

สารบัญ

รายงานการวิจัย	หน้า
ผลของโปรแกรมบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขตามรูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวม ในการเยียวยาจิตใจในผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนใต้ : กรณีศึกษา.....	1
อังคณา วังทอง, อนุชิต วังทอง, ชูรัฐดี ลีเต็ง, นุรไอณี ลาตะะ	
การนำผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ พอเพียงร่วมกับวิถีภูมิคุ้มกันต่อพฤติกรรมควบคุมโรคและระดับน้ำตาลใน เลือดของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในยุคที่ใช้	11
นฤมล สุขประเสริฐ	
ผลของโปรแกรมป้องกันการหกล้มต่ออาการแสดงตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการหกล้ม ในตำบลสูงเนิน-ลก จังหวัดนครราชสีมา	17
เพ็ญภา มะหะหมัด	
ผลการพัฒนาการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (ITA) โรงพยาบาลคำม่วง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2560-2563	23
หทัยพร อ้วนภักดี	
ผลการประเมินการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์และสถานบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ปีงบประมาณ 2557 – 2559	30
อริวัฒน์ บุตรดาบุตร	
พัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง	40
นันท์กานต์ หวังจิ, อนุรัตน์ แสงสุวรรณ	
การประเมินโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พขอ.)จังหวัดสระแก้ว ปี 2563	47
กชพรณ หาดูชิงชัย	
การพัฒนากระบวนการควบคุมภายในโรงพยาบาลนากลาง	56
นันท์รัตน์ ใจพาน	
การฟื้นฟูและพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้จัดการรายการในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน	62
สุพัตรา สหายรักษ์, ภัทราวดี เทพสง	
ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการควบคุมระดับความดันโลหิต	69
อังคณา ลิน โคตรสมบัติ, เบญจรัตน์ เสี่ยงวิบูล	
การเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านท่าข้าม อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่	78
โสภา ไชยแก้ว	
การพัฒนาโปรแกรมตรวจคัดกรอง และติดตามเยี่ยมกลุ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) เพื่อป้องกันภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS) โดยความร่วมมือของอาสาสมัครในพื้นที่	84
ด.ปัทมา อ.ทุ่งยางแดง จ.ปัตตานี	
นิมิตรอน ดอเลาะ	
การพัฒนาการตรวจสอบคุณภาพบัญชีของหน่วยบริการในเขตสุขภาพที่ 3	92
สมบูรณ์ สิงห์พรม และคณะ	
การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี แบบมีส่วนร่วม ตำบลเจ้าท่า อำเภอมะนัง จังหวัดกาฬสินธุ์ ..	99
เดชา วรสาร	
รูปแบบการพัฒนาศักยภาพการบริหารทรัพยากรบุคคล สำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล ระดับอำเภอในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ปี พ.ศ. 2563	105
สมปอง พลโคกก่อง	
การพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนโดยชุมชนมีส่วนร่วม รพ.สต.สุขสำราญต.ดงเมือง อ.ยางสีสุราช จ.มหาสารคาม ภิญญา พินิจกลาง, ภาณุมา จันทะนุญ, พิศมัย ไชยอน, ปณณภรณ์ ดานา	111
ผลของการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลมุกดาหาร	119
อาวรณ์ พรหมดี, นภาพรณ จันทะเต็ม, มะลิเยะ ผิวทอง	
ระบบการเฝ้าระวังป้องกันการป่วยซ้ำผู้ป่วยจิตเภทโดยมีส่วนร่วมอำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี : กรณีศึกษาตำบลนาหว้า อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี	129
สุจิตรา ลักษณะ	

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 ฉบับนี้เป็นฉบับที่ 14 (ปีที่ 5 ฉบับที่ 3) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน กันยายน – ธันวาคม 2563 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ การเฝ้าระวังจิตใจผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนใต้ การควบคุมโรคและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการหกล้ม ความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (ITA) อำเภอนาหมื่น การเจริญพันธุ์และสถานบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน การดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ระบบการควบคุมภายใน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้จัดการรายการกรณีในการดูแลผู้สูงอายุ ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการควบคุมระดับความดันโลหิต เสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ตรวจคัดกรอง และติดตามเยี่ยมกลุ่มโอกาสเสี่ยง คุณภาพบัญชีของหน่วยบริการ ป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี การบริหารทรัพยากรบุคคล สำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ปีที่ 5 ฉบับที่ 3 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชนต่อไป

ผลของโปรแกรมบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขตามรูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวม
ในการเยียวยาจิตใจในผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนใต้ : กรณีศึกษา
Effects of a Happy Reminiscence group Therapy Program according to the Holistic nursing
model in Persons Affected by Unrest in 3 Southern Border Provinces: A Case Study

(Received: September 25,2020 ; Accepted: November 3,2020)

APN อังคณา วังทอง, นพ. อนุชิต วังทอง, ซูร์ฮูดี ลีเต็ง, นูร์โอนี ลาเตะ
APN Angkana Wangthong, Dr. Anuchit Wangthong, Suhudee Leedeng, Nurinee Lateh
โรงพยาบาลหนองจิก จังหวัดปัตตานี.
Nongchik Hospital, Pattani Province.

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกรณีศึกษา (Case study) นี้ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข ตามรูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวมในการเยียวยาจิตใจในผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนใต้ จำนวน 30 คน คัดเลือกแบบเจาะจง ใช้เวลาในการบำบัด 6 ครั้งๆ ละ 30-40 นาที ดำเนินการวิจัยช่วงเดือนมกราคม 2561-มีนาคม 2562 เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบคัดกรองภาวะสุขภาพจิต และ 3) โปรแกรมบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา, paired t- test และเชิงคุณภาพ

ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 83.3) นับถือศาสนาอิสลาม (ร้อยละ 63.3) สถานภาพหม้าย (ร้อยละ 70) อายุ 41-59 ปี (ร้อยละ 53.3) จบชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 40) อาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 53.3) หลังการบำบัด HRT พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนอาการทางจิต (Depression, PTSD., Complicate grief) ลดลง ($t=8.469$) ลดค่าใช้จ่าย (Cost) ($t=29.682$) ความสุขเพิ่ม ขึ้น ($t=2.714$) และคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่ดี ($t=2.994$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ข้อเสนอแนะควรนำโปรแกรมกลุ่มบำบัด HRT ขยายผลและนำไปประยุกต์ใช้ในประชาชนทุกกลุ่มวัย

คำสำคัญ: กรณีศึกษา, โปรแกรมบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข, รูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวมในการเยียวยาจิตใจ, ผู้ได้รับผลกระทบสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนใต้

Abstract

This case study was conducted to study the effects of a Happy Reminiscence Therapy Program in 30 people affected by Unrest in 3 Southern Border Provinces. HRT program based on a holistic nursing model to heal the mind affected by Unrest in 3 Southern Border Provinces. The treatment took 6 sessions of 30-40 minutes each, conducted during January 2018-March 2019. The research tool consisted of 3 parts: 1) general information questionnaire, 2) mental health screening form, and 3) the happy reminiscence therapy program. The data were analyzed by descriptive statistics, paired t-test and qualitative.

The results of the study of 30 samples showed that most of them were female (83.3%), Islamic religion (63.3%), widow status (70%), age 41-59 years (53.3%), completed primary school (40%) employment (53.3%). After HRT group therapy, the subjects showed a decrease in Psychological Symptoms (Depression, PTSD., Complicate grief) score ($t=8.469$), lower cost (Cost) ($t=29.682$), Happiness increased ($t=2.714$). And the quality of life was at a good level ($t=2.994$) with statistical significance at .05. Recommendation: the HRT Program should be expanded and applied to people of all age groups.

Keyword: Case Study, Effects of a Happy Reminiscence Therapy Program, The Holistic nursing model, Persons Affected by Unrest in 3 Southern Border Provinces

บทนำ

เหตุการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ที่ทวีความรุนแรงกว่า 16 ปีที่ผ่านมา พบเหตุการณ์ 15,123 ครั้ง เสียชีวิต 6,480 ราย บาดเจ็บแล้วเสียชีวิต 18,233 ราย บาดเจ็บ 11,753 ราย โดยพบว่าอำเภอหนองจิกเป็นอันดับต้นๆ (ร้อยละ 33.33) ที่เกิดเหตุการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ที่รุนแรงและต่อเนื่อง (Psychiatric and Mental Health Nong Chik Hospital, 2017) เข้าสู่ภาวะที่เรียกว่ายึดเยื้อเรื้อรังกระทบทั้งร่างกายและจิตใจต่อผู้ที่อยู่ในพื้นที่ ทำให้มีผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ดังกล่าวเป็นจำนวนมาก เกิดวิกฤตในชีวิตส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพกายและจิตของบุคคลในครอบครัว ทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล สิ้นหวัง แยกตัว ปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนและสิ่งแวดล้อมลดลง ส่งผลให้เกิดอาการทางจิต (Karaketsorn D, Kongsuwan V, 2015)

ภาวะอาการทางจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า (Depression) ภาวะผลกระทบทางจิตใจหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Posttraumatic Stress Disorder: PTSD) และภาวะเศร้าโศกซับซ้อน (Complicate grief) พบได้บ่อยและมีความชุกชั่วชีวิตเกิดได้ทุกเพศทุกวัย (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุนนิชัย, 2555) เป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้ทั่วไปในประชาชนและมีเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง หากไม่ได้รับการช่วยเหลือที่ถูกต้องจะมีการเกิดซ้ำและเป็นเรื้อรัง อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตาย (วชิระ เพ็งจันทร์, 2552) โดยเฉพาะกับเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เกิดการสูญเสียระยะยาวและทวีความรุนแรงอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่าร้อยละ 1.47 ผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ มีอาการ PTSD เกิดภาวะเศร้าโศกซับซ้อนยาวนาน เกิดภาวะซึมเศร้า และมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย (Psychiatric and Mental Health Nong Chik Hospital, 2017) ซึ่งการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะอาการทางจิตมีหลายวิธี มีทั้งการบำบัดรักษาทางจิตสังคม การรักษาด้วยยาต้านเศร้า (พิชัย อภิรัฐสกุล, 2555) แต่การรักษาด้วยยาต้านเศร้ามักเกิดอาการที่ไม่พึงประสงค์ตามมา เช่น ภาวะกลืนไม่ลง ไข้ในกระแสน้ำเลือดต่ำ หรือมีเลือดออกในกระเพาะอาหาร (Bauer M, Bschor T, Pfermannig A, Whybrow P, Angst J, Versani M, et al., 2007) ส่วนการรักษาทางจิตสังคมก็มีหลากหลาย เช่น การปรับความคิดและพฤติกรรม (คาราวรรณ ตะปินตา, 2555) หรือการบำบัดแบบสัมพันธ์ทางบำบัด (interpersonal

therapy) (วินัส วัยวัฒน์, 2550) หรือการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (problem solving) (อวิชชัย พลศักดิ์, รังสิมันต์ สุนทรไชยาและรัชนิกร อุปเสน, 2560) ซึ่งการบำบัดดังกล่าวสามารถลดภาวะอาการทางจิตระดับปานกลางเท่านั้น (ธรรณิธร กองสุขและคณะ, 2553) แต่ยังมีอีกวิธีหนึ่งที่สามารถลดภาวะอาการทางจิตระดับเล็กน้อยถึงปานกลางได้อย่างมีประสิทธิภาพ คือ การบำบัดแบบทวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข (Happy Reminiscence Therapy: HRT) ตามรูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวมในการเยียวยาจิตใจผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนใต้ (อังคณา วังทอง, 2563) ซึ่งมีองค์ประกอบ การสนทนากลุ่ม 6 ครั้งๆ ละ 30-40 นาที ดังนี้ 1) การสร้างอ้อมอ้อมและการให้ความรู้สุขภาพจิต ครั้งที่ 2-5 การบำบัดแบบทวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข (HRT) คือ 2) วันวานแห่งความสุข 3) วันวานแห่งความรัก 4) วันวานแห่งความภาคภูมิใจ 5) บทเรียนที่มีคุณค่าในการดำเนินชีวิตและ 6) บทสรุปเพื่อป้องกันและลดอาการทางจิต

ซึ่งการบำบัดแบบทวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขเป็นการบำบัดที่มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนใต้เข้าใจอัตมโนทัศน์ของตนเอง ได้รำลึกถึงเหตุการณ์ตามช่วงวัย ตั้งแต่วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ ค้นพบความสุข มองเห็นทางแก้ปัญหา สามารถรับมือกับปัญหา รู้สึกปลอดภัย เพิ่มความภาคภูมิใจ ความพึงพอใจในตนเอง ลดความเหงาในจิตใจ โดยการรวบรวมประสบการณ์ชีวิตที่มีความหมาย มีคุณค่า พร้อมปรับตัวผ่านการทวนรำลึกทบทวนชีวิตที่เป็นสุข ช่วยให้รู้สึกดี ลดภาวะอาการทางจิตส่งผลให้เกิดสุขภาพดี (อวิชชัย พลศักดิ์, รังสิมันต์ สุนทรไชยาและรัชนิกร อุปเสน, 2560) และการบำบัดในการลดภาวะซึมเศร้าจะต้องสอดคล้องและเหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย (ธรรณิธร กองสุขและคณะ, 2553) สอดคล้องบริบทวัฒนธรรมของพื้นที่ ทีมวิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมบำบัดแบบทวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขในผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนใต้เพื่อนำโปรแกรมตามรูปแบบมาบำบัดในการลดภาวะอาการทางจิตในกลุ่มอื่นๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมบำบัดแบบทวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขตามรูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวมในการเยียวยาจิตใจผู้ได้รับผลกระทบจาก

สถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนใต้ ในรูปแบบการวิจัยแบบกรณีศึกษา (CASE STUDY)

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ อำเภอนบพิตำ จังหวัดปัตตานี ปี พ.ศ. 2557-2561 จำนวน 559 ราย

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ อำเภอนบพิตำ จังหวัดปัตตานี จากการอ้างอิงการวิจัยกึ่งทดลองที่มีการเปรียบเทียบ ควรมีกลุ่มตัวอย่างน้อยที่สุด 20-30 คน ซึ่งมีประชากรจำนวนน้อยควรมีไม่ต่ำกว่า 20 คน (Polit & Hungler, 1995) ในการวิจัยครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 30 คน ที่คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คัดเลือก ดังนี้ (1) อายุ 15-59 ปี (2) ระดับความเสี่ยง โดยใช้แบบคัดกรอง ดังนี้ 2.1 อาการที่เกิดจากบาดแผลทางจิตใจ 2.2 แบบประเมินผลกระทบทางจิตใจหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PISCES-10) มีการติดตามและประเมิน 3 ระยะแบ่งกลุ่มดังนี้ กลุ่มปกติ (สีเขียว) คือ ประเมินครบ 3 ระยะ พบว่าคะแนน PISCES-10 < 9 คะแนน ทั้ง 3 ระยะ, กลุ่มเสี่ยง (สีเหลือง) คือ ประเมินระยะที่ 1 หรือ ระยะที่ 2 หรือระยะที่ 3 พบว่า คะแนน PISCES-10 $\geq$ 9 คะแนน และกลุ่มโรค (สีแดง) คือ ประเมินครบ 3 ระยะ คะแนน PISCES-10 $\geq$ 9 คะแนน ทั้ง 3 ระยะ 2.3 มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (9Q = 7-18 คะแนน) และ 2.4 แบบประเมินความเศร้าโศกที่ซับซ้อน (Complicated Grief) หากมีบุคคลอันเป็นที่รักเสียชีวิต (3) อ่านออก เขียนได้สื่อสารได้ด้วยภาษาไทย และ (4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบคัดกรองภาวะสุขภาพจิต ได้แก่ แบบคัดกรองอาการที่เกิดจากบาดแผลทางจิตใจ แบบประเมินผลกระทบทางจิตใจหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PISCES-10) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) และแบบประเมินความเศร้าโศกที่ซับซ้อน (Complicated Grief) หากมีบุคคลอันเป็นที่รักเสียชีวิต และ 3) โปรแกรมบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข ซึ่งมีรายละเอียดแต่ละส่วนดังนี้

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

2) แบบคัดกรองภาวะสุขภาพจิต

2.1 แบบคัดกรองอาการที่เกิดจากบาดแผลทางจิตใจ มี 4 ข้อคำถาม ได้แก่

- คุณมีความทรงจำเกี่ยวกับบาดแผลกับบาดแผลทางจิตใจที่ไม่ทำให้ไม่สบายใจผุดขึ้นมาในใจใช่หรือไม่

- คุณรู้สึกตกใจหรือกลัวเมื่อถูกเตือนให้นึกถึงบาดแผลทางจิตใจใช่หรือไม่

- คุณรู้สึกเศร้าเกือบตลอดเวลาใช่หรือไม่

- คุณรู้สึกโหยหาคนที่คุณรักเป็นอย่างมากใช่หรือไม่

2.2 แบบประเมินผลกระทบทางจิตใจหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PISCES-10) จำนวน 10 ข้อ

2.3 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)

2.4 แบบประเมินความเศร้าโศกที่ซับซ้อน (Complicated Grief) ฉบับภาษาไทย ที่ได้รับการแปลโดยกรมสุขภาพจิต จำนวน 11 ข้อ

3) โปรแกรมบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข (Happy Reminiscence Therapy: HRT) ตามรูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวมในการเยียวยาจิตใจผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนใต้

การเก็บรวบรวมข้อมูลโปรแกรมบำบัด HRT ตามรูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวมในการเยียวยาจิตใจผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนใต้ ดังนี้

1) Pre-Intervention ก่อนบำบัด HRT ทีมวิจัยคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ตามแบบคัดกรองอาการที่เกิดจากบาดแผลทางจิตใจ หากมีอาการอย่างน้อย 1 ใน 4 ข้อ ให้ทำแบบประเมิน PISCES-10 และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (9Q) และหากมีบุคคลอันเป็นที่รักเสียชีวิตให้ทำแบบประเมินความเศร้าโศกที่ซับซ้อน (Complicated Grief) ร่วมด้วย

2) Intervention การบำบัด HRT ใช้เวลาในการบำบัด 6 ครั้งๆ ละ 30-40 นาที ดังนี้ 1) การสร้างอ่างโอบอุ้มและการให้ความรู้สึกสุขภาพจิต ครั้งที่ 2-5 การบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข (HRT) คือ 2) วันวานแห่งความสุข 3) วันวานแห่งความรัก 4) วันวานแห่งความภาคภูมิใจ 5) บทเรียนที่มีคุณค่าในการดำเนินชีวิตและ 6) บทสรุปเพื่อป้องกันและลดอาการทางจิต

3) Post-Intervention หลังบำบัด HRT ทีมวิจัยประเมินกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบประเมิน PISCES-10 และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (9Q) และหากมีบุคคล

อันเป็นที่รักเสียชีวิตให้ทำแบบประเมินความโศกเศร้าที่ซับซ้อน (Complicated Grief) ร่วมด้วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

เพื่อประเมินผลโปรแกรมบำบัด HRT ดังนี้
ข้อมูลทั่วไปและเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการบำบัด ด้วยสถิติพรรณนาและสถิติ Paired t-test

การวิเคราะห์ด้านเนื้อหา (Content analysis) โดยพูดคุย/สังเกตจากพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างที่เปลี่ยนแปลงไป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี ทีมวิจัยอธิบายให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบถึงวัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย โดยการเก็บข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยถือเป็นความลับ นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม การเข้าร่วมการวิจัยเป็นการสมัครใจของผู้เข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถแจ้งขอออกจากการวิจัยได้ก่อนที่การวิจัยจะเสร็จสิ้นลง โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลและไม่มีผลใดๆ และทีมวิจัยได้เตรียมการช่วยเหลือผู้เข้าร่วมการวิจัย หากขณะดำเนินการวิจัยเกิดผลกระทบทางจิตใจ จะหยุดการทำ

กิจกรรม และแสดงออกถึงการเข้าใจความรู้สึกของผู้เข้าร่วมการวิจัย พร้อมให้กำลังใจ หลังจากนั้นผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นผู้ตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัยต่อ หรือส่งต่อผู้เชี่ยวชาญหากผู้เข้าร่วมการวิจัยต้องการ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผู้เข้าร่วมการวิจัยเกิดผลกระทบทางจิตใจใดๆ ทั้งสิ้น

ผลการวิจัย

การวิจัยนี้ ศึกษาในรูปแบบการวิจัยแบบกรณีศึกษา (Case study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขตามรูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวมในการเยียวยาจิตใจผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนใต้ ผลการวิจัยดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 83.3) มีอายุอยู่ในช่วง 41-59 ปี (ร้อยละ 53.3) (Min=16, Max=59, M=38.03, S.D.=13.99) สถานภาพหม้าย (ร้อยละ 70.0) การศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 40.0) ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 53.3) รายได้ส่วนใหญ่ไม่น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 63.3) สถานะทางครอบครัว/ความพอเพียงพอมีพอใช้ (ร้อยละ 60.0) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 70.0) (ตาราง 1)

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (N=30)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนคน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	5	16.7
หญิง	25	83.3
อายุ (Min=16, Max=59, M=38.03, SD=13.99)		
ต่ำกว่า 20 ปี	5	16.7
21-40 ปี	9	30.0
41-59 ปี	16	53.3
สถานภาพ		
โสด	9	30.0
หม้าย	21	70.0
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	12	40.0
มัธยมศึกษา/ปวช.	11	36.7
อนุปริญญา/ปวส.	7	23.3
อาชีพ		

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (N=30)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนคน	ร้อยละ
รับจ้าง	16	53.3
นักเรียน/นักศึกษา	9	30.0
ว่างงาน	5	16.7
รายได้บาท/เดือน		
น้อยกว่า 5,000 บาท	19	63.3
5,001 – 10,000 บาท	7	23.3
10,001 - 15,000 บาท	2	6.7
มากกว่า 15,000 บาท	2	6.7
สถานะทางครอบครัว/ความพอเพียง		
ไม่พอเพียง	12	40.0
พอมีพอใช้	18	60.0
โรคประจำตัว		
มี	9	30.0
- HT	5	55.6
- DM	3	33.3
- HTและ DM	1	11.1
ไม่มี	21	70.0

2. กรณีศึกษา (Case Study) : โปรแกรมบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข ตามรูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวมในการเยียวยาจิตใจผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนใต้ จำนวนทั้งหมด 30 คน สรุปอาการได้ดังนี้

2.1 ภาวะซึมเศร้า (Depression) พบว่า (ร้อยละ 96.66) กลุ่มตัวอย่างเล่าว่า

“รู้สึกหงุดหงิด ไม่อยากยุ่งกับใคร เบื่ออยากอยู่คนเดียว กระสับกระส่าย บางครั้งจะนั่งอยู่นิ่งๆไม่ได้มีอาการแบบนี้ทุกวัน ไม่มีสมาธิ ไม่อยากให้ใครถามเรื่องเหตุการณ์ รับประทานอาหารได้น้อย รู้สึกผอมลง บางรายตั้งแต่เกิดเหตุการณ์จนถึงปัจจุบันน้ำหนักลดลงถึง 12 กิโลกรัม รู้สึกอ่อนเพลีย เหนื่อย ไม่มีแรง นอนไม่ค่อยหลับ บางรายรู้สึกเชิงชีวิต ต้องมีคนคอยดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (เนื่องจากร่างกายมีความพิการ) บางรายคิดว่าตายไปเสียคงจะดีกว่า” แต่ในกลุ่มตัวอย่างยังไม่มีรายใดลงมือที่จะทำร้ายตัวเอง ระดับคะแนนซึมเศร้าอยู่ในช่วงระดับ Mild-Moderate

2.2 ภาวะผลกระทบทางจิตใจหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Posttraumatic Stress Disorder: PTSD) สามารถแยกออกเป็น 3 อาการดังนี้

2.2.1 อาการ Re-experience (ร้อยละ 73.33) กลุ่มตัวอย่างเล่าว่า

“เหมือนกับเหตุการณ์จะเกิดกับครอบครัวหรือตนเองอีก รู้สึกว่าภาพเหตุการณ์ตอนที่เกิดเหตุผุดขึ้นมาโดยไม่ได้ตั้งใจ รู้สึกวิตกกังวลในเรื่องของการเกิดเหตุซ้ำ จะอยู่ริมหน้าต่างเพราะสามารถมองเห็นรถทุกคันที่แล่นไปมาบนถนน มีอาการหวาดระแวงว่าจะมีคนมาทำร้ายตนเอง ต้องมีปืนอยู่ข้างๆเตียง คอยระวังตัวตลอดเวลา โดยเฉพาะเวลานอนมีอาการตกใจตื่นง่าย ไม่กล้าผ่านสถานที่ที่เกิดเหตุและไม่สามารถมองเห็นเจ้าหน้าที่ทหารพรานได้ จะทำให้รู้สึกโกรธแค้น มีอาการเกร็งกล้ามเนื้อ กัดฟัน บางรายมีอาการหวาดระแวงว่าจะมีคนมาทำร้ายตนเอง โดยเฉพาะเวลานอนไม่หลับ รู้สึกตึงเครียดเกือบตลอดเวลา”

2.2.2 อาการ Hyper-arousals (ร้อยละ 63.33) กลุ่มตัวอย่างเล่าว่า

“รู้สึกเหมือนร่างกายตื่นตัวอยู่ตลอดเวลา ตื่นเต้น ใจสั่น ใจเต้นเร็ว นอนไม่หลับ นอนหลับไม่สนิทเหมือนแต่ก่อน เมื่อได้ยินเสียงดัง เสียงรถทหารผ่านหน้าบ้านหรือรถจอดหน้าบ้านจะตกใจง่ายและมีความระแวงระวังตลอดเวลา บางรายได้ยินเสียงหมาเห่าเหมือนมีใครมาที่บ้านหรือได้ยินเสียงตอติ๊กๆ เหมือนมีคนเดินรอบบ้าน ทำให้มีอาการตื่นเต้น ตกใจง่าย ใจสั่น ใจเต้นเร็ว หายใจถี่ เมื่อมีสิ่งกระตุ้นจะนึกถึงเหตุการณ์ บางรายได้ยินข่าวจากโทรทัศน์/เสียงปืน/เสียงประทัด/เสียงเบรกรถยนต์ทำให้สะดุ้งตกใจง่าย”

2.2.3 อาการ Avoidance พบว่า (ร้อยละ 53.33) มีอาการกลัวหลีกเลี่ยง กลุ่มตัวอย่างเล่าว่า

“เมื่อเห็นเจ้าหน้าที่ทหารพรานจะมีอาการ เนื่องจากเห็นคนร้ายที่ยิงใส่ในเหตุการณ์วันนั้นตั้งแต่ชุดทหารพราน หากเจอหรือพบเห็นจะรีบหนีออกไปให้ห่าง ไม่กล้าเข้าใกล้ และเมื่อเห็นปืนก็จะมีความรู้สึกเสียว ขนลุกไปทั้งตัวและทำให้คิดถึงเหตุการณ์วันนั้นผุดขึ้นมาอีก บางรายมีความรู้สึกกลัว ไม่ไว้วางใจใคร โดยเฉพาะวัยรุ่นแปลกๆ ที่ไม่ค่อยคุ้นเคย บางรายรู้สึกกลัวผู้ชายใส่หมวกแก๊ป กลัวเด็กหนุ่มที่นั่งซ้อนมอเตอร์ไซด์กันมา รู้สึกผวา หัวใจเต้นแรง บางรายหลังเกิดเหตุใหม่ๆ ผู้ป่วยไม่กล้าอยู่บ้าน ต้องย้ายไปอยู่ต่างจังหวัด เพื่อรักษาตัวและจิตใจ บางรายเล่าว่าไม่อยากเล่าเหตุการณ์ เพื่อนฝูงมาเยี่ยมเยียนถามไถ่อาการก็ไม่อยากเล่า ไม่อยากหวนนึกถึงเหตุการณ์วันนั้น รู้สึกทรมานและเจ็บปวด”

2.3 ภาวะอาการความเศร้าโศกที่ซับซ้อน (Complicated Grief) พบว่า (ร้อยละ 6.66) กลุ่มตัวอย่างที่สูญเสียภรรยา/สามี/บุคคลอันเป็นที่รักจาก

สถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนใต้ได้เล่าว่า

“เป็นการสูญเสียกะทันหัน ยังไม่ได้รู้ลากันเลย แต่ก็ยังระลึก คิดถึงอยู่ นำรูปถ่ายที่เก็บไว้มาพูดเล่าเหตุการณ์ หรือเรื่องราวประจำวัน บางรายสูญเสียสามี แต่ก็ยังไม่รู้สึกสะเทือนใจมากนัก มีความเข้มแข็ง เนื่องจากกลับไปสู่ความโปรดปรานของพระเจ้า”

2.4 มีภาวะพิการ (ร้อยละ 23.33) พบว่ากลุ่มตัวอย่างหลังจากที่ได้ประสบเหตุการณ์ เช่น ถูกกระสุนยิง ถูกลอบวางระเบิด ส่งผลให้มีปัญหาบกพร่องด้านร่างกาย ใบหน้าเป็นอัมพาตครึ่งซีก สายตามองไม่ชัด หูไม่ได้ยิน ลูกเดินลำบาก เวียนศีรษะบ่อย ไม่สามารถพูดหรือเปล่งภาษาได้ชัดเหมือนเดิม อัมพาตทั้งตัว ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ อัมพาตครึ่งท่อน ไม่สามารถควบคุมการขับถ่าย บางรายมีผลกดทับเรื้อรังเนื่องจากอยู่ในอิริยาบถเดียวกันนานๆ หรือพิการขาต้องนั่งบนรถเข็นตลอดชีวิต ไม่สามารถออกไปหางานทำได้

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาพรวม (ก่อนและหลัง) ผลของโปรแกรมบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข ตามรูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวมในการเยียวยาจิตใจผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนใต้ พบว่า 1) คะแนนอาการ Depression, PTSD., Complicated grief ลดลง ($t = 8.469$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (ตาราง 3) 2) คะแนนเฉลี่ยระดับความสุขเพิ่มขึ้น ($t = 2.714$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (ตาราง 4) 3) คะแนนเฉลี่ยระดับคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น ($t = 2.994$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (ตาราง 4) และ 4) ค่าใช้จ่าย (Cost) ในการมารับบริการของกลุ่มตัวอย่างลดลง ($t = 29.682$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (ตาราง 5)

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิต (Depression, PTSD., Complicate grief) ของกลุ่มตัวอย่าง (ก่อน- หลังบำบัด HRT) ตามรูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวมในการเยียวยาจิตใจ (N=30)

คะแนนเฉลี่ยอาการทางจิต	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{D}$	df	t*	p-value
กลุ่มตัวอย่าง						
ก่อน	8.9388	4.6565	7.20	29	8.469	0.000*
หลัง	5.4612	0.8501				

* P< .05

ตาราง 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับความสุขของกลุ่มตัวอย่าง (ก่อน-หลังบำบัด HRT) ตามรูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวมในการเยียวยาจิตใจ (N=30)

ระดับความสุข	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{D}$	df	t*	p-value
กลุ่มตัวอย่าง						
ก่อน	0.69	1.04	2.83	29	2.714	0.011*
หลัง	4.96	5.71				

* P< .05

ตาราง 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง (ก่อน-หลังบำบัด HRT) ตามรูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวมในการเยียวยาจิตใจ (N=30)

ระดับคุณภาพชีวิต	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{D}$	df	t*	p-value
กลุ่มตัวอย่าง						
ก่อน	5.07	5.34	16.0	29	2.994	0.006*
หลัง	26.93	29.27				

* P< .05

ตาราง 5 เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายเฉลี่ย (Cost) ในการมารับบริการของกลุ่มตัวอย่าง (ก่อน-หลังบำบัด HRT) ตามรูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวมในการเยียวยาจิตใจ (N=30)

ค่าใช้จ่าย (Cost)	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{D}$	df	t*	p-value
กลุ่มตัวอย่าง						
ก่อน	668.06	115.33	625.00	29	29.682	0.000*
หลัง	581.93	21.06				

* P< .05

อภิปรายผล

จากผลการวิจัย สามารถอภิปรายผลของโปรแกรมบำบัดแบบทวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขตามรูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวมในการเยียวยาจิตใจในผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนใต้ รูปแบบการวิจัยแบบ

กรณีศึกษา (Case study) จำนวน 30 ราย ที่พบว่า การบำบัด HRT เป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างโปรแกรมบำบัดแบบทวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขกับระยะเวลาการทำกิจกรรมกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า โปรแกรมบำบัดแบบทวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข ช่วยให้ผู้ได้รับผลกระทบ

จากสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนใต้มีภาวะอาการทางจิต (Depression, PTSD, Complicate grief) ลดลง ($t=8.469$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ส่งผลให้ผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนใต้มีการพัฒนากระบวนการคิด ปรับพฤติกรรม ทำให้สามารถจัดการปัญหาได้ดีขึ้น (เกษศิรินทร์ ภูเพชร, อรรพรรณ หนูแก้วและศรีสุตา วนาลีสิน, 2560) ซึ่งสอดคล้องการศึกษาของอังคณา วังทอง, ศรีสุตา วนาลีสิน, อนุชิต วังทอง, ชูรัฐดี ลิเต็งและนุรอนี ลาเตะ (2562) เรื่องผลการบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขต่อการลดภาวะซึมเศร้าในสตรีผู้สูญเสียสามีจากสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนใต้ พบว่า ผลการบำบัด HRT สามารถลดภาวะซึมเศร้าในสตรีผู้สูญเสียสามีจากสถานการณ์ได้ ($t=3.489$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และยังสอดคล้องกับการศึกษาของอังคณา วังทอง, นายแพทย์อนุชิต วังทอง, และปัทมาวาตี มะอิง และชูรัฐดี ลิเต็ง ศึกษาเรื่อง ผลของกลุ่มบำบัดการหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างในระยะก่อนเข้ากลุ่มบำบัด หลังการเข้ากลุ่มบำบัดทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน เป็น 7.36 ($SD=2.80$), 4.91 ($SD=1.44$), และ 3.64 ($SD=1.27$) ตามลำดับ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของอังคณา วังทอง, นายแพทย์อนุชิต วังทอง, ชูรัฐดี ลิเต็งและปัทมาวาตี มะอิง ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขในผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี พบว่า กลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มบำบัดเสร็จสิ้นทันที พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ต่ำกว่าระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.00 ($t=10.57$) และยังพบว่าระยะติดตามผล 1 เดือน ค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ต่ำกว่าระยะหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มบำบัดเสร็จทันที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.00 ($t=7.85$)

นอกจากนี้ ผลของโปรแกรมบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข ตามรูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวมในการเยียวยาจิตใจผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนใต้ยังพบว่าสามารถเกิดผลดีต่อกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นหลังการบำบัด

คือ ผู้ป่วยมีความรู้ เข้าใจสามารถดูแลตนเองในการเยียวยาจิตใจ จัดเรื่องทุกข์ใจ โดยใช้ทักษะการจินตนาการ (Imagine exposure) หวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข (HRT) ใช้ทักษะการบำบัดความคิดและจัดการกับความรู้สึก ความคิดของตนเองได้ นำความรู้ไปช่วยเหลือสมาชิกในบ้านช่วยเหลือเพื่อนบ้าน เพื่อนๆ คนอื่นๆ ตลอดจนสามารถช่วยเหลือเพื่อนที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนใต้ด้วยกันได้ ทั้งยังสามารถปฏิบัติได้เองถึงแม้ไม่มีผู้บำบัด มีช่องทางติดต่อขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นอย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น 2) ผู้ป่วยนอนหลับได้ดีขึ้น อาการฝันร้ายเบาบางลง มีสมาธิมากขึ้น รู้สึกโล่งสบายใจ อารมณ์เย็นลง สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ ความกลัวและความกังวลลดลง สามารถช่วยเหลือคนที่บ้านในเรื่องงานบ้านได้มากขึ้น ความรู้สึกผิดลดลง อารมณ์ก้าวร้าวลดลง ความเศร้าหมองลดลง สามารถอยู่กับปัจจุบัน ไม่กลัวหรือเครียดเหมือนเมื่อก่อน มองโลกเป็นมุมบวกมากขึ้น ปลอ่ยกวางโฟกัสในเรื่องที่ดีๆ มีเวลาพักผ่อนหย่อนใจสงบมากขึ้นความสัมพันธ์กับคนในครอบครัวดีขึ้น 3) ยอมรับและมีกำลังใจเมื่อประสบกับปัญหาส่งผลให้อาการเวียนศีรษะตาพร่าลดลง มีสมาธิมากขึ้น สบายใจให้ความสำคัญกับการดูแลตัวเองและมีกิจกรรมทำมากขึ้น 4) มีความคิดเชิงบวก มีเหตุผล ทำให้รู้สึกสบายใจ แต่ก่อนจะคิดเชิงลบตลอดทำให้มีความทุกข์ตลอด 5) มีจิตใจเข้มแข็ง มีกำลังใจมากขึ้น มีความคิดอยากกลับไปทำภาระบางอย่างให้เสร็จ เช่น ไปเรียนต่อได้อีกครั้ง 6) มีกิจกรรมตามหลักปฏิบัติของศาสนาให้ทำอยู่ตลอดเวลา จิตใจเข้มแข็ง มีกำลังใจมากขึ้นอยู่กับปัจจุบัน และมอบความไว้วางใจกับอัลลอฮ์ (พระเจ้า) ตลอดเวลา รู้สึกสงบมากขึ้น 7) เดินออกนอกบ้าน สามารถขับรถไปโรงเรียนและกลับบ้านได้สบายๆ ไปทำธุระนอกบ้านคนเดียวขับรถไปไหนๆ ไม่คิดมาก กล้าดูข่าว ฟังข่าวสามารถอยู่บ้านคนเดียวได้ ไม่กลัวหรือเครียดเหมือนแต่ก่อน มีกิจกรรมฝึกทำเมื่ออยู่บ้านเฉยๆ มีอะไรไม่ค่อยตกใจ โดยใช้การฝึกหายใจ เมื่อก่อนเวลาขับรถจะกังวลกลัวเรื่องความปลอดภัยและขับรถเร็วเพื่อให้ถึงบ้านเร็วๆ ดูข่าวไม่ค่อยได้เพราะทำให้ไม่สบายใจ 8) อาการกลัววัยรุ่นหายไป กล้าพูดคุยเหมือนปกติตามเดิม ไม่หวาดกลัว ไม่ระแวงและมีความไว้วางใจคนอื่นมากขึ้น 9) ผู้ป่วยมีความสุขมากขึ้น มีวิธีการจัดการกับปัญหาดีขึ้น เช่น เมื่ออยู่คน

เดี๋ยวก็จะพังวิทย์ ดูทีวีได้สามารถเดินออกไปเที่ยว
พูดคุยกับคนรอบๆ บ้านได้มากขึ้น พูดคุยกับคนอื่น ๆ
ไม่เก็บตัว และ 10) กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ใน
ระดับที่ดี

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. ติดตามประเมินภาวะอาการทางจิตผู้ป่วย
ในระยะยาว
2. จัดอบรมในการให้ความรู้ เรื่องการบำบัด
แบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขตามรูปแบบการ
พยาบาลแบบองค์รวมในการเยียวยาจิตใจแก่
พยาบาลวิชาชีพ/นักจิตวิทยาที่ปฏิบัติงานในพื้นที่

จังหวัดชายแดนใต้เพื่อจะได้ช่วยเหลือผู้ได้รับ
ผลกระทบจากสถานการณ์ใต้และสถานการณ์อื่นๆ ที่
มีภาวะอาการของ Depression, PTSD.,
Complicate grief เป็นต้น

3. ประชาสัมพันธ์ เช่น แผ่นพับ ป้ายไวนิล
เสียงตามสาย บอร์ดประชาสัมพันธ์ เป็นต้น เกี่ยวกับ
ภาวะอาการของ Depression, PTSD.,
Complicate grief เพื่อให้ประชาชนมีความรู้เพิ่ม
การเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุข และมีส่วนร่วมใน
การดูแล เพราะผู้ป่วยบางรายทุกข์ทรมาน แต่ไม่
ทราบว่าต้องบำบัดจึงไม่มารับบริการ

เอกสารอ้างอิง

- เกษศิริพันธ์ ภูเพชร, อรรพรรณ หนูแก้วและศรีสุตา วนาลิสัน. (2560). ผลของโปรแกรมการระลึกความหลังต่อความหวังใน
ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า: การศึกษาเบื้องต้น. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 4(2),
พฤษภาคม – สิงหาคม 2560. 1-14.
- ดารารวรรณ ตะปินตา. (2555). ภาวะซึมเศร้า: การบำบัดและการให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม.
เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.
- ธรรณิทธิ์ กองสุข, ศุภชัย จันทร์ทอง, เกษราภรณ์ เคนบุปผา, สุพัตรา สุขชาติ, รุ่งมณี ยิ่งยืน, จินตนา ลีจิง
เพิ่มพูน. (2553). ความน่าเชื่อถือและความเที่ยงตรงของแบบประเมินอาการซึมเศร้าด้วย 9 คำถามเมื่อเทียบกับแบบ
ประเมิน Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD-17). นำเสนอในการประชุมวิชาการสุขภาพจิต
นานาชาติครั้งที่ 9 ประจำปี 2553.
- ธวัชชัย พลศักดิ์, รังสิมันต์ สุนทรไชยา และรัชนิกร อุปเสน. (2560). ผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะ
ซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 31(1), 60-74.
- พิชัย อธิฐสกุล. (2555). โรคอารมณ์ผิดปกติในมาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (บรรณาธิการ),
จิตเวชศาสตร์รามาริบัติ (เรียบเรียงใหม่ครั้งที่ 3, หน้า149-173). กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะ
แพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2555). จิตเวชศาสตร์รามาริบัติ. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ. ภาควิชาจิตเวช
ศาสตร์ คณะ แพทยศาสตร์, โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วชิระ เพ็งจันทร์. (2552). เผยคนไทยเป็นโรคซึมเศร้า 1.9 ล.คน-มากที่สุดในช่วงทำงาน. มติชนออนไลน์. สืบค้นเมื่อวันที่ 14
สิงหาคม 2561. จากhttp://www.matichon.co.th/news_detail.php?newsid=1243413850.
- วินัส วิวัฒน์. (2550). ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลและครอบครัวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจังหวัดสุ
ราษฎร์ธานี. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- อังคณา วังทอง. (2552). การได้รับการสร้างพลังอำนาจจากพยาบาลและพลังอำนาจในการเยียวยาจิตใจตนเองของผู้
สูญเสียบุคคลในครอบครัวจากสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้. สารนิพนธ์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อังคณา วังทอง. (2563). การพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวมในการ
เยียวยาจิตใจผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนใต้. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. 12(3): กันยายน-ธันวาคม 2563.
- อังคณา วังทอง, ศรีสุตา วนาลิสัน, อนุชิต วังทอง, ชูรัฐดี ลีเต็งและนุรไอนี ลาเตะ. (2562). ผลการบำบัดแบบหวนรำลึก
ความหลังที่เป็นสุขต่อการลดภาวะซึมเศร้าในสตรีผู้สูญเสียสามีจากสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนใต้.
วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 29(3): 94-106.

อังคณา วังทอง, นายแพทย์อนุชิต วังทอง, ปัทมวาทิ มะอิงและชูรัฐดี ลีเต็ง. (2562). ผลของกลุ่มบำบัดการหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น. **วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย**. 6(2): 99-114.

อังคณา วังทอง, นายแพทย์อนุชิต วังทอง, ชูรัฐดี ลีเต็งและปัทมวาทิ มะอิง. ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขในผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าอำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี. **วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา**.5(2): 92-104.

Bauer M, Bschor T, Pfernnig A, Whybrow P, Angst J, Versani M, et al. World federation of societies of biological psychiatry guidelines for biological treatment of unipolar depressive disorders in primary care. **The World Journal of Biological Psychiatry** 2007; 8(2): 67-104.

Karaketsorn D, Kongsuwan V. Development of crisis recovery models for women widow who face stress after the shock of the southern border violence situation in Thailand. **Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health** 2015; 29(1): 14-26. (in Thai).

Psychiatric and Mental Health Nong Chik Hospital. **Database of people affected by the southern situation in Nong Chik District, Pattani Province**. (2017). (in Thai).

การนำผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ พอเพียงร่วมกับวิถีมุสลิมต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ประยุกต์ใช้

Using the results of a health promotion program Sufficiency along with the Muslim way of disease control behavior and blood sugar levels of diabetic patients, Muslims who control blood sugar levels did not use it.

(Received: September 23,2020 ; Accepted: October 30,2020)

นฤมล สุขประเสริฐ

Naruemol Sookprasert

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลปะนาเระ จังหวัดปัตตานี

Registered Nurse Professional Level Panarae Hospital pattani province.

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพพอเพียงร่วมกับวิถีมุสลิมต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มารับบริการคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปะนาเระ จังหวัดปัตตานี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยการจับคู่ เพศ อายุ และระดับน้ำตาลในเลือด จำนวน 60 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพพอเพียง เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ และ กลุ่มควบคุม 30 ราย ได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพพอเพียง และ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน และเครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด โดยโปรแกรมและแบบสอบถาม ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน โปรแกรมทดลองใช้โดยพยาบาล 5 คน และ แบบประเมินพฤติกรรม การควบคุมโรคเบาหวาน ผ่านการตรวจสอบความเที่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.82 การวิเคราะห์และเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงบรรยาย สถิติไคสแควร์และสถิติทีอิสระ และ ทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติทีคู่ และสถิติทีอิสระ

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรคหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (42.23 และ 35.93, $p < .001$) มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (121.40 และ 225.13, $p < .001$) กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรค และระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .823$ และ $p = .713$) หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรคสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (42.23 และ 33.26 $p < .001$) และมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (121.40 และ 230.53 $p < .001$)

คำสำคัญ : ส่งเสริมสุขภาพพอเพียง , วิถีมุสลิม , ผู้ป่วยเบาหวาน

ABSTRACT

This quasi-experimental research aimed to examine the The Effect of Health Sufficiency Promotion Program with Muslim Ways of Living on Diabetic Control Behavior and Blood Sugar Level of Uncontrolled Diabetes in Muslims. The recruited sample comprised 60 uncontrolled DM Muslim patients who were attending at diabetes clinics Panarehospitals in Pattani Province. Purposive sampling was used to select subjects according to the inclusion criteria Sex, Age and Blood Sugar Level. Patients were divided into two groups: 30 patients in the experimental group received the Health Sufficiency Promotion Program for eight weeks and 30 patients in the control group received normal nursing care. The intervention tools that is the Health Sufficiency Promotion Program with Muslim Ways of Living and and data collection tools included demographic data and health data forms, diabetic control behavior questionnaires scored on a scale of 15-60, and glucometer. All instruments were examined for content validity by three experts. The program was tested for it applicability by five nurses. The reliability of diabetic control behaviors

questionnaire was tested by using Cronbach's alpha coefficient yielding a value of 0.82. Demographic data were analyzed using descriptive statistics, differences in general data tested with chi square statistics and independent statistics, and the hypothesis tested through paired t-test and independent t-test.

The result revealed that for the experimental group, the mean score of diabetic control behaviors posttest was significantly higher than that at pretest (42.23 vs 35.93, $p < .001$) and the mean score of blood sugar level was lower than that at pretest (121.40 vs 225.13, $p < .001$). For the control group, the mean score of diabetic control behaviors posttest and pretest were not significantly different and the mean score of blood sugar level posttest and pretest were not significantly different ($p = .823$ and $p = .713$). The mean score of diabetic control behaviors posttest of the experimental group was significantly higher than that of the control group (42.23 vs 33.26 $p < .001$) and the mean score of blood sugar level was significantly lower than the control group (121.40 vs 230.53 $p < .001$)

Health Promotion self-sufficiency, Muslim style, diabetic patients

บทนำ

โรคเบาหวานเกิดจากตับอ่อนไม่สามารถผลิตสารอินซูลินซึ่งช่วยให้ร่างกายนำน้ำตาลไปใช้เป็นพลังงานได้ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2557) ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ได้เพียงร้อยละ 29 และอีกร้อยละ 71 ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เกิดโรคแทรกซ้อน (คลังข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, 2557) ทั้งนี้เพราะพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชากรในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยเฉพาะชาวมุสลิมมีส่วนผสมของกะทิและไขมันสูง เช่น แกงพะแนง เนื้อ ซุปเนื้อวัว มือเข้านิยมบริโภคอาหารประเภทแป้งและน้ำตาล เช่น โรตีสาน้ำชา กาแฟ ปาท่องโก๋ (กาญจนา, 2554; รุสนานี, 2559) ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูงและทำให้มีน้ำหนักเพิ่มขึ้น มีภาวะอ้วนลงพุง และส่งผลให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ได้

เป้าหมายในการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เป็นโรคเบาหวานระยะเวลานาน ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือโรคร่วมอื่น ควรควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นปกติหรือใกล้เคียงปกติตลอดเวลา (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2557) การติดตามผลการดูแลรักษาขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค และวิธีการรักษา โดยมีการนัดติดตามทุก 4 สัปดาห์ เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ ติดตามระดับน้ำตาลในเลือด ปรับขนาดยาให้เหมาะสม ซึ่งยาที่ใช้ในการรักษาโรคเบาหวานมีทั้งยารับประทานและยาฉีด โดยเป็นยาลดระดับน้ำตาลในเลือด การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การควบคุมโรคเบาหวานประกอบด้วย การใช้ยา การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การผ่อนคลายความเครียด ที่เหมาะสม แต่สิ่งที่สำคัญและจำเป็นที่สุดสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน คือการบริโภคอาหาร เนื่องจากการรับประทานอาหารมีผลโดยตรงต่อการ

เพิ่มของระดับน้ำตาลในเลือด (วิมลรัตน์, 2552) หากมีการควบคุมอาหารที่ดี และออกกำลังกายอย่างเหมาะสม จะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้

หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง 3 ห่วง 2 เงื่อนไข คือ ความพอประมาณ หมายถึง ความพอดีที่ไม่น้อยเกินไปและไม่มากเกินไป โดยไม่เบียดเบียนตนเองและผู้อื่น (2) ความมีเหตุผล หมายถึง การตัดสินใจเกี่ยวกับระดับของความพอเพียงนั้นจะต้องเป็นไปอย่างมีเหตุผล โดยพิจารณาจากเหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้องตลอดจนคำนึงถึงผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการกระทำนั้นอย่างรอบคอบ (3) การมีภูมิคุ้มกันที่ดีในตัว หมายถึงการเตรียมตัวให้พร้อมรับผลกระทบ และการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นโดยคำนึงถึงความเป็นไปได้ของสถานการณ์ต่างๆ ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคตทั้งใกล้และไกล ภายใต้ 2 เงื่อนไข ดังนี้ (1) ความรู้ ความรอบรู้เกี่ยวกับวิชาการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างรอบด้าน ความรอบคอบที่จะนำความรู้เหล่านั้นมาพิจารณาให้เชื่อมโยงกัน เพื่อประกอบการวางแผนและความระมัดระวังในขั้นปฏิบัติ (2) คุณธรรม ที่จะต้องเสริมสร้างประกอบด้วย มีความตระหนักในคุณธรรม มีวินัย ซื่อสัตย์สุจริต และมีความอดทน มีความพากเพียร ใช้สติปัญญาในการดำเนินชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย อย่างสมดุล ยั่งยืน พึ่งพาตนเองได้ ลดและชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค รวมถึงมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถควบคุมโรค และมีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม

ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ก่อนและหลังในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพพอเพียง

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ก่อนและหลังในกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพพอเพียง

3. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพพอเพียง

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็น วิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพพอเพียงร่วมกับวิถีมุสลิมต่อพฤติกรรมการควบคุมโรค และระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการคำนวณค่าอำนาจการทดสอบของโคเฮน (Cohen, 1977; Cited in Polit, 1996) โดยหาขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่าง ของงานวิจัยครั้งนี้จากงานวิจัยที่มีความคล้ายคลึงกัน คือ การศึกษาของนฤมล (2560) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพพอเพียงร่วมกับวิถีมุสลิมต่อพฤติกรรม การควบคุมโรคและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยคำนวณค่าขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.77 ผู้วิจัยจึงปรับขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.8 โดยกำหนดค่า power = 0.8 และ แอลฟา = 0.05 เปิดตารางค่าการทดสอบของโคเฮน ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมอย่างน้อยกลุ่มละ 25 คน และเพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างจากการวิจัย ระหว่างการดำเนินวิจัย จึงได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 20 ของกลุ่มตัวอย่าง จึงได้กลุ่มตัวอย่างเป็น 30 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เมื่อเสร็จสิ้นการศึกษามีกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 60 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพพอเพียง โดยการจัดกิจกรรมการพยาบาล ดำเนินการทั้งที่สถานบริการ ติดตามเยี่ยมบ้าน และ การติดตามทางโทรศัพท์ เป็นเวลานาน 8 สัปดาห์ประกอบด้วยเครื่องมือ 4 ชนิด ดังนี้

1. แผนผังโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพพอเพียง ต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย

เบาหวานมุสลิมที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยกิจกรรมในโปรแกรมดำเนินการทั้งที่คลินิกบริการ ติดตามเยี่ยมบ้าน และติดตามทางโทรศัพท์เป็นเวลานาน 8 สัปดาห์ โดยในสัปดาห์ที่ 1 ดำเนินกิจกรรม ดังนี้ (1) ประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และ ระดับน้ำตาลในเลือด ด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย (2) ให้ความรู้เรื่องการควบคุมโรคเบาหวานด้วยสุขภาพพอเพียงตามวิถีอิสลามมอบคู่มือเบาหวานในมุสลิมควบคุมได้ ด้วยสุขภาพพอเพียงตามวิถีอิสลาม และ แบบบันทึกการควบคุมโรคเบาหวานด้วยสุขภาพพอเพียงตามวิถีอิสลาม (3) ทำพันธะสัญญาตั้งเงื่อนไขในการควบคุมโรค (4) ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย (5) ติดตามประเมินผลการบันทึกการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายลงในแบบบันทึกการควบคุมโรคเบาหวานด้วยสุขภาพพอเพียงตามวิถีอิสลาม เยี่ยมบ้านเพื่อติดตามการบันทึกการเลือกบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ในสัปดาห์ที่ 2 และ 5 ติดตามทางโทรศัพท์ ในสัปดาห์ที่ 3 และ 6 ส่วนในสัปดาห์ที่ 7 เป็นการเว้นระยะเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายด้วยตนเอง และ (6) ประเมินผลในสัปดาห์ที่ 8

2 คู่มือเบาหวานในมุสลิมควบคุมได้ ด้วยสุขภาพพอเพียงตามวิถีอิสลาม เป็นคู่มือประกอบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย มีเนื้อหาเกี่ยวกับหลักการศาสนาอิสลามที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรค การนำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และ การออกกำลังกาย ตามหลัก 3 ห่วง 2 เงื่อนไข ซึ่งหัวใจสำคัญของการนำหลักการเศรษฐกิจพอเพียงมาประยุกต์ใช้คือ เริ่มต้นด้วยความรู้ ทั้งเรื่องโรคเบาหวาน กลไกการควบคุมโรค การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายเหมาะสม เพียงพอ คำนวณพลังงานอย่างง่าย การออกกำลังกายแบบผสม เพื่อสามารถเลือกบริโภคอาหารอย่างพอประมาณ ไม่มากเกินไปหรือน้อยไป คิดเหตุและผลที่ตามมาหากเลือกบริโภคอาหารไม่เหมาะสม รับรู้ถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นและพร้อมจะรับมือกับทุกความเสี่ยง ซึ่งการมีความรู้ที่มีอยู่ถือเป็นภูมิคุ้มกันที่ดี และที่ขาดไม่ได้คือคุณธรรม นั่นคือต้องมีวินัย ซื่อสัตย์ในการเลือกบริโภคอาหารและออกกำลังกายอย่างเหมาะสม

3 แผนการสอนเรื่อง เบาหวานในมุสลิมควบคุมได้ ด้วยสุขภาพพอเพียง จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลเพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้ความรู้ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และออกกำลังกายอย่างพอเพียง ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ ความรู้ที่

จำเป็นและเหมาะสมสำหรับผู้ป่วย อุบัติการณ์ วิธีการ และการประเมินผล

4. แบบบันทึกการควบคุมโรคเบาหวาน ด้วยสุขภาพพอเพียงตามวิถีอิสลาม แบบบันทึกที่ให้ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมบันทึกกิจกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน ทั้งการเลือกบริโภคอาหาร การคำนวณพลังงาน และการออกกำลังกายสะสมอย่างพอเพียง ที่ได้ปฏิบัติในแต่ละวันตลอดการทดลอง เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ตามโปรแกรมที่จัดไว้

ผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพพอเพียงร่วมกับวิถีมุสลิม มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมควบคุมโรคสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

2. ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ที่ไม่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพพอเพียงร่วมกับวิถีมุสลิม มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมควบคุมโรคและระดับน้ำตาลในเลือดหลังได้รับโปรแกรมไม่แตกต่างกัน ($p < .05$)

3. ผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพพอเพียงร่วมกับวิถีมุสลิม หลังได้รับโปรแกรม มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมควบคุมโรคสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม และมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็น วิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษา ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพพอเพียงร่วมกับวิถีมุสลิม ต่อพฤติกรรมควบคุมโรค และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ที่มารับ

บริการที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยทำการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 60 ราย เป็นกลุ่มควบคุม 30 รายได้รับการพยาบาลตามปกติ และ เป็นกลุ่มทดลอง 30 รายได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพพอเพียงร่วมกับวิถีมุสลิม โดยใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพพอเพียงร่วมกับวิถีมุสลิม ประกอบด้วย (1) แผนผังโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพพอเพียงร่วมกับวิถีมุสลิม (2) คู่มือเบาหวานในมุสลิมควบคุมได้ ด้วยสุขภาพพอเพียงตามวิถีอิสลาม (3) แผนการสอนเรื่องเบาหวานในมุสลิมควบคุมได้ด้วยสุขภาพพอเพียงตามวิถีอิสลาม และ (4) แบบบันทึกการควบคุมโรคเบาหวานด้วยสุขภาพพอเพียงตามวิถีอิสลาม (จิตา เหมือนพวงศรี, 2552) หลังจากการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมควบคุมโรคหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (42.23 และ 35.93, $p < .001$) มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (121.40 และ 225.13, $p < .001$) กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมควบคุมโรค และระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .823$ และ $p = .713$) หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมควบคุมโรคสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (42.23 และ 33.26 $p < .001$) และมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (121.40 และ 230.53 $p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของปริยาภรณ์ สวัสดิ์ศรี (2555). ที่ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพต่อระดับน้ำตาลในเลือดและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายโรงพยาบาลองค์กรักษ์ จังหวัดนครนายก และการศึกษาของทัศนีย์ ชันทอง (2556) ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลิน

เอกสารอ้างอิง

- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). ระบบการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง (3 อ. 2ส.) ของกลุ่มปกติ/เสี่ยง/ป่วย โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ในประเทศไทย :นโยบายสู่การปฏิบัติ สำหรับสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร.
- กษิดิษ ศรีสง่า. (2548). การแพทย์ตามแนวทางท่านศาสดามุฮัมมัด ซล. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: แผนงานสร้างเสริมสุขภาพมุสลิมไทย ศูนย์ศึกษานโยบายเพื่อการพัฒนา คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- กาญจนา เจาะและ. (2554). แนวปฏิบัติกรพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

- จงดี สุขโข. (2548). พฤติกรรมการบริโภคอาหารของประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้ใหญ่บ้านในจังหวัดสงขลา.งาน
ประธานรัฐและท้องถิ่น กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา, สงขลา.
- ซอพิยะห์ นิมะ, ยูซุฟ นิมะ, และทีมอาหารและโภชนาการ โครงการส่งเสริมสุขภาพตามวิถีมุสลิมในจังหวัดชายแดนใต้. (2552) การบูร
ณาการองค์ความรู้บทบัญญัติศาสนาอิสลามกับการสร้างเสริมสุขภาพ: อาหารและโภชนาการ. สงขลา: สถาบันระบบวิจัย
สุขภาพภาคใต้. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- ดำรง แวอาลี. (2548). การเฝ้าระวังจิตใจด้วยอิสลาม.กรุงเทพฯ: โอ.เอส.พรีนติ้งเฮาส์.
- นิชาพัฒน์ เรืองสิริวัฒน์, ปาหนัน พิษยภิญโญ, และสุณีย์ ละกะปิ่น. (2556). ประสิทธิภาพของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการ
รับประทานอาหาร โดยประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง ในประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2. วารสารพยาบาล
สาธารณสุข, 27(1), 74-87.
- ทัศนีย์ ชันทอง. (2556) ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดใน
ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลิน. วารสารสภาการพยาบาล, 28(1), 85-97.
- ธัญวรรณ หมั่นสกุล. (2552). พฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดในช่วงปกติและช่วงถือศีลอดของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม. สาร
นิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ธิดา เหมือนพวงศรี. (2552). การสนับสนุนทางสังคมและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ใช้บริการมุสลิมที่เป็นเบาหวาน. สาร
นิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ธิดิ์ สนับบุญ. (2545). ระบาดวิทยาของโรคเบาหวานใน วิทยา ศรีมาดา (บรรณาธิการ).การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน.กรุงเทพฯ: โรง
พิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นงนุช โอปะ. (2550). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการพยาบาลแบบตั้งเป้าหมายร่วมกันต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง. วิทยานิพนธ์
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร,
- นิตยา วงศ์เคอริ. (2551). ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงกับหลักคำสอนของศาสนาอิสลาม.การศึกษาประกาศนียบัตรชั้นสูง. การบริหารงาน
ภาครัฐและกฎหมายมหาชนรุ่นที่ 7. สถาบันพระปกเกล้า: จันทบุรี
- นันทิยา จงเจริญ. (2552). พฤติกรรมการบริโภคอาหารและระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหารบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิด
ที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะ
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา
- นัยนา ชนะ. (2553). การพัฒนาแนวปฏิบัติในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามระยะพฤติกรรมของผู้ใช้บริการกลุ่มเสี่ยงต่อ
โรคเบาหวาน. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- นฤมล สุขประเสริฐ. (2560). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพพอเพียงร่วมกับวิถีมุสลิม ต่อพฤติกรรมควบคุมโรคและระดับน้ำตาลใน
เลือดของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ
พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2549). การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ. (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน
- บุญญาณี วัฒนศรีหานัง. (2545). โครงการพัฒนาการสอนการควบคุมอาหารผู้ป่วยเบาหวานชนิด ไม่พึ่งอินซูลินแผนกผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลภูเรือ จังหวัดเลย. วิทยานิพนธ์ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลชุมชน
มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- บุญใจ ศรีสถิตย่นรากร. (2553). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์.(พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- ปรีดา หนูแดง. (2553). การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการเลือกรับประทาน อาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน. สาร
นิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล เวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ปรียาภรณ์ สวัสดิ์ศรี. (2555). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพต่อระดับน้ำตาลในเลือดและพฤติกรรมการดูแลตนเองของ
ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายโรงพยาบาลองค์กรักษ์ จังหวัดนครนายก. วารสารวิทยาลัย
พยาบาลพระปกเกล้า. 23(1), 1-14.
- ยูซุฟ นิมะ และสุภัทร ฮาสุวรรณกิจ. (2551). การแพทย์และการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับวิถีมุสลิม.(พิมพ์ครั้งที่ 2) สงขลา: ระบบ
สุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- รสมาลิน ขาบรรทม. (2550). ผลของภาวะซึมเศร้าต่อความร่วมมือในการใช้ยาและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน
ชนิดที่ 2. วิทยานิพนธ์เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

รสสุคนธ์ ภัคดีไพบุลย์สกุล. (2555). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการเลือกรับประทานอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

วินธนา คูศิริสิน. (2545). การดูแลตนเองด้านโภชนาการและสุขภาพกับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

International Diabetes Federation. (2015). IDF Diabetes Atlas Seventh Edition. Retrieved April 8, 2017, from http://www.dmhthai.org/sites/default/files/idf_atlas_2015_uk_0.pdf.

ผลของโปรแกรมป้องกันการหกล้มต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อ

การหกล้ม ในตำบลสุไหงโก-ลก จังหวัดนราธิวาส

Effects of a Fall Prevention Program on Self Care for pre-fall older adults,

Sungaikolok Subdistrict, Narathiwat

(Received: September 24,2020 ; Accepted: November 2,2020)

เพ็ญภา มหะหมัด

Phennapha Mahamad

โรงพยาบาลสุไหงโก-ลก

Sungaikolok hospital

บทคัดย่อ

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันการหกล้มต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการหกล้ม และ 2) ศึกษาความพึงพอใจต่อโปรแกรมป้องกันการหกล้ม โดยใช้ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็ม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการหกล้ม จำนวน 60 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ 2561 ถึงเดือน มกราคม 2562 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมป้องกันการหกล้ม เป็นเวลา 6 สัปดาห์ ประกอบด้วย การให้ความรู้ การฝึกการทรงตัว การชมวีดีทัศน์ แจกคู่มือ การเยี่ยมบ้าน และการจัดสิ่งแวดล้อมในบ้าน ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม การให้ความรู้ รวบรวมข้อมูลก่อนและหลังทดลอง ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่ม ที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้มสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < .01) ดังนั้นโปรแกรมป้องกันการหกล้มนี้ทำให้ผู้สูงอายุ มีความสามารถในการดูแลตนเองและมีความปลอดภัยจากอุบัติเหตุขึ้น ภาพรวมผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการหกล้มมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมป้องกันการหกล้มอยู่ในระดับสูง

คำสำคัญ: โปรแกรมป้องกันการหกล้ม การดูแลตนเอง ผู้สูงอายุ

ABSTRACT

The objective of this quasi experimental study to examine effects of a fall prevention program on self care for pre-fall older and satisfaction on pre fall older adults. Applying Orem's Self Care Deficit Theory. Were samples this study, 30 samples in experimental group and 30 samples in comparison group. The 6 week pre fall prevention program consisted of knowledge, video, handbooks, home health care, and environment. The comparison group received knowledge. Data collected before and after the intervention. Data analysis using percentage, mean, standard deviation, paired t-test.

Results reveal that, the experimental group had significantly higher self care scores. This fall prevention program were high safety in older adults. Satisfaction were high scores to this program.

KEYWORDS: Fall Prevention Program, Self Care, pre-fall older adults

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Ageing Society) โดยมีประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 จะมีผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 20 ทำให้พบปัญหาต่างๆ

ตามมา การหกล้มเป็นปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุเช่นกัน เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงระบบต่างๆของร่างกาย ในทางพร้อมหรือเสื่อมตามอายุและการมีพยาธิสภาพของโรคเพิ่มขึ้น ปัจจุบันพบการหกล้มในผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นปัญหาในหลายๆ ประเทศ จากการศึกษาของ องค์การ

อนามัยโลก พบว่า การพลัดตกหกล้มมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มในปี พ.ศ. 2545 ประมาณ 391,000 คน และเพิ่มขึ้นเป็น 424,000 คน ในปี พ.ศ. 2555 (เฉลี่ยวันละ 1,160 คน) สำหรับประเทศไทยมีผู้สูงอายุเสียชีวิตกว่า 1,000 คน หรือเฉลี่ยวันละ 3 คน โดยเพศชายมีอัตราการเสียชีวิต สูงกว่าเพศหญิงกว่า 3 เท่า ร้อยละ 55 ผู้สูงอายุเพศหญิง มักหกล้มในบ้านและบริเวณบ้าน ขณะที่เพศชาย ร้อยละ 60 หกล้มบริเวณนอกบ้าน ขณะเดินทางและในสถานที่ทำงาน นอกจากนี้ ผู้สูงอายุร้อยละ 60 ลื่น สะดุด หรือก้าวพลาด บนพื้นระดับเดียวกัน (นิพาและลวิตรา, 2560-2561) สำหรับข้อมูลจังหวัดนครราชสีมา ปี พ.ศ. 2560-2561 ได้คัดกรองภาวะหกล้มในผู้สูงอายุร้อยละ 78.05, 84.69 ตามลำดับ พบ ผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการหกล้ม 1,504, 1,869 ราย ร้อยละ 2.79, 3.17 ตามลำดับ ข้อมูลการคัดกรองการหกล้มของอำเภอสุโขทัย-โลก จังหวัดนครราชสีมา ปี พ.ศ. 2560-2561 ได้คัดกรองภาวะหกล้มในผู้สูงอายุร้อยละ 44.79, 77.46 ตามลำดับ พบผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการหกล้ม 194, 380 ราย ร้อยละ 9.37, 8.22 ตามลำดับ ข้อมูลการคัดกรองการหกล้มระดับตำบลสุโขทัย-โลก ได้คัดกรองภาวะหกล้มในผู้สูงอายุร้อยละ 78.05, 82.32 ตามลำดับ พบ ผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการหกล้ม 194, 300 ราย ร้อยละ 2.79, 10.55 (Health Data Center, 2019) ความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเพิ่มสูงขึ้นตามอายุและความกลัวการหกล้ม (ทิพย์รัตน์ ผลอินทร์, นาริรัตน์ จิตรมณตรีและวิราพรณ วิโรจน์รัตน์, 2560) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญ ที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดอุบัติเหตุ ไม่มีความปลอดภัยในชีวิต เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว จึงทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการหกล้มของผู้สูงอายุ ได้แก่ ขาดการออกกำลังกาย ปัญหากล้ามเนื้ออ่อนแรง โดยเฉพาะกล้ามเนื้อขา การทรงตัวไม่ดี เมื่อเคลื่อนไหวร่างกายจึงเกิดการเสียหลักและหกล้มได้ง่าย ผู้สูงอายุมักจะมีปัญหาน้ำมิด ทำให้ความดันเลือดต่ำชั่วขณะ เกิดอาการเวียนหน้า เซ และหกล้มได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพย์รัตน์ ผลอินทร์, นาริรัตน์ จิตรมณตรี, และวิราพรณ วิโรจน์รัตน์ (2560) ที่พบว่า ปัจจัยภายในที่พบพฤติกรรมที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุหกล้ม ได้แก่ ขาดการออกกำลังกาย ปัจจัยภายนอก ได้แก่ ขาดการตรวจสอบความมั่นคงแข็งแรงของเครื่องเรือน เครื่องใช้ภายในบ้าน และพบว่า อายุ ความกลัวการหกล้ม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จนทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถดูแลตนเองได้ดี

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ผู้สูงอายุในตำบลสุโขทัย-โลก ได้รับการคัดกรองและให้ความรู้เกี่ยวกับการหกล้ม แต่

ไม่มีโปรแกรมป้องกันการหกล้มในกลุ่มเสี่ยงต่อการหกล้มที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้สูงอายุ ที่จะทำให้กล้ามเนื้อขาแข็งแรงขึ้น และเพิ่มการทรงตัวที่ดี จึงทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการหกล้ม ทำให้ไม่สามารถใช้ชีวิตตามปกติ และเป็นภาระต่อผู้ดูแล จึงจำเป็นต้องส่งเสริมให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการหกล้มสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการดูแลตนเอง (Orem, 1995) ที่สามารถอธิบายความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการการดูแลทั้งหมด เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำ เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่อันดี ผู้วิจัยจึงนำทฤษฎีการดูแลตนเอง (Orem, 1995) มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมป้องกันการหกล้มในกลุ่มเสี่ยงต่อการหกล้มในตำบล สุโขทัย-โลก จังหวัดนครราชสีมา เพื่อช่วยเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเอง ช่วยลดผลกระทบที่เกิดจากการหกล้มของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีความปลอดภัยจากอุบัติเหตุและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันการหกล้มต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการหกล้ม ในตำบลสุโขทัย-โลก จังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้มก่อนและหลังการทดลองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการหกล้ม
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมป้องกันการหกล้มต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการหกล้ม ในตำบลสุโขทัย-โลก จังหวัดนครราชสีมา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัย การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) เป็นการวิจัยแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 60 คน ประกอบด้วย ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการหกล้มหรือญาติผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในตำบลสุโขทัย-โลก แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มต้องเป็นผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการหกล้มที่สมัครใจ โดยคำนวณกลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดอิทธิพล (Effect size) จากหลักอำนาจการทดสอบ (Power Analysis) กำหนดค่า $\alpha = 0.05$ และ Power = 0.80 ได้ขนาดกลุ่มทดลองที่มีขนาดใกล้เคียง กลุ่มละ 22 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มกลุ่มตัวอย่างระหว่างการวิจัย ผู้วิจัยจึงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นร้อยละ 35 (วิลาวรรณและคณะ, 2556 อ้างใน กมลทิพย์, 2547)

ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจึงได้กลุ่มละ 30 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมป้องกันการหกล้มเป็นเวลา 6 สัปดาห์ ประกอบด้วย การให้ความรู้ การฝึกการทรงตัว การขมิ่วที่ดีขึ้น แจกคู่มือ การเยี่ยมบ้าน และการจัดสิ่งแวดล้อมในบ้าน ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม การให้ความรู้ รวบรวมข้อมูลก่อนและหลังทดลอง เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ 2561 ถึงเดือนมกราคม 2562

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบประเมินกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานแบบง่าย (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ของกรมอนามัย ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน สำหรับการวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลแอดิแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

1.2 แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้น ของกรมอนามัย โดยผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุดูภาพ รถยนต์ เสือ เก้าอี้ แล้วพูดทวนชื่อสิ่งของทั้ง 3 คือ รถยนต์ เสือ เก้าอี้ เพียง 1 ครั้ง และให้ผู้สูงอายุจำของ 3 สิ่งไว้ เพราะสักครู่ผู้ประเมินจะกลับมาถามใหม่ ต่อให้ผู้สูงอายุจำจำนวน 20 – 3 ไปเรื่อยๆ 3 ครั้ง (ในแต่ละครั้งที่ตอบถูกใช้เวลาคิดในแต่ละช่วงคำตอบไม่เกิน 1 นาที หลังคำถาม) ถ้าผู้สูงอายุตอบคำถามที่ 1 ไม่ได้ ให้ตั้งเลขต่อไป คือ 17 – 3 จากนั้นให้คำนวณในครั้งต่อไป ตามลำดับให้เลขไปเรื่อยๆ จนครบ 1 นาที ต่อไปให้กลับมาถามสิ่งของ 3 อย่างที่ผู้วิจัยให้จำในครั้งแรก (ต้องไม่ให้เห็นภาพ เพราะต้องการทดสอบเรื่องความจำของผู้สูงอายุ และต้องพูดถูกทั้ง 3 ภาพ ห้ามขาดภาพใดภาพหนึ่ง โดยอาจไม่เรียงลำดับของภาพได้ จึงจะถือว่าผู้สูงอายุตอบได้ถูกต้อง)

1.3 แบบประเมินความเสี่ยงของการเกิดหกล้มแบบประเมิน (TUGT : Time up and go Test) ของกรมอนามัย โดยผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุลุกขึ้นจากเก้าอี้ที่มีที่เท้าแขนและจับเวลาโดยให้เดินเป็นเส้นตรงระยะทาง 3 เมตร หมุนตัวและเดินกลับมานั่งที่เดิม ถ้าปกติผู้สูงอายุจะใช้เวลาน้อยกว่า 30 วินาที ถ้าผู้สูงอายุใช้เวลาตั้งแต่ 30 วินาที แสดงว่ามีความเสี่ยงต่อการหกล้ม หรือผู้สูงอายุเดินไม่ได้

1.4 แบบสอบถามการปฏิบัติตัวและการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการหกล้มของกลุ่มเสี่ยงต่อการหกล้ม และแบบประเมินความพึงพอใจของกลุ่มเสี่ยงต่อการหกล้มต่อโปรแกรมป้องกันการหกล้มต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการหกล้ม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ของผู้สูงอายุประกอบด้วย อายุ เพศ อาชีพ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย รอบเอว โรค

ประจำตัว ประวัติการหกล้มในรอบ 6 เดือน และยาที่ใช้ในปัจจุบัน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการปฏิบัติตัวและการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้มของกลุ่มเสี่ยงต่อการหกล้ม ตามกรอบแนวคิดของโอเร็ม ได้แก่ การกระทำให้หรือการกระทำแทน การชี้แนะ การสนับสนุน การสอน และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจของกลุ่มเสี่ยงต่อการหกล้มต่อโปรแกรมป้องกันการหกล้มต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการหกล้ม ในตำบลสุโงโก-ลก จังหวัดนราธิวาส ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น (สำหรับญาติและผู้ป่วย)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมป้องกันการหกล้มต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการหกล้ม ประกอบด้วย คู่มือการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้ม แนวทางการประเมินสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน และรอบๆ บริเวณบ้าน แบบบันทึกการฝึกปฏิบัติการทรงตัว และวิธีทศน์เรื่อง โปรแกรมกิจกรรมทางกาย ก้นล้ม ก้นล้ม ไม่ซึมเศร้า ของศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา ซึ่งโปรแกรมป้องกันการหกล้มต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการหกล้มที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นได้ผ่านการตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และได้นำมาทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการหกล้มในพื้นที่ จำนวน 5 ราย ผลการทดลอง พบว่า โปรแกรมที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นมีความง่าย มีรูปภาพประกอบการออกกำลังกาย ทำให้ผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการหกล้มสามารถใช้โปรแกรมดังกล่าวได้ถูกต้อง

การดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนการทดลองแล้ว กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ซึ่งได้แก่ การประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม การให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม สำหรับกลุ่มทดลองแล้วนอกจากจะได้รับการดูแลตามปกติแล้ว ยังได้รับโปรแกรมป้องกันการหกล้ม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์แนวคิดความพร้อมในการดูแลตนเอง (Orem, 1995) เป็นเวลา 6 สัปดาห์ โดยมีการเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวม 3 สัปดาห์ และฝึกปฏิบัติที่บ้าน ในสัปดาห์ที่ 4 และมีการติดตามเยี่ยมที่บ้านในสัปดาห์ที่ 5 และ สัปดาห์ที่ 6 ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 จัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับสถานการณ์ผลกระทบ ปัจจัยเสี่ยงหรือความพร้อมที่เป็นสาเหตุของการหกล้ม และการดูแลตนเองในการป้องกันการหกล้ม การขมิ่วที่ดีขึ้น เรื่องโปรแกรมกิจกรรมทางกาย ก้นล้ม ก้นล้ม ไม่ซึมเศร้า ของศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา (โปรแกรมนี้จะฝึกการทรงตัวเพื่อให้กล้ามเนื้อขาแข็งแรง) การขมิ่วที่ดีขึ้น เรื่อง การจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้สูงอายุ การฝึกปฏิบัติการทรงตัว โดยการ

ลูกนั่งจากเก้าอี้ ซึ่งประกอบด้วยท่าออกกำลังกายระดับง่าย 16 ท่า ได้แก่ ท่าบริหารศีรษะ ท่าบริหารคอ ท่ายืดหลัง ท่าบริหารลำตัว ท่าบริหารกล้ามเนื้อต้นขา ท่าบริหารกล้ามเนื้อต้นขาด้านหลัง ท่าบริหารสะโพกด้านข้าง ท่าบริหารข้อเท้า ท่ายืนต่อเท้าแบบมีราวจับ ท่าเดินต่อเท้าแบบมีราวจับ ท่ายืนขาเดียวแบบมีราวจับ ท่าเดินด้วยส้นเท้าแบบมีราวจับ ท่าเดินด้วยปลายเท้าแบบมีราวจับ ท่าลูกนั่งจากเก้าอี้ ใช้ 2 มือพยุง ท่าลูกนั่งจากเก้าอี้ใช้มือเดียวพยุง และท่าลูกนั่งจากเก้าอี้ ไม่ใช้มือพยุง ทำท่าละ 10 ครั้ง และท่าออกกำลังกายระดับยาก 18 ท่า ได้แก่ ท่ายืดกล้ามเนื้อและฝึกความยืดหยุ่นของข้อ ประกอบด้วยท่า ท่าบริหารศีรษะ ท่าบริหารคอ ท่ายืดหลัง ท่าบริหารลำตัว ท่าฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ประกอบด้วย ท่าบริหารข้อเท้า ท่ายืนด้วยปลายเท้า แบบไม่ใช้ราวจับ ท่ายืนด้วยส้นเท้าแบบไม่ใช้ราวจับ ท่าย่อเข้าแบบไม่ใช้ราวจับ ท่ายืนต่อเท้าแบบไม่ใช้ราวจับ ท่าเดินต่อเท้าแบบไม่ใช้ราวจับ ท่ายืนขาเดียวแบบไม่ใช้ราวจับ ท่าเดินด้วยส้นเท้าแบบไม่ใช้ราวจับ ท่าเดินด้วยปลายเท้าแบบไม่ใช้ราวจับ ท่าเดินเลข 8 ท่าเดินสไลด์ด้านข้าง ท่าลูกจากเก้าอี้ใช้ 2 มือพยุง ท่าลูกจากเก้าอี้ใช้มือเดียวพยุง และท่าลูกจากเก้าอี้ไม่ใช้มือพยุง โดยมีวิธีการออกกำลังกายเพื่อให้กล้ามเนื้อขาแข็งแรงซึ่งได้แก่กลุ่มมือการดูแลตนเองแก่ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองให้ไปฝึกที่บ้านต่อเนื่อง

สัปดาห์ที่ 2 ติดตามการบันทึกข้อมูลในคู่มือ การฝึกปฏิบัติการทรงตัว ตามที่ผู้วิจัยได้สอนและสาธิตที่ผ่านมา ในการบันทึกการทรงตัวที่บ้านผู้วิจัยได้ออกแบบเป็นปฏิทินให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองได้ทำเครื่องหมายถูกในวันที่ได้ฝึกการทรงตัว และทำเครื่องหมายกากบาทในวันที่กลุ่มทดลองมีการหกล้ม ปฏิทินดังกล่าวจะปรากฏในคู่มือการดูแลตนเองที่แจกให้กลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 3 ติดตามการบันทึกข้อมูลในคู่มือ การฝึกปฏิบัติการทรงตัว ตามคู่มือที่แจกให้กลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 4 กลุ่มทดลองปฏิบัติการทรงตัวที่บ้าน และบันทึกในปฏิทินฝึกการทรงตัวที่บ้านในคู่มือการดูแลตนเอง

สัปดาห์ที่ 5 การเยี่ยมบ้านประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม เปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัว ได้มีส่วนร่วมในการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมร่วมกัน เมื่อพบความเสี่ยงในแต่ละครั้งให้ผู้วิจัยจะให้คำแนะนำและจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพตามความเหมาะสมและความสามารถของผู้วิจัย ถ้าหากต้องใช้ภาคีเครือข่ายต้องเข้ามาช่วยเหลือ ผู้วิจัยจะทำการประสานแก่ผู้เกี่ยวข้องและติดตามผลต่อไป

สัปดาห์ที่ 6 การเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามผลที่ผู้วิจัยได้ให้คำแนะนำ หรือที่ภาคีเครือข่ายที่เข้ามาช่วยเหลือและสรุปผลการใช้โปรแกรมต่อไป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการได้รับการพิจารณาอนุมัติกับคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากโรงพยาบาลสุโขทัย-สุโขทัย จังหวัดสุโขทัย รหัส SKL-IRB: 003 ปี 2561 ผู้วิจัยได้ทำเอกสารชี้แจงถึงวัตถุประสงค์การวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และการแปลผล โดยอธิบายว่าข้อมูลที่ได้จากกระบวนการทั้งหมดเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม ดำเนินการขอความยินยอมจากผู้เข้าร่วมวิจัยทุกราย ตามความสมัครใจ ปราศจากการบังคับและผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิ์ในการที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลาโดยไม่มีเงื่อนไข

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired t-test

ผลการวิจัย

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90 ทั้งสองกลุ่ม กลุ่มทดลองได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 43.31 อายุเฉลี่ย 65 ปี ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร² ประกอบอาชีพเป็นแม่บ้าน ร้อยละ 90 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 83.33 ซึ่งเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคเกาต์ และปวดเมื่อยตามตัว ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการหกล้มอาศัยอยู่กับบุตร ร้อยละ 66.7 อยู่กับหลาน ร้อยละ 30 และไม่มีผู้ดูแล ร้อยละ 3.3 ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 90 ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงไม่มีอุบัติเหตุการหกล้ม ร้อยละ 93.33 ตัว ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการหกล้มใช้เวลาในการลุกขึ้นจากเก้าอี้ที่มีเท้าแขน และสามารถเดินเป็นเส้นตรง ระยะ 3 เมตร หมุนตัวและเดินกลับมานั่งที่เดิม โดยใช้เวลาน้อยกว่า 30 วินาที ร้อยละ 63.33 สอดคล้องกับการศึกษาของละออม สร้อยแสง, จริยาวัตร คมพยัคฆ์, และกนกพร นทีธนสมบัติ (2557) ศึกษาการวิจัยเรื่อง การศึกษาแนวทางการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุชุมชนมิตรภาพพัฒนา ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุเป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.0 อายุที่พบมากที่สุดคือ ช่วงอายุ 70 - 79 ปี ร้อยละ 43.0 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 58.2 มีโรคประจำตัวที่แพทย์วินิจฉัยแล้ว ร้อยละ 72.2 โดยโรคที่พบมากที่สุดคือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน กระดูกและข้อ ตามลำดับ ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค ร้อยละ 37.0 ยาที่ได้รับจากแพทย์มากที่สุดคือ ยาลดความดันโลหิต ร้อยละ 64.0 อุบัติการณ์การหกล้มของผู้สูงอายุในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 34.8 โดยมีสาเหตุจากการเดินสะดุด ร้อยละ 41.8 ลื่น ร้อยละ 38.2 เวียน

ศีรษะ ร้อยละ 7.3 ปัจจัยด้านบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ คือ เพศหญิง ร้อยละ 62.0 ความบกพร่องทางสายตา ร้อยละ 44.3 ความผิดปกติของการทรงตัว ร้อยละ 19.6 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 50.0 ภาวะดัชนีมวลกายมากกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 34.2 ด้านสิ่งที่ทำให้เกิดการหกล้ม คือ ยาลดความดันโลหิต ร้อยละ 64.0 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในบ้าน คือ ขอบถนนีประตูด่านต่างระดับ พื้นปูด้วยกระเบื้องเซรามิก การจัดสิ่งของในบ้านไม่เป็นระเบียบ ใช้เสื่อผ้าหรือเสื่อผ้าเก่าเป็นที่เช็ดเท้า และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมนอกบ้าน คือ ทางเดิน

รอบบ้านมีสิ่งกีดขวาง ร้อยละ 37.3 มีทางเดินรถจักรยาน ลักษณะชุมชน แนวทางการป้องกันการหกล้มที่สำคัญมี 3 ประการ คือ การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมภายในและรอบบ้าน การส่งเสริมการออกกำลังกายให้ผู้สูงอายุ และการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในชุมชน

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้ม สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้มในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง (N= 30)

การดูแลตนเอง	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	df	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
ภายในกลุ่มทดลอง	26.80	1.684	33.50	3.267	9.527	29	.000*
ภายในกลุ่มควบคุม	25.17	1.315	26.43	3.234	1.943	29	.062

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผู้วิจัยได้ประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมป้องกันการหกล้มที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ผลการศึกษาพบว่า ภาพรวมผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการหกล้มมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมป้องกันการหกล้มอยู่ในระดับสูง ($X=4.31$, $S.D.=0.18$) เมื่อวิเคราะห์รายข้อ พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการหกล้มมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจมากที่สุดได้แก่ หัวข้อท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มจากทีมสุขภาพ ($X=4.66$, $S.D.=0.49$) รองลงมา หัวข้อท่านสามารถดูแลตนเองได้โดยไม่เกิดการหกล้ม ($X=4.56$, $S.D.=0.50$) ส่วนความพึงพอใจต่อโปรแกรมอย่างน้อยที่สุด ได้แก่ ท่านสามารถบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการหกล้ม ในคู่มือได้ถูกต้อง ($X=4.26$, $S.D.=0.69$)

อภิปรายผล

โปรแกรมป้องกันการหกล้มต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการหกล้ม ในตำบล สุโงะ-ลก จังหวัด นครราชสีมาที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น สามารถทำให้กลุ่มทดลองซึ่งเป็นผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการหกล้มมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) จากผลการศึกษาดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการหกล้มมีปลอดภัยจากอุบัติเหตุจากหกล้ม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิลาวรรณ สมทน, ทศนีย์ รวีวรกุล, และขวัญใจ อำนวยสัตย์เชื้อ (2556) ศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันการหกล้มสำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง 70 คน เป็นกลุ่มทดลองและ

กลุ่มควบคุมกลุ่มละ 35 คน พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้มสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < .001$) การศึกษาของภาวดี วิลมพันธ์ และชนิษฐา พิศฉลาด (2556) ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ พบว่า จำนวนครั้งของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุหลังใช้โปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้ม ลดลงจากก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($x = 2.36$ และ $x = 0.77$, $t = 4.45$, $p < .001$) นอกจากนี้ ยังพบว่า จำนวนครั้งของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุภายหลังการใช้โปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มต่ำกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($x = 0.77$ และ $x = 1.55$, $t = 2.32$, $p < .05$) นอกจากนี้การให้ความรู้ การให้คู่มือดูแลตนเองอีกทั้งให้กลุ่มเสี่ยงต่อการหกล้มมีการบันทึกในคู่มือทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการหกล้มมีความเข้าใจและเพิ่มความร่วมมือระมัดระวังในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิทยา วาโย, นาริรัตน์ จิตมนตรีและวิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ (2560) ศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันการหกล้มแบบสหปัจจัยต่อพฤติกรรม การป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน พบว่า โปรแกรมป้องกันการหกล้มแบบสหปัจจัย โดยการให้ความรู้เพื่อป้องกันการหกล้ม การแจกคู่มือป้องกันการหกล้ม การแจกปฏิทินเตือนการหกล้ม การติดตาม

เยี่ยมบ้านเพื่อปรับสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ทำให้คะแนนพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปได้ว่า โปรแกรมป้องกันการหกล้มต่อการดูแลตนเองที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น สามารถทำให้ผู้สูงอายุไม่เกิดการหกล้ม และผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้นจากการฝึกการปฏิบัติการทรงตัวที่บ้านและการบันทึกข้อมูลในคู่มือการดูแลตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุปลอดภัยจากอุบัติเหตุจากหกล้มสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรขยายผลการศึกษาโปรแกรมป้องกันการหกล้มต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการหกล้ม ไปยังพื้นที่อื่นๆ ในอำเภอสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย
2. ควรนำเสนอผลการศึกษาให้กับผู้บริหารระดับสูง และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดีขึ้นต่อไป
3. ควรพัฒนาวิธีการบันทึกการออกกำลังกายหรือกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ
4. ควรมีการต่อยอดงานวิจัยเพื่อพัฒนาโปรแกรมการป้องกันการหกล้มต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการหกล้มโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ภาคีเครือข่าย ทั้งภาครัฐและเอกชน

เอกสารอ้างอิง

- ทิพย์รัตน์ ผลอินทร์, นาริรัตน์ จิตรมณตรี, และวิราพรรณ วิโรจน์รัตน์. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ ความกลัวการหกล้ม และพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 29(1), 36-50.
- นิพา ศรีช้าง และ ลลิตรา กำวี. (2560-2561). รายงานการพยากรณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560-2561. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- ภาวดี วิลลพันธุ์และชนิษฐา พิศฉลาด. (2556). ผลของโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 23(3), 98-109.
- ละออม สร้อยแสง, จริยาวัตร คมพัยค์, และกนกพร นทีธนสมบัติ. (2557). การศึกษาแนวทางการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ชุมชนมิตรภาพพัฒนา. วารสารพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 15(1), 122-129.
- วิทยา วาโย, นาริรัตน์ จิตรมณตรี, และวิราพรรณ วิโรจน์รัตน์. (2560). ผลของโปรแกรมป้องกันการหกล้มแบบสหปัจจัยต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 35(2), 25-33
- วิลาวรรณ สมตน, ทศนีย์ รวีวรกุล, และขวัญใจ อำนวยสัตย์เชื้อ. (2556). ผลของโปรแกรมป้องกันการหกล้มสำหรับผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 27(3), 58-70.
- Health Data Center. (2562). รายงานการคัดกรอง 10 เรื่องในผู้สูงอายุ. วันที่ 7 เมษายน 2562 สืบค้นจาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48&id=df0700e8e3c79802b208b8780ab64d61
- Orem, D.E. (1995). Nursing: Concept of practice (5th ed). S.T.Louis: Mosby year book.

ผลการพัฒนาการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (ITA)**โรงพยาบาลคำม่วง อำเภอกำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2560-2563****Integrity and Transparency Assessment Development at Khammuang Hospital,
Khammuang District, Kalasin province from the Year 2017-2020.**

(Received: September 30,2020 ; Accepted: November 4,2020)

หทัยพร อ้วนภักดี

Hataiporn Auanpakdee.

โรงพยาบาลคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์

Khammuang Hospital Kalasin province.

บทคัดย่อ

การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) เป็นเครื่องมือการประเมินที่สำนักงานป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติ (ป.ป.ช.) กำหนดขึ้นเพื่อใช้ในการยกระดับธรรมาภิบาลในหน่วยงานภาครัฐ การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการพัฒนาการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (ITA) โรงพยาบาลคำม่วง อำเภอกำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2560-2563 ปี และค้นหาโอกาสในการปรับปรุงผลการประเมิน โดยใช้ตามกรอบการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA)

ผลการวิจัย พบว่า ผลการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (ITA) โรงพยาบาลคำม่วง อำเภอกำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2560-2563 พบว่า ในภาพรวม อยู่ในระดับสูงมาก โดยปี 2560 มีคะแนนเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 93.94 ปี 2561-2563 มีคะแนนเฉลี่ย ร้อยละ 100

จากผลการประเมินควรให้ความสำคัญในการพัฒนาและปรับปรุงการดำเนินการในด้านการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการปลูกฝังค่านิยมและวัฒนธรรมที่ยึดมั่นคุณธรรมและความโปร่งใสใน การปฏิบัติงานขององค์กร และรักษามาตรฐานการให้บริการ และความโปร่งใสในการปฏิบัติงานให้เป็นไป ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้อย่างต่อเนื่อง เพื่อยกระดับการเป็นองค์กรที่มีคุณธรรมและความโปร่งใสการ ดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐให้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (ITA)

Abstract

Integrity and Transparency Assessment (ITA) is an assessment tool that the National Anti-Corruption Commission (ONACC) has regulated to improve state units' good governance. This research purposed to study ITA development at Khammuang Hospital, Khammuang District, Kalasin Province from the Year 2017-2020, and find opportunities to improve the procedure by applying the concepts of Integrity and Transparency Assessment (ITA).

Regarding the research, the overall ITA result of Khammuang Hospital, Khammuang District in Kalasin Province Year 2017-2020, was at a very high level; as in 2017 the average score was 93.94% and 100% in 2018-2020.

Based on the assessment, the organization should prioritize the development and improvement in job motivation and education of values and culture in morality and transparency, organizational operation, and conservation of service standard and transparency, as a means to evaluate the organization's adherence to morality and transparency. Moreover, the state unit's performance will be enhanced.

Keyword: Integrity and Transparency Assessment (ITA)

บทนำ

ปัจจุบันปัญหาการทุจริตและประพฤติมิชอบในประเทศไทยได้ทวีความรุนแรง เป็นปัญหาเรื้อรังและมีความสลับซับซ้อนมากขึ้น ส่งผลกระทบในวงกว้างทั้งต่อความมั่นคงและการพัฒนาประเทศ ดังจะเห็นได้ว่า องค์กรความโปร่งใสสากล (Transparency International) ได้เผยแพร่ผลการจัดอันดับดัชนีภาพลักษณ์คอร์รัปชัน (Corruption Perceptions Index – CPI) ของประเทศไทย ประจำปี พ.ศ.2557 อยู่ในอันดับที่ 85 ของโลกจากทั้งหมด 175 ประเทศ (ปี พ.ศ.2556 ได้อันดับที่ 102 ของโลก) และได้คะแนน 38 คะแนนจาก 100 คะแนน (ปี พ.ศ.2556 ได้ 35 คะแนนจาก 100 คะแนน)ถึงแม้ว่าอันดับจะลดลงจากอันดับที่ 102 เป็นอันดับที่ 85 และคะแนนเพิ่มขึ้นจาก 35 คะแนน เป็น 38 คะแนน แต่ปัญหาการทุจริตก็ยังคงทวีความรุนแรงมากขึ้น ซึ่งสาเหตุของการทุจริตคอร์รัปชันมาจากปัจจัยด้านพื้นฐาน โครงสร้างสังคมไทยที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานความสัมพันธ์แนวดิ่ง หรือพื้นฐานของสังคมเป็นแบบอุปถัมภ์ที่ทำให้สังคมไทยยึดติดกับการช่วยเหลือเกื้อกูล ประกอบกับการมีปัจจัยด้านกระแสโลกาภิวัตน์ ที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างเศรษฐกิจและสังคม อีกทั้งสังคมไทยเป็นสังคมยึดติดกับกระแสบริโภคนิยม วัตถุนิยม ยกย่องคนมีเงินมีอำนาจ ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่ผลักดันให้เกิดการกระทำที่เป็น การทุจริตคอร์รัปชัน กรม.ได้มีมติเห็นชอบเมื่อวันที่ 5 มกราคม 2559 ให้ทุกหน่วยงานภาครัฐเข้ารับการประเมิน ITA โดยกำหนดเป้าหมายคือผลการประเมิน ITA อยู่ในระดับสูง

กระทรวงสาธารณสุขขับเคลื่อนมาตรการ 3 ป. 1 ค. (ปลูก/ปลูกจิตสำนึก ป้องกันปราบปราม และเครือข่าย) ในการป้องกันและปราบปรามการทุจริต มุ่งเน้น การป้องกันการทุจริตให้เข้มแข็งและมีประสิทธิภาพผ่านกระบวนการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ ภายใต้แผนงานยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) แผนแม่บท การป้องกัน ปราบปรามการทุจริตและประพฤติมิชอบ กระทรวงสาธารณสุข ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564) แผนแม่บทส่งเสริมคุณธรรม กระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2560-2564) ที่เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ชาติ ว่าด้วยการป้องกันและปราบปรามการทุจริต ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2560-2564) และแผนแม่บทส่งเสริม

คุณธรรมแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2559-2564) สอดคล้องกับประเด็นการปฏิรูปประเทศด้านการป้องกันและปราบปรามการทุจริตและประพฤติมิชอบด้านการป้องกันและปราบปรามการทุจริตและประพฤติมิชอบด้านการป้องกันและปราบปรามการทุจริตและประพฤติมิชอบและเป็นตัวอย่างในการบริหารงานด้วยความซื่อตรงและรับผิดชอบ กรณีปล่อยปละละเลยไม่ดำเนินการให้ถือเป็นความผิดวินัยหรือความผิดทางอาญา โดยทุกหน่วยงานต้องดำเนินการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในหน่วยงาน (Integrity and Transparency Assessment : ITA) กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดไว้ภายใต้แผนงานยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ในแผนงานการพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ซึ่งอยู่ในประเด็นการตรวจราชการตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ.2559 เป็นต้นมา และในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 กำหนดเป็นตัวชี้วัดที่ 54 ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA (ร้อยละ 90) แผนงานที่ 11 การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กร คุณภาพ มุ่งเน้นหลักการประเมินตนเอง (Self-Assessment) จากข้อเท็จจริงที่สามารถตรวจสอบได้จาก เอกสาร/หลักฐานเชิงประจักษ์ตามแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity and Transparency Assessment : EBIT) เป็นกลไกการขับเคลื่อนการบริหารราชการแผ่นดินที่มีธรรมาภิบาล เพื่อนำผลการประเมินมาพัฒนาและปรับปรุงกระบวนการปฏิบัติงานและให้การบริหารราชการของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ให้มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผลตามหลักธรรมาภิบาล หน่วยงานเป้าหมายที่เข้ารับ การประเมิน ITA จำนวน 1,850 หน่วยงาน ประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง

โรงพยาบาลคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้รับการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (ITA) ประจำปี ประจำปี 2562-2563 อยู่ในระดับสูงมาก โดยได้รับ เพื่อคำนึงถึงความสำคัญของการ “รักษา” ระบบการบริหารจัดการดำเนินงานภาครัฐอย่างมีธรรมาภิบาลที่ดีให้ต่อเนื่องเป็นที่ประจักษ์ต่อสาธารณสุข

และประชาชนผู้รับบริการมีความเชื่อมั่น ศรัทธาต่อการบริหารราชการของโรงพยาบาลคำมวง และเกิดผลลัพธ์อันเป็นที่ยอมรับต่อไป ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาผลการพัฒนาการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (ITA) โรงพยาบาลคำมวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2562-2563 นี้ขึ้น เพื่อนำผลที่ได้จากการศึกษามาพัฒนาและปรับปรุงกระบวนการปฏิบัติงาน จุดแข็ง จุดอ่อน ให้สอดคล้อง เท้าทันสถานการณ์ในปัจจุบัน ส่งผลให้การบริหารราชการของโรงพยาบาลคำมวง มีประสิทธิภาพประสิทธิผลตามหลักธรรมาภิบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลการพัฒนาการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (ITA) โรงพยาบาลคำมวง อำเภอคำมวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2560-2563

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยประเมินผล ตามกรอบการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ข้าราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ลูกจ้างชั่วคราว และตำแหน่งอื่น ๆ ในโรงพยาบาลคำมวง อำเภอคำมวง จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 187 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ เป็นการประเมินที่มุ่งเน้นการสำรวจพฤติกรรมของหน่วยงานทั้งในระดับหน่วยงาน คือ การสำรวจเกี่ยวกับกระบวนการดำเนินงานและการบริหารของหน่วยงาน และในระดับบุคคล คือ การสำรวจจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายในและภายนอกของหน่วยงานโดยใช้แนวทางการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed Methods Research) โดยใช้เครื่องมือในการสำรวจจาก สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติ ดังนี้

1. แบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Integrity & Transparency Assessment : EBIT) เก็บข้อมูลเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติและการบวนการดำเนินงานของหน่วยงานที่รับการประเมิน (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติ) จำนวน 11 ข้อใหญ่ 33 ข้อย่อย การวัดและประเมินผล คือ ระดับ 1 ต่ำมาก (0-19.99 คะแนน) ระดับ 2 ต่ำ (20-39.99 คะแนน) ระดับ 3 ปานกลาง (40-59.99 คะแนน) ระดับ 4 ต่ำมาก (60-79.99 คะแนน) ระดับ 5 สูงมาก (80-100 คะแนน)
2. แบบสำรวจความคิดเห็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน (Internal Integrity and Transparency Assessment: IIT) เก็บข้อมูลการรับรู้หรือประสบการณ์ตรงของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน (Internal Stakeholders) ต่อหน่วยงานที่รับการประเมิน
3. แบบสำรวจความคิดเห็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก (External Integrity and Transparency Assessment : EIT) เก็บข้อมูลการรับรู้หรือประสบการณ์ตรงของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก (External Stakeholders) ต่อหน่วยงานที่รับการประเมิน

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. จัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน ITA ในหน่วยงาน เพื่อประเมินขั้นตอนและกระบวนการปฏิบัติงานที่มีคุณลักษณะที่ดีตามหลักธรรมาภิบาล ปลอดภัยจากการทุจริต และผลประโยชน์ทับซ้อน มีวัฒนธรรมคุณธรรม รวมไปถึงผลการดำเนินงานของหน่วยงานที่มีต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
2. การวิเคราะห์รูปแบบการดำเนินงานแบบเดิม และการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาความเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดผลประโยชน์ทับซ้อนหรือการทุจริตคอร์รัปชันในองค์กร
3. จัดประชุมคณะกรรมการดำเนินงาน ITA ในหน่วยงาน ร่วมกันกำหนดกลยุทธ์และจัดทำแผนปฏิบัติการ
4. ดำเนินการมาตรการเชิงรุก เกี่ยวกับการปฏิบัติงานที่มีคุณธรรม จริยธรรม และธรรมาภิบาล ที่หน่วยงานและเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานทุกฝ่าย พึงจะต้องมีและยึดถือปฏิบัติอย่างเคร่งครัด
5. ส่งเสริมให้หน่วยงานทุกฝ่าย ในโรงพยาบาลคำมวง ดำเนินการและแก้ไขข้อบกพร่องทุกฝ่าย เพื่อยกระดับคุณธรรมและความโปร่งใสของโรงพยาบาลคำมวง ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวดเร็ว เห็นผล สามารถดำเนินการได้ในทันที
6. มุ่งเน้นให้หน่วยงานทุกฝ่าย ในโรงพยาบาลคำมวง

ได้รับทราบถึงข้อบกพร่องต่าง ๆ ที่สะท้อนจากเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ และนำมาปรับปรุงพัฒนาหน่วยงานให้มีความโปร่งใสเป็นธรรมปลอดจากการทุจริตต่อไป

7. ประเมินผลกระทบของการโดยการสังเกตการณ์มีส่วนร่วมและสะท้อนผลของการปฏิบัติของคณะกรรมการดำเนินงาน ITA ในหน่วยงาน ในแต่ละระยะของการศึกษา
8. สรุปผล วิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

ผลการวิจัย

ตาราง ผลการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ(ITA) โรงพยาบาลคำม่วง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2560-2563

ดัชนี	2560		2561		2562		2563	
	คะแนน (ร้อยละ)	ระดับ	คะแนน (ร้อยละ)	ระดับ	คะแนน (ร้อยละ)	ระดับ	คะแนน (ร้อยละ)	ระดับ
ความโปร่งใส	94.64	สูงมาก	100	สูงมาก	100	สูงมาก	100	สูงมาก
ความพร้อมรับผิด	93.05	สูงมาก	100	สูงมาก	100	สูงมาก	100	สูงมาก
ความปลอดจากการทุจริตในการปฏิบัติงาน	92.65	สูงมาก	100	สูงมาก	100	สูงมาก	100	สูงมาก
วัฒนธรรมคุณธรรมองค์กร	95.5	สูงมาก	100	สูงมาก	100	สูงมาก	100	สูงมาก
คุณธรรมการทำงานในหน่วยงาน	93.91	สูงมาก	100	สูงมาก	100	สูงมาก	100	สูงมาก
เฉลี่ย	93.94	สูงมาก	100	สูงมาก	100	สูงมาก	100	สูงมาก

จากตาราง ผลการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ(ITA) โรงพยาบาลคำม่วง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2560-2563 พบว่า ในภาพรวม อยู่ในระดับสูงมาก โดยปี 2560 มีคะแนนเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 93.94 ปี 2561-2563 มีคะแนนเฉลี่ย ร้อยละ 100 เมื่อพิจารณาผลการประเมินในดัชนีแต่ละด้าน ดังนี้

1. ดัชนีด้านความโปร่งใส ผลคะแนนการประเมินการดำเนินงานตามดัชนีวัดความโปร่งใส ปี 2560-2563 อยู่ในระดับสูงมาก โดยปี 2560 มีคะแนนเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 94.64 ปี 2561-2563 มีคะแนนเฉลี่ย ร้อยละ 100
2. ดัชนีความพร้อมรับผิด ผลคะแนนการประเมินการดำเนินงานตามดัชนีความพร้อมรับผิด ปี 2560-2563 อยู่ในระดับสูงมาก โดยปี 2560 มีคะแนนเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 93.05 ปี 2561-2563 มีคะแนนเฉลี่ย ร้อยละ 100

โรงพยาบาลคำม่วง เป็นโรงพยาบาลชุมชนประเภทโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง (F2) หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนขนาดเตียง 30-90 เตียง ที่มีแพทย์เวชปฏิบัติหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว รวม 2-5 คน ไม่มีแพทย์เฉพาะทางมีบริการผู้ป่วยใน ให้บริการมีห้องผ่าตัด มีห้องคลอดรองรับผู้ป่วยและผู้ป่วยใน มีข้าราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ลูกจ้างชั่วคราว ในสังกัดโรงพยาบาลคำม่วง จำนวน 185 คน

ผลการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ(ITA) โรงพยาบาลคำม่วง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2560-2563 ดังตาราง

3. ดัชนีความปลอดจากการทุจริตในการปฏิบัติงาน ผลคะแนนการประเมินการดำเนินงานตามดัชนีความปลอดจากการทุจริตในการปฏิบัติงาน ปี 2560-2563 อยู่ในระดับสูงมาก โดยปี 2560 มีคะแนนเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 92.65 ปี 2561-2563 มีคะแนนเฉลี่ย ร้อยละ 100

4. ดัชนีวัฒนธรรมคุณธรรมองค์กร ผลคะแนนการประเมินการดำเนินงานตามดัชนีวัฒนธรรมคุณธรรมองค์กร ปี 2560-2563 อยู่ในระดับสูงมาก โดยปี 2560 มีคะแนนเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 92.65 ปี 2561-2563 มีคะแนนเฉลี่ย ร้อยละ 100

5. คุณธรรมการทำงานในหน่วยงาน ผลคะแนนการประเมินการดำเนินงานตามดัชนีคุณธรรมการทำงานในหน่วยงาน ปี 2560-2563 อยู่ในระดับสูงมาก โดยปี 2560 มีคะแนนเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 92.65 ปี 2561-2563 มีคะแนนเฉลี่ย ร้อยละ 100

สรุปและอภิปรายผล

เมื่อพิจารณาผลการประเมินในดัชนีแต่ละด้าน สามารถนำมาอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ดัชนีด้านความโปร่งใส ผลคะแนนการประเมิน การดำเนินงานตามดัชนีวัดความโปร่งใส ปี 2560-2563 อยู่ในระดับสูงมาก โดยปี 2560 มีคะแนนเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 94.64 ปี 2561-2563 มีคะแนนเฉลี่ย ร้อยละ 100 สามารถอธิบายได้ว่า ความสามารถในการให้และเปิดเผย ข้อมูลต่าง ๆ ของหน่วยงานมีความชัดเจน ถูกต้อง และ ครบถ้วน รวมถึงการให้บริการประชาชนหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสามารถเข้าถึงข้อมูลต่าง ๆ ของโรงพยาบาลคำม่วง ได้ โดยสะดวกและรวดเร็ว มีการดำเนินการเกี่ยวกับการจัดซื้อ จัดจ้างที่จะต้องดำเนินการและส่งเสริมให้เกิดความโปร่งใสในทุกขั้นตอนตามที่กฎหมายกำหนด มีการเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานในขั้นตอนต่าง ๆ ของหน่วยงาน ตั้งแต่การแสดงความคิดเห็น ร่วมวางแผนและจัดทำแผนงาน ร่วมดำเนินการ และร่วมติดตาม ตรวจสอบการดำเนินงานของหน่วยงาน มีการดำเนินการ/การจัดการกับเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ อันไม่โปร่งใสหรือทุจริตต่อหน้าที่

2. ดัชนีความพร้อมรับผิด ผลคะแนนการประเมิน การดำเนินงานตามดัชนีความพร้อมรับผิด ปี 2560-2563 อยู่ในระดับสูงมาก โดยปี 2560 มีคะแนนเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 93.05 ปี 2561-2563 มีคะแนนเฉลี่ย ร้อยละ 100 ซึ่งจากผลการประเมินนั้นพบว่า พฤติกรรมและทัศนคติของ ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลคำม่วง ที่แสดงถึงการ ปฏิบัติงานตามหน้าที่อย่างเต็มใจและเต็มประสิทธิภาพ การ ปฏิบัติงานในทุกขั้นตอนของเจ้าหน้าที่ที่มีความถูกต้องตาม กฎหมายและระเบียบข้อบังคับต่าง ๆ อย่างครบถ้วนและ ครบครัน กล่าวหาญที่จะรับผิดชอบในผลการปฏิบัติงานของ ตนเอง การกำหนดทิศทางและนโยบายของผู้บริหารที่จะมี เจตจำนงในการบริหารงานอย่างซื่อสัตย์สุจริต และพร้อมรับ ผิดเมื่อเกิดความผิดพลาดเพื่อสร้างความเชื่อมั่นแก่สังคมว่า การขับเคลื่อนหน่วยงานจะเป็นไปอย่างมีคุณธรรมและธรรม มาภิบาล

3. ดัชนีความปลอดภัยจากการทุจริตในการปฏิบัติงาน ผลคะแนนการประเมินการดำเนินงานตามดัชนีความปลอดภัย จากการทุจริตในการปฏิบัติงาน ปี 2560-2563 อยู่ในระดับสูง มาก โดยปี 2560 มีคะแนนเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 92.65 ปี 2561-2563 มีคะแนนเฉลี่ย ร้อยละ 100 ซึ่งอธิบายได้ว่า การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลคำม่วง ไม่มี

พฤติกรรมที่เข้าข่ายการทุจริตต่อหน้าที่ เช่น การเรียกรับเงิน สิ่งของ หรือผลประโยชน์ใด ๆ จากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อ แลกกับการปฏิบัติงานของตนเอง หรือการปฏิบัติ/ละเว้นการ ปฏิบัติหน้าที่/การใช้ตำแหน่งหน้าที่ของตนเองอย่างไม่เป็น ธรรมเพื่อเอื้อประโยชน์แก่ตนเอง พวกพ้องของตนหรือผู้อื่น ผู้ใด ไม่มีพฤติกรรมการปฏิบัติหน้าที่ของผู้บริหารที่เข้าข่าย การทุจริตในเชิงนโยบายซึ่งมีลักษณะเป็นการทุจริตที่เกิดจาก ความสัมพันธ์เกื้อหนุนกันระหว่างผู้บริหารของหน่วยงานกับ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เป็นหน่วยธุรกิจเอกชน เพื่อเอื้อ ผลประโยชน์ในสัญญาโครงการหรือสัมปทานของหน่วยงาน แลกเปลี่ยนกับการกำหนดนโยบายหรือการอนุมัติใด ๆ ของ ผู้บริหารของหน่วยงาน

4. ดัชนีวัฒนธรรมคุณธรรมองค์กร ผลคะแนนการ ประเมินการดำเนินงานตามดัชนีวัฒนธรรมคุณธรรมองค์กร ปี 2560-2563 อยู่ในระดับสูงมาก โดยปี 2560 มีคะแนน เฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 92.65 ปี 2561-2563 มีคะแนนเฉลี่ย ร้อยละ 100 จากผลการประเมินนั้นพบว่า พฤติกรรมและ ทัศนคติในการปฏิบัติงานที่มีการปลูกฝัง สั่งสอน หรือ ถ่ายทอดแก่กันของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลคำม่วง จน กลายเป็นแนวทางปฏิบัติประจำหรือวัฒนธรรมของ หน่วยงาน ซึ่งวัฒนธรรมเหล่านั้นควรจะเป็นการปฏิบัติตน หรือ ทัศนคติที่ดี เป็นการกล่อมเกลாதาสังคม (Socialization) ให้ไม่ยอมรับพฤติกรรมการทุจริตต่าง ๆ ใน หน่วยงาน จนกระทั่งไม่ทนต่อการทุจริต และก่อให้เกิดการ ลงโทษทางสังคม (Social Sanction) ส่งผลทำให้เจ้าหน้าที่ ในหน่วยงานเกิดความอายหรือความกลัวที่จะกระทำการ ทุจริตได้กระบวนกรของหน่วยงานที่จะต้องปลูกฝังและ สร้างให้เกิดวัฒนธรรมทางความคิดแยกแยะผลประโยชน์ ส่วนตนกับผลประโยชน์ส่วนรวมให้ได้ ซึ่งถือเป็นการป้องกัน การทุจริตตั้งแต่รากฐานของพฤติกรรม การทุจริต กระบวนกรของหน่วยงานที่มีการกำหนดแผนการป้องกัน และปราบปรามการทุจริตในหน่วยงาน การมีกระบวนกร ตรวจสอบถ่วงดุลภายในที่เข้มแข็งและมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะ ทำให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานเห็นความสำคัญและเกิดความ ตระหนักถึงผลของการทุจริตจนก่อให้เกิดเป็นวัฒนธรรมใน การร่วม

5. คุณธรรมการทำงานในหน่วยงาน ผลคะแนนการ ประเมินการดำเนินงานตามดัชนีคุณธรรมการทำงานใน หน่วยงาน ปี 2560-2563 อยู่ในระดับสูงมาก โดยปี 2560 มี คะแนนเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 92.65 ปี 2561-2563 มี คะแนนเฉลี่ย ร้อยละ 100 จากผลการประเมินนั้นพบว่า

กระบวนการของหน่วยงานที่แสดงถึงการให้ความสำคัญกับการปฏิบัติงาน โดยการกำหนดให้มีคู่มือหรือมาตรฐานการปฏิบัติงานที่ชัดเจน พฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่มีการปฏิบัติงานตามคู่มือหรือมาตรฐานการปฏิบัติงานอย่างเคร่งครัดอยู่เสมอ และจะต้องเป็นการปฏิบัติงานอย่างเป็นธรรมและเท่าเทียมกัน กระบวนการของหน่วยงานที่แสดงถึงการมีคุณธรรมในการบริหารงานบุคคลภายในหน่วยงาน ทั้งในด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล เช่น การบรรจุ แต่งตั้ง โยกย้าย พิจารณาความดีความชอบ เป็นต้น กระบวนการสร้างแรงจูงใจและความก้าวหน้าในสายงาน และในด้านการพัฒนาสมรรถนะเจ้าหน้าที่ กระบวนการของหน่วยงานที่แสดงถึงการมีคุณธรรมในการบริหารงบประมาณ การใช้เงินงบประมาณจะต้องเป็นไปอย่างโปร่งใส และจะต้องพิจารณาใช้จ่ายในสิ่งที่จำเป็นต่อการดำเนินงานตามภารกิจของหน่วยงานอย่างคุ้มค่ามากที่สุดพฤติกรรมของหัวหน้างานที่แสดงถึงการมีคุณธรรมในการสั่งงานหรือมอบหมายงานให้แก่ผู้ใต้บังคับบัญชา ที่จะต้องคำนึงถึงขอบเขตอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายของผู้รับมอบหมายงาน มีความเป็นธรรมแก่ผู้รับมอบหมายงานทุกคนอย่างเท่าเทียม มีการสื่อสารและเอาใจใส่ ติดตามในการมอบหมายงานที่ได้มอบหมายไปตลอดจนรับผิดชอบในผลของงานที่ได้มอบหมายไปด้วย กระบวนการของหน่วยงานที่แสดงถึงการให้ความสำคัญกับสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยและส่งเสริมการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน

ข้อเสนอแนะ

1. ดัชนีความโปร่งใส

1.1 โรงพยาบาลคำม่วงควรดำเนินการเปิดเผยข้อมูลการจัดซื้อจัดจ้างให้ครบถ้วนทุกประเด็น เช่น การประกาศเผยแพร่แผนการปฏิบัติการจัดซื้อจัดจ้าง การวิเคราะห์และจัดทำรายงานผลการจัดซื้อจัด จ้างประจำปีงบประมาณที่ผ่านมา และการปรับปรุงการดำเนินงานด้านการจัดซื้อจัด จ้าง

1.2 ผู้ที่เกี่ยวข้องในการรับเรื่องร้องเรียนควรดำเนินการจัดการข้อร้องเรียนตามแนวทาง และระเบียบที่กำหนดไว้อย่างเคร่งครัด โดยเฉพาะการแจ้งผลเรื่องร้องเรียนให้ผู้ร้องเรียนทราบ

2. ดัชนีวัฒนธรรมคุณธรรมในองค์กร

2.1 บุคลากรภายในโรงพยาบาลคำม่วงควรได้รับการปลูกฝังค่านิยมและวัฒนธรรมที่ยึดมั่น คุณธรรมและความโปร่งใสในการปฏิบัติงาน

2.2 โรงพยาบาลคำม่วงควรเพิ่มการดำเนินการเรื่องผลประโยชน์ทับซ้อน เช่น การจัดทำคู่มือ หรือประมวลจริยธรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติงานเพื่อป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน ให้ความรู้เรื่องการป้องกัน ผลประโยชน์ทับซ้อนแก่เจ้าหน้าที่การปรับปรุงขั้นตอนการปฏิบัติงานหรือระเบียบเพื่อป้องกันผลประโยชน์ ทับซ้อน กำหนดแนวทางในการปฏิบัติงานในการตรวจสอบบุคลากรในหน่วยงานถึงความเกี่ยวข้องกับผู้ เสนองานในการจัดซื้อจัดจ้าง การรายงานผลการปฏิบัติงานเพื่อป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน

3. ดัชนีคุณธรรมการทำงานในหน่วยงาน

3.1 โรงพยาบาลคำม่วงควรมีการสื่อสารแนวทางการบริหารทรัพยากรบุคคล และแผนกลยุทธ์ การบริหารทรัพยากรบุคคลให้บุคลากรทุกระดับภายในโรงพยาบาลคำม่วงทราบ เพื่อเป็นการสร้างการรับรู้และ เข้าใจให้แก่บุคลากรให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน

3.2 โรงพยาบาลคำม่วงควรมีการสร้างสภาพแวดล้อมการปฏิบัติงาน และมีการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานให้แก่บุคลากร เช่น การนำระบบบริหารผลการปฏิบัติงานมาประเมินการเลื่อนค่าตอบแทน ในทุกหน่วยงานและครอบคลุมบุคลากรทุกระดับ มีการพิจารณาความดีความชอบให้แก่บุคลากรที่ทำ ประโยชน์และสร้างชื่อเสียงให้แก่โรงพยาบาลคำม่วงมีการจัดเส้นทางความก้าวหน้าในการทำงานให้แก่บุคลากรทุก สายงาน - ผู้บริหารและหัวหน้าหน่วยงาน ควรมีการมอบหมายงานอย่างเป็นธรรมโดยต้อง คำนึงถึงความรู้ความสามารถของบุคลากร มีการให้อิสระในการทำงานแก่บุคลากรในหน่วยงานภายใต้ ขอบเขตหน้าที่และเปิดโอกาสให้บุคลากรแสดงความคิดเห็นในการปฏิบัติงาน นอกจากนี้ในส่วนของการประเมินการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลคำม่วงโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (EBIT) ผู้ที่เกี่ยวข้องควรตอบคำถามให้ครบถ้วนทุกประเด็นข้อคำถาม และมีหลักฐานประกอบการดำเนินการในแต่ละประเด็นคำถามอย่างชัดเจน

ข้อเสนอแนะในมุมมองการบริหารจัดการ

1. ผู้บริหารต้องเป็นต้นแบบ (Role Model) ในการปฏิบัติราชการโดยยึดหลักธรรมาภิบาล ในการบริหารงาน

2. ผู้บริหารต้องสื่อสารและสร้างบรรยากาศการปฏิบัติงานที่ตีรวมถึงการปลูกฝังหลัก ธรรมาภิบาลให้บุคลากรภายในโรงพยาบาลคำม่วงยึดถือจนเป็นค่านิยมและ

วัฒนธรรมองค์กรที่เข้มแข็งนำไปสู่ คุณลักษณะที่พึงประสงค์
ของบุคลากรโรงพยาบาลคำม่วน

ร่วมในการวางแผนและกำหนดแนวทางการดำเนินการ มี
การติดตามประเมินผล และทบทวนผลการดำเนินงาน

3. โรงพยาบาลคำม่วนต้องมีการวางแผนการ
ปฏิบัติงานอย่างเป็นระบบ โดยให้ผู้ที่เกี่ยวข้องเข้ามา มีส่วน

เอกสารอ้างอิง

- ธีรภัทร์ เสรีรังสรรค์. 2549. การป้องกันการทุจริตคอร์รัปชัน ในหน่วยงานระดับกรมหรือเทียบเท่าด้วย เทคนิคการบริหารกิจการ
บ้านเมืองที่ดี และการใช้ดัชนีชี้วัดความเสี่ยงต่อการ ทุจริตคอร์รัปชัน. รายงานการวิจัยสาขาวิชา รัฐศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- พรศักดิ์ ผ่องแผ้ว และคณะ. 2543.ดัชนีคอร์รัปชันของไทย: การสร้างและการตรวจสอบความเชื่อถือได้. รายงานการวิจัยสำ นักงาน
คณะกรรมการ ป้องกันและปราบปรามการทุจริตและประพฤติ ผิดมิชอบแห่งชาติ. กรุงเทพฯ.
- พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหาร กิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 ค้นเมื่อ 6 มกราคม 2562 สืบค้นจาก
https://www.sac.or.th/main/uploadtents/2017_20170201110249-1.pdf
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. 2559. หลักธรรมาภิบาลของการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี Good Governance.
สำนักพิมพ์คณะรัฐมนตรีและราชกิจจานุเบกษา
- สำนักงานป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติ. 2558. คู่มือการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส การดำเนินงานของ
หน่วยงานภาครัฐ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2558.
- สำนักงานป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติ. 2559. คู่มือการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส การดำเนินงานของ
หน่วยงานภาครัฐ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2559.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. 2549. การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ เกณฑ์ คุณภาพการบริหาร
จัดการภาครัฐ พ.ศ. 2550. บริษัท วิชั่น พรินท์แอนด์มีเดีย จำกัด.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. 2557. เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2558 Public Sector
Management Quality Award. บริษัท วิชั่น พรินท์แอนด์มีเดีย จำกัด.

ผลการประเมินการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์และสถานบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ปีงบประมาณ 2557 – 2559

The Outcome Evaluation of Reproductive Health District and Youth Friendly Health Service in Fiscal Year 2014-2016

(Received: September 22,2020 ; Accepted: November 1,2020)

อธิวัฒน์ บุตรดาบุตร*

Athiwat Butdabut

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

*Public Health Technical Officer, Professional level

Regional Health Promotion Centre 7 Khonkaen

E-mail: athiwatbut2011@gmail.com

บทคัดย่อ

การดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ และสถานบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ปีงบประมาณ 2557 - 2559 ของเครือข่ายงานอนามัยวัยรุ่นได้มีการดำเนินงาน และการใช้เทคนิคการเยี่ยมเสริมพลังโดยใช้กระบวนการเยี่ยม ประเมินเสริมพลัง 5 ข. และการสอนการแก้ปัญหาแบบ Ideal ให้เครือข่ายระดับอำเภอ ในเขตสุขภาพที่ 7 และ 8 จำนวนทั้งสิ้น 134 อำเภอ ในเขตรับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น เป็นการศึกษาในเชิงคุณภาพ เน้นการพรรณนา นำเสนอ ด้วยจำนวน และร้อยละ ใช้กระบวนการสัมภาษณ์รายบุคคล รายการกลุ่ม การสังเกต และการสอนสรุปการแก้ปัญหา

ผลการประเมินพบว่า อำเภออนามัยการเจริญพันธุ์แบบมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนเพื่อการดูแลช่วยเหลือวัยรุ่น ผ่าน การรับรองมาตรฐานการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ครบ 5 องค์ประกอบโดยในภาพรวม ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2557 ถึง 2559 โดยแบ่งเป็น 1) เขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 77 อำเภอ ผ่านการรับรองจำนวน 75 อำเภอ คิดเป็นร้อยละ 97.4 ของ อำเภอทั้งหมดในเขตสุขภาพนี้ และคลินิกวัยรุ่นในโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองมาตรฐาน (Youth Friendly Health Service : YFHS) ในเขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 75 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 97.4 ของคลินิกวัยรุ่นและเครือข่าย CUP ของโรงพยาบาล ทั้งหมดเช่นกัน ส่วนในเขตสุขภาพที่ 8 จำนวนอำเภอที่ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่นรับผิดชอบทั้งสิ้น 57 อำเภอ ผ่านการประเมิน รับรองมาตรฐานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ จำนวน 46 อำเภอ คิดเป็นร้อยละ 80.7 ของอำเภอทั้งหมดในเขตสุขภาพที่ 8 และการรับรองคลินิกวัยรุ่นในโรงพยาบาล จำนวน 57 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 80.7 ของคลินิกวัยรุ่นและเครือข่าย CUP ของโรงพยาบาลทั้งหมดเช่นเดียวกัน ข้อเสนอแนะการศึกษาครั้งนี้เป็นเชิงคุณภาพได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่มบุคคล เครือข่ายการดำเนินงานระดับอำเภอและระดับตำบล ผู้วิจัยใช้ทักษะการสังเกตและการใช้เครื่องมือแบบประเมินรับรอง มาตรฐานที่กรมอนามัยได้จัดทำเป็นคู่มือให้ผู้ประเมินใช้ในการเยี่ยมสำรวจและรับรองผลการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญ พันธุ์และสถานบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (Youth Friendly Health Services: YFHS) รูปแบบกระบวนการ การอาจไม่แตกต่างกัน แต่ผู้ศึกษาเห็นว่าเทคนิคการโน้มน้าว การบรรยายควรกระชับ “จับประเด็นให้ได้ ใสใจในการพูด สดุดไม่ ต้องเยอะ” เป็นส่วนสำคัญในการนำเสนอ แต่ความสำเร็จอาจไม่สามารถใช้ได้ในทุกเขตสุขภาพ ขึ้นกับข้อจำกัดของบริบทชุมชน สังคม และวัฒนธรรม รูปแบบความร่วมมือของท้องถิ่น และการมีทัศนคติการมองการแก้ไขปัญหาของวัยรุ่นว่าจะเป็นผลที่ กระทบต่อครอบครัว ชุมชน ประเทศชาติเพียงใด

คำสำคัญ : อำเภออนามัยการเจริญพันธุ์, สถานบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน, การเยี่ยมเสริมพลัง, การ ประเมินผลการดำเนินงาน

Abstract

The operation of reproductive health district (RHD) and youth friendly health services (YFHS) between fiscal year 2014-2016 utilized appreciative inquiry (AI) model (core techniques: indicate, cheer, support, connect and admire) and the IDEAL problem-solving strategy in 134 district of the 7th and the 8th Health

Area Regions. The operation was responsible to the 7th Health Promotion Center Regions in Khonkaen province.

The results indicated that, during the fiscal year 2014-2016) the operation of RHD with participation from all sectors achieved the accreditation in all five elements. From the total number of 77 districts in the 7th Health Region, 75 districts were accredited (97.4 percent). Similarly, 75 teenage clinics in the community hospitals also achieved the YFHS standard (97.4 percent). 46 districts from the total number of 57 districts in the 8th Health Region achieved the accreditation (80.7 percent). All teenage clinics in 46 community hospitals also accomplished the standard. The qualitative suggestions in this study were gathered from the group interviews in both district and sub-district levels. The researcher used observation technique and the standard assessment form developed by the Department of Health to assess the RHD and YFHS. The patterns may not different but the researcher found that persuasive technique, concise narration, main-point capturing, heart-centered communication and simplicity were key components for the operation. Nevertheless, the application of the RHD and YFHS in other areas may require certain adjustments depending on community context, social and traditional differences, participation of locals and the teenager attitude towards the problems.

Keywords: Reproductive health district, Youth friendly health service, Appreciative Inquiry, Outcome evaluation.

บทนำ

วัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากทั้งร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมของสถานะเศรษฐกิจ และสังคมการย้ายถิ่นฐานจากชนบทเข้าสู่เมืองใหญ่ครอบคลุมมีขนาดเล็กถึงเป็นครอบครัวเดี่ยว รวมถึงการหย่าร้าง และการทำงานนอกบ้านของพ่อแม่ ยิ่งทำให้วัยรุ่นเสี่ยงต่อการขาดความรัก ความอบอุ่น ขาดความนับถือตนเองและทักษะชีวิต ประสานกับพฤติกรรมวัตถุนิยม รวมทั้งกระแสโลกาภิวัตน์ และการพัฒนาของเทคโนโลยีทำให้มีการบริโภคสื่ออย่างไร้ขีดจำกัดและขาดการดูแลควบคุมสื่อ ปัญหาของวัยรุ่นจึงพบเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขในระดับประเทศ (สุวรรณ เรื่องภาวะฉุกเฉินเศรษฐกิจ, 2559) จากการสำรวจสถานการณ์ของนักเรียนสายสามัญระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 (ม.5) และนักศึกษาในสายวิชาชีพ ระดับชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพ ปีที่ 2 (ปวช.2) ในปี พ.ศ. 2559 เพศชาย อายุเฉลี่ย 15.1, 15.3 ปี และเพศหญิง อายุเฉลี่ย 15.4, 15.5 ปี ตามลำดับ เป็นอายุที่เริ่มมีเพศสัมพันธ์, ร้อยละของการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก พบว่า ระดับ ม.5 เพศชาย ใช้ร้อยละ 71.9, เพศหญิง ใช้ร้อยละ 73.0 และระดับ ปวช.2 เพศชาย ใช้ร้อยละ 67.0, เพศหญิง ใช้ร้อยละ 70.3, ร้อยละของการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายกับแฟนหรือคู่รัก พบว่า ในระดับ ม.5 เพศชาย ใช้ร้อยละ 75.0, เพศหญิง ใช้ร้อยละ 76.1 และระดับ ปวช.2 เพศชาย ใช้ร้อยละ 67.4, เพศหญิง ใช้ร้อยละ 67.7, ร้อยละของการคุมกำเนิด

ด้วยวิธีที่เชื่อถือได้เมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายกับแฟนหรือคู่รัก พบว่า ระดับ ม.5 เพศชาย ร้อยละ 75.9, เพศหญิง ร้อยละ 77.8 และระดับ ปวช.2 เพศชาย ร้อยละ 74.0, เพศหญิง ร้อยละ 75.0 ซึ่งวิธีการคุมกำเนิดที่เชื่อถือได้ เช่น ถุงยางอนามัย ยาเม็ด/ยาฉีดคุมกำเนิด และยาคุมกำเนิดฉุกเฉิน(สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค, 2559) ปัญหาการตั้งครรภ์ของกลุ่มวัยรุ่นโดยเฉพาะหญิงอายุ 15 – 19 ปี ในปี พ.ศ. 2559 ในภาพรวมของประเทศ มีรายงานจำนวนหญิงกลุ่มวัยรุ่น อายุ 15 – 19 ปี กลางปี ทั้งหมด 2,162,983 คน จากข้อมูลของประชากรกลางปีในหญิงกลุ่มวัยรุ่น อายุ 15 – 19 ปีนี้(สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2560) พบการคลอดบุตรหญิงอายุ 15 – 19 ปี จำนวน 91,838 คน คิดเป็นอัตราการคลอดของหญิงอายุ 15 – 19 ปี เท่ากับ 42.5 ต่อประชากรหญิงอายุ 15 – 19 ปี 1,000 คน (เกณฑ์ไม่เกิน 50 ต่อประชากรหญิงอายุ 15 – 19 ปี 1,000 คน) ส่วนอัตราการคลอดของหญิงอายุ 10 – 14 ปี เท่ากับ 1.4 ต่อประชากรหญิงอายุ 10 – 14 ปี 1,000 คน และจำนวนหญิงคลอดบุตรอายุ 10 - 19 ปี จำนวน 94,584 คน โดยมีจำนวนของหญิงคลอดทั้งหมดของปี พ.ศ. 2559 จำนวน 666,207 คน ทั้งนี้ยังพบว่า ร้อยละของแม่ที่คลอดบุตรในกลุ่มอายุ 10 – 14 ปี เท่ากับ 0.4 ส่วนร้อยละของแม่ที่คลอดบุตรในกลุ่มอายุ 15 – 19 ปี เท่ากับ 13.8 มีมากกว่าตามลำดับ ในพื้นที่ศึกษาพบสถานการณ์อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15 - 19 ปี ต่อ 1,000 ประชากรหญิงอายุ 15 - 19 ปี โดยปี พ.ศ.2559 ในเขตสุขภาพที่ 7 พบอัตรา

การคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15 -19 ปี จังหวัดขอนแก่น, ร้อยเอ็ด, มหาสารคาม และกาฬสินธุ์ เรียงรายจังหวัด มีอัตราเท่ากับ 41.4, 35.6, 30.3 และ 37.3 ต่อ 1,000 ประชากรหญิงอายุ 15 - 19 ปี ตามลำดับ เขตสุขภาพที่ 8 พบอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15 -19 ปี จังหวัดอุดรธานี, หนองคาย, เลย, หนองบัวลำภู และ บึงกาฬ เรียงรายจังหวัดมีอัตราเท่ากับ 43.5, 41.5, 46.4, 45.1 และ 46.1 ต่อ 1,000 ประชากรหญิงอายุ 15 - 19 ปี ตามลำดับ พบว่าในทุกจังหวัดมีอัตราลดลงไม่เกิน 50 : 1,000 ประชากรหญิงอายุ 15 - 19 ปี และโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 7 และ 8 ที่อยู่ในความรับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น จำนวนทั้งสิ้น 134 แห่ง โรงพยาบาลเปิดให้บริการคลินิกวัยรุ่นที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน โดยบางโรงพยาบาลเป็นเครือข่ายร่วมกับโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่(4. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย ,2559)

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข มียุทธศาสตร์ในการพัฒนาระบบบริการ และการสร้างการเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียม ภายใต้การดำเนินงานของสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย ได้ดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวในวัยรุ่น เป็นการเตรียมการเพื่อพัฒนากำลังคนของประเทศให้มีคุณภาพ เพราะวัยรุ่นจะเป็นทรัพยากรทางมนุษย์ที่สำคัญ ในการขับเคลื่อนการพัฒนาสังคมและประเทศชาติในอนาคต การดำเนินงานวัยรุ่นในประเทศไทยที่ผ่านมา เป็นการให้บริการเชิงตั้งรับในที่ตั้งเป็นสำคัญ มุ่งเพียงให้บริการเพียงอย่างเดียว ทำให้กลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนไม่กล้าเข้าถึงบริการสุขภาพ เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 – 2541 ได้เริ่มต้นศึกษาเรื่องพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น และได้ดำเนินการพัฒนางานเรื่อยมา จนได้มีการดำเนินงานในรูปแบบของสถานบริการ/คลินิกที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (Youth Friendly Health Services: YFHS) ในระดับโรงพยาบาล ศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน(ยุพา พูนขำ และคณะ ,2555) ซึ่งในปัจจุบันนี้แนวทางการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์และคลินิกวัยรุ่นต้องอาศัยการบูรณาการจากทุกส่วนงานราชการ มีการกำหนดมาตรฐานการดำเนินงานในคลินิกบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ฉบับบูรณาการ ดำเนินการตามองค์ประกอบ 4 องค์ประกอบ คือ 1) การบริหารจัดการ 2) การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายและการสร้างความต้องการในการใช้บริการ 3) การบริการที่ครอบคลุมความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย 4) ระบบบริการที่มีประสิทธิภาพและเป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน(กรมอนามัย กรมสุขภาพจิต กรมควบคุมโรค ,2559) โดยการดำเนินงานอำเภออนามัย

การเจริญพันธุ์ เริ่มในช่วง พ.ศ.2553 ที่กำหนดให้มีทุกภาคส่วนทั้งส่วนราชการ ส่วนท้องถิ่นเอกชน ชุมชนและครอบครัว สถานศึกษาและสถานบริการด้านสุขภาพที่สำคัญ เข้ามามีส่วนร่วมเป็นองค์ประกอบของการดำเนินงาน และมีการพัฒนาผู้ให้บริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ซึ่งประกอบไปด้วย 5 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบที่ 1 ระดับอำเภอ มีการจัดตั้งคณะกรรมการ คณะทำงาน จากทุกภาคส่วนในระดับอำเภอ มีแผนงานรองรับการดำเนินงาน มีการจัดประชุม และการติดตามอย่างสม่ำเสมอ มีฐานข้อมูลวัยรุ่นและด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ระดับอำเภอ และมีการสื่อสารเพื่อสร้างกระแสสังคม องค์ประกอบที่ 2 ระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีแผนการดำเนินงานด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ตามแผนชุมชน มีการสนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินงาน มีฐานข้อมูลด้านสุขภาพในระดับตำบล และมีการสื่อสารเพื่อสร้างกระแสสังคม องค์ประกอบที่ 3 ระดับครอบครัวและชุมชน มีการให้ความรู้เรื่องเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์แก่พ่อแม่หรือผู้ปกครองวัยรุ่นและเยาวชน องค์ประกอบที่ 4 ระดับสถานศึกษา มีการเรียนการสอนเพศศึกษา เพศวิถี และเครือข่ายการช่วยเหลือนักเรียน องค์ประกอบที่ 5 ระดับสถานบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข จัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน โดยนำเอามาตรฐานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์มาใช้เป็นเครื่องมือในการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม(กรมอนามัย กรมสุขภาพจิต กรมควบคุมโรค ,2559) เน้นการพัฒนาศักยภาพประชาชนกลุ่มวัยรุ่น และลดสถานการณ์ปัญหาพฤติกรรมทางเพศและการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่น และจัดการให้มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์ มีทักษะ การตระหนักในการเข้าถึงสิทธิในการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร การเข้าถึงบริการในคลินิกที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน(กองตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ,2560)

ดังนั้นผู้ศึกษาในฐานะผู้รับผิดชอบ การดำเนินงานจึงได้ศึกษาในเชิงคุณภาพพรรณนา (qualitative descriptive research) ผลการดำเนินการเยี่ยมเสริมพลังโดยใช้กระบวนการเยี่ยมประเมินเสริมพลัง 5 ช. ได้แก่ การชี้ เขียร์ ช่วย เชื่อม ชม และการสอนการแก้ปัญหาแบบ Ideal ให้เครือข่ายอำเภอ ในเขตสุขภาพที่ 7 และ 8 จำนวนทั้งสิ้น 134 อำเภอ ว่าทำอย่างไรให้เครือข่ายสนใจอยากเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานอันส่งผลให้ผลการดำเนินงานเป็นที่น่าภาคภูมิใจในระดับต้นๆของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1 เพื่อศึกษาการผลการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์และสถานบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ในปีงบประมาณ 2557 – 2559 ที่ได้ใช้กระบวนการเยี่ยมประเมินเสริมพลัง 5 ข.

2 เพื่อถอดบทเรียนการสอนการแก้ปัญหาแบบ Ideal สำหรับเครือข่ายอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์และสถานบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพพรรณนา (qualitative descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการประเมินผลการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์และสถานบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ในปีงบประมาณ 2557 – 2559 ในเขตสุขภาพที่ 7 และ 8 การดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยคำนึงถึงจริยธรรมในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ มีความซื่อสัตย์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยข้อมูลที่รวบรวมได้ต้องตรงกับเหตุการณ์จริง และวิเคราะห์แปลความข้อมูลได้ตรงกับสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายไว้ รวมทั้งพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลด้วย ดังนั้นในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยจึงเลือกวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-Structured interview) ในการเก็บข้อมูล เนื่องจากต้องการให้มีบรรยากาศขณะดำเนินการสนทนาเป็นธรรมชาติมีความยืดหยุ่น ผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลต่างมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน มีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูลกันได้และวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกนี้ จะทำให้ได้ข้อมูลที่แสดงถึงการสร้างเสริมสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์และประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยเชื่อว่าความรู้หรือความจริงเป็นสิ่งที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามบริบทสังคมวัฒนธรรมและกาลเวลา โดยที่ประสบการณ์ของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงจำเป็นต้องศึกษาข้อมูลจากผู้ที่มีประสบการณ์การสร้างเสริมสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์ตรงในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ภายใต้บริบททางสังคม ตลอดจนนโยบายของสถานศึกษาที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน เพื่อให้ได้องค์ความรู้ตามสภาพจริง ซึ่งในการเก็บรวบรวมข้อมูลในงานวิจัยเชิงคุณภาพไม่ได้ขึ้นอยู่กับจำนวนผู้ให้ข้อมูล แต่ขึ้นอยู่กับความอึดตัวของข้อมูล ดังนั้นเพื่อให้การได้ข้อมูลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการเก็บข้อมูล 3 วิธี ได้แก่ การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมโดยมีรายละเอียดขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

ระยะเริ่มต้น เป็นการเตรียมความพร้อมก่อนการเก็บข้อมูลภาคสนาม ซึ่งนับว่าตัวผู้วิจัยเป็นเครื่องมือหลักในการทำให้ข้อมูลมีความแม่นยำตรงและน่าเชื่อถือมากที่สุด จึงมีการเตรียมตัวผู้วิจัย ดังนี้

(1) ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาด้านระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ โดยศึกษาปรัชญา เป้าหมายวัตถุประสงค์ ตลอดจนเทคนิคการสนทนากลุ่ม เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงลึก เทคนิคการสังเกต วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งการแปลผลวิเคราะห์ข้อมูล

(2) การเตรียมพร้อมด้านเนื้อหาและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ศึกษา ผู้วิจัยศึกษาทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินหลัก 5 ข. (ซี เซียร์ ช่วย เชื่อม ชม) และการใช้กลยุทธ์การแก้ปัญหาแบบ Ideal ในการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ และการดำเนินงานสถานบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (Youth Friendly Health Services : YFHS) และการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย

(3) ผู้วิจัยเคยผ่านการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ หลักสูตร Social Science and Behavioral Research ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อปี 2554

(4) ผู้วิจัยดำเนินการประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพื่อออกหนังสือขอลงเยี่ยมประเมินรับรองผลการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ และการดำเนินงานสถานบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (Youth Friendly Health Services : YFHS) และขออนุญาตทำการศึกษาวิจัยในพื้นที่ถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทั้ง 9 จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 7 และ 8 เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยและประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานวัยรุ่นในระดับจังหวัด

(5) การขอความยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยใช้วิธีการติดต่อเข้าพบโดยตรงจากข้อมูลสถานที่ตามให้ผู้ให้ข้อมูลกำหนดผ่านการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์แล้วจากการทำ snowball sampling ให้ข้อมูลที่ได้มา หรือใช้วิธีการขอความยินยอมผ่านทางโทรศัพท์ มีการชี้แจงในกลุ่มอาสาสมัครอื่น ๆ และทำการเซ็นยินยอมเข้าร่วมวิจัย ซึ่งจะใช้วิธีนี้กับผู้ให้ข้อมูลทุกกลุ่ม และขออนุญาตชี้แจงการวิจัยและขอความยินยอมเข้าร่วมโครงการผ่านทางโทรศัพท์และทำการส่งเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

(6) การนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก โดยสถานที่ดังกล่าวจะต้องมีคุณสมบัติ คือ ไม่มีเสียงดังรบกวน ผู้คนพลุกพล่านจนเกินไป ค่อนข้างมีความเป็นส่วนตัว แต่ในขณะเดียวกันต้องไม่ใช่สถานที่ลับตาผู้คนหรือทำการสนทนากลุ่ม หรือการสัมภาษณ์ในยามวิกาล เพื่อความปลอดภัยทั้งตัวผู้วิจัยเองและผู้ให้ข้อมูล ในกรณีที่ผู้ให้ข้อมูลไม่ประสงค์ที่จะ

สัมภาษณ์แบบต่อหน้า ผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์ผ่านทางโทรศัพท์ตามที่ได้ให้ผู้ให้ข้อมูลสะดวก

ระยะการเก็บข้อมูล ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

(1) การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) เป็นการสนทนา พูดคุยที่มีจุดมุ่งหมายหรือประเด็นที่ต้องการศึกษาเพื่อให้เข้าใจสถานการณ์ โดยผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง โดยทำการสัมภาษณ์จากกลุ่มผู้ให้ข้อมูล 2 กลุ่ม ได้แก่ เครือข่ายคณะกรรมการประกอบด้วย ผู้แทนนายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้แทนแกนนำชุมชน และผู้ปกครองของกลุ่มนักเรียน นักศึกษาที่มีลูกวัยรุ่น อาจารย์ ครู และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานวัยรุ่นในโรงพยาบาล ซึ่งก่อนเริ่มการสัมภาษณ์ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์พร้อมแจ้งระยะเวลาในการสัมภาษณ์ซึ่งใช้เวลา 40 นาที หากข้อมูลที่ได้ยังไม่สมบูรณ์ อาจมีการนัดหมายเพื่อสัมภาษณ์ท่านอีก 1-2 ครั้ง เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติม สำหรับวันเวลา สถานที่ในการสัมภาษณ์ขึ้นอยู่กับความสมัครใจ ในกรณีที่กลุ่มอาสาสมัครไม่สะดวกให้สัมภาษณ์แบบต่อหน้า จะดำเนินการสัมภาษณ์ผ่านทางโทรศัพท์แทน ขึ้นอยู่กับความสะดวกของกลุ่มตัวแทนอาสาสมัคร โดยใช้ระยะเวลา 15 – 30 นาที หากสัมภาษณ์ไม่เสร็จสิ้นจะทำการขออนุญาตท่านในการนัดวันที่ เวลาเพื่อสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ในครั้งหน้าและผู้วิจัยจะพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูล และขออนุญาตบันทึกเสียงในระหว่างการสัมภาษณ์ทุกครั้ง โดยมีขั้นตอนการสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวแทนทุกกลุ่ม ในประเด็นการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ และการดำเนินงานสถานบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (Youth Friendly Health Services : YFHS) ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์วัยรุ่น และจัดการตนเองเพื่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย

(2) การสนทนากลุ่ม เป็นการสนทนาในประเด็นการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ และการดำเนินงานสถานบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (Youth Friendly Health Services : YFHS) ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์วัยรุ่น การดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ และ

การดำเนินงานสถานบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน กลุ่มละไม่เกิน 40 นาที

(3) การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-participation observation) เป็นการสังเกตลักษณะสิ่งแวดล้อมทั้งทางกายภาพและทางสังคมในชุมชน สถานศึกษา สถานบริการสุขภาพ ของเครือข่ายอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์

ผลการวิจัย

คุณลักษณะส่วนบุคคลของเครือข่ายคณะกรรมการอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์และผู้รับผิดชอบคลินิกวัยรุ่นในโรงพยาบาล เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง อำเภอมีการรณรงค์สร้างกระแสให้ประชาชนรับรู้เรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์วัยรุ่นและคลินิกวัยรุ่นในโรงพยาบาลเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น และการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์และคลินิกวัยรุ่นในโรงพยาบาลขยายผลครอบคลุมในทุกตำบล พบว่า เป็นเพศหญิง จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 70.0 ส่วนเพศชาย จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 30.0 อายุของเครือข่ายมากที่สุดอายุระหว่าง 41-50 ปี จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 33.3 รองลงมาเป็นอายุระหว่าง 51-60 ปี จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 30.0 อายุน้อยที่สุดเป็นอายุต่ำกว่า 20 ปี จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.3 อายุเฉลี่ย 43.10 ปี (S.D. = 1.17) อายุต่ำสุด 20 ปี อายุสูงสุด 59 ปี ตำแหน่งส่วนใหญ่เป็นเจ้าหน้าที่บุคลากรสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานวัยรุ่นระดับอำเภอ จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 26.8 รองลงมาเป็นประชาชนทั่วไป และครูผู้รับผิดชอบงานอนามัยการเจริญพันธุ์ จำนวนละ 4 คน คิดเป็นร้อยละ 13.3 และตำแหน่งของเครือข่ายที่น้อยที่สุด คือ ผู้บริหารโรงเรียน, สถานศึกษาและ ครอบครัวพ่อแม่วัยรุ่น ผู้รับผิดชอบงานคลินิกวัยรุ่นในโรงพยาบาล จำนวนละ 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.3 ระดับการศึกษาของเครือข่ายส่วนใหญ่จบปริญญาตรี จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 43.4 อำเภอมีการรณรงค์สร้างกระแสให้ประชาชนรับรู้เรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์วัยรุ่นและคลินิกวัยรุ่นในโรงพยาบาลเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น ได้รับทราบจากการรณรงค์ผ่านสื่อหรือแผ่นพับ จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 26.7 และมีการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์และคลินิกวัยรุ่นในโรงพยาบาลขยายผลครอบคลุมในทุกตำบล ส่วนใหญ่คิดว่าครอบคลุมทุกตำบล จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 73.3

ปัจจัยการรับรู้พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นของเครือข่ายคณะกรรมการอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์จากการประเมินผลการ

ที่คิดไว้และควรมีผลอะไรเกิดขึ้น ถ้ากลวิธีที่เลือกไม่สามารถให้เกิดผลตามที่หวัง ควรใช้กลวิธีใหม่และประเมินผลที่เกิดขึ้น มีการบูรณาการพัฒนาการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ การประเมินผลโดยใช้รูปแบบการแก้ปัญหาแบบ IDEAL บูรณาการกับการใช้เทคนิค 5 ช. ได้แก่ ชี้ เชียร์ ช่วย เชื่อม ชุม ซึ่งเครือข่ายการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์และสถานบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนควรได้พัฒนาทักษะของตนเอง ทำให้สามารถคิดวิเคราะห์และวิจารณ์ในหัวข้อหรือประเด็นที่น่าสนใจ น่าติดตาม อันจะเป็นแนวทางนำไปสู่การค้นหาปัญหา ด้วยวิธีการอภิปรายซึ่งการอภิปรายจะส่งเสริมกระบวนการคิดวิเคราะห์และตีความได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้ผู้ประเมินยังได้ใช้คำถามเพื่อกระตุ้นความคิดของเครือข่ายอำเภอและผู้รับผิดชอบงานวัยรุ่น จึงทำให้ได้แสดงความคิดเห็นในการอภิปรายร่วมกันในกลุ่ม เพื่อหาสาเหตุของปัญหาวิธีการแก้ปัญหา และผลของการแก้ปัญหา ด้วยความประนีประนอมยอมรับความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ทำให้สามารถผ่านมาตรฐานการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์และสถานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนในเขตสุขภาพที่ 7 และ 8

ปัจจัยด้านผลลัพธ์ของการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์และสถานบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ในเขตสุขภาพที่ 7 และ 8 พบว่า ผลจากอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15 - 19 ปี พบว่าการลดอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15 - 19 ปี ต่อ 1,000 ประชากรหญิงอายุ 15 - 19 ปี โดยในแต่ละโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 7 และ 8 มีอัตราคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15 - 19 ปี ลดลงไม่เกิน 50 :1,000 (เกณฑ์ไม่เกิน 50 ต่อ 1,000 ประชากรหญิงอายุ 15 - 19 ปี) และโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 7 และ 8 ที่อยู่ในความรับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น จำนวน 134 โรงพยาบาล ทั้งนี้การดำเนินการดูแลช่วยเหลือวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พร้อม ตามแนวทางการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (YFHS) ทั้ง 4 องค์ประกอบ โดยที่ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ได้บูรณาการการประเมินมาตรฐานร่วมกับศูนย์วิชาการอีก 2 แห่ง ได้แก่ ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7 และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ออกติดตามเยี่ยมประเมินรับรองมาตรฐานจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนฉบับบูรณาการ (YFHS) ซึ่งโรงพยาบาลได้นำแนวทางไปสู่การปฏิบัติขยายผลจัดตั้งคลินิกวัยรุ่นในโรงพยาบาลในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 และ 8 ซึ่งในช่วงเวลาดังกล่าว ยังไม่มีเครื่องมืออื่น ๆ ที่จะสามารถนำไปขับเคลื่อนแนวทางในการดำเนินงานป้องกัน และ

แก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และจากผลการประเมินในปีงบประมาณ 2555 - 2560 มี โรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 7 และ 8 จากจำนวนทั้งสิ้น 134 แห่ง ได้ผ่านการประเมินรับรองมาตรฐานการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (คลินิกวัยรุ่น) จำนวน 114 แห่ง และ โรงพยาบาลที่เป็น CUP รวมอีก 17 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 97.7 ซึ่งได้ผลงานเป็นอันดับ 1 ของเขตสุขภาพในประเทศไทยและบรรลุเป้าหมายที่กรมอนามัยกำหนดไว้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ทั้ง 2 เขตสุขภาพที่ได้ผลการทำงานการประเมินดังกล่าว ยังเป็นอันดับหนึ่งของประเทศอีกด้วย โดยเฉพาะในเขตสุขภาพที่ 7 ได้ผ่านการประเมินรับรองมาตรฐานการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (YFHS) ได้ครอบคลุมถึงร้อยละ 100.0 ในปีงบประมาณ 2560 เห็นชัดเจนได้ว่าผลสำเร็จที่ตามมาคือ ข้อมูลอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15 - 19 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 15 - 19 ปี ต่อ 1,000 ประชากรหญิงอายุ 15 - 19 ปี ในจังหวัดในเขตพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ซึ่งประกอบด้วย เขตสุขภาพที่ 7 และ 8 (รวมจำนวนทั้งสิ้น 9 จังหวัด) มีแนวโน้มลดลงอย่างชัดเจน จากเดิมในปีงบประมาณ 2555 ในเขตสุขภาพที่ 7 และ 8 มีข้อมูลอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15 - 19 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี จำนวน 1,000 คน เท่ากับ 47.9 และ 55.6 ต่อ ประชากรหญิงอายุ 15 - 19 ปี 1,000 คน ตามลำดับ สามารถลดลงในปีงบประมาณ 2560 โดยในเขตสุขภาพที่ 7 และ 8 ลดลงเหลือเท่ากับ 35.3 และ 41.3 ต่อ ประชากรหญิงอายุ 15 - 19 ปี 1,000 คน ตาม ตามลำดับ ทำให้บรรลุเป้าหมายตัวชี้วัดระดับกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดให้ อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15 - 19 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 15 - 19 ปี 1,000 คน เกณฑ์ในขณะนั้นไม่เกิน 50 ต่อ ประชากรหญิงอายุ 15 - 19 ปี 1,000 คน ทั้งนี้เกณฑ์ในแต่ละปีจะปรับลดลงตลอด

อภิปรายผล

ในการศึกษาในครั้งนี้ผลการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์และสถานบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ในปีงบประมาณ 2557 - 2559 โดยได้ใช้กระบวนการเยี่ยมประเมินเสริมพลัง 5 ช. เป็นผลการดำเนินงานที่มีทิศทางที่ดีขึ้น เพราะทิศทางการพัฒนาอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์และสถานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน โดยในเขตสุขภาพที่ 7 ได้ผ่านการประเมินรับรองมาตรฐานการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ ได้ครอบคลุมถึงร้อยละ 100.0 เขตสุขภาพที่ 8 ได้ผ่านการประเมินรับรองมาตรฐานการ

ดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ ได้ครอบคลุมถึงร้อยละ 94.7 ในปีงบประมาณ 2560 และในภาพรวมทั้งสองเขตสุขภาพพบการประเมินรับรองมาตรฐานการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (คลินิกวัยรุ่น) จำนวน 114 แห่ง และ โรงพยาบาลที่เป็น CUP รวมอีก 17 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 97.7 ซึ่งได้ผลงานเป็นอันดับ 1 ของเขตสุขภาพในประเทศไทย

การพัฒนาอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์และสถานบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน โดยเครือข่ายการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ในเขตสุขภาพที่ 7 และ 8 โดยเครือข่ายคณะกรรมการอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ ซึ่งแต่ละอำเภอได้ผ่านการรับรองจาก 3 กรมวิชาการ ว่าเป็นอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์มีการดำเนินงานเพื่อมุ่งแก้ไขปัญหาดังกล่าวที่ครอบคลุมในวัยรุ่นในแต่ละอำเภอ โดยการนำเอาภาคีเครือข่ายระดับอำเภอเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายมีผลต่อการแก้ไขปัญหาดังกล่าวที่ไม่พร้อมในกลุ่มวัยรุ่น พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นผลของกระบวนการในชุมชนมีผลต่อวัยรุ่นและจะต้องระบุนโยบายไปใช้ในการดำเนินชีวิต การเตรียมความพร้อมก่อนแต่งงานและที่สำคัญคือการพัฒนาศักยภาพของคนในชุมชนเพื่อสร้างจิตสำนึกของคนในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นด้วย และแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารในการขับเคลื่อนงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการขับเคลื่อนงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ (รณิกานันท์ พลศรี และคณะ ,2560)

ส่วนการพัฒนากระบวนการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 7 และ 8 เพื่อเป็นช่องทางการเข้าถึงที่สะดวก ง่าย เป็นความลับต่อวัยรุ่นและเยาวชน โดยการพัฒนามาตรฐานสถานบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ตามองค์ประกอบของการพัฒนามาตรฐานการพัฒนาแบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลที่ยังไม่ได้รับการรับรองตามมาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน พบว่า องค์ประกอบด้านการบริหารจัดการ การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย และการสร้างความต้องการในการใช้บริการมีความต้องการมากที่สุด(ประกายดาว พรหมพัฒน์ ,2561) แสดงว่าการบริหารจัดการได้แก่ นโยบายของผู้บริหาร งบประมาณในการดำเนินงาน บุคลากร สถานที่ในการดำเนินงาน การพัฒนาบุคลากรในการปฏิบัติงาน เป็นสิ่งที่เอื้อต่อการบริหารจัดการมากที่สุด และอุปสรรคในการดำเนินงานได้แก่ การไม่มีคณะทำงานชัดเจน ไม่มีการกำกับการทำงานอย่างเป็นระบบ สถานที่ในการ

ให้บริการไม่เป็นสัดส่วน เจ้าหน้าที่มีภาระงานจำนวนมาก ขาดความเข้าใจในการดำเนินงานตามมาตรฐาน ไม่มีการมอบหมายงานที่ชัดเจน การบันทึกข้อมูลไม่ถูกต้อง ขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และขาดการร่วมมือจากภาคีเครือข่าย และการให้บริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนในคลินิกวัยรุ่นมีความเป็นมิตรต่อวัยรุ่นมากกว่าคลินิกทั่วไปโดยวัยรุ่นส่วนมากบอกว่าตนเองได้รับการสนับสนุนและความเป็นส่วนตัวกับวัยรุ่นและเยาวชน และเห็นว่าผู้ให้บริการในคลินิกวัยรุ่น ควรมีความรู้ความสามารถที่จะรักษาและให้คำปรึกษาได้ดีกว่าคลินิกทั่วไป ดังนั้นการให้บริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนจึงมีความเป็นงานบริการเฉพาะทางอีกด้านหนึ่ง เพราะเหตุแห่งกลุ่มวัย ที่จะกล้าเข้ามาใช้บริการในคลินิกนี้ (Ambresin A, Bennett K, Patton GC, Sanci LA, & Sawyer SM ,2013)

ประเด็นข้อมูลอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15 - 19 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 15 - 19 ปี ต่อ 1,000 ประชากรหญิงอายุ 15 - 19 ปี ในจังหวัดในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ซึ่งประกอบด้วยเขตสุขภาพที่ 7 และ 8 (รวมจำนวนทั้งสิ้น 9 จังหวัด) มีแนวโน้มลดลงอย่างชัดเจน จากเดิมในปีงบประมาณ 2555 ในเขตสุขภาพที่ 7 และ 8 มีข้อมูลอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15 - 19 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี จำนวน 1,000 คน เท่ากับ 47.9 และ 55.6 ต่อ ประชากรหญิงอายุ 15 - 19 ปี 1,000 คน ตามลำดับ สามารถลดลงในปีงบประมาณ 2560 โดยในเขตสุขภาพที่ 7 และ 8 ลดลงเหลือเท่ากับ 35.3 และ 41.3 ต่อ ประชากรหญิงอายุ 15 - 19 ปี 1,000 คน ตาม ตามลำดับ ทำให้บรรลุเป้าหมายตัวชี้วัดระดับกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดให้อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15 - 19 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 15 - 19 ปี 1,000 คน เกณฑ์ในขณะนั้นไม่เกิน 50 ต่อ ประชากรหญิงอายุ 15 - 19 ปี 1,000 คน ทั้งนี้เกณฑ์ในแต่ละปีจะปรับลดลง ซึ่งพบการสำรวจปฏิบัติการแนวโน้มในปัจจุบันและอัตราการคลอดและอัตราการทำแท้งในกลุ่มวัยรุ่นอายุ 10 -14 ปี และกลุ่มอายุ 15 - 19 ปี ระดับทั่วโลก จำนวน จำนวน 21 ประเทศ ทั้งประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนา พบว่า ประเทศสหรัฐอเมริกา มีอัตราการคลอดของหญิงอายุ 15 -19 ปี เท่ากับ 57 ต่อประชากรหญิงอายุ 15 - 19 ปี 1,000 คน เป็นอัตราที่สูงที่สุด และพบน้อยที่สุดที่ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ มีอัตราการคลอดของหญิงอายุ 15 -19 ปี เท่ากับ 8 ต่อประชากรหญิงอายุ 15 - 19 ปี 1,000 คน ในแถบประเทศยุโรปตะวันออกและเอเชียกลางก็พบอัตราการคลอดของหญิงกลุ่มวัยนี้สูงเช่นกัน และมีปัญหาการ

เข้าถึงการคุมกำเนิดโดยเฉพาะประเทศที่เคยเป็นเครือของสหภาพโซเวียต เพราะวัยรุ่นที่อายุต่ำกว่า 18 จะต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง ขาดอุปกรณ์คุมกำเนิด ขาดโปรแกรมการสอนเพศศึกษา และสัดส่วนการทำแท้งก็แตกต่างกันตามประเทศที่มีการทำแท้งเสรีและไม่อนุญาตทำแท้ง มีข้อเสนอแนะในการตรวจสอบปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและการให้เด็กวัยรุ่นสามารถเข้าถึงการวางแผนครอบครัว (Gilda Sedgh, Lawrence B. Finer, 2015)

ปัจจัยการรับรู้พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นของเครือข่ายคณะกรรมการอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์จากการประเมินผลการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์และสถานบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนและใช้เทคนิคการแก้ไขปัญหาลักษณะ Ideal และการเยี่ยมเสริมพลังแบบ 5 ช. ในปีงบประมาณ 2557 – 2559 ในเขตสุขภาพที่ 7 และ 8 พบว่า การรับรู้ความหมายและความเข้าใจต่อการรับรู้พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่น พบว่า การเข้าใจความหมายของอนามัยการเจริญพันธุ์ตามการรับรู้ของคณะกรรมการอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ จากตัวแทนตามองค์ประกอบของการดำเนินงาน คือ การบำรุงร่างกาย การเสริมสร้างร่างกาย ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องรักในวัยเรียน เพศศึกษา การป้องกันในเรื่องเพศ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และสุขภาพทางเพศ การรับรู้ความต้องการให้การพัฒนาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นในคลินิกวัยรุ่นในโรงพยาบาล พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นของอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ เขตสุขภาพที่ 7 และ 8 สอดคล้องกับการศึกษาในปัจจัยการรับรู้ พบว่า อายุมีผลต่อการรับรู้ผลกระทบของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น อายุที่มารดามีบุตรคนแรกและการสื่อสารเรื่องเพศกับผู้ปกครองสามารถจำแนกหรือพยากรณ์กลุ่มวัยรุ่นที่มีการตั้งครรภ์และไม่ได้ตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้ถูกต้องระดับสูง ควรเน้นการถ่ายทอดข้อมูลในวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงและชี้ให้เห็นผลกระทบของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นทุก ๆ ด้าน ซึ่งจะช่วยให้วัยรุ่นเห็นถึงผลกระทบและผลเสียจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจนเกิดความตระหนักต่อตนเองในการหลีกเลี่ยงการตั้งครรภ์ในช่วงวัยรุ่น ควรส่งเสริมให้ผู้ปกครองมีการสื่อสารเรื่องเพศและการมี

เพศสัมพันธ์ เพื่อเสริมสร้างทัศนคติที่ดีแก่วัยรุ่น(นุชรีย์ แสงสว่าง, บุศรา แสงสว่าง, ณัฐยานี วิสารพันธ์ ,2559)

ข้อเสนอแนะ

การประเมินผลการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์และสถานบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ในปีงบประมาณ 2557 – 2559 ในเขตสุขภาพที่ 7 และ 8 โดยใช้มาตรฐานการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์และมาตรฐานสถานบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนถือเป็นการเริ่มบูรณาการการทำงานของกรมวิชาการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กรมอนามัย กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต ในอนาคตควรให้มีการกรมแพทย์เข้ามาร่วมมีบทบาทในการประเมินและรับรองผลการดำเนินงานในคลินิกวัยรุ่นและการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ด้วย เพราะการทำงานด้านวัยรุ่นควรมีหลายภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน เนื่องจากปัญหาของวัยรุ่นและเยาวชนเป็นปัญหาที่ซับซ้อน มีมิติทางสังคมเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ ซึ่งในการศึกษาค้างนี้เป็นการเก็บข้อมูลในมิติเชิงคุณภาพ อาจมีข้อจำกัดในประเด็นความครอบคลุมของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาร่วมกับเวทีการออกประเมินรับรองมาตรฐานทั้งสองอย่างไปด้วยกัน ดังนั้นหากจะมีการศึกษาในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับวัยรุ่นควรมีการบูรณาการดังนี้

1. ควรมีการบูรณาการระบบบริการสุขภาพของวัยรุ่นให้ครบทุกภาคส่วน เช่น ตำรวจ ควรเข้ามามีบทบาทในการดูแลปัญหาสุขภาพของกลุ่มวัยรุ่น
2. ควรมีการดำเนินงานต่อเนื่องจากนโยบายที่สำคัญในระดับกระทรวง เนื่องจากปัญหาของวัยรุ่นเป็นวัยที่สำคัญหาก และผู้รับผิดชอบงานวัยรุ่นมีการเปลี่ยนงานย้ายงานบ่อยทำให้ขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน ควรกำหนดเป็นนโยบายที่สำคัญของกระทรวงในประเด็นการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์และสถานบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน เพราะการบูรณาการกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พ.ช.อ.) บางครั้งประเด็นของวัยรุ่นอาจมีความสำคัญน้อยหากเป็นการมองในทุกมิติ ควรแยกปัญหาของวัยรุ่นให้ชัดเจนเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตวัยรุ่น

เอกสารอ้างอิง

สุวรรณา เรื่องกาญจนาเศรษฐ์. ระบาดวิทยาการตายและการเจ็บป่วยของวัยรุ่นไทย ใน: รสวันต์ อาริมิตร, สุภัญญา อินอิ้ว, บุญยิ่ง มานะบริบูรณ์, ศิริไชย หงษ์สงวนศรี, สมจิตร จารูรัตน์ศิริกุล (บรรณาธิการ) ตำราเวชศาสตร์วัยรุ่น. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี; ห้างหุ้นส่วนจำกัดภาพพิมพ์; 2559: 21-36.

- สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. อัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในวัยรุ่นและเยาวชน ปี 2553 – 2559. [เอกสารอัดสำเนา]. เอกสารประกอบการประชุมสัมมนาวิชาการวันที่ 15 กรกฎาคม 2560. นนทบุรี ประเทศไทย, สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค; 2559.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลประชากรกลางปีหญิงอายุ 15 – 19 ปี ณ วันที่ 15 กรกฎาคม 2560. [เอกสารอัดสำเนา]. นนทบุรี, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
- สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. สถานการณ์อนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชน ปี 2559. [เอกสารอัดสำเนา]. เอกสารประชุมสัมมนาวิชาการวันที่ 15 กรกฎาคม 2560, นนทบุรี ประเทศไทย, สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย; 2559.
- ยุพา พูนขำ, สมศักดิ์ สุทัศน์วรวิทย์, รุจิรา วัฒนายิ่งเจริญชัย. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน “คลินิกวัยรุ่น” (สถานบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน). พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี; สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย; 2555.
- กรมอนามัย กรมสุขภาพจิต กรมควบคุมโรค. มาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน(ฉบับบูรณาการ)และแบบประเมินตนเอง. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร; ศูนย์สื่อสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม; 2557.
- กรมอนามัย กรมสุขภาพจิต กรมควบคุมโรค. คู่มืออำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ฉบับบูรณาการ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร; ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด; 2559.
- สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กองตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข. สรุปผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2560. [เอกสารอัดสำเนา]. รายงานการตรวจราชการ, นนทบุรี, สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กองตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข; 2560; 22-32.
- รัถยานภิก พละศึก, เบญจวรรณ ถนอมชยธวัช, ภคมล ทรงเลิศ. กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้; 2560: 4(2), 256-267.
- ประกายดาว พรหมพัฒน์. การพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลที่ยังไม่ได้รับการรับรองตามมาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน. การวิจัยผสานวิธี. วารสารสุขศึกษา; 2561: 41(2), 128-140.
- Ambresin A, Bennett K, Patton GC, Sanci LA, & Sawyer SM. Assessment of youth-friendly health care: A systematic review of indicators drawn from young people's perspectives. *Journal of Adolescent Health* 2013; 52(6): 670-681.
- Gilda Sedgh, Lawrence B. Finer, Akinrinola Bankole, Michelle A. Eilers, and Susheela Singh. Adolescent Pregnancy, Birth, and Abortion Rates Across Countries: Levels and Recent Trends. *Journal of Adolescent Health*, New York; 2015: 56, 223-230.
- นุชรีย์ แสงสว่าง, บุศรา แสงสว่าง, ณัฐยานัน วิสารพันธ์. การวิเคราะห์ปัจจัยจำแนกการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตั้งครรภ์และวัยรุ่นที่ไม่ตั้งครรภ์. การวิจัยแบบกลุ่มเปรียบเทียบ, *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*; 2559: 28(1), 12-24.

พัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง Development of Continuing Care Model for Disabled Elderly Patients

(Received: September 29,2020 ; Accepted: November 10,2020)

นันทิกานต์ หวังจิ¹ Nanthikam Wangji
อมรรัตน์ แสงสุวรรณ² Amornrat Sangsuwan¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participation action research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์เพื่อนำมาพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง และประเมินผลลัพธ์การพัฒนา โดยดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิง 2) ระยะพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่อง 3) ระยะผลการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่อง ใช้กลุ่มตัวอย่าง ทีมสหวิชาชีพทั้งโรงพยาบาล เครือข่ายสุขภาพ และภาคีเครือข่ายการดูแลในชุมชน จำนวน 50 คน และ ผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแล จำนวน 60 คู่ ดำเนินการวิจัยตั้งแต่กุมภาพันธ์ 2561 - ธันวาคม 2561 เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ได้แก่แบบสอบถามถึงโครงสร้าง แบบประเมินความพึงพอใจของทีมต่อการพัฒนารูปแบบ แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน (Activity Daily Living, ADL) และแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมานได้แก่ สถิติ Pair t-test

ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบการพัฒนา 5 ประเด็นดังนี้ 1)พัฒนาแบบฟอร์มการวางแผนจำหน่าย 2) พัฒนาสมุดคู่มือการดูแลตนเองที่บ้าน 3)เพิ่มช่องทางการเข้าถึงและเข้ารับบริการในโรงพยาบาล 4) ติดตามโทรศัพท์ 5) มีแนวปฏิบัติบูรณาการดูแลต่อเนื่อง ทีมสหสาขาวิชาชีพ เมื่อทดลองใช้รูปแบบทีมพัฒนารูปแบบมีความพึงพอใจ mean=3.5 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้านอยู่ในระดับสูง mean=2.57 และประเมินผลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) โดยวัดก่อนและหลังพบว่าคะแนน ADL เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ผลการศึกษานี้จึงสรุปได้ว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเป็นรูปแบบที่ทำให้เกิดความยั่งยืนของการดูแล ส่งผลให้ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ABSTRACT

The objectives of this participatory action research were to develop a continuing care model for disabled elderly patients. The study was divided into three phases: (1) the incidence analysis phase of disabled elderly patients, (2) the phase of the continuing care development, and (3) the result phase of the continuing care development. The samples in the study included 50 interdisciplinary samples from hospitals and health care networks, and 60 pairs of disabled elderly patients and their caregivers. The research was conducted from February 2018 to December 2018. The instruments used in the research were a semi-structured questionnaire, an evaluation form of activity daily living (ADL), and an evaluation form of health care behavior at home. The statistics used to analyze the data was frequency, percentage, mean, and stand deviation. Pair T-test was also used as the inferential statistics in this study.

The research results revealed that the development model contained five sections: (1) the development of discharge planning, (2) the development of a self-health care booklet for disabled elderly patients, (3) accessible channels to hospital services, (4) a follow-up by telephone, and (5) the integration of the continuing care by the interdisciplinary team. When the model was tested, it was found that the satisfaction of the team was mean 3.5 The mean score of the health care behavior at home was 2.57. The results of activity daily living (ADL) before and after the evaluation showed that the ADL score was significantly increased ($p<.05$). In conclusion, the development of the continuing care model for disabled elderly patients is sustainable caring, resulting in better life of disabled elderly patients with dependency.

Keywords: model development, continuing care, elderly patients with dependency

บทนำ

ปัจจุบันทั่วโลกให้ความสำคัญกับการวางระบบดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มขึ้น องค์การสหประชาชาติได้ประเมินสถานการณ์ไว้ว่าปี พ.ศ.2544 - 2643 จะเป็นศตวรรษแห่งผู้สูงอายุ หมายถึง การมีประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรรวมทั่วโลก (สำนักงานคณะกรรมการการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2550) และคาดว่าจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ในช่วงปี พ.ศ.2567-2568 โดยมีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ติดเตียง ติดบ้าน ต้องพึ่งพิงคนอื่น ช่วยดูแลกว่า 1 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 15 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2560) ผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง หมายถึง ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียงที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยเหล่านี้หากไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงการสนับสนุนจากภาคีเครือข่าย อาจส่งผลให้ทั้งผู้ป่วยและญาติไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งกระบวนการสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ การดูแลต่อเนื่อง โดยเริ่มตั้งแต่การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล การส่งต่อข้อมูลประสานงาน และการติดตามดูแลสุขภาพที่บ้านอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ

การดูแลต่อเนื่อง หมายถึงกระบวนการดูแลตั้งแต่การวางแผนจำหน่าย การส่งต่อ และการติดตามเยี่ยมบ้าน (กองการพยาบาล, 2556) ดังนั้นการดูแลต่อเนื่อง จึงเริ่มตั้งแต่ การดูแลผู้ป่วย ครอบคลุม และภาคีเครือข่ายในชุมชนมีส่วนร่วม จากงานวิจัยของอังกฤษซึ่งมีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ นิสาชล (2018) พบว่า นโยบายการสนับสนุนการจัดบริการวางแผนการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและในชุมชนภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์โดยตรงกับผลลัพธ์ทางสุขภาพ แต่ในระบบปัจจุบันพบว่าระบบการดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การส่งต่อและการติดตามการดูแลสุขภาพที่บ้าน ยังไม่สามารถตอบสนองการดูแลอย่างต่อเนื่องได้ทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณจึงมีความสำคัญที่ต้องมีการจัดการรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ ต้องมีการบริการต่อเนื่อง เชื่อมโยงทีมสหสาขาวิชาชีพทุกระดับให้ความช่วยเหลือในการบริการดูแลร่วมกันถือเป็นหัวใจสำคัญ ซึ่งจากการศึกษาค้นคว้างานวิจัยพบว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิงส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลง ADL ที่ดีขึ้นซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของพิสมัย และคณะ(2559) ที่มีการศึกษาพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องในกลุ่มผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมันโดยมีการจัดการบริการเยี่ยมบ้านในชุมชนโดยมีการ

อบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนในการติดตามดูแลร่วมกันกับครอบครัว พบว่า ส่งผลต่อ ADL ที่ดีขึ้น ซึ่งผลการศึกษาไม่แตกต่างกันกับนิสาชล (2560) พบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานีต้องพัฒนาศักยภาพทีมผู้ดูแล พัฒนาระบบติดตามการเยี่ยมบ้าน พัฒนาการมีส่วนร่วมเครือข่ายการดูแล และพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติส่งผลต่อ ADL ที่ดีขึ้น

จากการวิเคราะห์ตัวชี้วัด และทบทวนระบบการให้บริการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาลโคกโพธิ์ ได้มีการนำรูปแบบต่างๆมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิง เช่นการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน การมีแบบฟอร์มวางแผนจำหน่าย การมีแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ และมีการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงที่บ้านตามแนวทางการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแต่ พบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้รับการวางแผนจำหน่าย แนวปฏิบัติการดูแลต่อเนื่องยังไม่ชัดเจนระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ และไม่ครอบคลุมการเชื่อมโยงระหว่างทีมสหวิชาชีพ ในโรงพยาบาลและเครือข่าย และทีมสหวิชาชีพต่างๆที่ต้องมีระบบการดูแลร่วมกัน จึงส่งผลต่อการเข้าถึงและการเข้ารับบริการของผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิง มีภาวะแทรกซ้อนในชุมชนเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับตัวชี้วัดการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยและญาติที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านสามารถดูแลตนเองได้เพียงร้อยละ 64 อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน คิดเป็นร้อยละ 6.7 (ตัวชี้วัดงานเยี่ยมบ้าน โรงพยาบาลโคกโพธิ์, 2560) จึงเกิดอุบัติเหตุ การมาพักรักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาล มีการติดเชื้อในกระแสเลือดส่งผลต่ออัตราการตายในโรงพยาบาลกับกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมากที่สุด ทีมผู้วิจัยจึงมีการทบทวนศึกษาวิจัยเพื่อให้ทีมผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบต่างๆตามกระบวนการดูแลต่อเนื่องตามบริบทของอำเภอโคกโพธิ์ และเชื่อมโยงระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพต่างๆที่มีบทบาทต่อการดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิงร่วมกันเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิงต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและความต้องการการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participation action research)

ประชากรและผู้ร่วมวิจัย

1. ทีมพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพทั้งโรงพยาบาลและเครือข่ายสุขภาพ ภาควิชาการดูแลในชุมชน อาสาสมัครในชุมชนและญาติผู้ดูแลที่ผ่านการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิง จำนวน 50 ราย
2. ผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง(ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 จำนวน 60
3. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง จำนวน 60 ราย

เครื่องมือการวิจัย

1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัยทีมพัฒนา แนวคำถามเชิงกึ่งโครงสร้าง เพื่อวิเคราะห์ปัญหา ความต้องการในการออกแบบ

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย ข้อมูล 3 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงประกอบด้วยเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพ โรคประจำตัว อาศัยอยู่กับ สิทธิการรักษา

ชุดที่ 2 แบบสอบถามการดูแลพฤติกรรมสุขภาพที่บ้าน โดยผู้วิจัยจัดทำขึ้นเองจากการทบทวน

วรรณกรรมต่างๆ เพื่อประเมินพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่บ้าน จำนวน 6 ข้อ ได้กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนเป็นแบบ Rating Scale เป็น 3 ระดับ คือ 1 คือ ปฏิบัติไม่ถูกต้อง, 2 คือ ปฏิบัติถูกต้องบางส่วนและ 3 คือ ปฏิบัติได้ถูกต้อง การพิจารณาพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่บ้านใช้การแบ่งระดับแบ่งอิงเกณฑ์โดยหาค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบสอบถามทั้งชุดซึ่งอยู่ระหว่าง 1-3 คะแนน และแบ่งค่าคะแนนเฉลี่ยเป็น 3 ระดับ โดยคำนวณช่วงคะแนนพิสัยจากสูตร(ธนาพัฒน์, ชูศักดิ์ และอุดมศักดิ์ 2559) ซึ่งสามารถแปลผลคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่บ้าน ได้ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	การแปลผล
2.34 – 3.00	ระดับดี
1.67 – 2.33	ระดับปานกลาง
1.00 – 1.66	ระดับต่ำ

ชุดที่ 3 แบบประเมิน กิจกรรมประจำวัน (Activity Daily Living) ของกรมอนามัย เป็นแบบประเมินระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานของผู้ป่วย

(Barthel ADL Index) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ความสามารถในการรับประทานอาหาร การล้างหน้า แปรงฟัน การเคลื่อนย้าย การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนไหวภายในห้องหรือบ้าน การแต่งตัว การขึ้นลงบันได เป็นต้นโดยมีการแปลระดับคะแนนดังนี้

0 – 4 คะแนน	ติดเตียง
5 – 11	คะแนน ติดบ้าน
12 – 20	คะแนน ติดสังคม

ชุดที่ 4 แบบสำรวจความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพ ในโรงพยาบาลให้เลือกตอบตามระดับความพึงพอใจ เลือกตอบ 5 ระดับ พอใจมากให้ 5 คะแนน พอใจ ให้ 4 คะแนน พอใจน้อยเกือบไม่พอใจ ให้ 3 คะแนน ไม่พอใจน้อย 2 คะแนน และ ไม่พอใจมาก ให้ 1 คะแนน เกณฑ์ในการวิเคราะห์คะแนนความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่อง ใช้ในการคำนวณช่วงการวัด ดังนี้ (Best, 1977: อ้าง ใน อาริรัตน์, 2557) กำหนดคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	การแปลผล
ช่วงคะแนน 4.21-5.00	พอใจมาก
ช่วงคะแนน 3.41-4.20	พอใจ
ช่วงคะแนน 2.61-3.40	พอใจน้อยเกือบจะไม่พอใจ

ช่วงคะแนน 1.81-2.60	ไม่พอใจ
ช่วงคะแนน 1.00-1.80	ไม่พอใจมาก

การตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย นำเครื่องมือแบบประเมินกิจวัตรประจำวัน (ADL) และแบบประเมินพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่บ้านของญาติ และแบบประเมินความพึงพอใจ ผ่านการตรวจเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน มีค่าดัชนี ความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) (บุญชม ศรีสะอาด, 2553) ตลอดจนความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ได้ค่าเท่ากับ 0.89 และ 0.85 และ 0.82 นำไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ใกล้เคียง จำนวน 15 คน และหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา คอนบราต โดยได้ค่า เท่ากับ 0.98 และ 0.95 และ 0.90ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ศึกษาจากรายงานสถิติ ความเสี่ยงสำคัญในโรงพยาบาล ตัวชี้วัดสำคัญที่ส่งผลกระทบต่ออัตราการเสียชีวิต โดยใช้กระบวนการศึกษาทั้งหมด 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิง ในเครือข่ายโรงพยาบาลโคกโพธิ์ เก็บข้อมูลระหว่างเดือน เดือนกุมภาพันธ์ 2561 – มีนาคม พ.ศ. 2561 โดยมีการประชุมเพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์สถานการณ์โดยการมีส่วนร่วม ดังนี้

ประชุมครั้งที่ 1 ประธานงานเจ้าหน้าที่สาธารณสุข งานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เครือข่าย ปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อขอความร่วมมือในการ เก็บรวบรวมข้อมูลและนัดหมายกับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมกับการ ใช้แบบสอบถามถึงโครงสร้างแบบสนทนากลุ่มในทีม สุขภาพเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนสถานการณ์ผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ใน ภาวะพึ่งพิง รวบรวมประเด็นสำคัญในการตอบของกลุ่ม ตัวอย่างและนัดการประชุมครั้งต่อไปอีก 2 อาทิตย์

ประชุมครั้งที่ 2 สรุปปัญหาต่าง ๆ จากการประชุม ครั้งที่ 1 และสอบถามเพิ่มเติม เกี่ยวกับการพัฒนาระบบ เพื่อให้เกิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วย เก็บรวบรวมข้อมูลความต้องการในการพัฒนารูปแบบผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิง พร้อมกันศึกษาข้อมูลรูปแบบการพัฒนาเพื่อให้สอดคล้องกับ ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น และตามความต้องการของกลุ่ม ตัวอย่างให้เกิดรูปแบบเพื่อนำมาพิจารณารูปแบบในครั้งต่อไปนัดการประชุมครั้งต่อไปอีก 2 อาทิตย์

ประชุมครั้งที่ 3 สรุปความต้องการที่กลุ่มตัวอย่างได้ เสนอเพื่อให้มีรูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยสูงอายุในภาวะ พึ่งพิง และได้นำเสนอรูปแบบจากการศึกษาวิจัยเพื่อให้ สอดคล้องตามความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อการไป ศึกษาอย่างละเอียดในการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิงต่อไปโดยมีการพัฒนารูปแบบการ ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิงดังนี้

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับ ผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิง ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือน เมษายน 2561- กรกฎาคม 2561 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จาก การศึกษาสถานการณ์การดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิง มาสังเคราะห์รูปแบบร่วมกับทีมพัฒนารูปแบบ เพื่อให้ผู้ป่วย และญาติเกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่บ้านได้อย่าง ถูกต้อง ต่อเนื่องส่งผลต่อการดูแลที่ดีขึ้น ประกอบด้วย 3 กระบวนการดังนี้

กระบวนการที่ 1 เป็นการดูแลระยะที่เข้ารับการ รักษาในโรงพยาบาล การวางแผนจำหน่ายการสร้าง แบบฟอร์มการวางแผนจำหน่ายตามหลัก METHOD ที่ สามารถใช้ได้ง่ายและครอบคลุมเนื้อหาการประเมินสภาพ มี การดูแลโดยทีมสหวิชาชีพเชื่อมโยงการนำข้อมูลที่ได้จากการ วางแผนจำหน่ายมาบันทึกข้อมูลในโปรแกรม Home Health Care Online ก่อนผู้ป่วยจำหน่ายกลับจากโรงพยาบาลญาติ จะได้รับการประเมินเข้าการดูแลโดยเจ้าหน้าที่ COC ผู้ป่วย และญาติจะได้รับสมุดบันทึกการดูแลตนเองที่บ้านเพื่อ ส่งเสริมการดูแลตนเอง มีการจดบันทึกความต่อเนื่องของการ ดูแลระหว่างญาติและเจ้าหน้าที่เพื่อส่งเสริมความตระหนักใน การดูแลตนเองที่บ้าน

กระบวนการที่ 2 มีช่องทางสำหรับการเข้าถึงและรับ บริการในโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ บ้านที่มีภาวะแทรกซ้อนต้องได้รับการดูแลจากแพทย์ที่ OPD โดยมีใบส่งต่อเฉพาะแบบฟอร์มการส่งต่อผู้ป่วยสูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิง เพื่อเป็นช่องทางด่วนในการเข้ารับบริการ

กระบวนการที่ 3 เจ้าหน้าที่ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (COC) ติดตามการมาตามนัดในโปรแกรม Hos-XP หากผู้ป่วยมาตาม นัดเจ้าหน้าที่ COC ส่งข้อมูลผู้ป่วย โรคเรื้อรังกับ Case Manager เพื่อการดูแลต่อเนื่องติดตามการมาตามนัดอย่าง ต่อเนื่องบูรณาการการดูแลร่วมกันระหว่างหน่วยงานและ ทีมสหสาขาวิชาชีพ

กระบวนการที่ 5 พัฒนาต่อยอดแนวปฏิบัติเดิมเพื่อ เพิ่มช่องทางเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุภาวะ พึ่งพิงกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุ ร่วมกัน คือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและพัฒนาสังคมและ ความมั่นคงของมนุษย์

2. นำรูปแบบที่พัฒนามาทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ราย และนำปัญหาและอุปสรรคจากการนำรูปแบบ การนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างมาปรับแบบฟอร์มร่วมกัน พิจารณาอีกครั้งเพื่อให้เกิดรูปแบบพัฒนาที่สามารถใช้ได้ง่าย สะดวก ส่งผลต่อสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิงอย่าง ยั่งยืน

3. นำรูปแบบที่ได้รับการพัฒนาจากกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 2 นำไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มาใช้บริการที่ โรงพยาบาลโคกโพธิ์ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2561-สิงหาคม 2561 ตามกระบวนการพัฒนารูปแบบดูแลต่อเนื่องผู้ป่วย สูงอายุในภาวะพึ่งพิง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) เพื่ออธิบายข้อมูลลักษณะทั่วไปของ กลุ่มตัวอย่าง นำเสนอข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่าง คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนและ หลังวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Paired t-Test

ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นข้อมูลที่ได้จากการดำเนินการ สนทนากลุ่ม วิเคราะห์เนื้อหาของข้อมูล (Content Analysis) โดยนำมาวิเคราะห์และแปลผลร่วมกับข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อ สรุปเชื่อมโยงความสัมพันธ์และเหตุผลในการศึกษา

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบครั้งนี้ เป็น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิงทั้งใน

โรงพยาบาลและชุมชน เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และญาติที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิง จำนวน 5 ราย จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นหญิง ร้อยละ 72 มีอายุเฉลี่ย 40.46 ปี (SD = 5.71) มีอาชีพรับราชการ ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิงเฉลี่ย 13.42 ปี (SD=6.09) ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของพิสมัย และคณะ(2559) พบว่าส่วนใหญ่ที่มพัฒนาารูปแบบดูแลสุขภาพในผู้สูงอายุมีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุมากกว่า 10 ปี จึงส่งผลต่อการวิเคราะห์ปัญหาและคิดรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุได้ดีส่งผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีขึ้น โดยได้มีการวิเคราะห์สถานการณ์ พัฒนารูปแบบและทดลองการใช้รูปแบบได้ผลในแต่ละระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ผลของการวิเคราะห์สถานการณ์ เกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิงอำเภอโคกโพธิ์ พบวาคือ 1) ผู้ป่วยไม่ได้รับการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกรับเนื่องจากแบบฟอร์มการวางแผนจำหน่ายมีความยากในการใช้ 2) การมีแนวปฏิบัติที่ไม่ชัดเจนในกระบวนการดูแลต่อเนื่องและไม่บูรณาการการดูแลระหว่างทีมวิชาชีพและทีมสหสาขาวิชาชีพต่างๆที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ 3) ยังไม่มีช่องทางการส่งต่อจากที่บ้านเพื่อเป็นช่องทางด่วนสำหรับผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง และ 3) ควรจัดทำคู่มือการดูแลสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแลที่บ้านในบริบทของอำเภอโคกโพธิ์

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ คือ 1) พัฒนาแบบฟอร์มวางแผนจำหน่ายที่มีลักษณะการประเมินครอบคลุมตามหลัก METHOD ใช้อย่างเชื่อมโยงทีมสหสาขาวิชาชีพ 2) พัฒนาสมุดคู่มือการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน 3) พัฒนาแบบฟอร์มการส่งต่อผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิงจากชุมชนเพื่อเพิ่มช่องทางการเข้ารับและเข้าถึงบริการสุขภาพ 4) พัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลเชื่อมโยงบูรณาการกันดูแลร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพและทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ

ระยะที่ 3 ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการรักษาและได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลโคกโพธิ์ ตั้งแต่เดือน กรกฎาคม - ธันวาคม 2561 จำนวน 60 ราย จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 70 มีอายุเฉลี่ย 71.57 ปี (SD = 7.29) มีสถานภาพคู่ ไม่ได้รับการศึกษา คิดเป็นร้อยละ 50 มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงคิดเป็นร้อยละ 43.33 อาศัยอยู่กับบุตรหลาน และกลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิง จำนวน 60 ราย จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.7 มีอายุเฉลี่ย 44.93 ปี (SD = 10.27) มีสถานภาพคู่ ได้รับการศึกษา

ในระดับประถม คิดเป็นร้อยละ 46.7 มีอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 40 มีรายได้เฉลี่ย 6,093 บาท

หลังได้รับการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิงตามกระบวนการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่การวางแผนจำหน่าย การส่งต่อ และการดูแลสุขภาพที่บ้านพบว่าผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจต่อการดูแลสุขภาพที่บ้านในระดับดี ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.57 เนื่องจากมีความสัมพันธ์กับรูปแบบการดูแลที่มีการพัฒนาแบบฟอร์มการวางแผนจำหน่ายที่สามารถเข้าถึงการประเมินอาการ การวางแผนและการดูแลของเจ้าหน้าที่พยาบาลภายในตึกผู้ป่วยในให้สามารถใช้จ่ายเมื่อเจ้าหน้าที่พยาบาลสามารถประเมินผู้ป่วยได้เร็วตามแบบฟอร์มที่กำหนดส่งผลให้สามารถติดตามทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการวางแผนการดูแลร่วมกันแบบทีมสหวิชาชีพโดยมีการสอน สาธิต และแนะนำการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความตระหนักในการดูแลตนเองและที่สำคัญก่อนจำหน่ายกลับบ้านทุกรายที่มีปัญหาต้องดูแลต่อเนื่องต่างๆ ได้รับการประเมินซ้ำจากเจ้าหน้าที่ศูนย์ดูแลต่อเนื่องเพื่อประเมินการดูแล ให้กำลังใจญาติและเสริมความมั่นใจในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน มีสมุดบันทึกการดูแลต่อเนื่องที่บ้านกับญาติ ซึ่งภายในสมุดมีเบอร์โทรศัพท์ติดต่อเมื่อมีปัญหาการดูแล สอนวิธีการทำแผล การประเมินแผล ลักษณะแผล ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของนันทกาญจน์ และคณะ (2016) พบว่าการมีสมุดสำหรับการดูแลที่บ้านให้กับญาติผู้ป่วย และการวางแผนจำหน่ายที่ดีตั้งแต่โรงพยาบาลโดยทีมสหวิชาชีพและการติดตามทางโทรศัพท์อย่างต่อเนื่อง พบว่าคะแนนความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน คะแนนความเครียดของญาติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของชนิษฐาและเกษณี (2013) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียและผู้ดูแล โดยมีการพัฒนาตั้งแต่การประเมินปัญหา แนะนำ สอนและสาธิตตั้งแต่อยู่โรงพยาบาลและมีการส่งต่อข้อมูลการดูแลในชุมชน พบว่ารูปแบบที่พัฒนาสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้านได้ ซึ่งผลการดูแลไม่แตกต่างกันกับการศึกษาของวรรณรา และกัญญา (2559) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลพลพหลพยุหเสนา พบว่า การมีแนวปฏิบัติการดูแลต่อเนื่อง การส่งต่ออย่างชัดเจนส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติสถิติ $P < .05$ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบด้วยสถิติ paired t-test (n = 60)

ความสามารถการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน	Mean	SD	p-value
ก่อนพัฒนารูปแบบ	5.53	2.99	0.00
หลังพัฒนารูปแบบ	9.43	4.56	

จากตารางพบว่า การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งมีความสอดคล้องกับคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้านอยู่ในระดับดีเนื่องจากรูปแบบการพัฒนาขึ้นที่มีกระบวนการทำให้คำแนะนำ สอน สาธิตจากการปรับแบบฟอร์มการวางแผนจำหน่ายเพื่อให้สะดวกและง่ายขึ้นกับผู้ปฏิบัติงาน การโทรศัพท์ติดตามการดูแลอย่างต่อเนื่องและการเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการสุขภาพในโรงพยาบาล การมีพัฒนาต่อยอดแนวปฏิบัติที่มีระบบการติดต่อประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพ และทีมสหสาขาวิชาชีพต่างๆที่มีความเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิง ส่งผลต่อคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานดีขึ้น ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของนิสาชล (2018) พบว่าการพัฒนาโดยชุมชนมีส่วนร่วม พัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเองส่งผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรขั้นพื้นฐานและการมีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพดีขึ้น และจากการนำรูปแบบมาใช้กับผู้ปฏิบัติงานจึงได้มีการประเมินความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบกับทีม เพื่อมาวางแผน พัฒนาต่อยอดรูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิงต่อไปกระบวนการ PDCA เพื่อส่งผลต่อประสิทธิภาพการดูแลและความยั่งยืนต่อไป

ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ต่อรูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิงพบว่า เฉลี่ย = 3.5 SD=0.76 ทีมพัฒนารูปแบบมีความพึงพอใจ เนื่องจากเป็นรูปแบบที่ทีมพัฒนามีการคิดวิเคราะห์พัฒนารูปแบบร่วมกันกับผู้วิจัยจึงส่งผลต่อความพึงพอใจ มีความสอดคล้องกับ

การศึกษาของชนิษฐา และคณะ (2559) ศึกษาวิจัยพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่มีพัฒนาที่มีส่วนร่วมในการออกแบบรูปแบบพัฒนาโดยมีการวิเคราะห์ปัญหา และออกแบบในการพัฒนาร่วมกันส่งผลต่อความพึงพอใจในระดับดี

อภิปรายผล

จากการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยสูงอายุเนื่องจากการออกแบบและศึกษาวิเคราะห์ปัญหาจากผู้ที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุ โดยมีการออกแบบตามปัญหาและความสะดวกในการใช้ตามบริบทของพื้นที่ มีรูปแบบเป็นแนวปฏิบัติที่ชัดเจนบูรณาการการดูแลติดต่อประสานงานร่วมกันตั้งแต่ทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล เครือข่ายทีมสุขภาพ และทีมสหวิชาชีพต่างๆที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุร่วมกันเพื่อเป็นช่องทางการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างรวดเร็วและสะดวกในผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิงส่งผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิงต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างเจ้าหน้าที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิงทั้งในสถานบริการและในชุมชนทั้ง 50 รายที่สละเวลาให้ความร่วมมือในการวิเคราะห์สถานการณ์ออกแบบรูปแบบการดูแลร่วมกันจนได้รูปแบบที่เหมาะสมสะดวกในการใช้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิงเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ทดลองใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องจำนวน 60 คู่ผู้ป่วยและญาติที่ให้ความร่วมมือในการใช้รูปแบบที่ได้รับการพัฒนาต่อเนื่องจนครบระยะเวลา และส่งผลลัพธ์ที่ดีเพื่อเป็นการพัฒนาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุคนอื่นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กองการพยาบาล (2563). *แนวทางการจัดเก็บตัวชี้วัดการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล ประจำปีงบประมาณ 2563 (พิมพ์ครั้งที่ 1)*. ปทุมธานี: สำนักพิมพ์ สือตะวันออก.
- ชนิษฐา พิศฉลาด, และเกษมณี มูลปานันท์. (2559). การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย. *พยาบาลสาร*, 40(3), 96-108
- จินตนา อาจสันเทียะ, และพรนภา คำพราว. (2557). รูปแบบการดูแลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในชุมชน. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 123-127.
- นิสาชล นาคกุล. (2018). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 1(7), 36-50

- ทัศนีย์ อรรถารส, และจุไร อภัยจิรรัตน์. (2554). รูปแบบการดูแลต่อเนื่องในเด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง. *วารสารสภาการพยาบาล* 2554; 26 (ฉบับพิเศษ), 112-125.
- พิศสมัย บุญเลิศ, เทิดศักดิ์ พรหมอารักษ์, และศุภวดี แถวเพ็ญ. (2559). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน ตำบลสิงห์โคก อำเภอกะชังร้อยเอ็ด. *สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น*, 23(2), 79-87.
- ตัวชี้วัดงานเยี่ยมบ้านโรงพยาบาลโคกโพธิ์ (2562)
- เพ็ญศรี เลาสวัสดิ์ชัยกุล. (2544). การวางแผนจำหน่ายผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลรามา*, 7(1), 73-80.
- เพ็ญศรี อรรถาวงศ์, นิษฐนันท์ อนุสรณ์ประเสริฐ, และหาญ สาดหลี่. (2560). ผลของระบบเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงประเภท 3 แบบ Home Nursing Care (HNC) ในหน่วยบริการปฐมภูมิ. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 4(1), 73-85.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2553). *รายงานการสังเคราะห์ระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวสำหรับประเทศไทย (พิมพ์ครั้งที่ 1)*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท พี ที จำกัด.
- ยุภาพร นาคกลิ้ง, และปราณี ทัดศรี. (2560). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้. *สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย*, 6(1), 27-35.
- รุ่งนภา ลิ้มลิขิต. (2555). *ผลของโปรแกรมการประยุกต์การจัดการตนเองต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพเพื่อลดภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์มุสลิม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการผดุงครรภ์ชั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- วิไล ตาปะสี, ประไพวรรณ ด้านประดิษฐ์ และสินวล รัตนวิจิตร. (2560). รูปแบบการจัดบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลวังตะกู จังหวัดนครปฐม. *วารสารเกื้อการุณย์*, 24(1), 42-54.
- วรรณ ประสานอริคม. (2561). แนวคิดการดูแลสุขภาพที่บ้าน. med.mahidol.ac.th
- ศิริลักษณ์ ฤทอง. (2557). *ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาล ผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ศิริวรรณ ชัยกิจอำนาจโชค, และจิราพรรณ อันบุรี. (2558). การพัฒนาโปรแกรมการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวโรงพยาบาลกำแพงเพชร.
- สุขภาวะคนไทย. (2562). Online. ค้นหาเมื่อวันที่ 4 พฤษภาคม 2560. <http://www.thaihealth.or.th>
- สุภารัตน์ คลื่นแก้ว. (2552). *ผลของโปรแกรมให้ความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้เรื่องโรคและการใช้ยาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง*. รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- สำนักงานการพยาบาล (2557). *เกณฑ์คุณภาพงานเยี่ยมบ้าน (พิมพ์ครั้งที่ 1)*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สำนักงานการพยาบาล. (2559). *มาตรฐานการพยาบาลชุมชน (พิมพ์ครั้งที่ 1)*. ปทุมธานี: สำนักพิมพ์ สื่อตะวันออกจำกัด.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2551). การคาดประมาณประชากรประเทศไทย พ.ศ. 2543 – 2573 สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2560). การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคม. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ
- อารีรัตน์ คมสวน. (2557). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์, สงขลา.
- อัญชิษฐา ศิริคำเพ็ง และภักดี โพธิ์สิงห์. (2560). การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในยุคนะประเทศไทย 4.0. *วารสารวิชาการธรรมทรรศน์*, 17(3), 235-243.
- Ciccone, A., Celani, M. G., Chiamonte, R., Rossi, C., & Righetti, E. (2013). Continuous versus intermittent physiological monitoring for acute stroke: Intervention Review.
- Goncalve-Bradley, D. C., Iliff, S., Doll, H. D., Broad, J., Gladman, J., Langhome, P., Richards, S. H., & Shepperd, S. (2017). Early discharge hospital at home: Cochrane Systematic Review.

การประเมินโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พขอ.)จังหวัดสระแก้ว ปี 2563

THE EVALUATION OF THE DISTRICT HEALTH BOARD (DHB) PROJECT

IN SAKAEAO PROVINCE Year 2020

(Received: November 8,2020 ; Accepted: December 28,2020)

กชพรรณ หาญชิงชัย

Kochaphan Hanchingchai

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

Sakaeo Provincial Public Health Office

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) จังหวัดสระแก้ว ปี 2563 รูปแบบการศึกษาเป็นการวิจัยประเมินผล โดยใช้เทคนิคเชิงคุณภาพ ศึกษาจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง ตามกรอบการประเมินโครงการแบบซิป (CIPP Model) ประชากรที่ศึกษา คัดเลือกแบบเจาะจง คืออำเภอทุกอำเภอในจังหวัดสระแก้ว รวม ทั้งสิ้น 9 อำเภอ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาใช้แบบรายงานการประเมินโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พขอ.)จังหวัดสระแก้ว ปี 2563 ที่สร้างขึ้นเองเก็บข้อมูลระหว่าง เดือนตุลาคม 2563 – พฤศจิกายน 2563 ข้อมูลที่รวบรวมได้นำมาวิเคราะห์โดยข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Analysis) วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่การแจกแจงความถี่ (Frequency) และ ร้อยละ (Percentage) ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Analysis) นำมาวิเคราะห์ เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

การประเมินโครงการประเมินโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) จังหวัดสระแก้ว ปี 2563 1) ด้านสภาพแวดล้อม พบว่า สอดคล้องกับนโยบายระดับชาติ คือ Thailand 4.0 ไทยนิยมยั่งยืน และยุทธศาสตร์การพัฒนาสาธารณสุขระดับชาติ 20 ปี และดำเนินการภายใต้ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 สอดคล้องกับนโยบายจังหวัดสระแก้ว มีการทำบันทึกข้อตกลง (MOU) โดยผู้ว่าราชการจังหวัดสระแก้ว กับ นายอำเภอทุกอำเภอ ได้กำหนด 2 ประเด็นหลัก คือ 1.การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 2.การควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก และอำเภอกำหนดประเด็นพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พขอ.) ที่เป็นปัญหาของแต่ละอำเภอ จำนวน 1-3 ประเด็น และเนื่องจากมีการระบาดของโรคโควิด 19 ช่วงเดือน มีนาคม 2563 เป็นต้นมา ทุกอำเภอ จึงเพิ่มประเด็นปัญหาในพื้นที่ เรื่องการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 และสอดคล้องกับ นโยบายสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่จังหวัดสระแก้ว เนื่องจากพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นเขตชนบทจังหวัดสระแก้ว วิถีชีวิตของคนใน ชุมชน อยู่แบบวิถีพอเพียง มีการส่งเสริมการดูแลสุขภาพปศุสัตว์ปศุสัตว์พอเพียง 2) ด้านปัจจัยนำเข้า พบว่าบุคลากร มีเพียงพอโดย มีการจัดตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตจังหวัดสระแก้ว (พจ.) โดยมี ผู้ว่าราชการจังหวัดสระแก้ว เป็นประธาน และมีนายอำเภอทุกอำเภอ เป็นคณะกรรมการ มีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้วเป็นเลขานุการ มีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พขอ.) มีการจัดตั้งคณะอนุกรรมการ ในการขับเคลื่อนงานแต่ละประเด็น มีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล(พต.) มีจิตอาสา และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ร่วมในการขับเคลื่อนงาน ได้รับงบประมาณจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ(สสส.) ใช้ในการขับเคลื่อนระดับจังหวัด พบว่าเพียงพอ งบประมาณจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ใช้สำหรับการบริหารจัดการ ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) พบว่าไม่เพียงพอ งบประมาณในการพัฒนาคุณภาพชีวิตรายประเด็น ตามปัญหาของแต่ละอำเภอ ส่วนใหญ่ใช้งบประมาณจาก ภาครัฐ คือ อปท.,เงินบริจาค,เงินบำรุงของหน่วยงาน พบว่าเพียงพอ วัสดุและอุปกรณ์ พบว่า มีเพียงพอ ระบบการบริหารจัดการ พบว่า ระดับจังหวัด มีการติดตามการดำเนินงาน โดยให้ประธานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พขอ.) หรือ เลขานุการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) สรุปรายงานผลการดำเนินงานตามประเด็นปัญหาของอำเภอและประเด็นปัญหาของจังหวัด

ในที่ประชุมกรรมการจังหวัดสระแก้ว ทุกเดือน และที่ประชุม คปสจ.ทุกเดือน ระดับอำเภอมีการประชุมสรุปผลการดำเนินงาน รอบ 6 เดือนและ 12 เดือน ตามแนวทาง UCCARE และประชุมสรุปผลการดำเนินงานเพื่อประเมินโครงการและสรุปถอดบทเรียนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เดือน ตุลาคม 2563 และรายงานให้จังหวัดทราบ 3) ด้านกระบวนการ พบว่า รูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับพื้นที่โดยใช้ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” ด้วยการทำงานอย่างมีส่วนร่วม ของรัฐ ประชาสังคม และเอกชน ตามแนวทางประชารัฐ เพื่อสร้างเสริมความเข้มแข็งแก่ระบบสุขภาพอำเภอ ร่วมกันกำหนดประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตและดำเนินการ การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภาพรวม ตามกรอบ UCCARE 5 ระดับ พบว่าทุกอำเภอมีผลการประเมินส่วนใหญ่ ระดับ 4 คือ ผ่านเกณฑ์ไม่ต่ำกว่าระดับ 3 4) ด้านผลผลิต พบว่าประเด็นร่วมจังหวัด ได้แก่ ประเด็นที่ 1.การพัฒนาคุณภาพผู้สูงอายุ พบว่า ตัวชี้วัดที่ 1 ผู้สูงอายุได้รับการดูแลตามมาตรฐาน ร้อยละ 80 พบว่าผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 66.66 ตัวชี้วัดที่ 2.ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ได้รับได้รับการดูแลตามเกณฑ์ ร้อยละ 100 พบว่าผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 66.66 ประเด็นที่ 2 การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ตัวชี้วัด อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง ร้อยละ 20 ของมัธยฐาน 5 ปี ย้อนหลัง (พ.ศ.2558-2562) พบว่า ผ่านเกณฑ์ เป็นร้อยละ 33.33 ประเด็นที่ 3 การป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ตัวชี้วัด ไม่มีผู้ป่วยรายใหม่ในพื้นที่ พบว่า คิดเป็นร้อยละ 66.66 หากแยกเป็นรายอำเภอ พบว่า อำเภอที่มีผลลัพธ์ผ่านเกณฑ์ทุกประเด็น จำนวน 2 อำเภอ คิดเป็นร้อยละ 22.22 อำเภอที่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80 จำนวน 2 อำเภอ คิดเป็นร้อยละ 22.22 อำเภอที่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 60 จำนวน 2 อำเภอ คิดเป็นร้อยละ 22.22 อำเภอที่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 50 จำนวน 1 อำเภอ คิดเป็นร้อยละ 11.11 อำเภอที่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 40 จำนวน 1 อำเภอ คิดเป็นร้อยละ 11.11 และอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 20 คิดเป็นร้อยละ 11.11

คำสำคัญ: การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พขอ.),การประเมินโครงการแบบชิป(CIPP Model)

Abstract

This research aims to assess the district health board (DHB), Sakaeo Province, year 2020. The study model was an evaluation research using qualitative techniques studied from the relevant documents under the CIPP model assessment framework. The population of the study was selected individually from all districts in Sakaeo Province, totaling 9 districts. The study tool used the project evaluation report form district health board (DHB), Sakaeo Province, year 2020. The data collected from October 2020 - November 2020. The collected data were analyzed by quantitative analysis, descriptive statistics statistics include frequency and percentage, qualitative analysis for content, the research results can be summarized as follows:

The district health board (DHB), Sakaeo Province, 1) In terms of environment, it was found that In line with the national policy of Thailand 4.0, Thai Niyom is Sustainable and the 20-year National Health Development Strategy and operates under the Prime Minister's Office Regulations on the Development of Quality of Life at the Area 2018 in line with the policy of Sakaeo Province. There is a memorandum of agreement (MOU) made by the Governor of Sakaeo Province and the District Sheriff has determined 2 main issues: 1. Development of the elderly quality of life. 2. The control and prevention of dengue fever and districts define 1-3 issues of quality of life development district health board (DHB) that are problematic in each district. And since the epidemic of COVID 19 in March 2020 onwards, every districts have added issues in the area about the prevention and control of COVID 19 and in line with the Sakaeo Provincial Public Health Office policy appropriate to the context of the Sakaeo area. Since most of the area is rural area, Sakaeo Province, the way of life of the people in the community is in a self-sufficient way. 2) In terms of inputs, it was found that the personnel were sufficient. With the Provincial Governor of Sakaeo. There is a chairman and has the district sheriff as a committee, with the Sakaeo Provincial Public Health Doctor as the secretary, has established a district-level quality of life development committee, has established a sub-committee to drive each issue, a quality development committee is established life at the district level, with volunteerism and village health volunteers involved in driving the work. The budget from the Health Promotion Foundation

(Thai Health Promotion Foundation) used to drive the provincial level, it was found sufficient. The budget from the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, used for the administration of the district health board (DHB) was found to be insufficient. The budget for the quality of life development according to the problem of each district, most of them use the budget from the government sector, namely the local administration organization. Materials and equipment were found to be sufficient, the management system found that the provincial level had followed up the operation by having the chairperson of the quality of life development committee at the district level or the secretary of the district quality of life development committee summarizing the performance report according to the issue district problems and problems of the province at the meeting of the provincial department of Sakaeo every month and the National Health Security Office (NHSO) meeting every month. District level has a 6-month and 12-month performance summary meeting according to UCCARE guidelines and a performance summary meeting to assess projects and summarize lessons on quality of life development at district level in October 2020. 3) In terms of process, it was found that the model of health system management at the area level using “The area is a people-centered base” through the participatory work of the state, civil society and the private sector in accordance with the civil state approach to strengthening the district health system. The overall quality of life development at the district level according to the UCCARE 5-level framework found that all districts had most of the assessment results level 4 passed at least level 3. 4) Productivity, it was found that provincial issues were issues that 1. for the development of the quality of the elderly, it was found that Indicator 1: 80% of the elderly received standardized care found that they passed the criteria of 66.66%. Indicator 2. The elderly who stay on the bed with the house were given care according to the criteria of 100%, found that they passed the criteria of 66.66% Issue 2: Prevention and control of dengue fever, a measure of 20% of the median morbidity rate in the past 5 years (2015-2019) found that 33.33% passed the criteria. Issue 3: Prevention and control of COVID 19 Indicators of no new cases in the area were found to be 66.66% if separated by districts, it was found that the districts with results passed the criteria. Issue 3: Prevention and control of COVID 19 Indicators of no new cases in the area were found to be 66.66%, if separated by districts, it was found that the districts with results passed the criteria for all issues in 2 districts, representing a percentage point 22.22 districts that met the criteria 80% 2 districts, representing 22.22% districts that met the criteria 60% 2 districts or 22.22% districts that met the criteria 50% 1 district or 11.11% districts that met the criteria 40% in the number of 1 districts, 11.11% and districts that meet the criteria 20%, or 11.11%

Keywords: district health board (DHB), The Evaluation under the CIPP Model

บทนำ

การลงนามความร่วมมือ (MOU) ระหว่าง กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข สปสช. และ สสส. เมื่อวันที่ 30 มีนาคม 2560 เพื่อขับเคลื่อนนโยบายประชารัฐ โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health Board : DHB) มีวัตถุประสงค์เพื่อ ร่วมกันพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ โดยมีนายอำเภอเป็นประธาน ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องร่วมเป็นคณะกรรมการ ร่วมกันกำหนดเป้าหมาย

และประเด็นการพัฒนาคูณภาพชีวิตของ อำเภอร่วมกัน โดยใช้พื้นที่เป็นพื้นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง ด้วยการทำงานอย่างมีส่วนร่วมของ รัฐ ประชาสังคม และเอกชน มีเป้าหมายคือ ประชาชนพึ่งตนเองได้อย่างเหมาะสม (Self Care) และเกิดการบูรณาการทำงานของหน่วยต่าง ๆ ในพื้นที่ เพื่อลดความซ้ำซ้อน และเสริมการใช้บ ระหว่างหน่วยงาน จังหวัดสระแก้ว ได้จัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ครอบคลุมทุกอำเภอ โดยการนำของนายอำเภอทุกแห่ง ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว ได้จัดทำ

โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พขอ.) จังหวัดสระแก้ว ปี 2563 โดยมีการแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตจังหวัดสระแก้ว (พขจ.) ขึ้น โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดสระแก้วเป็นประธาน และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้วเป็นเลขานุการ และมีหัวหน้าส่วนราชการระดับจังหวัดที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งตัวแทนภาคเอกชน ภาคประชาชน เป็นคณะกรรมการฯ มีบทบาทหน้าที่ กำหนดนโยบาย สนับสนุนการดำเนินงาน กำกับติดตามผลการดำเนินงาน ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และในวันที่ 20 พฤศจิกายน 2562 มีการประชุมแลกเปลี่ยนการขับเคลื่อนพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีการทำบันทึกข้อตกลงการขับเคลื่อน และ พัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน ในระดับจังหวัด ระหว่าง ผู้ว่าราชการจังหวัดสระแก้ว กับ นายอำเภอทุกอำเภอ (ประธานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ) กำหนดนโยบาย ปี 2563 2 ประเด็นหลัก คือ 1.การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 2.การควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก การที่จะทราบว่าโครงการนั้นบรรลุเป้าหมาย หรือไม่เพียงใด จำเป็นต้องใช้กระบวนการประเมินโครงการ ซึ่งเป็นกระบวนการที่มุ่งแสวงหาคำตอบว่า นโยบายหรือแผนงานหรือโครงการใดบรรลุตาม วัตถุประสงค์หรือเป้าหมายหรือไม่ เพียงใด จุดมุ่งหมายของการประเมินผลโครงการ เพื่อเป็นเครื่องมือในการ ตัดสินใจต่อการดำเนินโครงการ ว่าควรจะยกเลิกหรือดำเนินต่อไปหรือปรับปรุงอะไรบ้าง เพื่อทราบความก้าวหน้าของการปฏิบัติตามโครงการ เพื่อศึกษาทางเลือกในการแสวงหาทางที่ดีที่สุด และเพื่อขยายผลโครงการหาผลการปฏิบัติเป็นไปตามวัตถุประสงค์ เป็นต้น โดยใช้เครื่องมือที่มีมาตรฐาน แม่นตรงและ เชื่อถือได้ ซึ่งได้แก่ การประเมินโครงการแบบชิป หรือ CIPP Model เป็นแนวคิดของสตีฟเฟิลปัม ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะประเมินโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พขอ.)จังหวัดสระแก้ว ปี 2563 เพื่อที่จะนำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนาและปรับปรุงโครงการให้เหมาะสมตามบริบทของ จังหวัดสระแก้วและบรรลุผลสัมฤทธิ์ตามเจตนารมณ์ของโครงการ ฯ ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) จังหวัดสระแก้ว ปี 2563

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยประเมินผล โดยใช้เทคนิคเชิงคุณภาพ ศึกษาจากเอกสารที่เกี่ยวข้องตามกรอบการประเมินของ CIPP Model ประชากรที่ศึกษา อำเภอ 9 อำเภอ ในพื้นที่จังหวัดสระแก้ว เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ใช้แบบรายงานการประเมินโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดสระแก้ว ปี 2563 ที่จัดทำขึ้นเพื่อเป็นเครื่องมือรวบรวมผลการประเมิน หลังจากดำเนินการโครงการเสร็จสิ้นแล้ว แบบประเมินโครงการ CIPP MODEL มีจำนวน 6 ตอน ดังนี้ ตอนที่ 1 การประเมินสภาวะแวดล้อม (Context Evaluation) จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ 1. นโยบายระดับชาติ,นโยบายจังหวัดสระแก้ว และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว2.บริบทพื้นที่ที่ ว่า“สอดคล้อง/เหมาะสม/”หรือไม่อย่างไร ตอนที่ 2 การประเมินปัจจัยนำเข้า (INPUT Evaluation) จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ 1. บุคลากร 2.งบประมาณ 3.วัสดุ และอุปกรณ์ 4.ระบบการบริหารจัดการ ว่า“เพียงพอ/เหมาะสม ”หรือไม่ อย่างไร ตอนที่ 3 ด้านกระบวนการ (Process Evaluation) แนวทางการประเมินคุณภาพการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตามองค์ประกอบ UCCARE ตอนที่ 4 ด้านผลผลิต (Product Evaluation) ประเมินผลลัพธ์รายประเด็นตามตัวชี้วัด การแปรผลผ่านเกณฑ์หมายถึง ผลลัพธ์ ได้ตามตัวชี้วัดที่กำหนด ตอนที่ 5 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ตอนที่ 6 ปัญหาอุปสรรค และแนวทางแก้ไข ตอนที่ 7 ข้อเสนอแนะ (ระดับอำเภอ และ ระดับจังหวัด) การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองจากแบบรายงานการประเมินโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พขอ.) จังหวัดสระแก้ว ปี 2563 เก็บข้อมูลหลังจากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นแล้ว โดยเก็บข้อมูลจากการรายงานของเลขานุการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยใช้มิติที่ประชุม สรุปคะแนนจากการประชุมสรุปถอดบทเรียนการดำเนินงาน ปี 2563 ของแต่ละอำเภอ เดือน ตุลาคม 2563 ข้อมูลที่รวบรวมได้นำมาวิเคราะห์ และสังเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตามกรอบการประเมินของ CIPP Model เดือน พฤศจิกายน 2563 การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลที่รวบรวมได้นำมาวิเคราะห์โดยข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Analysis) วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Analysis) นำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัย

การประเมินโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดสระแก้ว ปี 2563 1) ด้านสภาพแวดล้อม พบว่า สอดคล้องกับนโยบายระดับชาติ คือ Thailand 4.0 ไทยนิยมยั่งยืน และยุทธศาสตร์การพัฒนาสาธารณสุขระดับชาติ 20 ปี และดำเนินการภายใต้ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 สอดคล้องกับนโยบายจังหวัดสระแก้ว มีการทำบันทึกข้อตกลง (MOU) โดยผู้ว่าราชการจังหวัดสระแก้ว กับ นายอำเภอทุกอำเภอ ได้กำหนด 2 ประเด็นหลัก คือ 1.การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 2.การควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก และอำเภอกำหนดประเด็นพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.) ที่เป็นปัญหาของแต่ละอำเภอ จำนวน 1-3 ประเด็น และเนื่องจากมีการระบาดของโรคโควิด 19 ช่วงเดือน มีนาคม 2563 เป็นต้นมา ทุกอำเภอ จึงเพิ่มประเด็นปัญหาในพื้นที่ เรื่องการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 และสอดคล้องกับนโยบายสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ จังหวัดสระแก้ว เนื่องจากพื้นที่ส่วนใหญ่ เป็นเขตชนบท จังหวัดสระแก้ว วิถีชีวิตของคนใน ชุมชน อยู่แบบวิถีพอเพียง มีการส่งเสริมการใส่ใจแนวคิดทฤษฎีปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง 2) ด้านปัจจัยนำเข้า พบว่าบุคลากร มีเพียงพอ มีการจัดตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิต จังหวัดสระแก้ว(พชจ.) โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดสระแก้ว เป็นประธาน และนายอำเภอทุกอำเภอ เป็นคณะกรรมการ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว เป็นเลขานุการ มีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.) มีการจัดตั้งคณะอนุกรรมการ ในการขับเคลื่อนงานแต่ละประเด็น มีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล(พชต.) มีจิตอาสา และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ร่วมในการขับเคลื่อนงาน ได้รับงบประมาณจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ(สสส.) ใช้ในการขับเคลื่อนระดับจังหวัด พบว่าเพียงพอ งบประมาณจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ใช้สำหรับการบริหารจัดการ ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) พบว่าไม่เพียงพอ งบประมาณในการพัฒนาคุณภาพชีวิตรายประเด็น ตามปัญหาของแต่ละอำเภอ ส่วนใหญ่ใช้งบประมาณจากภาครัฐ คือ อปท. จากเงินบริจาค จากเงินบำรุงของหน่วยงาน พบว่าเพียงพอ วัสดุและอุปกรณ์ พบว่า มีเพียงพอ ระบบการ

บริหารจัดการ พบว่า ระดับจังหวัด มีการติดตามการดำเนินงาน โดยให้ประธานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.) หรือ เลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) สรุปรายงานผลการดำเนินงานตามประเด็นปัญหาของอำเภอและประเด็นปัญหาของจังหวัด ในที่ประชุมกรรมการจังหวัดสระแก้ว ทุกเดือน และที่ประชุม คปสจ.ทุกเดือน ระดับอำเภอมีการประชุมสรุปผลการดำเนินงาน รอบ 6 เดือนและ 12 เดือน ตามแนวทาง UCCARE และประชุมสรุปผลการดำเนินงานเพื่อประเมินโครงการและสรุปถอดบทเรียนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เดือน ตุลาคม 2563 3) ด้านกระบวนการ พบว่า รูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับพื้นที่ โดยใช้ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” ด้วยการทำงานอย่างมีส่วนร่วม ของรัฐ ประชาสังคม และเอกชน ตามแนวทางประชารัฐ เพื่อสร้างเสริมความเข้มแข็งแก่ระบบสุขภาพอำเภอ ร่วมกันกำหนดประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตและดำเนินการ การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภาพรวม ตามกรอบ UCCARE 5 ระดับ พบว่าทุกอำเภอมีผลการประเมินส่วนใหญ่ ระดับ 4 ซึ่งผ่านเกณฑ์ไม่ต่ำกว่าระดับ 3 4) ด้านผลผลิต พบว่าประเด็นร่วมจังหวัด ได้แก่ ประเด็นที่ 1.การพัฒนาคุณภาพผู้สูงอายุ พบว่า ตัวชี้วัดที่ 1 ผู้สูงอายุได้รับการดูแลตามมาตรฐาน ร้อยละ 80 พบว่าผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 66.66 ตัวชี้วัดที่ 2.ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ได้รับการดูแลตามเกณฑ์ ร้อยละ 100 พบว่าผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 66.66 ประเด็นที่ 2 การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ตัวชี้วัด อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง ร้อยละ 20 ของมัธยฐาน 5 ปี ย้อนหลัง (พ.ศ.2558-2562) พบว่า ผ่านเกณฑ์ เป็นร้อยละ 33.33 ประเด็นที่ 3 การป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ตัวชี้วัด ไม่มีผู้ป่วยรายใหม่ในพื้นที่ พบว่า ผ่านเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ 66.66 หากแยกเป็นรายอำเภอ พบว่า อำเภอที่มีผลลัพธ์ผ่านเกณฑ์ทุกประเด็น จำนวน 2 อำเภอ คิดเป็นร้อยละ 22.22 อำเภอที่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80 จำนวน 2 อำเภอ คิดเป็นร้อยละ 22.22 อำเภอที่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 60 จำนวน 2 อำเภอ คิดเป็นร้อยละ 22.22 อำเภอที่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 50 จำนวน 1 อำเภอ คิดเป็นร้อยละ 11.11 อำเภอที่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 40 จำนวน 1 อำเภอ คิดเป็นร้อยละ 11.11 และอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 20 คิดเป็นร้อยละ 11.11

อภิปรายผล

1.การประเมินสภาวะแวดล้อม (Context Evaluation) พบว่า สอดคล้องกับนโยบายระดับชาติ และดำเนินการภายใต้ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 มีความสอดคล้องกับนโยบายจังหวัดสระแก้ว มีการทำบันทึกข้อตกลง (MOU) โดยท่านผู้ว่าราชการจังหวัดสระแก้ว กับ นายอำเภอทุกอำเภอ ซึ่งผู้ว่าราชการจังหวัดสระแก้ว ได้กำหนดนโยบายในการขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พขอ.)จังหวัดสระแก้ว ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ใน 2 ประเด็นหลัก คือ 1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 2.การควบคุมและป้องกันโรคใช้เลือดออก และอำเภอ กำหนดประเด็นในการขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พขอ.) ที่เป็นปัญหาของแต่ละอำเภอ จำนวน 1-3 ประเด็น และสอดคล้องกับนโยบายสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่จังหวัดสระแก้ว เนื่องจากพื้นที่ส่วนใหญ่ เป็นเขตชนบท จังหวัดสระแก้ว วิถีชีวิตของคนใน ชุมชน อยู่แบบวิถีพอเพียง มีการส่งเสริมการใช้อนุรักษ์วิถีปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง เพื่อลดปัญหาสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของประชาชน และเนื่องจากมีการระบาดของโรคโควิด 19 ช่วงเดือน มีนาคม 2563 เป็นต้นมา ทุกอำเภอ จึงเพิ่มประเด็นปัญหาในพื้นที่ เรื่องการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 สอดคล้องกับการศึกษา ของ มานพ ฉลาดธัญญกิจ(2561) ศึกษาการดำเนินงานคณะกรรมการคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) จังหวัดสกลนคร พบว่า มีการกำหนดกลยุทธ์ที่ชัดเจน นายอำเภอในฐานะ ประธานคณะกรรมการ พขอ. มีความสำคัญ มีภาคีเครือข่ายเข้มแข็ง มีระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ 2561 มีการจัดโครงสร้างองค์กรที่มีการแบ่งอำนาจหน้าที่ ปักจายภายนอกองค์กร ที่มีผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ปักจายทางการเมืองและนโยบาย (political) มีการกำหนดนโยบายระดับชาติ คือ Thailand 4.0 ไทยนิยมยั่งยืน และยุทธศาสตร์การพัฒนาสาธารณสุขระดับชาติ 20 ปี

2.การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation) พบว่า บุคลากร มีเพียงพอโดย มีการจัดตั้ง คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดสระแก้ว (พขอ.) โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดสระแก้วเป็นประธานและมีนายอำเภอทุกอำเภอเป็นคณะกรรมการ มีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้วเป็นเลขานุการ สอดคล้องกับการศึกษาของ ฤทัยวรรณวุฒิ (2560) ศึกษาแนวทางในการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพ โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ

ชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ ศึกษาเฉพาะกรณีอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า มีทีมทำงาน อนุกรรมการ ที่เหมาะสมให้เกิดเอกภาพและความต่อเนื่องในการทำงาน มีโครงสร้างกำหนดทิศทางภาพรวมระดับจังหวัดเพื่อการกำกับและติดตามพื้นที่โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน มีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนั้นๆเป็นเลขานุการ จังหวัดสระแก้วมีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พขอ.) ในทุกอำเภอมีการจัดตั้งคณะอนุกรรมการ ในการขับเคลื่อนงานแต่ละประเด็น การขับเคลื่อนร่วมกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน รวมทั้ง มีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล(พขอ.) เพื่อนำประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอไปขับเคลื่อนในระดับตำบล หมู่บ้านต่อไป รวมทั้ง มีจิตอาสา และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ร่วมในการขับเคลื่อนงาน สอดคล้องกับการศึกษา ของ สุวพงศ์ กิติภัทย์พิบูลย์ (2560-2561) ศึกษาการลดความเหลื่อมล้ำในการให้บริการทางสุขภาพ โดย กลไก คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) : District Health Board (DHB) กรณีศึกษาพื้นที่อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น จากการศึกษาพบว่า มีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พขอ.) เพื่อให้สามารถ เข้าถึงประชาชนลดความเหลื่อมล้ำในระดับพื้นที่ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ จังหวัดสระแก้วได้รับงบประมาณ ดังนี้ 1.งบประมาณจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ(สสส.) ใช้ในการขับเคลื่อนระดับจังหวัด พบว่าเพียงพอ 2.งบประมาณจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ใช้สำหรับการบริหารจัดการ ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) พบว่าไม่เพียงพอ 3.งบประมาณในการพัฒนาคุณภาพชีวิตรายประเด็น ตามปัญหาของแต่ละอำเภอ ส่วนใหญ่ใช้งบประมาณจาก ภาครัฐ ได้แก่ อันดับ 1 งบประมาณจาก อปท. อันดับ 2 งบประมาณจากเงินบริจาค อันดับ 3 งบประมาณจากเงินบำรุงของหน่วยงาน พบว่าเพียงพอ วัสดุและอุปกรณ์ พบว่า ทุกอำเภอ มีเพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษา ของ สุวพงศ์ กิติภัทย์พิบูลย์ (2560-2561) ศึกษาการลดความเหลื่อมล้ำในการให้บริการทางสุขภาพ โดย กลไก คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) : District Health Board (DHB) กรณีศึกษาพื้นที่อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น พบว่า งบประมาณที่ได้รับการจัดสรรให้พขอ. โดยตรงเป็นงบดำเนินงาน ไม่เพียงพอต่อ การบริหารจัดการ ที่ผ่านมาใช้เป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการของ คณะกรรมการ งบประมาณที่ใช้ในการพัฒนาเป็นงบประมาณ

ของส่วนราชการแต่ละหน่วยได้นำมา บูรณาการจัดทำโครงการร่วมกัน งบประมาณที่ใช้ขับเคลื่อนการทำงานยังมาจากงบบูรณาการของอำเภอ น้ำพอง และได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน เหล่ากาชาดจังหวัดมูลนิธิ องค์การการกุศล และภาคประชาชน ด้านระบบการบริหารจัดการจังหวัดสระแก้ว พบว่า ระดับจังหวัด มีการติดตามการดำเนินงาน โดยให้ประธานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.) หรือ เลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) สรุปรายงานผลการดำเนินงานตามประเด็นปัญหาของอำเภอและประเด็นปัญหาของจังหวัด ในที่ประชุมกรรมการจังหวัดสระแก้ว ทุกเดือน และที่ประชุม คปสจ.ทุกเดือน ระดับอำเภอมีการประชุมสรุปผลการดำเนินงาน รอบ 6 เดือนและ 12 เดือนตามแนวทาง UCCARE และประชุมสรุปผลการดำเนินงานเพื่อประเมินโครงการและสรุปถอดบทเรียนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ปีละ 1 ครั้ง เดือน ตุลาคม 2563 และเพื่อจัดทำแผนพัฒนาปี 2564

3.การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation) พบว่าทุกอำเภอ มีการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ซึ่งมีรูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับพื้นที่โดยใช้ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” ด้วยการทำงานอย่างมีส่วนร่วม ของรัฐ ประชาสังคม และเอกชน ตามแนวทางประชารัฐ เพื่อสร้างเสริมความเข้มแข็งแก่ระบบสุขภาพอำเภอ ร่วมกันกำหนดประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตและดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภาพรวม ตามกรอบ UCCARE 5 ระดับ พบว่าทุกอำเภอมีผลการประเมินกระบวนการ ตาม UCCARE 5 ระดับ ผ่านเกณฑ์ไม่ต่ำกว่าระดับ 3 ทุกประเด็น การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอทุกประเด็น ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ พบว่าอำเภอทั้ง 9 อำเภอ ผลการประเมิน ระดับสอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีเรือน ดีพูน ประเสริฐ ประสมรักษ์ (2562) ศึกษาประสิทธิภาพของกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบ สุขภาพระดับอำเภอ ในพื้นที่นำร่อง อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าการประเมินการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตามองค์ประกอบ UCCARE จากการประเมินก่อนและหลังการดำเนินการ ในไตรมาสที่ 4 พบว่า มี 3 ประเด็น ที่มีระดับการพัฒนาเพิ่มขึ้น จากการประเมินในรอบที่ 1 ทั้งนี้องค์ประกอบด้าน Essential Care มีการยกระดับมากที่สุด ส่วนองค์ประกอบด้าน Appreciation มีการเปลี่ยนแปลงน้อยที่สุด ด้านการดูแล ผู้ด้อยโอกาส และผู้มีภาวะพึ่งพิง อยู่ในระดับ 4 ด้านผลลัพธ์อยู่ระดับมาก

องค์ประกอบการ ทำงานร่วมกัน (Unity Team: U) อยู่ในระดับปานกลาง การให้บริการสุขภาพที่ จำเป็น (Essential Care: E) อยู่ในระดับมาก การแบ่งปันและการพัฒนาบุคลากร (Recourses and Sharing: R) อยู่ในระดับ มาก การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน (Community Participation: C) อยู่ในระดับ มาก การทำงานจนเกิดคุณค่า (Appreciation: A) ระดับปานกลาง

4.การประเมินผลผลิต (Product Evaluation) พบว่า ประเด็นร่วมจังหวัด ได้แก่ ประเด็นที่ 1.การพัฒนาคุณภาพผู้สูงอายุ พบว่า ตัวชี้วัดที่ 1 ผู้สูงอายุได้รับการดูแลตามมาตรฐาน ร้อยละ 80 พบว่าผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 66.66 พบว่าผลงานรวมจังหวัดสระแก้ว ร้อยละ 83.75 ตัวชี้วัดที่ 2. ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ได้รับการดูแลตามเกณฑ์ ร้อยละ 100 พบว่าผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 66.66 พบว่าผลงานรวมจังหวัดสระแก้ว ร้อยละ 90.25 โดยผู้ว่าราชการจังหวัดสระแก้ว และนายอำเภอ ทุกอำเภอ ออกเยี่ยมผู้สูงอายุ 100 ปี ที่ติดบ้านติดเตียง พร้อมมอบถุงยังชีพ และเวชภัณฑ์ในการดูแลแก่ญาติ ปรับปรุงที่อยู่อาศัย โดยได้รับการสนับสนุนจากเหล่ากาชาดจังหวัดสระแก้ว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสระแก้ว โรงพยาบาล เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล และส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง เทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล ทุกแห่ง (65 แห่ง) เข้าร่วมกองทุน Long Term Care กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในพื้นที่ จำนวน 2,066 คน จัดศูนย์เตียงที่วัด เพื่อจัดหาเตียง และอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ติดเตียงในชุมชน จำนวน 4 วัด คือวัดป่าเขาย้อยผาแดง วัดเหล่าอ้อย วัดบึงพระราม วัดป่าไผ่พัฒนาราม โดยการสนับสนุนจากพระสังฆาธิการสระแก้ว ประเด็นที่ 2 การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ตัวชี้วัด อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง ร้อยละ 20 ของมัธยฐาน 5 ปี ย้อนหลัง (พ.ศ.2558-2562) คือ อัตราป่วยไม่เกิน 69.33 ต่อแสนประชากร พบว่า อำเภอผ่านเกณฑ์ เป็นร้อยละ 33.33 พบว่ามีการดำเนินโดยการมีส่วนร่วมของ ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน จัดอาสา,อสม.ใช้ Application อสม.ออนไลน์ ในการควบคุมโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้าน สสำรวจค่า HI,CI ร้อยละ 100 ผลงานภาพรวมจังหวัดสระแก้ว อัตราป่วย 91.47 ต่อแสนประชากร ไม่ผ่านเกณฑ์ แต่เมื่อเทียบอัตราป่วยระดับประเทศ ปี 2563 เป็นอันดับที่ 31 ต่ำกว่า ปี 2562 ซึ่งเป็นอันดับที่ 12 ประเด็นที่ 3 การป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ตัวชี้วัด ไม่มีผู้ป่วยรายใหม่ในพื้นที่ พบว่า คิดเป็นร้อยละ

66.66 พบว่า ผู้ว่าราชการจังหวัดสระแก้ว และนายอำเภอ ทุกอำเภอ ออกเยี่ยมผู้สูงอายุ และผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง พร้อมมอบถุงยังชีพ และเครื่องอุปโภค บริโภค ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 โดยได้รับการสนับสนุนจากเหล่ากาชาดจังหวัดสระแก้ว อสม.เคาะประตูบ้านต้านโควิด 126,245 หลังคาเรือน 59.32% อสม.ติดตามเยี่ยม HQ 21,416 คน ทำให้ผลงานในภาพจังหวัดสระแก้ว สามารถควบคุมโรคโควิด 19 ได้ จังหวัดสระแก้วไม่มีผู้ป่วยรายใหม่ เพิ่มขึ้นในพื้นที่ ตั้งแต่วันที่ 4 เมษายน 2563 ถึง เดือน พฤศจิกายน 2563 และ พชอ. 5 อำเภอได้รับรางวัลระดับประเทศ ในการใช้กลไก พชอ. ควบคุมโรคโควิด 19 และได้รับเงินรางวัลอำเภอละ 5,000 บาทจากกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ อ.วัฒนานคร อ.อรัญประเทศ อ.โคกสูง อ.วังน้ำเย็น และวังสมบูรณ์ หากแยกเป็นรายอำเภอพบว่า อำเภอที่มีผลลัพธ์ผ่านเกณฑ์ทุกประเด็น จำนวน 2 อำเภอ คิดเป็นร้อยละ 22.22 อำเภอที่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80 จำนวน 2 อำเภอ คิดเป็นร้อยละ 22.22 อำเภอที่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 60 จำนวน 2 อำเภอ คิดเป็นร้อยละ 22.22 อำเภอที่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 50 จำนวน 1 อำเภอ คิดเป็นร้อยละ 11.11 อำเภอที่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 40 จำนวน 1 อำเภอ คิดเป็นร้อยละ 11.11 และอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 20 คิดเป็นร้อยละ 11.11

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้

1.1 นโยบายในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.) ในระดับจังหวัดมีความสำคัญ ควรจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดสระแก้ว (พชจ.) เพื่อกำหนดนโยบาย และประเด็นที่เป็นปัญหาร่วมระดับจังหวัด มีการประกาศนโยบายให้ส่วนราชการระดับจังหวัดทราบ และมีการสร้างกระแสและประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบ มีการทำ MOU ระหว่างผู้ว่าราชการจังหวัด กับนายอำเภอ จะส่งผลให้เกิดการขับเคลื่อนที่ชัดเจนมีจุดมุ่งหมายในทิศทางเดียวกันทั้งจังหวัด ซึ่งประเด็นที่กำหนดควรมีการวิเคราะห์ ความสำคัญและเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อประชาชนในวงกว้าง

1.2 การขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ต้องมีอนุกรรมการในการขับเคลื่อนเพื่อเป็นรับผิดชอบหลักในแต่ละประเด็น และมีหน่วยงานภาครัฐที่รับผิดชอบเป็นเลขานุการ รวมทั้ง มีคณะกรรมการพัฒนา

คุณภาพชีวิตระดับตำบล(พชต.) เพื่อดำเนินการในตำบลและหมู่บ้านต่อไป ซึ่งจะส่งผลในภาพรวมระดับอำเภอและระดับจังหวัด

1.3 การกำหนดประเด็นปัญหาที่จะขับเคลื่อน พร้อมทั้งกำหนดตัวชี้วัดสำหรับประเมิน ความสำเร็จ จะต้องมีการถ่ายทอดสู่ ระดับตำบล หมู่บ้าน และมีเจ้าภาพรับผิดชอบชัดเจน จึงจะทำให้มีทิศทางการขับเคลื่อนที่ ชัดเจน และนำไปสู่การวัดผลลัพธ์ได้อย่าง เป็นรูปธรรมเพื่อต่อยอดพัฒนาต่อไป

1.4 กระบวนการติดตามต่อเนื่อง ผ่านเวทีการประชุมทั้งระดับ พชต., และ พชอ. ,พชจ. และการถอดบทเรียนในพื้นที่ ทำให้ส่งผล ต่อการขับเคลื่อนเป้าหมายงานให้ประสบความสำเร็จ และได้นวัตกรรม และ ประเด็นพัฒนาต่อไป

1.5 ประเด็นปัญหา ควรสะท้อนถึงคุณภาพชีวิตด้านอื่น นอกเหนือจากทางสุขภาพ หากสามารถเป็นประเด็นที่เกิดจากการสะท้อนจากประชาชน ชุมชน เพื่อจัดลำดับปัญหาที่แก้ไข ได้ตรงกับที่ความต้องการประชาชนและศักยภาพของพื้นที่ รวมทั้งอาจจะเพิ่มความร่วมมือจากประชาชน

1.6 งบประมาณในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตรายประเด็นควรให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมโดยเฉพาะภาคประชาชน และภาคเอกชน จะทำให้เกิดความเป็นเจ้าของความภาคภูมิใจในการดำเนินงานและเกิดการพึ่งพาตนเองของประชาชนอย่างแท้จริง

1.7 บุคลากรที่เข้าร่วมทำงาน ควรเป็นจิตอาสา ,อสม.,อาสาสมัครต่าง ๆ รวมทั้งภาคเอกชน ซึ่งจะทำให้ได้แนวทางการทำงานที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชาชน และได้แนวทางใหม่ๆจากภาคเอกชน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การวิจัยครั้งต่อควรวิจัยการประเมินผลลัพธ์ ที่กระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของประชาชนที่แท้จริง แบบองค์รวม ทั้งกาย จิต สังคม

2.2 การประเมินความพึงพอใจของประชาชนที่ได้รับผลจากโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ที่สะท้อนคุณภาพชีวิตที่แท้จริง

2.3 วิเคราะห์ความคุ้มค่าของทรัพยากรเพื่อเปรียบเทียบกับผลลัพธ์คุณภาพชีวิตของประชาชน

เอกสารอ้างอิง

- มานพ ฉลาดธัญญกิจ.(2561). การดำเนินงานคณะกรรมการคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)จังหวัด สกลนคร.
- ศรีเรือน ดีพูน, ประเสริฐ ประสมรักษ์. (2562). ประสิทธิภาพของกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต และระบบสุขภาพระดับอำเภอ ในพื้นที่นาร่อง อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ.
- ฤทัย วรรณวนิจ. (2560). แนวทางในการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพ โดยคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิต และระบบสุขภาพอำเภอ ศึกษาเฉพาะกรณีอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ.
- สุวพงศ์ กิติภัทย์พิบูลย์. (2560-2561). การลดความเหลื่อมล้ำในการให้บริการทางสุขภาพ โดย กลไก คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) : District Health Board (DHB) กรณีศึกษาพื้นที่อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว. (2559). รายงานประเมินโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.) จังหวัดสระแก้ว ปี 2563.
- สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย. (2560).เอกสารประกอบการอธิบาย (ร่าง) ระเบียบสำนัก นายกรัฐมนตรี ว่าด้วย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ. 2560.นนทบุรี: บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด.
- สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย. (2561).คู่มือแนวทางการดำเนินงานตามระเบียบนายกรัฐมนตรี ว่าด้วย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ. 2561กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย.
- กระทรวงสาธารณสุข.(2563).รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2563.

การพัฒนาระบบการควบคุมภายในโรงพยาบาลนากลาง

The development of the internal control system of Naklang Hospital

(Received: September 10,2020 ; Accepted: November 18,2020)

นันท์รัตน์ ไชยาน

Nantharat Jaikan

นักจัดการงานทั่วไป ฝ่ายบริหารทั่วไป โรงพยาบาลนากลาง

General task manager General Administration Naklang Hospital.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู

Nong Bua Lam Phu Provincial Public Health Office.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาระดับเพื่อศึกษาระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลนากลางที่มีต่อการพัฒนาระบบการควบคุมภายในโรงพยาบาล นากลาง 2) เพื่อเปรียบเทียบระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลนากลางที่มีต่อการพัฒนาระบบการควบคุมภายในโรงพยาบาลนากลาง จำแนกตามเพศ อายุ การศึกษา และประสบการณ์การทำงาน ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลนากลาง อำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู นวน 147 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้การหาค่าร้อยละ และค่าความถี่ การหาค่าเฉลี่ย การหาค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) Independent Sample t-test และ F-test (Analysis of Variance : ANOVA)

ผลการวิจัยพบว่า 1) ผลการศึกษาการพัฒนาระบบการควบคุมภายในโรงพยาบาลนากลาง อำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู พบว่า โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก 2) บุคลากรในโรงพยาบาลนากลาง ที่มีเพศแตกต่างกันมีการพัฒนาระบบการควบคุมภายในไม่แตกต่างกัน บุคลากรในโรงพยาบาลนากลาง ที่มีอายุ การศึกษา และประสบการณ์ แตกต่างกันมีการพัฒนาระบบการควบคุมภายในแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: การพัฒนา ,การควบคุม ,การควบคุมภายใน ,ระบบการควบคุมภายใน

Abstract

This research aimed to 1) to study the level of opinions of staff at Nadine Fang Hospital on the development of the Nathan Hospital control system 2) to study the level of opinions of staff in the hospital. In the Fang swamp towards The development of supervision system of Nadi Hospital, training, education and management of the work of the department in this study was the staff of the Nadi Hospital. Lom Sak District, Nakhon Pathom Province, 147 people used for data collection were statistics. The data were analyzed by using percentage and scientific values, rent determination, normal deviation (SD) determination, independent samples, t-test and F-test (Analysis of Variance: ANOVA).

The results of the research were as follows: 1) The study of the development of the internal control system of Nadisang Hospital, Nadam District, Lam Luk Ka Province, found that the total quarantine was at a high level. The internal control was not different in the Nadine Fang Hospital, where the educational process and different stages had a statistically significant difference in internal control development at 0.05 level.

Keywords: Development, Control, Internal Control , Internal control system

บทนำ

ระบบการควบคุมภายในเป็นกลไกที่สำคัญและเป็นเครื่องมือในการบริหารงานในหน่วยงานไม่ว่าจะเป็นการจัดการในภาครัฐหรือเอกชนทั้งขนาดเล็กและขนาดใหญ่ ระบบการควบคุมภายในจะช่วยควบคุมหรือลดความเสี่ยงของหน่วยงานให้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ซึ่งจะทำให้การปฏิบัติงานและการจัดการของหน่วยงานบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้อย่างมีประสิทธิภาพ การควบคุมภายใน (Internal Control) เป็นกระบวนการปฏิบัติงานที่บุคลากรในองค์กรโดยคณะกรรมการบริหาร ผู้บริหารทุกระดับ และพนักงานทุกคนมีบทบาทร่วมกันในการจัดให้มีขึ้นเพื่อสร้างความเชื่อมั่นอย่างสมเหตุสมผลว่าการปฏิบัติงานจะบรรลุวัตถุประสงค์ สามารถบรรลุเป้าหมาย และให้เกิดผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลซึ่งครอบคลุมถึงกระบวนการในการจัดการวิธีการหรือเครื่องมือต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดองค์กร ซึ่งการควบคุมภายในนั้นมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล 2) เพื่อให้มีข้อมูลและรายงานทางการเงินที่ถูกต้องครบถ้วนและเชื่อถือได้ และ 3) เพื่อให้บุคลากรมีการปฏิบัติตามนโยบาย กฎหมาย เงื่อนไขสัญญา ข้อตกลง ระเบียบ ข้อบังคับต่าง ๆ ของหน่วยงานอย่างถูกต้องและครบถ้วนจึงนับว่าการควบคุมภายในมีความสำคัญมาก (กรมบัญชีกลาง, 2553) เพราะว่าการดำเนินงานขององค์กรต่าง ๆ นั้นทุกองค์กรย่อมมุ่งหวังให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กำหนดไว้ มีความเจริญก้าวหน้าอย่างต่อเนื่องและมั่นคง หากแต่โอกาสที่องค์กรจะประสบกับความเสี่ยง ความเสียหาย จากการดำเนินงานหรือมีการทุจริตอาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา โดยเฉพาะอย่างยิ่งแต่เมื่อองค์กรมีขนาดใหญ่ขึ้นมีปริมาณงานมากขึ้นส่งผลให้การดำเนินงานมีความยุ่งยากซับซ้อนมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโลกยุคโลกาภิวัตน์ในปัจจุบัน องค์กรต่าง ๆ ต้องรับผลกระทบจากกระแสสำคัญ เช่น เศรษฐกิจเสรีไร้พรมแดน (Global Market Economy) สังคมบนฐานแห่งความรู้ (Knowledge-based Society) และกระแสประชาธิปไตย และธรรมาภิบาล (Democratic Governance) จะสังเกตพบว่าสภาพแวดล้อมในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงและแข่งขันกันอย่างรุนแรง ผู้บริหารเพียงคนเดียวไม่อาจควบคุมดูแลได้อย่างทั่วถึงและไม่สามารถบริหารงานได้อย่างมีประสิทธิภาพจึงจำเป็นต้องคิดหาวิธีการหรือเครื่องมือที่จะมาช่วยให้การบริหารงานประสบผลสำเร็จ การควบคุมภายในเป็นเครื่องมือหนึ่งที่จะช่วยควบคุมการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กำหนดไว้ช่วยป้องกันและรักษาทรัพย์สินขององค์กรและช่วยให้

การปฏิบัติงานในขั้นตอนต่างๆ เป็นไปอย่างถูกต้องเหมาะสม รวมทั้งป้องปราม หลีกเลี่ยง หรือลดความเสี่ยงให้เหลือน้อยที่สุด ระบบการควบคุมภายในจึงมีความจำเป็นและเกี่ยวข้องกับความสำเร็จในการดำเนินงานขององค์กรอย่างมากซึ่งการควบคุมภายในนั้นสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน (2554) และพระราชบัญญัติวินัยการเงินการคลังของรัฐ พ.ศ.2561 ได้นำมาประยุกต์ใช้ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ 1) สภาพแวดล้อมการควบคุม (Control Environment) 2) การประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment) 3) กิจกรรมการควบคุม (Control Activities) 4) สารสนเทศและการสื่อสาร (Information and Communication) และ 5) การติดตามและประเมินผล (Monitoring and Evaluation) ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดัดแปลงองค์ประกอบเหล่านี้มาเป็นตัวแปรในการศึกษา 3 องค์ประกอบ คือ 1) ด้านสภาพแวดล้อมของการควบคุมและกิจกรรมควบคุม 2) ด้านการประเมินความเสี่ยง และ 3) ด้านสารสนเทศและการสื่อสาร/การติดตามและประเมินผล ทั้งนี้เพราะเป็นตัวแปรที่สอดคล้องกับการปฏิบัติจริงมากที่สุด

โรงพยาบาลนากลาง เป็นโรงพยาบาลขนาด 60 เตียง ให้บริการประชาชนในด้านพัฒนาคุณภาพเพื่อให้ผู้รับบริการ ได้รับบริการที่มีคุณภาพ ปลอดภัย พึงพอใจ ด้านส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม พึ่งตนเองได้ พัฒนาหน่วยปฐมภูมิมีคุณภาพ บริการสุขภาพเชื่อมโยงใน CUP ด้านพัฒนาระบบ ระบบข้อมูลน่าเชื่อถือ มีการจัดการความรู้องค์การพัฒนาระบบการเงินการคลังให้มีสถานะทางการเงินที่มั่นคง ในด้านการดำเนินงานด้านการควบคุมภายในของโรงพยาบาลนากลางที่ผ่านมา ได้ดำเนินการตามสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน(2554) และพระราชบัญญัติวินัยการเงินการคลังของรัฐ พ.ศ. ๒๕๖๑ ผลการดำเนินพบว่า เจ้าหน้าที่ยังไม่ปฏิบัติตามแนวทางของระบบการควบคุมภายในที่หน่วยงานตั้งไว้ และไม่เกิดประสิทธิภาพตามวัตถุประสงค์ของระบบการควบคุมภายใน การบริหารจัดการของยังขาดประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพและไม่ปรับตัวให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดความล่าช้าในการปฏิบัติงาน ความสิ้นเปลือง ความสูญเสีย ความไม่ประหยัด เกิดข้อผิดพลาดบกพร่อง การรั่วไหลทุจริตคอร์รัปชัน การประพฤติมิชอบ และปัญหาความขัดแย้งทางผลประโยชน์ก่อให้เกิดผลการดำเนินงานที่บกพร่องผิดพลาดและไม่บรรลุตามเป้าหมาย

จากความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเพื่อให้ทราบถึงระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลนากลางที่มีต่อการพัฒนาระบบการควบคุมภายในโรงพยาบาลนากลาง เพื่อเปรียบเทียบระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล

นากลางที่มีต่อการพัฒนาระบบการควบคุมภายในโรงพยาบาลนากลาง จำแนกตามเพศ อายุ การศึกษา และประสบการณ์การทำงาน ทั้งนี้เพื่อนำผลที่ได้จากการวิจัยใช้เป็นแนวทางการพัฒนาระบบการควบคุมภายในทั้งในด้านสภาพแวดล้อมของการควบคุม การประเมินความเสี่ยง กิจกรรมการควบคุม สารสนเทศและการสื่อสาร การติดตาม ประเมินผล และเพื่อหาแนวทางแก้ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการควบคุมภายในของโรงพยาบาลนากลาง เพื่อให้เกิดประโยชน์สำหรับการนำมาปรับใช้ในการบริหารจัดการองค์กรภาครัฐที่เป็นโรงพยาบาลชุมชนให้เกิดการบริหารงานที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลนากลางที่มีต่อการพัฒนาระบบการควบคุมภายในโรงพยาบาลนากลาง
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลนากลางที่มีต่อการพัฒนาระบบการควบคุมภายในโรงพยาบาลนากลาง จำแนกตามเพศ อายุ การศึกษา และประสบการณ์การทำงาน

สมมติฐาน

1. เพศแตกต่างกันมีผลต่อการพัฒนาระบบการควบคุมในโรงพยาบาล นากลาง แตกต่างกัน
2. อายุแตกต่างกันมีผลต่อการพัฒนาระบบการควบคุมในโรงพยาบาล นากลาง แตกต่างกัน
3. ระดับการศึกษาแตกต่างกันมีผลต่อการพัฒนาระบบการควบคุมในโรงพยาบาลนากลาง แตกต่างกัน
4. ประสบการณ์การทำงานแตกต่างกันมีผลต่อการพัฒนาระบบการควบคุมในโรงพยาบาลนากลาง แตกต่างกัน

วิธีการวิจัย

ในการศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative Research) เก็บรวบรวมข้อมูล มกราคม 2562- มิถุนายน 2562

ประชากร กลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมายในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ คณะเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลนากลาง อำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู ซึ่งมาจำนวนทั้งสิ้น 234 คน

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำสูตรของ Yamanae (1973) มากำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้ตัวอย่าง จำนวน 147 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม (questionnaire) ซึ่งเป็นเครื่องมือการวิจัยที่ประกอบด้วยชุดของคำถามเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการควบคุมภายในโรงพยาบาลนากลาง อำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ตอน คือ

ตอนที่ 1 เป็นแบบตรวจสอบรายการข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (checklist)

ตอนที่ 2 เป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) โดยลักษณะของคำถามจะมีข้อความที่มีคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ลักษณะเป็นมาตราส่วนแบบลิเคิร์ต (Likert's five rating scale) เพื่อสอบถามระดับความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการควบคุมภายในโรงพยาบาลนากลาง อำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู

ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อสอบถามทัศนคติและระดับความคิดเห็นของคณะเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลนากลาง อำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู ประกอบด้วยแบบตรวจสอบรายการ (checklist) และแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) ซึ่งจะเป็นมาตราจำแนกความหมาย (The Semantic Differential Scaling) โดยลักษณะของคำถามจะมีข้อความที่มีคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ลักษณะเป็นมาตราส่วนแบบลิเคิร์ต (likert scale) ตามแนวคิดของ Likert (1961) ในการวัดค่าแต่ละข้อเป็นแบบมาตราประมาณค่ารวม (Summative Scale) ซึ่งเป็นเทคนิคของ Rensis A. Likert ที่ใช้วัดเป็นมาตราประเมินค่า (Rating Scale) โดยให้เลือกตอบ 5 ระดับ ดังนี้

มากที่สุด = 5 คะแนน

มาก = 4 คะแนน

ปานกลาง = 3 คะแนน

น้อย = 2 คะแนน

น้อยที่สุด = 1 คะแนน

การแปลความหมายของคะแนน พิจารณาจากค่าเฉลี่ย (Mean) ของคะแนนโดยกำหนดเกณฑ์ในการวิเคราะห์ไว้ดังนี้ (บุญชม ศรีสะอาด, 2547)

คะแนนเฉลี่ย 4.51 - 5.00 หมายถึง ความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.51 - 4.50 หมายถึง ความ
คิดเห็นอยู่ในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.51 - 3.50 หมายถึง ความ
คิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.51 - 2.50 หมายถึง ความ
คิดเห็นอยู่ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.50 หมายถึง ความ
คิดเห็นอยู่ในระดับน้อยที่สุด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การหาค่าร้อยละ (percentage) และค่าความถี่ (frequency) การหาค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) เพื่อหาค่าคะแนนเฉลี่ยในคำถามแต่ละข้อ การหาค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

สถิติทดสอบสมมติฐาน ได้แก่ Independent Sample t-test และสถิติ F-test (Analysis of Variance : ANOVA)

ผลการวิจัย

1. ประชากรตัวอย่างผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 147 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 113 คน คิดเป็นร้อยละ 76.9 รองลงมาเป็นเพศชาย จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 23.1 ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 35 ปี จำนวน 126 คน คิดเป็นร้อยละ 85.7 รองลงมาอายุ 31 - 35 ปี คิดเป็นร้อยละ 7.5 และอายุ 25 - 30 ปี จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 6.8 ตามลำดับ ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ระดับการศึกษาปริญญาตรี หรือเทียบเท่า จำนวน 136 คน คิดเป็นร้อยละ 92.5 รองลงมาระดับการศึกษาปริญญาโทหรือเทียบเท่า จำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.4 และระดับการศึกษาอนุปริญญาหรือเทียบเท่า จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 2.0 ตามลำดับ ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 55.1 รองลงมาประสบการณ์การทำงาน 16 - 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 27.9 และประสบการณ์การทำงาน 11 - 15 ปี คิดเป็นร้อยละ 8.8 ประสบการณ์การทำงาน 6 -10 จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 5.4 ประสบการณ์การทำงานไม่เกิน 5 ปี จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 2.7 ตามลำดับ ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ตำแหน่งเจ้าหน้าที่ จำนวน 113 คน คิดเป็นร้อยละ 76.90 และรองลงมาตำแหน่งผู้บริหาร จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 23.1 ตามลำดับ

2. ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 คือ เพื่อศึกษาระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลนากลางที่มีต่อการพัฒนาระบบการควบคุมภายในโรงพยาบาลนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู ผลการวิจัยพบว่า

2.1 การพัฒนาระบบการควบคุมภายในมีองค์ประกอบที่สำคัญ ประกอบด้วย ด้านสภาพแวดล้อมของการควบคุมและกิจกรรมการควบคุม ด้านการประเมินความเสี่ยง และด้านสารสนเทศและการสื่อสาร/การติดตามและประเมินผลกลุ่มตัวอย่างมีระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการควบคุมภายในโรงพยาบาลนากลาง ในภาพรวม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก โดยด้านสภาพแวดล้อมของการควบคุมและกิจการควบคุมมีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือ ด้านการประเมินความเสี่ยง และด้านสารสนเทศและการสื่อสาร/การติดตามและประเมินผลตามลำดับ

2.2 ด้านสภาพแวดล้อมของการควบคุมและกิจกรรมการควบคุม ภาพรวม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก โดยโรงพยาบาลมีการจัดโครงสร้างสายงานการบังคับบัญชาชัดเจนเหมาะสมกับขนาดและลักษณะงาน มีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือบุคลากรมีความรับผิดชอบและเข้าใจขอบเขตอำนาจหน้าที่ของตนเอง ผู้บริหารมีการพิจารณากิจกรรมการควบคุมที่เหมาะสมและเพียงพอกับระดับความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดความเสียหาย และโรงพยาบาลมีการตั้งคณะกรรมการในการควบคุมดูแลทรัพย์สินโดยมีการทบทวนเป็นประจำตามลำดับ

2.3 ด้านการประเมินความเสี่ยง ภาพรวม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก โดย โรงพยาบาลมีการวิเคราะห์ความเสี่ยงโดยลำดับความสำคัญของความเสี่ยง มีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือ โรงพยาบาลมีการประชุมร่วมกันเพื่อการระบุปัจจัยเสี่ยงและโอกาสของความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น โรงพยาบาลมีการจัดการกับความเสี่ยงในรูปแบบต่างๆ อย่างเหมาะสม และ โรงพยาบาลมีระบบการติดต่อสื่อสารทั้งภายในและภายนอกอย่างเพียงพอและเหมาะสมทันเวลา ตามลำดับ

2.4 ด้านสารสนเทศและการสื่อสาร/การติดตามและประเมินผล ภาพรวม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับ โดยการพัฒนาระบบการควบคุมภายในมีช่องทางให้บุคลากรได้เสนอข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะในการปรับปรุงการดำเนินงานขององค์กร มีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือมีการติดตามและประเมินผลระบบการควบคุมภายในที่ได้กำหนดไว้อย่างน้อยปีละสองครั้ง และโรงพยาบาลมีการประเมินเป็นไปอย่างเป็นอิสระโดยผู้ตรวจสอบภายนอกเพื่อให้ผลประเมินมีความเที่ยงธรรมมากยิ่งขึ้น ตามลำดับ

3. ผลการเปรียบเทียบระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลนากลางที่มีต่อการพัฒนาระบบการควบคุมภายในโรงพยาบาลนากลาง จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา และประสบการณ์การทำงาน และผลการทดสอบสมมติฐานผลการวิจัยพบว่า

3.1 บุคลากรในโรงพยาบาล นากลาง ที่มีเพศแตกต่างกันมีการพัฒนาระบบการควบคุมภายในโรงพยาบาลนากลาง อำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (สมมติฐานข้อที่ 1)

3.2 บุคลากรในโรงพยาบาล นากลาง ที่มีอายุแตกต่างกันมีการพัฒนาระบบการควบคุมภายในโรงพยาบาล นากลาง อำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (สมมติฐานข้อที่ 2)

3.3 บุคลากรในโรงพยาบาล นากลาง ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีการพัฒนาระบบการควบคุมภายในโรงพยาบาล นากลาง อำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (สมมติฐานข้อที่ 3)

3.4 บุคลากรในโรงพยาบาล นากลาง ที่มีประสบการณ์การทำงานแตกต่างกัน มีการพัฒนาระบบการควบคุมภายในโรงพยาบาลนากลาง อำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (สมมติฐานข้อที่ 4)

อภิปรายผล

ผลการศึกษการพัฒนาระบบการควบคุมภายในโรงพยาบาลนากลาง อำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู พบว่า โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของกัญญาภักดิ์ ประสมศรี, ฐิตาภรณ์ สิ้นจัญญศักดิ์ (2558) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยมีผลต่อประสิทธิภาพการควบคุมภายในตามแนวคิดของ COSO เพื่อให้ทราบถึงประสิทธิผลของการควบคุมภายในที่ใช้ปฏิบัติในปัจจุบัน ในภาพรวมเห็นด้วยในระดับมาก ผู้วิจัยอภิปรายเป็นรายได้ดังนี้ ด้านสภาพแวดล้อมของการควบคุมและกิจกรรมควบคุม มีการพัฒนาระบบการควบคุมภายในโรงพยาบาลนากลาง อยู่ในระดับมาก ด้านการประเมินความเสี่ยง มีการพัฒนาระบบควบคุมภายในโรงพยาบาลนากลาง อยู่ในระดับมาก ด้านสารสนเทศและการสื่อสาร/การติดตามและประเมินผล มีการพัฒนาระบบการควบคุมภายในโรงพยาบาลนากลาง อยู่ในระดับมาก

การเปรียบเทียบระดับความคิดเห็นในการพัฒนาระบบการควบคุมภายในโรงพยาบาลนากลาง อำเภอนา

กลาง จังหวัดหนองบัวลำภู จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน ผลการวิจัยพบว่า บุคลากรในโรงพยาบาลนากลาง ที่มีเพศแตกต่างกันมีการพัฒนาระบบการควบคุมภายในโรงพยาบาลนากลาง อำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู ไม่แตกต่างกัน บุคลากรในโรงพยาบาลนากลาง ที่มีอายุแตกต่างกันมีการพัฒนาระบบการควบคุมภายในโรงพยาบาลนากลาง อำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของกัญญาภักดิ์ พูลสวัสดิ์ (2552) ศึกษาเรื่อง ความคิดเห็นเกี่ยวกับประสิทธิภาพการดำเนินงานขององค์การบริหารส่วนตำบลในเขตอำเภอบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการต่างกัน

บุคลากรในโรงพยาบาลนากลาง ที่มีการศึกษาต่างกันมีการควบคุมภายในโรงพยาบาลนากลาง อำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของกมลวรรณ พุฒชาติ (2553) ศึกษา เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมภายใน โดยการประเมินตนเอง (Control Self – Assessment : CSA) ของสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ พบว่าพนักงานที่มีการศึกษาแตกต่างกัน มีผลต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานต่างกัน

บุคลากรในโรงพยาบาลนากลาง ที่มีประสบการณ์ต่างกันมีการควบคุมภายในโรงพยาบาลนากลาง อำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของกมลวรรณ พุฒชาติ (2553) ศึกษา เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมภายใน โดยการประเมินตนเอง (Control Self – Assessment : CSA) ของสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ พบว่าพนักงานที่มีประสบการณ์แตกต่างกัน มีผลต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรสร้างความตระหนัก และความสำคัญเกี่ยวกับการควบคุมภายในให้แก่บุคลากรในโรงพยาบาลนากลาง
2. ควรสร้างจิตสำนึกให้บุคลากรเห็นความสำคัญของความเสี่ยงที่พึงมีในหน่วยงานของตน
3. ควรสร้างความตระหนักและให้ความสำคัญกับความเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการควบคุมภายในของโรงพยาบาลนากลาง เพื่อเป็นแนวทางในการควบคุมภายในและป้องกันความเสี่ยง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนากลาง
อำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู เจ้าหน้าที่ทุกท่านที่

ประสานงานและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล
งานวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กมลวรรณ พุฒชาติ. (2553). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมภายในโดยการประเมินตนเอง (Control self assessment CAS) ของสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์. ปรินญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- คณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดิน. (2545). คำแนะนำ : การจัดทำรายงานการควบคุมภายในตามระเบียบคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดินว่าด้วยการกำหนดมาตรฐานการควบคุมภายใน พ.ศ.2544. กรุงเทพฯ : สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน.
- จรัส ใจกาวิง. (2555). กระบวนการควบคุมภายในของกองทุนพัฒนาสหกรณ์ จังหวัดลำปาง. การค้นคว้าอิสระ ปรินญารัฐศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ บริหารและพัฒนาประชาคมเมืองและชนบท มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง.
- จิราพร ผิวผาย. (2554). การพัฒนาระบบควบคุมภายในของเทศบาลตำบลเทพาลัย อำเภอกง จังหวัดนครราชสีมา. การค้นคว้าอิสระ ปรินญารัฐศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ณรินทร์ชานาญ. (2548). การบริหารการควบคุมภายในสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน. ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- พนารัตน์ วสุวัฒน์ศรี. (2551). แนวทางการดำเนินงานการควบคุมภายในของศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัด. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษาพิเศษ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม.
- พยอม สิงห์เสนห์. (2544). การสอบบัญชี. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- พรพรรณ นงนุช. (2551). ปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนาระบบควบคุมภายใน. การค้นคว้าอิสระ ปรินญาบริหารธุรกิจ มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลรัตนโกสินทร์ .
- ภิญญาพัชญ์ พูลสวัสดิ์. (2552). ความคิดเห็นเกี่ยวกับประสิทธิภาพการดำเนินงานขององค์การบริหารส่วนตำบลในเขตอำเภอบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ. วิทยานิพนธ์ ปรินญาศิลปศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี.
- เมตตา ศรีโพธิ์ชัย. (2547). การสอบบัญชี. กรุงเทพฯ : ทีพีเอ็นเพรส.
- วิดา ปานลาด. (2548). การบริหารการควบคุมภายในของกระทรวงมหาดไทยจังหวัดนครราชสีมา. ปรินญาบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาข้าราชการพลเรือน. (2557). แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบราชการไทย (พ.ศ.2556 - พ.ศ.2561). ดาวน์โหลดจาก http://www.opdc.go.th/uploads/files/strategies_new2.pdf
- สุภาพร ยอดท่ามา. (2547). การพัฒนาการดำเนินงานการควบคุมภายในของงานพัสดุวิทยาลัยสารพัดช่างชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ. การศึกษาปัญหาอิสระการศึกษา มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- อรรณ มุจลินทร์. (2552). การควบคุมภายในด้านการคลังของเทศบาลตำบลพะโต๊ะในจังหวัดชุมพร การศึกษาอิสระ ปรินญารัฐศาสตรมหาบัณฑิต. วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

การพัฒนาความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน
Recalled Knowledge and Competency Development of Village Health Volunteers to be the Case Manager,
Caring for the Elderly in the Local Community

(Received: September 14,2020 ; Accepted: November 10,2020)

สุพัตรา สหายรักษ์ พย.ม.

Supattra Sahairak M.N.S.

ภัทรารัตน์ เทพสง วท.บ.

Pattarawadee Thepsong B.S.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเหมืองหัวทะเล ต.นาเคียน อ.เมืองนครศรีธรรมราช

Ban Mueang Hua Thale Tambol Health Promoting Hospital Nakian Subdistrict, Mueang Nakhon Si Thammarat District,

บทคัดย่อ

งานวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อฟื้นฟูและพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้สามารถทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ต่อเนื่อง และเพื่อขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนให้สอดคล้องกับแนวทางการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในพื้นที่ ต.นาเคียน อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครที่เคยผ่านการอบรมหลักสูตรการพัฒนาสุขภาพอาสาสมัครประจำหมู่บ้านเป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชน จำนวน 20 คน ร่วมดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงในเขตรับผิดชอบ จำนวน 48 คน โดยการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม (PAR) และใช้เทคนิค AIC ซึ่งประกอบด้วย การสร้างความรู้ การสร้างแนวทางการพัฒนา การสร้างแนวปฏิบัติงาน และการประเมินผล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม แบบติดตามการดูแลและสรุปกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ แบบประเมินความพึงพอใจ การสัมภาษณ์ และนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เนื้อหา ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผ่านการอบรม ทั้งภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติ มีสมรรถนะเพิ่มขึ้นทุกด้าน มากที่สุดในด้านความรู้การประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม (ร้อยละ 92.58) ส่วนความพึงพอใจของผู้สูงอายุ/ญาติต่อการได้รับการดูแล มีความพึงพอใจมากที่สุดในด้านการปฏิบัติในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ (ร้อยละ 92.56) ทีมผู้ให้บริการมีแนวทางปฏิบัติในการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ชัดเจน และมีความต่อเนื่อง

คำสำคัญ: อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้จัดการรายกรณี การดูแลผู้สูงอายุ

Abstract

This action research aims to recalled knowledge and competency development of village health volunteer. Village health volunteers (VHV) to be able to act as a case manager in the care of the elderly in the local community effectively, in a continuous manner, and to promote the care of the elderly in the local community in accordance with the administrative guidelines of the municipal health insurance fund in Nakean Sub-district, Muang District, Nakhon Si Thammarat Province. The sample group of volunteers who have been trained in the capacity building of community volunteers to be case manager of community dwelling elderly with disabilities course 20 people to join take care of 48 home-bound and bed-bound elders by participatory action research (PAR) and using AIC techniques that consist of knowledge enhancement, continuous development guidelines, practice, and evaluation. Data were collected using pre-post test. The data analysis by content analysis, percentage and mean.

Results revealed that VHV trained course “Recalled Knowledge and Competency Development of Village Health Volunteers to be the Case Manager, Caring for the Elderly in the Local Community in both theoretical and practical subjects pass 100 percent. After the training, they have increased in all aspects. Most in terms of knowledge in elderly holistic healthcare assessing (92.58%), elderly people and caregivers are satisfied with the action and take care of the elderly (92.56%).

Keywords: Village health volunteers, Case manager, Take care for the elderly

บทนำ

ในปัจจุบันประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น จากสถิติผู้สูงอายุในประเทศไทยพบว่า จำนวนผู้สูงอายุในปี 2560 มีจำนวน 10,225,322 คน และในปี 2561 มีจำนวน 11,666,803 คน เมื่อจำแนกเป็นภาค พบว่าภาคใต้มีจำนวนผู้สูงอายุในปี 2560 จำนวน 1,280,914 คน และในปี 2561 มีจำนวน 1,330,498 คน และจังหวัดนครศรีธรรมราช มีจำนวนผู้สูงอายุในปี 2560 จำนวน 248,046 คน และในปี 2561 มีจำนวน 257,081 คน (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2561) จะเห็นได้ว่าแต่ละปีจะมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น จากการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2556 พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 2 อยู่ในสภาวะติดเตียง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และร้อยละ 19 อยู่ในสภาวะติดบ้าน มีปัญหาทางการเคลื่อนไหว ปัญหาสุขภาพและความเสื่อมของผู้สูงอายุส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทำให้ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งไม่สามารถดำรงชีวิตได้เทียบเท่าคนปกติ ไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ทำให้ขาดการดูแลรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพได้อย่างต่อเนื่องและเหมาะสม ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตลดลง รวมไปถึงการเป็นภาระต่อญาติหรือผู้ดูแล ซึ่งการที่จะดูแลผู้สูงอายุให้ได้ผลดีในระยะยาวนั้นทุกภาคส่วนต้องเห็นความสำคัญและปฏิบัติอย่างจริงจังต่อเนื่อง มีการประสานงานระดับเครือข่ายพื้นที่ และอาศัยความร่วมมือกับชุมชนเป็นสำคัญ

องค์การอนามัยโลกรายงานเมื่อ ค.ศ. 2001 เสนอให้มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Chronic Care Model: CCM) เพื่อเตรียมการสำหรับดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในทศวรรษที่ 21 โดยเน้นความเป็นองค์รวมและความเชื่อมโยงอย่างต่อเนื่องระหว่างหน่วยบริการสุขภาพและชุมชน ตามแนวคิดของ แวกเนอร์ (Wagner, 1999) และ สถาบัน The Robert Wood Johnson Foundation (RWJF) ได้นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังมาศึกษาและพัฒนาอย่างต่อเนื่องโดยทบทวนรายงานการวิจัยและความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลระบบสุขภาพเพื่อประเมินรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่ผ่านมา โดยใช้ระยะเวลาดำเนินงานทั้งสิ้น 9 เดือน และในเดือนสิงหาคม ค.ศ. 2003 คณะกรรมการมีมติให้เพิ่มประเด็นสำคัญอีก 5 ประเด็น ใน 6 องค์ประกอบหลักของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ภายใต้อำนาจให้ชื่อว่า Improving Chronic Illness Care : ICIC ซึ่งมีรายละเอียดเพิ่มเติมดังนี้ คือ 1) ผู้ป่วยต้องมีความปลอดภัย (patient safety) 2) เน้นองค์ประกอบทางสังคมและวัฒนธรรม (culture competency) 3) การเชื่อมโยงระบบการดูแล (care coordination) 4) นโยบายด้านชุมชน (community policy) 5) ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (case manager)

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกำลังคนที่สำคัญด้านสุขภาพภาคประชาชน เป็นคนในพื้นที่ของชุมชนที่มีส่วนร่วมในการปฏิบัติหน้าที่เป็นตัวแทนของ

หน่วยบริการในการส่งเสริมสุขภาพประชาชนที่มีความเข้มแข็งและมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนค่อนข้างสูง มีความเข้าใจในบริบทของพื้นที่ และเป็นส่วนสำคัญในการเข้าไปมีส่วนร่วมในการจัดการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน จึงสมควรได้รับการพัฒนาเพื่อเป็นกลไกสำคัญในการที่จะเป็นศูนย์กลางสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ เพื่อนำไปสู่การพึ่งตนเองทางสุขภาพอย่างยั่งยืน โดยเฉพาะผู้สูงอายุซึ่งรัฐต้องให้การดูแล ดังนั้นเพื่อเป็นการส่งเสริมและสนับสนุนให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ การฟื้นฟูความรู้และพัฒนา อสม. ให้เป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่ง เพราะ อสม.เป็นประชาชนในชุมชนสามารถที่จะช่วยดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ได้ การส่งเสริมให้มีผู้จัดการรายกรณีในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อเพิ่มพูนความสามารถของ อสม.ให้ดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถประเมินสถานการณ์และสภาวะของผู้สูงอายุและครอบครัว วางแผน ประสานงาน ประสานเชื่อมโยงทรัพยากร ระบบส่งต่อ รวมทั้งมีความสามารถในการจัดการงานให้ลุล่วงได้ตามเป้าหมาย เป็นการพัฒนาคมนในพื้นที่และเป็นกลไกในการทำงานที่จะพัฒนาให้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างยั่งยืนโดยมีญาติและคนในชุมชนมีส่วนร่วม

ตำบลนาเคียนเป็นตำบลหนึ่งในอำเภอเมืองจังหวัดนครศรีธรรมราช แบ่งพื้นที่ออกเป็น 9 หมู่บ้าน มีประชากรประมาณ 14,209 คน มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเหมืองหัวทะเล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งไหนด มีผู้สูงอายุจำนวน 1,582 คน จากการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุพบว่า ร้อยละ 41.21 มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคข้อเข่าเสื่อม ในจำนวนนี้มีกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ร้อยละ 3.03 มี อสม.จำนวน 254 คน ในส่วนของ อสม.ที่เคยเข้ารับการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชน มีจำนวน 27 คน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเหมืองหัวทะเล ต.นาเคียน อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช เป็นหน่วยงานให้บริการด้านสาธารณสุขที่มีนโยบายในการพัฒนาระบบสุขภาพของคนในชุมชนให้มีสุขภาพดี ชุมชนมีความเข้มแข็ง ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลและจัดการด้านสุขภาพของตนเองและชุมชน โดยมีความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แกนนำชุมชน จิตอาสา อสม. และสถานศึกษา ได้จัดทำโครงการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่มาอย่างต่อเนื่อง จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีหลายปัจจัย เช่น การพัฒนา

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงเกิดจากการพัฒนาข้อมูลพื้นฐานของชุมชน ผ่านแนวทางการจัดการคุณภาพ และทฤษฎีการสร้างการมีส่วนร่วมที่เหมาะสมกับบริบท (พิศสมัย, เทิดศักดิ์ และศุภวดี, 2559) ปัจจัยด้านความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ถนอมรัตน์ และเพชร, 2559; คมสัน และสุชาดาดี, 2560)

จากปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ที่ผู้วิจัยรับผิดชอบ การดำเนินโครงการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชนของตำบลนาเคียน ซึ่งพบว่า ชุมชนมีความต้องการการดูแลและติดตามอย่างต่อเนื่องในกลุ่มผู้สูงอายุทั้ง ติดสังคม ติดบ้าน และติดเตียง และจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาศักยภาพของ อสม.ให้เป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 จนถึงปัจจุบัน ยังไม่พบรายงานการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการฟื้นฟูและพัฒนาศักยภาพของ อสม.ให้เป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะฟื้นฟูและพัฒนาศักยภาพของ อสม.ให้เป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่รับผิดชอบ ผลที่ได้จากการศึกษาจะนำไปเป็นแนวทางหนึ่งในการดำเนินงานเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ต่อเนื่อง และเพื่อขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนให้สอดคล้องกับแนวทางการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในพื้นที่ ต.นาเคียน อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช ภายใต้บริบทของชุมชน และงบประมาณที่ได้รับการจัดสรร

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างถูกต้อง
2. เพื่อพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. เพื่อสร้างการขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนให้ได้รับการดูแล ฟื้นฟูสมรรถภาพ อย่างถูกต้อง เหมาะสม ต่อเนื่อง

วิธีการวิจัย

การศึกษาใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participation Action Research: PAR) โดยให้ผู้เกี่ยวข้องร่วมคิด วิเคราะห์ปัญหาความต้องการ วางแผน ดำเนินการ และสรุปบทเรียนร่วมกัน โดยประยุกต์แนวคิดการมีส่วนร่วมของโคเอ็นและอ็อพพ ซึ่งประกอบด้วยการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจมีส่วนร่วมในการดำเนินการ มีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ มีส่วน

ร่วมในการควบคุมกำกับ ติดตามประเมินผล และกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมโดยใช้เทคนิค AIC ซึ่งประกอบด้วย การสร้างและเพิ่มพูนความรู้ แนวทางการพัฒนาและปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง และการประเมินผล โดยมีผู้เกี่ยวข้องประกอบด้วย

1. ทีมวิจัย 2 คน
2. ทีมพื้นที่ 25 คน ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเหมืองห้วยทะเล 1 คน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งไหนด 2 คน ประธานชมรมผู้สูงอายุตำบลนาเคียน 1 คน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลนาเคียน 1 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เคยผ่านการอบรมพัฒนาศักยภาพเป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชน จาก 9 หมู่บ้าน ๆ ละ 2-3 คน รวม 20 คน
3. ผู้สูงอายุในชุมชน 48 คน

ขั้นตอนและกระบวนการวิจัย

ระยะที่ 1 เตรียมความพร้อม ศึกษาบริบทผู้สูงอายุและชุมชน โดยใช้กระบวนการ AIC

ระยะที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูล วางแผนการจัดการรายกรณี ผู้สูงอายุ จัดอบรมฟื้นฟูความรู้การทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณีให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขที่เข้าร่วมโครงการ

ระยะที่ 3 การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขด้วยการฝึกปฏิบัติทำหน้าที่ผู้จัดการรายกรณี ดูแลผู้สูงอายุเป็นเวลา 3 เดือน (รวม 70 ชั่วโมง) ตั้งแต่การสะท้อนคิดในประเด็นการประเมินผู้สูงอายุ การค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ การให้คำแนะนำ การบันทึกข้อมูล การประสานงานส่งต่อข้อมูล และการสรุปบทเรียน โดยเครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 1) แนวทางการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม 2) แนวทางการดูแลผู้สูงอายุ 3) แนวทางการติดตามการดูแลและสรุปกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ 4) แนวทางการประสานงานกับเครือข่าย ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินศักยภาพอาสาสมัครฯ ได้แก่ 1) แบบประเมินสมรรถนะของผู้จัดการรายกรณี 2) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้สูงอายุหรือญาติต่อการได้รับการดูแล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้จากการศึกษาเอกสารและทบทวนวรรณกรรมที่ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง โดยมีเนื้อหาที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดการศึกษา เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ แล้วพิจารณาปรับปรุงแก้ไข การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณใช้แบบสำรวจ และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ที่เกี่ยวข้อง ส่วนการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ของโครงการ

วิธีการเก็บข้อมูลของโครงการวิจัยนี้ ประกอบด้วย

1. ประเมินศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (Pre-test, Post-test)
 2. สำนวจสถานการณ์ภาวะสุขภาพและสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุในตำบลนาเคียนด้วยแบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง การสนทนากลุ่มย่อยสำหรับกลุ่มผู้ให้บริการ กลุ่มผู้ดูแล และกลุ่มแกนนำชุมชน
 3. ถอดบทเรียนการดูแลสุขภาพที่ผสมผสานกับบริบทของชุมชนในลักษณะภูมิปัญญาท้องถิ่นด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลัก
 4. เก็บข้อมูลกระบวนการฟื้นฟูและพัฒนาด้วยการสังเกตแบบมีส่วนร่วมในกิจกรรมของโครงการ การประชุมระดมสมองเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ
 5. ประเมินความพึงพอใจของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่อกระบวนการวางแผนแก้ไขปัญาและผลลัพธ์ในภาพรวม
- การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ แสดงผลด้วยค่าเฉลี่ย และร้อยละ, วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) ร่วมกับการระดมความคิดเห็น การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การติดตาม

ประเมินผลสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ แล้วจึงสังเคราะห์ข้อมูลตามประเด็นวิจัยที่กำหนด และสรุปผลโดยวิธีพรรณนาความ การวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการภายใต้ขอบเขตเพื่อฟื้นฟูและพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้เป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ต.นาเคียน อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2560 30 มิถุนายน 2561 รวมระยะเวลา 12 เดือน

ผลการศึกษา

อาสาสมัครสาธารณสุขที่เข้ากระบวนการฟื้นฟูและพัฒนาศักยภาพเป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนมีจำนวนทั้งสิ้น 20 คนเป็นเพศหญิงทั้งหมด มีอายุเฉลี่ย 47 ปี (ต่ำสุด 28 ปี สูงสุด 63 ปี) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 85) มีสถานภาพสมรสแล้ว ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 80 ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 85 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 40

ตารางที่ 1 แสดงร้อยละของการมีสมรรถนะในการเป็นผู้จัดการรายกรณีของอาสาสมัครสาธารณสุข

สมรรถนะ	ก่อน (20 คน)		หลัง (20 คน)	
	ร้อยละ	แปลผล	ร้อยละ	แปลผล
1. ด้านทักษะการสื่อสารและการติดต่อประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพ	82.20	มาก	90.28	มากที่สุด
2. ด้านความรู้การประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม	78.20	ปานกลาง	92.58	มากที่สุด
3. ด้านภาวะผู้นำและการบริหารจัดการ	70.52	ปานกลาง	75.46	ปานกลาง
4. ด้านการปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ	72.24	ปานกลาง	82.54	มาก

จากตารางที่ 1 แสดงข้อมูลให้เห็นว่าหลังผ่านการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขมีสมรรถนะเพิ่มขึ้นทุกด้าน โดยมีสมรรถนะมากที่สุดในด้านความรู้การประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม (ร้อยละ 92.58) รองลงมาคือทักษะการสื่อสารและการติดต่อประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพ (ร้อยละ 90.28) ด้านที่มีสมรรถนะระดับมาก คือ ด้านการปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ (ร้อยละ 82.54) และด้านที่มีสมรรถนะปานกลาง คือ ด้านภาวะผู้นำและการบริหารจัดการ (ร้อยละ 75.46)

ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลจากอาสาสมัครสาธารณสุขที่เข้ากระบวนการฟื้นฟูและพัฒนาศักยภาพเป็นผู้จัดการรายกรณี มีจำนวน 48 คนเป็นเพศหญิงร้อยละ 72.92 มีอายุเฉลี่ย 74.58 ปี (ต่ำสุด 61 ปี สูงสุด 90 ปี) จบการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 89.58 สถานภาพหม้าย คิดเป็นร้อยละ 62.5 ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 50 อยู่กับบุตร คิดเป็นร้อยละ 52 รายได้เฉลี่ย 6,090 บาท/เดือน (ต่ำสุด 2,500 บาท สูงสุด 13,000 บาท) ความสามารถในการทำกิจวัตร

ประจำวันขั้นพื้นฐาน เฉลี่ย 8.46 อยู่ในระดับช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง ร้อยละ 93.75 และผู้สูงอายุเข้าถึงบริการดูแลสุขภาพตามการจำแนกโดยใช้เครื่องมือ Typology of Aged With Illustration (TAI) ตามชุดสิทธิประโยชน์จากนโยบายการให้ความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุระดับพื้นที่ ร้อยละ 100 ดังข้อมูลในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงร้อยละการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ

กลุ่มผู้สูงอายุ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
กลุ่ม 1	29	60.42
กลุ่ม 2	4	8.33
กลุ่ม 3	12	25
กลุ่ม 4	3	6.25
รวม	48	100

จากตารางที่ 2 ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลจากผู้จัดการรายกรณีและส่งต่อข้อมูลให้ผู้วิจัยประเมินอีกครั้ง พบว่าผู้สูงอายุดังกล่าวสามารถเข้าถึงบริการดูแลสุขภาพตามการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุโดยใช้เครื่องมือ TAI (Typology of Aged with Illustration) เพื่อเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์การบริหาร

จัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) ภายใต้การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ (องค์การบริหารส่วนตำบลนาเคียน)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบปัญหาสุขภาพและภาวะแทรกซ้อนก่อนดูแลและหลังดูแล

จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (คน)		ปัญหาสุขภาพและภาวะแทรกซ้อน											
		ข้อยึดติด		การขยับถ่าย		การดูแลฟื้นฟูด้านสมอง		แผลกดทับ		ภาวะซึมเศร้า		การรักษาไม่ต่อเนื่อง	
ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
48	48	13	11	8	5	2	0	2	1	0	0	3	0

จากตารางที่ 3 พบว่า ในจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีปัญหาสุขภาพด้านร่างกายและภาวะแทรกซ้อนจำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 68.33 ในจำนวนผู้ที่มีปัญหาสุขภาพทั้งหมดพบว่า มีปัญหาด้านข้อยึดติดมากที่สุดจำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 46.43 รองลงมาคือปัญหาด้านการขยับถ่ายจำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 28.57 มีปัญหาด้านการรักษาไม่ต่อเนื่อง จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 10.71 ปัญหาด้านการ

ดูแลฟื้นฟูด้านสมอง และแผลกดทับ จำนวน 2 คน เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 7.14 หลังได้รับการดูแลจากอาสาสมัครสาธารณสุขที่เป็นผู้จัดการรายกรณี พบว่า มีปัญหาสุขภาพด้านร่างกายและภาวะแทรกซ้อนลดลง เหลือจำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 35.42 จากจำนวนผู้สูงอายุที่เข้าโครงการ แสดงให้เห็นถึงการฟื้นฟูและพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครฯ ให้เป็นผู้จัดการรายกรณีมีผลให้การดูแลผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

ตารางที่ 4 ความพึงพอใจของผู้สูงอายุ/ญาติต่อการได้รับการดูแล

ความพึงพอใจ	ผู้สูงอายุ (n=43)		ผู้ดูแล (n=48)	
	ร้อยละ	แปลผล	ร้อยละ	แปลผล
ด้านทักษะสื่อสารและการติดต่อประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพ	83.72	มาก	85.42	มาก
ด้านความรู้การประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุแบบองค์รวม	81.40	มาก	83.33	มาก
ด้านภาวะผู้นำและการบริหารจัดการ	81.40	มาก	81.25	มาก
ด้านการปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ	88.37	มาก	93.75	มากที่สุด

*หมายเหตุ ผู้สูงอายุ จำนวน 5 คน ไม่สามารถให้ข้อมูลด้านความพึงพอใจได้

จากตารางที่ 4 ความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่สามารถตอบคำถามได้ พบว่าทุกด้านอยู่ในระดับมากเรียงลำดับได้ดังนี้ ด้านการปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 88.37 ด้านทักษะสื่อสารและการติดต่อประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพ คิดเป็นร้อยละ 83.72 ส่วนด้านความรู้การประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุแบบองค์รวมและด้านภาวะผู้นำและการบริหารจัดการ ได้คะแนนความพึงพอใจเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 81.40 ส่วนความพึงพอใจของญาติ พบว่า ด้านการปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 93.75 ด้านทักษะสื่อสารและการติดต่อประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพ ด้านความรู้การประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุแบบองค์รวมและด้านภาวะผู้นำและการบริหารจัดการอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 85.42, 83.33 และ 81.25 ตามลำดับ

อภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผ่านการฟื้นฟูและพัฒนาศักยภาพ โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม และใช้เทคนิค AIC มีสมรรถนะเพิ่มขึ้นทุกด้าน ซึ่งแสดงให้เห็นถึงแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่ถูกพัฒนาอย่างเป็นระบบ มีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติงานเพื่อดูแลผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้สูงอายุได้รับการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ ตลอดจน อารมณ์และสังคม เพื่อแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ และสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพตามแนวทางการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพของพื้นที่สอดคล้องกับการศึกษาของ กันนิษฐา และพัฒน์, 2555 ที่

พบว่าทำให้ความรู้โดยการประยุกต์ใช้กระบวนการ AIC ที่มี การปรับความเข้าใจ ให้ความรู้เพิ่มเติม ทำให้ ประสบความสำเร็จในการเสริมสร้างให้เกิดความรู้ และพฤติกรรม การดูแลตนเองในผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยะนุช (2557) ที่พบว่าผู้ดูแล อสม. และผู้นำชุมชน มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยน้อย รวมทั้งผู้ดูแลไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้น ความรู้ ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล และสุขภาพของ ผู้ดูแลจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อกระบวนการดูแล และฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยที่สูงอายุ จากผลการศึกษาการฟื้นฟู และพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็น ผู้จัดการรายกรณีในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุ ได้รับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้งด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสภาพที่บ้านอย่างต่อเนื่อง รวมถึงส่ง ต่อข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่องไปยังหน่วยงานในระดับพื้นที่ และหน่วยงานภายนอก ก่อให้เกิดการดูแลที่ครอบคลุมปัญหา หรือความต้องการที่หลากหลายมิติทั้งด้านสุขภาพ และด้าน สังคม ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ดูแล อสม. และชุมชนมีความพึงพอใจ

สำหรับการฟื้นฟูและพัฒนาศักยภาพอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้เป็นผู้จัดการรายกรณีเพื่อดูแล ผู้สูงอายุ มีข้อดี คือ เป็นการดำเนินงานเชิงรุกที่เน้นสมาชิกใน ชุมชนดูแลกันเอง ผ่านความสัมพันธ์ทางเครือญาติ ความ ใกล้ชิด บ้านใกล้เรือนเคียง รับรู้และเข้าใจถึงสภาพ ของผู้สูงอายุเป็นอย่างดี ทำให้สามารถให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง ทั้งนี้ต้องผ่านการให้ความรู้ แนวทางต่างๆ ในการดูแล การประสานงาน และส่งต่อทั้งภายใน และภายนอก ทั้งนี้ยังพบข้อจำกัด คือ อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านยังให้การประเมินปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุแบบ แบบองค์รวม และการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในบางประเด็นยังไม่ ครอบคลุม เพราะผู้สูงอายุและครอบครัวมีบริบทที่แตกต่างกัน

เช่น การมีโรคประจำตัวหรือปัญหาสุขภาพที่ต่างหากก็จะ ทำให้แนวทางการดูแลแตกต่างกันด้วยเช่นกัน ซึ่งจุดนี้ได้แก้ไข โดยการสร้างทีมงานลงเยี่ยมบ้านในลักษณะการมีส่วนร่วมของ อบต.ผู้นำชุมชน จิตอาสาหมอครอบครัว หรือทีมสหวิชาชีพ แต่ เบื้องต้นจะเป็นทีมวิชาชีพที่มีอยู่ใน รพ.สต. เช่น พยาบาลหรือ หมอประจำครอบครัว แพทย์แผนไทย นักกายภาพ ทันตภิบาล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว และตัวแทนจาก องค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อให้การดูแลและแก้ปัญหา สุขภาพของผู้สูงอายุเป็นไปอย่างถูกต้อง เหมาะสม และต่อเนื่อง มากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และองค์กร ชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรมีนโยบายในการ ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และร่วมจัดทำแผนงาน โครงการ แนวทางในการดูแลช่วยเหลือ และรวมถึง การสนับสนุน งบประมาณในการดำเนินงาน และการจัดสวัสดิการเบี้ยยังชีพ แก่ผู้สูงอายุในชุมชนอย่างต่อเนื่อง และจัดสถานที่บริการที่เอื้อ ต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ
2. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ควรกำหนดให้ส่วน สาธารณสุขสิ่งแวดล้อม เป็นผู้รับผิดชอบและดำเนินการตาม นโยบายและแผนงาน โดยมีส่วนร่วมในการจัดทีมติดตาม เยี่ยม บ้านผู้สูงอายุร่วมกับ ทีม อสม.และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล เพื่อจัดสิ่งแวดล้อมในชุมชนที่เอื้อต่อการดูแลและ ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
3. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ควรเป็นเจ้าภาพจัด อบรม อสม.ให้มีความรู้และสมรรถนะในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในเขตพื้นที่รับผิดชอบอย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

- กันนิษฐา มาเห็ม, และพัฒน์ ศรีโอษฐ์. (2555). ประสิทธิภาพของการประยุกต์ใช้กระบวนการสร้างความรู้ สร้างแนวทางการพัฒนาและสร้าง แนวทางปฏิบัติ (AIC) ต่อความรู้ และพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ต.บ้านเป็ด อ.เมือง จ.ขอนแก่น.วารสารวิทยาลัย พยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา ปีที่ 18(2): 5-19.
- คมสัน ธงชัย, และสุชาดาณิ บุญจรัส. (2560). การปรับตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านภายใต้บริบทการเปลี่ยนแปลงใน พื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบทบ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยเพื่อการพัฒนาเชิงพื้นที่ ปีที่ 9(3): 206-220.
- ณัฐพร เพชรสวัสดิ์. (2556). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการบริหารจัดการงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ กรณีศึกษาศูนย์สุขภาพชุมชน อ.ท่า ยาง จ.เพชรบุรี. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัยมหิดล.
- ณอมรัตน์ ประสิทธิ์มิตต์, และเพชร ชวนะพันธุ์. (2559). ประสิทธิภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะ ยาวในเขตสุขภาพที่ 4 ศูนย์อนามัยที่ 4 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (เอกสารอัดสำเนา).
- นวลนิษฐ์ ลิขิตลือชา, อัมราภรณ์ อรรถชัยวัฒน์ และทิพย์สุดา ลาภภักดี. (2559). มาตรฐานการบริการ

- พยาบาลผู้สูงอายุ. ในนวนิพนธ์ ลิขิตลีธชา, อัมราภัสร์ อรรถชัยวัจน์ และทิพย์สุดา ลาภภักดี (บรรณาธิการ), มาตรฐานการพยาบาลในชุมชน (115-127). ปทุมธานี: สำนักพิมพ์สื่อตะวัน จำกัด.
- ปิยะนุช ภิญโญและคณะ. (2557). การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของคนชุมชนในบริบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.วารสารมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 35(2) พฤษภาคม-สิงหาคม 93-112.
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2554). หลักพื้นฐานทางเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. ในประเสริฐ อัสสันตชัย (บรรณาธิการ), ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน (1-14).กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยน ศรีเอช.
- พิศสมัย บุญเลิศ, เทิดศักดิ์ พรหมอารักษ์, และศุภวดี แถวเพี้ย. (2559). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน ตำบลสิงห์โคก อำเภอกะทือวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ปีที่ 23(2): 79-87.
- ภคพร กอบพิงตน, ชนกวร อุตตมะ, นาฎยา เอื้องโพธิ์, บริษัท ชันธิรักษ์. (2556). การพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลนครพิงค์. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ ปีที่ 34(2): 22-31.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2557). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2557. เข้าถึง 6/4/60 จาก <http://thaitgri.org/p=36746>
- วิมล บ้านพวน และคณะ. (2558). คู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตร CARE MANAGER กระทรวงสาธารณสุข. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข: ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- วรัญญา จิตรบรรทัด, พิมพ์วรรณ เรืองพุทธ, สุพิศรา สหายรักษ์, วัฒนา วาระเพี้ย. (2560) โครงการการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชน เข้าถึง 20/6/62 จาก <https://www.hsri.or.th/researcher/media/news/detail/9621>
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2560). เอกสารประกอบการประชุมชี้แจงการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) ภายใต้การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ในเขต 11 สุราษฎร์ธานี ณ ห้องประชุมโรงแรมทวินโลตัส อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช เมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2562.
- อภิญญา เวชชัย. (2556). เอกสารประกอบการบรรยาย Case Management กับบริบทของ Case Manager. ณ ห้องประชุมชั้น 11 อาคารเฉลิมพระเกียรติ โรงพยาบาลราชวิถี เมื่อ 30 เมษายน 2556 งานสวัสดิการสังคม ฝ่ายลูกค้าสัมพันธ์ โรงพยาบาลราชวิถี. สมาคมนักสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทย เข้าถึง 6/4/60 จาก <http://www.medsocthai.org/index.php/2013-03-14-07-14-45/18-case-management-case-manager>

ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการควบคุมระดับความดันโลหิต Health Status of Hypertensive Patients in Blood Pressure Controlled

(Received: September 17,2020 ; Accepted: October 21,2020)

อังศุมาลิน โคตรสมบัติ พย.ม

Aungsumalin Kottsombat MN.S.

เบญจรัตน์ เสี่ยมวิบูล พย.ม

Banjarat SahaimviboolMN.S

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง) โรงพยาบาลยโสธร
Professional Nurse (Advanced Nurse Practitioner) Yasothon Hospital.

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายหรือเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการควบคุมระดับความดันโลหิตและวิเคราะห์ผลจากการวิจัยเพื่อนำไปศึกษาดำเนินการวิจัยและพัฒนาในโครงการวิจัยระยะที่สอง การวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาตั้งแต่เดือนมกราคม 2561-มกราคม 2562 การวิจัยดำเนินการเป็น 2 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มศึกษาความดันโลหิตสูงจำนวน 117 คน ได้มาโดยวิธีการสุ่มแบบง่าย ในคลินิกความดันโลหิตสูง งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยโสธรโดยใช้เครื่องมือคือแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพแบบสอบถามการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยในการควบคุมระดับความดันโลหิตแบบสัมภาษณ์การรับประทานยาควบคุมความดันโลหิต วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ขั้นตอนที่ 2 วิเคราะห์ผลการวิจัยหลังเสร็จสิ้นการวิจัยเพื่อนำผลการวิจัยพัฒนาต่อยอดเป็นโครงการวิจัยระยะที่สองแบบวิจัยและพัฒนา

ผลการวิจัย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 65.80 ระดับการศึกษาเรียนจบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 88.90 ประกอบอาชีพด้านเกษตรกรรม ร้อยละ 50.40 ระยะเวลาของการเจ็บป่วยส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 1-5 ปี ร้อยละ 62.20 กลุ่มศึกษามีดัชนีมวลกายสูงกว่าค่าปกติ ร้อยละ 64.10 ความดันโลหิตค่าซิสโตลิกสูงกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท ร้อยละ 68.40 ความดันโลหิตค่าไดแอสโตลิกสูงกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท ร้อยละ 29.90 การปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต ; 1) ด้านการบริโภคอาหาร พบว่ากลุ่มศึกษาส่วนใหญ่รับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง ได้แก่ อาหารหมักดองสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ร้อยละ 83.80 , ใช้ผงชูรส 6-7 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 88.0 ,และชอบรับประทานอาหารที่มีไขมัน ได้แก่อาหารประเภทผัด ทอดสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ร้อยละ 62.40 รับประทานเนื้อสัตว์ติดมัน สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ร้อยละ 60.70 ; 2) ด้านการออกกำลังกาย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ออกกำลังกายเป็นประจำ ร้อยละ 74.40 ; 3) ด้านอารมณ์และการจัดการกับความเครียด กลุ่มศึกษาส่วนใหญ่ สามารถจัดการกับความเครียดได้เป็นประจำร้อยละ 75.20 ; 4) ด้านการจัดการความเจ็บป่วยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ สัมรับประมาณยา 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ร้อยละ 41.90 และรับประทานยาไม่ตรงเวลาเพราะรอตตามระยะเวลาที่ได้รับอาหารซึ่งไม่ตรงเวลาตามกำหนดการของยา และรองลงมาพบว่าความดันโลหิตควบคุมได้ดีจึงงดยาลดความดันโลหิตด้วยตนเอง

คำสำคัญ ภาวะสุขภาพ,โรคความดันโลหิตสูง, การควบคุมระดับความดันโลหิต

Abstract

This study was descriptive research. The subjects of this study were to explore health status for blood pressure control among patients with hypertensive patients and the result research analyze for subproject research phase 2 continue were research and development. The study was carried out during January 2018 to January 2019. The study research in to divide operated on two procedure ; one procedure : 117 subjects with hypertension patients at out of department hypertension clinic Yasothon Hospital were recruited with simple random sampling ; two procedure analyzed of the result research for subproject research phase 2 continue were research and development. Data was collected using instruments : personal and health status, and blood pressure control self-efficacy questionnaire including of taking medications for blood pressure control questionnaire. Data was collected using Frequency ,mean ($\bar{X}$),

and standard deviation (SD) were used to analyse quantitative data and content analysis was used to analyse qualitative data.

The result of this study were as follow. Most of patients with hypertension were aged over 60 years (65.80%), finished primary school (88.90%), working as agriculture (50.40%), and the duration of illness was between 1-5 years (62.20%). The participants had over body mass index (64.10%), systolic blood pressure > 140 mmHg, (68.40%), diastolic blood pressure > 90 mmHg (29.90%), Blood pressure control behaviors ; 1) food consumption dimension - most of participants consumption high salt food such as ferment food 1-2 times a week (83.80%) and monosodium glutamate 6-7 times a week (88.00%) and also consumed fatty foods including fried and deep fried food 1-2 times a week (62.40%), oily food 1-2 time a week (62.40%), only foods 1-2 time a week (60.70%); 2) exercise dimension - most of participants exercised regularly (74.40%); 3) stress management dimension - most of participants deal with stress regularly (75.20%); 4) illness management dimension – 41.90% of the participants forgetting of taking medications 1-2 times a week.

Keywords : health status , Hypertension disease, Control blood pressure

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาที่คุกคามภาวะสุขภาพของบุคคลทั่วโลก อุบัติการณ์เกิดโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้นมีความรุนแรงและเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย จากสถิติสาธารณสุขที่พบอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ โดยเฉพาะความดันโลหิตสูงที่ไม่มีสาเหตุ (essential or primary hypertension) โดยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจาก 1,025.44 เป็น 1,561.42 ต่อ 100,000 ประชากร (ระหว่าง พ.ศ. 2550-2557) (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2559) และพบว่าเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น โดยพบมีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มจาก 3.64 เป็น 10.95 ต่อ 100,000 ประชากร ระหว่าง พ.ศ. 2550-2557 (กรมควบคุมโรค, 2559) ปัญหาดังกล่าวเกิดจากการควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ตามเป้าหมายทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและระบบในร่างกายทำงานสอดประสานกันไม่ได้ตามปกติ สูญเสียคุณภาพในอวัยวะที่สำคัญทำให้เกิดโรคที่นำไปสู่การเสียชีวิตด้วยวัยอันควร เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งโรคไตเรื้อรัง และในที่สุดทำให้เสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว

การควบคุมระดับความดันโลหิตสามารถช่วยให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติ ชะลอความก้าวหน้าของโรค โดยพบว่าหากลดความดันโลหิตลงได้ 3 มิลลิเมตรปรอท จะช่วยลดการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 8 และลดการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 5 ทั้งนี้เกิดจากการป้องกันการเกิดปัญหาหลอดเลือดแดงขาดความยืดหยุ่นที่นำไปสู่การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคไต (Appel, L.J., 2003) หากมีการควบคุมความดันโลหิตได้ดี จะทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียสุขภาพ หรืออาจมีภาวะทุพพลภาพได้ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยความดันโลหิตสูงยังควบคุมความดันโลหิตได้เพียงร้อยละ 10 (Gu, D., Reynolds, 2002) สำหรับประเทศที่พัฒนา

แล้วมีแนวโน้มของการควบคุมระดับความดันโลหิตดีขึ้น เช่น ในสหรัฐอเมริกาสถิติของการควบคุมความดันโลหิตได้ดีเพิ่มขึ้น ร้อยละ 8.1 (Ong, K.L., Chung, B.M.Y., Man, Y.B., Lua, C.p.P., & Lam, K.S.L., 2007) ซึ่งในกรณีที่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพียงเล็กน้อย แต่ยังไม่มีการทำลายของอวัยวะที่สำคัญ เช่น สมอง หลอดเลือดหัวใจ และตา ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวนี้ถ้าไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมเพื่อควบคุมความดันโลหิต ภายใน 7-10 ปี พยากรณ์คาดการณ์ไว้มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน (วิทยา ศรีมาตา, 2550)

การควบคุมความดันโลหิตไม่ได้จะทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular disease) โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) และโรคไต (kidney disease) ซึ่งนำไปสู่ภาวะสุขภาพที่ไม่ดี คุณภาพชีวิตลดลง และเสียชีวิตในที่สุด (Fang, X.H., Zhang, X.H., 2006 ; National institutes of Neurological Disorder and Stroke. Stroke hope through research, 2006) การควบคุมความดันโลหิตมีความสัมพันธ์กับการควบคุมปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (Wong, N.D., Lopez, V.A., L'Italien, G., Chen, R., Kline, S.E.J., & Franklin, S.S., 2007) การควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมจะช่วยลดอัตราการป่วย ชะลอความก้าวหน้าของโรค และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน เพราะความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุที่สำคัญของภาวะหัวใจล้มเหลว (Ong, K.L., Chung, B.M.Y., Man, Y.B., Lua, C.p.P., & am, K.S.L., 2007) ทั้งนี้ยังพบว่าผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคไตเสื่อมหน้าที่เรื้อรัง เบาหวาน กลุ่มเมตาบอลิซึม และไขมันในเลือดผิดปกติ (dyslipidemia) เป็นกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้เป็นไปตามเป้าหมายมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะเหล่านี้ และพบว่า 3 ใน 4 ของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVDs) มีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมด้วย (Wong, N.D., Lopez, V.A., L'Italien, G., Chen, R., Kline, S.E.J., & Franklin, S.S. 2007) และพบว่าน้ำหนักที่เกินมาตรฐาน และการ

กระจายตัวของไขมันที่ส่วนเอวอันผิดปกติ (abdominal fat distribution) เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของผู้ป่วยกลุ่มโรคเมตาบอลิซึม (Lakka,H.Laaksonen,D.E. ,2002) ดังนั้นการควบคุมปัจจัยเสี่ยง และการควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้เป็นภาวะที่ทำให้เกิดความเสี่ยงของโรค และแนวโน้มของการเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น

การควบคุมความดันโลหิตไม่ได้จะทำให้อัตราการเจ็บป่วยสูงขึ้น ส่งผลให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายไปกับปัญหาที่สามารถป้องกันได้(Houston,M.C., ,2011)ดังนั้นจึงมีความจำเป็นในการหาแนวทาง เพื่อการสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความสามารถในการดูแลตนเอง และมีศักยภาพในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นแนวทางที่จะช่วยให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตได้อย่างสมดุล ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยซึ่งเห็นได้จากการปฏิบัติเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญในการควบคุมการดำเนินของโรค เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขในขณะที่เจ็บป่วย ซึ่งการสร้างพลังอำนาจในการควบคุมโรคจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมการดำเนินชีวิตมีอิสระมากขึ้น (สุพัตรา บัวทิ ,2554 ; สุพัตรา บัวทิ ,2553) โดยพบว่าการสร้างพลังอำนาจส่งผลให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น(ศุภณตลา อนุเรือง, ศิริอร สินธุ, และวราพร วานิชย์กุล ,2552) ดังนั้นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและครอบครัวมีส่วนสำคัญในการควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีการศึกษาวิจัยพบวาระดับความสามารถในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองที่เพิ่มขึ้นจะทำให้การควบคุมระดับความดันโลหิตดีขึ้น (จุฑารัตน์ ภาตะนันท์, รัชนิ นามจันทร์ และ ปิ่นทิพย์ ศุภเมธาพร ,2555) สอดคล้องกับการศึกษาของ วาร์ดและคนอื่น ๆ (Ward,H.J.,Morisky,D.E.,Less,N.B.,&Fong,R. ,2000) ที่พบว่า การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลทำให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น และงานวิจัยที่สืบค้นพบมีกิจกรรมที่ช่วยให้ควบคุมความดันโลหิตได้ คือ การจัดการรายกรณี การจัดการความเครียด การควบคุมอาหาร การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย การหยุดสูบบุหรี่และงดดื่มสุรา (3 อ. 2 ส.) การจัดรูปแบบความรู้ทางสุขภาพสำหรับผู้ป่วย และการควบคุมจังหวะการหายใจเป็นกิจกรรมที่ช่วยทำให้ระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดได้(DeSimone,M.E.,&Crowe,A. ,2009) จากวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปในปัจจุบันทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติตัวเพื่อการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด ดังนั้นการวิจัยในครั้งนี้เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพของผู้ป่วยอันเป็นข้อมูลพื้นฐานในการที่จะนำไปสู่การศึกษาหารูปแบบการพยาบาล พัฒนาระบบบริการพยาบาลที่เหมาะสมใช้เป็นแนวทางการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการควบคุมระดับความดันโลหิตและวิเคราะห์ผลจากการวิจัยเพื่อนำไปศึกษาดำเนินการวิจัยและพัฒนาในโครงการวิจัยระยะที่สอง

ประชากรหรือกลุ่มศึกษา

กลุ่มศึกษาคือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นโรคความดันโลหิตสูง และได้ทำการรักษาที่งานอายุรกรรมเฉพาะโรคผู้ป่วยนอก คลินิกความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลานานมากกว่า 1 ปี ตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้ามาเป็นผู้ป่วยกลุ่มศึกษา ได้มาโดยวิธีการทดลองแบบสุ่มอย่างง่าย โดยการจับฉลากรายชื่อผู้ป่วยได้รายชื่อแล้วไม่ให้ใส่กลับคืนเข้าไปในกล่องฉลากคำนวณหากกลุ่มศึกษาด้วยการใช้โปรแกรมการคำนวณ Power Analysis for Sample Size ผ่านโปรแกรม G* star โปรแกรมประมวลผลกลุ่มศึกษาได้จำนวนเท่ากับ 117คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปหรือข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วย แบบสัมภาษณ์การดูแลสุขภาพในการควบคุมความดันโลหิตและแบบสัมภาษณ์การรับประทานยาควบคุมระดับความดันโลหิตเครื่องมือการวิจัยทั้งหมดได้ผ่านการตรวจสอบความตรง (validity) ของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และเชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน หลังจากนั้นนำไปตรวจสอบหาความเที่ยง(reliability)โดยทำการทดลองใช้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้ป่วยกลุ่มศึกษาจำนวน 30 คน ในพื้นที่ปฏิบัติงานจริงของผู้วิจัยคลินิกความดันโลหิตสูง งานอายุรกรรมเฉพาะโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยโสธร

วิธีดำเนินการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัยในครั้งนี้เป็นโครงการวิจัยหลัก (โครงการวิจัยชุดใหญ่)ระยะที่หนึ่งเชิงพรรณนา/เชิงบรรยาย ซึ่งเป็นการวิจัยที่นำผลการวิจัยที่ได้ไปวิเคราะห์พัฒนาต่อยอดครอบคลุมโครงการวิจัยระยะที่สองในรูปแบบการวิจัยและพัฒนา โดยการวิจัยเชิงพรรณนาโครงการวิจัยหลักระยะที่หนึ่งในครั้งนี้ ได้มีวิธีดำเนินการวิจัยออกเป็น 2 ขั้นตอนคือ

ขั้นตอนที่ 1 ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการควบคุมความดันโลหิตตามแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลภาวะสุขภาพ แบบสัมภาษณ์การดูแลสุขภาพในการควบคุมความดันโลหิต และแบบสัมภาษณ์ในการใช้ยาควบคุมความดันโลหิต ของโครงการวิจัยหลักระยะที่หนึ่งเชิงพรรณนา เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในเบื้องต้น หลังจากได้ข้อมูลผลจากการ

ศึกษาวิจัย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ขั้นตอนที่ 2 หลังเสร็จสิ้นจากการดำเนินการวิจัยระยะที่หนึ่งโครงการวิจัยหลักเชิงพรรณนา นำข้อมูลผลการวิจัยมาพัฒนาต่อยอดเป็นการศึกษาวิจัยและพัฒนา โดยผู้วิจัยสรุปประเด็นปัญหาสำคัญ และการแก้ไขปัญหา รวบรวมผลการวิเคราะห์ จัดทำเป็นโครงการวิจัยระยะที่สองแบบวิจัยและพัฒนา

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุมัติการทำวิจัยและผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (แบบเร็ว) ของแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลโสธรโดยคณะกรรมการได้อนุมัติให้ดำเนินการวิจัยได้ในหมายเลขที่ 01/2561 ลงวันที่ 9 2561

ผลการวิจัย

1.ลักษณะของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

1.1 กลุ่มศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 73.50 อายุเฉลี่ย 64.03 ปี โดยส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 65.80 มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 65.80 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 88.90 ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 50.40 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยายร้อยละ 70.90 โดยมีจำนวนสมาชิกในครอบครัวตั้งแต่ 5 คนขึ้นไป ร้อยละ 60.70

1.2 ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 6.32 ปี โดยส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยระหว่าง 1-5 ปี ร้อยละ 71.00 และยังพบว่าเป็นโรคนี้มากกว่า 10 ปีร้อยละ 18 ดัชนีมวลกายโดยเฉลี่ย 24.74 และส่วนใหญ่สูงกว่า 22.9 ร้อยละ 75.00 เพศชายส่วนใหญ่มีขนาดรอบเอวน้อยกว่า 90 เซนติเมตรร้อยละ 17.95 ส่วนเพศหญิงมีเส้นรอบเอวมมากกว่า 80 เซนติเมตร ร้อยละ 50.43 ความดันโลหิตตัวบน (systolic blood pressure) เฉลี่ย 150.10 เซนติเมตร โดยส่วนใหญ่สูงกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอทร้อยละ 68.40 สำหรับความดันโลหิตตัวล่าง (diastolic blood pressure) เฉลี่ย 84.67 มิลลิเมตรปรอท โดยส่วนใหญ่ต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอทร้อยละ 70.13 ส่วนใหญ่มีเบาหวานเป็นโรคร่วมร้อยละ 19.30 และส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับ

การรักษาด้วยยาเบาหวานเพราะมีระดับน้ำตาลที่สูงไม่มากนักถึงสูงมากสมควรได้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด

2. การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต

กลุ่มศึกษาส่วนใหญ่ไม่เติมน้ำปลาในอาหารที่ปรุงเสร็จแล้วร้อยละ 56.40 ส่วนใหญ่ไม่ได้ลดปริมาณของการบริโภคปลาร้า น้ำปลา เกลือ ร้อยละ 41.10 ชอบรับประทานอาหารประเภทผักตอง ส้มปลาน้อย ส้มปลาน้ำเค็ม ไส้กรอก หม่า สับดาห์ละ 1-2 วันร้อยละ 83.80 และพบว่ามีการใช้ผงชูรสเป็นประจำร้อยละ 88.00

กลุ่มศึกษาส่วนใหญ่รับประทานปลาเป็นประจำร้อยละ 61.50 ปรุงอาหารโดยการต้ม นึ่ง ย่าง ร้อยละ 58.10 ส่วนใหญ่รับประทานอาหารที่มีไขมันสับดาห์ละ 1-2 ครั้ง ดังนี้ เครื่องในสัตว์ ไช้แดง ไช้ปลา ร้อยละ 76.90 อาหารที่มีกะทิเป็นส่วนประกอบร้อยละ 63.20 อาหารประเภทผัด ทอด ร้อยละ 62.40 อาหารประเภทเนื้อติดมัน หนังกุ้ง หนัหมู กากหมู ร้อยละ 60.70

กลุ่มศึกษาส่วนใหญ่รับประทานผักใบเขียวเป็นประจำร้อยละ 67.50 รับประทานกล้วย ส้ม มะม่วง หรือ มะละกอ เป็นประจำร้อยละ 40.29 รับประทานผักโขม มะเขือเทศ หรือเห็ด สับดาห์ละ 1-2 ครั้ง ร้อยละ 63.20 รับประทานปลาทั้งก้างสับดาห์ละ 1-2 ครั้ง ร้อยละ 69.20 ต้มนมหรือต้มกล้วย ร้อยละ 41.10 และส่วนใหญ่ไม่ได้รับประทานข้าวกล้องร้อยละ 99.10

กลุ่มศึกษาส่วนใหญ่มีการออกกำลังกาย หรือทำงานบ้านเป็นประจำร้อยละ 74.40 และมีการออกกำลังกายต่อเนื่องอย่างน้อย 30 นาทีเป็นประจำร้อยละ 72.60

กลุ่มศึกษาส่วนใหญ่มีวิธีการคลายความเครียดเมื่อพบความเครียดเกิดขึ้นเป็นประจำร้อยละ 75.20 ส่วนใหญ่ปรึกษากับสมาชิกในครอบครัวเป็นประจำร้อยละ 48.70 ส่วนใหญ่ไม่ขอความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้านร้อยละ 56.40 และส่วนใหญ่ไม่ได้รับประทานยาคลายเครียดร้อยละ 89.80

การรับประทานยาควบคุมระดับความดันโลหิต กลุ่มศึกษาส่วนใหญ่ไม่มีญาติของผู้ป่วยอื่นมารับประทานร้อยละ 98.30 ไม่ลดยาเองร้อยละ 85.50 ไม่เพิ่มยาเองร้อยละ 92.30 ไม่เคยดื่มน้ำด้วยตนเองร้อยละ 84.60 ไม่ดื่มรับประทานยาร้อยละ 48.70 แต่ดื่มรับประทานยาสับดาห์ละ 1-2 ครั้งร้อยละ 41.90 ส่วนใหญ่รับประทานยาไม่ตรงเวลาเป็นประจำร้อยละ 65.80 พบว่าส่วนใหญ่สังเกตวันหมดอายุของยาเป็นประจำร้อยละ 54.70 และไม่เคยสังเกตเลยร้อยละ 43.60 ส่วนใหญ่เก็บยาให้พ้นจากความชื้น และแสงแดดร้อยละ 91.50 ไปพบแพทย์ตามนัดร้อยละ 85.50 และพบว่าส่วนใหญ่สังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นเป็นประจำ ได้แก่ ปวดศีรษะ วิงเวียน ศีรษะไม่โล่งร้อยละ

ละ 92.30 ปวดศีรษะบริเวณท้ายทอยและลงมาถึงคอแบบ
หนัก ๆ ร้อยละ 88.00 มีบวมที่เท้าเป็น ๆ หาย ๆ ร้อยละ 79.50

อภิปรายผล

1. กลุ่มศึกษาบริโภคอาหารที่ทำให้มีโอกาสได้รับสารที่ทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นมากเกินไป ได้แก่ 1) โซเดียมจากอาหารสูงแม้ว่าส่วนใหญ่(ร้อยละ 56.40) จะไม่เคยเติมน้ำปลาในอาหารที่ปรุงเสร็จเรียบร้อยแล้ว แต่ยังพบว่าส่วนใหญ่ไม่ได้ลดการบริโภคปลาร้า น้ำปลา เกลือ และยังคงใช้ผงชูรสปรุงอาหารเป็นประจำ และพบว่าร้อยละ 83.80 รับประทานอาหารประเภทผักตบ ส้มปลาน้อย ส้มปลา เนื้อเค็ม ไส้กรอก หม่า สับดาห์ละ 1-2 ครั้ง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรมการบริโภคของผู้คนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ดังการบอกเล่าของผู้ป่วยที่เล่าว่าในการจัดลำดับต้องมีการรับประทานเป็นส่วนประกอบเสมอ และหากไม่ได้รับประทานจะรู้สึกว่ายังไม่ได้รับประทานอาหารในมื้อนั้น ๆ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าวัฒนธรรมการบริโภคอาหารมีผลทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับโซเดียมจากอาหารปริมาณมาก ของดลรัตน์ รุจิพัฒน์กร, 2547 นอกจากนี้ข้อมูลที่ได้รับในส่วนของการที่มีโซเดียมจะเกี่ยวข้องกับรสชาติ ยังขาดวิธีการในการกำหนดปริมาณโซเดียม หรือข้อมูลที่จะหลีกเลี่ยงอาหารที่มีโซเดียมสูงไม่เพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยยังคงบริโภคทั้งเครื่องปรุงรส และอาหารที่มีโซเดียมสูง ประกอบกับกลุ่มศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุ ซึ่งมีปัญหาเรื่องการเสื่อมของต่อมรับรส และความอยากอาหารลดลง การรับประทานอาหารเค็มจะทำให้รับประทานอาหารได้เพิ่มมากขึ้น 2) รับประทานอาหารที่มีกลุ่มไขมันสูง ประกอบด้วยเครื่องในสัตว์ ไข่แดง ไข่ปลา อาหารที่มีกะทิเป็นส่วนประกอบ อาหารประเภท ผัด ทอด เนื้อสัตว์ติดมัน หนังไก่ หนังหมู และกากหมู ซึ่งการบริโภคอาหารกลุ่มนี้ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมน้ำหนักตัวได้ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักเกินกว่ามาตรฐาน นอกจากนี้การรับประทานอาหารกลุ่มที่มีส่วนประกอบของไขมัน และโคเลสเตอรอลยังส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดเส้นเลือดแดงแข็ง เพิ่มมากขึ้น ทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น ซึ่งค่าความดันโลหิตตัวบน (systolic blood pressure) โดยเฉลี่ยมากกว่า 150 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป ซึ่งทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้น ซึ่งการรับประทานอาหารกลุ่มที่มีไขมันสูงเพิ่มมากขึ้น มาจากวิธีการดำเนินชีวิตของคนในชนบทที่เปลี่ยนแปลงไป สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของสุพัตรา บัวทิ และคณะ(สุพัตรา บัวทิและคณะ, 2555) ที่พบว่าสตรีวัยกลางคนในเขตชนบทบริโภคอาหารกลุ่มที่มีไขมันสูงเพิ่มขึ้น การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงทำให้ภาวะไขมันในเลือดสูงตามมา ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิด

หลอดเลือดแดงตีบแข็ง ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเป้าหมายที่กำหนดได้ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ วิชัย เอกพลการ(วิชัย เอกพลการ, 2553)

2. กลุ่มศึกษามีแนวโน้มที่จะได้รับสารอาหารสามารถช่วยลดระดับความดันโลหิตได้ไม่เพียงพอ ได้แก่ 1) กลุ่มศึกษามีโอกาสได้รับแมกนีเซียมจากอาหารน้อย ดังที่พบว่า ที่ได้รับประทานข้าวกล้องเป็นประจำพบเพียงร้อยละ 0.009 แมกนีเซียมเป็นสารอาหารที่ช่วยลดระดับความดันโลหิต คือสารแมกนีเซียมทำให้เส้นเลือดขยายได้ดีขึ้นช่วยลดความดันโลหิตได้(Houston,M.C., &Harper,K.J., 2009) รวมทั้งจากผลงานวิจัยพบกลุ่มตัวอย่างได้รับโปตัสเซียมไม่เพียงพอ โดยพบว่าได้รับประทานอาหารกลุ่มที่มีโปตัสเซียมสูง ได้แก่ 1) ผัก ไข่ต้ม มะเขือเทศ เห็ด สับดาห์ละ 1-2 ครั้งจึงมีโอกาที่จะได้รับสารโปตัสเซียมไม่เพียงพอ การรับประทานโปตัสเซียมอย่างเพียงพอสามารถช่วยลดความดันโลหิตได้ โดยควรได้รับ 3,700 มิลลิกรัมต่อวัน(Panel on Dietary reference intakes for Electrolytes and Water, 2005) ซึ่งโปตัสเซียมมีบทบาทในการควบคุมการไหลเวียนเลือด และระดับความดันโลหิต (Haddy,Vanhoutte&Feletou,M., 2006) และพบว่าการเพิ่มรับประทานอาหารโปตัสเซียมในอาหารเป็น 750-1,00 มิลลิกรัมต่อวัน สามารถช่วยลดระดับความดันโลหิตได้ 2-3 มิลลิเมตรปรอท สอดคล้องกับINTERSALT อ้างถึงใน Houston, Harper, & Pharm,(2008) และพบว่ารับประทานอาหารที่มีโปตัสเซียมเพิ่มมากขึ้น 0.6 กรัมต่อวัน สามารถช่วยลดความดันโลหิตตัวบน (systolic blood pressure)1.0 มิลลิเมตรปรอท และลดความดันโลหิตตัวล่าง (diastolic blood pressure) 0.5 มิลลิเมตรปรอท(Houston,M.C., &Harper,K.J.,Potassium, 2009) 3) แคลเซียมมีส่วนสำคัญในการควบคุมระดับความดันโลหิต โดยพบว่าได้รับแคลเซียมจากอาหารในปริมาณที่เพียงพอมีความสัมพันธ์กับการลดลงของระดับความดันโลหิต เนื่องจากแคลเซียมช่วยลดการหดตัวของหลอดเลือด (vasoconstriction) อย่างไรก็ตามในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มศึกษาส่วนใหญ่มีโอกาได้รับแคลเซียมไม่เพียงพอจากการสำรวจพบดื่มนมหรือนมถั่วเหลืองเป็นประจำน้อยมากเพียงร้อยละ 2.60 ทั้งนี้การรับประทานแคลเซียมในรูปแบบของยาไม่ช่วยลดระดับความดันโลหิต(Margolis et al.,K.L., 2008)

3. การออกกำลังกายเป็นปัจจัยที่สำคัญสามารถช่วยลดระดับความดันโลหิตได้ของ Montei&Filhonกล่าวถึงผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรออกกำลังกายแบบแอโรบิก เพราะการออกกำลังกายแบบแอโรบิกช่วยให้ความดันโลหิตลดลง 4-7 มิลลิเมตรปรอท (Margolis et al.,K.L., 2008; Pescatello,L.S., 2015)การออกกำลังกายแบบแอโรบิกช่วยทำให้เยื่อหลอดเลือด (endothelium) มีความยืดหยุ่นช่วยลดแรงต้านของหลอดเลือดส่วนปลาย ส่งผลทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง

(Pescatello, L.S., 2004) การออกกำลังกายแบบแอโรบิกสามารถช่วยลดการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ และควบคุมการทำงานของบาร์โรว์เฟล็กซ์ (baroreflex) ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลง (Laterza, M.C., De Matos, L.D.N.G., 2007) งานวิจัยครั้งนี้กลุ่มศึกษาที่มีการออกกำลังกายสม่ำเสมอส่วนใหญ่เข้าใจว่าตนเองได้ออกกำลังกายเนื่องจากตนเองทำงานบ้านเป็นประจำ ร้อยละ 74.40 และจากการพูดคุยในระหว่างให้การสัมภาษณ์ผู้ป่วยยังพบว่าบางรายยังมีการออกกำลังกายแบบเกร็งกล้ามเนื้อ (isometric contraction) เช่น ออกกำลังกายโดยการวิดพื้น และผู้ป่วยชาย 1 คนไปตัดไม้และตักไม้ไฟ ซึ่งต้องมีการเกร็งของกล้ามเนื้อและออกแรงมากจนทำให้เป็นลมล้มลง การออกกำลังกายแบบเกร็งกล้ามเนื้อนี้มีผลทำให้หลอดเลือดแดงลดความยืดหยุ่นลง (Kaess, B.M., 2012) การออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่ระดับความหนักปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากการออกกำลังกายที่หนัก (intense aerobic exercise) จะทำให้เกิดการทำลายของเยื่อใยภายในหลอดเลือดดำใน (Larsen, M.K., Matchkov, V.V., 2016) ดังนั้นจึงควรออกกำลังกายในระดับปานกลางอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 30 นาที สอดคล้องกับ US Surgeon General อ้างถึงใน Appel (Appel, L.J., 2003) สามารถช่วยลดระดับความดันโลหิตได้

4. การจัดการกับความเครียด ได้ใช้เป็นแนวทางที่เพิ่มขึ้นในการควบคุมระดับความดันโลหิตของแนวทางปฏิบัติในปัจจุบัน²⁹ กลุ่มศึกษามีแนวโน้มในการจัดการกับความเครียดได้ ผลการวิจัยพบส่วนใหญ่กลุ่มศึกษาเมื่อมีความเครียดจะหาวิธีคลายความเครียดได้เมื่อเกิดความเครียด ซึ่งวิธีการที่ใช้โดยการปรึกษาพูดคุยกับบุคคลสมาชิกในครอบครัว อย่างไรก็ตามยังกลุ่มศึกษาบางราย (ร้อยละ 10.20) ที่มีการใช้ยาคลายเครียดจากข้อมูลกลุ่มศึกษาอาจมีแหล่งสนับสนุนการจัดการกับความเครียดน้อย เนื่องจากพบกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 42.70 ไม่เคยปรึกษาพูดคุยกับบุคคลหรือสมาชิกในครอบครัว และร้อยละ 56.40 ไม่เคยปรึกษาปัญหาเกี่ยวกับเพื่อนบ้าน ซึ่งทั้งครอบครัวและเพื่อนบ้านเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญในการช่วยสนับสนุนทางอารมณ์ จากข้อจำกัดของแหล่งสนับสนุนที่สำคัญ ในกรณี que ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องความเครียดเกิดขึ้น โดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยหาวิธีลดปัญหาโดยใช้วิธีการนั่งสมาธิการทำสมาธิเป็นวิธีการที่สามารถช่วยควบคุมความดันโลหิตให้ลดลงได้ เนื่องจากทำให้เกิดการผ่อนคลายทำให้ลดการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติลดลง (Parati, G., & Steptoe, A., 2004) ซึ่งเป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับแนวโน้มทางสังคมที่บุคคลต้องพึ่งพาตนเองในเรื่องสุขภาพมากขึ้น และควรช่วยให้มีวิธีการควบคุมอารมณ์ในช่วงที่มีเหตุการณ์ที่ตึงเครียด เนื่องจากสามารถช่วยควบคุมไม่ให้ระดับความดันโลหิตเพิ่มมากขึ้นในช่วงที่มีภาวะทางอารมณ์ตึงเครียด (Alabdulgader, A.A., 2012) ซึ่งจะทำให้เกิดความยั่งยืนในการจัดการเพื่อให้อยู่กับโรคเรื้อรัง โดย

สามารถควบคุมการดำเนินของโรคและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้

5. กลุ่มศึกษาส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตนด้านการใช้ยาที่ยังไม่เหมาะสม กล่าวคือส่วนใหญ่รับประทานยาไม่ตรงเวลา และลืมรับประทานยาบางครั้ง แต่มีกลุ่มศึกษาบางกลุ่มที่สามารถปฏิบัติตนด้านการใช้ยาได้อย่างถูกต้อง คือไม่ลืมยาผู้ป่วยคนอื่นมาใช้ ไม่มียาเพิ่มยา หรือลด ปริมาณยาด้วยตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุกัญญา ลัมรังสรรค์ (2556) ที่พบว่าผู้ป่วยให้ความสำคัญกับการรับประทานยาตามแพทย์กำหนดในกลุ่มผู้ป่วยที่มีการรับรู้ประสบการณ์ความรุนแรงของโรคที่เกิดภาวะแทรกซ้อนอันรุนแรง (ปราณี คำจันทร์, สุมาลี วัจนกร, ชูติมา ผาดิดารกุล, 2551) อย่างไรก็ตามกลุ่มศึกษาที่ลืมรับประทานยาสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ร้อยละ 48.70 ทั้งนี้เนื่องมาจากกลุ่มศึกษาส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป และผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังมีภาวะของ cognitive impairment ระบบของความทรงจำจะเสื่อมและลดลง จากการรับรู้ ส่งผ่านคลื่นไฟฟ้าของระบบประสาทมีความเร็วลดลง ดังนั้นในผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีการสนับสนุนใช้เครื่องกระตุ้นความทรงจำเช่นตั้งโทรศัพท์ให้มียาช่วยเตือนการรับประทานยาให้ตรงเวลา หรือสมาชิกในครอบครัวช่วยดูแลเพื่อลดปัญหาเรื่องการลืมรับประทานยาไม่ตรงเวลา พบผลงานวิจัยที่แสดงให้เห็นในแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกิตติพร เนาว์สุวรรณ, ประไพพิศสิงห์เสน, และเยาวลักษณ์ ยิ้มเยื่อน (2559) แม้ว่าผู้ป่วยจะบอกว่ารับประทานยาตรงเวลา แต่จากประเด็นที่ได้จากการสัมภาษณ์พบว่า การรับประทานยาส่วนใหญ่จะรับประทานตามเวลาของอาหาร ซึ่งในการรับประทานอาหารนั้นผู้ป่วยจะไม่ตรงเวลาร้อยครั้ง เนื่องจากเวลาในการรับประทานอาหารจะขึ้นอยู่กับการทำงานในช่วงเช้าว่าจะแล้วเสร็จเมื่อใด ซึ่งการได้รับยาในเวลาที่แตกต่างกันส่งผลต่อระดับยาที่ไม่สม่ำเสมอ ซึ่งระดับของยามีผลโดยตรงต่อระดับความดันโลหิต ทำให้การควบคุมระดับความดันโลหิตไม่เหมาะสมเท่าที่ควร นอกจากนี้การปฏิบัติตนเรื่องการรับประทานยาส่วนใหญ่จะบอกว่าทำตามคำสั่งการรักษาโดยพยายามรับประทานให้ครบเท่านั้น ในบางรายบอกว่าเคยลดขนาดยา เพื่อจะได้รับประทานยาให้ครบถึงวันนัด บางรายไปยืมยาผู้ป่วยบุคคลอื่นมารับประทานก่อนเนื่องจากเพิ่มยาด้วยตนเองต่อมายาจะหมดก่อนวันนัดจำเป็นต้องยืมยาผู้ป่วยบุคคลอื่นมารับประทานให้ถึงวันนัด

ซึ่งในช่วงเวลาที่เพิ่มหรือลดยาด้วยตนเองของผู้ป่วยนั้นมีความเสี่ยงสูงจากอันตรายของการเปลี่ยนแปลงระดับยาในกระแสเลือดและการเปลี่ยนของระดับความดันโลหิต ทั้งนี้เป็นปัญหาของพฤติกรรมที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับความรู้ความเข้าใจ พฤติกรรมดังกล่าวอาจกล่าวอาจเป็นไปได้ว่าเกิดจากการ

มีความรู้ความเข้าใจในการใช้น้ำมันหรือมีไม่ตรงประเด็นกับผู้ป่วยต้องปฏิบัติ หรือขาดความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาควบคุมความดันโลหิต(ปราณี คำจันทร์, สุมาลี วัฒนกร, ชุตินา ผาติดำรงกุล ,2551)

1. การสามารถติดตาม เฝ้าระวังการดำเนินโรคด้วยตนเอง (self-monitoring) ช่วยให้การควบคุมระดับความดันโลหิต

ได้ดีและช่วยให้การรับประทานยาตามแนวทางการรักษามากขึ้น^{34,35} ผู้ป่วยกลุ่มศึกษายังขาดการติดตามความผิดปกติที่เกิดจากความดันโลหิต ทั้งนี้เนื่องจากส่วนใหญ่ไม่เคยไปพบแพทย์ ก่อนนัดเมื่อมีอาการผิดปกติมากถึงร้อยละ 85.50 และจากประสบการณ์ภาคสนามของทีมวิจัยพบผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะอย่างรุนแรงแล้วไม่ไปรับการรักษา หรือไปขอรับการรักษาความดันโลหิตกับอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน หรือที่โรงพยาบาล ทำให้มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน ในที่สุดอาจเกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้และทั้งหมดไม่มีเครื่องวัดความดันโลหิตที่บ้าน ซึ่งการวัดระดับความดันโลหิตด้วยตนเองเป็นวิธีการที่จำเป็น สามารถช่วยให้การปฏิบัติเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตเพิ่มมากขึ้น(Ogedegbe,G.,Schoenthaler,A,A ,2006) โดยพบว่าช่วยให้ระดับความดันโลหิตของกลุ่มศึกษาที่วัดความดันโลหิตด้วยตนเองมีระดับความดันโลหิตลดลง³⁶ และมีความมั่นใจเพิ่มมากขึ้นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต(Jones,M.I. ,2012) ซึ่งความมั่นใจนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลและควบคุมให้ระดับความดันโลหิตให้เป็นไปตามเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

1.1 การพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงด้านการควบคุมอาหารที่มีโซเดียมและไขมันสูง จากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงยังได้รับข้อมูลไม่เพียงพอที่จะนำไปประยุกต์ใช้ในการควบคุมปริมาณของโซเดียมและไขมันที่ได้รับในการให้ข้อมูลที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถนำไปใช้ได้ ควรเป็นการให้ข้อมูล 2 ทาง กล่าวคือเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเล่าถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหารทั้งในเรื่องของอาหาร วิธีการปรุง และเครื่องปรุงที่ใช้ พยาบาลช่วยผู้ป่วยวิเคราะห์ปริมาณโซเดียมที่ผู้ป่วยได้รับ ให้ความรู้ที่จำเป็น เช่น การอ่านฉลากอาหาร แนะนำให้ปรุงอาหารในลักษณะที่มีการใช้เครื่องปรุงรสและน้ำมันน้อย เช่นการนึ่ง ต้ม ปิ้งย่าง ที่มีการใช้เครื่องปรุงรสเพียง 1-2 ชนิด(สุพัตรา บัวทิ ,2554)นอกจากนี้ต้องให้ความสำคัญกับอาหารที่มีความเฉพาะในแต่ละบริบท เช่น กรณีอาหารหมักดองที่มีรสชาติเปรี้ยว เช่น ผักดอง ส้มปลา ที่อาจทำ

ให้ผู้ป่วยเข้าใจผิดว่าไม่ได้เป็นอาหารที่มีโซเดียมสูงและในกรณีของไข่ปลาที่มีปริมาณคอเลสเตอรอลสูง

1.2 การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการเรื่องการจัดการความเจ็บป่วย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ยังมีปัญหาเรื่องการจัดการความเจ็บป่วยเนื่องจากยังขาดข้อมูลเกี่ยวกับยาและโรคความดันโลหิตสูง พยาบาลควรพัฒนาแนวทางในการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง อาการและอาการแสดง แนวทางการดูแลรักษา การใช้ยา ตลอดจนแนวทางการจัดการกับอาการที่ผิดปกติ และการบริหารยา ช่วยจัดหาแหล่งประโยชน์ที่จำเป็นในการจัดการความเจ็บป่วย เช่น จัดหาเครื่องวัดความดันโลหิตไว้ประจำหมู่บ้าน จัดทำสมุดบันทึกประจำตัวผู้ป่วย คู่มือการจัดการอาหารเมื่อเกิดอาการผิดปกติ แนวทางการจัดการเมื่อมีอาการผิดปกติที่รุนแรง การประสานงานเพื่อส่งต่อเมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น

1.3 ประสานงานให้เกิดเครือข่ายการจัดการโรคความดันโลหิตสูงทั้งในระดับหมู่บ้าน และระดับตำบล โดยมีการจัดระบบการดูแลที่ป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มช่วยเหลือผู้ที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตเช่น ในผู้สูงอายุ ผู้พิการ

2. ด้านการทํารวบรวมข้อมูล

2.1 งานวิจัยในครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการพัฒนาต่อยอดงานวิจัยในแบบของการวิจัยและพัฒนาโครงการระยะที่สองในการศึกษาหารูปแบบการพยาบาลที่มีความเหมาะสมในการจัดการกับผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

2.2 ในสถานการณ์ปัจจุบันรูปแบบการสื่อสาร การให้การศึกษา การให้ความรู้ คำแนะนำด้านสุขภาพเพื่อเป็นการสื่อสารแบบสองทางควรเป็นรูปแบบที่ผู้ป่วยศึกษาความรู้อันหาสื่อข้อมูลด้านสุขภาพโดยมีพยาบาลหรือทีมสุขภาพเป็นผู้ช่วยเหลือ ชี้แนะ ซึ่งหมายถึง การจัดรูปแบบของการพยาบาลในการให้ความรู้ทางสุขภาพสำหรับผู้ป่วย

2.3 การใช้วิธีการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพควรเป็นรูปแบบที่ผสมผสาน มีการประเมินและวิเคราะห์ เชื่อมโยงกับระดับสติปัญญา อายุ ปัจจัยพื้นฐานของผู้ป่วยร่วมด้วย

2.4 ใช้เป็นแนวทางในการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ให้มีความชัดเจน ตามประเด็นปัญหาที่พบจากผลการวิจัยในครั้งนี้

2.5 ศึกษาแนวทางการดูแลโดยเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการจัดการเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง โดยเน้นที่การส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองทั้งในด้านอาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ และ การดื่มสุรา สูบบุหรี่ (3 อ. 2 ส.) ต่อไป

2.6 ศึกษาพัฒนางานวิจัยด้านการจัดการรายกรณี การขยายบทบาทของพยาบาล และการประสานร่วมทีมใช้ทีมสหสาขาวิชาชีพเข้าร่วมดำเนินการ ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้เนื่องจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตที่ควบคุมไม่ได้พบปัญหาทางสุขภาพที่ซับซ้อนในการวิจัย

ครั้งนี้ ดังนั้นในการพัฒนาต่อยอดโครงการวิจัยระยะที่สองผู้ป่วยกลุ่มศึกษาดังกล่าวควรได้รับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลรักษาในลักษณะที่เข้มงวด

เอกสารอ้างอิง

- สำนักงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ, กรมควบคุมโรค, กระทรวงสาธารณสุข. **รายงานประจำปี 2559**. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์. 2559.
- Appel, L.J. (2003). Lifestyle modification as a means to prevent and treat high blood pressure . *Journal of American Society Nephrology*. 2003; 14 :599-512.
- Gu,D., Reynolds,K,WU,X.,Chen,J.,Munter,P.,He,J.,.Prevalence,awareness,treatment, and control of hypertension in China. *Hypertension*.2002;40:920-927.
- Ong,KL.,Chung,B.M.Y.,Man,Y.B.,Lua,C.pP., &Lam,K.S.L.,.Prevalence,awareness,treatment and control of hypertension among The United State adults.1999-2004.*Hypertension*,2007;49:69-73.
- วิทยา ศรีมาดา. **ตำราอายุรศาสตร์ 2**. พิมพ์ครั้งที่ 5ฉบับปรับปรุงแก้ไข. กรุงเทพฯ:สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย. 2550.
- Fang,X.H.,Zhang,X.H., Yang,Q.D., Dai,X.Y. Rao,M.L., LiS.C.,.Subtype hypertension and risk of stroke in the middle-aged and older Chinese:A10 –year follow-up study.*Stroke*,2006;37:38-43.
- Nationalinstitues of Neurological Disorder and Stroke.Stroke hope through research. 2006. .Retrieve fromhttp://www.ninds.nih.gov//disorders/stroke/detail_stroke.htm.
- Wong,N.D.,Lopez,VA.,L' Italien,G.,Chen,R., Kline,S.E.J.,&Franklin,S.S. Inadequate control of hypertension in US Adults with cardiovascular diseasecomobidities in 2003-2004.*Archive of International Medicine*.2007;167(22):2431-36.
- Ong,KL.,Chung,B.M.Y.,Man,Y.B.,Lua,C.pP., & am, K.S.L. Prevalence,awareness, treatment and control of hypertension among The United State adults.1999- 2004.*Hypertension* ,2007; **49**:69-73.
- Lakka,H.Laaksonen,D.E.,Lakka,T.A.,Niskanen,L.K.,Kumpusalo,E.,Tumilehto,T. &Salonen,J.T. The metabolic syndromes and total cardiovascular disease mortality in middle-aged men. *JAMA*,2002;288(21):2709 - 2716.
- Houston,M.C.,.The importance of potassium in managing hypertension. *Current Hypertension Report*.2011; Doi10.1007/s11906-001-0197-8.
- สุพัตรา บัวที. การบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเส้นหัวใจพิการ. **วารสารการพยาบาลกองทัพบก**, 2554; 12(2):23-29.
- สุพัตรา บัวที. จิระภา ศิริวัฒนเมษานนท์, และศิริอร สนั่น. พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีวัยกลางคนที่อาศัยอยู่ที่บ้านลาดสระบัว อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์. **วารสารพยาบาลศาสตร์**, 2555; 30(2):58-69.
- ศกุนตลา อนุเรือง, ศิริอร สนั่น, และวราพร วานิชย์กุล. ผลของโปรแกรมการสร้างพลังอำนาจในตนเองต่อภาวะสุขภาพและความพึงพอใจในบริการสุขภาพของผู้หญิงที่มีความดันโลหิตสูง. **วารสารสภาการพยาบาล**. 2552; 24(1):11-23.
- จุฑารัตน์ ภาตะนันท์, รัชนิ นามจันทร์ และ ปิ่นมัทย์ สุขเมธพร. ผลของโปรแกรมการพยาบาลที่บ้าน ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต. **วารสารการพยาบาลกองทัพบก**. 2555; 13(1):1-7.
- Ward,H.J.,Morisky,D.E.,Less,N.B.,&Fong,R. A clinic and community-based approach to hypertension control for an underserved minority population : Design and methods. *American Journal of Hypertension*. 2000; 13:177-83.
- DeSimone,M.E.,&Crowe,A. Nonpharmacological approaches in the management of hypertension. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioner*. 2009; 21:189-96.
- วิชัย เอกพลการ.(บรรณาธิการ). การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 ในปี 2551. นนทบุรี: บริษัท เดอะกราฟิโกซิสเต็มส์ จำกัด. 2553.
- Houston,M.C., &Harper,K.J.,.Potassium, magnesium, and calcium : their role in both the cause and treatment of hypertension. *The Journal of Clinical hypertension*, 2009; 10(7): 3-11.

- Panel on Dietary reference intakes for Electrolytes and Water, Standing Committee on the Scientific Evaluation of Dietary Reference Intakes; Food and Nutrition Board ; Institute of Medicine. Dietary Reference Intake for Water, Potassium, Sodium, Chloride, and Sulfate; The National Academies Press : Washington, DC, 2005.
- Haddy, Vanhoutte & Feletou, M. Role of potassium in regulating blood flow and blood pressure. **American Journal of Physiological Integration Component Physiology**, 2006; 290: 546-52.
- Margolis et al., K.L. Ray, R.M., Van Horn, L., Manson, J.E., Allison, M.A., Black, H.R., et al. Effect of calcium and vitamin D supplementation on blood pressure : The woman's health initiative randomized trial. **Hypertension**, 2008; 52(5): 847-55.
- Pescatello, L.S., MacDonald, H.V., Lamberti, L., & Johnson, B.T. Exercises for hypertension : A prescription update integrating existing recommendation with emerging research. **Current Hypertension Report**, 2015; 17 (11): retrieved on 3 rd October 2017 from <http://dx.doi.org/10.1007/s11906-015-0600-y>.
- Appel, L.J., Lifestyle as a means to prevent and treat high blood pressure. **Journal of American Society Nephrology**, 2003; 14: 99-102.
- Pescatello, L.S., Franklin, B.A., Fargard, R., Farquhar, W.B., Kelly, G.A., & Ray, C.A., Exercise and hypertension. **Medicine Science Sports Exercise**, 2004; 36(3): 533-53 retrieved on 3rd October, 2017 from <http://dx.doi.org/10.1249/01.MSS.0000115224.88514.3A>.
- Laterza, M.C., De Matos, L.D.N.G., Tombetta, J.C. Exercise training restores baroreflex sensitivity in never-treated hypertensive patients. **Hypertension**, 2007; 49(6): 1298-1360. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1161/HYPERTENSION.AHA.106.085548>.
- Kaess, B.M., Larson, M.G., Hamburg, N.M., Vita, J.A., Levy, D., Benjamin, E.J., (2012) Aerobic stiffness blood pressure progression, and incidence hypertension. **JAMA**, 2012; 308(9): 875-881.
- Larsen, M., K Matchkov, V.V., Hypertension and physical exercise : the role of oxidative stress. **MEDICINA**, 2016; 52: 19-27.
- Parati, G., & Steptoe, A. Stress reduction and blood pressure control in hypertension : A role of transcendental meditation. **Journal of Hypertension**, 2004; 22: 2057-60.
- Alabdulgader, A.A. (2012). Coherence : A novel non pharmacological modality for lowering blood pressure in hypertensive patients. **Global Advances in Health and Medicine**, 2012; 1(2): 54-62.
- ปราณี คำจันทร์, สุมาลี วัฒนการ, ชูติมา ผาติดำรงกุล. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. **สงขลาเวชสาร**, 2551; 26(6): 539-547.
- กิตติพร เนาว์สุวรรณ, ประไพศศิณ, และเยาวลักษณ์ ยิ้มเย็น. ความสัมพันธ์อำนาจในการทำนายของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. **วารสารวิทยาลัยบรมราชชนนีอุตรดิตถ์**, 2559; 8(1): 1-12.
- ปราณี คำจันทร์, สุมาลี วัฒนการ, ชูติมา ผาติดำรงกุล. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. **สงขลาเวชสาร**, 2551; 26(6): 539-47.
- Bray, E.P., Holder, R., Mant, J., McManus, R.J., Dose self-monitoring reduce blood pressure ? Meta – analysis with meta-regression of randomized controlled trials. **Annual Medicine**, 2010; 42(5): 371-386.
- Ogedegbe, G., Schoenthaler, A. A systematic review of effects of home blood pressure monitoring on medication adherence. **Journal of Clinical Hypertension**, 2006; 8(3): 174-180..
- Aekplakom, W., Suriyawongpaisal, P., Tansirisithikul, R., Sakulpipat, T., & Chacroensuk, P., Effectiveness of self-monitoring blood pressure in primary care : A randomized controlled trial. **Journal of Primary Care and Community Health**, 2016; 7(2): 58-64.
- Jones, M.I., Greenfield, S.M., Bray, E.P., Barat-Grant, S., Hobbs, F.D.R., Holder, R., Little, P., and et al. Patients experiences of self-monitoring blood pressure and self-titration of medication: The TASMING2 trial quality study. **British Journal of General Practice**. 2012. DOI: 10.3399/bjgp12x625201.

การเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าข้าม อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่

Motivational Interviewing to behavior change of Diabetes Mellitus , Hypertensive patients in Ban Thakham Subdistrict Health Promotion Hospital , Muangchiangmai District, Chiangmai Province

(Received: September 28,2020 ; Accepted: November 13,2020)

โสภา ไชยแก้ว พยม

Sopa Chaikaew M.N.S.

รพ.สต. บ้านท่าข้าม อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่

Ban Thakham Subdistrict Health Promotion Hospital, Muangchiangmai District, Chiangmai Province.

บทคัดย่อ

การศึกษาการเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม(Motivational interviewing) ในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของการให้สุขศึกษาแบบเดี่ยวและแบบกลุ่มในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ด้วย Motivational Interviewing technique กับ Routine management ว่ามีผลต่อผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูงหรือไม่ และอย่างไร โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบ Routine to Research (R2R) จากกลุ่มในผู้ป่วยโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง ที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าข้าม ที่มีข้อมูลประวัติการเข้ารับบริการและการตรวจทางห้องปฏิบัติการครบทั้งปีงบประมาณ 2560 และ 2562 จำนวน 182 คน โดยแบ่งแบบ Non-randomized ได้กลุ่มวิจัย (Motivational Interviewing) 42 คน และกลุ่มควบคุม 140 คน ติดตามผลการตรวจร่างกายและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ 3, 6 เดือน และ 1 ปีงบประมาณ

ผลการศึกษา พบว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยอาศัยกระบวนการ Motivational interviewingค่าความดันโลหิตตัวบนในกลุ่มวิจัยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 3 และ 6 เดือน เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ค่าดัชนีมวลกายทั้งกลุ่มวิจัยและกลุ่มควบคุมมีการเปลี่ยนแปลงโดยไม่มีนัยสำคัญทางสถิติทั้งที่ 3 และ 6 เดือน ค่าของเสียสะสมในเลือด เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าการทำงานของไตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระดับเดียวกันทั้งกลุ่มวิจัยและกลุ่มควบคุม ระดับกรดยูริก ระดับไขมันอิ่มตัว และระดับไขมันไม่ดีในเลือด เปลี่ยนแปลงแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มวิจัยมีแนวโน้มลดลง และกลุ่มควบคุมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ระดับไขมันดีในเลือด เพิ่มขึ้นแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติทั้งกลุ่มวิจัยและกลุ่มควบคุม ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ระดับคอเลสเตอรอลรวม และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด เพิ่มขึ้นทั้งสองกลุ่ม โดยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มควบคุม แต่ไม่มีนัยสำคัญในกลุ่มวิจัย

คำสำคัญ: การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

ABSTRACT

This study on Motivational Interviewing to behavior change of Diabetic patients and Hypertensive patients was conducted with main objective to compare the results of Health education to the group and the single of Diabetic patients and Hypertensive patients by using the Motivational Interviewing technique and Routine management. The experimental research (Quasi-Experimental Research) by routine research (R2R) method was applied to 226 diabetic and/or hypertensive patients who were admitted to Ban Thakham Subdistrict Health Promotion Hospital in the fiscal year 2017 and 2018. The Non-randomized group method was used to divided 60 patients in the research groups and 206 patients in the control groups and by monitoring physical examination and room examination for 3, 6 months and 1 fiscal year.

The results showed that behavior modification using Motivational interviewing able to control upper blood pressure, risk of cardiovascular disease, total cholesterol levels and blood glucose levels in the research group were better than the control group. While uric acid levels, saturated fat levels and LDL cholesterol levels in the blood still need more studies to see whether there is a better trend in the research group or not. For controlling body mass index, waste accumulated in the blood, Kidney function values and HDL cholesterol level in the blood still need to develop methods for behavior changing to the patients which according to the community

Keywords: behavior change of Diabetes Mellitus, Hypertensive patients

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Chronic Non - Communicable Disease: NCD) เป็นกลุ่มของโรคที่มีสาเหตุการเกิดโรคจากปัจจัยเสี่ยงร่วมหนึ่งปัจจัยหรือมากกว่า ได้แก่ การสูบบุหรี่ ไขมันในเลือดสูง ภาวะอ้วน ขาดการออกกำลังกาย รับประทานอาหาร และโภชนาการที่ไม่เหมาะสม เป็นต้น กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจขาด เลือด หลอดเลือดสมอง ตีบ/แตก ปัจจุบันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วก่อให้เกิดความเจ็บป่วย พิการ ตาย ภาวะโรค จากการป่วยและการตายก่อนวัยอันควร ซึ่งเป็นปัญหาดังแต่ระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และประเทศ จากการรายงานขององค์การอนามัยโลก คาดว่าในปี พ.ศ. 2563 จำนวน 3 ใน 4 ของ ผู้เสียชีวิตมีสาเหตุมาจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและสาเหตุการตายส่วนใหญ่ของคนไทย เกิดจาก โรคไม่ติดต่อมากถึงร้อยละ 60 และสาเหตุหลักของโรคไม่ติดต่อส่วนใหญ่ ร้อยละ 90 เกิดจาก พฤติกรรม นอกจากนี้ปัจจุบันสถานการณ์โรควิถีชีวิตในประเทศไทยกำลังทวีความรุนแรงขึ้น โดยเฉพาะ 5 โรคสำคัญ ได้แก่ เบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือด สมอง และมะเร็ง มีผู้เสียชีวิตจากโรคดังกล่าวประมาณ 97,900 คนหรือประมาณ 1 ใน 3 ของ ผู้เสียชีวิตทั้งหมดสาเหตุที่ทำให้เกิดโรดังกล่าวเกิดจากพฤติกรรมการกินอาหารและเครื่องดื่ม ที่มีรสหวานมันเค็มมากเกินไป กินผักและผลไม้ไม่พอ ขาดการออกกำลังกายความเครียดเรื้อรัง สูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และเมื่อก่อนตัวเกินมาตรฐาน

การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังโดยเฉพาะโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งหากไม่ได้รับการควบคุมป้องกันตั้งแต่แรกเริ่ม จะนำไปสู่การเจ็บป่วยแทรกซ้อนด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ ตาบอดจากโรคเบาหวาน และภาวะไตวายเรื้อรัง จากการสำรวจสุขภาพประชาชน ไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 และครั้งที่ 5 พ.ศ. 2556-2557 ในประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่าความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.9 เป็นร้อยละ 8.8 และพบว่าร้อยละ 43.2

ของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคเบาหวานมาก่อน ส่วนผู้ที่เป็น โรคเบาหวานและได้รับการรักษาและควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีก็มีเพียงร้อยละ 23.7 สำหรับโรคความดันโลหิตสูงพบว่าความชุกของโรคความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.4 เป็น ร้อยละ 24.7 และมีผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 44.7 ที่ไม่ทราบว่าตนเองเป็นที่มี โรคความดันโลหิตสูง และมีผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาและควบคุมได้เพียงร้อยละ 29.7(สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

อำเภอเมืองเชียงใหม่ มีประชากร 234,870 คน (2561) จากการรวบรวมสถิติของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการรักษาโรงพยาบาลนครพิงค์ปีงบประมาณ 2559 พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวมีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจตามลำดับดังนี้ ระดับต่ำ(<10%) ร้อยละ 7.67 ระดับปานกลาง (10-<20%) ร้อยละ 7.44ระดับสูง(20-<30%) ร้อยละ 5.53ระดับสูงมาก(30-<40%) ร้อยละ 2.23 ระดับสูงอันตราย(>40%) ร้อยละ 1.37 เช่นเดียวกันจากการรวบรวมสถิติของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานที่มารับบริการรักษาโรงพยาบาลส่งเสริมตำบลบ้านท่าข้ามและในปีงบประมาณ 2559 พบว่า มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ตามลำดับดังนี้ ระดับต่ำ (<10%) ร้อยละ 21.08 ระดับปานกลาง(10-<20%) ร้อยละ 42.65 ระดับสูง(20-<30%) ร้อยละ 21.57ระดับสูงมาก(30-<40%) ร้อยละ 11.27ระดับสูงอันตราย(>40%) ร้อยละ 3.43และในปีงบประมาณ 2559 พบว่า มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ตามลำดับดังนี้ระดับต่ำ(<10%) ร้อยละ 22.49 ระดับปานกลาง(10-<20%) ร้อยละ 37.75 ระดับสูง(20-<30%) ร้อยละ 22.89 ระดับสูงมาก(30-<40%) ร้อยละ 12.05ระดับสูงอันตราย(>40%) ร้อยละ 4.82

ผลการทำงานของไต(eGFR) ในปีงบประมาณ 2558 พบตามลำดับดังนี้ การทำงานของไตในระดับที่1 ร้อยละ 12.20 ระดับที่2ร้อยละ 53.66ระดับที่3a ร้อยละ 29.27ระดับที่3b ร้อยละ 3.90ระดับที่4 ร้อยละ 0.98ในปีงบประมาณ 2559 ผลการทำงานของไตพบตามลำดับดังนี้ การทำงานของไตในระดับที่1 ร้อยละ 16.40 ระดับที่2 ร้อยละ 58.40 ระดับที่3a ร้อยละ 16.80

ระดับที่3b ร้อยละ 7.20 ระดับที่4 ร้อยละ 1.20 (ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากพฤติกรรมและวิถีการดำเนินชีวิต ซึ่งสามารถป้องกันได้ การบริหารจัดการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยการจัดให้มีบริการดูแล รักษาภายหลังการเกิดโรคแต่เพียงอย่างเดียว ไม่อาจลดภาระผู้ป่วย ครอบครัวและสังคมในระยะยาวได้ ดังนั้น การป้องกันก่อนการเกิดโรคเป็นเรื่องที่จำเป็นที่จะต้องทำควบคู่กันไป

โรคและภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ล้วนเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมทั้งการรับประทานอาหารในปริมาณหรือสัดส่วนที่ไม่พอดี ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะอาหารรสหวาน มัน เค็มที่มากเกินไปรับประทานผักและผลไม้ในปริมาณที่น้อยมีการใช้เครื่องอำนวยความสะดวกมากขึ้นจึงทำให้มีกิจกรรมต่าง ๆ ลดน้อยลง อยู่ในภาวะความเครียดประปรายกับผู้ป่วยบางรายยังคงสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยนำไปสู่การเกิดโรคเรื้อรังอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ และเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาหากไม่มีการควบคุมหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ในปีที่ผ่านมาผู้วิจัยได้ให้ความรู้สุขภาพผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกทั้งรายกลุ่มและรายเดี่ยวด้วยวิธีการแบบRoutine ซึ่งไม่ได้ค้นหาหรือประเมินปัญหาในเชิงลึกของผู้ป่วยแต่ละคนอย่างจริงจังซึ่งในความเป็นจริง ผู้ป่วยแต่ละคนอาจมีปัญหาและความต้องการที่ไม่เหมือนกันดังนั้นจึงได้ปรับเปลี่ยนวิธีการใหม่หลังจากเจ้าหน้าที่ทุกคนในหน่วยงานได้เข้ารับการอบรมในเรื่องการบำบัดเพื่อเสริมแรงใจ (Motivational Enhancement Therapy) เป็นการบำบัดที่เน้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมขึ้นด้วยตนเอง ถ้าผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแล้วผู้ป่วยจะแสวงหาวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมได้ด้วยตัวเอง รวมทั้งการให้ความรู้แบบที่ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพร้อมและความต้องการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง ในวิถีทางที่ตนเองสะดวกและเลือกด้วยตนเอง

ดังนั้นผู้ทำการวิจัยเห็นถึงความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้วิธีการเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Motivational interviewing technique) เพื่อหวังผลให้ผู้ป่วยมีความรู้และเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เกิดแรงจูงใจ ตระหนักเห็นความสำคัญและนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้องและเหมาะสมด้วยตนเองส่งผลให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตสูงและลดภาวะแทรกซ้อนดังที่กล่าวมาข้างต้นได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของการให้สุขศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ด้วย Motivational Interviewing technique กับ Routine management ว่ามีผลต่อผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูงหรือไม่ และอย่างไร
2. เพื่อประเมินผลลัพธ์การใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจของบุคลากรสาธารณสุข ต่ออัตราการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และอัตราการควบคุมโรคได้ดีตามเกณฑ์เป้าหมาย

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Quasi-Experimental Research) บนพื้นฐานของการทำ Routine to Research (R2R)

ประชากร

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) บ้านท่าข้าม ตำบลแม่เหียะ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูงที่เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าข้าม ตำบลแม่เหียะ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ เกณฑ์การคัดเลือกประชากรเข้ารับการศึกษ (Inclusion criteria)

ผู้ป่วยที่ได้รับการขึ้นทะเบียนประชากร และขึ้นทะเบียนโรคเรื้อรัง (โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง) รพ.สต.บ้านท่าข้าม โดยอาศัยการประมวลผลจากฐานข้อมูลระบบงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์สุขภาพชุมชน (JHCIS : Java Health Center Information System)

เกณฑ์การคัดเลือกประชากรออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) มีข้อมูลประวัติการเข้ารับบริการไม่ครบ 2 ปีงบประมาณ คือในปีงบประมาณ 2560 – 2561 มี ข้อมูลประวัติการเข้ารับการตรวจไม่ครบ 2 ไตรมาสติดกัน หรือไม่ครบ 6 เดือนหลังเริ่มการวิจัย มีข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการไม่ครบ 2 ปีงบประมาณ คือขาดเพียงรายการใดรายการหนึ่ง ข้อมูลที่ไม่สามารถคำนวณ CVD risk, eGFR ครบ 2 ปีงบประมาณได้ ผู้ป่วยได้รับการจำหน่าย อันได้แก่ เสียชีวิต สูญหาย ย้ายออกจากพื้นที่ หรือได้รับการส่งตัวไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

อาศัยข้อมูลจากระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ระบบงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านท่าข้าม ปีงบประมาณ 2560 – 2561 ซึ่งถูกจัดเก็บในระบบฐานข้อมูล MySQL และถูกเรียกใช้โดยโปรแกรม JHCIS โดยใช้คำสั่งภาษา sql ที่ผู้วิจัยเขียนขึ้นเองในการดึงข้อมูล สำหรับการคำนวณระดับความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดนั้น ผู้วิจัยอาศัยการอ้างอิงวิธีการคำนวณและสูตรคำนวณจาก Framingham heart study

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยในงานวิจัย

หัวข้อ		กลุ่มวิจัย (42 คน)	กลุ่มควบคุม (140 คน)	P-value	Mean difference (95% CI)
อายุเฉลี่ย (ปี)		64.21±10.07	64.53±8.91	0.84	-0.32 (-3.51,2.87)
เพศ	ชาย	19	42	0.07	
	หญิง	23	98		
HT	เป็น	41	138	0.67	
	ไม่เป็น	1	2		
DM	เป็น	24	39	.00*	
	ไม่เป็น	18	101		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

.05

จากตารางที่ 1 แสดงข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และ/หรือ เบาหวาน จำนวน 182 คน ได้รับการแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มวิจัย 42 คน และกลุ่มควบคุม 140 คน ผู้ป่วยกลุ่มวิจัยมีอายุเฉลี่ย 64.21±10.07 ปี กลุ่มควบคุม 64.53±8.91 ปี แตกต่างกันแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (P = 0.84) ผู้ป่วยกลุ่มวิจัยแบ่งเป็นชาย 19 คน หญิง 23 คน (อัตราส่วน 9:20) ส่วนผู้ป่วยกลุ่มควบคุมแบ่งเป็นชาย 42 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบคุณสมบัติของผู้เข้าร่วมวิจัยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ independent t-test สำหรับ continuous variable และใช้สถิติ chi square สำหรับ discrete variable จากนั้นใช้สถิติ pair t-test ในการวิเคราะห์ผลการตรวจร่างกายและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนและหลังการทำวิจัย สรุปผลการทดสอบที่มีนัยสำคัญทางสถิติจากค่า p < 0.05

หญิง 98 คน (อัตราส่วน 3:7) แตกต่างกันแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (P = 0.07) ผู้ป่วยกลุ่มวิจัยเป็นความดันโลหิตสูง 41 คน (ร้อยละ 97.62) และ 138 คนสำหรับผู้ป่วยกลุ่มควบคุม (ร้อยละ 98.57) แตกต่างกันแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (P = 0.67) ผู้ป่วยกลุ่มวิจัยเป็นเบาหวาน 24 คน (ร้อยละ 57.14) และ 39 คนสำหรับผู้ป่วยกลุ่มควบคุม (ร้อยละ 27.86) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P < 0.01)

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยผลการตรวจร่างกาย จำแนกตามกลุ่มวิจัยและควบคุม เทียบระหว่างเดือนที่ 0, 3 และ 6 ของการทำวิจัย

V/S	เดือน	กลุ่มวิจัย (42 คน)			กลุ่มควบคุม (140 คน)		
		Mean±SD	เทียบกับเดือนที่ 0		Mean±SD	เทียบกับเดือนที่ 0	
			p-value	Mean dif (95% CI)		p-value	Mean dif (95% CI)
SBP	0	136.84±15.05		-	133.11±12.69		-
	3	132.12±12.35	0.01	-4.72 (-8.3,-1.14)	131.95±10.56	0.22	-1.16 (-3.03,0.71)
	6	131.58±11.45	0.02	-5.26 (-9.59,-0.93)	136.12±13.30	0.01	3.01 (0.81,5.21)
BMI	0	25.34±4.17		-	24.28±4.79		-
	3	26.86±10.23	0.33	1.53 (-1.59,4.64)	24.26±4.68	0.84	-0.02 (-0.27,0.22)
	6	25.31±4.30	0.93	-0.02 (-0.55,0.51)	24.44±4.77	0.32	0.16 (-0.16,0.48)

จากตารางที่ 2 แสดงผลการตรวจร่างกาย เทียบระหว่างกลุ่มวิจัยและกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าความดันโลหิตตัวบน หลังจากการทำวิจัย 3 เดือน กลุ่มวิจัย ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉลี่ย 4.72 mmHg ($P = 0.01$) กลุ่มควบคุม ลดลง แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉลี่ย 1.16 mmHg ($P = 0.22$) ค่าความดันโลหิตตัวบน หลังจากการทำวิจัย 6 เดือน กลุ่มวิจัย ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉลี่ย 5.26mmHg ($P = 0.02$) กลุ่มควบคุม เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉลี่ย

3.01 mmHg ($P = 0.01$) ค่าดัชนีมวลกาย หลังจากการทำวิจัย 3 เดือน กลุ่มวิจัย เพิ่มขึ้น แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉลี่ย 1.53 kg/m² ($P = 0.33$) กลุ่มควบคุม ลดลง แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉลี่ย 0.02kg/m² ($P = 0.84$) ค่าดัชนีมวลกาย หลังจากการทำวิจัย 6 เดือน กลุ่มวิจัย ลดลง แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉลี่ย 0.02 kg/m² ($P = 0.93$) กลุ่มควบคุม เพิ่มขึ้น แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉลี่ย 0.16 kg/m² ($P = 0.32$)

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ยผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ จำแนกตามกลุ่มวิจัยและควบคุม เทียบระหว่างปีงบประมาณ 2560 – 2561

Lab	ปีงบ	กลุ่มวิจัย (42 คน)			กลุ่มควบคุม (140 คน)		
		Mean±SD	p-value	Mean dif (95% CI)	Mean±SD	p-value	Mean dif (95% CI)
Cr	60	0.99±0.41	<0.01	0.11 (0.07,0.15)	0.92±0.25	<0.01*	0.10 (0.08,0.11)
	61	1.10±0.39			1.01±0.23		
Uric	60	6.06±1.26	0.09	-0.28 (-0.61,0.04)	5.97±1.50	0.60	0.05 (-0.14,0.24)
	61	5.78±1.24			6.03±1.57		
Chol	60	195.90±34.93	0.66	3.21 (-11.54,17.96)	201.79±31.85	<0.01*	10.31 (3.69,16.92)
	61	199.12±41.05			212.1±41.30		
TG	60	171.43±104.06	0.09	-31.71 (-68.5,5.07)	151.14±69.53	0.99	0.10 (-12.67,12.87)
	61	139.71±62.04			151.24±86.69		
HDL	60	51.38±12.60	0.10	2.24 (-0.44,4.92)	55.12±12.13	0.49	0.41 (-0.75,1.56)
	61	53.62±11.54			55.53±12.18		
LDL	60	132.31±27.28	0.61	-2.98 (-14.66,8.71)	134.55±27.20	0.13	4.33 (-1.35,10.01)
	61	129.33±32.21			138.88±33.72		
HbA1c	60	7.53±1.29	0.61	0.11 (-0.34,0.56)	7.28±1.43	0.01*	0.61 (0.18,1.04)
	61	7.65±1.34			7.89±1.55		
CVD	60	19.61±9.13	0.26	0.81 (-0.63,2.26)	15.49±6.80	<0.01*	1.62 (0.95,2.29)
	61	20.43±9.59			17.11±7.94		
eGFR	60	76.06±21.82	<0.01	-9.56 (-12.04,-7.07)	75.67±17.75	<0.01*	-9.00 (-10.25,-7.75)
	61	66.50±20.07			66.66±15.58		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 3 แสดงผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เทียบระหว่างกลุ่มวิจัยและกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าของเสียสะสมในเลือด (Creatinine : Cr) กลุ่มวิจัย เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉลี่ย 0.11 mg/dL ($p < 0.01$) กลุ่มควบคุม เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉลี่ย 0.10 mg/dL($p < 0.01$) ระดับกรดยูริกในเลือด (Uric acid : Uric) กลุ่มวิจัย ลดลง แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉลี่ย 0.28 mg/dL ($p = 0.09$) กลุ่มควบคุม เพิ่มขึ้น แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉลี่ย 0.05mg/dL($P = 0.60$) ระดับคอเลสเตอรอลรวมในเลือด (Total cholesterol : Chol) กลุ่มวิจัย เพิ่มขึ้น แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉลี่ย 3.21 mg/dL ($p = 0.66$) กลุ่มควบคุม เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉลี่ย 10.31 mg/dL($p < 0.01$) ระดับ

ไขมันอิ่มตัวในเลือด (Triglyceride : TG) กลุ่มวิจัย ลดลง แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉลี่ย 31.71 mg/dL ($p = 0.09$) กลุ่มควบคุม เพิ่มขึ้น แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉลี่ย 0.10 mg/dL($p = 0.99$) ระดับไขมันดีในเลือด (HDL cholesterol : HDL) กลุ่มวิจัย เพิ่มขึ้น แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉลี่ย 2.24 mg/dL ($p = 0.10$) กลุ่มควบคุม เพิ่มขึ้น แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉลี่ย 0.41 mg/dL($p = 0.49$) ระดับไขมันไม่ดีในเลือด (LDL cholesterol : LDL) กลุ่มวิจัย ลดลง แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉลี่ย 2.98 mg/dL ($p = 0.61$) กลุ่มควบคุม เพิ่มขึ้น แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉลี่ย 4.33 mg/dL($p = 0.13$) ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (Hemoglobin A1c : HbA1c) กลุ่มวิจัย เพิ่มขึ้น แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉลี่ย 0.11 % ($p = 0.61$)

กลุ่มควบคุม เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉลี่ย 0.61 % ($p = 0.01$) ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 10 ปี (Framingham CVDrisk : CVD) กลุ่มวิจัย เพิ่มขึ้น แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉลี่ย 0.81 % ($p = 0.26$) กลุ่มควบคุม เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉลี่ย 1.62 % ($p < 0.01$) ค่าการทำงานของไต (Estimated glomerular filtration rate : eGFR) กลุ่มวิจัย ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉลี่ย 9.56 ml/min/1.73m² ($p < 0.01$) กลุ่มควบคุม ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉลี่ย 9.00 ml/min/1.73m² ($p < 0.01$)

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัย ผู้ป่วยในกลุ่มวิจัยได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคล (Motivational Interviewing Technique) จากนั้นติดตามผลที่ 3 เดือน, 6 เดือน และสิ้นปีงบประมาณ พบว่า ค่าความดันโลหิตตัวของผู้ป่วยในกลุ่มวิจัยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 3 และ 6 เดือน เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ค่าดัชนีมวลกายของผู้ป่วยทั้งกลุ่มวิจัยและกลุ่มควบคุมมีการเปลี่ยนแปลงโดยไม่มีนัยสำคัญทางสถิติทั้งที่ 3 และ 6 เดือน ค่าของเสียสะสมในเลือด เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าการทำงานของไตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระดับเดียวกันทั้งกลุ่มวิจัยและกลุ่มควบคุม ระดับกรดยูริก ระดับไขมันอิ่มตัว และระดับไขมันไม่ดีในเลือด เปลี่ยนแปลงแต่ไม่มีนัยสำคัญ

ทางสถิติ โดยกลุ่มวิจัยมีแนวโน้มลดลง และกลุ่มควบคุมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ระดับไขมันดีในเลือด เพิ่มขึ้นแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งกลุ่มวิจัยและกลุ่มควบคุม ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ระดับคอเลสเตอรอลรวม และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด เพิ่มขึ้นทั้งสองกลุ่ม โดยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มควบคุม แต่ไม่มีนัยสำคัญในกลุ่มวิจัย

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยอาศัยกระบวนการ Motivational interviewing สามารถควบคุมค่าความดันโลหิตตัวบน ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ระดับคอเลสเตอรอลรวม และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ในกลุ่มวิจัยได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม ในขณะที่ระดับกรดยูริก ระดับไขมันอิ่มตัว และระดับไขมันไม่ดีในเลือด ยังต้องการการศึกษาเพิ่มเติมว่ามีแนวโน้มที่ดีกว่าในกลุ่มวิจัยหรือไม่ สำหรับการควบคุมดัชนีมวลกาย ค่าของเสียสะสมในเลือด ค่าการทำงานของไต และระดับไขมันดีในเลือด ยังต้องมีการพัฒนาปรับปรุงรูปแบบวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่มากยิ่งขึ้น รวมไปถึงการพัฒนากระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เป็น Randomized controlled trial การเพิ่มกระบวนการ Motivational interviewing ในกลุ่มเดิมซ้ำในระยะเวลาที่เหมาะสม และเพิ่มการติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ครอบคลุมและครบถ้วนในทุกปี เพื่อพัฒนางานประจำที่ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ก.คู่มือการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ 2560 การบริหารบริการโรคเรื้อรัง เล่ม 4. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2559.
- ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center): ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข; [Available from: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/index.php>]
- ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. ระบบงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์สุขภาพชุมชน (JHCIS). 10 กรกฎาคม 2560ed: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- Framingham Heart Study :Cardiovascular Disease (10-year risk) [Available from: <https://www.framinghamheartstudy.org/risk-functions/cardiovascular-disease/10-year-risk.php>]
- สำนักโรคไม่ติดต่อ ก. แนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Guidelines for Assessment of Cardiovascular Risk). สำนักงานกิจการโรงพยาบาลองค์กรสงเคราะห์ทหารผ่านศึก: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2014. 32 p.
- ราชบัณฑิตยสถาน. พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554: ศูนย์สารสนเทศ ราชบัณฑิตยสถาน; [Available from: <http://www.royin.go.th/dictionary/>]
- Thai Guidelines on The Treatment of Hypertension 2012 Update 2015: Thai Hypertension Society; 2015.
- Clinical Practice Guideline for Diabetes 2014: Diabetes Association of Thailand; 2014.

การพัฒนาโปรแกรมตรวจคัดกรอง และติดตามเยี่ยมกลุ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) เพื่อป้องกันภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS) โดยการมีส่วนร่วมของอสม.ในพื้นที่

ต.ปากู อ.ทุ่งยางแดง จ.ปัตตานี

Program Development of the screening and follow-up for cardiovascular disease (CVD) risk group to protect acute coronary syndrome (ACS) by the participation of village Health Volunteer in the area. Paku Subdistrict, Thung Yang Daeng District, Pattani Province

(Received: September 25,2020 ; Accepted: November 12,2020)

นิมรอน ดอเลาะ

Nimron Doloh

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากู อำเภอทุ่งยางแดง จังหวัดปัตตานี
Paku Health District Hospital Thung Yang Daeng District, Pattani Province

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและทดลองใช้โปรแกรมตรวจคัดกรอง และติดตามเยี่ยมกลุ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) เพื่อป้องกันภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS) โดยการมีส่วนร่วมของอสม.ในพื้นที่ ต.ปากู อ.ทุ่งยางแดง จ.ปัตตานี โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของโคเฮน และ อัฟฮอฟ (Cohen & Uphoff, 1980) ในการส่งเสริมบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) การพัฒนาโปรแกรมมี 2 ระยะ คือ ระยะพัฒนาโปรแกรม และระยะตรวจสอบคุณภาพโปรแกรม ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความเป็นไปได้และทดลองใช้โปรแกรมโดยพยาบาล 3 ท่าน นำไปใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และผู้ป่วยกลุ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

ผลการวิจัยพบว่า องค์ประกอบของโปรแกรมประกอบด้วย 1) แนวทางการใช้โปรแกรม 2) แผนส่งเสริมการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) (ใน 4 ขั้นตอน ร่วมคิด/ตัดสินใจ/วางแผน ร่วมดำเนินการ ร่วมรับผลประโยชน์ และร่วมประเมินผล) และ 3) คู่มือการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสำหรับของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) โดยประยุกต์ใช้ของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา พบว่า โปรแกรมมีเนื้อหาถูกต้องเหมาะสม ลำดับขั้นตอนต่อเนื่องเข้าใจง่าย เมื่อทดลองใช้โปรแกรมพบว่า องค์ประกอบของโปรแกรมสามารถนำไปใช้ได้จริง เนื้อหาสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ และผู้ป่วยกลุ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง) มีระดับน้ำตาลในเลือด และระดับความดันโลหิตอยู่ในระดับใกล้เคียงปกติ และคะแนนระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) หลังจากทดลองใช้โปรแกรมมีค่าสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม นอกจากนี้โปรแกรมนี้อย่างยิ่งช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการสร้างศักยภาพและสนับสนุนให้อสม.เป็นส่วนหนึ่งในทีมสุขภาพและมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาสุขภาพในชุมชนอีกด้วย

คำสำคัญ: ตรวจคัดกรอง, การมีส่วนร่วม, โรคหัวใจและหลอดเลือด, อาสาสมัครสาธารณสุข

Abstract

This research aims to describe the Program Development of the screening and follow-up for cardiovascular disease (CVD) risk group to protect acute coronary syndrome (ACS) by the participation of village Health Volunteer in the area. Paku Subdistrict, Thung Yang Daeng District, Pattani Province. applying the concept of participation of Cohen and Uphoff in promoting the role of village health volunteers. The program held two phases: the development of program components and the testing of program qualification usage. Content validity was verified by three experts, while the program application was tested by three nurses Apply to village health volunteers and patients at risk of cardiovascular disease.

Results showed that the program consisted of three main components: 1) Guidelines for using the program 2) village Health Volunteer Participation Promotion Plan. 3) Handbook for assessing the risk of cardiovascular disease for village health

volunteers By applying of the Office of NCDs, Department of Disease Control. The results of the content validity check showed that the program was properly content. The sequence of steps is easy to understand. When testing the program, it was found that the elements of the program are practical. Content corresponds to the area context. And patients at risk of developing cardiovascular disease (diabetes and hypertension) Have blood sugar levels and blood pressure levels are close to normal and the level of participation of volunteers after the trial of the program is higher than before joining the program.

In addition, this program also helps to increase efficiency in building capacity. and encourage volunteers to be part of the health team and take part in solving health problems in the community.

Keywords: screening, participation, cardiovascular disease, public health volunteer

บทนำ

โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นการเสียชีวิตของประชากรในประเทศไทยโดยมีอัตราการเสียชีวิตอยู่ที่ 26.9 ต่อ 100,000 ประชากร(สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ,2561)นอกจากนี้ ปัจจัยที่สำคัญในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เกิดจากการเปลี่ยนแปลงจากสังคมชนบทไปสู่สังคมเมือง มีการใช้เครื่องทุ่นแรงมาก ประชาชนออกกำลังกายลดลง รับประทานอาหารที่มีแคลอรีสูงและมีกานน้อยทำให้เกิดภาวะโภชนาการเกิน รวมถึงการเปลี่ยนแปลงในวิถีชีวิตและสภาพสังคมเศรษฐกิจ จากเดิมเคยเสียชีวิตด้วยภาวะโภชนาการและการติดเชื้อเป็นส่วนใหญ่ กลับเปลี่ยนเป็นเสียชีวิตด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด² ดังนั้นในแผนกลยุทธ์ หรือแผนพัฒนาสุขภาพโรคหัวใจและหลอดเลือดจะถูกจัดเป็นส่วนหนึ่งในแผนพัฒนา และเป็นการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ ของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดปัตตานี ปี 2561-2564 จัดอยู่ในหมวดยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) แผนที่ 6 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) และโครงการที่ 9 โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ

ในปัจจุบัน การดำเนินกิจกรรมของคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคุณภาพ (ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข) มีการทำกิจกรรมต่าง ๆ อาทิ คลินิกให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการใช้ยา และมีระบบการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง(เขตบริการสุขภาพที่ 12 กระทรวงสาธารณสุข,2561 ;กรมควบคุมโรคไม่ติดต่อ,2558)ทั้งนี้ข้อมูลสถิติของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค พ.ศ. 2559 พบว่าอัตราการตายด้วยโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต ต่อแสนประชากรในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี สาเหตุหลักเกิดจากการที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่ดีตาม

เป้าหมายได้ ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องเนื่องจากพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้อง

ประชากรในตำบลปากู อำเภอยะรัง จังหวัดปัตตานีร้อยละ 99.99 นับถือศาสนาอิสลาม(Health Data Center ,2561) คติมุสลิมในพื้นที่เชื่อว่าการเจ็บป่วยเป็นบททดสอบจากองค์อัลเลาะห์ ที่ทดสอบชีวิตให้พบกับความเจ็บป่วย (อิสมาอีลลุดดี จะปะเกีย ,2556)กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด จึงควรรู้สาเหตุ วิธีป้องกันและควบคุมโรค และสามารถเผชิญโรคด้วยการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม บนพื้นฐานการปฏิบัติตามวิถีอิสลาม ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ถูกต้องและเหมาะสมตามแผนการดูแลรักษา เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรงซึ่งเป็นการแสดงความจงรักภักดีต่อองค์อัลเลาะห์

อย่างไรก็ตาม จากการปฏิบัติงานในพื้นที่ได้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการรับส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากู พบว่า ในแต่ละปีพบผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome: ACS) ที่ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลทุ่งยางแดง (โรงพยาบาลแม่ข่าย) เพิ่มขึ้นจาก 2 ราย ในปี 2558 เพิ่มขึ้นเป็น 5 ราย ในปี 2560 ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อดังกล่าวนั้น ในทะเบียนโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากู ไม่พบข้อมูลความครอบคลุมในการลงทะเบียนตรวจคัดกรอง และการติดตามเยี่ยมกลุ่มโอกาสเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้หากไม่ได้รับการดูแลตรวจคัดกรองเบื้องต้นจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ถูกต้องตามมาตรฐานแล้ว ก็จะไม่รู้วิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและเหมาะสม จึงทำให้เกิดอาการต้องไปรับการรักษาแบบเร่งด่วน รวมทั้งกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ผ่านการคัดกรองแล้ว ก็ยังไม่รู้จักอาการของโรคเกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด ว่าคืออะไร และต้องปฏิบัติตัวอย่างไร

ผู้ให้บริการ (บุคลากรทางสุขภาพ และพยาบาลวิชาชีพ) ประจำ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ปากู ตระหนักว่าปัญหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

เลือด เป็นปัญหาหนึ่งที่ทาง รพ.สต. ต้องการปรับปรุงแก้ไข และได้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า ในขณะนี้แม้ทางเจ้าหน้าที่จะจัดกิจกรรม และให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (ตามนโยบายของกระทรวงฯ) แต่ก็ยังเป็นไปอย่างสั้นๆ ยังไม่มีรายละเอียดมากนัก ส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นไปที่การดูแลรักษาที่ตัวผู้ป่วย แต่ยังไม่ได้นำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเท่าที่ควร เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละหมู่บ้าน ได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และจำเป็นต้องมีการพัฒนาศักยภาพแก่อสม.อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากอสม.มีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change agents) ต้องทำงานด้านการสื่อสาร สาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การคัดกรองเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟูสภาพ⁷ ดังนั้นผู้วิจัย จึงเล็งเห็นถึงความสำคัญของการนำเอาแนวคิดการมีส่วนร่วมของโคเฮน และ อัฟฮอฟ (Cohen & Uphoff, 1980) ในการส่งเสริมบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มาประยุกต์ใช้ในการวิจัยเพื่อพัฒนาโปรแกรมขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาและทดลองใช้โปรแกรมตรวจคัดกรอง และติดตามเยี่ยมกลุ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) เพื่อป้องกันภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS) โดยการมีส่วนร่วมของอสม.ในพื้นที่ ต.ปากู อ.ทุ่งยางแดง จ.ปัตตานี

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่มีคุณสมบัติ ดังนี้

1. ผู้ป่วยชายอายุ 45 ปีขึ้นไป ผู้ป่วยหญิงอายุ 55 ปีขึ้นไปได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

2. เต็มใจเข้าร่วมโปรแกรม มีสติสัมปชัญญะดี สามารถติดต่อสื่อสารได้ไม่มีปัญหาทางการได้ยิน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ที่มีคุณสมบัติ ดังนี้

1. ได้รับการแต่งตั้งเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขกำหนด และมีอายุการทำงานตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป
2. มีสติสัมปชัญญะดี สามารถอ่านหนังสือติดต่อสื่อสารได้
3. เต็มใจเข้าร่วมโปรแกรม และไม่มีปัญหาทางการได้ยิน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แบบประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค (Color Chart) และแบบประเมินการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 2 ตอน ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล มีทั้งหมด 12 ข้อ ตอนที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพ มีทั้งหมด 7 ข้อ โดยที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีทั้งหมด 10 ข้อ คือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ หน้าที่รับผิดชอบอื่น การพักอาศัย ประสบการณ์การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

3. แบบประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค (Color Chart)

4. แบบประเมินการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการประยุกต์แนวคิดการมีส่วนร่วมของโคเฮน และ อัฟฮอฟ (Cohen & Uphoff, 1980) ซึ่งประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มีข้อคำถามทั้งหมด 3 ข้อ การมีส่วนร่วมในการดำเนินการกิจกรรม มีข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ มีข้อคำถามทั้งหมด 3 ข้อ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล มีข้อคำถามทั้งหมด 4 ข้อ รวมข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อ ดังนี้

คะแนน 4 หมายถึง ผู้ตอบปฏิบัติกิจกรรมการมีส่วนร่วมในข้อนั้นเป็นประจำ

คะแนน 3 หมายถึง ผู้ตอบปฏิบัติกิจกรรมการมีส่วนร่วมในข้อนั้นบ่อยครั้ง

คะแนน 2 หมายถึง ผู้ตอบปฏิบัติกิจกรรมการมีส่วนร่วมในข้อนั้นเป็นบางครั้ง

คะแนน 1 หมายถึง ผู้ตอบปฏิบัติกิจกรรมการมีส่วนร่วมในข้อนั้นน้อยมากหรือแทบไม่มี

การแปลผลคะแนนการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยรวมใช้หลักจัดอันดับแบบอิงเกณฑ์ คำนวณหาอันตรภาคชั้น โดยนำคะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุดหารด้วยจำนวนระดับชั้นที่แบ่ง (สุวิมล, 2546) ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดช่วงคะแนนเป็น 3 ระดับ และแปลผล ดังนี้

คะแนน 15.00-30.00 หมายถึง อสม.มีคะแนนการมีส่วนร่วมในการดูแลคัดกรองในระดับต่ำ

คะแนน 30.01-45.00 หมายถึง อสม.มีคะแนนการมีส่วนร่วมในการดูแลคัดกรองในระดับปานกลาง

คะแนน 45.01-60.00 หมายถึง อสม.มีคะแนนการมีส่วนร่วมในการดูแลคัดกรองในระดับดีมาก

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ประยุกต์ใช้วิธีการวิจัย และพัฒนา มีระยะดำเนินการแบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนาโปรแกรมประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เลือกประเด็นปัญหาและวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา กำหนดวัตถุประสงค์ของการพัฒนาโปรแกรม วิเคราะห์ความไม่ครอบคลุมของการคัดกรองกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่ตำบลปากู คือ ในแต่ละปีพบผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลแม่ข่ายเพิ่มขึ้น ซึ่งในทะเบียนโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากู ไม่พบข้อมูลความครอบคลุมในการลงทะเบียนตรวจคัดกรอง และติดตามเยี่ยมกลุ่มโอกาสเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและทดลองใช้โปรแกรมตรวจคัดกรอง และติดตามเยี่ยมกลุ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) เพื่อป้องกันภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS)

ขั้นตอนที่ 2 สืบค้นและวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบ

1. กำหนดคำสำคัญในการสืบค้น ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อาสาสมัครสาธารณสุข โปรแกรม คัดกรอง

2. กำหนดแหล่งสืบค้นข้อมูล สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ของการศึกษารังนี้จากงานวิจัยทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ที่ตีพิมพ์เผยแพร่ก่อนปี พ.ศ.2561 ย้อนหลังไม่เกิน 10 ปี จากกระบวนฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์โดยใช้ฐานข้อมูล Thailis, Google Scholar, Medline และการสืบค้นด้วยมือจากห้องสมุด

3. กำหนดเกณฑ์ในการสืบค้นโดยใช้กรอบแนวคิดพิโค (PICO Framework) ดังนี้ 1) กลุ่มเป้าหมาย (Population) คือ ผู้ป่วยกลุ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด 2) วิธีจัดการปัญหา (Intervention) คือ รูปแบบหรือกิจกรรม ที่มีส่วนส่งเสริมการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข 3) การเปรียบเทียบผล (Comparison) คือ เปรียบเทียบว่า รูปแบบหรือวิธีการ กระบวนการกิจกรรมของหลักฐานเชิงประจักษ์ใดที่ให้ผลดี มีประสิทธิภาพ เหมาะสมกับการนำไปปรับใช้ 4) ผลลัพธ์ (Outcome) คือ ผลที่จะเกิดขึ้นเมื่อมีการใช้โปรแกรมตรวจคัดกรอง และติดตามเยี่ยมกลุ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) เพื่อป้องกันภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS)

ขั้นตอนที่ 3 วิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ โดยการกำหนดเกณฑ์การประเมินความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมครั้งนี้ตามหลักเกณฑ์ของสถาบันจอห์นนาบริกส์ ซึ่งจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบจำนวน 22 เรื่อง พบว่าหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ 1 ประกอบด้วย Randomized Controlled Trial (RCT) จำนวน 4 เรื่อง หลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ 3 ประกอบด้วย งานวิจัยทดลองและกึ่งทดลอง 6 เรื่อง หลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ 3a ประกอบด้วย การศึกษาเปรียบเทียบแบบติดตามไปข้างหน้าจำนวน 3 เรื่อง และหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ 3b ประกอบด้วย การศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มจำนวน 6 เรื่อง

ระยะที่ 2 การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยนำโปรแกรมไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลครอบครัวชุมชน จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) สาขาเวชปฏิบัติครอบครัวและ

ชุมชน จำนวน 1 ท่าน ซึ่งผู้วิจัยสร้างแบบประเมินความตรงเชิงเนื้อหาขึ้นตามองค์ประกอบของโปรแกรม เพื่อให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดการวิจัยหรือไม่ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม โดยการสร้างแบบให้ข้อคิดเห็น และวิเคราะห์เกี่ยวกับเนื้อหา รูปแบบการใช้ภาษา การจัดชุดกิจกรรม และอื่น ๆ ตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสมและชัดเจน

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินความเป็นไปได้ในการนำโปรแกรมไปใช้ โดยพยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปาก จำนวน 3 ท่าน โดยผู้วิจัยสร้างแบบประเมินความเป็นไปได้ในการนำโปรแกรมไปใช้งานขึ้นตามองค์ประกอบของโปรแกรม เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปาก ประเมินความยากง่ายของการปฏิบัติตามโปรแกรม และให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงแก้ไข

ขั้นตอนที่ 3 นำโปรแกรมไปทดลองใช้เพื่อประเมินความเป็นไปได้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกหมู่บ้าน จำนวน 7 ท่าน ประกอบด้วยประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 7 ท่าน พร้อมกับผู้ป่วยกลุ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ในละแวกพื้นที่รับผิดชอบ 7 ท่าน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากผู้ทรงคุณวุฒิรวบรวมข้อเสนอแนะที่ได้รับ และผลที่ได้จากการทดลองใช้โปรแกรม ทำการวิเคราะห์โดยใช้แบบประเมินความตรงเชิงเนื้อหา และแบบประเมินความเป็นไปได้ในการนำโปรแกรมไปใช้งาน รวมทั้งวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ข้อมูลสุขภาพ การวัดระดับความดันโลหิต การวัดระดับน้ำตาลในเลือด และการประเมินระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ด้วยสถิติจำนวน ร้อยละ

การพิทักษ์สิทธิผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ผู้วิจัยนำโปรแกรมที่ผ่านการประเมินคุณภาพและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะแล้วเข้าสู่การพิจารณาจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี

ผลการวิจัย

โปรแกรมตรวจคัดกรอง และติดตามเยี่ยมกลุ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) เพื่อป้องกันภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS) โดยการมีส่วนร่วมของอสม.ในพื้นที่ ต.ปากู อ.ทุ่งยางแดง จ.ปัตตานี พัฒนาขึ้นจากการ

ประยุกต์แนวความคิดการมีส่วนร่วมของโคเฮน และ อัฟฮอฟ (Cohen & Uphoff, 1980) ร่วมกับการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ มีองค์ประกอบ ดังนี้

1) แนวทางการใช้โปรแกรม กิจกรรมในโปรแกรม ประกอบด้วย การดำเนินการกิจกรรมต่าง ๆ ที่หน่วยบริการ คลินิกโรคเรื้อรังประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มีการติดตามเยี่ยมบ้าน และการติดตามทางโทรศัพท์ เป็นเวลานาน 6 สัปดาห์ โดยมีขั้นตอน และ/ หรือแนวทางการใช้โปรแกรม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ประเมินสภาพ ชักประวัติ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างนำร่อง ให้ความรู้ด้วยสื่อวีดิทัศน์ ร่วมกันค้นหาสาเหตุ

สัปดาห์ที่ 2 และ 3 ติดตามทางโทรศัพท์ ชักถามประเมินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การลงบันทึกในคู่มือ สอบถามปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ให้คำแนะนำเพิ่มเติม และกล่าวชมเชยสิ่งที่ผู้รับบริการทำได้ดี

สัปดาห์ที่ 4 ลงเยี่ยมบ้าน พูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ติดตามชักประวัติ สอบถามปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ (ถ้ามี) ให้คำแนะนำเพิ่มเติม กล่าวชมเชยให้กำลังใจ และกระตุ้นเตือนพันธะสัญญา

สัปดาห์ที่ 5 ติดตามทางโทรศัพท์ นัดหมายการพบแพทย์ การมารับบริการ และประเมินผลโครงการ

สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรมประเมินผล (การวัดระดับความดันโลหิต วัดระดับน้ำตาลในเลือด และประเมินระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

2. แผนส่งเสริมการตรวจคัดกรอง และติดตามเยี่ยมกลุ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) เพื่อป้องกันภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS) โดยการมีส่วนร่วมของอสม. โดยแบ่งตามขั้นตอนการมีส่วนร่วมของแต่ละคน แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ขั้นตอนที่ 2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ กิจกรรม ขั้นตอนที่ 3) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน และขั้นตอนที่ 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล

3. คู่มือการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ประยุกต์ใช้ของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค โดยเนื้อหาประกอบด้วยความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน คลอเลสเทอรอลในเลือด การวัดความดันโลหิต และการแปลผลที่ถูกต้อง การประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยใช้ตารางสี่ รวมถึงคำแนะนำหลังการประเมิน

ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คำนวณดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อ

คำถามและวัตถุประสงค์ของโปรแกรมได้ค่า CVI เท่ากับ 0.81 และพบว่าโปรแกรมมีเนื้อหาที่ถูกต้องเหมาะสม มีลำดับขั้นตอนที่ต่อเนื่องเข้าใจได้ง่าย

การประเมินความเป็นไปได้ในการนำโปรแกรมไปใช้ โดยพยาบาลวิชาชีพคลินิกโรคเรื้อรังประจำรพ.สต. จำนวน 3 ท่าน ได้นำโปรแกรมไปทดลองใช้เพื่อประเมินความเป็นไปได้กับกลุ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่า โปรแกรมสามารถนำไปใช้ได้ผลดี เนื่องจากมีองค์ประกอบที่สามารถนำไปใช้ได้จริง มีเนื้อหาที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่

4. ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากผลการนำโปรแกรมไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพจำนวน 3 ท่าน พบว่าผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา 3 ท่าน มีความคิดเห็นว่า ดังคำพูด

“ผอ.ค่ะ หนูคิดว่าโปรแกรมที่ผอ.พัฒนาขึ้นมาใหม่นี้ กิจกรรมแต่ละกิจกรรมมันมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยในชุมชนเราเป็นอย่างมากนะคะ แต่ถ้าผอ.วางระบบและดำเนินอย่างต่อเนื่องจะเป็นการดีสำหรับพยาบาลอย่างเรานะค่ะ”

“แบงๆ (แทนสรพรนามพี่ชาย) เดอะ (แทนสรพรนามน้องสาว) ว่าโปรแกรมนี้อาจทำให้ผู้ป่วยที่หลุดจากการคัดกรอง อาจจะทำให้เข้าระบบการคัดกรองได้ดีขึ้นนะคะ เพราะที่ผ่านมาพวกเราปล่อยให้หอสม.คัดกรองเอง เราก็ไม่มีเวลาติดตามคัดกรองร่วมกับหอสม. สุดท้ายในชุมชนเราก็พบผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเพิ่มมากขึ้น”

5. ข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้เข้าร่วมทดลองใช้โปรแกรม นำโปรแกรมที่ได้พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับผู้ป่วยกลุ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) คือ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผลของการทดลองใช้โปรแกรมเป็นดังนี้

5.1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้รับรู้สภาพปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องในการปฏิบัติตัว ในขณะที่เป็นโรค จึงทำให้รู้สึกว่าการดูแลกลุ่มเป้าหมายในชุมชนนั้นต้องให้การดูแลอย่างทั่วถึง และต้องทำให้เต็มที่ ดังคำพูด

“บางครั้งก็รู้สึกเหนื่อยในการทำงานอสม. เพราะเดี๋ยวนี้หอสม.มีการงานเยอะ ไม่เหมือนแต่ก่อน แต่พอเราลงคัดกรองจริงๆกับพยาบาลถึงรู้ว่าพฤติกรรมสุขภาพของคนในชุมชนนั้นมีความสำคัญมาก แต่ถ้าหากเราคัดกรองไม่หมด ก็จะมีผลกระทบกับคนไข้จริงๆ”

“ส่วนการทำงานของพวกเราที่ผ่านมา เราทำแบบผ่านๆให้เสร็จๆเพราะกลัวพยาบาลบ่นว่าทำไมไม่เสร็จ แต่พอลงคัดกรองและให้ความรู้กับพยาบาลด้วยกัน รู้สึกว่ามีความรู้ในการคัดกรองมากขึ้น”

5.2 ผู้ป่วยกลุ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ได้รับความรู้จากคู่มือเบื้องต้นเกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน คลอเลสเทอรอลในเลือด การวัดความดันโลหิต และการแปลผลที่ถูกต้อง การประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยใช้ตารางสี รวมถึงคำแนะนำหลังการประเมิน เนื่องจากคู่มือมีการอธิบายวิธีปฏิบัติตัวอย่างสั้นๆ เข้าใจง่าย แต่ถ้าคู่มือแปลเป็น 2 ภาษาจะเป็นการดี เนื่องจากบริบทพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นบริบทการใช้ภาษามลายูท้องถิ่น ดังคำพูด

“บอมอ (คุณหมอ) เมาะ (ยาย) อ่านภาษาไทยไม่ได้ช่วยแปลให้เมาะหม่อย”

“บอมอ (คุณหมอ) ต้องทำคู่มือเป็นภาษามลายูด้วย เมาะ (ยาย) จะได้อ่านได้ นี่ต้องพึ่งหอสม.หรือลูกหลานในการอ่านให้ตลอด บางทีก็เกรงใจเขา”

5.3 ผลลัพธ์ของการนำโปรแกรมไปทดลองใช้ พบว่าความคิดเห็นของพยาบาล 3 ท่าน สามารถนำโปรแกรมไปใช้ได้เหมาะสม และง่ายต่อการปฏิบัติคิดเป็นร้อยละ 100 และหลังจากทดลองใช้โปรแกรมพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทั้ง 7 หมู่บ้าน มีคะแนนการมีส่วนร่วมเพิ่มสูงขึ้น และจากการประเมินระดับน้ำตาลในเลือด และระดับความดันโลหิต พบว่า ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับความดันโลหิตของกลุ่มเป้าหมายอยู่ในระดับใกล้เคียงปกติ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3อ. 2ส. เป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้น

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาการพัฒนาโปรแกรม พบว่า เนื้อหาโปรแกรมมีความครอบคลุม เนื่องจากผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นโดยใช้กระบวนการและรูปแบบการพัฒนาโปรแกรมโดยดัดแปลงจากรูปแบบการใช้ผลงานจากงานวิจัยของไอโอวาโดยทิตเลอร์และคณะ (Titter et al., 2001) และกรอบแนวคิดการมีส่วนร่วม ของโคเฮน และ อัฟฮอฟ (Cohen & Uphoff, 1980) ทำให้องค์ประกอบของโปรแกรมมีกระบวนการสร้างอย่างเป็นระบบ โดยอาศัยงานวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งองค์ประกอบของโปรแกรม ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1) แนวทางการใช้โปรแกรม 2) แผนส่งเสริมการตรวจคัดกรอง และติดตามเยี่ยมกลุ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) เพื่อป้องกันภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS) โดยการมีส่วนร่วมของอสม.และ 3) คู่มือการประเมินโอกาสเสี่ยง

ต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ประยุกต์ใช้ของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค และเนื้อหาโปรแกรมมีความครอบคลุม สามารถนำมาใช้เพื่อส่งเสริมตามบริบทในการทำงานในพื้นที่ และได้นำหลักการออกแบบตามทฤษฎีการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.) ที่ใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมในการคัดกรองเพื่อป้องกันโรคภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในชุมชน และสอดคล้องกับงานวิจัยของประเสริฐ มงคลศิริ และคณะ¹⁰ ที่ได้ใช้รูปแบบการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.) มีพฤติกรรมการป้องกันโรคและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ยิ่งไปกว่านั้นการจัดรูปแบบ และวิธีการในการจัดกิจกรรมได้นำมาประยุกต์ใช้เข้าด้วยกันตามลักษณะของผู้เข้าร่วมโปรแกรม ชัดเจนกับบริบทการทำงาน ไม่เพิ่มภาระงานประจำให้กับผู้ร่วมงานในขณะเป็นผู้จัดกิจกรรม แต่มีรูปแบบใหม่ที่น่าสนใจ นอกจากนี้ระหว่างที่มีการคัดกรองโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.) นั้นกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.) ได้มีส่วนร่วมในการฝึกทักษะการคัดกรองจากพยาบาลหลายครั้งจนเกิดความมั่นใจมากขึ้น อย่างไรก็ตามในแง่ของการนำสื่อไปใช้ประกอบของแต่ละกิจกรรมมีความชัดเจน นำไปใช้ได้ง่าย มีความสะดวก เนื่องจากมีความเหมาะสมกับบริบท และสามารถที่จะพบเห็นได้จากวิถีชีวิตประจำวัน

ข้อเสนอแนะในการนำงานวิจัยไปใช้

1. ควรมีการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่หรือพยาบาลวิชาชีพโดยจัดกิจกรรมอบรมให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาด้านการคัดกรอง และติดตามเยี่ยมกลุ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) เพื่อป้องกันภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS) และควรมีการทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดการมีส่วนร่วม เพื่อให้สามารถประยุกต์ใช้โปรแกรมได้ดีมากขึ้น

2. ภายหลังการนำโปรแกรมไปใช้ควรมีการประเมินผลการใช้โปรแกรมร่วมกับทีมงานอย่างสม่ำเสมอ เช่นทุก 3 เดือน หรือ 6 เดือน เพื่อนำผลการปฏิบัติมาปรับปรุงโปรแกรมให้มีความเหมาะสมกับการนำไปใช้และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

3. ควรมีการปรับปรุงโปรแกรมนี้ ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เพิ่มขึ้นทุก 3-5 ปี ควบคู่กับการพัฒนาเครื่องมือต่างๆอย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับปรุงโปรแกรมให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาถึงประสิทธิภาพและประสิทธิผลของโปรแกรมในการนำไปใช้จริง เพื่อยืนยันประสิทธิภาพและประสิทธิผลของโปรแกรม และควรมีการศึกษาดูตามผลระยะยาว เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อน และหลังเข้าร่วมโปรแกรม

2. ควรมีการวิจัยเพื่อติดตามพัฒนาศกยภาพอสม.อย่างต่อเนื่อง โดยติดตามและนิเทศเป็นระยะเพื่อให้ อสม.สามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดได้อย่างมั่นใจ และควรมีการพัฒนาศักยภาพพยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้สามารถเป็นผู้สอน และติดตามนิเทศอสม.โดยใช้กระบวนการการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และส่งเสริมอสม.เป็นส่วนหนึ่งในทีมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข จำนวนและอัตราการตายด้วยโรคหัวใจขาดเลือดปี 2550- 2558 [อินเทอร์เน็ต](ม.ป.ท.). [เข้าถึงเมื่อ 7 มี.ค.2561]. เข้าถึงได้จาก: <http://thaincd.com/information -statistic/non-communicable-disease-data.php> กัมปนาท วีรกุล, จิตติ โฆษิตไชยวัฒน์. 7R การลดอัตราการตายในโรคหลอดเลือดอุดตัน ศรีนครดีไซด์ พรินต์; 2557
- เขตบริการสุขภาพที่ 12 กระทรวงสาธารณสุข.รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานตามนโยบายที่สำคัญ กลุ่ม วัยผู้สูงอายุ.2557. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 9 มี.ค.2561]. เข้าถึงได้จาก: http://203.157.229.33/archives/ Files/Plan57/plan_25.pdf
- กรมควบคุมโรคไม่ติดต่อ. คู่มือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในคลินิก NCD คุณภาพ.กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด; 2558.
- เขตสุขภาพที่ 12, สำนักงาน. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ Health Data Center.2561. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 12 เม.ย.2561]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdservice.moph.go.th/hdc/admin/> พิพิฑาพละพะไย
- อิสมาอีลลุตฟี จะปะกียา. คู่มือผู้ป่วยและการจัดการตามหลักศาสนาอิสลาม (พิมพ์ครั้งที่ 2).ปัตตานี: สำนักเลขานุการ มหาวิทยาลัยอิสลามยะลา; 2556.

มินตรา สารระรักษ. การเสริมสร้างศักยภาพอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน. วารสารวิชาการ. 2553; 12(2) (พ.ศ.-ส.ค.): 39-47

Cohen JM., Uphoff NT. Participation plan in rural development: Seeking clarity through Specificity. Word Development 1980; 8(3):213-235.

มาหามะ เมาะมูลา, ยูซูฟ นิมาะ. การบูรณาการองค์ความรู้กับปัญญาอิสลามกับการสร้างเสริมสุขภาพโรค เรื้อรัง (โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง. สงขลา: สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2552.

ประเสริฐ มงคลศิริ. อัจฉราพรรณ ค้ายาดี ธิธาร์ตัน ชาญตะบะ. การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการ ป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอบ้านไร่ จังหวัดอุทัยธานี. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า 2557; 31(3), 205-19.

การพัฒนาการตรวจสอบคุณภาพบัญชีของหน่วยบริการในเขตสุขภาพที่ 3 Development of audit quality accounts of service units in the 3rd health area

(Received: October 1,2020 ; Accepted: November 6,2020)

สมบูรณ์ สิงห์พรหม และ คณะ

Somboon Singprom and Other

นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลสามง่าม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

Professional General Manager , General Administration Workgroup , Sam Ngam Hospital

Phichit Provincial Public Health Office

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนาการตรวจสอบคุณภาพบัญชีของหน่วยบริการในเขตสุขภาพที่ 3 กลุ่มตัวอย่างได้แก่ โรงพยาบาลที่รับการตรวจสอบคุณภาพบัญชี ทั้งหมด 7 แห่ง เก็บข้อมูลโดย Audit Planning, Audit Program และการตรวจสอบเนื้อหาสาระและยอดคงเหลือทางบัญชีตาม Audit Program ทั้งหมด ๙ ประเด็น วิเคราะห์ข้อมูลโดย สถิติพรรณนา และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการพัฒนา ทำให้ มีระบบบัญชีที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับหน่วยบริการได้ มีระบบการตรวจสอบบัญชีที่สามารถประเมินผลความถูกต้อง ครบถ้วน นำเชื่อถือได้ของข้อมูลบัญชี ทราบปัญหา ในการปฏิบัติงานที่ส่งผลกระทบต่อความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูลบัญชี หน่วยบริการมีระบบงานที่ดีขึ้นกว่าเดิม และมีระบบการตรวจสอบที่เป็นระบบ

คำสำคัญ : การตรวจสอบคุณภาพบัญชี

Abstract

This research was action research aimed to Developed of audit quality accounts of service units in the 3rd health area. Sample size were 7 audited hospitals for quality accounting. Data were collected by Audit Planning, Audit Program and to review the contents and account balances according to the Audit Program, all 9 issues. Data were analyzed by descriptive statistic and content analysis.

The study found that after development it had an accounting system that can be applied to suit the service department. There is an audit system that can evaluate the accuracy, completeness and reliability of account information. Know operational problems that affect accuracy complete of account information. Service units have a better system. And have a systematic auditing system.

Keyword : Auditing of accounting quality

บทนำ

การวิเคราะห์สถานการณ์ด้านการเงินการคลังจะมีความแม่นยำมากน้อยเพียงใดนั้น สิ่งสำคัญคือ ข้อมูลที่ปรากฏในรายงานทางการเงิน ซึ่งเป็นผลผลิตของการจัดทำบัญชีข้อมูล ดังกล่าวจะต้อง ถูกต้อง ครบถ้วน เป็นจริง หากข้อมูลมีความคลาดเคลื่อนสูงการนำข้อมูลไปใช้ย่อมไม่สามารถแก้ปัญหาได้ตรงประเด็น จากอดีตที่ผ่านมาการประเมินคุณภาพข้อมูลบัญชี ใช้เพียงหลักการตรวจเบื้องต้นผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ซึ่งเป็นการดักจับข้อผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นเพียงระดับผิวเผินเท่านั้น คณะนักคุณภาพบัญชีของหลายโรงพยาบาลส่วนมากได้เพิ่ม 100 คะแนน แต่ปัญหายังคงเหมือนเดิมคือไม่ทราบว่าเพราะอะไรทำไมถึงวิกฤต มีคำถามจากผู้บริหารมากมายที่ถามว่า นักบัญชี บันทึกบัญชีถูกต้อง ครบถ้วนไหม บันทึกไม่เหมือนกันไหม เป็นต้น และนักบัญชีจะตกเป็นจำเลยของเหตุการณ์นั้นทันที ซึ่งในความเป็นจริงแล้ว รายงานทางการเงินที่ผู้บริหารใช้นั้นมีที่มาจากหลายแหล่ง นักบัญชีเป็นเพียงผู้วิเคราะห์รายการที่เกิดขึ้นตามหลักฐานที่ได้รับและนำมาบันทึกบัญชี เท่านั้น (สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย, 2553)

การจัดระบบหรือสิ่งแวดล้อมทางบัญชีจึงเป็นสิ่งสำคัญ และการจัดการต่างๆ ไม่สามารถกระทำได้โดยนักบัญชีเพียงลำพัง ต้องมีการจัดวางระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้องให้ข้อมูลสามารถไหลไปตามระบบได้อย่างครบถ้วนชัดเจน ถูกต้อง ตามความเป็นจริงที่เกิดขึ้น นักบัญชีจึงจะสามารถวิเคราะห์รายการดังกล่าวเพื่อบันทึกบัญชีได้ ซึ่งในการจัดทำบัญชีนั้น สิ่งที่จะสามารถพิสูจน์หรือยืนยันว่าข้อมูลบัญชีที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ด้านการเงินการคลังมีความครบถ้วน ถูกต้อง และน่าเชื่อถือ จะต้องผ่านการตรวจสอบที่มีคุณภาพ กล่าวคือ ผลผลิตของนักบัญชีเรียกว่า รายงานทางการเงินอ้างอิงตามมาตรฐานการบัญชีภาครัฐ ฉบับที่ 1 เรื่อง การนำเสนอรายงานการเงิน ตามย่อหน้าที่ 16 รายงานการเงินฉบับสมบูรณ์ประกอบด้วยรายการทุกข้อดังต่อไปนี้ งบแสดงฐานะการเงิน งบแสดงผลการดำเนินงานทางการเงิน งบแสดงการเปลี่ยนแปลงสินทรัพย์สุทธิ/ส่วนทุน งบกระแสเงินสด รายงานเปรียบเทียบงบประมาณที่ได้รับอนุมัติจัดสรรและจำนวนเงินที่ใช้จริง ซึ่งอาจจะแสดงเป็นรายงานแยกต่างหากหรือแสดงในหมายเหตุประกอบงบการเงิน และหมายเหตุประกอบงบการเงิน ซึ่งประกอบด้วยสรุปนโยบายการบัญชีที่สำคัญและข้อมูลที่ให้คำอธิบายอื่น สำนักรายงานการคลัง (สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง, 2560)

เนื่องจาก โรงพยาบาลเป็นหน่วยงานภายใต้สังกัดของกระทรวงสาธารณสุข การจัดทำงบการเงินต่างๆ ดังกล่าวข้างต้นนั้น โรงพยาบาลไม่ต้องจัดทำทั้งหมด มีหน้าที่ในการบันทึกบัญชีและนำข้อมูลมาจัดทำงบทดลองแล้วส่งให้ส่วนกลางเพื่อรวบรวมเป็นภาพของกระทรวงสาธารณสุข ปัญหาที่พบคือ การตรวจสอบข้อมูลในงบทดลองเป็นการตรวจสอบเบื้องต้นตามหลักการทั่วไปเพื่อเป็นการดักจับความผิดปกติของข้อมูลที่ส่งเท่านั้น ไม่สามารถให้ผลลัพธ์ในเชิงการปฏิบัติได้จึงจำเป็นต้องมีการตรวจสอบข้อมูลที่หน้างานเท่านั้น ที่จะทำให้ประเมินสถานการณ์และเข้าใจปัญหาเพื่อนำมาปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลจริง

ข้อมูลในรายงานการเงินของโรงพยาบาล จะมีความน่าเชื่อถือ จำเป็นต้อง ผ่านการตรวจสอบบัญชี เช่นเดียวกับของภาคเอกชนที่มีผู้สอบบัญชีรับอนุญาต (CPA) หรือผู้สอบบัญชีภาษีอากร (Tax Auditor) เป็นผู้รับรองงบการเงินก่อนเผยแพร่ต่อสาธารณะชนที่เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียก่อนและมีมาตรฐานการสอบบัญชีของสภาวิชาชีพบัญชีรองรับ แต่ด้วยความเป็นภาครัฐ จึงใช้กลไกการตรวจสอบภายในเข้ามาทดแทน แต่การตรวจสอบภายในกับการตรวจสอบบัญชีนั้น มีความแตกต่างกันตามวัตถุประสงค์ของการปฏิบัติงาน (สุวรรณ หวังเจริญเดช, 2547)

เขตสุขภาพที่ 3 มองเห็นความสำคัญของเรื่องดังกล่าว ประกอบกับมีโรงพยาบาลที่ประสบกับปัญหาวิกฤติทางการเงินเกิดขึ้นในเขต 3 หลายแห่งและเกิดขึ้นซ้ำซาก

จากบทบาทหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบ คือ เป็นหัวหน้ากลุ่มงานบริหารโรงพยาบาลชุมชนที่ต้องรับผิดชอบด้านบุคลากร การเงิน การบัญชี และงานพัสดุ และการเป็นคณะกรรมการบริหารการเงินการคลังของเขตสุขภาพที่ 3 รับผิดชอบหลักด้านการพัฒนาคุณภาพบัญชีของหน่วยบริการในเขตสุขภาพที่ 3 ซึ่งเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับภารกิจหลักในงานประจำ ได้เห็นถึงความสำคัญของคุณภาพข้อมูลการเงินที่ผู้บริหารของหน่วยบริการและผู้บริหารในระดับที่สูงขึ้นนำไปใช้ในการวิเคราะห์และกำหนดแนวทางในการแก้ไขปัญหา/พัฒนาการบริการให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น รวมถึง การใช้ทรัพยากรของราชการให้เกิดความคุ้มค่า ดังนั้นข้อมูลที่นำมาใช้ต้องมีคุณภาพ หมายถึง ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา จึงได้เกิดแนวคิดในการพัฒนารูปแบบ วิธีการตรวจสอบใหม่ โดยกำหนดเป้าหมายคือผลลัพธ์ที่ได้จากการตรวจสอบต้องสามารถนำไปปรับปรุง/แก้ไข/พัฒนางานในเชิงระบบ ที่มีความถูกต้อง

ในทางระเบียบที่เกี่ยวข้องต่างๆ สะท้อนปัญหาที่แท้จริงได้ในเชิงประจักษ์

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาการตรวจสอบคุณภาพบัญชีของหน่วยบริการในเขตสุขภาพที่ 3

กลุ่มเป้าหมาย

โรงพยาบาลที่รับการตรวจสอบคุณภาพบัญชีทั้งหมด 7 แห่ง

ขั้นตอนการศึกษา

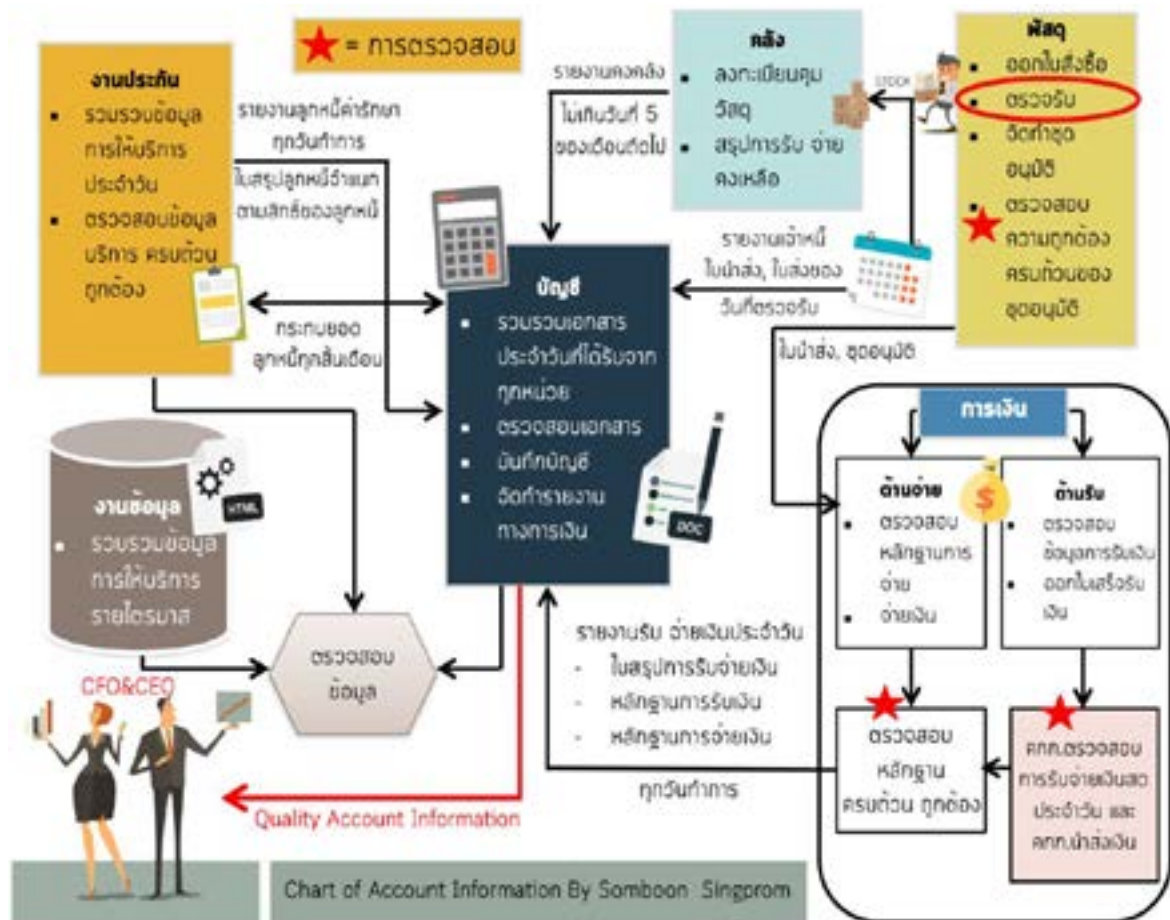
1. การวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย ข้อมูลในอดีต - ปัจจุบัน , Focus ประเด็นสำคัญ, Audit Planning, Audit Program
2. การตรวจสอบเนื้อหาสาระและยอดคงเหลือทางบัญชีตาม Audit Program ทั้งหมด ๙ ประเด็น
3. การทดสอบการควบคุมทั้งหมด ๖ ระบบ ประกอบด้วย การจ่ายชำระหนี้ ค่าตอบแทนและค่าจ้าง, ระบบรายได้, ระบบลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล, ระบบการจัดซื้อจัดจ้าง, ระบบการควบคุมคลังสินค้าและระบบทรัพย์สิน
4. การสรุปสิ่งที่ได้จากการตรวจสอบเนื้อหาสาระและยอดคงเหลือทางบัญชีจากส่วนที่ 2 โดยผู้รับผิดชอบในการเก็บข้อมูลในแต่ละประเด็นให้แก่หัวหน้าทีมเพื่อนำไปประมวลผลเชื่อมโยงกับสิ่งที่พบจากการตรวจสอบการควบคุม
5. การสรุปและจัดทำรายงาน เสนอแก่โรงพยาบาลที่รับตรวจร่วมกับ คณะกรรมการบริหารการเงินการคลังของเขตสุขภาพที่ 3 โดยการเชื่อมโยงทุก

งานที่เกี่ยวข้องกับการได้มาของข้อมูลบัญชีที่จะทำให้มีคุณภาพ กำหนดความคลาดเคลื่อนของข้อมูลไม่เกินร้อยละ 5 จากกลุ่มตัวอย่างที่ตรวจ ปัญหาที่พบพร้อมเสนอแนะแนวทางแก้ไข

ผลการดำเนินงาน

การตรวจคุณภาพบัญชีของเขตสุขภาพที่ 3 ก่อนปีงบประมาณ 2562 นั้น เป็นการดำเนินการตรวจแบบไขว้จังหวัดปัญหาที่พบคือมาตรฐานในการตรวจไม่เหมือนกัน ฯลฯ และปัญหาต่างๆ ยังมีคงอยู่เหมือนเดิม ไม่มีการแก้ไขเปลี่ยนแปลงทางคณะกรรมการบริหารการเงินการคลังเขตสุขภาพที่ 3 จึงเสนอให้ผู้เขียนซึ่งได้รับมอบหมายให้เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการพัฒนาคุณภาพบัญชีของเขต 3 เป็นผู้คิดรูปแบบนำเสนอ ผู้เขียนจึงได้เสนอแนวทางการตรวจสอบคุณภาพบัญชีในรูปแบบที่ได้ทำมาก่อน ในจังหวัดพิจิตร การควบคุมคุณภาพงานตรวจสอบควรใช้ทีมตรวจทีมเดียวที่ผู้เขียนสามารถควบคุมกำกับ ดูแลงานตรวจสอบได้ด้วยตัวเองจึงจะสามารถนำผลการตรวจสอบมาเปรียบเทียบ วิเคราะห์ได้ในแนวทางเดียวกันทั้งหมด

การตรวจคุณภาพบัญชีนี้ผู้เขียนได้ออกแบบระบบบัญชีทั้งระบบ เป็นหลักในการใช้ตรวจและเขียนแนวการสอบบัญชี (Audit Program) รวมถึงวิธีการที่ใช้ในการเข้าตรวจทั้งเชิงระบบและรายละเอียดของแต่ละบัญชี โดยการนำมาตรฐานการสอบบัญชีของสภาวิชาชีพมาประยุกต์ใช้เริ่มใช้ในการตรวจราชการรอบที่ 1/62 จำนวนโรงพยาบาลที่รับการตรวจสอบคุณภาพบัญชี ทั้งหมด 7 แห่งเป็นโรงพยาบาลที่ประสบปัญหาวิกฤตทางการเงินและใช้ในการตรวจราชการรอบที่ 2/62 จำนวน 4 แห่ง การออกแบบระบบบัญชีทั้งระบบปรากฏ ดังภาพที่ 1



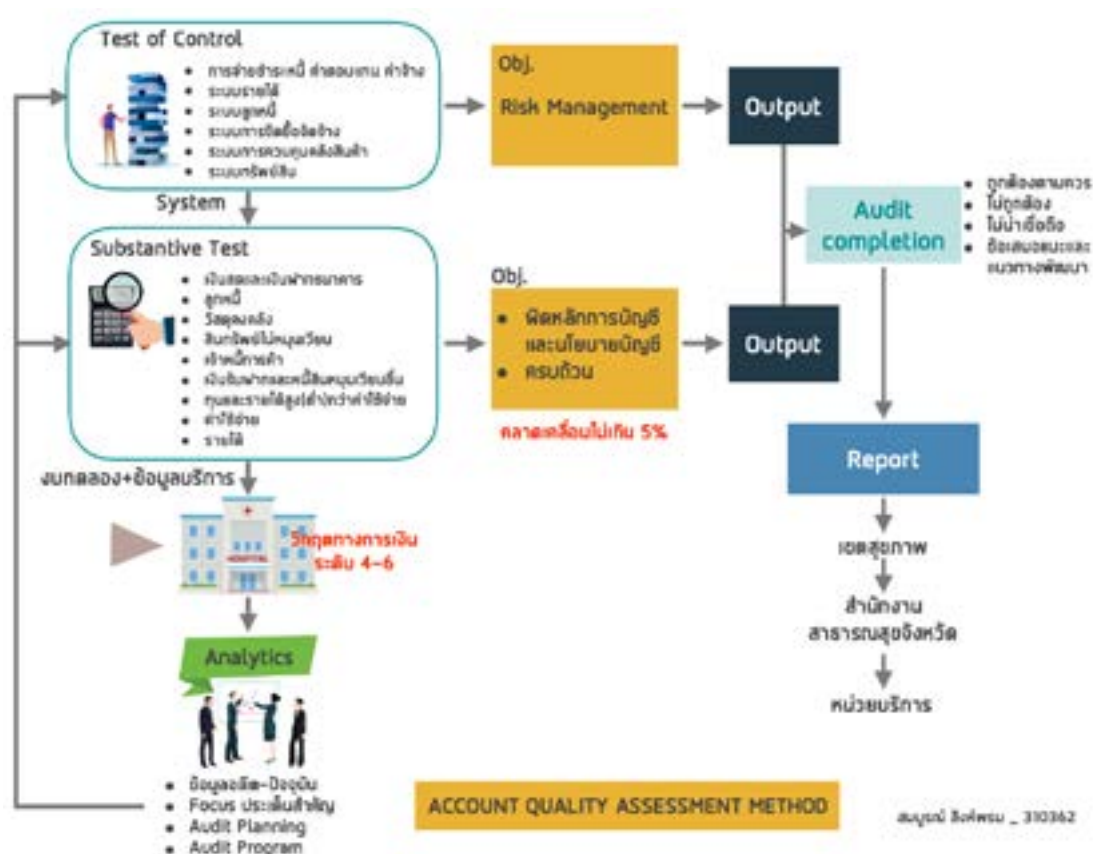
ภาพประกอบที่ 1 การตรวจคุณภาพบัญชีของเขตสุขภาพที่ 3 ก่อนปีงบประมาณ 2562

จากภาพที่ 1 จะเห็นถึงการไหลของข้อมูลบัญชีที่เกี่ยวข้อง เชื่อมโยงกับงานต่างๆ ประกอบด้วย งานพัสดุที่ให้ข้อมูลของเจ้าหน้าที่การคำนวณเมื่อมีการตรวจรับและส่งหลักฐานให้แก่งานบัญชี งานคลัง ที่ให้ข้อมูลในการรับจ่าย พัสดุ งานการเงินที่ให้ข้อมูลด้านการรับเงินและการจ่ายเงินโดยในกระบวนการภายในของงานการเงินนั้นจะต้องมีการควบคุมภายในตามระเบียบกระทรวงการคลังกำหนดแทรกไว้และต้องปฏิบัติ โดยมีหลักฐานประกอบที่แสดงให้เห็นในเชิงประจักษ์ด้วย งานประกันให้ข้อมูลด้านลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลทุกสิทธิ์ ทั้งการรับรู้ การรับชำระหนี้ และยอดคงเหลือของลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล และกำหนดให้มีการตรวจสอบข้อมูลบริการอย่างน้อยทุกรอบไตรมาสเพื่อตรวจทานความครบถ้วน ถูกต้องของข้อมูลในการให้บริการกับข้อมูลบัญชีที่ได้รับรายงานมาจากการประกันและงานการเงิน

โดยที่ Flow ข้างต้น เป็นกรอบแนวทางที่ควรจะเป็นของระบบบัญชี โดยไม่ได้กำหนดว่าหน่วยบริการใดจะใช้เครื่องมืออะไรในการปฏิบัติงาน แต่สามารถวางระบบงานให้สอดคล้องและเชื่อมโยงกันได้ตามรูปภาพที่ 1

หลังจากที่ได้ระบบบัญชีที่ควรจะเป็นแล้วนั้น แนวทางการตรวจสอบได้ออกแบบให้สอดคล้องกับบริบทของหน่วยบริการแบ่งเป็นด้านประกอบด้วย ด้านเงินสดและเงินฝากธนาคาร ด้านลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลและลูกหนี้อื่น ด้านวัสดุคงคลัง ด้านสินทรัพย์ไม่หมุนเวียน ด้านเจ้าหนี้การค้า หนี้สินอื่นและเงินรับฝากต่างๆ ด้านค่าใช้จ่ายและบัญชีทุน

ออกแบบการตรวจสอบโดยนำความรู้ต่างๆ รวมถึงแนวคิดในการนำมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับหน่วยบริการด้านสาธารณสุขดังภาพที่ 2



ภาพประกอบที่ 2 การพัฒนาการตรวจสอบคุณภาพบัญชีของหน่วยบริการในเขตสุขภาพที่ 3

2. การพัฒนาการตรวจสอบคุณภาพบัญชีของหน่วยบริการในเขตสุขภาพที่ 3

2.1 กำหนดหน่วยบริการที่อยู่ในเกณฑ์วิกฤตทางการเงิน เพื่อหาข้อมูลในอดีตจนถึงปัจจุบันย้อนหลังไม่เกิน 3 ปี นำมาทำความเข้าใจและวิเคราะห์เพื่อหาประเด็นต่างๆ ที่สำคัญ เพื่อนำมาใช้ในการวางแผนการตรวจ (Audit Planning) และเขียนแนวการตรวจสอบ (Audit Program)

2.2 เมื่อเข้าตรวจในหน่วยบริการ ต้องประชุมชี้แจง/ทำความเข้าใจในรูปแบบและวิธีการตรวจสอบกับหน่วยบริการก่อนทุกครั้ง โดยสาระสำคัญคือวิธีการตรวจสอบ ซึ่งแบ่งการปฏิบัติงานตรวจสอบออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 คือการทดสอบการควบคุม (Test of Control) เป็นการประเมินระบบการควบคุมภายในทุกกระบวนการที่เกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับข้อมูลทางการเงิน ปฏิบัติโดยหัวหน้าทีมตรวจสอบ ส่วนที่ 2 คือการตรวจสอบเนื้อหาสาระและยอดคงเหลือทางบัญชี (Substantive Test) ปฏิบัติโดยสมาชิกในทีมตรวจสอบ ซึ่งทั้ง 2 ส่วนนั้นได้มีการกำหนดรูปแบบ ขอบเขต ที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลของหน่วยบริการมาก่อนแล้ว เป้าหมายของทั้ง 2 ส่วนมีการกำหนดไว้ชัดเจน

2.3 ประชุมทีมงานตรวจสอบเพื่อทำความเข้าใจอีกครั้งก่อนเริ่มปฏิบัติงาน

2.4 สิ้นสุดการปฏิบัติงานตรวจสอบ ต้องมีการนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาสรุปร่วมกันโดยหัวหน้าทีมจะเป็นผู้รวบรวมและเรียบเรียงสิ่งที่ได้ในแต่ละเรื่องที่ได้ตรวจสอบตามแนวทางที่กำหนด เชื่อมโยงข้อมูลทั้ง 2 ส่วน เพื่อนำมาสรุปให้เห็นถึงปัญหา/โอกาสในการพัฒนา หรือสิ่งดีๆ ที่พบจากการตรวจสอบก็นำมาเป็นข้อมูลในการสร้างกำลังใจในการปฏิบัติงานของหน่วยบริการ

3. ผลลัพธ์ที่ได้จากการนำระบบที่กล่าวมาใช้ในการปฏิบัติงานตรวจสอบ คือการพบปัญหาในเชิงระบบของงานที่เกี่ยวข้องกับบัญชี เช่น เครื่องมือที่ใช้ในการปฏิบัติงานส่งผลกระทบต่อการทำงานของบัญชี, การหมุนเวียนของบัญชี ที่มีอัตราสูง, การสื่อสารระหว่างนักบัญชีกับงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และความเข้าใจของผู้บริหารต่อระบบและการจัดทำบัญชี ทำให้เกิดข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาต่อไปในทุกระดับคือ ระดับโรงพยาบาล ระดับจังหวัดและระดับเขต ดังนี้

3.1 มีระบบบัญชีที่ควรจะเป็นตามกรอบแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับหน่วยบริการได้

3.2 มีระบบการตรวจสอบบัญชีที่สามารถประเมินผลความถูกต้อง ครบถ้วน น่าเชื่อถือได้ของข้อมูลบัญชี

3.3 ได้ทราบปัญหา ในการปฏิบัติงานที่ส่งผลกระทบต่อความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูลบัญชีที่มีความซับซ้อนแตกต่างกันในแต่ละหน่วยบริการ และส่งต่อปัญหาดังกล่าวให้แก่หน่วยบริการและผู้บริหารในทุกระดับรับทราบเพื่อสามารถนำไปพัฒนาปรับปรุงให้มีคุณภาพ และถูกต้องตามระเบียบต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงถูกต้องตามหลักการบัญชีและกรอบการบันทึกบัญชีของกระทรวงสาธารณสุข

3.4 หน่วยบริการที่นำข้อเสนอที่ได้จากการตรวจสอบด้วยวิธีการนี้ไปปรับปรุงและพัฒนาโดยผู้บริหารระดับสูง ส่งผลให้หน่วยบริการมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก คือ จากวิกฤติการเงินซ้ำซาก เปลี่ยนเป็นไม่วิกฤติ และมีระบบงานที่ดีขึ้นกว่าเดิมเนื่องจากได้รับข้อมูลปัญหาที่แท้จริง และมีแนวทางในการแก้ไข

3.5 ปัญหาที่ได้จากการตรวจสอบตามระบบใหม่นี้แบ่งออกเป็น 3 ประเด็น คือ ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับหลักเกณฑ์และกรอบแนวทางการบันทึกบัญชี ประเด็นด้านเครื่องมือที่ใช้ และประเด็นที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายระเบียบต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

3.6 การมีระบบการตรวจสอบที่เป็นระบบเดียวกัน ผู้ตรวจเป็นทีมเดียวกัน ทำให้สามารถนำผลที่ได้จากการตรวจสอบมาเปรียบเทียบกันได้อย่างชัดเจน

อภิปรายผล

การพัฒนาการตรวจสอบคุณภาพบัญชีที่เริ่มดำเนินการในปี 2561 จำนวน 4 โรงพยาบาลด้วยรูปแบบแนวทางที่ได้มีการออกแบบใหม่ทั้งหมด ประกอบด้วย 1) วิเคราะห์เพื่อหาประเด็นต่างๆ ที่สำคัญ เพื่อนำมาใช้ในการวางแผนการตรวจ (Audit Planning) และเขียนแนวการตรวจสอบ (Audit Program) 2) ชี้แจง/ทำความเข้าใจในรูปแบบและวิธีการตรวจสอบกับหน่วยบริการ 3) ประชุมทีมงานตรวจสอบก่อนเริ่มปฏิบัติงาน 4) นำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาสรุปร่วมกัน ซึ่งจากการดำเนินงาน ทำให้มีระบบบัญชีที่ควรจะเป็นตามกรอบแนวทางของกระทรวงสาธารณสุขที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับหน่วยบริการ มีระบบการตรวจสอบบัญชีที่สามารถประเมินผลความถูกต้อง ครบถ้วน น่าเชื่อถือได้ของข้อมูลบัญชี ได้ทราบปัญหาในการปฏิบัติงานที่ส่งผลกระทบต่อ

ความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูลบัญชี หน่วยบริการที่นำข้อเสนอที่ได้จากการตรวจสอบด้วยวิธีการนี้ไปปรับปรุงและพัฒนาโดย ผู้บริหารระดับสูง ทราบปัญหาที่ได้จากการตรวจสอบตามระบบใหม่ ระบบการตรวจสอบที่เป็นระบบเดียวกัน ผู้ตรวจเป็นทีมเดียวกัน ทำให้สามารถสามารถสร้างการเปลี่ยนแปลง ในทั้ง 4 โรงพยาบาล และในปีงบประมาณ 2562 ได้นำแนวทางมาดำเนินการต่ออีกจำนวน 11 แห่ง พบว่าปัญหาที่ได้รับข้อเสนอแนะนั้น มีการนำไปดำเนินการปรับปรุง/พัฒนางานให้ดีขึ้น รวมถึงความสำคัญของฐานข้อมูลในระบบบริการของหน่วยบริการที่ไม่เคยถูกนำมาใช้สอบทาน/ตรวจสอบข้อมูลอย่างเป็นระบบและไม่มีมีการนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบได้ถูกนำมาใช้ เพื่อหาแนวทางในการแก้ไขการขาดสภาพคล่องหรือ แนวทางการปรับลดขั้นตอนการทำงานเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล อีกทั้งการให้ความสำคัญของเครื่องมือที่ใช้ในการบันทึกบัญชี การวางระบบบัญชีที่เชื่อมโยงกัน จะลดความคลาดเคลื่อนของข้อมูลและเป็นการสอบทานข้อมูลระหว่างกันอีกด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ อรพินท์ รัตนโชติพานิช (2560) พบว่าการพัฒนาบทบาทการตรวจสอบภายในภาครัฐสมัยใหม่ มีการเปลี่ยนแปลงจากในอดีตโดยได้ขยายขอบเขตหน้าที่ในการทำงานภายในองค์กรเพิ่มมากขึ้น อันมีผลถึงความสำเร็จขององค์กรตามเป้าหมายที่ได้วางไว้ และอีกบทบาทที่สำคัญ คือการเป็นที่ปรึกษา (Consultant) เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้บริหาร ผู้รับตรวจ ให้มีความพึงพอใจเป็นที่ยอมรับ และเชื่อถือปฏิบัติตามข้อเสนอแนะ โดยผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานสามารถนำความรู้ แนะนำ ให้คำปรึกษาไปใช้ประโยชน์เพื่อการปรับปรุงพัฒนาการดำเนินงานของหน่วยงานให้เป็นไปตามนโยบาย ภายใต้การบริหารความเสี่ยงที่เหมาะสม ระบบการควบคุมภายในที่มีประสิทธิผล และมีกระบวนการกำกับดูแลที่ดี สามารถสร้างคุณค่าเพิ่มให้กับองค์กรสอดคล้องกับการปรับเปลี่ยนบทบาทการบริหารงานภาครัฐ ไปสู่การบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ที่ให้ความสำคัญกับผลสัมฤทธิ์ของงาน และสอดคล้องกับการศึกษาของพรรณอร บัญญพลสิทธิ์ (2561) พบว่าการพัฒนาระบบจัดการ ทำให้การจัดซื้อเป็นไปตามแผนจัดซื้อประจำปี ไม่เกินงบประมาณที่ตั้งไว้ มีผู้รับผิดชอบดำเนินการชัดเจน และช่วยลดปัญหาการเก็บเวชภัณฑ์ รวมถึง การรายงานผลและการจัดทำเอกสารจัดซื้อจัดจ้างเป็นไปตามกำหนดเวลา และถูกต้องตามเกณฑ์ และควรมีการสะท้อนผลการดำเนินงาน กระบวนการวิเคราะห์หลังปฏิบัติการ รวมถึงถอดบทเรียนการดำเนินครั้งนี้ เพื่อนำผลมาวิเคราะห์เพื่อนำผลที่ได้มาปรับปรุงแก้ไข อย่าง

ต่อเนื่องตลอดวงจร และสอดคล้องกับการศึกษาของเสาวคนธ อัครศรีสุพรรณ (2551) พบว่า การติดต่อกับโรงพยาบาลแม่ข่ายอย่างต่อเนื่องให้ความช่วยเหลือแนะนำแก้ไขปัญหา พร้อมเพิ่มความถี่ในการติดตามจะทำให้หน่วยบริการปฐมภูมิมีการบริหารจัดการมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. การตรวจสอบด้านบัญชี ควรจะมีผู้รับผิดชอบหลักที่ปฏิบัติงานในสำนักงานเขตสุขภาพและควรมีคุณสมบัติด้านการตรวจสอบ สร้างมาตรฐานในการตรวจที่สอดคล้องกับมาตรฐานการสอบบัญชี และมีการตรวจสอบทุกหน่วยบริการในเขตสุขภาพด้วยมาตรฐานเดียวกัน เพื่อเป็นการสร้างคุณภาพของข้อมูลที่สามารถนำไปใช้วิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ด้านการเงินการคลังได้อย่างมั่นใจ
2. ควรมีการตรวจสอบและรับรองการเงินโดยผู้สอบบัญชี เช่นเดียวกับภาคเอกชน ที่มีความเป็นอิสระ
3. การติดตามผลการตรวจสอบที่ต้องดำเนินการแก้ไขหรือปรับปรุงให้ถูกต้องตามควรเช่น ระบบบัญชีมี

ข้อบกพร่องในจุดใด ควรแก้ไขอย่างไร หากไม่แก้ไขจะมีผลกระทบกับข้อมูลอย่างไร ที่ได้รับการตรวจสอบหน่วยงานต้องมีการรายงานและต้องมีการติดตามผลการแก้ไขหรือปรับปรุงระบบดังกล่าวอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อให้การตรวจสอบเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

4. ปัญหาที่พบจากการตรวจสอบ หากเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นในหลายหน่วยบริการ หน่วยงานระดับสูงขึ้นไปควรมีการนำมาวางแผนหาแนวทางแก้ไขในประเด็นสำคัญๆ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ

5. การแก้ไขปัญหาในแต่ละระบบนั้น ต้องคำนึงถึงบริบทของหน่วยบริการนั้น ๆ ด้วย เนื่องจากสภาพแวดล้อมของแต่ละแห่งมีความแตกต่างกัน ดังนั้นการกำหนดแนวทางแก้ไขต้องมีความเข้าใจในเรื่องดังกล่าวอย่างแท้จริง และอาจใช้หลักเน้นที่ผลลัพธ์ ไม่ใช่กระบวนการ

6. ควรจัดให้มีเวทีนำเสนอผลงาน ทางด้านงานสนับสนุน เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนและเกิดความคิดสร้างสรรค์ที่จะมีการพัฒนางานให้เป็นนวัตกรรมใหม่ๆ เกิดขึ้น รวมถึงการมีเครือข่ายการปฏิบัติงานที่เข้มแข็งในเขตสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

- พรรณอร บุญพิษฐ์. (2561). พัฒนาระบบการจัดการคลังเวชภัณฑ์ไม่ใช้ยา กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลเฝ้าไร่. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน. 1(1) 39-53
- สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (2553). รายงานสถานการณ์การคลังและประสิทธิภาพของสถานพยาบาล ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. ไตรมาส 4
- สำนักนโยบายการคลัง สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง.(2560). รายงานความเสี่ยงทางการคลัง ประจำปีงบประมาณ 2560 (ฉบับสมบูรณ์).
- สุวรรณ หวังเจริญเดช. (2547). ความน่าเชื่อถือของรายงานการเงินบัญชี. จุฬาลงกรณ์ธุรกิจปริทัศน์. 26(101). 41-53
- เสาวคนธ อัครศรีสุพรรณ. ประสิทธิภาพของระบบการนิเทศงานบริการด้านยาในศูนย์สุขภาพชุมชนของ CUP วังจันทร์ จังหวัดระยอง ปงบประมาณ 2550. วารสารเภสัชกรรมคลินิก 2551;15(3),487-98
- อรพินท์ รัตนโชติพานิช. (2560). การพัฒนาบทบาทการตรวจสอบภายในภาครัฐสมัยใหม่. เอกสารทางวิชาการ. กลุ่มตรวจสอบภายใน กรมวิชาการเกษตร.

การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี แบบมีส่วนร่วม ตำบล เจ้าท่า อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์

Operations of OV/CCA prevention and control by participatory Chao Tha Sub-District, Kamalasai District, Kalasin Province.

(Received: October 8,2020 ; Accepted: November 5,2020)

เดชา วรสาร

Decha Worasarn

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบและวิธีการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนภาคีเครือข่ายและศึกษา ความรู้ ทักษะ พฤติกรรม เกี่ยวกับการบริโภคปลาดิบของประชาชน ในตำบลเจ้าท่า อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ตัวแทนครัวเรือน กลุ่มเสี่ยง ในตำบลเจ้าท่า อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 173 คน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Dependent t-test และ Wilcoxon sign rank test.

ผลการศึกษา พบว่า ความรู้ และทักษะ เกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการดำเนินการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value เท่ากับ .000) โดยที่หลังดำเนินการความรู้ และทักษะ มีค่ามากกว่าก่อนดำเนินการ (t มีค่าเป็นลบ)และพฤติกรรมการรับประทานอาหารสุกๆดิบๆของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการดำเนินการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value น้อยกว่า .05 ทุกค่า) โดยที่หลังดำเนินการพฤติกรรมการรับประทานอาหารสุกๆดิบๆ มีค่ามากกว่าก่อนดำเนินการ (z มีค่าเป็นลบทุกค่า)

คำสำคัญ : โรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี , การมีส่วนร่วม

ABSTRACT

This research was action research aimed to studied Operations of OV/CCA prevention and control , participatory process of community network. And studied knowledge , attitude , behavior about Public consumption of raw fish in Chao Tha Sub-District, Kamalasai District, Kalasin Province. Sample size were 173 Representative of risk group households Chao Tha Sub-District, Kamalasai District, Kalasin Province. Data were collected by questionnaire. Data were analyzed by frequency , percentage , mean , standard deviation , dependent t-test and Wilcoxon sign rank test.

The study found that knowledge and attitude about OV/CCA prevention and control of sample size before and after operation had statistically significant difference at the .05 level (p-value = .000) by after operation knowledge and attitude more than before operation. And behavior about Public consumption of behavioral eating half-cooked of sample size before and after operation had statistically significant difference at the .05 level (every p-value is less than .05) by after operation behavioral eating half-cooked better than before operation (z is all negative)

Keyword : OV/CCA , participatory

บทนำ

การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ (Opisthorchis viverrini) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย องค์การอนามัยโลก (WHO) ยอมรับและจัดให้โรคพยาธิใบไม้ตับเป็นเชื้อก่อโรคมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับจะเหนี่ยวนำให้เกิดการอักเสบเรื้อรังซึ่งจะนำไปสู่การเกิดความเสียหายแก่ดีเอ็นเอของเนื้อเยื่อมะเร็งท่อน้ำดีที่ติดเชื้อจากนั้นจึงกลายเป็นมะเร็ง (มูลนิธิมะเร็งท่อน้ำดี,

2561) ประเทศไทยมีความผันแปรของการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีแตกต่างกันตามสภาพภูมิประเทศ พื้นที่ที่มีการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีสูงสุดคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีประมาณ 70% ของมะเร็งที่เกิดขึ้นที่ตับและเป็นพื้นที่ที่มีการระบาดของพยาธิใบไม้ตับสูง อัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งท่อน้ำดีพบสูงสุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เท่ากับ 43.6 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาเป็นภาคเหนือ เท่ากับ 25.3 ต่อประชากรแสนคน

จังหวัดที่มีอัตราการตายต่อประชากรแสนคนสูงสุด 5 อันดับแรก คือ สกลนคร 61.4 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา แพร่ 55.8 ต่อประชากรแสนคน ร้อยเอ็ด 54.8 ต่อประชากรแสนคน หนองบัวลำพู 54.1 ต่อประชากรแสนคน และกาฬสินธุ์ 50.9 ต่อประชากรแสนคน สำหรับจังหวัดอุบลราชธานี อัตราตาย เท่ากับ 20.66 – 30.14 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งเป็นพื้นที่เสี่ยงสูงของโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งท่อน้ำดีประมาณ 14,000 รายต่อปี เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง โรคมะเร็งท่อน้ำดีทำให้เกิด disability adjusted life year (DALYs) สูงที่สุด ในบรรดามะเร็งชนิดอื่น (มูลนิธิมะเร็งท่อน้ำดี, 2561)

จากรายงานการศึกษาระบาดวิทยาของโรคหนอนพยาธิ ในประเทศไทยปี 2539, 2552 และ 2557 พบอัตราความชุกพยาธิใบไม้ตับในภาพรวมของประเทศเฉลี่ยร้อยละ 11.8 ร้อยละ 8.7 และร้อยละ 5.1 ตามลำดับ ในปี 2552 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับสูงที่สุด ร้อยละ 16.6 เพศชายมีความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 12.1 สูงกว่าเพศหญิง เมื่อพิจารณาเป็นกลุ่มอายุ พบว่า มีการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับทุกกลุ่มอายุ โดยพบสูงที่สุดในกลุ่มอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 10.5 และจากข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน ปีพ.ศ. 2552 พบว่า ประชาชนมีการรับประทาน ส้มตำใส่ปลาร้าดิบเป็นประจำมากที่สุด ร้อยละ 20.1 รองลงมา เป็นปลาร้าดิบ ร้อยละ 15.2 และเมนูอาหารที่รับประทานเป็นประจำมากที่สุด คือส้มตำใส่ปลาร้าดิบ ร้อยละ 49.7 รองลงมา ปลาร้าจ่อม ร้อยละ 43.6 และปลาส้มดิบ ร้อยละ 35.7 มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการแพร่โรคในชุมชน ได้แก่ มีการถ่ายอุจจาระในสวนที่ถูกสุก ลักษณะเป็นประจำเมื่อออกไปทำงานในสวน ไร่ พุงนา และกรีดยาง เพียงร้อยละ 44.4 นอกจากนี้ ประเทศไทยยังมีแม่น้ำที่เป็นแหล่งพบพยาธิ *Opisthorchis viverrini* ได้แก่ แม่น้ำโขง แม่น้ำมูล แม่น้ำชี แม่น้ำสงคราม และแม่น้ำจันทบุรี (สำนักโรคติดต่อทั่วไป, 2557)

ในปี พ.ศ.2555 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้มีแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ปีพ.ศ. 2559 – 2568 และได้จัดทำโครงการกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีถวายเป็นพระราชกุศลแด่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช เสด็จขึ้นครองราชย์ครบ 70 ปี ในปีพุทธศักราช 2559 พร้อมทั้งสมเด็จพระนางเจ้า พระบรมราชินีนาถทรงเจริญพระชนมพรรษา 84 พรรษา เพื่อกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในพื้นที่เสี่ยงสูงของประเทศ ทั้งหมด 27 จังหวัดทั่วประเทศ โดยใช้ยุทธศาสตร์ตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีเป็นตัวขับเคลื่อนกิจกรรมของโครงการ และวัดผลสำเร็จของ

โครงการโดยใช้ 5 มาตรการ ได้แก่ (1) การสร้างเสริมสุขภาพ และการจัดการสิ่งแวดล้อม (2) การตรวจคัดกรองพยาธิ, การรักษา และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (3) การตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี (4) การผ่าตัดและการดูแลแบบประคับประคอง และ (5) การสื่อสารสาธารณะ (สำนักโรคติดต่อทั่วไป, 2559)

สถานการณ์จังหวัดกาฬสินธุ์ สถานการณ์อำเภอสมเด็จ

จากสถานการณ์ดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา รูปแบบและวิธีการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งได้แก่ การศึกษา รูปแบบและวิธีการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี การสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี และการติดตาม ประเมินผล ทราบถึงรูปแบบและวิธีการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี และการมีส่วนร่วมของชุมชน ภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษารูปแบบและวิธีการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี
2. เพื่อศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี
3. เพื่อศึกษา ความรู้ ทักษะ พฤติกรรม เกี่ยวกับการบริโภคปลาดิบของประชาชน ในตำบลเจ้าท่า อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์

รูปแบบงานวิจัย

การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี แบบมีส่วนร่วม ตำบล เจ้าท่า อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประกอบด้วย การศึกษารูปแบบและวิธีการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี การสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี และการติดตามประเมินผล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ประชากร อายุ 15 - 60 ปี ในตำบล เจ้าท่า อำเภอกมลาไสย จำนวน 5,371 คน

2. กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ได้แก่ ตัวแทนครัวเรือน กลุ่มเสี่ยง ในตำบลเจ้าท่า อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ คนในครัวเรือนมีประวัติติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับ เคยกินยาถ่ายพยาธิใบไม้ในตับ มีประวัติกินปลาน้ำจืดมีเกล็ด และอาศัยอยู่ใกล้แหล่งน้ำ ได้จำนวนทั้งสิ้น จำนวน 173 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี แบบมีส่วนร่วม ตำบล เจ้าท่า อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถาม (questionnaire) สำนวนประวัติทั่วไป ความรู้ ทักษะและพฤติกรรม เกี่ยวกับการบริโภคปลาดิบ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิ ดังนี้

2.1.1 ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี แบบมีส่วนร่วม ตำบล เจ้าท่า อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นแบบทดสอบ แบบถูกกับผิด มีความยากง่าย อยู่ระหว่าง 0.2 – 0.8 ค่าอำนาจจำแนกมากกว่า .2 และมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .91 ด้วยวิธี KR20

2.1.2 แบบวัดทัศนคติเกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี แบบมีส่วนร่วม ตำบล เจ้าท่า อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้ (John W. Best, James V. Kahn, 1998)

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

2.1.3 แบบวัดพฤติกรรมมารับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ Rating scale 4 ระดับ ดังนี้

กินประจำ หมายถึง การบริโภคปลาดิบ มากกว่า 3 ครั้งใน 1 เดือน

กินบางครั้ง หมายถึง การบริโภคปลาดิบ 1 – 2 ครั้งใน 1 เดือน

ไม่เคยกิน หมายถึง ไม่บริโภคเลย (ในรอบ 1 เดือน)

ไม่รู้จักอาหารชนิดนี้ หมายถึง ไม่เคยรู้จักอาหารประเภทนี้เลย

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอน บาค (Cronbach method) ได้ค่าความเที่ยง ของแบบวัดความรู้ และทัศนคติ เท่ากับ .809 และแบบวัดพฤติกรรมมารับประทานอาหารสุกๆดิบๆ เท่ากับ .712

2.2 การตรวจจลาจลด้วยวิธีของ Kato

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. การศึกษารูปแบบและวิธีการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดีโดยการวิเคราะห์สภาพปัญหา และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาระบาดพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี ตำบลเจ้าท่า อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์

2. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยการ กำหนดแนวทางการดำเนินงาน และการติดตามประเมินผลโดยบุคลากรสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาระบาดพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี ตำบลเจ้าท่า อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์

3. ดำเนินการตามแนวทางการดำเนินงาน และการติดตามประเมินผลโดยบุคลากรสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาระบาดพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี ตำบลเจ้าท่า อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์

4. สรุปผลการศึกษา เขียนรายงานเป็นเอกสารวิชาการนำเสนองาน เผยแพร่ผลงานวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency Distribution) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ($\bar{x}$) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัย

1. ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ในตับ และมะเร็งท่อน้ำดี ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการดำเนินการ พบว่า โดยรวม ตอบถูก ร้อยละ 82.0 หลังดำเนินการ โดยรวม มีความรู้ร้อยละ 91.6
2. ทักษะเกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ในตับ และมะเร็งท่อน้ำดี ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ก่อนการดำเนินการ โดยรวมและรายข้อ อยู่ในระดับมาก หลังดำเนินการโดยรวมและรายข้อ อยู่ในระดับมาก
3. พฤติกรรมการรับประทานอาหารสุกๆดิบๆ ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ก่อนและหลังการดำเนินการ ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเสี่ยงในการรับประทานอาหารสุกๆดิบๆ เป็นบางครั้ง

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความรู้ และทัศนคติ เกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ในตับ และมะเร็งท่อน้ำดี ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการดำเนินการ

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
ความรู้	8.22	1.57	9.18	1.20	172	-7.920	.000	-1.19866	-.72041
ทัศนคติ	3.77	.33	4.07	.42	172	-9.037	.000	-.36905	-.23673

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

6. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานอาหารสุกๆดิบๆของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการดำเนินการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value น้อยกว่า .05 ทุกค่า) โดยที่หลังดำเนินการพฤติกรรมการรับประทานอาหารสุกๆดิบๆ มีค่ามากกว่าก่อนการดำเนินการ (z มีค่าเป็นลบทุกค่า) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานอาหารสุกๆดิบๆ ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการดำเนินการ

ตัวแปร	Z	p-value
ลาบปลาดิบ / ก้อยปลาดิบ	-11.637	.000
ปลาน้ำจืดดิบ	-6.083	.000
ส้มตำปลาร้าดิบ / ปลาร้าดิบ	-2.449	.014
ส้มไข่ปลาดิบ	-5.657	.000
หมี่ซึบปลาดิบ	-4.690	.000
ปลาจ่อมดิบ	-5.196	.000
แจ่วบองปลาร้าดิบ	-3.742	.000
ส้มปลาดิบ / ส้มปลาน้อยดิบ	-6.083	.000

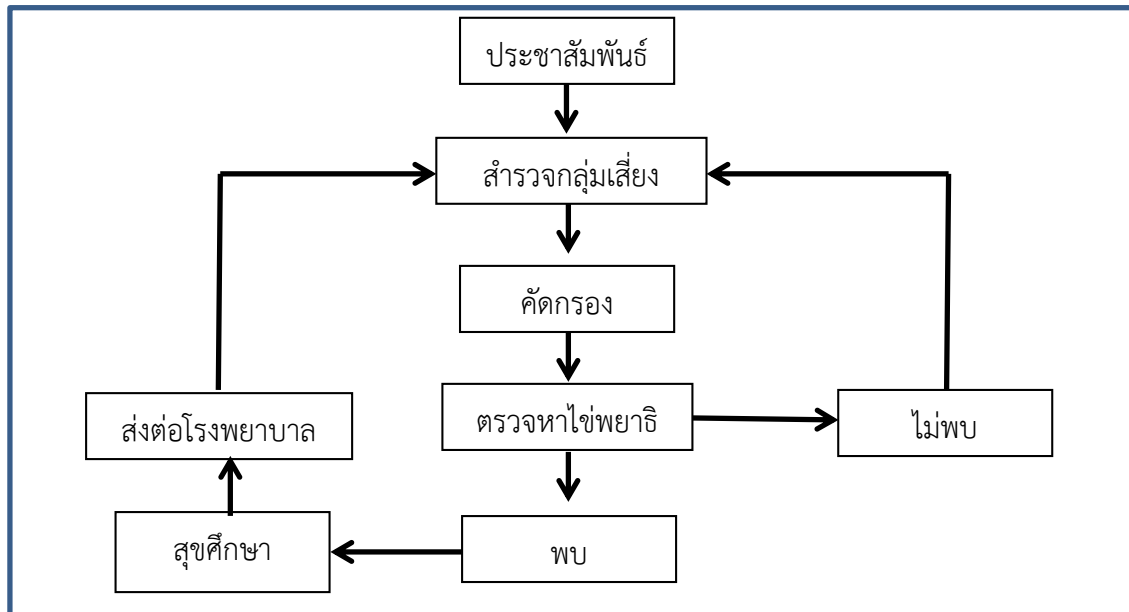
อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ในตับ และมะเร็งท่อน้ำดี ของกลุ่ม

4. ผลการตรวจจุจจาระหาไข่พยาธิใบไม้ในตับ พบว่า ตรวจทั้งหมด 173 คน ก่อนดำเนินการ พบมีไข่พยาธิใบไม้ในตับ จำนวน 119 คน คิดเป็น ร้อยละ 68.8 หลังดำเนินการ พบมีไข่พยาธิใบไม้ในตับ จำนวน 28 คน คิดเป็น ร้อยละ 16.1

5. การเปรียบเทียบความรู้ และทัศนคติ เกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ในตับ และมะเร็งท่อน้ำดี ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการดำเนินการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value เท่ากับ .000) โดยที่หลังดำเนินการความรู้ และทัศนคติ มีค่ามากกว่าก่อนการดำเนินการ (t มีค่าเป็นลบ) (ตารางที่ 1)

ตัวอย่าง ก่อนการดำเนินการ พบว่า โดยรวม ตอบถูก ร้อยละ 82.0 หลังดำเนินการ โดยรวม มีความรู้ร้อยละ 91.6 ทักษะเกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ในตับ และมะเร็งท่อน้ำดี ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ก่อนการดำเนินการ โดยรวมและรายข้อ อยู่ในระดับมาก หลังดำเนินการโดยรวมและรายข้อ อยู่ในระดับมาก พฤติกรรมการรับประทานอาหารสุกๆดิบๆ ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ก่อนและหลังการดำเนินการ ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเสี่ยงในการรับประทานอาหารสุกๆดิบๆ เป็นบางครั้ง ผลการตรวจจุจจาระหาไข่พยาธิใบไม้ในตับ พบว่า ตรวจทั้งหมด 173 คน ก่อนดำเนินการ พบมีไข่พยาธิใบไม้ในตับ จำนวน 119 คน คิดเป็น ร้อยละ 68.8 หลังดำเนินการ พบมีไข่พยาธิใบไม้ในตับ จำนวน 28 คน คิดเป็น ร้อยละ 16.1 และเมื่อเปรียบเทียบความรู้ และทัศนคติ เกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ในตับ และมะเร็งท่อน้ำดี และพฤติกรรมการรับประทานอาหารสุกๆดิบๆ ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการดำเนินการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value เท่ากับ .000) โดยที่หลังดำเนินการความรู้ และทัศนคติ มีค่ามากกว่าก่อนการดำเนินการ (t มีค่าเป็นลบ) ทั้งนี้เนื่องจาก มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยการกำหนดแนวทางการดำเนินงาน และการติดตามประเมินผลโดยบุคลากรสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาระบาดพยาธิใบไม้ในตับ และมะเร็งท่อน้ำดี ตำบลเจ้าท่า อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ดังภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 รูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดพยาธิใบไม้ในตำบลในชุมชน

สอดคล้องกันกับการศึกษาของสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สารีณี สีทะโน (2559) ศึกษาการพัฒนาแบบการดำเนินงาน ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในชุมชนบ้านโพธิ์ยานาง ตำบลนาใหญ่ อำเภอสวรรคภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า หลังการดำเนินงาน กลุ่มเสี่ยงมีการปฏิบัติในการป้องกันโรคโดยรวมเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการดำเนินงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และสอดคล้องกันกับการศึกษาของกรัณท์รัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์ และคณะ (2557) ศึกษาการพัฒนาแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผลการวิจัยพบว่า ประชาชนกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ วีระพล วิเศษสังข์ (2560) ศึกษาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวต่อการลดการเกิดโรคพยาธิใบไม้ในกลุ่มวัยแรงงาน ตำบล ชะบุง อำเภอกุหลาบพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ด้านการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ และด้านพฤติกรรมในการป้องกันโรคเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และสามารถจัด

กระบวนการเรียนรู้ให้กับกลุ่มทดลองในระยะที่ 2 ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ด้านความรู้ ด้านการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและด้านพฤติกรรมในการป้องกันโรคเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตำบลมะเร็งท่อน้ำดี แบบมีส่วนร่วม ตำบล เจ้าท่า อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ สำเร็จได้เนื่องจาก การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยการ กำหนดแนวทางการดำเนินงาน และการติดตามประเมินผลโดยบุคลากรสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตำบล มะเร็งท่อน้ำดี ตำบลเจ้าท่า อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ดังนั้น จึงควรส่งเสริมให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในพื้นที่เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทและสามารถปฏิบัติได้จริง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาในระยะยาวเพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ที่ยั่งยืนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- สาริณี สีทะโน (2559). การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนบ้านโนนยานาง ตำบลนาใหญ่ อำเภอสวรรณภูมิ. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. สารคาม: มหาวิทยาลัยสารคาม.
- กรัณฐรัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์ และคณะ (2557). การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรค พยาธิใบไม้ตับ ในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. กรุงเทพฯ : คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 36-54.
- วีระพล วิเศษสังข์. (2560). โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวต่อการลดการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มวัยแรงงาน ตำบลชะยุ้ง อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น; 24(3): 61-73.
- มูลนิธิมะเร็งท่อน้ำดี. (2561). สถิติและอุบัติการณ์การเกิดโรค. (ออนไลน์). เข้าถึงวันที่ 15 มกราคม 2561:
<http://cca.in.th/th/index.php/about-cca/key-statistics>
- สำนักโรคติดต่อทั่วไป กระทรวงสาธารณสุข. (2557). รายการสำรวจความชุกของโรคหนอนพยาธิในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2557.
- สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2559). ปรสิตหนอนพยาธิทางการแพทย์ ทฤษฎีและปฏิบัติการ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- John W. Best, James V. Kahn. (1998). Research in Education. (8th ed.). Singapore : Allyn and Bacon.

รูปแบบการพัฒนาศักยภาพการบริหารทรัพยากรบุคคล สำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการบริหาร
ทรัพยากรบุคคล ระดับอำเภอในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ปี พ.ศ. 2563
Human resource management potential development model for personnel performing
work in human resource management District level under the Kalasin Provincial Public
Health Office, year 2020.

(Received: October 20,2020 ; Accepted: November 25,2020)

สมปอง พลโคกกอง

Sompong Ponkookong

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

Kalasin Provincial Public Health Office

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาศักยภาพการบริหารทรัพยากรบุคคล และรูปแบบการพัฒนาศักยภาพการบริหารทรัพยากรบุคคล สำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล ระดับอำเภอในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ตัวแทนบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการบริหารทรัพยากรบุคคลในโรงพยาบาลชุมชนและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 84 คน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถามและวิเคราะห์ข้อมูลโดย การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) การแจกแจงความถี่ (Frequency Distribution) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ($\bar{x}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ Multi way ANOVA และ Dependent t – test

ผลการศึกษา พบว่า ระดับความเข้าใจและระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริหารงานทรัพยากรบุคคล ของบุคลากร ก่อนและหลังการดำเนินงาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลังดำเนินการมีระดับความเข้าใจและระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริหารงานทรัพยากรบุคคล ของบุคลากร ดีวก่อนดำเนินการ

คำสำคัญ : การพัฒนาศักยภาพการบริหารทรัพยากรบุคคล

ABSTRACT

This research was action research aimed to studied human resource management potential and Human resource management potential development model for personnel performing work in human resource management District level under the Kalasin Provincial Public Health Office. Sample size were 84 personnel performing work in human resource management District level under the Kalasin Provincial Public Health Office. Data were collected by questionnaire and analyzed by Content Analysis , Frequency Distribution , Percentage , Mean , Standard Deviation. And Inferential Statistics namely Multi way ANOVA and Dependent t – test.

The study found that level of understanding and practice of human resource management of personnel before and after work had statistically significant difference at the .05 level. After implementation , level of understanding and practice about human resource management of personnel batter than before taking action.

Keyword : Human resource management potential development

บทนำ

ทรัพยากรบุคคลเป็นผู้สร้างสรรค์พลีทุกอย่าง
จนกระทั่งกลายเป็นผลผลิต หรือการบริการตามแต่ละ

ประเภทขององค์กร ซึ่งนำไปสู่ความสำเร็จและการสร้าง
ภาพลักษณ์ที่ดีแก่องค์กร โดยทั่วไปมนุษย์แต่ละคนมี
ลักษณะหลากหลายแตกต่างกันในด้าน ความรู้ ทักษะ

ทัศนคติ ซึ่งจะเป็นองค์ประกอบที่ทำหน้าที่ในการปฏิบัติภารกิจต่าง ๆ ให้องค์การบริหารอุปมาหมาย การดำเนินการให้มนุษย์สามารถสร้างสรรค์งานอย่างมีประสิทธิภาพนั้น ต้องอาศัยคุณภาพทางการบริหารทรัพยากรมนุษย์ในองค์กร (พะยอม วงศ์สารศรี. 2538)

การบริหารทรัพยากรมนุษย์ หมายถึง กระบวนการที่ผู้บริหารใช้ดำเนินงานด้านบุคลากร ตั้งแต่การสรรหา คัดเลือก และบรรจุบุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสมให้ปฏิบัติงานในองค์กร พร้อมทั้งการพัฒนา อารมณ์รักให้สมาชิกที่ปฏิบัติงานในองค์กรได้เพิ่มพูนความรู้ ความสามารถ มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดีในการทำงาน และยังรวมไปถึงการแสวงหาวิธีการที่ทำให้สมาชิกในองค์กร ที่ต้องพ้นจากการทำงานด้วยเหตุผลภาพ เกษียณอายุหรือเหตุอื่นใดในงาน ให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

ความสำคัญของการบริการทรัพยากรมนุษย์นั้น มีอยู่มากมายหลายประการแต่โดยส่วนจะเข้าใจกันเฉพาะในด้านขององค์กรผู้ได้รับผลประโยชน์โดยตรงจากการบริหารงานทรัพยากรมนุษย์ที่มีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม ธัญญา ผลอนันต์ (2546) ได้กล่าวถึงความสำคัญของการบริหารทรัพยากรมนุษย์ ที่นอกเหนือจากด้านองค์กรแล้ว ยังมีผลต่อด้านบุคลากรตลอดจนสังคมส่วนรวมด้วย ซึ่งได้อธิบายถึงสำคัญไว้ในแต่ละ 3 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านบุคลากร ช่วยให้บุคลากรในองค์กรได้ค้นพบศักยภาพของตนเอง และได้พัฒนาตนเองให้มีความสามารถเชิงสมรรถนะในการปฏิบัติงานได้อย่างเต็มที่มีความผาสุกและความพึงพอใจในงาน เกิดความก้าวหน้าสามารถทำงานที่ให้ผลการดำเนินการที่ดีมีประสิทธิภาพ 2) ด้านองค์กร ช่วยพัฒนาองค์กร บุคลากรที่มีคุณภาพก็จะดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ ตามแนวทางที่ผู้นำระดับสูงวางไว้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดผลการดำเนินงานที่เป็นเลิศทั้งด้านบริการและการผลิตสินค้าองค์กรก็ย่อมจะเจริญก้าวหน้า มีความมั่นคงและขยายงานออกไปได้ด้วยดี 3) ด้านสังคม ช่วยเสริมสร้างความมั่นคงให้แก่สังคมและประเทศชาติ เมื่อองค์กรซึ่งเป็นหน่วยหนึ่งของสังคมเจริญก้าวหน้าและมั่นคง ก็ส่งผลไปถึงสังคมโดยรวมด้วยเมื่อพนักงานได้พัฒนาตนเองจนมีความสามารถหารายได้มาช่วยให้ครอบครัวมั่นคงก็ส่งผลต่อชุมชน

การพัฒนาศักยภาพ เป็นกระบวนการที่จัดทำขึ้นเพื่อให้บุคลากรได้เรียนรู้ ปรับทัศนคติในการทำงาน และให้มีความชำนาญในการปฏิบัติงานมากขึ้น เป็นการดำเนินงานที่จะส่งเสริมให้พนักงานมีความความสามารถ ทัศนคติ และประสบการณ์ที่เพิ่มขึ้น (ดนัย เทียนพุฒ, 2545) ความสำคัญของการพัฒนาบุคลากร มี 6 ประการ

(กุลชน ธนาพงศธร. 2532) คือ 1) ช่วยทำให้ระบบ และวิธีการปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้นมีการติดต่อประสานงานดียิ่งขึ้น ทั้งนี้ เพราะการพัฒนาบุคคลจะช่วยให้แรงจูงใจความสนใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรให้มีความสำนึกรับผิดชอบในการปฏิบัติหน้าที่ของตนให้ได้ผลดียิ่งขึ้น 2) ช่วยทำให้เกิดการประหยัด ลดความสิ้นเปลืองของวัสดุที่ใช้ในการปฏิบัติงานทั้งนี้เพราะเมื่อบุคคลใดได้รับการพัฒนามาเป็นอย่างดีแล้วย่อมสามารถปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้อง 3) ช่วยลดระยะเวลาของการเรียนรู้งานให้น้อยลง อีกทั้งยังเป็นการช่วยลดความเสียหายต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นจากการทำงานแบบลองผิดลองถูกอีกด้วย 4) ช่วยแบ่งเบาภาระหน้าที่ของผู้บังคับบัญชา หรือหัวหน้าหน่วยงานต่าง ๆ ในการตอบคำถามหรือให้คำแนะนำแก่ผู้ใต้บังคับบัญชาของตน ในกรณีที่มิบุคลากรเข้าทำงานใหม่ หรือเข้ารับตำแหน่งใหม่ในหน่วยงาน 5) ช่วยกระตุ้นบุคลากรต่าง ๆ ให้ปฏิบัติงานเพื่อความเจริญก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่ การงาน ทั้งนี้ เพราะโดยทั่วไปแล้ว เมื่อมีการพิจารณาเลื่อนตำแหน่งใด ๆ ในองค์กรก็ตาม มักจะคำนึงถึงความรู้ความสามารถที่บุคคลนั้นจะสามารถปฏิบัติงานในตำแหน่งที่ได้รับการเลื่อนขึ้นได้ ซึ่งผู้ที่ได้รับการพัฒนาแล้ว ย่อมมีโอกาสมากกว่าผู้ที่มิได้เข้ารับการ พัฒนา 6) ช่วยทำให้บุคคลนั้น ๆ มีโอกาสได้รับความรู้ ความคิดใหม่ ๆ ทำให้เป็นคนทันสมัยทันต่อความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีใหม่ ๆ

สถานการณ์จังหวัดกาฬสินธุ์ สำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล ระดับอำเภอ ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ระดับความเข้าใจเกี่ยวกับการบริหารงานทรัพยากรบุคคล พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับ มาก แต่มีบางข้ออยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการหลักเกณฑ์การเลื่อนระดับสูงขึ้นของข้าราชการ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการขอพระราชทานเครื่องราชอิสริยาภรณ์ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการงานด้านพนักงานราชการ และความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบำเหน็จบำนาญข้าราชการ/ลูกจ้างประจำ ระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริหารงานทรัพยากรบุคคล พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสม แต่มีบางข้ออยู่ในระดับ พอใช้

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษารูปแบบการพัฒนาศักยภาพการบริหารทรัพยากรบุคคล สำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล ระดับอำเภอในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อให้บุคลากรระดับอำเภอในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ สามารถ

ปฏิบัติงานในตำแหน่งปัจจุบันได้อย่างมีประสิทธิภาพและพร้อมที่จะรับผิดชอบในตำแหน่งที่สูงขึ้น มีความก้าวหน้าและเติบโตไปในอนาคต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาศักยภาพการบริหารทรัพยากรบุคคลสำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล ระดับอำเภอในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

2. เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาศักยภาพการบริหารทรัพยากรบุคคล สำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล ระดับอำเภอในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

รูปแบบงานวิจัย

รูปแบบการพัฒนาศักยภาพการบริหารทรัพยากรบุคคล สำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล ระดับอำเภอในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ บุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการบริหารทรัพยากรบุคคลในโรงพยาบาลชุมชนและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จังหวัดกาฬสินธุ์

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ตัวแทนบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการบริหารทรัพยากรบุคคลในโรงพยาบาลชุมชนและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จังหวัดกาฬสินธุ์ จาก 18 อำเภอ จำนวน 84 คน โดยวิธีเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ รูปแบบการพัฒนาศักยภาพการบริหารทรัพยากรบุคคล สำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล ระดับอำเภอในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ดังนี้

1.1 วิเคราะห์ศักยภาพการบริหารทรัพยากรบุคคล สำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล ระดับอำเภอในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่ ระดับความเข้าใจเกี่ยวกับการบริหารงานทรัพยากรบุคคล และระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริหารงานทรัพยากรบุคคล

1.2 การพัฒนาศักยภาพการบริหารทรัพยากรบุคคล สำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล ระดับอำเภอในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยการอบรมให้ความรู้ จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อหาแนวทางที่สามารถนำสู่การปฏิบัติได้อย่างแท้จริง

1.3 การติดตามประเมินผลการพัฒนาศักยภาพการบริหารทรัพยากรบุคคล สำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล ระดับอำเภอในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามระดับความเข้าใจเกี่ยวกับการบริหารงานทรัพยากรบุคคลเป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความเข้าใจในข้อความเกี่ยวกับการบริหารงานทรัพยากรบุคคลนั้นอยู่ในระดับมากที่สุด

มาก หมายถึง ท่านมีความเข้าใจในข้อความเกี่ยวกับการบริหารงานทรัพยากรบุคคลนั้นอยู่ในระดับมาก

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความเข้าใจในข้อความเกี่ยวกับการบริหารงานทรัพยากรบุคคลนั้นอยู่ในระดับปานกลาง

น้อย หมายถึง ท่านมีความเข้าใจในข้อความเกี่ยวกับการบริหารงานทรัพยากรบุคคลนั้นอยู่ในระดับน้อย

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านไม่มีความเข้าใจในข้อความเกี่ยวกับการบริหารงานทรัพยากรบุคคลนั้นเลยมีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้ (Best, 1991)

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

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อ

ทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .961

2.2 แบบสอบถามระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริหารงานทรัพยากรบุคคลเป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

5 หมายถึง ท่านสามารถปฏิบัติตามบทบาทนั้น ๆ ได้อย่างดีเยี่ยมไม่มีข้อผิดพลาด

4 หมายถึง ท่านสามารถปฏิบัติตามบทบาทนั้น ๆ ได้อย่างดีมีข้อผิดพลาดบ้าง

3 หมายถึง ท่านสามารถปฏิบัติตามบทบาทนั้น ๆ ได้บ้างแต่ไม่แน่ใจในความถูกต้อง

2 หมายถึง ท่านสามารถปฏิบัติตามบทบาทนั้น ๆ ได้บ้างโดยไม่รู้ว่าจะถูกต้องหรือไม่

1 หมายถึง ท่านไม่สามารถปฏิบัติตามบทบาทนั้น ๆ ได้เลย

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้ (Best, 1991)

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	ถูกต้องเหมาะสม
3.41 – 4.20	เหมาะสม
2.61 – 3.40	พอใช้
1.81 – 2.60	ต้องปรับปรุง
1.00 – 1.80	ทำไม่ได้เลย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ.961

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. เก็บข้อมูลศักยภาพของบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการบริหารทรัพยากรบุคคลในโรงพยาบาลชุมชนและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่ ระดับ

ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริหารงานทรัพยากรบุคคล และระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริหารงานทรัพยากรบุคคล

2. วิเคราะห์ศักยภาพของบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการบริหารทรัพยากรบุคคลในโรงพยาบาลชุมชนและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่ ระดับความเข้าใจเกี่ยวกับการบริหารงานทรัพยากรบุคคล และระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริหารงานทรัพยากรบุคคล

3. การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการบริหารทรัพยากรบุคคลในโรงพยาบาลชุมชนและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จังหวัดกาฬสินธุ์โดยการอบรมให้ความรู้ จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อหาแนวทางที่สามารถนำสู่การปฏิบัติได้อย่างแท้จริง

4. ติดตามประเมินผลการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการบริหารทรัพยากรบุคคลในโรงพยาบาลชุมชนและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จังหวัดกาฬสินธุ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ นำมาประมวลผลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป คำนวณ โดยมีสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการศึกษา

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็น เพศชาย (ร้อยละ 52.4) อายุ 41 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 58.3) สมรสแล้ว (ร้อยละ 75.0) จบปริญญาตรีหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 56.0) เป็นข้าราชการ (ร้อยละ 73.8) ปฏิบัติงานที่ โรงพยาบาลชุมชนและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (ร้อยละ 50.0 เท่ากัน) ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน(เกี่ยวกับการบริหารงานบุคคล) มากกว่า 10 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 60.7) ปฏิบัติงานด้านการบริหารงานบุคคลและงานอื่น ๆ ด้วย (ร้อยละ 54.8) และตำแหน่งสายงานปัจจุบันที่ครองตาม จ.18 เป็นตำแหน่งสายงานทางด้านการสาธารณสุข(เช่น พยาบาล/ นวก.สาธารณสุข อื่น ๆ) (ร้อยละ 51.2)

2. ระดับความเข้าใจเกี่ยวกับการบริหารงานทรัพยากรบุคคล พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับ มาก แต่มีบางข้ออยู่ในระดับ ปานกลาง ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการหลักเกณฑ์การเลื่อนระดับสูงขึ้นของข้าราชการ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการขอพระราชทาน

เครื่องราชอิสริยาภรณ์ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการงานด้านพนักงานราชการ และความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบำเหน็จบำนาญการข้าราชการ/ลูกจ้างประจำ ภายหลังการดำเนินงานอยู่ในระดับ มาก ทั้งโดยรวมและรายด้าน

3. ระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริหารงานทรัพยากรบุคคล พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสม แต่มีบางข้ออยู่ในระดับ พอใช้ ได้แก่ การขอพระราชทานเครื่องราชอิสริยาภรณ์ และ บำเหน็จบำนาญการข้าราชการ/ลูกจ้างประจำ ภายหลังการดำเนินงานอยู่ในระดับ มาก ทั้งโดยรวมและรายด้าน

4. ระดับความเข้าใจเกี่ยวกับการบริหารงานทรัพยากรบุคคล ของบุคลากรที่มีคุณลักษณะส่วนบุคคลต่างกัน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ และระดับการศึกษา ของบุคลากรที่มีลักษณะงานต่างกัน ได้แก่ หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน งานที่ได้รับ

มอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่ และตำแหน่งสายงาน พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ทั้งก่อนและหลังดำเนินการ

5. การพัฒนาศักยภาพการบริหารทรัพยากรบุคคล สำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล ระดับอำเภอในสังกัดสำนักงานสาธารณสุข ได้แก่ งานการวางแผนกำลังคน งานฐานข้อมูลทรัพยากรบุคคล งานการบรรจุและแต่งตั้ง งานทะเบียนประวัติและเครื่องราชอิสริยาภรณ์ งานเงินเดือนและค่าจ้างประจำ และงานสวัสดิการและสิทธิประโยชน์

6. ระดับความเข้าใจและระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริหารงานทรัพยากรบุคคล ของบุคลากร ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลังดำเนินการมีระดับความเข้าใจและระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริหารงานทรัพยากรบุคคล ของบุคลากร ดีกว่าก่อนดำเนินการ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบระดับความเข้าใจและระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริหารงานทรัพยากรบุคคล ของบุคลากร ก่อนและหลังการดำเนินงาน(Dependent t-test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
ความเข้าใจ	3.51	0.59	3.86	0.40	83	-4.891	.000	-0.49902	-0.2105
การปฏิบัติ	3.65	0.64	3.99	0.55	83	-3.823	.000	-0.51037	-0.16105

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า ระดับความเข้าใจเกี่ยวกับการบริหารงานทรัพยากรบุคคล พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับ มาก แต่มีบางข้ออยู่ในระดับ ปานกลาง ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการหลักเกณฑ์การเลื่อนระดับสูงขึ้นของข้าราชการ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการขอพระราชทานเครื่องราชอิสริยาภรณ์ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการงานด้านพนักงานราชการ และความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบำเหน็จบำนาญการข้าราชการ/ลูกจ้างประจำ ภายหลังการดำเนินงานอยู่ในระดับ มาก ทั้งโดยรวมและรายด้าน และ ระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริหารงานทรัพยากรบุคคล พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสม แต่มีบางข้ออยู่ในระดับ พอใช้ ได้แก่ การขอพระราชทานเครื่องราชอิสริยาภรณ์ และ บำเหน็จบำนาญการข้าราชการ/ลูกจ้างประจำ ภายหลังการดำเนินงานอยู่ในระดับ มาก ทั้งโดยรวมและรายด้าน จึงได้มีการทบทวนกระบวนการทำงาน ได้แก่ งานการวางแผนกำลังคน งานฐานข้อมูลทรัพยากรบุคคล งานการบรรจุและแต่งตั้ง งานทะเบียนประวัติและเครื่องราชอิสริยาภรณ์ งานเงินเดือน

และค่าจ้างประจำ และงานสวัสดิการและสิทธิประโยชน์ ซึ่งให้เป็นไปตามกรอบการดำเนินงาน ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการในการให้ความรู้และสร้างเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เป็นรายประเด็นเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ซึ่งส่งผลให้ ระดับความเข้าใจและระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริหารงานทรัพยากรบุคคล ภายหลังการดำเนินงานอยู่ในระดับ มาก ทั้งโดยรวมและรายด้าน และระดับความเข้าใจและระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริหารงานทรัพยากรบุคคล ของบุคลากร ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลังดำเนินการมีระดับความเข้าใจและระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริหารงานทรัพยากรบุคคล ของบุคลากร ดีกว่าก่อนดำเนินการ สอดคล้องกับการศึกษาของ ลลิตา เดชเป้า (2562) พบว่า สมรรถนะนักทรัพยากรบุคคล ภาครัฐประกอบไปด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านความสามารถทางสังคมและจรรยาบรรณในวิชาชีพ 2) ด้านความรู้ในงานทรัพยากรบุคคลภาครัฐ 3) ด้านทักษะ

การคิดและการจัดการข้อมูล 4) ด้านความรู้เกี่ยวกับองค์กรตนเอง และ 5) ด้านความรู้เกี่ยวกับระบบงานภาครัฐ ผู้วิจัยจึงนำองค์ประกอบสมรรถนะที่ได้มาประกอบในการออกแบบโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะควบคู่ไปกับการศึกษาแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้ โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะนักทรัพยากรบุคคลภาครัฐสังกัดกระทรวงแห่งหนึ่งโดยใช้หลักการจัดการเรียนรู้แบบเน้นประสบการณ์ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลองเป็นนักทรัพยากรบุคคลสังกัดกระทรวงแห่งหนึ่งจำนวน 12 คน เป็นการทดลองแบบหนึ่งกลุ่มทดสอบความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ผลของโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะนักทรัพยากรบุคคลภาครัฐสังกัดกระทรวงแห่งหนึ่งแบบรายด้านระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะการติดตามผลด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะด้านความรู้เกี่ยวกับองค์กรตนเองระยะติดตามผลแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาของอนันต์ พันนึก. (2554). ผลการศึกษาพบว่า หลังการพัฒนาตามโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะผู้บริหารสถานศึกษาขั้นพื้นฐานกลุ่มทดลอง มีความรู้และทักษะตามสมรรถนะผู้บริหารสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน มีการนำความรู้ทักษะใหม่สู่การปฏิบัติและผลงานที่เกิดจากการปฏิบัติหน้าที่สูงกว่าก่อนพัฒนา กลุ่มทดลอง มีความรู้ และทักษะตาม

สมรรถนะผู้บริหารตามสมรรถนะสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

จากการศึกษาเรื่อง รูปแบบการพัฒนาศักยภาพการบริหารทรัพยากรบุคคล สำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล ระดับอำเภอในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ สามารถให้

ข้อเสนอแนะได้ดังต่อไปนี้

1. ควรมีการศึกษาศักยภาพการบริหารทรัพยากรบุคคล สำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล ระดับอำเภอในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากร

2. ควรจัดเวทีการสร้างความรู้ความเข้าใจและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อพัฒนาศักยภาพการบริหารทรัพยากรบุคคล สำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล ระดับอำเภอ ที่ตรงตามความต้องการและสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้จริง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาในระยะยาวเพื่อพัฒนาศักยภาพการบริหารทรัพยากรบุคคล สำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล ระดับอำเภอ ที่ยั่งยืนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กุลธนา ธนาพงศธร. (2532), เอกสารการสอนชุดวิชา การบริหารบุคคล หน่วยที่ 1 -7. พิมพ์ครั้งที่ 8. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมธิราช
- दनัย เทียนพุม . (2545). การบริหารทรัพยากรบุคคลสู่ศตวรรษที่ 21 . พิมพ์ครั้งที่ 2 . กรุงเทพฯ : นาโกต้า.
- ธัญญา ผลอนันต์ . (2546). การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล : แนวทางสร้างความพึงพอใจแก่พนักงาน. กรุงเทพฯ : อินโนกราฟฟิกส์.
- พะยอม วงศ์สารศรี .(2538). การบริหารทรัพยากรมนุษย์. พิมพ์ครั้งที่ 5 . กรุงเทพฯ : คณะวิทยาการจัดการ สถาบันราชภัฏสวนดุสิต.
- ลลิตา เดชเป้า. (2562). การพัฒนาโปรแกรมการฝึกอบรมสมรรถนะนักทรัพยากรบุคคลภาครัฐสังกัดกระทรวงแห่งหนึ่ง โดยใช้หลักการจัดการเรียนรู้แบบเน้นประสบการณ์. วารสารมหาวิทยาลัยมหาสารคาม ปีที่ 6(10). 5163-79
- อนันต์ พันนึก. (2554). การวิจัยและพัฒนาโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะผู้บริหารสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน. วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น.

การพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนโดยชุมชนมีส่วนร่วม

รพ.สต.สุขสำราญ ต.ดงเมือง อ.ยางสีสุราช จ.มหาสารคาม

Development of community-based Home Visit Guidelines for Patients
with Complexity Problem Suksamran Health Promoting Hospital Dongmaung Sub-district
Yangsisurach district, Mahasarakham province

(Received: September 25,2020 ; Accepted: November 10,2020)

ภริยา พินิจกลาง¹,กาญจนา จันทะนุย ²,พิศสมัย ไลออน²,ปรมาภรณ์ ดานา³
Piriya Pinijklang ¹,Kanjana Chanthanui ²,Pissamai Lion²,Paramaporn Dana³¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.สต.สุขสำราญ อ.ยางสีสุราช จ.มหาสารคาม²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลยางสีสุราช จ.มหาสารคาม³พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.สต.พังคี่ อ.ยางสีสุราช จ.มหาสารคาม

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนโดยชุมชนมีส่วนร่วม รพ.สต.สุขสำราญ ระยะเวลาวิจัยเดือน ตุลาคม 2560 – มีนาคม 2562 ดำเนินการพัฒนาตามวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis & Mc Taggart ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ วางแผน ปฏิบัติการ สังเกตการณ์ ประเมินผล และประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด Holistic Nursing และ Home visit กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ได้แก่ 1)กลุ่มที่ร่วมพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขรพ.สต.,ทีมสหวิชาชีพ,ผู้ดูแล และภาคีเครือข่ายชุมชน รวม 40 คน 2)ผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน 31 คน เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน,แบบประเมิน INHOME-SSS,แบบประเมิน ADL, แบบประเมินPPS –score, แบบสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยวิธีสามเส้า (Triangulation Data) และใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content Analysis) ข้อมูลเชิงปริมาณโดยจำนวน ค่าเฉลี่ยและร้อยละ ผลการศึกษาพบว่า

1) ด้านแนวทางการเยี่ยมผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนโดยชุมชนมีส่วนร่วม รพ.สต.สุขสำราญ ประกอบด้วย (1) การพัฒนาศูนย์ประสานงานในระดับตำบล เพื่อเชื่อมต่อข้อมูลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน (2) การมีคณะทำงานเพื่อกำหนดบทบาทหน้าที่ของภาคีเครือข่ายในชุมชน (3) สร้างการมีส่วนร่วมกับชุมชนโดย ผนวกกิจกรรม Nursing process ให้ชุมชนมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน(ร่วมใจ ใส่ใจ เข้าใจ) (4) มีคู่มือการเยี่ยมบ้านที่ชัดเจน (5) พัฒนาวัดกรรมในการเยี่ยมบ้าน เกิดนวัตกรรมป้องกันผลเสีย (6) เกิดกองทุนเพื่อนช่วยเพื่อนเพื่อช่วยเหลือเยียวาด้านเศรษฐกิจ

2) ประเมินผลผลลัพธ์การดูแล พบว่า (1) ผู้ป่วยเบาหวาน มีภาวะ HbA1C<7 เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 40 เป็น ร้อยละ 50,การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต เท้า ลดลง จากร้อยละ 40 เป็นร้อยละ 25,มีภาวะ Hypo-Hyperglycemia ลดลง จากร้อยละ 20 เป็นร้อยละ 0 (2) ผู้ป่วยระยะท้ายมีภาวะ Good dead เพิ่มขึ้น จากร้อยละ 50 เป็นร้อยละ 100 (3) ผู้ป่วยวัณโรคมีอัตรา Success rate ร้อยละ 100 (4) ผู้ป่วยจิตเวช มีภาวะกำเริบลดลงจากร้อยละ 20 เป็นร้อยละ 0 (5) ผู้สูงอายุติดเตียงพัฒนาเป็นติดบ้าน จากร้อยละ0 เป็นร้อยละ 100

คำสำคัญ : แนวทางเยี่ยมบ้าน,ผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน,ชุมชนมีส่วนร่วม

Abstracts

The objective of this research was to develop a community-based approach to home visits guidelines in patients with complex problems within the Suksamran Health Promoting Hospital , between October 2017 and March 2019. Developed according to the Kemmis & Mc Taggart action research which consisted of 4 steps: planning, acting, observing, evaluating and applying the concept framework of Holistic Nursing and Home visit. Sampling that divided

into 2 groups 1) group that developed guidelines for the care of patients with complex problems, including public health workers, multidisciplinary teams, caregivers and community network partners ; 202 people. 2) 31 patients with complex problems. Research tools were included with INHOME-SSS, ADL assessment, PPS –score assessment, observation form. Data Analysis by qualitative are triangulation data and content analysis and quantitative data are descriptive statistics such as mean and percent .

The results of this study were :

1) The home visit guidelines that, (1) development the sub-district cooperation center for connecting the data of complexity health problem patients, (2) appointment of working group members for setting the role and responsibilities for the community, (3) setting up the community participatory action combining with the nursing process, (4) home visit hand book (5) development the home visit innovation; the wet wound prevention bag (6) setting up the “friend support friend fund”.

2) Intermis of clinical outcomes, there were the better changes in; (1) the number of the patients who could control HbA1C<7 was increasing from 40% to 50%, (2) the disease complications related to eyes, kidneys, and feet was decreased from 40% to 25%, Hypo-Hyperglycemia symptoms was decreased from 20% to zero. (3) Moreover, the number of good dead patients in palliative group was increased from 50% to 100% (4) the success rate was 100% in of TB patients, the number of disease recurrence in psychiatry was decreased from 20% to zero (5) the bedridden patients was being to patient at home increasing from zero to 100%.

Keyword: home visit guidelines, patients with complexity Problem, community participation

บทนำ

จากแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20ปีด้านสาธารณสุข : ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) แผนงานที่ 6 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ : Service Plan สาขา การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ ในประเด็น สาขา ระบบบริการปฐมภูมิและสุขภาพอำเภอได้กำหนดเป้าหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลอย่างต่อเนื่องในระยะยาวจนถึงระยะสุดท้าย(กระทรวงสาธารณสุข ,2560) และยุทธศาสตร์ กองการพยาบาลด้านคุณภาพบริการพยาบาลเพื่อการดูแล ต่อเนื่อง โดยกำหนดตัวชี้วัดด้านการดูแลที่บ้าน เช่น ความครอบคลุมและทันเวลาการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน, การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่บ้าน, ผู้ป่วยและครอบครัวของกลุ่มเป้าหมาย สำคัญที่ได้รับการเยี่ยมบ้านสามารถดูแลตนเองได้รวมถึงการสร้างเครือข่ายและการมีส่วนร่วมกับชุมชน(กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ,2561)

จากนโยบายและตัวชี้วัดดังกล่าวจึงทำให้รพ.สต.ทุก แห่งได้มีการให้บริการเยี่ยมบ้านมาอย่างต่อเนื่อง รพ.สต. สุข สำคัญก็เช่นเดียวกัน จากสถานการณ์การติดตามเยี่ยมบ้าน เดือน ต.ค.60- ก.ย.61 พบกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนที่มี ปัญหาหลายด้าน ยากต่อการแก้ไขมากกว่ากลุ่มอื่นๆ ได้แก่ เบาหวาน วัณโรค จิตเวช ผู้สูงอายุติดเตียง ผู้ป่วยระยะท้าย

และเกิดอุบัติเหตุต่างๆ เช่น ภาวะ Pneumonia ร้อยละ10, ภาวะกำเริบทางจิต ร้อยละ 10 , UTI ร้อยละ10 ,Bed sore ร้อยละ 5 ,readmit ร้อยละ 5 ผู้ป่วยและครอบครัวไม่สามารถดูแลตนเองได้มีภาวะท้อแท้ สิ้นหวัง ปฏิเสธการรักษา รวมถึงขาดผู้ดูแล ด้านภาคีเครือข่ายพบว่า มีทักษะการดูแลไม่เพียงพอ/ชุมชนมีส่วนร่วมน้อย และแหล่งประโยชน์มีเพียงภาครัฐ จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงและกำเริบจากการ ทบทวน พบว่าการจัดบริการเยี่ยมบ้านในพื้นที่เป็นบทบาทของ พยาบาลและทีมสหวิชาชีพเท่านั้น แนวทางการเยี่ยมบ้านยังไม่ ชัดเจน วัสดุอุปกรณ์ไม่เพียงพอ เช่น ที่นอนลม/เครื่องวัด BP/Syringe driver และจากการทบทวนวรรณกรรม(พิศสมัย บุญเลิศ,เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์, ศุภวดี แก้วเพี้ย ,2562) พบว่า ในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง มีการพัฒนาแนวทางการดูแลอย่างเป็นระบบมีระบบติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ทีมเจ้าหน้าที่และทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องร่วมกับการ พัฒนาแนวทางสนับสนุนการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง พัฒนา ช่องทางการส่งต่อและเชื่อมโยงกับเครือข่ายประเมินหลังการ ปฏิบัติและผู้เกี่ยวข้องมีความพึงพอใจต่อรูปแบบและส่งผลให้ คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุติดเตียงดีขึ้น และจากแนวคิดของการ แก้ไขปัญหาโดยการให้ประชาชนในชุมชนมีส่วนร่วมโดยการได้ เข้ามาร่วมกันในการศึกษาชุมชนวิเคราะห์ปัญหา วางแผน ลงมือปฏิบัติ และติดตามประเมินผล(ทนต์ เลิศศรีมงคล ,2560;

จินตวิทย์ เกษมสุข ,2515) ซึ่งการมีส่วนร่วมของชุมชนก่อให้เกิดการพัฒนาที่มาจากชุมชน ลดการพึ่งพิงจากสังคมภายนอกและจะก่อการสร้างความรู้จากประสบการณ์ความรู้เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ ซึ่งเป็นการเรียนรู้ร่วมกัน รวมทั้งยังเกิดการผสมผสานความรู้จากทฤษฎีและการปฏิบัติเข้าด้วยกัน แนวทางที่มีการร่วมประสานกันระหว่างเครือข่ายชุมชนหรือทีมหมอครอบครัวทำให้ผู้ป่วยได้รับการในการจัดการดูแลเพิ่มศักยภาพในการดำเนินการต่างๆ เนื่องจากข้อเสนอแนะมาจากกลุ่มไม่ใช่เฉพาะบุคคล(จินตวิทย์ เกษมสุข ,2515) จากการทบทวนดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการดูแลต่อเนื่องที่บ้านจะต้องอาศัยความร่วมมือของทุกภาคส่วน ตลอดจนภาคีเครือข่ายในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ร่วมคิด วางแผน ในการดูแลผู้ป่วยเป็นสิ่งที่สำคัญ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาแนวทางการเยี่ยมผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนโดยชุมชนมีส่วนร่วมโดยมุ่งหวังให้ผู้ป่วยครอบครัวได้รับการดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมทุกมิติส่งผลให้กลับมาสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีอีกครั้ง

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

1. เพื่อพัฒนาแนวทางการเยี่ยมผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนโดยชุมชนมีส่วนร่วม รพ.สต.สุขสำราญ
2. เพื่อประเมินผลการพัฒนาแนวทางการเยี่ยมผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนโดยชุมชนมีส่วนร่วม รพ.สต.สุขสำราญได้แก่ ความครอบคลุมการเยี่ยมบ้าน และผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน

วิธีดำเนินการวิจัย

ใช้รูปแบบการวิจัยวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)(ไพโรจน์ ชลารักษ์,2548;ศิริพร จิรวัดนกุล,2548; เกษราวัลณ์ นิลวรานุ,2558) โดยใช้แนวคิดของ Kemmis & Mc Taggart ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ วางแผน ปฏิบัติการ สังเกตการณ์ ประเมินผล และใช้แนวคิดในการพัฒนา ได้แก่ ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด Holistic Nursing และ Home visit(กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข,251;จินตวิทย์ เกษมสุข ,2515) ระยะเวลาวิจัย เดือน ตุลาคม 2560 – มีนาคม 2562 ดำเนินการ 2 วนรอบ ผู้วิจัยเลือกพื้นที่ รพ.สต.สุขสำราญ ต.ดงเมือง อ.ยางสีสุราช จ.มหาสารคาม ซึ่งผู้วิจัยปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่ จึงสามารถเข้าถึงข้อมูลและดำเนินการกระบวนการวิจัยเป็นไปด้วยดี

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

เลือกผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยที่สามารถให้ข้อมูลได้ลึกและตรงประเด็น(Key Informant) ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ทีมสหวิชาชีพได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขรพ.สต, ผู้นำชุมชน, อสม. ,อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่ อบต, ทีมสหวิชาชีพรพ., รวม คน 40 คน 2) ผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน รวม 31 คน โดยใช้เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ เป็นผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการ มีเวลาเข้าร่วมจน สิ้นสุดโครงการอาศัยอยู่ในพื้นที่จริงตลอด การศึกษา เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมจนสิ้นสุดโครงการ

เครื่องมือในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์/สนทนากลุ่ม เป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับการพัฒนาแนวทางการดูแลมีผู้ป่วยซับซ้อน การสนับสนุนด้านต่างๆและปัญหาอุปสรรคในการดูแล 2) **แบบประเมิน AAR ,แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน** 3) **แบบสังเกต** โดยเครื่องมือเชิงคุณภาพข้างต้น ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองและผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ5ท่าน ได้ค่าIOC=0.6-1 หลังจากนั้นปรับปรุงเครื่องมือตามข้อเสนอแนะ,ก่อนนำไปใช้จริง 4) **แบบประเมิน INHOME-SSS** ของกองการพยาบาล(กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ,2561) ได้แก่ การประเมิน การเคลื่อนไหว,อาหาร,สภาพบ้านเพื่อนบ้าน,การใช้ยา,การตรวจร่างกาย,แหล่งให้บริการ,ความปลอดภัย,จิตวิญญาณ 5) **แบบประเมิน PPS** ฉบับสวนดอก(ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. ,2559; ศศิกานต์ นิมนารัตน์ ,2550) ใช้ประเมิน 5 หัวข้อ ได้แก่ ความสามารถในการเคลื่อนไหว กิจกรรมและความรุนแรงของโรค การดูแลตนเอง การรับประทานอาหาร และความรู้สึกร่างกาย เพื่อแยกผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่มย่อยได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ (>70%) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (0-30%) และผู้ป่วยที่อยู่ระหว่าง 2 กลุ่มดังกล่าว (40-70%) 6) **แบบประเมิน ADL** ของกระทรวงสาธารณสุข

ขั้นตอนการวิจัย

วนรอบที่ 1 เดือน ต.ค.2560-ก.ย.2561 มีขั้นตอนดังนี้

- 1) ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม แนวคิด Holistic Nursing,Home visit และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า การดูแลผู้ป่วยที่บ้านจะช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้สามารถดูแลตนเอง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นหรือใกล้เคียงกับภาวะปกติภายใต้บริบทของครอบครัวให้ได้มากที่สุด 2)

ศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาจากบทวนการดูแลผู้ป่วยรอบด้าน จากการสัมภาษณ์จ.รพ.สต.และภาคีเครือข่ายชุมชน เพื่อทราบความต้องการและปัญหาอุปสรรคในการดูแลวิเคราะห์จุดอ่อนจุดแข็ง แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งภายในและภายนอกชุมชน นำข้อมูลมาวิเคราะห์การดูแลตามกรอบแนวคิด Holistic Nursing, Home visit เพื่อวางแผนพัฒนาการดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการ 3) คืบข้อมูลผ่านการประชุมระดมสมองกับเจ้าหน้าที่รพ.สต.ภาคีเครือข่ายชุมชนทำให้เกิดคู่มือการเยี่ยมบ้าน การใช้แบบประเมินรายโรคที่มีปัญหาซับซ้อน/การแบ่งระดับ/ความถี่/กำหนดบทบาทหน้าที่/การสนับสนุน วัสดุ อุปกรณ์ที่จำเป็น,เกิดโครงการพัฒนาศักยภาพ Care giver ในการดูแล tracheostomy care, Foley's cath, Bedsores, ภาวะการบาดเจ็บ เกิดนวัตกรรมป้องกันแผลเปื่อยก้น/ไม่เท้าพุงเดิน นำแนวทางต่างๆที่พัฒนาขึ้น ทำการยกย่องให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และปรับแก้ตามข้อเสนอแนะนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วย 5 ราย แล้วพบว่ามีความเหมาะสมกับบริบทพื้นที่จึงนำไปใช้จริง 4) ติดตามดูแลผู้ป่วยในชุมชนตามแนวทางที่พัฒนาขึ้น 19 ราย ร่วมกับภาคีเครือข่าย ติดตามสังเกตแบบมีส่วนร่วมขณะดูแลผู้ป่วย ประเมินผล พบว่า การกำหนดบทบาทหน้าที่ของเครือข่ายขาดความยืดหยุ่น และไม่สามารถทำหน้าที่ทดแทนกันได้ ขาดช่องทางด่วนในการติดตามผู้ป่วย ขาดผู้ประสานความเชื่อมโยงระหว่างผู้ป่วยครอบครัว, ทีมสหวิชาชีพ, ภาคีเครือข่าย จึงทำให้ยังขาดปัญหาผู้ป่วยได้ไม่ครอบคลุม และเป็นเหตุให้ไม่สามารถยุติการเยี่ยมบ้านได้ เนื่องจากผู้ป่วยยังได้รับการแก้ไขไม่สิ้นสุด ผู้วิจัยจึงได้บทวนและวิเคราะห์ถึงสาเหตุของปัญหาและนำปัญหาจากวงจรรอบ ที่ 1 สู่การพัฒนาในวงจรรอบ 2

วงจรรอบที่ 2 เดือน ต.ค.2561-ก.ย.2562 ได้ดำเนินการดังนี้

1) ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อค้นหาข้อมูลและระดมสมองร่วมกับภาคีเครือข่ายชุมชนจึงเกิดการระดมทุนในชุมชน เพื่อช่วยเหลือผู้ยากไร้เกิด “กองทุนเพื่อนช่วยเพื่อน” เพื่อช่วยเหลือเยียวาด้านเศรษฐกิจ และเกิดการพัฒนาต่อยอดแนวทางการเยี่ยมบ้าน โดยการประเมินผลและรายงานผลผ่านทางไลน์ 2) เกิดศูนย์ประสานงานในระดับตำบล เพื่อเชื่อมต่อข้อมูลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน สร้างการมีส่วนร่วมกับชุมชนโดย ผนวกกิจกรรม Nursing process ให้ชุมชนมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน(ร่วมใจ ใส่ใจ เข้าใจ) ทำให้เกิดการรวมกันเป็นทีมและปฏิบัติหน้าที่ตามภารกิจของแต่ละทีมภายใต้กลไกการทำงานที่มีความยืด

หยุ่น ปฏิบัติหน้าที่ทดแทนกันได้ 3) ติดตามดูแลผู้ป่วยในชุมชน 12 ราย ร่วมกับภาคีเครือข่าย หลังจากนั้นทำการประเมินผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยสถิติเชิงพรรณนาโดยจำนวน ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Data Triangulation) และวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) (ไพโรจน์ ชลารักษ์, 2548)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านจริยธรรมวิจัยของโรงพยาบาลยางสีสุราช เลขที่ 16/2560 ลงวันที่ 22 สิงหาคม 2560 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง คณะผู้วิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์และสอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ให้เวลาในการตัดสินใจก่อนเข้าร่วมดำเนินกิจกรรมทุกขั้นตอน ไม่เปิดเผยนามผู้ให้ข้อมูล ข้อมูลเก็บเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม รวมทั้งให้อิสระผู้ร่วมศึกษาถอนตัวหรือยุติการเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดเวลาที่รู้สึกไม่สะดวก

ผลการศึกษา

ผู้วิจัยขอนำเสนอผลการวิจัย ดังนี้

1. **ข้อมูลลักษณะสำคัญของผู้ป่วย** เป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน 31 ราย แยกตามกลุ่มโรคเป็นผู้ป่วยระยะท้าย (มะเร็ง) 10 ราย (32.26%), ผู้สูงอายุติดเตียง 8 ราย (25.81%), ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ 6 ราย (19.35%), วัณโรค 4 ราย (12.90%), จิตเวช 3 ราย (9.68%) มีอายุ 30-40 ปี 1 ราย (3.23%), 50-60 ปี 5 ราย (16.13%), 60 ปีขึ้นไป 25 ราย (80.64%) ระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยกว่า 5 ปี 22 ราย (70.97%), 5 ปีขึ้นไป 9 ราย (29.03%)

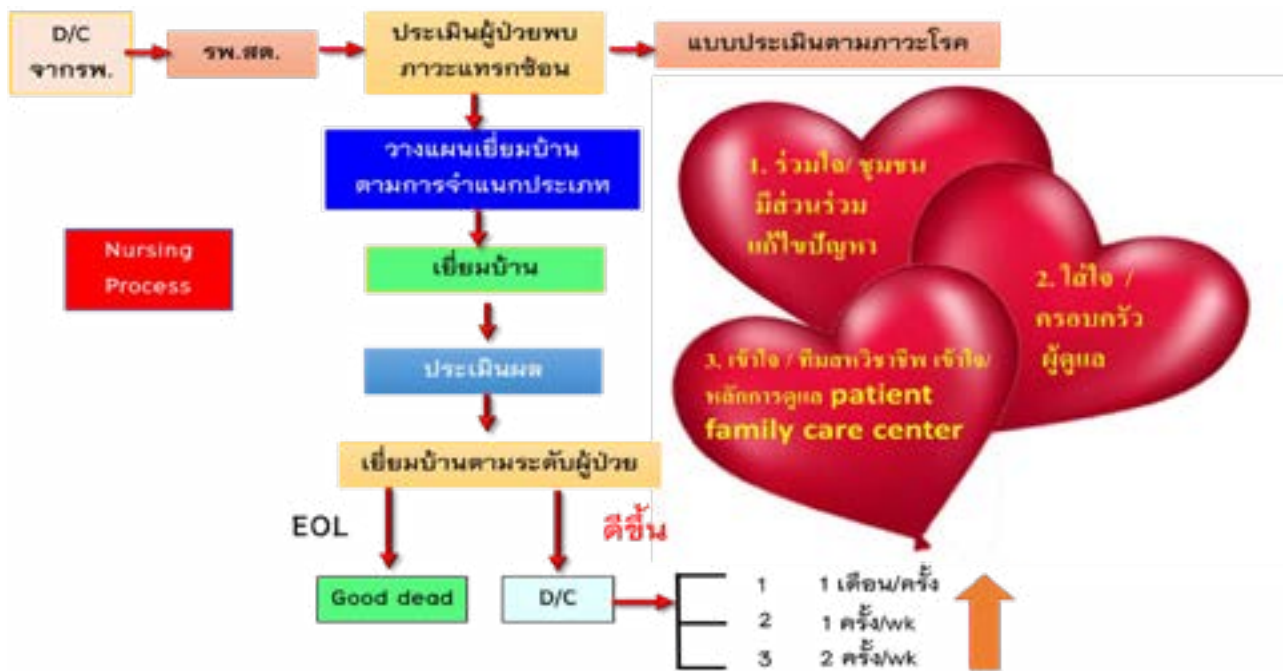
2. **ด้านแนวทางการเยี่ยมผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน**

โดยชุมชนมีส่วนร่วม รพ.สต.สุขภาพราษฎร์ ประกอบด้วย

1) การพัฒนาศูนย์ประสานงานในระดับตำบล เพื่อเชื่อมต่อข้อมูลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน 2) การมีคณะทำงานเพื่อกำหนดบทบาทหน้าที่ของภาคีเครือข่ายในชุมชน 3) สร้างการมีส่วนร่วมกับชุมชนโดย ผนวกกิจกรรม Nursing process ให้ชุมชนมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน(ร่วมใจ ใส่ใจ เข้าใจ) 4) มีคู่มือการเยี่ยมบ้านเพื่อใช้ในการวางแผนการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน 5 โรค ได้แก่ ผู้สูงอายุติดเตียง, ผู้ป่วย

จิตเวชที่ตั้งครรภ์,ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้,ผู้ป่วยระยะท้าย,ผู้ป่วยโรค5)พัฒนานวัตกรรมในการเยี่ยมบ้าน เกิดนวัตกรรมอุปกรณ์แผ่นเปียกน้ำ 6) เกิดกองทุนเพื่อนช่วย

เพื่อนเพื่อช่วยเหลือเยียวยาด้านเศรษฐกิจ ดังรายละเอียดตามภาพที่ 1



ภาพที่1 แนวทางการเยี่ยมผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนโดยชุมชนมีส่วนร่วม รพ.สต.สุขสำราญ อ.ยางสีสุราช จ.มหาสารคาม

โดยมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของพยาบาลรพ.สต.,ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายชุมชน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 บทบาทและระดับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านตามลักษณะบุคลากร และภาคีเครือข่าย

บทบาทและการมีส่วนร่วมของทีม	สหวิชาชีพเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	พยาบาลรพ.สต.	ภาคีเครือข่ายชุมชน	ครอบครัวและญาติ
บทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน	-มีส่วนร่วมคิดวางแผนและร่วมปฏิบัติโดยเป็นที่ปรึกษา -สนับสนุนข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย	-เป็นแกนหลักในการวางแผน,ปฏิบัติ,ติดตามประเมินผลแบบองค์รวมทุกมิติ -ประสานงานเป็นพี่เลี้ยงการจัดการดูแล จัดเวทีเสริมพลังสร้างคุณค่าแก่คนทำงาน	-มีส่วนร่วมคิดวางแผนปฏิบัติประเมินผลการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน -เป็นผู้ปฏิบัติการดูแลที่บ้าน ประสานส่งต่อการดูแลไปยังศูนย์ COC ระดับตำบล อำเภอ สนับสนุนทรัพยากร	-มีส่วนร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่จำเป็นแก่ทีมเพื่อนำสู่การวิเคราะห์และวางแผนแก้ไขปัญหามาให้ครอบคลุมทุกมิติเพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี

3. ประเมินผลการพัฒนาแนวทางการเยี่ยมผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนโดยชุมชนมีส่วนร่วม รพ.สต.สุขสำราญ

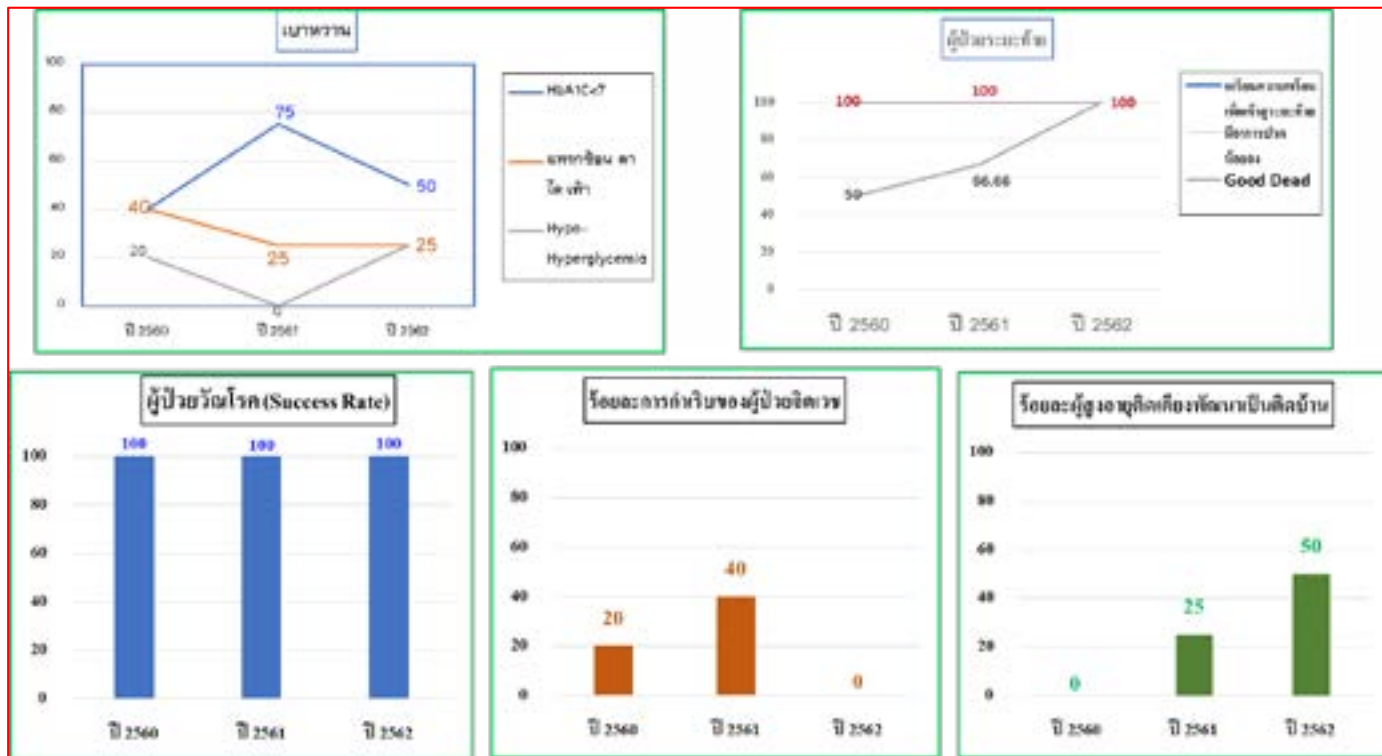
พบว่า ร้อยละความครอบคลุมการเยี่ยมบ้านเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 70.65 เป็นร้อยละ 92.35 ปี 2560-2562 พบว่า

3.1 ด้านผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน ปี 2560-2562 พบว่า 1) ร้อยละความครอบคลุมการเยี่ยมบ้าน เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 70.95 เป็น 92.35 2) ผู้ป่วยเบาหวาน มีภาวะ HbA1C<7 เพิ่มขึ้นจาก 40% เป็น 50% 3) การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต เท้า ลดลง จาก 40% เป็น 25% 4) มีภาวะ Hypo-Hyperglycemia ลดลง จาก 20% เป็น 0 5) ผู้ป่วยระยะท้ายมีภาวะ Good dead เพิ่มขึ้น จาก 50% เป็น

100% 3) ผู้ป่วยวัณโรคมีอัตรา Success rate จาก 66% เป็น 100% 4) ผู้ป่วยจิตเวช มีภาวะกำเริบลดลงจาก 20% เป็น 0 5) ผู้สูงอายุติดเตียงพัฒนาเป็นติดบ้าน จาก 0% เป็น 100% ซึ่งมีรายละเอียดดังภาพที่ 2

3.2 เกิดการรวมพลังของภาคีเครือข่ายในชุมชน

3.3 เกิดกองทุนเพื่อนช่วยเพื่อนเพื่อช่วยเหลือเยียวาด้านเศรษฐกิจ



ภาพที่ 2 แสดงผลลัพธ์การเยี่ยมผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนโดยชุมชนมีส่วนร่วม รพ.สต.สุขสำราญ

อภิปรายผล (Discussions)

จากการศึกษาครั้งนี้ทำให้ได้แนวทางการเยี่ยมผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนโดยชุมชนมีส่วนร่วม รพ.สต.สุขสำราญ ประกอบด้วย 1) มีแนวทางการดูแล (flow chart) ผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนได้รับผู้ป่วยมาอยู่ในความดูแลของรพ.สต.พร้อมกำหนดบทบาทที่ชัดเจนในแต่ละภาคีเครือข่าย 2) เกิดคู่มือการเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วย แนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน 5 โรค ได้แก่ แนวทางการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดเตียง, แนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชที่ดื้อดื้อ, แนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมภาวะแทรกซ้อนไม่ได้, แนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะท้าย, แนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรค 3) เกิดนวัตกรรมในการเยี่ยมบ้าน ได้แก่ ไม่

เท้าพุงเดินและถุงป้องกันแผลเปื่อยน้ำ 4) เกิดศูนย์ประสานงานในระดับตำบล เพื่อเชื่อมต่อข้อมูลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน 5) สร้างการมีส่วนร่วมกับชุมชนโดย ผนวกกิจกรรม Nursing process ให้ชุมชนมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน(ร่วมใจ ใส่ใจ เข้าใจ) 6 เกิดกองทุนเพื่อนช่วยเพื่อนเพื่อช่วยเหลือเยียวาด้านเศรษฐกิจ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้บริหารจัดการด้านต่างๆ ได้ ลดภาวะแทรกซ้อน, สามารถควบคุมภาวะโรคได้รวมถึงได้รับการดูแลแบบองค์รวมครอบคลุมทุกมิติมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษา^{13,14} ที่พบว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านพัฒนาขึ้นโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนประกอบด้วย 1) ทีมบุคลากรสาธารณสุขที่หนุนเสริมการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย 2) บริการและทีมดูแลแบบ

บูรณาการ3)ศูนย์ประสานงานการดูแลที่ครอบคลุม 4)แนวปฏิบัติในการดำเนินการร่วมกันของศูนย์ประสานงานระดับอำเภอและตำบล 5) กระบวนการเสริมพลังสร้างคุณค่าการทำงานให้กับทีมงาน 6) การจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคที่มีปัญหาซับซ้อนเป็นที่ปรึกษาและเป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติ7) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เสริมพลังสร้างคุณค่าอย่างต่อเนื่อง และ8)ระบบสนับสนุนศูนย์อุปกรณ์กองทุนและระบบฐานข้อมูลดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ผลลัพธ์ของกระบวนการทำให้ผู้ป่วย สามารถเข้าถึงบริการได้ครอบคลุม มีคุณภาพชีวิต ความพึงพอใจและการตายดีเพิ่มขึ้น และการศึกษา³ ที่พบว่า การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่มีทีมเจ้าหน้าที่, ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องร่วมกันพัฒนา เชื่อมโยงกับเครือข่าย มีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้เกี่ยวข้องมีความพึงพอใจต่อรูปแบบคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุติดเตียงดีขึ้น และการศึกษา(ณิสาชล นาคกุล ,2560 ; อุมารณ กาลังดี และคณะ ,2560) ที่พบว่าทีมผู้ให้บริการ พัฒนารูปแบบเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและสนับสนุนการดูแลตนเองในผู้ป่วยเรื้อรัง,กลุ่มติดบ้านติดเตียง, ที่ชัดเจนขึ้นโดยมีรูปแบบในการพัฒนา 5ประเด็น คือ 1) การพัฒนาศักยภาพของทีมดูแล 2) การพัฒนาระบบการติดตามเยี่ยม 3)การพัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายดูแลผู้ป่วย 4) การสนับสนุนการดูแลตนเอง 5) การสนับสนุนทางสังคมผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดบ้านติดเตียง จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานเพิ่มขึ้นและ มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีกว่าเดิม ซึ่งจะเห็นได้จากการดำเนินดังกล่าวการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน รพ.สต.สุขสำราญ ในแนวทางเดิมได้ผลน้อย เนื่องจากขาดความเชื่อมโยงการดูแลกับชุมชนที่ชัดเจน แนวทางการเยี่ยมบ้านที่พัฒนาขึ้นส่งผลให้เกิดการร่วมคิด ร่วมปฏิบัติ มีการ

กำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน เกิดพลังในชุมชนที่ร่วมผลักดันให้เกิดการแก้ไขและขจัดปัญหา จะก่อให้เกิดทีมที่เข้มแข็ง เกิดความร่วมมือ การประสานงานที่ดี มีการสนับสนุนทรัพยากรร่วมกัน เกิดภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็งส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องได้รับการจัดการปัญหาที่เหมาะสม โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน ซึ่งจะสามารถส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการติดตามรักษาที่เหมาะสม และกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณภาพอีกครั้ง

ข้อเสนอแนะ

1. แนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนที่พัฒนาขึ้นเกิดจากการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในชุมชนจนก่อให้เกิดพลังชุมชนที่จะร่วมผลักดันการแก้ปัญหาผู้ป่วยได้ครอบคลุมทุกมิติ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถขจัดปัญหาได้ ดังนั้นจึงควรมีนำไปใช้อย่างต่อเนื่องและขยายผลสู่พื้นที่อื่น ๆ ต่อไป
2. ในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนจะต้องมีความเข้าใจ ภูมิหลังของผู้ป่วย บริบทของครอบครัวชุมชน รวมทั้งต้องให้การดูแลผู้ป่วยด้วยการเอาใจใส่ห่วงใยและเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์การใส่ใจในบริบททางสังคมวัฒนธรรมดังกล่าวเป็นเรื่องที่มีความสำคัญ จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างครอบคลุม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนและครอบครัว พร้อมครอบครัวรวมถึงทีมสหวิชาชีพ ภาคีเครือข่ายทุกท่านของรพ.สต.สุขสำราญอำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม ที่ให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยและการทำวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี(ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2560 – 2579. กระทรวงสาธารณสุข, 2560.
- กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการพัฒนาระบบบริการพยาบาล: Service Plan, 2561
- พิศสมัย บุญเลิศ,เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์, ศุภวดี แฉวเพี้ย ,การพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน ตำบลสิงห์โคก อำเภอยางสีสุราช จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น.23 (2) : 79-87,2562.
- ชวิทนทร์ เลิศศรีมงคล. เวชปฏิบัติครอบครัวฉบับปรับปรุง เชียงใหม่. ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2560.
- จินตวีร์ เกษมสุข, บรรณาธิการ. หลักการมีส่วนร่วมกับการพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืน. มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย,2515.

- ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. การมีส่วนร่วมของประชาชน. กรุงเทพฯ: ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.
- แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาด้าน ประเมินภาวะโรค และสุขภาพประชากรไทย สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพประชากรไทย. Cancer control, Knowledge into action World Health Organization 2007. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข; 2555.
- ไพโรจน์ ชลารักษ์. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม. วารสารราชภัฏตะวันตก, 2548.
- ศิริพร จิรวัฒน์กุล. การวิจัยเชิงคุณภาพในวิชาชีพพยาบาล. ศิริภรณ์ออฟเซต.ขอนแก่น, 2548.
- เกษราวัลณ์ นิลรวงกูร. การวิจัยเชิงปฏิบัติการสำหรับวิชาชีพการพยาบาล. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2558.
- ศรีเวียง ไพโรจน์กุล.โครงการพัฒนาระบบการเข้าถึงยาระงับปวดกลุ่ม opioids ในผู้ป่วย ระยะท้ายในพื้นที่สสข.เขต 7.2559.
- ศศิกันต์ นิมมานรัชต์. Pain & Pain management in special Population. ใน:ศศิกันต์ นิมมานรัชต์, ชัชชัย ปรีชาไว, บรรณาธิการ. ความปวดและการจัดการความปวดในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาพิเศษ.สงขลา:ซานเมืองการพิมพ์;2550.หน้า16-25
- กาญจนา จันทะนุญ และคณะ. รูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ พยาบาลชุมชนและภาคีเครือข่าย อ.ยาสีสุราช จ.มหาสารคาม. วารสารพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น.; 8(1): 129-145, 2563.
- กชพร เชื้ออนนะ. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเขียงกลาง จังหวัดน่าน.วารสารวิชาการสาธารณสุข.26 (3) : 41-51,2019.
- ณิสาชล นาคกุล. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้านติดเตียงในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ; 28(3): 36-50 ,2560.
- อุมาภรณ์ กำลั้งดี และคณะ. การพัฒนาแนวทางเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หรือความดันโลหิตสูงด้วยทีมหมอครอบครัว. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและสาธารณสุขภาคใต้; 4(ฉบับพิเศษ): 34-45 ,2560.

ผลของการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลมุกดาหาร

Results of the Practice of Palliative Care Approach of Mukdahan Hospital

(Received: September 29,2020 ; Accepted: November 20,2020)

อารมย์ พรหมดี พย.ม.

Arom promdee M.N.S.

นภาพรรณ จันทร์เต็ม พย.บ.

Naphawan Chantham B.N.S. RN.

มะลิผุย ผิวทอง พย.ม.

Malipai Pewthong M.N.S

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลมุกดาหาร

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลมุกดาหาร ดำเนินการระหว่างมกราคม 2561- ธันวาคม 2561 กลุ่มตัวอย่างได้แก่ 1) ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม จำนวน 80 คน 2) ผู้ป่วยมะเร็ง ระยะท้าย จำนวน 30 คน 3) ผู้ดูแล จำนวน 30 คน และ 4) ผู้ให้บริการการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 10 คน เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกและแบบประเมิน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา สถิติเชิงพรรณนา paired t-test และ independent t-test

ผลการศึกษา พบว่า ผลลัพธ์ด้านคุณภาพการให้บริการพยาบาล ในกลุ่มโรคมะเร็งในระยะลุกลาม ที่มีค่า PPS < 60% ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต และระดับความพึงพอใจ ก่อน และหลังใช้แนวทางการดูแลแบบประคับประคอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) ในกลุ่มโรคมะเร็งระยะเปลี่ยนผ่านและระยะท้าย ที่มีค่า PPS < 60% มีการวางแผนล่วงหน้าร้อยละ 100 หลังการใช้แนวทาง ค่าคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care Outcome :POS) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) ความพึงพอใจของผู้ดูแล ต่อการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยระยะเปลี่ยนผ่านและระยะท้าย ภาพรวมระดับมาก ($X = 4.27, SD = 0.61$) ประสิทธิภาพของการปฏิบัติการพยาบาลได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลมุกดาหาร ได้แก่ แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลมุกดาหารที่ชัดเจน การยืนยันผลของความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ระยะเปลี่ยนผ่านและระยะท้าย

คำสำคัญ : ผลการปฏิบัติ , แนวทางการดูแลแบบประคับประคอง , ผู้ป่วยโรคมะเร็ง

Abstract

This research was action research aimed to studied Result of palliative care practice guideline of Mukdahan Hospital between January 2018 - December 2018. Sample size were 80 people with metastatic cancer , 30 patients with end stage cancer , 30 caregivers and 10 palliative care providers. Data were collected by record from and evaluate from. Data were analyzed by content analysis , descriptive statistic , paired t-test and independent t-test.

The results of the study showed that the quality of nursing service In the group of metastatic cancers with a PPS <60% Average Quality of Life Score And satisfaction level before and after using the palliative care guideline had statistically significant difference at the .05 level ($p < .05$). In transitional and late stage cancers with a PPS <60%, 100% was planning future. After using guideline mean Score of Palliative Care Results decreased statistically significant at the .05 level ($p < .05$). Caregiver satisfaction to palliative care of transitional and late patients total were high level ($X = 4.27, SD = 0.61$). The efficiency of the nursing practice was met with the target criteria. Problems in patient care according to the Palliative Care Guidelines Mukdahan Hospital namely palliative care guidelines clear Mukdahan Hospital Confirmation of the feasibility of use in patients with Metastatic Cancer Transitions and end stages.

Keyword : practice result , palliative care guideline , Cancer patient

บทนำ

สถานการณ์ด้านสุขภาพคนไทย พบว่าคนไทยมีอัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะกลุ่มโรคมะเร็ง โรคทางหลอดเลือด โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นโรคที่ต้องการดูแลแบบประคับประคองในระยะยาวเมื่อโรคทรุดลงไม่สามารถรักษาให้หายขาดและเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตที่ต้องพึ่งพาเทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูงในการพยุงชีวิต ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและ จิตใจ การเสียชีวิตจึงเกิดขึ้นภายในโรงพยาบาลเป็นหลัก ซึ่งในทางเศรษฐศาสตร์พบว่าค่าใช้จ่ายของบุคคลในช่วงหกเดือนสุดท้ายของชีวิตมีมูลค่าสูงมากกว่าช่วงใดๆ ของชีวิต(National Health Security Office ,2559)

ประเทศไทย มีนโยบายให้ประชาชนคนไทยได้รับการคุ้มครองด้านสิทธิส่วนบุคคลเกี่ยวกับการบริการที่พึงได้รับเมื่อวาระสุดท้ายของชีวิตโดยปรากฏในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 ความว่า “บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์ จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้” เป็นแนวทางให้ผู้ประกอบวิชาชีพที่มีหน้าที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยในวาระสุดท้ายยึดถือปฏิบัติ(สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ,2561) กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำแผนที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข มีนโยบายให้พัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคอง ภายใต้ยุทธศาสตร์การบริการที่เป็นเลิศ (Service Excellence) กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแนวทางการพัฒนาระบบบริการพยาบาลสาขาการดูแลแบบประคับประคองที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการที่เป็นเลิศ(กองการพยาบาล ,2543) และมาตรฐานการบริการพยาบาลดูแลแบบประคับประคองเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต(สำนักการพยาบาล ,2559) และกำหนดเป็นตัวชี้วัดในการประเมินคุณภาพการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร ,2561) (กองการพยาบาล, 2561)

โรงพยาบาลมุกดาหาร เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 301 เตียง รับส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนลูกข่าย จำนวน 6 แห่ง ในปีพ.ศ. 2559-2561 พบผู้ป่วยโรคมะเร็งเข้ารับบริการจำนวน 208,219,266 ราย ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่รับบำบัดทดแทนไต จำนวน 157, 224 และ 301 ราย ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี⁶ โรงพยาบาลมุกดาหาร มีนโยบายให้จัดระบบการดูแลแบบประคับประคองสอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ในผู้ป่วยมะเร็ง โดยในปี 2560 ได้เริ่มการพัฒนาระบบ

บริการเพิ่มศักยภาพพยาบาลไปเรียนต่อเฉพาะสาขา และมีการขยายผลโดยให้ความรู้แก่บุคลากร และมีการนำแบบประเมินอาการปวด แบบประเมินระดับความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองมาใช้ และจากการนิเทศทางการพยาบาล เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยใน พบว่าการปฏิบัติทางการพยาบาลแบบประคับประคองดำเนินการเฉพาะกลุ่มผู้ป่วย มะเร็ง และยังไม่มีความชัดเจนที่กำหนดขั้นตอนการบริการพยาบาลที่ชัดเจน เมื่อแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะประคับประคอง บางรายไม่ได้เข้าสู่กระบวนการดูแลแบบประคับประคอง ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการเตรียมความพร้อมในการเผชิญกับวาระสุดท้ายของชีวิตที่แตกต่างกัน รวมทั้งมีผลกระทบต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาที่ครอบครัวอาจต้องตัดสินใจในภาวะฉุกเฉิน โดยไม่ได้เตรียมการให้คำปรึกษาผู้ป่วยและครอบครัวมาก่อน และยังไม่มียุทธศาสตร์และการประเมินความต้องการของผู้ป่วยที่เอื้อต่อการดูแลที่ครอบคลุมความต้องการในทุกมิติ รวมถึงการดูแลอย่างต่อเนื่อง และระบบการติดตามประเมินผลยังไม่ชัดเจน

กลุ่มพยาบาล ได้นำแนวทางการดำเนินงานให้บริการพยาบาลแบบประคับประคอง ตั้งแต่ในโรงพยาบาลทั่วไปถึงในชุมชน ของสำนักงานพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข(ชิตินันท์ อัครเศรษนันท์ และ พิภพ พรพิมล ,2561) มาประยุกต์ใช้ ทั้งนี้ในระยะเริ่มต้นวางเป้าหมายของการดำเนินการพัฒนาคือให้เห็นการวางแผนสู่การปฏิบัติ และวัดผลลัพธ์ วิเคราะห์ปัญหาสู่การปรับปรุงแก้ไขตามวงจรการพัฒนาคุณภาพตามวงจรของเดมมิง (Deming cycle) วงล้อคุณภาพมี ดังนี้ 1. การกำหนดมาตรฐาน ระบบแนวทาง (Plan) 2. การปฏิบัติตามมาตรฐาน (Do) 3. การวัดและประเมิน (Check/Study) 4. การแก้ไขปัญหาคือ ขอบการ (Act) และการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement) โดยมีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงระบบบริการแบบประคับประคองโดย ประเมินผลลัพธ์จากความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ และการรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตตามมุมมองของผู้ป่วยซึ่งผลลัพธ์ดังกล่าวได้ถูกระบุไว้ในแนวปฏิบัติให้มีการใช้อย่างบูรณาการทั้ง 7 ขั้นตอน และเข้าไปในงานประจำของพยาบาล

ผู้วิจัยในฐานะผู้ประสานงานระดับจังหวัด ในการจัดระบบบริการสุขภาพสาขาการดูแลแบบประคับประคองในเครือข่ายจังหวัดมุกดาหารตั้งแต่ปี 2560-2562 และในฐานะผู้รับผิดชอบงานการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลชุมชนมีหน้าที่วางแผนและปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาลและส่งต่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จึงมีความสนใจ ศึกษาผลของการ

ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพบริการด้านการดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลมุกดาหาร ที่สามารถนำไปขยายผลในสถานบริการอื่นต่อไปด้วย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลมุกดาหาร

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) : การกำหนดมาตรฐาน/ ระบุ/ แนวทาง

1. ทบทวนนโยบายการพัฒนาบริการพยาบาล Service plan สาขาการดูแลแบบประคับประคอง ระดับประเทศ ระดับเขตบริการสุขภาพที่ 10 ระดับจังหวัดมุกดาหาร พบว่าเป็นนโยบายสำคัญที่ถูกบรรจุไว้ในแผนการพัฒนาศาธารณสุขที่สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ของกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจาก ประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุ อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคเรื้อรัง และกลุ่มโรคเมตาบอลิกมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง นโยบาย

2. เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินคุณภาพการพยาบาล การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาลมุกดาหาร จากหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence based)

3. จัดประชุมในกลุ่มการพยาบาล เพื่อร่วมกันวิเคราะห์หาแนวทางการดำเนินงานแบบประคับประคองที่ชัดเจน โดยเชื่อมโยงปัญหาที่ต้องการแก้ไข กับการบริการพยาบาลและผลลัพธ์ที่ต้องการ และสอดคล้องกับตัวชี้วัดการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล

4. สืบค้นหาข้อมูล และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องให้ครบถ้วน เพื่อให้หลักฐานที่ดีที่สุดในการวางแผนการบริการพยาบาลในผู้ป่วยที่ต้องดูแลแบบประคับประคอง โดยใช้หลักฐาน เชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาลที่มีเป้าหมาย

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติตามแนวทาง (Do)

1. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเผยแพร่แนวทางการดำเนินงาน ความรู้ ฝึก

ทักษะ การประเมินผู้ป่วย การสื่อสาร การวางแผนการดูแลล่วงหน้า การใช้แบบประเมิน การจัดการอาการ การดูแลแบบองค์รวม การให้คำปรึกษา มีการแจกเอกสารแนวปฏิบัติจัดเก็บไว้ที่หอผู้ป่วยเพื่อเตือนความจำ

2. นิเทศทางการพยาบาล กำกับติดตามการปฏิบัติ และสอนพนักงานทุกสัปดาห์ สะท้อนผลการนิเทศกำกับติดตามในที่ประชุมประจำเดือนของ คปสอ. และที่ประชุมคณะกรรมการบริการทางการพยาบาล

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลลัพธ์การปฏิบัติการพยาบาลตามตัวชี้วัดคุณภาพการ (Check)

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผลของการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลมุกดาหาร รายละเอียดอธิบายไว้ในบทเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 4 แก้ไขปัญหาข้อบกพร่องเพื่อการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (ACT)

1. นำเสนอผลของการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ปัญหา และอุปสรรคการดำเนินงานผ่านองค์กรพยาบาล โดยเสนอผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลลัพธ์คุณภาพการบริการพยาบาล มาเปรียบเทียบกับผลลัพธ์ในช่วงเวลาที่ผ่านมาเพื่อศึกษาว่า องค์กร/หน่วยงานทำ ได้ดีขึ้นแล้วหรือยัง โดยเปรียบเทียบกับเป้าหมาย

2. ประชุมคณะกรรมการดำเนินงานสาขาการดูแลแบบประคับประคอง วิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลมุกดาหาร ตามแนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 7 ขั้นตอน วิเคราะห์เพื่อหาโอกาสพัฒนา แก้ไขปัญหา/ข้อบกพร่องของระบบ/กระบวนการปฏิบัติงาน เพื่อยกระดับคุณภาพ และมาตรฐานบริการพยาบาลให้ดียิ่งขึ้นและมุ่งสู่ความเป็นเลิศทางการพยาบาล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งในระยะลุกลาม

ประชากรคือ ผู้ป่วยมะเร็งที่มาใช้บริการที่คลินิกมะเร็งแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมุกดาหาร ในระหว่างมกราคม – ธันวาคม 2561 จำนวน 80 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

จากงานวิจัยที่เคยศึกษา พบว่า ผลต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เท่ากับ 10 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าคะแนนคุณภาพชีวิต เท่ากับ 15 กำหนด α ที่ 0.050 และอำนาจการทดสอบ $(1-\beta)$ เท่ากับ 0.950 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร

$$n = \frac{(Z\alpha + Z\beta)^2 2 \sigma^2}{g^2}$$

n คือ ขนาดตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม

σ คือ ความแปรปรวนของตัวแปรตาม

g คือผลต่างของค่าเฉลี่ยของตัวแปรตามระหว่าง 2 กลุ่มที่คาดว่า จะเกิดขึ้นหรือยอมรับได้ทางคลินิก (กำหนดขึ้นหรือดูจาก งานวิจัยที่เคยศึกษา)

$Z\alpha$ คือค่าปกติมาตรฐานที่ได้จากตารางการแจกแจงปกติที่ สอดคล้องกับ α ที่กำหนดในงานวิจัยนี้กำหนด $\alpha=.05$ ค่า $Z=1.645$

$Z\beta$ คือ ค่าปกติมาตรฐานที่ได้จากตารางการแจกแจงปกติที่ สอดคล้องกับ β ที่กำหนดขึ้น เช่น $\beta=.10$ ค่า $Z=1.282$

แทนค่าในสูตร

$$n = 39$$

ผู้วิจัยใช้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 40 คน แบ่งเป็นกลุ่ม ก่อนใช้แนวทางและกลุ่มหลังใช้แนวทาง กลุ่มละ 40 คนรวมสอง กลุ่มเท่ากับ 80 คน

2. กลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง ระยะระยะเปลี่ยนผ่านและระยะ ท้าย ประชากรคือผู้ป่วยมะเร็ง ระยะเปลี่ยนผ่านและระยะท้าย และเป็นผู้ป่วยในที่ได้รับการวินิจฉัยระยะระดับประคอง (รหัส Z51.5) ที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมุกดาหาร ในระหว่างมกราคม – ธันวาคม 2561 จำนวน 30 คน

กลุ่มตัวอย่าง จากข้อมูลย้อนหลังของโรงพยาบาล มุกดาหาร ปีงบประมาณ 2560 มีผู้ป่วยมะเร็งระยะเปลี่ยนผ่านและ ระยะท้าย ที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 219 ราย โดยยอมให้เกิดความคลาดเคลื่อนจาก ตัวอย่างได้ ร้อย ละ 5 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของยามาเน่ (Yamane 1973, อ้างถึงใน ธีรวิทย์ เอกะกุล 2543) เนื่องจาก ในช่วงเวลาที่จัดเก็บข้อมูลอาจมีผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนซึ่ง ต้องตัดออกจาก การวิจัยตามเกณฑ์ผู้วิจัย จึงกำหนดกลุ่ม ตัวอย่างเป็น 30 ราย

3 กลุ่มผู้ดูแล ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ระยะ เปลี่ยนผ่านและระยะท้าย และเป็นผู้ป่วยในที่ได้รับการวินิจฉัย ระยะระดับประคอง (รหัส Z51.5) ที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วย ใน โรงพยาบาลมุกดาหาร ในระหว่างมกราคม – ธันวาคม 2561 จำนวน 30 คน

4. ผู้ให้บริการการดูแลแบบประคับประคอง ขนาด กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 10 คน ประกอบด้วย อายุรแพทย์ จำนวน 1 คน เภสัชกร จำนวน 1 คน นักโภชน บำบัด จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพรับผิดชอบเต็มเวลา และ ผ่านการอบรมเฉพาะทาง PC จำนวน 1คน พยาบาลวิชาชีพ PCWN หน่วยบริการผู้ป่วยใน ผู้ป่วยหนัก และผู้ป่วยนอก จำนวน 5 คน พยาบาลผู้รับผิดชอบในงานชุมชน จำนวน 1 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่ แนวทางบริการ พยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง สร้างโดยสำนักการ พยาบาล กระทรวงสาธารณสุข ปี 2559 ประกอบด้วย การ ดำเนินงาน 7 ขั้นตอน คือ 1) การคัดกรองผู้ป่วย 2) การวินิจฉัย

และการให้ข้อมูล 3)การตัดสินใจเข้าสู่ระบบบริการพยาบาล แบบประคับประคอง 4) การให้การพยาบาลแบบ ประคับประคอง 5) การให้การพยาบาลแบบประคับประคอง 6) การวางแผนการจำหน่ายส่งต่อข้อมูล 7)การติดตามเยี่ยมและ ประเมินผล โดยตรวจสอบคุณภาพเชิงเนื้อหาตามกระบวนการ สร้างแนวปฏิบัติจากหลักฐานเชิงประจักษ์ และตรวจสอบ คุณภาพความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติโดยการทดลองแนว ทางการจัดการพยาบาลระดับประคอง ในสถานบริการ 4 ระดับ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาล ชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก่อนปรับปรุงเป็น ฉบับสมบูรณ์ฉบับสมบูรณ์และตีพิมพ์เผยแพร่ โดยผู้วิจัยนำมา ประยุกต์ปรับปรุงในรายละเอียดของเครื่องมือในการประเมินผล ลัทธิทางคลินิก ที่เหมาะสมกับระดับการรับรู้ของผู้ป่วยแต่ละ รายโดยได้จากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ก่อนนำไปใช้

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล สร้างโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยข้อมูลด้านประชากร ข้อมูลด้านความเจ็บป่วยและ การรักษาโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ประกอบกับการ รวบรวม ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย

2.2 แบบตรวจสอบการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสร้าง ขึ้นโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยการปฏิบัติ 6 ข้อ คือ 1) การริเริ่มพูดคุยกับ แพทย์/พยาบาลเกี่ยวกับดูแลในอนาคต 2) การหารือกับแพทย์/ พยาบาลในรายละเอียดเกี่ยวกับแผนการดูแลในอนาคต 3) การ หารือกับแพทย์/พยาบาลเกี่ยวกับทางเลือกในการรักษาดูแลใน อนาคต 4) การทบทวนถึงข้อดี/ ข้อเสียของการวางแผนการดูแล ในอนาคต 5) การแจ้งให้ญาติได้ทราบถึงความประสงค์เกี่ยวกับการ ดูแลในอนาคต และ 6) การตัดสินใจเลือกคนที่จะเป็นผู้ ตัดสินใจแทนในอนาคต ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบ ตรวจสอบรายการ (Check list) คือ ปฏิบัติ/ไม่ได้ปฏิบัติ ตรวจสอบ คุณภาพเครื่องมือโดยหาความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ ทรง คุณวุฒิจำนวน 3 คน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index) เท่ากับ .87 และหาความเชื่อมั่นโดย วิธีทดสอบความตรงกันของผู้ประเมิน (Interrater reliability) ระหว่างผู้วิจัยสองคนโดยทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะ ลุกลาม จำนวน 10 คนที่มาับการรักษา ที่โรงพยาบาล มุกดาหาร ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .86

2.3 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการดูแลที่ ได้รับบริการพยาบาลสร้างโดย นางลักษณ์ สุวิสิทธิ์ สมจิต หนู เจริญกุล (2554) ประกอบด้วยรายการคำถามเกี่ยวกับความพึง พอใจในการดูแลที่ได้รับ จำนวน 15 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบ มาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 6 ระดับ ตั้งแต่ ไม่พึง พอใจ พึงพอใจน้อยที่สุด (1) ถึงพึงพอใจมากที่สุด (5) ตรวจสอบ

คุณภาพเครื่องมือโดยหาความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index) เท่ากับ .96 และหาความเชื่อมั่นโดยทดสอบความสอดคล้องภายในโดยทดสอบกับผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม จำนวน 10 คน ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลมุกดาหารซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษานำมาหาค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นอัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .96

2.4 แบบวัดคุณภาพชีวิตใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตทางสุขภาพแบบทั่วไป short form : SF-36 (วัชร และปรณีย์, 2548) วัดสถานะทางสุขภาพ 10 ด้าน จำนวน 36 ข้อ เป็นแบบข้อให้เลือกตอบ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยหาความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index) เท่ากับ .86 และหาความเชื่อมั่นโดยทดสอบความสอดคล้องภายในโดยทดสอบกับผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม จำนวน 10 คน ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลมุกดาหารซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษานำมาหาค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นอัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .90

2.5 แบบประเมินผลลัพธ์ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (POS) ใช้วิธีการสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง เนื้อหาประกอบด้วย ข้อคำถาม 12 ข้อ ได้แก่ คำถามปลายปิด 10 ข้อ ในแต่ละข้อ มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับคะแนน ได้แก่ 0 คะแนน คือ ไม่มีอาการ/ได้ข้อมูลเต็มที่ 1 คะแนน คือ เล็กน้อย/นานๆครั้ง 2 คะแนน คือ บางครั้ง 3 คะแนน คือ รุนแรงเป็นส่วนใหญ่ และ 4 คะแนน คือ มากมาย/รู้สึกไม่ดีกว่า ตัวเองเลย/เสียเวลามากกว่าครึ่งวัน/ปัญหาไม่ได้รับการช่วยเหลือ และคำถามปลายเปิด 2 ข้อ ซึ่งไม่นำมาคิดคะแนน เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ผ่านการทดสอบหาความเที่ยงตรงและความน่าเชื่อถือ และได้รับอนุญาตให้ใช้เครื่องมือจากฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

2.6 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยแบบประคับประคอง ของกองการพยาบาล (กองการพยาบาล, 2562) ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราประมาณรวมค่า 6 ระดับ พึงพอใจมากที่สุด พึงพอใจมาก พึงพอใจปานกลาง พึงพอใจน้อย พึงพอใจน้อยที่สุด ไม่พึงพอใจ เกณฑ์ เกณฑ์การให้คะแนนพึงพอใจมากที่สุด 5 คะแนน พึงพอใจ มาก 4 คะแนน พึงพอใจปานกลาง 3 คะแนน พึงพอใจน้อย 2 คะแนน พึงพอใจน้อยที่สุด 1 คะแนน มีรายการคำถาม จำนวน 10 ข้อคำถาม หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.90

2.7 แบบบันทึกข้อมูลตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลแบบประคับประคอง โดยผู้วิจัยสร้างขึ้น จากมาตรฐานการ

พยาบาลของสำนักการพยาบาล พร้อมกำหนดเกณฑ์เป้าหมายจำนวน ตัวชี้วัด ประกอบด้วย 1) ร้อยละผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (รหัส Z51.5) ที่ได้รับการบรรเทาอาการปวด ด้วย Strong Opioid Medication 2) ร้อยละผู้ป่วยในที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (รหัส Z51.5) และได้รับการจำหน่ายกลับบ้านได้รับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้าน 3) ร้อยละผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (รหัส Z51.5) และได้รับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้าน 4) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (รหัส Z51.5) และได้รับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้านได้รับการเยี่ยมภายใน 5 วัน โดยพยาบาลประคับประคอง (Palliative Care) 5) ร้อยละผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) ที่มีการทำ Advance Care Planning (ACP) เป็นลายลักษณ์อักษร 6) ร้อยละของครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามเยี่ยมภายหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย ภายใน 30 วัน 7) ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวต่อบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาล 8) ร้อยละของพยาบาลประคับประคองของหน่วยงานปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติที่กำหนด

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการ ทดสอบค่าที (paired t-test) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจของกลุ่มและหลังใช้แนวทางการดูแลแบบประคับประคอง โดยใช้สถิติ ทดสอบด้วย independent t-test

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและผู้ดูแล ตั้งแต่กระบวนการสมัครใจเข้าร่วมโครงการ กระบวนการดำเนินการนัดหมายติดตามเยี่ยมที่บ้าน โดยผู้ศึกษาได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินงาน และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจและมีเอกสารยินยอมเข้าร่วมโครงการโดยผู้ป่วยสามารถออกจากโครงการได้ตลอดเวลาหากต้องการโดยไม่ต้องอธิบายเหตุผลในการออกจากโครงการให้ผู้วิจัยทราบ และการออกจากโครงการจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยใดๆ ทั้งสิ้น ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลในกระบวนการศึกษา ผู้ศึกษาจะนำไปวิเคราะห์ สรุปผล อภิปรายผล และดำเนินการเผยแพร่ข้อมูลในภาพรวมของการประเมินผลโครงการนี้เท่านั้น

ผลการศึกษา

1. ผลลัพธ์ด้านคุณภาพการให้บริการพยาบาล

1.1 กลุ่มโรคมะเร็งในระยะลุกลาม (PPS > 60 %)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 80 ราย แบ่งเป็นกลุ่มก่อนใช้แนวทางการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 40 ราย และ กลุ่มหลังใช้แนวทางการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 40 ราย ซึ่งทั้งสองกลุ่มมีลักษณะคล้ายคลึงกัน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล 2 กลุ่ม ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi – Square test) ในเรื่อง เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) เมื่อเปรียบเทียบกับสถิติ Fisher's Exact test ในเรื่อง ระดับการศึกษา พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) และความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในเรื่อง อายุ ระยะเวลาที่เป็นโรคมะเร็ง ด้วยสถิติ Independent t – test พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

คุณภาพชีวิต คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะ

ลุกลาม 10 ด้าน แบ่งเป็น 2 สถานะ คือ สถานะสุขภาพด้านร่างกาย ประกอบด้วย 5 ด้านคือ ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านการทำหน้าที่ตามบทบาท ด้านความเจ็บปวดทางร่างกาย ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม และด้านการรับรู้สุขภาพทั่วไป และสถานะสุขภาพด้านจิตใจ ประกอบด้วย ด้านพลังกำลัง ความเหนื่อยล้า ด้านภาวะทางอารมณ์ ด้านการรับรู้หน้าที่ ด้านปัญหาทางสุขภาพ และด้านคุณภาพชีวิตทั้งหมด เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ในกลุ่มก่อนใช้แนวทางการดูแลแบบประคับประคอง และกลุ่มหลังใช้แนวทางการดูแลแบบประคับประคอง พบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต สถานะสุขภาพด้านร่างกาย และสถานะสุขภาพด้านจิตใจ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ดังตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างภายในกลุ่มหลังใช้แนวทางการดูแลแบบประคับประคอง และกลุ่มก่อนใช้แนวทางการจำแนกตามข้อมูลสถานะสุขภาพด้านร่างกาย และสถานะสุขภาพ ด้านจิตใจ 10 ด้าน

คุณภาพชีวิต	กลุ่มหลังใช้แนวทาง		กลุ่มก่อนใช้แนวทาง		t	p-value
	ค่าเฉลี่ย	S.D	ค่าเฉลี่ย	S.D		
สถานะสุขภาพด้านร่างกาย						
1. ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย	5.50	1.32	5.12	1.14	1.36	0.177
2. ด้านการทำหน้าที่ตามบทบาท	5.75	0.87	5.35	0.97	1.93	0.057
3. ด้านความเจ็บปวดของร่างกาย	6.17	1.08	3.30	0.56	14.88	0.000
4. ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม	5.97	0.69	5.42	0.68	3.58	0.011
5. ด้านการรับรู้สุขภาพทั่วไป	6.00	0.72	4.12	1.1	8.95	0.000
สถานะสุขภาพด้านจิตใจ						
1. ด้านพลังกำลังความเหนื่อยล้า	5.42	0.93	4.78	0.25	-336	0.738
2. ด้านภาวะทางอารมณ์	5.97	0.57	5.66	0.87	2.26	0.026
3. ด้านการรับรู้หน้าที่	5.74	1.25	5.63	0.49	1.61	0.111
4. ด้านปัญหาทางสุขภาพ	5.92	0.57	5.78	0.69	2.45	0.018
5. ด้านปัญหาคุณภาพชีวิต	6.07	0.62	4.56	0.4	2.95	0.004

* $P < 0.05$

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มหลังใช้แนวทางและกลุ่มก่อนใช้แนวทาง จำแนกตามคุณภาพชีวิต 10 ด้าน

คุณภาพชีวิต	กลุ่มหลัง ใช้แนวทาง		กลุ่มก่อนใช้แนวทาง		t	p-value
	ค่าเฉลี่ย	S.D	ค่าเฉลี่ย	S.D		
สถานะสุขภาพด้านร่างกาย	30.52	2.06	27.30	1.68	7.66	0.000
สถานะสุขภาพด้านจิตใจ	29.40	2.58	25.12	2.66	7.28	0.000

* $P < 0.05$

ความพึงพอใจ เมื่อพิจารณาระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็ง พบว่ากลุ่มหลังใช้แนวทางการดูแลแบบประคับประคอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจแตกต่างจาก กลุ่มก่อนใช้แนวทาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ในประเด็นการได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลอย่างชัดเจน และพยาบาลให้เวลาอันในการพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาของฉนั้น เมื่อพิจารณาระดับความพึงพอใจ พบว่า จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองมี

ความพึงพอใจต่อการดูแลระดับมาก ร้อยละ 90.0 และกลุ่มตัวอย่างก่อนใช้แนวทางการดูแลแบบประคับประคองมีความพึงพอใจต่อการดูแลระดับมาก ร้อยละ 60

2. กลุ่มโรคมะเร็งระยะเปลี่ยนผ่านและระยะท้าย

(PPS <60 %) กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย ร้อยละ 63.33 มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 100.0 อายุเฉลี่ย 70.21 ปี สถานภาพคู่ ร้อยละ 75.0 ระยะเวลาการเจ็บป่วย 1-5 ปี ร้อยละ 80.0 เป็นผู้ป่วยมะเร็ง ร้อยละ 100.0

การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care plan) การปฏิบัติกรวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care plan) ของกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะเปลี่ยนผ่านและระยะท้าย พบว่า มีการพูดคุยกับแพทย์ พยาบาลเกี่ยวกับการดำเนินโรค และอาการที่มีโอกาสเกิดขึ้นในวันข้างหน้า มีการพูดคุยกับแพทย์ พยาบาลถึงความต้องการเกี่ยวกับการดูแลในวันข้างหน้า มีการแจ้งญาติหรือบุคคลในครอบครัวทราบเกี่ยวกับความประสงค์ของตนเองเกี่ยวกับการรักษาในวันข้างหน้า และมีการลงบันทึกความต้องการของตนเป็นลายลักษณ์อักษรเกี่ยวกับการใช้หรือไม่ใช้เครื่องมือช่วยพยุงชีวิตในสถานการณ์ต่างๆ ร้อย

ละ 100.0 แต่การเลือกคนที่จะเป็นผู้ตัดสินใจแทนในอนาคตเกี่ยวกับการรักษาของตนเอง เพียงร้อยละ 70.0

ความพึงพอใจของผู้ดูแล พบว่าความพึงพอใจในการดูแลแบบประคับประคองของผู้ดูแล ต่อการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยในระยะเปลี่ยนผ่านและระยะท้าย ภาพรวมระดับมาก ($X = 4.27, SD = 0.61$) โดยมีความพึงพอใจระดับมากที่สุดในเรื่องการการบรรเทา อาการปวด การเตรียมให้ท่านพร้อมที่จะเผชิญกับสิ่งต่างๆ ที่จะเกิดขึ้น และการได้รับความรู้ และเตรียมความพร้อมในการดูแล ผู้ป่วยเมื่อต้องกลับไปอยู่ที่บ้าน

ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care outcome scale :POS) ผลการทดสอบความแตกต่างผลลัพธ์ของการดูแลการใช้แนวทางการดูแลแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยมะเร็งระยะเปลี่ยนผ่านและระยะท้าย พบว่าค่าคะแนนความรุนแรงเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care Outcome :POS)หลังการใช้แนวทางในภาพรวม ค่าคะแนนเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน ผลลัพธ์ของการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคมะเร็งและ โรคอื่นๆ

ประเด็น	n	ก่อนใช้แนวทาง		หลังใช้แนวทาง		p-value
		$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
ผลลัพธ์ของการดูแล (POS)	30	31.3	.39	26.1	.47	0.000*

* $p < 0.01$

2. ผลลัพธ์ด้านประสิทธิภาพการให้บริการพยาบาล

ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดด้านคุณภาพการให้บริการ พยาบาลแบบประคับประคอง ภาพรวมเทียบกับเป้าหมาย จากการประเมินผลลัพธ์ด้านคุณภาพในการให้บริการพยาบาลแบบประคับประคอง โดยการสุ่มตรวจเวชระเบียนผู้ป่วยระยะท้าย จำนวน 30 ฉบับ พบว่า เป็นผู้ป่วยมะเร็ง ร้อยละ 100.0 ผู้ป่วยในที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (รหัส Z51.5)

ได้รับการคัดกรองเข้าสู่ระบบการดูแลแบบประคับประคอง ร้อยละ 60.00 ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับ Strong Opioid ร้อยละ 66.6 การวางแผนการรักษาล่วงหน้า (Advance care planning) ร้อยละ 60.00 การส่งต่อการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย ร้อยละ 50.00 และการประเมินครอบครัวของผู้ป่วยภายหลังการสูญเสีย ร้อยละ 55.55 ซึ่งสูงกว่าเป้าหมาย ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ร้อยละของข้อมูลตัวชี้วัดคุณภาพการให้บริการพยาบาลหลังการใช้แนวทางการดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาล

ลำดับ	รายการประเมิน	เป้าหมาย	ผลลัพธ์
1	ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (รหัส Z51.5) ได้รับการคัดกรองเข้าสู่ระบบการดูแลแบบประคับประคอง (n=30)	>50.00	60.00
2	ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (รหัส Z51.5) ที่ได้รับการบรรเทาอาการปวด ด้วย Strong Opioid	40.00	66.66
3	การวางแผนการรักษาล่วงหน้า (Advance care planning)	>50.00	60.00
4	การส่งต่อการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย	40.00	50.00
5	การประเมินครอบครัวของผู้ป่วยภายหลังการสูญเสีย	50.00	55.55

ผลวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยตาม
แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาล
มุกดาหาร พบว่ามีปัญหาเรื่องการคัดกรองผู้ป่วยเข้าสู่
กระบวนการดูแลแบบประคับประคอง โดยเฉพาะในผู้ป่วยไตวาย
เรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต อัตราการคัดกรองได้
ตามเกณฑ์ปฏิบัติได้เพียงร้อยละ 60.00 ได้รับการบรรเทาอาการ
ปวด ด้วย strong opioid ร้อยละ 66.66 แต่ยังขาดแนวปฏิบัติการ
พยาบาลและเครื่องมือการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกที่เหมาะสม
กับผู้ป่วย ในแต่ละระยะ และในแต่ละมิติ เช่นมิติกาย จิตใจ สังคม
อารมณ์ จิตวิญญาณ ดังนั้นจึงเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องพัฒนาแนว
ปฏิบัติการพยาบาลและเครื่องมือการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกที่
เหมาะสมกับผู้ป่วย ในแต่ละระยะ และในแต่ละมิติ เช่นมิติกาย
จิตใจ สังคม อารมณ์ จิตวิญญาณ โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคไตวาย
เรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นและขาดการคัดกรอง
เข้าสู่กระบวนการดูแลแบบประคับประคอง

อภิปรายผล

1. ผลลัพธ์ด้านคุณภาพการให้บริการพยาบาล

คุณภาพชีวิตกลุ่มโรคระยะเรื้อรังในระยะลุกลาม PPS < 60 % ค่า
คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มหลังใช้แนวทางกับกลุ่ม
ก่อนใช้แนวทางการดูแลแบบประคับประคอง พบว่า มีความ
แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) โดย สถานะ
สุขภาพด้านร่างกายของกลุ่มใช้แนวทางการดูแลแบบ
ประคับประคอง มี คุณภาพชีวิตปานกลาง ร้อยละ 75.0 สถานะ
สุขภาพด้านจิตใจ คุณภาพชีวิตปานกลางร้อยละ 62.5 กลุ่มก่อน
ใช้แนวทางสถานะสุขภาพด้านร่างกาย มี คุณภาพชีวิตปานกลาง
ร้อยละ 40.0 สถานะสุขภาพด้านจิตใจ คุณภาพชีวิตปานกลางร้อย
ละ 32.5 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มารยาท สุจริตรกุล
(2562) (พรเลิศ ฉัตรแก้ว ,2556) พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมี
คุณภาพชีวิตอยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 89.1

ความพึงพอใจ ของผู้ป่วยและเรื้อรังระหว่างกลุ่มใช้แนว
ทางการดูแลแบบประคับประคอง และกลุ่มก่อนใช้แนวทางการ
ดูแลแบบประคับประคอง พบว่ากลุ่มใช้แนวทางการดูแลแบบ
ประคับประคอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจแตกต่างจาก
กลุ่มก่อนใช้แนวทาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ซึ่ง
หมายถึง กลุ่มใช้แนวทางการดูแลแบบประคับประคอง มีความพึง
พอใจมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับทุกการศึกษา เช่น การศึกษาของ
รุตินันท์ อัครเดชอนันต์ และพิบูล พรพิบูลย์ (2561)⁹ ศึกษา
ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับ การดูแล
แบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะเรื้อรัง พบว่าคะแนนความพึงพอใจ
ต่อกิจกรรมการดูแลในระดับมากขึ้นไปเพิ่มขึ้นในกลุ่มที่ใช้แนว
ปฏิบัติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ มารยาท สุจริตรกุล
(2562) ภาพรวมของความพึงพอใจในการดูแลแบบประคับประคอง
ของผู้ป่วยและ ครอบครัวอยู่ในระดับ พึงพอใจมาก

การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care plan)
ในกลุ่มโรคระยะเรื้อรังระยะเปลี่ยนผ่านและระยะท้าย พบว่ามีกรวาง
แผนการดูแลล่วงหน้า (advance care plan) ร้อยละ 100.0 แต่
การเลือกคนที่จะเป็นผู้ตัดสินใจแทนในอนาคตเกี่ยวกับการรักษา
ของตนเอง เพียงร้อยละ 70.0 แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของวาง
แผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care plan) ที่ช่วยให้ผู้ป่วยและ
ครอบครัวมีความเข้าใจ และสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการ
ดูแลล่วงหน้า สอดคล้องกับแนวคิดของ Kirschner ,2005&
Starks,2007 อ้างใน พรเลิศ ฉัตรแก้ว ,2556) (ศิริรัตน์ ปานอุทัย
,2563) กล่าวว่า เป็นกระบวนการที่มีจุดหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วย
ได้รับการดูแลทางทางการแพทย์ที่สอดคล้องกับคุณค่า ความ
ปรารถนาและเป้าหมายในการดูแล (goals of care) ของผู้ป่วย
ทั้งนี้ผลที่เกิดขึ้นเนื่องจาก การจัดการบริการในโรงพยาบาลมุกดาหาร
เน้นการจัดการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นจุดตั้งต้นทำให้
ผู้ป่วยระยะสุดท้ายทุกรายได้กำหนดเป้าหมายและตัดสินใจเรื่อง
การรักษาร่วมกัน

**ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care
outcome scale :POS)** พบค่าคะแนนความรุนแรงเฉลี่ยผลลัพธ์
การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care Outcome
:POS)หลังการใช้แนวทางในภาพรวม ค่าคะแนนเฉลี่ยลดลงอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ผู้ป่วยมีอาการปวดลดลง ความรู้สึก
หงุดหงิดหรือกังวลใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยลดลง ครอบครัวมี
ความกังวลเกี่ยวกับผู้ป่วยลดลง ผู้ป่วยมีเศร้าใจลดลง และผู้ป่วย
รู้สึกดีกับตัวเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมารยาท สุจริตร
กุล (2562) พบว่าคะแนนความรุนแรงเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย
แบบประคับประคอง (Palliative care Outcome :POS) หลัง
ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยลดลง
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

ผลลัพธ์ด้านประสิทธิภาพการให้บริการพยาบาล และ
ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดด้านคุณภาพการให้บริการ พยาบาลแบบ
ประคับประคอง ภาพรวมเทียบกับเป้าหมาย ผู้ป่วยนอกและ
ผู้ป่วยในที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (รหัส Z51.5)
ได้รับการคัดกรองเข้าสู่ระบบการดูแลแบบประคับประคอง ร้อย
ละ 60.0 66 การประเมินระดับความรุนแรงของอาการครอบคลุม
ปัญหาด้วยแบบประเมิน ESAS ทุกวันในขณะที่อยู่โรงพยาบาล ร้อย
ละ 53.33 การประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
(Palliative care Outcome Scale: POS ร้อยละ 50.0 ซึ่งได้ตาม
เกณฑ์เป้าหมาย การศึกษานี้เป็นการศึกษาในกลุ่มระยะเรื้อรัง ซึ่ง
โรงพยาบาลมุกดาหารยังจำกัดการดูแลแบบประคับประคอง
เฉพาะผู้ป่วยระยะเรื้อรัง ส่วนผู้ป่วยโรคอื่นๆ เช่น โรคไตวายเรื้อรังระยะ
สุดท้าย มีการจัดการบริการแต่ยังไม่มีแนวทางการคัดกรองเข้าสู่
ระบบการดูแลที่ชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับ ผลการศึกษาของ วนิษา
พิงชมพู (2557) (สุกัญญา ยงสว่าง ธนวรรณ สีนประเสริฐ และ
ปรณิ เตชรัตน์ ,2558) พบว่าในประเทศไทยยังไม่มีรูปแบบการ

ดูแลระยะสุดท้ายที่ชัดเจนเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยกลุ่มโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายทำให้ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานและอาการแทรกซ้อน จึงมีความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการดูแลระยะสุดท้ายของผู้ป่วยกลุ่มนี้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริรัตน์ ปานอุทัย (2563) (ทัศนีย์ เทศประสิทธิ์ และคณะ, 2556) พบว่าผู้สูงอายุที่เสียชีวิตจากโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ภาวะหัวใจล้มเหลว และที่มีโรคร่วมมากกว่า 1 โรค เป็นกลุ่มที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการแบบประคับประคอง เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายหลักของการดูแลแบบประคับประคองยังคงเป็นผู้ป่วยมะเร็ง ดังนั้น ผลของการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลมุกดาหาร จึงเป็นข้อมูลพื้นฐานนำไปสู่การสร้างกลยุทธ์เพื่อพัฒนาสมรรถนะและประสิทธิภาพของพยาบาลประคับประคองต่อไป

ความพึงพอใจของผู้ดูแล พบว่าความพึงพอใจของผู้ดูแล ต่อการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยในระยะเปลี่ยนผ่านและระยะท้าย ภาพรวมระดับมาก ($X = 4.27$, $SD = 0.61$) การวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ มารยาท สุจริตรกุล (2562) สุกัญญา ยงสว่าง และคณะ (2558) World Health Organization, 2019) และ ทัศนีย์ เทศประสิทธิ์ และคณะ (2556) (National Health Commission Office, 2014) ครอบครัวและผู้ดูแลจะมีความพึงพอใจมากเพราะได้รับการดูแลการทุกข์ทรมาน ใส่ใจกับความต้องการของผู้ป่วย

ผลวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลมุกดาหาร พบการคัดกรองสู่กระบวนการดูแลแบบประคับประคองล่าช้า ทำให้อัตราการคัดกรองผู้ป่วยอยู่ในระยะลุกลามแต่อาการคงที่ ระยะเปลี่ยนผ่านและระยะท้ายแม้ว่าจะได้ตามเกณฑ์ในผู้ป่วยมะเร็งกว่าเกณฑ์ แต่ในผู้ป่วยโรคอื่นเช่นไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไตยังเข้าระบบดูแลแบบประคับประคองน้อยมาก สอดคล้องกับ ผลการศึกษาของ วณิช พิงชมพู (2557) พบว่าในประเทศไทยยังไม่มีรูปแบบการดูแลระยะสุดท้ายที่ชัดเจนเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยกลุ่มโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายทำให้ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานและอาการแทรกซ้อน จึงมีความจำเป็นในการพัฒนาเกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเข้าสู่ระบบดูแลแบบประคับประคองระดับประคับประคองซึ่งสอดคล้องกับหลักการขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2014)¹⁵ ควรประเมินเพื่อค้นหาผู้ป่วยที่เข้าข่ายแต่เนิ่นๆ เพื่อประเมินสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวแต่ละราย (เต็มศักดิ์ พิงค์ศรี, 2556) ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต

2. ขาดแนวปฏิบัติการพยาบาลและเครื่องมือการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ในแต่ละระยะแต่

ละโรค และในแต่ละมิติ เช่นมิติกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ จิตวิญญาณ เพื่อสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น จึงนำไปสู่การแก้ไขปัญห (Act) และการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous) พยาบาลยังขาดสมรรถนะการดูแลแบบองค์รวมด้านร่างกาย และจิตใจ ประเมินได้จากการได้รับ การคัดกรองเข้าสู่ระบบการดูแลแบบประคับประคอง ร้อยละ 60.0 66 การประเมินระดับความรุนแรงของอาการครอบคลุมปัญหาด้วยแบบประเมิน ESAS ทุกวันในขณะอยู่โรงพยาบาล ร้อยละ 53.33 การประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care Outcome Scale: POS ร้อยละ 50.0 สมรรถนะจากการวิเคราะห์และจากการประเมินผลลัพธ์การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคองพบว่าสมรรถนะพยาบาลไม่เพียงพอ จำเป็นต้องพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรทางการพยาบาล ซึ่งในระยะเวลาพัฒนาในวงจร เดมมิง (Deming cycle) รอบที่ 2 ในขั้นตอนการวางแผนผู้วิจัยได้ทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ เช่นผลงานวิจัย และแนวปฏิบัติอื่นที่เป็นการดูแลแบบประคับประคองมาพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย แบบประคับประคอง ขึ้นภายใต้ความร่วมมือของทีมผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลมุกดาหาร โดยยึดเป้าหมายหลักการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระยะสุดท้ายที่สำคัญคือคุณภาพชีวิตที่ดี (Quality of Life) (National Health Commission Office, 2014&WHO, 2014)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หากต้องการผลลัพธ์ที่ดีขึ้นควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล รายโรคเพื่อให้สอดคล้องกับปัญหา และควรมีการใช้แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยงานอย่างสม่ำเสมอ และมีกระบวนการนิเทศทางการพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ เพื่อนำผลการนิเทศมาปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพดียิ่งขึ้น

2. ควรเสนอเป็นนโยบายนำรูปแบบนี้ไปขยายผลการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระดับเขตสุขภาพที่ 10

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยเชิงทดลอง วัดผลลัพธ์เกี่ยวกับจำนวน วันนอน ค่าใช้จ่าย ในหอผู้ป่วย

2. ควรมีการทำวิจัยติดตามผลการดูแลต่อเนื่อง จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต และมีการติดตามว่าแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติตามเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตหรือไม่

เอกสารอ้างอิง

- National Health Security Office. (2559). Handbook of the Long term Health Care System for the Dependent Elderly Stage. National Health Security Office. (In Thai).
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.). (2561). คู่มือผู้ให้บริการสาธารณสุข กฎหมายและแนวทางการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. พิมพ์ครั้งที่ 8. นนทบุรี: บริษัทสามดีพรินต์อวิชั่น จำกัด .
- กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. (2543). การประกันคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล: งานบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- สำนักการพยาบาล.(2559).ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองปทุมธานี : สำนักพิมพ์สื่อตะวันจำกัด.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร.(2561). เอกสารตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร ปีงบประมาณ 2561. (เอกสารอัดสำเนา).
- มารยาท สุจริตวรกุล. (2562). ผลของการใช้แนวทางการดูแลแบบประคับประคองต่อคุณภาพชีวิต และผลลัพธ์ของการดูแลของผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลชลบุรี. วารสารโรงพยาบาลชลบุรี, 44(2),97-108.
- ฐิติณัฐ อัครเดชอนันต์ และพิบูล พรพิบูลย์. (2561). ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับ การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็ง.พยาบาลสาร, 45(3), 69-82.
- พรเลิศ ฉัตรแก้ว .(2556). การวางแผนล่วงหน้าเพื่อแสดงความปรารถนาในวาระสุดท้ายของชีวิต. ลักษมี ชาญเวช ดุสิต สถาวร (บรรณาธิการ). The DAWN of PALLIATIVE CARE in THAILAND.(189-198). กรุงเทพฯ: บริษัทบียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- วนิชา พิงชมภู.(2557). สถานการณ์การดูแลระยะสุดท้ายในผู้สูงอายุไทยโรคไตวายเรื้อรัง. พยาบาลสาร41(4), 166-177.
- ศิริรัตน์ ปานอุทัย.(2563). การพยาบาลแบบประคับประคองในผู้สูงอายุ (Palliative Care Nursing for Older Persons).พยาบาลสาร ,47(1),454-464.
- สุกัญญา ยงสว่าง ชนวรรณ สีนประเสริฐ และปราณี เตชรัตน์ (2558) . พัฒนารูปแบบการดูแล ผู้ป่วยระยะ สุดท้าย แบบประคับประคอง วารสารการแพทย์ เขต 4,5. 34 (3),236-47.
- ทัศนีย์ เทตประสิทธิ์ และคณะ. (2556). การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลอุดรธานี. วารสารการพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 23(1), 80-90.
- World Health Organization. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life 1014.[Electronic version]. Retrieved October 6, 2019 Retrieved from http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf.
- 14.เต็มศักดิ์ พิงรัศมี. (2556). ทรรศนะทางจริยศาสตร์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้เสียชีวิต.ลักษมี ชาญเวช ดุสิต สถาวร (บรรณาธิการ). The DAWN of PALLIATIVE CARE in THAILAND.(189-198). กรุงเทพฯ: บริษัทบียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- National Health Commission Office. (2014).National Policy on Palliative Care in Thailand. [online] Available at [2019 August24].https://en.nationalhealth.or.th/wpcontent/uploads/2017/11/NationalPolicyonPCare2015_09_17-1.pdf.

ระบบการเฝ้าระวังป้องกันการป่วยซ้ำผู้ป่วยจิตเภทโดยการมีส่วนร่วมอำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี :
กรณีศึกษาตำบลนาเกตุ อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี

Surveillance systems track repeat schizophrenia patient patient protection in Khokpho district network Pattani Province. : Case study in Naketu Village, Khokpho district Pattani Province.

(Received: July 20 ,2020 ; Accepted: September 1 ,2020)

สุจิตรา ลักษณะ พบ.

Sujitra Luksana MD.

โรงพยาบาลโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี

Khokpho district Pattani Province.

บทคัดย่อ

การวิจัยเป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระบบการเฝ้าระวังป้องกันการป่วยซ้ำผู้ป่วยจิตเภทโดยการมีส่วนร่วมอำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติ แก่นนำเครือข่ายในชุมชน 30 คน และผู้ป่วยจิตเภท 27 คน เก็บข้อมูลโดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่มแบบมีส่วนร่วม Discussion ORID Method : ORID นำผลจากการสนทนากลุ่มมาพัฒนา 7 ขั้นตอน และใช้แบบประเมินความสามารถในการใช้ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท (Global Assessment of Functioning Scale : GAF) วิเคราะห์ข้อมูลแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ

ผลการวิจัย พบว่ามี 4 กระบวนการ 1) การเฝ้าระวังการป่วยซ้ำ มีการจัดฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเภทเป็นรายบุคคล โดยแบ่งประเภทผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่ม ในการดูแล 2) ดูแลระยะวิกฤตฉุกเฉิน มีระบบการดูแลช่วยเหลือโดยทีมเครือข่ายอย่างมีขั้นตอน 3) การรักษาพัฒนาตามระบบ Service plan จากโรงพยาบาลแม่ข่าย สู่วิทยาลัยลูกข่าย ขยายผลสู่เครือข่ายในชุมชน และ 4) การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยจิตเภท โดยการส่งเสริมอาชีพ ดังนั้น การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน ซึ่งประกอบด้วย ครอบครัว/ผู้ดูแล ผู้ป่วยและภาคีเครือข่ายในชุมชน เป้าหมายอันสูงสุดคือผู้ป่วยจิตเภทสามารถใช้ชีวิตในครอบครัวและชุมชนได้อย่างปกติสุข ในบริบทสังคมที่เป็นอยู่จริง และเกิดความยั่งยืน ต่อเนื่อง

คำสำคัญ : ระบบการเฝ้าระวังป้องกันการป่วยซ้ำ ผู้ป่วยจิตเภท การมีส่วนร่วม

Abstract

This participatory action research aimed to study the surveillance systems for relapse prevention in schizophrenic patients through participatory networks in Khokpho District, Pattani Province. The study applied a purposive sampling method based on qualifications to select 30 participants from community leadership networks and 27 schizophrenic patients. A Discussion ORID Method (ORID) and a Global Assessment of Functioning Scale (GAF) were employed as instruments to take the results of focused group discussion to develop into seven steps, and to assess the ability to live a life of schizophrenic patients respectively. Data were analyzed using frequency distribution and percentage.

The finding demonstrated four processes as followed: 1) during the surveillance of relapse prevention, the database of schizophrenic patients were managed individually by classifying

them into three groups for treatment 2) the networks have systemic caring system during the emergency phase 3) the treatment is in accordance with the Service Plan, that is from host to network hospitals, and to networks in community and 4) the patients were rehabilitated through supporting vocational skills. Therefore, the participation of community networks including family/caregivers facilitated patients to live a normal life with their family and community in a real social context to achieve sustainability and continuity.

Keywords: Surveillance System for Relapse Prevention, Schizophrenic Patients, Participation

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่รุนแรงและพบบ่อยที่สุด เป็นโรคที่มีอาการเจ็บป่วยเรื้อรังรักษาแล้วกลับมาเป็นๆหายๆได้ตลอดเวลา หากไม่ได้รับการบำบัดรักษาอย่างถูกต้องเหมาะสม เป็นเหตุให้ความผิดปกติทางจิตทวีความรุนแรงขึ้น จนก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรงต่อชีวิต ร่างกาย หรือทรัพย์สินของตนเองหรือผู้อื่น ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคมและทรัพยากรในด้านต่างๆ อย่างมหาศาล จากการทบทวนพบว่าโรคจิตเภทมีอาการกำเริบและกำเริบซ้ำถึงร้อยละ 50-70 และยังพบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มารับการรักษาครั้งแรก และภายในระยะ 5 ปี มีอาการกำเริบและกลับเป็นซ้ำร้อยละ 81.90 (Lindstrom & Bingerfor, 2000) จะเห็นได้ว่าโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีการเจ็บป่วยที่ใช้เวลารักษานาน ซึ่งในจำนวนนี้มีมากกว่าร้อยละ 50 จากผลการเจ็บป่วยแต่ละครั้งทำให้ผู้ป่วยที่เป็นโรคต้องกลายเป็นบุคคลที่ความสามารถลดลง ส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของร่างกายและการดำรงชีวิตประจำวันลดลง การปฏิบัติตามแผนการรักษาพร่อง (อรพรรณ ลีอนุชวชัย, 2554) เช่น การรับประทานยาตามแผนการรักษา (ภารดี การเร็ว, 2541) การไม่มาตามนัดพบแพทย์ และการใช้สารเสพติด (Baker, 1995 ; Chen, 1991) เป็นต้น ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลทำให้เกิดอาการทางจิตค่อยๆทวีความรุนแรงมากขึ้น ทำให้ต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลบ่อยๆ และผู้ดูแลต้องรับภาระในการดูแลรักษาที่เพิ่มขึ้น ซึ่งปัจจุบันนโยบายการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลมุ่งเน้นให้การรักษาในระยะเฉียบพลันเพื่อบรรเทาอาการ

ทางจิตที่รุนแรง หรือกำเริบเท่านั้น ซึ่งหากอาการทางจิตสงบ ผู้ป่วยจะถูกจำหน่ายสู่ครอบครัวและชุมชน (กรมสุขภาพจิต, 2548) และการที่ผู้ป่วยจิตเภทจะอยู่ในชุมชนได้อย่างต่อเนื่อง และไม่เกิดอาการกำเริบซ้ำจึงควรมีแนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยพบว่าการให้ความรู้ที่ครอบคลุม ให้ครบทุกประเด็น ได้แก่ สาเหตุ อาการ วิธีการรักษา ยาและผลข้างเคียง การสังเกตอาการกำเริบ สถานที่รักษา สามารถลดการป่วยซ้ำลงได้ (ณัฐติกา ชูรัตน์, 2559)

อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานีเป็นหนึ่งในจังหวัดชายแดนใต้ที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ ที่ส่งผลต่อผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ท่ามกลางสถานการณ์ที่ไม่ปกติ ที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชมีอาการกลับเป็นซ้ำมากขึ้น จากความเครียดของสถานการณ์ฯ ซึ่งพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ความไม่สงบฯ มีความเครียดมากกว่าผู้ดูแลที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ปกติ (บรรเจิด ทิพย์นุรักษ์, 2551) โรงพยาบาลโคกโพธิ์เป็นโรงพยาบาลระดับ F1 ขนาด 60 เตียง (พึ่งตนเอง) รับผิดชอบ 12 ตำบล รับการปรึกษาจากจิตแพทย์ที่ โรงพยาบาลแม่ข่าย คือ โรงพยาบาลปัตตานี มีผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการในโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น โดยมียอดสะสมในคลินิกจิตเวชดังนี้ ปีพ.ศ.2557-2561 จำนวน 328 ราย โรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุด คือ โรคจิตเภท คิดเป็นร้อยละ 50.00 โดยพบว่าอาการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ในภาวะวิกฤตฉุกเฉินทางจิตเวช พบว่าในปี 2558 พบมากถึง 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.11 โดยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ขาดการ

รับประทานยา ไม่มีผู้ดูแล ขาดการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว ผู้ป่วยโดนทอดทิ้งจากครอบครัว เนื่องจากครอบครัวต้องไปประกอบอาชีพที่ประเทศมาเลเซีย ผู้ป่วยต้องอยู่ตามลำพัง ขาดความรู้ในการดูแลตนเองและการรักษา เมื่อมีอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยเป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่จะเป็นอันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วยและผู้อื่นจากอาการที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะหลงผิด หูแว่ว ประสาทหลอน หงุดหงิด ก้าวร้าว จะก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตและทรัพย์สิน ชุมชนหวาดกลัว ครอบครัวเบื่อหน่ายเกิดอคติในครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลสูญเสียค่าใช้จ่ายสูงในการรักษาและการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการตติยภูมิ สุดท้ายผู้ป่วยจิตเวชเหล่านี้หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลก็กลับสู่ชุมชน ซึ่งหนึ่งในจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบซ้ำหรือเกิดวิกฤตฉุกเฉินทางจิตเวชของอำเภอโคกโพธิ์ โดยพบว่าเป็นเหตุการณ์ที่รุนแรง และไม่เคยพบเจอมาก่อน เป็นผู้ป่วยนิติจิตเวช คือ ช่างมารดา ช่างกรรยา ช่างบุตร เกิดขึ้นที่ตำบลนาเกตุ ผู้ป่วยจิตเวชรายนี้ส่งไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ เมื่อมีอาการดีขึ้น ก็เข้าสู่กระบวนการยุติธรรม และเมื่อพ้นโทษมาก็กลับมาอยู่ในชุมชน ส่งผลให้คนในชุมชนเกิดความหวาดกลัวหวาดระแวง

จากปัญหาดังกล่าวของพื้นที่จึงได้ดำเนินการระบบการเฝ้าระวังป้องกันการป่วยซ้ำ ผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมอำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี : กรณีศึกษาตำบลนาเกตุ อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานีขึ้น น่าจะทำให้ผู้ป่วยลดอาการป่วยซ้ำลงได้ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระบบการเฝ้าระวังป้องกันการป่วยซ้ำผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมอำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานีขึ้น ซึ่งในการพัฒนาคุณภาพดังกล่าวเป้าหมายอันสูงสุดคือผู้ป่วยจิตเวชสามารถใช้ชีวิตในครอบครัวและชุมชนได้อย่างปกติสุข อัตราการกำเริบซ้ำลดลง และเพื่อเป็นการเสริมสร้างความมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เกิดการดูแลช่วยเหลือกัน ร่วมคิดร่วมทำ ร่วมกันรับผิดชอบ ที่มีประสิทธิภาพตาม

ทักษะของประชาชนในบริบทสังคมที่เป็นอยู่จริง และเกิดความยั่งยืนต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระบบการเฝ้าระวังป้องกันการป่วยซ้ำผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมอำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) เพื่อศึกษาระบบการเฝ้าระวังป้องกันการป่วยซ้ำผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมอำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี : กรณีศึกษาตำบลนาเกตุ อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ คัดเลือกกลุ่มแบบเฉพาะเจาะจง โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้คือ

1) ประชากรในตำบลนาเกตุ ที่เป็นแกนนำเครือข่ายในชุมชน เป็นตัวแทนของชุมชนจำนวน 30 คน ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเกตุ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา คณะกรรมการสุขภาพจิตประจำตำบล ครู ทหารพราน ชุดรักษาความปลอดภัยประจำหมู่บ้าน กู้ชีพ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ปลัดตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานจิตเวช สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ที่อาศัยอยู่ในตำบลนาเกตุมากกว่า 1 ปี

2) ผู้ป่วยจิตเวชในตำบลนาเกตุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเวช ที่กลับเป็นซ้ำภายในปี 2558-2562 ไม่จำกัดเพศ สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยจำนวน 27 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ผู้วิจัยใช้เครื่องมือในการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นการประยุกต์ใช้เทคนิควิธีการมีส่วนร่วมของชุมชนด้วยกระบวนการสนทนาอย่างเป็นระบบ ซึ่งเป็นกระบวนการสนทนาในกลุ่มแบบมีส่วนร่วม Discussion ORID Method : ORID (วิรัตน์ ปานศิลา, 2554)

2. แบบประเมินความสามารถในการใช้ชีวิต โดยทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท (Global Assessment of Functioning Scale : GAF) (เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี, ชิตชนก โอภาสวัฒนา และชลลดา จารุศิริชัย, 2561) นำมาใช้โดยไม่ได้อดัดแปลง

วิธีดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 ระยะเตรียมความพร้อม โดยผู้วิจัยร่วมกับเครือข่ายศึกษาสภาพปัญหาและร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูลผู้ป่วยจิตเวช เตรียมชุมชนประสานผู้รับผิดชอบและเครือข่ายในพื้นที่ ผู้นำ/ผู้บริหาร แกนนำเครือข่ายต่างๆ ผู้นำศาสนา ผู้นำชุมชน ทหารพราน กู้ชีพกู้ภัย ชุดรักษาความปลอดภัยหมู่บ้าน จำนวน 30 คน โดยการใช้การพูดคุยการสนทนากลุ่ม

ขั้นตอนที่ 2 ระยะการจัดการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังป้องกันการป่วยซ้ำผู้ป่วยจิตเภทรูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมแก่แกนนำภาคีเครือข่ายในชุมชน จำนวน 30 คนโดยใช้เทคนิควิธีการมีส่วนร่วมของชุมชนด้วยกระบวนการสนทนากลุ่มแบบมีส่วนร่วม (Discussion ORID Method) ประกอบด้วยการถามที่นำกลุ่มไปสู่การสนทนาอย่างเป็นระบบตามเส้นทาง เพื่อพากลุ่มผ่านระดับความลึก 4 ระดับ ได้แก่ วัตถุประสงค์ (objective) การไตร่ตรอง (reflective) การตีความ (interpretative) และการตัดสินใจ (decisional) ซึ่งกระบวนการสนทนาตามโครงสร้างนี้จะช่วยให้กลุ่มเข้าถึงความหมาย รู้แจ้งเกิดปัญญาอย่างลึกซึ้งกับผู้เกี่ยวข้องโดยการตั้งประเด็นคำถามที่เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

ดังนี้ 1) เห็นอะไรในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน 2) รู้สึกอย่างไรต่อผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน 3) จะทำอย่างไรต่อผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และ 4) จะตัดสินใจหรือทำอะไรให้กับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน แก่ ทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลโคกโพธิ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเกตุ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา คณะกรรมการสุขภาพจิตประจำตำบล ครู ทหารพราน ชุดรักษาความปลอดภัยประจำหมู่บ้าน กู้ชีพ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ปลัดตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลและให้สมาชิกเขียนข้อความตามความคิดของตนเองใส่บนกระดาษที่แจกแล้วนำมาติดรวมกันในกระดาษคลิปปาร์ตโดยแยกแต่ละประเด็น และนำผลที่ได้จากการทำสนทนากลุ่มมาวิเคราะห์ข้อมูล และเกิดแผนการปฏิบัติการ

ขั้นตอนที่ 3 จัดทำแผนปฏิบัติการวิจัย ที่ได้จากขั้นตอนที่ 2 นำไปสู่การปฏิบัติตามแผนกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 กิจกรรม จัดอบรมให้ความรู้เรื่องโรคทางจิตเวช และจิตเวชฉุกเฉิน แนวทางการรักษา

กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมการจำกัดพฤติกรรมในกรณีผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง พร้อมฝึกปฏิบัติจริงแก่ภาคีเครือข่ายชุมชน

กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมการซ้อมแผนเผชิญเหตุในพื้นที่ กรณีมีผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินทางสุขภาพจิตและจิตเวช

กิจกรรมที่ 4 กิจกรรมการจัดระบบการเฝ้าระวังป้องกันการป่วยซ้ำผู้ป่วยจิตเภทตั้งแต่ในคลินิกจิตเวชของโรงพยาบาลสู่เครือข่ายชุมชนในระบบสาธารณสุข โดยการจัดฐานข้อมูลและจัดทำทะเบียนรายบุคคลในตำบล พร้อมประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วย ถึงความต้องการการดูแลรักษาและระบบการส่ง โดยการแบ่งประเภทผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่ม โดยใช้แบบประเมินสำหรับวัดความสามารถดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิต Global

Assessment of Function : GAF (เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี, ชิดชนก โอภาสวัฒนา และชลดา จารุศิริชัย, 2561) เพื่อการติดตามดูแลต่อเนื่องดังนี้

4.1. กลุ่มที่มีปัญหาซับซ้อนอาการทางจิตรุนแรง Global Assessment of Function (GAF) ≤ 50 คะแนน (ประเภทแดง) กำหนดการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยด้วยทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาล ร่วมกับทีมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อวิเคราะห์ปัญหาาร่วมกัน และหาแนวทางแก้ไข ปัญหาเร่งด่วน

4.2. กลุ่มที่มีปัญหาซับซ้อนอาการทางจิตรุนแรงปานกลาง Global Assessment of Function (GAF) อยู่ในช่วง 51-70 คะแนน (ประเภทเหลือง) ให้ติดตามเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานจิตเวชประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยประเมินปัญหาและส่งต่อข้อมูลมายัง โรงพยาบาล

4.3. กลุ่มที่มีปัญหาซับซ้อนอาการทางจิตรุนแรงเล็กน้อย Global Assessment of Function (GAF) อยู่ในช่วง 71-100 คะแนน (ประเภทเขียว) ติดตามเยี่ยมโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและเครือข่ายในชุมชน ประเมินปัญหาและส่งต่อข้อมูลมายังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และส่งข้อมูลมาโรงพยาบาล

ขั้นตอนที่ 4 ชี้แจงและนำระบบการเฝ้าระวังป้องกันการป่วยซ้ำผู้ป่วยจิตเวชไปใช้โดยทีมเครือข่าย

ขั้นตอนที่ 5 ประเมินผลการนำระบบการเฝ้าระวังป้องกันการป่วยซ้ำผู้ป่วยจิตเวชโดยทีมเครือข่ายไปใช้และปรับปรุงแก้ไข

ขั้นตอนที่ 6 นำแบบระบบการเฝ้าระวังป้องกันการป่วยซ้ำผู้ป่วยจิตเวชโดยทีมเครือข่ายไปใช้จริง

ขั้นตอนที่ 7 ประเมินผลระบบการเฝ้าระวังป้องกันการป่วยซ้ำผู้ป่วยจิตเวชโดยทีมเครือข่าย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่คำนวณค่าร้อยละ

ผลการศึกษา

ระบบการเฝ้าระวังป้องกันการป่วยซ้ำผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมอำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี ใช้กระบวนการสนทนากลุ่มแบบมีส่วนร่วม (Discussion ORID Method) พบว่า

1. ผลการสนทนากลุ่ม โดยการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่าย จำนวน 30 คน พบว่ามีอายุระหว่าง 41-50 ปี จำนวน 15 คน พบเพศชาย จำนวน 16 คน เพื่อทราบปัญหาและความต้องการในการเฝ้าระวังป้องกันการป่วยซ้ำผู้ป่วยจิตเวช เพื่อนำไปสู่การวางแผนการดูแลร่วมกันอย่างเป็นระบบต่อเนื่อง ดัง ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการสนทนากลุ่มภาคีเครือข่าย

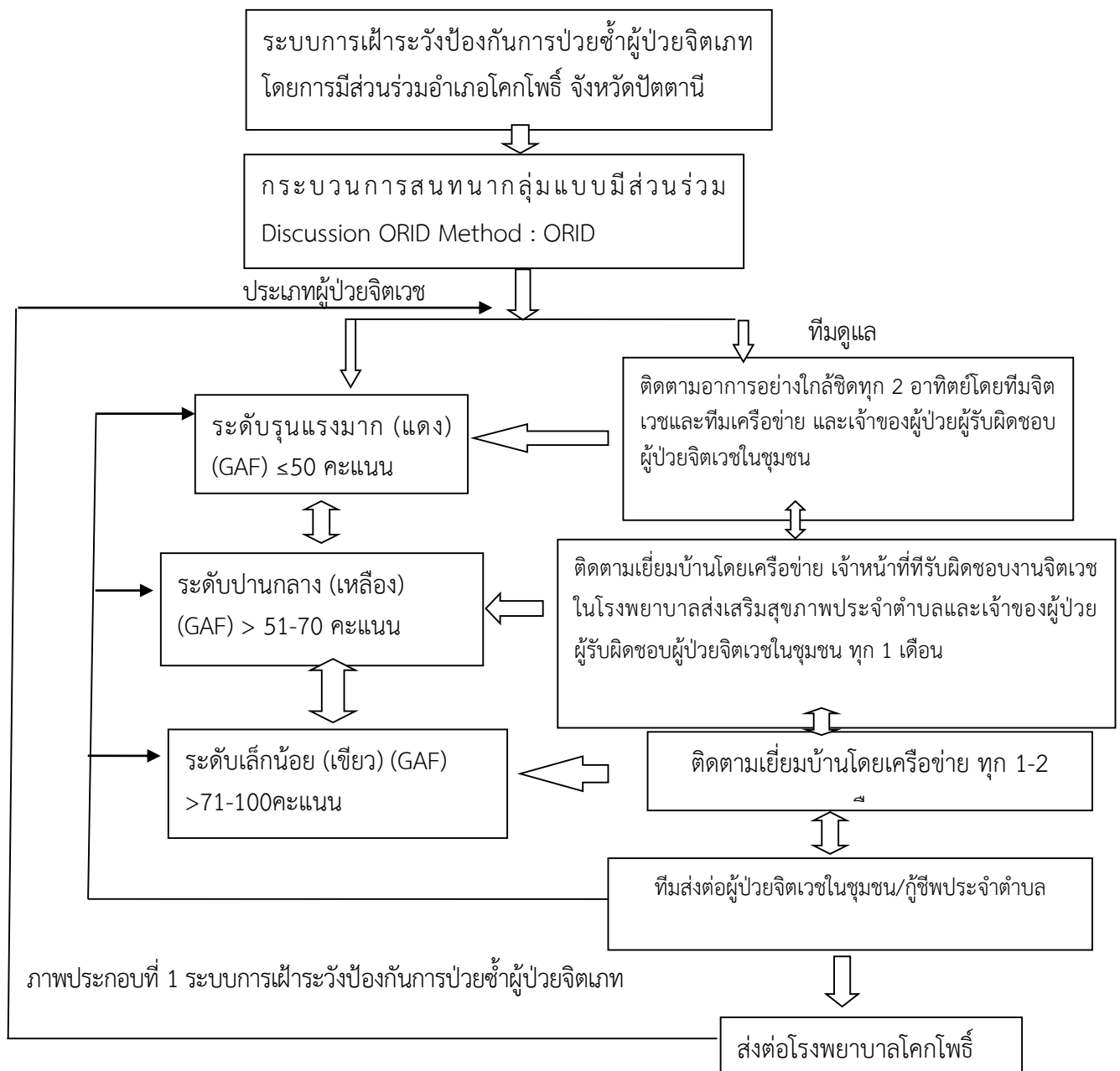
ปัญหาของทีมภาคีเครือข่าย	ความต้องการในการช่วยเหลือ
1. ทีมภาคีเครือข่ายขาดความรู้เรื่องโรคจิตเวช	1. การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเวช
2. ทีมภาคีเครือข่ายขาดความรู้ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชในภาวะวิกฤตฉุกเฉิน	1. การให้ความรู้ทักษะการดูแลช่วยเหลือในภาวะวิกฤต 2. การซ่อมแผนเผชิญเหตุในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชในภาวะวิกฤต
3. ระบบการดูแลต่อเนื่องในการเฝ้าระวังป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเวช	1. จัดระบบการดูแลโดยการมีส่วนร่วม 2. การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องโดยทีมสหวิชาชีพและทีมเครือข่าย 3. ระบบการส่งต่อ

2. หลังจากการดำเนินกิจกรรม ระบบการเฝ้าระวังป้องกันการป่วยซ้ำผู้ป่วยจิตเภทโดยการมีส่วนร่วม ผลการศึกษาพบว่า มี 4 กระบวนการดังต่อไปนี้

2.1 กระบวนการเฝ้าระวังการป่วยซ้ำผู้ป่วยจิตเภท พบว่า มีการจัดฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเป็นรายบุคคล จำนวน 27 คน พบว่าอายุอยู่ระหว่าง 31- 40 ปี และ 41- 50 ปี ร้อยละ 33.33 ตามลำดับ เพศชายร้อยละ 66.67 มีผู้ดูแลหลัก คือ บิดา/มารดา มากสุดร้อยละ 48.15 รองลงมาคือ พี่สาวร้อยละ 33.33 ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ

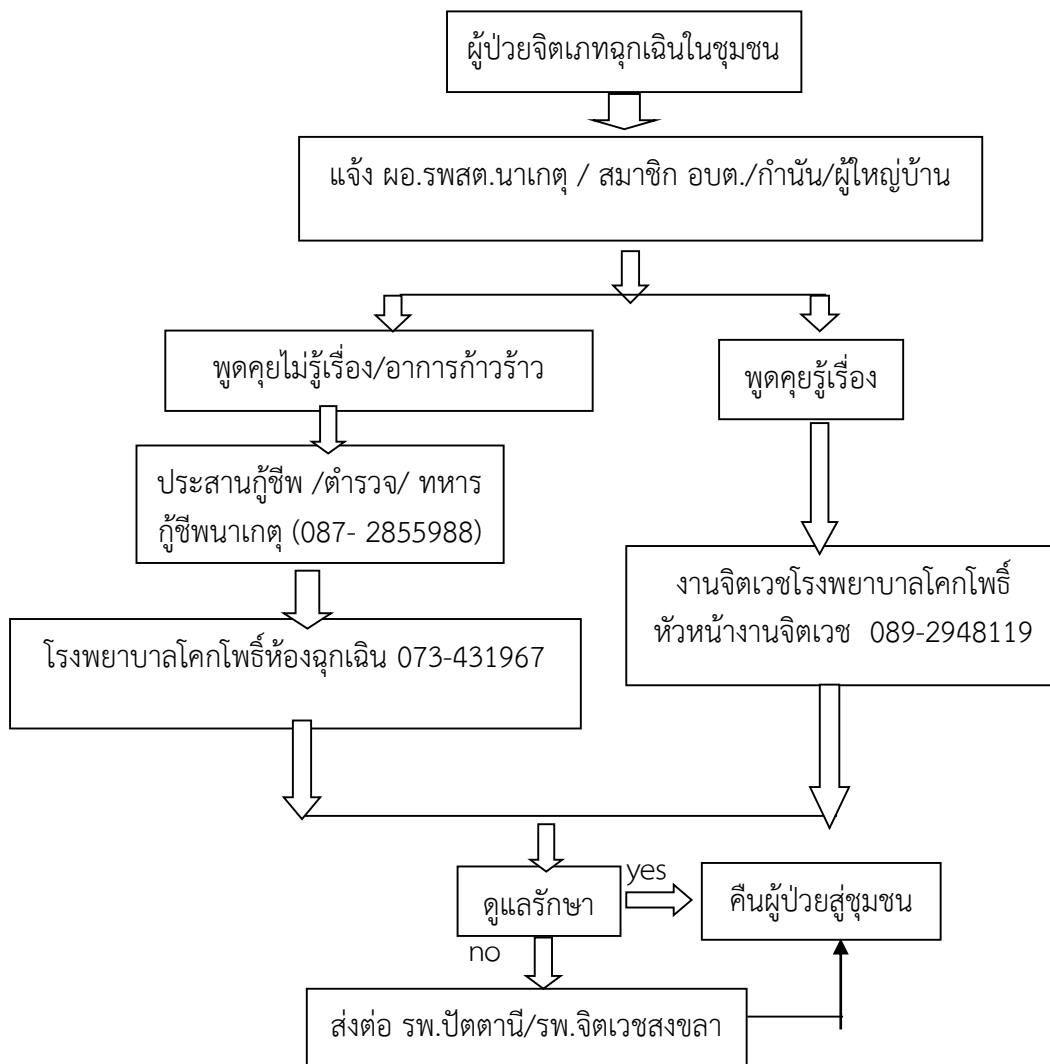
55.56 การมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังป้องกันการป่วยซ้ำ โดยทีมเครือข่ายและทีมจิตเวช ตามประเภทผู้ป่วยจิตเภทเป็น 3 กลุ่ม จากคะแนน (Global Assessment of Functioning Scale : GAF) ประเมินผลหลังดำเนินการ 6 เดือนพบว่า อาการระดับความรุนแรงมาก จากร้อยละ 18.51 ลดลงเป็นร้อยละ 7.40 ระดับความรุนแรงระดับปานกลาง จากร้อยละ 29.63 ลดลงเป็นร้อยละ 18.63 และระดับความรุนแรงระดับน้อย จากร้อยละ 51.85 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 74.07 ตามลำดับ

ระบบการเฝ้าระวังป้องกันการป่วยซ้ำผู้ป่วยจิตเภทโดยการมีส่วนร่วม



2. กระบวนการดูแลระยะวิกฤตฉุกเฉิน พบว่า มีระบบการดูแลช่วยเหลือโดยทีมเครือข่ายอย่างมีขั้นตอน โดยมีระบบ Flow chart ในการประสานทีมชุมชนที่เกี่ยวข้อง

กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน



ภาพประกอบที่ 2 กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน

3. กระบวนการรักษา พัฒนาระบบ Service plan จาก โรงพยาบาล แม่ ข่าย (โรงพยาบาลปัตตานี) สู่วิทยาลุกลข่าย ขยายผลสู่เครือข่ายในชุมชน โดยโรงพยาบาลชุมชน พัฒนาระบบการรักษาในคลินิก ระบบการ Refer in, Refer out, Refer back และระบบ Refer link

ระบบนัดผู้ป่วย ระบบ Line กลุ่มผู้รับผิดชอบงานจิตเวชในชุมชน ชื่อกลุ่ม Psycho โคกโพธิ์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการและเข้าถึงบริการได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว

4. กระบวนการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยจิตเวช โดยองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ตำบลนาเกตุ

ส่งเสริมอาชีพแก่ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ปลุกผัก และเลี้ยงสัตว์ (เลี้ยงไก่) จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.70 และผู้ป่วยจิตเภทสามารถเข้าร่วมสหกรณ์ที่มีรายได้ในวันศุกร์ได้ ร้อยละ 25.93

อภิปรายผล

จากการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการในการเฝ้าระวังป้องกันการป่วยซ้ำผู้ป่วยจิตเภทโดยการมีส่วนร่วม ใช้กระบวนการสนทนากลุ่มแบบมีส่วนร่วม (Discussion ORID Method) เนื่องจากการสนทนากลุ่มเป็นการร่วมคิดแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทพบว่า เครือข่ายยังขาดความรู้เรื่องโรคทางจิตเภท มีทัศนคติด้านลบ และกลัวผู้ป่วย ซึ่งได้จัดให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท ทักษะการดูแลในระยะวิกฤตฉุกเฉิน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาแนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่พบว่า การให้ความรู้ที่ครอบคลุม ให้ครบทุกประเด็น ได้แก่ สาเหตุ อาการ วิธีการรักษา ยา และผลข้างเคียง การสังเกตอาการกำเริบ สถานที่รักษา (ณัฐติกา ชูรัตน์, 2559) และสอดคล้องกับการศึกษาผลของการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ที่พบว่า ความรู้เรื่องโรคจิตเภท การสื่อสารของญาติ และผู้ป่วย การจัดความคิดที่ไม่ถูกต้อง และปรับทัศนคติส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระลดลง มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ลดการกลับเป็นซ้ำได้ (จันนรรจ์ พลไพรินทร์ และฐิติวัศ ธรรมไพโรจน์, 2552)

การมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังป้องกันการป่วยซ้ำผู้ป่วยจิตเภท โดยทีมเครือข่ายชุมชน พบว่า เครือข่ายชุมชนและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับการอบรมให้มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีการแบ่งประเภทผู้ป่วย และมีการวางแผนการดูแลและมีขั้นตอนอย่างชัดเจน มีการเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เมื่อเกิดวิกฤตฉุกเฉินทีม

เครือข่ายดูแลอย่างเป็นระบบ ผู้ป่วยจิตเภทสามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา (สหกรณ์ที่มีรายได้ในวันศุกร์) ของชุมชนได้ และได้รับการสนับสนุนส่งเสริมด้านอาชีพแก่ผู้ป่วยจากองค์การบริหารส่วนตำบล ชุมชนเกิดการยอมรับผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมต่อผู้ที่เป็โรคจิตเภท (ขวัญสุตา บุญทศ, อมรรัตน์ ศรีคำสุข ไซโตะ และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2554) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภท 1 ราย มีเครือข่ายที่ให้การสนับสนุนอยู่ระหว่าง 3-8 ราย และการติดตามเยี่ยมโดยภาคีเครือข่ายให้มีส่วนร่วมในการดูแลรับ-ส่ง ไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย ดูแลผู้ป่วยได้เหมาะสมส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสามารถกลับไปทำงานได้ และยังสอดคล้องกับการศึกษากระบวนการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในชุมชน (ไพจิตร พุทธรอด, 2559) ที่พบว่า ผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายได้รับการอบรมให้มีความรู้ มีการวางแผนการดูแล มีการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง ชุมชนและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง เกิดผลดีต่อการรักษา

ข้อเสนอแนะ

1. การดำเนินการเฝ้าระวังป้องกันการป่วยซ้ำผู้ป่วยจิตเภทโดยการมีส่วนร่วม ในครั้งนี้สามารถนำไปพัฒนาต่อยอดดำเนินการในชุมชนอื่นๆ ได้
2. ข้อจำกัดของโรงพยาบาลชุมชน คือ บุคลากรทางสาธารณสุขด้านสุขภาพจิตและจิตเวช มีน้อยการดำเนินการด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง จึงจำเป็นต้องสร้างกระบวนการทำงานร่วมกับเครือข่ายชุมชน โดยการให้ชุมชนตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา และพร้อมที่จะสนับสนุน จึงจะทำให้กระบวนการทำงานได้สำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2548). รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2548. นนทบุรี. กองแผนงาน.
กรมสุขภาพจิต.
- ขวัญสุดา บุญทศ, อมรรัตน์ ศรีคำสุข ไชโตะ และสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล. (2554). การสนับสนุนทางสังคมต่อ
ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. การประชุมวิชาการ ครั้งที่ 27 ประจำปี 2554, ขอนแก่น. 186-189.
- จำนรรจ์ พลไพรินทร์ และจิตติวัลค์ ธรรมไพโรจน์. (2552). การวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่ม
สุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วารสารโรงพยาบาลศรี ธีรญา, 10 (1) 13-18.
- ณัฐติกา ชูรัตน์. (2559). การศึกษาสาเหตุและแนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทใน ชุมชน
เขต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปี่เหล่งที่ประสบเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้.
วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขามนุษยศาสตร์. 3(1) 24-35
- บรรเจิด ทิพย์นักรักษ์. (2551). ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ปกติและที่อยู่ในพื้นที่
เหตุการณ์ความไม่สงบภาคใต้. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ไพจิตร พุทธรอด. (2559). กระบวนการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภทโดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายใน ชุมชน .
วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 24(2) 122-129.
- เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี, ชิตชนก โอภาสวัฒนา และชลลดา จารุศิริชัยกุล. (2561). คู่มือการดูแลผู้ป่วย
จิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต. กรม
สุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. พรอสเพอรัลส์.
- ภารดี การเร็ว. (2541). ความสม่ำเสมอในการมารับยาของผู้ป่วยนอกโรคจิตเภท ในโรงพยาบาลสวน ปรง. การ
ค้นคว้าแบบอิสระสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อรพรรณ ลือบุญวัชชัย. (2554). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร บริษัทวีพ
รี่.
- Baker, C. (1995). The development of self-care ability to detect early signs of relapse among
Individuals who have schizophrenia. Archives of Psychiatric Nursing, 9(5), 261-268.
- Chen, A. (1991). Noncompliance in community : A review of clinical intervention. Hospital and
Community Psychiatry, 42(3), 282-287.
- Linstrom E, & Bingefors K. (2000). Patient compliance with drug therapy in schizophrenia.
Pharmacoeconomics 2000, 18, 105-124.