

สารบัญ

รายงานการวิจัย	หน้า
กระบวนการในการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพ ... อำเภอ จังหวัดกาฬสินธุ์ ฉวีวรรณ ชมภูเขา	1
ผลของโปรแกรมจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ อุบลรัตน์ รัตนอุไร ประภาส สงบุตร	12
ความรู้และการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข ... ประจำหมู่บ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพบ้านโนนสูง ตำบลโนนสูง อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ อำนาจ รินทราษ	18
การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพตามกลุ่มวัยบ้านโนนสะอาด ตำบลทุ่งคลอง อำเภอกำแพง จังหวัดกาฬสินธุ์ ประทุมมาศ ไชยสุนทร	25
การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้วยหลักโภชนาการบำบัดตามบริบทชุมชน โรงพยาบาลคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ วัชภูมิ ทองใบ	35
แนวทางการดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหาฟันแท่นในโรงเรียน อำเภอกำแพง จังหวัดกาฬสินธุ์ พัชรินทร์ มะโนมัย	40
การพัฒนาโปรแกรม NCD โรคเรื้อรัง เพื่อการเฝ้าระวังและรักษาโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง จังหวัดกาฬสินธุ์ ทิพาพร ราชไกร, จักรายุทธ ภูมิตานนท์	44

บทบรรณาธิการ

วารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ เผยแพร่องค์ความรู้ นวัตกรรม ตลอดจนผลงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อม และการจัดการสุขภาพชุมชน จัดทำขึ้นโดย ชมรมศิษย์เก่าอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ โดยมีกำหนดในการจัดพิมพ์ ปีละ 3 ครั้ง ซึ่งแบ่งเป็น ช่วงคือ มกราคม – เมษายน, พฤษภาคม – สิงหาคม, กันยายน – ธันวาคม ของทุกปี

สำหรับวารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 4 (ปีที่ 3 ฉบับที่ 1) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชนมกราคม – เมษายน 2561 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ จัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ โปรแกรมจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพตามกลุ่มวัย การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้วยหลักโภชนาการบำบัดตามบริบทชุมชน แนวทางการดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหาฟันผุในโรงเรียน และการพัฒนาโปรแกรม NCD โรคเรื้อรัง เพื่อการเฝ้าระวังและรักษาโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง จังหวัดกาฬสินธุ์

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชนต่อไป

กระบวนการในการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบ
สุขภาพอำเภอ จังหวัดกาฬสินธุ์

Management health solutions in the area process by District Health System
(DHS) Kalasin province.

Chaveevan Chomphukao
Kalasin Provincial Public Health Office

ฉวีวรรณ ชมพูเขา
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) สภาพการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ของจังหวัดกาฬสินธุ์ 2) การบูรณาการของกระบวนการในการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) ของจังหวัดกาฬสินธุ์ 3) เพื่อศึกษาผลของกระบวนการในการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ คณะกรรมการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ จำนวน 90 คน โดยเข้าร่วมกระบวนการในการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และวิเคราะห์ข้อมูลโดย ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา พบว่า คณะกรรมการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ มีการนำเอากระบวนการในการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ มาใช้ในพื้นที่ ประกอบด้วย การสร้างความรู้ความเข้าใจกับทีมนำ การวิเคราะห์ และกำหนดปัญหาในพื้นที่ การกำหนดแผนงานโครงการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ตลอดจนบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานและบูรณาการโครงสร้างการดำเนินงาน การถ่ายทอดแผนงานโครงการและกิจกรรมในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาลงสู่การปฏิบัติ และการติดตามและประเมินผล โดยมีโครงการทั้งสิ้น 135 โครงการในระดับตำบล และ 18 โครงการในระดับอำเภอ และมีผลการดำเนินงานผ่านมาตรฐานในทุกโครงการ (ร้อยละ 100) ส่วนความเข้าใจต่อแนวทางการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอของบุคลากรสาธารณสุข ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (เฉลี่ย = 4.22 S.D.=0.74)

คำสำคัญ : กลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ

ABSTRACT

This research was action research aimed to studied result of management health solutions in the area process by District Health System (DHS) Kalasin province. Sample size were 90 District Health System committee the participants management health solutions in the area process by District Health System. Data were collected by questionnaire and analyzed by percentage mean and standard deviation.

Result ; District Health System committee there used management health solutions in the area process by District Health System (DHS) include to create a better understanding with the team lead , analysis and determine area problem , set plans and stakeholder roles of solving to active and monitoring and evaluation. By total project had 135 project in sub district and 18 project in district. And result of project passed standard of plan 100%. As for

total of comprehension of management health solutions in the area process by District Health System (DHS) were very much level (mean = 4.22 S.D.=0.74)..

Key words : District Health System (DHS)

บทนำ

ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ นอกจากเป็นปัญหาที่เกิดจากการเจ็บป่วยแล้ว ยังเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับลักษณะโครงสร้างประชากร เศรษฐกิจ สังคมวัฒนธรรม การเมืองและนโยบายของประเทศ และสิ่งแวดล้อม ได้แก่ โรคที่ประชาชนมีการเจ็บป่วยและตายอยู่ในอัตราสูงและ/หรือโรคที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประชาชน และอันตรายหรือความเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพ จากการสัมผัสและรับเอาความไม่ปลอดภัยด้านอาหาร และสารเคมีกำจัดศัตรูเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าจะเป็นทั้งทางตรงและทางอ้อม ดังนี้ ยาเสพติด จิตเวช เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การตั้งครรภ์ของวัยรุ่น การดูแลผู้สูงอายุ/พิการ/ด้อยโอกาส การใช้สารเคมีของเกษตรกร และ ปัญหาสิ่งแวดล้อม (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์, 2558)

ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ที่สำคัญ ของจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ในปี 2555 โรคมะเร็ง มีอัตราป่วย 601.57 ต่อแสนประชากร และเป็นสาเหตุการตายอันดับต้น ประมาณ 1,200 คน/ปี มะเร็งที่พบมากที่สุดจะเป็นมะเร็งตับ โรคเบาหวาน อัตราป่วยโรคเบาหวาน ในปี 2554-2556 มีอัตราป่วย 278.19 , 372.65 และ 394.24 ต่อแสนประชากรตามลำดับ อัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในปี 2554-2556 มีอัตราป่วย 56.20 , 87.32 และ 86.50 ต่อแสนประชากรตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส อีก 9,365 คน ปัญหาอนามัยแม่และเด็ก (MCH) การตายของมารดาจังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2553 – 2556 พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น 31.32 , 32.77 , 22.06 และ 22.43 ต่อแสนประชากรตามลำดับ การตั้งครรภ์ของมารดาที่อายุน้อยกว่า 20 ปี มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น ปัญหาการใช้สารเคมีในการเกษตร พบว่าจากผลการตรวจสอบสารเคมีฆ่าแมลง

ในเลือดประชาชน ในปี 2556 ทุกตำบลละ 2 หมู่บ้านทุกอำเภอในจังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 342 ชุมชน จำนวน 25,841 คน พบว่าไม่ปลอดภัยถึงร้อยละ 62 และพบว่ามีบางอำเภอ ไม่ปลอดภัยมากที่สุดถึงร้อยละ 91 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์, 2557)

ระบบสุขภาพระดับอำเภอ เป็นระบบการทำงานเพื่อร่วมแก้ไขปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะปัญหาสาธารณสุขที่เกิดขึ้นในระดับพื้นที่ อย่างมีประสิทธิภาพบูรณาการภาคี เน้นเป้าหมาย ผ่านกระบวนการชื่นชม และจัดการความรู้แบบอิงบริบทของแต่ละสถานที่ (กระทรวงสาธารณสุข, 2558) โดยหลักการดำเนินงานของระบบสุขภาพอำเภอประกอบด้วย 5 ประการ ได้แก่ (1) การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (unity district health team) ของภาคส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ให้มีความสำคัญกับ working relationship คือความสัมพันธ์ที่นำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นของประชาชน มีการกำหนด ผู้รับผิดชอบในการขับเคลื่อนและกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมงานอย่างชัดเจน (2) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในระดับอำเภอในทุกขั้นตอนของการพัฒนา โดยมีเป้าหมายร่วมกัน คือ การทำงานด้านสุขภาพเพื่อยกระดับการพึ่งตนเอง ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (3) การทำงานจนเกิดคุณค่า ทั้งกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการเอง คุณค่าที่สำคัญของการบริการปฐมภูมิเป็นคุณค่า ที่เกิดขึ้นทั้งฝ่ายผู้ให้บริการและผู้รับบริการ การสร้างคุณค่าทำได้หลากหลายวิธี (4) การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร โดยให้ความสำคัญกับการระดมทรัพยากรมาใช้ร่วมกันภายใต้การบริหารจัดการที่ดีและมีการแบ่งปันทรัพยากรทั้งคน เงิน เครื่องมือ ความรู้ เทคโนโลยีและฐานข้อมูล เพื่อใช้ในการปฏิบัติงาน

สุขภาพ (5) การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น เน้นการจัดการปัญหาสุขภาพที่ตอบสนองต่อปัญหาของประชาชนในพื้นที่ สอดคล้องตามบริบทและวัฒนธรรม รวมทั้งสภาพปัญหาสุขภาพครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู ตามหลักการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2557)

จากหลักการดำเนินงานของระบบสุขภาพระดับอำเภอที่เป็นประโยชน์ต่อองค์กรประกอบกับกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศใช้ระบบสุขภาพอำเภอ โดยมอบหมายให้แต่ละจังหวัดนำระบบสุขภาพระดับอำเภอไปประยุกต์ใช้ เพื่อพัฒนางานด้านสาธารณสุข อย่างไรก็ตาม แม้กระทรวงสาธารณสุขจะมุ่งให้ความสำคัญ สนับสนุนและผลักดันอย่างต่อเนื่อง แต่จากการศึกษาผลดำเนินงานที่ผ่านมา สามารถสรุปปัญหาการดำเนินการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ ดังนี้ (1) การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอยังมีความแตกต่างและหลากหลายรูปแบบของการปฏิบัติในระดับพื้นที่ (2) การสื่อสารนโยบายที่ไม่ถึงในระดับพื้นที่ (3) ขาดการเชื่อมโยงระบบสุขภาพระดับอำเภอ (4) ในระดับพื้นที่ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบสุขภาพระดับอำเภอ (5) การพัฒนาภาวะผู้นำ (leadership) ของทีมเครือข่ายระดับอำเภอต่ำลง จนถึงระดับชุมชนยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน (6) การจัดโครงสร้างและกลไกการบริหารจัดการเพื่อสร้างระบบธรรมาภิบาลยังไม่มีรูปแบบที่เป็นมาตรฐานชัดเจน (7) การเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบงานปฐมภูมิบ่อย

เมื่อพิจารณาผลงานวิชาการด้านระบบสุขภาพระดับอำเภอ 5 ปีย้อนหลัง (พ.ศ.2554 - 2558) พบว่า มีนักวิชาการให้ความสนใจศึกษาเกี่ยวกับระบบสุขภาพระดับอำเภอค่อนข้างน้อย อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยบางส่วนยังชี้ชัดว่า การดำเนินการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอให้ประสบความสำเร็จนั้นต้องประกอบด้วย 5 ปัจจัยสำคัญ ได้แก่ (1) การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (2) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน (3) การ

ทำงานจนเกิดคุณค่า (4) การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร และ (5) การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น โดยเน้นการแก้ไขปัญหาด้านบริบทของพื้นที่ (CBL) ในการพัฒนาระบบสุขภาพ ภายใต้การดำเนินงานหนึ่งอำเภอหนึ่งประเด็นสุขภาพ (One District One Project : ODOP) เพื่อแก้ไขปัญหาตามบริบทในพื้นที่ โดยการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นและชุมชน (วัฒนา นันทะเสน, 2557; สมจิต พรหมจันทร์ และคณะ, 2558)

ระบบสุขภาพอำเภอ เป็นระบบการทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอร่วมกันของทุกภาคส่วน ด้วยการ บูรณาการทรัพยากรภายใต้บริบทของพื้นที่ผ่านกระบวนการเรียนรู้ และการจัดการความรู้ ส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชนพึ่งตนเองได้ และไม่ทอดทิ้งกัน เป้าหมายของระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สำคัญ คือ สถานะสุขภาพ (Health status) ของประชาชนในอำเภอดีขึ้น ลดโรคและภัยที่เป็นปัญหาสุขภาพ ทำให้ประชาชนสามารถดูแลและพึ่งตนเองด้านสุขภาพองค์รวมได้ (Self and Essential care) โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน มีทีมเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System :DHS) มีความเข้มแข็งและมีเอกภาพในการบริหารจัดการอย่างมีเอกภาพ (Unity District Health Team)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ได้มีการกำหนดนโยบายและกระบวนการดำเนินงานที่ถ่ายทอดนโยบายลงไปยังพื้นที่ เพื่อเกิดการทำงานทิศทางเดียวกันในทุกระดับเป็นเรื่องสำคัญ ต้องอาศัยการดำเนินการแบบบูรณาการอย่างมีส่วนร่วม โดยมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์จากทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จึงจะบรรลุความสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์, 2558) จากการดำเนินการดังกล่าว ผู้ศึกษา จึงได้ทำการศึกษา แนวทางการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการระบบสุขภาพระดับ

อำเภอและตำบล ให้มีศักยภาพในการรองรับนโยบาย ประสานให้เกิดการมีส่วนร่วมของการทำงาน แบบบูรณาการทั้งเชิงปฏิบัติการและบริหารจัดการ มีการพัฒนาโครงสร้าง แนวทางรูปแบบการดำเนินงานที่มีเอกภาพและประสิทธิภาพ ในระบบบริการสาธารณสุข อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาพการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ของจังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษาการบูรณาการของกระบวนการในการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาผลของกระบวนการในการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาระบวนการในการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) สภาพการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ของจังหวัดกาฬสินธุ์ 2) การบูรณาการของกระบวนการในการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) ของจังหวัดกาฬสินธุ์ 3) เพื่อศึกษาผลของกระบวนการในการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) จังหวัดกาฬสินธุ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรได้แก่ คณะกรรมการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ ระดับอำเภอ จำนวน 18 อำเภอ

2. กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 1)

คณะกรรมการการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) ที่เป็นตัวแทนเครือข่ายบริการระดับโซนโซนละ 1 อำเภอ จำนวน 5 โซน 5 อำเภอ ได้แก่ อำเภอท่าคันโท อำเภอนาคู อำเภอสหัสขันธ์ อำเภอกมลาไสย และอำเภอม่วงสามสิบ ประกอบด้วย นายอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลตัวแทนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หัวหน้าส่วนราชการระดับอำเภอ (ผู้กำกับการสถานีตำรวจภูธร เกษตรอำเภอ พัฒนาการอำเภอ ท้องถิ่นอำเภอ ผู้อำนวยการโรงเรียน) ประธานอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จำนวน 45 คน 2) คณะกรรมการดำเนินงาน ขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) ประกอบด้วย 1) ตัวแทนส่วนราชการ ได้แก่ สถานีตำรวจภูธร เกษตรอำเภอ พัฒนาการอำเภอ ท้องถิ่นอำเภอ และผู้อำนวยการโรงเรียน ร่วมกับบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 73 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือศึกษาสภาพการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ของจังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์สภาพการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ของจังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นแบบสัมภาษณ์ปลายเปิด แบบมีโครงสร้าง ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และเครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ เครื่องมือที่ใช้จะมีการปรับปรุงเครื่องมือโดยนำเสนอผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน

2. เครื่องมือในการบูรณาการของกระบวนการในการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) ของจังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่ การประชุมเชิงปฏิบัติการ ร่วมกับกระบวนการกลุ่ม ในกระบวนการในการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพ

อำเภอ (DHS) จังหวัดกาฬสินธุ์โดยแบ่งเป็นการประชุมเชิงปฏิบัติการระดับจังหวัด และระดับอำเภอ ซึ่งทั้ง 2 ระดับ จะดำเนินการควบคู่กันไป โดยเมื่อประชุมเชิงปฏิบัติการระดับจังหวัดแล้ว ในระดับอำเภอจะต้องไปดำเนินการประชุมเชิงปฏิบัติการต่อ

3. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลผลของกระบวนการในการจัดการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่

3.1 แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการจัดการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ การกำหนดประเด็น การกำหนดตัวชี้วัด การจัดทำโครงสร้างในการแก้ปัญหา การดำเนินการตามโครงการ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด	เท่ากับ 5 คะแนน
มาก	เท่ากับ 4 คะแนน
ปานกลาง	เท่ากับ 3 คะแนน
น้อย	เท่ากับ 2 คะแนน
น้อยที่สุด	เท่ากับ 1 คะแนน
มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้ (Best, 1981)	

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

การสร้างและตรวจคุณภาพเครื่องมือ โดยการศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดเป็นประเด็นคำถาม หลังจากนั้นนำแบบสอบถามที่ได้ไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อหาความสอดคล้องของเนื้อหาและวัตถุประสงค์ (IOC) หลังจากนั้นทำการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ และนำไปใช้ทดลองกับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อวิเคราะห์หาความ

เชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (บุญชม ศรีสะอาด, 2545) ได้ค่าความเชื่อมั่นของครอนบาค 0.82

3.2 ทะเบียน/รายงาน ผลการดำเนินงานการจัดการและแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ ตามตัวชี้วัดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ขั้นตอนการวิจัย

1. ศึกษาสภาพการจัดการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพในพื้นที่ ของจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยศึกษาจากคณะกรรมการการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) ที่เป็นตัวแทนเครือข่ายบริการระดับโซน โซนละ 1 อำเภอ จำนวน 5 โซน 5 อำเภอ

2. การบูรณาการของกระบวนการในการจัดการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) ของจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยคณะกรรมการดำเนินงานขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) ประกอบด้วย ตัวแทนส่วนราชการ ได้แก่ สถานีตำรวจภูธร เกษตรอำเภอ พัฒนาการอำเภอ ท้องถิ่นอำเภอ และผู้อำนวยการโรงเรียน ร่วมกับบุคลากรสาธารณสุข โดยมีขั้นตอนการศึกษาดังนี้

2.1. กำหนดประเด็นในการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ จังหวัดกาฬสินธุ์

2.2. การพัฒนาแนวทางการจัดการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ จังหวัดกาฬสินธุ์ ทำให้ได้แนวทางในการจัดการปัญหาด้านสุขภาพในพื้นที่

3. การประเมินผลของกระบวนการในการจัดการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) จังหวัดกาฬสินธุ์

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติพื้นฐานได้แก่ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. การพัฒนาแนวทางการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ จังหวัดกาฬสินธุ์ ทำให้ได้แนวทางในการจัดการปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ที่มีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาในพื้นที่

1.1 ผลการศึกษาสภาพการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ ของจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยศึกษาจากคณะกรรมการการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) มีประเด็นที่ใช้ในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ ระดับอำเภอ ทั้งสิ้น 5 ประเด็น ได้แก่ การดูแลผู้สูงอายุ การแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การดำเนินงานอาหารปลอดภัย การป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง การแก้ปัญหาสารเคมีทางการเกษตร มีประเด็นในการแก้ปัญหา ระดับตำบล พบว่า ตำบลทั้งหมด 33 ตำบล มีการดำเนินงานจัดการแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ ครบทุกตำบล โดยมีประเด็นหลากหลายในการดำเนินงาน ได้แก่ การดูแลผู้สูงอายุผู้พิการ สุขภาพจิต อาหารปลอดภัย ภาระโรคเมตาบอลิก โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงและการลดการใช้สารเคมีในการเกษตร โดยพบว่า ประเด็นในการดำเนินงานการจัดการแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ ระหว่างระดับอำเภอและตำบล ส่วนใหญ่มีเหมือนกัน ร้อยละ 87.88

2. การบูรณาการของกระบวนการในการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) จังหวัดกาฬสินธุ์

2.1 ผลการบูรณาการของกระบวนการในการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ (DHS)

ของจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยการจัดโครงสร้างคณะกรรมการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) พบว่า โครงสร้างของคณะกรรมการประกอบด้วย ประธานคณะกรรมการ คือ นายอำเภอ รองประธานคณะกรรมการ คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล กรรมการ คือ ตัวแทนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หัวหน้าส่วนราชการระดับอำเภอ (ผู้กำกับสถานีตำรวจภูธร เกษตรอำเภอ พัฒนาการอำเภอ ท้องถิ่นอำเภอ ผู้อำนวยการโรงเรียน ให้คณะกรรมการเลือกมา 3 คน) ประธานอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) กรรมการและเลขานุการ คือสาธารณสุขอำเภอ กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ 1 คน คือ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาล

2.2 ผลการกำหนดประเด็นในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ จังหวัดกาฬสินธุ์ สามารถอธิบายเป็นรายอำเภอได้ดังนี้ 1) อำเภอท่าคันโท ประเด็นปัญหาในพื้นที่คือ การดูแลผู้สูงอายุ 2) อำเภอนาคู ประเด็นปัญหาในพื้นที่คือ การดำเนินงานแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 3) อำเภอสหัสขันธ์ ประเด็นปัญหาในพื้นที่คือ การดำเนินงานอาหารปลอดภัย 4) อำเภอกมลาไสย ประเด็นปัญหาในพื้นที่คือ การป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 5) อำเภอคำม่วง ประเด็นปัญหาในพื้นที่คือ การแก้ปัญหาการใช้สารเคมีทางการเกษตร

2.3. การพัฒนาแนวทางการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการพัฒนาทำให้ได้แนวทางในการจัดการปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ พบว่าทุกอำเภอและตำบล มีกระบวนการดำเนินงานในการแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ ในระดับอำเภอในลักษณะเดียวกัน คือ เริ่มจากการสร้างความรู้ความเข้าใจกับทีม นำ วิเคราะห์ปัญหาสถานการณ์ การกำหนดประเด็นในการแก้ปัญหา การกำหนดผู้มีส่วนได้

ส่วนเสียในการแก้ปัญหา การกำหนดบทบาทให้แก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และผู้ที่เกี่ยวข้อง การจัดทำแผนงานโครงการในการแก้ปัญหา การดำเนินงานตามแผนงานโครงการ การติดตามประเมินผล

3. การประเมินผลของกระบวนการในการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) จังหวัดกาฬสินธุ์

3.1 ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการใช้แนวทางการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลจากการดำเนินงานพบว่า ทุกอำเภอสามารถดำเนินงานผ่านตัวชี้วัดในการแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ (Area Based) คิดเป็นร้อยละ 100

3.2 ความเข้าใจต่อแนวทางการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอของบุคลากรสาธารณสุข ความคิดเห็นแนวทางการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ ความคิดเห็นต่อแนวทางการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอของบุคลากรสาธารณสุข ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (เฉลี่ย = 4.22 S.D.=0.75) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านที่บุคลากรมีความเข้าใจอยู่ในระดับมากที่สุดได้แก่ การกำหนดประเด็นปัญหา (เฉลี่ย = 4.21 S.D.=0.79) การกำหนดตัวชี้วัด (เฉลี่ย = 4.30 S.D.=0.76) การจัดทำโครงร่าง (เฉลี่ย = 4.21 S.D.=0.78) การดำเนินงานตามโครงการ (เฉลี่ย = 4.24 S.D.=0.65) และด้านที่มีความเข้าใจระดับมากที่สุดได้แก่ การติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงานแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ (เฉลี่ย = 3.98 S.D.=0.68) การสรุปผลการบริหารจัดการ และการแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ (เฉลี่ย = 4.20 S.D.=0.71) การถอดบทเรียนโครงการแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ (เฉลี่ย = 4.17 S.D.=0.75)

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาแนวทางการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อเพื่อพัฒนา และศึกษาผลการดำเนินงานตามแนวทางการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้การประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (ชัชวาลย์ ทัดศิริช,2551) ร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่ม (Lewin, 1936) เพื่อพัฒนาแนวทางในการแก้ปัญหาในพื้นที่ ร่วมกับแนวคิดการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) ตามแนวทางการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ จังหวัดกาฬสินธุ์ ทำให้ได้แนวทางในการจัดการปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ พบว่าทุกอำเภอและตำบล มีกระบวนการดำเนินงานในการแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ ในระดับอำเภอในลักษณะเดียวกัน คือ เริ่มจากการการสร้างความรู้ความเข้าใจกับทีม นำ วิเคราะห์ปัญหาสถานการณ์ การกำหนดประเด็นในการแก้ปัญหา การกำหนดผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการแก้ปัญหา การกำหนดบทบาทให้แก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และผู้ที่เกี่ยวข้อง การจัดทำแผนงานโครงการในการแก้ปัญหา การดำเนินงานตามแผนงานโครงการ การติดตามประเมินผล (สุนีย์ มัลลิกะมาลย์,2545) จนสามารถกำหนดเป็นแผนงานโครงการในการแก้ไขปัญหามิในพื้นที่ที่สามารถบูรณาการแนวความคิดการบริหารด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทรจิรา อินจัน และกนกวรรณ เอี่ยมชัย (2555) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการวางแผนแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนบ้านทุ่งต้นศรี ตำบลห้วยลาน อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา ผลการศึกษาพบว่า สภาวะสุขภาพอนามัยของคนในชุมชนบ้านทุ่งต้นศรีจากการสำรวจ สรุปประเด็นตามกลุ่มปัญหาหลัก ได้ดังนี้ 1) ปัญหาประชาชนเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 2)

ปัญหาของครัวเรือนมีการกำจัดการขยะมูลฝอยไม่
สุขลักษณะ 3) ปัญหาน้ำประปาเป็นสนิม 4) ปัญหา
การใช้สารเคมีในการกำจัดศัตรูพืช เมื่อประยุกต์ใช้
เทคนิค A-I-C ในการส่งเสริมชุมชนให้มีส่วนร่วมใน
การวิเคราะห์ปัญหาสถานะสุขภาพอนามัยของ
ชุมชนเอง พบว่ามีประเด็นปัญหาเพิ่มเติมจากการ
สำรวจ คือ 1) ความต้องการบริการพื้นฐานจาก
อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในการดูแลสุขภาพ
ของประชาชนที่เจ็บป่วยแต่ละโรคและแต่ละอาการ
2) กลุ่มเยาวชนในหมู่บ้านยังไม่มีกิจกรรมร่วมกัน
อย่างชัดเจน ผู้วิจัยและชุมชนพิจารณาร่วมกัน
กำหนดการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาด้วย
การประชุมประชาคมหมู่บ้าน ได้ให้ความสำคัญกับ
ปัญหาการใช้และผลกระทบจากสารเคมีทาง
การเกษตรเป็นปัญหาที่สำคัญอันดับหนึ่ง ผลการมี
ส่วนร่วมของชุมชนในการกำหนดแผนการแก้ไข
ปัญหาที่เน้นให้ประชาชนมีทัศนคติและพฤติกรรมที่
ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้สารเคมีทางการเกษตร เป็น
การเสริมพลังอำนาจให้ประชาชนเพิ่มขีด
ความสามารถในการจัดการทรัพยากร การตัดสินใจ
และควบคุมกิจกรรมต่าง ๆ มากกว่าเป็นฝ่ายตั้งรับ
ด้วยการกำหนดการดำรงชีวิตได้ด้วยตนเองให้มี
ชีวิตความเป็นอยู่ดีขึ้น

จากผลการดำเนินงานตามแนวทางการ
จัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไก
การขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ จังหวัด
กาฬสินธุ์ พบว่าบุคลากรผู้รับผิดชอบในการดำเนินงาน
แก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ (Area Based) ใน
ระดับอำเภอ และระดับจังหวัด มีความรู้ความ
เข้าใจต่อแนวทางการจัดการแก้ไขปัญหา
สาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบ
สุขภาพอำเภอของบุคลากรสาธารณสุข ในภาพรวม
อยู่ในระดับมากที่สุด (เฉลี่ย = 4.22 S.D.=0.74)
เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านที่บุคลากรมี
ความเข้าใจอยู่ในระดับมากที่สุดได้แก่ การกำหนด
ประเด็นปัญหา (เฉลี่ย = 4.22 S.D.=0.79) การ
กำหนดตัวชี้วัด (เฉลี่ย = 4.33 S.D.=0.73) การ
จัดทำโครงร่าง (เฉลี่ย = 4.22 S.D.=0.76) การ

ดำเนินงานตามโครงการ (เฉลี่ย = 4.23
S.D.=0.66) และด้านที่มีความเข้าใจระดับมาก
ได้แก่ การติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงาน
แก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ (เฉลี่ย = 4.00
S.D.=0.66) การสรุปผลการบริหารจัดการและการ
แก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ (เฉลี่ย = 4.19
S.D.=0.73) การถอดบทเรียนโครงการแก้ปัญหา
สาธารณสุขในพื้นที่ (เฉลี่ย = 4.13 S.D.=0.74)
ทั้งนี้เนื่องจากกระบวนการในการพัฒนาแนวทาง
ได้ใช้กระบวนการบูรณาการทุกภาคส่วน (เกรียง
ศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์, 2546) และอาศัยผู้ที่เกี่ยวข้อง
และผู้มีส่วนได้ส่วนร่วมเข้ามาร่วมกำหนดกิจกรรม
ในการดำเนินงาน ตั้งแต่กระบวนการวิเคราะห์
ปัญหา กำหนดประเด็น การนำไปใช้ในพื้นที่
ตลอดจนการประเมินผล (สุนีย์ มัลลิกะมาลย์
, 2545) ส่งผลให้บุคลากรที่รับผิดชอบมีความเข้าใจ
อยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ
ชดาภร ศิริคุณ และวชิพงศ์ รักดีกุล (2557) ได้
ศึกษาการประเมินความคิดเห็นต่อการพัฒนา
เครือข่ายบริการสุขภาพ System ระดับอำเภอ
(District Health: DHS) ในพื้นที่จังหวัดสกลนคร
ผลการศึกษาพบว่า พบว่า บริบทแต่ละพื้นที่ มี
วิวัฒนาการการทำงานต่อยอดจากทุนเดิม ในการ
ทำงานกับชุมชน มีเครือข่ายที่แนบแน่น เน้นการ
ทำงานเป็นทีม เรียนรู้เทคนิคร่วมกันอย่างต่อเนื่อง
ปัจจัยนำเข้าสู่ระบบที่สำคัญ คือ การมีโครงสร้าง
หน้าที่ สร้างการรับรู้ กระตุ้นการตอบสนอง
นโยบายหรือปัญหาสุขภาพ และให้การสนับสนุน
อย่างเป็นระบบ ที่เริ่มด้วยการมีส่วนร่วม
(Participation) การมีปฏิสัมพันธ์ (Interaction)
เสริมสร้างการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Learning) ร่วม
ลงมือปฏิบัติจริง (Action) ภายใต้การประเมิน
ตนเองและการตรวจเยี่ยม (Checking) จนเกิดผล
ผลิตที่คุ้มค่า จนเป็นเครือข่ายสุขภาพที่มีการบูรณา
การทรัพยากรเพื่อร่วมทำกิจกรรมที่ตอบสนองต่อ
ปัญหาชุมชน จนเกิดอรรถประโยชน์สูงสุดด้าน
สุขภาพ โดยคณะกรรมการหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับการ
ดำเนินงานมีความพึงพอใจต่อระบบอยู่ในระดับ

มาก ร้อยละ 86.11 ซึ่งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการใช้แนวทางการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ทุกอำเภอสามารถดำเนินงานผ่านตัวชี้วัดในการแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ (Area Based) คิดเป็นร้อยละ 100 สอดคล้องกับการศึกษาของ วัฒนา นันทะเสน (2558) ได้ทำการประเมินผลการพัฒนางานระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามพบว่าผลลัพธ์ของการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอ เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยผลการประเมินชี้ให้เป็นพัฒนาการและความเชื่อมโยงของ 5 ปัจจัยสำคัญ คือ 1) การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ 2) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน 3) การทำงานจนเกิดคุณค่า ทั้งกับผู้รับบริการ และตัวผู้ให้บริการเอง 4) การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร และ 5) การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น โดยเน้นการ

แก้ไขปัญหาตามบริบทของพื้นที่ (CBL) ในการพัฒนาระบบสุขภาพ ภายใต้การดำเนินงานหนึ่งอำเภอหนึ่งประเด็นสุขภาพ เพื่อแก้ไขปัญหาตามบริบทในพื้นที่ โดยการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นและชุมชน

ข้อเสนอแนะ

การจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ จังหวัดกาฬสินธุ์ ทำให้เกิดแนวทางในการจัดการปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ ตามบริบทของอำเภอและตำบลในลักษณะเดียวกัน คือ เริ่มจากการการสร้างความรู้ความเข้าใจกับทีมหน้า วิเคราะห์ปัญหาสถานการณ์ การกำหนดประเด็นในการแก้ปัญหา การกำหนดผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการแก้ปัญหา การกำหนดบทบาทให้แก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และผู้ที่เกี่ยวข้อง การจัดทำแผนงานโครงการในการแก้ปัญหา การดำเนินงานตามแผนงานโครงการ การติดตามประเมินผล

เอกสารอ้างอิง

- กมลวรรณ สนามทอง.(2551) การประเมินและพัฒนาสำนักงานสาธารณสุขตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอพัฒนานิคม. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) บริหารสาธารณสุข. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กรมการพัฒนาชุมชน. (2551) การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion). ค้นเมื่อ 26 สิงหาคม 2551, จาก cddweb.cdd.go.th/cdregion04/cdworker/008.pdf
- กระทรวงสาธารณสุข. ระบบสุขภาพระดับอำเภอ. [ออนไลน์]. ได้จาก: 2558 ค้นเมื่อ 26 สิงหาคม http://www.tro.moph.go.th/acm/DHS_Book.pdf
- เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์. (2546) การคิดเชิงบูรณาการ = Integrative thinking. กรุงเทพฯ : ชัคเชสมิเดีย, 254
- จันทร์จิรา อินจัน และกนกวรรณ เอี่ยมชัย. (2555) “การมีส่วนร่วมของชุมชนในการวางแผนแก้ไขปัญหามลพิษทางอากาศบ้านทุ่งต้นศรี ตำบลห้วยลาน อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา.” วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ปีที่ 22 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน.
- ขดากร ศิริคุณ และวุฒิพงศ์ ภักดีกุล. (2557) “การประเมินความคิดเห็นต่อการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ System ระดับอำเภอ (District Health: DHS) ในพื้นที่จังหวัดสกลนคร.” วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน. ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 ม.ค.-มี.ค.
- ขดากร ศิริคุณและวุฒิพงศ์ ภักดีกุล. (2557). การประเมินความคิดเห็นต่อการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ System ระดับอำเภอ (District Health: DHS) ในพื้นที่จังหวัดสกลนคร. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2(1) มกราคม – มีนาคม 2557. 1-11.
- ชรัตน์ จินขาวชา. (2547) การศึกษาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารสถานศึกษาตามการรับรู้ของข้าราชการครู สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาชลบุรี เขต 3. งานนิพนธ์ (กศ.ม.)—มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ชัชวาลย์ ทัดศิวิชัย.(2551) ความไว้วางใจกับการมีส่วนร่วมทางการเมือง. กรุงเทพฯ: รัฐสภาสาร.

- .จิตติพงศ์ คล้ายไธทอง.(2547) พฤติกรรมภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารสถานศึกษาสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา
สระบุรี เขต 1. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต ลพบุรี : มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี,
- นลินรัตน์ เรืองวิริยศ. (2548) รูปแบบการบริหารงานตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของกลุ่มภารกิจกระทรวง
สาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยรามัญนครสวรรค์.
- บุญชม ศรีสะอาด.(2545) การวิจัยเบื้องต้น. กรุงเทพฯ: ชมรมเด็ก.
- ประภัสสร บุญมี. (2547) การพัฒนาองค์กร (พิมพ์ครั้งที่ 2). มหาสารคาม: สารคามการพิมพ์ สารคาม-เปเปอร์.
- พรทิพย์ ชมเดช. (2550) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ: กรณีศึกษากกรม
ควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- พิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ, ชูเกียรติ วิวัฒนวงศ์เกษม, วิริทธิ์ กิตติพิชัย,นฤมล เอี่ยมณีกุล ,ปรารถนา สถิตย์วิภาวี, ดุสิต สุจิรา
รัตน์, พรเลิศ ชุมชัย, และสุดา หันกลาง . (2556) การวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน
และควบคุมโรคไม่ติดต่อของ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับประเทศ พ.ศ. 2551-2555. รายงานการวิจัย. สำนักงาน
โรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ไพเราะ คณะพล. (2557) หลักการพื้นฐานของโครงสร้างองค์การ. [Online]ได้จาก :
<http://masterclub.multiply.com/journal/item/10/10>. [สืบค้นเมื่อ 20ตุลาคม2557].,
- วัฒนา นันทะเสน. (2558) “การประเมินผลการพัฒนางานระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS) ของ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม.” วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่7 ฉบับที่3 พฤศจิกายน 2557
– กุมภาพันธ์
- วานิช มาลัยและอรสา ปานขาว. (2548) วิธีการศึกษาทางนิเทศศาสตร์. กรุงเทพฯ :จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ศุภกิจ ศิริลักษณ์. (2554) ข้อเสนอบทบาทและโครงสร้างหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุขในการกำหนด. นโยบายและ
ยุทธศาสตร์สุขภาพของประเทศ. รายงานการวิจัย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สมจิต พรหมจันทร์ และคณะ. (2558) การพัฒนาระบบการดูแลคนพิการอย่างเป็นหุ้นส่วนทางด้านสุขภาพ. วารสารเครือข่าย
วิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2(1) มกราคม - เมษายน 2558: 37 – 51,
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2549) ระบบสุขภาพ. ม.ป.ป. ค้นเมื่อ 26 สิงหาคม 2549, จาก
<https://www.hsri.or.th/researcher/classroom/detail/4741>
- สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ. (2006) ศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขในสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง : การสังเคราะห์ความรู้สู่
ยุทธศาสตร์การพัฒนา.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. (2558) แผนยุทธศาสตร์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. กาฬสินธุ์: สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัด.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. (2557). สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหาสำคัญของจังหวัดกาฬสินธุ์.
กาฬสินธุ์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2557) เสริมคุณค่าปฐมภูมิด้วยระบบสุขภาพอำเภอ. กรุงเทพฯ : โครงการพัฒนาองค์
ความรู้ แนวคิดและจัดพิมพ์ผลงานการพัฒนากลไกสนับสนุนระบบสุขภาพระดับอำเภอมูลนิธิแพथ์ชนบท.
- สำนักบริหารการสาธารณสุข. (2557) การขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสอ.) ฉบับประเทศไทย. สำนักบริหารการ
สาธารณสุข สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- สุนีย์ มัลลิกะมาลย์. (2545). รัฐธรรมนูญกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพิทักษ์รักษาทรัพยากรธรรมชาติและ
สิ่งแวดล้อม. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- Best, John W. (1981) Research in Education. 4 th ed. New Jersey: Prentice-Hall
- Lee man, Choy. (2002). Development and validation of Total Quality Management for Service (TQMS)
model. Doctoral dissertation, Chinese university of Hong Kong.
- Lewin, K. (1936). Principles of psychology typology. New York: McGraw-Hill.
- Max Weber. (1972). Bureaucracy. [online] Available form: <http://www.cf.ac.uk/socsi/undergraduate/introsoc/weber12.html> [cited November 20, 2014]

- Noorliza, Karia. (2006). Application Guidelines, MalcoBaldrige National Quality Award. Gaithersburg, Md: National Institute of Standards and Technology.
- World Health Organization. (2007). Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's Framework for action. Geneva, WHO, 2007.
- World Health Organization. "Implementation of Health-Care Services in the South-East Asia Region : Report of the Regional Seminar Bandung, Indonesia." World Health
- World Health Organization. (2010). Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A Handbook of Indicators and Their Measurement Strategies. Geneva: WHO Document Production Services.

ผลของโปรแกรมจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

Effects of Case Management Program on Uncontrolled Diabetes Mellitus Patients

Ubonrat Ratanarai
Registered Nurse, Practitioner Level
Prapas Songbutte
Public Health Technical Officer, Professional Level
Ban Saun Sub-District Health Promotion Hospital
Phatthalung District Phatthalung Province

อุบลรัตน์ รัตนอุไร
พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
ประภาส สงบุตร
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
รพ.สต.บ้านสวน อำเภอเมืองพัทลุง จังหวัดพัทลุง
E-mail ave0_2527@hotmail.com

บทคัดย่อ

งานวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ สุ่มตัวอย่างแบบง่าย จำนวน 38 คนที่ได้จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย จากกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดมากกว่า 7 % และรับบริการใน รพ.สต.บ้านสวนซึ่งมีทั้งหมด 72 คน ระยะเวลาในการวิจัย 12 สัปดาห์ จัดโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีที่ประกอบด้วยกิจกรรม การสร้างทีมสหวิชาชีพโดยมีผู้วิจัยเป็นพยาบาลผู้จัดการรายกรณี การพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วย การให้การดูแลผู้ป่วยตามแผนการดูแลผู้ป่วย การประชุมทีมเพื่อปรับแผนการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมกับปัญหารายบุคคล การให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสนับสนุนโดยการเยี่ยมบ้าน และการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเช่น การชื่นชม เก็บรวบรวมข้อมูลพฤติกรรมตนเอง และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเม็ดเลือดแดง ของกลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณี วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติทดสอบ Paired t- test

ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ก่อนเข้าโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีคะแนนเฉลี่ย 3.22 (S.D.=0.19) หลังเข้าโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีครบ 12 สัปดาห์ มีคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 3.35 (S.D.=0.15) ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<.05$) ส่วนระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดก่อนเข้าโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีค่า 8.97 % หลังเข้าโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดลดลงเหลือ 7.39 % ซึ่งลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<.05$)

คำสำคัญ : โปรแกรมจัดการผู้ป่วยรายกรณี, ผู้ป่วยโรคเบาหวาน

Abstract

A quasi-experimental group was used to evaluate the effects of a case management program in uncontrolled diabetes mellitus patients. Thirty-eight samples drawing by simple random sampling from diabetes patients with HbA1c more than 7% and served in Bansuan Health Promoting Hospital total of 72 people. The sample size is calculated using the compare mean formula. Duration this research is 12 weeks. Case management program consists of activities. 1) A multidisciplinary team was created by the researchers as case

managers 2) Development of patient care plan 3) Patient care according to patient care plan 4) Team meetings to adjust patient care plans to suit individual problems 5) Behavior modification 6) Supported by home visits 7) Motivation to change behaviors such as appreciation. Collected self-care behavior data. And HbA1c for compared before and after the case management program. Data were analyzed by means, standard deviation and paired t-test.

The results were as follow: 1) Self-care behaviors of uncontrolled diabetes mellitus patients before entering the case management program the average score was 3.22 (S.D. = 0.19). After the case management program 12-week mean score of self-care behavior increased to 3.35 (S.D. = 0.15), which was significantly higher (p -value $< .05$) 2) The HbA1c before entering the case management program was 8.97%. After the case management program HbA1c were reduced to 7.39%, significantly lower. (p -value $< .05$)

Keywords : Case Management Program, Uncontrolled Diabetes Mellitus Patients

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก1 องค์การอนามัยโลก รายงานว่าในปี 2555 พบว่า 1 ใน 10 ของ ประชากรในวัยผู้ใหญ่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ปัจจุบันคาดว่าจะมีผู้ป่วยเบาหวานอยู่ประมาณ 356 ล้านคน2 สำหรับประเทศไทย จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ.2551-2552 พบความชุกร้อยละ 6.93 มีการคาดการณ์ว่าปัจจุบันมีผู้ป่วยเบาหวาน ไม่น้อยกว่า 3 ล้านคนทั่วประเทศ1 หากไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และควบคุมระดับน้ำตาลใน เลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติไม่ได้ ก็จะไปสู่การเจ็บป่วยแทรกซ้อนที่สำคัญ อาทิ โรคจอประสาทตาเสื่อม โรคไตเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด แผลเรื้อรัง การถูกตัดขา ตัดนิ้ว เป็นต้น ความเจ็บป่วยเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง ตลอดจนค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขโดยรวม ที่เพิ่มขึ้น จึงจำเป็นต้องมีกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพและสามารถช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ดีขึ้น (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข. ,2556. ; World Health Organization .2012 ;

รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย, 2553)

การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case management) เป็นระบบการบริการที่มีคุณภาพสูงซึ่งเป็นกระบวนการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการดูแล มีการประสานความร่วมมือ ของทีมสหวิชาชีพ มีแผนการดูแลที่กำหนดร่วมกันระหว่างทีมวิชาชีพ ให้การดูแลตามแผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical pathway) มีการประเมินการวางแผน การดำเนินการ การประสานงาน และกำกับ ติดตามการดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย โดยมีผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case manager) เป็นผู้ติดต่อสื่อสาร ประสานงาน กำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ตรงกับปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย ผลการวิจัยที่ผ่านมาพบว่าการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรม การดูแลตนเองดีขึ้น ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเม็ดเลือดแดงลดลง (ฐิติพร วัฒนบุญ,2554; Hiss and other, 2007 ; Sutherland, D. & Hayter, M. 2009) ทำให้คุณภาพชีวิตและการทำหน้าที่ดีขึ้น จึงเป็นกระบวนการที่จะนำมาศึกษาและประยุกต์ใช้

กับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้
ในจังหวัดพัทลุง

จังหวัดพัทลุง มีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาในหน่วยบริการสาธารณสุขทั้งสิ้น 20,293 คน เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้เพียงร้อยละ 42.57 เท่านั้น (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง, 2558) จากการทบทวนวรรณกรรม (จินดาวรรณ เจริศมี และคณะ, 2551) พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมอาการออกกำลังกาย ไม่สม่ำเสมอ ขาดความตระหนักในการรับประทานอาหาร รับประทานอาหารไม่ถูกต้องและไม่ต่อเนื่อง สอดคล้องกับการทบทวนข้อมูลบริการของผู้วิจัยที่พบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ส่วนใหญ่มีอายุ 40 -59 ปี (ร้อยละ 45.23) และมีน้ำหนักตัวเกิน (ร้อยละ 69.17) เมื่อวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพพบว่า ทุกรายมีปัญหาในการควบคุมอาหารได้แก่ รับประทานอาหารเกินเนื่องจากหิวบ่อย รับประทานอาหาร ขนมหวาน เครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูงหรือผลไม้ที่หวานมาก การออกกำลังกาย ได้แก่ ออกกำลังกายน้อยกว่าปกติหรือไม่ออกกำลังกาย และพฤติกรรมการใช้ยา ได้แก่ รับประทานยาไม่สัมพันธ์กับมื้ออาหาร รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ และมีส่วนน้อยที่ขาดยา ซึ่งปัจจัยดังกล่าวเป็นปัจจัยที่สามารถจัดการและปรับเปลี่ยนได้เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเฉลี่ยสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ

2. หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ

วิธีการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ที่รับบริการในคลินิกโรคเบาหวานของหน่วยบริการสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 20,293 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการทดสอบค่าเฉลี่ย 10 ได้จำนวนตัวอย่าง 286 คน สุ่มด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย

เครื่องมือที่ใช้ในวิจัย

1. ชุดโปรแกรมจัดการผู้ป่วยรายกรณี สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์ทฤษฎีระบบการพยาบาล ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็มในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองประกอบด้วย การสร้างทีมสหวิชาชีพ (ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณี) พัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical pathway) การประเมินปัญหาและความต้องการเป็นรายบุคคล ให้การดูแลตามแผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical pathway) การประชุมทีมสหวิชาชีพเพื่อปรับแผนการดูแลให้เหมาะสม กับปัญหาเป็นรายบุคคล - ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ทำหน้าที่ประเมินปัญหาและความต้องการเป็นรายบุคคล ประสานงานในทีมสุขภาพ วางแผน และติดตามให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตามแผนการดูแลที่ พัฒนาร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ การให้ความรู้เป็นรายบุคคลใช้ภาพพลิกและโมเดลอาหารและทบทวนความรู้จาก คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน การเยี่ยมบ้าน การกระตุ้นเตือนทาง โทรศัพท์ และกิจกรรมกลุ่มพูดคุย แลกเปลี่ยน เรียนรู้จากสมาชิกในกลุ่ม และวิดิทัศน์

2. แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย 3 ตอน

ตอนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ สิทธิการรักษา ประวัติญาติสายตรง ชนิดของโรคเบาหวานที่เป็น และโรคร่วมหรือภาวะแทรกซ้อน อายุ และระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวาน

ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน ประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบให้คะแนนแบบประเมินค่า 5 ระดับ

ตอนที่ 3 บันทึกผลการตรวจหาระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด

วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.86

ขั้นตอนการวิจัย

1. ทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล (ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายการ) เภสัชกร และนักโภชนาการ ประชุมทีมเพื่อพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical Pathway)

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์และสิทธิของกลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งเซ็นยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ประเมินสภาพปัญหา ของกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล ให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการปฏิบัติตัว ฝึกทักษะการออกกำลังกาย ได้รับการประเมินภาวะโภชนาการ และให้ความรู้ เรื่องอาหารโดยนักโภชนาการ โดยใช้โมเดลอาหาร

สัปดาห์ที่ 2 - 3 เยี่ยมบ้านเพื่อประเมินและพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างและครอบครัว พร้อมทั้งติดตามและประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเอง จากแบบบันทึกการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานพร้อมทั้งให้ข้อมูลป้อนกลับและให้คำแนะนำเพิ่มเติมตามปัญหาของแต่ละราย

สัปดาห์ที่ 4 ประชุมทีมสหวิชาชีพเพื่อ ปรับแผนการดูแลให้เหมาะสมกับปัญหาและความ

ต้องการของกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล โดยผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินปัญหา การเยี่ยมบ้าน ประชุมกับทีมสหวิชาชีพ และนำข้อมูลที่ได้รับคำแนะนำเพิ่มเติมจากทีมสหวิชาชีพให้กับกลุ่มตัวอย่าง

สัปดาห์ที่ 5,7,10 ติดตามและกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์ ใช้เวลาประมาณ 10-20 นาที ในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยา

สัปดาห์ที่ 8 กิจกรรมกลุ่มเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองจาก การแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับสมาชิกในกลุ่ม และเรียนรู้จากวิทยากร พร้อมทั้งได้รับการประเมินแบบบันทึกรายการอาหาร ได้ข้อมูลป้อนกลับและคำแนะนำเพิ่มเติมจากนักโภชนาการ

สัปดาห์ที่ 12 กลุ่มตัวอย่างแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้วิจัยและเก็บข้อมูลหลังเข้าโปรแกรมในวันที่มาพบแพทย์ตามนัด

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ สถิติทดสอบ paired t-test เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง โดยกำหนดระดับนัยสำคัญเท่ากับ .05

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 63.70) มีอายุเฉลี่ย 60.06 ปี (S.D. = 11.40) โดยมีอายุต่ำสุด 29 ปี อายุสูงสุด 86 ปี ส่วนใหญ่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการรักษาพยาบาล(ร้อยละ 76.03) รองลงมาเป็นสิทธิข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ และสิทธิประกันสังคม ตามลำดับ (ร้อยละ 19.86 และ 4.11 ตามลำดับ) มีประสบการณ์ป่วยด้วยโรคเบาหวานเฉลี่ย 7.18 ปี (S.D. = 4.41) โดยป่วยด้วยโรคเบาหวานเร็วที่สุด 1 ปี นานที่สุด 25 ปี และพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อนหรือโรคร่วมที่พบมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง ร้อย

ละ 65.75 รองลงมา มีภาวะแทรกซ้อนที่ไตคือร้อยละ 13.01 มีภาวะแทรกซ้อนที่ตาร้อยละ 4.11 และมีภาวะแทรกซ้อนที่เท้าร้อยละ 0.68 ส่วนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ที่ไม่มีโรคร่วมหรือภาวะแทรกซ้อน พบว่ามีเพียง ร้อยละ 5.48 เท่านั้น สำหรับประวัติการป่วยด้วยโรคเบาหวานของบุคคลในครอบครัวพบว่า ประวัติมีแม่ป่วยด้วยโรคเบาหวานมากที่สุดคือร้อยละ 20.55

รองลงมาประวัติมีพี่ป่วยด้วยโรคเบาหวานร้อยละ 13.01 มีประวัติน้องและพ่อป่วยเป็นโรคเบาหวานมีเท่ากันคือ ร้อยละ 6.16 สำหรับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด เปรียบเทียบก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมจัดการผู้ป่วยรายกรณี

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ก่อนและหลังการทดลอง (n=292)

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t-test	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
1.พฤติกรรมการดูแลตนเอง	3.38	0.14	3.39	0.18	-2.00	0.04
ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน	3.54	0.25	3.55	0.21	-1.23	0.21
ด้านการใช้ยาและพบแพทย์	3.52	0.36	3.52	0.35	-2.72	0.00
ด้านการจัดการความเครียด	3.43	0.42	3.53	0.36	-3.76	0.00
ด้านการออกกำลังกาย	3.37	0.48	3.38	0.48	-2.72	0.00
ด้านอาหาร	2.96	0.35	2.97	0.34	-4.28	0.00
2.ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (mg%)	9.03	2.01	8.82	1.82	76.68	0.00

สรุปและอภิปรายผล

จากการวิจัยครั้งนี้ภายหลังจากใช้โปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ของจังหวัดพัทลุง ซึ่งประยุกต์ทฤษฎีระบบการพยาบาล ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) ซึ่งเป็นผลมาจากการได้รับกิจกรรม การประเมินปัญหา และวางแผนร่วมกันกับทีมสหวิชาชีพเป็นรายบุคคล การได้รับความรู้เป็นรายบุคคล ด้วยการใช้ภาพพลิก พร้อมทั้งได้รับการประเมินภาวะโภชนาการและให้ความรู้เรื่องอาหารโดย นักโภชนาการ การทบทวนความรู้ด้วยตนเองจากคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วย

โรคเบาหวาน การจัดบันทึกรายการอาหารที่รับประทาน การออกกำลังกาย และการใช้ยาและการพบแพทย์อย่างต่อเนื่อง ส่วนหนึ่งเป็นข้อมูลป้อนกลับจากแบบบันทึกรายการอาหาร จากการเยี่ยมบ้าน การกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์ และการได้รับแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง จากการจัดกิจกรรมกลุ่มพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากสมาชิกในกลุ่ม ซึ่งจากผลของกิจกรรมทั้งหมดทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ มีความมุ่งมั่นและตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้เล็ง สนับสนุน ให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่อง และกำหนดเป้าหมายร่วมกันในการควบคุมโรค เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของฐิติพร ถนอมบุญ (2554) พบว่าหลังจากผู้สูงอายุโรคเบาหวานเข้าร่วมการทดลองโดยใช้โปรแกรมการ

จัดการรายกรณี เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยการสอนเป็นรายบุคคลรวมกับการใช้ภาพพลิก วิดีทัศน์ และ ปฏิทินชีวิตพิชิตโรคเบาหวาน ร่วมกับการเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < .001) และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเม็ดเลือดแดงหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < .05) สอดคล้องกับการศึกษาของเทเลอร์และคณะ (Taylor et al., 2003) ที่พบว่าหลังจากผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ ได้รับการดูแลโดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณี กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเม็ดเลือดแดงลดลงแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < .05) จากผลการวิจัยจึงเป็นที่ประจักษ์ชัดว่า ผลของ

โปรแกรมจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น และมีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดลดลง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

ข้อเสนอแนะ

ควรนำรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาปรับใช้ในหน่วยบริการให้เต็มรูปแบบ ด้วยการพัฒนาศักยภาพพยาบาลเวชปฏิบัติที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ให้มีความรู้ความเข้าใจในกระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณีให้มากยิ่งขึ้น เพื่อให้ทำหน้าที่เป็นพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมหรือชะลอภาวะแทรกซ้อนได้ดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- จินดาวรรณ เจริญศรี,จุฬามาศ จันทร์เสงี่ยม,ดวงใจ พรหมพยัคฆ์,มณฑนา อัจฉริยศักดิ์ชัย,และสุภาณี คลังฤทธิ์,(2551). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก,รายงานการวิจัยวิทยาลัยบรมราชชนนีพุทธชินราช.
- ฐิติพร ธนอมบุญ. (2554). การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเริ่มร่วมกับการใช้การจัดการรายกรณีในการป้องกันการเกิดซ้ำของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน.วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ,มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 (2553)
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง.(2558). ระบบรายงานโรคเรื้อรังจังหวัดพัทลุง
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข.(2556). จำนวน และอัตราการตายด้วยโรคเบาหวาน ปี พ.ศ. 2544-2555 อัตราต่อแสนประชากร. เข้าถึงเมื่อวันที่ 19 เมษายน 2558. จาก [http://www. diabassothai.org](http://www.diabassothai.org).
- Chow, S.-C., Shao, J.,&Wang, H. (2003). Sample Size Calculations in Clinical Research (2nd ed.). Chapman&Hall/CRC., 51 p.
- Hiss, R. G., Armbruster, B. A., Gillard, M. L., & McClure, L. A. (2007). Nurse Care Manager Collaboration With Community-Based Physicians Providing Diabetes Care: A Randomized Controlled Trial. The Diabetes Educator, 33(3), 493-502.
- Sutherland, D. & Hayter, M. (2009). Structured review: evaluating the effectiveness of nurse case managers in improving health outcomes in three major chronic diseases. Journal of Clinical Nursing, 18, 2978-2992.
- Taylor, C.B., Cunning, D., Miller, N. H., Deeter, A., Reilly, K.R., Abascal, L. et al. (2003). Evaluation of a Nurse-Care Management System to Improve Outcomes in Patients With Complicated Diabetes. Diabetes Care, 26(4) 1058-1063.อย่างไร
- World Health Organization .World Health Statistic2012.(Internet) Geneva World Health Organization,2012 (cite)2012 June 12.

ความรู้และการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านโนนสูง
ตำบลโนนสูง อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
knowledge and participatory of DHF protection and control in village health
volunteer Nonsung Sub-district Health Promoting Hospital Tambol Nonsung
Yangtalad District

Amnat Rintarat
Public Health Technical Officer, Professional Level
Nonsung Sub-district Health Promoting Hospital
Tambol Nonsung Yangtalad District Kalasin Province

อำนาง รินทราบ
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านโนนสูง
ตำบลโนนสูง อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้และการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านโนนสูง ตำบลโนนสูง อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง ทำการศึกษาในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 60 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา ด้วย ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 88.3 และมีส่วนร่วมในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย = 2.63 ± 18)

คำสำคัญ : ความรู้, การมีส่วนร่วม, การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ABSTRACT

This study aimed to studied knowledge and participatory of DHF protection and control in village health volunteer Sub-district Health Promoting Hospital ban Nonsung Tambol Nonsung Yangtalad District. The studied was survey research by cross – sectional. Sample size were 60 village health volunteer. Data were collected by interview. Analyzed and present by descriptive statistic namely frequency mean percentile and standard deviation.

Result ; more of sample size had knowledge of DHF were high level 88.3% and participatory were high level (mean = 2.63 ± 18)

Keyword : Knowledge , participatory , DHF protection and control , village health volunteer

บทนำ

โรคไข้เลือดออกถือว่าเป็นโรคติดต่อที่เป็น
ปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ซึ่งนับ

จะทวีความรุนแรงยิ่งขึ้นเรื่อยๆ โดยมีผู้กลายเป็น
พาหะนำโรค เป็นปัญหาสำคัญทางด้านการแพทย์
และสาธารณสุขของประเทศมาร่วม 4 ทศวรรษ

มักแพร่ระบาดในช่วงฤดูฝน จากเดือน พฤษภาคม ถึงเดือน ตุลาคม ของทุกปี เป็นโรคที่มีความรุนแรง ทำให้เด็กป่วยและมีการเสียชีวิตปีละมากๆ และมีการระบาดอยู่ทั่วไป โรคไข้เลือดออกส่วนใหญ่เกิดกับเด็กวัยก่อนเรียนและวัยเรียน โดยเฉพาะในเด็กประถมศึกษาที่มีอายุตั้งแต่ 4 ถึง 12 ปี ยุ้งลายอาศัยอยู่ตามบ้านเรือนและบริเวณที่มีน้ำขัง ส่วนมากจะออกหากินในเวลากลางวัน โดยยุ้งลายที่มีเชื้อไข้เลือดออกจะออกหากินและกัดเด็กในเวลากลางวัน และวางไข่ในที่ที่มีน้ำขัง เช่น ถังน้ำ โอ่งน้ำ ภาชนะที่ไม่ได้ใช้แล้ว เศษวัสดุเหลือใช้ต่างๆ (กรมควบคุมโรคติดต่อ. 2558 : 37)

ประเทศไทยเริ่มพบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก เมื่อ ปี พ.ศ. 2492 ต่อมา ปี พ.ศ. 2501 เกิดการระบาดใหญ่ในกรุงเทพมหานครและจังหวัดใกล้เคียง มีผู้ป่วยจำนวน 2,158 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 8.9 ต่อแสนประชากร มีอัตราป่วยตายร้อยละ 13.9 จากนั้น โรคได้แพร่กระจายไปทั่วทุกจังหวัดของประเทศ ในปี พ.ศ.2530 มีการระบาดใหญ่ทั่วประเทศ พบผู้ป่วยสูงถึง 174,285 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 325.1 ต่อแสนประชากร และเสียชีวิต 1,007 ราย อัตราป่วยตายร้อยละ 0.5 จากนั้นมา โรคไข้เลือดออก ก็เป็นปัญหา

สาธารณสุขที่สำคัญของประเทศเรื่อยมา ในปี พ.ศ. 2556 พบผู้ป่วย จำนวน 114,800 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 184.24 ต่อแสนประชากร อัตราป่วยตายร้อยละ 0.7 ปี พ.ศ. 2557 พบผู้ป่วยจำนวน 62,628 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 100.5 ต่อแสนประชากร อัตราป่วยตายร้อยละ 0.3 ปี พ.ศ. 2558 พบผู้ป่วยจำนวน 32,087 ราย อัตราป่วย 50.9 ต่อแสนประชากร อัตราป่วยตายร้อยละ 0.2 (กองระบาดวิทยา. 2558 : 15)

การระบาดในพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์ จากปี พ.ศ. 2550 ถึงปี 2554 การระบาดเป็นแบบปีเว้นสองปี จากปี พ.ศ. 2555 ถึงปี พ.ศ. 2556 มีแนวโน้มการระบาดปีเว้นปี ในปี 2557 ได้รับรายงานมีผู้ป่วยทั้งสิ้น 1,082 ราย เสียชีวิต 2 ราย โดยคิดเป็นอัตราป่วย 61.2 ต่อแสนประชากร

อัตราตาย 0.1 ต่อแสนประชากร อัตราป่วยตายร้อยละ 0.2 และในปี พ.ศ.2558 พบผู้ป่วยทั้งหมด 742 ราย เสียชีวิตทั้งหมดจำนวน 3 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 41.9 ต่อแสนประชากร คิดเป็นอัตราตาย 0.2 ต่อประชากรแสนคน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. 2558:23) เช่นเดียวกับ อำเภอยางตลาดที่มีการระบาดของโรค

ไข้เลือดออก อัตราป่วยเท่ากับ 238.5 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2549 ปี พ.ศ. 2550 ถึงปีพ.ศ. 2553 โดยมีอัตราป่วยมีแนวโน้มลดลง แต่แนวโน้มของการพบผู้ป่วยกลุ่มอายุมากกว่า 15 ปีมีมากขึ้น ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 – 2558 อัตราป่วยเท่ากับ 90.5 , 132.6 , 76.1 , 23.4 และ 48.7 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (ศูนย์ระบาดวิทยา อำเภอยางตลาด. 2558 : 3)

ตำบลโนนสูง เป็นตำบลหนึ่งในอำเภอยางตลาดมีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกทุกปี ในปี พ.ศ. 2554 พบผู้ป่วย จำนวน 2 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 75.7 ต่อแสนประชากรปี พ.ศ. 2555 พบผู้ป่วยจำนวน 6 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 227.1 ต่อแสนประชากร ปี พ.ศ.2556 ไม่พบผู้ป่วย ในปี พ.ศ. 2557 ไม่พบผู้ป่วย ในปี พ.ศ.2558 พบผู้ป่วยจำนวน 2 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 75.7 ต่อแสนประชากร จะเห็นได้ว่าโรคไข้เลือดออกยังมีการระบาดอยู่อย่างต่อเนื่อง ถึงแม้ว่าจะมีการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคจากแผนงาน/โครงการต่างๆไม่ว่าจะเป็นทางกายภาพที่มีการณรงค์ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายโดยการทำลายภาชนะที่ไม่ใช้แล้วและมีน้ำขังทางชีวภาพ โดยการปล่อยปลาในลูกน้ำ การใช้เคมีภัณฑ์โดยการพ่นหมอกควันและใส่ทรายกำจัดลูกน้ำรวมถึง การให้สุขศึกษาประชาสัมพันธ์ ทางหอกระจายข่าว แผ่นพับ โปสเตอร์ เป็นต้น ก็ไม่สามารถควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกไม่ให้ระบาดได้ จากการศึกษาจากงานวิจัยพบว่า วิธีที่ได้ผลดีที่สุด คือ การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายโดยการมีส่วนร่วมของประชาชน มานิต ธีระตันติกานนท์ และนิ

รุจน์ อุทธา (2550:80) ได้ศึกษา การควบคุมโรค ไข้เลือดออกโดยกลวิธีเชิงรุก พบว่า การควบคุม แหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ต้องดำเนินการอย่างทั่วถึง ทั้งชุมชนให้ครอบคลุม ทุกหลังคาเรือน ตลอดจน ในโรงเรียน ดังนั้นการมีส่วนร่วมของชุมชน และ บุคลากรในโรงเรียน การให้ความรู้ ทำความเข้าใจ กระตุ้นให้ประชาชน ครู นักเรียน ให้เห็น ความสำคัญ หรืออันตรายของโรคไข้เลือดออก และร่วมมือในการควบคุมโรค จะทำให้สามารถ ควบคุมโรคไข้เลือดออกได้อย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล เช่นเดียวกับ สังคม ศุภรัตนกุล (2557 : 58) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วม ในการควบคุมลูกน้ำยุงลายของประชาชนใน เขตเทศบาลเมืองจังหวัดหนองบัวลำภู

พบว่าการกำจัดและทำลายแหล่ง เพาะพันธุ์ยุงพาหะนำโรคไข้เลือดออก ทุก 7 วัน และการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการกับส่วนท้องถิ่น เพื่อมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในการ ควบคุมลูกน้ำยุงลายกำจัดและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ ยุงลาย มีผลทำให้แนวโน้มการระบาดของ ไข้เลือดออกลดลง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน เป็นตัวแทนชาวบ้านในหมู่บ้านหรือชุมชน ที่ได้รับการคัดเลือกมา เพื่อปฏิบัติงานในการให้ ความช่วยเหลือสังคมส่วนรวมในด้านสุขภาพ อนามัย และการสร้างสุขภาพที่ดี ปฏิบัติงานด้าน การดูแลสุขภาพตนเองให้กับประชาชน รวมถึง การรณรงค์เพื่อป้องกันและควบคุมโรคต่างๆที่เกิด ในชุมชน

ผู้ศึกษา ในฐานะที่เป็นเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขระดับตำบล ที่ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีบทบาทใน การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จึงสนใจที่จะศึกษาความรู้และการมีส่วนร่วมในการ ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสูง ตำบลโนนสูง อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์ในการ ปฏิบัติงานในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขต พื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านโนนสูง ตำบลโนนสูง อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมในการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสูง ตำบลโนนสูง อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบ ภาคตัดขวาง (Cross Sectional Survey Research) เพื่อศึกษาความรู้และการมีส่วนร่วมใน การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตพื้นที่ รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านโนนสูง ตำบลโนนสูงอำเภอยางตลาด จังหวัด กาฬสินธุ์

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีภูมิลำเนาในเขต รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านโนนสูง ตำบลโนนสูง อำเภอยางตลาด จังหวัด กาฬสินธุ์ และปฏิบัติงานมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี จำนวน 60 คน

กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาในครั้งนี้เนื่องจา กเป็นการศึกษาในพื้นที่จำกัด เฉพาะในเขต รับผิดชอบ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านโนนสูง ผู้ศึกษาจึงใช้กลุ่มตัวอย่างจาก ประชากรทั้งหมด จำนวน 60

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ ที่ผู้ศึกษาพัฒนาขึ้น จากการศึกษาทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก จำนวน 16 ข้อ แบ่งการวัดออกเป็น ใช่ ไม่ใช่ โดยมีค่าคะแนน ที่ 0 กับ 1 มีระดับการวัดเป็นนามมาตรา (Nominal Scale) เมื่อแปรผลในภาพรวม แบ่งเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1968) คือ

ระดับต่ำ	คะแนนร้อยละ 0-59
ระดับปานกลาง	คะแนนร้อยละ 60-79
ระดับสูง	คะแนนร้อยละ 80-100

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จำนวน 23 ข้อ มีระดับการวัดเป็น ช่วงมาตรา (Interval Scale) แบ่งระดับการวัดเป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ทุกครั้ง	คะแนน 3 คะแนน
บางครั้ง	คะแนน 2 คะแนน
ไม่ร่วม	คะแนน 1 คะแนน

การแปลผลรายข้อโดยแบ่งช่วงคะแนน เป็น 3 ระดับ (รพจน์ พรหมสัตยพรต, สุมัทนา กลางคาร. 2547 : 101 อ้างอิงมาจาก เบสต์ Best. 1977) เกณฑ์ดังนี้

สูง	ระหว่าง 2.34 – 3.00 คะแนน
ปานกลาง	ระหว่าง 1.67 – 2.33 คะแนน
ต่ำ	ระหว่าง 1.00 – 1.66 คะแนน

ทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (แบบสัมภาษณ์) โดยพิจารณาค่าความสอดคล้องภายใน (Coefficient of Internal Consistency) ผลการ

วิเคราะห์ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.87 ในส่วนของการทดสอบด้านความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ได้ค่าKR-20 = 0.86

ขั้นตอนการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย ดังนี้ 1) ขั้นตอนเตรียมการ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เตรียมแบบสัมภาษณ์ประสานการจัดเก็บข้อมูลกับประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสูง 2) ขั้นตอนการทำการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ระหว่างวันที่ 1 เมษายน – 31 กรกฎาคม 2559

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ใช้ในการอธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยใช้ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

สรุปผลการวิจัย

คุณลักษณะส่วนบุคคล ประชากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.0 มีอายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 45.0 สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 91.7 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 58.3 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 80.0 ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่ไม่เกิน 5 ปี ร้อยละ 43.3 อยู่ในครอบครัวที่ไม่เคยป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 88.3

ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

จากผลการศึกษา พบว่าหัวข้อที่ตอบถูกมากที่สุดคือ การเติมเกลือในจานรองขาตู้กับข้าวทำให้ไข่ยุบตายฝ่อ ร้อยละ 100 รองลงมาคือ ยุงลายเป็นพาหะนำโรค อาการที่ต้องรีบพบแพทย์คือ เด็กมี

อาการซึม กระสับกระส่าย ปลายมือปลายเท้าเย็น ต้องกำจัดยุงในบ้านทันทีที่พบผู้ป่วยและการปล่อยปลาในลูกน้ำสามารถกำจัดยุงลายได้ ร้อยละ 98.33 ส่วนหัวข้อที่ตอบถูกน้อยที่สุด คือ ยุงตัวเมียที่นำโรคจะชอบวางไข่ที่ผิวน้ำนิ่งใส ร้อยละ 76.67 รองลงมาคือ การรับประทานน้ำผลไม้ ผลน้ำตาลเกลือแร่ จะช่วยให้เด็กสดชื่น ร้อยละ 83.33 เมื่อนำมาแบ่งระดับความรู้ พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกในระดับสูง ร้อยละ 88.3

การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ผลการวิจัย พบว่า ส่วนใหญ่มีการมีส่วนร่วมในระดับสูง โดยหัวข้อที่มีส่วนร่วมมากที่สุด คือ การร่วมรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ค่าเฉลี่ย 2.93, S.D. = 0.25 รองลงมาคือ การร่วมกำจัดลูกน้ำยุงลายโดยใช้ปลาในลูกน้ำ ค่าเฉลี่ย 2.92, S.D. = 0.38 ส่วนหัวข้อที่ไม่มีส่วนร่วมมากที่สุด คือ การใช้สารเคมีกำจัดลูกน้ำยุงลาย ค่าเฉลี่ย 2.22, S.D. = 0.64 รองลงมาคือ การร่วมประชาสัมพันธ์ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ค่าเฉลี่ย 2.30, S.D. = 0.74

อภิปรายผล

จากผลการวิจัย เรื่อง ความรู้และการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสูง ตำบลโนนสูง อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ สามารถนำมาอภิปรายผลได้ดังนี้

ด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล จากผลการวิจัย พบว่า ประชากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.0 ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะทางประชากรในปัจจุบันและสัดส่วนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในปัจจุบันของกระทรวงสาธารณสุขที่เพศหญิงมีสัดส่วนมากกว่าเพศชาย อายุอยู่ระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 45.0 เป็นตัวแทนของประชากรในวัยทำงานหลังจบการศึกษามัธยมศึกษา

สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 91.7 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 58.3 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 80.0 ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่ไม่เกิน 5 ปี ร้อยละ 43.3 ซึ่งถือว่าเป็นสายเลือดใหม่ของกลุ่ม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เมื่อเปรียบเทียบกับระยะเวลาที่มีการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน

ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในด้านความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า หัวข้อที่ตอบถูกมากที่สุด คือ การเติมเกลือในจานรองขาตู้กับข้าว ทำให้ยุงลายฝ่อ ร้อยละ 100 รองลงมาคือ ยุงลายเป็นพาหะนำโรค อาการที่ต้องรีบพบแพทย์ คือ เด็กมีอาการซึม กระสับกระส่าย ปลายมือปลายเท้าเย็น ต้องกำจัดยุงในบ้านทันทีที่พบผู้ป่วยและการปล่อยปลาในลูกน้ำสามารถกำจัดยุงลายได้ ร้อยละ 98.33 ซึ่งถือว่า มีความรู้อยู่ในระดับที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ เทพไทย โชติชัย (2546:58) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเฝ้าระวังควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ศึกษาเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติก่อนและหลังดำเนินงาน ของสมาชิกครอบครัวบ้านโนน หมู่ 1 ตำบลโนนท่อน อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 37 ครอบครัว หลังดำเนินงานมีความรู้ในระดับสูง และสอดคล้องกับการศึกษาของ ยุวดี ตาทิพย์ (2541 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาความซุกซนของลูกน้ำยุง ความรู้ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลแม่ระมาด อำเภอแม่ระมาด จังหวัดตาก ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับดี ร้อยละ 38.3 และสอดคล้องกับบลีร์ตัน อภัยบัณฑิตกุล (2544 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตเทศบาลเมืองวารินชำ

ราบ พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 41 – 50 ปี สำเร็จชั้นประถมศึกษาตอนต้น ได้รับการคัดเลือกเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขโดยการสมัครด้วยตนเอง และมีระยะเวลาการเป็นอาสาสมัคร 1- 5 ปี ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคใช้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับบ่อยครั้ง ระดับทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคใช้เลือดออกอยู่ในระดับดี ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคใช้เลือดออกอยู่ในระดับดี การควบคุมโรคโดยวิธีทางกายภาพในส่วนของการใช้ปลากินลูกน้ำ พบว่าประชาชนเห็นด้วยกับการใช้ปลากินลูกน้ำในการควบคุมลูกน้ำยุงลาย สอดคล้องกับการศึกษาของเจษฎาลักษณ์ ศรีวังพล (2549: 60) ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุมและป้องกันโรคใช้เลือดออกในหมู่บ้านเขตรับผิดชอบของสถานีอนามัยบ้านโนนพะยอม ตำบลเขาวไร่ อำเภอกอสุ่มพิสัย จังหวัดมหาสารคาม พบว่า การควบคุมและป้องกันโรคใช้เลือดออกทางชีวภาพ การป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกโดยการใส่ปลากินลูกน้ำมากที่สุด ร้อยละ 100 ส่วนหัวข้อที่ตอบถูกน้อยที่สุด คือ ยุงตัวเมียที่นำโรคจะชอบวางไข่ที่ผิวน้ำนิ่งใส ร้อยละ 76.67 รองลงมาคือ การรับประทานน้ำผลไม้ ผลน้ำตาลเกลือแร่ จะช่วยให้เด็กสดชื่น ร้อยละ 83.33 เมื่อนำมาแบ่งระดับความรู้ พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคใช้เลือดออกในระดับสูงร้อยละ 88.3 ซึ่งจะส่งผลต่อการนำความรู้ที่มีไปถ่ายทอดแก่ประชาชนเพื่อนำไปสู่การควบคุมโรคใช้เลือดออกของประชาชนในชุมชน

ด้านการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในด้านการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่าประชากรส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในระดับสูงโดยหัวข้อที่มีส่วนร่วมมากที่สุด คือการร่วมรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก ค่าเฉลี่ย 2.93, S.D. =0.25

รองลงมาคือ การร่วมกำจัดลูกน้ำยุงลายโดยใช้ปลา กินลูกน้ำ ค่าเฉลี่ย 2.92, S.D. =0.38 สอดคล้องกับแนวทางการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ที่ให้ใช้วิธีทางกายภาพในการควบคุมโรคใช้เลือดออก ส่วนหัวข้อที่มีส่วนร่วมน้อยที่สุด คือ การใช้สารเคมีกำจัดลูกน้ำยุงลาย ค่าเฉลี่ย 2.22, S.D. =0.64 ซึ่งถือว่าเป็นส่วนดีในการปรับเปลี่ยนแนวทางการดำเนินงานในปัจจุบันที่ควรเน้นการใช้วิธีทางกายภาพแทนการใช้สารเคมี รองลงมาคือ การร่วมประชาสัมพันธ์ความรู้เกี่ยวกับโรคใช้เลือดออก ค่าเฉลี่ย 2.30, S.D. =0.74

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษา ผู้ศึกษามีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคใช้เลือดออกในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดังต่อไปนี้

1. ควรสนับสนุนการใช้ปลากินลูกน้ำให้เพิ่มขึ้นในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกทั้งในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เด็กนักเรียนและประชาชนทั่วไป
2. ในการให้ความรู้เพิ่มเติมเรื่องโรคใช้เลือดออก ควรเน้นหนักในเรื่องของ กัญญาวิทยาของยุงลาย เทคนิคในการควบคุมทางกายภาพ การใช้ภูมิปัญญาชาวบ้านในการกำจัดยุง ลูกน้ำยุง เช่น การใช้ตะไคร้หอมไล่ยุง การใช้เปลือกส้มไล่ยุง การใช้กล่องดำดักยุง และการใช้ปลากินลูกน้ำ
3. ควรมีการฝึกทักษะของการประชาสัมพันธ์ในรูปแบบต่างๆ แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพิ่มขึ้น เพื่อนำไปใช้ในการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ เกิดการเรียนรู้ นำไปสู่การปฏิบัติ ส่งผลให้เกิดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาให้ครอบคลุมในกลุ่มอื่นๆ เช่น ผู้นำชุมชน อบต. ประชาชนทั่วไปและเด็กนักเรียน

2. ควรมีการทดลองทำการศึกษาในพื้นที่อื่น โดยเฉพาะในพื้นที่ที่เคยมีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ว่า มีการจัดการอย่างไรและมีส่วนร่วมในการควบคุม

และป้องกันโรคไข้เลือดออกแตกต่างไปจากพื้นที่ที่ไม่เคยมีผู้ป่วยหรือไม่ อย่างไร

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2558). แผนการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานโครงการประชาร่วมใจป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเฉลิมพระเกียรติ ปี 2556 - 2557. ม.ป.ท. : กรมควบคุมโรคติดต่อ, กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). โรคไข้เลือดออกฉบับประกายประกาย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กองโรคติดต่อทั่วไป กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือวิชาการโรคไข้เลือดออกเดงกี. (2558). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์การศาสนา.
- จิระศักดิ์ เจริญพันธ์และเทอดศักดิ์ พรหมอาร์กซ์. (2556). พฤติกรรมสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่5. ขอนแก่น : หจก.โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- เทพไทย โชติชัย. (2556) การมีส่วนร่วมของครอบครัวไทยในการเฝ้าระวังควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก. เอกสารอัดสำเนา. ม.ป.ท. : ม.ป.พ.
- นิรุวรรณ อุประชัย และคณะ. (2555). การวิเคราะห์ข้อมูลสาธารณสุขด้วยคอมพิวเตอร์โครงการตำรา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตร มหาวิทยาลัทยมหาสารคาม. ขอนแก่น : โรงพิมพ์คลังนานา วิทยา, 2555 .
- ประพันธ์ บรรลือศิลป์ . (2531). ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมและการไม่มีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ของจังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารสาธารณสุขบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิสิฐ โคตรสุโพธิ์. (2543). ทฤษฎีความรู้ = Theory Of Knowledge. ภาควิชาปรัชญา และ ศาสนา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ไพบุลย์ กาญจนนัต. (2547). การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก. หอนงบัวล้าภู : ม.ป.พ.
- ไพรัตน์ เตชะรินทร์. (2527). นโยบายและกลวิธีการมีส่วนร่วมของชุมชนในยุทธศาสตร์การพัฒนาปัจจุบัน ของไทย. กรุงเทพฯ : ศักดิ์โสภณการพิมพ์.
- มานิต ธีรตันติกันน. (2540). การควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยวิธีเชิงรุก. ขอนแก่น : บริษัทเพ็ญพรินตังจำกัด.
- รุ่งวิทย์ มาศเมือง. (2547). "ประชาชนกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก," วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2547.
- ศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอยางตลาด. (2558). รายงานระบาดวิทยา ปี 2558. เอกสารอัดสำเนา. ม.ป.ท. :ม.ป.พ.
- วรพจน์ พรหมสัทยพรต และสุ่มทนา กลางคาร. (2547). หลักการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 5. มหาสารคาม. หจก. อภิชาติการพิมพ์.
- สาโรจน์ มะรุณดี.(2557). โครงการประชาร่วมใจป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเฉลิมพระเกียรติ. เอกสารอัดสำเนา. ม.ป.ท. : ม.ป.พ.
- สังคม สุรรัตนกุล. (2547). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการควบคุมลูกน้ำยุงลายของประชาชนในเขตเมือง จังหวัดหนองบัวล้าภู. ขอนแก่น : โรงพิมพ์แอนนาออฟเซต.
- สมจิตร สุพรรณ. (2535). พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- อนงค์ พัฒนจักร. (2535). การมีส่วนร่วมของสตรีในการพัฒนาทรัพยากรป่าไม้ : กรณีศึกษาหมู่บ้าน ห้วยม่วง จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมวิทยาการพัฒนา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อาภากร สุปัญญา. (2547). ความรู้เจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจค้นหามะเร็งปากมดลูกของสตรีที่มารับบริการวางแผนครอบครัว จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ ว.ท.ม. สาขาการวางแผนประชากร บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพตามกลุ่มวัยบ้านโนนสะอาด
ตำบลทุ่งคลอง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์
Participatory of community to Health Management Village development by
age group Thungkong Sub District Khummung District Kalasin Province

Prathummas Chaiyasathorn
Khummung Hospital Kalasin Province

ประทุมมาศ ไชยสุนทร
โรงพยาบาลคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม(Participatory Action Research :PAR) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการสุขภาพตามกลุ่มวัยของชุมชน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชาชนบ้านโนนสะอาด หมู่ที่ 2 จำนวน 146 หลังคาเรือน 627 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือ กระบวนการมีส่วนร่วมในชุมชนและแนวคิด UCCARE และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ แบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า 1) ด้านการให้ความรู้ประชาชนบ้านโนนสะอาดโดยคณะทำงานด้านต่างๆตามกลุ่มวัย มีการบรรยาย ฝึกปฏิบัติ การวางแผน กำกับติดตาม และประเมินผล ซึ่งองค์ความรู้ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพแต่ละกลุ่มวัยมีความแตกต่างกันตามปัญหาที่ค้นพบ เมื่อความรู้ ถูกต้องกับปัญหา จึงนำไปสู่ความร่วมมือในการนำไปใช้อย่างถูกต้อง ผลที่เกิดต่อภาวะสุขภาพของผู้รับการดูแล มีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น 2) ด้านการมีส่วนร่วม ชุมชน มีการวางแผนการดำเนินงานร่วมกัน การกำกับติดตาม ประเมิน การให้คุณค่า เชิดชูเครือข่าย จึงเกิดการมีส่วนร่วมดำเนินงาน มีช่องทางเวทีประชาคม ประชุมกลุ่ม ฝึกปฏิบัติการ ปรัชญาหรือเกิดการเรียนรู้ร่วมกันของชุมชนในการร่วมแก้ไข ชุมชนเกิดความเข้าใจต่อบทบาทของตนเอง จึงเข้ามาร่วมและให้ความร่วมมือในการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ตามบริบทที่สามารถทำได้ 3) ด้านการบริหารจัดการ มีการประยุกต์ใช้แนวคิด UCCARE และการจัดการสุขภาพตามกลุ่มวัยเป็นกระบวนการสำคัญในการบริหารจัดการโครงการอย่างเป็นระบบและขั้นตอน การมีทีมที่เข้มแข็ง มีความรู้ ความเข้าใจ จะทำให้เกิดเป้าหมายและแนวทางการแก้ไข อย่างชัดเจน นอกจากนี้การจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของชุมชน ควรใช้สิ่งที่มีประโยชน์ที่ใกล้ตัวชุมชน ทุนทางสังคม เข้ามาช่วยในการจัดกิจกรรม

คำสำคัญ : การมีส่วนร่วมของชุมชน, หมู่บ้านจัดการสุขภาพ

ABSTRACT

This research was Participatory Action Research (PAR) aimed to studied participatory of people to health management by age group. Sample size were Nonsaad M.2 amount 146 households 627 person. Tools of studied were participatory process and UCCARE concept. And data were collected by in-depth interview. Data analyzed by content analysis.

The study indicated that 1) Education : Committee various aspects of Nonsaad people by age group had lecture , practice training , planning , monitoring and evaluation. That knowledge to solve the health problems of each age group had difference by problem finding. When knowledge and problem meet exactly therefore collaboration in applying correctly. Good results of Care recipients healthy had health status were better. 2)

Participatory : Community had operation planning together , monitoring , evaluation , network worthiness therefore action participatory. There was a community stage , group meeting , operation training , counseling system. There was community learning together to solve. Community had comprehension of self-role then join and cooperation to continue the activity by context. 3) Management : Applying UCCARE concept and health management by age group were important process of project management systematically and step by step. Strong team had knowledge , comprehensive toward target and solving guideline clearly. In addition environment arrangement encourage to change community behavior. Should use something useful in community , social capital join to activity.

Keywords : Participatory of community, Health Management Village

บทนำ

การมีสุขภาพดีเป็นพื้นฐานสำคัญที่จะนำพาประชาชนในสังคมให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข หากร่างกายและจิตใจอ่อนแอทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพได้อย่างเต็มกำลังความสามารถ ความมั่นคงของรายได้จะลดลง เกิดหนี้สินเพราะนำรายได้ไปชำระเป็นค่ารักษาสุขภาพ การพัฒนาสุขภาพคนจึงเป็นเป้าหมายสำคัญของการพัฒนาสุขภาพดีเน้นการดูแลตั้งแต่แรกเกิดจนถึงสิ้นอายุขัยแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่11 (พ.ศ. 2555-2559) ได้กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาคนสู่สังคมแห่งการเรียนรู้ตลอดชีวิตอย่างยั่งยืนเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตทุกกลุ่มวัยให้มีความพร้อมทั้งร่างกายจิตใจสติปัญญา มีระเบียบวินัยมีจิตสำนึก ดำรงวัฒนธรรมที่ดีงามและรู้คุณค่าความเป็นไทยมีโอกาสดำเนินความสามารถและเรียนรู้ตลอดชีวิตมีภูมิคุ้มกันต่อการเปลี่ยนแปลงและเป็นพลังทางสังคมในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ประชากรไทยสามารถจัดกลุ่มวัยออกเป็น 5 กลุ่มสำคัญได้แก่ หญิงตั้งครรภ์และเด็กเล็ก วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน วัยผู้สูงอายุและผู้พิการ ซึ่งแต่ละกลุ่มวัยมีสถานการณ์และปัญหาสุขภาพและความต้องการในการแก้ไขที่แตกต่างกัน

กลุ่มสตรีมีสาเหตุการเสียชีวิตจากสาเหตุทางตรง(Direct cause)ที่สามารถป้องกันได้ร้อยละ 56.6 (สรุปผลการตรวจราชการกระทรวง

สาธารณสุข,2558) อัตราส่วนการตายของมารดาในปี 2555 เท่ากับ 17.6 ต่อการเกิดมีชีพแสนคนและเพิ่มขึ้น ในปี 2556 เท่ากับ 22.3 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน(ข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์)ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายให้ลดอัตราการตาย เหลือ 18ต่อการเกิดมีชีพแสนคนใน พ.ศ. 2558 ซึ่งแสดงว่าแม่ตายยังเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศ เด็ก 0 –5 ปี พบว่า พัฒนาการเด็กไม่สมวัย พบว่า เด็กแรกเกิด-2ปี มีพัฒนาการไม่สมวัยร้อยละ 22และเด็กอายุ3-5ปี มีพัฒนาการไม่สมวัยสูงถึงร้อยละ 34หรือ1ใน3 อุบัติเหตุ 23.16 ต่อแสนประชากร (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2557)

เด็กไทยอายุ 6 -14ปี มีความฉลาดทางอารมณ์เท่ากับ 45.12 ซึ่งจัดอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ (50 -100) ใน พ.ศ. 2554 พบว่าเยาวชนปัญญา (IQ) เด็กไทยอายุ 6 -12 ปี มีคะแนนสติปัญญาเฉลี่ยเท่ากับ 98.6 ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานสากลเล็กน้อย(IQ=100) เด็กนักเรียนมีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนเพิ่มขึ้น พบว่า เป็นโรคอ้วนจากพฤติกรรมการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม นักเรียนมีส่วนสูงต่ำกว่าเกณฑ์(เตี้ย)ซึ่งมีผลกระทบทำให้ภูมิต้านทานโรคต่ำ ทำให้ติดเชื้อง่าย เจ็บป่วยบ่อย ป่วยนานและมีความรุนแรง เตี้ยยังมีผลต่อการพัฒนาสมองทำให้เด็กมีสติปัญญาดำ ความสามารถในการเรียนรู้บกพร่อง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม เฉื่อยชา

วัยรุ่น (15-21ปี) เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม จากสภาพแวดล้อมทางสังคม ครอบครัวและเศรษฐกิจตลอดจนเทคโนโลยีในปัจจุบัน ทำให้วัยรุ่นมีพฤติกรรม ที่ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ การดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น 1.4 เท่าของทุกปีมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศเพิ่มสูงขึ้น ตั้งแต่อายุ 14 ปี ร้อยละ 9.5 มีมารดาอายุต่ำกว่า 20 ปี สูงร้อยละ 16.6 เท่าของทุกกลุ่มอายุจะเห็นแนวโน้มของสถานการณ์ปัญหาที่รุนแรงเพิ่มขึ้นทุกปีและส่งผลกระทบต่อเด็กและเยาวชนอีกมากมาย

วัยทำงาน(15-59ปี)ประชาชนวัยนี้ ป่วยและตายด้วยโรคเรื้อรังมากขึ้น อัตราตายด้วยโรค NCDs สูงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตลอดเล็ดหัวใจ 27.83ต่อแสนประชากรโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 17.93และ 10.95ต่อแสนประชากรภาระโรค NCDs ทำให้การสูญเสียค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค NCDs เพิ่มขึ้นตลอดจนประชาชน ชุมชนภาคส่วนต่างๆ เช่น อปท. เอกชน ยังขาดการมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาสุขภาพเพื่อการพึ่งตนเองอย่างเข้มแข็งและยั่งยืน ดังนั้น จากปัญหาวิกฤตสุขภาพข้างต้น ผู้สูงอายุ(60ปีขึ้นไป) อัตราผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จำนวน 9.4 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 14.57 ของประชากรไทยทั้งหมด จากการสำรวจภาวะสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2556 พบว่า ผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ ร้อยละ 26 (ค่าเป้าหมาย 30) มีภาวะอ้วน สูงถึงร้อยละ 50 ในเพศหญิง เนื่องจากการขาดการออกกำลังกาย ซึ่งทำให้เกิดภาวะพึ่งพิง ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำสูงถึงร้อยละ 20.88 ของผู้สูงอายุทั้งหมด

กลุ่มผู้พิการถือเป็นกลุ่มผู้ด้อยโอกาสในสังคม ซึ่งควรได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการดำเนินชีวิตให้มากที่สุด เช่นกิจวัตรประจำวัน อาชีพซึ่งจะลดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้พิการ และเป็นการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้พิการมีความภาคภูมิใจในการใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่า

หน่วยงานเวชศาสตร์ครอบครัวและบริการด้านปฐมภูมิมีบุคลากรให้บริการประชาชน 7 คน คิดเป็นอัตรา 1: 1,346 คน มีสุขศาลาในเขตรับผิดชอบ 13 แห่ง รับผิดชอบประชากรตำบลทุ่งคลอง ประชากรทั้งสิ้น 9,428 คน แบ่งเป็น กลุ่มเด็กเล็ก 0-5 ปี จำนวน 669 คน คิดเป็นร้อยละ 7.09 วัยเรียน 6-14 ปี จำนวน 899 คน คิดเป็นร้อยละ 9.53 วัยรุ่น จำนวน 948 คน คิดเป็นร้อยละ 10.05 วัยทำงาน 5899 คน คิดเป็นร้อยละ 62.56 วัยผู้สูงอายุ 886 คน คิดเป็นร้อยละ 9.39 และผู้พิการ 167 คน คิดเป็นร้อยละ 1.77 (ฐานข้อมูลโรงพยาบาลคำม่วง, 2558) มีการจัดบริการสุขภาพที่เพียงพอแต่ยังขาดศักยภาพการให้บริการและการเข้าถึงบริการที่ครอบคลุมภาวะสุขภาพทุกกลุ่มวัย ระบบบริการปฐมภูมิเป็นหน่วยบริการสุขภาพ ที่ใกล้ชิดประชาชนเป็นบริการด่านหน้าที่ต้องเชื่อมโยงเครือข่ายภาคีต่างๆ ในชุมชนและเชื่อมต่อกับบริการระดับทุติยภูมิ ตติยภูมิระบบสุขภาพระดับอำเภอโดยเน้นการพัฒนาทีมหมอครอบครัว (Family Care Team) ให้มีครอบครัว สามารถให้บริการช่วยเหลือได้อย่างครอบคลุม

ตำบลจัดการสุขภาพ มีกระบวนการสร้างสุขภาพที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาบทบาทภาคประชาชน ท้องถิ่นและทุกภาคส่วนในท้องถิ่นบูรณาการร่วมกัน ช่วยกันค้นหาหรือกำหนดปัญหาสุขภาพกำหนดอนาคต ดำเนินกิจกรรมพัฒนาสุขภาพและมาตรการทางสังคม รวมทั้งนวัตกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ด้วยความตั้งใจ เต็มใจ มีจิตสำนึกสาธารณะ เน้นกระบวนการมีส่วนร่วมและเรียนรู้แนวความคิดการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพดีตามกลุ่มวัยจึงเป็นยุทธศาสตร์สำคัญที่ให้ประชาชนชุมชน หน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่นภาคีเครือข่ายเป็นเจ้าของสุขภาพและเข้ามามีส่วนร่วมพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพชุมชนอย่างเข้มแข็งเพื่อสนับสนุนให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีความรู้พฤติกรรม สุขภาพดี พึ่งพาตนเอง และส่งผ่านกลุ่มวัยต่อไปอย่างมีคุณภาพได้และถือเป็นหน้าที่ของตนเอง

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการสุขภาพตามกลุ่มวัยของชุมชน

วิธีการดำเนินการวิจัย

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีระยะเวลาในการดำเนินการเดือนตุลาคม ถึง เดือน พฤษภาคม 2559 มีประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. พื้นที่ในการวิจัยครั้งนี้ใช้พื้นที่ บ้านโนนสะอาด หมู่ที่ 2 ตำบลทุ่งคลอง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดประชากรเป็นกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชาชนบ้านโนนสะอาด หมู่ที่ 2 จำนวน 146 หลังคาเรือน จำนวน 627 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ประยุกต์ใช้แนวคิด 2 เรื่อง ได้แก่

1.1 UCCARE ได้แก่ U: Unity สมาชิกทีมรวมเป็นหนึ่งเดียวกัน C: Community ยึดชุมชนเป็นศูนย์กลางการทำงาน A: Appreciation ผ่านกระบวนการชื่นชม ยกย่องให้เกียรติ เสริมกำลังใจให้กันและกัน R: Resource sharing การพัฒนา ร่วมกันที่มีการแบ่งปันทรัพยากรร่วมกัน E: Essential Care เน้นสิ่งที่เป็นปัญหาสุขภาพ ในบริบทของพื้นที่

1.2 การวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Body Paint)

1.3 มาตรการตำบลจัดการสุขภาพตามกลุ่มวัย ได้แก่ ตำบลมีคณะกรรมการเชิงบูรณาการขับเคลื่อน การพัฒนาศักยภาพทีมและกำหนดบทบาทหน้าที่ การจัดเวทีบันทึกลงนามความร่วมมือ/ความเข้าใจร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องและกำหนดนโยบายสาธารณะ/ประกาศวาระการพัฒนาสุขภาพของตำบล มีการสรุปวิเคราะห์ข้อมูล สถานการณ์ สภาพปัญหา ปัจจัย

เสี่ยงด้านสุขภาพ ที่ครบทุกกลุ่มวัยและมีการสะท้อนคืนกลับข้อมูลแก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง มีกระบวนการจัดทำแผน/โครงการ/กิจกรรมการพัฒนาสุขภาพเชิงบูรณาการแบบมีส่วนร่วม มีการจัดเวทีเจรจาภาคีแผนตำบลและการสื่อสารประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างความเข้าใจแผนพัฒนาสุขภาพกลุ่มวัยแก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในตำบล มีกระบวนการในการร่วมดำเนินการตามแผนพัฒนาสุขภาพที่ครอบคลุมทุกกลุ่มวัย มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนพัฒนาสุขภาพของชุมชน มีการจัดทำสรุประบวนการและผลสัมฤทธิ์การดำเนินงาน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลในการศึกษา

2.1 แนวคำถามที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม

2.2 แนวคำถามในการสัมภาษณ์รายบุคคล

2.3 เครื่องมือ/อุปกรณ์ ได้แก่ กิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ตามปัญหาที่ค้นพบแต่ละกลุ่มวัย การให้ความรู้ การตรวจประเมินร่างกาย โดยผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีส่วนร่วมในการฝึกปฏิบัติตนเอง

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ประชุมจัดตั้งทีมและคัดเลือกพื้นที่และประชากรแบบเฉพาะเจาะจง

2. พัฒนาศักยภาพทีมผู้วิจัย ตามแนวทางการเรียนรู้โครงการเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System Management Learning : DHML)

3. สำรวจค้นหาปัญหาชุมชน

4. ค้นหาข้อมูล ค้นหาปัญหา ความต้องการผ่านเวทีประชาคมกำหนดขอบเขตเป้าหมายกิจกรรม

5. จัดกิจกรรมตามสภาพปัญหาที่พบและต้องการแก้ไข

6. ติดตาม ปรับปรุง ประเมินผล

7. เปิดให้ชุมชนได้ปฏิบัติ ออกแบบแก้ไขปรับปรุง ตามบริบทของชุมชน

8. แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถ่ายทอดประสบการณ์

9. สรุปผลการปฏิบัติ ติดตามผลกระทบ

ผลการวิจัย

1. บริบทพื้นที่และองค์กร ตำบลทุ่งคลอง มีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 9,428 คน เป็นตำบลที่ตั้งของอำเภอคำม่วนและสถานที่ราชการต่างๆ ลักษณะสังคมเป็นสังคมชนบทกึ่งเมืองครอบคลุมส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นที่ราบลุ่มที่อุดมสมบูรณ์ ประชาชนจึงประกอบอาชีพหลากหลาย ได้แก่ทำนา ทำไร่ อ้อยปลูกผัก ปลูกพารามันสำปะหลังทำสวนผลไม้ เช่นพุทรา มะม่วง ฯลฯ มีอาชีพเสริม ได้แก่งานหัตถกรรม ทอผ้าไหมแพรวาผ้าขิดจักสานและอาชีพรับจ้างเป็นต้น จึงมีเศรษฐกิจดีคนในชุมชนดำรงชีวิตอย่างเรียบง่ายมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีมีบ้านที่มั่นคง มีรถยนต์ใช้และมีสิ่งอำนวยความสะดวกมากมาย มีร้านค้าสะดวกซื้อมากขึ้น

ชุมชนตำบลทุ่งคลอง มีทุนทางสังคมมากมายทั้งด้านภูมิปัญญา แหล่งประโยชน์ ภูมิประเทศที่ดี ศักยภาพผู้นำชุมชน อสม. การสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เครือข่าย/หน่วยงานต่างๆของรัฐและเอกชน ได้แก่ โรงเรียน โรงงานน้ำตาลอีสาน วัด สำนักงานเกษตร การศึกษาออกโรงเรียน ความคิดความเชื่อที่ปฏิบัติตามกันมาตั้งแต่บรรพบุรุษ หากใครว่าดี ก็จะทำปฏิบัติตามกัน ครอบครัวประชาชนส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธมีการทำบุญตามประเพณีและยึดมั่นในขนบธรรมเนียมประเพณีที่มีอยู่อย่างเคร่งครัดด้านภาษา ชาวตำบลทุ่งคลอง มีภาษาใช้ในท้องถิ่น 2 ภาษา คือ ภาษาไทยอีสานและภาษาภูไท มีความเชื่อและพิธีกรรมผสมผสานศาสนาพุทธกับความเชื่อด้านภูตผีวิญญาณมีสถานที่ท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรมที่น่าสนใจหลายแห่ง

บริบทองค์กร: โรงพยาบาลคำม่วน เป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง ระดับทุติยภูมิ 2.1 สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ให้บริการจริง 54 เตียง บริการตรวจรักษาโรคทั่วไป มีผู้รับบริการ ผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 350 คน/วัน

ผู้ป่วยในเฉลี่ย 40 คน/วัน ตั้งอยู่ที่ 92 หมู่ 10 ตำบลทุ่งคลอง อำเภอคำม่วน อยู่ทางทิศเหนือของจังหวัดกาฬสินธุ์ ห่างจากตัวจังหวัดประมาณ 84 กิโลเมตร มีพื้นที่ 30 ไร่ 3 งาน 10 ตารางวา รับผิดชอบประชากรในเขตการปกครองของอำเภอคำม่วนทั้งหมด 6ตำบล 71 หมู่บ้าน โรงพยาบาลคำม่วน มีเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ ประกอบด้วยสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 1 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 7 แห่ง สุขศาลาจำนวน 71 แห่ง

ข้อมูลสถิติชีพตำบลทุ่งคลอง 2 ปี(พ.ศ.2557-2558) มีอัตราเกิดต่อพันประชากร คิดเป็น 8.24 และ 6.49 อัตราตายต่อพันประชากร คิดเป็น 5.71 และ 8.30 ตามลำดับสาเหตุการตายของประชากร อันดับ 1 โรคหัวใจและโรคหลอดเลือดหัวใจอื่น ๆ คิดเป็น 35.91 อันดับ 2 โรคเบาหวาน คิดเป็น 16.67 ตำบลทุ่งคลอง มีข้อมูลประชากรจำแนกตามกลุ่มวัย กลุ่มเด็ก จำนวน 669 คน ร้อยละ 7.1 กลุ่มสตรีมีครรภ์ จำนวน 38 คน ร้อยละ 0.4 กลุ่มวัยรุ่น จำนวน 889 คน ร้อยละ 9.5 กลุ่มวัยรุ่น จำนวน 948 คน ร้อยละ 10 กลุ่มวัยทำงานจำนวน 5899 คน ร้อยละ 62.6 กลุ่มวัยสูงอายุ จำนวน 1085 คน ร้อยละ 11.5 กลุ่มพิการ จำนวน 167 คน ร้อยละ 1.7 ปี พ.ศ.2558 อัตราป่วยผู้ป่วยนอก อันดับ 1 คือ โรคความดันโลหิตสูง 6271.3 ต่อประชากรแสนคน อันดับ 2 โรคเบาหวาน มีอัตราป่วย 4109.9 ต่อประชากรแสนคน อันดับ 3 คือ สุขภาพจิตจากสารเสพติด มีอัตราป่วย 2204.0 ต่อประชากรแสนคน ข้อมูลการเจ็บป่วยผู้ป่วยใน อันดับ 1 โรคท้องเสีย(Gastroenteritis and colitis) 530.3 ต่อประชากรแสนคน อันดับ 2 คือ โรคเบาหวาน อัตราป่วย 318.21 ต่อประชากรแสนคน และอันดับ 3 คือ Dyspepsia มีอัตรา 222.74 ต่อประชากรแสนคน

ข้อมูลพื้นที่บ้านโนนสะอาด หมู่ ที่ 2 ตำบลทุ่งคลอง อยู่ในเขตการปกครองขององค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งคลอง(อบต.) มีจำนวน 146 หลังคาเรือน มีประชากรจำนวนทั้งสิ้น 627 คน เป็นชาย

296 คน คิดเป็นร้อยละ 47.21 เป็นเพศหญิง จำนวน 328 คน คิดเป็นร้อยละ 52.79 เมื่อจำแนกตามกลุ่มวัย แบ่ง เป็น 7 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มเด็ก จำนวน 37 คน ร้อยละ 5.9 กลุ่มสตรีมีครรภ์ จำนวน 2 คน ร้อยละ 0.3 กลุ่มวัยเรียน จำนวน 57 คน ร้อยละ 9.09 กลุ่มวัยรุ่น จำนวน 63 คน ร้อยละ 10.04 กลุ่มวัยทำงาน จำนวน 326 คน ร้อยละ 51.99 กลุ่มวัยสูงอายุ จำนวน 87 คน ร้อยละ 13.8 กลุ่มพิการ จำนวน 28 คน ร้อยละ 4.46 ประชาชนส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม ได้แก่ ทำนา ทำไร่ รองลงมาคือ อาชีพรับจ้าง ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ข้อมูลการสำรวจปัญหาสุขภาพที่สำคัญของพื้นที่แบ่งตามกลุ่มวัย ได้ดังนี้

เด็ก 0-5 ปี ขาดสารอาหาร จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 29.7 เด็กวัยเรียน น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ จำนวน 4 คน ร้อยละ 11.76 เตี้ย จำนวน 12 คน ร้อยละ 35.29 ผอม จำนวน 18 คน ร้อยละ 52.94 และอ้วน จำนวน 4 คน ร้อยละ 11.76 วัยรุ่น ส่วนใหญ่เรียนไม่จบ ตัดสารเสพติด จำนวน 10 คน ร้อยละ 1.59 มีพฤติกรรมก้าวร้าว ขับขี่รถอันตราย จำนวน 12 คน ร้อยละ 1.91 และท้องอายุต่ำกว่า 17 ปี จำนวน 1 คน ร้อยละ 0.16 วัยทำงาน มีพฤติกรรมการบริโภคเปลี่ยนไป เดิมเคยนำมาจากสวนที่ปลูกรับประทานเองเป็นซื้อรับประทานเพื่อความสะดวกและเร่งรีบแต่มีที่นาสังเกตสำหรับชุมชนนี้ คือ ประชาชนมีความเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆบ่อยๆ จากข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยนอก พบว่า คนในชุมชนเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรังมากขึ้น อันดับ 1 คือ โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 46 คน มีอัตราป่วย 73.36 ต่อประชากรพันคนอันดับที่ 2 โรคเบาหวาน อัตราป่วย 41.5 ต่อประชากรพันคน กลุ่มเสี่ยงความดัน จำนวน 60 คน ร้อยละ 26.6 กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน จำนวน 3 คน ร้อยละ 1.3 เสียงหลอดเลือดสมอง จำนวน 58 คน ร้อยละ 25.7 ผู้สูงอายุ มีข้อจำกัดทางสุขภาพมากขึ้น ติดเตียงจำนวน 3 ราย ติดบ้าน จำนวน 11 ราย มีความเสื่อมตามวัย ด้านการ

มองเห็น จำนวน 9 คน ร้อยละ 11.25 ด้านการได้ยิน จำนวน 9 คน ร้อยละ 11.25 สุขภาพปากและฟัน จำนวน 47 คน ร้อยละ 58.7 เข้าเสื่อม จำนวน 10 คน ร้อยละ 12.50 กลืนปัสสาวะไม่อยู่ จำนวน 20 คน ร้อยละ 25 เสียงหกล้ม จำนวน 11 คน ร้อยละ 13.7 และมีสาเหตุการตายจากโรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคตับ เพิ่มมากขึ้น ผู้ด้อยโอกาสขาดผู้ดูแล 6 ครอบครัวจากข้อมูลภาวะสุขภาพแสดงให้เห็นถึงแนวโน้มของปัญหาสุขภาพที่จะนำไปสู่ความอ่อนแอและเกิดภาวะพึ่งพาเพิ่มมากขึ้นในชุมชน ซึ่งชุมชนควรหันกลับมาให้ความสำคัญและร่วมกันวางแผนการดูแลแต่ละกลุ่มวัยในชุมชน

2. องค์ประกอบของทีมงานสุขภาพ(Unity Team) ทีมสุขภาพตำบลทุ่งคลอง รับทราบนโยบายการจัดบริการดูแลสุขภาพตามกลุ่มวัย และได้มีการประชุมคณะกรรมการวางแผน ประเมินผลตำบลทุ่งคลองขึ้น ที่ประชุมได้ประชุมปรึกษาหารือและลงมติกำหนดพื้นที่ศึกษาและพัฒนาาร่องในพื้นที่บ้านโนนสะอาด หมู่ที่ 2 โดยมีกลยุทธ์การทำงานแบบมีส่วนร่วมและบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ตามแนวทาง/กระบวนการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ มีการประชุมคณะกรรมการดำเนินงาน จึงเกิดคณะทำงาน “ทีมหมอสุขสำราญ” และได้มีการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อวางแผนการดำเนินงานลงสู่พื้นที่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้นให้ชุมชนได้ร่วมกำหนดทิศทางร่วมกันในการจัดการระบบสุขภาพสำหรับกลุ่มวัยต่างๆทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน และสังคม ให้มีประสิทธิภาพ

การพัฒนาศักยภาพทีมงานสุขภาพ ได้มีการศึกษาดูงานแลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวทางการทำงานในต่างพื้นที่ซึ่งได้นำความรู้และทักษะมาปรับใช้ในการพัฒนาการดำเนินงาน และมีการเชื่อมประสานในระดับตำบล เปิดให้ตำบลมีเวทีบันทึกความร่วมมือความเข้าใจ(MOU)ร่วมกับภาคีเครือข่าย ประชาชนกลุ่มชมรมต่างๆและได้ร่วมกัน

กำหนดนโยบายสาธารณะประกาศเป็นวาระการ
พัฒนาสุขภาพตำบลในวันที่ 11 พฤศจิกายน 2558

3. Customer Focus ทีมงานสุขภาพได้
ร่วมกันกำหนดการศึกษาชุมชนและพฤติกรรม
สุขภาพตามกลุ่มวัยจำนวน 3 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 การประชุมกลุ่มทีมงานสุขภาพ
ชุมชน ที่องค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งคลอง
ผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วย นายก อบต. รอง
นายกฯ ผู้นำชุมชน อสม. นักพัฒนาชุมชน ครู
สอ.บต. จำนวน 15 คน เพื่อสร้างความรู้/ความเข้าใจ
ในการพัฒนางานร่วมกัน และเปิดโอกาสให้
ผู้เข้าร่วมประชุมได้นำเสนอประเด็นปัญหาที่ค้นพบ
และต้องการแก้ไขและร่วมกันออกแบบแนว
ทางการสัมภาษณ์ข้อมูลรายบุคคล

ครั้งที่ 2 สัมภาษณ์ข้อมูลรายบุคคล โดย
สมาชิก 1 คน สัมภาษณ์ข้อมูล 5 คน รวมจำนวน
136 ครัวเรือน พบว่า ข้อมูลที่ค้นพบจะได้รับเพียง
ด้านเดียวจากผู้สูงอายุที่อยู่บ้าน ทีมงานสุขภาพจึง
ประชุมและถอดบทเรียนสิ่งที่ได้รับฟังจากชุมชน มี
ประเด็นสำคัญได้แก่ 1.เป้าหมายหลัก คือ การ
จัดการสุขภาพชุมชน 2.การมีส่วนร่วม คือ บ้าน วัด
โรงเรียน ชุมชน อบต. 3.ปัญหาของชุมชน ได้แก่
ความยากจน ขาดแคลนน้ำ ขาดความสามัคคี
ราคาพืชตกต่ำรายได้ต่ำ ฯลฯ 4. ฐานราก คือ มี
เหตุผล มีภูมิคุ้มกัน บนความพอเพียง(ความรู้
คุณธรรม สามัคคี) จึงเรียกว่า”สุขสำราญโมเดล”

ครั้งที่ 3 ค้นข้อมูลชุมชน โดยการแบ่งกลุ่ม
ผู้เข้าร่วมประชุมตามกลุ่มวัย 5 กลุ่ม และเปิด
โอกาสให้แต่ละกลุ่มได้ร่วมคิด แสดงความคิดเห็น
และออกแบบกิจกรรมพัฒนา ข้อมูลปัญหาที่ค้นพบ
ภาพรวม คือ เด็กป่วยบ่อยและขาดสารอาหาร
วัยรุ่นเรียนไม่จบ ติดสารเสพติด เพศหญิงตั้งครรภ์
ไม่กล้าแสดงตัว ครอบครัวกังวล เพศชายก้าวร้าว
รุนแรง ผู้สูงอายุเหงา เจ็บป่วย ยากจน น้อยใจ
ถนนมืด ไฟไม่สว่าง น้ำขาดแคลน ไม่มีกีฬาใน
ชุมชน ฯลฯ

ครั้งที่ 4 การประชุมทีมงานสุขภาพ เพื่อ
ร่วมวางแผนการพัฒนา และประกาศเป็นข้อตกลง

ของชุมชนคือ “ โนนสะอาดชุมชน 4 ดี (คนดี
สุขภาพดี รายได้ดี สิ่งแวดล้อมดี) มีความสุขแบบ
พอเพียง ในปี 2560

ข้อตกลงที่ 1 ปรับปรุงสิ่งแวดล้อม ทุกวันที่
15 ของเดือน

ข้อตกลงที่ 2 หญิงตั้งครรภ์และมารดา ใส่ใจ
ตนเองและลูกหลานร่วมสร้างสายใยรักแห่ง
ครอบครัว

ข้อตกลงที่ 3 นักเรียนแก้มใส อนามัยดีดี

ข้อตกลงที่ 4 วัยเรียนและเยาวชนสดใส
อนามัยดี มีจิตอาสา

ข้อตกลงที่ 5 ประชาชนและผู้นำชุมชน เป็น
ต้นแบบ

ข้อตกลงที่ 6 คนโนนสะอาด เอื้ออาทร
ช่วยเหลือ ไม่ทอดทิ้งกัน”

4. Community participation การจัด
กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและ
ภาคีเครือข่ายในส่วนต่างๆ ได้จัดการประชุมเชิง
ปฏิบัติการของคณะกรรมการหมู่บ้าน วัด โรงเรียน
อปท. เพื่อร่วมกำหนดวิสัยทัศน์และเป้าหมายของ
การพัฒนางานตำบลจัดการสุขภาพ เลือกตั้ง
ประธานระดับตำบล การแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อ
กระตุ้นการพัฒนา การวิเคราะห์ตัวตนของแต่ละ
แห่งเพื่อนำไปสู่การพัฒนาในชุมชนตนเองโดยได้นำ
ข้อตกลงมาออกแบบกิจกรรมให้สอดคล้องกับ
ปัญหาและความต้องการของชุมชนดังนี้

ข้อตกลงที่ 1 ปรับปรุงสิ่งแวดล้อม ทุกวันที่
15 ของเดือน พบว่า ทุกหลังคาเรือนได้มีส่วนร่วมปลูก
พืชผักสวนครัว และมีการจัดรณรงค์ทำความสะอาด
พื้นที่บ้านของตน มีคณะกรรมการชุมชน
ร่วมออกติดตามและให้กำลังใจ

ข้อตกลงที่ 2 หญิงตั้งครรภ์และมารดา ใส่ใจ
ตนเองและลูกหลานร่วมสร้างสายใยรักแห่ง
ครอบครัว ทีมงานสุขภาพ ได้จัดประชุมกลุ่ม
ผู้ปกครองทุก 3 เดือน โดยบูรณาการร่วมกิจกรรมใน
วันซึ่งนำหน้าเด็กในชุมชน โดยเชิญผู้ปกครองเด็ก
เรียนรู้เรื่องผลกระทบของปัญหาโภชนาการ การ
ส่งเสริมโภชนาการ การหลีกเลี่ยงการเลี้ยงลูกด้วย

ขนม การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ผลพบว่า 1 เดือนหลังการเข้าเรียนรู้ เด็กที่มีภาวะโภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์ 11 คน ลดลงเป็น 5 คน ผู้ปกครองเล่าว่า “เอาความรู้ไปใช้ บำป้อนนม หายอาหารที่ดีให้ ลูกกินได้ดีขึ้น” ปัจจุบันเด็กยังขาดสารอาหาร 5 คน เนื่องจาก เด็กอาศัยอยู่กับยายและความผิดปกติทางพันธุกรรม

ข้อตกลงที่ 3 นักเรียนแถมใส อนามัยดีดี ทีมงานสุขภาพได้ประชุมมอบหมายเจ้าภาพหลัก แก่โรงเรียน โดยผู้อำนวยการโรงเรียนได้ประกาศนโยบายโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพโนนสะอาด ซึ่งครูได้จัดกิจกรรมด้าน 3 ดี และเชิญวิทยากรจากโรงพยาบาลคำม่วงให้ความรู้เรื่องการจัดการสุขภาพเบื้องต้น เรื่อง การควบคุมโรคไข้เลือดออก การควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า มีนักเรียนอาสาสมัครเป็นแกนนำสุขภาพให้บริการในชุมชน ได้แก่ นวดเท้าผู้สูงอายุ สรรวจลูกน้ำยุงลายร่วมกับอบสม. เป็นแกนนำป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ให้ความรู้ผู้ปกครอง

ข้อตกลงที่ 4 วัยเรียนและเยาวชนสดใส อนามัยดี มีจิตอาสา ทีมงานสุขภาพ ได้ดำเนินการคืนข้อมูลแก่คณะกรรมการจัดการสุขภาพระดับตำบล เพื่อบูรณาการการทำงานแก้ไขร่วมกัน จึงเกิดกิจกรรมกีฬาโนนสะอาดด้านยาเสพติด เมื่อวันที่ 23 มีนาคม 2559 โดยมีประชาชนทุกกลุ่มวัยมาร่วมกิจกรรม และเวทีการประชุมครอบครัวอบอุ่น หลักสูตรบูรณาการ ในวันที่ 30 พฤษภาคม 2559 มีกลุ่มเสี่ยงวัยรุ่น จำนวน 25 คนเข้าร่วมประชุม ผลพบว่า เกิดกลุ่มออกกำลังกายเพิ่มขึ้นในชุมชน ได้แก่ กลุ่มตะกร้อ มวยไทย วิ่ง ฟุตบอล วอลเลย์บอล เป็นต้น

ข้อตกลงที่ 5 ประชาชนและผู้นำชุมชน เป็นต้นแบบ ทีมสุขภาพได้ประสานทีมสหวิชาชีพในการร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพวัยทำงานกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยการให้ความรู้เรื่องอาหาร อารมณ์ การออกกำลังกาย และมีการติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยอบสม. 1 คน ดูแลกลุ่มเสี่ยง 2 คน ผล

การติดตาม 3 เดือน พบว่า กลุ่มเสี่ยงจำนวน 63 คน เข้าร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยน จำนวน 15 คน ไม่พบการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนัก รอบเอว ค่าดัชนีมวลกาย

ข้อตกลงที่ 6 คนโนนสะอาด เอื้ออาทรช่วยเหลือ ไม่ทอดทิ้งกัน” วันที่ 12 มีนาคม 2559 ที่ประชุมคณะกรรมการหมู่บ้าน ได้คัดเลือกผู้ด้อยโอกาส จำนวน 6 คน และร่วมวางแผนการดูแลโดยการจัดตั้งทีมหมอบรรเทาชุมชน ซึ่งประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน สมาชิก อบต. ประธานอบสม. ร่วมออกเยี่ยมดูแลช่วยเหลือให้กำลังใจผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง พบว่า ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลืออย่างครอบคลุม ทำให้มีอากาศดีขึ้น ในครอบครัวและชุมชนได้รับบริการติดตามดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการที่บ้าน การแก้ไขปัญหาผู้สูงอายุทางการเคลื่อนไหว โภชนาบำบัด โดยการสนับสนุนช่วยเหลือจากผู้ดูแลและอบส. และสามารถขอรับคำปรึกษาในกรณีซับซ้อนจากทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาล

5. Appreciation and engagement การเสริมสร้างกำลังใจ เชิดชู ตามกลุ่มวัย ได้แก่ การมอบของขวัญรางวัลแก่สตรีและมารดา ที่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำเร็จและมีภาวะโภชนาการปกติ การมอบของขวัญในวันสำคัญ การจัดเวทีให้ผู้สูงอายุได้มาร่วมกิจกรรมและแลกเปลี่ยน การจัดพิธีสำคัญทางศาสนาเพื่อขอขมาและอวยพรผู้สูงอายุในวันสงกรานต์ พร้อมมอบรางวัล เกียรติบัตรแก่บุคคลต้นแบบ การยกย่องและเชิดชูผู้นำชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน สอบต. อบสม. ครู ในเวทีการคืนข้อมูลระดับตำบล อำเภอ การประสานความช่วยเหลือจากสหสาขาวิชาชีพจากหน่วยงานอื่นนอกเหนือจากการรักษาพยาบาล เช่น ด้านสวัสดิการ เบี้ยยังชีพ เงินกู้ยืมประกอบอาชีพ

6. Resource sharing การสนับสนุนงบประมาณ ได้รับอย่างเพียงพอ จากหลายแหล่ง ได้แก่กองทุนสุขภาพตำบล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น การระดมทุนจากประชาชนการสนับสนุนนี้ เพื่อให้เกิดเครือข่ายการดูแลสุขภาพในชุมชน การ

สนับสนุนจากหน่วยงานระดับตำบล เพื่อประสาน การส่งต่อและงบประมาณ

7. Essential care ในสุซศาลาประธานอ สม.ร่วมกับคณะกรรมการหมู่บ้าน ได้จัดประชุม และพัฒนาสุซศาลาบ้านโนนสะอาด หมู่ 2 เป็นสุซ ศาลาระดับเพชร ประชาชนได้ระดมทุนในการ ปรับปรุงโครงสร้าง อาคาร สถานที่ และมีการ จัดบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง มีการพัฒนาการ จัดเก็บข้อมูลสุขภาพตามกลุ่มวัยเพื่อสะดวกในการ จัดบริการ

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ มีจุดมุ่งหมายการวิจัย การมี ส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการสุขภาพตามกลุ่ม วัยต่างๆเพื่อนำไปใช้ในการป้องกันและควบคุมโรค และภัยสุขภาพที่พบมากขึ้นในพื้นที่ เพื่อให้ ประชาชนได้ร่วมลดความรุนแรงของโรคที่จะ เกิดขึ้น การได้รับความรู้ การมีส่วนร่วมในการคิด ค้นหาปัญหาของชุมชน การปรึกษาหารือและ ร่วมกันตัดสินใจแก้ไขปัญหา โดยนำข้อมูลสุขภาพที่ จำเป็นมาเป็นฐานในการวิเคราะห์ ให้เกิดความ เข้าใจปัญหาของชุมชน และร่วมรับผิดชอบ เป็น การกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการจัดการ ระบบสุขภาพชุมชนแบบมีส่วนร่วมของชุมชนอย่าง แท้จริงและยั่งยืนได้ ทีมผู้วิจัยสามารถอภิปราย ผลได้ดังนี้

1. ด้านความรู้ในการจัดการสุขภาพตาม กลุ่มวัย พบว่า ด้านทีมผู้วิจัย ก่อนการวิจัยไม่ สามารถวางแผน/โครงการได้เนื่องจากไม่ทราบ ข้อมูลปัญหาที่แท้จริงของชุมชนเมื่อได้เข้าร่วม เรียนรู้และพัฒนาศักยภาพทีม

ในรูปแบบการศึกษาดูงาน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การประชุมกลุ่ม การคืนข้อมูล การร่วมคิด วิเคราะห์ปัญหา จึงนำไปสู่การวางแผน ร่วมคิด แบบมีส่วนร่วม ทำให้เกิดความรู้และเข้าใจ ตระหนักถึงความสำคัญของข้อมูลที่มาจากการ ปัญหาและความต้องการของชุมชนที่แท้จริงและ ทีมผู้วิจัยได้เกิดการเปลี่ยนแปลงตนเองมีความรู้ เข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเอง จึงเกิดความร่วมมือ

ของสมาชิกทีมทำให้ผลการวิจัยมีคุณค่าและ คุณภาพ เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชนและทีม ผู้วิจัย ในด้านการให้ความรู้ประชาชนบ้านโนน สะอาดโดยคณะทำงานด้านต่างๆตามกลุ่มวัย มีการ บรรยาย ฝึกปฏิบัติ การวางแผนกำกับติดตาม ประเมินผล ซึ่งองค์ความรู้ในการแก้ไขปัญหา สุขภาพแต่ละกลุ่มวัยมีความแตกต่างกันตามปัญหา ที่ค้นพบ เมื่อความรู้ ถูกต้องกับปัญหา จึงนำไปสู่ ความร่วมมือในการนำไปใช้อย่างถูกต้อง ผลที่ดีเกิด ต่อภาวะสุขภาพของประชาชนผู้รับการดูแล มีภาวะ สุขภาพที่ดีขึ้น

2.ด้านการมีส่วนร่วมพบว่าด้านผู้วิจัย ก่อน ดำเนินการ ระดับการมีส่วนร่วมน้อยเพราะทีมไม่ เข้าใจและไม่มีเป้าหมายในการพัฒนา มีพฤติกรรม ขาดการประชุม ไม่เสนอข้อคิดเห็น ถอนตัวออก จากทีม เมื่อเกิดการพบปะแลกเปลี่ยน ศึกษาดูงาน ประชุมกลุ่มเปิดเวทีให้ได้ร่วมคิด แสดงความรู้สึก การให้คุณค่า ชื่นชม เปิดโอกาสให้ลงมือปฏิบัติ ร่วมกับทีมผู้วิจัย และเชิดชูจึงเกิดความร่วมมือ อย่างต่อเนื่อง

ด้านชุมชน มีการวางแผนการดำเนินงาน ร่วมกัน การกำกับ ติดตาม ประเมิน การให้คุณค่า เชิดชู เครือข่ายจึงเกิดการมีส่วนร่วม ดำเนินการ โดยชุมชนมีการวางแผนร่วมกัน โดยใช้ช่องทางเวที ประชาคม ประชุมกลุ่ม ฝึกปฏิบัติ การ ปรึกษาหารือ เกิดการเรียนรู้ร่วมกันของชุมชนใน การร่วมแก้ไข ชุมชนเกิดความเข้าใจต่อบทบาทของ ตนเอง จึงเข้าร่วมและให้ความร่วมมือในการจัด กิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ตามบริบทที่สามารถทำได้

3.ด้านการบริหารจัดการ พบว่า การ ประยุกต์ใช้แนวคิด UCCARE และการจัดการ สุขภาพตามกลุ่มวัยเป็นกระบวนการสำคัญในการ บริหารจัดการโครงการอย่างเป็นระบบและขั้นตอน การมีทีมที่เข้มแข็ง มีความรู้ ความเข้าใจ จะทำให้ เกิดเป้าหมายและแนวทางการแก้ไข อย่างชัดเจน นอกจากนี้การจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของชุมชน ควรใช้สิ่งที่มี ประโยชน์ที่ใกล้ตัวชุมชน ทุนทางสังคม เข้ามาร่วม

ในการจัดกิจกรรมกระตุ้นซึ่งประชาชนจะรู้สึกสะดวก ง่ายในการเข้าถึงและสามารถนำไปใช้ได้ อย่างเหมาะสมตามบริบทปัญหาที่แตกต่าง

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการให้ความรู้ แก่ประชาชน ควรให้ความรู้อย่างถูกต้อง มีทางเลือก เพื่อเกิดการกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือและจดจำได้นำความรู้ไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง และเข้ากับปัญหาของบุคคล ครอบครัวและชุมชน

2. ด้านการมีส่วนร่วม กลไกสำคัญในการสร้างการมีส่วนร่วมคือ การมีข้อมูลที่ถูกต้อง มีการวิเคราะห์ข้อมูล ค้นข้อมูล นำไปใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ แนวคิด UCCAREการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Body paint) และมาตรการตำบลจัดการสุขภาพ เป็นแนวทางในการสร้างการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการโครงการที่มีประสิทธิภาพทุกขั้นตอน ประชาชนมีความเข้าใจและเป็นเจ้าของโครงการ จะส่งผลให้โครงการมีการดำเนินกิจกรรมต่อเนื่องและยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

- กิจเต็จ ปัลวี. (2559). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ(DHS) อำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ. วารสารสุขภาพภาคประชาชน. ปีที่11 ฉบับที่ 2 ประจำเดือน ธันวาคม 2558-มกราคม 2559.
- สำนักบริหารการสาธารณสุข(2557). การขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ(รสอ.) District Health System(DHS). สำนักบริหารการสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข(2559). ยุทธศาสตร์ตัวชี้วัดและแนวทางการจัดเก็บข้อมูล.เข้าถึงข้อมูลได้จาก <http://www.region5.moph.go.th>, (วันที่สืบค้นข้อมูล 30 พฤษภาคม 2559).

การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้วยหลักโภชนาการบำบัดตามบริบทชุมชน
โรงพยาบาลคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์

Development of guidelines for Diabetes patients care by community context
nutrition therapy Kham Muang Hospital Kalasin Province.

Watchaphom thongbai
Kham Muang Hospital Kalasin Province

วัชภูมิ ทองใบ
โรงพยาบาลคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research: AR) เพื่อศึกษารูปแบบและผลของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้วยการให้โภชนาการบำบัดรายบุคคล ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ กลุ่มตัวอย่าง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 46 คน และอสม. จำนวน 22 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบการซักประวัติและประเมินการบริโภคอาหาร แบบประเมินตนเอง แบบสอบถาม แบบบันทึก และ แบบติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมีค่าน้อยกว่า 155mg/dL ได้ ร้อยละ 52.64 , 60.88 และ 69.58 ตามลำดับ ผู้ป่วยเบาหวานไม่มีภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลัน (hypoglycemia , hyperglycemia) มีความรู้ผ่านเกณฑ์การประเมิน 91.30 % และมีความพึงพอใจในระดับดีมากทุกคน มี อสม. ผ่านการอบรม และติดตามผู้ป่วยเบาหวาน เป็น อสม. อาสาโภชนาการชุมชน ทั้งหมด 22 คน

คำสำคัญ : ผู้ป่วยเบาหวาน, หลักโภชนาการบำบัด

ABSTRACT

This research was Action research aimed to studied model and result of Diabetes patients care by personal nutrition therapy in Diabetes patients who can not control blood sugar levels. Sample size were 46 Diabetes patients and 22 village health volunteers. Data were collected by historical and food consumption evaluation , self evaluation , questionnaire , record from , and behavior changing from. Data were analyzed by descriptive statistic.

The study indicated that sample size could blood sugar control lower 155 mg/dl 52.64% , 60.88% and 69.58% respectively. Diabetes patients had not complication(hypoglycemia , hyperglycemia). Knowledge passed evaluation criteria 91.30% and satisfaction were good level. Village health volunteers pass training and Diabetes patients follow up and they were 22 community nutrition therapy volunteers.

Keyword : Diabetes patients , nutrition therapy

บทนำ

ทุกปีจะมีผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นกว่า 7 ล้านคน โดยมีผู้เป็นโรคเบาหวานประเภทที่ 2 เพิ่มขึ้นมากที่สุดซึ่งเกิดจากรูปแบบการใช้ชีวิตที่เร่งรีบและมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากสิ่งนี้ทำให้เกิดว่ารูปแบบการใช้ชีวิตเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคผู้ที่เป็นโรคเบาหวานประเภทที่ 2 มีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ (CVD) ได้มากกว่าคนปกติถึง 2-4 เท่า และร้อยละ 80 ของคนที่เป็นโรคเบาหวานเสียชีวิตเพราะโรคนี้

ปัจจุบันมีประชากรในประเทศไทยป่วยด้วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มสูงขึ้นและในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลคำมวง มีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานทั้งหมดจำนวน 2,994 ราย ผู้ป่วยเบาหวาน ร้อยละ 56.02 มีภาวะแทรกซ้อนและมีอัตราการตายจากภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้เพิ่มมากขึ้น โรงพยาบาลคำมวงมีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ตายจากภาวะแทรกซ้อน จากปี พ.ศ.2551-2556 คิดเป็น 252 ราย ร้อยละ 8.4 สาเหตุหลักมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมกับแต่ละบุคคล โดยเฉพาะเรื่องการบริโภคอาหาร ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังมีความรู้เรื่องโภชนาการที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคลยังไม่มี ความชัดเจนและเฉพาะเจาะจงตัวบุคคล บางครั้งทำให้เกิดความเชื่อ การบอกต่อ ที่ผิดๆ และการให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่ก็เป็นแบบองค์รวม ยังไม่เฉพาะเจาะจงด้านพฤติกรรม การบริโภคที่เป็นปัญหาเฉพาะตัวผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ หรือทำได้แต่ไม่มีความสุข ขาดความยั่งยืน

โรงพยาบาลคำมวง ร่วมกับทีมเครือข่ายโภชนาการจังหวัดกาฬสินธุ์ จึงได้จัดทำโครงการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้วยหลักโภชนาการบำบัดตามบริบทของชุมชน โรงพยาบาลคำมวง จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อให้เกิดความเข้าใจ ความตระหนักเพิ่มศักยภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคที่ถูกหลักการทางโภชนาการที่เหมาะสมแต่ละบุคคลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานที่จะเกิดขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้วยหลักโภชนาการบำบัดตามบริบทชุมชน โรงพยาบาลคำมวง จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (Action research: AR) เพื่อศึกษารูปแบบและผลของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้วยการให้โภชนาการบำบัดรายบุคคล ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มสี่สี่ มีระดับน้ำตาลในเลือด 155-182mg/dL (แบ่งตามปิงปองจรรยาชีวิต 7 สี) ที่รับการรักษาที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลคำมวง ในช่วงปีงบประมาณ 2558 และ อสม. อำเภอคำมวง

เกณฑ์นำเข้า คือ ผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มสี่สี่ มีระดับน้ำตาลในเลือด 155-182mg/dL (แบ่งตามปิงปองจรรยาชีวิต 7 สี) ที่รับการรักษาที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลคำมวง ในช่วงปีงบประมาณ 2558 และ อสม.ผ่านการอบรม อสม. เชี่ยวชาญ ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์คัดออก คือ ผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มสี่สี่ มีระดับน้ำตาลในเลือด 155-182mg/dL (แบ่งตามปิงปองจรรยาชีวิต 7 สี) ที่รับการรักษาที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลคำมวง ในช่วงปีงบประมาณ 2558 มีภาวะแทรกซ้อน และ อสม. ที่ไม่ผ่านการอบรม อสม. เชี่ยวชาญ และไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ

กลุ่มตัวอย่าง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มสี่สี่ มีระดับน้ำตาลในเลือด 155-182mg/dL (แบ่งตามปิงปองจรรยาชีวิต 7 สี) สมัครใจเข้าร่วมโครงการ จำนวน 46 คน และอสม. จำนวน 22 คน ซึ่งผ่านการอบรม อสม.เชี่ยวชาญ และมีความ

สมัครใจที่จะดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้านโภชนาการในชุมชน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยเครื่องมือ 5 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบการซักประวัติและประเมินการบริโภคอาหาร

ส่วนที่ 2 แบบประเมินตนเองในเรื่องพฤติกรรมกิน ออกกำลังกาย และอารมณ์

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามประเมินความรู้ ความพึงพอใจ

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกการให้โภชนาบำบัด

ส่วนที่ 5 แบบติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ หาคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาความตรงของเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญทางด้านโภชนาการ และสาธารณสุข จำนวน 4 ท่าน จากเครือข่ายวิชาชีพโภชนาการจังหวัดกาฬสินธุ์ และโรงพยาบาลคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีดำเนินการวิจัย

1. เก็บข้อมูลเบื้องต้น ผู้ป่วยเบาหวานจัดกลุ่มผู้ป่วยตามปมป้องกันโรค 7 สี

2. ออกพื้นที่ รพ.สต. ทำ การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)

3. สังเคราะห์ข้อมูล นำเสนอข้อมูลแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

4. การอบรมเชิงปฏิบัติการด้านอาหารและโภชนาการ

5. การให้ความรู้ผู้ป่วยเบาหวาน สร้างความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคการดำเนินชีวิต เพื่อป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อน วิเคราะห์ปัญหาและให้คำแนะนำด้านโภชนาการแบบเฉพาะเจาะจงรายบุคคล กำหนด จัดการอบรมให้ความรู้ผู้ป่วยเบาหวาน 1 ครั้ง สร้างความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อน อาหารแลกเปลี่ยน

เทคนิคการประกอบอาหารเฉพาะโรค ทดสอบความรู้หลังจัดกิจกรรม ประมวลผลและวิเคราะห์การจัดกิจกรรม ประเมินภาวะโภชนาการ วางแผนโภชนาบำบัด ให้แก่ผู้ป่วยรายบุคคล

6. อบรม อสม.อาสา โภชนาการ เพื่อให้ความรู้-ความเข้าใจ เรื่องอาหารแลกเปลี่ยน อาหารเฉพาะโรคเบาหวาน อาหารที่มีผลต่อผู้ป่วยทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน /ไม่เฉียบพลัน เทคนิคการให้คำแนะนำด้านโภชนาการ การติดตามพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวาน การรายงานผลการส่งต่อ มอบหมายภารกิจ และประมวลผลและวิเคราะห์การจัดกิจกรรม

7. ติดตามเสริมพลัง ประเมินผล และสรุปผลการวิจัย

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง พฤติกรรมการบริโภคและผลของผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลผู้ป่วยเบาหวานที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 73.92 ส่วนใหญ่อายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 61.54 การศึกษาส่วนใหญ่ชั้นประถมศึกษาร้อยละ 80.43 อาชีพเกษตรกรร้อยละ 76.08 และสถานภาพสมรส ร้อยละ 86.95

2. ข้อมูลการบริโภคอาหาร ผู้ป่วยส่วนใหญ่ทำอาหารกินเอง ร้อยละ 58.69% ญาติทำอาหารให้ ร้อยละ 41.30 ผู้ป่วยส่วนใหญ่กินอาหารครบ 3 มื้อ ร้อยละ 95.65 กินข้าวตรงเวลา ร้อยละ 52.17 กินข้าวไม่ตรงเวลา ร้อยละ 47.82 ประเภทอาหารที่ชอบรับประทานส่วนใหญ่คือ อาหารพื้นบ้าน (ป่นแกงลาว ปิ้ง ย่าง น้ำพริก) รสชาติที่ชอบ รสเค็ม ร้อยละ 47.82 รสชาติจืด/พอดิ ร้อยละ 45.65 ผลการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ระดับปานกลาง

ร้อยละ 47.82 และระดับที่ควรปรับปรุง ร้อยละ 39.13

3. ข้อมูลการทำการกลุ่ม(Focus Group Discussion) จุดแข็ง มีการอบรมให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีสื่อความรู้ต่างๆ มีโอกาสเข้าวัดฟังธรรม สม่ำเสมอ มีกลุ่มออกกำลังกายในชุมชน และมี อสม. ประจำทุกครัวเรือน จุดอ่อน พักผ่อนไม่เพียงพอ นอนดึก ตื่นเช้า ควบคุมอาหารไม่ได้ กินอาหารไม่ตรงเวลา ลืมกินยา ไม่มีเวลาออกกำลังกาย เหนื่อย ผู้ดูแลและผู้ป่วยขาดความรู้ในการปฏิบัติตัว รวมถึงการปรุงอาหาร มีปัญหาไม่กล้าซักถามหมอ อุปสรรค เครียด วิตกกังวล ห้ามน้ำไม่ได้ เทศกาลงานบุญเยอะ คิดว่ากินข้าวน้อยแล้วเหนื่อย กินข้าวสวยไม่อิ่ม เสียหายอาหารเหลือ รีบกับงาน ยุ่งกับงาน ทำให้กินข้าวไม่ตรงเวลา ขาดความรู้ในการปฏิบัติตนที่ถูกต้องกับบริบทตัวเองและชุมชน ขนบธรรมเนียม

4. ผลของการให้โภชนบำบัดรายบุคคล กลุ่มเป้าหมายสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมีค่าน้อยกว่า 155mg/dL ได้ ร้อยละ 52.64 , 60.88 และ 69.58 ตามลำดับ ผู้ป่วยเบาหวานไม่มีภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลัน (hypoglycemia , hyperglycemia) มีความรู้ผ่านเกณฑ์การประเมิน 91.30 % และมีความพึงพอใจในระดับดีมากทุกคน มี อสม. ผ่านการอบรม และติดตามผู้ป่วยเบาหวานเป็น อสม. อาสาโภชนาการชุมชน ทั้งหมด 22 คน

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่า ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ การพัฒนารูปแบบการให้โภชนบำบัดในผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งมีกระบวนการ ทำการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เพื่อวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน ปัญหา อุปสรรค และสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อที่จะจัดทำเนื้อหาการอบรมเฉพาะกลุ่มและวิเคราะห์ปัญหารายบุคคล จัดการอบรมเชิงปฏิบัติการด้านอาหารและโภชนาการในภาพรวม ประเมินภาวะ

โภชนาการและวางแผนโภชนบำบัดให้แก่ผู้ป่วยรายบุคคล โดยนักโภชนาการ อบรม อสม.อาสาโภชนาการชุมชน เพื่อที่จะสามารถติดตามให้กำลังใจผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านได้ ซึ่งออกติดตามให้กำลังใจทุกสัปดาห์ และเข้ากลุ่มย่อย พบนักโภชนาการ ทุกเดือน เพื่อเสริมพลังและรับฟังปัญหาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างสมาชิกในกลุ่ม ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทรศณีย์ สิริวัฒนพรกุล (2550) พฤติกรรมการควบคุมอาหารและการสนับสนุนของครอบครัวอย่างเหมาะสมเป็นปัจจัยสำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และการศึกษาของ สุรเชษฐ เกตุสวัสดิ์ (2552) การเสริมสร้างพลังอำนาจโดยใช้กระบวนการกลุ่มและแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและชุมชนในการควบคุมโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ กมลพรรณ วัฒนากร และ อาภรณ์ ดินาน (2556) กระบวนการเสริมสร้างแรงจูงใจที่มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย มีการประเมินความพร้อมก่อนการเปลี่ยนแปลง และใช้การสนทนาเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามระยะที่ประเมินได้ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจ ริเริ่มที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมอาหาร ตระหนักถึงความสำคัญในการควบคุมตนเอง หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารมากเกินไป อาหารไขมันสูง อาหารรสเค็ม รวมทั้งอาหารที่มีน้ำตาลสูง มีการจัดการเลือกและเตรียมอาหารอย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัยครั้งนี้

1. การชักประวัติการบริโภคอาหาร ผู้ชักประวัติต้องมีความชำนาญในการชักประวัติและมีทักษะ

2. การวางแผนการให้โภชนาบำบัดรายบุคคล
ต้องเป็นนักโภชนาการ ที่มีความชำนาญในพื้นที่
และเข้าใจบริบทผู้ป่วยเบาหวาน

3. การวิจัยครั้งนี้พบว่า การที่จะทำให้ผู้ป่วย
เบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้
ต้องได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย
เพื่อที่จะให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถพึ่งตนเองได้
อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาในผู้ป่วย
เบาหวานในทุกกลุ่มสี (ตามปิงปองจราจรชีวิต 7 สี)
เพื่อหาความสัมพันธ์ในการวางแผนโภชนาบำบัด
รายบุคคลกับผู้ป่วยแต่ละกลุ่มสี

เอกสารอ้างอิง

- กมลพรรณ วัฒนารและอาภรณ์ ตีนาน. (2556). การพัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารสำหรับผู้ป่วย
โรคเบาหวานที่มีภาวะอ้วน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 27(2), หน้า 143-156.
- ทรงศนีย์ สิริวัฒนพรกุล. (2550). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารพยาบาล
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, 1(2), หน้า 57.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. (2549). แนวทางเวชปฏิบัติ การดูแลโภชนาบำบัดในโรคเบาหวานโรคความดันโลหิต
สูงและภาวะไขมันในเลือดผิดปกติสำหรับผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่ง
ประเทศไทย จำกัด.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. (2557). แนวทาง
เวชปฏิบัติ สำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ.2557. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด.
- สุระเชษฐ เกตุสวัสดิ์. (2552). การเสริมสร้างพลังอำนาจโดยใช้กระบวนการกลุ่มและแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและ
ชุมชน ในการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ พื้นที่อำเภอบาง
ไทร จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

แนวทางการดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหาฟันแท้อในโรงเรียน อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์

Operating guideline for decayed solving in school Kham Muang District Kalasin Province.

Pacharaporn Manomai
Dental Health Officer
Sungnon Sub-district Health Promoting Hospital
Tambol Sungnon Kham Muang District Kalasin Province

พัชรินทร์ มะโนมัย
เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสูงเนิน
ตำบลสูงเนิน อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research: AR) เพื่อพัฒนาแนวทางการดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหาฟันแท้อในโรงเรียน อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ ประชากร คือ นักเรียนโรงเรียนสูงเนินพิทยาคม จำนวนทั้งหมด 129 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบทดสอบ แบบสอบถาม และแบบประเมิน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และ สถิติ t test

ผลการศึกษาพบว่า เด็กนักเรียน มีฟันปกติ 41 คน คิดเป็นร้อยละ 31.78 เหงือกอักเสบ 26 คน คิดเป็นร้อยละ 20.15 ที่ต้องรักษาเร่งด่วน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 3.10 ฟันผุ 88 คน คิดเป็นร้อยละ 68.21 ให้บริการอุดฟัน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 47.28 นักเรียนที่ยังไม่ได้รับการอุดฟัน มี 27 คน คิดเป็นร้อยละ 20.93 มีการป้องกันฟันแท้อในฟันแท้ของนักเรียนประถมศึกษาชั้นปีที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 56.52 นักเรียนมีความรู้ เรื่องทันตสุขภาพก่อนและหลังการอบรม เป็นร้อยละ 51.93 และ 83.72 ตามลำดับ และความรู้หลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ส่วน พฤติกรรมการแปรงฟันของนักเรียนที่ถูกต้องโดยการให้เคี้ยวเม็ดสีย้อมฟันหลังการแปรงฟันเพื่อประเมินความสะอาดหลังการแปรงฟันพบว่าไม่ติดสี 8 คน คิดเป็นร้อยละ 6.20 และแปรงฟันอยู่ในระดับพอใช้ร้อยละ 36.43 ต้องมีการปรับปรุงการแปรงฟันร้อยละ 57.36 พฤติกรรมการแปรงฟันของนักเรียนหลังอบรม มีพฤติกรรมการแปรงฟันที่ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

คำสำคัญ : ปัญหาฟันแท้อ

ABSTRACT

This research was action research for operation guideline for decayed solving in school Kham Muang District Kalasin Province. Population were 129 students of Sungnearn pittayakom school. Data were collected by test , questionnaire and evaluation. Data were analyzed by descriptive statistic and t-test

The study indicated that students were 41 regular teeth 31.78 % 26 gingivitis 20.15 % 4 people urgently needed 3.10 % 88 decayed teeth 68.21 % 61 teeth fillings 47.28 % 27 Students who have not had dental fillings 20.93 % prevention of decay in the teeth of grade 1 student 56.52 %. Dental health knowledge before and after were 51.93 and 83.72 respectively. And Dental health knowledge after training higher than before had significant at .05 level. Brush a student's teeth correctly behavior by chew the dye after brushing for clean evaluation finding unattached 8 people 6.20 % and poor brush teeth 36.43 % brushing needs

to be improved about 57.36%. Brush teeth behavior after training were better than before had significant at .05 level.

Keyword : decayed teeth

บทนำ

จากข้อมูลการสำรวจสภาวะโรคฟันผุในฟันแท้พบว่า เด็กอายุ 12 ปี มีประสบการณ์โรคฟันผุร้อยละ 52.3 มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (DMFT) เท่ากับ 1.3 ซึ่ง/คน เป็นฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ 29.1 จากการสัมภาษณ์การรับรู้ปัญหาโรคในช่องปาก เด็กอายุ 12 ปี ร้อยละ 41.7 ระบุว่าเคยปวดฟันในรอบปีการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นจากอาการเจ็บปวด อาจส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของเด็ก โดยเด็กร้อยละ 6.3 ระบุว่าเคยหยุดเรียน เนื่องมาจากอาการปวดฟัน เฉลี่ยหยุดเรียน 1.3 วัน (จากรายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 7 ประเทศไทย พ.ศ. 2555)

จากการสำรวจสุขภาพช่องปากของเด็กนักเรียนโรงเรียนสูงเนินวิทยาคม จำนวน 129 คน พบว่ามีปัญหาฟันแท้ผุ จำนวน 84 คน คิดเป็นร้อยละ 65.12 มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (DMFT) เท่ากับ 0.67 ซึ่ง/คน ผลจากการหาปัญหาโดยการใช้แบบสอบถาม พบปัญหา คือ สาเหตุของการเกิดฟันผุเนื่องจาก เด็กชอบกินขนมกรุบกรอบ ขนมถุง อยู่เสมอหลังเลิกเรียน รวมทั้งเด็กขาดการเอาใจใส่ดูแลช่องปากและฟันของเด็กจึงทำให้เกิดปัญหาฟันแท้ผุตามมา เด็กที่มีปัญหาฟันผุส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับการรักษา ซึ่งการเกิดฟันผุจะมีผลเสียโดยตรงต่อสุขภาพของเด็ก โรงเรียนสูงเนินวิทยาคมได้ดำเนินกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพ เป็นโรงเรียน ปลอดขนม ปลอดน้ำอัดลม และยังมีกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวันซึ่งเป็นโรงเรียนเครือข่ายทันตสุขภาพที่สามารถพัฒนาดำเนินงานด้านทันตสาธารณสุขเพื่อเป็นที่ศึกษาดูงานให้กับหน่วยงานหรือโรงเรียนต่างๆแต่เด็กยังฟันผุไม่ได้รับการรักษาขาดความรู้และทักษะในการแปรงฟัน

ผู้วิจัยในฐานะผู้รับผิดชอบในประเด็นดังกล่าว ได้เห็นความสำคัญของปัญหาจึงได้จัดทำแนวทางการดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหาฟันแท้ผุในโรงเรียน อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ นี้เพื่อนำนักเรียนที่มีปัญหาด้านทันตสุขภาพเข้ามารับการรักษาและส่งต่อในรายที่มีปัญหารุนแรง เพื่อให้เด็กนักเรียนได้รับการรักษาตั้งแต่เนิ่นๆก่อนที่ปัญหาจะลุกลามจนแก้ไขได้ยาก และให้ความรู้ด้านทันตสุขภาพรวมถึงการจัดสื่อเรื่องทันตสุขภาพไว้ในโรงเรียน เพื่อเพิ่มความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนในเขตพื้นที่ การส่งเสริมให้เกิดสภาวะแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีของเด็ก ดังนั้นจึงต้องรีบปลูกฝังและเสริมสร้างสุขนิสัยให้ถูกสุขลักษณะเพื่อนำไปปฏิบัติทั้งในปัจจุบันและอนาคต ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงได้จัดโครงการนี้ขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแนวทางการดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหาฟันแท้ผุในโรงเรียนอำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานโครงการปลอดฟันแท้ผุในโรงเรียนสูงเนินวิทยาคม อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (Action research: AR) แนวทางการดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหาฟันแท้ผุในโรงเรียน อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ พื้นที่วิจัยได้แก่ โรงเรียนสูงเนิน อำเภอคำม่วงจังหวัดกาฬสินธุ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียนโรงเรียนสูงเนิน
วิทยาคม จำนวนทั้งหมด 129 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1.

1. แบบสอบถามที่สร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับ
คุณสมบัติส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ของ
นักเรียนเกี่ยวกับช่องปาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติของ
นักเรียนเกี่ยวกับช่องปาก

ส่วนที่ 4 แบบทดสอบพฤติกรรมของ
นักเรียนเกี่ยวกับช่องปาก

2. แบบทดสอบทันตสุขภาพ ในการอบรม
ความรู้ความเข้าใจก่อนและหลังการอบรม จำนวน
10 ข้อ มีเกณฑ์การประเมินดังนี้

0 - 5 คะแนน หมายถึง มีความรู้ต้อง
ปรับปรุง

6 - 7 คะแนน หมายถึง มีความรู้ระดับ
พอใช้

8 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีความรู้ในระดับ
ดี

3. แบบประเมินการประเมินการแปรงฟัน
ประเมินโดยการเคี้ยวเม็ดสีย้อมฟันให้ใช้ลิ้นกวาดให้
ทั่วบริเวณตัวฟัน เม็ดสีย้อมฟันมีคุณสมบัติในการ
เคลือบติดสีฟัน ซึ่งการแปรงฟันบางครั้งไม่สามารถ
ที่จะเป็นตัวกำหนดได้ว่าการแปรงฟันที่สะอาด
หรือไม่ เม็ดสีย้อมฟันจึงเป็นสิ่งที่ใช้ในการประเมิน
การแปรงฟันเพื่อทดสอบดูว่าการแปรงฟันที่
สะอาดเพียงพอหรือไม่ โดยมีเกณฑ์การประเมิน
ดังนี้

ไม่มีติดสีหมายถึง การแปรงฟันสะอาดดีมาก
ติดสี 1-5 ซึ่ง หมายถึง การแปรงฟันอยู่ใน
ระดับพอใช้

ติดสีเกิน 5 ซึ่ง หมายถึงการแปรงฟันไม่
สะอาดต้องปรับปรุง

วิธีดำเนินการวิจัย

1. การสำรวจสถานการณ์ฟันผุของนักเรียน
และปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

2. การสะท้อนปัญหา ตลอดจนกำหนดแนว
ทางการดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหาฟันผุใน
โรงเรียนอำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์

3. การดำเนินงานตามแนวทางเพื่อ
แก้ปัญหาฟันผุในโรงเรียนอำเภอคำม่วง จังหวัด
กาฬสินธุ์ ประกอบด้วย โครงการยุทธศาสตร์
โรงเรียนปลอดฟันผุ โรงเรียนปลอดน้ำอัดลม
โครงการประกวดการแปรงฟันที่ถูกต้อง โครงการ
พัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของ
ผู้ปกครอง โครงการออกหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่
ในโรงเรียน

4. การอบรมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้
กิจกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก และการจัด
สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพที่
เหมาะสม

5. ติดตามเสริมพลัง ประเมินผล และสรุป
ผลการวิจัย

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติพรรณนาวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อ
พรรณนาข้อมูลทั่วไป โดยข้อมูลต่อเนื่องที่มีการ
แจกแจงแบบปกติวิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ยและส่วน
เบี่ยงเบนมาตรฐาน และ สถิติ t test

ผลการวิจัย

1. ผลการตรวจนักเรียนประถมศึกษา
โรงเรียนสูงวิทยาคม ป.1-ป.6 จำนวน 129 คน
พบว่า เด็กนักเรียน ฟันปกติ 41 คน คิดเป็นร้อยละ
31.78 เด็กนักเรียนเหงือกอักเสบ 26 คน คิดเป็น
ร้อยละ 20.15 เด็กนักเรียนที่ต้องรักษาเร่งด่วน 4
คน คิดเป็นร้อยละ 3.10 เด็กนักเรียนฟันผุ 88 คน
คิดเป็นร้อยละ 68.21

2. ได้ให้บริการอุดฟันนักเรียนประถมศึกษา
61 คน คิดเป็นร้อยละ 47.28 นักเรียนที่ยังไม่ได้รับ
บริการอุดฟัน มี 27 คน คิดเป็นร้อยละ 20.93

3. มีการป้องกันฟันแท้อุดฟันแท้ของ
นักเรียนประถมศึกษาชั้นปีที่ 1 คิดเป็นร้อยละ
56.52

4. พบว่านักเรียนมีความรู้ เรื่องทันต
สุขภาพก่อนและหลังการอบรม เป็นร้อยละ 51.93
และ 83.72 ตามลำดับ จากการเปรียบเทียบความ
ต่างของค่าคะแนนความรู้ก่อนและหลังอบรมพบว่า
ความรู้หลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. พฤติกรรมการแปรงฟันของนักเรียนที่
ถูกต้องโดยการให้เคียวเม็ดย้อมฟันหลังการแปรง
ฟันเพื่อประเมินความสะอาดหลังการแปรงฟัน
พบว่าไม่ติดสี 8 คน คิดเป็นร้อยละ 6.20 และแปรง
ฟันอยู่ในระดับพอใช้ร้อยละ 36.43 ต้องมีการ
ปรับปรุงการแปรงฟันร้อยละ 57.36 จากการ
เปรียบเทียบพฤติกรรมการแปรงฟันของนักเรียน
ก่อนอบรมและหลังอบรม พบว่า พฤติกรรมในการ
แปรงฟันของนักเรียน มีพฤติกรรมการแปรงฟันที่ดี
ขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

จากสถานการณ์สำรวจสภาวะสุขภาพใน
ช่องปากของโรงเรียนสูงเนินวิทยาคม พบปัญหา
โรคฟันแท้อุดฟันแท้ในเด็กนักเรียนประถมศึกษา ร้อยละ
65.12 ยังคงมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการ
สูญเสียฟันที่สำคัญอยู่ ซึ่งการสนับสนุนให้เกิด
มาตรการจากการให้บริการโดยการตรวจส่งเสริม
ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู และการจัดให้มีการอบรม
พัฒนาศักยภาพ ครูอนามัยและนักเรียนรวมทั้งจัด
มุมความรู้เกี่ยวกับโรคใน ช่องปาก วิธีการป้องกัน
แก้ไขในโรงเรียน เพื่อเป็นการปลูกฝังพฤติกรรม
การดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกวิธี และเป็นรากฐาน
การดูแลสุขภาพ ของเด็กนักเรียนต่อไปได้ใน
อนาคต รวมทั้งเป็นการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพใน
ช่องปากได้ส่วนหนึ่ง ของคนในพื้นที่อำเภอคำม่วง

ข้อเสนอแนะ

ติดตามการดำเนินงานและประเมินผล
โครงการในโรงเรียนประถมศึกษาเรื่องการแปรงฟัน
และร้านอาหารปลอดขนมหวานและให้บริการ
รักษาส่งต่อในส่วนที่พบโรคในช่องปากรวมทั้งการ
จัดรณรงค์ในโรงเรียน

เอกสารอ้างอิง

กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.(2555) รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพ

ช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ ประเทศไทย พ.ศ.2555.

กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น

การพัฒนาโปรแกรม NCD เพื่อการเฝ้าระวังและรักษาโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง จังหวัดกาฬสินธุ์

NCD program development for monitoring and treatment of diabetes and
hypertension disease Kalasin Province

Thipaporn rachakai
Registered Nurse, Professional Level
Kalasin Provincial Public Health Office
Jakkawut pavaphutanon
Registered Nurse, Professional Level
Khammalasai Hospital Kalasin Province

ทิพาพร ราชไกร
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ Kalasin
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
จักรายุทธ ภาณุทานนท์
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research: AR) เพื่อพัฒนาโปรแกรม NCD โรคเรื้อรัง เพื่อการเฝ้าระวังและรักษาโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 15 คน พัฒนารูปร่างข้อมูลระดับหน่วยบริการ ระดับ รพท. / รพช. พัฒนารูปร่างข้อมูลจากโปรแกรม HosXP และ HosXP PCU และระดับ รพ.สต. พัฒนารูปร่างข้อมูลจากโปรแกรม JHCIS ระยะเวลาศึกษา เดือน ตุลาคม 2557 – มีนาคม 2559 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา และสถิติพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า 1) มี Template ตัวชี้วัด โรคเรื้อรัง ที่เป็นปัจจุบันตามแนวเวชปฏิบัติการควบคุมป้องกัน และรักษาโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และสอดคล้องตามตัวชี้วัดกระทรวง จำนวน 97 ตัวชี้วัด 2) มีโปรแกรมคำสั่งในการประมวลผลข้อมูล (Structure Query Language) ตามตัวชี้วัด 3) มีการติดตั้งระบบโปรแกรม NCD โรคเรื้อรังที่สมบูรณ์และมีผู้ดูแลระบบ สามารถประมวลผลได้เป็นระบบสารสนเทศในภาพจังหวัด อำเภอ และตำบล นำมาเปรียบเทียบ กำกับผลการดำเนินงาน และนำมาวางแผนแก้ไข

คำสำคัญ : การพัฒนาโปรแกรม NCD โรคเรื้อรัง, โรคเบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง

ABSTRACT

This research was action research investigated to NCD program development for monitoring and treatment of diabetes and hypertension disease Kalasin Province. Sample size were 15 NCD Responsible person data based development since primary unit to secondary and tertiary unit. Data based development from HosXP programe and HosXP PCU programe and JHCIS programe in Sub-district Health Promoting Hospital between October 2014 – March 2016. Data were analyzed by content analysis and descriptive statistic.

The study indicated that 1) NCD Template , KPI Current followed Medical Practice of control prevention and treatment diabetes and hypertension disease and consistent 97 MOPH Indicators. 2) Data processing command program (Structure Query Language) by Template Indicators. 3) System installation NCD programe were complete and had admin could processed as an information system inform province , district and sub-district bring to compare , Directed Performance and plan.

Keyword : NCD program development , diabetes , hypertension

บทนำ

จากผลการปฏิบัติงาน การตรวจนิเทศติดตามงาน และรับการตรวจราชการประจำปี พบปัญหาว่าภาระในการบันทึกข้อมูลจำนวนมาก ข้อมูลมีความซ้ำซ้อน ข้อมูลจากการบันทึกไม่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้ เนื่องจากระบบสารสนเทศสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ในการติดตามเพื่อควบคุม ป้องกัน และดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่ใช้อยู่ในปัจจุบันตอบสนองความต้องการของผู้ใช้ข้อมูลได้ไม่ครบถ้วนเข้าถึงข้อมูลที่ต้องการได้ยุ่งยาก นำมาสนับสนุนการดำเนินงานในปัจจุบันและอนาคตไม่เป็นปัจจุบันเนื่องจากระบบสารสนเทศเดิมที่พัฒนาขึ้นมาเมื่อเวลาผ่านไประบบดังกล่าวจึงไม่ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น จากการทำ 6 BB และผลการติดตามประเมินคลินิก NCD คุณภาพ จาก case manager เบาหวาน ความดันโลหิตสูง จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ปฏิบัติงานให้บริการกับผู้ป่วย มีความยุ่งยาก จากระบบการทำงาน ในคลินิกบริการมีความซับซ้อน ไม่มีเวลาทำให้เกิดความไม่พึงพอใจทั้งผู้ให้และผู้รับข้อมูล การประเมินผลของนโยบายการดูแลผู้ป่วยตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพการรักษา ของแต่ละโรงพยาบาล มีความหลากหลายไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกันไม่สามารถนำข้อมูลมาเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลได้ ถึงแม้จะอยู่ในพื้นที่จังหวัดเดียวกันก็ตาม โรงพยาบาลนาระบบข้อมูลฐานอิเล็กทรอนิกส์มาใช้ในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วย แต่การใช้ประโยชน์ยังมีข้อจำกัดเนื่องจากผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ยังไม่มีทักษะในการวิเคราะห์ข้อมูล การบริหารจัดการโรค ประเมินผลลัพธ์การบริหารจัดการโรค เพื่อที่จะลดโรค ลดภัย จากโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง ดังนั้นจำเป็นต้องมีฐานข้อมูลจากแหล่งเดียวกัน ให้มีความถูกต้อง น่าเชื่อถือ และสามารถดึงข้อมูลได้จากโปรแกรมที่ใช้ในปัจจุบัน ซึ่งโรงพยาบาลใช้โปรแกรม HosXP โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใช้โปรแกรม JHCIS ไม่ต้องบันทึกข้อมูล

เพิ่มจากเดิม จึงเป็นจุดเริ่มต้นในการที่จะพัฒนาโปรแกรม NCD โรคเรื้อรัง จังหวัดกาฬสินธุ์ขึ้นมา ซึ่งทีมวิจัยได้เริ่มจากการสร้างทีมผู้รับผิดชอบข้อมูล (Admin) และพยาบาลผู้จัดการรายกรณี เบาหวาน ความดันโลหิตสูง (Case manager) พัฒนาเฉพาะโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ให้ทีม Case manager ร่วมกำหนดตัวชี้วัดที่มีความจำเป็น เพื่อพัฒนาระบบการดำเนินงานงานเพื่อลดโรค ลดภัย นำมาใช้ประโยชน์ในการบริหารจัดการโรคได้จำนวน 97 ตัวชี้วัด และทีม Admin ร่วมเขียนโปรแกรมตามตัวชี้วัด ซึ่งจากการศึกษาพบว่า สสจ.มุกดาหาร ได้พัฒนาระบบคลังข้อมูลโรคเรื้อรัง และเขตตรวจราชการที่ 7 (กระบี่ , ตรัง, พังงา, ภูเก็ต และระนอง) สปสช., สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ที่เคยจัดทำโปรแกรมที่ตอบตัวชี้วัดการดำเนินงานโรคเรื้อรัง แต่ยังไม่สอดคล้องครบถ้วนกับความต้องการของผู้ต้องการข้อมูล จังหวัดกาฬสินธุ์ยังต้องมีการพัฒนาโปรแกรมให้เหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ พัฒนาศักยภาพของผู้ปฏิบัติงานให้สามารถเปรียบเทียบข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลมาใช้ในการเฝ้าระวัง และรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงให้เกิดการทำงานร่วมกันเป็นเครือข่าย เพื่อขับเคลื่อนให้เกิดการบริหารจัดการโรคอย่างมีประสิทธิภาพที่ต่อเนื่องยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาโปรแกรม NCD โรคเรื้อรัง เพื่อการเฝ้าระวัง และรักษาโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงอย่างมีประสิทธิภาพ

วิธีการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาโปรแกรม NCD โรคเรื้อรัง ระดับจังหวัดเพื่อพัฒนาระบบรายงานและเชื่อมโยงข้อมูลย้อนกลับสู่หน่วยบริการ พัฒนาระบบรายงานการเขียน Template ตามตัวชี้วัดสรุปผลการปฏิบัติงาน กลุ่มตัวอย่างได้แก่ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 15 คน

พัฒนาร่วมกับฐานข้อมูลระดับหน่วยบริการ ระดับ รพท. / รพช. พัฒนาฐานข้อมูลจากโปรแกรม HosXP และ HosXP PCU และระดับ รพ.สต. พัฒนาฐานข้อมูลจากโปรแกรม JHCIS ระยะเวลา ศึกษา เดือน ตุลาคม 2557 – มีนาคม 2559 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา และสถิติพรรณนา

วัสดุ อุปกรณ์และวิธีการ

1. ระบบข้อมูล(Database System) ของหน่วยบริการสาธารณสุขในจังหวัดกาฬสินธุ์ จากโปรแกรม HosXP ,HosXP PCU และ JHCIS
2. โครงสร้างมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม
3. คำสั่งประมวลผลข้อมูลด้วย Structure Query Language (SQL) ตามตัวชี้วัด
- 4.Template ตามตัวชี้วัดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง
5. วิธีการวิจัย
 - ขั้นตอนที่ 1.การวิเคราะห์ปัญหา (Problem Analysis)
 - ขั้นตอนที่ 2 การสร้างทีมงาน (Team Building)
 - ขั้นตอนที่ 3 การออกแบบโปรแกรม (Program Design)
 - ขั้นตอนที่ 4 การเขียนโปรแกรม (Program Coding)
 - ขั้นตอนที่ 5 การทดสอบและแก้ไขโปรแกรม (Program Testing & Verification)
 - ขั้นตอนที่ 6 การใช้งานจริง (Program Implement)
 - ขั้นตอนที่ 7 การจัดทำเอกสารและคู่มือการใช้งาน (Program Documentation)
 - ขั้นตอนที่ 8 การปรับปรุงและพัฒนาโปรแกรม (Program Maintenance)
 - ขั้นตอนที่ 9 การติดตามและประเมินผลโปรแกรม (Program Monitoring and Evaluation)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ สถิติพรรณนา

สรุปผลการวิจัย

1. การพัฒนาโปรแกรม NCD โรคเรื้อรังเพื่อการเฝ้าระวัง และรักษาโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง จังหวัดกาฬสินธุ์

1.1 การวิเคราะห์ปัญหา (Problem Analysis) จากการทำ 6 BB ผู้รับผิดชอบงาน (case manager) และจากการติดตามประเมินคลินิก NCD คุณภาพ พบปัญหา ข้อมูลไม่เป็นระบบสารสนเทศ นำข้อมูลมาวิเคราะห์ เพื่อพัฒนาคุณภาพการป้องกันควบคุม โรคเรื้อรัง รวมทั้งออกแบบบริการสุขภาพให้กับกลุ่มเป้าหมาย (รายบุคคล รายกลุ่ม และกลุ่มประชากร) ที่มารับบริการในสถานบริการ ไม่สามารถคืนข้อมูลในการติดตามระบบการปฏิบัติงานเพื่อการบริการต่อเนื่องที่เชื่อมโยงกับเครือข่ายบริการได้

1.2 การสร้างทีมงาน(Team Building) ประกอบด้วย System manager ,Case manager , IT และAdmin ระดับ อำเภอ และระดับจังหวัด จำนวน 50 คน ร่วมกิจกรรม 3 วัน 2 คืน นอกสถานที่เพื่อ สร้างสัมพันธ์ภาพ ปรับทัศนคติ สร้างกระบวนการการทำงานเป็นทีม ชื่อทีม “ITCM” และถอดบทเรียนเพื่อหากลยุทธ์ในการพัฒนาข้อมูลให้เป็นระบบสารสนเทศงานโรคเรื้อรัง พบข้อบกพร่องและข้อตกลงที่ทีมร่วมกันพัฒนาโปรแกรม NCD โรคเรื้อรัง โดยเริ่มต้นพัฒนาจากตัวชี้วัดโรคเรื้อรัง(Key Performance Indication : KPI) ซึ่งประกอบด้วย 1) ผู้ใช้ระบบเขียน Template 2)Hardware 3)IT/Admin เขียนโปรแกรมประมวลผล 4)Software

1.3 ออกแบบโปรแกรม (Program Design) โดย System manager และ Case manager โดยคัดเลือกตัวชี้วัดโรคเรื้อรัง จากตัวชี้วัด และรายงานผลการปฏิบัติงาน เฉพาะโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง นำมาเขียน Template ตามตัวชี้วัด จำนวน 5 ชุด รวมตัวชี้วัด 190 ข้อ ดังนี้

ชุดที่ 1 ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานการคัดกรองโรคเบาหวานจำนวน 31 ตัวชี้วัด

ชุดที่ 2 ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 31 ตัวชี้วัด

ชุดที่ 3 ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานโรคเบาหวานจำนวน 52 ตัวชี้วัด

ชุดที่ 4 ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 36 ตัวชี้วัด

ชุดที่ 5 ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีเบาหวานร่วม จำนวน 40 ตัวชี้วัด

1.4 การเขียนโปรแกรม (Program Coding) ทีม Admin, IT เขียนคำสั่งประมวลผลข้อมูล (Structure Query Language : SQL) ตาม Template ตัวชี้วัด จำนวน 190 ข้อ

1.5 การทดสอบและแก้ไขโปรแกรม (Program Testing & Verification)

1.5.1 Admin เขียนโปรแกรมพร้อมติดตั้งระบบโปรแกรม NCD โรคเรื้อรัง ลงบนศูนย์ข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพจังหวัดกาฬสินธุ์ (Health Center Information System Kalasin) หรือ www.203.157.186.122

1.5.2 ทีม Admin ทดสอบประมวลผลการนำเข้าข้อมูลและการส่งออกโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ระหว่างหน่วยบริการและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

1.5.3 ปรับแก้ไขคำสั่งประมวลผลข้อมูลบางข้อที่ไม่ออกข้อมูลได้ตาม Template

1.6 การใช้งานจริง (Program Implement) โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการผู้บันทึกข้อมูล (CM) ผู้รับผิดชอบข้อมูล (IT) เพื่อเรียนรู้การบันทึกข้อมูลในโปรแกรม การลงวินิจฉัย การส่งออกข้อมูลให้ถูกต้อง ทันเวลา ครบถ้วนเป็นปัจจุบัน และวิเคราะห์ข้อมูลรายอำเภอ และวิเคราะห์ และประมวลผลข้อมูลรายอำเภอโดยการทวนสอบระหว่าง Case manager และ IT ผู้ดูแลข้อมูลระดับอำเภอ

1.7 การจัดทำเอกสารและคู่มือการใช้งาน (Program Documentation) ทีมITCM ได้จัดทำ

คู่มือเพื่อสนับสนุนให้ผู้บันทึกข้อมูลมีความมั่นใจในการบันทึกให้ถูกต้องทุกขั้นตอน รวมทั้งการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนและการลงรหัสโรค(ICD10)ให้ถูกต้องทั้งระบบโปรแกรม HosXP และ JHCIS

1.8 การปรับปรุงและพัฒนาโปรแกรม (Program Maintenance) จากการปรับปรุงพัฒนา แก้ไขข้อบกพร่อง KPI Template ให้เป็นปัจจุบัน ทันสมัย และปรับคำสั่งประมวลผลข้อมูลด้วย Structure Query Language (SQL) ให้ออกข้อมูลตามตัวชี้วัด จึงมีการปรับปรุงโปรแกรมให้เหมาะสมกับการนำไปใช้ เข้าใจง่ายดังนี้

1.8.1 review KPI ที่สำคัญ มีความจำเป็นเพื่อนำมาวิเคราะห์ วางแผนในการควบคุม ป้องกัน รักษาผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง จำนวน 97 ข้อ ดังนี้

ชุดที่ 1 ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานการคัดกรองโรคเบาหวาน จำนวน 7 ตัวชี้วัด

ชุดที่ 2 ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 7 ตัวชี้วัด

ชุดที่ 3 ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานโรคเบาหวานจำนวน 33 ตัวชี้วัด

ชุดที่ 4 ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 23 ตัวชี้วัด

ชุดที่ 5 ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีเบาหวานร่วม จำนวน 27 ตัวชี้วัด

1.8.2 ปรับหน้า web ให้ดูเข้าใจง่าย และสามารถเลือกข้อมูลเป็นปีงบประมาณได้

1.8.3 พัฒนาระบบข้อมูลให้มีความทันสมัยทันเวลา ถูกต้อง เป็นระบบ Real Time

1.9 การติดตามและประเมินผลโปรแกรม (Program Monitoring and Evaluation) เป็นการลงพื้นที่จริงโดยทีมพี่เลี้ยง ITCM เพื่อตรวจสอบติดตาม ประเมิน ถึง ความสำเร็จของกระบวนการพัฒนาระบบการจัดการข้อมูล และร่วมกันหาแนวทางแก้ไข จากการประมวลผลข้อมูลให้เป็นระบบสารสนเทศที่ตรงตามจริงของเขตพื้นที่ให้เป็นปัจจุบันและเป็นมาตรฐานเดียวกัน ดังแสดงภาพที่ 2

1.9.1 Soft Ware มีสอดคล้องกับการลงบันทึกข้อมูล การประมวลผลหรือไม่ เช่น การ Mapping lab ไม่เป็นปัจจุบันทำให้การส่งออก 43 แฟ้มไม่ได้ และ KPI บางตัวไม่ออกข้อมูล เนื่องโปรแกรม Software ไม่ Update

1.9.2 ทุระบบ Hard Ware มีความทันสมัย ใช้งาน บำรุงรักษาได้สะดวก ง่าย และประหยัด

1.9.3 การบันทึกข้อมูลของผู้บันทึก ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลาหรือไม่

1.9.4 การส่งออกข้อมูลได้ถูกต้อง ครบถ้วน และปรับให้เป็นปัจจุบันหรือไม่

1.9.5 มีการปรับ Person ทั้งกลุ่มประชากร ทั้งหมด และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้เป็นปัจจุบันหรือไม่

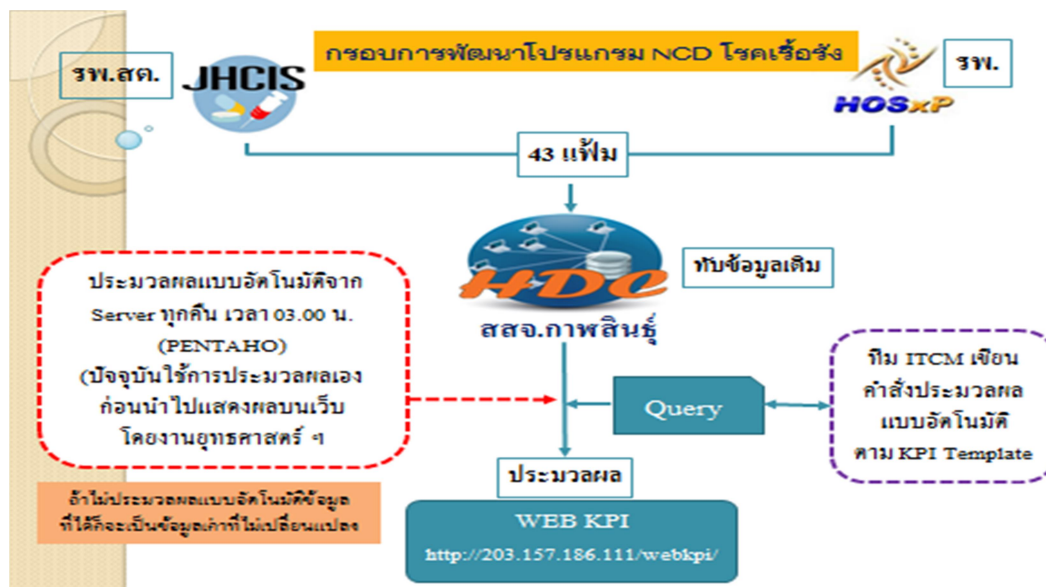
2. ผลการการพัฒนาโปรแกรม NCD โรคเรื้อรัง เพื่อการเฝ้าระวัง และรักษาโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง จังหวัดกาฬสินธุ์

2.1 ได้ Template ตัวชี้วัด โรคเรื้อรัง ที่เป็นปัจจุบันตามแนวเวชปฏิบัติการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และสอดคล้องตามตัวชี้วัดกระทรวง จำนวน 97 ตัวชี้วัด

2.2 โปรแกรมคำสั่งในการประมวลผลข้อมูล (Structure Query Language) ตามตัวชี้วัด

2.3 มีการติดตั้งระบบโปรแกรม NCD โรคเรื้อรังที่สมบูรณ์และมีผู้ดูแลระบบ สามารถประมวลผลได้เป็นระบบสารสนเทศในภาพจังหวัด อำเภอ และตำบล นำมาเปรียบเทียบ กำกับผลการดำเนินงาน และนำมาวางแผนแก้ไข พัฒนางานได้ทันช่วงที่ ผลงานตามตัวชี้วัดที่สามารถออกข้อมูลได้ในภาพรวมระดับจังหวัดเป็นรายข้อ และลงรายละเอียดรายอำเภอ ตำบล ได้ ยังต้องพัฒนาให้ออกรายข้อ ที่อยู่ต่อไป

2.4 มีระบบรายงานผลการปฏิบัติงานโรคเรื้อรังติดต่อเรื้อรังระดับจังหวัด จากการนำเข้าข้อมูลจากหน่วยบริการจากโปรแกรม JHCIS และ HOSXP เป็น 43 แฟ้ม แล้วส่งออกมายังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (Health Data Center) สามารถรับข้อมูลได้ครบถ้วนทุกแฟ้ม ดึงข้อมูลมาใช้ได้ตามตัวชี้วัดที่ต้องการ เข้าถึงข้อมูลได้อย่างรวดเร็ว ง่ายขึ้น ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงการส่งออกข้อมูลจากโปรแกรม JHCIS และ HOSXP เป็น 43 แฟ้มเข้าฐาน HDC

จากภาพที่ 4 แสดงถึงกรอบการพัฒนา
ระบบการจัดการข้อมูลการส่งออกข้อมูลจาก
โปรแกรม JHCIS และ HOSXP เป็น 43 แฟ้มเข้า
ฐาน HDC มีคำสั่งประมวลผลข้อมูล (SQL) ตาม
Template เพื่อประมวลผลตามโปรแกรม NCD
โรคเรื้อรัง

อภิปรายผล

โปรแกรม NCD โรคเรื้อรังระดับจังหวัด เป็น
โปรแกรมที่พัฒนาขึ้น สำหรับใช้เป็นเครื่องมือ
สนับสนุนการดำเนินงานโรคเรื้อรัง ของสถาน
บริการสาธารณสุขทั้งในระดับจังหวัด อำเภอ
ตำบล ครอบคลุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2 โรค ได้แก่
โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดยใช้วิธีการ
เชื่อมโยงข้อมูลจากฐานข้อมูลโปรแกรมระบบ
บริการที่สถานบริการสาธารณสุขใช้อยู่ในปัจจุบัน
เช่น JHCIS, HOS-XP ให้ถูกต้อง ครบถ้วน และชุด
ข้อมูลตามโครงสร้าง 43 แฟ้มมาตรฐาน โดย
สามารถเชื่อมโยงข้อมูลของสถานบริการต่าง ๆ มา
รวบรวม วิเคราะห์ และสร้างสารสนเทศที่สามารถ
ประเมินผลการดำเนินงานโรคเรื้อรัง ที่สามารถใ้
งานได้ผ่านระบบอินเทอร์เน็ต โดยไม่เป็นการเพิ่ม
ภาระของบุคลากรในการบันทึกข้อมูลซ้ำซ้อนแต่
อย่างไรก็ดี อีกทั้ง สามารถแสดงรายละเอียดข้อมูล

ผู้ป่วย ทั้งในกลุ่มคัดกรอง กลุ่มเสี่ยง กลุ่มผู้ป่วย
รายใหม่ รายเก่า มีภาวะแทรกซ้อน ได้รับการคัด
กรองภาวะแทรกซ้อน การส่งต่อไป รพ.สต. ซึ่งจะ
เป็นประโยชน์ต่อบุคลากรทางการแพทย์และ
สาธารณสุข นำไปใช้เป็นเครื่องมือในการเฝ้าระวัง
ติดตาม ดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยในพื้นที่รับผิดชอบได้
เป็นอย่างดี และนำมาเปรียบเทียบกับหน่วยบริการ
อื่นๆที่มีฐานข้อมูลเดียวกัน

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาให้ออกข้อมูลรายชื่อ ที่อยู่ เพื่อใช้
ประโยชน์ในการติดตามเฝ้าระวัง และดูแลรักษา
ผู้ป่วยในพื้นที่รับผิดชอบเป็นรายบุคคลได้
2. ควรพัฒนาตัวชี้วัดอื่นๆ นอกจาก
โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง
3. ศึกษาแลกเปลี่ยนกับหน่วยงานอื่นๆ
เพื่อให้ทราบความก้าวหน้าและร่วมพัฒนา
โปรแกรมต่อไป
4. ควรเผยแพร่ให้กับหน่วยงานอื่นที่สนใจได้
นำไปใช้ประโยชน์
5. ควรมีคอมพิวเตอร์แบบสมรรถนะสูงให้
ผู้พัฒนาระบบงานเพื่อใช้ประมวลผลได้อย่าง
เหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

- คู่มือการใช้โปรแกรมระบบคลังข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล, สตูล ; 2556.
- คู่มือแนวทางการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อ. สำนักกระบวนวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี ; 2552
- คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ. การบริหารงบบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง, สำนักงานหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ, กรุงเทพมหานคร ; 2558.
- คู่มือปฏิบัติงานการจัดเก็บข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพและข้อมูลส่งต่อ 50 แฟ้ม. สำนัก
นโยบายและยุทธศาสตร์, กระทรวงสาธารณสุข ; 2556
- แนวเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ศรีเมืองการพิมพ์ ; 2557.

วัตถุประสงค์ เพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการและผลการศึกษาวิจัยทางงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ตลอดจนการพัฒนาคุณภาพชีวิตจนนำไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางด้านสิ่งแวดล้อมและบุคลากรสาธารณสุขและทางการแพทย์ ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติ รวมถึงประชาชนผู้สนใจทั่วไป

บรรณาธิการ

ผศ.ดร.ชัยธัช จันทร์สมุด

มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

กองบรรณาธิการ

ผศ.ดร.เจษฎา สิงห์ทองชัย

มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

ผศ.คมกริช ทองนาค

มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

อ.คมกริช อ่อนประสงค์

มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

ดร.วรกร วิชัยโย

มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

ดร.ภาสพิชญ์ ชูใจ

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี

ดร.ธีรพัฒน์ สุทธิประภา

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ดร.คงฤทธิ วันจรรย์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ดร.สุกศักดิ์ เมืองพรหม

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเกษตรวิสัย

ดร.ลำพูน เสนาวัง

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองกาฬสินธุ์

ดร.จักรวาล วงศ์ภักดี

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขาวง

ดร.นัฐวุฒิ ไผ่ผาด

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกุฉินารายณ์

ดร.เสรี แซ่ตัน

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกำแพง

ดร.แสงจันทร์ เปริดพราว

ข้าราชการบำนาญ

ดร.สฤติย์ ศิริธรรมจักร

ข้าราชการบำนาญ

ดร.ลัดดา อะโนศรี

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

นพ.จารึก ประคำ

โรงพยาบาลนามน

นพ.สุรเชษฐ์ ภูวรรณ

โรงพยาบาลฆ้องชัย

ภก.ญ.ประจักษ์จิตร เขาเขียว

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

ฝ่ายจัดการ

นายศิริศักดิ์ ดลพร

นางสาวธัญลักษณ์ จันทร์หอมฟุ้ง

สมาคมศิษย์เก่าอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

80 หมู่ 15 ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ 46230 โทร. 0819641690

บทความและรายงานการวิจัยเป็นความคิดเห็นและการค้นคว้าของผู้เขียนโดยเฉพาะไม่จำเป็นต้องสอดคล้องกับคณะผู้จัดทำ และมิใช่ความรับผิดชอบของ สมาคม

ศิษย์เก่าอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์