

สารบัญ

รายงานการวิจัย	หน้า
การพัฒนาแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดกาฬสินธุ์.....	1
ธงชัย ปัญญรัตน์	
ทางเลือกการดูแลสุขภาพต่อระดับความเสี่ยงสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2	
ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ.....	9
เพลิน สูงโคตร, สารภี นนทตา, ปราณี ธีระวิศิษฐ์ชัย, เสกสรรค์ จวงจันทร์	
การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะ 3-4 โรงพยาบาลโนนสูง.....	15
บุญญิตา วัจนละอันท	
ผลของการสนับสนุนในระบบสุขภาพอำเภอ (DHB) ต่อการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	
เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดลำพูน.....	26
พรวิภา ยาสมุทร และคณะ	
ถุงโคลอสโตมี พี.เอส.โมเดล.....	36
ไพรินทร์ สมบัติ	
ผลของแนวทางการเข้าถึงบริการในคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยใช้	
กระบวนการเสริมพลังเครือข่าย.....	44
ภรณ์พรพรพร พุฒวิชัยดิษฐ์, ยุทธกรานต์ ชินโสตร	
การพัฒนาแบบการกอดมดลูกส่วนล่างร่วมกับการใช้นวัตกรรมเตรียม-เตือนการนวดมดลูก	
ต่อคุณภาพการเฝ้าระวังภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกโรงพยาบาลชานุมาน	
จังหวัดอำนาจเจริญ.....	58
อรัญญ์ บัวคำ	
ประสิทธิผลของการพัฒนาแนวทางการเข้าถึงบริการในคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยใช้	
กระบวนการเสริมพลังในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ.....	71
ภรณ์พรพรพร พุฒวิชัยดิษฐ์, ยุทธกรานต์ ชินโสตร	
ผลของการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....	86
ราตรี มณีขัติย์	
การพัฒนากระบวนการให้ความรู้ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 และผู้ดูแล	
ในการป้องกันการเกิดโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม.....	95
วรวิ วังศรีศรีชา	

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม

และสุขภาพชุมชน

JOURNAL OF ENVIRONMENT HEALTH AND COMMUNITY HEALTH

สารบัญ(ต่อ)

	หน้า
รายงานการวิจัย	
การสร้างและพัฒนากลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสำหรับองค์กรชุมชน	
ในการจัดการปัญหาการบริโภคยาสูบ ตำบลหนองไผ่ อำเภอรวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด.....	107
วิโรจน์ นรชาญ	
การพัฒนาถุงตวงเลือด Alert safety bag ร่วมกับการใช้ CPG Alert PPH	
ต่อคุณภาพการวินิจฉัย.....	119
อรรถัย บัวคำ	
รูปแบบการบูรณาการดูแลและเสริมสร้างสุขภาพจิตโดยเครือข่ายชุมชน อำเภอหนองจิก	
จังหวัดปัตตานี.....	131
อังคณา วังทอง, อนุชิต วังทอง, กิตติพัฒน์ ทุตียาสนดี	
การพัฒนาแนวปฏิบัติชุมชนการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยการมีส่วนร่วมของ	
“คุ้มครัวเรือน” และเทคนิค “ การประเมินความชุกกลุ่่น้ำยุงลายแบบไขว้หมู่บ้าน” บริบทพื้นที่	
ตำบลเหนือ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์.....	143
ชวน อะโนศรี	
การพัฒนากระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพชุมชน สำหรับภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน	
ตำบลบางปะกง.....	153
กนกศรี จาดเงิน	
บทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงในการจัดการรายกรณี : กรณีศึกษาหญิงตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ที่	
มีปัญหาเยาเสฟติดและจิตเวช.....	166
สุรัชย์ สีนาวาชีวะ	

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 11 (ปีที่ 4 ฉบับที่ 3) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน กันยายน – ธันวาคม 2562 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูง การดูแลสุขภาพต่อระดับความเสี่ยงภัยสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะ 3-4 ระบบสุขภาพอำเภอ (DHB) ต่อการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ถังโคลอสโตมี พี.เอส.โมเดล การเข้าถึงบริการในคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้กระบวนการเสริมพลังเครือข่าย รูปแบบการกอดมดลูกส่วนล่างร่วมกับการใช้นวัตกรรมเตรียม-เตือนการนวดมดลูกต่อคุณภาพการเฝ้าระวังภาวะตกเลือดหลังคลอด การดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กระบวนการให้ความรู้ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 และผู้ดูแลในการป้องกันการเกิดโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย กลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสำหรับองค์กรชุมชนในการจัดการปัญหาการบริโภคยาสูบ และการพัฒนาถุงตวงเลือด Alert safety bag ร่วมกับการใช้ CPG Alert PPH การดูแลและเสริมสร้างสุขภาพจิตโดยเครือข่ายชุมชน การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยความร่วมมือของ “คุ้มครัวเรือน” และเทคนิค “การประเมินความชุกกลุณน้ำยุงลายแบบไขว้หมู่บ้าน” กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพชุมชน สำหรับภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการจัดการรายกรณีหญิงตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ที่มีปัญหายาเสพติดและจิตเวช เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ปีที่ 4 ฉบับที่ 3 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชนต่อไป

การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดกาฬสินธุ์

The development of health behavior changing of HT patient Kalasin province.

ธงชัย ปัญญรัตน์

Thongchai Punyurat

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

Kalasin Provincial Public Health Office

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอนาาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ อายุระหว่าง 35 -50 ปี ป่วยไม่เกิน 5 ปี มีค่าไตไม่เกินระดับ 3 และยินยอมเข้าร่วมโครงการ จำนวน 368 คน เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ได้แก่ เครื่องมือในการจัดกิจกรรม คือหลักสูตรอบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดกาฬสินธุ์ และเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ส่วนเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบบันทึกสภาวะสุขภาพ แบบสรุปพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ปฏิบัติได้ และ แบบสอบถามความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กิจกรรมที่สามารถปฏิบัติได้ และความพึงพอใจได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เปรียบเทียบสภาวะสุขภาพ ได้แก่ paired t – test , F – test ด้วยเทคนิค one – way ANOVA เปรียบเทียบรายคู่ โดย Duncan , F – test ด้วยเทคนิค Repeated measurement เปรียบเทียบรายคู่ โดย LSD โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ระดับความดันโลหิต(ค่าบน)และระดับความดันโลหิต(ค่าล่าง) ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ก่อน หลังการอบรมหลักสูตรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 1 เดือน การติดตามแลกเปลี่ยนเรียนรู้ครั้งที่ 1 (เดือนที่ 2) การติดตามแลกเปลี่ยนเรียนรู้ครั้งที่ 2 (เดือนที่ 3) การติดตามแลกเปลี่ยนเรียนรู้ครั้งที่ 3 (เดือนที่ 4) และการติดตามประเมินผลสภาวะสุขภาพหลังการติดตามแลกเปลี่ยนเรียนรู้ครั้งที่ 3 (เดือนที่ 4) 6 เดือน ของค่ารวม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p – value เท่ากับ .000 ทุกค่า) โดยที่การติดตามประเมินผลสภาวะสุขภาพหลังการติดตามแลกเปลี่ยนเรียนรู้ครั้งที่ 3 (เดือนที่ 4) 6 เดือน มีระดับความดันโลหิต(ค่าบน) ต่ำที่สุด แต่ไม่ต่างจากการติดตามแลกเปลี่ยนเรียนรู้ครั้งที่ 1 (เดือนที่ 2) และการติดตามแลกเปลี่ยนเรียนรู้ครั้งที่ 2 (เดือนที่ 3) ส่วนการติดตามประเมินผล 6 เดือนมีระดับความดันโลหิต(ค่าล่าง) น้อยที่สุด

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

Abstract

This research was research and development research aimed to development of health behavior changing of HT patient Kalasin province. Sample size were 368 HT patient Kalasin by inclusion criteria such as age between 35 – 50 years , ill < 5 years , GFR < 3 level and agree to participate this project. Research tools such as curriculum of health behavior changing of DM patient and HT patient Kalasin province and Learning exchange. Collected tools were health status record , summary practicable health care and satisfaction questionnaire. Data were analyzed by descriptive statistics used to analyze general information of samples , activities that can be performed and satisfaction namely frequency , percentage , mean and standard deviation. And inferential Statistics for health status compare namely paired t – test , F – test by one – way ANOVA technique multiple comparison by Duncan test , F – test Repeated measurement technique multiple comparison by LSD test divide significant level at $p < 0.05$

The results of the data analysis showed that; Comparison of BP in HT patient between before , after curriculum of health behavior changing 1 mount , Follow-up 1st (2nd month) , Follow-up 2nd (3rd month) , Follow-up 3rd (4th month) and health status evaluation after Follow-up 3rd (4th month) about 6 month finding had statistically significant differences at .05 level by after Follow-up 3rd (4th month) about 6 month had least HT but no difference from Follow-up 1st (2nd month) and Follow-up 2nd (3rd month). As after Follow-up 3rd (4th month) about 6 month had least HT.

Keyword: The development of health behavior changing of HT patient

บทนำ

โรคเรื้อรังเป็นปัญหาระดับโลก ทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนา จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก พบว่าโรคเรื้อรังเป็นสาเหตุของการตาย 63 เปอร์เซ็นต์ ของประชากรในโลกหรือประมาณ 36 ล้านคนตายจากโรคเรื้อรัง ประเทศไทยมีปัญหาจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเช่นกัน โดยมีสัดส่วนที่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยนานาชาติ โดยโรคเรื้อรังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของคนไทยถึง 304,665 รายในปี 2552 (ร้อยละ 73.3 ของการเสียชีวิต

ทั้งหมด) จากการสำรวจพบว่าประชาชนไทยมีพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังและปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ เช่น การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า คนไทยมีพฤติกรรมเสี่ยงเพิ่มขึ้น เช่น รับประทานผักน้อยลง (รับประทานผักเฉลี่ย 1 ½ ช้อน/วัน) รับประทานอาหารเค็มมากขึ้นเกือบสามเท่าของปกติ (รับประทานเกลือเฉลี่ย 5,218 mg/วัน) รับประทานอาหารหวานมากขึ้นกว่าสามเท่าของปกติ (รับประทานน้ำตาลเฉลี่ย 20 ช้อนชา/วัน) และอาหารมันมากขึ้น

(รับประทานอาหารทอดเฉลี่ย 5 มื้อ/สัปดาห์) (รามรังสินธุ์และคณะ, 2557) จากสถิติดังกล่าวจะเห็นว่าคนไทยมีโอกาasเป็นโรคเรื้อรังไม่ติดต่อเพิ่มสูงขึ้น ได้แก่ โรคในกลุ่มภาระโรคเมตาบอลิก ได้แก่ โรคหัวใจ เบาหวาน และความดันโลหิตสูง ที่เป็นปัญหาสุขภาพสำคัญ ที่ทวีความรุนแรงมากขึ้นของประชาชนไทยในปัจจุบัน

จากรายงานการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญของจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า โรคความดันโลหิตสูง มีอัตราป่วยสูงสุด 11,615.81 รองลงมาคือ โรคเบาหวาน 8,525.65 โรคหัวใจขาดเลือด 782.03 โรคหลอดเลือดสมอง 705.36 และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เท่ากับ 571.19 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ในระหว่างปี 2557–2559 ด้านภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต ร้อยละ 70.41 ได้รับการตรวจ LDL ร้อยละ 62.79 ได้รับการตรวจ CVDrisk ร้อยละ 81.29 พบว่า อำเภอที่มีอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูง สูงสุด คือ อำเภอนาคู อัตราป่วย 11,615.81 รองลงมา เขาวง 10,762.53 และกมลาไสย 9,673.82

สุขภาพทางเลือก เป็นเทคนิคการดูแลสุขภาพหรือวิธีการทางการแพทย์อื่น ๆ นอกเหนือจากระบบการแพทย์กระแสหลักหรือการแพทย์แผนปัจจุบัน ครอบคลุมถึง วิถีชีวิต แบบแผนอาหารการกิน การทำงาน การพักผ่อน การอยู่อาศัย ความสัมพันธ์ทางสังคม การจัดการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของบุคคล ชุมชน และสังคม จากการศึกษาของทัศนีย์ ศรีญาณลักษณ์และคณะ (2554) พบว่า รูปแบบที่มีผลการใช้อยู่ในระดับมาก ได้แก่ โยคะ ชีวจิต และชีงัง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง นำรูปแบบที่ผู้ป่วยนำมาใช้ในการจัดการอาการ ได้แก่ การนวด สมาธิ และอาหารและ

สมุนไพร แสดงให้เห็นถึงการเลือกใช้และผลการใช้ การดูแลแบบผสมผสานในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งสามารถใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมและจัดระบบการดูแลแบบผสมผสานร่วมกับการดูแลระบบการแพทย์ปัจจุบันแก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างเหมาะสม

จากสภาพปัญหาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญปัญหาหนึ่งจังหวัดกาฬสินธุ์ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อติดตามผลกระทบจากรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดกาฬสินธุ์

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development Resrarch) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดกาฬสินธุ์ให้เป็นแนวทางในการแก้ปัญหาผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญปัญหาหนึ่งจังหวัดกาฬสินธุ์ ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือน พฤศจิกายน 2561 ถึงเดือน สิงหาคม 2562 รวมทั้งสิ้น 10 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดกาฬสินธุ์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 368 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ อายุระหว่าง 35 -50 ปีป่วยไม่เกิน 5 ปี มีค่าไตไม่เกินระดับ 3

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการจัดกิจกรรม ได้แก่

1.1 หลักสูตรอบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดกาฬสินธุ์

1.2 เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบบันทึกสภาวะสุขภาพ สรุปพฤติกรรม การดูแลสุขภาพที่ปฏิบัติได้ และ แบบสอบถามความพึงพอใจ

โดยเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลได้มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องในการใช้ภาษา และความสมบูรณ์ของเนื้อหาโดยขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบส่วนที่เป็นแบบ Rating scale ของ Likert โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ทดสอบค่าความเที่ยง (Reliability) โดย Try -out กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง 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

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. จัดทำหลักสูตรอบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบเกี่ยวกับงาน โรคไม่ติดต่อ อาสาสมัครสาธารณสุข และจิตอาสา

2. ดำเนินการทดลองฝึกอบรมหลักสูตรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดกาฬสินธุ์ ตำบลสายนาวังและโนนนาจาน จำนวน 200 คน

3. ทบทวนหลักสูตรฝึกอบรม ประกอบด้วย วิทยากร บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบเกี่ยวกับงาน โรคไม่ติดต่อ อาสาสมัครสาธารณสุข และจิตอาสา ระดับ ตำบล

4. ขยายพื้นที่ฝึกอบรมฝึกอบรมอำเภอเมือง 5 ค่าย (ตามความสมัครใจ)

5. ติดตามแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จำนวน 3 ครั้ง (เดือนละครั้ง)

6. ติดตามประเมินผลสภาวะสุขภาพหลังการติดตามแลกเปลี่ยนเรียนรู้ครั้งที่ 3 (เดือนที่ 4) 6 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กิจกรรมที่สามารถปฏิบัติได้ และความพึงพอใจได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เปรียบเทียบสภาวะสุขภาพ ได้แก่ paired t – test , F – test ด้วยเทคนิค one – way ANOVA เปรียบเทียบรายคู่ โดย Duncan , F – test ด้วยเทคนิค Repeated measurement เปรียบเทียบรายคู่ โดย LSD โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมทางการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เอกสารรับรองเลขที่ REC.0001/2562 ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิโดยอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัยและขอความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูล ผู้เข้าร่วมโครงการ ให้ลงชื่อเป็นลายลักษณ์อักษรในหนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยผู้ร่วมโครงการวิจัยทุกคนมีสิทธิในการตัดสินใจด้วยตนเอง ในการให้ความยินยอมหรือปฏิเสธการสนทนาและการตอบแบบสอบถาม โดยสามารถแจ้งยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดระยะเวลาของการทำวิจัย ข้อมูลที่ให้จะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่เปิดเผยให้ผู้อื่นทราบ การเปิดเผยจะเป็นไปในภาพรวม ไม่เสนอข้อมูลที่บ่งบอกถึงตัวบุคคล โดยผู้วิจัยยึดถือการพิทักษ์สิทธิดังกล่าวอย่างเคร่งครัด

ผลการวิจัย

1. การจัดทำหลักสูตรอบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัด

กาฬสินธุ์ จัดทำโดยบุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบเกี่ยวกับงาน โรคไม่ติดต่อ อาสาสมัครสาธารณสุข และจิตอาสา มีเนื้อหาประกอบด้วย การสร้าง Health literacy ในกลุ่มคนปกติ (ป้องกันผู้ป่วยรายใหม่) และกลุ่มเสี่ยง (ลดภาวะแทรกซ้อน) การใช้สื่อ technology เพื่อการเรียนรู้ในกลุ่มผู้ดูแล อาสาสมัครด้านสุขภาพ การรู้พักเพียรรู้พัก ด้วยนาฬิกาชีวิต และร่างกายบอกโรค เป็นหมอตระวจโรคด้วยตัวเอง โยคะ กดจุดเดินเร็ว แกว่งแขน SKT บำเพ็ญบุญ น้ำสมุนไพรไทยปรับสมดุลร้อนเย็น ไร่พุง ไร่โรค การสวนล้างพิษออกจากลำไส้ใหญ่ด้วยสมุนไพรที่ถูกสมดุลร้อนเย็น(ดีที่อกซ์) และ กัวซา หรือชุดพิษ การแช่มือแช่เท้าหรือส่วนที่ไม่สบายในน้ำสมุนไพร และการพอกทา หยอด ประคบ อบ อาบ เช็ด ด้วยสมุนไพร การรับประทานอาหารปรับสมดุล ตามภาวะร้อนเย็นเมนูสุขภาพ และการปรุงอาหาร (รสจืด ลดเครื่องปรุงหวาน มัน เค็ม) การใช้หลักธรรมชาติบำบัดเพื่อจิตใจที่ผาสุก กายสบาย ใจเป็นสุขและการ จัดทำแผนจัดการสุขภาพตนเอง (Personal Self-Management Plan) สัญญาใจ

2. การทดลองฝึกอบรมหลักสูตรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดกาฬสินธุ์ ตำบลสายนาวัง จำนวน 100 คน พบว่าระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เข้าอบรมหลักสูตรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพปกติเพิ่มมากขึ้น และมีระดับความดันโลหิตลดลงจากก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p\text{-value} = .000$ และ .011)

3. การทบทวนหลักสูตรฝึกอบรมประกอบด้วยวิทยากร บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบเกี่ยวกับงาน โรคไม่ติดต่อ อาสาสมัครสาธารณสุข และจิตอาสาระดับตำบล สามารถสรุป

หลักสูตรแบ่งเป็น 3 ลักษณะ 2 รูปแบบ รวมเป็น 5 หลักสูตร คือบริบท+รวม บริบท+เวียน เดิม+รวม เดิม+เวียนและบุคลากร+รวม และกำหนดให้มีการติดตามประเมินผล

4. ผลการขยายผลการอบรมหลักสูตรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า

4.1 ระดับความดันโลหิต (ค่าบน) ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการอบรมหลักสูตรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 1 เดือน ของ ค่ายนาคู นางาม บ้านห้วย และจอมศรี มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วน ภูแล่นช้าง ไม่มีความแตกต่างกัน และระดับความดันโลหิต (ค่าบน) หลังการอบรมหลักสูตรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 1 เดือน ระหว่างค่าย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ ค่ายนาคูมีระดับความดันโลหิต (ค่าบน) สูงที่สุด

4.2 ระดับความดันโลหิต (ค่าล่าง) ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการอบรมหลักสูตรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 1 เดือน ของ ค่ายนาคู นางาม บ้านห้วย และจอมศรี มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วน ภูแล่นช้าง ไม่มีความแตกต่างกัน ระดับความดันโลหิต (ค่าล่าง) หลังการอบรมหลักสูตรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 1 เดือน ระหว่างค่าย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ ค่ายนางามมีระดับความดันโลหิต (ค่าล่าง) สูงที่สุด

5. ผลการติดตามแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และประเมินผลสภาวะสุขภาพ พบว่า ระดับความดันโลหิต(ค่าบน)และระดับความดันโลหิต(ค่าล่าง) ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ก่อน หลังการอบรมหลักสูตรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 1 เดือน

การติดตามแลกเปลี่ยนเรียนรู้ครั้งที่ 1 (เดือนที่ 2) การติดตามแลกเปลี่ยนเรียนรู้ครั้งที่ 2 (เดือนที่ 3) การติดตามแลกเปลี่ยนเรียนรู้ครั้งที่ 3 (เดือนที่ 4) และการติดตามประเมินผลสภาวะสุขภาพหลังการติดตามแลกเปลี่ยนเรียนรู้ครั้งที่ 3 (เดือนที่ 4) 6 เดือน ของค่ายรวม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p – value เท่ากับ .000 ทุกค่า) โดยที่การติดตามประเมินผลสภาวะสุขภาพหลังการติดตามแลกเปลี่ยนเรียนรู้ครั้งที่ 3 (เดือนที่ 4) 6 เดือน มีระดับความดันโลหิต(ค่าบน)ต่ำที่สุด แต่ไม่ต่างจากการติดตามแลกเปลี่ยนเรียนรู้ครั้งที่ 1 (เดือนที่ 2) และการติดตามแลกเปลี่ยนเรียนรู้ครั้งที่ 2 (เดือนที่ 3) ดังตาราง 4.56 ส่วนการติดตามประเมินผล 6 เดือนมีระดับความดันโลหิต(ค่าล่าง) น้อยที่สุด

การอภิปรายผล

การจัดทำหลักสูตรอบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบเกี่ยวกับงาน โรคไม่ติดต่อ อาสาสมัครสาธารณสุข และจิตอาสา โดยใช้กระบวนการกลุ่มในการกำหนดเนื้อหากิจกรรมในการสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ โดยใช้กรอบแนวคิดของการสร้าง Health literacy (วชิระ เพ็งจันทร์. 2560) สามารถสรุปคุณลักษณะสำคัญที่จำเป็นต้องพัฒนาเพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ สร้างการ“เข้าถึง” (Access skill) (การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ) เกิดความ“เข้าใจ” (Cognitive skill) (การเกิดความรู้ ความเข้าใจ) ทำให้ “ซักถามแลกเปลี่ยน” (Communication skill) (ทักษะการสื่อสาร) “เรียนรู้และตัดสินใจ” (Decision skill) (ทักษะการตัดสินใจ) สร้าง

เงื่อนไข“ไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรม” (Self-management skill) (ทักษะการจัดการตนเอง) และนำไป “บอกต่อ” (Media literacy skill) (การรู้เท่าทันสื่อ) จึงมีการกำหนดหลักสูตรในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นรูปธรรมและสร้างการมีส่วนร่วมในการกำหนดหลักสูตรภายใต้แนวคิดของการสร้าง Health literacy ทำให้ได้หลักสูตรที่มีการผสมผสานเนื้อหา ได้แก่ การสร้าง Health literacy ในกลุ่มคนปกติ(ป้องกันผู้ป่วยรายใหม่) และกลุ่มเสี่ยง (ลดภาวะแทรกซ้อน) การใช้สื่อ technology เพื่อการเรียนรู้ในกลุ่มผู้ดูแลอาสาสมัครด้านสุขภาพ การ รู้จักเพียรรู้จัก ด้วยนาฬิกาชีวิต และร่างกายบอกโรค เป็นหมอตระวจโรคด้วยตัวเอง โยคะ กดจุด เดินเร็ว แกว่งแขน SKT บำเพ็ญบุญ น้ำสมุนไพรไทยปรับสมดุลร้อนเย็น ไร้พุง ไร้โรค การสวนล้างพิษออกจากลำไส้ใหญ่ด้วยสมุนไพรที่ถูกสมดุลร้อนเย็น(ดีที่อกซ์) และ กัวซา หรือดูดพิษ การแช่มือแช่เท้าหรือส่วนที่ไม่สบายในน้ำสมุนไพร และการพอก ทา หยอด ประคบ อบ อาบ เช็ด ด้วยสมุนไพร การรับประทานอาหารปรับสมดุล ตามภาวะร้อนเย็น เมนุษสุขภาพ และการปรุงอาหาร (รสจัด ลดเครื่องปรุงหวาน มัน เค็ม) การใช้หลักธรรมชาติบำบัดทวนธรรมชาติเพื่อจิตใจที่ผาสุก กายสบาย ใจเป็นสุขและการ จัดทำแผนจัดการสุขภาพตนเอง (Personal Self Management Plan) สัญญาใจ ประกอบกับการจัดทำผังและกำหนดการ ตามรูปแบบการฝึกอบรมของ ILO: International Labor Organization (Technonet Asia. 1984 : 43) ที่ได้กำหนดรูปแบบในการฝึกอบรมออกเป็น 7 ขั้นตอน คือ การหาความต้องการฝึกอบรม การกำหนดวัตถุประสงค์ฝึกอบรม การออกแบบหลักสูตรฝึกอบรม การเลือกเทคนิคฝึกอบรม การ

ออกแบบวิธีประเมินผล การฝึกอบรม การประเมินผลการฝึกอบรม ส่งผลให้เมื่อนำไปทดลองฝึกอบรม พบว่า กิจกรรมทางเลือกในการดูแลสุขภาพที่สามารถนำไปปฏิบัติมากที่สุดของผู้ป่วยเบาหวาน คือ การรับประทานอาหารปรับสมดุลร่างกาย เน้นอาหารรสจัดเป็นหลัก (ร้อยละ 81.0) รองลงมาคือ การใช้ธรรมชาติบำบัด บำเพ็ญบุญ เพิ่มพูนใจ ไร้กังวล (ร้อยละ 77.0) และการแช่มือแช่เท้าในน้ำสมุนไพร (ร้อยละ 66.0) ส่วนผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กิจกรรมทางเลือกในการดูแลสุขภาพที่สามารถนำไปปฏิบัติมากที่สุด คือ การรับประทานอาหารปรับสมดุลร่างกาย เน้นอาหารรสจัดเป็นหลัก (ร้อยละ 85.0) รองลงมาคือ การใช้ธรรมชาติบำบัด บำเพ็ญบุญ เพิ่มพูนใจ ไร้กังวล (ร้อยละ 71.0) และการแช่มือแช่เท้าในน้ำสมุนไพร (ร้อยละ 62.0) และความพึงพอใจของผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เข้าอบรมที่การอบรมหลักสูตรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับมาก

นอกจากนี้ยังพบว่า ระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เข้าอบรมหลักสูตรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ปกติเพิ่มมากขึ้นและมีระดับความดันโลหิตลดลงจากก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p\text{-value} = .000$ และ .011) ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ได้เรียนรู้นาฬิกาชีวิต และร่างกายบอกโรค เป็นหมอตระวจโรคด้วยตัวเอง รับประทานอาหารปรับสมดุลร่างกาย เน้นอาหารรสจัดเป็นหลัก การประคบ อบ อาบ เช็ด ด้วยสมุนไพร และการใช้หลักธรรมชาติบำบัดทวนธรรมชาติเพื่อจิตใจที่ผาสุก กายสบาย ใจเป็นสุข (รายละเอียดในภาคผนวก คู่มือการโครงการพัฒนาสังคม ยุกระดับคุณภาพชีวิตและสร้างสังคมแห่งการเรียนรู้พัฒนาชุมชน

ต้นแบบสุขภาพดี วิธีการสินธุ์ ปิงบประมาณ 2562) สอดคล้องกับแนวคิดของ สุวิมล มณีโชติ (2559) ได้ศึกษาการดูแลสุขภาพพึ่งตนตามหลักการแพทย์วิถีธรรม: กรณีศึกษาผู้ใหญ่วัยกลางคน พบว่า เหตุผล วิธีการและผลการนำเทคนิคการดูแลสุขภาพตามหลักการแพทย์วิถีธรรมไปใช้ มีดังนี้ เหตุผลที่ตัดสินใจเกิดจากการมีหลักวิชาน่าทดลอง จึงได้เริ่มจากลองทำดูรู้แล้วค่อยๆปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ค่อยๆ ละกิเลส ผลที่เกิดขึ้นสามารถแก้ปัญหาสุขภาพตัวเองได้จึงทำเป็นประจำ ทำให้ลดการไปหาหมอเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยๆ ไม่ต้องพึ่งยา สามารถพึ่งตัวเองได้ เสียค่าใช้จ่ายน้อย รู้สึกปลอดภัย ทำแล้วเห็นว่าดีจึงบอกคนใกล้ชิด เป็นการช่วยเหลือเกื้อกูลกันและเพิ่มความสัมพันธ์ในท้องถิ่น

ข้อเสนอแนะ

1.1 ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัยครั้งนี้

1.1.1 การจัดทำหลักสูตรอบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบเกี่ยวกับงาน โรคไม่ติดต่ออาสาสมัครสาธารณสุข และจิตอาสา โดยใช้กระบวนการกลุ่ม กำหนดแนวคิดจากการสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ โดยใช้กรอบแนวคิดของการสร้าง Health literacy

1.1.2 ควรมีการผสมผสานเนื้อหาในการจัดทำหลักสูตรอบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อเป็นทางเลือกให้ผู้เข้าอบรมได้เลือกกิจกรรมที่เหมาะสมและสามารถนำไปปฏิบัติได้

1.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรส่งเสริมทักษะการบริหารจัดการทรัพยากรในชุมชนให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อให้เกิดการบริหารจัดการในการดูแลสุขภาพของสมาชิกในชุมชนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- ทัศนีย์ ศรีญาณลักษณ์และคณะ.(2554). การดูแลสุขภาพแบบผสมผสานของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ 3, 1 (ม.ค.-เม.ย. 2554) : 61-73.
- ราม รั้งสินธุ์และคณะ. (2557). รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ การประเมินผลการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูง ของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร ประจำปี 2555. สืบค้นจาก <http://www.nhso.go.th/>
- วชิระ เพ็งจันทร์. (2560). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ. ใน เอกสารการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพบุคลากรกรมอนามัย เรื่อง ความรอบรู้สุขภาพมุ่งสู่ประเทศไทย. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สุวิมล มณีโชติ. การดูแลสุขภาพพึ่งตนตามหลักการแพทย์วิถีธรรม: กรณีศึกษาผู้ใหญ่วัยกลางคน. ว.พยาบาลสงขลา นครินทร์. ปีที่ 36 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2559
- Best, John. W. (1993). Research in Education. Boston MA. : Allyn and Bacon.
- Technonet Asia. (1984). Achievement Motivation Training. Singapore : Chong Moh Offset Printing,

ทางเลือกการดูแลสุขภาพต่อระดับความเสี่ยงสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ

Self-Care Alternative with Health Hazard on Un control Diabetes Mellitus Type II Patients. Noonkhun Hospital. Sisaket Province.

เพลิน สูงโคตร, สารภี นนท์ตา, ปราณี ธีระวิศิษฐ์ชัย, เสกสรรค์ จวงจันทร์

Ploen Soongkote, Pranee Therwisithachi, Sarapee Nonta, Saksan Chungchun.

โรงพยาบาลโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ

Noonkhun Hospital Sisaket Province Thailand.

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาไปข้างหน้าช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการ ที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลโนนคูณ ระยะเวลา 6 เดือน วิจัยดำเนินการ ศึกษาปัญหาการใช้ผลิตภัณฑ์ และทางเลือกดูแลสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ร่วมกับการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบัน เครื่องมือ แบบประเมินระดับความเสี่ยงต่อโรคไตเสื่อม วัดความเชื่อมั่น อัลฟา คอนบาร์ค 0.78 โปรแกรมการให้ความรู้อาหาร เสริมสุขภาพโดยพยาบาล ติดตามผลการรักษา วิเคราะห์ค่าร้อยละ

พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 11 ราย กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงร้อยละ 81.82 กลุ่มอายุมากที่สุด 61-70 ปี ร้อยละ 63.63 ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 ร้อยละ 66.36 รองลงมา ระดับ 2 และระดับ 1 เท่ากันร้อยละ 18.18 ทางเลือกการดูแลสุขภาพ พบมากที่สุด กลุ่มยาต้ม ร้อยละ 54.54 กาแฟผสมโสมร้อยละ 9.09 ยา ลูกกลอน ร้อยละ 9.09 ยาแก้ปวดที่มีส่วนผสมสารสเตอรอยด์ ร้อยละ 9.09 ผลกระทบต่อสุขภาพ มีการเปลี่ยนแปลงระดับการทำงานของไต ร้อยละ 9.09 ผลต่อการปรับเปลี่ยนแผนการรักษา ร้อยละ 9.09 สรุป ระดับความเสี่ยงสุขภาพจากการใช้การดูแลสุขภาพทางเลือกการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลโนนคูณระดับอันตรายต่อสุขภาพร้อยละ 18.18 อยู่ในระดับเสี่ยง ข้อเสนอแนะ การให้ความรู้สุขภาพที่ถูกต้องในผู้ป่วยเบาหวาน ในการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรและอาหารเสริมที่ปลอดภัย ป้องกันภาวะแทรกซ้อน

คำสำคัญ ทางเลือกการดูแลสุขภาพ ระดับความเสี่ยงสุขภาพ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

Abstract

Cohort Retrospectives Study design . We determine Person were Diagnosis with Diabetes Mellitus Type II Patients. For year 2019: February- Diabetes Mellitus Type II Patients. August. Sample were Un control Diabetes Mellitus Type II Patients. Research tool and Quality testing. Chronic Kidney Disease Assessment Form Quality testing by 30 person take tools for Chronic Kidney Disease Assessment Cronbach's beliefs 0.78 Descriptive Statistic .Percentage

results : 11 Number for 81.82 were Female . 63.63 % were 61-70 year old .66.36 % Chronic Kidney Disease. Self-Care Alternative 54.54% Herbal Decoction Dietary Intake . 9.09% Coffee Plus Dietary Intake. 9.09 % Bolus Dietary Intake 9.09 % Steroid Inflammatory Drugs Dietary Intake. 18.18 Mild Level Risk Hazard. Conclusion: Mild Level Risk Hazard. Recommendation 1. Diabetes Mellitus Type II Patients Health Correct knowledge 2. Choosing Herbs For self-care for Good Health and Avoid Health Hazard on Diabetes Mellitus Type II Patients.

Keyword : Self-Care Alternative , Health Hazard , Diabetes Mellitus Type II Patients

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของหลายประเทศทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย เป็นสาเหตุการเสียชีวิต ของประชากรทั่วโลกมากถึง 4 ล้านคนต่อปี (นุชรี อาบสุวรรณ และนิตยา พันธุเวช, 2554) ปีพ.ศ.2543 มีจำนวนประชากรทั่วโลกป่วยเป็นโรคเบาหวาน 171 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี คาดการณ์ว่าในปี 2575 ประชากรทั่วโลกจะป่วยเป็นโรคเบาหวาน 2 เท่า ประมาณ 366 ล้านคน และพบมากในประชากรอายุ 45-65ปี Reosoons (2004) ประเทศไทย ปีพ.ศ.2555 พบผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานประมาณ 7,749 คน.ปี พ.ศ. 2534 – พ.ศ.2552 พบมีความชุกโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.3 เป็นร้อยละ 6.9คน.(สำนักงานอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข, 2554) พบว่าโรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ สถานการณ์โรคเบาหวานอำเภอโนนคูณ พบจำนวนผู้ป่วยเบาหวานปีพ.ศ. 2557 -2558 จำนวน 1,490, 1572 ราย มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น สรุปผลภาวะสุขภาพปี2559 พบมีพบมากที่สุดภาวะแทรกซ้อนทางไต ร้อยละ31.29 ภาวะแทรกซ้อนทางตา ร้อยละ 3.88 ภาวะแทรกซ้อนทางสมองร้อยละ 3.81 ภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจร้อยละ 1.52 ผู้วิจัยเป็น

พยาบาลปฏิบัติการขั้นสูง มีบทบาทเป็นพยาบาลผู้จัดการรายกรณีผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้จากการให้ความรู้กลุ่มย่อยพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้มีการใช้อาการเสริมสุขภาพสมุนไพรเป็นส่วนใหญ่นอกจากนี้ ผู้ป่วยโรคไตควรหลีกเลี่ยงสมุนไพร (ทั้งในรูปแบบแคปซูล ยา น้ำ ชาชง) ยาแผนโบราณ ยาจีนต่างๆ เนื่องจากทำให้โพแทสเซียมในเลือดสูง รวมทั้งยังไม่มีการศึกษาที่ยืนยันถึงประสิทธิภาพที่ชัดเจนในการชะลอการเสื่อมของไต ความไม่สม่ำเสมอของปริมาณสารที่สกัดได้ การปนเปื้อนของสารระหว่างกระบวนการสกัด เช่น โปรตีน เชื้อรา อาจเกิดอันตรายต่อไตอย่างรุนแรงได้

โรคเบาหวาน เป็นโรคทางเมตาบอลิซึม ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเรื้อรัง มีส่วนทำให้เกิด การสูญเสียหน้าที่และความล้มเหลวของอวัยวะต่างๆ สาเหตุมาจากปัจจัยทางพันธุกรรม พฤติกรรมและปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2554) โรคนี้ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เมื่อเป็นแล้วผู้ป่วยจำเป็นต้องรับประทานยาหรือฉีดอินซูลินไปตลอดชีวิต และหากมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมไม่สามารถรักษาระดับน้ำตาลในเลือดได้ จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆตามมา ซึ่งเป็นอันตรายต่อชีวิต ดังนั้นผู้ป่วยจึง

เสาะแสวงหาทางเลือกอื่น ร่วมด้วย โดยเฉพาะการใช้สมุนไพร (ฤทธิชัย พิมพ์ มณีรัตน์ อธิระวิวัฒน์ นิรัตน์ อิมานี, 2557) ปัจจุบันผลิตภัณฑ์อาหารเสริมอาหาร มีการจำหน่ายแพร่หลายมากขึ้น โดยเฉพาะจำหน่ายโดยตรงต่อผู้บริโภค ในลักษณะขายตรง และมีการโฆษณาเพื่อส่งเสริมการขาย ทำให้ผู้บริโภคเข้าใจว่าจำเป็นต้องรับประทาน อาจมีผลทำให้หลงเชื่อคำโฆษณา ละเลยการดูแลรักษาสุขภาพ และเสียโอกาสที่จะได้รับการรักษาที่ถูกต้อง ข้อเท็จจริงแล้วผลิตภัณฑ์เสริมอาหารไม่ใช่ยา จึงไม่มีสรรพคุณในการป้องกันบำบัด หรือรักษาโรค และสำหรับผู้บริโภคที่มีร่างกายปกติ ไม่ใช่ผู้ป่วย (วาสนา ยาวิชัย วิไลวรรณ แซ่หว่าง จอมใจ สิริลักษณ์ และเล็กพล เล็กสวัสดิ์, 2557) สถานการณ์การป่วยและการตายโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในระยะ 5 ปี มีแนวโน้มที่เป็นปัญหาเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ การตายเกิดขึ้นสูงสุดในกลุ่มอายุ 70 ปี ขึ้นไป และแนวโน้มการตายในกลุ่มอายุ 30- 69 ปี เพิ่มขึ้นในอัตราร้อยละ 28.10 ในเพศชาย และร้อยละ 18.8 ในเพศหญิง เป็นการเพิ่มขึ้นของอัตราการตายที่สูงกว่าเป้าหมายที่องค์การอนามัยโลก กำหนด จำเป็นต้องเร่งจัดการควบคุมป้องกันโรคด้วยวิธีที่จำเพาะแต่ละกลุ่มประชากร (สุพัตรา ศรีวณิชกร, 2560)

ปัจจุบันการเกิดอุบัติการณ์โรคไตวายเรื้อรังของคนไทยมีมากกว่าร้อยละ 17.5 หรือกว่า 10 ล้านคน มีความชุกผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือด ล้างไตทางช่องท้อง หรือการปลูกถ่ายไต เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 30 ต่อล้านประชากร ในปี พ.ศ. 2540 เพิ่มขึ้นเป็น 900 ต่อล้านประชากรในปี พ.ศ. 2555 ซึ่งมีโรคเบาหวานเป็นสาเหตุอันดับต้น ร้อยละ 37.5 องค์ความรู้การคัดกรองโรคไตจาก

เบาหวาน เริ่มคัดกรองโรคไตในเบาหวานในระยะการทำงานไตในระยะที่ 1 และ 2 (นริสา พุตระกูล ประสิทธิ์ พุตระกูล, 2562) จากการวิเคราะห์รายการกรณีในผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยการรับเลือดในโรงพยาบาลในคนตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2557 เป็นต้นมาถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559 เป็นต้นมามีจำนวน 30 ราย พบภาวะโรคเดิมที่มารับเลือดมากที่สุดโรคไตวายเรื้อรังร้อยละ 50 จากภาวะซีดเนื่องจากไตเป็นอวัยวะที่มีความสำคัญต่อร่างกาย ได้แก่ การกำจัดของเสีย รักษาสมดุลของน้ำและเกลือแร่ต่างๆ ในร่างกาย นอกจากนี้ไตยังมีความสำคัญในการผลิตฮอร์โมนที่สำคัญ คือ อีริโทรพอยอิติน (Erythropoietin) ซึ่งมีความจำเป็นในการสร้างเม็ดเลือดแดง ในไขกระดูก หากการทำงานของไตเสื่อมลงในระดับหนึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน ภาวะซีด ในผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต การล้างไต การล้างช่องท้องที่มีการใช้มีการใช้สมุนไพร และอาหารเสริมร้อยละ 58-57 ในทางตรงข้ามกัน เหตุผลการใช้การแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือก ในประชากรกลุ่มผู้ป่วยมาจากการรับรู้ประโยชน์และความปลอดภัยและพึงพอใจ. (Vivekanand JHA, 2010) การรักษาโรคด้วยยาสมุนไพรเป็นแนวทางที่ปลอดภัยสูง ประชาชนสามารถรักษาโรคง่ายๆ ได้ด้วยตนเอง แต่การใช้สมุนไพรต้องคำนึงถึงความเหมาะสม ในการใช้ มิฉะนั้นจะไม่ปลอดภัย โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หากมีการใช้ยาสมุนไพร ต้องใช้อย่างระมัดระวัง และอยู่ภายใต้คำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ประกอบกับการประเมินความเสี่ยงสุขภาพในผู้ป่วยเรื้อรัง เบาหวาน เพื่อวิเคราะห์ผลกระทบจากสิ่งที่เป็นอันตรายก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เพื่อประเมินการได้รับ ระยะเวลาที่ได้รับ ระดับการ

เปลี่ยนแปลงสุขภาพและ ที่มีผลต่อสุขภาพที่
ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ เศรษฐกิจผู้ป่วยและ
ครอบครัว จึงได้ทำการศึกษาทางเลือกการดูแล
สุขภาพต่อระดับความเสี่ยงภัยสุขภาพในผู้ป่วย
เบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลโนนคูณ ขึ้น

วัตถุประสงค์ ศึกษาความเสี่ยงภัยสุขภาพการใช้
ทางเลือกการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยเบาหวานชนิด
ที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาล
โนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา
ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าคือ ผู้ป่วย
เบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน
โรงพยาบาลโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่ม
ตัวอย่างที่เป็นหน่วยในการศึกษาคือ ผู้ป่วย
เบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน
โรงพยาบาลโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ การคัดเลือก
กลุ่มตัวอย่าง สอดคล้องผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มี
ระดับน้ำตาลเกิน 180 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ที่มารับ
บริการ ระหว่างกุมภาพันธ์ – สิงหาคม 2562 มี
ประวัติการใช้สมุนไพร อาหารเสริม ควบคู่กับการ
รักษาของแพทย์แผนปัจจุบัน และใช้แบบประเมิน
ระดับความเสี่ยงต่อเกิดโรคไตเสื่อม พร้อมให้
ความรู้อาหารเสริมสุขภาพ พบเภสัชกร และพบ
แพทย์ตามลำดับ เก็บรวบรวมข้อมูลวิเคราะห์
ติดตามผล เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา 1.แบบ
ประเมินระดับความเสี่ยงต่อเกิดโรคไตเสื่อม 2.
โปรแกรมให้ความรู้ อาหารเสริมสุขภาพ
1.แบบประเมินระดับความเสี่ยงต่อเกิดโรคไตเสื่อม
กำหนด ระดับความเสี่ยงต่อเกิดโรคไตเสื่อม ระดับ
ความเสี่ยงเป็น 3 ระดับ คือ เสี่ยงน้อย เสี่ยงปาน
กลางและเสี่ยงสูง ทั้งนี้พิจารณาจากคะแนนของ

แบบ ประเมินพบว่า คะแนนสูงสุดของแบบ
ประเมิน เท่ากับ 33 คะแนน ในขณะที่คะแนน
ต่ำสุดคือ 0 ดังนั้นจึงได้แบ่งช่วงคะแนนตามระดับ
ความเสี่ยงเป็น 3 ช่วงคะแนนตามระดับความ
เสี่ยง ดังนี้

0-11 หมายถึง ระดับความเสี่ยงน้อย

12-22 หมายถึง ระดับความเสี่ยงปานกลาง

23-33 หมายถึง ระดับความเสี่ยงสูง

1. แบบประเมินระดับพฤติกรรมเสี่ยงต่อเกิด
โรคไตเสื่อม มีระดับพฤติกรรม 4 ระดับ ปฏิบัติ
ประจำ 3 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง 2 คะแนน
ปฏิบัตินานๆครั้ง 1 คะแนน ไม่เคยปฏิบัติ 0
คะแนน พฤติกรรมด้านบวก 2 ข้อ พฤติกรรมออก
กำลังกาย รับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง และ
พฤติกรรมด้านลบ 10 ข้อ กลั้นปัสสาวะ
รับประทานยาอย่างไม่ระมัดระวัง ดื่มน้ำน้อย
รับประทานอาหารไขมันสูง รับประทานอาหารเค็ม
จัด สุกขุหรือดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
การใช้ยาแก้ปวด NSAID เป็นประจำ การใช้ยา
สมุนไพร

วิธีการศึกษา

- 1.ศึกษาปัญหา และ ทบทวนวรรณกรรม
- 2.จัดทำรูปแบบการดำเนินคันทา
กลุ่มเป้าหมาย
3. ทดสอบการใช้แบบประเมิน ระดับความ
เสี่ยงต่อเกิดโรคไตเสื่อมในผู้ป่วยที่ควบคุมระดับ
น้ำตาลไม่ได้จำนวน 30 คน วัดความเชื่อมั่น อัลฟา
คอนบาร์ค 0.78
4. ดำเนินการค้นหาผู้ใช้ยาอาหารเสริม
สุขภาพทั้งผู้รับบริการที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2
ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีระดับน้ำตาลเกิน 180

มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ให้ประวัติมีการใช้สมุนไพร และอาหารเสริม ควบคุมกับยาตามแผนการรักษา ของแพทย์ในคลินิกเบาหวาน ระหว่างกุมภาพันธ์ – สิงหาคม พ.ศ.2562 ระยะเวลา 6 เดือน ถ้ามีการใช้ จะมีการสัมภาษณ์แบบประเมินระดับความเสี่ยงต่อ เกิดโรคไตเสื่อมและให้ความรู้อาหารเสริมที่ถูกต้อง จัดให้พบเภสัชกร ให้คำปรึกษาการใช้เภสัชภัณฑ์ที่ปลอดภัย และพบแพทย์ พร้อมรายงานความเสี่ยง

5. ประเมินติดตามผลลัพธ์กลุ่มเป้าหมายและ รายงาน

ผลการศึกษา

1. ลักษณะทั่วไปเป็นเพศหญิงร้อยละ 81.88 พบมากที่สุดอายุระหว่าง 61 – 70 ปีร้อยละ 63.63 ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตแบ่งตาม ระยะโรคไต มากที่สุด ระยะที่ 3 ร้อยละ 33.36 รองลงมาเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะ ที่ 1 และระยะที่ 2 ร้อยละ 18.18

2. ชนิดทางเลือกสุขภาพ ช่วงเวลาการใช้ เวชภัณฑ์สุขภาพ ผลลัพธ์จากการรับการรักษาใช้ ยาสมุนไพรร้อยละ 54.54 รองลงมา ยาแก้ปวด ที่ผสมสเตอรอยด์ ร้อยละ 18.18 ระยะเวลาการใช้ 1 เดือน – 1 ปีมากที่สุดร้อยละ 45.45 รองลงมา

<1 เดือนร้อยละ 36.36 ผลลัพธ์ระดับอันตรายที่ ได้รับมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงการทำงานของ อวัยวะและส่งต่อการรักษา ร้อยละ 18.18

3. ระดับความเสี่ยงภัยด้านสุขภาพเกิด ภาวะแทรกซ้อนทางไต ระดับความเสี่ยงน้อยร้อยละ 100

อภิปรายผล

ผลลัพธ์ระดับอันตรายที่ได้รับมีผลต่อการ เปลี่ยนแปลงการทำงานของอวัยวะร้อยละ 18.8 ของกลุ่มที่ใช้ทางเลือกเวชภัณฑ์สุขภาพ เมื่อเทียบ การศึกษาที่ผ่านมา ในกลุ่ม กลุ่มโรคไตวายเรื้อรัง พบว่ามีอาการผิดปกติการใช้ผลิตภัณฑ์ที่ร้อยละ 2.5 และพบรายงานการใช้ผลิตภัณฑ์อาการดีขึ้นแต่ ไม่หายขาดร้อยละ 76.2 ที่มาของผลิตภัณฑ์ได้มา จากเพื่อนบ้านร้อยละ 31.1 จากโฆษณาวิทยุชุมชน ร้อยละ 62.1

ข้อเสนอแนะ

การให้ความรู้ภัยสุขภาพที่ถูกต้องในการ เลือกใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรและอาหารเสริมที่ ปลอดภัย ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ในผู้ป่วย เบาหวาน

เอกสารอ้างอิง

- กล้าเผชิญ โชคบำรุง. (2555).แบบประเมินระดับพฤติกรรมความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเสื่อม. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2555 ปีที่ 35 (1) มกราคม - มีนาคม .
- จินดาวัลย์ วิบูลย์อุทัย. (2553). การประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพในงานอนามัยสิ่งแวดล้อม. วารสารการจัดการสิ่งแวดล้อม 2553ปีที่ 6 (2) กรกฎาคม – ธันวาคม
- บุญเดือน วัฒนกุล ศรีสุตา งามขำ.(2557).การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2 วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2557 ปีที่ 32 ฉบับที่ 3 หน้า 61- 68สร้อยสุตา เกสรทอง. (2562). การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. สิริวิญญ์ เดชธรรม. (2562).

- ขั้นตอนการประเมินความเสี่ยงด้าน สุขภาพ.<http://www.go to know.org/posts/437663>. ค้นเมื่อ 27/04/2562
- นริสา พุตระกูล ประสิทธิ์ พุตระกูล. (2562). **ป้องกันโรคไตวายในผู้ป่วยเบาหวาน:ยุทธศาสตร์การรักษา แนวใหม่**. [http:// www.khaosod.co.th/lifestyle/news_102303](http://www.khaosod.co.th/lifestyle/news_102303) ค้นเมื่อ 6/2/2562
- นุชรี อาบสุวรรณ และนิตยา พันธุเวช.(2554). ประเด็นรณรงค์วันเบาหวานโลกปี (ปีงบประมาณ 2555). นนทบุรี : สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- ปิยวรรณ วงษ์บุญหนัก ปวีณา ว่องตระกูล หรรษา มหามงคล และวรัญญา เนียมขำ.(2559)การสำรวจปัญหาและพฤติกรรมการใช้ยา ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและสมุนไพรของผู้สูงอายุกรณีศึกษา ชุมชนศิระจรเข้ชั้น้อย จังหวัดสมุทรปราการ วารสาร มฉก.วิชาการ. 2559 ปีที่ 20 (39)กรกฎาคม – ธันวาคม
- ฤทธิชัย พิมปา มณีนรัตน์ ธีระวิวัฒน์ นีรัตน์ อิมานี. (2557). พฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพร ของผู้ป่วย เบาหวาน จังหวัดกาญจนบุรี วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ. 2557 ปีที่ 30 (3) กันยายน – ธันวาคม .
- ธนวัฒน์ สุวัฒนกุล.(2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2 **วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข**. 2561ปีที่ 12 (3) กรกฎาคม –กันยายน
- สวง เสวตวัฒนา. (2558). ปัจจัยการตลาดอาหารเสริมผู้สูงอายุในเขตพื้นที่จังหวัดปทุมธานี. **วารสารวิชาการ สถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ**.
- วาสนา ยาวิชัย วิไลวรรณ แซ่หว่าง จอมใจ สิริลักษณ์ และเล็กพล เล็กสวัสดิ์. (2557). **ประสิทธิผลของ อาหารเสริมสมุนไพรสุขภาพต่อผู้ป่วยโรค**.สาขาวิชาวิศวกรรมกระบวนการอาหาร สำนักวิชา อดุสสาหกรรมเกษตร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุพัตรา ศรีวินิชกร.(2560). **สถานการณ์การป่วยและการตายโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(โรคเบาหวานชนิดที่2 และโรคหัวใจและหลอดเลือด ในประเทศไทยระยะ 5 ปี (พ.ศ 2553 - 2557) วารสารควบคุมโรค** ปีที่ 43 (4) ตุลาคม – ธันวาคม 2560
- สมจิต อลิพงษ์. (2558). **พฤติกรรมการการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่มีข้อบ่งใช้ทางการแพทย์ของผู้ป่วย โรคเรื้อรังในอำเภอราชสีห์ จังหวัดศรีสะเกษ**. ฝ่ายเภสัชกรรม โรงพยาบาลราชสีห์ศรีสะเกษ. บทความวิจัย *Thai Journal of Phamacy Practice*. 2015 Vol. 7 No2 Juli-Dec
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา สยามบรมราชกุมารี. **แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ.2554**. กรุงเทพมหานคร : ศรีเมืองการพิมพ์จำกัด.
- สำนักงานอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข. (2554). **โฆษณาสุขภาพเกินจริงไร้การควบคุม**. (2554)[ออนไลน์] สืบค้นจาก : http://www.hiso.or.th/picture/report Health/ ThaiHealth2011/thai2011_22.pdf
- Vivekanand JHA .(2010). Herbal Medicine and Chronic Kidney Disease.*Nephrology* 15 2010. 10-17 Doi:10.1111/j;1440-1797201001305 6 November 2009.
- Reosoons . (2004). Why thai patients with CKD Use or do not Use Herbal and Dietary Supplement.
- Wild, S, Roglic,G, Green, A.,Sicree,R.& King, H. (2004). Global prevalence of Diabetes: Estimates for the year 2000 and projections for **Diabetes Care** 2030,27(5),1047- 1053

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะ 3-4 โรงพยาบาลโนนสูง

Development of Chronic Care System for patients with chronic Kidney Disease state 3-4 of Non Sung Hospital

บุญญิตา วัจฉละอนันท์

Poonyisa Wajcharaanunt

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลโนนสูง อำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา
Advanced Nurse Practitioner, Non Sung Hospital, Nakhonratchasima Province

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะที่3-4 โรงพยาบาลโนนสูงและศึกษาผลของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่พัฒนาขึ้นมาโดยใช้แนวคิดระบบการจัดการรายกรณี (Case Management System) รูปแบบการวิจัย โดยประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก และคุณภาพชีวิต แบ่งเป็น 2 ระยะ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2560 - 30 กันยายน 2561 ช่วงแรก ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2560-31 มีนาคม 2561 พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะที่3-4 กลุ่มตัวอย่างคือ สหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโรคไต โรงพยาบาลโนนสูง 14 คน ได้แก่ แพทย์ 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 11 คน นักโภชนาการ 1 คน ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะ3-4 จำนวน 30 คน สุ่มแบบจำเพาะเจาะจง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบ สัมภาษณ์ แบบทดสอบความรู้ แบบบันทึกโปรแกรมดึงข้อมูลผู้ป่วยจากระบบ Hosxp วัดผลลัพธ์จากการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่พัฒนาขึ้นใหม่วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหาผลการวิจัย ได้รูปแบบระบบโดยใช้แนวคิดระบบการจัดการรายกรณี (Case Management System) ประกอบด้วย การกำหนดหน้าที่และความรับผิดชอบที่ ชัดเจนของทีมสหสาขาวิชาชีพ แนวทางปฏิบัติดูแลผู้ป่วยโรคไต การพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคไตทันสมัยตัวชี้วัดผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยและระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยแบบองค์รวมต่อเนื่อง ช่วงที่ 2 ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2561 - 30 กันยายน 2561 ศึกษาผลของพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง โดย ใช้รูปแบบแนวคิดโดยใช้แนวคิด แนวคิดการจัดการรายกรณี พัฒนาจากช่วงแรก คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงคือ ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่วินิจฉัยรายใหม่ทุกราย จำนวน 415 ราย ที่เข้ารับการรักษาในแผนกคลินิกชลอไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลโนนสูง ให้การดูแลรักษาโดยใช้รูปแบบพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะที่3-4 ระยะเวลา 6 เดือน เก็บข้อมูลเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองโดยใช้แบบวัดผลลัพธ์ทางคลินิกและคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบค่าที (Paired T-test)

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางคลินิกได้แก่ ค่าการกรองของไต ค่าความดันโลหิต การทำงานของไต และคุณภาพชีวิตดีขึ้นกว่าหลังการ ทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

ข้อเสนอแนะการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นข้อมูลเชิงประจักษ์ของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังนี้ส่งผลให้ที่ทางคลินิกและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง

คำสำคัญ : ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง, ไตวายเรื้อรังระยะ3-4, การจัดการรายกรณี

Abstract

The purpose of this research was to develop a care system for patients with Chronic kidney disease (CKD). Study of the results of the development of the Chronic kidney disease state3-4 care system developed using Case management System Theory . By evaluating clinical results And the quality of life divided into 2 phases ; The first phases , Developing a care system for patients with.CKD state3-4 Sample is Multidisciplinary care for kidney disease patients 14 case, Non Sung Hospital, 2 doctors, 11 nurses, 1 nutritionist, and 30 new case of CKD state3-4. Data were collected by using Semi-structural interview and tape recording Measurement of results from the development of a new care system for the newly developed chronic kidney disease. Data were analyzed using content analysis. Get a system model using Case management System Theory Concept . It consists of defining duties and responsibilities that Clear of the multidisciplinary team Guidelines for taking care of kidney disease state3-4 patients Nursing care in modern kidney disease state3-4 patients Patient care outcome indicators and a continuous holistic care system Phase 2 ; The effect of developing a care system for Chronic kidney disease state3-4 patients using a conceptual model based on Case management System Theory developed from the first phase. Select the sample group, specifically 30 new case diagnosed chronic kidney disease state3-4 patients out of 30 patients admitted to the CKD Clinic of Non Sung Hospital .Providing care by using a model to develop a care system for chronic kidney disead state3-4 patients for 6 months. Data were collected before and after the experiment by using clinical outcome and quality of life assessments. Data were analyzed using descriptive and paired t-test statistic.

The result of the research shows that Patients have clinical outcomes, including Kidney filter Blood pressure values Kidney function And the quality of life is better than after Experiment with statistical significance ($p < 0.05$).

Recommendation ;This study shows empirical data on the development of this renal care system that has good clinical outcomes and quality of life in patients with Chronic Kidney Disease state3-4 .

Keywords: Kidney care system, Chronic Kidney Disease state3-4, Case management System

บทนำ

โรคไตวายเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease) เป็นโรคเรื้อรังที่พบมากที่สุดในกลุ่มสูงอายุ มากกว่าร้อยละ 80 ปัจจุบันหลักเกณฑ์ใน

การรักษาโรคไตเรื้อรัง จัดเป็นปัญหาสำคัญของระบบสาธารณสุขทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย ในปัจจุบัน มีผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมากกว่า 35,000 รายในประเทศไทย และมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นใน

แต่ละปีเกือบหมื่นราย ซึ่งรัฐต้องสูญเสียทรัพยากรจำนวนมากในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยปัจจัยที่สำคัญของการที่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมากขึ้น คือ ผู้ป่วยไม่รู้ว่าเป็นโรคไตระยะเริ่มแรกที่สามารถรักษาได้ และผู้ป่วยที่มีโรคเดิมอยู่แล้วดูแลตนเองไม่ถูกต้อง สาเหตุส่วนใหญ่ของโรคไตวายระยะสุดท้าย มาจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตไม่ได้ตามเป้าหมายหรือได้รับการดูแลรักษาที่ไม่เหมาะสม และข้อมูลสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุขได้จัดอันดับโรคไตเรื้อรังเป็นอันดับที่ 2 สำหรับการเกิดภาวะไตเรื้อรังระบบทางเดินปัสสาวะ การเกิดภาวะไตเรื้อรัง จะทำให้เกิดการสูญเสียหน้าที่ของไต ในการรักษาความสมดุลของเกลือแร่และกรดต่าง ซึ่งมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงสภาวะด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วยอย่างมาก ผู้ป่วยจะเสียชีวิตในระยะเวลาอันสั้น หากไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยการบำบัดทดแทนไต ได้แก่ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างของเสียทางช่องท้องหรือการเปลี่ยนไต ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยจึงมุ่งที่จะประคับประคองให้สามารถควบคุมอาการได้ ชะลอการเสื่อมหน้าที่ของไตไม่ให้เป็นไตเรื้อรังระยะสุดท้ายป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น

ในยุคของการปฏิรูประบบสุขภาพ ทุกระบบย่อยภายในขอบเขตของการบริการสุขภาพต้องปรับเปลี่ยนระบบบริการเพื่อให้สอดคล้องกับทิศทางใหม่ในการบริการสุขภาพ ระบบการพยาบาลเป็นหน่วยย่อยภายใต้ระบบบริการสุขภาพของประเทศจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนที่ตรงประเด็นให้เกิดความสอดคล้องกับนโยบายหลักด้านการรักษาพยาบาลที่ก้าวหน้าตลอดจนความ

คาดหวังของผู้ใช้บริการที่สูงขึ้น แนวคิดและหลักการที่สำคัญอย่างหนึ่งในการช่วยขับเคลื่อนให้ระบบบริการสุขภาพไปสู่ระบบบริการที่พึงประสงค์ได้คือ การจัดการรายกรณี (Case Management system) ซึ่งเป็นลักษณะของการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้มีคุณภาพการดูแลสูงขึ้นและมีค่าใช้จ่ายเหมาะสม โดยมุ่งเน้นผลลัพธ์ตามเป้าหมายที่กำหนด ภายใต้การร่วมมือของทีมสุขภาพซึ่งเป็นผู้กำหนดแผนการดูแลผู้ป่วย มีพยาบาลเป็นผู้จัดการรายกรณี (Case manager) ทำหน้าที่ประสานการดูแล ทั้งนี้เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ คือการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม การทำงานเป็นทีมระหว่างสหสาขาวิชาชีพ ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เกิดความพึงพอใจ มีระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลที่เหมาะสม และลดค่าใช้จ่ายกับองค์กร ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงแนวคิดของพยาบาลที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและมองผลลัพธ์ด้านตัวผู้ป่วยและระบบสุขภาพมากขึ้น และช่วยให้สถานภาพและบทบาทของพยาบาลเด่นชัดขึ้น การจัดการรายกรณีเป็นระบบการดูแลที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลครอบคลุมปัญหาที่ซับซ้อนต้องใช้การประสานงานซึ่งจะส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายโดยตระหนักถึงความต้องการของผู้ป่วยทางด้านร่างกาย สังคม วัฒนธรรม อารมณ์และ จิตวิญญาณ เพื่อส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้รับบริการ (เยาวลักษณ์ มีบุญมาก, 2547) ตามแนวคิดระบบนี้จะส่งผลให้ คุณภาพการดูแลดีขึ้น ผู้ดูแลมีความพึงพอใจในคุณภาพบริการที่ได้รับ ตลอดจนทีมสุขภาพมีความพึงพอใจกับผลลัพธ์และมีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง (Cohen and

Cesta, 1993: 33 อ้างถึงใน จิราภรณ์ ศรีไชย, 2543)

จากการศึกษาบริบทโรงพยาบาลผลกระทบซึ่งมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงสภาวะด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างมาก ผู้ป่วยจะเสียชีวิตในระยะเวลาอันสั้น หากไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยการบำบัดทดแทนไต ได้แก่ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างของเสียทางช่องท้องหรือการเปลี่ยนไต ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยจึงมุ่งที่จะประคับประคองให้สามารถควบคุมอาการได้ ชะลอการเสื่อมหน้าที่ของไตไม่ให้กลายเป็นไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น

แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นแนวคิดที่ใช้พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (Nurse Case Manager; NCM) เป็นศูนย์กลางในการติดต่อประสานงาน ระหว่างผู้ป่วยกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแล รักษาผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ติดตามควบคุมให้การดูแลรักษาเป็นไปตาม แนวทางที่กำหนดไว้ ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ตลอด ระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล ตั้งแต่แรกรับถึง จำหน่ายนอกจากนั้นพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ควรต้อง มีสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ทั้ง 7 ด้าน ได้แก่ 1) การปฏิบัติการพยาบาล 2) การให้คำปรึกษา 3) การสื่อสาร การสอน และนวัตกรรม) 4.จริยธรรมและ การพิทักษ์สิทธิ 5) การวิจัยและการพัฒนางาน 6) การบริหารจัดการในคลินิก 7. การดูแลต่อเนื่อง

ผลลัพธ์ที่ใช้ในการติดตาม ประเมินผลการดูแลรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง มีทั้งผลลัพธ์ทางคลินิก ซึ่งประกอบด้วย การทำหน้าที่ ของไต (BUN, Creatinine) ระดับความดันโลหิต

(Systolic and Diastolic blood pressure) ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index; BMI), Infected CAPD, Exit site infection และ Mal position catheter และ คุณภาพชีวิต ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า คุณภาพ ชีวิตผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจด้าน สัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับ ปานกลาง ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา วิธีการรักษา และภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา 3) ปัจจัยที่สามารถ ทำนายคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ได้แก่ ระดับการศึกษา วิธีการรักษา และ ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจการศึกษาใช้กรอบแนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณีศึกษาพฤติกรรม การควบคุมอาหาร และการดื่มน้ำ ของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 3-4 ของโรงพยาบาลเพื่อประเมิน ป้องกันปัจจัยเสี่ยงรวมทั้งศึกษาประเมินถึงผลลัพธ์ใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรค ไตวายเรื้อรัง
2. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง โดยใช้แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยประเมิน คุณภาพชีวิต และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบผสม (mixed method) ของการวิจัยเชิงคุณภาพและกึ่ง

ทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง โดยประเมินคุณภาพชีวิต และผลลัพธ์ทางคลินิก แบ่ง เป็น 2 ระยะ

ระยะที่ 1 เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แพทย์ประจำคลินิก 2 คน เภสัชกร 1 คน พยาบาลวิชาชีพประจำคลินิก 5 คน พยาบาลเยี่ยมบ้าน 1 คน พยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอก 1 พยาบาลห้องฉุกเฉิน 1 พยาบาลประจำหอผู้ป่วยใน 2 คน โภชนากร 1 คน จำนวน 14 คน และผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง จำนวน 415 คน ที่ได้รับการดูแลรักษา โรงพยาบาลโนนสูง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ การสัมภาษณ์ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ประสบการณ์ ทำงานการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง

2. แบบสัมภาษณ์ถึงโครงสร้าง เกี่ยวกับความคิดเห็นและความต้องการในการพัฒนาระบบการดูแลพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยมีการปรับข้อคำถามให้ใช้ได้กับกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่ม ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านได้แก่ 1.แพทย์อายุรกรรมไต 2. พยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต การล้างไตทางช่องท้อง CAPD 3.พยาบาล APN สาขากายภาพบำบัดผู้ใหญ่ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูล สร้างรูปแบบระบบบริการพยาบาล โดยการ วิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ข้อมูลจากการ สัมภาษณ์ที่แล้ว โดยใช้วิธีการ 10 steps ของ content analysis

ระยะที่ 2 เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง โดยใช้แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ต่อ คุณภาพชีวิต และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย เป็นการ วิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ที่พัฒนาจากระยะที่ 1 ร่วมกับการใช้แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณีกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ล้างไตทาง หน้าท้องรายใหม่ทุกราย จำนวน 34 รายที่เข้ารับการรักษาในวันที่ ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) คำนวณกลุ่มตัวอย่างที่ค่า Power = 0.08, alpha = 0.05, ขนาดอิทธิพล (d) > 0.80 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง = 415 และเก็บเพิ่ม เป็น 95 เพื่อป้องกันผู้ป่วยสูญหายก่อนเสร็จสิ้น โครงการวิจัย **เกณฑ์การคัดเลือก(Inclusion criteria)** ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจากแพทย์ว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรัง และแพทย์ให้การรักษา 2) สามารถสื่อสารเข้าใจด้วยภาษา ไทย และ 3) ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย **เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)** ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ ตลอดสิ้นสุดโครงการในวันที่ 30 กันยายน 2561 **เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** มีดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง แบบใหม่ โดยใช้แนวคิด การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการวิจัย ระยะที่ 1 ประกอบด้วย 1) แนวทางปฏิบัติผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังอย่างครอบคลุม รวมถึงการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน เกณฑ์การรับ-ส่ง ต่อ และการส่งปรึกษาทีมสหสาขาอื่น ที่ครบทั้งองค์รวม (CPG, Clinical pathway, CNPG) 2) หน้าที่ความรับผิดชอบ

ชอบของทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยมีพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นผู้ประสานงานและ 3) การกำหนดผลลัพธ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยผู้วิจัยได้พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังแบบใหม่ มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจนปฏิบัติ 2) บทบาทหน้าที่ของทีมสุขภาพแต่ละ ตำแหน่ง/ หน่วยบริการ และ 3) การประเมินผลลัพธ์ การดูแลผู้ป่วยไว้อย่างชัดเจน เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้อง สามารถใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยบทบาท/หน้าที่ของพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ประกอบด้วย 1) การปฏิบัติการพยาบาล 2) การให้คำปรึกษา แก่ผู้ป่วยและญาติ 3) การสื่อสาร การสอน และค้นหาวัฒนธรรม มาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วย 4) มีจริยธรรมและการ พึงกษัตริธิให้ผู้ป่วยและครอบครัว 5) การวิจัยและการ พัฒนางาน 6) การบริหารจัดการ และ 7) การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทั้งในโรง พยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน แนวทางปฏิบัติผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง นี้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของ เนื้อหา และ ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา โรคร่วม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

2.2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตที่ ผู้วิจัยนำมาใช้เป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตของ WHO ที่แปลและพัฒนาโดย สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ 16 ประกอบด้วย องค์ประกอบ 4 ด้าน คือ ด้าน สุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตโดยรวม มีจำนวน 26 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วน

ประมาณค่า (Rating Scale) 5 ตัวเลือก คือ มากที่สุด มาก ปาน กลาง เล็กน้อย ไม่เลย มีข้อคำถามในทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามในทางลบ 3 ข้อ คะแนนรวมมาก (96 – 130 คะแนน) แสดงว่าคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี คะแนน 61 – 95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิต กลาง ๆ และคะแนน 26 – 60 คะแนน แสดงถึงการ มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.84 ค่าความเที่ยงตรง (Validity) เท่ากับ 0.65 2.3 แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก ประกอบด้วยแบบบันทึกระดับความดันโลหิต ดัชนี มวลกาย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเกี่ยวกับ การทำงานของไต ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการวิจัยทุกคน ได้ รับการชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการ วิจัย และมีสิทธิที่จะออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดย ไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล มีการลงนามในใบยินยอมตามความสมัครใจก่อนเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล ทั้งในระยะที่ 1 และ 2

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ช่วยในการ วิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติแจกแจงเป็นจำนวนร้อยละ

2. ทดสอบการกระจายของข้อมูลโดยใช้ Kolmogorov-Smirnov test การแจกแจงเป็นแบบโค้งปกติ ใช้สถิติทดสอบค่าที่ (Paired T-test) เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของผลลัพธ์ทางคลินิกและคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการทดลอง ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิง

คุณภาพการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง โดยใช้แนวคิดการจัดการ ผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ประกอบ ด้วย 3 หัวข้อ (Theme) ดังนี้

1. กำหนดแนวทางปฏิบัติที่เป็นองค์รวม เชื่อมโยงทุกระยะของการดูแล กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนให้ข้อมูลและช่วยกัน กำหนดแนวทางการดูแลรักษา (Clinical Practice Guideline; CPG, Clinical Pathway, Clinical Nursing Practice Guideline; CNPG) ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง อย่างครอบคลุม

2. การกำหนดหน้าที่และความรับผิดชอบของทีมนสหสาขาวิชาชีพอย่างชัดเจน

3. กำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์ กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่ควรใช้ในการประเมินผลการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องใน ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง โดยร่วมกันแสดงความคิดเห็นว่ากำหนดตัวชี้วัดให้ชัดเจนครอบคลุมการส่งต่อการรักษาจากโรงพยาบาลไปยัง ชุมชน อีกทั้งส่งต่อข้อมูลการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยใช้ใบติดตามการดูแลรักษาและติดตามผลลัพธ์ การดูแลรักษาตามตัวชี้วัดที่กำหนด ได้แก่ ผลลัพธ์ทาง คลินิก และคุณภาพชีวิต

ระยะที่ 2

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 82.40 มีอายุในช่วง 41 – 50 ปี อายุเฉลี่ย 51.47 ปี (Mean , S.D. = 51.47 , 12.34, Min = 22, Max = 68) และมากกว่า 60 ปีร้อยละ 29.40 ส่วนใหญ่ร้อยละ 58.80 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา และมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 61.80 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 64.70 เป็นแม่บ้าน/พ่อบ้าน ร้อยละ 34.00 มีสิทธิเข้าถึงระบบบริการสุขภาพส่วนใหญ่ร้อยละ 88.24 ใช้สิทธิการรักษาของประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นโรคเบาหวานร่วมด้วย ร้อยละ 23.52 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 47.06 และเป็นทั้งโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ร้อยละ 26.47

2. คุณภาพชีวิตก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนรวมคุณภาพชีวิตโดยรวมหลังการทดลองดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง โดยคะแนนรวมคุณภาพชีวิตโดยรวมก่อนการทดลอง อยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลองอยู่ในระดับดี ส่วนคะแนนรวม คุณภาพชีวิตรายด้านก่อนและหลังการทดลอง อยู่ใน ระดับปานกลางเช่นเดียวกัน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนรวมคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการทดลองของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง

ระยะ3-4 (n=30)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง	ระดับ	หลังการทดลอง	ระดับ
1.ด้านสุขภาพกาย	21.47	กลาง	27.00	กลาง
2.ด้านจิตใจ	20.45	กลาง	24.30	กลาง
3.ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	9.42	กลาง	11.23	กลาง
4.ด้านสิ่งแวดล้อม	24.68	กลาง	29.52	กลาง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนรวมคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการทดลองของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง
ระยะ 3-4 (n=30)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง	ระดับ	หลังการทดลอง	ระดับ
คุณภาพชีวิตโดยรวม	76.02	กลาง	92.05	ดี

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก และคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการทดลองของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ด้วยสถิติด้วย pair t test

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	t
	Mean± SD	Mean±SD	
ความดันโลหิต			
ความดันโลหิตตัวบน (systolic blood pressure)	121.47± 31.81	127.00 ±22.65	4.68*
ความดันโลหิตตัวล่าง (diastolic blood pressure)	80.87± 19.14	75.81±16.27	3.50*
ดัชนีมวลกาย body mass index	17.46 ±7.96	18.13± 4.35	-0.44
การทำงานของไต			
บี ยู เอ็น BUN	4.47± 31.81	27.00 ±22.65	4.28*
ครีเอตินิน Creatinin	1.17± 0.25	1.42 ±0.65	1.29*
ค่าระดับการกรองของไต GFR	34.45 ± 5.3	44.45 ± 3.3	-0.44
คุณภาพชีวิต			
1.ด้านสุขภาพกาย	3.21± 0.45	3.71±0.34	-6.84*
2.ด้านจิตใจ	3.48± 0.49	3.75±0.37	-3.85*
3.ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3.21± 0.69	3.99±0.48	-4.89*
4.ด้านสิ่งแวดล้อม	3.47± 0.37	3.66±0.38	-5.67*
คุณภาพชีวิตโดยรวม	3.27± 0.33	3.72±0.34	-8.84*

p* < 0.05

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นประสิทธิผลของการพัฒนาระบบบริการพยาบาล โดยใช้แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี และผู้ป่วยโรคไตวาย

เรื้อรัง ร่วม กันให้ความคิดเห็น และความต้องการในการนำแนวคิด การจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาล และจัดทำแนวทางปฏิบัติ (CPG, Clinical Pathway, CNPG) ในการ

บริการ พยาบาลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมตั้งแต่ก่อน วางสายขณะวางสายในห้องผ่าตัด และหลังผ่าตัด ทั้งในโรงพยาบาล และชุมชน อีกทั้งยังมีการ กำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบ และผลลัพธ์การ ดูแลผู้ป่วยไว้อย่างชัดเจน ทำให้ เกิดความรู้สึกเป็น เจ้าของ มีความรับผิดชอบในบทบาทหน้าที่ของ ตนเองและให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาผู้ป่วย แบบองค์รวมในแนวทางเดียวกันอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่โรงพยาบาลถึงชุมชน จนส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ การ ดูแลตามที่ตั้งเป้าหมาย ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้อง กับรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic care model) ที่ประกอบด้วย การจัดระบบบริการ สุขภาพ การออกแบบระบบการให้บริการ การ สนับสนุนการตัดสินใจ การสนับสนุนการดูแล ตนเอง การจัดระบบข้อมูลทาง คลินิก แหล่ง สนับสนุนจากชุมชน ทำให้เห็นถึงรูปแบบ การดูแล ที่มีความเชื่อมโยง และการมีส่วนร่วมของทุก ภาค ส่วนที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลรักษาผู้ป่วยผู้ป่วย โรคไตวายเรื้อรัง รวมทั้งสามารถ เชื่อมต่อกับ หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ป่วยและ ครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ เพื่อ เสริม สร้างศักยภาพให้ผู้ป่วยมีศักยภาพและ สามารถจัดการ ปัญหาสุขภาพตนเองได้อย่าง เหมาะสมยั่งยืน โดยแต่ละ หน่วยงานมีความเชื่อมโยง เกื้อหนุนซึ่งกันและกัน แม้จะ มีบทบาทและ ศักยภาพที่แตกต่างกัน นอกจากนั้นยัง สอดคล้อง กับงานวิจัยของนางลักษณ์ ไคว์ตระกูล และภคพร กอบพิงตนและคณะที่ได้มีการพัฒนาระบบการ จัดการผู้ป่วยรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยโดยใช้ แผนการดูแล(Clinical Pathway) และมีการ ติดตามเฝ้า ระวังอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ ตามต้องการ

ผลลัพธ์จากการพัฒนาระบบบริการพยาบาล โดยใช้แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ในผู้ป่วยโรค ไตวายเรื้อรังทำให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงของ ผลลัพธ์ทางสุขภาพ ดังนี้

1. คุณภาพชีวิต มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น หลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติงานวิจัย นี้ พบว่าคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนที่ใช้ รูปแบบการพยาบาลผู้จัดการรายกรณี อยู่ในระดับ ปานกลางซึ่งการประเมินคุณภาพชีวิตอย่าง ครอบคลุม ทั้งทางด้านร่างกายจิตใจสังคมและ สิ่งแวดล้อมหลังการพัฒนาระบบบริการพยาบาล โดยใช้แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้ในการ ดูแลผู้ป่วยโดยมีแนวทางปฏิบัติในการดูแล ผู้ป่วยโดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณีและทีมสห สาขาวิชาชีพพบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วย อยู่ในระดับดีเนื่องจากผู้ป่วยได้รับข้อมูลการจัดการ ดูแลตนเอง และการรับประทานอาหารยาและออกกำลังกายรวมถึงการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จนมีความมั่นใจในการ ล้างไตทางหน้าท้องและการ จัดการดูแลตนเอง รูปแบบการจัดระบบบริการ พยาบาลที่ผู้วิจัย พัฒนาขึ้นนี้ นอกจากมีการดูแล รักษาจากทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง โดยมีแนวทาง ปฏิบัติ (CPG, Clinical Pathway, CNPG) ที่เป็น แนวทางเดียวกันแล้วยังมีพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย รายกรณี เป็นแกนนำในการสอนชี้แนะผู้ป่วยใน การดูแลตนเองที่บ้านและประสานงานร่วมกับ โภชนากรและทีมสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ เพื่อให้การ ดูแลและร่วมกัน แก้ไขปัญหาต่างๆ ตามที่พบ ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถจัดการดูแลตนเองได้มี ความมั่นใจ และการจัดการดูแลตนเองเกี่ยวกับการ รับประทาน อาหาร ยา การป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนต่างๆส่งผลให้หลังการทดลอง

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น กว่าก่อนการทดลอง สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา

2. ผลลัพธ์ทางคลินิก ประกอบด้วย ความดัน โลหิตตัวบน-ล่าง การทำงานของไตหลังการทดลองดีขึ้น ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากผู้วิจัยได้จัดระบบบริการพยาบาล โดยใช้แนวทางการจัดการผู้ป่วยรายกรณีโดยทีมสุขภาพ และพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ใช้แนวทางการดูแลรักษา (CPG, Clinical Pathway, CNPG) ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ที่ร่วมกันพัฒนาขึ้น พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีทำหน้าที่สอน-สาธิต แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลจำนวน 3 ครั้งเกี่ยวกับการจัดการดูแลตนเอง การป้องกัน การสังเกตภาวะแทรกซ้อน และมีการประสานงานให้ให้นักโภชนาการสอนเรื่อง อาหารโรคไตวายเรื้อรัง โดยผู้ป่วยต้องผ่านเกณฑ์การสอน จำนวน 3 ครั้ง ใช้เวลาในการสอนและดูวิดีโอ ครั้งละ 45-60 นาที จนมั่นใจว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลจะสามารถปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรค เช่น การรับ ประทานอาหารรสจืด โปรตีนต่ำ การได้รับยาต่อเนื่อง รวมทั้งการจัดการกับปัญหาต่างๆ การวางแผนและช่วยเหลือ แก่ปัญหาด้านต่างๆ ให้ผู้ป่วย เช่น การรับประทานยาไม่ถูกต้อง ส่งปรึกษาเภสัชกร การรับ ประทานอาหารไม่ถูกต้องส่งปรึกษาโภชนาการ เป็นต้น เปิดโอกาสให้ ผู้ป่วยเข้าถึงบริการ โดยการโทรศัพท์ปรึกษาเมื่อมี ปัญหา ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา อย่างไรก็ตามผลของการจัดระบบบริการ พยาบาลฯ นี้ ไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงดัชนีมวลกาย เนื่องจากส่วนใหญ่

ผู้ป่วยมีโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงร่วมด้วย ต้องควบคุมอาหารอยู่แล้ว ทำให้ส่วน ใหญ่มีดัชนีมวลกายเฉลี่ยน้อยกว่าเกณฑ์ปกติ (Mean S.D.= 17.46 , 7.96) หลังจากการจัดระบบบริการพยาบาลนี้ มีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีประสานงานกับ นักโภชนาการเพื่อให้ความรู้ในการควบคุมอาหารไขมัน และแบ่งส่งผลให้ดัชนีมวลกายไม่เปลี่ยนแปลงประกอบกับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมักเบื่ออาหารและต้องควบคุมอาหาร ประเภทไขมัน แบ่ง และจำกัดโปรตีนส่งผลให้ดัชนีมวลกายไม่เปลี่ยนแปลง

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ควรสนับสนุนให้มีการพัฒนาระบบ จากการสอบถามความคิดเห็นของผู้เกี่ยวข้อง ร่วมกับการประยุกต์ใช้แนวทางการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในพื้นที่อื่นๆ และโรคเรื้อรังอื่นๆ เนื่องจากการพัฒนาระบบบริการดังกล่าว ทำให้เกิดความ รู้สึกเป็นเจ้าของ ประกอบกับมีการประยุกต์ใช้แนวทางการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมด้วย ทำให้มีพยาบาลเป็นแกนนำในการให้บริการพยาบาลผู้ป่วย ทำให้เกิด ผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลรักษาผู้ป่วย ทั้งด้านคุณภาพชีวิต และผลลัพธ์ทางคลินิกควรขยายผลงานวิจัย โดยการเก็บผลลัพธ์ อื่นๆ เพิ่มเติม เช่น ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความพึงพอใจ เป็นต้น เพื่อ ใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาบริการ พยาบาลดังกล่าวข้างต้น และการประยุกต์ใช้แนวคิด การจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมด้วยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กนกวรรณ พูนพานิชย์. (2549).ผลของการใช้โปรแกรมการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตวายที่รักษาแบบประคับประคอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธัญญรัตน์ ชีรพรเลิศรัฐ. (2556).ความรู้เรื่องโรคไตสำหรับประชาชน โรงพยาบาลสถาบันโรคไตภูมิราชนครินทร์. กรุงเทพฯ: บริษัทเฮลท์เวิร์คจากัด.
- ประจวบ สุขสัมพันธ์, ประภา ลิ้มประสูตร และประนอม โอทกานนท์. (2551).ผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง วารสารพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยเนตรวร 2(ฉบับพิเศษ):52-64
- ประเสริฐ ธนกิจจารุ. (2558).สถานการณ์ปัจจุบันของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย. วารสารกรมการแพทย์, 40(5): 5-18.
- สุภาพร องค์สุริยานนท์. (2551).การพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธรจังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา, 6(1): 32-38.
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2555).แนวทางการคัดกรองและดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจากัด.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2559).สถิติสาธารณสุข ปี 2559.สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- AmericanKidney Fund. (2012). **Kidney Disease Statistics** (A. K. Foundation, Trans.).
- Dorothea E. Orem, Susan G. Taylor, &Kathie McLaughlin Renpenning. (2001). **Nursing Concept of Practice** (6 ed.). St. Louis, Missouri: A Harcourt HealthSciences Company.
- Jacob Cohen.(1988).**StatisticalPower-Analysis fortheBehavioralSciences**. New York: Department of Psychology New York University.
- National Center forChronic Disease **Prevention and Health Promotion**. (2014). National Chronic Kidney Disease Fact Sheet: CDC.
- Yue-Xian Shi, Xiao-Yan Fan, Hui-Juan Han, Qiu-Xia Wu, Hong-Jun Di, Ya-Hong Hou, & YueZhao. (2013). **Effectiveness of a nurse-led intensive educational programme on chronic kidney failure patients with hyperphosphataemia: randomised controlled trial**. Journal of clinical Nursing, 22, 1189-1197.
- Zarica Kauric-Klein. (2012). **Improvingblood pressure control in end stage renal disease througha supportive educative nursingintervention**. Nephrology NursingJournal, 39, 217-228.

ผลของการสนับสนุนในระบบสุขภาพอำเภอ (DHB) ต่อการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน

Effect of District Health Board (DHB) support for smoking cessation
in Non-Communicable diseases Patients Ban Hong Health Service Network,
Lamphun Province

พรวิภา ยาสุมุทร์ และคณะ

Pornwipha Yasamud and others

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านโฮ่ง

Ban Hong District primary care unit

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของการสนับสนุนในระบบสุขภาพอำเภอ (DHB) ต่อการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

วิธีการศึกษา : การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง โดยศึกษาผลของการสนับสนุนในระบบสุขภาพอำเภอ (DHB) ต่อการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ ในพื้นที่รับผิดชอบของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านโฮ่ง ทำการศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม 2560 ถึง พฤษภาคม 2561 โดยประเมินผลจาก 1) จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบ และ 2) ค่าประเมินนิโคติน

ผลการศึกษา : พบว่าผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สูบบุหรี่และเข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด 65 คน มีการเลิกบุหรี่ โดยผลการเปรียบเทียบปริมาณนิโคตินก่อนและหลังของผู้สูบบุหรี่ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}<0.05$) และผลการเปรียบเทียบจำนวนมวนบุหรี่ ก่อนและหลังของผู้สูบบุหรี่ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}<0.05$)

สรุป : การสนับสนุนในระบบสุขภาพอำเภอ (DHB) มีผลต่อการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งแสดงให้เห็นจากการที่ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งหมดมีค่าประเมินนิโคตินลดลงและจำนวนมวนบุหรี่ยลดลงหลังการวิจัย

คำสำคัญ: การสนับสนุน ระบบสุขภาพอำเภอ (DHB) การเลิกบุหรี่

ABSTRACT

Objective: To study effect of District Health Board (DHB) support for smoking cessation in Non-Communicable diseases Patients.

Methodology: Research Methodology Quasi-experimental research one group, measured before and after the experiment. To study effect of District Health Board (DHB) support for smoking cessation in Non-Communicable diseases patients of volunteer to join

the project. In the area of responsibility of the Ban Hong Health Service Network. Study conducted between October 2017 to May 2018. Evaluation of 1) the number of cigarettes smoked and 2) the nicotine value.

Results : Chronic non-communicable disease patients and 65 participants have quitting smoking. Comparison of nicotine intake before and after smoking. There were statistically significant differences (P-value <0.05). And the results of the comparison of the number of cigarettes before and after smoking. There were statistically significant differences (P-value <0.05).

Conclusion : Support in District Health Board (DHB) effects for smoking cessation in Chronic non-communicable disease patients. This was demonstrated by the fact that all non-communicable patients had a lower nicotine value and the number of cigarettes decreased after research.

KEYWORDS: support District Health Board (DHB) smoking cessation

บทนำ

กลุ่มโรค NCDs (Non-Communicable diseases) หรือ ชื่อภาษาไทยเรียกว่า กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง นั้นเป็นชื่อเรียก กลุ่มโรคที่ไม่ได้มีสาเหตุมาจากการติดเชื้อ ไม่ได้เกิดจากเชื้อโรค ไม่สามารถติดต่อได้ผ่านการสัมผัส คลุกคลี หรือติดต่อ ผ่านตัวนำโรค (พาหะ) หรือสารคัดหลั่งต่างๆ หากแต่เกิดจากปัจจัยต่างๆ ภายในร่างกาย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผลจากวิถีการใช้ชีวิต ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงเช่น เหล้า บุหรี่ ขาดการออกกำลังกาย อาหารหวานมันเค็มจัด และมีความเครียด โรคไม่ติดต่อเรื้อรังมักจะค่อยๆ มีอาการและรุนแรงขึ้นทีละน้อยหากไม่ได้รับการรักษาควบคุม องค์การอนามัยโลก(WHO) เล็งเห็นว่ากลุ่มโรค NCDs นั้นถือเป็นปัญหาใหญ่ที่กำลังทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ สังเกตจาก สถิติผู้เสียชีวิตจากกลุ่มโรค NCDs ในปี พ.ศ. 2552 พบว่าสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรโลกทั้งหมด มีถึง 63% ที่เกิดจากกลุ่มโรค NCDs

และที่สำคัญกว่านั้นคือ กว่า 80% เป็นประชากรของประเทศที่กำลังพัฒนา (Thaihealth, 2017)

บุหรี่ยังมีผลต่อผู้ป่วยที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เกิดอันตรายจากการสูบบุหรี่ที่ร้ายแรงกว่าในคนสูบบุหรี่ที่ไม่มีโรคประจำตัวเพราะบุหรี่ยังจะทำให้โรคประจำตัวของเขารักษายากขึ้น เกิดโรคแทรกซ้อนมากขึ้น ทำให้ภูมิคุ้มกันโรคของร่างกายลดลง และมีโอกาสเสียชีวิตจากโรคที่เขาเป็นมากขึ้น (มูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2557)

การสำรวจประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป ในปี 2558 มีการบริโภคยาสูบ 10.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19.9 (สถานการณ์การบริโภคยาสูบของประเทศไทย, 2559) จำนวนประชากรในอำเภอบ้านโฮ่ง ในปีงบประมาณ 2559 ที่ผ่านมารวมทั้งเพศหญิงและเพศชาย จำนวน 42,189 คน มีผู้ที่สูบบุหรี่ 5,927 คน รวมทั้งเพศหญิงและเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 14.05 ซึ่งถือว่าเป็นอัตราที่สูงใกล้เคียงกับค่าของประเทศ

ระบบสุขภาพอำเภอ หมายถึง ระบบการทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอร่วมกันของทุกภาคส่วน ด้วยการบูรณาการทรัพยากรภายใต้บริบทของพื้นที่ผ่านกระบวนการชื่นชม และการจัดการความรู้ ส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชนพึ่งตนเองได้ และไม่ทอดทิ้งกัน โดยมีเป้าหมายร่วมเพื่อสุขภาพของประชาชน โดยเน้นการทำงานร่วมกันทั้งภาคีในเครือข่าย และนอกเครือข่ายสาธารณสุขการทำงานร่วมกันเพื่อเป้าหมายคือคุณภาพชีวิตที่จะเกิดขึ้นกับประชาชนในอำเภอบ้านโฮ่ง มีหลายภารกิจ และหนึ่งในภารกิจสำคัญที่คณะกรรมการในระบบสุขภาพอำเภอให้ความสนใจและพร้อมขับเคลื่อนคือ การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในประชาชน

สำหรับระบบสุขภาพอำเภอของอำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน เริ่มมีการนำแนวคิดนี้มาใช้ตั้งแต่ปี 2557 โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน CBL หลังจากนั้นได้มีการขยายความร่วมมือเพื่อทำให้เกิดการพัฒนาและดูแลประชาชน ในรูปแบบสุขภาพอำเภอที่ยังคงอยู่ในกระทรวงสาธารณสุข (DHS) ต่อมาในปี 2560 ได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอขึ้น (DHB) ซึ่งเป็นการร่วมมือของกระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานภาครัฐอื่นๆ รวมไปถึงภาคเอกชน ภาคประชาชนทั้งอำเภอ ทำให้เกิดเป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนที่เป็นรูปธรรมโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน (คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอบ้านโฮ่ง, 2560)

ระบบสนับสนุนระบบสุขภาพอำเภอในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในประชาชน ได้แก่ (1) ตรวจสอบเฝ้าระวัง : แนะนำร้านค้าร้านชำเรื่องการจำหน่ายบุหรี่ตาม พรบ.บุหรี่ (2) รณรงค์โดยใช้เครือข่าย : ให้คำแนะนำเกี่ยวกับ พรบ.บุหรี่ การ

จำหน่ายในร้านค้าร้านชำ และกระตุ้นเตือนเพื่อให้ปฏิบัติตาม พรบ.บุหรี่ (ป้ายขอแนะนำจากโครงการสานพลังแกนนำควบคุมปัจจัยเสี่ยง ของเวทีคนเห็นคนอำเภอบ้านโฮ่ง) รวมทั้งประสานทีมที่ร่วมขับเคลื่อนในการรณรงค์เรื่องพิษภัยบุหรี่ และช่องทางของการบำบัดรักษาผู้ติดบุหรี่ (3) การบำบัดรักษาในคลินิก (4) การส่งเสริมสิ่งแวดล้อมให้เลิกบุหรี่อย่างยั่งยืน : สนับสนุนช่วยเหลือชุมชนในการปฏิบัติตามพรบ.บุหรี่ พร้อมขับเคลื่อนให้เป็หมู่บ้านปลอดบุหรี่โดยมีผู้นำหมู่บ้านเป็นผู้สอดส่องดูแลและรับปัญหาเพื่อนำมาส่งต่อให้ทีมเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน ตลอดจนจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อให้กำลังใจและร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการเลิกบุหรี่ ให้คำชื่นชมและกำลังใจพร้อมประกาศเกียรติคุณในการเลิกบุหรี่สำเร็จ ทั้งนี้ต้องมีการติดตามการเลิกบุหรี่ เป็นระยะ ๆ จนครบ 1 ปีโดยทั้ง 4 กิจกรรม มีผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ (1) นายอำเภอบ้านโฮ่ง บทบาทหน้าที่ เป็นผู้นำในระบบสุขภาพอำเภอ ให้ความช่วยเหลือและเป็นที่ปรึกษาของทีม (2)โรงพยาบาลบ้านโฮ่ง บทบาทหน้าที่ เป็นทีมวิจัยทั้ง 4 ขั้นตอน โดยมีสหสาขาวิชาชีพมาร่วมขับเคลื่อน (3)สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านโฮ่ง บทบาทหน้าที่ เป็นทีมวิจัยทั้ง 4 ขั้นตอน รวมทั้งเป็นทีมวิจัยภาคสนามที่ลงในพื้นที่และชุมชน โดยมีเครือข่ายบริการสุขภาพทั้ง 9 แห่งมาร่วมทีม (4)

นอกจากนี้ ยังต้องมีภาครัฐ (โรงเรียน สก. บ้านโฮ่ง) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทีมภาคประชาชน (จิตอาสา แพทย์สมุนไพรร้านบ้านร้านค้าร้านชำต่างๆ) วัด ผู้นำชุมชน อสม.และภาคเอกชน มาร่วมขับเคลื่อนด้วย

ปัญหาจากการสูบบุหรี่ก่อให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนตามมา เครือข่ายบริการ

สุขภาพอำเภอบ้านโฮ้งจึงได้เล็งเห็นความสำคัญในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สูบบุหรี่ โดยใช้ระบบสุขภาพอำเภอ (DHB) ซึ่งอำเภอบ้านโฮ้งเป็น 1 ใน 9 อำเภอทั่วประเทศที่ได้รับคัดเลือกให้นำร่องใช้ระบบสุขภาพอำเภอ กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายที่จะขับเคลื่อน และยกระดับคุณภาพชีวิต ของประชาชนอย่างทั่วถึง และเป็นธรรม เพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์ของกระทรวงสาธารณสุข พร้อมทั้งส่งเสริมและสร้างการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน (สำนักบริหารการสาธารณสุข, 2557)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการสนับสนุนในระบบสุขภาพอำเภอ (DHB) ต่อการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

วิธีดำเนินการวิจัย

แบบแผนการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง โดยศึกษาผลของการสนับสนุนในระบบสุขภาพอำเภอ (DHB) ต่อการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ ในพื้นที่รับผิดชอบของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านโฮ้ง ทำการศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม 2560 ถึง พฤษภาคม 2561

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากร ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สูบบุหรี่และสมัครใจเข้าร่วมโครงการอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอบ้านโฮ้ง โดยมีเกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วย

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สูบบุหรี่และรับบริการนอกอำเภอบ้านโฮ้ง รวมทั้งผู้ที่มีระดับความรุนแรงของโรคสูง (severe)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือดำเนินการ ได้แก่

1. แผนติดตามการเลิกบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง
 2. คู่มือการติดตามการเลิกบุหรี่
 3. แผนประชุมติดตามงาน
- การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ (1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลตรวจสอบความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน (2) แบบทดสอบวัดระดับการติดสารนิโคตินผ่านการตรวจสอบโดยคลินิกฟ้าใส (3) เครื่องประเมินนิโคติน ผ่านการสอบเทียบ โดยคลินิกฟ้าใส

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การสนับสนุนในระบบสุขภาพอำเภอ (DHB) ต่อการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ ในพื้นที่รับผิดชอบของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านโฮ้งมีการดำเนินการทั้งหมด 4 ระยะ คือ (1) การวางแผน (planning) โดยระบบสุขภาพอำเภอ โดยมีนายอำเภอบ้านโฮ้งเป็นประธาน ครอบคลุม การส่งเสริมป้องกันไม่ให้เกิดนักสูบหน้าใหม่ การบำบัดรักษาในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สูบบุหรี่ การคงสภาพการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่องโดยมีการสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการเลิกบุหรี่อย่างยั่งยืน และการกระตุ้นให้กำลังใจในกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เมื่อครบระยะเวลา 9 เดือน (2) การปฏิบัติ (action) ตามแผนที่ได้วางไว้ในข้อ 1 ซึ่งแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน คือ

1. การตรวจสอบเผ้าระวัง : แนะนำร้านค้า
ร้านชำเรื่องการจำหน่ายบุหรืตาม พรบ.บุหรื โดย
ทำกิจกรรมควบคู่ไปกับการงานคนเห็นคน

2. การรณรงค์โดยใช้เครือข่าย : ให้
คำแนะนำเกี่ยวกับ พรบ.บุหรื การจำหน่ายใน
ร้านชำร้านชำ และกระตุ้นเตือนเพื่อให้ปฏิบัติตาม
พรบ.บุหรื (ป้ายขอแนะนำจากโครงการสานพลัง
แกนนำควบคุมปัจจัยเสี่ยง ของเวทีคนเห็นคน
อำเภอบ้านโฮ้ง) รวมทั้งประสานทีมที่ร่วม
ขับเคลื่อนในการรณรงค์เรื่องพิษภัยบุหรื และ
ช่องทางของการบำบัดรักษาผู้ติดบุหรื โดยทำ
กิจกรรมดังนี้

2.1 ประชุมทีมการวิจัยในโรงพยาบาล

2.2 ร่วมประชุมกับเครือข่ายบริการสุขภาพ
อำเภอบ้านโฮ้ง ณ ห้องประชุมสสอ.(หลังเก่า) เรื่อง
แจ้งโครงการวิจัย พร้อมปรึกษาเรื่องการหา
กลุ่มเป้าหมาย

2.3 ร่วมประชุมหัวหน้าส่วนราชการในการ
ประชุมประจำเดือนที่ห้องประชุมที่ว่าการอำเภอ
บ้านโฮ้ง (ชั้นสอง) นำเสนอโครงการวิจัยเพื่อให้
หัวหน้าส่วนราชการทั้งอำเภอได้รับทราบความ
เป็นมาและความสำคัญของการวิจัย พร้อมขอการ
สนับสนุน

2.4 ร่วมประชุมในการประชุมกำนัน
ผู้ใหญ่บ้านในการประชุมประจำเดือนที่ห้องประชุม
ที่ว่าการอำเภอบ้านโฮ้ง (หลังใหม่) นำเสนอ
โครงการวิจัยเพื่อให้กำนันผู้ใหญ่บ้านทั้งอำเภอได้
รับทราบความเป็นมาและความสำคัญของการวิจัย
พร้อมขอการสนับสนุนและขอความร่วมมือช่วย
ประชาสัมพันธ์โครงการ (การประกาศเสียงตาม
สายของหมู่บ้านและประชาสัมพันธ์ในไลน์กลุ่ม
กำนันผู้ใหญ่บ้าน)

2.5 ฝากเครือข่ายเชิญชวนกลุ่มเป้าหมาย
เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยทำใบประชาสัมพันธ์เชิญ
ชวนเข้าร่วมโครงการแจกเป็นรายบุคคล หาก
กลุ่มเป้าหมายยินดีเข้าร่วมการวิจัยให้ติดต่อที่เบอร์
โทรศัพท์ที่ได้ให้ไว้ หรือ ติดต่อที่ รพ.สต.ใกล้บ้าน

2.6 ประชาสัมพันธ์โครงการวิจัย บูรณาการ
ร่วมกับกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การออก
กำลังกายตามจังหวะเพลงระดับอำเภอ ตาม
โครงการพัฒนาระบบบริการจัดการระบบสุขภาพ
อำเภอบ้านโฮ้ง จังหวัดลำพูน ปีงบประมาณ 256 1

2.7 ร่วมรณรงค์ในสัปดาห์วันเอดส์โลก
ประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยหน้าเสาธง ณ โรงเรียน
ธีรกานท์บ้านโฮ้ง

2.8ประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยผ่านสื่อ
ออนไลน์ต่างๆ (facebook, Line) และ
ประชาสัมพันธ์ในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
โรงพยาบาลบ้านโฮ้ง รวมทั้งแผนกผู้ป่วยนอกทั่วไป
พร้อมทั้งเชิญชวนกลุ่มเป้าหมายทางโทรศัพท์ที่เคย
แจ้งความประสงค์อยากเลิกบุหรืไว้ก่อนหน้านี้

3. การบำบัดรักษาในคลินิก มีการแบ่งเป็น
4 กลุ่ม ดังนี้

3.1 กลุ่มที่ 1 ให้ความรู้เรื่องพิษภัยบุหรื การ
กดยุติสะท้อนเท่าและการใช้สมุนไพรเลิกบุหรื

3.2 กลุ่มที่ 2 ให้ความรู้เรื่องพิษภัยบุหรื การ
กดยุติสะท้อนเท่าและการใช้สมุนไพรเลิกบุหรื
ร่วมกับการฝังเข็มเลิกบุหรื

3.3 กลุ่มที่ 3 ให้ความรู้เรื่องพิษภัยบุหรื การ
กดยุติสะท้อนเท่าและการใช้สมุนไพรเลิกบุหรื
ร่วมกับการใช้ยาเม็ดเลิกบุหรื

3.4 กลุ่มที่ 4 ให้ความรู้เรื่องพิษภัยบุหรื การ
กดยุติสะท้อนเท่าและการใช้สมุนไพรเลิกบุหรื
ร่วมกับการฝังเข็มเลิกบุหรืและการใช้ยาเม็ดเลิก
บุหรื

โดยผู้เข้าร่วมโครงการจะเป็นผู้เลือกกลุ่มในการบำบัดเอง (เต็มใจ ไม่บังคับ) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

จัดการอบรมตามโครงการวิจัย เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยบุหรี่และวิธีการเลิกบุหรี่ในกลุ่มเป้าหมาย พร้อมแจ้งข้อตกลงในการรับบริการดังนี้

- หลังจากรับฟังข้อมูลทั้งหมดของการอบรม จะให้กลุ่มเป้าหมายทุกคน นำความรู้เรื่องพิษภัยบุหรี่ การกดยุติสะทอนเท้าและการใช้สมุนไพรเลิกบุหรี่มาใช้กับตนเองทุกวัน โดยจะมีการติดตามอีก 1 สัปดาห์ ทางโทรศัพท์ หรือผ่านผู้ประสานงานโครงการ หากสามารถลด หรือเลิกการสูบบุหรี่ได้ ให้ปฏิบัติเช่นนี้ตลอดไป และมีการติดตามอย่างต่อเนื่องทุกสัปดาห์ จนครบ 3 เดือน

- หากกลุ่มเป้าหมาย ปฏิบัติโดยนำความรู้เรื่องพิษภัยบุหรี่ การกดยุติสะทอนเท้าและการใช้สมุนไพรเลิกบุหรี่มาใช้กับตนเองทุกวันแล้ว ไม่ได้ผล เมื่อได้รับการติดตามทางทีมวิจัยจะให้ทางเลือกแก่กลุ่มเป้าหมายว่าจะใช้การฝังเข็มเลิกบุหรี่หรือใช้ยาเม็ดเลิกบุหรี่มาช่วยในการเลิกบุหรี่ หากใช้การฝังเข็มเลิกบุหรี่ จะมีการนัดมารับบริการที่คลินิกเลิกบุหรี่ โรงพยาบาลบ้านโฮ่ง ทุกวันอังคาร ภาคบ่าย จำนวน 3 ครั้ง หากใช้ยาเม็ดเลิกบุหรี่ จะมีการนัดมารับบริการที่คลินิกเลิกบุหรี่ โรงพยาบาลบ้านโฮ่ง ในวันอังคารภาคบ่าย จำนวน 3 เดือน (นัดทุกสัปดาห์ จำนวน 6 ครั้ง นัดทุก 3 สัปดาห์ จำนวน 3 ครั้ง)

- หากกลุ่มเป้าหมาย ที่รับบริการการฝังเข็มเลิกบุหรี่ มารับบริการครั้งที่ 2 แล้วไม่มีการเปลี่ยนแปลงในด้านของความอยากบุหรี่ ไม่มีการลดจำนวนมวนบุหรืลง หรือไม่มีความเปลี่ยนแปลงเรื่องกลิ่นของบุหรื ทางทีมวิจัยจะแนะนำให้

กลุ่มเป้าหมายรับยาเม็ดเลิกบุหรืร่วมไปด้วย และนัดการมารับบริการจนครบระยะเวลา 3 เดือน

4. การส่งเสริมสิ่งแวดล้อมให้เลิกบุหรือย่างยั่งยืน : สนับสนุนช่วยเหลือชุมชนในการปฏิบัติตามพรบ.บุหรื พร้อมขับเคลื่อนให้เป็นหมู่บ้านปลอดบุหรืโดยมีผู้นำหมู่บ้านเป็นผู้สอดส่องดูแลและรับปัญหาเพื่อนำมาส่งต่อให้ทีมเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน ตลอดจนจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อให้กำลังใจและร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการเลิกบุหรื ให้คำชื่นชมและกำลังใจพร้อมประกาศเกียรติคุณในการเลิกบุหรืสำเร็จ ทั้งนี้ต้องมีการติดตามการเลิกบุหรื เป็นระยะ ๆ จนครบ 1 ปี โดยมีการทำกิจกรรมดังนี้

4.1 ร่วมถอดบทเรียนและกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยมีการนัดหมายระดมสมองและแลกเปลี่ยนความคิด ในการสร้างและส่งเสริมสิ่งแวดล้อมให้เลิกบุหรือย่างยั่งยืน ประกอบไปด้วย ทีมวิจัย ภาครัฐ (โรงเรียน สภ.บ้านโฮ่ง) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทีมภาคประชาชน (จิตอาสา แพทย์สมุนไพรพื้นบ้าน ร้านค้าร้านชำต่างๆ) วัด ผู้นำชุมชน อสม.และภาคเอกชน มาร่วมขับเคลื่อนด้วย มีการประชุมเป็นกลุ่มย่อยเพื่อความสะดวกและความเหมาะสม

4.2 เมื่อได้ข้อมูลทั้งหมด นำมาประมวลแล้วทำเป็น 10 เคล็ดลับที่ควรปฏิบัติเพื่อการเลิกบุหรือย่างยั่งยืนและคุณภาพชีวิตของชาวอำเภอบ้านโฮ่ง (10 เคล็ดลับ ได้แก่ 1.ไม่สูบบุหรื 2.ไม่ดื่มสุรา 3.ไม่อ้วน 4.รับประทานผักเป็นประจำ หลีกเลี่ยงอาหารหวาน/มัน/เค็ม/ทอด/ไขมันสูง 5.ออกกำลังกายสม่ำเสมอ 6.รักษาระดับความดันโลหิตให้ปกติ 7.รักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้ปกติ 8.รักษาฟัน 9.อารมณ์ดี ไม่เครียด มีมุทิตา (พลอยยินดี) 10.มีจิตอาสา ทำประโยชน์แก่ส่วนรวม และรักษั

สิ่งแวดล้อม) มีการคืนข้อมูลสู่การประชุมหัวหน้าส่วนราชการและการประชุมกำนันผู้ใหญ่บ้านในเดือน กรกฎาคม 61 ณ ห้องประชุมที่ว่าการอำเภอบ้านไธสง

(3) การสังเกตผล (observing) ทุก 3 เดือน 6 เดือน 1 ปี มีการติดตามทั้งในส่วนของการติดตามในคลินิกเลิกบุหรีและการติดตามทางโทรศัพท์ หรือติดตามผ่าน อสม. และการติดตามกรณีมารับบริการที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของโรงพยาบาลบ้านไธสงและ รพ.สต.ในเครือข่าย

(4) การประเมินสะท้อนกลับ (reflecting) การติดตามทุก 3 เดือน จนครบ 1 ปี มีการส่งข้อมูลกลับให้เครือข่ายได้รับทราบเพื่อช่วยกระตุ้นและติดตามให้ผู้ป่วยเลิกบุหรีอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งให้มีการณรงค์ประชาสัมพันธ์ 10 เคล็ดลับที่เป็นนโยบายของอำเภอบ้านไธสง (คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอบ้านไธสง ปี 2561) ให้ต่อเนื่องครอบคลุมทั้งอำเภอ โดยขอความร่วมมือ หน่วยบริการสุขภาพในอำเภอบ้านไธสงทั้ง 10 แห่งร่วม

ประชาสัมพันธ์รณรงค์อย่างต่อเนื่องต่อไป
วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic)

การวิเคราะห์ข้อมูล

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์ข้อมูลในโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) หาค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยคิดจาก จำนวนนวนบุหรีที่สูบและค่าประเมินนิโคตินก่อนและหลังการวิจัย

สรุปผลการวิจัย

การเปรียบเทียบปริมาณนิโคตินก่อนและหลังของผู้สูบบุหรี ทดสอบโดยใช้ Nonparametric Test ชนิด Wilcoxon Signed Ranks Test ได้ค่า $Z = 7.01$ ค่า P-value < 0.001 ซึ่ง น้อยกว่า 0.05 นั่นคือปริมาณนิโคตินในผู้ตอบแบบสอบถามก่อนและหลังแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบปริมาณนิโคตินก่อนและหลังของผู้สูบบุหรี ทดสอบโดยใช้ Nonparametric Test ชนิด Wilcoxon Signed Ranks Test

ระยะเวลา	Mean	SD.	Z	p-value
นิโคตินก่อน	12.26	6.96	7.01	<0.001*
นิโคตินหลัง	4.77	3.59		

*Significant P-value<0.05

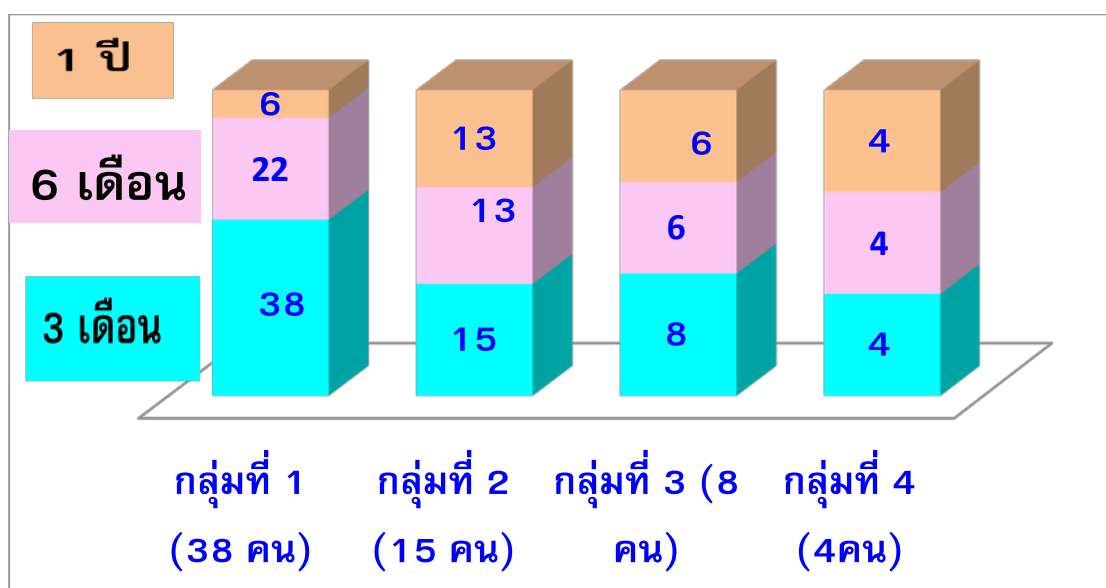
การเปรียบเทียบจำนวนนวนบุหรี ก่อนและหลังของผู้สูบบุหรี ทดสอบโดยใช้ Nonparametric Test ชนิด Wilcoxon Signed Ranks Test ได้ค่า $Z = 7.03$ ค่า P-value < 0.001 ซึ่ง น้อยกว่า

0.05 นั่นคือจำนวนนวนบุหรี ของผู้ตอบแบบสอบถามก่อนและหลังแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบจำนวนมวนบุหรี่ ก่อนและหลังของผู้สูบบุหรี่ ทดสอบโดยใช้ Nonparametric Test ชนิด Wilcoxon Signed Ranks Test

ระยะเวลา	Mean	SD.	Z	p-value
จำนวนมวนบุหรีก่อน	5.37	3.51	7.03	<0.001*
จำนวนมวนบุหรีหลัง	0.74	0.98		

*Significant P-value<0.05



ภาพประกอบที่ 1 เปรียบเทียบการเลิกบุหรี ของการรักษาทั้ง 4 กลุ่ม ตามระยะเวลาที่ติดตาม

อภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่สูบบุหรีและเข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด 65 คน มีการเลิกบุหรี โดยผลการเปรียบเทียบปริมาณ นิโคตินก่อนและหลังของผู้สูบบุหรี มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.05) และ ผลการเปรียบเทียบจำนวนมวนบุหรี ก่อนและหลัง ของผู้สูบบุหรี มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.05)

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบหนึ่ง กลุ่มวัดผลก่อนและหลังการวิจัย โดยศึกษาผลของ

การสนับสนุนในระบบสุขภาพอำเภอ (DHB) ต่อ การเลิกบุหรีในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งมี ทั้งหมด 4 ขั้นตอน คือ 1) การตรวจสอบเฝ้าระวัง 2) การรณรงค์โดยใช้เครือข่าย 3) การ บำบัดรักษาในคลินิก มีการแบ่งเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มที่ 1 ให้ความรู้เรื่องพิษภัยบุหรี การกดจุด สะท้อนเท้าและการใช้สมุนไพรเลิกบุหรี กลุ่มที่ 2 ให้ความรู้เรื่องพิษภัยบุหรี การกดจุดสะท้อนเท้า และการใช้สมุนไพรเลิกบุหรี ร่วมกับการฝังเข็มเลิก บุหรี กลุ่มที่ 3 ให้ความรู้เรื่องพิษภัยบุหรี การกด จุดสะท้อนเท้าและการใช้สมุนไพรเลิกบุหรี ร่วมกับ

การใช้ยาเม็ดเล็บบุหรี่ กลุ่มที่ 4 ให้ความรู้เรื่องพิษภัยบุหรี่ การกวดจุดสะท้อนเท้าและการใช้สมุนไพรเล็บบุหรี่ ร่วมกับการฝังเข็มเล็บบุหรี่และการใช้ยาเม็ดเล็บบุหรี่ โดยผู้เข้าร่วมโครงการจะเป็นผู้เลือกกลุ่มในการบำบัดเอง (เต็มใจ ไม่บังคับ) 4) การส่งเสริมสิ่งแวดล้อมให้เล็บบุหรี่อย่างยั่งยืน

ทุกขั้นตอนของการวิจัย ต้องอาศัยการประชุมเตรียมงาน การวางแผน และเน้นเรื่องการประสานงาน เนื่องจากการปฏิบัติทั้งอำเภอ การได้รับความร่วมมือจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเป็นกลไกสำคัญมากที่จะทำให้การวิจัยประสบความสำเร็จ อีกทั้งการสนับสนุนจากผู้บริหารสูงสุดของอำเภอ เป็นกำลังสำคัญที่ทำให้การวิจัยนี้สามารถขับเคลื่อนไปได้ ทั้งนี้เมื่อทุกภาคส่วนเห็นว่าการเล็บบุหรี่เป็นสิ่งที่ควรปฏิบัติ และควรให้การสนับสนุน เป็นมติของที่ประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอบ้านโฮ้ง ก่อให้เกิดเป็นความร่วมมือในระดับอำเภอ ที่ร่วมรับรู้ ร่วมสนับสนุนทั้งส่วนของผู้บริหารในระดับอำเภอ (หัวหน้าส่วนราชการและ กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน) และผู้ปฏิบัติ (ทีมผู้วิจัย ผู้ประสานงาน ชุมชน และผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ) เป็นการขับเคลื่อนไปพร้อมๆ กันในทุกๆฝ่าย และอีกหนึ่งกิจกรรมที่ให้ผลดี ก่อให้เกิดการพัฒนาต่อไปในอนาคต คือ การถอดบทเรียนและกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทำให้ทีมผู้วิจัยทราบว่า การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุเริ่มแรกในการทำให้เกิดปัญหาต่างๆมากมาย ทางคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (DHB) จึงมีความเห็นว่า หากเราจะแก้ไขปัญหาดังกล่าว ซึ่งล้วนเป็นโรคและปัญหาสำคัญที่จัดการไม่ได้มานาน เช่น ปัญหาเรื่องบุหรี่ยุติ ปัญหาด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปัญหาอาชญากรรม ปัญหาอุบัติเหตุจราจร ปัญหาการฆ่าตัวตาย ปัญหาเรื่อง

สารเคมีตกค้าง ปัญหาหมอกควัน/ขยะ และอื่นๆ เราต้องขับเคลื่อนไปพร้อมๆกัน โดยทำเป็นนวัตกรรม 10 เคล็ดลับ ที่ทำได้ง่ายๆ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของชาวอำเภอบ้านโฮ้ง โดยหวังผลให้ประชาชนในอำเภอบ้านโฮ้งเป็นอำเภอที่ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี ประชาชนมีจิตอาสา ทำประโยชน์แก่ส่วนรวม ซึ่งเป็นเป้าหมายที่ทุกภาคส่วนต้องการ ภารกิจนี้จำเป็นต้องใช้เวลาในการดำเนินการ และการวัดผลก็ต้องใช้ระยะเวลาเช่นกัน แต่สิ่งที่ภาคภูมิใจคือ ผลจากการทำวิจัยชิ้นนี้ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับนโยบายของอำเภอบ้านโฮ้ง ซึ่งการประเมินผลคงต้องติดตามในระยะยาวต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

การสนับสนุนในระบบสุขภาพอำเภอ (DHB) เป็นเครื่องมือที่มีความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในอำเภอ การวางนโยบายจากอำเภอ ลงสู่ประชาชนในชุมชนต่างๆ จะได้รับการตอบรับเป็นอย่างดี ทั้งนี้ต้องเกิดจากการรับรู้และร่วมเข้าใจว่าปัญหานั้นเป็นปัญหาของประชาชนอย่างแท้จริง จึงจะสามารถนำไปสู่การแก้ไขอย่างมีประสิทธิภาพ และเพื่อการพัฒนาจะได้ผลดียิ่งขึ้น หากสามารถนำการแก้ปัญหานี้ไปบูรณาการร่วมกับการแก้ปัญหาอื่น ๆ ด้วย จะทำให้เกิดเป็นการแก้ปัญหาที่ยั่งยืนต่อไป ทั้งนี้การเล็บบุหรี่ก็เช่นกัน หากมุ่งแต่จะจัดการการเล็บบุหรี่อย่างเดียว เราจะได้ผลลัพธ์คือการเล็บบุหรี่แต่เป็นเพียงระยะสั้น แต่หากเรามองก้าวขึ้นไป ขยายการเล็บบุหรี่ซึ่งมีการเชื่อมโยงกับปัญหาอื่นๆ มาบูรณาการแก้ไขปัญหาร่วมกันในระดับอำเภอ เราจะได้ผลลัพธ์ คือ การเล็บบุหรี่ที่ยั่งยืนพร้อมได้สิ่งแวดล้อมที่เอื้อ

ต่อการเลิกบุหรี่ตลอดไป อีกทั้งปัญหาอื่นๆ ก็จะได้แก้ไขในคราวเดียว ทั้งนี้ความสำเร็จของการแก้ปัญหาไม่สามารถทำได้เพียงลำพังได้ ต้องอาศัยความร่วมมือของหลายๆฝ่าย ทุกภาคส่วนร่วมกันการทำงานจึงจะสำเร็จได้ หน่วยงานก็ทำอย่างเต็มที่ นโยบายก็ชัดเจนและขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่อง ทุกๆปัญหาย่อมแก้ไขได้อย่างแน่นอน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรเพิ่มการศึกษาการเลิกบุหรี่ขยายจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มาเป็นกลุ่มคนปกติ และเน้นเรื่องการป้องกันนักสูบบุหรี่ใหม่ด้วย

ขอขอบคุณ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่ให้ทุนสนับสนุนงานวิจัยในครั้งนี้ นับเป็นอีกก้าวที่สำคัญในการดำเนินงานในระดับประเทศอย่างเป็นรูปธรรม

ขอขอบคุณ กลุ่มตัวอย่าง ผู้ประสานงาน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในอำเภอบ้านโฮ่งทุกท่าน ที่อนุเคราะห์และสนับสนุนข้อมูลและร่วมดำเนินการวิจัย

ขอขอบคุณ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอบ้านโฮ่ง ที่ได้ให้โอกาสในการนำเสนอข้อมูล ให้คำแนะนำ สนับสนุนในทุกๆ กิจกรรมในการวิจัยด้วยดี

กิตติกรรมประกาศ

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ (2552). แนวทางการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ โดยยึดชุมชนเป็นฐาน (CBI). สำนักพิมพ์ บริษัทโอโมชั่น อาร์ตจำกัด.

โครงการสารานุกรมไทยสำหรับเยาวชน โดยพระราชประสงค์ในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว(2560).สนามเสือป่า ถนนศรีอยุธยา เขตดุสิต กรุงเทพฯ

ณรงค์ รัตนาคินทร์และวราพร ชลอำไพ (2537). หนังสือความรู้เกี่ยวกับสิ่งเป็นพิษ ตอนที่ 9 พ.ศ.2537

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข หน้าที่ 15-19.

มูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการไม่สูบบุหรี่ (2557). ช.ประติพัทธ์ สามเสนใน พญาไท กรุงเทพฯ Retrieved June 13, 2017, from www.ashthailand.or.th/th/data_center_page.php?id=517.html

สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์ (2559). เอ็นซีดี โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. เอกสารประกอบการบรรยาย: ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย (2561). คู่มือประกอบการพิจารณา ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2559). สำนักสถิติสังคม. การสำรวจกิจกรรมทางกายของประชากร พ.ศ.2558.

สำนักบริหารการสาธารณสุข (2557). กระทรวงสาธารณสุข.การขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสบ.) District Health System (DHS) ฉบับประเทศไทย จัดพิมพ์และเผยแพร่ พิมพ์ครั้งที่ 1.สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข .30 กันยายน 2557

Thaihealth(2017). Retrieved June 13, 2017, from <http://www.thaihealth.or.th/microsite/categories/5/ncds/2/173/176+NCDs.html>

<http://kanchanapisek.or.th/kp6/sub/book/book.php?book=28&chap=6&page=t28-6-infodetail08.html>

ถุงโคลอสโตมี พี.เอส.โมเดล P.S.Model Colostomy Bag

ไพรินทร์ สมบัติ

Pairin Sombat

พย.ม., ว.พย. (การพยาบาลอายุรศาสตร์ - ศัลยศาสตร์)

กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว จังหวัดน่าน

Nursing department , Pua Crown Prince Hospital.

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ต้องทำการทวารเทียมทางหน้าท้อง และต้องการดูแลแบบประคับประคอง ประสบความเจ็บปวดทรมานจากปัญหาการรองรับอุจจาระที่มีลักษณะเหลวด้วยถุงโคลอสโตสำเร็จรูปไม่ได้ อีกทั้งความโค้งเว้าของท้องผู้ป่วยที่พองแข็ง ทำให้ถุงสำเร็จรูปติดไม่ดี มีอุจจาระรั่วออกมาสัมผัสกับผิวหนังจนเกิดแผล ผู้ศึกษาได้ปรึกษาพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลบาดแผล ศึกษาแนวคิดและหลักการดูแลบาดแผล และการพยาบาลผู้ป่วยที่มีทวารเทียม พร้อมกับหาทรัพยากรที่หาง่ายใกล้ตัว คือถุงพลาสติกหิ้วแบบบาง และวาสลีนปิโตรเลียมเจล มาประยุกต์ใช้เพื่อรองรับอุจจาระจากช่องทวารเทียมที่มีการระคายเคืองของผิวหนังรอบๆ และลดการเกิดแผลจากการระคายเคือง วิธีดำเนินการคือ นำถุงพลาสติกใสบางมีหูหิ้ว มาตัดตาม พี.เอส.โมเดล เป็นถุงรองรับอุจจาระ ใช้วาสลีนปิโตรเลียมเจลทาเคลือบผิวหนังและเนื้อเยื่อรอบทวารเทียมให้ทั่ว แล้ววางถุงพลาสติกที่ติดพอดีกับรูทวารเทียมทาบลงไป วาสลีนจะช่วยยึดถุงพลาสติกนั้นไม่ให้หลุดเลื่อนง่าย อีกทั้งยังสามารถปกป้องเนื้อเยื่อจากการระคายเคืองของน้ำย่อยในอุจจาระได้อีกด้วย ทำการยึดถุงส่วนบนด้วยพลาสติกอีกครั้งเพื่อลดการดึงรั้งหลุดเลื่อน การนำสิ่งประดิษฐ์นี้ไปใช้ให้ระวังเมื่อมีอุจจาระออกปริมาณมากถุงที่รองรับอาจถูกดึงรั้งและหลุดเลื่อน จึงควรเช็ดล้างและเปลี่ยนถุงใหม่โดยยึดหลักไม่ให้อุจจาระสัมผัสผิวหนังนานจนระคายเคือง เปลี่ยนได้บ่อยเท่าที่ต้องการ นวัตกรรมนี้ได้นำไปใช้กับผู้ป่วยที่มีปัญหาดังกล่าว จำนวน 3 ราย ระหว่างวันที่ 8 มิถุนายน 2560 ถึง 30 มิถุนายน 2561 พบว่า ผู้ป่วยทั้ง 3 รายและครอบครัวยอมรับและมีความพึงพอใจมากกว่าวิธีการอื่น แผลที่เกิดจาก skin irritation หายดีทั้ง 3 ราย และยังมีผู้ป่วย 2 รายที่แม้แผลหายแล้วยังเลือกวิธีการรองรับอุจจาระด้วยถุงโคลอสโตมี พี.เอส.โมเดลแทนการใช้ถุงโคลอสโตมี แบบสำเร็จรูปต่อจนกระทั่งเสียชีวิตในเวลาต่อมา และได้มีการพัฒนาวิธีใช้เพิ่มเติมโดยการพับปิดหัวถุงด้วยพลาสติกเพื่อลดการกระจายของกลิ่น นวัตกรรมนี้สามารถใช้รองรับอุจจาระจากทวารเทียมที่มีลักษณะเหลวได้ดี แม้บริเวณหน้าท้องจะไม่เรียบตึงก็ตาม อีกทั้งยังสามารถปกป้องผิวหนังรอบ ๆ จากการระคายเคืองของน้ำย่อยในอุจจาระได้อีกด้วย

คำสำคัญ : ถุงโคลอสโตมี, พี.เอส. โมเดล, ทวารเทียม, โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว, ผิวหนังรอบทวารเทียมอักเสบ

Abstract

Advanced colorectal cancer patients who under palliative care and undergone ostomies suffered are suffering from leakages problem of liquid-like stool collected with commercial colostomy bags. The over curvature surface of the patients' pelvis are causing detachment of the commercial colostomy bags, hence leakages of feces occurred to the surrounding skin leading to severe peristomal skin associated dermatitis. The researcher consulted wound care specialists, review the concepts and principles of wound care and nursing care for ostomy site. Finding available resources that are easy to find and accessible, is a thin plastic handle bag that is applied to collect the feces from an artificial fistula (stoma). Using Vaseline Petroleum Gel to applied around the stoma to seal plastic bag to the body and reducing peristomal skin irritation. The method is bringing in a thin plastic bag with handle to cut in accordance with P.S. Model as a collection bag to collect feces. Using Vaseline Petroleum Gel to coat the surrounding skin of the stoma will enhance the surface adherence of P.S. Model colostomy bag and protects from surrounding skin from irritation. Application of plaster to the top edges of the P.S. Model colostomy bag also reduces the risk of detachment. The amount of collected of feces into the colostomy bag must be handled accordingly as the risk of detachment of the colostomy bag may occur as the amount of feces increase in the colostomy bag. This innovative method was carried out on to 3 different patients with severe peristomal skin irritation between 8 June 2017 and 30 June 2018, findings showed that all 3 patients and their families have accepted and satisfied with the outcome of this method compared to the conventional method. This study also found that secondary wounds caused by skin irritations from the conventional method were cured in all 3 cases. Two of the three patients continued the use of P.S. Model colostomy bag until their death. An additional method has also been developed of which the top edge of the bag was folded and secured with a plaster to reduce the risk of odour. This innovation method can be recommended in collecting liquid-liked feces from stoma regardless the pelvis surface area is not flat and taut, besides it also protects the peristomal skin from irritation.

Key words: Colostomy bag, P.S. Model, Pua Crown Prince Hospital, Peristomal skin irritation

บทนำ

การผ่าตัดโคลอสโตมี หรือการผ่าตัดทวาร
เทียม เป็นการผ่าตัดนำเอาลำไส้ที่ส่วนใดส่วนหนึ่ง

ออกมาเปิดเป็นช่องทางหน้าท้อง โดยมี
วัตถุประสงค์เพื่อให้ช่องเปิดของลำไส้เป็นทางผ่าน
ออกของอุจจาระแทนการขับถ่ายทางทวารหนัก

หรือเรียกว่าทวารเทียม เป็นวิธีการรักษาโรคและอาการทุกข์ทรมานที่เกิดจากปัญหาการขับถ่ายอุจจาระของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักประการหนึ่ง แต่ในขณะเดียวกันก็พบว่าอาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อสุขภาพ แม้จะมีการนำเทคนิคใหม่ๆ มาใช้ในการผ่าตัดและพัฒนาวัสดุรองรับสิ่งขับถ่ายที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ภาวะแทรกซ้อนของผิวหนังรอบทวารเทียม อักเสบ (Peristomal skin associated dermatitis) เป็นภาวะที่เกิดขึ้นได้บ่อยในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทวารเทียม ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งในมุมของผู้ป่วยเอง ทีมสุขภาพ และในแง่เศรษฐศาสตร์ เพราะทำให้มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจากการนอนโรงพยาบาล เสียรายได้ ค่าใช้จ่ายของอุปกรณ์รองรับ สาเหตุสำคัญส่วนใหญ่เกิดจากการรั่วซึมไม่สามารถติดถุงรองรับได้ (บุญขึ้น อิ่มมาก, 2556) ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้มีทวารเทียมลดลง

จากประสบการณ์ ผู้ศึกษาได้รับปรึกษาปัญหาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะลุกลามที่ต้องทำทวารเทียมทางหน้าท้องและต้องดูแลแบบประคับประคอง ประสบความเจ็บปวดทรมานจากปัญหาการรองรับอุจจาระที่มีลักษณะเหลวด้วยถุงโคลอสโตแบบสำเร็จรูปไม่ได้ ซึ่งปัญหาดังกล่าวส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นกับทวารเทียมชนิดลำไส้เล็ก (Ileostomy) (มัลลิกา ไวยรุต, 2562) (Robertson, 2005) ซึ่งอุจจาระที่ออกมาจะมีลักษณะเหลว และมีความเป็นต่างสูงมาก จึงเกิดการรั่วซึมในการติดถุงและเกิดการระคายเคืองของผิวหนังได้มาก อีกทั้งในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายมักมีรูปร่างผอมแห้ง หน้าท้องมีความความโค้งเว้าลงเป็นแอ่ง ทำให้การติดถุงสำเร็จรูปเป็นไปได้ไม่ดี เกิดช่องว่างระหว่างถุงกับผิวหนังเมื่อผู้ป่วยมีการ

ขยับตัว ทำให้มีอุจจาระรั่วซึมสัมผัสกับผิวหนังรอบๆ จนเกิดแผล

ผู้ศึกษาจึงได้แสวงหาแนวทางแก้ปัญหาโดยปรึกษาพยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลบาดแผลจากคลินิกแผลของโรงพยาบาลแม่ข่ายระดับจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่องที่บ้านของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ และตัวแทนจำหน่ายผลิตภัณฑ์ ostomy care ของบริษัทแห่งหนึ่ง ทดลองนำความรู้และผลิตภัณฑ์ที่ได้รับบริจาคมาประยุกต์ใช้ แต่ยังไม่สามารถแก้ปัญหาให้ผู้ป่วยได้ ทั้งนี้ด้วยภาวะผิวหนังอักเสบบ่อยอย่างรุนแรง (Severe Peristomal skin associated dermatitis) มีน้ำเหลืองซึมออกมาจำนวนมาก จึงทำให้ไม่สามารถติดถุงโคลอสโตมีแบบสำเร็จรูปได้

วัตถุประสงค์

เพื่อออกแบบและสร้างผลิตภัณฑ์ที่สามารถรองรับอุจจาระจากทวารเทียมที่มี Severe Peristomal skin associated dermatitis ในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน

วิธีการพัฒนา

ผู้ศึกษาได้ทบทวนแนวคิดและหลักการดูแลบาดแผล (Wound care) การดูแลผิวหนังสำหรับผู้มีภาวะแทรกซ้อนของผิวหนังรอบทวารเทียม วัสดุอุปกรณ์สำหรับรองรับอุจจาระจากทวารเทียมและเวชภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง เลือกใช้ทรัพยากรที่หาง่ายใกล้ตัว ได้แก่ ถุงพลาสติกและวาสลีนปิโตรเลียมเจล มาประยุกต์ใช้เป็นผลิตภัณฑ์ ถุงโคลอสโตมี พี.เอส.โมเดล สำหรับรองรับอุจจาระจากทวารเทียมที่มีลักษณะเหลวและผิวหนังรอบทวารเทียมเป็นแผลดังกล่าว โดย

1) นำถุงพลาสติกใสแบบบางมีหูหิ้ว ขนาด 6x14 นิ้ว ที่หาซื้อได้ง่ายตามท้องตลาด ตัดตามรอยประ ได้ถุงส่วนที่ 1 และ 2 ดังรูปที่ 1



รูปที่ 1

2) นำส่วนที่ 1 คลี่ออก จะได้เป็นพลาสติกแผ่นสี่เหลี่ยม ใช้สำหรับวางกันเปื้อนตอนลอกยา ทวารเทียม (stoma) ดังรูปที่ 2



รูปที่ 2

3) ใช้แผ่นพลาสติกส่วนที่ 1 วางทาบบนของทวารเทียม ดังรูปที่ 3 ซึ่งพลาสติกใสส่วนนี้มักจะสัมผัสกับน้ำอุจจาระที่ซึมเอ่ออยู่



รูปที่ 3

4) นำถุงพลาสติกใสส่วนที่ 2 ที่ตัดไว้มาคลี่ออก แล้วทำการลอกยาโดยวาดขนาดขอทวารเทียมไว้ด้านในของถุงข้างที่จะใช้ทาบบนผิวหนังรอบรูเปิดของลำไส้

5) ใช้กรรไกรตัดถุงพลาสติกให้เป็นรู ตามลายที่ลอกไว้ จะได้ส่วนของผลิตภัณฑ์ ดังรูปที่ 4



รูปที่ 4

6) เอาพลาสติกใสที่วางกันเปื้อนออก แล้วเช็ดรอบๆ ทวารเทียม ให้สะอาด

7) ใช้วาสลีนปิโตรเลียมเจล ทาเคลือบผิวหนังและเนื้อเยื่อรอบทวารเทียมให้ทั่ว เน้นส่วนที่ติดกับทวารเทียมให้มากพอที่จะยึดถุงพลาสติกไม่ให้หลุดเลื่อนได้ง่าย อีกทั้งยังสามารถปกป้องเนื้อเยื่อจากการระคายเคืองของน้ำย่อยในอุจจาระได้อีกด้วย

8) นำถุงที่ได้จากข้อ 5 วางทาบบนกับทวารเทียม กดเบาๆ ให้พลาสติกแนบสนิทกับผิวหนัง และยึดถุงส่วนบนด้านที่มีโอกาสถูกดึงรั้งด้วยพลาสติก ดึงรูปที่ 5



รูปที่ 5

ผู้ศึกษาได้นำวิธีการผลิตและขั้นตอนการนำไปใช้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิลงความเห็น และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้จริง

การนำไปใช้

นำไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ จำนวน 3 ราย ระหว่างวันที่ 8 มิถุนายน 2560 ถึง 30 มิถุนายน 2561

รายที่ 1 ผู้ป่วยหญิง อายุ 36 ปี น้ำหนัก 30 กก. ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรค Advance CA colon รูปร่างผอมแห้ง สรีระต่อน้อยของผู้ป่วย ไค้งเว้าลงเป็นคล้ายกระทะ มี severe peristomal skin associated dermatitis รอบทวารเทียมซึ่งเป็นส่วนของลำไส้เล็ก ทำให้ feces ที่ออกมา มีลักษณะเป็นน้ำเหลวมากกว่าเนื้อ และมีผิวหนังอักเสบเป็นบริเวณกว้างทั่วท้องด้านขวา ดังรูปที่ 6

ผู้ศึกษาได้สอบถามผู้ดูแลผู้ป่วย ทราบว่าผู้ดูแลได้เคยลองใช้ถุงโคลอสโตมีแบบที่มีใช้ในโรงพยาบาลซึ่งเป็นลักษณะ one piece แบบแถบขาว และสามารถซื้อหาจากร้านค้าในอำเภอเป็นแบบ 2-piece มาแล้วแต่ไม่เป็นผลทำให้ feces รั่วออกมาสัมผัสกับผิวหนังรอบ ๆ รูเปิดลำไส้ จนเป็นแผลมากขึ้นเรื่อย ๆ ในการนี้ ผู้ศึกษาเห็นเป็นเช่นนั้นจริงทั้งนี้อาจเนื่องจากเริ่มแรกที่มี feces รั่วออกจากถุงแต่เดิม เมื่อไม่ได้รับการแก้ไข ผิวหนังรอบรูเปิดลำไส้มีการระคายเคืองมากยิ่งขึ้นจนเป็น

แผลเปิดทำให้มีน้ำเหลืองซึมอยู่ตลอด ทำให้ถุงไม่สามารถติดทนอยู่กับผิวหนังได้

ผู้ศึกษาได้ทดลองนำถุงพลาสติกแบบบางที่ใช้สำหรับใส่ของ มาเป็นวัสดุรองรับอุจจาระที่ออกมาทางรูเปิดของลำไส้ โดยใช้วาสลีนปิโตรเลียมเจลเป็นตัวยึดให้ถุงพลาสติกติดแนบกับผิวหนังของผู้ป่วย ซึ่งถุงพลาสติกที่มีความอ่อนบางและเหนียวจะสามารถแนบติดกับผิวหนังผู้ป่วยได้นาน ถึงแม้รูปร่างพื้นที่เชิงกรานของผู้ป่วยจะเปลี่ยนไปตามท่าทางการขยับตัวก็ตาม อีกทั้งวาสลีนปิโตรเลียมเจลยังเป็นสารเคลือบแผลที่ผิวหนังของผู้ป่วยไม่ทำให้แสบร้อนจากการสัมผัสวัสดุปิดแผลและน้ำอุจจาระที่ไหลซึมได้บ้างเมื่อผู้ป่วยขยับตัว ผู้ดูแลซึ่งเป็นสามีของผู้ป่วยพึงพอใจในผลิตภัณฑ์ที่ใช้รองรับอุจจาระจากทวารเทียมวิธีนี้ในระดับมาก ทั้งนี้เนื่องจากต้นทุนต่ำมากและใช้ไม่ยุ่งยากเมื่อเทียบกับถุงโคลอสโตมีแบบสำเร็จรูป

รายที่ 2 ผู้ป่วยชาย อายุ 62 ปี น้ำหนัก 56 กก. การวินิจฉัยโรค Advance CA colon รูปร่างสันทัด น้ำหนักยังไม่ซูบผอมมากนัก ได้รับการดูแลแบบ Palliative home care ที่บ้าน มีปัญหา peristomal skin associated dermatitis ระดับ 3 รอบๆ Ileostomy ดังรูปที่ 7 เดิมผู้ป่วยและผู้ดูแลใช้ถุงโคลอสโตมีแบบสำเร็จรูปแต่ไม่สามารถรองรับอุจจาระได้ดี มีการรั่วซึมของอุจจาระจนทำให้ผิวหนังรอบๆ ทวารเทียมเป็นแผล จึงได้สมัครใจใช้ผลิตภัณฑ์ถุงโคลอสโตมี แบบประดิษฐ์ ดังรายที่ 1

รายที่ 3 ผู้ป่วยชาย อายุ 60 ปี น้ำหนัก 52 กก. การวินิจฉัยโรค CA colon รูปร่างสันทัด ไม่ซูบผอม รับประทานยามีปัญหา peristomal skin associated dermatitis ระดับ 3 รอบ ๆ Ileostomy จากแผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและ

นิติเวช ใช้ถุงโคลอสโตมีแบบสำเร็จรูปยังมีการ
รั่วซึมของอุจจาระจนผิวหนังรอบทวารเทียมเป็น

แผล ดังรูปที่ 8 จึงได้ apply ถุงโคลอสโตมีแบบ
ประดิษฐ์ตั้งผู้ป่วยรายที่ 1 และ 2



รูปที่ 6 แผลรอบทวารเทียมผู้ป่วยรายที่ 1



รูปที่ 7 แผลรอบทวารเทียมผู้ป่วยรายที่ 2



รูปที่ 8 แผลรอบทวารเทียมผู้ป่วยรายที่ 3

ผลลัพธ์ของการนำไปใช้

ผู้ป่วยที่ใช้ถุงโคลอสโตมี พี.เอส.โมเดล ทั้ง 3
รายแผลหายดีหลังจากใช้ไประยะเวลา 3 เดือนครึ่ง
สองเดือนครึ่ง และ 20 วันตามลำดับ โดยในรายที่
1 และ 2 หลังจากแผลหายดีแล้วยังเลือกที่จะใช้ถุง

โคลอสโตมี พี.เอส.โมเดลต่อ ส่วนรายที่ 3 สามารถ
เปลี่ยนไปใช้ถุงโคลอสโตมีแบบเข็มขัดได้

ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยทั้ง 3 รายมีความพึง
พอใจในระดับมาก เมื่อพิจารณาต้นทุน พบว่า
ราคาถูกกว่าถุงโคลอสโตมีสำเร็จรูปแบบขึ้นเดียวถึง
30 เท่า รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระยะเวลาการหายของแผล การใช้ต่อหลังแผลหาย และความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มี
ภาวะแทรกซ้อนของผิวหนังรอบทวารเทียมอีกเสบ

Case No.	ระยะเวลาการหายของ แผล	การใช้ต่อหลังแผลหาย	ความพึงพอใจของ ผู้ดูแล
1 	3 เดือนครึ่ง	✓ เคยกลับไปใช้ถุงแบบ สำเร็จรูปแล้วยังหลุดง่าย รั่วซึมเหมือนเดิม	8 ใน 10
2 	2 เดือนครึ่ง	✓ ผู้ป่วยคุ้นเคยกับถุง โคลอสโตมี พี.เอส.โมเดล แล้ว บอกว่าใช้ง่าย และไม่ สะดวกเดินทางไปเบิกถุง	8 ใน 10

ตารางที่ 1 ระยะเวลาการหายของแผล การใช้ต่อหลังแผลหาย และความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนของผิวหนังรอบทวารเทียมอีกเสบ

Case No.	ระยะเวลาการหายของแผล	การใช้ต่อหลังแผลหาย	ความพึงพอใจของผู้ดูแล
		สำเร็จรูปจาก รพ.แม่ข่ายที่อยู่ไกล	
	20 วัน	✗ เปลี่ยนไปใช้แบบเข็มขัดได้	7 ใน 10
ต้นทุน	colostomy สำเร็จรูปแบบ one piece	ถุงโคลอสโตมี พี.เอส. โมเดล	
	90 บาท/ชิ้น	3.5 บาท/ชิ้น	

บทสรุป

นวัตกรรม ถุงโคลอสโตมี พี.เอส.โมเดล เป็นทางเลือกสำหรับผู้มีทวารเทียมที่ผิวหนังรอบทวารเทียมอักเสบ (Peristomal skin associated dermatitis) เป็นแผลจนไม่สามารถใช้โคลอสโตมีแบบสำเร็จรูปได้ สามารถใช้รองรับอุจจาระจากทวารเทียมที่มีลักษณะเหลวได้ดี แม้บริเวณหน้าท้องจะไม่เรียบตึง อีกทั้งยังสามารถปกป้องผิวหนังรอบทวารเทียมจากการระคายเคืองของน้ำย่อยในอุจจาระได้อีกด้วย มีข้อควรระวังคือ เมื่อมีอุจจาระออกมาปริมาณมากขึ้น ถุงอาจถูกดึงรั้งและหลุดเลื่อนได้ จึงควรเช็คถังและเปลี่ยนถุงใหม่ โดยยึดหลักไม่ให้อุจจาระสัมผัสผิวหนังนานจนระคายเคืองเปลี่ยนได้บ่อยเท่าที่ต้องการ และมีต้นทุนราคาถูก

การพัฒนาต่อยอด

จากการเผยแพร่นวัตกรรมและนำไปใช้จริงได้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาคือ เพิ่มขั้นตอนการ

พับปากถุงเข้าด้วยกัน อาจติดด้วยพลาสติกหรือ seal ด้วยความร้อนก่อนใช้ จะลดการแพร่กระจายของกลิ่นและดูเรียบร้อยน่าใช้ยิ่งขึ้น

นวัตกรรม ถุงโคลอสโตมี พี.เอส.โมเดล ได้รับการเผยแพร่ในการประชุม 4th National Palliative and Hospice Care Conference ระหว่างวันที่ 6-9 มิ.ย.2560 ณ โรงแรมเซ็นทรา ศูนย์ราชการฯ แจ้งวัฒนะ กทม. และ poster presentation ในเวทีการประชุมสัมมนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Lanna Service Plan) เขตสุขภาพที่ 1 ปีงบประมาณ 2562 ระหว่างวันที่ 21-22 พ.ค. 2562 ณ โรงแรมพะเยา เกทเวย์ ซึ่งได้รับความสนใจสอบถามและนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่มีการอักเสบของผิวหนังรอบทวารเทียม ต่อไปในหลายพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

- I., Leung, E., Hughes, D., Spiers, M., Donnelly, L., Mackenzie, I., et al. Robertson. (2005). Prospective analysis of stoma-related complication. *Colorectal Disease*, 7,279-285.
- บุญชื่น อิ่มมาก. (2556). Skin Association Moisture Care: When and How: Peristomal skin associated dermatitis. ใน จุฬารพร ประสงค์สิทธิ์ และกาญจนา รุ่งแสงจันทร์ (บ.ก.), *การพยาบาล ออสโตมีและแผลในศตวรรษที่ 21* (หน้า 76). กรุงเทพมหานคร: พุ่มทอง.
- มัลลิกา ไวยรุต. (22 กันยายน 2562). เข้าถึงได้จาก สถาบันมะเร็งแห่งชาติ: http://www.nci.go.th/th/File_download/D_index/onco2558/burerum/05.pdf
- สมพร วรรณวงศ์, ปิยมาศ สุวรรณลัดดา และมัลลิกา สุนทรวิภาต. (2559). ทวารเทียมในแผลผ่าตัด : ความยากในการดูแลรักษา. วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย. 4 (1), 5-16.
- อัจฉริย สาโรวาท. (22 กันยายน 2562). Wound Healing and Wound Care. เข้าถึงได้จาก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล: <http://med.mahidol.ac.th/th/Wound Healing abd Wound Care.pdf>.

ผลของแนวทางการเข้าถึงบริการในคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยใช้กระบวนการเสริมพลังเครือข่าย

Effects of guidelines for accessing services in asthma and COPD clinic by using a network Empowerment process

ภรณ์พรชสร พุฒวิชัยดิษฐ์

Ponnapassorn Puttawichaidit

พยม., วพย., อพย. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลหลวงพ่อบึง จังหวัดนครปฐม

M.N.S., Dip. ACNP, department of nursing,

Luangphorpern hospital Nakhonpathom province

ยุทธกรานต์ ชินโสตร

Yutthakran Chinasote

พบ , วว. (เวชศาสตร์ครอบครัว)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหลวงพ่อบึง โรงพยาบาลหลวงพ่อบึง จังหวัดนครปฐม

M.D., Dip. Thai Board of Family Medicine,

Director of Luangphorpern Hospital Nakhonpathom province

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) สาเหตุของผู้ป่วยไม่เข้าถึงบริการในคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง 2) แนวทางการเข้าถึงบริการในคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยกระบวนการเสริมพลังเครือข่าย และ 3) เปรียบเทียบผลก่อนและหลังการนำแนวทางไปปฏิบัติ โดยใช้กรอบแนวคิดการเสริมพลังของกิบสัน (Gibson, 1995) มาปรับใช้ เครือข่ายประกอบด้วยผู้ป่วยโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง 38 คน ครอบครัวกรณีผู้ป่วยเด็ก จำนวน 2 คน ทีมสุขภาพ 5 คน อสม. จำนวน 11 คน คัดเลือกตามเกณฑ์คัดเข้า การดำเนินการวิจัยมี 4 ระยะ ได้แก่ 1) การศึกษาสาเหตุผู้ป่วยไม่เข้าถึงบริการในคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก 2) กระบวนการเสริมพลังเครือข่ายเพื่อค้นหาแนวทางร่วมกัน ด้วยการประชุมกลุ่ม ระยะที่ 1 และ 2 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหาและสถิติบรรยาย 3) การนำแนวทางการเข้าถึงบริการในคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังไปปฏิบัติและประเมินผลเป็นระยะเพื่อนำไปสู่การปรับแผน 4) การสรุปและเปรียบเทียบผลการวิจัยด้วยสถิติ Paired t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ผลการวิจัย พบว่าหลังกระบวนการเสริมพลังเครือข่ายได้ร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุ หาแนวทางในการเข้าถึงบริการในคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง สาเหตุผู้ป่วยไม่เข้าถึงบริการในคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังจากผู้ป่วย/ ครอบครัว ได้แก่ อาชีพ เช่น ทำงานโรงงาน เดินทางไม่สะดวก ไม่มีคนพามาตรวจ ลืมวันนัด ติดธุระ ยาเหลือ คิดว่าอาการดีขึ้นไม่ต้องใช้ยา ติดเรียน นัดหลายโรคไม่ตรงกัน จำวันนัดผิด จากทีมสุขภาพ

ได้แก่ คำพูด/พฤติกรรมบริการ แพทย์เปลี่ยนบ่อย เจ้าหน้าที่น้อย ใบนัดตัวหนังสือเล็กอ่านไม่ชัดเจน จากระบบบริการ ได้แก่ ขั้นตอนมาก รอนาน วันเปิดบริการน้อย แนวทางการเข้าถึงบริการในคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ นัดนาน 2-3 เดือนในรายที่ไม่สะดวกมาและคุมอาการได้ นักเรียนมา 15.30-16.00 น. โทรศัพท์เตือน เยี่ยมบ้าน ให้ความรู้การรักษาต่อเนื่อง นัดพร้อมโรคอื่น โทรเตือนนัด บริการ Hotline อยู่ใกล้กันมาด้วยกัน ชุมชนร่วมมือ จัดแพทย์ประจำ เสริมเจ้าหน้าที่ ปรับปรุงพฤติกรรมบริการ ใบนัดตัวหนังสือใหญ่ขึ้น จัดระบบ One Stop Service เปิดบริการทุกสัปดาห์ หลังการวิจัยพบว่าผู้ป่วยมารับการรักษาในคลินิกเพิ่มขึ้นร้อยละ 45.93 คน และ 49.14 ครั้ง เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งของการขาดนัดและจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยหอบกำเริบหลังจากการนำแนวทางไปปฏิบัติ น้อยกว่าก่อนนำแนวทางไปปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การวิจัยนี้มีข้อเสนอแนะให้มีการแก้ปัญหาโดยใช้เครือข่ายเป็นศูนย์กลางในการหาแนวทางร่วมกัน ซึ่งจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

คำสำคัญ: การเข้าถึงบริการในคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง1, กระบวนการเสริมพลังเครือข่าย2

Abstract

This participatory action research The objectives were to study 1) the causes of patients not accessing services in the asthma and obstructive pulmonary clinic, 2) guidelines for accessing the services in the asthma and obstructive pulmonary clinic by means of network empowerment and 3) comparing the results before and After implementing the guidelines By using Gibson's empowerment framework (Gibson, 1995) to adapt the network consisting of 38 asthma and COPD patients, families in the case of 2 children, 5 health teams and 11 volunteers. Selected according to the selection criteria There are 4 phases of the research, which are 1) the study of the cause of patients not accessing the services in the chronic asthma and obstructive pulmonary clinic by using in-depth interviews. 2) The network empowerment process to find ways to collaborate with the phase group meeting. 1 and 2 analyze data by analyzing content and descriptive statistics. 3) Implementing guidelines for access to services in the chronic asthma and obstructive pulmonary clinic and The evaluation is to contribute to the plan, 4) summary and comparison of results with statistics, Paired t-test determines the level of statistical significance. 01.

The results show that after the network empowerment process has jointly analyzed the cause Find ways to access services in the asthma and obstructive pulmonary clinic. Cause patients do not have access to services in the chronic asthma and obstructive clinic from patients / families, such as occupations such as factory work, inconvenience. No one came to check. Lost the appointment date, busy with drugs. I think that the symptoms improve. No need to use drugs to schedule appointments. Many diseases do not match.

Remember the wrong appointment date from the health team, including words / behavior in service. Doctors change frequently Little officer The notice of the letter is not clear. From the service system, consisting of many steps, long waiting days, few service days Guidelines for accessing services in the chronic asthma and obstructive pulmonary clinic, including appointments for 2-3 months. In cases that are inconvenient to come and control the symptoms, students come in 15.30-16.00 hrs. Make an appointment with other diseases, call to postpone the appointment, Hotline service is close together, come together, the community cooperate to organize doctors regularly Reinforce staff Improve service behavior Big letter appointment is arranged. One Stop Service system is open every week. After the research, 45.93% and 49.14% of patients were admitted to the clinic when comparing the average number of scheduled visits and the number of visits to the emergency room with an asthma attack after The implementation of the guideline is less than before, the guideline implementation is statistically significant at .01 level. This research suggests that the problem solving by using the network. The center to find a common approach. Which will lead to good results according to the set goals

Keywords: access to services in the asthma and COPD clinic¹, Network empowerment process²

บทนำ

โรคหืดเป็นโรคของระบบทางเดินหายใจที่เกิดขึ้นในทุกเพศทุกวัย อาการที่พบบ่อยที่สุดคือ หายใจมีเสียงหวีด (Wheeze) ซึ่งเกิดจากการอักเสบเรื้อรังของหลอดลม (Chronic airway inflammation) ทำให้หลอดลมมีความไวต่อสิ่งกระตุ้นมากกว่าปกติ (Bronchial hyper responsiveness) มีผลทำให้หลอดลมตีบแคบลง ผู้ป่วยจึงมีอาการเหนื่อย แน่นหน้าอก ไอ หายใจมีเสียงหวีด โดยอาการเป็นๆหายๆ เกิดในช่วงกลางคืนหรือเช้ามืด ภาวะหลอดลมตีบแคบส่วนใหญ่อกลับคืนปกติได้เองหรือหลังได้รับการรักษา (เบญจมาศ ช่วยชู และคณะ, 2556: 53) ปัจจุบัน ความรู้เกี่ยวกับโรคหืดพัฒนาไปมาก ทำให้เรามีวิธีการรักษาที่ได้ผลทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตเหมือนคน

ปกติ เนื่องจากโรคหืดเป็นโรคที่มีการอักเสบของหลอดลมที่เกิดปฏิกิริยาทางภูมิแพ้ของร่างกายต่อสารก่อโรค ดังนั้นผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรังทุกรายจึงควรได้รับการรักษาด้วยยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ ชนิดสูดพ่น (Inhaled Corticosteroids: ICS) ซึ่งมีประสิทธิภาพสูงในการลดการอักเสบและมีผลข้างเคียงต่ำ (วัชร บัญสวัสดิ์, 2556) ผู้ป่วยจึงควรได้รับการรักษาเพื่อใช้อย่างต่อเนื่อง ส่วนโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่ทำให้มีการตีบแคบของทางเดินหายใจและมีการสูญเสียความยืดหยุ่นของปอด มีอากาศค้างในถุงลมเล็กจึงเกิดแรงต้านในทางเดินหายใจมากขึ้น ผู้ป่วยต้องใช้แรงมากในการหายใจ ทำให้มีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ผู้ป่วยจึงหลีกเลี่ยงการเคลื่อนไหวร่างกาย เมื่อการดำเนินของโรคเป็นมากขึ้นผู้ป่วยจะมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง

ไม่สามารถทำงานหรือกิจวัตรประจำวันได้เช่นคนปกติ เมื่อสมรรถภาพปอดลดลงมากๆ ก็จะมีอาการรุนแรงขึ้น เหนื่อยง่ายขึ้นแม้เพียงพอกิจวัตรประจำวัน และมีอาการโรคกำเริบบ่อยๆ ทำให้ต้องมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน และนอนรักษาในโรงพยาบาลในที่สุด อาจจะต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเพราะไม่สามารถหายใจเองได้เพียงพอเนื่องจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด เป้าหมายหลักของการรักษา เพื่อคงสภาพร่างกายให้ดีที่สุด และลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นในอนาคต (American Lung Association [ALA], 2014 ; คณะทำงานพัฒนาแนวแนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, 2553) การรักษาที่สำคัญวิธีหนึ่งคือการรักษาด้วยยาสูดพ่นอย่างต่อเนื่อง ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ยังผลให้ผู้ป่วยมีอาการบรรเทาลงหรือหายจากอาการลดความถี่ความรุนแรงของภาวะโรคกำเริบลง (นิธิพัฒน์ เจริญกุล, 2552)

สถานการณ์ปัจจุบันของผู้ป่วยโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลหลวงพ่อบึง จังหวัดนครปฐม เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียงของกระทรวงสาธารณสุข มีผู้ป่วยโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมารับบริการจำนวน 960 ครั้ง และ 224 ครั้ง ตามลำดับ มีอัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำภายใน 28 วัน และ ER Visitสูงเป็น 1 ใน 5 โรค และจากการเก็บข้อมูลมีผู้ป่วยโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ไม่เข้าถึงการรักษาในคลินิกสูงถึงร้อยละ 50.11 และมีการขาดนัดอยู่ร้อยละ 7.04 ในปี 2560 (โรงพยาบาลหลวงพ่อบึง, 2558-2560) ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ด้อยกว่าคนปกติ ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมประจำวันได้ ต้องเสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารักษา และโรงพยาบาลต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายเป็นจำนวน

มาก จากการทบทวนข้อมูลผู้ป่วยที่ไม่เข้าถึงบริการในคลินิกก็มีอาการของโรคหืดกำเริบทั้งเวลาและกลางคืน บางรายต้องมารักษาที่ห้องฉุกเฉิน และบางรายต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล แม้ว่า การรักษาโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังได้มีการปฏิบัติตามแนวทางการรักษาที่เป็นมาตรฐาน แต่ปัจจัยที่สำคัญคือการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วย ซึ่งปัจจัยดังกล่าวในทางปฏิบัติยังมีข้อจำกัด ที่ผ่านมามีการแก้ไขปัญหผู้ป่วยที่ไม่เข้าถึงบริการในคลินิกในรูปแบบต่างๆ แต่ไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร ผู้ป่วยดังกล่าวต้องมีคุณภาพชีวิตโดยรวมด้อยลง จากการรักษาไม่ต่อเนื่อง ทีมผู้วิจัยจึงมีพยายามที่จะแก้ไขปัญหาดังกล่าวของผู้ป่วยให้ได้ผล โดยใช้แนวคิดใช้กรอบแนวคิดการเสริมพลังของกิบสัน (Gibson, 1995) มาปรับใช้ร่วมกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ซึ่งประกอบด้วยการศึกษาถึงสาเหตุผู้ป่วยไม่เข้าถึงบริการในคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง การใช้กระบวนการเสริมพลังเครือข่ายเพื่อค้นหาแนวทางร่วมกันด้วยในการแก้ไขปัญหา และนำแนวทางการเข้าถึงบริการในคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังไปปฏิบัติและประเมินผลเป็นระยะเพื่อวิเคราะห์ผลลัพธ์นำไปสู่การปรับแผนจนได้แนวทางที่มีประสิทธิภาพ และเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสาเหตุของผู้ป่วยไม่เข้าถึงบริการในคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. เพื่อศึกษาแนวทางการเข้าถึงบริการในคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยกระบวนการเสริมพลัง เครือข่าย
3. เพื่อเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการนำแนวทางไปปฏิบัติ

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยนำแนวคิดการเสริมพลัง (Empowerment) ของกิบสัน (Gibson, 1995) มาปรับใช้ โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน 4 ระยะ 1) การค้นหาปัญหา ได้แก่ การสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและการศึกษาสาเหตุผู้ป่วยไม่เข้าถึงบริการในคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) 2) การวางแผน (Planning) เพื่อแก้ไขปัญหา ได้แก่ กระบวนการเสริมพลังเครือข่ายเพื่อค้นหาแนวทางการเข้าถึงบริการในคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังด้วยการประชุมกลุ่ม 3) การปฏิบัติการ (Acting) การนำไปปฏิบัติ และติดตามประเมินผล (Observing) เพื่อวิเคราะห์ผลลัพธ์นำไปสู่การปรับแผนการพัฒนาต่อเนื่อง (Re-planning and Reaction) และดำเนินการตามแผนที่ปรับปรุง และ 4) การสรุปผลการวิจัย (Conclusion)

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

1. เมื่อผู้ร่วมวิจัย ยินยอมเข้าร่วมศึกษาและลงลายมือชื่อในใบยินยอมแล้ว จึงดำเนินการเก็บข้อมูล โดยให้ผู้ร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
2. ศึกษาสาเหตุของการขาดการรักษาตามนัดของผู้ป่วยโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคลตามแนวคำถามที่กำหนดจนข้อมูลอิ่มตัว โดยเลือกเวลาที่กลุ่มตัวอย่างสะดวกในการให้สัมภาษณ์ ใช้เวลาคนละประมาณ 15-30 นาที ในระหว่างการสัมภาษณ์จะขออนุญาตบันทึกเสียงพร้อมจดบันทึก กลุ่ม

ตัวอย่างสามารถหยุดการให้สัมภาษณ์ได้ตลอดเวลาไม่ว่ากรณีใดๆ

3. นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก มาค้นหาแนวทางเข้าถึงบริการในคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยการประชุมกลุ่ม ในขั้นตอนนี้ใช้กระบวนการเสริมพลังเครือข่ายให้ร่วมกันแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที ในระหว่างการประชุมกลุ่ม ผู้วิจัยขออนุญาตจดบันทึกและหาข้อสรุปร่วมกันในช่วงท้ายของการประชุม

4. ผู้ร่วมวิจัย นำแนวทางที่ได้ไปปฏิบัติ และติดตามประเมิน และปรับแผนได้ผลลัพธ์ที่ดี

5. สรุปผลการดำเนินงานวิจัยเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณจากรายงานผลการดำเนินงานของคลินิกในฐานะข้อมูลในโปรแกรม Hos-xp ของโรงพยาบาล ในเรื่องจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิก จำนวนครั้งของการขาดนัดและการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยอาการหอบกำเริบก่อนและหลังนำแนวทางไปปฏิบัติ

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ สมาชิกเครือข่ายประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยโรคหืด จำนวน 38 คน มีเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ เป็นผู้ป่วยโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังที่รับการรักษาในคลินิก ในช่วงเวลาที่กำหนด สามารถพูด อ่าน ฟังภาษาไทยได้ และสมัครใจเข้าร่วมวิจัย 2) ครอบครัว ได้แก่ ญาติหรือผู้ดูแลกรณีผู้ป่วยเด็ก จำนวน 2 คน มีเกณฑ์คัดเข้าคือ เป็นญาติหรือผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังที่รับการรักษาในคลินิก ในช่วงเวลาที่กำหนด สามารถพูด อ่าน ฟังภาษาไทยได้ และสมัครใจเข้าร่วมวิจัย 3) ทีมสุขภาพที่ให้บริการในคลินิก ประกอบด้วย

พยาบาลวิชาชีพ 3 คน เกษีกร 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน รวมเป็น 5 คนโดยเป็นบุคลากรที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัย 4) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 11 คน โดยเป็น อสม. ที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัย รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 56 คน

การพิทักษ์สิทธิ์

งานวิจัยครั้งนี้ได้ขออนุมัติการดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลหลวงพ่อเป็น และผ่านการพิจารณาจริยธรรมการศึกษารวบรวมข้อมูลจากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ร่วมวิจัย โดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษานี้ และสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยศึกษาในระหว่างดำเนินการโดยไม่เกิดผลเสียใดๆ กรณีผู้ป่วยเด็ก ผู้ปกครองเป็นผู้ให้ความยินยอม เมื่อผู้ร่วมวิจัยยินยอมเข้าร่วมวิจัยและลงลายมือชื่อในใบยินยอมแล้ว ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ที่อยู่ สิทธิการรักษา อาชีพ การศึกษา และข้อมูลเกี่ยวกับโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก และแนวคำถามที่ใช้ในการประชุมกลุ่ม ซึ่งแนวคำถามมีลักษณะปลายเปิด
3. อุปกรณ์ที่ใช้ในการบันทึก 4) รายงานผลการดำเนินงานของคลินิกจากฐานข้อมูลในโปรแกรม Hos-xp ของโรงพยาบาล

การหาความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (validity) ผู้วิจัยได้นำแนวคำถามดังกล่าวให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity) และภาษาที่ใช้ และได้ปรับแก้ให้เหมาะสมตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนที่จะนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติพรรณนาวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละ
2. การวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เจาะลึกรายบุคคลและการประชุมกลุ่มโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ประกอบด้วย 1) การประมวลข้อมูล และการเก็บรวบรวมข้อมูล 2) การจัดแฟ้ม (Establishing file) เพื่อจำแนกและจัดหมวดหมู่ข้อมูล 3) การจัดระบบข้อมูลด้านเนื้อหา เพื่อได้ข้อมูลที่สำคัญ (Significant statement) และ 4) การให้รหัสข้อมูล (Data coding) มีการวิเคราะห์สอบทานข้อมูล (สุภางค์ จันทวานิช, 2554) เพื่อตอบวัตถุประสงค์ สาเหตุของผู้ป่วยไม่เข้าถึงบริการในคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง และแนวทางการเข้าถึงบริการในคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยกระบวนการเสริมพลัง เครือข่าย โดยนำแนวทางมาทดลองปฏิบัติและปรับปรุง ระหว่างเดือนสิงหาคม – กันยายน 2559 และนำแนวทางที่ปรับปรุงแล้วไปปฏิบัติจริงในเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2559 ถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2560
3. เปรียบเทียบจำนวนคนและจำนวนครั้งผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกด้วยสถิติพรรณนาและเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งของการขาดนัด และการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยอาการ

หอบกำเริบก่อนนำแนวทางไปปฏิบัติ (ตุลาคม 2558 - กรกฎาคม 2559) และหลังนำแนวทางไปปฏิบัติ (ตุลาคม 2559 - กรกฎาคม 2560) โดยใช้สถิติ Paired t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ผลการวิจัย

ผู้ร่วมวิจัยทั้งหมด จำนวน 56 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 57.90 เพศชายร้อยละ 42.10 มีอายุตั้งแต่ 5 ปี ถึง 75 ปี อายุเฉลี่ย 43.64 ปี (SD=16.64) ส่วนใหญ่สถานภาพคู่ร้อยละ 74.51 การศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุดร้อยละ 70.85 อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล ได้แก่ ตำบลบางพระ บางแก้วฟ้า บางระกำ ลำพญา และตำบลนราภิรมย์ ร้อยละ 90.51 ใช้สิทธิประกันสุขภาพในการรักษาพยาบาลร้อยละ 71.23 รองลงมาคือสิทธิประกันสังคมร้อยละ 15.80 มีอาชีพรับจ้างมากที่สุดร้อยละ 39.91 รองลงมาคือทำสวนและทำนาร้อยละ 15.85 และ 10.32 ตามลำดับ

ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคหืดของผู้ร่วมวิจัยที่เป็นผู้ป่วย จำนวน 38 คน พบว่า มีอาการของโรคหืดมานานมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 55.30 รองลงมาได้แก่ 1- 5 ปี และ 6 – 10 ปี ร้อยละ 28.90 และ 15.80 ตามลำดับ ระยะเวลาที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลหลวงพ่อบุเป็นมานาน 2 – 20 ปี เฉลี่ย 7.21 ปี (SD=4.91) เคยมีอาการหอบกำเริบในช่วงที่ขาดการรักษาตามนัด ร้อยละ 39.50 และไม่ได้ใช้ยาร้อยละ 18.40 ใช้ยาเดิมร้อยละ 65.80 และมีการใช้ไม่ต่อเนื่องร้อยละ 15.80 การเดินทางมารักษาที่โรงพยาบาลโดย การมาคนเดียวร้อยละ 57.90 ต้องให้ญาติพามาร้อยละ 36.80 และญาติมาเป็นเพื่อนร้อยละ 5.20

ระยะที่ 1 การศึกษาสาเหตุผู้ป่วยไม่เข้าถึงบริการในคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง สรุปได้ดังนี้

1. สาเหตุจากผู้ป่วย/ ครอบครัว พบว่ามาจากสาเหตุหลายประการได้แก่ มีอาชีพที่ไม่สะดวกในการมาตรวจ ผู้ดูแลไม่สะดวกในการพามาตรวจ การเดินทางไม่สะดวก เช่น ไม่มีรถมา ไม่มีผู้ดูแลหรือช่วยเหลือในการพามาตรวจ คิดว่าอาการดีขึ้นหรือไม่มีอาการกำเริบแล้วไม่จำเป็นต้องมารักษาต่อเนื่อง ลืมวันนัด ติดธุระ ยายังมีเหลืออยู่จึงไม่มาตามนัด ติดเรียนหนังสือ นัดหลายโรคไม่ตรงกันทำให้ต้องมาหลายครั้งจึงไม่มา จำวันนัดผิด

ดังตัวอย่างคำกล่าว

บางทียายังเหลืออยู่และก็ไม่หอบฉันก็เลยไม่มารอยาหมดค่อยมา (CL-05)

ลูกมันไม่ค่อยว่างพามา ฉันไปเองไม่ได้ขับรถก็ไม่มีกับเขา (CL-07)

หลานเคยถูกแม่พาไปอยู่ที่อื่นไม่มารักษา พอผ่านไปอาการกำเริบอีกหลังจากนั้นก็มาตลอดค่ะ (CL-08)

เก็บใบนัดแล้วลืมดูว่าหมอนัดเมื่อไหร่ มาดูอีกทีเลยไปแล้ว (CL-30)

2. สาเหตุจากทีมสุขภาพ ในมุมมองของผู้ที่มาใช้บริการ ได้แก่ พฤติกรรมบริการไม่ดี ทั้งด้านคำพูด และกิริยาท่าทางโดยเฉพาะแพทย์ผู้ให้การรักษา บางท่านต่อว่าผู้ป่วย แพทย์เปลี่ยนบ่อย เจ้าหน้าที่น้อยไม่เพียงพอต่อการให้บริการ ตัวหนังสือที่ใบนัดตัวเล็ก เขียนวันนัดอ่านไม่ออก ดังตัวอย่างคำกล่าว

ใบนัดหนังสือตัวเล็กอ่านไม่เห็น ฉันตาไม่ค่อยดี (CL-13)

ลูกชายฉันไม่มาแล้วหมอดูบอกว่าเวลาไม่
มาตรวจ....หมอว่าอยากตายเหอ... (CL-25)

หมอบเปลี่ยนอยู่เรื่อยไม่ค่อยรู้อาการต้องดู
ประวัตินานเป็นหมอดูเดิมไม่ได้หรือจะได้เร็ว (CL-
28)

3. สาเหตุจากระบบบริการของคลินิก
ได้แก่ ขั้นตอนการรับบริการยุ่งยากหลายขั้นตอน
ระยะเวลาในการรอรับบริการนานในการมารับ
บริการแต่ละครั้ง **ดังตัวอย่างคำกล่าว**

เปิดเดือนละแค่ 2 ครั้ง บางทีตรงกับไม่
ว่างหรือมีงานก็เลยไม่ได้มาครับ (CL-09)

รอนานครับ ต้องไปตรงโน้นตรงนี้ รอแต่
ละที่ก็นาน บางทีมีธุระต้องรีบเลยไม่มาตรวจ (CL-
15)

ให้เร็วกว่านี้อีกหน่อยก็ดีนะหมอ ฉันจะ
ได้กลับไปทำงานต่อ งานมันเยอะไม่มีใครช่วย (CL-
20)

ระยะที่ 2 กระบวนการเสริมพลังเครือข่าย
เพื่อค้นหาแนวทางร่วมกันในการแก้ไขปัญหา
ผู้ป่วยไม่เข้าถึงบริการในคลินิกโรคหืดและปอด
อุดกันเรื้อรัง สรุปได้ ดังนี้

จากการเสริมพลังสมาชิกเครือข่ายได้ร่วมกัน
วิเคราะห์ถึงสาเหตุของผู้ป่วยไม่เข้าถึงบริการใน
คลินิกโรคหืดและปอดอุดกันเรื้อรัง และหาแนว
ทางการแก้ไขปัญหาโดยการประชุมกลุ่ม ซึ่ง
แนวทางการแก้ไขปัญหาามีหลายประการขึ้นอยู่กับ
สาเหตุทั้ง 3 ประเด็น ข้างต้น พบว่า แนวทางการ
แก้ไขปัญหาจากผู้ป่วย/ ครอบครัว ได้แก่ 1) การ
นัดตรวจนาน 2-3 เดือน ในรายที่มีเสมหะมากและ
ควบคุมอาการได้ดี 2) ผู้ป่วยที่เป็นนักเรียน/
นักศึกษาให้มาตรวจเวลา 15.00-16.00 น. 3)
โทรศัพท์เตือนก่อนนัด 1 วัน ในรายที่ลืมบ่อย 4)

ให้ความรู้เรื่องโรคและการรักษาต่อเนื่องเพื่อเกิด
ความตระหนักในการมาตรวจ 5) บริการ Hotline
24 ชั่วโมง เพื่อสอบถามข้อมูล ให้คำปรึกษาและ
โทรศัพท์เตือนนัดได้ 7) ผู้ป่วยที่อยู่บ้านใกล้กันให้
เดินทางมาด้วยกัน กรณีที่ไม่มีรถหรือญาติพามา
ตรวจ 8) เครือข่ายช่วยประชาสัมพันธ์คลินิกให้
ประชาชนในชุมชนได้ทราบเพื่อมารับบริการ
ดังกล่าว

ยังงี้ก็ต้องพาหลานมา ถ้าไม่มาแล้ว
อาการกำเริบจะลำบากมาก พอหลานมานอน
โรงพยาบาลไม่มีคนมาเฝ้า เพราะ

ต้องดูแลหลานที่บ้านอีกคน ยังงี้ก็ต้อง
พาหลานมาให้ได้ แต่ฉันมันขี้ลืม ถ้าให้ดีไม่ลำบาก
หมอก็นไปโทรเตือนก็

ดีค่ะ ถ้าไม่ลืมฉันมาทุกครั้งเลย (CG-1)

หนูต้องทำงานโรงงาน ไม่อยากหยุดบ่อย
กลัวถูกหักเงินและเสียประวัติการทำงาน ถ้าให้ดี
อยากให้

นัดนานหน่อย 2 เดือนก็ยังดีค่ะ นัดเดือน
เดียวแป๊บๆ ก็ถึงแล้ว (CL-2)

นัดพร้อมกันกับแฟนจะได้มาพร้อมกัน
หยุดขายของวันเดียวไม่เสียเวลาและรายได้
เดินทางสะดวกด้วย ฉันชอบรถ

ไม่เป็น (CL-4)

นัดให้พร้อมกันกับเพื่อนคนไข้ด้วยกัน
อยู่บ้านใกล้กันจะได้มาพร้อมกัน ไม่งั้นไม่มีรถมา
(CL-9)

ขอนัดนานหน่อยจะได้ไม่ต้องกลางานบ่อย
2 เดือนก็ยังดี เดือนเดียวบ่อยเกินไปครับ (CL-10)

ควรมีการประกาศให้ประชาชนในพื้นที่
ทราบว่ามียุทธศาสตร์ ผู้ป่วยที่เป็นโรคหอบจะได้มา
รักษากัน (CL-1)

จดใส่ปฏิทินไว้ เขียนว่า หาหมอ หรือ
กากบาทไว้เตือนความจำตัวเอง (PCT-2)

ผลการติดตามการดำเนินงานและการปรับ แผนปฏิบัติการ

เครือข่ายสามารถดำเนินการตามแนว
ทางการเข้าถึงบริการในคลินิกโรคหืดและปอดอุด
กั้นเรื้อรัง ได้ดี มีบางส่วนที่ไม่สามารถรับบริการ
ได้ ในส่วนของทีมสุขภาพและระบบบริการ
เครือข่ายเสนอแนะว่า ควรมีการปรับปรุง เพื่อให้
เอื้อต่อการเข้าถึงบริการ ซึ่งจากการประชุมกลุ่มใน
ครั้งที่ 2 ได้แนวทางการแก้ไขปัญหาเพิ่มเติม ได้แก่
การเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านด้วยทีมสุขภาพในรายที่ไม่มา
รับการรักษาเพื่อให้ครอบครัวมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น ให้
ชุมชนในพื้นที่ร่วมมือ กระตุ้นให้ตระหนักและเห็น
ความสำคัญของการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยใช้ผู้ที่
ผู้ป่วยเคารพนับถือ และมีการนัดตรวจพร้อมโรค
อื่นๆ เช่น ความดันโลหิตสูง ไขมันสูง กรณิ
เบหหวานให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
(อสม.) หรือเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลใกล้บ้านเจาะเลือดตอนเช้าแล้วตอนบ่ายมา
ตรวจเบาหวานพร้อมคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้น
เรื้อรัง

ในการปรับแผนเกี่ยวกับระบบบริการการ
ตรวจรักษาและดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับ
บริการที่สะดวก รวดเร็ว และมีคุณภาพ มีข้อเสนอ
ให้จัดแพทย์ประจำคลินิกและจัดเจ้าหน้าที่ช่วย
ปฏิบัติงานในคลินิกโรคหืด กรณีเจ้าหน้าที่ประจำ

ไม่อยู่ มีการปรับปรุงพฤติกรรมบริการของแพทย์/
บุคลากรอื่นๆ โดยผู้บริหารดำเนินการหรือมี
นโยบายสนับสนุน มีการปรับปรุงใบนัดให้
ตัวหนังสือใหญ่ขึ้น เพื่อให้อ่านได้ชัดเจน นอกจากนี้
ได้พัฒนาระบบบริการแบบ One Stop Service
เพื่อลดขั้นตอนบริการ และขยายการเข้าถึงบริการ
โดยการเพิ่มบริการในคลินิกจากเดือนละ 2 ครั้ง
เป็นเดือนละ 4 ครั้ง

ระยะที่ 3 เปรียบเทียบผลก่อนและหลังนำ แนวทางการเข้าถึงบริการในคลินิกโรคหืดและ ปอดอุดกั้นเรื้อรังไปปฏิบัติ

หลังการวิจัย พบว่ามีผู้ป่วยมารับการรักษา
ในคลินิกเพิ่มขึ้นร้อยละ 45.93 คน (เพิ่มขึ้น 47
คน) และ 49.14 ครั้ง (เพิ่มขึ้น 179 ครั้ง) จำนวน
ครั้งการขาดนัดก่อนนำแนวทางไปปฏิบัติ มีค่าเฉลี่ย
เท่ากับ 5.92 ครั้ง (SD = 3.48) หลังนำแนวทางไป
ปฏิบัติ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.36 ครั้ง (SD = 5.92)
ส่วนจำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน
ด้วยหอบกำเริบก่อนนำแนวทางไปปฏิบัติ มี
ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.78 ครั้ง (SD = 1.19) หลังนำ
แนวทางไปปฏิบัติ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.05 ครั้ง (SD
= 0.23) เมื่อเปรียบเทียบกับ Paired t- test
พบว่าจำนวนครั้งเฉลี่ยของการขาดการรักษาตาม
นัด และจำนวนครั้งเฉลี่ยของการเข้ารับการรักษาที่
ห้องฉุกเฉินด้วยหอบกำเริบหลังจากการนำแนวทาง
ไปปฏิบัติ น้อยกว่าก่อนนำแนวทางไปปฏิบัติอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวนครั้งของการขาดการรักษาตามนัดและการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยอาการหอบกำเริบ (n=38)

ข้อมูล	ก่อน (ต.ค.58-ก.ค.59)		หลัง (ต.ค.59-ก.ค.60)		Paired t-test	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
จำนวนครั้งการขาดการรักษาตามนัด	5.92	3.48	2.51	2.36	5.923	0.000*
จำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยอาการหอบกำเริบ	0.78	1.19	0.05	0.23	4.014	0.000*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สรุปอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าผู้ป่วยมีอาการของโรคมานานมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 55.30 ระยะเวลาที่รับการรักษาที่โรงพยาบาล หลวงพ่อเป็นนาน 2 – 20 ปี เฉลี่ย 7.21 ปี และเคยมีอาการหอบกำเริบในช่วงที่ขาดการรักษาตามนัด ร้อยละ 39.50 จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยที่ขาดการรักษาตามนัด มีอาการหอบกำเริบถึงร้อยละ 39.50 ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ได้ใช้ยาร้อยละ 18.40 และมีการใช้ไม่ต่อเนื่องร้อยละ 15.80 ซึ่งสาเหตุดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องกลับมารักษาที่ห้องฉุกเฉิน สอดคล้องกับการศึกษาของเรื่องศักดิ์ ศรีสุภา ที่ศึกษาเรื่องการกลับมารักษซ้ำของผู้ป่วยโรคหอบหืด โรงพยาบาลคำชะอี จังหวัดมุกดาหาร พบว่าผู้ป่วยที่กลับมารักษซ้ำด้วยอาการหอบกำเริบ เนื่องจากการมาตรวจตามนัดเป็นประจำ เพียงร้อยละ 76.20 และมีการใช้ยาอย่างเคร่งครัด สม่่าเสมอเพียงร้อยละ 61.90 (เรื่องศักดิ์ ศรีสุภา, 2555) โรคหืดเป็นโรคที่มีการอักเสบเรื้อรังของหลอดลม การรักษาที่สำคัญคือการให้ยาที่ลดการอักเสบของหลอดลมเป็นหลัก ได้แก่ ยาสูดสเตอรอยด์ จึงเป็นความสำคัญอย่างยิ่งที่จะทำอย่างไรให้ผู้ป่วยได้เข้า

มาสู่ระบบการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป (วัชราน บัญสวัสดิ์, 2556)

ผลการวิจัยสอดคล้องกับกรอบแนวคิดการเสริมพลังของกิบสัน มี 4 ขั้นตอน 1) การค้นพบสภาพการณ์ที่ผู้ป่วยไม่มารักษาที่โรงพยาบาล จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วย/ ครอบครัว พบว่าสาเหตุของผู้ป่วยที่ไม่เข้าถึงบริการในคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง จากผู้ป่วย/ ครอบครัว พบว่า อาชีพที่ไม่สะดวกในการมาตรวจ ผู้ดูแลไม่สะดวกในการพามาตรวจ การเดินทางไม่สะดวก ไม่มีรถมา ไม่มีผู้ดูแลหรือช่วยเหลือในการพามาตรวจ คิดว่าอาการดีขึ้นหรือไม่มีอาการกำเริบแล้ว ไม่จำเป็นต้องมารักษาต่อเนื่อง ลืมวันนัด ติดธุระ ยายังเหลืออยู่ ติดเรียนหนังสือ นัดหลายโรคไม่ตรงกัน จำวันนัดผิด จากทีมสุขภาพ ในมุมมองของผู้ที่มารับบริการ ได้แก่ พฤติกรรมบริการไม่ดี แพทย์เปลี่ยนบ่อย เจ้าหน้าที่น้อย ตัวหนังสือเล็ก เขียนวันนัดอ่านไม่ออกจากระบบบริการของคลินิก ได้แก่ ขั้นตอนการรับบริการยุ่งยากหลายขั้นตอน ระยะเวลาในการรอรับบริการนาน ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับสาเหตุการขาดการรักษา

ของผู้ป่วยคลินิกกายภาพบำบัดโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ที่ผู้ป่วยไม่มารักษาเนื่องจาก ลืมวันนัด ยาเดิมยังเหลืออยู่ คิดว่าอาการดีขึ้นแล้วไม่ต้องมาเดินทางมาเองไม่ได้ ไม่มีญาติพามา อาชีพไม่สะดวกต่อการมาตรวจ สาเหตุจากเจ้าหน้าที่ ได้แก่ เรื่องพฤติกรรมบริการ ความกระตือรือร้น ความนุ่มนวลอ่อนโยนในการให้บริการ การให้คำแนะนำ ข้อมูลในใบนัดไม่ชัดเจน และสาเหตุจากระบบบริการ ได้แก่ ขั้นตอนการรับบริการยุ่งยากจึงไม่มาตามนัด ระยะเวลาในการมารับบริการนาน (นวดี เทศศรีเมือง, 2553) ซึ่งการมารับการรักษาไม่ต่อเนื่องของผู้ป่วยเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับยาและมีอาการหอบกำเริบในที่สุด 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณ์จนถึงผลเสียของการไม่มารับการรักษา ผู้ร่วมวิจัยได้ร่วมวิเคราะห์และสะท้อนคิดถึงสาเหตุและผลกระทบของผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องทำให้มีอาการหอบกำเริบ ต้องเสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น เครือข่ายมีความตระหนักได้ร่วมกันหาแนวทางแก้ไขตามสาเหตุต่างๆ ซึ่งผู้ป่วยแต่ละคนมีสาเหตุของไม่มารับบริการในคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังที่แตกต่างกัน การแก้ไขปัญหาตรงตามความต้องการของแต่ละบุคคล กล่าวคือ **สาเหตุจากผู้ป่วย/ ครอบครัว** ได้แก่ การนัดตรวจ นาน 2-3 เดือน ในผู้ป่วยที่ต้องทำงานประจำ เช่น ทำงานโรงงาน นักเรียนให้มาตรวจในช่วงเวลา 15.00 -16.00 น. มีการโทรศัพท์เตือนก่อนนัด 1 วัน ในกลุ่มที่ลืมนัดบ่อย ให้ความรู้เรื่องโรคและการรักษาต่อเนื่องเพื่อให้เห็นความสำคัญของการมารับการรักษา ให้บริการให้คำปรึกษาแนะนำ หรือซักถามทาง Hotline 24 ชั่วโมง เกิดวัฒนธรรมเพื่อนช่วยเพื่อน ในรายที่อยู่บ้านใกล้กันมาด้วยกัน และบูรณาการการตรวจรักษา

หลายคลินิกเข้าด้วยกัน โดยนัดตรวจครั้งเดียว เพื่อให้ผู้ป่วยเดินทางมาวันเดียว นอกจากนี้การเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านยังเป็นการสร้างปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วย/ ครอบครัว อสม.และทีมสุขภาพ ทำให้เกิดความร่วมมือในการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ในผู้ป่วยบางรายได้รับความร่วมมือจากชุมชนในพื้นที่ในการกระตุ้นให้ตระหนักและเห็นความสำคัญของการรักษาโดยใช้ผู้ที่ผู้ป่วยเคารพนับถือ ทำให้ผู้ป่วยมาตรวจรักษาอย่างต่อเนื่องได้ ในที่สุด สาเหตุจากทีมสุขภาพ ในมุมมองของผู้ที่มารับบริการ ผู้ร่วมวิจัยสรุปแนวทางในการแก้ไขปัญหา ได้แก่ การจัดแพทย์ประจำคลินิก จัดเจ้าหน้าที่ช่วยปฏิบัติงานเพื่อความรวดเร็ว ปรับปรุงพฤติกรรมบริการของแพทย์/ บุคลากร ปรับปรุงใบนัดให้ตัวหนังสือใหญ่ขึ้น สาเหตุจากระบบบริการของคลินิก แนวทางการแก้ปัญหา คือ พัฒนาระบบบริการแบบ One Stop Service เพื่อลดขั้นตอน และขยายการเข้าถึงบริการโดยการเพิ่มบริการจากเดือนละ 2 ครั้งเป็น 4 ครั้ง 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมเพื่อแก้ปัญหา และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติตามแนวทางที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งแนวทางการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยที่ไม่เข้าถึงบริการในคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังนี้ สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง เพราะเกิดจากการแก้ไขปัญหาร่วมกันของเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับการศึกษาของทีมสุขภาพอำเภอด่านขุนทด ที่ได้ศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพตาแบบผสมผสานโดยการมีส่วนร่วมและใช้ชุมชนเป็นฐานในการพัฒนา พบว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นมีรูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลตนเอง รวมถึงผู้รับบริการมีความพึงพอใจ ซึ่งควรจะต้องมีการดำเนินกิจกรรมนี้ต่อไป

อย่างต่อเนื่องสู่ความยั่งยืน (ทีมสุขภาพอำเภอด่านขุนทด, 2553)

จากการเปรียบเทียบผลการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยที่ไม่เข้าถึงบริการในคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนและหลังนำแนวทางไปปฏิบัติพบว่า หลังการวิจัยมีผู้ป่วยมารักษาในคลินิกเพิ่มขึ้นร้อยละ 49.14 คน และ 45.93 ครั้ง และจำนวนครั้งการขาดการรักษาตามนัดก่อนนำแนวทางไปปฏิบัติมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.92 ครั้ง หลังนำแนวทางไปปฏิบัติ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.36 ครั้ง ส่วนจำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยหอบกำเริบก่อนนำแนวทางไปปฏิบัติ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.78 ครั้ง หลังนำแนวทางไปปฏิบัติ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.05 ครั้ง เมื่อเปรียบเทียบด้วย Paired t- test พบว่าจำนวนครั้งเฉลี่ยของการขาดการรักษาตามนัดและจำนวนครั้งเฉลี่ยของการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยหอบกำเริบหลังจากการนำแนวทางไปปฏิบัติน้อยกว่าก่อนนำแนวทางไปปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและแนวคิดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังมาพัฒนารูปแบบการดูแลรักษา ในผู้ป่วยหอบหืด พบว่าหลังการพัฒนาผู้ป่วยมีจำนวนครั้งของการกลับมารักษาในโรงพยาบาลลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (นพธดา เมธาสุวภัทร และไกรสุข เพชรบุรีณิน, 2553)

ซึ่งผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การแก้ปัญหาการไม่เข้าถึงบริการการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโดยบุคลากรทางการแพทย์ฝ่ายเดียวแม้ดำเนินการปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานตามกระบวนการทำงานปกติไม่สามารถแก้ปัญหาได้ แต่เมื่อใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action

Research: Kemmis&McTaggart as site in N. Denzin&Y. Lincoln, 2011) ร่วมกับนำแนวคิดการเสริมพลังของกิบสัน(Gibson, 1995) มาปรับใช้โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางร่วมกับครอบครัว ทีมสุขภาพและชุมชน (อสม.) ในการหาสาเหตุวิเคราะห์ปัญหา และหาทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน ทำให้ได้แนวทางที่มีประสิทธิภาพผลลัพธ์ที่ได้สูงกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ และยังก่อให้เกิดความสุขและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย กล่าวคือผู้ป่วยสามารถมารับการรักษาเพิ่มขึ้นและต่อเนื่องส่งผลให้มีอาการหอบกำเริบลดลงไม่ต้องมาเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินบ่อยครั้ง นอกจากผลดีต่อผู้ป่วย/ครอบครัวแล้ว ในส่วนของบุคลากรทำให้มีแรงบันดาลใจในการทำงาน ทั้งส่วนบุคคลและทีมงานในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยให้ดียิ่งๆ ขึ้น ซึ่งความร่วมมือร่วมแรงร่วมใจจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ในการทำงานโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางด้วยกระบวนการทำงานเป็นทีมที่ให้อำนาจซึ่งกันและกัน ทั้งในหน่วยงาน โรงพยาบาล ชุมชน ทำให้เกิดความสำเร็จที่น่าภาคภูมิใจ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำผลการวิจัยนี้ไปประยุกต์ใช้กับการให้การรักษาพยาบาลโรคอื่นๆ โดยเฉพาะโรคเรื้อรังที่ต้องการการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการของโรคได้และลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น

2. การนำแนวทางการเข้าถึงบริการในคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยใช้กระบวนการเสริมพลังเครือข่าย ที่ได้จากการวิจัยนี้ไปปฏิบัติและมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่องจะมีประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย นอกจากนี้ยังสามารถปรับแนวทางนี้เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทหรือสถานการณ์

ปัจจุบันก็จะนำไปสู่ความยั่งยืนในการดูแลผู้ป่วย
อย่างมีคุณภาพต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ รศ. ดร. นพวรรณ เปียชื่อ
อาจารย์ประจำโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะ
แพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล ดร. คณินเดช เชื้อมวราศาสตร์

นักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดนครปฐม และนายแพทย์ทินกร ชื่นชม
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสามพราน จังหวัด
นครปฐม ที่กรุณาให้คำปรึกษา ตรวจสอบเครื่องมือ
วิจัย รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการ
ทำวิจัยครั้งนี้ และท้ายสุดขอขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัย
ทุกท่านที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ ทำให้งานวิจัย
ครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

คณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. **ปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพ.ศ.2553**. วิทยาลัยเนชั่นอุลต้าไวโอเล็ตจากัด. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ : 2553.

งานคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลหลวงพ่อบึง. รายงาน Easy Asthma clinic ปี 2558-2560.

โปรแกรม Hos-Xp. โรงพยาบาลหลวงพ่อบึง. 2558-2560.

ทีมสุขภาพอำเภอด่านขุนทด. (2553). **รูปแบบการดูแลสุขภาพตาแบบผสมผสานโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน**. URL <http://pubnet.moph> สืบค้นเมื่อวันที่ 31/10/2558.

นพรดา เมธาสุวัตร และไกรสุข เพชรบุรีณิน. **การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหอบหืดแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย**. รวมผลงานวิชาการดีเด่นกระทรวงสาธารณสุขประจำปี 2553 (หน้า 364-376).

นวดิ เทศศรีเมือง. “สาเหตุการขาดการรักษาตามนัดในกลุ่มผู้ป่วยนอกรายใหม่คลินิกกายภาพบำบัด” **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ**. 3(1) : 25-32. 2556

นิธิพัฒน์ เจริญกุล. บรรณาธิการ. **ตำราโรคระบบการหายใจ** พิมพ์ครั้งที่ 3. ภาพพิมพ์. กรุงเทพมหานคร.

นิตา ชูโต. **การวิจัยเชิงคุณภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 4. บริษัทปรีดิโพร จำกัด. กรุงเทพฯ. 2551.

เรืองศักดิ์ ศรีสุภา. “การศึกษาการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคหอบหืดโรงพยาบาลคำชะอี จ.มุกดาหาร”.

วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7. 11(1) : 10 – 20. 2555.

วัชร บัญสวัสดิ์. **การรักษาโรคหืดระยะยาวในผู้ใหญ่**. ใน สมบูรณ์ จันทรสกุลพร, เบญจมาศ ช่วยชู,เบญจมาศ ช่วยชู, สมบูรณ์ จันทรสกุลพร, อรพรรณ โพชนุกูล, อธิศักดิ์อมตวงศ์. (บรรณาธิการ). **ตำราโรคหืด**. ครั้งที่ 1. ห้างหุ้นส่วน จำกัดภาพพิมพ์. กรุงเทพฯ. 2556.

สุภางค์ จันทวานิช. **วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 19. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ. 2554.

- American Lung Association [ALA], (2014). **Lung Health & Diseases.** URL <http://www.lung.org/lung-health-and-diseases/lung-disease-lookup/copd/> April 16, 2017.
- Gibson, J. M. The process of Empowerment in mother of chronically ill children. **Journal of Advanced Nursing.** 21 (6): 1201-1210. 1995.
- Kemmis. S & McTaggart. R. **Participatory action research : Communicative Action in the Public Sphere.** In N Denzin & Y. Lincon (Eds). Handbook of qualitative research. Los Angeles : SAGE. 2000.
- The Global Asthma Report. (2014). URL <http://globalAsthmareport.org/burden/burden.php>. April 15, 2016,
- World Health Organization. (2005). **Chronic respiratory disease.** URL <http://who.int/respiratory/asthma/en/lookup/copd/> April 20, 2016,

การพัฒนารูปแบบการกวดมดลูกส่วนล่างร่วมกับการใช้นวัตกรรมเตรียม-เตือนการนวดมดลูกต่อ คุณภาพการเฝ้าระวังภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกโรงพยาบาลชานุมานจังหวัด อำนาจเจริญ

Development of lower uterine segment model by pre-warning massage of
uterus innovation to improve quality of early postpartum hemorrhage
surveillance: Chanuman Hospital Amnatcharoen Province

อรทัย บัวคำ

Orathai Buakhum

พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการโรงพยาบาลชานุมาน

RN,APN

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองในกลุ่มมารดาที่อายุครรภ์ครบกำหนดคลอดคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรแบบง่ายสำหรับค่าเฉลี่ยแบบการทดสอบทางเดียวได้ขนาดตัวอย่าง 60 รายแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 รายและกลุ่มทดลอง 30 รายสุ่มตัวอย่างตามกรอบเวลา (Time Frame) โดยกลุ่มทดลองได้รับการดูแลด้วยรูปแบบการกวดมดลูกส่วนล่างร่วมกับการใช้นวัตกรรมเตรียม-เตือนการนวดมดลูกส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปแบบบันทึกการเฝ้าระวังภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกแบบบันทึกการนวดมดลูกในระยะสองชั่วโมงแรกหลังคลอดแบบประเมินความพึงพอใจผู้ให้บริการและผู้รับบริการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมานได้แก่ Independent t-test

ผลการศึกษา: ภายหลังการใช้รูปแบบการกวดมดลูกส่วนล่างร่วมกับการใช้นวัตกรรมเตรียม-เตือนการนวดมดลูก1) กลุ่มทดลองได้รับการนวดมดลูกครบ 6 ครั้งในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดร้อยละ 83.33 ส่งผลให้มารดาหลังคลอดมดลูกหดตัวดีทุกคนไม่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการนวดมดลูกครบ 6 ครั้งในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดเพียงร้อยละ 23.33 มารดาหลังคลอดมีภาวะมดลูกหดตัวไม่ดี 1 รายและมีภาวะตกเลือดหลังคลอด 1 ราย โดย 2) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยปริมาณการสูญเสียเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ซึ่งทำให้3) ผู้ให้บริการมีความพึงพอใจร้อยละ 83.33 ส่วนผู้รับบริการมีพึงพอใจร้อยละ 100

สรุป: รูปแบบการกวดมดลูกส่วนล่างร่วมกับนวัตกรรมเตรียม-เตือนการนวดมดลูกสามารถนำมาใช้เป็นระบบเฝ้าระวังภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากช่วยให้พยาบาลสามารถกวดมดลูกเพื่อลดปริมาณการสูญเสียเลือดให้น้อยลง

คำสำคัญ : การกวดมดลูกส่วนล่าง, เตรียม-เตือนการนวดมดลูก, ตกเลือดหลังคลอดระยะแรก

Abstract

This study is quasi-experimental research. The sample consisted of 60 term mothers , divided into 30 control groups and 30 experimental groups. The sample group was selected according to the time frame. Calculate the sample size using simple formulas. For the average one-way test, the test power is 80%, the significance level is .05 . The experimental group was supervised by the lower uterine segment model with by pre-warning massage of uterus innovation .The control group received regular care. Data were collected with a general data record form, surveillance record for early postpartum hemorrhage. form of uterine massage in the first two hours after birth ,satisfaction service provider evaluation form and service provider, analyze data by using descriptive statistics and inferential statistics such as Independent t-test

Results:: It was found that after using lower uterine segment model together with by pre-warning massage of uterus innovation to improve quality of early postpartum hemorrhage surveillance found that. 1) The experimental group had average blood loss in the first 2 hours after birth less than the control group at the statistical significance level of .01. 2) The experimental group received 6 full uterus massage during the first 2 hours after birth, 83.33% As a result, the mother after the uterine contraction is well contracted. Everyone does not have postpartum hemorrhage. The control group receives 6 full uterine massages in the first 2 hours after birth, 23.33%. 1 postpartum hemorrhage from uterine atony 3) Service providers are satisfied with the use of lower uterine segment model with by pre-warning massage of uterus innovation 83.33 percent ,100% satisfied with the service recipients

Keywords : lower uterine segment, pre-warning massage of uterus, early postpartum hemorrhage

บทนำ

การตกเลือดหลังคลอด เป็นสาเหตุการตายของมารดาทั่วโลก (สุจิต คุณประดิษฐ์,2555) ในปี 2005 องค์การอนามัยโลกระบุว่ามีร้อยละ 25 ของการตายของมารดาทั่วโลกมีสาเหตุจากการตกเลือดหลังคลอด (Family Care International and Gynnuity Health Project, 2006) ในประเทศไทยจากการรายงานสถานการณ์ภาวะสุขภาพของมารดาและทารกปริ

กำเนิด พ.ศ. 2551-2553 พบการตกเลือดในระยะหลังคลอดเป็นสาเหตุการตายของมารดาคิดเป็น 11.3, 10.8, และ 10.2 ต่อแสนการเกิดมีชีพ ตามลำดับ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2554) และ 1 ใน 4 ของการตายมารดาหลังคลอดเกิดจากการตกเลือดหลังคลอดจากระยะที่สามของการคลอดสิ้นสุดลง โดยมีการสูญเสียเลือดภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด (Mousa and Alfrevic,

2007) และสาเหตุส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 60 ของการตกเลือดหลังคลอดเกิดจากสาเหตุมดลูกหดตัวไม่ดี (WHO, 2003)

จากสถิติข้อมูลการตกเลือดหลังคลอดของจังหวัดอำนาจเจริญ ในปี 2554 -2560 มีจำนวนมารดาคลอดเท่ากับ 3,719, 3,728, 3,542, 3,078, 3,041 ,2,975 รายตามลำดับพบว่ามีมารดาตกเลือดหลังคลอดจำนวน 39, 43, 36, 30, 44, 31, 34 รายตามลำดับคิดเป็นร้อยละ 1.05, 1.15, 1.02, 0.89 , 1.43, 1.05, 1.14 ตามลำดับและมีมารดาเสียชีวิตจากภาวะตกเลือดหลังคลอดในปี 2558 จำนวน 2 รายคิดเป็นร้อยละ 66.67 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดและในเขตจังหวัดอำนาจเจริญ โรงพยาบาลขามเฒ่าเป็นโรงพยาบาลชุมชนที่มีอัตราการคลอดสูงสุทธองจากโรงพยาบาลอำนาจเจริญ โดยได้กำหนดเป้าหมายเรื่องอัตราการตกเลือดหลังคลอดไม่เกินร้อยละ 2 ในปีงบประมาณ 2554 จำนวนมารดาคลอดเท่ากับ 355 รายมีมารดาตกเลือดหลังคลอดจำนวน 15 รายคิดเป็นร้อยละ 4.22 ซึ่งสูงกว่าเป้าหมาย จึงได้เริ่มมีการพัฒนาระบบงานและขั้นตอนการปฏิบัติงานต่างๆ ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้รับการยืนยันว่าสามารถลดอัตราการตกเลือดหลังคลอดลงได้ ซึ่งผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2555-2560 มีจำนวนมารดาคลอดเท่ากับ 287, 274, 273, 258, 215 , 234 ราย ตามลำดับพบว่ามีมารดาตกเลือดหลังคลอดจำนวน 8, 2, 4, 5, 4, 8 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 2.78, 0.72, 1.46, 1.93, 1.86 , 3.42 ตามลำดับผลลัพธ์การดำเนินงานในปี 2555-2559 ผ่านตัวชี้วัดคือไม่เกินร้อยละ 2 แต่ก็ยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี 2560 พบว่าอัตราการตกเลือดหลังคลอดเท่ากับ 3.42 ซึ่งในปี 2560 ได้มีการพัฒนาเครื่องมือ ถุงตวงเลือด Alert safety bag เพื่อใช้ในการวัดปริมาณเลือดที่สูญเสียไปในมารดาหลังคลอด ซึ่งพบว่าสามารถตวง

เลือดได้แม่นยำขึ้น และช่วยในการวินิจฉัยภาวะตกเลือดหลังคลอดได้รวดเร็ว ทันเวลาที่ ทำให้พบการวินิจฉัยภาวะตกเลือดหลังคลอดมากขึ้นเป็น ร้อยละ 3.42 แต่ก็ไม่มีมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนหรือเสียชีวิตจากการตกเลือดหลังคลอด จากการวิเคราะห์สาเหตุการตกเลือดหลังคลอด จากสาเหตุตามหลัก 4 Ts พบว่ามากกว่าร้อยละ 50 เกิดจากสาเหตุ (Tone) มดลูกหดตัวไม่ดี รองลงมาเกิดจาก (Throma) การฉีกขาดของช่องทางคลอด, (Tissue) รกค้าง รกติดตามลำดับ (โรงพยาบาลขามเฒ่า, 2560) มีวิธีการรักษาและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดตามสาเหตุดังกล่าว ตามแนวทางปฏิบัติ การป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอด (CPG) ซึ่งมีทั้งวิธีการให้ยา กลุ่มที่มีผลให้มดลูกหดตัวดี หรือวิธีการที่ไม่ใช้ยา เช่นการกดนวดมดลูก (Uterine massage) การตัดสายสะดือ (early /late cord clamping) และการคลอดรกโดยการควบคุมแรงดันสายสะดือ (control cord traction) จากการศึกษาพบว่าได้ผลดี แต่วิธีการที่ไม่ใช้ยา ได้แก่ การนวดมดลูกยังพบปัญหาได้แก่ วิธีการกดนวดมดลูกทันทีหลังรกคลอด ยังปฏิบัติไม่เป็นแนวทางและรูปแบบเดียวกัน จากประสบการณ์การปฏิบัติงานรวมทั้งการนิเทศงาน วิธีการนวดมดลูกของพยาบาลและผู้ช่วยเหลือคนไข้ มีวิธีการที่แตกต่างกัน เช่นใช้มือกดลงตรงๆ หมุนเป็นวงกลมกลับไป กลับมา หมุนเป็นก้นหอย หรือการคลึงซ้ำๆ การใช้ระยะเวลาไม่เท่ากัน เช่น นวดคลึงสักพัก นวดคลึงประมาณ 1 นาที นวดคลึงเท่ากับระยะเวลาการวัดความดันโลหิตอัตโนมัติอ่านค่าเสร็จพอดีในเวลาที่ใช้เครื่องวัดความดันโลหิตวัดสังเกตอาการมารดาหลังคลอด ทั้งนี้ยังพบปัญหาว่าพยาบาลไม่สามารถไปกดนวดมดลูกได้ตามเวลาที่กำหนดไว้ ในการดูแลตามมาตรฐานหลังคลอด เนื่องจากมีภาระงานที่ต้องทำ เช่น ต้องบันทึกเวชระเบียนมารดา ทารก

หลังคลอด ต้องปฏิบัติงานอื่นๆ ในเวรการพยาบาล ทำให้ล่วงเลยเวลาที่ต้องไปกดนมดลูกหรือคลึงมดลูกตามเวลา ส่งผลให้มดลูกล่าและหดตัวไม่ดีหลังคลอด เมื่อไปตรวจสอบอีกครั้ง พบว่ามารดามีภาวะหดตัวไม่ดีและตกเลือดหลังคลอดแล้ว เป็นต้น จากปัญหาดังกล่าวในหน่วยงาน จึงได้ศึกษาและพบว่ามียารายงานการใช้วิธีการกดมดลูกส่วนล่าง (Lower uterine segment compression:LUSC) เพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด สามารถลดการตกเลือดหลังคลอดได้ร้อยละ 57 และยังเป็นหัตถการที่ทำได้ง่าย ไม่ต้องใช้เครื่องมือพิเศษ ทำได้ทุกสถานที่และทุกโอกาส ไม่มีต้นทุนและไม่ต้องมีความชำนาญพิเศษ (วันชัย จันทราพิทักษ์ และคณะ ,2557) รวมทั้งการมีตัวช่วยในการเตือนเวลาให้พยาบาลไปกดนมดลูกในระยะ 2 ชั่วโมงแรกที่ดีถือว่าเป็นระยะที่ 4 ของการคลอด และการมีตัวช่วยฝึกสอนให้มารดาและญาติผู้ดูแลสามารถช่วยนมดลูกต่อจาก 2 ชั่วโมงแรกต่อไปจนครบ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอดน่าจะช่วยสนับสนุนและส่งเสริมในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดจากสาเหตุมดลูกหดตัวไม่ดีลงได้

จากสภาพปัญหาดังกล่าว จึงจำเป็นต้องพัฒนารูปแบบการกดมดลูกส่วนล่างร่วมกับการใช้นวัตกรรมเตรียม-เตือน นมดลูก ต่อคุณภาพการเฝ้าระวังภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกของ โรงพยาบาลชานุมาน ซึ่งเป็นการเตรียมความพร้อมของมารดาและญาติตั้งแต่อ่อนคลอด ส่งเสริมพลังอำนาจในการให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่และการดูแลตนเองโดยใช้นวัตกรรมเตรียมนมดลูกล่วงหน้า และเมื่อหลังคลอดจะใช้รูปแบบการกดมดลูกส่วนล่างทันทีที่หลังรกคลอด เพื่อห้ามเลือด และหลังจากนั้นจะใช้นวัตกรรมเตือนนมดลูกตามเวลาป้องกันการหลงลืมเวลาในกรณีที่เจ้าหน้าที่พยาบาลมีภาระงานมาก การมีเสียงเตือนเวลาดังขึ้นพร้อมทั้งคำบอกเล่า แจ้งเมื่อ

ถึงเวลาการนมดลูกจะช่วยให้เจ้าหน้าที่ไปให้การดูแลได้ตามเวลาที่เหมาะสม ไม่ล่าช้าเกินไป เป็นทั้งการป้องกันและดูแลอย่างใกล้ชิดไม่ให้เกิดการตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกหดตัวไม่ดี ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการกดมดลูกส่วนล่างร่วมกับการใช้นวัตกรรมเตรียม –เตือน นมดลูก ต่อคุณภาพการเฝ้าระวังภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก โรงพยาบาลชานุมาน จังหวัดอำนาจเจริญ
2. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการพัฒนารูปแบบการกดมดลูกส่วนล่างร่วมกับการใช้นวัตกรรมเตรียม-เตือนการนมดลูก ต่อคุณภาพการเฝ้าระวังภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก โรงพยาบาลชานุมาน จังหวัดอำนาจเจริญ
3. เพื่อสำรวจความพึงพอใจของผู้ให้บริการและผู้รับบริการต่อการใช้นวัตกรรมรูปแบบการกดมดลูกส่วนล่างร่วมกับการใช้นวัตกรรมเตรียม – เตือน นมดลูก ต่อคุณภาพการเฝ้าระวังภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก โรงพยาบาลชานุมาน จังหวัดอำนาจเจริญ

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) เปรียบเทียบสองกลุ่มระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ในช่วงเดือนตุลาคม 2560- ธันวาคม 2560 เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ใช้ได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบการกดมดลูกส่วนล่างร่วมกับการใช้นวัตกรรมเตรียม-เตือน นมดลูก ในมารดาที่คลอดบุตรในช่วง เดือน มกราคม 2561-มีนาคม 2561

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้คลอดอายุครรภ์ครบกำหนด ที่มารับบริการคลอดทางช่องคลอดในโรงพยาบาลชานุมาน จังหวัดอำนาจเจริญ ระหว่างเดือน ตุลาคม 2560 - มีนาคม 2561

กลุ่มตัวอย่าง เป็นการเลือกตามกรอบเวลา (Time Frame) จากประชากรดังกล่าว อายุครรภ์ครบกำหนด ครรภ์เดียว ที่มารับบริการคลอดทางช่องคลอด ในโรงพยาบาลชานุมาน จังหวัดอำนาจเจริญ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกคือ สามารถพูด ฟัง เข้าใจ ภาษาได้ดี และยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาเกณฑ์ในการคัดออกคือ มารดารอคคลอดหรือหลังคลอดมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงและได้รับการส่งต่อเพื่อการรักษา

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) 80% ระดับนัยสำคัญ (Level of Significance) .05 ใช้สูตรในการคำนวณขนาดตัวอย่างแบบง่ายสำหรับค่าเฉลี่ยแบบการทดสอบทางเดียว (ซูเกียรติ วิวัฒน์วงศ์เกษม, 2538) โดยอ้างอิงค่าเฉลี่ยและความแปรปรวนของเลือดที่ออกในสองชั่วโมงหลังคลอดจากงานวิจัยที่เคยทำการศึกษามาแล้วและเป็นงานวิจัยซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งนี้คืองานวิจัยของพงษ์ศักดิ์ จันทรงาม (2555) ที่ทำการศึกษการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดด้วย misoprostol และ oxytocin ซึ่งพบว่ากลุ่มแรก (มารดาที่กิน misoprostol 400 ug) ในระยะที่สามของการคลอด $n = 41$ ราย, จำนวนเลือดที่ออกหลังคลอด 2 ชั่วโมง $\bar{x} = 220.00$ มิลลิลิตร, SD = 74.77 มิลลิลิตร กลุ่มที่สอง (มารดาที่ได้รับ oxytocin 10 u ฉีดเข้ากล้ามเนื้อในระยะที่สามของการคลอด $n = 44$ ราย, จำนวนเลือดที่ออกหลังคลอด 2 ชั่วโมง $\bar{x} = 178.82$ มิลลิลิตร, SD = 49.10 มิลลิลิตร และแทนค่าในสูตร

$$n = \frac{\text{แทนค่าในสูตรสูตร} (1.645+0.842)^2 \times [(74.77)^2 + (49.10)^2]}{(220.00-178.82)^2}$$

$$n = 29.18$$

$$n = 30 \text{ ราย}$$

จากการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง 30 ราย (กลุ่มละ 30 ราย) ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดคือ 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมคือมารดาในระยะสองชั่วโมงแรกหลังคลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติ 30 ราย และกลุ่มทดลองคือมารดาในระยะสองชั่วโมงแรกหลังคลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติร่วมกับการใช้ถุงตวงเลือด 30 ราย ผู้ศึกษาทำการเก็บข้อมูลโดยเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมจนครบ 30 รายก่อนแล้วจึงทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองจนครบ 30 ราย เพื่อป้องกันความลำเอียงของข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยประกอบด้วย

1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการนวดมดลูกส่วนล่างร่วมกับการใช้นวัตกรรมเตรียม-เตือน นวดมดลูก ที่ประดิษฐ์ขึ้น โดยมารดารอคคลอดจะได้รับการฝึกนวดมดลูกโดยใช้นวัตกรรมเตรียม นวดมดลูกก่อนเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการคลอด ได้เรียนรู้วิธีการนวดมดลูกเพื่อป้องกันตกเลือดหลังคลอดจากสาเหตุมดลูกหดตัวไม่ดี และเมื่อมารดาคลอดแล้วจะได้รับการนวดมดลูกโดยพยาบาล ตามรูปแบบการนวดมดลูกส่วนล่าง โดยมีนวัตกรรมตัวเตือน นวดมดลูก ที่จะบอกเวลา โดยเริ่มจับเวลาหลังจากรกคลอดเป็นต้นไป โดยเริ่มทุก 15 นาทีจำนวน 4 ครั้ง และทุก 30 นาที จำนวน 2 ครั้ง จนครบ 2 ชั่วโมง หลังจากนั้นแนะนำมารดานวดมดลูกด้วยตนเองได้ตามรูปแบบที่ได้ฝึกนวดมดลูกตั้งแต่อ่อนคลอด ในทุก 4 ชั่วโมง จนครบ 24 ชั่วโมง หลังคลอด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้

คลอด ประกอบด้วย อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา แบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ และคำถามปลายเปิด

2.2 แบบบันทึกการเฝ้าระวังภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ได้แก่ ปริมาณการสูญเสียเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด การหดตัวของมดลูกหลังคลอด สรุปการวินิจฉัยภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ลักษณะของแบบประเมินเป็นแบบเติมข้อความลงในช่องว่าง

2.3 แบบบันทึกการนวดมดลูก ในระยะสองชั่วโมงแรกหลังคลอด ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิด มี 2 ตัวเลือกคือ ได้ปฏิบัติ และไม่ได้ปฏิบัติ เป็นข้อมูลเชิงปริมาณ

2.4 แบบประเมินความพึงพอใจผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ต่อการใช้รูปแบบการนวดมดลูกส่วนล่าง ร่วมกับการใช้นวัตกรรมเตรียม-เตื่อน นวดมดลูกต่อคุณภาพการเฝ้าระวังภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก โรงพยาบาลชานุมาน จังหวัดอำนาจเจริญ ผลความพึงพอใจที่ระดับมากขึ้นไปถือว่ามีความพึงพอใจ

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1.ระยะเตรียมการ ประชุมชี้แจง แจ้งปัญหาที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน รวมทั้งการวิเคราะห์ปัญหา

และตั้งประเด็นคำถามเพื่อหาสาเหตุและแนวทางการแก้ไข ศึกษาค้นคว้า ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากงานวิจัย เอกสารวิชาการ หลักฐานเชิงประจักษ์ และปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ

2. ระยะดำเนินการ

2.1 จัดประชุมวิชาการ เรื่องการพัฒนา รูปแบบการนวดมดลูกส่วนล่าง ร่วมกับการใช้นวัตกรรมเตรียม-เตื่อน นวดมดลูก ต่อปริมาณการสูญเสียเลือด และอัตราการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกโรงพยาบาลชานุมานจังหวัดอำนาจเจริญ เพื่อให้เจ้าหน้าที่มีความรู้ ความเข้าใจและมีแนวทางปฏิบัติเดียวกัน ปรับเปลี่ยนระบบงานเดิม ได้แก่ วิธีการนวดมดลูก การเตรียมนวดมดลูก ตั้งแต่ก่อนคลอด การใช้นวัตกรรมเตื่อนเวลาในการนวดมดลูกตามเวลาที่กำหนด และเริ่มดำเนินการตามแนวทางปฏิบัติงาน

2.2 การประดิษฐ์และพัฒนานวัตกรรม เตรียม-เตื่อน นวดมดลูก โดยแบ่งเป็น 2 นวัตกรรม ได้แก่

2.2.1. นวัตกรรมเตรียมนวดมดลูก (ใช้ ในขณะที่ก่อนคลอด) ประดิษฐ์เป็นหน้าท้องมารดาหลังคลอดจำลอง สามารถใช้มือฝึกนวดมดลูกได้จริง โดยโครงด้านนอกใช้หุ่นแขวนผ้า และหน้าท้องประดิษฐ์จากยางพารา และด้านในมดลูกทำจากโฟมนิ่ม นำไปสอนมารดาขณะรอคลอดและญาติ เพื่อให้ได้เรียนรู้และฝึกปฏิบัติสถานการณ์จำลองก่อน เพื่อจะได้มีความพร้อมและสามารถนวดมดลูกหลังคลอดได้เองอย่างถูกต้อง ตามมาตรฐาน ดังรูปที่ 1 และ 2



รูปที่ 1 . ภาพนวัตกรรมเตรียมการนวดมดลูก



รูปที่ 2 ภาพฝึกปฏิบัติการนวดมดลูกหลังคลอดโดยใช้ นวัตกรรมเตรียมการนวด

2.2.2 นวัตกรรมเตือนนวดมดลูก (ใช้
ในขณะหลังคลอดแล้ว) ประดิษฐ์เป็นนาฬิกาจำลอง
เพื่อเตือนเวลาในการนวดมดลูกหลังคลอดตาม
มาตรฐาน ประกอบด้วย 3 ตัวเครื่อง ได้แก่ เครื่องที่ 1
เครื่องหลักตั้งเวลา มีปุ่มเปิด-ปิดเครื่อง ,ปุ่มเปิด-ปิด
เสียง, และมีช่องสัญญาณไฟ 6 ช่อง โดยเริ่มตั้งเวลา
จากหลังรกคลอด และนาฬิกาจะดังทุก 15 นาที
จำนวน 4 ครั้ง หลังจากนั้น ทุก 30 นาทีจำนวน 2
ครั้ง ตามมาตรฐานเวลาในการนวดมดลูกหลังคลอดใน
ระยะ 2 ชั่วโมงแรก เมื่อถึงเวลาจะมีสัญญาณเสียงดัง
ขึ้นตามเวลาที่กำหนด ใช้เสียบปลั๊กไฟไว้กับหัวเตียง
ของคลอดและหลังคลอด เมื่อสัญญาณเสียงดังขึ้น
มารดาหรือญาติจะต้องทำการนวดมดลูกตามที่ได้ฝึก

ปฏิบัติทันที เครื่องที่ 2 เป็นตัวเครื่องรับสัญญาณเสียง
จากเครื่องหลักโดย จะเสียบปลั๊กไว้บริเวณ Nurse
station เมื่อครบเวลาจะมีเสียงดังขึ้นพร้อมกัน เพื่อ
เป็นการแจ้งเตือนพยาบาลให้ทราบถึงเวลาในการนวด
มดลูกเช่นกัน พยาบาลประเมินการหดตัวของ
มดลูกจากการที่มารดาหรือญาตินวดมดลูกเองได้ว่ามี
การหดตัวดีหรือไม่ สัญญาณเสียงสามารถดังได้ยิน
ในระยะ 15 เมตร และเครื่องที่ 3 เป็นปุ่มกดเรียก
พยาบาลกรณีมีเหตุฉุกเฉินหรือกรณีที่มีสัญญาณ
เตือนและมารดาหรือญาติไม่สามารถนวดมดลูกเองได้
ต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาล เมื่อกดปุ่มเสียง
จะดังไปที่ตัวเครื่องที่ 2 ที่ติดตั้งไว้ที่ Nurse station
ดังรูปภาพที่ 3



รูปที่ 3 นวัตกรรมเตือนการนวดมดลูก

การเก็บข้อมูลเริ่มจากการคัดเลือกกลุ่ม
ตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้จากมารดาที่มา
รับบริการคลอดทางช่องคลอดในโรงพยาบาลชานู
มาน ชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการเก็บข้อมูล โดยผู้
ศึกษาทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมจนครบ 30
รายก่อนแล้วจึงทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองจน
ครบ 30 ราย เพื่อป้องกันความลำเอียงของข้อมูล
ทำการบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้คลอดจากแฟ้ม
ประวัติการคลอด โดยผู้ทำคลอดจะเป็นพยาบาล

วิชาชีพในห้องคลอด โรงพยาบาลชานูมานในแต่ละ
เวร ซึ่งมีจำนวนทั้งหมด 6 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้

1. สถิติเชิงพรรณนา เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไป
ของกลุ่มตัวอย่าง การได้รับการดูแลตามรูปแบบ
โดยได้รับการนวดมดลูกครบ 6 ครั้ง ในระยะ 2
ชั่วโมงแรกหลังคลอด การหดตัวของมดลูก และ
มารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ระหว่างกลุ่ม

ทดลองและกลุ่มควบคุม และความพึงพอใจของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน เพื่อเปรียบเทียบปริมาณการสูญเสียเลือดในระยะสองชั่วโมงหลังคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-34 ปี ร้อยละ 66.66 และ 60.00 ตามลำดับ โดยกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 25.76+6.74 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 24.36+6.03 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 53.33 และ 56.66 ตามลำดับ และประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 56.6 และ 53.33 ตามลำดับ

2. เปรียบเทียบปริมาณการสูญเสียเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอดในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับการกอดมดลูกส่วนล่าง ร่วมกับการใช้นวัตกรรมเตรียมเตีอนการนวด พบว่าปริมาณการสูญเสียเลือดในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ เฉลี่ยเท่ากับ 294.33 +108.20 มิลลิลิตร ปริมาณการสูญเสียเลือดในระยะสอง ชั่วโมงหลังคลอดในกลุ่มที่ได้รับการกอดมดลูกส่วนล่างร่วมกับการใช้นวัตกรรมเตรียม เตีอน การนวดมดลูก เฉลี่ยเท่ากับ 200.66+67.15 มิลลิลิตร โดยพบว่า ปริมาณการสูญเสียเลือดในระยะสอง ชั่วโมงหลังคลอดกลุ่มที่ได้รับการกอดมดลูกส่วนล่าง ร่วมกับการใช้นวัตกรรมเตรียมเตีอนการนวด น้อยกว่าในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของปริมาณการสูญเสียเลือดรวมในระยะสองชั่วโมงหลังคลอด

	ปริมาณการสูญเสียเลือดในระยะสองชั่วโมงหลังคลอด					
กลุ่มตัวอย่าง	(มิลลิลิตร)				t-test	p-value
	Min	Max	Mean	S.D.		
กลุ่มทดลอง	100	400	200.66	67.15	4.029	.000 *
กลุ่มควบคุม	180	650	294.33	108.20		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.01$

3. จำนวนมารดาที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบโดยได้รับการนวดมดลูกครบ 6 ครั้ง ในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด พบว่าในกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการกอดมดลูกส่วนล่างร่วมกับการใช้นวัตกรรมเตรียม-เตีอนการ

นวดมดลูก สามารถนวดมดลูกได้ครบ 6 ครั้งตามมาตรฐานมากกว่า คิดเป็นร้อยละ 83.33 และไม่มีมารดาหลังคลอดตกเลือด ส่วนในกลุ่มควบคุมมารดาได้รับการดูแลตามปกติมีเพียงร้อยละ 23.33 ที่ได้รับการนวดมดลูกครบ 6 ครั้งตามมาตรฐาน

และมีจำนวนมารดาตกเลือดหลังคลอดจากมดลูก
หดตัวไม่ดี 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.33

4. ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ พบว่าผู้
ให้บริการที่ใช้รูปแบบการกดมดลูกส่วนล่างร่วมกับการ
ใช้นวัตกรรมเตรียม-เตือนการนวดมดลูก มี
ความพึงพอใจมากที่สุดในเรื่องการกดมดลูก
ส่วนล่างเป็นทักษะที่พยาบาลห้องคลอดควรเรียนรู้
และปฏิบัติเพื่อห้ามเลือดและป้องกันการตกเลือด
หลังคลอด ร้อยละ 83.33 ในการใช้นวัตกรรม
เตรียมการนวดมดลูก มีความพึงพอใจมากที่สุดคือ
นวัตกรรมเตรียมการนวดมดลูกทำให้ท่านมี
เครื่องมือใช้สอนมารดาและญาติให้ฝึกปฏิบัตินว
ดมดลูกได้ ก่อนพบการสถานการณ์จริงร้อยละ
83.33 และในการใช้นวัตกรรมเตือนการนวดมดลูก
มีความพึงพอใจมากที่สุดคือนวัตกรรมเตือนการ
นวดมดลูกเสียงดังฟังชัด นวัตกรรมเตือนการนว
ดมดลูกช่วยเตือนให้ท่านสามารถให้การพยาบาล
และนวดมดลูกได้ตามเวลามาตรฐาน นวัตกรรม
เตือนการนวดมดลูกช่วยให้มารดาและญาติมีส่วน
ร่วมในการนวดมดลูกได้ในขณะที่พยาบาลมีภาระ
งานอื่นไม่สามารถไปนวดมดลูกให้มารดาหลังคลอด
ได้ และโดยภาพรวมผู้ให้บริการมีความพึงพอใจใน
ระดับมากถึงมากที่สุดร้อยละ 83.33 โดยมีผู้ที่มี
ระดับความพึงพอใจระดับปานกลาง ร้อยละ 16.66

**5. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ(มารดา
หลังคลอด)** พบว่าผู้รับบริการที่ได้รับรูปแบบการก
ดมดลูกส่วนล่างร่วมกับการใช้นวัตกรรมเตรียม-
เตือนการนวดมดลูก มีความพึงพอใจมากที่สุดใน
เรื่องความคิดเห็นการกดมดลูกส่วนล่างที่เจ้าหน้าที่ใน
ห้องคลอดทำให้มีประโยชน์สำหรับการห้ามเลือด
หรือป้องกันการตกเลือดมากขึ้น และโดยภาพรวม
ผู้รับบริการพึงพอใจต่อการกดมดลูกส่วนล่างเพื่อ
ห้ามเลือดและป้องกันการตกเลือดหลังคลอดใน

ระดับมากที่สุด ร้อยละ 93.33 ในการใช้นวัตกรรม
เตรียมการนวดมดลูก มีความพึงพอใจต่อต่อ
ประโยชน์ที่ได้จากนวัตกรรมการเตรียมนวดมดลูก
ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 80 รองลงมาคือ
นวัตกรรมเตรียมการนวดมดลูกช่วยให้มั่นใจมาก
ขึ้นในการนวดมดลูกหลังคลอด ร้อยละ 73.33
และในการใช้นวัตกรรมเตือนการนวดมดลูก มี
ความพึงพอใจมากที่สุด คือนวัตกรรมเตือนการ
นวดมดลูกช่วยเตือนให้นวดมดลูกได้ตามเวลาที่
กำหนด ร้อยละ 93.33 และโดยภาพรวม
ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในระดับมากถึงมาก
ที่สุดร้อยละ 100 โดยไม่มีผู้ที่มีระดับความพึง
พอใจระดับปานกลาง ถึง น้อยที่สุดเลย

การอภิปรายผล

การใช้รูปแบบการกดมดลูกส่วนล่างร่วมกับการ
ใช้นวัตกรรมเตรียม-เตือนการนวดมดลูก หลัง
การทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยปริมาณ
การสูญเสียเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด
น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
ระดับ.01 สามารถลดปริมาณเลือดลงได้ 93.67
มิลลิลิตร อธิบายได้ว่าการกดมดลูกส่วนล่าง
ภายนอกอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน 10 นาที เป็น
การประยุกต์ใช้หลักการในการหยุดเลือดโดยใช้แรง
กด (Pressure effect) ช่วยให้ส่วนของมดลูกถูก
กดบีบเข้าหากันอย่างแน่นหนา หลอดเลือดที่
ไหลเวียนบริเวณบริเวณมดลูกมีการหดตัว เกิด
ลิ่มเลือดเฉพาะที่และทำให้เลือดหยุดได้ในที่สุด
(ประการ องอาจบุญ, 2554) สอดคล้องกับ
การศึกษาของ พรทิพย์ เรืองฤทธิ์ (2560) ที่ศึกษา
ผลลัพธ์การกดมดลูกส่วนล่างภายหลังรกคลอด
ทันทีที่ร่วมกับการคลึงมดลูกเพื่อป้องกันภาวะตก
เลือดหลังคลอดระยะแรกในผู้คลอดปกติ พบว่า

สามารถลดปริมาณการสูญเสียเลือดลงได้ 87.06 มิลลิลิตร สอดคล้องกับการศึกษาของวันชัย จันทราพิทักษ์กมลและคณะ (2554) ที่ศึกษา ประสิทธิภาพของการกดมดลูกส่วนล่างในผู้คลอด ปกติ พบว่า กลุ่มทดลองมีอัตราการตกเลือดหลัง คลอดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ และลดจำนวนการสูญเสียเลือดลงได้ 29.26 มิลลิลิตร ซึ่งนอกจากการกดมดลูกส่วนล่างทันที หลังรกคลอดแล้ว กลุ่มทดลองยังได้รับการดูแลตาม รูปแบบคือได้รับการนวดมดลูกตามมาตรฐานครบ 6 ครั้ง ถึงร้อยละ 83.33 มากกว่ากลุ่มควบคุมที่ ได้รับการพยาบาลตามปกติโดยไม่ได้ใช้วัตรกรรม เตรียม-เตือนการนวดมดลูกหลังคลอด ได้รับการ นวดมดลูกครบ 6 ครั้งตามมาตรฐานเพียงเพียงร้อยละ 23.33 เท่านั้น เนื่องจากรูปแบบการพยาบาล เดิมต้องให้เจ้าหน้าที่พยาบาลเป็นผู้ให้การนวด มดลูกซึ่งในบริบทจริงของโรงพยาบาลขานูมาน ซึ่ง เป็น รพ. ชุมชนขนาด 30 เตียงในบางเวรนอกเวลา ราชการ ขาดอัตราากำลังต้องมีพยาบาลจากหน่วย อื่นมาช่วยรับเด็กในขณะคลอด เจ้าหน้าที่พยาบาล ห้องคลอด มีหน้าที่ดูแลทั้ง แผนกรอคลอด ทำ คลอด และดูแลหลังคลอด อาจมีภาระงานหลาย ด้านในช่วงเวลาที่ครบการนวดมดลูก เช่น บางครั้ง เป็นช่วงเวลารับใหม่ ดูแลมารดา รอคคลอด วัด Vital signs ดูแลทารกแรกเกิด และหลังคลอดเมื่อทำ คลอดเสร็จต้องทำเอกสารรายงานการคลอดของ มารดาและทารกแรกเกิดรวมทั้งบันทึกข้อมูลใน ระบบคอมพิวเตอร์ ซึ่งการนวดมดลูกหลังคลอด ตามมาตรฐานเวลาจริงต้องใช้เวลามากกว่าเจ้าหน้าที่ (Hofmeyr G J et al, 2016) ซึ่งในส่วนการนวด มดลูกบางช่วงเวลา จึงอาจถูกละเลยไป แต่ในกลุ่ม ทดลองซึ่งได้รับการสอนโดยใช้วัตรกรรม เตรียมการนวดมดลูกก่อนโดยฝึกจากหน้าห้อง

จำลอง ฝึกการนวดมดลูกล่วงหน้า ทำให้ทราบ สถานการณ์จริงและ เกิดการเตรียมพร้อมเมื่อพบ กับสถานการณ์จริงในตัวเองก็สามารถปฏิบัติได้เอง เนื่องจากได้รับการวางแผนไว้ก่อน และเมื่อหลัง คลอดได้พบกับสถานการณ์จริง รวมทั้งวัตรกรรม เตือนเวลาในการนวดมดลูก เมื่อได้ยินเสียงเตือน การนวดมดลูก มารดาหรือญาติที่อยู่เฝ้าข้างเตียง เป็นผู้นวดมดลูกเองได้ทันที ไม่ต้องรอให้เจ้าหน้าที่ พยาบาลมานวดให้ ซึ่งการนวดมดลูก จะส่งผลให้ เกิดการหดตัวของหลอดเลือดบริเวณที่รกเกาะ โดยทั่วไปการหยุดเลือดต้องอาศัยการหดตัวของ หลอดเลือดเองและการเกิดลิ่มเลือดเฉพาะที่ ซึ่ง การที่จะทำให้เลือดที่รกเคยเกาะหยุดได้ดี ต้อง อาศัยการหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูก เพื่อกด เลือดใหญ่ๆ และปิดรูเปิดของหลอดเลือด ทำให้ เลือดหยุดได้ในที่สุด (Cunningham et al.,2005 สอดคล้องกับการศึกษาของสุพรรณิ ศรีภายัย (2558) ที่ศึกษาผลการใช้วัตรกรรมตุ๊กตาช่วยเตือน คลึงมดลูกทุก 15 นาทีจนครบ 2 ชั่วโมงหลังคลอด พบว่าสามารถลดปริมาณการสูญเสียเลือดใน 2 ชั่วโมงหลังคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ .05 และการมีวัตรกรรมตุ๊กตาเตือนเวลาการคลึงมดลูก ช่วยให้มารดาในกลุ่มทดลองสามารถนวดมดลูกได้ ตามเกณฑ์มาตรฐาน ครบตามเวลาที่กำหนด มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ(พยาบาล) ต่อ รูปแบบการกดมดลูกส่วนล่างร่วมกับการใช้ วัตรกรรมเตรียม-เตือนการนวดมดลูก โดย ภาพรวมมีความพึงพอใจมากกว่าร้อยละ 83.33 โดย รูปแบบการกดมดลูกส่วนล่างเป็นทักษะที่พยาบาล ห้องคลอดควรเรียนรู้และปฏิบัติเพื่อห้ามเลือดและ ป้องกันการตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากเป็นทักษะ

ที่ไม่ต้องใช้เครื่องมือใดๆ สามารถทำได้ทันที และการมีนวัตกรรมเตรียมการนวดมดลูกยังใช้เป็นเครื่องมือที่ใช้สอนให้มารดาหลังคลอดและญาติได้ฝึกปฏิบัติก่อนคลอด เพราะถ้ามาสอนหลังคลอดเลย มารดามีความเหนื่อยล้าจากการคลอดรวมทั้งต้องให้นมบุตร จะทำให้มารดาละความสนใจในการรับฟังได้รวมทั้งการมีนวัตกรรมเตือนการนวดมดลูกช่วยให้มารดาและญาติมีส่วนร่วมในการนวดมดลูกได้ในขณะที่พยาบาลมีภาระงานอื่น รวมทั้งในวัน เวลา นอกราชการพยาบาลห้องคลอดขึ้นปฏิบัติงานคนเดียว ดูแลทั้งห้องรอคลอด ทำคลอด และดูแลหลังคลอด บางครั้งไม่สามารถมานวดมดลูกได้ตามเวลามาตรฐานหรือครบทุกครั้ง การที่มารดาสามารถนวดมดลูกได้ด้วยตนเองจึงทำให้ผู้ให้บริการมีความพึงพอใจในระดับมาก

ความพึงพอใจของผู้รับบริการ (มารดาหลังคลอด) ต่อรูปแบบการกอดมดลูกส่วนล่างร่วมกับการใช้นวัตกรรมเตรียม-เตือนการนวดมดลูก โดยภาพรวมมีความพึงพอใจมากร้อยละ 100 โดยรูปแบบการกอดมดลูกส่วนล่างได้รับการบอกกล่าวถึงประโยชน์เพื่อการห้ามเลือดหรือป้องกันการตกเลือด และการได้ฝึกการนวดมดลูกจากนวัตกรรมเตรียมการนวดมดลูกมาก่อนก็เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ทำให้มั่นใจมากขึ้นว่าตัวเองจะสามารถปฏิบัติได้ รวมทั้งการมีนวัตกรรมเตือน โดยมีสัญญาณเสียงดังเพื่อเป็นการเตือนบอกเวลาในการนวดมดลูกช่วยตามเวลาที่กำหนดได้ ถึงแม้ว่าจะกำลังจะหลับหรือเพลียจากการเบ่งคลอดก็สามารถให้ญาติที่นั่งเฝ้า看護แทนหรือในขณะที่กำลังให้นมลูกก็ทราบเวลาและไม่ลืมที่จะนวดมดลูก ทำให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในระดับมาก

รูปแบบการกอดมดลูกส่วนล่างร่วมกับนวัตกรรมเตรียม-เตือนการนวดมดลูก ช่วยให้พยาบาลสามารถกอดมดลูกห้ามเลือดได้ทันเวลาสามารถลดปริมาณการสูญเสียเลือดให้น้อยลงมารดาและญาติได้ฝึกเตรียมความพร้อมล่วงหน้าสามารถนวดมดลูกหลังคลอดได้เอง อย่างถูกต้องตามมาตรฐาน สามารถนำมาใช้เป็นระบบเฝ้าระวังภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อจำกัดของการวิจัยครั้งนี้คือ

นวัตกรรมเตือนการนวดมดลูก 1 ชุดสามารถใช้ได้กับมารดาคลอด 1 รายเริ่มจากหลังคลอดรก จนถึง สองชั่วโมงหลังคลอดเท่านั้น หากมีการคลอดในระยะเวลากว้างเกินไปต้องมีนวัตกรรมเตือนการนวดมดลูกหลายชุด ต้องมีการตั้งค่าเสียงที่ไม่เหมือนกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการใช้รูปแบบการกอดมดลูกส่วนล่างไปใช้ในกรณีหลังคลอดและพบว่ามารดามีเลือดออกมาก เพื่อหยุดเลือดทันทีหลังคลอดรกในขณะที่รอและเตรียมวิธีการช่วยเหลืออื่นๆ ต่อไป
2. การใช้นวัตกรรมเตรียมการนวดมดลูกเพื่อฝึกปฏิบัติให้กับมารดาในขณะก่อนคลอดรวมทั้งญาติผู้ดูแลเป็นการเตรียมความพร้อมและทราบสถานการณ์ล่วงหน้า จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการนวดมดลูกให้หดตัวดีและป้องกันการตกเลือดหลังคลอดจากสาเหตุมดลูกหดตัวไม่ดีได้
3. ควรใช้นวัตกรรมเตือนการนวดมดลูกในมารดาหลังคลอด เพื่อให้มารดาหลังคลอดหรือญาติมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองเป็นความ

รับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพของตนเองและป้องกันความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากสาเหตุมดลูกหดตัวไม่ดีได้ ในสภาวะที่มีข้อจำกัดด้านอัตราการกำลง เพื่อให้การดูแลมารดาในระยะสองชั่วโมงแรกหลังคลอดมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

4. ควรมีการเผยแพร่ให้กับหน่วยงานห้องคลอดในเครือข่ายในเขตบริการสุขภาพที่ 10 และในส่วนที่เกี่ยวข้องอื่นๆต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับระยะเวลาที่ใช้ในการกดมดลูกส่วนล่าง ศึกษาเปรียบเทียบรูปแบบการกดมดลูกส่วนล่าง เช่น กดมดลูกส่วนล่างอย่างเดียว กดมดลูกส่วนล่างและคลึงมดลูกพร้อมกัน หรือใช้มือข้างหนึ่งบริเวณมดลูกส่วนล่างอีกมือหนึ่งกดบริเวณยอดมดลูกเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกให้เกิดประโยชน์สูงสุด

2. ควรมีการพัฒนานวัตกรรมเตรียม (หุ่นการนวดมดลูก) การนวดมดลูกให้มีสัญญาณแสงหรือเสียงที่แสดงว่าสามารถนวดมดลูกได้ถูกต้อง

3. ควรมีการพัฒนานวัตกรรมเตือน (นาฬิกาเตือนเวลา) ให้มีระบบสั้นเพื่อลดเสียงดังรบกวนมารดาหลังคลอดและเก็บข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่าง และเพื่อนำนวัตกรรมไปใช้ในการเฝ้าระวังและดูแลมารดาในระยะสองชั่วโมงหลังคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์นพพล ชาติกุล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชานุมาน ผศ.ดร.ณณีย์ สวัสดิ์โชติอาจารย์ประจำภาควิชาสูติศาสตร์และสูติศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครพนม ดร.ประเสริฐ ประสมรักษ์ ประธานกรรมการหลักสูตรโครงการจัดตั้งวิทยาเขตอำนาจเจริญ มหาวิทยาลัยมหิดล และนางแคทรียา รัตนเทวะเนตร และคณะ งานวิจัยและพัฒนาสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ

เอกสารอ้างอิง

- ชูเกียรติ วิวัฒน์วงศ์เกษม.(2538). วิธีวิจัยในงานสาธารณสุข. (พิมพ์ครั้งที่2).กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- พงษ์ศักดิ์ จันทรงาม.(2555).การป้องกันการตกเลือดหลังคลอดด้วยวิธี misoprostol และ oxytocin. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี,20ม 53-61.
- พรปวีณ์ อธิธัญชัยพงษ์. (บรรณาธิการ).(2560). คู่มือเวชปฏิบัติการคลอดมาตรฐาน 2558. พิมพ์ครั้งที่ 7. พรทิพย์ เรืองฤทธิ์. (2560). ผลลัพธ์ของการกดมดลูกส่วนล่างภายหลังรกคลอดทันทีที่ร่วมกับการคลึงมดลูกเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในผู้คลอดปกติ.นเรศวรวิจัย ครั้งที่ 13 : วิจัยและนวัตกรรมขับเคลื่อนเศรษฐกิจและสังคม. หน้า 742-751.
- พัชรินทร์ นามาศ. (2553). อัตราความสำเร็จของการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดด้วยวิธี Active management of Third stage of labor ในโรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี. (37-40).
- พิมลพันธ์ เจริญศรีและคณะ. (2560). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, ปีที่ 35 (ฉบับที่ 3); กรกฎาคม-กันยายน.

- รญา ภูไพบูลย์.(2541). การพยาบาลครอบครัว แนวคิด ทฤษฎี และการนำไปใช้. กรุงเทพฯ: วีเจพริ้นติ้ง.
- วันชัย จันทราพิทักษ์และคณะ.(2554).ประสิทธิผลของการกอดมดลูกส่วนล่างเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก.วารสารจดหมายเหตุทางการแพทย์, 94 (6), 649-656.
- วันชัย จันทราพิทักษ์และคณะ. (2557).นวัตกรรมเพื่อการรักษาและป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด.วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์,ปีที่ 10 (ฉบับที่ 1), 45-52.
- สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล.(2557). การป้องกันการตกเลือดหลังคลอดใน 2 ชั่วโมงหลังคลอด:บทบาทผดุงครรภ์.วารสารศาสตร์และสุขภาพ, 37(2), 155-162.
- สุจิต คุณประดิษฐ์.(2555). การตกเลือดหลังคลอด.ในถวัลย์ รัตนสิริ, ฐิติมา สุนทรสังและสมศักดิ์ สุทัศน์วรวุฒิ.(บรรณาธิการ). สูติศาสตร์ฉุกเฉิน.(หน้า247-266).(พิมพ์ครั้งที่2).กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.
- สุพรรณ ศรีภักชัย.(2558). ผลของการใช้นวัตกรรมตุ๊กตาช่วยเตือนคลังมดลูกต่อปริมาณการสูญเสียเลือดในมารดาสองชั่วโมงแรกหลังคลอด. รายงานการศึกษานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อุมาสวรรค์ ชูหาและสร้อย อนุสรณ์ธีรกุล.(2557). ผลของการนวดมดลูกต่อการหดตัวของมดลูกในมารดาหลังคลอด. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 11 (3), 161-167.
- Anderson JM, Etches D., (2007). Prevention and management of postpartum hemorrhage. Am Fam Physician, 75,(875-882).
- Chang CC, Wang IT, Chen YH, et al. 2011). Anesthetic management as a risk factor for postpartum hemorrhage after cesarean deliveries. Am J Obstet Gynecol, 205, (1-7).
- Cunningham, Leveno, K.J., Bloom S.L., Hauth, J.C.,Gilstrap ,L ., & Wenstrom,KD.(2005). Williams obstetrics. (22nd ed). New York: McGraw-Hill.
- Family Care International.,& Gynnuity Health Projects .(2006). Postpartum hemorrhage: A Challenge for safe motherhood. Misoprostol for Postpartum hemorrhage.NeAYork:Family Care International.
- Hofmeyr GJ, Abdel-Aleem H, Abdel-Aleem MA. (2016). Uterine massage for preventing postpartum Haemorrhage. The Cochrane Collanoration. (Intervention review) Published by John Wiley & Sons,Ltd.
- Prata, N.,Gerdt, C. (2010). Measurement of postpartum blood loss.BMJ ,340(555)
- Schoormans, N., Mackinnon, C., Lane, C.& Etches, D., (2000). Prevention and Management of Postpartum Haemorrhage. SOGC JOURNAL,88 (1-11).
- WHO.(2012).WHO Recommendations on Prevention and Treatment of Postpartum Hemorrhage. Geneva: World Health Organization, ISBN 9789241548502.

ประสิทธิผลของการพัฒนาแนวทางการเข้าถึงบริการในคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยใช้กระบวนการเสริมพลังในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

ได้รับทุนสนับสนุนจากโรงพยาบาลหลวงพ่อบึง จังหวัดนครปฐม

ภรณ์พรชสร พุฒวิชัยดิษฐ์

Ponnapassorn Puttavichaidit

พยม., วพย., อพย. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลหลวงพ่อบึง จังหวัดนครปฐม

M.N.S., Dip. ACNP, department of nursing,

Luangphorpern hospital Nakhonpathom province

ยุทธกรานต์ ชินโสตร

Yutthakran Chinasote

พบ , วว. (เวชศาสตร์ครอบครัว)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหลวงพ่อบึง โรงพยาบาลหลวงพ่อบึง จังหวัดนครปฐม

M.D., Dip. Thai Board of Family Medicine,

Director of Luangphorpern Hospital Nakhonpathom province

บทคัดย่อ

เป็นงานวิจัยเชิงปฏิบัติการร่วมกับการนำแนวคิดกระบวนการเสริมพลังของ Gibson (Gibson, 1995) มาปรับใช้ มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อสร้างเครือข่ายโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังในหน่วยบริการปฐมภูมิ 2) เพื่อพัฒนาแนวทางการเข้าถึงบริการในคลินิกโดยใช้กระบวนการเสริมพลัง 3) เปรียบเทียบผลก่อนและหลังการนำแนวทางไปปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยเครือข่าย 120 คน และผู้ป่วยโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง 100 คน ผลการวิจัยพบว่าเครือข่ายประกอบด้วย ทีมสุขภาพ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้ป่วยโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แนวทางคือเครือข่ายมีบทบาทหน้าที่ในการค้นหาผู้ป่วย ให้ความรู้เรื่องโรคและการรักษา ติดตามการใช้ยา/การตรวจตามนัด ประชาสัมพันธ์คลินิก พาไปตรวจพร้อมกัน ทำฐานข้อมูลผู้ป่วยเชื่อมโยงแม่ข่าย โดยบูรณาการร่วมกับการดูแลโรคเรื้อรังอื่นๆ ในพื้นที่ ส่วนการพัฒนาแนวทางของโรงพยาบาล มี 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการประชาสัมพันธ์ 2) ด้านระบบบริการ 3) ด้านการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่าย 4) ด้านบุคลากร/เครื่องมือ/สถานที่ หลังการวิจัยพบว่ามีผู้ป่วยมารับรักษาในคลินิกเพิ่มขึ้นร้อยละ 49.14 คนและร้อยละ 45.93 ครั้ง เมื่อเปรียบเทียบกับสถิติ Paired t-test พบว่าจำนวนครั้งเฉลี่ยของผู้ป่วยที่มี ER-Visit และการขาดนัดลดลง ผู้ป่วยมีค่าสมรรถภาพปอดและอัตราการเข้ายาถูกต้องสูงขึ้น โรงพยาบาลเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉินลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อการบริการในคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังการนำแนวทางไปปฏิบัติอยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นว่าการสร้างและเสริมพลังเครือข่ายในหน่วยบริการปฐมภูมิ ทำให้เกิดพลังความร่วมมือในชุมชนและเป็นเจ้าของปัญหา จนสามารถกำหนดแนวทางในการปฏิบัติได้จริงและยั่งยืนโดยการบูรณาการการทำงาน

ร่วมกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ในพื้นที่ ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ผลวิจัยนี้ยังสามารถเป็นต้นแบบในการแก้ปัญหาผู้ป่วยที่ขาดนัดหรือไม่มารับการรักษาในคลินิกในกลุ่มโรคอื่นๆ ทั้งในและนอกโรงพยาบาลต่อไป

คำสำคัญ: การเข้าถึงบริการ¹, กระบวนการเสริมพลัง², เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ³

Abstract

This is a participatory action research combined with the implementation of Gibson (Gibson, 1995) empowerment process. The objectives are 1) to create asthma and COPD networks in primary care units 2) to develop guidelines for accessing services in the clinic using the empowerment process 3) to compare the results before and after implementing the guidelines. The studied group consisted of 120 healthcare network members and 100 patients with asthma and COPD.

Research showed that the network consisted of health workers, community leaders, village health volunteers, and patients with asthma and COPD. The guideline is that the network plays the role in locating patients, providing knowledge about diseases and treatments, monitoring medication/appointments, public relations for clinic, accompanying patients in examinations, and creating a linked patient database by integrating with other chronic diseases care in the area.

There are 4 aspects regarding the development of hospital guidelines 1) Public relations 2) Service system 3) Participation in associate network 4) Personnel / equipment / locations. Subsequent to the research, it appeared that the number of patients treated at the clinic increased by 49.14% and clinic appointments increased 45.93%.

When comparing with Paired t-test statistics, it was found that the average number of ER-Visit patients and missed appointments were decreased; Patients had better lung capacity and more accurate medication usage; and the hospital incurred significantly less expenses for emergency room treatments which is statically reduced at .05

This shows that building and strengthening the primary care unit network promote cooperation within community and asthma and COPD patients so a practical and sustainable guideline can be formulated with positive outcome by integrating the work with other chronic disease care in the area. This research can also be a model for solving the problem of patients missing their appointments or not attending clinics for other diseases both inside and outside the hospital.

Keywords: accessibility¹, empowerment², primary care unit network³

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นโรคที่เกิดจากการอุดกั้นการระบายอากาศในปอด และเป็นสาเหตุให้เกิดการเจ็บป่วยเรื้อรัง ทุพพลภาพ และการเสียชีวิตที่มากขึ้นของประชากรโลก องค์การอนามัยโลกได้รายงานอุบัติการณ์ของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังว่ามีจำนวนผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั่วโลกจนถึงปี พ.ศ. 2550 มีจำนวน 210 ล้านคน และคาดว่าในปี พ.ศ. 2573 จะเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 3 (World Health Organization, WHO, 2015) ในประเทศที่พัฒนาแล้วเช่น สหรัฐอเมริกา พบว่าผู้ที่ป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีจำนวนถึง 11 ล้านคน และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับที่ 3 ของประชากรชาวอเมริกัน (American Lung Association [ALA], 2014) สำหรับประเทศไทยมีประชากรที่เสียชีวิตด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพิ่มขึ้น จากร้อยละ 4.81 ในปี พ.ศ. 2555 เป็นร้อยละ 5.12 5.14 และ 6.93 ในปี พ.ศ. 2556 – 2558 ตามลำดับ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2559) ส่วนโรคหืดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีผลกระทบที่รุนแรงกับผู้ป่วย และเป็นสาเหตุสำคัญของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังพบอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นทั่วโลก (Global Burden of Disease Study: GBD, 2014) จากรายงานสถานการณ์โรคหืดของ GBD ได้ประมาณการว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคหืดทั่วโลกสูงขึ้นจาก 235 ล้านคน ในปี 2000 -2002 เป็น 334 ล้านคน ในปี 2008 - 2010 (GBD, 2014) ในประเทศไทย พบอุบัติการณ์ของโรคหืดร้อยละ 6.9 (วัชรานุกูลสวัสดิ์, 2553: 27; วัชรานุกูลสวัสดิ์, 2556; สุขชัย เจริญรัตนกุล, 2557) จากสถิติของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรม

ควบคุมโรค พบว่ามีอัตราการตายต่อแสนประชากรของผู้ป่วยโรคหืด เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.85 ในปี 2556 เป็น 8.04 ในปี 2557 และเพิ่มเป็น 10.93 ในปี 2558 นอกจากนี้ อัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหืดต่อแสนประชากร สูงขึ้นจาก 219.10 ในปี พ.ศ. 2555 เป็น 240.09 ในปี พ.ศ. 2556 และมีแนวโน้มที่ลดลง เป็น 214.30 ในปี 2557 (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2559) ผลกระทบของโรคหืดต่อคุณภาพชีวิตจากการสำรวจผู้ป่วยโรคหืดที่อยู่ในชุมชน พบว่ามากกว่าครึ่งไม่สามารถทำกิจกรรมได้เช่นคนปกติ คิดเป็นร้อยละ 23.6 และต้องขาดงานอย่างน้อยหนึ่งครั้งในระยะเวลาหนึ่งปีที่ผ่านมา ร้อยละ 21.7 (Boonsawat W. et al., 2004) และจากการศึกษาของเรืองศักดิ์ ศรีสุภา พบว่าอัตราการกลับมารักษาซ้ำที่ห้องฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหืดภายใน 48 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 4.11 และอัตราการกลับมารับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน ด้วยอาการหอบกำเริบโดยไม่ได้นัดหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 2.53 (เรืองศักดิ์ ศรีสุภา, 2555) นอกจากผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแล้ว ยังมีผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ การศึกษาเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคหืดยังมีน้อย ส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาค่ารักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลเรียกเก็บจากผู้ป่วย และค่ารักษาที่ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล จากการศึกษาพบว่า ค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยเด็กเฉลี่ยต่อรายครั้งละประมาณ 8,278 บาท ส่วนผู้ใหญ่ครั้งละ 5,809 - 6,587 บาท (Chuesakoolvanich K., 2007; กัลชนิกา ยศยิ่ง และคณะ, 2555)

โรงพยาบาลหลวงพ่เป็น อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ของกระทรวงสาธารณสุข ได้จัดตั้งคลินิกโรคหืดแบบง่ายขึ้น (Easy Asthma Clinic: EAC) (บริการกลุ่มโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง) โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนางานดูแลรักษาผู้ป่วยดังกล่าว ตามมาตรฐาน พบว่าในปี พ.ศ. 2553 – 2559 มีผลลัพธ์การรักษาที่ดีขึ้น อัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำที่ห้องฉุกเฉิน จากปี 2553 เท่ากับ 4.75 ในปี 2559 เท่ากับ 0.31 อัตราการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล จากปี 2553 เท่ากับ 4.43 ในปี 2559 เท่ากับ 1.15 (โรงพยาบาลหลวงพ่เป็น, 2560) จากการทบทวนข้อมูลผู้ป่วยที่ขาดการรักษาตามนัด ผู้ป่วยดังกล่าวต้องมีคุณภาพชีวิตโดยรวมด้อยลงจากการรักษาไม่ต่อเนื่อง ผู้วิจัยเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน (Advance Practice Nurse: APN/NP) มีสมรรถนะหลักในการดูแล/ จัดระบบบริการกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน และเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง ในปี 2555 – 2557 จึงใช้กระบวนการวิจัยเข้ามาช่วยแก้ไขปัญหาดังกล่าวของผู้ป่วย โดยใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders/ Participants) พบว่าภาคีเครือข่ายได้ร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุ หาแนวทางในการแก้ไขปัญหาการขาดการรักษาตามนัดจนได้แนวทางมาปฏิบัติ เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งของการขาดการรักษาตามนัดและจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยหอบกำเริบหลังจากการนำแนวทางไปปฏิบัติ้น้อยกว่า ก่อนนำแนวทางไปปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การวิจัยนี้มีข้อเสนอแนะให้มีการแก้ปัญหาคุณภาพการรักษาพยาบาลโดยใช้ภาคี

เครือข่าย เป็นศูนย์กลางในการหาแนวทางร่วมกัน ซึ่งจะไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ (ภรณ์พรพรพร พุฒวิชัยดิษฐ์และคณะ, 2558) จากการพัฒนางานการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จะเห็นว่าผู้ป่วยโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ามารับการรักษาในระบบของคลินิกเฉพาะโรค มีผลลัพธ์การรักษาที่ดีขึ้นเป็นลำดับ แต่จากการสำรวจข้อมูลผู้ป่วยโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มาใช้บริการที่งานผู้ป่วยนอก งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน และงานผู้ป่วยใน พบว่า มีผู้ป่วยโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการนอกคลินิก คิดเป็นร้อยละ 44.49 (โรงพยาบาลหลวงพ่เป็น, 2559) นอกจากนี้ จากการสอบถามในชุมชนพบว่า ยังมีผู้ป่วยโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังบางส่วนที่ไปปรึกษาโดยการซื้อยาตามร้านขายยา หรือไปคลินิกเอกชนเป็นครั้งคราว ผู้ป่วยเหล่านี้ไม่เข้าถึงระบบบริการในคลินิกโรคหืดของโรงพยาบาล โดยเฉพาะผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง หากได้รับการรักษาไม่ถูกต้องและต่อเนื่องผู้ป่วยจะมีอาการมากขึ้นเรื่อยๆ ทำให้ทุกข์ทรมานกับโรคนี้เป็นเวลานาน จนกระทั่งเสียชีวิตในที่สุด ผู้วิจัยเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง จึงมีหน้าที่ในการจัดระบบการดูแลรักษาของผู้ป่วยโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งหมดของเครือข่ายบริการปฐมภูมิระดับอำเภอ (Contracting Unit for Primary Care: CUP) และเพื่อให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาโรคไม่ติดต่อ ในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (NCD : COPD) จึงได้จัดทำโครงการวิจัย เรื่อง “ประสิทธิผลของการพัฒนาแนวทางการเข้าถึงบริการในคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้กระบวนการเสริมพลังในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ” ขึ้น ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่าการเสริมพลังของเครือข่ายต่างๆ ในชุมชน รวมถึง

การประสานความร่วมมือกันของผู้ป่วย/ ครอบครัว กับทีมสุขภาพ จะทำให้เกิดแนวทางการเข้าถึง บริการในคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังของ โรงพยาบาลหลวงพ่อบึง มีคุณภาพและปฏิบัติได้จริง ความรู้ที่ได้จากการวิจัยจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง/ กำหนดรูปแบบหรือแนวทางที่ชัดเจน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการในคลินิก ได้รับการรักษาตามมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง มีคุณภาพชีวิตที่ดี ป้องกันการกำเริบของโรค ลดการสูญเสียสมรรถภาพปอด และป้องกันการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อสร้างเครือข่ายโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังในหน่วยบริการปฐมภูมิ
2. เพื่อพัฒนาแนวทางการเข้าถึงบริการในคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้กระบวนการเสริมพลังในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ
3. เพื่อประเมินผลก่อนและหลังการนำแนวทางการเข้าถึงบริการในคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังไปปฏิบัติ

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้มีขั้นตอนการดำเนินงาน 4 ระยะ ประกอบด้วย

ระยะที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและสร้างเครือข่าย ทีมวิจัยลงพื้นที่ครั้งที่ 1 ที่เครือข่าย โดยการประชุมกลุ่ม ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง และเปิดรับสมัครเครือข่ายตามความสมัครใจ ตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ที่กำหนด ทำการประชุมกลุ่มเครือข่าย จนครบ 7 แห่ง

ระยะที่ 2 การวางแผน (Planning) ทีมวิจัยทำการนัดหมายสมาชิกเครือข่าย และผู้ป่วย/ ครอบครัว ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด มาที่เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ **วงรอบที่ 1** ทีมวิจัยลงพื้นที่ครั้งที่ 2 ประชุมกลุ่ม ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การดำเนินการวิจัย โดยมีกลุ่มตัวอย่าง จำนวนรวมทั้งสิ้น 120 คน เมื่อกลุ่มตัวอย่าง ยินยอมเข้าร่วมวิจัยและลงลายมือชื่อขอความยินยอมแล้ว ดำเนินเก็บข้อมูล ด้วยการสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลใช้เวลาประมาณ 10 นาที และดำเนินการกิจกรรมของการประชุมกลุ่ม โดยให้สมาชิกเครือข่ายแสดงความคิดเห็นร่วมกัน อย่างอิสระในบทบาทหน้าที่ของเครือข่ายตามประเด็นข้อคำถามที่กำหนด 4 คำถาม ในขั้นตอนนี้ใช้กระบวนการเสริมพลัง เครือข่าย ผลลัพธ์ที่ได้คือแนวทางการเข้าถึงบริการในคลินิก ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทุกคนร่วมกันคิดและกำหนด และจดประเด็นที่ได้ลงกระดาษบนฟลิปชาร์ต เพื่อนำมาสรุป/ ทบทวนข้อคิดเห็นให้ตรงกันในช่วงท้ายของการประชุมกลุ่ม ทำการประชุมกลุ่มเครือข่ายจนครบ 7 แห่ง นอกจากนี้เครือข่ายทีมสุขภาพ ร่วมประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อกำหนดแนวทางปฏิบัติและปรับปรุงระบบบริการของโรงพยาบาลให้ตอบสนองต่อข้อเสนอแนะต่างๆ ที่ได้จากการประชุมกลุ่ม

ระยะที่ 3 การปฏิบัติการ (Action) **วงรอบที่ 2** เครือข่ายนำแนวทางการเข้าถึงบริการในคลินิกที่ได้ไปปฏิบัติ ติดตามประเมินผล วิเคราะห์ผลลัพธ์ **วงรอบที่ 3** นำแนวทางที่ปรับปรุงไปปฏิบัติ

ระยะที่ 4 การสรุปผลการวิจัย (Conclusion) สรุปผลการดำเนินงานวิจัยเชิงคุณภาพจากการประชุมกลุ่ม และสรุปผลการดำเนินงานวิจัยเชิงปริมาณจากรายงานการดำเนินงานของคลินิก ใน

ฐานข้อมูลในโปรแกรม Hos-xp ของโรงพยาบาล และประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มารับบริการ

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (Population) ประชากรเป้าหมาย (Target Population) ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ประกอบด้วย ทีมสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 21 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 226 คน ผู้นำชุมชน/ ท้องถิ่น จำนวน 39 คน และ 2) ผู้ป่วยโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 128 คน รวมจำนวนประชากรทั้งหมด 414 คน

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ 1) เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดและต้องปฏิบัติงานหรืออยู่ในพื้นที่อย่างน้อย 1 ปี รวมผู้แทนเครือข่าย จำนวนทั้งสิ้น 120 คน 2) ผู้ป่วยโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่เข้าร่วมวิจัย เป็นผู้ป่วยทั้งหมดที่มารับการรักษาในคลินิก ในช่วงเวลาที่ทำการศึกษาและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมในการวิจัย (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) กลุ่มตัวอย่างยินดียอมรับเข้าร่วมวิจัยโดยสมัครใจ 2) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป 3) สามารถฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ 4) มีโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้สะดวก

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอยู่ร่วมในการวิจัยตลอดช่วงเวลาที่ดำเนินการวิจัย 2) กลุ่มตัวอย่างเกิดความเครียดในขณะทำแบบสอบถาม หรือขณะประชุมกลุ่ม 3) กลุ่มตัวอย่างมีความประสงค์ถอนตัวออกจากการวิจัยไม่ว่ากรณีใดๆ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ที่อยู่ สิทธิการรักษา อาชีพ การศึกษา และข้อมูลเกี่ยวกับโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. แนวคำถามที่ใช้ในการประชุมกลุ่ม แนวคำถามมีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 4 ข้อ
3. อุปกรณ์ที่ใช้ในการจดบันทึก เช่น กระดาษฟลิปชาร์ต ปากกา
4. รายงานผลการดำเนินงาน จากฐานข้อมูลในโปรแกรม Hos-xp ของโรงพยาบาลหลวงพ่อบึง
5. แบบสอบถามความพึงพอใจ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วน ประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีคะแนน 1- 5 คะแนน โดยความพึงพอใจน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน มากที่สุด ให้ 5 คะแนน การแปลผลคะแนนความพึงพอใจ ใช้สถิติพื้นฐาน คือ การหาค่า ค่าอัตราภาคั่น = ค่าสูงสุด - ค่าต่ำสุด / จำนวนขั้น = $5-1/5 = 0.80$ คะแนน $4.21 - 5.00$ หมายถึง มีความพึงพอใจระดับมากที่สุด คะแนน $3.41 - 4.20$ หมายถึง มีความพึงพอใจระดับมาก คะแนน $2.61 - 3.40$ หมายถึง มีความพึงพอใจ ระดับปานกลาง คะแนน $1.81 - 2.60$

หมายถึง มีความพึงพอใจระดับน้อย คะแนน 1.00 – 1.80 หมายถึง มีความพึงพอใจระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ 1)

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) นำแนวคำถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา วิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้องระหว่างรายการข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัยด้วยค่า IOC (Index of Item Objective Congruence) มีค่าเฉลี่ยของดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ได้เท่ากับ 0.8 2) **การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ** (Reliability) นำแบบสอบถามความพึงพอใจไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.92

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยได้ขออนุมัติการดำเนินการวิจัยและทุนวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลหลวงพ่อบุเป็น และผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และทำการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัยตามขั้นตอนของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติพรรณนาวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละ

2. การวิเคราะห์ข้อมูลจากการประชุมกลุ่ม ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) นำมาเขียนเชิง

พรรณนาตามกรอบประเด็น เพื่อตอบวัตถุประสงค์ ดังนี้ 1) เพื่อสร้างเครือข่ายโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังในหน่วยบริการปฐมภูมิ 2) เพื่อพัฒนาแนวทางการเข้าถึงบริการในคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้กระบวนการเสริมพลังในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

3. ตอบวัตถุประสงค์ข้อ 3 เพื่อประเมินผลก่อนและหลังนำแนวทางการเข้าถึงบริการในคลินิกไปปฏิบัติ ในเรื่องผลการรักษาของผู้ป่วย ได้แก่ ผลลัพธ์การรักษาของผู้ป่วย (จำนวนผู้ป่วยที่ขาดนัด, จำนวนผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน ด้วยอาการหอบกำเริบ, ค่าร้อยละของสมรรถภาพปอด (%Predict)) ค่าร้อยละของการใช้ยาถูกต้อง, จำนวนผู้ป่วยที่เข้าถึงระบบบริการในคลินิก, ความพึงพอใจต่อระบบบริการในคลินิก และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ห้องฉุกเฉิน โดยนำแนวทางมาปฏิบัติและปรับปรุงระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2560 – มิถุนายน พ.ศ. 2560 และดำเนินการวัดผลก่อนดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2559 – กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560 หลังดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2560 – กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561 โดยใช้สถิติ Paired t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและสร้างเครือข่ายโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ผลการวิจัยพบว่า เกิดเครือข่าย ทั้งหมด 7 แห่ง เครือข่ายประกอบด้วย ทีมสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 7 คน (ร้อยละ 5.83) ผู้นำชุมชน จำนวน 20 คน (ร้อยละ 16.67) ผู้ป่วยโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน

38 คน (ร้อยละ 31.67) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 55 คน (ร้อยละ 45.83) รวมจำนวนทั้งสิ้น 120 คน เครือข่ายส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 78 คน (ร้อยละ 65 หญิง 42 คน (ร้อยละ 35 อายุ 41- 60 ปี (ร้อยละ 57) การศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 1 - 6 (55.8%) และอาชีพเกษตรกร (48.3%) มากที่สุด

ระยะที่ 2. พัฒนาแนวทางการเข้าถึงบริการในคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้กระบวนการเสริมพลัง ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

กรอบที่ 1 จากการประชุมกลุ่มครั้งที่ 2 ในเครือข่ายทั้ง 7 แห่ง สรุปได้ดังนี้ **แนวทางของสมาชิกเครือข่ายในชุมชน** 1) ร่วมประชุม/กิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวกับผู้ป่วย 2) ค้นหาประชาชนกลุ่มเสี่ยง และผู้ป่วยในพื้นที่เพื่อนำเข้าสู่ระบบการรักษา 3) รวบรวมผู้ป่วยจัดทำฐานข้อมูลของเครือข่ายเพื่อประโยชน์ในการดูแลและติดตามการรักษา 4) เชื่อมโยงกับโรงพยาบาลในการติดตามผู้ป่วยที่ขาดการรักษาตามนัด 5) ช่วยประชาสัมพันธ์คลินิกให้ประชาชนทราบ 6) ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านโดยบูรณาการร่วมกับการดูแลโรคเรื้อรังอื่นหรือกิจกรรมอื่นๆ ในชุมชน 7) ให้ความรู้/ คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในพื้นที่ในเรื่องต่างๆ ได้แก่ การรักษาอย่างต่อเนื่อง การใช้ยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอ หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นต่างๆ การทำความสะอาดบ้าน ที่อยู่อาศัย และจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านให้สะอาดอยู่เสมอ การเลิกสูบบุหรี่ การออกกำลังกายที่เหมาะสมและการฉีดยาที่ต้องไปโรงพยาบาล **แนวทางของโรงพยาบาลแม่ข่ายที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยการเข้าถึงบริการในคลินิก** สรุปแนวทางได้ 4 ประเด็น 1) ด้านการประชาสัมพันธ์และผลิตสื่อ โดยการจัดทำป้าย/ แผ่นพับ เพื่อให้

เครือข่ายประชาสัมพันธ์คลินิกในชุมชน 2) **ด้านระบบบริการ** 1) ปรับปรุงการบริการเป็นคลินิกเฉพาะโรค เพื่อลดขั้นตอนบริการ ขยายบริการจากเดือนละ 2 ครั้ง เป็นทุกวันพฤหัสบดีและจัดระบบนัดหมายให้ผู้ป่วยสะดวกมากขึ้น เช่น นักเรียนนัดมาเวลา 15.30-16.00 น.เพื่อให้ได้เรียนหนังสือก่อน ไม่ต้องลาเรียน, นัดนาน 2-3 เดือน ในรายที่ไม่สะดวกมาและไม่มีอาการกำเริบของโรค ได้แก่ ผู้ป่วยสิทธิประกันสังคมที่ต้องลางาน ผู้ที่อยู่ไกล / เดินทางมาลำบาก, ผู้ป่วยที่มีโรคอื่นร่วมมาภาคเช้าสามารถตรวจในช่วงเช้าได้, ผู้ป่วยหลายโรคนัดตรวจวันเดียวกัน, โทรศัพท์เตือนในผู้ป่วยที่ลืมบ่อย, ผู้ป่วยที่เดินทางลำบากนัดพร้อมผู้ป่วยที่อยู่ใกล้กันมาด้วยกัน 2) มีศูนย์ (Focal Point) ให้คำปรึกษาให้กับหน่วยงานในโรงพยาบาลและเครือข่ายและดูแลผู้ป่วยจากหน่วยงานต่างๆ ได้แก่ ผู้ป่วยมารับบริการนอกคลินิก, ผู้ป่วยที่มีอาการหอบกำเริบและมาพ่นยาที่ห้องฉุกเฉิน, ผู้ป่วยที่มีอาการหอบกำเริบเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่วนนอกเวลาราชการให้ทำการนัดหมายมาเข้าคลินิกทุกราย 3) ปรับปรุงแนวทางการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มาับการรักษาที่โรงพยาบาล 4) จัดระบบบริการ Asthma and COPD Home Care Service มีการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านตามเกณฑ์ที่กำหนดร่วมกับสหสาขาวิชาชีพและเครือข่ายในชุมชน 4. ขยายการให้บริการคลินิกที่ รพ.สต. ที่มีความพร้อมเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้ง่ายและสะดวกรวดเร็ว 3) **ด้านการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่าย** ผู้วิจัยเป็นพี่เลี้ยงให้ความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวแก่เครือข่าย จัดระบบสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและเครือข่ายผ่านระบบ Line Application ในชื่อว่า “เครือข่ายโรคหืด” หรือ ทาง “โซเชียลเน็ตเวิร์ก

หอบ” เบอร์โทร 08-6166-1594 ตลอด 24 ชั่วโมง และเบอร์โทร 1669 ให้รถโรงพยาบาลไปรับในกรณีผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อยฉุกเฉินชุมชน 4) **ด้านบุคลากร/ เครื่องมือ / อาคารสถานที่** จัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลให้เครือข่ายเพื่อดูแลอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับชุมชนตรวจคัดกรองเบื้องต้นเพื่อค้นหาผู้ป่วยรายใหม่เพื่อให้เข้าสู่ระบบการรักษาและเพิ่มบุคลากรให้บริการในคลินิกเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่รวดเร็วมากขึ้น

วงรอบที่ 2 เครือข่ายนำแนวทางการเข้าถึงบริการในคลินิกไปปฏิบัติ มีการติดตาม สะท้อนผลการปฏิบัติ และปรับปรุงแผน **วงรอบที่ 3** มีการปรับเปลี่ยนแนวทาง ในส่วนของโรงพยาบาลแม่ข่าย ไม่สามารถออกให้บริการคลินิกที่ รพ.สต.ได้เนื่องจากมีข้อจำกัดเรื่องเครื่องมือ/ อุปกรณ์และบุคลากรไม่เพียงพอต่อการให้บริการนอกโรงพยาบาล นอกจากนี้การให้บริการ 1669 อาจไม่รวดเร็วมากพอต่อการภาวะหอบกำเริบรุนแรงบางพื้นที่สามารถใช้บริการฉุกเฉินในพื้นที่จะมีความรวดเร็วมากกว่า

ระยะที่ 3. เปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยก่อนและหลังการนำแนวทางการเข้าถึงบริการในคลินิกไปปฏิบัติ ผลการวิจัย เปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยและจำนวนครั้งที่มารับบริการในคลินิกก่อนและหลังดำเนินการวิจัย พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการในคลินิก ก่อนการวิจัย เท่ากับ 116 คน หลังการวิจัย เท่ากับ 173 คน เพิ่มขึ้น 57 คน (ร้อยละ 49.14) ส่วนจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยที่มาใช้บริการใน ก่อนการวิจัย เท่ากับ 627 ครั้ง หลังการวิจัย เท่ากับ 915 ครั้ง เพิ่มขึ้น 288 ครั้ง (เป็นร้อยละ 45.93)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยที่มารักษาที่คลินิก พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัย จำนวน 100 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 77.80 เพศชายร้อยละ 22.20 มีอายุตั้งแต่ 19 ปี ถึง 86 ปี อายุเฉลี่ย 55.49 ปี (SD=14.93) ส่วนใหญ่สถานภาพคู่ร้อยละ 66 การศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุดร้อยละ 36 อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล ร้อยละ 83 ใช้สิทธิประกันสุขภาพในการรักษาพยาบาลร้อยละ 70 ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุดร้อยละ 49 รองลงมาคือว่างงาน/งานบ้านร้อยละ 21 ข้อมูลเกี่ยวกับโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่ากลุ่มตัวอย่างทราบว่าคลินิกร้อยละ 86.7 มีอาการของโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังมานาน เฉลี่ย 14.93 ปี (SD=13.59) ระยะเวลาที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลหลวงพ่อบ้างเป็นมานาน 1 – 36 ปี เฉลี่ย 8.09 ปี (SD=6.40) มีการรักษาต่อเนื่องร้อยละ 64

เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์การรักษาก่อนและหลังการวิจัย พบว่า จำนวนครั้งของการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยหอบกำเริบ มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 0.97 ครั้ง (SD= 0.48) หลังดำเนินการวิจัย มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 0.57 ครั้ง (SD= 0.54) จำนวนครั้งของการขาดนัดก่อนการวิจัย มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 1.72 ครั้ง (SD= 0.98) หลังดำเนินการวิจัย มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 1.21 ครั้ง (SD= 0.77) และโรงพยาบาลเสียค่าเฉลี่ยค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉิน ก่อนการวิจัย เท่ากับ 582.05 (SD= 322.46) หลังดำเนินการวิจัยมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 321.48 (SD= 336.04) เมื่อเปรียบเทียบกับสถิติ Paired t-test พบว่าหลังการวิจัยทุกตัวมีค่าเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนค่าเฉลี่ยร้อยละของค่าสมรรถภาพปอดก่อนการวิจัย เท่ากับ 72.43 (SD= 20.85) หลังดำเนินการวิจัย มีค่าเฉลี่ย

เท่ากับ 77.29 (SD= 20.70) และอัตราการเข้ายา
ถูกต้องเฉลี่ยก่อนการวิจัย เท่ากับ 95.19 (SD=
8.53) หลังดำเนินการวิจัย มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ
98.74 (SD= 2.50) เปรียบเทียบด้วยสถิติ Paired

t-test พบว่าหลังการวิจัยร้อยละของค่า
สมรรถภาพปอดและอัตราการเข้ายาถูกต้องมี
ค่าเฉลี่ยสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งของการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยหอบกำเริบ

การขาดนัด อัตราการเข้ายาถูกต้อง ร้อยละค่าสมรรถภาพปอดและค่าใช้จ่ายในการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน
ก่อนและหลังดำเนินการวิจัย (n=100)

ข้อมูล	ก่อน (ก.ค.59-ก.พ. 60)		หลัง (ก.ค.60-ก.พ. 61)		t	p- value
	Mean	SD	Mean	SD		
การรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยหอบกำเริบ	0.97	0.48	0.57	0.54	7.266*	.000
การขาดนัด	1.72	0.98	1.21	0.79	5.262*	.000
อัตราการเข้ายาถูกต้อง	95.19	8.53	98.74	2.50	-4.328*	.000
ร้อยละค่าสมรรถภาพปอด	72.43	20.85	77.29	2.50	-6.132*	.000
ค่าใช้จ่ายในการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน	582.05	322.46	321.48	336.04	7.653*	.000

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการประเมินความพึงพอใจต่อระบบ
บริการในคลินิกหลังการการวิจัย พบว่าระดับความ
พึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด 3 ด้าน ได้แก่ ด้าน
ความสะดวก รวดเร็ว ของการบริการ
(Mean=4.34, SD=0.73) ด้านมนุษยสัมพันธ์ของ
บุคลากร (Mean=4.39, SD=0.62) และด้านข้อมูล
ที่ได้รับจากการบริการ (Mean=4.30, SD=0.66)
และด้านคุณภาพการรักษาพยาบาล (Mean=4.20,
SD=0.69) ระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก
ส่วนความพึงพอใจโดยรวมทั้ง 4 ด้าน (Mean=
4.31 SD=0.67) มีระดับความพึงพอใจในระดับ
มากที่สุด

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

การวิจัยเชิงปฏิบัติการร่วมกับการนำแนวคิด
กระบวนการเสริมพลังของ Gibson (Gibson,
1995) มาประยุกต์ใช้ สามารถสรุปและอภิปราย
ผลได้ดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพและสร้าง
เครือข่ายโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังในหน่วย
บริการปฐมภูมิ การสร้างเครือข่ายในหน่วยบริการ
ปฐมภูมิ พบว่าเกิดเครือข่ายครอบคลุมพื้นที่
รับผิดชอบทั้งหมด เครือข่ายประกอบด้วย อสม.
มากที่สุด (55 คน, 45.83%) รองลงมาคือผู้ป่วย
โรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง (38 คน, 31.67%)
แสดงให้เห็นว่ากลุ่ม อสม. ซึ่งทำงานอยู่ในชุมชน

เห็นความสำคัญในการร่วมกันดูแลผู้ป่วยและประชาชนในพื้นที่ สอดคล้องกับงานวิจัย เรื่อง บทบาทการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนท่อน อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น พบว่าโดยภาพรวมทั้งหมด อสม. มีบทบาทในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมากทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ (สิทธิพร เกษจ้อย, 2560) ส่วนผู้ป่วยก็มีความตระหนักในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับชุมชนและบุคลากรสาธารณสุข เพื่อสุขภาพที่ดีของตนเอง

2. การพัฒนาแนวทางการเข้าถึงบริการในคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้กระบวนการเสริมพลัง ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ การสร้างเครือข่ายและการเสริมพลังเครือข่าย ทำให้เกิดการร่วมแรงร่วมใจและความเป็นเจ้าของปัญหา จนสามารถกำหนดบทบาทหน้าที่หรือแนวทางของเครือข่าย หลังจากใช้กระบวนการเสริมพลังเครือข่าย ในการประชุมกลุ่ม 14 ครั้ง มีกิจกรรมการให้ความรู้ต่างๆ และการแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระมีการประเมินทดลองปฏิบัติ สะท้อนผลและปรับแผน 3 วงรอบ ทำให้สามารถกำหนดบทบาทหน้าที่ของเครือข่าย เพื่อพัฒนาแนวทางการเข้าถึงบริการในคลินิกได้ 2 แนวทางหลัก ได้แก่ 1) **แนวทางของสมาชิกเครือข่ายในชุมชนที่ช่วยส่งเสริมการเข้าถึงบริการในคลินิก** เครือข่ายมีการบริหารจัดการแบ่งพื้นที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ บูรณาการการทำงานร่วมกับการดูแลโรคเรื้อรังอื่นหรือกิจกรรมอื่นๆ ในชุมชนเพื่อได้ประโยชน์สูงสุดไม่เสียเวลาในการประกอบอาชีพมากเกินไป กิจกรรมประกอบด้วย การค้นหาประชาชนกลุ่มเสี่ยงและ

ผู้ป่วยในพื้นที่ เพื่อทำเป็นฐานข้อมูลของเครือข่าย และนำเข้าสู่ระบบการรักษาในคลินิกโดยมีการประชาสัมพันธ์คลินิกให้ผู้ป่วยและประชาชนให้รับทราบ มีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรครวมถึงการปฏิบัติตัว การจัดสิ่งแวดล้อมหรือสิ่งรบกวนที่ทำให้อาการกำเริบ การติดตามผู้ป่วยที่ขาดการรักษา และผู้ป่วยที่อยู่นอกระบบการรักษาตามมาตรฐานที่อยู่ในชุมชน นอกจากนี้ยังมีการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ กับโรงพยาบาลแม่ข่ายในการดูแลผู้ป่วยดังกล่าว ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของสมพงษ์ จันทรโอวาสและคณะ (2557) ที่พบว่าการสร้างบุคลากรและการสร้างเครือข่ายที่เกิดจากการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายนำไปสู่ความเข้าใจในการดำเนินการจัดการโรคเรื้อรังในชุมชน มีการจัดกิจกรรมที่เกิดจากชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริง ทำให้สามารถแก้ปัญหาที่พบไปพร้อมกับการดำเนินงาน เกิดการร่วมกันคิดเพื่อแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นเป็นระยะ ทำให้เกิดการพัฒนาตนเองและเครือข่าย มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ทำให้เกิดการทำงานร่วมกันของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 2) **แนวทางของโรงพยาบาลแม่ข่ายที่ทำให้ผู้ป่วยการเข้าถึงบริการในคลินิก** จากการประชุมกลุ่มเครือข่าย สามารถสรุปแนวทางของโรงพยาบาลแม่ข่ายได้ 4 ประเด็น 1) **ด้านการประชาสัมพันธ์และผลิตสื่อ** ทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชนให้ผู้ป่วยไปรักษาในคลินิก 2) **ด้านระบบบริการ** มีการปรับปรุงการบริการเป็นคลินิกเฉพาะโรค, ขยายจำนวนวันรับบริการ จัดระบบนัดหมายให้ผู้ป่วยสะดวกมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของภรณ์พรขจร (2558) ที่พบว่า สาเหตุที่ผู้ป่วยไม่มาตรวจตามนัด เนื่องจากระบบบริการของโรงพยาบาล ได้แก่ ขั้นตอนมาก รอนาน วันเปิด

บริการน้อย แนวทางแก้ไขปัญหาก็ได้แก่ นัดตรวจ
นานขึ้น นักเรียนให้เรียนก่อนและมาตรวจช่วงบ่าย
นัดตรวจพร้อมโรคอื่น สามารถโทรเลื่อนนัดได้
นอกจากนี้ยังมีศูนย์ (Focal Point) ในการดูแล/
ให้คำปรึกษา/ ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและบุคลากรใน
โรงพยาบาลและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ,
จัดระบบบริการ Asthma and COPD Home
Care Service มีการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านตามเกณฑ์ที่
กำหนดร่วมกับสหสาขาวิชาชีพและเครือข่ายใน
ชุมชน การมีศูนย์ (Focal Point) ในการให้
คำปรึกษาและจัดระบบบริการเยี่ยมบ้านร่วมกับสห
สาขาวิชาชีพและเครือข่ายในชุมชน 3) ด้านการมี
ส่วนร่วมกับภาคีเครือข่าย เป็นพี่เลี้ยงในการ
ปฏิบัติตัวแก่เครือข่าย จัดระบบสื่อสารผ่านระบบ
Line Application ในชื่อว่า “เครือข่ายโรคหืด”
หรือ ทาง “ฮอตไลน์คลายหอบ” เบอร์โทร 08-
6166-1594 ตลอด 24 ชั่วโมง และเบอร์โทร 1669
กรณีผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อยฉุกเฉินในชุมชน,
คืนข้อมูลผู้ป่วยให้ชุมชนเพื่อติดตามดูแลอย่าง
ต่อเนื่อง และร่วมกับชุมชนคัดกรองผู้ป่วยรายใหม่
4) ด้านบุคลากร/ เครื่องมือ / อาคารสถานที่ มี
การจัดหาเครื่องมือที่จำเป็น เช่น Spirometer ใน
การช่วยวินิจฉัยโรค ปรับปรุงอาคารสถานที่ให้
เหมาะสมและเพียงพอต่อการให้บริการ จัดทำ
ข้อมูลผู้ป่วยเพื่อติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับ
ชุมชน เพิ่มบุคลากรให้เพียงพอในการให้บริการใน
คลินิก ซึ่งสอดคล้องกับผลงานวิจัยของพระมหาสุ
ทธิย์ อากาศโร (2547) พบว่าบทบาทและหน้าที่
ของเครือข่ายในการทำงานร่วมกัน ได้แก่การ
ส่งเสริมสนับสนุนและประสานการทํากิจกรรมของ
เครือข่าย มีศูนย์ประสานงานระหว่างเครือข่ายและ
ภาคีต่าง ๆ มีการให้คำปรึกษา ผลสัมฤทธิ์ของ
ความเป็นเครือข่าย คือการเกิดผลสำเร็จตาม

วัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กำหนดไว้ใน
กระบวนการทำงานจากความร่วมมือและ
ความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันในเครือข่าย ก่อให้เกิด
กระบวนการเรียนรู้และการพัฒนาที่ต่อเนื่อง เกิด
ความสามัคคี เป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกันในการแก้ไข
ปัญหาอย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งได้เป็นแนวทางการ
**เข้าถึงบริการในคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้น
เรื้อรัง**โดยกระบวนการเสริมพลังเครือข่ายในหน่วย
บริการปฐมภูมิ

3. เปรียบเทียบผลก่อนและหลังการนำ
แนวทางการเข้าถึงบริการในคลินิกโรคหืดและ
ปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้กระบวนการเสริมพลัง
ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิไปปฏิบัติ หลัง
การนำกระบวนการเสริมพลังในเครือข่ายหน่วย
บริการปฐมภูมิไปปฏิบัติ พบว่าจำนวนผู้ป่วยเข้าถึง
ระบบบริการในคลินิก หลังการวิจัย เพิ่มขึ้น 57 คน
คิดเป็นร้อยละ 49.14 ส่วนจำนวนครั้งของผู้ป่วย
ที่มาใช้บริการในคลินิก เพิ่มขึ้น 288 ครั้ง คิดเป็น
ร้อยละ 59.93 แสดงให้เห็นว่ากระบวนการเสริม
พลังเครือข่ายทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการในคลินิก
เพิ่มขึ้น กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัย จำนวน 100
คน เพศหญิงมากกว่าเพศชาย มีอายุตั้งแต่ 19 - 86
ปี อายุเฉลี่ย 55.49 ปี (SD=14.93) ส่วนใหญ่อาศัย
อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาล ร้อยละ 83
ข้อมูลเกี่ยวกับโรค พบว่ากลุ่มตัวอย่างทราบว่า
มีคลินิก ร้อยละ 86.7 มีการรักษาต่อเนื่องร้อยละ
64 ซึ่งจากการศึกษาของเรืองศักดิ์ ศรีสุภา (2555)
ที่ศึกษาเรื่องการกลับมารักษซ้ำของผู้ป่วยโรคหอบ
หืด โรงพยาบาลคำชะอี จังหวัดมุกดาหาร พบว่า
สาเหตุที่ผู้ป่วยกลับมารักษซ้ำด้วยหอบกำเริบ
เนื่องจากการมาตรวจตามนัดเป็นประจำ เพียงร้อย
ละ 76.20

ผลลัพธ์ของการสร้างและการเสริมพลังเครือข่าย ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา เมื่อเปรียบเทียบผลก่อนและหลังนำแนวทางไปปฏิบัติ พบว่าจำนวนครั้งของการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยหอบกำเริบ จำนวนครั้งของการขาดนัดก่อนการวิจัย ค่าเฉลี่ยค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉิน เมื่อเปรียบเทียบกับสถิติ Paired t-test พบว่าหลังการวิจัยทุกตัวมีค่าเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนค่าเฉลี่ยร้อยละของค่าสมรรถภาพปอดก่อนการวิจัย และอัตราการเข้ายูกต้องเฉลี่ย พบว่าหลังการวิจัยร้อยละของค่าสมรรถภาพปอดและอัตราการเข้ายูกต้องมีค่าเฉลี่ยสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับผลการศึกษานำกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายมาใช้ในผู้ป่วยหอบหืด พบว่าหลังการพัฒนาผู้ป่วยมีจำนวนครั้งของอาการหอบกำเริบลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (นพธดา เมธาสุวภัทร และไกรสุข เพชรบรรณิน, 2553) และเมื่อประเมินความพึงพอใจที่มีต่อการบริการของผู้ป่วยโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มาได้รับการรักษา พบว่ามีความพึงพอใจโดยรวมในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของทีมนุสสุภาพอำเภอด่านขุนทด ที่ได้ศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานโดยการมีส่วนร่วมและใช้ชุมชนเป็นฐานในการพัฒนา พบว่าผู้ป่วยมีรูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลตนเอง รวมถึงผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อระบบบริการ ซึ่งควรจะต้องมีการดำเนินกิจกรรมนี้ต่อไปอย่างต่อเนื่องสู่ความยั่งยืน (ทีมนุสสุภาพอำเภอด่านขุนทด, 2553) จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการสร้างการมีส่วนร่วมโดยการเสริมพลังเครือข่าย ทำให้เกิดพลังความร่วมมือในชุมชนและเป็นเจ้าของปัญหา ทำให้เกิดแนวทาง

ร่วมกัน จนสามารถกำหนดบทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติได้จริงโดยการบูรณาการการทำงานร่วมกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ในพื้นที่ มีการดำเนินงานเพื่อให้ผู้ป่วยมารับการรักษาในคลินิกสามารถเชื่อมโยงข้อมูลที่มีประสิทธิภาพระหว่างเครือข่ายและมีการให้คำปรึกษาผ่านไลน์กลุ่มและหอโทรศัพท์คลายหอบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิภารัตน์ เบญจมาศ (2560: 41) พบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (Gibson, 1995) ร่วมกับวิจัยเชิงปฏิบัติ สามารถแก้ไขปัญหาได้เนื่องจากชุมชนได้มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาของตนเอง ทำให้พบสาเหตุที่แท้จริงของปัญหานอกจากนั้นยังได้ร่วมวางแผนแก้ไขปัญหา ร่วมประเมินติดตามผลจนได้ผลลัพธ์ที่ดี จากงานวิจัยนี้จะเห็นได้ว่าผู้วิจัยเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน (Advance Practice Nurse: APN/NP) ได้ใช้สมรรถนะในการดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนและเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง จนเกิด **Output** ที่สำคัญคือ ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขมากขึ้น เกิดเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนครอบคลุมพื้นที่ **Outcome** ทำให้ผู้ป่วยโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง ลดอัตราการหอบกำเริบ มีการเข้ายูกต้อง สมรรถภาพปอดดีขึ้น **Impact** ต่อโรงพยาบาลและนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข คือสามารถลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยผู้ป่วยเข้าถึงระบบบริการที่มีคุณภาพ ครอบคลุมและทั่วถึง ตามนโยบาย Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ (กองการพยาบาล, 2561) และ Service Excellence ของกระทรวงสาธารณสุข

ข้อเสนอแนะ

1. การสร้างเครือข่ายในชุมชนทำให้เกิดพลังความร่วมมือในชุมชนและเป็นเจ้าของปัญหา จนสามารถ

กำหนดบทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติได้จริงและยั่งยืนโดยการบูรณาการการทำงานร่วมกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ในพื้นที่ ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ผลวิจัยนี้ยังสามารถเป็นต้นแบบในการแก้ปัญหาผู้ป่วยที่ขาดนัด/ไม่มารับรักษาในคลินิกในกลุ่มโรคอื่นๆ ทั้งในและนอกโรงพยาบาล

2. การนำแนวทางการเข้าถึงบริการในคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้กระบวนการเสริม

พลัง ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมินี้ไปปฏิบัติ และมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่องจะมีประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย และเป็นการอภิบาลเครือข่ายให้มีความต่อเนื่องและเข้มแข็งต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ดร. คณิงเดช เชื้อมวราศาสตร์ และดร.ขวัญดาว กล่ำรัตน์ นักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม และรศ. ดร. นพวรรณ เปียชื่อ อาจารย์ประจำโรงเรียนพยาบาล รามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดลที่กรุณาให้คำปรึกษา ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหลวงพ่อเป็น ที่สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการวิจัย ท้ายสุดขอขอบคุณทีมวิจัยและผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านที่ให้ข้อมูลที่ เป็นประโยชน์ ทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จ ลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

กัลชนิภา ยศยิ่ง และคณะ. ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ของผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน 8(2) : 53-59. 2555.

รายงานคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง. รายงาน Easy Asthma clinic ปี 2559 - 2561. โปรแกรม Hos-Xp.

โรงพยาบาลหลวงพ่อเป็น. 2559 - 2661.

ทีมสุขภาพอำเภอด่านขุนทด. (2553). รูปแบบการดูแลสุขภาพตาแบบผสมผสานโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน. URL

<http://pubnet.moph>. สืบค้นเมื่อ 30 กรกฎาคม 2562

ธีรพร สติธอังกูร และคณะ. แนวทางการพัฒนาระบบบริการพยาบาล: Service Plan. พิมพ์ครั้งที่ 1. บริษัท สำนักพิมพ์ สือตะวันจำกัด. ประทุมธานี. 2561.

นพธาดา เมธาสุวภัทร และไกรสุข เพชรบุรีณิน. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหอบหืดแบบมีส่วนร่วมของภาคี

เครือข่าย. รวมผลงานวิชาการดีเด่นกระทรวงสาธารณสุขประจำปี 2553. หน้า 364 - 376. 2553.

นิศา ชูโต. การวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 4. บริษัทปริ้นต์โพร จำกัด. กรุงเทพฯ. 2551.

พระมหาสุทิตย์ อาภากร. เครือข่าย: ธรรมชาติ ความรู้ และการจัดการ. โครงการ เสริมสร้างการเรียนรู้เพื่อชุมชนเป็น สุข (สรส.). กรุงเทพฯ. 2547.

- ภรณ์พรชสร พุฒวิชัยดิษฐ์และคณะ. “การศึกษา การแก้ไขปัญหการขาดการรักษาตามนัดของผู้ป่วยโรคหืด โดย
กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในคลินิกโรคหืดแบบง่าย โรงพยาบาลหลวงพ่อบึง”. **วารสารพยาบาล
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน**. 2(1) 77-92. 2558.
- เรืองศักดิ์ ศรีสุภา. “การศึกษาการกลับมารักษซ้ำของผู้ป่วยโรคหอบหืด โรงพยาบาลคำชะอี จ.มุกดาหาร”. **วารสาร
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7**. 11(1) 10 – 20. 2555.
- วิภารัตน์ เบญจมาศ. การสร้างเสริมพลังอำนาจชุมชนดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน บ้านหนองบัว ตำบลลาดบัวขาว อำเภ
สีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา. **The Journal of Baromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima** .
23 (1) 31- 43. 2560.
- วัชร บัญสวัสดิ์. การบริหารผู้ป่วยโรคหืดโรคโพรงจมูกอักเสบและปอดอุดกั้นเรื้อรัง. ในสุณี เลิศสินอุดม
(บรรณาธิการ), โรคหืดและคลินิกโรคหืดแบบง่าย (หน้า 27-39). ห้างหุ้นส่วนจำกัด. โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
ขอนแก่น 2553.
- วัชร บัญสวัสดิ์. “การรักษาโรคหืดระยะยาวในผู้ใหญ่”. ใน สมบูรณ์ จันทร์สกุลพร, เบญจมาศ ช่วยชู, อรพรรณ โพชน
กุล, ชีระศักดิ์ แก้วอมตวงศ์ (บรรณาธิการ). ตำราโรคหืด (หน้า 105-117). ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพพิมพ์.
กรุงเทพฯ: 2556
- สุขัย เจริญรัตนกุล. “วันรณรงค์หืดโรค”. **วารสารชมรมผู้ป่วยโรคหืด**. 17(60) 6. 2553.
- สิทธิพร เกษจ้อย. “บทบาทการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลโนนท่อน อำเภอเม อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น”. **วารสารสถาบันวิจัยพัฒนธรรม**. 4(1) 163-
173. 2560
- สำนักโรคไม่ติดต่อ สำนักควบคุมโรค. (2559). **ข้อมูลและสถิติ**. URL <http://thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php> เข้าถึงเมื่อวันที่ 10 พฤษภาคม 2559.
- American Lung Association [ALA], (2014). **Lung Health & Diseases**. URL <http://www.lung.org/lung-health-and-diseases/lung-disease-lookup/copd/> Retrieved April 16, 2015.
- Boonsawat W, et al. **Survey of asthma control in Thailand**. *Respiology*. 9 373-378. 2004.
- Chuesakoolvanich K. Cost of hospital asthma patient in a regional hospital in Thailand. **Respiology**. 12
433-438. 2007.
- Gibson, J. M. The process of Empowerment in mother of chronically ill children. **Journal of Advanced
Nursing**. 21 (6) 1201-1210. 1995.
- The Global Asthma Report. (2014). URL <http://globalAsthmareport.org/burden/burden.php>.
Retrieved April 15, 2016.
- World Health Organization. (2005). **Chronic respiratory respiratory disease**. URL
<http://who.int/respiratory/asthma/en/> Retrieved 12 April 2016.
- World Health Organization. (2015). **Chronic respiratory disease**. URL http://who.int/respiratory_chronic_obstructive_pulmonary_disease/en/ Retrieved April 15, 2016,

ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง Effectiveness of Development of A Care Model of Stroke patients at Home

ราตรี มณีขัติย์

Rathi Manikat

วพย.(การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

RN,MNS, Thai Board of Family Medicine,

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 30 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย สถิติแมน-วิทนี (Mann whitney- U test) และไคสแควร์ (Chi-square test)

ผลการศึกษา พบว่า หลังจำหน่าย 1 เดือนกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งสองกลุ่มไม่มีภาวะแทรกซ้อนปอดอักเสบและไม่มีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะและพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองไม่มีภาวะแทรกซ้อนแผลกดทับแต่กลุ่มควบคุมมีภาวะแทรกซ้อนแผลกดทับ จำนวน 6 ราย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

คำสำคัญ: รูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะแทรกซ้อน

Abstract

This research was qua-si experiment aimed to studied effectiveness of stroke patients health care model development at home to ADL and complications. Sample size were 30 stroke patients by purposive selection. Data were collected by questionnaire. Data were analyzed by descriptive statistic , Mann whitney- U test and Chi-square test.

Result : after D/C 1 month experiment group had ADL score higher more than control group had statistic significant at .05 level ($P < .05$). Both sample size no complications and no infection in urinary system. And in experiment group not found bed sore but control group had bed sore 6 persons which difference had statistic significant at .05 level ($P < .05$).

Keyword : health care model , stroke patients

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบบ่อย เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทั่วโลกและในประเทศไทย องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ได้รายงานสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในปี 2548 มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลก จำนวน 5.7 ล้านคนในแต่ละปี และองค์การโรคหลอดเลือดสมองโลก (World Stroke Organization: WSO) ได้รายงานอุบัติการณ์ในปี 2011 พบว่า การเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลก พบว่า มี 9.0 ล้านคนและมีความชุก 30.7 ล้านคน ซึ่งมีผู้ป่วยจำนวน 12.6 ล้านคนเกิดความพิการในระดับปานกลางถึงรุนแรง ดังนั้นคาดการณ์ไว้ว่าในปี 2558 จะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 6.5 ล้านคน และ 7.8 ล้านคนในปี 2573 โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 5 ของประชากรที่มีอายุ 15-59 ปี (WSO อ้างใน อมรา ทองหงษ์, กมลชนก เทพสิทธิ, และ ภาควิชา จงพิริยะอนันต์, 2554)

ในประเทศไทย พบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 1 ใน 5 อันดับแรกที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลจากการเฝ้าระวังปัญหาการเจ็บป่วยของคนไทยจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสำนักโรคระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุขจากสถิติกระทรวงสาธารณสุขในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2544-2553) ของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2555) พบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิต ลำดับ 3 ในประชากรเพศชาย และลำดับ 1 ในประชากรเพศหญิง อัตราตายด้วย

โรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จนถึงปี พ.ศ. 2547 เป็น 30.8 หลังจากนั้นพบอัตราลดลง จนถึงปี 2549 เป็น 20.6 และชะลอตัวจนกระทั่งปี 2553 มีอัตราตายเพิ่มขึ้น เป็น 27.5 (นิตยา พันธุเวช, ธีธารัตน์ อภิญา, และ นริศรา ธนาภิ, 2555) พบว่า อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองในประชากรทั่วประเทศมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี พบว่า ในปี พ.ศ. 2551-2554 มีอัตราตายต่อประชากรแสนคนเพิ่มขึ้นเป็น 20.78, 21.04, 27.53 และ 30.04 ตามลำดับ เช่นเดียวกับอัตราป่วยที่เพิ่มสูงขึ้น (สำนักโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของสำนักโรคระบาดวิทยาปี 2555) มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ 32,210 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 50.56 ต่อแสนประชากรและผู้ป่วยสะสม (พ.ศ. 2549-2553) จำนวน 140,243 ราย คิดเป็นอัตราความชุก 220.16 ต่อประชากรแสนคน สัดส่วนชายต่อหญิง 1.27:1

โรคหลอดเลือดสมองมีอัตราการเสียชีวิตสูง และมีอัตราผู้พิการหลงเหลือสูง เป็นภัยคุกคามชีวิตของคนทั่วโลก โดยพบ 2 ใน 3 ของผู้ที่ทนทุกข์ทรมาน จากการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง จะมีความพิการหลงเหลืออยู่ (สุขจันทร์ พงษ์ประไพ, 2552) โรคหลอดเลือดสมองเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรัง ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้ผู้ป่วยมีความพิการหลงเหลืออยู่ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ต้องพึ่งพาญาติในการดูแล และช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพ ถ้าไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างถูกต้องและเหมาะสมอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่ต้องกลับเข้ารับการรักษาค้ำในโรงพยาบาลและสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากขึ้น

จากข้อมูลการเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอเมืองลำพูน จังหวัดลำพูน ในปี 2557-2559 พบว่า มีผู้ป่วยจำนวนเพิ่มขึ้น และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาล จำนวน 163 , 183 และ 228 คน ตามลำดับ และผู้ป่วยได้รับการส่งเข้าโครงการเยี่ยมบ้านเพิ่มขึ้น จำนวน 60 , 145 และ 239 คน ตามลำดับ (งานพัฒนาคุณภาพการพยาบาลชุมชน กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลลำพูน, 2557-2559) พบว่า ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆขณะอยู่ที่บ้าน ต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยเรื่องภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ เช่น เกิดแผลกดทับ การติดเชื้อจากแผลกดทับ การติดเชื้อที่ปอดจากการสำลัก และการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น

ผู้ศึกษา ซึ่งเป็นพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน และรับผิดชอบงานพัฒนาคุณภาพการพยาบาลชุมชนกลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลลำพูน ซึ่งมีบทบาทรับผิดชอบดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในอำเภอเมืองลำพูน จังหวัดลำพูน ตระหนักในปัญหาดังกล่าว จึงพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยศึกษาวิจัย R2R เรื่อง สถานการณ์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน อำเภอเมืองลำพูน จังหวัดลำพูน ในปี 2558 จากการสัมภาษณ์และสังเกตการดูแลของผู้ดูแล จำนวน 100 คน พบว่า ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ไม่ถูกต้องในบางกิจกรรม เนื่องจากมีความรู้และทักษะไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วย ทั้งในเรื่องการดูแล ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ส่งผลให้ผู้ดูแลให้การดูแลแก่ผู้ป่วยไม่ถูกต้อง ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การดูแลด้านร่างกาย พบว่า ผู้ดูแล ดูแลรักษาความสะอาดของร่างกายและทำความสะอาด

หลังการขับถ่ายให้ผู้ป่วยไม่ถูกต้อง โดยใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูปให้ผู้ป่วยไว้ตลอดวันไม่ได้เปลี่ยนผ้าอ้อมให้ผู้ป่วยเมื่อเปียกชื้น ไม่ได้ทำความสะอาดให้ผู้ป่วยหลังขับถ่ายทุกครั้งไม่ได้ดูแลผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูกและไม่ได้พลิกตัวให้ผู้ป่วยตามระยะเวลาที่กำหนดทุก 2 ชั่วโมง ทำให้เป็นสาเหตุของการเกิดแผลกดทับ พบว่าผู้ดูแลบางคนต้องไปทำงานไม่มีเวลากลับมาดูแลผู้ป่วยช่วงกลางวัน นอกจากนั้นยังพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ต้องรับภาระดูแลผู้ป่วยลำพังไม่มีผู้ช่วยดูแล ไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ การดูแลด้านจิตใจ พบว่า ผู้ป่วยบางรายมีปัญหาซึมเศร้า เบื่อหน่าย รู้สึกตนเองเป็นภาระของครอบครัว การดูแลด้านสังคม พบว่า ผู้ป่วยมีความพิการ ไม่สามารถทำงานประกอบอาชีพได้ ทำให้มีปัญหาเศรษฐกิจ มีความต้องการการช่วยเหลือสนับสนุนจากชุมชนและสังคม

ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ปฏิบัติงานงานพัฒนาคุณภาพการพยาบาลชุมชน กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน มีบทบาทรับผิดชอบดูแลกลุ่มผู้ป่วยซับซ้อนโรคหลอดเลือดสมองในอำเภอเมืองลำพูน จังหวัดลำพูน ประสานการดูแลต่อเนื่องที่บ้านกับทีมสหวิชาชีพ Service Plan Stroke โรงพยาบาลลำพูนและเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอและติดตามเยี่ยมบ้าน ดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โรงพยาบาลลำพูนและทีมพยาบาลเครือข่ายบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองลำพูน ตระหนักถึงปัญหา จึงศึกษาวิจัย เรื่อง ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในอำเภอเมืองลำพูน จังหวัดลำพูน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ต่อคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย

สมมติฐานการวิจัย

1.คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมในระยะ 1 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2.ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มทดลองเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่ากลุ่มควบคุมในระยะ 1 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (quasi -experimental design) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two Groups Pre-Posttest) เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง การเก็บข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ก่อน แล้วจึงเก็บข้อมูลกลุ่มทดลองเป็นลำดับต่อไป

ประชากร และกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ประชากรที่ศึกษา คือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ ที่ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรือตันเป็นครั้งแรกอาศัยอยู่ในอำเภอเมืองลำพูน จังหวัดลำพูนมารับการรักษาในโรงพยาบาลลำพูนครั้งแรกมีผลรวมคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) = 0-4 คะแนน เป็นผู้ป่วยกลุ่มที่ 3 (สีแดง) พึ่งตนเอง

ไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ หรือทุพพลภาพจำหน่ายกลับบ้านและส่งเยี่ยมบ้าน ในช่วงเดือนสิงหาคม 2560-กุมภาพันธ์ 2561 จำนวน 45 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรือตันเป็นครั้งแรก อาศัยอยู่ในอำเภอเมืองลำพูน จังหวัดลำพูน มารับการรักษาในโรงพยาบาลลำพูนครั้งแรก มีผลรวมคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) = 0-4 คะแนนเป็นผู้ป่วยกลุ่มที่ 3 (สีแดง) พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ หรือทุพพลภาพและมีปัญหาซับซ้อน ด้านร่างกาย จิตใจ หรือสังคม จำหน่ายกลับบ้านและส่งเยี่ยมบ้าน ในช่วงเดือน สิงหาคม 2560 –กุมภาพันธ์ 2561 จำนวน 30 รายแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 15 ราย และกลุ่มทดลอง จำนวน 15 ราย **เกณฑ์การคัดเข้าผู้ป่วย**

1.เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรือตันเป็นครั้งแรก

2.มีคะแนนความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) = 0-4 คะแนน ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้น้อย หรือไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้

3.ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ปอดอักเสบ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะหรือ ผลกดทับ

4. ไม่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย

5.อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำพูน

6.มีญาติผู้ดูแล

7.ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย และมีที่อยู่

อาศัยในเขต อำเภอเมือง ลำพูน

เกณฑ์การคัดออก

- 1.เสียชีวิตระหว่างดำเนินการวิจัย
- 2.ย้ายที่อยู่ไปอยู่ที่อื่น ไม่สามารถติดต่อได้
- 3.ถอนตัวออกจากการวิจัยระหว่างการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1.1 รูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ศึกษาพัฒนาจากการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ใช้ทฤษฎีระบบ(System theory)ของสำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข(2556)

1.2 แผนการให้ความรู้ แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลเรื่อง โรคหลอดเลือดสมอง และการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พัฒนาจากการให้ข้อมูลการดูแลสุขภาพที่บ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลของฤทัยแสนสี(2549)ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มุ่งเน้นการดูแล การฟื้นฟูสภาพ และการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย

1.3 คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล ใช้คู่มือ โรคหลอดเลือดสมอง(อัมพาต อัมพฤกษ์)สำหรับประชาชนของสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข(2560)

1.4 แผ่นพับให้ความรู้ เรื่อง โรคอัมพาตครึ่งซีกและการฟื้นฟูผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกทางกายภาพบำบัดของกลุ่มงานกายภาพบำบัดโรงพยาบาลลำพูน

1.5แผ่นพับให้ความรู้ เรื่อง การป้องกันการเกิดแผลกดทับ ของกลุ่มงานสุขศึกษา โรงพยาบาลลำพูน

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1.แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การนับถือศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพเดิมก่อนการเจ็บป่วย ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ระดับความรู้สึกตัว การติดต่อสื่อสารภายในครอบครัว สภาพร่างกาย การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ และภาวะแทรกซ้อน

2.2.แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประยุกต์ใช้แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล(Bathel Activities of Daily Living:ADL)ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน ดังนี้

ผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 (สีเขียว) ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 -20คะแนน

ผู้ป่วยกลุ่มที่ 2 (สีเหลือง)ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5 – 11 คะแนน

ผู้ป่วยกลุ่มที่ 3 (สีแดง) ผู้ป่วยที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ หรือทุพพลภาพ มีผลรวมคะแนน ADLอยู่ในช่วง 0 - 4 คะแนน

2.3 .แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย ภาวะปอดอักเสบติดเชื้อ และภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ใช้เกณฑ์การประเมินการติดเชื้อ (SEPSIS) Quick SOFAของโรงพยาบาลลำพูน และแบบประเมินการเกิดแผลกดทับใช้เกณฑ์การประเมินของบราเดน (The Braden scale for Predicting pressure ulcer)

2.4 แบบบันทึกการติดตามเยี่ยมบ้าน ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยประยุกต์จาก

แบบประเมินการติดตามเยี่ยมบ้านของงานเยี่ยม
บ้านโรงพยาบาลลำพูน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1.วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ของกลุ่ม
ตัวอย่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติเชิง
บรรยายแสดงจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วน
เบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล
ระหว่างผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้
สถิติ Chi-square test

3.เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนน
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
(ADL)ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ วันที่ ออก
จากโรงพยาบาล และ หลังจำหน่ายออกจาก
โรงพยาบาล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม
ควบคุม ข้อมูลไม่ได้มีการแจกแจงปกติ ใช้ Non
parametric test ชนิด Mann whitney- U test

4.เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความ
เสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน แผลกดทับ
(The Braden scale for Predicting pressure
ulcer) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลัง
จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน ระหว่าง
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ข้อมูลไม่ได้มีการแจก
แจงปกติ ใช้ Non parametric test ชนิด Mann
whitney-U test

ผลการศึกษา

ส่วนที่1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ เป็น
เพศชาย ในกลุ่มควบคุม ร้อยละ 66.6 และกลุ่ม
ทดลอง ร้อยละ 53.3 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่ใน
กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีสถานภาพสมรสคู่

ในกลุ่มควบคุม ร้อยละ 60 และกลุ่มทดลอง ร้อย
ละ 46 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ
ด้านการศึกษาในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ ร้อยละ 86.6 จบการศึกษาระดับ
ประถมศึกษา ด้านอาชีพเดิมก่อนเจ็บป่วย พบว่า
ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง ในกลุ่มควบคุม ร้อยละ 40
และกลุ่มทดลองร้อยละ 33.3 กลุ่มควบคุมมีอายุ
เฉลี่ย 67.33 ปี(S.D.=14.90) ส่วนกลุ่มทดลองมี
อายุเฉลี่ย 65.47 ปี(S.D.=14.25)กลุ่มตัวอย่าง
ทั้งหมดมีระยะเวลาที่เจ็บป่วย น้อยกว่า 6 เดือน
ระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย ณ วันที่จำหน่ายออก
จากโรงพยาบาลส่วนใหญ่ในกลุ่มควบคุมและกลุ่ม
ทดลองรู้สึกตัวไม่สับสน ในกลุ่มควบคุมร้อยละ 80
และในกลุ่มทดลอง ร้อยละ 93.3 การติดต่อสื่อสาร
ภายในครอบครัว ณ วันที่จำหน่ายออกจาก
โรงพยาบาล ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่
พูดได้ ร้อยละ 86.6 กลุ่มควบคุม พูดได้ปกติ
ร้อยละ 46.1 และกลุ่มทดลองพูดได้ปกติ ร้อยละ
38.4 สภาพร่างกาย ณ วันที่จำหน่ายออกจาก
โรงพยาบาลส่วนใหญ่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
แขนขาอ่อนแรงซีกซ้ายในกลุ่มควบคุม ร้อยละ 40
และกลุ่มทดลองร้อยละ 53.3 ณ วันที่จำหน่ายออก
จากรพ.ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มี
ภาวะแทรกซ้อนจากปอดอักเสบการติดเชื้อใน
ระบบทางเดินปัสสาวะ และแผลกดทับ

เมื่อเปรียบเทียบลักษณะต่างๆของกลุ่ม
ตัวอย่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ใน
ด้าน เพศ อายุ สถานภาพสมรส การนับถือศาสนา
ระดับการศึกษา อาชีพเดิมก่อนเจ็บป่วย ระยะเวลา
ที่เจ็บป่วย ระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย ณ วันที่
จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลการติดต่อสื่อสาร
ภายในครอบครัว ณ วันที่จำหน่ายออกจาก
โรงพยาบาลสภาพร่างกายการอ่อนแรงของ

กล้ามเนื้อและภาวะแทรกซ้อนโดยใช้สถิติไค-สแควร์(chi-square test)พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังเข้าร่วมการวิจัยของกลุ่มควบคุม ที่ได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านตามปกติ และกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

กลุ่มควบคุม ที่ได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านตามปกติก่อนเข้าร่วมการวิจัย ค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 2 และหลังเข้าร่วมการวิจัย ค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 0 และเมื่อทดสอบคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สถิติแมน-วิทนีย์พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านตามปกติ เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมการวิจัย ไม่แตกต่างกัน ($P = .225$)

กลุ่มทดลอง ที่ได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านตามรูปแบบที่พัฒนา ก่อนเข้าร่วมการวิจัย ค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 0 และหลังได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านตามรูปแบบที่พัฒนา ค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 12 และเมื่อทดสอบคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สถิติแมน-วิทนีย์ พบว่า คะแนน

เฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นสูงกว่าก่อนได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P < .05$

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านตามปกติและกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนเข้าร่วมวิจัย ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ แมน-วิทนีย์พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่แตกต่างกัน ($P = .225$)

การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังเข้าร่วมการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น มีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P < .05$

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบการเกิดภาวะแทรกซ้อน ปอดอักเสบ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และ แผลกดทับ ระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านตามปกติ และกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านตามรูปแบบที่พัฒนา

เปรียบเทียบการเกิดภาวะแทรกซ้อน ปอดอักเสบ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และแผลกดทับ ก่อนเข้าร่วมวิจัย ระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านตามปกติและกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยใช้สถิติ ไคว-สแควร์ พบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($P=1.000$)

การเปรียบเทียบความแตกต่างของภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังเข้าร่วมการวิจัย พบว่า กลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านตามปกติไม่มีภาวะแทรกซ้อน ปอดอักเสบ และไม่มีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ แต่มีแผลกดทับ จำนวน 6 ราย ร้อยละ 40 กลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านตามรูปแบบที่พัฒนา ไม่มีผู้ป่วยรายใด มีภาวะแทรกซ้อน ปอดอักเสบ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และไม่มีแผลกดทับ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P<.05$

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น มีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น และไม่มีภาวะแทรกซ้อนปอดอักเสบ ไม่มีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และไม่มีแผลกดทับ สามารถอธิบายได้ว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้น เป็นรูปแบบการดูแลในวางแผนจำหน่ายที่มีเนื้อหาครอบคลุมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และมีการติดตามดูแลสุขภาพที่บ้าน

ต่อเนื่องหลังผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาล 1 เดือน เนื้อหา การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งประกอบด้วย 1)วิธีการรักษาที่ผู้ป่วยควรจะได้รับ 2)วิธีการทำกายภาพบำบัด 3)วิธีการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย 4)การดูแลเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง 5)วิธีการทำความสะอาดปากฟันของผู้ป่วย 6)วิธีการเตรียมอาหารที่ถูกต้องสำหรับผู้ป่วย 7)วิธีการดูแลรักษาความสะอาดร่างกาย 8)วิธีการทำความสะอาดหลังการขับถ่ายที่ถูกต้อง 9)วิธีการดูแลเมื่อผู้ป่วยนอนไม่หลับ 10)คำแนะนำในการช่วยพยุงเดิน 11)วิธีพยุงขึ้นเตียง 12)วิธีการพยุงนั่งและลุกขึ้นจากรถเข็น 13)วิธีการพลิกตะแคงตัวให้ผู้ป่วย 14)การดูแลผิวหนังของผู้ป่วย 15)การช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยท้องผูก 16)การช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยซึมเศร้า 17)ทราบแหล่งขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหา ประกอบกับการมีคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ดูแลและผู้ดูแล และแผ่นพับให้ความรู้ ในการทำกายภาพบำบัด เรื่อง โรคอัมพาตครึ่งซีกและการฟื้นฟูผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกทางกายภาพบำบัดที่มอบให้ผู้ดูแลนำกลับไปทบทวนที่บ้านทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและสามารถให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ถูกต้องเหมาะสมสอดคล้องกับการศึกษาของจารึก ธาณิรัตน์(2545)ที่ศึกษาผลของการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่ากลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวางแผนจำหน่าย มีความสามารถสูงกว่ากลุ่มที่มีการสอนตามกิจวัตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับการวางแผน

จำหน่าย มีความสามารถสูงกว่าก่อนได้รับการวางแผนจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งการที่ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ถูกต้อง เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มีโอกาสพัฒนาศักยภาพของตนเองในการนำทีมสหวิชาชีพพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร่วมดำเนินการกับเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอที่ตอบสนองความต้องการของกลุ่มเป้าหมายและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ที่พยาบาลสามารถนำ

รูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านที่พัฒนาขึ้นอย่างมีแบบแผน ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและมีการติดตามในระยะยาวต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาซ้ำ ถึงผลการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้นและศึกษาในระยะเวลาที่เพิ่มขึ้นเพื่อให้ได้องค์ความรู้ที่มากขึ้น
2. ควรขยายการศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- งานพัฒนาคุณภาพการพยาบาลชุมชน กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลลำพูน.(2557-2559).รายงานการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลลำพูน.โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน.
- ธิดารัตน์ อภิญา.(2554).รายงานประจำปี2554.สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- นิตยา พันธุ์เวทย์,ธิดารัตน์ อภิญา,และนริศรา ธนากิจ.(2555).ประเด็นสารรณรงค์วันอัมพาตโลก.สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.Retrieved from <http://www.thaincd.com/document/ประเด็นสารอัมพาต.pdf>
- สุขจันทร์ พงษ์ประไพ. (2552).การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.วิทยุยุทธจุลสาร,11(32),48.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.(2555ก).แผนติดตามและประเมินผลโครงการสำคัญตามนโยบายและยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2555.นนทบุรี:ผู้เขียน
- สำนักโรคไม่ติดต่อ.(2555)จำนวนและอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองใหญ่ปี2554-2555 อัตราต่อแสนประชากร.สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.Retrieved from <http://www.thaincd.com/information-statistic/non-cpmmunicable-disease-data.php>
- อมรา ทองหงษ์,กมลชนก เทพลีธา,และภาคภูมิ จงพิริยอนันต์.(2554).รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปี พ.ศ. 2554.รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์,44,145-152.
- World Stroke Organization.(2010).World Stroke day.Retrieved from [http://www. WorldStroke-campaign.org/media/Pages/About WorldStroke day 2010.aspx](http://www.WorldStroke-campaign.org/media/Pages/AboutWorldStrokeday2010.aspx)

การพัฒนาระบบการให้ความรู้ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 และผู้ดูแล
ในการป้องกันการเกิดโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม
Developing of health education process for patients with chronic kidney
disease stage 1-3 and caregivers to prevent end stage renal disease at Nakae
Hospital, Nakhon Phanom

วราลี วงศ์ศรีชา

Waralee Wongsricha

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม

Advanced Nurse Practitioner, Na Kae Hospital Nakhon Phanom Province

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงปฏิบัติการในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของการพัฒนาระบบการให้ความรู้ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 และผู้ดูแล ในการป้องกันโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย กลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม เปรียบเทียบก่อนและหลัง ประชากร/กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 จำนวน 30 คน 2. ผู้ดูแล จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้มี 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีแบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยและผู้ดูแล ส่วนที่ 2 เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย ชุดกระบวนการให้ความรู้ ผู้ป่วยและผู้ดูแล การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, พฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยและการดูแลของผู้ดูแล ใช้ค่าเฉลี่ย เปรียบเทียบก่อน - หลังการศึกษาด้วยสถิติ Dependent pair t-test และค่าการทำงานของไตในผู้ป่วยไตเรื้อรัง ใช้ค่าเฉลี่ยในการเปรียบเทียบผล ก่อนการศึกษา ระหว่างการศึกษา และหลังการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่า ในด้านความรู้ คะแนนความรู้ในผู้ป่วยและผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่าง ภาพรวมหลังการศึกษา มีค่าสถิติสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (P value < 0.05) ในด้านพฤติกรรมสุขภาพ คะแนนพฤติกรรมในผู้ป่วยและผู้ดูแล ภาพรวมทั้ง 3 ด้าน (อาหาร, ออกกำลังกาย, การรักษาและการใช้ยา) มีค่าคะแนนด้านพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยและพฤติกรรมดูแลจากผู้ดูแล มีค่าสถิติสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (P value < 0.05) เช่นกัน และในด้านดัชนีชี้วัดสุขภาพ ค่าการทำงานของไตในผู้ป่วย หลังการศึกษาพบว่า ก่อนการศึกษามีค่าเฉลี่ยการทำงานของไต Serum Creatinine/eGFR 1.21/48.3 ระหว่างการศึกษาเพิ่มขึ้นเป็น 1.14/51.4 และหลังการศึกษามีค่าเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็น 1.07/55.8

คำสำคัญ: โรคไตเรื้อรัง, ผู้ดูแล, การป้องกันโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย, กระบวนการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

Abstract

This action research were to develop and study the effects of health education process for patients with chronic kidney disease (CKD) stage 1-3 and caregivers to prevent end stage renal disease (ESRD). One sample pre-posttest design was applied for the study. There were 30 patients with CKD stage 1-3 and 30 caregivers. The instruments consisted of 2 parts including; 1) the questionnaires for collecting data included general questionnaires and health behaviors of patients and caregivers, and 2) a research program included the health education process for patients and caregivers. Descriptive statistics; frequency, percentage, mean and standard deviation, were used for general data analysis. Comparing health behaviors of patients and caregiver pre-posttest study by using dependent t-test. Mean was used to analyze serum creatinine/eGFR during pretest, ongoing processs, and posttest.

The research result revealed that the knowledge of patients and caregivers after attending health education process increased significantly at the level of .05. Health behaviors of patients and caregivers; nutrition, exercise, treatment and medication taking, also increased significantly at the level of .05. In addition, the serum creatinine/eGFR before obtaining program, ongoing process, and complete program were 1.21/48.3, 1.14/51.4, and 1.07/55.8 respectively.

Key words: kidney disease, caregivers, prevent end stage renal disease, prevention of health education process for end stage renal disease.

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease, CKD) เป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงมาก เมื่อการดำเนินโรคเข้าสู่ระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease, ESRD) ซึ่งจำเป็นต้องรักษาโดยวิธีการบำบัดทดแทนไต เนื่องจากโรคไตเรื้อรัง เป็นภาวะที่มีการทำลายไต นานกว่า 3 เดือน ส่งผลให้ไตทำงานผิดปกติ โดยแบ่งออกเป็น 5 ระยะดังนี้ ระยะที่ 1 เป็นระยะที่เนื้อไตเริ่มถูกทำลาย ค่าการกรองไตยังปกติมีค่าเกิน 90 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตร ระยะที่ 2 เป็นระยะที่เนื้อไตเริ่มถูกทำลายมากขึ้น มีค่าการกรองของไตลดลงเล็กน้อย

60-89 แต่ยังไม่ถึงเกณฑ์ที่จะเรียกว่าภาวะโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 3 การทำงานของไตลดลงปานกลาง มีค่าการกรองของไต 30-59 นับตั้งแต่ระยะนี้เรียกว่า ภาวะโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 4 การทำงานของไตลดลงมาก ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมากขึ้น เช่น ชีตอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ความดันโลหิตสูง ค่าการกรองของไต 15-29 ระยะที่ 5 เข้าสู่ภาวะสุดท้ายของไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ร่างกายไม่อยู่ในภาวะสมดุล การกรองของไตต่ำกว่า 15 ต้องได้รับการรักษาโดยการบำบัดทดแทนไต โดยมีอยู่ 3 วิธี คือ 1.การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 2. ล้างไตทางช่องท้อง 3. การปลูกถ่ายไต

เป้าหมายของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ไม่ใช่เพียงแต่รักษาไปตามอาการเท่านั้น เนื่องจากปัญหาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว และประเทศชาติ ดังนั้นการป้องกัน การดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่ยังไม่อยู่ในระยะที่รุนแรง เพื่อลดความรุนแรงในอนาคต จึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยเริ่มตั้งแต่การป้องกันในกลุ่มที่เป็นโรคไตเรื้อรัง แต่ภาวะของโรคยังไม่รุนแรง เช่น ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 หากมีการควบคุมและป้องกันโรคในระยะนี้ได้ ผู้ป่วยก็ไม่ต้องถึงระยะรุนแรงที่ต้องบำบัดทดแทนไต จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมและป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายในผู้ป่วยระยะ 1-3 นั้น ผู้ป่วยต้องมีความรู้ ความเข้าใจ รวมทั้งมีพฤติกรรมในการควบคุมตัวโรคที่ถูกต้อง หากบุคคลขาดความรู้ความเข้าใจ

มีเจตคติและความเชื่อที่ผิด ก็ จะนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ดังนั้นการที่จะป้องกันผู้ป่วยไตเรื้อรังในระยะที่ 1-3 นี้ไม่ให้พัฒนาไปเป็นระยะสุดท้ายที่ 4-5 ได้ จึงต้องมีการพัฒนาให้ผู้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ และมีพฤติกรรม ในการควบคุมโรคทั้ง 3 ประเด็นนี้ โดยจะต้องมีการพัฒนาสิ่งที่เกี่ยวข้อง คือ 1. ตัวผู้ป่วยเอง 2. ผู้ดูแล และ 3. ระบบการดูแล ที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ และมีพฤติกรรมในการควบคุมโรค จนสามารถป้องกันโรคระยะที่รุนแรงได้

ในบริบทโรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม ในปี 2558-2560 พบผู้ป่วยโรคไตระยะที่ 4 107,114,184 ระยะที่ 5 35,49,59 คน ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น ทั้งที่มีการดูแลผู้ป่วยทั้งรายกลุ่ม-บุคคล-ต่อเนื่องที่บ้าน จากการสอบถามผู้ป่วย/ผู้ดูแลในระยะที่ 4-5 พบว่าไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคและการควบคุมทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาและพัฒนากระบวนการ

ให้ความรู้ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 และผู้ดูแล เพื่อป้องกันไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย รพ.นาแก จ.นครพนมขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนากระบวนการให้ความรู้ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 และผู้ดูแลในการป้องกันโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย
2. เพื่อศึกษาผลการพัฒนากระบวนการให้ความรู้ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 และผู้ดูแลในการป้องกันโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

วิธีดำเนินการวิจัย

วิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) กลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม เปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา โดยวัตถุประสงค์โดยวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนากระบวนการให้ความรู้และศึกษาผลของการให้ความรู้ผู้ป่วยผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 และผู้ดูแล เพื่อป้องกันการเกิดโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย รพ.นาแก จ.นครพนม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรของการศึกษาค้นครั้งนี้คือผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 และผู้ดูแล

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างของการศึกษาค้นครั้งนี้คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 และผู้ดูแลในเขตอ.นาแก

จ.นครพนม เป็นผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 จำนวน 30 คน ผู้ดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 จำนวน 30 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง(ผู้ป่วย)ได้มาจากวิธีสุ่มตัวอย่างโดยใช้หลักความน่าจะเป็น (Probability sample) ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยผู้วิจัยได้กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้คือ

เกณฑ์การคัดเข้าในกลุ่มผู้ป่วย
(Inclusion criteria) 1.) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 และมีญาติผู้ดูแล 2.) ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย 3.) มีสติสัมปชัญญะ/อ่านออกเขียนได้ 4.) อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเกาะกวม จังหวัดนครพนม

เกณฑ์การคัดออกในกลุ่มผู้ป่วย
(Exclusion criteria) 1.) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 อาศัยอยู่คนเดียวไม่มีญาติหรือผู้ดูแล 2.) มีค่าอัตราการกรองของไตอยู่ในระยะ 1-3 แต่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ที่แน่นอน 3.) มีญาติหรือผู้ดูแลแต่ไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย 4.) ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ 5.) อาศัยอยู่นอกเขตอำเภอเกาะกวม 6.) ไม่สามารถร่วมโครงการวิจัยได้จนถึงสิ้นสุดกระบวนการ

เกณฑ์การคัดเข้าในกลุ่มผู้ดูแล
(Inclusion criteria) 1.) เป็นญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 2.) ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย 3.) มีสติสัมปชัญญะ/อ่านออกเขียนได้ 4.) อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเกาะกวม

เกณฑ์การคัดออกในกลุ่มผู้ดูแล
(Exclusion criteria) 1.) ไม่ใช่ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 2.) ไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย 3.) ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ 4.) อาศัยอยู่นอกเขตอำเภอเกาะกวม 5.) ไม่สามารถร่วมโครงการได้จนถึงสิ้นสุดกระบวนการ

เครื่องมือ ที่ใช้ในการศึกษามี 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล
1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถามข้อมูลด้านสุขภาพ สำหรับสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล
2) แบบประเมินความรู้ สำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล
แบบประเมินความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง 3) แบบ

ประเมินพฤติกรรม สำหรับผู้ป่วยสำหรับผู้ดูแลและผู้ดูแล

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เป็นชุดกระบวนการให้ความรู้ มี 2 ด้าน ดังนี้

1. ด้านการส่งเสริมผู้ป่วย
 - ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและการปฏิบัติตัว
 - ความรู้เกี่ยวกับโรคหลัก(เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง/อื่นๆ) และการควบคุมโรค
 - ชุดฝึกทักษะการเลือกเมนูอาหาร, การส่งเสริม/แนะนำด้านการออกกำลังกาย
 - การรักษา/การใช้ยาที่ถูกต้อง-เหมาะสม
 - การฝึกการควบคุมอารมณ์/ความเครียด, การแนะนำการเลิก งด ดูปัญหา/สุรา
 - จัดกลุ่ม SHG, ติดตามเยี่ยม/ติดตามปัญหารายบุคคล/หาแนวทางแก้ไขที่เหมาะสม
2. ด้านการส่งเสริมผู้ดูแล
 - ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและการปฏิบัติตัว/การดูแล
 - ความรู้เกี่ยวกับโรคหลัก(เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง/อื่นๆ)การควบคุมโรค
 - ชุดฝึกทักษะการเลือกเมนูอาหาร/การเลือกอาหารให้ผู้ป่วย/การรักษา-การใช้ยา
 - ติดตามเยี่ยมบ้าน/ติดตามปัญหาการดูแลเป็นระยะ(รายบุคคล)

ขั้นตอนการศึกษาวิจัย

ก่อนการศึกษาวิจัย เตรียมผู้ป่วยและผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่าง เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการศึกษาวิจัย โดยการประเมินภาวะสุขภาพเบื้องต้น สอบถามข้อมูลตามชุดแบบสอบถาม

ระหว่างการศึกษาวิจัย ดำเนินการ ศึกษาวิจัยตามชุดกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล และเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างการศึกษาวิจัย เช่น การประเมินผลดัชนีชี้วัดโรคไตเรื้อรังระหว่าง การดำเนินการ ในรอบ 3 เดือน

หลังการศึกษาวิจัย ประเมินผล/สรุปผล/ เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการวิจัยสำหรับผู้ป่วยและ ผู้ดูแล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา(content validity) ตรวจสอบเนื้อหา สาระ จากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน และ ตรวจสอบ ความ เชื่อ มั่น (reliability) แบบสอบถามพฤติกรรมความรู้และพฤติกรรมของ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและผู้ดูแล ได้ค่าเท่ากับ 0.89

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ โปรแกรมสำเร็จรูป โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยสถิติเชิงพรรณนาแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) วิเคราะห์ข้อมูลการทำงานของไต ผู้ป่วยไตเรื้อรัง โดยใช้ค่าเฉลี่ย เปรียบเทียบก่อน ระหว่าง และหลังการวิจัย 3) ข้อมูลความรู้/พฤติกรรมผู้ป่วย/ผู้ดูแล ใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Dependent pair t-test

การขอจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาการทำวิจัยในมนุษย์

ผู้วิจัยได้นำเสนอเค้าโครงการวิจัยแก่ คณะกรรมการจริยธรรม สำนักงานสาธารณสุข จ. นครพนม ได้รับอนุมัติในวันที่ 7 ก.ย.2561 จึงได้ ดำเนินการศึกษาต่อไป

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจำนวน 30 คน และผู้ดูแลจำนวน 30 คน ในกลุ่มผู้ป่วย พบว่า เพศชายและ เพศหญิงมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.33 เพศชาย ร้อยละ 46.67 มีอายุเฉลี่ย 61 ปี(ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9) เมื่อจัดกลุ่มอายุเป็น 5 กลุ่ม พบว่า มากที่สุดอยู่ในกลุ่มอายุ 60-69 ปีร้อยละ 33.33 มีอาชีพ เกษตรกร/ทำนา มากที่สุด ร้อยละ 70.00 มีรายได้ครอบครัว/เดือน 1,001-5,000 เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 43.33 การศึกษาส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษาร้อยละ 96.67 มีระดับมัธยมศึกษา เพียงร้อยละ 3.33 ในกลุ่มผู้ดูแลพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 66.67 มีอายุเฉลี่ย 48 ปี(ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.92)เมื่อจัดกลุ่มอายุเป็น 5 กลุ่ม พบมากที่สุดอยู่ในกลุ่มอายุ 40-49 ปีร้อยละ 40 มีอาชีพเกษตรกร/ทำนามากที่สุดร้อยละ 56.67 มีรายได้ครอบครัว/เดือน1,001-5,000 เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 56.67 การศึกษาส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษาร้อยละ 56.67 มีระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 43.33

2. ข้อมูลทั่วไปด้านสุขภาพกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลทั่วไปด้านสุขภาพกลุ่มตัวอย่าง ในกลุ่มผู้ป่วย พบว่า ประวัติการเจ็บป่วย/โรคประจำตัว เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน มี สัดส่วนเท่าๆกัน คือ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ร้อยละ 53.33 รองลงมา เป็นโรคหัวใจ ร้อยละ 6.67 ระยะเวลาการเจ็บป่วย ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 5-9 ปี ค่าเฉลี่ย 5.4 ปี(ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.83) ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว พบว่า ประวัติการเจ็บป่วย/โรคประจำตัว โรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน มีสัดส่วนเท่าๆกัน คือ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ร้อยละ

53.33 รองลงมา เป็นโรคหัวใจและโรคไตเรื้อรัง ร้อยละ 6.67, 10.0 ตามลำดับ สิทธิการรักษา ส่วนใหญ่ ร้อยละ 100 เป็นสิทธิบัตรทอง ในผู้ดูแลพบว่าระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่โดยเฉลี่ย 5 ปี ประสพการณ์การดูแลผู้ป่วย พบว่ามีประสพการณ์ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดัน

โลหิตสูง มีสัดส่วนใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 60 มีโรคไตเรื้อรัง ร้อยละ 16.67

3. ผลการพัฒนาการให้ความรู้ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 และผู้ดูแลในการป้องกันโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการคะแนนความรู้โรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยและผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่าง (ผู้ป่วย n = 30 คน, ผู้ดูแล n = 30 คน)

คะแนนความรู้	n	x	S.D.	t	df	p-value
ผู้ป่วย						
ก่อนการพัฒนา	30	8.27	1.39	-16.19	29	.000
หลังการพัฒนา	30	13.40	0.93			
ผู้ดูแล						
ก่อนการพัฒนา	30	9.27	1.08	-20.55	29	.000
หลังการพัฒนา	30	13.60	0.68			

จากตารางที่ 1 พบว่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง ของผู้ป่วยผู้ป่วยและผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่าง ภาพรวมในผู้ป่วย ก่อนพัฒนามีค่าเฉลี่ย 8.27 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.39 หลังพัฒนามีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 13.40 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.93 ภาพรวมในผู้ดูแล ก่อนพัฒนามีค่าเฉลี่ย 9.27 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.08

หลังพัฒนามีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 13.60 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.68 ค่าสถิติพบว่า มีค่าสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (P value < 0.05)

4. ผลการพัฒนาความรู้พฤติกรรมสุขภาพ ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรักษาและการใช้ยาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ในผู้ป่วย แยกรายด้าน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ในผู้ป่วย ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรักษาและการใช้ยา (แยกรายด้าน) (ผู้ป่วย n = 30 คน)

คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ		n	x	S.D.	t	df	p-value
ด้านรับประทานอาหาร	ก่อนการพัฒนา	30	35.27	7.07	-2.23	29	.034
	หลังการพัฒนา	30	37.03	5.99			
ด้านการออกกำลังกาย	ก่อนการพัฒนา	30	3.37	1.61	-0.71	29	.482

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ในผู้ป่วย ด้านการ
รับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรักษาและการใช้ยา (แยกรายด้าน) (ผู้ป่วย n = 30 คน)

คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ		n	x	S.D.	t	df	p-value
	หลังการพัฒนา	30	3.60	1.65			
ด้านการรักษาและการใช้ยา	ก่อนการพัฒนา	30	19.77	3.98	-3.54	29	.001
	หลังการพัฒนา	30	22.50	1.50			

จากตารางที่ 2 พบว่า ด้านรับประทานอาหาร ก่อนพัฒนามีค่าเฉลี่ย 35.27 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 7.07 หลังพัฒนามีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 37.03 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.99 เมื่อเปรียบเทียบทางสถิติพบว่า หลังพัฒนาคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านรับประทานอาหาร มีค่าสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (P value < 0.05) ด้านออกกำลังกาย ก่อนพัฒนามีค่าเฉลี่ย 3.37 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.61 หลังพัฒนามีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 3.60 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.65

เมื่อเปรียบเทียบทางสถิติพบว่า หลังพัฒนาคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านออกกำลังกาย ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (P value < 0.05) การรักษาและการใช้ยา ก่อนพัฒนามีค่าเฉลี่ย 19.77 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.98 หลังพัฒนามีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 22.50 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.50 เมื่อเปรียบเทียบทางสถิติพบว่า หลังพัฒนาคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการรักษาและการใช้ยา มีค่าสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (P value < 0.05)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ในผู้ป่วย ด้านการ
รับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรักษาและการใช้ยา ในภาพรวม (ผู้ป่วย n = 30 คน)

คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ	n	x	S.D.	t	df	p-value
ก่อนการพัฒนา	30	58.40	10.97	-3.83	29	.001
หลังการพัฒนา	30	63.13	7.39			

จากตารางที่ 3 ในภาพรวม ก่อนและหลังพัฒนา พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ในผู้ป่วย ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรักษาและการใช้ยา ก่อนพัฒนามีค่าเฉลี่ย 58.40 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.97 หลังพัฒนามีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 63.13 ส่วน

เบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.39 เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า คะแนนเฉลี่ยการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ด้านรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย การรักษาและการใช้ยาในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 มีค่าสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (P value < 0.05)

สำหรับผู้ดูแล ผลการพัฒนาพฤติกรรม การดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ใน

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบผลการพัฒนาพฤติกรรม การดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ในผู้ดูแล
ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรักษาและการใช้ยา (แยกรายด้าน)
(ผู้ดูแล n = 30 คน)

คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ		n	x	S.D.	t	df	p-value
ด้านรับประทานอาหาร	ก่อนการพัฒนา	30	18.30	3.81	-12.14	29	.000
	หลังการพัฒนา	30	24.63	2.08			
ด้านการออกกำลังกาย	ก่อนการพัฒนา	30	1.77	1.01	-4.32	29	.000
	หลังการพัฒนา	30	2.53	0.51			
ด้านการรักษาและการใช้ยา	ก่อนการพัฒนา	30	6.60	2.91	-2.92	29	.007
	หลังการพัฒนา	30	8.07	1.14			

จากตารางที่ 4 พบว่าในผู้ดูแล เมื่อแยก
รายด้าน การดูแลด้านรับประทานอาหาร พบว่า
ก่อนพัฒนามีค่าเฉลี่ยการดูแล 18.30 ส่วน
เบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.81 หลังพัฒนามีค่าเฉลี่ยการ
ดูแลเพิ่มขึ้นเป็น 24.63 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2.08 เปรียบเทียบทางสถิติพบว่า มีค่าสูงขึ้นอย่างมี
นัยสำคัญ(P value<0.05) ด้านออกกำลังกายก่อน
พัฒนา ค่าเฉลี่ยการดูแล 1.77 ส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน 1.01 หลังพัฒนามีค่าเฉลี่ยการดูแล

เพิ่มขึ้นเป็น 2.53 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.51
เปรียบเทียบทางสถิติพบว่า มีค่าสูงขึ้นอย่างมี
นัยสำคัญ(P value<0.05) การรักษาและการใช้ยา
ก่อนพัฒนามีค่าเฉลี่ยการดูแล 6.60 ส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน 2.91 หลังพัฒนามีค่าเฉลี่ยการดูแล
เพิ่มขึ้นเป็น 8.07 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.14
เปรียบเทียบทางสถิติพบว่า มีค่าสูงขึ้นอย่างมี
นัยสำคัญ(P value<0.05) เช่นกัน

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบผลการพัฒนาพฤติกรรม การดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ในผู้ดูแล ด้าน
การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรักษาและการใช้ยา ในภาพรวม (ผู้ดูแล n = 30 คน)

คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ	n	x	S.D.	t-value	df	p-value
ก่อนการพัฒนา	30	26.67	6.36	-8.88	29	.000
หลังการพัฒนา	30	35.23	2.49			

จากตารางที่ 5 ในภาพรวมสำหรับผู้ดูแลพบว่าก่อนพัฒนามีค่าเฉลี่ยการดูแล 26.67 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.36 หลังพัฒนามีค่าเฉลี่ยการดูแลเพิ่มขึ้นเป็น 35.23 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.49 เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า มีค่าเฉลี่ยการดูแลสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($P \text{ value} < 0.05$)

5. ผลลัพธ์ด้านดัชนีวัดการทำงานของไต Serum Creatinine/eGFR ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยการทำงานของไต Serum Creatinine, eGFR ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
(ผู้ป่วย $n = 30$)

ดัชนีวัดโรคไตเรื้อรัง	ก่อนการทดลอง	ระหว่างการทดลอง	หลังการทดลอง
	ครั้งแรก	3 เดือน	6 เดือน
Serum Creatinine	1.21	1.14	1.07
eGFR	48.3	51.4	55.8

จากตารางที่ 6 พบว่า ก่อนพัฒนาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง มีค่าเฉลี่ยการทำงานของไต Serum Creatinine/eGFR เท่ากับ 1.21/48.3 ระหว่างพัฒนาค่าเฉลี่ยการทำงานของไต เพิ่มขึ้นเป็น 1.14/51.4 และหลังพัฒนาค่าเฉลี่ยการทำงานของไต เพิ่มขึ้นเป็น 1.07/55.8

การอภิปรายผล

ปัจจัยส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่าง จากผลการวิจัย ในผู้ป่วยพบว่ามีปัจจัยเข้ามาเกี่ยวข้องและมีความสัมพันธ์กับโรคไตเรื้อรังคือ อายุ เพราะเมื่ออายุมากกว่า 60 ปี จะมีความเสี่ยงเป็น 4 เท่าไตเสื่อมจะเปลี่ยนแปลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น ด้านการประกอบอาชีพ เกษตรกร/ทำนา ซึ่งในหน้าฤดูการเกษตรหรือฤดูทำนา ภาวะเร่งรีบ การดูแลตนเองจะน้อยลง และในด้านการรักษาและการใช้ยา ก็เกิดความไม่ต่อเนื่อง ในด้านของรายได้ ครอบครัว/เดือน รายได้มีความสัมพันธ์กับการดำเนินชีวิตในด้านของความสามารถในการจัดหาอาหารที่มากขึ้น หลากหลาย มีกำลังซื้อ จึงมีส่วนสำคัญที่ต้องแนะนำ ในการควบคุมและป้องกัน

โรคไตเรื้อรัง ด้านการศึกษา เป็นสิ่งสำคัญ การเรียนรู้เรื่องการควบคุมโรคต้องมีการพัฒนากระบวนการให้ความรู้ที่เหมาะสมกับระดับการศึกษา ที่จะสามารถสื่อสารให้ผู้ป่วยเข้าใจและสามารถปฏิบัติพฤติกรรมในการควบคุมโรคไตเรื้อรังต่อไป ในด้านของผู้ดูแล ส่วนมากจะเป็นบุตรที่อาศัยอยู่ด้วยกับผู้ป่วย หรือเป็นคู่สมรสของผู้ป่วยไตเรื้อรัง หรือในผู้สูงอายุบางรายผู้ดูแลก็จะเป็นคู่สมรสเองเช่นกัน ในด้านของผู้ดูแลอายุ อาชีพ รายได้และการศึกษาเป็นสิ่งสำคัญเช่นกันที่จะทำให้ส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังได้ดีหรือไม่ ซึ่งปัจจัยส่วนบุคคลในผู้ดูแลนั้นก็มีส่วนสำคัญเพราะเกี่ยวข้องกับการรับรู้ที่จะต้องดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในทุกๆด้านเช่นกัน

ข้อมูลด้านสุขภาพกลุ่มตัวอย่าง จากการวิจัย ในผู้ป่วยพบว่า ประวัติการเจ็บป่วย/โรคประจำตัว มีความสัมพันธ์และใช้ยากรณีโรคไตเรื้อรังได้ เช่น โรคความดันโลหิตสูง ระดับของความดันโลหิตมีผลต่อการทำหน้าที่ของไต การควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติ คือระดับต่ำกว่า 130/80

มิลลิเมตรปรอท ถ้ารักษาระดับความดันโลหิตได้ดีตลอดเวลา จะช่วยให้ไตทำหน้าที่ดี แต่ถ้าระดับความดันโลหิตสูงๆ ต่ำ ไม่คงที่ ส่งผลต่อไตอย่างมาก ทำให้ไตเสื่อมเร็วกว่าปกติ ส่วนระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังในระยะ 1-3 ก็ยังมีผลต่อการควบคุมและป้องกันโรคในส่วนของความเคยชินในการดำรงชีวิตและการที่ภาวะของโรคยังไม่แสดงอาการเท่าที่ควร ทำให้ความตระหนักในการควบคุมโรคยังไม่ดี การส่งเสริมการให้ความรู้ในผู้ป่วยและผู้ดูแลจึงเป็นสิ่งสำคัญในการปฏิบัติตัวป้องกันโรคของผู้ป่วยไตเรื้อรัง ในผู้ดูแลพบว่าระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยและประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย มีส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ประสบการณ์มีผลในการดูแลผู้ป่วย และระยะเวลาก็มีผลในด้านความเคยชินจากอาการแสดงผู้ป่วยไม่ได้รวดเร็ว ความตระหนักในการดูแลผู้ป่วยของผู้ป่วยและผู้ดูแล อาจมีไม่สม่ำเสมอได้ แต่การดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรคจำเป็นที่ผู้ดูแลจะต้องมีความรู้การดูแลโดยเฉพาะ และความสม่ำเสมอ ความใส่ใจในการดูแลผู้ป่วย เป็นปัจจัยสำคัญ ที่จะเป็นตัวส่งเสริมการควบคุมและป้องกันโรคในผู้ป่วยไตเรื้อรังได้ในที่สุด

ด้านความรู้ ในผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรคเป็นส่วนสำคัญที่ผู้ป่วยควรได้รับเพื่อได้มีความรู้และพัฒนาการโรคไต และการดูแลเพื่อเป็นแนวทางในการสร้างความตระหนักของผู้ป่วยในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อควบคุม/ป้องกันและชะลอการเกิดโรคในระยะที่รุนแรงขึ้นได้ **ในผู้ดูแล** การนำเอาผู้ดูแลผู้ป่วยมาส่งเสริมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง การควบคุม/ป้องกันโรค และพฤติกรรมของผู้ดูแลในการส่งเสริมและร่วมดูแลผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการดูแลช่วยเหลือจากครอบครัว ในการให้กำลังใจ

สนับสนุน และกระตุ้นให้ผู้ป่วยปรับพฤติกรรมในด้านารรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรักษาและการใช้ยาได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น

ด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตัว ในผู้ป่วย พบว่าด้านการรับประทานอาหาร ได้พัฒนาการให้ความรู้ทั้งรายกลุ่ม รายบุคคล และการติดตามปัญหาการปฏิบัติตัวจากการให้ความรู้เป็นระยะๆ ปรับกระบวนการไปตามปัญหาแต่ละบุคคล ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการปรับพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเองได้ เกิดผลทำให้สามารถชะลอความรุนแรงของโรคได้ในที่สุด ด้านออกกำลังกาย ผู้ป่วยปรับพฤติกรรมด้านออกกำลังกายที่เพิ่มขึ้นจากเดิมที่คะแนนออกกำลังกายที่น้อย แต่ก็ยังไม่สามารถทำได้มากขึ้นอย่างสม่ำเสมอ ทำให้คะแนนด้านออกกำลังกายยังมีค่าใกล้เคียงเท่าเดิมก่อนการพัฒนา จากการสอบถามปัญหาด้านออกกำลังกาย พบว่า ผู้ป่วยยังมีภาระด้านการทำงานกลับบ้านค่ำๆ ไม่มีเวลาในออกกำลังกาย และยังไม่สามารถทำได้อย่างสม่ำเสมอ ทำให้ผลทางสถิติ คะแนนเฉลี่ยการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพด้านออกกำลังกาย ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P \text{ value} < 0.05$) ด้านการรักษาและการใช้ยา พบว่าก่อนการพัฒนาผู้ป่วยยังมีปัญหาในเรื่องการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ใช้ยาไม่เหมาะสม การรักษาไม่ต่อเนื่องตามนัดเท่าที่ควร ยังมีการใช้ยาแก้ปวด/อาหารเสริมหรือสมุนไพรเป็นบางครั้ง แต่เมื่อได้พัฒนากระบวนการให้ความรู้ผู้ป่วยหลังการพัฒนาพบว่า ผู้ป่วยมีการรักษาที่ต่อเนื่องมากขึ้น การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และการลดหรืองดการใช้ยาแก้ปวด/อาหารเสริมหรือสมุนไพรได้ดีขึ้น

พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย ในผู้ดูแล พบว่าการดูแลด้านการรับประทานอาหาร ผู้ดูแลมีพฤติกรรมในการดูแลในด้านอาหารให้กับผู้ป่วย

มากขึ้น จากก่อนการพัฒนาที่ไม่ค่อยได้สนใจ ชื่ออาหารถุงหรือไม่ได้เลือกอาหารที่เหมาะสม และการลดการปรุงด้วยเครื่องปรุงที่มีเกลือโซเดียมสูง ทำให้เห็นได้ว่าการควบคุมและป้องกันโรคไตเรื้อรังไม่ได้ขึ้นกับตัวผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นกับการส่งเสริม สนับสนุนการดูแลจากผู้ดูแลและครอบครัวร่วมด้วย การดูแลด้านออกกำลังกาย พบว่าผู้ดูแลมีการกระตุ้น ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีออกกำลังกายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคหลักได้ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และทำให้สามารถป้องกันและชะลอการเกิดโรคไตที่รุนแรงได้ ในที่สุด การดูแลด้านการรักษาและการใช้ยา พบว่าผู้ดูแลมีพฤติกรรมในการดูแลด้านการรักษาและการใช้ยา ให้กับผู้ป่วยในการควบคุมโรคไตเรื้อรังดีขึ้น มีการกระตุ้น การสอบถาม เกี่ยวกับการรับประทานยาและการใช้ยากับผู้ป่วยมากขึ้น รวมทั้งมีการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องตามนัด ดูแลการใช้ยาที่มีผลกับไต เช่น การงดการใช้ยาแก้ปวด/อาหารเสริมหรือสมุนไพร ที่ไม่ได้รับคำปรึกษาจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ผลลัพธ์ด้านดัชนีวัดโรคไตเรื้อรัง การทำงานของไต Serum Creatinine, eGFR ในเลือดของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยการทำงานของไตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การพัฒนากระบวนการให้ความรู้ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 และผู้ดูแล การที่เราแนะนำเป้าหมาย 3 ประเด็น คือ 1. ผู้ป่วย 2. ผู้ดูแล และ 3. ระบบการดูแล ซึ่งทั้ง 3 อย่างนี้จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ และมีพฤติกรรมในการควบคุมโรค ดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม รวมทั้งการดูแลอย่างถูกต้องจากผู้ดูแล ก็จะส่งเสริมให้

ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวเพื่อชะลอความเสื่อมของไตในระยะที่รุนแรง ชะลอไตเสื่อมได้มากขึ้น

สรุป

จากการพัฒนากระบวนการให้ความรู้ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 และผู้ดูแล เพื่อป้องกันการเกิดโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายรพ.นาแก จ.นครพนมครั้งนี้ จะเห็นได้ว่ากระบวนการให้ความรู้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและผู้ดูแลเป็นสิ่งสำคัญ เพราะบุคคลจะมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมขึ้นอยู่กับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของบุคคลเอง รวมทั้งครอบครัว และสังคม วิธีการแก้ปัญหาสุขภาพของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันออกไปแม้ว่าปัญหานั้นจะเป็นปัญหาเดียวกัน หากบุคคลขาดความรู้ความเข้าใจ มีเจตคติและความเชื่อที่ผิดทางสุขภาพ จะนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ดังนั้นการที่จะป้องกันผู้ป่วยไตเรื้อรังในระยะที่ 1-3 นี้ไม่ให้พัฒนาไปเป็นระยะสุดท้ายที่ 4-5 ได้ จึงต้องมีการพัฒนาให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ และมีพฤติกรรมในการควบคุมโรคให้ได้ทั้ง 3 ประเด็นนี้ทั้งในผู้ป่วยและผู้ดูแล

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย 1.1) ควรนำกระบวนการให้ความรู้ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 และผู้ดูแล ร่วมกับการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อแก้ไขปัญหา จากทีมสหวิชาชีพทั้งระดับอำเภอ ตำบลและเครือข่ายชุมชน อย่างเป็นองค์รวม 1.2) ควรมีการพัฒนากระบวนการให้ความรู้ผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ ที่ต้องมีการดูแลเป็นพิเศษ ตามวิถีชีวิตร่วมด้วย 1.3) ควรมีการนำรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยง ที่ใช้ทั้งสื่อเอกสาร สื่ออุปกรณ์จริงร่วมกับสื่อบุคคลผู้มี

ประสบการณ์มาประยุกต์ใช้ในการให้ความรู้และ
การดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแลมากขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรนำ
ผลการวิจัยไปขยายผลในกลุ่มเสี่ยงโรคไตเรื้อรัง
หรือในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆที่ต้องพัฒนาการดูแล
ทั้งกลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแลที่เป็นครอบครัว

กิตติมากรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ทีม ทีมสหวิชาชีพ/ทีม
เครือข่าย รพ.สต.ที่ได้กรุณาให้ความร่วมมือ/
ช่วยเหลือในการทำวิจัยครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงไป
ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- ซัชวาล วงศ์สารี และเรณู อาจสาละ.(2559). ประสบการณ์การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยไตวาย
เรื้อรัง ระยะสุดท้ายที่ ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. วารสารพยาบาลสมาคมฯไทย;
9(2):132-144.
- พัชรภักดิ์ ไชยสังข์และประทีป หมี่ทอง.(2561). ปัจจัยที่เป็นตัวทำนายโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
ในชุมชน. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต โรงพยาบาลพระปกเกล้า, ปีที่ 35 ฉบับที่ 2 เม.ย. -
มิ.ย. 2561.
- ลักขณา ขอบเสียง.(2561).การออกกำลังกายเพื่อชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. วารสาร
การพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา.ปีที่ 19 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2561.
- สุขฤทัย ฉิมชาติ.(2556). ผลของโปรแกรมการชี้แนะเพื่อสุขภาพต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและ
ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. บัณฑิตวิทยาลัย,มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2552). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัด ทดแทนไต
พ.ศ. 2552. กรุงเทพฯ: เบอริงเกอร์ อินเทลไฮม์ (ไทย).
- Friedman LM, Furberg CD, DeMets DL. **Fundamentals of clinical trials.** 3rd ed. New York:
Springer-Verlag New York Inc., 1998. p.110-111.
- Orem D.E. (2001). **Nursing : concept of practices.** (6th ed.) St. Louis MO : Mosby

การสร้างและพัฒนากลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสำหรับองค์กรชุมชน ในการจัดการปัญหา การบริโภคยาสูบ ตำบลหนองไผ่ อำเภอรวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด

Creating and developing participation learning mechanisms for community
organization in managing tobacco consumption at Thumbol Nong-Phai,
Thawat Buri District, Roi-Et Province.

วิโรจน์ นรชาญ

Wirote Norachan

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองไผ่ อำเภอรวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด

Health Promotion Hospital Thumbol Nong-Phai, Thawat Buri District, Roi-Et Province.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาสร้างและพัฒนากลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสำหรับองค์กรชุมชนในการจัดการปัญหาการบริโภคยาสูบ ตำบลหนองไผ่ อำเภอรวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด การวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ โดยระยะที่ 1 มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการปัญหาการบริโภคยาสูบ และแนวคิด ทฤษฎีที่เหมาะสมในการพัฒนาการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ระยะที่ 2 เพื่อสร้างและพัฒนากลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาการบริโภคยาสูบ และระยะที่ 3 เพื่อศึกษาผลของการสร้างและพัฒนาการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ระยะเวลาในการวิจัย 1 ปี โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง รวมทั้งหมด 257 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ 5 ชุดและแบบสังเกต 1 ชุด

ผลการวิจัย พบว่าองค์กรชุมชนกลุ่มตัวอย่างทุกคนรับรู้ประเด็นผู้ซื้อผลิตภัณฑ์ยาสูบต้องมีอายุไม่น้อยกว่า 18 ปี และร้อยละ 71.21 รับรู้ว่าผู้ขายผลิตภัณฑ์ยาสูบต้องมีอายุไม่น้อยกว่า 18 ปี ตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2560 แนวคิดและทฤษฎีที่ในการพัฒนาการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ได้แก่ 1) กลไกการมีส่วนร่วมของศูนย์พัฒนาทรัพยากรการศึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม 2) ระดับการมีส่วนร่วมของสมาคมสาธารณสุขอเมริกา 3) วงจร Deming cycle 4) หลักการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ และ 5) หลักการเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน วิธีการสร้างและพัฒนาการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1)การคัดเลือกองค์กรชุมชน 2) การพัฒนาศักยภาพองค์กรชุมชน 3) การริเริ่มพัฒนา 4) การวางแผนพัฒนา 5) การดำเนินการพัฒนา และ 6) การประเมินผลการพัฒนา ผลของการสร้างและกลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมพบว่าองค์กรชุมชนมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 1.35 ร้านค้าที่จำหน่ายบุหรี่มีการแบ่งขายบุหรี่เป็นมวน ลดลงร้อยละ 79.41 การโฆษณาเพื่อส่งเสริมการขายข้อความ “ที่นี่จำหน่ายบุหรี่” ลดลงร้อยละ 41.17 ผู้สูบบุหรี่ที่มีปริมาณการสูบบุหรี่ 20 มวนต่อวัน ลดลงจากร้อยละ 6.28 เป็นร้อยละ 1.87 ผู้สูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะลดลงจากร้อยละ 100 เหลือร้อยละ 41.74 ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ครั้งแรกหลังตื่นนอนภายใน 5 นาที ลดลงจากร้อยละ 9.17 เหลือร้อยละ 2.21 ค่าใช้จ่ายในการบริโภคมากกว่า 800 บาทต่อเดือน ลดลงจากร้อยละ 6.11 เหลือร้อยละ 1.70 ซื้อบุหรี่กับคนขายที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปีลดลงจากร้อยละ 67.40

เหลือร้อยละ 52.98 และมีผู้สูบบุหรี่สามารถเลิกบุหรี่ได้ 6 เดือน 2 คน โดยเป็นผลจากการสร้างและพัฒนา
กลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสำหรับองค์กรชุมชนในการจัดการปัญหาการบริโภคยาสูบที่มีประสิทธิภาพ ซึ่ง
เป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัย

คำสำคัญ: การสร้างและพัฒนา ;กลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ; องค์กรชุมชน ; การบริโภคยาสูบ

Abstract

This research was a Research and Development (R&D). Focusing on creating and developing participatory learning mechanisms for community organizations in managing tobacco consumption at Thumbol Nong-Phai, Thawat Buri District, Roi-Et Province. The research was divided into 3 phases, the first phase aims to study basic information related to the management of tobacco consumption problems and the appropriate theoretical concepts for developing participatory learning mechanisms for community organizations. The second phase aims to create and develop participatory learning mechanisms, and the third phase aims to study the effects of creating and developing participatory learning mechanisms. The period of 1 year. The samples were selected as specific 257 peoples. Data were collected using 5 interview forms and 1 observation form.

The results found that; community organizations were aware that the buyer of tobacco products must be at least 18 years old, and 71.21 percent recognize that sellers of tobacco products must be at least 18 years old, in accordance with the Tobacco Product Control law of the year 2017. Developing participatory learning consists of 6 parts :1) Mechanical participation of the Center for Educational Resources Development, Mahasarakham University 2) Participation level of the American Public Health Association 3) Deming cycle 4) Workshop principles and 5) Community based learning. The principles method of creating and developing participatory learning mechanisms consists of 6 elements: 1) Selection community organization in tobacco consumption problems 2) Potential development community organization in tobacco consumption surveillance 3) Development initiatives 4) Development planning 5) Development implementation and 6) Development evaluation. The community organization in tobacco consumption problems the overall level was high which the average is 1.35. The shops that sell cigarettes share a decrease of cigarettes by 79.41 percent. Advertising for promotion saying "Here sells cigarettes" decreased 41.17 percent. Smokers with smoking volumes exceeding 20 cigarettes per day decreased from 6.28 percent to 1.87 percent. Smokers in public places were reduced from 100 percent to 41.74 percent. The duration of smoking the first cigarette after waking up within 5 minutes

decreased from 9.17 percent to 2.21 percent. Consumption expenses over 800 baht per month decreased from 6.11 percent to 1.70 percent. Buying cigarettes with sellers under of 18 years old decreased from 67.40 percent to 52.98 percent. And with 2 smokers able to quit for 6 months. Which is the result of creating and developing a participatory learning mechanism for community organizations to manage effective tobacco consumption problems, according to the research hypothesis

Keywords: Creating and developing; Participation learning mechanisms ;Community organizations; tobacco consumption

บทนำ

“บุหรื หรือ ยาสูบ หรือ Tobacco” เป็นยาเสพติดที่ให้โทษแก่ผู้เสพอย่างมาก ในบุหรื 1 มวน เมื่อเกิดการเผาไหม้จะทำให้เกิดการเคมีต่างๆ มากกว่า 7,000 ชนิด ในจำนวนนี้เป็นสารพิษที่ก่อมะเร็งได้มากถึง 70 ชนิด สถานการณ์การบริโภคยาสูบของประชาชนตำบลหนองไผ่ อำเภอรวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด ในระหว่างปี พ.ศ.2558 ถึงปี พ.ศ. 2559 พบว่ามีอัตราการสูบบุหรี่ของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 26.28 และ 24.17 ตามลำดับ และไม่มีหลักฐานรายงานผู้ที่ได้รับการบำบัดและผู้ที่สามารถเลิกบุหรืได้ สำหรับปี พ.ศ.2560 ถึงปี พ.ศ.2561 พบว่ามีอัตราการคัดกรองการสูบบุหรี่ ร้อยละ 8.49 และ ร้อยละ 29.19 ตามลำดับ อัตราการสูบบุหรี่ ร้อยละ 1.55 และ ร้อยละ 37.70 ตามลำดับ โดยในปี พ.ศ.2560 ไม่มีผู้ที่ได้รับการบำบัด ส่วนปี พ.ศ.2561 อัตราการบำบัด ร้อยละ 98.98 ผู้วิจัยในฐานะที่ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองไผ่ อำเภอรวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งเป็นผู้บริหารในระดับฐานรากที่ดูแลรับผิดชอบงานนโยบายและยุทธศาสตร์ที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุข ได้เห็นความสำคัญต่อประเด็นปัญหาการบริโภคยาสูบของประชาชนตำบลหนองไผ่ จึงได้มุ่งจัดการแก้ไข

ปัญหาการบริโภคยาสูบอย่างเป็นระบบ โดยการสร้างและพัฒนากลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมขององค์กรชุมชนด้านการจัดการปัญหาการบริโภคยาสูบ มุ่งสู่การเฝ้าระวังการบริโภคยาสูบ 5 มิติ ซึ่งเป็นไปตามระบบการเฝ้าระวังเพื่อการควบคุมยาสูบระดับชาติ

วัตถุประสงค์การวิจัย

การวิจัยระยะที่ 1(Research:R1)

1. เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการบริโภคยาสูบ ก่อนการขับเคลื่อนการปฏิบัติงานขององค์กรชุมชนในการจัดการปัญหาการบริโภคยาสูบ

2. เพื่อศึกษาแนวคิด ทฤษฎีที่เหมาะสมในการสร้างและพัฒนา

กลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสำหรับองค์กรชุมชนในการจัดการปัญหาการบริโภคยาสูบ

การวิจัยระยะที่ 2 (Development:D1)

เพื่อสร้างและพัฒนากลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสำหรับ

องค์กรชุมชนในการจัดการปัญหาการบริโภคยาสูบ

ระยะศึกษาผลการขับเคลื่อน

การพัฒนา

เพื่อศึกษาผลของการสร้างและพัฒนากลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสำหรับองค์กรชุมชนในการจัดการปัญหาการบริโภคยาสูบ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research&Development;R&D)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

คือองค์กรชุมชน จำนวน 257 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดไว้

เครื่องมือวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์ จำนวน 5 ชุด
2. แบบสังเกต จำนวน 1 ชุด

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้ใหญ่บ้าน และประธาน อสม.ทุกหมู่บ้าน เพื่อแจ้งให้ทราบถึงแผนการวิจัย แผนการฝึกอบรมและพัฒนาศักยภาพองค์กรชุมชนด้านการจัดการปัญหาการบริโภคยาสูบ พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเข้าเก็บข้อมูลในพื้นที่ภาคสนามของการวิจัยและพัฒนาทุกขั้นตอน

2. ผู้วิจัยดำเนินการจัดอบรมวิทยากรกระบวนการเพื่อพัฒนาศักยภาพองค์กรชุมชนในการจัดการปัญหาการบริโภคยาสูบ รวมจำนวน 7 คน

3. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่เป้าหมายตามแผนที่กำหนด โดยแบ่งออกเป็นกิจกรรมหลัก 4 ดังนี้

3.1 ศึกษาข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการจัดการปัญหาการบริโภคยาสูบ

3.2 ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีที่เหมาะสมในการสร้างและพัฒนากลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาการบริโภคยาสูบ

3.3 สร้างและพัฒนากลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสำหรับองค์กร โดยเป็นหลักสูตรที่ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้จากหลักการเฝ้าระวังการบริโภคยาสูบ สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

3.4) ศึกษาผลของการสร้างและพัฒนากลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสำหรับองค์กรชุมชนในการจัดการปัญหาการบริโภคยาสูบของ

4. จัดเวทีคืนข้อมูลการจัดการปัญหาการบริโภคยาสูบ ภายหลังการสร้างและพัฒนากลไกการเรียนรู้สำหรับองค์กรชุมชนด้านการจัดการปัญหาการบริโภคยาสูบ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยความถี่ และร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้เทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย

ข้อค้นพบจากการวิจัยระยะที่ 1 พบว่าองค์กรชุมชนกลุ่มตัวอย่างทุกคนรับรู้ประเด็นผู้ซื้อผลิตภัณฑ์ยาสูบต้องมีอายุไม่น้อยกว่า 18 ปี และร้อยละ 71.21 รับรู้ว่าผู้ขายผลิตภัณฑ์ยาสูบต้องมีอายุไม่น้อยกว่า 18 ปี ตามพระราชบัญญัติ

ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2560 รู้จักโครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย ร้อยละ 89.49 และองค์กรชุมชนทุกคนมีความตั้งใจที่จะชักชวนผู้สูบบุหรี่ให้เลิกสูบบุหรี่ อีกทั้งให้ความสนใจในการมีส่วนร่วมเพื่อจัดการปัญหาการบริโภคยาสูบอย่างเป็นระบบ ผลการศึกษาแนวคิดและทฤษฎีที่เหมาะสมในการสร้างกลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสำหรับองค์กรชุมชนในการจัดการปัญหาการบริโภคยาสูบ ได้ประยุกต์ใช้แนวคิดและทฤษฎีที่เหมาะสมในการพัฒนาการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมซึ่งประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ 1) กลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของศูนย์พัฒนาทรัพยากรการศึกษามหาวิทยาลัยมหาสารคาม 2) ระดับการมีส่วนร่วมของสมาคมสาธารณสุขอเมริกา 3) วงจร Deming cycle 4) หลักการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ 5) หลักการเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

ข้อค้นพบจากการวิจัยระยะที่ 2 พบว่าวิธีการสร้างและพัฒนากลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การคัดเลือกองค์กรชุมชน 2) การพัฒนาศักยภาพองค์กรชุมชน 3) การริเริ่มพัฒนา 4) การวางแผนพัฒนา 5) การดำเนินการพัฒนา และ 6) การประเมินผลการพัฒนา

โดยหลักสูตรองค์กรชุมชนด้านการจัดการปัญหาการบริโภคยาสูบ ตำบลหนองไผ่ อำเภอร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด ประกอบด้วย

1. ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่และอันตรายของบุหรี่ต่อสุขภาพ, ด้านสิ่งแวดล้อมด้านเศรษฐกิจและสังคม และคุณภาพชีวิต

2. สถานการณ์ปัญหาและความสำคัญของปัญหาการบริโภคยาสูบ

3. การวิเคราะห์ปัญหาการบริโภคยาสูบในชุมชน

4. องค์ประกอบของการเฝ้าระวังการบริโภคยาสูบ 5 มิติ

5. การเฝ้าระวังมิติปัจจัยต้นเหตุ

6. การเฝ้าระวังการบริโภคยาสูบมิติด้านพฤติกรรม

7. การเฝ้าระวังการบริโภคยาสูบมิติด้านตอบสนองของแผนงาน

8. การเฝ้าระวังการบริโภคยาสูบด้านอัตราป่วย/อัตราการตาย

9. การเฝ้าระวัง/ตรวจจับความผิดปกติ

10. บทบาทขององค์กรชุมชนกับการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาการบริโภคยาสูบในชุมชน

11. ฐานเรียนรู้ฝึกปฏิบัติทักษะการเฝ้าระวังการบริโภคยาสูบในชุมชน (ภาคปฏิบัติ)

12. การวางแผนดำเนินงาน การควบคุมกำกับ และการติดตามประเมินผลการเฝ้าระวังการบริโภคยาสูบ

ข้อค้นพบจากการวิจัยระยะที่ 3 ผลของการสร้างและพัฒนากลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมพบว่าองค์กรชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาการบริโภคยาสูบ โดยรวมอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 1.35 และมีการเฝ้าระวังการบริโภคยาสูบได้อย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ ร้านค้าที่จำหน่ายบุหรี่มีการแบ่งขายบุหรี่เป็นมวน ลดลงร้อยละ 79.41 ส่วนการโฆษณาเพื่อส่งเสริมการขายพบว่าการเขียนป้ายโฆษณา ข้อความว่า “ที่นี่จำหน่ายบุหรี่” ลดลงร้อยละ 41.17 ผู้สูบบุหรี่ที่มีปริมาณการสูบบุหรี่ 20 มวนต่อวัน ลดลงจากร้อยละ 6.28 เป็นร้อยละ 1.87 ผู้สูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะลดลงจากร้อยละ 100 เหลือ ร้อยละ 41.74 ระยะเวลาที่สูบบุหรี่แรกหลังตื่นนอนภายใน 5 นาที ลดลงจากร้อยละ

9.17 เหลือร้อยละ 2.21 ค่าใช้จ่ายในการบริโภคมากกว่า 800 บาทต่อเดือนลดลงจากร้อยละ 6.11 เหลือร้อยละ 1.70 ขึ้นอยู่กับคนขายที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปีลดลงจากร้อยละ 67.40 เหลือร้อยละ 52.98 และมีผู้สูบบุหรี่สามารถเลิกบุหรี่ได้ 6 เดือน จำนวน 2 คน

สรุปผลและอภิปรายผล

ข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการปัญหาการบริโภคยาสูบ ตำบลหนองไผ่ ก่อนการขับเคลื่อนการสร้างกลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสำหรับองค์กรชุมชนในการจัดการปัญหาการบริโภคยาสูบ ที่พบว่าองค์กรชุมชนกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 80.93 นั่นถือว่าเป็นข้อมูลนำเข้าในการจัดการปัญหาการบริโภคยาสูบในชุมชนได้เป็นอย่างดี เนื่องจากผู้ที่ไม่สูบบุหรี่จะเป็นบุคคลต้นแบบที่สามารถแนะนำคนอื่นให้เลิกบุหรี่ได้ แต่ยังพบว่าเมืองครุฑชุมชน ร้อยละ 28.79 ไม่ทราบว่าผู้ขายผลิตภัณฑ์ยาสูบต้องมีอายุไม่น้อยกว่า 18 ปี ตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2560 ซึ่งผู้เกี่ยวข้องโดยเฉพาะบุคลากรสาธารณสุขต้องเร่งรัดให้องค์ความรู้ด้านกฎหมายตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 แก่องค์กรชุมชนอย่างเร่งด่วน ส่วนข้อมูลพื้นฐานที่เป็นปัจจัยเสริมในการจัดการปัญหาการบริโภคยาสูบให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น ได้แก่ องค์กรชุมชนรับรู้ว่ามีสถานที่ห้ามจำหน่ายบุหรี่และสถานที่ห้ามสูบบุหรี่คือสถานที่ใดบ้าง รวมถึงการรู้จักและรับทราบโครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย ซึ่งรับรู้จักมาจากบุคลากรสาธารณสุข และพบว่าองค์กรชุมชนทุกคนมีความตั้งใจจะบอกต่อ/ชักชวนผู้สูบบุหรี่ให้เลิกสูบบุหรี่ เห็นด้วยกับหน่วยงานภาครัฐสนับสนุนให้ประชาชนเลิกบุหรี่

องค์กรชุมชนทุกคนไม่เคยมีประสบการณ์ในการจัดการปัญหาการบริโภคยาสูบอย่างเป็นระบบ และองค์กรชุมชนทุกคนให้ความสนใจในการเข้าร่วมในการจัดการปัญหาการบริโภคยาสูบ กล่าวโดยสรุปข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการปัญหาการบริโภคยาสูบสำหรับองค์กรชุมชนที่ต้องเร่งรัดแก้ไขให้ตรงประเด็นคือการให้องค์ความรู้ด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ โดยเฉพาะพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2560

ส่วนผลการศึกษาแนวคิด ทฤษฎีที่เหมาะสมในการสร้างกลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสำหรับองค์กรชุมชนด้านการจัดการปัญหาการบริโภคยาสูบ พบว่าแนวคิดและทฤษฎีที่เหมาะสมในการสร้างและพัฒนา กลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสำหรับองค์กรชุมชน ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) องค์ประกอบของกลไกมีส่วนร่วมของศูนย์พัฒนาทรัพยากรการศึกษา (CARD) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม (2555) 2) ระดับการมีส่วนร่วมของสมาคมสาธารณสุขอเมริกา (American Public Health Association) 3) วงจร Deming cycle :PDCA 4) หลักการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ และ 5) หลักการเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ซึ่งแต่ละองค์ประกอบได้ใช้แนวคิดและทฤษฎีการมีส่วนร่วมอย่างชัดเจนและอ้างอิงได้อย่างเหมาะสมและเป็นระบบ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของการวิจัยและพัฒนาของอุทัย บุญประเสริฐ (2555) ที่สรุปว่าการวิจัยและพัฒนาเป็นการวิจัยประยุกต์ที่เน้นการแสวงหาผลิตภัณฑ์ใหม่ สิ่งประดิษฐ์ใหม่ พัฒนาระบบการทำงานและใช้เทคโนโลยีใหม่ ๆ โดยใช้การวิจัยเป็นฐาน สำหรับการพัฒนาสิ่งที่ต้องการ และสอดคล้องกับหลักคิดของสุพักตร์ พิบูลย์ (2556) ที่กล่าวว่า การวิจัยและ

พัฒนาเป็นลักษณะหนึ่งของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ที่ใช้กระบวนการศึกษาค้นคว้าอย่างเป็นระบบ มุ่งพัฒนาทางเลือกหรือกระบวนการใหม่ๆ เพื่อใช้ในการยกระดับคุณภาพงานหรือคุณภาพชีวิต การวิจัยและพัฒนาเป็นการวิจัยเชิงทดลอง การวิจัยและพัฒนาจะให้ผลลัพธ์ที่สำคัญ 2 ลักษณะ คือ นวัตกรรมวัตถุที่เป็นชิ้นอัน และนวัตกรรมประเภทที่เป็นรูปแบบ วิธีการ กระบวนการ หรือระบบปฏิบัติการ เช่น รูปแบบการสอน วิธีสอน รูปแบบการบริหารจัดการ และสอดคล้องกับแนวคิดของญาณภัทร สีหะมงคล (2557) ที่สรุปว่าการวิจัยและพัฒนาเป็นกระบวนการศึกษาค้นคว้า คิดค้นอย่างเป็นระบบ และน่าเชื่อถือ โดยมีเป้าหมายในการพัฒนาผลผลิตเทคโนโลยีสิ่งประดิษฐ์ สื่อ อุปกรณ์ เทคนิควิธีหรือรูปแบบการทำงาน หรือระบบบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลยิ่งขึ้นอย่างชัดเจน รวมถึงมีความสอดคล้องกับแนวคิดของสมคิด พรมจัญญ (2556) ที่กล่าวว่าการวิจัยและพัฒนาที่มีความสำคัญคือช่วยให้เกิดความรู้ใหม่หรือวิทยาการใหม่ แนวคิด ทฤษฎีใหม่ การวิจัยช่วยให้เกิดความรู้ใหม่เป็นการเพิ่มพูนวิทยาการให้กว้างขวางมากยิ่งขึ้นคือทำให้รู้สิ่งที่ยังไม่รู้หรือสิ่งใดที่พอรู้อยู่แล้วก็ทำให้รู้และเข้าใจดียิ่งขึ้น ช่วยในการแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ ช่วยในการกำหนดนโยบายและวางแผนได้อย่างถูกต้องตลอดจนนำไปใช้ในการปฏิบัติตามนโยบายหรือแผนที่วางไว้ การวิจัยดังกล่าวจะศึกษาค้นคว้า เพื่อนำมาเป็นแนวทางกำหนดทิศทางการดำเนินงาน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ ซึ่งการวิจัยจะเป็นส่วนสำคัญในการช่วยชี้ลู่ทางในการวางแผนนโยบายอย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยพัฒนาระบบการบริหารและดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

งานวิจัยบางเรื่องเป็นงานวิจัยที่มีส่วนช่วยเสริมสร้างสมรรถนะทางการบริหารโดยการใช้ความรู้ทางวิชาการมาอธิบายพฤติกรรมและปัญหาทางการบริหาร การติดตามประเมินผลการปฏิบัติงาน ประเมินประสิทธิภาพของการทำงาน จะช่วยให้ทราบข้อเท็จจริงตามความเป็นจริง ชี้ให้เห็นทั้งประสิทธิภาพ ปัญหา อุปสรรคและแนวทางแก้ไขปัญหา ซึ่งจะเป็ข้อมูลที่สำคัญให้นักเรียนบริหารใช้ในการวินิจฉัย สั่งการ หรือแก้ไขปัญหาได้มีประสิทธิภาพ และเป็นข้อมูลสำคัญที่ใช้ในการปรับปรุงหรือพัฒนางานนั้นให้เจริญก้าวหน้ายิ่งขึ้น และสอดคล้องกับแนวคิดของ ทิศนา ขะมมณี (2557) ที่กล่าวว่า กระบวนการวิจัยและพัฒนาเป็นเครื่องมือในการเรียนรู้และพัฒนางานของตนซึ่งเป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญอย่างยิ่งต่อการปฏิรูปการเรียนรู้ทั้งระบบให้ประสบความสำเร็จและมีความยั่งยืน เป็นเครื่องมือหรือยุทธวิธีในการดำเนินงานเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นในทิศทางหรือลักษณะที่ต้องการ โดยใช้กระบวนการวิจัยในการพัฒนางาน ซึ่งจะช่วยให้เห็นภาพของงานและมีการดำเนินการอย่างเป็นระบบระเบียบ เป็นกระบวนการที่ช่วยให้ผู้วิจัยหรือผู้เกี่ยวข้องสามารถค้นหาข้อเท็จจริงและอาจนำเอาข้อเท็จจริงหรือผลการวิจัยนั้น มาพิจารณาใช้ประโยชน์ได้อย่างกว้างขวาง นับตั้งแต่การค้นคว้าหาความรู้ใหม่ๆ การกำหนดนโยบาย การวางแผน การแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งพัฒนาระบบการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

สำหรับกระบวนการสร้างและพัฒนาโลกการเรียนรู้สำหรับองค์กรชุมชนด้านการจัดการปัญหาการบริโภคนาสุบ ตำบลหนองไผ่ ได้ประยุกต์ใช้กลไกการมีส่วนร่วมตามกรอบแนวคิดที่

ใช้ในการพัฒนากลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของชุมชนของศูนย์พัฒนาทรัพยากรการศึกษา (CARD) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม (2555) และวงจร Deming cycle : PDCA เพื่อเชื่อมโยงถึงการพัฒนากลไกการเรียนรู้ขององค์กรชุมชนในการเฝ้าระวังการบริโภคยาสูบ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นตอนริเริ่มการพัฒนา ซึ่งมีการค้นหาปัญหาพฤติกรรมบริโภคยาสูบ การวิเคราะห์ความต้องการของชุมชนในการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมบริโภคยาสูบ การคัดเลือกองค์กรชุมชนด้านการจัดการปัญหาการบริโภคยาสูบ การวิเคราะห์ปัญหา/สาเหตุและศักยภาพขององค์กรชุมชนด้านการจัดการปัญหาการบริโภคยาสูบ และการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา 2) ขั้นตอนวางแผนพัฒนา โดยการฝึกอบรมหลักสูตรองค์กรชุมชนด้านการจัดการปัญหาการบริโภคยาสูบ กำหนดยุทธวิธีหลักในการจัดการปัญหา การจัดทำแผนงาน/โครงการขับเคลื่อนงานขององค์กรชุมชน การวิเคราะห์ความเป็นไปได้ของแผนงาน/โครงการ การเสนอแผนงาน/โครงการ การมอบหมายงานและแบ่งหน้าที่รับผิดชอบ 3) ขั้นตอนดำเนินการพัฒนา มีการประสานงาน การบริหารงบประมาณ การออกปฏิบัติงานจัดการปัญหาพฤติกรรมบริโภคยาสูบในชุมชนอย่างต่อเนื่อง และ ขั้นตอนที่ 4) คือขั้นตอนประเมินผลการพัฒนา มีการจัดระบบควบคุมกำกับ การประเมินแผนงาน/โครงการที่ได้กระทำไปสำเร็จตามวัตถุประสงค์เพียงใด ผลการพัฒนาเป็นภาพรวมเป็นอย่างไร การถอดบทเรียน/แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการจัดการปัญหาการบริโภคยาสูบ การพัฒนากลไกการเรียนรู้ สร้างสรรค์นวัตกรรมในการจัดการปัญหาการบริโภคยาสูบ สำหรับข้อมูลการมีส่วนร่วมขององค์กรชุมชนด้านการจัดการปัญหาการ

บริโภคยาสูบในภาพรวม พบว่า องค์กรชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาการบริโภคยาสูบโดยรวมอยู่ในระดับสูง แต่เมื่อจำแนกการมีส่วนร่วมเป็นรายขั้นตอน ยังพบว่ามีส่วนร่วมอยู่ในปานกลาง 2 ขั้นตอน คือขั้นตอนริเริ่มพัฒนา เมื่อพิจารณารายกิจกรรม พบว่ากิจกรรมที่องค์กรชุมชนมีส่วนร่วมต่ำที่สุดคือการบริหารงบประมาณ ซึ่งอยู่ในขั้นตอนการดำเนินการตามแผนพัฒนา ทั้งนี้อาจเป็นเพราะองค์กรชุมชนในบางหมู่บ้านมีการแบ่งหน้าที่รับผิดชอบ หรือ แต่งตั้งคณะกรรมการด้านการบริหารจัดการงบประมาณไว้เพียงบางคน ซึ่งไม่ครอบคลุมทุกคน จึงทำให้ขาดการมีส่วนร่วมในประเด็นนี้ ส่วนขั้นตอนริเริ่มการพัฒนาพบว่าองค์กรชุมชนมีส่วนร่วมต่ำที่สุดคือกิจกรรมการวิเคราะห์ปัญหา/สาเหตุของพฤติกรรมบริโภคยาสูบและศักยภาพของ องค์กรชุมชนด้านการจัดการปัญหาการบริโภคยาสูบ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะองค์กรชุมชนยังขาดองค์ความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ในการวิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุของปัญหาอย่างเป็นระบบ และขั้นตอนประเมินผลการพัฒนาที่พบว่ากิจกรรมที่องค์กรชุมชนมีส่วนร่วมต่ำที่สุดคือการสร้างสรรค์นวัตกรรมในการจัดการปัญหาการบริโภคยาสูบ ซึ่งอาจเป็นเพราะว่าองค์กรชุมชนไม่เคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการสร้างสรรค์หรือการนำเสนอ นวัตกรรมมาก่อนจึงทำให้ขาดประสบการณ์ในด้านนี้ แต่อย่างไรก็ตามยังพบว่ามีบางหมู่บ้านที่สามารถสร้างสรรค์นวัตกรรมในการขับเคลื่อนการเลิกบุหรี่ให้ประสบความสำเร็จด้วยการกำหนดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในการจัดการปัญหาการบริโภคยาสูบ ได้แก่ การเอื้ออาทร ชุมชนให้กำลังใจ/มีบุคคลต้นแบบ / เกิดกลุ่มหัวใจสีและมีวิทยากรกระบวนการเรียนรู้ เรื่องการเลิกบุหรี่ในชุมชน รวมถึง เจื้อนไขชุมชน/

กติกาสุมชน “งานศพ งานเศร้า ปลอดเหล้าปลอด บุหรี่” ดำเนินการไปอย่างเป็นรูปธรรม และใน ภาพรวมพบว่าตำบลหนองไผ่มีการประกาศใช้ ธรรมนูญสุขภาพตำบลและมีการบังคับใช้กฎหมาย ที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่

ด้านผลของการสร้างและพัฒนากลไกการ เรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสำหรับองค์กรชุมชนในการ จัดการปัญหาการบริโภคยาสูบ พบว่าองค์กร ชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาการบริโภค ยาสูบ โดยรวมอยู่ในระดับสูง ซึ่งอาจเป็นเพราะ วิทยาการกระบวนการทำหน้าที่ในการถ่ายทอด เนื้อหาทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติแก่อย่าง เข้มข้น ในการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการองค์กรชุมชน ด้านการจัดการปัญหาการบริโภคยาสูบ ซึ่งวิทยาการ กระบวนการทุกคนเคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการ มีส่วนร่วม และเคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการ บริโภคยาสูบ พร้อมทั้งมีความสนใจในการจัดการ ปัญหาการบริโภคยาสูบแบบมีส่วนร่วม ส่งผลให้ กลไกการจัดการปัญหาการบริโภคยาสูบของ องค์กรชุมชนเป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีระบบ ทั้ง การเฝ้าระวัง ณ จุดขาย การเฝ้าระวังในสถานที่ สาธารณะ สถานที่ราชการ สถานศึกษา หน่วย บริการสุขภาพ และสถานที่อื่นๆในชุมชน ซึ่งเมื่อ เปรียบเทียบข้อมูลการเฝ้าระวังการบริโภคยาสูบ โดยองค์กรชุมชนที่ผ่านการฝึกอบรม โดยการ รวบรวมข้อมูลผลการเฝ้าระวัง ณ จุดขาย ใน เดือนเมษายน พ.ศ.2562 พบว่ามีร้านค้าที่จำหน่าย บุหรี่มีการแบ่งขายบุหรี่เป็นมวน ร้อยละ 16.18 ซึ่ง ลดลงร้อยละ 79.41 ส่วนการโฆษณาเพื่อส่งเสริม การขายพบว่าการเขียนป้ายโฆษณาขึ้นเอง ข้อความว่า “ที่นี่จำหน่ายบุหรี่” พบว่ามีข้อความ โฆษณาดังกล่าว ร้อยละ 13.24 ซึ่งลดลงร้อยละ 41.17 สำหรับการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบ

ใหม่ๆ พบว่าไม่มีประชาชนใช้บุหรี่ไฟฟ้าและไม่มี การจำหน่ายที่ร้านค้าในชุมชน ซึ่งเป็นเพราะองค์กร ชุมชนได้ดำเนินการลงปฏิบัติงานในพื้นที่เพื่อ ประชาสัมพันธ์ร่วมกับบุคลากรสาธารณสุขเป็นการ บังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจังโดยให้คำแนะนำแก่ผู้ จำหน่าย/เจ้าของร้านค้าในการปฏิบัติให้เป็นไปตาม กฎหมายที่เกี่ยวข้องรวมถึงการประสานงานกับ เครือข่ายร่วมกันดำเนินการอย่างต่อเนื่อง แล้ว ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคยาสูบ ทำให้ข้อมูล ความชุกของการบริโภคยาสูบในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปในเดือนเมษายน พ.ศ พบว่า ปริมาณการ สูบเกิน 20 มวนต่อวัน ลดลงจาก ร้อยละ 6.28 เป็นร้อยละ 1.87 ผู้สูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะ ลดลงจากร้อยละ 100 เหลือร้อยละ 41.74 ระยะเวลาที่สูบมวนแรกหลังตื่นนอน ภายใน 5 นาที ลดลงจากร้อยละ 9.17เหลือร้อยละ 2.21 ผู้สูบบุหรี่ภายใน 5 นาทีแรกหลังตื่นนอนลดลง เหลือ ร้อยละ 2.21 ค่าใช้จ่ายในการบริโภค มากกว่า 800 บาทต่อเดือน ลดลงจากร้อยละ 6.11 เหลือร้อยละ 1.70 และพบว่าซื้อบุหรี่กับคนขายที่ มีอายุต่ำกว่า 18 ปี ลดลงจากร้อยละ 67.40 เหลือ ร้อยละ 52.98 และมีระบบบริการเลิกบุหรี่ ทำให้ สามารถเลิกบุหรี่ได้ 6 เดือน จำนวน 2 คน โดยการ แนะนำขององค์กรชุมชน สำหรับผู้ที่ยังไม่สามารถ เลิกบุหรี่ได้ พบว่าทุกคนได้แสดงความจำนงเข้าร่วม โครงการ “ลดบุหรี่ในชุมชน เพื่อคนตำบลหนอง ไผ่” ซึ่งเป็นโครงการที่ได้รับการสนับสนุน งบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบลหนองไผ่ ประจำปี 2562 ซึ่งจะเริ่มดำเนินการในเดือน มิถุนายน 2562 โดย อสม.,องค์กรชุมชน และ สมาชิกในครอบครัวทำหน้าที่แนะนำ เพื่อเข้ารับ บริการที่คลินิกเลิกบุหรี่ตามระบบต่อไป ซึ่งผลจาก การสร้างกลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสำหรับ

องค์กรชุมชนด้านการจัดการปัญหาการบริโภคยาสูบเป็นกลวิธีที่สำคัญในการทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้อง และการเฝ้าระวังการบริโภคยาสูบในมิติที่สามารถจัดการได้ในชุมชนอย่างเข้มข้นและเป็นระบบ สามารถเป็นรูปแบบในการเรียนรู้ด้านการจัดการปัญหาการบริโภคยาสูบของประชาชนได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. กิจกรรมที่องค์กรชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาการบริโภคยาสูบอยู่ในระดับต่ำ คือ การบริหารงบประมาณ ซึ่งอยู่ในขั้นตอนการดำเนินการตามแผน ในการนี้หน่วยงานภาครัฐ โดยเฉพาะ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรให้ความช่วยเหลือองค์กรชุมชนโดยการส่งเสริมองค์ความรู้และพัฒนาทักษะการทำงานเป็นทีม การจัดระบบการมอบหมายงานที่ชัดเจน ส่วนประเด็นการวิเคราะห์ปัญหา/สาเหตุและศักยภาพขององค์กรชุมชนด้านการจัดการปัญหาการบริโภคยาสูบ และการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ซึ่งอยู่ในขั้นตอนริเริ่มพัฒนา บุคลากรสาธารณสุขควรค้นหาองค์กรชุมชนที่ขาดการมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์และหาสาเหตุของปัญหาเรื่องการบริโภคยาสูบให้ลงลึกถึงตัวบุคคล แล้วให้คำแนะนำเพื่อเพิ่มองค์ความรู้เกี่ยวกับหลักการวิเคราะห์และหาสาเหตุของปัญหาให้เข้าใจและมีทักษะในการวิเคราะห์และหาสาเหตุของปัญหาอย่างเหมาะสม หรืออาจจะใช้วิธีการจัดอบรมฟื้นฟูความรู้แก่องค์กรชุมชนเกี่ยวกับการวิเคราะห์ปัญหาและค้นหาสาเหตุของปัญหาเชิงระบบ

2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบหมู่บ้าน ควรจัดแผนการติดตาม สนับสนุนและประเมินผลการจัดการปัญหาการบริโภคยาสูบในชุมชนร่วมกับองค์กรชุมชน โดยกลไกการมีส่วนร่วมอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และออกปฏิบัติงานตามแผนเพื่อการพัฒนาการการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ

3. ผู้รับผิดชอบงานการควบคุมยาสูบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองไผ่ ควรนำสารสนเทศที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ ไปเป็นข้อมูลนำเข้าสำหรับการกำหนดทิศทางจัดการปัญหาการบริโภคยาสูบ โดยใช้กลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมขององค์กรชุมชนด้านการจัดการปัญหาการบริโภคยาสูบเป็นแนวทางหลักในการขับเคลื่อนงานในพื้นที่ตำบลหนองไผ่ และขยายผลสู่พื้นที่อื่นต่อไป

4. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการบังคับใช้กฎหมายควบคุมยาสูบ ควรจัดสร้างกระแสสังคม ประชาสัมพันธ์ที่หลากหลายรูปแบบในการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจแก่ผู้ประกอบการให้เกิดความตระหนักต่อการปฏิบัติตามกฎหมายควบคุมยาสูบ ประกอบกับหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องควรจัดระบบการเฝ้าระวังอย่างจริงจังและเข้มงวดเรื่องพฤติกรรมการขายของร้านค้าระดับต่างๆ ให้อยู่ในกรอบกฎหมาย รวมทั้งร้านค้าปลีกย่อย อาทิ การปิด/เปิด และการตั้งบูทหรือตู้โชว์ ควรวางให้ต่ำกว่าระดับสายตาหรือให้มิดชิดภายในร้าน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. หากมีการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป ผู้วิจัยอยากเห็นการศึกษาวิจัยพฤติกรรมการค้าจำหน่ายบุหรี่ในแหล่งสถานบันเทิงอื่นๆ ซึ่งเป็นแหล่งรวมของเยาวชน อาทิ ผับ บาร์ ร้านเกมส์ ฯลฯ เพื่อให้

ทราบถึงกระบวนการส่งเสริมการขาย และการเข้าถึงบุหรืของเยาวชน รวมทั้งการศึกษากลยุทธ์ การเสริมสร้างความตระหนักรู้ในกลุ่มเยาวชน เพื่อให้รับรู้ค่านิยมที่ถูกต้อง และสามารถตอบโต้กลยุทธ์ทางการตลาดของบริษัทยาสูบได้อย่างเท่าทัน

2.ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมขององค์กรชุมชนด้านการเฝ้าระวังการบริโภคยาสูบ เพื่อใช้เป็นข้อมูลหลักในการอ้างอิงเพื่อวางแผนพัฒนารูปแบบการจัดการปัญหาการบริโภคยาสูบ

3.ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ในการมีส่วนร่วมขององค์กรชุมชนในการเฝ้าระวังการบริโภคยาสูบ ตำบลหนองไผ่ อำเภอรวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด ตามคุณลักษณะส่วนบุคคล เช่น เพศ ฐานะของครอบครัว และระดับการศึกษา หรือการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) เพื่อจัดระบบการมีส่วนร่วมและการส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินงานจัดการปัญหาการบริโภคยาสูบให้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายมากที่สุดต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี เนื่องจากผู้วิจัยได้รับความช่วยเหลือเป็นจากนางรำพัน แสงมาลัย สาธารณสุขอำเภอรวัชบุรี ที่ได้อนุมัติให้ดำเนินการวิจัยและเป็นผู้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย ตลอดจนเป็นที่ปรึกษาตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุดการวิจัย และได้รับความอนุเคราะห์ผู้ที่มีประสบการณ์ในการจัดการปัญหาการบริโภคยาสูบ ในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัยอีก 2 ท่าน ประกอบด้วย ดร.จุลพันธ์ สุวรรณ สาธารณสุขอำเภอกะเทวีวิทย และนางสุภาภรณ์ ทศนพงศ์ หัวหน้ากลุ่มงานโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ขอขอบคุณที่มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี ขอนแก่นที่ให้การสนับสนุนทุนการศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ในการจัดการปัญหาการบริโภคยาสูบ และบุคลากรสาธารณสุขในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอรวัชบุรี ที่ร่วมดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลซึ่งมีความครบถ้วนถูกต้องสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมมลพิษ. **คพ.กับการมีส่วนร่วมของประชาชน**. สืบค้นเมื่อ 1 มีนาคม 2561 จาก

http://www.pcd.go.th/info_serv/info_parti.html

กระทรวงสาธารณสุข.HDC กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นเมื่อ 27 กุมภาพันธ์ 2561จาก

https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=06b9ffbd9fa83f29fef3a7e7ba8119d6&id=0197da9aa711d6da186253f526d9e2a0

กัลยา วิณิชย์บัญชา. **การวิเคราะห์สถิติ: สถิติสำหรับการบริหารและการวิจัย**.พิมพ์ครั้งที่ 6.กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย,2545.

ประยูร ศรีประสาธน์. **การมีส่วนร่วม:หลักการพื้นฐาน เทคนิค กรณีตัวอย่าง**.พิมพ์ครั้งที่ 2.กรุงเทพฯ. สิริลักษณ์การพิมพ์,2554.

นิรันดร์ จงวุฒิเศียร, **กลวิธีแนวทางการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในงานพัฒนาชุมชน**.สืบค้นเมื่อ วันที่ 4 มีนาคม 2561 จาก

<http://digi.library.tu.ac.th/thesis/po/1330/03chapter2.pdf>

บอร์กและกอลล์ (Borg & Gall. 1989). **ขั้นตอนสำคัญของการวิจัยและพัฒนา**. สืบค้นเมื่อวันที่ 4 มีนาคม 2561 จาก <http://ird.stou.ac.th/dbresearch/uploads/2/บทที่2.pdf>

ศูนย์พัฒนาทรัพยากรการศึกษา (CARD) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. **หลักพื้นฐานการทำงานอย่างมีส่วนร่วม**. สืบค้นเมื่อ 10 มีนาคม 2561

http://www.elearning.msu.ac.th/opencourse/0109501/Unit04/unit04_004.htm.

สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. **สถานการณ์การบริโภคยาสูบของประชาชนไทย แนวทางการควบคุมการบริโภคยาสูบ**. สืบค้นเมื่อวันที่ 5 เมษายน 2561 จาก

<http://btc.ddc.moph.go.th/th/datacenter.php>

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. **สถานการณ์การสูบบุหรี่ของประชากรไทย**. สืบค้นเมื่อวันที่ 5 เมษายน 2561

จาก <http://www.nso.go.th/sites/2014/Pages/News/2561/N31-08-61-1.aspx>

หัตยา อิทธิเชิง. **การประชุมอบรมเชิงปฏิบัติการ**. สืบค้นเมื่อวันที่ 5 เมษายน 2561 จาก

<http://www.tm.mahidol.ac.th/tropmedkm/sites/default/files/KM2016-secretary-18026016.pdf>

Cohen , J. M., & Uphoff, N. T. **Rural Development Participation : Concept and Measures for Project Design Implementation and Evaluation**. Ithaca, NY: Rural Development Committee Center for International Studies, Cornell University, 1981.

Koufman, F. H.F. **Participation Organized Activities in Selected Kentucky Localities**. Agricultural Experiment Station Bulletins. 4(2): 5-50., 1989.

การพัฒนาถุงตรวจเลือด Alert safety bag ร่วมกับการใช้ CPG Alert PPH ต่อคุณภาพการ วินิจฉัย

และรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกโรงพยาบาลชานุมานจังหวัดอำนาจเจริญ
“Alert safety bag” and alert PPH Clinical practice guideline(CPG) can early
diagnosis and treatment for postpartum hemorrhage (PPH) in Chanuman
hospital

อรทัย บัวคำ

Orathai Buakhum

พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการโรงพยาบาลชานุมาน

RN, APN

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อพัฒนาและศึกษาประสิทธิภาพของการพัฒนาถุงตรวจเลือด Alert safety bag ร่วมกับการใช้ CPG Alert PPH ต่อคุณภาพการวินิจฉัยและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกโรงพยาบาลชานุมานจังหวัดอำนาจเจริญกลุ่มตัวอย่างคือ มารดาที่อายุครรภ์ครบกำหนดคลอดจำนวน 76 รายแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 38 รายและกลุ่มทดลอง 38 รายเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบตามกรอบเวลา (Time Frame) คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม Power and Sample Size Program โดยกลุ่มทดลองได้รับการตรวจเลือดโดยใช้ถุงตรวจเลือด Alert safety bag ที่พัฒนาขึ้น ร่วมกับ CPG Alert PPH ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการตรวจเลือดโดยใช้เหยือกตรวจเลือดแบบเดิมร่วมกับ CPG Alert PPH เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม และแบบบันทึกข้อมูลการคลอด และการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานได้แก่ Independent t-test ผลการศึกษา พบว่า

การใช้ถุงตรวจเลือด Alert safety bag ร่วมกับการใช้ CPG Alert PPH ในการวินิจฉัยภาวะตกเลือดหลังคลอด สามารถตรวจเลือดได้มากกว่าการใช้เหยือกตรวจเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ ส่งผลให้ไม่มีมารดาที่ได้รับการส่งต่อ มีระยะเวลานอนโรงพยาบาลของมารดาที่ตกเลือดหลังคลอดเฉลี่ย (2.00 ± 0.00 วัน) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม (2.66 ± 0.32 วัน) อัตราการตกเลือดหลังคลอดในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมร้อยละ 5.26 และ 7.89 ตามลำดับ ความพึงพอใจต่อการใช้ถุงตรวจเลือด Alert safety bag ร้อยละ 100 ดังนั้นจึงควรนำถุงตรวจเลือด Alert safety bag ไปใช้ในมารดาคลอดทุกราย เพื่อให้สามารถตรวจเลือดได้แม่นยำและให้การดูแลรักษาตาม CPG Alert PPH และควรมีการเผยแพร่ให้กับหน่วยงานห้องคลอดในเครือข่ายในเขตบริการสุขภาพที่ 10 และในส่วนที่เกี่ยวข้องอื่นๆต่อไป

คำสำคัญ Alert safety bag, ตกเลือดหลังคลอดระยะแรก

Abstract

This is a quasi-experimental research design for develop effect of development measure the bleeding by Alert safety bag , cooperate using , Alert PPH CPG , for diagnosis and treatment for early postpartum hemorrhage (PPH) in Chanuman hospital, Amnatcharoen province, Thailand. Seventy six term pregnant were divided into the experimental and the control groups, each of 36 pregnant. In control group were measured bleeding by use a jug as originally and cooperate with Alert PPH CPG. In the experimental groups were measured bleeding by use “Alert safety bag” , that ourselves developed and cooperated with Alert PPH CPG as in the control group. Data were collected by nurses in delivery room, the record of early postpartum hemorrhage and the satisfaction assessment form. Analyzed data with descriptive statistics by percentage, frequency and inferential statistics by independent t-test . The findings showed that , using measures the blood by “Alert safety bag” cooperate with Alert PPH CPG can help in diagnosing and treatment postpartum hemorrhage condition faster and be in time. Estimated blood loss by using measures the blood with “Alert safety bag” was significantly more than using jug measures ($P < 0.05$) and no referral cases. Length of stay in the maternal postpartum hemorrhage in the experimental group was 2 ± 0.00 day shorter than 2.66 ± 0.32 day in control group. The rate of postpartum hemorrhage in the experimental group less than the controls groups (5.26 % and 7.89 %). Satisfied for using “Alert safety bag” was 100 %

The results suggested that we should use “Alert safety bag” for everyone delivery because we can measure the blood with more accurated , and together with follow alert PPH CPG. When blood quantity has arrived at 300 cc. in bag.

Key word ; Alert safety bag, , Early postpartum hemorrhage,

บทนำ

การตกเลือดหลังคลอดเป็นสาเหตุการตายของมารดาทั่วโลก (สุจิต คุณประดิษฐ์, 2555) ในปี 2005 องค์การอนามัยโลกระบุว่าร้อยละ 25 ของการตายของมารดาทั่วโลกมีสาเหตุจากการตกเลือดหลังคลอด (Family Care International and Gynnuity Health Project, 2006) ในประเทศไทยจากการรายงานสถานการณ์ภาวะสุขภาพของ

มารดาและทารกปริกำเนิด พ.ศ. 2551-2553 พบการตกเลือดในระยะหลังคลอดเป็นสาเหตุการตายของมารดาคิดเป็น 11.3, 10.8, และ 10.2 ต่อ 100,000 การเกิดมีชีวิตตามลำดับ (สำนักส่งเสริมสุขภาพกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข, 2554) และ 1 ใน 4 ของการตายมารดาหลังคลอดเกิดจากการตกเลือดหลังคลอดจากระยะที่สามของการคลอดสิ้นสุดลง โดยมีการสูญเสียเลือดภายใน 24

ชั่วโมงหลังคลอด (Mousa and Alfrevic, 2007) ดังนั้นช่วงเวลาหลังคลอดชั่วโมงแรกๆ จึงเป็นช่วงเวลาที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการป้องกัน วินิจฉัยและดูแลรักษาการตกเลือด การป้องกันมิให้เกิดการตกเลือดหลังคลอดจะมีผลดีต่อผู้รับบริการ มากกว่าการแก้ไข โดยการประเมนอาการที่ถูกต้อง รวดเร็ว และให้การช่วยเหลือที่เหมาะสมจะสามารถช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและระดับความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการประเมนปริมาณเลือดที่เสียไปในระหว่างการคลอดและหลังคลอดที่ถูกต้องแม่นยำ ย่อมนำไปสู่การดำเนินการช่วยเหลือที่ถูกต้อง ซึ่งจำเป็นต้องมีเครื่องมือในการประเมนปริมาณเลือดที่ถูกต้องแม่นยำ ที่ผ่านมามีส่วนใหญ่อุปกรณ์ประเมนการสูญเสียเลือดมักจะใช้การคาดคะเนด้วยตาเปล่า ทำให้ประเมนได้น้อยกว่าความเป็นจริง (Prata,N., 2010) ทำให้การวินิจฉัยและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดล่าช้า ดังนั้นจะให้การวินิจฉัยและรักษาได้ก็ต่อเมื่อมีอาการแสดงทางคลินิกหรือมีอาการแสดงของภาวะช็อกจากปริมาตรเลือดลดลง (Hypovolemic shock) ทำให้การตกเลือดยังคงเป็นปัญหาของหน่วยงานห้องคลอดตลอดมา

จากสถิติข้อมูลการตกเลือดหลังคลอดของ จังหวัดอำนาจเจริญในปี 2554 -2558 มีจำนวน มารดาคลอดเท่ากับ 3,719, 3,728, 3,542, 3,078, 3,041 รายตามลำดับ พบว่ามีมารดาตกเลือดหลังคลอดจำนวน 39, 43, 36, 30, 44 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 1.05, 1.15, 1.02, 0.89, 1.43 ตามลำดับและมีมารดาเสียชีวิตจากภาวะตกเลือดหลังคลอดในปี 2558 จำนวน 2 รายคิดเป็นร้อยละ 66.67 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดและในเขต จังหวัดอำนาจเจริญ โรงพยาบาลชานุมาน เป็นโรงพยาบาลชุมชนที่มีอัตราการคลอดสูงสุดรองจาก

โรงพยาบาลอำนาจเจริญ โดยได้กำหนดเป้าหมาย เรื่องอัตราการตกเลือดหลังคลอดไม่เกินร้อยละ 2 ในปีงบประมาณ 2554 จำนวนมารดาคลอดเท่ากับ 355 รายมีมารดาตกเลือดหลังคลอดจำนวน 15 รายคิดเป็นร้อยละ 4.22 ซึ่งสูงกว่าเป้าหมาย จึงได้เริ่มมีการพัฒนาระบบงานและขั้นตอนการปฏิบัติงานต่างๆ ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้รับ การยืนยันว่าสามารถลดอัตราการตกเลือดหลังคลอดลงได้ ซึ่งผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2555-2559 มีจำนวนมารดาคลอดเท่ากับ 287, 274, 273, 258, 215 ราย ตามลำดับ พบว่า มีมารดาตกเลือดหลังคลอด จำนวน 8, 2, 4, 5, 4 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 2.78, 0.72, 1.46, 1.93, 1.86 ตามลำดับ ไม่มีมารดาเสียชีวิตหรือมีภาวะแทรกซ้อนจากการตกเลือดหลังคลอดผลลัพธ์ การดำเนินงานผ่านตัวชี้วัดคือไม่เกินร้อยละ 2 แต่ก็ยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและลดลงเล็กน้อยในปี 2559 จากการวิเคราะห์สาเหตุการตกเลือดหลังคลอด พบว่ามีหลายปัจจัยและปัจจัยหนึ่งซึ่งเป็นปัญหา การดูแลที่ผ่านมามีพบว่าการประเมนการสูญเสีย เลือดยังไม่ชัดเจน มีการใช้อุปกรณ์ในการตวงวัด ปริมาณเลือดแต่ก็ยังไม่แม่นยำเท่าที่ควรรวมทั้ง บางครั้งเป็นการประเมนด้วยสายตาทำให้เกิดความ ความคลาดเคลื่อนในการประเมนการสูญเสียเลือด นอกจากนั้นยังพบว่าทักษะการประเมนของ บุคลากรแต่ละคนมีความแตกต่างกันส่งผลให้ ผู้รับบริการได้รับการดูแลล่าช้าและอาการทรุด ต้องให้เลือดจากการตกเลือด

ในปี 2559 เขตบริการสุขภาพที่ 10 โดยงานอนามัยแม่และเด็กเล็งเห็นปัญหาเรื่องการป้องกัน ภาวะตกเลือดหลังคลอดจึงได้มีการประชุมและ ระดมสมองเพื่อพัฒนาแนวทางในการป้องกันและ ดูแลมารดาเพื่อลดอัตราการตกเลือดหลังคลอดโดย

ใช้แนวปฏิบัติ (CPG Alert PPH) ให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันโดยเน้นการประเมินการสูญเสียเลือดโดยใช้ถุงตวงเลือดร่วมกับแนวปฏิบัติ (CPG Alert PPH) เดียวกันแต่ปัญหาที่พบคือยังไม่มีการใช้ถุงตวงเลือดในรูปแบบและวิธีการเดียวกัน ที่ผ่านมามีผู้คิดค้นและพัฒนาอุปกรณ์วัดปริมาณการสูญเสียเลือดในขณะคลอดเพื่อประเมินภาวะตกเลือดของมารดาหลังคลอดบุตรหลายราย เช่นถุงรองเลือดBRASS-V-Drape ของ Petal et al.(2006) ที่มีลักษณะเป็นถุงพลาสติกใสอ่อนนุ่มแต่มีข้อเสียคือมีขนาดใหญ่ไม่มีฝาปิด ไม่สามารถแยกเลือดและน้ำคร่ำได้ ถึงพลาสติกที่ประดิษฐ์โดยโรงพยาบาลบางพลี จังหวัดนครนายก มีลักษณะเป็นถุงพลาสติกมีไม้วัดปริมาณเลือดอยู่ภายใน แต่มีข้อจำกัดคือหากปริมาณเลือดมีน้อยจะไม่สามารถวัดปริมาณเลือดได้และจะต้องทำความสะอาดภายหลังการใช้งาน ซึ่งไม่ช่วยอำนวยความสะดวกต่อผู้ใช้งาน รพ.ชาวนาuman ใช้เหยือกตวงเลือดจากกระตาสรองเลือดซึ่งก็มีคลาดเคลื่อนเพราะต้องมาเทเลือดจากกระตาสที่ใช้รองอีกครั้งบางครั้งกระตาสขาดเปื่อยยุ่ยก่อนเทเลือดลงในเหยือก ก็ยังไม่ค่อยสะดวกกับการใช้งานเช่นกัน

ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะพัฒนารูปแบบการใช้ถุงตวงเลือด Alert safety bag เพื่อให้สามารถวัดปริมาณการสูญเสียเลือดจากการคลอดที่ถูกต้องและแม่นยำ ไม่ต้องนำไปวัดตวงอีกครั้งเพื่อสะดวกต่อการใช้งานและเพื่อเตรียมความพร้อมในการช่วยเหลือที่รวดเร็วร่วมกับการใช้ CPG Alert PPH เป็นการให้การช่วยเหลือมารดาหลังคลอดที่สูญเสียเลือดตั้งแต่ 300 ซีซีขึ้นไป ตามแนวทางการดูแลในแต่ละขั้นตอนเพื่อประเมินและดูแลรักษาได้รวดเร็วทันทั่วทั้งที่เป็นการป้องกันและลดอุบัติการณ์การตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก

ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนทูลภาพต่างๆที่จะเกิดขึ้นอย่างจริงจังและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาถุงตวงเลือด Alert safety bag ร่วมกับการใช้CPG Alert PPH ต่อคุณภาพการวินิจฉัยและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกโรงพยาบาลชาวนาuman จังหวัดอำนาจเจริญ

2. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการพัฒนาถุงตวงเลือด Alert safety bag ร่วมกับการใช้CPG Alert PPH ต่อคุณภาพการวินิจฉัยและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกโรงพยาบาลชาวนาuman จังหวัดอำนาจเจริญ

3. เพื่อประเมินความพึงพอใจต่อการพัฒนาถุงตวงเลือด Alert safety bag ร่วมกับการใช้ CPG Alert PPH ต่อคุณภาพการวินิจฉัยและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกโรงพยาบาลชาวนาuman จังหวัดอำนาจเจริญ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi- Experimental Research) เปรียบเทียบสองกลุ่มระหว่างกลุ่มทดลองที่ใช้ถุงตวงเลือด Alert safety bag ร่วมกับการใช้ CPG Alert PPH กับกลุ่มควบคุม ที่ใช้เหยือกตวงเลือดร่วมกับการใช้ CPG Alert PPH ต่อคุณภาพการวินิจฉัยและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก

ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือผู้คลอดอายุครรภ์ครบกำหนดที่มาใช้บริการคลอดทางช่องคลอดในโรงพยาบาล

ชานุมาน จังหวัดอำนาจเจริญ ระหว่างเดือนตุลาคม 2559- พฤษภาคม 2560

กลุ่มตัวอย่าง เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างตามกรอบเวลา (Time Frame) โดยศึกษาในกลุ่มที่อายุครรภ์ครบกำหนด ที่มารับบริการคลอดทางช่องคลอด ในโรงพยาบาลชานุมาน จังหวัดอำนาจเจริญเป็นครรภ์เดียวคลอดทางช่องคลอดในท่าปกติ สามารถพูด ฟัง เข้าใจภาษาได้ดี และยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา ส่วนเกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา คือถุงตวงเลือด Alert safety bag เลื่อนหลุดจากกันมารดา และหรือเลือดไหลออกนอกถุง หรือมีน้ำคร่ำไหลเข้าไปปะปนกับเลือดในถุงตวงเลือด **ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง** การศึกษานี้ผู้วิจัยได้คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม Power and Sample Size Program สำหรับการเปรียบเทียบค่าสัดส่วน 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกันแบบศึกษาไปข้างหน้า กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) 80% ระดับนัยสำคัญ (Level of Significance) .05 โดยอ้างอิงค่าสัดส่วนของการวินิจฉัยและรักษาภาวะตกเลือดได้ทันที จากการทบทวนข้อมูลมารดาที่มีภาวะตกเลือดในปีที่ผ่านมา (ปีงบประมาณ 2559) เท่ากับร้อยละ 20 นำมาคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างต่อกลุ่มเท่ากับ 38 ราย ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดคือ 76 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยประกอบด้วย

1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ ถุงตวงเลือด Alert safety bag ร่วมกับการใช้ CPG Alert PPH เป็นการพัฒนาวิธีการตวงเลือดโดยใช้ถุงตวงเลือดที่ประดิษฐ์ขึ้นใช้ในการตวงปริมาณเลือดในมารดาที่คลอดทางช่องคลอดร่วมกับการใช้

รูปแบบการป้องกันและการแก้ไขปัญหาภาวะตกเลือดหลังคลอดที่พัฒนาขึ้นโดยคณะกรรมการงานอนามัยแม่และเด็กระดับเขต 10 (CPG Alert PPH) มี check list เป็นแนวปฏิบัติการดูแลในแต่ละระยะของการคลอดตามปริมาณเลือดที่สูญเสียไป ที่ได้จากการตวงเลือดโดยเริ่มใช้ทุกรายเมื่อมารดาปากมดลูกเปิดหมดและเริ่มกระบวนการทำคลอดและให้การดูแลตามขั้นตอนจนถึง 24 ชั่วโมงหลังคลอด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้คลอด ประกอบด้วย อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบและคำถามปลายเปิด

2.2 แบบบันทึกการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ได้แก่ ปริมาณการสูญเสียเลือดจำนวนการได้รับเลือดทดแทน การส่งต่อไปรับการรักษาเพื่อรับเลือด ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และสรุปการวินิจฉัยการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ลักษณะของแบบประเมินเป็นแบบเติมข้อความลงในช่องว่าง

2.3 แบบประเมินความพึงพอใจ ในการใช้ถุงตวงเลือด Alert safety bag ร่วมกับการใช้ CPG Alert PPH ต่อคุณภาพการวินิจฉัยและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก โรงพยาบาลชานุมาน จังหวัดอำนาจเจริญ โดยในการประเมินผลความพึงพอใจที่ระดับมากขึ้นไปถือว่ามีความพึงพอใจ

วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1.ระยะเตรียมการประชุมชี้แจงแจ้งปัญหา ที่เกิดขึ้นในหน่วยงานรวมทั้งการวิเคราะห์ปัญหา และตั้งประเด็นคำถาม เพื่อหาสาเหตุและแนวทางการแก้ไข ศึกษาค้นคว้าทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จากงานวิจัย เอกสารวิชาการ หลักฐานเชิงประจักษ์และปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ

2.ระยะดำเนินการ

2.1 จัดประชุมวิชาการชี้แจงแนวทาง ปฏิบัติการใช้ถุงตวงเลือด Alert safety bag วิธีการใช้ CPG Alert PPH

2.2 การประดิษฐ์และพัฒนาถุงตวงเลือดโดยใช้ถุงพลาสติกขนาด 20x 30 นิ้วตัดกันถุงทแยงเข้าหากันเป็นรูปสี่เหลี่ยมคางหมู (เพื่อรองรับเลือดที่ไหลมารวมกันที่ก้นถุง และสามารถมองเห็นเลือด

ได้ชัดเจน) ใช้เครื่องซีลบริเวณสามเหลี่ยมเป็นก้นถุง ตัดถุงด้านบน (ส่วนด้านหน้า) ทางออกและพับตลบเข้ามาด้านในเพื่อทำเป็นที่สอดมือส่วนถุงด้านบน (ส่วนด้านในเป็นส่วนสำหรับรองกันและนำถุงส่วนที่ตัดออกด้านข้างมาซีล บริเวณปากถุงก่อนมาทางขวาเล็กน้อย ทำเป็นที่ใช้ก๊อส์ และสามารถตลบขึ้นทำเป็นฝาปิดได้ (เพื่อแยกน้ำคร่ำออกจากเลือด) สามารถบรรจุเลือดได้มากกว่า 1,500 ซีซี จัดทำสเกลวัดติดที่บริเวณก้นถุงเพื่อวัดปริมาณเลือดและเน้นแถบเส้นที่ยาวที่ตัวเลข 300 ซีซี ดังรูปที่ 1 (เพื่อให้มองเห็นง่ายและชัดเจน) พับถุงนี้ลงสองทบ (รูปที่ 2) และนำมาใช้ในมารดาที่คลอดในโรงพยาบาลมีราคาต้นทุนชิ้นละ 5 บาท



รูปที่ 1 ลักษณะถุงตวงเลือด Alert safety bag ที่พัฒนาขึ้น **รูปที่ 2** ถุงตวงเลือดที่พับใส่ถุงอบแก๊สพร้อมใช้

การเก็บข้อมูลเริ่มจากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้จากมารดาที่มารับบริการคลอดทางช่องคลอดในโรงพยาบาลขานูมาน ชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการเก็บข้อมูล โดยผู้ศึกษาทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมจนครบ 38 รายก่อน แล้วจึงทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองจนครบ 38 ราย เพื่อป้องกันความลำเอียงของข้อมูลทำการบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้คลอดจากแฟ้มประวัติการคลอด โดยผู้ทำ

คลอดจะเป็นพยาบาลวิชาชีพในห้องคลอด โรงพยาบาลขานูมานในแต่ละเวร ซึ่งมีจำนวนทั้งหมด 7 คน

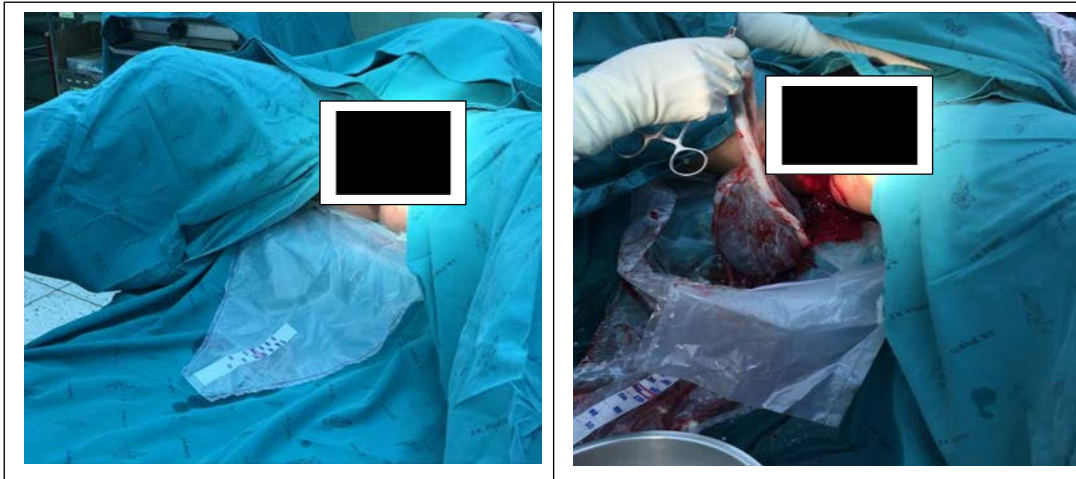
ขั้นตอนการใช้ถุงตวงเลือด

1. ในระยะคลอดหากไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ เมื่อเข้าสู่ระยะแบ่งคลอด หลังปูผ้ารองกันเสริญำถุงตวงเลือด Alert safety bag สอดใต้ก้นของมารดาคลอด (โดยใช้มือสอดเข้าช่องสอดมือของถุงและตลบถุงสำหรับใส่ก๊อส์ที่ติดอยู่กับปากถุงรองเลือดด้านนอกขึ้น

เพื่อให้ปากถุงปิดสนิทและป้องกันน้ำคร่ำไหลเข้าไปในถุง

2. ตัดฝีเย็บตามความจำเป็นของผู้คลอดแต่ละรายเมื่อทารกคลอดออกมาทั้งตัวและร้องเสียงดังดีแล้วให้ดึงถุงใส่ก๊อสดึงมาจากด้านบนและอำปากถุงออกเล็กน้อย เพื่อรองเลือดขณะรกหลุดตัว จากนั้นจึงหนีบ

และตัดสายสะดือ เลือดที่ออกจากการลอกตัวของรก จะไหลลงสู่ถุงตวงเลือดที่รองอยู่ใต้กันของผู้คลอดทั้งหมดเมื่อรกหลุดตัวสมบูรณ์แล้ว ทำคลอดรก เลือดที่ออกมาขณะทำคลอดรกจะไหลลงสู่ถุงตวงเลือดที่รองรับไว้เช่นเดียวกัน (รูปที่3)



รูปที่ 3 ลักษณะการใช้ถุงตวงเลือด Alert safety bag

3. เมื่อทำคลอดรกสมบูรณ์แล้วตัดเตี๋ยและรวบผ้ารองกันพร้อมถุงตวงเลือดหย่อนลงด้านล่างรวบชายผ้ารองกันด้านล่างลงในถังที่เตรียมไว้รองผ้า

4. ก่อนทำการ flush perineum ให้ตลบถุงใส่ก๊อสดึงขึ้นด้านบนเพื่อทำการปิดปากถุงอีกครั้งป้องกันน้ำยาทำความสะอาดช่องคลอดไหลลงในถุงเมื่อ flush เสร็จดึงถุงใส่ก๊อสดึงมาเพื่อเปิดปากถุงให้อ้าออกเพื่อให้เลือดไหลลงถุงได้เหมือนเดิมปูผ้ารองกันสำหรับเย็บแผลทับผ้ารองกันผืนแรกโดยสอดเข้าไปใต้ถุงตวงเลือดถ้าผ้ารองกันผืนแรกเปียกหรือเปื้อนมากอาจรวบลงในถังผ้าได้

5.เย็บแผลฝีเย็บตามขั้นตอนและในขณะที่ยังทำการเย็บแผลฝีเย็บเลือดที่ไหลออกจากช่องคลอดจะไหลลงไปที่ถุงตวงเลือดอีกครั้งในขณะที่ทำการเย็บแผลฝีเย็บเลือดที่ไหลออกจากช่องคลอดจะไหลลงถุงตวงเลือดพยาบาลผู้ทำคลอดจะสามารถมองเห็นเลือดที่สูญเสียไปในระหว่างคลอดได้ตลอดเวลาและกรณีที่เลือดในถุงมีปริมาณถุง300 ซีซีให้ทำการ Alert PPH ตาม CPG Alert PPH โดยในขั้นตอนแรกดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำได้แก่ 0.9 % NSS 1000 ml ด้วยเข็ม No.18 และหาสาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดจาก 4 Ts และดูแลรักษาตามขั้นตอนทันทีดังรูปที่ 4



รูปที่ 4CPG Alert PPH

เมื่อเย็บแผลฝีเย็บเสร็จทำการคลึงมดลูก และคลั่นเลือดในโพรงมดลูกเลือดก็จะไหลลงในถุงตวงเลือดสำหรับ ก้อนสาลีที่ใช้ซับเลือดขณะเย็บแผลฝีเย็บก็ทิ้งแยกลงในถุงใส่ก้อนเพื่อสามารถคำนวณปริมาณเลือดที่สูญเสียไปรวมกันได้เมื่อเสร็จกระบวนการเย็บแผล หรือกรณีที่มาตามีเลือดออกมากกว่า 300 ซีซีหรือมีภาวะตกเลือดให้ การดูแลตามแนวปฏิบัติตาม CPG Alert PPH ตาม ขั้นตอนพยาบาลผู้ทำคลอดบันทึกปริมาณเลือดโดย ดูปริมาณจากถุงตวงเลือดตามสเกลที่ได้บันทึก ข้อมูลการคลอดและการดูแลในรายงานการคลอด

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1.สถิติเชิงพรรณนา เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่าง การส่งต่อผู้ป่วยระยะเวลารอนอน โรงพยาบาลของมารดาหลังคลอด มารดาที่ได้รับการดูแลแบบตื่นตัว (Alert PPH) และมารดาที่มี

ภาวะตกเลือดหลังคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม และความพึงพอใจของผู้ให้บริการด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.สถิติเชิงอนุมาน เพื่อเปรียบเทียบปริมาณ การสูญเสียเลือดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุมด้วยสถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-34 ปี ร้อยละ 68.42และ71.05 ตามลำดับ โดยกลุ่มทดลองมีอายุ เฉลี่ยเท่ากับ 26.15 ± 6.52 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ มี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 24.44 ± 6.68 จบการศึกษาระดับ มัธยมศึกษา ร้อยละ65.78 และ 42.10 ตามลำดับ และประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 47.36 และ 63.15 ตามลำดับ ทั้งนี้กลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ

2. เปรียบเทียบปริมาณเลือดที่ได้จากการ ตวงเลือดด้วยเหยือกตวงเลือดแบบเดิมกับการใช้ ถุงตวงเลือดAlert safety bag พบว่า ปริมาณ เลือดที่สูญเสียไปที่ได้จากการตวงเลือดด้วยเหยือก ตวงเลือด เฉลี่ยเท่ากับ 199.21 ± 98.34 มิลลิลิตร ปริมาณเลือดที่ได้จากการใช้ถุงตวงเลือด Alert safety bag เฉลี่ยเท่ากับ 260.52 ± 68.33 มิลลิลิตร โดยพบว่า ปริมาณเลือดที่ได้จากการใช้เหยือกตวง เลือดน้อยกว่าปริมาณเลือดที่ได้จากตวงเลือดจาก ถุงตวงเลือด Alert safety bag อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของปริมาณเลือดที่สูญเสียไปที่ได้จากการตวงเลือดของมารดาหลังคลอด

กลุ่มตัวอย่าง	ปริมาณเลือดที่ได้จากการตวงเลือด (มิลลิลิตร)				t-test	p-value
	Min	Max	Mean	S.D.		
กลุ่มทดลอง	150	500	260.52	68.33	3.159	.002 *
กลุ่มควบคุม	100	700	199.21	98.34		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.05$

3. สัดส่วนมารดาที่ได้รับการดูแลแบบต้นตัว (Alert PPH) ในมารดาคลอดที่มีการสูญเสียปริมาณเลือด มากกว่า 300 มิลลิลิตรขึ้นไป เริ่มให้การป้องกันและดูแลตามแนวทาง CPG Alert PPH เพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดที่จะเกิดขึ้นได้ โดยพบว่าในกลุ่มทดลองใช้ถุงตวงเลือด Alert safety bag ทำให้ตวงเลือดได้มากกว่าและเห็นปริมาณเลือดได้ชัดเจน ร้อยละ 36.84 ของมารดาคลอดทั้งหมด จึงเริ่มทำการ Alert PPH ได้รวดเร็วและในจำนวนนี้ มีมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดจำนวน 2 ราย ส่วนในกลุ่มควบคุมมารดาที่ได้รับการดูแลแบบ Alert PPH ร้อยละ 28.57 และมีจำนวนมารดาที่ตกเลือดหลังคลอดทั้งหมด 3 ราย

4. ระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ยของมารดาหลังคลอด กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย (2.00 ± 0.00 วัน) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม (2.05 ± 0.32 วัน) แต่ในกลุ่มทดลองไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด แต่ในกลุ่มควบคุมมีมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดจำนวน 1 รายนอนโรงพยาบาลสูงสุดนาน 4 วัน

5. ความพึงพอใจ พบว่าผู้ให้บริการที่ใช้ถุงตวงเลือด Alert safety bag ร่วมกับการใช้ CPG Alert PPH มีความพึงพอใจมากที่สุดในเรื่องการใช้

ถุงตวงเลือดไม่เป็นการเพิ่มขั้นตอนการทำงานร้อยละ 90.9 รองลงมาคือ การใช้ถุงตวงเลือดทำให้สามารถเริ่มต้นการใช้ Alert PPH ได้รวดเร็วทันท่วงทีและการใช้ถุงตวงเลือดยังมีประโยชน์ในการลดปริมาณผ้าเปื้อนเลือดและประหยัดน้ำยาซักผ้าเปื้อนได้อีกด้วย มากที่สุดร้อยละ 81.1 ถุงตวงเลือดใช้ง่ายสะดวกต่อการใช้งานมากที่สุด ร้อยละ 72.8 การใช้ถุงตวงเลือดทำให้สามารถวินิจฉัยภาวะตกเลือดหลังคลอดได้รวดเร็วแม่นยำมากยิ่งขึ้นมากที่สุด ร้อยละ 63.6 และโดยภาพรวมผู้ให้บริการมีความพึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 100 โดยไม่มีผู้ที่มีระดับความพึงพอใจระดับปานกลางถึงระดับน้อยที่สุด

การอภิปรายผล

การใช้ถุงตวงเลือด Alert safety bag สามารถตวงปริมาณเลือดได้มากกว่าการใช้เหยือกตวงเลือดแบบเดิม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เพราะเนื่องจากการตวงเลือดแบบเดิมใช้กระดาดรองกันมารดาเพื่อรองรับเลือด บางครั้งกระดาดขาด เปื้อน ยุ่ยก่อน เลือดส่วนใหญ่จะรั่วไหลซึมไปกับผ้าก่อนที่จะเสร็จสิ้นกระบวนการคลอด จึงจะได้เทกระดาดที่มีเลือดลงในเหยือกเพื่อตวงอีกครั้ง ทำให้ปริมาณเลือดน้อย

กว่าความเป็นจริง สอดคล้องกับการศึกษาหลายการศึกษา ที่พบว่าการประเมินการสูญเสียเลือดหลังคลอดด้วยตามเปล่าหรือไม่มีเครื่องมือที่ชัดเจนจะได้ปริมาณเลือดที่สูญเสียไปน้อยกว่าการประเมินด้วยถุงตวงเลือดแบบต่างๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (รสสุคนธ์และสร้อย, 2558, Schorn MN, 2010) รวมทั้งทักษะการประเมินปริมาณเลือดที่สูญเสียไปของบุคลากรทางการแพทย์แต่ละคนก็มีความแตกต่างกัน (Farideh, A., & Vida, T. B., 2013) และในการใช้ถุงตวงเลือด Alert safety bag ที่มีสเกลบอกปริมาณเลือดที่สูญเสียไปและเมื่อเลือดไหลลงไปในกลุ่มจะสามารถมองเห็นได้ชัดเจน เมื่อมีปริมาณเลือดถึง 300 ซีซี จะให้การให้การดูแลแบบตื่นตัว (Alert PPH) ไว้ก่อน เป็นการเฝ้าระวัง ทั้งเพื่อเป็นการป้องกันและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดตามแนวทางปฏิบัติซึ่งในแต่ละขั้นตอนของการปฏิบัติ ก็ได้ผ่านการทบทวนโดยหลักฐานเชิงประจักษ์รวมทั้งจากผู้เชี่ยวชาญมาแล้วว่า เป็นการป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอด โดยในการศึกษาพบว่าในกลุ่มทดลองมีการตวงเลือดได้ถึง 300 ซีซี มากกว่ากลุ่มควบคุม มีจำนวน 14 รายคิดเป็นร้อยละ 36.8 และพบอัตราการตกเลือดร้อยละ 5.26 ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ที่พบว่าการดูแลแบบตื่นตัวน้อยกว่าเนื่องจากตวงเลือดได้ถึง 300 ซีซีน้อยกว่าทั้งหมดจำนวนแค่ 2 รายคิดเป็นร้อยละ 5.26 และพบอัตราการตกเลือดสูงกว่า มีจำนวน 3 รายคิดเป็นร้อยละ 7.89 ซึ่งพบว่าการตวงเลือดจากเหยือกตวงเลือดแบบเดิมต้องรอให้กระบวนการคลอดเสร็จสิ้นจึงสามารถตวงเลือดและบอกปริมาณเลือดได้ทำให้เกิดความล่าช้าในการเริ่มให้การดูแลรักษาสอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่าส่วนใหญ่ การเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดจะสัมพันธ์

กับการคาดคะเนปริมาณเลือดที่สูญเสียต่ำกว่าความเป็นจริง (Boss P, Regan F, Paterson BS., 2006) เมื่อวิเคราะห์สาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดทั้ง 5 รายตามหลัก 4Ts พบว่า 3 รายในกลุ่มควบคุมเกิดจากสาเหตุมดลูกหดตัวไม่ดี จำนวน 2 รายและอีก 1 ราย มารดามีภาวะรกค้าง (Tissue) ต้องได้รับการล้วงรกในห้องคลอด รวมทั้งการคลอดยากเนื่องจากทารกตัวโตน้ำหนักทารกแรกเกิด 3,600 กรัมและในกลุ่มทดลอง จำนวน 2 รายที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดเกิดจากสาเหตุมดลูกหดตัวไม่ดีและมีภาวะโลหิตจางร่วมด้วย แต่ได้รับการดูแลแบบตื่นตัว (Alert PPH) ทั้ง 2 ราย จึงทำให้ได้รับการรักษาเร็ว ทันทีที่และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา

ข้อจำกัดของการวิจัยครั้งนี้คือ ปริมาณเลือดที่ได้จากถุงตวงเลือด Alert safety bag ได้จากเลือดหลังจากทารกคลอดแล้ว ซึ่งเป็นเลือดจากการลอกตัวของรกและขณะเย็บแผลเท่านั้น ไม่ได้รวมเลือดที่ได้จากการฉีกขาดหรือการตัดฝีเย็บก่อนทารกคลอด

จุดเด่นของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ ถุงตวงเลือด Alert safety bag สามารถประดิษฐ์ขึ้นได้เองจากถุงใบเดียว และทำให้มีที่รองเลือด ที่ใส่ก๊อสนี้ เป็นที่รองกัน และมีที่สอดมือเวลารองกันมารดาได้ด้วยมีต้นทุนการผลิตน้อย สามารถทำได้เองได้ง่ายและยังสามารถคัดกรองและให้การช่วยเหลือผู้คลอดได้ทันที จำนวน 14 รายที่เริ่มมีการเสียเลือดมากกว่า 300 ซีซี และผู้คลอดได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติ การป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอด (CPG Alert PPH) ซึ่งเป็นการป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะตกเลือดหลังคลอดตามแนวทางที่ผู้เชี่ยวชาญในเขตบริการสุขภาพที่ 10 ได้วางแผนทางปฏิบัติร่วมกันไว้แล้วและผู้คลอด

ทุกรายไม่ต้องส่งต่อการรักษา ทำให้ผู้คลอดปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อนและไม่ต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำถุงตวงเลือด Alert safety bag ไปใช้ ร่วมกับการให้ CPG Alert PPH ในทุกรายของการคลอดทางช่องคลอดเพื่อช่วยในการวินิจฉัยและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกได้รวดเร็วทันเหตุการณ์

2. ควรมีการเผยแพร่ให้กับหน่วยงานห้องคลอดในเครือข่ายในเขตบริการสุขภาพที่ 10 และในส่วนที่เกี่ยวข้องอื่นๆต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาผลการใช้ถุงตวงเลือด Alert safety bag รองเลือดตั้งแต่เริ่มตัดฝีเย็บจนกระทั่งเย็บแผลฝีเย็บเสร็จ โดยปิดและเปิดปากถุงเป็นระยะๆ เพื่อป้องกันน้ำคร่ำและน้ำยาทำความสะอาดไหลลงถุง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์วิษณุ ทาวิวงศ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชานุมานผศ.ดร.ณณีย์ สวัสดิ์โชติอาจารย์ประจำภาควิชาสูติศาสตร์และสูติศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครพนม ดร. ประเสริฐ ประสมรักษ์ ประธานกรรมการหลักสูตรโครงการจัดตั้งวิทยาเขตอำนาจเจริญ มหาวิทยาลัยมหิดลและนางแคทรียา รัตนเทวะเนตรและคณะ งานวิจัยและพัฒนา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ

เอกสารอ้างอิง

- พรปวีณ์ อธิธัญชัยพงษ์. (บรรณาธิการ).(2557). คู่มือเวชปฏิบัติการคลอดมาตรฐาน.พิมพ์ครั้งที่3 (ปรับปรุงครั้งที่2)
- พัทตร์วิไลศรีแสง. (2555). ภาวะตกเลือดหลังคลอด (Postpartum Hemorrhage).การจัดการความเสี่ยงทางการผดุงครรภ์ในการประชุมวิชาการจัดโดยสาขาการผดุงครรภ์ขั้นสูง.คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.(หน้า70-74).หจก.โรงพิมพ์คลังนานาวิทยาขอนแก่น.
- พัชรินทร์ นภามาศ. (2553). อัตราความสำเร็จของการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดด้วยวิธีActive management of Third stage of labor ในโรงพยาบาลหนองหานจังหวัดอุดรธานี. (37-40).
- รสสุคนธ์ จันทร์ดาประดิษฐ์ และ สร้อย อนุสรณ์ธิกุล (2558). ประสิทธิภาพของการใช้ถุงพลาสติกแผ่นฟิล์มวัดปริมาณการสูญเสียเลือดหลังคลอด .ศรีนครินทร์เวชสาร, ปีที่ 30 เล่ม 3 หน้า 270-275
- วันชัย จันทราพิทักษ์และคณะ(2557).นวัตกรรมเพื่อการรักษาและป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด.วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์,ปีที่10 (ฉบับที่1), 45-52.
- ศุกล รัตนชาญวิรัตน์. (2555). Update postpartum Hemorrhage: labor management at Khonkaen hospital.
- สุจิตคุณ ประดิษฐ์.(2555). การตกเลือดหลังคลอด.ในถวัลย์ รัตน์ศิริ, จิตติมา สุนทรสัจและสมศักดิ์ สุทัศน์วร วุฒิ.(บรรณาธิการ).สูติศาสตร์ฉุกเฉิน.(หน้า247-266).(พิมพ์ครั้งที่2).กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.

- Anderson JM, Etches D., (2007). Prevention and management of postpartum hemorrhage. *Am Fam Physician*, 75,(875-882).
- Boss P, Regan F, Paterson BS.,(2006). Improve the accuracy of estimated blood loss at obstetric haemorrhage using clinical reconstructions. *J ObstetGynaecol*.113,(919-24).
- Chang CC, Wang IT, Chen YH, et al. (2011). Anesthetic management as a risk factor for postpartum hemorrhage after cesarean deliveries. *Am J ObstetGynecol*, 205, (1-7).
- Fahy K, Hastie C, Bisites A et al. Holistic physiological care compared with active haemorrhage : A cohort study. *Women and Birth* 2010; 23: 146-152.
- Farideh, A., & Vida, T B., (2013). A study on the effect of Education by Using Simulation on Post partum Visual Blood Loss Estimation. *FMEJ Journal*. 3 (29-34).
- Prata, N., Gerds, C. (2010). Measurement of postpartum blood loss. *BMJ* ,340(555)
- Schorn MN. Measurement of blood loss: review of the literature. *J Midwifery Wom Heal* 2010; 55: (20-27)

รูปแบบการบูรณาการดูแลและเสริมสร้างสุขภาพจิตโดยเครือข่ายชุมชน อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี

The effective of an integrated model of care and enhance mental health
by Community networks. Nongchik district, Pattani Province.

อังคณา วังทอง

Angkana Wangthong

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง อพย. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)

โรงพยาบาลหนองจิก จังหวัดปัตตานี

อนุชิต วังทอง

Anuchit Wangthong

นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ผู้อำนวยการ) โรงพยาบาลหนองจิก จังหวัดปัตตานี

กิตติพัฒน์ ทุตียาสานต์

Kittipat Tutiyaasan

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลหนองจิก จังหวัดปัตตานี

บทคัดย่อ

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) เพื่อศึกษา รูปแบบการบูรณาการการดูแลและเสริมสร้างสุขภาพจิตโดยเครือข่ายชุมชน อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี ด้วยกระบวนการการมีส่วนร่วมแบบเอไอซี (A-I-C) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) เครือข่ายสุขภาพจิตภาครัฐและภาคประชาชน จำนวน 29 คน และ 2) ประชาชนในชุมชน จำนวน 171 คน ประกอบด้วย เด็กและเยาวชนในโรงเรียนที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนใต้ จำนวน 50 คน, ผู้พิการและผู้ดูแล จำนวน 35 คน, ผู้ป่วยจิตเวชและผู้ดูแล จำนวน 31 คน, ผู้สูงอายุที่มีภาวะป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จำนวน 40 คน และครอบครัวผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนใต้ จำนวน 15 ครอบครัว คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบแบบเจาะจงและสมัครใจเข้าร่วมวิจัย ด้วยวิธีการกระบวนการการมีส่วนร่วมแบบเอไอซี (A-I-C) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นตอนการสร้างความรู้ (Appreciation: A) 2) ขั้นตอนการสร้างรูปแบบแนวทางการพัฒนา (Influence: I) และ 3) ขั้นตอนการสร้างรูปแบบแนวทางปฏิบัติ (Control: C) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น โดยวัดความรู้การดูแลและเสริมสร้างสุขภาพจิต (ก่อน-หลัง), ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน และระดับความพึงพอใจ ในการพัฒนารูปแบบการบูรณาการการดูแลและเสริมสร้างสุขภาพจิต ใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ จำนวนและร้อยละ

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการบูรณาการการดูแลและเสริมสร้างสุขภาพจิตโดยเครือข่ายชุมชน อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี ภายหลังได้รับความรู้กลุ่มตัวอย่าง (เฉลี่ยร้อยละ 28.41) มีความรู้การดูแล

เสริมสร้างสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานการดูแลและเสริมสร้างสุขภาพจิต อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 96.99) และมีความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมดูแลและเสริมสร้างสุขภาพจิต อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 95.41)

โดยสรุป รูปแบบการบูรณาการการดูแลและเสริมสร้างสุขภาพจิตโดยเครือข่ายชุมชน อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี มีผลทำให้ระบบการพัฒนามีการเปลี่ยนแปลงขึ้น เกิดเครือข่ายการดูแลและเสริมสร้างสุขภาพจิตของชุมชน เกิดสื่อความรู้ฉบับชาวบ้าน (นวัตกรรม) ที่สอดคล้องกับพื้นที่ จึงเห็นควรนำรูปแบบที่ได้จากการวิจัยนี้ไปประยุกต์ใช้ในชุมชนและกลุ่มตัวอย่างอื่นที่มีลักษณะใกล้เคียงกันต่อไป

คำสำคัญ : รูปแบบการบูรณาการ, การดูแลและเสริมสร้างสุขภาพจิต, เครือข่ายชุมชน

Abstract

This study is a Participatory Action Research (PAR) for studying of the integrated model of care and enhance mental health by community networks in Nong Chik District, Pattani Province. By using of the Appreciation Influence Control process (AIC). The sample consisted of 200 people, divided into 2 groups which are 1) 29 people of mental health networks in the public and public sectors and 2) 171 people in the community, consisting of 50 children and youths in schools affected by the unrest situation in the southern border provinces, 35 people with disabilities and caregivers, 31 psychiatric patients and carers, 40 elderly people with chronic illnesses and 15 families affected by the unrest situation in the southern border provinces. The families selected the sample group by specifying and voluntarily participating in the research. By using the A-I-C engagement process consisting of 3 steps: 1) Steps for creating knowledge (Appreciation: A) 2) Steps for creating an Influence (Influence: I) and 3) Steps for data were collected using a questionnaire that the researcher created (Control: C). By measuring knowledge, care and strengthening mental health (before-after), the level of community participation and the satisfaction level in the integrated model of care and enhance mental health use statistics to analyze data, including Amount and percentage

The results of the research found that the integrated model of care and strengthening of mental health by community networks in Nong Chik District, Pattani Province After gaining knowledge, the sample (Average at 28.41 percent) have more knowledge about care to enhance mental health and community participation in the implementation of care and strengthening of mental health High level (96.99%), and satisfied with the participation in the care and enhance mental health High level (95.41 percent)

In summary, the model of integration of care and strengthening of mental health by community networks in Nong Chik District, Pattani Province. Resulting in the development system to change Create a network of care and strengthen the mental health of the community Create the local knowledge media (innovation) that corresponds to the area Therefore, the model obtained from this research should be applied to the community and other similar samples.

Keywords: Integration model, Mental health care and promotion, Community network

บทนำ

ปัจจุบันพบว่า ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช นับวันจะเพิ่มมากขึ้น และส่งผลกระทบต่อการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ โดยเฉพาะพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องมาตลอด 14 ปี มีการสูญเสียทางร่างกายและส่งผลกระทบทางด้านจิตใจของประชาชนในพื้นที่เป็นอย่างมาก ทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล ความหวาดกลัว หวาดระแวง มีปัญหาสุขภาพจิตตามมา (ดารา การะเกษรและวินิภาญจน์ คงสุวรรณ, 2558) หน้าที่ในการดูแลผู้ที่ปัญหาสุขภาพจิตและกลุ่มเสี่ยงนอกจากครอบครัวผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดแล้ว ชุมชนก็มีบทบาทสำคัญในการแก้ปัญหาในเรื่องสุขภาพจิต

งานจิตเวชและสุขภาพจิต โรงพยาบาลหนองจิก มีนโยบายการทำงานเน้นการดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตเชิงรุก ทั่วถึงในชุมชน จึงต้องมุ่งเน้นการดำเนินการแบบบูรณาการ ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลสุขภาพจิตของประชาชนทุกกลุ่มวัย เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตในชุมชนที่มีอยู่อย่างจำกัด (วริยา จันทรขำ, 2559) เน้นส่งเสริมป้องกันมากกว่าการซ่อมสุขภาพ ถ้าจำเป็นต้องรักษาตัวไว้ในโรงพยาบาล ก็ให้อยู่ในโรงพยาบาลสั้นที่สุด ให้ผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนโดยเร็วและรักษาตัว

ต่อเนื่องที่บ้าน (อรพรรณ ลือบุญธวัช, 2553) จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลจิตเวช ต้องมีบทบาทในการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่เครือข่ายในการให้บริการสุขภาพจิตชุมชนในท้องถิ่นให้มีบริการที่มีประสิทธิภาพ สามารถดูแลสุขภาพจิตได้ตามศักยภาพและเหมาะสม พร้อมมีการประสานงานเพื่อให้เกิดระบบเครือข่ายในการดูแลสุขภาพจิตในชุมชน ภายใต้การบูรณาการทรัพยากรและภารกิจที่มีร่วมกันในชุมชน (วริยา จันทรขำ, 2559) ดังนั้นการปฏิบัติงานแบบบูรณาการ ผสมผสานและให้การดูแลติดตามเสริมสร้างสุขภาพจิตเมื่อผู้ป่วยอยู่ในชุมชนอย่างต่อเนื่อง (วัชรินทร์ วุฒิธรรมาธิ, 2560) เน้นการปรับตัวให้เข้ากับชุมชน วัฒนธรรม บริบทของชุมชน ภายใต้คุณธรรม จริยธรรมและมาตรฐานวิชาชีพ (ฟาริดา, 2546) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีภายใต้สถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนใต้

จากสถานการณ์ปัจจุบัน งานจิตเวชและสุขภาพจิต อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี ได้มีการนำร่องพื้นที่การบูรณาการการดูแลและเสริมสร้างสุขภาพจิต ประกอบด้วย 5 หมู่บ้าน จำนวนประชากร 5,979 คน 4 โรงเรียน มีกลุ่มผู้ป่วยทางจิตจำนวน 31 คน, ผู้พิการ จำนวน 32 คน, ผู้สูงอายุที่มีภาวะป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จำนวน 130 คน, ผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัด

ชายแดนภาคใต้ จำนวน 91 คน (งานเวชระเบียน โรงพยาบาลหนองจิก) ซึ่งจะเห็นได้ว่า ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและกลุ่มเสี่ยงมีจำนวนมากและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ทั้งที่มีการดำเนินการตามนโยบาย ทั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู เพื่อเฝ้าระวัง ป้องกันและลดอัตราป่วย แต่ก็ยังไม่สามารถควบคุมปัญหาด้านสุขภาพจิตได้ ทำให้การดำเนินงานไม่เกิดผลอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด จากการวิจัย พบว่าความร่วมมือของชุมชน ครอบครัวทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพ คือหัวใจหลักและเป็นกลไกขับเคลื่อนที่สำคัญในการแก้ปัญหา อาศัยความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายในการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิต และพบว่า การที่ชุมชนมีความเข้มแข็งช่วยส่งเสริมให้คนในชุมชนมีสุขภาพจิตดีขึ้น และลดปัญหาทางสุขภาพจิตลงได้ (อมราพร สุการและณัฐภูมิ อรินทร์, 2557) โดยเน้นให้ประชาชนและชุมชนตระหนักถึงปัญหา แก้ไขปัญหาโดยตัวของเขาเองตามสภาพพื้นที่ และวิถีชีวิตของชุมชนนั้นๆ ที่มีส่วนช่วยให้การดูแลส่งเสริมสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนประสบความสำเร็จได้ (ศิริลักษณ์ ช่วยดี, โสภณ แสงอ่อน และพัชรินทร์ นินทจันทร์, 2560)

จากแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษารูปแบบการบูรณาการการดูแลและเสริมสร้างสุขภาพจิตโดยเครือข่ายชุมชน อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี เป็นการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน เพราะเห็นว่าการที่จะสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชได้ จะต้องมุ่งเน้นการแก้ปัญหาโดยเปิดโอกาสให้ชุมชนมีส่วนร่วม ให้ประชาชนเป็นจุดศูนย์กลางในการแก้ไขปัญหา เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการระบบ การดำเนินงานให้มีการดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิต

เวชในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษารูปแบบการบูรณาการการดูแลและเสริมสร้างสุขภาพจิตโดยเครือข่ายชุมชน อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี

วิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) เพื่อศึกษารูปแบบการบูรณาการการดูแลและเสริมสร้างสุขภาพจิตโดยเครือข่ายชุมชน อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี ผู้วิจัยได้ใช้แนวทางและกระบวนการมีส่วนร่วมเอไอซี (A-I-C: Appreciation-Influence-Control) โดยใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Mind Map® & AIC for Participatory Planning) เรียบเรียงโดยเกสักร ประชาธรรม แสนภักดี (2550) ดำเนินการ 3 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นตอนการสร้างความรู้ (Appreciation : A) ได้แก่ A1 : การวิเคราะห์สภาพการของหมู่บ้าน/ชุมชน/ตำบลในปัจจุบัน A2 : การกำหนดวางแผนรูปแบบการบูรณาการการดูแลและเสริมสร้างสุขภาพจิต 2) ขั้นตอนปฏิบัติการสร้างรูปแบบแนวทางการพัฒนา (Influence : I) ได้แก่ I1 : การคิด/จัดทำรูปแบบการบูรณาการการดูแลและเสริมสร้างสุขภาพจิต I2 : การจัดลำดับความสำคัญของการปฏิบัติ/พัฒนาศักยภาพทีม/นำรูปแบบรูปแบบการบูรณาการการดูแลและเสริมสร้างสุขภาพจิตสู่การปฏิบัติในพื้นที่นำร่อง และ 3) ขั้นตอนการบูรณาการและสะท้อนผล (Control : C) ได้แก่ C1 : รูปแบบการ บูรณาการและการกำหนดบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบ C2 : การตกลงใจในรายละเอียดของ

รูปแบบการบูรณาการการดูแลและเสริมสร้างสุขภาพจิต ดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติ เก็บข้อมูล (Observing) ประเมินผล และสะท้อนผล (Reflecting) เพื่อศึกษาความรู้ ความร่วมมือ การร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมสะท้อนผล ร่วมวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานและวางแผนในการพัฒนาครั้งต่อไป ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาในพื้นที่นำร่องของอำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี ในปีงบประมาณ 2561

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรได้แก่ เครือข่ายสุขภาพจิตภาครัฐและภาคประชาชน, เด็กและเยาวชนในโรงเรียนที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนใต้, ผู้พิการและผู้ดูแล, ผู้ป่วยทางจิตและผู้ดูแล, ผู้สูงอายุที่มีภาวะป่วยด้วยโรคเรื้อรัง, ครอบครัวผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนใต้ และผู้แทนชุมชน 5 หมู่บ้าน

2. กลุ่มตัวอย่าง การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยใช้ความสนใจในการเข้าร่วมโครงการ ประกอบด้วย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) เครือข่ายสุขภาพจิตภาครัฐและภาคประชาชน จำนวน 29 คน และ 2) ประชาชนในชุมชน จำนวน 171 คน ประกอบด้วย เด็กและเยาวชนในโรงเรียนที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนใต้ จำนวน 50 คน, ผู้พิการและผู้ดูแล จำนวน 35 คน, ผู้ป่วยจิตเวชและผู้ดูแล จำนวน 31 คน, ผู้สูงอายุที่มีภาวะป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จำนวน 40 คน และครอบครัวผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนใต้ จำนวน 15 ครอบครัว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. รูปแบบการบูรณาการการดูแลและเสริมสร้างสุขภาพจิตโดยเครือข่ายชุมชน อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี ด้วยกระบวนการการมีส่วนร่วมเอไอซี (A-I-C: Appreciation-Influence-Control

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเพื่อวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลและเสริมสร้างสุขภาพจิต เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไป จำนวน 5 ข้อ 2) แบบทดสอบความรู้ด้านการดูแลและเสริมสร้างสุขภาพจิต จำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 10 คะแนน ซึ่งการแปลผลคะแนนจะนำมาคิดเป็นร้อยละ 3) แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของประชาชนในการค้นหาปัญหา การวิเคราะห์ปัญหา การวางแผนแก้ไข ปัญหา การร่วมดำเนินการตามแผน การมีส่วนร่วมติดตามและประเมินผล วัดผล 3 ระดับ (มาก ปานกลาง น้อย)

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความพึงพอใจในการเข้าร่วมวิจัย

ขั้นตอนและวิธีการ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามลงไปในพื้นที่จริง ซึ่งผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติแบบเฉพาะเจาะจงและสนใจในการเข้าร่วมวิจัย โดยดำเนินการตามกระบวนการการมีส่วนร่วมเอไอซี (A-I-C: Appreciation-Influence-Control ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นตอนการสร้างความรู้ (Appreciation : A) 2) ขั้นตอนปฏิบัติการสร้างรูปแบบแนวทางการพัฒนา (Influence : I) และ 3) ขั้นตอนการบูรณาการและสะท้อนผล (Control : C) นำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรง ประเมินความเป็นไปได้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3

ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิต, พยาบาลจิตเวช (ปริญญาโท) และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาเวชปฏิบัติครอบครัว และทดสอบรูปแบบการบูรณาการดูแลและเสริมสร้างสุขภาพจิตโดยเครือข่ายชุมชน ไปใช้กับตัวแทนเครือข่ายชุมชน จำนวน 10 คน เพื่อประเมินผลของโปรแกรม และนำรูปแบบการบูรณาการดูแลและเสริมสร้างสุขภาพจิตโดยเครือข่ายชุมชนไปใช้และทำการเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บโดยใช้แบบวัดความรู้การดูแลและเสริมสร้างสุขภาพจิต และแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการพัฒนารูปแบบการบูรณาการดูแลและเสริมสร้างสุขภาพจิต เก็บข้อมูลโดยวัดผลความรู้การดูแลและเสริมสร้างสุขภาพจิต (ก่อน-หลัง), ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน และระดับความพึงพอใจตามรูปแบบการมีส่วนร่วมดูแลและเสริมสร้างสุขภาพจิต

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย จำนวน และร้อยละ

ผลการวิจัย

1. รูปแบบการบูรณาการการดูแลและเสริมสร้างสุขภาพจิตโดยเครือข่ายชุมชน อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี (รูปที่ 1)

2. ความรู้การดูแลและเสริมสร้างสุขภาพจิตระดับการมีส่วนร่วมตามรูปแบบการดูแลและเสริมสร้างสุขภาพจิต และระดับความพึงพอใจตามรูปแบบการบูรณาการการดูแลและเสริมสร้างสุขภาพจิต

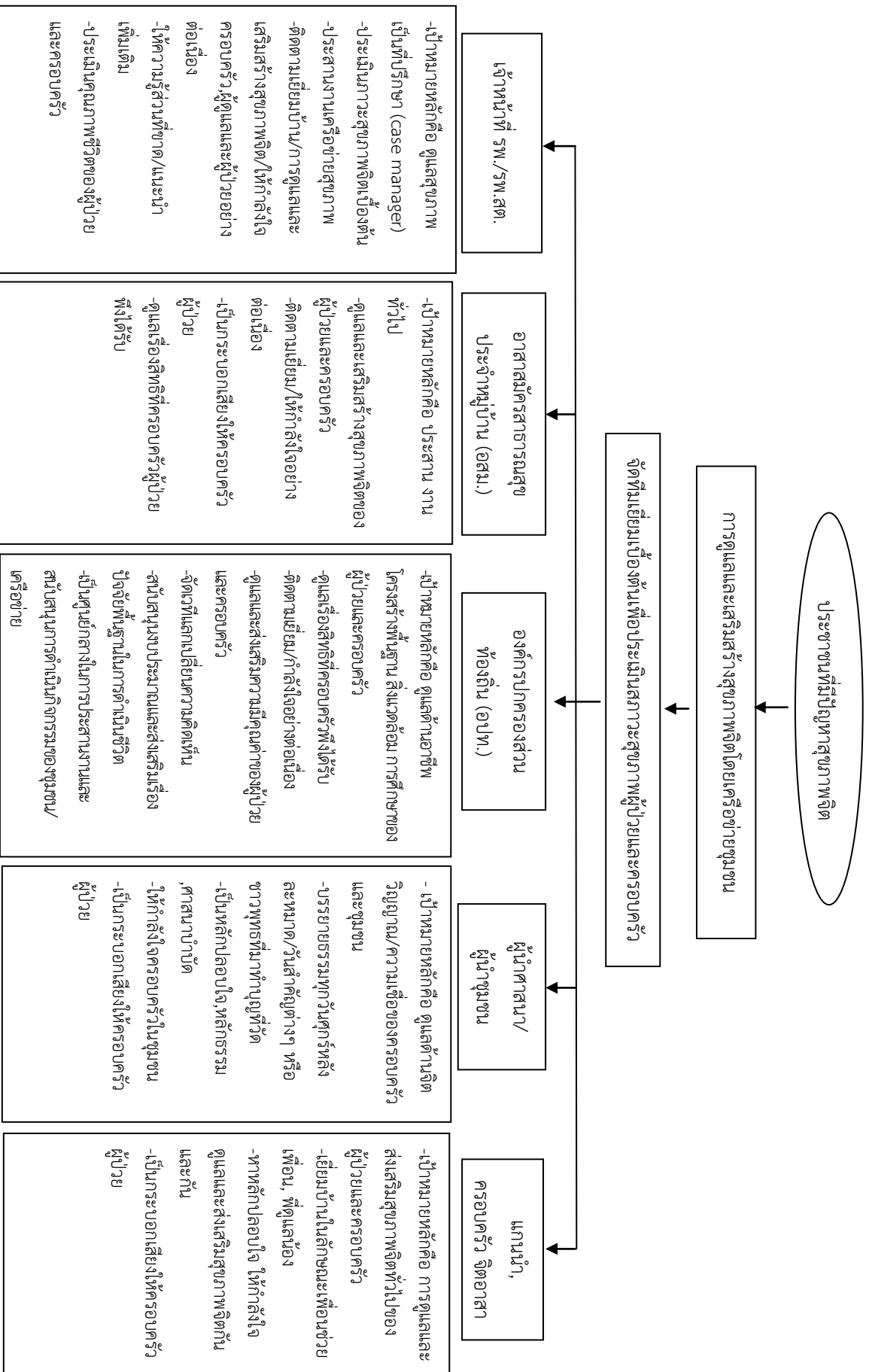
2.1 ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างมีความรู้การดูแลและเสริมสร้างสุขภาพจิต กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านการดูแลและเสริมสร้างสุขภาพจิต

พบว่า ก่อนให้ความรู้ ผู้สูงอายุที่มีภาวะป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีความรู้ที่น้อยที่สุด (ร้อยละ 32.30) และครอบครัวผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนใต้ มีความรู้มากที่สุด (ร้อยละ 99.09) หลังให้ความรู้กลุ่มเป้าหมายมีความรู้เพิ่มขึ้นทุกกลุ่ม

2.2 ระดับการมีส่วนร่วมตามรูปแบบการดูแลและเสริมสร้างสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 96.99) รองลงมาอยู่ระดับปานกลาง (ร้อยละ 3.01) กลุ่มตัวอย่างที่มีส่วนร่วมมากที่สุด คือ ครอบครัวผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนใต้ (ร้อยละ 99.82) รองลงมา คือ ผู้พิการและผู้ดูแล (ร้อยละ 98.67) กลุ่มตัวอย่างที่มีส่วนร่วมน้อยที่สุดกว่ากลุ่มตัวอย่างอื่น คือ เด็กและเยาวชนโรงเรียนได้รับผลกระทบ 3 จังหวัดชายแดนใต้ (ร้อยละ 92.43)

2.3 ระดับความพึงพอใจตามรูปแบบการบูรณาการการดูแลและเสริมสร้างสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 95.41) รองลงมาอยู่ระดับปานกลาง (ร้อยละ 4.59) กลุ่มตัวอย่างที่มีความพึงพอใจของการมีส่วนร่วมมากที่สุด คือ ครอบครัวผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนใต้ (ร้อยละ 99.12) รองลงมา คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (ร้อยละ 97.50) กลุ่มตัวอย่างความพึงพอใจของการมีส่วนร่วมน้อยที่สุดกว่ากลุ่มตัวอย่างอื่น คือ เด็กและเยาวชนโรงเรียนได้รับผลกระทบ 3 จังหวัดชายแดนใต้ (ร้อยละ 89.86)

รูปที่ 1 รูปแบบการบูรณาการการดูแลสุขภาพจิตและเสริมสร้างสุขภาพจิตโดยเครือข่ายชุมชน อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี



ที่ปรึกษาหลัก: นายอำเภอหนองจิก, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองจิก, ผู้อำนวยการศูนย์อำเภอหนองจิก และกลุ่มงานจิตเวชและสุขภาพจิต โรงพยาบาลหนองจิก

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) เพื่อศึกษารูปแบบการบูรณาการการดูแลและเสริมสร้างสุขภาพจิตโดยเครือข่ายชุมชน อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี พบว่า รูปแบบการบูรณาการการดูแลและเสริมสร้างสุขภาพจิตโดยเครือข่ายชุมชน อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี (เอกสารแนบ 1) ด้วยกระบวนการการมีส่วนร่วมแบบเอไอซี (A-I-C: Appreciation-Influence-Control) กลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่มมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น (จากร้อยละ 32-99 เป็น 86-99) ส่วนใหญ่ร้อยละ 90 ขึ้นไป การมีส่วนร่วมและมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นว่า รูปแบบการบูรณาการการดูแลและเสริมสร้างสุขภาพจิตโดยเครือข่ายชุมชน ด้วยกระบวนการการมีส่วนร่วมแบบเอไอซี (A-I-C) เป็นกระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการที่มีการระดมพลังสมอง พลังความคิดสร้างสรรค์ของสมาชิกในชุมชน เพื่อนำไปใช้ในการแก้ปัญหาและพัฒนาเชิงสร้างสรรค์อย่างเป็นขั้นตอน (ศศิวิมล จุลศิลป์, 2553) สามารถสร้างความตระหนัก และความเข้าใจต่อสภาพปัญหาได้อย่างชัดเจน ร่วมพัฒนาชุมชน โดยทุกภาคส่วนเกิดการบูรณาการการดำเนินงานร่วมกันอย่างกลมกลืน (สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2560) มีส่วนร่วมขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตแบบองค์รวม และสอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการที่สำคัญของพื้นที่ เน้นให้เครือข่ายต่างๆ ในอำเภอเดียวกันร่วมมือในการดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างครบวงจร เปิดโอกาสให้บุคคล และผู้แทนของกลุ่มองค์กรต่างๆ ที่อยู่ในชุมชน ท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมรับผิดชอบในการกำหนดทิศทางในการพัฒนาชุมชน ร่วมตัดสินใจอนาคตของชุมชน ร่วมดำเนินกิจกรรมการพัฒนา ร่วมสร้างความ

เข้าใจในการดำเนินงาน เกิดการยอมรับและร่วมรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้น เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ และเกิดความภาคภูมิใจในผลงานที่ตนมีส่วนร่วม กระบวนการพัฒนาชุมชน เกิดความต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดความสำเร็จสูงบนพื้นฐานของสถานการณ์ในแต่ละอำเภอที่มีความแตกต่างกัน นำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

นอกจากนี้ การที่กลุ่มตัวอย่างมีผลคะแนนที่เพิ่มขึ้น อาจเนื่องมาจากการมีสื่อการเรียนรู้ในลักษณะต่างๆ และเป็นสื่อที่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน ซึ่งตามหลักการเรียนรู้ เชื่อว่าการเรียนรู้จะเกิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากมีเนื้อหาที่สอดคล้องกับสภาพปัญหา และความต้องการอย่างแท้จริง ซึ่งกระบวนการจัดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงในเชิงลึก ทั้งด้านพื้นฐานความคิด ความรู้สึก การกระทำ สอดคล้องกับสภาพปัญหา และความต้องการของผู้เรียนร่วมกัน เป็นการกระตุ้นการพัฒนาตนเอง และสร้างสมรรถนะที่ดีขึ้นตามลำดับ โดยมีรูปแบบการบูรณาการดูแลและเสริมสร้างสุขภาพจิต อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี ที่เป็นขั้นตอนหลักในการเรียนรู้ในการเปลี่ยนแปลงเข้ามาส่งเสริมและร่วมพัฒนากระบวนการสำรวจความต้องการ สร้างความรู้ความเข้าใจ มีการติดตาม ประเมิน ส่งผลถึงความสัมพันธ์อันดีระหว่างชุมชน (ศิริลักษณ์ ช่วยดี, โสภณ แสงอ่อน และพัชรินทร์ นินทจันทร์, 2560) และยังสอดคล้องกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (participatory learning) ที่เป็นการเรียนรู้ในการพัฒนาบุคคลในชุมชน ทั้งด้านความรู้ ทักษะ และทักษะได้เป็นอย่างดี จะสามารถใช้ประสบการณ์ของตนเองให้เกิดประโยชน์สูงสุด หรือแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ตลอดจนทดลองใช้ความรู้ที่มีไปสู่การปฏิบัติได้นั้น ต้องผ่านกระบวนการกลุ่ม ฉะนั้น

การให้ชุมชนได้ทำงานเป็นกลุ่ม จะทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกัน และช่วยกันทำงานให้บรรลุผลสำเร็จได้ด้วยดี (นุศริน โกสีย์วงศานนท์, สุคนธ์ ไขแก้วและเบญจวรรณ พุทธิอังกูร, 2561) จากการนำรูปแบบการบูรณาการการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพจิตโดยเครือข่ายชุมชน อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี ไปใช้ในการดูแลส่งเสริมอบรมให้ประชาชนมีความรู้ สร้างความเข้าใจให้กลุ่มตัวอย่างมีการปรับตัว สามารถลดอัตราเสี่ยงและความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของกันนิษฐา มาเต็ม และพัฒน์ ศรีโอษฐ์ (2555) ศึกษาเรื่องประสิทธิภาพของการประยุกต์ใช้กระบวนการสร้างความรู้ สร้างแนวทางการพัฒนาและสร้างแนวทางปฏิบัติ (AIC) ต่อความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ต.บ้านเป็ด อ.เมือง จ.ขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า การให้ความรู้โดยการประยุกต์ใช้กระบวนการ AIC ที่มีการปรับความเข้าใจ ให้ความรู้เพิ่มเติม จึงทำให้ประสบความสำเร็จในการเสริมสร้างให้เกิดความรู้ และพฤติกรรมในการดูแลตนเอง อีกทั้งยังส่งเสริมสนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ร่วมปรึกษาหารือ และร่วมกันตัดสินใจหาวิธีการแก้ไขปัญหา เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการเขียนรูปแบบการบูรณาการการดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิตโดยเครือข่ายชุมชนเพื่อการปฏิบัติให้เกิดความเข้าใจตระหนักในความรับผิดชอบ เพิ่มศักยภาพ สามารถดูแลตนเองและครอบครัวได้ และเป็นการกระตุ้นให้เกิดการรวมตัวกันให้เกิดความยั่งยืน สอดคล้องกับการศึกษาของศิริลักษณ์ ช่วยดี, โสภณ แสงอ่อน และพัชรินทร์ นันทจันทร์ (2560) พบว่า การอธิบายทำความเข้าใจ สามารถนำไปใช้และสร้างการมีส่วนร่วม ร่วมคิดวิเคราะห์สภาพปัญหา ค้นหา

สาเหตุของปัญหา ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติ รับผลประโยชน์ร่วมกัน และร่วมประเมินผล อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของวิษณุ ทรายแก้ว, จตุพร ชูจันทร์และภมรรัตน์ สุธรรม (2560) ศึกษาเรื่องพัฒนาการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการป่าชุมชนที่ยั่งยืนของประชาชนบ้านยางโพรง ตำบลปากหมาก อำเภอไชยา จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผลการศึกษาพบว่า ผู้เข้าร่วมประชุมมีความรู้ มีทักษะและความสามารถในการปฏิบัติการพัฒนามีส่วนร่วม มีเจตคติที่ดีต่อการบริหารจัดการที่ยั่งยืนมากขึ้น ดังนั้นจากผลการศึกษาที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้การดูแลและเสริมสร้างสุขภาพจิต ก่อนให้ความรู้ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีความรู้ที่น้อยที่สุด (ร้อยละ 32.30) และครอบครัวผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ มีความรู้มากที่สุด (ร้อยละ 99.09) หลังให้ความรู้กลุ่มเป้าหมายมีความรู้เพิ่มขึ้นทุกกลุ่ม โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีความรู้เพิ่มขึ้นจากเดิมสูงสุด (ร้อยละ 99.25) ส่วนระดับการมีส่วนร่วมในการดูแลและเสริมสร้างสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 96.99) รองลงมาอยู่ระดับปานกลาง (ร้อยละ 3.01) กลุ่มตัวอย่างที่มีส่วนร่วมมากที่สุด คือ ครอบครัวผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนใต้ (ร้อยละ 99.82) รองลงมา คือ ผู้พิการและผู้ดูแล (ร้อยละ 98.67) กลุ่มตัวอย่างที่มีส่วนร่วมน้อยที่สุดกว่ากลุ่มตัวอย่างอื่น คือ เด็กและเยาวชนโรงเรียนได้รับผลกระทบ 3 จังหวัดชายแดนใต้ (ร้อยละ 92.43) และระดับความพึงพอใจของการมีส่วนร่วมดูแลและเสริมสร้างสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 95.41) รองลงมาอยู่ระดับปานกลาง (ร้อยละ 4.59) กลุ่มตัวอย่างที่มี

ความพึงพอใจของการมีส่วนร่วมมากที่สุด คือ ครอบครัวผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนใต้ (ร้อยละ 99.12) รองลงมา คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (ร้อยละ 97.50) กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความพึงพอใจของการมีส่วนร่วมน้อยที่สุดกว่ากลุ่มตัวอย่างอื่น คือ เด็กและเยาวชนโรงเรียนได้รับผลกระทบ 3 จังหวัดชายแดนใต้ (ร้อยละ 89.86)

จากข้อมูลการวิจัยดังกล่าว แสดงให้เห็นว่า รูปแบบการบูรณาการการดูแลและเสริมสร้างสุขภาพจิตโดยเครือข่ายชุมชน ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมแบบเอไอซี (A-I-C) สามารถสร้างความรู้ ความเข้าใจ มองเห็นปัญหา ร่วมตัดสินใจ ร่วมดำเนินการ ร่วมรับผิดชอบ เกิดความพึงพอใจ เกิดการยอมรับ เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ เพื่อให้ผู้ป่วยผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและครอบครัวในชุมชนได้รับการดูแลตามมาตรฐานสู่การพัฒนาที่ยั่งยืนต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. นำสื่อ (เกิดนวัตกรรม) ซึ่งเป็นผลของการพัฒนารูปแบบการบูรณาการการดูแลและเสริมสร้างสุขภาพจิต โดยเครือข่ายชุมชน อำเภอนองจิกมาใช้ เช่น คู่มือการดูแลผู้พิการ (ฉบับชาวบ้าน), สื่อโปสเตอร์สำหรับผู้ดูแล, สื่อและการสื่อสาร เพื่อสร้างจิตสำนึกในครอบครัวให้มีความอบอุ่น (สื่อคุตบะฮ์) ตามหลักศาสนาอิสลาม สอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่ เป็นต้น

2. ขยายรูปแบบการบูรณาการการดูแลและเสริมสร้างสุขภาพจิตโดยเครือข่ายชุมชนที่เน้นการมีส่วนร่วมมากขึ้น

- 2.1 การเข้าถึง โดยขยายความครอบคลุมในการให้บริการฟื้นฟูสุขภาพจิต โดยเครือข่ายชุมชนสามารถ

ดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นได้เองโดยไม่ต้องมาโรงพยาบาล

- 2.2 ทำทะเบียน/แบบประเมินการให้บริการ เพื่อประเมินและวางแผนการให้บริการ ส่งผลให้เกิดประโยชน์ในการวางแผนการรักษาเพิ่มเติม หรือปรับเปลี่ยนรูปแบบการรักษาเดิม โดยเน้นการสร้างบุคคลที่ใกล้ชิดมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลมากกว่าการให้บริการโดยบุคลากรสาธารณสุข (two way communication) เพื่อให้ผู้ใกล้ชิดเห็นถึงความสำคัญ ผู้ป่วยมีความไว้วางใจ และปฏิบัติตนได้ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง

- 2.3 การให้บริการสุขภาพจิตแบบองค์รวม การเยี่ยมบ้านเป็นการดูแล เข้าถึงวิถีชีวิตบริบทของผู้ป่วยอย่างแท้จริง เช่น การปรับสภาพบ้านให้เหมาะสม จัดทำอุปกรณ์เพื่อใช้ในการฟื้นฟูอย่างง่ายและประหยัด เหมาะสมกับสภาพของครอบครัวผู้ป่วย

- 2.4 การช่วยเหลือผู้ป่วยในชุมชน เป็นการเข้าไปฟื้นฟูผู้ป่วยในชุมชน เน้นให้ผู้ป่วย/อสม./ญาติและผู้ดูแล

สามารถนำองค์ความรู้ต่างๆไปประยุกต์ใช้เองได้อย่างถูกต้อง และเน้นการทำงานในเชิงรุก เพื่อให้เกิดการเข้าถึงตามสภาพความเป็นจริงของชุมชน โดยจัดกิจกรรมเพื่อให้ความรู้แก่ญาติ/อสม./บุคคลที่มีหน้าที่ต้องดูแลผู้ป่วย

- 2.5 สร้าง KAP ผู้ป่วย ชุมชน เป็นจุดเริ่มต้นของการดูแลรักษาผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี เห็นถึงคุณค่าในตัวเอง เกิดกำลังใจในการใช้ชีวิต เกิดการเอาใจใส่ดูแลกันอย่างใกล้ชิดและจริงใจมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายอำเภอหนองจิก,
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองจิก, เจ้าหน้าที่
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่อำนวยความสะดวก

สะดวกและ ขอบขอบคุณผู้ป่วย/ครอบครัว/เครือข่าย
ชุมชนที่ได้ร่วมกันพัฒนาระบบการดูแลที่เหมาะสม
จนทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงลงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2556). **คู่มือการดำเนินงานสุขภาพจิตระดับอำเภอ**. กรุงเทพมหานคร: บริษัทปิยอนด์ พับลิชชิง จำกัด.
- กันนิษฐา มาเต็มและพัฒน์ ศรีโอษฐ์. (2555). ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้กระบวนการสร้างความรู้ สร้างแนวทางการพัฒนาและสร้างแนวทางปฏิบัติ (AIC) ต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ต.บ้านเปิด อ.เมือง จ.ขอนแก่น. **วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา**, 18(2): 5-19.
- งานเวชระเบียน โรงพยาบาลหนองจิก. (2561). **ทะเบียนข้อมูลผู้ป่วย โรงพยาบาลหนองจิก จังหวัดปัตตานี**.
- ดารา การเกษรและวินิภาญจน์ คงสุวรรณ. (2558). การพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูภาวะวิกฤตสำหรับสตรีหม้ายที่เผชิญอาการโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญจากสถานการณ์ความรุนแรงชายแดนภาคใต้ประเทศไทย. **วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**, 29(1), 14-26.
- นุศริน โกสีย์วงศานนท์, สุนันท์ ไช้แก้ว และเบญจวรรณ พุทธิอังกูร. (2561). ผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้สึกและทักษะในการปฏิบัติงานของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง สังกัดสำนักงานการแพทย์กรุงเทพมหานคร. **วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์**, 14(1): 25-39.
- ประชาสรรค์ แสนภักดี ประชาสรรค์ แสนภักดี. (2550). **เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม Mind Map& AIC for Participatory Planning**. <http://www.prachasan.com/mindmapknowledge/aic.html>. สืบค้นเมื่อวันที่ 31 ตุลาคม 2562
- ฟาริดา อิบราฮิม. (2546). การตัดสินใจเชิงจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล. **วารสารพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล**, 21(1): 8-16.
- วริยา จันทร์ขำ. (2559). การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน: บทบาทพยาบาลจิตเวช. **วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**, 30(3): 1-9.
- วิชญ์ ทราญแก้ว, จตุพร ชูจันทร์และภมรรัตน์ สุธรรม. (2560). พัฒนาการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการป่าชุมชนที่ยั่งยืนของประชาชนบ้านยางโพง ตำบลปากหมาก อำเภอไชยา จังหวัดสุราษฎร์ธานี. **วารสารราชภัฏสุราษฎร์ธานี**, 4(2): 273-289.
- วัชรินทร์ วุฒิธนฤทธิจันทร์. (2560). การส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. **วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**, 31(1): 41-59.

- ศศิวิมล จุลศิลป์. (2553). การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้จัดการศึกษาตามปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงในสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน: การประยุกต์ใช้กระบวนการเอไอซี. *Suranaree Journal Social Science*. 4(2):17-31.
- ศิริลักษณ์ ช่วยดี, โสภิตา แสงอ่อน และพัชรินทร์ นันทจันทร์. (2560). การศึกษาการปฏิบัติงานด้านจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 31(1): 41-59.
- สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข. (2560). *แนวทางการดำเนินงานสุขภาพจิตในระบบสุขภาพระดับอำเภอ ปีงบประมาณ 2560*. กรุงเทพมหานคร: บริษัทปิยอนด์ พับลิชชิง จำกัด.
- อมราพร สุรการและณัฐวิ อรินทร์. (2557). การดูแลสุขภาพจิต: การมีส่วนร่วมของชุมชน. *วารสารมหาวิทยาลัยศรี-นครินทรวิโรฒ (สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี)*. 6(12): 176-184.
- อรพรรณ ลือบุญวัชชัย. (2553). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

การพัฒนาแนวปฏิบัติชุมชนการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วม
ของ “คุ้มครัวเรือน” และเทคนิค “ การประเมินความชุกของน้ำยุงลายแบบไขว้หมู่บ้าน”
บริบทพื้นที่ ตำบลเหนือ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์

The development of community guidelines for Dengue Fever prevention and
control By the participation of " household worth " and the technique
"Assessing the prevalence of Aedes mosquito larvae crossword" Context of
Nuea Sub-district , Mueang District, Kalasin Province

ชวน อะโนศรี

Chuan Anosri

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตอน

อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์

Thon Health Promoting Hospital,

Mueang District, Kalasin Province

บทคัดย่อ

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติของชุมชนในการการป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยการมีส่วนร่วมของ “ คุ้มครัวเรือน” และเทคนิค “ การประเมินความชุกของน้ำยุงลายแบบไขว้หมู่บ้าน ” รวมทั้งประเมินผลการใช้แนวทางปฏิบัติที่ได้พัฒนาขึ้นดังกล่าว คัดเลือกพื้นที่ศึกษาแบบเจาะจงตามบริบทการปฏิบัติงานของผู้วิจัย กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ได้แก่ ประธานคุ้มครัวเรือนหรือตัวแทน จำนวน 70 คุ้มครัวเรือนละ 1 คน รวม 70 คน เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ โดยใช้แบบสอบถาม แบบทดสอบความรู้ แบบสัมภาษณ์ประเมินการมีส่วนร่วม แบบประเมินความพึงพอใจ และข้อมูลจากการประชุมกลุ่มย่อย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ และสถิติทดสอบ T – test ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์โดย content analysis ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน มีนาคม – ธันวาคม 2561

ผลการวิจัย พบว่า แนวปฏิบัติชุมชนการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยใช้การมีส่วนร่วมของ “ คุ้มครัวเรือน” และเทคนิค “ การประเมินความชุกของน้ำยุงลายแบบไขว้หมู่บ้าน”ที่ได้พัฒนาขึ้นใหม่ ประกอบด้วย ข้อตกลงและขั้นตอนการดำเนินงาน ที่ครอบคลุมทั้งด้านการกำหนดหมายที่ชัดเจนร่วมกัน การร่วมประสานให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อการดำเนินงาน การให้แต่ละคุ้มครัวเรือน จัดตั้งคณะทำงานเพื่อการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ให้ชัดเจน การส่งเสริม / ประสาน ให้มีการประชุมหารือ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับ “ คุ้มครัวเรือน ” การให้แต่ละคุ้มครัวเรือนกำหนดแผนแนวทาง / วิธีการดำเนินงานร่วมกัน ภายในคุ้ม การให้แต่ละคุ้มครัวเรือนแต่งตั้ง อสม. เป็นที่ปรึกษาคู่ครัวเรือน อย่างน้อย 2 คน/คุ้ม การดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ รวมทั้งการร่วมประเมินผลการดำเนินงานตามห้วงเวลา ในส่วนการประเมินความรู้

เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของประธานคุ้มครัวเรือน เปรียบเทียบก่อน – หลังเข้าร่วมโครงการ พบว่า ประธานคุ้มครัวเรือนมีระดับคะแนนความรู้หลังการเข้าร่วมโครงการสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และระดับความพึงพอใจของตัวแทนสมาชิกในคุ้มครัวเรือนที่มีต่อแนวปฏิบัติการป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกแนวใหม่ที่ได้พัฒนาขึ้น พบว่าตัวแทนสมาชิกในคุ้มครัวเรือน มีระดับความพึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 89.64 และระดับปานกลาง ร้อยละ 9.23 การประเมินความซุกของลูกน้ำยุงลายก่อนเข้าร่วมโครงการ มีค่าสูงกว่าภายหลังการเข้าร่วมโครงการ และจากการประเมินความซุกจำนวน 5 ครั้ง พบว่า อัตราความซุกลูกน้ำยุงลายมีแนวโน้มลดลง นอกจากนี้จำนวนและอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ตำบลเหนือ ก่อนเข้าร่วมโครงการ ที่มีจำนวนและอัตราป่วย ที่ค่อนข้างสูงต่อเนื่องทุกปี พบว่าภายหลังการที่ได้เข้าร่วมโครงการ แล้ว จำนวนและอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกดังกล่าว มีแนวโน้มลดลงค่อนข้างชัดเจน

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติชุมชนการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

Abstract

This study is research for development for objective to develop community guidelines for prevention Control of Dengue Fever By the participation of "worth the household" and the technique "to assess the prevalence of Aedes mosquito larvae" and also the evaluation of the use of the developed guidelines Select specific study are as according to the work context of the researcher. The sample group consisted of 70 household heads or representatives, 70 households. By using a questionnaire Knowledge quiz Interview to assess participation Satisfaction assessment form and information from small group meetings .Data were analyzed using descriptive statistics such as percentage and T-test statistics. Qualitative data were analyzed by content analysis. Conducted research during March - December 2018. The results showed that community practices, prevention and control of Dengue Fever by using the participation of the "household worth" and the technique "Assessing the prevalence of Aedes mosquito larvae" that has been developed, consisting of agreements and procedures .Which covers both the definition of clear objectives together Coordination for all sectors to participate in the operation giving . Each household worth Establish a working group for prevention and control of Dengue Fever clearly, promote ,coordinate a meeting to exchange knowledge at the level of "household worth". Each household has a plan for guidelines methods of operation together within the value to have each household's worth, the Health Department should appoint at least 2 households as consultants worth of operations as planned. Including joint assessment of time performance In the assessment of knowledge about engue Fever of the president of the household protection Comparing before-after participation in the program.

It was found that the President of the Household Worth had higher knowledge scores after participating in the program than before participating in the project. Statistically significant difference And the satisfaction level of the household members' worth towards protection guideline. Control the new type of Dengue Fever that has developed. Found that representatives of household members worth the satisfaction level in the highest to highest level is 89.64 percent and 9.23 percent, the assessment of the prevalence of Aedes larvae before participating in the project. Higher than after joining the project and from the prevalence assessment of 5 times, the rate of prevalence of Aedes Aegypti tends to decrease. In addition, the number and the morbidity rate of Dengue Hemorrhagic Fever in the north district before joining the project .With the number and the rate of illness That is quite high continuously every year. Found that after participating in the project Number and rate of illness with said Dengue Fever downward trend is quite obvious.

Keyword: community guidelines for Dengue Fever prevention and control

บทนำ

โรคไข้เลือดออก เป็นโรคติดเชื้อไวรัสเดงกี พบครั้งแรกที่ประเทศฟิลิปปินส์เมื่อปี พ.ศ. 2497 จากนั้นได้แพร่ระบาดมายังประเทศไทยและประเทศต่างๆในเขตร้อนของเอเชีย และอีกต่อมา มีการแพร่ระบาดของโรคเพิ่มมากขึ้นรวมทั้งได้ขยายพื้นที่การระบาดออกไปอย่างกว้างขวาง ปัจจุบันประเทศไทยพบการเกิดและแพร่ระบาดของโรคในทุกภาคและเกือบทุกจังหวัด ซึ่งปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการแพร่ระบาดได้รวดเร็วดังกล่าว ได้แก่ การเพิ่มขึ้นของประชากรและชุมชนเมืองมีมากขึ้น การคมนาคมขนส่งที่สะดวกรวดเร็ว การเพิ่มขึ้นของประชากรยุค โดยเฉพาะยุคลายที่เป็นพาหะนำโรค สำหรับผู้ที่ได้รับเชื้อไข้เลือดออก อาจมีความรุนแรงจนมีภาวะช็อกเกิดขึ้นรวดเร็ว ซึ่งถ้าหากไม่ได้รับการวินิจฉัยหรือรักษาที่ถูกต้อง ทันทีจะทำให้เสียชีวิตอย่างรวดเร็วได้ ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกพบได้ในทุกกลุ่มอายุ แต่ส่วนใหญ่พบในช่วงอายุ 5 – 14 ปี ในระยะ 4 ปีที่ผ่านมา

มามีรายงานพบผู้ป่วยอายุมากกว่า 15 ปี เพิ่มขึ้นมากเป็นร้อยละ 30 โดยพบผู้ป่วยอายุสูงสุด คือ 72 ปี (กระทรวงสาธารณสุข 2546)

สำหรับสถานการณ์การเกิดโรคในเขตพื้นที่ตำบลเหนือ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ ซึ่งเป็นพื้นที่ติดต่อกับพื้นที่เขตเมือง โดยอยู่ห่างจากเขตเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ 8 กิโลเมตร มีการคมนาคมขนส่งติดต่อที่สะดวก รวดเร็ว พบว่าในช่วงเวลา 4 ปีที่ผ่านมา (2557 – 2560) พบผู้ป่วยเกิดขึ้นในพื้นที่คิดเป็น 65.33 52.02 51.91 และ 38.65 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ซึ่งเป็นสถิติข้อมูลอัตราป่วยที่สูงเกินค่ามาตรฐานที่กำหนดจากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นว่าการเกิดและแพร่ระบาดของโรคทุกปี และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นในทุกๆปีเช่นกัน ซึ่งหากเป็นเช่นนี้แสดงว่าประชาชนในเขตพื้นที่ตำบลเหนือ ยังต้องเสี่ยงต่อการเกิดและแพร่ระบาดของโรคอีกต่อไป

ปัจจุบันหลายหน่วยงานได้มีความพยายามที่จะดำเนินการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ให้

ได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ยังพบผู้ป่วยเพิ่มขึ้นในหลายพื้นที่ ซึ่งอาจสะท้อนให้เห็นถึงมาตรการในการป้องกันควบคุมโรคของแต่ละพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตอน ตำบลเหนือ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ ได้เล็งเห็นความสำคัญของมาตรการในการป้องกันควบคุมโรค ที่คาดว่าจะมีประสิทธิภาพเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ที่รับผิดชอบ จึงได้จัดทำโครงการพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยใช้หลักการ การมีส่วนร่วมของ “ คุ่มครัวเรือน ” และเทคนิค “ การประเมินความชุกลูกน้ำยุงลายแบบไขว้หมู่บ้าน ” เป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่งจะได้นำผลการศึกษาไปปรับปรุงและวางแผนการดำเนินงานการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของตำบลเหนือ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ในด้านการดำเนินงานเพื่อการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคในพื้นที่ที่ผ่านมาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตอน ตำบลเหนือ ในฐานะหน่วยงานที่รับผิดชอบ ได้ประสานการดำเนินงานกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการในทุกหมู่บ้านของเขตพื้นที่รับผิดชอบ จำนวน 12 หมู่บ้าน ครอบคลุม 1675 หลังคาเรือน จำนวน 70 คุ่มครัวเรือน ประชากร 7581 คน โดยได้มีการระดมความคิดและประสานความร่วมมือกับหน่วยงานในพื้นที่ อันได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบลเหนือ โรงเรียนในพื้นที่ 4 แห่ง วัด 6 แห่ง ศูนย์สุขภาพชุมชน 12 แห่ง แกนนำชุมชนในทุกหมู่บ้าน องค์กร อสม. รวมทั้งพี่น้องประชาชนในทุกหมู่บ้าน โดยมีวัตถุประสงค์ที่ต้องการให้ประชาชนในทุกหลังคาเรือนได้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพแวดล้อมบริเวณครัวเรือนของตนเองให้สะอาด เป็นระเบียบ ปราศจากแหล่งเพาะพันธุ์ยุง ให้ดำเนินการอย่างต่อเนื่องทุก

สัปดาห์ โดยมีแกนนำ อสม. ในหมู่บ้านเป็นผู้ประสานความร่วมมือในกิจกรรมดังกล่าว รวมทั้งกิจกรรมเพื่อการควบคุมการแพร่ระบาดของโรค อันได้แก่ การพ่นสารเคมีกำจัดยุงลายพาหะ การเฝ้าระวังโรคอย่างต่อเนื่อง ซึ่งถึงแม้จะมีการดำเนินงานในลักษณะดังกล่าว แต่สถานการณ์การเกิดโรคมียังพบการระบาดของโรคในทุกปี ซึ่งจากการประเมินผลการดำเนินงานที่ผ่านมาในเบื้องต้นพบว่า องค์กร อสม. ในแต่ละหมู่บ้านสามารถดำเนินงานในส่วนที่รับผิดชอบได้ แต่การชี้แนะและมอบหมายให้เจ้าของครัวเรือนปฏิบัติเองอย่างต่อเนื่องนั้นยังไม่สามารถทำได้ดีเท่าที่ควร ประชาชนยังมีภาวะหรือพฤติกรรมที่ยังต้องพึงพิง องค์กร อสม. เจ้าหน้าที่ รวมทั้งความช่วยเหลือของหน่วยงานที่เห็นว่าเกี่ยวข้อง ความตระหนักและสำนึกว่าเป็นหน้าที่ของตนเองที่จะต้องให้ความร่วมมือ ดำเนินการเองอย่างต่อเนื่องนั้น ยังต้องประชาสัมพันธ์และพัฒนาอีกต่อไป

การดำเนินงานในปี 2561 นี้

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตอน ในฐานะหน่วยงานผู้ประสานงานในพื้นที่ ร่วมกับกลุ่มแกนนำในชุมชน ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

(อสม.) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาลตำบลเหนือ) ได้จัดให้มีการประชุม ประสานความร่วมมือเพื่อที่จะพัฒนาระดับของการมีส่วนร่วมของประชาชนให้มากยิ่งขึ้น โดยจะเพิ่มองค์กรในชุมชน คือ “ คุ่มครัวเรือน ” ซึ่งจะมีคณะดำเนินงานประจำคุ่ม ได้เข้ามามีบทบาทและประสานงานกับ อสม. ในละแวกคุ่ม ร่วมมือกันเพื่อยกระดับสู่ “ คุ่มครัวเรือนพัฒนาปลอดลูกน้ำยุงลาย ” และจะได้นำเทคนิค “ การประเมินความชุกลูกน้ำยุงลายแบบไขว้หมู่บ้าน ” มาใช้ใน

การประเมินในระดับตำบล ซึ่งถ้าหากสามารถดำเนินการพัฒนาให้ “ คุ่มครัวเรือน ” ทุกคุ่มในทุกหมู่บ้านได้เข้ามามีส่วนร่วมดำเนินงานอย่างจริงจัง พร้อมกับการนำเทคนิคการประเมินความชุกของน้ำยุงลายที่มีประสิทธิภาพ จะทำให้ได้ข้อมูลประกอบการการดำเนินงานที่ครบถ้วน ถูกต้องแม่นยำ มีคุณภาพน่าเชื่อถือแล้ว ก็คาดว่าจะสามารถยกระดับประสิทธิภาพการป้องกัน ควบคุมโรคสู่ “ หมู่บ้านปลอดลูกน้ำยุงลาย ” ลดภัยจากโรคร้ายไข้เลือดออกได้ในที่สุด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติชุมชนการป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยการมีส่วนร่วมของ “ คุ่มครัวเรือน ” และเทคนิค “ การประเมินความชุกของลูกน้ำยุงลายแบบไขว้หมู่บ้าน ”
2. เพื่อศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติชุมชนการป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยการมีส่วนร่วมของ “ คุ่มครัวเรือน ” และเทคนิค “ การประเมินความชุกของลูกน้ำยุงลายแบบไขว้หมู่บ้าน ”

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาและพัฒนา (R&D) โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของ “ คุ่มครัวเรือน ” และนำเทคนิค “ การประเมินความชุกของลูกน้ำยุงลายแบบไขว้หมู่บ้าน ” มาใช้ในการประเมิน

กำหนดพื้นที่ศึกษาแบบเจาะจง บริบทพื้นที่ตำบลเหนือ อำเภอมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 12 หมู่บ้าน 70 คุ่มครัวเรือน ดำเนินการศึกษาในช่วงเดือน มีวิธีดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้

การศึกษาระยะที่ 1 เป็นการศึกษาสภาพปัญหา บริบท ความต้องการและแนวปฏิบัติที่ได้ดำเนินการที่ผ่านมาของการป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออก

ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ ประธานคุ่มครัวเรือนหรือตัวแทน จำนวน 70 คุ่มครัวเรือนๆละ 1 คน รวม 70 คน

รวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ประธานคุ่มครัวเรือนเพื่อให้ทราบสภาพปัญหา ข้อมูลบริบทของพื้นที่ทั่วไป แนวทางปฏิบัติเพื่อการป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออก ที่ผ่านมา ทราบความต้องการแนวทางการปฏิบัติแนวใหม่ที่คาดว่าจะมีประสิทธิภาพมากกว่าแบบเดิม รวมทั้งทราบระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของประธานคุ่มครัวเรือน ก่อนการเข้าร่วมโครงการ (Pre test) โดยใช้แบบทดสอบความรู้

การศึกษาระยะที่ 2 เป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติชุมชนการป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยใช้การมีส่วนร่วมของ “ คุ่มครัวเรือน ” และเทคนิค “ การประเมินความชุกของลูกน้ำยุงลายแบบไขว้หมู่บ้าน ”

ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ ประธานตัวแทนคุ่มครัวเรือนหรือตัวแทน จำนวน 24 คุ่มครัวเรือนๆละ 1 คน รวม 24 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้การการประชุมกลุ่มย่อย (Focus Group) เพื่อระดมความคิดเห็น วิเคราะห์ข้อมูล หาแนวทางเพื่อพัฒนาระดับการมีส่วนร่วมของคุ่มครัวเรือน รวมทั้งวิเคราะห์แนวปฏิบัติพัฒนาให้คุ่มครัวเรือนเข้ามามีบทบาทในการร่วมป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกให้มากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังต้องร่วมกันวิเคราะห์แนวทางปฏิบัติเพื่อลดอัตราความชุกของลูกน้ำยุงลายที่มีประสิทธิภาพ ได้ข้อมูลที่ชัดเจน ถูกต้องแม่นยำ สามารถนำข้อมูลเข้าสู่กระบวนการ

วางแผนเพื่อการป้องกันควบคุมโรคได้อย่างมีคุณภาพ ซึ่งประเด็นแนวคิด/แนวทางปฏิบัติเพื่อลดอัตราความชุกของลูกน้ำยุงลายที่มีประสิทธิภาพ ที่นำเข้าสู่การวิเคราะห์/พิจารณา ได้แก่ “ เทคนิคการประเมินความชุกลูกน้ำยุงลายแบบไขว้หมู่บ้าน ” และนอกจากนี้ ผู้วิจัยยังได้ทำการประเมินระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของประธานคุ้มครัวเรือน

การศึกษาระยะที่ 3 เป็นขั้นตอนการนำแนวปฏิบัติชุมชนการป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ได้พัฒนาขึ้น ไปสู่การปฏิบัติ โดยเป็นขั้นตอนที่ประธานคุ้มครัวเรือนหรือตัวแทน จำนวน 70 คุ้มครัวเรือนละ 1 คน รวม 70 คน นำแนวปฏิบัติที่ได้พัฒนาร่วมกันไปสู่การปฏิบัติในคุ้มครัวเรือนที่รับผิดชอบ โดยร่วมดำเนินการตามข้อกำหนดแนวทางปฏิบัติ และห้วงเวลาที่กำหนด

การศึกษาระยะที่ 4 เป็นการประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ได้พัฒนาขึ้น การศึกษาระยะนี้ เป็นขั้นตอนของการประเมินผลการดำเนินงานหลังจากที่ได้นำแนวปฏิบัติ แนวใหม่ที่ได้พัฒนาขึ้น ไปปฏิบัติแล้ว ซึ่งการประเมินผลการดำเนินงาน จะประเมินใน 4 ประเด็น ดังนี้ 1)การประเมินระดับความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกของประธานคุ้มครัวเรือนหลังการเข้าร่วมโครงการ(post test) เปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมโครงการ(Pretest) ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ ประธานคุ้มครัวเรือนหรือตัวแทน จำนวน 70 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบทดสอบความรู้ 2) การประเมินระดับการมีส่วนร่วมการปฏิบัติป้องกันควบคุมไข้เลือดออกของคุ้มครัวเรือน ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ ประธานคุ้มครัวเรือนหรือตัวแทน จำนวน 70 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินการมีส่วนร่วม 3) การประเมินความพึงพอใจของสมาชิกในคุ้ม

ครัวเรือนที่มีต่อแนวปฏิบัติชุมชนการป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกที่พัฒนาขึ้นใหม่ ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ ตัวแทนสมาชิกในคุ้มครัวเรือนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 70 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจ 4) การประเมินระดับการลดลงของอัตราความชุกลูกน้ำยุงลายในเขตพื้นที่ตำบลเหนือ ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ คณะทำงานประเมินความชุกลูกน้ำยุงลายประจำหมู่บ้าน ” ที่ได้ทำการสุ่มประเมินไขว้กับหมู่บ้านอื่นๆในพื้นที่ศึกษา เก็บข้อมูลจากแบบสำรวจลูกน้ำยุงลาย โดยใช้ “ เทคนิคการประเมินความชุกลูกน้ำยุงลายแบบไขว้หมู่บ้าน ” และ 5) การประเมินระดับการลดลงของอัตราป่วยโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ศึกษา เก็บข้อมูลจากการเฝ้าระวังการเกิดโรคของหน่วยงานสาธารณสุข ตามห้วงเวลาที่ศึกษา

ผลการวิจัย

นำเสนอผลการศึกษา ตามช่วงระยะเวลาการศึกษา 4 ระยะ ดังนี้

การศึกษาระยะที่ 1 เป็นการศึกษาสภาพปัญหา บริบท ความต้องการและแนวปฏิบัติที่ได้ดำเนินการที่ผ่านมาของการป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออก

จากการศึกษา สอบถามข้อมูลประธานคุ้มครัวเรือนหรือตัวแทน จำนวน 70 คุ้มครัวเรือนละ 1 คน รวม 70 คน พบว่า สภาพข้อมูล ปัญหาการเกิดโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ศึกษา จะมีอัตราการเกิดโรคที่เกินเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดต่อเนื่องเรื่อยมาทุกปี แนวทางปฏิบัติเพื่อการป้องกันและควบคุมโรค ชุมชนส่วนใหญ่จะยกให้เป็นบทบาทหน้าที่ของ อสม. (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน)เป็นผู้ดำเนินการ หากหมู่บ้าน ชุมชนใดที่มีอสม. ที่เข้มแข็ง ปฏิบัติงานได้ตามบทบาทหน้าที่ที่

เหมาะสมแล้ว ชุมชนนั้นจะมีความเข้มแข็งในการป้องกันควบคุมโรค แต่หากชุมชนใดที่ อสม. ไม่สามารถดำเนินงานได้เหมาะสมแล้ว ความร่วมมือจากชุมชนเพื่อการป้องกันควบคุมโรคนี้อาจไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ที่ผ่านมาชุมชนยังให้ความสำคัญของระบบคุ้มครัวเรือนที่ค่อนข้างน้อย ทั้งที่แต่ละชุมชนก็ได้มีการบริหารจัดการ แบ่งเป็นคุ้มครัวเรือนในทุกชุมชนแล้ว แต่การพัฒนาและขอความร่วมมือให้คุ้มครัวเรือนได้เข้ามามีบทบาทหน้าที่ในการป้องกันควบคุมโรคร่วมกับองค์กรอื่นในชุมชนค่อนข้างมีน้อยและจำกัด ข้อมูลที่ได้จากประธานคุ้มครัวเรือน พบว่า คุ้มครัวเรือน ยินดีที่จะให้ความร่วมมือและเข้าร่วมโครงการ ทั้งนี้เพื่อจะได้ร่วมปฏิบัติงานกับ อสม. ประจำคุ้มครัวเรือน ให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดประโยชน์สูงสุดแก่พี่น้องประชาชน และนอกจากนี้ในพื้นที่ศึกษายังพบว่า มีปัญหาจากการมีปริมาณลูกน้ำยุงลายและปริมาณยุงลายตัวเต็มวัย ที่มีปริมาณค่อนข้างมาก เป็นที่กังวลของพี่น้องประชาชนว่าจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่สูงเช่นกัน เห็นควรให้มีการสำรวจและกำจัดลูกน้ำยุงลายอย่างมีประสิทธิภาพและจริงจัง

และนอกจากนี้ จากการศึกษา ยังได้ข้อมูลระดับความรู้ของประธานคุ้มครัวเรือนเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ก่อนเข้าร่วมโครงการ อีก 1 ชุด ไว้เป็นข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบกับภายหลังที่ได้เข้าร่วมโครงการแล้ว

การศึกษาระยะที่ 2 เป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติชุมชนการป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยใช้การมีส่วนร่วมของ “ คุ้มครัวเรือน ” และเทคนิค “ การประเมินความชุกลูกน้ำยุงลายแบบไขว้หมู่บ้าน ”

เป็นการศึกษาและเก็บข้อมูลจากการประชุมกลุ่มย่อย (focus group) เพื่อให้เกิดการพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติชุมชนการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ที่ได้พัฒนาขึ้นใหม่ ที่มีความเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ศึกษา ซึ่งจากข้อมูลที่ได้จากการสรุปประชุมกลุ่มย่อย เห็นว่า “ แนวปฏิบัติชุมชนการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกแนวใหม่ที่ได้พัฒนาขึ้นใหม่ ” ควรมีองค์ประกอบและข้อกำหนด ดังต่อไปนี้ 1) ให้มีการกำหนดเป้าหมายสู่ “ หมู่บ้านปลอดลูกน้ำยุงลาย ” 2) ให้มีการประสานความร่วมมือในทุกภาคส่วน 3) ให้แต่ละคุ้มครัวเรือน จัดตั้งคณะทำงานเพื่อการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ให้ชัดเจน 4) ให้มีการประชุมหารือ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับ “ คุ้มครัวเรือน ” 5) ให้แต่ละคุ้มครัวเรือนกำหนดแผนแนวทางการดำเนินงานร่วมกันภายในคุ้ม 6) ให้แต่ละคุ้มครัวเรือนแต่งตั้ง อสม. เป็นที่ปรึกษาคุ้มครัวเรือน อย่างน้อย 2 คน/คุ้ม 7) ให้แต่ละคุ้มครัวเรือนส่งตัวแทนคุ้ม เพื่อร่วมเป็น

คณะทำงานประเมินความชุกลูกน้ำยุงลายประจำหมู่บ้าน ” เพื่อร่วมประเมินไขว้หมู่บ้านอื่นๆ ภายในตำบล 8) การประเมินความชุกลูกน้ำยุงลายแบบไขว้หมู่บ้าน ให้ทำการประเมินแบบจับสลาก จำนวน 5 เดือนๆละ 1 ครั้ง รวม 5 ครั้ง ตั้งแต่เดือน พฤษภาคม – กันยายน 2561 9) ให้แต่ละคุ้มประสานความร่วมมือกับองค์กรระดับท้องถิ่น เพื่อขอความร่วมมือหรือขอรับการสนับสนุนการดำเนินงานหรือการขอคำปรึกษา 10) ให้แต่ละคุ้มดำเนินการตามแนวทางที่กำหนดไว้ 11) ให้ แต่ละคุ้มปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินงานตามความเหมาะสม พร้อมกับประเมินผลการดำเนินด้วยตนเองเป็นระยะๆ 12) ประธานคุ้มครัวเรือนร่วมประสานความร่วมมือกับแกนนำใน

หมู่บ้าน เพื่อดำเนินงาน ให้เป็นไปตามแผนที่กำหนดไว้อย่างต่อเนื่อง 13) ให้หน่วยงาน/ องค์กรระดับตำบลสนับสนุน / ให้การช่วยเหลือพร้อมทั้งร่วมประเมินผลการดำเนินงานเพื่อบ่งชี้เป้าหมายเป็นระยะ 14) ให้แต่ละคุ้มสรุปผลการดำเนินงานตามห้วงเวลาที่กำหนด 15) ให้คณะกรรมการประเมินผลลูกน้ำยุงลายระดับตำบล / กรรมการจากหน่วยงานภายนอกประเมินผลการดำเนินงานในหมู่บ้าน และ 15) ให้ประธานคุ้มครัวเรือนร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เฝ้าระวังและรายงานสถานการณ์การเกิดโรคไข้เลือดออกของชุมชนอย่างต่อเนื่อง

การศึกษาระยะที่ 3 เป็นขั้นตอนการนำแนวปฏิบัติชุมชนการป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ได้พัฒนาขึ้นสู่การปฏิบัติ โดยประธานคุ้มครัวเรือนหรือตัวแทน จำนวน 70 คุ้มครัวเรือนๆละ 1 คน รวม 70 คน นำแนวปฏิบัติที่ได้พัฒนาร่วมกันไปสู่การปฏิบัติในคุ้มครัวเรือนที่รับผิดชอบ โดยร่วมดำเนินการตามข้อกำหนด แนวทางปฏิบัติ และห้วงเวลาที่กำหนด

การศึกษาระยะที่ 4 เป็นการประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ได้พัฒนาขึ้น การศึกษาระยะนี้ พบว่า 1) การประเมินระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของประธานคุ้มครัวเรือน เปรียบเทียบก่อน – หลังการเข้าร่วมโครงการใช้สถิติ T – test พบว่า ประธานคุ้มครัวเรือนมีระดับคะแนนความรู้หลังการเข้าร่วมโครงการสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2) การประเมินระดับการมีส่วนร่วมของคุ้มครัวเรือนในการปฏิบัติป้องกันควบคุมไข้เลือดออก พบว่า คุ้มครัวเรือนมีระดับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติป้องกันควบคุมไข้เลือดออก เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนเข้าร่วม

โครงการ 3) การประเมินความพึงพอใจของตัวแทนสมาชิกในคุ้มครัวเรือนที่มีต่อแนวปฏิบัติการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกแนวใหม่ที่ได้พัฒนาขึ้นพบว่าตัวแทนสมาชิกในคุ้มครัวเรือน มีระดับความพึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 89.64 และระดับปานกลาง ร้อยละ 9.23 4) การประเมินความชุกของลูกน้ำยุงลาย อัตราความชุกลูกน้ำยุงลายในพื้นที่ศึกษา ก่อนเข้าร่วมโครงการ มีค่าสูงกว่าภายหลังจากเข้าร่วมโครงการ และจากการประเมินความชุกลูกน้ำยุงลายแบบไขว้หมู่บ้านจำนวน 5 ครั้ง พบว่า อัตราความชุกลูกน้ำยุงลายมีแนวโน้มลดลง อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน และ 5) การประเมินจำนวนและอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ศึกษา พบว่า ก่อนเข้าร่วมโครงการย้อนหลัง 3 ปี พื้นที่ศึกษามีจำนวนและอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ค่อนข้างสูง เกินค่าเกณฑ์มาตรฐานต่อเนื่องทุกปี และภายหลังจากที่ได้เข้าร่วมโครงการแล้ว จำนวนและอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกดังกล่าว มีแนวโน้มลดลงค่อนข้างชัดเจน

การอภิปรายผล

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาเพื่อที่จะพัฒนาแนวทางปฏิบัติของชุมชนในการป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออก ที่เป็นปัญหาด้านสุขภาพ และยังเป็นความเสี่ยงของพื้นที่ศึกษาต่อเนื่องเรื่อยมา ทั้งนี้จากที่ผ่านมา พบว่าปัญหาในความร่วมมือของชุมชนยังเป็นอีกหนึ่งปัญหาที่สำคัญ ที่มีส่วนทำให้กระบวนการในการป้องกันควบคุมโรคไม่สามารถที่จะดำเนินงานให้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ชุมชนหลายแห่งยังไม่ให้ความร่วมมือ หรือให้ความร่วมมือค่อนข้างน้อย ยกภาระการดำเนินงานให้กับแกนนำชุมชนและ อสม. ใน

พื้นที่ ทั้งที่ภารกิจหน้าที่ในการป้องกันควบคุมโรค ควรเป็นบทบาทหน้าที่ของครัวเรือนที่ต้องปฏิบัติ ด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง การ ดำเนินงานในลักษณะเช่นนี้ จะเกิดผลดี มี ประสิทธิภาพ ก็ต่อเมื่อชุมชนนั้นมีพื้นฐานของ ความร่วมมือที่ดีตั้งแต่ระดับครัวเรือนขึ้นมา จะทำ ให้ครัวเรือนมีความเข้มแข็ง มีพัฒนาการการเข้า มามีส่วนร่วมที่มีคุณภาพยิ่งขึ้น จากการศึกษาใน ครั้งนี้ ที่ได้นำแนวทางของการมีส่วนร่วมของ “ คุ่ม ครัวเรือน ”.ให้เข้ามาเป็นบทบาทในกระบวนการ ขั้นตอนของการป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกให้ มากยิ่งขึ้น ทั้งนี้เพื่อเป็นการช่วยแก้ไขปัญหของ การขาดการมีส่วนร่วมในระดับครัวเรือน ซึ่งเป็น หน่วยพื้นฐานของหมู่บ้าน/ชุมชน เป็นการให้เกียรติ และนำไปสู่ประธานของคุ่มครัวเรือนเข้ามามีส่วน ร่วมดำเนินงานเคียงข้างกับกลุ่ม อสม. ในพื้นที่ เป็น การช่วย การช่วยเหลือ ดูแลคุ่มครัวเรือนที่ตนเอง รับผิดชอบให้แน่ใจว่าได้ดำเนินการตาม “ แนว ปฏิบัติชุมชนการป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออก ” ที่ได้พัฒนาขึ้นร่วมกัน อย่างเต็มใจปฏิบัติ ซึ่ง นอกจากการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดแล้ว การ พัฒนาให้ประธานคุ่มครัวเรือนได้มีความรู้ ความ เข้าใจเกี่ยวกับองค์ความรู้ของไข้เลือดออกที่มาก ยิ่งขึ้นแล้ว จะทำให้ประธานคุ่มครัวเรือนสามารถให้ ความช่วยเหลือ ประชาสัมพันธ์เพื่อการป้องกัน ควบคุมโรคที่ถูกต้องมากยิ่งขึ้น ดำเนินงานภายใน คุ่มครัวเรือนที่รับผิดชอบได้อย่างมั่นใจและมี ประสิทธิภาพยิ่งขึ้น นอกจากนี้การให้ได้มาซึ่ง ข้อมูล โดยเฉพาะข้อมูลความชุกของลูกน้ำยุงลาย ในพื้นที่ศึกษานั้น จำเป็นที่จะต้องใช้วิธีการที่มี ประสิทธิภาพ เป็นวิธีการที่ชุมชนยอมรับ เป็น

วิธีการที่มีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เสมอภาค และ เที่ยงธรรมไม่ลำเอียง วิธีการประเมินในการศึกษา ครั้งนี้ คือ “ การประเมินความชุกของลูกน้ำยุงลาย แบบไขว้หมู่บ้าน ” ซึ่งเป็นวิธีที่คาดว่าจะมีความ เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ศึกษา และเมื่อนำมาใช้ แล้ว ปรากฏว่าชุมชนยอมรับ ชุมชนมีการเตรียม ความพร้อมเพื่อรับการประเมิน ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบ อัตราความชุกของลูกน้ำยุงลายของพื้นที่ศึกษา ก่อน - ภายหลังการเข้าร่วมโครงการแล้ว ปรากฏ ว่ามีแนวโน้มลดลง ไม่เกินเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด และเมื่ออัตราความชุกของลูกน้ำยุงลายลดลง ร่วมกับการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคตาม “ แนวปฏิบัติชุมชนการป้องกัน ควบคุมโรค ไข้เลือดออก ” ที่พัฒนาขึ้นร่วมกันแล้ว อัตรา ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ ศึกษาก็ลดลง ส่งผลให้เมื่อสิ้นสุดห้วงเวลาที่ศึกษา แล้ว อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกก็มีแนวโน้ม ลดลง ไม่เกินเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดเช่นกัน

ข้อเสนอแนะ

1. การดำเนินงานตามแนวทางเพื่อป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ ควรได้มีการ ดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และควรจัดทำเป็น แผนงาน/โครงการในภาพรวมของทั้งหมู่บ้าน ตำบล รวมทั้งการเสนอแผน เพื่อขอรับการ สนับสนุนการดำเนินงานจากกองทุนหลักประกัน สุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่
2. การศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชน ควร ขยายเวลาการศึกษาให้ยาวนานมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้ เพื่อจะได้เปรียบเทียบและเห็นความแตกต่าง

เอกสารอ้างอิง

- สำนักโรคติดต่อภายในโดยแมลง กรมควบคุมโรค.(2553). แนวทางการควบคุมโรคไข้เลือดออกสำหรับเจ้าหน้าที่
สาธารณสุข. นนทบุรี: [ม.ป.พ.]
- จิรศักดิ์ เจริญพันธุ์. (2551). การจัดการสาธารณสุขในชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 6. มหาสารคาม : สารคามการพิมพ์
– สารคามเปเปอร์
- กฤตย์ดิวัฒน์ ฉัตรทอง. (2553). การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนนาชะอัง จังหวัด
ชุมพร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์.
กรุงเทพฯ:วิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
- ดวงจันทร์ ทับทิมศรี.(2551). ผลของโปรแกรมการสร้างพลังโดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม
แก่แกนนำครอบครัวในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเทศบาลเมืองสองพี่น้อง อำเภอสองพี่น้อง
จังหวัดสุพรรณบุรี.วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์.
ขอนแก่น
- ธามพิสิษฐ์ ดีเมืองสอง.(2551). การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก: กรณีศึกษาบ้าน
ขมิ้น หมู่ที่ 4 ตำบลกุดสระ อำเภอมือง จังหวัดอุดรธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหา
บัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์. ขอนแก่น
- Bloom BS. (1968). Tasonomy of education objective: Handbook I cognitivedomain. New
York; David MCI
- พัสกร สงวนชาติ. (2552). ผลการจัดการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนที่มีต่อการป้องกันและควบคุมโรค
ไข้เลือดออก ตำบลพระลาน อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญา
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการสุขภาพ]. มหาสารคาม:บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

การพัฒนาระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพชุมชน สำหรับภาคีเครือข่าย
สุขภาพชุมชนตำบลบางปะกง

Development of a community health and behavior modifying Process for
family's care giver with health network center, Bangpakong districts

กนกศรี จาดเงิน,

Ganoksri Jard-ngoen

กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลบางปะกง

เสกสรร ไช้เจริญ

, Seksan Khaicharoen

องค์กรแพทย์ โรงพยาบาลบางปะกง

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนาระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพชุมชน สำหรับภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ตำบลบางปะกง การศึกษาแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ (1) ศึกษาความต้องการ และข้อจำกัดจากกระบวนการเดิมที่พัฒนาขึ้น (2) พัฒนาระบวนการและ (3) ประเมินกระบวนการ กลุ่มตัวอย่างในการทดลอง คือ ผู้ดูแลบุคคลในครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) หรือภาวะอ้วน ลงพุง ถึงอ้วนอันตราย อย่างน้อย 1 คน โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 15 คน เครื่องมือที่ใช้ (1) แบบทดสอบความรู้ มีค่าความเชื่อมั่นตามสูตร คูเดอร์ ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 ทั้งฉบับเท่ากับ 0.87 (2) แบบ ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.75 และ (3) แบบประเมินความพึงพอใจ มี ค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา เท่ากับ 1.00 สถิติที่ใช้คือความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าที่แบบไม่เป็นอิสระต่อกันและการทดสอบค่าที่แบบกลุ่มเดียว

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างยังไม่รู้ระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง ไม่ทราบปัญหาใน การหาแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเอง คิดเป็น ร้อยละ 96.67 กระบวนการที่ พัฒนาขึ้นประกอบด้วย การเพิ่มวิธีการ เทคนิคในการประเมินตนเอง กิจกรรมและแนวทางในการดำเนิน กิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การประเมินผลหาประสิทธิภาพโดย การประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิ พบว่ามี ความเหมาะสมด้านเนื้อหาเท่ากับ 0.92 กลุ่มตัวอย่างมีความรู้หลังเข้ากระบวนการสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีคะแนนทักษะด้านพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องตามเกณฑ์ในระดับร้อยละ 80 ขึ้นไป และมีความพึงพอใจต่อกระบวนการอยู่ในระดับมากที่สุด

คำสำคัญ : การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพชุมชน, ระบบ, ผู้ดูแลในครอบครัว

Abstract

The study was research and development. The objectives were to develop a process. The study was comprising 3 stages.(1) to study of the need and content (2) to designing and construction system. And (3) to evaluate and improvement of the system.The research sample consisted of 15 caregivers who had Non-Communicable diseases person or obesity fat, fat dangerous at least 1 person in family.The research instruments were (1) the learning achievement test for pre-test and post-test that Kuder Richardson 20 – KR-20 at 0.87. (2) the Health literacy measurement that reliability at 0.75. and (5) a questionnaire to assess satisfaction with the system that IOC.at 1.00.Statistics employed in the research were frequency, percentage, mean, standard division dependent t-test and one-sample t-test.

Research finding indicated that the samples don't know about theirs stage find ways to modify health behaviors that were appropriate for ourselves at 92.70 %. Prototype of The community health and behavior modifying process consisted of the method self evaluate technic activities, and guideline. The developed system was approved by the experts as being feasible for implementation, with the Index of Item Objective Congruence (IOC.) among experts being 0.92. And the developed community health and behavior modifying System was efficient by the post-learning achievement of the samples were significantly higher than their pre-learning achievement at the 0.05 level. The post-skill achievement of the samples were effectiveness at 80.00%.And the samples were satisfied with the process at the highest level.

Keywords : community health and behavior modifying, System, family's care giver

บทนำ

จากวิถีชีวิตของคนในชุมชนที่เปลี่ยนแปลงจากภาคเกษตรกรรมเป็นอุตสาหกรรมส่งผลให้พฤติกรรมดำรงชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป มีการใช้ร่างกายลดลง การบริโภคอาหารที่ปรุงสำเร็จเป็นต้น ทำให้เกิดโรคจากพฤติกรรมสุขภาพมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือกลุ่มโรค NCDs (Non-Communicable diseases) จากรายงานการศึกษาของกลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ในปีพ.ศ. 2560 พบว่า มีผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเพิ่มขึ้น หนึ่งในสาม

ของประชาชนไทยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ และความชุกเบาหวานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.9 ในปีพ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 8.9 คิดเป็นจำนวนประมาณ 4.8 ล้านคน ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา เพิ่มขึ้นปีละประมาณ 300,000 คน และพบว่าการเปลี่ยนแปลงปัจจัยทางสังคม เช่น การขยายตัวของสังคมเมือง กลยุทธ์ทางการตลาด ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและการสื่อสาร ที่ส่งผลต่อวิถีชีวิตและทำให้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเพิ่มมากขึ้น (Bureau of Non-Communicable Diseases Department of Disease Control, 2017) ซึ่งโรคเหล่านี้เป็นปัญหา

สาธารณสุขที่สำคัญเป็นอย่างยิ่ง และองค์การอนามัยโลก (WHO) เล็งเห็นว่ากลุ่มโรค NCDs นั้น ถือเป็นปัญหาใหญ่ที่กำลังทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ จากสถิติพบว่าสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรโลกทั้งหมด มีถึง 63% ที่เกิดจากกลุ่มโรค NCDs และที่สำคัญกว่านั้นคือ กว่า 80% เป็น ประชากรของประเทศที่กำลังพัฒนา (Thaihealth Organization, 2016) สำหรับประเทศไทยเอง สถิติล่าสุดพบว่ามีถึง 14 ล้านคนที่เป็นโรค ในกลุ่มโรค NCDs และที่สำคัญยังถือเป็นสาเหตุหลักการเสียชีวิตของ ประชากรทั้งประเทศ โรคเหล่านี้นอกจากจะทำให้สูญเสียค่ารักษาพยาบาลและเศรษฐกิจที่มหาศาลแล้ว ยังสูญเสียทรัพยากรบุคคลอันมีค่าไปอย่างน่าเสียดายจากสาเหตุที่ป้องกันได้ ตำบลบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทราเป็นพื้นที่หนึ่งที่เผชิญปัญหาการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจและวิถีชีวิตที่นำไปสู่การเกิดโรคเหล่านี้เช่นเดียวกัน โดยพบว่า อันดับการเกิดโรคสำคัญ 5 โรคที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกใน ปีงบประมาณ 2556 – 2560 เป็นโรคในกลุ่ม โรค NCDs ทั้งสิ้น (Office of Medical Statistics, 2017) ทางโรงพยาบาลได้ดำเนินการเพื่อป้องกันการเกิดโรคเหล่านี้ แต่จากการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า ผู้ที่เข้ามาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในคลินิกไม่ว่าจะเป็นโรคเรื้อรัง หรือ DPAC เมื่อกลับมาติดตามผลพบว่ายังกังวลระดับน้ำตาล ความดันโลหิตหรือแม้กระทั่งน้ำหนักไม่ได้ เมื่อทบทวนข้อมูลเชิงลึกย้อนกลับจากคลินิก พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เมื่อกลับบ้านไม่ได้เป็นผู้ดูแลอาหารและสภาพการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง แต่มีญาติที่เป็นคนดูแลหลักในครอบครัว ประกอบกับแต่เดิมการจัดกิจกรรมในชุมชนได้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคลในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มารับบริการในสถานพยาบาล เมื่อกลับถึงบ้านผู้ป่วยไม่ได้นำไปให้

บุคคลในครอบครัวทราบถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จึงส่งผลให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลต้องใช้อย่างจริงจังทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคลในการจัดกิจกรรม โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สิ่งสำคัญคือความพร้อมของบุคคลที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสิ่งที่สำคัญที่ต้องคำนึงถึงคือความพร้อม ซึ่งในแต่ละขั้นของความพร้อมจะใช้กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่แตกต่างกัน อีกทั้งประชาชนยังมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับไม่ต่ำจึงทำให้การแสดงพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนไม่ดีขึ้นตามมาด้วย (DPAC Clinic, 2017) จากปัญหาที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในชุมชนนอกจากจะใช้ระบบต่าง ๆ ที่เป็นบริบทในการเอื้อต่อการดูแลสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงพลวัตรในครอบครัว และแนวคิดในการปรับเปลี่ยนที่ตัวบุคคลและความพร้อมของบุคคลที่จะปรับเปลี่ยนเป็นสิ่งสำคัญ โมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Transtheoretical Model : TTM.) พัฒนาโดยโปรแชสกาและไดเคิลเมนเต้ (Prochaska and Diclemente, 1983) ได้รับการพิจารณาเพื่อช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมซึ่งได้เริ่มจากผู้ติดสุราและบุหรี่ ต่อมาได้พัฒนาขอบเขตมาประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านอื่น ๆ โดยแนวคิดหลัก (core construction) ของทฤษฎีนี้ประกอบด้วย 1) ขั้นความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (stage of change) แบ่งเป็น 5 ขั้น ได้แก่ ขั้นก่อนคิด (precontemplation) ขั้นเริ่มคิดพิจารณา (contemplation) ขั้นเตรียมหรือเริ่มปฏิบัติ (preparation) ขั้นปฏิบัติ (action) และขั้นปฏิบัติสม่ำเสมอ (maintenance) 2) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) 3) ความสมดุลใน

การตัดสินใจเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (decisional balance) และ 4) กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (process of change) ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแต่ละขั้นของความพร้อมจะใช้กระบวนการในการปรับเปลี่ยนที่ต่างกัน (กุลธิดาพานิชกุลและอติพร สำราญบัว, 2556) เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือกลุ่มโรค NCDs (Non-Communicable diseases) ต่อไป จากกระบวนการดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีแนวคิดในการดำเนินการพัฒนาระบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพชุมชนสำหรับภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ตำบลบางปะกง ขึ้นใหม่ โดยพัฒนาจากระบบเดิมที่นำแนวคิดที่สอดคล้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ร่วมกับโมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Transtheoretical Model : TTM.) มาดำเนินการร่วมกับทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) ซึ่งใช้หลักการเรียนรู้ที่ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง โดยผู้เรียนเป็นผู้สร้างความรู้จากประสบการณ์เดิมและการสื่อสารเป็นเครื่องมือในการแลกเปลี่ยน เน้นการรับรู้สภาวะของสุขภาพของตนเอง (selfawareness) และการเรียนรู้วัยผู้ใหญ่ (adult learning) เน้นระบบเพื่อนช่วยเพื่อน (self help group) และกระบวนการกลุ่ม (group process) มาเป็นกลยุทธ์ในการสนับสนุนการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในครั้งนี้ เพื่อให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีและส่งผลให้ประชาชนสามารถแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่องจนเป็นนิสัย (persistence behavior) เกิดภาวะสุขภาพ ป้องกันการเกิดโรคเรื้อรังในชุมชนและเป็นชุมชนที่มีคุณภาพชีวิตต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาศึกษาความต้องการและข้อจำกัดจากกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพชุมชนเดิม ที่พัฒนาขึ้น
2. เพื่อพัฒนาระบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพชุมชน สำหรับภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ตำบลบางปะกง
3. เพื่อประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพชุมชน สำหรับภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ตำบลบางปะกง ในด้านความรู้ ทักษะ และความพึงพอใจ

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นรูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) มีวิธีการดำเนินงาน ดังนี้

ขั้นที่ 1 การวิจัยเพื่อศึกษาความต้องการและข้อจำกัดจากกระบวนการเดิมที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ดังนี้

1. การศึกษาแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแบบ 3 อ 2 ส แนวคิดที่สอดคล้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ร่วมกับโมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Transtheoretical Model : TTM.) ซึ่งเป็นแนวคิดเดิมที่นำมาใช้ และเพิ่มแนวคิดเกี่ยวกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) หลักการเรียนรู้ที่ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง โดยผู้เรียนเป็นผู้สร้างความรู้จากประสบการณ์เดิมและการสื่อสารเป็นเครื่องมือในการแลกเปลี่ยน เน้นการรับรู้สภาวะของสุขภาพของตนเอง (selfawareness) การเรียนรู้วัยผู้ใหญ่ (adult learning) เน้นระบบเพื่อนช่วยเพื่อน (self help group) และกระบวนการกลุ่ม (group process) มา

เป็นกลยุทธ์ในการสนับสนุนการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในครั้งนี้ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยมีแหล่งข้อมูลมาจากเอกสารซึ่งนำมาเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2. การศึกษาความต้องการและข้อจำกัดจากกระบวนการเดิมที่พัฒนาขึ้น ในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยถอดบทเรียนจากการทดลองนำโปรแกรมการพัฒนาแบบจำลองการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพชุมชนสำหรับผู้ดูแลในครอบครัวร่วมกับภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ตำบลบางปะกง ที่ทีมผู้วิจัยได้สร้างขึ้นและนำไปหาประสิทธิภาพมาแล้วนั้น จากนั้นผู้วิจัยได้ดำเนินการสรุปและสังเคราะห์ผลการศึกษาความต้องการและการศึกษาเอกสารและทฤษฎีต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องจากการข้อที่ 1) โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และนำมาสร้างเป็นร่างแบบจำลองกระบวนการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพชุมชน สำหรับภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ตำบลบางปะกง

ขั้นที่ 2 การพัฒนาโครงสร้างการพัฒนากระบวนการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพชุมชน สำหรับภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ตำบลบางปะกง

ในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการสรุปและสังเคราะห์ผลการศึกษาความต้องการและการศึกษาเอกสารและทฤษฎีต่างๆ ที่เกี่ยวข้องจากการวิจัยที่ได้ศึกษามาโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) จากการจัดประชาคมปัญหาสุขภาพชุมชน นำมาสร้างเป็นร่างแบบจำลองการพัฒนากระบวนการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพชุมชน สำหรับผู้ดูแลในครอบครัวร่วมกับภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ตำบลบางปะกงประกอบด้วย เนื้อหาการเรียนรู้ กำหนดรูปแบบวิธีการ เทคนิค กิจกรรมและแนวทางในการดำเนินกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 6 ครั้ง ระยะเวลา 3 เดือน เพิ่มนวัตกรรมสื่อประกอบการ

เรียนรู้เพื่อสร้างการประเมินการรับรู้สภาวะของสุขภาพของตนเอง (selfawareness) (นวัตกรรมการให้สุขศึกษากลุ่มร่วมกับแผ่นชาร์ท 7 สี ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ) และการประเมินผลจากนั้นนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ครอบครัวจำนวน 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพชุมชน จำนวน 2 ท่าน ประเมินแล้วนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence, IOC.) ของเนื้อหาและรับรองโครงสร้างกระบวนการ ฯ ค่าดัชนีความสอดคล้องโดยรวม เท่ากับ 0.92 หมายความว่า มีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ในการดำเนินการวิจัยต่อไป

ขั้นที่ 3 การประเมินการพัฒนากระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพชุมชน สำหรับภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ตำบลบางปะกง ด้านความรู้ ทักษะ และความพึงพอใจ 2 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นหาประสิทธิภาพการพัฒนากระบวนการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพชุมชน สำหรับผู้ดูแลในครอบครัวร่วมกับภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ตำบลบางปะกง ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยนำโครงสร้างหลักสูตรกระบวนการ ฯ ที่ผ่านการประเมินคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญแล้วไปทดสอบประสิทธิภาพและทดลองใช้ ดังนี้

(1) นำการพัฒนากระบวนการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพชุมชน สำหรับผู้ดูแลในครอบครัวร่วมกับภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ตำบลบางปะกง ที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญแล้วไปใช้กับประชาชนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 1 คน เพื่อพิจารณาความเหมาะสมของภาษาที่ใช้

วิธีดำเนินการ เครื่องมือ และเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรม นำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงแก้ไข

(2) นำไปทดลองใช้กับประชาชนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 คน เพื่อพิจารณาความเหมาะสมของภาษาที่ใช้วิธีดำเนินการ เครื่องมือ และเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรม ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าใจและปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้องทั้ง 3 คน แล้วนำกลับมาปรับปรุงร่วมกับผู้เชี่ยวชาญอีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง

(3) นำการพัฒนากระบวนการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพชุมชน สำหรับผู้ดูแลในครอบครัวร่วมกับภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ตำบลบางปะกง ที่ปรับปรุงแล้วไปดำเนินการวิจัยต่อไป

2. ขั้นตอนประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพชุมชน สำหรับผู้ดูแลในครอบครัวร่วมกับภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ตำบลบางปะกง ในด้านความรู้ ทักษะ และความพึงพอใจโดยนาระบบที่ผ่านการทดสอบประสิทธิภาพแล้วไปดำเนินการประเมินกระบวนการ โดยนำไปทดลองในกลุ่มตัวอย่างดำเนินกิจกรรมโครงการเรียนรู้เกี่ยวกับการรับรู้และตระหนักถึงปัญหาสุขภาพ สร้างความรู้ สร้างแรงจูงใจและวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 6 ครั้ง ระยะเวลา 3 เดือน เมื่อสิ้นสุดกระบวนการกลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของกลุ่มวัยทำงานอายุ 15-59 ปี (Health Education Division, 2016) เพื่อทดสอบความรู้ ทักษะและแบบประเมินความพึงพอใจในครั้งนี้ และข้อเสนอแนะในแต่ละองค์ประกอบ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ บุคคลในครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) หรือภาวะอ้วน ลงพุง ถึงอ้วนอันตราย

อย่างน้อย 1 คน ที่มีอายุ 15 - 59 ปี จากหมู่ 1 ตำบลบางปะกง ปีงบประมาณ 2561 - 2562 รวม 30 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลในครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) หรือภาวะอ้วน ลงพุง ถึงอ้วนอันตราย อย่างน้อย 1 คน ที่มีอายุ 15-59 ปี มีความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (stage of change) อยู่ในขั้นที่ 4 คือ ขั้นลงมือปฏิบัติ (action) ได้จำนวน 30 ครอบครัว รวม 30 คน ส่วนการคัดเลือกสมาชิกที่จะเข้ากลุ่มจำนวนผู้ป่วยที่เหมาะสมคือ 8 -12 คน (Yalom, 1995) ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) สุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 15 คน (สำรองเมื่อมีสมาชิกออกจากกลุ่ม)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของกลุ่มวัยทำงานอายุ 15-59 ปี (Health Education Division, 2016) ซึ่งประกอบด้วย 5 ตอน ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ตอนที่ 2 ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. ตอนที่ 3 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพและการรู้เท่าทันสื่อตามหลัก 3 อ. 2 ส. ตอนที่ 4 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติตามหลัก 3 อ. 2 ส. ตอนที่ 5 พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. โดยในครั้งนี้ใช้ประเมินตามหัวข้อ ดังนี้

1.1 การวัดความรู้ ใช้ข้อคำถามจากตอนที่ 2 ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. เป็นข้อสอบแบบตัวเลือก จำนวน 4 ตัวเลือก มีทั้งสั้น 6 ข้อคำถาม มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของข้อสอบโดยใช้สูตรของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (Kuder Richardson 20-KR-20) เท่ากับ 0.87 ความยากง่าย

(p) เท่ากับ 0.57- 0.80 และค่าอำนาจจำแนก (r) เท่ากับ 0.28 -0.78

1.2 การประเมินทักษะ โดยใช้ แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของกลุ่มวัยทำงานอายุ 15-59 ปี ในตอนที่ 4 พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. จำนวน 6 ข้อ ลักษณะแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตามรูปแบบของลิเคอร์ท (Likert Scaling) ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-Coefficiency) ตามวิธีของครอนบาค (Cronbrach, 1970) ได้เท่ากับ 0.75

1.3 แบบประเมินความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นลักษณะแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ตามรูปแบบของลิเคอร์ท (Likert Scaling) 5 ข้อ ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence : IOC) เท่ากับ 1

กำหนดเกณฑ์การแปลความหมายค่าเฉลี่ย ดังนี้

- 3.24 - 4.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด
- 2.43 - 3.23 หมายถึง ระดับมาก
- 1.62 - 2.42 หมายถึง ระดับปานกลาง
- 0.81 - 1.61 หมายถึง ระดับน้อย
- 0.00 - 0.80 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลในการสำรวจความคิดเห็นและความต้องการเกี่ยวกับกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพชุมชน ฯ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

2. การประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพชุมชน ฯ ใช้การวิเคราะห์ความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

(SD.) และการทดสอบความแตกต่างของคะแนนทดสอบความรู้ก่อนและหลังกิจกรรม โดยการทดสอบค่าที (t - test แบบ t - dependence) ทดสอบด้านทักษะด้วย one -sample t-test

สรุปและอภิปรายผล

ผลการพัฒนากระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพชุมชน สำหรับภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ตำบลบางปะกง ในด้านความรู้ ทักษะ และความพึงพอใจ พบว่า

1. ผลการศึกษาความต้องการและข้อจำกัดจากกระบวนการเดิมที่พัฒนาขึ้น พบว่า ด้านความต้องการ มีความต้องการในการหาแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเอง แต่ยังไม่รู้ระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง ไม่ทราบปัญหาในการหาแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเอง ส่วนข้อจำกัดของกระบวนการคือการพัฒนาทักษะการประเมินภาวะสุขภาพของตนเอง (self evaluation) และการรับรู้สภาวะของสุขภาพของตนเอง (selfawareness) ยังไม่ถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 96.67

2. ผลการพัฒนากระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพชุมชน สำหรับภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ตำบลบางปะกง ที่ได้พัฒนาขึ้นใหม่ พบว่า กระบวนการประกอบด้วยกิจกรรมโครงการเรียนรู้เกี่ยวกับการรับรู้และตระหนักถึงปัญหาสุขภาพ สร้างความรู้ สร้างแรงจูงใจและวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 6 ครั้ง ระยะเวลา 3 เดือน เนื้อหาการเรียนรู้ 6 ครั้ง ระยะเวลา 3 เดือน ตามกระบวนการเชื่อมโยงระหว่าง stage of change และprocess of change ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมี

ส่วนร่วม (Participatory Learning) ซึ่งใช้หลักการเรียนรู้ที่ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง โดยผู้เรียนเป็นผู้สร้างความรู้จากประสบการณ์เดิมและการสื่อสารเป็นเครื่องมือในการแลกเปลี่ยน เน้นการรับรู้สภาวะของสุขภาพของตนเอง (selfawareness) และการเรียนรู้ด้วยผู้ใหญ่ (adult learning) เน้นระบบเพื่อนช่วยเพื่อน (self help group) และกระบวนการกลุ่ม (group process) โดยดำเนินการในพื้นที่หมู่ 1 ตำบลบางปะกง ดังนี้

ครั้งที่ 1 การรับรู้และตระหนักถึงปัญหาสุขภาพ สร้างความรู้ สร้างแรงจูงใจและวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ระยะเวลา 1 วัน ประกอบด้วย 1) การคืนข้อมูลสุขภาพ ใช้กระบวนการสร้างความตระหนัก (consciousness raising) 2) ทดสอบความรอบรู้ด้านสุขภาพ ใช้กระบวนการกระตุ้นให้อยากเปลี่ยนแปลง (emotional arousal) 3) จัดทำนโยบายสาธารณะ และมาตรการชุมชนและหาวิธีการร่วมกัน ใช้กระบวนการปลดปล่อยทางสังคม (social liberation) 4) การเลือกใช้ทรัพยากรในชุมชนที่เอื้อทั้งด้านกายภาพ เช่น ร้านค้าเมนูสุขภาพ สถานที่ออกกำลังกาย ชุมม่ออกกำลังกายต่าง ๆ ชุมม่อายุในการดูแลสุขภาพ ฯ 5) ให้ความรู้เรื่องการประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเองและฝึกประเมิน การให้ความรู้ด้านอาหารและการออกกำลังกาย และแบ่งกลุ่มในการทำกิจกรรม เรื่องการตั้งเป้าหมายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การประเมินภาวะสุขภาพครัวเรือน โภชนาการและการออกกำลังกายในแต่ละครัวเรือน การตั้งเป้าหมายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคล/ครอบครัว วางแผนกิจกรรมเพื่อนำไปดำเนินการ (การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล)

ครั้งที่ 2 ติดตามประเมินผล 2 สัปดาห์และพัฒนาแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ระยะเวลาดำเนินการ ½ วัน ประกอบด้วย ติดตามความก้าวหน้าในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และ พัฒนาแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ใช้กระบวนการ สร้างความตระหนัก (consciousness raising) กระตุ้นให้อยากเปลี่ยนแปลง (emotional arousal) กระบวนการเพื่อนช่วยเพื่อน (helping relationship) เสริมแรงจัดการ (reinforcement management) และ กระบวนการการใคร่ครวญผลต่อตนเอง (self reevaluation) โดยการประเมินภาวะสุขภาพตนเอง (self - assessment) ด้วยการให้สุศึกษา กลุ่มร่วมกับแผ่นชาร์ท 7 สี ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จากนั้นนำการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) ซึ่งใช้หลักการเรียนรู้ที่ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง โดยผู้เรียนเป็นผู้สร้างความรู้จากประสบการณ์เดิมและการสื่อสารเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน นำมาจัดเป็นแนวทางของตนเอง และนำไปปฏิบัติ

ครั้งที่ 3 ติดตามประเมินผล 1 เดือน พัฒนาแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ระยะเวลาดำเนินการ ½ วัน ประกอบด้วย 1) ความก้าวหน้าในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 2) การเลือกเครื่องปรุงในอาหาร ทดลองปรุงอาหารให้รสชาติอร่อยและสามารถควบคุมเครื่องปรุงและพลังงาน (แคลอรี) ได้ 3) วิเคราะห์บรรยาย สาเหตุ การเลือกเครื่องออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของแต่ละบุคคล ใช้กระบวนการ การควบคุมสิ่งเร้า (stimulus control) กระบวนการสร้างความตระหนัก (consciousness raising) กระตุ้นให้อยากเปลี่ยนแปลง (emotional arousal) กระบวนการเพื่อนช่วยเพื่อน (helping

relationship) กระบวนการเสริมแรงจัดการ (reinforcement management) และกระบวนการ การใคร่ครวญผลต่อตนเอง (self reevaluation) และนำกระบวนการกลุ่มมาใช้ ประกอบการประเมินตนเองผ่าน การให้สุศึกษา กลุ่มร่วมกับแผ่นชาร์ท 7 สี ในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ และจัดวิธีการที่เหมาะสมกับ ตนเอง

ครั้งที่ 4 ติดตามประเมินผล 11/2 เดือน พัฒนาแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ระยะเวลาดำเนินการ ½ วัน ประกอบด้วย 1) เรียนรู้การสาธิตอาหารทางเลือกโดยเลือกจาก อาหารที่นิยมรับประทานในชุมชนหรือท้องถิ่นนั้น ๆ นำมาปรุงโดยปรับการใส่เครื่องปรุงให้พอเหมาะ 2) วิทยากรบรรยายเรื่องการแบ่งอาหารในการ รับประทานเป็น 4 ส่วน โดยตักข้าว 1 ส่วน 4 ช้อน โตะ ผัก 2 ส่วน และกับข้าว 1 ส่วน สมาชิกจัด เมนูอาหารสำหรับตนเองใน 1 สัปดาห์ และ มาร่วมวิเคราะห์ส่วนผสมและพลังงานที่ได้รับ 3) ให้สมาชิกเล่าประสบการณ์ในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมที่บ้านทักไว้ มีปัญหาอุปสรรคอย่างไร ให้ กำลังใจเมื่อทำได้ดีและหาวิธีปรับเปลี่ยนเพื่อให้ทำ กิจกรรมได้ตามเป้าหมายใช้กระบวนการ สร้าง ความตระหนัก (consciousness raising) กระตุ้น ให้อยากเปลี่ยนแปลง (emotional arousal) กระบวนการ เพื่อนช่วยเพื่อน (helping relationship) กระบวนการ การใคร่ครวญผลต่อ ตนเอง (self reevaluation)และสร้างเงื่อนไข (counter conditioning)และนำกระบวนการกลุ่ม มาใช้ประกอบการประเมินตนเองผ่าน การให้สุศึกษา กลุ่มร่วมกับแผ่นชาร์ท 7 สี ในการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และจัดวิธีการที่ เหมาะสมกับตนเอง

ครั้งที่ 5 ติดตามประเมินผล 2 เดือนพัฒนา แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ระยะเวลา ดำเนินการ ½ วัน ประกอบด้วย 1) เรียนรู้การ เลือกอาหารและการคำนวณพลังงาน เมื่อไปงาน เลี้ยงหรืองานสังสรรค์ในชุมชน โดยให้สมาชิกนำ อาหารมาจากบ้านคนละ 1 อย่าง มาร่วม รับประทานพร้อมกัน 2) ให้สมาชิกตักอาหาร รับประทาน จดบันทึก และนำมาคิดพลังงาน วิทยากรบรรยายวิธีการเลือกอาหารในงานสังสรรค์ และการควบคุมพลังงานใช้กระบวนการ การ ควบคุมสิ่งเร้า (stimulus control) กระบวนการ สร้างความตระหนัก (consciousness raising) กระตุ้นให้อยากเปลี่ยนแปลง (emotional arousal) กระบวนการ เพื่อนช่วยเพื่อน (helping relationship) กระบวนการ การใคร่ครวญผลต่อ ตนเอง (self reevaluation)และสร้างเงื่อนไข (counter conditioning)และนำกระบวนการกลุ่ม มาใช้ประกอบการประเมินตนเองผ่าน การให้สุศึกษา กลุ่มร่วมกับแผ่นชาร์ท 7 สี ในการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และจัดวิธีการที่ เหมาะสมกับตนเอง

ครั้งที่ 6 ติดตามประเมินผลและคง พฤติกรรมต่อเนื่อง 3 เดือน ระยะเวลาดำเนินการ ½ วัน ประกอบด้วย 1) ติดตามความก้าวหน้าใน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการคง พฤติกรรมสุขภาพ 2) สรุปแนวทางการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมของแต่ละบุคคลและการนำไปใช้ใน ครอบครัว ร่วมกับการคงพฤติกรรมสุขภาพใช้ กระบวนการ ประกาศอิสรภาพ (self liberation)

กระบวนการที่พัฒนาขึ้นมีค่าดัชนีความ สอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence, IOC.) ของเนื้อหาและรับรองโครง ร่างกระบวนการ ฯ ค่าดัชนีความสอดคล้องโดยรวม

เท่ากับ 0.92 หมายความว่า มีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ในการดำเนินการวิจัยต่อไป ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากระบบที่พัฒนาขึ้นมีจุดเด่นในการตั้งวัตถุประสงค์การดำเนินงานที่ชัดเจนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยทำในผู้ดูแลประจำครอบครัวที่ส่งผลต่อพฤติกรรมผู้ป่วย และกลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้มีความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (stage of change) อยู่ในขั้นที่ 4 คือ ขั้นลงมือปฏิบัติ (action) ดังนั้นการจัดประสบการณ์ที่เหมาะสมร่วมกับกำหนดรูปแบบวิธีการ เทคนิค กิจกรรมและแนวทางในการดำเนินกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ได้ลงมือปฏิบัติและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสามารถประเมินผลการเปลี่ยนแปลงได้อย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งเป็น

วิธีการที่เหมาะสมกับการเรียนรู้ในวัยผู้ใหญ่ คือการเรียนรู้จากประสบการณ์ และการบำบัดแบบกลุ่มมาร่วมดำเนินการ โดยปรับการดำเนินการเป็นกลุ่มให้กลุ่มตัวอย่างได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ของแต่ละบุคคล และเสนอแนวคิด จากนั้นให้แต่ละบุคคลเลือกวิธีการที่เหมาะสมกับตนเอง (Kaeodumkoeng & Treepetseurai, 2011) จึงทำให้เกิดผลสำเร็จในการดำเนินกิจกรรมอย่างมีประสิทธิภาพ

3. ประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพชุมชน สำหรับผู้ดูแลในครอบครัวร่วมกับภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ตำบลบางปะกง ในด้านความรู้ ทักษะ และความพึงพอใจ ดังนี้

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม (N=15)

กลุ่มตัวอย่าง	คะแนนเต็ม	$\bar{X}$	SD.	df	t	Sig
ก่อนฝึกอบรม	6	3.67	1.17	14	-5.957	0.00*
หลังฝึกอบรม	6	5.07	0.88			

* นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ฯ มีความรู้เพิ่มสูงขึ้น โดยมีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานก่อนเข้าร่วมกิจกรรมเท่ากับ ($\bar{X} = 3.3767$, $SD.= 1.17$) มีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานหลังเข้าร่วมกิจกรรมเท่ากับ ($\bar{X} = 5.07$, $SD.= 0.88$)และสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากแบบจำลองกระบวนการที่สร้างขึ้นอย่างเป็นระบบ มีประสิทธิภาพ โดยเริ่มต้นจากการค้นหาสภาพปัญหาและความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง การนำแนวคิดการเรียนรู้ในวัยผู้ใหญ่มาใช้คือการเรียนรู้จากประสบการณ์ และการบำบัดแบบกลุ่มมาร่วม

ดำเนินการ โดยปรับการดำเนินการเป็นกลุ่มให้กลุ่มตัวอย่างได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ของแต่ละบุคคล และเสนอแนวคิด จากนั้นให้แต่ละบุคคลเลือกวิธีการที่เหมาะสมกับตนเอง โดยวิธีการที่เลือกต้องตอบวัตถุประสงค์ในการพัฒนาความรู้ของตนเองจากระดับพื้นฐาน (functional health literacy) ที่มีการรู้และจำประเด็นเนื้อหาสำคัญในการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพดี มาสู่ระดับวิจารณ์ญาณ (Critical health literacy) คือการมีความรู้ ความเข้าใจระดับปฏิสัมพันธ์และสามารถวิเคราะห์หรือเปรียบเทียบอย่างมีเหตุผลเกี่ยวกับแนวทางการมีพฤติกรรมที่ถูกต้องได้ (Kaeodumkoeng & Treepetseurai, 2011)

ตารางที่ 2 ผลการประเมินทักษะ (พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส.) ของผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมด้วย
แบบจำลอง ฯ (N = 15)

กลุ่มตัวอย่าง	คะแนนเต็ม	$\bar{X}$	SD.	df	t	Sig
หลังกิจกรรม	30	24.33	2.16	14	37.89	0.00*

* นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพชุมชน ฯ มีทักษะด้านพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องตามเกณฑ์ในระดับร้อยละ 80 ขึ้นไป ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากการที่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ระดับวิจารณ์ญาณ (Critical health literacy) คือการมีความรู้ ความเข้าใจระดับปฏิสัมพันธ์และสามารถวิเคราะห์หรือเปรียบเทียบอย่างมีเหตุผลเกี่ยวกับแนวทางการมีพฤติกรรมที่ถูกต้องได้ (Kaeodumkoeng & Treepetseeurai, 2011) ร่วมกับการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ตามทฤษฎีโมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Transtheoretical Model : TTM.) ที่ประกอบด้วย 1) ขั้นของความพร้อม (stage of change) โดยในการวิจัยนี้กลุ่มตัวอย่างอยู่ในขั้นลงมือปฏิบัติไปสู่ 2) การเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเอง (Self-Efficacy) 3) ความสมดุลในการตัดสินใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Decision Balance) 4) และกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Process of change) (Panidchakul & Samranbua, 2013) และเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ที่เหมาะสมส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างสามารถวิเคราะห์หรือเปรียบเทียบอย่างมีเหตุผลเกี่ยวกับแนวทางการมีพฤติกรรมที่ถูกต้องได้ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีทักษะการตัดสินใจ (decision skill) จากระดับจากระดับพื้นฐาน (functional health literacy) คือมีความสามารถในการกำหนดทางเลือกและปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยง หรือเลือกวิธีการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดี มาสู่ระดับวิจารณ์ญาณ (Critical

health literacy) คือ มีทักษะการตัดสินใจในระดับปฏิสัมพันธ์และสามารถแสดงทางเลือกที่เกิดผลกระทบน้อยต่อตนเองและผู้อื่นหรือแสดงข้อมูลที่หักล้างความเข้าใจผิดได้ ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการจัดการตนเอง (self-management) จากระดับพื้นฐาน (functional health literacy) ที่มีความสามารถในการกำหนดเป้าหมายและวางแผนในการปฏิบัติตนเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง มาสู่ระดับวิจารณ์ญาณ (Critical health literacy) คือ มีการจัดการตนเองระดับปฏิสัมพันธ์และมีความสามารถในการทบทวนวิธีการปฏิบัติตนตามเป้าหมายเพื่อนำมาปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติตนให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง (Kaeodumkoeng & Treepetseeurai, 2011) ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงมีทักษะด้านพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องตามเกณฑ์ในระดับร้อยละ 80 ขึ้นไป

4. ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพชุมชน สำหรับภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ตำบลบางปะกง มีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ ($\bar{X} = 3.37, SD = 0.35$) ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุดทุกด้าน ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีทักษะด้านพฤติกรรมที่ถูกต้อง จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ตามบริบทของตนเอง จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับงานวิจัยของ Chormai and Pranprawit, (2015) ที่ทำการศึกษาผลของโปรแกรม

สร้างเสริมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขาหิน อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดกระบี่ โดยประยุกต์แนวคิดด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเองและการดูแลตนเอง (3 self) มาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีพฤติกรรมเฉลี่ยในด้านพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการศึกษาของ Mattayakorn, (2016) ที่ทำการศึกษาการพัฒนาโมเดลขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของประชาชนวัยทำงาน โดยพัฒนามาจากขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของ Prochaska & DiClemente, (1983) ศึกษาในกลุ่มวัยทำงานเพศชาย 255 คน เพศหญิง 245 คน พบว่า โมเดลเชิงสาเหตุระหว่างดุลยภาพในการตัดสินใจ ความมั่นใจเฉพาะอย่าง กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และขึ้นความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมของประชาชนวัยทำงานมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และตัวแปรทั้งหมดในโมเดลสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมของประชาชนวัยทำงานได้ร้อยละ 92.80 นอกจากนี้ตัวแปรที่มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายคือความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ส่วนตัวแปรที่มีอิทธิพลทางอ้อมเชิงบวกต่อพฤติกรรมการออกกำลังกาย โดยส่งผ่านกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและขึ้นความพร้อมในการ

เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ได้แก่ ดุลยภาพในการตัดสินใจ การศึกษาของ Nitirat, P., Jaikla, N., Aramsin R., Jarujit, S., Sittivas, R., Sombutboon, J. et al., (2015) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ที่อ้วนและมีไขมันในเลือดสูง ในจังหวัดจันทบุรี : กรณีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลท่าช้าง อำเภอมะนัง จังหวัดจันทบุรี ที่ดำเนินการโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้าน 3 อ. ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 32 คน เป็นเวลา 6 เดือน พบว่า หลังเข้าโปรแกรมน้ำหนักเฉลี่ยและรอบเอวเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และทุกคนมีความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโปรแกรมในระดับมาก

ข้อเสนอแนะ

1. ควรติดตามในระยะยาวถึงความคงทนของกิจกรรมอย่างน้อย 1 ปี
2. ควรมีการศึกษากลุ่มตัวอย่างที่เป็นสมาชิกในครอบครัวว่าได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากกลุ่มตัวอย่างที่มารับการทดลองหรือไม่อย่างไร
3. ควรนำกระบวนการที่พัฒนาขึ้นไปทดสอบในชุมชนอื่น ๆ เพื่อศึกษาความแตกต่างของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

วิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ด้วยความช่วยเหลือของอาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิ ท่านผู้อำนวยการ ทีมงานวิจัยและพัฒนา รพ.บางปะกง ภาควิชาเภสัชกรรมในพื้นที่และกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ผู้วิจัยขอขอบคุณทุกท่านที่ช่วยเหลือ ให้กำลังใจให้งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงอย่างสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

- Bureau of Non-Communicable Diseases Department of Disease Control.(2017). **Strategic Plan for Prevention and Control of Non-communicable diseases at the national level for 5 years (2017-2020).**
Bangkok: The company Emotionart Co., Ltd. (In Thai).
- Cronbach, L. J. (1970). **Essentials of Psychological Test (5th ed.).** New York. Harper Collins.
- Chormai, P. & Pranprawit, A.(2015).**Effect of Health Promotion Program for Promoting Health Behavior Change in Groups at High Risk of High Blood Pressure at Bankhaodin Health Promotion Hospital, Khaopanom District, Krabi Province.** *Journal of Graduate School, Pitchayarat*, 10(1), 15-24.
- DPAC Clinic, (2017). **DPAC Clinic Reports of Bangpakong Hospital.**Chachoengsao : Bangpakong Hospital.(In Thai).
- Health Education Division. (2016). **Assessment of Health Literacy Scale and health behavior of working age group was 15-59 years.** Retrieved January,5,2017.from <http://www.hed.go.th/linkHed/333>.
- Kaeodumkoeng, K. & Treepetseeurai, N.(2011).**Health literacy,Bangkok.** Newthammada Printing (Thailand),Co., Ltd. (In Thai).
- Krejcie, Robert V. & Daryle N. Morgan. (1970). **Determining Sample Size for Research Activities.** Educational and Psychological Measurement, 30, 607 – 610.
- Mattayakorn, K.(2016).**The Development of The Transtheoretical Model on Exercise Behavior of Working People.** A Dissertaion Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Doctor of Philosophy School of Exercise and Sport Science.Burapha University. (In Thai).
- Nitirat, P., Jaikla, N., Aramsin R., Jarujit, S., Sittivas, R., Sombutboon, J. et al.(2015).**Effects of Self-Management Program for People with Over Body Mass Index and High Cholesterol in Chantaburi: A Study of Village Health Volunteers in Tumbol Thachang, Chantaburi Province.**Paper presented at the 10th SRU national Research conference meeting, Surattthani Rajabhat University,Thailand. (In Thai).
- Office of Medical Statistics. (2017). **Top 5 Outpatient Disease Reports of Bangpakong Hospital.**Chachoengsao : Bangpakong Hospital.(In Thai).
- Panidchakul, K & Samranbua, A. (2013).**An Application of Transtheoretical Model to Promote Exercise.**The Journal of College of Nursing Nakonratchasima, 1(19), 66-76.
- Prochaska JO, & Velicer WF.(1997).**The transtheoretical model of health behavior change.** Am J Health Promot,12(1), 38-48. Retrieved December,26,2017.from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10170434>.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). **Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change.***Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 51, 390-395.
- Thaihealth Organization. (2016). **Non-Communicable diseases.** Retrieved December 26,2016. from <http://www.thaihealth.or.th/microsite/categories/5/ncds/2/173/176+NCDs.html-%E0%B8%>.
- Yalom, I. D. (1995). **The theory and practice of group psychotherapy (4th ed.).** New York: Basic Books.

บทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการจัดการรายกรณี : กรณีศึกษาหญิงตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ที่มีปัญหายาเสพติดและจิตเวช

The role of advanced nursing practitioners in case management. : A case study of an unwanted pregnant woman with drug and psychiatric problems

สุรัชย์ สินธาวาชีวะ

Surachai Sinthawajewa

พยม. (วพย.เวชปฏิบัติชุมชน)

Master of Nursing Science Program in Community Health Nurse Practitioner

บทคัดย่อ

บทความนี้นำเสนอประสบการณ์ การดูแลหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่มีปัญหาเสพติดและจิตเวชร่วมด้วย ซึ่งหญิงตั้งครรภ์รายนี้ ไม่มีผู้ดูแลที่เป็นญาติสายตรงทางกฎหมาย มีผู้ใหญ่บ้านที่เป็นเพศหญิงเป็นผู้ประสานและเป็นผู้ดูแลหลัก ข้อจำกัดของผู้ดูแลหลักคือไม่สามารถดูแลได้ตลอดเวลาและการตัดสินใจต่างๆในการดำเนินการ อาจมีผลทางกฎหมาย ประกอบกับบริบทของโรงพยาบาลที่ดูแลหญิงตั้งครรภ์รายนี้ เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง ไม่มีแพทย์เฉพาะทางด้านสูติกรรมและจิตเวชที่จะให้การดูแลและการส่งตัวไปนอนโรงพยาบาลเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวช ก็มีข้อจำกัดเนื่องจากมีปัญหาด้านสูติกรรม หรือการจะส่งต่อไปพบแพทย์สูติแพทย์และจิตแพทย์ ก็เป็นปัญหาสำหรับผู้ดูแลหลักในการที่จะไปติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอรูปแบบการจัดการรายกรณีของผู้รับบริการที่มีปัญหาซับซ้อนในโรงพยาบาลชุมชน ที่มีศักยภาพจำกัดสามารถให้บริการแบบ เบ็ดเสร็จ องค์กรรวม โดยการประสานผู้เชี่ยวชาญกว่าในการให้การดูแล และภาคีเครือข่ายหลายภาคส่วน อันจะนำไปเป็นตัวอย่างให้หน่วยงานอื่นๆที่มีลักษณะเดียวกัน ได้เห็น นำไปใช้และพัฒนาต่อไป ผลของการบูรณาการ การดูแลหญิงตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ที่มีปัญหาเสพติดและจิตเวชรายนี้สามารถดูแลต่อเนื่องที่โรงพยาบาลชุมชนต่อไปได้ ภาคส่วนต่างๆที่เกี่ยวข้อง เข้ามาร่วมกันในการดูแล การวางแผน การป้องกันและการจัดการในอนาคตอย่างเป็นระบบต่อไป จึงเป็นแนวทางหนึ่ง ที่นำเสนอไว้เพื่อให้ผู้สนใจที่มีสถานการณ์ใกล้เคียงกันนำไปปรับใช้

Abstract

This article is to present experience to caring unwanted pregnancy who use substance abuse and have psychotic symptom. This case don't have direct relatives care. She has a woman headman who collaborate and main caregiver. Limitation of main caregiver can't care always and can't decision all of operation also wrong of legal. The context of hospital that takes care this case pregnancy are community hospital about 60 beds, don't have specialist of Obstetrics and Gynecology and Psychiatry to care. That refer to Psychiatric hospital are limitation of Obstetrics problem then refer to obstetrician and psychiatrist are limitation of main care giver to continuum treat. The purpose of this article is to present format case management who have complex

problem in community hospital. That have limitation of potential to caring total and holistic by expert and network associates, leads to other department are the same context. Apply to use adaptation and develop in the future. Result of integration to caring unwanted pregnancy who use substance abuse and have psychotic symptom are continuing care at community hospital, network associates are concerned to caring planning detaining and system management.

คำสำคัญ: หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่มีปัญหายาเสพติด การจัดการรายกรณี

Key Word: unwanted pregnancy who use substance abuse case management

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การตั้งครรภ์ไม่พร้อม การใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีน การมีปัญหาด้านจิตเวชและการไม่มีผู้ดูแลเป็นปัญหาที่พบได้ ในสถานบริการระดับต่างๆ การจัดการกับปัญหาเป็นไปตามบริบทของสถานบริการและความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแล กรณีศึกษาที่นำเสนอในครั้งนี้ เกิดขึ้นในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง บริบทของโรงพยาบาลชุมชนนี้มีรูปแบบบริการ โดยมีกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวมเป็นผู้ดูแล การบริการที่มีเป็นบริการฝากครรภ์ ซึ่งผู้ที่รับผิดชอบในบริการฝากครรภ์เป็นแพทย์ทั่วไป กรณีที่มีความผิดปกติจะใช้โทรศัพท์ปรึกษาสูติแพทย์ที่โรงพยาบาลจังหวัดหรือถ้ามีปัญหาซับซ้อนหรือความเสี่ยงสูงก็จะส่งตัวเข้าไปรับบริการที่โรงพยาบาลจังหวัด

ในส่วนของงานบริการด้านจิตเวช ทางโรงพยาบาลมีคลินิกจิตเวชให้บริการ โดยการติดต่อจิตแพทย์จากภายนอกมาตรวจรักษาให้ เดือนละ 1 ครั้ง ผู้ป่วยที่มีปัญหาระหว่างนั้นสามารถโทรศัพท์ปรึกษาจิตแพทย์ได้ กรณีที่อาการผิดปกติรุนแรงหรืออาจก่อความรุนแรง จะประสานส่งตัวไปโรงพยาบาลจังหวัดหรือส่งตัวไปโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวช ในส่วนของคลินิกยาเสพติด ทางโรงพยาบาลเปิดให้บริการในวันพุธช่วงเช้า มีการเข้ากลุ่มแบบ Matrix program และนัดติดตามสัปดาห์ละครั้งจนกว่าจะครบระยะเวลาที่กำหนด

กรณีศึกษาที่พบได้รับการประสานจากพยาบาลที่ประจำอยู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีผู้ใหญ่บ้านมาติดต่อประสานงาน แจ้งว่ามีหญิงคนหนึ่งที่มีอาการพูดคนเดียว เสพยาเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ทราบโดยผู้ใหญ่บ้านเห็นเองและผู้ป่วยยอมรับเองว่าเสพยา สงสัยว่าจะมีการตั้งครรภ์ ได้ประสานกลับไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้รับพาผู้รับบริการมาตรวจรักษา ในวันที่ผู้ป่วยมารับการรักษาได้ชักประวัติ ตรวจปัสสาวะหาการตั้งครรภ์ พบว่ามีการตั้งครรภ์จริง ตรวจร่างกายพบว่าระดับยอดมดลูกอยู่ในระดับสะดือและสามารถฟังเสียงหัวใจเด็กได้แล้ว ชักประวัติจากผู้ป่วยพูดจาสับสน มีหูแว่วพูดคนเดียว ไม่หาสาระแว่ ระบุว่าตัวเองตั้งครรภ์ แต่ไม่บอกว่าใครเป็นพ่อเด็ก ชักประวัติเพิ่มเติมจากผู้ใหญ่บ้าน ซึ่งผู้ใหญ่บ้านรู้จักกับผู้ป่วยมาตั้งแต่เด็กๆ แล้ว แจ้งว่าผู้ป่วยมีมารดาแต่ไปอยู่ที่อื่น ผู้ใหญ่บ้านติดต่อไปแต่ไม่มาดูแลบอกให้ผู้ใหญ่บ้านจัดการเลย มีพี่ชายที่บ้านอยู่ใกล้กันเป็นคนนำยาบ้ามาให้ แต่ไม่มาดูแลเช่นกัน

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบรายกรณี (Case Management) เป็นแนวคิดหนึ่งที่ได้รับการนิยามในการนำไปใช้โดยการกำหนดขั้นตอน หรือกระบวนการของการพยาบาลแบบการจัดรายผู้ป่วย สอดคล้องกับ Case management society of America (CMSA)³ ได้ให้ความหมายของ Case management ว่าเป็นกระบวนการความร่วมมือในการประเมิน วางแผน

ดำเนินการปฏิบัติ ประสานงาน ติดตามและประเมิน
ทางเลือกและบริการเพื่อตอบสนองต่อความต้องการ
ของผู้ป่วย ผู้ดูแลในแต่ละราย โดยที่เป้าหมายเพื่อให้
การดูแลผู้ป่วยเกิดคุณภาพและมีประสิทธิภาพสูงสุด
เป็นระบบการดูแลรักษาพยาบาลที่ยึดผู้ป่วยเป็น
ศูนย์กลาง โดยมีสารกำหนดผลลัพธ์ของการดูแลที่
ต้องการไว้ล่วงหน้า มุ่งเน้นการจัดการเป็นระบบการ
ดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยบางประเภทที่ไม่มีแบบ
แผนการรักษาแน่นอน ต้องการการประสานงานหลาย
ภาคส่วน(ประคอง อินทรสมบัติ, 2553),(เรวดี ศิรินคร
และคณะ, 2543)

รูปแบบการจัดการในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ไม่
พึงประสงค์ที่มีปัญหาหาสาเหตุและจิตเวช รูปแบบ
ตามประเด็นปัญหาของผู้ป่วยผู้ดูแล ผลกระทบใน
ระยะสั้น ระยะยาว คือ 1.ประเด็นทางการพยาบาล 2.
ประเด็นทางสังคม

ประเด็นทางการพยาบาล

การวางแผนในการดูแลร่วมกับผู้ใหญ่บ้านซึ่ง
เป็นผู้ดูแลหลัก แนวทางแรกที่ผู้ใหญ่บ้านเสนอคือการ
ต้องการให้ยุติการตั้งครรภ์ ถ้าสามารถทำได้โดยตัว
ผู้ใหญ่บ้านเองจะประสานกับแม่ของผู้ป่วยให้มาเซ็น
ยินยอมยุติการตั้งครรภ์ การปฏิบัติเมื่อทราบแนวทาง
ของผู้ดูแลหลัก ทีมสหวิชาชีพ โดยแพทย์ได้ทำการอัลตรา
ซาวด์ เพื่อตรวจสอบอายุครรภ์ที่ชัดเจน จากผลอัลตรา
ซาวด์พบว่าอายุครรภ์ 25⁺ สัปดาห์ การดำเนินใน
การที่จะยุติการตั้งครรภ์นั้นได้ประสานงานไปยัง 1663
ซึ่งดำเนินงานโดยมูลนิธิเข้าถึงโรคเอดส์ที่มีบริการใน
การปรึกษาเรื่องโรคเอดส์และตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์
เจ้าหน้าที่ของมูลนิธิได้สอบถามถึงอายุครรภ์จาก
การอัลตราซาวด์และโรคร่วมต่างๆและได้ประสานไป
ยังสถาบันที่เป็นโรงพยาบาลแพทย์ได้รับคำตอบว่าไม่
สามารถทำได้เนื่องจากอายุครรภ์เกินกำหนดที่จะทำ
แท้ง จะต้องให้คลอดตามปกติแล้วค่อยติดตามดูแล

เรื่องความเสี่ยงต่างๆที่จะมีโอกาสเกิดตามมา ใน
เบื้องต้นได้ปรึกษาจิตแพทย์ที่มามาออกตรวจที่
โรงพยาบาล ได้วางแผนที่จะให้ผู้ป่วยทานยาจิตเวช
อย่างต่อเนื่อง แต่ผู้ใหญ่บ้านซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักไม่
สามารถดูแลให้ทานยาได้ตลอดจึงเปลี่ยนมาเป็นยาฉีด
ทุก 2 สัปดาห์ โดยวางแผนร่วมกันที่จะให้มาฝากครรภ์
ทุก 2 สัปดาห์ ร่วมกับการได้รับการฉีดยาจิตเวชด้วย

ความเสี่ยงจากการใช้ยาจิตเวชในสตรีมีครรภ์
ผลเสียที่อาจเกิดขึ้นต่อทารกในครรภ์ เป็นสาเหตุของ
ความผิดปกติของทารกในครรภ์ประมาณร้อยละ 4-5
ของสาเหตุทั้งหมด ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ
ได้แก่ ช่วงอายุครรภ์ ชนิดและปริมาณ ปัจจัยทาง
พันธุกรรมและภาวะของมารดา ผู้ป่วยรายนี้แพทย์ได้
ให้ยาฉีด Fluphenazine อยู่ใน Category C ของ
FDA Pregnancy Category.(Chirayut S. , 2007),(
Chomchai C. , 2004),(Little BB. , 1998)

Category C : การทดลองพบความเสี่ยงที่จะ
เกิดอันตรายต่อตัวอ่อนในครรภ์ของสัตว์ทดลอง แต่ยัง
ไม่มีการศึกษาในสตรีมีครรภ์หรือยังไม่มีการศึกษา
ทดลองในมนุษย์และสัตว์ทดลอง ควรพิจารณาให้ยาก
กลุ่มนี้เมื่อมีประโยชน์จากยาต่อผู้ป่วยมากกว่าผลเสียต่อ
ทารกในครรภ์ในส่วนของระยะให้นมบุตรไม่มีข้อมูล¹²

ความเสี่ยงต่อทารกที่เกิดจากมารดาที่ใช้สาร
เมทแอมเฟตามีนขณะตั้งครรภ์ ต่อทารกในระยะแรก
เกิด ได้แก่ ภาวะคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักตัว
น้อย ตาเหลือง น้ำตาลในเลือดต่ำ หายใจลำบาก
ทารกไม่สามารถรับนมได้และอาจเกิดอาการถอนยา
(Ostrea EM. , 1976),(Techatraisak K. , 2007)
จากการศึกษาในมารดาที่ให้เมทแอมเฟตามีน โดย
เป็นมารดาที่คลอดที่คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลใน
ช่วงเวลานั้น พบว่ามีเด็กคลอดก่อนกำหนดร้อยละ
28.8และทารกมีอาการถอนยาร้อยละ 31.8 โดยปัจจัย
ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการถอนยารุนแรงได้แก่
ทารกเพศหญิง และระยะเวลาที่ปัสสาวะของทารกเป็น

บวก อาการถอนยาในทารกแรกเกิด (Drug withdrawal symptoms) มีความสัมพันธ์กับค่าครึ่งชีวิตของสารเสพติดที่ได้รับ ซึ่งค่าครึ่งชีวิตของเมทแอมเฟตามีนประมาณ 48-60 ชั่วโมง โดยอาการถอนยาจะส่งผลกระทบต่อระบบต่างๆได้แก่

1. อาการทางระบบประสาทเช่นร้องเสียงแหลม หาวบ่อย แขนขาสั่นหรือสั่นทั้งตัว ร้องกวน ไม่นอน บางรายอาจมีอาการชักได้ อาจมีอาการทางระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น ไข้ เหงื่อออก หัวใจเต้นเร็ว

2. อาการทางระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ อาเจียน กินนมได้น้อย ถ่ายบ่อย

3. อาการทางระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ หายใจเร็ว หรือหยุดหายใจ

เครื่องมือที่นิยมใช้ในการประเมินภาวะถอนยาในทารกแรกเกิด คือ Neonatal abstinence scoring system (NAS score) ซึ่งจะประเมินอาการที่สารเสพติดมีผลต่อร่างกาย โดยเริ่มประเมินที่ 2 ชั่วโมง แรกหลังคลอดและประเมินซ้ำกันทุก 4 ชั่วโมง เป็นเวลาอย่างน้อย 4 วัน(Marylou B. , 2003) หากคะแนนน้อยกว่า 8 จะให้การรักษาตามอาการมากกว่า 8 คือว่ามีอาการรุนแรง ควรส่งตัวให้กุมารแพทย์ดูแลต่อไป

ประเด็นทางสังคม

จากการที่แนวทางแรกเรื่องการยุติการตั้งครรภ์ไม่สามารถทำได้แนวทางที่สองคือ ได้ตั้งครรรค์ต่อไปโดยหน่วยงานทางการแพทย์ดูแลเรื่องการรักษาและความเสี่ยงต่างๆ ทางด้านสังคมผู้ใหญ่บ้านและพยาบาลผู้นำเสนอได้ประสานไปยังบ้านพักเด็กและครอบครัวจังหวัด พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ทั้งสองหน่วยงานได้เดินทางมาร่วมประชุมวางแผนร่วมกัน จากการที่นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยาประจำบ้านพักเด็กและครอบครัวได้พูดคุยกับผู้ป่วย ผู้ป่วยมีท่าทีก้าวร้าวในบางครั้ง ทำให้

เจ้าหน้าที่ของบ้านพักเด็กและครอบครัวประจำจังหวัดไม่อาจนำผู้ป่วยเข้าไปอยู่ในบ้านพักเด็กและครอบครัวได้ เนื่องจากกังวลเรื่องความปลอดภัยของบุคคลอื่น

จากการที่ไม่สามารถแยกผู้ป่วยออกไปจากชุมชนความเสี่ยงเรื่องยาเสพติดยังเป็นปัญหาต่อผู้ป่วยอยู่ ได้มีการตกลงร่วมกันที่จะไปปรึกษาฝ่ายปกครองและเจ้าหน้าที่ตำรวจจึงทำการนัด ประสานไปยัง ปลัดอำเภอผู้รับผิดชอบและสถานีตำรวจภูธรประจำอำเภอ เพื่อวางแผนร่วมกันในการจัดการปัญหาในการประชุมที่ว่าการอำเภอโดยมีผู้เข้าร่วมคือ ปลัดปกครองผู้กำกับสถานีตำรวจอำเภอ พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประจำจังหวัด บ้านพักเด็กและครอบครัวประจำจังหวัด ผู้ใหญ่บ้านและพยาบาล ผู้นำเสนอ ได้ข้อสรุปร่วมกันคือ ให้ผู้ป่วยอยู่บ้านตนเองไปก่อนโดยมีผู้ใหญ่บ้านคอยดูแลช่วยเหลือและพามาตรวจติดตามที่โรงพยาบาลเป็นระยะๆ ในส่วนของผู้กำกับและปลัดปกครอง แจ้งว่าจะลงพื้นที่ในการที่จะป้องปรามเรื่องยาเสพติดในชุมชน ในส่วนของบ้านพักเด็กและครอบครัวประจำจังหวัด พุดคุยถึงความพร้อมในการดูแลทารกหลังคลอดของมารดา ผู้ใหญ่บ้านซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักได้ร่วมกันวางแผนที่จะให้ทางบ้านพักเด็กและครอบครัว จัดหาสถานสงเคราะห์เด็กอ่อนนำทารกไปดูแลก่อนจนกว่ามารดาหรือญาติที่เกี่ยวข้องจะมารับไปดูแลต่อไป ในส่วนของทางโรงพยาบาลพยาบาลผู้นำเสนอได้จัดช่องทางพิเศษในการให้บริการเป็นจุดบริการจุดเดียวแบบเบ็ดเสร็จ ทั้งคลินิกฝากครรภ์ คลินิกจิตเวชและคลินิกยาเสพติด และประเมินอาการเปลี่ยนแปลงเป็นระยะ ปรับเปลี่ยนรูปแบบการดูแลตามความเหมาะสมและความเสี่ยงในระดับต่างๆ

บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงที่ได้ปฏิบัติ มีรูปแบบการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยและบุคคลที่เกี่ยวข้องโดยตรงและการประสานการดูแลทางสังคมจากหน่วยงานภาคส่วนต่างๆ ในส่วนของพยาบาลผู้นำเสนอที่รับผิดชอบผู้ป่วยรายนี้ ได้มาชี้แจงภายใน

โรงพยาบาลของตนเองเพื่อการเตรียมความพร้อมทั้งแพทย์ พยาบาลและเครื่องมือต่างๆให้พร้อมรับเหตุการณ์ได้ตลอด ผู้ป่วยรายนี้ ได้รับการพิจารณาให้นอนโรงพยาบาลจนกระทั่งคลอด เพื่อป้องกันปัญหาการกลับไปเสพเมทแอมเฟตามีน ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล 5 วันตรวจไม่พบแอมเฟตามีนในปัสสาวะ 2 วันก่อนคลอด หลังคลอด ทารกไม่มีอาการถอนยา ได้วางแผนให้นมผสมแทนนมมารดาเนื่องจากยาทางจิตเวชบางชนิดออกมาทางน้ำนมได้ มีการพูดคุยกันในทีมสหวิชาชีพเรื่องความเสี่ยงทางจิตเวชหากหยุดยา บางตัวได้ข้อสรุปว่ามีความเสี่ยงมากกว่าต่อทารก หลังคลอดผู้ใหญ่บ้านประสานนักพัฒนาสังคมมาพูดคุยหาแนวทางในการจัดการเรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ และการหาผู้ดูแลทารกจนกว่าจะมีญาติหรือผู้ป่วยมีความพร้อมมารับไปเลี้ยงดูต่อ ได้ข้อสรุปคือ จะตามพี่สาวให้มาเซ็นยินยอมให้ทำหมัน โดยส่งต่อไปทำหมันที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด ในส่วนของทารกได้ประสานบ้านพักเด็กและครอบครัวประจำจังหวัดในการรับเด็กไปดูแล ผู้ป่วยรับทราบและยินยอม

การแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์และบูรณาการแบบร่วมมือร่วมใจเป็นแนวทางและรูปแบบหนึ่งในการจัดการกับปัญหาเหล่านี้ดีกว่าที่จะผลักภาระไปให้ภาคส่วนใดภาคส่วนหนึ่ง หรือหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งเป็นผู้รับผิดชอบหลักเพียงฝ่ายเดียว

บทบาทของการจัดภาครัฐแบบร่วมมือร่วมใจ (Collaborative) ที่ผู้เขียนได้นำมาใช้ในการทำงานนี้ช่วยให้การจัดการในผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนสูงได้รับการดูแลตามบริบทของคนที่ได้เรียนรู้มาจาก “หลักการบริหารราชการแนวใหม่ ตามระบอบประชาธิปไตย” ซึ่งเป็นการจัดการแบบมีส่วนร่วมจากบุคคลในชุมชน จากองค์กรภาครัฐ วางแผนร่วมมือกันเป็นขั้นเป็นตอนไม่ผลักภาระให้หน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งรับผิดชอบโดยโดดเดี่ยว อันจะนำมาซึ่ง

ความสำเร็จในการดูแลประชาชนในทุกภาคส่วนของรัฐ รวมทั้งหน่วยงานด้านสาธารณสุข

การประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพ

การทำกิจกรรมต่างๆสิ่งที่สำคัญคือการประสานงานระหว่างผู้รับผิดชอบและผู้เกี่ยวข้องและเครือข่ายอื่นๆ เพื่อให้เข้าใจตรงกันและเข้าร่วมดำเนินกิจกรรมได้ตรงตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ การประสานให้งานสำเร็จตามเป้าหมาย มีประโยชน์ต่อการทำงาน มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทั้งภายในและภายนอกองค์กร เป็นการสร้างเครือข่ายและก่อให้เกิดความรู้ใหม่

ประโยชน์ของการประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมายได้อย่างราบรื่นรวดเร็ว ช่วยประหยัดเวลาและทรัพยากรในการทำงาน ช่วยให้เข้าถึงวัตถุประสงค์และความรับผิดชอบที่มีร่วมกัน ช่วยสร้างความสามัคคีในองค์กรระหว่างองค์กร ช่วยลดข้อขัดแย้งในการทำงาน ช่วยให้เกิดความคิดใหม่ๆและปรับปรุงอยู่เสมอ ป้องกันการทำงานที่ซ้ำซ้อน ช่วยให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

รูปแบบในการประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพ สิ่งต่างๆที่ต้องทำคือจัดทำแผนการปฏิบัติงานร่วมกัน เพื่อให้มีการปฏิบัติที่เข้าใจตรงกันกำหนดจุดติดต่อประสานงานให้เป็นที่รู้และเข้าใจโดยแน่ชัด จัดให้มีการประชุมก่อนลงมือปฏิบัติตามแผน มีการจัดเตรียมทางเลือกในกรณีไม่เป็นไปตามแผน มีการติดตามผลเป็นระยะหากมีข้อขัดข้องจะต้องดำเนินการแก้ไขโดยทันที

การประสานงานที่มีประสิทธิภาพ ควรมีการประสานงานทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการควบคู่ไปด้วยกัน ทั้งนี้เพื่อป้องกันความผิดพลาดในการประสานหรือความเข้าใจไม่ตรงกัน การประสานหรือการพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการมาก อาจทำให้เราได้

ข้อมูลที่มีความลึกซึ้งมากกว่าการประสานงานที่เป็น
ทางการเพียงอย่างเดียว

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การ
วิเคราะห์เนื้อหา บทบาทหน้าที่บริการแต่ละภาคส่วน
บทบาทเฉพาะของหน่วยงาน ติดตามประสานขั้นตอน
การปฏิบัติต่างๆ ตามช่วงเวลาที่กระบวนการของผู้ป่วย
ดำเนินไป

อภิปรายผล

บทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงในการ
จัดการรายกรณีหญิงตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ที่มีปัญหา
ยาเสพติดและจิตเวช ในการประสานกับทีมสหวิชาชีพ
และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี
ดี มีการเตรียมความพร้อมในกรณีฉุกเฉิน ประเด็นใน
การประสานหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้อง ได้รับความ
ร่วมมือเป็นอย่างดี มีการประเมินความเสี่ยงที่
หน่วยงานที่เกี่ยวข้องอาจได้รับและร่วมกันจัดการ
ปัญหาร่วมกันทุกภาคส่วน

เอกสารอ้างอิง

- ประคอง อินทรสมบัติ. (2553). การปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงและการจัดการรายกรณี. ในสมจิต หนูเจริญและอรสาพันธ์ภักดี
(บรรณาธิการ). การปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง : บูรณาการสู่การปฏิบัติ.(หน้า 115-124). กรุงเทพฯ : จุฑา ทอง.
เรวดี ศิรินคร, ยุติ เกตสัมพันธ์, ผ่องพรรณ ธนา, และสุวิภา นิตยากร. (2543). CASE MANAGEMENT. ใน การประชุม
2nd national forum on Hospital Accreditation. กรุงเทพมหานคร: J.S. การพิมพ์.
Case management Society of America. (2010) Standards of Practice for Case management. Retrieved
March 15, 2015, from <http://www.cmsa.org/sop>.
Chirayut S. Relationships between poor antenatal care and neonatal outcomes. KKMJ 2007; 327:121-7
Chomchai C, Manrom N, Watanarungsan P, Yossuck P, Chomchai S. Methamphetamine abuse during
pregnancy and its health impact on neonates born at Siriraj Hospital, Bangkok, Thailand. Southeast
Asian J Trop Med Public Health. 2004; 35: 228-31
Little BB, Snell LM, Gilstrap LC. Methamphetamine abuse during pregnancy: outcome and fetal effects.
Obstet Gynecol. 1988; 72: 541-4
Ladhani NN, Shah SP, Murphy KE. Prenatal amphetamine exposure and birth outcomes: a systematic
review and metaanalysis. Am J Obstet Gynecol. 2011; 205 (219): e1-7.
Marylou B, Vincent C. Prenatal Substance Abuse: Short and long-term Effects on the Exposed Fetus.
Pediatrics. 2013; 131: e1009-24
Ostrea EM, Chaves CJ, Stauss ME. A study of factors that influence the severity of neonatal narcotic
withdrawal. J Pediatrics. 1976; 88:642-5.
Techatrasak K, Udnan C, Chabbang O, Boriboonhirunsarn D, Piya-Anant M. Pregnancy Outcomes in
Methamphetamine Abuse Mothers. Siriraj Med J. 2007; 59: 290-3.
<http://www.hpc11.go.th/intranet/index.php?topic=208.0>
WHO.Breastfeeding and Maternal Medication Recommendation for Drugs in the Eleventh WHO Model list
of Essential Drugs. World Health Organization 2002.

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.จักราวุธ 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