

สารบัญ

รายงานการวิจัย	หน้า
ผลของโปรแกรมการดูแลโดยญาติมีส่วนร่วมในระยะปากมดลูกเปิดเร็วของการคลอดต่อความเครียด ความเจ็บปวด และความก้าวหน้าของการคลอด	1
อาทิตย์ ด่วงคำภา	
การพัฒนากระบวนการเรียนรู้การดูแลตนเองด้วยแบบบันทึกปฏิบัติเป้าหมายของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มการพยาบาลอายุรกรรมผู้ป่วยนอก	9
เบญจมาภรณ์ วงศ์ประเสริฐ	
การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเครือข่ายโรงพยาบาลศรีสะเกษ	19
คมเนตร สกลธนะศักดิ์, พิชามณ กุลจิรวรรณ, นพพล บัวสี, มะลิ สุปัติ	
การศึกษาระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในคลินิกโรคไม่ติดต่อ โรงพยาบาลโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา	31
พวงเพชร ชูจอหอ	
ผลกระทบจากการตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่น อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี	38
ไพวัลย์ นรสิงห์	
การประเมินและพัฒนาสำนักงานสาธารณสุขอำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี “ตามเกณฑ์คุณภาพบริหารจัดการภาครัฐ”	48
สิริรัตน์ คำอ่อน	
การพัฒนารูปแบบแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย Alcohol Withdrawal ตึกผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลโกสุมพิสัย	60
นิภาภรณ์ คงเกียรติพันธ์	
ผลของการประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังโรงพยาบาลโนนสูง อำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา	70
บุญสม คุ่มกลาง, ปุณณิศา วัจนละอন্ন	
การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ตำบลบางปะกง	78
กนกศรี จาดเงิน, ศิพนันกร เชื้อภักดี	
การพัฒนารูปแบบการคัดกรองภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตา	86
อลิสา รัฐวงษา	
เด็กหญิงเอกกับเด็กหญิงบี (นามสมมุติ) : กรณีศึกษา	95
นุสรา สว่างศรี	
ปรากฏการณ์การพยายามฆ่าตัวตายของประชาชนในอำเภอศรีประจันต์กรณีศึกษา	106
ผู้มีประสบการณ์พยายามฆ่าตัวตายที่อาศัยอยู่ในอำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี	106
มะยม สุพรรณ	
การสร้างความสำเร็จของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในกระบวนการซื้อหรือจ้าง ระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 โรงพยาบาลนวม จังหวัดกาฬสินธุ์	114
กิตติชัย ศิริบุตร	
การพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังสุขภาพในโรงพยาบาล	121
นิตยา สุวรรณชาติ	
การเฝ้าระวังสุขภาพในสถานประกอบการ	128
รัชณี ไชยดี	
รูปแบบการพัฒนาความรู้ทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับการเว้นระยะห่างทางสังคม ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลกุดรัง อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม	139
ปรีชา ศรีน้อยขาว	
รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเหล่าอ้อย อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์	146
ไพรัช คำพรมมา	

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 13 (ปีที่ 5 ฉบับที่ 2) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน พฤษภาคม – สิงหาคม 2563 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ การดูแลโดยญาติมีส่วนร่วมในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว การดูแลตนเองด้วยแบบบันทึกปฏิบัติเป้าหมายของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผลกระทบจากการตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่น การประเมินและพัฒนาสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย Alcohol Withdrawal การดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน การคัดกรองภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตา เด็กหญิงเอกับเด็กหญิงบี การพยายามฆ่าตัวตายของประชาชน ความเข้าใจของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในกระบวนการซื้อหรือจ้าง การเฝ้าระวังสุขภาพในโรงพยาบาล ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับการเว้นระยะห่างทางสังคมของอาสาสมัครสาธารณสุข การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชนต่อไป

ผลของโปรแกรมการดูแลโดยญาติมีส่วนร่วมในระยะปากมดลูกเปิดเร็วของการคลอดต่อความเครียด ความเจ็บปวด และความก้าวหน้าของการคลอด

Effects of a Family Participation Program on Stress level, Labor Pain level and Progression of Labor during Active Phase in Parturients

อาทิตย์ ด้วงคำภา, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

Atit Duangkampha, Professional Nurse

โรงพยาบาลโกสุมพิสัย

Kosum Phisai Hospital

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของผลของโปรแกรมการดูแลโดยญาติมีส่วนร่วมในระยะปากมดลูกเปิดเร็วของการคลอดต่อภาวะเครียด ความเจ็บปวด และความก้าวหน้าของการคลอด เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลในระยะปากมดลูกเปิดเร็วของการคลอดโดยญาติมีส่วนร่วม โดยใช้เก็บรวบรวมข้อมูลจากการใช้แบบบันทึกการคลอด ร่วมกันในการประเมิน ซึ่งศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้คลอดที่มาคลอดในห้องคลอด โรงพยาบาลโกสุมพิสัย อำเภอกอสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม โดยดำเนินการศึกษาตั้งแต่เดือนเมษายน 2560 - ธันวาคม 2560 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลได้แก่ 1) แบบบันทึกการคลอด (อ้างอิง: แบบบันทึกการคลอด โรงพยาบาลโกสุมพิสัย กระทรวงสาธารณสุข ปี 2559) ประกอบด้วย ชื่อ นามสกุล อายุ เชื้อชาติ ประวัติการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ ระดับการศึกษา น้ำหนัก, ส่วนสูงของผู้คลอด น้ำหนักทารกแรกเกิด 2) แบบสอบถามเกี่ยวกับการประเมินความเครียด (อ้างอิง: กรมสุขภาพจิต)

ผลการศึกษาพบว่า ผู้คลอดกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยโปรแกรมการดูแลในระยะปากมดลูกเปิดเร็วโดยญาติมีส่วนร่วม มีระดับความเครียด และระดับคะแนนความเจ็บปวดขณะรอคลอดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยโปรแกรมการดูแลในระยะปากมดลูกเปิดเร็วของการคลอดโดยญาติมีส่วนร่วมและกลุ่มที่ดูแลตามปกติมีระยะเวลาขณะรอคลอดไม่แตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่าการใช้โปรแกรมการดูแลในระยะปากมดลูกเปิดเร็วของการคลอดโดยญาติมีส่วนร่วมในผู้คลอดเป็นทางเลือกที่น่านำมาพัฒนาใช้ในการลดระดับความเครียดและลดความเจ็บปวดของผู้คลอดโดยไม่ใช้ยา ซึ่งเป็นการพัฒนาระบบคุณภาพทางการพยาบาล

คำสำคัญ: ความเครียด, ความเจ็บปวด, ความก้าวหน้าของการคลอด

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research aimed to study and examine the effects of a family participation program on stress, labor pain level and progression of labor during active phase of parturients. The sample consisted of pregnant women in labor room Kosum Phisai Hospital, Mahasarakham Province, during April 2017 to December 2017. Data were collected by using 1) The Delivery Record form (Reference: The Delivery Record form's Kosum Phisai Hospital, Ministry of Public Health 2016) include by a demographic record form, Gravidity history, Gestational age e.g. 2) A questionnaire about stress assessment (Reference: ST-5, Department of Mental Health)

The results revealed that the experimental group had lower mean labor pain, stress level than the normal group ($p < 0.05$). The progression of labor in experimental group and normal group had no different. These findings suggest that using a family participation program could be effective in reducing stress level and labor pain in parturients without using drugs.

Keyword: Stress, Labor pain, Progression of labor

บทนำ

สตรีในเกือบทุกชาติ ทุกวัฒนธรรมมีการรับรู้หรือให้ความหมายกับการคลอดว่าเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดความเจ็บปวดที่สุดในชีวิต มีแต่ความไม่แน่นอน น่ากลัว ทุกข์ทรมาน และอาจอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ ยิ่งใกล้ระยะคลอดก็ยิ่งทวีความกลัวและความวิตกกังวลมากขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำงานของมดลูก ทำให้เกิดการคลอดล่าช้า ใช้เวลาในการคลอดยาวนานขึ้น ผู้คลอดจะเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เกิดความไม่สบาย และทุกข์ทรมาน การเจ็บครรภ์คลอดจัดเป็นความเจ็บปวดที่รุนแรงมากที่สุดเมื่อเทียบกับการปวดอย่างอื่น โดยจะทวีความรุนแรงยิ่งขึ้นตามความแรงของการหดตัวของมดลูก ผลกระทบของความเจ็บปวดจากการเจ็บครรภ์คลอดทางด้านร่างกาย ผู้คลอดจะมีปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจและอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ความดัน

โลหิตสูงขึ้น การหดตัวของมดลูกลดน้อยลง กล้ามเนื้อมดลูกตึงตัวมากเกินไป การเปิดขยายของปากมดลูกล่าช้า ทำให้การคลอดยาวนานขึ้น ทางด้านจิตใจ จะทำให้ผู้คลอดเกิดความเครียด ความกลัวและความวิตกกังวล (ธีระ ทองสง, 2555). พบว่าความวิตกกังวล ความกลัวของผู้คลอดในระยะคลอด จะกระตุ้นให้ร่างกายเกิดความตึงเครียด การทำงานของกล้ามเนื้อเรียบของมดลูกจะเป็นแรงต้าน ทำให้ปากมดลูกเปิดช้า และระยะเวลาในการคลอดยาวนานมากขึ้น ดังนั้นความกลัว ความตึงเครียด ความเจ็บปวด จึงเป็นกลุ่มอาการที่เป็นวงจรต่อเนื่องที่ทำให้ผู้คลอดมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายได้ และผลกระทบของความเจ็บปวดต่อการกในครรภ์พบว่า จะส่งผลทำให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจน ซึ่งถ้าดำเนินต่อไปเป็นระยะเวลานาน อัตราการเต้นของหัวใจทารกจะเริ่มมีภาวะ late deceleration และเสียชีวิตในครรภ์ได้ (มณีภรณ์

โสมานุสรณ์, 2554; วีรวรรณ ภาษาประเทศ และคณะ, 2556) องค์การอนามัยโลก ได้มีข้อเสนอแนะในการดูแลสตรีในระยะคลอด โดยมีสาระสำคัญข้อหนึ่ง คือ “ควรลดการใช้ยาบรรเทาความเจ็บปวด” จึงมีงานวิจัยที่สนใจจะพัฒนาเทคนิคหรือวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดเพิ่มขึ้นมากมาย เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนของยาที่อาจเกิดขึ้นกับทั้งผู้คลอดและทารกในครรภ์ซึ่งเป็นบทบาทที่พยาบาลสามารถทำได้ วิธีการลดปวดโดยไม่ใช้ยาที่นำมาใช้โดยทั่วไปในโรงพยาบาล คือ เทคนิคหายใจ การลูบหน้าท้องและนวดก้นกบ การฝังเข็ม การกดจุด การสะกดจิต การเพ่งจุดสนใจ การฉีดน้ำเข้าใต้ผิวหนังหรือการกระตุ้นด้วยไฟฟ้า การใช้ความร้อน ความเย็น การให้ความรู้การคลอดธรรมชาติ การผ่อนคลาย การใช้ดนตรีบำบัด การใช้สุคนธบำบัด การนวด ซึ่งเป็นวิธีที่ใช้แพร่หลาย (ศศิธร พุ่มดวง, 2553)

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้เลือกวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดโดยใช้ลูกประคบสมุนไพร ซึ่งเป็นการนำประโยชน์ของความร้อนผสมผสานกับสมุนไพรไทยมาใช้ ในลูกประคบสมุนไพรมีสมุนไพรไทยหลายอย่างมาห่อรวมกัน มีการกล่าวถึงประโยชน์ของการประคบสมุนไพรมานาน ซึ่งรวบรวมได้ ดังนี้ ช่วยลดอาการปวดเมื่อย เคล็ดขัดยอก ลดอาการบวมอักเสบ ลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อทำให้เนื้อเยื่อพังผืดยืดตัว ลดการติดขัดของข้อ และช่วยเพิ่มการไหลเวียนของโลหิต ทำให้เลือดลมเดินสะดวก ซึ่งการที่กล้ามเนื้อมีการยืดขยายตัวลดการเกร็งตัวอาจยังส่งผลให้ปากมดลูกมีการเปิดขยายได้ดี ทำให้ช่วยลดระยะเวลาระยะรอคลอดระยะที่ 1 ได้ เมื่อลดระยะเวลาในขณะรอคลอดได้แล้วยังจะลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะรอคลอดได้ด้วย นอกจากนี้กลิ่นของสมุนไพรช่วยทำให้ผ่อนคลายความตึงเครียดได้

เมื่อความเครียดที่ตัวมารดามีความผ่อนคลาย ทารกในครรภ์ก็จะเกิดความผ่อนคลายได้เช่นกัน

โรงพยาบาลโกสุมพิสัย เป็นโรงพยาบาลชุมชน 120 เตียง ให้บริการการด้านสูติกรรมตั้งแต่ระยะเจ็บครรภ์คลอด ระยะคลอด และหลังคลอด สำหรับการดูแลระยะรอคลอด เป็นระยะเวลาที่ทำให้ผู้คลอดจะต้องเผชิญความเจ็บปวด ความเครียด ความสับสนทางอารมณ์ ซึ่งล้วนแต่มีผลต่อกลไกการคลอด ดังนั้นจึงมีการศึกษาการให้ความร้อนเฉพาะที่ในบริเวณใดบริเวณหนึ่งของร่างกายจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา โดยความร้อนทำให้ความหนืดของเนื้อเยื่ออ่อนลดลง ส่งผลให้ความยืดหยุ่นของเส้นใยคอลลาเจนเพิ่มขึ้นและทำให้ความสามารถในการถูกยืดของเนื้อเยื่อสูงขึ้น และเพื่อนำข้อมูลวิชาการที่ได้สามารถนำไปยืนยันประสิทธิผลของการนวด-ประคบด้วยลูกประคบสมุนไพรในขณะปากมดลูกเปิดเร็ว หากมีประสิทธิผลจริง จะสามารถนำไปเป็นการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบภาวะเครียดในผู้คลอดครรภ์แรก ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่ได้รับการนวดประคบด้วยลูกประคบสมุนไพร
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็วในผู้คลอดครรภ์แรก ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่ได้รับการนวดประคบด้วยลูกประคบสมุนไพร
3. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความเจ็บปวดในผู้คลอดครรภ์แรก ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่ได้รับการนวดประคบด้วยลูกประคบสมุนไพร

ประชากร

ในระหว่างที่กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย หากมีคุณสมบัติที่ต้องยุติจากการศึกษาอย่างน้อย 1 ข้อ ดังต่อไปนี้ ผู้คลอดขอยุติการประคบในระหว่างทำการศึกษา ผู้คลอดมีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมทุกกรณี ผู้คลอดได้รับยาเร่งคลอด (oxytocin) หรือได้รับการระงับความเจ็บปวดระหว่างทำการทดลอง ผู้คลอดได้รับการประเมินน้อยกว่า 2 ครั้ง

การศึกษานี้ มีกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยพิจารณายุติการศึกษา จำนวน 3 ราย คือ รายที่ 1 เนื่องจากการดาขอยุติการคลอดเพราะรู้สึกรำคาญขณะนวด จึงเลือกกลุ่มตัวอย่างทดแทนโดยเลือกจากผู้คลอดที่เข้ามาคลอดรายถัดไป รายที่ 2 เนื่องจากการดาไม่ชอบกลิ่นสมุนไพรจึงเลือกกลุ่มตัวอย่างทดแทนโดยเลือกจากผู้คลอดที่เข้ามาคลอดรายถัดไป รายที่ 3 เนื่องจากการดาได้รับยาเร่งคลอดขณะรอคลอดจึงเลือกกลุ่มตัวอย่างทดแทนโดยเลือกจากผู้คลอดที่เข้ามาคลอดรายถัดไป ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้กลุ่มตัวอย่างที่นำมาวิเคราะห์ผลจำนวนทั้งสิ้น 44 ราย ประกอบด้วย กลุ่มควบคุม 22 ราย กลุ่มทดลอง 22 ราย

วัสดุอุปกรณ์/เครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยและเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1.1 หม้อนึ่งไอน้ำไฟฟ้าแบบดิจิตอล ขนาด 25 x 25 ซม. สูง 8 ซม. ที่มีการตั้งเวลาได้ 60 นาที ทำความร้อนกำลังไฟ 1,360 วัตต์

1.2 Thermometerที่สามารถวัดอุณหภูมิ ตั้งแต่

0 - 100 องศาเซลเซียส

1.3 นาฬิกาจับเวลา

1.4 ลูกประคบสมุนไพรแบบแห้งเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 5 นิ้ว

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบรวบรวมข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ การตั้งครรภ์ ระดับการศึกษา อาชีพ ประสบการณ์ เคยเข้าฝึกรอบรมเตรียมร่างกายก่อนคลอด และแบบประเมินภาวะเครียดในผู้คลอดขณะรอคลอด

การวิเคราะห์ทางสถิติ

ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ในการอธิบายข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างด้วยการแจกแจงความถี่ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (X) และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความเครียด ความเจ็บปวดระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็ว ของผู้คลอดในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ในระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้ สถิติ Independent t-test

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยและรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการ ผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่ห้องคลอด โรงพยาบาลโกสุมพิสัยทุกคนเข้าอบรมการนวด และการใช้สุคนธบำบัดจากผู้เชี่ยวชาญแพทย์แผนไทยหน่วยงานแพทย์แผนไทยโรงพยาบาลโกสุมพิสัย มีเวลาฝึกรอบรมจำนวน 1 วัน

2. ขั้นตอนการวิจัย

2.1 หลังจากได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขมหาสารคาม ผู้วิจัยนำหนังสือพิทักษ์สิทธิมาเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาลโกสุมพิสัยเพื่อขอรับการพิจารณาชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขออนุญาตรวบรวมข้อมูล

2.2 เมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลโกสุมพิสัยเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์

2.3 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ

2.4 ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัยโดยจะใช้เวลาประมาณ 10 นาที ในช่วงแรกรับจนถึงปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตร พร้อมทั้งทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วม การวิจัย ถ้ายินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2.5 ผู้วิจัยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจากผู้คลอดที่เข้ามาคลอดในโรงพยาบาลโกสุมพิสัย และมีคุณสมบัติตามที่กำหนด โดยผู้คลอดที่มาคนที่ 1 จะถูกเลือกเข้ากลุ่มควบคุม ผู้คลอดที่เข้ามาคลอดคนที่ 2 จะถูกเลือกเข้ากลุ่มทดลอง และจะสลับเข้ากลุ่มไปเรื่อยๆ

3. ผู้วิจัยดำเนินการในกลุ่มควบคุม ที่ได้รับการดูแลตามปกติ ดังนี้

3.1 สอบถามกลุ่มตัวอย่างและทำการบันทึกข้อมูลทั่วไป

3.2 ในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว คือ ปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตร เริ่มทำการประเมินการหดตัวของมดลูก ถ้ามดลูกหดตัวนาน 45 - 60 วินาที ห่างกัน 3-

5 นาที และความแรงระดับ ปานกลางถึงระดับแรงมาก ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้ 1) พยาบาลเจ้าของไข้ให้การดูแลตามปกติ ได้แก่ การแนะนำการหายใจเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดเมื่อแรกเจ็บ 2) พยาบาลจดบันทึกความก้าวหน้าของการคลอด พร้อมทั้งการเปลี่ยนแปลงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นขณะรอคลอด ตั้งแต่ปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตร จนเข้าสู่ระยะปากมดลูกเปิดหมด

4. ผู้วิจัยดำเนินการในกลุ่มทดลอง ที่ได้รับการดูแลโดยใช้ลูกประคบสมุนไพรนวด-ประคบ ดังนี้

4.1 ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

4.2 ในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว คือ ปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตร เริ่มทำการประเมินการหดตัวของมดลูก ถ้ามดลูกหดตัวนาน 45 - 60 วินาที ห่างกัน 3-5 นาที และความแรงระดับปานกลางถึงระดับแรงมาก ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง ดังนี้ 1) ให้ผู้คลอดประเมินความเจ็บปวดแบบที่เป็นตัวเลขก่อนได้รับการประคบร้อนตามวิธีการใช้ลูกประคบสมุนไพรนวด-ประคบ ที่กำหนดไว้เมื่อปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตรจนถึงปากมดลูกเปิดหมด 2) ผู้วิจัยให้การดูแลประคบร้อนบริเวณระดับยอดมดลูก ถึงหน้าขาและด้านหลังโดยใช้ลูกประคบสมุนไพรที่มีอุณหภูมิ 40 - 45 องศาเซลเซียส นวด-ประคบปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตร จนถึงปากมดลูกเปิดหมด ในแต่ละครั้งนาน 5 นาที ทุก 5 นาที ในแต่ละชั่วโมงต่อเนื่องกัน จนเข้าสู่ระยะปากมดลูกเปิดหมด 3) พยาบาลจดบันทึกความก้าวหน้าของการคลอด พร้อมทั้งการเปลี่ยนแปลงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นขณะรอคลอด ตั้งแต่ปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตร จนเข้าสู่ระยะปากมดลูกเปิดหมด

ผลการศึกษา

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวด
ระยะเวลาของปากมดลูกเปิดเร็ว และคะแนนเฉลี่ย
ความเครียดของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและ

หลังได้รับการดูแลปกติและได้รับการประคบร้อนด้วย
ลูกประคบสมุนไพรในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (Active
phase)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวด ระยะเวลาของปากมดลูกเปิดเร็ว และคะแนนเฉลี่ยความเครียด
ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับการดูแลปกติและได้รับการประคบร้อนด้วยลูก
ประคบสมุนไพรในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (Active phase)

ประเด็น	จำนวน (n)	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		p-value
		mean	S.D	mean	S.D	
คะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวด	22	7.69	1.44	5.8	41.77	0.001
ระยะเวลาของปากมดลูกเปิดเร็ว	22	644	389.08	578	364.48	0.601
คะแนนเฉลี่ยความเครียด	22	9.50	0.61	8.52	0.93	0.002

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 1 พบว่า

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความเจ็บปวด
ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังได้รับการดูแลปกติ
และได้รับการประคบร้อนด้วยลูกประคบสมุนไพรใน
ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (Active phase)พบว่าในกลุ่ม
ทดลองมีค่าคะแนนระดับความเจ็บปวดต่ำกว่ากลุ่ม
ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาของปาก
มดลูกเปิดเร็วในผู้คลอดครั้งแรก ระหว่างกลุ่มควบคุม
และกลุ่มทดลองที่ได้รับการนวดประคบด้วยลูกประคบ
สมุนไพรไม่พบความแตกต่างกัน

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความเจ็บปวด
ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังได้รับการดูแลปกติ
และได้รับการประคบร้อนด้วยลูกประคบสมุนไพรใน
ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (Active phase)พบว่าในกลุ่ม
ทดลองมีค่าคะแนนระดับความเจ็บปวดต่ำกว่ากลุ่ม
ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

อภิปรายผล

ผลของโปรแกรมการดูแลโดยญาติมีส่วนร่วมใน
ระยะปากมดลูกเปิดเร็วของการคลอดต่อความเครียด
ความเจ็บปวด และความก้าวหน้าของการคลอด โดย
ผู้วิจัยดำเนินการในกลุ่มทดลอง ที่ได้รับการดูแลโดยใช้
ลูกประคบสมุนไพรนวด-ประคบ ในระยะปากมดลูกเปิด
เร็ว คือ ปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตร ผู้วิจัยให้การดูแล
ประคบร้อนบริเวณระดับยอดมดลูก ถึงหน้าขาและ
ด้านหลัง โดยใช้ลูกประคบสมุนไพรที่มีอุณหภูมิ 40 - 45
องศาเซลเซียส นวด-ประคบปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตร
จนถึงปากมดลูกเปิดหมด ในแต่ละครั้งนาน 5 นาที ทุก
5 นาที ในแต่ละชั่วโมงต่อเนื่องกัน จนเข้าสู่ระยะปาก
มดลูกเปิดหมด ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของ
ความเจ็บปวดของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลัง
ได้รับการดูแลปกติและได้รับการประคบร้อนด้วยลูก
ประคบสมุนไพรในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (Active

phase)พบว่าในกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนระดับความเจ็บปวดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาของปากมดลูกเปิดเร็วในผู้คลอดครรภ์แรก ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่ได้รับการนวดประคบด้วยลูกประคบสมุนไพรไม่พบความแตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความเจ็บปวดของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังได้รับการดูแลปกติและได้รับการประคบร้อนด้วยลูกประคบสมุนไพรในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (Active phase)พบว่าในกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนระดับความเจ็บปวดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ทั้งนี้เนื่องจากการให้ความร้อนเฉพาะที่ในบริเวณใดบริเวณหนึ่งของร่างกายจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา โดยความร้อนทำให้ความหนืดของเนื้อเยื่ออ่อนลดลง ส่งผลให้ความยืดหยุ่นของเส้นใยคอลลาเจนเพิ่มขึ้นและทำให้ความสามารถในการถูกยืดของเนื้อเยื่อสูงขึ้น เพิ่มความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ เพิ่มความไวต่อการถูกยืดของ primary and secondary muscle spindles ลดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ (สุรัสวดี มรรควัฒย์, 2549) สอดคล้องกับการศึกษาของ สร้อยทอง มีพีชน (2548) และรังสิณี พูลเพิ่มและคณะ (2556) พบว่า การประคบร้อนที่หน้าท้องช่วยทำให้ปากมดลูกเปิดขยายเร็วขึ้น ลดระยะเวลาของการคลอดในระยะที่ 1 ให้สั้นลงได้ ซึ่งจะดำเนินไปตามธรรมชาติ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาในการบรรเทาความเจ็บปวด ความเครียด และลดระยะเวลาระยะปากมดลูกเปิดเร็ว

โดยการประคบร้อนด้วยลูกประคบสมุนไพร ในกลุ่มอื่นๆ เช่น มารดาครรภ์หลัง ผู้คลอดวัยรุ่น และผู้คลอดที่ได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกด้วย เพื่อประเมินประสิทธิภาพที่แตกต่างกันออกไป

2. ในการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้มีการจำกัดน้ำหนักผู้คลอด ที่อาจมีผนังหน้าท้องหนาแตกต่างกัน อาจส่งผลต่อระดับของความร้อนจากลูกประคบได้

3. การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการใช้ลูกประคบสมุนไพรที่ควบคุมความร้อนได้ในระดับที่เหมาะสม จะช่วยลดปวด และระดับความเครียดได้ แต่ไม่มีผลต่อระยะเวลาในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว

4. การควบคุมอุณหภูมิให้ได้ระดับที่คงที่ในอุปกรณ์ที่ใช้ขนาดประคบที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิที่ผิวหนัง ซึ่งคาดว่าจะสามารถลดความเจ็บปวดในการคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อ พัฒนาระบบการพยาบาลผู้คลอดในระยะรอคลอดให้มีประสิทธิภาพ เพื่อลดการใช้ยาที่ในผู้คลอดเน้นความปลอดภัยและความพึงพอใจต่อผู้รับบริการและญาติ ผู้วิจัยขอขอบคุณโรงพยาบาลโกสุมพิสัย และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ที่ได้สนับสนุนทุนการวิจัยครั้งนี้ และคณะผู้บริหารและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลโกสุมพิสัย รวมทั้งเจ้าหน้าที่ห้องคลอดทุกท่าน ที่ได้ให้ความร่วมมือลงมือทดลองวิจัยครั้งนี้จนเสร็จสิ้น และขอขอบพระคุณเจ้าของเอกสารและงานวิจัยทุกท่าน ที่ผู้ศึกษาค้นคว้าได้นำมาอ้างอิงในการทำวิจัย จนกระทั่งงานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

ธีระ ทองสง. สุนัขศาสตร์ เรียบเรียงครั้งที่ 5. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: ลักษมีรุ่ง จำกัด.(2555).

สุรัสวดี มรรควัฒย์. สรีรวิทยาของการใช้ความร้อนเพื่อการรักษา. ขอนแก่น : ภาควิชาสรีรวิทยามหาวิทยาลัยขอนแก่น.
(2549).

สร้อยทอง มีพีชน. หมอนรองหลัง พลังความร้อน (HOT BEAN PILLOW) ประสิทธิภาพการดำเนินงานดีเด่นใน (2548).

การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามกลุ่มวัยต่าง ๆ หรือการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพในระดับพื้นที่.โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม.

มณีนารถโสมานุสรณ์. การพยาบาลสุนตศาสตร์ เล่ม 2. (พิมพ์ครั้งที่10). นนทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์. (2554).

วีรวรรณ ภาษาประเทศ, เพ็ญพักตร์ ลูกอินทร์ และสิดานันท์ ศรีใจวงศ์. การพยาบาลระยะคลอด.นนทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์. (2556).

รังสิณี พูลเพิ่ม อุบลรัตน์ ระวีงโค ขวัญเรือน ด่วนดี ผลของการใช้ผ้าขนหนูชุบน้ำอุ่นประคบหน้าท้องต่อการลดความเจ็บปวดและการลดระยะเวลาของระยะปากมดลูกเปิดเร็วในมารดาครรภ์แรกวารสารพยาบาลทหารบก. ปีที่ 14 ฉบับที่ 3 (ก.ย. - ธ.ค.) (2556).

ศศิธร พุมดวง. การลดปวดในระยะคลอดโดยไม่ใช้ยา. สงขลา: เคก็อปี้. (2553).

การพัฒนากระบวนการเรียนรู้การดูแลตนเองด้วยแบบบันทึกปฏิทินเป้าหมายของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน
กลุ่มการพยาบาลอายุรกรรมผู้ป่วยนอก

The Development of a Learning Process: A Goal Calendar for Self-Care Recording of
People with Diabetic Mellitus in Out Patient Department of Medicine Nursing

เบญจมาภรณ์ วงศ์ประเสริฐ

Benjamaporn Wongprasert

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

Sunpasitthiprasong Hospital

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ดังนี้ 1) เพื่อพัฒนากระบวนการเรียนรู้กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานด้วยปฏิทินเป้าหมายบันทึกการดูแลตนเอง 2) เพื่อประเมินผลลัพธ์ของปฏิทินเป้าหมายบันทึกการดูแลตนเองต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ค่าดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลสะสมเอวันซี ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มการพยาบาลอายุรกรรมผู้ป่วยนอก กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยคือ กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลสะสมมากกว่า 7 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ จำนวน 80 ราย เลือกตามสะดวก ดำเนินการศึกษาระหว่าง เดือน ตุลาคม 2560-มิถุนายน 2561 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกการดูแลตนเอง แบบวัดความพึงพอใจ ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย และศึกษาเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์

ผลการพัฒนาพบว่า จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลสะสมมากกว่า 7 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ได้รับแบบฟอร์มบันทึกการดูแลตนเอง และมีประสบการณ์การทำบันทึกครั้งแรกเมื่อเข้ารับการอบรม จำนวน 80 ราย (ร้อยละ 100) สามารถนำความรู้ไปเพิ่มทักษะการทำแบบบันทึกการดูแลตนเองตอบกลับ 60 ราย (ร้อยละ 75) อยู่ระหว่างการกระตุ้นและติดตาม จำนวน 20 ราย (ร้อยละ 25) ในรายละเอียดของแบบบันทึกการดูแลตนเอง มีผลลัพธ์ ดังนี้ 1) ด้านความรู้และการนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน พบว่า การทำกิจวัตรประจำวันที่บ้าน ไม่มีรูปแบบการดำเนินชีวิต 30 ราย (ร้อยละ 50) ขาดการวางแผนการควบคุมน้ำตาล 45 ราย (ร้อยละ 75) มีการรับประทานอาหารหลากหลายตามความชอบ 46 ราย (ร้อยละ 76.6) ไม่ได้อ่านฉลากโภชนาการก่อนเลือกซื้อ 50 ราย (ร้อยละ 83.3) เมื่อครบกำหนดตรวจตามนัดหมาย ผู้ป่วยต้องส่งแบบบันทึกรายงานการดูแลตนเอง พบว่า ผู้ป่วยทำแบบบันทึกถูกต้องและสามารถสื่อสารกับทีมสุขภาพ จำนวน 35 ราย (ร้อยละ 58.3) 2) ผู้ป่วยเบาหวานมีระดับความพึงพอใจต่อการควบคุมและปรับพฤติกรรม การใช้ชีวิตประจำวันอย่างมีแบบแผนร้อยละ 80 3) ระดับน้ำตาลสะสมของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการพัฒนากระบวนการเรียนรู้พบว่าระดับน้ำตาลสะสมมีแนวโน้มจะลดลง และพฤติกรรมควบคุมให้อยู่ตามเกณฑ์เป็นไปในทิศทางบวก

คำสำคัญ: กระบวนการเรียนรู้ การดูแลตนเอง โรคเบาหวาน แนวปฏิบัติการดูแลเบาหวาน

Abstract

This research and development is to developing learning process to a goal calendar for self-care recording of people with diabetic mellitus in out-patient department of medicine nursing and the second for study, to outcome of goal calendar self-care recording, to measurement as behavior change, body mass index, hemoglobin A1C. The 80 samples one group has hemoglobin A1C more than 7 %. The research

conducted during October 2017 to June 2018. The research instruments were: self-care record and satisfaction form. Data were analyzed using descriptive statistic, paired t-test.

Finding 80 diabetics patients who has hemoglobin A1C more than 7 % passed training skill self-care and have self-care recording, 60 patients have applied knowledge for record self-care and 20 patients have been allow to details. The outcome recorded 30 patients (50%) non-life style modifications, 45 patients (75%) has unplanned for diabetic control and 46 patients (76.6%) have to different interested to eating on daily life, 50 patients (83.3%) missed read nutrition labels. After visits 35 patients (58.3%) have response report for health communication and 80% were satisfied to service. The significantly of hemoglobin A1C levels were decreasing after they improve learning process ($t = 2.01, p < 0.01$)

Keywords: Learning Process, Self-Care, Diabetes disease, Diabetes Guideline

บทนำ

องค์การอนามัยโลก (World health organization; WHO) รายงานว่า ภาวะเบาหวานจะส่งผลกระทบต่อระดับบุคคลจะพบแนวโน้มจำนวนเพิ่มมากขึ้น จาก 300 ล้านคนในปี 2553 เป็น 380 ล้านคนในปี 2568 ซึ่งครึ่งหนึ่งเป็นประชากร อยู่ในเอเชีย และเอเชียแปซิฟิก (Grou, 2015:461-465, Janus, E. D., et al., 2000: 741-745., and Guariguata, Leonor, et al., 2011: 322-332). ซึ่งในปี พ.ศ. 2560 มีผู้ที่เป็นเบาหวานอายุ 20-79 ปี จำนวน 425 ล้านคน เพิ่มขึ้นเป็น 629 ล้านคนในปี พ.ศ. 2588 (International Diabetes Federation, 2560) จากการสำรวจสุขภาพประชากรไทย พ.ศ. 2557 พบอัตราความชุกของโรคเบาหวานในผู้ที่อายุ 15 ปีขึ้นไป เท่ากับ 8.9 และพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 9.8 และ 7.9 ตามลำดับ (วิชัย เอกพลกร, 2559:79-108).ซึ่งในประเทศไทยร้อยละ 95 จะเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

อย่างไรก็ตามการควบคุมเบาหวานที่ดี เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังต่อหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานนั้น จะต้องควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงกับผู้ที่ไม่เป็นเบาหวาน

ตลอดเวลาทั้งก่อนและหลังรับประทานอาหาร เป้าหมายของการควบคุมเบาหวานที่ดีนั้น ตามคำแนะนำของสมาคมเบาหวานแห่งอเมริกา (สมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน, 2552: 27). กำหนดให้ระดับน้ำตาลในช่วงอดอาหารมีค่าระหว่าง 70-130 มก./ดล. ขณะที่สมาคมแพทยระบบต่อมไร้ท่อของอเมริกา (American Association of Clinical Endocrinologist, AACE) กำหนดไว้ที่ < 110 มก./ดล. และระดับน้ำตาลหลังอาหาร 2 ชั่วโมง < 180 มก./ดล. (ADA) หรือ < 140 มก./ดล. (AACE) จะเห็นได้ว่าเป้าหมายที่กำหนดนี้สูงกว่าค่าของคนปกติเล็กน้อย (FPG 70-99 มก./ดล. 2 ชั่วโมง PPG <140มก. /ดล.) ทั้งนี้เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด นอกจากระดับน้ำตาลในเลือดแล้ว การตรวจระดับเอวันซี ก็สามารถใช้เป็นตัวชี้วัดการควบคุมเบาหวานในระยะ 6-12 สัปดาห์ที่ผ่านมาได้ โดยสมาคมเบาหวานอเมริกัน กำหนดเป้าหมาย ระดับเอวันซี (HbA1C) < 7 % ขณะที่สมาคมแพทยระบบต่อมไร้ท่อของอเมริกา (AACE) กำหนดเป้าหมายระดับเอวันซี (HbA1C) < 6.5 % โดยแนะนำให้ตรวจวัด 2-4 ครั้งต่อปี สมพงษ์, 2545)

คลินิกเบาหวานส่วนใหญ่มักจะทำการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยในตอนเช้าขณะอดอาหาร โดยการเจาะเลือดจากหลอดเลือดดำและส่งตรวจยังห้องปฏิบัติการกลาง แม้ว่าค่าระดับน้ำตาลในเลือดโดยวิธีนี้จะมีความแม่นยำและคลาดเคลื่อนน้อย แต่การประเมินภาวะการควบคุมเบาหวานจากค่าระดับน้ำตาลจากเลือดวิธีนี้มีข้อจำกัดเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยเบาหวานส่วนมากมักมีการเตรียมตัวก่อนมาพบแพทย์ในวันนัด ระดับน้ำตาลในเลือดตอนเช้าของผู้ป่วยจำนวนมาก มีความแตกต่างกันมากในแต่ละวัน ซึ่งพบบ่อยครั้งระดับน้ำตาลในเลือดตอนเช้าไม่สัมพันธ์กับระดับเฮโมโกลบินเอ1ซีที่วัดได้ ทำให้เกิดความยุ่งยากและสับสนในการประเมินภาวะการควบคุมเบาหวานของผู้ป่วย(สมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน, 2552: 38). ส่วนคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าสถานการณ์ที่ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ มีมากขึ้น โดยระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) 11.2%, 15.4%, 16% (งานสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์, 2560) อีกทั้งผู้ป่วยไม่รู้สึกระคายร้อนหรือร้อนหรือไม่รู้สึกร่วมกับแผนการรักษา นอกจากนี้ พบข้อมูลที่มากขึ้นของผู้ป่วย คือการไม่มีแบบแผนในการดำเนินชีวิตประจำวันและบ่อยครั้งเมื่อซักประวัติ ประเมินสภาวะสุขภาพความต้องการเพื่อประกอบการดูแลรักษา ผู้ป่วยไม่สามารถให้คำตอบได้ ในระยะเวลาสั้นๆ ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน บางรายต้องฉีดอินซูลินวันละหลายครั้งตามมื้ออาหาร แต่ก็ปล่อยปะละเลย เพราะไม่มีความรู้และไม่เห็นความสำคัญของการออกฤทธิ์ยา

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์เป็นโรงพยาบาลศูนย์และเป็นแม่ข่ายในจังหวัดอุบลราชธานี ในเขตบริการสุขภาพที่10 ในแต่ละปีมีผู้ป่วยเบาหวานเข้ารับบริการเฉลี่ย 600-800 รายต่อปี ซึ่งมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเบาหวานตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ.2560 จากการพัฒนากระบวนการเรียนรู้กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ผู้วิจัยพบว่า ประเด็นที่เป็นปัญหาสำคัญคือ ผู้ป่วยเบาหวานขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง ทำให้การควบคุมเบาหวานของผู้ป่วยไม่เป็นไปตามเป้าหมาย และผลการรักษา และในการใช้ยา กินหรือการฉีดอินซูลิน ในระยะยาว มีความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นคือ ภาวะน้ำตาลอินซูลิน และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การปรับขนาดยา และการดูแลตนเอง ซึ่งส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัว แม้ว่าในระบบบริการสุขภาพ มีบริการโปรแกรมให้ความรู้เบาหวานแล้วก็ตาม ซึ่งมีการออกแบบคัดดูแลกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ต้องดูแลต่อเนื่องอย่างเป็นระบบ โดยใช้กระบวนการดูแลผู้ป่วย เรือธง(Davy, Carol, et al., 2015: 194). และมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน โดยทำหน้าที่เป็นผู้ประสานความร่วมมือระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและครอบครัว ใน การกำหนดแผนการดูแลทางคลินิก เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยตามต้องการ

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานการพยาบาลอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง และเป็นผู้ให้ความรู้ผู้ป่วยเบาหวาน มีบทบาทสำคัญในการจัดระบบบริการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ รวดเร็ว ปลอดภัย ได้คุณภาพและมาตรฐาน หากนำเอา

กระบวนการเรียนรู้ผู้ป่วยเบาหวาน ด้วยรูปแบบการสอน แบบสืบเสาะหาความรู้ 5 E (ทิพย์รัตน์, 2015: 842-855) ประกอบด้วยขั้นตอนที่สำคัญ ดังนี้ 1) ขั้นสร้างความสนใจ (Engagement) เป็นการนำเข้าสู่บทเรียนและเชื่อมโยงกับความรู้เดิมที่เพิ่งเรียนรู้มาแล้ว เป็นตัวกระตุ้นให้ผู้เรียนสร้างคำถาม กำหนดประเด็นที่ศึกษา 2) ขั้นสำรวจและค้นหา (Exploration) มีการวางแผนกำหนดแนวทางสำหรับการตรวจสอบตั้งสมมติฐาน ลงมือปฏิบัติเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล ข้อเสนอแนะ หรือ ปรากฏการณ์ต่าง ๆ วิธีการตรวจสอบอาจทำได้หลายวิธี 3) ขั้นอธิบายและลงข้อสรุป (Explanation) เมื่อได้ข้อมูลอย่างเพียงพอจากการสำรวจตรวจสอบแล้ว จึงนำข้อมูลข้อเสนอแนะที่ได้วิเคราะห์ แปรผล สรุปผลและนำเสนอผลที่ได้ในรูปแบบต่าง ๆ เช่น บรรยายสรุป สร้างแบบจำลอง หรือรูปวาด สร้างตาราง ฯลฯ 4) ขั้นขยายความรู้ (Elaboration) เป็นการนำความรู้ที่สร้างขึ้นไปเชื่อมโยงกับความรู้เดิมไปใช้อธิบายสถานการณ์หรือเหตุการณ์อื่น ๆ 5) ขั้นประเมิน (Evaluation) เป็นการประเมินการเรียนรู้ด้วยกระบวนการต่าง ๆ ว่าผู้เรียนมีความรู้ะไรบ้าง อย่างไร และมากน้อยเพียงใด จากขั้นนี้จะนำไปสู่การนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในเรื่องอื่น ๆ มาพัฒนาการสอน ร่วมกับการใช้ปฏิทินเป้าหมายบันทึกการดูแลตนเอง ซึ่งผู้วิจัย คาดหวังว่าจะสนับสนุนและส่งเสริมให้กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานได้เกิดทักษะ ได้ตระหนัก ถึงปัญหาภายใต้บริบทของตนเอง เมื่อผ่านการฝึกปฏิบัติจนสามารถเข้าใจวิธีใช้ปฏิทินบันทึกการดูแลตนเอง นำสู่การปฏิบัติดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนากระบวนการเรียนรู้กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานด้วยปฏิทินเป้าหมายบันทึกการดูแลตนเอง
2. เพื่อประเมินผลลัพธ์ของปฏิทินเป้าหมายบันทึกการดูแลตนเองต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ค่าดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลสะสมเอวันซี

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเรื่องการพัฒนากระบวนการเรียนรู้การดูแลตนเองด้วยแบบบันทึกปฏิทินเป้าหมายของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มการพยาบาลอายุรกรรมผู้ป่วยนอก ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากร คือ กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตบริการสุขภาพที่ 10 ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับค่าน้ำตาลสะสมเอวันซีมากกว่า 7 % ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ที่เลือกตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2) อ่านเขียน และสื่อสารภาษาไทย 3) มีโทรศัพท์และหมายเลขติดต่อได้สะดวก 4) ยินดีและเต็มใจในการเข้าร่วมการวิจัย ครั้งนี้ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้อำนาจการทดสอบ (power analysis) ผ่านโปรแกรม G power ใช้สถิติ paired t-test โดยกำหนดอำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.08 ความเชื่อมั่นที่ 0.05 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ 80 คน (Cohen, 1988)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการกระบวนการเรียนรู้

1.1 ปฏิทินการทำบันทึกการดูแลตนเอง ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยศึกษาค้นคว้า แนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ศึกษาตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย คือแนวปฏิบัติในผู้ป่วยเบาหวานของ American Diabetes Association: ADA, 2017) และวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อทราบถึงเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการทำแบบบันทึก สำหรับให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกกิจกรรมประจำวันในแต่ละวัน ประกอบด้วยวันที่ เวลา ชื่อ หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ ผลเลือด Fasting Blood Sugar(FBS) Hemoglobin A1C(HbA1C) ค่าดัชนีมวลกาย เป้าหมายการปฏิบัติตัว 6 หัวข้อ ได้แก่ 1.การออกกำลังกาย 2. การรับประทานยา/ฉีดยา 3. การรับประทานอาหารสุขภาพ 4. การดูแลเท้า 5. การใช้เครื่องเจาะน้ำตาล (SMBG) 6. การจัดการความเครียด

1.2 แบบสอบถาม ความรู้ วิธีการหาคุณภาพตรวจสอบความเที่ยงตรงของข้อมูล (Reliability) โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ โดยใช้หลักการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.80

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป สร้างโดยผู้วิจัย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพปัจจุบัน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ประวัติคนในครอบครัว หรือ

ญาติสายตรงป่วยเป็นโรคเบาหวาน โรคประจำตัว การดื่มแอลกอฮอล์ และสูบบุหรี่

2.2 แบบสอบถามความพึงพอใจ ได้มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความถูกต้องในการใช้ภาษา และความสมบูรณ์ของเนื้อหา โดยขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบขั้นตอนการดำเนินการ

การพัฒนากระบวนการเรียนรู้ การดูแลตนเองด้วยแบบบันทึกปฏิทินเป้าหมายของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1. ขั้นเตรียมการวิจัย ผู้วิจัยได้ศึกษา ทบทวนเอกสารวิจัย และออกแบบฟอร์มแบบปฏิทินเป้าหมายบันทึกการดูแลตนเอง ตามแนวปฏิบัติผู้ป่วยเบาหวาน American Diabetes Association: ADA, 2017 ให้ผู้ป่วยได้ตั้งเป้าหมายการปรับ-เปลี่ยนพฤติกรรม พร้อมหลักฐานการแสดงจากตัวผู้ป่วยเอง มีบูรณาการเนื้อหา ความรู้สู่การปฏิบัติร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งคลินิกเบาหวานภายใน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์และคลินิกเบาหวานในชุมชนเครือข่าย โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ **ระยะที่ 2. ขั้นดำเนินการวิจัย** ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมให้มีรูปแบบการใช้ปฏิทินเป้าหมายร่วมกันในทีมสุขภาพ เพื่อเป็นสื่อกลางระหว่างทีมผู้ให้บริการและผู้รับบริการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้าและสมัครใจเข้าร่วมในการวิจัย โดย ผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ และรายละเอียดของการวิจัย พร้อมขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย พร้อมลงลายมือชื่อในหนังสือยินยอม มีกระบวนการเรียนรู้ แบ่งเป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้

1) ขั้นสร้างความสนใจ (Engagement) เป็นการนำเข้าสู่บทเรียน อาจใช้เรื่องที่สนใจซึ่งเกิดขึ้น

จากความสงสัย หรืออาจเริ่มจากความสนใจของ
ตัวผู้เรียน หรือเกิดจากการอภิปรายภายในกลุ่ม
เรื่องที่น่าสนใจอาจมาจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอยู่ใน
ช่วงเวลานั้น หรือเป็นเรื่องที่เชื่อมโยงกับความรู้เดิม
ที่เพิ่งเรียนรู้มาแล้ว เป็นตัวกระตุ้นให้ผู้เรียนสร้าง
คำถาม กำหนดประเด็นที่ศึกษา

2) ขั้นสำรวจและค้นหา (Exploration) เมื่อ
ทำความเข้าใจในประเด็นหรือคำถามที่สนใจจะ
เรียนรู้ อย่างถ่องแท้แล้ว ก็มีการวางแผนกำหนด
แนวทางสำหรับการตรวจสอบตั้งสมมติฐาน
กำหนดทางเลือกที่เป็นไปได้ ลงมือปฏิบัติเพื่อเก็บ
รวบรวมข้อมูล ข้อเสนอแนะ หรือปรากฏการณ์ต่าง
ๆ เช่น ศึกษาผลการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ
อาการ อาการแสดงที่มาในวันพบแพทย์ เป็นต้น

3) ขั้นอธิบายและลงข้อสรุป (Explanation)
เมื่อได้ข้อมูลอย่างเพียงพอจากการสำรวจ
ตรวจสอบแล้ว จึงนำข้อมูลข้อเสนอแนะที่ได้
วิเคราะห์ แปลผล สรุปผลและนำเสนอผลที่ได้ใน
รูปต่าง ๆ เช่น นำมาสร้างเป้าหมาย ในตาราง
ปฏิทินที่ออกแบบไว้

4) ขั้นขยายความรู้ (Elaboration) เป็นการ
นำความรู้ที่สร้างขึ้นไปเชื่อมโยงกับความรู้เดิมหรือ
ความคิดที่ได้ค้นคว้าเพิ่มเติมหรือนำแบบจำลอง
หรือข้อสรุปที่ได้ไปใช้อธิบายสถานการณ์หรือ
เหตุการณ์อื่น ๆ ถ้าใช้อธิบายเรื่องต่าง ๆ ได้มากก็
แสดงว่าข้อจำกัดน้อย ซึ่งจะช่วยให้เชื่อมโยงกับ
เรื่องต่าง ๆ และทำให้เกิด ความรู้กว้างขวางขึ้น
เช่น อธิบายความรู้การออกกำลังกาย อาหาร ให้
ผู้ป่วยเบาหวานทราบ

5) ขั้นประเมิน (Evaluation) เป็นการ
ประเมินการเรียนรู้ด้วยกระบวนการต่าง ๆ ว่า
ผู้เรียนมีความรู้ะไรบ้าง อย่างไร และมากน้อย
เพียงใด จากขั้นนี้จะนำไปสู่การนำความรู้ไป

ประยุกต์ใช้ในเรื่องอื่น ๆ การนำความรู้หรือ
แบบจำลองไปใช้อธิบายหรือประยุกต์ใช้กับ
เหตุการณ์หรือเรื่องอื่น ๆ ผู้ป่วยเบาหวานจะต้อง
อธิบาย หรือโต้ตอบว่าจะวางแผนเป้าหมาย และจะ
ปฏิบัติตัวอย่างไร พร้อมกับการเขียนบันทึกตาม
แบบบันทึกปฏิทินการดูแลตนเอง

กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการสอน ผูกอบรม
ทั้งรายเดี่ยวและรายกลุ่ม เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพและ
กลุ่มผู้ป่วย จำนวน 80 ราย เป็นระยะเวลา 8
สัปดาห์

พยาบาลจัดการรายการณ์ ใช้แบบบันทึก
ปฏิทินเป้าหมายการดูแลตนเอง (Goal Calendar
form) ให้ผู้ป่วยพร้อมอธิบายวิธีการทำ หลังจาก
ผู้ป่วยกลับบ้านจะมีการติดตาม การเปลี่ยนแปลง
กระตุ้น ย้ำ ทางโทรศัพท์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทำบันทึก
แบบแผนกิจวัตรประจำวัน ใน 1 สัปดาห์แรก และ
ให้นำกลับมา เมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัดครั้งต่อไป

ระยะที่ 3. ขั้นประเมินผล การวิจัย

พยาบาลคัดกรอง พยาบาลจัดการรายการณ์
และนักโภชนาการ ตรวจสอบความถูกต้องในการ
ลงบันทึกของผู้ป่วย และวิเคราะห์ข้อมูล สรุป
ประเด็นปัญหาที่พบในผู้ป่วยแต่ละราย พร้อม
อธิบายให้ผู้ป่วยแต่ละรายทราบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติบรรยายที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล
ส่วนบุคคล ค่าดัชนีมวลกาย ค่าน้ำตาลสะสมเอวัน
ซี ทดสอบสมมติฐาน โดยใช้สถิติ paired t-test
เมื่อข้อมูลมีการกระจายตัวแบบปกติ เพื่อ
เปรียบเทียบความแตกต่างค่า น้ำตาลสะสมเอวันซี
ก่อนและหลังการเข้าร่วมกระบวนการเรียนรู้
พร้อมส่งการบันทึกการรายงานการดูแลตนเอง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดในการปฏิบัติการวิจัย ซึ่งผู้ร่วมการวิจัยสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมและหรือ/ยกเลิก การเข้าร่วมเมื่อใดก็ได้ ซึ่งข้อมูลทั้งหมดจะได้นำเสนอในภาพรวม

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพก่อนการพัฒนาระบบการเรียนรู้ กลุ่มตัวอย่างที่มีค่าระดับน้ำตาลสะสมเอวันซีมากกว่า 7 ได้รับการสอนรายบุคคล รายกลุ่ม เกี่ยวกับการตั้งเป้าหมาย ความคุมเบาหวาน และบันทึกรายงานการดูแลตนเอง เป็นเวลา 8 สัปดาห์ จำนวน 80 ราย อายุเฉลี่ย 64 ปี (SD $\pm$ 8.5) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 70.46 สถานภาพสมรสคู่ และระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 65.3 และ 84 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 35รองลงมา รับราชการ ร้อยละ 26 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 8,000 บาท (SD= $\pm$ 5.6) ทั้งหมดนับถือศาสนา

พุทธ ไม่สูบบุหรี่ และไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 98 ครอบครัวเป็นเบาหวานและมีโรคประจำตัวร่วม ร้อยละ 45

ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย และผลระดับน้ำตาลเอวันซี ก่อนได้รับการพัฒนาระบบการเรียนรู้ ด้วยวิธีการสอนแบบ 5 E ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ร่วมกับการควบคุมติดตามการตั้งค่าเป้าหมายเพื่อบันทึกการดูแลตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าดัชนีมวลกายเท่ากับ 28 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (SD= 3.8) ซึ่งเกินเกณฑ์มาตรฐาน ส่วนค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมเอวันซี เท่ากับ 8.9 % (SD = 5.9) เป็นกลุ่มป่วย และต้องควบคุมติดตามอย่างใกล้ชิด ทั้งนี้ ตัวแปรที่ศึกษาทุกตัว มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ ภายหลังได้รับการพัฒนาระบบการเรียนรู้ ด้วยวิธีสอน 5 E ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีค่าดัชนีมวลกาย และค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมเอวันซี ลดลงกว่าก่อนได้รับการพัฒนาระบบการเรียนรู้ 5E อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = p < 0.001$, $p < 0.01$ ตามลำดับ) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกาย และผลระดับน้ำตาลเอวันซี มากกว่า 7 % ก่อนและหลังได้รับการพัฒนาระบบการเรียนรู้วิธีการสอนแบบ 5E ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ร่วมกับการควบคุมติดตาม การตั้งค่าเป้าหมายเพื่อบันทึกการดูแลตนเอง ด้วยสถิติ paired t-test (N= 60)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			t	p-value
	Rang	Mean	SD	Rang	Mean	SD		
ดัชนีมวลกาย(กก./ตร.ม.)	24.2-38.5	28	5.9	23.9-37.5	28	6.1	2.76	0.001*
ค่าน้ำตาลสะสมเอวันซี(%)	14.6-16.5	12.5	4.0	9.3-12.5	10.9	2.1	2.01	0.01**

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

2. ผลจากพัฒนาระบบการเรียนรู้การดูแลตนเองด้วยแบบบันทึกปฏิบัติเป้าหมาย ของ

กลุ่มผู้ป่วย เบาหวาน กลุ่มการพยาบาลอายุกรรมผู้ป่วยนอก ครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้า

มารับการฝึกทักษะ และการปฏิบัติตัวตามมาตรฐานการดูแลเบาหวาน สามารถประเมินผลการเปลี่ยนแปลง ดังนี้ จำนวนกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานได้รับแบบฟอร์มบันทึกและมีประสบการณ์การทำบันทึกครั้งแรกเมื่อเข้ารับการอบรม จำนวน 80 ราย สามารถนำความรู้ไปเพิ่มทักษะการทำแบบบันทึกการดูแลตนเองตอบกลับ จำนวน 60 ราย และอยู่ในระหว่างการกระตุ้นและติดตาม 20 ราย โดยมีรายละเอียด คือ

2.1 ด้านความรู้และการนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน พบว่า การทำกิจวัตรประจำวันที่บ้าน ไม่มีรูปแบบการดำเนินชีวิต 30 ราย ขาดการวางแผนการควบคุมน้ำตาล 45 ราย มีการรับประทานอาหารหลากหลายตามความชอบ 46 ราย ไม่ได้อ่านฉลากโภชนาการก่อนเลือกซื้อ 50 ราย

2.2 เมื่อมาตามนัด ผู้ป่วยต้องส่งแบบบันทึกการดูแลตนเอง พบว่า ผู้ป่วยทำแบบบันทึกถูกต้อง และสามารถสื่อสาร จำนวน 35 ราย

3. ความพึงพอใจต่อการควบคุมและปรับพฤติกรรม การใช้ชีวิตประจำวัน พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีความพึงพอใจต่อการควบคุมและปรับพฤติกรรม การใช้ชีวิตประจำวันอย่างมีแบบแผนร้อยละ 80 ค่าดัชนีมวลกายและค่าระดับน้ำตาลสะสมเอวันซีมีการเปลี่ยนแปลงลดลง และมีแนวโน้มว่าจะสามารถควบคุมให้อยู่ตามเกณฑ์

ในกระบวนการเรียนรู้เบื้องต้นผู้เรียนกลุ่มเบาหวานที่มีค่าระดับน้ำตาลสะสมเอวันซีสูง จะมีคำถามมากมาย และหลากหลายปัญหาที่ผู้ป่วยเบาหวานเผชิญและที่ยังไม่สามารถแก้ไขปัญหานั้นได้ โดยเฉพาะหมวดอาหาร ที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่สามารถที่จะหยุด หรือยับยั้งการบริโภคให้ได้ตามสัดส่วนกำหนดไว้ เมื่อเข้าสู่ขั้นสำรวจและค้นหาปัญหา

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.001 และ 0.01 ตามลำดับ

การอภิปรายผล

การพัฒนากระบวนการเรียนรู้การดูแลตนเองด้วยแบบบันทึกปฏิบัติตนเป้าหมายของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน

กลุ่มการพยาบาลอายุรกรรมผู้ป่วยนอกและเข้ารับการกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตามกระบวนการเรียนรู้ 5E กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย และค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลสะสมเอวันซี ลดลง มากกว่า ก่อนได้รับการเรียนรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และร่วมกับการเขียนบันทึกปฏิบัติตนเป้าหมายการดูแลตนเอง เพื่อปรับและเปลี่ยนพฤติกรรม ด้วยวิธีการตั้งเป้าหมายตามที่กลุ่มตัวอย่างแต่ละบุคคล มีสถานการณ์เผชิญปัญหา ณ ขณะนั้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการสอนแบบ 5 E ว่าผู้เรียนจะต้องได้รับการนำเข้าสู่บทเรียนจากผู้สอน เพื่อสร้างความสนใจด้วยกระตุ้นจากสื่อ ซึ่งในคลินิกเบาหวานได้มีสื่อหลากหลายชนิด ทั้งเป็นแบบภาพ แผ่นพับ สื่อที่เป็นอิเล็กทรอนิกส์ หรือเนื้อหาที่ต้องใช้เครื่องโทรศัพท์ (smart phone) ในการติดตามด้วยการสแกนคิวอาร์โค้ด เพื่อนำเข้าเนื้อหาความรู้ ซึ่งขึ้นอยู่กับผู้เรียน โดยมีอุปกรณ์สื่อสาร เป็นตัวกลางเชื่อมในการรับข้อมูลข่าวสารชนิดนั้น

กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานต้องส่งแบบบันทึกรายงานการดูแลของตนเองว่า ในหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา หรือระหว่างสัปดาห์ที่อยู่บ้าน ได้มีประเด็นใด ที่ไม่สามารถปฏิบัติตัวตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ ซึ่งจะพบหลากหลายรูปแบบ โดยเฉพาะการลืมฉีดยา และกินยาระหว่างอยู่บ้าน ส่วนข้ออธิบายและลงข้อสรุป ส่วนนี้พยาบาลจัดการรายกรณี เกสซ์ หรือ

นักโภชนาการ จะเป็นผู้ตรวจสอบรายละเอียดจาก การส่งแบบบันทึก ที่ผู้ป่วยนำมาแสดง เป็นการ ช่วยกระตุ้น และสะท้อนกลับให้ผู้ป่วยเกิดการ ตระหนัก ในขั้นที่ 4 ขั้นขยาย ความรู้ (Elaboration) บทบาทพยาบาลปฏิบัติการขั้นสูง จะ เป็นผู้นำความรู้นี้ มาจัดการและเชื่อมโยง กับ ความรู้ เดิมหรือความคิดที่ผู้ป่วยเบาหวานต้อง เผชิญ และใช้แบบบันทึกนี้ช่วยอธิบายสถานการณ์ หรือเหตุการณ์อื่น ๆ ถ้าใช้อธิบายเรื่องต่าง ๆ ได้ มากก็แสดงว่าข้อจำกัดน้อย ผู้ป่วยตั้งใจเขียน รายงานส่ง ส่วนในขั้นสุดท้าย ขั้นที่ 5 ประเมิน (Evaluation) เป็นการประเมินการเรียนรู้ด้วย กระบวนการต่าง ๆ ทั้งจากผลตรวจทางห้องปฏิบัติ การคำนวณค่าดัชนีมวลกาย การวิเคราะห์ ข้อ โต้แย้ง ที่ยังคลุมเครือ กับความไม่เข้าใจ หรือไม่ ยอมรับความเป็นจริง ซึ่งขั้นนี้ ก่อประเด็นคำถาม การแก้ปัญหา กับการประยุกต์ใช้ความรู้ใหม่ที่ ผู้เรียนได้เกิดขึ้นอย่างที่ไม่รู้ตัว (กุลธิดา พานิชกุล, อติพร สารานุกั, 2556) ซึ่งเป็นกระบวนการ ตรวจสอบความรู้ ทักษะ และสืบเสาะความรู้ ต่อเนื่องไปเรื่อยๆ จนกว่าผู้เรียนจะยุติโดยรวมแล้ว ใช้ เวลา 30-45 นาที โดยประมาณ ทั้งนี้ขึ้นกับ ประเด็นความซับซ้อน ที่ผู้ป่วยเบาหวานจะนำมา คิดและให้ช่วยจัดการอย่างเป็นรูปธรรม ความ ยินยอมและการเปิดใจ ของผู้เรียน หรือกลุ่ม ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มนี้ เป็นสิ่งสำคัญ ที่ต้องการ ได้รับการเสริมแรง กระตุ้น และใช้ทุกรูปแบบของ การดูแล ไม่เจาะจงในแนวคิดใดแนวคิดหนึ่ง ซึ่งผล การศึกษานี้สอดคล้องกับการวิจัย จำนวนหนึ่ง ที่ ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ (ทิพมาส ชินวงศ์, เพ็ญพิศ ฐานิวัฒนา

นนท์, 2558:67-84., ศิริลักษณ์ ฤงทอง, และ คณะ., 2556: 85-99., Lamanna, Jacqueline, et al., 2019: S20-5., Norris SL, Engelgau MM, Narayan K MV, 2001: 561-587., Piatt, Gretchen A., et al., 2018: 373-382).

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

การพัฒนากระบวนการเรียนรู้การดูแล ตนเองด้วยแบบบันทึกปฏิบัติเป้าหมายของกลุ่ม ผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มการพยาบาลอายุรกรรมผู้ป่วย นอก ที่พัฒนาขึ้นโดยใช้วิธีการสอนแบบ 5Eแก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีค่าน้ำตาลสะสมเอวันซีสูง สอดคล้องกับนโยบายคุณภาพของคลินิกโรคไม่ ติดต่อเรื้อรัง ที่ต้องการให้ผู้ป่วยกลุ่มโรคเบาหวาน ได้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อชะลอ การเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยการใช้แบบ แบบฟอร์มการปฏิบัติเป้าหมายบันทึกการดูแล ตนเองใช้เป็นสื่อกลางการเรียนรู้ระหว่างผู้ให้บริการ และ ผู้รับบริการซึ่งได้ ใช้เป็น ในการฝึกวิธีคิด การ จัดการระเบียบ แบบแผนการดำเนินชีวิต การ ค้นหาปัญหาใน ชีวิตประจำวัน เช่น การจัดเก็บ ยา การฉีดยาตรงเวลา การเลือกอาหารรับประทาน การออกกำลังกาย ในเป็น แนวปฏิบัติในคลินิกอายุ รกรรมโรคร่วม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

รูปแบบการพัฒนากระบวนการเรียนรู้ สามารถขยายผลไปสู่หน่วยบริการอื่นที่สนใจ เช่น (Primary Care Center: PCC) ในเครือข่าย โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ และปรับใช้คลินิก โรคอื่นๆ ตามความเหมาะสม และควรมีการ ติดตามค่าน้ำตาลสะสมเอวันซี เป็นระยะ เพื่อให้ สามารถควบคุมผลการรักษาได้ตาม เป้าหมาย

เอกสารอ้างอิง

- กุลธิดา พานิชกุล, อติพร สารญบัว. (2556). การประยุกต์ใช้โมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Trans theoretical Model) เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกาย. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา. 19 (1): มกราคม-มิถุนายน.
- ทิพย์รัตน์ มังกรทอง. (2015). การศึกษา พฤติกรรม การเรียนรู้ วิชาชีววิทยา ด้วยการจัดการเรียนรู้แบบสืบเสาะหาความรู้ 5 ขั้น (5E) ร่วมกับการจัดการเรียนรู้แบบร่วมมือด้วยเทคนิค STAD สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4. *Veridian E-Journal, Silpakorn University (Humanities, Social Sciences and arts)*, 8.1: 842-855.
- ทัศนีย์ ชันทอง, อรุณ อิศระมัลย์, พัชรีย์ คมจักรพันธ์. (2556). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารสภาการพยาบาล 2556;28:85-99.
- วิชัย เอกพลากร. (2559). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ศิริลักษณ์ ฤงทอง, ทิพนาส ชินวงศ์, เพลินพิศ ฐานิพัฒนานนท์. (2558). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2558;35:67-84.
- สมพงษ์ สุวรรณวลัยกร. (2545). การให้ความรู้โรคเบาหวาน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน. (2552). งานประชุมวิชาการประจำปี 2552: Update in Diabetes Education and Management. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์.
- Piatt, Gretchen A., et al. (2018). Integration and utilization of peer leaders for diabetes self-management support: results from project SEED (Support, Education, and Evaluation in Diabetes). *The Diabetes Educator*, 44.4: 373-382.
- Clement, M., et al., (2013). Canadian Diabetes Association 2013 Clinical Practice Guideline Expert Committee. Guidelines for the prevention and management of diabetes in Canada: organization of diabetes care. *Canadian J Diabetes*, 37.Suppl 1: S20-5.
- Davy, Carol, et al. (2015). Effectiveness of chronic care models: opportunities for improving healthcare practice and health outcomes: a systematic review. *BMC health services research*, 15.1: 194.
- Grou, IDF Diabetes Atlas. (2015). Update of mortality attributable to diabetes for the IDF Diabetes Atlas: Estimates for the year 2013. *Diabetes research and clinical practice*, 109.3: 461-465.
- Guariguata, Leonor, et al. (2011). The International Diabetes Federation diabetes atlas methodology for estimating global and national prevalence of diabetes in adults. *Diabetes research and clinical practice*, 2011, 94.3: 322-332.
- Janus, E. D., et al. (2000). The prevalence of diabetes, association with cardiovascular risk factors and Implications of diagnostic criteria (ADA 1997 and WHO 1998) in a 1996 community-based population study in Hong Kong Chinese. *Diabetic Medicine*, 17.10: 741-745.
- Lamanna, Jacqueline, et al. (2019). Diabetes Education Impact on Hypoglycemia Outcomes: A systematic Review of Evidence and Gaps in the Literature. *The Diabetes Educator*, 0145721719855931.
- Li, Min-zhi, et al. (2013). Trends in prevalence, awareness, treatment, and control of diabetes mellitus in mainland China from 1979 to 2012. *International journal of endocrinology*.
- Norris SL, Engelgau MM, Narayan KMV. (2001). Effectiveness of self-management training in type 2 diabetes: A systematic review of randomized controlled trials. *Diabetes Care*. 2001; 24(3):561-587.

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเครือข่ายโรงพยาบาลศรีสะเกษ Development of diabetes care systems in Sisaket Hospital Network

คมเนตร สกุนทะนาศักดิ์ พย.ม Khomnate Sakuntanasak APN

พยาบาลผู้จัดการรายกรณีเบาหวานความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศรีสะเกษ

Nurse Manager, Diabetes Case, High Blood Pressure Sisaket Hospital

พิชามณ กุลธีร์วัฒน์ Pichamon Kulteerawat

พยาบาลผู้จัดการรายกรณีเบาหวานความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศรีสะเกษ

Nurse Manager, Diabetes Case, High Blood Pressure Sisaket Hospital

นพพล บัวสี Noppol Bousi

อายุรแพทย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ

Internal Medicine Sisaket Hospital

มะลิ สุปัติ Mali Supatti

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

Public health scholar Sisaket Provincial Public Health Office

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Research and Development) เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยศึกษาระหว่างตุลาคม 2558 - กันยายน 2561 กลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม คือ สหวิชาชีพจำนวน 46 คน ผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 จำนวน 676 คนและ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ จำนวน 62 คน มีขั้นตอนการพัฒนา คือ วิเคราะห์สถานการณ์ ปฏิบัติการและประเมินผล โดยใช้กรอบแนวคิด P-A-O-R (P = Planning, A = Acting, O= Observing, R = Reflecting) และ The Chronic Care Model

ผลการศึกษา พบว่า สถานการณ์ก่อนการพัฒนาระบบ เครือข่ายโรงพยาบาลศรีสะเกษ ระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานมีความซับซ้อน การเข้าถึงบริการยาก เมื่อศึกษาข้อมูลสถานการณ์ปัจจัยทำนายระดับ HbA1C ของผู้ป่วยเบาหวาน ตัวแปรสามารถเข้าสู่สมการทำนายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (ค่า Sig. of F เท่ากับ 34.21) ค่าสหสัมพันธ์พหุ (R) มีค่าเท่ากับ 0.498 และค่าสัมประสิทธิ์ การพยากรณ์ (R²) มีค่าเท่ากับ 0.248 นำมาเขียนเป็นสมการในรูปคะแนนดิบ คือ $HbA1C = -0.353 + 0.006 X_1 + 0.017 X_2 + 0.155 X_3 + 0.291 X_4 + 0.003 X_5 - 0.003 X_6$ นิยาม X_1 หมายถึง FBS X_2 หมายถึง Hemoglobin X_3 หมายถึง UA Albumin X_4 หมายถึง Hypoglycemia X_5 หมายถึง LDL-Cholesterol X_6 หมายถึง eGFR ส่วนคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองของผู้ป่วย เบาหวานสูงกว่าหลังการพัฒนายามีนัยสำคัญทางสถิติ P value . 000 และค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพต่อการพัฒนาสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P value . 000 ร้อยละผู้ป่วย DM ควบคุม HbA1C ได้ดีร้อยละ 34.91 ผู้ป่วย DM เข้าสู่ระบบการรักษาร้อยละ 71.49 อัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนระยะเฉียบพลันร้อยละ 4.24 การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเครือข่ายโรงพยาบาลศรีสะเกษ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ Good controlled เพิ่มขึ้น
คำสำคัญ : ระบบ เบาหวาน ระดับน้ำตาลสะสม

Abstract

This study is research and development for developing a diabetes care system. The study was between October 2015 - September 2018. The sample consisted of 3 groups multidisciplinary of 46 people, patients of diabetic type 2 676 people and 62 people with uncontrollable diabetes. The process of development including analyze the situation, Practice, and evaluation by using P-A-O-R (P = Planning, A = Acting, O= Observing, R = Reflecting) and the Chronic Care Model as a conceptual framework.

Result: the situation before the system developed, Sisaket Hospital Network Diabetic care system is complex and difficult service access. When studying the situation data, the predicting factors of HbA1C levels of diabetic patients. The variable can enter the prediction equation with statistical significance at the level of 0.01 (the Sig. Of F value is 34.21), the multiple correlation coefficient (R) = 0.498 and R² = 0.248 can be written as an equation $HbA1C = -0.353 + 0.006 X1 + 0.017 X2 + 0.155 X3 + 0.291X4 + 0.003 X5 - 0.003X6$. Definitions X1 = FBS, X2 = Hemoglobin, X3 = UA Albumin, X4 =Hypoglycemia, X5 = LDL-Cholesterol, X6 = eGFR. Average self-management scores of Diabetes patient was significantly higher than before the development, P-value .000. The mean satisfaction of the multidisciplinary team towards development was significantly higher P-value .000. Diabetes patients have good control of HbA1C 34.91% , Diabetes patients enter the treatment system 71.49%. The percent of admit with acute complications is 4:24. Overall improvements in diabetes care with the percentage of patients with glycosylated hemoglobin <7% rising from 28.82 % in 2016 to 34.91 % in 2017

Keyword : Diabetes, Systems, Network

หลักการและเหตุผล

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย จังหวัดศรีสะเกษ อัตราการรับบริการของผู้ป่วยเบาหวานแผนกผู้ป่วยนอก ปี 2559-2560 เป็น 458.79 ,484.46 และ676.32 ต่อแสนประชากรซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น แต่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (HbA1C<7%) เพียงร้อยละ 22.82 , 23.28 และ 20.52 ตามลำดับ ซึ่งยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข (กระทรวงสาธารณสุข, มปป.)ได้ นับว่าเป็นปัญหาที่ต้องเร่งดำเนินการแก้ไข ซึ่งการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จากพฤติกรรม 3อ 2ส คือ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ สุกดิบหรือและดื่มสุราร่วมกับการใช้ยา เป็นแนวทางที่ดำเนินงานในแต่ละพื้นที่ในปัจจุบัน ซึ่งประชากรไทยกินอาหารไม่เหมาะสม

จากการสำรวจประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปพบว่า กินผักและผลไม้ปริมาณต่อวันเพียงพอตามคำแนะนำเพียงร้อยละ 25.9 กินหวานเพิ่มขึ้นโดยกินน้ำตาลสูงคนละ 29.6 กิโลกรัม/ปีเฉลี่ยวันละ 20 ช้อนชาสูง กว่ามาตรฐานถึง 3 เท่า ประการสำคัญพบว่าคนไทย 17 ล้านคนดื่มเครื่องดื่มหรือเครื่องดื่มรสหวานจัดทุกวัน มีความชุกของภาวะอ้วน (BMI ≥25 กก./ตร.เมตร) มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะในผู้หญิงความชุกเพิ่มจากร้อยละ 40.7 ในปี 2552 เป็นร้อยละ 41.8 ในปี 2557 ภาวะอ้วนลงพุงมีความชุกเพิ่มขึ้นเช่นกัน ในผู้หญิงร้อยละ 45 และผู้ชายร้อยละ 18.6 ในปี 2552 เพิ่มเป็นร้อยละ 51.3 และ 26.0 ในปี 2557 ตามลำดับ (วิชัย เอกพลากร, 2560) ส่งผลให้เกิดโรคเบาหวาน

เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีความเสี่ยงของโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง ตามมา

สำหรับการควบคุมโรคเบาหวานนั้น การควบคุมระดับ HbA1C ลดลงทุกร้อยละ 1 ช่วยลดโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมองได้ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) ศูนย์เบาหวานโรงพยาบาลศรีสะเกษ จัดบริการแบบ One stop Service ทั้งด้านการรักษา และให้ความรู้ ตลอดจนการฝึกทักษะเพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ และเหมาะสมให้กับผู้ป่วยเฉพาะราย เป็นแม่ข่ายให้กับ หน่วยปฐมภูมิ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน มีข้อมูลที่เป็นปัจจัย เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ที่ส่งผลต่อระดับ HbA1C แต่ยังขาดระบบการเชื่อมโยงข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลในบริบทเฉพาะพื้นที่ อย่างไรก็ตาม ยังมีจุดอ่อนในด้านการพยาบาล โดยเฉพาะกลุ่ม Diabetic Uncontrol มีความซับซ้อน มีข้อจำกัดทั้งการบริการพยาบาลเฉพาะเจาะจงโดย พยาบาลผู้จัดการรายกรณีด้านเบาหวาน ตลอดจนทั้งความรู้ความเข้าใจและทักษะของทีมสหวิชาชีพยังไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ประกอบกับโรงพยาบาลศรีสะเกษ มีเป้าหมายในการพัฒนาเพื่อเป็นโรงพยาบาลชั้นนำที่ประชาชนไว้วางใจ ดังนั้น ปี 2561 จึงจำเป็นต้องทำการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย เบาหวานเครือข่ายโรงพยาบาลศรีสะเกษ ให้สอดคล้องกับปัญหาความต้องการผู้ป่วย และเป้าหมาย บริการสุขภาพ (Service Plan) ตลอดจนพันธกิจของโรงพยาบาลศรีสะเกษ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เครือข่าย โรงพยาบาลศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

ดำเนินการเดือน ตุลาคม 2562 - กันยายน 2563 โดยมีกลุ่มผู้ร่วมวิจัย ประกอบด้วย 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่ 1 ทีมสหสาขาวิชาชีพประกอบด้วย อายุรแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ศูนย์คอมพิวเตอร์ จังหวัดศรีสะเกษ ทั้งหมดจำนวน 22 แห่ง เลือกกลุ่มตัวอย่างสุ่มตัวอย่างง่าย คำนวณขนาดตัวอย่างจากการออกแบบการวิจัยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 ค่าและไม่มีอิสระกัน (Dependent groups paired data) คำนวณขนาดตัวอย่าง งานวิจัยของดารณี เทียมเพ็ชรและคณะ การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบไร้รอยต่อ อำเภอเมืองจังหวัดสระแก้ว ค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจทีมสหวิชาชีพ ก่อนพัฒนา $X=4.52$, $SD=0.42$ หลังการพัฒนา $X=4.05$, $SD=0.24$ นำมาคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม N4Studio ได้ขนาดตัวอย่างเป็น 46 คน

กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วย เบาหวาน ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ เป็นโรคเบาหวาน และให้ติดตามการรักษาต่อเนื่องใน NCD Clinic จากแผนกผู้ป่วยใน แผนกผู้ป่วยนอก อุบัติเหตุและฉุกเฉิน คลินิกนอกเวลาราชการ ทั้งหมดในเครือข่ายโรงพยาบาล ขนาดตัวอย่าง (sample size) โดยทำการคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วย ตารางสำเร็จรูปของ ทาโร ยามาเน่ (Yamane) (ปราโมทย์ ถ่างกระโทก, 2560) เป็นตารางที่ใช้หาขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนของประชากร โดยคาดว่าสัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร เท่ากับ 0.5 และระดับความเชื่อมั่น 95% เมื่อกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ $\pm 3\%$ จะได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 638 คน แต่ผู้วิจัยประมาณการว่าอาจมีความไม่สมบูรณ์ของฐานข้อมูลที่ศึกษา จึงเก็บข้อมูลเพิ่มร้อยละ 15 ของกลุ่มตัวอย่าง ขนาดของตัวอย่างเป็น 701 คน แต่พบว่าไม่มีผู้ไม่เข้าร่วมวิจัยและข้อมูลไม่

สมบูรณ์ จำนวน 25 คน ขนาดของตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็น 676 คน ใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียว

กลุ่มที่ 3 ผู้ป่วยเบาหวาน ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และมีระดับน้ำตาลสะสมตั้งแต่ 8 เป็นต้นไป คำนวณขนาดตัวอย่างงานวิจัยของ นงลักษณ์ เทศนาและคณะ (ม.ป.ป.) การพัฒนารูปแบบการป้องกันการป่วยด้วยโรคเบาหวานในประชากรกลุ่มเสี่ยง ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนกลุ่มทดลอง $X=68$, $SD=14.4$ กลุ่มควบคุม $X=75$, $SD=13.2$ นำมาคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม N4Studio ได้ขนาดตัวอย่างเป็น 62 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างสำหรับ ผู้ป่วย NCD (DM) ได้แก่ ตัวแปรกลุ่ม (Dichotomous) ได้แก่ เพศ อ้วนลงพุง เคยเกิดอาการน้ำตาลต่ำภายใน 3 เดือน เคยมีแผลเบาหวาน เวลาอาหารมื้อหลัก ชนิดของข้าว จำนวนข้าวแต่ละมื้อ การดื่มเครื่องดื่มรสหวาน ดื่มน้ำกาแฟชนิด 3 in 1 ความสม่ำเสมอการกินยา การออกกำลังกาย จำนวนการออกกำลังกายต่อสัปดาห์ ภาวะซึมเศร้า 2Q การบุหรี่ยาสูบ การใช้สมุนไพร/อาหารเสริม จากแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ส่วนตัวแปรอิสระต่อเนื่อง (Continuous variables) ได้แก่ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ระดับน้ำตาลขณะอดอาหาร (FBS) ไขมันชนิด Cholesterol ไขมันชนิด LDL ไขมันชนิด Triglycerides ระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง (Hemoglobin) อัตราการกรองไต (eGFR) ระดับAlbuminในปัสสาวะ ระดับน้ำตาลในปัสสาวะ และตัวแปรตาม คือ ระดับ น้ำตาลสะสม (HbA1C) จากฐานข้อมูลในระบบบริการคลินิก NCD โรงพยาบาลศรีสะเกษ

2 เครื่องมือใช้เก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของทีมสหสาขาวิชาชีพ ค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ 0.862 และความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือจากงานวิจัยของงานวิจัยของดารณี เทียมเพชรและคณะ (2016) การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบไร้รอยต่ออำเภอเมืองจังหวัดสระแก้ว แบบประเมินการจัดการตนเองของผู้ป่วย NCD (DM) ได้เท่ากับ 0.842 สำหรับแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองของผู้ป่วย NCD (DM) หา ค่าความเที่ยงคือ ใช้วิธี Kader-Richardson โดยใช้สูตร KR-21 ได้เท่ากับ 0.79 (บุญชม ศรีสะอาด, 2545)

3 สมุดคู่มือประจำตัวของผู้ป่วย NCD (DM-HT) สำหรับบันทึก 1) การรักษาและการได้รับการดูแลจากทีมสหวิชาชีพ 2) การส่งต่อผู้ป่วยสู่ รพสต./ PCU 3) การนอนโรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อนระยะเฉียบพลันของเบาหวานในโรงพยาบาลศรีสะเกษ

4 เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาระบบสารสนเทศโรงพยาบาลศรีสะเกษ โดยการพัฒนาแบบเวระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ที่ใช้ในโรงพยาบาลศรีสะเกษ เป็นข้อมูลการรับบริการของ ผู้ป่วย NCD (DM) สามารถเชื่อมโยงฐานข้อมูลทั้งหมดในเครือข่ายโรงพยาบาลศรีสะเกษ เพื่อให้สามารถประเมินผลในภาพรายสถานบริการและภาพรวมของเครือข่าย และขยายผลให้สามารถเปรียบเทียบข้อมูล NCD (DM) ในเครือข่ายทั้งจังหวัดศรีสะเกษ โดยสามารถ แยกรายละเอียดของอุปกรณ์ที่ใช้เป็นเครื่องมือในการวิจัยดังนี้ 4.1) Hardware ใช้เครื่องคอมพิวเตอร์ PC (Personal computer) หรือ laptop computer 4.2) Software โปรแกรมหลักที่ใช้ในการพัฒนา Himpro และ HDC ระบบเป็นเครื่องมือที่เหมาะสมในการพัฒนา Web Services เพื่อบริการ

สารสนเทศในระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ระดับ
เครือข่ายโรงพยาบาลศรีสะเกษในครั้งนี้

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย

วิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการ
จริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลศรีสะเกษ เลขที่ COA
041 ลงวันที่ 6 มิ.ย 2560

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ 1)
ข้อมูลเชิงปริมาณได้มาจาก ข้อมูลคัดกรองบริการและ
ข้อมูลผลตรวจเลือดประจำปี วิเคราะห์โดยสถิติการ
แจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน (S.D.) ร้อยละ สถิติเชิงอนุมาน (Inferential
Statistics) ใช้การวิเคราะห์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน
และการวิเคราะห์ ถดถอยพหุคูณ (Multiple
Regression Analysis) ส่วน ข้อมูลความรู้ และการ
จัดการตนเองของผู้ป่วย ความพึงพอใจของสหวิชาชีพ
จากแบบสอบถามแบบทดสอบความรู้และสมมุติฐาน
แบบบันทึกของผู้ป่วย เปรียบเทียบ ก่อนและหลัง ใช้
สถิติทดสอบ Paired t test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่
 $P < 0.05$ และวิเคราะห์สถิติร้อยละจากฐานข้อมูล
Health data center เพื่อประเมินผลจากการพัฒนา 2)
ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสนทนากลุ่ม ทีมสห
วิชาชีพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 ผลจากการวิเคราะห์

1. ข้อมูลคัดกรองบริการและข้อมูลผลการตรวจ
เลือดประจำปี พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะอ้วน
ลงพุง ร้อยละ 80.8 มีภาวะน้ำตาลต่ำรอบ 3 เดือน ร้อย
ละ 13.6 เป็นแผลเบาหวาน ร้อยละ 2.1 รับประทาน
อาหารมื้อหลักตรงเวลา ร้อยละ 68.0 รับประทานข้าว

ข้าวเป็นมื้อหลัก ร้อยละ 85.8 จำนวน 2 – 3 ทับพีต่อ
มื้อ ร้อยละ 72.2 ต้มเครื่องต้มรสหวาน ทุกวัน ร้อยละ
40.4 ไม่ต้ม ร้อยละ 37.3 และต้มบ้างครั้งร้อยละ 21.7
ดื่มกาแฟ ชนิด 3 in 1 ร้อยละ 58.4 ไม่เคยขาดยา ร้อย
ละ 92.8 จำนวนครั้งที่ออกกำลังกาย 5 – 7 วันต่อ
สัปดาห์ ร้อยละ 42.8 3 – 4 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 30.0
ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 96.8 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ
94.4 ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 93.6 ไม่ใช้สมุนไพร และอาหาร
เสริม ร้อยละ 89.1 ใช้สมุนไพร ยาต้ม ร้อยละ 4.6
อาหารเสริม ร้อยละ 4.1 และไม่ทราบชื่อ ร้อยละ 2.2

2. สถานการณ์ก่อนการจัดระบบการพัฒนา
ระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเครือข่ายโรงพยาบาลศรี
สะเกษ ยังขาดความเชื่อมโยงประสานงานด้านการ
รักษาพยาบาลในแต่ละแผนก มีระบบการสนับสนุนการ
จัดการตนเองให้แก่ผู้ป่วยไม่เป็นมาตรฐานในการบริการ
พยาบาล ไม่มีแนวทางที่ใช้เป็นกรอบการปฏิบัติงาน ทีม
สุขภาพไม่ได้ทำงานร่วมกัน ไม่มีระบบการเชื่อมต่อกับ
ชุมชน สารสนเทศของโรงพยาบาลศรีสะเกษการพัฒนา
ไม่ครอบคลุมและยังมีขั้นตอนการใช้ที่ยุ่งยาก

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณสำหรับการ
พยากรณ์ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) ของผู้ป่วย
เบาหวานเครือข่ายโรงพยาบาลศรีสะเกษ

ตัวแปรอิสระ	B	SE	Beta
FBS	0.006	0.001	0.392**
Hemoglobin	0.071	0.018	0.140**
UA Albumin	0.155	0.056	0.103**
Hypoglycemia	0.291	0.106	0.096**
LDL- Cholesterol	0.003	0.001	0.080**
eGFR	0.003	0.001	0.077**
R= 0.498 R2 = 0.248 Constant = - 0.353	SEE=0.257	F= 34.21	*P < 0.05 ** P < 0.01

จากตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์การถดถอย
พหุคูณเพื่อหาความสัมพันธ์เชิงพยากรณ์ระหว่างตัว

แปรทั้งหมด พบว่า เมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ ให้คงที่ พิจารณาโดยรวม ตัวแปรที่เข้าสู่สมการทำนายสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการพยากรณ์ น้ำตาลสะสม (HbA1C) ของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับผู้ป่วยเบาหวาน เครือข่ายโรงพยาบาลศรีสะเกษ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (ค่า Sig. of F เท่ากับ 34.21) โดยค่า สหสัมพันธ์พหุ (R) มีค่าเท่ากับ 0.498 และค่าสัมประสิทธิ์ การพยากรณ์ (R²) มีค่าเท่ากับ 0.248 หมายถึง ตัวแปรอิสระทั้งหมด สามารถอธิบายความแปรปรวนของ HbA1C ได้ ร้อยละ 24.8 เมื่อนำมาเรียงลำดับตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อ HbA1C ตามค่าสัมประสิทธิ์ Beta จะได้ดังตารางที่ 2 สามารถนำมาเขียนเป็นสมการในรูปคะแนนดิบ ได้ดังนี้

$$\text{HbA1C} = -.353 + 0.006 X_1 + 0.017 X_2 + 0.155 X_3 + 0.291 X_4 + 0.003 X_5 - 0.003 X_6$$
 นิยาม
X₁ = FBS, X₂ = Hemoglobin, X₃ = UA Albumin, X₄ = Hypoglycemia, X₅ = LDL - Cholesterol, X₆ = eGFR นำมาเขียนในรูปสมการมาตรฐาน ดังนี้

$$\bar{Z}(\text{HbA1C}) = 0.392^{**} \text{FBS} + 0.140^{**} \text{Hemoglobin} + 0.103^{**} \text{UA Alb} + 0.080^{**} \text{LDL - Cholesterol} - 0.077^{**} \text{eGFR}$$

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความรู้การจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนและหลังการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย เบาหวานเครือข่ายโรงพยาบาลศรีสะเกษ

ความรู้จัดการตนเอง (n=62)	$\bar{X}$	SD	p-value	95% CI	
				upper	lower
ก่อน	3.66	.867	.000	3.44	3.88
หลัง	17.42	1.262	.000	17.10	17.74

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพ ก่อนและหลังการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเครือข่ายโรงพยาบาลศรีสะเกษ

ความพึงพอใจ	$\bar{X}$	SD	p-	95% CI
-------------	-----------	----	----	--------

(n=46)			value	upper	lower
ก่อน	18.46	5.197	.000	16.91	20.00
หลัง	37.02	7.228	.000	34.88	39.17

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนปฏิบัติการใช้หลักการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งมี 6 ระบบ หลังการพัฒนา คือ

1. ผลการจัดระบบการสนับสนุนการดูแลตนเอง (self-management support) พบว่า การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ความสามารถในการจัดการตนเองและความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพมีค่าสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P-value = 0.000 จัดตั้งศูนย์เฝ้าระวังเครื่องตรวจระดับน้ำตาลแบบพกพา ประเมินผลการรักษาด้วยตนเองใช้สมุดประจำตัวผู้ป่วย เผยแพร่ความรู้ เบาหวานให้เข้าถึงความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในช่องทาง Facebook – line คนอ่อนหวาน ช่องทางการปรึกษารายกรณีที่ชัดเจน เข้าถึงง่าย สะดวกแก่ผู้ป่วย

2. การปรับระบบและกระบวนการบริการ (delivery system design) มีคลินิกเฉพาะการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน มีระบบลงทะเบียนผู้ป่วยเบาหวาน บริการแบบ One Stop Service ด้วยสหวิชาชีพ การคัดกรอง บริการตรวจให้ครอบคลุม 3 อ 2ส. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ สูบบุหรี่ ดื่มสุรา) การติดตามการรักษาด้วยสมุดประจำตัวผู้ป่วย การติดตามผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลด้วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนระยะเฉียบพลัน ด้วยการเยี่ยมบ้าน การดูแลแบบรายกรณี ประเมินผลการรักษาด้วยตนเองของผู้ป่วย และให้การความรู้ เบาหวาน ในสื่อ On line 3. ระบบการดูแลสุขภาพมีทิศทางนโยบายที่ชัดเจน (health care organization) จัดทำ Clinical Practice Guidelines (CPG) และกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมสหวิชาชีพ (ผู้ร่วมวิจัย) ชัดเจนสอดคล้องกับข้อจำกัดต่างๆของแต่ละสถานบริการ ซึ่งทีมสหวิชาชีพ

มีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการ จาก การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาการสนทนากลุ่มทีมสหวิชาชีพ มีส่วนร่วมกำหนดแนวทางการแก้ปัญหา และมีการเยี่ยม เสริมพลังในเครือข่าย 4. การพัฒนาระบบสารสนเทศ (decision support) สามารถใช้เครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ ของระบบคอมพิวเตอร์โปรแกรม Himpro และ ฐานข้อมูล HDC โดยการเชื่อมโยงข้อมูลของการส่งต่อ ผู้ป่วยเบาหวานจากโรงพยาบาลศรีสะเกษ ไปที่เครือข่าย ได้ โดยสามารถ เปิดข้อมูล ผู้ป่วย ตามคู่มือการใช้งาน ระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ ดังนี้ 1) ผู้ใช้งานระบบต้องสมัครสมาชิก 2) ได้รับ รหัสผ่านระบบการใช้งาน 3) เริ่มใช้งานโดยเปิด browser โดยกำหนด URL 4) คลิกเมนูลงชื่อเข้าเพื่อ เริ่มต้นใช้งาน 5) เลือกรับบริการเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ ปรากฏหน้าจอ web service ที่เปิดให้บริการ 5. มี ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision support) คือ ทีมสหวิชาชีพได้รับการพัฒนาศักยภาพบุคลากร จัดอบรมพยาบาล Mini Case Manager ครอบคลุมรพสต./ PCU จัดอบรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานทางคลินิก จัด อบรมสารสนเทศการลงข้อมูลพื้นฐานบริการ โดย ฝึกอบรม 3 ครั้งละ 50 คน ใช้เวลาครั้งละ 2 วัน และจัด

Clinical Practice Guidelines (CPG) ทำแนวทางการ ส่งผู้ป่วย เบาหวานภายใน โรงพยาบาลศรีสะเกษ การส่ง ต่อระหว่างเครือข่าย แนวทางการวางแผนจำหน่าย ติดตามผู้ป่วยด้วยระบบเยี่ยมบ้าน ทำแนวทางแก้ไข ภาวะHyper-Hypoglycemia จัดตั้งศูนย์เยี่ยมเครื่องเจาะ น้ำตาล / เครื่องวัดความดันโลหิต เพื่อให้ผู้ป่วยติดตาม ประเมินผลการรักษาด้วยตนเอง มีคลังความรู้ เบาหวาน เพื่อใช้สอนผู้ป่วยในช่องทาง Facebook- line สมุด ประจำตัว สหวิชาชีพมีบทบาทในการทำงาน ชัดเจน และเป็นทีม ใช้ Application Line NCD เครือข่ายศรีสะเกษ และ NCM ศรีสะเกษ ในการสื่อสารข้อมูล 6. มี บริการเชื่อมต่อกับชุมชน (Continuing case in community) มี ระบบ การติดตาม ผู้ป่วยทาง Application Line NCD เครือข่ายอำเภอเมืองศรีสะเกษ ในการสื่อสารข้อมูลผู้ป่วยในการส่งเข้า-ออก รพสต ./ PCU ไกลบ้านใกล้ใจ ครอบคลุมทุกแห่ง และการสื่อสาร ความรู้ เบาหวานช่องทาง Facebook จัดตั้งชมรม อ่อนหวาน ในจังหวัด เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วม ในการป้องกันและควบคุมเบาหวานในชีวิตประจำวัน และในชุมชนตนเอง

ตารางที่ 4 ตัวชี้วัดการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย เบาหวาน เครือข่ายโรงพยาบาลศรีสะเกษ

(ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศโรงพยาบาลศรีสะเกษ. Himpro program (2558-2561)

ข้อ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2559 Baseline	ปี2560 ผลการวิจัย	ปี2561 ผลการวิจัย
3	ร้อยละผู้ป่วยDM ควบคุม HbA1c ได้ดี*	40 %	28.82	30.40	34.91
4	ร้อยละผู้ป่วย DM เข้าสู่ระบบ*การรักษา	90 %	59.04	65.24	71.49
5	อัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนระยะเฉียบพลัน**	< 5	6.99	5.49	4.24
6	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ต่อ แสนประชากร*	< 526	561.03	469.62	521.46

* HDC จังหวัดศรีสะเกษ 30 กย 61 ** Himpro Program SSKH 30 กย 61

อภิปรายผล

ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย เบาหวาน เครือข่ายโรงพยาบาลศรีสะเกษ นอกจากการใช้วงจรเชิง

ปฏิบัติการ 4 ระยะ P- A -O- R ร่วมกับ The Chronic Care Model สามารถควบคุมเบาหวานได้ระดับดี HbA1C <7 % ร้อยละ 34.91 ซึ่งสถิติของระดับประเทศ

ร้อยละ 26.88 และเมื่อเปรียบเครือข่ายจังหวัดศรีสะเกษกับเครือข่ายโรงพยาบาลขนาดใหญ่ระดับ A จะอยู่ในลำดับที่ 7 ของประเทศ (กระทรวงสาธารณสุข, ม.ป.ป.) ยังไม่เข้าสู่เป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อระดับ HbA1C ในการศึกษานี้ คือภาวะน้ำตาลต่ำในรอบ 3 เดือน (Hypoglycemia) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ HbA1C อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.125$, $p < .001$) โดยเมื่อกลุ่มที่เคยมีภาวะ Hypoglycemia จะมีระดับ HbA1C สูงกว่ากลุ่มที่ไม่เคย Hypoglycemia 0.291 % สอดคล้องกับ สุพัชรี ใจแน่น และศิริพันธ์ สาสัถย์ (2559) ศึกษาปัจจัยทำนายภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเขตภาคใต้ตอนบน จำนวน 140 คน พบว่ามีระดับน้ำตาลต่ำมีค่าระหว่าง 19-68 mg/dl ($X=39.79$) ซึ่งภาวะน้ำตาลต่ำในผู้สูงอายุสามารถร่วมกันทำนาย HbA1C ร้อยละ 8.2 ดังนั้นการเกิดภาวะ Hypoglycemia ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ที่มีภาวะ Hypoglycemia แบบไม่แสดงอาการ

ระดับน้ำตาลขณะอดอาหาร (FBS) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ HbA1C อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.439$, $p < .000$) เมื่อ FBS เพิ่มขึ้น 1 mg% จะทำให้ HbA1C เพิ่มขึ้น 0.006 % สอดคล้องกับ Hussain.N. (2013) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง HbA1C กับ Blood Glucose (FBS) ศึกษาผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 106 ตัวอย่าง อายุ 20-88 ปี พบว่า HbA1C มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ FBS ซึ่งกันและกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01

สำหรับ Hemoglobin (Hb) พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ HbA1C อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.171$, $p < .000$) โดยเมื่อ Hb เพิ่มขึ้น 1 gm / dl ทำให้ HbA1C ลดลง 0.017 % ไม่สอดคล้องกับ Coban.E.และคณะ (2004) ศึกษาภาวะขาดธาตุ

เหล็กกับ HbA1C ในกลุ่มที่ไม่เป็นเบาหวาน จำนวน 50 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มให้ยาเสริมธาตุเหล็ก และไม่ให้ยาเสริมธาตุเหล็ก ติดตามเป็นเวลา 3 เดือน พบว่ากลุ่มให้ยาเสริมธาตุเหล็ก HbA1C เฉลี่ย $7.4 \pm 0.8\%$ และกลุ่มไม่ให้ยาเสริมธาตุเหล็ก HbA1C เฉลี่ย 5.9 ± 0.5

ระดับโปรตีนในปัสสาวะ (UA Albumin) พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ HbA1C อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.148$, $p < .000$) โดยเมื่อ UA Albumin เพิ่มขึ้น 1 ระดับ ทำให้ HbA1C เพิ่มขึ้น 0.155 % สอดคล้องกับ Kang. S.H. (2016) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับ HbA1C และ อัตราส่วน Urine albumin creatinine ในปัสสาวะ (UACR) ในประชากรผู้ใหญ่ที่ไม่เป็นเบาหวาน จำนวน 12,774 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่มตามระดับ HbA1C เป็นกลุ่มต่ำ ($<5.7\%$), กลุ่มกลาง ($5.7-6.0\%$) และกลุ่มสูง ($> 6.0\%$) มีระดับ UACR คือ 22.4%, 27.9% และ 38.1% ตามลำดับ พบว่า ระดับโปรตีนในปัสสาวะมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับ HbA1C อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ระดับ LDL- Cholesterol (LDL) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ HbA1C อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.173$, $p < .000$) เมื่อ LDL เพิ่มขึ้น 1 mg/dl จะเพิ่ม HbA1C 0.003% สอดคล้องกับ Arshad Hussain, Iftikhar Ali and Muhammad Ijaz. (2017) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง HbA1C กับ Serum lipid profile เพื่อทำนายระดับไขมันผิดปกติในผู้ป่วย DM 2 ประเทศ Afghani ศึกษาจำนวน 401 คน แยกเป็นชาย 175 คน หญิง 226 คน ติดตามระดับ FBS, HbA1C, Total cholesterol ซึ่งใช้เกณฑ์วินิจฉัย Dyslipidemia ของ National cholesterol Education Program adult treatment panel III (NCEP ATP III) Guidelines พบว่า HbA1C มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ

TC, TG, LDL-C อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความสัมพันธ์ระหว่าง HbA1C กับ HDL-C เป็นลบ และไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ จึงสนับสนุนให้มีการควบคุมเบาหวานร่วมกับการควบคุมไขมันโดยเฉพาะ LDL-C

Stage of e GFR * มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ HbA1C อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.136$, $p < .000$) โดยเมื่อเปลี่ยนแปลง stage of eGFR เพิ่มขึ้น 1 stage (เรียงจาก 1-5) ทำให้ HbA1C เพิ่มขึ้น 0.003 % สอดคล้องกับการศึกษาของ Rigalleal.V. และคณะ (2006) .ศึกษา eGFR และการทำนาย HbA1C ในผู้ป่วยเบาหวาน 193 คน กลุ่มที่มี HbA1C $>8\%$ พบว่า eGFR มีความสัมพันธ์ HbA1C กับ เชิงบวก และทุกๆที่ระดับ HbA1C เพิ่มขึ้น 1% ทำให้ eGFR ลดลง 6.0 ml/min/1.73 m²

* stage of eGFR แบ่งเป็น 5 stage คือ stage1= <90 , stage2 = 89-60, stage3= 59- 30, stage4 =29-15, stage5= <15 ml/min/1.73 m²

นอกจากนี้ยังมีตัวแปร การดื่มเครื่องดื่มรสหวาน การออกกำลังกาย >3 ครั้งต่อสัปดาห์ การกินยาไม่สม่ำเสมอ คนไม่ดื่มกาแฟชนิด 3 in 1 ภาวะอ้วนลงพุง มีความสัมพันธ์กับ HbA1C แต่ยังไม่สามารถเข้าสู่สมการทำนายได้ ซึ่งการที่ดื่มเครื่องดื่มรสหวานทุกวันพบร้อยละ 40.4 สอดคล้องกับ Masaru.S และคณะ (2014). พบว่า ผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มรสหวานจะมีระดับ HbA1C สูงกว่ากลุ่มไม่ดื่ม ซึ่ง ศึกษาพฤติกรรม

การดื่ม เครื่องดื่มรสหวาน (Sugar Sweetened beverage SSB. =100% fruit juice, Vegetable juice coffee sports drink) และเครื่องดื่มผสมโซดา (soda consumption) ต่อการเป็นเบาหวานของคนงานญี่ปุ่นเพศชาย ที่ทำงานในโรงงาน จำนวน 2,037 คน โดยติดตามการเกิดเบาหวานชนิดที่ 2 ใน 7 ปี ผลพบวาระหว่างศึกษา 170 คน พัฒนาเป็น DM โดยมีอัตราป่วย ดังนั้น ดื่ม SSB. < 1 Serving/wks. มีความเสี่ยง

เบาหวาน 15.5 ต่อ 1,000 คนต่อปี ดังนั้น เครื่องดื่มรสหวานต่างๆ เช่น น้ำผลไม้ น้ำผัก กาแฟ เครื่องดื่มด้านกีฬา และเครื่องดื่มผสมโซดา มีผลต่อการเพิ่มความเสี่ยงเป็นเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การออกกำลังกาย >3 ครั้งต่อสัปดาห์ระดับ HbA1C ต่ำกว่ากลุ่มไม่ออกกำลังกาย สอดคล้องกับ Jekal.Y.และคณะ (2010) ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างการออกกำลังกาย กับระดับ Hemoglobin HbA1C ในผู้ใหญ่ประเทศเกาหลีใต้ กลุ่มตัวอย่าง 557 คน พบว่ากลุ่มที่ออกกำลังกาย มีระดับ HbA1c ต่ำกว่า กลุ่มที่ไม่ออกกำลังกาย และสอดคล้องกับขวัญหทัย ไตรพิช และคณะ. (2007) การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่มีผลต่อการควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดในผู้ที่เป็เบาหวานชนิดที่ 2 จากงานวิจัยที่ตีพิมพ์ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1996-2007 จำนวน 23 เรื่อง พบว่าการออกกำลังกายที่สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลสะสมได้ คือ การออกกำลังกายแอโรบิกความถี่อย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์ ความหนักปานกลาง เวลาออกกำลังกาย 30-60 นาที ระยะเวลาอย่างน้อย 8 สัปดาห์ ซึ่งให้เห็นถึงประโยชน์ของการออกกำลังกายต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ที่เป็เบาหวานชนิดที่ 2

ในการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างกินยาไม่สม่ำเสมอ ส่งผลต่อการควบคุมระดับ HbA1C สอดคล้องกับ Krapek. K.และคณะ (2004). ศึกษาความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยเบาหวานกับระดับ HbA1C จำนวน 301 ด้วยเครื่องมือประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยามีค่า 8.92%, 8.67%, 7.74% และ 7.60% ตามลำดับ และมีระดับ HbA1C Good Control เป็น 13.0 %, 14.0 %, 24.3 % และ 48.8 % ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.0003$)

ดื่มกาแฟชนิด 3 in 1 เป็นอาหารมื้อเช้าพบสูงถึงร้อยละ 58.4 สอดคล้องกับ กับ LaneJ. และคณะ (2007) ทดสอบว่าคาเฟอีนในกาแฟสามารถเพิ่มระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหารกลางวันในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ดื่มกาแฟเป็นประจำ ผู้ดื่มกาแฟเป็นผู้ใหญ่ 20 คน (ผู้หญิง 11 คนและผู้ชาย 9 คน) ที่เป็นโรคเบาหวานประเภท 2 ที่ได้รับการรักษาด้วยอาหาร การออกกำลังกาย ผู้เข้าร่วมการศึกษาแต่ละคนได้รับคาเฟอีน 250 มก. ในกาแฟสกัดคาเฟอีน 16 ออนซ์ (475 มล.) หรือกาแฟไม่มีคาเฟอีน เก็บตัวอย่างเลือดหลังอดอาหาร 1 ชั่วโมงและ 2 ชั่วโมงเพื่อตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดและระดับอินซูลินในพลาสมาพบว่า เพิ่มระดับน้ำตาลตอนกลางวัน และการตอบสนองต่ออินซูลิน ($P=0.02$) ค่าพลาสมากลูโคสในเลือดเฉลี่ย สูงกว่า 28% ดังนั้น ผู้ดื่มกาแฟเป็นประจำ ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในระยะยาวของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ดื่มกาแฟหรือเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนเป็นประจำ

ภาวะอ้วนลงพุงของกลุ่มตัวอย่างพบสูงถึงร้อยละ 80.8 จึงส่งผลให้ HbA1C สูงเช่นกัน สอดคล้องกับ Toledo.F.G.S.และคณะ(2007) ศึกษา ผลกระทบของการออกกำลังกายและลดน้ำหนักกับการควบคุมใน DM ชนิดที่ 2 ในผู้ป่วย DM ที่ใช้ยาและไม่ใช้ยา พบว่า ภาวะน้ำหนักตัวลด เปลี่ยนแปลง 7.1 kgs SD.± 0.8 ส่งผลให้ระดับ HbA1C ลดลงได้ จาก 7.9 % SD. ± 0.5 เป็น 6.5% SD. ±0.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดังนั้นเมื่อจัดการกับตัวแปรที่เป็น Biochemical laboratory Marker คือ FBS Hemoglobin (Hb) UA Alb LDL eGFR และ Quality Marker : การป้องกัน

ภาวะ Hypoglycemia ภายใน 3 เดือน โดยการดูแลรายการนี้ เพิ่มความรู้ ทักษะการจัดการตนเอง ตลอดทั้งต้องมีการปรับการรักษา สามารถเพิ่ม Good Control ได้ ส่วนตัวแปรอื่น ๆ เช่น การออกกำลังกายต่อสัปดาห์ ความสม่ำเสมอการกินยา ภาวะอ้วนลงพุง การดื่มกาแฟชนิด 3 in 1 และการเครื่องดื่มรสหวาน มีความสัมพันธ์กับ HbA1C และอาการการพยากรณ์ ในระดับต่ำ แต่สามารถนำมาเป็นหัวข้อการคัดกรองเพื่อค้นหาปัญหาการวินิจฉัย ในการควบคุมระดับน้ำตาลสะสม ซึ่งเป็นส่วนประกอบสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย เบาหวานเครือข่ายโรงพยาบาลศรีสะเกษ จึงสามารถควบคุมเบาหวาน ได้เพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

การเพิ่ม Good Control ของผู้ป่วยเบาหวานในแต่ละพื้นที่ควรศึกษาตัวแปรที่มีผลระดับ HbA1C ซึ่งเป็นบริบทเฉพาะพื้นที่ และการใช้วงจรเชิงปฏิบัติการทีมสหวิชาชีพมีความจำเป็นต้องมีทักษะการสะท้อนปัญหาการดำเนินงาน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นหลักฐานสนับสนุนการพัฒนาอย่างชัดเจนจนสามารถควบคุมเบาหวานบรรลุเป้าหมายกระทรวงสาธารณสุข

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลศรีสะเกษนายแพทย์นพพล บัวสี ประธาน Service Plan NCD เขตสุขภาพที่ 10 ผู้ประสานงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข HDC service [เข้าถึงได้จาก] <https://hdcservice.moph.go.th> .2559-2561

- วิจัย เอกพลากร.รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.(2560).
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สารสถิติ. ปีที่ 25 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม – มีนาคม 7-7 .[online] <http://www.nso.go.th> 2557.
- ปราโมทย์ ถ่างกระโทก. บทบาทพยาบาลวิชาชีพในการจัดการโรคเรื้อรัง The Role of the Nurse in the Chronic Disease Management .วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ ปีที่ 37 ฉบับที่ 2 เมษายน - มิถุนายน 2560 หน้า 154-159 (2560).
- ดารณี เทียมเพ็ชร และคณะ. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานลงสู่ชุมชน แบบไร้รอยต่อ อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข . 156-169 Vol 25 No 3 (2016) : September – December 201 (2016)
- นงลักษณ์ เทศนา และคณะ . การพัฒนารูปแบบการป้องกันการป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในประชาชนกลุ่มเสี่ยง. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข(สวรส.) .[เข้าถึงได้จาก] <https://www.hsri.or.th/researcher/research/new-release/detail/6235>
- บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น(พิมพ์ครั้งที่7).กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น. (2545).
- ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศโรงพยาบาลศรีสะเกษ. Himpro program (2558-2561)
- Arshad Hussain, Iftikhar Ali and Muhammad Ijaz. (2017) ¹² **Correlation between hemoglobin A1c and serum lipid profile in Afghani patients with type 2 diabetes: hemoglobin A1c prognosticates dyslipidemia.** [online] <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2042018817692296>
- Hussain.N., Kazmi.S., Gillani.S., Afza.S., Hussain.S. CORRELATION BETWEEN GLYCATED HAEMOGLOBIN LEVELS AND RANDOM BLOOD GLUCOSE . J Ayub Med Coll Abbottabad 2013 ; 25 (1-2) .
- Coban.E., Ozdogan M.,Timuragaoglu. A. Effect of Iron Deficiency Anemia on the Levels of Hemoglobin A1c in Nondiabetic Patients. Acta Haematol. 2004 ;112:126–128 [online] <https://doi.org/10.1159/000079722>.
- Kang. S.H. , Park J.W, Do J.Y and Cho K.H . Glycated hemoglobin A1c level is associated with high urinary albumin/creatinine ratio in non-diabetic adult population. *Ann Med.* 2016 .Sep;48(6):477-484. Epub 2016 Jun 19.
- พัชรี ใจแน่น และ ศิริพันธ์ สาสัตย์ .ศึกษาปัจจัยทำนายภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเขตภาคใต้ตอนบน.วารสารเกื้อการุณย์.2559. ปีที่23 ฉบับ 1 มกราคม-มิถุนายน ;148-162.
- Hussain.A, Ali.I.,Ijaz.M. *Correlation between hemoglobin A1C and serum lipid profile in Afghani patients with type 2 diabetes: hemoglobin A1C prognosticates dyslipidemia* . Advance in Endocrinology and Metabolism. 2017. vol.8141 51-57. [online]. <https://doi.org/10.1177/2042018817692296>.Therapeutic
- Rigallea.L.V., Pham.N.B., Lasseur.C. et al. *Glucose Control influences Glomerular Filtration Rate and its Prediction in Diabetic Subjects.* Diabetes Care.2006 .volume29 ,Issue 7 July ;491-495.
- Masaru.S., Koshi.N.,Katsuyuki M., et al. *Sugar Sweetened beverage and diet soda consumption and the 7-year risk for type 2 diabetes mellitus in middle aged Japanese men.* European journal of Nutrition.2014.,53(1):251-258.
- Jekal.Y., Lee.M.K., Park.S., Lee.S.H.et.al. Association between Obesity and Physical Fitness, and Hemoglobin A1c Level and Metabolic Syndrome in Korean Adults. Korean Diabetes J. 2010 Jun;34(3):182-190. English. [online]. <https://doi.org/10.4093/kdj.2010.34.3.182>
- ขวัญหทัย ไตรพิช, พรทิพย์ มาลาธรรม,ชนิดธรา หยาญประสิทธิ์คำและวิศาล คันธรัตน์กุล. การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่มีผลต่อการควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 วารสารพยาบาลรามธิบดี .2007.
- Krapek. K., King.K, Warren.S.S. **Medication Adherence and Associated Hemoglobin A₁C in Type 2 Diabetes.** SAGE Journals. 2004. September 1.[online]. <https://doi.org/10.1345/aph.1D612>

Lane. J. , HwangA., Feinglos.M., Surwit.R. *Exaggeration of Postprandial Hyperglycemia in Patients with Type 2 Diabetes by Administration of Caffeine in Coffee*. Endocrine Practice. 2007. May : Vol. 13, No. 3, pp. 239-243.[Online].
<https://doi.org/10.4158/EP.13.3.239>

Toledo.F.G.S., Menshikova.E.V.,Ritov.V.B., et.al.(2007) *Effects of Physical Activity and Weight Loss on Skeletal Muscle Mitochondria and Relationship With Glucose Control in Type 2 Diabetes*. Diabetes.2007. vol.56 August ;2142-2147.

การศึกษาระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในคลินิกโรคไม่ติดต่อ

โรงพยาบาลโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา

The risk of stroke in non-communicable diseases clinic, Non Thai Hospital

พวงเพชร ชูจอหอ

Puangpet Chujorhor

พยาบาลวิชาชีพ ตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโนนไทย

จังหวัดนครราชสีมา

Nurse, Inpatient ward, Non Thai Hospital

Nakhon Ratchasima Province

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในคลินิกโรคไม่ติดต่อโรงพยาบาลโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา ประชากรที่ศึกษาคือ ผู้รับบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อโรงพยาบาลโนนไทย ซึ่งมีภูมิลำเนาในเขตอำเภอโนนไทย จำนวน 10 ตำบล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ตอนที่ 2 แบบประเมินระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) และข้อมูลระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยให้คะแนนตามเกณฑ์ การให้คะแนนแต่ละข้อของแบบประเมิน รวบรวมคะแนน และแบ่งกลุ่มระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตามเกณฑ์คะแนน จากนั้นแจกแจงเป็นความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) และนำเสนอตารางแสดงผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในคลินิกโรคไม่ติดต่อโรงพยาบาลโนนไทย อยู่ในระดับความเสี่ยงต่ำ ร้อยละ 65.24 ระดับความเสี่ยงค่อนข้างต่ำ ร้อยละ 19.25 แม้ว่าผลการศึกษาดังกล่าวจะสะท้อนว่าอยู่ในระดับความเสี่ยงต่ำ แต่หากผู้รับบริการยังไม่มี การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อาจส่งผลให้เกิดความเสี่ยงระดับสูง และเกิดความพิการ สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษาต่อไป

คำสำคัญ โรคหลอดเลือดสมอง,ระดับความเสี่ยง

Abstract

This research is descriptive research . The purpose was to study the risk of stroke in non-communicable diseases clinic, Non Thai Hospital, Nakhon Ratchasima province . The population studied is Non-communicable disease clinic service recipients Which are domiciled in 10 Thai sub-districts, collected data by using the questionnaire divided into 2 parts, which are part 1 ,

general information questionnaire, part 2 , assessment form for risk of stroke and analyze the data by using descriptive statistics to analyze general data and information about risk levels for stroke By rating the criteria each rating of the assessment forms compiles the points and groups the risk levels for stroke occurrence according to the score criteria. Then, divide it into frequency (Percentage) and present

Result: The study indicated that Risk level for stroke in non-communicable diseases clinic, Non Thai Hospital was a low risk level of 65.24%, a low risk level of 19.25%, although .Results showed a low risk level But if the client still has not changed behavior may result in a high level of risk and causing disability waste the cost of further treatment.

Keywords: Stroke , Risk of stroke, Non-communicable disease

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke หรือ Cerebrovascular disease) เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก ปัจจุบันประชากรทั่วโลกป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 17 ล้านคน เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 6.5 ล้านคน และมีชีวิตรอดจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 26 ล้านคน (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, กระทรวงสาธารณสุข, 2559) โรคหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุการเสียชีวิตหรือพิการของประชากรทั่วโลกโดยเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 ของประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี และอันดับ 5 ของประชากรที่มีอายุ 15 - 59 ปี (จิรารัตน์ อภิญา และนิตยา พันธุเวช, 2554)

ประเทศไทยมีอัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2555 พบว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 35.54 คนต่อ 100,000 ประชากร อัตราเสียชีวิต 31.69 คนต่อ 100,000 ประชากร โดยเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 3 รองจากโรคมะเร็งและอุบัติเหตุ (สำนักนโยบายและ

ยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2555) ซึ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 100 คน จะเสียชีวิต 15 คน ส่วนที่เหลือรอดชีวิต 85 คน จะมีความพิการสูงถึง 40 คน พิการเล็กน้อย 25 คน ต้องนอนรักษาตัวเป็นระยะเวลายาวนานถึง 10 คน และมีเพียง 10 คนเท่านั้น ที่จะสามารถดำรงชีวิตได้ใกล้เคียงกับคนปกติ (National Stroke Association, 2012) รัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาไม่ต่ำกว่า 100,000 บาทต่อราย และถ้าสามารถป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องสามารถประหยัดงบประมาณของรัฐได้ถึง 5,000 ล้านบาทต่อปี (สถาบันประสาทวิทยา, 2550)

เขตสุขภาพที่ 9 ประกอบไปด้วยจังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ สุรินทร์ มีสถิติการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 8,211 คน พบอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 11.83 สถานการณ์ในจังหวัดนครราชสีมา พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 3,394 คน ผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน 122 คน (service plan สาขาโรคไม่ติดต่อ NCD ; โรคหลอดเลือดสมอง(stroke) ,

แผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข, กระทรวงสาธารณสุข, 2560) โรงพยาบาลนนทบุรี จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง ดูแลสุขภาพประชากรจำนวน 71,787 คน (ทะเบียนราษฎร์ กันยายน, 2559) จากสถิติการรับใหม่รับส่งตัวกลับจากโรงพยาบาลมหาราช จังหวัดนครราชสีมา พบโรคหลอดเลือดสมอง จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน ปี พ.ศ. 2556,2557,2558,2559 จำนวน 46,38,26 และ 25 รายตามลำดับ(โปรแกรม Hosxp,โรงพยาบาลนนทบุรี,2556-2559) และพบอัตราการ re-admission ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายเก่า กลับเข้ามาได้รับการรักษาด้วยสาเหตุจากโรคแทรกซ้อน เช่น ปอดบวม แผลกดทับ ร้อยละ 0.13 % (แบบประเมินตนเอง service profile ตึกผู้ป่วยใน,โรงพยาบาลนนทบุรี,2559)

จากสถิติดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ตระหนักถึงความสำคัญ อันตราย อัตราการตาย ความพิการมีแนวโน้มสูงขึ้น จึงมีความสนใจที่จะศึกษาระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยในคลินิกโรคไม่ติดต่อ โรงพยาบาลนนทบุรี อำเภอนนทบุรี จังหวัดนครราชสีมา เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดแนวทางในการให้การดูแลและการป้องกัน รวมทั้งการชะลอการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่สอดคล้องกับสาเหตุและปัจจัยที่แท้จริง คงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้รับบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อ โรงพยาบาลนนทบุรี จังหวัดนครราชสีมา

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรของการศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้รับบริการโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ที่มารับบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อ โรงพยาบาลนนทบุรี จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 4,198 คน ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 374 คน การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรหากลุ่มตัวอย่าง Taro Yamane (1967)

ผู้ให้ข้อมูลและการคัดเลือก

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (survey study) คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลโดย วิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) และมีการกำหนดเลือก คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1. ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อ มีอายุตั้งแต่ 45 ปี ขึ้นไป 2. มีประวัติภูมิแพ้ยาอยู่ในอำเภอนนทบุรี 3. ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลมีสติสัมปชัญญะดี สามารถพูด ฟัง อ่าน ภาษาไทย และสามารถสื่อความหมายได้ดี 4. มีความสนใจ และยินดีเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ 5. เป็นผู้ที่ไม่มีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือการวิจัยได้แก่ คือ แบบประเมินระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ชื่อ Stroke Risks Take Test ของ British Columbia Centre for Stroke and Cerebrovascular

diseases (2003) โดยเฉลิมพล ปัทมะโชติ (2546) มาทำการแปลเป็นภาษาไทยและทำการศึกษาความเชื่อมั่นและเที่ยงตรงในฉบับภาษาไทย พบความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.98 โดยลักษณะของแบบสอบถามเป็นคำถามเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงด้านต่างๆ ที่ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีจำนวนทั้งหมด 23 ข้อ โดยให้คะแนนในแต่ละข้อตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ของแบบประเมิน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ตอนที่ 2 แบบประเมินระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลรวบรวมหลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ตามการอนุมัติเลขที่ KHE ๒๐๑๗ - ๐๒๗ และได้รับการอนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษรจากโรงพยาบาลโนนไทย หลังจากนั้นผู้วิจัยติดต่อประสานงาน แผนกคลินิกโรคไม่ติดต่อ กลุ่มการพยาบาล ชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลภาคสนาม พบปะกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเองพร้อมทั้งอธิบาย วัตถุประสงค์ในการวิจัย ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิ์ในการตอบและปฏิเสธการตอบแบบสอบถาม โดยกลุ่มตัวอย่างกรอกแบบสอบถามด้วยตนเองหรือผู้วิจัยอ่านให้ฟังและให้กลุ่มตัวอย่างตอบในกรณีกลุ่มตัวอย่างกรอกแบบสอบถามด้วยตนเอง หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยเกี่ยวกับคำถาม ผู้วิจัยจะเป็นผู้อธิบายให้กลุ่มตัวอย่าง

ฟังโดยใช้เวลาคนละประมาณ 15 นาทีในการตอบแบบสอบถามและ รวบรวมแบบสอบถามคืน หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเอาข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องเพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้ สถิติ เชิง พ ร ร ณ น า (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยให้คะแนนตามเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อของแบบประเมิน รวบรวม คะแนน และแบ่งกลุ่มระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตามเกณฑ์การแบ่งระดับ คะแนน จากนั้นแจกแจงเป็นความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) และนำเสนอตารางแสดงผลการวิจัย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการมีสถานภาพสมรส ร้อยละ 70.1 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 85 รายได้ของครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง น้อยกว่า 5.000 บาท ร้อยละ 79.9 ผู้ป่วยที่มารับบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อ โรงพยาบาลโนนไทย ส่วนใหญ่อยู่ตำบลโนนไทย ร้อยละ 35.8 ส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 51.9 ส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษาพยาบาลเป็นสิทธิบัตรประกันสุขภาพ (สิทธิบัตรทอง) ร้อยละ 84.8

2. ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง พบกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุระหว่าง มากกว่า 55-65 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.5 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 79.9 โดยทั้งหมดเป็นชนชาติเอเชีย ไม่เคยมีภาวะสองขาดเลือดชั่วคราว ร้อย

ละ 71.4 มีภาวะความดันโลหิตสูงร้อยละ 78.9 ส่วนใหญ่อยู่ระหว่างการรักษาและสามารถควบคุมความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอทได้ ไม่มีภาวะไขมันในเลือดสูงร้อยละ 34.2 ในผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงได้รับการรักษาทั้งหมด กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไม่ทราบระดับโฮโมซิสเตอีน พบป่วยเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 59.1 ไม่เคยเป็นโรคหัวใจหรือเจ็บบริเวณทรวงอกร้อยละ 75.7 เคยมีภาวะการณเต้นของหัวใจผิดปกติทั้งหมด ร้อยละ 74.6 ใช้แอสไพริน ร้อยละ 4.01 วาร์ฟาริน 1.33 และพบการใช้ยาดังกล่าวนในช่วง น้อยกว่า 65 ปีและระหว่าง 65-75 ปี ร้อยละ 2.7 เท่ากัน ไม่สูบบุหรี่ 96.8 ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 95.5 บุคคลในครอบครัวมีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 8 มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน 13 กก. ร้อยละ 34 ไม่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 55.3 ไม่รับประทานยาคุมกำเนิด ร้อยละ 95.2 และไม่รับประทานฮอร์โมน ร้อยละ 99.7

3.ข้อมูลระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมากอยู่ในกลุ่มระดับความเสี่ยงระดับต่ำ ร้อยละ 65.24 รองลงมาคือกลุ่มระดับความเสี่ยง ค่อนข้างต่ำ ร้อยละ 19.25 และระดับความเสี่ยงปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 9.09 (ตารางที่ 3)

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษา ระดับความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในคลินิกโรคไม่ติดต่อโรงพยาบาลโนนไทย นครราชสีมา จำนวน 374 คน อยู่ในระดับความเสี่ยงต่ำ ร้อยละ 65.24 ระดับความเสี่ยงค่อนข้างต่ำ ร้อยละ 19.25 ซึ่งกลุ่มผู้รับบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ร้อยละ 78.9

สามารถควบคุมความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ในผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงได้รับการรักษาทั้งหมดไม่มีภาวะไขมันในเลือดสูงร้อยละ 34.2 ดังที่พบในการศึกษาของเฉลิมพล ปันทะโชติ (2546) จุฬารัตน์ ดวงจันทร์ดุษฎี (2554) และสุกัญญามาลา (2556)

ข้อมูลที่น่าสนใจ พบความชุกการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มอายุมากกว่า 55-65 ปี ซึ่งมีความแปรผันตรงกับอายุยิ่งมีอายุมากขึ้น อัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ยิ่งมีความชุกมากขึ้น และพบการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Kaplan. (2002) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบกลุ่มตัวอย่างมีภาวะความดันโลหิตสูงร้อยละ 78.9 ป่วยเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 59.1 เคยมีภาวะการณเต้นของหัวใจผิดปกติทั้งหมด ร้อยละ 74.6 ใช้แอสไพริน ร้อยละ 4.01 วาร์ฟาริน 1.33 บุคคลในครอบครัวมีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 8 มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน 13 กก. ร้อยละ 34 ไม่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 55.3 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เสกสรร จวงจันทร์ (2557) และเดือนเพ็ญ ศรชา, สะอาด โยธาทุน, น้อมจิตต์ นวลจันทร์ (2553)

แม้ว่าจะพบระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองค่อนข้างต่ำ แต่ยังคงมีการปรับพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่สูงขึ้นต่อไป เพื่อลดผลกระทบและผลเสียที่จะเกิดจากโรคตามมา

ข้อเสนอแนะ

ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ในการนำผลการวิจัย เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทาง การแพทย์ ในการวางแผนจัดโปรแกรมการให้ความรู้ และปรับพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้แก่ การมี ระดับคลอเรสเตอรอลสูง แต่ไม่ได้รับการรักษา การ ปรับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์ และการออกกำลังกายพร้อมทั้งนำเสนอ ทีมดูแลคลินิกโรคไม่ติดต่อ เพื่อวางแผนในการดูแล รักษาผู้รับบริการที่มีระดับคลอเรสเตอรอลสูง

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงระหว่าง ในกลุ่มไม่เป็นโรคหลอดเลือดสมองและในกลุ่มเป็น โรคหลอดเลือดสมอง
2. แบบสอบถามที่ใช้พบว่ามีบางคำถามไม่ เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง เช่น ระดับโฮโมซิสเตอีน ซึ่งเป็นการตรวจวัดระดับโฮโมซิสเตอีน ถือเป็นการ

ทดสอบที่ค่อนข้างใหม่ ปัจจัยที่ส่งผลให้ระดับโฮโมซิส เตอีนในเลือดสูงนี้ นอกจากเกิดจากการขาดวิตามินบี 6 บี 12 และกรดโฟลิกแล้ว ยังอาจเกิดจากสาเหตุอื่น เช่น กรรมพันธุ์ ร่างกายได้รับเมทิลโอนีน (จากเนื้อสัตว์ ไข่ นม ซีส) มากเกินไป การขาดการออกกำลังกาย การเป็นโรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น โรคไต โรคตับ เบาหวานและมะเร็ง และการได้รับยาบางชนิด เช่น ยาแก้อักเสบ ยาลดกรด และการได้สารกระตุ้น เช่น แอลกอฮอล์ กาแฟ บุหรี่ จึงมักเป็นทางเลือกในกรณี ที่ไม่พบว่ามีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลแม่นยำ และประเมินผลที่ได้แน่ชัดมากขึ้น จึงควรมีการ ปรับเปลี่ยนแบบประเมินที่ใช้ในการศึกษาให้เหมาะสม ขึ้น คือ ให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างและเป็นคำถาม ที่สามารถประเมินคำตอบได้

3. ควรมีการศึกษาปัจจัยเสี่ยงในด้านของ ความเครียดเพิ่มเติม

เอกสารอ้างอิง

- กิ่งแก้ว ปาจริย. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง:ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง. งาน ตำราวารสารและสิ่งพิมพ์ สถานเทคโนโลยีการศึกษาแพทย์ ศาสตร์คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร. (2547).
- เฉลิมพล ปันทะโชติ และบุษบงกช เชวงเชาว์. อัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของบุคลากรคณะเทคนิค การแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. วารสารเทคนิคการแพทย์เชียงใหม่. ปีที่ 38 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม 2549.
- ทศพล ลิมพิจารณ์กิจ, ศศิโสภณ เกียรติบุรณกุลและ สมนึก สังฆานุภาพ.อายุรศาสตร์ฉุกเฉิน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สร้างสื่อจำกัด. (2550).
- น้อมจิตร นวลเนตร และเดือนเพ็ญ ศีรชา. ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและ พฤติกรรมเพื่อ ลดความ เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของผู้มีภาวะเสี่ยงในชุมชน สามเหลี่ยม อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น. วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด. ปีที่ : 24 ฉบับที่ : 3 เลขหน้า : 318-326. (2555).
- นิจศรี ชาญณรงค์. การดูแลรักษาภาวะสมองขาดเลือด . กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ (2550).
- นิพนธ์ พวงวรินทร์ . โรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์. (2544).

ปิยภัทร พัชรวิวัฒน์พงษ์. โรคหลอดเลือดสมอง. ใน กิ่งแก้ว ปาจารย์ (บรรณาธิการ), เวชศาสตร์ฟื้นฟูสำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป (หน้า 91-93). กรุงเทพฯ: งานตำราและสิ่งพิมพ์ สถานเทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. (2548).

สถาบันประสาทวิทยากรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2550 . กรุงเทพฯ : สถาบันประสาทวิทยา. (2550).

สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สถิติปี 2555. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. 2555.

Adams, et al. Guideline for the early management of patients with acute Ischemic stroke: A statement from the Stroke Council of the American stroke Association. Stroke 34:1056-1083 (2003).

American Heart Association. Adult stroke [Electronic version]. American Heart Association, 112, 111-120. Retrieved 19 May 2014, from http://circ.ahajournals.org/cgi/reprint/112/24_suppl/IV111?maxtoshow=&HITS=10&hits (2005).

American Stroke Association. Comprehensive Overview of Nursing and Interdisciplinary Care of the Acute Ischemic Stroke patient: A Scientific Statement From the American Heart Association. Stroke, 40,2911-2944 (2009).

Dele, O. A., Colin, D. M., Taghreed A., M., Ortegon, & Kathleen S. The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. Lancet ,370:1929–38. (2007).

Hacke, W., Kaste, M., Olsen, T. S., Orgogozo, J. M., & Bogousslavsky, J. European stroke initiative recommendation for stroke management. European Journal of Neurology, 7, 607-623. (2003).

Hanley, D. F., & Hacke, W. Critical care and Emergency Medicine Neurology. Stroke, 2004 (35),365-366. (2004).

Heart and Stroke Foundation of Ontario. Management of acute stroke [Electronic version]. Retrieved December 12, 2014, from <http://www.heartandstroke.ca/profed.html> (2001).

Hinkle, J. L., & Guanci, M. M. Acute Ischemic Stroke Review. Journal of Neuroscience Nursing 39: 285-294. (2007).

ผลกระทบจากการตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่น อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี Effects of Pregnancy on Teenage Women at Lam-Sonthi, Lopburi Province

ไพวัลย์ นรสิงห์
Paiwan Norasing

บทคัดย่อ

วิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methodology approaches) เพื่อศึกษาผลกระทบจากการตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างคือสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี ในอำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี คลอดระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2561 – 30 กันยายน 2562 จำนวน 14 ราย เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถามมีความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha Coefficient) ของแบบสอบถามเท่ากับ 0.85 รวมถึงเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi- Structured Interview) ร่วมด้วย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความสัมพันธ์ใช้ Chi-square และข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ อยู่ในช่วงอายุ 15-20 ปี จบชั้นสูงสุดในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 50 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 42.9 แหล่งที่มาของรายได้ที่ใช้จ่ายในขณะตั้งครรภ์มาจากแฟน/คู่รัก คิดเป็นร้อยละ 57.1 ทุกรายไม่มีโรคประจำตัวขณะตั้งครรภ์ ตั้งครรภ์ครั้งที่ 1 ทุกรายไม่เคยแท้งบุตร ก่อนตั้งครรภ์อาศัยอยู่กับพ่อแม่และแม่ตนเองมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.9 ได้รับความรู้ด้านเพศศึกษาก่อนตั้งครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 92.9 ก่อนการตั้งครรภ์ใช้วิธีคุมกำเนิดโดยยาเม็ดคุมกำเนิดเพียงอย่างเดียว และใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดสลับกับยาฉีดคุมกำเนิด ไม่ตั้งใจตั้งครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 71.4 ในกลุ่มสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ไม่ตั้งใจตั้งครรภ์มีสาเหตุจากการคุมกำเนิดไม่ถูกวิธี เช่น กินยาคุมไม่ต่อเนื่อง สัมผัสกันบ่อย เริ่มกินแผงใหม่เมื่อแฟนกลับมาอยู่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 40 และคาดไม่ถึงว่าจะตั้งครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 40 ระบุว่าตั้งครรภ์เมื่ออายุครรภ์ได้ 2 เดือน คิดเป็นร้อยละ 71.4 ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 2 เดือน คิดเป็นร้อยละ 42.9

สตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ส่วนมากมีการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 57.1 ผลกระทบด้านจิตใจระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 71.4 คลอดเมื่ออายุครรภ์ 38 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 35.7 คลอดปกติ คิดเป็นร้อยละ 92.9 ทุกรายไม่มีความผิดปกติระหว่างการคลอดบุตรหรือระยะหลังคลอดบุตร น้ำหนักทารกแรกเกิดอยู่ระหว่าง 2,500 – 2,999 คิดเป็นร้อยละ 35.7 และระหว่าง 3,000-3,499 กรัม คิดเป็นร้อยละ 35.7 แรกเกิดปกติ แข็งแรงดี คิดเป็นร้อยละ 92.9

ผลการศึกษาผลกระทบจากการตั้งครรภ์โดยการสัมภาษณ์ในสตรีวัยรุ่น ด้านสุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจครั้งนี้ พบว่าเมื่อรับรู้ว่าการตั้งครรภ์จะมีความเครียด วิตกกังวล และหาทางออกแตกต่างกันไป การถูกกดดันหลายด้านจึงตัดสินใจออกจากโรงเรียนกลางคัน จำนวน 6 ราย ทำให้ไม่ได้ประกอบอาชีพ ไม่มีรายได้

และหลังคลอดบุตรต้องพึ่งพิงบิดามารดาในเรื่องค่าใช้จ่ายต่างๆ รวมถึงช่วยเหลือเลี้ยงดูบุตรจำนวน 6 ราย โดย 2 รายที่ฝ่ายชายเลิกและไม่ร่วมรับผิดชอบ ภาระค่าใช้จ่ายจึงเป็นของพ่อแม่ทั้งหมด

คำสำคัญ : สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

Abstract

The mixed method approach was used to describe the effects of pregnancy on teenage women at LamSonthi district, Lopburi province. The research sample was 14 pregnant women gave birth between October 1, 2018 and September 30, 2019. The research instruments were a set of questionnaires with the reliability of 0.85 and the semi-structured interview questions. The descriptive statistics and the Chi-square test were used to explain and test the variables. Content analysis was performed on the qualitative data.

The results revealed that the participants were pregnant adolescents aged 15-20 years. Most of them graduated with highest education of the elementary school (50%) without job (42.9%) and received the expense from their partners (57.1%). The teenagers were first pregnant with no complication and no abortion history. Before being pregnant, they lived with their family, were informed about sex education (92.9%), and unintended to have a child using at least one type of birth controls. The reason of accidental pregnancy were contraceptive mistaking and pregnant unexpected. However, they known to be pregnant in two months and had the antenatal care at the age of two months of pregnancy.

Teenage women take a good care of themselves during pregnancy (57.1%) and low level of mental effects (71.4%). Most of them had a normal delivery (92.9%) at 38 weeks of pregnancy (35.7%) with the good condition of newborn children (92.9%) the birth weight of 2,500-2,999 grams(35.7%) and 3,000-3,400 grams (35.7%).

Pregnant teenage women interview explained that the effects of pregnancy were the stress, worrying, and different problem solving ways including resigning from the school, quitting the job, no income, and the burden on family in taking care of them after giving birth. Their own families have to take the responsibility on taking care of the newborn baby and all the expense.

Key Words : Pregnancy on Teenage Women

บทนำ

การตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่นตามคำนิยามขององค์การอนามัยโลก (WHO: World Health

Organization,2013) หมายถึงการตั้งครรภ์ของสตรีที่มีอายุน้อยกว่า20 ปี ซึ่งเป็นปัญหาที่ทั่วโลกให้ความสำคัญในการแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง

แต่ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย องค์การสหประชาชาติจึงได้กำหนดให้การลดอัตราการคลอดในวัยรุ่น อายุ 10-14 ปี และอายุ 15-19 ปี เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดเพื่อให้คนมีชีวิตที่มีคุณภาพและสุขภาวะที่ดีภายในปี 2573 และองค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้อัตราการตั้งครรภ์ของหญิงวัยรุ่นไม่ควรเกิน ร้อยละ 10 (สำนักอนามัย, 2560) จากข้อมูลสถิติเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นทั่วโลกพบว่า ในแต่ละปีมีสตรีวัยรุ่นคลอดบุตรทั่วโลกราว 14 ล้านคน โดยประมาณ 12.8 ล้านคนหรือมากกว่า 90% อยู่ในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา สูงสุดอยู่ในกลุ่มประเทศแถบแอฟริกาใต้ ประเทศไทยมีอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสูงเป็นอันดับที่หนึ่งของทวีปเอเชียและสูงเป็นอันดับที่สองของโลก (มนฤดี และ พรรณี, 2555)

ประเทศไทยมีหญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ 15-49 ปีมีบุตรเฉลี่ยเพียง 1.6 คน ถือว่าอยู่ในระดับต่ำเมื่อเทียบกับอัตราทดแทนทางประชากร ส่วนใหญ่เกิดจากแม่วัยรุ่นที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี และคลอดซ้ำในวัยรุ่นที่มีอายุ 10-19 ปี เท่ากับร้อยละ 12 และเมื่อพิจารณาอัตราการคลอดในวัยรุ่นในระดับเขตสุขภาพ 12 เขต และ กรุงเทพมหานคร เปรียบเทียบกับเกณฑ์เป้าหมายการดำเนินงานที่สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์กรมอนามัย กำหนดไว้ที่ระดับต่ำกว่า 50 นั้น พบว่า เขต 4 มีอัตราการคลอดในวัยรุ่นสูง จังหวัดลพบุรีพบอัตราการคลอดของหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน สูงเป็นลำดับที่ 2 (49.3) ของเขตสุขภาพที่ 4 รองจากจังหวัดนครนายก และพบอัตราการคลอดของหญิงอายุ 10-14 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 10-14 ปี 1,000 คน สูงเป็นลำดับที่ 4 (1.56) ของเขตสุขภาพที่ 4 ในปีงบประมาณ 2561 อำเภอที่พบอัตราการคลอด

ของหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปีสูงสุด 3 ลำดับในจังหวัดลพบุรี ได้แก่ อำเภอท่าหลวง 53.4 อำเภอลำสนธิ 49.3 และอำเภอโคกเจริญ 48.8 ต่อพันประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี ตามลำดับ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีความซับซ้อนและเกี่ยวโยงกันหลายมิติ เด็กจำนวนมากไม่สามารถรับมือกับความเปลี่ยนแปลงของตนเองเมื่อก้าวเข้าสู่วัยรุ่นและไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมรอบตัวได้ รวมทั้งการกินอยู่ที่ดีขึ้นทำให้เด็กเติบโตสู่วัยเจริญพันธุ์เร็วขึ้น การเข้าถึงสื่อทุกรูปแบบได้โดยไร้ขีดจำกัดส่งผลให้เด็กมีพฤติกรรมทางเพศเร็วขึ้น แต่ขาดความรู้ ความเข้าใจ ขาดการฝึกฝนทักษะชีวิต การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนอกจากจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพแม่ เสียโอกาสทางการศึกษา เสียโอกาสการมีงานทำ ยังส่งผลให้ทารกที่เกิดจากมารดาวัยรุ่นอาจถูกทอดทิ้ง ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพประชากรที่จะเติบโตในอนาคต (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2559) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยะยา พบมารดาที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ส่วนใหญ่เป็นมารดาวัยรุ่น ขาดวุฒิภาวะทางอารมณ์ ขาดทักษะในการแก้ปัญหา ทำให้ไม่สนใจดูแลครรภ์ มีความเครียดวิตกกังวลสูงในระหว่างตั้งครรภ์ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอดได้ ปีเจีย (Betha, 1999) และสอดคล้องกับการศึกษาของศรีเพ็ญ ดันติเวสสและคณะ พบว่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนำมาซึ่งผลลัพธ์สองทางคือการเกิดและการแท้ง ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบด้านสุขภาพโดยตรงต่อตัวมารดาวัยรุ่นเองและทารก ส่วนผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจนั้นไม่เพียงแต่เกิดในครอบครัวของวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์และมารดาวัยรุ่นเท่านั้น แต่ยังมีผลกระทบทางสังคม

และเศรษฐกิจระดับชาติด้วย(ศรีเพ็ญ ต้นติเวส และคณะ,2556)

รัฐบาลมีพรบ.การป้องกันและแก้ไขปัญาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 และยก่างยุทธศาสตร์ การป้องกันและแก้ไขปัญาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ ปีพ.ศ.2560–พ.ศ.2569 ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องจำเป็นต้องร่วมกันเร่งดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2559) ดังนั้นผู้วิจัยจึงมุ่งที่จะศึกษาผลกระทบจากการตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่นอำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี ซึ่งผลการวิจัยคาดว่าจะใช้เป็นแนวทางในการป้องกัน แก้ไขปัญาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และช่วยเหลือสตรีวัยรุ่นที่ได้รับผลกระทบจากการตั้งครรภ์ไม่พร้อม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพการตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่นอำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี
2. เพื่อศึกษาสาเหตุการตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่นอำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี
3. เพื่อศึกษาผลต่อการตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่นอำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี ในด้านการดูแลตนเอง
ผลกระทบด้านจิตใจ การได้รับการดูแลจากครอบครัว ผลการคลอดและสุขภาพทารกแรกเกิด
4. เพื่อศึกษาผลกระทบจากการตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่นอำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี ด้านสุขภาพ
สังคม และเศรษฐกิจ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกาเชิงพรรณนา (Descriptive study)ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methodology approaches) ระหว่างวิธีการเชิงปริมาณ และวิธีการเชิงคุณภาพ โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณเป็นวิธีหลักและใช้เชิงคุณภาพเป็นวิธีเสริม เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม-เมษายน พ.ศ.2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคือสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปีทุกราย คลอด ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2561 – 30 กันยายน 2562 ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี และอยู่ในพื้นที่ช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล จำนวน 14 ราย และสัมภาษณ์เชิงลึกในสตรีวัยรุ่นที่ได้รับผลกระทบจากการตั้งครรภ์ จำนวน 5 รายหรือจนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว(saturated data)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น กำหนดขอบเขตและโครงสร้างเนื้อหาให้ครอบคลุมแบ่งเป็น 5 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 16 ข้อ ส่วนที่ 2 การดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ จำนวน 13 ข้อ ส่วนที่ 3 ผลกระทบด้านจิตใจขณะตั้งครรภ์ จำนวน 13 ข้อ ส่วนที่ 4 การดูแลของครอบครัวขณะตั้งครรภ์จำนวน 15 ข้อ ส่วนที่ 5 การคลอดและสุขภาพทารกแรกเกิดจำนวน 6 ข้อ และเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก ด้วยแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างผลกระทบจากการตั้งครรภ์ด้านสุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจ จำนวน 11 ข้อ

คุณภาพของแบบสอบถาม

ผู้วิจัยได้ให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 4 คน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ด้านภาษา ด้านความถูกต้อง ความชัดเจนและความครอบคลุมตามประเด็นที่ศึกษา ก่อนนำมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์แล้วไปทดลองใช้ (Tryout) ในสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ อำเภอท่าหลวง และอำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี จำนวน 30 ราย เพื่อทดสอบความเชื่อมั่น(Reliability)ด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ผลกระทบจากการตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่นอำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี เท่ากับ 0.85

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ประมวลผลข้อมูลด้วยโปรแกรมทางคอมพิวเตอร์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยใช้ Chi-square และข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เนื้อหา(Content Analysis)

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม และการรับรองการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี ภายใต้รหัสงานวิจัย KNH 06/2563 วันที่ 10 มีนาคม 2563

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปและลักษณะทางประชากร กลุ่มตัวอย่างสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ทั้งหมด 14 คน อยู่ในช่วงอายุ 15-20 ปี พบในอายุ 18 ปีมากที่สุด คิด

เป็นร้อยละ 28.6 จบการศึกษาชั้นสูงสุดในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 50 ส่วนใหญ่เป็นนักเรียน/นักศึกษา คิดเป็นร้อยละ 42.9 แหล่งที่มาของรายได้ที่ใช้จ่ายในขณะตั้งครรภ์มาจากแฟน/คู่รัก คิดเป็นร้อยละ 57.1 ทุกรายได้ไม่มีโรคประจำตัวขณะตั้งครรภ์ ตั้งครรภ์ครั้งที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 85.7 ทุกรายได้ไม่เคยแท้งบุตร ก่อนตั้งครรภ์อาศัยอยู่กับพ่อแม่และแม่ตนเองมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.9 สถานภาพสมรสของบิดามารดาพ่อแม่อยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 57.1 ได้รับความรู้ด้านเพศศึกษาก่อนตั้งครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 92.9 ก่อนการตั้งครรภ์ใช้วิธีคุมกำเนิดโดยยาเม็ดคุมกำเนิดเพียงอย่างเดียว คิดเป็นร้อยละ 21.4 และใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดสลับกับยาฉีดคุมกำเนิด คิดเป็นร้อยละ 21.4 ไม่ตั้งใจตั้งครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 71.4 ในกลุ่มสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ไม่ตั้งใจตั้งครรภ์มีสาเหตุมาจากการคุมกำเนิดไม่ถูกวิธีคิด เช่น กินยาคุมไม่ต่อเนื่อง สัมพันธ์บ่อย เริ่มกินแผงใหม่เมื่อแฟนกลับมาอยู่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 40 และคาดไม่ถึงว่าจะตั้งครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 40 ระบุว่าตั้งครรภ์เมื่ออายุครรภ์ได้ 2 เดือน คิดเป็นร้อยละ 71.4 และฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 2 เดือน คิดเป็นร้อยละ 42.9

การดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ พบว่า สตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ มีการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ในระดับดี 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 57.1 และมีการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ในระดับไม่ดี 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 42.9 ผลกระทบทางจิตใจขณะตั้งครรภ์ของสตรีวัยรุ่นได้รับผลกระทบด้านจิตใจระดับน้อย จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 71.4 และได้รับผลกระทบด้านจิตใจระดับมาก จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.6 สตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ ได้รับการดูแลจาก

ครอบครัวขณะตั้งครรภ์ระดับดี และได้รับการดูแลจากครอบครัวระดับไม่ดี จำนวน 7 รายเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 50

ความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์และสุขภาพทารกแรกเกิด พบว่าสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์มีการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ระดับไม่ดี มีจำนวน 5 ราย ที่สุขภาพทารกแรกเกิดปกติ แข็งแรงดี คิดเป็นร้อยละ 38.5 และสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์มีการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ระดับไม่ดี มีจำนวน 1 ราย ที่สุขภาพทารกแรกเกิดไม่ปกติ โดยคลอดก่อนกำหนดและมีน้ำหนักน้อย คิดเป็น ร้อยละ 100 ส่วนสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่มีการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ระดับดี มีจำนวน 8 ราย ที่สุขภาพทารกแรกเกิดปกติ แข็งแรงดี คิดเป็นร้อยละ 61.5 และไม่พบสุขภาพทารกแรกเกิดไม่ปกติในสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่มีการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ระดับดี อย่างไม่มีนัยสำคัญที่ $p\text{-value}$ 0.231

ความสัมพันธ์ระหว่างผลกระทบด้านจิตใจขณะตั้งครรภ์และสุขภาพทารกแรกเกิด พบว่าสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ได้รับผลกระทบด้านจิตใจขณะตั้งครรภ์ระดับมาก สุขภาพทารกแรกเกิดปกติ แข็งแรงดี มีจำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.1 และพบสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ได้รับผลกระทบด้านจิตใจขณะตั้งครรภ์ระดับมาก สุขภาพทารกแรกเกิดไม่ปกติโดยคลอดก่อนกำหนดและมีน้ำหนักน้อยจำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ได้รับผลกระทบด้านจิตใจขณะตั้งครรภ์ระดับน้อย สุขภาพทารกแรกเกิดแข็งแรงดี มีจำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 76.9 และไม่พบสุขภาพทารกแรกเกิดไม่ปกติในสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ได้รับผลกระทบด้านจิตใจระดับน้อย อย่างไม่มีนัยสำคัญที่ $p\text{-value}$ 0.101

ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการดูแลจากครอบครัวขณะตั้งครรภ์และสุขภาพทารกแรกเกิด พบว่าสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลจากครอบครัวขณะตั้งครรภ์ระดับไม่ดี มีจำนวน 6 ราย ที่สุขภาพทารกแรกเกิดปกติ แข็งแรงดี คิดเป็นร้อยละ 46.2 และสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลจากครอบครัวขณะตั้งครรภ์ระดับดี สุขภาพทารกแรกเกิดไม่ปกติ โดยคลอดก่อนกำหนดและมีน้ำหนักน้อยจำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลจากครอบครัวขณะตั้งครรภ์ระดับดีสุขภาพทารกแรกเกิดปกติ แข็งแรงดี มีจำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 53.8 และไม่พบสุขภาพทารกแรกเกิดไม่ปกติในสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ได้รับการดูแลจากครอบครัวระดับดี อย่างไม่มีนัยสำคัญที่ $p\text{-value}$ 0.299

ผลกระทบจากการตั้งครรภ์ด้านสุขภาพ

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า การตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่นส่งผลกระทบต่อวัยรุ่นเองทั้งด้านสุขภาพจิต และสุขภาพกาย โดยเฉพาะด้านจิตใจมารดาวัยรุ่นต้องเผชิญกับปัญหาที่เกิดจากการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม ทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล และเกิดภาวะซึมเศร้าได้ดังคำกล่าว

“.....พอรู้ว่าตั้งครรภ์นี่พูดไม่ออก เกือบเจิบไว้คนเดียว ลับสน เครียดอยู่ 3 วัน จึงตัดสินใจบอกแฟน ยังไม่กล้าบอกแม่ จนผ่านไปเดือนกว่าๆจึงตัดสินใจบอกแม่ กลัวแม่ว่าเพราะลูกคนโตที่เกิดจากแฟนคนแรกยังเล็กอยู่ แต่ไม่เคยคิดจะทำแท้ง”(สตรีวัยรุ่นรายที่1)

“.....คบกับแฟนโดยปิดบังไม่ให้พ่อกับแม่รู้ พอรู้ว่าตั้งครรภ์เสียใจ รู้ว่าพ่อและแม่ต้องเสียใจและผิดหวังมาก เกือบเจิบไว้คนเดียว เครียดมาก ประมาณ 1 เดือนจึงตัดสินใจบอกแฟนฯ

ก็เสียใจ แต่ไม่เคยคิดจะทำแท้ง”(สตรีวัยรุ่นรายที่ 2)

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนำมาซึ่งปัญหาด้านสุขภาพมากกว่าผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ในวัยอื่นๆ เช่น การเพิ่มโอกาสของการผ่าตัดคลอดบุตร มีโอกาสคลอดก่อนกำหนด(ก่อน37สัปดาห์) หรือทารกมีน้ำหนักน้อย (น้อยกว่า2,500กรัม) ดังคำกล่าว

“.....มีลูกคนแรกตอนอายุ 16 ผ่าคลอดหมอบอกเนื่องจากเชิงกรานแคบ ท้องนี้ก็ต้องผ่าอีก” สตรีวัยรุ่นรายที่1

“.....ตอนอายุครรภ์21สัปดาห์ ท้องลดต่ำลงมีมูกเลือดจางๆออกจากช่องคลอดไปถึงโรงพยาบาล คลอดลูกวันนั้นเลย ลูกตัวเล็กมาก น้ำหนัก1,500กรัม หมอส่งต่อไปโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาเข้าตู้อบ ลูกนอนโรงพยาบาล2 เดือน จนแข็งแรงดี น้ำหนักดีอยู่ในเกณฑ์ปกติ หมอจึงให้กลับบ้าน” (สตรีวัยรุ่นรายที่10)

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า มารดาวัยรุ่นบางรายขาดความเอาใจใส่ดูแลครรภ์ฝากครรภ์ช้า ดังคำกล่าว

“.....ท้องนี้เป็นท้องที่ 2 ไม่ตั้งใจมี แต่ก็ได้คุมกำเนิด รู้ตอนตั้งท้อง 3เดือน พอรู้ตกใจเหมือนกัน ยังไม่ยอมมีเพราะลูกคนแรกยังเดินไม่แข็ง คิดอยู่นานหลายเดือนอยากเอาออก(ทำแท้ง) บอกแม่ว่าท้อง ถามแม่ว่าจะเอาออกดีไหม เลี้ยงไม่ไหว แม่บอกว่าอย่าเลยมันบาปถ้าเลี้ยงไม่ไหว แม่เลี้ยงให้ได้ จึงเปลี่ยนใจไม่เอาออก ฝากท้องตอน 6 เดือน”(สตรีวัยรุ่นรายที่3)

ผลกระทบจากการตั้งครรภ์ด้านสังคม

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่าสตรีวัยรุ่นที่เป็นนักเรียน/นักศึกษา เมื่อรับรู้ว่าการตั้งครรภ์รวมถึงการถูกกดดันหลายๆด้าน รวมทั้งการไม่ได้รับการ

ยอมรับจากคนในชุมชน จึงตัดสินใจออกจากโรงเรียนกลางคัน ดังคำกล่าว

“.....ตอนนั้นเรียนอยู่ ม.4 เทอม2 บอกแม่ว่าประจำเดือนขาด 2 เดือน แม่จึงซื้อที่ตรวจการตั้งครรภ์มาตรวจให้ ผลขึ้น2แถบ รู้ว่าตั้งครรภ์ ตกใจมาก ไปเรียนต่อจนจบเทอม2 แล้วไม่ไปอีกเลย”(สตรีวัยรุ่นรายที่5)

“.....ช่วงที่เรียนอยู่ชั้นม.3 เทอม2 ไปพักอยู่บ้านแฟน ประจำเดือนขาด2เดือนจึงซื้อชุดทดสอบการตั้งครรภ์มาตรวจ ขึ้น2ขีดจางๆไม่ชัด บอกพี่สาวๆให้ซื้อมาตรวจซ้ำ ผลขึ้น2ขีดชัดเจน รู้สึกตกใจมาก ไม่กล้าบอกแม่ ท้องประมาณ3 เดือนจึงบอกแม่ และออกจากโรงเรียนไม่ไปเรียนอีกเลย” (สตรีวัยรุ่นรายที่10)

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า สตรีวัยรุ่นต้องแยกตัวเองออกจากสังคม กลุ่มเพื่อน ถูกครหาจากเพื่อนบ้าน และครอบครัวเกิดความอับอาย ดังคำกล่าว

“.....คำพูดจากเพื่อนบ้านกลุ่มเดิมๆดูถูกด้วยคำพูดซ้ำๆ เช่น คำว่า “เลี้ยงลูกไม่รอดหรอก” “ไม่มีความสามารถผ่อนส่งรถได้หรอก” คงเป็นเพราะเรามีลูกคนแรกตอนอายุ 16 แล้วเลิกกับสามีคนแรกเพื่อนบ้านจึงดูถูก”(สตรีวัยรุ่นรายที่ 1)

ผลกระทบจากการตั้งครรภ์ด้านเศรษฐกิจ

เศรษฐกิจ

จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่าหลังคลอดบุตรมารดาวัยรุ่นต้องพึ่งพิงบิดามารดาในเรื่องค่าใช้จ่ายต่างๆทั้งของตนเอง ของบุตร รวมถึงช่วยเหลือดูแลบุตร บางรายไม่ได้รับความช่วยเหลือหรือร่วมรับผิดชอบจากฝ่ายชาย ชีวิตคู่จบลงด้วยการเลิกรา หย่าร้าง ดังคำกล่าว

“.....กินอยู่กับแม่ แม่จ่ายทุกอย่างทั้งค่ากับข้าว ค่าผ้าอ้อมสำเร็จรูป นมผสม เสื้อผ้าของใช้ ของเล่นเด็ก รวมถึงค่าใช้จ่ายเมื่อเจ็บป่วย หากถามความต้องการการช่วยเหลืออะไรหนูต้องการความช่วยเหลือเป็นค่านมลูก เพราะน้ำนมเริ่มน้อยลง ทุกวันนี้ต้องให้ลูกกินนมกล่องรสจืดเสริมซึ่งเป็นนมโรงเรียนของน้องชายที่ได้มาจากโรงเรียนทางโรงเรียนให้ไว้กินช่วงปิดเทอม ก็รู้ว่ามันไม่เหมาะกับเด็กทารกแต่ไม่มีทางเลือกเพราะไม่มีเงินซื้อนมผสมให้ลูก จึงคิดว่าดีกว่าลูกไม่ได้กินนมใดๆเสริมเลย” (สตรีวัยรุ่นรายที่8)

“.....บอกแฟนว่าตั้งท้อง แรกๆเหมือนจะมีท่าที่ยืนดีแต่เมื่ออยู่ด้วยกันไประยะหนึ่ง และท้องเริ่มโตขึ้นทะเลาะกันบ่อย รับรู้ได้ว่าแฟนเปลี่ยนไป คำพูดหึงงันง่าย โกรธง่าย ทำให้ทะเลาะกันบ่อยขึ้นทุกวันและเค้าไม่ยอมรับลูกในท้อง จนสุดท้ายเลิกกันตอนท้อง 5 เดือน เก็บของกลับมาอยู่กับพ่อ แม่ แม่ช่วยเหลือทุกอย่าง ทั้งการช่วยเหลือลูก ค่าใช้จ่ายทั้งหมดของตนเองและลูกพ่อแม่รับภาระทั้งหมด”(สตรีวัยรุ่นรายที่10)

อภิปรายผล

1. ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างตั้งครรภ์อายุระหว่าง 15-20 ปี พบมากที่สุดอายุ 18 ปี คิดเป็นร้อยละ 28.6 จบการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 50 และตั้งครรภ์ขณะศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมากที่สุด อภิปรายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างในช่วงวัยรุ่นตอนปลายมีการเปลี่ยนแปลงด้านเพศอย่างรวดเร็ว มีโอกาสพบปะเพื่อนต่างเพศ อยากรู้อยากลอง และวัยนี้เพศชายและเพศหญิงจะสนิทสนมกันมากขึ้นในสังคม จึงทำให้ช่วงอายุนี้อาจมีโอกาสดังครรภ์มากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ สมรัฐ ศรีตระกูล

(2550). ที่ระบุว่าหญิงไทยที่แต่งงานหรืออยู่กินกับชายก่อนอายุ 18 ปี ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือไม่มีการศึกษาเลย ด้านอาชีพส่วนมากเป็นนักเรียน/นักศึกษา ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 42.9 และสอดคล้องกับข้อมูลของสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2560) ที่พบว่าการตั้งครรภ์ในช่วงวัยรุ่นที่กำลังเรียนหนังสือต้องออกจากโรงเรียนกลางคัน ทำให้ยังไม่ได้ประกอบอาชีพ ด้านการวางแผนการตั้งครรภ์สตรีวัยรุ่นส่วนมากไม่ตั้งใจตั้งครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 71.4 อธิบายได้ว่าวัยรุ่นที่มีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนส่วนมากไม่มีการวางแผนการมีบุตร และคาดไม่ถึงว่าจะตั้งครรภ์จึงทำให้ไม่ได้คุมกำเนิดหรือคุมกำเนิดไม่ถูกวิธี ไม่มีประสิทธิภาพ จึงเกิดการตั้งครรภ์ขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของดลฤดี เพชรขว้างและคณะ.(2554)ที่ระบุว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีการตั้งครรภ์เนื่องจากไม่ได้คุมกำเนิด ร้อยละ 39.58 และไม่คาดคิดว่าจะตั้งครรภ์ ร้อยละ 39.58

2. ส่วนมากสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์มีการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 57.1 อภิปรายได้ว่า แม้จะเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ตั้งใจ แต่สตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่คิดจะทำแท้ง เมื่อรับรู้ว่าจะตั้งครรภ์จะเผชิญความเครียด วิตกกังวลระยะหนึ่ง ต่อมายอมรับการตั้งครรภ์มีการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร การฝากครรภ์ การพักผ่อน การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันทุกๆไปเพื่อให้ทารกในครรภ์และตนเองมีสุขภาพดี สอดคล้องกับการศึกษาของรติวาทิ รือละ.(2558) ผลกระทบด้านจิตใจส่วนมากสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ได้รับผลกระทบด้านจิตใจระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 71.4 จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า สตรีวัยรุ่นที่ไม่ตั้งใจมีบุตรหรือไม่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์เมื่อ

ทราบว่าตั้งครุฑจะรู้สึกตระหนก ตกใจ เผชิญความเครียด วิตกกังวล บางรายต้องออกจากโรงเรียน ทำให้เสียโอกาสทางการศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของศรีเพ็ญ ต้นติเวสและคณะ (2556) ที่พบว่ามารดาวัยรุ่นเมื่อเกิดการตั้งครรภ์โดยไม่ได้วางแผนขณะที่กำลังศึกษา จะจัดการเรื่องเรียนด้วยการพักการเรียนหรือออกจากโรงเรียนกลางคัน และสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ได้รับการดูแลจากครอบครัวขณะตั้งครรภ์ระดับดีและได้รับการดูแลจากครอบครัวระดับไม่ดี จำนวน 7 ราย เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 50 แสดงว่าสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี ได้รับการยอมรับจากครอบครัวระดับหนึ่ง ซึ่งการยอมรับจากครอบครัว การให้คำปรึกษาช่วยเหลือจากครอบครัวสามารถสร้างคุณค่าแห่งตนในสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ทั้งร่างกายและจิตใจได้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ครอบครัว พ่อแม่ควรมีบทบาทสำคัญในการสร้างทัศนคติที่ดีเรื่องการคุมกำเนิด และเรื่องเพศศึกษาให้กับบุตร ปลุกฝังค่านิยมในการรักษาว

สวงตัว เป็นที่ปรึกษาที่ดี มีเวลาอบรมสั่งสอนให้ความรักความอบอุ่นแก่บุตรตลอดจนสร้างความไว้วางใจ และรับฟังปัญหาของบุตรทุกเรื่อง

2. สถาบันการศึกษาควรจัดการเรียนการสอนเพศศึกษาครบด้าน ตั้งแต่ระดับประถมศึกษาขึ้นไป เน้นเนื้อหาให้เหมาะสมสอดคล้องกับผู้เรียนแต่ละระดับชั้น โดยเพิ่มเนื้อหาความรู้ด้านการคุมกำเนิด มีเทคนิคและสื่อการสอนเพื่อให้ผู้เรียนเข้าใจ จัดให้มีบริการรับคำปรึกษาเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม และจัดให้มีกิจกรรมเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจให้แก่ผู้เรียน

3. ส่งเสริมความร่วมมือภาครัฐ เอกชน และชุมชนท้องถิ่นให้มีการจัดสวัสดิการช่วยเหลือครอบครัวแก่มารดาวัยรุ่นในการเลี้ยงดูบุตร

4. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสนับสนุนและส่งเสริมการศึกษา การฝึกอาชีพ เงินทุนประกอบอาชีพหรือกองทุนช่วยเหลือครอบครัวในภาวะยากลำบาก เพื่อให้มารดาวัยรุ่นมีอาชีพและรายได้ที่มั่นคงนำไปสู่การมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2556. สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- จันทิรา ฐานิพานิชกุล (2559) กลยุทธ์การบริหารวิชาการของโรงเรียนมัธยมศึกษาในการป้องกัน การตั้งครรภ์และเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของวัยรุ่น.วิทยานิพนธ์ ครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต(ค.ด.).จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ฉัตรจงกล ตุลยนิษกะ, จิรัชยา เจียวกั๊ก และ วิชุนา สัตยารักษ์ (2560)ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลของการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของสตรีวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุงการประชุมหาตใหญ่วิชาการระดับชาติและนานาชาติครั้งที่ 822 มิถุนายน 2560 มหาวิทยาลัยหาดใหญ่.
- ชัยสิทธิ์ จิระชนะพร. ภาวะมีบุตรยาก : เตรียมตัวก่อนตั้งครรภ์. Becomemom. เข้าถึงเมื่อ 25 พฤศจิกายน 2560, เข้าถึงได้จาก <http://www.becomemom.com/content/134>

- นพวรรณ ศรีวงศ์พานิช. (2557) คู่มือแนวทางการดูแลแม่วัยรุ่น. พิมพ์ครั้งที่ 1 : มิถุนายน 2557 สถาบันราชานุกูล. กรุงเทพฯ. ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด
- ปิงปอนด์ รักอำนวยกิจ, และคณะ. (2556). แม่วัยรุ่น: สถานการณ์และบริบทในสังคมไทย. โครงการสำรวจและศึกษาเพื่อเฝ้าระวังและเตือนภัยทางสังคมรอบที่ 1 (มิถุนายน-สิงหาคม 2556). กรุงเทพมหานคร, วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มาลีวัล เลิศสาครศิริ (2557) “ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของสตรีวัยรุ่น ตามการรับรู้ของนักศึกษาชั้นปีที่1วิทยาลัยเซนต์หลุยส์” ‘วารสารพยาบาลทหารบก. ปีที่ 16 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2557.
- รีตาวาตี รือละ ศึกษา (2558) พฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นกับวัยรุ่นผู้ใหญ่ กรณีศึกษา: อำเภอเรือเสาะ จังหวัดนราธิวาส.วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา.
- ศรีขมา กาญจนสิงห์ และ วรรณภา กางกั้น (2558). สถานการณ์การดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ของแม่ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะแรกเกิดของทารกในประเทศไทย. ศูนย์อนามัยที่ 6 กรมอนามัย.
- ศรีเพ็ญ ตันติเวชและคณะ(2556). การทบทวนสถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นไทย.
- สายใจ โฆษิตกุลพร. (2555). การฝากครรภ์และพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช.กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นประเทศไทย. (2556). (ออนไลน์) เข้าถึงได้จาก http://www.m-society.go.th/article_attach/11829/16120.pdf [10 ตุลาคม 2561]
- สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2560) แผนปฏิบัติการภายใต้นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนามาตรการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560 - 2569)ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ พ.ศ. พ.ศ. 2560 – 2569. พิมพ์ครั้งที่ 1, กรุงเทพฯ, ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- ศรีเพ็ญ ตันติเวช และคณะ (2556) สถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทย. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- Haque, M. and A. Soonthorndhada (2009). “Risk Perception and Condom-use among Thai Youths: Findings from Kanchanaburi Demographic Surveillance System Site in Thailand.” Journal of Health, Population and Nutrition.
- Kean LH, Chan KL. (2007). Routine antenatal management at booking clinic. Obstetrics, Gynecology and Reproductive Medicine; 17(3): 69-73.
- World Health Organization (2004). Adolescent Pregnancy (Issues in Adolescent health and Development)

การประเมินและพัฒนาสำนักงานสาธารณสุขอำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี

“ตามเกณฑ์คุณภาพบริหารจัดการภาครัฐ”

Assessment and Development of the Thanyaburi District Public Health Office Pathumthani

Province "According to the quality criteria for public administration"

สิริรัตน์ คำอ่อน

Sirirat Kam-on

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี

Thanyaburi District Public Health Office Pathumthani Province

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินและหาแนวทางการพัฒนาสำนักงานสาธารณสุขอำเภอธัญบุรี ตามเกณฑ์คุณภาพบริหารจัดการภาครัฐ โดยใช้การวิจัยปฏิบัติการ(Action Reserach) 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนเตรียมการประเมินองค์กร ขั้นตอนประเมินองค์กร และค้นหาแนวทางการพัฒนาและเสนอกลยุทธ์เพื่อพัฒนาสำนักงานสาธารณสุขอำเภอธัญบุรี เก็บรวบรวมข้อมูล 3 วิธี ได้แก่ ทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง การสนทนากลุ่ม(Focus Group) ของเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอธัญบุรี(ผู้ร่วมวิจัย) จำนวน 10 คน และจากแบบสอบถามความคิดเห็นผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 56 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย พบว่า ผลการประเมินสำนักงานสาธารณสุขอำเภอธัญบุรีเมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์คุณภาพบริหารจัดการภาครัฐ โดยวิธีสนทนากลุ่มและสอบถามความคิดเห็นของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อการบริหารจัดการ พบว่ามีผลการประเมินที่สอดคล้องกัน คือ ผลการประเมินภาพรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อเปรียบเทียบกับรายหมวด พบว่าหมวดการมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล ได้คะแนนเฉลี่ยสูงสุด หมวดวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ หมวดการนำองค์กร หมวดการวัดวิเคราะห์ การจัดการความรู้ หมวดการมุ่งเน้นระบบปฏิบัติการ และหมวดผลลัพธ์การดำเนินงาน คะแนนอยู่ในระดับสูง ส่วนหมวดการให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้คะแนนอยู่ในระดับปานกลาง แนวทางการพัฒนาฯ ควรมีการดำเนินการดังนี้ แบ่งหน้าที่รับผิดชอบและคำอธิบายลักษณะงาน ประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จัดทำแนวทางการควบคุมกำกับติดตามประเมินผล พัฒนสมรรถนะบุคลากร การจัดการความรู้ และเพิ่มช่องทางการเข้าถึงข้อมูล

คำสำคัญ : เกณฑ์คุณภาพบริหารจัดการ/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอธัญบุรี/การประเมินตนเอง/

การพัฒนาองค์กร

Abstract

The purposes of this research to study assessment and find development process for Thanyaburi District Health Office, Pathumthani province, according to Public Sector Management Award Criteria. The Action Research method was used to investigate three areas: preparation, assessment organization, and development of guidelines and strategies to implement to the Thanyaburi district health office. 3 data collections have been organized review. A focus Group of 10 Thanyaburi District Health Officers (co-researcher) and 56 survey forms from consumer and stakeholders were used. Descriptive statistics were used analysis.

The results of the Thanyaburi District Health Office evaluation showed that there was agreement between focus Group and opinion surveys of consumers and stakeholders regarding management quality. The assessment of the Thanyaburi District Health Office using the Public Sector Management Award Criteria was similar between focus Group and consumer survey. Overall was given a high score. However, in a comparative subgroup, the highest

average score was the Human Resource group. The Strategy Formulation group, the Leadership group, and Measurement, Analysis and Knowledge Management group, Operations focus group and Results based Management group were given a high score. The medium score was in the group of Customer Service Relations and the Stakeholders group. The subsequent included the following components: delegation of key tasks, and setting a job description, Obtaining consumer and stakeholders satisfaction evaluation with follow up and job assessment, competency building , knowledge, and information management.

The suggestion from this study is to focus on the development plan. The success of an organization depends upon the policy set-up by executives and they should be key people involved in development. The employees should be dedicated and co-operate in the development plan, and until accomplishment for set goals.

KEYWORDS: PUBLIC SECTOR MANAGEMENT QUALITY AWARD / THAYABURI DISTRICT HEALTH OFFICE / SELF ASSESSMENT / ORGANIZATION DEVELOPMENT

หลักการและเหตุผล

ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบราชการไทย (พ.ศ. 2546-2550) กำหนดให้ มีการปรับเปลี่ยน กระบวนการและวิธีการทำงานเพื่อยกระดับขีดความสามารถและมาตรฐานการทำงานของหน่วยงานราชการ ให้เทียบเท่ามาตรฐานสากลโดยยึดหลักการ บริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี ซึ่งหลักการดังกล่าวได้รับการตราขึ้นเป็นกฎหมาย ดังปรากฏใน พระราชบัญญัติการบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ 5) พ.ศ.2545 มาตรา3/1 และต่อมาได้มีการออกพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการ บริหาร กิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 ขึ้น เพื่อให้มีแนวทางการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมชัดเจนมากยิ่งขึ้น หลังจากที่มีนโยบายปฏิรูประบบราชการและมีพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการ บริหาร กิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ.2546 แล้ว สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (กพร.) ได้ นำพระราชกฤษฎีกาดังกล่าวมาใช้อย่างจริงจัง โดยเริ่มนำแนวทางโดยใช้เครื่องมือต่างๆ หลายรูปแบบ มาใช้ในการดำเนินการให้เกิดผลในทางปฏิบัติเพื่อประโยชน์สุขของประชาชน เช่น การปรับปรุงกระบวนการ เทคโนโลยีสารสนเทศ การประเมินสมรรถนะ การ

จัดการความรู้ เป็นต้น รวมทั้ง การปรับปรุง กฎระเบียบต่าง ๆ โดยมีกลยุทธ์การปฏิบัติ และมีการ ทำคำรับรองการปฏิบัติราชการ สำหรับข้าราชการ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2547 โดยใช้บริษัท Thailand Rating and Information Services (TRIS) ประเมินผลการ ปฏิบัติงานของข้าราชการโดยประเมินตามคำรับรองที่ ส่วนราชการทำสัญญา ไว้กับสำนักงาน กพร. ซึ่งผลการประเมินดังกล่าวจะประเมินเป็นภาพรวมไม่ได้ เฉพาะเจาะจงเฉพาะ งานด้านใดด้านหนึ่งและคุณภาพ ของงานเน้นที่ความพึงพอใจของผู้รับบริการเป็นหลัก และนำผล การประเมินใช้ในการคำนวณเงินโบนัสในปี นั้น ๆ ดังนั้นเพื่อให้เกิดความยั่งยืนของระบบและเป็นการยกระดับคุณภาพมาตรฐานของหน่วยงานภาครัฐ ตลอดจนเป็นการรับรอง การพัฒนาระบบราชการใน ขั้นต่อไป สำนักงาน กพร.จึงได้นำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐมาเป็นเครื่องมือ ในการ ดำเนินการ ซึ่งคณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบเมื่อวันที่ 28 มิถุนายน 2548 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบ ราชการ, 2558)

เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐหรือ Public Sector Management Quality Award (PMQA) เป็นแนวทางที่จะพัฒนาองค์กรให้มี ประสิทธิภาพ หรือ เรียกว่า High Performance

Organization การมีประสิทธิภาพนี้แสดงให้เห็นถึงองค์กรที่มีผลการปฏิบัติงานสูง เป็นองค์กรคุณภาพ PMQA จึงเป็นรางวัลคุณภาพที่ให้กับภาครัฐ โดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการร่วมกับสถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ ได้นำแนวทางมาจากเกณฑ์ Malcolm Baldrige Nation Quality Award (MBNQA) มาปรับและตั้งเป็นเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ในส่วนภาค ธุรกิจได้นำแนวทางของรางวัลนี้ไปใช้เช่นกันแต่เรียกว่ารางวัล Thailand Quality Award (TQA) ในภาคธุรกิจเอกชนได้เริ่มมอบรางวัลในปี 2546 ส่วนเกณฑ์ PMQA นำมาจากการนำเกณฑ์ TQA และ MBNQA มาประยุกต์ให้เหมาะสมกับบริบทของราชการไทย องค์กรใดได้รับรางวัล PMQA แล้ว จะไปขอรางวัล TQA หรือรางวัล MBNQA จากประเทศสหรัฐอเมริกาต่อไปได้ มีประเทศที่พัฒนาแล้วหลายประเทศได้นำระบบมาตรฐานการบริหารจัดการมาใช้ในภาครัฐและเอกชน เพื่อให้มีการปรับปรุงกระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่องและเป็นการเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันของ ประเทศต่างๆ มากกว่า 70 ประเทศ (สุทธินิ โพธิ์จันทร์, 2558)

ในการพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน PMQA นอกจากเพื่อเป็นการดำเนินงานให้ สอดคล้องกับพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ.2546 แล้วยังทำให้เกิดผลทางปฏิบัติในการพัฒนาองค์กรไปสู่ความเป็นเลิศ การพัฒนาคุณภาพด้านการ บริหาร มีการปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่องและเกิดความคุ้มค่าในเชิงภารกิจของรัฐ การลดชั้น ตอนการปฏิบัติงานที่จำเป็น ทำให้ประชาชนได้รับการอำนวยความสะดวก และได้รับการตอบสนองความต้องการ ผลสุดท้ายเพื่อประโยชน์ของประชาชนได้รับการบริการที่มีคุณภาพ ในปีงบประมาณ 2550 สำนักงาน กพร. ได้

มีแนวนโยบายให้หน่วยงานราชการทุกหน่วย งานนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ มาใช้เพื่อให้ส่วนราชการใช้เป็นกรอบในการ ประเมินองค์กรด้วยตนเอง และเป็นแนวทางในการปรับปรุงการบริหารจัดการองค์กร เพื่อการ ยกระดับคุณภาพมาตรฐานการทำงานของหน่วยงานภาครัฐให้อยู่ในระดับและเกณฑ์ที่สามารถยอมรับได้จังหวัดปทุมธานี มีเป้าหมายในการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการของหน่วยงานภาครัฐในปีงบประมาณ 2561 โดยมีนโยบายผลักดันให้ระบบราชการมีประสิทธิภาพและเพิ่มขีดความสามารถในการดำเนินงานส่งมอบคุณค่าที่ดีทั้งผลผลิตและบริการให้แก่ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ซึ่งนับเป็นการตอบสนองต่อเป้าหมายของพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารจัดการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ.2546 (มะยม โพธิ์สุวรรณ, 2556)

เพื่อเป็นการตอบสนองต่อนโยบายดังกล่าว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี ได้กำหนดให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่งในจังหวัดปทุมธานี ได้นำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐมาใช้ประเมินหน่วยงานตนเอง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอธัญบุรีเป็นหน่วยงานหนึ่งจากทั้งหมด 7 แห่ง ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี มีหน้าที่ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ ดำเนินการและประสานงานที่เกี่ยวข้อง กำกับดูแล ประเมินและให้การสนับสนุนการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่ให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามกฎหมาย ประชาชนได้รับการบริการที่มีคุณภาพและได้รับการคุ้มครองด้านสุขภาพ ผู้ศึกษาในฐานะผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอธัญบุรี และเป็นผู้รับผิดชอบงาน PMQA เห็นว่าการดำเนินการตามนโยบาย ดังกล่าวมีความสำคัญ และจะประสบความสำเร็จได้อย่างยั่งยืน ดังนั้นผู้ที่เกี่ยวข้องทุกคนต้องมีส่วนร่วม ในการ

ส่งเสริมให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภออัญบุรีมีระบบการบริหารจัดการที่มีคุณภาพจึงควรมีการประเมินและพัฒนาสำนักงานสาธารณสุขอำเภอตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ เพื่อมุ่งสู่การเป็นองค์กรที่มีขีดสมรรถนะสูง โดยการศึกษาเชิงปฏิบัติการครั้งนี้เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องได้มีส่วนร่วมในการดำเนินการดังกล่าวอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อประเมินสำนักงานสาธารณสุขอำเภออัญบุรี จังหวัดปทุมธานี ตามแนวเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.2562

2. เพื่อหาแนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของสำนักงานสาธารณสุขอำเภออัญบุรี จังหวัดปทุมธานี ตามแนวเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.2562

ข้อตกลงเบื้องต้น

การประเมินคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของสำนักงานสาธารณสุขอำเภออัญบุรี ในการศึกษาครั้งนี้ใช้เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2562 เป็นแนวทางในการประเมินองค์กร

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อประเมินและหาแนวทาง พัฒนากำหนดงานสาธารณสุขอำเภออัญบุรี จังหวัดปทุมธานี ตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ โดยมีกระบวนการศึกษาแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการประเมินองค์กร ขั้นตอนที่ 2 ขั้นประเมินองค์กร ขั้นตอนที่ 3 ขั้นหาแนวทางการพัฒนาและนำเสนอกลยุทธ์การพัฒนา

สำนักงานสาธารณสุขอำเภออัญบุรี โดยมีผู้ร่วมศึกษา คือ เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภออัญบุรี จังหวัดปทุมธานีจำนวน 10 คน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษาทำการศึกษาเพื่อประเมินและหาแนวทางการพัฒนาสำนักงานสาธารณสุขอำเภออัญบุรี จังหวัดปทุมธานี โดยมีผู้ร่วมศึกษาและประชากรกลุ่มเป้าหมาย คือ

1. กลุ่มผู้ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภออัญบุรี ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภออัญบุรีจำนวน 10 คนประกอบด้วยนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ 1 คน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ 4 คน นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ 1 คน เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขอาวุโส 1 คน พนักงานธุรการ 1 คน และพนักงานขับรถขนถ่ายขยะ 1 คน เป็นผู้ร่วมศึกษาและให้ข้อมูลในการประเมินองค์กรตลอดจนหาแนวทางการพัฒนาและเสนอกลยุทธ์ในการพัฒนาสำนักงานสาธารณสุขอำเภออัญบุรี

2. ผู้รับบริการ ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัยในเขตอำเภออัญบุรีจำนวน 49 คน โดยผู้ศึกษาเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ ผอ.อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภออัญบุรี จำนวน 3 คน เพื่อเป็นผู้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับกระบวนการบริหารงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภออัญบุรีตามแบบสอบถามความคิดเห็นที่สร้างขึ้นจากแนวคำถามของเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ

3. กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของสำนักงานสาธารณสุขอำเภออัญบุรี เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง รวมทั้งสิ้น 53 คน ได้แก่ คณะกรรมการ

ประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.ธัญบุรี) จำนวน 10 คน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอธัญบุรี (พชอ.ธัญบุรี) จำนวน 3 คน นายอำเภอธัญบุรี ปลัดอำเภอธัญบุรีหัวหน้ากลุ่มงานบริหารงานปกครอง หัวหน้าส่วนราชการอำเภอธัญบุรี ได้แก่ เกษตรอำเภอ ปศุสัตว์อำเภอ พัฒนาการอำเภอ ผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาออกโรงเรียนอำเภอ จำนวน 6 คน ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์และฟื้นฟูปียังโฮ เทศบาลเมืองบึงยี่โถ จำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานีที่เป็นข้าราชการ เลือกตัวแทนกลุ่มงานละ 2 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจงโดยเลือกผู้ที่มีการประสานงานร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอธัญบุรี ในเรื่องการบริหารจัดการของแต่ละกลุ่มงานมากที่สุดจากจำนวนทั้งหมด 13 กลุ่มงาน จำนวน 26 คน กำนันในเขตพื้นที่ จำนวน 3 คน ผู้ใหญ่บ้านในเขตพื้นที่ จำนวน 3 คน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขระดับอำเภอ จำนวน 1 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

การดำเนินการศึกษาในครั้งนี้ มีวิธีเก็บข้อมูล 3 วิธี ได้แก่ การเก็บรวบรวมข้อมูลและแนวทางการปฏิบัติงานจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง การสนทนากลุ่ม (Focus Group) และแบบสอบถามแสดงความคิดเห็นของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการประเมินองค์กร เก็บรวบรวมข้อมูลและแนวทางการปฏิบัติงานจากเอกสารที่เกี่ยวข้องกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ เพื่อจัดทำแนวคำถามในการสนทนากลุ่มและแบบสอบถามความคิดเห็นของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ตลอดจนเตรียมความพร้อมของผู้ร่วมศึกษาเกี่ยวกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐในการสนทนากลุ่ม

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นประเมินองค์กร เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม โดยทำการดัดแปลงข้อคำถามสนทนากลุ่มตามแนวคำถาม กมลวรรณ สนามทอง (2551) ที่สร้างขึ้นจากเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ประกอบด้วย 7 หมวด โดยผู้ศึกษาเป็นผู้อ่านคำถามทีละข้อแล้วให้ผู้ร่วมศึกษาได้แสดงความคิดเห็นต่อการบริหารงานจนครบประเด็นคำถาม แล้วเปิดโอกาสให้คณะผู้ศึกษาแสดงความคิดเห็นจนครบทุกประเด็นแล้วคณะผู้ศึกษาร่วมกันสรุปประเด็นที่ได้จากการสนทนากลุ่มเปรียบเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐและเสนอแนวทางการพัฒนาองค์กร สำหรับแบบสอบถามแสดงความคิดเห็นต่อการบริหารงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอธัญบุรี มีทั้งสิ้น 70 ข้อ โดยผู้ศึกษาทำการดัดแปลงแบบสอบถามดังกล่าวตามแนวทาง กมลวรรณ สนามทอง (2551) ใช้สอบถามกลุ่มตัวอย่างซึ่งประกอบด้วยผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 56 คน (ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในข้อ 1.2 และ 1.3)

ขั้นตอนที่ 3 หาแนวทางการพัฒนาและนำเสนอกลยุทธ์เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสนทนากลุ่มและข้อเสนอแนวทางการพัฒนาสำนักงานสาธารณสุขอำเภอธัญบุรีซึ่งเป็นข้อคิดเห็นจากการสนทนากลุ่มและแบบสอบถามความคิดเห็นของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากขั้น ตอนที่ 2

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของประเด็นคำถามที่ใช้ในการ สนทนากลุ่มและแบบสอบถามความคิดเห็นของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สร้างขึ้นโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน และนำแนวคำถามสนทนากลุ่มทดลองใช้กับเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองปทุมธานีจำนวน 5 คน ส่วนแบบสอบถามความคิดเห็นของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทดลองกับกลุ่มตัวอย่างที่มี

คุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 30 ตัวอย่าง แล้วนำไปวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Method) ได้ค่าความเชื่อเท่ากับ 0.9098 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ แล้วจึงนำเครื่องมือไปใช้จริงในขั้นตอนที่ 2

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

การสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) สรุปมีการจัดประเด็นหลักของข้อมูลเป็นหมวดหมู่ สรุปประเด็นดังกล่าวนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์คุณ ภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ในการอธิบายข้อมูลพื้นฐานของหน่วยงาน ระบบงานที่เกี่ยวข้องของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอธัญบุรี และอธิบายเกี่ยวกับคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐตามประเด็นทั้ง 7 หมวด และใช้ค่าเฉลี่ยเป็นร้อยละในการสรุปความคิดเห็นของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอธัญบุรี

ข้อพิจารณาเชิงจริยธรรม

การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาคำนึงถึงจริยธรรมในทุกขั้นตอน ประเด็นสำคัญ ดังนี้ 1) การเคารพในการเป็นบุคคลและการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล ดังนี้ 1.1) การให้สิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูล ทั้งในส่วนของผู้ให้ข้อมูลที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอธัญบุรี ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียขององค์กร ซึ่งผู้ศึกษาได้อธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการเก็บข้อมูล พร้อมเปิดโอกาสให้ซักถามจนมีความเข้าใจแล้ว ให้อิสระในการยินยอมซึ่งได้รับการยินยอมด้วยวาจาจากผู้ให้ข้อมูลทุกคน 1.2) ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิในการปกปิดข้อมูลบางอย่างหรือสามารถถอนตัวจากการ

เป็นผู้ให้ข้อมูลได้ทุกเมื่อไม่ว่าเหตุผลใดก็ตาม 2) ความรับผิดชอบของผู้ศึกษา 2.1) ความลับของข้อมูลเกี่ยวกับผู้ให้ข้อมูล ในด้านชื่อ สกุล ชื่อหน่วยงานที่ศึกษาจะไม่ถูกเปิดเผย โดยผู้ศึกษาหรือโดยกระบวนการศึกษาในครั้งนี้ 2.2) เพื่อดำรงไว้ซึ่งการรักษาชื่อเสียงและภาพลักษณ์ของหน่วยงานที่ศึกษา โดยรักษาเป็นความลับ การจัดเก็บข้อมูลทุกชนิดเป็นความลับและทำลายเมื่อสิ้นสุดการศึกษา การเผยแพร่ผลการศึกษาจะกระทำในเชิงวิชาการและพิจารณาอย่างรอบครอบทุกครั้งผู้ศึกษาคนเดียวที่ทราบข้อมูล

ผลการวิจัย

1. ผลการประเมินสำนักงานสาธารณสุขอำเภอธัญบุรี จากผลการประเมินสำนักงานสาธารณสุขอำเภอธัญบุรี ตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ทั้ง 7 หมวดพบว่าในภาพรวม เมื่อเปรียบเทียบระดับความสำเร็จการบริหารของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอธัญบุรี กับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พบว่า

1.1 หมวดการนำองค์กร มีการดำเนินงานที่สอดคล้องกับแนวทาง วิสัยทัศน์ ค่านิยม พันธกิจ และเป้าประสงค์ ตามภารกิจที่เกี่ยวข้องสอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของระชี ดิษฐจร และสุภัทรา เอื้อวงศ์ (2559) เรื่อง การศึกษาสภาพและปัญหาการบริหารจัดการคุณภาพของวิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหมและสังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พบว่า หมวด 1 การนำองค์กร หน่วยงานควรกำหนดวิสัยทัศน์ให้มีความชัดเจน โดยสาธารณสุขอำเภอธัญบุรีเป็นศูนย์กลางการบริหารจัดการ และพัฒนาระบบสุขภาพการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มี

คุณภาพโดยการสนับสนุนการดำเนินงานหน่วยงานระดับตำบล ซึ่งส่วนใหญ่ผู้รับบริการจะเป็นหน่วยงานราชการในพื้นที่ ส่วนประชาชนจะเข้าถึงได้ยาก นอกจากจะมีเรื่องติดต่อโดยตรง เช่น เรื่องร้องเรียน การขอรับการช่วยเหลือเร่งด่วน เป็นต้น ส่วนการบริหารงานภายในองค์กร พบว่ามีการมอบอำนาจในการตัดสินใจให้แก่ผู้รับผิดชอบงานทำให้เกิดความคล่องตัวในการปฏิบัติงาน ยืดหยุ่นและข้อปฏิบัติตามที่กฎหมายกำหนด กฎหมาย ระเบียบต่าง ๆ ของกระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น และควรมีการจัดทำคำอธิบายลักษณะงานของบุคลากรทุกคนเพื่อให้การบริหารชัดเจนมากขึ้น ทำให้เกิดความรับรู้สร้างความเข้าใจ และนำไปสู่การปฏิบัติของบุคลากร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ไชแสง โพธิ์โกสุม อ่างอิง ใน สุภาวดี นพจุจินดา (2553) เรื่ององค์ประกอบภาวะผู้นำของผู้บริหารวิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า การมีแผนงานที่สอดคล้องกับวิสัย พันธกิจ และนโยบายมีผลต่อความสำเร็จตามแผน ซึ่งจะทำให้หน่วยงานมีแนวทางการปฏิบัติงานที่ชัดเจน นอกจากนี้ยังมีการตรวจสอบ โดยหน่วยงานภายนอกในรูปแบบของคณะกรรมการ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ปทุมธานี คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พขอ.) เป็นต้นเพื่อทำให้เกิดความโปร่งใสในการดำเนินงาน

1.2 หมวดการวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอธัญบุรี ไม่ได้มีการจัดทำแผนจากแผนยุทธศาสตร์ของหน่วยงานเองแต่เป็นการวางแผนยุทธศาสตร์ร่วมกันในรูปแบบของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอธัญบุรี แต่ยังไม่มีการปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานในพื้นที่และภาคประชาชน เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ แต่มีภารกิจที่กำหนดไว้บางภารกิจที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับเครือข่ายฯ ทั้งหมด เช่น งานบริหาร งานบุคคล งาน

สารบัญ จะไม่ปรากฏในแผนยุทธศาสตร์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ดิศลิน กอบวิทย์ภรณ์ (2548) พบว่า การใช้แผนยุทธศาสตร์ มีผลต่อการพัฒนาการบริหารและจัดการให้มีประสิทธิภาพ ดังนั้นจึงควรมีการจัดทำแผนงานตามภารกิจของหน่วยงาน ซึ่งถ้าภารกิจที่ต้องดำเนินการในภาพรวมของเครือข่ายบริการสุขภาพให้วางยุทธศาสตร์ในภาพรวม แต่ถ้าภารกิจนั้นดำเนินการเพียงหน่วยงานเดียวให้จัดทำแผนแยกเฉพาะสำนักงานสาธารณสุขอำเภอธัญบุรี แต่ให้รวมไว้ในแผนยุทธศาสตร์ของเครือข่ายบริการสุขภาพ และควรมีการควบคุมกำกับกับการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ

1.3 หมวดการให้ความสำคัญกับผู้รับบริการผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอธัญบุรี ไม่ได้กำหนดกลุ่มผู้รับบริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียไว้ แต่มีการจัดรูปแบบการรับฟังความต้องการของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยการเปิดช่องทางการรับฟังทางโทรศัพท์ จดหมาย และทางสื่อสังคมออนไลน์ ได้นำข้อมูลสารสนเทศ การรับรู้ความต้องการ ความคาดหวัง เสียงสะท้อน และข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มาวิเคราะห์ และนำข้อมูลที่ได้ไปวางแผนและปรับปรุงการจัดบริการให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอธัญบุรียังไม่ได้มีการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอธัญบุรีเป็นลายลักษณ์อักษร และยังไม่มีการรวบรวมข้อมูลการสำรวจความพึงพอใจ/ไม่พึงพอใจไว้ในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ มีเพียงการสอบถามเป็นรายบุคคลบ้าง ทำให้ไม่มีข้อมูลที่จะนำมาพัฒนาหรือแก้ไขปรับปรุงหน่วยงาน นอกจากนี้ควรมีการเพิ่มช่องทาง การเข้าถึงหน่วยงานได้ง่ายจึงมีการจัดทำกลุ่มไลน์ เฟสบุ๊ก และเว็บไซต์ ของเครือข่ายบริการ

เพื่อเพิ่มช่องทางการเข้าถึงดังกล่าว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รัชชิต ติษฐจรและสุภัทรา เอื้อวงศ์ (2559) เรื่อง การศึกษาสภาพและปัญหาการบริหารจัดการคุณภาพของวิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหมและสังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พบว่า หมวด 3 การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียควรประเมินความต้องการ และความคาดหวังของผู้รับบริการผู้มีส่วนได้ส่วน เสียอย่างเป็นรูปธรรม

1.4 หมวดการวัด วิเคราะห์ และการจัดการความรู้ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอธัญบุรี มีวิธีการเก็บข้อมูลโดยเลือกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการกิจของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอธัญบุรี สอดคล้องกับตัวชี้วัดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี มีการติดตามผลการปฏิบัติงาน และได้มีการถ่ายทอดตัวชี้วัดผ่านการประชุม มีโปรแกรมจัดเก็บข้อมูลตามตัวชี้วัด (คลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center) ที่ใช้ในการวิเคราะห์ความก้าวหน้าของการดำเนินงาน และติดตามผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดตามนโยบายที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุข และมีการเปรียบเทียบผลงานกับเป้าหมายและหน่วยงานที่มีภารกิจคล้ายกัน ทำให้มีการแข่งขันในการทำงาน

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอธัญบุรี มีการสนับสนุนให้บุคลากรได้มีการเรียนรู้ การพัฒนาศักยภาพของตนเอง และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์การจัดเก็บคลังความรู้ และทักษะใหม่ ๆ ที่ชัดเจนซึ่งสอดคล้องกับ พิรส บุญชุม (2552) ได้ศึกษาปัญหาและแนวทางแก้ไขการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของสำนักบริหารพื้นที่อนุรักษ์ที่ 16 (เชียงใหม่). พบว่า ปัญหาด้านการวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ ปัญหาที่สำคัญ ได้แก่ ขาดหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบการจัด

องค์ความรู้ที่มีอยู่ เพื่อนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อองค์กรและสังคม จึงควรได้รับการปรับปรุง ซึ่งถ้าหากมีระบบการจัดการความรู้จะเกิดประโยชน์กับหน่วยงาน อีกทั้งเผยแพร่ความรู้สู่หน่วยงานภายนอก ซึ่งจะประโยชน์ต่อบุคคลอื่น ๆ ควรดำเนินการพัฒนาด้านการวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ มอบโดยมอบหมายให้กลุ่มวิชาการ เป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินการ และประสานงานร่วมกับศูนย์ปฏิบัติการเทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสาร พัฒนาการวางระบบฐานข้อมูล ระบบเทคโนโลยีและสารสนเทศให้ทันสมัยเพียงพอต่อความต้องการของบุคลากรและเผยแพร่องค์ความรู้ต่อสังคม

1.5 หมวดการมุ่งเน้นทรัพยากร สำนักงานสาธารณสุขอำเภอธัญบุรี มีการจัดโครงสร้าง ที่ชัดเจนตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้และสอดคล้องกับโครงสร้างของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี การบริหารบุคลากร โดยแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบตามภาระงาน ความถี่ ระยะเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติงาน ความยากง่าย และความเหมาะสมของตำแหน่ง มีการกำหนดระยะเวลาในการทำงานโดยให้บรรลุผลสำเร็จก่อนการประเมินผล ทุกคนสามารถตัดสินใจในงานของตนเองได้ ถ้ากรณีที่ไม่สามารถตัดสินใจได้หรือมีผลกระทบต่อนักหน่วยงาน ต้องรายงานให้ผู้บริหารทราบ นอกจากนี้ระบบการประเมินผลการปฏิบัติงาน การสร้างจูงใจ การสร้างความพึงพอใจในการปฏิบัติงานยังมีระบบที่ไม่ชัดเจน เช่น การสร้างบรรยากาศในการทำงาน การสร้างขวัญและกำลังใจ ซึ่งถ้าหากมีการจัดทำหลักเกณฑ์ที่ชัดเจน เจ้าหน้าที่ทุกคนยอมรับหลักเกณฑ์ดังกล่าว และมีการแจ้งผลการประเมินกลับให้กับเจ้าหน้าที่ทุกคนรับทราบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปฐนียา ศิริประพทธร (2548) พบว่า กลยุทธ์ในการโน้มน้าวใจให้บุคลากรเกิดความร่วมมือในการจัดกิจกรรม คือสิ่งจูงใจที่เป็น

เงินหรือของรางวัล และที่มีใช้เงินและของรางวัล นอกจากการให้รางวัลแล้ว การส่งเสริมให้บุคลากรได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องก็มีความสำคัญในการสร้างขวัญและกำลังใจในการทำงาน

สำนักงานสาธารณสุขอำเภออัญบุรี ไม่มีบทบาทในการกำหนดคุณลักษณะและทักษะที่จำเป็นของบุคลากรในแต่ละตำแหน่ง เนื่องจากการบริหารบุคลากรเป็นไปในแนวทางของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี แต่มีการสนับสนุนความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่การงาน ด้วยการให้ไปฝึกอบรม พัฒนาทักษะความรู้ความสามารถ แต่ไม่มีการเตรียมบุคลากรเพื่อขึ้นสู่สานงานบริหารของสำนักงานสาธารณสุขอำเภออัญบุรีในทุกระดับ ตลอดจนมีการสำรวจความพึงพอใจเกี่ยวกับการสร้างผลึกในการทำงานจะทำให้ผลการดำเนินงานของหน่วยงานในภาพรวมดีขึ้น และเจ้าหน้าที่ที่มีความมุ่งมั่นในการทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับ พิศ บุญชุม (2552) ได้ศึกษาปัญหาและแนวทางแก้ไขการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของสำนักบริหารพื้นที่อนุรักษ์ที่ 16 (เชียงใหม่) พบว่า ปัญหาการดำเนินการด้านการมุ่งเน้นทรัพยากรมนุษย์ ปัญหาที่สำคัญ ได้แก่ การขาดการจัดระบบการสร้าง ความก้าวหน้าในสายงานให้แก่บุคลากรที่ชัดเจน เป็นไปตามหลักการบริหารบ้านเมืองที่ดี และการสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร ควรดำเนินการพัฒนาด้านการมุ่งเน้นทรัพยากร โดยจัดทำโครงสร้าง ความก้าวหน้าในสายงานแก่บุคลากรเน้นการนำหลักธรรมาภิบาล และศักยภาพของบุคลากรมาประกอบการพิจารณาความก้าวหน้า และควรส่งเสริมการพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ความสามารถเพิ่มมากขึ้น

1.6 หมวดการมุ่งเน้นระบบปฏิบัติการ
สำนักงานสาธารณสุขอำเภออัญบุรี มีวิธีการออกแบบ

ผลผลิต การบริการและกระบวนการทำงาน ศึกษาและทำความเข้าใจ นโยบาย เป้าประสงค์ ตัวชี้วัด ปัญหาในระดับพื้นที่ ฯลฯ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานซึ่งการกำหนดกระบวนการที่สำคัญ สมรรถนะหลัก วิสัยทัศน์ พันธกิจ และค่านิยม รวมทั้ง ยุทธศาสตร์และระบบงาน ตลอดจนความเสี่ยง มีการถ่ายทอดวิธีการออกแบบผลผลิต ระบบบริการ และกระบวนการทำงานในรูปของตัวชี้วัดงานให้กับผู้ปฏิบัติในระดับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้ง 3 แห่ง เพื่อนำไปสู่การเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติงาน สำนักงานสาธารณสุขอำเภออัญบุรี ได้กำหนดแนวทางการควบคุมค่าใช้จ่าย ซึ่งได้มีการจัดทำแผนการควบคุมทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ผู้บริหารทุกระดับประกาศเป็นนโยบายในการดำเนินงานอย่างเคร่งครัด มีแนวทางขั้นตอนการดำเนินงานเพื่อลดเวลาการทำงาน มีการตรวจสอบผลการดำเนินงานก่อนถึงมือผู้ส่งมอบทุกครั้งเพื่อลดข้อผิดพลาด

สำนักงานสาธารณสุขอำเภออัญบุรี มีแนวทางขั้นตอนการดำเนินงานเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มีการออกแบบกระบวนการทำงานให้มีการเชื่อมโยงตั้งแต่ต้นจนจบ เพื่อส่งมอบผลลัพธ์ให้กับผู้รับบริการและมีการประสานงานกับภาคีเครือข่ายหรือส่วนราชการอื่น เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด มีการสร้างการเรียนรู้ในแนวทางการดำเนินงานด้านความปลอดภัยตามมาตรการที่กำหนด มีวิธีการและรูปแบบการป้องกัน อุบัติเหตุ อุบัติภัย เพื่อให้เกิดความพึงพอใจและตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มีการพัฒนาหน่วยบริการผ่านเกณฑ์มาตรฐาน Green & Clean Hospital

สำนักงานสาธารณสุขอำเภออัญบุรี ได้มีการขับเคลื่อนในการทำงานของศูนย์ตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน

ด้านสาธารณสุข(EOC)ร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อกระตุ้นและยกระดับความสามารถในการจัดการปัญหาด้านสาธารณสุข มีการสนับสนุนในการสร้างนวัตกรรมใหม่ๆนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ในงานนำไปสู่ผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์กับประชาชนและภาคีเครือข่าย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปรีชา ดาวเรือง (2561) เรื่อง กลยุทธ์การจัดการศึกษาสู่ความเป็นเลิศของสถานศึกษาเอกชน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง ตามเกณฑ์ พบว่า หมวดที่ 6 มุ่งเน้นการปฏิบัติการผู้บริหารและสถานศึกษาควรพิจารณาให้มีความสำคัญในด้าน ระบบข้อมูลสารสนเทศให้มีระบบ มีความพร้อมใช้อยู่เสมอ ทั้งนี้เนื่องจาก หน่วยงานที่ต้องอาศัย ระบบสารสนเทศและฐานข้อมูลในการ ปฏิบัติงาน ในการจัดกระบวนการทำงานให้มีประสิทธิภาพ และมีความต่อเนื่อง ซึ่งในปัจจุบันระบบ ข้อมูล และสารสนเทศ ล้วนมีความสำคัญต่อการในการปฏิบัติงานอย่างยิ่ง ไม่ว่าจะเป็น ด้านงานวิชาการ ด้านงานบริหารบุคคล ด้านการเงินและงบประมาณ ด้านบริหาร งานทั่วไป ตลอดจนด้านอื่น ๆ

1.7 หมวดผลลัพธ์การดำเนินงาน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอธัญบุรี มีการประเมินผลงาน ตามหลักเกณฑ์ของ กพร. ทั้ง 4 มิติ ได้แก่ ด้านประสิทธิผล ประสิทธิภาพ คุณภาพการให้บริการ และการพัฒนาองค์กรซึ่งถูกกำหนดให้ประเมินจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี ทุกๆ 6 เดือน ตามการประเมินผลการปฏิบัติงาน ซึ่งถ้าหากมีการประเมินผลการดำเนินงานเพิ่มขึ้น เช่น เป็นรายไตรมาส จะทำให้มีการปรับกระบวนการทำงานได้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการดำเนินงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สาโรจน์ สิงห์ชม (2557) เรื่อง กลยุทธ์การบริหารงานกีฬา ตามแนวคิด การพัฒนา และการบริหาร และการจัดการภาครัฐของ

องค์การบริหารส่วนจังหวัดในเขตภาคตะวันออก พบว่า กลยุทธ์การประเมินองค์กร มีกิจกรรมที่จะปฏิบัติควรมีการกำหนดตัวชี้วัดเพื่อประเมินความสำเร็จในการพัฒนากีฬาที่ระบุไว้ในแผนงาน โครงการ มีการประเมินความสำเร็จของยุทธศาสตร์ในการพัฒนากีฬา ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด มีการกำหนดตัวชี้วัดด้านการเงิน และการควบคุม มีการปรับปรุงตัวชี้วัดในการประเมินความสำเร็จในการพัฒนา มีการจัดกิจกรรมแบบสำรวจ และดาเนินการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีการกำหนดตัวชี้วัดความพึงพอใจ ความ ผาสุกของผู้ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องเป็นประจำทุกปีมีการปรับปรุงแก้ไขปรับปรุงข้อมูลกีฬาที่ได้รับเป็นประจำ มีการจัดทำเกณฑ์การพัฒนาในหมวดต่าง ๆ ทั้ง 6 หมวด มีการนำผลลัพธ์จากการดาเนินการ มาปรับปรุงแผนงาน และการดาเนินงานในปีต่อ ๆ ไป

ปัญหาและอุปสรรคในการบริหารงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอธัญบุรี ตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ คือ ต้องศึกษาทำความเข้าใจเกณฑ์ ผู้บริหารองค์กรต้องเป็นผู้นำในการดาเนินงาน บุคลากรในหน่วยงานต้องให้ความร่วมมือ การดาเนินงานที่ต่อเนื่อง การกำกับนิเทศติดตามอย่างสม่ำเสมอ

การสนับสนุนจากหน่วยงานบังคับบัญชา และการกำหนดเป็นนโยบายที่ชัดเจน จะทำให้ประสบความสำเร็จได้

2. แนวทางการพัฒนาสำนักงานสาธารณสุขอำเภอธัญบุรี ตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ สรุปรจากการสนทนากลุ่มผู้ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอธัญบุรี ในการทบทวนผลจากการประเมินองค์กรสรุปเป็นแนวทางการพัฒนาและนำเสนอกลยุทธ์การพัฒนาสำนักงานสาธารณสุขอำเภอธัญบุรี ดังนี้

2.1 ด้านการนำองค์กร ผู้นำองค์กรควรมีการนำองค์กรอย่างมีวิสัยทัศน์ ผู้บริหารระดับสูงควรให้ความสำคัญต่อการนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) มาใช้ในการพัฒนาและปรับปรุงสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

2.2 ด้านการวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ ผู้บริหารควรให้ความสำคัญ ให้ความสำคัญในการคิด วิเคราะห์ แผนงาน โครงการให้มากขึ้น มีการวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ เพื่อพัฒนาองค์กรอย่างจริงจัง และควรมีการถ่ายทอดแผนเชิงยุทธศาสตร์สู่ผู้ปฏิบัติงาน

2.3 ด้านการให้ ความสำคัญกับผู้รับบริการ และผู้มีส่วนได้ ส่วนเสีย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอควรมีการประสานงานที่ดีกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อให้มีการปฏิบัติงานมีมาตรฐานและความเข้าใจที่ดีต่อกัน

2.4 ด้านการวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอควรมีการวางแผนที่จะทำให้อำเภอในองค์กร มีความรู้ ทักษะการปฏิบัติงานตามหน้าที่ ความรับผิดชอบ และควรมีการส่งเสริมความรู้ให้แก่บุคลากรเกี่ยวกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) และเรื่องอื่น ๆ

2.5 ด้านการมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอควรจัดให้มี แผน การสร้าง ความก้าวหน้าในอาชีพที่ชัดเจน และควรจัดให้มีการถ่ายทอดความรู้จากผู้มีประสบการณ์ภายในองค์กร

2.6 ด้านการมุ่งเน้นระบบปฏิบัติการ มีการทบทวนข้อกำหนดของผลิต การบริการและกระบวนการทำงาน แต่ยังไม่เป็นไปตามข้อกำหนดเบื้องต้นได้ทั้งหมด ควรมีการทบทวนสมรรถนะหลัก วิสัยทัศน์ พันธกิจ และค่านิยม รวมทั้งยุทธศาสตร์ และระบบงาน ตลอดจนความเสี่ยงให้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

2.7 ด้านผลลัพธ์การดำเนินงาน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอควรมีการประเมินผลงาน ตามหลักเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านประสิทธิผล ประสิทธิภาพ คุณภาพการให้บริการ และการพัฒนาองค์กร จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หากมีการประเมินผลการดำเนินงานที่เพิ่มขึ้น เช่น รายไตรมาส จะทำให้มีการปรับกระบวนการทำงานได้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงที่อาจจะเกิดขึ้นในระหว่างการทำงาน

2.8 ด้านอื่น ๆ ควรสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ควรเปิดโอกาสให้บุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) โดยครอบคลุมและทั่วถึง และควรสนับสนุนด้านงบประมาณ เพื่อให้มีการจัดกิจกรรมให้ความรู้แก่บุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ทุกคน

นอกจากนี้ ได้พบว่า เงื่อนไขสำคัญต่อการผลักดันการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอชัยบุรี จังหวัดปทุมธานี ตามแนวเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.2562 ให้ประสบผลสำเร็จ คือ การสร้างความเข้าใจเกณฑ์ ผู้นำองค์กรเป็นแกนนำในการดำเนินความร่วมมือของบุคลากรในหน่วยงาน ความต่อเนื่องของการดำเนินงาน การนิเทศติดตามอย่างสม่ำเสมอ การสนับสนุนจากหน่วยงานบังคับบัญชา และการกำหนดเป็นนโยบาย

ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา

1. ผู้บริหาร/หน่วยงาน (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) ควรมีการกำหนดเป็นนโยบายในการดำเนินงานอย่างจริงจัง ผู้นำของหน่วยงานและทีมบุคลากรในหน่วยงาน ต้อง

ศึกษาเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ
หน่วยงานบังคับบัญชาสนับสนุนทั้งทางด้านความรู้
แนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน และงบประมาณ ซึ่ง
หากสามารถดำเนินได้ตามเกณฑ์คุณภาพบริหาร
จัดการภาครัฐ หรือมีการพัฒนาในแต่ละหมวด
ผลประโยชน์จะเกิดกับผู้ปฏิบัติงาน ผู้รับบริการและผู้
มีส่วนได้ส่วนเสีย

2. หน่วยงานควรส่งเสริมให้มีการแลกเปลี่ยน
เรียนรู้ระหว่างหน่วยงาน และ สนับสนุนให้เกิดการ
พัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาการประเมินผลความความ
เสร็จหลังจากที่นำแนวทางการและกลยุทธ์มาพัฒนา
สำนักงานสาธารณสุขอำเภออัญบุรี เพื่อให้ทราบถึง
ปัจจัยที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านการบริหาร
จัดการของหน่วยงาน

2. ควรมีการประเมินและหาแนวทางการ
พัฒนาหน่วยงานตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการ
ภาครัฐหน่วยงานอื่น เช่น สำนักงานสาธารณสุข
อำเภอภายในจังหวัดเดียวกัน เพื่อนำผลการศึกษามา
เปรียบเทียบกันว่ามีความแตกต่างกันในเรื่องการ
บริหารจัดการภาครัฐหรือไม่ และเพื่อเป็นแนวทางใน
การปรับปรุงและพัฒนาการบริหารจัดการภาครัฐของ
หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข อื่นๆ ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- ปฐนียา ศิริประพทธี. กระบวนการสื่อสารเพื่อการโน้มน้าวใจในการจัดการความรู้ขององค์กรที่ได้รับรางวัลด้านคุณภาพ. จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ. (2548).
- พิรส บุญชุม ปัญหาและแนวทางแก้ไขการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของสำนักบริหารพื้นที่อนุรักษ์ที่ 16
(เชียงใหม่). (2552)
- มะยม โพธิสุวรรณ. การพัฒนาคุณภาพการบริหารสำนักงาน ก.ค.ศ. ตามเกณฑ์คุณภาพการบริหาร
จัดการภาครัฐ (PMQA) การศึกษาส่วนบุคคล การพัฒนาหลักสูตรพัฒนานักบริหารระดับสูง
กระทรวงศึกษาธิการ (นบส.ศธ.) รุ่นที่ 3. สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงศึกษาธิการ. (2556).
- ระวี ดิษฐจร สุภัทรา เอื้อวงศ์. การศึกษาสภาพและปัญหาการบริหารจัดการคุณภาพของวิทยาลัยพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมและ
สังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ. วารสารพยาบาลตำรวจ ปีที่ 8 ฉบับที่ 1
มกราคม-มิถุนายน 2559 (2559).
- สาโรจน์ สิงห์ ชม. กลยุทธ์การบริหารงานกีฬา ตามแนวคิดการพัฒนา และการบริหาร และการ
จัดการภาครัฐขององค์การบริหารส่วนจังหวัดในเขตภาคตะวันออก. ดุษฎีนิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต
สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การออกกำลังกายและการกีฬา คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา มหาวิทยาลัยบูรพา (2557).
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการระบบราชการ (สำนักงาน ก.พ.ร.). เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการ
ภาครัฐ พ.ศ. 2558 Public Sector Management Quality Award. พิมพ์ครั้งแรก .
กรุงเทพมหานคร :บริษัท วิชั่น พรินท์ แอนด์ มีเดีย จำกัด (2558).
- สุธาสินี โพธิจันทร์., PDCA หัวใจสำคัญ ของการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง – สถาบันเพิ่มผลผลิต
แห่งชาติ, [ออนไลน์], ได้จาก : <http://www.ftpi.or.th> > วารสาร Productivity World > Operations
[สืบค้นเมื่อวันที่ 17 มีนาคม 2563]. (2558).
- สุภาวดี นพจุจินดา ศิริชัย ชินะตั้งกูร. องค์ประกอบภาวะผู้นำ ของผู้บริหารวิทยาลัยพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขวารสารการ
บริหารการศึกษา มหาวิทยาลัยศิลปากรปีที่ 1 ฉบับที่ 2 (มกราคม - มิถุนายน 2554) 15 (2554).

การพัฒนารูปแบบแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย Alcohol Withdrawal ตึกผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลโกสุมพิสัย Development of the Alcohol Withdrawal Guidance Model for Male Inpatient Building Kosum Phisai Hospital

นิภาภัทร์ คงเกียรติพันธุ์

Nipaphak Kongkiatpan

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลโกสุมพิสัย

Professional Nurse Kosum Phisai Hospital

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย Alcohol Withdrawal ตึกผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลโกสุมพิสัย วิธีการดำเนินการวิจัย เป็นการศึกษาเชิงพัฒนา (Developmental study) ดำเนินการศึกษา ระหว่างเดือนตุลาคม ถึงเดือน ธันวาคม พ.ศ 2560 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 1.ประชากรผู้ทดลองใช้รูปแบบแนวปฏิบัติ คือ พยาบาลวิชาชีพตึกผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 11 คน 2.กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะ Alcohol withdrawal ที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบแนวปฏิบัติ และเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะ Alcohol withdrawal ที่นอนพักรักษาในตึกผู้ป่วยในชาย ระหว่างเดือนตุลาคม ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2560 จำนวน 15 คน ซึ่งได้มาด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) เครื่องมือที่ใช้ในวิจัย แบบสอบถาม รูปแบบแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย Alcohol Withdrawal การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติ และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ร้อยละ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพการใช้รูปแบบแนวทางปฏิบัติ วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ผลจากการพัฒนารูปแบบแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย Alcohol Withdrawal ได้ แนวทางการดูแลผู้ป่วยขึ้นมาใหม่ คือ care map ในการดูแลและการควบคุมอาการถอนพิษสุราให้สงบภายในเวลาที่กำหนด 5 วัน ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index) CVI เท่ากับ .80 และแบบประเมินระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol withdrawal scale หรือ AWS) ผลจากการพัฒนารูปแบบแนวปฏิบัติทำให้จัดระดับความรุนแรงภาวะถอนพิษสุรา และการบริหารยาได้สอดคล้องกับระดับความรุนแรงของผู้ป่วย ทำให้พยาบาลมีความรู้ ความมั่นใจในการบริหารยาเพิ่มมากขึ้น

คำสำคัญ : ภาวะถอนพิษสุรา ภาวะขาดสุรา Alcohol withdrawal

Abstract

This research has the objective To develop a model of care practice model Alcohol Withdrawal inpatient building in men. Kosum Phisai Hospital Method of conducting research It is a developmental study. (Developmental study) to conduct a study. Between October and

December 2017, the population and sample 1. The sample population used the guideline model, namely, professional nurse, inpatient building, male. Kosum Phisai Hospital Mahasarakham Province, 11 people. 2. A sample of patients with alcohol withdrawal conditions who received care according to the guideline guidelines. And a patient who was diagnosed with Alcohol withdrawal, who stayed in the building, a male patient. During October To December 2017, 15 subjects were obtained by simple random sampling. Tool used in the research, questionnaire, model of patient care practice, Alcohol Withdrawal, data analysis. Personal information of the sample sample And personal information of patients Analyze the data by distributing the frequency, percentage. The qualitative data section, the use of the practice model Analyze with content analysis

The research results were found that As a result of the development of the Alcohol Withdrawal guidelines for patient care, a new approach to care for patients was a care map for the care and control of alcohol withdrawal symptoms within 5 days. validity index) CVI of .80 and the Alcohol withdrawal scale (AWS) severity assessment. And drug administration was consistent with the severity of the patient. Make nurses knowledgeable Increased confidence in drug administration

Keywords: Alcohol withdrawal, Alcohol withdrawal

หลักการและเหตุผล

ในยุคปัจจุบันคนไทยนิยมดื่มแอลกอฮอล์เป็นจำนวนเพิ่มมากขึ้น จากผลการสำรวจและการรายงานของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2555 พบว่าคนไทยดื่มแอลกอฮอล์เกือบ 17 ล้านคน ผู้ป่วยที่ติดสุราเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยเฉพาะในวัยทำงานมีอัตราการดื่มสูงจำนวน 67,929 คนและ 6,175 คน ตามลำดับ จากสถิติยังพบว่าวัยรุ่นอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปประมาณ 49.4 ล้านคนเป็นผู้ติดสุราประมาณ 16.1 ล้านคนนอกจากนี้ยังพบการรายงานข่าวว่าเพศหญิงมีแนวโน้มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มสูงขึ้นอีกด้วย การดื่มแอลกอฮอล์เรื้อรังยังทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมาเพิ่มอัตราความพิการและอัตราการเสียชีวิตรวมทั้งมีความสัมพันธ์

เชื่อมโยงกันกับโรคทางจิตเวชอื่น ๆ เช่น กลุ่มโรคอารมณ์แปรปรวน โรคแพนิคและโรคซึมเศร้า บุคลิกภาพผิดปกติ เป็นต้น

ตึกผู้ป่วยในชายโรงพยาบาลโกสุมพิสัย Admit ผู้ป่วยทั้งด้านอายุรกรรมและศัลยกรรมที่มีภาวะขาดสุราที่บ้าน และผู้ป่วยที่มา Admit ด้วยโรคอื่นแต่มีประวัติการดื่มสุราทุกวัน แต่หลังจากนอนโรงพยาบาล 2-3 วัน ผู้ป่วยไม่ได้ดื่มสุราจึงมีภาวะ Alcohol withdrawal หรือภาวะถอนพิษสุรา จากสถิติการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ในตึกผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลโกสุมพิสัย ตั้งแต่ปี 2558- 2560 พบผู้ป่วยมีภาวะ Alcohol withdrawal จำนวน 40 62 และ 70 คน ตามลำดับและการรายงานยังพบว่าร้อยละของการควบคุมอาการถอนพิษสุราให้สงบภายในเวลา

ที่กำหนด 5 วัน (เป้าหมายร้อยละ 100) ดังนี้ ร้อยละ 75.7 81.3 และ 91.7 ตามลำดับ (สถิติการรายงานตัวชีวิตกลุ่มการพยาบาล, 2560) จากสถิติจะเห็นว่า มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยมีภาวะถอนพิษสุรามีอาการสับสน เอะอะ โวยวาย เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่นมากขึ้น หลังจากพ้นภาวะวิกฤติ พบว่าผู้ป่วยมีการบาดเจ็บจากการผูกมัด การพลัดตกหกล้ม ทำให้การนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้นภาวะถอนพิษสุรา (alcohol withdrawal) เป็นภาวะที่เกิดอันตรายต่อการเสียชีวิตสูงมีการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้มาก หากไม่ได้รับการประเมินระดับความรุนแรงของโรค ไม่ได้รับยาตามมาตรฐาน และไม่ได้รับการรักษาอาการตั้งแต่แรกรับทันที ไม่มีแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้องชัดเจน หรือสามารถปฏิบัติตามได้ง่าย อาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเกิดอาการรุนแรงเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ จนอาจเกิดภาวะต่าง ๆ ตามมา เช่น alcohol withdrawal delirium หรือ delirium tremens ซึ่งเป็นอาการถอนพิษสุราที่มีอาการรุนแรงร่วมกับมีอาการเพ้อคลั่งสับสน เอะอะ โวยวาย ระดับสติความรู้สึกตัว ความคิด ความทรงจำ การรับรู้ วัน เวลา และสถานที่ สูญเสียไป เกิดมีอาการหิวแหว่ประสาทหลอน หรืออาจเกิดภาวะชักเกร็งจากภาวะถอนพิษสุราตามมาและจากผลการทบทวนในกระบวนการดูแลผู้ป่วยในชาย ที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา และภาวะถอนพิษสุรา พบว่ายังขาดแนวทางการดูแลที่เป็นมาตรฐาน แบบประเมินภาวะถอนพิษสุราไม่เหมาะสม ไม่สะดวกในการใช้งาน ไม่สามารถบ่งชี้ถึงระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราได้ ทำให้การปฏิบัติการพยาบาลไม่สอดคล้องเหมาะสมกับสภาพปัญหาที่สำคัญของ

ผู้ป่วยรวมถึงการขาดการบันทึกติดตามการใช้ยา และขาดการเฝ้าระวังการติดตามสัญญาณชีพ และระดับความรู้สึกตัวอย่างต่อเนื่อง

จากสถิติจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่มีภาวะ Alcohol withdrawal หรือภาวะถอนพิษสุรายังมีอยู่และเพิ่มจำนวนขึ้นทุกปี และมีการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมาดังที่กล่าวข้างต้น การที่จะวางแผนการดูแลให้ได้มาตรฐานตามวิชาชีพ ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา สามารถควบคุมอาการถอนพิษสุราให้สงบภายในเวลาที่กำหนด 5 วัน ดังนั้นพยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญที่จะดูแลและวางแผนการพยาบาลให้เหมาะสมตรงกับปัญหาผู้ป่วย จึงจำเป็นที่จะต้องมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องโรค อาการอาการแสดง ปัญหาที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะเป็นทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ รวมถึงด้านครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยได้ใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข และไม่เป็นการภาระของบุคคลอื่น ครอบครัว และสังคม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย Alcohol Withdrawal ตึกผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลโกสุมพิสัย

วิธีการวิจัย

เป็น การ ศึก ษา เชิง พั ฒ นา (Developmental study) เพื่อพัฒนารูปแบบแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย Alcohol Withdrawal ตึกผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ดำเนินการศึกษา ระหว่างเดือนตุลาคม ถึงเดือน ธันวาคม พ.ศ 2560

กลุ่มตัวอย่าง

1.กลุ่มตัวอย่างผู้ทดลองใช้รูปแบบแนวปฏิบัติ คือ พยาบาลวิชาชีพตึกผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 11 คน

2.กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะ Alcohol withdrawal ที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบแนวปฏิบัติ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะ Alcohol withdrawal ที่นอนพักรักษาในตึกผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ระหว่างเดือนตุลาคม ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ 2560 จำนวน 15 คน อายุระหว่าง 20-60 ปี ซึ่งได้มาด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างโดยการจับสลากจากรายชื่อที่นอนพักรักษาในตึกผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลโกสุมพิสัย คุณสมบัติของผู้ป่วย คือ ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราอยู่ในระดับเล็กน้อยสามารถสื่อสารโต้ตอบได้ดี และได้รับความเห็นชอบให้สามารถดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลโกสุมพิสัย

เครื่องมือที่ใช้ในวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ชุด คือเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ทดลองใช้รูปแบบแนวปฏิบัติ ซึ่งจะประกอบไปด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ตำแหน่ง ระดับการศึกษา ระยะเวลาในปฏิบัติงาน และ

ประวัติการได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ Alcohol withdrawal ลักษณะเป็นคำถามปลายเปิดโดยให้เติมข้อมูลในช่องว่าง และคำถามปลายปิด

1.2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะ Alcohol withdrawal ที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบแนวปฏิบัติ ประกอบไปด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ ลักษณะเป็นคำถามปลายเปิดโดยให้เติมข้อมูลในช่องว่าง และคำถามปลายปิด

2.เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ รูปแบบแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย Alcohol Withdrawal ตึกผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งมีทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป 1 คน พยาบาลจิตเวช 1 คน เภสัชกร 1 คน หัวหน้าตึกผู้ป่วยในชาย ได้ร่วมกันพัฒนาแนวปฏิบัติขึ้น

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย Alcohol Withdrawal ตึกผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ที่สร้างขึ้น และนำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านอายุรกรรม 1 คน แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป 1 คน พยาบาลจิตเวช 1 คน หลังจากที่คุณทรงคุณวุฒิพิจารณาความเหมาะสม ความถูกต้องของภาษาและความตรงตามเนื้อหาแล้ว ผู้วิจัยได้รวบรวมความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 คน มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index) CVI เท่ากับ.80

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติ และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย Alcohol Withdrawal วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ร้อยละ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพการใช้รูปแบบแนวทางปฏิบัติ วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย

ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย Alcohol Withdrawal

โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกจากสภาวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุขแห่งชาติของประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council, 1999) มาเป็นแนวคิดการพัฒนารูปแบบแนวปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 1 การกำหนดขั้นตอนความต้องการและขอบเขตของแนวปฏิบัติ ดังนั้นการกำหนดขั้นตอนและแนวทางปฏิบัติร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ จากสถิติการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ในตึกผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลโกสุมพิสัย ตั้งแต่ปี 2558 – 2560 พบผู้ป่วยมีภาวะ Alcohol withdrawal จำนวน 40 62 และ 70 คน ตามลำดับ และการรายงานยังพบว่าร้อยละของการควบคุมอาการถอนพิษสุราให้สงบภายในเวลาที่กำหนด 5 วัน (เป้าหมายร้อยละ 100) ดังนี้ร้อยละ 75.7 81.3 และ 91.7 ตามลำดับ จากสถิติจะเห็นว่าจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยมีภาวะถอนพิษสุรามีอาการสับสน เอะอะ โวยวาย เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่นมากขึ้น หลังจากพ้นภาวะวิกฤติ พบว่าผู้ป่วยมีการบาดเจ็บจากการผูกมัด การพลัดตกหกล้ม ทำให้การนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น ค่าใช้จ่าย

ในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้นมีการกำหนดการทบทวนกระบวนการ และแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย Alcohol Withdrawal กำหนดขั้นตอนการพัฒนาารูปแบบแนวปฏิบัติการดูแลจะทำให้พยาบาลวิชาชีพในตึกผู้ป่วยใน ได้ดูแลผู้ป่วย ที่ได้มาตรฐานและเป็นแนวทางปฏิบัติเดียวกันเช่นแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยมีความสอดคล้องกับสภาพปัญหาผู้ป่วยที่แท้จริงหรือไม่ แบบประเมินระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรายุ่งยากซับซ้อนต่อการประเมินหรือไม่

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อพัฒนารูปแบบแนวทางปฏิบัติ โดยผู้วิจัยได้ขอความร่วมมือและประชุมปรึกษากับทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป 1 คน พยาบาลจิตเวช 1 คน เภสัชกร 1 คน และหัวหน้าตึกผู้ป่วยในชายเพื่อหาแนวทางปฏิบัติร่วมกัน โดยทีมมีความสนใจในการเข้าร่วมทีมพัฒนาซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ และมีประสบการณ์ ในการดูแลผู้ป่วย Alcohol Withdrawal อย่างน้อย 5 ปี หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ทำหนังสือแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนารูปแบบแนวปฏิบัติ เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลโกสุมพิสัย

ขั้นตอนที่ 3 มีการกำหนดวัตถุประสงค์ของการพัฒนารูปแบบแนวทางปฏิบัติ คือพัฒนารูปแบบแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย Alcohol Withdrawal และการกำหนดกลุ่มเป้าหมาย ผู้วิจัยได้มีการประชุมและกำหนดวัตถุประสงค์ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

ขั้นตอนที่ 4 การกำหนดผลลัพธ์ในด้านการดูแลการดูแลผู้ป่วย Alcohol Withdrawal และการวางแผนจำหน่าย โดยมีการกำหนดผลลัพธ์ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ดังนี้ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ปอดอักเสบจากการสำลัก

น้ำและอาหาร การบาดเจ็บจากการผูกมัด การพลัดตก หกล้ม ตกเตียง

ขั้นตอนที่ 5 การทบทวนจากหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยสืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ การสืบค้นวารสารทางการแพทย์ จากบทความวิจัย หนังสือจากห้องสมุดวารสารส่งเสริมสุขภาพวารสารสุขภาพจิต หนังสือ วชิยานิพนธ์ที่ตีพิมพ์ และเผยแพร่ Journal of Advanced Nursing, Journal of Nursing Research

ขั้นตอนที่ 6 มีการกำหนดร่างแนวปฏิบัติ มีการประชุมคณะกรรมการพัฒนารูปแบบแนวปฏิบัติ โดยการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ และความคิดเห็นจากคณะกรรมการพัฒนารูปแบบแนวปฏิบัติ มากำหนดเป็นสาระสำคัญของแนวปฏิบัติ เพื่อให้ได้เนื้อหาสาระ ดังนี้ ความรู้เรื่องโรคเกี่ยวกับภาวะถอนพิษสุรา การจัดการและการปฏิบัติทางการแพทย์ในระยะถอนพิษสุรา ความรู้ความเข้าใจในการใช้แบบประเมินระดับความรุนแรงในระยะถอนพิษสุราการบริหารยาให้สอดคล้องกับระดับความรุนแรงของผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 7 มีการกำหนดการเผยแพร่และการใช้รูปแบบแนวปฏิบัติ มีการประชุมคณะกรรมการพัฒนารูปแบบแนวปฏิบัติ และพยาบาลภายในหน่วยงาน เพื่อชี้แจงรูปแบบแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย Alcohol Withdrawal ทำความเข้าใจ ชักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับรายละเอียดของแนวปฏิบัติ ตั้งแต่ความสำคัญของปัญหาภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่จัดทำแนวปฏิบัติ วัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย เนื้อหาของแนวปฏิบัติแบบประเมินระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา จนถึงการประกาศใช้แนวปฏิบัติภายในหน่วยงาน ดังนั้นมีการจัดประชุมชี้แจง การพัฒนารูปแบบแนวปฏิบัติการพยาบาลภายในตึกผู้ป่วยใน

ชาย โดยได้แจ้ง วัตถุประสงค์ รายละเอียด และให้คำปรึกษาในการใช้แนวปฏิบัติ ให้ความรู้เรื่องโรค การใช้แบบประเมินระดับความรุนแรงในระยะถอนพิษสุรา การบริหารยาให้สอดคล้องกับระดับความรุนแรงของผู้ป่วยและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย Alcohol Withdrawal แก่พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติในตึกผู้ป่วยในชาย จำนวน 11 คน

ขั้นตอนที่ 8 มีการกำหนดการประเมินผล และการปรับปรุงรูปแบบแนวปฏิบัติ มีการประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานว่าเป็นเหมาะสม สอดคล้อง และสะดวกในการที่จะนำแนวทางปฏิบัติมาใช้และประเมินจากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย การประเมินผลและการติดตามการใช้แนวปฏิบัติมีการติดตามนิเทศที่หน้างานโดยผู้วิจัย ซึ่งเป็นหัวหน้างาน 1 ครั้ง ต่อสัปดาห์ ติดตามอุบัติการณ์ และตัวชี้วัดร้อยละการควบคุมอาการถอนพิษสุราให้สงบภายในเวลาที่กำหนด (5 วัน) ร้อยละผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บจากการผูกมัดร้อยละผู้ป่วยเกิดอุบัติเหตุตกเตียง และทบทวนร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อมาปรับปรุงและพัฒนาแนวปฏิบัติต่อไป

ขั้นตอนที่ 9 การจัดทำรูปแบบรายงานการดูแลผู้ป่วย Alcohol Withdrawal มีการประชุมคณะกรรมการพัฒนารูปแบบแนวปฏิบัติเพื่อหาข้อตกลงร่วมกันในการรวบรวมการจัดทำ มีเนื้อหาสาระเป็น care map การควบคุมอาการถอนพิษสุราให้สงบภายในเวลาที่กำหนด 5 วัน ที่ดูแลผู้ป่วยรวมถึงการบริหารยาให้สอดคล้องกับระดับความรุนแรงของผู้ป่วย และแบบประเมินระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol withdrawal scale หรือ AWS) มีเนื้อหาสาระที่สำคัญที่ผู้ปฏิบัติอ่านเข้าใจและสามารถนำไปปฏิบัติตามได้ง่าย

ขั้นตอนที่ 10 การจัดทำรายงานกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติ มีการจัดทำรายงานเป็นเนื้อหาสาระของแนวปฏิบัติมีเนื้อหาเป็นความเรียงประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ รายนามคณะกรรมการพัฒนารูปแบบแนวปฏิบัติ รายนามคณะกรรมการที่ปรึกษา วัตถุประสงค์การวิจัย นิยามศัพท์เฉพาะและขั้นตอนการพัฒนารูปแบบแนวปฏิบัติ สาระสำคัญของแนวปฏิบัติและรายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ขั้นตอนที่ 11 การตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบแนวปฏิบัติ โดยได้นำร่างแนวปฏิบัติ ไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านอายุรกรรม 1 คน แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป 1 คน พยาบาลจิตเวช 1 คนผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 คน มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา และนำเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ และข้อเสนอแนะที่ได้จากคณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติ มาปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติให้มีความเหมาะสม

ขั้นตอนที่ 12 การปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้นำแนวการพัฒนารูปแบบแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย Alcohol Withdrawal โดยเสนอในที่ประชุมคณะกรรมการบริหารการพยาบาล และกรรมการทีมพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล คณะกรรมการทีมพัฒนาระบบบริการผู้ป่วย เพื่อขอข้อเสนอแนะ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข ทำให้ได้แนวปฏิบัติที่ได้มาตรฐานเป็นที่ยอมรับเพิ่มมากขึ้น มีการสรุปผลการดำเนินงาน ขออนุมัติการใช้แบบประเมิน และแนวทางปฏิบัติ ประกาศใช้แนวปฏิบัติและเผยแพร่ให้หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ดิಕ್ಕหญิง ดิಕ್ಕผู้ป่วยหนัก ดิಕ್ಕอุบัติเหตุฉุกเฉินรับทราบและปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน

ผลจากการพัฒนารูปแบบแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย Alcohol Withdrawal ได้ แนวทางการดูแลผู้ป่วยขึ้นมาใหม่ คือ care map การควบคุมอาการถอนพิษสุราให้สงบภายในเวลาที่กำหนด 5 วัน เป็นแนวทางที่ตกลงร่วมกันที่ให้แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ ดังนี้ มีการซักประวัติ ประวัติการดื่มสุรา และปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Delirium tremens หรือมีการขาดสุรารุนแรง เช่น ประวัติการขาดสุราแล้วชัก มีอาการสั่นมาก ชีพจร > 100 ครั้ง/นาที ตื่นสุราตลอดทั้งวันติดต่อกันนานกว่า 5 ปี มีไข้สูงลอย >39°C มีโรคหัวใจขาดเลือด หัวใจเต้นไม่ปกติ หัวใจวาย โรคปอด ถุงลมโป่งพอง ไตบกพร่อง ตับแข็ง ตับอ่อนอักเสบ อาเจียนเป็นเลือด ประวัติได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ประวัติการขาดสุราหลังหยุดดื่มมีอาการทางจิตร่วมด้วย มีการประเมินระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol withdrawal scale หรือ AWS) มีเนื้อหาสาระที่สำคัญที่ผู้ปฏิบัติอ่านเข้าใจมีความสะดวก และพยาบาลสามารถนำไปปฏิบัติตามได้ง่าย เห็นแนวโน้มความรุนแรง เผื่อระวังความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ของภาวะถอนพิษสุราได้ชัดเจนทุกเวอร์ โดยการแบ่งระดับความรุนแรง ดังนี้ ระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราเป็น 4 ระดับอาการเล็กน้อย AWS < 5 ให้พยาบาลสังเกตอาการทุก 6 ชั่วโมง และให้ยาตามแผนการรักษา ประเมินจนกระทั่ง AWS < 5 ทุกครั้งติดต่อกันจนครบ 72 ชั่วโมงจึงหยุดประเมิน และประเมินภาวะซึมเศร้า ส่งปรึกษาบำบัดสุราและ ปรึกษาพยาบาลจิตเวชทุกราย อาการปานกลาง AWS= 5-9 ประเมินทุก 6 ชั่วโมง อาการรุนแรง AWS= 10-14 ประเมินทุก 2 ถึง 6 ชั่วโมง อาการรุนแรงมาก AWS > 15 ประเมินทุก 2 ถึง 4 ชั่วโมง ถ้าผู้ป่วยมีประวัติได้รับ

บาดเจ็บที่ศีรษะ ให้สังเกตระดับความรู้สึกตัวทุกราย และให้ยาตามแนวทางปฏิบัติ ผลจากการพัฒนารูปแบบแนวปฏิบัติทำให้การบริหารยาได้สอดคล้องกับระดับความรุนแรงของผู้ป่วย ทำให้พยาบาลมีความรู้ ความมั่นใจในการบริหารยาเพิ่มมากขึ้น แนวปฏิบัติ หรือ care map การดูแลผู้ป่วยในระยะถอนพิษสุรา และแบบประเมินระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol withdrawal scale หรือ AWS)

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยในระยะถอนพิษสุรา ตึกผู้ป่วยในชาย เป็นผู้ชายทั้งหมด 15 คน อายุระหว่าง 20-30 ปี (ร้อยละ 33.3) อายุระหว่าง 31-40 ปี (ร้อยละ 40.0) อายุระหว่าง 41-50 ปี (ร้อยละ 20.0) อายุระหว่าง 51-6 ปี (ร้อยละ 6.6) อายุมากที่สุดคือ 23 ปี อายุมากที่สุดคือ 60 ปี สถานภาพโสด (ร้อยละ 33.3) สมรส (ร้อยละ 20.0) หย่า (ร้อยละ 46.6) ระดับการศึกษา ประถมศึกษา (ร้อยละ 46.6) มัธยมศึกษา (ร้อยละ 40.0) ปริญญาตรี (ร้อยละ 6.6) ได้รับการวินิจฉัยเป็น Alcohol dependence ร้อยละ (33.3) ได้รับการวินิจฉัยเป็น Alcohol Withdrawal ร้อยละ (66.6)

พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 11 คน ที่ทดลองใช้รูปแบบแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย Alcohol Withdrawal เป็นพยาบาลวิชาชีพ เพศหญิง 11 คน (ร้อยละ 100) ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 1-5 ปี (ร้อยละ 63.6) ประสบการณ์ ในการปฏิบัติงานใน ตึก ผู้ป่วยใน ชาย ที่ ดูแล ผู้ป่วย Alcohol Withdrawal 1-5 ปี (ร้อยละ 63.6) เคยได้รับการอบรมความรู้ในการดูแลผู้ป่วย และทักษะการประเมินภาวะถอนพิษสุราเพิ่มเติม (ร้อยละ 100)

การวัดผลของการเปลี่ยนแปลง พบว่า ร้อยละการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย Alcohol withdrawal คิดเป็น ร้อยละ 100 ร้อยละการ

ควบคุมอาการถอนพิษสุราให้สงบภายในเวลาที่กำหนด (5 วัน) คิดเป็นร้อยละ 66.7 ร้อยละผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บจากการผูกมัด คิดเป็นร้อยละ 13.4 ร้อยละผู้ป่วยเกิดอุบัติเหตุขณะดูแล (ตกเตียง) คิดเป็นร้อยละ 13.4 ร้อยละผู้ป่วยหลบหนีออกจาก รพ. คิดเป็นร้อยละ 0 และ ร้อยละข้อร้องเรียนจากการดูแล คิดเป็นร้อยละ 0

อภิปรายผล

ผลลัพธ์จากการพัฒนารูปแบบแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย Alcohol Withdrawal สามารถดูแลผู้ป่วยให้มีมาตรฐานมากขึ้น พยาบาลมีความรู้ความสามารถดูแลผู้ป่วยได้โดยเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลง การปรับปรุงและพัฒนาแบบประเมินระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol withdrawal scale หรือ AWS) มีความสมบูรณ์ของเนื้อหาสาระมีการประเมินระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา พยาบาลสามารถให้ยาให้ผู้ป่วยอาการสงบลงสอดคล้องกับระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราที่ประเมินได้และตรงต่อความต้องการของแพทย์ พยาบาลที่มีข้อมูลครบถ้วนสมบูรณ์เพื่อนำมาวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยและมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่องตามมาตรฐานการรักษาผู้ป่วยในระยะถอนพิษสุราแบบประเมินมีความทันสมัย สามารถเชื่อมโยงไปถึงการรักษา และการพยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหา เนื่องจากแบบประเมิน AWS มีข้อมูลที่จำเป็นต่อการติดตามอาการทางคลินิก แสดงให้เห็นถึงระดับความรุนแรงของอาการที่เปลี่ยนแปลงตามผลการรักษา และการให้ยาผู้ป่วยสงบได้อย่างชัดเจน มีระดับตัวเลขที่สามารถบ่งชี้ถึงระดับความรุนแรงที่ต้องเฝ้าระวัง มีการบันทึกติดตามการใช้ยาที่สอดคล้อง

กับระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราที่ประเมินได้ และมีการประเมินสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง การประเมินระดับความรู้สึกตัว เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนการพยาบาล และประเมินการตอบสนองต่อการรักษา มีความสอดคล้องกับแผนการรักษาการบำบัดของแพทย์รูปแบบแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย Alcohol Withdrawal สามารถลดภาวะอันตราย ภาวะแทรกซ้อน ลดการนอนโรงพยาบาล และลดภาวะอันตรายที่นำไปสู่การเสียชีวิตได้

การให้ยาตามอาการและระดับความรุนแรงก็มีส่วนสำคัญ ได้แก่การให้ยา Diazepam โดยในครึ่งชั่วโมงแรกหลังการให้ยาพยาบาลต้องติดตามอาการแสดงของผู้ป่วย ประเมินลักษณะการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ ว่าปกติ สม่าเสมอหรือไม่ วัดความดันโลหิตพร้อมด้วยทุกครั้ง ถ้าผิดปกติต้องยกเลิกการให้ยาค้างต่อไป และรายงานแพทย์รับทราบ ดังนั้น การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย Alcohol Withdrawal และการพัฒนาแบบประเมิน AWS ทำให้สามารถประเมินอาการ แบ่งระดับความรุนแรงของอาการถอนพิษสุรา ให้ยาตามระดับคะแนน ทำให้ง่ายต่อการบันทึกพยาบาลมีความรู้ความสามารถ มีความมั่นใจเพิ่มมากขึ้นในการดูแลผู้ป่วย และมีข้อมูลที่จำเป็นต่อการประเมินเพื่อดูแลรักษา และการบริหารยา

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย หลีกเลี่ยงภาวะถอนพิษสุรา ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และความผิดพลาดจากการใช้ยาได้ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพควรมีการเพิ่มการคัดกรองและซักประวัติเพิ่มเติมให้ละเอียดโดยเฉพาะประวัติการเจ็บป่วยทางกาย ได้แก่ การซักประวัติโรคประจำตัว โรคตับแข็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคไวรัสตับอักเสบ เลือดออกในระบบทางเดินอาหาร และมีอาการชักเกร็ง ประวัติการได้รับอุบัติเหตุ ประวัติการได้รับยาจิตเวช เพื่อเพิ่มการเฝ้าระวังและนำมาวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยให้ครอบคลุมถูกต้องเหมาะสม เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแล และควรมีการสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลรักษาการให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องการดำเนินโรค อาการในระยะถอนพิษสุรา การบำบัดรักษา การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย

2.ด้านการวิจัยควรมีการศึกษาเพิ่มเติมของประสิทธิผลของการใช้รูปแบบแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย Alcohol Withdrawal ในโรงพยาบาล โกลุสมพิสัย เพื่อเป็นการเพิ่มมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. แนวเวชปฏิบัติการให้บริการผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน.โรงพยาบาลสวนปรุง. เชียงใหม่: พลอยการพิมพ์. 2549.
- กฤษฎา แสงวดี. แนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. (2539).
- ฉวีวรรณ ธงชัย. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก. วารสารสภาการพยาบาล, 20(2), 63-74. (2548).
- ณัฏกฤตา ขันดี. ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์. (2556).

วิทยานิพนธ์ปริญญาโทสาขาสถาปัตยกรรมศาสตร์ สาขาวิชาสถาปัตยกรรมศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.(2553).

เปรมฤทัย ไชยชนะ. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรค (2555).

จิตเวชร่วม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทสาขาสถาปัตยกรรมศาสตร์ สาขาวิชาสถาปัตยกรรมศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พิกุล นันทชัยพันธ์. การประเมินคุณภาพด้านการนำไปใช้ของแนวปฏิบัติทางคลินิก. ในเอกสารประกอบการบรรยายการอบรม เรื่อง การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์. จัดโดยศูนย์บริการการพยาบาล ระหว่างวันที่ 3-4 มิถุนายน 2549. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. (2550).

พิชัย แสงชาญชัย. ตำราการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด:โรคติดแอลกอฮอล์และความผิดปกติที่เกี่ยวข้อง. กรุงเทพฯ: สำนักกิจการโรงพยาบาลองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. (2544).

พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์. การบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุรา. แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบและวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.). เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์. (2554).

พรศิริ พันธสี. กระบวนการพยาบาล แบบแผนสุขภาพ การประยุกต์ใช้ทางคลินิก. กรุงเทพฯ: พิมพ์อักษร.(2552).

ทองคำ ตีลกสกุลชัย. การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ หลักการและวิธีปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: ฟรี-วัน. (2554).

รายงานตัวชี้วัดกลุ่มการพยาบาล งานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลโกสุมพิสัย. รายงานผลการดำเนินงานประจำปี 2560 : โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. (2560).

สมภพ เรื่องตระกูล. ตำราจิตเวชศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพมหานคร:เรือนแก้วการพิมพ์. (2548).

Clinical Guideline for Nursing and Midwifery Practice in NSW “Management of Alcohol Withdrawal Delirium. An Evidence Practice Guideline. Arch Intern Med Jul 12; 164 (13):1405-1412. 2007.

Mayo-Smith et al., “Management of Alcohol Withdrawal Delirium. An Evidence Based Practice Guideline”. Arch Intern Med Jul 12; 164 (13):1405-1412. 2004.

National Health and Medical Research Council [NHMRC]. A Guideline to the Development, Implementation and Evaluation of Clinical Practice Guidelines. Retrieved January 9, 2013, from <http://www.nhmrc.gov.au>. (1999).

Sarff M, Gold JA. Alcohol withdrawal syndromes in the intensive care unit. Crit Care Med 38(9): 494-501. 2010.

Wetterling et al. 1994. “Clinical Predictors of Alcohol Withdrawal Delirium”. Alcoholism:Clinical and Experimental Research 18:1100-1102. World Health Organization (1992)

ผลของการประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังโรงพยาบาลโนนสูง อำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา

Results of application of the Guidelines for care of patients with chronic Kidney Disease Non
Sung Hospital Nakhonratchasima Province

บุญสม คุ่มกลาง*

Boonsom Kumklang

บุญญา วิจักษณ์นันท์

Poonyisa Wajcharaanut*

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลโนนสูง อำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา

* Professional nurses Non Sung Hospital, Non Sung District, Nakhon Ratchasima Province

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา โดยใช้แนวคิดทฤษฎีระบบของ เดมมิง PDCA รูปแบบการวิจัย ดำเนินการ 2 ระยะ คือ ระยะแรก ดำเนินการศึกษาวิจัยตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2561 – 31 มีนาคม 2562 กลุ่มเป้าหมาย คือ ทีมสุขภาพ และผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลโนนสูง จำนวน 942 คน ทำการสุ่มแบบไม่เฉพาะเจาะจง วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล แบบทดสอบความพึงพอใจ ประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่พัฒนาขึ้นจากแนวปฏิบัติของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหาผลการวิจัย ได้พัฒนาจากแนวปฏิบัติจนได้ประกาศใช้รูปแบบ โดยใช้แนวคิดทฤษฎีระบบของเดมมิง PDCA ประกอบด้วยคู่มือแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ของทีมสหสาขาวิชาชีพ แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง การพยาบาลดูแลผู้ป่วยโรคไต ตัวชี้วัดผลลัพธ์การประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังใช้รูปแบบแนวคิดโดยใช้แนวคิดทฤษฎีระบบของเดมมิง PDCA ระยะที่ 2 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบไม่เฉพาะเจาะจง คือผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาที่แผนกคลินิกชะลอไตวายเรื้อรังโรงพยาบาลโนนสูง จำนวน 942 ราย และ ให้การดูแลรักษาโดยใช้การดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ระยะ เวลา 6 เดือน เก็บข้อมูลเปรียบเทียบก่อนและหลังการประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง โดยใช้แบบวัดผลลัพธ์ทางคลินิก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและร้อยละ

ผลการวิจัย ทีมสุขภาพความพึงพอใจในระดับดี ประเมินแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังการนำไปใช้ได้เป็นอย่างดี ประสิทธิภาพในระดับดี ผลของการประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังพบว่า ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ค่าการกรองของไต ค่าความดันโลหิต การทำงานของไต ทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ข้อเสนอแนะการวิจัยชี้ให้เห็นข้อมูลเชิงประจักษ์ของการประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ที่สามารถดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ส่งผลลัพธ์ที่ดีทางคลินิกและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังในโรงพยาบาลโนนสูง
คำสำคัญ : แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง, โรคไตวายเรื้อรัง, ทฤษฎีระบบ PDCA

Abstract

Research and development The objective of this study was to study the results of application of the guideline for chronic renal failure patients. Non Sung Hospital Nakhon Ratchasima Province Using the Deming System Theory concept of PDCA, the research model was conducted in 2 phases: the first phase, conducted a research study from March 1, 2018 - March 31, 2019, the target group is the health team and chronic renal failure patients receiving The treatment was

performed at Non Sung Hospital, totaling 942 people, randomized, non-specific. How we collect information Satisfaction test Assess quality Of the Guidelines for Care of Patients with Chronic Kidney Disease Developed from the Guidelines of the Nephrology Society of Thailand The data was analyzed using the analysis of the research result content. Has evolved from practice until the format Using the concept of deming system theory, PDCA consists of guidelines for the care of patients with chronic renal failure. Of a multidisciplinary team Guidelines for care for patients with chronic renal failure Nursing care for patients with kidney disease Outcome Indicators Application of the Guidelines for Patients with Chronic Kidney Disease, using a conceptual model using PDCA Deming System Theory concept, Phase II, a non-specific sample group. Namely, chronic renal failure patients receiving treatment at the chronic renal failure clinic department. Non Sung hospital, 942 patients and 6 months of care was used for chronic renal failure patients. Comparative data were collected before and after application of the guideline for chronic renal failure patients. Using a clinical outcome measure The data were analyzed using descriptive statistics and percentage.

Research results, health team, satisfaction at a good level. Evaluate guidelines for chronic renal failure patient care and apply them to their effectiveness at a good level. The results of the application of the guideline for chronic renal failure patients were found. Patients had clinical outcomes including glomerular filtration values. Blood pressure Kidney function The experiments were statistically significant ($p < 0.05$). The research recommendations indicated the empirical data of the application of the Guidelines for Care of Patients with Chronic Kidney Disease. That can take care of patients with chronic kidney disease Delivering good clinical and quality of life outcomes of chronic renal failure patients at Non Sung Hospital.

ความเป็นมา

โรคไตเรื้อรังจัดเป็นปัญหาสำคัญ ของระบบสาธารณสุขทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย ในปัจจุบันมีผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย มากกว่า 35,000 ราย ในประเทศไทย และมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นในแต่ละปีเกือบหมื่นราย ซึ่งรัฐต้องสูญเสียทรัพยากรจำนวนมากในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยปัจจัยที่สำคัญของการที่พบผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมากขึ้น คือ ผู้ป่วยไม่รู้ว่าป่วยเป็นโรคไตวายระยะเริ่มแรกที่พอรักษาได้ ผู้ป่วยที่มีโรคเดิมอยู่แล้วดูแลตนเองไม่ถูกต้อง สาเหตุส่วนใหญ่ของโรคไตวายระยะสุดท้าย มาจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยเฉพาะผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตได้ไม่ดีตามเป้าหมายหรือได้รับการดูแลรักษาที่ไม่เหมาะสม ข้อมูลสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุขได้จัดอันดับโรคไตเรื้อรังเป็นอันดับที่ 2

สำหรับการเกิดภาวะไตวายเรื้อรัง ที่เกิดจากระบบทางเดินปัสสาวะจนเกิดภาวะไตวายเรื้อรัง จะทำให้เกิดการสูญเสียหน้าที่ของไต ในการรักษาความสมดุลของเกลือแร่และกรดต่าง ซึ่งมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงสภาวะด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วยอย่างมาก ผู้ป่วยจะเสียชีวิตในระยะเวลาอันสั้น หากไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยการบำบัดทดแทนไต ได้แก่ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างของเสียทางช่องท้องหรือการเปลี่ยนไต ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยจึงมุ่งที่จะประคับประคองให้สามารถควบคุมอาการได้ ชะลอการเสื่อมหน้าที่ของไตไม่ให้กลายเป็นไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น สถานการณ์โรคไตวายของอำเภอโนนสูงที่ได้รับการบริการในโรงพยาบาลโนนสูง มีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 2 กลุ่มโรค มีเพียงโรค DM, HT ที่ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต ผู้ป่วย DM ได้รับการคัดกรองร้อยละ 98.43

ผู้ป่วย HT ได้รับการคัดกรองร้อยละ 98.88 และจากการคัดกรองพบผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนทางไต ในผู้ป่วย DM มีภาวะแทรกซ้อนทางไต จำนวน 1,218 คน ที่มีอัตราร้อยละผู้ป่วยเป็นเป็นไตวายเรื้อรังแบ่งเป็นไตรระยะที่3 ร้อยละ 13.51 ไตรระยะที่4 ร้อยละ 2.57 ไตรระยะที่5 ร้อยละ 1.58 และ ผู้ป่วย HT มีภาวะแทรกซ้อนทางไต จำนวน 784 คน ที่มีอัตราร้อยละผู้ป่วยเป็นเป็นไตวายเรื้อรังในร้อยละที่3 ร้อยละ 14.15 ร้อยละที่4 ร้อยละ 2.70 ร้อยละที่5 ร้อยละ 1.44 โดยจัดให้มีคลินิกโรคไตเฉพาะ (CKD Clinic) มีการจัดคลินิกดูแลในแต่ละสัปดาห์แบ่งตามระดับความรุนแรงระดับ3b-5 พบว่า CKD ผู้ป่วยไตวายระยะ3-4 ค่า eGFR ที่ลดลง น้อยกว่าร้อยละ 4 ผลการรักษา ร้อยละ 52.8 ยังมีผู้ป่วยร้อยละ 48.2 คือ CKD ระยะที่ 3-4 เปลี่ยนเป็นระยะ ในผู้ป่วยเรื้อรังทั้งหมด ในปี 2558 มีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนCKD ทั้งหมด 463 ราย ได้รับการบำบัดทดแทนไต ด้วยการฟอก CAPD 34 ราย และทำ HD 8 ราย

ปัญหาผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังมีภาวะแทรกซ้อนทางไต จนเกิดเป็นโรคไตวายเรื้อรังและเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค จากการวิเคราะห์ พบว่า ผู้ป่วยควบคุมโรคประจำตัวไม่ดี ยังขาดความรู้ในการรักษาโรคในรายใหม่ รับประทานอาหารเค็ม ได้รับการรักษาที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับยาโรคไตวาย ได้รับการส่งต่อพบอายุรแพทย์โรคไตน้อยกว่าร้อยละ 75 เกิดภาวะแทรกซ้อนเรื่องเกลือแร่สูง ไข้ยา ACEIs /กลุ่ม ARBs NSAID, Colchicine ให้เลือด ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต (CAPD) พบมีการติดเชื้อ peritonitis ปี 2558 ร้อยละ 8.6 ปี 2559 ร้อยละ 8.6 มีภาวะน้ำเกิน ปี2559 ร้อยละ 18 ร้อยละ 18 และมีการติดเชื้อในช่องท้องซ้ำร้อยละ 40จากข้อมูลที่พบดังกล่าวพบประเด็นสำคัญ ที่จะนำไปใช้ในการพัฒนาแก้ไขเพื่อชะลอความรุนแรงของโรคไตวายเรื้อรังและการเข้าถึง

บริการรักษาที่ครอบคลุมและมีคุณภาพมาตรฐานจึงได้จัดทำวิจัยเพื่อเพื่อศึกษาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังเพื่อศึกษาผลของการประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลโนนสูงนำมาพัฒนาระบบการดูแลโรคไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลโนนสูงขึ้นไป

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อศึกษาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง
2. เพื่อศึกษาผลของการประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลโนนสูง

วิธีดำเนินการศึกษา

การวิจัยและพัฒนา ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา โดยใช้แนวคิดทฤษฎีระบบของ เดมมิง PDCA รูปแบบการวิจัย ดำเนินการ 2 ระยะ คือ ระยะแรก ดำเนินการศึกษาวิจัยตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2561 – 31 มีนาคม 2562 กลุ่มเป้าหมาย คือ ทีมสุขภาพ และผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลโนนสูง จำนวน 942 คน ทำการสุ่มแบบไม่เฉพาะเจาะจง

ขั้นตอนดำเนินการศึกษา

ขั้นตอนดำเนินการศึกษา ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่

1. การวางแผน (Plan) หรือ P จะอธิบายความจำเป็นและสร้างความเข้าใจในการแก้ปัญหา ซึ่งอาศัยการร่วมแรงร่วมใจจากทุกหน่วยงานในการปรับปรุงแก้ไขอุปสรรค และข้อบกพร่องต่าง ๆ ขององค์การให้

หมดไปอย่างเป็น โดยที่การวางแผนการสร้างคุณภาพจะมี 4 ขั้นตอน ต่อไปนี้

1.1 ตระหนักและกำหนดปัญหา ที่ต้องการแก้ไขหรือปรับปรุงให้ดีขึ้นโดยสมาชิกแต่ละคนจะร่วมมือในการระบุปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อที่จะร่วมกันทำการศึกษาและวิเคราะห์หาแนวทางแก้ไขต่อไป

1.2 เก็บรวบรวมข้อมูล สำหรับการวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา เพื่อใช้ในการปรับปรุง หรือแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งควรที่จะวางแผนและดำเนินการเก็บข้อมูลให้เป็นระบบ เข้าใจง่าย และสะดวกต่อการใช้งาน เช่น ตาราง ตรวจสอบ แผนภูมิแผนภาพ หรือแบบสอบถาม

1.3 อธิบายปัญหาและกำหนดทางเลือกวิเคราะห์ปัญหา ตลอดจนแสดงสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งนิยมใช้วิธีการเขียนและวิเคราะห์แผนภูมิหรือแผนภาพ เช่น แผนภูมิแก๊งปลา เป็นต้น เพื่อให้สมาชิกทุกคนเกิดความเข้าใจในสาเหตุและปัญหาอย่างชัดเจน แล้วร่วมกันระดมความคิด (Brainstorm) เพื่อมาทำการวิเคราะห์และตัดสินใจเลือกทางเลือกที่เหมาะสมที่สุดมาดำเนินการเลือกวิธีการแก้ไขปัญหา โดยร่วมกันวิเคราะห์เพื่อตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมที่สุดซึ่งอาจจะต้องทำวิจัยและหาข้อมูลเพิ่มเติม หรือกำหนดทางเลือกใหม่ที่มีความน่าจะเป็นในการแก้ปัญหาได้มากกว่าเดิม

2. การปฏิบัติ(Do) หรือ D นำทางเลือกที่ตัดสินใจไปวางแผนปฏิบัติงาน (Action Plan) และลงมือปฏิบัติเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. การตรวจสอบ (Check) หรือ C ติดตามตรวจสอบ และประเมินผลงานที่ปฏิบัติโดยการเปรียบเทียบผลก่อนการปฏิบัติงาน และหลังปฏิบัติงานว่ามีความแตกต่างกันมากน้อยเพียงใด ถ้าผลลัพธ์ออกมาตามเป้าหมายก็จะนำไปจัดทำเป็น

มาตรฐาน แต่ถ้าผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดโดยอาจจะสูงหรือต่ำกว่าที่ต้องการก็ต้องทำการศึกษาและวิเคราะห์หาสาเหตุ เพื่อทำการแก้ไขปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพขึ้น

4. การปรับปรุง (Action) หรือ A กำหนดมาตรฐานจากผลการดำเนินงานใหม่ เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในอนาคต หรือ ทำการแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดจากความไม่สอดคล้องกับความต้องการปัญหาที่ไม่ได้คาดหวังและปัญหาเฉพาะหน้า จนได้ผลลัพธ์ที่พอใจ และได้รับการยอมรับจากทุกฝ่ายแล้ว จึงจัดทำเป็นมาตรฐานจะเห็นว่า วงจร PDCA จะไม่ได้หยุดหรือจบลง เมื่อหมุนครบรอบ แต่วงจร PDCA จะหมุนไปข้างหน้าเรื่อย ๆ โดยจะทำงานในการแก้ไขปัญหาในระดับที่สูงขึ้น ซับซ้อนขึ้น และยากขึ้น หรือเป็นการเรียนรู้ที่ไม่สิ้นสุด ซึ่งสอดคล้องกับปรัชญาของการพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง (continuous improvement)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา ไรคร่วม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

แบบสอบถามความพึงพอใจ แบบวัดระดับความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง แบบประเมินประสิทธิผลของการนำไปใช้ของแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติแจกแจงเป็นจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติทดสอบค่าที (Paired T-test) เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของผลลัพธ์ทางคลินิกและคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการทดลอง ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการวิจัยทุกคน ได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย และมีสิทธิ์ที่จะออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล มีการลงนามในใบยินยอมตามความสมัครใจก่อนเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล ทั้งใน ระยะที่ 1 และ 2

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1

1.1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 74.23 มีอายุในช่วง 60-65 ปี อายุเฉลี่ย 63.2 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 61.80 มีอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 75.5 รับจ้าง ร้อยละ 20.5 มีสิทธิเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 88.24 ใช้สิทธิการรักษาของประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นโรคเบาหวานร่วมด้วย ร้อยละ 11.47 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 31.2 และเป็นทั้งโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ร้อยละ 47.5

1.2 มีความพึงพอใจในการนำไปใช้ของแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ระดับดี

1.3 ระดับความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ที่พัฒนาขึ้น ระดับดี

1.4 ประเมินประสิทธิผลของการนำไปใช้ของแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ระดับดี ระยะที่ 2

2.1 ผลการประเมินระดับความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในการใช้ระดับดี ระดับความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังด้านความง่าย ระดับดี ความสะดวก ระดับดี ความชัดเจน ระดับดี ประหยัดเวลา ระดับดี ความเหมาะสม ระดับดี และแนวปฏิบัตินำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ระดับดี

2.2 ผลการเปรียบเทียบระดับความดันโลหิต และการทำงานของไต ก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบระดับความดันโลหิต และการทำงานของไต ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	t
ความดันโลหิต			
ความดันโลหิตตัวบน	147.47 ± 31.81	129.00 ± 12.65	4.78*
ความดันโลหิตตัวล่าง	82.87 ± 16.14	79.81 ± 15.27	3.60*
การทำงานของไต			
บี ยู เอ็น BUN	10.3 ± 31.81	27.00 ± 22.65	4.28*
ครีเอตินิน Creatinin	1.67 ± 0.25	1.22 ± 0.65	1.29*
ค่าระดับการกรองของไต GFR	35.45 ± 5.3	46.45 ± 3.3	4.68*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยนี้ แสดงให้เห็นคุณภาพการนำไปใช้ของแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง

โดยใช้แนวคิดการโดยใช้แนวคิดของวงจรเดมมิง PDCA และสร้างความพึงพอใจ ต่อผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ร่วมกันให้ความคิดเห็น และความต้องการในการนำแนวคิด

ของวงจรเดมมิง PDCAในการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาล และจัดทำแนวทางปฏิบัติ (CPG, Clinical Pathway, CNPG) ในการบริการพยาบาลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมตั้งแต่ในโรงพยาบาลและชุมชน อีกทั้งยังมีการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบ และผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยไว้อย่างชัดเจน ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ มีความรับผิดชอบในบทบาทหน้าที่ของตนเองและให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาผู้ป่วยแบบองค์รวมในแนวทางเดียวกันอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่โรงพยาบาลถึงชุมชน จนส่งผลให้เกิดผลลัพธ์การดูแลตามที่ตั้งเป้าหมาย ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic care model) ที่ประกอบด้วย การจัดระบบบริการสุขภาพ การออกแบบระบบการให้บริการ การสนับสนุนการตัดสินใจ การสนับสนุนการดูแลตนเอง การจัดระบบข้อมูลทางคลินิก แหล่งสนับสนุนจากชุมชน ทำให้เห็นถึงรูปแบบ การดูแลที่มีความเชื่อมโยง และการมีส่วนร่วมของทุก ภาคส่วนที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลรักษาผู้ป่วยผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง รวมทั้งสามารถเชื่อมต่อกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ป่วยและครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ เพื่อเสริมสร้างศักยภาพให้ผู้ป่วยมีศักยภาพและสามารถจัดการปัญหาสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสมยั่งยืน โดยแต่ละหุ้นส่วนมีความเชื่อมโยง เกื้อหนุนซึ่งกันและกัน แม้จะมีบทบาทและศักยภาพที่แตกต่างกัน นอกจากนั้นยังสอดคล้องกับงานวิจัยของนงลักษณ์ ไคว์ตระกูล และภัคพร กอบพิงตนและคณะที่ได้มีการพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยโดยใช้แผนการดูแล(Clinical Pathway) และมีการติดตามเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ตามต้องการ การใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ที่พัฒนาขึ้นใหม่ประเมินคุณภาพการนำไปใช้ของแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังในระดับดี ผล

ของการประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ที่พัฒนาขึ้นใหม่วิเคราะห์ข้อมูล ประเมินคุณภาพการนำไปใช้ของแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังในระดับดี พัฒนาระบบบริการพยาบาลในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังทำให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ทางสุขภาพ ดังนี้

1. คุณภาพชีวิต มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น หลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติงานวิจัยนี้ พบว่าคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนที่ใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งการประเมินคุณภาพชีวิตอย่างครอบคลุม ทั้งทางด้านร่างกายจิตใจสังคมและสิ่งแวดล้อมหลังการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ระบบบริการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโดยมีแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย โดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณีและทีมสหสาขาวิชาชีพพบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยอยู่ในระดับดีเนื่องจากผู้ป่วยได้รับข้อมูลการจัดการดูแลตนเอง และการรับประทาน อาหารยาและออกกำลังกายรวมถึงการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จนมีความมั่นใจในการ ล้างไตทางหน้าท้องและการจัดการดูแลตนเอง แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังรูปแบบการจัดระบบบริการพยาบาลที่ผลของการประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง พัฒนาขึ้นนี้ นอกจากมีการดูแลรักษาจากทีมสุขภาพ อย่างต่อเนื่อง โดยมีแนวทางปฏิบัติ (CPG, Clinical Pathway, CNPG) ที่เป็นแนวทางเดียวกันแล้วยังง่ายและสะดวกในการนำไปใช้เหมาะสมกับบริบทมากขึ้น ป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆส่งผลให้หลังการทดลองคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น กว่าก่อนการทดลอง สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา

2. ผลลัพธ์ทางคลินิก ประกอบด้วย ความดันโลหิตตัวบน-ล่าง การทำงานของไตหลังการทดลองดี

ขึ้นก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แนวทางการดูแลรักษา (CPG, Clinical Pathway, CNPG) ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ที่ร่วมกันพัฒนาขึ้น พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีทำหน้าที่สอน-สาธิต แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล จำนวน 3 ครั้งเกี่ยวกับ การจัดการดูแลตนเอง การป้องกัน การสังเกตภาวะแทรกซ้อน และมีการประสานงานให้ให้นักโภชนาการสอนเรื่อง อาหารโรคไตวายเรื้อรัง โดยผู้ป่วยต้องผ่านเกณฑ์การ สอนจำนวน 3 ครั้ง ใช้เวลาในการสอนและดูวิดีโอ ครั้งละ 45-60 นาที จนมั่นใจว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลจะ สามารถปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรค เช่น การรับ ประทานอาหารรสจืด โปรตีนต่ำ การได้รับยาต่อเนื่อง รวมทั้งการจัดการกับปัญหาต่างๆ การวางแผนและ ช่วยเหลือแก้ปัญหาต่าง ๆ ให้ผู้ป่วย เช่น การรับประทานยาไม่ถูกต้อง ส่งปรึกษาเภสัชกร การรับ ประทานอาหารไม่ถูกต้องส่งปรึกษาโภชนาการ เป็นต้น เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการ โดยการโทรศัพท์ปรึกษาเมื่อมี ปัญหา ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา อย่างไรก็ตาม ผลของการจัดระบบบริการ พยาบาลฯ นี้ ไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงดัชนีมวลกาย เนื่องจากส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงร่วมด้วย ต้องควบคุมอาหารอยู่แล้ว ทำให้ส่วน ใหญ่มีดัชนีมวลกายเฉลี่ยน้อยกว่าเกณฑ์ปกติ (Mean S.D.= 17.46 , 7.96) หลังจากการจัดระบบบริการพยาบาลฯ นี้ มี

พยาบาลผู้จัดการรายกรณีประสานงานกับ นักโภชนาการเพื่อให้ความรู้ในการควบคุมอาหารไขมัน และแบ่งส่งผลให้ดัชนีมวลกายไม่เปลี่ยนแปลงประกอบกับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมักเบื่ออาหารและต้องควบคุมอาหาร ประเภทไขมัน แบ่ง และจำกัดโปรตีนส่งผลให้ดัชนีมวลกายไม่เปลี่ยนแปลง

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ควรสนับสนุนให้มีการพัฒนาใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ จากการสอบถามความคิดเห็นของผู้เกี่ยวข้อง ร่วมกับการประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในพื้นที่อื่นๆ และโรคเรื้อรังอื่นๆ เนื่องจากการ พัฒนาระบบบริการดังกล่าว ทำให้เกิดความ รู้สึกเป็นเจ้าของ ประกอบกับการประยุกต์ใช้แนวคิด การจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมด้วย ทำให้มีพยาบาล เป็นแกนนำในการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยทำให้เกิด ผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลรักษาผู้ป่วย ทั้งด้านคุณภาพชีวิต และผลลัพธ์ทางคลินิกควรขยายผลงานวิจัย โดยการเก็บผลลัพธ์ อื่นๆ เพิ่มเติม เช่น ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความพึงพอใจ เป็นต้น เพื่อ ใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาระบบบริการ พยาบาลดังกล่าวข้างต้น และการประยุกต์ใช้แนวคิด การจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมด้วยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กนกวรรณ พูนพานิชย์. ผลของการใช้โปรแกรมการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตวายที่รักษาแบบประคับประคอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต 40(5): 5-18. (2549).
- จิราภรณ์ ศรีไทย. ผลของการจัดการรายกรณีต่อการทำงานเป็นทีมสุขภาพ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและจำนวนวันนอนโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต .วารสารพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัย 40(5): 5-18 (2543)
- จันจิรา ฉายส่อง. ประสิทธิผลการใช้แนวปฏิบัติในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ หอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่.วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ, มหาลัษณ์ธุรกิจบัณฑิต เชียงใหม่.(2551).
- จิตร สิทธิอมร, อนุวัฒน์ ศุภชิตกุล, สงวนสิน รัตนเลิศ, และ เกียรติศักดิ์ ราชบริรักษ์. Clinical Practice Guidelines: การจัดทำและการนำไปใช้. กรุงเทพฯ: ดีไซน์. (2543).

- จินตนา ตั้งมั่น และโยทะกา ภคพงศ์.การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการประเมิน ผู้ป่วยเจ็บหน้าอกจากกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน.สารนิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน,คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. (2555).
- ฉวีวรรณ ชงชัย . การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical practice guideline development). วารสารการพยาบาล, 20(2), 63-74. (2548).
- ธัญญารัตน์ อีรพรเลศรัฐ. ความรู้เรื่องโรคไตสำหรับประชาชน โรงพยาบาลสถาบันโรคไตภูมิราชนครินทร์. กรุงเทพฯ: บริษัทเฮลท์เวิร์คจำกัด. (2556).
- เยาวลักษณ์ มีบุญมาก การจัดการผู้ป่วยรายกรณี วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย12(1): 50-56. (2547)
- ประจวบ สุขสัมพันธ์, ประภา ลี้มประสูตร และประนอม โอทกานนท์. ผลของระบบการ พยาบาลแบบสนับสนุน และให้ความรู้ต่อพฤติกรรมและการดูแลตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง วารสารพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัทยนครสวรรค์ 2(ฉบับพิเศษ):52-64 (2551).
- ประเสริฐ ธนกิจจารุ. สถานการณ์ปัจจุบันของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย. วารสารกรมการแพทย์, 40(5): 5-18. (2558).
- สุภาพร องค์สุริยานนท์. การพัฒนาพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราชจังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา, 6(1): 32-38. (2551).
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. แนวทางการคัดกรองและดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด. (2555).
- สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข ปี 2559.สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. (2559).
- สุวัฒน์ มหัตถินรัตน์กุลและคณะ เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย .เชียงใหม่ : โรงพยาบาลสวนปรุง 2545.
- AmericanKidney FundKidney Disease Statistics (A. K. Foundation, Trans.). . (2012).
- Dorothea E. Orem, Susan G. Taylor, &Kathie McLaughlin Renpenning. Nursing Concept of Practice (6 ed.). St. Louis, Missouri: A Harcourt HealthSciences Company. (2001).
- Jacob CohenStatisticalPower-Analysis fortheBehavioralSciences. New York: Department of Psychology New York University. (1988).
- National Center forChronic Disease Prevention and Health PromotionNational Chronic Kidney Disease Fact Sheet: CDC. . (2014).
- Yue-Xian Shi, Xiao-Yan Fan, Hui-Juan Han, Qiu-Xia Wu, Hong-Jun Di, Ya-Hong Hou, & YueZhao. Effectiveness of a nurse-led intensive educational programme on chronic kidney failure patients with hyperphosphataemia: randomised controlled trial. Jounal of clinical Nursing, 22, 1189-1197. (2013).
- Zarica Kauric-Klein. Improvingblood pressure control in end stage renal disease througha supportive educative nursingintervention. Nephrology NursingJournal, 39, 217-228. (2012).

การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยความร่วมมือของภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ตำบลบางปะกง

Development of Community's Psychiatric Patients care process by Community party network at Bangpakong districts.

กนกศรี จาดเงิน¹, ศิพัฒนกร เชื้อภักดี²

Ganoksri Jard-ngoen, Sipatkom Cheopakdee

¹กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลบางปะกง

Primary and Holistic Services Group Bangpakong Hospital

² กลุ่มยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลบางปะกง

Strategy group Bangpakong Hospital

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน สำหรับภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ตำบลบางปะกง กลุ่มตัวอย่างในการสุ่มกลุ่ม ได้แก่ภาคีเครือข่ายในชุมชนตำบลบางปะกง จำนวน 30 คน กลุ่มตัวอย่างในการทดลองกระบวนการได้แก่ ผู้ป่วยจิตเวชอาการกำเริบซ้ำภายใน 3 เดือน จำนวน 17 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความรู้ ทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ค่าความเชื่อมั่นที่ 0.80-0.82 ตามลำดับ แบบประเมินความพึงพอใจ ค่าความเชื่อมั่นที่ 1.00 และ รายงานการติดตามดูแลผู้ป่วย จิตเวชในชุมชน เปรียบเทียบผลลัพธ์ ด้านต่างๆ ด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระจากกัน (t-test for dependent samples)

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากการนำกระบวนการ ที่พัฒนาขึ้นไปใช้ อาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้หลังการอบรมเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อาสาสมัครสาธารณสุขมีคะแนนทักษะการประเมินผู้ป่วยผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 ทุกคน และอัตราการลดลงของอาการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเวชมีเพิ่มสูงขึ้น คิดเป็นร้อยละ 94.33 และสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ที่ร้อยละ 80 จากผลการศึกษากระบวนการ ดังกล่าว ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคจิตเวชมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดอาการกำเริบและการกลับเป็นซ้ำที่รุนแรง ดังนั้นผลการวิจัยนี้สามารถนำไปเป็นตัวอย่างกระบวนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตเวชในชุมชนอื่น ๆ

คำสำคัญ : กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

Abstract

This study was a research and development study. Research was conducted to develop and study effect of Community's Psychiatric Patients care process by Community party network at Bangpakong districts. The study sample consisted of 30 Community party network at Bangpakong districts, 17 psychiatric patients who recurrence in 3 months ,live in the Bangpakong district. The data were collected using (1) the volunteer's learning achievement test for pre-test and post-test that Kuder Richardson 20 – KR-20 at 0.80. (2) the volunteer's learning skill test for and post training that Kuder Richardson 20 – KR-20 at 0.82. and (3) a questionnaire to assess satisfaction with the system that IOC.at 1.00.and(4) follow up record form for psychiatric patients in the community. Statistics employed in the research were frequency, percentage,

¹ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลบางปะกง

² กลุ่มยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลบางปะกง

mean, standard division dependent t-test and one-sample t-test.

The result reveals that, The process 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 criterion 80.00% .And the samples were satisfied with the process at the highest level. The relapse rate were reduced at 94.33% and were reduced higher than standard at 80 %. That process was effective for applied to another community.

Keywords: Community's Psychiatric Patients care process, Community party network at Bangpakong districts

บทนำ

ในปีงบประมาณ 2558 - 2559 ภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ตำบลบางปะกง ได้จัดทำโครงการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ภายใต้กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลบางปะกง และการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน สำหรับภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ตำบลบางปะกง พบว่ากระบวนการดังกล่าว ช่วยสนับสนุนให้คุณภาพการเยี่ยมบ้านโดยเฉพาะร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ได้รับการดูแลเยี่ยมบ้าน และอัตราผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านสามารถควบคุมภาวะโรค/ดูแลตนเองได้เพิ่มสูงขึ้น และสูงกว่าเกณฑ์ มาตรฐานที่ร้อยละ 80 ในปีงบประมาณ 2559 แต่ยังมีปัญหาจากการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชที่ยังคงสูงอยู่

ปัญหาอาการกำเริบหรือกลับเป็นซ้ำ (relapse) ของโรคจิตเวชมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายปัจจัย แต่ถ้าได้รับการประเมินอย่างรวดเร็วและทันทั่วที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม ลดปัญหาอาการกำเริบซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงนำกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน สำหรับภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ตำบลบางปะกงที่พัฒนาขึ้นมาวิเคราะห์ตามวิธีการ PDSA. ภายใต้แนวคิดของ Coghlan & Brannick (2001 : 19, อ้างถึงในวีระยุทธ ชาติตะกานัญ, 2558) ได้แบ่งกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นขั้นตอนเบื้องต้น 1 ขั้นตอน คือ การทำความเข้าใจบริบทของปัญหาที่ต้องการแก้ไขและการกำหนดจุดมุ่งหมายการปฏิบัติการ และมีขั้นตอนหลัก 4

ขั้นตอนได้แก่ 1) การวินิจฉัย (diagnosing) 2) การวางแผนปฏิบัติการ (planning) 3) การลงมือปฏิบัติการ (taking action) 4) การประเมินผลการปฏิบัติการ (evaluation action) มากำหนดเป็นขั้นตอนการในการศึกษาพัฒนาแนวทางการลดอัตราอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ตำบลบางปะกงขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ตำบลบางปะกง
2. เพื่อศึกษาผลของการนำกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ตำบลบางปะกงไปใช้

วิธีการวิจัย

การศึกษารั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) ที่พัฒนาระบบการที่ทดลองใช้รอบที่ 1 ในปีงบประมาณ 2557 – 2559 และนำผลมาพัฒนาผ่านวงจร PDSA รอบที่ 2 ดำเนินการตั้งแต่กุมภาพันธ์ 2559 - ถึง กันยายน 2561 งานวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา (เลขที่รับรอง PH_CCO_REC 005/2558) มีวิธีการดำเนินงาน ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ที่เป็นผู้ร่วมวิจัย

ประกอบด้วย ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในตำบลบางปะกง ที่เลือกมาแบบเฉพาะเจาะจง ตามแนวคิดของศรีนรัตน์ จันทิมพ์และชนิษฐา นันทบุตร (2562) ที่กล่าวว่า ระบบการดูแลของชุมชนที่จำเป็นต้องมีการทำงานร่วมกันของ 3 องค์กรหลักในพื้นที่ ได้แก่ 1) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2) หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และ 3) องค์กรภาคประชาชน จำนวน 30 คน ซึ่งประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวประจำตำบลบางปะกง 1 คน เภสัชกร 1 คน และ พยาบาลจิตเวช 1 คน พยาบาลที่รับผิดชอบศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลบางปะกง 3 คน) ที่มีประสบการณ์ในการทำงานไม่น้อยกว่า 1 ปี อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในตำบลบางปะกง (อสม.) 19 คน ตัวแทนกองสวัสดิการที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 คน และตัวแทนหน่วย อพปร.เทศบาลตำบลบางปะกงและบางปะกง พรหมเทพรังสรรค์ 2 คน ตัวแทนชมรมผู้สูงอายุในชุมชน 1 คน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ที่เป็นผู้รับบริการ ได้แก่

1) ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่มีรหัสโรค F20-29 และสามารถกลับมาใช้ชีวิตในชุมชนได้ อาศัยในตำบลบางปะกง ปีงบประมาณ 2561 โดยผู้ป่วยต้องมีการกำเริบซ้ำภายใน 3 เดือนหลังได้รับการส่งต่อกลับมาอยู่ในชุมชนหรือมีการ admit > 3 ครั้งภายใน 1 ปี ไม่ได้ย้ายถิ่นฐานหรือถูกส่งไปรักษาที่อื่นในระหว่างการวิจัย ผู้ร่วมวิจัยในกลุ่มนี้ยังรวมถึงญาติ/ผู้ดูแล/สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่ไม่ได้ย้ายถิ่นฐานระหว่างการวิจัยเช่นกัน รวม 17 คน

2) กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในตำบลบางปะกง (อสม.) ที่รับผิดชอบบ้านที่มีผู้ป่วย

จิตเวช ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่มีรหัสโรค F20-29 และสามารถกลับมาใช้ชีวิตในชุมชนได้ อาศัยในตำบลบางปะกง ปีงบประมาณ 2561 โดยผู้ป่วยต้องมีอาการกำเริบซ้ำภายใน 3 เดือนหลังได้รับการส่งต่อกลับมาอยู่ในชุมชนหรือมีการ admit > 3 ครั้งภายใน 1 ปี (จากผู้ป่วย 17 คน/อสม. ประจำหมู่บ้าน) หมู่บ้านละ 2 คน รวมทั้งสิ้น 34 คน

การนำเข้าสู่กลุ่มตัวอย่าง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในตำบลบางปะกง (อสม.) ที่รับผิดชอบบ้านที่มีผู้ป่วยจิตเวช และได้รับการอบรมความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคทางจิตเวชและสามารถกลับมาใช้ชีวิตในชุมชนได้ อาศัยในตำบลบางปะกง ปีงบประมาณ 2561 โดยผู้ป่วยต้องมีการกำเริบซ้ำภายใน 3 เดือนหลังได้รับการส่งต่อกลับมาอยู่ในชุมชนหรือมีการ admit > 3 ครั้งภายใน 1 ปี โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) เข้ากลุ่มทดลอง มาหมู่บ้านละ 1 คน ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 17 คน

ระยะเวลาการศึกษา ปีงบประมาณ 2559 – 2561

วิธีดำเนินการศึกษา

แบ่งกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นขั้นตอนเบื้องต้น 1 ขั้นตอน คือ การทำความเข้าใจบริบทของปัญหาที่ต้องการแก้ไขและการกำหนดจุดมุ่งหมายการปฏิบัติการ และมีขั้นตอนหลัก 4 ขั้นตอนได้แก่ 1) การวินิจฉัย (diagnosing) 2) การวางแผนปฏิบัติการ (planning) 3) การลงมือปฏิบัติการ (taking action) 4) การประเมินผลการปฏิบัติการ (evaluation action) มากำหนดเป็นขั้นตอนการพัฒนาแนวทางการลดอัตราการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ตำบลบางปะกง รวม 3 ขั้นตอน โดยมีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นศึกษาข้อมูล ปัญหา และความต้องการ ประกอบด้วย

1.1 ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร มาตรฐาน และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนและการลดอาการกำเริบซ้ำ

1.2 ศึกษาฐานข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียนการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ตำบลบางปะกงของโรงพยาบาลบางปะกง ปีงบประมาณ 2559

1.3 จัดสนทนากลุ่ม (focus group) กับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ประกอบด้วย กลุ่มตัวอย่าง ผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในตำบล บางปะกง ที่ผ่านการร่วมกิจกรรมการศึกษาวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน สำหรับภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ตำบลบางปะกง เพื่อสอบถามปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานที่ผ่านมา รวมถึงปัญหาจากระบบการดำเนินงานที่ทำให้ผู้ป่วยยังมีการกำเริบซ้ำ และความต้องการในการพัฒนาแนวทางการลดอัตราการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ตำบลบางปะกง ความต้องการการช่วยเหลือและนำผลจากการทำสนทนากลุ่ม มาวิเคราะห์ข้อมูล

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน สำหรับภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ตำบลบางปะกง ประกอบด้วย 1) การวินิจฉัย (diagnosing) 2) การวางแผนปฏิบัติการ (planning) 3) การลงมือปฏิบัติการ (taking action) ดังนี้

1.1 การวินิจฉัย (diagnosing) ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร

1.2 การวางแผนปฏิบัติการ (planning) ในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์จากการวินิจฉัย (diagnosing) ปัญหาและความต้องการมาจัดทำเป็นร่างแนวกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน สำหรับภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ตำบลบางปะกง และนำเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย

แพทย์สาขาจิตเวช จำนวน 1 ท่าน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 ท่าน ประเมินร่าง ฯ ที่พัฒนาขึ้น จากนั้นจึงนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง และนำมาวิเคราะห์ข้อมูลคำนวณโดยให้ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 ซึ่งแสดงว่าเนื้อหาในหน่วยการเรียนรู้มีความเที่ยงตรง ส่วนข้อคำถามในแบบสอบถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องน้อยกว่า 0.5 ต้องนำไปปรับปรุง ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งร่างแบบจำลองกระบวนการฯ ที่สร้างขึ้นนี้มีค่าดัชนีความสอดคล้องภาพรวมเท่ากับ 0.82 ซึ่งหมายความว่า ร่างกระบวนการฯ ที่สร้างขึ้นและผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญแล้วนั้นผ่านเกณฑ์ทุกข้อ มีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ในการดำเนินการ

1.3 การลงมือปฏิบัติการ (taking action) ร่างกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน สำหรับภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ตำบลบางปะกง ที่ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิแล้วมาทดสอบประสิทธิภาพ

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นประเมินผล กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน สำหรับภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ตำบลบางปะกง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบวัดความรู้ ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ ทั้งหมดเป็นแบบปรนัยชนิดเลือกตอบถูก – ผิด 2 ตัวเลือก ค่าความยากง่าย (p) และค่าอำนาจจำแนก (r) ของแบบทดสอบเป็นรายข้อ โดยพิจารณาแบบสอบถามข้อที่มีค่าความยากง่าย (p) ตั้งแต่ 0.20 ถึง 0.80 และค่าอำนาจจำแนก (r) ตั้งแต่ 0.20-1.00 ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของข้อสอบทั้งฉบับ โดยใช้สูตรของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (Kuder Richardson 20-KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.80 ซึ่งถือว่าข้อสอบ

ชุดนี้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ในเกณฑ์ดี ข้อสอบชุดนี้ใช้เป็น
ข้อสอบมาตรฐานได้

2. แบบประเมินทักษะ ประกอบด้วยข้อคำถาม
10 ข้อ ทั้งหมดเป็นแบบปรนัยชนิดเลือกตอบถูก – ผิด
2 ตัวเลือก ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของข้อสอบทั้ง
ฉบับ โดยใช้สูตรของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20
(Kuder Richardson 20-KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้ง
ฉบับเท่ากับ 0.82 ซึ่งถือว่าข้อสอบชุดนี้ค่าความเชื่อมั่น
อยู่ในเกณฑ์ดี ข้อสอบชุดนี้ใช้เป็นข้อสอบมาตรฐานได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วน
เบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และการทดสอบความแตกต่าง
ของคะแนนทดสอบความรู้ก่อนและหลังการอบรม โดย
การทดสอบค่าที (t-test แบบ t- dependence)

ผลการศึกษา

จากการศึกษาฐานข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียน
การให้บริการผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ตำบล บางปะกง
ของโรงพยาบาลบางปะกง ปีงบประมาณ 2559 พบ
ผู้ป่วยโรคจิตเวชในเขตตำบลบางปะกงที่มีอาการกำเริบ
ซ้ำ จำนวน 17 คน (ร้อยละ 24.64) อาการกำเริบ
รุนแรงต้องส่งต่อ จำนวน 7 คน (ร้อยละ 10.14) และ
จากสนทนากลุ่ม ผู้ให้บริการสุขภาพ ได้แก่ ทีมสหสาขา
และเครือข่ายผู้ดูแล สรุปลองค์ประกอบของกระบวนการ
ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน สำหรับภาคีเครือข่าย
สุขภาพชุมชน ตำบลบางปะกง ประกอบด้วย
ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ (1) การจัดการความรู้
และทักษะ (2) การจัดทำบทบาทหน้าที่ของภาคี
เครือข่าย (3) การจัดการแหล่งสนับสนุนในชุมชน (4)
นวัตกรรม/สื่อผสม. (5) แนวทางการดูแลผู้ป่วยสำหรับ
ภาคีเครือข่ายโดยแยกบทบาทหน้าที่ของแต่ละส่วนใน
การดูแลผู้ป่วย จำนวน 1 ฉบับ (7) การประเมินผล ซึ่ง
ในแต่ละองค์ประกอบได้ปัญหา ความต้องการ นำไปสู่
การพัฒนา ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการสนทนากลุ่มเครือข่ายผู้ให้บริการสุขภาพ

องค์ประกอบระบบ (เดิม)	ผู้เกี่ยวข้อง/วิธีการ	ปัญหา	ความต้องการในการพัฒนา
(1) การจัดการความรู้	พยาบาลทีมเยี่ยมบ้าน : (สื่อการฝึก ทักษะการประเมินผู้ป่วยจิตเวชและ ความผิดปกติทางอารมณ์ผ่านเว็บ : กนกศรี จาดเงิน, 2559)	บางครั้งเข้าอินเทอร์เน็ตไม่ได้	ต้องการสื่อแบบแผ่นซีดี สื่อภาพเคลื่อนไหว ตัวอย่างการประเมินผู้ป่วย
	อสม/อสค. : เข้ารับความรู้จาก จิตแพทย์ ระยะเวลา 1 วัน และ ทดสอบความรู้	ไม่มั่นใจความรู้ของตนเอง	ทดสอบความรู้หลังอบรมให้ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80
(2) การพัฒนาทักษะการเยี่ยม บ้านสำหรับ อสม.อสค.	การฝึกทักษะ 1 วันน้อยเกินไป ไม่ มั่นใจ	ไม่มั่นใจในทักษะการเยี่ยมของ ตนเอง จึงปล่อยให้อาการกำเริบ ซ้ำ	การพัฒนาทักษะอสม. ในการประเมินผู้ป่วยร่วมกับ ผู้เชี่ยวชาญเป็นตัวอย่าง 1 คนพร้อมแบบประเมิน
(3) การจัดทำบทบาทหน้าที่ ของภาคีเครือข่าย	1) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	-	1) รับผิดชอบผู้ป่วยพบแพทย์
	2) หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ	-	2) งบประมาณความช่วยเหลือ
	3) องค์กรภาคประชาชน	ไม่มั่นใจในทักษะ	ฝึกทักษะ วิธีติดต่อผู้ประสาน
(4) นวัตกรรมสื่อผสม.	- ข้อคำถามในการซักถามผู้ป่วย	- ประเมินไม่ตรง	แบบประเมินทักษะแบบเป็นข้อเช็คลิสต์
(5) แนวทางการดูแลผู้ป่วย	ญาติ/ผู้ป่วย	ยังไม่มั่นใจในแนวทางที่สร้างขึ้น	มีการซ่อมแนวทางในการดูแลผู้ป่วย

ตารางที่ 1 ผลการสนทนากลุ่มเครือข่ายผู้ให้บริการสุขภาพ

องค์ประกอบระบบ (เดิม)	ผู้เกี่ยวข้อง/วิธีการ	ปัญหา	ความต้องการในการพัฒนา
สำหรับภาคีเครือข่ายโดยแยกบทบาทหน้าที่ของแต่ละส่วนในการดูแลผู้ป่วย			- APN. สุขภาพจิตและจิตเวชวิเคราะห์ปัญหาในการพยาบาล พร้อมทำจิตบำบัด/สุขภาพจิตศึกษา เพื่อจัดการปัญหาในผู้ป่วย และสอนญาติ ในระยะเตรียมความพร้อมใจ
(6) การประเมินผล	-	-	-

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขที่เข้าร่วมโครงการก่อนและหลังการฝึกอบรม (N=17)

กลุ่มตัวอย่าง	คะแนนเต็ม	$\bar{X}$	SD.	df	t	Sig
ก่อนฝึกอบรม	15	6.95	1.87	16	-16.79	0.00*
หลังฝึกอบรม	15	12.18	1.07			

*p<.05

ตารางที่ 3 คะแนนทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขที่เข้าร่วมโครงการ หลังการอบรม (เกณฑ์ผ่านร้อยละ 80) (N=17)

หัวข้อประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	ร้อยละ	แปลผล
1.อาการประสาทหลอนทางหู	170	141	82.94	ผ่านเกณฑ์
2. อาการประสาทหลอนทางตา	170	150	88.23	ผ่านเกณฑ์
3. การผิดปกติทางอารมณ์	170	154	90.58	ผ่านเกณฑ์
4. การผิดปกติทางพฤติกรรม	170	147	86.47	ผ่านเกณฑ์
5. การผิดปกติทางความคิดและการสื่อสาร	170	154	90.59	ผ่านเกณฑ์
รวม	850	747	87.88	ผ่านเกณฑ์

ตารางที่ 4 ผลการดำเนินงานตามกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน สำหรับภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ตำบลบางปะกง

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน (ปีงบประมาณ)		
		2559	2560	2561
(ด้านผลการปฏิบัติงาน) ร้อยละร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนได้รับการดูแลเยี่ยมบ้าน	ร้อยละ 100	89.45	95.90	96.23
(ด้านประสิทธิภาพของผู้ดูแล) ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชไม่มีอาการกำเริบซ้ำภายใน 3 เดือนและมีการ admit < 3 ครั้งภายใน 1 ปี	ร้อยละ 80	85.07	93.15	94.33
(ประสิทธิผลของทีมผู้ให้บริการ) ความพึงพอใจของผู้รับบริการ	ร้อยละ 80	82.09	83.56	90.57

การอภิปรายผล

การศึกษาค้นคว้าความต้องการในการพัฒนา พบว่าประชาชนทราบว่าโรคจิตเวชเป็นโรคเรื้อรัง แต่กังวลที่

จะรับไว้ในชุมชน เนื่องจากไม่มีความมั่นใจทักษะของตนเองในการประเมินอาการ ความรุนแรงในคนไข้ประเภทนี้ และกลัวถูกทำร้าย อีกทั้งเกรงว่าผู้ป่วยจะทำลายทรัพย์สิน ทำให้ไม่กล้าเข้าไปดูแล และประเมินผู้ป่วยช้ากว่าความจำเป็น ผู้วิจัยจึงนำโดยพยาบาลเป็นผู้จัดการทางการพยาบาล (Case Manager) เน้นการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ครอบครัวและ ภาควิชาเครือข่าย ร่วมกับผลการประชาคมมาสังเคราะห์ ทำให้เกิดการเตรียมชุมชนในการรองรับผู้ป่วย มีการจัดการความรู้ และปรับกระบวนการดำเนินงานด้วยการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน สำหรับภาควิชาเครือข่ายสุขภาพชุมชน ตำบลบางปะกง โดยเน้นการฝึกทักษะการเยี่ยมของ อสม./อสค. และมีแบบประเมินสำหรับลงเยี่ยม และการลงเยี่ยมประเมินร่วมกันกับผู้เชี่ยวชาญจนชำนาญ ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ความมั่นใจในกระบวนการที่พัฒนาขึ้น สามารถคัดกรองความรุนแรงได้เร็วและส่งต่อข้อมูลเพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยก่อนอาการกำเริบได้มากขึ้น ด้านผลการปฏิบัติงาน พบว่าร้อยละ 96.23 ของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนได้รับการดูแลเยี่ยมบ้าน ด้านประสิทธิภาพของผู้ดูแล ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชไม่มีอาการกำเริบซ้ำภายใน 3 เดือนคิดเป็นร้อยละ 94.33 และประสิทธิผลของทีมผู้ให้บริการ ความพึงพอใจของผู้รับบริการ คิดเป็น ร้อยละ 90.57 สูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่ตั้งไว้ทุกด้าน และสูงมากขึ้นจากปีงบประมาณ 2559 และ 2560 ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจาก ผู้วิจัยได้มีการจัดการความรู้และพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยสำหรับ อสม. อสค.และผู้ดูแล ได้ในเกณฑ์ระดับสูง คือ ร้อยละ 80 และมีการพัฒนาองค์ความรู้ของพยาบาลเยี่ยมบ้าน โดยการจัดนวัตกรรมในการทบทวนวิธีการประเมินผู้ป่วยจิตเวชผ่านเว็บ (กนกศรี จาดเงิน, 2559) หรือการใช้สื่อทีวี

ดีความรู้เรื่องการสัมภาษณ์และการตรวจประเมินอาการของความผิดปกติทางจิตเวช ที่สะดวกตามบริบทของแต่ละหน่วยงาน ทำให้สร้างความมั่นใจต่อพยาบาลวิชาชีพในการทบทวนก่อนออกเยี่ยมบ้าน รวมถึงมีระบบการรับ – ส่ง ผู้ป่วยพบแพทย์ โดยเทศบาลในพื้นที่รับผิดชอบ จึงทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้คุณภาพการเยี่ยมบ้านสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน สอดคล้องกับงานวิจัยของวนิดา พิงชมภู และศิริรัตน์ ปานอุทัย (2557) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนด้วยอีเลิร์นนิ่ง สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ในกระบวนการวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ พบว่า ผลสัมฤทธิ์ต่อการเรียนพบว่านักศึกษาที่ได้รับการเรียนการสอนด้วยอีเลิร์นนิ่ง ในระยะหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ส่งผลให้เกิดคุณภาพการดูแลที่มีประสิทธิภาพ

สรุป กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน สำหรับภาควิชาเครือข่ายสุขภาพชุมชน ตำบลบางปะกงที่พัฒนาขึ้น ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนได้รับการประเมินอาการรุนแรงได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว ป้องกันอาการกำเริบรุนแรงได้ ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนได้รับการบำบัดรักษาจนไม่เกิดอาการกำเริบซ้ำ อยู่ในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพ

ข้อเสนอแนะ

ควรนำกระบวนการ ฯ ที่พัฒนาขึ้นไปใช้กับโรคเรื้อรังอื่น ๆ ในชุมชนหรืออาจขยายผลในชุมชนใกล้เคียง โดยการปรับกระบวนการบางส่วนที่เหมาะสมสำหรับภาควิชาเครือข่าย ซึ่งเป็นผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยจะช่วยให้การสามารถให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็ว จะช่วยให้กระบวนการดูแลมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กนกศรี จาดเงิน.(2559).การพัฒนากระบวนการฝึกอบรมสาธารณสุขผ่านเว็บ เพื่อพัฒนาทักษะการ ประเมินผู้ป่วยจิตเภทและความผิดปกติทางอารมณ์ สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน กระทรวงสาธารณสุข.ดุขฎีนิพนธ์.นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- กรมสุขภาพจิต.กระทรวงสาธารณสุข.(2552).แนวทางการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตสำหรับ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและ PCU.เชียงใหม่ : หจก.ชุติมาพรินต์.
- เกรียงศักดิ์ ธรรมอภิพล.(2557). การวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแล ผู้สูงอายุแบบองค์รวม. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 8(2), 120-131.
- ณัฐภณ สุเมธอริคม. (2554). การพัฒนาสื่อคอมพิวเตอร์มัลติมีเดียบนเครือข่ายอินเทอร์เน็ต วิชา การจัดแสง เพื่อการออกอากาศ ระดับชั้นปริญญาตรี มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร. ดุษฎีนิพนธ์คณะ เทคโนโลยีสื่อสารมวลชน, มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร. กรุงเทพฯ.
- ล้วน สายยศ, อังคณา สายยศ.(2538).เทคนิคการวิจัยทางการศึกษา.กรุงเทพฯ:สุวีริยาสาส์น.
- ศรีรินทร์ จันทิพิมพ์และชนิษฐา นันทบุตร.(2562).การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชน.วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ.36(2), 68-76.
- Grigsby,J & Sanders,J. (1998). Telemedicine : Where it is and Where it is going. Annals of internal Medicine, 129 (2)123-127.
- Michael Simonson, Sharon Smaldio, Michael Albright, Susan Zvacek. (2009). Teaching and Learning at a distance. 4th ed., Boston : Pearson Education, Inc.

การพัฒนารูปแบบการคัดกรองภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตา Development of a screening model for diabetic retinopathy

อลิสา รัฐวงษา

.Alisa Ruttawongsa

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

Registered Nurse ,Profesional Level,Kosumpisai Hospital,Maharakham

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบและศึกษาผลการใช้รูปแบบการคัดกรองภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตา โดยใช้แนวคิดของ Kemmis&McTaggart (1988) ดำเนินการ 4 ขั้นตอน คือ 1) การวางแผน 2) การปฏิบัติตามแผน 3) การสังเกตการณ์ และ 4) สะท้อนกลับกระบวนการ, ผลการเปลี่ยนแปลงและนำไปปรับแผนการปฏิบัติงาน และใช้แนวคิด Chronic care model (Wagner, 1999) กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานในอำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ระยะเวลาในการศึกษา เดือน มกราคม-ธันวาคม 2561 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบสนทนากลุ่ม 2) แบบบันทึกตรวจคัดกรองจอประสาทตา 3) เครื่องถ่ายภาพจอประสาทตา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงบรรยาย ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ การสังเกตแบบมีส่วนร่วมวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการคัดกรองภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตาซึ่งพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบดังนี้ 1) การจัดระบบบริการสุขภาพ ปรับการให้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2) สนับสนุนการจัดการตนเอง จัดกิจกรรมให้ความรู้รายกลุ่มและรายบุคคล 3) สนับสนุนการตัดสินใจ จัดทำแนวทางปฏิบัติการตรวจคัดกรองและส่งต่อรายผิดปกติรับการรักษา 4) การปรับและเชื่อมโยงระบบบริการ จัดระบบให้คำปรึกษากับจักษุแพทย์และพยาบาลเวชปฏิบัติทางตา การติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องหลังส่งต่อรักษา 5) ระบบสารสนเทศทางคลินิก พัฒนาการความสมบูรณ์บันทึกข้อมูลในโปรแกรมบันทึกเวชระเบียน 6) การสนับสนุนทรัพยากรโดยชุมชนมีส่วนร่วมประชาสัมพันธ์กลุ่มเป้าหมาย อาสาสมัครสาธารณสุขแจกจดหมายเชิญและผู้นำชุมชนประชาสัมพันธ์ ในหมู่บ้าน จากการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มเป้าหมายได้เข้ารับการตรวจคัดกรองจอประสาทตา ร้อยละ 68.19 (5,184 คน) พบภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตา ร้อยละ 7.97 (413 คน) ข้อเสนอแนะ ควรเน้นการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเพื่อให้เห็นความสำคัญในการตรวจคัดกรองจอประสาทตาและกรณีผิดปกติเข้ารับการรักษอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : ภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตา

Abstract

This action research The objective is to develop a model and study the results of using the diabetic screening model for retinopathy. Using the concept of Kemmis & McTaggart (1988), proceeded in 4 steps: 1) Planning 2) Implementing the plan 3) Observing And 4) reflecting the process, results of changes and adapting to the action plan and using the Chronic care model (Wagner, 1999). The target group was diabetic patients. Duration of the study January - December 2018, the research instruments consisted of 1) form in the focus group 2) Retinal screening test form 3) Retinal imaging device Analyze quantitative data with descriptive statistics. Qualitative data from interviews Participatory observation, content analysis

The results showed that the developed diabetes retinal screening model consists of 6 components as follows: 1) Health service system management Changing services in the district Health Promotion Hospital. 2) Supporting self-management. Organize group and individual education activities 3) decision support Establish guidelines for screening and referrals for abnormal patients receiving treatment. 4) Adjustment and linkage of service systems Establishing a consultation system for ophthalmologists and eye nurses Follow up on patient care after referrals. 5) Clinical information system Develop data integrity records in the medical record program. 6) Community resource support to publicize the target group. Public health volunteers distributed letters of invitation and public relations leaders in the village, found that 68.19% of the target diabetic patients received retinal screening (5,184 people). 7.97% of diabetic retinopathy (413 people) were reported. Suggestions should focus on self-management support of diabetic patients in order to see the importance of retinal screening and abnormal cases for continuous treatment.

Keywords: Diabetic retinopathy

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆพบความชุกของเบาหวานในประเทศไทยเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 6.9 ในปี พ.ศ.2552 เป็นร้อยละ 8.9 ในปี พ.ศ.2557 (วิชัย เอกพลากร ,2557) โรคเบาหวานสามารถทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางตาและมีผลต่อการมองเห็นได้แก่ ต้อกระจก ,ต้อหิน เส้นประสาทตาขาดเลือดและแผลกระจกตาเรื้อรังซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญที่สุด คือ ภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตา (Diabetic retinopathy) (วรทัพร จันทรสลิต,2559) อุบัติการณ์เกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา พบร้อยละ 34.6 ทั่วโลก พบร้อยละ 20 ในประเทศไทย(สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ ,2555)การดำเนินโรคของภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตาสามารถชะลอได้โดยการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติหรือร่วมกับการรักษาด้วยการยิงเลเซอร์ในกรณีเกิดพังผืดดึงรั้งจู่รับภาพ จะใช้การผ่าตัดรักษา (วรทัพร จันทรสลิต,2559) ในกรณีผิดปกติรุนแรงจนไม่สามารถรักษาจะนำไปสู่ภาวะตาบอดสนิท พบผู้ป่วยตาบอดจากภาวะเบาหวานเข้าจอ

ประสาทตาร้อยละ5.1(Isipradit et al.,2014) การคัดกรองภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตา อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง จึงมีความสำคัญในการคัดค้นหาผู้ป่วยที่ผิดปกติเข้ารับการรักษากับจักษุแพทย์ทันเวลาเพื่อป้องกันภาวะตาบอด วิจิต ปวรางกูร (2559) ศึกษาการตรวจคัดกรองจอประสาทตา ในผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 283 ราย พบภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตา ร้อยละ 27.2 โดยเป็นระยะไม่รุนแรงNPDR ร้อยละ 22.9 และระยะ รุนแรง PDR ร้อยละ 4.2 ปัจจัยที่พบว่า มีความสัมพันธ์กับภาวะเบาหวานขึ้นจอตา ได้แก่ อายุผู้ป่วยมากกว่า 60 ปี ไม่มีอาชีพ ระยะเวลาเป็นเบาหวานมากกว่า 10ปี ดัชนีมวลกายมากกว่า 23 และระดับครีเอตินินมากกว่า 1.5 จากผลการศึกษาของ ญัฐพงศ์ เมฆาสิงห์รักษ์และคณะ(2558) การตรวจคัดกรองจอประสาทตา ในผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 650คนซึ่งรับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 6 แห่ง พบภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตา ร้อยละ 7.4 โดยเป็นระยะที่มีหลอดเลือดงอกผิดปกติ ร้อยละ0.8 และพบว่า ภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการมีระดับฮีโมโกลบินเอวันซี มากกว่า ร้อยละ8 การมีแผลที่เท้าและการรื้อของโปรตีนในปัสสาวะ

โดยพบเบาหวานเข้าจอประสาทตา ร้อยละ 11,22 และ 14.1 ตามลำดับ

มาตรฐานทองคำของการตรวจหาและแบ่งระยะของภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตา คือ การถ่ายภาพสีจอประสาทตา 7 ตำแหน่งมาตรฐาน (Stereoscopic color fundus photographs in 7 standard fields) ซึ่งมีความไวและจำเพาะสูงกว่าการตรวจด้วย indirect ophthalmoscope แต่ต้องใช้บุคลากรที่มีความชำนาญในการถ่ายภาพและแปลผลภาพ รวมถึงระยะเวลาในการถ่ายภาพจะนาน การถ่ายภาพจอประสาทตาแบบภาพเดี่ยว (Single field fundus photography) เป็นวิธีที่ทำได้ง่ายกว่าและเหมาะกับการนำไปใช้ตรวจผู้ป่วยในชุมชน (ณัฐพงศ์ เมฆาสิงห์รักษ์, 2558)

การตรวจคัดกรองภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตาในเบื้องต้นอาจดูจากภาพถ่ายจอประสาทตาที่ได้มาตรฐานหรือตรวจโดยจักษุแพทย์ แต่จากสถานการณ์ที่ผู้ป่วยเบาหวานมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ จึงไม่สามารถดำเนินการคัดกรองได้ครอบคลุม ในปี พ.ศ. 2551 ทีมจักษุแพทย์และพยาบาลเวชปฏิบัติทางตาจากโรงพยาบาลมหาสารคามออกให้บริการคัดกรองหมุนเวียนใน โรงพยาบาลชุมชน 13 แห่งในจังหวัดมหาสารคามในวันหยุดราชการ โดยโรงพยาบาลโกสุมพิสัย ซึ่งมีผู้ป่วยเบาหวาน 3,929 คน ได้รับการคัดกรองจอประสาทตา จำนวน 1,901 คน (ร้อยละ 48.38) พบภาวะแทรกซ้อนเบาหวานเข้าจอประสาทตา จำนวน 113 คน (ร้อยละ 5.94) ต่อมาในปี พ.ศ. 2552 ทีมจักษุแพทย์ โรงพยาบาลมหาสารคามได้ปรับรูปแบบการทำงานโดย จัดประชุมวิชาการและฝึกปฏิบัติกับพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนสามารถถ่ายภาพและแปลผลภาพถ่ายจอประสาทตาได้เบื้องต้น และให้ยืมเครื่องถ่ายภาพจอประสาทตา

จากการทบทวนการดำเนินงานคัดกรองภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตาในอำเภอโกสุมพิสัย ซึ่งมีผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวนมากที่สุดของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดมหาสารคาม ปี พ.ศ. 2558-2560 จำนวน 7,241 คน 7,289 คน และ 7,297 ตามลำดับ ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการคัดกรองจอประสาทตา ค่อนข้างน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับระดับเกณฑ์ของ Service plan สาขาจักษุ ที่กำหนดให้ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 60 ในปี พ.ศ. 2558-2560 คัดกรองได้ ร้อยละ 48.80, ร้อยละ 46.80 และ ร้อยละ 35.79 ตามลำดับ ปัญหาที่พบการดำเนินงาน ได้แก่ ระบบการจัดบริการแบบตั้งรับ ผู้ป่วยเบาหวานไม่สะดวกมารับบริการที่โรงพยาบาลโกสุมพิสัย , การบันทึกข้อมูลในแฟ้มเวชระเบียนไม่ครอบคลุม , เครื่องถ่ายภาพจอประสาทตาชำรุด จากสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยซึ่งมีบทบาทหน้าที่ในการจัดบริการ Service plan สาขาจักษุ เห็นความสำคัญของความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการคัดกรองเบาหวานเข้าจอประสาทตาเพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการคัดกรองภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตาที่ครอบคลุม มีประสิทธิภาพ และเหมาะสมกับบริบทของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอโกสุมพิสัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาสถานการณ์ ปัญหา ความต้องการของรูปแบบการคัดกรองภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตา
2. พัฒนารูปแบบการคัดกรองภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตา
3. ศึกษาผลใช้รูปแบบการคัดกรองภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตา

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action research) ใช้แนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนเป็นโรคเบาหวานและอาศัยอยู่ในพื้นที่ ในอำเภอโกสุมพิสัยดำเนินการศึกษาในช่วงเดือนมกราคม พ.ศ.2561 – ธันวาคม พ.ศ.2561

เครื่องมือในการวิจัย

1) แบบสนทนากลุ่มผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ประกอบด้วย แนวคำถามปัญหาสาเหตุ ความต้องการและแนวทางการพัฒนารูปแบบคัดกรองภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตา

2) แบบบันทึกข้อมูลการตรวจคัดกรองจอประสาทตา ซึ่งผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นเพื่อใช้ในการเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองภาวะเบาหวานขึ้นตา และครอบคลุมในการลงบันทึกข้อมูลในโปรแกรมบันทึกข้อมูลเวชระเบียนHos.xp ของสถานบริการทั้งในโรงพยาบาลโกสุมพิสัยและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลเพศ อายุ จำนวนปีที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ค่าระดับน้ำตาลในเลือดย้อนหลัง 3 ครั้ง ค่าระดับความดันโลหิตสูง ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลการแปลผลภาพถ่ายจอประสาทตา ซึ่งแบ่งเป็นระดับความรุนแรงของภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตา (วิจิต,2560) แบ่งออก 5 ระดับ ดังนี้

1. No Retinopathy (No DR) หมายถึง ยังไม่พบพยาธิสภาพของเบาหวานเข้าจอประสาทตา

2.Mild Non - Proliferative Diabetic Retinopathy (Mild NPDR) หมายถึง ตรวจพบหลอดเลือดฝอยโป่งพองเพียงอย่างเดียว

3.Moderate Non - Proliferative Diabetic (Moderate NPDR) หมายถึง พบ มีจุดเลือดออกที่จอ

ประสาทตา หลอดเลือดฝอยโป่งพองทำให้ควบคุมการไหลเวียนของสารน้ำไม่ได้ โปรตีนในพลาสมารั่วออกนอกหลอดเลือดจับตัวแข็งเป็นก้อนสีขาวเหลือง ขอบเขตชัดเจน

4. Severe Non - Proliferative Diabetic (Severe NPDR) หมายถึง การตรวจพบความผิดปกติ อย่างไรก็ดี อย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ มีเลือดออกในจอตา มากกว่า 20 จุด ในแต่ละส่วนของจอตา พบหลอดเลือดดำขยายตัวเป็นจุดๆ เกิดลักษณะเป็นปุยขาว คล้ายปุยสำลี ขอบเขตไม่ชัดเจน มีความผิดปกติของหลอดเลือดฝอยในจอประสาทตา

5.Proliferative Diabetic (NPDR) หมายถึง ภาวะการขาดเลือดในจอประสาทตาอย่างรุนแรงจนเกิดการสร้างหลอดเลือดใหม่ที่ชั่วประสาทตา ที่จอประสาทตา ซึ่งหลอดเลือดใหม่นี้ทำให้เกิดพังผืด ถ้าทิ้งไว้จะเกิดอาการดึงรั้งจอประสาทตาให้หลุดลอก และมีเลือดออกในน้ำวุ้นลูกตา

3) เครื่องถ่ายภาพจอประสาทตา (Fundus camera) เป็นเครื่องถ่ายภาพจอประสาทตาแบบอัตโนมัติ โดยไม่ต้องหยอดยาขยายม่านตา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสนทนากลุ่ม และแบบบันทึกข้อมูลการตรวจคัดกรองจอประสาทตา ผ่านการตรวจสอบความตรงโดยเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ประกอบด้วยกิจกรรม 4 ขั้นตอนหลัก โดยใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis & McTaggart (1988) คือ

1) การวางแผน (Planning) โดยการจัดประชุมบุคลากรผู้มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ในเดือนมกราคม 2561 ร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา และพัฒนาจัดทำรูปแบบการคัดกรองภาวะเบาหวาน

เข้าจอประสาทตา ใช้แนวคิด การดูแลโรคเรื้อรัง Chronic care model(Wagner,1999) ซึ่ง มี 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านระบบบริการ, ด้านการสนับสนุนการจัดการตนเอง, ด้านการสนับสนุนการตัดสินใจ ,ด้านการปรับและเชื่อมโยงระบบบริการ , ด้านระบบสารสนเทศทางคลินิกและด้านการสนับสนุนทรัพยากรในชุมชน ผู้ร่วมพัฒนาประกอบด้วย พยาบาลเวชปฏิบัติซึ่งปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลโกสุมพิสัยและในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 20 แห่ง จำนวน 24 คน

2) การปฏิบัติตามแผน(Action) ดำเนินการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ให้บริการตรวจคัดกรองภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 20 แห่งและศูนย์สุขภาพชุมชน 1 แห่ง ช่วงเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนธันวาคม 2561 โดยลักษณะการจัดบริการแบบรถเคลื่อนที่ นำอุปกรณ์และเครื่องมือถ่ายภาพจอประสาทตา แบบอัตโนมัติ(Fundus camera) จากโรงพยาบาลโกสุมพิสัย พร้อมกับพยาบาลผู้ผ่านการฝึกอบรมการถ่ายภาพและแปลผลภาพถ่ายจอประสาทตาเป็นผู้ให้บริการตรวจตามแนวทางปฏิบัติในการตรวจคัดกรองและส่งต่อรายผิดปกติเข้ารับการรักษา

3) การสังเกตการณ์(Observation) เก็บข้อมูลสังเกตและบันทึกผลจากแบบบันทึกข้อมูลการตรวจคัดกรองจอประสาทตาลงในทะเบียนการตรวจคัดกรองและบันทึกผลในแฟ้มเวชระเบียนคอมพิวเตอร์ระบบHos.xp ปัญหาและอุปสรรคจากการดำเนินงานการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น

4) สะท้อนกลับ(Reflection)โดยการประเมินผลการดำเนินงานและสะท้อนกลับ ทุก 1 เดือน และนำผลการเปลี่ยนแปลงไปปรับแผนการปฏิบัติงาน(Replanning)เช่น การนัดกลุ่มเป้าหมายมา

รับการคัดกรองซ้ำในรายที่ไม่มาตรวจตามนัดในครั้งแรก,การทบทวนผลงานและความสมบูรณ์การบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนคอมพิวเตอร์,การติดตามผู้ป่วยที่ส่งต่อไปรับการรักษาที่จักษุแพทย์ที่โรงพยาบาลมหาสารคาม

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

มีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างทุกขั้นตอน โดยการชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษา โครงการวิจัย และขอคำยินยอมจากผู้เข้ารับการวิจัย สามารถปฏิเสธการเข้าร่วมได้ตลอดเวลา ข้อมูลระดับบุคคลจะเก็บไว้เป็นความลับ และใช้ในการวิจัยเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ด้วยสถิติเชิงบรรยาย ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการประชุม สนทนากลุ่ม และการสังเกตแบบมีส่วนร่วมใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ ปัญหา ความต้องการการคัดกรองภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตา

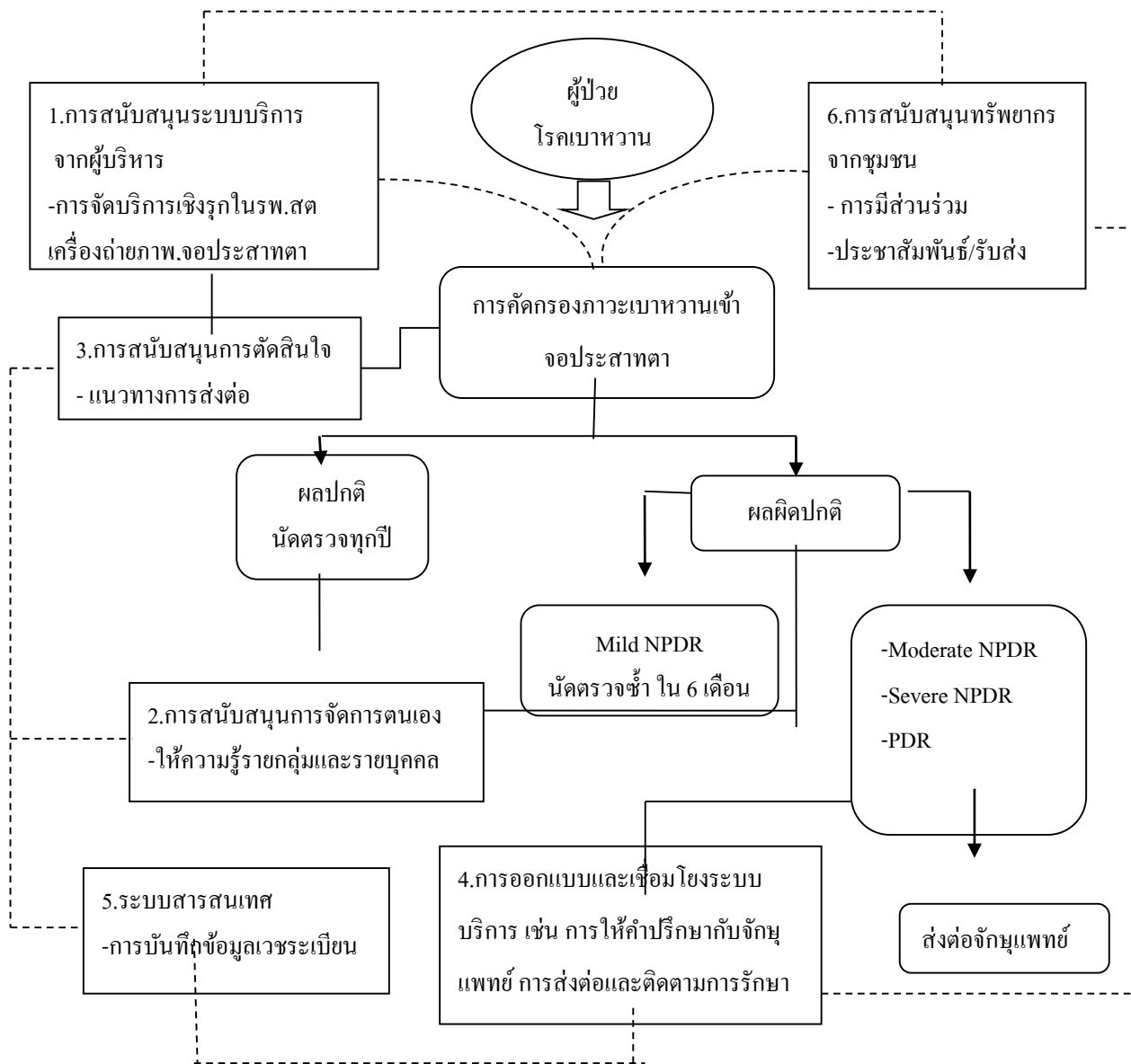
- ด้านระบบบริการแบบ เดิมตั้งรับที่โรงพยาบาลพบปัญหา ผู้ป่วยไม่มาเพราะเดินทางไม่สะดวก ไม่มีญาติพามา

- ด้านการสนับสนุนการจัดการตนเอง พบ ปัญหา ผู้ป่วยเบาหวานยังขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง เช่น เข้าใจว่าถ้าตาบอดมองเห็นชัดไม่จำเป็นต้องตรวจจอประสาทตา

- ด้านการสนับสนุนการตัดสินใจพบปัญหาไม่มีแนวทางปฏิบัติชัดเจน

- ด้านการปรับและเชื่อมโยงระบบบริการ พบปัญหาว่า ระบบการให้คำปรึกษาขาดการเชื่อมโยงในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ
- ด้านระบบสารสนเทศทางคลินิก พบปัญหา ระบบการบันทึกข้อมูลการตรวจจอบประสาทตาใน

- โปรแกรมบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยไม่สมบูรณ์ไม่ครอบคลุม ขาดการประเมินติดตาม
- ด้านการสนับสนุนทรัพยากรโดยชุมชนพบว่าชุมชนมีส่วนร่วมน้อยในการประชาสัมพันธ์กลุ่มเป้าหมายมารับการตรวจจอบประสาทตา



ภาพที่ 1 รูปแบบการคัดกรองภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตา อำเภอกอสุ่มพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

2. รูปแบบการคัดกรองภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตา รูปแบบการคัดกรองภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตาซึ่งพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบดังนี้

1) การจัดระบบบริการสุขภาพ ปรับบริการแบบเชิงรุกแบบเคลื่อนที่ที่รณรงค์ตรวจคัดกรองในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 20 แห่ง และศูนย์สุขภาพชุมชน 1 แห่ง จัดทำแผนรายเดือน พยาบาลเวชปฏิบัติผู้ผ่านการอบรมการถ่ายภาพจอประสาทตา และอ่านผลจากโรงพยาบาลโกสุมพิสัย นำเครื่องถ่ายภาพจอประสาทตาให้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้เคียง

2) การสนับสนุนการจัดการตนเอง จัดกิจกรรมให้ความรู้รายกลุ่มและรายบุคคลในเรื่อง การป้องกันภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตาและแนวทางการรักษาในรายที่ผิดปกติ เพื่อป้องกันภาวะตาบอด

3) การสนับสนุนการตัดสินใจ ทีมจัดทำแนวทางปฏิบัติเพื่อใช้ในการตรวจคัดกรองและส่งต่อรายผิดปกติเข้ารับการรักษ

4) การปรับและเชื่อมโยงระบบบริการ การจัดระบบให้คำปรึกษาทางไลน์กลุ่มกับจักษุแพทย์ , พยาบาลเวชปฏิบัติทางตาและส่งต่อข้อมูลดูแลต่อเนื่องเพื่อติดตามดูแลผู้ป่วยหลังส่งต่อรักษา

5) ระบบสารสนเทศทางคลินิก สอนและแนะนำการบันทึกข้อมูลในโปรแกรมบันทึกเวชระเบียนให้กับพยาบาลวิชาชีพและประเมินผลติดตามผลเป็นระยะเมื่อพบปัญหาให้รับแก้ไข

6) การสนับสนุนทรัพยากรโดยชุมชน ปรับเปลี่ยนระบบประชาสัมพันธ์ โดยอาสาสมัครสาธารณสุขแจกจดหมายเชิญรายผู้ป่วยเบาหวานและผู้นำชุมชนประกาศผ่านเสียงตามสายในหมู่บ้าน

องค์กรบริหารส่วนตำบลสนับสนุนยานพาหนะรับส่งผู้ป่วยมารับการตรวจและส่งต่อรายผิดปกติไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาล

3. ผลใช้รูปแบบการคัดกรองภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตา ผลการใช้รูปแบบการคัดกรองภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตาเดือนมกราคม-ธันวาคม 2561พบว่าผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองจอประสาทตา ร้อยละ 68.19 (5,184 คน) พบภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตา ร้อยละ 7.97(413 คน) โดยพบว่ากลุ่มที่พบมากที่สุด เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตาระดับ Moderate จำนวน 212 คน (ร้อยละ 4.09) และได้ส่งต่อรายที่ผิดปกติตั้งแต่ระดับ Moderate Non-Proliferative Diabetic Retinopathy ถึง ระดับ Proliferative Diabetic Retinopathy เข้ารับการตรวจรักษาโดยจักษุแพทย์ที่โรงพยาบาลมหาสารคาม

ตารางที่ 1 ผลการตรวจภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตา

ระดับความรุนแรง	จำนวน (คน)	ร้อยละ (คน)
No DR	4,771	92.03
Mild NPDR	100	1.93
Moderate NPDR	212	4.09
Severe NPDR	46	0.89
PDR	55	1.06
ผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด	7,602	100
ผู้ป่วยเบาหวานรับการคัดกรอง	5,184	68.19
รวมมีภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตา	413	7.97

อภิปรายผลการวิจัย

จากการพัฒนารูปแบบการคัดกรองภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตาในอำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการและแนวทางการดูแลโรคเรื้อรัง ทำให้ได้แนวทางที่เป็นรูปแบบชัดเจน มีการประสานความร่วมมือที่ดีของทีมพยาบาลผู้ให้บริการในโรงพยาบาลโกสุมพิสัยและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 20 แห่ง ในเครือข่าย ,อาสาสมัครสาธารณสุข,ผู้นำชุมชน รวมถึงผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัว มีการพัฒนาระบบต่างๆที่สำคัญ 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ระบบบริการสุขภาพแบบเชิงรุกในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล,การสนับสนุนการจัดการตนเอง,การสนับสนุนการตัดสินใจ โดยใช้แนวทางปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น,การเชื่อมโยงระบบการให้คำปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญ,การพัฒนาระบบการบันทึกความสมบูรณ์ของเวชระเบียน และการสนับสนุนทรัพยากรโดยชุมชนมีส่วนร่วมในการประชาสัมพันธ์และสนับสนุนยานพาหนะรับส่งผู้ป่วย

ผลการใช้รูปแบบการคัดกรองที่พัฒนา ขึ้นต่อความครอบคลุมในการคัดกรองภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตา ในการศึกษาครั้งนี้ เกิดผลลัพธ์ที่ดี อัตราความครอบคลุมการคัดกรองในกลุ่มเป้าหมายสูงขึ้น จากร้อยละ 35.79 ในปี 2560 เป็นร้อยละ 68.90 (5,184 คน) ในปี 2561 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าการศึกษาของ วรณวลี คชสวัสดิ์ (2558) ซึ่งทำการคัดกรองในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลศิริราชสามารถดำเนินการได้ ร้อยละ 42.27 ซึ่งรูปแบบการคัดกรองภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตาที่พัฒนาขึ้นทำให้ความครอบคลุมในการตรวจคัดกรองสูงขึ้น เมื่อได้ติดตามกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มารับการตรวจคัดกรองจอประสาทตาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า ส่วนใหญ่

มารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรังที่โรงพยาบาลโกสุมพิสัย เช่น คลินิกเบาหวาน,คลินิกชะลอไตเสื่อม คลินิกหอบหืด และบางส่วนผู้ป่วยไปรับบริการในโรงพยาบาลอื่นๆ เช่น โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น โรงพยาบาลมหาสารคาม ซึ่ง เป็นการพัฒนาในปีต่อไป ที่ควรเน้นการจัดบริการคัดกรองจอประสาทตาผู้ป่วยในโรงพยาบาลโกสุมพิสัยอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ครอบคลุมมากขึ้น

จากการศึกษาครั้งนี้ผลการดำเนินการคัดกรองจอประสาทตา โดยพยาบาลเวชปฏิบัติ ผู้ผ่านการฝึกอบรมการถ่ายภาพและแปลผลภาพ ถ่ายจอประสาทตา ไม่ได้ใช้ขยายม่านตา ใช้เครื่องถ่ายภาพจอประสาทตา ชนิดอัตโนมัติแบบภาพเดียว ในผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 5,184 คนพบว่าผู้ป่วยมีภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตา ร้อยละ 7.97 (413 คน) ซึ่งใกล้เคียงการศึกษาของ ณัฐพงษ์ เมฆาสิงห์ (2559) ซึ่งใช้การตรวจคัดกรองจอประสาทตาจากจักษุแพทย์โดยหยอดยาขยายม่านตาและใช้เครื่อง Indirect ophthalmoscope ในผู้ป่วยเบาหวาน 650 คน พบมีภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตา ร้อยละ 7.4 (48คน) และ ต่ำกว่า การศึกษาของวิจิต ปรวรางกูร (2559) การตรวจคัดกรองจอประสาทตาจากจักษุแพทย์ใช้เครื่องมือ Slit Lamp ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 283 ราย พบภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตาร้อยละ 27.2

จากการวิจัย พบว่าผู้ป่วย 10 รายที่มีภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตาได้รับการวินิจฉัยในปี 2560 ส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาสารคาม ขาดนัดรักษาต่อเนื่อง การตรวจคัดกรองจอประสาทตา จึงเป็นการติดตามผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรักษาที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำรูปแบบการคัดกรองภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตาไปใช้ในการดำเนินงานในพื้นที่อื่นๆ

2. ควรเน้นให้ผู้ป่วยเบาหวานเห็นความสำคัญของการตรวจคัดกรองภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตา อย่างน้อย ปี ละ 1 ครั้ง และกรณีผิดปกติ เข้ารับการรักษอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันภาวะตาบอด

3. การคัดกรองภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตา ควรดำเนินการอย่างต่อเนื่องทั้งในการจัดบริการแบบเชิงรุกในพื้นที่หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและในการจัดบริการแบบตั้งรับในโรงพยาบาล เพื่อสามารถคัดกรองได้ครอบคลุมมากขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มารับยาในคลินิกโรคเรื้อรังที่โรงพยาบาลและติดตามนัดผู้ป่วยรายที่ผิดปกติมาตรวจซ้ำ

4. การศึกษาครั้งต่อไป ควรเพิ่มการให้สนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในด้าน

ความรู้และพฤติกรรม ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตาและระดับน้ำตาลในเลือดสูง โดยการเปรียบเทียบวัดความรู้และพฤติกรรมก่อนและหลัง รวมถึงติดตามระดับความรุนแรงของภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตา

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ สำเร็จลุล่วงด้วยดีด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลโกสุมพิสัย หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัวและบริการด้านปฐมภูมิ สาธารณสุขอำเภอเจ้าหน้าที่และพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอโกสุมพิสัย อาสาสมัครสาธารณสุขและผู้นำชุมชน ตลอดจนผู้ป่วยเบาหวานและญาติที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- วิชัย เอกพลกร.รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ.2557.นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข;2557.
- วรภัทร จันทรสลิต.(2559).ภาวะแทรกซ้อนทางตา จากโรคเบาหวาน*Journal of Medicine and Health Sciences*,23(2),36-45.
- สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์.(2555).การบริหารจัดการเชิงระบบเพื่อการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานเข้าจอประสาทตาระดับจังหวัด.กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย
- Isipradit S,Sirimaharaj M,Charukamnoetkanok P,et al.The first rapid assessment of Avoidabl blindness(RAAB) in Thailand.PloS One 2014;9:e114245.
- วิจิต ปวางกูร.(2560).ความชุกและปัจจัยเสี่ยง ของภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาใน ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลนันทยา กรุงเทพมหานคร. *เชียวรายเวชสาร*,9(2),73-82.
- ณัฐพงษ์ เมฆาสีหริภักษ์ และคณะ.2559.ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของภาวะเบาหวานขึ้นจอตาจากเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 6 แห่งในเครือข่าย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร.*Naresuan University Journal : Science and Technology* ,23(3),35-45
- วรรณวลี คชสวัสดิ์.2558.พัฒนาระบบบริการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตาในผู้ เป็นเบาหวาน. *นวัตกรรมดีเด่น โครงการติดตามประจำปี 2558 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.*

เด็กหญิงเอกกับเด็กหญิงบี (นามสมมติ) : กรณีศึกษา

Girl A and Girl B (Alias) : case study

นุสรา สว่างศรี , นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ

nutsara sawangsri , Professional social worker

โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า สมุทรสงคราม

Somdej Phra Phutthalertla Hospital , Samut Songkhram

บทคัดย่อ

กรณีศึกษาครั้งนี้ เพื่อนำเสนอแนวทางกระบวนการและขั้นตอนรายละเอียดในการให้ความช่วยเหลือเด็กที่ประสบปัญหาความรุนแรงทางเพศ และเพื่อนำเสนอแนวทางการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการให้ความช่วยเหลือ จากกรณีศึกษา 2 ราย ตามแนวทางกระบวนการและขั้นตอนรายละเอียดในการให้ความช่วยเหลือเด็กที่ประสบปัญหาความรุนแรงทางเพศ ประกอบด้วย การรับแจ้งเบื้องต้น (Intake Process) การแสวงหาข้อเท็จจริง (Fact finding) การประเมินสถานะของผู้รับบริการ (Assessment) การกำหนดเป้าหมายและแผนบริการ (Care Plan / Planning) การดำเนินการ (Implementation) การติดตามผลการดำเนินงาน (Output) การส่งต่อ (Referral System) และ การทำงานสหวิชาชีพ (Multidisciplinary Team-MDT) ผลการดำเนินงานพบว่า จากการดำเนินงานที่นักสังคมสงเคราะห์ได้ทำนั้น เป็นไปตามแผนที่วางไว้ ประกอบกับเครือข่ายทางสังคมที่ได้ประสานงานให้ความร่วมมือ ทำให้การดำเนินงานราบรื่น และบรรลุตามแผนที่วางไว้ทุกประการ

ABSTRACT

This case study provides detailed approaches, processes and procedures for helping children who suffer from sexual violence. And to propose a guideline for collaboration among the relevant network partners in providing assistance. From 2 case studies according to the guidelines, processes and procedures, details of assisting children experiencing sexual violence consisted of Intake Process , Fact finding , Assessment , Care Plan / Planning , Implementation , Output , Referral System and Multidisciplinary Team-MDT. The operating results showed that from the operations that social workers have done according to plan along with social networks that coordinate to cooperate make the operation smooth and achieve as planned in all respects.

บทนำ

งานให้ความช่วยเหลือเด็กและสตรีในภาวะวิกฤติจากความรุนแรงแบบองค์รวม หรืองานศูนย์พึ่งได้ หรือ ศูนย์OSCC (One Stop Crisis Center) ก็เป็นภารกิจหลักอีกงานหนึ่งของนักสังคมสงเคราะห์ มี

หน้าที่ช่วยเหลือเด็กและผู้หญิงที่ประสบปัญหาความรุนแรงในครอบครัวทั้งทางกาย เพศ และจิตใจ เพื่อให้ได้รับการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิต จากแพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และทีมสหวิชาชีพ

รวมถึงการส่งต่อไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้
ความช่วยเหลือต่อไปตามความเหมาะสม

วัตถุประสงค์

เพื่อนำเสนอแนวทางการกระบวนการและขั้นตอน
รายละเอียดในการให้ความช่วยเหลือเด็กที่ประสบ
ปัญหาความรุนแรงทางเพศ และเพื่อนำเสนอแนว
ทางการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานภาคีเครือข่าย
ที่เกี่ยวข้องในการให้ความช่วยเหลือ

ผลการศึกษา

แนวทางการกระบวนการและขั้นตอนรายละเอียด
ในการให้ความช่วยเหลือเด็กที่ประสบปัญหาความ
รุนแรงทางเพศ และเพื่อนำเสนอแนวทางการทำงาน
ร่วมกันระหว่างหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง
ในการให้ความช่วยเหลือ

1. การรับแจ้งเบื้องต้น (Intake Process)

เมื่อวันที่ 29 มีนาคม 2561 เวลา 9.00 น. นักสังคม
สงเคราะห์ของศูนย์พิ้งได้ (ศูนย์OSCC) โรงพยาบาล
สมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จ.สมุทรสงคราม ได้รับการ
ประสานงานจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลบ้านเขตนเมือง ตำบลลาดใหญ่ อำเภอมือง
จังหวัดสมุทรสงคราม ว่ามีเด็กหญิง 2 คนมารับบริการ
ที่หน่วยงาน ด้วยอาการแสบที่อวัยวะเพศเวลาที่
ปัสสาวะและมีตกขาวเล็กน้อย ซึ่งเป็นอาการที่ไม่น่าจะ
เกิดในเด็กเล็ก ถือเป็นอาการเจ็บป่วยที่ผิดปกติ นัก
สังคมสงเคราะห์พร้อมด้วยเจ้าหน้าที่จาก บ้านพักเด็ก
และครอบครัวจังหวัดสมุทรสงครามและจากสำนักงาน
พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด
สมุทรสงคราม จึงเดินทางไปพบเด็กที่โรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขตนเมือง ตำบลลาดใหญ่
อำเภอมือง จังหวัดสมุทรสงคราม

2. การแสวงหาข้อเท็จจริง(Fact finding)

ใช้กระบวนการหลักในการปฏิบัติงานของนัก
สังคมสงเคราะห์ ในการหาข้อมูลทั่วไปของผู้ใช้บริการ
และข้อมูลทางสังคมเพื่อจัดการกับปัญหาทางสังคม
อารมณ์ จิตใจ ได้แก่ การใช้ทักษะการสัมภาษณ์ และ
การรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

ผู้ป่วย เด็กหญิงเอ(นามสมมุติ) อายุ 9 ปี และ
เด็กหญิงบี(นามสมมุติ) อายุ 8 ปี กำลังศึกษาอยู่ชั้น
ประถมศึกษาปีที่ 3 และ 2 ตามลำดับ เชื้อชาติไทย
สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ ภูมิลำเนา หมู่ 1 ตำบล
นาโคก อำเภอมือง จังหวัดสมุทรสงคราม ที่มาของข้อมูล
จากการสัมภาษณ์ ผู้ป่วยทั้ง 2 คน มารดาผู้ ป่วย
เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขตน
เมือง

ลักษณะที่พบ เด็กหญิงเอ มีรูปร่างสมส่วน ผิว
ดำแดง พัฒนาการเป็นไปตามวัย แต่ซึม ไม่ค่อยร่าเริง
เด็กหญิงบี มีรูปร่างสมส่วน ค่อนข้างผอม ผิวดำแดง
 พัฒนาการเป็นไปตามวัย เจ็บไม่ค่อยพูด

ประวัติส่วนตัว : เด็กหญิงเอและเด็กหญิงบี
เป็นพี่น้องกัน โดยที่เด็กหญิงเอเป็นพี่คนโต และ
เด็กหญิงบีเป็นน้องคนเล็ก บิดา-มารดาประกอบอาชีพ
รับจ้างเดินสายไฟและพักอาศัยอยู่ที่ห้องพักคนงานใน
โรงงานแห่งหนึ่งตั้งอยู่ที่หมู่ 1 ตำบลนาโคก อำเภอมือง
จังหวัดสมุทรสงคราม มีห้องพักจำนวน 9 ห้อง
แบ่งเป็นห้องตากับยายของเด็ก 1 ห้อง, ห้องของนาย
ประสพ ทองดวง(ผู้ก่อเหตุ) 1 ห้อง, ห้องน้องชายของ
มารดาเด็ก 1 ห้อง, และห้องบิดามารดาของเด็ก 1 ห้อง
ทุกคนทำงานอยู่ที่โรงงานแห่งนี้ ยกเว้นบิดา-มารดา
ของเด็ก ทำงานรับจ้างเดินสายไฟทั่วไป จึงไม่ค่อยมี
เวลาอยู่บ้าน ระหว่างที่ไม่อยู่บ้านก็ให้เด็กทั้ง 2 คน อยู่
กับตายาย

ด้านการศึกษา : เด็กหญิงเอ กำลังศึกษาอยู่
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 ส่วนเด็กหญิงบีศึกษาอยู่ชั้น
ประถมศึกษาปีที่ 2 โดยที่ทั้งสองคนจะไม่ได้ไปเที่ยว

เล่นภายนอกบริเวณโรงงานเลย จะออกไปก็เฉพาะเวลาไปซื้อของที่ร้านขายของชำในบริเวณใกล้เคียงเท่านั้น และทั้งสองคนสามารถช่วยเหลือตัวเองในกิจวัตรประจำวันส่วนตัวได้ทุกอย่าง และช่วยรับผิดชอบงานบ้านได้ โดยที่เด็กหญิงเอมีหน้าที่หุงข้าว และเด็กหญิงปีลาจัน และตายายจะซื้อข้าวสำเร็จกลับมาตอนเลิกงาน

ความสัมพันธ์ในครอบครัว : ความสัมพันธ์ระหว่างเด็กหญิงทั้งสองคนกับบิดา-มารดาพบว่า เด็กทั้งสองคนมีความสนิทสนมกับมารดามากกว่าบิดา แต่ส่วนมากจะอยู่กับตายายมากกว่า เพราะบิดามารดาจะไปประกอบอาชีพที่ต่างจังหวัดเป็นส่วนใหญ่ จึงไม่ค่อยมีเวลาอยู่บ้าน ระหว่างที่ไม่อยู่บ้านก็ให้เด็กทั้ง 2 คนอยู่กับตายายและนายประสบ ทองดวง เพราะเป็นบุคคลที่บิดามารดาไว้วางใจและไม่คาดคิดว่าจะเกิดเหตุการณ์แบบนี้ขึ้น

ความสัมพันธ์ระหว่างพี่น้อง : มีความผูกพันและมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน เพราะวัยใกล้เคียงกัน และมีกันอยู่สองคนพี่น้อง

ฐานะทางเศรษฐกิจ : ตา/ยาย มีรายได้วันละ 250 บาท/วัน บิดา/มารดา มีรายได้เฉลี่ย 6,000 บาท – 8,000 บาท/เดือน

ประวัติทางการแพทย์ : ไม่พบว่าบิดามารดาเจ็บป่วยหรือมีโรคประจำตัว/โรคเรื้อรังแต่อย่างใด

นักสังคมสงเคราะห์ได้ไปพบเด็กหญิงทั้งสองคน และเริ่มต้นใช้ทักษะการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความเป็นกันเองและความไว้วางใจ โดยการแยกคุยกับเด็กทีละคนตามลำพัง เพื่อไม่ให้เกิดความประหม่าและกดดัน ทำให้ผู้ป่วยกล้าที่จะให้ข้อมูล และใช้ทักษะการสัมภาษณ์/ทักษะการถามโดยใช้แบบบันทึกผู้รับบริการสังคมสงเคราะห์ (สค.1) ในการสัมภาษณ์ประวัติครอบครัว รวมถึงประวัติในด้านต่างๆ

เมื่อนักสังคมสงเคราะห์สอบถามเด็กหญิงเอได้เล่าว่า ตนเองถูกนายประสบฯ ล่วงละเมิดทางเพศโดยนายประสบฯ ใช้อวัยวะเพศสอดใส่เข้าในระหว่างขาของตนเอง และทำมานานประมาณ 1-2 ปี แต่ไม่กล้าบอกบิดา-มารดา เนื่องจากกลัวถูกตี และนายประสบฯ ได้ขู่ไว้ห้ามบอกใคร เด็กหญิงเอยังเล่าอีกว่าเด็กหญิงปีก็ถูกกระทำเช่นเดียวกับตนเอง เมื่อนักสังคมสงเคราะห์สอบถามข้อมูลจากเด็กหญิงปี เด็กหญิงปีไม่ยอมเล่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น บอกเพียงว่าเคยถูกนายประสบฯ ใช้อวัยวะเพศสอดใส่ทางช่องคลอดของตนเองหลายครั้งเท่านั้น

ในขณะที่สัมภาษณ์ประวัติเด็กหญิงทั้งสองนั้น นักสังคมสงเคราะห์ใช้ทักษะการฟัง เพื่อเก็บรายละเอียดที่ได้ฟังโดยตั้งใจ มีการจับประเด็น และซักถามในจุดที่สงสัย อย่างเช่นพฤติกรรมที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ จึงต้องมีการซักถามกลับ นอกจากนี้ยังต้องใช้ทักษะการบันทึก และทักษะการสังเกต เพื่อสังเกตพฤติกรรม สังเกตน้ำเสียง สีหน้า ในขณะที่สัมภาษณ์ด้วย ซึ่งนักสังคมสงเคราะห์พบว่าขณะเล่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เด็กหญิงเอมีท่าที่ปกติ ไม่ซึมเศร้า พูดคุยได้เป็นปกติ ส่วนเด็กหญิงปี มีท่าที่ซึม จะมีน้ำตาคลอทุกครั้งที่ถูกถึงพฤติกรรมที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ ไม่ค่อยตอบคำถาม ก้มหน้า และนั่งเงียบ นักสังคมสงเคราะห์ใช้ทักษะการสะท้อนความรู้สึกเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ นักสังคมสงเคราะห์ได้รับรู้ถึงปัญหา และความรู้สึกของผู้ป่วย และนักสังคมสงเคราะห์ใช้ทักษะการสรุปความ เพื่อเป็นการแสดงความเข้าใจร่วมกันกับเด็กหญิงทั้งสอง และแนวทางการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นต่อไป

นักสังคมสงเคราะห์ใช้ทักษะการติดต่อประสานงาน โดยเริ่มต้นจากการประสานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขตเมือง การประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการให้ความช่วยเหลือ ได้แก่ บ้านพักเด็กและครอบครัวจังหวัดสมุทรสงคราม

พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสมุทรสงคราม โดยหน่วยงานดังกล่าวได้จัดส่งเจ้าหน้าที่ร่วมลงพื้นที่เพื่อร่วมแสวงหาข้อเท็จจริงที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขตเมือง ตำบลลาดใหญ่ อำเภอมือง จังหวัดสมุทรสงคราม และเมื่อได้ทราบข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้น รวมทั้งร่องรอยที่ตรวจพบเบื้องต้น จึงได้พาผู้ป่วยและมารดาเด็กไปแจ้งความร้องทุกข์ที่สถานีตำรวจภูธรบางโทรัด ต.นาโคก อ.เมือง จ.สมุทรสาคร เมื่อพนักงานสอบสวนได้ทราบเรื่องและรับแจ้งความลงบันทึกประจำวันแล้ว จึงได้ประสานหน่วยสืบสวนลงพื้นที่เพื่อจับกุมตัวผู้ก่อเหตุมาดำเนินคดีต่อไป

3. การประเมินสถานะของผู้รับบริการ (Assessment) เมื่อได้ข้อมูลต่างๆของผู้รับบริการ นักสังคมสงเคราะห์ต้องนำข้อมูลมาวิเคราะห์ วินิจฉัย และประเมินสภาพความเป็นจริง โดยใช้หลักปัจเจกบุคคล เพื่อที่จะเข้าใจและยอมรับความแตกต่างของแต่ละบุคคลว่ามีความแตกต่างกัน และใช้แนวคิดความเชื่อมั่นในคุณค่า ศักดิ์ศรี และบุรณภาพของมนุษย์ และใช้เทคนิคการสัมภาษณ์ การสังเกต และการสะท้อนความรู้สึก โดยแบ่งการประเมินออกเป็น 4 ด้านคือ

3.1 การประเมินสถานะ กายจิตสังคม (Bio Psycho Social Assessment)

1) ประเมินสถานะทางกาย

เด็กหญิงเอ ไม่พบร่องรอยของการถูกกระทำซ้ำเรา ไม่พบความผิดปกติของอวัยวะเพศ และไม่สามารถใส่เครื่องมือในการตรวจภายในได้ พบเพียงรอยแดงที่ข้างอวัยวะเพศ ซึ่งแพทย์แจ้งว่าอาจเกิดจากการเกาของเด็ก หรือการปัสสาวะแล้วไม่ทำความสะอาด อาจทำให้เกิดอาการคันและเด็กใช้เล็บเกาจนถลอก แพทย์จึงส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการได้เพียงเลือดและ

สารคัดหลั่งจากช่องคลอด และให้การรักษาพยาบาลตามอาการคันและมีภาวะตกขาวของผู้ป่วยเท่านั้น

เด็กหญิงบี ไม่พบร่องรอยของการถูกกระทำซ้ำเรา ไม่พบความผิดปกติของอวัยวะเพศ และไม่สามารถใส่เครื่องมือในการตรวจภายในได้ โดยแพทย์ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการได้เพียงเลือดและสารคัดหลั่งจากช่องคลอดเท่านั้น

2) ประเมินสถานะจิต

เด็กหญิงเอ มีอาการปกติ ร่าเริง และพูดคุยได้เป็นปกติ แต่เหตุการณ์ที่ผู้ป่วยเป็นเด็กเล็กและถูกล่วงละเมิดทางเพศมาเป็นระยะเวลานาน พฤติกรรมที่แสดงออกอาจเป็นกลไกในการป้องกันตัวเอง จึงมีการแสดงออกในสิ่งที่ตรงข้ามกับความรู้สึกที่แท้จริง หรืออาจเกิดความพึงพอใจที่มีคนสนใจ

เด็กหญิงบี มีอาการค่อนข้างซึม ไม่ค่อยพูดคุย เจ็บแค้น และเมื่อถามถึงเหตุการณ์ที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ เด็กจะก้มหน้า มีน้ำตาคลอ และไม่ยอมพูด

ความเห็นของทีมสหวิชาชีพ ควรส่งตรวจประเมินสภาพจิต เพื่อแก้ไข บำบัด พื้นฟู และ เยียวยา ด้านสภาพจิตใจของเด็กหญิงทั้งสองคน

3) ประเมินสถานะทางเศรษฐกิจ/สังคม ผู้ป่วยทั้ง 2 คนอยู่ในความอุปการะของบิดา-มารดา แต่ส่วนใหญ่มักจะอยู่กับตายาย เนื่องจากบิดามารดาต้องเดินทางไปประกอบอาชีพที่ต่างจังหวัดเป็นส่วนใหญ่แต่ค่าใช้จ่ายของเด็กทั้งสองคน บิดา-มารดาเป็นผู้รับผิดชอบ โดยจะส่งเงินมาให้ตายายเป็นผู้ดูแล

3.2 การประเมินสถานะครอบครัว (Family Assessment) เด็กหญิงเอและเด็กหญิงบี อาศัยอยู่กับบิดามารดา พักอาศัยอยู่ที่ห้องพักคนงานในโรงงานแห่งหนึ่งที่หมู่ 1 ตำบลนาโคก อำเภอมือง จังหวัดสมุทรสาคร มีพี่น้อง 2 คนโดยเด็กหญิงเอเป็นพี่และเด็กหญิงเป็นน้อง บิดามารดาเดียวกัน ทำงานรับจ้างเดินสายไฟฟ้าไป จึงไม่ค่อยอยู่บ้าน ระหว่างที่ไม่อยู่

บ้านก็ให้เด็กทั้ง 2 คน อยู่กับตายาย เด็กทั้งสองคนจะสนิทสนมกับมารดา มากกว่าบิดา เนื่องจากเป็นเด็กผู้หญิง ส่วนบิดาเวลาเดินทางกลับบ้าน ก็จะไปกินเหล้ากับนายนายประสบ ทองดวง(ผู้ก่อเหตุ)เป็นส่วนใหญ่ **ฐานะทางเศรษฐกิจ** ตา / ยายมีรายได้วันละ 250 บาท/วัน ส่วนบิดา/มารดา มีรายได้เฉลี่ย 6,000–8,000 บาท/เดือน โดยบิดามารดาเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายของเด็กทั้งสองคน ถ้าในช่วงระยะเวลาที่ไปทำงานต่างจังหวัด ก็จะส่งเงินมาให้กับตายายในการดูแลเลี้ยงดูเด็กทั้งสองคน

3.3 การประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment) เนื่องจากบิดามารดาต้องไปประกอบอาชีพที่ต่างจังหวัดเป็นส่วนใหญ่ จึงไม่ค่อยมีเวลาดูแลผู้ป่วยทั้งสองคน เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเกิดเพราะการปล่อยปละละเลยและความไว้วางใจ เพราะผู้ก่อเหตุเป็นญาติกับตาผู้ป่วย จึงไม่คิดว่าเหตุการณ์ดังกล่าวจะเกิดขึ้นกับเด็กทั้งสองคน

3.4 การประเมินความต้องการและความจำเป็น (Need Assessment) ในการประเมินสภาวะผู้ป่วย โดยใช้ แบบบัญชีปัญหาสังคม (Social problem list) พบว่าปัญหาคือ

1) ปัญหาทางสภาพจิตใจ ทีมสหวิชาชีพ เห็นว่าควรส่งเด็กหญิงทั้ง 2 คน เข้ารับการตรวจประเมินสภาพจิตใจ เพื่อตรวจประเมินสภาวะจิตใจ รวมถึงมารดาด้วย เนื่องจากมีภาวะเครียดและวิตกกังวลมาก มีการโทษตัวเองอยู่ตลอดเวลา

2) ปัญหาในการดำเนินคดีตามกฎหมาย ทีมสหวิชาชีพ เห็นว่า ควรอำนวยความสะดวกให้ผู้รับบริการในการไปดำเนินการแจ้งความร้องทุกข์ที่สถานีตำรวจภูธรบางโพธิ์ จังหวัดสมุทรสาคร และประสานส่งต่อเรื่องสิทธิต่างๆ ตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

3) ปัญหาด้านการดูแลจากผู้ปกครอง ทีมสหวิชาชีพ เห็นว่าบิดา/มารดาควรฝึกให้เด็กได้รู้จักทักษะ

การป้องกันตัวเอง ทักษะการปฏิเสธในสิ่งที่ไม่ถูกต้อง และต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพัฒนาการตามวัยของเด็ก เพื่อการเลี้ยงดูให้เหมาะสม

4) ปัญหาด้านการรักษาพยาบาล ทีมสหวิชาชีพ เห็นว่า ควรส่งพบแพทย์เพื่อการตรวจรักษาและตรวจประเมินหาร่องรอยของการถูกล่วงละเมิดทางเพศ โดยที่สิทธิการรักษาพยาบาลของเด็ก ใช้สิทธิได้ที่โรงพยาบาลสมุทรสาคร แต่เนื่องจากเป็นกรณีเร่งด่วน และต้องรักษาความลับของผู้รับบริการ รวมถึงผู้รับบริการจะได้ไม่ต้องถูกระทำซ้ำจากการให้ข้อมูลที่เกิดขึ้นกับคนอื่นอีก จึงส่งเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสาคร เพื่ออำนวยความสะดวกให้กับผู้รับบริการ โดยที่ค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษาพยาบาล นักสังคมสงเคราะห์จะดำเนินการขออนุเคราะห์ฟรีให้ทั้งหมด

4. การกำหนดเป้าหมายและแผนบริการ (Care Plan / Planning) นักสังคมสงเคราะห์ได้ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และครอบครัวของผู้ป่วย กำหนดเป้าหมายเพื่อนำมาวางแผนในการปฏิบัติงานต่อไป เนื่องจากการวางแผนการให้ความช่วยเหลือนั้นต้องเป็นไปตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ในการกำหนดเป้าหมายร่วมกันโดยใช้ **เทคนิคการถามเชิงบวก** หลังจากได้มีการกำหนดเป้าหมายร่วมกันแล้ว นักสังคมสงเคราะห์จึงได้ทำการวางแผนการบริการให้กับผู้ป่วยดังนี้

1. ประสานตำรวจเจ้าของพื้นที่เพื่อแจ้งความและขอใบขึ้นสูตรในการเข้ารับการรักษาตรวจพิสูจน์หาร่องรอยของการถูกระทำซ้ำเราโดยแพทย์ที่โรงพยาบาลของรัฐ

2. ประสานส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาชั้นสูตรและรับการรักษาพยาบาลตามอาการ ที่โรงพยาบาล

สมเด็จพระพุทธเลิศหล้า (เข้าระบบบริการศูนย์พึ่งได้ : OSCC)

3. แจ้งข้อมูลเกี่ยวกับ ขั้นตอน กระบวนการ ดำเนินคดีตามกฎหมายและกระบวนการยุติธรรม

4. ประสานเพื่อส่งต่อเข้ารับการอุปการะเป็น การชั่วคราวที่บ้านพักเด็กและครอบครัวจังหวัด สมุทรสงครามในกรณีที่ผู้ป่วยและครอบครัวประสงค์ จะเข้ารับบริการ

5. ประสานส่งต่อเข้ารับการตรวจประเมินสภาพ จิตของเด็กทั้งสองคนที่ แผนกจิตเวช โรงพยาบาล สมเด็จพระพุทธเลิศหล้า

6. ประสานส่งต่อสำนักงานยุติธรรมจังหวัด สมุทรสงคราม เพื่อยื่นหลักฐานในการขอรับการตอบ แทนและค่าทดแทนและค่าใช้จ่ายตาม พรบ. ค่าตอบแทนผู้เสียหายและค่าทดแทนและค่าใช้จ่ายแก่ จำเลยในคดีอาญา พ.ศ. 2544 โดยสำนักงานช่วยเหลือ ทางการเงินแก่ผู้เสียหายและจำเลยในคดีอาญา กรม คຸ້ມຄອງສິດທິແລະສຶກຳ ກະທຽວຍຸຕິທຳ ເພື່ອເປັນ ການເຊື່ອມຕໍ່ແລະບຸກຄະການເດືອນຮ້ອນໃຫ້ກັບผู้ป่วย ແລະครอบครัว

7. ติดตามเพื่อดูแลการปรับตัวทางสังคมทั้งใน โรงเรียนและชุมชน

5. การดำเนินการ (Implementation) เมื่อ ได้ทำการกำหนดเป้าหมายและวางแผนร่วมกับผู้ป่วย และครอบครัวแล้วนั้น บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ เน้นไปที่การบริหารจัดการตามแผนที่กำหนดไว้ เพื่อให้ เกิดการจัดการบริการที่เป็นไปได้อย่างเหมาะสม ซึ่งนัก สังคมสงเคราะห์ได้ดำเนินการดังต่อไปนี้

1. ประสานตำรวจเจ้าของพื้นที่เพื่อแจ้งความ และขอใบขึ้นสูตรในการเข้ารับการตรวจพิสูจน์หา ร่องรอยของการถูกระทำชำเราโดยแพทย์ที่ โรงพยาบาลของรัฐ นักสังคมสงเคราะห์ทำหน้าที่ใน

บทบาทของผู้ประสานงาน โดยใช้ทักษะการสร้าง สัมพันธภาพ และทักษะการติดต่อประสานงาน ภายนอกหน่วยงาน

2. ประสานส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการตรวจชั้นสูตร และรับการรักษาพยาบาลตามอาการ ที่โรงพยาบาล สมเด็จพระพุทธเลิศหล้า (เข้าระบบบริการศูนย์พึ่งได้ : OSCC) นักสังคมสงเคราะห์ทำหน้าที่ในบทบาทของผู้ ประสานงาน โดยใช้ทักษะการติดต่อประสานงาน ภายในหน่วยงาน เพื่อการลดขั้นตอนการบริการ การ รักษาความลับของผู้ป่วย การอำนวยความสะดวกใน การเข้าถึงบริการของระบบบริการศูนย์พึ่งได้ : OSCC ของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า

3. นักสังคมสงเคราะห์ให้คำปรึกษา/แนะนำ เกี่ยวกับ ขั้นตอน กระบวนการดำเนินคดีตามกฎหมาย และกระบวนการยุติธรรม (นักสังคมสงเคราะห์เป็นนัก สังคมสงเคราะห์ตาม ป.วิอาญา จึงทราบขั้นตอนและ รายละเอียดเกี่ยวกับขั้นตอนทางกระบวนการยุติธรรม)

4. ประสานเพื่อส่งต่อเข้ารับการอุปการะเป็น การชั่วคราวที่บ้านพักเด็กและครอบครัวจังหวัด สมุทรสงครามในกรณีที่ผู้ป่วยและครอบครัวประสงค์ จะเข้ารับบริการ นักสังคมสงเคราะห์ทำหน้าที่ใน บทบาทของผู้ ประสานงาน **ทักษะการติดต่อ ประสานงาน**ภายนอกหน่วยงาน

5. ประสานส่งต่อเข้ารับการตรวจประเมินสภาพ จิตของเด็กทั้งสองคนที่ แผนกจิตเวช โรงพยาบาล สมเด็จพระพุทธเลิศหล้า นักสังคมสงเคราะห์ทำหน้าที่ ในบทบาทของผู้ประสานงาน โดยใช้**ทักษะการติดต่อ ประสานงาน**ภายในหน่วยงาน เพื่อการลดขั้นตอนการ บริการ การรักษาความลับของผู้ป่วย การอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงบริการของระบบบริการศูนย์พึ่งได้ : OSCC ของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า

6. ประสานส่งต่อสำนักงานยุติธรรมจังหวัด สมุทรสงคราม เพื่อยื่นหลักฐานในการขอรับการตอบ

แทนและค่าทดแทนและค่าใช้จ่ายตาม พรบ. ค่าตอบแทนผู้เสียหายและค่าทดแทนและค่าใช้จ่ายแก่จำเลยในคดีอาญา พ.ศ. 2544 โดยสำนักงานช่วยเหลือทางการเงินแก่ผู้เสียหายและจำเลยในคดีอาญา กรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ กระทรวงยุติธรรม เพื่อเป็นการเยียวยาและบรรเทาความเดือดร้อนให้กับผู้ป่วยและครอบครัว นักสังคมสงเคราะห์ทำหน้าที่ในบทบาทของผู้ประสานงาน โดยใช้ทักษะการสร้างสัมพันธภาพและทักษะการติดต่อประสานงานภายนอกหน่วยงาน

7. นักสังคมสงเคราะห์ได้ดำเนินการอนุเคราะห์ฟรีค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยทั้งสองคน เนื่องจากเป็นระบบบริการศูนย์พึ่งได้ : OSCC ของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ในการป้องกันและรักษาความลับของผู้รับบริการ ในประวัติจะไม่ระบุชื่อ-สกุล การเข้ารับบริการจึงไม่มีสิทธิรักษาพยาบาล จึงต้องพิจารณาอนุเคราะห์ฟรีค่ารักษาพยาบาลทั้งหมดให้ผู้ป่วย

6. การติดตามผลการดำเนินงาน (Output)

บ้านพักเด็กฯ ประสานนักสังคมสงเคราะห์ว่า จะพามาตรวจพร้อมบุตรสาวทั้ง 2 คน พบจิตแพทย์ ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า เนื่องจากแพทย์นัดตรวจประเมินสภาพจิตใจเบื้องต้นของเด็กทั้ง 2 คน พร้อมทั้งตรวจประเมินสภาพจิตใจมารดาของเด็กด้วย เนื่องจากอยู่ในสภาวะวิตกกังวลอย่างมาก หลังจากทั้งหมดพบจิตแพทย์แล้ว มารดาของเด็กหญิงทั้งสองเริ่มผ่อนคลายความวิตกกังวล แต่เด็กทั้ง 2 คน แพทย์นัดต่อเนื่องเพื่อทำแบบประเมินทางจิตวิทยา Psychological testing

บ้านพักเด็กฯ ได้สอบถามความคืบหน้าทางคดีไปยังพนักงานสอบสวนเจ้าของคดี สถานีตำรวจภูธรบางโพธิ์ จังหวัดสมุทรสาคร พนักงานสอบสวนฯ ให้ข้อมูลว่านายประสบฯ ถูกฝากขังอยู่ที่เรือนจำ

สมุทรสาคร ได้ให้การภาคเสธ โดยให้การสารภาพว่าใช้อวัยวะเพศของตนถูไถภายนอกอวัยวะเพศของเด็กจริง แต่ไม่ได้สอดใส่เข้าไปภายใน ซึ่งขณะนั้นตั้งอยู่ระหว่างรวบรวมพยานหลักฐานและนัดสอบปากคำเด็กหญิงบีเพิ่มเติม

จากการดำเนินงานที่นักสังคมสงเคราะห์ได้ทำนั้น เป็นไปตามแผนที่วางไว้ ประกอบกับเครือข่ายทางสังคมที่ได้ประสานงานให้ความร่วมมือ ทำให้การดำเนินงานราบรื่น และบรรลุตามแผนที่วางไว้ทุกประการ

เด็กหญิงเอ ได้รับการประเมินสภาพจิต จากนักจิตวิทยาคลินิก โดยการใช้ แบบทดสอบ IQ ด้วย CPM

แบบทดสอบบุคลิกภาพ ด้วย SCT, DAP , CAT(H) , Rorschach ผลการทดสอบ พบว่าเด็กหญิงเอมีความสามารถทางสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์เฉลี่ย IQ = 98 ไม่พบความผิดปกติทางจิต แต่เป็นปัญหามโนทัศน์ภาพกลไกการจัดการกับปัญหา ซึ่งอาจมีแนวโน้มซึมเศร้าได้

เด็กหญิงบี ได้รับการประเมินสภาพจิต จากนักจิตวิทยาคลินิก โดยการใช้ แบบทดสอบ IQ ด้วย CPM

แบบทดสอบบุคลิกภาพ ด้วย DAP , CAT(H) , Rorschach ผลการทดสอบ พบว่าเด็กหญิงบีมีความสามารถทางสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์เฉลี่ย IQ = 92 ไม่พบความผิดปกติทางจิต เป็นเพียงความขัดแย้งในตนเอง ซึ่งอาจมีผลทำให้ depression ได้

7. การส่งต่อ (Referral System) นักสังคม

สงเคราะห์ประสานส่งต่อผู้ป่วยให้กับหน่วยงานบ้านพักเด็กและครอบครัวจังหวัดสมุทรสงคราม เนื่องจากเป็นกลุ่มเสี่ยง เพราะบ้านของผู้ก่อเหตุอยู่ติดกับที่พักของเด็ก และทางหน่วยงานดังกล่าวอาจมีกิจกรรมเพื่อเป็นการฟื้นฟูสภาพจิตใจของผู้ป่วย แต่

หลังจากที่ได้ประสานงานกับพนักงานสอบสวนเจ้าของคดี ให้ข้อมูลว่านายประสบฯ ถูกฝากขังอยู่ที่เรือนจำสมุทรสาครแล้ว มารดาจึงขอดูแลเด็กทั้งสองคนด้วยตนเอง

นักสังคมสงเคราะห์ ร่วมกับนักสังคมสงเคราะห์จากบ้านพักเด็กและครอบครัวจังหวัดสมุทรสงคราม และนักสังคมสงเคราะห์จากสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสมุทรสงคราม ได้ลงพื้นที่เยี่ยมเด็กหญิงทั้งสองและมารดาที่บ้านพัก พบว่า

1. เด็กทั้งสองคนร่าเริงแจ่มใส และจากการสัมภาษณ์เด็กพบว่า มีความสุข และไม่รู้สึกลัวคนที่กระทำอีกแล้ว เนื่องจากการดาอยู่ด้วยกัน ไม่ได้ตามบิดาไปทำงานที่ต่างจังหวัดอีก โดยทีมสหวิชาชีพได้จัดทำกิจกรรมร่วมกับเด็กและครอบครัว เพื่อเสริมทักษะด้านการป้องกันตนเองจากความเสี่ยง ผ่านกิจกรรม ตัวฉันเป็นของฉัน และการเอาตัวรอดอย่างไรในภาวะวิกฤติ

2. มารดาหลังจากที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบเสริมพลังอำนาจ(Empowerment) พบว่ามารดามีกำลังใจและความหวังที่จะเลี้ยงดูบุตร และให้การปกป้องดูแลคุ้มครองให้ดีที่สุด โดยทีมสหวิชาชีพได้ร่วมกันส่งเสริมให้มารดาตระหนักในด้านการให้ความรักความอบอุ่นในครอบครัว การเริ่มต้นใหม่หลังจากผ่านพ้นภาวะวิกฤติมาแล้ว การวางแผนการดำเนินชีวิตทั้งในระยะสั้นและระยะยาว และความตระหนักในคุณค่าของตัวเอง ทำให้มารดามีความเชื่อมั่นและเห็นคุณค่าของตัวเองมากขึ้น

3. ในด้านการศึกษาของเด็ก ได้ประสานงานไปที่โรงเรียนที่เด็กทั้งสองเรียนอยู่ โดยได้ติดต่อสอบถามทางโทรศัพท์กับคุณครูประจำชั้นของเด็กทั้งสองพบว่า การเรียนของเด็กอยู่ในระดับปานกลาง และเด็กมีความร่าเริงเป็นปกติ โดยที่ทางโรงเรียนไม่ทราบเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับเด็กที่บ้าน เนื่องจาก

ช่วงเวลาที่เกิดเหตุ เป็นช่วงเวลาปิดภาคการศึกษาพอดี และกว่าจะเปิดภาคการศึกษาที่ผ่านมาประมาณ 1 เดือนแล้ว จึงไม่พบความผิดปกติของเด็กแต่อย่างใด

8. การทำงานสหวิชาชีพ (Multidisciplinary Team-MDT) นักสังคมสงเคราะห์ ประสานทีมสหวิชาชีพดังต่อไปนี้

1. แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการระบบบริการศูนย์พึ่งได้ (OSCC) ของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ในการเข้ารับการรักษาพยาบาลและตรวจชันสูตรหาร่องรอยการถูกล่วงละเมิดทางเพศ รวมทั้งจิตแพทย์ในด้านของอาการทางสภาพจิต

2. นักสังคมสงเคราะห์ของบ้านพักเด็กและครอบครัวจังหวัดสมุทรสงคราม นักสังคมสงเคราะห์ประสานเพื่อให้การคุ้มครองตามสภาพปัญหาและความต้องการ รวมถึงอำนวยความสะดวกในการเข้ารับบริการหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่นๆในการขอรับความช่วยเหลือ

3. นักสังคมสงเคราะห์ของสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสมุทรสงคราม นักสังคมสงเคราะห์ประสานเพื่อเป็นแหล่งทรัพยากรทางสังคมในการให้ความช่วยเหลือ และประสานส่งต่อหน่วยงานภาคีเครือข่ายอื่น

4. เจ้าหน้าที่ รพสต.บ้านเขตเมือง นักสังคมสงเคราะห์ที่ได้รับการประสานส่งต่อCase และข้อมูลในการตรวจผู้ป่วยแรกรับ รวมถึงสภาพครอบครัวของผู้ป่วย

5. พนักงานสอบสวน สถานีตำรวจภูธรบางไทร รัต อ.เมือง จ.สมุทรสาคร นักสังคมสงเคราะห์ประสานเพื่อพาผู้ป่วยไปแจ้งความร้องทุกข์ ในคดีล่วงละเมิดทางเพศ และผลการตรวจชันสูตร

6. พนักงานคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพจังหวัดสมุทรสงคราม สำนักงานยุติธรรมจังหวัดสมุทรสงคราม นักสังคมสงเคราะห์ประสานเพื่อให้มารดาเด็กยื่นหลักฐานในการขอรับการตอบแทนและค่าทดแทนและค่าใช้จ่ายตาม พรบ.ค่าตอบแทนผู้เสียหายและค่าทดแทนและค่าใช้จ่ายแก่จำเลยในคดีอาญา พ.ศ. 2544 กรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ กระทรวงยุติธรรม เพื่อเป็นการเยียวยาและบรรเทาความเดือนร้อนให้กับครอบครัวของผู้เสียหาย

สรุป

กรณีศึกษา เด็กหญิงเอกกับเด็กหญิงบี (นามสมมุติ) เมื่อวันที่ 29 มีนาคม 2561 เวลา 9.00 น. นักสังคมสงเคราะห์ ของศูนย์พึ่งได้ (ศูนย์ OSCC) โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จ.สมุทรสงคราม ได้รับการประสานงานจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขตนเมือง ตำบลลาดใหญ่ อำเภอมือง จังหวัดสมุทรสงคราม ว่ามีเด็กหญิง 2 คน มารับบริการที่หน่วยงาน ด้วยอาการแสบที่อวัยวะเพศ เวลาที่ปัสสาวะและมีตกขาวเล็กน้อย ซึ่งเป็นอาการที่ไม่น่าจะเกิดในเด็กเล็ก ถือเป็นอาการเจ็บป่วยที่ผิดปกติ นักสังคมสงเคราะห์พร้อมด้วยเจ้าหน้าที่จากบ้านพักเด็กและครอบครัวจังหวัดสมุทรสงครามและจากสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดสมุทรสงคราม จึงเดินทางไปพบเด็กที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขตนเมือง ตำบลลาดใหญ่ อำเภอมือง จังหวัดสมุทรสงคราม **การแสวงหาข้อเท็จจริง (Fact finding)** โดยใช้กระบวนการหลักในการปฏิบัติงานของนักสังคมสงเคราะห์ ในการหาข้อมูลทั่วไปของผู้ใช้บริการและข้อมูลทางสังคมเพื่อจัดการกับปัญหาทางสังคม อารมณ์ จิตใจ ได้แก่ การใช้ทักษะการสัมภาษณ์ และ

การรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้อง การดำเนินงานตามขั้นตอนกระบวนการ

1. ประสานตำรวจเจ้าของพื้นที่เพื่อแจ้งความและขอใบขึ้นสูตรในการเข้ารับการตรวจพิสูจน์หาร่องรอยของการถูกระงับทำชำเราโดยแพทย์ที่โรงพยาบาลของรัฐ

2. ประสานส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการตรวจชันสูตรและรับการรักษาพยาบาลตามอาการที่โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า (เข้าระบบบริการศูนย์พึ่งได้ : OSCC)

3. แจ้งข้อมูลเกี่ยวกับ ขั้นตอน กระบวนการดำเนินคดีตามกฎหมายและกระบวนการยุติธรรม

4. นักสังคมสงเคราะห์ประสานเพื่อส่งต่อเข้ารับการอุปการะเป็นการชั่วคราวที่บ้านพักเด็กและครอบครัวจังหวัดสมุทรสงครามในกรณีผู้ป่วยและครอบครัวประสงค์จะเข้ารับบริการ เนื่องจากเป็นกลุ่มเสี่ยง เพราะบ้านของผู้ก่อเหตุอยู่ติดกับที่พักของเด็กและทางหน่วยงานดังกล่าวอาจมีกิจกรรมเพื่อเป็นการฟื้นฟูสภาพจิตใจของผู้ป่วย แต่หลังจากที่ได้ประสานงานกับพนักงานสอบสวนเจ้าของคดี ให้ข้อมูลว่านายประสบฯ ถูกฝากขังอยู่ที่เรือนสมุทรสาครแล้วมารดาจึงขอดูแลเด็กทั้งสองคนด้วยตนเอง

5. ประสานส่งต่อเข้ารับการตรวจประเมินสภาพจิตของเด็กทั้งสองคนที่แผนกจิตเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า โดยนักจิตวิทยาคลินิก ใช้แบบทดสอบ IQ ด้วย CPM และแบบทดสอบบุคลิกภาพ ด้วย SCT, DAP , CAT(H) , Rorschach เด็กหญิงเอ ผลการทดสอบ พบว่าเด็กหญิงเอมีความสามารถทางสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์เฉลี่ย IQ = 98 ไม่พบความผิดปกติทางจิต แต่เป็นปัญหามโนทัศน์กลไกการจัดการกับปัญหา ซึ่งอาจมีแนวโน้มซึมเศร้าได้ เด็กหญิงบี ผลการทดสอบ พบว่าเด็กหญิงบีมีความสามารถทางสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์เฉลี่ย IQ = 92

ไม่พบความผิดปกติทางจิต เป็นเพียงความขัดแย้งในตนเอง ซึ่งอาจมีผลทำให้ depression ได้

6. ประสานส่งต่อสำนักงานยุติธรรมจังหวัดสมุทรสงคราม เพื่อยื่นหลักฐานในการขอรับการตอบแทนและค่าทดแทนและค่าใช้จ่ายตาม พรบ. ค่าตอบแทนผู้เสียหายและค่าทดแทนและค่าใช้จ่ายแก่จำเลยในคดีอาญา พ.ศ. 2544 โดยสำนักงานช่วยเหลือทางการเงินแก่ผู้เสียหายและจำเลยในคดีอาญา กรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ กระทรวงยุติธรรม เพื่อเป็นการเยียวยาและบรรเทาความเดือดร้อนให้กับผู้ป่วยและครอบครัว

7. ติดตามเพื่อดูแลการปรับตัวทางสังคมทั้งในโรงเรียนและชุมชน โดยประสานงานไปที่โรงเรียนที่เด็กทั้งสองเรียนอยู่ และติดต่อสอบถามทางโทรศัพท์กับคุณครูประจำชั้นของเด็กทั้งสองคน จากการลงพื้นที่เยี่ยมบ้านเด็กหญิงทั้งสองและมารดาของนักสังคมสงเคราะห์ ร่วมกับนักสังคมสงเคราะห์จากบ้านพักเด็กและครอบครัวจังหวัดสมุทรสงคราม และนักสังคมสงเคราะห์จากสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสมุทรสงคราม พบว่า

7.1 พนักงานสอบสวนเจ้าของคดี สถานีตำรวจภูธรบางโทรัด จังหวัดสมุทรสาคร แจ้งว่านายประสาธน์ ถูกฝากขังอยู่ที่เรือนจำสมุทรสาคร ได้ให้การภาคเสธ โดยให้การสารภาพว่าใช้อาวุธเพศของตนถูกละเมิดนอกอวัยวะเพศของเด็กจริง แต่ไม่ได้สอดใส่เข้าไปภายใน ซึ่งขณะนี้ คดีอยู่ระหว่างรวบรวมพยานหลักฐานและนัดสอบปากคำเด็กหญิงปีเพิ่มเติม

7.2 เด็กทั้งสองคนร่าเริงแจ่มใส และจากการสัมภาษณ์เด็กพบว่า มีความสุข และไม่รู้สึกลัวคนที่กระทำอีกแล้ว เนื่องจากมารดาอยู่ด้วยกัน ไม่ได้ตามบิดาไปทำงานที่ต่างจังหวัดอีก โดยทีมสหวิชาชีพได้จัดกิจกรรมร่วมกับเด็กและครอบครัวเพื่อเสริมทักษะด้านการป้องกันตนเองจากความเสี่ยงผ่านกิจกรรม“ตัวฉัน

เป็นของฉัน” และ “การเอาตัวรอดอย่างไรในภาวะวิกฤติ”

7.3 มารดาหลังจากที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) พบว่ามารดามีกำลังใจและความหวังที่จะเลี้ยงดูบุตร และให้การปกป้องดูแลคุ้มครองให้ดีที่สุด โดยทีมสหวิชาชีพได้ร่วมกันส่งเสริมให้มารดาตระหนักในด้านการให้ความรักความอบอุ่นในครอบครัว การเริ่มต้นใหม่หลังจากผ่านพ้นภาวะวิกฤติมาแล้ว การวางแผนการดำเนินชีวิตทั้งในระยะสั้นและระยะยาว และความตระหนักในคุณค่าของตัวเอง ทำให้มารดามีความเชื่อมั่นและเห็นคุณค่าของตัวเองมากขึ้น

7.4 ในด้านการศึกษาของเด็ก ได้ประสานงานไปที่โรงเรียนที่เด็กทั้งสองเรียนอยู่ โดยได้ติดต่อสอบถามทางโทรศัพท์กับคุณครูประจำชั้นของเด็กทั้งสองพบว่า การเรียนของเด็กอยู่ในระดับปานกลาง และเด็กมีความร่าเริงเป็นปกติ โดยที่ทางโรงเรียนไม่ทราบเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับเด็กที่บ้าน เนื่องจากช่วงเวลาที่เกิดเหตุ เป็นช่วงเวลาปิดภาคการศึกษาพอดี และกว่าจะเปิดภาคการศึกษาก็ผ่านไปประมาณ 1 เดือนแล้ว จึงไม่พบความผิดปกติของเด็กแต่อย่างใด

ข้อเสนอแนะ

แนวคิดที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในงานสังคมสงเคราะห์ จากกรณีศึกษา :เด็กหญิงเอกกับเด็กหญิงปี (นามสมมุติ)

1. นักสังคมสงเคราะห์ต้องยึดมั่นในกระบวนการหลักการ ทักษะ เทคนิคและทฤษฎีทางสังคมสงเคราะห์ เพื่อนำมาปรับใช้กับผู้รับบริการ การทำงานกับผู้รับบริการและครอบครัวที่ตกเป็นเหยื่อจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศนั้น จำเป็นต้องใช้ความอดทน ความละเอียดอ่อน ความพยายาม ความเห็นอกเห็นใจ และความรอบคอบเป็นอย่างมาก เพราะสภาพปัญหาที่

เกิดขึ้นนั้น ส่งผลกระทบทางด้านสุขภาพจิต และการอยู่ร่วมในสังคม โดยเฉพาะครอบครัวที่ไม่ได้คาดคิดกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ส่งผลให้เกิดความเครียดและวิตกกังวลสูงมาก นักสังคมสงเคราะห์จึงต้องยึดมั่นในกระบวนการ หลักการ ทักษะ เทคนิคและทฤษฎีทางสังคมสงเคราะห์เป็นอย่างมาก เพื่อนำมาปรับใช้กับผู้รับบริการ นับเป็นการเสริมศักยภาพให้มีความเชี่ยวชาญและพัฒนาความรู้อยู่เสมอ เพื่อให้สามารถประเมินสภาพปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างถูกต้อง และทำให้สามารถดำเนินการในการให้ความช่วยเหลือได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

2. นักสังคมสงเคราะห์ต้องใช้องค์ความรู้ หลักการ ทักษะ เทคนิค และทฤษฎีต่างๆ ที่นำมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานจากการทำงานทำให้นักสังคมสงเคราะห์ได้กลับมาทบทวนองค์ความรู้และทฤษฎีต่างๆ ที่นำมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน และในการเขียนรายงานการปฏิบัติงาน การนำเอาหลักการ ทักษะ เทคนิค ทฤษฎีต่างๆ มาใช้ในการปฏิบัติงานนั้นไม่ใช่เรื่องตายตัว สามารถประยุกต์ใช้ได้ตามสถานการณ์ ขึ้นอยู่กับทักษะและความสามารถของนักสังคมสงเคราะห์แต่ละ

ท่าน การเขียนรายงานการปฏิบัติทำให้ได้มีการทบทวนวิธีการเขียน ทักษะ เทคนิค รวมถึงกระบวนการในงานสังคมสงเคราะห์ เพื่อที่จะได้นำมาปรับปรุง แก้ไข และพัฒนาต่อไป เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้รับบริการ

3. นักสังคมสงเคราะห์ต้องเขียนรายงานการปฏิบัติ ทำให้ได้มีการทบทวนวิธีการเขียน ทักษะ เทคนิค รวมถึงกระบวนการในงานสังคมสงเคราะห์

การเขียนรายงานการปฏิบัติทำให้ได้มีการทบทวนวิธีการเขียน ทักษะ เทคนิค รวมถึงกระบวนการในงานสังคมสงเคราะห์ เพื่อที่จะได้นำมาปรับปรุง แก้ไข และพัฒนาต่อไป เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้รับบริการ

4. การทำงานภายใต้มาตรฐานวิชาชีพนักสังคมสงเคราะห์ เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างผู้รับบริการและนักสังคมสงเคราะห์ ซึ่งต้องคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์เป็นหลัก ต้องทำงานอย่างปราศจากอคติ การเลือกปฏิบัติ การแยกชั้น มีข้อมูลที่ต้องต้องแม่นยำและทันสมัย และโดยเฉพาะสิ่งที่สำคัญที่สุดคือ เป็นการทำงานกับมนุษย์ จึงไม่สามารถลองผิดลองถูกได้ การทำงานต้องมั่นใจว่าเป็นสิ่งที่ดีที่สุด ถูกต้องที่สุด ทำงานตามหลักวิชาการและมาตรฐาน

เอกสารอ้างอิง

- กองโรงพยาบาลภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานและคู่มือการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป พ.ศ. 2542
- กรมสุขภาพจิต และสำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือเด็กสตรีและบุคคลในครอบครัว พ.ศ. 2556. (พิมพ์ครั้งที่ 2) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
- คณะกรรมการพัฒนางานสวัสดิการสังคม รพศ/รพท. สำนักพัฒนาระบบบริหารสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือและแนวทางการดำเนินงานสวัสดิการสังคม โรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป พ.ศ. 2551.
- สาโรจน์ นักเบศรี. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการเสริมสร้างศักยภาพกลไกระดับชุมชนในการสร้างภูมิคุ้มกันเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาความรุนแรงในครอบครัว(ครู ก) โครงการสร้างภูมิคุ้มกันให้ครอบครัวในชุมชนเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาความรุนแรงในครอบครัวในชุมชน โดยบูรณาการร่วมกับหน่วยงานMOUและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พ.ศ.2557
- สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคมแห่งชาติ กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สภาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ สมาคมนักสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทย. ความรู้พื้นฐานด้านสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 2) พ.ศ. 2558

ปรากฏการณ์การพยายามฆ่าตัวตายของประชาชนในอำเภอศรีประจันต์กรณีศึกษา ผู้มีประสบการณ์พยายาม
ฆ่าตัวตายที่อาศัยอยู่ในอำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี

The Phenomenon of Attempt to commit Suicide in Sriprachan District A Case study of the
people who Attempted Suicide in Sriprachan District Suphanburi Province.

มะยม สุพรรณ

Mayom Suphan

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปรากฏการณ์การพยายามฆ่าตัวตายของประชาชนอำเภอศรีประจันต์ และเพื่อนำผลการศึกษามาวางแผนการเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาการพยายามฆ่าตัวตายที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาจากรายงานการเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (รง 506 DS) 5 ปีย้อนหลัง (ตั้งแต่ปี 2558-2562) ร่วมกับการทบทวนเอกสารเชิงวิชาการ บทความ วิทยานิพนธ์ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่าง จำนวน 191 คนที่มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย ฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 17.3 เพศชายฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าเพศหญิง วิธีที่ใช้ทำร้ายตนเองมากที่สุดคือ การกินยาเกินขนาด จำนวน 74 คน คิดเป็นร้อยละ 38.7 และผลการวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุคูณจากตัวแปรอิสระทั้ง 17 ตัว อธิบายความผันแปรของปรากฏการณ์การพยายามฆ่าตัวตายของประชาชนอำเภอศรีประจันต์ ได้ร้อยละ 19.8 โดยเมื่อพิจารณาตัวแปรอิสระที่มีอำนาจในการทำนายการเปลี่ยนแปลงของปรากฏการณ์การพยายามฆ่าตัวตายของประชาชนอำเภอศรีประจันต์ ได้ดีที่สุด คือ ผิดหวัง น้อยใจ เมามัธยาทำร้ายตนเอง จน/ขาดทุน ตกงาน เครียด ถูกนินทา ทะเลาะกับคนใกล้ชิด ไม่มีคนดูแล โรคจิต/ซึมเศร้า ปัญหาการใช้สุรา ทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย สูญเสียคนรัก การใช้สารเสพติด ต้องการการเอาใจ ปัญหาความสัมพันธ์ในการทำงาน ปัญหาที่มาจาก การเจ็บป่วยตามลำดับ ทั้งนี้สาเหตุ/ปัจจัยดังกล่าวมีผลต่อปรากฏการณ์การพยายามฆ่าตัวตายของประชาชนอำเภอศรีประจันต์ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01

คำสำคัญ : การฆ่าตัวตาย , ปรากฏการณ์

Abstract

The objectives of this research are to study the phenomenon of suicide attempt of Sriprachan District people and to further use the result of the study to create surveillance and prevention plan for suicide attempt in an appropriate area. This descriptive research was conducted by collecting data from suicide risk surveillance report dating back 5 years (from 2015 to 2019) together with consulting academic documents, articles, theses and related researches.

The result of the study reveals that out of 191 samples who have history of suicide attempt, 33 of which successfully committed suicide (17.4%). In addition, males have a greater

tendency to successfully commit suicide than females and drug overdosing is a self-harming means used most by 74 samples (18.7%). The analytical result of multiple linear regression from 17 independent variables demonstrates the variation of phenomenon of suicide attempt in Sriprachan District at 19.8 percents. By considering independent variables, the variables having most potential to predict the changes of phenomenon of suicide attempt in Sriprachan District are feeling disappointed, feeling neglected, being drunk while self harming, being poor or in debt, being unemployed, stress, being gossiped, arguing with closed people, not being taken care of, mental disorder or depression, alcohol use problems, suffering from illness, losing loved ones, using addictive drugs, attention need, workplace relationship problems and problems resulting from illness, respectively.

In conclusion, the mentioned causes and factors influence the phenomenon of suicide attempt in Sriprachan District at statistical significance of 0.01.

Key words : Suicide attempt, Phenomenon

บทนำ

ปรากฏการณ์การฆ่าตัวตายในปัจจุบันถือว่าเป็นภาวะวิกฤตที่รุนแรง องค์การอนามัยโลกได้เคยรายงานไว้ว่าตั้งแต่ปี 2547 อัตราการฆ่าตัวตายทั่วโลกมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยระบุว่าใน 40 วินาทีจะมีคนฆ่าตัวตาย 1 คน และการฆ่าตัวตายเพียง 1 คน จะมีผลกระทบทั้งต่อครอบครัว คนใกล้ชิดอีกประมาณ 6 คน โดยปัญหาการฆ่าตัวตายมิได้เป็นเพียงปัญหาในระดับปัจเจกบุคคลเท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงผลกระทบด้านสังคม เศรษฐกิจ ของประเทศอีกด้วย แม้ว่าการพยายามฆ่าตัวตายของบุคคลนั้นๆจะไม่สำเร็จก็ตาม แต่ในกรณีที่เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือเกิดความพิการจากการกระทำของบุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายนั้่นทำให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและในกรณีที่บุคคลฆ่าตัวตายสำเร็จ ได้มีการคำนวณค่ากลางของการทำงานถ้าบุคคลดังกล่าวยังมีชีวิตอยู่อีก 20 ปี พบว่ารายได้เฉลี่ยที่บุคคลกลุ่มนี้จะได้รับอยู่ที่ 4,000 บาท/เดือน แต่เมื่อบุคคลกลุ่มนี้ฆ่าตัวตายจึงส่งผลให้สูญเสียโอกาสในการทำรายได้ไปประมาณ

960,000 บาท ซึ่งในแต่ละปีพบว่ามีบุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายประมาณ 4,000 คน โดยในภาพรวมของประเทศจะต้องสูญเสียรายได้ประมาณ 3,840 ล้านบาท/ปี การฆ่าตัวตายถือเป็นปัญหาใกล้ตัว เมื่อมีความเครียด ความกดดัน สูงขึ้น แต่ความเข้มแข็งทางจิตใจน้อยลง ทำให้บุคคลนั้นๆมีความสามารถในการแก้ไขปัญหาลดลงตามไปด้วย เมื่อบุคคลต้องประสบกับสถานการณ์ที่รู้สึกว้าวุ่นไม่ไหว บุคคลเหล่านั้นจะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งบุคคลที่มีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายนั้่นจะมีลักษณะของความเข้มแข็งทางจิตใจลดลง ส่งผลต่อความสามารถในการแก้ไขปัญหา นำไปสู่ความคิดว่าการตายคือคำตอบ เป็นทางออกเดียวที่จะหลุดพ้นจากปัญหาได้ ดังนั้นการฆ่าตัวตายจึงไม่ได้มีเพียงปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเท่านั้นที่ผลักดันให้บุคคลคิดอยากฆ่าตัวตาย แต่การฆ่าตัวตายประกอบด้วยหลายปัจจัยที่กระตุ้นให้บุคคลมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองด้วยวิธีการต่างๆเพื่อจบชีวิตของตนเอง ทั้งนี้จังหวัดสุพรรณบุรีเป็นจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงเป็นอันดับ 3 ของภาคกลาง

และเป็นอันดับ 1 ของเขตพื้นที่สุขภาพที่ 5 โดยพบว่า ในปี 2556-2560 เขตสุขภาพที่ 5 มีจำนวนคนฆ่าตัวตายทั้งหมด จำนวน 283 ราย ซึ่งในส่วนของจังหวัดสุพรรณบุรีพบว่ามีจำนวน 69 ราย คิดเป็นร้อยละ 90.8 รองลงมาเป็นจังหวัดนครปฐม จำนวน 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.8 จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จำนวน 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.7 จังหวัดราชบุรี จำนวน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.6 จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.2 จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.4 จังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.4 ทั้งนี้จังหวัดสมุทรสาครไม่มีผู้พยายามฆ่าตัวตายสำหรับอำเภอศรีประจันต์เป็นอำเภอที่มีจำนวนการฆ่าตัวตายสูงเป็นอันดับต้นๆของจังหวัด โดยพบว่าในปี 2558 มีประชากรพยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 43 คน และฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 5 คน คิดเป็น 11.62 ต่อแสนประชากร ปี 2559 มีอัตราการพยายามฆ่าตัวตายมีจำนวน 42 คน และฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 9 คน คิดเป็น 21.42 ต่อแสนประชากร ปี 2560 พบประชากรที่พยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 47 คน และฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 6 คน คิดเป็น 12.76 ต่อแสนประชากร ในปี 2561 พบว่าอัตราการพยายามฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น โดยมีการพยายามฆ่าตัวตายจำนวน 46 คน และฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 8 คน คิดเป็น 17.39 ต่อแสนประชากร และในปี 2562 มีการพยายามฆ่าตัวตายจำนวน 13 คน ฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 5 คน คิดเป็น 38.46 ต่อแสนประชากร อย่างไรก็ตามแม้ว่าที่ผ่านมากระทรวงสาธารณสุขได้มีมาตรการและยุทธศาสตร์ในการแก้ไขปัญหาอย่างจริงจังตลอดมา และประสบความสำเร็จในระดับหนึ่งในการช่วยเหลือผู้ที่ทำร้ายตนเองให้ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ แต่ปัญหาการฆ่าตัวตายก็ยังคงเป็น

ปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของพื้นที่ ยังคงมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงและมีแนวโน้มสูงขึ้นต่อเนื่อง ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาปรากฏการณ์การพยายามฆ่าตัวตายของประชาชนในอำเภอศรีประจันต์ เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องผ่านการรวบรวมข้อมูลรายงานการเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (รง 506 DS) 5 ปีย้อนหลัง ตั้งแต่ปี 2558-2562 ซึ่งนำไปสู่คำถามวิจัยว่าปรากฏการณ์การพยายามฆ่าตัวตายของประชาชนอำเภอศรีประจันต์ มีปัจจัยใดบ้างที่กระตุ้นให้เกิดการทำร้ายตนเอง และผลการศึกษาปรากฏการณ์ครั้งนี้นำมาใช้วางแผนการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายของประชาชนอำเภอศรีประจันต์อย่างไร

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปรากฏการณ์การพยายามฆ่าตัวตายของประชาชนอำเภอศรีประจันต์
2. เพื่อนำผลการศึกษามาวางแผนการเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาการพยายามฆ่าตัวตายที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

วิธีการวิจัย

การศึกษาปรากฏการณ์การพยายามฆ่าตัวตายของประชาชนอำเภอศรีประจันต์ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเป็นแนวทางในการศึกษาและออกแบบวิธีดำเนินงานวิจัย เพื่อเข้าใจปรากฏการณ์การพยายามฆ่าตัวตายของประชาชนในอำเภอ ศรีประจันต์ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาจากรายงานการเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (รง 506 DS) 5 ปีย้อนหลัง ตั้งแต่ปี 2558-2562

การเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาตามลักษณะของข้อมูลที่ได้จากรายงานการเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (รง 506 DS) ร่วมกับการทบทวนเอกสารเชิงวิชาการ บทความ วิทยานิพนธ์ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความเชื่อถือได้ของข้อมูล (Trustworthiness) จากข้อมูลที่ได้มาผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบว่ามีความถูกต้องและน่าเชื่อถือเพียงใด โดยมีแนวทางในการตรวจสอบความเชื่อถือได้ของผลการวิเคราะห์ข้อมูล คือ การตรวจสอบจากภายในและการตรวจสอบจากภายนอก (ชาย โพธิ์สีตา, 2560) ดังนี้ 1) การตรวจสอบจากภายใน เป็นการตรวจสอบโดยพิจารณาถึงการได้มาของข้อมูล ผู้วิจัยเลือกวิธีการวิจัยเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนจากรายงานการเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (รง 506 DS) 5 ปีย้อนหลัง เพื่อดูสถิติข้อมูลและแนวโน้มของปรากฏการณ์การพยายามฆ่าตัวตายของประชาชนอำเภอศรีประจันต์ 2) การตรวจสอบจากภายนอก เป็นการตรวจสอบโดยผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์ให้อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการวิจัยช่วยตรวจสอบข้อมูลในขั้นตอนต่างๆของการวิจัย

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชาชนที่มีประสบการณ์การพยายามฆ่าตัวตาย ที่อาศัยอยู่ในอำเภอศรีประจันต์จังหวัดสุพรรณบุรี และปรากฏอยู่ในรายงานการเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (รง 506 DS) ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยเลือกใช้ข้อมูลประชากรที่มีประสบการณ์การพยายามฆ่าตัวตายและอาศัยอยู่ในอำเภอศรีประจันต์ที่ปรากฏอยู่ในรายงานการเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (รง

506 DS) 5 ปีย้อนหลัง ตั้งแต่ปี 2558-2562 จำนวน 191 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้ข้อมูลรายงานการเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (รง 506 DS) 5 ปีย้อนหลัง ตั้งแต่ปี 2558-2562 โดยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ผ่านโปรแกรมวิเคราะห์สำเร็จรูปในการพรรณนาเชิงสถิติ (Descriptive statistics)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์เชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) การวิเคราะห์เชิงพรรณนา ใช้การวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลในรูปของตารางแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เพื่ออธิบายคุณลักษณะในส่วนของคุณค่าข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ ศาสนา ที่อยู่ โรคประจำตัว สาเหตุการทำร้ายตนเอง วิธีการทำร้ายตนเอง การวิเคราะห์เชิงอนุมาน (Inferential Statistics) การวิเคราะห์เชิงอนุมาน ผู้วิจัยเลือกใช้การวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ (Multiple Regression Analysis) เพื่ออธิบายผลการศึกษามีตัวแปรอิสระใดบ้างที่พยากรณ์การผันแปรของตัวแปรตาม

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาปรากฏการณ์การพยายามฆ่าตัวตายของประชาชนในอำเภอศรีประจันต์ จากการเก็บรวบรวมข้อมูลรายงานการเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (รง 506 DS) 5 ปีย้อนหลัง ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลและวิเคราะห์ผลการศึกษาที่ผ่านการตรวจสอบ

ทั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการเขียนวิเคราะห์เชิงพรรณนาพร้อมตารางประกอบการบรรยาย โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายโดยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ พบว่า ผู้พยายามพยายามฆ่าตัวตายเป็นเพศหญิง จำนวน 96 คน คิดเป็นร้อยละ 50.3 และเป็นเพศชาย จำนวน 95 คน คิดเป็นร้อยละ 49.7 ข้อมูลเกี่ยวกับสถานภาพ พบว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ จำนวน 105 คน คิดเป็นร้อยละ 55.0 รองลงมาเป็นสถานภาพโสด จำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 38.2 สถานภาพหย่า/แยก จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 5.2 และสถานภาพหม้าย จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 1.6 ข้อมูลเกี่ยวกับอาชีพ พบว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง จำนวน 94 คน คิดเป็นร้อยละ 49.2 รองลงมาเป็นอาชีพเกษตรกร จำนวน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 30.4 เป็นนักเรียน จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 13.6 ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 4.7 เป็นแม่บ้าน จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.0 อาชีพค้าขาย จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.5 และเป็นนักบวช จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.5 เกี่ยวกับข้อมูลโรคประจำตัวทางจิต พบว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ไม่มีโรคทางจิต จำนวน 168 คน คิดเป็นร้อยละ 88.0 รองลงมาเป็นโรคซึมเศร้า จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 7.9 และมีเป็น โรคจิต จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 4.2 ข้อมูลเกี่ยวกับโรคประจำตัวทางกาย พบว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 174 คน คิดเป็นร้อยละ 91.1 เป็นโรคเบาหวาน จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 7.9 โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.5

และโรคอื่น จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.5 และในส่วนของข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการทำร้ายตนเอง พบว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่เลือกใช้วิธีการกินยาเกินขนาด จำนวน 74 คน คิดเป็นร้อยละ 38.7 รองลงมาเป็นวิธีการกินสารกำจัดแมลง จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 17.3 ใช้วิธีการผูกคอ จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 13.6 วิธีการกินสารกำจัดวัชพืช จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 12.6 วิธีการกินสารเคมีอื่นๆ จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 11.0 นอกจากนี้

ใช้วิธีการใช้ของมีคมและของแข็ง จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 4.2 ใช้มากกว่า 1 วิธี จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 1.6 ใช้ปืน จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.5 และใช้วิธีอื่นๆ จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.5 ตามลำดับ

2. ข้อมูลสาเหตุ/ปัจจัย การทำร้ายตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย พบว่า ประเด็นการทะเลาะกับคนใกล้ชิด มีระดับค่าเฉลี่ยมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.42 รองลงมาคือ เรื่องของความน้อยใจ มีค่าเฉลี่ย 0.23 โรคจิต/ซึมเศร้า มีค่าเฉลี่ย 0.18 ความเครียด มีค่าเฉลี่ย 0.13 ปัญหาที่มาจากการเจ็บป่วย มีค่าเฉลี่ย 0.10 ทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย มีค่าเฉลี่ย 0.09 ผิดหวัง มีค่าเฉลี่ย 0.09 ปัญหาเศรษฐกิจ มีค่าเฉลี่ย 0.06 จน/ขาดทุน มีค่าเฉลี่ย 0.06 การใช้สารเสพติด มีค่าเฉลี่ย 0.05 ปัญหาการใช้สุรามีค่าเฉลี่ย 0.04 เมามัณเฑาะทำร้ายตนเอง มีค่าเฉลี่ย 0.04 ปัญหาความสัมพันธ์ในการทำงาน มีค่าเฉลี่ย 0.02 สูญเสียคนรัก มีค่าเฉลี่ย 0.02 ถูกนิรโทษ มีค่าเฉลี่ย 0.01 ต้องการการเอาใจ มีค่าเฉลี่ย 0.01 ตกงานมีค่าเฉลี่ย 0.01 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 แสดงผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis)

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ			
ตัวแปร (สาเหตุ/ปัจจัย)	B	S.E.	Beta
น้อยใจ	.062	.067	.069
ถูกนิทา	.124	.342	.024
ผิดหวัง	.100	.097	.075
ทะเลาะกับคนใกล้ชิด	.014	.064	.019
ต้องการการเอาใจ	-.439	.357	-.118
สูญเสียคนรัก	-.267	.205	-.088
ไม่มีคนดูแล	.062	.485	.012
ปัญหาความสัมพันธ์ในการทำงาน	-.636	.178	-.241
เครียด	.040	.086	.035
ปัญหาการใช้สุรา	-.024	.365	-.012
เมาขณะทำร้ายตนเอง	.124	.342	.065
การใช้ยาเสพติด	-.192	.127	-.113
ปัญหาที่มาจากอาการเจ็บป่วย	-.413	.246	-.327
ทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย	-.072	.258	-.054
จน/ขาดทุน	.080	.113	.051
ตกงาน	.216	.388	.041
โรคจิต/ซึมเศร้า	-.006	.071	-.006
$R^2 = .198$ $SEE = .339$ $F = 3.76$ $Sig. = .000$			

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ***ระดับนัยสำคัญที่ระดับ 0.01

จากตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุคูณ พบว่า ตัวแปรอิสระทั้ง 17 ตัว ร่วมกันอธิบายความผันแปรของปรากฏการณ์การพยายามฆ่าตัวตายของประชาชนอำเภอศรีประจันต์ ได้ร้อยละ 19.8 โดยพบว่าสาเหตุ/ปัจจัยที่มีผลต่อปรากฏการณ์การพยายามฆ่าตัวตายของประชาชนอำเภอศรีประจันต์ คือ ประเด็น น้อยใจ ถูกนิทา ผิดหวัง ทะเลาะกับคนใกล้ชิด ต้องการการเอาใจ สูญเสียคนรัก ไม่มีคนดูแล ปัญหาความสัมพันธ์ในการทำงาน เครียด ปัญหาการใช้สุรา เมาขณะทำร้ายตนเอง การใช้ยาเสพติด ปัญหาที่มาจากอาการเจ็บป่วย ทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย ปัญหาเศรษฐกิจ จน/ขาดทุน

ตกงาน โรคจิต/ซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 โดยเมื่อพิจารณาตัวแปรอิสระที่มีอำนาจในการทำนายการเปลี่ยนแปลงของปรากฏการณ์การพยายามฆ่าตัวตายของประชาชนอำเภอศรีประจันต์ได้ดีที่สุด คือ ผิดหวัง น้อยใจ เมาขณะทำร้ายตนเอง จน/ขาดทุน ตกงาน เครียด ถูกนิทา ทะเลาะกับคนใกล้ชิด ไม่มีคนดูแล โรคจิต/ซึมเศร้า ปัญหาการใช้สุรา ทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย สูญเสียคนรัก การใช้สารเสพติด ต้องการการเอาใจ ปัญหาความสัมพันธ์ในการทำงาน ปัญหาที่มาจากอาการเจ็บป่วย ตามลำดับ

อภิปรายผล

ผลจากการวิจัยสรุปได้ว่าจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 191 คนพบว่าคนศรีประจันต์ที่มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายและสำเร็จ ตั้งแต่ปี 2558 – 2562 มีจำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 17.3 โดยมีเพศชายฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าเพศหญิง วิธีการที่ใช้ในการพยายามฆ่าตัวตายมากที่สุดคือ การกินยาเกินขนาด คิดเป็นร้อยละ 38.7 โดยพบว่าปัจจัยที่ทำให้ประชาชนอำเภอศรีประจันต์เกิดความคิดพยายามฆ่าตัวตายมากที่สุด คือ เรื่องความผิดหวังในตัวเองและจากคนรอบข้างทำให้เกิดความคิดฆ่าตัวตาย รวมทั้งจากความน้อยใจในครอบครัว ปัญหาภาวะเศรษฐกิจตกต่ำ การทะเลาะเบาะแว้งกับคนใกล้ชิด บางคนไม่มีคนดูแลรวมทั้งปัญหาความเจ็บป่วยที่ต้องทนทุกข์ทรมาน ก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้คนศรีประจันต์คิดฆ่าตัว ซึ่งปัญหาการฆ่าตัวตายไม่ได้เกิดกับคนทุกคนแม้ว่าจะมีโอกาที่จะเกิดได้เท่าๆกันแต่บางคนจะมีลักษณะบางอย่างที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าคนอื่นๆ โดยลักษณะดังกล่าวอาจเป็นผลมาจากการสัมผัสปัจจัยบางอย่าง ไม่ว่าจะเป็นลักษณะทางกาย จิตใจ สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม หรือแม้กระทั่งเรื่องของพันธุกรรม (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2557;) ซึ่งมีผลการศึกษาว่าการพยายามฆ่าตัวตายมีความเกี่ยวข้องกับพันธุกรรมประมาณ ร้อยละ 17-45 ในญาติที่มีผู้พยายามฆ่าตัวตายโดยไม่ได้เกี่ยวกับการเกิดโรคทางจิตเวช ทั้งนี้จะเห็นว่าการพยายามฆ่าตัวตายมีหลากหลายปัจจัยที่เชื่อมโยงกัน ซึ่งการบ่งชี้ว่าปัจจัยใดที่เกี่ยวข้องทำให้บางคนมีโอกาสเสี่ยงกับการฆ่าตัวตายมากกว่าคนอื่นอาจต้องอาศัยข้อมูลปรากฏการณ์การฆ่าตัวตายของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ

กับผู้ที่ยพยายามฆ่าตัวตายว่าทั้งสองกลุ่มนี้มีลักษณะปัจจัยใดที่เกี่ยวข้องเชื่อมโยงกัน ซึ่งจะช่วยให้เห็นแนวโน้มกลุ่มเสี่ยงที่สัมผัสกับปัจจัยในลักษณะเดียวกันกับทั้งสองกลุ่มข้างต้นเพื่อหาแนวทางในการเฝ้าระวังและป้องกันสำหรับกลุ่มเสี่ยงดังกล่าว (ประมัย ฤทธิ์ธนะ, 2548; สุชาติ พหลภักย์ และผกาพันธุ์ วุฒิลักษณ์, 2527)

ข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งต่อไปเสนอให้มีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อนำรายละเอียดเชิงลึกของแต่ละปัจจัยมาวิเคราะห์เพิ่มเติม จะทำให้เราสามารถเข้าถึงปัญหาและสาเหตุอย่างแท้จริงที่ทำให้คนศรีประจันต์คิดฆ่าตัวตาย

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี ด้วยความช่วยเหลือของอาจารย์ ดร.ศยามล เจริญรัตน์ ที่ปรึกษาวิจัยฉบับนี้ ท่านได้ให้คำแนะนำต่างๆซึ่งเป็นประโยชน์ในการทำวิจัยเป็นอย่างยิ่ง อีกทั้งให้กำลังใจอยู่เสมอตลอดการทำวิจัยฉบับนี้ ขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอศรีประจันต์ ตลอดจนเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตของสสอ.รพ.สต.และโรงพยาบาลศรีประจันต์ ที่ให้ความอนุเคราะห์สนับสนุนข้อมูลการเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (รง 506 DS) 5 ปีย้อนหลัง

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.คู่มือการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย. จาก

www.dmh.go.th/news/view.asp?id=1123 (2557)

ประมัย ฤทธิธิน. ภูมิหลังส่วนบุคคลและครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการฆ่าตัวตายของประชาชน. (2548)

ประเวศ ต้นติพิวัฒนสกุล. สาเหตุการฆ่าตัวตาย 2557(2547).

ราชบัณฑิตสถาน จิตไร้สำนึก.จาก <http://rirs3.rovin.go.th/new-search/word-6search.asp> สืบค้นเมื่อ 22 มิถุนายน 2563 (2542).

ลิวิส เอ โคเซอร์ แปลโดย นฤจร อธิธิระจรรัส. แนวความคิดทฤษฎีทางสังคมวิทยา ตอน เอมีลเดอร์ไคม์. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (2535).

สุชาติ พหลภาคย์,และผกาพันธุ์ วุฒิลักษณ์. วิจัยการฆ่าตัวตายในสังคมไทย.วารสารสมาคมจิตแพทย์ 2527 (2527).

อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์และคณะ. การพยาบาลจิตเวชศาสตร์ กรุงเทพมหานคร:สายธุรกิจโรงพิมพ์บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน):ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์,มหาวิทยาลัยมหิดล (2557).

อัญญา ปลดเปลื้อง.การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปรากฏการณ์วิทยา.วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข (2556).

การสร้างความเข้าใจของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในกระบวนการซื้อหรือจ้าง ระเบียบกระทรวงการคลัง
ว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์
Building an understanding of the personnel involved in the purchase or hiring process.
Regulation of the Ministry of Finance On procurement and procurement management in the
public sector, 2017 Kalasin Province.

กิตติชัย ศิริบุตร

Kittichai Siribud

นักวิชาการพัสดุชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

Procurement Academic, Professional , Kalasin Provincial Health Office

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาความเข้าใจและแนวทางในการสร้างความ
เข้าใจของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในกระบวนการซื้อหรือจ้าง ระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการ
บริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรที่เกี่ยวข้องใน
กระบวนการซื้อหรือจ้าง ระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560
โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 30 คน โดยการเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่
แบบสอบถาม และวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติ พรรณนา และสถิติ paired t – test

ผลการวิจัยพบว่า ความเข้าใจของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในกระบวนการซื้อหรือจ้าง ระเบียบกระทรวงการคลัง ว่า
ด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการ
ดำเนินการ พบว่า โดยรวมและรายข้อทุกข้อ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลัง
ดำเนินการมีระดับความเข้าใจของบุคลากรมากกว่าก่อนดำเนินการ

คำสำคัญ : กระบวนการซื้อหรือจ้าง

ABSTRACT

This research was action research aimed to studied understanding and guidelines for building
understanding of personnel involved in the purchase or hiring process. Regulation of the Ministry of
Finance On Public Procurement and Procurement Management, 2017. Namon Hospital Kalasin
Province. Sample size were 30 Personnel involved in the purchase or hiring process Regulation of the
Ministry of Finance On procurement and procurement management in the public sector, 2017 Kalasin
Province by purposive. Data were collected by questionnaire and analyzed by descriptive statistic and
paired t – test.

The research results were found that understanding of personnel involved in the purchase or
hiring process. Regulation of the Ministry of Finance On Public Procurement and Procurement

Management, 2017. Namon Hospital Kalasin Province before and after the operation, it was found that overall and every item There was a statistically significant difference at the .05 level, with a higher level of understanding of personnel than before.

Keyword : Purchase or hiring process

หลักการและเหตุผล

เดิมการจัดซื้อจัดจ้างของหน่วยงานภาครัฐที่เป็นราชการบริหารส่วนกลาง และราชการบริหารส่วนภูมิภาค ก็จะมีระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัสดุ พ.ศ. ๒๕๓๕ และระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัสดุด้วยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ พ.ศ. ๒๕๔๙ (Electronic Auction : e - Auction) รวมทั้งประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่องแนวทางปฏิบัติในการจัดหาพัสดุด้วยวิธีตลาดอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Market : e - market) และด้วยวิธีประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Bidding : e - bidding) ลงวันที่ ๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๘ เป็นหลัก ส่วนราชการบริหารส่วนท้องถิ่น คือ องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล จะใช้ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการพัสดุของหน่วยการบริหารราชการส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ ๙) พ.ศ. ๒๕๕๓ และประกาศกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น เรื่อง หลักเกณฑ์การซื้อหรือการจ้างโดยการประมูลด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ ลงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๓ นอกจากนี้ หน่วยการปกครองอื่น เช่น เมืองพัทยา กรุงเทพมหานคร รัฐวิสาหกิจ และหน่วยงานของรัฐอื่นก็ยังมีกฎหมายหรือระเบียบเกี่ยวกับการจัดซื้อจัดจ้างของตนเองใช้โดยเฉพาะ

รัฐบาลมีความต้องการแก้ไขปัญหาการทุจริตเกี่ยวกับการจัดซื้อจัดจ้างอันเกิดจากหน่วยงานของรัฐมีระเบียบใช้ปฏิบัติที่หลากหลาย และปัญหาอื่น ๆ ที่เกิดขึ้น เช่น การตีความวินิจฉัยปัญหาการปฏิบัติตามระเบียบและการอนุมัติยกเว้นการผ่อนผันการไม่

ปฏิบัติตามระเบียบก็เป็นอำนาจของผู้อกระเปียบนั้น ๆ ทำให้ไม่มีมาตรฐานกลาง การไม่มีระบบการรวมศูนย์การจัดซื้อจัดจ้าง และการเปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณชน ทำให้ยากแก่การตรวจสอบ และการไม่มีมาตรการที่เข้มงวดเด็ดขาดในการลงโทษผู้กระทำความผิด รัฐบาลจึงประสงค์ให้มีกฎหมายกลางเกี่ยวกับการจัดซื้อจัดจ้างเพื่อให้หน่วยงานของรัฐถือปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน และเพื่อให้เป็นไปตามนโยบายการส่งเสริมการบริหารราชการแผ่นดินที่มีธรรมาภิบาลและการป้องกันการทุจริตและประพฤติมิชอบในภาครัฐ โดยได้ประกาศให้ใช้บังคับพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ เพื่อให้การดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐมีกรอบการปฏิบัติงานที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน

จากการดำเนินงานกระบวนการซื้อหรือจ้างระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 ของโรงพยาบาลนวม พบว่า บุคลากรภายในองค์กรไม่ให้ความสำคัญกับวางแผนการใช้พัสดุ หรือไม่ปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ บางครั้งมีความต้องการพัสดุที่เกินความเป็นจริงหรือเลือกใช้พัสดุไม่ถูกประเภททำให้ได้พัสดุที่ไม่ต้องกับงานที่ต้องดำเนินการ หน่วยงานจะมีเจ้าหน้าที่พัสดุไม่เพียงพอต่อปริมาณงานภายในองค์กรแล้วนั้น ยังพบว่าเจ้าหน้าที่ในฝ่ายงานอื่นแม้ไม่ได้ทำหน้าที่พัสดุโดยตรงแต่ก็มีส่วนเกี่ยวข้องกับงานพัสดุ เช่น การได้รับแต่งตั้งให้เป็นคณะกรรมการ ไม่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในงานพัสดุเลย ไม่ทราบ

ขั้นตอนวิธีการเบื้องต้นของการจัดซื้อจัดจ้างที่กฎหมายกำหนด ทำให้เป็นการทำงานแบบทำตามเสียงส่วนใหญ่

จากสภาพปัญหาดังกล่าวผู้ศึกษาในฐานะผู้รับผิดชอบจึงมีความสนใจที่จะดำเนินการศึกษาการสร้าง ความเข้าใจของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในกระบวนการซื้อหรือจ้าง ระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 โรงพยาบาลนวมิน จัหวัดกาฬสินธุ์ ขึ้น เพื่อเป็นแนวทางในการบริหารงานพัสดุของโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาความเข้าใจของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในกระบวนการซื้อหรือจ้าง ระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 โรงพยาบาลนวมิน จัหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษาการสร้าง ความเข้าใจของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในกระบวนการซื้อหรือจ้าง ระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 โรงพยาบาลนวมิน จัหวัดกาฬสินธุ์

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเรื่อง การสร้าง ความเข้าใจของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในกระบวนการซื้อหรือจ้าง ระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้าง และการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 โรงพยาบาลนวมิน จัหวัดกาฬสินธุ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาความเข้าใจและแนวทางในการสร้าง ความเข้าใจของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในกระบวนการซื้อหรือจ้าง ระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้าง

และการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 โรงพยาบาลนวมิน จัหวัดกาฬสินธุ์ มีขั้นตอนการวิจัย ดังต่อไปนี้

รูปแบบการวิจัย

การสร้าง ความเข้าใจของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในกระบวนการซื้อหรือจ้าง ระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 โรงพยาบาลนวมิน จัหวัดกาฬสินธุ์ เป็น การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ บุคลากรที่เกี่ยวข้องในกระบวนการซื้อหรือจ้าง ระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 โรงพยาบาลนวมิน จัหวัดกาฬสินธุ์

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรที่เกี่ยวข้องในกระบวนการซื้อหรือจ้าง ระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 โรงพยาบาลนวมิน จัหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 30 คน โดยการเจาะจง โดยมีหน้าที่เกี่ยวข้องในกระบวนการซื้อหรือจ้างโดยตรง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรมการสร้าง ความเข้าใจของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในกระบวนการซื้อหรือจ้าง ระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 โรงพยาบาลนวมิน จัหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่ การให้ ความรู้ การซักถาม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการสรุปถอดบทเรียน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามความเข้าใจบุคลากรที่เกี่ยวข้องในกระบวนการซื้อหรือจ้าง ระเบียบกระทรวงการคลัง ว่า

ด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 ซึ่งเป็นแบบ rating scale 5 ระดับ คือ

5 หมายถึง มีความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการซื้อหรือจ้าง มากที่สุด

4 หมายถึง มีความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการซื้อหรือจ้าง มาก

3 หมายถึง มีความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการซื้อหรือจ้าง ปานกลาง

2 หมายถึง มีความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการซื้อหรือจ้าง น้อย

1 หมายถึง มีความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการซื้อหรือจ้าง น้อยที่สุด

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้ (Best, 1981)

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

การสร้างและตรวจคุณภาพเครื่องมือ โดยการศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดเป็นประเด็นคำถาม หลังจากนั้นนำแบบสอบถามที่ได้ไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อหาความสอดคล้องของเนื้อหาและวัตถุประสงค์ (IOC) หลังจากนั้นทำการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำและนำไปใช้ทดลองกับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ที่เพื่อวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (บุญชม ศรีสะอาด, 2545) ได้ค่าความเชื่อมั่นของครอนบาค .679 (รายละเอียดในภาคผนวก)

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ศึกษาความเข้าใจของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในกระบวนการซื้อหรือจ้าง ระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

2. วิเคราะห์ส่วนขาดของบุคลากรเกี่ยวกับกระบวนการซื้อหรือจ้าง ระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560

3. จัดอบรมให้ความรู้บุคลากรเกี่ยวกับกระบวนการซื้อหรือจ้าง ระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560

4. จัดเวทีการซักถาม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (สภากาแฟ) สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

5. จัดเวทีการสรุปถอดบทเรียน ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข

6. ศึกษาความเข้าใจของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในกระบวนการซื้อหรือจ้าง ระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิจัยเรื่อง การสร้างความเข้าใจของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในกระบวนการซื้อหรือจ้าง ระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ใช้สถิติ พรรณนา และสถิติ paired t – test

สรุปผล

1. ระดับความเข้าใจของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในกระบวนการซื้อหรือจ้าง ระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ.

2560 โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนการดำเนินการ โดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยข้อที่มีค่าคะแนนระดับความเข้าใจมากที่สุด ได้แก่ วิธีเฉพาะเจาะจง รองลงมา คือ อำนาจในการสั่งซื้อหรือสั่งจ้าง และ คณะกรรมการซื้อหรือจ้าง ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีค่าคะแนนระดับความเข้าใจน้อยที่สุด ได้แก่ รายงานขอซื้อหรือขอจ้าง รองลงมาคือ วิธีคัดเลือก และ การจัดทำร่างขอบเขตของงานหรือรายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะของพัสดุหรือแบบรูปารายการงานก่อสร้าง ตามลำดับ

2. ระดับความเข้าใจของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในกระบวนการซื้อหรือจ้าง ระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังการดำเนินการ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด โดยข้อที่มีค่าคะแนนระดับความเข้าใจมากที่สุด ได้แก่ รายงานขอ

ซื้อหรือขอจ้าง รองลงมา คือ วิธีคัดเลือก และ การจัดทำร่างขอบเขตของงานหรือรายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะของพัสดุหรือแบบรูปารายการงานก่อสร้าง ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีค่าคะแนนระดับความเข้าใจน้อยที่สุด ได้แก่ คณะกรรมการซื้อหรือจ้าง รองลงมาคือ วิธีเฉพาะเจาะจง และ การจ่ายเงินล่วงหน้า ตามลำดับ

3. การเปรียบเทียบความเข้าใจของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในกระบวนการซื้อหรือจ้าง ระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินการ พบว่าโดยรวมและรายข้อทุกข้อ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลังดำเนินการ มีระดับความเข้าใจของบุคลากรมากกว่าก่อนดำเนินการ

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความเข้าใจของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในกระบวนการซื้อหรือจ้าง ระเบียบ

กระทรวงการคลัง ว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินการ

รายการ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
1. การจัดทำร่าง	3.32	0.65	4.68	0.48	30	-7.182	.000	-1.74011	-.96957
2. รายงานขอซื้อหรือขอจ้าง	3.26	1.06	4.77	0.43	30	-6.556	.000	-1.98845	-1.04381
3. คณะกรรมการซื้อหรือจ้าง	3.74	0.63	4.35	0.49	30	-3.450	.002	-.97574	-.25007
4. วิธีการซื้อหรือจ้าง	3.39	0.62	4.65	0.49	30	-6.789	.000	-1.63651	-.87961
5. วิธีประกาศเชิญชวนทั่วไป	3.42	0.92	4.58	0.50	30	-5.101	.000	-1.62620	-.69638
6. วิธีตลาดอิเล็กทรอนิกส์	3.65	0.91	4.55	0.51	30	-4.215	.000	-1.34088	-.46557
7. วิธีประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์	3.39	0.67	4.52	0.51	30	-5.479	.000	-1.54984	-.70823
8. วิธีสอบราคา	3.58	0.76	4.45	0.51	30	-4.227	.000	-1.29177	-.45016
9. วิธีคัดเลือก	3.29	1.01	4.71	0.46	30	-6.149	.000	-1.89075	-.94796
10. วิธีเฉพาะเจาะจง	3.94	0.73	4.42	0.50	30	-2.908	.007	-.82365	-.14409
11. การจ้างออกแบบรวมก่อสร้าง	3.42	0.50	4.58	0.50	30	-6.445	.000	-1.52927	-.79331
12. เกณฑ์การพิจารณาคัดเลือก	3.61	0.80	4.48	0.51	30	-4.227	.000	-1.29177	-.45016
13. อำนาจในการสั่งซื้อหรือสั่งจ้าง	3.87	0.88	4.48	0.51	30	-3.143	.004	-1.01110	-.21471
14. การจ่ายเงินล่วงหน้า	3.52	0.63	4.42	0.50	30	-4.546	.000	-1.30898	-.49747
รวม	3.52	0.34	4.55	0.16	30	-11.572	.000	-1.19818	-.83869

อภิปรายผล

ระดับความเข้าใจของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในกระบวนการซื้อหรือจ้าง ระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 โรงพยาบาลนวมิน จังหัดกาฬสินธุ์ ก่อนการดำเนินการโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด โดยข้อที่มีค่าคะแนนระดับความเข้าใจมากที่สุด ได้แก่ วิธีเฉพาะเจาะจง รองลงมา คือ อำนาจในการสั่งซื้อหรือสั่งจ้าง และ คณะกรรมการซื้อหรือจ้าง ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีค่าคะแนนระดับความเข้าใจน้อยที่สุด ได้แก่ รายงานขอซื้อหรือขอจ้าง รองลงมาคือ วิธีคัดเลือก และ การจัดทำร่างขอบเขตของงานหรือรายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะของพัสดุหรือแบบรูปรายการงานก่อสร้าง ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐดำนันท์ ยอดเมืองชัย (2562) พบว่าพระราชบัญญัติที่ใช้บังคับใหม่มักก่อให้เกิดปัญหาและอุปสรรคต่อกระบวนการในการจัดซื้อจัดจ้างและประสิทธิภาพของระบบการจัดซื้อจัดจ้าง ซึ่งมีระเบียบการปฏิบัติที่ยุ่งยากซับซ้อนหลายขั้นตอน ขาดความคล่องตัว ไม่มีความยืดหยุ่น ไม่สามารถแก้ไขปัญหาเร่งด่วนได้ ประกอบกับเจ้าหน้าที่ขาดความรู้ความเข้าใจและขาดความชำนาญเชี่ยวชาญเกี่ยวกับกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการจัดซื้อจัดจ้างตามระเบียบที่กำหนด และสอดคล้องกับการศึกษาของ แต่หลังจากการสร้างความรู้ความเข้าใจของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในกระบวนการซื้อหรือจ้าง ระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 โรงพยาบาลนวมิน จังหัดกาฬสินธุ์ แล้วพบว่า ระดับความเข้าใจของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในกระบวนการซื้อหรือจ้าง ระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 โรงพยาบาลนวมิน จังหัดกาฬสินธุ์ หลังการดำเนินการโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด โดยข้อที่มีค่าคะแนนระดับความเข้าใจมากที่สุด ได้แก่ รายงานขอซื้อหรือขอจ้าง

รองลงมา คือ วิธีคัดเลือก และ การจัดทำร่างขอบเขตของงานหรือรายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะของพัสดุหรือแบบรูปรายการงานก่อสร้าง ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีค่าคะแนนระดับความเข้าใจน้อยที่สุด ได้แก่ คณะกรรมการซื้อหรือจ้าง รองลงมาคือ วิธีเฉพาะเจาะจง และ การจ่ายเงินล่วงหน้าตามลำดับ และการเปรียบเทียบความเข้าใจของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในกระบวนการซื้อหรือจ้าง ระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 โรงพยาบาลนวมิน จังหัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินการ พบว่าโดยรวมและรายข้อทุกข้อ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลังดำเนินการมีระดับความเข้าใจของบุคลากรมากกว่าก่อนดำเนินการทั้งนี้เนื่องจากได้มีการศึกษาความเข้าใจของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในกระบวนการซื้อหรือจ้าง ระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 โรงพยาบาลนวมิน จังหัดกาฬสินธุ์ วิเคราะห์ส่วนขาด จัดอบรมให้ความรู้บุคลากรเกี่ยวกับกระบวนการซื้อหรือจ้าง ระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 โดยเฉพาะการจัดเวทีการซักถาม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (สภากาแฟ) สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และมีการสรุปถอดบทเรียน ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข ตามแนวคิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (ประพนธ์ ผาสุขยัต, 2549) เพื่อแบ่งปันความรู้ ทักษะและประสบการณ์ซึ่งกันและกัน โดยบุคคลมีความสมัครใจที่จะให้บุคคลอื่นเข้าถึงความรู้ ประสบการณ์ หรือความเชี่ยวชาญที่ตนเองมี หรือเป็นการนำเอาความรู้ที่มีอยู่ในองค์กร มาผ่านกระบวนการทางสังคมเพื่อเผยแพร่ให้กับผู้อื่นทั้งภายในและภายนอกองค์กร ซึ่งการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จะประกอบไปด้วยการถ่ายทอดความรู้ที่ตนเองมีให้กับบุคคลอื่นได้เข้าใจ และรับหรือดูดซึมความรู้จากผู้อื่นมาเป็นของตน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

ในการพัฒนาความรู้ความเข้าใจของบุคลากรเกี่ยวกับกระบวนการซื้อหรือจ้าง ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 ควรเริ่มจากการศึกษาความเข้าใจของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในกระบวนการซื้อหรือจ้าง ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 โรงพยาบาลมณีนะ จังหวัดกาฬสินธุ์ วิเคราะห์ส่วนขาด จัดอบรมให้ความรู้บุคลากรเกี่ยวกับ

กระบวนการซื้อหรือจ้าง ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 โดยเฉพาะการจัดเวทีการซักถาม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (สภากาแฟ) สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ตลอดจนมีการสรุปถอดบทเรียน ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาผลจากการดำเนินงานของบุคลากรเกี่ยวกับกระบวนการซื้อหรือจ้าง ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการบริหารจัดการต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กมล เดชศิริ. (2551). รูปแบบการบริหารงานพัสดุที่เหมาะสมสำหรับองค์การบริหารส่วนจังหวัดปัตตานี. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เดือนเพ็ญ ศังฆะฤทธิ์. (2521). การจัดการงานพัสดุ (commodity management). วารสารพัฒนาชุมชน, 8(4), 35.
- ปรีชา จำปารัตน์และไพศาล ชัยมงคล. (2520). การบริหารพัสดุ: ทฤษฎีและปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.
- วันจันทร์ จันทะโคตร. (2554). ปัญหาและอุปสรรคการจัดซื้อจัดจ้างโดยวิธีการสอบราคาด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ขององค์การบริหารส่วนตำบล ในอำเภอขลุง จังหวัดจันทบุรี. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วารี แวนแก้ว. (2561). ความเป็นมาเกี่ยวกับกฎหมาย ระเบียบการจัดซื้อจัดจ้าง. สืบค้น 20 มกราคม 2562, จาก <http://supply.rid.go.th/e-learning/index.php/2018-07-08-09-40-06/2-uncategorised/23-2018-07-14-03-45-00>
- ศรัณย์พร ณ ศรีโต. (2554). การบริหารงานพัสดุของเทศบาลตำบลในเขตอำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สำนักงานงบประมาณ. (2529). คู่มือการบริหารพัสดุ. กรุงเทพฯ: สถาบันฝึกอบรมและปรับปรุงการบริหารสำนักงานงบประมาณ.
- สุรพล นิติไกรพจน์. (2560). พระราชบัญญัติจัดซื้อจัดจ้างฉบับใหม่ รวมศูนย์อำนาจอาจส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ. สืบค้น 20 พฤศจิกายน 2561, จาก <https://www.isranews.org/isranews-article>
- อัจจิมา ฉัตรแก้ว. (2555). ปัญหาทางกฎหมายเกี่ยวกับการทุจริตในการจัดซื้อจัดจ้างในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- พระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พุทธศักราช 2560
- ณัฐดนันท์ ยอดเมืองชัย. (2560). ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 การประชุมวิชาการระดับชาติ PULINET 2019 โดย สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยบูรพา และหน่วยงานห้องสมุดมหาวิทยาลัยส่วนภูมิภาค (PULINET) 9-10 มกราคม 2562
- ประพนธ์ ฝาสุขยี่ด. (2548). การจัดการความรู้ ฉบับมือใหม่หัดขับ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โยโหม.
- นิชกุลธิด์ โสภาสวรรณ์, วิศรา เหล่าบุรุษ. (2556) ประสิทธิภาพการบริหารงานตามกรอบแนวคิดของโลเคิร์ธที่มีต่อประสิทธิภาพในการจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์. วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม ปีที่ 7 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม 2556

การพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังสุขภาพในโรงพยาบาล Developing guidelines for health surveillance in Kalasin hospital

นิตยา สุวรรณชาติ

Nittaya Suwannachat

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

บทคัดย่อ

การพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังสุขภาพในโรงพยาบาล เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์อาชีวเวชกรรมในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ และนำไปสู่พัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังสุขภาพในโรงพยาบาล ซึ่งดำเนินการระหว่าง ตุลาคม 2560 – กันยายน 2562 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ปี 2560 จำนวน 1,291 คน ปี 2561 จำนวน 1,508 คน และ ปี 2562 จำนวน 1,327 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความเสี่ยงอาชีวเวชกรรมในโรงพยาบาล เครื่องมือที่ใช้ตรวจวัดความสว่าง Lux metre ยี่ห้อ foot candel รุ่น 407026 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัยพบว่า

บุคลากรส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 56.67 BMI ปกติ ร้อยละ 41.19 hematocrit ปกติ ร้อยละ 75.87 FBS ปกติ ร้อยละ 87.99 โคเลสเตอรอล ปกติ ร้อยละ 52.20 ไตรกลีเซอไรด์ ปกติ ร้อยละ 80.11 และเมื่อเปรียบเทียบกับ ปี 2560 และปี 2561 ค่า FBS โคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ ของปี 2562 ดีกว่า ปี 2560 และปี 2561 สมรรถภาพการมองเห็น ปกติ (ร้อยละ 80.95) สมรรถภาพการได้ยิน ปกติ (ร้อยละ 48.84) และสมรรถภาพปอด ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (ร้อยละ 11.11) ระดับความเสี่ยงของหน่วยงาน ด้านกายภาพ ด้านชีวภาพ ด้านสารเคมี ด้านการยศาสตร์ อุบัติเหตุหรือสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย อยู่ในระดับปานกลาง ผลการตรวจวัดความเข้มของแสงสว่าง ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 93.16 ซึ่งมากกว่า ปี 2560

คำสำคัญ : แนวทางการเฝ้าระวังสุขภาพ

ABSTRACT

Developing guidelines for health surveillance in Kalasin hospital was research and development. Aimed to studied situation of occupational medicine in Kalasin hospital. And toward the development of health surveillance guidelines in hospitals. Action between October 2016 – September 2018. Sample size were 1,291 employees in Kalasin Hospital in 2017, 1,508 in 2018, and 1,327 in 2019. Data were collected by Hospital occupational medicine risk assessment , brightness measuring instrument Lux metre brand foot candel generation 407026. Data were analyzed frequency , percentage , mean and standard deviation. Qualitative data used content analysis.

The results of the research showed that

Most of officer were risk group 56.67 % BMI normal level 41.19% Hematocrits normal level 75.87% FBS normal level 87.99% cholesterol normal level 52.20% Triglycerides normal level 80.11. When compare between year 2016 and year 2017 FBS , cholesterol and Triglycerides 2019 better year 2016 and year 2017. Normal vision (80.95%), normal hearing (48.84%), and lung capacity Below standard (11.11%). Risk levels of

physical, biological, chemical, ergonomic Accident or unsafe working conditions At a middle level. The result of the light intensity measurement has passed 93.16% which is more than 2017.

Keyword : Health surveillance guidelines

บทนำ

ปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคมเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วทำให้วิถีชีวิตของคนไทยเปลี่ยนแปลงไป เช่น การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การทำงานหรืออยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพเป็นต้น ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของประชาชนตามมาได้ ดังนั้นเพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพเฝ้าระวัง ควบคุมโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ ในระยะเริ่มแรกประชาชนจึงควรได้รับการดูแลทางด้านสุขภาพ ตั้งแต่เนิ่นๆ การตรวจเช็คสุขภาพประจำปี หรือตรวจเป็นระยะ จึงเป็นกิจกรรมที่มีความจำเป็นอย่างหนึ่ง

โรงพยาบาลเปรียบเสมือนสถานประกอบกิจการประเภทหนึ่ง ที่มีกระบวนการทำงานซับซ้อนคล้ายกับมีโรงงานหลายๆ ประเภทรวมอยู่ในที่เดียวกันและมีกลุ่มบุคลากรโรงพยาบาลปฏิบัติงานอยู่หลากหลายสาขาอาชีพ ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ ในแต่ละฝ่ายหรือกลุ่มงานจะมีบุคลากรหรือเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานอยู่หลากหลายสาขาอาชีพ ผู้ปฏิบัติงานจำเป็นต้องสัมผัสสิ่งคุกคามสุขภาพและความไม่ปลอดภัยต่างๆ และมีโอกาสสัมผัสสิ่งคุกคามสุขภาพที่ก่อให้เกิดโรคหรือการบาดเจ็บจากการทำงาน ทำให้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจของบุคลากรโรงพยาบาล โดยพบว่า สิ่งคุกคามสุขภาพที่ก่อให้เกิดโรคและการบาดเจ็บจากการทำงานของ

บุคลากรโรงพยาบาลที่สำคัญได้แก่ สิ่งคุกคามสุขภาพทางกายภาพ (physical health hazards) สิ่งคุกคามสุขภาพทางเคมี (chemical health hazards) สิ่งคุกคามสุขภาพทางชีวภาพ (biological health hazards) สิ่งคุกคามสุขภาพทางจิตวิทยาสังคม (Psychosocial health hazard) สิ่งคุกคามทางการยศาสตร์ (Ergonomics) และสิ่งคุกคามทางด้านความปลอดภัย (safety hazards) (Hood & Larrnaga, 2007; National Institute for Occupational Safety and Health [NIOSH], 2009) นอกจากนี้สิ่งคุกคามสุขภาพจากสิ่งแวดล้อมการทำงานดังกล่าวข้างต้น บุคลากรโรงพยาบาลยังมีโอกาสสัมผัสกับสิ่งคุกคามสุขภาพจากสภาพการทำงานด้านเวลาการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลซึ่งจะต้องปฏิบัติงานตลอด 24 ชั่วโมง สภาพการทำงานดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อการปรับตัวทางสรีรวิทยา การนอนหลับ ตลอดจนส่งผลกระทบต่อวงจรชีวภาพในรอบวัน ทำให้บุคลากรโรงพยาบาลรู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลียและเมื่อยล้าสะสมเพิ่มขึ้น

บุคลากรของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ มีบทบาทในการดูแล รักษา ป้องกัน ฟื้นฟู สุขภาพอนามัยแก่ประชาชนทั่วไป โดยการแบ่งบทบาทหน้าที่ตามลักษณะโครงสร้างการบริการเพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมการให้บริการครอบคลุมทุกหน่วยบริการ ซึ่งถือว่าเป็นสถานประกอบกิจการที่มีสิ่งคุกคามสุขภาพแฝงอยู่ในกระบวนการทำงานทุกขั้นตอน (Hood & Larrnaga, 2007) ทั้งจากสิ่งแวดล้อมการทำงานและสภาพการทำงาน (จิต

ตามรณ จิตรีเชื้อ, 2548ก) ทำให้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจของบุคลากรโรงพยาบาล ในประเทศสหรัฐอเมริกาได้จัดลำดับการทำงานในโรงพยาบาลเป็นงานที่อันตรายมากที่สุดประเภทหนึ่ง (Charney & Fragala, 1999)

เนื่องจากในกระบวนการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลมีทั้งสิ่งคุกคามสุขภาพจากสิ่งแวดล้อมการทำงานและสภาพการทำงาน ส่งผลให้บุคลากรโรงพยาบาลมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคจากการทำงาน ดังนั้นผู้ศึกษาในฐานะผู้รับผิดชอบในเรื่องดังกล่าว จึงได้พัฒนาแนวทางเฝ้าระวังสภาวะสุขภาพของบุคลากรในสังกัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ขึ้น เพื่อเป็นแนวทางในการเฝ้าระวังสภาวะสุขภาพของบุคลากร เป็นการส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคลากรมีความปลอดภัยในการทำงานต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์อาชีวเวชกรรมในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาแนวทางการเฝ้าระวังสภาวะสุขภาพของบุคลากรในสังกัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์
2. เพื่อพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังสภาวะสุขภาพของบุคลากรในสังกัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังสุขภาพในโรงพยาบาล เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์อาชีวเวชกรรมในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ และนำไปสู่พัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังสุขภาพใน

โรงพยาบาล ซึ่งดำเนินการระหว่าง ตุลาคม 2560 – กันยายน 2562 มีขั้นตอนในการวิจัย ดังต่อไปนี้

รูปแบบงานวิจัย

การพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังสุขภาพในโรงพยาบาล เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ และสถานที่ปฏิบัติงาน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ปี 2560 จำนวน 1,291 คน ปี 2561 จำนวน 1,508 คน และ ปี 2562 จำนวน 1,327 คน และสถานที่ที่บุคลากรปฏิบัติงาน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังสุขภาพในโรงพยาบาล
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความเสี่ยงอาชีวเวชกรรมในโรงพยาบาล เครื่องมือที่ใช้ตรวจวัดความสว่าง Lux metre ยี่ห้อ foot candel รุ่น 407026

ขั้นตอนในการดำเนินงานวิจัย

1. สำรวจสถานการณ์อาชีวเวชกรรมในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย บริบท (Context) กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม การประเมินความเสี่ยงตามหลักอาชีวเวชกรรมในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์
2. การทบทวนความเสี่ยงและกำหนดแนวทางแก้ไข ประกอบด้วย ความต้องการของผู้รับ

ผลงานสำคัญ แนวทางการแก้ไขการจัดการความเสี่ยงในหน่วยงานที่พบความเสี่ยงสูงตั้งแต่ระดับปานกลาง ครั้งที่ 1

3. การติดตามประเมินความเสี่ยงตามหลักอาชีวเวชกรรมในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย การตรวจสุขภาพประจำปีของบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ การตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงประจำปีของบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ การประเมินความเสี่ยงของบุคลากรในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ การตรวจวัดความเข้มของแสงสว่างโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ และการจัดการความเสี่ยงในหน่วยงานที่พบความเสี่ยงสูงตั้งแต่ระดับปานกลาง

4. การทบทวนความเสี่ยงและกำหนดแนวทางแก้ไข ประกอบด้วย ความต้องการของผู้รับผลงานสำคัญ แนวทางการแก้ไขการจัดการความเสี่ยงในหน่วยงานที่พบความเสี่ยงสูงตั้งแต่ระดับปานกลาง ครั้งที่ 2

5. การติดตามประเมินความเสี่ยงตามหลักอาชีวเวชกรรมในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย การตรวจสุขภาพประจำปีของบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ การตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงประจำปีของบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ การประเมินความเสี่ยงของบุคลากรในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ การตรวจวัดความเข้มของแสงสว่างโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ และการจัดการความเสี่ยงในหน่วยงานที่พบความเสี่ยงสูงตั้งแต่ระดับปานกลาง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลสถานการณ์อาชีวเวชกรรมในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัย

1. ผลการตรวจสุขภาพประจำปี 2562 ของบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเสี่ยง (ร้อยละ 56.67) ค่าปกติ (BMI 18.5 - 22.9) (ร้อยละ 41.19) Hematocrit ปกติ (Hct 36 - 50 %) (ร้อยละ 75.87) FBS ปกติ (< 100 mg%) (ร้อยละ 87.99) โคเลสเตอรอล ปกติ (< 200 mg%) (ร้อยละ 52.20) ไตรกลีเซอไรด์ ปกติ (< 100 mg%) (ร้อยละ 80.11) และเมื่อเปรียบเทียบกับ ปี 2560 และปี 2561 พบว่า ค่า FBS โคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ ของปี 2562 ดีกว่า ปี 2560 และปี 2561

2. ผลการตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงประจำปีของบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ปี 2562 พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่ มีสมรรถภาพการมองเห็น ปกติ (ร้อยละ 80.95) สมรรถภาพการได้ยิน ปกติ (ร้อยละ 48.84) และสมรรถภาพปอด ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (ร้อยละ 11.11)

3. ผลการประเมินความเสี่ยงของบุคลากรในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ปี 2560 - 2562 พบว่า ระดับความเสี่ยงของหน่วยงาน ด้านกายภาพ ด้านชีวภาพ ด้านสารเคมี ด้านการยศาสตร์ อุบัติเหตุ หรือสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย อยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 2 ผลการประเมินความเสี่ยงของบุคลากรในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ปี 2560 - 2562

ประเภทความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง	จำนวนหน่วยงาน		
		ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562
1.ด้านกายภาพ	ปานกลาง	8	8	6
2. ชีวภาพ	ปานกลาง	0	0	1
3.ด้านสารเคมี	ปานกลาง	4	4	4
4.ด้านการยศาสตร์	ปานกลาง	5	5	4
5.อุบัติเหตุหรือสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย	ปานกลาง	3	3	1
6.ด้านอค์คิัยและภัยพิบัติ	ปานกลาง	2	2	0
7.ด้านจิตวิทยาทางสังคม	ปานกลาง	2	2	0
8.ด้านคุณภาพอากาศ	ปานกลาง	1	1	0

4. ผลการตรวจวัดความเข้มของแสงสว่างโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พบว่า ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 93.16ซึ่งมากกว่า ปี 2560

ตาราง 4.12 สรุปผลการตรวจวัดความเข้มของแสงสว่างโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ปีที่ทำการตรวจวัด	ตรวจวัดทั้งหมด(จุด)	ผ่านเกณฑ์		ไม่ผ่านเกณฑ์	
		จุด	ร้อยละ	จุด	ร้อยละ
2560	430	268	62.33	167	38.84
2561	441	427	96.83	14	3.17
2562	453	422	93.16	31	6.84

การอภิปรายผล

ผลการตรวจสุขภาพประจำปี 2562 ของบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเสี่ยง (ร้อยละ 56.67) ค่าปกติ (BMI 18.5 - 22.9) (ร้อยละ 41.19) Hematocrit ปกติ (Hct 36 - 50 %) (ร้อยละ 75.87) FBS ปกติ (< 100 mg%) (ร้อยละ 87.99) โคเลสเตอรอล ปกติ (< 200 mg%) (ร้อยละ 52.20) ไตรกลีเซอไรด์ ปกติ (< 100 mg%) (ร้อยละ 80.11) และเมื่อเปรียบเทียบกับ ปี 2560 และปี 2561 พบว่า ค่า FBS โคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ ของปี 2562 ดีกว่า ปี 2560 และปี 2561 ทั้งนี้เนื่องจาก ได้มีการทบทวนและจัดการความเสี่ยงในหน่วยงานที่

พบความเสี่ยงสูงตั้งแต่ระดับปานกลาง (National Institute for Occupational Safety and Health, 1990) สำนักความปลอดภัยแรงงาน กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน, 2556; สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2559; กองสุกษาศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2562) ประกอบกับการสร้างความรู้ความเข้าใจกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่องจนทำให้บุคลากรกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (เฉลิมพล ต้นสกุล และคณะ, 2546) และสามารถลด ค่า FBS โคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ ลงได้ดีกว่า ปี 2560 และปี 2561 ซึ่ง

เป็นไปตามแนวทางการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) ซึ่งเป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถของคนเราในการควบคุมดูแลและพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น) การส่งเสริมสุขภาพเป็นศาสตร์และศิลป์ในการช่วยให้ประชาชนปรับเปลี่ยนวิธีการดำเนินชีวิตให้ไปสู่การมีสุขภาพที่ดี คือ เกิดความสมดุลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม สติปัญญาและจิตวิญญาณ โดยการสนับสนุนให้ประชาชนมีความตระหนักด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และมีการสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการปฏิบัติกิจกรรมด้านสุขภาพ (ศิริณี อินทรหนองไผ่, 2546) สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิมาลักษณ์ ดิถีสวัสดิ์เวทย์ และคณะ (2561) ได้ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลชุมชน พบว่าทั้ง 3 โรงพยาบาลมีการจัดบริการอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลในรูปแบบของกรรมการโดยมีกลุ่มการพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการจัดบริการเชิงรับ และร่วมกับกลุ่มเวชปฏิบัติครอบคลุมในการจัดบริการเชิงรุก กิจกรรมการจัดบริการฯ ประกอบด้วย 1. สสำรวจข้อมูลกลุ่มอาชีพ 2. การตรวจสุขภาพของพนักงานในสถานประกอบการ 3. ตรวจคัดกรองความเสี่ยงจากการสัมผัสสารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกร 4. การจัดทำรายงานและจัดทำระบบการคัดกรองสุขภาพในโรงพยาบาล และทำให้บุคลากรส่วนใหญ่ มีสมรรถภาพการมองเห็น ปกติ (ร้อยละ 80.95) สมรรถภาพการได้ยิน ปกติ (ร้อยละ 48.84) และผลการตรวจวัดความเข้มของแสงสว่างโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พบว่าผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 93.16ซึ่งมากกว่า ปี 2560 แต่ทั้งนี้ยังมีส่วนแก้ไข คือ สมรรถภาพปอด ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (ร้อยละ 11.11) และผลการ

ประเมินความเสี่ยงของบุคลากรในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ปี 2562 พบว่า ระดับความเสี่ยงของหน่วยงาน ด้านกายภาพ ด้านชีวภาพ ด้านสารเคมี ด้านการยศาสตร์ อุบัติเหตุหรือสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพร วชิรเมธารัตน์ และ รัตพงษ์ สอนสุภาพ (2559) ได้ศึกษาการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ผลการศึกษาพบว่า การประเมินความเสี่ยงโดยการมีส่วนร่วมของบุคลากรในหน่วยงาน 21 หน่วยงาน พบความเสี่ยงระดับสูง (6 ถึง 9 คะแนน) ใน 13 หน่วยงาน จำนวน 18 ความเสี่ยง สามารถจัดการลดความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรโดยทีมสหวิชาชีพ ร้อยละ 88.89 และเมื่อเปรียบเทียบกับผลการจัดการความเสี่ยงในรอบปีที่ผ่านมา เท่ากับร้อยละ 64.28 และสอดคล้องกับการศึกษาของรอ ชาญประโคน (2557) ได้ศึกษาการประยุกต์ใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์เพื่อส่งเสริมการออกกำลังกายของประชาชนที่มีภาวะอ้วนในตำบลโคกมะขาม อำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ผลการศึกษาพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องการออกกำลังกาย การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกาย การรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกาย การรับรู้ความสามารถของตนเองในการออกกำลังกาย และการปฏิบัติตัวในการออกกำลังกาย สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

ควรส่งเสริมให้มีการทบทวน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อจัดการความเสี่ยงใน

หน่วยงานที่พบความเสี่ยงสูงตั้งแต่ระดับปานกลาง
ในดำเนินการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังสุขภาพ
ในโรงพยาบาล ให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ
กรรมในโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษารายละเอียดการปฏิบัติตั้งของ
บุคลากรกลุ่มเสี่ยงในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.(2562) แนวทางการพัฒนาคุณภาพงานสุศึกษาและพัฒนา
ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในโรงพยาบาล. นนทบุรี : โรงพิมพ์กองสุศึกษา.
- รอ ชาญประโคน , จินดาวัลย์ วิบุรณ์อุทัย และสุพิตรา เศลัดนะกุล. (2557) การประยุกต์ใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ
เพนเดอร์เพื่อส่งเสริมการออกกำลังกายของประชาชนที่มีภาวะอ้วนในตำบลโคกมะขาม อำเภอประโคนชัย จังหวัด
บุรีรัมย์”. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 6(3) (พ.ย.56 – ก.พ.57)
- ศิมาลักษณ์ ดิถีสวัสดิ์เวทย์ จรรย์รักษ์ เยทส์ เกรียงศักดิ์ หาญสิทธิพร สายสวาท คนหาญ ดวงฤดี โชติกลาง ธนภัทร ศรีชุม
พิไลลักษณ์ พลพิลา พิเชษฐ โฉมเฉลา ทรงทรัพย์ พิมพ์ชายน้อย.(2561) วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7
ขอนแก่น. ปีที่ 25 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2561
- ศิริณี อินทรหนองไผ่.(2546) พฤติกรรมสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ. มหาสารคาม : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
มหาสารคาม.
- สุภาพร วชิรเมธรัตน์ และ รัตพงษ์ สอนสุภาพ. (2559) การจัดการความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลร้อยเอ็ด.
การประชุมวิชาการระดับชาติ มหาวิทยาลัยรังสิต ประจำปี 2559 (RSU National Research Conference 2016)
1078 - 88
- Charney, W., & Fragala, G. (Eds.).(1999) The epidemic of hospital worker injury: An epidemiology. Boca
Raton, FL: CRC Press.
- Hood, J., & Larrañaga, M. (2007) Employee health surveillance in the health care industry. **American
Association of Occupational Health Nurses Journal**, 55(10), 423 -431.
- National Institute for Occupational Safety and Health. Guideline for protecting the safety and health of
health care workers: Developing hospital safety and health program. [Electronic version]. Morbidity
Mortality Weekly Report, 39(24), 417, 1990

การเฝ้าระวังสุขภาพในสถานประกอบการ Health surveillance in the workplace

รัชณี ไชยดี

Rutchanee chaidee

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์อาชีวอนามัยในสถานประกอบการกำหนดแนวและพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังสุขภาพของสถานประกอบการ มีระยะเวลาในการศึกษา ระหว่าง เดือน ตุลาคม 2560 ถึง เดือน กันยายน 2562 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พนักงานสถานประกอบการในจังหวัดกาฬสินธุ์ ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ ได้แก่ ปี 2560 จำนวน 21 แห่ง 463 คน ปี 2561 จำนวน 30 แห่ง 421 คน และ ปี 2562 จำนวน 22 แห่ง 986 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกผลการตรวจสุขภาพของพนักงานกลุ่มเสี่ยงที่ปฏิบัติงานในสถานประกอบการ วิเคราะห์ข้อมูลโดย การใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วน ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการศึกษาพบว่า ผลการตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงของพนักงานกลุ่มเสี่ยงที่ปฏิบัติงานในสถานประกอบการ 2562 พนักงานมีสมรรถภาพการมองเห็นปกติ ร้อยละ 77.59 สมรรถภาพการได้ยิน ปกติ ร้อยละ 64.99 และสมรรถภาพปอด ปกติ ร้อยละ 94.82 ซึ่งมากกว่าจากปี 2560 และปี 2561 จากการจัดบริการในโรงพยาบาล พบว่า พนักงานมีสมรรถภาพการมองเห็นปกติ ร้อยละ 94.58 สมรรถภาพการได้ยิน ปกติ ร้อยละ 81.10 และสมรรถภาพปอด ปกติ ร้อยละ 100 ซึ่งมากกว่า ปี 2560 และ ปี 2561 และผลการตรวจสุขภาพของพนักงานกลุ่มเสี่ยงที่ปฏิบัติงานในสถานประกอบการ ประจำปี 2562 พบว่า BMI ปกติ ร้อยละ 40.00 Hematocrit ปกติ ร้อยละ 91.76 FBS ร้อยละ 80.95 และโคเลสเตอรอล ปกติ ร้อยละ 56.77 โดยที่ Hematocrit , FBS มีแนวโน้มดีขึ้น

ABSTRACT

This research was research and development aimed to studied the situation of occupational health in the workplace, establish guidelines and develop guidelines for health surveillance of the workplace between October 2017 to September 2019. Sample size were employees establishments in Kalasin Province Which were voluntarily participating in the project were 21 places in 463 people in 2017, 30 in 421 people in the year 2018 and 22 in 962 in the year 2019. Data were collected by the health examination records of risk group employees who work in the workplace. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, and standard deviation. Qualitative data were analyzed by content analysis.

The study found that health examination results based on risk of risk group employees who work in the workplace 2019. The employees had 77.59% of normal vision, 64.99% of normal hearing and 94.82% of normal lung function, which is more than from 2017 and 2018. According to the provision of hospital services, 94.58% of staff had normal vision, 81.10% of normal hearing and 100% of normal lung function, which is higher than 2017 and 2018. And the health examination results of risky employees who work in the workplace in the year 2019 found that normal BMI at 40.00 percent, Normal Hematocrit at 91.76 percent, FBS 80.95 percent and Normal Cholesterol 56.77 percent, with Hematocrit, FBS improving.

บทนำ

การบริหารจัดการความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงานเป็นการจัดการสิ่งที่จะมีผลกระทบต่อสุขภาพจากการทำงานของผู้ปฏิบัติงานและลดความสูญเสียจากอุบัติเหตุหรือเหตุฉุกเฉินจากการทำงาน โดยมุ่งเน้นให้ผู้บริหารและบุคลากรทุกระดับให้ความสำคัญตระหนักและมีการดำเนินการด้านความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเสริมสร้างให้สภาพแวดล้อมในการทำงานมีความปลอดภัยได้มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนดไว้ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานมีสุขภาพกายและใจที่ดี (คณะอนุกรรมการความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงานมหาวิทยาลัยมหิดล. 2555)

ผู้ประกอบการอาชีพหรือคนงานมีโอกาสเสี่ยงที่จะมีปัญหาทางสุขภาพ เหมือนกับบุคคลอื่น ๆ ในชุมชน แต่ในขณะเดียวกันผู้ประกอบการอาชีพเองยังมีความเสี่ยงที่จะได้รับผลกระทบหรือความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือปัญหาทางสุขภาพที่เกิดขึ้นจากการทำงานหรือการประกอบอาชีพด้วยปัญหาทางสุขภาพหรือโรคนั้น อาจจะเกิดจากการทำงานโดยตรง ซึ่งเรียกว่า โรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพ (Occupational Diseases) หรืออาจเกิดขึ้นโดยการทำงานเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยให้เกิดหรือกระตุ้นให้เกิดโรคนั้น ๆ ได้ ซึ่งเรียกว่าโรคที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการประกอบอาชีพ (Work-related diseases) (กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม, 2561) ปัจจุบันประเทศไทยมีประชากรวัยแรงงานประมาณ 34 ล้านคน ในจำนวนนี้เกือบครึ่งหนึ่งจะอยู่ในภาคเกษตรกรรม ที่เหลือจะอยู่ในภาคอุตสาหกรรมและภาคบริการ จากข้อมูลของสำนักงานกองทุนเงินทดแทน กระทรวงแรงงานพบว่าในแต่ละปี มีผู้ทำงานประสบอันตราย หรือบาดเจ็บจากการทำงานปีละประมาณ 2 แสนราย ซึ่ง

ถือเป็นจำนวนที่สูง โดยมีผลกระทบทั้งต่อสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคมของประเทศ โดยผู้ที่ประสบอันตรายดังกล่าวเกิดจากการทำงานในสภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย จึงทำให้เกิดการบาดเจ็บหรือป่วยเป็นโรค การจัดบริการอาชีวอนามัยถือเป็นหัวใจสำคัญของการดำเนินการทางด้านอาชีวอนามัยของประเทศ โดยเฉพาะในปัจจุบันนี้ที่มีการขยายตัวของภาคอุตสาหกรรมเป็นอย่างมาก ปัจจุบันนี้มีระบบการจัดการอาชีวอนามัยและความปลอดภัยหลากหลายระบบให้หน่วยงานโรงงานและสถานประกอบการอุตสาหกรรมประเภทต่าง ๆ เลือกใช้ ดังนั้น สถานประกอบการอุตสาหกรรมจึงมีการจัดระบบการจัดการความปลอดภัย และอาชีวอนามัยในสถานประกอบการ เช่น ระบบมาตรฐานการจัดการอาชีวอนามัยและความปลอดภัยตาม มอก.18001-2542 เป็นต้น และปัจจุบันได้มีการปรับปรุงระบบเป็น มอก.18001-2554 แต่ระบบนี้ไม่บังคับใช้กับทุกสถานประกอบการ ซึ่งขึ้นอยู่กับความพร้อมของสถานประกอบการที่จะจัดทำระบบนี้ ส่วนระบบการจัดการความปลอดภัย และอาชีวอนามัย (International Labor Organization Occupational Safety and Health Management Systems 2001 : ILO-OSHMS 2001) (สราวุธ สุธรรมมาสา. 2550; สำนักมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม, 2554) เป็นแนวทางในการจัดระบบสำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัยของประเทศนั้นได้มีการพัฒนามาเป็นลำดับขั้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีรูปแบบหลากหลายทั้งการจัดบริการโดยหน่วยบริการสุขภาพภาครัฐ หรือเอกชน และการจัดบริการโดยสถานประกอบการเอง ขณะนี้การจัดบริการฯ ดังกล่าวมีการขยายตัวไปค่อนข้างมาก แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์ถึงสถานการณ์และคุณภาพ ของการให้บริการอาชีวอนามัย (สมเกียรติศิริรัตนพฤกษ์ และคณะ. 2549) ซึ่งการจัดกิจกรรม

บริการวิชาการด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยให้แก่พนักงาน จะช่วยสร้างความตระหนักรู้ด้านความปลอดภัยให้กับพนักงาน ทำให้พนักงาน มีความรู้ความเข้าใจ เรื่องการป้องกันอันตรายจากสภาพแวดล้อมทางกายภาพ มีการยกของหนักอย่างถูกต้องปลอดภัย และสามารถบริหารร่างกายเพื่อลดความเมื่อยล้าจากการทำงาน ทำให้พนักงานมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงและลดอุบัติเหตุหรือโรคจากการทำงานได้ (ปฐมพงศ์ นาคแก้ว และคณะ 2557)

การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เป็นแนวทางหนึ่งในการศึกษาแนวทางการเฝ้าระวังสุขภาพในสถานประกอบการ เพื่อที่จะนำมาพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังสุขภาพสถานประกอบการ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Knowledge Sharing) เป็นกระบวนการหนึ่งที่สำคัญในการจัดการความรู้ถือเป็นกลไกของชุมชนนักปฏิบัติ (Community of Practice: CoP) ที่จะมุ่งพัฒนาองค์กรให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นการใช้เวลาและโอกาสสำหรับบุคคลในการนำสิ่งที่เคยทำสำเร็จมาแล้ว หรือมีความรู้มีประสบการณ์มาแล้วหรือแลกเปลี่ยนให้กับผู้อื่นในพื้นที่ที่เหมาะสม สิ่งสำคัญคือมีเป้าหมายในการเรียนรู้ที่ไปในทิศทางเดียวกัน (ประพนธ์ ผาสุขยัต, 2548)

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ มีบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย โดยมีอัตรากำลังที่มีอยู่ในปัจจุบัน มีพยาบาลวิชาชีพ 4 คน นักวิชาการสาธารณสุข 4 คน และลูกจ้างทั่วไป 2 คน พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางพยาบาลอาชีวอนามัยมี 3 คน ซึ่งอัตรากำลังที่มีอยู่ต้องรับผิดชอบภาระงานตามโครงสร้างของกลุ่มงานอาชีวเวชกรรมในโรงพยาบาลระดับทั่วไปประกอบด้วย 6 ภารกิจ จึงจำเป็นต้องมีเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะด้านตามภาระงานที่

กำหนดอย่างเหมาะสมและเพียงพอ เช่น แพทย์อาชีวเวชศาสตร์ พยาบาลอาชีวอนามัย นักวิชาการสาธารณสุขอาชีวอนามัยและความปลอดภัย ผลการตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงของพนักงานกลุ่มเสี่ยงที่ปฏิบัติงานในสถานประกอบการ ปี 2560 จากการจัดบริการเชิงรุกในสถานประกอบการ พบว่าพนักงานมีสมรรถภาพการมองเห็นไม่ชัดเจน ร้อยละ 34.61 สมรรถภาพการได้ยิน เฝ้าระวัง ร้อยละ 53.10 ผิดปกติ ร้อยละ 15.33 และสมรรถภาพปอด ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 4.24 จากการจัดบริการในโรงพยาบาล พบว่า พนักงานมีสมรรถภาพการมองเห็น ไม่ชัดเจน ร้อยละ 10.42 สมรรถภาพการได้ยิน เฝ้าระวัง ร้อยละ 6.35 ผิดปกติ ร้อยละ 18.27 และสมรรถภาพปอด ผิดปกติ ร้อยละ 2.14 (โรงพยาบาลกาฬสินธุ์, 2561)

จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องทราบถึงสถานการณ์ของการจัดบริการอาชีวอนามัยเพื่อที่จะนำไปสู่การหามาตรการในการสนับสนุนและพัฒนาการจัดบริการดังกล่าว ให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์อาชีวอนามัยในสถานประกอบการ จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษาแนวทางการเฝ้าระวังสุขภาพในสถานประกอบการ จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังสุขภาพสถานประกอบการ จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง การเฝ้าระวังสุขภาพในสถานประกอบการ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสถานการณ์

อาชีวอนามัยในสถานประกอบการกำหนดแนวและพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังสุขภาพของสถานประกอบการ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีระยะเวลาในการศึกษาระหว่าง เดือน ตุลาคม 2560 ถึง เดือน กันยายน 2562

รูปแบบงานวิจัย

การพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังสุขภาพในสถานประกอบการ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ สถานประกอบการในจังหวัดกาฬสินธุ์

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พนักงานสถานประกอบการในจังหวัดกาฬสินธุ์ ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ ได้แก่ ปี 2560 จำนวน 21 แห่ง 463 คน ปี 2561 จำนวน 30 แห่ง 421 คน และ ปี 2562 จำนวน 22 แห่ง 986 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังสุขภาพในโรงพยาบาล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกผลการตรวจสุขภาพของพนักงานกลุ่มเสี่ยงที่ปฏิบัติงานในสถานประกอบการ

ขั้นตอนในการดำเนินงานวิจัย

1. สำรวจสถานการณ์อาชีวอนามัยในสถานประกอบการ ประกอบด้วย บริบท (Context) งานอา

ชีวอนามัยในสถานประกอบการ การประเมินความเสี่ยงตามหลักอาชีวอนามัยในสถานประกอบการ

2. การทบทวนความเสี่ยงและกำหนดแนวทางแก้ไข

3. การติดตามประเมินอาชีวอนามัยในสถานประกอบการ

4. การพัฒนาแนวทาง

5. การติดตามประเมินอาชีวอนามัยในสถานประกอบการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

1. ผลวิเคราะห์สถานการณ์อาชีวอนามัยและความปลอดภัย ผลการตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงของพนักงานกลุ่มเสี่ยงที่ปฏิบัติงานในสถานประกอบการ 2561 จากการจัดบริการเชิงรุกในสถานประกอบการ พบว่า พนักงานมีสมรรถภาพการมองเห็นปกติ ร้อยละ 64.41 สมรรถภาพการได้ยินปกติ ร้อยละ 23.38 และสมรรถภาพปอด ปกติ ร้อยละ 52.75 ซึ่งลดลงจากปี 2560 จากการจัดบริการในโรงพยาบาล พบว่า พนักงานมีสมรรถภาพการมองเห็นปกติ ร้อยละ 89.58 สมรรถภาพการได้ยินปกติ ร้อยละ 75.38 และสมรรถภาพปอด ปกติ ร้อยละ 97.86 ซึ่งมากกว่า ปี 2560 ผลการตรวจสุขภาพของพนักงานกลุ่มเสี่ยงที่ปฏิบัติงานในสถานประกอบการ พบว่า BMI ปี 2560 ปกติ ร้อยละ 81.41 ปี 2561 ปกติ ร้อยละ 48.76 Hematocrit ปี 2560 ปกติ ร้อยละ 93.26 ปี 2561 ปกติ ร้อยละ 87.67 FBS ปี 2560 ปกติ ร้อยละ 72.15 ปี 2561 ปกติ ร้อยละ 75.34 และโคเลสเตอรอล ปี 2560 ปกติ

ร้อยละ 61.7 ปี 2561 ปกติ ร้อยละ 59.41 โดยสรุป ปี 2561 ผลการตรวจสุขภาพ BMI , Hematocrit และโคเลสเตอรอล ลดลงจากปี 2560 ซึ่งจากสถานการณ์สุขภาพนี้จึงได้จัดประชุมผู้ประกอบการ เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประกอบด้วยผู้เข้าร่วมประชุม จากสถานประกอบการ 4 กลุ่ม ดังต่อไปนี้

กลุ่มที่ 1 สถานประกอบการที่ต้องเผ่าระวังโรคประสาทรูเลื่อมจากเสียงดัง โดยใช้คู่มือการเผ่าระวังการสูญเสียการได้ยิน ของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2547) ประกอบด้วย บุคลากรทางด้านสุขภาพและตัวแทนผู้ประกอบการ จากบริษัทเอเชียโมดิไฟด์สตาร์ช จำกัด , บริษัท แป้งมันกาฬสินธุ์ จำกัด , บริษัท สยามโปรดักส์ (1994) จำกัด , บริษัท อุตสาหกรรมน้ำตาลอีสาน จำกัด , บริษัท จิรัฐพัฒนาการเกษตร จำกัด , บริษัท ไทยวา จำกัด (มหาชน) , สินทวี , สุขสวัสดิ์การทอ , โรงน้ำแข็งไทยวิบูลย์ , บริษัท กาฬสินธุ์รุ่งเรืองสิ่งทอ จำกัด , บริษัท น้ำตาลมิตรกาฬสินธุ์ จำกัด , อินทรีการทอ , บริษัท มิตรผล ไบโอ พูล จำกัด , ห้างหุ้นส่วนจำกัด โรงสีไฟกาฬสินธุ์รุ่งเรือง 3 , บริษัท บางนาแป้งมัน จำกัด , บริษัท ทวีสินคอนกรีต จำกัด , บริษัท อีสานพลาสติกรีไซเคิล จำกัด , บริษัท เนชั่นแนลสตาร์ชแอนด์เคมีเคิล (ไทยแลนด์) จำกัด , บริษัท แป้งมันสมเด็จ จำกัด และ ห้างหุ้นส่วนจำกัด นานาไพศาลยิ่ง

กลุ่มที่ 2 สถานประกอบการที่ต้องเผ่าระวังโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ โดยใช้ แนวทางการจัดบริการอาชีวอนามัยให้กับแรงงานในชุมชนด้านการยศาสตร์ ของกลุ่มอาชีวอนามัย สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2560) ประกอบด้วย บุคลากรทางด้านสุขภาพและตัวแทนผู้ประกอบการ จากบริษัท ออคิตแบกส์ คอปอเรชั่น จำกัด , บริษัท ปีกชี

ชูเปอร์เซนเตอร์(สาขากาฬสินธุ์) จำกัด , เพชรดำคำปลาแร่10.บริษัท สยามโกลบอลเฮาส์ สาขากาฬสินธุ์ , พรณทรัพย์ 11.บริษัท เอก-ชัย ดีสทริบิวชั่นซิสเต็ม (โลตัสสาขากาฬสินธุ์ , เทพประดิษฐ์พลาสติก , จิวเล็ก รีไซเคิล , บริษัท อีสเทิร์นไรซ์มิลล์ จำกัด , บริษัท กาฬสินธุ์ธุรกิจการโรงแรม จำกัด (โรงแรมริมปาว) , บริษัท กาฬสินธุ์แดรี่ฟูด จำกัด14.บริษัท บี.ซี.วูด เทรตติ้ง จำกัด , บริษัท เอส.พี ฟาร์ม กาฬสินธุ์ จำกัด , บริษัท อีสานโลหะชัย จำกัด , บริษัท พี แอนด์ปภรีนวิเอเบิล จำกัด และอโต้เซลล์

กลุ่มที่ 3 สถานประกอบการที่ต้องเผ่าระวังการบาดเจ็บจากการทำงาน โดยใช้คู่มือการตรวจประเมินคุณภาพตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค (2560) ประกอบด้วย บุคลากรทางด้านสุขภาพและตัวแทนผู้ประกอบการ จากบริษัท ศรีตรังแอโกรอินดัสทรี จำกัด , บริษัท ศิกร จำกัด , บริษัท กาฬสินธุ์คอนกรีต (2000) จำกัด และบริษัทดิอาคิเท็คส์แอนด์เทิร์นคีย์ จำกัด

กลุ่มที่ 4 สถานประกอบการที่ต้องเผ่าระวังพิษสารทำลายอินทรีย์ โดยใช้ แนวทางการจัดบริการอาชีวอนามัยให้กับแรงงานในชุมชนด้านการยศาสตร์ ของกลุ่มอาชีวอนามัย สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2560) ประกอบด้วย บุคลากรทางด้านสุขภาพและตัวแทนผู้ประกอบการ จากบริษัท กาฬสินธุ์ ฮอนด้าคาร์ส จำกัด 2.ห้างหุ้นส่วน จำกัด 500 ไมล์ , ส.บุญเฮงการช่าง , ห้างหุ้นส่วน จำกัด กาฬสินธุ์การพิมพ์ , บริษัท โตโยต้ากาฬสินธุ์ จำกัด , ห้างหุ้นส่วนจำกัด แมจิกเพนท์ 2015 , บริษัท สยามนิสสันกาฬสินธุ์ จำกัดและห้างหุ้นส่วนจำกัด เสถียรมอเตอร์

สามารถสรุปปัญหา ได้ดังนี้

1. ตรวจสอบสมรรถภาพการมองเห็น กลุ่มเสี่ยง เช่น ทำงานในออฟฟิศ พนักงานขับรถ ช่อมบ่า รุง ปัญหาที่พบ ไม่เคยชินกับการไม่ใส่แว่นสายตา เกะกะ ทำงานไม่สะดวกไม่ยอมใส่ / ไม่มีเงินตรวจวัดสายตา เมื่อมองเห็นไม่ชัด / รู้ว่ามองเห็นไม่ชัด ต้องเพ่ง สายตาขณะทำงานแต่ก็สามารถทำงานได้และไม่มี อาการผิดปกติต่อสุขภาพทั่วไป

2. การตรวจสอบสมรรถภาพการได้ยิน กลุ่มเสี่ยง เช่น ที่ทำงานบริเวณที่มีเครื่องจักรกล เสียงดัง ปัญหา ที่พบ พนักงานไม่ชินไม่ใส่อุปกรณ์ป้องกัน บางรายใส่ ไม่ต่อเนื่อง สถานประกอบการมีอุปกรณ์ให้ไม่ เพียงพอ/ไม่เข้มงวดการใช้อุปกรณ์ พนักงานไม่ ตระหนักถึงอันตราย

3. การตรวจสอบสมรรถภาพปอด เป็นกลุ่ม เช่น ที่ ทำงานบริเวณมีฝุ่น สารเคมี แผนกซ่อมบำรุงปัญหา ที่พบ พนักงานส่วนใหญ่อุปกรณ์ปิดปากปิดจมูกบาง รายไม่ต่อเนื่อง แต่พบว่ามีการสูบบุหรี่และไม่ออก กำลังกาย การผิดปกติที่พบอยู่ในเกณฑ์เล็กน้อย ซึ่ง ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่วนตัวและนัดตรวจซ้ำทุก ปี

2. ผลการศึกษาแนวทางการเฝ้าระวังสุขภาพ สถานประกอบการ จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้ดำเนินการ กำหนดเป็นเกณฑ์การพัฒนาสถานประกอบการ ปลอดภัยโรคปลอดภัยกายใจเป็นสุข ภายใต้ วัตถุประสงค์เพื่อให้คนวัยทำงานมีความสุขในวัย ทำงาน ผูกพันในองค์กร นำไปสู่ประสิทธิภาพการ ทำงานและช่วยเพิ่มผลผลิตในที่สุด ดังต่อไปนี้

2.1 มีการสนับสนุนของผู้บริหารของสถาน ประกอบการ-กำหนดนโยบายและถ่ายทอดนโยบายให้ พนักงานรับทราบ-มีการประชุมแจ้งพนักงาน ติด บอร์ดแจ้งประชาสัมพันธ์

2.2 มีผู้รับผิดชอบ หลัก- จัดตั้งกรรมการ ทำงาน แบ่งหน้าที่ทำงาน

2.3 มีตัวแทนผู้ทำงานมีส่วนร่วม รับทราบและ ประสานกันในกลุ่มพนักงานแต่ละแผนก

2.4 มีการตรวจสอบ ประเมิน ทบทวน ว่าได้มี การดำเนินงาน

2.5 มีการนำข้อมูลสุขภาพมาวิเคราะห์ วางแผนดำเนินงานด้านสุขภาพ

2.6 มีการตรวจสอบสุขภาพของพนักงาน -ตรวจ ก่อนเข้างาน ตรวจประจำปี ตรวจตามความเสี่ยง ตรวจสุขภาพทั่วไป

2.7อบรมให้ความรู้ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การบาดเจ็บ สุขภาพทั่วไป อาชีวอนามัย และสิ่งแวดล้อมในที่ทำงาน

2.8 มีห้องพยาบาลและระบบการส่งต่อ

2.9 มีนโยบาย บุหรี่ สุรา สิ่งเสพติด มีกิจกรรม ส่งเสริมด้านอาหาร ออกกำลังกาย ลดอุบัติเหตุ

2.10 มีห้องน้ำได้มาตรฐาน มีระบบป้องกัน ความเสี่ยงจากอุปกรณ์ เครื่องจักรกล อุปกรณ์ ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลที่เพียงพอ ระบบป้องกัน ไฟ มีการจัดการด้านแสงสว่าง เสียง สารเคมี ขยะสิ่ง นำเชื้อโรค น้ำเสีย

2.11 มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต เห็นคุณค่า พนักงาน

3. ผลการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังสุขภาพ สถานประกอบการ จังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงของ พนักงานกลุ่มเสี่ยงที่ปฏิบัติงานในสถานประกอบการ 2562 จากการจัดบริการเชิงรุกในสถานประกอบการ พบว่า พนักงานมีสมรรถภาพการมองเห็นปกติ ร้อย ละ 77.59 สมรรถภาพการได้ยิน ปกติ ร้อยละ 64.99 และสมรรถภาพปอด ปกติ ร้อยละ 94.82 ซึ่งมากกว่า จากปี 2560 และปี 2561 จากการจัดบริการใน

โรงพยาบาล พบว่า พนักงานมีสมรรถภาพการมองเห็นปกติ ร้อยละ 94.58 สมรรถภาพการได้ยิน ปกติ ร้อยละ 81.10 และสมรรถภาพปอด ปกติ ร้อยละ 100 ซึ่งมากกว่า ปี 2560 และ ปี 2561

ผลการติดตามประเมินอาชีวอนามัยการตรวจสมรรถภาพการมองเห็นในสถานประกอบการ ปี 2560 มีพนักงานตรวจสมรรถภาพการมองเห็น รวม 463 ราย ปกติร้อยละ 65.84 ปี 2561 มีพนักงานตรวจสมรรถภาพการมองเห็น รวม 421 ราย ปกติ ร้อยละ 64.37 ซึ่งลดลงจากปี 2560 และปี 2562 พนักงานตรวจสมรรถภาพการมองเห็น รวม 765 ราย ปกติร้อยละ 77.59 ซึ่งมากกว่า ปี 2560 และปี 2561

ผลการติดตามประเมินอาชีวอนามัยการตรวจสมรรถภาพการได้ยินในสถานประกอบการ ปี 2560 มีพนักงานตรวจสมรรถภาพการได้ยิน รวม 444 ราย ปกติร้อยละ 31.57 ปี 2561 มีพนักงานตรวจสมรรถภาพการได้ยิน รวม 261 ราย ปกติร้อยละ 23.37 ซึ่งลดลงจาก ปี 2560 ปี 2562 มีพนักงานตรวจสมรรถภาพการได้ยิน รวม 734 ราย ปกติร้อยละ 27.93 ซึ่งมากกว่า ปี 2561

ผลการติดตามประเมินอาชีวอนามัยการตรวจสมรรถภาพปอดในสถานประกอบการ ปี 2560 มีพนักงานตรวจสมรรถภาพปอด รวม 304 ราย ปกติ ร้อยละ 74.34 ปี 2561 มีพนักงานตรวจสมรรถภาพปอด รวม 226 ราย ปกติร้อยละ 52.65 ซึ่งลดลงจาก ปี 2560 และปี 2562 มีพนักงานตรวจสมรรถภาพปอด รวม 657 ราย ปกติร้อยละ 94.82 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี 2560 และปี 2561

ผลการตรวจสุขภาพของพนักงานกลุ่มเสี่ยงที่ปฏิบัติงานในสถานประกอบการ ประจำปี 2560 พบว่า BMI ปกติ ร้อยละ 81.41 Heamatocrit ปกติ ร้อยละ 93.26 FBS ร้อยละ 72.15 และโคเลสเตอรอล ปกติ ร้อยละ 61.7 ปี 2561 พบว่า

BMI ปกติ ร้อยละ 48.76 Heamatocrit ปกติ ร้อยละ 87.67 FBS ร้อยละ 75.34 และโคเลสเตอรอล ปกติ ร้อยละ 59.41 และปี 2562 พบว่า BMI ปกติ ร้อยละ 40.00 Heamatocrit ปกติ ร้อยละ 91.76 FBS ร้อยละ 80.95 และโคเลสเตอรอล ปกติ ร้อยละ 56.77

อภิปรายผล

การวิจัยเรื่อง การเฝ้าระวังสุขภาพในสถานประกอบการ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสถานการณ์อาชีวอนามัยในสถานประกอบการกำหนดแนวและพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังสุขภาพของสถานประกอบการ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีระยะเวลาในการศึกษา ระหว่าง เดือน ตุลาคม 2560 ถึง เดือน กันยายน 2562 ผลการตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงของพนักงานกลุ่มเสี่ยงที่ปฏิบัติงานในสถานประกอบการ 2561 จากการจัดบริการเชิงรุกในสถานประกอบการ พบว่า พนักงานมีสมรรถภาพการมองเห็นปกติ ร้อยละ 64.41สมรรถภาพการได้ยิน ปกติ ร้อยละ 23.38 และสมรรถภาพปอด ปกติ ร้อยละ 52.75 ซึ่ง ลดลงจากปี 2560 จากการจัดบริการในโรงพยาบาล พบว่า พนักงานมีสมรรถภาพการมองเห็นปกติ ร้อยละ 89.58 สมรรถภาพการได้ยิน ปกติ ร้อยละ 75.38 และสมรรถภาพปอด ปกติ ร้อยละ 97.86 ซึ่งมากกว่า ปี 2560 ผลการตรวจสุขภาพของพนักงานกลุ่มเสี่ยงที่ปฏิบัติงานในสถานประกอบการ พบว่า BMI ปี 2560 ปกติ ร้อยละ 81.41 ปี 2561 ปกติ ร้อยละ 48.76 Heamatocrit ปี 2560 ปกติ ร้อยละ 93.26 ปี 2561 ปกติ ร้อยละ 87.67 FBS ปี 2560 ปกติ ร้อยละ 72.15 ปี 2561 ปกติ ร้อยละ 75.34 และโคเลสเตอรอล ปี 2560 ปกติ ร้อยละ 61.7 ปี 2561 ปกติ ร้อยละ 59.41 โดยสรุป ปี 2561 ผลการตรวจสุขภาพ BMI , Heamatocrit และโคเลสเตอรอล

ลดลงจากปี 2560 ซึ่งจากสถานการณ์สุขภาพนี้จึงได้จัดประชุมผู้ประกอบการเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (จันทร์จิรา เหลลราช และสมาน ลอยฟ้า, 2558) ประกอบด้วยผู้เข้าร่วมประชุมจากสถานประกอบการ 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 สถานประกอบการที่ต้องเฝ้าระวังโรคประสาทรูเสื่อมจากเสียงดัง โดยใช้คู่มือการเฝ้าระวังการสูญเสียการได้ยิน ของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2547) กลุ่มที่ 2 สถานประกอบการที่ต้องเฝ้าระวังโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ โดยใช้ แนวทางการจัดการบริการอาชีวอนามัยให้กับแรงงานในชุมชนด้านการยศาสตร์ ของกลุ่มอาชีวอนามัย สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2560)

กลุ่มที่ 3 สถานประกอบการที่ต้องเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากการทำงาน โดยใช้คู่มือการตรวจประเมินคุณภาพตามมาตรฐานการจัดการบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค (2560) กลุ่มที่ 4 สถานประกอบการที่ต้องเฝ้าระวังพิษสารทำลายอินทรีย์ โดยใช้ แนวทางการจัดการบริการอาชีวอนามัยให้กับแรงงานในชุมชนด้านการยศาสตร์ ของกลุ่มอาชีวอนามัย สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2560) ทำให้เกิดเป็นแนวทางการเฝ้าระวังสุขภาพสถานประกอบการ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยกำหนดเป็นเกณฑ์การพัฒนาสถานประกอบการปลอดโรคปลอดภัยกายใจเป็นสุขภายใต้วัตถุประสงค์เพื่อให้คนวัยทำงานมีความสุขในวัยทำงาน ผูกพันในองค์กร นำไปสู่ประสิทธิภาพการทำงานและช่วยเพิ่มผลผลิตในที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของศิมาลักษณ์ ดิถีสวัสดิ์เวช และคณะ (2561) ได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการจัดการบริการอาชี

วอนามัยในโรงพยาบาลชุมชน พบว่าทั้ง 3 โรงพยาบาล มีการจัดบริการอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลในรูปแบบของกรรมการโดยมีกลุ่มการพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการจัดบริการเชิงรับ และร่วมกับกลุ่มเวชปฏิบัติครอบครัวในการจัดบริการเชิงรุก กิจกรรมการจัดการบริการฯ ประกอบด้วย 1. สำรวจข้อมูลกลุ่มอาชีพ 2. การตรวจสุขภาพของพนักงานในสถานประกอบการ 3. ตรวจคัดกรองความเสี่ยงจากการสัมผัสสารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกร 4. การจัดทำรายงานและจัดทำระบบการคัดกรองสุขภาพในโรงพยาบาล พบว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมจำนวน 770 ราย ด้านการทำงานร่วมกับเครือข่ายพบว่าทั้ง 3 แห่งทำงานร่วมกับเครือข่ายภายนอกที่สำคัญคือ รพท. รพสต.ในเขตรับผิดชอบ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งที่ได้จัดทำแผนร่วมกัน และได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการตรวจคัดกรองสุขภาพเกษตรกร และกิจกรรมแก้ไขปัญา การพัฒนารูปแบบการจัดการบริการอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลชุมชน ดำเนินงานในรูปแบบของคณะกรรมการโดยมีกลุ่มการพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการจัดบริการเชิงรับ และร่วมกับกลุ่มเวชปฏิบัติครอบครัวในการจัดบริการเชิงรุก มีกิจกรรมที่สำคัญคือการจัดการบริการเชิงรุกและเชิงรับ มีการทำงานร่วมกับเครือข่ายในพื้นที่คือ รพท. รพสต. อปท. และสถานประกอบการ ทั้งนี้กิจกรรมดังกล่าวควรได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานระดับจังหวัดในเชิงนโยบาย การนิเทศติดตาม และการพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังและป้องกันโรคทั้งนี้เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพของประชากรวัยทำงานที่ต่อเนื่องและสอดคล้องกับความต้องการอย่างแท้จริง

ผลจากการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังสุขภาพสถานประกอบการ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ผลการตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงของพนักงานกลุ่มเสี่ยงที่ปฏิบัติงานในสถานประกอบการ 2562 จากการจัดบริการเชิงรุกในสถานประกอบการ พบว่า พนักงานมีสมรรถภาพการมองเห็นปกติ ร้อยละ 77.59 สมรรถภาพการได้ยิน ปกติ ร้อยละ 64.99 และสมรรถภาพปอด ปกติ ร้อยละ 94.82 ซึ่งมากกว่าจากปี 2560 และปี 2561 จากการจัดบริการในโรงพยาบาล พบว่า พนักงานมีสมรรถภาพการมองเห็นปกติ ร้อยละ 94.58 สมรรถภาพการได้ยิน ปกติ ร้อยละ 81.10 และสมรรถภาพปอด ปกติ ร้อยละ 100 ซึ่งมากกว่า ปี 2560 และ ปี 2561 และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ผลการติดตามประเมินอาชีวอนามัยการตรวจสมรรถภาพการมองเห็นในสถานประกอบการ ปี 2560 มีพนักงานตรวจสมรรถภาพการมองเห็น รวม 463 ราย ปกติร้อยละ 65.84 ปี 2561 มีพนักงานตรวจสมรรถภาพการมองเห็น รวม 421 ราย ปกติร้อยละ 64.37 ซึ่งลดลงจากปี 2560 และปี 2562 พนักงานตรวจสมรรถภาพการมองเห็น รวม 765 ราย ปกติร้อยละ 77.59 ซึ่งมากกว่า ปี 2560 และปี 2561 เนื่องจากพนักงานมีการตระหนักต่อสภาวะสุขภาพขณะทำงาน จากการมองเห็นไม่ชัดเจน ได้แก่ โอกาสเกิดอุบัติเหตุขณะทำงานมีมากขึ้น คุณภาพการทำงานลดลง มีภาวะเครียดจากการเพ่งสายตา มีอาการผิดปกติต่อสุขภาพเช่น ปวดศีรษะ วิงเวียนศีรษะ และพนักงานที่สายตาไม่ชัดเจน ในปี 2560 มีการตรวจวัดสายตาประกอบแว่นตาที่เหมาะสม ในขณะทำงาน ทำให้ในปี 2562 สมรรถภาพการมองเห็นปกติทุกราย

ผลการติดตามประเมินอาชีวอนามัยการตรวจสมรรถภาพการได้ยินในสถานประกอบการ ปี 2560 มีพนักงานตรวจสมรรถภาพการได้ยิน รวม 444 ราย

ปกติร้อยละ 31.57 ปี 2561 มีพนักงานตรวจสมรรถภาพการได้ยิน รวม 261 ราย ปกติร้อยละ 23.37 ซึ่งลดลงจาก ปี 2560 ปี 2562 มีพนักงานตรวจสมรรถภาพการได้ยิน รวม 734 ราย ปกติร้อยละ 27.93 ซึ่งมากกว่า ปี 2561 เนื่องจากพนักงานมีการตระหนัก ต่อสภาวะสุขภาพขณะทำงานจากการได้ยินลดลง ได้แก่ รับกวนการติดต่อสื่อสารทำให้ไม่เข้าใจ ขาดความเชื่อมั่นเชื่อถือต่อผู้บริหารและเพื่อนร่วมงาน ทำให้เกิดความรำคาญ หงุดหงิด ความไม่สบาย และภาวะเครียดขณะทำงาน ทำให้ขาดสมาธิ ประสิทธิภาพการทำงานลดลง ถ้าสูญเสียการได้ยินเป็นระยะเวลานานเกินไปอาจทำให้สูญเสียการได้ยินถาวรได้ ผลต่อสุขภาพร่างกาย เช่น ความเครียด อาจก่อให้เกิดอาการป่วยทางกาย เช่น โรคกระเพาะ โรคความดันสูง และพนักงานมีการให้อุปกรณ์ป้องกันเสียงดังเข้มงวดทุกราย สถานประกอบการมีการจัดหาอุปกรณ์ป้องกันเสียงดังเพียงพอ ตรวจวัดเสียงดังไม่เกินเกณฑ์มาตรฐาน(90 เดซิเบลเอ) และมีมาตรการลงโทษพนักงานที่ไม่ใส่อุปกรณ์ป้องกันเสียงดัง

ผลการติดตามประเมินอาชีวอนามัยการตรวจสมรรถภาพปอดในสถานประกอบการ ปี 2560 มีพนักงานตรวจสมรรถภาพปอด รวม 304 ราย ปกติร้อยละ 74.34 ปี 2561 มีพนักงานตรวจสมรรถภาพปอด รวม 226 ราย ปกติร้อยละ 52.65 ซึ่งลดลงจาก ปี 2560 และปี 2562 มีพนักงานตรวจสมรรถภาพปอด รวม 657 ราย ปกติร้อยละ 94.82 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี 2560 และปี 2561 เนื่องจากพนักงานมีการตระหนัก ต่อสภาวะสุขภาพขณะทำงานจากสมรรถภาพปอด ลดลง ได้แก่ มีอาการไอจาม แพ้อากาศเป็นหวัดง่าย หายใจหอบ หายใจมีเสียงดัง ชีตวิงเวียนศีรษะ ขณะทำงานเหนื่อยง่าย และพนักงานมีการให้อุปกรณ์ป้องกันปิดปากปิดจมูก

สถานประกอบการมีการ กระบวนการทำงานเป็นระบบปิด

นอกจากนี้ยังพบว่า ผลการตรวจสุขภาพของพนักงานกลุ่มเสี่ยงที่ปฏิบัติงานในสถานประกอบการประจำปี 2560 พบว่า BMI ปกติ ร้อยละ 81.41 Hematocrit ปกติ ร้อยละ 93.26 FBS ร้อยละ 72.15 และโคเลสเตอรอล ปกติ ร้อยละ 61.7 ปี 2561 พบว่า BMI ปกติ ร้อยละ 48.76 Hematocrit ปกติ ร้อยละ 87.67 FBS ร้อยละ 75.34 และโคเลสเตอรอล ปกติ ร้อยละ 59.41 และปี 2562 พบว่า BMI ปกติ ร้อยละ 40.00 Hematocrit ปกติ ร้อยละ 91.76 FBS ร้อยละ 80.95 และโคเลสเตอรอล ปกติ ร้อยละ 56.77 ซึ่งบางตัวมีแนวโน้มดีขึ้น ได้แก่ Hematocrit , FBS สอดคล้องกับการศึกษาของ เอลิมูตติ ศรีอ่อนหล้า (2552) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองและแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงานให้ถูกต้องตามหลักการยศาสตร์ ในบุคลากรสายสนับสนุนของสำนักวิทยบริการมหาวิทยาลัยขอนแก่น ผลการประเมินการยศาสตร์การทำงานในสำนักงาน ความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ การปฏิบัติตัวในการทำงานที่ถูกต้องตามหลักการยศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่างหลังกิจกรรมสูงกว่าก่อนกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) และผลการสนทนากลุ่มพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมครบทั้ง 4 ด้าน และยังพบว่าปัญหาทางการยศาสตร์ที่สำคัญ คือ การนั่งด้วยท่าทางที่ไม่เหมาะสม ปัญหาของเคาน์เตอร์ยืมคืนแสงอาทิตย์ที่สว่างเกินไปในห้องทำงาน ปริมาณงานที่มาก และบุคลากรไม่เพียงพอ การวิจัยมีข้อเสนอแนะว่าควรมีการนำโปรแกรมสุขศึกษาซึ่งประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองและแนวคิดแรง

สนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงานให้ถูกต้องตามหลักการยศาสตร์มาใช้ในกลุ่มบุคลากรในสำนักงาน และสอดคล้องกับการศึกษาของอรุณิชา ยมเกิด และคณะ (2557) ได้ศึกษาการประเมินและการปรับปรุงภาระงานทางการยศาสตร์ในอุตสาหกรรมตี ผลจากการประเมิน RULA พบว่าท่าทางการทำงานที่มีความเสี่ยงในท่ายกไหล่ ยกแขนบิดเอี้ยวตัว เบี่ยงตัว ออกด้านข้าง ก้มหลังและวางขาไม่สมดุล ซึ่งมีความเสี่ยงสูง ในระดับ 4 ส่วนผลจากแบบสอบถามภาวะความไม่สบายในการทำงานพบว่าพนักงานรู้สึกไม่สบายในร่างกายส่วนไหล่ แขนส่วนบน และหลังส่วนกลาง/ล่างมากที่สุด โดยมีระดับความไม่สบายเป็น 6, 5.4 และ 5 ตามลำดับ จากนั้นได้ปรับปรุงท่าทางการทำงานโดยการออกแบบเก้าอี้สำหรับงานยึดจับมีดงานเจียรนัยและงานตะไบ โดยเก้าอี้จะบังคับให้พนักงานมีท่าทางการทำงานที่เหมาะสมตามหลักการยศาสตร์ และทำงานด้วยท่าทางที่มีความปลอดภัย สะดวกสบายมากขึ้นการออกแบบใช้ข้อมูลสัดส่วนร่างกายของพนักงานเป็นเกณฑ์ในการออกแบบร่วมกับหลักการออกแบบเก้าอีนั่งตามหลักการยศาสตร์ ใช้ระยะเวลาทดลองทำงานที่ปรับปรุงเป็นระยะเวลา 1 เดือน หลังจากนั้นทำการประเมิน พบว่าท่าทางการทำงานมีความเสี่ยงลดลงเป็นระดับ 2 และ 3 ส่วนแบบสอบถามพบว่าพนักงานมีความรู้สึกไม่สบายในร่างกายแต่ละส่วนลดลง (ไหล่ แขนส่วนบน และหลัง ส่วนกลาง/ล่าง ระดับ ความไม่สบายลดลงเป็น 5, 4 และ 3 ตามลำดับ) และจากแบบสอบถามพนักงานส่วนใหญ่รู้สึกพอใจมากต่อเก้าอี้ที่ปรับปรุง

ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

ควรส่งเสริมสร้างความเข้าใจ ให้เกิดความตระหนัก และให้มีกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อ

นำไปสู่การเฝ้าระวังสุขภาพในสถานประกอบการ ที่
ทราบถึงสถานการณ์อาชีวอนามัยในสถาน
ประกอบการ จนสามารถกำหนดแนวและพัฒนาแนว
ทางการเฝ้าระวังสุขภาพของสถานประกอบการได้
อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาการเฝ้าระวังสุขภาพในสถาน
ประกอบการ ในระยะยาวเพื่อสร้างแนวทางการเฝ้า
ระวังสุขภาพของสถานประกอบการที่ยั่งยืนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- คณะกรรมการความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงานมหาวิทยาลัยมหิดล.(2555) แนวปฏิบัติอาชีวอนามัย
และความปลอดภัย มหาวิทยาลัยมหิดล Mahidol University Occupational Health and Safety Guidelines พิมพ์ครั้งที่
1 ทองสุขพรินท์
- กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม.(2561) นิยามโรคจากการประกอบอาชีพ. 14 มกราคม 2561.
<http://envocc.ddc.moph.go.th/contents/view/56>
- สราวุธ สุธรรมมาสา.(2550) ระบบการจัดการ อาชีวอนามัยและความปลอดภัย หน่วยที่ 14. เอกสารการสอนชุดวิชา การบริหารงาน อา
ชีวอนามัย และความปลอดภัย. ครั้งที่ 1.นนทบุรี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. 2550
- สำนักมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม กระทรวงอุตสาหกรรม. (2554) มอก.18001-2554 ระบบการจัดการอาชีวอนามัยและความ
ปลอดภัย
- สมเกียรติ ศิริตันพุกข์ และคณะ.(2549) โครงการการศึกษาสถานการณ์การให้บริการทางด้านอาชีวอนามัยในภาคอุตสาหกรรม.
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ปฐมพงศ์ นาคแก้ว,อัมพร กุญชรรัตน์, ธนรัตน์ แต้วัฒนา.(2557) การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม ระบบการจัดการด้านความปลอดภัย
ในการทำงาน ตามพระราชบัญญัติความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน พ.ศ. 2554 สำหรับหัวหน้า
งานในสถานประกอบการ. วารสารวิชาการอุตสาหกรรม ศึกษา ปีที่ 8 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม –ธันวาคม 2557 (34-45)
- ประพนธ์ ผาสุยัต. (2548). การจัดการความรู้ ฉบับมือใหม่หัดขับ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ไยไหม.
- โรงพยาบาลกาฬสินธุ์.(2561) ผลการดำเนินงานอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในสถานประกอบการ จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2560
- สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม.(2547). คู่มือการเฝ้าระวังการสูญเสียการได้ยิน. กรมควบคุมโรค กระทรวง
สาธารณสุข.
- สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม.(2560) คู่มือการตรวจประเมินคุณภาพตามมาตรฐานการจัดบริการ อาชีวอนามัย
และเวชกรรมสิ่งแวดล้อม. กรมควบคุมโรค.

รูปแบบการพัฒนาความรู้ทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับการเว้นระยะห่างทางสังคม ของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน ตำบลกุดรัง อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม

Model of health literacy development about social distancing of the village health volunteers at
Kud Rang Sub-district, Kud Rang District, Mahasarakham Province.

ปรีชา ศรีน้อยขาว

Preecha Sinaikaw

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สาธารณสุขอำเภอกุดรัง

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาแบบการพัฒนาความรู้ทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับการเว้นระยะห่างทางสังคม ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลกุดรัง อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลกุดรัง อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 74 คน เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม และวิเคราะห์ข้อมูลโดย สถิติพรรณนา และ paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า ระดับความรู้ทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับการเว้นระยะห่างทางสังคม ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลกุดรัง อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม หลังดำเนินการ โดยรวมส่วนใหญ่ อยู่ในระดับ 6 รองลงมา คือระดับ 4 และระดับ 5 ตามลำดับ และ ก่อนและหลังดำเนินการ โดยรวมและรายข้อทุกข้อ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลังดำเนินการมีระดับความเข้าใจของบุคลากรมากกว่าก่อนดำเนินการ

คำสำคัญ : ความรู้ทางด้านสุขภาพ , การเว้นระยะห่างทางสังคม

ABSTRACT

This research was action research aimed to studied model of health literacy development about social distancing of the village health volunteers at Kud Rang Sub-district, Kud Rang District, Mahasarakham Province. Sample size were 74 village health volunteers at Kud Rang Sub-district, Kud Rang District, Mahasarakham province. Data were collected by questionnaire and analyzed by descriptive statistic and paired t-test.

The study results showed that health literacy about social distancing level of village health volunteers at Kud Rang Sub-district, Kud Rang District, Mahasarakham province most total were level 6 followed by were level 4 and level 5, respectively. And before and after the operation In total and each item there was a statistically significant difference at the .05 level, with after operation higher level of understanding of personnel than before operation.

Keyword : health literacy , social distancing

หลักการและเหตุผล

ปัจจุบัน สถานการณ์โรคติดต่ออุบัติใหม่มี
แนวโน้มการเกิดเพิ่มสูงขึ้น ทั้งในส่วนของอุบัติการณ์

และความรุนแรง มีการระบาดในหลายพื้นที่อย่าง
ต่อเนื่อง ทั้งในและต่างประเทศทั่วโลก ทั้งโรคติดเชื้อ
ชนิดใหม่ที่เพิ่งค้นพบการระบาดในมนุษย์ หรือโรคติด

เชื้อที่พบในพื้นที่ใหม่ ในช่วงที่ผ่านมาพบการแพร่ระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่สำคัญทั่วโลก โดยโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่กำลังระบาดอยู่ในปัจจุบัน และส่งผลกระทบไปทุกภูมิภาคทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ได้แก่ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) เป็นโรคติดเชื้ออันเกิดจากไวรัสโคโรนากลุ่มอาการทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง 2 (SARS-CoV-2) มี อาการทั่วไป ได้แก่ ไข้ ไอ และหายใจลำบาก อาการอื่น ๆ อาจรวมถึงอ่อนเพลีย ปวดกล้ามเนื้อ ท้องร่วง เจ็บคอ ภาวะเสียการรู้กลิ่นและภาวะเสียการรับรู้รส แม้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการไม่รุนแรง แต่บางรายลงเป็นกลุ่มอาการหายใจลำบากเฉียบพลัน (ARDS) อวัยวะล้มเหลวหลายอวัยวะ ช็อกเหตุพิษติดเชื้อ และล้มเหลวเวลาตั้งแต่การสัมผัสจนถึงเริ่มแสดงอาการตรงแบบกินเวลาห้าวัน แต่อาจมีได้ตั้งแต่สองถึงสิบสัปดาห์ (Bikdeli B, and other, 2020; Velavan TP, Meyer CG, 2020)

มาตรการที่แนะนำในการป้องกันการติดเชื้อ ได้แก่ การหมั่นล้างมือ การเว้นระยะห่างทางกายกับผู้อื่น (โดยเฉพาะจากผู้ที่มีอาการ) การปิดการไอและจามด้วยกระดาษทิชชูหรือข้อพับศอก แลงดน้ามือที่ไม่ได้ล้างและใบหน้า (Nussbaumer-Streit B and other 2020) แนะนำให้ใช้หน้ากากอนามัยสำหรับผู้สงสัยว่าตนเองมีไวรัสและผู้ดูแลบุคคลเหล่านั้น คำแนะนำการใช้หน้ากากอนามัยสำหรับประชาชนทั่วไปนั้นแตกต่างกันไปตามหน่วยงาน บางไม่แนะนำให้ใช้ บางแนะนำให้ใช้ และบางกำหนดว่าต้องใช้ (Centers for Disease Control and Prevention, 2020). สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดมาตรการของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อลดอัตราความเสี่ยงในการสัมผัสโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยการเว้นระยะห่างทางสังคม (Social distancing)

ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ถือเป็นหนึ่งในกลุ่มหลักสำคัญที่ช่วยควบคุมไม่ให้สถิติผู้ติดเชื้อของโควิด-19 เพิ่มสูงขึ้น โดยการค้นหากลุ่มเสี่ยงเข้าสู่กระบวนการคัดกรอง นำเข้าระบบการรักษา ยิ่งค้นหาเร็ว ตรวจเร็ว รักษาเร็ว ยิ่งทำให้สถานการณ์ดีขึ้น ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กว่า 1,040,000 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานครอีก 15,000 คน เป็นกำลังสำคัญทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ในท้องถิ่น เป็นด่านหน้าออกเคาะประตูบ้านแล้วเกือบ 12 ล้านหลังคาเรือน ให้ความรู้ ย้ำความสำคัญมาตรการการเว้นระยะห่าง รวมทั้งค้นหากลุ่มเสี่ยงนำเข้าสู่ระบบการรักษาอีก 2,266 คน (hfocus.org, 2563)

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยในฐานะผู้รับผิดชอบการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ และงานสุขภาพภาคประชาชน จึงมีความสนใจที่จะศึกษารูปแบบการพัฒนาความรู้ทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับการเว้นระยะห่างทางสังคม ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลกุดรัง อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม เพื่อให้การดำเนินงานในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาความรู้ทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับการเว้นระยะห่างทางสังคม ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลกุดรัง อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม
2. ศึกษาแบบการพัฒนาความรู้ทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับการเว้นระยะห่างทางสังคม ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลกุดรัง อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง รูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับการเว้นระยะห่างทางสังคม ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลกุดรัง อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับการเว้นระยะห่างทางสังคม ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลกุดรัง อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม มีขั้นตอนในการวิจัย ดังต่อไปนี้

รูปแบบการวิจัย

รูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับการเว้นระยะห่างทางสังคม ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลกุดรัง อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เก็บข้อมูลก่อนและหลัง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.1 ประชากร ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลกุดรัง อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม

3.2 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลกุดรัง อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 74 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ รูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับการเว้นระยะห่างทางสังคม ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลกุดรัง อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามระดับความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ

เกี่ยวกับการเว้นระยะห่างทางสังคม ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลกุดรัง อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งแบ่งเป็น 6 ระดับ ได้แก่

ระดับ 1 การเข้าถึงข้อมูล สุขภาพและบริการสุขภาพ ดังนี้

1. เลือกแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ และบริการสุขภาพ รู้วิธีการค้นหาและการใช้อุปกรณ์ในการค้นหา
2. ค้นหาข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพที่ถูกต้อง

3. สามารถตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งได้ เพื่อยืนยันความเข้าใจของตนเอง และได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือ สำหรับนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง

ระดับ 2 ความรู้ ความเข้าใจ ดังนี้

1. มีความรู้และจำในเนื้อหาสาระสำคัญด้านสุขภาพ
2. สามารถอธิบายถึงความเข้าใจในประเด็นเนื้อหาสาระด้านสุขภาพในการที่จะนำไปปฏิบัติ
3. สามารถวิเคราะห์ เปรียบเทียบเนื้อหา/แนวทางการปฏิบัติด้านสุขภาพได้อย่างมีเหตุผล

ระดับ 3 ทักษะการสื่อสาร ดังนี้

1. สามารถสื่อสารข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพด้วยวิธีการพูด อ่าน เขียนให้บุคคลอื่นเข้าใจ
2. สามารถโน้มน้าวให้บุคคลอื่นยอมรับข้อมูลด้านสุขภาพ

ระดับ 4 ทักษะการจัดการตนเอง ดังนี้

1. สามารถกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติ
2. สามารถปฏิบัติตามแผนที่กำหนดได้
3. มีการทบทวนและปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติตนเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง

ระดับ 5 ทักษะการตัดสินใจ ดังนี้

1. กำหนดทางเลือกและปฏิเสธ/หลีกเลี่ยงหรือเลือกวิธีการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดี

2. ใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดี-ผลเสียเพื่อการปฏิเสธ/หลีกเลี่ยง/เลือกวิธีการปฏิบัติ

3. สามารถแสดงทางเลือกที่เกิดผลกระทบน้อยต่อตนเองและผู้อื่น

ระดับ 6 การรู้เท่าทันสื่อ ดังนี้

1. ตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพที่สื่อนำเสนอ

2. เปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง และผู้อื่น

3. ประเมินข้อความสื่อเพื่อชี้แนะแนวทางให้กับชุมชนหรือสังคม

การสร้างและตรวจคุณภาพเครื่องมือ โดยการศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดเป็นประเด็นคำถาม หลังจากนั้นนำแบบสอบถามที่ได้ไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อหาความสอดคล้องของเนื้อหาและวัตถุประสงค์ (IOC) หลังจากนั้นทำการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำและนำไปใช้ทดลองกับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ที่เพื่อวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (บุญชม ศรีสะอาด, 2545) ได้ค่าความเชื่อมั่นของครอนบาค .701 (รายละเอียดในภาคผนวก)

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง รูปแบบการพัฒนาความรู้ทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับการเว้นระยะห่างทางสังคมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลกุตรัง อำเภอกุตรัง จังหวัดมหาสารคาม มีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. การศึกษาระดับความรู้ทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับการเว้นระยะห่างทางสังคม ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2. การวิเคราะห์ความรู้ทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับการเว้นระยะห่างทางสังคม ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

3. การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และกำหนดกลวิธีในการยกระดับความรู้ทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับการเว้นระยะห่างทางสังคม ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

4. การทดลองดำเนินการตามกลวิธีในการยกระดับความรู้ทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับการเว้นระยะห่างทางสังคม ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

5. การสรุปถอดบทเรียน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิจัยเรื่อง รูปแบบการพัฒนาความรู้ทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับการเว้นระยะห่างทางสังคม ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลกุตรัง อำเภอกุตรัง จังหวัดมหาสารคาม มีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ใช้สถิติ พรรณนา และสถิติ paired t - test

ผลการวิจัย

1. ระดับความรู้ทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับการเว้นระยะห่างทางสังคม ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลกุตรัง อำเภอกุตรัง จังหวัดมหาสารคาม ก่อนดำเนินการ พบว่า โดยรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 3 รองลงมา คือระดับ 4 และระดับ 2 ตามลำดับ

2. ระดับความรู้ทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับการเว้นระยะห่างทางสังคม ของอาสาสมัครสาธารณสุข

ประจำหมู่บ้าน ตำบลกุดรัง อำเภอกุดรัง จังหวัด
มหาสารคาม หลังดำเนินการ พบว่า โดยรวมส่วนใหญ่
อยู่ในระดับ 6 รองลงมา คือระดับ 4 และระดับ 5
ตามลำดับ

3. การวิเคราะห์ความรู้ทางด้านสุขภาพ
และจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และกำหนดกลวิธีในการ
ยกระดับความรู้ทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับการเว้น
ระยะห่างทางสังคม ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

หมู่บ้าน จากการวิเคราะห์ความรู้ทางด้านสุขภาพ
เกี่ยวกับการเว้นระยะห่างทางสังคม พบว่ายังมีปัญหา
อุปสรรคในการนำไปใช้ จึงได้จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้
และกำหนดกลวิธีในการยกระดับความรู้ทางด้าน
สุขภาพเกี่ยวกับการเว้นระยะห่างทางสังคม ของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้ข้อเสนอ
ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ความรู้ทางด้านสุขภาพและจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และกำหนดกลวิธีในการ
ยกระดับความรู้ทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับการเว้นระยะห่างทางสังคม ของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน

ประเด็น	ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
3.1 การยืน-นั่ง ห่างกัน 1 – 2 เมตร	ความไม่คุ้นชิน ต่อการปฏิบัติ	ควรพูดถึงที่มาที่ไปเน้นย้ำถึงความสำคัญ กระตุ้น เตือนให้ปฏิบัติตัวอย่างสม่ำเสมอ เพื่อความคุ้นชิน
3.2 จดรวมตัวกันในสถานศึกษา สถานที่ผู้คน แออัด ที่ทำงานหรือสถานบันเทิงต่างๆ	ยังต้องมีการจัดให้มีงานบุญงานประเพณี	หากจำเป็นต้องจัดต้องมีการเว้นระยะห่าง และให้ ร่วมเฉพาะประเพณีที่สำคัญๆ ส่วนการรวมกลุ่มควร งด
3.3 รับประทานอาหารที่เป็นชุดสำหรับคนเดียว หรือการสัมผัสอาหารร่วมกัน	การรับประทานอาหารในงานบุญ	ควรให้ห่อกลับไปรับประทานที่บ้าน
3.4 หลีกเลี่ยงการสัมผัสทางกายภาพ	ความไม่คุ้นชิน ต่อการปฏิบัติ	ควรพูดถึงที่มาที่ไปเน้นย้ำถึงความสำคัญ กระตุ้น เตือนให้ปฏิบัติตัวอย่างสม่ำเสมอ เพื่อความคุ้นชิน
3.5 การล้างมือบ่อยๆ ด้วยน้ำสบู่ นานประมาณ 20 วินาที หรือใช้แอลกอฮอล์ 70% ลูบมือจนแห้ง	ขาดความเข้าใจในความสำคัญของการล้างมือ บ่อยๆด้วยน้ำสบู่ นานประมาณ 20 วินาที หรือใช้ แอลกอฮอล์ 70% ลูบมือจนแห้ง ขาดวัสดุ/ อุปกรณ์ในการล้างมือบ่อยๆด้วยน้ำสบู่ นาน ประมาณ 20 วินาที หรือใช้แอลกอฮอล์ 70% ลูบ มือจนแห้ง	สร้างความตระหนักในการล้างมือบ่อยๆด้วยน้ำสบู่ นานประมาณ 20 วินาที หรือใช้แอลกอฮอล์ 70% ลูบมือจนแห้ง วัสดุ/อุปกรณ์ในการล้างมือบ่อยๆ ด้วยน้ำสบู่ นานประมาณ 20 วินาที หรือใช้ แอลกอฮอล์ 70% ลูบมือจนแห้ง ตลอดจนการทำไว้ ใช้เองในชุมชน
3.6 การสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าทุก ครั้ง เมื่อต้องพูดคุยกับคนอื่น หรือออกไปในที่ สาธารณะ	ขาดความเข้าใจในความสำคัญของการสวม หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าทุกครั้ง เมื่อต้อง พูดคุยกับคนอื่น หรือออกไปในที่สาธารณะ ขาด หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า	สร้างความตระหนักในการสวมหน้ากากอนามัยหรือ หน้ากากผ้าทุกครั้ง เมื่อต้องพูดคุยกับคนอื่น หรือ ออกไปในที่สาธารณะ ส่งเสริมสนับสนุนหน้ากา กอนามัยหรือหน้ากากผ้า ตลอดจนการทำไว้ใช้เองใน ชุมชน

4. ระดับความรู้ทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับ
การเว้นระยะห่างทางสังคม ของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน ตำบลกุดรัง อำเภอกุดรัง จังหวัด
มหาสารคาม ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า โดยรวม

และรายชื่อทุกข้อ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลังดำเนินการมีระดับ
ความเข้าใจของบุคลากรมากกว่าก่อนดำเนินการ (t มี
ค่าเป็นลบทุกค่า)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบ ระดับความรู้ทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับการเว้นระยะห่างทางสังคม ของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลกุตรัง อำเภอกุตรัง จังหวัดมหาสารคาม ก่อนและ
หลังดำเนินการ

รายการ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
1. การยืน-นั่ง ห่างกัน 1 – 2 เมตร	3.00	0.62	5.31	0.86	73	-16.354	.000	-2.59242	-2.02920
2. งดรวมตัวกัน	3.03	0.74	5.11	0.87	73	-13.139	.000	-2.39674	-1.76542
3. รับประทานอาหาร	3.08	0.68	5.15	0.90	73	-13.194	.000	-2.37989	-1.75525
4. หลีกเลี่ยงการสัมผัสทางกายภาพ	3.28	0.63	5.08	0.96	73	-10.646	.000	-2.13376	-1.46084
5. การล้างมือบ่อยๆ	3.03	0.74	5.05	0.87	73	-12.778	.000	-2.34319	-1.71086
6. การสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า	3.27	0.75	4.86	0.91	73	-9.270	.000	-1.93742	-1.25177
7. วัดอุณหภูมิและตรวจสอบสุขภาพร่างกาย	3.01	0.75	5.07	0.87	73	-12.956	.000	-2.37003	-1.73808
8. การใช้ของส่วนตัวร่วมกับผู้อื่น	3.08	0.70	5.19	0.89	73	-13.329	.000	-2.42333	-1.79289
รวม	3.10	0.39	5.10	0.42	73	-31.016	.000	-2.13391	-1.87623

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่า ระดับความรู้ทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับการเว้นระยะห่างทางสังคมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลกุตรัง อำเภอกุตรัง จังหวัดมหาสารคาม ก่อนดำเนินการพบว่า โดยรวมส่วนใหญ่ อยู่ในระดับ 3 รองลงมา คือ ระดับ 4 และระดับ 2 ตามลำดับ จากผลการศึกษาดังกล่าว จึงได้ทำการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และกำหนดกลวิธีในการยกระดับความรู้ทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับการเว้นระยะห่างทางสังคม โดยใช้กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ประพนธ์ ผาสุกยี่ด, 2548) ทำให้ได้กลวิธีในการยกระดับความรู้ทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับการเว้นระยะห่างทางสังคม ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งได้แก่ การยืน-นั่ง ห่างกัน 1 – 2 เมตร ควรพูดถึงที่มาที่ไปเน้นย้ำถึงความสำคัญ กระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติตัวอย่างเพื่อความ

คุ้นชิน งดรวมตัวกันในสถานศึกษา สถานที่ผู้คนแออัด ที่ทำงานหรือสถานบันเทิงต่างๆ หากจำเป็นต้องจัด ต้องมีการเว้นระยะห่าง และให้ร่วมเฉพาะประเพณีที่สำคัญๆ ส่วนการรวมกลุ่มควรจัด รับประทานอาหารที่เป็นชุดสำหรับคนเดียวหรือการสัมผัสอาหารร่วมกัน ควรให้ห่อกลับไปรับประทานที่บ้าน หลีกเลี่ยงการสัมผัสทางกายภาพ ควรพูดถึงที่มาที่ไปเน้นย้ำถึงความสำคัญ กระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติตัวอย่างเพื่อความคุ้นชิน การล้างมือบ่อยๆ ด้วยน้ำสบู่ นานประมาณ 20 วินาที หรือใช้แอลกอฮอล์ 70% ลูบมือจนแห้ง สร้างความตระหนักในการล้างมือบ่อยๆด้วยน้ำสบู่ นานประมาณ 20 วินาที หรือใช้แอลกอฮอล์ 70% ลูบมือจนแห้ง วัสดุ/อุปกรณ์ในการล้างมือบ่อยๆด้วยน้ำสบู่ นานประมาณ 20 วินาที หรือใช้แอลกอฮอล์ 70% ลูบมือจนแห้ง ตลอดจนการทำไว้ใช้เองในชุมชน การสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าทุกครั้ง เมื่อต้องพูดคุยกับคนอื่น หรือออกไปในที่สาธารณะ สร้างความ

ตระหนักในการสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า ทุกครั้ง เมื่อต้องพูดคุยกับคนอื่น หรือออกไปในที่สาธารณะ ส่งเสริมสนับสนุนหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า ตลอดจนการทำไว้ใช้เองในชุมชน โดยได้มีการนำสื่อสาร ถ่ายทอด และปฏิบัติในชุมชน จากการดำเนินงานดังกล่าว ส่งผลให้ระดับความรู้ทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับการเว้นระยะห่างทางสังคม ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลภูตรัง อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม หลังดำเนินการพบว่า โดยรวมส่วนใหญ่ อยู่ในระดับ 6 รองลงมา คือ

ระดับ 4 และระดับ 5 ตามลำดับ และระดับความรู้ทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับการเว้นระยะห่างทางสังคม ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลภูตรัง อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า โดยรวมและรายข้อทุกข้อ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลังดำเนินการมีระดับความเข้าใจของบุคลากรมากกว่าก่อนดำเนินการ (t มีค่าเป็นลบทุกค่า)

เอกสารอ้างอิง

- Bikdeli B, Madhavan MV, Jimenez D, Chuich T, Dreyfus I, Driggin E, และคณะ (2020). "COVID-19 and Thrombotic or Thromboembolic Disease: Implications for Prevention, Antithrombotic Therapy, and Follow-up". Journal of the American College of Cardiology.
- Nussbaumer-Streit B, Mayr V, Dobrescu AI, Chapman A, Persad E, Klerings I, และคณะ (2020). "Quarantine alone or in combination with other public health measures to control COVID-19: a rapid review". The Cochrane Database of Systematic Reviews. 4: CD013574. doi:10.1002/14651858.CD013574. PMC 7141753. PMID 32267544.
- Velavan TP, Meyer CG (2020). "The COVID-19 epidemic". Tropical Medicine & International Health. 25 (3): 278–280. hfocus.org. (2563) องค์การอนามัยโลก ชม 'อสม.ไทย' เป็นพลังฮีโร่เฝ้า 'สู้โควิด-19'. <https://www.hfocus.org/content/2020/04/18972>
- ประพนธ์ ภาสุขยิต. (2548). การจัดการความรู้ ฉบับมือใหม่หัดขับ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ไยไหม.

รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเหล่าอ้อย อำเภอ ร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์

Healthy behavioral development model of the village health volunteers Lao Oi
Subdistrict, Rong Kham District, Kalasin Province.

ไพรัช คำพรหมมา

Phairat Khamphomma

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอร่องคำ

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษารูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเหล่าอ้อย อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเหล่าอ้อย อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 82 คน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม และวิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนา และ paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเหล่าอ้อย อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการผ่อนคลายความเครียด ด้านการดูแลสุขภาพและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ด้านการใช้ยา และสมุนไพรพื้นบ้าน และด้านการป้องกันอุบัติเหตุ อยู่ในระดับ พอใช้ หลังดำเนินการ อยู่ในระดับ เหมาะสม และพฤติกรรมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเหล่าอ้อย อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังดำเนินการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังดำเนินการมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนดำเนินการ
คำสำคัญ : พฤติกรรมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ABSTRACT

This research was action research aimed to studied healthy behavioral development model of the village health volunteers Lao Oi Subdistrict, Rong Kham District, Kalasin Province. Sample size were 82 village health volunteers Lao Oi Subdistrict, Rong Kham District, Kalasin Province. Data were collected by questionnaire and analyzed by descriptive statistic and paired t-test.

The research results were found that health behavior Of the village health volunteers Lao Oi Subdistrict, Rong Kham District, Kalasin Province before operation total and aspect namely Food , exercise , Stress relief , Healthcare and prevention of complications , The use of traditional medicine and herbs And accident prevention were fair level. After operation were appropriate level. And health behavior Of the village health volunteers Lao Oi Subdistrict, Rong Kham District, Kalasin Province before and after the operation There was a statistically significant difference at the .05 level, where after the operation was more mean than before.

Keyword : health behavior Of the village health volunteers

หลักการและเหตุผล

โรคไม่ติดต่อ (non-communicable diseases : NCDs) ยังคงครองแชมป์สาเหตุการตายอันดับ 1 ของประชากรโลกและคนไทย ซึ่งสาเหตุที่สำคัญยังคงมาจากพฤติกรรมการกินและการใช้ชีวิตทั่วโลกมีคนตายด้วยโรค NCDs ปีละกว่า 40 ล้านคน คิดเป็น ร้อยละ 71 ของการตายทั้งหมด เช่นเดียวกับประเทศไทย ในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เกือบ 400,000 คน คิดเป็น ร้อยละ 76 ของการตายทั้งหมด และร้อยละ 50 ตายก่อนวัยอันควร คิดเป็นความสูญเสียถึง ร้อยละ 2.2 ของ GDP ต่อปี (World Health Organization, 2014) จากข้อมูลรายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พบว่าสาเหตุการเสียชีวิตโดยส่วนใหญ่ของคนไทยมาจากโรคไม่ติดต่อ โดยเฉพาะประชากรอายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไปหากจำแนกสาเหตุการเสียชีวิตในเพศชายพบว่า อันดับ 1 เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด 11% รองลงมาคือ โรคหัวใจขาดเลือด 7.8% อุบัติเหตุทางถนน 7.4% โรคมะเร็งตับ 6.5% และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 6% ส่วนเพศหญิง อันดับ 1 มาจากโรคหลอดเลือดสมอง (14.6%) ตามด้วยโรคเบาหวานและโรคหัวใจขาดเลือด มีสัดส่วนเท่ากัน 8.8% ไตอักเสบและไตพิการ 4% และโรคมะเร็งตับ 3.7% (มูลนิธิเพื่อการพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2560)

การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) เป็นกระบวนการ เพิ่มความสามารถของคนเรา ในการควบคุมดูแลและพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น (เกรียงศักดิ์ เอกพงษ์ และคณะ. 2546 : 5; อ้างอิงมาจาก WHO. 1986) การส่งเสริมสุขภาพ

เป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา (Dynamic Process) เป็นทิศทางของการพัฒนาตนเอง การเจริญเติบโต การดำรงรักษาและการหลีกเลี่ยงจากปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เพื่อความสมดุลทางสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องกับการส่งเสริมสุขภาพของ The American Journal of Health Promotion (2001) กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพเป็นศาสตร์และศิลป์ในการช่วยให้ประชาชนปรับเปลี่ยนวิธีการดำเนินชีวิตให้ไปสู่การมีสุขภาพที่ดี คือ เกิดความสมดุลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม สติปัญญาและจิตวิญญาณ โดยการสนับสนุนให้ประชาชนมีความตระหนักด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และมีการสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการปฏิบัติกิจกรรมด้านสุขภาพ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นรูปแบบหนึ่งของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน โดยผ่านกระบวนการอบรมให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการปฏิบัติงานด้วยความเสียสละต่อประชาชนในหมู่บ้าน กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มดำเนินงานมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2520 เป็นต้นมา โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change agents) การสื่อสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟูสภาพ และจัด

กิจกรรมพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน ถึงแม้จะเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ แต่ก็พบว่ามี อสม. มีพฤติกรรมเสี่ยงที่ส่งผลต่อสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการผ่อนคลายความเครียด ด้านการดูแลสุขภาพ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ด้านการใช้ยา และสมุนไพรพื้นบ้าน และด้านการป้องกันอุบัติเหตุ

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยในฐานะผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษารูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเหล่าอ้อย อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อเป็นแนวทางในการ

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเหล่าอ้อย อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์
2. ศึกษาแบบการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเหล่าอ้อย อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเหล่าอ้อย อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาแบบการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเหล่าอ้อย อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีขั้นตอนในการวิจัย ดังต่อไปนี้

รูปแบบการวิจัย

รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเหล่าอ้อย อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เก็บข้อมูลก่อนและหลัง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเหล่าอ้อย อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์
2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเหล่าอ้อย อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 82 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเหล่าอ้อย อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเหล่าอ้อย อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ มหาสารคาม ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระดับ เป็นแบบ Rating scale ดังนี้

เป็นประจำ หมายถึง ท่านปฏิบัติ เป็นประจำสม่ำเสมอทุกวัน

เป็นบางครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติ เป็นบางครั้งไม่สม่ำเสมอ ประมาณ 2-4 ครั้งต่อสัปดาห์

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติเลย ใน 1 สัปดาห์

แปลผล โดยใช้เกณฑ์

ต่ำกว่า 1.66 หมายถึง ต้องปรับปรุง

1.67 – 2.33 หมายถึง พอใช้
มากกว่า 2.33 หมายถึง เหมาะสม

การสร้างและตรวจคุณภาพเครื่องมือ โดยการศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดเป็นประเด็นคำถาม หลังจากนั้นนำแบบสอบถามที่ได้ไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อหาความสอดคล้องของเนื้อหาและวัตถุประสงค์ (IOC) หลังจากนั้นทำการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ และนำไปใช้ทดลองกับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ที่ เพื่อวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (บุญชม ศรีสะอาด, 2545) ได้ค่าความเชื่อมั่นของครอนบาค .888 (รายละเอียดในภาคผนวก)

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเหล่าอ้อย อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย

1. การศึกษาระดับพฤติกรรมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเหล่าอ้อย อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์
2. การวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเหล่าอ้อย อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์
3. การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และกำหนดกลวิธีในการยกระดับพฤติกรรมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเหล่าอ้อย อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์
4. การทดลองดำเนินการตามกลวิธีในการยกระดับพฤติกรรมสุขภาพ ของอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเหล่าอ้อย อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์

5. การสรุปถอดบทเรียน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิจัยเรื่อง รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเหล่าอ้อย อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ใช้สถิติ พรรณนา และสถิติ paired t - test

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. พฤติกรรมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเหล่าอ้อย อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนดำเนินการ พบว่าโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการผ่อนคลายความเครียด ด้านการดูแลสุขภาพและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ด้านการใช้ยา และสมุนไพรพื้นบ้าน และด้านการป้องกันอุบัติเหตุ อยู่ในระดับ พอใช้

2. การระดมสมองแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเหล่าอ้อย อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการจัดเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์และกำหนดกิจกรรม ระหว่างนักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพและอาสาสมัครสาธารณสุข ได้ข้อสรุป ในการปฏิบัติตัวด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการผ่อนคลายความเครียด นอกจากนี้ยังส่งเสริมให้ดูแลสุขภาพและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดย การใช้ยา และสมุนไพรพื้นบ้าน และการป้องกันอุบัติเหตุ ทั้งในบ้านและชุมชน

3. พฤติกรรมสุขภาพ ของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเหล่าอ้อย อำเภอ
ร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังดำเนินการ พบว่า
โดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร
ด้านการออกกำลังกาย ด้านการผ่อนคลายความเครียด
ด้านการดูแลสุขภาพและการ
ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ด้านการใช้ยา และ
สมุนไพรพื้นบ้าน และด้านการป้องกันอุบัติเหตุ
อยู่ในระดับ เหมาะสม

4. การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ ของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเหล่า

อ้อย อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลัง
ดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านการ
รับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้าน
การผ่อนคลายความเครียด ด้านการดูแลสุขภาพ
และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ด้านการใช้ยา
และสมุนไพรพื้นบ้าน และด้านการป้องกัน
อุบัติเหตุ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังดำเนินการมีค่าคะแนน
เฉลี่ยมากกว่าก่อนดำเนินการ (t มีค่าเป็นลบทุก
ค่า)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเหล่าอ้อย
อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังดำเนินการ

รายการ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		df	t	p- value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
1. อาหาร	2.04	0.30	2.51	0.21	81	-20.037	.000	-.51901	-.42524
2. ออกกำลังกาย	1.95	0.48	2.48	0.36	81	-8.207	.000	-.66667	-.40650
3. ความเครียด	1.92	0.48	2.47	0.37	81	-8.397	.000	-.68636	-.42340
4. ภาวะแทรกซ้อน	1.97	0.28	2.49	0.27	81	-13.724	.000	-.59343	-.44315
5. การใช้ยา	1.95	0.32	2.47	0.28	81	-11.951	.000	-.60966	-.43563
6. อุบัติเหตุ	1.94	0.35	2.47	0.29	81	-11.250	.000	-.62192	-.43499
รวม	1.96	0.20	2.48	0.14	81	-21.249	.000	-.57106	-.47327

อภิปรายผล

รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเหล่า
อ้อย อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัย
เชิง ปฏิบัติการ (Action Research) ซึ่ง
ประกอบด้วย การศึกษาระดับพฤติกรรมสุขภาพ
การวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพ การจัดเวที
แลกเปลี่ยนเรียนรู้และกำหนดกลวิธีในการยกระดับ
พฤติกรรมสุขภาพ การทดลองดำเนินการตามกลวิธี
ในการยกระดับพฤติกรรมสุขภาพ และการสรุป
ถอดบทเรียน จากศึกษาและวิเคราะห์พฤติกรรม

สุขภาพพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้าน ตำบลเหล่าอ้อย อำเภอร่องคำ จังหวัด
กาฬสินธุ์ มีพฤติกรรมสุขภาพก่อนดำเนินการโดย
รวมอยู่ในระดับพอใช้ และและรายด้านอยู่ในระดับ
พอใช้ ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการ
ออกกำลังกาย ด้านการผ่อนคลายความเครียด
ด้านการดูแลสุขภาพ และการป้องกัน
ภาวะแทรกซ้อน ด้านการใช้ยา และสมุนไพร
พื้นบ้าน และด้านการป้องกันอุบัติเหตุ จากสภาพ
ปัญหาดังกล่าวจึงได้ใช้กระบวนการ ระดมสมอง
เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (กำหนดแนวทางการ

พัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเหล่าอ้อย อำเภอ
ร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการจัดเวทีแลกเปลี่ยน
ประสบการณ์และกำหนดกิจกรรม ระหว่าง
นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพและ
อาสาสมัครสาธารณสุข ได้ข้อสรุป ในการปฏิบัติตัว
ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย
ด้านการผ่อนคลายความเครียด การส่งเสริม
ให้ดูแลสุขภาพและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน
โดย การใช้ยา และสมุนไพรพื้นบ้าน และการ
ป้องกันอุบัติเหตุ ทั้งในบ้านและชุมชน เป็นไปตาม
แนวทางการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (กรม
สนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข,
2559) จากผลการดำเนินงานดังกล่าวจึงส่งผลให้
พฤติกรรมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน ตำบลเหล่าอ้อย อำเภอร่องคำ
จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังดำเนินการ พบว่า โดยรวม
และรายด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร
ด้านการออกกำลังกาย ด้านการผ่อนคลาย
ความเครียด ด้านการดูแลสุขภาพและการป้องกัน
ภาวะแทรกซ้อน ด้านการใช้ยา และสมุนไพร
พื้นบ้าน และด้านการป้องกันอุบัติเหตุ อยู่ใน
ระดับ เหมาะสม และทำให้การเปรียบเทียบ
พฤติกรรมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน ตำบลเหล่าอ้อย อำเภอร่องคำ
จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังดำเนินการ โดยรวม
และรายด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร
ด้านการออกกำลังกาย ด้านการผ่อนคลาย
ความเครียด ด้านการดูแลสุขภาพและการป้องกัน
ภาวะแทรกซ้อน ด้านการใช้ยา และสมุนไพร
พื้นบ้าน และด้านการป้องกันอุบัติเหตุ มีความ
แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

โดยที่หลังดำเนินการมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อน
ดำเนินการ (t มีค่าเป็นลบทุกค่า) สอดคล้องกับ
การศึกษาของ อภิชาติ กตะศิลา และคณะ (2560)
พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่า
คะแนนความรู้เรื่องความรุนแรงของโรคแทรกซ้อน
ความสามารถในการกำกับตนเอง การได้รับแรง
สนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมควบคุม
ระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และ
ดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
และพบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดภายหลังการ
ทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
โดยกลุ่มทดลองมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า
กลุ่มเปรียบเทียบ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ในการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขควร
จัดให้มีการระดมสมองแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อการ
พัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเหล่าอ้อย อำเภอ
ร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการจัดเวทีแลกเปลี่ยน
ประสบการณ์และกำหนดกิจกรรม ระหว่าง
นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพและ
อาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่สามารถ
นำไปปฏิบัติอย่างมีคุณภาพและมาตรฐาน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาระบบติดตามผลการ
ดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขและผลลัพธ์
ด้านสุขภาพของผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

- อภิชาติ กตะศิลา สุภัญญา ลีทองดี และประเสริฐ ประสมรักษ์. ผลของโปรแกรมการใช้สมุดบันทึกทางคลินิกร่วมกับแรงสนับสนุนจาก เพื่อนเบาหวานต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอห้วยซ้อย จังหวัดยโสธร. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2560; 233-43
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.(2559). คู่มืออาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) กลุ่มดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) พิมพ์ครั้งที่ 1 สิงหาคม 2560, พิมพ์ที่ โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- World Health Organization – Noncommunicable Diseases (NCDs) Country Profiles, 2014
- มูลนิธิเพื่อการพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ . (2560). รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2557