2.33±1.64	3.20±1.91	3.30±1.69	0.218
การจัดซื้อยาลังเวชภัณฑ์	4.18±1.25	3.72±1.45	3.70±1.69	4.04±1.30	0.732
เภสัชกรรมปฐมภูมิ	2.09±1.58	2.50±1.76	2.90±2.2	2.96±1.89	0.586
ภาพรวม	2.82±1.18	2.56±1.33	2.95±1.48	3.02±1.16	0.703

จากตารางที่ 4 พบว่าค่าเฉลี่ยผลการประเมินตนเองตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดดำเนินงานจำแนกตามขนาด สสจ. ปี 2565

ในมิติการบริหารจัดการระบบความปลอดภัย ระดับจังหวัด มีค่าเฉลี่ยผลการประเมินตนเอง 1.45, 1.67, 2 และ 1.78 จำแนกตามขนาดสำนักงานสาธารณสุขขนาด S , M, L, XL/ Extra-XL ตามลำดับ p-value 0.858 ค่าเฉลี่ยของผลการประเมินตนเองตามมิติการบริหารจัดการระบบความปลอดภัย ระดับจังหวัด ในแต่ละขนาดสำนักงานสาธารณสุขไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ $p\text{-value} < 0.05$

ในมิติการกำกับดูแลการคัดเลือกยาเข้าโรงพยาบาล มีค่าเฉลี่ยผลการประเมินตนเอง 3.55, 2.33, 3.20 และ 3.30 จำแนกตามขนาดสำนักงานสาธารณสุขขนาด S , M, L, XL/ Extra-XL ตามลำดับ p-value 0.218 ค่าเฉลี่ยของผลการประเมินตนเองตาม

มิติการกำกับดูแลการคัดเลือกยาเข้าโรงพยาบาล ในแต่ละขนาดสำนักงานสาธารณสุขไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ $p\text{-value} < 0.05$

ในมิติการจัดซื้อยาลังเวชภัณฑ์มีค่าเฉลี่ยผลการประเมินตนเอง 4.18, 3.72 , 3.70 และ 4.04 จำแนกตามขนาดสำนักงานสาธารณสุขขนาด S , M, L, XL/ Extra-XL ตามลำดับ p-value 0.732 ค่าเฉลี่ยของผลการประเมินตนเองตามมิติการจัดซื้อยาลังเวชภัณฑ์ในแต่ละขนาดสำนักงานสาธารณสุขไม่มีความแตกต่างอย่าง มีนัยสำคัญที่ $p\text{-value} < 0.05$

ในมิติเภสัชกรรมปฐมภูมิ มีค่าเฉลี่ยผลการประเมินตนเอง 2.09, 2.50, 2.90 และ 2.96 จำแนกตามขนาดสำนักงานสาธารณสุขขนาด S , M, L, XL/ Extra-XL ตามลำดับ p-value 0.586 ค่าเฉลี่ยของผลการประเมินตนเองตามมิติเภสัชปฐมภูมิ ในแต่ละขนาดสำนักงานสาธารณสุขไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ $p\text{-value} < 0.05$

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยผลการประเมินตนเองตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดดำเนินงาน
จำแนกตามขนาดสสจ. ปี 2566

มาตรฐานความปลอดภัยด้านยา 4 มิติ	ค่าเฉลี่ยผลการประเมินตนเองตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดดำเนินงานจำแนกตามขนาดสสจ. ปี 2566 ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน				<i>p</i> <i>value</i>
	S	M	L	XL/Extra-XL	
การบริหารจัดการระบบความปลอดภัย ระดับจังหวัด	3.25±1.7	4.06±1.2	3.24±1.7	2.96±1.9	0.199
การกำกับดูแลการคัดเลือกยาเข้าโรงพยาบาล	3.58±1.4	2.89±1.7	2.76±1.3	3.04±1.6	0.497
การจัดซื้อยาลดลงเวชภัณฑ์	4.17±1.3	4.28±1.0	4.05±1	3.64±1.5	0.359
เภสัชกรรมปฐมภูมิ	1.92±1.6	3.06±1.9	2.52±1.7	2.52±1.8	0.387
ภาพรวม	3.23±0.98	3.57±0.91	3.14±0.96	3.04±1.37	0.468

จากตารางที่ 5 พบว่าค่าเฉลี่ยผลการประเมินตนเองตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดดำเนินงานจำแนกตามขนาดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ปี 2566

ในมิติการบริหารจัดการระบบความปลอดภัยระดับจังหวัด มีค่าเฉลี่ยผลการประเมินตนเอง 3.25, 4.06, 3.24 และ 2.96 จำแนกตามขนาดสำนักงานสาธารณสุขขนาด S , M, L, XL/Extra-XL ตามลำดับ *p-value* 0.199 ค่าเฉลี่ยของผลการประเมินตนเองตามมิติการบริหารจัดการระบบความปลอดภัย ระดับจังหวัด ในแต่ละขนาดสำนักงานสาธารณสุขไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ *p-value* <0.05

ในมิติการกำกับดูแลการคัดเลือกยาเข้าโรงพยาบาล มีค่าเฉลี่ยผลการประเมินตนเอง 3.58, 2.89, 2.76 และ 3.04 จำแนกตามขนาดสำนักงานสาธารณสุขขนาด S , M, L, XL/Extra-XL ตามลำดับ *p-value* 0.497 ค่าเฉลี่ยของผลการประเมินตนเองตาม

มิติการกำกับดูแลการคัดเลือกยาเข้าโรงพยาบาล ในแต่ละขนาดสำนักงานสาธารณสุขไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ *p-value* <0.05

ในมิติการจัดซื้อยาลดลงเวชภัณฑ์ มีค่าเฉลี่ยผลการประเมินตนเอง 4.17, 4.28 ,4.05 และ 3.64 จำแนกตามขนาดสำนักงานสาธารณสุขขนาด S , M, L, XL/Extra-XL ตามลำดับ *p-value* ค่าเฉลี่ยของผลการประเมินตนเองตามมิติการจัดซื้อยาลดลงเวชภัณฑ์ในแต่ละขนาดสำนักงานสาธารณสุขไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ *p-value* <0.05

ในมิติเภสัชกรรมปฐมภูมิ มีค่าเฉลี่ยผลการประเมินตนเอง 1.92, 3.06, 2.52 และ 2.52 จำแนกตามขนาดสำนักงานสาธารณสุขขนาด S , M, L, XL/Extra-XL ตามลำดับ *p-value* 0.468 ค่าเฉลี่ยของผลการประเมินตนเองตามมิติเภสัชกรรมปฐมภูมิ ในแต่ละขนาดสำนักงานสาธารณสุขไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ *p-value* <0.05

ตารางที่ 6 ตารางเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลการประเมินตนเองตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในสำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดดำเนินงานจำแนกตามขนาดสสจ. ปี พ.ศ.2565 และ พ.ศ. 2566

มาตรฐาน	ค่าเฉลี่ยผลการประเมินตนเองตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดดำเนินงานจำแนกตามขนาดสสจ. ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน				p-value	ผลต่างค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t	p-value
ความปลอดภัยด้านยา 4 มิติ	S	M	L	XL/Extra-XL				
ปี 2565	2.82±1.18	2.56±1.33	2.95±1.48	3.02±1.16	0.703	0.42±1.32	2.69	0.01
ปี 2566	3.23±0.98	3.57±0.91	3.14±0.96	3.04±1.37	0.468			

จากตารางที่ 6 แสดงค่าเฉลี่ยรวมผลการประเมินตนเองตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดดำเนินงาน ในปี พ.ศ. 2565 คือ 2.82, 2.56, 2.95 และ 3.02 จำแนกตามขนาดสำนักงานสาธารณสุขขนาด S , M, L, XL/Extra-XL ตามลำดับ ในปี พ.ศ. 2566 คือ 3.23, 3.57, 3.14 และ 3.04 จำแนกตามขนาดสำนักงานสาธารณสุขขนาด S , M, L, XL/Extra-XL ตามลำดับ ผลต่างค่าเฉลี่ยรวมผลการประเมินตนเองตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดดำเนินงานในปี 2565 และ 2566 คือ 0.42 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ $p\text{-value} < 0.05$

สรุปและอภิปรายผล

การประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาจากข้อมูลสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 72 และ 76 แห่ง ในปี ปังบประมาณ พ.ศ.2565 และ ปี พ.ศ. 2566 ตามลำดับ พบว่า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีคะแนนการประเมินมาตรฐานความปลอดภัยทั้ง 4 มิติ โดยให้ความสำคัญกับ 2 มิติ คือ มิติการกำกับดูแลการคัดเลือกยาเข้าโรงพยาบาลและมิติการจัดซื้อยากลับเวชภัณฑ์ (ฉัตรภรณ์ ชุ่มจิต และ เยาวลักษณ์ อ่ำราไพ, 2552) ส่วนอีก 2 มิติให้ความสำคัญรองลงมา คือ การบริหารจัดการระบบความปลอดภัยด้านยาระดับจังหวัดและมิติเภสัชกรรมปฐมภูมิ และเมื่อเปรียบเทียบผลการประเมินในปีงบประมาณ พ.ศ.

2565 ซึ่งเป็นปีแรกที่มีการประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกับปี พ.ศ. 2566 พบว่า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดส่วนใหญ่มีคะแนนการประเมินในทุกมิติ/ทุกหัวข้อสูงขึ้น ยกเว้น มิติการกำกับดูแลการคัดเลือกยาเข้าโรงพยาบาล หัวข้อ “ใช้ข้อมูลความเสี่ยงหรือความคลาดเคลื่อนทางยา” (37, 28 แห่ง) และ หัวข้อ “มีการกำกับ ติดตาม แก้ไข และพัฒนา เพื่อให้โรงพยาบาลมีรายการยาในบัญชียาหลัก” (43, 30 แห่ง) มิติการจัดซื้อยากลับเวชภัณฑ์ หัวข้อ “มีรายงานผลการประเมิน สรุปลวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงเสนอผู้บริหาร” (41, 37 แห่ง) และมิติเภสัชกรรมปฐมภูมิ (ภัทรอนงค์ จงศิริเลิศ, 2557) หัวข้อ “มีการกำกับ นิเทศ ติดตามการดำเนินงาน” (44, 32 แห่ง) และ หัวข้อ “มีการสรุปผล ถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้” (23, 13 แห่ง) ตามลำดับ (บรรณสรณ์ เตชะจำเริญสุข และ ชัชวินทร์ อัจฉานนท์, 2567)

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลการประเมินตนเองตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พบว่า ความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยผลการประเมินฯ ในทุกมิติเมื่อเปรียบเทียบกับขนาดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด S, M, XL และ XL/Ex-XL ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยในภาพรวมการประเมินของทั้ง 4 มิติระหว่างปี พ.ศ. 2565 กับ 2566 พบว่ามีความแตกต่างกัน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกขนาดในทุกแห่งให้ความสำคัญกับการดำเนินงานตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในทุกมิติ และเมื่อมีการประเมินมาตรฐานความปลอดภัย ด้านยาอย่างต่อเนื่อง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จึงเห็นความสำคัญต่อการพัฒนามาตรฐานความปลอดภัย รวมถึงสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้ทำหนังสือขอความร่วมมือให้สำนักงานเขตสุขภาพ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแต่งตั้งคณะทำงานเพื่อคัดเลือกสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่มีผลการประเมินตนเองคะแนนสูง และมีการจัดทีมลงพื้นที่ประเมินอีก และเสนอรายชื่อลำดับที่ 1 – 3 ต่อเขตสุขภาพ เพื่อให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขประกาศและเข้ารับรางวัลระดับประเทศ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. จากผลการศึกษาค้นคว้านี้ สามารถสะท้อนข้อมูลผลการประเมินตนเองตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา ที่ครอบคลุมในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ

2. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเห็นควรให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ได้ตระหนักเห็นความสำคัญและจัดทำเป็นนโยบายให้ชัดเจนทั้งในระดับจังหวัด ระดับเขตสุขภาพ และระดับประเทศ

ข้อเสนอแนะการศึกษาค้นคว้าครั้งต่อไป

เขตสุขภาพหรือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขควรมีการทบทวนในอนาคต เพื่อให้ทราบปัจจัยความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะต่อการพัฒนางานมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาให้ประสบความสำเร็จ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ เกสัชกรของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัดและผู้เกี่ยวข้องที่ให้ข้อมูล รศ.ดร.ภญ.พัชร์วิภา สุวรรณพรหม คณะเภสัชศาสตร์

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ภก.กิตติศักดิ์ ไททอง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ภญ. สุพธินี เรืองสุพันธ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา และ ภญ.รุจิพัชร ยิ่งกิจวิวัฒน์ กองบริหารการสาธารณสุข ที่ร่วมจัดทำและให้ข้อเสนอแนะเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

กองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

(2564). คู่มือการใช้งานโปรแกรมประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาล และสำนักงานสาธารณสุข. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 25 มิถุนายน 2567].

เข้าถึงได้จาก <https://dmsic.moph.go.th/index/downloadlist/3/0>.

กองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

(2553). เกสัชกรรม : รายงานสรุปการประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาของโรงพยาบาล. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 25 มิถุนายน 2567]. เข้าถึงได้จาก<http://phdbreport.moph.go.th/hssd1/>

กิตติ พิทักษ์นิตินันท์ และ ภัทรอนงค์ จงศิริเลิศ

(2555). การประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาของโรงพยาบาลภาครัฐ. วารสาร เกสัชกรรมคลินิก. 2555; ปีที่ 19 ฉบับที่ 2-3 (พฤษภาคม - ธันวาคม 2555): 81-111.

กิตติ พิทักษ์นิตินันท์ และ ภัทรอนงค์ จงศิริเลิศ

(2564). การประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาของโรงพยาบาลภาครัฐ. วารสาร เกสัชกรรมคลินิก. 2554; ปีที่ 18 ฉบับที่ 1 (มกราคม - เมษายน 2554): 123-131.

คณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

(2558). คู่มือการดำเนินงานโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use Hospital Manual). นนทบุรี : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

ฉัตรภรณ์ ชุ่มจิต และ เยาวลักษณ์ อ่ำราไพ (2552).

การจัดการระบบยาเพื่อความปลอดภัยด้านยาใน
โรงพยาบาล:บทวิเคราะห์ปัญหาและโอกาสใน
การพัฒนา. Thai Pharmaceutical and
Health Science Journal.2009. Vol. 4 No. 1,
Jan. – Mar. 2009:127-135.

บรรณสรณ์ เตชะจำเริญสุข และ ชัยนิษฐ์ อัจฉานนท์

(2567). การบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์เพื่อ
คุณภาพระบบยาและความปลอดภัยโรงพยาบาล
ค้นจาก [https://www.researchgate.net/
publication/343808847_Review_article
_karbriharkhlangyalaewechphant
Hpheuxkhunphaphrabyalaekhwam
Plxdphayrongphyabal_bthkhwamkar
suksatxneuxngthangphesachsastr](https://www.researchgate.net/publication/343808847_Review_article_karbriharkhlangyalaewechphant_Hpheuxkhunphaphrabyalaekhwam_Plxphayrongphyabal_bthkhwamkar_suksatxneuxngthangphesachsastr)
เมื่อวันที่ 20 พฤษภาคม 2567.

ภัทรอนงค์ จงศิริเลิศ (2557). การประเมินมาตรฐาน

ระบบยาของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ
(เอกชน) พื้นที่กรุงเทพมหานคร. วารสาร
เภสัชกรรมคลินิก. ปีที่ 23 ฉบับที่ 3 (กันยายน –
ธันวาคม 2557): 44-55.

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

(2561). เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยของ
ประเทศไทย พ.ศ. 2561 Patient Safety
Goals: SIMPLE Thailand 2018. มีนาคม
2561.

สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ (2555). คู่มือ

คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.
2566.พิมพ์ครั้งที่ 1 กันยายน 2565: สำนักงาน
กิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก
ในพระบรมราชูปถัมภ์.

สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

(2552). มาตรฐานความปลอดภัยด้านยาใน
โรงพยาบาล.กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์บริษัท
บอร์น พู บี พับลิชชิง จำกัด.

ศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านยาและเวชภัณฑ์ กระทรวง

สาธารณสุข (2558). การประเมินมาตรฐานความ
ปลอดภัยด้านยาโรงพยาบาล ปีงบประมาณ
2558. ค้นจาก [https://dmsic.moph.
go.th/index/detail/4611](https://dmsic.moph.go.th/index/detail/4611). เมื่อวันที่ 20
พฤษภาคม 2567.

การศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส ของประชากรกลุ่มเสี่ยง

อนุกฤษ แก้วคุณอก,วท.บ.¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสในด้านความรู้ ด้านเจตคติ และด้านการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรค ในประชากรกลุ่มเสี่ยงติดเชื้อเลปโตสไปโรซิส บ้านสำโรงใหม่ไทยเจริญ หมู่ 21 ตำบลบักดอง อำเภอนาทม จังหวัดศรีสะเกษ ดำเนินการวิจัย ระหว่างวันที่ 3 มกราคม 2567 ถึงวันที่ 20 มีนาคม 2567 การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้แบบสอบถาม โดยมีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 80 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ความถี่ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 63 ช่วงอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง อายุมากกว่า 55 ปีขึ้นไป คิดเป็น ร้อยละ 33 อาชีพส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร ร้อยละ 87.5 ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส เมื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 63.7 ด้านเจตคติ เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ และการป้องกันโรค พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีเจตคติอยู่ใน ระดับดี ร้อยละ 92.5 ด้านการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส การปฏิบัติตนของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 82.5 ข้อมูลพฤติกรรมในแต่ละด้านของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่ดี แต่ยังมีกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมไม่ถูกต้อง ถึงแม้กลุ่มนี้เป็นส่วนน้อยก็ต้องให้ความสำคัญและดำเนินการแก้ไขปัญหา เพื่อให้ประชาชนมีพฤติกรรมที่ถูกต้องในการป้องกันโรค ซึ่งกระบวนการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมและเป็นที่ยอมรับ ได้แก่ การวางแผนงานแก้ปัญหาโดยให้ชุมชนมีส่วนร่วม ด้วยวิธี AIC (Appreciation Influence Control) ได้แก่ ร่วมคิด ร่วมวิเคราะห์ และร่วมตัดสินใจ

คำสำคัญ: พฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส, ประชากรกลุ่มเสี่ยง

¹ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสำโรงเกียรติ อำเภอนาทม จังหวัดศรีสะเกษ
Email: anuluk2009@hotmail.com

Study of behavior to prevent leptospirosis of the population at risk

Anuluk Kaewkunog, B.Sc.¹

Abstract

This research aimed to study the behavior of leptospirosis prevention in terms of knowledge, attitude, and practice regarding disease prevention in the population at risk of leptospirosis infection, Ban Samrong Mai Thai Charoen, Village No. 21, Bakdong Subdistrict, Khun Han District, Si Sa Ket Province. The research was conducted between January 3, 2024 and March 20, 2024. The data collection used a questionnaire with a sample of 80 people. The data were analyzed using descriptive statistics, including mean, percentage, frequency, and standard deviation.

The data that was analyzed found that the majority of the sample was male, 63 percent. Most of the age groups were over 55 years old, accounting for 33 percent. Most occupations were farmers, 87.5 percent. In terms of knowledge about leptospirosis. When the information obtained was analyzed It was found that the majority of the sample had a high level of knowledge, 63.7%, in terms of attitudes regarding the causes, symptoms, and prevention of disease. It was found that the majority of the sample had a good attitude, 92.5%, regarding their practices to prevent leptospirosis. When the data was analyzed, it was found that the behavior of the majority of the sample group was at a good level, 82.5 percent. When considering the behavioral data in each aspect of the sample group, the majority was at a good level. But there are still samples of people who behave incorrectly. Even though this group is small. You should find guidelines or create measures to change correct behavior.

KEYWORDS: Behavior to prevent leptospirosis, Population at risk

¹ Public Health Technical Officer, Professional level, Ban Samrongkiat Subdistrict Health Promoting Hospital,

Si Sa Ket Province, Email: anuluk2009@hotmail.com

บทนำ

โรคเลปโตสไปโรซิส (leptospirosis) หรือโรคฉี่หนู, โรคไข้นุหนุ เป็นโรคติดเชื้อในเลือดชนิดรับจากสัตว์ชนิดหนึ่ง เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย *Leptospira* ผู้ป่วยอาจมีอาการเพียงเล็กน้อย เช่น ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ มีไข้ ไปจนถึงมีอาการรุนแรง เช่น เลือดออกในเนื้อปอด หรือเยื่อหุ้มสมองอักเสบ เป็นต้น โรคฉี่หนูชนิดเฉียบพลันรุนแรงมีชื่อเรียกอีกชื่อว่ากลุ่มอาการเวล Weil's syndrome สามารถทำให้ผู้ป่วยมีตับวาย ตัวเหลือง ไตวาย และเลือดออกในหลายอวัยวะได้ หากทำให้มีเลือดออกในเนื้อปอด จะมีชื่อเรียกอีกชื่อว่า "กลุ่มอาการเลือดออกในปอดรุนแรง" severe pulmonary haemorrhage syndrome เชื้อ *Leptospira* มีอยู่หลายชนิด เฉพาะชนิดที่ทำให้เกิดโรคในมนุษย์ได้มีมากกว่า 10 ชนิด สามารถติดโรคได้ในสัตว์หลายชนิดทั้งที่เป็นสัตว์ป่าและสัตว์เลี้ยง เช่น สุัข หนู โค กระบือ สุกร แพะ แกะ เป็นต้น แต่พบมากในสัตว์กลุ่มหนู ซึ่งเป็นแหล่งรังโรค เชื้อจะถูกปล่อยออกมาจากร่างกายสัตว์พร้อมกับปัสสาวะ มนุษย์อาจรับโรคผ่านการสัมผัสปัสสาวะโดยตรง หรือสัมผัสผ่านน้ำหรือดินที่ปนเปื้อนปัสสาวะสัตว์ เข้ากับเนื้อเยื่อตา ปาก จมูก หรือบาดแผลที่ผิวหนัง ("โรคฉี่หนู," วิกิพีเดีย สารานุกรมเสรี, 2566.)

การป้องกันการติดเชื้อ *Leptospira* ทำได้โดยหลีกเลี่ยงการสัมผัสน้ำหรือสิ่งแวดล้อมเพราะอาจปนเปื้อนปัสสาวะสัตว์ที่อาจมีเชื้อโรคฉี่หนู เช่น การเดินลุยน้ำ ย่ำโคลน หรือการแช่น้ำเป็นระยะเวลานาน โดยเฉพาะถ้ามีบาดแผลตามร่างกายหรือแคร่รอยถลอก รอยขีดข่วน หากจำเป็นต้องเดินลุยน้ำควรสวมรองเท้าบูทเพื่อป้องกันน้ำไม่ให้น้ำถูกบาดแผล และระวังอย่าให้น้ำขังในรองเท้าบูทที่ใส่ กำจัดขยะไม่ให้เป็นที่อยู่อาศัยของหนู กำจัดหนูตามแหล่งที่อยู่อาศัยหลีกเลี่ยงการว่ายน้ำในแหล่งน้ำ ที่อาจมีเชื้อโรคฉี่หนู ปนเปื้อนอยู่ ผู้ที่ทำงานเสี่ยงต่อโรคควรสวมถุงมือยาง รองเท้าบูท หลีกเลี่ยงการทำงานในน้ำ ถ้าต้องลุยน้ำ เป็นเวลานาน

หรือจำเป็นต้องทำงานในสภาวะดังกล่าวควรสวมใส่เครื่องป้องกัน หากไปแช่หรือย่ำน้ำ ที่อาจมีเชื้อโรคฉี่หนูปนเปื้อนอยู่ควรอาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกายโดยเร็วและเช็ดตัวให้แห้ง ("โรคฉี่หนูภัยที่มากับหน้าฝน," สารสุขภาพ. โรงพยาบาลศิริราชปิยมหาราชการุณย์, 2565)

ระบาดวิทยาของโรคฉี่หนูในประเทศไทย นายแพทย์ใช้ ญนิพันธุ์ เป็นผู้รายงานว่า พบผู้ป่วยโรคฉี่หนูเป็นครั้งแรกในประเทศไทย และตีพิมพ์ในจดหมายเหตุของแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย (จพสท.) เมื่อ พ.ศ. 2485 ได้รายงานว่ามีผู้ป่วยจำนวน 4 ราย มารับการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช และเสียชีวิต จำนวน 2 ราย หลังจากนั้นจึงได้มีการรายงานผู้ป่วยโรคฉี่หนู จากทั่วทุกภาคของประเทศไทย แต่จำนวนผู้ป่วยมีมากที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อุบัติการณ์ของโรคฉี่หนูผันแปรตามฤดูกาล โดยพบสูงสุดในช่วงฤดูฝนประมาณเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนตุลาคมของทุกปี สาเหตุมาจากการเกิดน้ำท่วมหรือฝนตกหนัก ทำให้หนูจำนวนมากอพยพหนีน้ำท่วมเข้ามาในนาข้าว หรือในแหล่งน้ำที่ชาวบ้านจับปลา ทำให้เกิดการปนเปื้อนเชื้อโรคของน้ำในนาข้าว และในแหล่งน้ำที่ชาวบ้านลงไปทำงาน ส่วนการระบาดของโรคฉี่หนูในประเทศไทยในช่วงแรกๆ ส่วนใหญ่เกิดขึ้นในภาคใต้ สถานการณ์ของโรคที่ผ่านมามีการระบาดของโรคครั้งใหญ่ๆ จำนวน 2 ครั้ง คือ ในกรุงเทพฯ เมื่อ พ.ศ. 2525 และในภาคใต้ เมื่อ พ.ศ. 2530 เกิดขึ้นภายหลังเกิดอุทกภัยและจากข้อมูลของสำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข พบว่าจากจำนวนผู้ป่วยที่รายงานมาที่กองกระบาดวิทยา ระหว่าง พ.ศ. 2525 ถึง พ.ศ. 2538 มีจำนวนระหว่าง 55 ถึง 272 รายต่อปี คิดเป็น 0.3 ราย ต่อประชากรหนึ่งแสนคน ต่อปีเท่านั้น ต่อมา จำนวนผู้ป่วยเริ่มเพิ่มขึ้นเป็น 398 ราย คิดเป็น 0.65 รายต่อประชากรหนึ่งแสนคนต่อปี ใน พ.ศ. 2539 จำนวนผู้ป่วยยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

และใน พ.ศ. 2543 จำนวนผู้ป่วย เพิ่มขึ้น 14,286 ราย หรือ 23.13 ราย ต่อประชากรหนึ่งแสนคนต่อปี และมีผู้ป่วยเสียชีวิต 362 ราย (ร้อยละ 2.6) หรือคิดเป็น 0.59 รายต่อประชากรหนึ่งแสนคนต่อปี แต่ใน พ.ศ. 2548 พบว่าผู้ป่วยโรคนี้ลดลงเหลือ 2,650 ราย คิดเป็นอัตราป่วย ต่อประชากรหนึ่งแสนคนเท่ากับ 4.28 ราย และมีผู้ป่วยเสียชีวิต 39 ราย หรือเท่ากับ 0.06 รายต่อประชากรหนึ่งแสนคน จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับรายงานข้างต้นนั้นคาดว่าจะต่ำกว่าความเป็นจริง เนื่องจากสำนักระบาดวิทยาไม่ได้รับแจ้งข้อมูลของผู้ป่วยทั้งหมด(“โรคนี้หนู,” สารานุกรมไทยสำหรับเยาวชนฯ, 2566)

ปัจจุบันโรคเลปโตสไปโรซิส ยังเป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของประเทศไทย ถึงแม้จำนวนผู้ป่วยจะไม่มากเท่าในอดีตที่ผ่านมา แต่อัตราการเสียชีวิตมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ จากข้อมูลสถานการณ์โรคของสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ถึง วันที่ 2 ตุลาคม 2566 พบผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรซิสแล้ว จำนวน 2,817 ราย เสียชีวิต จำนวน 32 ราย กลุ่มอายุที่พบผู้ป่วยมากที่สุด คือ กลุ่มอายุ 45-54 ปี รองลงมาคือกลุ่มอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป และกลุ่มอายุ 35-44 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ประกอบอาชีพเกษตรกรที่มีการเดินลุยน้ำย่ำโคลน (“สถานการณ์โรคเลปโตสไปโรซิส,” เจาะลึกระบบสุขภาพ, 2566)

สถานการณ์โรคเลปโตสไปโรซิส (Leptospirosis) จังหวัดศรีสะเกษ ตั้งแต่วันที่ วันที่ 1 มกราคม 2566 ถึงวันที่ 20 กันยายน 2566 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ มีรายงานผู้ป่วยเลปโตสไปโรซิส (Leptospirosis) จำนวนทั้งสิ้น 251 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 17.25 ต่อประชากรแสนคน มีรายงานผู้เสียชีวิต 1 ราย อัตราตายต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 0.07 อัตราผู้ป่วยตายเท่ากับร้อยละ 0.40 พบผู้ป่วยเพศชาย มากกว่าเพศหญิง โดยพบเพศชาย 197 ราย เพศหญิง 54 ราย อัตราส่วนเพศชาย ต่อ เพศหญิง เท่ากับ 3.65 : 1 กลุ่มอายุที่พบสูงสุดคือ กลุ่มอายุ

55-64 ปี อัตราป่วย 39.53 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ กลุ่ม อายุ 65 ปีขึ้นไป, 45-54 ปี, 35-44 ปี, 25-34 ปี, 10-14 ปี และ 15-24 ปี อัตราป่วย 24.25, 18.65, 18.57, 12.25, 5.51 และ 3.10 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ อาชีพที่มีจำนวนผู้ป่วยสูงสุดคือ เกษตร จำนวน 189 ราย พบผู้ป่วยสูงสุดในเดือน สิงหาคม จำนวน 72 ราย โดยมีรายงานผู้ป่วยเดือนมกราคม 16 ราย กุมภาพันธ์ 4 ราย มีนาคม 7 ราย เมษายน 22 ราย พฤษภาคม 17 ราย มิถุนายน 31 ราย กรกฎาคม 60 ราย สิงหาคม 72 ราย และ กันยายน 22 ราย พบผู้ป่วยในเขตเทศบาล 18 ราย ในเขตองค์การบริหารตำบล เท่ากับ 233 ราย พบผู้ป่วยในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลมากกว่าในเขตเทศบาล โดยจำนวนผู้ป่วยในเขต องค์การบริหารส่วนตำบล ร้อยละ 92.83 ส่วนผู้ป่วยในเขตเทศบาล ร้อยละ 7.17 ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ โรงพยาบาลศูนย์ 77 ราย โรงพยาบาลทั่วไป 4 ราย โรงพยาบาลชุมชน 169 ราย และ รพ.สต./หน่วยบริการ สาธารณสุข 1 ราย อำเภอที่มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงสุดคือ อำเภอ ขุขันธ์ อัตราป่วย 59.58 ต่อประชากร แสนคน รองลงมาคือ อำเภอไพรบึง, อำเภอยางชุมน้อย, อำเภอ ปรังค์ภู, อำเภอภูสิงห์, อำเภอขุนหาญ, อำเภอ ศรีรัตนะ, อำเภอวังหิน, อำเภอศีลาลาด, อำเภอ กันทรารมย์, อำเภอบึงบูรพ์, อำเภอห้วยทับทัน, อำเภอ อุทุมพรพิสัย, อำเภอโนนคูณ, อำเภอราชันี้อย่าง, อำเภอ เบญจลักษณ์, อำเภอน้ำเกลี้ยง, อำเภอเมือง, อำเภอ กันทรลักษณ์ และอำเภอพยุห์ อัตราป่วย 50.78, 30.64, 28.74, 23.73, 22.48, 20.72, 15.83, 10.13, 10.07, 9.56, 9.48, 7.64, 7.61, 6.28, 5.56, 4.50, 4.35, 3.97 และ 2.86 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ

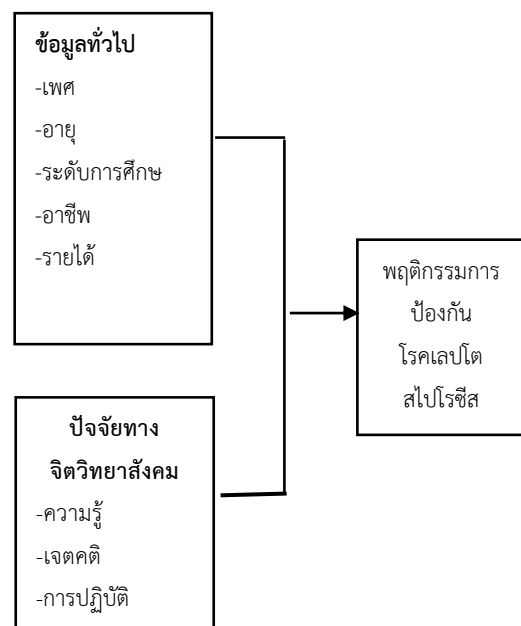
จากการทบทวนข้อมูลรายงานสถานการณ์โรค เลปโตสไปโรซิส (Leptospirosis) ยังมีการตรวจพบ ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสาเหตุของการเกิดโรคมียังคง หลากหลายอย่างที่ควบคุมได้ยาก เช่น ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านการประกอบอาชีพที่เสี่ยงต่อการรับเชื้อ

ปัจจัยเหล่านี้ไม่สามารถควบคุมหรือเปลี่ยนแปลงได้
ปรับเปลี่ยนและเป็นประโยชน์ในระดับบุคคลและ
ครัวเรือนคือปัจจัยด้านพฤติกรรมของบุคคล ผู้วิจัยจึงมี
ความสนใจ และต้องการศึกษาพฤติกรรมการป้องกัน
การป่วยด้วยโรคเลปโตสไปโรซิส ของประชากรกลุ่ม
เสี่ยงต่อการรับเชื้อ ในพื้นที่บ้านสำโรงใหม่ไทยเจริญ
หมู่ 21 ตำบลบักตอง อำเภอนาทม จังหวัดศรีสะเกษ
เพื่อจะได้นำผลการศึกษาวินิจฉัยมาเป็นข้อมูลใช้ในการ
วางแผนการดำเนินงาน ได้ถูกต้อง เหมาะสมและ
มีประสิทธิภาพ เพื่อลดอัตราป่วย อัตราตายด้วย
โรคเลปโตสไปโรซิส (Leptospirosis) ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความรู้ เกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโร
ซิสของประชากรกลุ่มเสี่ยง
2. เพื่อศึกษาเจตคติ เกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโร
ซิสของประชากรกลุ่มเสี่ยง
3. เพื่อศึกษาการปฏิบัติตน ในการป้องกันโรค
เลปโตสไปโรซิสของประชากรกลุ่มเสี่ยง

กรอบแนวคิดการวิจัย



รูปภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

โดยง่าย ปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้หรือดำเนินการ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นวิจัยเชิงพรรณนา

ประชากร ได้แก่ ประชาชนทั่วไปที่มีชื่ออยู่ใน
ทะเบียนราษฎรและอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่บ้านสำโรงใหม่
ไทยเจริญ หมู่ 21 ตำบลบักตอง อำเภอนาทม
จังหวัดศรีสะเกษ

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชากรกลุ่มเสี่ยงติดเชื้อ
โรคเลปโตสไปโรซิส ซึ่งเป็นประชาชนทั่วไปที่มีชื่ออยู่ใน
ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎรและอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่
บ้านสำโรงใหม่ไทยเจริญ หมู่ 21 ตำบลบักตอง อำเภ
อนาทม จังหวัดศรีสะเกษ โดยผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ใน
การคัดเลือกและดำเนินการสำรวจจำนวนกลุ่มตัวอย่าง
ไว้แล้ว

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ต้องอยู่ใน
ข้อใดข้อหนึ่งตามที่กำหนด ดังนี้

1. เกษตรกร ชาวไร่ชาวนา ชาวสวน
2. คนงานฟาร์มเลี้ยงสัตว์ โค สุกร ปลา
3. กรรมกรขุดท่อระบายน้ำ เหมืองแร่ โรงฆ่า
สัตว์

4. กลุ่มอาชีพอื่น ๆ ที่ต้องปฏิบัติงานหรือทำ
กิจกรรมโดยการสัมผัสกับน้ำหรือโคลน

วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างและขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยได้ทำการสำรวจ
และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างไว้แล้ว ซึ่งมีเพียงกลุ่มตัวอย่าง
เดียว โดยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง
(Purposive sampling) มีจำนวนทั้งหมด 80 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ใช้
แบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยศึกษาเอกสารแนวคิด
ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งเป็น 4 ส่วน
ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรค เลปโตสไปโรซิส จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็น 3 คำตอบให้เลือกตอบ ได้แก่ ใช่, ไม่ใช่, และไม่ทราบ ข้อคำถามที่มีความหมายเชิงบวก จำนวน 10 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายเชิงลบ จำนวน 5 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนนเชิงบวก

ตอบ “ใช่” ได้คะแนน 1 คะแนน

ตอบ “ไม่ใช่” ได้คะแนน 0 คะแนน

ตอบ “ไม่ทราบ” ได้คะแนน 0 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนนเชิงลบ

ตอบ “ใช่” ได้คะแนน 0 คะแนน

ตอบ “ไม่ใช่” ได้คะแนน 1 คะแนน

ตอบ “ไม่ทราบ” ได้คะแนน 0 คะแนน

การแบ่งเกณฑ์ความรู้โดยวิธีอิงเกณฑ์ของ Bloom (1956 : 42) จัดคะแนนในภาพรวมได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้ คือ

คะแนนที่ > 79 % ระดับสูง/ดี/มาก

คะแนนที่ 60 – 79 % ระดับปานกลาง

คะแนนที่ < 60 % ระดับต่ำ/ไม่ดี/น้อย

เกณฑ์การแปลผลความหมายของช่วงคะแนนในแต่ละกลุ่มช่วงคะแนน ที่ตรงกับลักษณะของระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส

ช่วงคะแนน แปลผล

คะแนนเฉลี่ย 12–15 มีความรู้ระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 9–11 มีความรู้ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 0–8 มีความรู้ระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ และการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส ลักษณะของแบบสอบถาม มีคำตอบให้เลือก 3 ตัวเลือก ได้แก่ เห็นด้วย, ไม่เห็นใจ, และไม่เห็นด้วยจำนวน 10 ข้อ ใช้มาตราวัดแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ แต่ละคำมีความหมาย ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนนเชิงบวก

ตอบ “เห็นด้วย” ได้คะแนน 3 คะแนน

ตอบ “ไม่เห็นใจ” ได้คะแนน 2 คะแนน

ตอบ “ไม่เห็นด้วย” ได้คะแนน 1 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนนเชิงลบ

ตอบ “เห็นด้วย” ได้คะแนน 1 คะแนน

ตอบ “ไม่เห็นใจ” ได้คะแนน 2 คะแนน

ตอบ “ไม่เห็นด้วย” ได้คะแนน 3 คะแนน

การแบ่งกลุ่ม (ระดับคะแนน) โดยวิธีอิงเกณฑ์ของ Bloom (1956 : 42) จัดคะแนนในภาพรวมได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนที่ > 79 % ระดับสูง/ดี/มาก

คะแนนที่ 60 – 79 % ระดับปานกลาง

คะแนนที่ < 60 % ระดับต่ำ/ไม่ดี/น้อย

เกณฑ์การแปลความหมายของลักษณะที่ตรงกับเจตคติเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ และการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส

คะแนนที่ 24–30 มีเจตคติ ระดับดี

คะแนนที่ 18–23 มีเจตคติ ระดับปานกลาง

คะแนนที่ 10–17 มีเจตคติระดับน้อยหรือไม่มี

ส่วนที่ 4 การวัดการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเลปโตสไปโรซิส ลักษณะของแบบสอบถาม มี 4 ตัวเลือก ได้แก่ ปฏิบัติทุกครั้ง, ปฏิบัติบ่อยครั้ง, ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง, และไม่เคยปฏิบัติ จำนวน 15 ข้อ โดยใช้มาตราวัดแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) แบ่งเป็น 4 ระดับ แต่ละคำมีความหมาย ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนนเชิงบวก

ตอบ “ปฏิบัติทุกครั้ง” ได้คะแนน 4 คะแนน

ตอบ “ปฏิบัติบ่อยครั้ง” ได้คะแนน 3 คะแนน

ตอบ “ปฏิบัตินานๆครั้ง” ได้คะแนน 2 คะแนน

ตอบ “ไม่เคยปฏิบัติ” ได้คะแนน 1 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนนเชิงลบ

ตอบ “ปฏิบัติทุกครั้ง” ได้คะแนน 1 คะแนน

ตอบ “ปฏิบัติบ่อยครั้ง” ได้คะแนน 2 คะแนน

ตอบ “ปฏิบัตินานๆครั้ง” ได้คะแนน 3 คะแนน

ตอบ “ไม่เคยปฏิบัติ” ได้คะแนน 4 คะแนน

การแบ่งกลุ่ม (ระดับคะแนน) โดยวิธีอิงเกณฑ์
ของ Bloom (1956 : 42) จัดคะแนนในภาพรวมได้เป็น
3 ระดับ ดังนี้

ด้านความรู้	เท่ากับ	8.25
ด้านเจตคติ	เท่ากับ	8.32
การปฏิบัติตน	เท่ากับ	7.82

ช่วงคะแนน	แปลผล
คะแนนที่ > 79 %	ระดับสูง/ดี/มาก
คะแนนที่ 60–79 %	ระดับปานกลาง
คะแนนที่ < 60 %	ระดับต่ำ/ไม่ดี/น้อย

เกณฑ์การแปลความหมายของลักษณะที่ตรงกับ การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเลปโตสไปโรซิส

ช่วงคะแนน	แปลผล
คะแนนที่ 48–60	กลุ่มที่มีการปฏิบัติดี/ดีมาก
คะแนนที่ 36–47	กลุ่มที่มีการปฏิบัติพอใช้/ปานกลาง
คะแนนที่ 15–35	กลุ่มที่มีการปฏิบัติไม่ดี/ควรปรับปรุง

การตรวจคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องทางภาษา และความครอบคลุมของเนื้อหา (Content Validity) แล้วนำไปปรับปรุงคำถามตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ ส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาอีกครั้ง จนเป็นที่ยอมรับถือว่ามีความเที่ยงตรงตามเนื้อหาแล้ว จึงนำไปใช้เป็นเครื่องมือในการวิจัย

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น(Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำแบบสอบถามทั้งหมดมาให้คะแนนและวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือซึ่งต้องมีค่าตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไป คำนวณจากสูตรของครอนบาค (Cronbach's Coefficient + Alpha) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ได้ผลการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น ปรับปรุงเครื่องมือ ให้เป็นฉบับสมบูรณ์เพื่อนำไปใช้เก็บข้อมูลต่อไป ผลการตรวจสอบ ค่าความเชื่อมั่น พบว่า

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ทำวิจัยดำเนินการลงพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูล โดยแจกแบบสอบถามแก่ประชากรกลุ่มเสี่ยงที่ได้ทำการสำรวจและคัดเลือกมาเป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยให้ทำแบบสอบถามด้วยตนเอง แล้วนำแบบสอบถามที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม . ให้ครบจำนวน 80 ชุด โดยได้กำหนดช่วงเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 30 วัน และดำเนินการวิเคราะห์ทางสถิติ

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลดำเนินการโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ประกอบไปด้วย การใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ความถี่ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมการวิจัย

ในการเข้าร่วมงานวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ก่อนที่จะดำเนินการศึกษาผู้วิจัยได้มีการแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้กับผู้นำชุมชนและกลุ่มตัวอย่างได้ทราบ โดยข้อมูลของผู้ร่วมวิจัยทั้งหมด จะถูกเก็บเป็นความลับ ตั้งแต่กระบวนการเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และการรายงานข้อมูล จะไม่มีการลงชื่อนามสกุล ที่อยู่ของผู้วิจัย หรือข้อความที่สามารถระบุตัวตนของผู้เข้าร่วมการวิจัยได้ ผลการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวม และเป็นประโยชน์ในด้านวิชาการเท่านั้น งานวิจัยนี้จะไม่มีการใช้อ่านฉบับใด โดยจะเป็นไปด้วยความสมัครใจของกลุ่มเป้าหมายในงานวิจัย หากกลุ่มเป้าหมายท่านใดไม่สมัครใจทำแบบสอบถามในเครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลงานวิจัย ท่านสามารถปฏิเสธ

ได้ โดยไม่ส่งผลกระทบต่อการทำงานหรือตัวบุคคล

และไม่มีบทลงโทษแต่อย่างใด

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ประชากรกลุ่มเสี่ยง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 63.7 เพศหญิง ร้อยละ 36.3 ช่วงอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ มากกว่า 55 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 33.8 รองลงมาจะเป็นช่วงอายุ 46-55 ปี คิดเป็นร้อยละ 27.5 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 57.5 รองลงมาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 35 อาชีพส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร ร้อยละ 87.5 และอาชีพอื่น ๆ ร้อยละ 12.5 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ระหว่าง 5,000 - 10,000 คิดเป็นร้อยละ 55 รองลงมาเป็นกลุ่มที่มีรายได้ ต่ำกว่า 5,000 ร้อยละ 35 ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของประชากรกลุ่มเสี่ยง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	51	63.7
หญิง	29	36.3
อายุ (ปี)		
< 25	6	7.5
25 - 35	5	6.3
36 - 45	20	25.0
46 - 55	22	27.5
≥ 55	27	33.8
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	46	57.5
มัธยมศึกษา	28	35.0
ปริญญาตรี	4	5.0
ไม่ได้เรียน	2	2.5
หนังสือ		

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของประชากรกลุ่มเสี่ยง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาชีพ		
เกษตรกรรวม	70	87.5
อาชีพอื่น ๆ	10	12.5
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน/บาท		
< 5,000	28	35.0
5,000 - 10,000	44	55.0
10,001-20,000	4	5.0
> 20000	4	5.0

2. ความรู้ เกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิสของประชากรกลุ่มเสี่ยง

ประชากรกลุ่มเสี่ยง มีความรู้เกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิสที่ถูกต้องมาก 2 ลำดับแรก ได้แก่ เรื่อง การป้องกันไม่ให้มีแหล่งรังโรคโดยการทำความสะอาดส้วมที่อยู่อาศัยและจัดสภาพแวดล้อมให้เป็นระเบียบเรียบร้อย ร้อยละ 95 รองลงมา คือ การตระหนักถึงความอันตรายร้ายแรงของโรคเลปโตสไปโรซิส หากมีอาการป่วยต้องรีบไปพบแพทย์ ร้อยละ 93.8 ประชากรกลุ่มเสี่ยง มีความรู้ที่น้อยที่สุด หรือตอบผิดมาก 2 ลำดับแรก ได้แก่ โรคฉี่หนูเกิดจาก การไปสัมผัสกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ตามไร่นา ร้อยละ 65 รองลงมา คือ เชื้อของโรคฉี่หนู จะปนเปื้อนอยู่ตามทุ่งนา ไร่ สวน เท่านั้น ร้อยละ 53.8 ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ร้อยละของประชากรกลุ่มเสี่ยง จำแนกตามความรู้เกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส

ข้อที่	ความรู้	ตอบถูก(ร้อยละ)	ตอบผิด(ร้อยละ)
1	โรคฉี่หนู เป็นโรคติดต่อจากสัตว์ สามารถป้องกันได้	88.8	11.2
2	สัตว์ที่เป็นพาหะนำโรคฉี่หนู เช่น สุกร หนู สุนัข โค กระบือ	76.2	23.8
3	เชื้อโรคฉี่หนู สามารถติดต่อกันได้โดยทางหายใจ	68.8	31.2
4	โรคฉี่หนู เกิดจากการไปสัมผัสกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ตามไร่นา	35	65
5	เล่นน้ำในแม่น้ำ ลำคลองนาน ๆ มีโอกาสติดเชื้อโรคฉี่หนู	73.8	26.2
6	เดินเท้าเปล่าลุยน้ำ หรือลุยโคลน เสี่ยงติดเชื้อโรคฉี่หนู	92.5	7.5
7	โรคฉี่หนู เมื่อป่วยแล้วสามารถหายเองได้ ไม่จำเป็นต้องไปรักษา	90	10
8	อาชีพเกษตรกร เป็นอาชีพที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคฉี่หนูได้ง่าย	81.2	18.8
9	เชื้อโรคฉี่หนูเข้าสู่ร่างกายได้ทาง เยื่อช่องปาก ตา จมูก และผิวหนัง	70	30
10	ใช้สูงเฉียบพลัน ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ กดเจ็บบริเวณ กล้ามเนื้อน่อง ตาเหลือง เป็นอาการป่วยโรคฉี่หนู	76.2	23.8
11	โรคฉี่หนูเป็นโรคร้ายแรงอาจเสียชีวิตได้ ถ้าไม่รีบไปพบแพทย์	93.8	6.2
12	เชื้อของโรคฉี่หนู จะปนเปื้อนอยู่ตามทุ่งนา ไร่ สวน เท่านั้น	46.2	53.8
13	โรคฉี่หนู หากเคยป่วยแล้วจะมีภูมิต้านทานโรคแล้วจะไม่ป่วยอีก	62.5	37.5
14	สวมรองเท้าบูท ขณะลุยน้ำ ลุยโคลน ลดความเสี่ยงเป็นโรคฉี่หนู	92.5	7.5
15	ทำความสะอาดที่อยู่อาศัยและจัดสภาพแวดล้อมให้เป็นระเบียบ เรียบร้อย ช่วยลดความเสี่ยงเป็นโรคฉี่หนู	95	5

เมื่อพิจารณา ความรู้ของประชากรกลุ่มเสี่ยงพบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิสอยู่ในระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ ร้อยละ 63.7 ร้อยละ 23.8 และร้อยละ 12.5 ตามลำดับดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของประชากรกลุ่มเสี่ยง จำแนกตามระดับความรู้

ระดับความรู้ (คะแนน)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต่ำ (0 - 8)	10	12.5
ปานกลาง (9-11)	19	23.8
สูง (12-15)	51	63.7
รวม	80	100.0

$$\bar{X} = 11.4, S.D. = 2.4, Min = 4, Max = 15$$

3. เจตคติเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ และการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส ของประชากรกลุ่มเสี่ยง

ประชากรกลุ่มเสี่ยงมีเจตคติ เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ และการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสที่ 2 อันดับแรก ได้แก่ การเข้ามามีส่วนร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเวลามีการจัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคฉี่หนูหรือกิจกรรมอื่นๆ ร้อยละ 97.5 รองลงมาคือหลีกเลี่ยงการแช่น้ำ ย่ำโคลนนานๆ หากเสี่ยงไม่ได้ถ้าสัมผัสแล้วต้องรีบอาบน้ำชำระร่างกาย ให้สะอาด เช็ดให้แห้งทันที และหากมีอาการไข้สูงเฉียบพลัน ปวดศีรษะ ปวดตามกล้ามเนื้อ โดยเฉพาะบริเวณน่อง ต้องรีบพบแพทย์ทันทีและแจ้งประวัติการลุยน้ำลุยโคลน ให้แพทย์ผู้รักษาทราบด้วย ร้อยละ

93.8 และมีเจตคติที่ไม่ดี 2 อันดับแรก ได้แก่ หากมี
เล็กน้อย ควรสังเกตอาการตัวเองที่บ้านก่อนและหาซื้อ
ยามากินเอง ร้อยละ 51.2 รองลงมาคือการไปสัมผัสกับ
แหล่งน้ำหรือพื้นที่ ที่มีป้ายประกาศเตือนว่าเป็นแหล่ง
ตารางที่ 4 ร้อยละของประชากรกลุ่มเสี่ยงจำแนกตามระดับเจตคติเกี่ยวกับสาเหตุ อาการและการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส

ข้อ ที่	ข้อความ	เจตคติ (ร้อยละ)		
		เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1	ทุกคนมีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคฉี่หนู ควรหลีกเลี่ยงการไปสัมผัสกับปัสสาวะ ของสัตว์ที่ป่วยหรือสัตว์ที่เป็นพาหะนำโรค	86.3	13.8	-
2	หากมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคฉี่หนู หรือกิจกรรมอื่น ๆ เราควรเข้าร่วม	97.5	2.5	-
3	ชาวไร่ ชาวนา เป็นอาชีพที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคฉี่หนูได้ง่าย	87.5	11.3	1.3
4	ไม่รับประทานอาหารที่ปล่อยไว้ค้างคืน และปกปิดให้มิดชิด	90	7.5	2.5
5	หมั่นทำความสะอาดบริเวณที่อยู่อาศัย และกำจัดขยะทุกวัน	90	6.3	3.8
6	หากมีอาการป่วยเป็นไข้ ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อเล็กน้อย ควร สังเกตอาการตัวเองที่บ้านก่อนและซื้อยามากินเอง	38.8	10	51.2
7	หากมีอาการไข้สูงเฉียบพลัน ปวดศีรษะ ปวดตามกล้ามเนื้อ โดยเฉพาะ บริเวณน่อง ต้องรีบพบแพทย์ทันทีและแจ้งประวัติการลุยน้ำ ลุยโคลน ให้ แพทย์ผู้รักษาทราบด้วย	93.8	5.0	1.3
8	หลีกเลี่ยงการแช่น้ำ ย่ำโคลนนาน ๆ หากเลี่ยงไม่ได้ถ้าสัมผัสแล้วต้องรีบ อาบน้ำ ชำระร่างกาย ให้สะอาด เช็ดให้แห้งทันที	93.8	6.3	-
9	กำจัดหนูในบริเวณที่อยู่อาศัยหรือตามไร่นาช่วยลดความเสี่ยงเป็นโรคฉี่หนูได้	72.5	23.8	3.8
10	ควรหลีกเลี่ยงการไปสัมผัสกับแหล่งน้ำหรือพื้นที่ที่มีป้ายประกาศเตือนว่า เป็นแหล่งแพร่กระจายเชื้อโรคฉี่หนู	86.3	-	13.8

เมื่อพิจารณาเจตคติ ของประชากรกลุ่มเสี่ยง $\bar{X} = 27.9$, S.D. = 2.1, Min = 23 ,Max = 30

พบว่า ส่วนใหญ่มีเจตคติเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ และ
การป้องกันโรคอยู่ในระดับที่ดีและปานกลาง ร้อยละ
92.5 และ 7.5 ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 5
ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของประชากรกลุ่มเสี่ยง
จำแนกตามระดับเจตคติ เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ
และการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส

ระดับความคิดเห็น(คะแนน)	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ระดับดี (24-30)	74	92.5
ระดับปานกลาง (18-23)	6	7.5
ระดับน้อยหรือไม่ดี (10-17)	-	-
รวม	80	100.0

4. การปฏิบัติตนของประชากรกลุ่มเสี่ยง เพื่อ ป้องกันการติดเชื้อโรคเลปโตสไปโรซิส

ประชากรกลุ่มเสี่ยงมีการปฏิบัติที่ถูกต้อง 2
ลำดับแรก คือ ล้างมือให้สะอาดก่อนรับประทานอาหาร
ร้อยละ 90 รองลงมา คือ การเก็บอาหารใส่เข้าตู้
กับข้าว และปิดฝาให้มิดชิด ร้อยละ 87.5 ประชากร
กลุ่มเสี่ยงมีการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง 2 ลำดับแรก ได้แก่
เมื่อมีอาการเจ็บป่วย หาซื้อยามากินเอง ร้อยละ 11.3
รองลงมา คือ กำจัดหนูทุกครั้งเมื่อมีหนูชุกชุม ร้อยละ
6.3 ดังรายละเอียดในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ร้อยละของประชากรกลุ่มเสี่ยง จำแนกตามระดับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเลปโตสไปโรซิส รายข้อ

ข้อที่	ข้อความ	การปฏิบัติ			
		ทุกครั้ง	บ่อยครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคย
1	ล้างผัก ผลไม้ ให้สะอาดก่อนรับประทาน	80	20	-	-
2	เก็บอาหารใส่ตู้ และปิดฝาให้มิดชิด	87.5	12.5	-	-
3	ทำความสะอาดร่างกาย หลังเสร็จจากการทำงานทันที	78.8	20	1.3	-
4	รับประทานอาหารโดยไม่ผ่านการปรุงสุก	5	10	30	55
5	ทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมและที่อยู่อาศัย	43.8	40	12.5	3.8
6	สวมรองเท้าบูท เมื่อเดินลุยน้ำ ลุยโคลน	61.3	26.3	12.5	-
7	กำจัดหนูทุกครั้งเมื่อมีหนูชุกชุม	36.3	32.5	25.0	6.3
8	เมื่อมีอาการเจ็บป่วย หาซื้อยากินเอง	11.3	15	51.2	22.5
9	รีบทำความสะอาดร่างกายทันที หลังสัมผัสน้ำหรือโคลน	87.5	11.3	1.3	-
10	ล้างมือให้สะอาดก่อนรับประทานอาหาร	90	6.3	-	3.8
11	แช่น้ำหรือว่ายน้ำอยู่เป็นเวลานาน ๆ	5	5	46.3	43.8
12	รับประทานอาหารค้างคืนโดนไม่อุ่น	5	1.3	32.5	61.3
13	กำจัดหนูในบริเวณที่อยู่อาศัย	32.5	30	31.3	6.3
14	รับประทานอาหารที่ปรุงสุก สะอาดเสมอ	81.3	15	2.5	1.3
15	เดินเท้าเปล่า ลุยน้ำขณะมีบาดแผล	3.8	3.8	33.8	58.8

$\bar{X} = 51.9$, S.D. = 4.5, Min = 39, Max = 60

เมื่อพิจารณาการปฏิบัติตน ของประชากรกลุ่มเสี่ยง พบว่ามีการปฏิบัติตนอยู่ในระดับดีและระดับปานกลาง ร้อยละ 82.5 และร้อยละ 17.5 ตามลำดับ ดังรายละเอียดใน ตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละ ของประชากรกลุ่มเสี่ยง จำแนกตามระดับการปฏิบัติตัว

ระดับการปฏิบัติตัว	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การปฏิบัติดี (48-60 คะแนน)	66	82.5
การปฏิบัติปานกลาง (36-47 คะแนน)	14	17.5
การปฏิบัติไม่ดี (15-35 คะแนน)	-	-
รวม	80	100.0

สรุปและอภิปรายผล

สรุปผล

การวิจัยเชิงพรรณนาคครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสในด้านความรู้ ด้านเจตคติ และด้านการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส ในประชากรกลุ่มเสี่ยง บ้านสำโรงใหม่ไทยเจริญ หมู่21 ตำบลบักทอง อำเภอนาทม จังหวัดศรีสะเกษ โดยการเลือกแบบเจาะจง จำนวน 80 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อมูล 4 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส เจตคติเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ กับการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกัน

โรคเลปโตสไปโรซิส ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ และทดสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีอัลฟาของครอนบาคได้ค่าเท่ากับ 8.25 , 8.32 และ 7.82 ตามลำดับ ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ประชากรกลุ่มเสี่ยง ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2567 – 15 มีนาคม 2567 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยมีดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของประชากรกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 63.7 ช่วงอายุส่วนใหญ่อายุมากกว่า 55 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 33.8 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 57.5 อาชีพส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร ร้อยละ 87.5 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ระหว่าง 5,000-10,000 คิดเป็นร้อยละ 55

2. ผลการศึกษาระดับความรู้ เกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิสในประชากรกลุ่มเสี่ยง พบว่าส่วนใหญ่ประชากรกลุ่มเสี่ยงมีความรู้เกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิสอยู่ในระดับดี ร้อยละ 63.7

3. ผลการศึกษาระดับเจตคติ เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ และการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส พบว่าส่วนใหญ่มีเจตคติ อยู่ในระดับที่ดี ร้อยละ 92.5

4. ผลการศึกษาระดับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเลปโตสไปโรซิส พบว่าประชากรกลุ่มเสี่ยงมีการปฏิบัติตนอยู่ในระดับที่ดี ร้อยละ 82.5

อภิปรายผล

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัย ตามวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้ จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่าประชากรกลุ่มเสี่ยง มีความรู้เกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส อยู่ในระดับดี ร้อยละ 63.7 ซึ่งประชากรกลุ่มเสี่ยงรู้ว่าการทำความสะอาดที่อยู่อาศัยและจัดสภาพแวดล้อมภายในและภายนอกบ้านเรือนให้เป็นระเบียบเรียบร้อยช่วยป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสได้ ร้อยละ 95 และรู้ว่าโรคเลปโตสไปโรซิส อันตรายร้ายแรงถึงชีวิตได้ หากมีอาการป่วยต้องรีบไปพบแพทย์ ร้อยละ 93.8 แต่ยังมีประชากรกลุ่มเสี่ยงบางส่วนที่ขาดความรู้

เกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส โดยเข้าใจว่าโรคเลปโตสไปโรซิส เกิดจากการไปสัมผัสกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตามไร่นา ถึงร้อยละ 65 และเข้าใจว่า เชื้อของโรคเลปโตสไปโรซิสจะปนเปื้อนอยู่ตามทุ่งนาเท่านั้น ร้อยละ 53.8 แต่ในความเป็นจริงแล้ว โรคเลปโตสไปโรซิสเกิดจากเชื้อแบคทีเรียชนิดหนึ่งเข้าสู่ร่างกาย ซึ่งโรคเลปโตสไปโรซิส เป็นโรคติดต่อจากสัตว์สู่คน (Zoonosis) สามารถติดโรคได้ในสัตว์หลายชนิด เช่น สุนัข หนู โค กระบือ สุกร แพะ แกะ สัตว์เลี้ยงในบ้าน เป็นต้น แต่พบมากใน หนู ซึ่งเป็นแหล่งรังโรค ส่วนมากสัตว์ที่ไวต่อการรับเชือมักจะเป็นสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมที่มีอายุน้อย หรือลูกสัตว์ที่ไม่เคยได้รับภูมิคุ้มกันจากแม่มาก่อน เชื้อจะถูกปล่อยออกมาจากปัสสาวะของสัตว์ที่ติดเชื้อและปนเปื้อนอยู่ตามน้ำ ดินที่เปียกชื้น หรือพืชผัก เชื้อสามารถไชเข้าสู่ร่างกายทางผิวหนังตามรอยแผลและรอยขีดข่วน และเยื่อของปาก ตา จมูก นอกจากนี้ เชื้อยังสามารถไชเข้าทางผิวหนังปกติที่อ่อนนุ่มเนื่องจากแช่น้ำอยู่นานได้ (สำนักโรคบาติวิทยา, 2567) การศึกษาระดับเจตคติ เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ และการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส พบว่า ประชากรกลุ่มเสี่ยงมีเจตคติ อยู่ในระดับที่ดี ถึงร้อยละ 92.5 เช่น เห็นด้วยกับการเข้ามามีส่วนร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเวลามีการจัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคฉี่หนูหรือกิจกรรมอื่นๆ ถึงร้อยละ 97.5 และเห็นด้วยกับการหลีกเลี่ยงการแช่น้ำ ย่ำโคลนนานๆ แต่ถ้าหากหลีกเลี่ยงไม่ได้ ถ้าสัมผัสแล้วต้องรีบอาบน้ำชำระร่างกาย ให้สะอาด เช็ดให้แห้งทันที และหากมีอาการไข้สูงเฉียบพลัน ปวดศีรษะ ปวดตามกล้ามเนื้อ โดยเฉพาะบริเวณน่อง ต้องรีบพบแพทย์ทันที พร้อมทั้งแจ้งประวัติการลุยน้ำลุยโคลน ให้แพทย์ผู้รักษาทราบด้วย ร้อยละ 93.8 แต่ยังมีประชากรกลุ่มเสี่ยงบางกลุ่มแต่เป็นส่วนน้อยที่มีเจตคติที่ไม่ดี คือไม่เห็นด้วยกับการห้ามเข้าไปสัมผัสกับแหล่งน้ำหรือพื้นที่ ที่มีป้ายประกาศเตือนว่าเป็นพื้นที่เสี่ยงติดเชื้อเลปโตสไปโรซิส ร้อยละ 13.8 ซึ่งตามหลักการปฏิบัติที่ถูกต้อง ควรหลีกเลี่ยงการเข้าไปสัมผัสในพื้นที่ ที่มีป้ายประกาศแจ้งเตือน การ

ปฏิบัติตน เพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเลปโตสไปโรซิส พบว่าประชากรกลุ่มเสี่ยงมีการปฏิบัติตนอยู่ในระดับที่ดี ร้อยละ 82.5 เนื่องจากประชากรกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่ มีการปฏิบัติที่ถูกต้อง คือ ล้างมือให้สะอาดก่อนรับประทานอาหารถึงร้อยละ 90 และมีการเก็บอาหาร ใส่เข้าตู้กับข้าวและปิดฝาให้มิดชิด ร้อยละ 87.5 ซึ่งการปฏิบัติเหล่านี้แสดงว่าเป็นการปฏิบัติที่ดีและถูกต้อง สามารถป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเลปโตสไปโรซิสได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

จากการศึกษาวิจัย พบว่า

1. ประชากรกลุ่มเสี่ยงบางกลุ่มยังมีพฤติกรรม การป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส ในด้านความรู้ ด้านเจตคติ และด้านการปฏิบัติตนที่ไม่ถูกต้อง ถึงแม้กลุ่มนี้เป็นส่วนน้อยก็ตาม
2. ควรเน้นการให้ความรู้ ปรับเปลี่ยนเจตคติ และสร้างความตระหนักในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกัน โรคเลปโตสไปโรซิสที่ถูกต้อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัย หรือศึกษาวิจัยเชิงทดลอง เกี่ยวกับประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้ความรู้ เกี่ยวกับการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส
2. ศึกษาการพัฒนาวิธีการหรือรูปแบบในการ ป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสที่เหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2542). คู่มือ วิชาการเลปโตสไปโรซิส (Leptospirosis). พิมพ์ ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร. โรงพิมพ์ชุมนุม สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข (2566). สถานการณ์และแนวโน้มของโรคเลปโตสไปโรซิส ในประเทศไทย.

ฉลิตา วารวณิช และ ฐาปะนีย์ ชูเหลือ (2560).

การศึกษาลักษณะทางคลินิกและระบาดวิทยา ของผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรซิสในพื้นที่ประสบ อุทกภัย ภาคใต้ตอนบน.

พรพิทักษ์ พันธุ์กล้า และ วิมวิการ์ ศักดิ์ชัยนันท์ (2564).

แนวทางการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโร ซิสโดยใช้หลักการทางระบาดวิทยาและการทำ ประชาสังคมในชุมชน. สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิค แอนด์ดีไซน์.

วรารัตน์ สัมพะลี และคณะ (2558). ความรู้และ

พฤติกรรมในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส ของ ประชาชนในเขตพื้นที่น้ำท่วมซ้ำซาก อำเภวาริน ขำราบ จังหวัดอุบลราชธานี.

วัฒนาพร รักวิชา ,ปัทพงษ์ เกษสมบุรณ์ (2557).

พฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคเลป โตสไปโรซิส (โรคฉี่หนู)ของประชาชนอำเภอสรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำพู (วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์ มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพชุมชน). ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

วัชรบพิตร บังพิมาย พรนภา สุกรเวทย์ศิริ (2560).

ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคเลป โตสไปโรซิส ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาล ของรัฐในจังหวัดร้อยเอ็ด.

ฤชอร จอมทอง, พญจจิภาพรณ์ ปัญญาคมจันทพูน,

วันชัย สีหะวงษ์ และ ทศพงษ์ บุระมาน (2563).

การศึกษาการรับรู้ โอกาสเสี่ยงต่อโรคฉี่หนู ความ พึงพอใจข้อมูลข่าวสารและพฤติกรรมป้องกัน ตนเองต่อโรคฉี่หนูของ ผู้ป่วยโรคฉี่หนูในพื้นที่ เสี่ยง อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสาร สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10. ปีที่ 18 เล่มที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2563.

การศึกษาเปรียบเทียบความเจ็บปวดหลังการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบด้วยการฉีดยาชาเฉพาะที่และการให้ยาดมสลบ

สิทธิชัย สายสมบูรณ์, พ.บ.¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความเจ็บปวดและภาวะแทรกซ้อน หลังการผ่าตัดโรคไส้เลื่อนที่ขาหนีบโดยวิธีฉีดยาชาเฉพาะที่ เทียบกับวิธีการผ่าตัดด้วยการใช้ยาดมสลบ ดำเนินการวิจัยโดยวิธีศึกษาแบบย้อนหลัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไส้เลื่อนที่ขาหนีบที่เข้ารับการผ่าตัดในโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2564 ถึง วันที่ 30 มิถุนายน 2566 จำนวน 40 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามและเวชระเบียน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติอย่างง่ายและการเปรียบเทียบ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ จำนวน 40 ราย โดยเป็นเพศชาย 40 ราย (ร้อยละ 100) อายุเฉลี่ย 53.7 ปี เข้ารับการผ่าตัดด้วยวิธีการฉีดยาชาเฉพาะที่ 22 ราย (ร้อยละ 55) ผ่าตัดด้วยวิธีใช้ยาดมสลบ 18 ราย (ร้อยละ 45) พบว่าในกลุ่มที่รับการผ่าตัดด้วยวิธีฉีดยาชาเฉพาะที่ มีความเจ็บปวดหลังผ่าตัดในช่วง 6 ชั่วโมงแรก 2.55 ± 0.85 คะแนน ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มที่ใช้ยาดมสลบ 4.61 ± 0.618 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.005$) หลังความเจ็บปวดหลัง 6 ชั่วโมง ไม่มีความแตกต่างกันระหว่าง 2 กลุ่ม ผู้ป่วยกลุ่มที่ผ่าตัดโดยวิธีฉีดยาชาเฉพาะที่มีระยะเวลาในการฟื้นตัวหลังการผ่าตัด 26.36 ± 10.14 นาที น้อยกว่า กลุ่มที่ได้รับยาดมสลบ 153.30 ± 32.36 นาที ($p < 0.005$) และในกลุ่มใช้ยาชาไม่มีผลต่อระบบไหลเวียนโลหิต ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มที่ใช้ยาดมสลบ 4 ราย (ร้อยละ 22.22) อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.005$)

สรุปจากการศึกษาพบว่า การผ่าตัดรักษาโรคไส้เลื่อนที่ขาหนีบด้วยวิธีฉีดยาชา มีความเจ็บปวดหลังการผ่าตัดใน 6 ชั่วโมงแรกน้อยกว่ากลุ่มที่ผ่าตัดด้วยวิธีการดมยาสลบ ผู้ป่วยมีระยะพักฟื้นที่น้อยกว่าและไม่มีผลต่อระบบต่อระบบไหลเวียนโลหิต สามารถใช้เป็นทางเลือกในการรักษาโดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความเสี่ยงในการผ่าตัดสูง โดยที่ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆไม่มีความแตกต่างกันกับการรักษาด้วยวิธีใช้ยาดมสลบ

คำสำคัญ: ไส้เลื่อนที่ขาหนีบ, ความเจ็บปวดหลังการผ่าตัด, การฉีดยาชาเฉพาะที่, การดมยาสลบ, ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด

¹ นายแพทย์ชำนาญการ แผนกศัลยกรรมทั่วไป โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ Email: tongronny@gmail.com

Comparison of post-operative pain between local and general anesthesia for inguinal hernia repair

Sittichai Saisomboon, M.D..¹

Abstract

This study aimed to compare pain and complications after inguinal hernia surgery using local anesthesia compared to surgery using general anesthesia. The study was conducted by a retrospective cohort of 40 inguinal hernia patients who underwent surgery at Uthumphon Phisai Hospital, Sisaket Province, between December 1, 2021, and June 30, 2023. Data were collected using questionnaires and medical records. Data were analyzed using simple statistics and comparisons.

The results of the study found that 40 patients met the criteria, 40 of whom were male (100%), with a mean age of 53.7 years. 22 patients underwent surgery using local anesthesia (55%), and 18 patients under general anesthesia (45%). The results showed that the group that underwent surgery using local anesthesia had postoperative pain in the first 6 hours of 2.55 ± 0.85 points, which was 4.61 ± 0.618 points lower than the group under general anesthesia. Significantly ($p < 0.005$) after 6 hours of pain, there was no difference between the 2 groups. The patients in the group operated by local anesthesia had a postoperative recovery time of 26.36 ± 10.14 minutes, which was less than the group that received general anesthesia at 153.30 ± 32.36 minutes ($p < 0.005$). In the group that used local anesthesia, there was no effect on the circulatory system, which was significantly less than the group that used general anesthesia at 4 cases (22.22%) ($p < 0.005$).

The conclusion from the study found that inguinal hernia surgery by local anesthesia had less postoperative pain in the first 6 hours than the group that operated by general anesthesia. The patients had a shorter recovery period and no effect on the circulatory system. It can be used as an alternative treatment, especially in groups with high surgical risk. Other complications were not different from treatment using general anesthesia.

KEYWORDS: Inguinal hernia, post-operative pain, local anesthesia, general anesthesia, post-operative complications

¹General Surgeon , Uthumphonphisai hospital, Sisaket Province, Thailand, Email: tongronny@gmail.com

บทนำ

การผ่าตัดรักษาโรคไส้เลื่อนขาหนีบเป็นหนึ่งในวิธีการผ่าตัดที่พบได้บ่อย การระงับความเจ็บปวดขณะผ่าตัดมีหลายวิธีได้แก่ การฉีดยาชาเฉพาะที่(local anesthesia) การฉีดยาชาเข้าช่องกระดูกสันหลัง(spinal block) และการใช้ยาดมสลบ(General anesthesia) วิธีการทำขึ้นกับความถนัดของแพทย์ผู้ผ่าตัด ความสนใจของผู้ป่วยหรือนโยบายของแต่ละโรงพยาบาล มีหลายการศึกษาที่พบว่าการใช้วิธีการฉีดยาชาเฉพาะที่มีผลลัพธ์จากการรักษาที่ดี มีความเจ็บปวดหลังผ่าตัดน้อยกว่า ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวได้เร็ว มีค่าใช้จ่ายที่น้อยกว่า และลดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาดมสลบ

สมาคมโรคไส้เลื่อนยุโรป(European hernia society) แนะนำให้ใช้วิธีการระงับความเจ็บปวดด้วยวิธีการฉีดยาชาเฉพาะที่ ในการผ่าตัดโรคไส้เลื่อนขาหนีบข้างเดียว (Unilateral inguinal hernia) ซึ่งให้ผลการรักษาที่ดี ภาวะแทรกซ้อนน้อย ค่าใช้จ่ายน้อย และลดอัตราการนอน โรงพยาบาล

การผ่าตัดโรคไส้เลื่อนขาหนีบด้วยวิธีการฉีดยาชาเฉพาะที่ ในฝั่งประเทศทางยุโรปและอเมริกาได้รับความสนใจมากขึ้นเนื่องจากสามารถผ่าตัดแบบวันเดียวกลับได้ และลดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้วิธีดมยาสลบ แต่ในไทยยังไม่ได้รับความนิยมมากเท่าที่ควรเนื่องจากแพทย์ผ่าตัดอาจจะยังไม่มั่นใจการผ่าตัดด้วยวิธีนี้

โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย เริ่มมีศัลยแพทย์ตั้งแต่กรกฎาคม 2564 และโรคไส้เลื่อนขาหนีบเป็นหนึ่งในโรคที่พบได้บ่อย เนื่องจากโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัยยังไม่มีวิสัญญีแพทย์ มีเพียงวิสัญญีพยาบาล การดมยาสลบจึงทำได้จำกัดเฉพาะในผู้ป่วยบางกลุ่มเท่านั้น จึงทำให้ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการใช้ยาดมสลบต้องส่งต่อไปรักษาในโรงพยาบาลแม่ข่ายที่ศักยภาพสูงกว่า ดังนั้น โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัยจึงได้เริ่มมีการพัฒนาการผ่าตัดโรคไส้เลื่อนขาหนีบด้วยวิธีการ

ฉีดยาชา ตั้งแต่ ธันวาคม 2564 ผู้วิจัยจึงศึกษาวิจัยเพื่อดำเนินการแก้ไขปัญหาดังกล่าว

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เปรียบเทียบความเจ็บปวดหลังการผ่าตัดโรคไส้เลื่อนที่ขาหนีบโดยวิธีฉีดยาชาเฉพาะที่ เทียบกับวิธีการผ่าตัดด้วยการใช้ยาดมสลบ

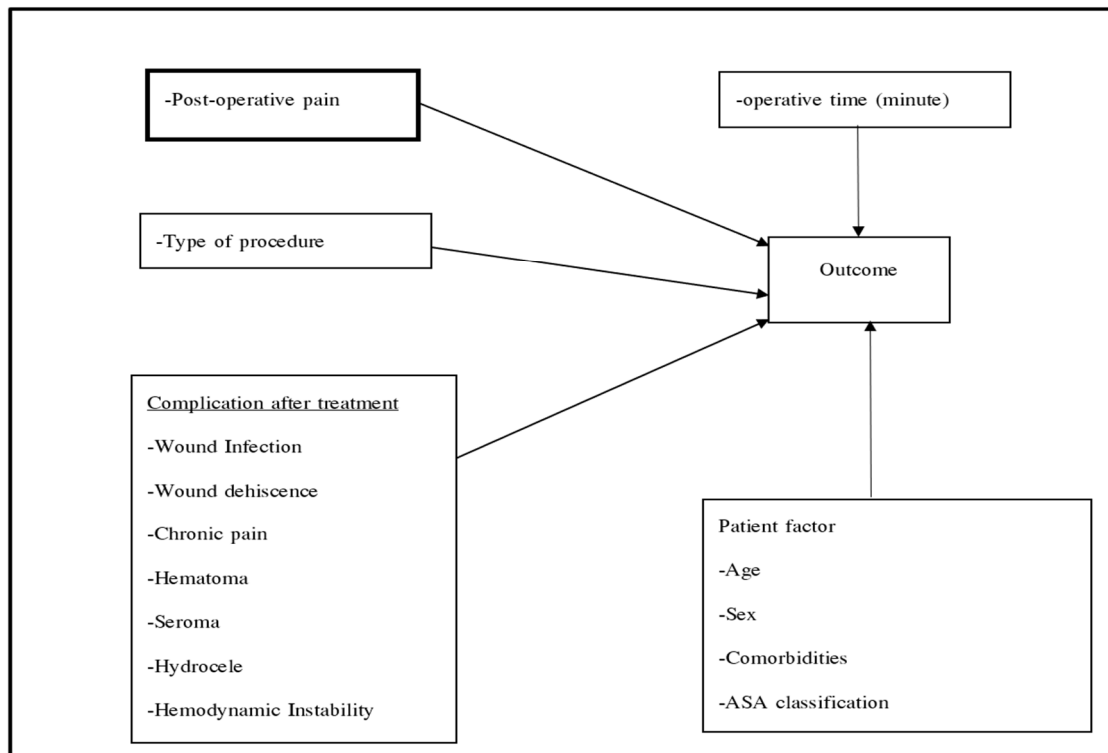
วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เปรียบเทียบผลลัพธ์ และภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดโรคไส้เลื่อนที่ขาหนีบโดยวิธีฉีดยาชาเฉพาะที่ เทียบกับวิธีการผ่าตัดด้วยการใช้ยาดมสลบ
2. ระยะเวลาในการฟื้นตัวหลังการผ่าตัดโรคไส้เลื่อนที่ขาหนีบโดยวิธีฉีดยาชาเฉพาะที่ เทียบกับวิธีการผ่าตัดด้วยการใช้ยาดมสลบ
3. เปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างความเจ็บปวดระหว่างและหลังผ่าตัด กับดัชนีมวลกายของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดรักษาด้วยวิธีการฉีดยาชาเฉพาะที่
4. เปรียบเทียบระยะเวลาในการผ่าตัดโรคไส้เลื่อนที่ขาหนีบโดยวิธีฉีดยาชาเฉพาะที่ เทียบกับวิธีการผ่าตัดด้วยการใช้ยาดมสลบ

สมมุติฐานการวิจัย

การผ่าตัดไส้เลื่อนโดยวิธีการฉีดยาชาเฉพาะที่มีความเจ็บปวดหลังผ่าตัดที่น้อยกว่า ไม่มีผลต่อระบบไหลเวียนโลหิต เมื่อเทียบกับวิธีการใช้ยาดมสลบ โดยที่ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดอื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย (Research design)

เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง

(Retrospective cohort study)

วิธีการรวบรวมข้อมูล (Data collection method)

- การตอบแบบสอบถาม
- การสัมภาษณ์
- การตรวจร่างกาย
- เวชระเบียนผู้ป่วย
- การโทรศัพท์สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม

วิธีการสุ่มตัวอย่าง (Sampling technique)

ประชากรเป้าหมาย(Target population)

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง(sampling size calculation)

$$n_2 = \frac{(z_{1-\alpha} + z_{1-\beta})^2 \sigma^2 (1 + \frac{1}{k})}{(\epsilon - \delta)^2}$$

$$\epsilon = \mu_2 - \mu_1$$

$$k = \frac{n_1}{n_2}$$

$$n_1 = k n_2$$

n คือ ขนาดตัวอย่าง

Z คือ ระดับความเชื่อมั่น

$$\alpha = 0.05$$

$$\beta = 0.1$$

€ คือ ค่าแตกต่างระหว่าง 2 กลุ่ม

k คือ อัตราส่วนระหว่าง 2 กลุ่ม

$$q = 1 - p$$

การศึกษาก่อนหน้านี้ของ M.Hosseinpous et.al เปรียบการผ่าตัดรักษาโรคไส้เลื่อนที่ขาหนีบด้วยวิธีฉีดยาเฉพาะที่กับการใช้ยาดมสลบ พบว่าการผ่าตัดด้วยวิธีฉีดยาเฉพาะที่มีความเจ็บปวดหลังการผ่าตัดในช่วง 4 ชั่วโมงแรก 2.5 ± 1.3 (visual

analog scale) กลุ่มที่ใช้ยาตามสลบมีความเจ็บปวดหลังผ่าตัด 6.9 ± 1.8 ที่ความเชื่อมั่น 95% Power 90 % ต้องการขนาดตัวอย่างกลุ่มละ = 17 ราย ขอใช้ขนาดตัวอย่างทั้งหมด 40 คน(รวมข้อมูลสูญหาย ร้อยละ 20)

เกณฑ์การคัดผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

- ผู้ป่วยโรคไส้เลื่อนขาหนีบที่เข้ารับการผ่าตัดรักษาในโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย ระหว่าง วันที่ 1 ธันวาคม 2564 ถึง วันที่ 30 มิถุนายน 2566

- อายุ 18-65 ปี

เกณฑ์การคัดผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

- ผู้ป่วยโรคไส้เลื่อนขาหนีบที่มีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ไส้เลื่อนออกมาแล้วไม่สามารถดันกลับเข้าไปได้ (incarcerated hernia) และโรคไส้เลื่อนขาหนีบที่มีภาวะลำไส้อุดตัน (obstructed hernia)

- ผู้ป่วยจิตเวชและที่มีปัญหาในการสื่อสารไม่สามารถประเมินความเจ็บปวดได้

- ผู้ป่วยที่เป็นไส้เลื่อนขาหนีบสองข้าง (bilateral inguinal hernia)

เกณฑ์การให้ผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยเลิกจากการศึกษา (Discontinuation criteria)

- ผู้ป่วยเสียชีวิต
- ผู้ป่วยที่ไม่ได้มาตามนัดและติดต่อทางโทรศัพท์ไม่ได้

- ผู้ป่วยมีภาวะเจ็บป่วยรุนแรง
- ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการสื่อสาร

ระยะเวลาการเก็บข้อมูลทั้งหมดในการวิจัย
1 ธันวาคม 2566 – 31 มีนาคม 2567

วิธีการเก็บข้อมูล

- เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม

วิธีดำเนินการ

การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด

- ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดโรคไส้เลื่อนที่เข้าเกณฑ์จะได้รับการอธิบาย แนะนำข้อมูล ข้อดีและ

ข้อเสียของการผ่าตัดโดยวิธีการฉีดยาเฉพาะที่ และใช้วิธีดมยาสลบ แล้วให้ผู้ป่วยตัดสินใจว่าจะใช้วิธีใด

- ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดที่เหมือนกันทุกราย และงดน้ำงดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง

- ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อก่อนลงมีดผ่าตัด 30 นาทีที่ทุกราย

การดำเนินงานระหว่างผ่าตัด

กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ยาตามสลบ

- การใช้ชนิดยาตามสลบขึ้นกับความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละคนตามดุลพินิจของวิสัญญี

กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ยาเฉพาะที่

- การเตรียมสารละลายที่จะใช้ในการฉีดยาเฉพาะที่

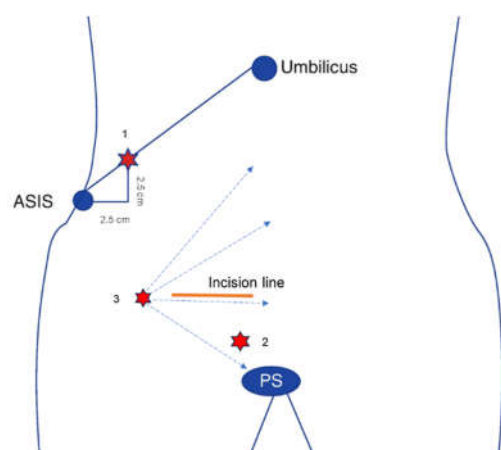
- 1% Lidocaine with vasoconstrictor 20-30 ml (ไม่เกิน 7mg/kg)

- 0.5% Bupivacaine 20 ml (ไม่เกิน 3 mg/kg)

- 0.9% NaCl for injection 10-20 ml

- 7.5% sodium bicarbonate 5 ml (1 ml ต่อสารละลายข้างต้น 10ml)

- การฉีดยา



รูปที่ 1 ตำแหน่งการฉีดยาเฉพาะที่ : ตำแหน่งที่ฉีด (ASIS: anterior superior iliac spine, PS: pubic symphysis)

- ฉีดโดยใช้เข็มเจาะช่องไขสันหลัง (spinal needle) ขนาด 24-25 gauge

- ฉีดตำแหน่งดังรูปที่ 1 ตำแหน่งที่ 1 เพื่อทำ inguinal nerve block โดยให้แทงเข็มไปจนถึงใต้ชั้น external oblique aponeurosis แล้วฉีดยาชา 5-10 ml

- ฉีดตำแหน่งที่ 2 ดังรูปที่ 1 ให้เหนือกว่า pubic tubercle 2-2.5 cm ปริมาณ 5 ml

- ฉีดตำแหน่งที่ 3 ดังรูปที่ 1 โดยการฉีดในชั้นใต้ผิวหนัง (skin) และชั้นไขมัน (subcutaneous layer) โดยเริ่มฉีดบริเวณที่จะลงแผลผ่าตัดก่อน (incision line) แล้วจึงฉีดบริเวณรอบๆ เป็นรูปพัด (Fan shape) ตามลูกศรเส้นประ ดังรูปที่ 1 ปริมาณ 15-20 ml

- รอให้ยาชาออกฤทธิ์และทดสอบจนคนไข้ไม่รู้สึกเจ็บ จึงทำการลงมีดเริ่มผ่า

- เมื่อผ่าตัดไปจนเห็นชั้น External oblique aponeurosis แล้ว ให้ฉีดยาชาเพิ่ม โดยฉีดในชั้นใต้ดังกล่าวปริมาณ 10 ml. แล้วจึงทำการผ่าตัดเปิดชั้นดังกล่าว

- ก่อนทำการผ่าตัดเลาะบริเวณสเปอร์มาติกคอร์ด (spermatic cord) ให้ฉีดยาชาเพิ่มรอบบริเวณ Superficial inguinal ring และ deep inguinal ring ปริมาณจุดละ 5 ml

- ฉีดยาชาบริเวณ hernia sac ปริมาณ 5 ml. ก่อนทำการเลาะและตัด hernia sac

การดำเนินการหลังผ่าตัด

- กลุ่มที่ได้รับยาดมสลบจะได้รับการดูแลหลังการผ่าตัดตามขั้นตอนมาตรฐานการดูแลหลังได้รับยาดมสลบ

- กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดยาชาจะได้รับการดูแล และเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการได้รับยาชา

- ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มจะได้รับการสอบถามความเจ็บปวดโดยใช้ visual analog scale (VAS) โดยให้คะแนนความเจ็บปวดตั้งแต่ 0 ถึง 10 (ไม่ปวด จนถึงปวดมากที่สุด) โดยเริ่มประเมินหลังการผ่าตัดเสร็จสิ้น (กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาดมสลบจะเริ่มประเมินเมื่อผู้ป่วย

รู้สึกตัว) ความเจ็บปวดหลังการผ่าตัดที่ 1, 2, 4, 6, 8, 12, 24 ชั่วโมง และประเมินความเจ็บปวดหลังการผ่าตัด 7 วัน และ 30 วัน และผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการฉีดยาชาเฉพาะที่จะมีการประเมินความเจ็บปวดขณะผ่าตัดร่วมด้วย

- ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการประเมินเรื่องภาวะแทรกซ้อนเรื่อง ภาวะเลือดคั่งบริเวณใต้แผลผ่าตัด (Hematoma) ภาวะถุงน้ำรอบอัณฑะ (Hydrocele) น้ำเหลืองคั่งบริเวณใต้แผล (seroma) แผลแยก (wound dehiscence) และแผลติดเชื้อ (surgical site infection) ตั้งแต่หลังผ่าตัด จนถึง 30 วันหลังผ่าตัด

- การประเมินการระยยะเวลาฟื้นตัวหลังการผ่าตัดจะเริ่มนับจากหลังจากการผ่าตัดเสร็จสิ้น จนผู้ป่วยสามารถรู้สึกตัว เดินได้ และทำกิจวัตรอื่นๆ ได้ เช่น รับประทานอาหาร เดินเข้าห้องน้ำ

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เมื่อวันที่ 10 พฤษภาคม 2566 ตามเอกสารเลขที่ SPHH 2023-184 หลังจากนั้นจึงเริ่มทำการเก็บข้อมูล ป้องกันข้อมูลโดยการลงข้อมูลใน computer ซึ่งมีการใช้รหัส 2 ชั้น รหัสคอมพิวเตอร์ และรหัสในการเปิดไฟล์เก็บข้อมูล โดยคอมพิวเตอร์จะเก็บในห้องสำนักงานซึ่งจำเป็นต้องใช้กุญแจเปิดเข้าหรือออก ข้อมูลที่เก็บจะไม่สามารถระบุตัวผู้ป่วยได้ และเมื่องานวิจัยเสร็จสิ้นผู้วิจัยจะลบข้อมูลผู้ป่วยทั้งหมดทิ้ง

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยผ่านเกณฑ์ในการเข้าศึกษาทั้งหมด 40 คน เป็นเพศชายทั้งหมด ผู้ป่วยอายุน้อยที่สุด 19 ปี อายุมากที่สุด 65 ปี อายุเฉลี่ย 53.7 ปี ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการผ่าตัดไส้เลื่อนด้วยวิธี Hernioplasty with Mesh graft (Lichtenstein's technique) แบ่งเป็น

กลุ่มที่ทำการผ่าตัดด้วยวิธีฉีดยาเฉพาะที่ 22 ราย (ร้อยละ55) และวิธีดมยาสลบ 18 ราย(ร้อยละ45) ซึ่งอายุเฉลี่ย ดัชนีมวลกาย(body mass index) โรคประจำตัว การจำแนกผู้ป่วยตาม ASA classification ระยะเวลาในการผ่าตัด ของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 1

ระยะเวลาในการผ่าตัดเฉลี่ยในกลุ่มที่ใช้ยาชาเฉพาะที่ 45.68 ± 4.7 นาที ในกลุ่มที่ใช้ยาดมสลบ 43.50 ± 12.39 นาที ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลในกลุ่มที่ใช้ยาชาเฉพาะที่ 2.73 ± 0.46 วัน ในกลุ่มที่ใช้ยาดมสลบ 3.22 ± 0.42 วัน ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ แต่ระยะเวลาในการฟื้นตัวหลังการผ่าตัดในกลุ่มที่ใช้ยาชาเฉพาะที่น้อยกว่ากลุ่มที่ใช้ยาดมสลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยใช้เวลา 26.36 ± 10.14 นาที และ 153.30 ± 32.36 นาที ตามลำดับ ($p < 0.005$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคไส้เลื่อนขาหนีบ (Demographic data)

ข้อมูลทั่วไป	Local anesthesia group	General anesthesia group	p-value
Age(years)	56.27 ± 9.47	50.56 ± 14.10	0.135
BMI(kg/m ²)	22.62 ± 2.84	24.62 ± 2.74	0.146
Operative time(minutes)	45.68 ± 4.7	43.50 ± 12.39	0.314
Underlying disease (N)			
Hypertension	7	6	0.92
Diabetic mellitus	0	2	0.11
Atrial fibrillation	2	0	0.19
COPD	1	1	0.88
Benign prostatic hypertrophy	2	1	0.67

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคไส้เลื่อนขาหนีบ (Demographic data) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	Local anesthesia group	General anesthesia group	p-value
Gout	1	1	0.88
HIV	2	0	0.19
Chronic kidney disease	1	0	0.36
Dyslipidemia	2	1	0.67
ASA classification(N)	13	11	0.41
I	7	7	0.28
II	2	0	0.55
III			
Recovery time (minutes)	26.36 ± 10.14	153.30 ± 32.36	<0.005
Length of stay(day)	2.73 ± 0.46	3.22 ± 0.42	0.473

ผลการศึกษาความเจ็บปวดหลังผ่าตัดพบว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีการฉีดยาเฉพาะที่ทุกรายสามารถทนต่อความเจ็บปวดขณะผ่าตัดจนเสร็จสิ้นโดยไม่ต้องเปลี่ยนไปใช้วิธีการดมยาสลบได้ทุกราย(ร้อยละ100) มีความเจ็บปวดขณะผ่าตัดเฉลี่ย VAS 0.91 ± 0.68 คะแนน มีความเจ็บปวดใน 6 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด (VAS 2.55 ± 0.85 คะแนน) ซึ่งน้อยกว่าในผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีดมยาสลบ (VAS 4.61 ± 0.61 คะแนน)อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.005$) ดังตารางที่ 2

ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดในกลุ่มที่รับการผ่าตัดด้วยวิธีการฉีดยาเฉพาะที่ พบว่ามีภาวะเลือดคั่งบริเวณใต้แผลผ่าตัด(Hematoma) 1 ราย ภาวะถุงน้ำรอบอวัยวะ(Hydrocele) 1 ราย กลุ่มที่รับการผ่าตัดด้วยวิธีการดมยาสลบ พบว่ามีภาวะเลือดคั่งบริเวณใต้

แผลผ่าตัด(Hematoma) 1 ราย ภาวะถุงน้ำรอบอัณฑะ (Hydrocele) 1 ราย ภาวะน้ำเหลืองคั่งบริเวณใต้แผล ผ่าตัด(Seroma) 1 ราย ทั้งสองกลุ่มไม่มีภาวะแผลติดเชื้อ หรือแผลแยก โดยภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวไม่มี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

แต่ในกลุ่มที่ผ่าตัดด้วยวิธีการดมยาสลบพบว่า มี ผลต่อระบบไหลเวียนโลหิต 4 ราย ซึ่งมากกว่ากลุ่มที่ ผ่าตัดด้วยวิธีฉีดยาเฉพาะที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.02$) โดยมีผู้ป่วยเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำขณะ ให้ยาสลบ(induction of anesthesia) 2 ราย ภาวะ หัวใจเต้นช้า(Sinus bradycardia) 1 ราย และมี คลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชั่วคราวชนิด Premature ventricular contraction(Occasional PVC) 1 ราย ซึ่งภาวะดังกล่าวได้รับการรักษาให้หายเป็นปกติได้ก่อน เริ่มการผ่าตัดทั้งหมด และไม่มีผลกระทบตามมา ระหว่างและหลังการผ่าตัด ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการศึกษาความเจ็บปวดหลังผ่าตัด และ ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด

Characteristic	Local anesthesia group	General anesthesia group	p- value
Pain score (VAS)			
- During operation	0.91±0.68	0	<0.005
- Immediate post operation	0.23±0.42	6.72±0.67	<0.005
- 1hr. Post-operation	0.36±0.49	5.89±0.47	<0.005
- 2hr. Post-operation	0.64±0.58	5.28±0.46	<0.005
- 4hr. Post-operation	1.41±0.59	4.89±0.58	<0.005
- 6hr. Post-operation	2.55±0.85	4.61±0.61	<0.005

ตารางที่ 2 ผลการศึกษาความเจ็บปวดหลังผ่าตัด และ ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด (ต่อ)

Characteristic	Local anesthesia group	General anesthesia group	p- value
Pain score (VAS)			
- 12hr. Post-operation	4.41±0.85	4.28±0.46	0.562
- 24hr. Post-operation	1.32±0.57	1.22±0.73	0.643
- 7day Post-operation	0.18±0.39	0.22±0.43	0.758
- 30day Post-operation	0.05±0.21	0	0.373
Complication			
- Hematoma	1	1	0.88
- Seroma	0	1	0.14
- Hydrocele	1	1	0.88
- Hemodynamic disturbance	0	4	0.02
- Surgical site infection	0	0	-
- Wound dehiscence	0	0	-

ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีฉีดยา 22 ราย เมื่อเปรียบเทียบความเจ็บปวดขณะผ่าตัด กับ ระดับดัชนีมวลกายพบว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับดัชนีมวลกายปกติ(BMI 18.6-22.9kg/m²) 13 ราย ภาวะ น้ำหนักเกิน(BMI 23.0-24.9kg/m²) 3 ราย โรคอ้วน (BMI 25.0-29.9kg/m²) 6 ราย มีความเจ็บปวดขณะ ผ่าตัด VAS 0.62±0.50 , 1.00±1.2 และ 1.50±0.55 คะแนน ตามลำดับ มีแนวโน้มว่าผู้ป่วยที่มี BMI มาก จะมีความเจ็บปวดขณะการผ่าตัดมากกว่า แต่ทั้ง 3 กลุ่มก็ไม่มี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างระดับดัชนีมวลกายกับความเจ็บปวดขณะผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีฉีดยาเฉพาะที่

BMI(kg/m ²)	N	Pain score(VAS)	p-value
≤ 18.5	0	-	0.22
18.6 - 22.9	13	0.62±0.50	
23.0 - 24.9	3	1.00±1.2	
25 - 29.9	6	1.50±0.55	
≥ 30	0	-	

สรุปและอภิปรายผล

การผ่าตัดรักษาโรคไส้เลื่อนขาหนีบเป็นหนึ่งใน การผ่าตัดที่พบได้บ่อย การระงับความเจ็บปวดขณะผ่าตัดมีได้หลายวิธีได้แก่ การฉีดยาเฉพาะที่(local anesthesia) การฉีดยาเข้าช่องกระดูกสันหลัง (spinal block) และการใช้ยาตามสลบ (General anesthesia) วิธีการทำขึ้นกับความถนัดของแพทย์ ผู้ผ่าตัด ความสมัครใจของผู้ป่วยหรือนโยบายของแต่ละ โรงพยาบาล

จากผลการศึกษาผู้ป่วยที่ผ่าตัดโรคไส้เลื่อนขาหนีบที่โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย พบว่าความเจ็บปวดหลังการผ่าตัดในกลุ่มที่ใช้ยาเฉพาะที่มีความเจ็บปวดหลังผ่าตัดใน 6 ชั่วโมงแรก น้อยกว่ากลุ่มที่ใช้ยาตามสลบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.005$) แต่ความเจ็บปวดหลังจาก 8 ชั่วโมงเป็นต้นไปไม่มีความแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ M.Hosseinpous et.al. และ Bore Bakota et.al. ซึ่งพบว่า ความเจ็บปวดหลังการผ่าตัดในกลุ่มที่ใช้ยาเฉพาะที่มีความเจ็บปวดหลังผ่าตัดใน 4 ชั่วโมงแรก น้อยกว่ากลุ่มที่ใช้ยาตามสลบ แต่หลังจาก 8 ชั่วโมงไม่มีความแตกต่างกันทั้ง 2 กลุ่ม โดยทั้ง 2 โดยการศึกษาดังกล่าว ไม่ได้การเก็บข้อมูลที่ 6 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด

ผู้ป่วยที่ผ่าตัดโรคไส้เลื่อนขาหนีบที่โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัยด้วยวิธีการฉีดยาเฉพาะที่ สามารถทนต่อความเจ็บปวดขณะผ่าตัดได้ทุกราย(ร้อยละ100) โดย

ไม่ต้องเปลี่ยนไปใช้วิธีใช้ยาตามสลบ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kreangsak Chainapapong et.al. (ร้อยละ100), Parviz K. et.al.) (ร้อยละ100), Ryota Koyama et.al (ร้อยละ100), Flavio Antonio de Sa Ribeiro et.al. (ร้อยละ100) และ Muhammad Saad Hasal et.al. (ร้อยละ97) โดยการใช้ยาเฉพาะที่ของการศึกษาใช้การผสมกันระหว่าง Lidocaine และ Bupivacaine เหมือนกันเพื่อให้ได้ยาชาที่ออกฤทธิ์เร็วจาก Lidocaine และออกฤทธิ์ระงับความปวดนานจาก Bupivacaine อาจจะมีการใช้ Normal saline หรือ 7.5% sodium bicarbonate ผสมกับสารละลายรวมด้วยในบางการศึกษาเพื่อให้ได้สารละลายที่มีปริมาณเพียงพอและเหมาะสม จากการผ่าตัดที่โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัยพบว่าการฉีดยาเฉพาะที่ในปริมาณที่เหมาะสมเพียงพอ นอกจากจะช่วยลดความเจ็บปวดขณะผ่าตัดได้ดีแล้วยังทำให้การผ่าตัดง่ายขึ้นเนื่องจากสารละลายที่ฉีดจะเข้าไปแทรกระหว่างชั้นของเนื้อเยื่อต่างๆ ทำให้ช่วยแยกชั้นของเนื้อเยื่อบริเวณที่ทำผ่าตัดให้เห็นชัดเจนมากขึ้น ทำให้การผ่าตัดง่ายขึ้น ลดการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อ ช่วยให้ผู้ป่วยไม่เจ็บขณะผ่าตัด ทำให้สามารถผ่าตัดได้เสร็จสิ้น และผู้ป่วยไม่กังวลกับความเจ็บปวดขณะผ่าตัด จึงทำให้ผ่าตัดด้วยวิธีการฉีดยาชาทนการผ่าตัดได้ทุกราย

ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ภาวะเลือดคั่งใต้แผลผ่าตัด(hematoma) ภาวะน้ำเหลืองคั่งใต้แผลผ่าตัด(seroma) ถุงน้ำรอบอัณฑะ(Hydrocele) ของกลุ่มที่ได้รับการฉีดยาและใช้ยาตามสลบไม่มีความแตกต่างกัน และสามารถหายเองได้โดยไม่ต้องทำการผ่าตัดซ้ำ โดยทั้ง 2 กลุ่มไม่มี แผลติดเชื้อ(Surgical site infection) แผลแยก(Wound dehiscence) และภาวะเจ็บแผลผ่าตัดเรื้อรัง แต่การศึกษานี้พบว่ากลุ่มที่ผ่าตัดด้วยวิธีการใช้ยาตามสลบมีผลต่อภาวะไหลเวียนโลหิต (Hemodynamic status) 4 รายซึ่งมากกว่ากลุ่มที่ผ่าตัดด้วยการฉีดยาเฉพาะที่อย่างมีนัยสำคัญ โดยผู้ป่วย 3 รายมีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงและได้รับยาลดความดันโลหิตในตอนเช้าของวันผ่าตัด

จึงอาจมีสาเหตุทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำขณะให้น้ำสลบ(induction of anesthesia)ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Courtney J. et.al. ที่พบว่าภาวะหัวใจหยุดเต้น(Cardiac arrest), กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด(Myocardial infraction) โรคหลอดเลือดสมอง(Cerebrovascular accident) ในกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีใช้ยาดมสลบ มีมากกว่ากลุ่มที่ใช้ยาชาเฉพาะที่ ซึ่งการใช้ยาดมสลบมีผลต่อระบบไหลเวียนโลหิตของคนไข้ จึงทำให้มีภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวมากกว่า และการศึกษาของ Rupal Kapadia et.al. พบว่าการผ่าตัดโดยใช้วิธีการฉีดยาเฉพาะที่ ไม่ส่งผลกระทบต่อระบบไหลเวียนโลหิต

ระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ แต่กลุ่มผู้ป่วยกลุ่มที่ผ่าตัดโดยใช้วิธีฉีดยาเฉพาะที่มีระยะเวลาในการฟื้นตัวหลังการผ่าตัด 26.36 ± 10.14 นาที น้อยกว่า กลุ่มที่ได้รับยาดมสลบ 153.30 ± 32.36 นาที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Courtney J. et.al.

การเปรียบเทียบความเจ็บปวดขณะผ่าตัดในผู้ป่วยกลุ่มที่ใช้ยาชาเฉพาะที่กับดัชนีมวลกาย(Body mass index) พบว่าในกลุ่มที่มีดัชนีมวลกายมากมีแนวโน้มว่าจะมีความเจ็บปวดขณะผ่าตัดมากกว่าในกลุ่มที่มีดัชนีมวลกายน้อย เนื่องจากมีความหนาของชั้นผิวหนังหุ้มท้อง เนื้อเยื่อและกล้ามเนื้อแต่ละชั้นมีความหนากว่า แต่ผลการศึกษาของโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Mojolaoluwa Olugbemi et.al.

สรุป

การผ่าตัดโรคไส้เลื่อนขาหนีบด้วยวิธีการฉีดยาเฉพาะที่มีความเจ็บปวดหลังผ่าตัดใน 6 ชั่วโมงแรก ระยะเวลาในการฟื้นตัวหลังผ่าตัด น้อยกว่ากลุ่มที่ผ่าตัดด้วยวิธีใช้ยาดมสลบ โดยที่ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ได้แก่ แผลติดเชื้อ แผลแยก ความเจ็บปวดแผล

เรื้อรัง ภาวะเลือดคั่งใต้แผลผ่าตัด ภาวะน้ำเหลืองคั่งใต้แผลผ่าตัด ถุงน้ำรอบอัมพาต ไม่แตกต่างกัน และการผ่าตัดโรคไส้เลื่อนขาหนีบด้วยวิธีการฉีดยาเฉพาะที่มีความปลอดภัยไม่กระทบต่อระบบไหลเวียนโลหิต ซึ่งน่าจะเหมาะกับการผ่าตัดผู้ป่วยสูงอายุหรือมีโรคร่วม ที่มีความเสี่ยงที่จะได้รับภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาดมสลบได้ หรือสามารถทำได้ในโรงพยาบาลห่างไกลที่อาจขาดแคลนวิสัญญีแพทย์

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง(Retrospective cohort study) และมีผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์ทั้งหมดเพียง 40 ราย หากมีงานวิจัยต่อยอดในอนาคต ควรทำการศึกษาแบบไปข้างหน้า(Prospective study) และกำหนดกลุ่มประชากรผู้ป่วยเพิ่มขึ้น เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลงานวิจัย

2. การผ่าตัดโรคไส้เลื่อนขาหนีบด้วยวิธีการฉีดยาเฉพาะที่ ศัลยแพทย์ต้องศึกษาและฝึกฝน ความชำนาญในเรื่อง กายวิภาคศาสตร์(Anatomy)และกายวิภาคศาสตร์พื้นผิว(Surface anatomy) ของบริเวณผ่าตัด เพื่อให้การฉีดยาได้ตรงจุด และลดความเจ็บขณะผ่าตัดได้ดีที่สุด

3. ผู้ป่วยผ่าตัดโรคไส้เลื่อนขาหนีบด้วยวิธีการฉีดยาเฉพาะที่ ต้องสามารถสื่อสารได้รู้เรื่อง และมีการพูดคุยกับคนไข้ให้เข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนการผ่าตัดอย่างชัดเจน เพื่อในการผ่าตัดราบรื่น ปลอดภัย และผู้ป่วยไม่เกิดความกังวลขณะผ่าตัด

จากผลการศึกษาแม้ว่าการผ่าตัดโรคไส้เลื่อนขาหนีบด้วยวิธีการฉีดยาเฉพาะที่จะไม่มีผลต่อระบบไหลเวียนโลหิต แต่ศัลยแพทย์ต้องระมัดระวังและคำนึงไว้เสมอ เพื่อไม่ให้ปริมาณยาที่ผู้ป่วยได้รับเกินปริมาณสูงสุดของยา(Maximum dose)

เอกสารอ้างอิง

- Amul Bhedi, Sushil Damor, Arnab Sarkar (2016). Inguinal Hernia Repair: Comparison of Local Anaesthesia and Spinal Anaesthesia.JMSCR.;4(12):14540-14547.
- Bore Bakota, Mario Kopljär, Diana Simic, Miljenko Franic, Mario Staresinic, Leonardo Patrl (2016). Complications, Pain Control, and Patient Recovery After Local Versus General Anesthesia for Open Inguinal Hernia Repair in Adults. Int Surg;101:144–152.
- Courtney J. Balentine , Jennie Meier , Miles Berger, Timothy P. Hogan, Joan Reisch , Munro Cullum , Herbert Zeh, Simon C. Lee, Celette Sugg Skinner, Cynthia J. Brown (2020). Using local rather than general anesthesia for inguinal hernia repair is associated with shorter operative time and enhanced postoperative recovery. The American Journal of Surgery; 10(10):1-6.
- Flavio Antonio De Sa Ribeiro ,Fernana Padron, Tiago Durate Magalhaes Castro, Lucio Carlos De Azevedo Torres Filho, Baltazar De Araujo Fernandes (2010). Inguinal hernia repair with local anesthesia in the outpatient. Col. Bras. Cir.; 37(6): 397-40.
- J Dunn, Dr C J E Day (1998).Local anesthesia for inguinal and femoral hernia repair. Update in Anaesthesia 1998;10:17-19.
- Kreangsak Chainapapong (2019). Groin Hernia Repair under Local Anesthesia in One Day Surgery-8-year Experience. The Thai journal of surgery; 40:27-34.
- Methas Arunnart (2022). Early Results of Inguinal Hernia Repair under General Anesthesia and a One-Day Surgery Protocol. The Thai journal of surgery; 43(4):155-159.
- Muhammad Saad Faisal , Malik Nazar Farid , Mujahid Mahmood (2016). Tolerability and Outcome of Inguinal Hernia Repair under Local Anesthesia among elderly male patients high risk for General or Regional Anesthesia. PJMHS; 10(4): 1157-1160.
- Mojolaoluwa Olugbemi, Thomas Athisayaraj, Emmanuel Lorejo, Eamonn Coveney (2023). The Impact of Body Mass Index on Local Anaesthetic Inguinal Hernia Repair.Cureus; 15(3):1-8.
- M.Hosseinpoura, A.Behdadb, M.Resaei (2013). Assessment of the effect of local versus general anesthesia on the pain perception after inguinal hernia surgery.Ambulatory surgery; 19(1):10-12.
- P.Sanjay,A.Woodward (1994). Inguinal hernia repair: Local or general anesthesia.Ann R coll Surg Engl 2007;89:497-503.
- Parviz K. Amid, Alex G, Shulman, Irving L. Lichtenstein. Local Anesthesia for Inguinal Hernia Repair Step-by-Step Procedure.Annals of surgery; 220(6): 735-737.
- Ryota Koyama,Yoshiaki Maeda,Nozomi Minagawa,Toshiki Shinohara (2015). Three-step tumescent local anesthesia technique for inguinal hernia repair.Annal gastroenterology surgery; 5:119-123.

Rupal Kapadia, Hanna Musa, Palakben Parikh,
Namrata Mehta, Lalit Kapadiya (2021). A
clinical study: Inguinal hernia repair
under local block. Indian Journal of
Clinical Anaesthesia; 8(1):62–67.

การใช้อัลตราซาวด์อัลตรากราฟิประเมินภาวะพังผืดของตับในผู้ป่วยที่มี ภาวะโภชนาการเกิน ซึ่งเสี่ยงต่อภาวะไขมันพอกตับในอำเภออุทุมพรพิสัย โดยเปรียบเทียบกับค่า FIB-4 index และ NAFLD fibrosis score

ชลิดา กิตติรุ่งเรือง, พ.บ.¹

บทคัดย่อ

ภาวะโภชนาการเกินเป็นปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่โรคไขมันพอกตับซึ่งสามารถทำให้เกิดตับอักเสบและภาวะพังผืดในตับ วิธีวินิจฉัยมาตรฐานของไขมันพอกตับคือการเจาะชิ้นเนื้อของตับ แต่เป็นวิธีการที่รุกรานและมีผลข้างเคียงจึงไม่เป็นที่นิยม การวินิจฉัยไขมันพอกตับในกลุ่มคนอ้วนโดยวิธีการอัลตราซาวด์มีความไวลดลงเมื่อเทียบกับกลุ่มประชากรทั่วไป ทำให้มีความเสี่ยงที่จะไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาที่เหมาะสม เป็นการศึกษาวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบ cross sectional study มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ความสอดคล้องในการใช้ตรวจอัลตราซาวด์อัลตรากราฟิประเมินระยะความรุนแรงของพังผืดในตับเปรียบเทียบกับค่า FIB-4 index และ NAFLD fibrosis score ศึกษาในกลุ่มประชากรที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 kg/m² จำนวน 219 ราย โดยใช้อัลตราซาวด์อัลตรากราฟิเปรียบเทียบกับค่า FIB-4 index และ NAFLD fibrosis score เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม การตรวจอัลตราซาวด์และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ.2567 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ความถี่ ร้อยละ และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสำหรับตัวแปรต่อเนื่องที่มีการกระจายตัวแบบปกติ และความสอดคล้องและความสัมพันธ์ของผลการตรวจอัลตราซาวด์กับค่า FIB-4 index, NAFLD fibrosis score และค่าปัจจัยพื้นฐานของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยใช้ Spearman's rank correlation coefficient, Chi-Square test และ one-way ANOVA กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$

ผลการศึกษา พบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 219 ราย พบว่าความรุนแรงของพังผืดที่ได้จากการตรวจอัลตราซาวด์มีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงกันข้ามกับค่า FIB-4 index โดยมีค่า correlation coefficient = -0.165 , $p=0.015$ และไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติกับค่า NAFLD fibrosis score ($p\text{-value} = 0.734$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของภาวะพังผืดจากการตรวจอัลตราซาวด์ในทิศทางเดียวกันคือค่าดัชนีมวลกายและโรคเบาหวาน/ภาวะก่อนเบาหวาน ซึ่งมีค่า correlation coefficient = 0.287, $p<0.001$ และ 0.189, $p=0.005$ ตามลำดับ

สรุปพบว่า ความรุนแรงของภาวะพังผืดที่ได้จากการตรวจอัลตราซาวด์มีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงกันข้ามกับค่า FIB-4 index และไม่มีความสัมพันธ์กับค่า NAFLD fibrosis score

คำสำคัญ: อัลตราซาวด์อัลตรากราฟิ, FIB-4 index, NAFLD fibrosis score, ไขมันพอกตับ, พังผืดในตับ

¹ นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ Email: chalidakittirungruang@gmail.com

Shear wave elastography results correlate with FIB-4 index and NAFLD fibrosis score to predict liver fibrosis in overweight patients who have an increased risk for non-alcoholic fatty liver disease, Uthumphon Phisai District, Sisaket Province

Chalida Kittirungruang, M.D.¹

Abstract

Overnutrition is a risk factor for fatty liver disease, which can lead to hepatitis and liver fibrosis. The standard diagnostic method for fatty liver disease is liver biopsy, but it is invasive and has side effects, so it is not popular. The sensitivity of ultrasound diagnosis of fatty liver disease in obese people is lower than in the general population, which increases the risk of not being diagnosed and treated appropriately. This is a cross-sectional analytical study. The objective of this study was to analyze the consistency of using ultrasound elastography to assess the severity of liver fibrosis compared with the FIB-4 index and NAFLD fibrosis score. The study included 219 patients with a body mass index (BMI) of 25 kg/m² or higher. The ultrasound elastography was compared with the FIB-4 index and NAFLD fibrosis score. Data were collected using questionnaires, ultrasound examinations, and laboratory test results. Data were collected between January and March. Until March 2024, the data were analyzed using descriptive statistics, including mean, frequency, percentage, and standard deviation for continuous variables with normal distribution. The consistency and relationship of ultrasound results with FIB-4 index, NAFLD fibrosis score, and baseline factors of the participants were tested using Spearman's rank correlation coefficient, Chi-Square test, and one-way ANOVA, with statistical significance set at $p\text{-value} < 0.05$.

The results of the study found that a total of 219 participants found that the severity of fibrosis obtained from ultrasound examination was inversely related to the FIB-4 index, with a correlation coefficient of -0.165, $p=0.015$, and no statistically significant relationship was found with the NAFLD fibrosis score ($p\text{-value} = 0.734$). Factors that were associated with the severity of fibrosis from ultrasound examination in the same direction were body mass index and diabetes/prediabetes, with a correlation coefficient of 0.287, $p<0.001$, and 0.189, $p=0.005$, respectively.

In conclusion, the severity of fibrosis obtained by ultrasound examination was inversely related to the FIB-4 index and was not related to the NAFLD fibrosis score.

KEYWORDS: ultrasound shear wave elastography, FIB-4 index, NAFLD fibrosis, fatty liver, hepatic fibrosis

¹ Medical Doctor, Professional Level, Uthumphon Phisai Hospital, Si Sa Ket Province,

Email: chalidakittirungruang@gmail.com

บทนำ

ภาวะโภชนาการเกินเป็นปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่โรคมากมาย อาทิเช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน รวมถึงโรคไขมันพอกตับ ซึ่งโรคต่างๆ เหล่านี้ นำไปสู่การเพิ่มอัตราการตายอย่างมีนัยสำคัญ (Fruh, 2017)

สาเหตุของการเกิดโรคไขมันพอกตับ นั้นมีหลายปัจจัย เช่น แอลกอฮอล์ ยา กรรมพันธุ์ ซึ่งภาวะโภชนาการเกินถือเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะไขมันพอกตับและมีอุบัติการณ์เพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว สอดคล้องกับภาวะโภชนาการเกินโดยเฉพาะในประเทศทางฝั่งตะวันตก (Kudaravalli et al., n.d.)

ในประเทศไทยรวมถึงอำเภออุทุมพรพิสัย ภาวะโภชนาการเกินมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้นในทุกๆ ปี ในปี พ.ศ. 2566 มีกลุ่มประชากรในช่วงวัย 19 – 59 ปี มีดัชนีมวลกายอยู่ในช่วงอ้วนระดับที่ 1 ถึง 35.31% (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2566) และอุบัติการณ์ของการเกิดไขมันพอกตับในประชากรไทยก็สูงถึง 76.1% (Kladchareon et al., 2004)

วิธีวินิจฉัยมาตรฐาน (gold standard) ที่ใช้ในการวินิจฉัยและสามารถบ่งบอกระยะและแยกภาวะไขมันพอกตับและภาวะไขมันพอกตับที่มีการอักเสบคือการเจาะชิ้นเนื้อ (liver biopsy) แต่วิธีการดังกล่าวไม่เป็นที่นิยมนักเนื่องจากเป็นหัตถการที่ต้องรุกรานผู้ป่วย (Invasive procedure) และมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นตามมา อาทิเช่น เลือดออก ลมรั่วในช่องอก ลมรั่วในช่องท้อง เป็นต้น (da Silva et al., 2020; Gharibvand et al., 2020)

อัลตราซาวด์ได้ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายในการช่วยวินิจฉัยภาวะไขมันพอกตับใน เนื่องจากเป็นวิธีการที่ไม่รุกราน เข้าถึงได้ง่าย ราคาถูกและมีความไวและความจำเพาะสูงถึง 85% และ 94% ตามลำดับ เมื่อเทียบกับการเจาะชิ้นเนื้อของตับ(Kogachi & Nouredin, 2021)

แต่อย่างไรก็ตามอัลตราซาวด์จะมีข้อจำกัดในการช่วยวินิจฉัยภาวะไขมันพอกตับในกลุ่มประชากร

ที่มีภาวะอ้วน โดยความไว (sensitivity) ในผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วนจะลดลงถึง 40.1% (Khov et al., 2014) ทำให้ประชากรในกลุ่มนี้มีความเสี่ยงที่จะไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาภาวะไขมันพอกตับ ซึ่งสามารถนำไปสู่การมีภาวะตับอักเสบหรือมีพังผืดในตับ ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงในการเป็นตับแข็งและมะเร็งตับเพิ่มมากขึ้น

ด้วยความสำคัญและเหตุผลดังกล่าว จึงเป็นฐานคิดที่ผู้วิจัยนำมาเป็นประเด็นในการทำการศึกษการใช้อัลตราซาวด์อีลาสโตกราฟีในการช่วยประเมินภาวะพังผืดในกลุ่มคนไข้ที่มีภาวะโภชนาการเกิน ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันพอกตับ โดยเทียบกับการใช้ FIB-4 index ซึ่งเป็นการคำนวณโดยใช้ค่าเอนไซม์ตับ, จำนวนเกล็ดเลือดและอายุของคนไข้มาใช้ในการคำนวณ และ NAFLD fibrosis score ซึ่งเป็นวิธีการที่นำความความเสี่ยงโรคเบาหวาน ปริมาณไข่ขาวเลือด (albumin) และค่าดัชนีมวลกายมาคำนวณด้วย(Angulo et al., 2007) ค่า FIB-4 index และ NAFLD fibrosis score ได้มีการเริ่มนำมาใช้ในงานวิจัยอย่างแพร่หลาย เนื่องจากเป็นการตรวจผลเลือดเบื้องต้นที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย

วัตถุประสงค์

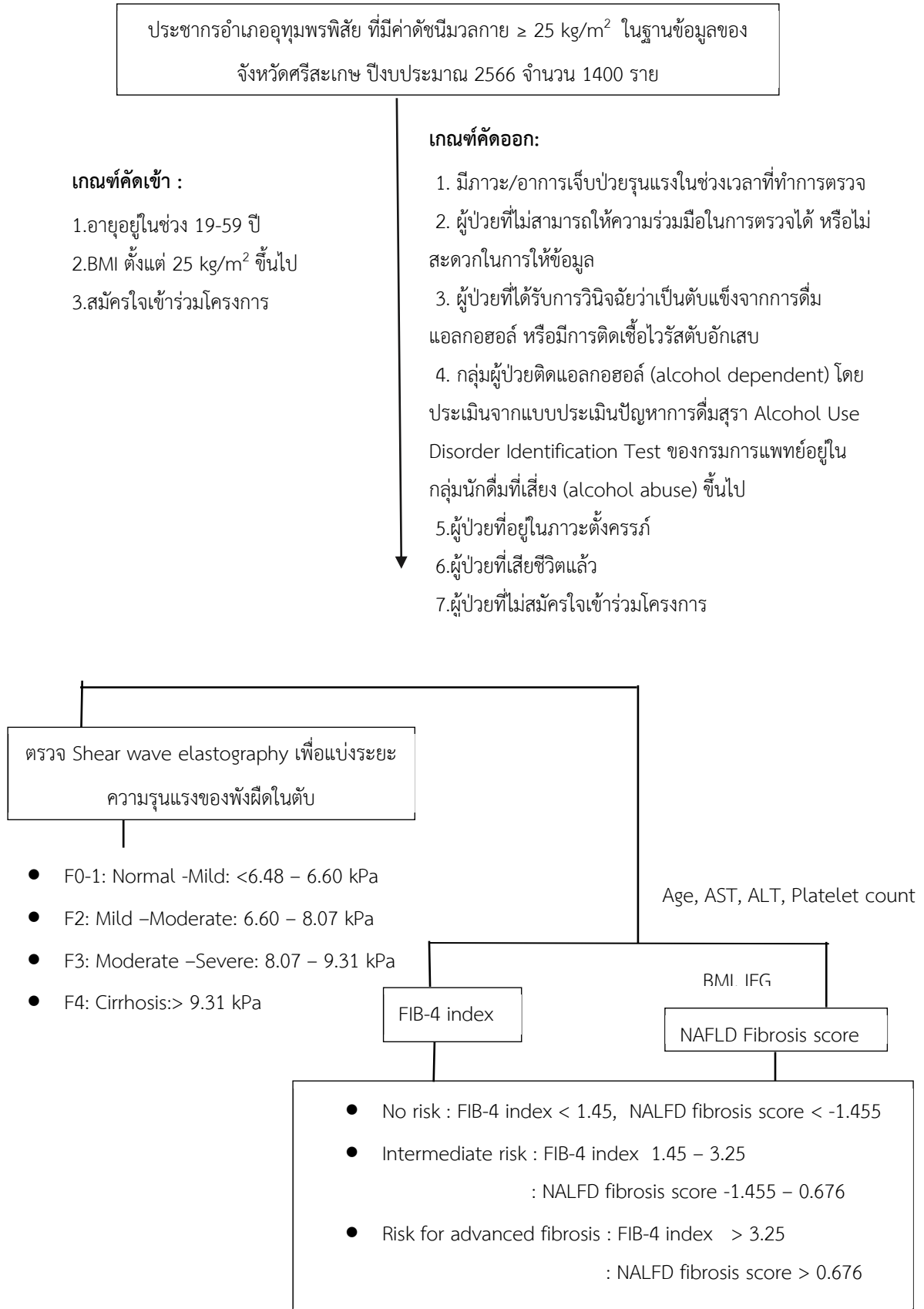
เพื่อวิเคราะห์ความสอดคล้องในการประเมินความรุนแรงของภาวะพังผืดในตับในผู้ป่วยที่มีภาวะโภชนาการเกินซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไขมันพอกตับ โดยใช้การใช้อัลตราซาวด์อีลาสโตกราฟีเปรียบเทียบกับค่า FIB-4 index และ NAFLD fibrosis score ในอำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ

สมมุติฐานการวิจัย

ความรุนแรงของภาวะพังผืดในตับที่ได้จากการตรวจ ultrasound elastography มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับค่า FIB-4 index และ NAFLD fibrosis score

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยและแนวทางในการดำเนินงานวิจัย ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นงานวิจัยเชิงแบบวิเคราะห์แบบ cross-sectional study ในพื้นที่อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ.2567

ประชากรที่ศึกษา

ผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 kg/m² ขึ้นไป จำนวน 219 ราย จากการคำนวณหาขนาดตัวอย่างด้วยสูตร

$$n = \left[\frac{(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})}{\left\{ 0.5 \ln \left(\frac{1 + \rho_0}{1 - \rho_0} \right) - 0.5 \ln \left(Z_1 \left(\frac{1 + \rho_1}{1 - \rho_1} \right) \right) \right\}} \right]^2 + 3$$

โดยสมมติฐานว่าค่า correlation coefficient จะอยู่ที่ 0.2 และ 0.4 จากการอ้างอิงค่า correlation coefficient ที่ได้จากงานวิจัยของคุณปริญญาพร (ปริญญาพร บุญประสพ, 2022) กำหนดค่า 2-sided Type I error= 0.05, 90% power

ข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษในปีงบประมาณ 2566 จะได้ตัวแทนประชากรจาก 11 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีจำนวนประชากรที่เข้าเกณฑ์คัดเข้ามากที่สุด จากนั้นใช้แบบสอบถามเพื่อประเมินความเสี่ยงของการดื่มแอลกอฮอล์โดยและโรคประจำตัว หากเป็นนักดื่มที่เสี่ยงและมีโรคประจำตัวเป็นตับแข็งหรือไวรัสตับอักเสบจะไม่ได้เข้าร่วมในงานวิจัย

ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการตรวจอัลตราซาวด์อีลาสโตกราฟีโดยรังสีแพทย์ โดยทำการตรวจด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ Logiq S8 XDclear 2.0 โดยทำการตรวจด้วยวิธี Shear wave elastography ที่ right hepatic lobe บริเวณที่ทำการวัดต้องเป็นบริเวณที่ไม่มีหลอดเลือดหรือเงาของกระดูกซี่โครง รายงานค่าเป็น fibrosis degree จากค่า E median ที่เกิดจากการวัดค่าอย่างน้อย 6 ครั้ง โดยต้องมีค่า E IQR/Median < 30% ตรวจค่าการทำงานของตับ, จำนวนเกล็ดเลือด

และระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อนำมาคำนวณค่า FIB-4 index และ NAFLD fibrosis score

โดยสูตรการคำนวณคือ

$$FIB - 4 index = \frac{Age(years) \times AST level (U/L)}{Platelet Count (10^9/L) \times \sqrt{ALT level (U/L)}}$$

$$NAFLD fibrosis score = -1.675 + 0.037 \times age(years) + 0.094 \times BMI(kg/m^2) + 1.13 \times IFG/diabetes(yes = 1, no = 0) + 0.99 \times AST/ALT ratio - 0.013 \times platelet (10^9/l) - 0.66 \times albumin (g/dl)$$

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลมาทำการวิเคราะห์ความสอดคล้องและความสัมพันธ์ของผลการตรวจอัลตราซาวด์กับค่า FIB-4 index, NAFLD fibrosis score และค่าปัจจัยพื้นฐานของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยใช้ Spearman's rank correlation coefficient, Chi-Square test และ one-way ANOVA กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05

คำนวณสถิติเชิงพรรณนา โดยใช้ค่าเฉลี่ย ความถี่ ร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสำหรับตัวแปรต่อเนื่องที่มีการกระจายตัวแบบปกติ

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยขอรับการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ และได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการศึกษา โดยได้รับเอกสารรับรองโครงการวิจัย การอนุมัติจากวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่หนังสือ SPPH 2023-212

ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขอความร่วมมือ ความยินยอมกับผู้เข้าร่วมวิจัยในการตอบแบบสอบถามและการเก็บตัวอย่างเลือดก่อน โดยผู้เข้าร่วมวิจัยมีอิสระในการตอบรับหรือปฏิเสธการให้ความร่วมมือดังกล่าวโดยจะไม่ได้รับผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น คำตอบของผู้เข้าร่วมวิจัยจะถือเป็นความลับ นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอผลการวิจัย

ในภาพรวมทางวิชาการเท่านั้นและข้อมูลที่ได้ผู้วิจัยจะนำไปใช้เพื่อใช้ในการศึกษาวิจัยเท่านั้น

ผลการวิจัย

ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 219 ราย เพศหญิง 198 ราย เพศชาย 21 ราย อายุเฉลี่ย $50.3(\pm 6.08)$ ปี ดัชนีมวลกายเฉลี่ย $29.66(\pm 3.71)$ kg/m² มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานหรือเป็นโรคเบาหวาน 44 ราย (20.1%) โดยส่วนมากผู้เข้าร่วมวิจัยไม่มีอาการผิดปกติ จำนวน 189 ราย (86%) ดังตาราง 1

ผลการตรวจอัลตราซาวด์อัสโตรกราฟี พบว่าผู้เข้าร่วมวิจัย มีค่า fibrosis degree อยู่ในระยะ F1 (normal-mild) จำนวน 69 ราย F2 (mild-moderate) 57 ราย F3 (moderate-severe) 37 ราย และ F4 (cirrhosis) 56 ราย คิดเป็น 31.5% , 26%, 16.9% และ 25.6 % ตามลำดับ ดังตาราง 1

การคำนวณค่า NAFLD fibrosis score และ FIB-4 index พบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มที่ไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดพังผืดระยะรุนแรง โดยมีจำนวน 180 ราย (82.2%) จากค่า NAFLD fibrosis score และ 189 ราย (86.3%) จากค่า FIB-4 index score ดังตาราง 1

การวิเคราะห์ทางสถิติพบว่า ความรุนแรงของพังผืดที่ได้จากการตรวจอัลตราซาวด์มีความสัมพันธ์กับค่า FIB-4 index แต่เป็นในทิศทางตรงกันข้าม (correlation coefficient = - 0.165, *p-value* = 0.015) และไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติกับค่า NAFLD fibrosis score ดังตาราง 2 และตาราง 3

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสอดคล้องกับค่าความรุนแรงของพังผืดที่ได้จากการตรวจอัลตราซาวด์ คือค่าดัชนีมวลกาย, ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน/เบาหวาน โดยมีค่า *p-value* < 0.05 ดังตาราง 2 และตาราง 3

ตารางที่ 1 ลักษณะพื้นฐานของผู้เข้าร่วมวิจัย

Baseline demographics	Number	%
Sex		
Male	21	9.6
Female	198	90.4
Age (years)	50.30 ± 6.08	
BMI (kg/m²)	29.66 ± 3.71	
Underlying Disease	77	35.2
IFG/diabetes	44	20.1
HT	54	24.7
DLP	17	7.8
Symptoms		
Asymptomatic	189	86.3%
Dyspepsia	14	6.39%
Dizziness	4	1.82%
Others	12	5.47%
Fibrosis degree		
Normal-Mild	69	31.5
Mild-Moderate	57	26
Moderate-Severe	37	16.9
Cirrhosis	56	25.6
NAFLD fibrosis score		
no risk	180	82.2
moderate risk	37	16.9
severe risk	2	0.90
FIB4-index		
no risk	189	86.30
moderate risk	29	13.20
severe risk	1	0.50

*others : constipation, fatigue, abnormal sensation, unspecific pain, headache, myalgia

ตาราง 2 : วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระยะความรุนแรงของพังผืดที่ตรวจพบจากอัลตราซาวด์อีลาสโตกราฟีกับค่า FIB-4 index, NAFLD fibrosis score และปัจจัยพื้นฐานของผู้เข้าร่วมวิจัย

Baseline demographics	Fibrosis degree (results form shear wave elastography)					p-value	Note:
	Normal-Mild	Mild-Moderate	Moderate-Severe	Cirrhosis			
Sex						0.310	Chi-Square test
male	5 (7.2)	3 (5.3)	8 (21.6)	5 (8.9)			
Female	64 (92.8)	54 (94.7)	29 (78.4)	51 (91.1)			
Age	49.84 ± 6.14	49.79 ± 6.77	52.00 ± 4.22	50.25 ± 6.24		0.298	one-way ANOVA
≥ 50	34 (49.3)	26 (45.6)	13 (35.1)	22 (39.3)		0.170	
< 50	35 (50.7)	31 (54.4)	24 (64.9)	34 (60.7)			
BMI (kg/m²)	28.46 ± 2.79 ^a	29.30 ± 2.88 ^a	29.19 ± 3.48 ^a	31.82 ± 4.65 ^b		<0.001	Chi-Square test
Clinical characteristics							
IFG/diabetes	9 (13.0) ^a	10 (17.5) ^a	5 (13.5) ^a	20 (35.7) ^b		0.008	one-way ANOVA
HT	16 (23.2)	11 (19.3)	8 (21.6)	19 (33.9)		0.259	Chi-Square test
DLP	3 (4.3)	4 (7.0)	2 (5.4)	8 (14.3)		0.077	Chi-Square test
NAFLD fibrosis score						1.000	
no risk	58 (84.1)	42 (73.7)	33 (89.2)	47 (83.9)			
moderate risk	11 (15.9)	14 (24.6)	4 (10.8)	8 (14.3)			Chi-Square test
severe risk	0 (0.0)	1 (1.8)	0 (0.0)	1 (1.8)			
FIB4-index						0.027	Chi-Square test
no risk	56 (81.2)	45 (78.9)	36 (97.3)	52 (92.9)			
moderate risk	13 (18.8)	11 (19.3)	1 (2.7)	4 (7.1)			Chi-Square test
severe risk	0 (0.0)	1 (1.8)	0 (0.0)	0 (0.0)			

a,b different letters indicate statistical significant difference at 0.05 level.

Continuous and Categorical data were presented as mean ±sd and numbers (percentages).

ตาราง 3 : ความสัมพันธ์ correlation coefficient
ของระยะความรุนแรงของพังผืดที่ตรวจพบจากอัลตรา
ซาวด์อีลาสโตกราฟี กับ ค่า FIB-4 index, NAFLD
fibrosis score และปัจจัยพื้นฐานของผู้เข้าร่วมวิจัยโดย
ใช้ Spearman's rho

	Fibrosis degree	
	Correlation coefficient	p-value
- Age	0.065	p=0.341
- BMI	0.287	p<0.001
- IFG/ diabetes	0.189	p=0.005
- NAFLD fibrosis score	-0.023	p=0.734
- FIB4-index	-0.165	p=0.015

สรุปและอภิปรายผล

โรคไขมันพอกตับสามารถทำให้เกิดการตับ
อักเสบ, พังผืดในตับและตับแข็ง ซึ่งโรคดังกล่าวนำไปสู่
การเพิ่มอัตราการตายอย่างมีนัยสำคัญ แต่เนื่องจาก
ไขมันพอกตับส่วนใหญ่ผู้ป่วยไม่มีอาการ และเป็นโรค
ที่ไม่ได้มีอาการและอาการแสดงที่จำเพาะ(Kudaravalli
et al., n.d.) ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้เข้ามารับการ
รักษาส่งผลให้มีความเสี่ยงในการโรคตับเรื้อรัง
มากขึ้น

การวินิจฉัยที่เป็นมาตรฐานของไขมันพอกตับ
ในปัจจุบันยังคงเป็นวิธีเจาะชิ้นเนื้อในตับแต่นอกจาก
เป็นการตรวจที่ยุ่งยากแล้ว ยังไม่สามารถตรวจได้อย่าง
แพร่หลายในทุกโรงพยาบาล เนื่องจากมีข้อจำกัด
ในด้านเครื่องมือ อุปกรณ์และบุคลากร

การค้นคว้าเพื่อเปรียบเทียบการใช้วิธีการตรวจ
ที่ไม่รุกรานเพื่อประเมินระยะของพังผืดในตับ จึงมี
ความสำคัญมากขึ้น ในการช่วยคัดกรองผู้ป่วยระยะ
เริ่มต้น เพื่อลดการเจาะชิ้นเนื้อที่ไม่จำเป็น รวมถึง
เป็นการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคพังผืดในตับระยะ
รุนแรงหรือโรคตับแข็ง การตรวจอัลตราซาวด์

เพื่อประเมินของโรคตับมีการใช้อย่างแพร่หลาย
นอกจากสามารถประเมินภาวะก้อนเนื้ออกในตับและ
ลักษณะพื้นผิวของตับเบื้องต้นแล้ว การใช้ shear wave
elastography ก็เป็นวิธีการตรวจเพื่อประเมินพังผืด
ที่ผลสอดคล้องกับระยะของพังผืดในตับโดยวิธีการเจาะ
ชิ้นเนื้อได้เป็นอย่างดี (Gharibvand et al., 2020)

การใช้ค่า FIB-4 index หรือ NAFLD fibrosis
score มีการนำมาใช้เพื่อประเมินมากขึ้น เนื่องจาก
เป็นการตรวจพื้นฐานที่มีใช้อย่างแพร่หลาย มีงานวิจัย
ที่ให้การสนับสนุนว่าค่า FIB-4 index และ NAFLD
fibrosis score สามารถแยกกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง
ต่อการเกิดพังผืดชนิดรุนแรง (significant fibrosis,
advanced fibrosis) ออกจากกลุ่มที่ไม่มีความเสี่ยงได้
(Angulo et al., 2007; Blanco-Grau et al., 2021;
Han et al., 2022; Kogachi & Nouredin, 2021;
Sterling et al., 2006; Xu et al., 2022)

แต่ผลที่ได้จากการศึกษางานวิจัยในครั้งนี้ พบว่าค่า
FIB-4 index แม้จะมีความสอดคล้องอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติกับระยะความรุนแรงของพังผืดที่ตรวจพบ
จากอัลตราซาวด์อีลาสโตกราฟี แต่เป็นความสัมพันธ์
ในทิศทางตรงกันข้าม และไม่พบความสอดคล้องที่มี
นัยสำคัญทางสถิติระหว่างค่า NAFLD fibrosis score
กับผลที่ได้จากอัลตราซาวด์ ซึ่งมีหลากหลายงานวิจัย
ที่ทำการศึกษาลแล้วพบว่าค่า FIB-4 index และ ค่า
NAFLD fibrosis score ยังไม่สามารถแยกกลุ่มที่เสี่ยง
ต่อการเกิดพังผืดระยะรุนแรงได้ดีนักและมีค่าผลลบลง
ที่ค่อนข้างสูง (Graupera et al., 2022; Hazzan et
al., 2024; Ito et al., 2023; van Kleef et al., 2022;
Viganò et al., 2022) ทั้งนี้อาจเป็นผลเนื่องมาจาก

1. กลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษาแตกต่างกัน
เนื่องจากงานวิจัยนี้เป็นการศึกษาในโรงพยาบาลชุมชน
โดยกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนมากไม่มีอาการและค่า
การทำงานของตับและจำนวนของเกล็ดเลือดส่วนใหญ่
อยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่การคิดค้นและวิจัยค่า FIB-4 index
และ NAFLD index fibrosis score ถูกพัฒนาและวิจัย
ขึ้นในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ระดับโรงพยาบาล

มหาวิทยาลัย (Angulo et al., 2007; Sterling et al., 2006) ทำให้กลุ่มคนไข้ที่ทำการศึกษานั้นมีความซับซ้อนและมีความผิดปกติมากกว่า อีกทั้งประชากรส่วนใหญ่ที่ทำการศึกษายู่ทางฝั่งทวีปยุโรปซึ่งสรีระร่างกายที่แตกต่างจากประชากรกลุ่มเอเชีย ทำอาจส่งผลต่อค่าจุดตัดที่ใช้กำหนดความเสี่ยงของค่า FIB-4 index และ NAFLD เพื่อใช้ในการประเมินแตกต่างกัน

2. ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะของตับแข็งในระยะเริ่มแรก (compensated liver cirrhosis) ส่วนใหญ่ไม่มีอาการและผลทางตรวจทางห้องปฏิบัติการจะอยู่ในเกณฑ์ปกติ (Kumar et al., 2023)

3. การศึกษาเพื่อคัดค้น non-invasive score ต่างๆ ถูกพัฒนามาเพื่อใช้ในกลุ่มคนไข้โรคตับที่มีสาเหตุแตกต่างกัน ทำให้ในบางครั้งผลการตรวจไม่สอดคล้องกับอาการ/อาการแสดงในกลุ่มประชากรทั่วไป (Shetty et al., 2019)

นอกเหนือจากนั้น ผลการศึกษาในงานวิจัยนี้ค้นพบว่าค่าดัชนีมวลกายและความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานรวมถึงการเป็นโรคเบาหวาน (ภาวะดื้อต่ออินซูลิน) มีความสอดคล้องและสัมพันธ์กับระยะความรุนแรงของพังผืดอย่างมีนัยสำคัญ สาเหตุเนื่องมาจากภาวะโภชนาการเกินทำให้เกิดไขมันสะสมในตับมากขึ้น ส่งผลให้เกิดการสร้างอนุมูลอิสระที่มีออกซิเจนเป็นส่วนประกอบ (reactive oxygen species) เพิ่มขึ้น อีกทั้งภาวะโภชนาการเกินและการดื้อต่ออินซูลินยังทำให้ adiponectin ซึ่งทำหน้าที่ลดการอักเสบทำงานได้ลดลง ส่งผลให้ตับเกิดภาวะอักเสบและพังผืดตามมาในที่สุด (Chiang et al., 2011) ซึ่งก็มีงานวิจัยที่หาความสัมพันธ์ของความรุนแรงของพังผืดกับค่าดัชนีมวลกายโดยการตรวจ transient elastography ก็พบว่า ให้ผลที่ สอดคล้องกัน (Gopalakrishna et al., 2023)

แม้ภาวะไขมันพอกตับ พังผืดในตับ รวมถึงภาวะตับแข็งในระยะเริ่มแรก จะมีอาการและอาการแสดงที่ไม่ชัดเจนและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการยังไม่บ่งบอกถึงความผิดปกติ กลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงต่อ

การเกิดโรคควรได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวและเฝ้าระวังการเกิดภาวะโรคตับเรื้อรัง ในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชนที่ไม่ได้มีเครื่องมือการตรวจและอุปกรณ์มากนัก การประเมินค่าดัชนีมวลกายและระดับน้ำตาลในเลือด สามารถใช้บ่งชี้ถึงความเสี่ยงในการเกิดโรคเพื่อให้เล็งเห็นความสำคัญและเกิดแรงจูงใจในการลดน้ำหนัก รวมถึงควบคุมปริมาณอาหารได้ โดยหากลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคก็สามารถชะลอการเกิดโรคตับแข็งระยะท้าย (decompensated liver cirrhosis) ได้ (Kumar et al., 2023)

ในระดับโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลทั่วไป การอัลตราซาวด์มีส่วนช่วยในการประเมินผู้ป่วยมากขึ้น ทั้งในด้านการป้องกันและการค้นหาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากภาวะตับแข็ง อาทิเช่น ก้อนในตับ, น้ำในช่องท้อง (ascites) หรือภาวะ portal hypertension ส่วนการตรวจทางห้องปฏิบัติการอาจจะมีประโยชน์ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการผิดปกติแต่ควรแปลผลด้วยความระมัดระวัง เนื่องจากมีผลบลวงสูง

สรุป

ความรุนแรงของภาวะพังผืดที่ได้จากการตรวจอัลตราซาวด์มีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงกันข้ามกับค่า FIB-4 index และไม่มีความสัมพันธ์กับค่า NAFLD fibrosis score

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของภาวะพังผืดจากการตรวจอัลตราซาวด์ในทิศทางเดียวกันคือดัชนีมวลกายและโรคเบาหวาน/ภาวะก่อนเบาหวาน(ภาวะดื้อต่ออินซูลิน)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

การประเมินและวินิจฉัยภาวะพังผืดในตับในระยะเริ่มแรกมีความสำคัญ เนื่องจากช่วยชะลอการดำเนินโรคไม่ให้เกิดภาวะตับแข็งระยะร้ายแรง

ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับไขมันการเกินและมีความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานควรได้รับการรักษาและให้คำแนะนำในการปรับพฤติกรรมแม้ว่ายังไม่มีอาการ เนื่องจากค้นพบว่าค่าดัชนีมวลกายที่เพิ่มขึ้นและภาวะเบาหวานหรือก่อนเบาหวาน มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของระยะพังผืดในตับอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนการตรวจทางห้องปฏิบัติการอาจพิจารณาในกลุ่มประชากรที่เริ่มมีอาการผิดปกติ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การตรวจวัด shear wave elastography ในกลุ่มประชากรที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและควบคุมอาหารได้เป็นอย่างดีว่ามีค่า fibrosis degree เปลี่ยนแปลงหรือไม่และเป็นไปในทิศทางใด

เอกสารอ้างอิง

ปริญญาพร บุญประสพ. (2022). การเปรียบเทียบการตรวจอัลตราซาวด์อีลาสโตกราฟีและการตรวจไฟโบรสแกนสำหรับการวินิจฉัยและแสดงระยะพังผืดของตับในผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบีและซี.วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 37, 373–380.
<https://doi.org/https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MJSSBH/article/view/258912>.
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ(2566). (2566, December 5). ร้อยละของประชากรวัยทำงานอายุ 15-59 ปีที่มีค่าดัชนีมวลการปกติ
https://ssk.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?cat_id=46522b5bd1e06d24a5bd81917257a93c&id=64baebe49ae9f932bdde7660b8ff9d0d#.

Angulo, P., Hui, J. M., Marchesini, G., Bugianesi, E., George, J., Farrell, G. C., Enders, F., Saksena, S., Burt, A. D., Bida, J. P., Lindor, K., Sanderson, S. O., Lenzi, M., Adams, L. A., Kench, J., Thorneau, T. M., & Day, C. P. (2007). The NAFLD fibrosis score: A noninvasive system that identifies liver fibrosis in patients with NAFLD. *Hepatology*, 45(4), 846–854.
<https://doi.org/10.1002/hep.21496>.
Blanco-Grau, A., Gabriel-Medina, P., Rodriguez-Algarra, F., Villena, Y., Lopez-Martínez, R., Augustin, S., Pons, M., Cruz, L. M., Rando-Segura, A., Enfedaque, B., Riveiro, M., Casis, E., Ferrer-Costa, R., Buti, M., & Rodriguez-Frias, F. (2021). Assessing liver fibrosis using the fib4 index in the community setting. *Diagnostics*, 11(12).
<https://doi.org/10.3390/diagnostics11122236>.
Chiang, D. J., Pritchard, M. T., & Nagy, L. E. (2011). Obesity, diabetes mellitus, and liver fibrosis. In *American Journal of Physiology - Gastrointestinal and Liver Physiology* (Vol. 300, Issue 5). <https://doi.org/10.1152/ajpgi.00426.2010>.
da Silva, L. de C. M., de Oliveira, J. T., Tochetto, S., de Oliveira, C. P. M. S., Sigrist, R., & Chammas, M. C. (2020). Ultrasound elastography in patients with fatty liver disease. In *Radiologia Brasileira* (Vol. 53, Issue 1, pp. 47–55). Colegio Brasileiro de Radiologia.
<https://doi.org/10.1590/0100-3984.2019.0028>.

- Fruh, S. M. (2017). Obesity: Risk factors, complications, and strategies for sustainable long-term weight management. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 29, S3–S14. <https://doi.org/10.1002/2327-6924.12510>.
- Gharibvand, M., Asare, M., Motamedfar, A., Alavinejad, P., & Momeni, M. (2020). Ultrasound shear wave elastography and liver biopsy to determine liver fibrosis in adult patients. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 9(2), 943. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_828_19.
- Gopalakrishna, H., Fashanu, O. E., Nair, G. B., & Ravendhran, N. (2023). Association between body mass index and liver stiffness measurement using transient elastography in patients with non-alcoholic fatty liver disease in a hepatology clinic: a cross sectional study. *Translational Gastroenterology and Hepatology*, 8. <https://doi.org/10.21037/tgh-22-1>.
- Graupera, I., Thiele, M., Serra-Burriel, M., Caballeria, L., Roulot, D., Wong, G. L. H., Fabrellas, N., Guha, I. N., Arslanow, A., Expósito, C., Hernández, R., Aithal, G. P., Galle, P. R., Pera, G., Wong, V. W. S., Lammert, F., Ginès, P., Castera, L., & Krag, A. (2022). Low Accuracy of FIB-4 and NAFLD Fibrosis Scores for Screening for Liver Fibrosis in the Population. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 20(11), 2567-2576.e6. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2021.12.034>.
- Han, S., Choi, M., Lee, B., Lee, H. W., Kang, S. H., Cho, Y., Ahn, S. B., Song, D. S., Jun, D. W., Lee, J., & Yoo, J. J. (2022). Accuracy of Noninvasive Scoring Systems in Assessing Liver Fibrosis in Patients with Nonalcoholic Fatty Liver Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Gut and Liver*, 16(6), 952–963. <https://doi.org/10.5009/gnl210391>.
- Hazzan, R., Abu Ahmad, N., Habib, A. S., Saleh, I., & Ziv, N. (2024). Suboptimal reliability of FIB-4 and NAFLD-fibrosis scores for staging of liver fibrosis in general population. *JGH Open*, 8(2). <https://doi.org/10.1002/jgh3.13034>.
- Ito, T., Nguyen, V. H., Tanaka, T., Park, H., Yeh, M. L., Kawanaka, M., Arai, T., Atsukawa, M., Yoon, E. L., Tsai, P. C., Toyoda, H., Huang, J. F., Henry, L., Jun, D. W., Yu, M. L., Ishigami, M., Nguyen, M. H., & Cheung, R. C. (2023). Poor Diagnostic Efficacy of Noninvasive Tests for Advanced Fibrosis in Obese or Younger Than 60 Diabetic NAFLD patients. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 21(4), 1013-1022.e6. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2022.05.015>.
- Khov, N., Sharma, A., & Riley, T. R. (2014). Bedside ultrasound in the diagnosis of nonalcoholic fatty liver disease. In *World Journal of Gastroenterology* (Vol. 20, Issue 22, pp. 6821–6825). Baishideng Publishing Group Co. <https://doi.org/10.3748/wjg.v20.i22.6821>.

- Kladchareon, N., Treeprasertsuk, S., Mahachai, V., Wilairatana, P., & Kullavanijaya, P. (2004). The prevalence of nonalcoholic steatohepatitis in Thai patients with non-HBV, non-HCV chronic hepatitis. *Journal of the Medical Association of Thailand = Chotmaihet Thangphaet*, 87 Suppl 2, S29-34.
- Kogachi, S., & Nouredin, M. (2021). Noninvasive Evaluation for Nonalcoholic Fatty Liver Disease and Nonalcoholic Steatohepatitis. In *Clinical Therapeutics* (Vol. 43, Issue 3, pp. 455–472). Excerpta Medica Inc. <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2021.01.012>.
- Kudaravalli, P., Savio, J., & Affiliations, J. (n.d.). Nonalcoholic Fatty Liver Continuing Education Activity. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK541033/?report=printable>.
- Kumar, R., Kumar, S., & Prakash, S. S. (2023). Compensated liver cirrhosis: Natural course and disease-modifying strategies. *World Journal of Methodology*, 13(4), 179–193. <https://doi.org/10.5662/wjm.v13.i4.179>.
- Shetty, A., Yum, J. J., & Saab, S. (2019). The Gastroenterologist's Guide to Preventive Management of Compensated Cirrhosis. In *Gastroenterology & Hepatology* (Vol. 15).
- Sterling, R. K., Lissen, E., Clumeck, N., Sola, R., Correa, M. C., Montaner, J., Sulikowski, M. S., Torriani, F. J., Dieterich, D. T., Thomas, D. L., Messinger, D., & Nelson, M. (2006). Development of a simple noninvasive index to predict significant fibrosis in patients with HIV/HCV coinfection. *Hepatology*, 43(6), 1317–1325. <https://doi.org/10.1002/hep.21178>.
- van Kleef, L. A., Sonneveld, M. J., de Man, R. A., & de Knecht, R. J. (2022). Poor performance of FIB-4 in elderly individuals at risk for chronic liver disease – implications for the clinical utility of the EASL NIT guideline. In *Journal of Hepatology* (Vol. 76, Issue 1, pp. 245–246). Elsevier B.V. <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2021.08.017>.
- Viganò, M., Pugliese, N., Cerini, F., Turati, F., Cimino, V., Ridolfo, S., Rocchetto, S., Foglio, F., Terrin, M., La Vecchia, C., Rumi, M. G., & Aghemo, A. (2022). Accuracy of FIB-4 to Detect Elevated Liver Stiffness Measurements in Patients with Non-Alcoholic Fatty Liver Disease: A Cross-Sectional Study in Referral Centers. *International Journal of Molecular Sciences*, 23(20). <https://doi.org/10.3390/ijms232012489>.
- Xu, X. lan, Jiang, L. shun, Wu, C. si, Pan, L. ya, Lou, Z. qi, Peng, C. ting, Dong, Y., & Ruan, B. (2022). The role of fibrosis index FIB-4 in predicting liver fibrosis stage and clinical prognosis: A diagnostic or screening tool? In *Journal of the Formosan Medical Association* (Vol. 121, Issue 2, pp. 454–466). Elsevier B.V. <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2021.07.013>.

รูปแบบการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริหารผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน ในเขต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำท่วม ตำบลแซ่ อำเภอกุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ

พรทิพา เสาวเรือง, ส.บ.¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนงานบริหารผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชนในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำท่วม ตำบลแซ่ อำเภอกุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ ระหว่าง เดือน มกราคม 2566 ถึง กันยายน 2566 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการพัฒนาระบบการสร้างรูปแบบได้แก่นายกองการบริหารส่วนตำบล, เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล, สมาชิกการบริหารส่วนตำบล, ผู้นำชุมชน, ประชาชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ,พระภิกษุ ,CareGiver ,เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key information) ในการสะท้อนสภาพปัญหา และการถอดบทเรียน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยทำการสุ่มเลือกมาแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ในกลุ่มประชากรที่เกี่ยวข้อง จำนวน 40 คน โดยประยุกต์ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ของเคมมิสและแมกแทกการ์ด (Kemmis & McTaggart) จำนวน 3 วนรอบ เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม ของเครือข่ายสุขภาพและผู้นำชุมชนในชุมชน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูล เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนก่อนและหลังใช้สถิติ paired t-test

ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริหารผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน มีกระบวนการดำเนินงาน ดังนี้ 1.) การเตรียมการก่อนการวิจัย โดยมีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อทำความเข้าใจในบริบทของชุมชน 2) การประชุมร่วมกับชุมชนเพื่อสะท้อนสถานการณ์งานบริหารผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง 3) การติดตามการดำเนินงานโดยเยี่ยมเสริมพลังเครือข่ายในงานบริหารผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน ตามหลัก Flood Model ประกอบด้วย 1) F: Function and cooperation team : คณะทำงานและความร่วมมือ 2) L : Learning and mutual understanding การเรียนรู้และความเข้าใจร่วมกัน 3) O : Originality and seek for Resource sharing มีความคิดริเริ่มและแสวงหาการแบ่งปันทรัพยากร 4) O : Openness care and social support การดูแลแบบเปิดกว้างและการสนับสนุนทางสังคม 5) D : Development Evaluation and empowerment การพัฒนา การประเมินผล และการเสริมพลัง

ผลการประเมินรูปแบบที่พัฒนาขึ้นพบว่า หลังการดำเนินงาน กลุ่มตัวอย่างมี ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมและคุณภาพชีวิตโดยรวม ของผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: งานบริหารผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคก อำเภอกุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ

Email: Chutiporn289@gmail.com

Model for creating a network to support Caring for homebound and bedridden patients in the community Namtoam Hospital Khae Subdistrict Uthumphon Phisai District Sisaket

Pornthiwa Saowiang, B.P.H.¹

Abstract

This research has the objective to study the development Model for creating a network to support care for bedridden patients in the community In the area of Ban Namtoam Hospital Khae Subdistrict UthumphonPhisai District Sisaket between January 2023 to September 2023, Sample groups used in developing the model creation process Subdistrict Administrator, Subdistrict Administrative Officer, Subdistrict Administrative Organization Member, Community leader, Community philosopher, Village health volunteers, monk, public health officer Important informant in reflecting the problem and lessons learned By community participation In the relevant population of 40 people by applying action research of Chernis and McTaggart's Tools used include: Use in-depth interviews in the Community Health Network Group Discussion Record Form and community leaders in the community and check data consistency.

The results of the research found that the model for creating a network to support care for bedridden patients in the community is an operating process. 1) Preparation before research A workshop was held to understand the community context, 2) Communicating with the community to reflect on the situation of caring for bedridden patients at home, 3) Follow up on operations by visiting to strengthen the network in caring for bedridden patients in the community according to the Flood Modle principles; F: Function and cooperation team, L: Learning and mutual understanding, O: Originality and seek for Resource sharing, O: Openness care and social support, D: Development Evaluation and empowerment.

The results of the evaluation of the developed model found that after operation The sample group had a mean difference in the physical health quality of life scores. Mental quality of life Quality of life in terms of social relationships Environmental quality of life and overall quality of life of dependent patients Higher than before the experiment with statistical significance at the 0.05 level.

KEYWORDS: Caring for homebound and bedridden patients in the community

¹ Public Health Technical Officer, Professional level, Ban Khok Health Promoting Hospital, Uthumphon Phisai District, Sisaket Province, Email: Chutiporn289@gmail.com

บทนำ

ปัจจุบันประชากรโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ทำให้หลายประเทศเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุซึ่งเป็นสังคมที่มีความต้องการการพึ่งพาจากประชากรโลก 6,070.6 ล้านคนในปี 2543 เป็น 7,851.4 ล้านคนในปี 2568 ประเทศไทยมีจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และเห็นได้ชัด โดยปี 2537 มีผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 6.8 ของประชากรทั้งประเทศ ปี 2545 ปี 2550 2554 และ ปี 2557 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.4 10.7 12.2 และ 14.9 ปี 2560 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 16.7 เป็นผู้สูงอายุชาย ร้อยละ 44.9 และเพศหญิง ร้อยละ 55.1 ในปี ไทยจะกลายเป็นสังคมสูงวัย อย่างสมบูรณ์ ที่มีประชากรอายุมากกว่า 60 ปี สูงขึ้นถึงร้อยละ 16.7 ของประชากรทั้งหมด นับว่าอัตราการเข้าสู่ “ภาวะประชากรสูงอายุ (Population Ageing)” เร็วมาก ซึ่งหมายความว่าประเทศไทยมีเวลาสั้นมากที่จะเตรียมการเพื่อรองรับประชากรผู้สูงอายุทั้งในด้านสุขภาพเศรษฐกิจและสังคม อาจกล่าวได้ว่าประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งในอาเซียนที่เข้าสู่สังคมสูงวัย (Aged society) คือการที่มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นมากกว่า ร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด ในขณะที่วัยเด็กและวัยแรงงานลดน้อยลงเรื่อยๆจากนั้นจะกลายเป็น “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” (Complete aged society) เมื่อมีประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่า ร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด ในปี 2564 และจะเป็น “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” (Super aged society) เมื่อมีประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่า ร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด ประมาณปี 2574 จำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้น ทำให้ความต้องการดูแลเพิ่มขึ้นจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยเฉพาะประสพภาวะทุพพลภาพอย่างรุนแรง ส่งผลให้มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือได้แต่มีข้อจำกัดเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นสาเหตุของการต้องการดูแลระยะยาวตามนิยามสหประชาชาติ จากการประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุจำนวน

6,394,022 คน ในปี 2558 โดยกระทรวงสาธารณสุขพบว่าร้อยละ 79 (5 ล้านคน) คือผู้สูงอายุติดสังคม หรือกลุ่มช่วยเหลือตนเองได้ร้อยละ 21 (1.3 ล้านคน) คือผู้สูงอายุที่อยู่ในวัยพึ่งพิงหรือกลุ่มติดบ้านติดเตียงที่ต้องการดูแลทั้งด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ และสังคม

ตามโครงสร้างครอบครัวของสังคมไทยพ.ศ. 2557 เปลี่ยนจากครอบครัวขยายเป็นเดี่ยวจากร้อยละ 28.9 เป็นร้อยละ 31.0 ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวมีอยู่อย่างจำกัด อัตราเกื้อหนุนมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 7.0 เป็นร้อยละ 6.3 ร้อยละ 5.5 และร้อยละ 4.5 ในปีพ.ศ. 2550, 2553, 2554 และ 2557 ตามลำดับ ปัจจุบันพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงถูกทอดทิ้งให้อยู่ลำพังมากขึ้น เนื่องจากญาติหรือผู้ดูแลส่วนใหญ่ต้องไปทำงานนอกบ้าน เพื่อหารายได้ให้ครอบครัว โดยการประกอบอาชีพต่างๆ เช่น รับราชการ รับจ้าง หรือทำด้านการเกษตร ทำให้ไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ตลอดเวลา ส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้บางรายเกิดปัญหาด้านสุขภาพทั้งทางร่างกาย และจิตใจ เช่นมีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จากการเจ็บป่วย เกิดแผลกดทับ เกิดข้อติด เกิดการติดเชื้อ มีภาวะซึมเศร้า หลงลืม และเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุต่างๆได้

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำท่วม ตำบลแข่ อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดศรีสะเกษ มีผู้สูงอายุ จำนวน 422 คน เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง 77 คน และเป็นผู้ป่วยติดเตียงที่มีอายุต่ำกว่า 60 ปี อีก 2 ราย รวมเป็น 79 ราย โดยมี Care Giver 5 คน Care Manager 1 คน ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำท่วม ตำบลแข่ อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดศรีสะเกษ ที่ผ่านมามีเจ้าหน้าที่ที่เป็นผู้จัดการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข(CareManager:CM) เป็นผู้จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ให้ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(Care Giver:CG) ซึ่งเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ในสัดส่วน 1 : 16 คน ตามชุดสิทธิประโยชน์

การบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และปัญหาที่พบในกระบวนการดูแลอื่นๆเช่น ผู้ช่วยเหลือดูแล(CG)ไม่สามารถให้การดูแลได้ตามแผนการพยาบาลญาติยังไม่มั่นใจในการดูแลของ Care Giver (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำท่วม:2565)

จากปัญหาในภาพรวมของการดำเนินงานที่ผ่านมา และผลกระทบที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดำเนินงานบริบาลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านน้ำท่วม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชนให้ดียิ่งขึ้น โดยให้ครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแล ช่วยให้ผู้ป่วยอายุกลุ่มพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และครอบครัวมีความพึงพอใจ

วัตถุประสงค์

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาการพัฒนาารูปแบบการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริบาลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงในชุมชน ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำท่วม ตำบลแซ อำเภอกุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อศึกษาข้อมูลสถานการณ์ งานบริบาลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำท่วม ตำบลแซ อำเภอกุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ

2.2 เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริบาลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำท่วม ตำบลแซ อำเภอกุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ

2.3 เพื่อศึกษาผลของการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริบาลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ใน

ชุมชน ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำท่วม ตำบลแซ อำเภอกุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริบาลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำท่วม ตำบลแซ อำเภอกุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ ช่วงเดือน มกราคม 2566 ถึง กันยายน 2566

1.กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการพัฒนาระบบการสร้างรูปแบบได้แก่นายกองการบริหารส่วนตำบล, เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล, สมาชิกกองการบริหารส่วนตำบล, ผู้นำชุมชน ,ปราชญ์ชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.), พระภิกษุ , CG, เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key information) ในการสะท้อนสภาพปัญหา และการถอดบทเรียน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยทำการสุ่มเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ในกลุ่มประชากรที่เกี่ยวข้อง จำนวน 40 คน ดังนี้

1. นายกองค์การบริหารส่วนตำบล 1 คน
2. เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล 1 คน
3. สมาชิกกองการบริหารส่วนตำบล 5 คน
4. ผู้นำชุมชน 5 คน
5. ปราชญ์ชุมชน 3 คน
6. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 15 คน
7. พระภิกษุ 2 รูป
8. Care Giver 5 คน
9. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 3 คน

2.กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาและประเมินผลเป็นผู้ที่ป่วยติดบ้านติดเตียง ทุกคนในชุมชน ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำท่วม ตำบลแซ อำเภอกุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ ทั้งหมด 79 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการพัฒนารูปแบบการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริหารผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำท่วม ตำบลแซ อำเภอกุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วย

1.แนวทางการสนทนากลุ่มในระยะสังเกตรูปแบบการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริหารผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำท่วม ตำบลแซ อำเภอกุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แนวคำถามในการสนทนากลุ่มในระยะตรวจสอบความรู้ทักษะ มีประเด็นหลักดังนี้
1) แนวการพัฒนารูปแบบการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริหารผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ในชุมชน
2) ประสพการณ์การพัฒนารูปแบบการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริหารผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน อย่างไรบ้าง

ส่วนที่ 2 แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม
1) แนวทางในการพัฒนารูปแบบการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริหารผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน
2) ประสพการณ์การพัฒนารูปแบบการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริหารผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน และ3)การประสานความร่วมมือกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ภาควิชาเครือข่ายในการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนการพัฒนารูปแบบการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริหารผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน

2. แนวทางการสังเกต ติดตาม และบันทึกการเปลี่ยนแปลง ซึ่งแนวทางการสังเกต จะใช้ประเมินตลอดช่วงของการดำเนินกิจกรรมทุกระยะ สังเกตสิ่งต่าง ๆ รวมทั้งพฤติกรรมของผู้ร่วมวิจัย และมีการบันทึกการสังเกตการดำเนินงานทุกขั้นตอนของการวิจัย โดยมีแนวทางการสังเกต ประกอบด้วย การสังเกตการมีส่วนร่วม ได้แก่ การสังเกตการแสดงความคิดเห็น ความสนใจขณะเข้าร่วมกลุ่ม สังเกตการเปลี่ยนแปลง

และกระบวนการปฏิสัมพันธ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เช่น การรวมกลุ่ม การแสดงความคิดเห็น และการสังเกตผลลัพธ์ การดำเนินการ ตามวัตถุประสงค์ รวมทั้งปัญหาและอุปสรรค อุปกรณ์ที่ใช้ในการช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เทปบันทึกเสียง ช่วยให้ข้อมูลที่ต้องการและครอบคลุมทุกประเด็น

3.การประเมินผลใช้ แบบสอบถามการพัฒนารูปแบบการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริหารผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การศึกษาครั้งนี้การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการที่หลากหลายดังนี้

1. การสังเกต (Observation) ด้วยการเฝ้าดูสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างเอาใจใส่และได้มีการกำหนดไว้อย่างมีระเบียบวิธีเพื่อวิเคราะห์หรือหาความสัมพันธ์ของสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นสิ่งอื่นที่ทำให้รู้พฤติกรรมที่แสดงออกอย่างเป็นธรรมชาติและเป็นข้อมูลตรงตามสภาพความเป็นจริงซึ่งการสังเกตมี 2 แบบ คือ แบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วมโดยผู้ศึกษาใช้การสังเกต ดังนี้

1.1 การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-participation observation) ด้วยการสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ความสนใจขณะเข้าร่วมกลุ่ม สังเกตการเปลี่ยนแปลง และกระบวนการปฏิสัมพันธ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ของผู้ร่วมกระบวนการ

1.2 การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participation observation) ที่ผู้ศึกษาได้มีโอกาสได้สังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ความสนใจขณะเข้าร่วมกลุ่ม สังเกตการเปลี่ยนแปลงและกระบวนการปฏิสัมพันธ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น โดยการเข้าร่วมกิจกรรมการสร้างเครือข่ายในฐานะเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่

1.3 การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) เป็นการสนทนา ซักถามผู้ให้ข้อมูลหลักบางคนที่ผู้ศึกษาเลือกมาเนื่องจากบุคคลนั้นมีคุณสมบัติที่จะให้ข้อมูลเฉพาะเจาะจงที่ผู้ศึกษาต้องการ

หรือมีประสบการณ์ต่างจากคนอื่น ๆ ซึ่งมีขั้นตอนตั้งแต่การแนะนำตนเอง การสร้างสัมพันธภาพที่ดี การเข้าใจวัตถุประสงค์ การจดบันทึก และการสัมภาษณ์ ที่ผู้สัมภาษณ์ต้องฝึกฝนเทคนิคการสังเกต การฟัง การซักถาม การถามซ้ำ และการกล่าวขอบคุณ การสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อทราบข้อมูลพฤติกรรมกรรมกรมีส่วนร่วมในการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ความสนใจขณะเข้าร่วมกลุ่ม สังเกตการเปลี่ยนแปลงและกระบวนการปฏิสัมพันธ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น โดยการเข้าร่วมกิจกรรมการสร้างเครือข่ายในบริบทอื่น

1.4 การสนทนากลุ่ม (focus-group discussion) เป็นการสนทนาข้อมูลจากกลุ่มที่ทุกคนมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นที่มีการเตรียมการวางแผน และ เป็นหัวข้อที่กลุ่มให้ความสนใจ โดยแบ่งกลุ่มการสนทนากลุ่มแต่ละครั้งให้มีผู้ร่วมสนทนาประมาณ 6-12 คน เพื่อให้ได้ข้อมูลเฉพาะด้านมีการแสดงความคิดเห็นของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริหารผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพองค์ประกอบของการสนทนาที่ถูกต้อง คือ ผู้ดำเนินการสนทนา ผู้จดบันทึก ผู้ช่วยและผู้ร่วมสนทนา แนวทางการสนทนา การส่งเสริมบรรยากาศ ของสนทนาคุณแก่ผู้เข้าร่วม สถานที่ ระยะเวลาและประเด็นการสนทนากลุ่ม

1.5 การประชุมระดมสมอง (brain storming) ร่วมกับครอบครัวของผู้ป่วยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยการนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับการวางแผนการปฏิบัติงาน การปฏิบัติการ การสังเกตการณ์ การสะท้อนการปฏิบัติงาน การมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริหารผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน เก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์ และเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนร่วมได้แสดงความคิดเห็น ร่วมกันระดมสมอง แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน การวิเคราะห์ข้อมูลการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริหารผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน เพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน

เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชนให้ดียิ่งขึ้น โดยให้ครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแล ช่วยให้ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และครอบครัวมีความพึงพอใจ

โดยผู้ศึกษาทำหน้าที่การสนับสนุนและเอื้ออำนวยในการประชุม (facilitator) เพื่อให้เกิดการสร้างรูปแบบสนับสนุนการดำเนินงาน ที่เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชนให้ดียิ่งขึ้น รวมถึงการออกแบบปฏิทินกิจกรรมและงานที่มอบหมาย (Carlander of Activities and Assignments) คณะทำงานร่วมกันวางแผนเพื่อเขียนปฏิทินการปฏิบัติงาน โดยใส่เป้าหมายไปด้วยจนได้แผนปฏิบัติการ

1.6. เก็บรวบรวมข้อมูล จากตัวแทนบุคคลในครัวเรือนของ ผู้ที่ป่วยติดบ้านติดเตียงทุกคนในชุมชน ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำท่วม ตำบลแซ อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดศรีสะเกษ ทั้งหมด 79 คน

ขั้นตอนในการวิจัย

การดำเนินการวิจัย โดยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ 1.ระยะวิเคราะห์ปัญหาข้อมูลสถานการณ์ โดย 1. ศึกษาบริบท (Context) ศึกษาข้อมูลการพัฒนา รูปแบบการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริหารผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน กำหนดขอบเขตของการวางแผนเพื่อนำไปทำแผนการดำเนินการ 2. ศึกษาสภาพความเป็นจริงปัจจุบัน (Current Reality) ประเมินการดำเนินงานการพัฒนารูปแบบการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริหารผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน ทำให้ทราบสถานการณ์ปัญหา จุดแข็ง จุดอ่อน ของชุมชน โดยผ่าน การแสดงความคิดเห็น 3. การกำหนดวิธีขึ้นการแก้ไขปัญหา กำหนดปฏิบัติการที่เป็นกุญแจสำคัญ (Key Actions Workshop) ระบุงปฏิบัติการที่ต้องทำ โดยการตั้งคำถามรวมศูนย์ ว่า เราจะพัฒนารูปแบบการพัฒนารูปแบบการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริหารผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน

ตำบลแซ อำเภอกุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ อย่างไรบ้าง 4. การออกแบบปฏิทินกิจกรรมและงานที่มอบหมาย (Carlander of Activities and Assignments) คณะทำงานร่วมกันวางแผนเพื่อเขียนปฏิทินการปฏิบัติงาน โดยใส่เป้าหมายไปด้วย จนได้แผนปฏิบัติการ

ระยะที่ 2 การปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการตามรูปแบบ Flood Modle ดังนี้

- 1) F: Function and cooperation team : คณะทำงานและความร่วมมือ
- 2) L : Learning and mutual understanding การเรียนรู้และความเข้าใจร่วมกัน
- 3) O : Originality and seek for Resource sharing มีความคิดริเริ่มและแสวงหาการแบ่งปันทรัพยากร
- 4) O: Openness care and social support การดูแลแบบเปิดกว้างและการสนับสนุนทางสังคม
- 5) D: Development Evaluation and empowerment การพัฒนา การประเมินผลและการเสริมพลัง

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้จำแนกการวิเคราะห์ข้อมูลด้านกระบวนการพัฒนา ประกอบด้วย ข้อมูลด้านบริบทชุมชน กระบวนการพัฒนา และผลลัพธ์ของการพัฒนาดังนี้

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลด้านบริบทชุมชน ได้แก่ ข้อมูลการสำรวจพื้นฐาน ข้อมูลประชาชน อัตราป่วย จำนวนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวนผู้ป่วยติดเตียง

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลด้านการดำเนินงานรูปแบบการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริหารผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำท่วม ตำบลแซ อำเภอกุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ ในการวางแผน การปฏิบัติการ การสังเกตการณ์ การ

สะท้อนผลการปฏิบัติ โดยการรวบรวม จัดหมวดหมู่ และการวิเคราะห์เนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณก่อนและหลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นโดยใช้ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

ผู้ศึกษาได้คำนึงถึงประเด็นจริยธรรมในการศึกษา โดยมีการขออนุญาตการศึกษา และเก็บข้อมูลอย่างเป็นทางการและโดยชีวจาก เพื่อให้ผู้เข้าร่วมศึกษาทราบวัตถุประสงค์ของการวิจัย และเปิดโอกาสให้ตัดสินใจเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ นอกจากนี้ประเด็นในการสอบถามและการสนทนาก็มีการกลั่นกรองอย่างระมัดระวัง เพื่อไม่ให้เจาะลึกในประเด็นที่เป็นเรื่องส่วนตัวที่อาจทำให้เกิดความเสียหายแก่บุคคล การนำเสนอข้อมูลที่ไดจากการศึกษาจะเป็นการนำเสนอข้อมูลโดยภาพรวม ในการอ้างอิงถึงชื่อกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาได้ตลอดระยะเวลาในการวิจัย โดยการพิทักษ์สิทธิ์การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ SPPH 2023-088

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาข้อมูลสถานการณ์การดำเนินการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริหารผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำท่วม ตำบลแซ อำเภอกุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ โดยผ่าน การแสดงความคิดเห็น โดยตั้งคำถามว่าสถานการณ์การสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริหารผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชนในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำท่วม ตำบลแซ อำเภอกุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ เป็นอย่างไร พบว่า ขาดการรวมข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน ขาดการมีส่วนร่วมของเครือข่าย เช่น องค์กรชุมชน อาสาสมัครดูแลผู้ป่วย และผู้ให้การดูแลผู้ป่วยและ ไม่มีการแยกประเภทผู้ด้อยโอกาส ก่อนออกให้ความ

ช่วยเหลือ ผู้ด้อยโอกาสและครอบครัวขาดที่อยู่อาศัย ขาดการ ติดตามเยี่ยมขาดการวางแผนทำให้ไม่ต่อเนื่อง ขาดแนวทางการรับ-ส่งต่อ ที่เป็นรูปแบบชัดเจน กับ โรงพยาบาลแม่ข่าย ขาดความพร้อมของทีมสหวิชาชีพ และขาดการประสานข้อมูลของทีม ญาติ และผู้ดูแล ไม่สามารถทำการดูแลได้ ขาดกำลังใจ ท้อแท้ มีภาวะ ซึมเศร้า

ผลการพัฒนารูปแบบการสร้างเครือข่าย เพื่อสนับสนุนงานบริบาลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำท่วม ตำบลเข้ อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดศรีสะเกษ ตาม รูปแบบ Flood Modle ดังนี้

1) F: Function and cooperation team : คณะทำงานและความร่วมมือ โดยการคืนข้อมูลชุมชน นำไปสู่การทำประชาคมของภาคีเครือข่าย ภาคี เครือข่ายได้มีการวิเคราะห์ข้อมูลและจัดลำดับ ความสำคัญของปัญหา ชุมชนได้ตระหนักและเห็น ความสำคัญของปัญหาเรื่อง ผู้สูงอายุ นำมาเป็นปัญหา ที่ต้องแก้ไขต่อไป มีการสื่อสารผ่าน Line group, โทรศัพท์ ใน ส่วนภาคีเครือข่ายมีความร่วมมือในการ ดูแลผู้สูงอายุ โดยมีร่วมประชุมวางแผนจัดทำแผน สุขภาพเพื่อ แก้ปัญหาผู้สูงอายุ ได้มีการสนับสนุน งบประมาณในการ ดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยติดเตียง เกิดมาตรการทางสังคม เช่น พระอาจารย์จากวัด คนใน ครอบครัวเป็นหลักในการดูแล ผู้ป่วย และทีมหมอ ครอบครัวโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ด้วยระบบ ให้คำปรึกษา รวมทั้ง จัดระบบส่งต่อ ที่มีคุณภาพ กระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมโดยความ ร่วมมือของชมรมผู้สูงอายุ มี Care giver ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงต่อเนื่องในชุมชน

2) L : Learning and mutual understanding การเรียนรู้และความเข้าใจร่วมกัน

โดยมีการพัฒนาศักยภาพ อสม. ผ่านการประชุม ประจำเดือน เพื่อให้มี ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วย LTC อบรม อสม.เชี่ยวชาญให้มีความรู้และทักษะในการดูแล และติดตาม ผู้ป่วย LTC พัฒนาศักยภาพ Care giver ในการดูแลผู้ป่วย LTC โดยเรียนรู้หน้างาน On the job training มีการถ่ายทอดการใช้ CPG LTC ที่เอื้อต่อ การใช้งานทุกวิชาชีพใน รพ.สต. และมีระบบให้ คำปรึกษาใน FCT ในทุกระดับ รพ . รพ .สต . อสม . เครือข่าย

3) O : Originality and seek for Resource sharing มีความคิดริเริ่มและแสวงหาการ แบ่งปันทรัพยากร โดยการพัฒนาความเข้มแข็งของ ชมรมผู้สูงอายุโดยมีกิจกรรม คือ มีกิจกรรมที่สอดคล้อง กับฮิต 12 คอง 14 ของชุมชน โดยการร่วมกับวัด มี กิจกรรมพัฒนาศักยภาพ ผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์ แผนไทย สมานบำบัด SKT ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้ เรื่องสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุ มี การส่งเสริมความรู้ ด้านเทคโนโลยีที่ทันสมัย เช่น ระบบสื่อสารโดยใช้ โทรศัพท์ออนไลน์ มีโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ ได้รับ งบประมาณสนับสนุนและดำเนินงานจาก องค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต ช่วย เพิ่มพูนความรู้ และทักษะชีวิตที่จำเป็น ใน ขณะเดียวกันก็เป็นพื้นที่ให้ผู้สูงอายุได้แสดงศักยภาพ โดย การถ่ายทอดภูมิความรู้ หรือประสบการณ์ที่ได้สั่ง สมมาให้แก่บุคคลอื่น

4) O : Openness care and social suprot การดูแลแบบเปิดกว้างและการสนับสนุนทาง สังคม โดยรพ.สต. เกิดระบบการให้บริการติดตามเยี่ยม บ้านผู้สูงอายุติดบ้านติด เตียง โดยมีทีมสหวิชาชีพ มี CPG ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่ใช้ร่วมกันทั้ง CUP ใน เรื่องการดูแล ระบบให้คำปรึกษา ระบบส่งต่อ มีการ

พัฒนาสมรรถนะ จนท. ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง เกิดมาตรการทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง โดยมีคนในครอบครัว เป็นหลักในการดูแลผู้ป่วย มีการเปิดกว้างทางการดูแลหลายศาสตร์ ทั้งภูมิปัญญาชาวบ้าน และทีมหมอครอบครัวโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้วยระบบให้ คำปรึกษา รวมทั้งจัดระบบส่งต่อ ที่มีคุณภาพ

5) D : Development Evaluation and empowerment การพัฒนาการประเมินผลและการเสริมพลัง โดยการช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน การเชื่อมโยงเพื่อประสานการทำงาน และการใช้ทรัพยากรร่วมกัน นำเอาความรู้ ทักษะ หรือทัศนคติใหม่ที่เกิดจากการเรียนรู้ไปประยุกต์ใช้ในการทำงาน เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการที่จะยกระดับทักษะความสามารถในการทำงานได้เป็นอย่างดี พร้อมทั้งต้องมีการปรับปรุงทักษะความรู้ให้ทันสมัยทันต่อการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม โดยมี เครือข่ายการเรียนรู้ที่สนับสนุนให้เกิดการแบ่งปัน ถ่ายโอนความรู้ และกระจายความรู้ในองค์กร โดย เป็นความรู้ที่มีประโยชน์ต่อการปฏิบัติงาน

การประเมินรูปแบบการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริบาลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน ใน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมและคุณภาพชีวิตโดยรวม ของผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน

รูปแบบการสร้างเครือข่าย	ก่อน (n=200) (S.D.)	หลัง (n=200) (S.D.)	$\bar{d}$	95%CI	t	p-value
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย	33.18 (1.23)	22.85 (2.53)	2.06	9.85-10.79	43.8193	<0.001
คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ	28.83 (0.99)	21.33 (2.42)	2.26	6.97-8.00	28.9809	<0.001
คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม	10 (1.64)	14.50 (0.62)	1.49	4.84-4.16	26.49	<0.001
คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม	29.10 (1.81)	38.70 (1.27)	1.64	9.22-9.97	51.0888	<0.001
คุณภาพชีวิตโดยรวม	6.36 (1.12)	9 (2.44)	0.68	2.48-2.79	33.6981	<0.001

เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำท่วมตำบลแซ อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดศรีสะเกษ ตามรูปแบบ Flood Modle

พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมี มีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนน ของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตโดยรวม ของผู้สูงอายุและกลุ่มเปราะบาง สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่าหลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นกลุ่มตัวอย่าง มีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง 2.06 คะแนน (95%CI=9.85-10.79) คุณภาพชีวิตด้านจิตใจเพิ่มขึ้น 2.26 คะแนน (95%CI=6.97-8.00) คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม เพิ่มขึ้น 1.49 คะแนน (95%CI=4.84-4.16) คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมเพิ่มขึ้น 1.64 คะแนน(95%CI=9.22-9.97) คุณภาพชีวิตโดยรวม เพิ่มขึ้น 0.68 คะแนน (95%CI=2.48-2.79) ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

สรุปและอภิปรายผล

1. ผลการศึกษาข้อมูลสถานการณ์การสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริบาลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำท่วม ตำบลแซ อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยผ่าน การแสดงความคิดเห็น โดยตั้งคำถามว่าสถานการณ์การสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริบาลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชนในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำท่วม ตำบลแซ อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดศรีสะเกษ เป็นอย่างไร พบว่า ขาดการรวมข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน ขาดการมีส่วนร่วมของเครือข่าย เช่น องค์กรชุมชน อาสาสมัครดูแลผู้ป่วย และผู้ให้การดูแลผู้ป่วยและ ไม่มีการแยกประเภทผู้ด้อยโอกาส ก่อนออกให้ความช่วยเหลือ ผู้ด้อยโอกาสและครอบครัวขาดที่อยู่อาศัย ขาดการ ติดตามเยี่ยมขาดการวางแผนทำให้ไม่ต่อเนื่อง ขาดแนวทางการรับ-ส่งต่อ ที่เป็นรูปแบบชัดเจน กับโรงพยาบาลแม่ข่าย ขาดความพร้อมของทีมสหวิชาชีพ และขาดการประสานข้อมูลของทีม ญาติ และผู้ดูแล ไม่สามารถทำการดูแลได้ ขาดกำลังใจ ท้อแท้ มีภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษา สายใจ จารุจิตร, ราตรี ร่มามศิลป์ และวรรณศิริ ประจันโน (2562) ศึกษาเรื่องรูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงตามปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีคะแนนเฉลี่ยปัญหาและความต้องการในการดูแลโดยรวมในระดับปานกลาง 2) ปัญหาและอุปสรรคของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียง ได้แก่ การเยี่ยมบ้านไม่มีความต่อเนื่อง ไม่มีบริการรับ-ส่ง ผู้ป่วยขาดอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วย ขาดช่องทางในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแล ขาดการป้องกันภาวะข้อติดแข็ง ขาดความต่อเนื่องในการฟื้นฟูสภาพ ไม่มีผู้อื่นมาช่วยดูแลผู้ป่วย และผู้ดูแลไม่ได้รับกา ประเมินและดูแลสุขภาพ และ 3) รูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงตามปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล ควรเป็นรูปแบบที่มีการแก้ปัญหาและลดอุปสรรคต่างๆของการ

เยี่ยมบ้านดังกล่าว ร่วมกับการเสริมสร้างกำลังใจและพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล

2. ผลการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริบาลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำท่วม ตำบลแซ อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดศรีสะเกษ ตามรูปแบบ Flood Model คือ 1) F: Function and cooperation team : คณะทำงานและความร่วมมือ 2) L : Learning and mutual understanding การเรียนรู้และความเข้าใจร่วมกัน 3) O : Originality and seek for Resource sharing มีความคิดริเริ่มและแสวงหาการแบ่งปันทรัพยากร 4) O : Openness care and social support การดูแลแบบเปิดกว้างและการสนับสนุนทางสังคม 5) D : Development Evaluation and empowerment การพัฒนา การประเมินผลและการเสริมพลัง สอดคล้องกับการศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของวรางคณา ศรีภูวงษ์, ชาญ ยุทธ ศรีภูวงษ์ และ สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์(2563) ศึกษาเรื่องการพัฒนาแบบแผนการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตตำบลท่าขอนยาง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัด มหาสารคาม ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยเป็นตัวแทนของกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชนเป็นภาคีเครือข่ายประกอบด้วย 3 กลุ่ม ได้แก่ ภาคีบริการสุขภาพ ภาคีบริการชุมชน และภาคีบริการสังคม ซึ่งเป็นผู้เกี่ยวข้องและ มีส่วนได้เสียในชุมชน เลือกรูปแบบเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 75 คน กระบวนการวิจัย มี 3 ระยะ คือ 1) เตรียมการและ วิเคราะห์สถานการณ์ 2) ระยะปฏิบัติการพัฒนาด้วยวงจร PAOR ถอดบทเรียนและจัดกิจกรรม 2 รอบ และ 3) ระยะสรุปประเมินผล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบประเมินภาวะสุขภาพ ผู้สูงอายุ แนวคำถามกึ่งโครงสร้าง และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้น มี 5 องค์ประกอบได้แก่ 1) การเตรียมการ

การตรวจคัดกรองและการจัดท ำ แผนการดูแล 2) การ
ส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน การเยี่ยมบ้านโดยทีมสห
วิชาชีพ 3) กระบวนการ จัดระบบบริการ 4) นโยบาย
และดำเนินโครงการอย่างต่อเนื่อง 5) การช่วยเหลือ
สนับสนุนจากหน่วยงานอื่น ๆ ผลลัพธ์ภายหลังดำเนิน
กระบวนการพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีภาวะ
สุขภาพดี ขึ้นทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม มีความพึง
พอใจต่อรูปแบบการดูแลอยู่ในระดับมากที่สุด และภาคี
เครือข่ายชุมชนมีความพึงพอใจระดับมากที่สุด และ
สอดคล้องกับ อนุชา ลาวงค์ และคณะ (2564) ศึกษา
รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน จาก
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 5 ชั้น
ได้แก่ 1) ศึกษาและการประเมินสถานการณ์ปัญหา
ความต้องการของผู้สูงอายุ 2) การประเมินศักยภาพ
การดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุและค ้นข้อมูล 3)
พัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้สูงอายุ 4) ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติด
บ้านติดเตียงในชุมชน และ 5) ประเมินผลการ
ดำเนินงานและเผยแพร่ข้อมูล หรือ NATIE Model มี
ความเหมาะสมและความเป็นไปได้โดยรวมอยู่ในระดับ
มาก 2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงที่มี
ภาวะพึ่งพิง โดยรวมคิดเป็นร้อยละ 40.0 มีปัญหาด้าน
สุขภาพร่างกายมาก และมีความต้องการด้านสุขภาพ
โดยรวมด้านร่างกายมากที่สุด และ 3. ผู้ดูแลผู้สูงอายุมี
การปฏิบัติงานโดยรวมอยู่ในระดับมาก ก่อนการพัฒนา
พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 2 จำนวน 12 คน
หลังการพัฒนา พบว่า มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มที่
1 เพิ่มขึ้น จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 25.0 และมี
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 2 ลดลงเหลือ จำนวน 9
คน คิดเป็นร้อยละ 75.0 และผู้สูงอายุมีความพึงพอใจ
ต่อรูปแบบฯ โดยรวมอยู่ในระดับมาก

3.ผลของการเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของ
คะแนนของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย คุณภาพชีวิต
ด้านจิตใจ คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม
คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมและคุณภาพชีวิตโดยรวม
ของผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชนในเขตโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านน้ำท่วม ตำบลแซ่

อำเภอกุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ สูงกว่าก่อนการ
ดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ
พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมี มีผลต่าง
ค่าเฉลี่ยของคะแนน ของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย
คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพ
ทางสังคม คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมและคุณภาพ
ชีวิตโดยรวม ของผู้สูงอายุและกลุ่มเปราะบาง สูงกว่า
ก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่าหลังการใช้
รูปแบบที่พัฒนาขึ้นกลุ่มตัวอย่าง มีผลต่างค่าเฉลี่ยของ
คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย เพิ่มขึ้นมากกว่า
ก่อนการทดลอง 2.06 คะแนน (95%CI=9.85-10.79)
คุณภาพชีวิตด้านจิตใจเพิ่มขึ้น 2.26 คะแนน (95%CI=
6.97-8.00) คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม
เพิ่มขึ้น 1.49 คะแนน(95%CI=4.84-4.16) คุณภาพ
ชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม เพิ่มขึ้น 1.64 คะแนน(95%CI=
9.22-9.97) คุณภาพชีวิตโดยรวม เพิ่มขึ้น 0.68 คะแนน
(95%CI=2.48-2.79) ตามลำดับ สอดคล้องกับ นิสาชล
นาคกุล (2561) ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแล
ผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในเขตเทศบาลนครสุ
ราษฎร์ธานี ผลการวิจัยพบว่า ทีมผู้ให้บริการพัฒนา
รูปแบบในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้านติดเตียงที่
ชัดเจนขึ้นโดยมีรูปแบบในการพัฒนา 5 ประเด็น คือ 1)
การพัฒนาศักยภาพของทีมดูแล 2) การพัฒนาระบบ
การติดตามเยี่ยม 3) การพัฒนาการมีส่วนร่วมของ
เครือข่ายดูแลผู้ป่วย 4) การสนับสนุนการดูแลตนเอง 5)
การสนับสนุนทางสังคมผลการพัฒนารูปแบบการดูแล
ผู้ป่วยกลุ่มติดบ้านติดเตียง กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 135
ราย มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้น
พื้นฐานเพิ่มมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ($w=-$
2.122) และในส่วนของ การรับรู้ภาวะสุข ภาพ พบว่า
หลังการพัฒนารูปแบบการดูแล ผู้ป่วยมีการรับรู้ภาวะ
สุข ภาพที่ดีกว่าเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
.05 ($w=-8.024$) และสอดคล้องกับทิพย์รัตน์ กันทะ
(2564) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มี
ภาวะพึ่งพิง กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ตำบลสวด อำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน และศึกษาความพึงพอใจในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลสวด ระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2559 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2561 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลสวด ญาติผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน ตัวแทนเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลสวด และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวด จำนวน 68 คน ซึ่งได้มาจากการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ paired sample t-test ผลการศึกษาพบว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวด อำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน แบ่งออกเป็น 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ขั้นการวางแผน (Plan) ระยะที่ 2 ขั้นการปฏิบัติตามแผน (Do) ระยะที่ 3 ขั้นกำกับติดตามและประเมินผล (Check) และระยะที่ 4 ขั้นปรับปรุงแก้ไข ปัญหาและอุปสรรค (Action) การทดสอบความรู้หลังจากการอบรมพัฒนา ทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และส่งเสริมโภชนาการสมวัยทางไกลโรคสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

- 1) การแสวงหาเครือข่ายในการสนับสนุนงานบริการผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน ควรวิเคราะห์กลุ่มเป้าหมายผู้มีส่วนได้เสีย ผู้เกี่ยวข้องให้กว้างและครอบคลุมมากที่สุดเพื่อให้ได้เครือข่ายที่หลากหลายและครอบคลุมประเด็นปัญหา
- 2) การคืนข้อมูลให้พื้นที่ชุมชนเพื่อให้ทราบปัญหา ซึ่งจะมีประโยชน์อย่างยิ่งในการช่วยแก้ปัญหาและพัฒนาชุมชน
- 3) การพัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายดูแลผู้ป่วย ควรมีการพัฒนาต่อยอดเพิ่มขึ้น เช่น การ

จัดตั้งเป็นกลุ่ม ชมรมเพื่อนช่วยเพื่อน เป็นเครือข่ายที่สามารถให้คำปรึกษา ให้กำลังใจ ดูแลซึ่งกันและกัน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาการพัฒนารูปแบบการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริการผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน ที่มีบริบท แตกต่างกัน ทั้งนี้เพื่อให้ทราบข้อจำกัดหรือจุดเด่นของ การจัดการเพื่อนำสู่การพัฒนาการจัดการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ
2. ควรมีการศึกษาด้านการสนับสนุนงานบริการผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เอกชน ศาสนา เพื่อการบูรณาการในการดูแลสุขภาพชุมชน ในรูปแบบเครือข่ายต่อไป

เอกสารอ้างอิง

เกียรติศักดิ์ วิจักขณกุลและ อารี บุตรสอน (2564).

การสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริการผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน ตำบลโนนโพน อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี.

ชไมพร แร่ทอง (2553). การประเมินผลโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล 8 กองการแพทย์ เทศบาลนครอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี.

ชนิตา สุ่มมัตย์ (2551). การพัฒนารูปแบบในการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยองค์กรชุมชนในภาคอีสาน.[วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวัฒนธรรมศาสตร์].มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

ณิสาชล นาคกุล (2561). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี.

เพ็ญจันทร์ สิทธิปริษาชาญ (2555). กระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลมาบแค อำเภอมือ จังหวัดนครปฐม.

พวงเพ็ญ ชื่นประเสริฐ (2550). การดูแลและการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ปีที่ 16 มกราคม 2550, กระทรวง สาธารณสุข.

ทิพย์รัตน์ กันทะ (2564). ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกรณีศึกษา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวด อำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน.

วรารณา ศรีภูวณซ์, ชาญยุทธ ศรีภูวณซ์ และ สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์. (2563). ศึกษาเรื่องการพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตตำบลท่าขอนยาง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม.

รายงานผลการดำเนินงานประจำปีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำท่วม ตำบลแซ่ อำเภอกุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ, 2565.

สายใจ จารุจิตร, ราตรี อร่ามศิลป์ และวรรณศิริ ประจันโน (2562). ศึกษาเรื่อง รูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงตามปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล.

สมศักดิ์ ชุณหรัศม์ (2552). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2550. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนา ผู้สูงอายุไทย.

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์,ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล,วิชช์ เกษมทรัพย์,วิชย์ เอกพลากร,บวรศม ลีระพันธ์ (2561). รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการ ดูแลระยะยาว (Long-term care) สำหรับผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัท ดีเซมเบอร์ จำกัด.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ (2551). อาหารทั่วไป และอาหารเฉพาะโรคผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข.

สมิตรา วิชา, ณัฏพันธ์ มานพ. สุภา ศรีรุ่งเรือง, เบญจ พร เสาวภา, ศิริรัตน์ ศรีภัทรางกูร, ณัฐกานต์ ตาบุตร วงศ์, ธนกฤษ หมื่นก้อนแก้ว, ธนัชพร มณีวรรณ (2560). รายงานผลการวิจัยการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพสำหรับ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลฮ้องห้า หรือชุมชนฮ้องห้า อ.แม่ทะ จ.ลำปาง.

อนุชา ลาวงค์ และคณะ. (2564). ศึกษาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนท้องถิ่น จังหวัดร้อยเอ็ด.

Edwards RG (1996). The history of assisted human conception with special reference to endocrinology. Exp Clin Endocrinol Diabetes; 104(3):183-204.
Kemmis, S & McTaggart, R (1988). The Action Research Planner.3 rd ed. Victoria: Deakin University.

ผลของโปรแกรมการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล(Care giver)ผู้สูงอายุ ตำบลพราณ อำเภอนาทม จังหวัดศรีสะเกษ

ภาวนา โสภาสี, สม.¹, สมัย ลาประวัตติ, ส.ด.²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมผลของโปรแกรมการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล(Care giver)ผู้สูงอายุ ตำบลพราณ อำเภอนาทม จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มทดลอง 50 คน และกลุ่มตัวอย่าง ผู้ดูแล(Care giver) ผู้สูงอายุ จำนวน 50 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยใช้โปรแกรมดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล(Care giver) โปรแกรมประกอบไปด้วยการจัดอบรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติ การบริหารกล้ามเนื้อใบหน้า 7 ท่า ออกกำลังกายด้วยยางยืด 5 ท่า สัปดาห์ละ 3 วัน และการแช่เท้าด้วยสมุนไพร สัปดาห์ละ 3 วัน จำนวน 8 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบใช้ t-test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิต และเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P\text{-value} < 0.001$) และหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนระดับความพึงพอใจระดับมาก และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) สำหรับผู้ดูแล(Care giver)ผู้สูงอายุ หลังเข้าร่วมกิจกรรมการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยมีระดับการมีส่วนร่วมระดับมาก และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) จึงสรุปได้ว่า สามารถนำโปรแกรมการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล(Care giver)ผู้สูงอายุ โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทของประชาชนในแต่ละพื้นที่ เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพิ่มคุณภาพชีวิต ลดภาวะถดถอย ลดภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุในชุมชน

คำสำคัญ : ดูแลส่งเสริมสุขภาพ, ผู้สูงอายุ, ศาสตร์การแพทย์แผนไทย

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ E-mail: pawana3031@gmail.com

² นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ E-mail: samailaprawat@gmail.com

Results of the program to care for health of the Elderly using traditional Thai medicine. With the participation of care givers of the elderly in Phran Subdistrict, Khun han District, Sisaket Province

Pawana Sopalee, M.P.H.¹, Samai Laprawat, Dr.P.H.²

Abstracts

This research was a quasi-experimental case-control group research, pre-post test. Aimed to evaluate the results of the program to care for the health of the elderly using traditional Thai medicine. With the participation of Caregivers of the elderly in Phran Subdistrict, Khun Han District, Sisaket Province, a total of 50 samples were collected: 1) an experimental group of 50 samples and Caregivers of the elderly of 50 samples. The research tools used the program to care for the health of the elderly using traditional Thai medicine. With the participation of Caregivers of the elderly, the program consists of training, knowledge, and practice. 7 facial muscle exercises, 5 exercises with elastic bands, 3 days a week, and herbal foot soaks 3 days a week for 8 weeks. Data were collected using questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics and t-test statistics.

The research results found that after the experimental group participated in the program, scores of ability to live life and indicators of quality of life for the elderly were significantly different at the 0.05 level ($P\text{-value} < 0.001$), and the experimental group participated in the program. They had higher scores on satisfaction; there was a statistically significant difference ($P\text{-value} < 0.001$). Caregivers after participating in activities to promote the health of the elderly using traditional Thai medicine have a high level of participation; there was a statistically significant difference ($P\text{-value} < 0.001$). It can be concluded that this program can be used to care for the health of the elderly using traditional Thai medicine. With the participation of Caregivers of the elderly people in the community by adjusting to suit the context of promoting the health of the elderly and improving the quality of life Reducing recession reduces the dependency of the elderly in the community.

Keywords: Care for health, Elderly, Traditional Thai medicine, Caregiver

¹ Public Health Technical Officer, Professional level, Sisaket Provincial of Public Health Office.

Email: pawana3031@gmail.com

² Public Health Technical Officer, Senior Professional level, Sisaket Provincial of Public Health Office.

Email: samailaprawat@gmail.com

บทนำ

สังคมผู้สูงอายุ (Ageing Society) เป็นแนวโน้มที่ทุกชาติทั่วโลกหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยองค์การสหประชาชาติคาดว่าทั่วโลกจะมีประชากรที่มีอายุ 60 ปี ถึง 1,200 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2568 และ 2,000 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2593 คิดเป็นร้อยละ 20 ของประชากรโลก สำหรับประเทศไทย ในปี 2563 มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุถึงร้อยละ 18.24 ของประชากรทั้งประเทศ และมีแนวโน้มการเพิ่มขึ้น ของประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 3.6 ต่อปี (คิดเป็น 400,000 คน ต่อปี) ซึ่งตามคาดประมาณการประชากรประเทศไทยของสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติคาดการณ์ว่า ภายในปี 2566 ประเทศไทยจะกลายเป็น สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ ที่มีประชากรอายุมากกว่า 60 ปี สูงถึงร้อยละ 20.1 ของประชากร (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี, 2565)

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้วตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 คือ มีประชากรสูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 โดยใช้ อายุตามปฏิทินที่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปเป็นนิยามที่เป็นทางการของ "ผู้สูงอายุ" ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ ฉบับปัจจุบัน พ.ศ. 2546 ในปี พ.ศ. 2550 ประเทศไทย มีประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 10.7 และจากการมองภาพประชากร พบว่า สัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็น ร้อยละ 13.2 ในปี พ.ศ. 2553 เพิ่มขึ้นร้อยละ 20.5 ในปี พ.ศ. 2565 และร้อยละ 32.1 ในปี พ.ศ. 2583 (รศรินทร์ เกรย์และคณะ, 2556) และจากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอายุยืนยาวขึ้น ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อปัญหาเรื่องสุขภาพ ตามมาด้วย ผู้สูงอายุยิ่งมีอายุมากขึ้น ก็มีความเสี่ยงสูงขึ้นต่อการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อันเกิดจาก พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย พันธุกรรม หรือความเสื่อมถอยของสุขภาพร่างกาย โดย ปัญหาสุขภาพที่มักพบในผู้สูงอายุคือปัญหากระดูก และข้อ โดยเฉพาะโรคข้อเสื่อมพบได้มากถึง ร้อยละ 40

ในจำนวนของโรคข้อทั้งหมด โดยเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงของวัยที่เพิ่มขึ้น

ระบบบริการสุขภาพเป็นโครงสร้างหนึ่งของสังคม ที่มีผลต่อการพัฒนาประเทศ ซึ่งมีการแพทย์แผนปัจจุบันที่มีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีที่ทันสมัย แต่ก็ มีข้อจำกัดและมีผลกระทบต่อการจ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทย ทั้งนี้เพราะการแพทย์แผนปัจจุบันต้องใช้ องค์ความรู้เทคโนโลยีทางการแพทย์และเวชภัณฑ์ ซึ่งมีราคาสูงและนำเข้าจากต่างประเทศ นอกจากนี้ การแพทย์แผนปัจจุบันยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนในการรักษาโรคเรื้อรัง โรคที่ต้องบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นเวลายาวนาน โดยเฉพาะ กลุ่มผู้พิการและผู้สูงอายุ (กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข, 2550) จากการเพิ่มขึ้นและความสลับซับซ้อนของปัญหาสาธารณสุขส่งผลให้หน่วยบริการสุขภาพ ได้แก่ โรงพยาบาลและศูนย์สุขภาพต่างๆ กำลังเผชิญกับความท้าทายในการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่าง จำกัดในการบริหารจัดการด้านบริการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล (กระทรวงสาธารณสุข, 2555) นับตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2545 องค์การอนามัยโลกได้สร้างความตระหนักต่อความสำคัญของการแพทย์ ดั้งเดิมและการแพทย์ทางเลือก กว้างขวางขึ้น ซึ่งมียุทธศาสตร์ 4 ด้าน คือ 1) บูรณาการแพทย์ดั้งเดิม และการแพทย์ทางเลือกเข้าสู่ระบบสาธารณสุขแห่งชาติ 2) ริเริ่มและพัฒนากการแพทย์ดั้งเดิมและการแพทย์ ทางเลือกบนพื้นฐาน ด้านความปลอดภัย 3) เพิ่มการเข้าถึงและความสามารถในการใช้ประโยชน์ของ การแพทย์ดั้งเดิมและการแพทย์ ทางเลือก 4) ส่งเสริมการใช้ประโยชน์การแพทย์ดั้งเดิม และการแพทย์ ทางเลือกอย่างเหมาะสมทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ (WHO, 2002) และนอกจากนี้ ในด้านนโยบาย องค์การอนามัยโลกได้ส่งเสริมให้ประเทศสมาชิกมี

นโยบายส่งเสริมการแพทย์ดั้งเดิมและการแพทย์ทางเลือก เพื่อตอบสนองปัญหาสุขภาพได้ให้

ความสำคัญกับเรื่องการแพทย์ดั้งเดิมและการแพทย์ทางเลือก ที่เน้นการส่งเสริมใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ภายในประเทศ (WHO, 2009)

สำหรับประเทศไทยการแพทย์ดั้งเดิมหรือการแพทย์แผนไทย เป็นการดูแลรักษาสุขภาพของคนไทยที่ผ่านกระบวนการสั่งสมประสบการณ์ที่ยาวนาน ซึ่งมีการพัฒนาต่อยอดองค์ความรู้มาจนถึงปัจจุบัน ทำให้การแพทย์แผนไทยได้รับการยอมรับ ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชนสามารถนำบูรณาการควบคู่ไปกับการแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยประกอบด้วย การตรวจวินิจฉัยโรค การบำบัดการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย การใช้ยาตำรับสมุนไพร การนวดแผนไทย การประคบสมุนไพร การอบสมุนไพร ตลอดจนการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรค เช่น โภชนาบำบัด สมุนไพรบำบัด การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ การดูแลสุขภาพก่อนคลอดและฟื้นฟูสุขภาพมารดาหลังคลอด เป็นต้น และกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ประกาศการจัดตั้งตาม พระราชกฤษฎีกา พ.ศ. 2545 เพื่อเป็นหน่วยงานในการดำเนินการเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยโดยให้มีการศึกษาวิเคราะห์วิจัยและพัฒนาถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีพัฒนาคุณภาพมาตรฐาน ส่งเสริมสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพ เสนอแนะเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านการแพทย์แผนไทย ด้วยเหตุนี้การแพทย์แผนไทยจึงได้รับพิจารณาให้เป็นการแพทย์ทางเลือกหนึ่งในยุคโลกาภิวัตน์(กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข, 2550) จากนโยบายภาครัฐที่ต้องการลดความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาลต่างๆ ฉะนั้นประชาชนจะต้อง มีสิทธิได้รับการบริการรักษาสุขภาพอย่างทั่วถึง แต่ด้วยโรคเรื้อรังที่ไม่ติดต่อ เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งพบว่า มีจำนวน มากและจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง จึงเป็นที่มาของการสนับสนุนงานแพทย์แผนไทยเข้าสู่

โรงพยาบาล ทั่วไปในปัจจุบัน เพื่อเป็นทางเลือกสำหรับการบำบัดรักษาโรคดังกล่าว

การดูแลส่งเสริมสุขภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย โดยใช้หลัก 8 อ. เพื่อส่งเสริมสุขภาพประชาชนที่ยังไม่เจ็บป่วยให้มีการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ เนื่องจากการเกิดโรคไม่ติดต่อนั้นเกิดจากพฤติกรรมของตนเองทั้งสิ้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย เพื่อให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี สามารถดูแลและทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ลดการเกิดภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ โดยคัดเลือกผู้สูงอายุและผู้ดูแลมาเข้าโปรแกรมอบรมการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย จัดการให้มีการรับรู้เกิดความร่วมมือแบบมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุตำบลพราน อำเภอนาทม จังหวัดศรีสะเกษ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย โดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล (Care giver) ผู้สูงอายุตำบลพราน อำเภอนาทม จังหวัดศรีสะเกษ

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของผู้สูงอายุก่อนและหลังการอบรมโปรแกรมการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย

2.2 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุก่อนและหลังการอบรมโปรแกรมการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย

2.3 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุก่อนและหลังการใช้

โปรแกรมการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบ กลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (pretest-posttest design)

ประชากร

ประชากรที่ทำการศึกษาคือ ผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ตำบลพราหมณ์ อำเภอบัวใหญ่ จังหวัดศรีสะเกษ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 2,611 คน

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusions criteria)

- 1) เป็นผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ไม่จำกัดเพศ
- 2) ไม่มีภาวะพึ่งพิง สามารถดูแลตนเองและทำกิจวัตรประจำวันได้
- 3) ไม่มีปัญหาในการติดต่อสื่อสาร สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้
- 4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา

(Exclusions criteria) 1) ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ปฏิบัติตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิจัย 2) ผู้เข้าร่วมวิจัยขอถอนตัวออกระหว่างการวิจัย 3) ผู้เข้าร่วมวิจัยเกิดเหตุสุดวิสัยที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมการทดลองต่อได้ทุกกรณี

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในครั้งจากการคำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power ประกอบด้วย การกำหนดค่าเริ่มต้นด้วยการทดสอบค่าเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .5 ระดับนัยสำคัญค่าอัลฟา หรือ α ที่ .05 และค่าอำนาจการทดสอบ (Power Test) เท่ากับ 0.95 คำนวณได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 45 คน แต่ในการศึกษาอาจมีกลุ่มตัวอย่างยุติการเข้าร่วมโปรแกรมในระหว่างการทดลอง ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ จึงใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 50 คน (อ้างอิงจากเอื้อจิต สุขพูล และคณะ, 2563)) และกลุ่มตัวอย่าง ผู้ดูแล (Care giver) ผู้สูงอายุ จำนวน 50 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โปรแกรมประกอบไปด้วย การจัดอบรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติ การบริหารกล้ามเนื้อใบหน้า 7 ท่า ออกกำลังกายด้วยยางยืด 5 ท่า สัปดาห์ละ 3 วัน และการแช่เท้าด้วยสมุนไพร สัปดาห์ละ 3 วัน (กรมการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก, 2566) จำนวนทั้งสิ้น 3 สัปดาห์ ดังนี้

- จัดอบรมให้ความรู้ตามโปรแกรมการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย

- ชี้แจงการทำกิจกรรมตามโปรแกรม

- เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามชุดที่ 1 แบบสอบถามสำหรับผู้สูงอายุ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการทดลอง ก่อนการทดลอง

- แบบสอบถามชุดที่ 2 แบบสอบถามสำหรับผู้ดูแล (Care giver) ผู้สูงอายุ ก่อนการทดลอง

- การปฏิบัติโปรแกรมการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ประกอบไปด้วย การจัดอบรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติการบริหารกล้ามเนื้อใบหน้า 7 ท่า ออกกำลังกายด้วยยางยืด 5 ท่า สัปดาห์ละ 3 วัน และการแช่เท้าด้วยสมุนไพร สัปดาห์ละ 3 วัน โดยการกำกับติดตามของผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 8 สัปดาห์

- จัดประชุมถอดบทเรียน เก็บข้อมูลครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 8 หลังสิ้นสุดการทดลอง สรุปข้อข้อเสนอแนะ

- รวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ผล

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบไปด้วย 3 ส่วน ดังนี้

แบบสอบถามชุดที่ 1 แบบสอบถามสำหรับผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 13 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถาม เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ จำนวน 24 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถาม ระดับความพึงพอใจและความคิดเห็นของผู้สูงอายุ จำนวน 10 ข้อ

แบบสอบถามชุดที่ 2 แบบสอบถามสำหรับผู้ดูแล (Care giver) ผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 24 ข้อ

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้ในการอธิบายลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าต่ำสุด (Minimum) และค่าสูงสุด (Maximum)

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เพื่อทดสอบสมมติฐานของงานวิจัย คือเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Paired Sample t-test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่โครงการวิจัย SPPH 2024-048 รับรองตั้งแต่วันที่ 15 มีนาคม 2567 ถึงวันที่ 14 มีนาคม 2568 โดยผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญและตระหนักถึงหลักการสามข้อ คือ 1) ความเคารพในบุคคล (Respect for person) 2) หลักคุณประโยชน์ ไม่ก่ออันตราย (Beneficence) 3) หลักความยุติธรรม

(Justice) ของผู้ที่เข้าร่วมในการวิจัยเป็นอย่างยิ่ง จึงได้พิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัยเพื่อป้องกันมิให้เกิดความเสียหาย เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินดียินดีรับเป็นกลุ่มตัวอย่าง ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยต้องเซ็นใบยินยอมก่อนเข้าร่วม และสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยเคารพศักดิ์ศรีและความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและจะแสดงผลในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า

1.1 กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80 อายุเฉลี่ย 69.98 ปี (S.D. = 6.51) สถานภาพสมรส ร้อยละ 70 ระดับการศึกษาสูงสุด ประถมศึกษาร้อยละ 68 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 56 รายได้เฉลี่ย 1,910.00 บาท (S.D. = 3,009.86)

1.2 กลุ่มผู้ดูแล (Care giver) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54 อายุเฉลี่ย 53.98 ปี (S.D. = 1.28) สถานภาพสมรส ร้อยละ 84 ระดับการศึกษาสูงสุด ประถมศึกษาและมัธยมศึกษา เท่ากัน ร้อยละ 44 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 65 รายได้เฉลี่ย 7,072.00 บาท (S.D. = 991.53)

2. เปรียบเทียบระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของผู้สูงอายุก่อนและหลังการอบรมโปรแกรมการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยของกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับดี โดยมีคะแนน เฉลี่ย 21.96 (S.D. = 0.28) หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรม มีคะแนนเฉลี่ย เพิ่มขึ้นเป็น 22.00 (S.D. = 0.00) เมื่อนำมาทดสอบด้วยสถิติ Paired T- test พบว่า ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังเข้าร่วมโปรแกรม เพิ่มขึ้น และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P\text{-value} < 0.001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ระดับความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการดำเนินการ

ระดับคุณภาพชีวิต	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ยของ ความต่าง	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐานของ ความต่าง	t	p-value
ก่อน	21.96	0.28	0.04	0.28	1.0	<0.001
หลัง	22.00	0.00				

3. เปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุก่อนและหลังการอบรมโปรแกรมการดูแลสุขภาพส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยของกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ย 84.00 (S.D.=10.08) หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น เป็น 85.32 (S.D.=7.16) เมื่อนำมาทดสอบด้วยสถิติ Paired T- test พบว่าระดับคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุก่อนและหลังการอบรมโปรแกรมการดูแลสุขภาพส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P\text{-value} < 0.001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์คุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ (WHOQOL-OLD-THAI) ก่อนและหลังการดำเนินการ

ระดับคุณภาพชีวิต	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ยของ ความต่าง	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐานของ ความต่าง	t	p-value
ก่อน	84.00	10.08	1.32	4.87	1.916	<0.001
หลัง	85.32	7.16				

4. เปรียบเทียบระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุก่อนและหลังการอบรมโปรแกรมการดูแลสุขภาพส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยของกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ย 26.76 (S.D.=1.30) หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น เป็น 44.20 (S.D.=1.84) เมื่อนำมาทดสอบด้วยสถิติ Paired T- test พบว่า ระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุก่อนและหลังการอบรมโปรแกรมการดูแลสุขภาพส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P\text{-value} < 0.001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจของผู้สูงอายุก่อนและหลังการดำเนินการ

ระดับคุณภาพชีวิต	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ยของ ความต่าง	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐานของ ความต่าง	t	p-value
ก่อน	26.76	1.30	17.44	2.29	53.71	<0.001
หลัง	44.20	1.84				

5. เปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล(Care giver)ผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าร่วมการใช้โปรแกรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ย 63.12 (S.D.=10.14) หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนน

เฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 93.46 (S.D.=10.28) เมื่อนำมาทดสอบด้วยสถิติ Paired T- test พบว่าระดับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล(Care giver)ผู้สูงอายุ หลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้น และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P\text{-value} < 0.001$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์การมีส่วนร่วมของผู้ดูแล(Care giver)ผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการดำเนินการ

ระดับคุณภาพชีวิต	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ยของความต่าง	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความต่าง	t	p-value
ก่อน	63.12	10.14	30.36	7.43	28.75	<0.001
หลัง	93.46	10.28				

6. เปรียบเทียบระดับความพึงพอใจของผู้ดูแล(Care giver)ผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าร่วมการใช้โปรแกรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ย 26.82 (S.D.=5.41) หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนน

เฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 38.18 (S.D.=5.62) เมื่อนำมาทดสอบด้วยสถิติ Paired T- test พบว่าระดับความพึงพอใจของผู้ดูแล(Care giver)ผู้สูงอายุ หลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้น และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P\text{-value} < 0.001$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจของผู้ดูแล(Care giver)ผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการดำเนินการ

ระดับคุณภาพชีวิต	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ยของความต่าง	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความต่าง	t	p-value
ก่อน	26.82	5.41	11.36	5.21	15.39	<0.001
หลัง	38.18	5.60				

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษา สามารถนำมามีประโยชน์การศึกษา ดังนี้

1. ระดับความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม มีความแตกต่างกัน ผลการศึกษาพบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ระดับความสามารถในการใช้

ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองอยู่ในระดับดี หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีระดับความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นระดับดีมาก และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย โปรแกรม

ประกอบไปด้วยการจัดอบรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติการบริหารกล้ามเนื้อใบหน้า 7 ท่า ออกกำลังกายด้วยยางยืด 5 ท่า สัปดาห์ละ 3 วัน และการแช่เท้าด้วยสมุนไพร สัปดาห์ละ 3 วัน ต่อเนื่อง 8 สัปดาห์ ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันดีขึ้น โปรแกรมที่จัดขึ้น ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับงานวิจัยของสิทธิศักดิ์ กองมา(2566) ซึ่งศึกษา ผลของการฟื้นฟูสภาพโดยการแพทย์แผนไทยต่อคุณภาพชีวิต และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 12 สัปดาห์ เท่ากับ 6.05 และ 11.74 ตามลำดับ แตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ค่าเฉลี่ย

2 ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม มีระดับคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุในระดับดี หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองระดับคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ เพิ่มขึ้นเป็นระดับดีมาก และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุผู้สูงอายุกลุ่มทดลองอยู่ในระดับดี หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีระดับระดับความพึงพอใจ เพิ่มขึ้นเป็นระดับดีมาก และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย โปรแกรมประกอบไปด้วยการจัดอบรมให้ความรู้ และ ฝึกปฏิบัติ การบริหารกล้ามเนื้อใบหน้า 7 ท่า ออกกำลังกายด้วยยางยืด 5 ท่า สัปดาห์ละ 3 วัน และการแช่เท้าด้วยสมุนไพร สัปดาห์ละ 3 วัน ต่อเนื่อง 8 สัปดาห์ ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สิทธิศักดิ์ กองมา(2566) ซึ่งศึกษาผลของการฟื้นฟูสภาพโดยการแพทย์แผนไทยต่อคุณภาพชีวิต และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร

ประจำวัน ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 12 สัปดาห์ เท่ากับ 17.91 และ 11.54 ตามลำดับ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และมีความพึงพอใจในกิจกรรมและโปรแกรมที่จัดขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของจารุวรรณ พันธุ์ประทุม (2566) ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุต่อความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ซึ่งพบว่า ความพึงพอใจในการได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่ามีความพึงพอใจระดับมาก (Mean=4.77, SD.= .36)

ระดับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล(Caregiver) ผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าร่วมการใช้โปรแกรมการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ย 63.12 (S.D.=10.14) หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 93.46 (S.D.=10.28) เมื่อนำมาทดสอบด้วยสถิติ Paired T-test พบว่าระดับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล(Caregiver) ผู้สูงอายุ หลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้น และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P\text{-value} < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ ธีรวัฒน์ ลาประวัตติ และสมัย ลาประวัตติ (2567) ได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหนองหัวช้าง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ ได้ศึกษาเชิงปฏิบัติการ พบว่า ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องส่วนใหญ่ มีระดับการมีส่วนร่วมปานกลาง จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 51.22 รองลงมามีส่วนร่วมมาก จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 29.27 มีคะแนนรวมเฉลี่ยทั้งหมด 3.13 คะแนน (S.D. = 0.81) ซึ่งสามารถแปลผลได้ว่า ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง มีระดับการมีส่วนร่วมในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1.1 บุคลากรทางสุขภาพ สามารถนำโปรแกรมนี้ไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และพัฒนาความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันสำหรับผู้สูงอายุ เพิ่มคุณภาพชีวิต ลดภาวะถดถอยในด้านการเคลื่อนไหว และลดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ

1.2 หน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องควรจัดให้มีกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้โปรแกรมดังกล่าวและปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ชุมชน ประยุกต์ใช้อุปกรณ์ที่มีในพื้นที่ และให้สอดคล้องกับสังคม และวัฒนธรรมท้องถิ่น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

2.1 ควรใช้กลุ่มตัวอย่างแบบ 2 กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม และทั้ง 2 กลุ่มควรมีลักษณะปัจจัยส่วนบุคคลที่ใกล้เคียงกัน เพื่อลดปัจจัยรบกวนที่จะส่งผลต่อผลลัพธ์หลังการทดลองให้ได้มากที่สุด

2.2 ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในระยะติดตามผลด้วยการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อศึกษาถึงระยะความยั่งยืนของการใช้โปรแกรมของกลุ่มตัวอย่าง เพิ่มการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เพื่อการวางแผนในการดำเนินกิจกรรมเพิ่มเติมหรือกระตุ้นการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในรูปแบบที่หลากหลายยิ่งขึ้น เป็นระยะๆ ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์ทอง วีระแสงพงษ์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ แพทย์หญิง รัชฎาพร รุญเจริญ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขุนหาญ นายสมัย คำเหลือ สาธารณสุขอำเภอขุนหาญ นายวิชัย อุ่นแก้ว ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพราน ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้บริหารท้องถิ่น ท้องที่ในเขตอำเภอขุนหาญ ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้

การสนับสนุนการทำงานอย่างเต็มความสามารถ ช่วยให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (2550). รายงานสถานการณ์การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก ประจำปี พ.ศ. 2548-2550. นพบุรี.
- กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2555). คู่มือการดูแลผู้สูงอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป พิมพ์ที่สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (2566). คู่มือดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก “สู่มือ 3 หมอ” ห้างหุ้นส่วนจำกัด ศิริลักษณ์ 2505, ปีที่พิมพ์ 2566.
- จารุวรรณ พันธประทุม (2566). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุต่อความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวิจัยและพัฒนาศาสนาสุขภาพ, ปีที่ 6 ฉบับที่ 1(2-11).
- ถิรวัฒน์ ลาประวัตติ และสมัย ลาประวัตติ (2567). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหนองหัวช้าง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ, ปี 3, ฉบับที่ 1, มีนาคม 2024, p. 156-170.

รศรินทร์ เกรย์และคณะ (2556). มโนทัศน์ใหม่ของนิยาม

ผู้สูงอายุ:มุมมองเชิงจิตวิทยาสังคมและสุขภาพ

(New Concept of Older Persons:The

Psycho-social and Health Perspective).

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม

มหาวิทยาลัยมหิดล:นครปฐม.

สิทธิศักดิ์ กองมา (2566). ผลของการฟื้นฟูสภาพ

โดยการแพทย์แผนไทย ต่อคุณภาพชีวิต และ

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารวิชาการ

สาธารณสุขจังหวัดตาก, 3(1).

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

สำนักนายกรัฐมนตรี (2565). *แผนพัฒนา*

เศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ.

2566—2570).ราชกิจจานุเบกษา.

เอื้อจิต สุขพล, ชลดา กิ่งมาลา, ภาวิณี แพงสุข, ธวัชชัย

ยืนยาว, และวัชรวิงค์ หวังมัน (2563). ผลของ

โปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ

และพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่ม

วัยทำงาน. วารสารวิชาการสาธารณสุข,

29(3), 421-429.

World Health Organization (WHO) (2002).

Active aging, a policy framework.

A contribution of the World Health

Organization to the second United

Nation world assembly on aging.

Madrid, Spain.

World Health Organization (WHO) (2009).

Global age-friendly cities: A guide.

France.



กองบรรณาธิการ วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ