สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย
Chiang Rai Provincial Health Office

สานพลังร้างการเรียนรู้ มุ่งสู่สุขภาวะ

เอกสารการประชุมวิชาการ
นำเสนอผลงานและนวัตกรรม บุคลากรสาธารณสุข
จังหวัดเชียงราย
ครั้งที่ 6 ประจำปี 2563

วันที่ 29 กันยายน 2563

ณ โรงแรมเฮอริเทจ จังหวัดเชียงราย

ชื่อหนังสือ	รวมเล่มผลงานวิชาการในงานประชุมวิชาการเสนอผลงานและนวัตกรรม บุคลากรสาธารณสุข จังหวัดเชียงราย ประจำปี 2563
โดย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย
จัดทำครั้งแรก	กันยายน 2563
จำนวน	200 ฉบับ
ที่ปรึกษา	นายทศเทพ บุญทอง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงราย
บรรณาธิการ	นายแพทย์เอกชัย คำลือ
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	นายสยามราชย์ ฟูเจริญกัลยา นางอุไรวรรณ ชัยมินทร์ นายสุธรรม คำวะรัตน์
ออกแบบปก/รูปเล่ม	นายสุธรรม คำวะรัตน์
จัดรูปแบบพิสูจน์อักษร	นายกฤษดา ปาสำลี นายภูมิ คำชุ่ม นายรัฐนันท์ พลรัฐ นายจีระศักดิ์ ฝึกฝน นายนภดล ทิพย์ขันธ์
สงวนลิขสิทธิ์ตามกฎหมาย

.

พิมพ์ที่: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย เลขที่ 424 หมู่ที่ 5 บ้านหนองยาว ตำบลท่าสาย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย 57000

สารบัญ

	หน้าที่
คำนำ	**ก**
สารจากผู้บริหาร	**ข**
กำหนดการการประชุมวิชาการ นำเสนอผลงานและนวัตกรรมบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย	**ค**
การประชุมวิชาการ นำเสนอผลงานและนวัตกรรมบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย	**ง**
รายนามคณะกรรมการผู้วิพากษ์	**จ**
การนำเสนอผลงานวิจัยด้วยวาจา (Oral Presentation)	**1**
■ ประสบการณ์ชีวิตหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไต *(นางเกษรา จุลพันธ์)*	3
■ การปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลป่าแดด จังหวัดเชียงราย *(นางสาวหทัยรัตน์ นิยมาศ)*	11
■ ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลม่วงยาย อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย *(นายกิตติ ก๋าวงศ์)*	17
■ การศึกษาคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียที่มารับบริการ ศูนย์เติมเลือด โรงพยาบาลแม่ลาว จังหวัดเชียงราย *(นางสินีนาฏ ตามวงค์)*	27
■ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการตรวจสุขภาพประจำปี ของบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุข อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย *(นายถนอมศักดิ์ ชัยมินทร์)*	40
■ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย ปี 2562 *(นางสาววาสนา ป๊อกบุญเรือง)*	49
■ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านฮ่องแฮ่ อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย *(นายกิตติชัย ปัญญาวรรณ์)*	56
■ ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในคลินิก Palliative care โรงพยาบาลแม่ลาว *(นางมาลีจิตร์ ชัยเนตร)*	64
■ ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ในหญิงตั้งครรภ์ (ANC hpc) โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย *(นางเกศินี พันธ์ประยูร)*	77
■ รูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาสุขภาพ *(นายธีระพล เลิศสงคราม)*	88
■ การพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมสนับสนุนการเลิกบุหรี่ โดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ *(นางปวีณ์นุช วงศ์ภักดิ์)*	104

สารบัญ (ต่อ)

หน้าที่

การนำเสนอผลงานวิจัยด้วยวาจา (Oral Presentation) (ต่อ)

- ความสำเร็จของการพัฒนาระบบเฝ้าระวังควบคุมโรคติดต่อบริเวณจุดผ่อนปรนชายแดนไทย - สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย ปี 2562 *(นายนรินทร์ สุริยนต์)* 112
- การพัฒนาแนวทางการประเมินภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพญาเม็งราย *(นายดำรงค์ ช่วยแก้ไข)* 127
- ผลของการใช้ชุดสื่อประกอบการสอนการคัดแยกระดับความฉุกเฉินต่อความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วย งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย *(นายณรงค์ศักดิ์ วันดี)* 133
- การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลศรีเมืองชุม อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย *(นางปราณี จันธิมา)* 143
- การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคและการติดตามวัดความดันโลหิตที่บ้าน กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลบ้านด้าย อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย *(นางสาววิภาดา พรหมสอน)* 158
- การพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการสั่งใช้เซรุ่มป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ในโรงพยาบาลป่าแดด จังหวัดเชียงราย *(นางสาวรัชดาภรณ์ ปัญญา)* 165
- ผลการพัฒนารูปแบบระบบบริการงานผู้ป่วยนอกในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรน่า (COVID-19) OPD NEW NORMAL โรงพยาบาลแม่ลาว จังหวัดเชียงราย *(นางสายสมร ภัทรจิตรานนท์)* 172
- การสร้างการมีส่วนร่วมในการจัดการความปลอดภัยทางถนนตำบลท่าก๊อ โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าก๊อ อำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย *(นางสาวพรพรรณ มะโน และนายพรศักดิ์วงษ์เทพเตียน)* 181
- รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยชุมชนมีส่วนร่วม พื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพระเนตร *(นางสาวจุรีรัตน์ เงินท๊อก)* 188
- Home ward เข้าถึง เข้าใจ ชวนใช้ DSPM (นายบรรจง กาวิละมูล) 195

สารบัญ (ต่อ)

หน้าที่

การนำเสนอผลงานวิจัยด้วยวาจา (Oral Presentation) (ต่อ)

- การวิเคราะห์จัดกลุ่มผู้ป่วยตามลักษณะทางคลินิกและความสัมพันธ์กับตัวบ่งชี้การควบคุมน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการของคลินิกเบาหวานในโรงพยาบาลแม่ลาว จังหวัดเชียงราย *(นายวัชรพงศ์ แสงดาว)* 200
- ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในการออกกำลังกายต่อภาวะสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอแม่ลาว *(นางพิกุล ทองรักษ์)* 209
- รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อโควิด19 โรงพยาบาลแม่จัน *(นางเพ็ญศรี วงษ์พุฒ)* 218
- TIA Alert *(นางสาวสว่างจิตต์ จันทร)* 220
- มองรูปภาพย้ำเตือนก่อนจ่ายยา *(นางสาวเครือมาศ ตุงใย)* 222
- Mobile VCT สะดวกทุกที่ ตรวจ เอช ไอ วี สะดวกทุกราย *(นางชยุตา สาตราคม)* 227
- ตรวจครบ จบแน่ *(นายอภิชาติ เตชะอัตตกุล)* 230
- ตู้พ่นยาแรงดันลบราคาประหยัด *(นายปรีชา มะโนยศ)* 240

247

การนำเสนอผลงานวิชาการ ด้วย โปสเตอร์ (Poster Presentation) **254**

- ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการให้บริการด้านการบำบัดยาเสพติดชนิดเมทแอมเฟตามีนในเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในหน่วยบริการ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย *(นายพรชัย พรสวรรค์)* 255
- การดูแลตนเองและความพึงพอใจของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ใช้ปฏิทินกำกับการกินยารักษาวัณโรค *(นางเพ็ญจันทร์ พานแก้ว)* 257
- ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส.ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลแม่สรวย *(นางสาวอุบล ปัญญานะ)* 268
- การศึกษาความชุกของเชื้อแบคทีเรียก่อโรค ในโรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงราย ปี 2561 *(นางสาววันวิสาข์ จักรสาร)* 281
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชาย ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย *(นางมัตติกา ปิงเมือง)* 284
- การพัฒนาระบบการป้องกันการใช้ยาต้านการอักเสบชนิดไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลเวียงป่าเป้า *(นางปัญจณี กันทะวงษ์)* 291

สารบัญ (ต่อ)

หน้าที่

การนำเสนอผลงานวิชาการ ด้วย โปสเตอร์ (Poster Presentation) (ต่อ)

- การศึกษาประสิทธิภาพการพัฒนาระบบการป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดแพ้ยาซ้ำในโรงพยาบาลเวียงป่าเป้า *(นางมาลัยพร ทิพรส)* 297
- ทัศนคติ ความรับผิดชอบ และการรับรู้ต่อการตัดสินใจพกถุงผ้ามาใส่ยากลับบ้านของคนใน อ.แม่สาย จ.เชียงราย *(นายธวัชชัย อยู่คง)* 304
- ผลของโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดด้วยการบำบัดการรับรู้ตามความเป็นจริงในผู้สูงอายุที่เสี่ยงหรือมีภาวะสมองเสื่อม *(นางปรางค์ บัวทองคำวิเศษ)* 310
- แนวทางการพัฒนา ระบบการเข้าถึงบริการ ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในเขตสถานีอนามัย เฉลิมพระเกียรติฯดอยตุง ตำบลแม่ฟ้าหลวง อำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย *(นางนภาพร ราชวงค์)* 318
- เสริมสร้างพลังใจ เลิกได้ ด้วยนิโคติน *(นางสมศุกร์ ปาลกะวงศ์ ณ อยุธยา)* 327
- ผลการสร้างเสริมแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อการลดความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด *(นางอรุณี ไชยเมือง และนางปุณญณิน เขื่อนเพ็ชร์)* 332
- ผลการประเมินพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยงในช่วงปฐมวัย *(นางสาวชลันธร ไชยเมือง)* 336
- พัฒนาระบบคงคลังโลหิตด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศ *(นางสาวเกตุตะวัน จอมคำ)* 339
- โครงการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx) *(นายณรงค์ชัย ใจวงค์)* 343
- การพัฒนารูปแบบบริการคลินิกรับยาต้านไวรัส เอช ไอ วี โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง *(นางชยุตา สาตราคม)* 347
- การปรับปรุงระบบการนัดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แผนกกายภาพบำบัด โรงพยาบาลพาน *(นายธีรินทร์ ทองโรจน์)* 353
- ผลของการจัดกิจกรรมฐานการเรียนรู้ เพื่อสร้างเสริมความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนอนุบาลเวียงป่าเป้า ตำบลเวียง อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย *(นางสาวพัชรี ธรรมยืน และ นางศิริกาญจน์ คำศรีสุข)* 358
- การศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่เจดีย์ อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย *(นางสาวณัฐชยา ขาวฟอง)* 364
- การพัฒนาระบบบริการเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ปราศจากเชื้อ โรงพยาบาลแม่สาย *(นางสาวปัทมา ชัยชุมภู)* 369

สารบัญ (ต่อ)

หน้าที่

การนำเสนอผลงานวิชาการ ด้วย โปสเตอร์ (Poster Presentation) (ต่อ)

- ผลการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับยา Warfarin *(นางภาวนา ใจระวัง)* 376
- การศึกษากระบวนการบำบัดฟื้นฟูสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (CBTx) ในรูปแบบค่ายอาสาทำดี อำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย *(นายอรรถพล โพธิป้อม)* 381
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อโรคหนอนพยาธิของนักเรียนโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนในเขตอำเภอแม่ฟ้าหลวง *(นางนภาพร จันต๊ะขัติ)* 387
- กระติกวัคซีน Smart Enjoy Use *(นายพงศกร อินยม)* 402
- เข็มขัดช่วยซัพพอร์ต *(นางสาวกรรณิการ์ ตาขัน)* 406
- การใช้ผ้าริบบิ้นช่วยยึดเหยียดลดอาการปวดบ่าไหล่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่คาวหลวง ตำบลสันกลาง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย *(นางสาวภัทราภรณ์ แสนหลง)* 412
- ตลับยาเตือนความจำ *(นางเรณู ดวงเนตร)* 416
- นวัตกรรม รีโมทปรอทแม่นาค รุ่น 2020 *(นางสารภี นพคุณ)* 418
- แผ่นพยุงแขน แผ่นพยุงขา พัฒนากล้ามเนื้อแข็งแรงดี *(นางมาลีจิตร์ ชัยเนตร)* 422
- ทำฟันปลอดภัยด้วยหมวกคลุมศีรษะสำหรับงานฟุ้งกระจายทางการแพทย์ *(นางวิลาสินี บุญลาภทวีโชค)* 429
- การพัฒนาระบบการแจ้งเตือนภัยอัตโนมัติ เครื่องวัดอุณหภูมิในตู้เย็นเก็บเวชภัณฑ์ยา ภายใต้หลักการอินเตอร์เน็ตในทุกสิ่ง *(นายณัฐพงศ์ ไชยรัตน์)* 436
- นวัตกรรม เฝือกเย็น *(นางณิชกานต์ สุรินเปา)* 446
- ถุงมือมหัศจรรย์ *(นางสาวขวัญฤดี พูลสมบัติ)* 449
- คู่มือผู้ช่วยข้างเก้าอี้ไม่ยากอย่างที่คิด E-book *(นางสาววรัญญา อินทะวงศ์)* 453
- สื่อรัก (สุขภาพ) ฉบับภาษาม้ง *(นางสารภี ศรชัยปัญญา)* 456
- เว็บแอพพลิเคชั่น“ รักษ์ไต ML” รู้ทัน ป้องกันโรคไต *(นางปุณญณิน เชื่อนเพ็ชร์)* 459
- คุ้มเปลี่ยนสีหลังคาเรือนปฏิบัติดีปลอดลูกน้ำ *(นางสาวปรียาภรณ์ ขาววัด)* 462

การนำเสนอผลงานวิชาการ ภาพถ่ายเล่าเรื่อง **465**

- Delivery เราก็มีนะ! *(นางสาวกรกมล เล้ากุลวิเชษฐ)* 466
- ดูแลเชิงรุก บุกถึงบ้าน ประสานหัวใจ ห่วงใยดุจญาติมิตร *(นางภาวนา ใจระวัง)* 467
- ทุกลมหายใจคือรัก *(นางสาวอารีรัตน์ ใจหาญ)* 468

สารบัญ (ต่อ)

หน้าที่

การนำเสนอผลงานวิชาการ ภาพถ่ายเล่าเรื่อง (ต่อ)

- ดูแลหัวใจดุจญาติมิตร *(นางภาวนา ใจระวัง)* 469
- กระทรวงสาธารณสุขห่วงใย ใส่ใจชาวบ้าน ช่วยต้าน COVID 19 *(นางสาวกีรณา แซ่อิน)* 470
- พลังสร้างคุณค่า *(นางนิชานันท์ อุปถะ)* 471
- แสงสุดท้าย *(นางนิชานันท์ อุปถะ)* 472
- EMS วุ่นวายกับพยาบาลชายขับรถ *(นางสาวหทัยรัตน์ นิยมาและนางสาวพนาวัน พรหมเผ่า)* 473
- ถอยดีกว่า *(นางธิดารัตน์ เอกปัตต์)* 474
- อยู่บ้านหยุดเชื้อเพื่อชาติ stop Covid-19 *(นางณัฐวรานี แสงจันทร์วัฒนา)* 475
- ทายาทชุดขาว *(นางสายสมร ภัทรจิตรานนท์)* 476
- ปฐมพยาบาลใจ เมื่อมีภัยพิบัติ *(นางพิกุล ทองรักษ์)* 477
- ชุดป้องกันโควิด-19ของคุณยาย *(นางกฤติกา ชนประชา)* 478
- ผมยังไหว *(นางสาวรุ้งลาวัลย์ กาวิละ)* 479
- อยู่นานๆได้ไหม *(นางสาวรุ้งลาวัลย์ กาวิละ)* 480
- การบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ :ความจริง ความดี ความงาม 481
  (นางสาวไพลิน สาระมนต์ สกุลนิธิเมธา)
- ยา ...ของแม่ : แม่ ผู้เยียวยา (สมุนไพร) ทุกอย่างของลูก หลาน และครอบครัว อ.เวียงแก่น 483
  (นางสาวไพลิน สาระมนต์ สกุลนิธิเมธา)
- รอวันฝันเป็นจริง *(นางชยุตา สาตราคม)* 485
- ข้างหลังภาพ *(นางดวงดาว เตชะนันท์)* 487
- ปลอดภัย *(นางดวงดาว เตชะนันท์)* 488
- เราจะไม่ทิ้งกัน *(นางพีระดา ชัยวรรณะ)* 489
- จากใจถึงใจ *(นางพีระดา ชัยวรรณะ)* 491
- ความเอื้ออาทรผ่านกระจกหน้าต่างรถ EMS *(นางศิริกาญจน์ คำศรีสุข)* 492
- รวมใจเป็นหนึ่ง เป็นที่พึ่งยามวิกฤต *(นายแพทย์สิทธิศักดิ์ คำศรีสุข)* 493
- รักแรกพบ *(นางพรพิมล ตั๊ะต้องใจ)* 494
- หาให้เจอ *(นางสายสุดา เชื้อเมืองพาน)* 495
- ใกล้บ้านใกล้ใจ อยู่ลำบากแค่ไหนหมออนามัยก็ไปถึง *(นางเอื้องลาวัลย์ ก้อนแก้ว)* 496
- การเดินทางที่แสนพิเศษ *(นางสาวณัฏฐิรา ปาลี)* 497

■ สารบัญ (ต่อ)

หน้าที่

การนำเสนอผลงานวิชาการ ภาพถ่ายเล่าเรื่อง (ต่อ)

- อยู่ห่างๆอย่างห่วงๆ *(นางเกศรินทร์ รัตน์น้ำหิน)* 498
- ขอบคุณครับ *(นางสาวแอนนิชชา สิงห์คะนัน)* 499
- เอื้ออาทร *(นางสาวณิชณภัทร โกเสนตอ)* 500
- Fight cocid-19 together *(นายอรรถพล เชิดชน)* 501
- นาทีทอง *(นายไกรษร ท้าวน้อย)* 502
- น้องใหม่ *(นายประกาศ ทนทาน)* 503
- CG ที่หมายถึง Child - Grandmother *(นายประกาศ ทนทาน)* 504
- สุขคือรางวัล *(นางสาวลัดดาวัลย์ หม่องพิชัย)* 505
- สัมผัสได้จากหัวใจ *(นางสาวลัดดาวัลย์ หม่องพิชัย)* 507
- เยี่ยมให้กำลังใจผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง *(นายสมบูรณ์ วงศ์ทิพย์)* 509
- หมอเป็นเหตุ สังเกตได้ *(นางสาวสุวรรณี ทิพย์โชติ)* 510
- ขุมทรัพย์ “หม้อนึ่ง” *(นางสาววิลาวัลย์ สุริยะ)* 512
- ผู้รับสุขใจเพียงใด ผู้ให้สุขใจยิ่งกว่า *(นางสาวภัทรวดี กุมาระ)* 513
- แปรงฟันให้เด็กมันดู *(นางสาววารุณี นันตา)* 514
- ทำดี แม้ไม่มีคนเห็น ก็เป็นบุญ *(นางสาวสุธาสินี ลือใจ)* 515
- สูงแค่ไหนไม่หวั่น (นางสาวมินรดา อุ่นหน้อย) 516
- ไม่ว่าจะงานไหนเราไม่เคยหวั่น *(นายพิรุณ เกษม)* 517
- แนวหน้า covid-19 *(นายพิรุณ เกษม)* 518
- ร้อยปีก็ยังสู้ไหว *(นายวิทยา สีฟ้า)* 519
- บั้นปลายของชีวิต *(นางสาวสุดารัตน์ วงค์ไชย)* 520
- ตัวเล็กแต่ใจใหญ่ *(นางสาววราพร คล้ายสิทธิ์)* 521
- จ๊ะเอ๋....อ๊บๆ *(นายพิเชษฐ์ พรมตัน)* 522
- ใกล้ชิด ใกล้ใจ ห่วงใยสุขภาพ *(นางนันทพร ยารวง)* 523
- จ้างด้วยเงินก็ได้แค่งาน อยากให้อยู่ด้วยกันไปนานๆ ต้องจ้างด้วยใจ *(นางดวงใจ ปัญเจริญ)* 524
- บริการถึงที่ จากใจหมออนามัย *(นายวรุฒ ดวงจิตร)* 525
- มนุษย์อวกาศที่ปฏิบัติงานบนโลก *(นางสาวพรพญา เตปิน)* 526

สารบัญ (ต่อ)

หน้าที่

การนำเสนอผลงานวิชาการ ภาพถ่ายเล่าเรื่อง (ต่อ)

- ไม้วิเศษปราบลูกน้ำ *(นางสาวชฎาธร มะโนวรรณ์)* 527
- ทุ่มเทด้วยใจ สายเลือดฟ้า – ขาว *(นางสาววิรันตรี กำใจ)* 528
- ใครมา เรายิง *(นายอนุชิต มโนวงศ์)* 529
- กว่าจะถึงจุดหมาย *(นายอนุรักษ์ สุริยะจักร)* 530
- จิตอาสา เราทำความดี ด้วยหัวใจ *(นางหทัยทิพย์ มโนวงศ์)* 531
- แสงแห่งอุดมการณ์ *(นางศิริพร คุยเพียภูมิ)* 532
- เบื้องหลังความสำเร็จของการควบคุมไข้เลือดออก *(นางนงลักษณ์ จันทร์แก้ว)* 533
- หายเหาด้วยหัวหอม *(นางสาวนันทิกานต์ ศุภอังกูร)* 534
- ไข่ผำ พืชพื้นบ้านแสนธรรมดากับความล้ำค่าทางจิตใจ *(นางสาวน้ำฝน บุญเป็ง)* 535
- ยิ้มพิมพ์ใจ *(นางสาวศรีสุข เหมวรรธนบูรณ์)* 536
- ฤดูกาลโควิด-19 *(นายประวิตร หลักไม้)* 537
- โรค(โลก) ต้องจดจำ *(นางสาวมนัสนันท์ จริยะยรรยง)* 538
- ผู้ป่วยเบาหวานกับเท้าแสนรัก *(นางสาวปณิฎา เหมวรรธนบูรณ์)* 539
- สุขที่ได้ทำ *(นางสาววลัยพร นันทะไสย)* 540
- กักตัวที่ไหน ตามไหนจนเจอ *(นางนงลักษณ์ จันทร์แก้ว)* 541
- ไม่จนใจ *(นางสาวพรพรรณ เจริญปัญญากิจ)* 542
- ไฟนี้ที่รอคอย *(นางสาวมาลินี จินโกษ)* 543
- ห่วง (เหล็ก) ใย *(นางสาวสุภัคพิม ชัยมูลมั่ง)* 544
- Dental examination *(นางสาวพจนา แจ้วิสอน)* 545
- เรียนรู้ ด้วยตัวเอง *(นางสาวอรนุช เมืองซายมูล)* 546
- อิ่มใจสบายกาย *(นางสาวจุฬาลักษณ์ สร้อยเสพ)* 547
- นว.ทอผ้า *(นางสาวเพ็ญพิชญา จอมคำ)* 548
- ทีมล่า หาโควิด *(นางสาวเพ็ญพิชญา จอมคำ)* 549
- O2 sat with Covid-19 *(นางสาววสี ยะกันมูล)* 550
- เพื่อนเจ็บฉันก็เจ็บ *(นางสาววสี ยะกันมูล)* 551
- โควิดก็มี ไข้เลือดออกก็มา *(นางสาวธีรมาศ เจริญจันทมณี)* 552

สารบัญ (ต่อ)

หน้าที่

การนำเสนอผลงานวิชาการ ภาพถ่ายเล่าเรื่อง (ต่อ)

- รอยยิ้ม *(นางสาวตรีชฎา วงษ์ขาว)* 553
- ภาพเก่าที่ไม่เคยเล่าให้ใครฟัง เวรกรรมทันตา *(นางสาววรารัตน์ เงินเย็น)* 551
- หมอเหมือนหมอน *(นางสิริพร ศรีดวงใจ)* 556
- NEW NORMAL วิถีชีวิตใหม่ ต้านภัยโควิด 2019 *(นางเรณู ดวงเนตร)* 557
- หมอครอบครัว ใกล้บ้านใกล้ใจ สุขใจทั้งผู้ให้และผู้รับ *(นางเรณู ดวงเนตร)* 558
- เราไม่ทิ้งกันยุคโควิด19 *(นางนรา สังข์แสง)* 559
- บริการทุกระดับประทับใจ *(นางนรา สังข์แสง)* 560
- ฝนจะตก แดดจะออก ไม่ย้อท้อ เพราะเราคือ อสม.จิตอาสาฆ่ายุงลาย ในยุคโควิด 2019 *(นางสุภาพร ใจอ้าย)* 561
- ร่วมแรงร่วมใจต้านภัย โควิด 2019 *(นางสุภาพร ใจอ้าย)* 562
- เสียงจาก รอยยิ้ม *(นางสาวอรทัย สุดเล็ก)* 563
- หมอครอบครัว ห่วงใยผู้สูงวัย เข้าใจ เข้าถึง พึ่งได้ *(นางวัชรี วิชัยศิริ)* 564
- ไกลแค่ไหนเราก็ไปถึง *(นายเอกมล อินตุ้ย)* 565
- เด็กในวันนี้ คือผู้ใหญ่ในวันหน้า *(นายธีรพงศ์ อภิวงษ์งาม)* 566

ภาคผนวก **567**

- **คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการจัดการประชุมวิชาการและนำเสนอผลงาน นวัตกรรม บุคลากรกระทรวงสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ครั้งที่ 6 ประจำปี 2563** **568**

คำนำ

การประชุมวิชาการ ในครั้งนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ได้จัดขึ้นเพื่อเป็นการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สหสาขาวิชาชีพทุกระดับ และเปิดโอกาสให้บุคลากรสาธารณสุขได้มีเวทีนำเสนอผลการวิจัย ผลงานวิชาการ สู่สาธารณะ เสริมสร้างบรรยากาศการวิจัย และเปิดโอกาสให้แลกเปลี่ยนผลงาน ข้อมูลการวิจัยระหว่างบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดเชียงรายและเครือข่ายสุขภาพ และเป็นช่องทางในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาทางด้านสุขภาพให้กับประชาชนในเขตพื้นที่บริการสาธารณสุข

การประชุมครั้งนี้จัดขึ้นเป็นครั้งที่ 6 ภายใต้แนวคิด คือ “สานพลัง สร้างการเรียนรู้ มุ่งสู่สุขภาวะ” รูปแบบการประชุมเป็นการประชุมวิชาการ โดยนำเสนอผลงานทางวิชาการของบุคลากรสาธารณสุข ทั้งการนำเสนอผลงานด้วยวาจา (Oral Presentation) และการนำเสนอผลงานด้วยโปสเตอร์ (Poster Presentation) การนำเสนอผลงานภาพถ่ายเล่าเรื่อง ชองบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

เป็นที่น่ายินดียิ่งว่าการจัดประชุมวิชาการในครั้งนี้ ได้รับความสนใจจากบุคลากรสาธารณสุขแจ้งความประสงค์เข้าร่วมนำเสนอผลงานวิชาการ จำนวนทั้งสิ้น 161 เรื่อง และมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สหสาขาวิชาชีพทุกระดับเข้าร่วมประชุม จำนวน 200 คน การประชุมวิชาการครั้งนี้ ยึดหลักการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐและเอกชน อาศัยการร่วมกันเตรียมงานด้วยความเสียสละของคณะกรรมการจากทุกสาขาวิชาชีพ ซึ่งนับว่าเป็นพลังอันยิ่งใหญ่ของการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสุขภาพในจังหวัดเชียงราย นำไปสู่การเป้าหมายประชาชนสุขดี เจ้าหน้าที่มีความสุข และ ระบบสุขภาพยั่งยืน

คณะกรรมการจัดประชุมวิชาการ ขอขอบพระคุณผู้เข้าร่วมประชุม ผู้นำเสนอผลงานวิจัย วิทยากร ตลอดจนบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ทุกท่าน ที่กรุณาให้ความร่วมมือ ช่วยเหลือและสนับสนุน จนทำให้การจัดงานประชุมวิชาการ ในครั้งนี้ สำเร็จลุล่วงและบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ทุกประการ ถ้าหากมีข้อผิดพลาดหรือบกพร่องประการใด คณะกรรมการฯ ขออภัยเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ และยินดีรับคำชี้แนะเพื่อให้การจัดงานในครั้งต่อไปมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และหวังว่าคงได้พบกับทุกท่านอีกครั้ง ในการงานประชุมวิชาการในครั้งต่อไป

คณะกรรมการจัดการประชุมวิชาการ

กันยายน 2563

สารจากผู้บริหาร

กระทรวงสาธารณสุขถือว่าเป็นผู้ให้บริการหลักในระบบบริการสุขภาพ ทั้งการรักษา ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรครักษาพยาบาล และฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่จะต้องมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อตอบสนอง ต่อปัญหาด้านสุขภาพที่ซับซ้อนและหลากหลาย และเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึง ให้มีการใช้ทรัพยากรสุขภาพอย่าง มีประสิทธิภาพ เป็นระบบที่ยั่งยืน และสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบบริการที่มุ่งเน้นการให้บริการด้านสุขภาพแบบบูรณาการ ของบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขระดับต่างๆ เพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพของประชาชนให้ครอบคลุมทุกมิติ

ในปี 2563 เป็นโอกาสดี ในการประชุมวิชาการของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดเชียงราย เพื่อสื่อสารเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ ความสำเร็จการพัฒนาผลงานวิชาการของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ครั้งที่ 6 ประจำปี 2563 ภายใต้หัวข้อ “สานพลัง สร้างการเรียนรู้ มุ่งสู่สุขภาวะ” เป็นเวทีส่งเสริมและกระตุ้นให้บุคลากรสาธารณสุขทุกสาขาวิชาชีพได้ร่วมกันสร้างสรรค์ผลงานวิชาการ นวัตกรรมที่ทันสมัย เป็นประโยชน์และร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ความคิดเห็น ประสบการณ์อันจะนำไปสู่การพัฒนาและสร้างเครือข่ายทางวิชาการให้สำเร็จตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ หนังสือบทคัดย่อฉบับนี้ ได้รวบรวมผลงานที่ส่งประกวดทุกประเภท นับเป็นการสร้างสรรค์ผลงานวิชาการที่มีคุณค่า และน่าสนใจอย่างยิ่ง

ในโอกาสนี้ผมขอชื่นชมความวิริยะอุตสาหะของบุคลากรที่รับผิดชอบพัฒนางานวิชาการที่ได้มีความมุ่งมั่น ตั้งใจ พัฒนางานวิชาการมาอย่างต่อเนื่อง ขออำนวยพรให้การจัดประชุมวิชาการในปีนี้ดำเนินไปด้วยความเรียบร้อย บรรลุวัตถุประสงค์ทุกประการและขออำนาจคุณพระศรีรัตนตรัยและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลายในสากลโลก ที่ทุกท่านเคารพ นับถือ โปรดดลบันดาลให้ทุกท่านมีความสุข คิดหวังสิ่งใดขอให้สมความปรารถนา มีความเจริญรุ่งเรืองยิ่งๆ ขึ้นไป

(นายทศเทพ บุญทอง)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

กำหนดการประชุมวิชาการ

นำเสนอผลงานและนวัตกรรม บุคลากรสาธารณสุข จังหวัดเชียงราย ครั้งที่ 6 ประจำปี 2563

“สานพลัง สร้างการเรียนรู้ มุ่งสู่สุขภาวะ”

วันที่ 29 กันยายน 2563 ณ โรงแรมเฮอริเทจจังหวัดเชียงราย

วันที่ 29 กันยายน 2563

08.30-09.00 น.	ลงทะเบียนผู้เข้าร่วมประชุม และ ลงทะเบียนผู้นำเสนอผลงาน
09.00-10.00 น.	-พิธีเปิดการประชุมวิชาการ นำเสนอผลงานและนวัตกรรม บุคลากรสาธารณสุข จังหวัดเชียงราย ประจำปี 2563 โดย นายแพทย์เอกชัย คำลือ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงราย -พิธีมอบโล่และประกาศเกียรติคุณเชิดชูเกียรติให้แก่บุคลากร/หน่วยงานสาธารณสุข -แขกผู้มีเกียรติและผู้ร่วมประชุมวิชาการถ่ายภาพที่ระลึก -เยี่ยมชมผลงานวิชาการร่วมนำเสนอผลงานวิชาการ
10.00-12.00 น.	การนำเสนอผลงานวิจัย ด้วยวาจา (Oral presentation) การนำเสนอผลงานด้วยโปสเตอร์ (Poster presentation) การประกวดภาพถ่ายเล่าเรื่อง
12.00- 13.00 น.	รับประทานอาหารกลางวัน
13.00 - 15.00 น.	การนำเสนอผลงานวิจัย ด้วยวาจา (Oral presentation) การนำเสนอผลงานด้วยโปสเตอร์ (Poster presentation) การประกวดภาพถ่ายเล่าเรื่อง
15.00 – 16.00 น	พิธีปิด มอบรางวัลชนะเลิศ รองอันดับ 1,2 การนำเสนอผลงานวิชาการ โดย นายแพทย์เอกชัย คำลือ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ปิดการประชุม

หมายเหตุ เวลา 10.00 น. และ เวลา 14.30 น. พักรับประทานอาหารว่าง

กำหนดการอาจจะมีการเปลี่ยนแปลงตามความเหมาะสม

การประชุมวิชาการ
นำเสนอผลงานและนวัตกรรม บุคลากรสาธารณสุข จังหวัดเชียงราย
“ สานพลัง สร้างการเรียนรู้ มุ่งสู่สุขภาวะ”
วันที่ 29 กันยายน 2563 ณ โรงแรมเฮอริเทจจังหวัดเชียงราย

ความเป็นมา

การประชุมวิชาการ ในครั้งนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ได้จัดขึ้น เพื่อเป็นการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สหสาขาวิชาชีพทุกระดับ เปิดโอกาสให้บุคลากรสาธารณสุข ได้นำเสนอผลการวิจัย ผลงานวิชาการสู่สาธารณะและเสริมสร้าง บรรยากาศการวิจัย เปิดโอกาสให้แลกเปลี่ยนผลงานข้อมูลการวิจัย ระหว่างบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดเชียงราย และเป็นช่องทางในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาทางด้านสุขภาพให้กับประชาชนในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์ เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในสังกัดเขตสุขภาพที่ 1 และจังหวัดเชียงราย

1. มีความรู้และประสบการณ์ทางวิชาการ และเผยแพร่องค์ความรู้จากการศึกษา วิจัย และผลงานวิชาการ สู่เวทีสาธารณะ
2. เผยแพร่ผลงาน/โครงการ ที่สำคัญ ของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย รวมทั้งนวัตกรรมทางการแพทย์และสาธารณสุข และกระบวนการด้านการพัฒนาระบบสุขภาพให้เกิดประโยชน์แก่ประชาชนในพื้นที่
3. ส่งเสริมการนำองค์ความรู้จากการศึกษา วิจัย และการปฏิบัติงาน ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ทางการแพทย์และสาธารณสุข
4. สร้างเครือข่ายความร่วมมือทางวิชาการ ของบุคลากรสาธารณสุข เครือข่ายบริการสุขภาพและหน่วยงานในจังหวัดเชียงราย

รูปแบบการประชุมวิชาการ

1. การนำเสนอผลงานด้วยวาจา ประเภท งานวิจัย งานประจำสู่งานวิจัย(R2R) และ นวัตกรรม
2. การนำเสนอผลงานด้วยโปสเตอร์ ประเภทงานวิจัย งานประจำสู่งานวิจัย(R2R) และ นวัตกรรม
3. การนำเสนอผลงานภาพถ่ายเล่าเรื่อง

การนำเสนอผลงาน

1. การนำเสนอผลงานด้วยวาจา
   นำเสนอโดย Power point ใช้เวลาในการนำเสนอ 10 นาที วิพากษ์ 5 นาที รวมเป็น 15 นาที
2. การนำเสนอผลงานด้วยโปสเตอร์
   นำเสนอโดยโปสเตอร์ขนาด กว้าง 80 เซนติเมตร ยาว 180 เซนติเมตร
3 ภาพถ่ายที่บอกเล่าเรื่องราวในการทำงาน

รายนามคณะกรรมการผู้วิพากษ์

การนำเสนอผลงานด้วยวาจา (Oral presentation)

1. นายแพทย์วัชรพงษ์ คำหล้า	นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงราย
2. ดร.สำราญ เชื้อเมืองพาน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ปิยะภร ไพรสนธิ์	อาจารย์ประจำสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

การนำเสนอผลงานด้วยโปสเตอร์ (Poster presentation)

1. ทันตแพทย์ฉลองชัย สกลวสันต์	ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านทันตสาธารณสุข) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย
2. นายวิสูตร เสน่ห์หา	สาธารณสุขอำเภอเทิง
3. อาจารย์สุภาพร อุตสาหะ	อาจารย์ประจำสำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

การประกวดผลงานภาพถ่ายเล่าเรื่อง

1. นายแพทย์ภุชงค์ ชื่นชม	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่ลาว
2. นายวิชัย ดวงใจ	ช่างภาพการแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
3. นายกสิณพจน์ฟูเจริญกัลยา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่จัน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย
Chiang Rai Provincial Health Office

การนำเสนอผลงานด้วยวาจา
(Oral Presentation)

1. การนำเสนอผลงานด้วยวาจา

ประเภทงานวิจัย

ประสบการณ์ชีวิตหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไต

Lived – experience of patients after kidney transplantation

เกษรา จุลพันธ์, ธันยพัต พงศ์วิวัฒน์, ปัญจพล กอบพึ่งตน และชมพูนุท สิงห์มณี

โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

บทคัดย่อ

การรักษาด้วยวิธีการปลูกถ่ายไตเป็นการรักษาที่มุ่งให้รักษาชีวิตและผู้รับการรักษาสามารถกลับมีคุณภาพชีวิตที่ดี การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังหลังได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดปลูกถ่ายไตในจังหวัดเชียงราย ผู้ให้ข้อมูลคือผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไตโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จำนวน 7 ราย เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์ประสบการชีวิตของผู้ป่วย เป็นคำถามแบบมีโครงสร้างจำนวน 12 ข้อ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิและทดลองกับผู้ป่วยปลูกถ่ายไต และปรับปรุงก่อนนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่าง รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า ประสบการณชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ชีวิตที่ดีขึ้นในด้านต่าง ๆ ดังนี้ 1) ด้านร่างกาย มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากขึ้น 2) ด้านจิตใจและสังคม สามารถใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงคนปกติสัมพันธภาพในครอบครัวดีขึ้น 3) ด้านเศรษฐกิจ สามารถทำงานได้ไม่เป็นภาระครอบครัวและลดค่าใช้จ่ายจากการเดินทางมารักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 4) มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น และได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและการได้รับข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์

บุคลากรทางการแพทย์ควรมีการหาแนวทางในการส่งเสริมเพื่อให้ผู้ที่รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไตเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำสำคัญ : ประสบการณ์ชีวิต การปลูกถ่ายไต ผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้าย

*

:

Lived – experience of patients after kidney transplantation

Kesara Chulaphan, Panjapone Kobpungton, Thanyapat Phongwiwat and Chomphunut Singmanee

Abstract

Kidney transplantation is a life-saving treatment and the patient can return to a good quality of life. This qualitative research aimed to study life experience of chronic renal failure patients after receiving kidney transplantation surgery in Chiang Rai province. Key informants were 7 post kidney transplantation surgery patients. Data were collected by in-depth interviews . Research instruments were researchers, tape recorders and field notes data were analyzed by analyzing the content.

The study shown 3 aspects of good lived – experience of patients after kidney transplantation include 1) Physical aspect patients able to perform more daily activities. Psychological and social aspects Able to live similar to normal people, better family relationship 3) Economic aspect, able to work without burden of family and reduce expenses to receive hemodialysis treatment 4) Better quality of life and receiving support from the family and receiving information from healthcare professionals

Healthcare provider should find ways to promote kidney transplantation people to have a good quality of life.

Keywords: Lived – experience, Kidney transplant, End – stage renal disease

บทนำ

ปัจจุบันผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และเมื่อเข้าสู่โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายซึ่งรักษาด้วยวิธีประคับประคองอย่างเดียวไม่ได้ผลแล้ว มีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตซึ่งในปัจจุบันมี 3 วิธี คือการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้อง และการปลูกถ่ายไต ซึ่งนับว่าเป็นวิธีการรักษาที่ได้ผลดีที่สุด เนื่องจากอัตราการรอดชีวิตสูงกว่า อัตราการเจ็บป่วยน้อยกว่า และค่าใช้จ่ายโดยรวมในระยะยาวน้อยกว่าการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือการล้างไตทางช่องท้อง นับได้ว่าการผ่าตัดปลูกถ่ายไตเป็นความหวังอันสูงสุดของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ต้องเข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแทบทุกคน (ประเสริฐ ธนกิจจารุ, 2555)

กระทรวงสาธารณสุขได้ริเริ่มดำเนินการจัดตั้งโรงพยาบาลที่พร้อมเป็น Donor center ในการรับบริจาคอวัยวะในปี พ.ศ. 2556 จำนวน 18 แห่ง แต่พบว่ายังมีอวัยวะที่เพียงพอต่อความต้องการของประชาชน ดังนั้นเพื่อพัฒนาการดูแลรักษาผู้ป่วยให้ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะตามนโยบายการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขารับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ ตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข คือ เพิ่มการปลุกถ่าย ลดการตาย ได้คิวเร็ว ศูนย์รับบริจาคและปลุกถ่ายอวัยวะโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ได้ดำเนินการรับบริจาคอวัยวะตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2550 จากนั้นได้เข้าร่วมเป็นโรงพยาบาลเครือข่ายรับบริจาคอวัยวะ ของกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2550 จากนั้นได้เข้าร่วมเป็นโรงพยาบาลเครือข่ายรับบริจาคอวัยวะ (Donor center) ของกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2556 ผลการดำเนินงานปัจจุบันมีผู้บริจาคอวัยวะสมองตายทั้งหมดจำนวน 22 ราย มีจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายอยู่ในลำดับที่ 10 ของประเทศ จากข้อมูลผู้ป่วยที่มาใช้บริการหน่วยไตเทียมในปี พ.ศ 2557 – 2559 มีจำนวน 5,629 , 6,089 และ 7536 รายตามลำดับ และมีจำนวนผู้ที่ขึ้นทะเบียนรอรับการปลุกถ่ายไตเพิ่มขึ้นจาก 36 , 44 และ 53 รายตามลำดับ

การผ่าตัดปลุกถ่ายไตถือว่าเป็นการผ่าตัดใหญ่และมีต้นทุนสูงตลอดจนการดูแลตนเองภายหลังการปลุกถ่ายไตเป็นปัจจัยสำคัญของการยืดชีวิตอยู่และการมีคุณภาพชีวิตที่ดี หลังปลุกถ่ายไต การศึกษาวิจัยเชิงลึกเกี่ยวกับการใช้ชีวิตอยู่ภายหลังการปลูกถ่ายไตจึงมีความจำเป็นเพื่อแสดงให้เห็นการปรับตัวของผู้ป่วยและครอบครัว การดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน เพื่อติดตามความก้าวหน้าของการรักษาและวางแผนในการปรับเปลี่ยนแบบแผนการให้ความรู้สนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวในระยะหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไต ซึ่งพบว่ายังไม่มีงานวิจัยที่ผ่านมาได้อธิบายถึงเรื่องดังกล่าว

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสบการณ์ชีวิตหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่อาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงราย เพื่อนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาประมวลเป็นการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อต้องเผชิญกับภาวะการเจ็บป่วยและเทคโนโลยีการรักษาขั้นสูง และเพื่อเป็นแรงบันดาลใจให้กับผู้รอรับการปลูกถ่ายไตและผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไตที่ต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ ให้สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างเป็นสุข

วัตถุประสงค์ (Objectives)

เพื่ออธิบายประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังหลังได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดปลูกถ่ายไตในจังหวัดเชียงราย

วิธีการวิจัย (Methodology)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกใช้เวลา 30 – 45 นาที ผู้ให้ข้อมูลคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเป็นผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังหลังได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดปลูกถ่ายไตเพศชายและหญิงหลังได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดปลูกถ่ายไตอย่างน้อย 1 เดือน ยินดีและสมัครร่วมในการวิจัย สามารถสื่อสารพูดและฟังภาษาไทยได้เข้าใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์ประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยแบบคำถามปลายเปิด คำถามครอบคลุมเกี่ยวกับวิธีการรักษาด้วยการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ความคิดเห็นประสบการณ์หลังปลูกถ่ายไต โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ราย ศึกษานำร่องกับผู้ที่มีคุณสมบัติเหมือนกับผู้ให้ข้อมูลจำนวน 2 ราย นำมาปรับปรุงก่อนนำมาใช้จริง

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุมัติจริยธรรมวิจัยจากฝ่ายจริยธรรมวิจัยและเวชสถิติโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ตามหมายเลขอนุญาตลงวันที่ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความยินยอมในการข้าร่วมวิจัยขออนุญาตในการจดบันทึกข้อมูลและบันทึกเสียง ขณะบันทึกเสียงผู้ให้ข้อมูลสามารถหยุดบันทึกเสียงขณะใดก็ได้หาไม่พร้อม ผู้วิจัยสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์และอิ่มตัวโดยใช้เวลา 45 – 60 นาที การวิเคราะห์ข้อมูลโดยกระบวนการให้รหัสตามวิธีของสเตราส์และคอร์บิน การคัดเลือกเข้ารหัสจัดหมวดหมู่ตามหมู่หลัก (Core category) อย่างเป็นระบบและตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ผลการวิจัย(Results)

ผลการศึกษาประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล สาเหตุและการตัดสินใจในการรับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดปลูกถ่ายไต และ ประสบการณ์ชีวิตภายหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไต

ข้อมูลส่วนบุคคล ผู้ให้ข้อมูลเพศชายและหญิงจำนวน 7 ราย ช่วงอายุ 20 – 46 ปี สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพแห่งชาติร้อยละ 85.72 และสิทธิประกันสังคมร้อยละ 14.28 ทุกคนได้รับการบริจาคไตจากญาติสายตรง รับการผ่าตัดเปลี่ยนไตที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

สาเหตุและการตัดสินใจในการรับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดปลูกถ่ายไต

สาเหตุและการตัดสินใจในการเข้ารับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดปลูกถ่ายไต การตัดสินใจรับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ได้แก่ ความต้องการในการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดการเดินทางมารับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การได้รับข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์และถือว่าเป็นวิธีการรักษาที่ดีที่สุด การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องเกิดการติดเชื้อ

ประสบการณ์ชีวิตภายหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไต

ประสบการณ์ชีวิตภายหลังการรับกรรักษาด้วยวิธีการปลูกถ่ายไต ผู้ให้ข้อมูลให้ข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตที่ดีใน 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจและสังคม 3) ด้านเศรษฐกิจ และ 4) ด้านการมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ดังนี้

ด้านร่างกาย การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดปลูกถ่ายไตทำให้ร่างกายดีขึ้นและลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากภาวะอาการของโรคไตวายเรื้อรัง ผู้ให้ข้อมูลให้ข้อมูลว่าสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะไตเสียหน้าที่ลดลงดังคำกล่าวต่อไปนี้

“...หลังจากปลูกถ่ายไตแล้วพบว่าร่างกายแข็งแรงขึ้น ไม่เหมือนแต่ก่อน ไม่เหนื่อยง่ายและกระฉับกระเฉงขึ้น... ”

“...หลังปลูกถ่ายไตสามารถกินได้มากขึ้น ไปศึกษาไกลบ้านได้ ออกกำลังกายได้ครับ...”

การปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองของผู้ที่ผ่าตัดปลูกถ่ายไต ผู้ให้ข้อมูลมีความรู้เบื้องต้นในการดูแลตนเองสำหรับที่ได้รับการปลูกถ่ายไตสามารถถึงการปฏิบัติตนของผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการปลูกถ่ายไตทั้งการรับประทานยากดภูมคุ้มกันตามเวลา การหลีกเลี่ยงการติดเชื้อ และผู้ให้ข้อมูลมีความตั้งใจในการปรับตัวและดูแลตนเองให้ดีเพื่อให้ไตที่รับการปลูกถ่ายทำงานอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุดดังนี้

“.....ต้องปรับตัวเรื่องการกินยาให้ตรงเวลา การสวมแมสเวลาออกไปข้างนอก.....”

“...การกินอาหารดีขึ้นมาก ไม่ต้องควบคุมมากเหมือนตอนที่ฟอกเลือดอยู่...”

“...ต้องดูแลตัวเอง กินยาให้ตรงเวลา ดูแลเรื่องอาหาร สามารถออกกำลังกายเบาๆได้...”

“...หลังผ่าตัดมาพยายามดูแลตัวเอง กับข้าวอาหารทำเองทุกอย่าง จะใส่ใจเรื่องอาหารมากขึ้น...”

ด้านจิตใจและสังคม ประสบการณ์ชีวิตด้านจิตสังคมก่อนการรับการรักษาด้วยวิธีการปลูกถ่ายไต ผู้ให้ข้อมูลมีปัญหาด้านจิตสังคมเนื่องจากรูปแบบการรักษาที่ต้องมีการรักษาตลอดเวลา ทำให้ไม่สามารถทำงานหรือทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองตามปกติ การรักษาที่ต้องใช้ทั้งเวลาและค่าใช้จ่ายส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลมีผลกระทบทั้งด้านจิตสังคม โดยผู้ให้ข้อมูลให้ข้อมูลดังนี้

“....ก่อนปลูกถ่ายไตรู้สึกหดหู่ห่อเหี่ยว เครียดกังวลหลายอย่าง ทั้งค่าใช้จ่าย การเดินทาง ทำงานหนักได้ไม่เต็มที่....”

ภายหลังการรักษาด้วยวิธีการปลูกถ่ายไต ผู้ให้ข้อมูลมีภาวะจิตสังคมดีขึ้น สามารถทำกิจกรรมได้มากขึ้นใกล้เคียงปกติ สามารถเข้าร่วมกลุ่มสังคม ด้านจิตใจรู้สึกถึงการไม่อยู่ในสภาวะของผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพาหรือเป็นภาระของบุคคลรอบข้าง

“ปลูกถ่ายไตแล้วด้านจิตใจรู้สึกว่ามีความสุขมากขึ้น สามารถทำงานได้ มีรายได้เพิ่มและคนรอบข้างไม่ต้องกังวลเรื่องของเรา”

ด้านเศรษฐกิจ ก่อนการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ผู้ป่วยต้องรับการรักษาด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่ต้องมารับการรักษาเฉลี่ยสัปดาห์ละ 2 – 3 ครั้ง ต้องเสียค่าใช้จ่ายไปกับการเดินทางมารับการรักษา หรือการล้างไตทางหน้าท้องแบบต่อเนื่องที่ต้องมีการเปลี่ยนน้ำยาล้างไตทางช่องท้องตลอด 24 ชั่วโมงทำให้ผู้ป่วยบางรายต้องลาออกจากงานและทำการอยู่ที่บ้านหรือลาออกจากงาน ภายหลังการรักษาด้วยการผ่าตัดปลูกถ่ายไตทำให้ส่งผลต่อภาวะเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัวดีขึ้น เมื่อสภาพร่างกายที่ดีขึ้น ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เองและสามารถกลับไปทำงานหรือศึกษาต่อได้ตามปกติ รวมทั้งลดภาระของผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวได้ โดยผู้ให้ข้อมูลกล่าวไว้ดังนี้

“...การฟอกไตทำให้ไม่มีเวลาไปทำงาน เสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง” “ตอนก่อนปลูกถ่ายไตต้องล้างไตทางช่องท้อง แม่ต้องลาออกจากงานมาดูแลทำให้กระทบกับเศรษฐกิจของครอบครัว แต่หลังจากปลูกถ่ายไต แม่สามารถกลับไปทำงานได้ทำให้ครอบครัวมีรายได้คงที่....”

“...ตอนฟอกไตมีปัญหาเรื่องเศรษฐกิจการเงินมากเพราะมีค่าใช้จ่ายในการเดินทาง เงินที่ได้จากการทำงานต้องนำมาใช้จ่ายกับการฟอกเลือด ภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนไตการเงินดีขึ้นเพราะสามารถกลับไปทำงานได้.....”

ด้านการมีคุณภาพชีวิต การผ่าตัดปลูกถ่ายไตส่งผลดีต่อทั้งด้านร่างกาย จิตสังคมและเศรษฐกิจหรือถือรวมได้ว่าทำให้ผู้ที่ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไตมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นเมื่อเทียบกับการรักษาด้วยวิธีการบำบัดทดแทนไตอื่นๆ และการได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับข้อมูลวิธีการรักษา การปฏิบัติตัว และบุคคลในครอบครัวด้านการบริจาคอวัยวะ การดูแลด้านกายภาพและด้านจิตใจ ส่งเสริมให้ผู้ที่รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดปลูกถ่ายไตมีประสบการณ์ชีวิตภายหลังการรักษาที่ดี โดยผู้ให้ข้อมูลกล่าวดังนี้

“...แหล่งชุมชนที่ดูแลต่อเนื่องมี เจ้าหน้าที่ รพสต....”

“... ตอนนี้ใช้ชีวิตได้เหมือนคนปกติครับ สามารถขับรถได้เอง และจะกลับมาดูแลตัวเองให้มากขึ้นครับ...”

อภิปรายผล (Discussion)

การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดปลูกถ่ายไตส่งผลให้ประสบการณ์ชีวิตที่ดีในด้านร่างกาย ด้านจิตสังคมและส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี กล่าวคือ การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดปลูกถ่ายไตถือเป็นวิธีการบำบัดทดแทนไตที่ดีที่สุดมีการทำหน้าที่แทนไตจึงสามารถช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากไตเสียหน้าที่ได้ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไตที่ไตใหม่สามารถทำงานได้ตามปกติโดยไม่ต้องฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ต้องฟอกเลือด ผู้ป่วยมีการรับรู้ว่าการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนไตเป็นการทำเพื่อให้ชีวิตอยู่รอด ขั้นตอนวิธีการทำได้ยากเนื่องจากการเป็นโรคไตเรื้อรังเป็นสิ่งที่คุกคามชีวิตการรักษาด้วยวิธีการปลูกถ่ายไตจึงเป็นวิธีการที่จะทำให้มีชีวิตอยู่ต่อไปได้จึงมีกำลังใจและมีการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัด ดังการศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่ได้รับการปลูกถ่ายไตพบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานยา และ ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับดีมาก ด้านอารมณ์อยู่ในระดับดี ด้านอาหาร และ ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับปานกลาง (ปัญฑ์ชนิต จินดาธนสาร ,2557) สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อของเยื่อบุช่องท้องจากการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่พบว่าผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องได้ให้ความหมายของการดูแลตนเอง

เมื่อมีการติดเชื้อของเยื่อบุช่องท้องว่าเป็นการทำให้ตนเองมีชีวิตรอด (พนิดา เทียมจรรยา ชมนาด วรรณพรศิริ และดวงพร หุ่นตระกูล, 2554) การที่ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวจะส่งผลให้มีประสบการณ์ชีวิตด้านสังคมดีขึ้นและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังการศึกษาของกัญญา มะลิแก้วเรื่องการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนไต พบว่าการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างและการสนับสนุนด้านอารมณ์มากที่สุด (กัญญา มะลิแก้ว, 2552) และการรักษาด้วยวิธีการปลูกถ่ายไตทำให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีกับโรคและการรักษารวมทั้งการได้รับกำลังใจที่ดีจากครอบครัวและสังคมจะทำให้เกิดการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (อุทุมพร กรองไชย, อารี พุ่มประไวยและสาโรจน์ เพชรมณี) จากปัจจัยเหล่านี้จงส่งผลให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไตมีประสบการณ์ชีวิตที่ดี

ข้อยุติ (Conclusions)

ผู้ที่รับการรักษาด้วยการผ่าตัดปลูกถ่ายไตมีประสบการณชีวิตที่ดีขึ้นในด้านต่างๆ ดังนี้ 1) ด้านร่างกายมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากขึ้น 2) ด้านจิตใจและสังคม สามารถใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงคนปกติสัมพันธภาพในครอบครัวดีขึ้น 3) ด้านเศรษฐกิจ สามารถทำงานได้ไม่เป็นภาระครอบครัวและลดค่าใช้จ่ายจากการเดินทางมารักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 4) มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

สถานะองค์ความรู้ (Status of Knowledge)

หน่วยงานควรพัฒนารูปแบบบริการกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไตและญาติเพื่อเพิ่มความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในการดูแลและส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิต

เอกสารอ้างอิง

กัญญา มะลิแก้ว. (2546). *การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนไต*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

จุฬาวรรณ สุระกุล และคณะ. (2545). ประสบการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งในการได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากทีมสุขภาพ. *สงขลานครินทร์เวชสาร, 20*(4), 241-249.

นงนุช บุญยัง. (2536). *ภาระในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ที่ได้รับการเปลี่ยนไต.* วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิตสาขาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

ปฐมวดี สิงห์ดง และชนกพร จิตปัญญา. (2555). ประสบการณ์ชีวิตของสมาชิกครอบครัวในหอผู้ป่วยวิกฤต: การวิจัยเชิงคุณภาพ. *Rama Nurs J, 18*(3), 404-417.

ปุลวิชช์ ทองแตง และจันทร์จิรา สีสว่าง. (2557). ประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. *Nursing Journal Volume, 41*(ฉบับพิเศษ), 1-10.

พัชรินทร์ แก้วรัตน์ และน้ำอ้อย ภักดีวงศ์. (2559). ประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ขณะรักษาด้วยเคมีบำบัด. *วารสารสังคมศาสตร์, 5*(2), 92-101.

สมพิศ พรหมเดช. (2537). *ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาภายหลังผ่าตัด การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนไต.* วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

Kimberley Crawfoad, Jac Kee Low, Elizabeth Manias. (in press). Healthcare professionals can assist patients with managing post-kidney transplant expectations. *Research in social and administrative pharmacy.*

Kostro, J.Z., Hellmann, A., Skora, I. (2016). Quality of life after kidney transplantation: A prospective study. *Transplantation Proceedings,* 48, Pages 50-54. Retrieved February 17, 2017, from http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S004113451501194X

Zheng X.Y., Han.S., Wang L.M. (2014). Quality of life and psychology after living-related kidney transplantation from donors and recipients in China. *Transplantation Proceedings,* 46, Pages 3426-3430. Retrieved February 17, 2017, from http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0041134514009300

การปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลป่าแดด จังหวัดเชียงราย

Emergency Medical Practices at Padad Hospital Chiang Rai Province

หทัยรัตน์ นิยมาศ และพนาวัน พรหมเผ่า

โรงพยาบาลป่าแดด

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา(Descriptive Research)เก็บข้อมูลย้อนหลังโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลป่าแดด เครื่องมือที่ใช้ศึกษาคือแบบบันทึกการปฏิบัติงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูงของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ(สพฉ.)กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) เป็นผู้ป่วยอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินที่เข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉินโดยชุดปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลป่าแดดในช่วงระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง 30 กันยายน 2562 จำนวน 281 ราย

ผลการศึกษา ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าผู้ป่วยอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินที่เข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉินโดยชุดปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลป่าแดด ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 208 ราย (ร้อยละ 74.0)อายุเฉลี่ย 73.31 ปี อายุมากที่สุด 94 ปี อายุน้อยที่สุด 1 ปี อาชีพที่ใช้บริการมากที่สุดคือ ไม่ได้ประกอบอาชีพ(คนชรา)149 ราย (ร้อยละ 53.0)ส่วนการวินิจฉัยโรคพบ 3 อันดับแรก มีอาการปวดกล้ามเนื้อ(Muscle strain) จำนวน 45 ราย(ร้อยละ16.0)รองลงมาเป็นบาดเจ็บที่ศีรษะ(Head injury) จำนวน 28ราย (ร้อยละ9.9) และปวดท้อง(abdominal pain)จำนวน 16 ราย(ร้อยละ5.7)ตามลำดับ ส่วนที่ 2ข้อมูลด้านผลลัพธ์การปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลป่าแดดพบว่าระยะเวลารับแจ้งเหตุถึงสั่งการน้อยกว่าหรือเท่ากับ1 นาทีมีจำนวน 267ครั้ง(ร้อยละ95.0) ระยะเวลาตั้งแต่สั่งการ ถึง ออกจากฐานน้อยกว่าหรือเท่ากับ1 นาทีมีจำนวน 250ครั้ง(ร้อยละ89.0) และ ระยะเวลารับแจ้งเหตุถึงที่เกิดเหตุภายใน 8 นาทีมีจำนวน 129 ครั้ง(ร้อยละ45.9) ระยะทางจากโรงพยาบาลถึงที่เกิดเหตุ6-10กิโลเมตรมากสุดจำนวน 142 ครั้ง (ร้อยละ 50.5)ประเภทของการเจ็บป่วยส่วนใหญ่เป็นเจ็บป่วยฉุกเฉินมากกว่าอุบัติเหตุจำนวน 197 ครั้ง (ร้อยละ70.1) และการช่วยเหลือณจุดเกิดเหตุพบว่าช่วยทางเดินหายใจ/การหายใจ (Clear airway)มากที่สุดจำนวน 77 ราย (ร้อยละ27.4)รองลงมาเป็นการดามกระดูกจำนวน 47 ราย (ร้อยละ16.7)ผลการดูแลรักษาขั้นต้นส่วนใหญ่ได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้นแล้วอาการทุเลาจำนวน 169 ราย (ร้อยละ60.1) ส่วนระดับการคัดแยก ณ จุดเกิดเหตุ เขียว(ไม่รุนแรง)มากที่สุดจำนวน 128 ราย (ร้อยละ46.6)รองลงมาเป็น เหลือง(เร่งด่วน)จำนวน 62 ราย (ร้อยละ22.1)เกณฑ์การตัดสินใจส่งโรงพยาบาลมีความเหมาะสมจำนวน 217 ราย (ร้อยละ77.2) ผลการรักษาในโรงพยาบาลผู้ป่วยมีอาการทุเลามากที่สุดจำนวน 166 ราย (ร้อยละ59.1) รองลงมาส่งต่อไปรักษาโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าจำนวน 61 ราย (ร้อยละ21.7)

คำสำคัญ:การปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉิน

บทนำ

การเจ็บป่วยฉุกเฉิน เป็นความเจ็บป่วยที่อาจเกิดจากการได้รับอุบัติเหตุหรือมีอาการเจ็บป่วยกะทันหัน ซึ่งเป็นอันตรายต่อการดำรงชีวิตหรือการทำงานของอวัยวะ (World Health Organization [WHO], 2018ใน ประเทศไทยพบว่าปัญหาการเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นปัญหาหนึ่งที่มีอัตราการเจ็บป่วยฉุกเฉินเพิ่มสูงขึ้น ตลอดมา จากสถิติข้อมูล ปี 2558 พบว่า สาเหตุการตาย 5 อันดับแรก เป็นการเจ็บป่วยฉุกเฉิน 4 อันดับ คือ โรคหลอดเลือดสมอง ปอดอักเสบ โรคหัวใจขาดเลือด และอุบัติเหตุจากการคมนาคมขนส่ง (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2559) และมีสถิติการนำส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน 10 อันดับแรก คือ อุบัติเหตุจากการคมนาคมขนส่ง อ่อนเพลีย ปวดท้อง ปวดหลัง พลัดตกหกล้ม หายใจลำบาก หมดสติ การเจ็บป่วยที่เกิดกับเด็กชัก ปวดศีรษะ และเจ็บแน่นทรวงอก (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2560) ซึ่งจะเห็นได้ว่าโรคเจ็บป่วยฉุกเฉินที่ประกอบด้วยทั้งโรคทั่วไปและอุบัติเหตุ มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น

จังหวัดเชียงราย มีการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่มารับการรักษาในสถานพยาบาล ในปี 2561 ซึ่งประกอบด้วยอาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน 5 อันดับแรก คือ อุบัติเหตุจากการคมนาคมขนส่ง, อ่อนเพลีย, หายใจลำบาก, พลัดตกหกล้ม และปวดท้อง/ปวดหลัง ตามลำดับ (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2562) ตามลำดับ อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงรายจากข้อมูลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มารับบริการ ที่โรงพยาบาลป่าแดด 5 อันดับแรกในปี 2559 - 2561 พบว่าโรคที่พบบ่อย คือ โรคถุงลมโป่งพอง, โรคความดันโลหิตสูง,โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะน้ำตาลต่ำจากเบาหวาน และภาวะชัก คิดเป็น 249.88, 193.57, 137.26, 80.95 และ 77.43 ต่อแสนประชากรตามลำดับ และจากสถิติสาเหตุการเสียชีวิตในโรงพยาบาลป่าแดด ปี 2559 – 2561 พบว่า เกิดจากภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน,ภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันและอุบัติเหตุทางการจราจรที่ได้รับการกระทบกระเทือนทางศีรษะ คิดเป็น 35.20, 7.04, 3.52 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่าโรคเจ็บป่วยฉุกเฉิน ส่วนใหญ่เป็นโรคทางอายุรกรรมหรือโรคเรื้อรัง หากมีการดูแลหรือปฐมพยาบาลก่อนจะทำให้โอกาสเกิดความรุนแรงของโรคหรือโอกาสการเสียชีวิตลดลง เช่น การช่วยฟื้นคืนชีพ ณ จุดเกิดเหตุในกรณีที่เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว หรือการพ่นยาขยายหลอดลมในรายที่ป่วยเป็นโรคถุงลมโป่งพอง เป็นต้น และถึงแม้อุบัติเหตุทางการจราจรในพื้นที่มีจำนวนน้อยกว่า แต่ความรุนแรงของอุบัติเหตุส่งผลให้เกิดการเสียชีวิตในภายหลัง และเกิดความสูญเสียต่าง ๆ ตามมา

ระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย ได้มีการจัดตั้งบริการการแพทย์ฉุกเฉินขึ้นทุกจังหวัด ในปี 2540 ช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับ ที่ 8 (พ.ศ. 2540 - 2544) ซึ่งมีการบรรจุแผนงานอุบัติเหตุและสาธารณภัย โดยมีการจัดตั้งหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉิน ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน มีการดำเนินงานช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน 4 ด้าน ได้แก่ การดูแลทางเดินหายใจ การห้ามเลือด การให้สารน้ำ และการดามกระดูก รวมถึงการเคลื่อนย้ายผู้เจ็บป่วย ซึ่งแบ่งออกเป็น หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูง *หน่วย*ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นโดยมีการพัฒนาขึ้นเพื่อลดจำนวนการตาย การทุกข์ทรมาน และการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายอันเกิดจากความล่าช้าในการรักษาผู้ป่วย การลำเลียงเคลื่อนย้ายไม่ถูกวิธี รวมถึงการนำส่งสถานพยาบาลที่ไม่เหมาะสม (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2562) อำเภอป่าแดด เป็นอำเภอหนึ่งใน

จังหวัดเชียงราย มีประชากร 26,244 คน แบ่งเขตการปกครอง เป็น 5 ตำบล 58 หมู่บ้าน เริ่มมีการดำเนินงานด้านระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินตั้งแต่ ปี 2548 จนถึงปัจจุบัน โดยมีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูง 1 แห่ง และหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น 5 แห่ง

ผู้ศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานในหน่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน และ รับผิดชอบในการดำเนินงานการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในพื้นที่อำเภอป่าแดด จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีการศึกษาการพัฒนางานบริการการแพทย์ฉุกเฉินในหลายพื้นที่แต่จากการดำเนินงานที่ผ่านมาของอำเภอป่าแดด พบว่ายังไม่มีการศึกษาการดำเนินงานของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินในหน่วยงานตนเอง จึงยังไม่มีข้อมูลการปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลป่าแดด ดังนั้นจึงมีความสนใจจะศึกษา เพื่อนำผลการศึกษามาเป็นข้อมูลในการพัฒนาแนวทางในการดำเนินงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลป่าแดด

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาผลการปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลป่าแดดในช่วงระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2562 จำนวน 281 ราย กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) รวบรวมข้อมูลโดยศึกษาย้อนหลังจากแบบบันทึกการปฏิบัติงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูงของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) โดยชุดปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลป่าแดดวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติบรรยาย(Descriptive Statistics)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้ป่วยอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินที่เข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉินโดยชุดปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลป่าแดด จำนวน 281 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 208 ราย (ร้อยละ 74.0)เพศชายจำนวน73 ราย(ร้อยละ 26.0)อายุเฉลี่ย 73.31 ปี อายุมากที่สุด 94 ปี อายุน้อยที่สุด 1 ปี โดยอยู่ในกลุ่มอายุ 81 ปีขึ้นไปมากที่สุด (ร้อยละ 34.5)รองลงมาอายุ61-80ปี (ร้อยละ 24.9) อาชีพที่ใช้บริการมากที่สุดคือ ผู้ไม่ได้ประกอบอาชีพ(คนชรา) จำนวน 149 ราย (ร้อยละ 53.0) รองลงมาคือ ทำนา จำนวน 53 ราย (ร้อยละ 18.9) ส่วนการวินิจฉัยโรคพบ 3 อันดับแรก มี อาการปวดกล้ามเนื้อ (Muscle strain) จำนวน 45 ราย(ร้อยละ16.0)รองลงมาเป็นบาดเจ็บที่ศีรษะ(Head injury) จำนวน 28ราย(ร้อยละ9.9) และปวดท้อง(abdominal pain)จำนวน 16 ราย(ร้อยละ5.7)ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านผลลัพธ์การปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลป่าแดด พบว่าระยะเวลารับแจ้งเหตุถึงสั่งการน้อยกว่าหรือเท่ากับ1 นาทีมีจำนวน 267 ครั้ง(ร้อยละ95.0) ระยะเวลา 2 นาทีมีจำนวน 14 ครั้ง(ร้อยละ5.0) ระยะเวลาตั้งแต่สั่งการ ถึง ออกจากฐานน้อยกว่าหรือเท่ากับ1 นาทีมีจำนวน 250 ครั้ง (ร้อยละ89.0) ระยะเวลา 2 นาทีมีจำนวน 17 ครั้ง (ร้อยละ6.0) ระยะเวลา3นาทีมีจำนวน 13ครั้ง (ร้อยละ4.6) และระยะเวลา4 นาทีมีจำนวน 1 ครั้ง (ร้อยละ0.4)ตามลำดับ ส่วนระยะเวลารับแจ้งเหตุถึงที่เกิดเหตุภายใน 8 นาทีมีจำนวน 129 ครั้ง (ร้อยละ45.9) รองลงมาใช้เวลา11นาทีขึ้นไปจำนวน 105 ครั้ง (ร้อยละ37.4)และ9-10นาทีจำนวน 47 ครั้ง (ร้อยละ16.7) ตามลำดับ ระยะทางจากโรงพยาบาลถึงที่เกิดเหตุส่วนใหญ่6-10กิโลเมตรมากที่สุดจำนวน 142 ครั้ง (ร้อยละ50.5) รองลงมาระยะทาง1-5กิโลเมตรจำนวน 107 ครั้ง (ร้อยละ38.1) และระยะทางมากกว่า10กิโลเมตรจำนวน 32 ครั้ง (ร้อยละ11.4)ตามลำดับ ประเภทของการเจ็บป่วยส่วนใหญ่เป็นเจ็บป่วยฉุกเฉินจำนวน 197 ราย (ร้อยละ70.1) มากกว่าอุบัติเหตุซึ่งมีจำนวน 84 ราย (ร้อยละ29.9) และการช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุพบว่าช่วยทางเดินหายใจ/การหายใจ (Clear airway)จำนวน 77 ราย (ร้อยละ27.4)มากที่สุดรองลงมาเป็นการดามกระดูกจำนวน 47 ราย (ร้อยละ16.7)บาดแผล/ห้ามเลือดจำนวน 40 ราย (ร้อยละ14.2) ให้สารน้ำจำนวน 15 ราย (ร้อยละ5.3) ทำCPRจำนวน 5 ราย (ร้อยละ1.8) ตามลำดับ ผลการดูแลรักษาขั้นต้นส่วนใหญ่ได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้นแล้วอาการทุเลาจำนวน 169 ราย (ร้อยละ60.1)รองลงมาไม่มีการรักษา ณ จุดเกิดเหตุจำนวน 112 ราย (ร้อยละ39.9) ส่วนระดับการคัดแยก ณ จุดเกิดเหตุ เขียว(ไม่รุนแรง)มากที่สุดจำนวน 128 ราย (ร้อยละ46.6) รองลงมาเป็นเหลือง (เร่งด่วน) จำนวน 62 ราย (ร้อยละ22.1) ขาว (ทั่วไป) จำนวน 36 ราย (ร้อยละ12.8) ดำ (รับบริการสาธารณสุขอื่น) จำนวน 28 ราย (ร้อยละ10.0)และแดง(วิกฤต)จำนวน 27 ราย (ร้อยละ9.6)เกณฑ์การตัดสินใจส่งโรงพยาบาลเหมาะสมจำนวน 217 ราย (ร้อยละ77.2)ไม่เหมาะสมจำนวน 64 ราย (ร้อยละ22.8) ผลการรักษาในโรงพยาบาลแล้วมีอาการทุเลามากที่สุดจำนวน 166 ราย (ร้อยละ59.1)รองลงมาส่งต่อไปรักษาโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าจำนวน 61 ราย (ร้อยละ21.7)และนอนโรงพยาบาลจำนวน 50 ราย (ร้อยละ17.8) ปฏิเสธการรักษาจำนวน 3 ราย (ร้อยละ1.1) เสียชีวิตขณะให้การรักษาจำนวน 1 ราย (ร้อยละ0.4) ตามลำดับ

อภิปราย สรุปผล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อาจเนื่องมาจาก เพศหญิงการป้องกันดูแลสุขภาพตนเองมีน้อยอายุส่วนมากอยู่ในช่วง 81 ปีขึ้นไปมากที่สุด (ร้อยละ 34.5)รองลงมาอายุ61-80ปี (ร้อยละ 24.9) ซึ่งเป็นช่วงของผู้สูงอายุที่มีโอกาสเสี่ยงเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังสูง การประกอบอาชีพส่วนมากไม่ได้ประกอบอาชีพ(คนชรา) จำนวน 149 ราย (ร้อยละ 53.0)รองลงมาคือทำนาจำนวน 53 ราย (ร้อยละ 18.9) อาการที่พบบ่อยคือ ปวดกล้ามเนื้อ(Muscle strain) จำนวน 45 ราย (ร้อยละ16.0)รองลงมาเป็นบาดเจ็บที่ศีรษะ(Head injury) จำนวน 28ราย(ร้อยละ9.9) และปวดท้อง (abdominal pain)จำนวน 16 ราย(ร้อยละ5.7)ตามลำดับซึ่งอาการเหล่านี้มีโอกาสเกิดได้ง่ายกับผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนมาก ส่วนโรคในกลุ่มที่ควรใช้ช่องทางด่วน (Fast track) เช่น ภาวะหลอดเลือดสมองตีบ

ตัน (Stroke) มี จำนวน 4 ราย (ร้อยละ1.4)กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (STIMI) มี จำนวน 2 ราย (ร้อยละ0.7) ใช้บริการช่องทางด่วนน้อยกว่าที่มาเองที่ห้องฉุกเฉิน โดยพบว่า ภาวะหลอดเลือดสมองตีบตัน (Stroke) มาเอง จำนวน 75 ราย(ร้อยละ 94.9) และ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (STIMI)มาเอง จำนวน 11 ราย (ร้อยละ84.6) (สรุปผลงานหน่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ปีงบประมาณ, 2562)ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของลาวัลย์ ออกสุข พบว่าระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในการรับส่งผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันไม่เป็นที่นิยมเพราะผู้ป่วยยังคงมีความเชื่อว่าระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีความล่าช้าและนอกจากนี้ภาวะหลอดเลือดสมองตีบตันผู้ป่วยอาจไม่ทราบอาการเตือนของโรคทำให้มารับบริการล่าช้าและไม่ได้เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านผลลัพธ์การปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลป่าแดดระยะเวลารับแจ้งเหตุถึงสั่งการน้อยกว่าหรือเท่ากับ1 นาทีมีจำนวน 267ครั้ง(ร้อยละ95.0) ระยะเวลาตั้งแต่สั่งการ ถึง ออกจากฐานน้อยกว่าหรือเท่ากับ1 นาทีมีจำนวน 250ครั้ง(ร้อยละ89.0) และระยะเวลารับแจ้งเหตุถึงที่เกิดเหตุภายใน 8 นาทีเป็นส่วนใหญ่มีจำนวน 129 ครั้ง (ร้อยละ45.9) ซึ่งได้สูงกว่าของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติปี2556 ได้ร้อยละ 40.43 อาจเนื่องมาจากระยะทางจากโรงพยาบาลถึงที่เกิดเหตุส่วนใหญ่ 6-10 กิโลเมตรมากที่สุด จำนวน 142 ครั้ง (ร้อยละ50.5) ประเภทของการเจ็บป่วยส่วนใหญ่เป็นเจ็บป่วยฉุกเฉินมากกว่าอุบัติเหตุจำนวน 197 ราย (ร้อยละ70.1)อาจเนื่องจากส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุมีภาวะเสี่ยงสูงต่อโรคเรื้อรัง และการช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุพบว่ามากที่สุดช่วยทางเดินหายใจ/การหายใจ (Clear airway)จำนวน 77 ราย (ร้อยละ27.4) ผลการดูแลรักษาขั้นต้นส่วนใหญ่ได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้นแล้วอาการทุเลาจำนวน 169 ราย (ร้อยละ60.1) ส่วนระดับการคัดแยก ณ จุดเกิดเหตุ เขียว (ไม่รุนแรง) มากที่สุดจำนวน 128 ราย (ร้อยละ46.6) เกณฑ์การตัดสินใจส่งโรงพยาบาลเหมาะสมจำนวน 217 ราย (ร้อยละ77.2) ไม่เหมาะสมเช่นขาว (ทั่วไป) และดำ (รับบริการสาธารณสุขอื่น) มีจำนวน 64 ราย (ร้อยละ22.8) จากข้อมูลอาจเพิ่มศักยภาพให้หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นในพื้นที่ช่วยดูแลผู้ป่วย เขียว(ไม่รุนแรง)ขาว(ทั่วไป)และดำ(รับบริการสาธารณสุขอื่น)ได้ ผลการรักษาในโรงพยาบาลรักษาแล้วมีอาการทุเลามากที่สุดจำนวน 166 ราย (ร้อยละ59.1) รองลงมาส่งต่อไปรักษาโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าจำนวน 61 ราย (ร้อยละ21.7) นอนโรงพยาบาลจำนวน 50 ราย (ร้อยละ17.8) ปฏิเสธการรักษาจำนวน 3 ราย (ร้อยละ1.1)เนื่องจากเมาสุราไม่ยินยอมรักษา และเสียชีวิตขณะให้การรักษาจำนวน 1 ราย (ร้อยละ0.4)เนื่องจากบาดเจ็บสาหัสจากอุบัติเหตุจราจร

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาเป็นข้อมูลพื้นฐานนำเสนอผู้บริหารเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและพัฒนารูปแบบการดำเนินงานของหน่วยปฏิบัติงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูงของโรงพยาบาลป่าแดด โดยควรศึกษาเพิ่มในกลุ่มโรคที่ควรใช้ช่องทางด่วน (Fast track) และหาแนวทางการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและรณรงค์ประชาสัมพันธ์อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน (Stroke)นอกจากนี้ควรเพิ่มศักยภาพให้หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นในพื้นที่ในการดูแลผู้ป่วย

ณ จุดเกิดเหตุ ในระดับการคัดแยกประเภทเขียว(ไม่รุนแรง) ขาว(ทั่วไป) และดำ(รับบริการสาธารณสุขอื่น)โดยสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรให้ได้อบรมฟื้นฟูความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย1ครั้งต่อปี

เอกสารอ้างอิง

งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน. (2562). *สรุปผลการดำเนินงานโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2562.* เชียงราย: โรงพยาบาลป่าแดด.

ลาวัลย์ ออกสุข,และวาสนา รวยสูงเนิน.*การรับรู้และการตัดสินใจเข้ารับการรักษาโรคหัวใจหลอดเลือด.”* วารสารสมาคมพยาบาลฯสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.ปีที่30 ฉบับที่2 (เมษายน- มิถุนายน 2555):90-94.

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2562). *แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3.1 พ.ศ. 2562 – 2564* (ปรับปรุงจากแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ 2560-2564) Retrieved fromhttps://www.niems.go.th/1/upload/migrate/file/256112221455115037_GWJdMn5ejp3gVAdc.pdf

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2559*). สถิติสาธารณสุข ปี 2559*. Retrieved from http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/ health_strategy2559.pdf

World Health Organization. (2018). *The top 10 causes of death*. Retrieved from http://who.int/mediacentre/factsheets/fs310

ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลม่วงยาย อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย

Factors associated with liver fluke infections in Muang Yai sub-district, Wiang Kan district, Chiang Rai

นายกิตติ กำวงศ์

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลม่วงยาย

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ คือ 1) เพื่อค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับในตำบลม่วงยาย อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย และ 2) เพื่อศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมสุขภาพต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ในตับของประชาชนในตำบลม่วงยาย อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาในลักษณะภาคตัดขวาง (Cross-sectional study design) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 224 คน คัดเลือกจากประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่บ้านห้วยลึก โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และเก็บตัวอย่างอุจจาระส่งตรวจหาไข่พยาธิด้วยวิธีการ Modified Kato Kazt การวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนของสถิติที่ใช้ คือ การทดสอบไคสแคว์ อัตราเสี่ยงและวิเคราะห์ตัวแปรเชิงซ้อนการถดถอยพหุลอจิสติก ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการการวิจัย : พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 224 คน ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับร้อยละ 23.66 เป็นเพศชาย ร้อยละ 56.60 และ เพศหญิงร้อยละ 43.40 อายุเฉลี่ย 43 ปี กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยรวมอยู่ในระดับสูง (x= 3.67, SD=0.744) ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ คือ เพศ (OR adj = 3.32,95% CI = 1.711-6.451) การบริโภคปลาดิบเป็นประจำ (OR adj =6.33,95% CI = 1.135-35.326) การขับถ่ายอุจจาระลงพื้นดิน (OR adj = 4.77,95% CI = 1.589-14.389)

สรุปผลการวิจัย : การศึกษาในครั้งนี้สามารถสรุปได้ว่า อัตราความชุกของการเกิดพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่อยู่ในระดับที่สูง ประชาชนในพื้นที่มีความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่ดี แต่ยังคุ้นชินกับการบริโภคปลาน้ำจืดสุกๆดิบๆเป็นประจำ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น ลดการบริโภคปลาดิบและการขับถ่ายอุจจาระที่ถูกสุขลักษณะ สามารถช่วยลดการเกิดพยาธิใบไม้ตับได้

คำสำคัญ ความชุกของการเกิดพยาธิใบไม้ตับ ปัจจัยเสี่ยง

บทนำ

การติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับ (Opisthorchis Viverrini) เป็นอีกประเด็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขในประเทศกำลังพัฒนาที่ต้องเผชิญและการติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับยังถือเป็นโรคที่สอดคล้องสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีอีกด้วย โดยปกติพบว่ามะเร็งท่อน้ำดีเป็นโรคที่พบได้ไม่มากนักบนโลก แต่ประเทศไทยกลับพบความชุกของการเกิดโรคสูงซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่สูงที่สุดในโลก และก่อเกิดความเสียหายเป็นอย่างมาก เนื่องจากเป็นโรคที่ยากต่อการวินิจฉัย และมีอาการแรกเริ่มคล้ายกับโรคอื่น ๆ ส่งผลให้อาจเกิดความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยได้ จึงเกิดความล่าช้าในการรักษา และเป็นอีกสาเหตุหนึ่งของการเพิ่มอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยด้วยโรคนี้ จากรายงานต่าง ๆ พบว่าประเทศไทยมีความผันแปรต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีซึ่งจะขึ้นอยู่กับความแตกต่างทางด้านสภาพภูมิประเทศ จากข้อมูลทางสถิติพบว่าอุบัติการณ์ของโรคนี้พบได้สูงในเขตภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย และปรากฏในเพศชายมากกว่าเพศหญิง (มูลนิธิมะเร็งท่อน้ำดี, 2551) ด้วยเหตุนี้เององค์การอนามัยโลก หรือ WHO ได้จัดให้โรคพยาธิใบไม้ในตับเป็นสาเหตุอันสำคัญต่อการเกิดโรคมะเร็งชนิดนี้ จากสถิติพบว่าทั่วโลกพบการประมาณการติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับ อยู่ที่ 35 ล้านคน (Sripa, B. et al., 2011) และสถานการณ์ของโรคพยาธิใบไม้ในตับของประเทศไทยยังคงรุนแรง โดยคณะนักวิจัยจากมหาวิทยาลัยขอนแก่น พบว่าคนไทยประมาณร้อยละ 10 หรือประมาณ 6 ล้านคนจากประชากรทั้งหมดติดโรคพยาธิใบไม้ในตับที่เป็นสาเหตุหลักของมะเร็งท่อน้ำดี (โกศล รุ่งเรืองชัย, 2553) จากการศึกษาทางด้านระบาดวิทยาของโรคหนอนพยาธิระดับประเทศ โดยกระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค ในรอบ 61 ปีที่ผ่านมมา พบว่าความชุกของโรคหนอนพยาธิในปี พ.ศ. 2500 ปี พ.ศ. 2524 ปี พ.ศ. 2534 ปี พ.ศ. 2539 ปี พ.ศ. 2544 ปี พ.ศ. 2552 และปี พ.ศ. 2557 มีแนวโน้มความชุกที่ลดลงในภาพรวมของประเทศ คือ ร้อยละ 62.9 ร้อยละ 54.7 ร้อยละ 41.7 ร้อยละ 35.0 ร้อยละ 22.5 ร้อยละ 18.1 และ ร้อยละ 8.2 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาความชุกของโรคตามชนิดของหนอนพยาธิ พบพยาธิใบไม้ในตับระดับประเทศ ปี พ.ศ.2544 ปี พ.ศ. 2552 และปี พ.ศ. 2557 ร้อยละ 9.6 ร้อยละ 8.7 และร้อยละ 5.1 ตามลำดับโดยมีแนวโน้มที่ลดลง (กองนวัตกรรมและวิจัย (กนว.) กรมควบคุมโรค, 2562) เมื่อพิจารณาในระดับหมู่บ้านในพื้นที่ภาคเหนือ พบอัตราชุกสูงถึงร้อยละ 45.6 และในบางพื้นที่ยังมีอัตราความชุกค่อนข้างสูง (เกสร แถวโนนงิ้ว และคณะ, 2561) โดยจังหวัดเชียงรายถือเป็น 1 ใน 26 จังหวัดที่มีอัตราความชุกของโรคหนอนพยาธิสูงกว่าร้อยละ 20 (สำนักระบาดวิทยา, 2550)

จากการทบทวนเอกสารรายงานการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า โรคพยาธิใบไม้ในตับมีสาเหตุมาจากพยาธิที่มีชื่อเรียกว่า พยาธิใบไม้ตับ (Opisthorchis viverrini) มีลักษณะแบนคล้ายใบไม้ ส่วนหัวและท้ายเรียวมน มีสีแดงคล้ายสีโลหิตจาง ๆ ในประเทศไทยพบมากทั้งทางภาคเหนือและตะวันออกเฉียงเหนือ โดยปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคได้แก่การรับประทานอาหารประเภทสัตว์น้ำจืดปรุงดิบ หรือสุก ๆ ดิบ ๆ ที่มีการปนเปื้อนของตัวอ่อนพยาธิ (Center for disease control and prevention, 2012) เช่น การรับประทานปลาร้าและปลาส้ม, การกินก้อยปลาปรุงดิบ เป็นต้น (เกสร แถวโนนงิ้ว และคณะ, 2561) นอกจากนี้พฤติกรรมการบริโภคที่เป็นปัจจัยการเกิดโรคหลักแล้ว ยังคงพบปัจจัยที่ส่งเสริมการเกิดโรคด้านอื่น ๆ เช่น ความยากในการปรับเปลี่ยนวิถี

ชีวิต หรือพฤติกรรมของกลุ่มคนแต่ละช่วงอายุ การขาดการบริหารจัดการกำจัดสิ่งปฏิกูลอย่างเป็นระบบของ อปท. ความครอบคลุมในการรายผลการตรวจอุจจาระของกลุ่มเสี่ยง นอกจากนี้ยังพบว่าพื้นที่ถิ่นทุรกันดารยังพบปัญหาของการใช้ส้วมที่ยังไม่ถูกสุขลักษณะ การจัดการน้ำทิ้งของครัวเรือน และการเลี้ยงสัตว์แบบปล่อย ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยเอื้อต่อการแพร่ของโรคหนอนพยาธิ รวมถึงความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคหนอนพยาธิยังอยู่ในระดับต่ำ จึงมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เป็นต้น (กองนวัตกรรมและวิจัย (กนว.) กรมควบคุมโรค, 2562) ดังที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นว่าโรคพยาธิใบไม้ในตับยังคงเป็นปัญหาสำคัญและควรได้รับการเร่งดำเนินการแก้ไข จนเกิดเป็นแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดีจากการดำเนินงานประสานความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและหลายภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยมีเป้าหมายเพื่อให้คนไทยในทุกหมู่บ้านปลอดภัยจากการติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับและผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งน้ำดีมีจำนวนที่ลดลงและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

จากการศึกษาลักษณะทางภูมิศาสตร์ของตำบลม่วงยาย อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย พบว่าตำบลม่วงยาย เป็นชุมชนคนลาว ซึ่งย้ายมาจากประเทศลาวเข้ามาตั้งถิ่นฐานอยู่ เมื่อประมาณ 100 ปี โดยมีแม่น้ำโขงกั้นพรมแดน ซึ่งถือเป็นแม่น้ำที่สำคัญอุดมไปด้วยพันธ์ปลาน้ำจืด โดยเฉพาะปลาน้ำจืดซึ่งอยู่ในตระกูลปลาตะเพียนหรือปลาขาว ซึ่งเป็นพาหะตัวที่สอง (second intermediate host) ของพยาธิใบไม้ตับซึ่งประชาชนที่อาศัยอยู่บริเวณใกล้แม่น้ำส่วนใหญ่จะนิยมบริโภคปลาน้ำจืด ซึ่งบางส่วนนำมาปรุงเป็นอาหาร สุกๆดิบๆ และบางส่วนจะหมักเก็บไว้สำหรับนำมารับประทานในภายหลัง (วัชรพงษ์ เรือนคำ, 2558) ถึงแม้ว่าระยะเวลาหลายปีที่ผ่านมากระทรวงสาธารณสุขมีการรณรงค์การเลิกรับประทานปลาดิบและได้มีการแจกจ่ายยาถ่ายพยาธิ แต่อุบัติการณ์ของโรคยังคงไม่ต่ำกว่ามาตรฐานที่ทางกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้ รวมทั้งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องยังพบว่า การบริโภคยังถือว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ทำให้เกิดการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในภาคเหนือของไทย และพื้นที่ลุ่มของลาวที่ติดต่อกับไทยซึ่งวัฒนธรรมในการบริโภคปลาดิบมาอย่างยาวนาน รวมไปถึงการนำปลาดิบไปแปรรูปโดยการหมักเอาไว้เป็นเวลานานและนำมาบริโภคในภายหลัง (World Health Organization, 1995) จากรายงานพบว่าค่าเฉลี่ยของอัตราความชุกที่เพิ่มสูงขึ้นนั้นขึ้นอยู่กับวัฒนธรรมของแต่ละชุมชน วัฒนธรรมการบริโภคปลาสุก ๆ ดิบ ๆ หรือการบริโภคอาหารที่ทำมาจากปลาดิบนั้นเป็นอีกปัจจัยหลักที่ทำให้เกิดความชุกของ พยาธิใบไม้ตับที่สูงขึ้น (Kaewpitoon et al., 2008) และพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์การเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับสูงมักจะสอดคล้องกับการเกิดมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่ชุมชนนั้นจะเห็นได้ว่าการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับมีสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากพฤติกรรมการบริโภคและพฤติกรรมที่ส่งผลต่อการแพร่กระจายของโรค ซึ่งพฤติกรรมการบริโภคก็ไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะการบริโภคอาหารเท่านั้น แต่ยังรวมถึงพฤติกรรมการบริโภคที่เกี่ยวข้องกับวิธีการผลิตและการปรุงแต่งอาหารที่มีเรื่องของวัฒนธรรม ประเพณี ความเชื่อเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องรวมทั้ง การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมย่อมส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงลักษณะการบริโภค โดยวัฒนธรรมของการบริโภคนั้น เป็น การแสดงถึงเอกลักษณ์ของชุมชน และคุณภาพชีวิตของคนในชุมชน ซึ่งนำไปสู่สุขภาพของคนในชุมชนนั้น นอกจากนี้ยังพบว่า ความเชื่อทางด้านสุขภาพและปัจจัย

ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ (กิตติพงษ์ และปัตพงษ์, 2557) และยังสัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ,อายุ (Soraya J Kaewpitoon et al., 2012)

จากข้อมูลที่กล่าวมาข้างต้นเห็นได้ว่าเกิดการศึกษาการติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับมากมายทั้งปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค ความชุกของโรค แม้กระทั่งการรับรู้ด้านสุขภาพต่อการเกิดการติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับซึ่งจะพบการศึกษาส่วนมากในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่ส่งผลให้เกิดการติดเชื้อพยาธิในตับของประชาชนในพื้นที่จังหวัดภาคเหนือ โดยเฉพาะตำบลม่วงยาย อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงรายยังคงไม่เคยได้รับการศึกษาเพื่อหาสาเหตุหรือสะท้อนปัญหาที่แท้จริงออกมา ดังนั้นการศึกษาวิจัยในครั้งนี้จะสามารถสะท้อนภาพปัจจัยที่ส่งผลต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับของประชาชนในพื้นที่ได้ เพื่อประโยชน์ในการนำไปวางแผนทางสาธารณสุขและขยายผลดำเนินการควบคุม ป้องกัน และส่งเสริมพฤติกรรมให้ประชาชนปลอดการติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับ และลดอัตราป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีรวมถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามแผนยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุขต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับในตำบลม่วงยาย อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย
2. เพื่อศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมสุขภาพต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ในตับของประชาชนในตำบลม่วงยาย อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย

วิธีการวิจัย

1. กลุ่มประชากรที่จะศึกษา ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ประกอบด้วย

ก. เพศ: ไม่จำกัดเพศ

ข. วัย/อายุ: เป็นบุคคลที่มีอายุ 15 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

ค. ลักษณะ: เป็นบุคคลที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลม่วงยาย อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย จากข้อมูลประชากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลม่วงยาย ในปี 2563

ง. โรคหรืออาการเฉพาะ: ไม่ระบุ

จ. จำนวนคนและที่มา

1. ประชากรที่ใช้ศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ได้ดำเนินการในประชากรตำบลม่วงยาย อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย ประชากรที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ คือ ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลม่วงยาย อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย จำนวนทั้งสิ้น 295 คน

2. กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในตำบลม่วงยาย อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย โดย ใช้สูตรคำนวณคอแครน (Cochran, 1977) และใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ในการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป กำหนดโดยการคำนวณจากสูตร

$$\frac{n = P\,(1 - P)\,Z^2}{d^2}$$

เมื่อ n คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

P คือ สัดส่วนของประชากรที่ต้องการสุ่ม ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้จะกำหนดสัดส่วนที่ร้อยละ 20 หรือ 0.20

Z คือ ระดับความมั่นใจที่กำหนด หรือ ระดับนัยสำคัญทางสถิติ คือ 1.96

D คือ สัดส่วนความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 สัดส่วนความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.05

โดยผู้ศึกษาใช้ระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 และคิดขนาดของค่าความคลาดเคลื่อนที่ ± ร้อยละ 5 หรือที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ได้ผลดังนี้

$$\frac{n = P\,(1 - P)\,Z^2}{d^2}$$

$$\frac{n = (0.20)\,(1\text{-}0.20)\,(1.96)^2}{(0.05)^2}$$

$$n = 245$$

ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้สามารถกำหนดได้ว่า เป็นบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชุมชนบ้านห้วยลึก ตำบลม่วงยาย จังหวัดเชียงราย จำนวนทั้งสิ้น 245 คน

2. เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

1. เป็นประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป

2. อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลม่วงยาย อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย จากข้อมูลประชากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลม่วงยาย ในปี 2563

3. เป็นผู้ที่สามารถฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้

4. เป็นผู้ที่สามารถให้ข้อมูลได้ และยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย

3. เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

1. เป็นบุคคลที่ไม่มีตัวตนอาศัยอยู่ในพื้นที่ ได้แก่ ย้ายออก เดินทางไปทำงานที่ต่างจังหวัดในระยะยาว เสียชีวิต โดยบุคคลเหล่านี้จะถูกคัดออกตั้งแต่ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง

2. เป็นผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปีบริบูรณ์

3. เป็นบุคคลที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการศึกษาวิจัย

4. เกณฑ์ให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation criteria)

ก. เกณฑ์ให้อาสาสมัครเลิกจากการศึกษา (Discontinuation criteria for the Study)

1. อาสาสมัครย้ายที่อยู่

2. อาสาสมัครเสียชีวิต

3. อาสาสมัครปฏิเสธการเข้าร่วมกิจกรรมต่อไป

ข. เกณฑ์การพิจารณาเลิกหรือยุติการศึกษาทั้งโครงการ (Termination criteria for the Study)

1. เกิดภัยพิบัติ หรือเหตุจำเป็นที่ไม่สามารถดำเนินการโครงการต่อไปได้

2. อาสาสมัครเข้าร่วมโครงการน้อยกว่าร้อยละ 50 เมื่อดำเนินการวิจัยไปแล้วระยะเวลาหนึ่ง

5. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การควบคุมการวิจัย การเก็บรวบรมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ก่อนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 สรรหาข้อมูลและกำหนดปัญหาเพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์หัวข้อและเหตุจำเป็นในการศึกษาวิจัย

1.2 สรรหาและกำหนดผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ด้านการวิจัยในสายงานวิทยาศาสตร์สุขภาพในการช่วยปรึกษาการดำเนินการวิจัย

1.3 สำรวจข้อมูลภาคสนาม

1.4 ออกหนังสือประสานงานในพื้นที่เพื่อเตรียมพร้อมในการเก็บข้อมูล

1.5 ดึงข้อมูลฐานประชากรและตรวจสอบสถานะของกลุ่มเป้าหมายของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีเกณฑ์คัดเลือก คือ 1.) เป็นประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป และ 2.) อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลม่วงยาย อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย จากข้อมูลประชากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลม่วงยาย ในปี 2563

1.6 สรรหาผู้ช่วยในการเก็บข้อมูลแบบสอบถาม และชี้แจงทำความเข้าใจเนื้อหาในแบบสอบถาม

1.7 ดำเนินการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง และสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่จะเก็บข้อมูล พร้อมหนังสืออนุญาตเก็บข้อมูลในพื้นที่

1.8 สำรวจภาคสนาม และประสานงานพื้นที่เพื่อยืนยันการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ดำเนินการเก็บรวมรวมข้อมูลในพื้นที่

2.1 สำรวจภาคสนามเพื่อให้สามารถดำเนินการตามขั้นตอนและข้อกำหนด

2.2 กำหนดผู้รับผิดชอบในการเก็บข้อมูลในแต่ละพื้นที่

2.3 ทีมสำรวจภาคสนามติดต่อประสานงานกับทางพื้นที่

2.4 ตรวจสอบความถูกต้องของรายชื่อและจำนวนของกลุ่มตัวอย่างให้ตรงตามที่ได้จากการสุ่มตัวอย่าง

2.5 ดำเนินการเก็บข้อมูลตามรายชื่อที่กำหนด ในกรณีที่ตัวอย่างไม่เป็นไปตามที่กำหนดให้พิจารณาทดแทนกลุ่มอายุและเพศที่สำรองไว้ โดยปัญหาที่อาจเกิดขึ้นคือ

1.) กลุ่มตัวอย่างไม่มีตัวตน อาจเนื่องมาจากในช่วงการสุ่มรายชื่อยังคงมีตัวตนอยู่ในพื้นที่ แต่ขณะเข้าสัมภาษณ์เก็บข้อมูล ตัวอย่างไม่อยู่ในพื้นที่โดยอาจย้ายออก ย้ายบ้าน หรือเดินทางไปทำงานในพื้นที่อื่น ๆ หรือเสียชีวิต

2.) ตัวอย่างไม่ยินดีหรือสะดวกในการให้ข้อมูล คือ ตัวอย่างมีตัวตนอยู่ในพื้นที่แต่ไม่ยินดีในการให้ข้อมูลหรือไม่สะดวกอาจเนื่องจาสาเหตุต่าง ๆ ที่ไม่สามารถกำหนดได้เป็นต้น ซึ่งหากเกิดปัญหาที่กล่าวมาข้างต้น ให้ผู้เก็บข้อมูลทำการบันทึกสาเหตุและดำเนินการเลือกตัวอย่างใหม่ในพื้นที่โดยเลือกเพศ และช่วงอายุเดิมที่ขาดหายไปเท่านั้น

2.6 ประชุมชี้แจงกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำการแนะนำตัวผู้เก็บข้อมูล ชี้แจงที่มาของโครงการ วัตถุประสงค์ ขั้นตอน และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการสำรวจ

2.7 ผู้สัมภาษณ์ชี้แจง และพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ยินยอมให้ข้อมูล ก่อนเก็บข้อมูลรับคำยินยอม ให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอม และในกรณีที่ตัวอย่างไม่สามารถเซ็นยินยอมได้ด้วยสาเหตุทางกายภาพ ให้ปั๊มลายนิ้วหัวแม่มือ พร้อมบันทึกกำกับว่าเป็นลายนิ้วมืออะไร ข้างไหน และมีพยานในการเซ็นรับรอง 2 คน

2.8 ดำเนินการสัมภาษณ์ตามขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.9 ตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วนของข้อมูล โดยผู้วิจัยกำหนดให้ทำการตรวจสอบจำนวน 2 ครั้ง แบบไม่ซ้ำผู้ทำการตรวจสอบดังต่อไปนี้

1.) โดยผู้สัมภาษณ์ ให้ดำเนินการตรวจสอบหลังดำเนินการสัมภาษณ์เสร็จ หากไม่ครบถ้วนให้ดำเนินการขอข้อมูลเพิ่มเติม

2.) โดยผู้ทำการศึกษาวิจัย ซึ่งถ้าหากไม่ครบถ้วนให้ดำเนินการประสานพื้นที่เพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติม

3. การวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 การประมวลผลข้อมูล โดยการลงรหัสข้อมูลในแบบสัมภาษณ์ และบันทึกข้อมูลในโปรแกรมวิเคราะห์ทางสถิติสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ และตรวจสอบข้อมูลในทุกขั้นตอนก่อนนำข้อมูลทั้งหมดเข้าสู่ระบบการวิเคราะห์ข้อมูล

3.2 การวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย

1.) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ประกอบด้วย ร้อยละ (Percentage) ค่าความถี่ (Frequency) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เพื่ออธิบายลักษณะโดยทั่วไปทางภูมิหลังของกลุ่มตัวอย่าง ระดับความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง

2.) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistic) ใช้ในการหาความสัมพันธ์ของตัวแปร ได้แก่ การวิเคราะห์ตัวแปรเชิงซ้อนการถดถอยพหุลอจิสติก (multiple logistics regression analysis) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 หรือความเชื่อมั่นร้อยละ 5

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 224 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 44.60 และ เพศหญิงร้อยละ 55.40 อายุเฉลี่ย 43 ปี ต่ำสุด 15 ปี และสูงสุด 90 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 70.1ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 64.7ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 77.2 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุ 31-45 ปี ปีขึ้นไปร้อยละ 34.36 อัตราความชุกโรคพยาธิใบไม้ตับพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจานวน 224 คน ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับร้อยละ 23.66 เป็นเพศชาย ร้อยละ 56.60 และ เพศหญิงร้อยละ 43.40 อายุเฉลี่ย 43 ปี จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มตัวอย่างโดยวิเคราะห์ด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเสี่ยงกับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า การบริโภคปลาดิบน้ำจืดเป็นประจำ และ การขับถ่ายอุจจาระลงพื้นดินบ่อย ๆ มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ระดับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยรวมอยู่ในระดับสูง (x= 3.67, SD=0.744) โดยสามารถแยกเป็นรายด้านได้ ดังนี้ ระดับความรู้การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับปานกลาง (x= 3.48, SD=0.653) ระดับทัศนคติการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับปานกลาง (x= 3.48, SD=0.689) และระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับสูง (x= 4.05, SD=0.799)

ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติตัวแปรเชิงซ้อนการถดถอยพหุลอจิสติก พบว่า เพศชายมีโอกาสเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ 3.32 เท่า เมื่อเทียบกับเพศหญิง(OR adj = 3.32,95% CI = 1.711-6.451) ผู้บริโภคปลาดิบเป็นประจา โอกาสเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ 6.33 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ไม่เคยบริโภคปลาดิบ(OR adj =6.33,95% CI = 1.135-35.326)การขับถ่ายอุจจาระลงพื้นดินบ่อยๆ โอกาสเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ 4.77 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ไม่เคยขับถ่ายอุจจาระลงพื้นดิน(OR adj =4.77,95% CI = 1.589-14.389)

อภิปราย สรุป และข้อเสนอแนะ

การเกิดพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ตำบลม่วงยาย อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย เกิดจากปัจจัยหลายอย่าง นอกจากจะเกิดจากการบริโภคปลาดิบแล้ว ยังมีปัจจัยด้านวัฒนธรรมซึ่งเป็นส่วนสำคัญ การดำรงชีวิตแถบลุ่มน้ำโขง รสนิยมการบริโภค สิ่งเหล่านี้ล้วนแต่เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับทั้งสิ้น ฉะนั้น ประชาชนจะต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคและการขับถ่ายที่ถูกสุขลักษณะเพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับในอนาคต ดังนั้นพื้นที่ตำบลม่วงยาย อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย ควรสำรวจความชุกของการติดเชื้อพยาธิในพื้นที่ทุก ๆ ปี และรวมทั้งขยายพื้นที่ไปหมู่บ้านอื่น เพื่อสร้างความตระหนักแก่ประชาชนในเรื่องพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี และนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปปรับใช้ในการวางแผนสร้างโปรแกรมในการรณรงค์เกี่ยวกับพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

เอกสารอ้างอิง

กิตติพงษ์ พรมเมือง และปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์การศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ .(๒๕๕๗) . ของประชาชนในพื้นที่อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภูวารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน . มหาวิทยาลัยขอนแก่น(1) 2 ., .62 – 53

กองนวัตกรรมและวิจัย แผนงานวิจัยด้านการป้องกัน ควบคุมโรคและภัย .(๒๕๖๒) .กรมควบคุมโรค (.กนว) สุขภาพ พ2563 มิถุนายน 15 สืบค้นเมื่อวันที่ .2564 – 2562 .ศ., จากเว็บไซต์: http://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER/28DRAWER/068GENERAL/DATA/0000 .00000275PDF

กระทรวงสาธารณสุข แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ปี .(๒๕๕๙) . .2568–2559กรุงเทพมหานคร.โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์ :

เกสร แถวโนนงิ้ว และคณะ .(๒๕๖๑) .การประเมินตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี เขตสุขภาพที่ .7สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ขอนแก่น 7, (3) 25, .87 – 77

โกศล รุ่งเรืองชัย2563 มิถุนายน 15 สืบค้นเมื่อวันที่ .ปัจจัยเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดี...พยาธิใบไม้ตับ .(๒๕๕๓) ., จากเว็บไซต์ :https://www.si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp?aid= 779

มูลนิธิมะเร็งท่อน้ำดีสืบค้นเมื่อ .อุบัติการณ์การติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับประเทศไทย สถิติที่สำคัญ .(2551) . วันที่ 2563 มิถุนายน 15, จากเว็บไซต์ :http://cca.in.th/wpth/key-statistics/

วัชรพงษ์ เรือนคำ ระบาดวิทยาของพยาธิใบไม้ในตับ บริเวณลุ่มแม่น้ำกก อำเภอเมือง .(๒๕๕๘) . จังหวัดเชียงราย, มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย.

สำนักระบาดวิทยา 2550 มกราคม 1 โรคพยาธิใบไม้ตับ :รายงานการเฝ้าระวังโรค .(๒๕๕๐) .– 26 พฤศจิกายน .2550สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

Center for disease control and prevention. (๒๐๑๒ .(Parasites: children. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; .2012Retrieved June 16, 2020 from: http://www.cdc.gov/parasites/opisthorchis/biology.html.

Kaewpitoon N, Kaewpitoon SJ, Pengsaa P. (๒๐๐๘ .(Opisthorchiasis in Thailand: review and current status. World J Gastroenterol. 14, .2302–2297

Soraya, J, K, Ratana R, Rujirakul W, Likit M, Taweesak T, Sukij P, Prasit P, Darawan J, Apinya J, Natthawut K. (๒๐๑๒ .(Opisthorchis viverrini Infection Among People in the Border Areas of Three Provinces, Northeast of Thailand. Asian Pac J Cancer Prev. 17, ((6, .2977 – 2973

การศึกษาคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียที่มารับบริการศูนย์เติมเลือดโรงพยาบาลแม่ลาว จังหวัดเชียงราย

A Study of Quality of Life and Satisfaction Among Thalassemia Patients at Blood Transfusion Center, Mae Lao Hospital, Chiang Rai Province

สินีนาฎ ตามวงค์, สุคนทิพย์ มาบุตร, วราลักษ์ รัตนธรรม และอมรรัตน์ อนุวัฒน์นนทเขตต์

บทคัดย่อ

การศึกษาคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย ที่มารับบริการศูนย์เติมเลือดโรงพยาบาลแม่ลาว จังหวัดเชียงราย เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional study) ในกลุ่มตัวอย่าง 174 คน ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม – 4 กันยายน พ.ศ 2563 เครื่องมือในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามคุณภาพชีวิต และแบบสอบถามความพึงพอใจ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจต่อการให้บริการผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียที่ศูนย์เติมเลือดโรงพยาบาลแม่ลาว

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียที่ยินยอมเข้าร่วมจำนวน 174 คน อายุเฉลี่ย 26.9 ปี (SD. = 16.7) ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 52.3 ระยะเวลาในเติมเลือดมากกว่า 10 ปีร้อยละ 61.5 มีระดับคะแนนคุณภาพชีวิตสูงในด้านคุณภาพชีวิตโดยรวมต่อโรคธาลัสซีเมียเฉลี่ย 71.88 คะแนน คุณภาพชีวิตรวมด้านจิตใจ เฉลี่ย 66.67 คะแนน และ พบคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำสุดในด้านร่างกายเฉลี่ย 60.91 คะแนน และผู้ป่วยที่มารับบริการเติมเลือด ณ ศูนย์เติมเลือดโรงพยาบาลแม่ลาวมีความพึงพอใจโดยภาพรวมทั้ง 3 ด้านในระดับมาก ค่าเฉลี่ยคือ 4.23, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.65

ข้อสรุปการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านตัวโรค ด้านจิตใจ และด้านกายภาพ จึงควรมีการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมทั้งด้านจิตใจ สังคม และการรักษา นอกจากนี้ยังต้องพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียในจังหวัดเชียงรายมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: การศึกษาคุณภาพชีวิต, โรคธาลัสซีเมีย, ความพึงพอใจ, ศูนย์เติมเลือดโรงพยาบาลแม่ลาว

บทนำ

โรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย (Thalassemia) เป็นกลุ่มโรคผิดปกติทางกรรมพันธุ์ของเม็ดเลือดแดง ทั่วโลกจะมีทารกเกิดใหม่เป็นโรคนี้ประมาณ 350,000 ราย ในจำนวนนี้ 1 ใน 3 หรือประมาณ 120,000 รายอยู่ในทวีปเอเชีย[1] ซึ่งเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ สังคม จิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว พบว่าประชากรไทยมียีนทางพันธุกรรมที่เป็นพาหะของโรคธาลัสซีเมียและฮีโมโกลบินผิดปกติ ประมาณร้อยละ 30-40 ของประชากรไทย ในแต่ละปี มีเด็กเกิดใหม่ป่วยเป็นโรคธาลัสซีเมีย ประมาณ 12,125 ราย มีผู้ป่วยประมาณ 6 แสนคนเป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงถึงปานกลางที่จำเป็นต้องรับเลือด[2] เนื่องจากความผิดปกติของการสร้างฮีโมโกลบิน ทำให้สร้างน้อยลงหรือมีรูปร่างที่ผิดปกติเป็นผลให้เม็ดเลือดแดงมีลักษณะผิดปกติและมีอายุสั้น มักมีอาการซีดรุนแรง โดยมีอาการตั้งแต่อายุขวบปีแรก การรักษาที่หายขาดของโรคธาลัสซีเมีย คือ การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดแต่ไม่สามารถทำได้ทุกคนเนื่องจากมีข้อจำกัดของผู้บริจาคเซลล์ต้นกำเนิดไม่ตรงกับผู้ป่วย ดังนั้นการรักษาโดยการให้เลือดจึงมีความจำเป็นเพื่อให้ผู้ป่วยมีอายุที่ยืนยาวและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

จากข้อมูลสถิติจำนวนผู้ป่วยธาลัสซีเมียปี 2561-2563 ในจังหวัดเชียงรายที่ส่งต่อมารับบริการเติมเลือดมีจำนวนสะสม 283 ราย โดยในจำนวนนี้เป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงถึงปานกลางที่จำเป็นต้องรับเลือดทุกเดือนหรือประมาณ 2-4 อาทิตย์ต่อครั้ง จากเดิมนั้นผู้ป่วยต้องรับบริการเติมเลือดที่โรงพยาบาลศูนย์เชียงราย (รพศ.ชร.) ซึ่งมีคนไข้รายวันจำนวนมาก โดยมีขั้นตอนการเตรียมตรวจเลือด และขั้นตอนอื่นๆ อีก ในบางรายได้ยาขับเหล็กก่อนเติมเลือดใช้เวลาประมาณ 4-6 ชั่วโมง จึงจะได้เติมเลือด ดังนั้นผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียต้องใช้ระยะเวลารอคอย 10 ชั่วโมง/คน ต่อการได้รับเลือด 1 ยูนิต บางรายมีภูมิลำเนาอยู่ห่างจากตัวเมืองมากกว่า 60 กิโลเมตรขึ้นไป ประกอบกับเตียงผู้ป่วยของ รพศ.ชร. ไม่เพียงพอต้องนอนรักษาที่ระเบียง ตามตึกต่างๆ ในบางครั้งต้องใช้เตียง 1 เตียงต่อคนไข้เด็ก 2 คน โดยวิธีนอนกลับหัวขณะเติมเลือด ด้วยสาเหตุดังกล่าว โรงพยาบาลแม่ลาวที่ตั้งอยู่ห่างจากตัวเมืองเชียงราย เพียง 23 กม. ทั้งการคมนาคมสะดวกรวดเร็ว และทางโรงพยาบาลกำลังประสบกับภาวะปัญหาด้านการเงินขาดสภาพคล่อง อัตราครองเตียงน้อย เพื่อเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย จึงได้มีการจัดทำโครงการเครือข่ายศูนย์เติมเลือด รพศ.ชร ร่วมกับโรงพยาบาลแม่ลาวขึ้นในปีงบประมาณ 2562 ซึ่งสามารถช่วยลดระยะเวลาขั้นตอนการเตรียมเติมเลือดผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้รวดเร็วยิ่งขึ้น และมีเตียงให้บริการเพียงพอได้ตามมาตรฐาน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า การศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียที่รับยาขับเหล็ก นั้นมีข้อมูลไม่มาก โดยจากการศึกษาโรคธาลัสซีเมียกับคุณภาพชีวิต[3] ใน 4 มิติ ประกอบด้วย ด้านกายภาพ อารมณ์ สังคมและบทบาทที่โรงเรียน ที่ทำงาน พบว่าผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียปัญหาทางด้านร่างกายและจิตใจยังส่งผลกระทบต่อพัฒนาการทางด้านจิตสังคม และต้องมาโรงพยาบาลบ่อยๆนั้นทำให้ ขาดเรียน ขาดงาน และขาดโอกาสในการพัฒนาทักษะการปรับตัวเข้าสังคม เกิดการแยกตัวทางสังคม ประกอบกับในเด็กวัยเรียนที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมักจะถูกปฏิเสธการยอมรับจากกลุ่มเพื่อนที่มีสุขภาพดี ส่งผลให้มีเพื่อนน้อยและรู้สึกไวต่อปฏิกิริยาคนรอบข้าง มีการศึกษาพบว่าเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมียมักมี

ปัญหาทางด้านจิตสังคมถึงร้อยละ 24 จากผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์และจิตสังคม ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียลดลง นอกจากนี้ยังพบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียในเด็กวัยเรียนต่ำกว่าเด็กปกติทั่วไปที่ไม่ป่วย และยังส่งผลกระทบต่อผู้ปกครองหรือผู้ดูแลซึ่งจะต้องรับภาระในการดูแลบุตรมากขึ้น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของพยาธิสรีรวิทยาและอาการทางคลินิกเพิ่มมาก ไม่สามารถดูแลตนเองและตัดสินใจเองได้ทั้งหมด จำเป็นจะต้องพึ่งพาบุคคลในครอบครัวหรือผู้ดูแลเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเอง ทางด้านเศรษฐกิจพบว่าผู้ปกครองหรือผู้ดูแลส่วนใหญ่ต้องสูญเสียรายได้จากการทำงาน ขณะเดียวกันก็มีรายจ่ายเพิ่มจากการรักษา การเดินทางมาพบแพทย์และค่าใช่จ่ายขณะนอนโรงพยาบาล[4]

ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการศึกษาคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย ที่มารับบริการศูนย์เติมเลือดโรงพยาบาลแม่ลาว ซึ่งจะนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อใช้ในการวางแผนส่งเสริมคุณภาพชีวิตและรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียที่ให้ดียิ่งขึ้น ได้ตามมาตรฐานและมีความปลอดภัย รวมถึงผู้เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพและศักยภาพการให้บริการของโรงพยาบาลแม่ลาว

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจต่อการให้บริการของผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียที่มารับบริการศูนย์เติมเลือดโรงพยาบาลแม่ลาว จังหวัดเชียงราย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นเชิงสำรวจโดยศึกษา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional study) ในผู้ป่วยที่มารับบริการเติมเลือดในเดือน 1 กรกฎาคม – 4 กันยายน 2563 ณ ศูนย์เติมเลือดโรงพยาบาลแม่ลาว จังหวัดเชียงราย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 174 คน

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria) คือ 1) เป็นผู้มีอายุ 7 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง 2) ผู้ป่วยได้รับการเติมเลือด ณ ศูนย์เติมเลือดโรงพยาบาลแม่ลาวช่วงเดือน 1 กรกฎาคม - 4 กันยายน 2563 3) สามารถอ่านออกเขียนได้/สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ และ 4) ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ 1) มีความพิการที่ส่งผลต่อความสามารถในการสื่อสาร มีความบกพร่องทางจิต เช่น โรคทางจิตเวช หรือการทำงานของสมองบกพร่อง และ 2)ให้ข้อมูลไม่สมบูรณ์ ปฏิเสธที่จะให้ข้อมูลทั้งหมด หรือตอบแบบสอบถามทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไป: เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว อาชีพ ศาสนา สิทธิการรักษา ค่าใช้จ่าย เงินเก็บ ลักษณะชุมชน ระยะทางจากบ้านไปสถานบริการ หนี้สิน การพึ่งพาในการดูแลสุขภาพตนเอง และการมาเติมเลือด 2) ข้อมูลทางคลินิก: ชนิดของโรคธาลัสซีเมีย โรคประจำตัวอื่น ระยะเวลาการเติมเลือด จำนวนครั้งการเติมเลือดต่อสัปดาห์ และความถี่ในการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล

2. แบบสอบถามความพึงพอใจ ประกอบด้วย ความพึงพอใจต่อบริการในด้านเวลาและการบริการด้านบุคลากรที่ให้บริการ ด้านสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวก และระดับความพึงพอใจของภาพรวมการให้บริการ

3. แบบวัดคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยใช้แบบแบบวัดคุณภาพชีวิตเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังฉบับย่อภาษาไทย[5] (Kidney Disease Quality of Life Short Form - KDQOL SF^{TM} version 1.3)[5] ซึ่งมีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้กับผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียซึ่งเป็นโรคเรื้องรังเช่นกัน โดยแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ เครื่องมือวัดแบบเฉพาะโรค (disease-specific instruments) และเครื่องมือวัดแบบทั่วไป (generic instruments)

เครื่องมือวัดแบบเฉพาะโรค (disease-specific instruments) ศึกษาคุณภาพชีวิตที่เปลี่ยนแปลงจากการเกิดโรคเรื้อรังโดยตรงซึ่งมี 11 มิติ

แบบประเมินคุณภาพชีวิตทั่วไป คือ แบบสอบถาม Short Form 36 (SF-36) วัดคุณภาพ ชีวิตทั่วไป แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ด้านกายภาพ (Physical component summary-PCS) และด้าน จิตใจ (Mental component summery-MCS) ใช้ประเมิน 8 มิติของความสามารถปฏิบัติภารกิจของตนเองและความสุขสบาย[6]

คำตอบในแบบสอบถามแต่ละข้อจะถูกแปลงเป็นคะแนน ตั้งแต่ 0 ถึง 100 คะแนน 0 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตต่ำ 100 คะแนน หมายถึงคุณภาพชีวิตดี

แบบสอบถามคุณภาพชีวิตที่นำมาใช้นี้ได้รับการทดสอบการหาค่าความเที่ยงด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค (Cronbach's alpha) (แอลฟ่า = 0.84) ในผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และแบบสอบถามได้รับการทดสอบคุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยาของแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไต (KDQOL-SF) ฉบับภาษาไทย พบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค (Cronbach's alpha)) (แอลฟ่า = 0.49-0.86) ของส่วนที่มีความเฉพาะเจาะจงกับโรค เมื่อนำมาใช้ในผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย พบค่า แอลฟ่า คือ 0.49 และค่าแอลฟ่าของแบบวัดคุณภาพชีวิต Short Form 36 (SF-36) คือ 0.40

การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ป่วยธาลัสซีเมียตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ข้อมูลคุณภาพชีวิต และความพึงพอใจในบริการด้วยตนเอง หากไม่สามารถอ่านแบบสอบถามได้ เจ้าหน้าที่จะอ่านแบบสอบถามและให้ผู้ป่วยตอบตามความเป็นจริง ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่อยากให้ข้อมูลที่มีความอ่อนไหว สามารถงดเว้นการให้ข้อมูลในข้อคำถามนั้น ๆ ได้

รวบรวมแบบสอบถามและตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้องและบันทึกในระบบคอมพิวเตอร์ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ในการวิเคราะห์และการนำเสนอข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษา และข้อมูลคุณภาพชีวิต ผลการวิเคราะห์แสดงในรูปจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation; SD.)

ข้อพิจารณาจริยธรรมทางการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยได้รับการพิจารณารับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย หนังสือรับรองเลขที่ CRPPHO No. 33/2563 โดยผู้วิจัยมีการคำนึงถึงหลักความเคารพในบุคคล มีการให้ข้อมูลอย่างครบถ้วนจนอาสาสมัครเข้าใจเป็นอย่างดีและตัดสินใจอย่างอิสระในการให้ความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

ผลการวิจัย

ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียที่มารับการเติมเลือด ณ ศูนย์เติมเลือดโรงพยาบาลแม่ลาว จำนวน 174 คน มีอายุเฉลี่ย 26.9 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 52.3 สถานภาพโสดร้อยละ 85.6 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 39.1 เป็นครอบครัวเดี่ยวร้อยละ 62.6 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวน้อยกว่า 5 คน ร้อยละ 82.2 อาศัยในชุมชนชนบท ร้อยละ 77.6 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 96.6 ไม่สามารถประกอบอาชีพหลัก ร้อยละ 38.7 ใช้สิทธิบัตรทองในการรับการรักษาในสถานพยาบาล ร้อยละ 90.3 รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า5,000บาทร้อยละ 43.7 ค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่หมดไปกับค่าอาหารร้อยละ 41.4 รองลงมา คือ ค่าเดินทางร้อยละ 28.7 ผู้ป่วยร้อยละ 64.4 ไม่มีเงินเหลือเก็บ และไม่มีหนี้สินร้อยละ 56.9 ระยะทางจากบ้านมายังโรงพยาบาลแม่ลาวเฉลี่ย 50.3 กม.ส่วนใหญ่เดินทางมาโดยรถยนต์ส่วนตัวร้อยละ 60.3 ผู้ป่วยมีภาวะพึ่งพาแม่หรือพ่อ/พี่น้อง/ญาติ ร้อยละ 61.5 และเดินทางมาเติมเลือดพร้อมพ่อแม่/พี่น้องร้อยละ 46.6 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละคุณลักษณะของผู้ป่วยธาลัสซีเมีย โรงพยาบาลแม่ลาว จังหวัดเชียงราย (n=174 คน)

คุณลักษณะ	จำนวน (ร้อยละ)
อายุ (ปี)	
น้อยกว่า 20	75 (43.1)
21– 40	67 (38.5)
41-60	18 (10.3)
>60	14 (8.0)
อายุเฉลี่ย (ปี)(± SD)	26.9 (**±16.7**)
เพศ	
ชาย	91 (52.3)
หญิง	83 (47.7)
สถานภาพ	
โสด	149 (85.6)
สมรส	22 (12.6)
แยกกันอยู่/หย่าร้าง/หม้าย	3 (1.7)
การศึกษา	
ประถมศึกษา	63 (36.2)
มัธยมศึกษา	68 (39.1)
ปวช./ปวส.	20 (11.5)
ปริญญาตรี	16 (7.5)
ไม่ได้เรียนหนังสือ	7 (4.0)
ลักษณะครอบครัว	
ครอบครัวเดี่ยว	109 (62.6)
ครอบครัวขยาย	58 (33.3)
อยู่ตัวคนเดียว	5 (2.9)
อื่น ๆ	2 (1.1)
จำนวนสมาชิกในครอบครัว	
≤ 5 คน	143 (82.2)
> 5 คน	31 (17.8)
ที่อยู่อาศัย	
ชุมชนเมือง	39 (22.4)
ชุมชนชนบท	135 (77.6)
ศาสนา	
พุทธ	168 (96.6)
คริสต์	6 (3.4)

คุณลักษณะ	จำนวน (ร้อยละ)
อาชีพหลัก	
ลูกจ้าง	34 (19.5)
ว่างงาน	67 (38.5)
ธุรกิจส่วนตัว	12 (6.9)
ข้าราชการ	3 (1.7)
นักเรียน/นักศึกษา	50 (28.7)
สิทธิการรักษา	
บัตรทอง	157 (90.3)
ข้าราชการ	10 (5.7)
ประกันสังคม	6 (3.4)
จ่ายเงินสดเอง	1 (0.6)
รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน (บาท)	
< 5000	76 (43.7)
> 5001 - 15000	68 (39.1)
>15000	30 (17.2)
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)(± SD)	10,548 (±11,289.2)
การใช้จ่ายส่วนใหญ่	
ค่าอาหาร	72 (41.4)
ค่าของใช้ส่วนตัว	12 (6.9)
ค่าของใช้ในบ้าน	32 (18.4)
ค่ายาและค่ารักษา	4 (2.5)
ค่าเดินทาง	50 (28.7)
คนดูแล	1 (0.6)
อื่น ๆ	3 (1.7)
เงินเหลือเก็บ	
เหลือเก็บ	36 (20.7)
ไม่เหลือเก็บ (พอดี)	112 (64.4)
ไม่พอใช้จ่าย (เป็นหนี้)	26 (14.9)
หนี้สิน	
มี	75 (43.1)
ไม่มีหนี้สิน	99 (56.9)
ระยะทางจากบ้านมายัง รพ.แม่ลาว (กม.)	
< 20	35 20.1)
21- 50	63 (36.2)
>50	107 (61.5)
ระยะทางเฉลี่ย (± SD)	50.3 (30.9)

คุณลักษณะ	จำนวน (ร้อยละ)
การเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาลแม่ลาว	
รถยนต์ส่วนตัว	105 (60.3)
รถประจำทาง	33 (19.0)
รถมอเตอร์ไซค์	28 (16.1)
เดิน	2 (1.2)
อื่น ๆ	6 (3.4)
การพึ่งพาในการดูแลสุขภาพ	
ดูแลตนเอง	51 (29.3)
คู่ครองดูแล	16 (9.2)
แม่หรือพ่อ/พี่น้อง/ญาติ	107 (61.5)
การมาเติมเลือด	
มาเอง	78 (44.8)
คู่ครองพามา	15 (8.6)
พ่อแม่พามา/พี่น้องพามา	81 (46.6)

ข้อมูลด้านการเจ็บป่วยและการรักษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนมากป่วยเป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดเบต้าธาลัสซีเมีย/ฮีโมโกลบินอี ร้อยละ 62.2 มีโรคร่วมคือ เบาหวาน และเกาต์/รูมาตอยด์ ร้อยละ 2.9 ระยะเวลาในการได้เติมเลือดมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 61.5 ได้รับการเติมเลือดหนึ่งครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 86.2 และความถี่ในการนอนพักรักษาในโรงพยาบาลนานๆ ครั้ง ร้อยละ 90.8 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละข้อมูลด้านการเจ็บป่วยและการรักษาของผู้ป่วยธาลัสซีเมีย *(n=174)*

คุณลักษณะ	จำนวน (ร้อยละ)
ชนิดของโรคธาลัสซีเมีย	
โฮโมซัยกัสเบต้าธาลัสซีเมีย/เบต้าธาลัสซีเมียเมเจอร์	62 (35.6)
เบต้าธาลัสซีเมีย/ฮีโมโกลบินอี	109 (62.7)
ฮีโมโกลบินเอ็ช	3 (1.7)
โรคประจำตัว	
เบาหวาน	5 (2.9)
ความดันโลหิตสูง	1 (0.6)
เบาหวานและความดันโลหิตสูง	3 (1.7)
นิ่วในระบบปัสสาวะ	1 (0.6)
เกาต์/รูมาตอยด์	5 (2.9)
อื่น ๆ	2 (1.1)
ระยะเวลาการเติมเลือด	
น้อยกว่า 1 ปี	4 (2.3)
2-10 ปี	63 (36.2)
มากกว่า 10 ปี	107 (61.5)
ระยะเวลาการเติมเลือดเฉลี่ย (ปี) (± SD)	15.5 (9.5)
จำนวนครั้งการเติมเลือดต่อเดือน	
1 ครั้ง	150 (86.2)
2 ครั้ง	24 (13.8)
ความถี่ในการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล	
แทบทุกเดือน	16 (9.2)
นาน ๆ ครั้ง	158 (90.8)

คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียมีระดับคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงในด้านคุณภาพชีวิตโดยรวมต่อโรคธาลัสซีเมีย 71.88 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดในด้านสถานภาพในการทำงาน (Work status) (47.65 คะแนน) และ ความยากลำบากจากสภาวะของโรคธาลัสซีเมีย (Burden of thalassemia disease) (56.18 คะแนน) และ คุณภาพชีวิตโดยรวมด้านจิตใจคะแนนเฉลี่ย 66.67 คะแนน และคุณภาพชีวิตด้วยรวมด้านร่างกาย พบคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ 60.91 โดยมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดในด้านการรับรู้สุขภาพทั่วไป (General health) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตผู้ป่วยธาลัสซีเมียตามองค์ประกอบของแบบสอบถามคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตในแต่ละด้าน	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าต่ำสุด - สูงสุด	จำนวนคนที่ได้คะแนนเฉลี่ย ≤ 50.0 (ร้อยละ)
1. อาการและปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (Symptom and problem)	173	80.84	12.95	39.58-100.00	7 (4.0)
2. ผลของสภาวะโรคธาลัสซีเมียต่อผู้ป่วย (Effect of thalassemia disease)	174	79.18	16.80	37.50-100.00	16 (9.2)
3. ความยากลำบากจากสภาวะของโรคธาลัสซีเมีย (Burden of thalassemia disease)	174	56.18	27.93	0-100.00	85 (48.9)
4. สถานภาพในการทำงาน (Work status)	170	47.65	34.75	0-100.00	133 (78.20)
5. สมรรถภาพในการการรับรู้ (Cognitive function)	174	82.45	16.69	13.33-100.00	6 (3.40)
6. คุณภาพในการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Quality of social interaction)	174	77.55	17.10	33.33-100.00	6 (3.40)
7. สมรรถภาพทางเพศ (Sexual function)	20	85.00	24.87	25.00-100.00	3 (15.00)
8. การนอนหลับ (Sleep)	173	71.53	12.44	32.50-100.00	7 (4.00)
9. การได้รับความสนับสนุนจากสังคม (Social support)	173	85.26	21.25	0-100.00	18 (10.40)
10. การให้กำลังใจของเจ้าหน้าที่ (Staff encouragement)	174	75.50	18.40	12.50-100.00	3 (18.40)
11. ความพึงพอใจของผู้ป่วยเอง (Patient satisfaction rating)	174	61.11	18.04	0-100.00	74 (42.50)
คุณภาพชีวิตโดยรวมต่อโรค	**168**	**71.88**	**10.74**	**42.87-93.29**	**5 (3.00)**
2.1 สภาวะทางกาย (Physical functioning)	174	63.22	26.45	0-100.00	65 (37.40)
2.2 ข้อจำกัดบทบาทจากสุขภาพทางกาย (Role physical)	172	56.98	38.26	0-100.00	85 (49.40)
2.3 ความเจ็บปวด (Bodily pain)	174	76.19	21.35	0-100.00	21 (12.1)
2.4 การรับรู้สุขภาพทั่วไป (General health)	173	47.34	17.57	10.00-100.00	112 (64.70)
คุณภาพชีวิตโดยรวมด้านร่างกาย	**171**	**60.91**	**18.14**	**22.50-95.00**	**48 (28.10)**
2.5 ข้อจำกัดบทบาทปัญหาทางอารมณ์ (Role-Emotional)	169	67.06	41.78	0-100.00	55 (32.50)
2.6 หน้าที่ทางสังคม (Social functioning)	173	73.92	19.24	25.00-100.00	40 (23.10)
2.7 ความอ่อนเพลีย (Energy/fatigue)	173	62.17	18.71	15.00-100.00	62 (35.80)
2.8 สุขภาพจิตทั่วไป (Mental health)	174	62.92	11.18	32.00-100.00	25 (14.40)
คุณภาพชีวิตโดยรวมด้านจิตใจ	**167**	**66.67**	**14.87**	**30.50-95.00**	**24 (14.40)**

ความพึงพอใจต่อการบริการที่ศูนย์เติมเลือด

ผู้ป่วยที่มารับบริการเติมเลือด ณ ศูนย์เติมเลือดโรงพยาบาลแม่ลาว มีความพึงพอใจโดยภาพรวมของการบริการอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.23) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อของความพึงพอใจด้านเวลาและบริการ พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในความรวดเร็วในการให้บริการสูงสุด (ค่าเฉลี่ย 4.16) รองลงมา คือ ให้บริการเป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนด (ค่าเฉลี่ย 4.14) ด้านบุคลากรที่ให้บริการ พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจที่บุคลากรบริการด้วยความเต็มใจและความพร้อมในการให้บริการอย่างสุภาพ ยิ้มแย้มแจ่มใส รวดเร็วในการให้ความช่วยเหลือท่านมีปัญหาในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.40) ความเหมาะสมในการแต่งกายของผู้ให้บริการ (ค่าเฉลี่ย 4.36) ความรู้ความสามารถในการให้บริการ เช่น สามารถตอบคำถาม ชี้แจงข้อสงสัยให้คำแนะนำได้ เป็นต้น (ค่าเฉลี่ย 4.29) ตามลำดับ และในด้านสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวก พบว่า ข้อความชัดเจนของป้ายสัญลักษณ์ ประชาสัมพันธ์บอกจุดบริการ จุดให้บริการมีความเหมาะสมและเข้าถึงได้สะดวกมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (ค่าเฉลี่ย 4.13) และข้อที่คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ความสะดวกในการเดินทาง/ระยะทาง (ค่าเฉลี่ย 3.93) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงระดับคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อบริการที่ศูนย์เติมเลือดโรงพยาบาลแม่ลาว (n = 174 คน)

อภิปรายผล

ความพึงพอใจในแต่ละด้าน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด
1. ด้านเวลา และการบริการ	4.14	0.72	1	5
1.1 การให้บริการเป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนด				
1.2 ความรวดเร็วในการให้บริการ	4.16	0.67	2	5
1.3 การแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับ ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ	4.12	0.62	2	5
1.4 การให้บริการตามลำดับก่อนหลัง	4.09	0.65	3	5
2. ด้านบุคลากรที่ให้บริการ	4.36	0.56	3	5
2.1 ความเหมาะสมในการแต่งกายของผู้ให้บริการ				
2.2 ความเต็มใจและความพร้อมในการให้บริการอย่างสุภาพ ยิ้มแย้มแจ่มใส รวดเร็วในการให้ความช่วยเหลือท่านมีปัญหา	4.40	0.58	3	5
2.3 ความรู้ความสามารถในการให้บริการ เช่น สามารถตอบคำถาม ชี้แจงข้อสงสัยให้คำแนะนำได้ เป็นต้น	4.29	0.58	3	5
3. ด้านสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวก	4.13	0.71	1	5
3.1 ความชัดเจนของป้าย สัญลักษณ์ ประชาสัมพันธ์ บอกจุดบริการ จุดให้บริการมีความเหมาะสมและเข้าถึงได้สะดวก				
3.2 ความเพียงพอของสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น ที่นั่งรอรับบริการ น้ำดื่ม ห้องน้ำ	4.01	0.75	1	5
3.3 ความสะอาดของสถานที่ให้บริการ	4.01	0.72	2	5
3.4 ความสะดวกในการเดินทาง / ระยะทาง	3.93	0.86	1	5
4. ท่านมีความพึงพอใจ / ไม่พึงพอใจต่อการให้บริการใน<u>ภาพรวม</u> อยู่ในระดับใด	4.23	0.65	2	5

การศึกษาคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียที่มารับบริการ ณ ศูนย์เติมเลือด โรงพยาบาลแม่ลาว พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตที่ดีในด้านคุณภาพชีวิตโดยรวมต่อโรคธาลัสซีเมีย และ คุณภาพชีวิตโดยรวมด้านจิตใจ และคุณภาพชีวิตโดยรวมด้านร่างกาย ตามลำดับ โดยร้อยละของผู้ป่วยที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตในระดับมากกว่า 50 คะแนน (คะแนน 0-100 คะแนน) พบว่า คุณภาพชีวิตด้านร่างกายที่คะแนนเฉลี่ยเกินกว่า 50 สูงที่สุดคิดเป็นร้อยละ 28.10 รองลงมา คือ คุณภาพชีวิตโดยรวมด้านจิตใจ ร้อยละ 14.00 และคุณภาพชีวิตโดยรวมต่อโรคธาลัสซีเมีย ร้อยละ 3.00 ตามลำดับ โดยการศึกษาของ Soheir Adam[7] พบว่าภายใต้การควบคุมของตัวแปรอื่น ระดับที่สูงของฮีโมโกลบินก่อนการถ่ายเลือดและอายุน้อยกว่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตทางจิตที่ดีขึ้น ในขณะที่ผู้เชี่ยวชาญรายงานผลว่าคุณภาพชีวิตทางกายภาพที่ดีขึ้น ดังนั้นการป้องกันและการดูแลแบบบูรณาการเพื่อปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยธาลัสซีเมียจึงมีความสำคัญและจำเป็นมากที่สุด โดยเฉพาะในด้านการส่งเสริมอาชีพเพื่อให้ผู้ป่วยมีงานทำและมีรายได้ รวมถึงการให้ความรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมียแก่ผู้ป่วยเพื่อให้มีการับรู้และยอมรับในเรื่องโรคและภาวะสุขภาพ

ในด้านความพึงพอใจต่อการมารับบริการที่ศูนย์เติมเลือดที่ได้คะแนนเฉลี่ยน้อยสุดคือความสะดวกในการเดินทาง/ระยะทาง (คะแนนเฉลี่ย 3.93) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระยะทางจากบ้านมาโรงพยาบาลแม่ลาวมากกว่า 50 กิโลเมตร 107 คน (ร้อยละ 61.5) และสอดคล้องกับข้อเสนอแนะที่ผู้ป่วยให้ไว้คือ ระยะทางไกล (6 คน) และการเดินทางโดยรถโดยสารต้องเดินเข้ามาในโรงพยาบาล ไม่สะดวก อากาศร้อน ทำให้ผู้ป่วยเหนื่อยเพลียเดินไม่ไหวอยากให้มีรถรับ ส่งหน้าโรงพยาบาล (2 คน) และคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจน้อยอันดับรองลงมาคือความเพียงพอของสิ่งอำนวยความสะดวก และความสะอาดของสถานที่ให้บริการ (คะแนนเฉลี่ย 4.01) ซึ่งน่าจะเกิดจากสถานที่ให้บริการเป็นห้องพัดลม ทึบ อากาศไม่ปลอดโปร่ง โดยเฉพาะช่วงอากาศร้อน และห้องน้ำมีกลิ่นเหม็น ซึ่งผู้ป่วยที่เติมเลือดจะมีการปัสสาวะบ่อยเพราะได้รับยาขับปัสสาวะแต่การทำความสะอาดห้องน้ำยังไม่เพียงพอ ส่งกลิ่นเหม็น จึงทำให้ความพึงพอใจในด้านนี้ลดลงด้วย

สรุปและข้อเสนอแนะ

คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียที่มารับบริการเติมเลือด ณ ศูนย์เติมเลือดโรงพยาบาลแม่ลาวนั้นมีระดับคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี และผู้ป่วยที่มารับบริการมีความพึงพอใจด้านเวลาและบริการ ด้านบุคลากร และด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อมในระดับมาก อย่างไรก็ตามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านตัวโรค ด้านจิตใจ และด้านกายภาพ จึงควรมีการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมทั้งด้านจิตใจ สังคม และการรักษา นอกจากนี้ยังต้องพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียในจังหวัดเชียงรายมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่ลาว หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล แพทย์ พยาบาล ผู้รับผิดชอบศูนย์เติมเลือดโรงพยาบาลแม่ลาวที่เอื้อเฟื้อในการเก็บข้อมูล เจ้าหน้าที่อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลเป็นอย่างดี และที่สำคัญอย่างยิ่งคือเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ในการอนุเคราะห์ข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). คนไทยมี “ยีนโรคธาลัสซีเมีย”แฝงกว่า 22 คนล้าน [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 15 กรกฎาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://www.thaihealth.or.th/Content/24190-คนไทยมี%20"ยีนโรคธาลัสซีเมีย"แฝงกว่า%2022%20ล้านคน.html#:~:text=สำหรับประเทศไทยมีผู้เป็น,แต่ละปีมีหญิงตั้ง
2. กรมการแพทย์, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. “โรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย” โรคทางพันธุกรรมที่น่าเป็นห่วงในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 15 กรกฎาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/all/02/116500
3. กิตติ ต่อจรัส, ธิดารัตน์ พันธุ์แก้ว. Health-related Quality of Life in Thalassemia Treated with Iron Chelation. 2554 [เข้าถึงเมื่อ 15 กรกฎาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://he02.tci- thaijo.org/index.php/rtamedj/article/view/5603/4895
4. ภูษณิศา มาพิลูนและคณะ. ผลของโปรแกรมการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย และความสามารถในการดูแลเด็กของผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็ก. [อินเทอร์เน็ต] 2559 [เข้าถึงเมื่อ 15 กรกฎาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://www.tci-thaijo.org/index.php/TJONC/article/download/35804/47844/
5. วัชรี เลอมานกุล, ปารณีย์ มีแต้ม. การพัฒนาแบบสอบถามคุณภาพชีวิต SF - 36 ฉบับภาษาไทย. 2543 [เข้าถึงเมื่อ 10 กรกฎาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://www.sdtc.go.th/upload/forum/03-2.pdf
6. ธงชัย ผลดี, อมรรัตน์ อนุวัฒน์นนทเขตต์. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเชียงราย. [อินเทอร์เน็ต] 2559 [เข้าถึงเมื่อ 10 กรกฎาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: http://db.hitap.net/articles/2579
7. Soheir Adam. Quality of life outcomes in thalassaemia patients in Saudi Arabia: a cross-sectional study [Internet]. 2019 [cited 2020 July 14]; 12: 887-895. Available from: https://applications.emro.who.int/emhj/v25/12/10203397-2019-2512-887-895.pdf?ua=1

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการตรวจสุขภาพประจำปีของบุคลากร ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย

Factors related to the Annual Health Examination Results of Personnel In the Wiang Chiang Rung District Public Health Office, Chiang Rai.

ถนอมศักดิ์ ชัยมินทร์

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเวียงเชียงรุ้ง

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการตรวจสุขภาพของบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนตุลาคม 2563 มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ ผลการตรวจสุขภาพประจำปี และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการตรวจสุขภาพประจำปีของบุคลากร ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย รูปแบบการวิจัย เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Study) กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ได้แก่ บุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย ทุกคน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ที่ผ่านการทดสอบความเที่ยงตรง และความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ผลการตรวจสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูล และประมวลผล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป นำเสนอผลการวิจัยด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) และสถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytical Statistic)

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.27 อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 40.84 ปี ช่วงอายุ 35 – 44 ปี มากที่สุด ร้อยละ 40.82 อายุน้อยสุด 23 ปี มากสุด 59 ปี นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 97.96 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 75.51 จบการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 51.02 ปฏิบัติงานในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขมากที่สุด ร้อยละ 32.5 มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือน 15,000 – 44,999 บาท ร้อยละ 53.06 รายได้ต่ำสุด-รายได้สูงสุด 11,000 – 200,000 บาท ด้านข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อยู่ในระดับ “ดี” คะแนนเฉลี่ยที่ 2.93 (S.D±0.32) พฤติกรรมการออกกำลังกาย อยู่ในระดับ “ควรปรับปรุง” คะแนนเฉลี่ยที่ 2.30 (S.D±0.53) และพฤติกรรมการจัดการความเครียด อยู่ในระดับ “ดี” คะแนนเฉลี่ยที่ 3.02 (S.D±0.31) ผลการตรวจสุขภาพประจำปี กลุ่มตัวอย่างมีระดับผลการตรวจสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับเสี่ยงหรือผิดปกติ ร้อยละ 89.80 อยู่ในระดับปกติ มีเพียงร้อยละ 10.20 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับผลการตรวจสุขภาพประจำปี พบว่า ปัจจัยด้านลักษณะทางประชากรและสังคม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา ประเภทบุคลากร รายได้ และความสัมพันธ์ของปัจจัยทางด้านระดับความเหมาะสมของพฤติกรรมกับระดับผลการตรวจสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับผลการตรวจสุขภาพประจำปี

ข้อเสนอแนะงานวิจัย งานวิจัยนี้ควรมีการศึกษาวิเคราะห์ปัญหาเชิงลึก เพื่อใช้ข้อมูลมาปรับรูปแบบ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทของการใช้ชีวิตประจำวัน ของบุคลากรสาธารณสุขลดภาระเสี่ยงในการเกิดโรค และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เป็นต้นแบบด้านสุขภาพให้ประชาชน

คำสำคัญ: พฤติกรรมสุขภาพ, การตรวจสุขภาพประจำปี

บทนำ

ปัญหาสุขภาพของประชาชนในประเทศไทย กำลังเผชิญกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งเป็นกลุ่มโรคที่เป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขทั่วโลก และเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เสียชีวิตสูง ร้อยละ 29 ของการเสียชีวิตทั้งหมด[1] ปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่มาจากปัญหาสังคมสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมเสี่ยงมากขึ้น ได้แก่ ความเครียด ขาดการออกกำลังกาย บริโภคอาหารเกินความจำเป็นของร่างกาย การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ พฤติกรรมเหล่านี้ส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานได้[2] บุคลากรทางสาธารณสุขเป็นกลุ่มบุคลากรที่มีความเสี่ยงสูงในการเป็นเรื้อรังเช่นเดียวกับประชาชนทั่วไป ด้วยลักษณะงานส่วนใหญ่มีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยและขาดการออกกำลังกาย และมีความเสี่ยงจากสิ่งคุกคามต่างๆ ได้แก่ เชื้อโรค ความร้อน เสียง แสง สารเคมี การทำงานหนัก การทำงานที่เร่งรัดแข่งขันกับเวลา ทำงานเดิมๆ ซ้ำๆ ผลการตรวจสุขภาพของบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเวียงเชียงรุ้ง ในปี 2561 มีระดับไขมันในเลือดสูงกว่า 200 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ร้อยละ 23.81 มีค่าไตรกลีเซอไรด์มากกว่า 150 mg/Dl ร้อยละ 4.76 มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 25 kg/m^2 ร้อยละ 23.81 ปี 2562 เพิ่มเป็น ร้อยละ 39.02 เพศหญิงมีรอบเอวมากกว่า 80 เซนติเมตร ร้อยละ 19.05 ปี 2562 เพิ่มเป็น ร้อยละ 21.94 ส่วนเพศชายมีรอบเอวมากกว่า 90 เซนติเมตร ร้อยละ 4.88 ซึ่งไม่พบในปี 2561 ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) 100-125 mg/dL ร้อยละ 9.52 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 9.76 ในปี 2562[3] ซึ่งตามแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ บุคลากรทางสาธารณสุขควรเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพประชาชน ฉะนั้นต้องเป็นผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรงพร้อมทำงาน และเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ประชาชน

ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะบุคลากรทางด้านสุขภาพ จึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัย สาเหตุ พฤติกรรมทางสุขภาพของบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้นำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานประกอบการตัดสินใจ ในการวางแผนและดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันควบคุมปัญหาด้านสุขภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ ผลการตรวจสุขภาพประจำปี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการตรวจสุขภาพประจำปีของบุคลากร ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย

วิธีการวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการตรวจสุขภาพประจำปีของบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย คัดเลือกประชากรและกลุ่มตัวอย่างแบบ

เจาะจง (Purposive sampling) ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกคน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ผลการตรวจสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ที่ผ่านการทดสอบความเที่ยงตรง และความเชื่อมั่นของเครื่องมือ วิเคราะห์ข้อมูลและประมวลผล โดยใช้โปรแกรม คอมพิวเตอร์สำเร็จรูป นำเสนอผลการวิจัยด้วย สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) และสถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytical Statistic) ดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนตุลาคม 2563

ข้อพิจารณาจริยธรรมทางการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยได้รับการพิจารณารับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย หนังสือรับรองเลขที่ CRPPHO No. 40/2563 โดยผู้วิจัยมีการคำนึงถึงหลักความเคารพในบุคคล มีการให้ข้อมูลอย่างครบถ้วนจนอาสาสมัครเข้าใจเป็นอย่างดีและตัดสินใจอย่างอิสระในการให้ความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงร้อยละ 63.27 อยู่ที่ช่วงอายุ 35 – 44 ปีมากที่สุด ร้อยละ 40.82 อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 40.84 ปี (S.D.± 9.44) อายุน้อยสุด 23 ปี สูงสุด 59 ปี นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 97.96 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 75.51 การศึกษาจบปริญญาตรี ร้อยละ 51.02 ปฏิบัติงานในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขมากที่สุด ร้อยละ 32.5 รายได้ของครอบครัวต่อเดือนกลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่ง มีรายได้ 15,000 – 44,999 บาท ร้อยละ 53.06 เฉลี่ยอยู่ที่ 50,575.51 บาท (S.D.± 41,849.21) รายได้ต่ำสุด-รายได้สูงสุด 11,000 – 200,000 บาท

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า

พฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง ที่เป็นพฤติกรรมที่ควรปฏิบัติ ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมระดับ “ดี” ได้แก่ การรับประทานอาหารที่ปรุงสุกและใส่ภาชนะที่สะอาด การรับประทานอาหารตรงตามเวลาและครบ 3 มื้อใน 1 วัน การรับประทานอาหารพวกผักหรือผลไม้ การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ เช่น ข้าว เนื้อ นม ไข่ ผัก ผลไม้ และการดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว ส่วนพฤติกรรมที่ไม่ควรปฏิบัติหรือหลีกเลี่ยง ได้แก่ การรับประทานอาหารรสเค็ม การรับประทานอาหารประเภทปิ้ง ย่าง รมควัน การดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำหวาน น้ำอัดลม มีพฤติกรรมระดับ “ควรปรับปรุง” ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อยู่ในระดับ “ดี” คะแนนเฉลี่ยที่ 2.93 (S.D±0.32)

พฤติกรรมการออกกำลังกาย ของกลุ่มตัวอย่าง ที่เป็นพฤติกรรม “ควรปรับปรุง” ได้แก่ การยืดเหยียด เช่น ก้มเอามือแตะพื้นประสานมือไว้เหนือศรีษะ หลังดันขึ้น การก้มลงเอามือแตะพื้นการเหยียด และฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต่อเนื่องกัน สัปดาห์ละ 2-3 วัน การออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วันๆ ละ 30 นาที (ด้วยความรุนแรงระดับปานกลางคือเหนื่อยพูดคุยกับคนข้าง เคียงได้จบประโยค) และออก

กำลังกายหรือเล่นกีฬาอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2-3 วันๆ ละ 20 นาที (ด้วยความรุนแรงระดับหนักคือเหนื่อยหอบหรือไม่สามารถพูด คุยกับคนข้างเคียงได้จนจบประโยค) ส่วนมีการเคลื่อนไหวในการทำงานบ้านหรืองานในอาชีพ เช่น ทำงานบ้าน/ทำสวน/ทำไร่/ ทำนา/ขี่จักรยานหรือเดินไปทำงานจนรู้สึกเหนื่อยกำลังดีสะสมอย่างน้อยวันละ 30 นาทีสัปดาห์ละ 5 วัน มีเป็นพฤติกรรมระดับ “ดี” ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมการออกกำลังกาย อยู่ในระดับ “ควรปรับปรุง” คะแนนเฉลี่ยที่ 2.30 (S.D±0.53)

ระดับพฤติกรรมการจัดการความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง พฤติกรรมที่ควรปฏิบัติอยู่ในระดับ “ดีมาก” ได้แก่ ทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว เช่น รับประทานอาหาร/ดูทีวี/ฯลฯ ส่วนพฤติกรรมระดับ “ดี” ได้แก่ การปรึกษาพูดคุยกับเพื่อนๆหรือสมาชิกในครอบครัว การดูหนัง ฟังเพลง ร้องเพลง การมีกิจกรรมร่วมกันกับสมาชิกใน ครอบครัวตามเทศกาลต่างๆ เช่น ทำบุญ/ไปพักผ่อน การควบคุมอารมณ์ตนเองได้เมื่อรู้สึกโกรธ เช่น ไม่ขว้างปาสิ่งของ ไม่ทำร้ายฝ่ายตรงข้าม ไม่เอะอะ โวยวาย และการมีกิจกรรมสันทนาการร่วมกับกลุ่มเครือข่ายของตนเอง เช่น เพื่อนเก่า เพื่อนร่วมงาน ชมรมต่างๆ ส่วนพฤติกรรมระดับ “ควรปรับปรุง” ได้แก่ การปลูกต้นไม้ การออกกำลังกาย และการสวดมนต์/นั่งสมาธิ ไหว้พระ ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการจัดการความเครียด อยู่ในระดับ “ดี” คะแนนเฉลี่ยที่ 3.02 (S.D±0.31)

ส่วนที่ 2 ผลการตรวจสุขภาพประจำปี

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่าง มีดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 44.90 อยู่ในระดับผิดปกติ ร้อยละ 34.69 มีรอบเอวระดับปกติ ร้อยละ 69.39 โดยในกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไปส่วนใหญ่มีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 86.11 ระดับไขมัน Cholesterol อยู่ในระดับที่ปกติ ร้อยละ 69.44 ระดับไขมัน Triglyceride อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 75.00 เมื่อแปลผลทางสุขภาพ โดยมีเงื่อนไขว่า หากมีผลการตรวจสุขภาพ ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) รอบเอว ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมัน Cholesterol และระดับไขมัน Triglyceride อย่างใดอย่างหนึ่ง มีภาวะเสี่ยง หรือผิดปกติ ให้มีการแปลผล กลุ่มตัวอย่างนั้นมีภาวะเสี่ยง หรือผิดปกติ โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับผลการตรวจสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับเสี่ยงหรือผิดปกติ ร้อยละ 89.80 อยู่ในระดับปกติ มีเพียงร้อยละ 10.20

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับผลการตรวจสุขภาพประจำปีของบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย

3.1 ความสัมพันธ์ของปัจจัยทางด้านประชากรและสังคมกับความสัมพันธ์กับระดับผลการตรวจสุขภาพ พบว่า ปัจจัยด้านลักษณะทางประชากรและสังคม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา ประเภทบุคลากร และรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับผลการตรวจสุขภาพประจำปี

3.2 ความสัมพันธ์ของปัจจัยทางด้านระดับความเหมาะสมของพฤติกรรมกับระดับผลการตรวจสุขภาพ พบว่า ระดับความเหมาะสมของพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการจัดการความเครียด พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติ

บทสรุป

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการตรวจสุขภาพประจำปีของบุคลากรสังกัดอำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ ผลการตรวจสุขภาพประจำปี และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการตรวจสุขภาพประจำปีบุคลากรสังกัดอำเภอเวียงเชียงรุ้ง อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทั้งที่เป็นข้าราชการ พนักงานของรัฐ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข และลูกจ้าง ที่ปฏิบัติงานในสังกัดอำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย ที่เข้ารับการตรวจร่างกายประจำปี 2563 จำนวน 49 คน

การดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือ ในเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทางประชากรและสังคม ส่วนที่ 2 ผลการตรวจร่างกาย ส่วนที่ 3 ข้อมูลพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร ส่วนที่ 4 ข้อมูลพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการจัดการความเครียด ผลการศึกษาสรุปได้ ดังนี้

1. สรุปผลการศึกษา

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการตรวจสุขภาพประจำปีของบุคลากรสังกัดอำเภอเวียงเชียงรุ้ง อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย จำนวน 49 คน เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ อันได้แก่ พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมการจัดการความเครียด และปัจจัยที่สัมพันธ์กับผลการตรวจสุขภาพประขำปีของบุคลากรสังกัดอำเภอเวียงเชียงรุ้ง อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย สรุปได้ดังนี้

1.1.ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 49 คน เป็นเพศชาย 18 คน และเพศหญิง 31 คน ส่วนใหญ่อยู่ที่ช่วงอายุ 35 – 44 ปี ร้อยละ 40.82 รองลงไป เป็นช่วงอายุ 25 – 34 ปี และ 45 – 54 ปี ร้อยละ 22.45 และ 20.41 ตามลำดับ อายุน้อยสุด 23 ปี สูงสุด 59 ปี และระดับการศึกษาพบมากกว่าครึ่งหนึ่งจบปริญญาตรี ร้อยละ 51.02 โดยกลุ่มตัวอย่างนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 97.96 และกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง มีสถานภาพสมรส/คู่ ร้อยละ 75.51 และพบว่ารายได้เฉลี่ยต่อเดือนของ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ มีรายได้ 15,000 – 44,999 บาท ร้อยละ 53.06 และ กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขมากที่สุด ร้อยละ 32.5

1.2.พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

พบกว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร ที่มีการบริโภคเป็นประจำสูงสุด ได้แก่ การรับประทานอาหารที่ปรุงสุกใส่ภาชนะที่สะอาด และรับประทานอาหารตรงตามเวลาและครบ 3 มื้อใน 1 วัน ร้อยละ 61.22 และร้อยละ 48.98 ตามลำดับ ส่วนการบริโภคอาหารที่เป็นพฤติกรรมที่ไม่ควรปฏิบัติ หรือหลีกเลี่ยง ได้แก่ การรับประทานอาหารประเภทปิ้ง ย่าง รมควัน การดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำหวาน น้ำอัดลม และการรับประทานอาหารรสเค็ม พบมีการบริโภคบ่อยครั้งถึง ร้อยละ 75.51 ร้อยละ 71.43 และร้อยละ 67.35 ตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมดื่มน้ำชา/กาแฟ/น้ำอัดลม มีการบริโภคบ่อยครั้ง ร้อยละ 38.78 รองลงไปไม่มีการบริโภคเลย ร้อยละ 36.73 ซึ่งมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน

1.3.พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย

พบกว่ากลุ่มตัวอย่าง มีการออกกำลังกายโดยมีการปฏิบัติเป็นบางครั้งสูงสุด ได้แก่ การออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วันๆ ละ 30 นาที (ด้วยความรุนแรงระดับปานกลาง คือ เหนื่อยพูดคุยกับคนข้างเคียงได้จบประโยค) และมีการยืดเหยียด เช่น ก้มเอามือแตะพื้นประสานมือไว้เหนือศรีษะ หลังดันขึ้น การก้มลงเอามือแตะพื้นการเหยียด และฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต่อ เนื่องกัน สัปดาห์ละ 2-3 วัน ร้อยละ 63.27 และ 59.18 ตามลำดับ ส่วนการออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2-3 วันๆ ละ 20 นาที (ด้วยความรุนแรงระดับหนัก คือ เหนื่อยหอบหรือไม่สามารถพูดคุยกับคนข้างเคียงได้จนจบประโยค) กลุ่มตัวอย่างไม่มีการปฏิบัติเลย ร้อยละ 42.86 มีการปฏิบัติบางครั้ง ร้อยละ 36.73

1.4.ด้านการจัดการความเครียด

พบกว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการจัดการความเครียด ที่มีการปฏิบัติเป็นประจำสูงสุด ได้แก่ การทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว เช่น รับประทานอาหาร /ดูทีวี/ฯลฯ การปรึกษา พูดคุย กับเพื่อนๆ หรือสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 59.18 และ ร้อยละ 40.82 ตามลำดับ ส่วนการจัดการความเครียด ที่เป็นพฤติกรรมที่ไม่ควรปฏิบัติ หรือหลีกเลี่ยง ได้แก่ การสูบบุหรี่ และการใช้ยานอนหลับ/ยาระงับประสาท ส่วนใหญ่ไม่เคยปฏิบัติ ร้อยละ 93.88 และร้อยละ 85.71 ตามลำดับ ส่วนการดื่มสุรา หรือ ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ มีการปฏิบัติบางครั้ง ร้อยละ 53.06

1.5.ระดับความเหมาะสมของพฤติกรรม

5.1.5.1. ระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง ในภาพรวมมีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อยู่ในระดับ “ดี” คะแนนเฉลี่ยที่ 2.93 (S.D±0.32)

5.1.5.2. ระดับพฤติกรรมการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่าง ในภาพรวมมีพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับ “ควรปรับปรุง” คะแนนเฉลี่ยที่ 2.30 (S.D±0.53)

5.1.5.3. ระดับพฤติกรรมการจัดการความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง ในภาพรวมมีพฤติกรรมการจัดการความเครียดอยู่ในระดับ “ดี” คะแนนเฉลี่ยที่ 3.02 (S.D±0.31)

1.6 ผลการตรวจสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง

1.6.1. มีระดับดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 44.90 อยู่ในระดับผิดปกติ ร้อยละ 34.69

1.6.2. ในกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่ มีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับปกติ รองลงมาระดับน้ำตาลที่เสี่ยง ร้อยละ 86.11 และ 13.89 ตามลำดับ แต่ไม่พบภาวะผิดปกติ

1.6.3 มีระดับไขมัน Cholesterol อยู่ในระดับที่ปกติ ร้อยละ 69.44 ในขณะที่มีกลุ่มระดับเสี่ยงและผิดปกติ ใกล้เคียงกัน ร้อยละ 16.67 และร้อยละ 13.89

1.6.4. มีระดับไขมัน Triglyceride อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 75.00 มีระดับเสี่ยง ร้อยละ 19.44 ระดับผิดปกติ ร้อยละ 5.56

1.7 ด้านการแปลผลทางสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 89.80 มีระดับผลการตรวจสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับเสี่ยงหรือผิดปกติ ในขณะที่ผลการตรวจสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างในระดับปกติ มีเพียงร้อยละ 10.20

1.8 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมสุขภาพ กับระดับผลการตรวจสุขภาพ พบว่า ปัจจัยด้านลักษณะทางประชากรและสังคม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา สถานภาพสมรส ประเภทบุคลากร และรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับผลการตรวจสุขภาพประจำปี เช่นเดียวกับระดับความเหมาะสมของพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และระดับความเหมาะสมของพฤติกรรมการออกกำลังกาย และความเหมาะสมของพฤติกรรมการจัดการความเครียด พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติ

การอภิปรายผล

อภิปรายผล ความสัมพันธ์ระหว่างด้านประชากรสังคมและพฤติกรรมสุขภาพกับระดับผลการตรวจสุขภาพ ดังนี้

ปัจจัยทางด้านประชากรและสังคม ที่มีความสัมพันธ์กับระดับผลการตรวจสุขภาพประจำปี พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา สถานภาพสมรส ประเภทบุคลากร และรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับผลการตรวจสุขภาพประจำปี ของบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเวียงเชียงรุ้ง อาจเนื่องมาจาก ประเภท ลักษณะการทำงานที่ไม่แตกต่างกัน โดยลักษณะงานเป็นงานสายสนับสนุน ไม่มีการอยู่เวรนอกเวลา หรือขึ้นเวร ลงเวร บุคลากรส่วนใหญ่เป็นคนในพื้นที่ที่มีบริบทสิ่งแวดล้อมที่คล้ายกัน โดยเฉพาะการรับประทานอาหาร มีอาหารสำเร็จรูป อาหารปรุงสุกจำหน่าย ร้านสะดวกซื้อ ซึ่งสะดวกต่อการบริโภค และในมื้อเที่ยงมักจะรับประทานอาหารร่วมกันในที่ทำงาน ปัจจัยทางด้านประชากรและสังคม จังไม่มีความแตกต่างที่ชัดเจน

พฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความเหมาะสมของพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อยู่ในระดับดี ร้อยละ 75.51 แต่ยังพบอยู่ในระดับควรปรับปรุง ร้อยละ 14.29 จากข้อมูลพบว่ามีการดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำหวาน น้ำอัดลม และดื่มน้ำชา/กาแฟ พบการบริโภคบ่อยครั้ง ร้อยละ 71.43 และ 38.78 ตามลำดับ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากปัจจุบันการหาซื้อเครื่องดื่มที่มีรสหวานหรือน้ำอัดลม มีการสื่อโฆษณา ประชาสัมพันธ์ ในหลายช่องทาง สามารถหาซื้อได้ง่าย มีวางจำหน่ายทั่วไป ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาอำภา ทองประเสริฐ[4] ได้ศึกษาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและออกกำลังกายของผู้เข้าร่วมโครงการส่งเสริมสุขภาพ ตำบลแม่สา อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ ที่พบว่า การกินอาหารรสหวานหรือการดื่มน้ำอัดลม มีพฤติกรรมในระดับดี แตกต่างกับการศึกษาของ มาลินี เก่งงาน[5] ที่ได้ศึกษาค่านิยมการบริโภคอาหารของครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารอาหารของนักเรียนอาชีวศึกษาจังหวัดปทุมธานี ซึ่งพบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารรสหวานของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดีมากที่สุด

พฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 67.35 มีระดับความเหมาะสมของพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับที่ควรปรับปรุง ทั้งนี้อาจมาจากบุคลากรสาธารณสุขมีหน้าที่ภาระงานมาก ทำให้ขาดการออกกำลังกาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มนูญ ขอเสงี่ยม[6] ศึกษาสภาวะสุขภาพในกลุ่มประชาชนจังหวัดราชบุรี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการออกกำลังกายทุกวัน แต่ไม่ได้ทำอย่างต่อเนื่องและเพียงวันละ 1 ครั้ง ส่วนใหญ่การออกกำลังกายจะมาจากการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างต่อเนื่องสะสมนานมากกว่า 30 นาทีขึ้นไป เมื่อพิจารณาภาพรวมของพฤติกรรมการออกกำลังกายพบว่าอยู่ในระดับต่ำจำนวนมากที่สุด ซึ่งสอด

คล้องกับการศึกษาของ วิฑูรย์ โล่สุนทร[7] ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60.5 ไม่ได้ออกกำลังกายทุกสัปดาห์

พฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการความเครียด พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 71.43 มีระดับความเหมาะสมของพฤติกรรมการจัดการความเครียดในระดับดี สามารถจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสม และควรมีการนำกิจกรรมสวดมนต์/นั่งสมาธิ ไหว้พระ การปลูกต้นไม้ การออกกำลังกาย ปรับใช้บ้าง ส่วนการสูบบุหรี่ การดื่มสุราหรือดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ มีพฤติกรรมระดับ ดีมาก และ ดี ตามลำดับ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และทางสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเวียงเชียงรุ้ง ให้ความสำคัญกับการลดการบริโภคยาสูบหรือการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ประกอบกับการให้บุคลากรสาธารณสุขเป็นตัวอย่างหรือเป็นต้นแบบที่ดีให้กับประชาชน จึงเป็นเหตุให้มีการสูบบุหรี่และดื่มสุราหรือดื่มเครื่องที่มีแอลกอฮอล์ในบุคลากรสาธารณสุขมีน้อย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ กมลมาลย์ อุปพันธ์[8] ที่ได้ศึกษาการจัดการความเครียดของพนักงานสายการบินที่ทำหน้าที่หน้าที่ตรวจบัตรผู้สายการบินไทย ซึ่งพบว่าการจัดการความเครียดด้วยการสูบบุหรี่และดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับน้อย แตกต่างกับผลการศึกษาของ ต่อวงศ์ พิทักษ์โกศล[9] ที่ได้ศึกษาการจัดการความเครียดของตำรวจจราจรศึกษาตำรวจ สังกัดกองบังคับการตำรวจภูธรภาค 9 พบว่าการจัดการความเครียดด้วย การสูบบุหรี่ ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับน้อย และการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในระดับปานกลาง

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษา พบว่า ระดับผลการตรวจสุขภาพประจำปีของบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย มีผลการตรวจสุขภาพในระดับเสี่ยงหรือผิดปกติ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าบุคลากรด้านสาธารณสุขกำลังมีปัญหาด้านสุขภาพ ดังนั้นผู้ที่เกี่ยวข้องควรมีการวิเคราะห์ปัญหาเชิงลึกเพื่อใช้ข้อมูลมาปรับรูปแบบ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทของการใช้ชีวิตประจำวันเพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขลดภาระเสี่ยงในการเกิดโรค

ผู้บริหารทุกระดับสูง ควรมีนโยบาย กลยุทธ์ และแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของบุคลากร โดยเน้นการมีองค์ความรู้ การมีส่วนร่วม ความสม่ำเสมอในการปฏิบัติ ผู้บริหารควรให้ความสำคัญสร้างแรงจูงใจ และมีการกำกับติดตาม

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย. การสำรวจตรวจสุขภาพประชาชนไทย ครั้งที่ 4 (พ.ศ.2551-2552). กรุงเทพมหานคร: เดอะกราฟิโก้ ซิสเต็มส์ จำกัด; 2553.
2. กรมควบคุมโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคหัวใจและหลอดเลือดในประเทศไทย. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2549.
3. โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง. สรุปผลการตรวจสุขภาพประจำปี 2561-2563. เอกสารอัดสำเนา.
4. อำภา ทองประเสิรฐ. การศึกษาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและออกกำลังกายของผู้เข้าร่วมโครงการส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่สา อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัย ธรรมาธิราช; 2546.
5. มาลินี เก่งงาน. ค่านิยมการบริโภคอาหารของครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนอาชีวศึกษา ในจังหวัดปทุมธานี [วิทยานิพนธ์]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2546.
6. มนูญ ขอเสงี่ยม, พิสุทธิ์ คงขำ. สภาวะสุขภาพในกลุ่มประชาชนจังหวัดราชบุรี 2542.
7. วิฑูรย์ โลห์สุนทร. การประเมินความพึงพอใจและผลการตรวจสุขภาพของผู้มารับบริการตรวจสุขภาพที่คลินิกเวชศาสตร์ป้องกัน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552.
8. กมลมาลย์ อุปพันธ์. การจัดการความเครียดพนักงานสายการบินที่ทำหน้าที่ตรวจบัตรผู้โดยสารสายการบินไทย [วิทยานิพนธ์]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2551.
9. ต่อวงศ์ พิทักษ์โกศล. การจัดการความเครียดของตำรวจจราจร ศึกษากรณีตำรวจจราจรสังกัดกองบังคับการตำรวจภูธรภาค 9 [วิทยานิพนธ์]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2549.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย ปี 2562

Factors related to the occurrence of dengue fever Phan District, Chiang Rai Province, 2019

วาสนา ป๊อกบุญเรือง และอนุรักษ์ ศรีใจ

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพาน

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง และเก็บฐานข้อมูลผู้มารับบริการ ย้อนหลัง 5 ปี พ.ศ. 2558-2562 (Hospital-based case control study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก ตามหลักการกระจายของโรคตาม บุคคล เวลา และสถานที่ อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย ปี 2562 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในเขตพื้นที่อำเภอพาน จำนวน 260 คน โดยจำแนกกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา 2 กลุ่ม คือ กลุ่มศึกษา (Case) 130 คน และกลุ่มควบคุม (Control) 130 คน โดยดำเนินการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ตั้งแต่เดือน มีนาคม - กันยายน 2563 โดยใช้สถิติหาความสัมพันธ์ด้วย Chi-square และหาค่าอัตราเสี่ยง adjusted OR ช่วงเชื่อมั่น 95 % confidence interval

ผลการวิจัยสามารถจำแนกตามทิศทางความสัมพันธ์ ประกอบด้วย ปัจจัยเสี่ยงตามหลักบุคคล คือ ประถมศึกษา (adjusted OR_{MH}= 2.52, 95%CI of OR: 1.47-4.32) โสด (adjusted OR_{MH}= 2.92, 95%CI of OR: 1.73-4.92) มีโรคประจำตัว (adjusted OR_{MH}= 2.85, 95%CI of OR: 1.49-5.46) หมู่เลือด A (adjusted OR_{MH}= 2.21, 95%CI of OR: 1.21-4.04) ปัจจัยเสี่ยงตามหลักเวลา คือ สิงหาคม (adjusted ORMH= 4.06, 95%CI of OR: 2.12-7.76) ปัจจัยเสี่ยงตามหลักสถานที่ ตำบลทรายขาว (adjusted OR_{MH}= 6.68, 95%CI of OR: 2.53-17.69) ตำบลเมืองพาน (adjusted OR_{MH}= 2.63, 95%CI of OR: 1.37-5.07) แหล่งน้ำประปา (adjusted OR_{MH}= 2.34, 95%CI of OR: 1.25-4.37)การกำจัดขยะโดยวิธีการฝัง(adjusted OR_{MH}= 2.96, 95%CI of OR: 1.50-4.50 สรุปผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยตามหลักการกระจายของโรคตาม บุคคล เวลา และสถานที่ มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกอำเภอพาน จังหวัดเชียงราย ปี 2562

คำสำคัญ: โรคไข้เลือดออก, หลักบุคคล เวลา สถานที่

บทนำ

สถานการณ์การเกิดโรคไข้เลือดออกอำเภอพานย้อนหลัง 5 ปี พ.ศ.2558-2562 มีอัตราป่วย 85.14 ,52.08 ,42.90 ,32.02 ,171.48 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ซึ่งพบว่าปี 2562 เป็นปีที่พบอัตราป่วยสูงที่สุด มีจำนวนผู้ป่วย 147 คน กระจายทุกตำบล 15 ตำบล จำนวน 76 หมู่บ้าน (ศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอพาน,2562) ปัจจัยที่ทำให้โรคไข้เลือดออกระบาดโดยทั่วไป ตามหลักการกระจายของโรค ในชุมชน นั้น มักมีสาเหตุมาจากปัจจัยที่แตกต่างกัน การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวกับลักษณะของบุคคล เวลาและสถานที่ จะทำให้ทราบสถานการณ์การเกิดโรคในชุมชนดีมากยิ่งขึ้น เพื่อเป็นแนวทางในการควบคุมป้องกัน การระบาดของโรคไข้เลือดออก (สุริยะ คูหะรัตน์, 2542) ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น อีกทั้งข้อมูลการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาในพื้นที่อำเภอพาน ยังไม่มีการศึกษาอย่างจริงจัง คณะผู้วิจัยจึงได้เล็งเห็นความสำคัญที่จะทำการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เพื่อนำผลการวิจัยมาวางแผนการดำเนินงาน ออกแบบรูปแบบการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกอำเภอพานต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก ตามหลักการกระจายของโรคตาม บุคคล เวลา และสถานที่ อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย ปี 2562

วิธีการวิจัย

รูปแบบการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง และยึดฐานข้อมูลผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลภายในจังหวัดเชียงราย ย้อนหลัง 5 ปี พ.ศ. 2558-2562 (Hospital-based case control study)

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการยืนยันการวินิจฉัยแล้วว่าป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก เข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งในพื้นที่จังหวัดเชียงราย และได้รับรายงานโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง เข้ามาในระบบโปรแกรมเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (R506) และมีอยู่ในระบบฐานข้อมูลสาธารณสุขระดับจังหวัด (Health data center: HDC) ระหว่างปีพุทธศักราช 2558-2562 กลุ่มศึกษา (Case) คือ ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่ได้รับการยืนยันแล้ว และอยู่ในฐานข้อมูล โปรแกรมเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (R506) ปี 2562 รวมจำนวน 147 ราย กลุ่มควบคุม (Control) คือ ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่ได้รับการยืนยันแล้ว และอยู่ในฐานข้อมูล โปรแกรมเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (R506) 2558-2561 จำนวน 193 ราย

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษากำหนดอัตราส่วนของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มศึกษา : กลุ่มควบคุม เท่ากับ 1:1 โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรคำนวณของระบาดวิทยาแบบย้อนหลัง (Case control study) ตามแนวทาง Case control study ของ WHO (Lemeshow s, et al, 1990) และคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณของ (นิคม ถนอมเสียง, 2561) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 กลุ่ม คือ กลุ่มศึกษา (Case) 130 คน และกลุ่มควบคุม (Control) 130 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ เครื่องมือในการรวบรวมจากบันทึกทางการแพทย์ และการเฝ้าระวังโรค แบบฟอร์มการนำเข้าข้อมูลเพื่อการวิจัย ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แบบฟอร์มงานวิจัยของ อนุรักษ์ ศรีใจ, (2558) การตรวจสอบคุณภาพความตรงเนื้อหา (Content Validity) ค่าดัชนีความตรงด้านเนื้อหา (Index of item-objective congruence) ได้เท่ากับ 0.9

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับโรคไข้เลือดออก โดยใช้สถิติ Chi-square คำนวณอัตราเสี่ยง adjusted OR และ ช่วงเชื่อมั่น 95 % confidence interval

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์พหุปัจจัย พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย ปี 2562 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) เพิ่มโอกาสการเกิดโรคไข้เลือดออก ประกอบไปด้วยปัจจัย ดังต่อไปนี้ ปัจจัยเสี่ยงตามหลักบุคคล ประกอบด้วย 4 ปัจจัยดังนี้ ประถมศึกษา , โสด ,มีโรคประจำตัว และ หมู่เลือด A ปัจจัยเสี่ยงตามหลักเวลา ประกอบด้วย 1 ปัจจัย ดังนี้ สิงหาคม และปัจจัยเสี่ยงตามหลักสถานที่ ประกอบด้วย 4 ปัจจัย ดังนี้ ตำบลทรายขาว ,ตำบลเมืองพาน ,แหล่งน้ำประปา, การกำจัดขยะโดยวิธีการฝัง (รายละเอียดดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ปัจจัยเสี่ยงเชิงพหุปัจจัยตามหลักบุคคล เวลา และสถานที่

ปัจจัยเสี่ยง	adjusted OR_{MH}	95%CI	p-Value
ปัจจัยด้านบุคคล			
ประถมศึกษา	2.52	1.47-4.32	<0.001*
โสด	2.92	1.73-4.92	0.006*
มีโรคประจำตัว	2.85	1.49-5.46	0.002*
หมู่เลือด A	2.21	1.21-4.04	0.014*
ปัจจัยด้านเวลา			
สิงหาคม	3.61	1.85-7.03	<0.001*
ปัจจัยด้านสถานที่			
ตำบลทรายขาว	6.68	2.56-17.70	<0.001*
ตำบลเมืองพาน	2.63	1.37-5.07	0.006*
แหล่งน้ำอุปโภค น้ำประปา	2.34	1.25-4.37	0.010*
การกำจัดขยะโดยวิธีการฝัง	2.96	1.50-4.50	<0.001*

*ระดับนัยสำคัญ <0.05

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย ปี 2562 สามารถอภิปรายผลการศึกษาได้ ดังนี้

ปัจจัยตามหลักบุคคล ที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย ปี 2562 ประกอบด้วยปัจจัยดังนี้ ปัจจัยการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ ต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก พบว่า ระดับการศึกษาประถมศึกษา เพิ่มโอกาสเกิดโรคไข้เลือดออกในอำเภอพาน จังหวัดเชียงราย ปี 2562 ถึง 3.07 เท่า (OR=3.07, 95%CI: 1.83-5.16) ซึ่งผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสม มุ่งมลพลเจริญ (2561) อีกทั้งส่วนใหญ่กลุ่มเป้าหมายที่ได้ทำการศึกษาจบการศึกษาในระดับประถมศึกษาถึงร้อยละ 66.3 ทำให้ผู้ที่การศึกษาระดับประถมศึกษามีโอกาสเกิดโรคไข้เลือดออกมากกว่ากลุ่มการศึกษาอื่นๆ ปัจจัยสถานภาพสมรส พบว่า สถานภาพ โสด เพิ่มโอกาสเกิดโรคไข้เลือดออกอำเภอพาน ปี 2562 ถึง 3.40 เท่า (OR=3.40, 95%CI: 2.02-5.73) ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สม มุ่งมลพลเจริญ (2561) ซึ่งอาจจะเป็นเพราะในปี 2562 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสถานภาพโสดถึงร้อยละ 61.9 มีวิถีชีวิตอิสระมากกว่าคนมีครอบครัวหรือสถานะคู่ มีปัจจัยในด้านการเคลื่อนย้ายอิสระมากกว่า ทำให้มีความเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อไข้เลือดออก มากกว่าคนมีคู่หรือมีครอบครัว ปัจจัยการมีโรคประจำตัว เพิ่มโอกาสการเกิดโรคไข้เลือดออกอำเภอพาน ปี 2562 ถึง 3.06 เท่า (OR=3.06, 95%CI: 1.63-5.75) สอดคล้องกับการศึกษาของวิจัยของสม มุ่งมลพลเจริญ (2561) แต่เมื่อพิจารณารายโรค

ไม่พบว่าโรคใดมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาหลายงานที่พบว่า ผู้ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานมีความเสี่ยง 2.31 เท่า (95% CI: 1.58–3.38) นอกจากนั้นยังเพิ่มความเสี่ยงในการเสียชีวิต 2.53 เท่า (95% CI: 1.51–4.24) ส่วนผู้ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 6.18 เท่า (95% CI: 1.61–23.71) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคอื่น เพิ่มความเสี่ยงในการเสียชีวิต 2.36 เท่า (95% CI: 1.37–4.07) และการป่วยด้วยโรคไตวาย 5.26 เท่า (95% CI: 1.77–15.64) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคอื่น ๆ (Guo et al, 2017) (Wang et. al., 2019) ปัจจัยกลุ่มเลือด คนที่มีหมู่เลือด A เพิ่มโอกาสเกิดโรคไข้เลือดออกอำเภอพาน ปี 2562 ถึง 1.91 เท่า (OR=1.91, 95%CI: 1.08-3.36) ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ Ravichandran, Ramya, และ Kanungo (2019) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ของหมู่เลือด ABO กับการเกิดโรคไข้เลือดออก และอาการข้างเคียง ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ซึ่งพบว่า หมู่เลือด AB เป็นปัจจัยป้องกันการเกิดโรคไข้เลือด (OR 0.41, 95% CI 0.24-0.67) ส่วนหมู่เลือด O มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก 1.78 เท่า (95% CI: 1.19-2.67)

ปัจจัยตามหลักเวลา ที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก อำเภอพาน ปี 2562 ประกอบด้วยปัจจัยดังต่อไปนี้ เดือน สิงหาคม เพิ่มโอกาสการเกิดโรคไข้เลือดออก อำเภอพาน ปี 2562 4.06 เท่า (OR=4.06, 95%CI: 2.12-7.76) ซึ่งสอดคล้องการศึกษา โรคไข้เลือดออกมักพบการระบาดได้ ในช่วงเดือน สิงหาคม ตุลาคม และพฤศจิกายน (Manoj, Kumar, Nirijhar และ Singh, 2020) (Khan, Khan, Ghaffar และ Khalid, 2018) ซึ่งอาจจะอธิบายตามบริบททางสภาพอากาศในปี 2562 พบว่าในช่วงเดือนกรกฎาคมมีฝนน้อย เกิดภัยแล้ง จากผลการวิจัยในปี 2562 พบจำนวนผู้ป่วยในช่วงเดือนกรกฎาคมจำนวนน้อย และเพิ่มสูงขึ้นในเดือนสิงหาคมและพฤศจิกายนเป็นช่วงปลายฝนต้นหนาว ซึ่งบางวิจัยอาจแตกต่างประเด็นที่ศึกษา เป็นการศึกษาในเรื่องระยะเวลาตามรูปแบบฤดูกาล ของการเกิดไข้เลือดออกในพื้นที่ กรุงเทพมหานคร ในช่วงปี 2546-2560 จะมีการเกิดโรคไข้เลือดออกสูงที่สุดในช่วงเดือนพฤศจิกายน ของทุกปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Polwiang, 2020) อาจเนื่องจากการเกิดโรคไข้เลือดออกแต่ละการศึกษาไม่เหมือนกัน แตกต่างตามบริบททางภูมิศาสตร์ สภาพอากาศ ซึ่งอาจส่งผลต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกในพื้นที่นั้นๆ

ปัจจัยตามหลักสถานที่ ที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย ปี 2562 ประกอบด้วยปัจจัยดังนี้ พื้นที่ตำบลทรายขาว เพิ่มโอกาสการเกิดโรคไข้เลือดออกอำเภอพาน ปี 2562 ถึง 6.47 เท่า (OR=0.47, 95%CI: 2.60-16.13) และ ตำบลเมืองพาน เพิ่มโอกาสการเกิดโรคไข้เลือดออก ปี 2562 ถึง 2.57 เท่า (OR=0.57, 95%CI: 1.38-4.80) อาจเนื่องมาจากประชากรตำบลเมืองพาน และตำบลทรายขาวมีจำนวนมากเป็นอันดับ 1 และ 2 ของอำเภอพานตามลำดับ มีการเคลื่อนย้ายของประชากร และความหนาแน่นของประชากร ซึ่งจะเห็นได้ว่าผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการกระจายด้วยของบ้านเรือน ในหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ ยังเป็นปัจจัยเสี่ยงต่ออัตราการป่วยโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (อภิรุจี เกนทา, 2559) ปัจจัยเกี่ยวกับแหล่งน้ำอุปโภคบริโภค แหล่งน้ำประปา เพิ่มโอกาสเกิดโรคไข้เลือดออกอำเภอพาน ปี 2562 ถึง 2.32 เท่า (OR=2.32, 95%CI: 1.25-4.31) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอภิรุจี เกนทา (2559) ซึ่งตามบริบทอำเภอพานปี 2562 พบว่า ประชาชนในพื้นที่อำเภอพานส่วนใหญ่ใช้แหล่งน้ำประปาในการอุปโภคเป็นหลัก ประกอบกับภัยแล้ง ฝนน้อย ทำให้ประชาชนจำเป็นต้องรองน้ำประปาเก็บไว้ใช้ในยาม

จำเป็น ทำให้มีโอกาสเสี่ยงเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย และ ปัจจัยการกำจัดขยะบ้านเรือนโดยวิธีการฝังเพิ่มโอกาสเกิดโรคไข้เลือดออกอำเภอพาน ปี 2562 ถึง 3.22 เท่า (OR=3.22, 95%CI: 1.91-5.44) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อภิรุจี เกนทา (2559) ทำการศึกษาพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ในเรื่องการจัดการขยะครัวเรือน เป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายตามบริบทอำเภอพานมีการจัดการขยะในหมู่บ้าน ในพื้นที่ชนบทในเขตรับผิดชอบของท้องถิ่น อาจจะมีบางแห่งที่ยังไม่ดำเนินการจัดการขยะให้หมู่บ้าน ประชาชนต้องจัดการตนเอง พื้นที่ที่มีการกำจัดขยะด้วยวิธีการฝังซึ่งผลการวิจัยเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก อาจเกิดจากก่อนที่ประชาชนจะจัดการขยะด้วยวิธีการฝังมีการรวมขยะ สะสมขยะไว้จำนวนมาก และถ้าหากฝังไม่ดีพออาจเกิดการชะล้างทำให้เกิดเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) การนำปัจจัยตามหลักการกระจายของโรคไปใช้ในการกำหนดแนวทางการบริหารจัดการการระบาดโรคไข้เลือดออกอำเภอพานต่อไป

2) การนำปัจจัยที่ศึกษามาได้กำหนดเป็นแนวทางในการหารูปแบบการป้องกันแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกอำเภอพานต่อไป

3) การนำปัจจัยที่ศึกษามาได้เกี่ยวกับตามหลักบุคคล ศึกษาเป็นแนวทางวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน

4) การนำปัจจัยที่ศึกษามาได้เกี่ยวกับหลักเวลา เป็นแนวทางป้องกันก่อนเกิดระบาดไข้เลือดออกระหว่างระบาด และหลังการระบาด

5) การนำปัจจัยที่ศึกษามาได้เกี่ยวกับหลักสถานที่ เป็นแนวทางจัดสภาพแวดล้อมเพื่อป้องกันการเกิดโรคไข้เลือดออกที่ส่งผลต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกอำเภอพาน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยการเกิดโรคต่างๆ โดยการทำการศึกษาเชิงคุณภาพต่อไปเพื่อให้ได้ข้อมูลรายละเอียดเพิ่มมากยิ่งขึ้น

2) ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับรูปแบบแนวทางการแก้ไขปัญหาการระบาดของโรคไข้เลือดออก ในพื้นที่อำเภอพานและคัดเลือกรูปแบบการแก้ไขปัญหาที่ดีที่สุด สอดคล้องกับบริบทของอำเภอพาน จังหวัดเชียงราย

3) ศึกษาวิจัยเพื่อประเมินผลตามแนวทางแก้ไขปัญหาการระบาดของโรคไข้เลือดออกอำเภอพาน จังหวัดเชียงราย

เอกสารอ้างอิง

นิคม ถนอมเสียง. (2554). *มหาวิทยาลัยขอนแก่น.* เรียกใช้เมื่อ 4 เมษายน 2562 จาก ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์: https://home.kku.ac.th/nikom/ss_ucc_mcc.pdf

ศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอพาน (2562). *โปรแกรมเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา R506 (4.02) [software].* สรุปการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา:รพ.พาน

สม มุ่งมลพลเจริญ. (2561). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อการเกิดโรคไข้เลือดออกซ้ำๆ ในพื้นที่จังหวัดเชียงราย ประเทศไทย.* เชียงราย: วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง.

สุริยะ คูหะรัตน์ (บรรณาธิการ). (2542). *คู่มือการดำเนินงานทางระบาดวิทยา.* โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์: กรุงเทพมหานคร.

อภิรุจี เกนทา. (2559). ปัจจัยที่มีผลต่ออัตราป่วยโรคไข้เลือดออกในชุมชน: กรณีศึกษาเปรียบเทียบระหว่างหมู่บ้านที่มีอัตราอุบัติการณ์เกิดโรคไข้เลือดออกสูงและต่ำ อำเภอปง จังหวัดพะเยา. พะเยา: การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยพะเยา.

Congcong Guo, Zixing Zhou, Zihao Wen, Yumei Liu, Chengli Zeng, และ Di Xiao. (2017). Global Epidemiology of Dengue Outbreaks in 1990–2015: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Cellular and Infection Microbiology*, 7 (317).

Jehangir Khan, Inamullah Khan, Abdul Ghaffar, และ Bushra Khalid. (2018). Epidemiological trends and risk factors. *BMC Public Health* , 18:745.

Kumar Manoj, Rajesh Verma Kumar, Suchitra Nirijhar, และ Monika Singh. (2020). Dengue in children and young adults a croosectional study the western part of Uttar Pradesh. *J Family Med Prim Care*, Jan: 9(1) P293-297.

Lemeshow s, Hosmer DW, Klar j, Lwanga S. (1990). *Adequacy of sample Size in Health studies.* West Sussex: John Wiley.

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านฮ่องแฮ่ อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

Health Promoting Behaviors Among Persons at Risk of Stroke in Ban Honghae Health Promoting Hospital, Maesai district, Chiangrai province.

กิตติชัย ปัญญาวรรณ์, สาววราภรณ์ อินตาพรม และจตุพงษ์ พันธ์วิไล
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านฮ่องแฮ่

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคทางระบบประสาทที่เป็นสาเหตุสำคัญของความพิการอัมพฤกษ์ อัมพาต และมีอัตราเสียชีวิตสูง ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หากปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอจะช่วยลดโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองหรือลดความรุนแรงเมื่อเกิดการเจ็บป่วยได้ การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านฮ่องแฮ่ ตั้งแต่เดือนมิถุนายน – ธันวาคม 2562 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวนทั้งสิ้น 160 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบคัดกรองโอกาสเสี่ยงเบื้องต้นต่อการเป็นอัมพฤกษ์และอัมพาตของ สปสช. และแบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เครื่องมือวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพก่อนนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 94.38) มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 90.96, SD = 10.41) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการรับผิดชอบต่อสุขภาพ และด้านกิจกรรมทางกาย อยู่ในระดับดับต่ำ ในขณะที่พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง และพฤติกรรมด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านการจัดการกับความเครียด อยู่ในระดับสูง ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งควรมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะด้านการรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการมีกิจกรรมทางกาย และด้านโภชนาการต่อไป

คำสำคัญ: พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease, stroke) หรืออัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นโรคทางระบบประสาทที่พบบ่อยและเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและประเทศไทย องค์การโรคหลอดเลือดสมอง (World Stroke Organization: WSO, 2015) รายงานว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตสูงเป็นอันดับ 2 ของประชากรที่อายุมากกว่า 60 ปี และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต ทั่วโลกมีผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 80 ล้านคน และพิการจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 50 ล้านคน สำหรับในประเทศไทย จากรายงานสถิติสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุขพบว่าอัตราตายจากโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคน ปี 2555 – 2559 เท่ากับ 31.7, 35.9, 38.7, 43.3 และ 48.7 ตามลำดับ และอัตราผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนปี 2554 – 2558 เท่ากับ 330.60, 354.54, 366.81, 352.30 และ 425.24 ตามลำดับ ซึ่งยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี (สถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2560) และจากข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เขตสุขภาพที่ 1 จังหวัดเชียงราย ปี 2561 พบว่าจังหวัดเชียงราย มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 3,238 คนเป็นผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 328 คน ส่วนใหญ่พบในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 2,195 คน และมีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 786 คน สถิติผู้ป่วยของรพ.สต. บ้านฮ่องแฮ่ พบว่ามีอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในปี 2557 - 2561 คิดเป็น 10.13 ต่อพันประชากร และมีแนวโน้มสูงขึ้นในทุกปี จัดได้ว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นการเจ็บป่วยเฉียบพลันที่ส่งผลกระทบในหลาย ๆ ด้าน และเป็นโรคที่ทำให้เกิดความพิการได้มากและมีอัตราการตายสูง

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease, stroke) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงสมอง คือภาวะหลอดเลือดในสมองแตก ตีบ หรืออุดตัน ทำให้เกิดการเสียหน้าที่ของระบบประสาทอย่างทันทีทันใด อาจถึงขั้นเสียชีวิตได้ (Gorelick, 2009) เกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุและเพศ ปัจจัยด้านพฤติกรรม เช่น การออกกำลังกาย อาหาร การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และปัจจัยทางกายภาพ เช่น ความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด และเบาหวาน ปัจจัยเหล่านี้ล้วนเป็นความเสี่ยงนำไปสู่โรคหลอดเลือดสมองในระดับที่แตกต่างกัน ซึ่งบุคคลที่มีหลายปัจจัยร่วมกันจะมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคมากขึ้น (พรรณวลัย ผดุงวณิชย์กุล, 2562) ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองคือทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการชั่วคราว หรือถาวร ซึ่งขึ้นอยู่กับความเสี่ยงของสมองที่เกิดจากการขาดเลือด ภาวะแทรกซ้อนที่มักพบได้แก่ อาการอัมพฤกษ์ พูดไม่ชัด มีปัญหาในการกลืนอาหาร สูญเสียความทรงจำและความสามารถในการคิดวิเคราะห์ รวมถึงปัญหาทางด้านการมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่มีปัญหาในเรื่องพฤติกรรมการใช้ชีวิต และความสามารถในการดูแลตัวเองในชีวิตประจำวัน (Silverman & Rymer, 2012) หากผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีการปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้ จะทำให้ลดโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้เพิ่มมากขึ้น ซึ่งการลดหรือควบคุมปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวสามารถทำได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996) คือการกระทำที่เกิดจากแรงจูงใจที่บุคคลต้องการให้ตนเองมีภาวะสุขภาพที่ดีเพิ่มมากขึ้น และต้องการที่จะบรรลุเป้าหมายสูงสุดในชีวิต ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี จากการทบทวนการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบแนวคิดของเพนเดอร์ พบว่าระดับพฤติกรรมของบุคคลมีความแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการเจ็บป่วยแต่ละโรคมีการปฏิบัติพฤติกรรมที่เฉพาะกับความเจ็บป่วยนั้น ๆ จึงอาจทำให้มีระดับพฤติกรรมที่แตกต่างกัน สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงศึกษาในกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงเพื่อให้ครอบคลุมผู้ที่มีแนวโน้มจะเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยผลการศึกษาที่ได้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผน และพัฒนารูปแบบในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่รพ.สต.บ้านฮ่องแฮ่ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงในระดับต่าง ๆ ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงในพื้นที่รพ.สต.บ้านฮ่องแฮ่

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง แบบตัดขวาง (Cross-Sectional Descriptive Studies) เพื่อศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่รพ.สต.บ้านฮ่องแฮ่ อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในพื้นที่บริการ รพ.สต.บ้านฮ่องแฮ่ จำนวน 270 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในพื้นที่รพ.สต.บ้านฮ่องแฮ่ ระหว่างเดือน มิถุนายน - ธันวาคม 2562 เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์ โดยการใช้สูตรของเครซี่ และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 160 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แบบคัดกรองโอกาสเสี่ยงเบื้องต้นต่อการเป็นอัมพฤกษ์และอัมพาตของ สปสช. เป็นเครื่องมือการคัดกรองโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง/อัมพฤกษ์ อัมพาตโดยวิธีทางวาจา (Verbal screening)
2. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป

3. แบบสอบถามพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง (จตุพงษ์ พันธ์วิไล, ประทุม สร้อยวงค์ และมยุลี สำราญญาติ, 2561) ตามแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. แบบคัดกรองโอกาสเสี่ยงเบื้องต้นต่อการเป็นอัมพฤกษ์และอัมพาตของ สปสช. เป็นเครื่องมือการประเมินที่ได้มาตรฐานได้รับการยอมรับนำมาตรวจสอบความความน่าเชื่อถือระหว่างผู้สังเกต (Inter-rater Reliability) นำมาหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ค่าที่ยอมรับได้คือ 0.80

2. แบบสอบถามพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ที่สร้างโดยจตุพงษ์ พันธ์วิไล, ประทุม สร้อยวงค์ และมยุลี สำราญญาติ (2561) ซึ่งผ่านการ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 6 คน ได้ค่าดัชนีความตรงเนื้อหาได้เท่ากับ 0.96 และในการวิจัยครั้งนี้ได้นำเครื่องมือไปทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยการทดสอบซ้ำ test-retest ห่างกัน 2 สัปดาห์ ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.81

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ คือ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการรับรองการพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัยแบบยกเว้น โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย เลขที่โครงการวิจัย 21/2562 และผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยมีเอกสารรายละเอียดชี้แจงอย่างชัดเจน

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 2 ส่วนตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านฮ่องแฮ่ จำนวน 160 ราย พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 71.88 และมากกว่าครึ่งมีอายุตั้งแต่ 46 – 60 ปี ร้อยละ 60.13 กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 98.75) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 73.75 ร้อยละ 67.50 มีสถานภาพสมรสคู่ กลุ่มตัวอย่างมีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 56.88 เกือบครึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีรายได้ต่อครัวเรือนไม่เพียงพอ (ร้อยละ 49.38) ในขณะที่ร้อยละ 44.37 ประเมินว่ามีความเพียงพอ ร้อยละ 55.00 ของกลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว โดยโรคประจำตัวที่พบมากได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 36.88, 15.63 และ 7.50 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้สิทธิในการรักษาโดยบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 86.88 และเมื่อประเมินระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า มากกว่าครึ่งเป็นผู้ที่มีภาวะเสี่ยงสูง (ร้อยละ 55.00) รองลงมาคือมีภาวะเสี่ยงปานกลาง ร้อยละ 40.00

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 94.38) มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 90.96, SD = 10.41) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Mean = 12.43, SD =7.52) ด้านกิจกรรมทางกาย (Mean = 6.76, SD = 4.12) อยู่ในระดับดับต่ำ ร้อยละ 49.38 และ 57.50 ตามลำดับ ในขณะที่พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ (Mean = 13.71, SD = 3.95) ร้อยละ 74.38 อยู่ในระดับปานกลาง และพฤติกรรมด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ (Mean = 18.84, SD = 4.01) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Mean = 21.29, SD = 4.09) และด้านการจัดการกับความเครียด (Mean = 17.93, SD = 3.87) อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 61.25, 76.25 และ 66.87 ตามลำดับ

อภิปราย สรุป และข้อเสนอแนะ

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามคำถามการวิจัย คือ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็นอย่างไร และอยู่ในระดับใด ซึ่งสามารถอภิปรายได้ ดังนี้

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการรับผิดชอบต่อสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ที่เป็นเช่นนี้อาจอธิบายได้ว่า การที่กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวและมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมออาจทำให้กลุ่มตัวอย่างคิดว่าข้อมูลที่ได้รับเกี่ยวกับปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค การรับประทานยา การสังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ เพียงพอแล้ว (สุมาลี วังธนากร, ชุติมา ผาติดำรงกุล และปราณี คำจันทร์, 2551) อีกทั้ง กลุ่มตัวอย่างอาจคิดว่าการเป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หรือไขมันในเลือดสูง ไม่ได้มีอาการผิดปกติที่ส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน จึงไม่ได้ให้ความสำคัญ หรือระมัดระวัง

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางกาย

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายของกลุ่มอยู่ในระดับต่ำ ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน จึงไม่ได้มีเวลาในการหาเวลาว่างในการออกกำลังกาย อีกทั้งส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 56.88) ซึ่งส่วนมาก คนทั่วไปจะมีความเข้าใจว่า การทำงานที่ได้มีการออกแรง ก็เปรียบเสมือนกับการออกกำลังกายได้ จึงไม่จำเป็นต้องออกกำลังกายเพิ่มเติม

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ

กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะวัฒนธรรมการรับประทานร่วมกัน ไม่ได้มีการแยกอาหารสำหรับผู้ที่มีภาวะเสี่ยง ประกอบกับการเป็นโรคกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้ไม่ได้มีอาการผิดปกติต่อการใช้ชีวิต จึงทำให้ไม่ได้เคร่งครัดในการเลือกรับประทานอาหาร อีกทั้งความเคยชินในการรับประทานอาหาร เช่น การรับประทานข้าวเหนียว อาหารที่มีไขมันสูง เป็นต้น

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดอยู่ในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นวัยที่มีความฉลาดทางสติปัญญาสมบูรณ์ มีความคิดสุขุม รอบคอบ มีสมาธิดี และมีความภาคภูมิใจในตนเองสูงขึ้น (สกุณา บุญนรากร, 2554) อีกทั้งวัยนี้เป็นวัยที่ยอมรับและอยู่ในโลกแห่งความเป็นจริง ทราบเป้าหมายและมีแนวทางในการดำเนินชีวิตที่ชัดเจน (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2545) ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างอาจมองว่าตนเองมีความพร้อม มีความรับผิดชอบที่สูงขึ้น (Hotson, 2009)

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดอยู่ในวัยผู้ใหญ่ ทำให้มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นสามารถรักษาสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการเข้าร่วมกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น (สิรีย์ลักษณ์ ไชยลังกา และคณะ, 2552) กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มีสถานภาพสมรสคู่อาจทำให้เป็นที่รักและไว้ใจ สามารถที่จะเปิดใจพูดคุย ปรึกษาข้อคับข้องใจ ร่วมทำกิจกรรมด้วยกันในครอบครัว (จิตตินันท์ เดชะคุปต์ และคณะ, 2555)

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียด

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการนับถือศาสนาพุทธของกลุ่มตัวอย่างทำให้รู้จักปล่อยวาง มีสติ ยึดหลักสายกลาง เกิดการยอมรับความเจ็บป่วย ซึ่งสิ่งเหล่านี้ถือเป็นการจัดการกับความเครียดอีกวิธีหนึ่ง (ชมพูนุช ศรีจันทร์นิล, 2552; ศิริวรรณ พิริยคุณธร, ขวัญตา บาลทิพย์ และขนิษฐา นาคะ, 2557) และการมีคู่สมรสหรือบุคคลในครอบครัวที่ช่วยเหลือให้คำปรึกษาในการดูแลสุขภาพ ถือเป็นการช่วยจัดการกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Becker, 1974; Brillhart et al., 1988)

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวม

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมรายด้านที่แตกต่างกันออกไป คือ พบว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการรับผิดชอบต่อสุขภาพ และด้านการมีกิจกรรมทางกาย อยู่ในระดับดับต่ำ ในขณะที่พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ อยู่ในระดับปานกลาง และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับสูง จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล โดยผลการศึกษาครั้งนี้ได้ข้อมูลพื้นฐานในการวางแผน และพัฒนารูปแบบในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

2. ด้านการศึกษาพยาบาล เป็นแนวทางในการสอน หรือฝึกอบรมสำหรับนักศึกษาพยาบาลพยาบาลและประชาชนทั่วไป ในการป้องกันปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะด้านการรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการมีกิจกรรมทางกาย และด้านโภชนาการต่อไป

เอกสารอ้างอิง

จตุพงษ์ พันธ์วิไล, ประทุม สร้อยวงค์ และมยุลี สำราญญาติ. (2561). พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง. *พยาบาลสาร, 45*(2), 14-27.

ชลธิชา กาวไธสง และรุจิรา ดวงสงค์. (2557). ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลชุมพวง อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา. (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น

ณัฐธิวรรณ พันธ์มุง, นิตยา พันธุเวทย์, และวลินดา จำปาน. (บรรณาธิการ). (2557). *แนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด*. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

ยุพาวรรณ ทองตะนุนาม และเยาวรัตน์ รุ่งสว่าง. (2560). บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก. นนทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์.

M. Edip Gurola and Jong S. Kimb. (2018). Advances in Stroke Prevention in 2018. *Journal of stroke, 20*(2), 143-144.

ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในคลินิก Palliative care โรงพยาบาลแม่ลาว
(The Patients Outcomes in Palliative Clinic at Maelao Hospital)

มาลีจิตร์ ชัยเนตร, นันท์ธีมา เมฆแสน, พัชรินทร์ ปิงเมืองแก้ว และกฤษติพงษ์ ทิพย์ลุ้ย

โรงพยาบาลแม่ลาว

บทคัดย่อ

การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นกระบวนการดูแลที่สำคัญ ทำให้ ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี พึ่งพาตนเองได้ ลดความกังวล และเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และระดับความเครียดของผู้ป่วยระยะสุดท้ายในคลินิก Palliative care โรงพยาบาลแม่ลาว รูปแบบของการวิจัย การวิจัยเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (Crossed-sectional analytic study) สถานที่ทำการศึกษา คลินิก Palliative care โรงพยาบาลแม่ลาว อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย ตัวอย่างและวิธีการศึกษา: ประเมินผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาแบบประคับประคองด้วย Palliative Performance Scale (PPS) ที่มีค่าอยู่ระหว่าง 30-60% จากนั้นศึกษาผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยใช้แบบประเมิน Palliative Outcome Scale (POS) และแบบประเมินความเครียดโดยใช้แบบประเมินของกรมสุขภาพจิต (ST-5) ในครั้งที่ 1 และ 2 ของการเข้ารับการดูแลแบบประคับประคองในคลินิก

ผลการศึกษา พบว่า การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ในคลินิก Palliative care จำนวน 22 ราย เป็นเพศชาย 10 ราย (ร้อยละ 45.45) และเพศหญิง 12 ราย (ร้อยละ 54.55) แบ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง 13 ราย (ร้อยละ 40.91) และไม่ใช่ผู้ป่วยมะเร็ง 9 ราย (ร้อยละ 59.09) อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยทั้งหมด คือ 73.64 ปี ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง (POS) ในผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.01) ในกลุ่มโรคมะเร็งมีผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองดีกว่ากลุ่มไม่ใช่โรคมะเร็ง 4.08 คะแนน ($p < 0.01$) เมื่อควบคุมตัวแปรเพศและอายุผลลัพธ์การดูแลให้ผลไม่แตกต่างกัน ($p = 0.02$) และค่า Palliative Performance Scale (PPS) ของกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งลดลงมากกว่ากลุ่มไม่ใช่โรคมะเร็ง 5 % ($p < 0.01$) เมื่อควบคุมตัวแปรเพศและอายุให้ผลไม่แตกต่างกัน ($p < 0.01$) กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งมีระดับความเครียดเฉลี่ย(5-ST) สูงกว่ากลุ่มไม่ใช่มะเร็ง 1 คะแนน ($p < 0.01$) เมื่อควบคุมตัวแปรเพศและอายุให้ผลไม่แตกต่างกัน ($p < 0.01$) สรุป การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของคลินิก Palliative care โรงพยาบาลแม่ลาว จังหวัดเชียงราย ในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งและไม่ใช่โรคมะเร็งมีผลลัพธ์การดูแลที่ดีโดยกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งให้ผลลัพธ์การดูแลที่ดีกว่าแต่ยังมีระดับความเครียดทั้งสองกลุ่ม

คำสำคัญ : การดูแลแบบประคับประคอง, ผู้ป่วยระยะสุดท้าย, การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย, ความเครียด

บทนำ

ปัจจุบันสังคมไทยถือว่าเป็นสังคมผู้สูงอายุ คือมีสัดส่วนผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 ตามคำนิยามขององค์กรสหประชาชาติ และคาดว่าจะก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี 2563 โดยจะมีสัดส่วนผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20[8] ทั้งจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดก็มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยเหล่านี้สามารถดำเนินโรคไปเป็นผู้ป่วยในระยะสุดท้ายหรือมีภาวะเจ็บป่วยคุกคามชีวิตที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้[9] ทำให้เผชิญกับความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยของตนเอง อีกทั้งครอบครัวและญาติก็ได้รับผลกระทบไปด้วย ดังนั้นการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) จะเข้ามามีบทบาทในการช่วยให้ผู้ป่วย ครอบครัว และญาติสามารถปรับตัวพร้อมรับต่อการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นได้ ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถดูแลตนเองเท่าที่จะสามารถทำได้ และเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ [1]

การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายหรือการดูแลแบบประคับประคองมุ่งเน้นที่จะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่เผชิญหน้ากับโรคที่คุกคามต่อชีวิตไม่ว่าจะเป็นโรคใด โดยเน้นที่การดูแลรักษาอาการที่ทำให้ทุกข์ทรมาน ทั้งอาการเจ็บป่วยทางกาย ปัญหาทางจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณแบบองค์รวม และควรให้การรักษาตั้งแต่แรกที่เริ่มวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคระยะสุดท้ายจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต และรวมถึงการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยหลังจากการสูญเสีย[2] ซึ่งแนวทางการรักษาสามารถดูแลควบคู่ไปกับการรักษาเฉพาะสำหรับโรคนั้น ๆ โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวแสดงความต้องการและมีส่วนร่วมในแนวทางการรักษา รวมถึงกำหนดเป้าหมายของการดูแลรักษา เน้นการมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพและยอมรับความตาย อีกทั้งยังเน้นการไม่ใช้เครื่องมือ อุปกรณ์การแพทย์ หรือวิธีการรักษายื้อชีวิตผู้ป่วย ไม่เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย แต่จะไม่ใช่การเร่งให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วกว่าปกติ นอกจากนี้การดูแลยังมีความจำเพาะเฉพาะในแต่ละบุคคล ผู้ดูแลจึงต้องมีทักษะไม่ว่าจะเป็นการประยุกต์ใช้แพทย์แผนปัจจุบันและทางเลือก และยังต้องมีการพิจารณาความเชื่อและบริบทของผู้ป่วยและญาติเพื่อให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละราย[3] ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองนั้นมีทีมบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการดูแล อาจประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เภสัชกร ผู้ให้คำปรึกษาด้านจิตวิญญาณ อาสาสมัคร หมอชาวบ้าน ซึ่งต่างก็มีบทบาทสำคัญ[4] อาจไม่ได้ใช้บุคลากรทั้งหมดในครั้งเดียวกัน แต่ก็จะมีบทบาทในแต่ละเฉพาะเรื่อง

โรงพยาบาลแม่ลาวเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ตั้งอยู่ที่อำเภอแม่ลาว จากสถิติที่ผ่านมาพบว่ามีผู้ป่วยจำนวนมากเป็นโรคเรื้อรังชนิดไม่ติดต่อที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้จนบางส่วนก็ดำเนินโรคไปสู่การเป็นผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ซึ่งประสบปัญหาว่าผู้ป่วยส่วนหนึ่งไม่ได้ถูกส่งต่อมาที่คลินิก Palliative care หรือถูกส่งต่อมาช้าเกินไป ทำให้ผู้ป่วยเหล่านั้นมีวาระสุดท้ายของชีวิตที่ไม่สง่างาม ญาติและครอบครัวของผู้ป่วยไม่สามารถเตรียมตัวรับความสูญเสียที่เกิดขึ้นได้ทันที อีกทั้งโรงพยาบาลแม่ลาวได้มีการดำเนินการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายตั้งแต่ต้นปี 2552 ถึงปัจจุบัน ในกลุ่มงานเยี่ยมบ้านจะมีผู้ป่วยระยะท้าย จำนวนมากกว่า 70 % เป็นผู้ป่วยมะเร็ง (ร้อยละ 72.43, 78.50 และ 84.25 ในปี 2559, 2560 และ 2561ตามลำดับ) พบว่าบุคลากรที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งจิตอาสาที่ออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยยังขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องดูแลแบบองค์รวม การใช้แบบประเมิน Palliative Performance Scale (PPS) ยังไม่

ครอบคลุม มีการนำ Living will มาใช้น้อย ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้ตัดสินใจรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตด้วยตนเอง จึงถูกยื้อชีวิตเกินความจำเป็น ด้วยปัญหาเหล่านี้ทางโรงพยาบาลแม่ลาวจึงได้จัดตั้งคลินิก Palliative care ขึ้น เพื่อจะได้ดูแลผู้ป่วยตั้งแต่หลังการถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หายจนถึงช่วงสุดท้ายของชีวิต ซึ่งในเบื้องต้นเจ้าหน้าที่ที่คลินิก Palliative care จะประสานงานกับคลินิกโรค NCD และแผนกผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินของทางโรงพยาบาลให้ประเมิน PPS ของผู้ป่วยก่อน หากมีคะแนนอยู่ระหว่าง 30-60 % จะให้ส่งเข้ามารักษาแบบประคับประคองร่วมกับการรักษาโรคของผู้ป่วยร่วมด้วย แต่ถึงอย่างนั้นก็ยังไม่มีการวัดผลที่ชัดเจนว่าก่อนที่ผู้ป่วยเข้ามารักษาแบบประคับประคองที่คลินิก Palliative care และหลังการรักษานั้นจะทำให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองที่ดีขึ้นจริงหรือไม่อย่างไร ทางผู้จัดทำจึงอยากศึกษาผลลัพธ์ของการดูแลแบบประคับประคองในคลินิก Palliative care โดยดูจากคะแนนจากแบบประเมิน Palliative outcome scale (POS)[9] ของผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาแบบประคับประคองในคลินิกในแต่ละครั้งว่ามีแนวโน้มเป็นอย่างไร รวมถึงอยากทราบถึงระดับความเครียดของผู้ป่วยก่อนและหลังจากเข้ารับการรักษาแบบประคับประคองโดยใช้แบบประเมินความเครียด (ST-5)[8] ของกรมสุขภาพจิต เนื่องจากว่าในการดูแลแบบประคับประคองจะมีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตายโดยใช้แบบประเมิน 2Q,9Q และ8Q[2] ที่เป็นมาตรฐานในคัดกรองเบื้องต้นอยู่แล้ว ซึ่งพบว่าการเกิดโรคซึมเศร้าเป็นผลตามมาจากการมีความเครียด[10] ผู้วิจัยจึงคาดว่าการประเมินความเครียดนี้จะสามารถช่วยลดการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาที่คลินิก Palliative care โรงพยาบาลแม่ลาวในเวลาต่อมาได้ ทั้งนี้ในปี 2558 มีการวิจัย[7]ที่จัดทำโดยคณะพยาบาลโรงพยาบาลแม่ลาวที่ประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยเรื้อรังที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลแม่ลาว จำนวน 20 ราย ผลพบว่าคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณโดยรวม อยู่ในระดับสูงเฉลี่ย 134.05 ซึ่งในขณะนั้นยังไม่ได้ตั้งคลินิก Palliative care ในโรงพยาบาล แสดงให้เห็นว่าทางโรงพยาบาลได้ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายตลอดมา อีกทั้งจำนวนผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองที่โรงพยาบาลแม่ลาวก็มีจำนวนมากพอที่จะสามารถจัดตั้งคลินิก Palliative care ได้ จึงได้จัดตั้งคลินิก Palliative care ขึ้นในปี 2560 และอยู่ในระหว่างการพัฒนาระบบเพื่อให้มีทีมสหวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยให้ได้มากที่สุด เพื่อจะได้ดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมอย่างครอบคลุม ในปีงบประมาณ 2560 มีผู้ป่วยที่เข้ารับการดูแลรักษาแบบประคับประคองทั้งหมด 82 คน ได้แก่ มะเร็ง 31 คน โรคหลอดเลือดสมอง 10 คน โรคไต 12 คน โรคปอด 10 คน โรคหัวใจ 3 คน และอื่น ๆ 17 คน ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์การวินิจฉัยว่าต้องการการดูแลแบบประคับประคอง[2]

ผู้ทำวิจัยจึงหวังเป็นอย่างยิ่งว่าการศึกษาผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในคลินิก Palliative care จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคลินิกในเรื่องการให้บริการแบบองค์รวม และการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยในคลินิกคนอื่นๆ ต่อไปในอนาคตได้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และระดับความเครียดของผู้ป่วยระยะสุดท้ายในคลินิก Palliative care โรงพยาบาลแม่ลาว

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง แบบตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Study) โดยทำการศึกษาผลลัพธ์ของการดูแลแบบประคับประคอง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ฉบับสวนดอก (PPS Adult Suandok) 2) แบบประเมิน Palliative Outcome Scale (POS) โดย ศาสตราจารย์ จูลี เฮิร์น (Julie Hearn) และศาสตราจารย์ ไอรีน เจ ฮิกกินสัน (Irene J. Higginson) จาก King's College, London, United Kingdom (1999) แปลโดย ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ปี 2553 3) แบบประเมินความเครียดโดยสุขภาพจิต (ST-5)

ประชากรที่ศึกษา

ประชากรที่ศึกษามีทั้งหมด 22 คน เป็นผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาแบบ Palliative care โดยมีคะแนน PPS ระหว่าง 30-60% แบ่งตามกลุ่มโรคเป็น 3 กลุ่มโรค ได้แก่ โรคมะเร็ง ,โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย และโรคอื่นๆ (โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, โรคชรา และผู้พิการ เป็นต้น) การศึกษามีระยะเวลารวม 5 เดือน ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2561 – 30 กันยายน 2561ณ คลินิก Palliative care โรงพยาบาลแม่ลาว อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

บันทึกในรูปแบบของแฟ้มข้อมูลด้วย โปรแกรม SPSS จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วม วิจัย ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ใช้สถิติเชิงอนุมาน โดยใช้ Paired T-test หรือ Wilcoxon Signed Sum Test เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Outcome Scale-POS) และระดับความเครียดของผู้ป่วย ในครั้งที่ 1 และ 2 ที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแบบประคับประคอง (Palliative care) ในคลินิก Palliative care โรงพยาบาลแม่ลาว

ผลการวิจัย :

ประชากรที่ศึกษา (Study Population)

ประชากรที่ศึกษามีทั้งหมด 22 คน เป็นผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาแบบ Palliative care โดยมีคะแนน Palliative Performance Scale (PPS) ระหว่าง 30-60% แบ่งตามกลุ่มโรคเป็น 3 กลุ่มโรค ได้แก่ โรคมะเร็ง , โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย และโรคอื่น ๆ ดังแสดงในตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัย

	N (%)
เพศ	
ชาย	10 (45.5)
หญิง	12 (54.5)
อายุ (ปี)*	74±14
สิทธิการรักษา	
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	20 (90.9)
ข้าราชการ-เบิกจ่ายตรงต้นสังกัด	2 (9.1)
การวินิจฉัย	
โรคมะเร็ง	13 (59.1)
โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย	4 (18.2)
อื่น ๆ (โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, โรคชรา และผู้พิการ)	5 (22.7)
โรคมะเร็ง	13 (59.1)
โรคมะเร็งปอด	7 (53.8)
โรคมะเร็งตับอ่อน	1 (7.7)
โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	2 (15.4)
โรคมะเร็งท่อน้ำดี	1 (7.7)
โรคมะเร็งปากมดลูก	1 (7.7)
โรคมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก	1 (7.7)
ศาสนา	
พุทธ	22 (100)

*Mean±SD

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง(Palliative Outcome Scale-POS) แบบไม่แยกโรค ครั้งที่ 1 เทียบกับครั้งที่ 2

	Score	p-value
Palliative Outcome Scale (POS) ครั้งที่ 1	24.45±3.63	<0.01[†]
Palliative Outcome Scale (POS) ครั้งที่ 2	14.05±2.50	

[†]Paired Simples Test

จากตารางที่ 2 ผลลัพธ์ของการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Outcome Scale-POS) ของผู้ป่วยแบบไม่แยกโรค ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ <0.01

ตารางที่ 3 ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง(Palliative Outcome Scale-POS) แบ่งเป็นด้านกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณและการให้บริการในคลินิก Palliative care ครั้งที่ 1 เทียบกับครั้งที่ 2

ตารางที่ 3.1 โรคมะเร็ง

	POS Score	p-value
ด้านร่างกาย ครั้งที่ 1	2.50 (1.50-3.00)	0.003[‡]
ด้านร่างกาย ครั้งที่ 2	2.00 (1.50-2.50)	
ด้านจิตใจ ครั้งที่ 1	2.67 (2.33-3.00)	0.001[‡]
ด้านจิตใจ ครั้งที่ 2	1.67 (1.00-2.00)	
ด้านสังคม ครั้งที่ 1	2.50 (2.00-3.50)	0.001[‡]
ด้านสังคม ครั้งที่ 2	1.00 (1.00-2.00)	
ด้านจิตวิญญาณ ครั้งที่ 1	3.00 (2.00-4.00)	0.001[‡]
ด้านจิตวิญญาณ ครั้งที่ 2	2.00 (1.00-3.00)	
ด้านการบริการ ครั้งที่ 1	3.00 (1.50-3.50)	0.001[‡]
ด้านการบริการ ครั้งที่ 2	1.00 (0.00-2.00)	

[‡] Wilcoxon Signed Sum Test

ตารางที่ 3.2 โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (CKD Stage 5)

	POS Score	p-value
ด้านร่างกาย ครั้งที่ 1	2.00 (1.50-2.00)	0.102‡
ด้านร่างกาย ครั้งที่ 2	1.25 (1.00-2.00)	
ด้านจิตใจ ครั้งที่ 1	2.00 (2.00-2.00)	0.063‡
ด้านจิตใจ ครั้งที่ 2	1.17 (1.00-1.33)	
ด้านสังคม ครั้งที่ 1	2.00 (2.00-2.50)	0.066‡
ด้านสังคม ครั้งที่ 2	1.00 (0.50-1.50)	
ด้านจิตวิญญาณ ครั้งที่ 1	2.50 (2.00-3.00)	0.157‡
ด้านจิตวิญญาณ ครั้งที่ 2	2.00 (2.00-2.00)	
ด้านการบริการ ครั้งที่ 1	2.50 (2.00-3.00)	0.059‡
ด้านการบริการ ครั้งที่ 2	1.50 (1.50-2.00)	

‡ Wilcoxon Signed Sum Test

ตารางที่ 3.3 โรคอื่น ๆ (โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, โรคชรา และผู้พิการ)

	POS Score	p-value
ด้านร่างกาย ครั้งที่ 1	2.50 (2.00-3.00)	0.059‡
ด้านร่างกาย ครั้งที่ 2	1.50 (1.50-2.00)	
ด้านจิตใจ ครั้งที่ 1	2.33 (1.33-2.67)	0.061‡
ด้านจิตใจ ครั้งที่ 2	1.67 (1.00-1.67)	
ด้านสังคม ครั้งที่ 1	2.50 (1.50-2.50)	0.042‡
ด้านสังคม ครั้งที่ 2	1.00 (0.00-2.00)	
ด้านจิตวิญญาณ ครั้งที่ 1	3.00 (2.00-4.00)	0.059‡
ด้านจิตวิญญาณ ครั้งที่ 2	2.00 (2.00-2.00)	
ด้านการบริการ ครั้งที่ 1	1.50 (1.00-3.00)	0.109‡
ด้านการบริการ ครั้งที่ 2	1.50 (0.00-1.50)	

‡ Wilcoxon Signed Sum Test

จากตารางที่ 3 ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Outcome Scale- POS) แยกตามโรค ได้แก่ ตารางที่ 3.1 โรคมะเร็ง มีผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านจิตวิญญาณ และด้านการบริการ เป็น 0.003, และด้านอื่น ๆ เป็น 0.001 ตามลำดับ ตารางที่ 3.2 โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย มีผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง ครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2 ที่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 5 ด้าน มีค่า 0.102, 0.063, 0.066, 0.157 และ0.059 ตามลำดับ ตารางที่ 3.3 โรคอื่น ๆ ได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, โรคชรา และผู้พิการ มีเพียงผลลัพธ์การดูแลด้านสังคมที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยมีค่า

0.042 ส่วนด้านอื่น ๆ ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านจิตวิญญาณ และด้านการบริการมีค่า 0.059, 0.061, 0.059 และ 0.109 ตามลำดับ

ตารางที่ 4 ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง(Palliative Outcome Scale-POS) ครั้งที่ 1 เทียบกับครั้งที่ 2 แบ่งตามความรุนแรงของโรค

Severity of Disease	ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Outcome Scale) N (%)
	ดีขึ้น (POS น้อยลง)
ความรุนแรงของโรคมากขึ้น (PPS ลดลง)	10 (45.5)
ความรุนแรงของโรคคงที่ (PPS คงที่)	12 (54.5)

จากตารางที่ 4 พบว่า ความรุนแรงของโรคไม่มีผลต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง โดยผู้ป่วยทั้งหมด 22 คน มีผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองที่ดีขึ้นทุกคน คือ ร้อยละ 100

ตารางที่ 5 คะแนนระดับความเครียดของผู้ป่วยครั้งที่ 1 เทียบกับครั้งที่ 2 แบบไม่แยกโรค

	Score	p-value
คะแนนระดับความเครียด ครั้งที่ 1	8.95±1.81	<0.01†
คะแนนระดับความเครียด ครั้งที่ 2	5.41±1.18	

†Paired Simples Test

ตารางที่ 5.1 คะแนนระดับความเครียดของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ครั้งที่ 1 เทียบกับครั้งที่ 2

	Score	p-value
คะแนนระดับความเครียด ครั้งที่ 1	9.69±1.49	<0.01†
คะแนนระดับความเครียด ครั้งที่ 2	5.62±1.33	

†Paired Simples Test

ตารางที่ 5.2 คะแนนระดับความเครียดของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (CKD Stage 5) ครั้งที่ 1 เทียบกับครั้งที่ 2

	Score	p-value
คะแนนระดับความเครียด ครั้งที่ 1	7.50±1.00	0.030†
คะแนนระดับความเครียด ครั้งที่ 2	5.00±0.82	

†Paired Simples Test

ตารางที่ 5.3 คะแนนระดับความเครียดของผู้ป่วยโรคอื่น ๆ (โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, โรคซรา, และผู้พิการ) ครั้งที่ 1 เทียบกับครั้งที่ 2

	Score	p-value
คะแนนระดับความเครียด ครั้งที่ 1	8.20±2.28	0.009†
คะแนนระดับความเครียด ครั้งที่ 2	5.20±1.10	

†Paired Simples Test

ตารางที่ 5 แสดงคะแนนระดับความเครียดของผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาแบบประคับประคอง พบว่าคะแนนครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ทั้งแบบแยกโรคและไม่แยกโรคมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยแบบไม่แยกโรค มีค่า <0.01, โรคมะเร็ง มีค่า <0.01, โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย มีค่า 0.030, และโรคอื่น ๆ มีค่า 0.009

ตารางที่ 6 ระดับความเครียดของผู้ป่วย แบบไม่แยกโรค ครั้งที่ 1 เทียบกับครั้งที่ 2

	N=22(100) N(%)
ระดับความเครียด ครั้งที่ 1	
เครียดน้อย	0 (0)
เครียดปานกลาง	5 (22.7)
เครียดมาก	9 (40.9)
เครียดมากที่สุด	8 (36.4)
ระดับความเครียด ครั้งที่ 2	
เครียดน้อย	7 (31.8)
เครียดปานกลาง	13 (59.1)
เครียดมาก	2 (9.1)
เครียดมากที่สุด	0 (0)

เมื่อแบ่งคะแนนเป็นระดับความเครียดเป็นเครียดน้อย เครียดปานกลาง เครียดมาก และเครียดมากที่สุด พบว่าในครั้งที่ 1 ไม่มีผู้ป่วยที่มีความเครียดระดับเครียดน้อย ผู้ป่วยจำนวน 5 คน มีความเครียดระดับปานกลาง 9 คน มีความเครียดระดับมาก และ 8 คนมีความเครียดระดับมากที่สุด ครั้งที่ 2 มีผู้ป่วย 7 คนมีความเครียดน้อย 13 คนมีความเครียดปานกลาง 2 คนมีความเครียดระดับมาก และ ไม่มีผู้ใดมีความใดมากที่สุด แต่ในตารางนี้จะไม่สามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยแต่ละคนมีแนวโน้มมีระดับความเครียดมากขึ้นหรือลดลง แต่ในตารางที่ 5 จะแสดงให้เห็นว่าคะแนนความเครียดเฉลี่ยของผู้ป่วยมีแนวโน้มลดลงตามกลุ่มโรคและโดยภาพรวมอีกด้วย

อภิปรายสรุป และข้อเสนอแนะ

การดูแลแบบประคับประคองที่คลินิก Palliative care โรงพยาบาลแม่ลาวจะดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม 6 ด้าน คือ

1. ด้านร่างกาย มีการซักประวัติและตรวจร่างกายตามระบบทั่วไป หากเป็นผู้ป่วยมะเร็งจะใช้แบบประเมินอาการเจ็บปวดทางร่างกาย Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) นอกเหนือจากการซักประวัติและตรวจร่างกายทั่วไป หากประเมินแล้วพบว่าผู้ป่วยมีอาการร้ายแรงเกินกว่าจะดูแลรักษาได้ในคลินิกจะส่งต่อให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญรักษาต่อไป มีการให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคที่เป็น ความก้าวหน้าของโรค การรับประทานอาหาร และยาให้ถูกต้องเหมาะสมกับโรคของตน นอกจากนี้ยังสอบถามถึงความต้องการด้านการรักษาของผู้ป่วย หากผู้ป่วยประสงค์จะไม่รักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบันก็จะแนะนำผู้ป่วยให้รักษาด้วยแพทย์ทางเลือกของทางโรงพยาบาล ได้แก่ แพทย์แผนไทย แพทย์แผนจีน ภูมิปัญญาพื้นบ้าน (หมอเมือง) หรือแนะนำให้รักษาควบคู่กันไปกับแพทย์แผนปัจจุบัน นอกจากนี้ยังสอนทำสมาธิบำบัด STK 1-7[12] ที่คิดค้นโดย รศ.ดร.สมพร กันทรดุษฎี เตรียมชัยศรี ในผู้ป่วยทุกรายที่ยังมีความสามารถในการรับรู้ปกติ โดยท่าพื้นฐานที่จะสอนคือท่า 1,3 และ7 ซึ่งมีงานวิจัยที่ศึกษาที่รับรองถึงผลดีของการใช้สมาธิบำบัด STK 1-7 ได้แก่ การวิจัยในผู้ป่วยนอกที่เป็นมะเร็ง[13] พบว่า 90 % ของผู้ป่วยมะเร็งมีอารมณ์แปรปรวนลดลง มีภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกโกรธและวิตกกังวลลดลงกว่ากลุ่มควบคุม และยังมีความกระฉับกระเฉงเพิ่มขึ้น อีกทั้งมีการใช้สมาธิบำบัดในผู้ป่วยเบาหวาน[14] พบว่าหลังจากเข้าร่วมปฏิบัติสมาธิบำบัดมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (p-value = 0.02)

2. ด้านจิตใจ มีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมิน 2Q, 9Q และแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q ของกรมสุขภาพจิต หากผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าก็จะส่งต่อผู้ป่วยไปยังแผนกจิตเวชเพื่อรักษาต่อไป

3. ด้านสังคม มีการประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว จัด Family meeting เพื่อหาข้อตกลงร่วมกันในการดูแลรักษา จัดให้มีการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยมีการเยี่ยมบ้านจากเจ้าหน้าที่ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (Continue of care – COC) ของโรงพยาบาลแม่ลาว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตรับผิดชอบ หรือเครือข่ายจิตอาสา รวมถึงการช่วยเหลือด้านอุปกรณ์การแพทย์ในผู้ป่วยที่ขาดแคลนและจำเป็นที่ต้องใช้อุปกรณ์

4. ด้านจิตวิญญาณ และศาสนา มีการประเมินความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ สอบถามกิจกรรมหรือสิ่งที่ผู้ป่วยชื่นชอบ และส่งเสริมความต้องการด้านนั้น เช่น ผู้ป่วยชอบทำบุญเข้าวัดฟังธรรม จะมีเครื่องเล่นแผ่นเสียงที่มีคำเทศนาของพระอาจารย์ชื่อดังให้ยืมไปฟังที่บ้าน หรือผู้ป่วยชอบฟังเพลงลูกทุ่งก็แนะนำญาติให้เปิดเพลงให้ผู้ป่วยได้ผ่อนคลายและสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมที่ชื่นชอบ

5. ด้านวัฒนธรรมและประเพณี ค้นหาความต้องการด้านความเชื่อ ประเพณีวัฒนธรรม ที่ผู้ป่วยต้องการตามหลักความเชื่อของผู้ป่วย เช่น ประเพณีทางภาคเหนือเชื่อว่าหากทำการตานขัว(ทำบุญอุทิศสะพาน) วิญญาณของผู้ป่วยจะไปสู่ภพภูมิที่ดี เจ้าหน้าที่จะแนะนำให้ญาติทำพิธีกรรมดังกล่าวเพื่อให้ผู้ป่วยสบายใจ การให้พระมาเทศนาธรรมที่บ้านเป็นการช่วยทำให้ผู้ป่วยสงบและไม่ทรมานก่อนเสียชีวิต เป็นต้น

6. ด้านจริยธรรมและกฎหมาย ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550มาตราที่ 12[11] ความว่า “บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้” จึงได้ให้สิทธิผู้ป่วยที่ยังมีสติสัมปชัญญะดีแสดงเจตนาของตนผ่านการทำหนังสือ Living will และสมุดเบาใจ ซึ่งใช้เป็นสมุดประจำตัวผู้ป่วย[16] โดยต้องมีพยานรับรองด้วย

หลังจากประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Outcome Scale) และระดับความเครียด (ST-5) ในผู้ป่วยแล้ว จากนั้นทำการเปรียบเทียบคะแนนระหว่างครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ด้วย Paired T –Test ผลการศึกษาพบว่า ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Outcome Scale) ระหว่างครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.01) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ได้ตั้งไว้ เมื่อแบ่งผลลัพธ์การดูแลออกตามกลุ่มโรคได้ 3 กลุ่ม ได้แก่ 1. โรคมะเร็ง (n = 13) มีผลลัพธ์การดูแลด้านร่างกาย (p-value = 0.03) ด้านจิตใจ (p-value = 0.001) ด้านสังคม (p-value = 0.001) ด้านจิตวิญญาณ (p-value = 0.001) และการบริการของคลินิก (p-value = 0.001) ตามลำดับ 2.โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (n = 4) มีผลลัพธ์การดูแลด้านร่างกาย (p-value = 0.102) ด้านจิตใจ (p-value = 0.063) ด้านสังคม (p-value = 0.066) ด้านจิตวิญญาณ (p-value = 0.157) และการบริการของคลินิก (p-value = 0.059) ตามลำดับ ทั้งนี้คาดว่าด้วยจำนวนประชากรในกลุ่มโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมีจำนวนน้อยเกินไปจึงทำให้มีผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน ซึ่งขัดกับผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในภาพรวมที่ไม่แบ่งโรคที่มีจำนวนประชากรทั้งหมดมากกว่า 3. โรคอื่น ๆ (n = 5) มีผลลัพธ์การดูแลด้านร่างกาย (p-value = 0.059) ด้านจิตใจ (p-value = 0.061) ด้านสังคม (p-value = 0.042) มีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านจิตวิญญาณ (p-value = 0.059) และการบริการของคลินิก (p-value = 0.109) ตามลำดับ ซึ่งในกลุ่มโรคอื่น ๆ มีความแตกต่างกันในด้านการดำเนินโรค โดยมีโรคในกลุ่มนี้คือ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, โรคชรา, และผู้พิการ การดูแลเฉพาะของแต่ละโรคก็ต่างกัน อีกทั้งประชากรในกลุ่มนี้ก็มีจำนวนน้อย จึงทำให้ผลลัพธ์การดูแลทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ รวมถึงการบริการไม่มีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งขัดกับผลลัพธ์ในภาพรวมที่ไม่แบ่งโรค โดยผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่แบ่งความความรุนแรงของโรคเป็นกลุ่มที่มีความรุนแรงมากขึ้นและคงที่พบว่าร้อยละ 100 มีผลลัพธ์การดูแลที่ดีขึ้น แสดงให้เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่คลินิก Palliative care โรงพยาบาลแม่ลาว มีประสิทธิภาพทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ แม้จะเป็นช่วงที่ผู้ป่วยมีการดำเนินโรคไปในด้านที่แย่ลงก็ตาม ซึ่งจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง[15]พบว่าผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบ Palliative day care ไม่ได้แตกต่างจากการดูแลผู้ป่วยแบบ Palliative แบบ Home care และแบบผู้ป่วยใน จึงสนับสนุนผลของการวิจัยที่ว่าผลลัพธ์การดูแลในคลินิก Palliative care โรงพยาบาลแม่ลาวมีผลลัพธ์การดูแลที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.01)

ผลการศึกษาความเครียดในผู้ป่วยระยะสุดท้ายครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาโดยไม่แบ่งตามโรคพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.01) และแยกตามโรคได้แก่ โรคมะเร็ง (p-value <0.01) ซึ่งไม่ได้เป็นไปตามงานวิจัยที่เคยศึกษามาเรื่องความกังวลของผู้ป่วยมะเร็งปอด[16] พบว่ายิ่ง

อาการของโรคมากขึ้นผู้ป่วยยิ่งมีความวิตกกังวลมากขึ้น (p-value < 0.01) โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย จากการศึกษาผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่รักษาโดยวิธี continuous peritoneal dialysis มีความเครียดน้อยกว่าผู้ป่วยที่รักษาโดยวิธี continuous hemodialysis ซึ่งยังไม่พบการศึกษาระดับความเครียดในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการรักษาด้วยการบำบัดไตทดแทนและโรคอื่น ๆ ก็มีระดับความเครียดที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.030) ซึ่งคาดว่าการที่ผลลัพธ์ของระดับความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเป็นเพราะในช่วงแรกที่เข้ามารับบริการผู้ป่วยอาจมีความเครียดและวิตกกังวลสูงจากการที่เพิ่งทราบว่าตนเป็นโรคที่รักษาไม่หาย หลังจากเข้ารับการรักษาในครั้งแรก ทางคลินิกได้แนะนำการปฏิบัติตัว แนะนำเกี่ยวกับโรคและการดำเนินโรค สอนให้ใช้สมาธิเพื่อการบำบัด และอื่น ๆ จึงทำให้ผู้ป่วยมีความเครียดที่ลดลงได้

การนำผลงานไปใช้ประโยชน์

ผู้ทำวิจัยจึงหวังเป็นอย่างยิ่งว่าการศึกษาผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในคลินิก Palliative care จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยในคลินิกอื่นๆ ต่อไปในอนาคตได้ รวมถึงจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคลินิกในเรื่องการให้บริการอีกด้วย

ข้อเสนอแนะ

ในการทำวิจัยครั้งต่อไปควรเพิ่มระยะเวลาศึกษาให้มากขึ้นเพื่อจะได้จำนวนประชากรที่มากขึ้น และควรจำกัดกลุ่มของกลุ่มตัวอย่างให้แคบลงมามากกว่านี้ กลุ่มตัวอย่างที่ได้จะได้มีลักษณะใกล้เคียงกัน ปัจจัยก่อกวนอื่น ๆ ก็จะน้อยลง ทำให้ข้อมูลที่นำมาคิดวิเคราะห์มีความแม่นยำมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคอง. ปทุมธานี: บริษัท สำนักพิมพ์ สื่อตะวัน จำกัด, 2559
2. กรมการแพทย์. List disease of Palliative care and Functional unit. กรุงเทพฯ: บริษัท อาร์ต ควอลิไฟท์ จำกัด, 2559
3. โรงพยาบาลสงฆ์. แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาแบบประคับประคอง [วารสารอิเล็กทรอนิกส์].2551 [02/04/2561]. เข้าถึงได้จาก: http://www.priest-hospital.go.th/health_handbook/Palliative_care.pdf
4. ศูนย์การดูแลผู้ป่วยประคับประคอง โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ [บทความอิเล็กทรอนิกส์]. [02/04/2561]. เข้าถึงได้จาก: http://www.med.cmu.ac.th/spc/index.php/suandok-palliative-model#
5. ลดารัตน์ สาภินันท์. คู่มือการใช้แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับ ประคอง Palliative care Outcome Scale. ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่, คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2556.
6. ศรีรัตน์ กินาวงค์, ปุณญณิณ เขื่อนเพ็ชร์. ความผาสุกด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยเรื้อรังระยะสุดท้าย. เชียงรายวารสาร : Chiangrai Medical Journal 2559; 1: 131-137.
7. วาสนา ศิริรักษ์. ประสิทธิผลของการใช้สมาธิบำบัดแบบ SKT ในการลดระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลธัญญา.
8. กลุ่ม Peaceful Death. สมุดเบาใจ เอกสารแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับสุขภาพช่วงสุดท้าย และการตายดี [อินเทอร์เน็ต]. [อ้างถึง 10 พฤศจิกายน 2018]. Available at: https://peacefuldeath.co/baojai/
9. Goodwin DM, Higginson IJ, Myers K, Douglas H-R, Normand CE. Effectiveness of palliative day care in improving pain, symptom control, and quality of life. J Pain Symptom Manage. มีนาคม 2003;25(3):202–12.
10. Buchanan D, Milroy R, Baker L, Thompson AM, Levack PA. Perceptions of anxiety in lung cancer patients and their support network. Support Care Cancer. มกราคม 2010;18(1):29–36.

ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ในหญิงตั้งครรภ์ (ANC hpc)
โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย

Effectiveness of Using the Knowledge - Promoting Program in Pregnant Woman in Wiang Chiang Rung Hospital, Chiangrai province

เกศินี พันธ์ประยูร, พัชรีย์ นามลังกา, ณรงค์ศักดิ์ วันดี โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง และกฤษณา กาเผือก ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่

บทคัดย่อ

การให้ข้อมูลด้านสุขภาพสำหรับการดูแลตนเองตั้งแต่เริ่มการตั้งครรภ์จนถึงคลอดผ่านกระบวนการฝากครรภ์คุณภาพเป็นกระบวนการที่พิสูจน์แล้วว่าเป็นประโยชน์ต่อการหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ในหญิงตั้งครรภ์ (ANC hpc) โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย ศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย จำนวน 104 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ในหญิงตั้งครรภ์ (ANC hpc) ที่พัฒนาขึ้นโดยศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความรู้ก่อนและหลังการศึกษาชุดความรู้ในแต่ละช่วงอายุครรภ์ แบบสัมภาษณ์การใช้โปรแกรม และแบบประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ในหญิงตั้งครรภ์ (ANC hpc) วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน t-test dependent

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้กลุ่มหลังสูงกว่ากลุ่มก่อนใช้โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ในหญิงตั้งครรภ์ (ANC hpc) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในการใช้โปรแกรมในระดับมากที่สุด**สรุปผล**

การวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ในหญิงตั้งครรภ์ (ANC hpc) สามารถส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ ในการดูแลสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ เห็นควรส่งเสริมให้มีการใช้ในคลินิกฝากครรภ์ต่อไป

คำสำคัญ : โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ในหญิงตั้งครรภ์

บทนำ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นมิติที่สำคัญของสุขภาพในปี ค.ศ.2020 ในปัจจุบันการเปลี่ยนแปลงของโลกและเศรษฐกิจส่งผลให้สังคมมีความซับซ้อน ประชาชนกำลังถูกโหมกระหน่ำด้วยข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพทั้งที่ถูกและไม่ถูก ในสภาวะที่ยังไม่ได้เตรียมประชาชนที่ดีพอที่จะเลือกทางเลือกสุขภาพที่หลากหลาย ในสังคมที่ทันสมัย ตลาดสินค้าที่มีทั้งส่งเสริมและบั่นทอนสุขภาพ ระบบสุขภาพที่ซับซ้อนแม้คนที่มีการศึกษาดียังยากต่อการตัดสินใจว่าทางเลือกใดจะส่งผลดีต่อสุขภาพมากที่สุด การจะพัฒนาสมรรถนะให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นประเด็นที่มีความท้าทาย จากหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า การขาดความรอบรู้ด้านสุขภาพจะส่งผลต่อสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นตัวแปรที่สำคัญตัวหนึ่งที่จะทำนายสถานะสุขภาพเช่นเดียวกับอายุ รายได้ การมีงานทำ ระดับการศึกษา เชื้อชาติ การเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพจำเป็นต้องมีกรอบการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมสำหรับองค์กรและบุคลากรในภาคส่วนด้านสุขภาพในการแสดงภาวะผู้นำ ที่จะทำให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับบุคคลตลอดจนทั้งชุมชน โดยบูรณาการการดำเนินการทั้งภาคด้านสุขภาพไปยังภาคส่วนต่าง ๆ ที่มีผลต่อปัจจัยกำหนดสุขภาพ เช่น ภาคสังคม เศรษฐกิจ การศึกษา เพื่อยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อทำสิ่งแวดล้อมง่ายต่อการเข้าถึง เข้าใจ ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่จะไปสนับสนุนให้มีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี ความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นมิติที่สำคัญของสุขภาพในอนาคต โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพนั้นเป็นทั้งวิธีการและผลลัพธ์ โดยมีเป้าประสงค์เพื่อส่งเสริมให้เกิดการสร้างพลังและการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชน รวมถึงบุคลากรในระบบสุขภาพ การเร่งให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพจำเป็นต้องมีกรอบการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมสำหรับองค์กรและบุคลากรในภาคส่วนด้านสุขภาพในการแสดงภาวะผู้นำ ที่จะทำให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้งระดับบุคคลตลอดจนทั้งชุมชน

หญิงตั้งครรภ์เป็นอีกกลุ่มคนหนึ่งซึ่งเมื่อมีการตั้งครรภ์เกิดขึ้นจะได้รับข้อมูลด้านสุขภาพสำหรับการดูแลตนเองตั้งแต่เริ่มการตั้งครรภ์จนถึงคลอดผ่านกระบวนการฝากครรภ์คุณภาพซึ่งกระทรวงสาธารณสุขกำหนดการฝากครรภ์เป็นการดูแลสุขภาพแก่หญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์โดยใช้ความรู้ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์และปัจจัยทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจของหญิงตั้งครรภ์เป็นส่วนประกอบในการดูแล การฝากครรภ์คุณภาพตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดเป็นการจัดบริการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ที่พิสูจน์แล้วว่าเป็นประโยชน์ต่อการหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์[1] การฝากครรภ์คุณภาพตามเกณฑ์ 5 ครั้งนั้น เป็นการบริการฝากครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์ โดยผ่านการคัดกรอง และประเมินความเสี่ยง การให้ความรู้ตามมาตรฐานโรงเรียนพ่อแม่ การซักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจทางห้องปฏิบัติการ การให้บริการตามสิทธิประโยชน์ โดยจะมีการนัดหมายครั้งที่ 1 เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ การนัดครั้งที่ 2 เมื่ออายุครรภ์ 18 สัปดาห์ (บวกลบ 2 สัปดาห์) การนัดครั้งที่ 3 เมื่ออายุครรภ์ 26 สัปดาห์ (บวกลบ 2 สัปดาห์) การนัดครั้งที่ 4 เมื่ออายุครรภ์ 32 สัปดาห์ (บวกลบ 2 สัปดาห์) การนัดครั้งที่ 5 เมื่ออายุครรภ์ 38 สัปดาห์ (บวกลบ 2 สัปดาห์)

ปัจจุบันบุคลากรด้านสุขภาพในสถานบริการยังไม่มีการวัดหรือประเมินความรอบรู้การดูแลสุขภาพในขณะตั้งครรภ์ที่ชัดเจน การกำหนดให้มีหลักสูตรโรงเรียนพ่อ(ระยะตั้งครรภ์) เป็นกิจกรรมให้ความรู้ด้านสุขภาพที่สำคัญอีกทางหนึ่งของกระบวนการฝากครรภ์คุณภาพครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ โรงเรียนพ่อแม่เป็นบริการที่จัดขึ้นในสถานบริการที่จัดเตรียมไว้ สำหรับการให้ความรู้แก่พ่อแม่ มีกระบวนการสอนที่มุ่งเน้นเพิ่มพูนความรู้ เจตคติ และทักษะในการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจของหญิงตั้งครรภ์ โดยแบ่งเป็น 2 ช่วง คือ ครั้งที่ 1 ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ต่ำกว่า 28 สัปดาห์ เรื่องบทบาทพ่อแม่ และการดูแลสุขภาพของแม่ระยะตั้งครรภ์ ครั้งที่ 2 ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ขึ้นไปและสามี เรื่อง การเตรียมความพร้อมสำหรับการคลอด การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การออกกำลังกายและฝึกหายใจสำหรับการคลอด[2,3] ทั้งนี้ก็ยังไม่มีการวัดหรือประเมินผลความรอบรู้ด้านสุขภาพขณะตั้งครรภ์ที่ชัดเจนเป็นนามธรรม

โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย จัดบริการคลินิกฝากครรภ์สัปดาห์ละ 1 วัน มีผู้มารับบริการทั้งรายเก่าและรายใหม่เฉลี่ย 20 คน/สัปดาห์ สถิติการให้บริการในปีงบประมาณ 2560, 2561 และ 2562 มีหญิงตั้งครรภ์รายใหม่มารับบริการในคลินิก จำนวน 142, 132 และ 118 ตามลำดับ มารับบริการฝากครรภ์คุณภาพตามเกณฑ์ 5 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 53.73, 57.39 และ 59.14 ตามลำดับ การฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ ร้อยละ 73.17, 72.03 และ71.72 ตามลำดับ การจัดบริการฝากครรภ์ของโรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง ให้บริการตามกระบวนการฝากครรภ์คุณภาพ ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข มีการคัดกรอง การประเมินความเสี่ยง และให้บริการตามสิทธิประโยชน์และบริการส่งต่อเมื่อพบภาวะเสี่ยง เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กไม่มีแพทย์เฉพาะทางด้านสูติกรรม จากสถิติข้างต้นพบว่าจำนวนผู้มารับบริการฝากครรภ์ที่คลินิกฝากครรภ์ของโรงพยาบาลมีแนวโน้มลดลง เนื่องจากบริบทพื้นที่ของอำเภอเวียงเชียงรุ้งที่อยู่ใกล้ตัวเมืองเชียงราย การคมนาคมสะดวก หญิงตั้งครรภ์จึงเลือกที่จะไปใช้บริการที่มีความพร้อมมากกว่า และจากสถิติจะพบว่าจำนวนหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ที่มีแนวโน้มลดลงในแต่ละปีเช่นกัน

สำหรับการดำเนินกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ ของโรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง ได้ดำเนินกิจกรรมตามหลักสูตรโรงเรียนพ่อแม่ (ระยะตั้งครรภ์) ทั้ง 2 ช่วง โดยจัดบริการที่เป็นสัดส่วนในสถานบริการ มีเจ้าหน้าที่จากสหสาขาวิชาชีพมาให้ความรู้ตามมาตรฐานวิชาชีพ ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า หญิงตั้งครรภ์และสามีที่มาเข้าร่วมกิจกรรมด้วยกันร้อยละ 50 ส่วนใหญ่สามีไม่ได้มาด้วย โดยให้เหตุผลว่าสามีต้องไปทำงานหาเลี้ยงครอบครัว ติดธุระและไม่มีเวลามาร่วมกิจกรรม จากข้อมูลและปัญหาที่พบข้างต้น ผู้วิจัยมีความเห็นว่าการนำเทคโนโลยีที่ทันสมัย เหมาะสมกับความต้องการของหญิงตั้งครรภ์และสามีในยุคปัจจุบันมาเพิ่มเติมจากองค์ความรู้ที่ได้รับจากหลักสูตรโรงเรียนพ่อแม่ที่จัดให้บริการเดิมอยู่แล้ว และจะเป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ (ANC hpc) ที่พัฒนาขึ้นโดยศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นโปรแกรมที่มีความน่าสนใจ ง่ายต่อการเข้าถึงและสามารถศึกษาหาความรู้ด้วยตนเองมาประยุกต์ใช้ในคลินิกฝากครรภ์ ของโรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย จะส่งผลลัพธ์ให้การบริการฝากครรภ์มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ในหญิงตั้งครรภ์ (ANC hpc) โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะ

2.. เพื่อศึกษาความรู้ของหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ในหญิงตั้งครรภ์ (ANC hpc) โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย

3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรม (ANC hpc) โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้งจังหวัดเชียงราย

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย จำนวน 104 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ

1. ได้รับการวินิจฉัยว่าตั้งครรภ์
2. มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 1 - 40 สัปดาห์
2. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยและอ่านภาษาไทยได้
3. ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยครั้งนี้ คือ

1. เป็นชาวต่างชาติที่สื่อสารด้วยภาษาไทยไม่ได้
2. ไม่ยินดีหรือยกเลิกการทำโปรแกรม

เกณฑ์การบอกเลิกการเข้าร่วมการศึกษาวิจัย กำหนดให้ ผู้ป่วย หรือผู้แทนโดยชอบธรรมสามารถบอกเลิกการเข้าร่วมการศึกษาวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องมีเหตุผลใด ๆ

เครื่องมือการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ในหญิงตั้งครรภ์ (ANC hpc) ที่พัฒนาขึ้นโดยศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย ชุดความรู้และสื่อตามช่วงอายุครรภ์ ได้แก่ อายุครรภ์ 1-24 สัปดาห์ 6 วัน อายุครรภ์ 25-31 สัปดาห์ 6 วัน อายุครรภ์ 32-35 สัปดาห์ 6 วัน และอายุครรภ์ 36-40 สัปดาห์

เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความรู้ก่อนและหลังการศึกษาชุดความรู้ในแต่ละช่วงอายุครรภ์ แบบสัมภาษณ์การใช้โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ในหญิงตั้งครรภ์ (ANC hpc) สำหรับผู้รับบริการ และแบบประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ในหญิงตั้งครรภ์ (ANC hpc)

2. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือการวิจัยในครั้งนี้ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่ทำโดยศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข แล้วการวิจัยในครั้งนี้จึงไม่จำเป็นต้องทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยจัดประชุมเพื่อชี้แจงการใช้โปรแกรมส่งเสริมความโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ในหญิงตั้งครรภ์ (ANC hpc) กับเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลที่ทำหน้าที่ในคลินิกฝากครรภ์

2. สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่และผู้รับบริการตามแบบสัมภาษณ์การใช้โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ในหญิงตั้งครรภ์ (ANC hpc)

3. เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการดำเนินการวิจัย ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของประชากร ประเมินความรู้ก่อนการศึกษาชุดความรู้ของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ในหญิงตั้งครรภ์ (ANC hpc) สำหรับผู้รับบริการ

4. ดำเนินการใช้โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ในหญิงตั้งครรภ์ (ANC hpc) สำหรับผู้รับบริการโดยมีวิธีการดังนี้

4.1 กลุ่มตัวอย่างลงทะเบียนสมาชิก เพื่อเข้าใช้ระบบของโปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่ออนไลน์

4.2 กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบออนไลน์ตามช่วงอายุครรภ์ก่อนการได้รับความรู้จากโปรแกรม

4.3 กลุ่มตัวอย่างดูวีดีโอความรู้ตามช่วงอายุครรภ์

4.4 หลังได้รับความรู้จากการดูวีดีโอความรู้ตามช่วงอายุครรภ์แล้ว กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบออนไลน์ตามช่วงอายุครรภ์หลังการได้รับความรู้จากโปรแกรม

4.5 กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรม

5. หลังการใช้โปรแกรม ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยและผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมการโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ในหญิงตั้งครรภ์ (ANC hpc) และนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาทำการวิเคราะห์และอภิปรายผลต่อไป

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มประชากรเป้าหมาย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองเชิงจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย โดยผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยให้กลุ่มประชากรทราบก่อนการดำเนินการเก็บข้อมูล และแจ้งให้ทราบว่ามีสิทธิ์ในการออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา เมื่อกลุ่มประชากรยินยอมเข้าร่วมในการทำวิจัย จะให้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มประชากรจะถูกเก็บเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลและการเผยแพร่จะทำในภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาแจกแจงความถี่ และร้อยละ ส่วนอายุ ใช้สถิติพรรณนาแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลผลลัพธ์ของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ในหญิงตั้งครรภ์ (ANC hpc) ใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน t-test dependent

ผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ในหญิงตั้งครรภ์ (ANC hpc) โดยศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย จำนวน 104 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด นำเสนอผลการวิจัยออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 21–25 ปี ร้อยละ 23.08 รองลงมามีอายุระหว่าง 26-30 ปี ร้อยละ 21.15 มีอายุเฉลี่ย 27.50 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายมาก ร้อยละ 34.61 รองลงมาจบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 28.85 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพแม่บ้าน ร้อยละ 27.89 รองลงมาประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 20.19 มีอายุครรภ์ มีอายุครรภ์ 1-24 สัปดาห์ 6 วัน และอายุครรภ์ 25-31 สัปดาห์ 6 วัน ร้อยละ 25.96 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ อายุครรภ์ (n = 104)

ข้อมูลส่วนบุคคล	N=104	
	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี) ($\bar{x}$ = 27.50, S.D. = 7.20)		
15 – 20	20	19.23
21 – 25	24	23.08
26 – 30	22	21.15
31 – 35	17	16.35
36 – 40	19	18.27
41 – 45	2	1.92
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	17	16.35
มัธยมศึกษาตอนต้น	30	28.85
มัธยมศึกษาตอนปลาย	36	34.61
ปวส./ อนุปริญญา	5	4.81
ปริญญาตรี	16	15.38
อาชีพ		
พนักงานบริษัท	2	1.92
นักเรียน/ นักศึกษา	3	2.88
ธุรกิจส่วนตัว	3	2.88
ค้าขาย	5	4.81
รับราชการ	10	9.62
รับจ้าง	20	19.23
เกษตรกร	21	20.19
แม่บ้าน	29	27.89
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	11	10.58
อายุครรภ์ (สัปดาห์) ($\bar{x}$ = 27.18, S.D. = 9.83)		
1 – 24^{+6}	27	25.96
25 – 31^{+6}	27	25.96
32 – 35^{+6}	26	25.00
36 - 40	24	23.08

ส่วนที่ 2 ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ในหญิงตั้งครรภ์ (ANC hpc)

คะแนนความรู้ในการใช้โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ในหญิงตั้งครรภ์ (ANC hpc) พบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้ก่อนการใช้โปรแกรม เท่ากับ 9.33 และหลังการใช้โปรแกรม เท่ากับ 10.57 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ ระหว่างกลุ่มก่อนและกลุ่มหลังใช้โปรแกรม โดยใช้ค่าสถิติ Paired t-test พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความรู้ของหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ในหญิงตั้งครรภ์ (ANC hpc) โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย

คะแนนความรู้	ผลเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม			df	p-value
	Mean	SD	t		
ก่อนการใช้โปรแกรม	9.33	1.91	8.37	108	0.000
หลังการใช้โปรแกรม	10.57	2.31			

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ในหญิงตั้งครรภ์ (ANC hpc) (n = 104)

กลุ่มตัวอย่างมีระดับความพึงพอใจต่อโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ในหญิงตั้งครรภ์ (ANC hpc) ในระดับมากที่สุด ในทุกหัวข้อการพิจารณา โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความพึงพอใจมากที่สุดในด้านความมีประโยชน์และควรใช้ต่อ รองลงมาสามารถนำความรู้ไปปรับใช้ได้ ดังแสดงในตารางที่ 3

เกณฑ์ที่ใช้ในการพิจารณา	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. การเข้าใช้โปรแกรมมีความสะดวก	59 (56.73)	39 (37.50)	5 (4.81)	1 (0.96)	0 (0.00)
2. ใช้งานง่าย ขั้นตอนไม่ยุ่งยาก	62 (59.61)	36 (34.62)	6 (5.77)	0 (0.00)	0 (0.00)
3. เนื้อหาของสื่อและวิดีโอเข้าใจง่าย	72 (69.23)	30 (28.85)	2 (1.92)	0 (0.00)	0 (0.00)
4. สื่อและวิดีโอน่าสนใจ	72 (69.23)	31 (29.81)	1 (0.96)	0 (0.00)	0 (0.00)

เกณฑ์ที่ใช้ในการพิจารณา	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
5. ระยะเวลาในการเรียนรู้ มีความเหมาะสม	63 (60.58)	33 (31.73)	8 (7.69)	0 (0.00)	0 (0.00)
6. ท่านสามารถนำความรู้ไปปรับใช้ได้	77 (74.04)	26 (25.00)	1 (0.96)	0 (0.00)	0 (0.00)
7. โปรแกรมนี้มีประโยชน์และควรใช้ต่อ	83 (79.81)	19 (18.27)	2 (1.92)	0 (0.00)	0 (0.00)
8. ท่านจะนำความรู้จากโปรแกรมนี้ไปบอกต่อ	62 (59.61)	38 (36.54)	4 (3.85)	0 (0.00)	0 (0.00)

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ในหญิงตั้งครรภ์ (ANC hpc) อภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

ความรู้ของหญิงตั้งครรภ์หลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ในหญิงตั้งครรภ์ (ANC hpc) โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย พบว่ามีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังใช้โปรแกรมสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรม เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ ระหว่างกลุ่มก่อนและกลุ่มหลังใช้โปรแกรม โดยใช้ค่าสถิติ Paired t-test พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ในหญิงตั้งครรภ์ (ANC hpc) ที่นำสื่อวีดีโอความรู้ตามช่วงอายุครรภ์มาให้หญิงตั้งครรภ์ได้เรียนรู้ สามารถส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองระหว่างตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาของ สุรางรัตน์ โฆษิตธนสาร, นงลักษณ์ แสนกิจตะ และอาภัสรา มาประจักษ์[4] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนโรงเรียนพ่อแม่ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ในหญิงตั้งครรภ์แรก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น พบว่าการใช้วิธีการสอนโรงเรียนพ่อแม่ออนไลน์สามารถส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้เพิ่มขึ้นได้เช่นเดียวกับการเรียนในห้องเรียนโร งเรียนพ่อแม่ตามปกติอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษา ของกรุณา ประมูลสินทรัพย์, กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม, จริยาวัตร คมพยัคฆ์, และเอกชัย โควาวิสารัช[5] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรก พบว่า โปรแกรมที่มีการจัดกิจกรรมที่หลากหลาย เน้นให้หญิงตั้งครรภ์ ได้ปฏิบัติจริง มีคู่มือส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น นำเสนอตัวแบบการปฏิบัติตน

ด้านบวกมาพูดคุย แลกเปลี่ยน ประสบการณ์ ทำให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < .05$)

ความพึงพอใจต่อโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ในหญิงตั้งครรภ์ (ANC hpc) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ในทุกหัวข้อการพิจารณา ทั้งการเข้าใช้โปรแกรมมีความสะดวก ใช้งานง่าย ขั้นตอนไม่ยุ่งยาก เนื้อหาของสื่อและวิดีโอเข้าใจง่าย สื่อและวิดีโอน่าสนใจ ระยะเวลาในการเรียนรู้ มีความเหมาะสม สามารถนำความรู้ไปปรับใช้ได้ โปรแกรมนี้มีประโยชน์และควรใช้ต่อ และจะนำความรู้จากโปรแกรมนี้ไปบอกต่อ แสดงให้เห็นว่าสื่อที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย ในทุกสถานที่ ทุกเวลา สามารถศึกษาหาความรู้ด้วยตนเอง ช่วยส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ของหญิงตั้งครรภ์ในการดูแลตนเองและทารกในครรภ์ได้ รวมทั้งเป็นการนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยเหมาะสมกับความต้องการของหญิงตั้งครรภ์และสามีในยุคปัจจุบันมาเพิ่มเติมจากองค์ความรู้ที่ได้รับจากหลักสูตรโรงเรียนพ่อแม่ที่จัดให้บริการเดิมอยู่แล้วจะทำให้เกิดผลลัพธ์ให้การบริการฝากครรภ์มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งต่อไป ควรศึกษาผลผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ระดับความเข้มข้นของเลือด, พฤติกรรมการแปรงฟัน กราฟโภชนาการหญิงตั้งครรภ์

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ผู้อำนวยการโรงพยาบาล บุคลากรโรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง และอาสาสมัครผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีตลอดระยะเวลาการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. กาญจนา ศรีสวัสดิ์, ชุติมา ปัญญาพินิจนุกูร, ณัฐธิดา สอนนาค. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์. Songklanagarind Journal of Nursing 2018;38(2):95-109.
2. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. คู่มือวิทยากรโรงเรียนพ่อแม่ สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข.เล่ม 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2554.
3. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือโรงเรียนพ่อแม่. นครสวรรค์: ศูนย์อนามัยที่ 3; 2558.
4. สุรางรัตน์ โฆษิตธนสาร, นงลักษณ์ แสนกิจตะ, อาภัสรา มาประจักษ์. ผลของโปรแกรมการสอนโรงเรียนพ่อแม่ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ในหญิงตั้งครรภ์แรก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น [อินเทอร์เน็ต]. (ม.ป.ท.). [เข้าถึง เมื่อ 18 ม.ค 2563]. เข้าถึงได้จาก : http://203.157.71.148/hpc7data/Res/ResFile/2562001901.pdf
5. กรุณา ประมูลสินทรัพย์, กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม, จริยาวัตร คมพยัคฆ์, เอกชัย โควาวิสารัช. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรก. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขา ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2556;31(4):54-60.

รูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาสุขภาพ กรณีศึกษาชุมชนในเขตพื้นที่ให้บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปางค่า ตำบลตับเต่า อำเภอเทิง จังหวัดเชียงราย

ธีระพล เลิศสงคราม

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปางค่า

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาสุขภาพชุมชน โดยกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันเพื่อให้สอดคล้องเหมาะสมตามสภาพบริบทและเงื่อนไขของชุมชนซึ่งเป็นรากฐานสำคัญนำไปสู่ความเข้มแข็งและยั่งยืน ศึกษาในกลุ่มเป้าหมายคือ กลุ่มประชาชนทั่วไป อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหน่วยงาน กลุ่ม/องค์กรต่างๆ แกนนำชุมชน ที่เกี่ยวข้องและมีบทบาทในการพัฒนาสุขภาพชุมชน ในเขตพื้นที่ให้บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านปางค่า ตำบลตับเต่า อำเภอเทิง จังหวัดเชียงราย โดยเป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้วิธีสังเกตแบบมีส่วนร่วม การเข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชน การสอบถาม และการสัมภาษณ์ ระยะเวลาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2553 ถึงปีงบประมาณ 2563

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาสุขภาพที่เป็นผลมาจากกระบวนการและการเรียนรู้ร่วมกันของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตเครือข่ายโซนปางค่าและชุมชนภายใต้บริบทและเงื่อนไขของพื้นที่เอง ทั้งนี้ไม่ได้เกิดจากการจัดการและการกำหนดของบุคคลภายนอก แต่เป็นรูปแบบที่กำหนดโดยชุมชนเอง ซึ่งการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาสุขภาพมีองค์ประกอบสำคัญดังนี้

1. กลไกสุขภาพมีความหลากหลาย ไม่จำกัดเพียงเจ้าหน้าที่ อสมและผู้นำตามโครงสร้าง .
2. กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม
3. วิธีคิดของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตเครือข่ายโซนปางค่าและชุมชนเป็นไปในทิศทางเดียวกัน
4. การใช้ทุนทางสังคม ทั้งทุนมนุษย์ ทุนทางสถาบัน ทุนทางปัญญาและวัฒนธรรม
5. การจัดการความรู้
6. การสรุปบทเรียนและประเมินผล
7. การขยายผล

ทั้งนี้หน่วยงานราชการในพื้นที่หรือผู้ทำหน้าที่พี่เลี้ยงมีบทบาทอย่างมากในการสนับสนุนกระบวนการขับเคลื่อนงาน เครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปางค่าสามารถดำเนินการเองได้ภายใต้กลไกและการสร้างการเรียนรู้ร่วมกันของชุมชนเอง อันเป็นรากฐานสำคัญของการจัดการตนเองมุ่งสู่ความเข้มแข็งและยั่งยืนต่อไป

บทนำ

ในอดีตที่ผ่านมา หลายท้องถิ่นเกิดปัญหารอบด้าน แต่ปัญหาที่สำคัญที่สุดคงหนีไม่พ้นปัญหาสุขภาพ ที่หลายพื้นที่ประชากรต้องพบกับความเสี่ยงในการเกิดโรคร้าย ด้วยสาเหตุหลายปัจจัย ทั้งขยะล้นเมือง อาหารไม่ปลอดภัย ผู้สูงอายุและคนพิการขาดคนดูแล เยาวชนมีปัญหา ไม่มีหลักประกันในความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน จึงทำให้หน่วยงานรัฐด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย ได้ร่วมกันกำหนดยุทธศาสตร์เพื่อแก้ไขปัญหา โดยกำหนดแผนงานพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนขึ้นมาเพื่อสร้างเครือข่ายและเป้าหมายในการทำงานของชุมชนให้มีความเข้มแข็ง และช่วยเหลือตัวเองในประเด็นปัญหาสุขภาพ

จากกระบวนการพัฒนาสุขภาพที่ผ่านมาเป็นไปในลักษณะการบริหารจัดการแบบแนวดิ่ง มีรูปแบบเหมือนเดียวกันทั้งประเทศ ทุกพื้นที่ทำตามนโยบายหรือคำสั่งการของกระทรวงสาธารณสุขส่วนกลาง ไม่ได้เกิดจากเรียนรู้และการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างแท้จริงเพราะชุมชนไม่ได้คิดและตัดสินใจด้วยตนเอง จึงทำให้ชุมชนเพิกเฉยต่อสภาพปัญหาและขาดแรงกระตุ้นให้เกิดความคิดที่จะแก้ไขปัญหาต่างๆด้วยตนเอง นอกจากนั้นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันในอดีตถูกทำลายจากกระบวนการถ่ายทอดความรู้และระบบสั่งการที่มาจากหน่วยงานพัฒนาต่างๆ ทำให้ปัญหาชุมชนสะสมมานานจนยากที่จะแก้ไขได้ในระยะเวลาอันสั้นและเมื่อพิจารณาอย่างแยบคายจะพบเห็นปรากฏการณ์ต่างๆในชุมชน เช่น ภาวะภัยคุกคามชีวิตมีมากขึ้นและใกล้ตัวเข้ามาทุกขณะ พฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค เช่นการดื่มสุราของมึนเมาการกินเกินกว่าร่างกายต้องการการเคลื่อนไหวลดลง การสัมผัสสิ่งปนเปื้อนเชื้อโรคและสารเคมีความเร่งรีบในการดำรงชีวิตประจำวัน ความเครียดสะสมต่อภาวะเศรษฐกิจและค่านิยมการดำเนินชีวิตที่ต้องดิ้นรนขนขวายโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่างๆ ปัญหาการทำลายทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม อบายมุข และยาเสพติด เป็นต้นชุมชน สังคมมีปัญหา / สลับซับซ้อนมากมาย ลำพังบุคลากรหรือกลไกของรัฐคงไม่สามารถดำเนินการหรือแก้ไขปัญหาได้เพียงลำพังด้านหรือถูกทำลายโดยกระบวนการพัฒนาที่เน้นการกระทำที่ทันสมัย แต่ไม่พัฒนา ต้องพึ่งพาภายนอกเกือบทุก “ (พัฒนายิ่งยุ่ง ยิ่งวุ่นวายวิธีคิดส่วนใหญ่เป็นแบบแยกส่วน ขาดการมองแบบเชื่อมโยง ทำงานเป็นเรื่องๆ” เฉพาะด้าน อีกทั้งเริ่มขาดมุมมองทางสังคมและวัฒนธรรมซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการพัฒนา ดังนั้นจึงไม่สามารถเชื่อมโยงบูรณาการงานต่างๆเข้าด้วยกัน ทำให้ชุมชนเกิดความเพิกเฉย เพราะชุมชนไม่ได้คิดและตัดสินใจด้วยตัวเอง ความสามารถในการคิดวิเคราะห์และการเรียนรู้เพื่อแก้ไขปัญหาร่วมกันถูกทำลายลงไปเรื่อยๆจนแทบหมดไปความสัมพันธ์เสื่อมลงทุกด้าน ในอดีตชุมชนมีแบบแผนความสัมพันธ์อย่างหลากหลายเพื่อการดำรงอยู่ของชุมชน แต่ปัจจุบันความสัมพันธ์ต่างๆที่มีอยู่อย่างหลากหลายไม่ว่าจะเป็นความสัมพันธ์ในครอบครัว เครือข่าย มลายหายไปจนแทบหมดสิ้น ผู้คนต่างคนต่างอยู่มาก - ชุมชน - เพื่อนบ้าน - เครือญาติ - ขึ้น ความรู้สึกแปลกแยกกับคนรอบข้างแม้กระทั่งกับตนเองก็มีเพิ่มขึ้น

อย่างไรก็ตามแม้ว่ารัฐบาลจะเร่งรัดแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยกำหนดนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งกำลังก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบและโครงสร้างอย่างรุนแรง โดยระบบบริการปฐมภูมิได้กลายเป็นด่านหน้าของยุทธศาสตร์การทำงานด้านสุขภาพใหม่ในครั้งนี้ ถึงแม้ว่าจะมีเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ด้อยกว่าระบบบริการระดับปลาย แต่นั่นไม่ได้หมายความว่าระบบบริการระดับต้นจะไม่มีประสิทธิภาพ ตรงกันข้ามระบบบริการระดับต้นมีความสำคัญมากในการสร้างเสริมและบริการด้านสุขภาพเพราะอยู่ใกล้ชิดและเข้าถึงประชาชนมากที่สุด ปัจจัยชี้ขาดของการทำงานด้านสุขภาพจะสำเร็จหรือไม่ขึ้นอยู่กับการสร้างความเข้มแข็งให้แก่ระบบบริการระดับปฐมภูมิและตัวของชุมชนเอง

ดังนั้นจึงมีความเชื่อว่าการสร้างการมีส่วนร่วมและพัฒนาเครือข่ายการเรียนรู้ร่วมกันของกลุ่มเป้าหมายต่างๆเพื่อพัฒนาสุขภาพของชุมชนเป็นอีกทางเลือกหนึ่งซึ่งกลไกในชุมชนได้ลุกขึ้นมาร่วมกันคิดหาแนวทางที่จะพัฒนาและแก้ไขปัญหาของตนเองผ่านกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันโดยการปฏิบัติจริงคือ รวมคน ร่วมคิด ร่วมทำ และร่วมรับผลจากการกระทำ ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาสุขภาพได้อย่างเหมาะสมและสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชนและสามารถตอบสนองนโยบายของทางราชการได้อีกด้วย

วัตถุประสงค์

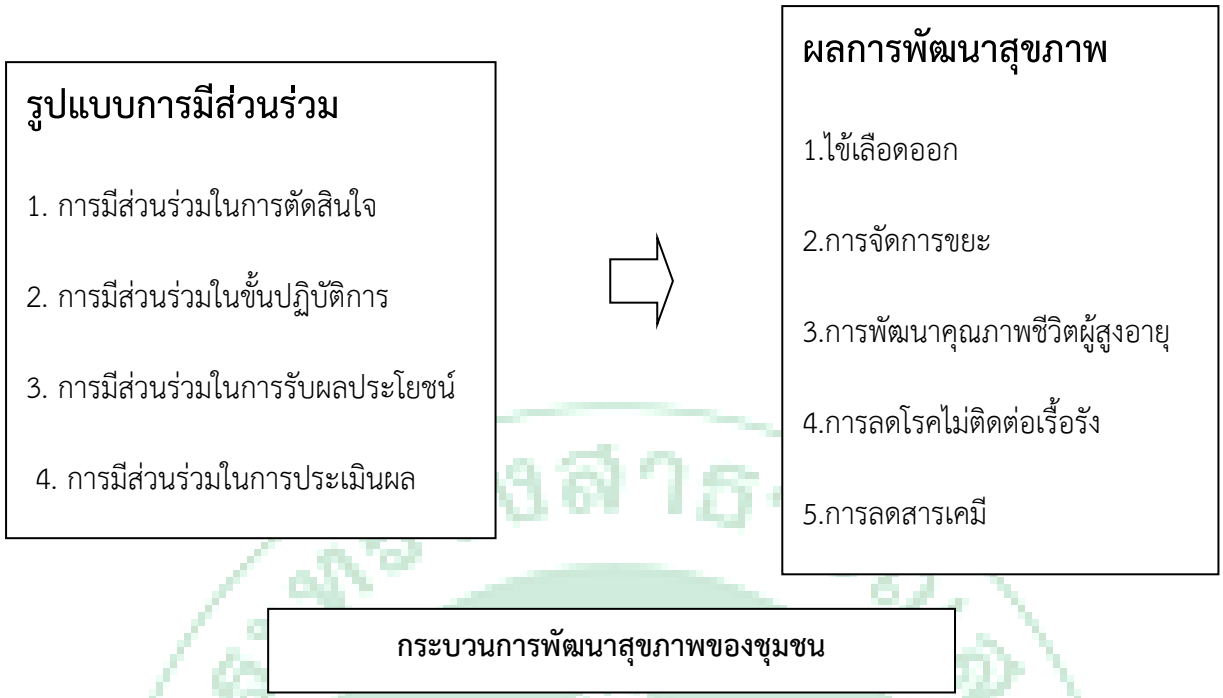
เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาสุขภาพชุมชนโดยกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันเพื่อให้สอดคล้องเหมาะสมตามสภาพบริบทและเงื่อนไขของชุมชนซึ่งเป็นรากฐานสำคัญนำไปสู่ความเข้มแข็งและยั่งยืน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาสุขภาพชุมชนกรณีศึกษาหมู่บ้านในเขตพื้นที่ให้บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปางค่าตำบลตับเต่า อำเภอเทิง จังหวัดเชียงรายเป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ได้ดำเนินการศึกษาในแนวทางการวิจัยและพัฒนา)Research and Development (โดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสนทนากลุ่ม การจัดเวที และการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆของชุมชน ในประเด็น “ ซึ่งจะเป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อสร้างชุมชนแห่งการเรียนรู้ หรือ ”กระบวนการ“Community ActionResearch) ”CAR โดยให้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง (

กรอบแนวคิดในการวิจัย

แนวคิดนำในการศึกษา ผู้ศึกษาเชื่อว่าในชุมชนทุกชุมชนนั้นจะมีทุนเดิมของชุมชนอยู่เช่น ความเป็นสังคมแบบเครือญาติ ประวัติศาสตร์ความเป็นมาของชุมชน มีความสัมพันธ์เชิงเครือข่าย และเชื่อว่าการพัฒนาสุขภาพของชุมชนกับกระบวนการสร้างเครือข่ายนั้นมีความสัมพันธ์ในเชิงที่เป็นปัจจัยเกื้อหนุนซึ่งกันและกัน การพัฒนาสุขภาพในชุมชนจะต้องอาศัยทุนทางสังคมและกระบวนการสร้างเครือข่ายเป็นองค์ประกอบหลักเพื่อให้เกิดการพัฒนาสุขภาพเป็นไปตามเป้าหมายต่อไป



แผนภูมิที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการศึกษา

ประชากรที่ทำการศึกษา

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน (.อสม)42 คนแกนนำชุมชน ได้แก่ ผู้นำตามโครงสร้างราชการ ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกอบต แกนนำกลุ่มต่างๆ จำนวน .82 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

เป็นเครื่องมือในเชิงกระบวนการ เช่น การจัดเวทีในชุมชน และการจัดเวทีเครือข่ายชุมชน คำถามสำหรับการสัมภาษณ์ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ใช้แนวทางการสนทนากลุ่ม แบบรายการประเด็นที่ใช้ในการสนทนากลุ่มสร้างมาจากการศึกษาวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำมารวบรวมเรียบเรียง เพื่อใช้เป็นแนวสนทนา สังเกตการณ์และรวบรวมข้อมูลมีประเด็นต่างๆ ดังนี้

1. ลักษณะโครงสร้างของกลุ่มและความสัมพันธ์เชิงเครือข่าย
2. การเป็นสมาชิกของกลุ่มทางสังคมทั้งในและนอกชุมชน
3. การร่วมกิจกรรมของสมาชิกในกลุ่มและการร่วมกับเครือข่ายอื่น
4. สถานการณ์การพัฒนามิติด้านสุขภาพ การศึกษา สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจ
5. ด้านกระบวนการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพ
6. การสร้างการมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
7. กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ
8. ปัจจัยที่มีต่อการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพของชุมชน

การดำเนินการวิจัย

ขั้นเตรียมการ

1. ประสานพื้นที่ คัดในพื้นที่เลือกชุมชน ประสานความสัมพันธ์กับกลุ่มเป้าหมาย

2. ศึกษาข้อมูลพื้นฐานทั่วไป ตามแบบสังเกตแบบสัมภาษณ์ แบบสอบถาม แบบบันทึก แบบรายการประเด็นที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม

3. วิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์

4เตรียมชุมชน ชี้แจงและทำความเข้าใจร่วมกัน .

ขั้นดำเนินการตามกระบวนการชุมชน

1. ศึกษา วิเคราะห์ปัญหาของชุมชนร่วมกับชุมชน

2. กำหนดปัญหา โดยชุมชน

3. ออกแบบการพัฒนาโดยชุมชน

4. รวบรวมข้อมูล

5. วิเคราะห์ข้อมูล

6. สะท้อนข้อมูล เสนอข้อมูลสู่ชุมชน เพื่อนำสู่การพัฒนา

ขั้นตอนการพัฒนา มุ่งแก้ปัญหาชุมชน

1. วางแผนการพัฒนา

2. ปฏิบัติตามแผน

3. จัดเวที จัดอบรม

4ติดตามผลการพัฒนา .

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การจัดสนทนากลุ่ม)Focus Group Discussion เวทีในชุมชน และการสัมภาษณ์เจาะลึก ( )Indepth Interviewโดยใช้แนวคำถามที่ศึกษาตามแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครสาธารณสุข (แกนนำชุมชน ได้แก่ ผู้นำตามโครงสร้างราชการ ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู (.อสม) ประจำหมู่บ้านใหญ่บ้าน สมาชิก อบตแกนนำกลุ่มต่างๆ และตัวแทนชาวบ้าน .

2. การสังเกตแบบมีส่วนร่วม)Participant Observation) และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non - Participnt Observationในการศึกษาชุมชนและกิจกรรมต่างๆที่ชุมชนได้ปฏิบัติหรือดำเนินการโดยจากการ (จัดเวทีชุมชน เวทีเครือข่าย และจากเวทีสะท้อนบทเรียน

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ขั้นตอนและวิธีการในการสังเคราะห์ข้อมูล

การสังเคราะห์ข้อมูลจะเป็นขั้นตอนที่เกิดขึ้นตลอดเวลา โดยผู้ศึกษาและประชาชนในพื้นที่ร่วมตรวจสอบกันในลักษณะเวทีแลกเปลี่ยนและสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้รับในชุมชนที่มีการเก็บรวบรวมด้วยวิธีการต่างๆนั้น ซึ่งจะเป็นการวิเคราะห์เนื้อหา)Content Analysisตามประเด็นวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (และนำเสนอผลการศึกษาในลักษณะการบรรยายเชิงพรรณนายืนยันความน่าเชื่อถือโดยตรวจสอบจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลายตรวจสอบโดยผู้รู้ ผู้เชี่ยวชาญ ในประเด็นนั้นๆการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า /)triangulationสามารถทำการวิจัยไปพร้อมกันได้ในสนามเริ่มจากพินิจพิเคราะห์ข้อมูลเชิงประจักษ์อย่าง (ละเอียด จนมองเห็นมโนทัศน์หรือแนวคิดที่มีความหมายจากข้อมูลและเห็นความเชื่อมโยงของมโนทัศน์เหล่านั้น ใช้ทฤษฎีในการวิเคราะห์นำข้อมูลมาสรุปเป็นคำอธิบาย แนวคิด หรือทฤษฎี =

ผลการศึกษา

1. บริบทของพื้นที่

ชุมชนในเขตพื้นที่ให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปางค่า มีทั้งหมดจำนวน 6 หมู่บ้าน เป็นชุมชนในเขตพื้นที่ตำบลตับเต่า อำเภอเทิง จังหวัดเชียงราย ตามพระราชบัญญัติจัดระเบียบบริหารหมู่บ้านอาสาพัฒนาและป้องกันตนเอง พ 2522 .ศ.โดยมีข้อมูลเบื้องต้นได้แก่ชื่อหมู่บ้าน จำนวนครัวเรือน และจำนวนประชากรของแต่ละหมู่บ้าน มีดังต่อไปนี้

ตารางที่ 1.1 แสดงจำนวนประชากร (คน) เปรียบเทียบ 3 ปีย้อนหลัง

หมู่ที่	ชื่อหมู่บ้าน	ปี2560	ปี2561	ปี2562
6	ทรายกาด	355	361	390
7	ตีนเป็ด	226	235	232
8	ปางค่า	568	598	594
11	ขุนต้า	519	537	548
13	รักถิ่นไทย	311	319	320
18	ธาตุ	329	337	336
	รวม	2,308	2,387	2,388

สภาพทางภูมิศาสตร์

สภาพภูมิประเทศเป็นที่ราบระหว่างภูเขาและพื้นที่สูง ที่ทำกินมีความอุดมสมบูรณ์ มีแม่น้ำสายสำคัญไหลผ่านคือแม่น้ำหงาวประชาชนส่วนใหญ่ในพื้นที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมสามารถปลูกพืชได้ตลอดทั้งปี

สภาพทางเศรษฐกิจ

ชุมชนในเขตพื้นที่ให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปางค่า เป็นที่ราบระหว่างภูเขาและที่ราบสูงเหมาะสำหรับการประกอบอาชีพเกษตรกรรม ทำไร่ ทำนา และทำสวน

2. กระบวนการพัฒนาสุขภาพของชุมชน

จากที่ผู้ศึกษาได้ศึกษากระบวนการจัดการสุขภาพของชุมชน จึงขอนำเสนอหัวข้อดังต่อไปนี้

พัฒนาการสุขภาพชุมชนได้แบ่งพัฒนาการระบบสุขภาพของพื้นที่ออกเป็น 2.13 ยุคด้วยกัน คือ

ยุคที่ 1 พึ่งพิงภูมิปัญญาพื้นบ้าน .ศ.ก่อนปีพ)2525เป็นช่วงที่ชาวบ้านพึ่งพาตนเองเป็นหลัก ส่วน (ซึ่งมีทั้งพิธีกรรม ความเ (หมอเมือง) ใหญ่เป็นการดูแลรักษาสุขภาพแบบพื้นบ้านชื่อ สมุนไพร ฯลฯ เนื่องจากสภาพการคมนาคมสมัยนั้นค่อนข้างลำบากและจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในพื้นที่คือมีความขัดแย้งทางลัทธิการเมือง ชาวบ้านต้องพึ่งพิงตนเองให้มากที่สุด (ดินแดนพื้นที่สีชมพู)

ยุคที่ 2 การพึ่งพิงรัฐ .ศ.พ)2525 –2543มีการตั้งสถานบริการสาธา (รณสุขขึ้นในพื้นที่ นโยบายต่างๆไม่ว่าจะเป็นบัตรประกันสุขภาพ บัตรผู้ป่วยผู้มีรายได้น้อย ฯลฯ ช่วยให้ชาวบ้านมีโอกาสเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขมากขึ้น ขณะเดียวกันความสามารถในการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพลดน้อยลงเนื่องจากกระแสบริโภคนิยมและการพัฒนาต่างๆของภาครัฐเข้ามาทดแทน

ยุคที่ 3 การสร้างสุขภาพและแสวงหาความยั่งยืน .ศ.พ)2544จากนโยบายและกระแส (ปัจจุบัน – ของการเปลี่ยนแปลงส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นรัฐธรรมนูญปี2540 การปฏิรูประบบราชการการปฏิรูปโครงสร้างและระบบสาธารณสุข โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ยกร่างพรบ สุขภาพแห่งชาติ. ถูกนำมาเป็นกลวิธีหลักแต่ขณะเดียวกันนโยบายเหล่านี้ก็กระทบกับเจ้าหน้าที่และชุมชนอย่าง ”สร้างนำซ่อม“

2.2 ทบทวนบทเรียนการจัดการสุขภาพของชุมชน

จากประสบการณ์การทำงานในพื้นที่ 20 กว่าปี มองเห็นปรากฏการณ์หลายอย่างจึงเกิดคำถามว่าทำไมทั้งๆที่เรามุ่งมั่น ตั้งใจทำงานอย่างเต็มที่แล้ว ชาวบ้านจึงไม่เห็นความสำคัญ ไม่สนใจเท่าที่ควร ปัญหาสุขภาพหลายอย่างมีความซับซ้อนหรือทวีความรุนแรงมากขึ้น ประกอบกับกระแสหลักการพัฒนาประเทศตามระบอบทุนนิยม ซึ่งคนส่วนใหญ่เชื่อว่าถ้ามีเงินแล้วจะช่วยให้มีความสุข ดังนั้นเกือบทุกๆคนจึงเร่งไขว่คว้าหา ความหมายคือ เงิน ละทิ้งวิถีเดิมเกือบหมดสิ้น นับจากนั้นมาคนในพื้นที่เริ่มต่างคนต่างครอบครัว ต่างคิดต่างทำตามแต่ภารกิจของตนเอง รับกระแสการพัฒนาและการเปลี่ยนแปลในรูปแบบบริโภคนิยมและวัตถุนิยมจากภายนอกอยู่เป็นระยะๆ โดยมีกลไก เงื่อนไขต่างๆกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา กลุ่ม องค์กรต่างๆที่เกิดขึ้นในชุมชนส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่ถูกจัดตั้งขึ้นโดยทางราชการ โอกาสที่จะเข้ามานั่งพบปะพูดคุยตามประสาชาวบ้านเหมือนในอดีตเริ่มมีน้อย การพบปะส่วนใหญ่เป็นเรื่องของการประชุม การฝึกอบรมที่เป็นทางการ การสื่อสารในชุมชนมีโอกาสน้อยมาที่คนจะได้สื่อสารกันโดยตรง บอก) มักเป็นการสื่อสารช่องทางเดียว (การแลกเปลี่ยน) ชีวิตความเป็นอยู่ของชาวบ้านเริ่มถูกกำหนดจากคนภายนอกเป็นส่วนมากความเชื่อมั่นใน (ให้รู้ แจ้งให้ทราบ การพึ่งตนเอง พึ่งพากันเองลดน้อยถอยลง ความเหน็ดเหนื่อยจากการตรากตรำทำงานหนักเริ่มมีให้พบเห็นอยู่ตลอดเวลา ชาวบ้านเริ่มฝากความหวัง รอรับความช่วยเหลือจากข้างนอกและทางการมากขึ้น สภาพสิ่งแวดล้อมต่างๆเริ่มเสียความสมดุล แม่น้ำหงาวเดี๋ยวนี้แห้งขอด เวลาไปไร่ไปสวนจะกินน้ำตามลำห้วย ก็กินไม่ได้ เพราะ“ คือคำบอกเล่าจากปากชาวบ้านหลายๆคน ทุนต่างๆที ”ชาวบ้านพ่นยากันมากเคยอุดมสมบูรณ์เคยสืบทอดกันมาตั้งแต่ในอดีตเริ่มเสื่อมสภาพ หมดหายไปหรือถูกทำลาย หรือไม่ก็ถูกแปรสภาพให้เป็นเงิน อาทิเช่น ทุนดิน น้ำ ป่าไม้ แหล่งอาหารตามธรรมชาติ ความหลากหลายของสิ่งแวดล้อม ทุนทางปัญญา ทุนทางวัฒนธรรม และทุนทางสุขภาพ

.3กลไกและการจัดการแบบมีส่วนร่วมเพื่อนำไปสู่การพัฒนาสุขภาพชุมชน

กลุ่มแกนนำชุมชน แกนนำทางความคิด และเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปางค่า เป็นกลไกและเป็นผู้มีบทบาทสำคัญสามรถระดมทรัพยากรต่างๆเพื่อใช้ในกิจกรรมการพัฒนาให้บรรลุเป้าหมายของชุมชนที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงนำไปสู่ผลสำเร็จ โดยมีภาวะผู้นำซึ่งมีคุณสมบัติสำคัญคือ ความดีงาม มุ่งมั่น อดทน เสียสละ สามารถเป็นแบบอย่างให้ผู้อื่นทำตามด้วยความไว้เนื้อเชื่อใจและให้ความร่วมมือในการทำงานต่างๆ จึงได้มีการจัดปรับกลไกโครงสร้างคณะกรรมการให้เอื้อ/ต่อการมีส่วนร่วมมากขึ้นมี ดังนี้

3.1 การแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปางค่า มีจำนวนทั้งสิ้น 87 คน ซึ่งประกอบไปด้วยภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนประชาชนและแกนนำสุขภาพทีเกี่ยวข้อง มีบทบาทสำคัญคือ วิเคราะห์สถานการณ์ จัดทำแผนงานโค/รงการ ขับเคลื่อนโครงการ กระจายการมีส่วนร่วมภายในแต่ละหมู่บ้าน สร้างและให้โอกาสชักชวนชาวบ้านคนอื่นๆให้เข้ามามีบทบาทในหมู่บ้านเพื่อความเป็น

เจ้าของต่อไปโดยอย่างน้อยทุก 2 เดือนที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปางค่าต้องมาพบปะกันเพื่อทบทวนการทำงานร่วมกันและคิดสร้างสรรค์เรื่องอื่นๆต่อไป

3.2 กลุ่มแกนนำทางความคิด โดยเกิดจากการคัดเลือกจากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปางค่า มีจำนวน 5 คน มีบทบาทสำคัญคือคอยกลั่นกรอง ประเมินสถานการณ์ต่างๆที่จำเป็นเร่งด่วนทั้งภายในและจากภายนอก วางแผนการขับเคลื่อนงาน ตลอดจนช่วยเชื่อมประสาน

3.3 แกนนำตามคุ้ม ภายในหมู่บ้านจะแบ่งเป็นคุ้มต่างๆซึ่งแต่ละคุ้มก็จะมีหัวหน้าคุ้มคอยทำหน้าที่ประสานตลอดจนให้ข้อมูลข่าวสารของชุมชน

3.4 แกนนำกลุ่มต่างๆ ชุมชนมีการรวมตัวกันจัดกลุ่มกิจกรรมต่างๆเช่น กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งเป็นแกนนำหลักในการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพ กลุ่มพัฒนาสตรี กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่ม (.อสม) เด็กและเยาวชน กลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์ กลุ่มคนรักสุขภาพ ฯลฯ เหล่านี้ต่างมีแกนนำของกลุ่มเอง

ผลการดำเนินงาน

จากการปรับโครงสร้าง/กลไกชุมชน ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงดังนี้

- การสื่อสารข้อมูล/สถานการณ์ต่างๆที่เกี่ยวกับสุขภาพและความเป็นอยู่ของชาวบ้านครอบคลุมทั่วถึงมากขึ้นและสื่อสารผ่านกลไกโครงสร้างที่ปรับประยุกต์สู่การพิจารณาร่วมกันในเวทีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปางค่าเป็นประจำทุก 2 เดือน
- การจัดการ ความเหมาะสมในกิจกรรมงานต่างๆถูกจัดการให้ปริมาณคนเหมาะสมกับงาน และมีความเป็นเจ้าของการดูแลรักษาแต่ละละแวกหรือคุ้มดีขึ้นมาก
- ภาวะการเป็นผู้นำ (อสม. หัวหน้าคุ้ม) มีความกล้า และภาคภูมิใจที่มีบทบาทหน้าที่ มีคุณค่าที่ได้ทำงาน

กลุ่มอสม.

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) นับได้ว่าเป็นกลไกด้านสุขภาพที่สำคัญ มีบทบาทในการเชื่อมต่อระหว่างชุมชนกับบริการของภาครัฐ มีการปรับโครงสร้าง/กลไกเพื่อความเหมาะสมและเกิดการเรียนรู้มากที่สุด ดังนี้

1. จัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน/พัฒนาศักยภาพ เป็นประจำสม่ำเสมอทุกเดือน
2. อสม.ทั้ง 42 คน แบ่งความรับผิดชอบเฉพาะประเด็น (12 สาขา) เพื่อให้บริการหรือพัฒนาสุขภาพในชุมชนอสม.ผู้รับผิดชอบแต่ละสาขาจะคอยทำหน้าที่เป็นผู้ติดต่อประสานกับทางรพ.สต.และชุมชนเพื่อวางแผนการทำงานร่วมกันจากการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า
   - อสม.แต่ละคนสามารถช่วยดูแล และให้บริการในละแวก/เขตรับผิดชอบโดยมีเครื่องมือจัดเก็บข้อมูลและส่งต่อให้ประธาน อสม.แต่ละหมู่บ้านเพื่อรวบรวมส่งต่อให้ทางรพ.สต.ในวันที่ 20 ของทุกเดือนต่อไป

- อสม.มีความรู้ มีทักษะการปฏิบัติเกี่ยวกับกิจกรรมการให้บริการแก่ชาวบ้านตามงานที่แต่ละคนรับผิดชอบ
- เกิดรูปแบบของการทำงานเป็นทีม มีความเข้าใจกัน ชาวบ้านกลุ่มเป้าหมายต่างๆได้รับการเฝ้าระวังดูแลอย่างครอบคลุมและทันท่วงที
- ชาวบ้านมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคมากขึ้นดังกรณีตัวอย่างการป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยการรณรงค์พัฒนาสุขาภิบาลครัวเรือนโดยสร้างจิตสำนึกให้คนในครัวเรือนลดขยะ คัดแยกขยะ พัฒนาความสะอาดในครัวเรือนและสภาพแวดล้อมทั่วไปในชุมชน สำรวจลูกน้ำยุงลายทุก 5-7 วัน โดยอสม.ทุกคนจะมีสมุดบันทึกการตรวจเยี่ยมครัวเรือนหากพบลูกน้ำยุงลายให้แจ้งประสานผู้นำฯ / หัวหน้าคุ้ม เพื่อปรับปรุง/แก้ไขอย่างทันท่วงที

โดยสรุปการจัด/ปรับกลไกดังกล่าวได้กระจายบทบาทและสร้างการมีส่วนร่วมตั้งแต่ระดับครอบครัว กลุ่ม ชุมชน ส่งผลให้ชุมชนมีความเข้าใจในทิศทางการขับเคลื่อนชุมชนร่วมกัน

4. กระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน

การเรียนรู้ที่มีประสิทธิผล คือการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย การเรียนรู้ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปางค่าและชุมชนเป็นการเรียนรู้ตลอดชีวิตเพื่อปรับตัวเองให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลง โดยมีกระบวนการดังนี้

4.1 การปรับแนวคิดร่วมกันระหว่างคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและชาวบ้านให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันเพื่อนำไปสู่ความเข้าใจ การมีส่วนร่วม

<u>จุดเปลี่ยนสำคัญคือการปรับเปลี่ยนวิธีคิด</u>

วิธีคิดชุมชน	
เดิม	ใหม่
พึ่งพาภายนอก - แยกส่วน - -รอรับคำสั่ง รอให้คนอื่นมาจัดการให้ - ทำงานมุ่งผลลัพธ์ตามนโยบาย -	พึ่งตนเอง ส่งเสริมการเรียนรู้เพื่อจัดการกันเอง ทำเพื่อตอบสนอง - ตัวเอง ความสมดุลของ คน -:คน คน ,:ธรรมชาติ คน ,:สิ่งเหนือ ธรรมชาติ คน ,:สังคมวัฒนธรรม การอยู่ร่วมกันอย่างเป็นส) สุขภาพคือความสุข ุข (ทำงานตามสถานการณ์ที่เป็นอยู่จริงของชุมชน - ปรับประยุกต์ความปรารถนาดีจากภายนอก - ทุกคนเป็นศูนย์กลางของการทำงาน - เริ่มจากเล็กๆหลากหลายมิติและเชื่อมโยงแล้วค่อยขยาย -

4.2 การทบทวนวิเคราะห์สถานการณ์ชุมชน

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตเครือข่ายโซนปางค่า ได้ร่วมกันทบทวนบทเรียน ได้วิเคราะห์สถานการณ์ของชุมชน เมื่อปีพ .ศ.2553 โดยการสนทนา แลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกันในประเด็น วิถี“ ได้แก่ เศรษฐกิจ สุขภาพ สังคม และวัฒนธรรมชุมชน พบว่า ”ชีวิต

- ภาวะวิกฤติของชุมชนคือ มองเห็นตัวเองไม่ชัด การพึ่งตนเองในทุกๆด้านลดลง ไม่ได้กำหนดเป้าหมายของชุมชนด้วยตนเอง
- ชาวบ้านประสบกับความเหน็ดเหนื่อยและความยากลำบากที่ต้องหา และวัตถุภายนอก ”เงิน“
- ความสัมพันธ์ของคนในชุมชนลดลง ต่างคนต่างมุ่งแข่งขันแสวงหาเงินและวัตถุ ความสุขจึงหมายถึงความสะดวกสบายและสนุกสนาน การช่วยเหลือแบ่งปันที่เคยมีมาตั้งแต่อดีตเริ่มแปรเปลี่ยนไปกลายเป็นค่าจ้างแทน
- ฐานทรัพยากรที่สำคัญเพื่อการดำรงชีพถูกทำลาย ดินเริ่มไม่ดำ น้ำเริ่มไม่ดี ป่าไม้เริ่มหมดหาย
- สุขภาพกายและจิตเริ่มแย่ลง สถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคเครียด วิตกกังวล โรคไม่ติดต่อทั้งหลายเพิ่มสูงขึ้น
- วิถีการทำมาหากินดั้งเดิม เริ่มหมดคุณค่าและความหมายที่จะสืบทอดสู่ลูกหลาน (ภาคการเกษตร)
- ภาวะหนี้สินทั้งในระบบและนอกระบบ
- ความสามารถหรือการสืบสานภูมิปัญญาท้องถิ่นลดลง

จากภาวะทุกข์ยากดังกล่าวคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปางค่า จึงได้จัดทำโครงการ 6 หมู่ อยู่สุข เพื่อพัฒนาและแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่องตลอดมาเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 10 ปี

4.3 การจัดเวทีสัญจร

จากการจัดเวทีสัญจรทำให้พบว่า การให้ความหมาย หมายถึงการเป็นอยู่ร่วมกันอย่างเป็น ”สุขภาพ“ ปกติสุขไม่เพียงเฉพาะด้านใดด้านหนึ่งไม่ใช่ความหมายสุขภาพที่บุคคลภายนอกกำหนดให้ และที่สำคัญคือการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนต้องไม่แยกออกจากวิถีชีวิตประจำวันของชาวบ้าน และนอกจากนี้ยังพบว่ารูปแบบ/ธีการเข้าถึงชุมชนมีหลากหลายลักษณะเช่น การจัดเวที การเข้าพบปะหารือ พูดคุ้ยชักชวนแบบไม่เป็นทางการ วิธีการเหล่านี้ทำให้บรรยากาศผ่อนคลายเป็นกันเอง ชาวบ้านกล้าที่จะซักถามแลกเปลี่ยนความคิดเห็นมากกว่าการจัดรูปแบบที่เป็นพิธีการหรือทางการ

5. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

โดยใช้วิธีการสนทนา สังเกต พูดคุย เพื่อวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลและสภาพปัญหาต่างๆร่วมกันมี 3 ลักษณะสำคัญคือ

5.1 เวทีที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้กำหนดการไว้ตามปกติเช่น เมื่อมีความจำเป็นเร่งด่วนที่จำเป็นต้องปรึกษาหารือกัน เวทีลักษณะนี้มักเป็นเวทีกลุ่มกิจกรรมต่างๆเป็นต้น

5.2 เวทีที่มีการกำหนดนัดหมายเป็นปกติ เช่นเวทีประชุมสัญจรของอสม และคณะกรรมการเครือข่ายทุกๆ. 2 เดือน

5.3 เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับภายนอก เช่นโครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์พัฒนาสุขภาพทั้ง 4 เครือข่ายโซนมหกรรมคุณงาม ความดี วิถีคนตับเต่า

5.4 การเป็นแหล่งฝึกอบรมและศึกษาดูงาน ชุมชนบ้านปางค่าเป็นแหล่งฝึกอบรมและศึกษาดูงานของหน่วยงานต่างๆ เช่นสาธารณสุขพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สถาบันการศึกษา มหาวิทยาลัยราช) ภัฏเชียงราย สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ นิด้า มหาวิทยาลัยนเรศวร มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง เครือข่ายองค์กรบ้านจุ้ม เมืองเย็นฯการเป็นแหล่งฝึกอบรมและศึกษาดูงานดังกล่าวได้เสริมสร้างความภาคภูมิใจ ความ (มั่นใจให้กับชุมชนตลอดจนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้มาเยือน

5.5 การสรุปบทเรียน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตเครือข่ายโซนปางค่าและชุมชนได้มีการสรุปบทเรียนเป็นระยะๆอย่างต่อเนื่องมาโดยตลอด การสรุปบทเรียนของตนเองทำให้ทราบถึงจุดอ่อน จุดแข็ง ศักยภาพ ปัญหา ที่นำไปสู่การปรับปรุงแก้ไขพัฒนาอยู่ตลอดเวลา อีกทั้งเป็นการตอกย้ำถึงทิศทางในการ / ขับเคลื่อนของขุมขนร่วมกัน

กระบวนการเรียนรู้ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตเครือข่ายโซนปางค่าและชุมชนมีรูปแบบ / วิธีการที่หลากหลาย ไม่เน้นวิธีการฝึกอบรมเพียงรูปแบบเดียว แต่ได้สร้างการเรียนรู้ทุกพื้นที่ ทุกโอกาส ในรูปแบบของกิจกรรม พิธีกรรม ศิลปวัฒนธรรม และเป็นการเรียนรู้ตลอดชีวิตโดยไม่แยกสุขภาพออกจากวิถีชีวิตด้านอื่นๆ หรืออีกนัยหนึ่งคือ ”สุขภาพองค์รวม“

6. รูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาสุขภาพที่เหมาะสม

ชุมชนแต่ละแห่งมีประวัติศาสตร์ มีศักยภาพทุนเดิมที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับสภาพเงื่อนไขของแต่ละพื้นที่ ในการพัฒนาที่ผ่านมาหน่วยงานภายนอกมักจะเป็นผู้กำหนดแนวทาง วิธีการ ตัวชี้วัดต่างๆให้ชุมชนดำเนินการด้วยรูปแบบมาตรฐานเดียวกันทั้งประเทศ จากการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ศึกษาเรียนรู้จากการปฏิบัติจริงร่วมกับชุมชน พบว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาสุขภาพในความหมายของชุมชนที่สังเคราะห์มาจากการปฏิบัติของชุมชนนั้น มีรูปแบบดังนี้คือ

6.1 กลไกสุขภาพมีความหลากหลาย ไม่จำกัดเพียงเจ้าหน้าที่ อสมและผู้นำตามโครงสร้างเท่านั้น .

6.2 กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเป็นเงื่อนไขที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนาซึ่งจะนำไปสู่ความยั่งยืน เป็นการเรียนรู้ตลอดชีวิตและนำความรู้มาสืบทอด ปฏิบัติผ่านช่องทางต่างๆทั้งพิธีกรรม ความเชื่อ ประเพณี ค่านิยม ตัวบุคคล วัฒนธรรมท้องถิ่น วิถีชีวิต มีการเรียนรู้และการปฏิบัติเป็นเนื้อเดียวกันและมีกระบวนการแลกเปลี่ยนกับผู้อื่นที่มีมุมมองแตกต่างกันออกไป และก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องและค่อนข้างถาวรในเรื่องความรู้ ทัศนคติและทักษะ

6.3 การใช้ทุนทางสังคม

เป็นปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งของการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อแก้ไขและพัฒนาด้านต่างๆ รวมทั้งด้านสุขภาพด้วยเช่นกัน ทุนทางสังคมทำให้ชุมชนมีภูมิคุ้มกัน สามารถใช้ทดแทนทุนทางเศรษฐกิจและทุนทางทรัพยากรธรรมชาติที่ลดเหลือน้อยตามองค์ประกอบสำคัญ 3 ด้านดังนี้ คือ ทุนมนุษย์ ทุนที่เป็นสถาบัน และทุนทางปัญญาและวัฒนธรรม

6.4 การจัดการความรู้

จากกระบวนการขับเคลื่อนที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่าคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตเครือข่ายโซนปางค่าและชุมชนมีการจัดการความรู้อยู่ตลอดเวลา มีการวิเคราะห์ สังเคราะห์ สรุปทบทวน ถอดบทเรียน และนำบทเรียนดังกล่าวมาปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

6.5 กระบวนการสนับสนุน หน่วยงานราชการในพื้นที่หรือผู้ทำหน้าที่พี่เลี้ยงมีบทบาทอย่างมากในการสนับสนุนกระบวนการขับเคลื่อนเครือข่าย

6.6 การสื่อสารเพื่อชุมชน การที่เครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปางค่า ชาวบ้าน และหน่วยงานราชการ ภาคีต่างๆมีโอกาสสื่อสารกันหลายช่องทางผ่านกลไกที่ / หลากหลายกระจายครอบคลุมเป็นไปอย่างทั่วถึงช่วยลดความขัดแย้งและสร้างความเข้าใจตลอดจนความร่วมมือต่องานส่วนรวม

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาสุขภาพชุมชนโดยกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันเพื่อให้สอดคล้องเหมาะสมตามสภาพบริบทและเงื่อนไขของชุมชนซึ่งเป็นรากฐานสำคัญนำไปสู่ความเข้มแข็งและยั่งยืน ศึกษาในกลุ่มเป้าหมายคือ กลุ่มประชาชนทั่วไป อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหน่วยงาน กลุ่ม/องค์กรต่างๆ แกนนำชุมชน ที่เกี่ยวข้องและมีบทบาทในการพัฒนาสุขภาพชุมชน ในเขตพื้นที่ให้บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านปางค่า ตำบลตับเต่า อำเภอเทิง จังหวัดเชียงราย โดยเป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้วิธีสังเกตแบบมีส่วนร่วม การเข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชน การสอบถาม และการสัมภาษณ์ ระยะเวลาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2553 ถึงปีงบประมาณ 2563

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาสุขภาพที่เป็นผลมาจากกระบวนการและการเรียนรู้ร่วมกันของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตเครือข่ายโซนปางค่าและชุมชน ภายใต้บริบทและเงื่อนไขของพื้นที่เอง ทั้งนี้ไม่ได้เกิดจากการจัดการและการกำหนดของบุคคลภายนอก แต่เป็นรูปแบบที่กำหนดโดยชุมชนเอง ซึ่งการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาสุขภาพมีองค์ประกอบสำคัญดังนี้

1. กลไกสุขภาพมีความหลากหลาย ไม่จำกัดเพียงเจ้าหน้าที่ อสมและผู้นำตามโครงสร้าง .
2. กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม
3. วิธีคิดของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตเครือข่ายโซนปางค่าและชุมชนเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

4. การใช้ทุนทางสังคม ทั้งทุนมนุษย์ ทุนทางสถาบัน ทุนทางปัญญาและวัฒนธรรม
5. การจัดการความรู้
6. การสรุปบทเรียนและประเมินผล
7. การขยายผล

อภิปรายผล

จากการศึกษาวิจัยรูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาสุขภาพผลการศึกษามีสิ่งน่าสนใจ ซึ่งทำให้ผู้วิจัยพบว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาสุขภาพมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการทำให้ชุมชนมีพลังและเกิดการเปลี่ยนแปลง ซึ่งจะต้องเกิดขึ้นจากการดำเนินงานของชุมชนเองอย่างเป็นธรรมชาติเพื่อให้เห็นปรากฏการณ์ที่เป็นจริงของชุมชน ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงเหมือนการกำหนดตัวเองเป็นนักเดินทางที่ก้าวเดินไปพร้อมๆกับชุมชน ร่วมเรียนรู้ เฝ้ามอง เฝ้าสังเกตุการณ์ โดยกิจกรรม/ผลงานต่างๆที่เกิดขึ้นชุมชนเป็นผู้ดำเนินการเองภายใต้ประเด็นการมีส่วนร่วมและการสร้างเครือข่ายซึ่งมีองค์ประกอบที่ช่วยเสริมสร้างให้เกิดความเข้มแข็ง

ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดหมู่บ้านจัดการสุขภาพของระบบสุขภาพภาคประชาชน กองสนับสนุนบริการสุขภาพที่เสนอแนวคิดอยู่ 4 ด้าน ได้แก่ 1การจัดทำแผนด้านสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของ (ชุมชน2 การจัดการงบประมาณเพื่อใช้ในการพัฒนาด้านสุขภาพ (3 การจัดกิจกรรมด้านสุขภาพในชุมชน (4 (การประเมินผลการจัดการด้านสุขภาพในชุมชนและกำหนดตัวชี้วัด คือ

ตัวชี้วัดที่ 1 ศักยภาพองค์กร กำลังคน .ภาคีเครือข่ายในชุมชนรวมถึงการมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพ

ตัวชี้วัดที่ 2การจัดการด้านทุน โดยส่งเสริมให้มีการระดมทุนทั้งภายในและภายนอกชุมชน .

ตัวชี้วัดที่ 3 การจัดทำแผนสุขภาพของชุมชน โดยชุมชนร่วมกับภาคีเครือข่ายสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

ตัวชี้วัดที่ 4 การถ่ายทอดความรู้สู่ชุมชน โดยจัดให้มีการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ทั้งรายกลุ่ม รายบุคคล

ตัวชี้วัดที่ 5 การจัดกิจกรรมสุขภาพในชุมชน โดยส่งเสริมสนับสนุนให้กลุ่มเป้าหมายต่างๆจัดกิจกรรมสร้างสุขภาพในชุมชน

อย่างไรก็ตามจากผลการศึกษาที่พบ มีข้อแตกต่างกันอยู่บ้างในประเด็นวิธีการมองและให้ความหมายซึ่งชุมชนให้ความหมายที่ครอบคลุมถึงวิถีชีวิตทั้งมวล กระบวนการขับเคลื่อนที่ ”สุขภาพหรือสุขภาวะ“ คำว่า นำไปสู่สุขภาวะจึงเชื่อมโยงกันทุกมิติไม่แยกเรื่องสุขภาพออกจากเรื่องอื่นๆ อีกทั้งตัวชี้วัดความสุขของชุมชนนั้นอาจมีความแตกต่างจากตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขที่มีการกำหนดเป็นมาตรฐานแบบข้างบนลงสู่ข้างล่าง)Top –Downแต่ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับชุมชนจะบริหารจัดการอย่างไรให้เกิดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่ว (น ร่วมเพื่อให้เกิดความยั่งยืน

รูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาสุขภาพอาจเรียกกันในนามอื่นๆเช่น หมู่บ้านสุขภาพดีถ้วนหน้า ชุมชนเป็นสุข ชุมชนสุขภาวะ ฯลฯ ทั้งนี้เป็นเป้าหมายของการพัฒนาสุขภาพหากแต่กระบวนการที่

นำไปสู่เป้าหมายนั้นชุมชนควรกำหนดขึ้นเองตามสถานการณ์ บริบทและเงื่อนไขของแต่ละพื้นที่ซึ่งมีความแตกต่างหลากหลาย

ข้อเสนอแนะ

1. รูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาสุขภาพ เป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของชุมชน ซึ่งแต่ละชุมชนมีความแตกต่างหลากหลายทางประวัติศาสตร์ ภูมิศาสตร์ และวัฒนธรรม ดังนั้นทิศทาง / มาตรฐาน ตัวชี้วัดต่างๆควรมาจากกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของชุมชน และมีความสอดคล้องกับบริบท / เงื่อนไขของแต่ละพื้นที่

2. รูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาสุขภาพ ไม่ควรแยกเป็นกิจกรรมเฉพาะออกจากกิจกรรมอื่นๆของชุมชน ควรผสมผสานและบูรณาการเข้าด้วยกันกับงานต่างๆของชุมชน ไม่ทำเป็นกิจกรรมแต่) (ทำเป็นกระบวนการ

3. กลไกสุขภาพชุมชนควรมีความหลากหลาย ไม่ควรจำกัดให้เป็นบทบาทของเจ้าหน้าที่ อสมและ . ผู้นำตามโครงสร้างเท่านั้น หากเป็นบุคคลใดก็ได้ที่สนใจและมีความพร้อม แกนนำหรือกลไกสุขภาพมีบทบาทในสร้างการเรียนรู้ และสร้างการ / การจัดมีส่วนร่วมหลากหลายรูปแบบวิธีการ ซึ่งขึ้นอยู่กับเงื่อนไขในแต่ละพื้นที่/

4. การปรับบทบาทอสมควรมีการปรับบทบาทให้เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพและแสวงหา . เป็นกลไกชุมชนอย่างแท้จริง.ความร่วมมือจากองค์กรภาคีอื่นๆในการจัดการสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อให้อสม

เอกสารอ้างอิง

นฤมล นิราทร. (2543) การสร้างเครือข่ายการทำงาน : ข้อควรพิจารณาบางประการ. โครงการระหว่างประเทศว่าด้วยการขจัดปัญหาการใช้แรงงานเด็ก องค์การแรงงานระหว่างประเทศ.(ILO.)

พระมหาสุทิตย์อาภากโร (อบอุ่น). เครือข่ายธรรมชาติ ความรู้ และการจัดการ. กทม. : โครงการเสริมสร้างการเรียนรู้เพื่อชุมชน (สสร.) ,2547

กระทรวงสาธารณสุข, แนวทางการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2549

ปาริชาติ วลัยเสถียรและคณะ. กระบวนการและเทคนิคการทำงานของนักพัฒนา. กรุงเทพฯ: โครงการส่งเสริมการเรียนรู้เพื่อชุมชนเป็นสุข (สรส.), 2546

ชินรัตน์ สมสืบ. 2539 การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชนบท นนทบุรี:, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พัฒน์ บุณยรัตพันธุ์. 2517. การสร้างพลังชุมชนโดยกระบวนการพัฒนาชุมชน. กรุงเทพ : โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช.

การพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมสนับสนุนการเลิกบุหรี่โดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านดอนแยง ตำบลหงาว อำเภอเทิง จังหวัดเชียงราย

Development and Evaluation of Smoking Cessation Support Programs by Application the Health Belief Model in people, Health Promoting Hospital at Ban Don Yang Sub-district, Ngao District, Thoeng District, Chiang Rai Province

ปวีณ์นุช วงศ์ภักดิ์

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนแยง

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่องนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อ 1) ศึกษาข้อมูล ความต้องการ ความเชื่อด้านการสูบบุหรี่ 2) พัฒนาโปรแกรมสนับสนุนการเลิกบุหรี่ที่ประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 3)วัดผลการใช้โปรแกรมสนับสนุนการเลิกบุหรี่ ประชากร คือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ประกอบด้วย ญาติผู้ดูแล อสม.ผู้นำชุมชน ผู้บริหารเทศบาลตำบลหงาว และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข กลุ่มที่สอง เป็นผู้สูบบุหรี่ รับสมัครจากผู้สมัครใจเข้าร่วมวิจัย เป็นประชาชนในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนแยง ที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ มีจำนวน กลุ่มทดลอง 43 คน และกลุ่มควบคุม 43 คน รวมตัวอย่างทั้งสิ้น 86 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยโปรแกรมสนับสนุนการเลิกบุหรี่ที่ได้จากการพัฒนาในขั้นตอนแรก และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แนวทางการสนทนากลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และแบบสอบถามการประเมินผลโปรแกรมสนับสนุนการเลิกบุหรี่ ระยะเวลาในการวิจัย คือ เดือนตุลาคม พ.ศ. 2562 ถึงกันยายน พ.ศ. 2563 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติอนุมาน เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้วยสถิติ Independent t-test และ paired-test โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัย แบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยมีการกำหนดรายละเอียด ระยะการดำเนินงานวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1) ศึกษาข้อมูล ความต้องการ ความเชื่อด้านการสูบบุหรี่ ระยะที่ 2) ระยะดำเนินงานพัฒนาโปรแกรมสนับสนุนการเลิกบุหรี่ และระยะที่ 3) ประเมินผลโปรแกรมสนับสนุนการเลิกบุหรี่

ผลการศึกษา พบว่า 1)โปรแกรมสนับสนุนการเลิกบุหรี่ เน้นแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ โดยโปรแกรมจะเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายจากการสูบบุหรี่ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่การรับรู้ประโยชน์ของการไม่สูบบุหรี่ และด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ จัดกิจกรรมเดือนละ 1 ครั้ง ครั้งละ ครึ่งวัน จำนวน 4 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 1 เดือน 2) การประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม ผลการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีผลลัพธ์ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายจากการสูบบุหรี่ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์ของการไม่สูบบุหรี่ การรับรูถึงอุปสรรคของการสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และการเลิกบุหรี่ดีขึ้นกว่าก่อนทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุม

บทนำ

บุหรี่เป็นสิ่งเสพติดที่เต็มไปด้วยสารมากถึง 7,000 ชนิด และมีถึง 70 ชนิดที่เป็นสารก่อให้เกิดโรคมะเร็ง และโรคหัวใจ ไม่ว่าจะเป็น น้ำมันดิน คาร์บอนมอนอกไซด์ และนิโคติน ซึ่งไม่เพียงแต่ส่งผลเสียต่อตัวผู้สูบ แต่ควันบุหรี่ยังมีประสิทธิภาพในการทำร้ายคนรอบข้าง ปัจจุบันจึงมีหลายหน่วยงานหันมารณรงค์ให้คนไทย ลด ละ เลิกบุหรี่ เนื่องจากยอดคนไทยที่สูบบุหรี่ยังคงมีจำนวนมากถึง 20.7% ถึงแม้สถิติการสูบบุหรี่จะลดลงแล้วก็ตาม แต่มีการประเมินว่า 1 ใน 4 ของผู้สูบ จะเสียชีวิตด้วยโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ในอีก10-20 ปี ถัดไป ผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพร่างกาย สารต่างๆ ซึ่งมีอยู่ในบุหรี่ และในควันบุหรี่ เมื่อผู้สูบบุหรี่สูดเข้าสู่ร่างกายพร้อมๆ กัน จะก่อให้เกิดพิษ ที่ทำอันตรายต่อร่างกาย ซึ่งผลกระทบต่อร่างกาย ทำให้เกิดอาการ ผลกระทบระยะสั้น ได้แก่ ประสาทสัมผัสของการรับรู้กลิ่นและรส จะทำหน้าที่ได้ลดลง แสบตา น้ำตาไหล ขนอ่อนที่ทำหน้าที่พัดโบก เพื่อกำจัดสิ่งแปลกปลอมภายในหลอดลมเป็นอัมพาตหรือทำงานได้ช้าลง ระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ในปอดและในกระแสเลือดเพิ่มสูงขึ้น หัวใจเต้นเร็วขึ้นและความดันโลหิตสูงขึ้น มีกรดในกระเพาะอาหารมากขึ้น เกิดกลิ่นที่น่ารังเกียจตามร่างกายและเสื้อผ้า ลมหายใจมีกลิ่นเหม็นและมีกลิ่นปาก ผลกระทบระยะยาว ได้แก่ เป็นสาเหตุของการเกิดโรคต่างๆ เช่น โรคมะเร็งปอด และมะเร็งในส่วนต่างๆ ของร่างกาย เช่น กล่องเสียง ลำคอ หลอดอาหาร และกระเพาะปัสสาวะ โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ และโรคหัวใจขาดเลือด มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการ หัวใจวาย โรคหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดส่วนอื่นๆ ตีบตัน และหลอดเลือดใหญ่ทรวงอกและช่องท้องโป่งพอง โรคถุงลมโป่งพอง โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง ทำให้สมรรถภาพทางเพศเสื่อม จากการอุดตันของเส้นเลือดขนาดเล็กที่ไปเลี้ยงประสาทที่เกี่ยวกับการควบคุมการแข็งตัวของอวัยวะเพศ เกิดอาการเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงแขนและขาตีบตัน อาจต้องตัดแขนหรือขาทิ้ง ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ จะมีค่าใช้จ่ายประมาณวันละ 10.8 บาทต่อคน โดยผู้ชายมีรายจ่ายสูงกว่าผู้หญิงเกือบเท่าตัว คือ ประมาณ 11.0 บาท และผู้หญิงประมาณ ๖.๗ บาท ถึงแม้รายจ่ายต่อคนต่อวัน จะไม่สูงมากนัก แต่ถ้าพิจารณาใน พ.ศ. ๒๕๔๔ มีผู้สูบบุหรี่เป็นประจำ จำนวน 10,557,100 คน ดังนั้น ผู้สูบบุหรี่ทั้งหมด ต้องเสียเงินเป็นค่าใช้จ่าย รวมกันถึง 4 หมื่นกว่าล้านบาทต่อปี นอกจากนี้ จากการสำรวจ ผู้สูบบุหรี่กว่าหนึ่งล้านล้านคนทั่วโลก พบว่าเป็นเพศชาย จำนวน 945 ล้านคน และ เพศหญิง 180 ล้านคน, 300 ล้านคนเป็นบุคคลที่อาศัยอยู่ในประเทศที่พัฒนาแล้ว และอีกกว่า 800 ล้านคนเป็นบุคคลที่อาศัยอยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนาและในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบว่ามีจำนวนผู้สูบบุหรี่ทั้งหมด 122,087,477 ล้านคน, 10% จากผู้สูบบุหรี่ทั่วโลก (Tan Yen Lian and Ulysses Dorotheo, 2018) บุหรี่ทำลายชีวิตผู้คนมากกว่า 7 ล้านคนต่อปี และมากกว่า 6 ล้านคน เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่โดยตรงและอีกมากกว่า 890,000 คน เสียชีวิตจากการรับบุหรี่มือสองจากผู้ที่สูบบุหรี่ (World Health Organization, 2018)

ในประเทศไทยปี พ.ศ. 2560 พบว่า ประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป เป็นผู้สูบบุหรี่ 10.7 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19.1 อัตราการบริโภคยาสูบตามกลุ่มอายุ 15-18 ปีเท่ากับร้อยละ 7.8 (มหาวิทยาลัยมหิดล, 2561) ถึงแม้ปัญหาสูบบุหรี่เป็นปัญหาสำคัญที่เป็นเรื่องที่ต้องการที่จะแก้ไขในหลายจังหวัดในประเทศไทย และ

ถึงแม้ว่าในจังหวัดเชียงรายจะมีอัตราสูบบุหรี่ลดลงจาก 19.58 % ในปี 2554 เหลือ 14.54 % ในปี 2560 แต่สภาพปัญหาดังกล่าวนี้สมควรดำเนินการแก้ไขต่อไป จนกว่าปัญหาจะลดลงหรือหมดไป

จากข้อมูลการคัดกรองผู้สูบบุหรี่ในกลุ่มอายุ15 ปีขึ้นไปในอำเภอเทิง จากระบบข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย (HDC on cloud ข้อมูล ณ วันที่ 10 กันยายน พ.ศ. 2561) จากทั้งหมด จำนวน 51,550 คน สามารถคัดกรองการสูบบุหรี่ได้ จำนวน 31,362 คน ร้อยละ 60.84 สูบบุหรี่ 3,210 คน ร้อยละ 10.24 ส่วนสถานการณ์จำนวนผู้สูบบุหรี่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนแยง มีประชากรกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 2,810 คน สูบบุหรี่ 350 คน คิดเป็นร้อยละ 12.70 หากไม่ดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จำนวนผู้สูบบุหรี่ทั้งหมดจะกลายเป็นผู้ป่วยรายใหม่ในโรคต่างๆ ดังกล่าวข้างต้น

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเทิง เมื่อมีการคัดกรองสุขภาพประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปเมื่อพบว่ากลุ่มเป้าหมายสูบบุหรี่ มีการให้คำแนะนำให้เลิกบุหรี่เท่านั้น แต่ไม่มีกิจกรรม ไม่มีคลินิกบำบัดบุหรี่มารองรับ หรือมีการดำเนินการใดๆมา รองรับ ทำให้สถิติการสูบบุหรี่ในแต่ละสถานบริการไม่ลดลงและยังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจากการเพิ่มจำนวนผู้สูบบุหรี่หน้าใหม่ในแต่ละปี จากสถานการณ์ดังกล่าวโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนแยง จึงได้หารูปแบบการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนให้ผู้สูบบุหรี่เลิกบุหรี่โดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นหลัก

การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพ โดยเชื่อว่าการปฏิบัติของบุคคลในการป้องกันโรคหรือการให้ความร่วมมือในการป้องกันโรคนั้น ขึ้นอยู่กับความเชื่อด้านสุขภาพ และปัจจัยร่วมที่ชักนำให้เกิดการปฏิบัติ โดยอาจเริ่มจากการศึกษาปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพของคนในชุมชนและค้นหาประชากรกลุ่มเสี่ยงโดยพิจารณาจากปัญหาสุขภาพ ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพที่มีอยู่แล้ว เมื่อได้พฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการปรับเปลี่ยนแล้ว ขั้นต่อไปคือการสำรวจหรือตรวจสอบความเชื่อด้านสุขภาพที่มีอยู่เดิมของบุคคลก่อน ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ความรุนแรงของโรค ประโยชน์และค่าใช้จ่าย หรืออุปสรรคของการปฏิบัติด้านสุขภาพในเรื่องนั้น ตลอดจนปัจจัยอื่นๆที่มีส่วนกระตุ้นการปฏิบัติของคนในชุมชน หลังจากนั้น จึงจัดโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่มีเนื้อหาและกระบวนการที่มุ่งส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยง มีความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค โดยการวิเคราะห์ ยกตัวอย่างหรือชี้ให้เห็นถึงความเชื่อมโยงของพฤติกรรมที่ปฏิบัติอยู่จริง กับโอกาสในการเกิดโรคหรือปัญหาสุขภาพมีความเชื่อต่อความรุนแรงของโรค โดยเน้นให้เห็นถึงผลที่ตามมาจากพฤติกรรมเสี่ยงนั้นๆ อาจใช้ตัวอย่างจริงของบุคคลที่ได้รับผลกระทบจากการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่นผู้ที่ถูกตัดกล่องเสียงจากการสูบบุหรี่ เป็นต้น มีความเชื่อต่อประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติตามคำแนะนำ โดยให้รายละเอียดของการปฏิบัติที่ถูกต้อง และเน้นถึงการเกิดผลดีของการปฏิบัติในด้านของการป้องกันโรค การหายจากโรค การเป็นแบบอย่างที่ดีและอื่นๆ(อาภาพร เผ่าวัฒนา และคณะ ,2554 : 40) มีความเชื่อต่อประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติตามคำแนะนำ โดยให้รายละเอียดของการปฏิบัติที่ถูกต้อง และเน้นถึงการเกิดผลดีของการปฏิบัติในการป้องกันโรค การหายจากโรค การเป็นแบบอย่างที่ดีและอื่นๆ ลดความเชื่อต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ โดยการสร้างความมั่นใจต่อการปฏิบัติให้ข้อมูลที่ถูกต้องหรือปรับปรุงรูปแบบการบริหารจัดการ เพื่อให้การปฏิบัติมีความสะดวก ลดขั้นตอนที่ยุ่งยาก

หรือลดค่าใช้จ่ายที่มากเกินไป วางแผนจัดสิ่งชักนำที่เหมาะสมที่จะเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ดีขึ้น เช่น แรงสนับสนุนจากครอบครัวหรือเพื่อนร่วมงาน การนัด การเยี่ยมบ้าน เป็นต้น (อาภาพร เผ่าวัฒนา และคณะ ,2554 : 41) ดังนั้นผู้ทำวิจัยจึงมีความประสงค์ที่จะทำการศึกษา การพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมการสนับสนุนการเลิกบุหรี่โดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของประชาชนในเขต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนแยง โดยมีโปรแกรมสนับสนุนการเลิกบุหรี่ระยะการดำเนินงานวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1) ศึกษาข้อมูล ความต้องการ ความเชื่อด้านการสูบบุหรี่ ระยะที่ 2) ระยะดำเนินงานพัฒนาโปรแกรมสนับสนุนการเลิกบุหรี่ และระยะที่ 3) ประเมินผลโปรแกรมสนับสนุนการเลิกบุหรี่ ตามลำดับต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาข้อมูล สถานการณ์ ปัญหา อุปสรรค ความเชื่อด้านการสูบบุหรี่
2. เพื่อพัฒนาโปรแกรมสนับสนุนการเลิกบุหรี่ที่ประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
3. เพื่อประเมินผลการใช้โปรแกรมสนับสนุนการเลิกบุหรี่ ที่ประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

สมมติฐาน

1. ผู้สูบบุหรี่ภายหลังที่เข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการเลิกบุหรี่โดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์ของการไม่สูบบุหรี่ การรับรู้ถึงอุปสรรคของการสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และการเลิกสูบบุหรี่ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ

2. ผู้สูบบุหรี่ภายหลังที่เข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการเลิกบุหรี่โดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์ของการไม่สูบบุหรี่ การรับรู้ถึงอุปสรรคของการสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และการเลิกสูบบุหรี่ดีกว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ ดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม ฯ

กรอบแนวคิดงานวิจัย

แผนภูมิที่ 1.1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. ผู้สูบบุหรี่ได้รับการสนับสนุนในการเลิกบุหรี่ ลดความเสี่ยงในการเกิดโรคเรื้อรังต่างๆ
2. ได้รูปแบบโปรแกรมสนับสนุนการเลิกบุหรี่ ที่สอดคล้องกับการแก้ไขปัญหาการเลิกบุหรี่
3. ได้แนวทางต้นแบบทางวิชาการในเรื่องการพัฒนาโปรแกรมสนับสนุนการเลิกบุหรี่ เพื่อนำสู่การขยายผลในการจัดตั้งคลินิกบำบัดผู้สูบบุหรี่ในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
4. นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพงานและการบรรลุตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ตามแผนงานตามยุทธศาสตร์ที่ 2 : ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ ประกอบด้วย ตัวชี้วัดที่ 18 : ร้อยละของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป บริโภคยาสูบ และได้รับการติดตามบำบัด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มที่ 1 กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในศึกษาข้อมูล ความต้องการ ความเชื่อด้านการสูบบุหรี่ ด้วยการสนทนากลุ่มย่อย ตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วย ผู้สูบบุหรี่ (5 คน) ญาติผู้ดูแล (5 คน) อาสาสมัครสาธารณสุข (5 คน) ผู้นำชุมชน (5 คน) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รพ.สต.บ้านดอนแยงและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากเทศบาลตำบลหงาว (5 คน) รวม 25 คน

กลุ่มที่ 2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลองใช้โปรแกรมสนับสนุนการเลิกบุหรี่ประกอบด้วยผู้สูบบุหรี่ จำนวน 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง จำนวน 45 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 45 คน เก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 2 ครั้ง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการหาคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย ได้แก่ โปรแกรมสนับสนุนเลิกบุหรี่ แนวทางสนทนากลุ่ม และแบบสอบถามการประเมินผลโปรแกรมสนับสนุนการเลิกบุหรี่ พัฒนามาจากการศึกษาของ ปรัชพร กลีบประทุม ,2559) และแบบสอบถาม ของมนูญ ศรีเพ็ชรสัย,2552

การวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเกี่ยวกับสถานภาพทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติพื้นฐานในการวิเคราะห์ได้แก่ การหาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความแตกต่าง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์ของการไม่สูบบุหรี่และลดอุปสรรคในการเลิกบุหรี่ การรับรู้ถึงอุปสรรคของการสูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ และ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ก่อนและหลังดำเนินการ ใช้ Paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า

1. ผลการศึกษา ปัญหาศึกษาข้อมูล ความต้องการ ความเชื่อด้านการสูบบุหรี่

ทุกฝ่ายตระหนักในปัญหาและมีความจำเป็นที่จะต้องให้การสนับสนุนในการเลิกบุหรี่ ทุกฝ่ายพร้อมให้ความร่วมมือ โดยเชิญชวนผู้สมัครใจ เดือนละ 1 ครั้ง ครั้งละ ครึ่งวัน จำนวน 4 ครั้ง จัดที่ห้องประชุม รพ.สต.บ้านดอนแยง อสม.จะส่งรายชื่อผู้ติดบุหรี่ทุกคนในละแวกบ้านให้ รพ.สต. ในด้านของ รพ.สต.จะทำหนังสือเชิญผู้สูบบุหรี่เข้ารับการอบรม เทศบาลตำบลหงาวสนับสนุนงบประมาณในการจัดอบรม อสม. ญาติและผู้สูบบุหรี่ สนับสนุนงบประมาณในการจัดซื้อชุดตรวจสมรรถภาพของปอด มีการตรวจสุขภาพร่างกายเพื่อประเมินผลการดำเนินงาน ทีมงานยกร่างโปรแกรมสนับสนุนการเลิกบุหรี่ กำหนดกิจกรรม กระบวนการ

นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบพิจารณาดูความตรง และความสอดคล้องของเนื้อหา และกระบวนการ กับผลลัพธ์ที่ต้องการ โดยผู้วิจัยได้ทำการปรับปรุง แก้ไข ตามข้อเสนอแนะ ก่อนนำไปใช้จริงในการจัดกิจกรรมกับกลุ่มทดลอง การจัดทำโปรแกรมสนับสนุนการเลิกบุหรี่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายจากการสูบบุหรี่ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่การรับรู้ประโยชน์ของการไม่สูบบุหรี่ และด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่จัดกิจกรรมเดือนละ 1 ครั้ง ครั้งละ ครึ่งวัน จำนวน 4 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 1 เดือน เพื่อให้โอกาสได้เกิดการเรียนรู้ ตั้งเป้าหมายในการเลิกบุหรี่

2. ผลการประเมินโปรแกรมสนับสนุนการเลิกบุหรี่โดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ผลการศึกษา พบว่า 1)โปรแกรมสนับสนุนการเลิกบุหรี่ เน้นแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ โดยโปรแกรมจะเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายจากการสูบบุหรี่ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่การรับรู้ประโยชน์ของการไม่สูบบุหรี่ และด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ จัดกิจกรรมเดือนละ 1 ครั้ง ครั้งละ ครึ่งวัน จำนวน 4 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 1 เดือน 2) การประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม ผลการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีผลลัพธ์ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายจากการสูบบุหรี่ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์ของการไม่สูบบุหรี่ การรับรู้ถึงอุปสรรคของการสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และการเลิกบุหรี่ดีขึ้นกว่าก่อนทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุม

อภิปรายผล

การพัฒนาโปรแกรมสนับสนุนการเลิกบุหรี่ พบว่า หลังจัดกิจกรรมแต่ละครั้ง ห่างกันทุก 1 เดือน รวม 4 ครั้ง ผลการดำเนินงานหลังทดลอง มีผู้ที่สามารถเลิกบุหรี่ได้ จำนวน 5 ราย ในระยะ 1-6 เดือน สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทิกา อนันตชัยพัทธนา และคณะ (2560) และการศึกษาของ พรรณปพร ลีวิโรจน์ และคณะ (2559) แสดงว่าการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สามารถทำให้ผู้สูบบุหรี่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ซึ่งโปรแกรมส่วนใหญ่ผู้วิจัยเป็นผู้ออกแบบโดยใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (health belief model)และทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self–Efficacy)การจัดกิจกรรมเน้นการเรียนรู้ร่วมกัน จากการทดลองพบว่า กิจกรรมที่จัดจำนวน 4 ครั้ง ที่ประยุกต์นำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ทำให้เกิดความตระหนักถึงโทษของบุหรี่ ซึ่งผู้เข้าร่วมโปรแกรม ฯ บางคน ไม่เคยได้รับรู้อันตราย ความรุนแรง โทษของบุหรี่มาก่อน การจัดกิจกรรมจึงทำให้เกิดการเรียนรู้ที่จะลด ละ เลิกการสูบบุหรี่ ให้ได้ในที่สุด

ข้อเสนอแนะ

1.1 ควรนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาสร้างความเข้าใจกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อให้การกำหนดโปรแกรมสนับสนุนการเลิกบุหรี่เป็นการริเริ่มโดยคนในชุมชน

1.2 นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มาจัดทำแผนการให้สุขศึกษารายกลุ่มของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ ไปใช้ในทุกหน่วยของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.

1.3 ควรทำวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ในการหารูปแบบการสนับสนุนให้ประชาชนเลิกบุหรี่ ของแต่ละหมู่บ้าน

เอกสารอ้างอิง

นิยม จันทรนวล .2560. **ผลการประยุกต์ ทฤษฎีการรับรูความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเจาหน้าที่ตำรวจ สถานีตำรวจภูธรเมือง จังหวัดชัยภูมิ.** งานวิจัย.วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล. วันที่คนขอมูล 2 มิถุนายน 2562 เขาถึงไดจาก https://he02.tci-thaijo.org

นันทิกา อนันตชัยพัทธนา และคณะ .2560. **การพัฒนารูปแบบการสนับสนุนทางสังคมและเครือขายทางสังคม สำหรับการเลิกสูบบุหรี่ กลุมตัวอยาง คือ ผูสูบบุหรี่บานสันนายาว อำเภอแมจัน จังหวัดเชียงราย.**วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์.มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง.

ปานชีวัน แลบุญมา .2551 . **แบบแผนความเชื่อดานสุขภาพและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชนในเขตสถานีอนามัยบานแมปุ อำเภอแมพริก จังหวัด ลำปาง** . วิทยานิพนธ์. สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ปรัชพร กลีบประทุมและคณะ .2559. **ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการเลิกสูบบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันในตำบลบางแก้ว อำเภอเมือง จังหวัดอ่างทอง**.วิทยานิพนธ์. สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.

พรรณปพร ลีวิโรจน์ และคณะ .2559. **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และผลการพัฒนาโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม เพื่อลดการสบู บุหรี่ในวัยรุ่นนอกระบบการศึกษา** . งานวิจัย. ศูนย์วิจยัและจดัการความรู้เพื่อควบคุมการบริโภค ยาสูบ (ศจย) . สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

มนูญ ศรีเพ็ชรสัย 2552 **ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนรัฐ ในจังหวัดปัตตานี** .วิทยานิพนธ์ .สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). **7 วิธีเลิกบุหรี่ให้เห็นผล**, 2556)ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ: 19 ตุลาคม 2562] สืบค้นจาก: https://www.thaihealth.or.th

ความสำเร็จของการพัฒนาระบบเฝ้าระวังควบคุมโรคติดต่อบริเวณจุดผ่อนปรนชายแดนไทย – สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย ปี 2562

นรินทร์ สุริยนต์, ศิริรัตน์ เสนไสย์ และพิษณุรักษ์ กันทวี

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

บทคัดย่อ

จังหวัดเชียงรายได้ดำเนินการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคแบบบูรณาการและพัฒนาความร่วมมือระหว่างประเทศ (อำเภอ-เมือง คู่ขนาน) บริเวณจุดผ่อนปรนบ้านแจมป๋อง ตำบลหล่ายงาว จุดผ่อนปรนบ้านห้วยลึก ตำบลม่วงยาย อำเภอเวียงแก่น โดยได้ศึกษาการพัฒนาระบบเฝ้าระวังควบคุมโรคติดต่อ บริเวณจุดผ่อนปรนชายแดนไทย - สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย: กรณีจุดผ่อนปรนแจมป๋องและจุดผ่อนปรนห้วยลึก วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษากระบวนการทำงานระบบเฝ้าระวังควบคุมโรคติดต่อและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ฯ วิธีการศึกษาใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนาโดยวิธีการจัดเก็บข้อมูล 2 แบบ คือการจัดเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพโดยประยุกต์ใช้วิธีเชิงระบบ (Theory-Driven Evaluation (TDE)) เป็นกรอบแนวคิด กลุ่มตัวอย่างจากการสุ่มแบบเจาะจงคัดเลือกตัวอย่างสุ่มแบบง่ายที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานโครงการ จำนวน 560 คน ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยการวิเคราะห์ทางสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา ข้อมูลทั่วไป พื้นที่จุดผ่อนปรนแจมป๋อง ร้อยละ 64 จุดผ่อนปรนห้วยลึก ร้อยละ35.8 ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 51.3 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 77.4 มีความหลากหลายทางชนเผ่า ส่วนใหญ่เป็นสัญชาติลาว ร้อยละ 98.8 ซึ่งพบว่าทางเลือกในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยเลือกสถานพยาบาลที่ไปรักษา คือ สุขศาลา ร้อยละ 41 เหตุผลที่ไปรักษาเพราะว่ามีประวัติการรักษา/โรคเรื้อรัง ร้อยละ 16.2 เมื่อมีโรคติดต่อที่ร้ายแรงหรือโรคระบาดที่รุนแรง ส่วนใหญ่แจ้งให้ญาติพี่น้อง/พ่อแม่ ทราบ ร้อยละ 43.0 ผลลัพธ์ของโครงการ โดยวิธีเชิงระบบ (Theory-Driven Evaluation (TDE)) พบว่า ผลการศึกษาบริบทและรูปแบบโครงการ มีกระบวนการที่มีเครือข่ายทำงานเป็นจุดเด่นของการดำเนินโครงการเพื่อเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อชายแดน ซึ่งเป็นเหตุปัจจัยส่งเสริมให้โครงการประสบความสำเร็จอย่างยั่งยืน รูปแบบโครงการมีความสอดคล้องกับความต้องการของบริบทพื้นที่ เหมาะสมกับศักยภาพของผู้ปฏิบัติงาน ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จ คือ 1) ความร่วมมือภาคีเครือข่ายในประเทศและระหว่างประเทศในพื้นที่ชายแดนระดับอำเภอ-เมืองคู่ขนาน 2) ส่วนร่วมของเครือข่ายที่ร่วมออกแบบการดำเนินงานร่วมกัน 3) จุดเด่นในการบริหารจัดสรรทรัพยากร 4) แกนนำพี่เลี้ยงในการดำเนินงาน 5) ความสำเร็จของการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานเพื่อเฝ้าระวังโรคติดต่อชายแดน

สรุปและข้อเสนอแนะ ค้นพบปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินโครงการและรูปแบบระบบเฝ้าระวังควบคุมโรคติดต่อบริเวณจุดผ่อนปรนชายแดนที่ขับเคลื่อนการดำเนินงานที่เป็นระบบอย่างชัดเจน รูปแบบการติดต่อสื่อสารเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารและความคิดเห็น สื่อสารความเสี่ยงในระดับพื้นที่ประเด็นการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ มีเครือข่ายการทำงานที่เข้มแข็งและมีแนวทางการดำเนินงานอย่างชัดเจนเป็นรูปธรรม ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ควรนำแนวทางรูปแบบที่ได้จากการพัฒนาระบบเฝ้าระวังควบคุมโรคติดต่อบริเวณจุดผ่อนปรนชายแดนไทย - สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย ขยายรูปแบบกระบวนการทำงานร่วมกันอย่างยั่งยืนต่อเนื่อง และร่วมมือในประเด็นโรค ภัยสุขภาพที่สำคัญ นำไปสู่การทำงานของพื้นที่บริเวณจุดผ่อนปรนอื่น

บทนำ

จังหวัดเชียงรายมีพื้นที่ชายแดนที่มีอาณาเขตติดกับประเทศเพื่อนบ้านคือเมียนมา และสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ที่มีการอพยพเคลื่อนย้ายของประชากรสูง มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อตามแนวชายแดน โรคอุบัติใหม่จากการเคลื่อนย้ายของประชากร ซึ่งพบว่ามีการระบาดของโรคติดต่อสำคัญในพื้นที่ เช่น โรคไข้เลือดออก วัณโรค มือเท้าปาก[1] ทั้งนี้อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย มีพื้นที่ติดต่อกับสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ทางทิศเหนือและทิศตะวันออก โดยติดกับแขวงบ่อแก้ว การสัญจรทางเรือติดต่อข้ามมายังหมู่บ้านที่ติดกับแม่น้ำโขง ได้แก่ บ้านห้วยเอียน บ้านแจมป๋อง ตำบลหล่ายงาว และบ้านห้วยลึก ตำบลม่วงยาย อำเภอเวียงแก่น โดยมีจุดผ่อนปรนบ้านแจมป๋องและจุดผ่อนปรนบ้านห้วยลึก ซึ่งประกาศเปิดจุดผ่อนปรน เมื่อปี 2538 โดยมติของคณะกรรมการศูนย์สั่งการชายแดนไทย-ลาว เพื่อส่งเสริมการค้าให้ชาวไทย-ลาวเดินทางสัญจรและซื้อขายสินค้าท่องเที่ยว กระชับความสัมพันธ์ระดับท้องถิ่นระหว่างจังหวัดเชียงรายและแขวงบ่อแก้ว

ปัจจุบัน บริเวณจุดผ่อนปรนบ้านแจมป๋อง ตำบลหล่ายงาว และจุดผ่อนปรนบ้านห้วยลึก ตำบลม่วงยาย อำเภอเวียงแก่น เป็นเส้นทางเศรษฐกิจการค้าขายแลกเปลี่ยนที่ไร้พรมแดน และขยายตัวภาคเศรษฐกิจการค้าข้ามพรมแดนในระดับท้องถิ่นระหว่างประเทศ มีการคมนาคมไป-มาอย่างเสรี มีการหลั่งไหลเข้ามาของกลุ่มพ่อค้าแม่ค้าและแรงงานข้ามชาติ เกิดชุมชนการค้าขนาดใหญ่ภายใต้พื้นที่การค้าชายแดน ด้วยลักษณะเฉพาะของพื้นที่ชายแดนที่เอื้อให้ชาวไทยและชาวลาวได้มีโอกาสในการติดต่อสัมพันธ์กันมาโดยตลอด ผู้คน วัฒนธรรมมีการเชื่อมโยงและคุ้นชินกับการปฏิสัมพันธ์กับคนอีกฝั่งชายแดนโดยไม่รู้สึกแปลกแยก [2]-[3]แลพึ่งพากันในรูปแบบอื่นๆ เช่น การข้ามเข้ามาเพื่อมารับการรักษาพยาบาลของชาวลาวที่โรงพยาบาลของรัฐ พื้นที่อำเภอชายแดน ทำให้ส่งผลกระทบตามมาในหลายประเด็น มีการระบาดของโรคติดต่อในพื้นที่ชายแดน การแพร่ระบาดของโรคติดต่อข้ามพรมแดน โรคที่แฝงมากับการเคลื่อนย้ายระหว่างประเทศ เมื่อปี 2558-2559 พบโรคติดต่อบริเวณชายแดนไทย-ลาว ได้แก่ โรคพิษสุนัขบ้า โรคคอตีบ ไข้เลือดออก ตาแดง มือเท้าปาก อุจจาระร่วง โรคเอดส์ วัณโรค การส่งเสริมอนามัยเจริญพันธุ์ การคลอดลูกอย่างปลอดภัย การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็ก รวมไปถึงการรับภาระด้านการบริการสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐ การแอบแฝง ลักลอบนำสิ่งของต้องห้ามเข้าและออกพรมแดน การทะลักของยาเสพติด แรงงานต่างด้าว วัตถุผิดกฎหมาย ยาเถื่อน ยาอันตราย ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัย ทั้งนี้บริเวณจุดผ่อนปรนบ้านแจมป๋อง ตำบล หล่ายงาว และจุดผ่อนปรนบ้านห้วยลึก ตำบลม่วงยาย อำเภอเวียงแก่นดังกล่าว ยังขาดเจ้าหน้าที่หลักในการดูแลจุดผ่อนปรน หน่วยงานที่ปฏิบัติงานที่หลากหลายนั้นยังขาดความรู้เรื่องโรคติดต่อ และการป้องกันตนเอง ขาดความรู้ความตระหนักถึงพิษภัยของยาปลอม เครื่องสำอาง และอาหารที่นำเข้า ส่งออกไม่มีระบบการเฝ้าระวังและวิธีการคัดกรองผู้ผ่านช่องทาง เป็นช่องว่างที่ยังไม่มีระบบการเฝ้าระวังโรค

ในปี 2561 อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ ได้ร่วมกันดำเนินการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคแบบบูรณาการ และพัฒนาความร่วมมือระหว่างประเทศ (อำเภอ-เมือง คู่ขนาน) บริเวณจุดผ่อนปรน บ้านแจมป๋อง ตำบล หล่ายงาว และจุดผ่อนปรน บ้านห้วยลึก ตำบลม่วงยาย อำเภอเวียงแก่น ผู้วิจัยจึงเล็งเห็น

ความสำคัญการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อ บริเวณจุดผ่อนปรน ที่ส่งผลต่อระบบสุขภาพของคนในพื้นที่อำเภอชายแดน และการแพร่ระบาดของโรคติดต่อข้ามพรมแดน เพื่อสามารถนำไปสู่การปิดช่องว่างการเกิดโรคติดต่อชายแดนและผลิตภัณฑ์สุขภาพต่อไป

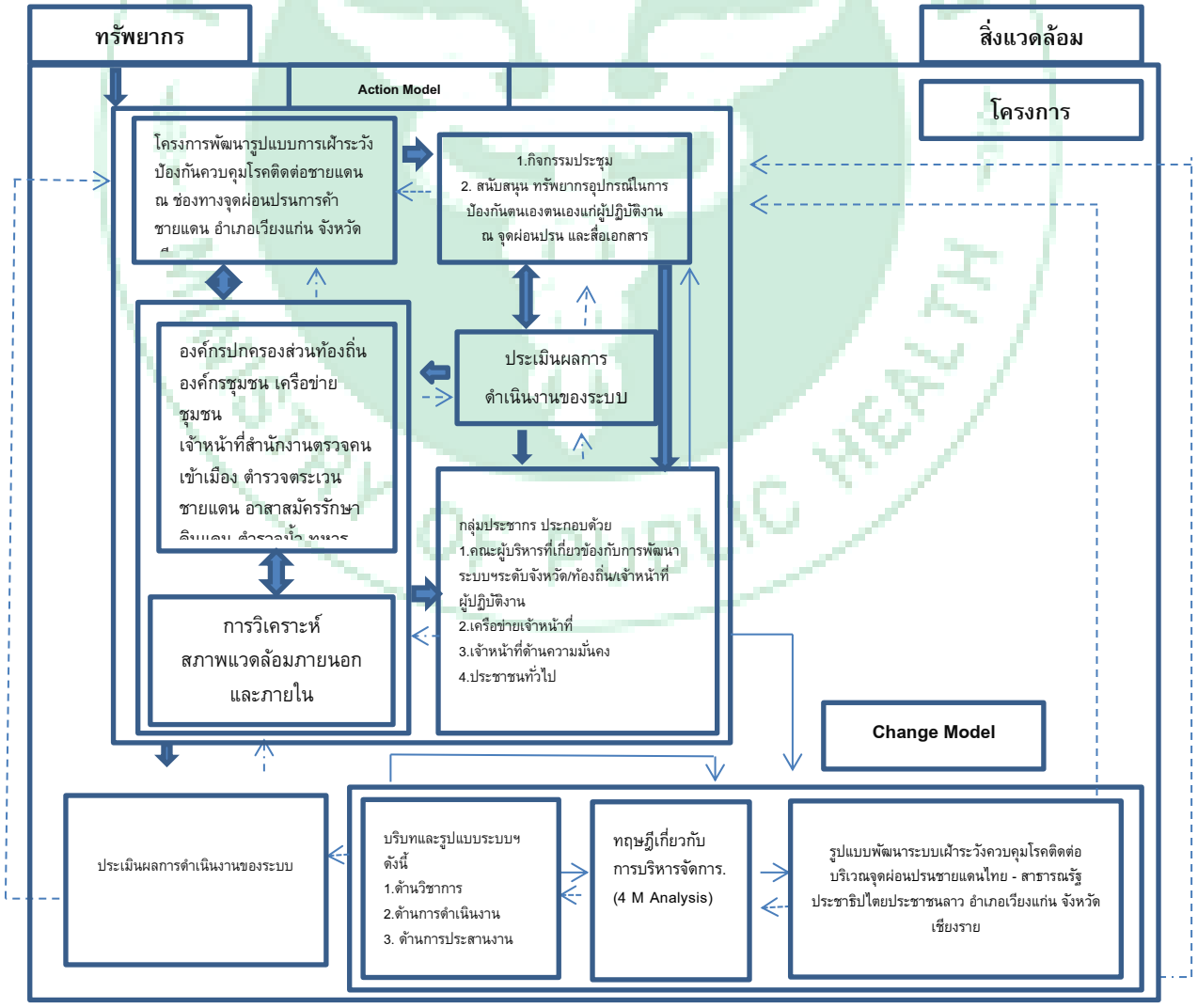
วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพัฒนาระบบเฝ้าระวังควบคุมโรคติดต่อ บริเวณจุดผ่อนปรนชายแดนไทย - สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย: กรณีจุดผ่อนปรนแจมป๋องและจุดผ่อนปรนห้วยลึก ปี 2561-2562

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research & Development : R&D) [4] โดยใช้วิธีการจัดเก็บข้อมูล 2 แบบ คือการจัดเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ [5] และข้อมูลเชิงคุณภาพ [6] โดยประยุกต์ใช้วิธีเชิงระบบ (Theory-Driven Evaluation (TDE)) [7] เป็นกรอบแนวคิด

กรอบแนวคิดในการศึกษา



ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยนี้ สุ่มตัวอย่างแบบจำเพาะ 4 กลุ่ม คือ คณะผู้บริหารที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบฯระดับจังหวัดและท้องถิ่น เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เครือข่ายเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง กลุ่มประชาชนทั่วไป สุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling : SRS) [8] จากกลุ่มประชากรที่ข้ามมาที่จุดผ่อนปรนบ้านแจมป๋อง ตำบลหล่ายงาว และจุดผ่อนปรนบ้านห้วยลึก ตำบลม่วงยาย อำเภอเวียงแก่น จำนวน 560 ตัวอย่าง ระยะเวลาการเก็บตัวอย่าง เดือนกรกฎาคม – สิงหาคม ปี 2562

เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

คณะผู้บริหารที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบฯในระดับจังหวัดเชียงรายและท้องถิ่น เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานและเครือข่ายเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่จุดผ่อนปรนบ้านแจมป๋อง ตำบลหล่ายงาว อำเภอเวียงแก่น และจุดผ่อนปรนบ้านห้วยลึก ตำบลม่วงยาย อำเภอเวียงแก่น ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรชุมชน เครือข่ายชุมชน และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานเครือข่ายอื่นที่เกี่ยวข้องเจ้าหน้าที่สำนักงานตรวจคนเข้าเมือง ตำรวจตระเวนชายแดน อาสาสมัครรักษาดินแดน ตำรวจน้ำ ทหารพราน กลุ่มประชาชนทั่วไป และกลุ่มประชาชนทั่วไปในพื้นที่จุดผ่อนปรนทั้ง 2 แห่ง ประชาชนที่ข้ามมาที่จุดผ่อนปรนจากเมืองห้วยทราย/เมืองปากทา/เมืองผาอุดม แขวงบ่อแก้ว สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว โดยเป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินการพัฒนาระบบฯ มาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน สามารถอ่าน ฟัง เขียนภาษาไทยที่สามารถตอบแบบสอบถามและสามารถให้สัมภาษณ์ข้อมูลในประเด็นที่ต้องการศึกษาได้ โดยไม่ต้องใช้ล่าม ในการเก็บแบบสอบถามและสัมภาษณ์ มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป ซึ่งยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ด้วยความสมัครใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เครื่องมือในการประเมินผล 2 ประเภทคือ

1.) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในเชิงปริมาณเพื่อใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม (Questionnaire) [9] แบ่งออกเป็นไทย - สาธารณรัฐประชาชนลาว

2.) เครื่องมือเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย การสัมภาษณ์เชิงลึก (In Depth Interview : IDI) [10] การสังเกต (Observe) โดยการติดตามและประเมินผล (Checklist) [11] การสร้างเวทีประชาคมโดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion : FGD) [12] ผู้วิจัยใช้วิธีการกำหนดประเด็นหรือแนวคำถาม (schedule guide) [13] ไว้ล่วงหน้าก่อน และใช้เทคนิคการวิเคราะห์สถานการณ์ (SWOT Analysis) [14] ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic)[15] ข้อมูลทั่วไปข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยและทางเลือกในการดูแลสุขภาพตนเอง ใช้แสดงค่าข้อมูลเป็นร้อยละ (Percentage)[16] ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าความถี่ (Frequency)[17]เพื่ออธิบายลักษณะโดยทั่วไปทางภูมิหลังของกลุ่มตัวอย่าง โดยนำเสนอในรูปตารางประกอบการแปลความเชิงบรรยาย[18]

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์รูปแบบเนื้อหาข้อความ (content analysis)[19]และเทคนิคการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data Analysis Techniques)[20]- [21] โดยการรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องทั้งหมดจากการสัมภาษณ์ และการประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยการสนทนากลุ่ม ตามประเด็นที่ศึกษานำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เนื้อหา[22] แล้วนำเสนอเชิงพรรณนา (Descriptive analysis)

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงรายเลขที่CRPPHO 47/2562

ผลการศึกษา

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป ในกลุ่มประชาชนส่วนใหญ่ พื้นที่จุดผ่อนปรนแจมป๋อง ร้อยละ 64 จุดผ่อนปรนห้วยลึก ร้อยละ 35.8 ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 51.3 เพศหญิงร้อยละ 48.6 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 77.4 มีความหลากหลายทางชนเผ่า ส่วนใหญ่เป็นสัญชาติลาว ร้อยละ 98.8 มีจำนวนรายได้ครัวเรือนต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาทเฉลี่ยต่อเดือน ร้อยละ 70.8 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มประชากรศึกษา

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
	n	(%)
จุดผ่อนปรน		
แจมป๋อง	359	64.0
ห้วยลึก	201	35.8
เพศ		
เพศชาย	287	51.3
เพศหญิง	272	48.6
ศาสนา		
ศาสนาพุทธ	432	77.4
ศาสนาคริสต์	54	9.7
นับถือผี	70	12.5
อิสลาม	2	0.4
สัญชาติ		
ไทย	6	1.1
ลาว	553	98.8
ไม่มีสัญชาติ	1	0.2
ชนเผ่า		
ขมุ	82	14.8
ลื้อ	94	16.9
ลาวลุ่ม	2	0.4
อิวเมี่ยน (เย้า)	37	6.7
ลาหู่	1	0.2
พื้นเมือง	272	49.0
ลาหู่	6	1.1
ไทลื้อ	1	0.2
ม้ง	60	10.8

ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยและทางเลือกในการดูแลสุขภาพตนเอง

ตอนที่ 2.1 ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วย/ทางเลือกในการดูแลสุขภาพตนเอง

ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วย/ทางเลือกในการดูแลสุขภาพตนเอง ในกลุ่มประชาชน ส่วนใหญ่พบว่า ช่วงเวลา 1 ปีที่ผ่านมา สถานพยาบาลเลือกไปรักษา คือ สุขศาลา ร้อยละ 41 รองลงมาโรงหมอเมืองห้วยทราย ร้อยละ 20.1 โรงหมอแขวงบ่อแก้ว ร้อยละ 15.5 และ โรงพยาบาลเวียงแก่น ร้อยละ 7.0 และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล/สถานีอนามัย พื้นที่ อ.เวียงแก่น ร้อยละ 5.9 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยและทางเลือกในการดูแลสุขภาพตนเอง

ข้อคำถาม	จำนวน	ร้อยละ
	n	(%)
ช่วงเวลา 1 ปีที่ผ่านมา สถานพยาบาลที่เลือกไปรักษา		
คลินิกแพทย์/สถานพยาบาลเอกชน	2	0.3
โรงพยาบาลเวียงแก่น	39	7.0
โรงพยาบาลโอเวอร์บรุ๊ค	2	0.3
โรงพยาบาลกรุงเทพ	3	0.4
โรงพยาบาลเชียงรายอินเตอร์	2	0.3
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล/สถานีอนามัย	33	5.9
ร้านขายยา /ซื้อยากินเอง	3	0.5
โรงหมอแขวงบ่อแก้ว	87	15.5
โรงหมอเมืองห้วยทราย	113	20.1
โรงหมอทหาร	2	0.2
สุขศาลา	230	41.0
คลินิคแพทย์แผนจีน/หมอจีน	2	0.2
หมอเมือง/หมอเป่า/หมอผี/หมอดู	3	0.5
อื่น ๆ	42	7.5

เหตุผลที่ไปรักษาที่สถานที่ดังกล่าว

เดินทางสะดวก ร้อยละ 46.9 และค่าพยาบาลถูก ร้อยละ 12.9 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เหตุผลที่ไปรักษาที่สถานที่ดังกล่าว

ข้อคำถาม	ใช่		ไม่ใช่	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	n	(%)	n	(%)
เดินทางสะดวก	263	46.9	297	53.1
ค่ารักษาพยาบาลถูก	75	12.9	485	87.1
เชื่อในความสามารถของแพทย์	57	9.9	503	90.1
นายจ้างออกค่ารักษาพยาบาลให้	38	6.8	522	93.2
บริการดีและรวดเร็ว	27	4.9	533	95.2
มียาและเครื่องมือแพทย์ที่ทันสมัย	22	4.0	538	96.1
มีประวัติการรักษา/โรคเรื้อรัง	560	16.2	470	83.8
อื่นๆ	5	0.8	555	99.2

ตอนที่ 2.3 บุคคลที่ไปแจ้งข่าว ในกรณี มีการเจ็บป่วย ด้วยโรคติดต่อที่ร้ายแรงหรือโรคระบาดที่รุนแรง

เมื่อมีการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อที่ร้ายแรงหรือโรคระบาดที่รุนแรง ในกลุ่มประชาชนส่วนใหญ่ คือ แจ้งให้ญาติพี่น้อง/พ่อแม่ ทราบ ร้อยละ 43.0 รองลงมาคือ ผู้ใหญ่บ้าน/ นายบ้าน ร้อยละ 39.0 และเจ้าหน้าที่โรงหมอแขวงบ่อแก้ว โรงหมอห้วยทราย ร้อยละ 6.7 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 บุคคลที่ไปแจ้งข่าว ในกรณี มีการเจ็บป่วย ด้วยโรคติดต่อที่ร้ายแรงหรือโรคระบาดที่รุนแรง

ข้อคำถาม	จำนวน	ร้อยละ
	n	(%)
ผู้ใหญ่บ้าน/ นายบ้าน	222	39.0
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม)/ อาสาสมัครประจำบ้าน(อสบ.)	4	0.5
แจ้งให้ญาติพี่น้อง/พ่อแม่ ทราบ	243	43.0
เจ้าหน้าที่สุขศาลา	18	3.9
เจ้าหน้าที่โรงหมอแขวงบ่อแก้ว	9	2.2
เจ้าหน้าที่โรงหมอแขวงบ่อแก้ว โรงหมอห้วยทราย	34	6.7
ไม่เคยแจ้งข่าวใดๆ	19	3.1
อื่นๆ	11	1.7

ตอนที่ 2 ผลการศึกษาผลลัพธ์ของโครงการ โดยวิธีเชิงระบบ(Theory-Driven Evaluation (TDE))

1. ผลการศึกษาบริบทและรูปแบบโครงการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อชายแดนและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ฯ พบว่า มีกระบวนการในการมีเครือข่ายทำงานเป็นจุดเด่นของการดำเนิน ซึ่งเป็นเหตุปัจจัยส่งเสริมให้โครงการประสบความสำเร็จอย่างยั่งยืน โดยสรุปผลพบว่า

ด้านกระบวนการทำงานพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่เครือข่าย หน่วยงานผู้ปฏิบัติงานบริเวณจุดผ่อนปรนเพื่อสามารถเฝ้าระวังโรคติดต่อชายแดนและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสม โดยอาศัยการบริหารจัดการด้านทรัพยากร ด้านงบประมาณ บูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่าย รวมไปถึงมีการทำงานเชิงระบบทั้งภายในและระหว่างประเทศในพื้นที่ชายแดน ระดับอำเภอ-เมืองคู่ขนาน ซึ่งคำนึงถึงบริบทความพร้อมและศักยภาพของพื้นที่เป็นหลัก ในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน

ด้านทรัพยากร ค้นพบว่ามีเครือข่ายเจ้าหน้าที่ร่วมพัฒนาศักยภาพในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อชายแดนและจัดการผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสม เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีความพร้อมให้ความร่วมมือในการพัฒนาศักยภาพการทำงาน องค์ความรู้ด้านวิชาการ มีการสนับสนุนงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์อย่างต่อเนื่อง

ด้านระดับความสำเร็จ อธิบายความสำเร็จของการดำเนินโครงการนี้ว่า มีจุดเด่นเป็นจุดแข็งในการที่มีแกนนำพี่เลี้ยงระดับเขตสุขภาพ จังหวัด ขยายลงสู่พื้นที่เพื่อร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงานปิดช่องว่างการในการเฝ้าระวังโรคติดต่อและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสม บริเวณจุดผ่อนปรนชายแดน มีเครือข่ายความสัมพันธ์ที่เป็นทางการ (Formal) และไม่ทางการ (Informal) ในการประสานงานระหว่างประเทศ รวมถึงการอาศัยร่วมมือจากหน่วยงานภาคความมั่นคง องค์กรชุมชน เครือข่ายชุมชน หน่วยงานมหาวิทยาลัย ในการขับเคลื่อนการทำงานเชิงระบบ

ด้านสภาพทั่วไปของการดำเนินงาน พบว่า มีการติดตามการดำเนินโครงการเป็นระยะอย่างต่อเนื่องและมีการร่วมถอดบทเรียนเพื่อนำไปพัฒนาแก้ไขปัญหาร่วมกัน

ด้านข้อจำกัด พบว่าไม่มีเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบหลักด้านสาธารณสุขอยู่ประจำจุดคัดกรอง มีการเปลี่ยนแปลงเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบบ่อย ส่งผลต่อความต่อเนื่องในการเชื่อมต่อข้อมูลการดำเนินงาน และยังมีอุปสรรคในด้านงบประมาณที่ไม่เพียงพอ

ค้นพบปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของโครงการ ดังนี้ 1) ความร่วมมือภาคีเครือข่ายในพื้นที่ชายแดนในประเทศและระหว่างประเทศในพื้นที่ชายแดนระดับอำเภอ-เมืองคู่ขนาน 2) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายที่ร่วมออกแบบการดำเนินงานร่วมกัน 3) จุดเด่นในการบริหารจัดสรรทรัพยากร 4) แกนนำพี่เลี้ยงในการดำเนินงาน 5) ความสำเร็จของการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่นำไปสู่การปฏิบัติงานเพื่อปิดช่องว่างการเฝ้าระวังโรคติดต่อชายแดน

2. ผลการพัฒนารูปแบบโครงการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อชายแดนและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ฯ โดยการมีส่วนร่วม พบว่า กิจกรรม/แผนงาน/โครงการ มีความสอดคล้องกับความต้องการ

ของบริบทพื้นที่ เหมาะสมกับศักยภาพของผู้ปฏิบัติงาน โดยความสำเร็จของการปฏิบัติงานคือ อาศัยความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ชายแดนทั้งในประเทศและระหว่างประเทศ ในพื้นที่ชายแดน ระดับอำเภอ-เมืองคู่ขนาน ซึ่งมีการสร้างความร่วมมือการประสานงานที่มีรูปแบบทางการ (Formal) และไม่ทางการ (Informal) สร้างกลไกการทำงานที่มีความไว้เนื้อเชื่อใจในการดำเนินงานให้เกิดแผนการทำงานที่เป็นรูปธรรมและเป็นระบบ สร้างกระบวนการทำงานร่วมกันภายใต้การร่วมมือแบบยั่งยืน (Memorandum of Discussion : MOD) ทั้งในระดับจังหวัด-แขวง ระดับอำเภอ-เมือง และระดับหมู่บ้าน รวมไปถึงมีโครงการ/กิจกรรมที่มีความสอดคล้องกับบริบท ครอบคลุมทุกมิติ นำไปสู่รูปแบบการทำงานเชิงระบบอย่างยั่งยืน

3. ผลการพัฒนาระบบประเมินผล การดำเนินงานในการลงมือปฏิบัติโครงการ พบว่าปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จของรูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อชายแดนและผลิตภัณฑ์สุขภาพ คือ มีภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็ง ทำให้ขับเคลื่อนการทำงานกิจกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพและบรรลุเป้าประสงค์โครงการ โดยมีการวางแผนงานอย่างยั่งยืน (Planning) เกิดรูปแบบกระบวนการทำงานร่วมกันภายใต้การร่วมมือแบบยั่งยืนต่อเนื่อง ทั้งในระดับจังหวัด-แขวง ระดับอำเภอ-เมือง และระดับหมู่บ้าน มีรูปแบบการประสานงานความร่วมมือที่ชัดเจน เกิดเครือข่ายที่เข้มแข็ง มีความสัมพันธ์ส่วนตัวที่ดีนำไปสู่รูปแบบการทำงานที่รูปแบบทางการ (Formal) และไม่ทางการ (Informal) มีระบบการตอบสนองติดตาม (Monitoring & Evaluation) ผลการดำเนินการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อชายแดน

4. ผลการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อชายแดนและผลิตภัณฑ์สุขภาพ จากการถอดบทเรียน พบว่า การเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อชายแดนและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ฯ มีการบรูณาการทรัพยากรด้านงบประมาณ บุคลากร วัสดุอุปกรณ์ร่วมกันหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อสนับสุนนการปฏิบัติงานในพื้นที่ช่องทางจุดผ่อนปรน ซึ่งมีอุปสรรคในด้านวิชาการ/ทักษะด้านการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคติดต่อและโรคอุบัติใหม่ ตามแนวชายแดน เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติ (Knowledge) ขึ้นอยู่แต่ละบริบทองค์กรที่มีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานบริเวณจุดผ่อนปรน แต่เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน การพัฒนาศักยภาพ ทักษะ ความรู้ผู้ปฏิบัติงานด้านวิชาการ จึงสร้างกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และคืนข้อมูลร่วมกันในรูปแบบการถอดบทเรียน (Learning & Sharing) ด้านการประสานงาน (Coordination) การทำงานเชิงระบบทั้งภายในและระหว่างประเทศ ในพื้นที่ชายแดน ระดับอำเภอ-เมืองคู่ขนาน ในการสร้างระบบการแจ้งข่าวเตือนภัยเพื่อตอบสนองต่อเหตุการณ์โรคติดต่อ (Response) สร้างกลไกความร่วมมือในพื้นที่พัฒนาความร่วมมือภาคีเครือข่ายในพื้นที่ชายแดนทั้งในประเทศและระหว่างประเทศ ในพื้นที่ชายแดน ระดับอำเภอ-เมืองคู่ขนาน (Collaboration Mechanism) ส่งผลให้เกิดเครือข่ายและความสัมพันธภาพในการทำงานเชิงระบบ พบความสอดคล้องว่า ตอบสนองความต้องการของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในบริบทพื้นที่ที่ต้องการปิดช่องว่างการทำงานและแก้ไขอุปสรรคที่ส่งผลต่อการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อชายแดน

ตอนที่ 3 ปัญหา ข้อเสนอแนะ บทเรียนผลการเรียนรู้จากโครงการ

พบว่า มีข้อจำกัดที่ไม่มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขปฏิบัติงานรับผิดชอบหลักในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อชายแดน ณ บริเวณจุดผ่อนปรนชายแดนไทย - สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว จึงอาศัยเครือข่ายเจ้าหน้าที่หน่วยงานอื่นในการปฏิบัติงาน ส่งผลให้เกิดข้อต่างกันเรื่อง ความรู้วิชาการด้านสาธารณสุขและการป้องกันควบคุมโรคของเจ้าหน้าที่ มีความไม่แน่นอนในการสนับสนุนงบประมาณเพื่อใช้ในการดำเนินงานให้เกิดความต่อเนื่อง และพบจุดเด่นของโครงการคือ แกนนำพี่เลี้ยง ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานที่เกิดจากร่วมมือของภาคีเครือข่ายส่งผลทำให้เกิดการทำงานของเครือข่ายที่เข้มแข็ง มีความไว้เนื้อเชื่อใจระหว่างองค์กรเครือข่ายจุดผ่อนปรนและเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องระหว่างประเทศ และเสนอให้มีการแก้ปัญหาด้านงบประมาณย่างเป็นรูปธรรมและชัดเจน พัฒนาองค์ความรู้ด้านวิชาการของเจ้าหน้าที่ในบางประเด็นที่ต้องได้รับพัฒนา อีกทั้งยังค้นพบปัจจัยความสำเร็จของโครงการ คือ มีแกนนำในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน การบริหารจัดสรรทรัพยากรอย่างเป็นระบบ อาศัยการบรูณาการทรัพยากรด้านงบประมาณ บุคลากร วัสดุอุปกรณ์ การร่วมกันออกแบบการแก้ไขปัญหาร่วมกัน รวมไปถึงเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีความพร้อมในการดำเนินงาน ซึ่งสะท้อนว่าการดำเนินโครงการตอบสนองต่อบริบทที่เป็นปัญหาในพื้นที่

อภิปราย สรุป และข้อเสนอแนะ

อภิปรายผล

สรุปผลของการพัฒนาระบบเฝ้าระวังควบคุมโรคติดต่อบริเวณจุดผ่อนปรนชายแดนไทย - สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย ปี 2562 พบว่า **ผลการศึกษาบริบทและรูปแบบโครงการ** มีกระบวนการในการมีเครือข่ายทำงานเป็นจุดเด่นของการดำเนินโครงการเพื่อเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อชายแดน ซึ่งเป็นเหตุปัจจัยส่งเสริมให้โครงการประสบความสำเร็จอย่างยั่งยืน สอดคล้องกับงานวิจัยของดร.พิษณุรักษ์ กันทวี [23] ในการวิจัยเรื่อง การพัฒนาระบบจัดการควบคุมป้องกันโรคติดต่อชายแดนในชุมชนชายแดนไทย-ลาว กรณีศึกษาอำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย ซึ่งค้นพบว่ามีการดำเนินงานที่สามารถแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมกับพื้นที่ พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขจำเป็นต้องการพัฒนาองค์ความรู้ในการเฝ้าระวังสอบสวนโรคติดต่อชายแดน เพื่อนำไปสู่แผนการพัฒนาที่ยั่งยืนในอนาคตของตนเอง **ผลการพัฒนารูปแบบโครงการ** อาศัยความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ชายแดนทั้งในประเทศและระหว่างประเทศ ในพื้นที่ชายแดน ระดับอำเภอ-เมืองคู่ขนาน ซึ่งมีการสร้างความร่วมมือการประสานงานที่มีรูปแบบทางการ (Formal) และไม่ทางการ (Informal) สร้างกลไกการทำงานที่มีความไว้เนื้อเชื่อใจในการดำเนินงานให้เกิดแผนการทำงานที่เป็นรูปธรรมและเป็นระบบ สอดคล้องกับงานวิจัยของ เสาวนีย์ เปลี่ยนพานิช [24] เรื่องผลของการพัฒนาระบบเฝ้าระวังควบคุมปองกันโรคติดต่อและโรคอุบัติใหม ตามแนวชายแดนประเทศไทย-เมียนมา-สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว จังหวัดเชียงราย ป 2560-2561 ได้กล่าวไว้ว่า ในพื้นที่ชายแดนไทย-สปป.ลาว และมีผลลัพธ์การทำงานในรูปแบบที่ไม่เป็นทางการ ซึ่งเกิดภาพด้านมิติการปฏิบัติงานระดับพื้นที่ **รูปแบบโครงการ**มีความสอดคล้องกับความต้องการของบริบทพื้นที่ เหมาะสมกับศักยภาพของผู้ปฏิบัติงาน

สอดคล้องกับกับงานวิจัย ดร.พิษณุรักษ์ กันทวี [25] ทำการวิจัย เรื่องการประเมินผลโครงการสร้างความตระหนักและเตรียมความพร้อมสำหรับโรคติดต่อและโรคอุบัติใหม่ตามแนวพรมแดนไทย – ราชอาณาจักรกัมพูชา – สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว - สาธารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมา ปีงบประมาณ 2558 - 2560 ซึ่งได้กล่าวว่า การพัฒนาระบบป้องกันควบคุมโรคเหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ แต่ละพื้นที่มีรูปแบบการทำงานที่โดดเด่นแตกต่างกันไป

สรุปผลการวิจัย

ผลของการพัฒนาระบบเฝ้าระวังควบคุมโรคติดต่อบริเวณจุดผ่อนปรนชายแดนไทย - สาธารณรัฐประชาธิปไตยระชาชนลาว อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย ปี 2562 เกิดข้อค้นพบ 3 ประเด็นคือ ด้านการดำเนินงานเชิงระบบ พบว่ามีปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดกระบวนการทำงาน คือ มีความเข้าใจและศักยภาพในการบริการจัดการทรัพยากรที่ต้องนำมาปฏิบัติของโครงการ กิจกรรมที่วางแผน มีผลลัพธ์ที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของโครงการ และข้อจำกัดในการดำเนินงานในบริบทพื้นที่ ด้านผลผลิตการดำเนินงาน พบว่า ได้กิจกรรม/แผนงาน/โครงการ ที่มีความสอดคล้องกับความต้องการของบริบทพื้นที่ ซึ่งเหมาะสมกับศักยภาพของผู้ปฏิบัติงาน ผลสำเร็จที่อธิบายการปฏิบัติงานนี้ว่า ความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในประเทศและระหว่างประเทศ พื้นที่ชายแดน ระดับอำเภอ-เมืองคู่ขนาน มีการสร้างความร่วมมือรูปแบบทางการและไม่ทางการ มีกลไกการทำงานที่มีความไว้เนื้อเชื่อใจเกิดแผนการทำงานที่เป็นรูปธรรมและเป็นระบบ ด้านผลลัพธ์ พบว่าเกิดรูปแบบพัฒนาระบบเฝ้าระวังควบคุมโรคติดต่อบริเวณจุดผ่อนปรนชายแดนไทย – สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ที่เป็นรูปแบบของกระบวนการทำงานร่วมกันภายใต้การร่วมมือแบบยั่งยืนร่วมกัน

ข้อเสนอแนะของผลการวิจัย เพื่อพัฒนางานทั้งในระดับนโยบาย ระดับบริหารงานและระดับปฏิบัติงาน ดังนี้

ข้อเสนอเสนอแนะในระดับนโยบาย นำแนวทางรูปแบบที่ได้จากการพัฒนาระบบเฝ้าระวังควบคุมโรคติดต่อบริเวณจุดผ่อนปรนชายแดนไทย - สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย รวมถึงขยายรูปแบบกระบวนการทำงานร่วมกันภายใต้การร่วมมือแบบยั่งยืนต่อเนื่อง และความร่วมมือในประเด็นโรคอื่น ๆ และภัยสุขภาพที่สำคัญ

ข้อเสนอเสนอแนะในระดับบริหาร ควรมีการผลักดันการทำงานด้านนโยบาย ขยายไปสู่การทำงานของพื้นที่บริเวณจุดผ่อนปรนอื่น สร้างให้เกิดความยั่งยืนด้านบุคลากรที่เป็นแกนนำการทำงานในพื้นที่ชายแดน ผลักดันให้มีความต่อเนื่องเพื่อสนับสนุนงบประมาณ มีการติดตามและประเมินผล(Monitoring & Evaluation) การดำเนินการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อชายแดนอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอเสนอแนะในระดับการปฏิบัติ ควรมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในด้านวิชาการ/ทักษะด้านการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคติดต่อและโรคอุบัติใหม่ตามแนวชายแดน เพื่อเป็นเครือข่ายหน่วยสนับสนุนการทำงานและเพื่อให้เกิดการทำงานเชิงระบบอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. Chiang Rai Provincial Health Office. Communicable Disease Situation. Communicable Disease Situation Report. Chiang Rai:, Communicable Disease Control Department; 2017-2019.

   Lai Ngao Municipality Lai Ngao sub district, Wiang Kaen district,Chiang Rai. Lai Ngao Municipality. [Online].; 2016 [cited 2019 Oct. 2. Available from: http://www.tessabanlaingao.com/data.php?id=6.
3. Muang Ya Municipality Muang Yai, Wiang Kaen, Chiang Rai. Muang Ya Municipality. [Online].; 2016 [cited 2019 Sep 3. Available from: http://www.padai.org/index.php?p=vall&vall=1&tv=acc.
4. National Research Council of Thailand and Naresuan University. DIVISION OF RESEARCH AND INNOVATION. [Online].; 2019 [cited 2018 Oct. Oct. Available from: http://www.research.nu.ac.th/th/signup/sigupAll/4_3RandD.pdf.
5. Budchon R. Department of Health : Ministry of Public Health. [Online].; 2016 [cited 2019 Apr. 22. Available from: http://oec.anamai.moph.go.th/download/OEC_2016/MEETTING2561/MAR2561/18_21Mar2018/%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%88%E0%B8%B1%E0%B8%94%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B9%81%E0%B8%A5%E0%B8%B0%E0%B8%A7%E0%B8%B4%E0%B9%80%E0%B8%84%E0%B8%A3%E0%B8%B2%E0%B8%B0%E0.
6. Srisupan. Ubon Ratchathani University. [Online].; 2018 [cited 2019 Sep. Available from: https://www.ubu.ac.th/web/files_up/08f2017060214303218.pdf.
7. Education Information Resources Center. lib.edu.chula. [Online].; 2017 [cited 2019 Apr. Available from: http://lib.edu.chula.ac.th/FILEROOM/CU_FORMJOURNAL/DRAWER001/GENERAL/DATA0016/00016950.PDF.
8. National Statistical Office. NSO. [Online]. [cited 2019 Apr. Available from: http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/Toneminute/files/55/A3-16.pdf.
9. Damrong Rajanubhab,Office of the permanent Secretary for interior Ministry of interior. Damrong Rajanubhab,Office of the permanent Secretary for interior Ministry of interior. [Online].; 2009 [cited 2019 Apr. Available from: http://km.moi.go.th/E_Library/File_Books/EB0315.pdf.

10. junyathum N. In-depth Interview technique for research. Thought-provoking. 2016 Sep - Oct: p. 45-49.
11. Office NS. Handbook on Data Quality Assessment Methods and Tools Bankkok: Statistical Administrative Division; 2018.
12. Urwongse. Focus Group Discussion: Effective Qualitative Data Collection Technique. STOU Education Journal. 2019 Jan-Jun;(1).
13. Pantumongkol. Department of Health : Ministry of Public Health. [Online].; 2016 [cited 2019 Aug. Available from: /download/OEC_2016/MEETTING2561/JAN2561/29_31JAN_Research1_1/L7_Research%20Question%20and%20Proposal%20Development.pdf.
14. GÜREL E, TAT. SWOT ANALYSIS: A THEORETICAL REVIEW. Journal of International Social Research. 2017 Aug; 10(51).
15. Faculty of Public Health Khon Kaen University. Department of Epidemiology and Biostatistics,Public Health,Khon Kaen University. [Online].; 2001 [cited 2019 Aug. Available from: https://home.kku.ac.th/nikom/Descriptive_nk_2560.pdf.
16. National Statistical Office. National Statistical Office:NSO. [Online].; 2004 [cited 2019 Aug. Available from: http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/know/estat1_12.html.
17. chulalongkorn University. chula. [Online]. [cited 2019 Feb. Available from: http://pioneer.netserv.chula.ac.th/~jaimorn/b2st.htm.
18. theTSISThailand. TSIS. [Online]. [cited 2019 Aug. Available from: https://www.thetsis.com/blank-11.
19. Sawangdee. Sripatum University. [Online]. [cited 2019 Aug. Available from: https://www.spu.ac.th/research/files/2015/03/5.%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%A7%E0%B8%B4%E0%B9%80%E0%B8%84%E0%B8%A3%E0%B8%B2%E0%B8%B0%E0%B8%AB%E0%B9%8C%E0%B9%80%E0%B8%99%E0%B8%B7%E0%B9%89%E0%B8%AD%E0%B8%AB%E0%B8%B2.pdf.
20. Kenaphoom. Presentation Form of the Qualitative Data Analysis. JOURNAL OF LOCAL GOVERNANCE AND INNOVATION. 2019 SEPTEMBER-DECEMBER: p. 103-126.
21. Health Intervention and Technology Assessment Program. Office of Expert Commitee. [Online].; 2016 [cited 2019 Aug. Available from: http://oec.anamai.moph.go.th/download/OEC_2016/MEETTING2561/MAR2561/18_21Mar2018/Qualitative%20data%20analysis_ST.pdf.

22. Kenaphoom. Principle and Approach of Academic Synthesis. JOURNAL OF LOCAL GOVERNANCE AND INNOVATION. 2019 August; 3(2).
23. Kanthawee DP, Singharachai DC, Muenjun P. The developing communicable disease control system in border area of Thai-Laos:A case study at Chiang Kong District, Chiang Rai Province. Thailand Science Research and Innovation (TSRI). 2017.
24. Plianpanich. The Development of Communicable Disease and Emerging Disease Surveillance. Disease Control Journal. 2019 Jan - Mar; 45(1).
25. Kanthawee , Siriwattanakul H, Singharachai C, Sridurongkatham , Trongsakul S, Dokmaingam , et al. An Evaluation of Awareness and Preparedness on Infectious and Emerging Diseases at the Cross Border Areas; Thailand - Myanmar - Cambodia – Lao PDR Project in the Fiscal year 2015-2017. Journal of Health Systems Research. 2020 January-March; 14(1).

การพัฒนาแนวทางการประเมินภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพญาเม็งราย

ดำรงค์ ช่วยแก้ไข, พรพรรณ พรมชัย, พัชรินทร์ ร้องกาศ และธนากร สุเดชมารค

โรงพยาบาลพญาเม็งราย

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการใช้ qSOFA , SIRS และ MEWS ร่วมกันในการประเมินผู้ป่วยที่สงสัยมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพญาเม็งราย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action research) ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด(Sepsis) ทุกราย ที่มารับบริการ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย ระหว่าง เดือนเมษายน 2562 ถึง สิงหาคม 2563 ที่เข้าเกณฑ์การประเมิน SIRS , qSOFA และMEWS และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นSepsis หรือSeptic shock โดยเก็บข้อมูล ร้อยละของผู้ป่วยsepsisได้รับการ Early diagnosis ร้อยละได้รับ Antibiotic ใน 1 ชั่วโมง และร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วยSepsis เปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา ขั้นตอนและการดำเนินการศึกษา ประกอบด้วย ทบทวนรูปแบบการประเมินผู้ป่วยSepsis ทบทวนข้อมูลผู้ป่วยSepsisย้อนหลัง ปี2559-25562(มี.ค.) ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกำหนดรูปแบบเกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินผู้ป่วยsepsis โดยใช้ qSOFA , SIRS และ MEWS ร่วมกันกับทีมPCT ประชุมทีม เพื่อชี้แจงการใช้งานเกณฑ์ประเมินSepsisที่ออกแบบพร้อมทดลองใช้เกณฑ์การประเมินSepsis ที่ออกแบบใหม่และติดตาม สอบถาม ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้เกณฑ์ประเมินวิเคราะห์ เปรียบเทียบผลการดำเนินงานก่อนและหลังดำเนินการ

ผลการศึกษาพบว่า จากการประยุกต์ใช้เกณฑ์การประเมิน SIRS , qSOFA และMEWS มาใช้ในการประเมินภาวะSepsis โดยออกแบบให้ใช้งานง่าย รวดเร็ว สะดวกต่อผู้ปฏิบัติงาน โดยปริ๊นเกณฑ์ติดหลังChart Triage ทุก Charge เพื่อให้สามารถเปิดดูได้ตลอด พร้อมมีเกณฑ์ในการต้องconsult แพทย์ รวมถึงการออกแบบOPD Card ให้มีช่องสำหรับการประเมิน SIRS, qSOFA และMEWS ทำให้สามารถประเมินผู้ป่วยได้ตั้งแต่แรกรับและต่อเนื่องจนออกจากERพบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่มีได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นSepsis หรือSeptic shock ที่เข้าเกณฑ์การประเมิน SIRS, qSOFA และMEWS มีที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย ระหว่าง เดือนเมษายน 2562 ถึง สิงหาคม 2563 มีทั้งหมด 108 ราย แบ่งเป็น เพศชาย 59 ราย คิดเป็นร้อยละ54.6 เพศหญิง 49 ราย คิดเป็นร้อยละ45.4 ได้รับการวินิจฉัยเป็น Sepsis 19 ราย คิดเป็นร้อยละ33.3 Septic shock 72 ราย คิดเป็นร้อยละ66.7 แบ่งเป็น ช่วงอายุ น้อยกว่า 15 ปี 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.9 15-35 ปี 4 ราย คิดเป็นร้อยละ3.7 35-60 ปี 33 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.6 และมากกว่า60 ปี 70 รายคิดเป็นร้อยละ 64.8 มีโรคประจำตัว 82 ราย คิดเป็นร้อยละ 75.9 ปฏิเสธโรคประจำตัว 26 ราย คิดเป็นร้อยละ24.1 หลังการวินิจฉัย ได้รับการส่งต่อ 77 ราย คิดเป็นร้อยละ71.3 ได้รับการadmit 29 รายคิดเป็นร้อยละ26.9ผู้ป่วยsepsisได้รับการ Early diagnosis ร้อยละ85.3 ได้รับ Antibiotic ใน 1 ชั่วโมง 76.9 และการเสียชีวิตของผู้ป่วยSepsis ร้อยละ1.9

ข้อเสนอแนะควรขยายผลการใช้ไปยังหน่วยงานอื่นๆทั้งในและนอกโรงพยาบาล และควรเพิ่มเกณฑ์การประเมินภาวะSepsis ในเด็ก รวมถึงการติดตามผลผู้ป่วยSepsis ที่ได้รับการส่งต่อให้ครบทุกราย

คำสำคัญ: Sepsis, Septic shock SIRS , qSOFA , MEWS

บทนำ

ภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ทำให้เกิดการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกายทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะล้มเหลวของอวัยวะสำคัญต่างๆ เช่น ระบบทางเดินหายใจ ระบบไหลเวียนโลหิต ระบบประสาท เป็นต้น ปัจจุบันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลของประเทศไทย และอุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับหน่วยงานสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย ได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูล ในปี พ.ศ. 2559 พบว่า ประเทศไทยมีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด(Sepsis) ประมาณ 175,000 ราย/ต่อปี และมีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด(Sepsis) เสียชีวิต ประมาณ45,000 ราย/ต่อปี ซึ่งเมื่อคิดแล้วพบว่า มีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด(Sepsis) 1 ราย เกิดขึ้นทุกๆ 3 นาทีและ มีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด(Sepsis) เสียชีวิต 5 รายทุก 1 ชั่วโมง ซึ่งนับว่าเป็นความสูญเสียอย่างมากมาย และนับเป็นปัญหาสำคัญของระบบสาธารณสุขไทย แม้ว่าปัจจุบันจะมีความก้าวหน้าในการรักษาภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) มากยิ่งขึ้น คือ มียาต้านจุลชีพที่ดีขึ้น มีความก้าวหน้าในเทคโนโลยีด้านการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตได้ดีขึ้น แต่อัตราตายของผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดยังคงสูง โดยอัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในประเทศไทยในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.2560 คิดเป็นร้อยละ 32.03 สำหรับในปีงบประมาณพ.ศ. 2561 อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดคิดเป็นร้อยละ 34.85 นับว่าเป็นความสูญเสียอย่างมากมาย และนับเป็นปัญหาสำคัญของระบบสาธารณสุขไทย

สำหรับเกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่เรียกว่า Systemic inflammatory response syndrome : SIRS ประกอบ ด้วย อาการที่สงสัยว่าผู้ป่วยติดเชื้อ ร่วมกับอาการและ ผลทางห้องปฏิบัติการ 2 ใน 4 ข้อ ดังต่อไปนี้ อุณหภูมิร่างกายมากกว่า 38 °C หรือน้อยกว่า 36 °C อัตราการเต้นของหัวใจมากกว่า 90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจมากกว่า 20 ครั้ง/นาที และจำนวนเม็ดเลือดขาวมากกว่า 12,000/ ไมโครลิตร หรือน้อยกว่า 4,000/ไมโครลิตร หรือเซลล์ เม็ดเลือดขาวตัวอ่อน (band cell) มากกว่าร้อยละ10 ต่อมาได้มีเกณฑ์การประเมินใหม่ที่เรียกว่า เกณฑ์การประเมินอวัยวะล้มเหลวเนื่องจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบเร็ว(Quick sequential (sepsis-related) organ failure assessment : qSOFA) ประกอบด้วย อาการที่สงสัยว่าผู้ป่วยติดเชื้อร่วมกับ เกณฑ์การประเมิน 2 ใน 3 ข้อ ดังต่อไปนี้ ได้แก่ อัตราการหายใจมากกว่าหรือเท่ากับ 22 ครั้ง/นาที ระดับการรู้สึกตัว (Glasgow Coma score) ลดลงน้อยกว่า 15 คะแนน และความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวน้อยกว่าหรือเท่ากับ100 mmHg.

จากสถิติผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือด(Sepsis) ของโรงพยาบาลพญาเม็งราย ปี 2559 มี 39 ราย ใช้ SIRS เป็นเกณฑ์ในการประเมินภาวะSepsis ตัวชี้วัดที่เก็บข้อมูลประกอบด้วย ร้อยละผู้ป่วยsepsisได้รับการ Early diagnosis เป้าหมาย >80 % ได้รับ Antibiotic ใน 1 ชั่วโมงเป้าหมาย 100 % และร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วยSepsis<10 % จากการเก็บข้อมูลตัวชี้วัด พบว่า ผู้ป่วยได้รับการ Early diagnosis ร้อยละ 58.97 ได้รับ Antibiotic ใน 1 ชั่วโมง ร้อยละ 58.97 เสียชีวิต ร้อยละ 25 ปี 2560 มี 59 ราย ใช้ qSOFA เป็นเกณฑ์

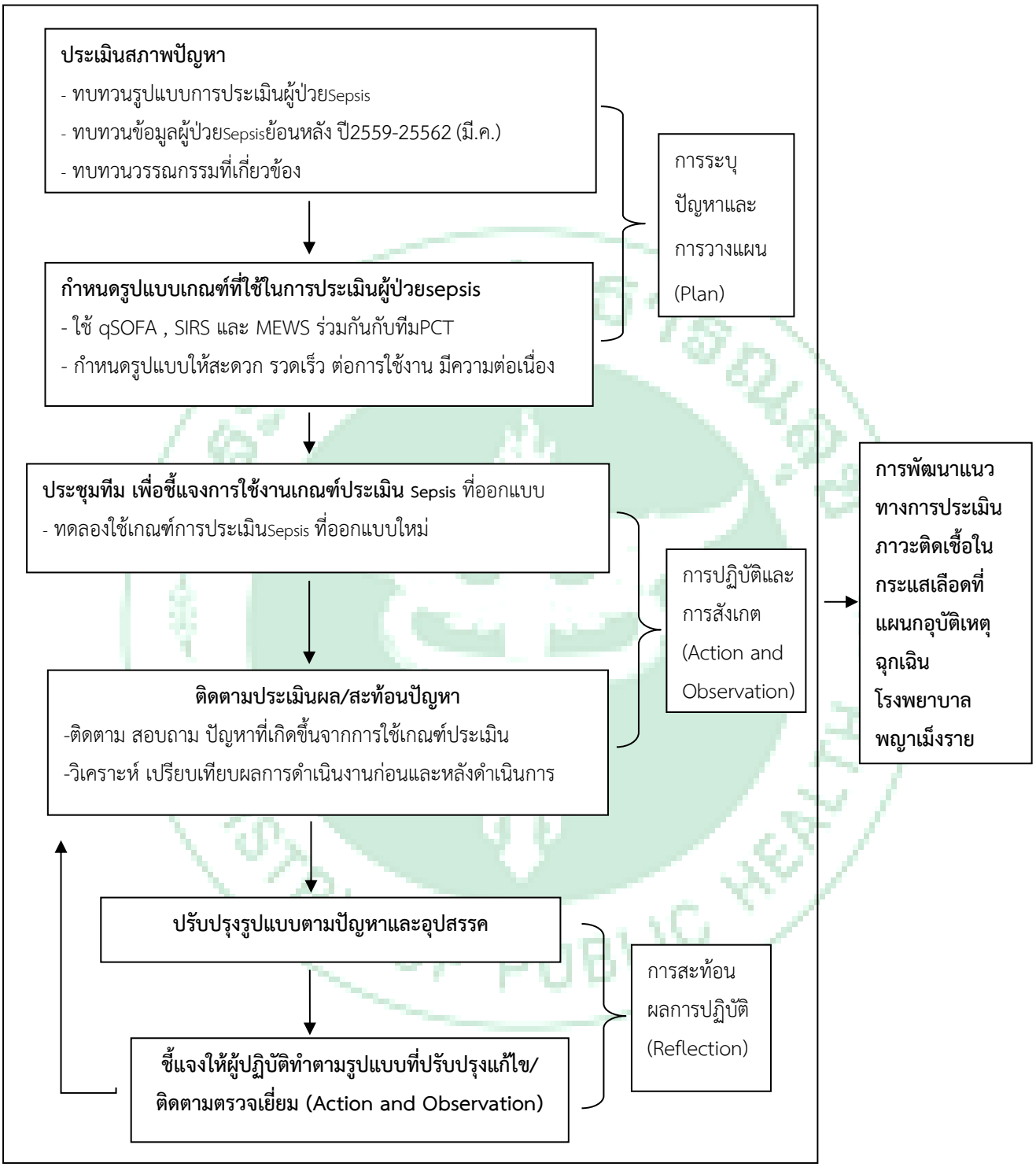
ในการประเมินภาวะSepsis ผู้ป่วยได้รับการ Early diagnosis ร้อยละ 50.85 ได้รับ Antibiotic ใน 1 ชั่วโมง 50.85 เสียชีวิต ร้อยละ56.25 ปี 2561 มี 58 ราย ใช้ qSOFA เป็นเกณฑ์ในการประเมินภาวะSepsis ได้รับการ Early diagnosis ร้อยละ 53.45 ได้รับAntibioticใน 1 ชั่วโมง ร้อยละ 53.45 เสียชีวิตร้อยละ58.33 ตามลำดับ

จากผลการเก็บข้อมูลตัวชี้วัดที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ได้มีการนำข้อมูลผู้ป่วยทุกรายทำการทบทวนในทีม PCT (Patient Care Team) พบว่า เกิดจากการประเมินที่ล่าช้าตั้งแต่ห้องฉุกเฉิน และมักเป็นในช่วงที่มีภาวะผู้ป่วยล้นแผนกฉุกเฉิน (Overcrowding) เนื่องภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เป็นภาวะวิกฤตหนึ่งที่พบบ่อยในห้องฉุกเฉิน ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินล่าช้า รวมไปถึงผู้ป่วยที่อาการเปลี่ยนแปลงขณะนอนสังเกตอาการที่ห้องฉุกเฉิน ไม่ได้รับการประเมินซ้ำ และยังพบว่าการใช้เกณฑ์ใดเกณฑ์หนึ่งเพียงอย่างเดียว (SIRS, qSOFA) มีผลต่อการประเมินผู้ป่วยที่ล่าช้า ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะประยุกต์เกณฑ์ในการประเมินภาวะSepsis ให้สามารถค้นหาผู้ป่วยในระยะแรก (Early Detection) และมีการประเมินซ้ำอย่างต่อเนื่อง ออกแบบเกณฑ์ให้ใช้ง่าย สะดวกต่อผู้ใช้ และสามารถใช้ประเมิน ค้นหาผู้ป่วยในระยะแรก (Early Detection) ได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว ต่อเนื่อง และสามารถนำไปใช้ประเมินในหน่วยงานอื่นที่ดูแลผู้ป่วยได้ โดยใช้ SIRS ,qSOFA ร่วมกัน และใช้ MEWS (Modified early warning scores system) ซึ่งเป็นแนวทางการประเมินการดูแลผู้ป่วยโดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤตเป็นเครื่องมือที่ประเมินจากอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยจากการเปลี่ยนแปลงอวัยวะที่สำคัญออกมาในรูปแบบระดับคะแนน (clinical scoring) โดยการที่สามารถค้นหาผู้ป่วยในระยะแรก (Early Detection)ได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง จะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยทีมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ของโรงพยาบาลพญาเม็งราย ลงได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลการใช้ qSOFA , SIRS และ MEWS ร่วมกันในการประเมินผู้ป่วยที่สงสัยมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ที่หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพญาเม็งราย

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ระเบียบวิจัย

ชนิดวิจัย

Action research

รูปแบบวิจัย

(Cross-sectional Studies)

วิธีการรวบรวมข้อมูล

Prospective

สถานที่ศึกษา

โรงพยาบาลพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย

ผู้ป่วยที่ศึกษา

กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด(Sepsis) ทุกราย ที่มารับบริการ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย ระหว่าง เดือนเมษายน 2562 ถึง สิงหาคม 2563 ที่เข้าเกณฑ์การประเมิน SIRS , qSOFA และMEWS และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นSepsis หรือSeptic shock โดยเก็บข้อมูล ร้อยละของผู้ป่วยsepsisได้รับการ Early diagnosis ร้อยละได้รับ Antibiotic ใน 1 ชั่วโมง และร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วยSepsis เปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา

กลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purpositive Sampling)

ผลการศึกษา

จากการประยุกต์ใช้เกณฑ์การประเมิน SIRS , qSOFA และMEWS มาใช้ในการประเมินภาวะSepsis โดยออกแบบให้ใช้งานง่าย รวดเร็ว สะดวกต่อผู้ปฏิบัติงาน โดยปริ๊นเกณฑ์ติดหลังChart Triage ทุก Charge เพื่อให้สามารถเปิดดูได้ตลอด พร้อมมีเกณฑ์ในการต้องconsult แพทย์ รวมถึงการออกแบบOPD Card ให้มีช่องสำหรับการประเมิน SIRS, qSOFA และMEWS ทำให้สามารถประเมินผู้ป่วยได้ตั้งแต่แรกรับและต่อเนื่องจนออกจากER พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่มีได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นSepsis หรือSeptic shock ที่เข้าเกณฑ์การประเมิน SIRS, qSOFA และMEWS มีที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย ระหว่าง เดือนเมษายน 2562 ถึง สิงหาคม 2563 มีทั้งหมด 108 ราย แบ่งเป็น เพศชาย 59 ราย คิดเป็นร้อยละ54.6 เพศหญิง 49 ราย คิดเป็นร้อยละ45.4 ได้รับการวินิจฉัยเป็น Sepsis 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.3 Septic shock 72 ราย คิดเป็นร้อยละ66.7 แบ่งเป็น ช่วงอายุ น้อยกว่า 15 ปี 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.9 15-35 ปี 4 ราย คิดเป็นร้อยละ3.7 35-60 ปี 33 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.6 และมากกว่า60 ปี 70 รายคิดเป็น

ร้อยละ 64.8 มีโรคประจำตัว 82 ราย คิดเป็นร้อยละ 75.9 ปฏิเสธโรคประจำตัว 26 ราย คิดเป็นร้อยละ24.1 หลังการวินิจฉัย ได้รับการส่งต่อ 77 ราย คิดเป็นร้อยละ71.3 ได้รับการadmit 29 รายคิดเป็นร้อยละ26.9

ผู้ป่วยsepsisได้รับการ Early diagnosis ร้อยละ85.3 ได้รับ Antibiotic ใน 1 ชั่วโมง 76.9 และการเสียชีวิตของผู้ป่วยSepsis ร้อยละ1.9

อภิปราย สรุป และข้อเสนอแนะ

อภิปราย และสรุป

ผลจากการพัฒนาการประเมินภาวะSepsis โดยการประยุกต์ใช้เกณฑ์การประเมิน SIRS , qSOFA และMEWS มาใช้ในการประเมินภาวะSepsis โดยออกแบบให้ใช้งานง่าย รวดเร็ว สะดวกต่อผู้ปฏิบัติงานส่งผลดีต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างชัดเจน ทำให้แพทย์ พยาบาล สามารถประเมิน และวินิจฉัยผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแรกรับได้รวดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่รวดเร็ว สามารถดักจับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยมีแนวโน้มเข้าสู่ภาวะวิกฤต ลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรขยายผลการใช้ไปยังหน่วยงานอื่นๆทั้งในและนอกโรงพยาบาล
2. ควรมีการติดตามผลผู้ป่วยSepsis ที่ได้รับการส่งต่อให้ครบทุกราย
3. เพิ่มเกณฑ์การประเมินภาวะSepsis ในเด็ก

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมเวชบำบัดวิกฤต. (2558). การดูแลรักษาผู้ป่วย Severe Sepsis และ Septic Shock (ฉบับร่าง) แนวทางเวชปฏิบัติ. กรุงเทพฯ : สมาคมเวชบำบัดวิกฤต.
2. นงลักษณ์ โค้วตระกูล. ผลการพัฒนาคุณภาพระบบการ จัดการผู้ป่วยรายกรณีติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว. วารสารโรคหัวใจและทรวงอก 2557; 25(2): 120-134.
3. วไลวรรณ เนื่อง สุวรรณ , จิราพร น้อมกุศล, รัตนา ทองแจ่ม และธนชัย พนาพุฒิ. การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง . วารสาร การพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2557; 32(2): 25-36.

ผลของการใช้ชุดสื่อประกอบการสอนการคัดแยกระดับความฉุกเฉินต่อความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วย งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย

Effect of Thailand Triage Training Kit to accuracy of triage Accident and Emergency Unit, Wiang Chiang Rung Hospital, Chiang Rai Province

ณรงค์ศักดิ์ วันดี

โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง

บทคัดย่อ

การคัดแยกระดับความฉุกเฉินเป็นกระบวนการสำคัญในการค้นหาปัญหาฉุกเฉินและจัดลำดับความเร่งด่วนในการให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วย การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้ชุดสื่อประกอบการสอนการคัดแยกระดับความฉุกเฉิน งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย โดยศึกษาผลลัพธ์ด้านความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างเป็นข้อมูลเวชระเบียนของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2560 ถึง 30 กันยายน พ.ศ.2561 แบ่งออกเป็นกลุ่มก่อนและหลังการใช้ชุดสื่อประกอบการสอนการคัดแยกระดับความฉุกเฉิน กลุ่มละ 321 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นชุดสื่อประกอบการสอนการคัดแยกระดับความฉุกเฉิน ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ t-test และ Fisher exact probability test

ผลการวิจัย พบว่า ความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วยหลังการใช้ชุดสื่อประกอบการสอนการคัดแยกระดับความฉุกเฉินมีมากกว่าก่อนการใช้ชุดสื่อประกอบการสอนการคัดแยกระดับความฉุกเฉิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วยกลุ่มก่อนมีการใช้ชุดสื่อประกอบการสอนการคัดแยกระดับความฉุกเฉิน ร้อยละ 56.70 และกลุ่มหลังการใช้ชุดสื่อประกอบการสอนการคัดแยกระดับความฉุกเฉิน ร้อยละ 84.74

นี้แสดงให้เห็นว่าการใช้ชุดสื่อประกอบการสอนการคัดแยกระดับความฉุกเฉินสามารถพัฒนาทักษะของพยาบาลในการคัดแยกผู้ป่วยได้ จึงเห็นควรให้มีการส่งเสริมให้มีการประยุกต์ใช้วิธีการนี้ในการฝึกอบรมการคัดแยกผู้ป่วยต่อไป

คำสำคัญ : ชุดสื่อประกอบการสอนการคัดแยกระดับความฉุกเฉิน, การคัดแยกผู้ป่วย

บทนำ

การให้บริการการรักษาพยาบาลของงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นบริการที่ต้องปฏิบัติอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง และปลอดภัย เพื่อให้ผู้ป่วยรอดชีวิตจากภาวะคุกคามชีวิต ไม่เกิดความพิการหรือภาวะแทรกซ้อนทั้งด้านร่างกายและจิตใจ[1] ในขณะที่ความต้องการใช้บริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเพิ่มมากขึ้น แต่ทรัพยากรที่มีอยู่ไม่ว่าจะเป็นจำนวนบุคลากร เครื่องมือ และสถานที่ยังคงมีอยู่อย่างจำกัด และการให้บริการการรักษาพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินยังคงต้องการคุณภาพของการดูแล อีกทั้งระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันมุ่งไปสู่การเพิ่มคุณภาพและผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความคุ้มค่าคุ้มทุนในทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์และสามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยให้ได้จำนวนมากที่สุด[2]

ระบบการคัดแยกผู้ป่วย (triage) ถูกนำมาใช้ที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อช่วยในการค้นหาปัญหาฉุกเฉิน ภาวะคุกคามชีวิต และจัดระดับความเร่งด่วนของการเจ็บป่วยตามอาการที่นำผู้ป่วยมารับการรักษา[3] รวมทั้งจัดบริการการรักษาพยาบาลอย่างเหมาะสม ทันท่วงที เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะคุกคามชีวิต โดยการใช้ทรัพยากรที่มีอย่างคุ้มค่าเกิดประโยชน์สูงสุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินวิกฤต ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จะต้องได้รับการค้นหาปัญหาฉุกเฉินและจัดระดับความเร่งด่วนของการรักษาอย่างถูกต้อง ทันการ และต้องได้รับการช่วยเหลือให้พ้นจากภาวะคุกคามชีวิตโดยเร็ว สำหรับผู้ป่วยนอกเหนือจากนี้หากมีความจำเป็นต้องรอผู้ให้บริการในการให้บริการการรักษาพยาบาลต้องมั่นใจว่าผู้ป่วยเหล่านั้นรออย่างปลอดภัย

ในอดีตที่ผ่านมา พบมีการศึกษาถึงประสิทธิผลของการใช้แนวทางการคัดแยกผู้ป่วยในหลายสถานที่ ทั้งในโรงพยาบาลศูนย์[4,5] โรงพยาบาลชุมชน[6,7] ซึ่งเป็นการศึกษาที่นำแนวทางไปใช้โดยผ่านกระบวนการพัฒนาคุณภาพ การทดลองแนวทางปฏิบัติ แต่ยังไม่พบการใช้ชุดสื่อประกอบการสอนการคัดแยกระดับความฉุกเฉินมาใช้ในการศึกษา เพื่อประเมินความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วยในสถานการณ์จริง

จากผลการประเมินการคัดแยกผู้ป่วยระดับจังหวัดของงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง[8] พบว่ามีการคัดแยกผู้ป่วยถูกต้องปี 2557-2559 ร้อยละ 76.92, 87.5 และ 75.59 ตามลำดับ ซึ่งในจำนวนนี้ในปี 2559 มีการคัดแยกที่ต่ำกว่าสภาพความรุนแรงที่เป็นจริง (under triage) ร้อยละ 20.69 การคัดแยกที่สูงกว่าสภาพความรุนแรงที่เป็นจริง (over triage) ร้อยละ 3.45 ซึ่งเกินเกณฑ์มาตรฐานที่ยอมรับได้โดยเฉพาะ under triage เพื่อให้การคัดแยกระดับความฉุกเฉินผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้นบรรลุตามเป้าหมายที่ยอมรับได้ในเรื่องความถูกต้องของการคัดแยก และเป้าหมายในการพัฒนาระบบปฏิบัติการฉุกเฉินให้ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม จึงมีความจำเป็นที่ต้องศึกษาในครั้งนี้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของการใช้ชุดสื่อประกอบการสอนการคัดแยกระดับความฉุกเฉิน งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อศึกษาความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้ชุดสื่อประกอบการสอนการคัดแยกระดับความฉุกเฉิน

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัย Efficacy research รูปแบบ Interrupted Time design

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย ได้แก่ ข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2560 – 30 กันยายน 2561 โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่าง ภายใต้สมมติฐานว่า ความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วยในกลุ่มก่อนใช้ชุดสื่อประกอบการสอน การคัดแยกระดับความฉุกเฉิน เท่ากับ 80% และกลุ่มหลังใช้ชุดสื่อประกอบการสอนการคัดแยกระดับความฉุกเฉิน จะเพิ่มขึ้นเป็น 90 % กำหนดการทดสอบเป็น one-sided ด้วยความคลาดเคลื่อนชนิดที่หนึ่ง (significance) ที่ 5% และ power 90% ได้จำนวนข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยกลุ่มละ 321 ราย โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกดังต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเพื่อเข้าศึกษา

ข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย ในช่วงที่ทำการศึกษา ของพยาบาลผู้คัดแยกผู้ป่วยคนเดียวกันก่อนและหลังการใช้ชุดสื่อประกอบการสอนการคัดแยกระดับความฉุกเฉิน

เกณฑ์การคัดผู้ป่วยออกจากการศึกษา

ข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยรายเก่าที่มารับการรักษาตามนัด ข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยแพทย์แผนกผู้ป่วยนอกแล้ว และข้อมูลเวชระเบียนผู้ที่มารับบริการทำหัตถการต่อเนื่อง เช่น การทำแผล การฉีดยา การฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยัก การฉีดวัคซีนป้องกันพิษสุนัขบ้า

เครื่องมือการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่ ชุดสื่อประกอบการสอนการคัดแยกระดับความฉุกเฉินที่พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยและทีม โดยการสนับสนุนของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ และผ่านการตรวจสอบคุณภาพของสื่อประกอบการสอนแล้ว ซึ่งประกอบไปด้วย 1) แผ่นการ์ดคัดแยกอาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน จำนวน 3 ชุด ชุดละ 150 ใบ แยกตามระดับของอาการผู้ป่วยฉุกเฉิน 2) วิดีโอแนะนำชุดสื่อประกอบการสอนและวิธีการการใช้งานชุดสื่อการสอน 3) แถบสี 5 สี ได้แก่ สีแดง สีชมพู สีเหลือง สีเขียว และสีขาวตามระดับความรุนแรงฉุกเฉินของการเจ็บป่วยที่จะนำไว้ติดในแผ่นการ์ด เพื่อการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินที่ถูกต้อง 4) วีดีโอการสอนการคัดแยกระดับความฉุกเฉิน

เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบรวบรวมผลลัพธ์การคัดแยกที่พัฒนาโดยผู้ศึกษา แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ความตรงกันของการคัดแยกระดับความฉุกเฉินความถูกต้องของผู้ป่วยของพยาบาลได้การคัดแยก

2. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือการวิจัยในครั้งนี้ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแล้วการวิจัยในครั้งนี้จึงไม่จำเป็นต้องทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้มีขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัย

2. หลังจากได้รับอนุมัติ ผู้วิจัยนำหนังสืออนุมัติเข้าพบแพทย์ หัวหน้างานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หัวหน้างานผู้ป่วยใน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดการดำเนินการวิจัยและการรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมผลลัพธ์ความถูกต้องของการคัดแยก ก่อนมีการใช้ชุดสื่อประกอบการสอนการคัดแยกระดับความฉุกเฉิน เป็นระยะเวลา 4 เดือน ระหว่างเดือนธันวาคม 2560 - มีนาคม 2561 ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมผลลัพธ์ด้วยตนเองจากบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินของพยาบาลผู้ทำการคัดแยกผู้ป่วยทุกคน จำนวน 321 ราย โดยใช้แบบรวบรวมผลลัพธ์การคัดแยก

4. ดำเนินการสอนการคัดแยกระดับความฉุกเฉินผู้ป่วยโดยใช้ชุดสื่อประกอบการสอนการคัดแยกผู้ป่วยกับพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินจำนวน 1 ครั้ง สำหรับพยาบาลที่ไม่ได้เข้าร่วมประชุมผู้วิจัยจะชี้แจงและให้ความรู้แบบตัวต่อตัวจนกว่าจะครบทุกคน โดยใช้ระยะเวลาในการสอนและดำเนินการคัดแยกผู้ป่วยหลังการสอนเป็นระยะเวลา 1 เดือน

5. ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมผลลัพธ์ความถูกต้องของการคัดแยก ก่อนมีการใช้ชุดสื่อประกอบการสอนการคัดแยกระดับความฉุกเฉิน เป็นระยะเวลา 4 เดือน ระหว่างเดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2561 ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมผลลัพธ์ด้วยตนเองจากบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ของพยาบาลผู้ทำการคัดแยกผู้ป่วยทุกคน จำนวน 321 ราย โดยใช้แบบรวบรวมผลลัพธ์การคัดแยก

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มประชากรเป้าหมาย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองเชิงจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ก่อนดำเนินการวิจัยผู้วิจัยได้ขออนุญาตทำการวิจัยต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง นอกจากนี้แล้วข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับ การนำเสนอผลการวิจัยครั้งนี้นำเสนอในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางการวิจัยเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ความตรงกันของการคัดแยกระดับความฉุกเฉินความถูกต้องของผู้ป่วยของพยาบาลได้การคัดแยกวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ t-test, Fisher exact probability test

ผลการวิจัย

การศึกษา Efficacy research รูปแบบ Interrupted Time design เพื่อศึกษาผลของการใช้ชุดสื่อประกอบการสอนการคัดแยกระดับความฉุกเฉิน งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย โดยทำการรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการใช้ชุดสื่อประกอบการสอนการคัดแยกระดับความฉุกเฉิน ระหว่างวันที่ วันที่ 1 ตุลาคม 2560 – 30 กันยายน 2561 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอในรูปของตารางประกอบคำบรรยาย โดยแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ให้บริการ ร้อยละ 85.71 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 14.29 เป็นเพศชาย มีอายุระหว่าง 41–45 ปี ร้อยละ 42.85 มีอายุเฉลี่ย 33.86 ปี จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100 มีประสบการณ์การทำงานในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน อยู่ในช่วง 1–5 ปี ร้อยละ 42.85 มีประสบการณ์ทำงานในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเฉลี่ย 7.71 ปี ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ให้บริการ จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงานในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (n = 7)

ข้อมูลส่วนบุคคล	N=7	
	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	1	14.29
หญิง	6	85.71
อายุ (ปี) ($\bar{x}$ = 33.86, S.D. = 8.75)		
21 – 25	2	28.57
26 – 30	1	14.29
31-35	0	0.00
36-40	1	14.29
41-45	3	42.85
ระดับการศึกษา		
อนุปริญญา	0	0.00
ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า	7	100.00
ประสบการณ์การทำงานในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ปี) ($\bar{x}$ = 7.71, S.D. = 5.50)		
1 – 5	3	42.85
6 – 10	2	28.57
10 - 15	1	14.29
> 15 ปี	1	14.29

กลุ่มตัวอย่างกลุ่มก่อนการใช้ชุดสื่อประกอบการสอนการคัดแยกระดับความฉุกเฉิน ร้อยละ 51.71 เป็นเพศชาย ร้อยละ 48.29 เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 0-10 ปี มากที่สุด ร้อยละ 27.41 รองลงมาอายุระหว่าง 51-60 ปี และ 61-70 ปี ร้อยละ 12.46 มีอายุเฉลี่ย 37.14 ปี ระดับความฉุกเฉิน Non-Urgent มากที่สุด ร้อยละ 42.99 รองลงมา Semi-Urgent ร้อยละ 27.10 กลุ่มหลังการใช้ชุดสื่อประกอบการสอนการคัดแยกระดับความฉุกเฉิน ร้อยละ 53.27 เป็นเพศชาย ร้อยละ 46.73 เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 0-10 ปี มากที่สุด ร้อยละ 27.10 รองลงมาอายุระหว่าง 61-70 ปี ร้อยละ 13.71 มีอายุเฉลี่ย 34.68 ปี ระดับความฉุกเฉิน Non-Urgent มากที่สุด ร้อยละ 43.92 รองลงมา Semi-Urgent ร้อยละ 26.17 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ อาการนำมาโรงพยาบาล ระดับความฉุกเฉิน กลุ่มก่อนและกลุ่มหลังการใช้ชุดสื่อประกอบการสอนการคัดแยกระดับความฉุกเฉิน (n = 321)

ลักษณะที่ศึกษา	กลุ่มก่อน (n= 321)		กลุ่มหลัง (n= 321)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	166	51.71	171	53.27
หญิง	155	48.29	150	46.73
อายุ (ปี), mean (±SD)				
0-10	88	27.41	87	27.10
11-20	33	10.28	32	9.97
21-30	23	7.16	35	10.90
31-40	30	9.35	30	9.35
41-50	24	7.48	28	8.72
51-60	40	12.46	37	11.53
61-70	40	12.46	44	13.71
71-80	24	7.48	21	6.54
81-90	17	5.30	7	2.18
91-100	2	0.62	0	0.00
	($\bar{x}$ = 37.14, S.D. = 27.36)		($\bar{x}$ = 34.68, S.D. = 25.67)	
ระดับความฉุกเฉิน				
Resuscitation	4	1.25	4	1.25
Emergency	35	10.90	50	15.58
Urgent	57	17.76	42	13.08
Semi-Urgent	87	27.10	84	26.17
Non-Urgent	138	42.99	141	43.92

ส่วนที่ 2 ผลของการใช้ชุดสื่อประกอบการสอนการคัดแยกระดับความฉุกเฉิน

กลุ่มก่อนมีการใช้ชุดสื่อประกอบการสอนการคัดแยกระดับความฉุกเฉิน มีความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วย ร้อยละ 56.70 คัดแยกต่ำกว่าสภาพความรุนแรงที่เป็นจริง (under triage) ร้อยละ 35.20 คัดแยกสูงกว่าสภาพความรุนแรงที่เป็นจริง (over triage) ร้อยละ 8.10 กลุ่มหลังมีการใช้ชุดสื่อประกอบการสอนการคัดแยกระดับความฉุกเฉิน มีความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วย ร้อยละ 84.74 คัดแยกต่ำกว่าสภาพความรุนแรงที่เป็นจริง (under triage) ร้อยละ 12.77 คัดแยกสูงกว่าสภาพความรุนแรงที่เป็นจริง (over triage) ร้อยละ 2.49 เมื่อเปรียบเทียบความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วยระหว่างกลุ่มก่อนและกลุ่มหลังมีการใช้ชุดสื่อประกอบการสอนการคัดแยกระดับความฉุกเฉิน พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ***ผลลัพธ์ด้านความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วย กลุ่มก่อนและกลุ่มหลังการใช้ชุดสื่อประกอบการสอนการคัดแยกระดับความฉุกเฉิน (n=321)***

ความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วย	กลุ่มก่อน (n= 321)		กลุ่มหลัง (n= 321)		p-value
	n	ร้อยละ	N	ร้อยละ	
คัดแยกถูกต้อง	182	56.70	272	84.74	0.000
คัดแยกไม่ถูกต้อง					
Under triage	113	35.20	41	12.77	0.000
Over triage	26	8.10	8	2.49	0.005

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วยระหว่างกลุ่มก่อนและกลุ่มหลังมีการใช้ชุดสื่อประกอบการสอนการคัดแยกระดับความฉุกเฉิน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) แสดงให้เห็นว่าชุดสื่อประกอบการสอนการคัดแยกระดับความฉุกเฉิน (Thailand Triage Training Kit : TTTK) ที่ประกอบไปด้วยวีดีโอสอนเรื่องการคัดแยกระดับความฉุกเฉิน แผ่นการ์ดคัดแยกอาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน หรือ Patient tag card ระดับความยากง่าย 3 ระดับ ซึ่งผู้เข้าเรียนต้องได้รับการฝึกการคัดแยกระดับความฉุกเฉินให้ถูกต้องทั้ง 3 ระดับความยากง่าย ร้อยละ 80 ก่อนถึงจะดำเนินการรวบรวมผลลัพธ์ของการคัดแยกผู้ป่วยจริง จะเห็นได้ว่าหลังจากผู้เรียนได้ผ่านกระบวนการเรียนที่ได้ฝึกทักษะในการประเมินความรุนแรงผู้ป่วยที่ความยากง่ายหลายระดับ และการเรียนที่มีการออกแบบเป็นอย่างดี ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มนตรี พรมท่อน[9] ที่ใช้คอมพิวเตอร์ช่วยสอนมาพัฒนาทักษะการปฏิบัติของ

พยาบาลในการคัดแยกผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉินได้ พบว่าการคัดแยกผู้ป่วยที่แผนกฉุกเฉินของพยาบาลภายหลังเรียนด้วยบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนมีร้อยละความถูกต้องสูงกว่าก่อนเรียนด้วยบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P< 0.001) เช่นเดียวกับการศึกษาของ นันท์นลิน นาคะกุล[5] วันฉัตร เหล่มตระกูล[6] และกนกรัตน์ มัชชะ[7] ที่ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลของการใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินสำหรับการคัดแยกผู้ป่วยโรงพยาบาล พบว่าหลังผ่านกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องผลลัพธ์ด้านความถูกต้องของการคัดแยกเพิ่มขึ้นเช่นกัน

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งต่อไป ควรศึกษาเปรียบเทียบผลของการใช้ชุดสื่อประกอบการสอนการคัดแยกระดับความฉุกเฉิน (Thailand Triage Training Kit : TTTK) กับสื่อการสอนรูปแบบอื่น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ที่สนับสนุนทุนวิจัย ศาสตราจารย์ ดร.นพ. ชยันตร์ธร ปทุมานนท์ และรองศาสตราจารย์ ชไมพร ทวิชศรี ที่ปรึกษาในการวิจัย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล บุคลากรโรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีตลอดระยะเวลาการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Department of medical service. Guide to Standardization in Hospital Based Emergency Care (SHEC). Nonthaburi. 2009. (in Thai)
2. Gurzick M, Kesten K S. The impact of clinical nurse specialists on clinical pathways in the application of evidence-based practice. Journal of Professional Nursing. 2010; 26(1): 42–8.
3. Zimmermann P G, McNair R S. Triage. In S. C. Brown (Eds.), *Emergency Nursing Secrets* (2nd ed., pp. 3-15). St. Louis, Missouri: Elsevier Inc. 2007.
4. Jakpaisan S, Pramparmamon C, Mala N. Effects of Saraburi Emergency Severity Index Triage Protocol on severity classification agreement doctor waiting time, client satisfaction and nurses' job satisfaction in emergency department of Saraburi hospital. Saraburi Provincial Health Office. 2010. (in Thai)
5. Nakakul N. Effectiveness of implementing the emergency severity index for patient triage, Lampang hospital. [dissertation]. Master of Nursing Science (Adult Nursing): Chiang Mai Univ.; 2014.(in Thai)
6. Laotrakul W. Effectiveness of implementing the emergency severity index for patient triage, Kokha hospital, Lampang province. [dessertation]. Master of Nursing Science (Adult Nursing): Chiang Mai Univ.; 2014. (in Thai)
7. Matcha K. Effectiveness of implementing the emergency severity index for patient triage, Lampang hospital. [dessertation]. Master of Nursing Science (Adult Nursing): Chiang Mai Univ.; 2014.(in Thai)
8. Accident and Emergency Unit Wiang Chiang Rung Hospital. Patients annual statistical report 2016. Chiang Rai: Hospital; 2016.(in Thai)
9. Promton M. Effect of Using Computer Assisted Instruction for Emergency Department Triage on Nurses' Triage Accuracy. [Thesis]. Master of Nursing Science (Adult Nursing): Chiang Mai Univ.; 2015.(in Thai)

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลศรีเมืองชุม อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

Development of the Participatory Long Term Care Model in Srimueangchum Sub District, Mae Sai District, Chiang Rai Province.

ปราณี จันธิมา

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีเมือชุม

บทคัดย่อ

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนปัจจุบันมีรูปแบบไม่ชัดเจนไม่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาทำให้ไม่สามารถแก้ปัญหาสุขภาพได้ การร่วมกันของภาคีเครือข่ายในชุมชนพัฒนารูปแบบที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการบริบทของชุมชนจึงมีความจำเป็น การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และการทดสอบประสิทธิผลโดยเปรียบเทียบความแตกต่างการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวก่อนและหลังดำเนินการทำการศึกษาตั้งแต่เดือนธันวาคม 2562 - เดือนกรกฎาคม 2563 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง คือ ญาติผู้สูงอายุติดบ้าน/ติดเตียง ผู้สูงอายุอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ตัวแทนจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ตัวแทนบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลแม่สาย บุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่สาย จำนวน 124 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลศรีเมืองชุม แบบสนทนากลุ่ม แบบสังเกต และแบบเกณฑ์ประเมินชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่าง การมีส่วนร่วมและความพึงพอใจของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ ก่อนและหลังดำเนินการ ด้วยสถิติ Paired Samples t-test วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยได้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน 3 รูปแบบ คือ 1 รูปแบบระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ควรประกอบด้วย 4 องค์ประกอบซึ่งได้แก่ 1) การดูแลต่อเนื่องที่ไร้รอยต่อ 2) การเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวสมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแล 3) การพัฒนาศักยภาพของชุมชน และ4) การเรียนรู้ร่วมกันสู่ความสำเร็จตามเป้าหมาย รูปแบบที่ 2 UCCARE ประกอบด้วย Unity team , Customer focus ,Community Participation ,Appreciation ,Resource sharing and human development และEssential care รูปแบบที่ 3 ผลการใช้ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนและการสร้างนวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาโดยผู้สูงอายุและอสม.

ผลการวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่าการพัฒนารูปแบบการให้บริการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนควรประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ และพบว่าผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นในทุกด้าน มีความพึงพอใจในการดำเนินงานสูงขึ้นกว่าก่อนพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน(p-value <0.05) บุคลากรด้านสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แกนนำชุมชน สามารถใช้รูปแบบดังกล่าวในการเสริมสร้างพลังอำนาจและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาซึ่งจะช่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและจากไปอย่างสงบ

คำสำคัญ : รูปแบบการให้บริการสุขภาพ,ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา, กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน

บทนำ

โครงสร้างของประชากรโลกกำลังเปลี่ยนเป็นประชากรวัยสูงอายุ โดยมีการคาดการณ์ผู้สูงอายุจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็น 246 ล้านคน ในปี 2563 ซึ่งแบ่งผู้สูงอายุตามความสามารถในการดูแลตนเอง พบว่า มีผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้ ร้อยละ 85.3 (5.8 ล้านคน) ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บางส่วน ร้อยละ 13.8 (960,000 คน) และผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองไม่ได้เลยร้อยละ 0.9 (63,000 คน) [1] แม้ผู้สูงอายุไทยจะมีอายุยืนยาวแต่ช่วงชีวิตที่อยู่ในระยะที่มีภาวะสุขภาพไม่ดีและมีภาวะทุพพลภาพที่ต้องการพึ่งพายังอยู่ในระดับสูง สำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพนอนติดเตียงพบว่า ร้อยละ 50.0 มีโรคเรื้อรังร้อยละ 25.0 ไม่สามารถทำกิจกรรมตามปกติและมีถึง 1 ใน 5 ที่มีภาวะทุพพลภาพเกิน 6 เดือน

ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Ageing Society) กระทรวงสาธารณสุข มีแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 12 (ปี 2554 – 2464) เพื่อให้ผู้สูงอายุและผู้ที่ต้องพึ่งพาได้รับการดูแลทั้งในชุมชนและที่บ้านซึ่งเป็นหนึ่งในเป้าหมายงานสำคัญของการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) คือ การบูรณาการทรัพยากรภายใต้บริบทของพื้นที่ส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชนพึ่งตนเองได้ไม่ทอดทิ้งกัน โดยมีเป้าหมายร่วมเพื่อสุขภาวะของประชาชน การดูแลระยะยาวเป็นการให้บริการเพื่อช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะทุพพลภาพหรือมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังเน้นมิติของการดูแลด้านการส่งเสริมสุขภาพ การคงสภาพ หรือชะลอความเสื่อมและการฟื้นฟูสภาพในชุมชน โดยมีเป้าหมายให้ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องระยะยาวสามารถอยู่ในชุมชนได้โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นหรือพึ่งพาผู้อื่นน้อยที่สุด จากการทบทวนวรรณกรรม ด้านการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย พบว่าการจัดบริการการดูแลระยะยาวในประเทศไทยยังไม่มีระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจนถึงแม้จะมีนโยบายที่ชัดเจน[3] จากการทบทวนการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลศรีเมืองชุม พบว่ายังมีการดำเนินงานที่แยกส่วน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวยังมีส่วนร่วมในการดำเนินงานน้อย การจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุมีไม่ทั่วถึงโดยผู้ดูหลักส่วนใหญ่จะเป็นบุคลากรด้านสาธารณสุขและเน้นการดูแลด้านสุขภาพเป็นหลัก ตำบลศรีเมืองชุม เริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุมาตั้งแต่ ปีพ.ศ. 2559– 2562 โดยมีจำนวนผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 21.18,19.81, 21.5 และ 21.78 ตามลำดับ และในปี 2562 จากการสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้หรือกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 92.78 สามารถช่วยเหลือตัวเองได้แต่ต้องมีคนดูแลหรือกลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 5.81 และไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เลยหรือกลุ่มติดเตียง ร้อยละ 1.41 จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามความต้องการบริการด้านสาธารณสุข กลุ่มที่ 1 (ด้านการเคลื่อนไหวได้บ้าง และอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง) มีจำนวน 8 คน กลุ่มที่ 2 (เหมือนกลุ่มที่ 1 แต่มีภาวะสับสนทางสมอง) มีจำนวน 4 คน กลุ่มที่ 3 (เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่าย หรือมีอาการป่วยรุนแรง) มีจำนวน 4 คน และ กลุ่มที่ 4 (เหมือนกลุ่มที่ 3 และมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต) 2 คน นอกจากนี้ยังพบว่า จำนวนของผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี อีกทั้งเมื่อผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมส่วนหนึ่งมีอายุมากขึ้น ร่วมกับมีความ

เสื่อมของร่างกายและจิตใจเพิ่มขึ้น หรือมีภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง รวมถึงไม่มีระบบการดูแลช่วยเหลือจากภาคส่วนต่างๆ ที่มีประสิทธิภาพ อาจกลายเป็นผู้สูงกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง ที่ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น[4]

ชมรมผู้สูงอายุตำบลศรีเมืองชุมไม่ผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพเขต 1 จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งเป็น 1 ใน 7 เกณฑ์มาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว จากการวิเคราะห์หาสาเหตุ การมีส่วนร่วมกับชุมชนและความพึงพอใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุยังมีไม่มาก จำเป็นต้องพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการนำรูปแบบของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวที่พัฒนาขึ้นมาดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ผู้วิจัยจึงสนใจแนวทางการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ซึ่งเป็นกระบวนการที่ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนภาคีหลัก 3 ภาคีเน้นการแก้ปัญหาในบริบทที่มีลักษณะเฉพาะเพื่อกำหนดทิศทางการเปลี่ยนแปลงในอนาคตเป็นกระบวนการที่เป็นวงจรที่เชื่อมโยงกันระหว่างการค้นหาความจริงในการปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาและประเมินผล มีเป้าหมาย คือ การปรับปรุงและพัฒนาข้อค้นพบจากการวิจัยเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงการพัฒนากลไกการบริหารจัดการ การก้าวย่างสู่สังคมผู้สูงอายุระยะยาวแบบมีส่วนร่วมของชุมชน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
2. ทดสอบประสิทธิผลโดยเปรียบเทียบความแตกต่างการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวก่อนและหลังดำเนินการ

วิธีการวิจัย

รูปแบบศึกษา

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research)

การดำเนินการวิจัย แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน

ขั้นที่ 1 ร่วมกันวางแผน (Planning)

1.1 กระบวนการสำรวจและวิเคราะห์สถานการณ์ เพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ เชิญผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา (ติดบ้าน ติดเตียง) ร่วมสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ในหัวข้อ ใส่ใจ๋คนเฒ่า บ้านเฮาร่มเย็น คืนข้อมูลที่ได้จากการสำรวจและวิเคราะห์สถานการณ์ ประชุมกลุ่มย่อย (Focus group) ร่วมกันออกแบบ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ประกอบด้วย

1) กลุ่มตัวแทนผู้ดูแล (Care giver) ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาร่วมกันค้นหาปัญหา หาข้อสรุป ความต้องการการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพา บทบาทหน้าที่ของผู้ดูแล ค้นหารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ติดบ้าน ติดเตียงในชุมชน

2) กลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องภายในชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน พระสงฆ์ จิตอาสาดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น เพื่อหาข้อสรุปในบทบาท หน้าที่ ปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในชุมชนร่วมกันวางแผนหารูปแบบการดูแลที่เหมาะสมและเป็นไปได้ในชุมชนตามบริบท

3) กลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องภายนอกชุมชน ได้แก่ ทีมสหสาขาวิชาชีพ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชน ,สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อมารับทราบข้อมูลและเติมเต็มข้อมูล ร่วมกันวิเคราะห์บทบาทหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง และร่วมกันค้นหารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในชุมชน

ขั้นที่ 2 กระบวนการออกแบบกิจกรรมการดูแลสุขภาพโดยใช้พื้นที่เป็นตัวตั้ง สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการจัดกิจกรรม และจัดกิจกรรมดูแลผู้สูงอายุ นำแผนจากขั้นตอนที่ 1 ไปสู่การปฏิบัติตามโครงการการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

1) การสนับสนุนการดูแลตนเอง (self-management support) คือ การสร้างความตระหนัก และความสามารถในการดูแลรักษาตนเองของผู้สูงอายุ

2) การออกแบบระบบบริการ (delivery system design) ประกอบด้วยหลักการ ๓ ประการ คือ Team based approach, Planned care visit, Case management จัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้และฝึกทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาแก่ผู้ดูแล (Care giver) อสม.และจิตอาสา ที่ดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง โดยมีการอบรมแบบเข้มข้นที่มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

3) Decision support คือ วิธีการช่วยสนับสนุนให้ทีมสหสาขาสามารถใช้ความรู้ที่ทันสมัยในการตัดสินใจให้การดูแลผู้สูงอายุ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกชุมชนร่วมกัน จัดตั้งคณะกรรมการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา การเข้าร่วมโครงการ 1 ตำบล 1 อำเภอ ต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของจังหวัดเชียงราย

4) Clinical information system คือ คุณสมบัติของระบบฐานข้อมูลที่ดี โดยตำบลศรีเมืองชุมเป็นตำบลที่มีการใช้โปรแกรมและข้อมูลด้านสารสนเทศในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง โดยได้รับการสนับสนุนทางวิชาการจากมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง โดย Care giver มีการใช้โปรแกรมประเมินADL ของผู้สูงอายุผ่านมือถือ โดยApplication สูงวัย Fighting และ Care Manager สามารถใช้Application สูงวัย Fighting ประเมิน TIA เพื่อแยกกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งทำให้ง่ายต่อการจัดกลุ่มผู้สูงอายุในการดูแล และนอกจากนี้ยังมีการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ผ่านโปรแกรม Family Folder Collector ในการลงข้อมูลการเยี่ยมบ้านซึ่งสามารถเชื่อมต่อข้อมูลไปยังโปรแกรม JHCIS ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ใช้บันทึกผลการปฏิบัติงานของรพ.สต. ทำให้ได้ข้อมูลที่รวดเร็วลดความซ้ำซ้อนในการลงข้อมูลเป็นอย่างมาก

5) Health Systems organization วิสัยทัศน์ พันธกิจ หรือแผนในการดูแลผู้สูงอายุ เป็นแผนที่ทำร่วมกันทำให้ทุกคนสามารถทราบข้อมูลของผู้สูงอายุที่ต้องดูแล การทำบทบาทของแต่ละกลุ่ม การสร้างวิสัยทัศน์และพันธกิจร่วมกัน ชุมชนและจิตอาสา ออกเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ทั้งแบบเป็น

ทางการและไม่เป็นทางการ โดย ออกเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมหมอครอบครัว เครือข่าย อสม.และจิตอาสาในชุมชน ตามแผนเยี่ยมบ้านเดือนละ 1 ครั้งและเยี่ยมบ้านด้วยชุมชนเอง เมื่อมีเวลาว่างและตามปัญหาความเร่งด่วนของผู้ป่วย

6) Community resource linkages การร่วมใช้ทรัพยากรขององค์กรต่างๆ ในชุมชนให้เกิดประโยชน์สูงสุด ทั้งระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ และระหว่างหน่วยบริการกับส่วนบริการอื่นๆ ในชุมชน การสร้างศูนย์คุณภาพชีวิต การจัดตั้งศูนย์กายอุปกรณ์และการจัดหาวัสดุอุปกรณ์ให้มีอย่างเพียงพอ จิตอาสาทุกกลุ่มร่วมกันจัดกิจกรรมและพัฒนานวตกรรม ส่งเสริม ฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วย ผู้พิการ และผู้สูงอายุในชุมชนด้วยภูมิปัญญาพื้นบ้าน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและผู้สูงอายุในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ

ขั้นที่ 3 ร่วมกันสังเกตผล (Observing)

3.1 สังเกตก่อนเริ่มการทดลองใช้ระบบ เป็นการประเมินเบื้องต้น เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา

3.2 สังเกตขณะทดลองใช้ระบบ เป็นการประเมินขั้นตอนการดำเนินงาน ตลอดจนปัญหาและอุปสรรค เพื่อหาแนวทางแก้ไข

3.3 สังเกตหลังเสร็จสิ้นการทดลองใช้ระบบ เพื่อสรุปผลกระบวนการพัฒนาระบบฯและผลของการใช้ระบบฯ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

ขั้นที่ 4 ร่วมกันสะท้อนผล (Reflecting) โดยการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการถอดบทเรียน

4.1 จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยจัดประชุมกลุ่ม สนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เพื่อประเมินผลการปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

4.2 การถอดบทเรียน สรุปผลการดำเนินงานและวิเคราะห์ปัญหา

ผลการวิจัย

ตาราง 1 คุณลักษณะประชากรในการศึกษารูปแบบการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลศรีเมืองชุม อำเภอแม่สาย

คุณลักษณะประชากร	**จำนวน**	**(n=124) ร้อยละ**
เพศ		
ชาย	57	46.0
หญิง	67	54.0
อายุ (ปี)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30	2	1.61
31-40	2	1.61
41-50	11	8.88
51-60	19	15.32
มากกว่า 60	90	72.58
$\bar{x}$ = 48.3 S.D. = 16.5 Min= 28 Max= 85		
สถานภาพสมรส		
โสด	8	6.45
คู่	87	70.16
หม้าย/หย่า/ แยก	29	23.39
ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในพื้นที่		
2 ปี	4	2.4
มากกว่า 2 ปี	120	97.6
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้เรียน	15	12.1
ประถมศึกษา	83	66.9
มัธยมศึกษา	14	11.3
ปวส./อนุปริญญา	2	1.6
ปริญญาตรี	6	4.8
สูงกว่าปริญญาตรี	4	3.2

คุณลักษณะประชากร	จำนวน	(n=124) ร้อยละ
อาชีพหลัก		
รับราชการ	9	7.3
เกษตรกรรม	66	53.2
รับจ้างทั่วไป	9	7.3
ค้าขาย	8	6.5
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	32	21.8
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว (บาท)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000	97	78.23
5,001-10,000	7	5.65
10,001-15,000	5	4.03
มากกว่า 15,000	15	12.09
Median = 14,329 บาท Min = 600 บาท Max = 45,000 บาท		
ตำแหน่งในชุมชน		
-บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานดูแลสุขภาพที่บ้าน	4	3.23
- ผู้สูงอายุในเขตตำบลศรีเมืองชุม	90	72.58
- อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้านในเขตตำบลศรีเมืองชุม	6	4.84
- ผู้นำชุมชนในเขตตำบลศรีเมืองชุม	9	7.27
- ผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงหรือญาติ	11	8.87
- บุคลากรดูแลงานด้านผู้สูงอายุในอปท.	2	1.61
- นายกองค์การบริหารส่วนตำบล	1	0.8
- ปลัด	1	0.8

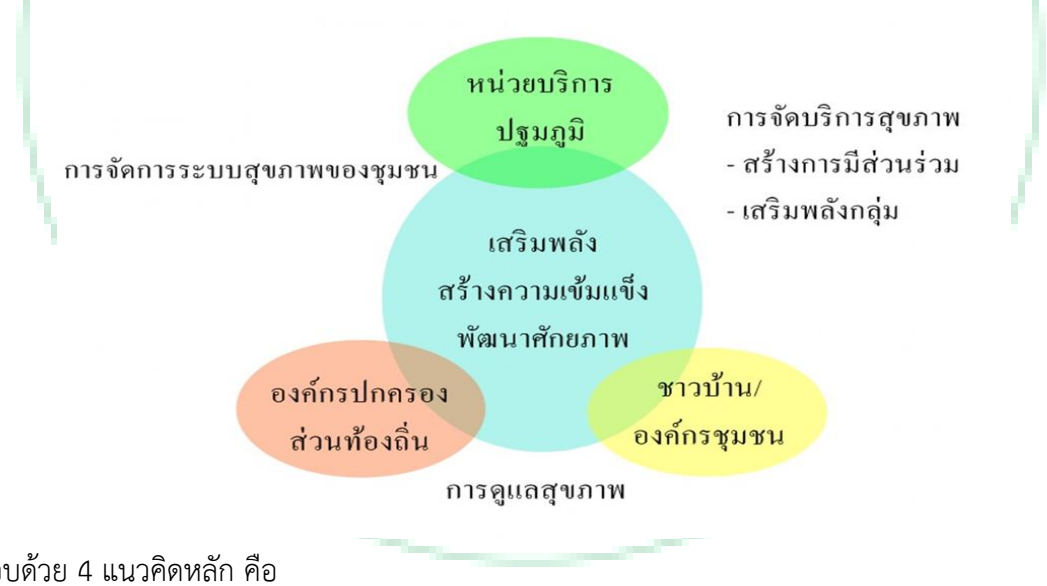
ภาคีเครือข่ายสุขภาพและผู้สูงอายุในพื้นที่ที่ศึกษาได้จากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 124 คน เป็นเพศชาย 57 คน มีอายุเฉลี่ย 68.3 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 16.5) การศึกษาประถมศึกษามากที่สุดร้อยละ 66.9 สถานภาพสมรสคู่มากที่สุดร้อยละ 76.2 ตำแหน่งในชุมชนเป็นผู้สูงอายุมากที่สุดร้อยละ 72.58

ผลการวิจัยนำเสนอเป็น 3 ส่วน ได้แก่ - ผลการพัฒนารูปแบบ

ส่วนที่ 1 กระบวนการสร้างและพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตามกระบวนการพัฒนาที่เรียกว่า UCCARE Unity team มีคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการหลักในการกำหนดแผนงานและดำเนินการเพื่อแก้ไขตามประเด็นปัญหาที่คัดเลือกร่วมกัน

นำเสนอผลการประเมินตนเอง และนำเสนอสรุปความก้าวหน้าการพัฒนาศักยภาพการบริหารจัดการสุขภาวะระดับพื้นที่ แบบบูรณาการ เพื่อวางแผนพัฒนาดำเนินการให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้น Customer focus: การให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมาย มีแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ มีการจัดกระบวนการเพื่อสร้างการรับรู้และค้นหาความต้องการของประชาชน ผ่านช่องทางต่างๆ ได้แก่ การประชุมกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน หน่วยอำเภอเคลื่อนที่ ป้ายประชาสัมพันธ์ และสรุปผลการจัดกระบวนการ(รายงานการประชุม และกิจกรรมที่ดำเนินการ) Community Participation: การมีส่วนร่วมของชุมชน และภาคีเครือข่ายสนับสนุนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนในพื้นที่ด้วยการบูรณาการภารกิจการปฏิบัติงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ ดำเนินการจัดประชุม วางแผน ,ร่วมดำเนินการ ตามกิจกรรมแผนงาน ติดตาม ทบทวน ปรับปรุงกิจกรรมการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง Appreciation : การชื่นชมและให้คุณค่าสร้างการดูแลพัฒนาและสร้างความพึงพอใจ และความผูกพันให้กับผู้ร่วมดำเนินงาน พร้อมเสริมพลังการดำเนินงานของคณะกรรมการ พร้อมทั้งนำเสนอผลการดำเนินงานแก้ไขปัญหา Resource sharing and human development : การใช้ทรัพยากรร่วมกันในการแก้ไขปัญหา Essential care : การดูแลผู้ป่วยและประชาชน โดยการจัดระบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและดูแลประชาชน กลุ่มเป้าหมายในประเด็นปัญหา ได้แก่ จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ให้ความรู้ การเฝ้าระวัง ติดตามดูแล รายงานผลการดำเนินงานปัญหาอุปสรรค[9]

ส่วนที่ 2 ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนที่พัฒนาแล้ว



ประกอบด้วย 4 แนวคิดหลัก คือ

1) การดูแลต่อเนื่องที่ไร้รอยต่อ : โดยการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่รพ.สต. หรือจากรพ.สต.สู่โรงพยาบาลโดยผ่านระบบการส่งต่อผ่านโปรแกรม Smart COC ที่ใช้ร่วมกันทั้งเครือข่ายอำเภอแม่สายและจังหวัดเชียงราย ส่งผ่านการปรึกษาส่งต่อทางไลน์กลุ่มเฉพาะ เช่น กลุ่ม LTC กลุ่ม COC อ.แม่สาย หรือโทรขอรับคำปรึกษาโดยตรงตลอดระยะเวลาของการเจ็บป่วย การดูแลระหว่างสถานพยาบาลระดับต่างๆ ครอบครัว ชุมชน และภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในพื้นที่อย่างกลมกลืน บูรณาการการแพทย์ทางเลือกและภูมิปัญญาพื้นบ้าน สร้างทีมแกนนำมีการจัดการความรู้ระหว่างทีมดูแลต่อเนื่องการเปิดโอกาสให้เข้าร่วมแบบจิตอาสาการ

สร้างข้อตกลงร่วมกันในการกำหนดบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบอย่างชัดเจนเพื่อให้ผู้สูงอายุที่ติดบ้าน ติดเตียงได้รับการดูแลที่ดีมีผลลัพธ์การดูแลที่ดีขึ้น

2) การเสริมพลังความเข้มแข็งของครอบครัว: กระบวนการค้นหาปัญหาและความต้องการ สมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแล ได้รับการอบรมและฝึกทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล จนสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องตามมาตรฐานการดูแล สมาชิกภายในครอบครัว สามารถแก้ไขวิกฤตการณ์หรือความเครียดได้อย่างสร้างสรรค์ และมีส่วนร่วมในชุมชน

3) การพัฒนาศักยภาพของชุมชน: ชุมชนมีการรวมกลุ่มปรึกษากันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน วางแผนและดำเนินงานร่วมกันอย่างมีทิศทาง ช่วยกันคิด ช่วยกันทำ ทำให้กิจกรรมต่างๆ ลุล่วงด้วยดี เช่น การดำเนินกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ Learning By Doing การเรียนรู้จากการลงมือทำ ประกอบด้วย ฐานส่งเสริมอาชีพ ฐานการดูแลสุขภาพ ฐานส่งเสริมการเรียนรู้แบบลงมือทำเอง ฐานส่งเสริมสุขภาพจิต ในการส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วย ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ในชุมชนด้วยภูมิปัญญาพื้นบ้าน การนวดประคบ อบสมุนไพร เป็นต้น และออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ผู้พิการในชุมชนอย่างต่อเนื่อง การเตรียมความพร้อมก่อนการเข้าสู่วัยสูงอายุ มีผู้นำชุมชนที่เข้มแข็งทำให้ชุมชนเข้มแข็งและประสบความสำเร็จในการดำเนินงาน

4) การเรียนรู้ร่วมกันสู่ความสำเร็จตามเป้าหมาย: เป็นการเรียนรู้ที่สมาชิกทุกคนในกลุ่มมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันเรียนรู้และร่วมสร้างความสำเร็จตามเป้าหมายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาร่วมกัน

ส่วนที่ 3 ผลการใช้ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนและการจัดทำนวตกรรมโดยผู้สูงอายุและแกนนำในชุมชน ผู้สูงอายุและผู้ที่ต้องพึ่งพาได้รับการดูแลทั้งในชุมชนและที่บ้าน จากภาคีหลัก ๓ ภาคี ได้แก่ ภาคีบริการชุมชน/ท้องถิ่น และภาคีบริการสังคม และภาคีบริการสุขภาพ เข้ามามีส่วนร่วมในการผลักดันสะท้อนถึงปรัชญาของกฎหมายที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสังคมในการกำหนดนโยบายสาธารณะตามยุทธศาสตร์ ที่ต้องร่วมมือกันพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care : LTC) ผ่านกระบวนการ 1 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การสร้างทีมแกนนำ ซึ่งเป็นทุนทางสังคมที่สำคัญของชุมชน การสร้างข้อตกลงร่วมกันในการกำหนดบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบอย่างชัดเจน 2) กระบวนการค้นหาปัญหาและความต้องการ 3) การออกแบบกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุภายใต้แนวคิดการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมในเวทีประชาคมและการประชุมร่วมกันเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การจัดทำนวตกรรมก้อนผ่อนคลายสบายมือ และผ่อนคลายสบายเท้าด้วยกาบมะพร้าวในบ้าน และ 4) กระบวนการ พัฒนาข้อตกลงร่วมกันในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างยั่งยืนในระดับพื้นที่[10] ผลการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุตามโครงการ พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านระยะยาว มีการเชื่อมโยงการดูแลผู้สูงอายุของตำบลตาม 6 ชุดกิจกรรมหลัก ดังนี้ 1) การพัฒนาศักยภาพ ฝึกอบรมให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุให้กับอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข สมาชิกขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อสามารถดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุตามสภาพร่างกายและจิตใจได 2) การพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุโดยการจัดกิจกรรมประชุมผู้สูงอายุสัญจรทุกเดือน เพื่อให้ได้พบกัน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ 3) การพัฒนาระบบบริการ ได้แก่ การเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพเพื่อติดตามผู้ที่ป่วยและติดเตียง กิจกรรมการตรวจ

สุขภาพผู้สูงอายุโดย อสม. 4) การจัดตั้งกองทุนหรือสวัสดิการช่วยเหลือกัน ได้แก่ การจัดตั้งและเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ ที่มีกิจกรรมที่หลากหลายเพื่อให้ผู้สูงอายุได้ร่วมมือกันทำกิจกรรม เพื่อให้มีการจัดสวัสดิการยามเจ็บป่วย และเสียชีวิตเป็นต้น 5) การพัฒนาและนำใช้ข้อมูลในการส่งเสริมแก้ไขจัดการปัญหาผู้สูงอายุ ตั้งแต่การคัดกรองผู้สูงอายุออกเป็นสามกลุ่ม คือ กลุ่มติดสังคม ติดบ้าน ติดเตียง เพื่อใช้ในการวางแผนการดูแลให้เหมาะสม โดยการนำใช้ประโยชน์จากทุนทางสังคมที่มีในตำบล ๖) การพัฒนากฎกติการะเบียบแนวปฏิบัติเพื่อส่งเสริมการดำเนินกิจกรรมเสริมความเข้มแข็งชุมชนท้องถิ่นเช่น การวางแผนการดูแลและรายงานข้อมูลผู้สูงอายุ[11]

ตาราง 2 ระดับการมีส่วนร่วมรายด้านในการศึกษารูปแบบการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลศรีเมืองชุม อำเภอแม่สาย

การมีส่วนร่วม	(SD) $\bar{x}$ ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา	95% Confidence Interval of the Difference	ก่อน *p*-value
-การมีส่วนร่วมในการวางแผน	1.96 (0.54)	2.55 (0.22)	2.47 ถึง 7.22	<0.001*
-การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรม	1.99 (0.55)	2.59 (0.23)	2.52 ถึง 5.57	<0.001*
-การมีส่วนร่วมในการนิเทศติดตาม สนับสนุน การดำเนินงาน	1.99 (0.62)	2.56 (0.37)	0.35 ถึง 1.39	<0.001*
-การมีส่วนร่วมในการร่วมกันสะท้อนผลการดำเนินงาน	1.92 (0.63)	2.53 (0.30)	1.32 ถึง 4.38	<0.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.001

จากการเปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมในทุกด้านมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p*-value <0.05) สาเหตุเพราะปัญหาของคนในชุมชน ควรให้คนในชุมชนร่วมรับทราบและให้ข้อมูล ทำให้รู้ถึงสภาพปัญหาของผู้สูงอายุ เป็นการบูรณาการแก้ไขปัญหาของชุมชนร่วมกับภาคีเครือข่ายโดยผู้สูงอายุมีส่วนร่วมได้พบปะแลกเปลี่ยน แสดงความคิดเห็นให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญในสุขภาพของตนเองเป็นสิ่งสำคัญ

ตาราง 3 ระดับความพึงพอใจโดยรวมในการศึกษารูปแบบการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลศรีเมืองชุม อำเภอแม่สาย

การมีส่วนร่วม	(SD) $\bar{x}$ ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา	95% Confidence Interval of the Difference	ก่อน *p*-value
ความพึงพอใจในการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวโดยชุมชนมีส่วนร่วม	3.87 (0.87)	4.14 (0.62)	2.29 ถึง 6.48	<0.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.001

ระดับความพึงพอใจในการดำเนินงาน มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(*p*-value <0.05) สาเหตุเพราะ ได้เรียนรู้ในการดูแลสุขภาพครอบครัว ได้ประเมินตนเอง มีงบประมาณสนับสนุนผู้สูงอายุ มีข้อมูลมีการเรียนรู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มีกองทุนให้ผู้สูงอายุ มีบริการที่ดีมีการช่วยเหลือผู้สูงอายุในด้านที่อยู่อาศัย มีกิจกรรมได้รับการสนับสนุนเป็นสิ่งของแจกจ่ายและสามารถทำได้อย่างต่อเนื่อง

สรุปผล

การวิจัยครั้งนี้มีความมุ่งหมายเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) วัดผลจากการประเมิน ADL ในกลุ่มผู้สูงอายุ การสรุปข้อมูลจาการสนทนากลุ่ม พบว่ามีหลายความคิดเห็นยกตัวอย่างเช่น ควรมีการส่งเสริมการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุที่ยากไร้และไม่มีผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง (อาสาสมัครแลผู้สูงอายุที่บ้านทุ่งเกลี้ยง) ต้องการให้มีการวางนโยบายการบริหารที่ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (นักพัฒนาชุมชนองค์การบริหารส่วนตำบลศรีเมืองชุม) ควรมีการจัดโครงการที่ให้ความรู้ให้คนในชุมชนสามารถดูแลผู้สูงอายุได้และให้ผู้สูงอายุดูแลตนเองได้ (ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลศรีเมืองชุม) ต้องการเน้นการทำกิจกรรมแบบกลุ่ม เพื่อให้ผู้สูงอายุร่วมกันทำกิจกรรม (ผู้ใหญ่บ้าน) ต้องการให้มีการจัดการที่เป็นระบบมีการบริหารจัดการที่ดี มีระบวนการพัฒนา ผู้ใหญ่บ้านผู้สูงอายุ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุมีส่วนร่วม (นายกองค์การบริหารส่วนตำบลศรีเมืองชุม) ต้องการแนะนำลูกหลาน ครอบครัวดูแลผู้สูงอายุ ดูแลตนเองดูแลซึ่งกันและกัน ประชาสัมพันธ์เรื่องการออกกำลังกาย รับประทานอาหารที่ทำให้สุขภาพดีและแข็งแรง (อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้านสันถนนใต้) ต้องการให้ทุกภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมคิด ร่วมทำ อย่างจริงจัง ต่อเนื่อง (ผู้รับผิดชอบงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอำเภอแม่สาย) ต้องการให้คนในครอบครัวเน้นความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกวิธี ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตนเองได้ โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายแบบง่าย ๆ และถูกวิธี (เจ้าหน้าที่สาธารณสุของค์การบริหารส่วนตำบลศรีเมืองชุม) โดยให้ทีมงานมีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการทุกขั้นตอน มีการกำหนดตำแหน่งหน้าที่ความรับผิดชอบที่ชัดเจนให้กับทีมงานทุกคน

การอภิปรายผล

จากการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวโดยชุมชนมีส่วนร่วม พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมในทุกด้านมีคะแนนเฉลยเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05) สาเหตุเพราะ ปัญหาของคนในชุมชน ควรให้คนในชุมชนร่วมรับทราบและให้ข้อมูล การแก้ไขปัญหาของชุมชนร่วมกับภาคีเครือข่ายโดยผู้สูงอายุมีส่วนร่วม ได้พบปะแลกเปลี่ยนแสดงออกแสดงความคิดเห็น ให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญในสุขภาพของตนเองเป็นสิ่งสำคัญ มุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพและจัดการเรียนรู้แก่แกนนำให้มีส่วนร่วมในการวางแผน ปฏิบัติการ ติดตามประเมินผล และเรียนรู้จากการปฏิบัติจนนำไปสู่การปรับปรุงหรือพัฒนากิจกรรม[12] ยุทธศาสตร์เพื่อพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนประกอบด้วย 4 ขั้นตอนในการดำเนินงาน ดังนี้ 1) การสร้างทีมแกนนำซึ่งเป็นทุนทางสังคมที่สำคัญของชุมชน เริ่มตั้งแต่การค้นหาแกนนำ การเปิดโอกาสการเข้าร่วมแบบจิตอาสา การสร้างข้อตกลงร่วมกันในการกำหนดบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบอย่างชัดเจน 2) กระบวนการค้นหาปัญหาและความต้องการ 3) การออกแบบกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ภายใต้แนวคิดการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมในเวทีประชาคม และการประชุมร่วมกันเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีการกำหนดเป้าหมายร่วมกันจัดระบบส่งต่อฉุกเฉินและมีจิตอาสาดูแลผู้สูงอายุ มีระบบการดูแลระยะสุดท้ายโดยชุมชนมีส่วนร่วม[13] การวางแผนและดำเนินงานร่วมกันอย่างมีทิศทาง และ 4) กระบวนการพัฒนาข้อตกลงร่วมกันในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างยั่งยืนในระดับพื้นที่ ทั้งนี้เนื่องจากกิจกรรมเกิดจากความต้องการโดยชุมชนเป็นเจ้าภาพตัวจริง[3] การเชื่อมโยงกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุของตำบล ตาม 6 ชุด กิจกรรมหลัก ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพ สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ ระบบบริการกองทุนหรือสวัสดิการ การใช้ข้อมูลเพื่อแก้ไขปัญหา กิจกรรมเสริมความเข้มแข็งชุมชนท้องถิ่นเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และสังเกตกระบวนการ ตั้งแต่การวางแผน การปฏิบัติ การติดตาม และการสะท้อนผล จากแบบบันทึก และการสังเกต[11] กระบวนการให้การศึกษาเกี่ยวข้องกับตัวบุคคลและคณะบุคคลซึ่งเป็นกลุ่มทางสังคม เน้นการแก้ปัญหาในบริบทที่มีลักษณะเฉพาะเพื่อกำหนดทิศทางการเปลี่ยนแปลงในอนาคต เป็นกระบวนการที่เป็นวงจรเชื่อมโยงกันระหว่างการค้นหาความจริง ปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหา และประเมินผล มีเป้าหมายคือ การปรับปรุง และข้อค้นพบจากการวิจัย จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง[10] การเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจในการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลสขภาพผู้สูงอายุ ระยะยาวโดยชุมชนมีส่วนร่วม พบว่าระดับความพึงพอใจก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 53.80 รองลงมาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 30.8 ระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 10.3 ระดับมากที่สุด ร้อยละ 5.1 หลังการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 43.6 ระดับมาก ร้อยละ 41.1 ระดับมากที่สุด ร้อยละ 15.4 ตามลำดับ[14] ทั้งนี้เป็นเพราะกิจกรรมต่าง ๆ เกิดขึ้นจากชุมชนมีส่วนร่วมในทุกกระบวนการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว การจัดบริการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุในระดับตำบลอย่างมีส่วนร่วม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเองมากขึ้น มีรายได้เพียงพอไม่มีหนี้สิน และมีการออมเงิน มีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี ไม่มีภาวะซึมเศร้าหรือมองเห็นคุณค่าในตนเองระดับต่ำส่วนใหญ่มีสภาพที่พักอาศัยปลอดภัยและมีความรู้เรื่องสิทธิตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ สามารถเข้าถึงบริการของรัฐ และมีความพึงพอใจในการบริการสวัสดิการที่มีอยู่ในปัจจุบัน ผู้สูงอายุมีความคาดหวังให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เอาใจใส่ดูแล

[2] การอบรมพัฒนาแกนนำอาสาสมัครฯ และนำความรู้ที่ได้รับไปปรับพฤติกรรมตนเองในการดูแลสุขภาพ การพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพาโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โดยกระบวนการวิจัยแบบ PAR ได้สร้างความตระหนักถึงปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชน กระบวนการวิจัยได้ผ่านการร่วมกันคิด ร่วมวางแผน ลงมือปฏิบัติจริง และติดตามประเมินผลร่วมกันขององค์กรภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในชุมชน เช่น ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาและครอบครัวเครือข่ายชุมชนและองค์กรของรัฐ มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทำให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน เกิดการพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน[14] เช่น กลุ่มจิตอาสา ที่ได้ร่วมกันสำรวจและจัดเก็บข้อมูลผู้สูงอายุ 9 หมู่บ้าน ครอบคลุมทั้งตำบล กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาได้รับการช่วยเหลือดูแลแบบองค์รวมจากทั้งเจ้าหน้าที่ทีมสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายตามปัญหาทุกรายเกิดชุมชนต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long term care; LTC) ต่อเนื่อง ผู้สูงอายุและจิตอาสาออกเยี่ยมเยียนดูแลผู้สูงอายุในลักษณะมิตรช่วยมิตรเพื่อนช่วยเพื่อน ช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นเพื่อส่งเสริมสุขภาพกายใจให้ผู้สูงอายุ ป้องกันกลุ่มดังกล่าวไม่ให้กลายเป็นกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง จิตอาสา ครอบครัว ชุมชนเจ้าหน้าที่ มีความสุขใจในการทำงานมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และเกิดกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง[15]

ข้อเสนอแนะ

ด้านการวิจัยควรศึกษาเชิงคุณภาพและเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม (Focus Group) ให้ได้ข้อมูลเชิงลึก เพื่อการจัดกิจกรรมพัฒนาตรงตามที่ผู้สูงอายุต้องการและทั่วถึง เช่นภาวะวิกฤตและภัยพิบัติที่ผู้สูงอายุควรได้รับ ควรศึกษาถึงวิธีการรวมกลุ่มและการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในรูปแบบต่าง ๆที่เหมาะสมกับคุณลักษณะของกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน เช่น การร่วมกลุ่มดำเนินกิจกรรมทางสังคมและศาสนาเพื่อเป็นแนวทางสู่ธรรมนูญสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนท้องถิ่นสู่ความยั่งยืนสืบไปด้านประโยชน์รูปแบบการดูแลระยะยาวในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ควรมีการขยายลงสู่พื้นที่อื่นๆ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองไม่ได้ได้รับการดูแลช่วยเหลือ โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรมีบทบาทหลักและมีการประสานความร่วมมือกับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อเกิดการดำเนินงานที่มีคุณภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข [อินเตอร์เน็ต].2562 [เข้าถึงเมื่อ 30 ก.ย.2562].เข้าถึงได้จาก http://bie.moph.go.th
3. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. อุบัติการณ์โรค 5 อันดับแรก. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์;2557
4. นิษฐา นันทบุตร. การดูแลผู้สูงอายุ องค์การบริหารส่วนตำบลนาทราย อำเภอลี้ จังหวัดลำพูน. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนส่งเสริมสุขภาพแห่งชาติ;2557
5. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลศรีเมืองชุม. สรุปผลข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุ ปี 2562[อินเตอร์เน็ต].2562 [เข้าถึงเมื่อ 30 ก.ย.2562].เข้าถึงได้จาก:https://cri.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformated/format1.php&cat_id=6966b0664b8980
6. ณัฐวุฒิ ชูเชื้อ. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเทศบาลตำบลสิ อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ. [วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์].มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2559.
7. เพ็ญจันทร์ สิทธิปรีชาชาญ. กระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลมาบแค. วารสารพยาบาลทหารบก2555; 13(2): 8-17
8. สำนักงานส่งเสริม และสนับสนุนวิชาการ. ยุทธศาสตร์การส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ พ.ศ. 2555 – 2559. กรุงเทพฯ: สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ;2555
9. สาธิต สุทธิสนธิ์ และคณะ. การก้าวย่างสู่สังคมผู้สูงอายุระยะยาวแบบมีส่วนร่วมชุมชนตำบลด่าน อำเภอราศีไศล จังหวัดศรีสะเกษ. ศรีสะเกษ: ศรีสะเกษการพิมพ์;2555
10. สุภางค์ จันทวานิช. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย;2556
11. สำนักวิจัยและพัฒนาแผนนโยบาย. การขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสอ.). กรุงเทพฯ: สำนักวิจัยและพัฒนาแผนนโยบาย กระทรวงสาธารณสุข;2557
12. จำรูญ มีขนอน, สมชาย วิริภิรมย์กูล, เกรียงศักดิ์ ธรรมอภิพล, ปราณี สุทธิสุคนธ์. รายงานการติดตามประเมินผลและถอดบทเรียนการดำเนินงานของสมาคมชมรมผู้สูงจังหวัดกาญจนบุรี. กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาสุขภาพมหาวิทยาลัยมหิดล; 555
13. ปิยะนุช เอกก้านตรง, บังอร กล่ำสุวรรณ์, ศรินญา เครื่องฉาย. การสร้างเสริมสุขภาพช่องปากและ. พัฒนานวัตกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของชมรมผู้สูงอายุ. ขอนแก่น: บ้านหนองหิน ตำบลศิลา อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น;2552
14. วรรณะ ชูศรีขาว. การประยุกต์ใช้โปรแกรมแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับกระบวนการสร้างพลังของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่มีต่อการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกตำบลเพี้ยราม อำเภอเมืองจังหวัดสุรินทร์. [วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม;2553
15. วรรณดี สุทธินรากร. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม. กรุงเทพฯ : ศยาม;2556

2. การนำเสนอผลงานด้วยวาจา

ประเภทงานประจำสู่งานวิจัย (R2R)

การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคและการติดตามวัดความดันโลหิตที่บ้าน กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลบ้านด้าย อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

Motivation & Monitoring home blood pressure model (M&M model) in pre-hypertension, BaanDai Maesai District Chiang Rai Province.

นางสาวิภาดา พรหมสอน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านด้าย

บทคัดย่อ

การดำเนินงานครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง วัดหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางการบริการส่งเสริม ป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงและศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคด้วยการตรวจติดตามวัดความดันโลหิตที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างคือประชากร อายุ ปีขึ้นไป ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ 35 - พฤษภาคม 1 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านด้าย อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย ที่มารับบริการตั้งแต่วันที่ 31กรกฎาคม 90/140 และได้รับการคัดกรองความดันโลหิตพบว่ามีความความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 2563 ปรอทแล.มมะยังไม่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ จำนวน 40 ราย ให้กลุ่มตัวอย่างเข้ารับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคด้วยการตรวจติดตามวัดความดันโลหิตที่บ้าน เป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ ซึ่งโปรแกรมประกอบด้วยการให้ทำกิจกรรมซึ่งได้จัดทำตามแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคของโรเจอร์ ปี 1986 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมคือแบบประเมินความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรค แบบสังเกตพฤติกรรมการรับรู้โอกาสเสี่ยง แบบสังเกตพฤติกรรมการับรู้ความสามารถในการป้องกันโรค แบบสังเกตพฤติกรรมความคาดหวังในผลดีของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และแบบสังเกตพฤติกรรมการตรวจติดตามวัดความดันโลหิตที่บ้าน

ผลการดำเนินงาน พบว่า ในหน่วยงานมีแนวทางการบริการส่งเสริม ป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยง และผลจาการดำเนินงาน พบว่า

1. ภายหลังเข้าโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงคิดเป็นร้อยละ 93.33
2. ภายหลังเข้าโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงคิดเป็นร้อยละ 80
3. ภายหลังการเข้าโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างรับรู้ความเสี่ยงโดยประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด และขั้นตอนการแปลผลและบันทึกผล ได้ถูกต้องทั้งหมด คิดเป็น ร้อยละ 80
4. ภายหลังการเข้าโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามขั้นตอนการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคได้ถูกต้องทุกขั้นตอน คิดเป็น ร้อยละ 100
5. ภายหลังการเข้าเข้าโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีความคาดหวังในผลดีของการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงคิดเป็นร้อยละ 100
6. ภายหลังการเข้าเข้าโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการตรวจติดตามวัดความดันโลหิตที่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 100

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของทั่วโลก คาดการณ์ว่าจะมีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลก เพิ่มขึ้นถึงเป็น คู่มือแนวทางการดำเนินงาน) 2568 .ศ.พันล้านคน ในปีพ 1.56NCD Clinic Plus, (2563สาเหตุส่วนใหญ่มาจากปัจจัยการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป เช่น การมีกิจกรรมทางกายน้อยลง การบริโภคอาหารที่มีส่วนประกอบของเกลือ อาหารไขมันสูง การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และ การสูบบุหรี่ วิชัย เอกพลากร), (2559โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านด้าย อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย มีประชากรในเขตพื้นที่ รับผิดชอบ จำนวน 3,คน พบอัตราการเกิดผู้ป่วยร 168ายใหม่ต่อแสนประชากรมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี พ 2562 .ศ.มีอัตราการเกิดผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นจากปี และ 57.84 ร้อยละ 2558 คือ 1 เมื่อเทียบกับพื้นที่รับผิดชอบอื่นในอำเภอแม่สาย พบว่าตำบลบ้านด้ายมีอัตราป่วยสูงเป็นอันดับ 24,100 ต่อประชากร 179.29,คน จึงได้น 00ำแนวคิดทฤษฎีแรงจูงเพื่อการป้องกันโรคร่วมกับการตรวจติดตามวัดความดันโลหิตที่บ้านผ่านไลน์แอปพลิเคชั่นข้อมูลสาเหตุการตายย้อนหลัง ปี พบว่าสาเหตุการตาย 5 ที่เกี่ยวเนื่องกับโรคความดันโลหิตสูงได้แก่ ภาวะไตวายเฉียบพลัน โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง มีอัตราการตายเท่ากับ ในพื้นที่ตำบลบ้านด้าย ต่อพันประชากรรวมแล้วเป็นอันดับ1 2.53

จากการทบทวนวรณกรรมทำให้เชื่อว่าการโน้มน้าวให้บุคคลเห็นถึงความเสี่ยง ความรุนแรงของโรค รวมทั้งผลดีของการหลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้เกิดโรคนั้นแรงจูงใจเป็นแรงขับเคลื่อนภายในของบุคคล ซึ่งส่งผลทำให้เกิดการแสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งที่จะนำสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพหรือพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ อรวรรณ จุลวงษ์), 2557) โลกปัจจุบันได้มีการเปลี่ยนแปลงไปโดยมีการนำใช้เทคโนโลยีด้านต่างๆ เพื่อสนับสนุน ส่งเสริม ดูแลสุขภาพของประชาชน ดังเช่นการศึกษาของ พัชรา เสถียรพักตร์, โสภาพันธ์ สอาด, รุจิตรา วันวิชาและ อัครภา เกื้อสุวรรณ, (2563) พบว่าการอบรมผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงผ่านสื่อแอปพลิเคชั่นบนมือถือสามารถเพิ่มระดับความรู้ก่อนการอบรมได้ อีกทั้งยังพบว่าผู้อบรมมีความพึงพอใจรูปแบบการอบรมบนมือถือในระดับมากเนื่องจากการอบรมให้ความรู้โดยผ่านโทรศัพท์มือถือเป็นวิธีที่การที่สะดวกแก่ผู้ดูแลเพราะเป็นวิธีการที่สะดวก ไม่ต้องเสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ผู้จัดทำจึงได้นำแนวคิดทฤษฎีแรงจูงเพื่อการป้องกันโรคร่วมกับการตรวจติดตามวัดความดันโลหิตที่บ้านผ่านไลน์แอปพลิเคชั่นเพื่อพัฒนารูปแบบบริการการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคอย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแนวทางการบริการส่งเสริม ป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยง
2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคด้วยการตรวจติดตามวัด ความดันโลหิตที่บ้าน

วิธีการดำเนินงาน

แบบการดำเนินงาน

การดำเนินงานครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง quasi experimental design ประเมินผลหลังการทดลอง (posttest experimental design) หลังการเข้ารับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคร่วมกับการตรวจติดตามวัดความดันโลหิตที่บ้านในกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากร อายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านด้าย อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย ที่มารับบริการตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม -31 กรกฎาคม 2563 และได้รับการคัดกรองความดันโลหิตพบว่ามีความความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มมปรอทและยังไม่ได้รับการวินิจฉันจากแพทย์ จำนวน 40 ราย ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1.1) แผนที่ 1 การให้ความรู้และความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง

1.2) แผนที่ 2 ผลกระทบและโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

1.3) แผนที่ 3 การป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

1.4) แผนที่ 4 การตรวจติดตามวัดความดันโลหิตที่บ้าน

2) คู่มือสุขภาพประจำตัว ซึ่งในคู่มือประกอบด้วยเนื้อหาที่เป็นประโยชน์ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและ การบันทึกความความดันโลหิต

3) เครื่องวัดความดันโลหิตแบบดิจิตอล ชนิดวัดที่ต้นแขน ที่จะให้กลุ่มเป้าหมายยืมไว้ประจำตัวสำหรับใช้ในการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านเป็นเวลา 7 วัน โดยจะไม่มีการเปลี่ยนเครื่องวัดความดันโลหิตตลอดการติดตาม

4) อุปกรณ์ที่ใช้ในการสร้างแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค ได้แก่ สไลด์ วีดีทัศน์ ชาร์ตประเมิน CVD risk ฉลากอาหาร

5) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังเข้าโปรแกรม

ผลการศึกษา

1. ภายหลังเข้าโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคอยู่ในระดับดีมากคิดเป็นร้อยละ 93.33

2. ภายหลังเข้าโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 80

3. ภายหลังการเข้าโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างรับรู้ความเสี่ยงโดยประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดและขั้นตอนการแปลผลและบันทึกผล ได้ถูกต้องทั้งหมด คิดเป็น ร้อยละ 80

4. ภายหลังการเข้าโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามขั้นตอนการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคได้ถูกต้องทุกขั้นตอน คิดเป็น ร้อยละ 100

5. ภายหลังการเข้าเข้าโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีความคาดหวังในผลดีของการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงคิดเป็นร้อยละ 100

6. ภายหลังการเข้าเข้าโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการตรวจติดตามวัดความดันโลหิตที่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 100

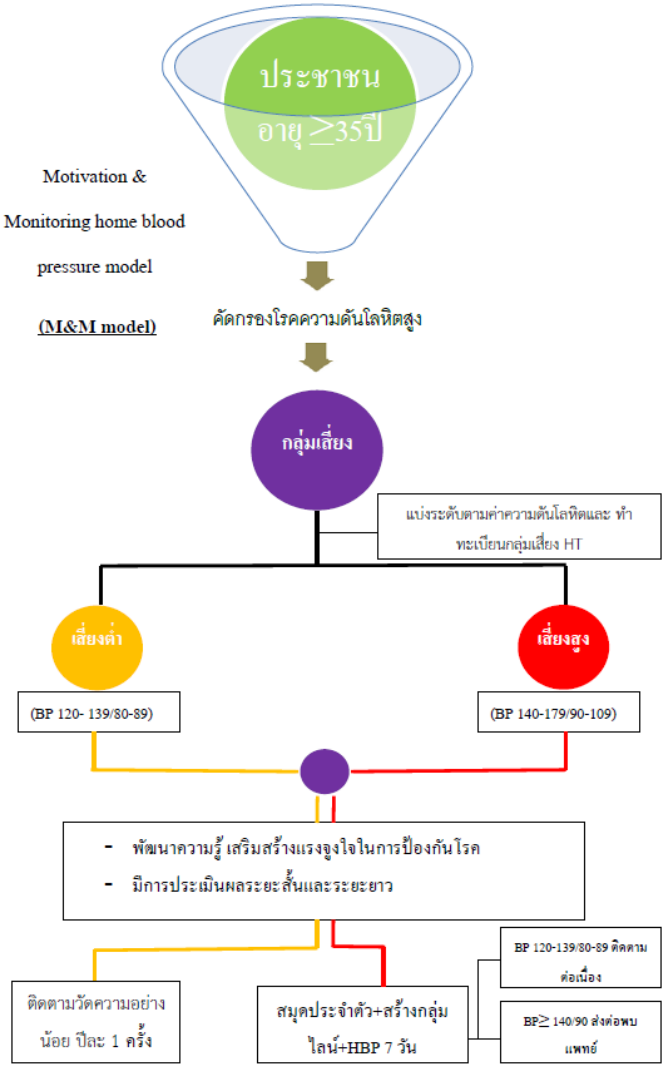
อภิปราย สรุปและข้อเสนอแนะ

ผู้ดำเนินงานได้นำแนวคิดในการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน โดยใช้หลักทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรควัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกิดการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค รับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค รับรู้ความสามารถของตนเองต่อการมีพฤติกรรมการป้องกันโรคและมีความคาดหวังต่อผลลัพธ์ที่ดีของพฤติกรรมนั้น และเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์สูงสุดของทฤษฎีคือให้ผู้ที่มี ความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเกิดพฤติกรรมการป้องกันโรค จึงได้ออกแบบโปรแกรมนี้ขึ้นโดยอาศัยประโยชน์จากสื่อออนไลน์ เช่นโปรแกรมไลน์แอปพลิเคชั่น ซึ่งเป็นแอปพลิเคชั่นที่นิยมใช้ในปัจจุบัน ใช้เป็นช่องทางในการติดต่อสื่อสาร ตรวจติดตามหรือการรายงานผลการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ร่วมให้กำลังใจเป็นแรงจูงใจผลักดันกันและกันเป็นการกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เหมาะสม ทั้งนี้เพื่อลดปัจจัยในการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ลดหรือชะลอการเกิดผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่

จากการดำเนินงานที่ผ่านมา ผู้จัดทำได้เรียนรู้ถึงแนวทางในการดูแลประชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งก่อให้เกิดการทำงานที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ อีกทั้งได้รับการตอบรับเป็นอย่างดีจากผู้เข้าร่วมโปรแกรมทำให้เห็นถึงประโยชน์ของการมีพฤติกรรมการป้องกันโรค จากการร่วมแสดงความคิดเห็น กลุ่มตัวอย่างยอมรับว่าเมื่อเห็นสมาชิกในกลุ่มเริ่มมีพฤติกรรมเช่น การลดการปรุงอาหาร การออกกำลังกายแล้วบุคคลนั้นมีค่าความดันโลหิตดีขึ้นตามลำดับ สิ่งเหล่านี้มีผลการมีพฤติกรรมการป้องกันโรคของตนเองด้วยเช่นกัน กลุ่มตัวอย่างให้ความเห็นว่าควรดำเนินการต่อต่อเนื่องในประชาชนกลุ่มเสี่ยงในชุมชน

ผลประเมินและสรุปผลพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรค รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค รับรู้ถึงความสามารถสามารถตนเองต่อการพฤติกรรมป้องกันโรคความดันสูงและสามารถตั้งเป้าหมายหรือความคาดหวังในผลดีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้ มีพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคด้วยการ

ตรวจติดตามวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านถูกต้องตามหลักการ มีพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคด้วยการรายงานผลการตรวจติดตามวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านผ่านกลุ่มไลน์ผ่านวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานทุกข้อ ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างร้อยละ มีค่าความดันโลหิตลดลง ผู้จัด 86.67 โครงการได้ให้คำแนะนำผู้เข้าอบรมคงไว้หรือเพิ่มการมีพฤติกรรมป้องโรคอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการตรวจครั้ง 1 ติดตามวัดความดันโลหิตอย่างน้อยปีละ



Motivation & Monitoring home blood pressure model หรือ M&M model เป็นรูปแบบแนวทางการบริการงานส่งเสริมและป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงอยู่ภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคร่วมกับการตรวจติดตามวัดความดันโลหิตที่บ้านผ่านช่องทางสื่อสารบนไลน์แอปพลิเคชั่น

ปัญหาและอุปสรรค

1. กิจกรรมเหมาะกับการทำแบบรายบุคคลหรือจำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรมที่น้อยจึงจะทำให้กิจกรรมมีความสนุก น่าสนใจ และผู้ทำกิจกรรมจะได้รับความรู้อย่างทั่วถึงและมีความลึกซึ้งมากยิ่งขึ้น เมื่อผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีจำนวนมากควรมีผู้ช่วยในการดำเนินกิจกรรม

2. เครื่องวัดความดันโลหิตสำหรับการตรวจติดตามวัดความดันโลหิตที่บ้านมีไม่เพียงพอ ต้องขอความอนุเคราะห์จาก รพ แต่ละหมู่บ้าน.เครือข่ายและ อสม .สต.

3. การติดตามผลผ่านไลน์กลุ่มของผู้เข้าอบรมบางรายขาดความสม่ำเสมอ

ข้อเสนอแนะโครงการ

จากปัญหาและอุปสรรคในการจัดทำโครงการเรื่องขาดแคลนอุปกรณ์ แนวทางในการแก้ไขปัญหาคือมีใน.สต.การนำเสนอให้กับผู้อำนวยการ จัดหาเงินสนับสนุน ระดมทุนในชุมชน และขอความร่วมมือจาก รพ ร่วมกันหาแนวทางในการยืมเครื่องว .เครือข่ายรวมถึง อสมัดความดันโลหิตเพื่อใช้ในการดูแลประชาชนกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ปัญหาการรายงานผลการตรวจติดตามวัดความดันโลหิตที่บ้าน แนวทางการแก้ไขคือ ตั้งเป็นข้อตกลงที่ผู้เข้าอบรมควรปฏิบัติ โดยไม่กำหนดว่าผู้ใดจะเป็นผู้รายงานผลเช่นให้ญาติ หรืออสมเป็นผู้รายงาน. ผลแทน

ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานต่อใน รพขั้นตอนในกระตุ้นกลุ่มเสี่ยงให้เกิดความรู้ เกิดการรับรู้ .สต. ตามปัจจัยของทฤษฎีการป้องกันโรคค่อนข้างใช้เวลานาน ในการให้สุขศึกษาระหว่างการมารับบริการอาจไม่เหมาะสม แนวทางในการดำเนินงานคือการนัดหมายวันเฉพาะคลินิกกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมาเพื่อให้สุขศึกษาโดยตรงดังเช่นการดำเนินการกับคลินิก NCD ทั่วไป หรือสามารถดำเนินการกับกลุ่มเสี่ยงที่ได้จากการคัดกรองประจำปี และจำนวนที่เหมาะสมในการจัดอบรมแต่ละครั้งคือ คน เพื่อให้เกิดครอบคลุมทั่วถึง 15-8 จัดตั้งลักษณะคลินิก .สต.ควรมีการดำเนินงานต่อใน รพpre-hypertension โดยเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานรับทราบแนวทางและร่วมดำเนินงาน เนื่องจากลักษณะของการดำเนินงานเหมาะสมกับทำกิจกรรมแบบรายบุคคล จัดทำแนวทางในการประเมิน ติดตามอย่างชัดเจน ต่อเนื่อง ดังเช่นที่กลุ่มตัวอย่างได้ให้ข้อเสนอแนะให้มีการตั้งกลุ่มไลน์ มีการพูดคุยให้กำลังใจ ให้คำแนะนำ กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง มีการให้รางวัลกับผู้ที่สามารถทำตามเป้าหมายที่ตนเองได้ตั้งไว้ได้สำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

พิเชษฐ์ หอสูติสิมา) .2560). ผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง ตำบลจระเข้หิน อำเภอครบุรี จังหวัดนครราชสีมา พ .ศ.2560. *วารสารวิชิชาการ สคร .25*(2), 57-58.

ใยวรรณ ธนะมัย, สมเกียรติ โพธิสัตย์, สิทธิชัย อาชายินดี และสุรีพร คนละเอียด) .(ก.บ) .2555). *คู่มือการให้ความรู้ เพื่อจัดการภาวะความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง* .กรุงเทพฯสำนักงานกิจการโรงพิมพ์ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขคู่ .(2561) .มือการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยยึดชุมชนเป็นฐานชุมชนล :ดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง)CBI NCDs) สำหรับบุคคลากรสาธารณสุข .อโมชั่น อาร์ต :กรุงเทพฯ .ผู้รับผิดชอบโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง/

สุธิดา นครเรียบ, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, วิชชุดา เจริญกิจการ, สงคราม โชติกอนุชิต และ วชิรศักดิ์ วานิชชา) .2560). ประสิทธิผลของโมบายแอพพลิเคชั่นต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง *Journal of Nursing Science, 35*(3), 59-68.

อัญชลี เกาะอ้อม) .2560). *ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการออกกำลังกายต่อความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง*วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศา) สตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ .(มหาวิทยาลัย.กรุงเทพฯ .

Hassan, S. Application of protection motivation theory to diabetic foot care Behaviours in Egypt. *Journal of Diabetes and Metabolic Disorders*, 5. doi: 10.1007/s40200-020-00573-6

Rogers, R. W. (1983). Cognitive and psychological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation. Social psychophysiology: A sourcebook, 153- 176.

.

การพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการสั่งใช้เซรุ่มป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ในโรงพยาบาลป่าแดด จังหวัดเชียงราย

รัชดาภรณ์ ปัญญา
โรงพยาบาลป่าแดด

บทคัดย่อ

โรงพยาบาลป่าแดด จังหวัดเชียงราย ตั้งอยู่ในพื้นที่ที่ประชาชนมีอาชีพทำสวน และประชาชนนิยมเลี้ยงสุนัขไว้เฝ้าสวน ทำให้มีผู้ป่วยที่ถูกสุนัขกัดในแต่ละปีเป็นจำนวนมาก เมื่อพิจารณาจากมูลค่าการจัดซื้อเซรุ่มป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า (ERIG) ของโรงพยาบาลย้อนหลัง ได้แก่ พ.ศ. 2560, 2561 และ 2562 (ข้อมูล ณ วันที่ 31 ก.ค. 2562) พบว่า มีจำนวน 120,696 บาท, 162,939 บาท และ 374,158 บาท ตามลำดับ จากการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลังพบว่า ตั้งแต่วันที่ 1 ต.ค. 2561 - 31 ก.ค. 2562 มีการสั่งใช้เซรุ่มป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า (ERIG) อย่างไม่เหมาะสมตามข้อบ่งใช้ (ใช้สำหรับผู้สัมผัสโรคระดับ 3 ; WHO category III เท่านั้น) จำนวน 73 ราย จากผู้ป่วยทั้งหมด 240 ราย (30.42%) คิดเป็นมูลค่าที่โรงพยาบาลต้องสูญเสียไปจำนวน 97,763.76 บาท จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าในแต่ละปี โรงพยาบาลต้องสูญเสียงบประมาณในการจัดซื้อเซรุ่มป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า เพื่อนำมาใช้ในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าเป็นจำนวนมาก ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการสั่งใช้เซรุ่มป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า (ERIG) ในโรงพยาบาลป่าแดด เพื่อให้โรงพยาบาลได้มีแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานในการสั่งใช้เซรุ่มป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า และเพื่อลดต้นทุนการจัดซื้อเซรุ่มป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า

การศึกษานี้มีผู้ป่วยนอกที่เข้ารับการรักษาจากการถูกสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมกัดหรือข่วนจำนวน 90 คน ผู้ป่วยเป็นเพศชายร้อยละ 52.22 และเพศหญิงร้อยละ 47.78 ผู้ป่วยมีสาเหตุการเกิดแผลจากสุนัขกัดหรือข่วนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 64.44 รองลงมาคือ แมว, หนู, หมู, คน, กระต่าย และกระรอก ตามลำดับ เนื่องจากเป็นการศึกษาที่มีความเกี่ยวข้องกับระบาดวิทยาของโรคพิษสุนัขบ้า ผู้วิจัยจึงเลือกช่วงเวลาในการเปรียบเทียบผลลัพธ์ในช่วงเวลาเดียวกันของปี 2561 และปี 2562 ระยะเวลาก่อนประกาศใช้แนวทางการสั่งใช้ยาที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ วันที่ 1 ส.ค. – 31 ธ.ค. 2561 เปรียบเทียบกับหลังประกาศใช้แนวทางคือ วันที่ 1 ส.ค. – 31 ธ.ค. 2562

ผลประเมินความเหมาะสมในการสั่งใช้เซรุ่มป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า (ERIG) ก่อนและหลังการประกาศใช้แนวทางพบว่า หลังประกาศใช้แนวทางการสั่งใช้ยาแล้ว ความไม่เหมาะสมในการสั่งใช้เซรุ่มป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า (ERIG) คิดเป็นร้อยละ 8.89 ลดลงจากปี 2561 ร้อยละ 24.44 คิดเป็นมูลค่าที่โรงพยาบาลประหยัดงบประมาณได้เท่ากับ 26,910 บาท

บทนำ

โรคพิษสุนัขบ้า (Rabies) จัดเป็นโรคติดเชื้อร้ายแรงที่ยังไม่มีทางรักษา ผู้ป่วยทุกรายที่มีอาการแสดงมักจะเสียชีวิตภายในเวลาเพียงไม่กี่วัน องค์การอนามัยโลกรายงานว่า จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคนี้ มีประมาณปีละ 35,000 - 50,000 ราย โดยอัตราการเกิดโรคสูงที่สุดในทวีปเอเชีย ในประเทศไทยพบว่า มีผู้ป่วยถูกสุนัขกัดประมาณปีละ 300,000 - 400,000 ราย ประเทศไทยยังคงพบผู้ป่วยโรคพิษสุนัขบ้ามาตลอด จากข้อมูลตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 จนถึงปัจจุบัน พบจำนวนผู้ป่วย 5 - 26 รายต่อปี ถึงแม้ว่าโรคนี้จะมีจำนวนผู้ป่วยจำนวนน้อยกว่าโรคติดเชื้ออื่น ๆ ในประเทศไทย แต่โรคนี้ก็ยังเป็นโรคที่มีความสำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยทั้งหมดที่รายงานตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 ถึงปัจจุบันนั้นเสียชีวิตทุกราย สำหรับผู้ป่วยที่มีบาดแผลรุนแรงทุกราย (ผู้สัมผัสโรคระดับ 3 ; WHO category III ได้แก่ สัตว์กัดหรือข่วนผ่านทะลุผิวหนัง มีเลือดออกชัดเจน/ น้ำลายสัตว์ถูกเยื่อบุหรือแผลเปิด/ ค้างคาวกัดหรือข่วน) ที่ไม่เคยมีประวัติได้รับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้ามาก่อน ต้องได้รับการฉีดเซรุ่ม (RIG ; Rabies immunoglobulin) เข้าที่บาดแผลทันทีพร้อมกับการฉีดวัคซีน

เมื่อพิจารณาจากมูลค่าการจัดซื้อเซรุ่มป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า (ERIG) ของโรงพยาบาลย้อนหลัง ได้แก่ พ.ศ. 2560, 2561 และ 2562 พบว่ามีจำนวน 120,696 บาท, 162,939 บาท และ 374,158 บาท ตามลำดับ จากการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลังพบว่า ตั้งแต่วันที่ 1 ต.ค. 2561 - 31 ก.ค. 2562 มีการสั่งใช้เซรุ่มป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า (ERIG) อย่างไม่เหมาะสมตามข้อบ่งใช้ 73 ราย (30.42%) คิดเป็นมูลค่าที่โรงพยาบาลต้องสูญเสียไปจำนวน 97,763.76 บาท จะเห็นได้ว่า โรงพยาบาลต้องสูญเสียงบประมาณในการจัดซื้อเซรุ่มป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า จำนวนมาก ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการสั่งใช้เซรุ่มป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า (ERIG) เพื่อให้โรงพยาบาลได้มีแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานในการสั่งใช้เซรุ่มป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า และเพื่อลดต้นทุนการจัดซื้อเซรุ่มป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการสั่งใช้เซรุ่มป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า (ERIG) ในโรงพยาบาลป่าแดด จังหวัดเชียงราย
2. เพื่อเปรียบเทียบความเหมาะสมในการสั่งใช้เซรุ่มป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า (ERIG) ก่อนและหลังการประกาศใช้แนวทางปฏิบัติ
3. เพื่อเปรียบเทียบต้นทุนการใช้เซรุ่มป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า (ERIG) ก่อนและหลังการประกาศใช้แนวทางปฏิบัติ

วิธีการวิจัย

1. วิเคราะห์ข้อมูลมูลค่าการจัดซื้อเซรุ่มป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า (ERIG) ภายในปีงบประมาณ 2562 และความเหมาะสมในการสั่งใช้ยา

2. ประชุมร่วมกับองค์การแพทย์ และพยาบาล เพื่อร่วมกันกำหนดแนวทางปฏิบัติในการสั่งใช้ยา ในที่ประชุม PTC ของโรงพยาบาล

3. นำแบบฟอร์มประเมินความเหมาะสมในการสั่งใช้เซรุ่มป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า (ERIG) ให้แก่งานผู้ป่วยนอก และอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ได้ใช้ดำเนินงาน

4. รายงานและติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงานทุกเดือน รวมถึงปัญหาและอุปสรรคในการทำงาน

5. รวบรวมวิเคราะห์ สรุป และประเมินผลการดำเนินโครงการ

แบบฟอร์มประเมินความเหมาะสมในการสั่งใช้ ERIG

ชื่อ-นามสกุล..... HN..... วันที่.....

ผู้ป่วยเป็นผู้สัมผัสโรคระดับ 3 (WHO category III) โดยมีอย่างน้อย 1 ข้อ ต่อไปนี้

O สัตว์กัดหรือข่วนทะลุผ่านผิวหนัง มีเลือดออกชัดเจน

O น้ำลายสัตว์ถูกเยื่อบุหรือบาดแผลเปิด

O ค้างคาวกัดหรือข่วน

ขนาด ERIG ที่ใช้ในผู้ป่วยรายนี้ (40 IU/kg) = ... IU น้ำหนักผู้ป่วย.....kg

ลงชื่อ ..... ชื่อผู้สั่งใช้ ..... เภสัชกร

แบบฟอร์มประเมินความเหมาะสมในการสั่งใช้เซรุ่มป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า (ERIG) ของโรงพยาบาลป่าแดด

ผลการวิจัย

จากการเก็บข้อมูลก่อนประกาศใช้แนวทาง (วันที่ 1 ส.ค. - 31 ธ.ค. 2561) มีผู้ป่วยนอกที่เข้ารับการรักษาจากการถูกสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมกัดหรือข่วนจำนวน 81 ราย ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 45 ราย (ร้อยละ 55.56) และเพศชายจำนวน 36 ราย (ร้อยละ 44.44) ผู้ป่วยมีสาเหตุการเกิดแผลจากสุนัขกัดหรือข่วนมากที่สุดจำนวน 53 คน (ร้อยละ 65.43) รองลงมาได้แก่ แมวกัดหรือข่วน 15 ราย (ร้อยละ 18.52), หนูกัด 10 ราย (ร้อยละ 12.35) และหมูกัด 3 ราย (ร้อยละ 3.70) ตามลำดับ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลการสั่งใช้เซรุ่มป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า (ERIG) จาก 2 หน่วยบริการ ได้แก่ งานผู้ป่วยนอกและงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินพบว่า งานผู้ป่วยนอกมีการสั่งใช้เซรุ่มป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า (ERIG) ให้กับผู้ป่วยทั้งหมด 42 ราย มีความไม่เหมาะสมในการสั่งใช้ยาตามแนวทาง เช่น แผลเป็นรอยช้ำ จ้ำเลือด รอยแดงที่ไม่มีเลือดออกจำนวน 15 ราย (ร้อยละ 18.52 ของผู้ป่วยทั้งหมด) ซึ่งการสั่งใช้ยาที่จุดบริการผู้ป่วยนอกนี้แพทย์จะเป็นผู้สั่งใช้ยาทั้งหมด และงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินมีการสั่งใช้เซรุ่มป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า (ERIG) โดยแพทย์และพยาบาลให้กับผู้ป่วยทั้งหมด 39 ราย พบว่ามีความไม่เหมาะสมในการสั่งใช้ยาจำนวน 12 ราย (ร้อยละ 14.81 ของผู้ป่วยทั้งหมด) รวม 2 หน่วยบริการพบว่า ก่อนประกาศใช้แนวทางมีการสั่งใช้เซรุ่มป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า (ERIG) ที่ไม่เหมาะสมร้อยละ 33.33 คิดเป็นมูลค่าที่โรงพยาบาลต้องสูญเสียไป 38,025 บาท

หลังประกาศใช้แนวทาง (วันที่ 1 ส.ค. - 31 ธ.ค. 2562) มีผู้ป่วยนอกที่เข้ารับการรักษาจากการถูกสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมกัดหรือข่วนจำนวน 90 ราย ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชายจำนวน 47 ราย (ร้อยละ 52.22) และเพศหญิงจำนวน 43 ราย (ร้อยละ 47.78) ผู้ป่วยมีสาเหตุการเกิดแผลจากสุนัขกัดหรือข่วนมากที่สุดจำนวน 56 คน (ร้อยละ 62.22) รองลงมาได้แก่ แมวกัดหรือข่วน 15 ราย (ร้อยละ 16.67), หนูกัด 8 ราย (ร้อยละ 8.89), หมูกัด 5 ราย (ร้อยละ 5.56), คนกัด 3 ราย (ร้อยละ 3.33) , กระต่ายกัด 2 ราย (ร้อยละ 2.22) และกระรอกกัด 1 ราย (ร้อยละ 1.11) ตามลำดับ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลการสั่งใช้เซรุ่มป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า (ERIG) หลังประกาศใช้แนวทางพบว่า งานผู้ป่วยนอกมีการสั่งใช้เซรุ่มป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า (ERIG) ให้กับผู้ป่วยทั้งหมด 38 ราย มีความไม่เหมาะสมในการสั่งใช้ยาจำนวน 5 ราย (ร้อยละ 5.56 ของผู้ป่วยทั้งหมด) และงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินมีการสั่งใช้เซรุ่มป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า (ERIG) ให้กับผู้ป่วยทั้งหมด 52 ราย พบว่ามีความไม่เหมาะสมในการสั่งใช้ยาจำนวน 3 ราย (ร้อยละ 3.33 ของผู้ป่วยทั้งหมด) รวม 2 หน่วยบริการพบว่า ก่อนประกาศใช้แนวทางมีการสั่งใช้เซรุ่มป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า (ERIG) ที่ไม่เหมาะสมร้อยละ 8.89 คิดเป็นมูลค่าที่โรงพยาบาลต้องสูญเสียไป 11,115 บาท

ผลประเมินความเหมาะสมในการสั่งใช้เซรุ่มป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า (ERIG) ก่อนและหลังการประกาศใช้แนวทางพบว่า หลังประกาศใช้แนวทางการสั่งใช้ยาแล้ว ความไม่เหมาะสมในการสั่งใช้เซรุ่มป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า (ERIG) คิดเป็นร้อยละ 8.89 ลดลงจากปี 2561 ร้อยละ 24.44 คิดเป็นมูลค่าที่โรงพยาบาลประหยัดงบประมาณได้เท่ากับ 26,910 บาท

อภิปราย สรุป และข้อเสนอแนะ

อุบัติการณ์การสั่งใช้เซรุ่มป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า (ERIG) ระหว่างวันที่ 1 ส.ค. - 31 ธ.ค. 2561 ซึ่งเป็นช่วงเวลาก่อนการประกาศใช้แนวทางประเมินความเหมาะสมก่อนการใช้ยา พบว่ามีอุบัติการณ์การสั่งใช้เซรุ่มป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า (ERIG) ที่ไม่เหมาะสมจำนวน 17 ครั้ง โดยเป็นหน่วยบริการผู้ป่วยนอกจำนวน 15 ครั้ง (ร้อยละ 18.52) และงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินจำนวน 12 ครั้ง (ร้อยละ 14.81) รวมเป็นร้อยละ 33.33

การสั่งใช้เซรุ่มป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า (ERIG) ของโรงพยาบาลป่าแดด สามารถสั่งใช้ได้โดยทั้งแพทย์และพยาบาล เบื้องต้นพยาบาลจะเป็นผู้ซักประวัติผู้ป่วย และก่อนการสั่งใช้ยาโดยพยาบาล พยาบาลจะทำการ consult แพทย์ทาง application line ก่อน ซึ่งจะมีการถ่ายรูปส่งให้แพทย์พิจารณาร่วมกับการรายงานอาการของผู้ป่วย หลังจากนั้นแพทย์หรือพยาบาลจะทำการคีย์รายการยาและขนาดยาที่ต้องการลงในโปรแกรม HosXP แล้วให้ผู้ป่วยหรือญาติเป็นผู้นำใบสั่งยามายื่นที่ห้องยา เพื่อเบิกยาไปฉีดที่ห้องฉุกเฉิน โดยเภสัชกรจะทำการคำนวณขนาดยาให้กับผู้ป่วยซ้ำอีกครั้งหนึ่ง เพื่อที่ผู้ป่วยจะได้รับขนาดยาที่เหมาะสมกับน้ำหนักตัว แล้วจึงจะจัดยา และจ่ายยาตามมาตรฐานเภสัชกรรม แต่หากเป็นนอกเวลาราชการหลังจากที่ห้องยาปิดทำการ (20.00 – 8.00 น.) พยาบาลสามารถใช้เซรุ่มป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าจาก stock ของห้องฉุกเฉินได้เลย โดยที่ไม่ต้องเบิกที่ห้องยาก่อน

อุบัติการณ์การสั่งใช้เซรุ่มป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า (ERIG) ที่ไม่เหมาะสมร้อยละ 33.33 จากการวิเคราะห์ถึงสาเหตุ พบว่า

1. การซักประวัติไม่ชัดเจนและครอบคลุม ไม่ได้มีคำถามที่ชี้เฉพาะเจาะจงว่า แผลที่โดนสัตว์กัดหรือข่วนนั้นมีเลือดออกหรือไม่ ซึ่งตามแนวทางการให้ยานั้น ผู้ป่วยต้องมีแผลเลือดออกชัดเจน หรือโดนสัตว์เลียแผลเปิดเท่านั้น
2. การถ่ายรูปส่ง consult แพทย์ผ่านทาง application line รูปแผลอาจไม่ชัดเจน ทำให้แพทย์และพยาบาลเห็นไม่ตรงกัน และไม่สอดคล้องกับข้อมูลที่พยาบาลทำการซักประวัติ ซึ่งการตรวจสอบซ้ำภายหลังทำได้ยาก เนื่องจากไม่ได้มีการ upload รูปภาพแผลลงในโปรแกรม HosXP ทุกราย
3. ผู้ป่วยให้ประวัติไม่ชัดเจน เนื่องจากผู้ป่วยบางคนถูกสัตว์กัดหรือข่วนมามากกว่า 24 ชั่วโมง และทำการล้างแผลเองที่บ้านหรือรพ.สต.มาแล้ว จึงทำให้จำไม่ได้ว่าแผลมีเลือดออกหรือไม่ ทำให้การซักประวัติพลาดข้อมูลสำคัญในส่วนนี้ไป

เมื่อทราบถึงสาเหตุการเกิดอุบัติการณ์การสั่งใช้เซรุ่มป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า (ERIG) ที่ไม่เหมาะสมดังกล่าว จึงมีการแก้ปัญหาโดยสร้างแบบฟอร์มประเมินความเหมาะสมในการสั่งใช้ยา โดยผู้สั่งใช้ต้องระบุชื่อและนามสกุลของผู้ป่วย, HN, วันที่สั่งใช้ เพื่อสะดวกต่อการติดตามรายงานการใช้ยา ในส่วนของการประเมินความเหมาะสมก่อนการสั่งใช้ ต้องมีการระบุอย่างชัดเจนว่าผู้ป่วยเป็นผู้สัมผัสโรคระดับ 3 ตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก ซึ่งทำเป็น checklist เพื่อความสะดวกรวดเร็วและลดความผิดพลาดของผู้ใช้งาน โดยผู้ป่วยคนหนึ่งอาจจะเข้าเกณฑ์ได้มากกว่า 1 ข้อ นอกจากนี้ยังต้องมีการระบุน้ำหนักของผู้ป่วยและขนาดยาที่ใช้

เพื่อที่ห้องยาจะได้ทำการตรวจสอบซ้ำอีกครั้งหนึ่ง เพื่อความถูกต้องของขนาดยา และในตอนท้ายต้องมีการลงลายมือชื่อผู้สั่งใช้ซึ่งอาจจะเป็นแพทย์หรือพยาบาล หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยหรือญาตินำแบบฟอร์มประเมินการสั่งใช้ยายื่นที่ห้องจ่ายยาพร้อมใบนำทาง เภสัชกรทำการตรวจเช็คข้อมูลการซักประวัติใน HosXP ว่าตรงกับ checklist ในแบบประเมินหรือไม่ หากไม่ตรงกันจะทำการ consult กลับไปยังแพทย์หรือพยาบาลผู้สั่งใช้ยา หากประวัติยังไม่แน่ชัด เภสัชกรจะสอบถามข้อมูลที่ผู้ป่วยเองอีกครั้งเพื่อความถูกต้อง ลงลายมือชื่อของเภสัชกรผู้ทำการจ่ายยา แล้วจึงจ่ายยาเพื่อให้ผู้ป่วยไปฉีดที่ห้องฉุกเฉิน ส่วนนอกเวลาที่เภสัชกรไม่ได้อยู่ประจำที่ห้องยา ในวันถัดไปจะมีการตรวจสอบใบสั่งยาของผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับบริการนอกเวลา หากมีการสั่งจ่ายเซรุ่มป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าจาก stock ของห้องฉุกเฉิน จะต้องมีแบบประเมินการสั่งใช้ยาส่งมาที่ห้องยาร่วมกับใบเบิกยาและเวชภัณฑ์ทุกครั้ง แต่หากพบว่าไม่มีแบบประเมิน เภสัชจะทำการติดตามแบบประเมินการสั่งใช้ยาย้อนหลังทันทีภายในวันเดียวกัน

หลังจากดำเนินการใช้แบบฟอร์มประเมินความเหมาะสมในการสั่งใช้เซรุ่มป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า (ERIG) พบว่าตั้งแต่วันที่ 1 ส.ค. - 31 ธ.ค. 2562 พบอุบัติการณ์การสั่งใช้ยาที่ไม่เหมาะสมจำนวน 8 ครั้ง (ร้อยละ 8.89) ซึ่งลดลงจากปี 2561 ร้อยละ 24.44 คิดเป็นมูลค่าที่โรงพยาบาลประหยัดงบประมาณได้เท่ากับ 26,910 บาท

แนวทางส่งเสริมการสั่งจ่ายเซรุ่มป้องกันพิษสุนัขบ้า (ERIG) อย่างเหมาะสมของรพ.ป่าแดด ยังมีจุดอ่อนเนื่องจากโรงพยาบาลป่าแดดมีการผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนแพทย์และพยาบาลทุกปี จึงทำให้แพทย์และพยาบาลใหม่ที่เข้ามาทำงาน ณ จุดบริการผู้ป่วยนอก และงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน อาจยังไม่ได้รับคำแนะนำให้ใช้แบบประเมินความเหมาะสมในการสั่งใช้เซรุ่มป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า (ERIG) ทำให้ในบางครั้งไม่ได้มีการใช้แบบประเมินก่อนการสั่งใช้ยา หากพบปัญหาดังกล่าวในเวลาทำการที่มีเภสัชกรประจำอยู่ เภสัชกรจะทำการชี้แจงไปยังแพทย์และพยาบาลผู้สั่งใช้ยา และขอให้แนบแบบประเมินมาด้วยทุกครั้ง แต่หากเป็นนอกเวลาราชการที่ไม่มีเภสัชกรประจำการ (20.00 – 8.00 น.) อาจทำให้ข้อมูลในส่วนนี้สูญหายไป และไม่ได้ถูกนำมาวิเคราะห์

และเพื่อให้ระบบการใช้แบบประเมินความเหมาะสมในการสั่งใช้เซรุ่มป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า (ERIG) มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และเป็นการแก้ไขปัญหาแพทย์และพยาบาลลืมใช้แบบประเมินดังกล่าว ผู้ทำวิจัยจะดำเนินการหารือกับฝ่าย IT ของโรงพยาบาลในการ link แบบประเมินเข้ากับโปรแกรม HosXP ที่จะต้องมีการทำ checklist ประเมินอาการของผู้ป่วยในโปรแกรมทุกครั้งก่อนที่จะสั่งจ่ายยาได้ นอกจากนี้ยังเป็นการสนองนโยบายลดการใช้กระดาษ (Paperless) ของรพ.ป่าแดดอีกด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. Rabies epidemiology and burden of disease. [online]. [cited 2019 August 12]. Available from : http://www.who.int/rabies/epidemiology/en/
2. สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. Morbidity rate (per 100,000 population) of rabies cases from report 506 (1971 – 2006). [online]. [cited 2019 August 12]. Available from : http://www.boe.moph.go.th/boedb/surdata/disease.php?dcontent=graph&ds=42
3. World Health Organization. Animal bites fact sheets. [online]. [cited 2019 August 12]. Available from : www.who.int/mediacentre/factsheets/fs373/en/.
4. หนังสือตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป 2. “โรคพิษสุนัขบ้า (Rabies)”. (นพ.สุรเกียรติ อาชานานุภาพ). หน้า 573-579.
5. โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. “โรคพิษสุนัขบ้า”. [online]. [cited 2019 August 12]. Available from : www.med.cmu.ac.th.
6. คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. “โรคพิษสุนัขบ้า ร้ายแรง แต่ป้องกันได้”. [online]. [cited 2019 August 12]. Available from : www.pharmacy.mahidol.ac.th.
7. ศ.นพ.ธีระพงษ์ ตัณฑวิเชียร. “โรคพิษสุนัขบ้าและการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า”. [online]. [cited 2019 August 12]. Available from : https://www.idthai.org/Contents/Views/?d=u51w!8!4!!104!5Ych8osL
8. สถานเสาวภา สภากาชาดไทย. “แนวทางการดูแลผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า พ.ศ. 2561”. [online]. [cited 2020 March 2]. Available from : http://www.lpnh.go.th/newlp/wp-content/uploads/2013/10/Rabies-book-2018-4-09-2018-ok.pdf

ผลการพัฒนารูปแบบระบบบริการงานผู้ป่วยนอกในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรน่า (COVID-19) OPD NEW NORMAL โรงพยาบาลแม่ลาว จังหวัดเชียงราย

สายสมร ภัทรจิตรานนท์, ณัฐวรานี แสงจันทร์วัฒนา, สุรีย์พร ขันบุญ,
อรธิมา ดวงสุวรรณ์ และอมรรัตน์ อนุวัฒน์นนทเขตต์
โรงพยาบาลแม่ลาว

บทคัดย่อ

แผนกผู้ป่วยนอกเป็นหน่วยงานที่มีความสำคัญมากในการให้บริการ เป็นด่านหน้าของโรงพยาบาลให้บริการคัดกรองผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ และส่งผู้ป่วยต่อไปยังหน่วยงานอื่นๆ ของโรงพยาบาล จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ส่งผลกระทบในวงกว้างต่อทุกภาคส่วนโดยเฉพาะระบบการแพทย์และสาธารณสุข งานผู้ป่วยนอกยังคงต้องให้บริการตรวจรักษาโรคทั่วไป ต้องคัดกรองผู้ป่วยที่กลับมาจากพื้นที่เสี่ยง เข้าสู่ระบบคลินิก ARI รวมถึงโรงพยาบาลแม่ลาวยังเป็น local quarantine ของจังหวัดเชียงรายสำหรับรับคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่เดินทางกลับมาจากต่างประเทศ ปัญหาการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นประเด็นที่มีความท้าทายอย่างยิ่งในการออกแบบระบบบริการของงานผู้ป่วยนอก จะจัดระบบบริการอย่างไร ที่จะทำให้บุคลากรผู้ให้บริการและผู้ป่วย ลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อไวรัสโคโรน่า โดยที่ยังได้รับบริการรักษาพยาบาลตามมาตรฐาน และมีความปลอดภัย การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบบริการงานผู้ป่วยนอกในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรน่า เพื่อลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อไวรัสโคโรน่าของทั้งบุคลากรผู้ให้บริการและผู้ป่วย ลดความแออัดของหน่วยบริการ และเพื่อให้ผู้รับบริการพึงพอใจ การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา โดยใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI) เป็นวงล้อ PDCA โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือระยะที่ 1 การพัฒนาระบบบริการงานผู้ป่วยนอกในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรน่า ระยะที่ 2 คือการดำเนินการตามระบบ OPD New normal ที่วางไว้ ระยะที่ 3 คือประเมินผลระบบบริการ OPD New normal ในช่วงเดือน มกราคม 2563 - มิถุนายน 2563

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการจัดระบบบริการ OPD New Normal ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาด COVID-19 ไม่พบเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย ติดเชื้อไวรัสโคโรน่า จำนวนผู้รับบริการของแผนกผู้ป่วยนอกลดลง เมื่อเทียบกับช่วงเวลาเดียวกันของปีที่ผ่าน ระยะเวลารอคอยเฉลี่ย <120 นาที คิดเป็นร้อยละ 70.00

สรุปผล การพัฒนาระบบบริการงานผู้ป่วยนอกในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรน่า OPD New Normal เป็นการสร้างมาตรฐานการให้บริการที่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันเพื่อรองรับผลกระทบของการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า ทำให้บุคลากรและผู้รับบริการมีความตื่นตัว และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ส่งผลให้ระบบงานมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ ผู้รับบริการได้รับการดูแลตามมาตรฐาน และเกิดความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ

คำสำคัญ: ระบบบริการผู้ป่วยนอก OPD New normal , COVID -19, ระยะเวลารอคอย, ความพึงพอใจ

บทนำ

โรงพยาบาลแม่ลาว เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง มีผู้มารับบริการที่หลากหลายในแต่ละวัน งานผู้ป่วยนอกเป็นงานบริการด่านหน้า (Front liner) มีหน้าที่หลักในการให้บริการผู้ป่วยทุกประเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาล ตั้งแต่จุดคัดกรองหน้าห้องบัตรจนกระทั่งผู้รับบริการได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์ จากสถิติการให้บริการในปีงบประมาณ 2559 – 2562 มีผู้รับบริการจำนวน 26,238, 21,501, 17,270 และ 20,895 ราย ตามลำดับ เฉลี่ยวันละ 115, 100, 90 และ 110 ราย (งานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลแม่ลาว,2562) จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ส่งผลกระทบในวงกว้างต่อทุกภาคส่วนทั่วโลก โดยเฉพาะระบบการแพทย์และสาธารณสุข แต่งานผู้ป่วยนอกยังคงต้องให้บริการตรวจรักษาโรคทั่วไป คัดกรองผู้ป่วยที่กลับมาจากพื้นที่เสี่ยงเข้าสู่ระบบคลินิก ARI อีกทั้งโรงพยาบาลแม่ลาวยังได้รับการคัดเลือกให้เป็น local quarantine ของจังหวัดเชียงรายสำหรับรับคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่เดินทางกลับมาจากต่างประเทศ ทำให้มีความจำเป็นต้องมีการปรับระบบบริการผู้ป่วยนอกวิถีใหม่ (New normal OPD) ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อความปลอดภัยของผู้มารับบริการและบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน ลดความแออัด ลดระยะเวลารอคอย และลดความเหลื่อมล้ำ สร้างความเสมอภาค ได้รับบริการที่มีคุณภาพ เหมาะสมกับภาวะความเจ็บป่วยที่แตกต่างกันในแต่ละราย

โรงพยาบาลแม่ลาวจึงจัดระบบบริการผู้ป่วยนอกแบบใหม่ (OPD New Normal) ในภาวะผ่อนปรน COVID-19 โดยได้ออกแบบการให้บริการแบบใหม่ (redesign) จัดให้มีผู้จัดการ (manager) รับผิดชอบกลุ่มโรคสำคัญของผู้ป่วยนอกเป็นรายโรค โดยมีการจัดระบบนัดหมายผู้ป่วยให้มาโรงพยาบาลน้อยลง การนัดหมายแบบช่วงเวลา โดยแยกตามกลุ่มโรคเพื่อเว้นระยะห่าง และมีการจัดทำ refill ยาส่งผ่านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และส่งต่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) นำไปแจกให้ผู้ป่วย โดยที่ผู้ป่วยไม่ต้องมาโรงพยาบาล เพื่อลดความแออัด ลดระยะเวลาการอยู่ในโรงพยาบาลให้สั้นที่สุด ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาและรับยาอย่างต่อเนื่องหมดกังวลเรื่องการเดินทางที่จะต้องมาโรงพยาบาล และลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ COVID -19 ผู้รับบริการพึงพอใจ (คัลลิยา วสุธาดา, 2560) ที่สำคัญผู้รับบริการและบุคลากรผู้ให้บริการไม่มีการติดเชื้อไวรัสโคโรน่า ดังนั้นงานผู้ป่วยนอกจึงต้องมีการพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่องในทุกระยะของการให้บริการ

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนาและประเมินผลระบบบริการงานผู้ป่วยนอก ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรน่า (COVID-19) โรงพยาบาลแม่ลาว จังหวัดเชียงราย

วัตถุประสงค์เฉพาะ:

1. เพื่อพัฒนาระบบบริการงานผู้ป่วยนอกในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรน่า
2. เพื่อลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อไวรัสโคโรน่าของบุคลากรผู้ให้บริการและผู้รับบริการ
3. เพื่อลดความแออัดของหน่วยบริการที่งานผู้ป่วยนอก
4. เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจต่อระบบบริการแบบ OPD New Normal

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Developmental research) โดยใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพ PDCA โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ในช่วงเดือน มกราคม 2563 - มิถุนายน 2563

ระยะที่ 1 การพัฒนาระบบการให้บริการงานผู้ป่วยนอก โดยวิเคราะห์รวบรวมข้อมูลปัญหาสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส ความพร้อมในการเตรียมรับสถานการณ์ วิเคราะห์บริบทของพื้นที่ ประกอบด้วย 3 ด้าน คือด้านโครงสร้าง ด้านบุคลากร และด้านระบบบริการ สถิติการให้บริการงานผู้ป่วยนอก เทียบกับปีที่ผ่านมา นำปัญหาที่ได้มาประชุมในหน่วยงานร่วมกับแพทย์ที่ปรึกษาของแผนกผู้ป่วยนอก ทีมผู้บริหารโรงพยาบาล ทีม SRRT นำเสนอปัญหาที่พบระหว่างการให้บริการช่วงการแพร่ระบาด COVID -19 เป็นระยะ ร่วมกับทีม Emergency Operation Center Maelao; EOC ML ร่วมจัดทำผังเตรียมรับผู้ป่วยสงสัยโรคปอดอักเสบจากการติดเชื้อไวรัสโคโรน่าเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแม่ลาว

ผังการเตรียมรับผู้ป่วยสงสัยโรคปอดอักเสบจากการติดเชื้อไวรัสโคโรน่าสายพันธุ์ใหม่ 2019

เครือข่ายบริการสาธารณสุข อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย

ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรค PUI (Update 20 เม.ย. 63)

1. **มีไข้** (≥37.5องศาเซลเซียส) หรือ ให้ประวัติว่ามีไข้ในการป่วยครั้งนี้ ร่วมกับ มีอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่
   ไอ มีน้ำมูก เจ็บคอ หายใจเหนื่อย หรือหายใจลำบาก
2. **ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ**

*** ทั้ง 2 กรณี ให้ **ร่วมกับ มีประวัติเสี่ยงในช่วงเวลา 14 วันก่อนวันเริ่มป่วย อย่างใดอย่างหนึ่ง**

1. มีประวัติเดินทางไปยัง หรือ มาจาก หรืออยู่อาศัยในพื้นที่เสี่ยง พื้นที่ที่ประกาศเขตติดโรคฯ ตามพ.ร.บ.โรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และมีพื้นที่ที่มีการระบาดต่อเนื่อง ตามประกาศของกรมควบคุมโรค
2. เป็นผู้ประกอบอาชีพ ที่ สัมผัสใกล้ชิดกับนักท่องเที่ยวต่างชาติ
3. มีประวัติใกล้ชิด **หรือ** สัมผัสกับผู้ป่วยเข้าข่าย หรือ ยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
4. เป็นบุคลากรทางการแพทย์ หรือ สาธารณสุข ที่สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วย เข้าเกณฑ์สอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
5. มีประวัติไปสถานที่ชุมชนและมีผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในช่วงเวลาเดียวกับผู้ป่วย

รพ.สต.

1. ให้ผู้ป่วย สวม Surgical mask บุคลากร สวม N95
2. แยกผู้ป่วยไปยังจุดตรวจโรคระบบทางเดินหายใจ ไม่เคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกนอกพื้นที่รพ.สต.
3. SRRT ซักประวัติ/สอบสวนโรค (ตามแบบสัมภาษณ์ Novel corona 1-4)
4. กรณีได้รับแจ้ง หรือ เจอผู้ป่วยในชุมชน ขอความร่วมมือ ไม่เคลื่อนย้ายผู้ป่วย

แจ้งรายงานSRRT รพ.แม่ลาว 24 ชั่วโมง

SRRT แจ้งรายงาน **Mr.COVID19**
-ในเวลาราชการ: นพ.ถนัดศรี มะโนตา โทร.: 088-2669584 เพื่อออกตรวจประเมินอาการผู้ป่วยที่ รพ.สต./รพ.
-นอกเวลาราชการ: แจ้งแพทย์เวรER และSRRT ในพื้นที่ ออกปฏิบัติหน้าที่ร่วมกัน
-กรณีอาการฉุกเฉิน เช่น หายใจเหนื่อยหอบ โทร.1669

ยื่นบัตรจุดคัดกรอง (Triage)
ซักประวัติอาการสำคัญ (OPD/ER นอกเวลา)

แจ้งแพทย์ เพื่อพิจารณาอาการผู้ป่วย
-**ในเวลา** Mr.covid รพ.แม่ลาว -**นอกเวลา** แพทย์เวร

ใช่ ARI → ให้บริการตามมาตรฐานคลินิก ARI

สงสัย PUI

กรณีห้องARI มีผู้ป่วย ให้พาผู้ป่วยไปรอ ณ จุดบริการ ดังนี้
1.ศาลาผู้ป่วยวัณโรค (หลังห้องน้ำใหม่ IPD)
2.ห้องแยกโรค No.5
3.ห้องแยกโรค No.6
4.ข้างตึกกลุ่มงานปฐมภูมิ

แพทย์ consult แพทย์ของรพศ.ชร

ไม่ใช่ → ให้บริการตามมาตรฐานคลินิก ARI

ใช่

ส่งผู้ป่วยที่ห้องแยกโรค เพื่อ ทำการ**เก็บสิ่งตรวจ** และ รับไว้**สังเกตอาการ**

เคลื่อนย้ายผู้ป่วย ดังนี้
- **ในเวลาราชการ** : ผ่านงานปฐมภูมิ และหน่วยจ่ายกลาง เข้าด้านหลัง IPD
- **นอกเวลาราชการ** : ผ่านงานซักฟอกขึ้นทางเดินNCD เข้าด้านหลัง IPD

แจ้ง SRRT เพื่อประสาน

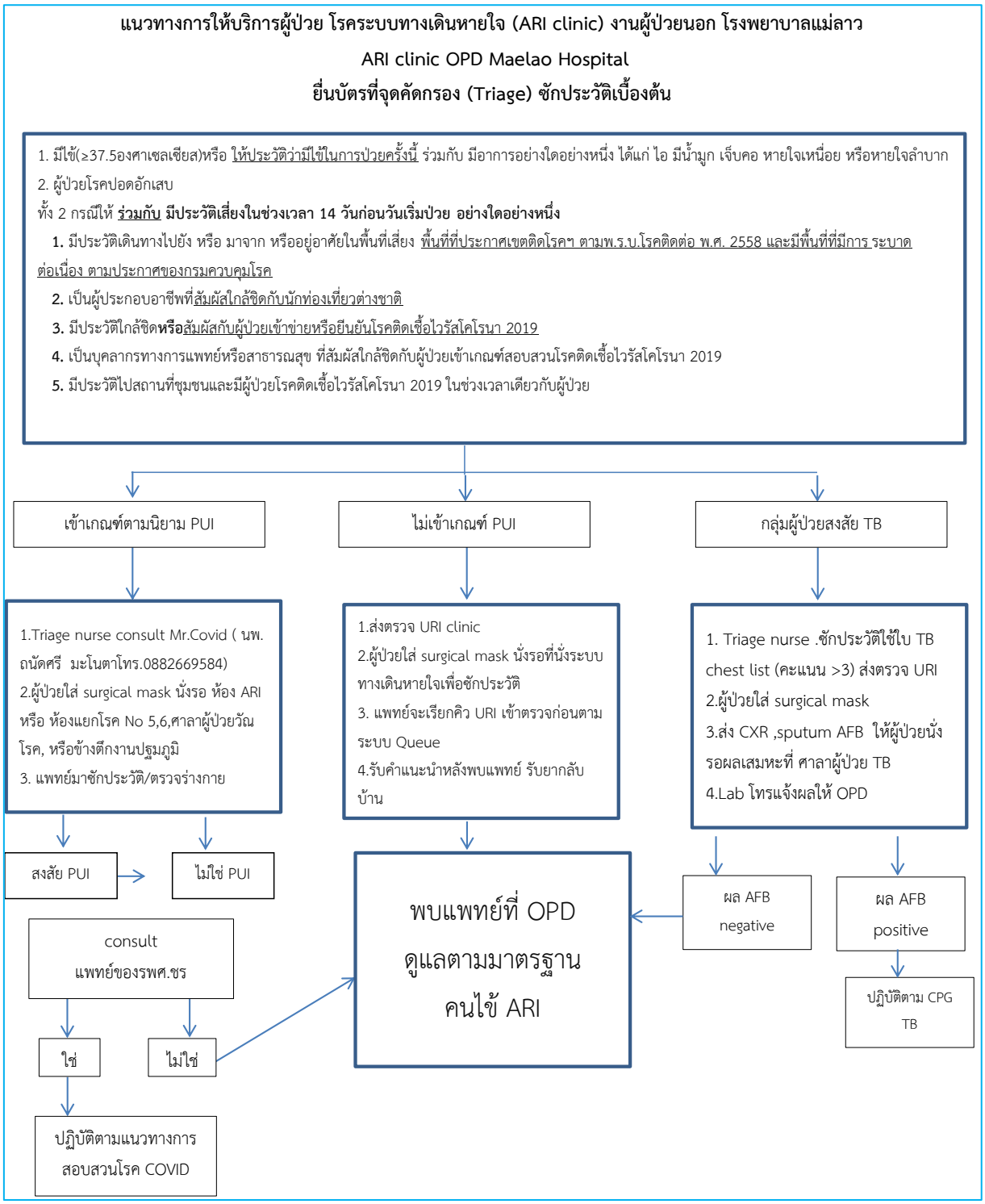
ICN เพื่อเก็บสิ่งส่งตรวจ

สสจ.ชร ขอ Lab code

ห้อง Lab ประสานศูนย์วิทย์ ชร.

ส่ง UTM เพื่อ confirm COVID-19

***** การแจ้งรายงาน :**
Mr.COVID19 นพ.ถนัดศรี มะโนตา โทร.: 088-2669584
SRRT 1.นายณัฐชนน เที่ยงธรรม โทร.088-2319956
2.นางนุชนาถ วุทธา โทร.097-9326601
ICN 1.นางวาสนา ณัฐพงศกรณ์ โทร.095-5698244



ระยะที่ 2 การนำระบบบริการงานผู้ป่วยนอก ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรน่า (COVID-19) โรงพยาบาลแม่ลาว จังหวัดเชียงราย ที่พัฒนาขึ้นร่วมกับเครือข่ายไปใช้ในหน่วยงาน จัดประชุมชี้แจงบุคลากรที่มาปฏิบัติในแผนกผู้ป่วยนอก โดยอธิบายวัตถุประสงค์ของการใช้ รายละเอียดเนื้อหาสาระสำคัญและมีแบบคัดกรองผู้ป่วยทุกจุดบริการของ OPD มีการนิเทศติดตามการใช้รูปแบบการเฝ้าระวังโดยหัวหน้างานผู้ป่วยนอกอย่างต่อเนื่อง เพื่อรับทราบปัญหาและอุปสรรค

ระยะที่ 3 การติดตามและประเมินระบบบริการงานผู้ป่วยนอก ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรน่า (COVID-19) โรงพยาบาลแม่ลาว จังหวัดเชียงรายในช่วงเดือน มกราคม 2563- มิถุนายน 2563 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

- นิเทศติดตามโดยหัวหน้างานผู้ป่วยนอกปัญหาอุปสรรคในแต่ละด้านของการให้บริการ แบ่งเป็นด้านโครงสร้าง ด้านบุคลากร และด้านระบบบริการ
- เก็บข้อมูลของผู้รับบริการและระยะเวลารอคอยในช่วงเดือนมกราคม 2563–มิถุนายน 2563
- ประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการในช่วงสถานการณ์ COVID โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการบริการ สำหรับงานผู้ป่วยนอก ของกองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข

ผลการศึกษา พบว่า

ระยะที่ 1 จากการวิเคราะห์รวบรวมข้อมูลปัญหา ความพร้อมในการเตรียมรับสถานการณ์ บริบทของพื้นที่ ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ

1. ด้านโครงสร้าง พบปัญหาสถานที่ที่ให้บริการไม่เพียงพอ มีการจัด Zoning ให้มี Social Distancing โดยกำหนดที่นั่งของผู้รับบริการ โดยกำหนดจุดบริการคัดกรอง รอทำบัตร จุดรอซักประวัติ จุดที่นั่งรอพบแพทย์ จุดบริการหลังพบแพทย์ โดยมีการเว้นระยะห่าง จัดที่นั่งสำหรับญาติ/ผู้ป่วย ที่มีระยะเวลารอซักประวัติตั้งแต่ 40 นาทีขึ้นไปบริเวณโรงจอดรถ ทำกิจกรรม 5 ส. ก่อนและหลังการปฏิบัติงาน ฉีดพ่นน้ำยาฆ่าเชื้อ นำโต๊ะเก้าอี้ออกไปล้างทำความสะอาด เปิดบริการห้อง ARI clinic ในช่วง COVID -19 เดือนกมภาพันธ์ - มิถุนายน 2563 ปรับสิ่งแวดล้อม กั้นฉากจุดคัดกรอง/จุดซักประวัติ /ห้องตรวจทุกจุดบริการ จัดเครื่องอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้รับบริการ เช่น พัดลม ลำโพง ไมโครโฟน น้ำดื่ม และเก้าอี้

2. ด้านบุคลากร ได้มีการให้ความรู้โดยแพทย์ ทีม SRRT และทีม IC เรื่องความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคอุบัติใหม่

3. ด้านระบบบริการพบว่า แนวทางการให้บริการในช่วงแรกของการระบาด ไม่ชัดเจน ความรู้ของผู้ใช้บริการ พฤติกรรมการเข้ารับบริการที่ไม่เหมาะสม ไม่มีการเว้นระยะห่าง ไม่สวมหน้ากากอนามัย ความกลัว วิตกกังวลเนื่องจากโรงพยาบาลถูกจัดให้เป็น local quarantine ของจังหวัดเชียงราย ได้มีการจัดระบบบริการ เพิ่มเติมโดยจัดเจ้าหน้าที่ประจำจุดคัดกรอง ให้บริการตรวจวัดไข้ และให้ผู้รับบริการล้างมือและสวมใส่หน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยก่อนเข้ามารับบริการในโรงพยาบาล ใช้ระบบคิวอัตโนมัติ (Q-Keoss) โดยมีเจ้าหน้าที่ห้องบัตรประจำตู้คิว ผู้รับบริการสามารถทราบระยะเวลาในการรอซักประวัติโดยไม่ต้องนั่งรอที่แผนกผู้ป่วยนอกโดยไปรอตามจุดที่นั่งพักญาติ ติดตั้งจอโทรทัศน์หน้าจุดซักประวัติเพื่อแสดงลำดับการมารับบริการแสดงระยะเวลาที่คาดว่าจะได้รับการซักประวัติ และบริเวณหน้าห้องตรวจเพื่อติดตามลำดับคิวเข้าตรวจ กรณีผู้ป่วยที่ต้องได้รับการส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จัดเตรียมเอกสารใบส่งตัว ผ่านระบบ Thai refer ทำการนัดในระบบการนัด Online งดการขึ้นทะเบียน/ตรวจสุขภาพแรงงานข้ามชาติ จัด Manager OPD ตามกลุ่มโรคสำคัญ และจัด Refill ยาในกลุ่มโรคเรื้อรังของ OPD เช่น stroke, BPH, epilepsy, heart , dyslipidemia, thyroid

ซึ่งรูปแบบการให้บริการงานผู้ป่วยนอก ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรน่า (COVID-19) โรงพยาบาลแม่ลาว ที่ได้รับการพัฒนาโดยทีม EOC ML มีการจัดทำเป็นคู่มืออธิบายขั้นตอนการปฏิบัติงานของแต่ละจุดบริการ กำหนดเป็นมาตรฐานการปฏิบัติงาน (SOPs) ที่ชัดเจน

ระยะที่ 2 การดำเนินกิจกรรมตามระบบที่วางไว้ มีการจัดประชุมชี้แจงการนำระบบบริการงานผู้ป่วยนอก ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรน่า ที่พัฒนาขึ้นร่วมกับเครือข่ายไปใช้ในหน่วยงาน จัดประชุมชี้แจงบุคลากรที่มาปฏิบัติในแผนกผู้ป่วยนอก โดยอธิบายวัตถุประสงค์ของการใช้ รายละเอียดเนื้อหาสาระสำคัญและมีแบบคัดกรองผู้ป่วยทุกจุดบริการ ซึ่งบุคลากรทุกคนที่มาปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยนอกได้ปฏิบัติตามรูปแบบและแนวทางที่กำหนดไว้

ระยะที่ 3 การติดตามและประเมินระบบบริการงานผู้ป่วยนอก ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรน่า (COVID-19) โรงพยาบาลแม่ลาว จังหวัดเชียงรายในช่วงเดือน มกราคม 2563- มิถุนายน 2563 โดยเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

ตารางที่ 1 จำนวนผู้รับบริการช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรน่า (COVID-19) ในจุดบริการ

กิจกรรม / ผู้รับบริการต่อเดือน	ม.ค 63	ก.พ 63	มี.ค 63	เม.ย 63	พ.ค 63	มิ.ย 63	ก.ค 63
Triage	4,963	4,262	3,379	1,816	2,158	3,120	3,267
OPD	2,301	1,814	1,764	1,017	1,323	1,707	1,918
ARI (Acute Respiratory infection)	349	263	178	32	24	16	47
PUI (Patient under investigation)	0	0	2	0	0	0	0

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ และระยะเวลารอคอยในช่วงสถานการณ์ COVID-19 เปรียบเทียบกับปี 2560-2562

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563 (ต.ค 62-ก.ค.63)
1.จำนวนผู้รับบริการจุดคัดกรอง		42,968	23,751	52,456	39,034
2.จำนวนผู้รับบริการงานผู้ป่วยนอก		21,501	17,270	20,895	14,373
2.ระยะเวลารอคอยเฉลี่ยต่อราย <120 นาที	>70%	72.73	68.08	58.46	70.00
3.ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ	>80%	87.96	84.69	83.00	85.70

อภิปราย สรุป และข้อเสนอแนะ

ผลการพัฒนารูปแบบการจัดระบบบริการงานผู้ป่วยนอก ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรน่า (COVID-19) ในโรงพยาบาลแม่ลาว จังหวัดเชียงราย ครั้งนี้ได้รูปแบบการจัดระบบบริการ OPD New Normal ได้มีการพัฒนาปรับปรุงด้านโครงสร้าง ด้านบุคลากรและด้านระบบบริการ เป็นการสร้างมาตรฐานการให้บริการที่สอดคล้องกับสถานการณ์เพื่อรองรับผลกระทบของการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่าที่เป็นมาตรฐานตามที่กระทรวงสาธารณสุขและองค์การอนามัยโลกได้ให้ข้อเสนอแนะไว้ ทำให้บุคลากรปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้อย่างชัดเจน และผู้รับบริการมีความตื่นตัว และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ส่งผลให้ระบบการให้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ ผู้รับบริการได้รับการดูแลตามมาตรฐาน และเกิดความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ ผลการศึกษาครั้งนี้ได้ระบบการให้บริการที่พัฒนาโดยทีม EOC มีการจัดทำเป็นคู่มืออธิบายขั้นตอนการปฏิบัติงานของแต่ละจุดบริการกำหนดเป็น SOPs ที่ชัดเจน หลังการพัฒนาพบว่ารูปแบบการจัดระบบบริการ OPD New Normal ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาด COVID-19 ไม่พบเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย ติดเชื้อไวรัสโคโรน่า จำนวนผู้รับบริการของแผนกผู้ป่วยนอกลดลง เมื่อเทียบกับช่วงเวลาเดียวกันของปีที่ผ่าน ระยะเวลารอคอยเฉลี่ย <120 นาที คิดเป็นร้อยละ 70 และผู้ใช้บริการยังมีความพึงพอใจ ร้อยละ 85.70

ข้อเสนอแนะ

การนำรูปแบบการจัดระบบบริการ OPD New Normal มาใช้ในการปฏิบัติงาน อาจต้องมีการปรับแก้ไขตามบริบทของพื้นที่ ควรติดตามการเปลี่ยนแปลงของโรคติดเชื้อโรคอุบัติใหม่ที่อาจจะแพร่ระบาดได้ การติดตามข้อมูลความรู้แนวทางการรักษาใหม่ๆ เป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้เกิดความเข้าใจในการใช้แนวปฏิบัติครอบคลุมทุกขั้นตอน ง่ายต่อการปฏิบัติ และควรมีการติดตามประเมินผลระบบบริการงานผู้ป่วยนอกอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ:

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่ลาว แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ร่วมมือในการให้บริการตามแนวทางที่กำหนด รวมทั้งขอขอบคุณผู้ใช้บริการและญาติที่ให้ความร่วมมือด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

คัลลิยา วสุธาดา. 2560. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดระยะเวลารอคอการรับบริการในผู้ป่วยโรคเรื้อรังศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองท่าช้าง จังหวัดจันทบุรี.วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี. 2560; 28 (1):80-89

งานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลแม่ลาว.2561. สรุปรายงานประจำปี พ.ศ. 2562. เชียงราย: โรงพยาบาลแม่ลาว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย. กระทรวงสาธารณสุข.

ทีมสหสาขาวิชาชีพ.2562.คู่มือระบบการคัดกรองผู้ป่วย. พิมพ์ครั้งที่ 3 โรงพยาบาลแม่ลาวจังหวัดเชียงราย.

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 (COVID-19)สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข. ฉบับปรับปรุง วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2563

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการจัดบริการเพื่อรองรับผู้ป่วย โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต. ฉบับที่1 / 2563

การสร้างการมีส่วนร่วมในการจัดการความปลอดภัยทางถนนตำบลท่าก๊อ โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าก๊อ อำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย

พรพรรณ มะโน และพรศักดิ์ วงษ์เทพเตียน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าก๊อ

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบพรรณนา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนตำบลท่าก๊อ เพื่อวิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการแก้ไขปัญหาของคนในพื้นที่ โดยใช้เครื่องมือ 5 ชิ้น และเพื่อศึกษาสร้างการมีส่วนร่วมในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่ ในเขตพื้นที่ตำบลท่าก๊อ อำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้จากคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนตำบลท่าก๊อ และจากการสุ่มจากประชาชนผู้ขับรถจักรยายนต์ในพื้นที่ตำบลท่าก๊อ จำนวน 300 คน โดยใช้แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้น เครื่องมือ 5 ชิ้นในการวิเคราะห์สภาพปัญหา และแบบสังเกตการณ์การสวมหมวกนิรภัยในการเข้าใช้บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าก๊อ

จากการศึกษาการสร้างการมีส่วนร่วมในการจัดการความปลอดภัยทางถนนตำบลท่าก๊อ โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน พบว่า ประเด็นที่ 1 การจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนตำบลท่าก๊อ ก่อให้เกิดกลไกหลักในการขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วม มีภาคีเครือข่ายในการจัดการอุบัติเหตุทางถนน โดยแต่ละหน่วยงานเป็นเจ้าภาพงานร่วมกัน ประเด็นที่ 2 การวิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการแก้ไขปัญหาของคนในพื้นที่ โดยใช้เครื่องมือ 5 ชิ้น เป็นเครื่องมือที่เป็นแนวทางในการจัดการแก้ไขปัญหา ซึ่งมีการวิเคราะห์สภาพปัญหาเป็นลำดับขั้นตอน ตามเครื่องมือแต่ละชิ้น จนนำไปสู่แผนงานกระบวนการในการจัดการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ จากการวิเคราะห์ปัญหาอุบัติเหตุในพื้นที่ตำบลท่าก๊อ พบว่าประชาชนต้องการแก้ไขปัญหา “อุบัติเหตุจากการไม่สวมหมวกนิรภัย” และประเด็นที่ 3 การสร้างการมีส่วนร่วมในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่ เมื่อได้ประเด็นปัญหาจึงนำไปสู่แผนงานกองทุนหมวกนิรภัยตำบลท่าก๊อ เพื่อจัดจำหน่ายหมวกนิรภัยในราคาย่อมเยาให้กับประชาชนในพื้นที่ พบว่า ก่อนดำเนินแผนงาน ประชาชนในพื้นที่สวมหมวกนิรภัย เพียงร้อยละ 5.16 และหลังจากรณรงค์การสวมหมวกนิรภัยในพื้นที่ตำบลท่าก๊อ และจัดจำหน่ายหมวกนิรภัยในราคาย่อมเยา มีประชาชนสวมหมวกนิรภัยเพิ่มขึ้น ร้อยละ 15.74 ซึ่งจะเห็นได้ว่าประชาชนเกิดการตระหนัก และมีค่านิยม ปรับพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยายนต์ สวมใส่หมวกนิรภัยเพิ่มมากขึ้น

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยมีอัตราการเกิดอุบัติเหตุทางถนนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ที่ผ่านมาองค์การอนามัยโลกได้จัดให้ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีอัตราการเกิดอุบัติเหตุสูงเป็นอันดับ 9 ของโลก มีคนไทยเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนปีละประมาณ 22,491 ราย คิดเป็น 32.7 คนต่อประชากร 1 แสนคนเฉลี่ยแล้ว มีคนไทยเสียชีวิตจากอุบัติเหตุชั่วโมงละ 3 คน ซึ่งถือว่าเกิดค่าเฉลี่ยของโลกถึง 2 เท่า อุบัติเหตุทางถนนไม่ได้ส่งผลกระทบต่อผู้ที่ประสบภัยเท่านั้น แต่ยังก่อให้เกิดความสูญเสียต่อเศรษฐกิจและสังคมไทยโดยรวมอย่างมหาศาล ขณะที่สถาบันวิจัยทีดีอาร์ไอ ได้คำนวณมูลค่าความสูญเสียจากการเสียชีวิตและบาดเจ็บสาหัสจากอุบัติเหตุจราจร เกิดความสูญเสียที่คิดเป็นมูลค่าทางเศรษฐกิจราว 5 แสนล้านบาทต่อปี

ขณะที่สถิติจำนวนและอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ในปี 2557 – 2559 จังหวัดเชียงรายติดอันดับ 13 ของประเทศไทย ซึ่งในปี 2557 - 2559 มีผู้เสียชีวิตจำนวน 420, 394, 408 ราย คิดเป็นอัตราการเสียชีวิต 34.82, 33.28, 35.11 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ(กลุ่มป้องกันการบาดเจ็บจากการจราจร สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค) ซึ่งมีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุก ๆ ปี ซึ่งสถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุทางถนนอำเภอแม่สรวย พบว่าสถิติจำนวนและอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ในปี ๒๕๖1 มีจำนวนผู้บาดเจ็บ จำนวน 925 ราย เสียชีวิต จำนวน 5 ราย และในปี 2562 ที่ผ่านมามีจำนวนผู้บาดเจ็บจำนวน 788 ราย เสียชีวิต จำนวน 1 ราย (ข้อมูล: HDC สาธารณสุขจังหวัดเชียงราย) และสถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุทางถนนตำบลท่าก๊อ อำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย พบว่าสถิติจำนวนและอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ในปี ๒๕๖1 มีจำนวนผู้บาดเจ็บ จำนวน 26 ราย เสียชีวิต จำนวน 4 ราย และในปี 2562 ที่ผ่านมามีจำนวนผู้บาดเจ็บ จำนวน 16 ราย เสียชีวิต จำนวน 1 ราย (ข้อมูล: HDC สาธารณสุขจังหวัดเชียงราย) สถานที่เกิดอุบัติเหตุส่วนใหญ่ร้อยละ 100 เกิดอุบัติเหตุบนถนนสายหลัก ประเภทผู้บาดเจ็บส่วนใหญ่ เป็นผู้ขับขี่ ร้อยละ 89 รองลงมา คือผู้โดยสาร ร้อยละ 11 และรายงานอุบัติเหตุทางถนน จำแนกตามปัจจัยเสี่ยง พบว่าด้านการดื่มเครื่องแอลกอฮอล์ พบ ผู้ขับขี่ไม่ได้ดื่ม ร้อยละ 63 ไม่ทราบข้อมูล ร้อยละ 25 พบผู้ขับขี่ดื่มแอลกอฮอล์ เพียงร้อยละ 12 และจำแนกตามปัจจัยเสี่ยง ด้านการสวมหมวกนิรภัย พบว่าผู้ขับขี่ ร้อยละ 88 ไม่สวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่ ซึ่งมีเพียงร้อยละ 12 ที่สวมหมวกนิรภัยขับขี่ ในพื้นที่ ตำบลท่าก๊อ อำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย(ข้อมูล: HDC สาธารณสุขจังหวัดเชียงราย)

เห็นได้ชัดว่าความสูญเสียจากอุบัติเหตุบนถนนเป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ ฉะนั้นทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าก๊อ จึงเล็งเห็นความสำคัญในการจัดการอุบัติเหตุทางถนนในระดับพื้นที่ เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในพื้นที่ตำบลท่าก๊อ และจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนตำบลท่าก๊อ ขึ้น ในการจัดการอุบัติเหตุทางถนนแบบมีส่วนร่วม โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เป็นกลไกหลักในการสร้างการมีส่วนร่วมและขับเคลื่อนการลดอุบัติเหตุทางถนนในชุมชนให้เกิดผลเป็นรูปธรรม เชื่อมโยงกลไกการทำงานของศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน ทุกระดับอย่างเป็นระบบและครอบคลุมทุกมิติ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนตำบลท่าก๊อ
2. เพื่อวิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการแก้ไขปัญหาของคนในพื้นที่ โดยใช้เครื่องมือ 5 ชิ้น
3. เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study) กลุ่มตัวอย่าง สุ่มแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ ผู้นำชุมชน จำนวน 22 คน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 22 คน และผู้ที่เข้ารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าก๊อ จำนวน 256 คน ใช้สูตรของ R.v. krejcie & D.w Morgan รวมกลุ่มที่ศึกษาทั้งหมด จำนวน 400 คน ช่วงเวลาที่ศึกษา ระหว่าง เดือนมีนาคม – พฤษภาคม 2563

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1) แบบสอบถาม จำนวน 13 ข้อ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม เป็นแบบสอบถาม แบ่งเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ และอาชีพการทำงาน และส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัย เครื่องมือ 5 ชิ้น

2) แบบบันทึกการสังเกต การสวมหมวกนิรภัยในการเข้าใช้บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าก๊อ

ขั้นตอนดำเนินการศึกษา

1) ขั้นเตรียมการ ศึกษาบริบทชุมชนของพื้นที่ตำบลท่าก๊อ อำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย

2) ขั้นวางแผน กำหนดเป้าหมายของการดำเนินงาน เพื่อจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการทางถนนตำบลท่าก๊อ และวิเคราะห์สถานการณ์และความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่ และประชาสัมพันธ์โครงการ เพื่อชี้แจงที่มาของโครงการ และวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน ให้กับหน่วยงานในพื้นที่ได้รับทราบ

3) ขั้นดำเนินการ

1. ประชุมหน่วยงาน และภาคีเครือข่ายในพื้นที่ตำบลท่าก๊อที่มีส่วนในการจัดการอุบัติเหตุทางถนนตำบลท่าก๊อ เพื่อหาแนวทางการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการทางถนนตำบลท่าก๊อ

2. อบรมเพื่อวิเคราะห์สาเหตุและปัจจัยการเกิดอุบัติเหตุทางถนนตำบลท่าก๊อ ผ่านการใช้เครื่องมือ 5 ชิ้น โดยมีผู้เข้าร่วมอบรม ดังนี้ ผู้นำชุมชนตำบลท่าก๊อ, อาสาสมัครสาธารณสุขตำบลท่าก๊อ, อปพร.ตำบลท่าก๊อ, ชรบ.ตำบลท่าก๊อ และแพทย์ประจำตำบลท่าก๊อ ประเด็นปัญหาที่ได้จากการจัดทำเครื่องมือ 5 ชิ้น ได้แก่ 1.ปัญหาการไม่สวมหมวกกันน็อกในพื้นที่ 2. การเมาแล้วขับ 3. ขาดความรู้ 4. ขับรถเร็ว ตามลำดับประเด็นที่ต้องการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ คือ การไม่สวมหมวกกันน็อกในพื้นที่ตำบลท่าก๊อ

3. จัดกิจกรรมบันทึกข้อตกลง (MOU) ความร่วมมือการสร้างความปลอดภัยทางถนนตำบลท่าก๊อ

4. ประชุมศูนย์ปฏิบัติการทางถนนตำบลท่าก๊อครั้งที่ 2 เพื่อวางแนวทางการทำงานขับเคลื่อนอุบัติเหตุทางถนนตำบลท่าก๊อ ขับเคลื่อนประเด็นการไม่สวมหมวกกันน็อกในพื้นที่ตำบลท่าก๊อ สืบเนื่องจากการวิเคราะห์สาเหตุและปัจจัยการเกิดอุบัติเหตุทางถนน ผ่านการใช้เครื่องมือ 5 ชิ้น มติที่ประชุม 1) จัดตั้งกองทุน

หมวกนิรภัยตำบลท่าก๊อ 2) สำรวจหมวกนิรภัยในแต่ละครัวเรือนในตำบลท่าก๊อ 3) สำรวจความต้องการในการสั่งจองหมวกนิรภัยร่วมกับกองทุนหมวกนิรภัยตำบลท่าก๊อ 4) ประสานบริษัทกลางในการจัดซื้อหมวกนิรภัย ในราคาที่ย่อมเยา และ 5) หมวกนิรภัย เข้าพิธีเจิมหมวกเพื่อเป็นขวัญกำลังใจ และสร้างค่านิยมในการสวมใส่ ก่อนจัดจำหน่ายให้กับประชาชน

4) ขั้นติดตามและประเมินผล

ติดตามและประเมินผลจาก ประกาศจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการทางถนนตำบลท่าก๊อ คำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนตำบลท่าก๊อ การลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือการสร้างความปลอดภัยทางถนนตำบลท่าก๊อ กองทุนหมวกนิรภัยตำบลท่าก๊อ ผู้สั่งจองหมวกนิรภัยกับกองทุนฯ และผู้สวมหมวกนิรภัยในพื้นที่ตำบลท่าก๊อ มีจำนวนเพิ่มขึ้น

การวิเคราะห์และสถิติที่ใช้ในการศึกษา

การวิเคราะห์และสถิติที่ใช้ในการศึกษา ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาวิจัย

1. การจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนตำบลท่าก๊อ จากการประชุมผู้นำชุมชน ร่วมถึงหน่วยงานภาครัฐในพื้นที่ตำบลท่าก๊อ ได้มีมติประกาศจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการทางถนนตำบลท่าก๊อขึ้น จัดตั้งที่องค์การบริหารส่วนตำบลท่าก๊อ โดยมีนายกองค์การบริหารส่วนตำบลท่าก๊อเป็นผู้อำนวยการศูนย์ฯ ตามประกาศจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการทางถนนตำบลท่าก๊อ

2. การวิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการแก้ไขปัญหาของคนในพื้นที่ โดยใช้เครื่องมือ 5 ชิ้น

จากการวิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการแก้ไขปัญหาของคนในพื้นที่ จากภาคีเครือข่ายภาคประชาชน โดยการวิเคราะห์ปัญหาผ่านการใช้เครื่องมือ 5 ชิ้น พบปัญหาการเกิดอุบัติเหตุและเป้าหมายที่ต้องการแก้ไขปัญหาหลักของตำบลท่าก๊อ ได้แก่ “อุบัติเหตุจากการไม่สวมหมวกนิรภัยในพื้นที่ตำบลท่าก๊อ” ทางคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการทางถนนได้ใช้เครื่องมือที่ 3 บันไดสู่ผลลัพธ์ ได้มีแผนการจัดตั้งกองทุนหมวกนิรภัยตำบลท่าก๊อขึ้น เพื่อตอบโจทย์การไม่มีหมวกนิรภัยในครัวเรือน จากการสำรวจจำนวนหใวกนิรภัยในครัวเรือน ทั้งหมดในตำบลท่าก๊อ จำนวน 3,854 ครัวเรือน พบว่า มีครัวเรือนที่มีหมวกนิรภัย จำนวน 1,847 ครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 47.92 แต่ละครัวเรือนที่มีหมวกนิรภัย มีมากที่สุด เพียงครัวเรือนละ 2 ใบ ไม่มีหมวกนิรภัย จำนวน 2,007 ครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 52.08 เข้าร่วมกองทุนหมวกนิรภัย สั่งจองซื้อหมวกนิรภัย จำนวน 415 ครัวเรือน ทำให้ครัวเรือนมีหมวกนิรภัยเพิ่มขึ้น ร้อยละ 6.61 และจากการสังเกตการณ์สวมหมวกนิรภัยเข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าก๊อ ในช่วง วันที่ 1 เดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 – 31 เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2563 พบว่า ก่อนเริ่มกองทุนหมวกนิรภัย ในเดือน มีนาคม พ.ศ. 2563 พบว่า มีผู้ขับรถจักรยานยนต์เข้าใช้บริการ ทั้งหมด 1,008 ราย พบการสวมหมวกนิรภัย จำนวน 52 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.16 และหลังจากการจัดตั้งกองทุนหมวกนิรภัยตำบลท่าก๊อ ในเดือน เมษายน พ.ศ. 2563 มีผู้ขับรถจักรยานยนต์เข้าใช้บริการ ทั้งหมด 804 ราย พบการสวมหมวกนิรภัย จำนวน 168 ราย คิดเป็นร้อยละ

20.90 จะเห็นได้ว่ามีผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์สวมหมวกนิรภัยเข้าสถานบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าก๊อเพิ่มขึ้น ร้อยละ 15.74

3. การสร้างการมีส่วนร่วมในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่

จากการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการทางถนนตำบลท่าก๊อขึ้น ได้มีภาคีเครือข่ายในพื้นที่ตำบลท่าก๊อ เข้ามามีบทบาทในการดำเนินงานป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในพื้นที่ และได้มีการลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือการสร้างความปลอดภัยทางถนนตำบลท่าก๊อขึ้น ดังนี้ ภาคีเครือข่ายภาคหน่วยงานของรัฐ และภาคีเครือข่ายภาคประชาชน

ซึ่งจากการสำรวจโดยใช้แบบสอบถาม จำนวน 13 ข้อ โดยสอบถามประชาชนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 300 คน ในระหว่างเดือน มิถุนายน - กรกฎาคม พ.ศ. 2563 ซึ่งผลการดำเนินการได้นำเสนอเป็นลำดับ คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างหญิงมากกว่าเพศชาย โดยเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 65.33 และเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 34.67 มีช่วงอายุ 40 – 59 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.33 รองลงมาคือต่ำกว่า 15 ปี และ 15- 35 ปี โดยคิดเป็นร้อยละ 26.67 และประกอบอาชีพ เกษตรกร เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 32.67 รองลงมา นักเรียน/นักศึกษา คิดเป็นร้อยละ26.67

ส่วนที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัย พบว่า โดยภาพรวมพฤติกรรมการขับขี่ในการสวมหมวกนิรภัย ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมปฏิบัติเป็นส่วนมาก($\overline{X}$=2.93, SD=0.72) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อที่ 4 ท่านสวมหมวกนิรภัยเมื่อมีเจ้าหน้าที่ตำรวจหรือด่านตรวจ ($\overline{X}$=3.99, SD=0.08) รองลงมา ข้อที่ 3 เมื่อสวมหมวกนิรภัยแล้วท่านคาดสายรัดคางให้แน่นพอดีกับศีรษะ ($\overline{X}$=3.84, SD=0.44) และข้อที่ 5 ท่านเลือกหมวกนิรภัยที่หลวมไว้ก่อนเพราะเมื่อใส่สายรัดคางแล้วจะพอดี ($\overline{X}$=2.51, SD=0.95) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือข้อที่ 10 ท่านมีการตรวจสอบหมวกนิรภัยว่าอยู่ในสภาพที่ดีก่อนนำมาสวม ($\overline{X}$=1.67, SD=0.57) รองลงมาคือ ข้อที่ 6 เมื่อท่านเป็นผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ ท่านชักจูงหรือเตือนให้ผู้โดยสารรถจักรยานยนต์สวมหมวกนิรภัย ($\overline{X}$=2.21, SD=0.83) และข้อที่ 8 ท่านสวมหมวกนิรภัยเมื่อขับขี่/โดยสารรถจักรยานยนต์ในเวลากลางคืน($\overline{X}$=2.22, SD=0.91)

อภิปราย สรุป และข้อเสนอแนะ

อภิปรายผลการวิจัย

ประเด็นที่ 1 การจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนตำบลท่าก๊อ การจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน ระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น(ศปถ.อปท.) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการขับเคลื่อนกลไกการจัดการอุบัติเหตุทางถนนระดับพื้นที่ อาศัยอำนาจหน้าที่ที่อยู่ในความรับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการป้องกัน และลดอุบัติเหตุทางถนน พ.ศ. 2554 ซึ่งให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นกลไกหลักในการส่งเสริมความปลอดภัยทางถนนในชุมชน หมู่บ้าน โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน จิตอาสา และอาสาสมัคร เน้นการใช้มาตรการชุมชน มาตรการทางสังคมในการป้องกันลดอุบัติเหตุทางถนน อาทิ การรณรงค์ในรูปแบบ “เคาะประตูบ้าน” การใช้ “ด่านชุมชน” หรือ “ด่านครอบครัว” เพื่อป้องปรามพฤติกรรมเสี่ยงหลัก ได้แก่ เมาแล้วขับ

ขับรถเร็วเกินกฎหมายกำหนด รถจักรยานยนต์ไม่ปลอดภัย และการสวมหมวกนิรภัยเป็นต้น รวมทั้งกำหนดแนวทางการส่งเสริมหมวกนิรภัยของเด็กและเยาวชนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และสถานศึกษาในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนตำบลท่าก๊อ พบว่ามีความสอดคล้องกับนโยบายและระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการป้องกัน และลดอุบัติเหตุทางถนน พ.ศ. 2554 ประเด็นที่ 2 การวิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการแก้ไขปัญหาของคนในพื้นที่ โดยการวิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการแก้ไขปัญหาของพื้นที่ ผ่านเครื่องมือ 5 ชิ้น จากการวิจัยผู้วิจัย นำเครื่องมือมาปฏิบัติ 2 เครื่องมือ เครื่องมือชิ้นที่ 1 สามเหลี่ยมกำหนดปัจจัยสุขภาพ และเครื่องมือชิ้นที่ 2 แผนภูมิต้นไม้ปัญหา เพื่อสะท้อนถึงสภาพปัญหาที่แท้จริงในด้านบุคคล และชุมชน ซึ่งสอดคล้องเครื่องมือ 5 ชิ้น ที่ทำให้การขับเคลื่อนกลไก ศปถ.ไปสู่ผลลัพธ์ของ ศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน มูลนิธินโยบายถนนปลอดภัย(2561) จากการวิเคราะห์ปัญหา พบว่า สิ่งที่ต้องดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุในพื้นที่ คือพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยของคนในพื้นที่ พฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัย การวิเคราะห์พฤติกรรมการสวมกมวกนิรภัยในการขับขี่รถจักรยายนต์ในพื้นที่ตำบลท่าก๊อ พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลในการสวมหมวกนิรภัย คือการสวมหมวกนิรภัยเมื่อมีเจ้าหน้าที่ตำรวจหรือด่านตรวจ ($\overline{X}$=3.99, SD=0.08) แสดงให้เห็นว่า เจ้าหน้าที่ตำรวจ หรือด่านตรวจมีผลต่อการสวมหมวกนิรภัยต่อคนในพื้นที่ ซึ่งถ้าหากไม่มีการสวมหมวกนิรภัย ก่อให้เกิดการจ่ายค่าปรับได้ และประเด็นที่ 3 เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่ มีการรวมกลุ่มของภาคประชาสังคมในการวิเคราะห์สภาพปัญหา เพื่อหาสาเหตุนำไปสู่การป้องกันและแก้ไขปัญหาการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอของ สุวิทย์ วิบุลประเสริฐ(2540:13-15) ในเรื่อง กระบวนการประชาสังคมนั้น ผู้วิจัยเห็นถึงความเกี่ยวข้องกับงานที่ศึกษาว่า ได้แสดงให้เห็นถึงกระบวนการที่สำคัญในการรวมกลุ่มที่เข้มแข็ง และเป็นข้อเสนอที่สำคัญเพราะมีความสอดคล้องกับ ประเวศ วะสี (2541-15)ที่ชี้ให้เห็นกลไกสำคัญ ของประชาสังคมที่มีความสำนึกร่วมกันของประชาคม และมีโครงสร้างขององค์กรที่เกิดจากการรวมตัวของประชาชน ที่มีจิตวิญญาณร่วมกัน รวมไปถึงการสร้างเครือข่ายสังคมที่ชี้ใหเห็นถึงว่า กลไกและกระบวนการประชาสังคมที่เข้มแข็งในชุมชน ในการร่วมกันป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนในชุมชน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษา

1.1 ในการศึกษา พบว่าปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการจัดการอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่ คือการรับรู้ความเสี่ยง (Perceived Susceptibility) และการรับรู้ความรุนแรง (Perceived Severity) ซึ่งมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการขับขี่ของคนในพื้นที่ รวมถึงการสวมหมวกนิรภัย อาจจะเนื่องมาจากผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์เดินทางในระยะสั้นหมวกนิรภัยไม่จำเป็นต้องสวม

1.2 ในการศึกษา ศึกษาเฉพาะเขตพื้นที่ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าก๊อ รับผิดชอบ จำนวน 22 หมู่บ้าน ไม่ได้เป็นภาพรวมในภาคตำบล จึงมีข้อปฏิบัติภาคตำบลไม่พร้อมเพียงกัน

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรจะศึกษาอุบัติเหตุในพื้นที่ในภาพรวมของตำบล ทั้ง 28 หมู่บ้าน เพื่อเป็นข้อปฏิบัติและมาตรการชุมชนแบบเข้มแข็ง

เอกสารอ้างอิง

1. บุบผา ลาภทวี.2555.ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยของผู้บาดเจ็บจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ(รายงานผลการวิจัย).โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ.สืบค้นมาจาก https://www.hospital.tu.ac.th/ สืบค้นวันที่ 11/08/2563
2. สำนักงานนโยบายและแผนการขนส่งและจราจร.2562.รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนของกระทรวงคมนาคม พ.ศ.2561.สืบค้น วันที่ 11/08/2563 จาก http://www.otp.go.th/uploads/tiny_uploads/PDF/2562-09
3. นิวัช สร้อยมาลี.2556.การศึกษาจุดเสี่ยงการเกิดอุบัติเหตุภายในพื้นที่ตำบลโบสถ์ อำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา(รายงานผลการวิจัย)มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.สืบค้น วันที่ 11/08/2563 จาก http://trsl.thairoads.org/FileUpLoad/1661/170802001661.pdf
4. กาญจน์กรอง สุอังคะ และคณะ.2559.การศึกษาพฤติกรรมการขับขี่ของวัยรุ่นที่มีผลต่อความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุจากการใช้รถจักรยานยนต์(รายงานผลการวิจัย)มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.สืบค้น วันที่ 11/08/2563 จากhttp://sutir.sut.ac.th:8080/sutir/bitstream/123456789/5898/2/Fulltext.pdf

รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยชุมชนมีส่วนร่วม พื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพระเนตร

จุรีรัตน์ เงินท๊อก

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพระเนตร

บทคัดย่อ

การศึกษาเพื่อพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย เรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยชุมชนมีส่วนร่วมพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพระเนตร ตำบลต้า อำเภอขุนตาล จังหวัดเชียงราย มีวัตถุประสงค์ เพื่อวัดระดับคุณภาพชีวิตผู้พิการในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพระเนตร ประเมินสมรรถภาพของคนพิการ และเพื่อหาแนวทางและรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนพิการในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพระเนตร มีรูปแบบการศึกษาโดยการสร้างความเข้าใจกับกลุ่มเป้าหมาย การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาหาข้อเสนอแนะและหารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้พิการในชุมชน กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้พิการในพื้นที่ จำนวน 239 คน เก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้เครื่องมือแบบสำรวจสมรรถภาพคนพิการ(ICF) และวัดคุณภาพชีวิตคนพิการโดยใช้แบบชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ-ฉบับภาษาไทย (WHOQOL –BREF-THAI) การวิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพชีวิตใช้สถิติได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย(X) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(SD) ข้อมูลสมรรถภาพคนพิการใช้โปรแกรมสำเร็จรูปโปรแกรมระบบฐานข้อมูลสารสนเทศเพื่อการดูแลคนพิการ ICF Web Versionของมหาวิทยาลัยนเรศวร

ผลการศึกษาระดับคุณภาพชีวิตคนพิการในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพระเนตร โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ประเมินสมรรถภาพผู้พิการในชุมชน พื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพระเนตรเป้าหมายคนพิการในพื้นที่ 245คน สามารถประเมินสมรรถภาพคนพิการได้ 239 คน คิดเป็นร้อยละ97.55 รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้พิการในชุมชน มีแผนงานจำนวน 5 แผนงาน แผนการสำรวจคนพิการ แผนพัฒนาศักยภาพนักสร้างเสริมสุขภาวะคนพิการในชุมชน(นสส.) แผนการปรับปรุงสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อม แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ และแผนการสนับสนุนกายอุปกรณ์

บทนำ

“คนพิการ” ตามพระราชบัญญัติ ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 กล่าวว่า คนพิการคือ บุคคลซึ่งไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือเข้าไปมีส่วนในสังคมได้เนื่องจากมีความบกพร่องทางการ มองเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญา หรือการเรียนรู้และมีความจำเป็นเป็นพิเศษที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือด้านหนึ่งด้านใดเพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมอย่างบุคคลทั่วไป (พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนา คุณภาพชีวิตคนพิการ พุทธศักราช 2550, 2550) จากข้อมูลสถิติในรอบหลายปีนับจากปีพ.ศ. 2517 เป็นต้นมา พบว่าอัตราความพิการของประชากรไทยมีแนวโน้ม เพิ่มขึ้น

คนพิการนับวันมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นและการดูแลคนพิการมีความสำคัญอย่างยิ่งในปัจจุบัน คนพิการมักถูกมองให้เป็นผู้ไร้ความสามารถหรือเป็นภาระขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการสาธารณะต่างๆ ทั้งที่คนพิการเป็นสมาชิกกลุ่มหนึ่งของสังคมไทย ที่จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือและพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างจริงจัง การดูแลคนพิการทุกกลุ่มวัยมีความซับซ้อน และมีปัญหา ที่เกี่ยวโยงกันไปทุกด้านดังนั้นคุณภาพชีวิตเป็นตัวชี้วัดหนึ่งสำคัญที่แสดงให้เห็นภาพรวมของบุคคล การพัฒนาคุณภาพชีวิตเพื่อให้บุคคลเหล่านี้สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้โดยผ่านการบริการช่วยเหลือทางสุขภาพด้านการแพทย์ด้านการศึกษา ด้านอาชีพและด้านสังคม ให้คนพิการสามารถเข้าถึงบริการต่างๆได้อย่างทั่วถึง มีแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตจากการมีส่วนร่วม ของทุกฝ่าย เพื่อให้คนพิการสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีและดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณค่า ดังนั้นการดูแลให้คนพิการมีคุณภาพชีวิตที่ดีและการช่วยเหลือที่เหมาะสมที่ครอบคลุมทุกด้านจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการที่เหมาะสมควรมาจากการหากลวิธีในการจัดการปัญหาเพื่อสามารถให้การดูแลคนพิการให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีครอบคลุมทุกด้านทุกมิติ สร้างพลังอำนาจให้คนพิการสามารถเข้าถึงบริการต่างๆ รวมถึงสร้างภูมิคุ้มกันให้แก่คนพิการเพื่อรองรับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงและภัยพิบัติทางธรรมชาติสร้างความเข้มแข็งขององค์กรด้านคนพิการและเครือข่ายในการขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านคนพิการ อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพและทุกมิติในฐานะหุ้นส่วน

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาคุณภาพชีวิตคนพิการว่าอยู่ระดับได และสมรรถภาพของคนพิการในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพระเนตรเป็นอย่างไร รวมทั้งเมื่อนำแนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้พิการโดยชุมชนมีส่วนร่วม (CBR)มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนพิการในพื้นที่ ควรมีรูปแบบและแนวทางการทำงานอย่างไร

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวัดระดับคุณภาพชีวิตผู้พิการในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพระเนตร
2. เพื่อประเมินสมรรถภาพของคนพิการ
3. เพื่อหารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนพิการในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพระเนตร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการกำหนดกรอบการศึกษาวิจัย รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนพิการโดยชุมชนมีส่วนร่วม พื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพระเนตร ผู้วิจัยได้ใช้กรอบแนวคิด การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน (Community-based Rehabilitation หรือ CBR) เพื่อหารูปแบบและแนวทางการดำเนินงานพัฒนาศักยภาพคนพิการในชุมชน ให้คนพิการมีโอกาสได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพมีโอกาสเท่าเทียมกับคนไม่พิการ และอยู่ในสังคมได้อย่างมีศักดิ์ศรี สร้างความร่วมมือกันระหว่าง คนพิการ ครอบครัวของคนพิการ กลุ่มองค์กรต่างๆในชุมชน หน่วยงานภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการ ฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ การศึกษา การพัฒนาอาชีพการพัฒนาสังคม ใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย(WHOQOL –BREF-THAI) และแบบสำรวจ ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินสมรรถภาพของคนพิการ เพื่อการจำแนกการทำงานความพิการและสุขภาพ ใช้อธิบายสุขภาพในมิติการทำงานของร่างกายโครงสร้าง กิจกรรม และการมีส่วนร่วม

เครื่องมือ/กระบวนการดำเนินงาน

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงาน แบบประเมินสมรรถนะผู้พิการ แยกเป็น 6 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปในภาพรวมของ คนพิการในพื้นที่รงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพระเนตร ส่วนที่ 2 ความต้องการของคนพิการในพื้นที่ ส่วนที่ 3 สภาวะสุขภาพของคนพิการในพื้นที่ ส่วนที่ 4 สถานการณ์ความต้องการด้านการศึกษาของเด็กพิการ ในพื้นที่ (อายุ1-20ปี) ส่วนที่ 5 สถานการณ์ความต้องการด้านอาชีพของคนพิการในพื้นที่ ส่วนที่ 6 การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของคนพิการในพื้นที่ แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้พิการ และผู้ดูแล โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย(WHOQOL –BREF-THAI) โดยแบบสำรวจ มี 26 ข้อ 4 หมวด หมวดที่ 1 ด้านร่างกาย หมวดที่ 2 ด้านจิตใจ หมวดที่ 3 ด้านความสำพันธ์ทางสังคมได้แก่ข้อ หมวดที่ 4 ด้านสิ่งแวดล้อม การประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยใช้กระบวนการ สุนทรียสนทนา โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูล สมรรถนะคนพิการ(ICF)ของ มหาวิทยาลัยนเรศวร สถิติที่ใช้ ค่าเฉลี่ยร้อยละ ($\bar{X}$) และค่าเฉลี่ยเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) เพื่อแสดงข้อมูล

กลวิธีการดำเนินงาน ประกอบด้วย

การประเมินบริบท เพื่อค้นหาความต้องการของผู้ที่เกี่ยวข้อง กฎระเบียบ วัฒนธรรมองค์กร มุมมองและประสบการณ์การทำงานคนพิการ และความมุ่งมั่นที่จะทำงาน มีการพัฒนาความเป็นทีมงานหรือการเป็นเครือข่าย ระหว่างผู้ปฏิบัติงานที่มาจากหลากหลายหน่วยงาน สำรวจ วิเคราะห์ข้อมูล และนำเอาข้อมูลคืนสู่หน่วยงานในชุมชน พร้อมทั้งร่วมกันพัฒนาแผนการดำเนินงาน ประเมินผลโดยใช้วิธีการที่หลากหลาย นำเอาผลที่เกิดจากการดำเนินการมาพัฒนาองค์ความรู้ และพัฒนาการดำเนินงานในครั้งต่อไป ประชุมชี้แจง ทำความเข้าใจกับกลุ่มเป้าหมาย ดำเนินการเก็บข้อมูล โดยใช้เครื่องมือแบบสำรวจสมรรถนะผู้พิการในชุมชน(ICF) สำรวจคุณภาพชีวิตผู้พิการและผู้ดูแลโดยใช้เครื่องมือ แบบสำรวจคุณภาพชีวิตผู้พิการและผู้ดูแล ใช้สถิติเชิง

พรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ยร้อยละ (X) และค่าเฉลี่ยเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) เพื่อแสดงข้อมูล สรุปวิเคราะห์สังเคราะห์ข้อมูล โดยการสังเกตจากการสัมภาษณ์ผู้พิการ ผู้ดูแลโดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ผล ICF ของมหาวิทยาลัยนเรศวร คืนข้อมูลให้ชุมชน ประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อหาแนวทางพัฒนา และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสาธารณะ “รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้พิการในชุมชน” นำเสนอผลการศึกษา สรุปทำรูปเล่มรายงาน

ผลการศึกษา

จากการประเมินสมรรถภาพคนพิการและประเมินคุณภาพชีวิตของคนพิการในพื้นที่ พบว่าผู้พิการส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง(ร้อยละ 53.55 และร้อยละ 46.44)ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือวัยสูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นที่มีความพิการร่วมด้วย(ร้อยละ 52.30)ประเภทความพิการที่พบมากที่สุดคือพิการด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย(ร้อยละ 58.15)มีคนพิการเข้าถึงการศึกษาร้อยละ 92.88 ส่วนใหญ่จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา(ร้อยละ 85.35)สัดส่วนการประกอบอาชีพก่อนพิการมากกว่าหลังพิการ(ร้อยละ92.88 และร้อยละ 50.62) หลังพิการพบว่าคนพิการส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ(ร้อยละ 49.37)

สภาวะสุขภาพของคนพิการในพื้นที่พบว่าคนพิการที่ไม่มีโรคประจำตัวมากกว่าคนพิการที่มีโรคประจำตัวเล็กน้อย(ร้อยละ52.3 และ ร้อยละ 40.58) โรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 71.13) คนพิการที่มีความจำเป็นต้องได้รับกายอุปกรณ์ช่วยในการเคลื่อนไหวมีมากที่สุด(ร้อยละ56.9)มีเพียงร้อยละ51.47เท่านั้นที่เข้าถึงการได้รับกายอุปกรณ์ และยังมีคนพิการอีกร้อยละ48.52ที่ยังไม่ได้รับการช่วยเหลือกายอุปกรณ์

ในส่วนของการปรับปรุงสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมพบว่าคนพิการที่มีความจำเป็นต้องได้รับการปรับปรุงสภาพบ้านร้อยละ20.50 ได้รับการช่วยเหลือปรับปรุงสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมร้อยละ31.46 และยังมีคนพิการที่ยังไม่ได้รับการปรับสภาพบ้านอีกร้อยละ 68.54โดยสาเหตุที่ไม่ได้ปรับสภาพบ้านคือไม่มีงบประมาณ ร้อยละ65.1 และไม่ทราบว่าจะปรับปรุงอย่างไรร้อยละ24.71 ไม่ใช่บ้านของตัวเองร้อยละ2.24 และไม่มีอำนาจตัดสินใจร้อยละ5.61 ในการเข้าถึงสถานที่สาธารณะประโยชน์ในชุมชนพบว่า สถานที่ที่คนพิการต้องการไปมากที่สุดคือวัด (ร้อยละ78.66)รองลงมาคือสถานพยาบาล(ร้อยละ68.22)สิ่งทีเป็นอุปสรรคทำให้คนพิการไม่สามารถไปสถานที่เหล่านี้ได้คือ สภาพแวดล้อมไม่เหมาะสมร้อยละ 55.64 ไม่มีห้องน้ำสำหรับคนพิการร้อยละ 53.55 และไม่มีคนพาไปยังสถานที่ต่าง ๆ ร้อยละ48.95

ระดับคุณภาพชีวิตคนพิการในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพระเนตร พบว่าผลการศึกษาสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ดังนี้ คุณภาพชีวิตของผู้พิการและผู้ดูแลผู้พิการในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพระเนตร อำเภอขุนตาลจังหวัดเชียงรายโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยแยกพิจารณาเป็นรายด้านดังนี้ คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง คุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับปาน คุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง คุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง

แผนการสำรวจข้อมูลคนพิการมีการเก็บข้อมูลตามแบบประเมิน ICF วัดระดับคุณภาพชีวิตคนพิการ วิเคราะห์และรวมรวมข้อมูลเพื่อคืนข้อมูลให้กับพื้นที่ ประชุมเชิงปฏิบัติการ กลุ่มเป้าหมายเป็นคนพิการ ผู้ดูแล คนทำงานผู้พิการในพื้นที่ หน่วยงานราชการ และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เวทีถอดบทเรียน เพื่อสร้างคณะทำงาน เกิดคณะทำงานที่เป็นนักสร้างเสริมสุขภาวะคนพิการในชุมชน(นสส.) แผนพัฒนาศักยภาพ นสส. ทั้งหมด 35 คน ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1ฟ การพัฒนาศักยภาพและเสริมพลังด้วยการบวนการสุนทรียสนทนา รวมทั้งเสริมสร้างความรู้ในด้านการดูแลผู้พิการในชุมชน แผนการปรับปรุงบ้านและสภาพแวดล้อม ได้นำข้อมูลความต้องการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อม จำนวนทั้งหมด 49 ราย เข้าในวาระการประชุมของคณะทำงานเพื่อพิจารณาให้ความช่วยเหลือตามความจำเป็นเร่งด่วน ได้มีการช่วยเหลือปรับสภาพบ้านก่อน จำนวน 5 รายโดยใช้งบประมาณจากการระดมทุนในชุมชนและแรงงานจากคนในชุมชนร่วมกันก่อสร้าง ผู้พิการที่มีความต้องการปรับสภาพบ้านอีกจำนวน 15 ราย ได้ทำแผนขอรับงบประมาณการปรับสภาพบ้านคนพิการอีก 29 รายได้ขึ้นทะเบียนไว้เพื่อขอรับการช่วยเหลือในรอบต่อไปอีก แผนการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของคนพิการในพื้นที่ ได้มีการดำเนินโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนพิการและผู้ดูแลโดยได้รับสนับสนุนงบประมาณจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นองค์การบริหารส่วนตำบลต้า จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง กฎหมายและการเข้าถึงสิทธิ์ การสร้างอาชีพและการเข้าถึงแหล่งประโยชน์สำหรับผู้พิการและผู้ดูแล แผนการสนับสนุนกายอุปกรณ์ ขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการองค์การบริหารส่วนจังหวัดเชียงราย จำนวน 23 ราย ดังนี้ เตียงผู้ป่วยจำนวน 3 ราย ที่นอนลมป้องกันแผลกดทับจำนวน 4 ราย เครื่องผลิตออกซิเจน 5 ลิตรจำนวน 4 ราย รถนั่งคนพิการจำนวน 2 ราย รถเข็นจำนวน 5 ราย

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

การนำแนวคิด การพัฒนาศักยภาพคนพิการโดยชุมชนมีส่วนร่วมมาใช้ในการดำเนินงานเพื่อสร้างเครือข่ายการทำงาน เกิดรูปแบบการทำงานแบบมีส่วนร่วม การดำเนินงานครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายคนพิการในชุมชนมากขึ้นเกิดความยั่งยืนและต่อเนื่องในการดำเนินงาน การประเมินสมรรถภาพคนพิการและนำผลมาวิเคราะห์ทำให้มีข้อมูลคนพิการที่เป็นระบบสามารถนำไปเป็นข้อมูลในการให้ความช่วยเหลือคนพิการในพื้นที่ได้ตรงตามความต้องการและเหมาะสมกับความพิการและทุกภาคส่วนยังสามารถนำข้อมูลไปใช้ร่วมกันในการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในชุมชนได้

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

หน่วยงาน องค์กรที่ทำงานด้านคนพิการและด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน กลุ่มองค์กรในชุมชน หน่วยงานภาครัฐ เอกชน จิตอาสา กลุ่มผู้ดูแลและบุคคลในชุมชน ควรตระหนักและให้ความสำคัญกับการพัฒนา การจัดทำแผนงานตามแนวทางการดำเนินงานดังนี้

1. แผนการสำรวจข้อมูลคนพิการมีการเก็บข้อมูลสมรรถภาพคนพิการตามแบบประเมิน ICF และวัดระดับคุณภาพชีวิตคนพิการควรมีการประเมินเป็นระยะก่อนและหลังให้ความช่วยเหลือ เพื่อประเมิน

ความก้าวหน้าของการดำเนินงานวิเคราะห์และรวมรวมข้อมูลเพื่อคืนข้อมูลให้กับพื้นที่ นำมาใช้ในการปรับปรุงแผนการดำเนินงานให้สอดคล้องกับสภาพและความต้องการของคนพิการในชุมชน

2. แผนพัฒนาศักยภาพ นักสร้างเสริมสุขภาวะผู้พิการในชุมชน(นสส.)ควรมีการพัฒนาศักยภาพให้กับ นสส.อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ นสส.ได้พัฒนาทักษะต่าง สร้างเจตคติที่ดี สร้างแรงกระตุ้นและเสริมพลังในการทำงานเพื่อให้ความช่วยเหลือสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับคนพิการในชุมชน

3. แผนการปรับปรุงบ้านและสภาพแวดล้อม ควรมีการประเมินปัญหาและความต้องการปรับปรุงบ้านและสภาพแวดล้อมของคนพิการทั้งก่อนและหลังปรับปรุงสภาพบ้าน คนที่ได้รับการช่วยเหลือก่อนและหลังปรับต่างกันอย่างไร การปรับปรุงสภาพบ้านเป็นประโยชน์ ทำให้คนพิการใช้ชีวิตประจำวันได้สะดวกขึ้นหรือมีปัญหาที่ต้องแก้ไขอย่างไร คนพิการที่ยังไม่ได้รับการปรับปรุงบ้านและสภาพแวดล้อมมีความจำเป็นเร่งด่วนเพิ่มขึ้นหรือมีแนวทางไหนที่จะสามารถให้ความช่วยเหลือได้เร็วขึ้น รวมทั้งการแสวงหาแหล่งงบประมาณในการช่วยปรับปรุงบ้าน

4. แผนการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของคนพิการในพื้นที่ ควรมีการประเมินระดับคุณภาพชีวิตคนพิการเป็นระยะ ๆ เมื่อพบว่าคนพิการที่มีระดับคุณภาพชีวิตระดับต่ำควรประเมินวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึกถึงปัญหาและความต้องการเป็นรายบุคคลเพื่อพิจารณาให้ความช่วยเหลือที่ตรงกับความต้องการและเหมาะสมกับความพิการเป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้นต่อไป

5 แผนการสนับสนุนกายอุปกรณ์ ควรมีการสำรวจข้อมูลความต้องการสนับสนุนกายอุปกรณ์ตามความจำเป็นเร่งด่วนของคนพิการแต่ละรายนำเข้าสู่กระบวนการพิจารณาเพื่อขอรับการสนับสนุนกายอุปกรณ์ที่จำเป็นเหมาะสม โดยแสวงหาแหล่งงบประมาณที่จะสามารถให้ความช่วยเหลือได้ทั้งจากหน่วยงานภาครัฐเอกชนหรือการระดมทุนในชุมชน เพื่อให้การช่วยเหลือครอบคลุมคนพิการมากขึ้น

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การจัดการระบบฐานข้อมูลเป็นสิ่งสำคัญในการเสริมสร้างความเข้มแข็งขององค์กรในชุมชน การมีฐานข้อมูลที่ถูกต้อง เชื่อมต่อกันเป็นระบบ สืบค้นได้ง่ายสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ทุกภาคส่วน ควรสร้างระบบการทำงานแบบผสมผสานทุกมิติ ทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคม บูรนาการร่วมกันทุกภาคส่วน ควรมีการจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการผู้ด้อยโอกาสในชุมชมในระดับหมู่บ้าน ตำบล และระดับอำเภอ โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนสอดคล้องกับแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับชาติ มีการเผยแพร่ให้ทุกหน่วยงานได้รับทราบ ทำความเข้าใจร่วมกันเพื่อให้เกิดแนวปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยในครั้งต่อไป

ใช้กระบวนการมีส่วนร่วม ระบบพี่เลี้ยงคอยกระตุ้น ให้กำลังใจ ไม่เร่งรัด รับฟังและ ยอมรับความคิดเห็นที่แตกต่าง ไม่ตัดสินผิดถูก ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยหรือตัวแปรอื่น ๆเชิงลึก ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการ ควรมีการขยายขอบเขตกลุ่มเป้าหมายไปพื้นที่อื่น ๆ เพื่อหารูปแบบแนวทางการดูแลและพัฒนาศักยภาพของผู้พิการให้ครอบคลุมมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

วัชรา ริ้วไพบูลย์.การศึกษากระบวนการและผลลัพธ์ การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองอักเสบแบบผู้ป่วยของศูนย์ศิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ. สถาบันวิจัยกระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร.2544

ศิรินาถ ตงศิริ.การใช้ ICF เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ.นนทบุรี.ต้นเงินการพิมพ์,2562

สำนักงานสถิติแห่งชาติ.สรุปผลเบื้องต้นการสำรวจความพิการกระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. 2562

สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ.สถิติข้อมูลคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการจำแนกตามภูมิภาคและเพศ.กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่งคงของมนุษย์.2562

สำนักงานนโยบายและวิชาการ.แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 5 พ.ศ.2560-2564.กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

Home Ward เข้าถึง เข้าใจ ชวนใช้ DSPM

นายบรรจง กาวิละมูล
โรงพยาบาลพาน

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเรื่อง Home **Ward เข้าถึง เข้าใจ ชวนใช้ DSPM** เป็นการศึกษาพัฒนางานประจำให้มีประสิทธิภาพโดยการนำแนวนโยบาย Home Ward ของโรงพยาบาลพานประยุกต์ใช้ในงานคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ของศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลม่วงคำ โรงพยาบาลพาน กลุ่มเป้าหมายคือเด็กอายุ 0 – 5 ปี ในตำบลม่วงคำ อำเภอพานจังหวัดเชียงราย จำนวน 193 คน โดยการตรวจคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กเชิงรุกที่บ้าน สถานที่เลี้ยงเด็กโดยบูรณการร่วมกับทุกคน ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงดูเด็ก เก็บข้อมูลการศึกษาตั้งแต่ ตุลาคม พ.ศ.2562 ถึง กันยายน พ.ศ.2563 สรุปผลงานเปรียบเทียบการตรวจคัดกรอง การติดตามภายใน 30 วัน เมื่อสงสัยพัฒนาการล่าช้า พัฒนาการสมวัยและการใช้เครื่องมือ DSPM ของผู้เลี้ยงดูเด็กได้ถูกต้องทุก 3 เดือน โดยใช้สถิติร้อยละ

ผลการศึกษา พบว่า การนำนโยบาย Home Ward ประยุกต์ใช้ในงานคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กตำบลม่วงคำ อายุ 0 -5 ปี ดังนี้ ได้รับการตรวจคัดกรองร้อยละ100,เด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามภายใน 30 วัน ร้อยละ 100,มีพัฒนาการสมวัยมากกว่าร้อยละ 94.13,และผู้เลี้ยงดูเด็กใช้เครื่องมือ DSPM ได้ถูกต้องมากกว่าร้อยละ 87.32

บทนำ

ในสภาพเศรษฐกิจสังคมปัจจุบันการเลี้ยงดูเด็กช่วงอายุ 0–5 ปีผู้เลี้ยงดูเด็กให้ความสำคัญเรื่องปัญหาปากท้องมากกว่าการส่งเสริมพัฒนาการตามวัย โดยเลี้ยงดูตามธรรมชาติ ให้เด็กเจริญเติบโตตามธรรมชาติ ศึกษาหาความรู้จากเครือญาติ บรรพบุรุษ สื่อสิ่งพิมพ์และสื่อออนไลน์ การใช้เครื่องมือDSPM เพื่อประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กยังคิดว่าเป็นภาระ แต่มีความคาดหวังให้เด็กในปกครองมีพัฒนาการและระดับสติปัญญาที่ดี

จากข้อมูลสรุปการดำเนินงานด้านการตรวจคัดกรองและประเมินพัฒนาการเด็ก พ.ศ.2562 พบว่าเด็ก 0-5 ปี ไม่ได้รับการตรวจคัดกรองและติดตามพัฒนาการในช่วงเวลาที่กำหนดผู้ดูแลเด็กไม่ได้ใช้เครื่องมือ DSPM และการบริการคลินิกสุขภาพเด็กดีมีภาระงานมาก ผู้รับบริการรอนานเนื่องจากต้องวัคซีนและประเมินพัฒนาการเด็ก เด็กไม่ให้ความร่วมมือ ง่วงนอน ส่งผลให้การคัดกรองช่วงวัย 0 – 5 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองร้อยละ 85.61 และการติดตามพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามภายใน 30 วัน ได้ร้อยละ 73.42 มีพัฒนาการสมวัยเพียงร้อยละ 60.47

ผู้วิจัยเป็นผู้บริหารงานศูนย์ส่งเสริมสุขภาพชุมชนตำบลม่วงคำ จึงได้นำแนวนโยบายของผู้บริหารโรงพยาบาลพานเรื่อง Home ward มาประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานด้านการตรวจคัดกรองและประเมินพัฒนาการเด็ก พ.ศ.2563 โดยวางแผนการทำงานเชิงรุกทำงานในชุมชน เพื่อส่งเสริมการใช้เครื่องมือ DSPM ให้ถูกต้อง รับทราบถึงปัญหาและอุปสรรคต่างๆ นำข้อมูลแก้ปัญหากับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อติดตาม คัดกรอง ประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก อายุ 0 – 5 ปี
2. เพื่อบันทึกข้อมูลพัฒนาการเด็ก อายุ 0 – 5 ปี ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา
3. เพื่อส่งเสริมการใช้เครื่องมือ DSPM
4. เพื่อศึกษาครอบครัว ชุมชน สังคม สิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อพัฒนาการเด็ก 0 – 5 ปี

เป้าหมาย

1. เด็กอายุ 0 – 5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการมากกว่าร้อยละ 90
2. เด็กอายุ 0 – 5 ปี มีพัฒนาการสมวัยมากกว่าร้อยละ 85
3. พ่อ แม่หรือผู้ดูแลเด็ก ใช้เครื่องมือ DSPM ได้ถูกต้องมากกว่าร้อยละ 80
4. ครอบครัว ชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในตำบลม่วงคำตระหนักและมีส่วนร่วมส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0 – 5 ปี

วิธีการวิจัย

1.วางแผนงาน กำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ ผู้รับผิดชอบหลักและคณะทำงาน ให้สอดคล้องกับนโยบายและทรัพยากรที่มีอยู่

2. สำรวจข้อมูลเด็กอายุ 0 – 5 ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จริง / ข้อมูลทะเบียนราษฎร์และสาธารณสุข ให้ฐานข้อมูลตรงกัน

3. เตรียมเครื่องมือ DSPM อุปกรณ์ต่างๆที่จำเป็นสำหรับประเมินพัฒนาการเด็กในแต่ละช่วงวัย

4. ดูแลความสะอาดยานพาหนะ วางแผนการเดินทางให้ตรงเวลานัดหมาย

5. ประชุมผู้รับผิดชอบงานหลัก พยาบาลชุมชนและคณะทำงาน

6. เยี่ยมติดตามพัฒนาการเด็ก 0 - 5 ปี ตามเป้าหมาย

7. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแลเด็ก เพื่อซักประวัติ สนทนาเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็ก ปัญหาอุปสรรค รวมถึงการสังเกตสิ่งแวดล้อม

8. ประเมินการใช้ DSPM , แนะนำ ชักชวนและฝึกใช้ DSPM

9.แจ้งผลการประเมิน แนะนำการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก นัดหมายครั้งต่อไป

10.สรุปผลงานโยใช้สถิติร้อยละ เปรียบเทียบผลการดำเนินงานทุก 3 เดือน

ผลการวิจัย

ตัวชี้วัด	ผลงาน (ร้อยละ)				
	เดิม	3M.	6M.	9 M.	12 M.
1. ร้อยละของเด็ก 0 – 5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ	91.87	94.29	97.56	100	100
2. เด็ก อายุ 9,18.30.42.60 เดือนได้รับการคัดกรองพัฒนาการ 100 %	85.61	100	100	100	100
3.ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ทั้งหมดตามช่วงอายุที่กำหนดมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามภายใน 30 วัน	73.42	66.67	100	100	100
4. เด็กอายุ 0-5 ปี ในตำบลม่วงคำมีพัฒนาการสมวัยมากกว่าร้อยละ 85	60.47	80	92.68	93.02	94.13
5. ผู้เลี้ยงดูเด็กใช้เครื่องมือ DSPM มากกว่าร้อยละ 60	35	13.2	50.76	61.72	78.51
6. ผู้เลี้ยงดูเด็กใช้เครื่องมือ DSPM ได้ถูกต้องมากกว่าร้อยละ 80 (จากจำนวนผู้ใช้ทั้งหมด)	NA	48.21	62	73.51	87.32

ตารางแสดงตัวชี้วัดและผลลัพธ์ เป็นร้อยละของผลงานรายไตรมาสเปรียบเทียบกับผลงานเดิม

จากตารางข้อมูลเดิมในปีงบประมาณ พ.ศ.2562 ตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กในคลินิกสุขภาพเด็กดี ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลม่วงคำได้ตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็ก 0 -5 ปี ร้อยละ 91.87 และผลงานตามคุณภาพกลุ่มเด็ก อายุ 9,18.30.42.60 เดือนได้รับการคัดกรองพัฒนาการเพียงร้อยละ 85.61,ติดตามพัฒนาการสงสัยล่าช้าภายใน 30 วันเพียงร้อยละ 73.42 ส่งผลให้เด็กอายุ 0 – 5 ปีในตำบลม่วงคำมีพัฒนาการสมวัยเพียงร้อยละ 60.47 และใช้เครื่องมือ DSPM ร้อยละ 35 ส่วนการใช้เครื่องมือได้ถูกต้องไม่ได้มีการสำรวจ

ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ.2563 หลังจากนำนโยบาย Home Ward ประยุกต์ใช้ในงานคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กตำบลม่วงคำ โดยตรวจคัดกรองพัฒนาการและติดตามที่บ้านซึ่งเป็นที่พักอาศัยของเด็ก ในศูนย์เลี้ยงดูเด็ก โดยสรุปผลการดำเนินงานทุก 3 เดือน ใช้สถิติร้อยละ พบว่าในไตรมาสที่ 4 เดือนกันยายน พ.ศ.2563 เด็กอายุ 0 – 5 ปี ตำบลม่วงคำ ได้รับการตรวจคัดกรองและการติดตามพัฒนาการเด็กสงสัยล่าช้าภายใน 30 วัน ทำได้ร้อยละ 100 มีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 94.13 ผู้เลี้ยงดูเด็กใช้เครื่องมือ DSPM ถึงร้อยละ 78.51และในจำนวนนี้ใช้เครื่องมือ DSPM ได้ถูกต้องร้อยละ 87.32

สรุป/ข้อเสนอแนะ

ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 การตรวจคัดกรองและการติดตามพัฒนาการเด็กทั้งในการติดตามปกติและสงสัยล่าช้าสามารถทำได้ตามช่วงเวลาที่กำหนดและได้ข้อมูลครบถ้วนทันเวลาร้อยละ 100 และเด็กอายุ 0 – 5 ปีมีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 94.13 เมื่อเปรียบเทียบกับปี พ.ศ.2562 มีพัฒนาการสมวัยเพียงร้อยละ 60.47 ผู้เลี้ยงดูเด็กได้ตระหนักถึงความสำคัญของการใช้เครื่องมือ DSPMในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 0 – 5 ปีและใช้ได้อย่างถูกต้องร้อยละ 87.32

การนำเรื่อง Home ward มาประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานด้านการตรวจคัดกรองและประเมินพัฒนาการเด็ก ปีงบประมาณ พ.ศ.2563 โดยวางแผนการทำงานเชิงรุกในชุมชน สร้างสัมพันธภาพและการดูแลส่งเสริมดุจญาติมิตร ทำให้ได้รับทราบถึงสภาพครอบครัว เศรษฐกิจสังคม ความเชื่อและความสัมพันธ์ต่าง ๆ ที่มีผลต่อพัฒนาการเด็ก สอนและกระตุ้นผู้ดูแลเด็กให้มีความมั่นใจใช้เครื่องมือ DSPM ให้ถูกต้องเหมาะสมกับช่วงวัยและทรัพยากรที่มีอยู่ การติดตามผลงานและปรับปรุงแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้แนวโน้มการตรวจคัดกรองและประเมินพัฒนาการเด็กดีขึ้นคืนข้อมูลให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้แก่ ศูนย์พัฒนาครอบครัวและศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลม่วงคำจัดทำโครงการเพื่อร่วมพัฒนาให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

บทเรียนที่ได้รับ

ปัญหาหรือความท้าทายที่เกิดขึ้นในระหว่างดำเนินกิจกรรมและวิธีการจัดการกับความท้าทายเหล่านั้น

การดำเนินงาน Home ward พัฒนาการเด็ก เป็นการทำงานเชิงรุกในชุมชนการสื่อสารกับผู้ดูแลเด็กทั้งผู้เลี้ยงดูหลักและบิดา มารดา จึงเป็นเรื่องสำคัญ เพื่อให้เกิดความร่วมมือต้องสร้างสัมพันธภาพระหว่าง

ทีมงานและครอบครัว รับฟังความคิดเห็นที่แตกต่าง ร่วมมือกันเพื่อให้ผู้ดูแลเด็กมีความมั่นใจในการใช้เครื่องมือ DSPM อุปกรณ์ ของเล่นต่างๆที่เหมาะสมและส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามช่วงวัย

ผลพลอยได้จากการศึกษาวิจัย Home Ward เข้าถึง เข้าใจ ชวนใช้ DSPM ในสถานการณ์โรคระบาดโควิด – 19 ระหว่างเดือน มีนาคม – มิถุนายน 2563 ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลม่วงคำสามารถคัดกรองและติดตามพัฒนาการเด็ก 0 – 5 ปี ได้ทั้งหมดเนื่องจากไม่ได้มีการรวมกลุ่มในคลินิกและผู้เลี้ยงดูเด็กมั่นใจในการตรวจคัดกรองติดตามพัฒนาการเด็กที่บ้าน

ข้อแนะนำในสิ่งที่ควรปฏิบัติในลักษณะที่นำไปใช้ได้ และเหตุผลซึ่งชี้ให้เห็นความสำคัญของเรื่องนั้น จากบทเรียนที่ได้รับ

การนัดหมายเวลาระหว่างทีมเยี่ยมติดตามพัฒนาการ เวลาของผู้ดูแลเด็กและช่วงเวลาที่เด็กพร้อมให้ความร่วมมือในการตรวจประเมินพัฒนาการ บางครั้งต้องนัดหมายนอกเวลาราชการเพื่อให้ผู้เลี้ยงดูหลัก บิดา มารดาตลอดจนคนที่มีส่วนสำคัญในการเลี้ยงดูเด็ก มีส่วนร่วม รับฟัง เสนอแนะ แก้ปัญหาหรือส่งเสริมกิจกรรมต่างๆร่วมกัน เนื่องจากสภาพเศรษฐกิจสังคมในปัจจุบันผู้เลี้ยงดูเด็กหลายครอบครัว ไม่ได้เป็นบิดา มารดาและมีมากกว่า 1 คน

สิ่งที่จะทำแตกต่างไปจากเดิมในคราวหน้า(ปรับปรุงจากบทเรียน)

ส่งเสริมให้ครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กตำบลม่วงคำ ใช้เครื่องมือ DSPM และบูรณการหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมติดตามส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ในรูปแบบของการสร้างเครือข่ายในชุมชน เช่น อสม.ครู ชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มแม่บ้าน ผู้นำชุมชน เป็นต้น ให้ชุมชนตระหนักและขับเคลื่อนงานส่งเสริมพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง มีคุณภาพ

เอกสารอ้างอิง

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. (2548). ทฤษฎีและโมเดลการประยุกต์ใช้ในงานสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ยุทธรินทร์การพิมพ์

ธีรวิฒิ เอกะกุล. (2551). การวิจัยปฏิบัติการ. (พิมพ์ครั้งที่ 1). อุบลราชธานี:บริษัท ยงสวัสดิ์อินเตอร์กรุ๊ป จำกัด.

สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2560). คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย. นนทบุรี: สำนักกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก

การวิเคราะห์จัดกลุ่มผู้ป่วยตามลักษณะทางคลินิกและความสัมพันธ์กับตัวบ่งชี้การควบคุมน้ำตาลในเลือด ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการของคลินิกเบาหวาน ในโรงพยาบาลแม่ลาว จังหวัดเชียงราย

Patient clusters analysis based on clinical laboratory outcomes and association with glycemic control index among type 2 diabetes mellitus patients at DM clinic services in Maelao Hospital, Chiangrai province

วัชรพงศ์ แสงดาว และนิเวศน์ กุลวงค์

โรงพยาบาลแม่ลาว

บทคัดย่อ

การวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) จัดกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตามลักษณะทางคลินิก 2) ระบุกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่เสี่ยงต่อภาวะควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ และ 3) หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลแม่ลาวในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ.2561 จำนวน 418 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบบันทึกข้อมูล ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการรักษาและโรคแทรกซ้อน และประวัติผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติความถี่ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละ การทดสอบไค-สแควร์ (Chi-square) การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) และ ค่าความถดถอยโลจิสติก (Binary logistic regression)

ผลการศึกษา พบว่า สามารถแบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการออกเป็น 5 กลุ่ม โดยกลุ่มที่ 1 ร้อยละ 27.51 มีลักษณะควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ค่อนข้างดี ระดับไขมันปกติ การทำงานของไตลดลงเล็กน้อย กลุ่มที่ 2 ร้อยละ 30.86 เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ มีระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์และแอลดีแอลโคเลสเตอรอลสูง การทำงานของไตลดลงเล็กน้อยถึงปานกลาง กลุ่มที่ 3 ร้อยละ 20.81 มีลักษณะควบคุมน้ำตาลได้ค่อนข้างดี มีระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์และแอลดีแอลโคเลสเตอรอลสูง การทำงานของไตลดลงเล็กน้อย กลุ่มที่ 4 ร้อยละ 18.18 มีการควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ดี มีระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์และแอลดีแอลโคเลสเตอรอลสูง การทำงานของไตลดลงเล็กน้อย และกลุ่มที่ 5 ร้อยละ 2.63 เป็นกลุ่มที่มีอายุเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มอื่น แต่มีระดับไขมันสูง การทำงานของไตลดลงเล็กน้อย กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่เสี่ยงต่อภาวะควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้โดยใช้กลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มอ้างอิง พบว่ากลุ่มที่ 3 มีโอกาสเสี่ยงที่จะควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้เพิ่มขึ้น 1.83 เท่า ($p=0.044$) และกลุ่มที่ 4 มีโอกาสเสี่ยงที่จะควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้เพิ่มขึ้น 7.48 เท่า ($p<0.001$) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับภาวะควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ได้แก่ อายุ ($p<0.001$) และอาชีพ ($p=030$) ส่วนปัจจัยทางด้านประวัติการรักษาและโรคแทรกซ้อนที่มีนัยสำคัญ ได้แก่ การได้รับยา Humulin ($p<0.001$) ประวัติการได้รับยา Hydrochlorothiazide ($p=0.041$) การมีภาวะแทรกซ้อนเบาหวานที่ตา ($p=0.043$) และปัจจัยผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่มีนัยสำคัญ ได้แก่ การมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงทั้งช่วงก่อนตรวจสุขภาพประจำปี ช่วงตรวจสุขภาพประจำปี และช่วงหลังตรวจสุขภาพประจำปี ($p<0.001$) การพบน้ำตาลในปัสสาวะ ($p<0.001$) และการพบไมโครอัลบูมินในปัสสาวะ ($p<0.001$)

การจัดกลุ่มผู้ป่วยออกเป็นกลุ่มที่มีลักษณะเดียวกันโดยใช้สถิติขั้นสูงสามารถช่วยระบุกลุ่มเสี่ยงได้ง่ายขึ้นและสามารถนำไปต่อยอดวางแผนการรักษาผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มให้เหมาะสมและแม่นยำ และการทราบปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้สามารถนำไปวางแผนในการป้องกันในกลุ่มประชากรอื่น ๆ ในอนาคตได้

บทนำ

โรคเบาหวาน เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขของประเทศ รายงานปี 2561 พบว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยเบาหวาน 941,226 ราย คิดเป็น 1,439.04 รายต่อประชากร 100,000 ราย[1] เป็นค่าใช้จ่ายสาธารณสุขเฉพาะโรคเบาหวาน 47,596 ล้านบาทต่อปี[2] โรคเบาหวานเกิดจากความผิดปกติของตับอ่อนที่มีการผลิตฮอร์โมนอินซูลินไม่เพียงพอหรือเกิดภาวะที่เซลล์ทั่วร่างกายไม่ตอบสอนองต่ออินซูลินที่มีอยู่ในกระแสเลือด ทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง การมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานานก่อให้เกิดโรคแทรกซ้อนตามมาได้ในหลายระบบ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ เส้นประสาทเสื่อม ชาปลายมือปลายเท้า เบาหวานขึ้นจอประสาทตา ไตวาย ฯลฯ เป็นต้น สาเหตุของโรคเกิดได้จากหลายปัจจัย เช่น พันธุกรรม ภาวะอ้วนน้ำหนักเกิน พฤติกรรมการบริโภคหรือการออกกำลังกายไม่เพียงพอ ฯลฯ เป็นต้น

ความผิดปกติหรือการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวานมักจะถูกคัดกรองหรือวินิจฉัยโดยแพทย์ผู้ทำการตรวจ โดยใช้ลักษณะอาการทางร่างกาย ประกอบกับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นเครื่องมือวินิจฉัย เพราะว่าการคัดกรองโดยใช้ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการนั้นสามารถทำได้แม่นยำ มีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เล็กน้อยได้ และสามารถตรวจพบได้ก่อนเกิดลักษณะผิดปกติทางร่างกาย การติดตามผลการรักษาเบาหวานในปัจจุบันใช้การตรวจ FBS หรือใช้ร่วมกับ HbA1c เป็นตัวบอกผลของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งการตรวจ FBS จะบอกระดับน้ำตาลในปัจจุบัน ซึ่งต่างจากผล Hb A1c ที่สามารถใช้ประเมินศักยภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานในช่วงเวลาย้อนหลังได้ถึง 2-3 เดือน ทั้งนี้ผู้ป่วยเบาหวานที่ผลของ FBS และ Hb A1c ให้ผลปกติทั้งคู่นั้นหมายถึงผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งในปัจจุบันและย้อนหลังไปได้ถึง 2-3 เดือน แต่ถ้าหากผลของ FBS ปกติ แต่ HbA1c ไม่ปกติ จะสะท้อนถึงความสามารถการควบคุมน้ำตาลในกระแสเลือดโดยรวมได้ไม่ดี

การนำไปใช้ในการประเมินการดำเนินไปของโรคนั้นมักจะกระทำในระดับตัวบุคคลเป็นรายๆ ไป ส่วนการวิเคราะห์ในระดับประชากรในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลแม่ลาวยังไม่เคยถูกนำมาวิเคราะห์หรือทำให้เป็นปัจจุบัน ซึ่งนักวิจัยได้เล็งเห็นประโยชน์จากข้อมูลที่ปรากฏในระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาลในรูปของผลวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการที่อาจจะสามารถนำมาเชื่อมโยงกับข้อมูลด้านอื่นๆ ของผู้ป่วยเพื่อใช้ในการทำนายกลุ่มของผู้ป่วยที่มีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ และเพื่อจัดลำดับความสำคัญของกลุ่มผู้ป่วยตามระดับความเสี่ยงต่อภาวะควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยอาศัยบริบทการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลแม่ลาว เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงรูปแบบการให้บริการต่อกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อจัดกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตามลักษณะทางคลินิกที่ปรากฏในเวชระเบียน
2. เพื่อระบุกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่เสี่ยงต่อภาวะควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้
3. เพื่อหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้

วิธีการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัยเป็นแบบวิจัยเชิงวิเคราะห์ศึกษาแบบตัดขวาง (cross-sectional study) โดยการเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนของผู้ป่วยเบาหวาน ที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลแม่ลาว ในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม 2560 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2561

2. ผู้ป่วยต้องได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 อายุ 18 ปีขึ้นไป

3. ต้องได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีอย่างน้อย 1 ครั้งในช่วงเวลาดังกล่าวโดยต้องมีผลตรวจ FBS และ HbA1c และมีผลตรวจ FBS ก่อนและหลังวันตรวจสุขภาพประจำปี

4. เกณฑ์การคัดออก กรณีไม่ได้ตรวจสุขภาพประจำปี หรือมีการตั้งครรภ์ระหว่างการศึกษา

5. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบบันทึกข้อมูลของตัวอย่าง วิเคราะห์โดยโปรแกรม SPSS โดยวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล ประวัติการรักษา ประวัติการเป็นโรคแทรกซ้อน และประวัติผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในรูปเชิงพรรณนา (descriptive statistics) วิเคราะห์จัดกลุ่มตัวอย่างและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่ม โดยใช้ cluster analysis

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เข้ามารับบริการที่โรงพยาบาลแม่ลาวในช่วงเวลาตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2560 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2561 จำนวน 887 คน ได้เข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีจำนวน 418 คน (ร้อยละ 47.1) ได้ผลดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล

ผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 418 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 42.8 เพศหญิง ร้อยละ 57.2 ข้อมูลทั่วไปด้านอื่น ๆ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล

ข้อมูล (n=418)	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
30-44 ปี	22	5.3
45-59 ปี	193	46.2
60-69 ปี	153	36.6
70-79 ปี	41	9.8
80 ปี ขึ้นไป	9	2.2
เพศ		
หญิง	239	57.2
ชาย	179	42.8
อาชีพ		
เกษตรกรรม	215	51.4
รับจ้าง	124	29.7
ค้าขาย	31	7.4
ไม่ระบุ	48	11.5
สถานภาพครอบครัว		
สมรส	373	89.2
โสด	29	6.9
หย่าร้าง/หม้าย	16	3.9
ดัชนีมวลกาย (BMI)		
ต่ำกว่า 23	154	36.8
23.0-27.4	182	43.6
27.5 ขึ้นไป	82	19.6
ระยะเวลาเป็นเบาหวาน		
น้อยกว่า 1ปี	26	6.2
1-5 ปี	177	42.3
5-10 ปี	170	40.7
มากกว่า 10 ปี	41	9.8
ไม่มีข้อมูล	4	1.0

2 .

ประวัติการรักษาและโรคแทรกซ้อน

พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานได้รับยารักษาเบาหวาน ได้แก่ Metformin (ร้อยละ 77.0) Glipizide ร้อยละ 54.5 และ Humulin (insulin) ร้อยละ 20.8 โดยได้รับยาชนิดเดียว ร้อยละ 42.2 รับยาร่วม 2 ชนิด ร้อยละ 47.1 รับยาร่วม 3 ชนิด ร้อยละ 4.3 และไม่ได้รับยารักษาเบาหวาน ร้อยละ 3.4 ประวัติการมีโรคร่วม พบว่ามีโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 49.3 ภาวะไตวายเรื้อรัง ร้อยละ26.1 ภาวะไขมันในเลือดสูง ร้อยละ23.4 โรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ9.3 ภาวะแทรกซ้อนที่ระบบปลายประสาทปลายมือปลายเท้า ร้อยละ 2.4 และภาวะแทรกซ้อนเบาหวานที่ตา ร้อยละ 1.9 การรักษาโรคร่วมส่วนใหญ่ได้รับยา Simvastatin ร้อยละ 38.3 Amlodipine ร้อยละ 36.1 Enalapril ร้อยละ 27.0 และ Aspirin ร้อยละ 13.9

3. ประวัติผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ก่อน วันตรวจสุขภาพ และหลังตรวจสุขภาพประจำปี พบว่า ร้อยละ 60.87 58.82 และ 65.02 มีผลระดับน้ำตาลในเลือดสุง (>140 mg/dl) ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติได้ (โดยใช้ cut-off ที่ 7.0%) คิดเป็นร้อยละ 66.67 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนตรวจสุขภาพประจำปี (n=391)		
<70 mg/dl, ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ	5	1.28
70-140 mg/dl, ระดับน้ำตาลในเลือด เหมาะสม	148	37.85
>140 mg/dl, ระดับน้ำตาลในเลือด สูง	238	60.87
ระดับน้ำตาลในเลือด ช่วงตรวจสุขภาพประจำปี (n=408)		
<70 mg/dl, ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ	6	1.47
70-140 mg/dl, ระดับน้ำตาลในเลือดเหมาะสม	162	39.71
>140 mg/dl, ระดับน้ำตาลในเลือดสูง	240	58.82
ระดับน้ำตาลในเลือด หลังตรวจสุขภาพประจำปี (n=403)		
<70 mg/dl, ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ	3	0.74
70-140 mg/dl, ระดับน้ำตาลในเลือดเหมาะสม	138	34.24
>140 mg/dl, ระดับน้ำตาลในเลือดสูง	262	65.02
ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด Hb A1c (n=411)		
<=7.0 %	137	33.33
>7.0 %	274	66.67

4. การจัดกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตามลักษณะทางคลินิกที่ปรากฏในเวชระเบียน

ข้อมูลอายุ ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันโคเลสเตอรอล ระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ ระดับไขมันเอชดีแอลโคเลสเตอรอล ระดับไขมันแอลดีแอลโคเลสเตอรรอล อัตราการกรองที่ไต ความดันโลหิต ถูกใช้เป็นตัวแปรอิสระใน Hierarchical cluster analysis และวิเคราะห์หาความต่างของปัจจัยในแต่ละกลุ่มโดยการวัดความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ผลการจัดกลุ่มผู้ป่วยแบ่งได้เป็น 5 กลุ่ม (ตารางที่ 3) ได้แก่

กลุ่มที่ 1 มีจำนวนร้อยละ 27.51 ลักษณะเป็นกลุ่มที่คุมระดับน้ำตาลได้ค่อนข้างดี ระดับไขมันปกติ การทำงานของไตลดลงเล็กน้อย

กลุ่มที่ 2 มีจำนวนร้อยละ 30.86 ลักษณะเป็นกลุ่มสูงอายุ คุมระดับน้ำตาลได้ค่อนข้างดี มีระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์และฉอลดีแอลโคเลสเตอรอลสูง การทำงานของไตลดลงปานกลาง

กลุ่มที่ 3 มีจำนวนร้อยละ 20.81 ลักษณะเป็นกลุ่มที่คุมระดับน้ำตาลได้ค่อนข้างดี มีระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์และแอลดีแอลโคเลสเตอรอลสูง การทำงานของไตลดลงเล็กน้อย

กลุ่มที่ 4 มีจำนวนร้อยละ 18.18 ลักษณะเป็นกลุ่มที่มีระดับน้ำตาลสูง มีระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์และแอลดีแอลโคเลสเตอรอลสูง การทำงานของไตลดลงปานกลาง

กลุ่มที่ 5 มีจำนวนร้อยละ 2.63 ลักษณะเป็นกลุ่มที่มีอายุต่ำกว่ากลุ่มอื่น ระดับไขมันโคเลสเตอรอลสูงกว่าปกติ และระดับไขมันไตรกรีเซอไรด์สูงมาก มีระดับ HDL-c ต่ำที่สุด และมี LDL-c สูงที่สุด การทำงานของไตลดลงเล็กน้อยแต่มีประสิทธิภาพเฉลี่ยมากที่สุด

ตารางที่ 3 การจัดกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตามลักษณะทางคลินิก

ตัวแปร	กลุ่มที่ 1	กลุ่มที่ 2	กลุ่มที่ 3	กลุ่มที่ 4	กลุ่มที่ 5
จำนวน (ร้อยละ)	115 (27.51)	129 (30.86)	87 (20.81)	76 (18.18)	11 (2.63)
อายุ (ปี mean (SD))	58.83(8.64)	62.26 (8.53)	59.10 (8.60)	56.20 (9.35)	49.91 (7.73)
ระดับน้ำตาลในเลือด (mg/dl mean(SD))	142.86 (26.09)	145.36 (33.68)	144.88 (27.59)	215.44 (72.13)	154.82 (14.71)
ระดับโคเลสเตอรอล (mg/dl mean(SD))	170.40 (38.43)	197.97 (36.91)	180.92 (46.60)	182.77 (32.50)	222.00 (31.19)
ระดับไตรกลีเซอไรด์ (mg/dl mean(SD))	168.26 (82.96)	191.55 (96.25)	183.37 (81.88)	223.87 (123.19)	711.18 (249.17)
ระดับเอชดีแอลโคเลสเตอรอล (mg/dl mean(SD))	54.73 (14.54)	52.03 (14.86)	48.78 (10.45)	50.69 (15.35)	38.36 (11.17)
ระดับแอลดีแอลโคเลสเตอรอล (mg/dl mean(SD))	97.28 (24.31)	115.88 (37.27)	109.58 (26.97)	105.43 (33.45)	128.27 (21.99)
อัตราการกรองที่ไต	68.28 (19.23	56.40 (21.43)	72.35 (19.23)	68.00 (19.44)	80.70 (22.10
ความดันซิสโทลิก (mmHg mean(SD))	125.31 (13.06)	131.53 (15.88)	127.84 (14.09)	127.80 (14.60)	124.45 (17.650
ความดันไดแอสโทลิก (mmHg mean(SD))	75.38 (9.07)	75.88 (11.34)	76.64 (10.52)	78.25 (10.91)	80.36 (12.78)

การศึกษาเพื่อระบุกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่เสี่ยงต่อภาวะควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยใช้การวิเคราะห์สถิติทดสอบความถดถอยโลจิสติก (Binary logistic regression) และใช้กลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มอ้างอิง เทียบกับผลตรวจ HbA1c โดยใช้ cut-off ที่ 7.0% ได้ผลดังนี้ (ตารางที่ 4) กลุ่มที่ 3 มีโอกาสที่จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เพิ่มขึ้น 1.83 เท่า เทียบกับกลุ่มที่ 1 ($p=0.044$) กลุ่มที่ 4 มีโอกาลที่จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เพิ่มขึ้น 7.48 เท่า เทียบกับกลุ่มที่ 1 ($p<0.001$) ส่วนกลุ่มที่ 2 และ 5 โอกาสที่จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้เพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เทียบกับกลุ่มที่ 1

ตารางที่ 4 ค่าสถิติแสดงความสัมพันธ์กลุ่มที่เสี่ยงต่อภาวะควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้

กลุ่ม	Wald	df	p-value	OR	95% CI
กลุ่มที่ 1*	23.238	4	0.000	1	Ref.
กลุ่มที่ 2	0.365	1	0.546	1.17	0.70-1.96
กลุ่มที่ 3	4.058	1	0.044	1.83	1.02-3.30
กลุ่มที่ 4	20.929	1	0.000	7.48	3.16-17.71
กลุ่มที่ 5	0.228	1	0.633	1.37	0.38-4.93

*กลุ่มอ้างอิง

การหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ทดสอบโดยใช้สถิติไค-สแควร์ (Chi-square test) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับอย่างมีนัยสำคัญกับภาวะควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ได้แก่ อายุ (p<0.001) อาชีพ (p=0.030) ส่วนปัจจัยทางด้านประวัติการรักษาและโรคแทรกซ้อนที่มีนัยสำคัญ ได้แก่ การได้รับยา Humulin (p<0.001) ประวัติการได้รับยา Hydrochlorothiazide (p=0.041) การมีภาวะแทรกซ้อนเบาหวานที่ตา (p=0.043) และปัจจัยผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ที่มีนัยสำคัญได้แก่ การมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงทั้งช่วงก่อนตรวจสุขภาพประจำปี ช่วงตรวจสุขภาพประจำปี และช่วงหลังตรวจสุขภาพประจำปี (p<0.001) การพบน้ำตาลในปัสสาวะ (p<0.001) และการพบไมโครอัลบูมิน (p<0.001)

อภิปราย สรุป และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการจัดกลุ่มผู้ป่วยตามลักษณะทางคลินิกและหาความสัมพันธ์กับตัวบ่งชี้การควบคุมน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในโรงพยาบาลแม่ลาว จำนวน 418 คน จากผลการวิจัย สามารถอภิปรายได้ ดังนี้

1. การจัดกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตามลักษณะทางคลินิกที่ปรากฏในเวชระเบียน สามารถจำแนกผู้ป่วยออกเป็น 5 กลุ่ม ซึ่งแต่ละกลุ่มจะมีลักษณะที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ การจัดกลุ่มผู้ป่วยออกเป็นกลุ่มจะทำให้เราสามารถทำนายการดำเนินของโรคต่อไปในอนาคตได้ดียิ่งขึ้น ทำให้สามารถวางแผนการรักษาที่เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละกลุ่มได้ ทั้งนี้การจัดกลุ่มจะมีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น ควรมีการศึกษาผู้ป่วยที่รับบริการจากหลากหลายโรงพยาบาล เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนที่มากขึ้น และมีลักษณะทางคลินิกที่หลากหลายขึ้น

2. การศึกษาเพื่อระบุกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่เสี่ยงต่อภาวะควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จากการแบ่งกลุ่มออกเป็น 5 กลุ่ม โดยมีกลุ่มที่ 1 มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่อยู่ในเกณฑ์ปกติของผู้ป่วยเบาหวาน เมื่อเทียบกับกลุ่มอื่นๆ พบว่า กลุ่มที่ 2 จะพบว่ามีค่าเฉลี่ยอายุมากที่สุด ระดับไขมันค่อนข้างสูงแต่ไม่ใช่กลุ่มที่สูงที่สุด เนื่องจากอายุที่เพิ่มขึ้นจึงพบค่าเฉลี่ยของประสิทธิภาพการทำงานของไตอยู่ในระดับปาน

กลาง (eGFR ช่วง 30-59 ml/min/1.73mm) แต่มีความสามารถในการคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ 1 ส่วนกลุ่มที่ 3 มีอายุเฉลี่ยลดลงจากกลุ่มที่ 2 มีระดับไขมันเฉลี่ยลดลงจากกลุ่มที่ 2 เล็กน้อยแต่ยังมากกว่ากลุ่มแรก แต่มีระดับไขมันดี (HDL-c) ลดลงเมื่อเทียบกับกลุ่มแรก และกลุ่มที่ 2 แต่เป็นที่สังเกตว่ากลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่จะมีความเสี่ยงที่จะไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติได้ เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ 1 ถึง 1.83 เท่า กลุ่มที่ 4 เป็นกลุ่มที่มีอายุเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำกว่าทั้งสามกลุ่มที่กล่าวมา แต่มากกว่ากลุ่มสุดท้าย เป็นกลุ่มที่มีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยสูงที่สุด มีระดับไขมันไตรกรีเซอร์ไรด์เกินกว่าระดับปกติมากและพบประสิทธิภาพการทำงานของไตในระดับปานกลาง (เฉลี่ยเท่ากับกลุ่มที่ 2) แต่เป็นที่น่าสนใจว่ากลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่จะมีความเสี่ยงที่จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ปกติไม่ได้เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ 1 ถึง 7.48 เท่า ซึ่งน่าจะเป็นกลุ่มที่ต้องได้รับความเอาใจในขณะรักษามากกว่ากลุ่มอื่น ส่วนกลุ่มสุดท้าย กลุ่มที่ 5 เป็นกลุ่มที่มีอายุน้อยที่สุด แต่มีปัญหาเกี่ยวกับการควบคุมระดับไขมันทุกชนิดในเลือด (dyslipidemia) แต่มีประสิทธิภาพการกรองที่ไตดีที่สุด แต่มีความสามารถในการคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ 1

3.การหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ พบว่ามีผู้ป่วยถึงร้อยละ 66.67 ที่มีภาวะควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (HbA1c >7.0%) โดยปัจจัยที่สัมพันธ์กับการควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ได้แก่ อายุ ($p<0.001$) อายุที่เพิ่มขึ้นมีแนวโน้มที่ผู้ป่วยจะมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการรายงานของ Katsuki A. พบว่าผู้ป่วยเบาหวาน (อายุ 35.2±3.3ปี) จะมีการผลิตอินซูลินลดลงตั้งแต่เริ่มเป็นโรคและจะลงลงเมื่อระยะเวลาเป็นโรคมากขึ้น[3]

ปัจจัยด้านอาชีพ ($p=0.030$) การที่อาชีพมีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยในการศึกษาครั้งนี้มีผู้ป่วยที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 51.4 และอาชีพรับจ้างร้อยละ 29.7 คาดว่าอาจเกี่ยวพันกับพฤติกรรมการใช้ชีวิตในสังคม ทั้งด้านการบริโภค การเข้าสังคม การเข้าถึงสื่อความรู้ รวมถึงเจตคติที่มีต่อโรคที่เป็นอยู่ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ไม่ครอบคลุมถึงพฤติกรรมการใช้ชีวิตในสังคมของผู้ป่วย ทั้งนี้ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

ปัจจัยด้านการมีโรคร่วมและประวัติการรักษาโรค พบว่าผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้มักจะได้รับ Humulin ($p<0.001$) เป็นยาอินซูลินสังเคราะห์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลและ HbA1c สูงมากๆ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการรักษาโรคเบาหวาน ปัจจัยการได้รับยา Hydrochlorothiazide ($p=0.041$) เป็นกลุ่มยาขับปัสสาวะ ช่วยรักษาโรคความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นกลุ่มโรคร่วมที่มีอัตราการร่วมกับโรคเบาหวานสูงที่สุด (ร้อยละ 49.3) การมีเบาหวานแทรกซ้อนที่ตา ($p=0.043$) เป็นผลมาจากภาวะเบาหวานที่เป็นมานานและรุนแรง จะทำให้หลอดเลือดฝอยเล็กมีการอุดตัน ทำให้จอตาขาดเลือดเกิดอาการตามัวตามมา

ปัจจัยด้านประวัติผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่าการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงทั้งในช่วงการตรวจสุขภาพประจำปี และช่วงก่อนและหลังการตรวจสุขภาพประจำปี ($p<0.001$) การพบน้ำตาลในปัสสาวะ ($p<0.001$) ซึ่งเป็นลักษณะธรรมชาติของโรคเบาหวานที่น้ำตาลในเลือดจะถูกสร้างเป็น HbA1c โดยระดับน้ำตาลในเลือดและ HbA1c จะมีระดับแปรผันตรงต่อกัน และการที่พบน้ำตาลในปัสสาวะเกิดจากการที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงจนไตเกินระดับที่ไตจะดูดกลับได้หมด จึงทำให้น้ำตาลหลุดออกมาในปัสสาวะได้ ปัจจัยด้านการพบระดับไมโครอัลบูมินในปัสสาวะ ($p<0.001$) บ่งชี้ถึงการเสื่อมหน้าที่ของไตในระยะเริ่มแรกซึ่งผู้ป่วย

อาจยังไม่มีการแสดงอาการใด ๆ ที่สามารถตรวจพบได้ สอดคล้องกับการศึกษาของนนทยา และคณะ[4] ที่พบว่าระดับ HbA1C มีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกันกับระดับอัลบูมินในปัสสาวะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.16$, $p<0.001$)[4]

ทั้งนี้ การวิจัยในผู้ป่วยเบาหวานควรศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีจำนวนมากขึ้น และศึกษาในผู้ป่วยที่รับบริการในโรงพยาบาลที่หลากหลาย เพื่อเพิ่มความหลากหลายของข้อมูลทั้งด้านข้อมูลทั่วไป ข้อมูลด้านประวัติโรคร่วมและการรักษา และประวัติผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ จะสามมารถวิเคราะห์ได้แม่นยำและถูกต้องมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มเทคโนโลยี และมาตรการชุมชน กองโรคไม่ติดต่อ. จำนวนและอัตราป่วยโรค NCDs2559-2561.xls [Computer file]. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.; 2562.
2. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. สถานการณ์โรคเบาหวาน ปี พ.ศ.2560. Available at: URL: www.thaincd.com. 4 กันยายน 2563.
3. Katsuki A., Yakata Y., Yasuhiro S., et al. Significant Decreased Insulin Secretion in Diabetic Patient with Clinically Probable Multiple Sclerosis. Internal medicine, 37 865-869.
4. นนทยา ทางเรือ, เทศทัศน์ คำบุดดี, อรุณ สารพงษ์. ความสัมพันธ์ระหว่างระดับไกลเคตฮีโมโกลบินและภาวะไมโครอัลบูมินในปัสสาวะระบาดวิทยาของผู้ป่วยเบาหวาน. วารสาร มฉก.วิชาการ 2559;39:31-43.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในการออกกำลังกายต่อภาวะสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอแม่ลาว

พิกุล ทองรักษ์ และสินีนาฎ ตามวงค์
โรงพยาบาลแม่ลาว

บทคัดย่อ

สภาพของโลกยุคปัจจุบัน ประชาชนส่วนใหญ่คร่ำเคร่งกับการดำเนินวิถีชีวิต ส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพต่างๆ เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม รวมถึงการละเลยการออกกำลังกาย จึงทำให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมา กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตทั่วโลก สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการรับประทานอาหารรสหวาน มัน เค็ม ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ และมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ กระทรวงสาธารณสุข ได้เล็งเห็นความสำคัญของการแก้ไขปัญหากลุ่มโรค NCDs และยอมรับว่าปัญหานี้สามารถป้องกันได้โดยการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม มีการกำหนดมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพขึ้น โดยมุ่งการสนับสนุนให้บุคลากรของหน่วยงานได้มีการออกกำลังกาย ซึ่งจะเป็นแบบอย่างที่ดีตลอดจนมีผลกระตุ้นให้ประชาชนเกิดความสนใจและเกิดความตื่นตัวในการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพมากยิ่งขึ้น โรงพยาบาลแม่ลาวเล็งเห็นความสำคัญของการสร้างสุขภาพให้แก่ประชาชนตามนโยบายและแนวทางการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขดังกล่าวข้างต้น จึงสนับสนุนให้บุคลากรทุกระดับของหน่วยงานสาธารณสุขอำเภอแม่ลาวได้มีการออกกำลังกายตามความชอบของตัวเอง และผลการตรวจสุขภาพประจำปีพบว่าบุคลากรสาธารณสุข มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ ที่สามารถป้องกันได้ด้วยการออกกำลังกาย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษาวิจัยประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในการออกกำลังกายต่อภาวะสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอแม่ลาว

โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพ ได้แก่ค่า BMI,Cholesterol, LDL, HDL, Triglyceride, FBS หลังจากออกกำลังกายต่อเนื่อง 1 ปี เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ One-group intervention study เปรียบเทียบข้อมูลก่อน-หลัง การทดลอง ศึกษาในกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอแม่ลาวจำนวน 95 ราย มีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ที่เข้าร่วมโครงการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง 1 ปี ใช้เครื่องมือ 1) รูปแบบการสร้างแรงจูงใจในการออกกำลังกาย 2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 3) แบบรายงานผลการตรวจสุขภาพประจำปี ผู้วิจัยได้ออกแบบโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการออกกำลังกาย รับสมัครผู้เข้าร่วมโครงการ ประชุมชี้แจงอบรมความรู้และการสร้างแรงจูงใจในการออกกำลังกาย มีการนัดหมายส่งการบ้านการออกกำลังกายที่ทำอย่างต่อเนื่อง 30 นาทีขึ้นไป ในอัลบัมกลุ่มไลน์ที่ตั้งขึ้น ตรวจสุขภาพประจำปีกลุ่มออกกำลังกายหลังจากมีการออกกำลังกายต่อเนื่อง 1 ปี ทำการศึกษาตั้งแต่เดือนตุลาคม 2561-กันยายน 2562

ผลการศึกษาพบว่า หลังจากให้โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในการออกกำลังกายต่อภาวะสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอแม่ลาว ที่มีอายุ มากว่า 35 ปี จะช่วยควบคุมระดับน้ำหนักตัวให้อยู่ในระดับปกติ จากค่า BMI มีระดับปกติเพิ่มขึ้น คิดเป็น 3.10% และจากค่า Cholesterol ลดลง 25.20%, Triglyceride ลดลง 11.50%, HDL ลดลง 4.20%, LDL ลดลง 20%, FBS ลดลง 1% จะเห็นได้ว่าผลการตรวจสุขภาพของค่า Cholesterol, Triglyceride, LDL มีค่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่า p=0.000) ซึ่งค่าที่ลดลงแสดงให้เห็นค่าภาวะสุขภาพที่ปกติมากขึ้น คาดว่าจะส่งผลดีต่อสุขภาพในระยะยาว การสร้างแรงจูงใจในการออกกำลังกายเป็นกระบวนการที่เน้นการให้แรงเสริมที่มีประสิทธิภาพ ควรมีการเสริมสร้างอย่างต่อเนื่องและติดตามระยะยาวเพื่อให้เจ้าหน้าที่มีการดูแลสุขภาพอย่างยั่งยืน

หลักการและเหตุผล

สภาพของโลกยุคปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และเทคโนโลยี ผลของการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจและการเปลี่ยนแปลงทางสังคมของประเทศไทย ทำให้ประชาชนส่วนใหญ่ครำ่เคร่งกับการดำเนินวิถีชีวิต ส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพต่างๆ เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม รวมถึงการละเลยการออกกำลังกายขาดการเคลื่อนไหวในชีวิตประจำวัน จึงทำให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมา กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตไม่น้อยกว่า 36 ล้านคนทั่วโลกในแต่ละปี และคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 63 ของสาเหตุการตายทั้งหมด น.พ. ปิยะสกล สกลสัตยาธรกล่าวว่าในประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตประมาณ 320,000 คน/ปี เฉลี่ยชั่วโมงละ 32 คน สาเหตุการเสียชีวิต 5 อันดับแรกได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง รองลงมาคือโรคหัวใจขาดเลือด โรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงตามลำดับ สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการรับประทานอาหารรสหวาน มัน เค็ม ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ และมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ

กระทรวงสาธารณสุข ได้เล็งเห็นความสำคัญของการแก้ไขปัญหากลุ่มโรค NCDs และยอมรับว่าปัญหานี้สามารถป้องกันได้โดยการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เป็นกลไกสำคัญประการหนึ่งที่ใช้พัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน ตลอดจนสามารถลดอัตราตาย จึงได้วางแนวทางการปฏิบัติงานเมืองไทยสุขภาพดี มุ่งเน้นพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ **5** อ. ตามวิถีชีวิตแบบไทยๆ ซึ่งประกอบด้วย ออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์ อนามัยชุมชน และอโรคยา รวมถึงการกำหนดมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพขึ้น โดยมุ่งการสนับสนุนให้บุคลากรของหน่วยงานได้มีการออกกำลังกาย ซึ่งจะเป็นแบบอย่างที่ดีตลอดจนมีผลกระตุ้นให้ประชาชนเกิดความสนใจและเกิดความตื่นตัวในการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพมากยิ่งขึ้น

โรงพยาบาลแม่ลาวเล็งเห็นความสำคัญของการสร้างสุขภาพให้แก่ประชาชนตามนโยบายและแนวทางการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขดังกล่าวข้างต้น จึงสนับสนุนให้บุคลากรทุกระดับของหน่วยงานสาธารณสุขอำเภอแม่ลาวได้มีการออกกำลังกายตามความชอบของตัวเอง เพื่อสุขภาพที่ดีและเป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่ประชาชน จากข้อมูลโรงพยาบาลแม่ลาวในปีที่ผ่านมาพบว่ายังมีบุคลากรส่วนหนึ่งออกกำลังกายไม่ผ่านตามเกณฑ์ที่โรงพยาบาลกำหนด ประกอบกับผลการตรวจสุขภาพประจำปีและการทดสอบสมรรถภาพของบุคลากร ในอำเภอแม่ลาวที่มีอายุมากกว่า 35 ปี มีจำนวน 140 คน พบว่า มีผลการตรวจที่ผิดปกติดังนี้คือพบกลุ่มเสี่ยงโรค NCDs จำนวน 97 ราย คิดเป็น 56.07% กลุ่มป่วย 22 คนคิดเป็น 12.72% กลุ่มปกติ 54 รายคิดเป็น 31.21% สำหรับกลุ่มเสี่ยงพบค่า BMI เกินค่าปกติ 38.05.% เสี่ยงไขมันในเลือดเกินค่าปกติ 37.61% เสี่ยงเบาหวาน 9.75% เสี่ยงโรคไต 6.63% เสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง 3.98% และเสี่ยงโรคอื่น 4.00% (ผลการดำเนินงานโรงพยาบาลแม่ลาว พ.ศ. 2561) จึงกล่าวได้ว่าบุคลากรสาธารณสุข มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ ที่สามารถป้องกันได้ด้วยการออกกำลังกาย และหากบุคลากรเหล่านี้มีพฤติกรรมการออกกำลังกายนอกจากจะเพิ่มคุณภาพชีวิตของบุคลากรแล้ว ยังสามารถเป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่บุคคลในครอบครัวและประชาชนทั่วไปอีกด้วย

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษาวิจัยประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในการออกกำลังกายต่อภาวะสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอแม่ลาว เพื่อจะได้มีแนวปฏิบัติในการสร้างแรงจูงใจ

ในการออกกำลังกายและเพื่อเป็นการส่งเสริมพฤติกรรมการออกำลังกายให้กับบุคลากร ทั้งนี้เพื่อให้บุคลากรมีสุขภาพดี สนองต่อนโยบายเมืองไทยสุขภาพดี มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

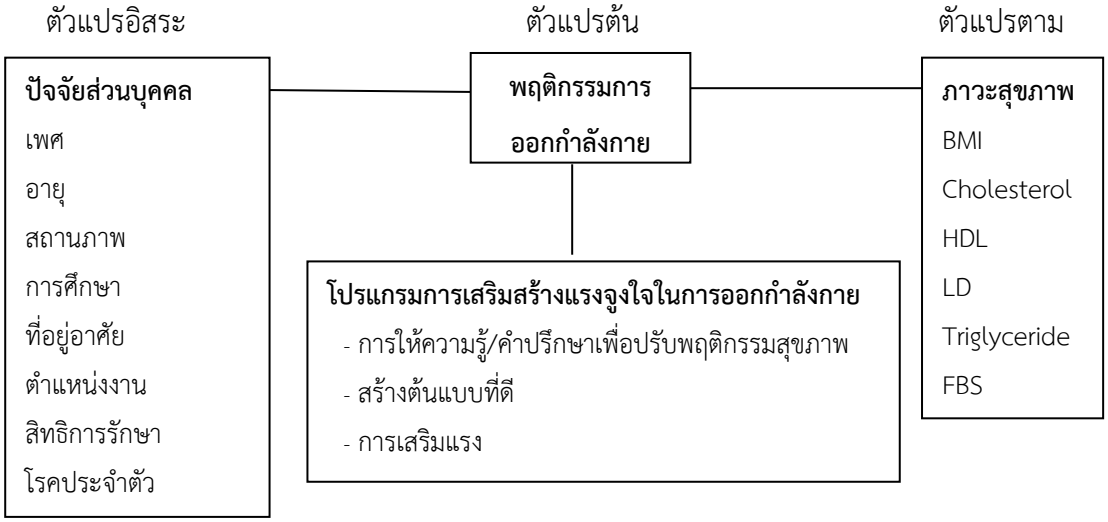
วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ค่า BMI, Cholesterol, LDL, HDL, Triglyceride, FBS หลังจากออกกำลังกายต่อเนื่อง 1 ปี

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ One-group intervention study เปรียบเทียบข้อมูลก่อน-หลัง การทดลอง ศึกษาในกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอแม่ลาวจำนวน 95 ราย มีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ที่เข้าร่วมโครงการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง 1 ปี ไม่มีข้อจำกันในการออกำลังกายทั้งเพศชายเพศหญิง และยินยอมเข้าร่วมกิจกรรมด้วยความสมัครใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการสร้างแรงจูงใจในการออกกำลังกายของอำเภอแม่ลาว 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 2.1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ การเจ็บป่วยปัจจุบันด้วยโรคทางกาย 2.2) แบบรายงานผลการตรวจสุขภาพประจำปี ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender,Murdeuqhand and Parsons.2006) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการกำหนดตัวแปรที่ศึกษาการเปรียบเทียบภาวะสุขภาพก่อน-หลัง การจัดรูปแบบการสร้างแรงจูงใจในการออกกำลังกายของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอแม่ลาว



แผนภาพที่1 กรอบแนวคิดของการวิจัย

การศึกษาเป็นการเปรียบเทียบข้อมูลก่อน-หลัง จากการออกกำลังกายติดต่อกัน 12 เดือน ก่อนวิจัยมีการเก็บข้อมูลจากการตรวจสุขภาพประจำปีเจ้าหน้าที่เดือนกรกฎาคม พ.ศ.2561 และผู้วิจัยได้ออกแบบโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการออกกำลังกาย โดยใช้โอกาสการตื่นตัวตามกระแสออกกำลังกายทั่วประเทศ มีการเขียนโครงการ จัดตั้งกลุ่ม มีชื่อกลุ่ม WALK RUN RIDE ประชาสัมพันธ์เชิญชวนสมาชิกเข้ากลุ่ม อบรมการให้ความรู้ สอนสาธิต ประโยชน์ และสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเสริมแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง โดยการสะสมแต้มการออกกำลังกาย ส่งการบ้านการออกกำลังกายที่ทำอย่างต่อเนื่อง 30 นาทีขึ้นไป ในอัลบัมกลุ่มไลน์ที่ตั้งขึ้น และมีแรงเสริมเป็นของรางวัลอย่างต่อเนื่อง 3 ครั้ง และการสร้างไอดอลรวมถึงให้รางวัลกับไอดอล เพื่อเป็นแรงกระตุ้นผลักดันให้เกิดสิ่งจูงใจให้เจ้าหน้าที่มีพฤติกรรมการออกกำลังกายต่อเนื่อง มีการตรวจสุขภาพประจำปีกลุ่มออกกำลังกายหลังจากมีการออกกำลังกายต่อเนื่อง 1 ปี ทำการศึกษาตั้งแต่เดือนตุลาคม 2561-กันยายน 2562

วิเคราะห์ข้อมูลโดยการเปรียบเทียบค่าของผลการตรวจสุขภาพประจำปี 1) ข้อมูลส่วนบุคคลใช้การแจกแจงความถี่ คะแนนเฉลี่ย ค่าร้อยละ 2) เปรียบเทียบผลการตรวจสุขภาพประจำปี นำเสนอด้วยแผนภูมิรูปภาพ

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ลักษณะ	จำนวน N=140	ร้อยละ
เพศ ชาย	48	34.30
หญิง	92	65.70
อายุ 31-40	17	12.10
41-50	73	52.10
51-60	50	35.70
สถานภาพ		
โสด	6	4.30
สมรส	111	79.30
หย่า/แยกกันอยู่	19	13.60
หม้าย	4	2.90
การศึกษา		
ประถมศึกษา	13	9.30
มัธยมศึกษา	30	21.40
ปวช./ปวส.	3	2.10
ปริญญาตรี	87	62.10
สูงกว่าปริญญาตรี	7	5.00

ลักษณะ	จำนวน N=140	ร้อยละ
ตำแหน่งงาน		
ลูกจ้างประจำ	5	3.60
พกส.	54	38.60
ข้าราชการ	81	57.90
โรคประจำตัว เบาหวาน	0	0
ความดันโลหิตสูง	10	7.10
เบาหวานและความดันโลหิตสูง	4	2.90
คอพอก	3	2.10
เก๊าท์	2	1.40
โรคอื่นๆ	22	15.70
ไม่มีโรคประจำตัว	99	70.10
ชนิดของการออกกกำลังกาย		
วิ่ง	12	8.60
เดิน	60	42.90
ปั่นจักรยาน	7	5.00
โยคะ	3	2.10
เล่นฟุตบอล	2	1.40
เต้นแอโรบิค	11	7.90
ไม่ได้ออกกำลังกาย	45	32.10
จำนวนวันของการออกกำลังกาย		
3วัน/อาทิตย์	43	30.70
4วัน/อาทิตย์	38	27.10
5วัน/อาทิตย์	13	9.30
6วัน/อาทิตย์	1	7.00
0วัน/อาทิตย์	45	32.10

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบผลการตรวจสุขภาพประจำปีของเจ้าหน้าที่ที่ออกกำลังกาย N=95

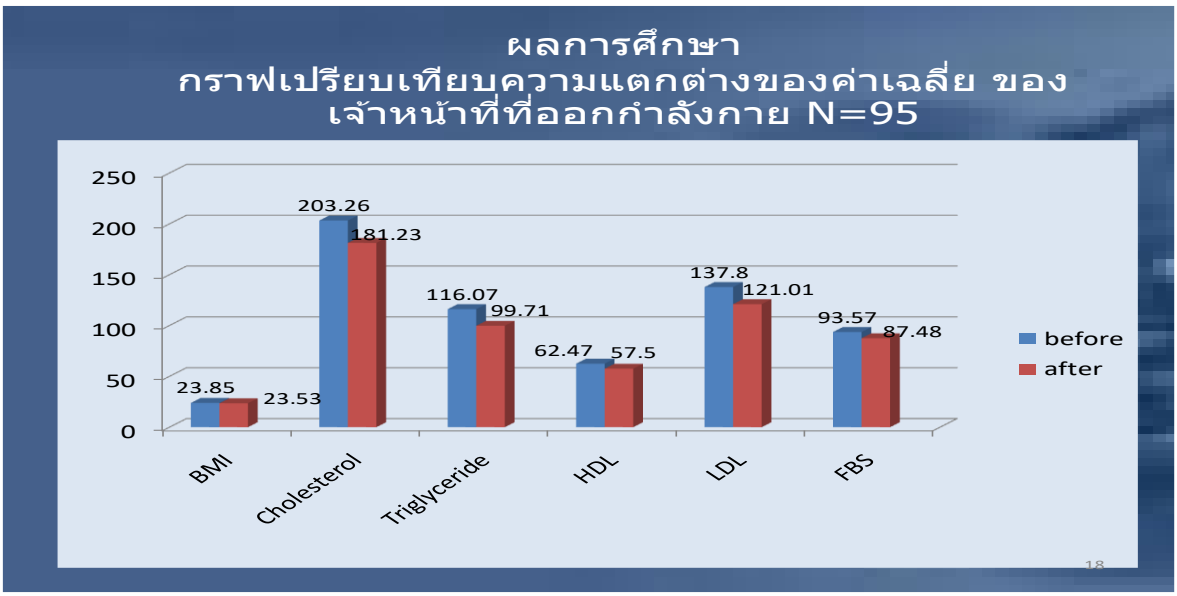
รายการตรวจ	ปี 2561 จำนวน/ร้อยละ	ปี 2562 จำนวน/ร้อยละ	ร้อยละความแตกต่าง
ค่า MBI			
18.51-22.99 ปกติ	39 (41.10)	42 (44.20)	3.10
Cholesterol			
≤200	43 (45.30)	67 (70.50)	
>200	52 (54.70)	28 (29.50)	25.20
Triglyceride			
≤170	81 (85.30)	92 (96..80)	
>170	14 (14.70)	3 (3.20)	11.50
HDL			
≤45	7 (7.40)	11 (11.60)	
>45	88 (92.60)	84 (88.40)	-4.20
LDL			
≤130	40 (42.10)	59 (62.10)	
>130	55 (57.90)	36 (37.90)	20
FBS			
≤126	91 (95.80)	92 (96.80)	
>126	4 (4.20)	3 (3.20)	1

และผลการศึกษา หลังจากให้โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในการออกกำลังกายต่อภาวะสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอแม่ลาว ที่มีอายุ มากว่า 35 ปี และได้มีการอออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 1 ปี พบว่าเข้าร่วมโครงการคิดเป็นร้อย 67.85 และผลการตรวจสุขภาพประจำปี พบว่าช่วยควบคุมระดับน้ำหนักตัวให้อยู่ในระดับปกติ จากค่า BMI ระดับปกติเพิ่มขึ้น คิดเป็น 3.10%, Cholesterol ลดลง 25.20%, Triglyceride ลดลง 11.50%, HDL ลดลง 4.20%, LDL ลดลง 20%, FBS ลดลง 1%, (ตารางที่ 2) จะเห็นได้ว่าผลการตรวจสุขภาพของค่า Cholesterol, Triglyceride, LDL มีค่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(ค่า p=0.000)(ตารางที่ 3) ซึ่งค่าที่ลดลงแสดงให้เห็นค่าภาวะสุขภาพที่ปกติมากขึ้น คาดว่าจะส่งผลดีต่อสุขภาพในระยะยาว

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ของเจ้าหน้าที่ที่ออกกำลังกาย N=95

รายการตรวจ	Mean		t	df	p-value
	before	after			
BMI	23.85	23.53	0.217	94	0.829
Cholesterol	203.26	181.23	5.347	94	0.000*
Triglyceride	116.07	99.71	3.195	94	0.002*
HDL	62.47	57.50	1.269	94	0.208
LDL	137.80	121.01	-4.848	94	0.000*
FBS	93.57	87.48	0.445	94	0.657

กราฟที่ 1 กราฟเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ของเจ้าหน้าที่ที่ออกกำลังกาย N=95



อภิปราย สรุป และข้อเสนอแนะ

ภายหลังการวิจัย พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหลังจากได้รับโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการออกกำลังกาย มีภาวะสุขภาพจากผลการตรวจเลือดประจำปีดีกว่าก่อนการให้โปรแกรม สามารถอธิบายได้ว่า การประชาสัมพันธ์จากกระแสความตื่นตัวของสังคมเป็นการการกระตุ้นการออกกำลังกายที่ดี มีการจัดตั้งกลุ่ม WALK RUN RIDE การประชาสัมพันธ์ในโรงพยาบาล การให้ความรู้สอนสาธิตการออกกำลังกายอย่างถูกวิธี และการสร้างแรงจูงใจในการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องจากการจาการส่งการบ้านในกลุ่มไลน์ มีการเสริมแรงโดยการให้รางวัลทุก 4 เดือน จำนวน 3 ครั้ง หลังจากสมาชิกออกกำลังกายสะสมครบ 17, 30, 50, 100 รวมถึง

การสร้างตัวแบบที่ดีจากสมาชิกเป็นการให้สมาชิกกลุ่มกระตุ้นกันเอง และให้รางวัลสำหรับสมาชิกที่ได้รับการคัดเลือกเป็นไอดอล ตลอดการร่วมกิจกรรมมีการให้คำปรึกษาเพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพและให้ความรู้อย่างต่อเนื่องในกลุ่มไลน์ กิจกรรมต่างๆเหล่านี้ส่งผลให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ติดต่อกัน 12 เดือน สามารถทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีผลการตรวจสุขภาพประจำปีดีขึ้น เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีของค่า BMI, Cholesterol, Triglyceride, LDL, FBS และค่า Cholesterol, Triglyceride, LDL มีค่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่า p=0.000) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุมาพร ทองมี (2545) ที่ศึกษาเรื่อง แรงจูงใจต่อการออกกำลังกายของพนักงานกาดสวนแก้ว จำกัด ผลการศึกษาพบว่าแรงจูงใจที่ทำให้พนักงานออกกำลังกายระดับมากคือ ความต้องการมีร่างกายแข็งแรง ทำให้บุคลิกภาพดี มีร่างกายสมสัดส่วน มีอายุยาว อีกประการหนึ่งคือสาเหตุทางสิ่งแวดล้อม สถานภาพทางสังคม เอื้ออำนวย ความสะดวกในการออกกำลังกาย อยู่ในสังคมที่รักการออกกำลังกาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ยุทธนา ขันติยะ (2545) เหตุผลที่สมาชิกใช้สิ่งตอบแทนที่เป็นรางวัล ดัง (Atlainson,1964 อ้างในสถิต วงศ์สวรรค์, 2549) กล่าวถึงสิ่งเร้าที่จะนำไปสู่ความสำเร็จในประเด็นเครื่องล่อใจ คือ สิ่งที่จะตอบแทนให้เป็นรางวัล ซึ่งเป็นผลบันดาลมาจากความสำเร็จ ยิ่งเครื่องล่อใจมีคุณค่า ก็ยิ่งเป็นพลังใจให้มีความมุ่งมั่นปฏิบัติตามหรือทำกิจกรรมให้สำเร็จลุล่วงไปโดยเร็ว รวมถึง สุปราณี ขวัญบุญจันทร์ (2547) กล่าวว่าแรงจูงใจของคนที่ยังคงออกกำลังกายว่ามีสาเหตุทางจิตวิทยาเกิดแรงจูงใจในตัวเอง เป็นคนสนุกสนาน ชอบกิจกรรมที่มีการแข่งขันกับคนอื่น เมื่อเป็นที่ยอมรับจะภูมิใจในตนเอง และเมื่อร่างกายเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น อารมณ์แจ่มใส สุขภาพทั่วไปก็จะดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

การติดตามการบันทึกพฤติกรรมการออกกำลังกายในอัลบัมกลุ่มไลน์ ผู้ที่ออกกำลังกายอย่างเหมาะสมสามารถใช้เป็นตัวแบบได้ และนำตัวแบบมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ทำให้ประสบผลสำเร็จออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นการกระตุ้นให้สมาชิกในกลุ่มให้เกิดความมั่นใจที่จะทำได้เหมือนตัวแบบ และยังมีผลทำให้เกิดตัวแบบเป็นจำนวนเพิ่มมากขึ้น

การให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกาย ประโยชน์ ข้อจำกัด ฯลฯ รวมถึงการแจ้งข่าวกิจกรรมงานวิ่งในที่ต่างๆ การชวนกันไปวิ่ง หรือออกกำลังชนิดอื่น ๆ ให้สมาชิกทราบ เป็นการช่วยกระตุ้นให้สมาชิกมีการออกกำลังกายกันอย่างต่อเนื่องและสนุกสนาน

โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการออกกำลังกาย เป็นกระบวนที่เน้นการให้แรงเสริมที่มีประสิทธิภาพ ควรมีการเสริมสร้างอย่างต่อเนื่องและติดตามระยะยาวเพื่อให้เจ้าหน้าที่มีการดูแลสุขภาพอย่างยั่งยืน

เป็นการวิจัยแบบสมัครใจ ทำให้ผู้เข้าร่วมไม่ครบ 100 % และความไม่สม่ำเสมอในการออกกำลังกาย ทำให้มีผู้เข้าร่วมออกจากโครงการและข้อมูลที่จะมาวิเคราะห์ไม่สมบูรณ์

กิตติกรรมประกาศ:

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่ลาว แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการ และอาจารย์ ดร.อมรรัตน์ อนุวัฒน์นนทเขตต์ อาจารย์ที่ปรึกษา

เอกสารอ้างอิง

งานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลแม่ลาว.2462. สรุปรายงานการตรวจสุขภาพประจำปี พ.ศ. 2561-2562. เชียงราย: โรงพยาบาลแม่ลาว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย. กระทรวงสาธารณสุข.

จรรยาลักษณ์ สุขแจ่ม. (2541). การสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการออกกำลังกายในพยาบาลวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ (สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล)

ชูศักดิ์ เจนประโคน. (2543). เทคนิคการสร้างแรงจูงใจ (พิมพ์ครั้งที่2).กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

ปณิธาน ประดับพงษา. (2553). ออกกำลังกาย...เริ่มต้นอย่างไรให้ถูกวิธี.(ออนไลน์). แหล่งที่มา : http://www.yaandyou.net/index.php/2010-09-02-08-49-20/item/484-2010-10-05-03-50-34.html. 3 กุมภาพันธ์ 2557

ยุทธนา อุดมพร. (2554). วิ่งเพื่อสุขภาพ.(ออนไลน์). แหล่งที่มา : http://www.si.mahidol.ac.th/Th/department/anesthesiology/dept_article_detail.asp?a_id=731. 4 กุมภาพันธ์ 2557

วิไล คุปต์นิรัติศัยกุล. (2554). เดิน....ลดโรค.(ออนไลน์). แหล่งที่มา : http://www.si.mahidol.ac.th/th/department/rehabilitation/dept_article_detail.asp?a_id=730 . 2 กุมภาพันธ์ 2557

สมาพร ทองมี. (2545). แรงจูงใจต่อการออกกำลังกายของพนักงานบริษัทกาดสวนแก้ว จำกัด.วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลับเชียงใหม่.

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อโควิด19 โรงพยาบาลแม่จัน

เพ็ญศรี วงษ์พุฒ
โรงพยาบาลแม่จัน

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด19 ตามแนวคิดระบบบริการปฐมภูมิ และศึกษาผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบเป็นศูนย์กลาง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วย โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019และครอบครัวที่อาศัยอยู่ในชุมชนหมู่ 12 ตำบลป่าตึง จำนวน 2 ครอบครัว เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019ที่บ้าน ตามแนวคิดระบบบริการปฐมภูมิ ครอบครัว และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบสังเกต

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่บ้าน ตามแนวคิดระบบบริการปฐมภูมิ ดังนี้ 1. การสร้างสัมพันธภาพที่ดี ดูแลผู้ป่วยแต่แรก (First contact) 2.ช่วยให้ผู้ป่วย และครอบครัวเข้าถึงระบบบริการ มีเบอร์โทรศัพท์ในกรณีฉุกเฉินหรือกรณีต้องการความช่วยเหลือ (Catchment population) 3. การดูแลต่อเนื่อง (Continuous care) มีการส่งต่อการดูแลจากทีมสุขภาพระดับสูงสุดถึงระดับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 4. การบริการด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ (Co ordinating Care) มีการประสานดูแลกับสหสาขาวิชาชีพตามความจำเป็น 5. การดูแลอย่างเป็นองค์รวม (Comprehensive Care) แผนการปฏิบัติการพยาบาล ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณ ครอบคลุมทั้ง4มิติ การสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสมรรถภาพและมีระบบปรึกษาส่งต่อ 6. การมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน (Community Involvement) ประสานผู้นำทุกระดับในชุมชนและท้องถิ่น มีช่องทางบริการที่เข้าถึงสะดวก และส่งต่อข้อมูลทางการแพทย์และบริการร่วมกับครอบครัว เช่น การรับผู้ป่วยกลับจากโรงพยาบาลมาคุมสังเกตที่ชุมชนจนครบ28 วัน โดยท้องถิ่นและชุมชนมีส่วนร่วม การจำกัด บุคคล เข้าออกหมู่บ้าน รวมถึงกำหนดเวลาห้ามผู้ใดออกนอกเคหสถาน

ผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่บ้าน ทำให้เกิดการดูแลผู้ป่วยแบบเป็นศูนย์กลาง ไม่มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่ม ไม่มีการแพร่กระจายเชื้อในชุมชน และเกิดคุณค่าความหมาย ด้านการมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว คุณค่าในความรักความสามัคคีในเครือญาติและชุมชน คุณค่าของการดูแลต่อเนื่อง คุณค่าการออกเยี่ยมบ้านของทีมสุขภาพต่อเติมความสัมพันธ์ ชุมชนเข้าใจและหาหนทางร่วมกัน มีวิถีอยู่บนความเป็นจริง เกิดการแบ่งปัน ลดการรังเกียจตีตรา ระดับความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่บ้านของผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 90

คำสำคัญ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่บ้าน แนวคิดระบบบริการปฐมภูมิ

3. การนำเสนอผลงานด้วยวาจา

ประเภทงานนวัตกรรม

TIA Alert

สว่างจิตต์ จันทร

โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

โรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตัวชั่วคราว (Transient Ischemic Stroke:TIA) เป็นภาวะเร่งด่วนที่เกิดจากสมองขาดเลือดชั่วคราว ทำให้มีอาการเนื่องจากความผิดปกติของสมอง ต้องให้การดูแลรักษาเหมือนกับผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด โดยส่วนมากมีอาการชั่วคราวจะไม่นานเกิน 1 ชั่วโมง และหายไปเองภายใน 24 ชั่วโมง และมีโอกาสเกิดซ้ำได้ภายใน 2 วันมากถึง 5.3% มีโอกาสเกิด progressive stroke ภายในวันเดียวกันได้ประมาณร้อยละ 42 เป็นกลุ่มที่จะเหมาะในการรักษาด้วย IV thrombolytic therapy ได้อย่างรวดเร็วภายใน 4.5 ชั่วโมง

ดังนั้นจึงเป็นภาวะเร่งด่วนที่ต้องให้การดูแลรักษา และพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถให้การประเมินและให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว

วัตถุประสงค์

1. พยาบาลสามารถให้การประเมินอาการผู้ป่วยและให้การรักษาพยาบาลที่ถูกต้องและรวดเร็ว
2. เพื่อพัฒนาระบบการรายงานแพทย์เมื่อเกิด Progressive stroke
3. เพื่อทบทวนการ Activated Stroke Fast track in Hospital

วิธีการศึกษา

1. การทำ MM Conference ร่วมกับทีมแพทย์ พยาบาล
2. สร้างระบบการรายงานแพทย์

Case TIA ที่เป็น Stroke ใน Ward ให้พยาบาลรายงาน Intern หลังจากนั้นให้ Intern รายงาน พพล. และเมื่อประเมินอาการคนไข้เสร็จแล้ว ให้รายงาน Neurologis ทุกครั้ง ทั้งก่อนและหลัง CT Brain (Rapid CT) หากยังไม่มี Action ใน 15 นาที หลัง Notify ให้ คุณพยาบาล รายงาน Neurologis เวร เพื่อมีการรักษาได้เลย

3. มีระบบการทำ CT ที่รวดเร็ว Rapid CT brian เป็นข้อตกลงระหว่างหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับแผนกรังสีแพทย์ ที่สามารถส่งผู้ป่วยทำ CT ได้ภายในเวลาไม่เกิน 20 นาที
4. ทบทวนการ Activate Stroke Fast track in hospital
5. มีป้าย TIA Alert

สรุปผล

1. พยาบาลมีระบบการรายงานแพทย์และสามารถเป็นที่ปรึกษาแก่แพทย์เวรได้
2. มีตัวกระตุ้นเตือน สามารถเฝ้าระวังการเกิด progressive stroke ในคนไข้ที่เป็น TIA
3. ไม่พบอุบัติการณ์การเกิด Progressive stroke ในผู้ป่วย TIA อีก

ภาพกิจกรรม

TIA

อาการเตือน "โรคหลอดเลือดสมอง" (อัมพาต)
"ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด"
อา..
"ชา/ อ่อนแรง ครึ่งซีก"
"เวียนหัว เดินเซฉับพลัน"
"ปวดหัว ตามัวฉับพลัน"
ให้รีบแจ้ง เจ้าหน้าที่โดยด่วน 1669

มองรูปภาพย้ำเตือนก่อนจ่ายยา

DRUG PICTOGRAM

นางสาวเครือมาศ ตุงใย

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเวียงกาหลง

บทนำ

ในปัจจุบัน ผู้ที่เข้ามารับการรักษาในสถานบริการสุขภาพต่างมีความคาดหวังสูงในคุณภาพ มาตรฐาน ความปลอดภัยในการรักษา โดยเฉพาะการใช้ยา เพราะนอกจากยาจะสามารถรักษาให้หายป่วยแล้ว ยาล้วนแล้วแต่มีอันตรายเช่นเดียวกับที่มีคุณประโยชน์ ดังนั้นเมื่อมีการใช้ยา เจ้าหน้าที่ควรปฏิบัติตามข้อปฏิบัติพื้นฐานในการใช้ยาเสมอ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเวียงกาหลง อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย ได้เล็งเห็นความสำคัญของการใช้ยาในผู้รับบริการ โดยเฉพาะกลุ่มสตรีมีครรภ์ หญิงให้นมบุตร และผู้ป่วยไตเรื้อรัง เพราะนอกจากจะต้องคำนึงถึงตัวผู้รับบริการกลุ่มดังกล่าวแล้ว ยังต้องคำนึงถึงผลต่อทารกในครรภ์ และภาวะแทรกซ้อนควบคู่ไปด้วยเสมอ เพื่อเป็นการเฝ้าระวังการใช้ยาในกลุ่มสตรีมีครรภ์ หญิงให้นมบุตร และผู้ป่วยไตเรื้อรัง ทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเวียงกาหลงจึงได้จัดทำนวัตกรรม มองรูปภาพย้ำเตือนก่อนจ่ายยา (Drug Pictogram) เพื่อป้องกันการจ่ายยาที่อาจส่งผลอันตรายต่อสตรีมีครรภ์ หญิงให้นมบุตร และผู้ป่วยไตเรื้อรัง

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

1. จัดทำแนวทางปฏิบัติ การใช้ยาสมเหตุสมผล ที่ได้รับจากฝ่ายเภสัชกรรม โรงพยาบาลเวียงป่าเป้k
2. จัดทำรูปภาพ และคำอธิบายของยาติดไว้ที่ตู้จ่ายยา
3. จัดทำป้ายติดถาดยา

การทดสอบประสิทธิภาพ

พบว่าการใช้รูปภาพย้ำเตือนก่อนจ่ายยา (Drug Pictogram) ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเวียงกาหลง ช่วงระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา สามารถป้องกันการจ่ายยาอันตรายในกลุ่มสตรีมีครรภ์ หญิงให้นมบุตร และผู้ป่วยไตเรื้อรัง ได้มากขึ้น

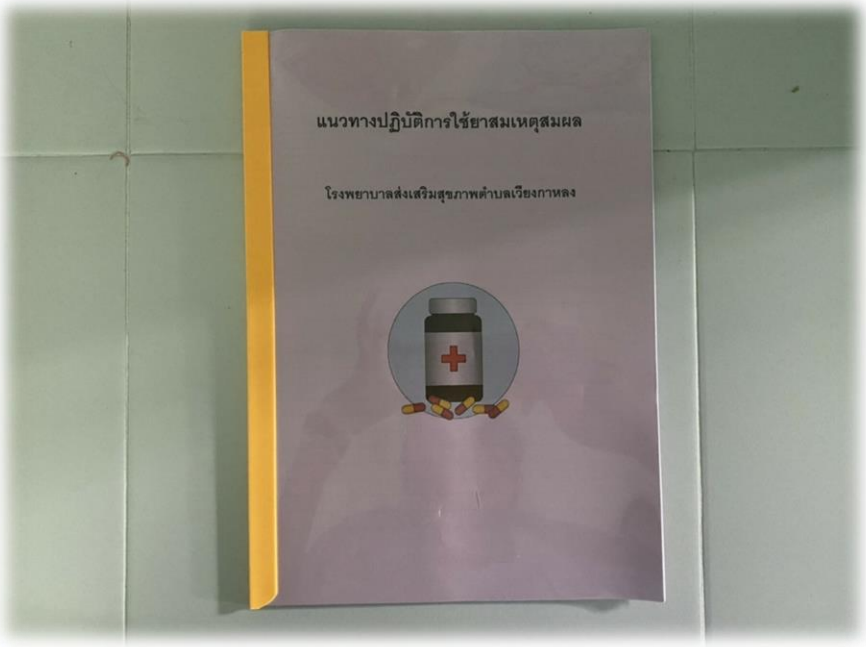
สรุป

ก่อนการจัดทำนวัตกรรมการใช้รูปภาพย้ำเตือนก่อนจ่ายยา (Drug Pictogram) นั้น เจ้าหน้าที่ต้องเปิดอ่านคู่มือ ซึ่งในบางครั้งอาจจะไม่สะดวก และลดความน่าเชื่อถือในการรักษาผู้ป่วย หลังจากได้ใช้นวัตกรรมการใช้รูปภาพย้ำเตือนก่อนจ่ายยา (Drug Pictogram) ก็พบว่ามีความสะดวกมากขึ้น อีกทั้งยังป้องกันการจ่ายยาอันตรายในกลุ่มสตรีมีครรภ์ หญิงให้นมบุตร และผู้ป่วยไตเรื้อรัง

นอกจากนี้ ทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเวียงกาหลงยังได้รับคำแนะนำเพิ่มเติม ให้ประยุกต์ใช้นวัตกรรมกับผู้รับบริการกลุ่มอื่นๆอีกต่อไป

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

1.จัดทำแนวทางปฏิบัติ การใช้ยาสมเหตุสมผล ที่ได้รับจากฝ่ายเภสัชกรรม โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า



2.จัดทำรูปภาพ และคำอธิบายของยาติดไว้ที่ตู้จ่ายยา

3.จัดทำป้ายติดถาดยา

รูปแบบป้ายติดถาดยาแบบเดิม

รูปแบบป้ายติดถาดยาแบบใหม่

Mobile VCT สะดวกทุกที่ ตรวจ เอช ไอ วี สะดวกทุกราย
(Mobile VCT)

ชยุตา สาตราคม
โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง

บทนำ

40 ล้านคนทั่วโลกที่ติดเชื้อเอชไอวี อยู่ในขณะนี้ ยังมีชีวิตอยู่ ประมาณ 17 ล้านคน กำลังรับประทานยาต้านไวรัส เอช ไอ วี และเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีที่ติดเชื้อ HIV มีชีวิตอยู่ประมาณ 1.8 ล้านคน ในจำนวนนี้ มีค่าประมาณ จำนวนผู้ติดเชื้อ HIV ที่ยังมีชีวิตอยู่ในประเทศไทย 480 ,000 คนกำลังรับยาต้านไวรัสอยู่จำนวน 358,606 คนและเสียชีวิตเนื่องจาก HIV จำนวน 18,000 คน ติดเชื้อรายใหม่ปีละประมาณ 6400 คน 60 เปอร์เซ็นต์ของผู้ติดเชื้อรายใหม่เกิดใน10 จังหวัด ประกอบไปด้วย กรุงเทพฯ ปทุมธานี เชียงใหม่ ชลบุรี สมุทรปราการ นครราชสีมา ขอนแก่น นนทบุรีนครสวรรค์และจังหวัดเชียงราย (กรมควบคุมโรค, 2560) จำนวนสถิติ ของ MSM+ TG ของเขต1 พบว่ามีจำนวน 12,307 ราย (กรมการปกครอง, 2562) สำหรับเป้าประสงค์การยุติปัญหาเอดส์ประเทศไทยภายในปี 2573 คือ

1. การลด จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่
2. การลดการเสียชีวิตจากเอดส์
3. การลดการรังเกียจและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวกับเอดส์และเพศสภาวะ

จากมาตรการ RRTTR : การเข้าถึงการป้องกัน (Reach) การเข้าสู่บริการ (Recruit) การตรวจเอชไอวี (Test) การรักษา (Treat) และการคงอยู่ในระบบอย่างเชื่อมต่อกัน (Retain) เนื่องจากกลุ่มประชากรชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย(MSM) เป็นเป้าหมายของโครงการ และเป็นกลุ่มประชากรที่เข้าถึงยาก ซึ่งบทเรียนทั้งในประเทศไทยและนานาชาติพบว่า การเข้าถึงกลุ่มประชากร โดยมีลักษณะ วิธีการทำงานที่ยืดหยุ่น แต่ทั้งนี้ต้องจัดให้บริการเชิงรุกในการเข้าถึงกลุ่มประชากรชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และมีการเชื่อมต่อกับบริการของโรงพยาบาลชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ

คีออส Mobile VCT สะดวกทุกที่ ตรวจ เอช ไอ วี สะดวกทุกราย นี้ สามารถทำให้บรรลุได้ถึง 3 มาตรการกล่าวคือการตั้งคีออสนี้ทำให้บุคคลทั่วไปรวมถึง กลุ่มประชากรหลักที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เอช ไอ วี เข้าถึงบริการ ในด้าน REACH RECRUIT และ TEST

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

สืบเนื่องจากการรับ งบประมาณสนับสนุนบริการป้องกันเอชไอวีประจำปี จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มาเป็นเวลา 3 ปี จึงเล็งเห็นปัญหาที่เกิดขึ้น แยกออกเป็นข้อๆ ได้ดังนี้

- ขาดการประชาสัมพันธ์ อย่างทั่วถึง ไม่ทราบช่องทางการติดต่อกลับหลังจากการออกหน่วยนั้นๆ
- กลุ่มประชากรหลัก ไม่กล้าเข้ามาตรวจ
- ผู้ปฏิบัติขาดการสร้างและนำเสนอภาพลักษณ์ตัวตนของหน่วยงานและโรงพยาบาลให้ชุมชนรับรู้และเกิดการจดจำที่ดี

การดำเนินการภายใต้กรอบการทำงานเอดส์ ในเรื่องการค้นหากลุ่มประชากรหลัก เพื่อนำเข้าสู่การตรวจเลือด มีดังนี้

1. เริ่มจากการค้นหากลุ่มประชากรหลัก ในชุมชน และประสานผู้นำกลุ่ม สำรวจและทำแผนที่รวมตัวของกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ดำเนินการ

2. ออกหน่วยเพื่อคัดกรอง กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย โดยมีการตรวจเลือดหาเชื้อ เอช ไอ วี และ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ

3. ให้ความรู้เรื่องการป้องกันเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การประเมินพฤติกรรมเสี่ยงและ การให้คำปรึกษา ก่อนตรวจหาเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การให้บริการถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่น

4. ให้บริการตรวจเลือดโดยสมัครใจ/ส่งต่อกลุ่มเป้าหมายหลักเข้ารับการตรวจหาการติดเชื้อและตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

5. ติดตามกลุ่มเป้าหมายหลักให้มารับการตรวจซ้ำในกรณีที่ผลตรวจเป็นลบ

การทดสอบประสิทธิภาพ

1. ได้กลุ่มเป้าหมาย ประชากรหลัก MSM ครบตามจำนวนเป้าหมาย
2. สร้างแรงจูงใจให้ผู้ที่พบเห็น คืออส สอบถาม และให้ความสนใจ
3. แจกนามบัตรเพื่อให้ประชากรทั่วไปเข้าไปตรวจหาเชื้อ เอช ไอ วี ในโรงพยาบาล

สรุป

นวัตกรรมนี้ จัดทำขึ้น เพื่อ สนองนโยบาลของกระทรวงสาธารณสุขที่ว่า “Ending AIDS ตรวจเร็ว รักษาเร็ว ยุติเอดส์” ซึ่งสอดคล้องกับการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศไทยปัจจุบันที่ได้ยกระดับก้าวสู่เป้าหมายการยุติปัญหาเอดส์ (Ending AIDS) โดยตั้งเป้าจะไม่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้นอีกภายในปี พ.ศ.2573คือไม่มีเด็กติดเอชไอวีเมื่อแรกเกิด การติดเชื้อรายใหม่น้อยกว่าปีละ 1,000 คน ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อทุกคนเข้าถึงบริการยาต้านเอชไอวีและไม่มีการตีตรา รังเกียจและเลือกปฏิบัติต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อและประชากรหลักที่มีภาวะเปราะบางต่อการติดเชื้อ เป้าหมายดังกล่าวจะเป็นจริงได้นั้น ต้องมีกรทำงานที่บูรณาการด้านป้องกันและรักษาอย่างต่อเนื่องและเชื่อมโยงกันตั้งแต่การป้องกันการติดเชื้อ การออกเชิงรุกเข้าหาประชากรเป้าหมาย การให้คำปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อ การส่งต่อเพื่อเข้าสู่บริการดูแลรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีการติดตามการรักษาและกินยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ในรูปแบบการมีส่วนร่วมทั้งจากผู้ให้บริกรทางการแพทย์และสาธารณสุข ภคประชาสังคม และเครือข่ายผู้ติดเชื้อ

นิยามศัพท์ และคำจำกัดความ

1. ประชากรหลัก หมายถึง “ประชากรที่ควรเร่งรัดให้เข้ารับบริการป้องกัน ดูแลและรักษาเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อลดจำนวน ผู้ติดเชื้อรายใหม่และจานวนผู้ที่เสียชีวิตจากการติดเชื้อฯ เนื่องจากมีอัตราความชุกการติดเชื้อฯ สูง ประกอบด้วย

1. ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (Men who have Sex with Men: MSM)
2. ผู้หญิงข้ามเพศ (Transgender women: TGW)
3. พนักงานบริการทางเพศ (Sex Worker)
4. ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด (People Who Inject Drugs: PWID)
5. คู่ของประชากรหลักและผู้ติดเชื้อฯ
6. ประชากรข้ามชาติ
7. ผู้ต้องขัง”

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค. (2560). *Thailand National Guidelines on HIV/AIDS Treatment and Prevention 2017.* กรุงเทพมหานคร: สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธุ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

รูปภาพนวัตกรรม

ตรวจครบ จบแน่

อภิชาติ เตชะอัตตกุล, จันจิรา เขียวอานา, นางชไมพร สุขกาย และจรัสพงษ์ รักประชา

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของ

บทนำ

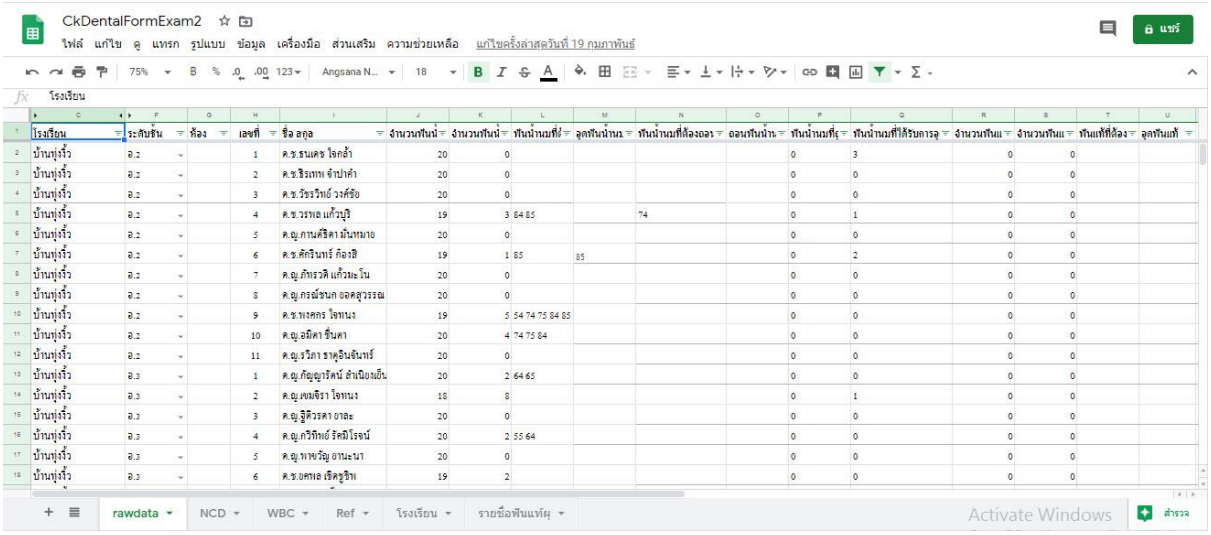
การออกหน่วยตรวจสุขภาพช่องปากในโรงเรียนประถมมีการบันทึกผลการตรวจในฟอร์มกระดาษเพียงอย่างเดียว วิธีสรุปข้อมูลคือคำนวณด้วยเครื่องคิดเลขแล้วจดข้อมูลลงบนฟอร์มกระดาษแต่ละหน้า สำหรับโรงเรียนขนาดใหญ่ซึ่งมีนักเรียนจำนวนมากจะต้องใช้เวลาในการสรุปข้อมูลไม่ต่ำกว่า 4 ชั่วโมง จึงได้พัฒนาแบบฟอร์มโดยสร้างเป็น application เพื่อบันทึกข้อมูลลงบน Google Sheet ที่สามารถใช้ได้กับโทรศัพท์มือถือทั้งระบบ IOS และ Android แล้วสรุปข้อมูลด้วยโปรแกรม QlikView และใช้ VBA script แปลงข้อมูลเป็นตารางสเปรดชีตเพื่อส่งคืนข้อมูลให้กับโรงเรียน/รพ.สต. ซึ่งขั้นตอนทั้งหมดใช้เวลาไม่เกิน 2 นาที

วัตถุประสงค์

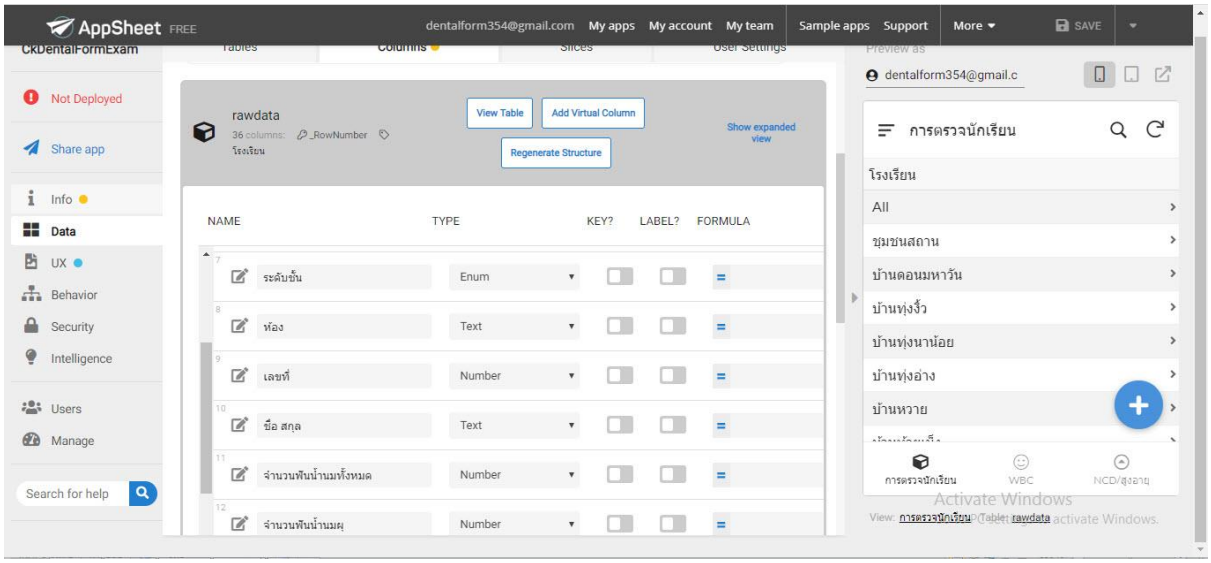
1. สร้าง application แทนฟอร์มกระดาษเพื่อบันทึกข้อมูลในโรงเรียนประถม
2. ลดระยะเวลาในการสรุปผลข้อมูล คืนข้อมูลในรูปแบบของกราฟและตารางสเปรดชีต

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

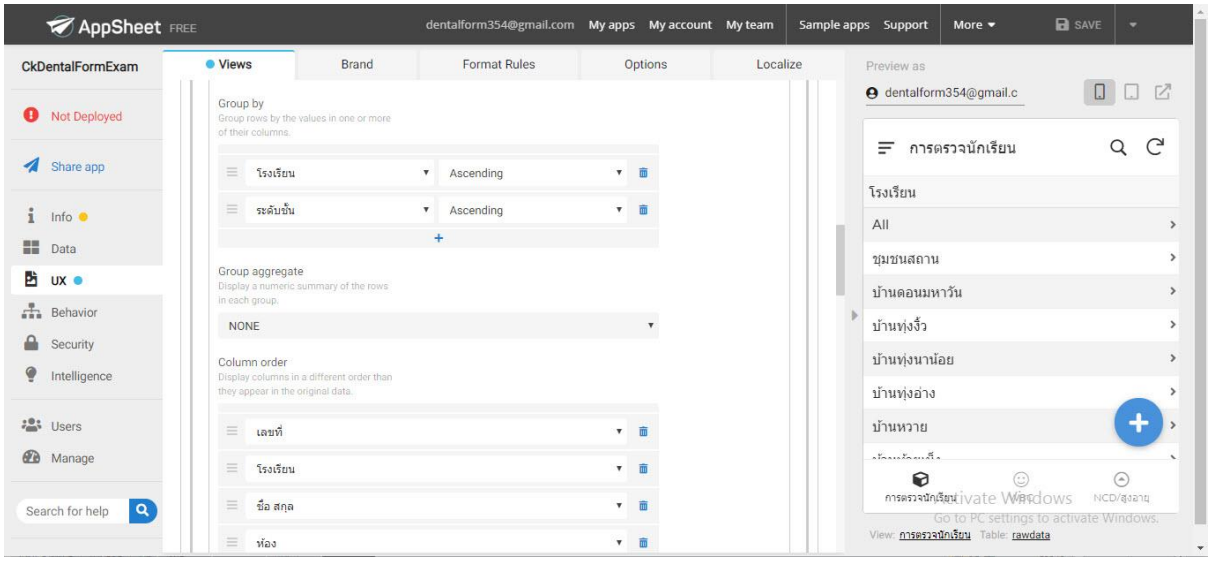
1. ใช้ User Interface ของ AppSheet เพื่อบันทึกข้อมูลบน Google Sheet ซึ่งสามารถใช้ได้กับคอมพิวเตอร์ส่วนบุคคลและโทรศัพท์มือถือทั้งระบบ IOS และ Android
2. ออกแบบตารางใน Google Sheet เพื่อสร้างเป็นฐานข้อมูล



3. เชื่อมต่อตารางเข้าสู่ User Interface ของ AppSheet



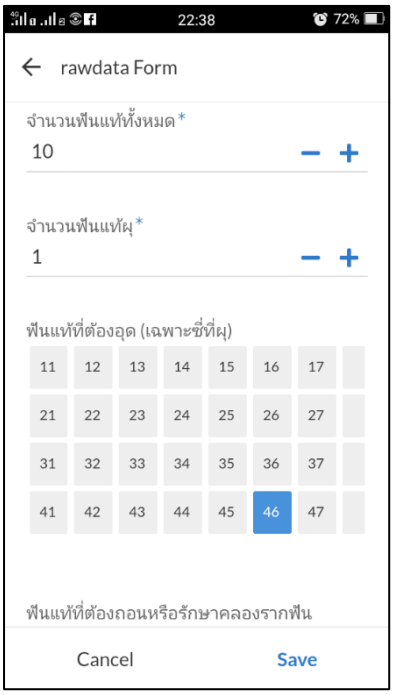
4. ทำการกำหนดคุณสมบัติของคอลัมน์ข้อมูล ออกแบบ User Interface ส่วนที่จะแสดงให้เห็นในโทรศัพท์มือถือ



รูป 4.1 หน้าจอแสดงการออกแบบ application

รูป 4.2 ตัวอย่างหน้าจอการใช้งาน 1

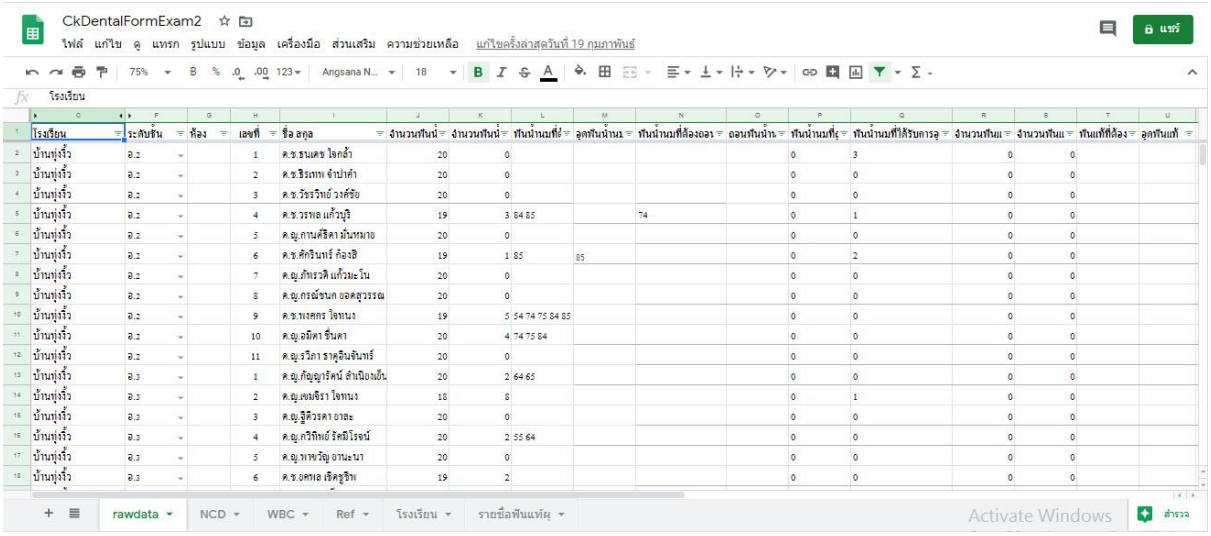
รูป 4.3 ตัวอย่างหน้าจอการใช้งาน 2



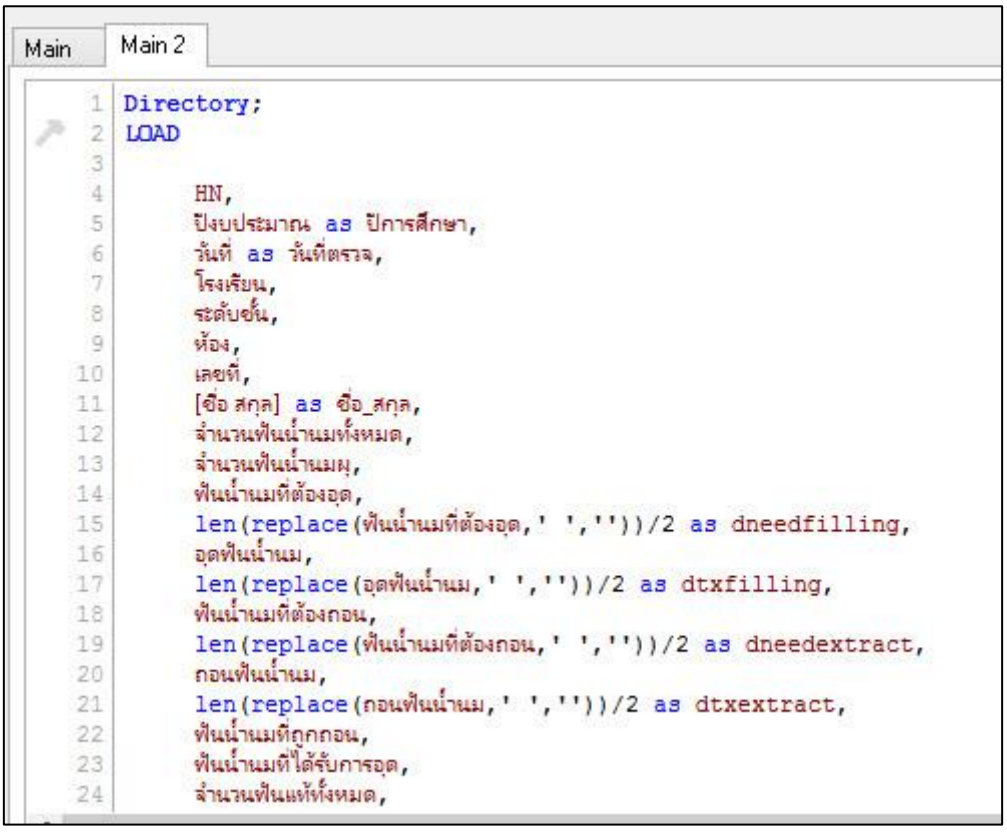
รูป 4.4 ตัวอย่างหน้าจอการใช้งาน 3

รูป 4.5 กำหนดคุณสมบัติเมื่อมีฟันแท้ผุรายชื่อจะแจ้งเตือนเป็นสีแดง

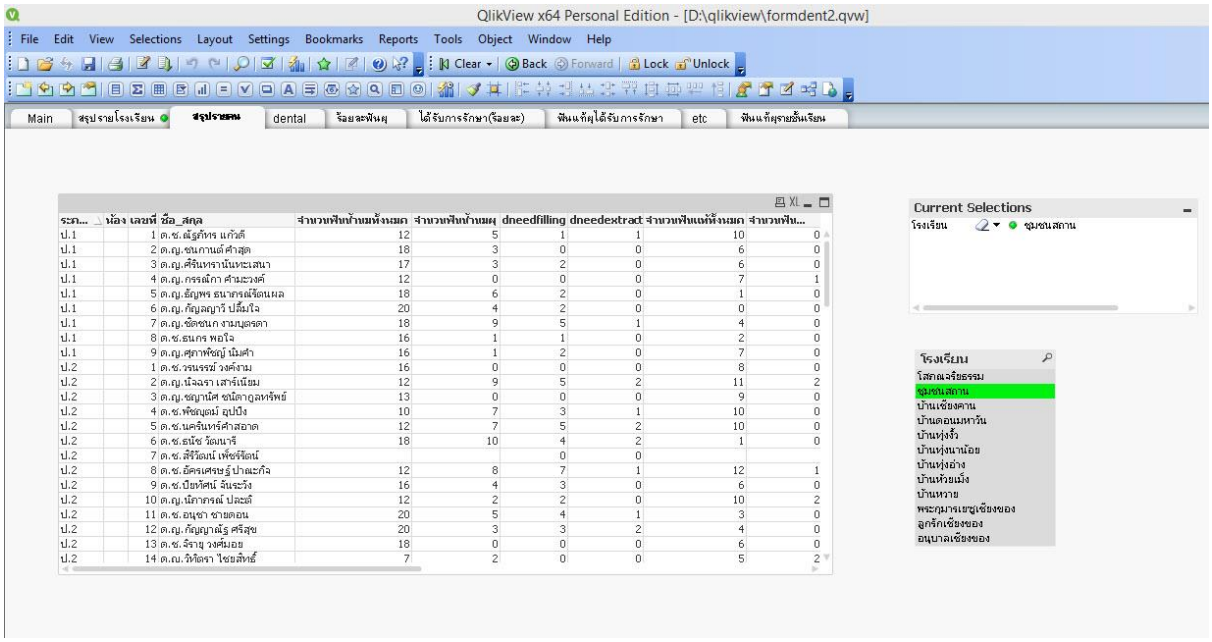
5. คัดลอกรายชื่อนักเรียนลงฐานข้อมูล ทดสอบการบันทึกข้อมูล แนะนำการใช้งานเบื้องต้นแก่ผู้ใช้และเตรียมฟอร์มกระดาษไว้ 1 ชุดเพื่อบันทึกข้อมูลกรณีเกิดปัญหา application ใช้งานไม่ได้



6. นำเข้าข้อมูลเพื่อสรุปผลข้อมูลด้วยโปรแกรม QlikView ส่งออกข้อมูลเป็นตารางสเปรดชีต แก้ไขตารางที่ส่งออกด้วย VBA script แล้วคืนข้อมูลให้กับโรงเรียน/รพ.สต.



รูป 6.1 ตัวอย่าง script นำเข้าข้อมูลของโปรแกรม QlikView



รูป 6.2 ตัวอย่างตารางในโปรแกรม QlikView เพื่อเตรียมส่งออกข้อมูลเป็นตารางสเปรดชีต

```
Rem Attribute VBA_ModuleType=VBAModule
Option VBASupport 1
Sub stutable_eachstudent()

'
' Macro1 แมโคร
'
  Rows("1:1").Select
    Selection.Delete Shift:=xlUp
    Selection.Insert Shift:=xlDown, CopyOrigin:=xlFormatFromLeftOrAbove
    Selection.Insert Shift:=xlDown, CopyOrigin:=xlFormatFromLeftOrAbove
    Selection.Insert Shift:=xlDown, CopyOrigin:=xlFormatFromLeftOrAbove
        Selection.Insert Shift:=xlDown, CopyOrigin:=xlFormatFromLeftOrAbove

'สร้างตารางตารสวรรจรายคน+สวรฟันน้ำนม
  Range("A2").Select
    ActiveCell.FormulaR1C1 = "ระดับชั้น"
    Range("B2").Select
    ActiveCell.FormulaR1C1 = "ห้อง"
    Range("C2").Select
    ActiveCell.FormulaR1C1 = "เลขที่"
    Range("D2").Select
    ActiveCell.FormulaR1C1 = "ชื่อ สกุล"
     Range("E2").Select
    ActiveCell.FormulaR1C1 = "ตารสวรจฟันน้ำนม"
    Range("E3").Select
    ActiveCell.FormulaR1C1 = "ทั้งหมด"
      Range("E4").Select
    ActiveCell.FormulaR1C1 = "ผุ"
     Range("F3").Select
    ActiveCell.FormulaR1C1 = "ถ"
      Range("F4").Select
    ActiveCell.FormulaR1C1 = "ผุ"
```

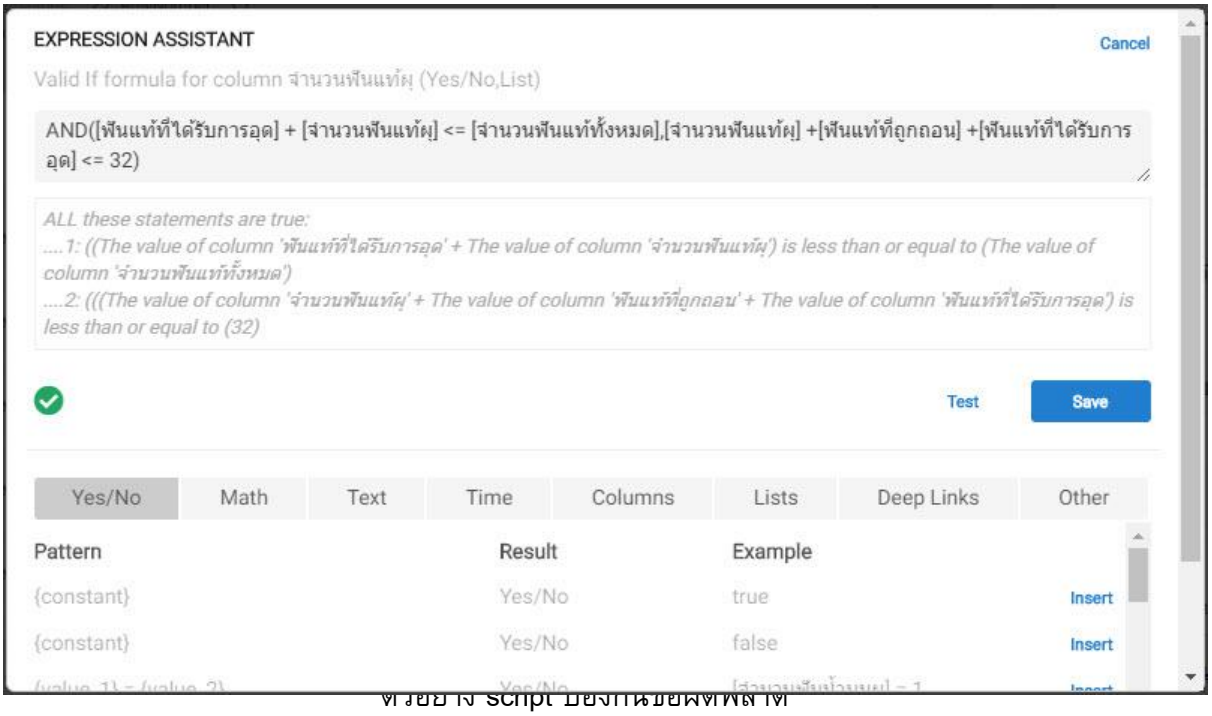
รูป 6.4 ตัวอย่าง VBA script เพื่อสร้างตารางสเปรดชีต

แบบสรุปผลการตรวจฟัน โรงเรียนชุมชนสถาน																		
วันที่ตรวจ																		
ระดับชั้น	ห้อง	จำนวนนักเรียน		การตรวจฟันน้ำนม						การตรวจฟันแท้								ต้องขูดหินปูน (คน)
		ทั้งหมด	ได้ตรวจ	ผุ		ต้องอุด		ต้องถอน		ผุ		ต้องอุด		ต้องถอน		ต้องเคลือบหลุมร่องฟัน		
				คน	ซี่	คน	ซี่	คน	ซี่	คน	ซี่	คน	ซี่	คน	ซี่	คน	ซี่	
ป.1		9	9	8	32	7	15	2	2	0	0	0	0	0	0	5	10	0
ป.2		15	14	11	63	10	37	8	13	4	11	3	9	0	0	0	0	0
ป.3		3	3	1	2	1	2	0	0	2	3	2	3	0	0	0	0	1
ป.4		13	13	8	31	4	7	6	15	5	6	5	6	0	0	0	0	3
ป.5		19	19	7	22	3	6	3	7	10	18	10	18	0	0	0	0	2
ป.6		17	15	0	0	0	0	0	0	4	11	4	12	0	0	0	0	2
อ.2		9	9	6	33	2	4	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
อ.3		19	19	14	86	14	42	4	14	0	0	0	0	0	0	1	2	0

รูป 6.5 ตัวอย่างตารางสเปรดชีตสรุปผลการตรวจ

การทดสอบประสิทธิภาพของนวัตกรรม

1. หลังใช้งานพบข้อผิดพลาดในการบันทึกข้อมูลของผู้ใช้ เช่น มีฟันแท้ผุแต่ไม่ได้บันทึกซี่ฟันที่ต้องได้รับการอุด หลายครั้งพบการบันทึกจำนวนฟันแท้/ฟันน้ำนมไม่ถูกต้อง จึงแก้ไขฐานข้อมูลพร้อมทั้งเขียน script ป้องกันไม่ให้เกิดข้อผิดพลาดซ้ำโดยอ้างอิงจาก template ของ HDC

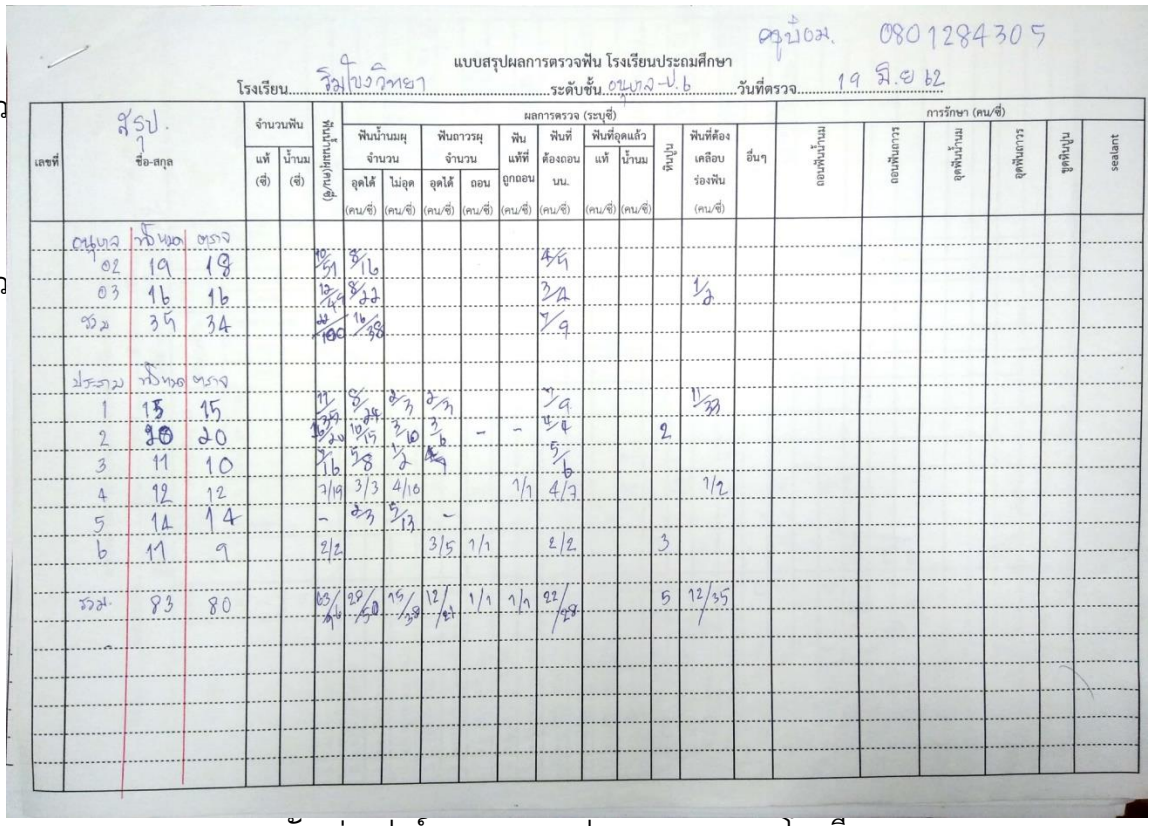


ตัวอย่าง script ป้องกันข้อผิดพลาด

2. สอบถามผู้ใช้งานเปรียบเทียบความสะดวกและระยะเวลาที่ใช้ในการตรวจระหว่าง application กับฟอร์มกระดาษแบบเดิม พบว่าไม่แตกต่างกัน

3. สามารถบันทึกข้อมูลในพื้นที่ที่ไม่มีสัญญาณอินเตอร์เน็ตได้ (off line) ข้อมูลไม่สูญหายจนกว่าการ synchronize กับฐานข้อมูลจะเสร็จสมบูรณ์

4. ตารางสรุปข้อมูลดูง่ายสบายตา การคืนข้อมูลในรูปแบบกราฟมีผลตอบรับที่ดีและได้รับความสนใจจากครูอนามัยโรงเรียน



แบบสรุปผลการตรวจฟัน โรงเรียนประถมศึกษา

โรงเรียน ระดับชั้น วันที่ตรวจ

เลขที่	ชื่อ-สกุล	จำนวนฟัน แท้ (ซี่)	จำนวนฟัน น้ำนม (ซี่)	ผลการตรวจ (ระบุซี่)	การรักษา (คน/ซี่)

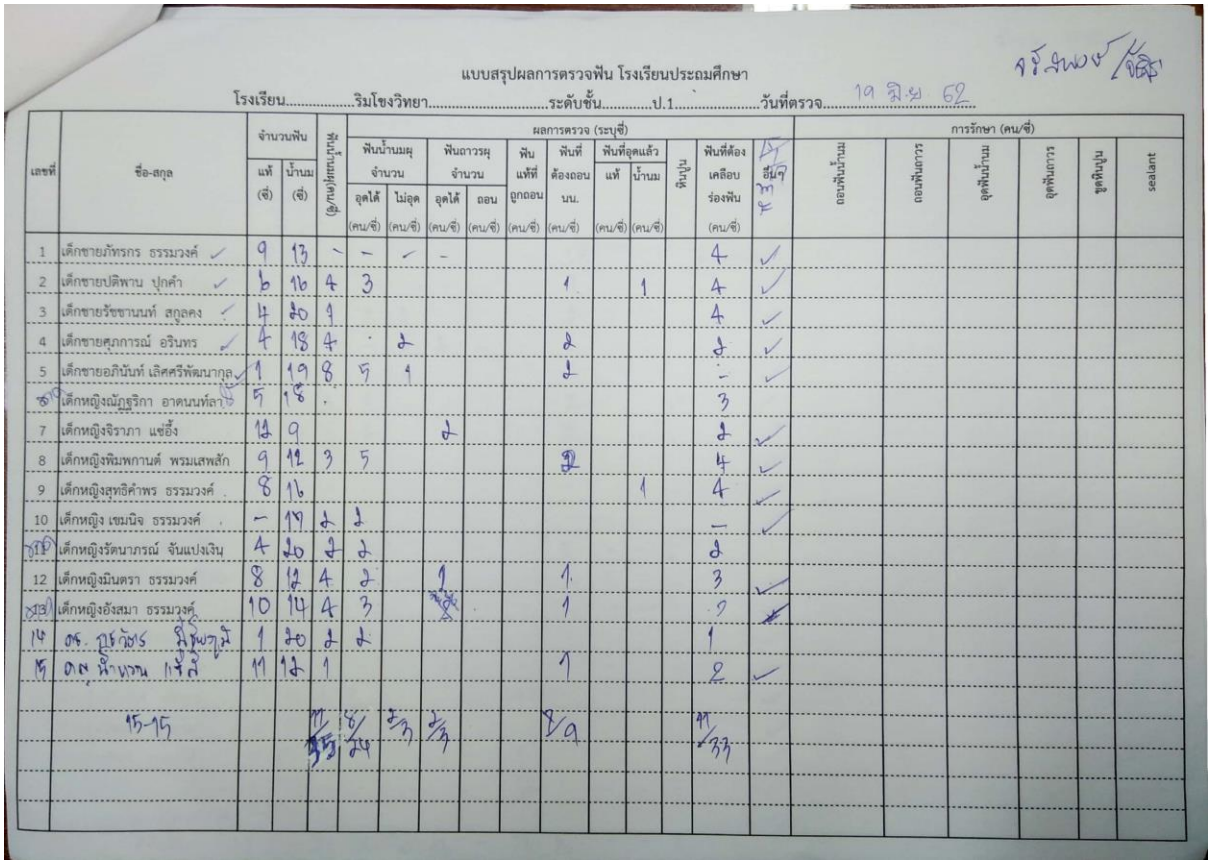
ตัวอย่างฟอร์มกระดาษสรุปผลการตรวจรายโรงเรียน

แบบสรุปผลการตรวจฟัน โรงเรียนชุมชนสถาน

วันที่ตรวจ

ระดับชั้น	ห้อง	จำนวนนักเรียน		การตรวจฟันน้ำนม						การตรวจฟันแท้								ต้องขุดหินปูน (คน)
		ทั้งหมด	ได้ตรวจ	ผ		ต้องอุด		ต้องถอน		ผ		ต้องอุด		ต้องถอน		ต้องเคลือบหลุมร่องฟัน		
				คน	ซี่	คน	ซี่	คน	ซี่	คน	ซี่	คน	ซี่	คน	ซี่	คน	ซี่	
ป.1		9	9	8	32	7	15	2	2	0	0	0	0	0	0	5	10	0
ป.2		15	14	11	63	10	37	8	13	4	11	3	9	0	0	0	0	0
ป.3		3	3	1	2	1	2	0	0	2	3	2	3	0	0	0	0	1
ป.4		13	13	8	31	4	7	6	15	5	6	5	6	0	0	0	0	3
ป.5		19	19	7	22	3	6	3	7	10	18	10	18	0	0	0	0	2
ป.6		17	15	0	0	0	0	0	0	4	11	4	12	0	0	0	0	2
อ.2		9	9	6	33	2	4	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
อ.3		19	19	14	86	14	42	4	14	0	0	0	0	0	0	1	2	0

ตัวอย่างสเปรดชีตสรุปผลการตรวจรายโรงเรียน



แบบสรุปผลการตรวจฟัน โรงเรียนประถมศึกษา

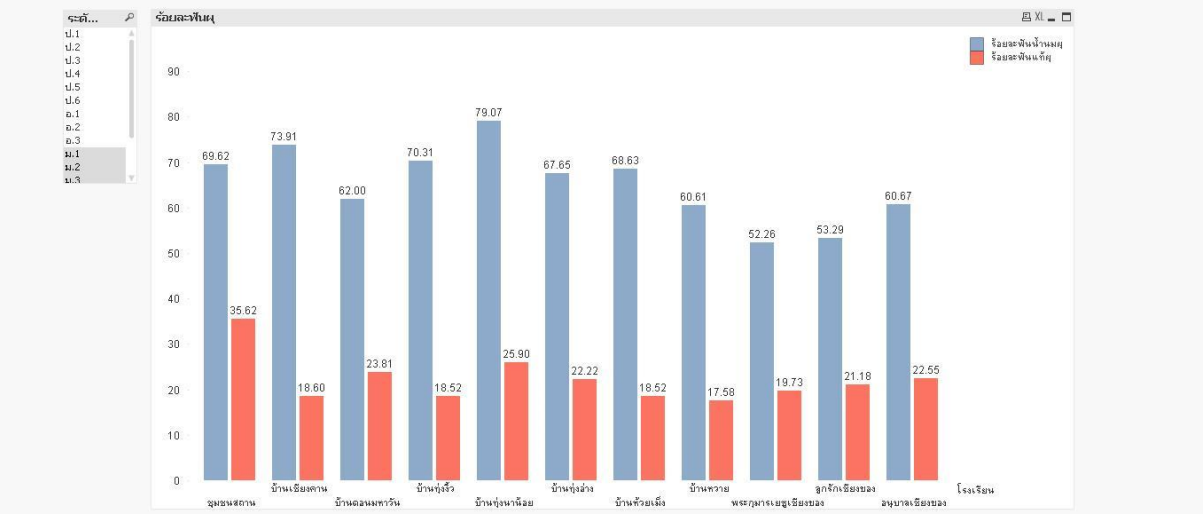
โรงเรียน.....ริมโขงวิทยา.....ระดับชั้น.....ป.1.....วันที่ตรวจ.....19 มิ.ย. 62.....

เลขที่	ชื่อ-สกุล	จำนวนฟัน แท้ (ซี่)	จำนวนฟัน น้ำนม (ซี่)	ดัชนีคราบจุลินทรีย์ (ด/ก/ไ/ระดับคราบ)	ผลการตรวจ (ระบุซี่) ฟันน้ำนมผุ จำนวน อุดได้ (คน/ซี่)	ฟันน้ำนมผุ จำนวน ไม่อุด (คน/ซี่)	ฟันถาวรผุ จำนวน อุดได้ (คน/ซี่)	ฟันถาวรผุ จำนวน ถอน (คน/ซี่)	ฟันแท้ที่ถูกถอน (คน/ซี่)	ฟันที่ต้องถอน บน. (คน/ซี่)	ฟันที่อุดแล้ว แท้ (คน/ซี่)	ฟันที่อุดแล้ว น้ำนม (คน/ซี่)	ฟันปุ่ม	ฟันที่ต้องเคลือบร่องฟัน (คน/ซี่)	อื่นๆ	การรักษา (คน/ซี่) ถอนฟันน้ำนม	ถอนฟันถาวร	อุดฟันน้ำนม	อุดฟันถาวร	ขูดหินปูน	sealant
1	เด็กชายภัทรกร ธรรมวงค์	9	13	-	-	✓	-							4	✓						
2	เด็กชายปติพาน ปุกคำ	6	16	4	3					1		1		4	✓						
3	เด็กชายรัชชานนท์ สกุลคง	4	20	1										4	✓						
4	เด็กชายศุภการณ์ อรินทร	4	18	4	·	2				2				2	✓						
5	เด็กชายอภินันท์ เลิศศรีพัฒนากุล	1	19	8	5	1				2				-	✓						
6	เด็กหญิงณัฏฐริกา อาตนนท์ลา	5	15	.										3							
7	เด็กหญิงจิราภา แซ่อึ้ง	12	9				2							2	✓						
8	เด็กหญิงพิมพกานต์ พรมเสพสัก	9	12	3	5					2				4	✓						
9	เด็กหญิงสุทธิศ์พร ธรรมวงค์	8	16									1		4	✓						
10	เด็กหญิง เขมนิจ ธรรมวงค์	-	19	2	2									-	✓						
11	เด็กหญิงรัตนาภรณ์ จันแปงเงิน	4	20	2	2									2							
12	เด็กหญิงมินตรา ธรรมวงค์	8	12	4	2		1			1				3	✓						
13	เด็กหญิงอังสมา ธรรมวงค์	10	14	4	3		2			1				2	✓						
14	ด.ช. ภูธเนศร มีพรภูมิ	1	20	2	2									1							
15	ด.ญ. นิ่มนวล แซ่ลี้	11	12	1						1				2	✓						
		15-15			11	6/	2/	2/		8/				11							
					33	24	3	3		9				33							

ตัวอย่างฟอร์มกระดาษผลการตรวจรายคน

ระดับชั้น	ห้อง	เลขที่	ชื่อ สกุล	การตรวจฟันน้ำนม ทั้งหมด ซี่	ผุ ซี่	ต้องอุด ซี่	ต้องถอน ซี่	การตรวจฟันแท้ ทั้งหมด ซี่	ผุ ซี่	ต้องอุด ซี่	ต้องถอน ซี่	ต้องเคลือบหลุมร่องฟัน ซี่
ป.1		1	ด.ช.ณัฐภัทร แก้วดี	12	5	1	1	10	0	0	0	2
ป.1		2	ด.ญ.ชนกานต์ คำสุด	18	3	0	0	6	0	0	0	2
ป.1		3	ด.ญ.ศิรินทรา นันทะเสนา	17	3	2	0	6	0	0	0	0
ป.1		4	ด.ญ.กรรณิกา คำมะวงค์	12	0	0	0	7	0	0	0	2
ป.1		5	ด.ญ.ธัญพร ธนาภรณ์รัตนผล	18	6	2	0	1	0	0	0	0
ป.1		6	ด.ญ.กัญลญาวี ปลื้มใจ	20	4	2	0	0	0	0	0	0
ป.1		7	ด.ญ.ชิดชนก งามบุตรตา	18	9	5	1	4	0	0	0	2
ป.1		8	ด.ช.ธนกร พอใจ	16	1	1	0	2	0	0	0	0
ป.1		9	ด.ญ.ศุภาพิชญ์ นิมค่า	16	1	2	0	7	0	0	0	2
ป.2		1	ด.ช.วรนรรฆ์ วงค์งาม	16	0	0	0	8	0	0	0	0
ป.2		2	ด.ญ.นิจจรา เสาร์เนียม	12	9	5	2	11	2	0	0	0
ป.2		3	ด.ญ.ชญานิศ ชนิดากุลทรัพย์	13	0	0	0	9	0	0	0	0
ป.2		4	ด.ช.พิชญตม์ อุปปิง	10	7	3	1	10	0	0	0	0
ป.2		5	ด.ช.นครินทร์ คำสอาด	12	7	5	2	10	0	0	0	0
ป.2		6	ด.ช.ธนัช วัฒนารี	18	10	4	2	1	0	0	0	0

ตัวอย่างตารางสเปรดชีตผลการตรวจรายคน



ตัวอย่างกราฟเปรียบเทียบร้อยละฟันผุของแต่ละโรงเรียนจากโปรแกรม QlikView

สรุปค่าใช้จ่าย

ไม่มีค่าใช้จ่ายใด ๆ

ประโยชน์/การนำไปใช้/ผลสำเร็จของนวัตกรรม

1. ลดเวลาและความซ้ำซ้อนของการทำงาน การสรุปข้อมูลสามารถประมวลผลได้ทันทีซึ่งใช้เวลาไม่เกิน 2 วินาที การสร้างตารางสเปรตชีตใช้เวลาไม่เกิน 1 นาที

2. วางแผนนำไปใช้ในงานตรวจสุขภาพช่องปากของกลุ่มเป้าหมายอื่นๆ

3. นำไฟล์สเปรตชีตของข้อมูลการตรวจมาใช้ร่วมกับโปรแกรมบันทึกข้อมูลอัติโนมัติ

ตู้พ่นยาแรงดันลบราคาประหยัด

นายปรีชา มะโนยศ
โรงพยาบาลเทิง

บทคัดย่อ

ในสถานการณ์ปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการในระบบทางเดินหายใจ ที่ต้องได้รับการทำหัตถการพ่นยาแบบละอองฝอยที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน เฉลี่ย 60 ครั้ง/วัน ซึ่งการดำเนินทำหัตถการพ่นยาแบบละอองฝอยเพื่อการการรักษาในช่วงการแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 ไม่สามารถกระทำได้เนื่องจากส่งผลต่อการแพร่กรจายเชื้อสู่ผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ การเปลี่ยนแปลงวิธีการพ่นยาขยายหลอดลมโดยใช้กระบอกพ่นยา (Spacer) แทนการพ่นยาแบบละอองฝอย (nebulizer) ไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ และการขาดแคลนงบประมาณในการจัดหาตู้แรงดันลบ หรือการปรับปรุงห้องแรงดันลบสำหรับพ่นยาที่เหมาะสม จึงมีความจำเป็นในการพัฒนาตู้ความดันลบสำหรับพ่นยาราคาประหยัด เพื่อช่วยให้การพ่นยาแก่ผู้ป่วยในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยที่ได้รับการพ่นยาอย่างเต็มประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อ ประหยัดงบประมาณในการจัดซื้อตู้แรงดันลบที่มีค่าใช้จ่ายสูง และมีความปลอดภัยต่อบุคลากรทางการแพทย์และผู้รับบริการอื่น โดย ศึกษาแนวทางการจำลองห้องแรงดันลบ สำรวจทรัพยากรและเครื่องมือที่สามารถประกอบเพื่อทดแทน ผลิตตู้ความดันลบสำหรับพ่นยาผู้ป่วย กว้าง 90 ซม สูง 110 ซมโดยใช้ทำความสะอาดง่ายปราศจากสิ่งตกค้าง ซึ่งมีขนาดเพียงพอสำหรับผู้ป่วยเหมาะสมสำหรับตั้งไว้ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ติดตั้งระบบระบายอากาศเพื่อเติมอากาศเข้าและมีพัดลมดูดอากาศเสียผ่านออกไปทิ้งนอกอาคาร ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อภายในอาคาร ออกแบบ ทดลองการใช้ และตรวจสอบตามมาตรฐานตู้แรงดันลบ นำไปใช้ ติดตามเปรียบเทียบผลการรักษากับผู้ป่วย ผลการศึกษาครั้งนี้เกิดตู้พ่นยาราคาประหยัด ถูกต้องตามหลักการควบคุมและป้องกันเชื้อ มีประสิทธิภาพแรงดัน 52 ACH เปรียบเทียบประสิทธิภาพการพ่นยาผู้ป่วย ผู้ป่วย กลุ่มโรค CODDและกลุ่มโรค ASTHMA ที่ใช้การพ่นยาแบบ nebulizer ในตู้พ่นยาแรงดันลบราคาประหยัด มีอาการทุเลากว่าร้อยละ 90.62 มากกว่าการใช้วิธีการพ่นยาแบบ spacer ผู้ป่วยที่มีการหอบเหนื่อยจากสาเหตุอื่นที่ใช้พ่นยาแบบ nebulizer ในตู้พ่นยาแรงดันลบราคาประหยัด มีอาการทุเลากว่าร้อยละ 91.66 ราคารวมของนวัตกรรมตู้พ่นยาแรงดันลบราคาประหยัด 6,000 บาท ประหยัดได้ถึง 174,000 บาทอัตราความพึงพอใจรวมของเจ้าหน้าที่ อยู่ในระดับมาก อัตราความพึงพอใจรวมของผู้ป่วย ระดับมาก ซึ่งนับว่าเป็น New normal ในการพ่นยาผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ไม่ทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อโรค ซึ่งไม่ได้มีเฉพาะเชื้อ COVID-19 ทำความสะอาดได้ง่าย สามารถผลิตได้เองตามมาตรฐานห้องความดันลบ จึงมีราคาประหยัด และสามารถขยายผลไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้

คำสำคัญ: ตู้พ่นยาแรงดันลบ, พ่นยาขยายหลอดลม, Covid-19, COPD, Asthma

ความสำคัญของปัญหา

ด้วยมาตรการทางการแพทย์ที่ต้องเข้มงวดในการรักษาผู้ป่วยในภาวะของการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส COVID -19 ทำให้ รพ.ฯ ทุกแห่งต้องหลีกเลี่ยงการพ่นยาแบบละอองฝอย (nebulizer) ในกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการพ่นยาเพื่อลดการเกิดละอองและการฟุ้งกระจายของสารคัดหลั่งตามแนวทางการรักษา ควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส COVID -19 ที่จะทำให้เสี่ยงในการติดเชื้อแก่เจ้าหน้าที่ตลอดจนผู้มารับบริการในโรงพยาบาลอย่างเข้มงวด โดยการควบคุมการพ่นยาให้ได้มาตรฐาน ควบคุมความชื้น ความดันอากาศ อุณหภูมิ และการระบายอากาศ ยาที่ใช้พ่น ไม่ให้เกิดการฟุ้งกระจายในอากาศบริเวณโดยรอบ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการในระบบทางเดินหายใจ เช่น โรคทางเดินหายใจ โรคหอบหืดและถุงลมโป่งพอง

โรงพยาบาลเทิง เป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ F1 ที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการในระบบทางเดินหายใจ ต้องได้รับการพ่นยาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน เฉลี่ย 60 ครั้ง/วัน จากการดำเนินการรักษาโดยการพ่นยาในช่วงการแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 โดยใช้กระบอกพ่นยา (Spacer) แทนการพ่นยาแบบ nebulizer เพื่อป้องกันการฟุ้งกระจายเชื้อ พบว่า ประสิทธิภาพของการรักษาลดลง แต่หากปรับเปลี่ยนเป็นการพ่น nebulizer แบบเดิมก็พบปัญหาในด้านพื้นที่มีจำกัดของแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินทำให้การพ่นยาเกิดการฟุ้งกระจายในบริเวณโดยรอบเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ และไม่มีงบประมาณเพียงพอในการจัดหาอุปกรณ์ที่เหมาะสมในการพ่นยาผู้ป่วย ราคาตู้พ่นยาแรงดันลบทั่วไป มีราคา 180,000 บาท ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาตู้ความดันลบสำหรับพ่นยาผู้ป่วยที่สงสัยติดเชื้อ COVID-19” ราคาประหยัดขึ้น เพื่อช่วยให้การพ่นยาแก่ผู้ป่วยในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัยต่อบุคลากรทางการแพทย์ และผู้รับบริการอื่น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อสร้างตู้แรงดันลบสำหรับการพ่นยาชนิดละออกฝอยที่ได้มาตรฐาน
2. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการพ่นยาขยายหลอดลมชนิดละอองฝอยในนวัตกรรมตู้พ่นยาแรงดันลบราคาประหยัด
3. เพื่อลดค่าใช้จ่ายของงบประมาณในการจัดซื้อตู้แรงดันลบ
4. เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ให้บริการและผู้รับบริการที่ใช้นวัตกรรมตู้พ่นยาแรงดันลบราคาประหยัด

วิธีการดำเนินการวิจัย

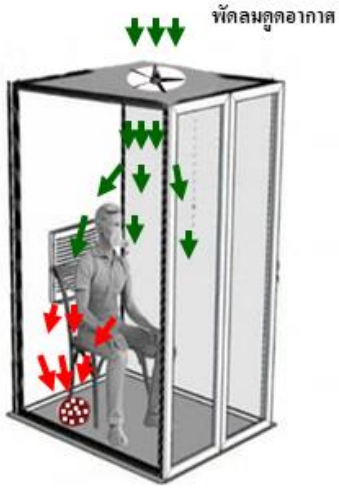
ผู้วิจัยใช้การศึกษาแบบกึ่งทดลองในการให้บริการในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเทิง กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ใช้การเลือกแบบเฉพาะเจาะจงในกลุ่มผู้ป่วยที่สมัครใจเข้ารับบริการ ประเภท โรคถุงลมปอดโป่งพอง (COPD) ,โรคหอบหืด (Asthma) ,และกลุ่มที่มีอาการหอบมาจากสาเหตุอื่น ที่เข้ารับบริการงานอุบัติเหตุแลฉุกเฉิน โรงพยาบาลเทิง ในช่วงระยะเวลาการระบาดของโรค Covid-19

โดยเริ่มศึกษาตั้งแต่ เดือน มีนาคม 2563 2563 ถึง เดือน สองหาคม 2563

1. ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะหอบหืดทุเลาขึ้นด้วยวิธีสังเกตและเก็บข้อมูล
2. ศึกษาแนวทางการจำลองห้องแรงดันลบเพื่อการทำหัตถการผู้ป่วยสงสัยติดเชื้อ COVID-19
3. สำรวจทรัพยากรและเครื่องมือที่สามารถประกอบเพื่อทดแทนตู้แรงดันลบที่ราคาสูง
4. ผลิตตู้ความดันลบสำหรับพ่นยาผู้ป่วยกว้าง 90 สูง 110 ซม โดยใช้โครงสร้างหลักเป็นเหล็กเคลือบสีกันสนิมเช็ดล้างด้วยน้ำยาทำความสะอาดง่ายและผนังเป็นแผ่น อคริลิค ผิวเรียบ สามารถเช็ดทำความสะอาดปราศจากสิ่งตกค้าง ซึ่งมีขนาดเพียงพอสำหรับผู้ป่วยเข้าไปนั่งในตู้โดยไม่อึดอัด แต่มีขนาดเหมาะสมสำหรับตั้งไว้ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน
5. ติดตั้งระบบระบายอากาศเพื่อเติมอากาศเข้าและมีพัดลมดูดอากาศเสียผ่านชุดกรองฆ่าเชื้อออกไปทิ้งนอกอาคาร ท่อต่อระบายอากาศ (Control air) เพื่อให้เกิดแรงลบในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อภายในอาคาร และพื้นผิวทำความสะอาดได้โดยง่ายโดยด้วยน้ำยาเช็ดทำความสะอาด
6. ออกแบบ ทดลองการใช้ และตรวจสอบตามมาตรฐานตู้แรงดันลบ
7. นำตู้ใช้กับผู้ป่วยโรคหอบหืด และถุงลมโป่งพอง ติดตามเปรียบเทียบผลการรักษาเบื้องต้นกับผู้ป่วยที่ใช้ตู้ความดันลบสำหรับพ่นยา
8. นำไปใช้จริงกับผู้ป่วยที่สงสัยโรคระบบทางเดินหายใจทั้งหมด
9. รวบรวม ประเมินผล

ผลการวิจัย

มีตู้ความดันลบสำหรับพ่นยาราคาประหยัดถูกต้องตามหลักการควบคุมและป้องกันเชื้อ มีประสิทธิภาพแรงดัน 52 ACH เพื่อใช้สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการในระบบทางเดินหายใจในขนาดที่เหมาะสมกับพื้นที่จำกัดในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบประสิทธิภาพการพ่นยาผู้ป่วย COPD และ Asthma และผู้ป่วยที่มีภาวะหอบที่พ่นยาแบบ nebulizer ในตู้ความดันลบสำหรับพ่นยากับผู้ป่วยที่ใช้กระบอกพ่นยา (Spacer)

วิธีการ	กลุ่มโรค CODDและกลุ่มโรค ASTHMA			ผู้ป่วยที่มาการหอบจากสาเหตุอื่น		
	จำนวน	ทุเลา	ร้อยละ	จำนวน	ทุเลา	ร้อยละ
การพ่นยาแบบ nebulizer ในตู้พ่นยาความดันลบราคาประหยัด	64	58	90.62	24	22	91.66
การพ่นยาแบบ spacer	54	22	48.88	17	11	64.70

พบว่า ผู้ป่วย กลุ่มโรค CODD และกลุ่มโรค ASTHMA ที่ใช้การพ่นยาแบบ nebulizer ในตู้พ่นยาแรงดันลบราคาประหยัด มีอาการทุเลากว่าร้อยละ 90.62 มากกว่าการใช้วิธีการพ่นยาแบบ spacer ผู้ป่วยที่มีการหอบเหนื่อยจากสาเหตุอื่นที่ใช้พ่นยาแบบ nebulizer ในตู้พ่นยาแรงดันลบราคาประหยัด มีอาการทุเลากว่าร้อยละ 91.66

ตารางที่ 2 ระดับความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรมตู้พ่นยาแรงดันลบราคาประหยัด ผู้ปฏิบัติงาน แพทย์ พยาบาล นำปฏิบัติการให้บริการ ณ ฉุกเฉิน (n=20)

ความพึงพอใจ	**ค่าเฉลี่ย**	**ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน**	**แปลผล**
ประสิทธิภาพของตู้แรงดันลบต่อการพ่นยาขยายหลอดลม ในนวัตกรรมตู้พ่นยาแรงดันลบราคาประหยัด	4.75	.44	มากที่สุด
ความปลอดภัยของผู้ป่วยเมื่อใช้นวัตกรรมตู้พ่นยาแรงดันลบราคาประหยัด	4.20	.41	มาก
ความสะดวกในการใช้นวัตกรรมตู้พ่นยาแรงดันลบราคาประหยัด	4.05	.39	มาก
ผู้ป่วยมีภาพลักษณ์ที่ดี ในการใช้นวัตกรรมตู้พ่นยาแรงดันลบราคาประหยัด	3.6	.50	มาก
ความเชื่อมั่นต่ออความปลอดภัยต่อบุคลากรทางการแพทย์	3.9	0.71	มาก
ความพึงพอใจโดยภาพรวม	4.10	0.18	มาก

ให้บริการจากตารางแสดงผลระดับความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรม ผู้ปฏิบัติงาน แพทย์ พยาบาล นำปฏิบัติการฉุกเฉิน มีระดับความพึงพอใจในระดับมาก

ตารางที่ 3 ระดับความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรมตู้พ่นยาแรงดันลบราคาประหยัด ของผู้ป่วยและญาติ (n=116)

ความพึงพอใจ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	แปลผล
ประสิทธิภาพของตู้แรงดันลบต่การพ่นยาขยายหลอดลม ในนวัตกรรมตู้พ่นยาแรงดันลบราคาประหยัด	4.38	0.86	มาก
ความปลอดภัยของผู้ป่วยเมื่อใช้นวัตกรรมตู้พ่นยาแรงดันลบราคาประหยัด	4.09	0.77	มาก
ความสะดวกในการใช้นวัตกรรมตู้พ่นยาแรงดันลบราคาประหยัด	4.09	0.86	มาก
ผู้ป่วยมีภาพลักษณ์ที่ดี ในการใช้นวัตกรรมตู้พ่นยาแรงดันลบราคาประหยัด	4.01	0.94	มาก
ความเชื่อมั่นต่อความปลอดภัยต่อบุคลากรทางการแพทย์	4.08	0.275	มาก
ความพึงพอใจโดยภาพรวม	4.06	0.18	มาก

จากตารางแสดงผลระดับความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรมผ้าพันศีรษะฉุกเฉิน ของผู้ป่วยและญาติ พบว่า มีระดับความพึงพอใจในระดับมาก

ราคาอุปกรณ์สำหรับผลิตตู้ความดันลบสำหรับพ่นยา ราคาประหยัด 6,000 บาท (จากราคาที่จำหน่ายทั่วไปตามตลาด 180,000 บาท) ประหยัดงบประมาณได้ 174,000 บาท ต่อ 1 ตู้

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษานวัตกรรมตู้แรงดับลบสำหรับพ่นยาราคาประหยัด พบว่า การพ่นยาแบบละอองฝอย (nebulizer) ในตู้ความดันลบพ่นยาแบบประหยัด จะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีอาการทุเลามากกว่า การพ่นยาแบบ Spacer สามารถการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อที่ติดจากกการฟุ้งกระจายของสารคัดหลั่ง ซึ่งนับว่าเป็น New normal ในการพ่นยาผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ไม่ทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อโรค ซึ่งไม่ได้มีเฉพาะเชื้อ COVID-

19 ทำความสะอาดได้ง่าย สามารถผลิตได้เองตามมาตรฐานห้องความดันลบ จึงมีราคาประหยัด และสามารถขยายผลไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ สร้างความมั่นใจในความปลอดภัยต่อบุคลากรทางการแพทย์ผู้ให้บริการ ณ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน อีกทั้งผู้รับบริการมีความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรม และปลอดภัยจากการแพร่กระจายเชื้อ สามารถลดต้นทุนได้ถึง 174,000 บาท ต่อ 1 ตู้ ผ่านการตรวจวัดมาตรฐานแรงดันลบจากคณะกรรมการ สบส. ถึง 52 ACH ซึ่งผ่านมาตรฐานตู้แรงดันลบ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

- นักวิจัยและผู้สนใจ สามารถนำผลการวิจยันี้ไปใชป้ ระโยชน์การ วางแผนดำเนินการวิจัยได้
- 3.1.2 หน่วยงานหรือองค์กร ด้านการวิจิยัสามารถนา ผลการวิจัยไปพัฒนา ต่อยอดประยุกต์ใช้ พัฒนาปรับปรุงนวัตกรรมตู้พ่นยาราคาประหยัด

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

- 3.2.1ควรมีการเก็บขอ้มูลด้านการบริการผู้ป่วย โดยใช้ข้อมูลผู้รับบริการที่หลากหลาย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุม
- ควรมีการใช้เครื่องมือที่หลากหลายในการเก็บรวบรวมขอ้มูลเช่น แบบสอบถาม การสนทนากลุ่ม หรือการสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นต้น
- 3.2.3ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบด้านการให้บริการของหน่วยงานหรือ องคก์รต่างๆที่ให้บริการผู้ป่วย

ความภาคภูมิใจ

1. เป็นนวัตกรรมที่จัดทำขึ้นให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในโรงพยาบาลชุมชนที่มีพื้นที่ที่จำกัด และงบประมาณที่จำกัด
2. ผ่านมาตรฐานการถ่ายเทอากาศแรงดันลบ 52 ACH จากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (สบส)
3. บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงาน และผู้ป่วยและญาติที่เข้ารับการรักษา ณ งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีความพึงพอใจ มีความมั่นใจและมีขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน ผู้ป่วยและญาติปลอดภัย
4. ขยายผลการใช้ความดันลบสำหรับพ่นยา ราคาประหยัด ไปยังโรงพยาบาลชุมชนข้างเคียง

เอกสารอ้างอิง

1. ปกิต วิชยานนท์, เฉลิมชัย บุญยะลุพรรณี , อัญชลี เยื่องศรีกุล , จิตลดดา ดีโรจน์วงศ์, ไพศาล เลิศฤดี พร. แนวทางในการวินิจฉัยและรักษาโรคหืด ในผู้ป่วยเด็กของประเทศไทย พ.ศ. 2543 ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แหงประเทศไทย กุมารเวชศาสตร์ 2543;39:172-97.
2. คณะกรรมการปรับปรุงแนวทางการรักษาและป้องกนโรคหืดในประเทศไทย สาหรับผู้ป่วยเด็ก ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาและป้องกนโรคหืดในประเทศไทย สำหรับผู้ป่วยเด็ก พ.ศ. 2548.
3. American Academy of Pediatrics, Subcommittee on Management of Sinusitis and Committee on Quality Improvement. Clinical practice guideline: management of sinusitis. Pediatrics 2001; 108:798 –808.
4. British guideline on the management of asthma. Thorax 2003; 58 (Suppl 1):i1-94. 5. Boonyarittipong P, Tuchinda M, Balangkura K, Visitsunthorn N, Vanaprapar N. Prevalence of allergic diseases in Thai children. J Pediatr Soc Thai 1990;29:24-32.
5. Wittheethamsak P. Relationship between symptom cluster and functional performance among patients with chronic obstructive pulmonary Disease.[Master Thesis of Nursing Science].Chonburi: Burapha University; 2010. (in Thai).
6. Krainara P, Malathum P, Nathisuwan S, Kawamatawong T. Self-care for medication use in older patients with chronic obstructive pulmonary disease. Rama Nurs J. 2011;17(2): 285-303. (in Thai).
7. World Health Organization [Internet]. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD);2010[cite 2015 Sep 4]. Available from: http://www.who.int/respiratory/copd.

นวัตกรรม ฝากครรภ์ปลอดภัย ห่างไกล COVID-19

Antenatal care far away from COVID-19

กฤติกา ธรรมรัตนกูล, อาจารย์สุกัญญา บัวศรี, กฤษณา ปิงวงศ์
และหน่วยฝากครรภ์ งานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของ

บทนำ

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดอย่างรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จนทำให้มีผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้เกิดมาตรการในการป้องกันที่สำคัญคือการป้องกันตนเองและการปฏิบัติตนตามมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม (Social Distancing) มาตรการหนึ่งที่สำคัญของการเว้นระยะห่างทางสังคมคือการทำงานที่บ้าน (work from home: WFH) (ที่มา: กรมควบคุมโรค https://2www.me/3QHvw) อย่างไรก็ตามบุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะแพทย์และพยาบาลเป็นกลุ่มที่ไม่สามารถปฏิบัติงานที่บ้านได้ อีกทั้งยังมีหน้าที่สำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วย จึงมีโอกาสสูงที่จะสัมผัสกับผู้ติดเชื้อโดยตรง สถานพยาบาลต่างๆ จึงดำเนินการให้มีมาตรการในการดูแลความปลอดภัยของบุคลากรทางการแพทย์ วิธีการหนึ่งของการลดความถี่ในการมาโรงพยาบาลและช่วยลดความแออัดในโรงพยาบาลคือการยืดระยะเวลาการมาตรวจตามนัดของผู้ป่วย อย่างไรก็ตามวิธีการดังกล่าวจะทำได้เฉพาะผู้ป่วยที่อาการไม่รุนแรงหรือผู้ที่ต้องมาตรวจตามนัดเพื่อติดตามอาการหรือรับยาต่อเนื่องเท่านั้น

สตรีมีครรภ์ทุกรายยังจำเป็นต้องเดินทางมาสถานพยาบาลเพื่อฝากครรภ์เป็นระยะ เนื่องจากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดตัวชี้วัดสำคัญของงานอนามัยแม่และเด็กที่สตรีมีครรภ์รายปกติต้องได้รับการฝากครรภ์คุณภาพครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ เพื่อประเมินความผิดปกติและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นต่อสตรีมีครรภ์ รวมทั้งเพื่อประเมินภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์อย่างต่อเนื่อง ตามยุทธศาสตร์มีครรภ์คุณภาพ ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย กำหนดการมาฝากครรภ์แต่ละครั้งขึ้นอยู่กับอายุครรภ์ของสตรีมีครรภ์ โดยจะมีการให้บริการพื้นฐานและการคัดกรองที่สำคัญและจำเป็นที่แตกต่างกันในการมาฝากครรภ์แต่ละครั้ง สำหรับสตรีมีครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น เบาหวานขณะตั้งครรภ์ มีภาวะความดันโลหิตสูง ครรภ์แฝด เป็นต้น เป็นกลุ่มมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดความผิดปกติหรือเกิดผลกระทบรุนแรงหากไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง จึงต้องได้รับการดูแลแบบ high risk pregnancy ที่ต้องมาฝากครรภ์มากกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (ที่มา: คู่มือการดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ https://2www.me/8xpR4) ดังนั้นการให้บริการในหน่วยฝากครรภ์ของสถานพยาบาลจึงไม่สามารถยืดเวลาการมาฝากครรภ์ได้ แม้ในสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19

จากสถิติของสตรีมีครรภ์ที่ต้องมาฝากครรภ์ในหน่วยฝากครรภ์ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของ จังหวัดเชียงราย ช่วงเดือนเมษายน-กรกฎาคม 2560 มีประมาณ 30-50 คน/สัปดาห์ จะให้บริการฝากครรภ์ 2 วัน/สัปดาห์ กระบวนการฝากครรภ์ดำเนินการโดยพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรอง ตรวจร่างกายและตรวจครรภ์ จำนวน 3-5 คน การให้บริการพื้นฐานโดยคัดกรองสตรีมีครรภ์ด้วยการวัดสัญญาณชีพ ชั่งน้ำหนัก

ตรวจน้ำตาลและโปรตีนในปัสสาวะ ซักประวัติการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การทำงาน อาการไม่สุขสบายและอาการผิดปกติขณะตั้งครรภ์ การนับลูกดิ้น เป็นต้น การคัดกรองเป็นการประเมินภาวะเสี่ยง ความไม่สุขสบายหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์ เพื่อให้คำแนะนำเบื้องต้นเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและการดูแลตนเองที่ถูกต้อง หลังจากนั้นสตรีมีครรภ์จะได้รับการตรวจร่างกาย ตรวจครรภ์ ฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์ รับฟังคำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพิ่มเติม ให้วิตามินเสริมและกำหนดวันนัดมาฝากครรภ์ครั้งต่อไป บางครั้งสตรีตั้งครรภ์จำเป็นต้องได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง รวมทั้งพบแพทย์หากมีอาการผิดปกติเพื่อตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม จะเห็นได้ว่าในแต่ละวันพยาบาลแต่ละคนต้องให้บริการสตรีมีครรภ์จำนวนมาก อีกทั้งกิจกรรมที่ให้บริการในการฝากครรภ์มีหลายขั้นตอน เกือบทุกขั้นตอนจำเป็นต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิดโดยเฉพาะการตรวจร่างกายและการตรวจครรภ์ จึงอาจทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ นอกจากนั้นการให้บริการมีหลายขั้นตอนทำให้ต้องใช้เวลานานในการให้บริการสตรีมีครรภ์แต่ละราย ทำให้สตรีมีครรภ์รายอื่นต้องนั่งรอเป็นเวลานาน ซึ่งหากวันนั้นมีผู้รับบริการจำนวนมากจะเพิ่มโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดการแพร่กระจายเชื้อได้ .

โครงการพัฒนานวัตกรรม “ฝากครรภ์ปลอดภัย ห่างไกล COVID-19” เป็นโครงการนำร่องในโรงพยาบาลระดับอำเภอจำนวน 3 แห่ง โดยใช้ Application ที่พัฒนาขึ้นเพื่อช่วยลดขั้นตอนการฝากครรภ์และจัดลำดับการให้บริการ ซึ่งเป็นวิธีการหนึ่งของการดำเนินการตามมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม (Social Distancing) ในสถานพยาบาล เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ COVID-19 ของบุคคลากรทางการแพทย์และสตรีมีครรภ์ จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการพัฒนา Application ที่ช่วยลดขั้นตอนการให้บริการฝากครรภ์ มีเพียงการพัฒนา application ในการแจ้งคิวสำหรับผู้ป่วยในหน่วยงานอื่นให้เข้ามาตรวจในโรงพยาบาลตามเวลาที่กำหนดเพื่อลดระยะเวลาการรอตรวจเท่านั้น นอกจากนั้นในสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 โรงพยาบาลยังคงให้บริการฝากครรภ์แก่สตรีมีครรภ์ตามขั้นตอนและกระบวนการเดิมโดยไม่มีการเลื่อนหรือยกเลิกวันนัด นวัตกรรม“ฝากครรภ์ปลอดภัย ห่างไกล COVID-19” เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์ให้ข้อมูลใน Application เช่น น้ำหนักตัวปัจจุบัน การปฏิบัติตัวและการดูแลตนเองในช่วงที่ผ่านมา อาการไม่สุขสบายหรืออาการผิดปกติที่เกิดขึ้น การนับลูกดิ้น จำนวนยาหรือวิตามินที่เหลือ เป็นต้น รวมทั้งบันทึกผลการตรวจน้ำตาลและโปรตีนในปัสสาวะที่สตรีมีครรภ์สามารถตรวจและบันทึกผลได้ด้วยตนเอง เมื่อพยาบาลประจำหน่วยฝากครรภ์ได้รับข้อมูลที่บันทึกผ่าน Application พยาบาลจะทำหน้าที่ประเมินผล จัดเตรียมข้อมูลการให้คำแนะนำการดูแลรักษา จัดเตรียมยา และส่งต่อข้อมูลให้แก่พยาบาลหรือแพทย์ที่ทำหน้าที่ตรวจครรภ์ต่อไป หลังจากนั้นพยาบาลจะจัดลำดับคิวและนัดหมายเวลาตรวจที่แน่นอนแก่สตรีมีครรภ์ผ่านทาง Application เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์เข้ามารับบริการฝากครรภ์ในขั้นตอนอื่นตามเวลาที่นัดหมาย การให้ข้อมูล การจัดลำดับคิวและแจ้งเวลาตรวจผ่านทาง Application ก่อนมาโรงพยาบาล ช่วยลดระยะเวลาการรอคอยในโรงพยาบาล ลดความแออัดของผู้รับบริการ ทำให้แพทย์และพยาบาลสามารถเตรียมข้อมูลในการดูแลรักษา รวมทั้งจัดเตรียมยาหรือวิตามินได้ล่วงหน้า ช่วยลดระยะเวลาในการตรวจ จึงช่วยลดโอกาสเสี่ยงและการแพร่กระจายเชื้อระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ สตรีและทารกในครรภ์ รวมทั้งผู้ดูแลได้ โครงการฝากครรภ์ปลอดภัย ห่างไกล COVID-19 ยังสามารถขยายผลการนำไปใช้ป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 แก่พยาบาลและสตรีมีครรภ์ในสถานพยาบาล

ทุกแห่ง นอกจากนั้น Application ช่วยลดขั้นตอนการฝากครรภ์และจัดลำดับให้บริการ ยังพัฒนาขึ้นโดยคำนึงถึงการนำไปใช้ในการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องเมื่อสถานการณ์กลับสู่ภาวะปกติด้วย

วัตถุประสงค์นวัตกรรม

เพื่อลดขั้นตอนการฝากครรภ์ ป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสตรีมีครรภ์ที่มาฝากครรภ์โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของ

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

1) งานการพยาบาลผู้คลอดและผู้บริหารโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของประชุมร่วมกันกับผู้ร่วมดำเนินโครงการพัฒนานวัตกรรมฝากครรภ์ปลอดภัย ห่างไกล COVID-19 เพื่อทบทวนปัญหา ชี้แจงวัตถุประสงค์ การพัฒนานวัตกรรมและเป็นโรงพยาบาลนำร่องในการใช้ Application

2) หน่วยฝากครรภ์ งานการพยาบาลผู้คลอดประชุมร่วมกันกับผู้ร่วมดำเนินโครงการพัฒนานวัตกรรมฝากครรภ์ปลอดภัย ห่างไกล COVID-19 เพื่อทบทวนการปฏิบัติงาน ข้อมูลที่ใช้ใน Application เพื่อจัดทำนวัตกรรม ฝากครรภ์ปลอดภัย ห่างไกล COVID-19

3) ประสานงานกับทีมงานทำ application เพื่อพัฒนานวัตกรรมและจัดทำคู่มือการใช้ application ฝากครรภ์ปลอดภัย ห่างไกล COVID-19

3) หน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของศึกษาการใช้นวัตกรรมในหน่วยงาน

4) อบรมการใช้นวัตกรรมแก่สตรีมีครรภ์ที่มาฝากครรภ์โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของ

5) ติดตามการใช้นวัตกรรมโดยโทรศัพท์ติดตามการใช้นวัตกรรมจากสตรีตั้งครรภ์ผู้เข้าร่วมโครงการรายบุคคลเป็นระยะเพื่อให้คำปรึกษาการใช้นวัตกรรมได้อย่างถูกต้อง

6) ประเมินผลการใช้นวัตกรรม โดย

1. ประเมินความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมผ่านทาง Google form
2. ถอดบทเรียนโดยการ focus group

การทดสอบประสิทธิภาพนวัตกรรม

ระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่วันที่ 16 เมษายน – 15 กรกฎาคม 2563

<u>สำหรับสตรีตั้งครรภ์</u>

1) สตรีมีครรภ์เข้า Application ฝากครรภ์ปลอดภัย ห่างไกล COVID-19 โดยให้สตรีมีครรภ์กรอกชื่อผู้ใช้งานและรหัสผ่านเพื่อเข้าสู่ระบบ โดยชื่อผู้ใช้งานและรหัสผ่านจะเป็นเบอร์โทรศัพท์มือถือของสตรีมีครรภ์

2) เมื่อเข้าสู่ระบบมาแล้ว จะพบหน้าหลักของระบบ ประกอบด้วย 5 เมนู ดังนี้

1. หน้าหลัก แสดงประวัติคุณแม่และคิวนัดครั้งต่อไป
2. ประเมินสุขภาพสตรีมีครรภ์ ใช้สำหรับบันทึกการประเมินสุขภาพของคุณแม่ก่อนวันนัดฝากครรภ์ 1 วัน

- การประเมินภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัส COVID-19
- อาการผิดปกติ
- อาการไม่สุขสบาย
- การรับประทานอาหาร
- การทำงาน
- การพักผ่อน
- การออกกำลังกาย
- วิตามินและยาต่างๆ
- แบบประเมินความเครียด
- แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า

3. การตรวจปัสสาวะ ใช้สำหรับบันทึกน้ำหนักตัว ผลการตรวจปัสสาวะด้วยตนเอง และคำถามที่ต้องการจะปรึกษา โดยจะบันทึกข้อมูลในช่วงเช้าของวันที่ได้รับนัดฝากครรภ์เพื่อความเที่ยงตรงของข้อมูล โดยจะมีคำแนะนำในการตรวจปัสสาวะอธิบายในหน้านี้ด้วย

4. บันทึกการนับลูกดิ้น ใช้ในการบันทึกข้อมูลลูกดิ้นในแต่ละวัน โดยจะมีคำแนะนำในการนับลูกดิ้นอธิบายด้วย

5. ออกจากระบบ ใช้สำหรับออกจากระบบงาน

3) เมื่อสตรีมีครรภ์ได้ทำการบันทึกข้อมูลทุกอย่างเรียบร้อยแล้ว พยาบาลจะทำการตรวจสอบข้อมูลบันทึกคิวและเวลาการเข้ามาตรวจในโรงพยาบาล สตรีมีครรภ์สามารถตรวจสอบคิวได้จากเมนู “หน้าหลัก” ที่จะแสดงวันที่ เวลา และคิวตรวจก่อนวันนัดฝากครรภ์ 1 วัน ทั้งนี้เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์ไปโรงพยาบาลตามเวลานัด เพื่อลดระยะเวลาการรอตรวจและลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อ

<u>สำหรับเจ้าหน้าที่</u>

1) หน้าเข้าสู่ระบบ กรอกชื่อผู้ใช้งานและรหัสผ่านเพื่อเข้าสู่ระบบ

2) เมื่อเข้าสู่ระบบจะพบหน้าหลักของระบบประกอบด้วย 5 เมนูดังนี้

1. หน้าหลัก ใช้สำหรับดูคิวนัดสตรีมีครรภ์ การเข้าดู ประวัติ/ผลการประเมินสุขภาพสตรีมีครรภ์/ผลการตรวจปัสสาวะ โดยกดเข้าไปที่เมนูรายการคิวตามรายชื่อที่ต้องการ จากนั้นระบบจะนำไปสู่หน้าประวัติคุณแม่ ข้อมูลจะถูกแบ่งออกเป็น 4 ส่วนดังนี้

- ประวัติสตรีมีครรภ์ แสดงรายละเอียดประวัติสตรีมีครรภ์
- วันที่นัดฝากครรภ์ครั้งต่อไป สามารถนัดวันฝากครรภ์ครั้งต่อไปได้จากตรงนี้
- ตารางประวัติคิวที่มีการนัดฝากครรภ์ แสดงวันที่ เวลา และคิวนัดฝากครรภ์ ที่สามารถเข้าดูประวัติผลการประเมินสุขภาพสตรีมีครรภ์และผลการตรวจปัสสาวะโดยเลือกจากรายการรายชื่อในตาราง จากนั้นระบบจะแสดงหน้าต่างผลการประเมินสุขภาพสตรีมีครรภ์และผลการตรวจปัสสาวะของรายชื่อนั้น
- ตารางแสดงบันทึกลูกดิ้น แสดงผลการบันทึกลูกดิ้นทั้งหมดของคุณแม่แต่ละราย

2. ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สำหรับเพิ่ม-แก้ไข ประวัติสตรีตั้งครรภ์ในระบบ

3. แจ้งเตือน กรณีที่สตรีตั้งครรภ์กรอกข้อมูลที่อาจมีความเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพ เพื่อให้การพยาบาลที่เหมาะสม

4. บันทึกคิวนัดฝากครรภ์ ใช้สำหรับนัดคิวฝากครรภ์

5. ออกจากระบบ ใช้สำหรับออกระบบงาน

สรุปผลสำเร็จของนวัตกรรม

ระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่วันที่ 16 เมษายน – 15 กรกฎาคม 2563 สตรีมีครรภ์ครรภ์ผู้เข้าร่วมใช้นวัตกรรม จำนวน 25 คน การใช้นวัตกรรมฝากครรภ์ปลอดภัย ห่างไกล COVID-19 บรรลุตามวัตถุประสงค์ สามารถลดขั้นตอนการฝากครรภ์ ป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสตรีมีครรภ์ที่มาฝากครรภ์โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของได้ ดังนี้

1) ผลการประเมินความพึงพอใจต่อการใช้ application ผ่าน Google form

กลุ่มเป้าหมาย : พยาบาลจำนวน 10 คน

รายการ	คะแนนเฉลี่ย	ระดับความพึงพอใจ
1. มีความน่าสนใจ	4.80	มากที่สุด
2. มีประโยชน์ต่อหน่วยงาน	4.70	มากที่สุด
3. สามารถลดระยะเวลาการมาฝากครรภ์	4.60	มากที่สุด
4. มีความสะดวกต่อการใช้งาน	4.60	มากที่สุด
5. มีความเพียงพอต่อการนำไปใช้	4.60	มากที่สุด
คะแนนเฉลี่ยรวม	**4.66**	**มากที่สุด**

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

1. คู่มือการใช้งาน application แสดงวิธีการใช้งานควรมีความชัดเจนกว่านี้
2. ควรพัฒนาเป็น mobile application
3. ระบบการแจ้งเตือน ต้องการให้แจ้งเตือนทันทีเมื่อสตรีมีครรภ์บันทึกอาการผิดปกติ
4. เพิ่มข้อมูลการติดตามในสตรีมีครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือด เป็นต้น

กลุ่มเป้าหมาย : สตรีมีครรภ์ จำนวน 25 คน

รายการ	คะแนนเฉลี่ย	ระดับความพึงพอใจ
1. มีความน่าสนใจ	4.86	มากที่สุด
2. มีประโยชน์ต่อสตรีมีครรภ์	5.00	มากที่สุด
3. สามารถลดระยะเวลาการมาฝากครรภ์	4.86	มากที่สุด
4. มีความสะดวกต่อการใช้งาน	4.25	มากที่สุด
5. มีความเพียงพอต่อการนำไปใช้	4.75	มากที่สุด
คะแนนเฉลี่ยรวม	**4.74**	**มากที่สุด**

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

1. มีการพัฒนาเป็น mobile application เพื่อความสะดวกในการเข้าถึง

2. เพิ่มรายละเอียดความรู้สำหรับสตรีมีครรภ์ เช่น พัฒนาการทารกในครรภ์ คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์

3. มีความน่าสนใจ สามารถลดระยะการฝากครรภ์ได้

2) สรุปรายงานผลการถอดบทเรียนจากการทำ focus group

1. สรุปผลการทำ focus group ผู้บริหาร พยาบาลและเจ้าหน้าที่

1.1 Application ช่วยลดขั้นตอนการฝากครรภ์หรือไม่ อย่างไร

สามารถช่วยลดขั้นตอนได้ เพราะสตรีมีครรภ์จะเข้ามารับบริการเฉพาะเวลาที่ตนเองได้นัด รวมทั้งสามารถประเมินอาการผิดปกติสตรีมีครรภ์ตั้งแต่สตรีมีครรภ์อยู่ที่บ้าน เมื่อมาถึงโรงพยาบาลสามารถส่งตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมได้โดยไม่ต้องซักประวัติเพิ่ม

“มีแม่คนหนึ่ง มีอาการปวดหลัง ปัสสาวะขัด แล้วบันทึกมาในapp ขึ้นระบบแจ้งเตือนใน application พยาบาลจึงโทรไปสอบถามอาการเพิ่มเติมและเมื่อถึงวันนัดพยาบาลก็สามารถส่งตรวจ UA ได้เลย”

1.2 การใช้งาน application เป็นอย่างไร

1) ไม่มีปัญหาในด้านอุปกรณ์การใช้งาน เนื่องจากทางโรงพยาบาลมีระบบอินเตอร์เน็ตและคอมพิวเตอร์เพียงพอต่อการใช้งาน

2) ช่วยลดขั้นตอนการซักประวัติ และการตรวจร่างกาย เช่น ชั่งน้ำหนัก การตรวจปัสสาวะ เป็นต้น เนื่องจากสตรีมีครรภ์สามารถบันทึกใน application ได้ด้วยตนเอง มีเพียงการลงวันนัดที่ต้องบันทึกทั้งในระบบของโรงพยาบาลและapplication

1.3 หากกลับเข้าสู่สถานการณ์ปกติ ท่านคิดว่า application นี้สามารถใช้ดำเนินการต่อไปได้หรือไม่

เป็นไปได้ แต่ยังมีข้อจำกัดในด้านของกลุ่มผู้ใช้ เนื่องจากกลุ่มผู้ใช้บางส่วนไม่มีระบบอินเตอร์เน็ต

1.4 ท่านคิดว่า application นี้ควรปรับปรุงอย่างไร

1) พัฒนาระบบการแจ้งเตือนใน application แบบ real time

2) อยากให้สามารถเข้าถึงและแสดงผลได้ทั้งระบบคอมพิวเตอร์และระบบในโทรศัพท์มือถือ

3) พัฒนา application ให้มีหลากหลายภาษา และสามารถสื่อสารเสียงพูดได้

4) เพิ่มการลงข้อมูลเกี่ยวกับระดับความดันโลหิต ในกรณีที่สตรีมีครรภ์มีภาวะความดันโลหิตสูงและต้องติดตามค่าความดันโลหิตทุกวัน

5) ตารางวันนัด เห็นข้อมูลจำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่นัด เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนจำนวนคนไข้ในวันนัด

1.5 ท่านมีข้อคิดเห็นต่อ application นี้อย่างไร

application เป็นประโยชน์ต่อการทำงาน จึงอยากให้เชื่อมโยงกับข้อมูลของโรงพยาบาลด้วย

2. สรุปผลการทำ focus group สตรีมีครรภ์

2.1 application ช่วยลดขั้นตอนการฝากครรภ์หรือไม่ อย่างไร

สามารถช่วยลดลดขั้นตอนได้ เนื่องจาก application ช่วยเตือนเรื่องวันนัดและทราบว่าได้คิว ทำให้กะระยะเวลาที่เข้ามาในโรงพยาบาลได้ นอกจากนี้การตรวจปัสสาวะสามารถบันทึกในโปรแกรม application ได้เลย ไม่ต้องเสียเวลาในการเข้าคิวเพื่อตรวจปัสสาวะ อีกทั้งสามารถแนบไฟล์

2.2 ท่านคิดว่า application ช่วยให้ท่านลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ covid-19 หรือไม่ อย่างไร

ช่วยได้เยอะ เพราะว่าในส่วนของ application มีอาการที่ชัดเจนเกี่ยวกับการติดเชื้อ COVID-19 ก่อนที่จะมาพบแพทย์ ซึ่งทำให้พยาบาลสามารถตรวจสอบได้ล่วงหน้าว่าสตรีมีครรภ์มีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อหรือไม่

2.3 การใช้งาน application เป็นอย่างไร

ได้รับการดูแลและคำแนะนำที่ตรงกับอาการไม่สุขสบายในระยะตั้งครรภ์ สามารถลดความวิตกกังวลของสตรีมีครรภ์ได้

2.4 ท่านคิดว่าควรปรับปรุง application นี้อย่างไร

1) ขอเสนอแนะเรื่องการเข้า application เนื่องจากต้องสแกนทุกครั้งเมื่อต้องการเข้าสู่ระบบ เช่น การนับลูกดิ้น ต้องนับบ่อยโดยเฉพาะตอนกลางวันแต่ลืมสมุด สติ๊กเกอร์ติดอยู่ที่สมุด

2) เพิ่มคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ หรือคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น เบาหวาน และความดันขณะตั้งครรภ์ เป็นต้น

2.5 ท่านมีข้อคิดเห็นต่อ application นี้อย่างไร

1) การใช้ application ไม่ยาก ตอบสนองได้ดีในยุคที่มีการใช้อินเตอร์เน็ต โดยเฉพาะในกลุ่มเป้าหมายที่มีการใช้อินเตอร์เน็ต

2) ข้อจำกัดการใช้อินเตอร์เน็ต กลุ่มไม่รู้หนังสือ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย
Chiang Rai Provincial Health Office

การนำเสนอผลงานด้วยโปสเตอร์

(Poster Presentation)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการให้บริการด้านการบำบัดยาเสพติดชนิดเมทแอมเฟตามีน ในเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในหน่วยบริการ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

The Factors Influencing to Quality of Methamphetamine Treatment and Services among public health staffs under The Chiang Rai Provincial Public Health Office.

พรชัย พรสวรรค์ นรินทร สุขเกษม ขวัญฤทัย ทรัพย์ลออ และพิษณุรักษ์ กันทวี

บทคัดย่อ

การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการให้บริการด้านการบำบัดยาเสพติดชนิดเมทแอมเฟตามีนในเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในหน่วยบริการสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงรายมีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาปัจจัยและทัศนคติที่มีอิทธิพลต่อการคุณภาพบริการของหน่วยบริการบำบัดและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด สังกัดสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเชียงรายและศึกษาคุณภาพการให้บริการด้านการบำบัดยาเสพติดชนิดเมทแอมเฟตามีนในจังหวัดเชียงราย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานด้านการบำบัดและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในหน่วยให้บริการสังกัดสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเชียงรายจำนวน 233 แห่ง/แห่งละ 1 คน ใช้ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยใช้แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการทดสอบความเชื่อถือได้ และนำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลแก่นสาระ และใช้วิธีการสอบทานแบบสามเส้า

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุ 41 ปีขึ้นไป การศึกษาปริญญาตรี ตำแหน่งในการปฏิบัติงานเป็นนักวิชาการสาธารณสุข ประสบการณ์การทำงานด้านการบำบัดยาเสพติดชนิดเมแอมเฟตามีน 1-5 ปี ปฏิบัติงานอยู่ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ปัจจัยการบริหารองค์กรภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือด้านค่านิยมร่วม รองลงมาคือ ด้านการจัดรูปแบบที่เหมาะสม ด้านระบบการปฏิบัติงาน ด้านกลยุทธ์ ด้านโครงสร้าง ด้านบุคลากร ด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านทักษะ ความรู้และความสามารถ ทัศนคติของบุคลากรที่มีต่อการบริการบำบัดและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในภาพรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือการยอมรับระบบการบำบัดยาเสพติด รองลงมาคือ ความเหมาะสมของระบบการบูรณาการเข้าระบบ การนำระบบการบำบัดยาเสพติดชนิดเมทแอมเฟตามีนไปปฏิบัติ ความเป็นไปได้ของระบบ ส่วนทัศนคติในระดับปานกลาง คือ ความยั่งยืนของระบบ การดำเนินการได้ตามแนวทางที่กำหนด ด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ระดับคุณภาพบริการของหน่วยบริการบำบัดและฟื้นฟูโดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือคุณภาพด้านการประเมินความต้องการถูกต้อง ครบถ้วน เหมาะสม รองลงมาคือด้านความสามารถในการเข้าถึงบริการที่จำเป็นของผู้ใช้

ยา ด้านการดูแลอย่างทันท่วงที ปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ ด้านการสร้างความร่วมมือและประสานงานให้ติดตามและดูแลผู้ใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ด้านการวางแผนดูแลผู้ใช้ยาที่มีเป้าหมายชัดเจน ด้านการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพเพื่อเสริมพลังผู้ใช้ยาและครอบครัว ด้านการเชื่อมโยงการสร้างเสริมสุขภาพเข้าในทุกขั้นตอนของการดูแล ส่วนรายด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ด้านการเตรียมความพร้อมผู้ใช้ยาให้พร้อมเผชิญกับปัญหาหลังจำหน่ายเพื่อให้สามารถดูแลตนเองและได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม

การดูแลตนเองและความพึงพอใจของผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่ใช้ปฏิทินกำกับการกินยารักษาวัณโรค

นางเพ็ญจันทร์ พานแก้ว พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลแม่สรวย
ศิริญาพร ขันทะสอน อาจารย์ประจำสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์
สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดูแลตนเองและความพึงพอใจของผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่ใช้ปฏิทินกำกับการกินยารักษาวัณโรค ประชากรในการศึกษาเป็นผู้ป่วยวัณโรคที่มาขึ้นทะเบียนรับการรักษาทุกประเภทโรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงรายตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2561 - 31 มีนาคม 2562 จำนวน 40 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงเป็นผู้ป่วยวัณโรคที่มาขึ้นทะเบียนรับการรักษาทุกประเภทโรงพยาบาลแม่สรวยจังหวัดเชียงรายตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2561 – 31 มีนาคม 2562 จำนวน 38 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพ การดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค และความพึงพอใจต่อการใช้ปฏิทินกำกับการกินยารักษาวัณโรค วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการดูแลตนเองอยู่ในระดับดีและการประเมินความพึงพอใจต่อการใช้ปฏิทินกำกับการกินยารักษาวัณโรค พบว่า ในภาพรวมระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับดี

ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนการนำปฏิทินกำกับการกินยาไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคอย่างต่อเนื่องและ มีการติดตามผลอย่างสม่ำเสมอเพื่อพัฒนาระบบงานในการรักษาวัณโรคของโรงพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น

บทนำ

สถานการณ์วัณโรคของโลกในปัจจุบัน พบว่าวัณโรคเป็นโรคติดเชื้อซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญโดยเป็นสาเหตุการตาย 1 ใน 9 ของประชากรทั่วโลก (Center for Disease Control and Prevention, 2019; Grange & Zumla, 2009) องค์การอนามัยโลกคาดประมาณจำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ 140,000 รายต่อปีและผู้ป่วยเสียชีวิตจากวัณโรคถึง 16,000 ราย (WHO, 2018) สำหรับประเทศไทยเป็นประเทศที่ได้รับการจัดลำดับให้เป็นประเทศที่มีปัญหาวัณโรครุนแรงระดับโลก โดยมีรายงานผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ปี 2560 จำนวน 93,000 ราย(137 ต่อ แสนประชากร) ปัจจุบันสหประชาชาติและองค์การอนามัยโลก ได้กำหนดให้การควบคุมและป้องกันวัณโรค เป็นเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs) ในกรอบสหประชาชาติและยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค (End TB Strategy) โดยมีเป้าหมายลดอัตราป่วย วัณโรค รายใหม่เหลือ 20 และ10 ต่อประชากรแสนคนในปี 2577 และ 2578 ตามลำดับ (สำนักวัณโรคกรมควบคุมโรค, 2560)

อำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย มีลักษณะสภาพภูมิประเทศ ร้อยละ90 เป็นพื้นที่สูง มีประชากรประมาณ 83,000 คน ซึ่งเป็นคนพื้นราบและชาติพันธุ์ต่างๆ ได้แก่ อาข่า มูเซอ (ลาหู่) ลีซอ จีนฮ่อ และกะเหรี่ยง สถานการณ์ผู้ป่วยวัณโรคที่มาขึ้นทะเบียนรักษาทุกประเภทเฉลี่ยปีละ 90 คนต่อปี โดยพบว่าร้อยละ 60 เป็น ชาติพันธุ์ต่างๆ รองลงมาร้อยละ 30 เป็นชาวไทยพื้นราบ และร้อยละ 10 เป็นคนต่างด้าว โรงพยาบาลแม่สรวย อำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย มีอัตราป่วยวัณโรคในปี 2561 เท่ากับ 89 คนต่อแสนประชากร อัตราตายและอัตราการขาดยาเฉลี่ยของผู้ป่วยวัณโรค ในปี 2558-2561 สูงถึง ร้อยละ15.43และร้อยละ6.2 ตามลำดับซึ่งสูงกว่า เป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด สำหรับแนวทางการให้บริการผู้ป่วยวัณโรคนั้น โรงพยาบาลแม่สรวยได้ให้บริการตามแนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ (National Tuberculosis Control Programme Guidelines, Thailand: NTP) นอกจากนี้จากการสำรวจปัญหาการให้บริการผู้ป่วยวัณโรคข้อมูลคลินิกผู้ป่วยวัณโรคปอดของโรงพยาบาลแม่สรวย ในปี พ.ศ. 2561 พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่เป็นประชากรชนชาติพันธุ์ มีการย้ายที่อยู่อาศัยบ่อย เนื่องจากมีความสัมพันธ์ทางเครือญาติกับประชาชนชาติพันธุ์ที่อยู่ขอบชายแดนไทย ลาว และพม่า ซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องและมีโอกาสการแพร่เชื้อวัณโรค ผู้ป่วยที่ขาดการรักษาเนื่องจาก ส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจเรื่องวัณโรคที่ไม่ถูกต้อง ไม่ทราบแนวทางการรักษา เมื่ออาการดีขึ้นจึงไม่มารับยาจนครบการรักษา ซึ่งปัญหาความล้มเหลวในการรักษาวัณโรค มีปัจจัยหลายประการและหนึ่งในปัจจัย คือ ระบบบริการของคลินิกโรคทรวงอกยังขาดบุคลากรในการให้ความรู้และแนะนำวิธีการปฏิบัติตัวและดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และ ที่สำคัญเป็นผลเนื่องจากตัวผู้ป่วยเอง เช่น ผู้ป่วยไม่มีความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อป่วยเป็นวัณโรค และยังขาดความเข้าใจในความจำเป็นของการรักษาโรคอย่างต่อเนื่อง โดยคิดว่าหายดีแล้วหรือไม่ต้องรับยารักษาต่อเนื่องให้ครบ ทำให้มารับยาไม่สม่ำเสมอ หยุดยาก่อนกำหนด หรือหยุดรับประทานยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์เมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานยา (พิมพิกา ชัยศักกรีนนท์, 2559) จากปัจจัยเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและมีผลกระทบโดยตรงต่อผู้ป่วยทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เช่น ด้านร่างกายผู้ป่วยวัณโรคติดเชื้อชนิดดื้อยา ผู้ป่วยวัณโรคที่มีโรคร่วมและโรคแทรกซ้อนทำให้โรคมีความรุนแรงมากขึ้นอาจทำให้เสียชีวิตได้ นอกจากนี้ส่งผลกระทบด้าน

เศรษฐกิจสังคมในด้านของการเสียเวลาในการหารายได้หรือขาดงานเพื่อเข้ารับบริการและค่าใช้จ่ายในการเดินทางและค่าอาหารของผู้ป่วยและญาติระหว่างการเข้ารับบริการในการรักษาโรควัณโรคในโรงพยาบาล

ดังนั้น ทีมสหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาลแม่สรวยจึงได้ร่วมพัฒนาการดูแลโดยได้ออกแบบปฏิทินกำกับการกินยาเพื่อแก้ไขปัญหาการรับประทานยาให้มีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการประเมินผลของการใช้ปฏิทินกำกับการกินยารักษาวัณโรคของผู้ป่วยอย่างเป็นรูปธรรม ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาผลของการใช้ปฏิทินกำกับการกินยาในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในประเด็นการดูแลตนเองและความพึงพอใจของผู้ป่วยวัณโรคที่ใช้ปฏิทินกำกับการกินยารักษาวัณโรค ทั้งนี้เพื่อเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในโรงพยาบาลอย่างเป็นรูปธรรมต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการดูแลตนเองและความพึงพอใจของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ใช้ปฏิทินกำกับการกินยารักษาวัณโรค

วิธีการวิจัย

รูปแบบการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Study) เพื่อศึกษาการดูแลตนเองและความพึงพอใจของผู้ป่วยวัณโรคที่ใช้ปฏิทินกำกับการกินยารักษาวัณโรค

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้กำหนดขอบเขตการศึกษาในผู้ป่วยวัณโรคที่มาขึ้นทะเบียนรับการรักษาทุกประเภทที่โรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2561–31 มีนาคม 2562

ประชากรที่ศึกษา

ประชากร คือ ผู้ป่วยวัณโรคที่มาขึ้นทะเบียนรับการรักษาทุกประเภทโรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2561 – 31 มีนาคม 2562 จำนวน 40 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเป็นผู้ป่วยวัณโรคที่มาขึ้นทะเบียนรับการรักษาทุกประเภทโรงพยาบาลแม่สรวยจังหวัดเชียงราย ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2561 – 31 มีนาคม 2562 จำนวน 38 คน ซึ่งคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าสู่การศึกษา (Inclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยวัณโรคที่มาขึ้นทะเบียนรับการรักษาทุกประเภทโรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงรายที่ขึ้นทะเบียนรักษาตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2561– 31 มีนาคม 2562 ซึ่งไม่มีอาการหนักที่ต้องการดูแลมากเป็นพิเศษ

2. มีความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria)

คือผู้ป่วยวัณโรคที่มีโรคประจำตัวและมีอาการหนักที่ต้องการดูแลมากเป็นพิเศษ

พื้นที่การศึกษา : คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลแม่สรวย

เครื่องมืองานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพ ในส่วนของข้อมูลทั่วไป มีทั้งหมด 5 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ เชื้อชาติ อาชีพ การเขียนและอ่านภาษาไทย และข้อมูลสุขภาพ มีทั้งหมด 9 ข้อ ได้แก่ ประเภทของวัณโรค ประเภทของผู้ป่วยวัณโรค ประเภทกำกับการกินยา การนอนพักรักษาในโรงพยาบาล การกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน28 วัน การได้รับความรู้ สุขศึกษา คำแนะนำเรื่องวัณโรคจากคลินิกวัณโรค และผลการรักษา

ส่วนที่ 2 การดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ได้แก่ การได้รับความรู้ สุขศึกษา สารเสพติด ผลการตรวจเสมหะและผลการรักษา ประกอบด้วยหัวข้อประเมินจำนวน 10 หัวข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบปรนัย มีคำตอบให้เลือก 3 คำตอบคือ ประจำ บางครั้ง ไม่เคย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ไม่ปฏิบัติ = 1 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง =2 คะแนน ปฏิบัติประจำ = 3 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลความหมายของคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเอง ประยุกต์มาจากเกณฑ์ของวิเชียร เกตุสิงห์ (2538) เป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.00 หมายถึง การดูแลตนเองอยู่ในระดับดี

คะแนนเฉลี่ย 1.67 - 2.33 หมายถึง การดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.66 หมายถึง การดูแลตนเองอยู่ในระดับควรปรับปรุง

ส่วนที่ 3 การประเมินความพึงพอใจต่อการใช้ปฏิทินกำกับการกินยารักษาวัณโรค ประกอบด้วยหัวข้อประเมินจำนวน 4 หัวข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบปรนัย มีคำตอบให้เลือก 3 คำตอบคือ มาก ปานกลาง น้อย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ พอใจน้อย = 1 คะแนน พอใจปานกลาง =2 คะแนน พอใจมาก = 3 คะแนน

เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ ประยุกต์มาจากเกณฑ์ของวิเชียร เกตุสิงห์ (2538) เป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.00 หมายถึง พอใจในระดับดี

คะแนนเฉลี่ย 1.67 - 2.33 หมายถึง พอใจในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.66 หมายถึง พอใจในระดับน้อย

วิธีการดำเนินงาน

1. ชี้แจงรายละเอียดโครงการ วัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินงานแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง

2. ดำเนินการเก็บข้อมูลในคลินิกวัณโรค โรงพยาบาลแม่สรวย โดยผู้ป่วยวัณโรคได้รับการรักษาวัณโรคตามกระบวนการดังนี้

1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยวัณโรคจากการเอ็กซเรย์ปอด และตรวจเสมหะนอนพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลาอย่างน้อย 7-14 วัน

2) ขณะนอนพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาล ผู้วิจัยให้สุขศึกษาเรื่องวัณโรคตามแผนการสอนสุขศึกษาโดยใช้สื่อการสอนเป็นสมุดประจำตัวผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งมีเนื้อหาประกอบด้วย สาเหตุของวัณโรค การติดต่อ อาการและอาการแสดง การตรวจและวินิจฉัย การรักษา การปฏิบัติตัวขณะป่วยและรักษา อาการข้างเคียงจากการใช้ยารักษาวัณโรค การป้องกัน และการแพร่กระจายเชื้อ โดยใช้เวลาประมาณ 10 นาที

3) ก่อนที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยให้สุขศึกษาและประเมินความรู้ พร้อมทั้งแนะนำให้รับประทานยาทุกวัน จำนวน 1 ครั้ง โดยใช้เวลาประมาณ 10 นาที และมีการให้อธิบายปฏิทินยาและมอบปฏิทินยาแก่ผู้ป่วย โดยผู้ป่วยต้องรับประทานยาทุกวันก่อนนอนตามแผ่นปฏิทินกำกับการกินยา โดยยาได้รับการบรรจุใส่ซองซิปเป็นชุด ชุดละ 1 วัน และบันทึกโดยทำเครื่องหมายหลังจากรับประทานยาแล้ว รวมทั้งแนะนำผู้ป่วยนำยาที่เหลือพร้อมด้วยแผ่นปฏิทินกำกับการกินยา เมื่อมาโรงพยาบาลทุกครั้ง

4.) ผู้วิจัยมีการประสานส่งต่อผู้ป่วยวัณโรคแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รพสต. ด้วยหนังสือราชการและส่งข้อมูลทางไลน์แอพพริเคชั่น และให้ผู้ป่วยนำหนังสือดังกล่าวไปให้เจ้าหน้าที่ รพสต.ดังกล่าวในการรับผิดชอบต่อเนื่อง

5.) ผู้วิจัยมีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยวัณโรคระยะเข้มข้นใน 2 เดือนแรก คือ ติดตามเยี่ยมบ้านทุกสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ระยะต่อเนื่อง 4 เดือน เยี่ยมเดือนละ 1 ครั้ง

6.) ผู้วิจัยติดตามการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคเมื่อผู้ป่วยมาตามนัดโดยมีการตรวจสอบความถูกต้องและความสม่ำเสมอในการรับประทานยา พร้อมทั้งสอบถามอาการ ปัญหา อุปสรรค ความยุ่งยาก หรือความคิดเห็นต่างๆต่อการใช้ปฏิทินกำกับการกินยา

7) บันทึกข้อมูลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ และวิเคราะห์ข้อมูล

8) สรุปรายงานวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ และ ค่าเฉลี่ย

ผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนมากเป็นเพศชาย (ร้อยละ 68.42) มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 34.21) เป็นชาวไทยภูเขาชนเผ่าต่างๆ (ร้อยละ73.68) โดยเป็นชาติพันธุ์มูเซอมากที่สุด (ร้อยละ50.00) รองลงมาคือชนเผ่าอาข่า (ร้อยละ 42.86) ด้านประกอบอาชีพพบว่า ส่วนมากมีอาชีพเกษตรกรรมและอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 36.84) และไม่สามารถอ่าน-เขียนภาษาไทยได้ถึงร้อยละ 63.16 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัณโรค

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=38)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	26	68.42
หญิง	12	31.58
อายุ (ปี)		
20-29	4	10.53
30-39	6	15.79
40-49	6	15.79
50-59	9	23.68
60 ปีขึ้นไป	13	34.21
เชื้อชาติ		
ชาวไทยพื้นราบ	7	18.42
ชาวไทยภูเขา (ชาติพันธุ์)	28	73.68
อาข่า	12	42.86
มูเซอ	14	50.00
อื่น ๆ	2	7.14
ไม่ใช่คนไทย	3	7.89
อาชีพ		
เกษตรกรรม	14	36.84
รับจ้าง	14	36.84
ข้าราชการ	0	0.00
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	10	26.32
การเขียนและอ่านภาษาไทย		
อ่าน-เขียนได้	14	36.84
อ่าน-เขียนไม่ได้	24	63.16

จากข้อมูลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นวัณโรคในปอด (ร้อยละ 94.74) และประเภทผู้ป่วยวัณโรคเป็นผู้ป่วยรายใหม่ (ร้อยละ 84.21) ส่วนประเภทการกำกับการกินยาพบว่า ผู้ป่วยรับประทานยาเอง (ร้อยละ 52.63) รองลงมา คือ ญาติผู้ป่วย (ร้อยละ 31.58) โดยผู้ป่วยวัณโรคทุกรายได้เข้านอนพักรักษา ในโรงพยาบาลและได้รับความรู้ สุขศึกษา คำแนะนำ เรื่องวัณโรคจากคลินิกวัณโรค และมีผู้ป่วยวัณโรคเพียงร้อยละ13.16 ที่กลับมานอนพักรักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน สำหรับ

ผลการรักษาที่พบมากที่สุดคือรักษาครบ (ร้อยละ 55.26) และรองลงมาคือ รักษาหาย (ร้อยละ 44.74) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัณโรค

ข้อมูลสุขภาพ	จำนวน (n=38)	ร้อยละ
ประเภทของวัณโรค		
วัณโรคในปอด	36	94.74
วัณโรคนอกปอด	2	5.26
ประเภทผู้ป่วยวัณโรค		
ผู้ป่วยใหม่	32	84.21
ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ	3	7.89
ผู้ป่วยล้มเหลวการรักษา	0	0.00
ผู้ป่วยย้ายเข้า	3	7.89
ประเภทกำกับการกินยา		
ผู้ป่วย	20	52.63
ญาติผู้ป่วย	12	31.58
ผู้ป่วยร่วมกับญาติ	6	15.79
นอนพักรักษาในโรงพยาบาลหรือไม่		
นอน	38	100.00
ไม่นอน	0	0.00
การกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน		
ใช่	5	13.16
ไม่ใช่	33	86.84
การได้รับความรู้ สุขศึกษา คำแนะนำเรื่องวัณโรคจากคลินิกวัณโรค		
ได้	38	100.00
ไม่ได้	0	0.00
ผลการรักษา		
รักษาหาย (Cured)	17	44.74
รักษาครบ (Completed)	21	55.26
รักษาล้มเหลว (Failure)	0	0.00
ขาดยา (Default)	0	0.00
เสียชีวิต (Death)	0	0.00
ส่งต่อ (Transfer out)	0	0.00

ในด้านการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค โดยภาพรวมพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคมีระดับการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี เมื่อจำแนกเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีระดับการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ได้แก่ ข้อที่ 1 การรับประทานยารักษาวัณโรคอย่างต่อเนื่องทุกวัน ข้อที่ 2 เมื่อมีปัญหาจากการรับประทานยาจะไม่หยุดยาเอง ข้อที่ 3 เมื่อมีปัญหาการแพ้ยา ได้แจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกครั้ง ข้อที่ 4 ความตั้งใจรับประทานยาเพื่อรักษาจนครบกำหนด 6 เดือน และข้อที่ 5 การมาพบแพทย์เพื่อตรวจร่างกายและรับยาต่อเนื่องตามนัด ข้อที่มีระดับการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ข้อที่ 6 ท่านใส่หน้ากากอนามัยอย่างน้อย 2 เดือนแรก ข้อที่ 7 ท่านรับประทานอาหารครบ 5 หมู่และข้อที่ 9 ท่านสูบบุหรี่ และข้อที่มีระดับการดูแลตนเองอยู่ในระดับปรับปรุง ข้อ 8 ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และ10 ท่านใช้สารเสพติดได้แก่ ฝิ่น เฮโรอีน ยาม้า ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค (n=38)

การดูแลตนเอง	ระดับการดูแล n (ร้อยละ)			ค่าเฉลี่ย	การแปลผล
	ดี	ปานกลาง	ควรปรับปรุง		
1. ท่านรับประทานยารักษาวัณโรคอย่างต่อเนื่องทุกวัน	38 (100.00)	-	-	3.00	ดี
2. หากท่านมีปัญหาจากการรับประทานยาท่านจะไม่หยุดยาเอง	38 (100.00)	-	-	3.00	ดี
3. หากท่านมีปัญหาการแพ้ยา ท่านแจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกครั้ง	38 (100.00)	-	-	3.00	ดี
4. ท่านตั้งใจรับประทานยาเพื่อรักษาจนครบกำหนด 6 เดือน	38 (100.00)	-	-	3.00	ดี
5. ท่านมาพบแพทย์เพื่อตรวจร่างกายและรับยาต่อเนื่องตามนัด	38 (100.00)	-	-	3.00	ดี
6. ท่านใส่หน้ากากอนามัยอย่างน้อย 2 เดือนแรก	-	38 (100.00)	-	2.00	ปานกลาง
7. ท่านรับประทานอาหารครบ 5 หมู่	-	38 (100.00)	-	2.00	ปานกลาง
8. ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	19 (50.00)	14 (36.80)	5 (13.20)	1.63	ควรปรับปรุง
9. ท่านสูบบุหรี่	20 (52.60)	4 (10.50)	14 (36.80)	1.84	ปานกลาง
10. ท่านใช้สารเสพติดได้แก่ ฝิ่น เฮโรอีน ยาม้า	28 (73.70)	2 (5.30)	8 (21.10)	1.47	ควรปรับปรุง
รวมทั้งหมด				2.39	ดี

สำหรับการประเมินความพึงพอใจต่อการใช้ปฏิทินกำกับการกินยารักษาวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรค พบว่า ในภาพรวมระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับดี และเมื่อจำแนกรายหัวข้อพบว่า ทุกหัวข้อมีระดับความพึงพอใจ ในระดับดี ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยวัณโรคต่อการใช้ปฏิทินกำกับการกินยาวัณโรค **(n=38)**

ความพึงพอใจ	ระดับความพึงพอใจ n (ร้อยละ)			ค่าเฉลี่ย	การแปลผล
	มาก	ปานกลาง	น้อย		
1.ท่านรู้สึกว่าแผ่นกำกับการกินยาทำให้กินยาถูกต้อง	32 (84.20)	6 (15.80)	-	2.84	ดี
2.ท่านรู้สึกว่าแผ่นกำกับการกินยาใช้ได้ง่ายและสะดวก	19 (50.00)	19 (50.00)	-	2.50	ดี
3.แผ่นกำกับการกินยามีประโยชน์ในการช่วยเตือนการกินยาวัณโรค	32 (84.20)	6 (15.80)	-	2.84	ดี
4.ท่านพึงพอใจต่อการใช้แผ่นกำกับการกินยา	32 (84.20)	6 (15.80)	-	2.84	ดี
รวมทั้งหมด				2.75	ดี

อภิปราย สรุป และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลการรักษา การดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่ใช้ปฏิทินกำกับการกินยารักษาวัณโรคและความพึงพอใจของผู้ป่วยวัณโรคต่อการใช้ปฏิทินกำกับการกินยา ซึ่งผลการศึกษาวิจัยพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่ใช้ปฏิทินกำกับการกินยามีระดับการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ผู้ป่วยได้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องทุกวัน และตั้งใจรับประทานยาเพื่อรักษาจนครบกำหนด 6 เดือนผู้ป่วยมาพบแพทย์เพื่อตรวจร่างกายและรับยาอย่างต่อเนื่องตามนัด ทั้งนี้อาจเป็นเพราะปฏิทินกำกับการกินยามีลักษณะการใช้งานที่ง่ายและมีประโยชน์ต่อการเตือนผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่องในทุก ๆ วัน ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางงา อำเภอท่าวุ้ง จังหวัดลพบุรี (2559) ที่พบว่า การใช้นวัตกรรมปฏิทินกำกับการกินยาทำให้ผู้ป่วยวัณโรคได้รับยาตลอดโดยไม่ขาด ได้ข้อมูลการติดตามการนัดรับยาต่อเนื่องตามแผนการรักษา และสอดคล้องกับกมลกานต์ สุภตะ (2560) ที่พบว่า จากการเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามผลการใช้ปฏิทินยาเพื่อการรับประทานยารักษาวัณโรคของผู้ป่วย ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาตรงตามแผนการรักษา ไม่มียาเหลือหรือขาด ที่สำคัญคือช่วยให้ผู้ป่วยไม่ลืมที่จะรับประทานยาและเพิ่มความสะดวก รวดเร็วในการหยิบเพื่อที่จะรับประทานในแต่ละวันอีกด้วย นอกจากนี้สอดคล้องกับวิลาวัลย์ ประกอบเลิศ (2561) ที่กล่าวว่า ผลของการใช้ปฏิทินเตือนเวลากินยาผู้ป่วยวัณโรคส่งผลทำให้

ผู้ป่วยวัณโรคมารับการรักษาตรงตามกำหนดนัดหมายและไม่พบผู้ป่วยขาดยาตลอดระยะเวลาของการรักษา ผู้ป่วยวัณโรคได้รับการรักษาด้วยระบบ DOTS ครอบคลุมครบทุกราย นอกจากนี้ ในการวัดระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยวัณโรคที่ใช้ปฏิทินกำกับการกินยาวัณโรคอยู่ในระดับดี การใช้ปฏิทินยาทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้อย่างถูกต้อง รู้สึกง่ายและสะดวกในการรับประทานยา และผู้ป่วยรู้สึกว่าปฏิทินกำกับการกินยามีประโยชน์ในการช่วยเตือนการรับประทานยาได้ สอดคล้องการศึกษาของ กุสุมาภรณ์ โสภาบุตร (2562) ที่ได้ศึกษาผลของการใช้ปฏิทินยาในผู้ป่วยวัณโรคและประเมินระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยของนวัตกรรมในภาพรวมอยู่ในระดับความพึงพอใจมากที่สุด ซึ่งมีความสะดวกรวดเร็วในการหยิบยา และผู้ป่วยได้รับประโยชน์ในการช่วยเตือนในการกินยา

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการใช้ปฏิทินกำกับการกินยาในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาการกินยา และมีการติดตามผลอย่างสม่ำเสมอเพื่อพัฒนาระบบงานในการรักษาวัณโรคของโรงพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

กมลกานต์ สุภตะ. (2560). *ปฏิทินเตือนการกินยาผู้ป่วยวัณโรคปอด.* สืบค้นเมื่อ 16 มีนาคม 2563, จาก http://www.govesite.com/uploads/20180327195331H3A1xDy/20190610052552_4_aXpXfgK.pdf

กุสุมาภรณ์ โสภาบุตร .(2562). *ปฏิทินยาผู้ป่วยวัณโรค.* สืบค้นเมื่อ 18 มีนาคม 2563, จาก https://www.ssoratana.com/uploads/media/20190808094749 4982.pdf

พิมพิกา ชัยศักกรีนนท์, พาทิศ เพชรพิบูลไทย , ฝนทิพย์ ดาวสุริยการ , อภิญญา ฉิมเฉิด , เพ็ญวดี ขันสัมฤทธิ์,นวพล เสถียรกุลวงศ์, ปิยณัฐ กลิ่นรส, ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์, และพรหมพิศิษฐ์ โจทย์กิ่ง.ความรู้และการปฏิบัติในการให้คำแนะนำผู้ป่วยวัณโรคปอดของนักศึกษาแพทย์ชั้นปี ที่ 6 โรงพยาบาลศรีนครินทร์และโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น.*วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชนมหาวิทยาลัยขอนแก่น,*4(4),580-593

วิเชียร เกตุสิงห์. (2538). ค่าเฉลี่ยและการแปลความหมาย. *ข่าวสารวิจัยทางการศึกษา*, 18(3), 8 -11.

วิลาวัลย์ ประกอบเลิศ. (2561). *ปฏิทินเตือนเวลา กินยาผู้ป่วยวัณโรค.* สืบค้นเมื่อ 16 มีนาคม 2563, จาก http://203.157.186.16/kmblog/page_research_detail.php?ResID=935

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางงา อำเภอท่าวุ้ง จังหวัดลพบุรี. (2559). *นวัตกรรมปฏิทินเตือนการกินยา.*

สืบค้นเมื่อ 16 มีนาคม 2563, จาก http://gishealth.moph.go.th/healthmap/upload/document/work_01502_100217_155159.pdf

สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค. (2560) . *แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ พ.ศ. 2560 กระทรวงสาธารณสุข*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

Center for Disease Control and Prevention. (2019). *Reported Tuberculosis in the United States, 2018 CDC*. Retrieved March 25, 2019, from https://www.cdc.gov/mmwr/preview /mmwrhtml/mm6410a2.htm

Grange, M. J. & Zumla, I. A. (2009). Tuberculosis. In Jeremy, F., Peter, H., Thomas, J., Gagandeep, K., David, L. & Nicholas, W. (Eds.), *Mansion's tropical disease (*pp. 983-995). Saunders Ltd.

World Health Organization. (2018). *WHO report 2018; Global Tuberculosis Control, Surveillance, Planning, Financing*. Retrieved March 25, 2019, from https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2018/en/

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลแม่สรวย

อุบล ปัญญานะ และ พิเชฐ คำถาเครือ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลแม่สรวย
สินีนาฎ หงส์ระนัย อาจารย์สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลแม่สรวย ประชากรเป็นเจ้าหน้าที่ทุกคนที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแม่สรวยและเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีจำนวน 259 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์เป็นเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแม่สรวยและเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีซึ่งสมัครใจตอบแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. จำนวน 221 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่าร้อยละ 70.62 ของเจ้าหน้าที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพตาม 3อ.2ส. โดยรวมอยู่ในระดับดี เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตาม 3อ.2ส. การจัดการตนเองตาม 3อ.2ส. และการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศตาม 3อ.2ส. อยู่ในระดับดี ส่วนการสื่อสารสุขภาพตาม 3อ.2ส. การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตาม 3อ.2ส. อยู่ในระดับพอใช้ ในขณะที่ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพตาม 3อ.2ส. อยู่ในระดับถูกต้อง สำหรับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. พบว่าโดยภาพรวมเจ้าหน้าที่ยังมีพฤติกรรมอยู่ในระดับไม่ดี เมื่อจำแนกรายกลุ่มพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพตาม 3อ.2ส. ของเจ้าหน้าที่ฝ่ายบริการในภาพรวมอยู่ในระดับดี และเมื่อจำแนกรายด้านพบว่า การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตาม 3อ.2ส. การจัดการตนเองตาม 3อ.2ส. และการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศตาม 3อ.2ส. อยู่ในระดับดี ส่วนการสื่อสารสุขภาพตาม 3อ.2ส. และการตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตาม 3อ.2ส. อยู่ในระดับพอใช้ ในขณะที่ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพตาม 3อ.2ส. อยู่ในระดับถูกต้องบ้าง สำหรับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ. 2ส. อยู่ในระดับไม่ดี เมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านสุขภาพตาม 3อ.2ส. ของเจ้าหน้าที่ฝ่ายสนับสนุนในภาพรวมพบว่าอยู่ในระดับไม่ดี และเมื่อจำแนกรายด้านพบว่า การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตาม 3อ.2ส. และการตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตาม 3อ.2ส. อยู่ในระดับพอใช้ ส่วนการสื่อสารสุขภาพตาม 3อ.2ส. การจัดการตนเองตาม 3อ.2ส. และการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศตาม 3อ.2ส. อยู่ในระดับไม่ดี ในขณะที่ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพตาม 3อ.2ส. ของเจ้าหน้าที่อยู่ในระดับถูกต้องบ้าง สำหรับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ. 2ส. อยู่ในระดับไม่ดี

ผลการวิจัยนี้สามารถใช้เป็นแนวทางในการวางแผนกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของเจ้าหน้าที่และสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ตาม 3อ.2ส. ต่อไป

บทนำ

ปัจจุบันกลุ่มโรคเรื้อรังหรือโรคไม่ติดต่อ (Non-communicable Diseases) เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกและของประเทศไทย โดยเฉพาะกลุ่มโรคเรื้อรัง 4 โรคหลัก ได้แก่ กลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคเบาหวาน และเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของคนไทย สำหรับประเทศไทยพบว่ามีคนไทยจำนวน 14 ล้านคนที่เป็นกลุ่มโรคเรื้อรัง และเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของประชากรทั้งประเทศ 320,000 คนต่อปี คิดเป็นร้อยละ 75 ของการเสียชีวิตของประชากรทั้งหมด ในจำนวนนี้พบว่าประมาณครึ่งหนึ่ง หรือราวร้อยละ 55 เสียชีวิตที่อายุต่ำกว่า 70 ปี ซึ่งองค์การอนามัยโลกจัดว่าเป็นการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2560) ซึ่งมีปัจจัยมาจากพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคหวาน มัน เค็ม และมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอที่ส่งผลต่อวิถีชีวิตและทำให้ประชาชนป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เพิ่มมากขึ้น ดังนั้นในการป้องกันหรือลดโรคเรื้อรัง ต้องมีจัดการแก้ไขที่สาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงหลัก คือ พฤติกรรมเสี่ยงของบุคคล ด้วยการมุ่งเน้นกลยุทธ์การสร้างเสริมให้คนไทยทุกคนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องโดยมีการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อให้มีสุขภาพที่ดีขึ้นและจัดการโรคเรื้อรังได้ (กองควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2561)

การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบันได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนา ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ซึ่งหมายถึงความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจเพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติ และจัดการตนเองรวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชนเพื่อสุขภาพที่ดีโดยมี 6 องค์ประกอบคือ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access) 2) ความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive) 3) ทักษะการสื่อสาร(Communication skill) 4) ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) 5) การจัดการตนเอง (Self - management) และ 6) การรู้เท่าทันสื่อ (Media - literacy) (เบญจมาศ สุรมิตรไมตรี, 2556) ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นการสร้างความเข้าใจในประเด็นสุขภาพที่เกี่ยวข้องในชีวิตและพัฒนาขีดความสามารถในระดับบุคคลเพื่อการรักษาสุขภาพตนเองอย่างยั่งยืนและที่สำคัญเป็นการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนโดยเฉพาะกับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี) ที่เป็นกำลังหลักสำคัญของประเทศ เนื่องจากความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของประชาชน เพื่อบรรลุเป้าหมายการป้องกันและลดโรค (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2559)

จากผลการตรวจสุขภาพเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลแม่สรวยของกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลแม่สรวย ปี 2558 - 2560 ซึ่งมีเจ้าหน้าที่เข้ารับการตรวจสุขภาพทั้งสิ้นจำนวน 219, 218 และ 233 รายตามลำดับ พบว่า เจ้าหน้าที่ที่มีผลตรวจสุขภาพอยู่ในกลุ่มเสี่ยงมีแนวโน้มลดลง (คิดเป็นร้อยละ 57.08, 47.71 และ 50.21 ตามลำดับ) ในขณะที่กลุ่มป่วยและกลุ่มที่มี BMI เกินมาตรฐานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (กลุ่มป่วยคิดเป็นร้อยละ 5.48, 5.05 และ 7.73 ตามลำดับ และ BMI เกินมาตรฐาน (BMI > 23) คิดเป็น ร้อยละ 48.73, 45.76 และ 52.25 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุเฉพาะในปี 2560

พบว่า เจ้าหน้าที่มีผลตรวจสุขภาพอยู่ในกลุ่มเสี่ยงอยู่ในกลุ่มอายุ 31- 40 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 35.04) รองลงมาคือกลุ่มอายุ 41 - 50 ปี (ร้อยละ 24.79) ส่วนกลุ่มป่วยอยู่ในกลุ่มอายุ 41 - 50 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 37.89) รองลงมาคือกลุ่มอายุ 51 - 60 ปี (ร้อยละ 33.33) ในขณะที่กลุ่มซึ่งมี BMI เกินมาตรฐาน (BMI > 23) อยู่ในกลุ่มอายุ 31- 40 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 34.48) รองลงมาคือกลุ่มอายุ 41 - 50 ปี (ร้อยละ 26.73)

จากสถานการณ์ปัญหาดังกล่าว หากไม่ได้มีการจัดกระทำใดๆ อาจเกิดผลกระทบตามมาทั้งในด้านเจ้าหน้าที่ ซึ่งอาจเกิดโรคเรื้อรัง และหรือมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่เป็น และโรงพยาบาล ซึ่งต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษา ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการดูแล สร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค จึงได้ศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลแม่สรวย เพื่อเป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมเพื่อสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ตาม 3อ.2ส. ต่อไป

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษา

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพตาม 3อ.2ส. ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลแม่สรวย
2. พฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส.ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลแม่สรวย

นิยามศัพท์

ความรอบรู้ด้านสุขภาพตาม 3อ.2ส. หมายถึง ความสามารถและทักษะของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลแม่สรวยในการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ มีความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติ และจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะ เรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชนเพื่อพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ตาม 3อ.2ส. ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา ตามเกณฑ์ที่กำหนดของกองสุขศึกษา

พฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. หมายถึง การปฏิบัติตัวของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลแม่สรวยเพื่อการดูแลสุขภาพในด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่ และการดื่มสุราได้อย่างถูกต้องตามเกณฑ์ที่กำหนดของกองสุขศึกษา

ขอบเขตของการศึกษา

1. ประชากรในการศึกษาเป็นเจ้าหน้าที่ทุกคนที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแม่สรวยและเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีจำนวน 259 คน
2. ระยะเวลาในการศึกษา ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม - 30 กันยายน 2561

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา สถานที่ศึกษา คือโรงพยาบาลแม่สรวย ประชากรที่ใช้ในการศึกษาเป็นเจ้าหน้าที่ทุกคนที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแม่สรวยและเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีจำนวน 259 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงเป็นเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแม่สรวยและเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีจำนวน 221 คน ซึ่งเกณฑ์ในการคัดเลือกมีดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าสู่การศึกษา (Inclusion Criteria)

1. เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแม่สรวยและเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี
2. มีความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย และตอบแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. ในเว็บไซต์ของโรงพยาบาล

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria)

เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแม่สรวยและเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีที่ไม่สะดวกในการตอบแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส.ในเว็บไซต์ของโรงพยาบาล

วิธีการศึกษา ใช้การตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ในเว็บไซต์ของโรงพยาบาล เครื่องมือในการวิจัย เป็นแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของกลุ่มวัยทำงานอายุ 15 – 59 ปีของกองสุขศึกษา โดยเป็นแบบเลือกตอบ (Check List) แบ่งเป็น 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของเจ้าหน้าที่ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รวมจำนวน 4 ข้อ

ตอนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในประเด็นความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพตาม 3อ.2ส. จำนวน 6 ข้อ

ตอนที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในประเด็นการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเองและการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศตาม 3อ.2ส. จำนวน 10 ข้อ โดยแบ่งระดับการวัดเป็นแบบ Likert scale 5 ระดับ ซึ่งเกณฑ์ในการให้คะแนนคือ

ทุกครั้ง = 5 คะแนน บ่อยครั้ง = 4 คะแนน บางครั้ง = 3 คะแนน

นานๆ ครั้ง = 2 คะแนน ไม่ได้ปฏิบัติ/ไม่เคย = 1 คะแนน

ตอนที่ 4 ความรอบรู้ด้านคุณภาพในประเด็นการตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตาม 3อ.2ส. จำนวน 3 ข้อ

ตอนที่ 5 การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. จำนวน 6 ข้อ โดยแบ่งระดับการวัดความถี่ในการปฏิบัติโดยเฉลี่ย/สัปดาห์ เป็นแบบ Likert scale 5 ระดับ ซึ่งข้อความที่มีความหมายเป็นบวกมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

6 - 7 วัน/สัปดาห์ = 5 คะแนน 4 -5 วัน/สัปดาห์ = 4 คะแนน 3 วัน/สัปดาห์ = 3 คะแนน

1 - 2 วัน/สัปดาห์ = 2 คะแนน ไม่ได้ปฏิบัติ = 1 คะแนน

ส่วนข้อความที่ความหมายเป็นลบ จะมีการให้คะแนนกลับด้านจากการให้คะแนนดังกล่าว ซึ่งคะแนนที่ได้ จะอยู่ระหว่าง 1-5 คะแนน

เกณฑ์การแปลความหมายใช้เกณฑ์ให้คะแนนจำแนกความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ตาม 3อ.2ส. ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุง ปี 2561 ของกองสุขศึกษา ดังต่อไปนี้

องค์ประกอบการวัด	ช่วงคะแนน	ระดับ
1.ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพตาม 3อ.2ส. (6 ข้อๆ ละ 1 คะแนน เต็ม 6 คะแนน)	0 – 3.59 คะแนน หรือ <60% ของคะแนนเต็ม	ไม่ถูกต้อง
	3.60 – 4.19 คะแนน หรือ ≥60 – <70% ของคะแนนเต็ม	ถูกต้องบ้าง
	4.20 – 4.79 คะแนน หรือ ≥70 – <80% ของคะแนนเต็ม	ถูกต้อง
	4.80 – 6 คะแนน หรือ ≥80% ของคะแนนเต็ม	ถูกต้องที่สุด
2.การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ตาม 3อ.2ส. (2 ข้อๆละ 5 คะแนน เต็ม 10 คะแนน)	0 - 5.99 คะแนน หรือ <60% ของคะแนนเต็ม	ไม่ดี
	6.00 – 6.99 คะแนนหรือ ≥60 – <70% ของคะแนนเต็ม	พอใช้
	7.00 – 7.99 คะแนนหรือ ≥70 – <80% ของคะแนนเต็ม	ดี
	8.00 – 10 คะแนน หรือ ≥ 80% ของคะแนนเต็ม	ดีมาก
3.การสื่อสารสุขภาพ ตาม 3อ.2ส. (3 ข้อๆละ 5 คะแนน เต็ม 15 คะแนน)	0 – 8.99 คะแนน หรือ <60% ของคะแนนเต็ม	ไม่ดี
	9.00 – 10.49 คะแนนหรือ ≥60 – <70% ของคะแนนเต็ม	พอใช้
	10.50 – 11.99 คะแนนหรือ ≥70 – <80% ของคะแนนเต็ม	ดี
	12.00 – 15 คะแนน หรือ ≥ 80% ของคะแนนเต็ม	ดีมาก
4.การจัดการตนเอง ตาม 3อ.2ส. (3 ข้อๆละ 5 คะแนน เต็ม 15 คะแนน)	0 – 8.99 คะแนน หรือ <60% ของคะแนนเต็ม	ไม่ดี
	9.00 – 10.49 คะแนนหรือ ≥60 – <70% ของคะแนนเต็ม	พอใช้
	10.50 – 11.99 คะแนนหรือ ≥70 – <80% ของคะแนนเต็ม	ดี
	12.00 – 15 คะแนน หรือ ≥ 80% ของคะแนนเต็ม	ดีมาก
5.การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศตาม 3อ.2ส. (2 ข้อๆ ละ 5 คะแนน เต็ม 10 คะแนน)	0 - 5.99 คะแนน หรือ <60% ของคะแนนเต็ม	ไม่ดี
	6.00 – 6.99 คะแนนหรือ ≥60 – <70% ของคะแนนเต็ม	พอใช้
	7.00 – 7.99 คะแนนหรือ ≥70 – <80% ของคะแนนเต็ม	ดี
	8.00 – 10 คะแนน หรือ ≥ 80% ของคะแนนเต็ม	ดีมาก
6.การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ตาม 3อ.2ส. (3 ข้อๆ ละ 4 คะแนน เต็ม 12 คะแนน)	0 – 7.19 คะแนน หรือ <60% ของคะแนนเต็ม	ไม่ดี
	7.20 – 8.39 คะแนนหรือ ≥60 – <70% ของคะแนนเต็ม	พอใช้
	8.40 – 9.59 คะแนนหรือ ≥70 – <80% ของคะแนนเต็ม	ดี
	9.60 – 12 คะแนน หรือ ≥ 80% ของคะแนนเต็ม	ดีมาก

การแปลผลคะแนนรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพตาม 3อ.2ส. (องค์ประกอบที่ 1 -6) คะแนนรวมเต็ม 68 คะแนน

การแปลผลคะแนนรวมพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. คะแนนรวมเต็ม 30 คะแนน

ช่วงคะแนน	ระดับ	แปลผล
ถ้าได้ 0 – 40.79 คะแนน หรือ <60% ของคะแนนเต็ม	ไม่ดี	เป็นผู้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตนตาม 3อ.2ส.
ถ้าได้ 40.80 – 47.59 คะแนน หรือ ≥60 – <70% ของคะแนนเต็ม	พอใช้	เป็นผู้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอและอาจจะมีการปฏิบัติตนตาม 3อ.2ส. ได้ถูกต้องบ้าง
ถ้าได้ 47.60 – 54.39 คะแนน หรือ ≥70 – <80% ของคะแนนเต็ม	ดี	เป็นผู้มีระดับความฉลาดทางสุขภาพดีเพียงพอ และมีการปฏิบัติตนตาม 3อ.2ส. ได้ถูกต้อง
ถ้าได้ 54.40 – 68 คะแนน หรือ ≥80% ของคะแนนเต็ม	ดีมาก	เป็นผู้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มากเพียงพอและมีการปฏิบัติตนตาม 3อ.2ส. ได้ถูกต้องและสม่ำเสมอจนเป็นสุขนิสัย

ช่วงคะแนน	ระดับ	แปลผล
ถ้าได้ 0 – 17.99 คะแนน หรือ <60% ของคะแนนเต็ม	ไม่ดี	มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองตาม 3อ.2ส. ไม่ถูกต้อง
ถ้าได้ 18.00 – 20.99 คะแนน หรือ ≥60 – <70% ของคะแนนเต็ม	พอใช้	มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองตาม 3อ.2ส. ได้ถูกต้องเป็นส่วนน้อย
ถ้าได้ 21.00 – 23.99 คะแนน หรือ ≥70 – <80% ของคะแนนเต็ม	ดี	มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองตาม 3อ.2ส. ได้ถูกต้องเป็นส่วนใหญ่
ถ้าได้ 24.00 – 30 คะแนน หรือ ≥80% ของคะแนนเต็ม	ดีมาก	มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองตาม 3อ.2ส. ได้อย่างถูกต้องสม่ำเสมอ

การดำเนินการศึกษา

1. ขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่สรวยเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ชี้แจงประชากรเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลแม่สรวย 221 รายเกี่ยวกับการวิจัย ได้แก่ วัตถุประสงค์ของการวิจัย ผลที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย การดำเนินงานวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

3. เก็บรวบรวมข้อมูล โดยนำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. ลงในเว็ปไซต์ของโรงพยาบาลแม่สรวยเพื่อให้เจ้าหน้าที่กรอกข้อมูล

4. วิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณาโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปวิเคราะห์ผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส.ในประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุง ปี 2561 ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

ระยะเวลาดำเนินงาน 7 เดือน ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม - 30 กันยายน 2561

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่า ในด้านข้อมูลทั่วไปของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลแม่สรวย จำนวน 221 คน (เจ้าหน้าที่ฝ่ายบริการจำนวน 171 คน และเจ้าหน้าที่ฝ่ายสนับสนุน จำนวน 50 คน) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 73.76) โดยมีอายุระหว่าง 26-36 ปี (ร้อยละ 36.20) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 61.54) และการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีขึ้นไป (ร้อยละ 55.66) มากที่สุด ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล (n = 221 คน)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน) (n = 221)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	58	26.24
หญิง	163	73.76
อายุ (ปี)		
15 – 25 ปี	32	14.48
26 – 36 ปี	80	36.20
37 – 47 ปี	51	23.08
48 – 59 ปี	58	26.24
สถานภาพสมรส		
โสด	77	34.84
คู่	136	61.54
หม้าย/หย่า/แยก	7	3.17
อื่นๆ	1	0.45
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	13	5.88
ม. ต้น	9	4.07
ม. ปลาย /ปวช.	56	25.34
อนุปริญญา/ปวส.	20	9.05
ปริญญาตรีขึ้นไป	123	55.66

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพตาม 3อ.2ส. ของเจ้าหน้าที่ทั้งหมดของโรงพยาบาลแม่สรวย พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพตาม 3อ.2ส. ของเจ้าหน้าที่ในภาพรวมอยู่ในระดับดี เมื่อจำแนกรายด้านพบว่าการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตาม 3อ.2ส. การจัดการตนเองตาม 3อ.2ส. และการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศตาม 3อ.2ส. อยู่ในระดับดี ส่วนการสื่อสารสุขภาพตาม 3อ.2ส. การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตาม 3อ.2ส. อยู่ในระดับพอใช้ ในขณะที่ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพตาม 3อ.2ส.

อยู่ในระดับถูกต้อง ซึ่งหมายถึงมีความรู้และเข้าใจใน 3อ.2ส. ถูกต้องเป็นส่วนมาก เพียงพอต่อการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพที่ดี ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ. 2ส.ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลแม่สรวย (n=221)

องค์ประกอบ	คะแนนรวมเฉลี่ย	ระดับ
ความรอบรู้ด้านสุขภาพตาม 3อ.2ส.		
ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพตาม 3อ.2ส.	4.52	ถูกต้อง
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตาม 3อ.2ส.	7.71	ดี
การสื่อสารสุขภาพตาม 3อ.2ส.	9.92	พอใช้
การจัดการตนเองตาม 3อ.2ส.	10.76	ดี
การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศตาม 3อ.2ส.	7.83	ดี
การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตาม 3อ.2ส.	7.28	พอใช้
คะแนนรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพตาม 3อ.2ส.	48.02	ดี
พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส.	17.11	ไม่ดี

เมื่อจำแนกความรอบรู้ด้านสุขภาพตาม 3อ.2ส.รายกลุ่ม พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพตาม 3อ.2ส.ของเจ้าหน้าที่ฝ่ายบริการในภาพรวมอยู่ในระดับดี เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตาม 3อ.2ส. การจัดการตนเองตาม 3อ.2ส. และการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศตาม 3อ.2ส. อยู่ในระดับดี ส่วนการสื่อสารสุขภาพตาม 3อ.2ส. และการตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตาม 3อ.2ส. อยู่ในระดับพอใช้ ในขณะที่ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพตาม 3อ.2ส. อยู่ในระดับถูกต้องบ้าง ซึ่งหมายถึงมีความรู้และเข้าใจใน 3อ.2ส. ถูกต้องเป็นส่วนน้อย ไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพที่ดี สำหรับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ. 2ส. อยู่ในระดับไม่ดี ซึ่งหมายถึงมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองตาม 3อ.2ส. ไม่ถูกต้อง ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ. 2ส.ของเจ้าหน้าที่ฝ่ายบริการ (Front Office) (n=171)

องค์ประกอบ	คะแนนรวมเฉลี่ย	ระดับ
ความรอบรู้ด้านสุขภาพตาม 3อ.2ส.		
ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพตาม 3อ.2ส.	3.74	ถูกต้องบ้าง
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตาม 3อ.2ส.	7.85	ดี
การสื่อสารสุขภาพตาม 3อ.2ส.	10.04	พอใช้
การจัดการตนเองตาม 3อ.2ส.	10.91	ดี
การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศตาม 3อ.2ส.	7.95	ดี
การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตาม 3อ.2ส.	7.26	พอใช้
คะแนนรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพตาม 3อ.2ส.	47.74	ดี
พฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ. 2ส.	17.08	ไม่ดี

ส่วนความรอบรู้ด้านสุขภาพตาม 3อ.2ส.ของเจ้าหน้าที่ฝ่ายสนับสนุน พบว่า ในภาพรวม ความรอบรู้ด้านสุขภาพตาม 3อ.2ส. ของเจ้าหน้าที่อยู่ในระดับไม่ดี เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตาม 3อ.2ส. และการตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตาม 3อ.2ส. อยู่ในระดับพอใช้ ส่วนการสื่อสารสุขภาพตาม 3อ.2ส. การจัดการตนเองตาม 3อ.2ส. และการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศตาม 3อ. 2ส.อยู่ในระดับไม่ดี ในขณะที่ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพตาม 3อ.2ส.ของเจ้าหน้าที่อยู่ในระดับถูกต้องบ้าง สำหรับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ. 2ส. อยู่ในระดับไม่ดี ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ. 2ส. ของเจ้าหน้าที่ฝ่ายสนับสนุน (Back Office) (n =50)

องค์ประกอบ	คะแนนรวมเฉลี่ย	ระดับ
ความรอบรู้ด้านสุขภาพตาม 3อ.2ส.		
ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพตาม 3อ.2ส.	4.02	ถูกต้องบ้าง
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตาม 3อ.2ส.	6.24	พอใช้
การสื่อสารสุขภาพตาม 3อ.2ส.	7.54	ไม่ดี
การจัดการตนเองตาม 3อ.2ส.	7.96	ไม่ดี
การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศตาม 3อ.2ส.	5.96	ไม่ดี
การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตาม 3อ.2ส.	7.60	พอใช้
คะแนนรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพตาม 3อ.2ส.	39.32	ไม่ดี
พฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ. 2ส.	15.20	ไม่ดี

อภิปราย สรุป และข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพตาม 3อ.2ส.ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลแม่สรวย จำนวน 221 คน พบว่าร้อยละ 70.62 ของเจ้าหน้าที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพตาม 3อ.2ส.โดยรวมอยู่ในระดับดี ทั้งนี้เป็นเพราะการศึกษา ครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 26-36 ปี และระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไปมากที่สุด ซึ่งปัจจัยระดับบุคคลดังกล่าวสะท้อนถึงระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่สูงกว่าระดับพื้นฐาน ได้แก่ การมีทักษะทางสังคมที่ใช้ในการเข้าร่วมกิจกรรม รู้จักเลือกใช้ข้อมูลข่าวสาร แยกแยะลักษณะการสื่อสารที่แตกต่างกัน รวมทั้งประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ๆเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (วัชราพร เชยสุวรรณ, 2560) ส่วนพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลแม่สรวย พบว่าโดยภาพรวมเจ้าหน้าที่ยังมีพฤติกรรมอยู่ในระดับไม่ดี โดยต่างจากผลการศึกษาของพิทยา ไพบูลย์ศิริ (2561) ที่ศึกษาในกลุ่มวัยทำงานอายุ 15-59 ปี ซึ่งเป็นผู้บริหารภาครัฐ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่าร้อยละ 73.81 ของกลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับพอใช้ และร้อยละ 52.38 มีพฤติกรรมสุขภาพในระดับพอใช้ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีอายุค่อนข้างมากกล่าวคืออายุ เฉลี่ย 54 ปี (ร้อยละ 81 มีอายุ 50 ขึ้นไป) แสดงให้เห็นว่าช่วงอายุมีความสัมพันธ์ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่าสามารถเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ เมื่อจำแนกรายด้านพบว่าการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตาม 3อ.2ส. การจัดการตนเองตาม 3อ.2ส. และการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศตาม 3อ.2ส. อยู่ในระดับดี ส่วนการสื่อสารสุขภาพตาม 3อ.2ส. การตัดสินใจและเลือก

ปฏิบัติที่ถูกต้องตาม 3อ.2ส.อยู่ในระดับพอใช้ ในขณะที่ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพตาม 3อ.2ส. อยู่ในระดับถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของจิระภา ขำพิสุทธิ์ (2561) ที่ศึกษาความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนิสิตชั้นปีที่ 2 คณะกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จำนวน 326 คน ผลการวิจัยพบว่า นิสิตมีความฉลาดทางสุขภาพในด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านทักษะการสื่อสาร ด้านการตัดสินใจ และด้านการรู้เท่าทันสื่อเพื่อสร้างเสริมสุขภาพในระดับสูง ส่วนด้านความรู้ ความเข้าใจการสร้างเสริมสุขภาพ และด้านทักษะการจัดการตนเอง เพื่อสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากนิสิตที่เรียนอยู่ในระดับอุดมศึกษาเป็นผู้มีความรู้ ความเข้าใจ ความใส่ใจในเรื่องสุขภาพ อีกทั้งเป็นกลุ่มวัยรุ่นที่มีความสนใจมีทักษะในการสื่อสาร การใช้เทคโนโลยีในการแสวงหาข้อมูลสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

แนวทางการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพตาม 3อ.2ส.เพื่อสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปสู่พฤติกรรมที่พึงประสงค์ตาม 3 อ.2 ส. ของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล ควรเริ่มจากการนำส่วนขาดจากการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพตาม 3อ.2ส. มาวางแผนงาน โครงการ กำหนดกลยุทธ์สร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วมรองรับ มีทีมงานร่วมออกแบบองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ และมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมการมีพฤติกรรมสุขภาพตาม 3 อ.2 ส. ที่ถูกต้องผ่านกระบวนการเรียนรู้ เช่น การสนทนากลุ่ม จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยผ่านการสื่อสารที่ทันสมัย ตลอดจนการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพตาม 3 อ.2 ส. ทั้งนี้ ควรมุ่งเน้นให้ความสำคัญกับการพัฒนากลุ่มสนับสนุนให้สอดคล้องกับศักยภาพและบริบทด้วย

เอกสารอ้างอิง

กองควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2561). *สถิติการตาย/ป่วย ตัวชี้วัดโครงการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง.* สืบค้นเมื่อ 8 มีนาคม 2561, จาก http://www.thaincd.com/2016/mission/documents.php?tid=32&gid=1-020

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2559). *การสร้างเสริมและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ.* สืบค้นเมื่อ 8 มีนาคม 2561, จาก file:///C:/Users/Admin/Downloads/15062017094949603 6news.pdf

จิระภา ขำพิสุทธิ์. (2561). ความฉลาดทางสุขภาพ และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนิสิตมหาวิทยานเรศวร. *วารสารการวัดผลการศึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 24*(1), 67-78.

เบญจมาศ สุรมิตรไมตรี. (2556). *การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3อ. 2ส.ตามปิงปองจราจรชีวิต 7 สี.* สืบค้นเมื่อ 5 มีนาคม 2561, จาก http://www.thaincd.com/document/file/download/powerpoint/%E0%B8%9C%E0%B8%AD.%E0%B8%81%E0%B8%AD%E0%B8%87%E0%B8%AA%E0%B8%B8%E0%B8%82%E0%B8%A8%E0%B8%B6%E0%B8%81%E0%B8%A9%E0%B8%B2180356.pdf

พิทยา ไพบูลย์ศิริ. (2561). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ของผู้บริหารภาครัฐจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย,* 8(1), 97-107.

วัชราพร เชยสุวรรณ. (2560). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: แนวคิดและการประยุกต์สู่การปฏิบัติการพยาบาล. *วารสารแพทย์นาวี, 44*(3), 183-197.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2560). *แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560 - 2564).* สืบค้นเมื่อ 5 มีนาคม 2561, จาก https://www.iccp-portal.org/system/files/plans/Thailand%20National%20NCD%20plan%202017-2021.pdf

การศึกษาความชุกของเชื้อแบคทีเรียก่อโรค ในโรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงราย ปี 2561

วันวิสาข์ จักรสาร
กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลแม่จัน

บทคัดย่อ

ปัจจุบันปัญหาเชื้อแบคทีเรียดื้อยามีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น จึงทำให้ต้องมีการเก็บรวบรวมข้อมูลความชุกของเชื้อแบคทีเรียที่พบภายในโรงพยาบาลของแต่ละที่ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิเคราะห์ สถาการณ์เชื้อแบคทีเรียดื้อยาต่อไปในอนาคต โดยความชุกของเชื้อแบคทีเรียก่อโรคที่สำคัญในโรงพยาบาลแม่จัน ปี 2561 ที่พบมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ E.coli, K.pneumonia, S.aureus. Ps.aeruginosa, A.baumanii ตามลำดับ ซึ่งนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานใช้เปรียบเทียบแนวโน้มการดื้อยาของเชื้อแบคทีเรียภายในโรงพยาบาลแม่จัน ร่วมกับคณะกรรมการงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลแม่จันและเครือข่ายบริการสุขภาพ เพื่อเฝ้าระวังแนวโน้มที่สูงขึ้นหรือลดลงในปีถัดไป เพื่อหามาตรการในการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต่อไป

บทนำ

กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลแม่จัน ได้เปิดตรวจวิเคราะห์ทางจุลชีวิทยา ได้แก่การเพาะเชื้อแบคทีเรียจากสิ่งส่งตรวจของผู้ป่วย โดยใช้เครื่องตรวจวิเคราะห์อัตโนมัติ (MicroScan WalkAway40) ในเดือนกรกฎาคม 2560 และยังไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลความชุกของแบคทีเรียที่พบภายในโรงพยาบาล ประกอบกับในปัจจุบันเชื้อที่พบเป็นสาเหตุของการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่วนใหญ่คือเชื้อแบคทีเรีย และมีแนวโน้มดื้อยาที่เพิ่มขึ้น เพื่อให้มีข้อมูลพื้นฐานในการวิเคราะห์สถาณการณ์เชื้อแบคทีเรียก่อโรคภายในโรงพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความชุกของเชื้อแบคทีเรียก่อโรคที่แยกได้จากสิ่งส่งตรวจของผู้ป่วยที่ส่งตรวจวิเคราะห์ในโรงพยาบาลแม่จัน ปี 2561

วิธีการวิจัย

1. นำข้อมูลที่ได้จากการปฏิบัติการตรวจวิเคราะห์ ทั้งการระบุชนิดเชื้อโดยอาศัยปฏิกิริยาทางชีวเคมี และการทดสอบความไวต่อยาต้านจุลชีพของเชื้อแบคทีเรียจากเครื่องวิเคราะห์อัตโนมัติ (MicroScan WalkAway40) ในปี 2561 คำนวณเป็นค่าร้อยละ และบรรยายเชิงพรรณนา

2. คัดแยกเฉพาะข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มเชื้อที่ผลทดสอบดื้อยาต้านจุลชีพ โดยอ้างอิงเกณฑ์ความไวต่อยาต้านจุลชีพตาม Clinical and Laboratory Standard Institute (CLSI)

3. คัดแยกชนิดเชื้อ ว่ามีเชื้อสายพันธุ์ใดมากที่สุด และคัดแยกตามชนิดของสิ่งส่งตรวจจากผู้ป่วยว่าพบเชื้อ ในสิ่งส่งตรวจชนิดใดมากที่สุด

ผลการวิจัย

พบว่าในปี 2561 จำนวนสิ่งส่งตรวจเพาะเชื้อแบคทีเรียทั้งหมด 8,364 specimens ผลการเพาะเชื้อ พบเชื้อแบคทีเรียทั้งหมด 1,054 specimens คิดเป็นร้อยละ 12.60 ของจำนวนสิ่งส่งตรวจทั้งหมด เชื้อแบคทีเรียที่พบมากที่สุด 5 อันดับแรกได้แก่ E.coli 359 isolated (คิดเป็นเชื้อดื้อยา CRE 3.34%, ESBL 27.86%), K.pneumoniae 132 isolated (คิดเป็นเชื้อดื้อยา CRE 9.09%, ESBL 27.27%), S. aureus 93 isolated (คิดเป็นเชื้อดื้อยา MRSA 3.22%), Ps. aeruginosa 83 isolated (คิดเป็นเชื้อดื้อยา MDR 6.02%), A. baumanii 59 isolated (คิดเป็นเชื้อดื้อยา MDR 44.07%) ตามลำดับ และเชื้อแบคทีเรียที่พบมากที่สุดแบ่งตามชนิดของสิ่งส่งตรวจ ใน Sputum พบ K. pneumonia 29.29%, A. baumanii 16.67%, Ps. aeruginasa 15.66%, ใน Hemoculture พบ E.coli 38.02%, S. aureus 8.26%, K.pneumoniae 7.85% ใน Urine พบ E. coli 60.89%, K.pneumoniae 9.50%, P. mirabilis 5.31% ตามลำดับ

อภิปราย สรุป และข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาข้อมูลเชื้อแบคทีเรียดื้อยาทั้งหมดในปี 2561 นี้ พบเชื้อแบคทีเรีย5 อันดับแรกได้แก่ E.coli, K.pneumonia, S.aureus. Ps.aeruginosa, A.baumanii ตามลำดับ ซึ่งนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานใช้เปรียบเทียบแนวโน้มการดื้อยาของเชื้อแบคทีเรียภายในโรงพยาบาลแม่จัน ร่วมกับคณะกรรมการงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลแม่จัน และเครือข่ายบริการสุขภาพ เพื่อเฝ้าระวังแนวโน้มที่สูงขึ้นหรือลดลงในปีถัดไป เพื่อหามาตรการในการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต่อไป จากการศึกษานี้ เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลัง 1 ปี โดยนำข้อมูลจากเครื่องวิเคราะห์อัตโนมัติ (MicroScan WalkAway40) เป็นข้อมูลที่ยังไม่ได้ผ่านการตรวจสอบก่อนที่จะรายงานไปยังให้แพทย์ทราบ อีกทั้งข้อมูลเชื้อแบคทีเรียที่พบบางตัว ไม่ได้ก่อโรคในผู้ป่วย เนื่องจากเป็นเชื้อประจำถิ่น แต่มีการทดสอบปฏิกิริยาทางชีวเคมี และการทดสอบความไวต่อยาต้านจุลชีพของเชื้อแบคทีเรีย เพื่อระบุว่าเป็นเชื้อก่อโรคหรือไม่ จึงเป็นข้อมูลที่ไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้ และจำนวนข้อมูลที่มาก ต้องจัดการกับข้อมูลเชื้อและยาต้านจุลชีพที่ไม่ได้อยู่ในขอบเขตการศึกษาออกก่อน ซึ่งเป็นขั้นตอนที่ใช้เวลามาก และต้องมีความระมัดระวังในการใช้ตัวกรองข้อมูลสูง ดังนั้นควรมีโปรแกรมที่จัดเก็บข้อมูลที่ผ่านการรายงานผลไปยังแพทย์แล้ว และควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเรื่องการกระจายของเชื้อแบคทีเรียดื้อยา ตามหอผู้ป่วยภายในโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2561. คู่มือการปฏิบัติงานแบคทีเรียและรา สำหรับโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป, บริษัท ธนาเพรส จำกัด, กรุงเทพฯ.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย

นางมัตติกา ปิงเมือง
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย เป็นการศึกษาเชิงหาความสัมพันธ์ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 215 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วย การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และไค-สแควร์

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยนำที่ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ได้แก่ ความรู้เรื่องสารพิษและโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ($P<0.001$) และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ ($P<0.001$) และปัจจัยเสริมที่ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ การได้รับอิทธิพลจากครอบครัวและเพื่อน ($P=0.033$)

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าปัจจัยนำและปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ดังนั้นควรให้สุขศึกษา เพื่อการเข้าถึงการรับรู้ ความรู้ความเข้าใจ อย่างถูกต้องของพิษภัยและโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ และการได้รับอิทธิพลจากครอบครัวและเพื่อน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการกระตุ้นให้เกิดความตระหนักถึงโทษของบุหรี่ เพื่อลด ละ เลิก การสูบบุหรี่ในวัยรุ่นและป้องกันนักสูบหน้าใหม่ต่อไปในอนาคต

บทนำ

บุหรี่เป็นสารเสพติดชนิดหนึ่งที่ถึงแม้ว่าจะเสพได้โดยไม่ผิดกฎหมาย แต่พิษภัยของบุหรี่ก็ร้ายแรง เพราะในควันบุหรี่มีสารพิษอยู่มากมาย สร้างปัญหาต่อสุขภาพทั้งต่อผู้บริโภคและคนข้างเคียง ศูนย์เพื่อการควบคุมละป้องกันโรคสหรัฐอเมริกา รายงานว่าพบอัตราการใช้บุหรี่ในกลุ่มประชากรวัยรุ่นเพิ่มสูงขึ้นเป็นสามเท่าตัวเมื่อเปรียบเทียบสถิติระหว่างปี ค.ศ.2013 กับ ค.ศ.2014 (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2558) จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี พ.ศ.2560 พบว่าประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ทั้งสิ้น 55.9 ล้านคน สูบบุหรี่ 10.7 ล้านคน มีอัตราการสูบ ร้อยละ 19.1 แยกเป็นผู้ที่สูบประจำ 9.4 ล้านคน และเป็นผู้สูบนานๆครั้ง 1.3 ล้านคน กลุ่มอายุ 25 – 44 ปี มีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุด ร้อยละ 21.9 และกลุ่มเยาวชน อายุ 15-19 ปี มีอัตราการสูบบุหรี่ต่ำสุด ร้อยละ 9.7 ผู้ชายสูบบุหรี่มากกว่าผู้หญิง 22 เท่า (ร้อยละ 37.7 และ 1.7 ตามลำดับ)แนวโน้มการสูบบุหรี่ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปลดลงไม่มาก แต่ลดลงอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 20.7 ในปี 2557 เป็นร้อยละ 19.9 ในปี 2558 และร้อยละ 19.1 ในปี 2560 ผู้ชาย ที่สูบบุหรี่ลดลงมากกว่าผู้หญิง โดยผู้ชายลดลง ร้อยละ 40.5 ในปี 2557 เป็นร้อยละ 39.3 ในปี 2558 และ ร้อยละ 37.7 ในปี 2560 สำหรับผู้หญิงลดลงจากร้อยละ 2.2 ในปี 2557 เป็นร้อยละ 1.8 ในปี 2558 และ ร้อยละ 1.7 ในปี 2560 การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและเสียชีวิตก่อนเวลาที่สำคัญลำดับที่สองของคนไทย โดยประมาณหนึ่งในหกของชายไทยและหนึ่งในยี่สิบห้าของหญิงไทยที่เสียชีวิตมีสาเหตุมาจากการ สูบบุหรี่ แต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่กว่า 50,000 คน ในจำนวนนี้ 30% หรือกว่า 15,000 คน เสียชีวิตก่อนอายุ 60 ปี การที่มีผู้สูบบุหรี่ 11 ล้านคน และผู้สูบบุหรี่ต้องป่วยหนักจนสูญเสียคุณภาพชีวิตโดยเฉลี่ยคนละ 2.5 ปีก่อนตาย ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานและเป็นภาระแก่ครอบครัว (สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2560)

ผลการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากรไทยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ในปี 2560 พบว่าภาคเหนือ มีจำนวนประชากรที่สูบบุหรี่ 1,627,291 คน คิดเป็นอัตราร้อยละ 17.1 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2560) เมื่อเปรียบเทียบรายจังหวัด ในปี 2560 พบว่าจังหวัดเชียงรายมีประชากรไทยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 679,465 คน พบผู้ที่สูบบุหรี่ มีจำนวน 67,920 คน คิดเป็นอัตราการสูบร้อยละ 10 ในระดับอำเภอ แม่สรวย พบว่า มีจำนวนประชากรไทยอายุ 15-70 ปี จำนวน 44,516 คน พบผู้ที่สูบบุหรี่ มีจำนวน 5,070 คน คิดเป็นอัตราการสูบร้อยละ 11.39 (HDC on cloud, 2562) จากการศึกษาของสถาบัน IHME (Institute for Health Metrics and Evaluation) จากสหรัฐอเมริกาในปี พ.ศ.2563 พบว่า การบริโภคยาสูบก่อให้เกิดภาระโรคเป็นอันดับที่ 2 รองจากความดันหิตสูง และมีผู้เสียชีวิตมากกว่า 6.3 ล้านคนที่เสียชีวิต จากโรคที่เนื่องมาจากการบริโภคยาสูบ (Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, et al.2013) จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดมะเร็งช่องปาก พบว่าเพศชายจะมีปัจจัยเสี่ยงการเกิดมะเร็งสูงกว่าเพศหญิง โดยเฉพาะปัจจัยด้านการสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ (วสินเทียนกิ่งแก้ว, 2553) และจากการศึกษาภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชาชนไทย ในปี พ.ศ. 2556 พบว่าจำนวนตายจากโรคที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ รวมทั้งสิ้นจำนวน 309,343 คน แยกเป็นเพศชาย

จำนวน 163,968 คน และเพศหญิง จำนวน 145,376 คน ซึ่งจำแนกจำนวนตายจากโรคที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ ดังนี้ โรคมะเร็งช่องปาก จำนวน 7,525 คน โรคมะเร็งปอด จำนวน 15,581 คน โรคมะเร็งอื่นๆ จำนวน 62,192 คน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 20,471 คน โรคทางเดินหายใจอื่นๆ จำนวน 22,427 คน โรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 111,557 คน และ โรคอื่นๆ จำนวน 69,590 คน (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบมหาวิทยาลัยมหิดล, 2560)

การศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนดำเนินงานส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น โดยนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ มาจัดเป็นโปรแกรมสุขศึกษาแก่วัยรุ่นในพื้นที่ เพื่อป้องกันนักสูบหน้าใหม่ และสุขภาพที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย

วิธีการวิจัย

ประชากร เป็นนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น (ม.1 – ม.3 ปีการศึกษา 2562) ที่กำลังศึกษาอยู่ ในโรงเรียนขยายโอกาสและโรงเรียนมัธยมศึกษาในเขตอำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย ทั้งหมด 18 แห่งจำนวน 1,038 คน และได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 215 คน จากการคำนวณโดยใช้สูตรของ Taro Yamanem

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยในครั้งนี้เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 7 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เรื่องสารพิษและโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ ส่วนที่ 5 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยเอื้อ ส่วนที่ 6 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยเสริม และส่วนที่ 7 แบบสอบถามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์ประจำสาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา 1 ท่าน และอาจารย์ประจำภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล 2 ท่าน เป็นผู้พิจารณา ตรวจสอบเนื้อหาและนำผลไปวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC: The Index of Item Objective Congruence) โดยค่าดัชนีความสอดคล้องที่ยอมรับได้คือช่วง 0.50-1.00 เท่านั้นจึงจะนำมาเป็นข้อคำถาม

ผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในอำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย จำนวน 30 คน แล้วคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของข้อมูล โดยใช้สัมประสิทธิ์คอนบราคอัลฟ่า (Cronbach's alpha coefficient) ค่าความเชื่อมั่นที่ได้ต้องไม่ต่ำกว่า 0.70 ซึ่งได้เท่ากับ 0.88

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ประกอบด้วยการวิเคราะห์ ดังนี้

1. วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยการแจกแจงความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์หาตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ โดยใช้สถิติ ไค-สแควร์ (Chi – Square)

ผลการวิจัย

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 14 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.9 ($\bar{x}$ = 14.45, S.D. = 0.88, Min = 12, Max = 16) กำลังศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ร้อยละ 39.5 มีผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาระหว่าง 1.00 ถึง 2.67 คิดเป็นร้อยละ 71.2 ($\bar{x}$ = 2.67, S.D. = 0.54, Min = 1.00, Max = 4.00) อาศัยอยู่กับบิดามารดาร้อยละ 77.7

ความรู้เกี่ยวกับสารพิษในบุหรี่ อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 81.9 ระดับสูง ร้อยละ 18.1 ($\bar{x}$ = 4, S.D. = 1.39, Min = 0, Max = 6)

การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 74.4 ระดับสูง ร้อยละ 25.6 ($\bar{x}$ = 31, S.D. = 4.06, Min = 12, Max = 40)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ อยู่ในระดับต่ำร้อยละ 78.6 ระดับสูง ร้อยละ 21.4 ($\bar{x}$ = 27, S.D. = 5.79, Min = 11, Max = 36)

ระยะทางจากบ้านพักถึงร้านค้าบุหรี่ที่ใกล้ที่สุด คือ ระยะทางน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 กิโลเมตร คิดเป็นร้อยละ 86.90

ทักษะการปฏิเสธ อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 68.4 ระดับสูง ร้อยละ 31.6 ($\bar{x}$ = 41, S.D. = 8.82, Min = 10, Max = 50)

การได้รับอิทธิพลจากครอบครัวและเพื่อน อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 75.8 ระดับสูง ร้อยละ 24.2 ($\bar{x}$ = 22, S.D. = 9.36, Min = 10, Max = 44)

การป้องกันการสูบบุหรี่ในโรงเรียน อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 72.6 ระดับสูง ร้อยละ 27.4 ($\bar{x}$ = 40, S.D. = 8.89, Min = 10, Max = 50)

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 65.1 เริ่มสูบบุหรี่มวนแรกเมื่ออายุ 12 - 13 ปี ร้อยละ 42.7 โดยสูบบุหรี่เป็นครั้งคราว ร้อยละ 77.3 ส่วนใหญ่สูบบุหรี่ประเภทบุหรี่โรงงาน ร้อยละ 80 และสถานที่ที่สูบบุหรี่มากที่สุด คือ ทั้งที่บ้านและโรงเรียน ร้อยละ 38.7

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่า อายุ ระดับชั้นการศึกษา ผลสัมฤทธิ์ด้านการเรียน การพักอาศัยและการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ส่วนปัจจัยนำที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ได้แก่ ความรู้เรื่องสารพิษและโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ สัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (P<0.001 และ P<0.001 ตามลำดับ)

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อ พบว่า ไม่มีปัจจัยใดสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า การป้องกันการสูบบุหรี่ในโรงเรียน ไม่มีความสัมพันธ์กัน และการได้รับอิทธิพลจากครอบครัวและเพื่อน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P = 0.033)

อภิปราย สรุป และข้อเสนอแนะ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย ประกอบด้วย 3 ตัวแปร ดังนี้

ความรู้เรื่องสารพิษและโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (P<0.001) โดยพบว่าความรู้ความเข้าใจในเรื่องสารพิษและโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่จะมีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ด้วย ถ้าหากมีความรู้ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องย่อมจะส่งผลต่อพฤติกรรมในทางที่ไม่ถูกต้องด้วยเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของอรัญ คูณคำ (2553) ที่ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาอุบลราชธานี เขต 2 พบว่า ปัจจัยนำตัวแปรด้านความรูเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ กับพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาอุบลราชธานี เขต 2 มีความสัมพันธ์กันในเชิงเส้นตรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (F=69.78,P=.00) โดยมีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ พหุคูณเท่ากับ 0.64

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (P<0.001) ซึ่งวัยรุ่นควรพึงได้รับโอกาสในการรับรู้เรื่องโรคจากการสูบบุหรี่ เพื่อตระหนักและเห็นโทษของการเกิดโรค ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของวรพนิต ฟักบัว (2561) ที่ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอวชิรบารมี จังหวัดพิจิตร พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับต่ำ มีโอกาสสูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงสูง คิดเป็น 3.086 เท่า (OR_{Adjust} =3.086, 95% CI:1.525 – 7.825, p-value = 0.001) และงานวิจัยของวาสนา ทูลเกล้า และคณะ (2556) ที่ทำการศึกษาการตรวจสอบตัวแปรทำนายทางสังคมวิทยาและจิตวิทยาของการรับรู้ความเสี่ยง จากการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย พบว่า เจตคติต่อการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์พหุคูณกับตัวแปรการรับรู้ความเสี่ยงจากการสูบบุหรี่ เท่ากับ 0.94 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การได้รับอิทธิพลจากครอบครัวและเพื่อน พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P = 0.033) โดยพบว่าอิทธิพลจากสังคม ครอบครัว ตลอดจนเพื่อนๆ จะช่วยให้วัยรุ่นเกิดการเลียนแบบพฤติกรรมในทางลบที่ไม่พึงประสงค์ ส่งผลให้มีพฤติกรรมในการสูบบุหรี่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของจินตนา แก่นจันทร์ (2556) ที่ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพลทหารสังกัดกรมทหารราบที่ 1 มหาดเล็กรักษาพระองค์ พบว่า การมีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพลทหารในสังกัด มีความสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ จากผลการศึกษาทั้งปัจจัยนำและปัจจัยเสริม พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ซึ่งเป็นวัยที่อยากรู้อยากลอง หากมีบุคคลต้นแบบ เช่น ครอบครัวหรือเพื่อน ที่ปฏิบัติตัวได้พึงประสงค์ ก็จะสามารถเป็นตัวอย่างที่ดีแก่วัยรุ่นได้ ฉะนั้นการส่งเสริมพฤติกรรมที่ถูกต้อง ควรเน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทั้งในสถาบันครอบครัว สถานศึกษา ตลอดจนชุมชน ในการกระตุ้นให้เกิดความตระหนัก การสนับสนุนองค์ความรู้ การให้สุขศึกษาเกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่เพื่อการเข้าถึงการรับรู้ ความรู้ความเข้าใจอย่างถูกต้อง เพื่อลด ละ เลิก การสูบบุหรี่ของวัยรุ่นและป้องกันการเกิดนักสูบหน้าใหม่ได้ในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (มิถุนายน 2558). สุขไร้ควัน.**จดหมายข่าวชุมชนคนรักสุขภาพฉบับสร้างสุข**, 11(164), 18.

สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ. (2560). บทที่ 3 การเฝ้าระวังมิติที่ 2 ด้านพฤติกรรมเสี่ยง.ใน ศิริวรรณพิทยรังสฤษฎ์ และปวีณา ปั้นกระจ่าง (บรรณาธิการ), **รายงานสรุปสถานการณ์เฝ้าระวังเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบ** (1, หน้า 14, 20, 73). กรุงเทพฯ: เจริญดีมั่นคงการพิมพ์.

สำนักสถิติแห่งชาติ. (2560). **การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2559**. กรุงเทพฯ:เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น.

อรัญ คูณคำ. (2553). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาอุบลราชธานี เขต 2,** ส.ม., มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี, อุบลราชธานี.

วรพนิต ฟักบัว. (2561). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอวชิรบารมี จังหวัดพิจิตร,** ส.ม.,มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก.

วาสนา ทูลเกล้า และคณะ. (2556). **การตรวจสอบตัวแปรทำนายทางสังคมวิทยาและจิตวิทยาของการรับรู้ความเสี่ยง จากการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย,** ศูนย์วิเคราะห์ทางสถิติขั้นสูง วิทยาลัยวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.

จินตนา แก่นจันทร์. (2556). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ของพลทหารสังกัดกรมทหารราบที่ 1 มหาดเล็กรักษาพระองค์,** วท.ม., มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพฯ.

Karen Glanz, Barbara K. Rimer, and K. Viswanath.(2008). **Health Behavior and Health Education** (4th ed.). United States of America: Jossey-Bass books.

การพัฒนาระบบการป้องกันการใช้ยาต้านการอักเสบชนิดไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลเวียงป่าเป้า

นางปัญจณี กันทะวงษ์

กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า

บทคัดย่อ

ปัจจุบันจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease : CKD) ในอำเภอเวียงป่าเป้ามีจำนวนมากขึ้น หมายความว่าจะมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง อยู่ในชุมชนจำนวนมากขึ้น มีโอกาสรับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต) ในขณะที่ รพ.สต.มีข้อจำกัดเรื่องฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และระบบเตือนการสั่งจ่ายยาทำให้มีผู้ป่วยมีโอกาสได้รับยาที่มีผลต่อไตได้ โดยเฉพาะยาต้านการอักเสบชนิดไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) จากการทบทวนการใช้ยา NSAIDs ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเวียงป่าเป้า ปี2561 – 2562 พบมีการใช้ยา NSAIDs ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 4 -5 ดังนั้นเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจากการใช้ยา NSAIDs จึงได้พัฒนาระบบการป้องกันการใช้ยา NSAIDs ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังขึ้น ในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเวียงป่าเป้า โดยวัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันและลดการใช้ยาต้านการอักเสบชนิดไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

วิธีการศึกษา เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Design) ที่โดยใช้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 10 แห่งในอำเภอเวียงป่าเป้า สร้างระบบเตือนการสั่งใช้ยา NSAIDs (Diclofenac และ Ibuprofen) ในผู้ป่วยโรค CKD ตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไป จำนวน 2,497 รายโดยแยกรายชื่อแต่ละ รพ.สต. เก็บข้อมูลจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับยา Diclofenac และ ibuprofen และข้อมูลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตั้งแต่ระยะที่ 3 ที่ได้รับยา Diclofenac และ ibuprofen ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 10 แห่งในอำเภอเวียงป่าเป้า จากฐานข้อมูลของโปรแกรม JHCIS ตั้งแต่ 1 เมษายน 2562 – 30 มิถุนายน 2563 และนำข้อมูลตรวจสอบการจ่ายยาทั้ง 2 ชนิดในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังดำเนินการ

ผลการศึกษา รพ.สต.ทุกแห่งมีระบบเตือนก่อนการสั่งจ่ายยา NSAIDs (Diclofenac และ Ibuprofen) ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 3 ขึ้นไป พบว่ารพ.สต. 9 แห่ง มีการจ่ายยา NSAIDs ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังลดลง และ 1 แห่ง ไม่มีการจ่ายยาดังกล่าวในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้งก่อนละหลังพัฒนาระบบ และการจ่ายยา NSAIDs ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังลดลงจากร้อยละ 2.54 เป็นร้อยละ 1.49 หากจำแนกตามระยะของโรคไตเรื้อรังแล้ว พบว่าการจ่ายยาด้านอักเสบชนิดไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) ในระยะที่ 3a ระยะที่ 3b และระยะที่ 4 ลดลงร้อยละ 28.04 37.97 และ 82.28 ตามลำดับ ที่สำคัญหลังพัฒนาระบบ ไม่มีการจ่ายยาต้านการอักเสบชนิดไม่ใช่ สเตียรอยด์ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5

สรุปผลและข้อเสนอแนะ จากผลการศึกษาเมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการมีระบบการเตือนป้องกันการจ่ายยา NSAIDs ในผู้ป่วยไตเรื้อรัง ทำให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต.จ่ายยา NSAIDs ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะที่ 4 และ 5 จึงมีข้อเสนอแนะควรขยายระบบป้องกันการได้รับยาที่ไม่สมเหตุผล หรือยาที่ไม่สมควรได้รับในผู้ป่วยโรคอื่นในเครือข่ายบริการสุขภาพต่อไป นอกจากนั้นควรให้ความรู้เรื่องยาให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องและมีความปลอดภัยจากการใช้ยา

คำสำคัญ ยาต้านการอักเสบชนิดไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) / ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease : CKD) เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากรทั่วโลก และมีจำนวนผู้ป่วยมากขึ้น ข้อมูลจากการศึกษาจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย พบอุบัติการณ์ของโรคไตเรื้อรัง มีประมาณ ร้อยละ 17.6 ของประชากร หรือประมาณ 8-10 ล้านราย และจากโครงการศึกษาการดำเนินโรคและผลลัพธ์ทางคลินิกของโรคไตเรื้อรังในประชากรไทยพบอุบัติการณ์การเกิดโรคไตเรื้อรังประมาณร้อยละ 28 โดยส่วนใหญ่จะยังคงอยู่ในระยะที่ 1[1] ความเสื่อมของทำงานของไตทำให้มีการเปลี่ยนระยะของโรคอย่างต่อเนื่อง ระยะเวลา (median time) ของความเสื่อมจากระยะที่ 1-2, 2-3a, 3a-3b, 3b-4,4-5เป็น 9.4, 14.0, 11.0, 13.8, และ >14.3 ปีตามลำดับ[2]

ข้อมูลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มารับบริการที่โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า จำแนกตามระยะของโรคตั้งแต่ระยะที่ 3 ถึงระยะที่ 5 มีจำนวนเพิ่มขึ้นดังนี้ ระยะที่ 3 จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 20.41 ในปี 2560 เป็นร้อยละ 27.14 ในปี 2562 ระยะที่ 4 จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.13 ในปี 2560 เป็น ร้อยละ 7.99 ในปี 2562 และระยะที่ 5 จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.66 ในปี 2560 เป็นร้อยละ 5.01 ในปี 2562 [3]

สาเหตุของโรคไตเรื้อรังเกิดที่สำคัญ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคภาวะความดันโลหิตสูง โรคเอสแอลอี (SLE) หรืออาจเกิดจากผลข้างเคียงที่จากการใช้ยาบางชนิดเป็นประจำ โดยเฉพาะกลุ่มยาแก้ปวด หรือยาต้านการอักเสบชนิดไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) รวมทั้งโรคไตที่เกิดจากพันธุกรรม

โรคไตเรื้อรัง (CKD) เป็นภาวะที่การทำงานของไตผิดปกติจึงมีผลกระทบต่อการขับยาออกจากร่างกาย ทำให้มีโอกาสได้รับยาในขนาดที่ไม่เหมาะสมส่งผลต่อการรักษาและมีโอกาสเกิดอาการข้างเคียงจากยาได้ และเกิดปัญหาการรักษาด้วยยาอย่างไม่เหมาะสม โดยเฉพาะการใช้ด้านการอักเสบชนิดไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) ในผู้ป่วยระยะที่ 4 เป็นต้นไป มีโอการทำให้เกิดไตวายเฉียบพลันร่วมกับการคั่งของน้ำและเกลือได้[4] และการใช้ NSAIDs ในขนาดที่สูงจะมีผลต่อเพิ่มการดำเนินโรคไตได้ ดังนั้นจึงควรหลีกเลี่ยงการใช้ยากลุ่ม NSAIDs ในผู้ป่วยไตเรื่อรัง[5]

จากการทบทวนการใช้ยา NSAIDs ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)อำเภอเวียงป่าเป้า พบมีการใช้ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 -5 จำนวนมาก เพื่อความปลอดภัยในการใช้ยาและการเฝ้าระวังการใช้ยาในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง จึงได้พัฒนาระบบการป้องกันการใช้ยาต้านการอักเสบชนิดไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเวียงป่าเป้าขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบการป้องกันการใช้ยาต้านการอักเสบชนิดไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลเวียงป่าเป้า
2. เพื่อลดการใช้ยาต้านการอักเสบชนิดไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Design) เพื่อป้องกันการใช้ยาต้านการอักเสบชนิดไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลเวียงป่าเป้าเปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังดำเนินการ โดยส่งข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นไตเรื้อรังตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไปให้แต่ละ รพ.สต. จำนวน 10 แห่ง เพื่อสร้างระบบเตือนการสั่งใช้ยา NSAIDs (Diclofenac และ Ibuprofen) ในโปรแกรม JHCIS ระยะเวลาการดำเนินการ 1 เมษายน 2562 – 30 มิถุนายน 2563 แบ่งเป็น 2 ช่วงเวลาคือ ก่อนพัฒนาระบบ (เมษายน – ตุลาคม 2562) และหลังพัฒนาระบบ (ธันวาคม 2562 – มิถุนายน 2563)

วิธีการดำเนินงาน

1) ทบทวนการจ่ายยา Diclofenac และ Ibuprofen ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และตรวจสอบการจ่ายยาดังกล่าวในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง แล้วคืนข้อมูลให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละแห่ง
2) เตรียมข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นไตเรื้อรังตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไปในปี 2562 จากฐานข้อมูลโรงพยาบาลเวียงป่าเป้า
3) ติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่และบุคลากรประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เกี่ยวข้องจัดทำแนวทางการป้องกันการจ่ายยา Diclofenac และ Ibuprofen ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และส่งข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นไตเรื้อรังตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไปในปี 2562ให้แก่เจ้าหน้าที่
4) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละแห่งนำแนวทางการป้องกันแนวทางการป้องกันการจ่ายยา Diclofenac และ Ibuprofen โดยสร้างระบบเตือนการสั่งใช้ยา Diclofenac และ Ibuprofen ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ในโปรแกรม JHCIS
5) ติดตามผลหลังดำเนินการ และเก็บข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงร่างวิจัยได้ผ่านการพิจารณาและให้การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย แล้วผู้ศึกษาดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการต่อไปนี้

1) เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนประวัติผู้ป่วยและข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคลจากระบบฐานข้อมูลโรงพยาบาลเวียงป่าเป้าและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต.เป็นผู้ส่งข้อมูลประวัติการรักษาด้วยยา Diclofenac และ Ibuprofen
2) นำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาตรวจสอบความสมบูรณ์ ความถูกต้องแล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของผลลัพธ์ ก่อนและหลังการดำเนินการ

วิธีวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษานำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้องแล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยสถิติเชิงพรรณนา(description statistics) เป็น ความถี่ ร้อยละ การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของผลลัพธ์ ก่อน หลังดำเนินการ

ผลการวิจัย

ข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่งให้ รพ.สต.ทั้งหมด 2,491 คน แบ่งเป็น ระยะที่ 3a จำนวน 1,254 คน ระยะที่ 3b จำนวน 603 คน ระยะที่ 4 จำนวน 365 คน และระยะที่ 5 จำนวน 269 คน รพ.สต.ที่มีจำนวนผู้ป่วยโรคไตมากที่สุด คือ รพ.สต. แม่เจดีย์ คือ จำนวน 484 คน น้อยที่สุดคือ รพ.สต.ป่าตึง คือ จำนวน 14 ราย อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 69.14 $\pm$ 12.22 ปี

ผลการจ่ายยาต้านการอักเสบชนิดไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

1) ก่อนการพัฒนาระบบการป้องกันการใช้ยาต้านการอักเสบชนิดไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบมีการจ่ายยา NSAIDs ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด 3,073 ครั้ง ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 78 ครั้งคิดเป็นร้อยละ 2.54 หลังพัฒนาระบบ มีการจ่ายยา NSAIDs ทั้งหมด 2,477 ครั้ง ในจำนวนนี้เป็นในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 37 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 1.49 มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 9 แห่ง ที่การจ่ายยา NSAIDs ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังลดลงคิดเป็นร้อยละ 90 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมดและ 1 แห่ง ไม่มีการจ่ายยา NSAIDs ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้งก่อนละหลังพัฒนาระบบ

2) ก่อนการพัฒนาระบบการป้องกันการใช้ยาต้านการอักเสบชนิดไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เมื่อแยกเป็นยาแต่ละรายการพบว่าทั้ง Diclofenac และ Ibuprofen มีการสั่งจ่ายลดลงร้อยละ 46.83 และ 21.06 ตามลำดับ และ NSAIDs โดยรวม ลดลดร้อยละ 41.15 ตามลำดับ

3) ข้อมูลก่อนพัฒนาระบบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3a 3b 4 และ 5 ได้รับยา NSAIDs ร้อยละ 1.63 0.46 0.23 และ 0.23 ตามลำดับ หลังพัฒนาระบบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3a 3b 4 และ 5 ได้รับยาต้านการอักเสบชนิดไม่ใช่สเตียรอยด์จำนวนลดลงร้อยละ 1.47 0.28 0.04 และ 0.00 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบก่อนพัฒนาและหลังพัฒนาระบบ การจ่ายยา NSAIDs ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังลดลงทุกระยะของโรค ร้อยละของการจ่ายยา NSAIDs ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ลดลงมากที่สุดคือ ระยะที่ 5 น้อยที่สุดคือ ระยะที่ 3a

อภิปราย สรุป และข้อเสนอแนะ

ข้อมูลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในเขตอำเภอเวียงป่าเป้า พบว่ามีอายุเฉลี่ย 69.14±12.22 ปี และอยู่ในระยะที่ 3 รวมร้อยละ 75.54 มากกว่าระยะที่ 4 และ 5 เป็นไปตามการศึกษาเชิงระบาดวิทยาโรคไตเรื้อรังในประชากรไทย ซึ่งศึกษาความชุกของโรคไตเรื้อรังซึ่งแจกแจงตามความรุนแรงของโรคเป็นระยะที่ 3 4 และ 5 เป็นร้อยละ 7.5 0.8 และ 0.3 ตามลำดับ พบระยะที่ 3 จะมีมากที่สุด[1]

เปรียบเทียบข้อมูลการจ่ายยา NSAIDs ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ก่อน – หลังการพัฒนาระบบป้องกันการใช้ยาต้านการอักเสบชนิดไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบข้อมูลการจ่ายยา NSAIDs ลดลงจาก 3,073 ครั้ง เป็น 2,477 ครั้ง คาดว่าเป็นช่วงระบาดของโควิด – 19 ทำให้ผู้มารับบริการที่ รพ.สต. ลดลง เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนการจ่ายยา NSAIDs แล้ว พบว่าลดลงจากร้อยละ 2.47 เป็นร้อยละ 1.49 ก่อนการพัฒนาระบบพัฒนาระบบการป้องกันการใช้ยาต้านการอักเสบชนิดไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการจ่ายยา NSAIDs ให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไป 78 ครั้ง จากการจ่ายยา NSAIDs ทั้งหมด 3,073 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 2.47 ซึ่งผ่านเกณฑ์มาตรฐานแล้วตามตัวชี้วัดหนึ่งของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ service plan สาขาพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Ration drug use : RDU) คือ “ร้อยละของผู้ป่วยนอกโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไปที่ได้รับยา NSAIDs” เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 10)[6] แต่พบว่าข้อมูลยังมีการจ่ายยาดังกล่าวในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะที่ 4 และ 5 ผลการศึกษาหลังการมีระบบการเตือนป้องกันการจ่ายยา Diclofenac และ Ibuprofen ในผู้ป่วยไตเรื้อรัง ทำให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต.มีจ่ายยาดังกล่าวในผู้ป่วยโรคไตลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะที่ 4 มีการใช้ยา NSAIDs ลดลงร้อยละ 82..28 และไม่มีการใช้ยา NSAIDsระยะที่ 5 สอดคล้องกับการศึกษาของ Megan Baker และคณะที่ไม่ควรให้ยา NSAIDs ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 – 5 ซึ่งจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา NSAIDs[7] และมีการทำงานของไต ลดลง บวมน้ำและเกลือคั่ง คุมความดันเลือดได้ยาก[13] ทำให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยมากขึ้น

ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาในครั้งต่อไป

1) ขยายระบบป้องกันการได้รับยาที่ไม่เหมาะสมหรือยาที่ไม่สมควรได้รับในผู้ป่วยโรคอื่นในเครือข่ายบริการสุขภาพต่อไป

2) ควรให้ความรู้เรื่องยาให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องและมีความปลอดภัยจากการใช้ยา

3) พัฒนาระบบส่งต่อข้อมูลต่างๆ ระหว่างโรงพยาบาลและ รพ.สต. ให้ความทันเวลาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและภาระเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ที่จะต้องลงข้อมูลในระบบ

เอกสารอ้างอิง

1. อติพร อิงค์สาธิต และคณะ. รายงานผลงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการศึกษาการดำเนินโรคและผลลัพธ์ทางคลินิกของโรคไตเรื้อรังในประชากร Thai SEEK. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส) [Internet]. 2560 20 มิ.ย.2563. Available from: http://kb.hsri.or.th/.
2. พิสิษฐ์ เวชกามา. การศึกษาทางระบาดวิทยาของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส) [Internet]. 2558 20 มิ.ย.2563. Available from: http://kb.hsri.or.th/.
3. HDC report [database on the Internet]. กระทรวงสาธารณสุข.ไทย. 2562 23 มิ.ย.2563. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/.
4. ชัยรัตน์ ฉายากุล คณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล. คู่มือดำเนินโครงการโรงพยาบาบส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย2558.
5. Nderitu P, Doos L, Jones PW, Davies SJ, Kadam UT. Non-steroidal anti-inflammatory drugs and chronic kidney disease progression: a systematic review. Family practice. 2013;30(3):247-55. Epub 2013/01/11.
6. พรพิมล จันทร์คุณาภาส และคณะ. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) สาขาพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Ration drug use : RDU). กลุ่มงานพัฒนาระบบสนับสนุนบริการ สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข2559.
7. Baker M. Perazella MA, NSAIDs in CKD: Are They Safe?, American Journal of Kidney Diseases (2020), doi: https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2020.03.023.

การศึกษาประสิทธิภาพการพัฒนาระบบการป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดแพ้ยาซ้ำ ในโรงพยาบาลเวียงป่าเป้า

นางมาลัยพร ทิพรส

กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงประสิทธิภาพการพัฒนาระบบการป้องกันและเฝ้าระวังการแพ้ยาซ้ำเพื่อพัฒนาระบบการป้องกันการแพ้ยาซ้ำโดยเป็นการศึกษาวิจัยเชิงทดลอง (experimental research) โดยเป็นการร่วมมือกันของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องโดยการกำหนดขั้นตอนในเชิงนโยบายโดยผ่านคณะกรรมการ PTC โดยเริ่มทำการศึกษา โดยเก็บข้อมูลจำนวนอุบัติการณ์การแพ้ยาซ้ำจากโปรแกรมบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล ซึ่งจะถูกรายงานไว้ในโปรแกรมหากพบอุบัติการณ์แพ้ยาซ้ำ โดยติดตามในผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการในโรงพยาบาลเวียงป่าเป้าทั้งหมดใน ช่วงเวลา 1 ตุลาคมพ.ศ.2561 - 30 กันยายนพ.ศ.2562 โดยใช้จำนวนครั้งที่พบอุบัติการณ์การแพ้ยาซ้ำในรายงานความเสี่ยงของโรงพยาบาลในการติดตามถึงประสิทธิภาพของระบบที่พัฒนาขึ้นมาสรุปเป็นผลก่อนและหลังดำเนินการเพื่อเปรียบเทียบถึงประสิทธิภาพ

อุบัติการณ์เกี่ยวกับการแพ้ยาซ้ำ ก่อนดำเนินการระหว่าง 1 ตุลาคมพ.ศ. 2561 – 31 มีนาคมพ.ศ. 2562 ซึ่งเป็นระยะก่อนดำเนินการ พบว่ามีอุบัติการณ์การสั่งใช้ยาให้แก่ผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยา จำนวน 11 ครั้ง และหลังจากเริ่มปฏิบัติตามกระบวนการพัฒนาระบบป้องกันและเฝ้าระวังการแพ้ยาซ้ำ พบว่าตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน –30 กันยายน พ.ศ.2562 ไม่พบอุบัติการณ์เกี่ยวกับการแพ้ยาซ้ำ แสดงว่าอุบัติการณ์แพ้ยาซ้ำหลังดำเนินการเท่ากับศูนย์ ซึ่งถือว่ามีประสิทธิภาพและบรรลุเป้าหมายของการศึกษา

ดังนั้นการพัฒนาระบบการป้องกันและเฝ้าระวังการพัฒนาการแพ้ยาซ้ำ ควรมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการป้องกันเชิงระบบให้มีประสิทธิภาพอยู่เสมอ เพื่อช่วยป้องกันมิให้ผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยา ได้รับยาเดิมที่เคยแพ้จนเกิดการแพ้ยาซ้ำ ซึ่งอาจนำไปสู่การแพ้ยารุนแรงที่อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือพิการได้

บทนำ

อาการแพ้ยาเป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากยา ที่เกิดจากปฏิกิริยาภูมิคุ้มกันของร่างกาย ไม่สามารถคาดเดาได้ ซึ่งมีอาการคล้ายคลึงกับอาการทางภูมิแพ้ มีอาการแสดงและกลไกในการเกิดพยาธิสภาพได้หลากหลาย ความรุนแรงมีได้หลายระดับ การแพ้ยาบางอย่างมีความรุนแรง ทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับยาต้องเข้ารับการรักษาที่ยาวนานขึ้น บางรายพบความรุนแรงจนเสียชีวิตหรือพิการ

การแพ้ยาซ้ำ หมายถึง ผู้ป่วยเคยมีอาการแพ้ยาชนิดหนึ่ง และเมื่อหยุดใช้ยาแล้วอาการนั้นหายไป (Positive dechallenge) แต่เมื่อได้รับยาชนิดนี้ซ้ำ (Rechallenge) จะทำให้เกิดอาการแพ้เช่นเดียวกับการแพ้ยาครั้งก่อน ในการให้บริการทางสาธารณสุข

การแพ้ยาซ้ำของผู้ป่วย เป็นสถานการณ์การแพ้ยาที่มีความอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ ซึ่งในประเทศไทยมีรายงานอุบัติการณ์การแพ้ยาซ้ำ เท่ากับร้อยละ 4.3 กระทรวงสาธารณสุขจึงได้รณรงค์ให้โรงพยาบาลต่างๆ มีการพัฒนาระบบยา เพื่อความปลอดภัยด้านยาแก่ผู้ป่วย โดยกำหนดให้การแพ้ยาซ้ำเป็นตัวชี้วัดสำคัญของระบบยาโรงพยาบาล รวมถึงสถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (องค์กรมหาชน) ซึ่งทำหน้าที่ในการประเมินและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ก็กำหนดให้การแพ้ยาซ้ำเป็นตัวชี้วัดสำคัญของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด

จากการวิเคราะห์ข้อมูลระหว่าง 1 ตุลาคม พ.ศ. 2561 – 31 มี.ค. 2562 พบว่ามีการสั่งใช้ยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยา จำนวน 11 ราย เมื่อนำมาวิเคราะห์หาสาเหตุของความผิดพลาดที่เป็นช่องโหว่ในเชิงระบบที่ก่อให้เกิดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยาที่ผู้ป่วยเคยแพ้ พบว่าการสั่งใช้ยาส่วนใหญ่เกิดจากการเขียนคำสั่งใช้ยาลงบนกระดาษใบสั่งยา ซึ่งห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินจะเขียนคำสั่งใช้ยาลงบนกระดาษใบสั่งยา ก่อนที่จะนำใบสั่งยามาเบิกยาที่ห้องยา ซึ่งการสั่งใช้ยาแบบนี้จะไม่ผ่านระบบ HosXP ที่ใช้เป็นระบบคอมพิวเตอร์สารสนเทศในโรงพยาบาล โดยทั่วไปแล้วระบบนี้สามารถป้องกันการจ่ายยาที่ผู้ป่วยแพ้ได้ แต่เมื่อไม่ผ่านระบบ อุบัติการณ์การความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยาแพ้ซ้ำ หรือการจ่ายยาแพ้ยาซ้ำจึงเกิดขึ้นได้ รวมไปถึงการปรับปรุงระบบ HosXP จากรุ่น 3 ไปเป็นรุ่น 4 ข้อมูลด้านชื่อสามัญมาตรฐานยาเกิดการเปลี่ยนแปลง ส่งผลให้การจับคู่ระหว่างยาที่สั่งใช้ กับยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยาไม่ทำงาน กลายเป็นระบบป้องกันจ่ายยาแพ้ซ้ำอัตโนมัติไม่ทำงาน จึงเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดความคลาดเคลื่อนสามารถสั่งใช้ยาที่ผู้ป่วยเคยมีประวัติแพ้ได้

ด้วยเหตุนี้ กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า ได้ตระหนักถึงปัญหาการแพ้ยาซ้ำ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยไม่มีความปลอดภัยด้านยาซึ่งเป็นมาตรฐานสำคัญสำหรับโรงพยาบาลที่ให้บริการทางสาธารณสุขแก่ประชาชน รวมไปถึงเพื่อลดปัญหาการฟ้องร้องซึ่งอาจเกิดขึ้นได้หากผู้ป่วยเกิดแพ้ยาซ้ำ เพื่อป้องกันปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้น และเพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยด้านยาตามมาตรฐาน จึงได้เริ่มพัฒนาระบบการป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดแพ้ยาซ้ำในโรงพยาบาลเวียงป่าเป้า

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพการพัฒนาระบบการป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดแพ้ยาซ้ำในโรงพยาบาลเวียงป่าเป้า

2. เพื่อป้องกันให้ไม่เกิดการแพ้ยาซ้ำในโรงพยาบาลเวียงป่าเป้า

วิธีการวิจัย แผนผังการดำเนินการดังนี้

เก็บรวบรวมข้อมูล
- อุบัติการณ์ที่เกี่ยวกับแพ้ยาซ้ำ
- วิเคราะห์สาเหตุที่เกี่ยวข้องที่ทำให้อุบัติการณ์
- กำหนดแนวทางการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น

↓

ประชุมในกลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค
- กำหนดแนวทางพัฒนาระบบป้องกันและเฝ้าระวังการแพ้ยาซ้ำในโรงพยาบาลเวียงป่าเป้า

↓

นำเสนอแนวทางพัฒนาระบบป้องกันและเฝ้าระวังการแพ้ยาซ้ำแก่คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC)
- เพื่อให้สหสาขาวิชาชีพเกิดการดำเนินงานร่วมกันในกระบวนการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับยา
- กำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในการดำเนินงาน
- มีเป้าหมายการดำเนินงานที่ชัดเจน
- PTC ประกาศใช้แนวทางเพื่อให้ทุกหน่วยงานสามารถปฏิบัติงานในทิศทางเดียวกัน

↓

ดำเนินการตามแนวทาง ดังนี้

1. เจ้าหน้าที่ทุกหน่วยงาน ให้ความสำคัญกับประวัติการแพ้ยาของผู้ป่วย
2. เพิ่มข้อมูลการแพ้ยาในใบสั่งยาให้ชัดเจนมากขึ้น โดยเฉพาะการสั่งจ่ายยาจากหน่วยงานที่เขียนคำสั่งใช้ยาบนใบสั่งยา
3. ปรับปรุงระบบการป้องกันการแพ้ยาผ่านระบบ HosXP โดยปรับปรุงรายการยาที่ผู้ป่วยแพ้ให้เป็นชื่อยาสามัญมาตรฐานเพื่อให้ระบบป้องกันการแพ้ยาทำงานได้อย่างสมบูรณ์แบบ

ผลการวิจัย

ผลการทบทวนอุบัติการณ์ที่รายงานในโปรแกรมความเสี่ยงเกี่ยวกับการแพ้ยาซ้ำของโรงพยาบาลเวียงป่าเป้าในช่วงเวลาก่อนดำเนินการระหว่าง 1 ตุลาคม พ.ศ. 2561 – 31 มีนาคม พ.ศ. 2562 เป็นเวลาทั้งหมด 6 เดือน พบว่าอุบัติการณ์การที่เกี่ยวกับแพ้ยาซ้ำทั้งหมด 11 ครั้ง แบ่งเป็น Prescribing error 9 ครั้ง (ความรุนแรงระดับ B) Dispensing error 1 ครั้ง (ความรุนแรงระดับ C) และ Administration error 1 ครั้ง (ความรุนแรงระดับ D) โดยพบว่าสามารถคีย์ยาและบันทึกในระบบ HOSxp ได้ถึง 6 ครั้ง คิดเป็นอัตราสูงถึงร้อยละ 54 ที่การป้องกันเชิงระบบอัตโนมัติในโปรแกรมไม่สามารถช่วยป้องกันการสั่งใช้ยาแพ้ซ้ำได้

หลังจากเริ่มปฏิบัติตามกระบวนการพัฒนาระบบป้องกันและเฝ้าระวังการแพ้ยาซ้ำ พบว่าตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน พ.ศ.2562 – 30 กันยายน พ.ศ.2562 ไม่พบอุบัติการณ์เกี่ยวกับการแพ้ยาซ้ำ แสดงว่าอุบัติการณ์ แพ้ยาซ้ำหลังดำเนินการเท่ากับศูนย์ดังแสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 อุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกี่ยวกับแพ้ยาซ้ำก่อนและหลังดำเนินการ 1 ต.ค. 2561 ถึง 30 กันยายน 2562

ความคลาดเคลื่อน/เดือนปี	**ต.ค. 61**	**พ.ย. 61**	**ธ.ค. 62**	**ม.ค. 62**	**ก.พ. 62**	**มี.ค. 62**	**เม.ย. 62**	**พ.ค. 62**	**มิ.ย. 62**	**ก.ค. 62**	**ส.ค. 62**	**ก.ย. 62**
ความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา (Prescription error)												
มีการสั่งใช้ยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้	3	0	1	1	3	1	0	0	0	0	0	0
ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา (Dispensing error)												
จ่ายยาให้ผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยา	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา (Administration error)												
ผู้ป่วยบริหารยาที่คนไข้มีประวัติแพ้ยา	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

อภิปราย สรุป และข้อเสนอแนะ

อุบัติการณ์เกี่ยวกับการแพ้ยาซ้ำ ก่อนดำเนินการระหว่าง 1 ตุลาคม พ.ศ. 2561 – 31 มีนาคม พ.ศ. 2562 ซึ่งเป็นระยะก่อนดำเนินการ พบว่ามีอุบัติการณ์การสั่งใช้ยาให้แก่ผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยา จำนวน 11 ครั้ง โดยเป็นหน่วยงาน OPD จำนวน 3 ครั้ง (ร้อยละ 27.3) และหน่วยงาน ER จำนวน 8 ครั้ง (ร้อยละ 72.3) สำหรับหน่วยงาน IPD ไม่พบอุบัติการณ์เกี่ยวกับการแพ้ยาซ้ำ

จากการวิเคราะห์อุบัติการณ์ที่พบนั้น พบว่าการสั่งใช้ยาที่ผู้ป่วยเคยแพ้ของหน่วยงาน ER สูงถึงร้อยละ 72.3 จึงทำการวิเคราะห์ถึงสาเหตุที่เกี่ยวข้องพบว่ามีดังนี้ กระดาษใบสั่งยามีการแจ้งเตือนแพ้ยาด้านซ้ายบนของกระดาษ ซึ่งเป็นส่วนที่เจ้าหน้าที่ห้อง ER ใช้หนีบไว้กับชาร์ต อาจทำให้มองไม่ชัด และสั่งใช้ยาโดยการเขียนด้วยลายมือ ซึ่งทำให้ไม่เกิดการป้องกันการแพ้ยาของระบบคอมพิวเตอร์สารสนเทศ HosXP ทำให้มีโอกาสพบอุบัติการณ์แพ้ยาซ้ำชนิด Prescribing error ได้สูงกว่าหน่วยงานอื่น

ดังนั้น จึงมีการปรับปรุงพัฒนาในขั้นตอนที่เกี่ยวข้องดังแสดงดังตารางที่ 2 ร่วมกับการเน้นสร้างวัฒนธรรมในองค์กรให้ตระหนักถึงความสำคัญเฝ้าระวังเกี่ยวกับการแพ้ยา รวมไปถึงการเพิ่มประสิทธิภาพในการซักประวัติแพ้ยา โดยมีการสอดแทรกเนื้อหาเกี่ยวกับการแพ้ยาในงานกิจกรรม HA ร่วมด้วย

ตารางที่ 2 การพัฒนาระบบการป้องกันการแพ้ยาซ้ำก่อนและหลังการปรับปรุงการป้องกันการแพ้ยาซ้ำ

ประเด็นทบทวน	ระดับความรุนแรง	จำนวน	วิเคราะห์สาเหตุ	การพัฒนาระบบการป้องกันการแพ้ยาซ้ำ
1. มีการสั่งใช้ยาที่ผู้ป่วยแพ้ แต่ยังไม่ได้รับยา	B	9	1. ผู้ป่วยบางมีรายการแพ้ยาหลายรายการ ชื่อยาที่แพ้ทับกับซ้อนกับอายุ ทำให้มองไม่ชัด 2. ระบบการป้องกันการคีย์ยาที่แพ้ไม่ได้ประสิทธิภาพเนื่องจากมีการเปลี่ยนรุ่นการทำงานของโปรแกรมทำให้ชื่อยาสามัญใหม่กับยาที่ลงข้อมูลไว้ไม่ตรงกันจึงไม่สามารถป้องกันเชิงระบบอย่างได้สมบูรณ์	1. ปรับ Paperless ตรงช่องแพ้ยาให้มีขนาดมากขึ้นให้ไม่ทับซ้อนอักษรกับอายุ ให้ปรากฏข้อความที่แพ้แสดงชัดเจน 2.ปรับรายการยาที่คนไข้แพ้ให้เป็นชื่อยาสามัญมาตรฐาน โดยการค้นหาชื่อคนไข้ที่มีประวัติแพ้ในโรงพยาบาล และทำการปรับปรุงให้เป็นชื่อสามัญมาตรฐานทุกรายการ เพื่อให้เกิดการป้องกันการสั่งยาที่แพ้ซ้ำโดยระบบ 100%
2. มีการจ่ายยาที่ผู้ป่วยแพ้ แต่ยังไม่ได้ทานยา	C	1		
3. มีการจ่ายยาที่ผู้ป่วยแพ้และรับประทานยา	D	1		

การป้องกันและเฝ้าระวังการแพ้ยาซ้ำ หรือแม้แต่การลดความเสี่ยงด้านยาด้านอื่น โดยหวังพึ่งเพียงมนุษย์เพียงอย่างเดียวคงไม่สามารถทำงานได้อย่างสมบูรณ์แบบ การกำหนดมาตรการป้องกันต้องอาศัยเครื่องมือชิ้นหนึ่งเรียกว่า Human Factor Engineering (HFE) ซึ่งเป็นแนวคิดในการออกแบบให้เครื่องมือ เครื่องจักร ระบบ งาน และสิ่งแวดล้อม ให้เอื้อในการทำงาน ไม่หวังพึ่งแค่มนุษย์ การพึ่งพาแค่มนุษย์ ซึ่งย่อมมีความผิดพลาดได้ (Human Error) ความผิดพลาดเป็นธรรมชาติของมนุษย์ที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงโดยเฉพาะอย่างยิ่งในสิ่งแวดล้อมที่มีความซับซ้อน ร้อยละ 80 ของความคลาดเคลื่อนทางยา อาจไม่ใช่ความผิดพลาดเฉพาะตัว แต่เป็นจากสภาพแวดล้อม หรือระบบที่ทำให้ทำงานผิดพลาด การปรับระบบและสิ่งแวดล้อมในการทำงานให้เอื้อต่อการทำงานน่าจะเป็นทางเลือกที่ดีกว่า ซึ่งยังต้องทบทวนเพื่อหาโอกาสพัฒนา และปรับปรุงการวางระบบป้องกันให้ดียิ่งขึ้นไปทำให้การเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยามีความเข้มแข็ง และลดการเสี่ยงด้านการใช้ยาลง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยจากได้มากที่สุด

เอกสารอ้างอิง

1. ธิดา นิงสานนท์, จันทิมา โยธาพิทักษ์, บรรณาธิการ. **ตรงประเด็น....เรื่อง Adverse Drug Reaction**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ประมัตถ์การพิมพ์; 2550.
2. จันทิมา โยธาพิทักษ์, ปราโมทย์ ตระกูลเพียรกิจ, บรรณาธิการ. **ตรงประเด็น....เรื่อง Adverse Drug Reactionเล่มที่ 2 (การประเมินผื่นแพ้ยา).** พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ประมัตถ์การพิมพ์; 2552.
3. สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย). **แนวทางปฏิบัติในการทำงานติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา**. กรุงเทพมหานคร: ปรมัตถ์การพิมพ์, 2559.
4. ภก.ภาสกร รัตนเดชสกุลและภญ.จันทร์จารึก รัตนเดชสกุล. (2560, กรกฎาคม). ลด**ความเสี่ยงจากการใช้ยาด้วยข้อมูล ADR (Adverse Drug Reaction)**. บทความวิชาการ, 1.ค้นเมื่อ 20 กุมภาพันธ์ 2563, จาก https://ccpe.pharmacycouncil.org

ทัศนคติ ความรับผิดชอบ และการรับรู้ต่อการตัดสินใจพกถุงผ้ามาใส่ยากลับบ้านของคนใน อ.แม่สาย จ.เชียงราย

Attitude, responsibility, and perception that affects on people's decision making in using Fabric bag in Maesai, Chaingrai province

นักขัต เสาร์ทอง, ธวัชชัย อยู่คง โรงพยาบาลแม่สาย

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ จัดทำขึ้นเพื่อ ศึกษาปัจจัยด้าน ทัศนคติ ความรับผิดชอบ และการรับรู้ต่อการตัดสินใจพกถุงผ้ามาใส่ยากลับบ้านของผู้มารับบริการในโรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย โดยเป็นการศึกษาแบบพรรณนา ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีค่าความเชื่อถือ 0.89 ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุ ในกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการในโรงพยาบาลแม่สายระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม – 30 กันยายน พ.ศ. 2562 มีผู้เข้าร่วมการศึกษาจำนวน 448 คน เป็นหญิง ร้อยละ 57.8 มีอายุอยู่ช่วงระหว่าง 20 – 30 ปี สถานภาพส่วนใหญ่ของผู้ป่วยคือสมรส/อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 45.8 ผลการศึกษา ด้านทัศนคติในการตัดสินใจพกถุงผ้ามาใส่ยากลับบ้านของคนในอำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย โดยภาพรวมอยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด (Mean = 4.27) (S.D. = 0.447) ด้านความรับผิดชอบในการตัดสินใจพกถุงผ้ามาใส่ยากลับบ้านของคนในอำเภอแม่สายจังหวัดเชียงราย โดยภาพรวมอยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด (Mean = 4.28) (S.D. = 0.529) ด้านการรับรู้ในการตัดสินใจพกถุงผ้ามาใส่ยากลับบ้านของคนในอำเภอแม่สายจังหวัดเชียงราย โดยภาพรวมอยู่ในระดับเห็นด้วยมาก (Mean = 4.01) (S.D. = 0.629) ด้านการตัดสินใจพกถุงผ้ามาใส่ยากลับบ้านของคนในอำเภอแม่สายจังหวัดเชียงราย โดยภาพรวมอยู่ในระดับเห็นด้วยมาก (Mean = 4.02) (S.D. = 0.666) ส่วนปัจจัยที่ส่งผลต่อต่อการตัดสินใจ พกถุงผ้ามาใส่ยากลับบ้านของคนในอำเภอแม่สายจังหวัดเชียงราย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ การรับรู้ในการตัดสินใจพกถุงผ้ามาใส่ยา กลับบ้าน (p = .000)

บทนำ

ปัญหาขยะหรือสิ่งที่ก่อให้เกิดภาวะโลกร้อนนั้นก็คือ ถุงพลาสติก ซึ่งมีต้นทุนในการผลิตที่ต่ำ และเป็นที่ต้องการของผู้บริโภค เพราะช่วยอำนวยความสะดวกในการซื้อสินค้า ใส่อาหารและเครื่องดื่ม แต่ถุงพลาสติกเป็นของใช้ที่มีอายุการใช้งานสั้น พร้อมเป็นขยะทันทีหลังการใช้ ปัจจุบันหลายๆ ประเทศทั่วโลกได้ตระหนักถึงปัญหาขยะจากถุงพลาสติกกันมากขึ้น ส่งผลให้เกิดมาตรการลดการใช้ถุงพลาสติกอย่างจริงจัง โดยการออกฎหมาย หรือประกาศห้ามใช้ถุงพลาสติก เช่น ประเทศบังคลาเทศ ออสเตรเลีย สหรัฐอเมริกา เป็นต้น

ในประเทศไทยจากการสำรวจข้อมูลพบว่า การได้รับถุงพลาสติกใส่ของโดยเฉลี่ยวันละ 3 ใบต่อคน และในปีหนึ่งๆ จะมีขยะจากถุงพลาสติกมากกว่า 73,036.5 ล้านใบต่อปี ยิ่งมีการใช้ถุงพลาสติกมากเท่าไหร่ ปริมาณก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ที่ถูกปล่อยสู่ชั้นบรรยากาศโลก[1] จากการเผาไหม้ในกิจกรรมการผลิต และเผาทำลายถุงพลาสติกก็ยิ่งสูงมากขึ้น ตามมาด้วยปัญหามลพิษ ซึ่งส่งผลให้มนุษย์ควรลดการใช้ถุงพลาสติก และหันมารณรงค์ใช้ถุงผ้า การลดการใช้ถุงพลาสติกในประเทศไทยนั้น แม้จะยังไม่มีกฎหมายควบคุมการใช้ที่เข้มงวดเหมือนในหลายๆ ประเทศทั่วโลก แต่หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องก็พยายามผลักดันโครงการรณรงค์เสริมจิตสำนึก การรับรู้ และตระหนักถึงปัญหาขยะพลาสติกมาอย่างต่อเนื่อง หรือตามศูนย์การค้าใหญ่ๆ หันมารณรงค์การใช้ถุงผ้า เช่น ถุง Green Please ของเครือเดอะมอลล์ สยามพารากอน เอ็มโพเรียม [2] สำหรับกระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้วันที่ 1 ตุลาคม 2561 เป็นต้นไป สถาบัน/โรงพยาบาลในสังกัดทุกแห่งต้องยกเลิกการใช้ถุงพลาสติกใส่ยา[3] พร้อมทั้งขอความร่วมมือจากประชาชนผู้รับบริการให้นำถุงผ้ามาใส่ยา เพื่อรณรงค์ให้มีการบริหารจัดการขยะอย่างถูกต้องลดปัญหาภาวะโลกร้อน นอกจากนี้ ยังช่วยลดค่าใช้จ่ายในการจัดซื้อถุงพลาสติกสำหรับใส่ยาให้แก่ผู้ป่วย ตลอดจนให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการรักษาสิ่งแวดล้อม แต่ผลการดำเนินโครงการในโรงพยาบาลแม่สาย เก็บข้อมูลผู้มารับบริการ ในช่วง 1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2561 มีผู้ป่วยที่นำถุงผ้ามารับยาเฉลี่ยตลอดทั้ง 3 เดือนเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 71.79 และยังพบผู้รับบริการบางส่วนไม่ได้พกถุงผ้าหรือยังนำถุงพลาสติกมาใส่ยากลับบ้าน

โครงการพกถุงผ้ามาใส่ยากลับบ้าน เป็นการงดหรือลดการใช้ถุงพลาสติกในโรงพยาบาล และเชิญชวนให้ประชาชนนำถุงผ้ามาใส่ยากลับบ้าน ซึ่งการที่จะเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดทำโครงการหรือกิจกรรมต่างๆ นั้นเราควรจะศึกษามุมมองและปัจจัยของผู้รับบริการประเด็นต่างๆ โดยเฉพาะด้านการรับรู้ข่าวสารเป็นปัจจัยสำคัญนำไปสู่ความตระหนักจากที่มีการใช้ถุงพลาสติกเป็นเรื่องปกติทำให้ทัศนคติของผู้รับบริการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น พร้อมที่จะร่วมมือในการช่วยลดปัญหาโลกร้อน และอีกปัจจัยหนึ่งที่โรงพยาบาลหรือองค์กรควรตระหนักคือการทำ Corporate Social Responsibility; CSR หรือที่เรียกว่าความรับผิดชอบทางสังคม ถ้าเราเข้าใจและเข้าถึงปัจจัยต่างๆ ที่กล่าวมานั้นของประชาชน จะทำให้เราสามารถนำมาปรับใช้ในการดำเนินโครงการพกถุงผ้ามาใส่ยากลับบ้านให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ ยังทำให้ประชาชนมีทัศนคติ ความรับผิดชอบที่เปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อการตัดสินใจลดการใช้

ถุงพลาสติก ด้วยเหตุนี้ ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาเรื่อง ทัศนคติ ความรับผิดชอบ และการรับรู้ต่อการตัดสินใจพกถุงผ้ามาใส่ยากลับบ้านของคนใน อ.แม่สาย จ.เชียงราย

วัตถุประสงค์ของวิจัย

1) เพื่อศึกษาปัจจัยด้านทัศนคติที่ส่งผลต่อการตัดสินใจนำถุงผ้ามาใส่ยากลับบ้านของคนในอำเภอแม่สาย

2) เพื่อศึกษาปัจจัยทางด้านความรับผิดชอบต่อสังคม ที่ส่งผลต่อการตัดสินใจนำถุงผ้ามาใส่ยากลับบ้านของคนในอำเภอแม่สาย

3) เพื่อศึกษาปัจจัยการรับรู้ข่าวสารที่ส่งผลต่อการตัดสินใจนำถุงผ้ามาใส่ยากลับบ้านของคนในอำเภอแม่สาย

4) เพื่อศึกษาเกี่ยวกับการตัดสินใจนำถุงผ้ามาใส่ยากลับบ้านของคนในอำเภอแม่สาย

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณด้วยการสำรวจ (Survey research) โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (Nonprobability sampling) และใช้แบบสอบถาม (Questionnaires) ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีกรอบแนวคิดคือ ตัวแปรต้น: ทัศนคติ ความรับผิดชอบ และการรับรู้ ตัวแปรตาม: การตัดสินใจพกถุงผ้ามาใส่ยากลับบ้าน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มผู้รับบริการ ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า และ กลุ่มคืนสิทธ์ ทั้งหมดที่อยู่ในอำเภอแม่สาย ซึ่งมีจำนวนทั้งหมด 122,993 ราย[4] กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 399 คน โดยคำนวณจากสูตรของ Taro Yamane

เกณฑ์ในการเข้า (Inclusion criteria)

- ผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลแม่สายอายุ 15 - 65 ปี
- มีภูมิลำเนาหรืออาศัยในอำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria)

- ผู้ที่ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้
- ผู้ไม่สมัครใจในการตอบแบบสอบถาม

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ขั้นเตรียมการ จัดทำแบบแบบสอบถามเรื่อง ทัศนคติ ความรับผิดชอบ และการรับรู้ต่อการตัดสินใจพกถุงผ้ามาใส่ยากลับบ้านของคนใน อ.แม่สาย จ. เชียงราย ซึ่งแบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้[5]

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้ ฯลฯ

ส่วนที่ 2 ทัศนคติในการพกถุงผ้ามาใส่ยากลับบ้าน ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ ครอบคลุม 3 ด้าน ได้แก่ ด้านพฤติกรรม ด้านปัญญา และด้านความรู้สึก

ส่วนที่ 3 ความรับผิดชอบในการตัดสินใจพกถุงผ้ามาใส่ยากลับบ้าน ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ ครอบคลุม 3 ด้าน ได้แก่ ด้านกฎหมาย ด้านเศรษฐกิจ และด้านจรรยาบรรณ

ส่วนที่ 4 การรับรู้ในการตัดสินใจพกถุงผ้ามาใส่ยากลับบ้าน ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ ครอบคลุม 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการเลือกจดจำและตีความ ด้านความสนใจ และด้านการเปิดรับ

ส่วนที่ 5 การตัดสินใจพกถุงผ้ามาใส่ยากลับบ้าน ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความตระหนัก ด้านการแสวงหาข่าวสาร ด้านพฤติกรรม และด้านประเมินทางเลือก

ขั้นตอนดำเนินการ

ทดสอบความเที่ยงตรง (Validity) ของแบบสอบถาม โดยนำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จแล้ว เสนอต่อผู้ที่มีความรู้ ผู้ที่จบปริญญาโท และเภสัชกร จำนวน 11 คน เพื่อตรวจสอบเสนอแนะ ปรับปรุงแก้ไข และตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา ในส่วนการทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) จากผู้มารับบริการในโรงพยาบาลแม่สาย จำนวน 30 คน มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.89

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อใช้อธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytical statistics) การรายงานผลด้วยสถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ซึ่งวิเคราะห์สมมุติฐานหรือทดสอบสมมติฐานเพื่อศึกษาปัจจัยด้านทัศนคติ การรับรู้ข่าวสาร และ ความรับผิดชอบทางสังคม ที่ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้ถุงผ้ามาใส่ยากลับบ้าน โดยใช้สถิติการวิจัยคือ การวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุ (Multiple Linear Regression Analysis)

ผลการวิจัย

ผลการสำรวจทัศนคติ ความรับผิดชอบ และการรับรู้ต่อการตัดสินใจพกถุงผ้ามาใส่ยากลับบ้านของคนใน อ.แม่สาย จ.เชียงราย เก็บข้อมูลในผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลแม่สาย ระหว่าง 1 กรกฎาคม 2562 ถึง 30 กันยายน 2562 จำนวน ทั้งหมด 448 คน

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาจำนวน 448 ราย เป็นหญิง ร้อยละ 57.8 มีอายุอยู่ช่วงระหว่าง 20 – 30 ปี มากที่สุด ร้อยละ 24.8 รองลงมาได้แก่ช่วงอายุ มากกว่า 51 ปีขึ้นไป ร้อยละ 22.3 สถานภาพส่วนใหญ่ของผู้ป่วยคือสมรส/อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 45.8 ข้อมูลด้านการศึกษา พบว่าตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาชั้นมัธยมศึกษา/ปวช/ปวส. มากที่สุด ร้อยละ 42.2 รองลงมา ได้แก่ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 28.8 อาชีพที่พบมากที่สุดได้แก่ ธุรกิจส่วนตัว/เกษตรกรรม พบถึงร้อยละ 39.3 รองลงมาได้แก่ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 21.4 รายได้ส่วนใหญ่ของผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 57.4 คือ น้อยกว่า 5000 บาทต่อเดือน

ผลการศึกษา ด้านทัศนคติในการตัดสินใจพกถุงผ้ามาใส่ยากลับบ้านของคนในอำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย โดยภาพรวมอยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด (Mean = 4.27) (S.D. = 0.447) ด้านความรับผิดชอบในการตัดสินใจพกถุงผ้ามาใส่ยากลับบ้านของคนในอำเภอแม่สายจังหวัดเชียงราย โดยภาพรวมอยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด (Mean = 4.28) (S.D. = 0.529) ด้านการรับรู้ในการตัดสินใจพกถุงผ้ามาใส่ยากลับบ้านของคนในอำเภอแม่สายจังหวัดเชียงราย โดยภาพรวมอยู่ในระดับเห็นด้วยมาก (Mean = 4.01) (S.D. = 0.629) ด้านการตัดสินใจพกถุงผ้ามาใส่ยากลับบ้านของคนในอำเภอแม่สายจังหวัดเชียงราย โดยภาพรวมอยู่ในระดับเห็นด้วยมาก (Mean = 4.02) (S.D. = 0.666)

ปัจจัยที่ส่งผลต่อต่อการตัดสินใจ พกถุงผ้ามาใส่ยากลับบ้านของคนในอำเภอแม่สายจังหวัดเชียงรายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ การรับรู้ในการตัดสินใจพกถุงผ้ามาใส่ยากลับบ้าน(Sig = .000) ที่ส่งผลต่อการตัดสินใจพกถุงผ้ามาใส่ยากลับบ้าน ส่วน ด้านทัศนคติ และความรับผิดชอบ ไม่ส่งผลต่อการตัดสินใจพกถุงผ้ามาใส่ยากลับบ้าน (Sig = .109 และ .057 ตามลำดับ) ดังแสดงในตาราง

ตารางแสดง การวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุคูณของข้อมูลตัวแปรต้นและตัวแปรตาม

ตัวแปรอิสระ	B	Beta	T	Sig
ทัศนคติในการตัดสินใจพกถุงผ้ามายากลับบ้าน	0.095	0.064	1.608	0.109
ความรับผิดชอบในการตัดสินในพกถุงผ้าใส่ยากลับบ้าน	0.098	0.078	1.907	0.057
การรับรู้ในการตัดสินใจพกถุงผ้ามาใส่ยากลับบ้าน	0.748	0.696	19.114	0.000

เมื่อพิจารณาน้ำหนักของผลกระทบของตัวแปรอิสระที่ส่งผลต่อการตัดสินใจพกถุงผ้ามาใส่ยากลับบ้าน ของคนในอำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย พบว่า ด้านการรับรู้ (B = 0.748) ส่งผลต่อการตัดสินใจพกถุงผ้ามาใส่ยากลับบ้าน ของคนในอำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย ร้อยละ 74.8 รองลงมาได้แก่ ด้านความ

รับผิดชอบ (B = 0.098) ส่งผลต่อการตัดสินใจพกถุงผ้ามาใส่ยากลับบ้าน ของคนในอำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย ร้อยละ 9.8 และ ด้านทัศนคติ (B = 0.095) ส่งผลต่อการตัดสินใจพกถุงผ้ามาใส่ยากลับบ้าน ของคนในอำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย ร้อยละ 9.5 ตามลำดับ

อภิปราย สรุป และข้อเสนอแนะ

ปัจจัยด้านการรับรู้ในการตัดสินใจพกถุงผ้ามาใส่ยากลับบ้าน แสดงให้เห็นผล จากการ รณรงค์การประชาสัมพันธ์ ผ่านทางสื่อต่างๆ ทำให้ปัจจัยดังกล่าวส่งผลต่อการตัดสินใจพกถุงผ้ามาใส่ยากลับบ้านของคนในอำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย ส่วนปัจจัยด้าน ด้านทัศนคติ และความรับผิดชอบอาจเป็นผลมาจาก สภาพทางสังคม ความหลากหลายทางด้านความเชื่อ วัฒนธรรม ของคนในพื้นที่ อำเภอแม่สาย ซึ่งเป็นปัจจัยที่ควรได้รับการพัฒนาต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์วิจัยและพัฒนาการสัตวแพทย์ภาคเหนือตอนล่าง. (2562). ***โครงการการจัดการขยะของศูนย์ฯ “ลดการใช้ถุงพลาสติก”*** ที่มา https://sites.google.com/a/bumail.net/rnrkh-ld-chi-khya-laea-phawa-lok-rxn/ phawa-lok-rxn-khux-xari
2. สถาบันธุรกิจเพื่อสังคม. (2555). ***แนวโน้มการลดใช้ถุงพลาสติกในไทย.*** [Online]. ที่มา: http://kidtoong.cpall. coth/content.aspx? id=18
3. กรุงเทพธุรกิจ. (2561). ***สธ. ลดภาวะโลกร้อน ดีเดย์ 1 ต.ค. 2561 โรงพยาบาลทั่วประเทศใช้ถุงผ้าใส่ยากลับบ้าน.*** https://www.bangkokbiznews.com/news/detail/814523
4. กลุ่มงานยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์. (2561) รายงานประชากรจาก HDC ประจำปี. เชียงราย : โรงพยาบาลแม่สาย.
5. ปาลิดา สามประดิษฐ์. (2560). ***การรับรู้ข่าวสาร ทัศนคติและความรับผิดชอบทางสังคมที่ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้ถุงผ้าบรรจุสินค้าที่ซื้อจาก Tops Market ของคนในกรุงเทพมหานคร.*** ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยกรุงเทพ.

ผลของโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดด้วยการบำบัดการรับรู้ตามความเป็นจริง ในผู้สูงอายุที่เสี่ยงหรือมีภาวะสมองเสื่อม

Effects of a Cognitive Stimulation Program on the Reality Orientation Therapy in Elders Who are at Risk of or have Dementia

ปรางค์ บัวทองคำวิเศษ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

บทคัดย่อ

การวิจัยฉบับนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการกระตุ้นการรู้คิด โดยการบำบัดการรับรู้ตามความเป็นจริงของผู้สูงอายุที่เสี่ยงหรือมีภาวะสมองเสื่อม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เสี่ยงหรือมีภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่ตำบลท่าก๊อ อำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย จำนวน 24 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม โดยการจับคู่ด้วยตัวแปร อายุ เพศ และ ระดับการศึกษา แล้วสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่ายเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการกระตุ้นการรู้คิดเป็นระยะเวลาต่อเนื่อง 6 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับกิจกรรมตามปกติของโรงเรียนผู้สูงอายุ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini - Mental State Examination Thai 2002: MMSE-Thai 2002) วิเคราะห์ ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา t-test ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการรู้คิดของกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการกระตุ้นการรู้คิดสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการรู้คิดหลังเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$)

บทนำ

ปัจจุบันสังคมไทยได้ก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมดและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในการสำรวจภาวะสุขภาพของของผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในพื้นที่ตำบลท่าก๊อ อำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย จำนวน 2,110 ราย พบว่ามีผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงของการเกิดสภาวะสมองเสื่อมทั้งสิ้น 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.18 และมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น ปัญหาสมองเสื่อมเป็นปัญหาสำคัญที่มีผลกระทบ ต่อสุขภาพประชากร ทั้งด้านสาธารณสุข เศรษฐกิจ การเมือง และสังคม ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่มีสาเหตุจากความผิดปกติของการทำงาน ของสมองด้านการรู้คิดและสติปัญญาโดยมีการเสื่อมของความจำเป็นอาการเด่นไม่มีความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัวแต่มีความผิดปกติด้านความคิด การตัดสินใจ การเคลื่อนไหวร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม บุคลิกภาพและอารมณ์ มีความสามารถในการคิดเชิงซ้อนลดลง ความผิดปกตินี้รบกวนการดำรงชีวิตก่อให้เกิดผลเสียต่อหน้าที่การงาน ชีวิตสังคม และความสัมพันธ์ กับบุคคลอื่น จึงเป็นปัญหาที่ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง สูญเสียสถานภาพทางสังคม และยังก่อให้เกิดภาระต่อครอบครัวจากการดูแลตนเองไม่ได้อีกด้วย และอาจมีอาการผิดปกติที่ก่อให้เกิดอันตรายหรือรบกวนผู้อื่นได้ นอกจากนี้ ครอบครัวและประเทศชาติต้องใช้ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุเป็นปริมาณมหาศาล การวิจัยเกี่ยวกับความสามารถในการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมพบว่า การรักษาแบบไม่ใช้ยา (Non-Pharmacological Therapy) เป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็นสำหรับการรักษาภาวะสมองเสื่อมควบคู่กับการใช้ยา (Pharmacological Therapy) เพื่อให้ได้ผลที่ดีที่สุด การรักษาแบบไม่ใช้ยามีหลายรูปแบบจำเป็นต้องเลือกให้เหมาะสมกับระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมและขีดความสามารถในการเรียนรู้ของผู้สูงอายุที่มีภาวะ สมองเสื่อม การรักษาที่พบว่าสามารถส่งเสริมความสามารถในการรู้คิดและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ การบำบัดด้วยการรับรู้ ตามความเป็นจริง (Reality Orientation Therapy หรือ ROTการบำบัดด้วยการรับรู้ตามความเป็นจริงเป็นกิจกรรมบำบัดที่ช่วยส่งเสริมการรับรู้สถานการณ์ที่เป็นจริง เช่น วัน เวลา สถานที่ บุคคล และสิ่งแวดล้อม รอบตัวต่างๆ โดยมุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้สิ่งต่างๆ รอบตัวได้ใหม่อีกครั้งหนึ่ง เป็นการให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่องและซ้ำไปซ้ำมาทำให้เกิดความมั่นใจและสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันได้ ดีขึ้น ช่วยส่งเสริมความสามารถในการรู้คิด การจดจำ การโต้ตอบ การฝึกความตั้งใจและสมาธิ การรับสัมผัส และการเคลื่อนไหว เป็นต้น จากการทบทวนผลงาน วิจัยเชิงทดลองอย่างเป็นระบบพบว่า การทำ ROT ให้ประโยชน์แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทั้งทางด้านการรู้คิดและพฤติกรรมและช่วยให้ความ สามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุดีขึ้น

การศึกษาวิจัยในประเทศไทยเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ผ่านมาพบว่าส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม และแนวทาง การดูแลรักษาสำหรับแพทย์ การศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมความสามารถในการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม แนวปฏิบัตินี้ ใช้หลักการของ ROT นำไปทดลองใช้เบื้องต้นกับผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมอง

เสื่อมที่พักในสถานที่พักผู้สูงอายุเป็นเวลา 2 สัปดาห์ พบว่าสามารถนำไปใช้ได้ดี ผู้สูงอายุให้ความสนใจในการทำกิจกรรมเป็นอย่างดี พยาบาลและนักกิจกรรมบำบัดพึงพอใจในการนำไปใช้ แต่ยังมิได้ทดสอบผลของแนวปฏิบัติฯ ต่อการพัฒนาและการฟื้นฟูความสามารถในการรู้คิดของผู้สูงอายุด้วยการวิจัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าก๊อที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มวัยโดยเฉพาะผู้สูงอายุ จึงสนใจที่จะทดสอบแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถในการรู้คิดของผู้สูงอายุที่เสี่ยงหรือมีภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่ตำบลท่าก๊อ อำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย เพื่อเป็นแนวทางในการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่มีสมองเสื่อม ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เปรียบเทียบความสามารถในการรู้คิดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการกระตุ้นการรู้คิดของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง
2. เปรียบเทียบความสามารถในการรู้คิดของผู้สูงอายุหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการรู้คิด ของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมการกระตุ้น การรู้คิดสูงกว่าก่อนทดลอง
2. คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการรู้คิด ของกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental research) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยตั้งแต่วันที่ 2 พฤศจิกายน 2562 ถึงวันที่ 7 ธันวาคม 2562

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลท่าก๊อ อำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย จำนวน 25 คน มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เสี่ยงหรือมีภาวะสมองเสื่อมจากการประเมินโดยแบบประเมินการรู้คิดในผู้สูงอายุ (Abbreviated Mental Test (AMT-10) มีค่าคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 7

กลุ่มตัวอย่าง คำนวนจากตาราง Krejcie & Morgan (1970) (อ้างใน ธีรวุฒิ เอกะกุล, 2543) ได้จำนวนเท่ากับ 24 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากรตามคุณสมบัติ ดังนี้คือ สามารถพูดคุยสื่อสารได้ เข้าร่วมกิจกรรมได้ ผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่มโดย จับคู่กลุ่มตัวอย่าง (Matched Pairs) ทีละคู่ ด้วย อายุ เพศ และระดับการศึกษามาเป็นหลักในการจับคู่จนครบ 12 คู่ และทำการสุ่มแต่ละคู่เข้ากลุ่ม หลังจากนั้นผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง อย่างง่ายมาเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการกระตุ้นการรู้คิด ผู้วิจัยได้นำมาจากการศึกษาเอกสาร ตำราวิชาการและงานวิจัยต่างๆ ซึ่งโปรแกรมประกอบด้วยหลักการ ดังนี้ 1.ภายในสภาพแวดล้อมคงที่ เช่น ห้องเดิม เวลาเดิม 2.มีปฏิทินและนาฬิกาบอก 3. ใช้กระดานบอกวัน เวลา สถานที่ 4.ออกกำลังกายเบาๆก่อนเริ่มกิจกรรม

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม ข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา

ส่วนที่2 แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination Thai 2002: MMSE-Thai 2002) สถาบัน เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วยข้อคำถาม 11 เรื่อง จำนวน 30 ข้อ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน มีค่าอยู่ระหว่าง 0-27 คะแนนในผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ มีค่าระหว่าง 0-30 คะแนนในผู้สูงอายุที่เรียนหนังสือ มีจุดตัดภาวะสมองเสื่อมดังนี้

น้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนนในผู้สูงอายุที่ ไม่ได้เรียนหนังสือ

น้อยกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนนในผู้สูงอายุที่เรียน ระดับประถมศึกษา

น้อยกว่าหรือเท่ากับ 22 คะแนนในผู้สูงอายุ ที่เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษา

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

ผู้วิจัยทำการประเมินความสามารถในการรู้คิดของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย MMSE-Thai 2002

ขั้นดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการกระตุ้นการรู้คิดแก่กลุ่มทดลองตามหลักการทำกลุ่มบำบัด ผู้วิจัยผู้ดำเนินกิจกรรมโดยแบ่งกิจกรรมในการเป็นผู้นำกลุ่ม ใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที การจัดกิจกรรมจะทำ ที่ห้องเดิม เวลาเดิม ทุกครั้งจะเริ่มด้วย Reality Orientation board (RO board) ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่ และออกกำลังกายเล็กๆ น้อยๆ แล้วให้กลุ่ม ผู้สูงอายุทำกิจกรรม โดยผู้วิจัยอธิบายวิธีการของ กิจกรรมให้ผู้สูงอายุทราบ และดำ เนินกิจกรรมตาม รายละเอียดของกิจกรรมนั้นๆ ก่อนการทำกิจกรรมผู้วิจัยได้สร้างบรรยากาศในการทำกิจกรรมโดยการเปิด เพลงบรรเลงในการทำกิจกรรมลากเส้นระบายสี โดยดำเนินกิจกรรม กลุ่ม 1 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 6 สัปดาห์ ประกอบด้วย

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมเกมคำศัพท์ (บอก ชื่อรูปภาพสัตว์) และกิจกรรมเล่าชีวประวัติ

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมจำและแยกสิ่งของ ร่วมกับกิจกรรมเกมคำ ศัพท์ (บอกชื่อรูปภาพผลไม้)

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมลากเส้นระบายสี และกิจกรรมจำตัวเลข

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมสัมผัสและแยก สิ่งของ และชิม-ดม-สัมผัส

สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรม บวก ลบตัวเลข และกิจกรรมจ่ายตลาด

สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรมอาหารจานโปรด และกิจกรรมโดมิโนรูปภาพ

ส่วนกลุ่มควบคุมเข้าร่วมกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุตามปกติ โดยจะมีกิจกรรมการออกกำลังกาย สวดมนต์ ไหว้พระ หลังจากนั้นแยกย้ายกันทำงานอดิเรกต่างๆ ตามความถนัด เช่น การสานตะกร้า การทำดอกไม้ประดิษฐ์ กวาดลานสนาม ผู้สูงอายุจะเข้าร่วมกิจกรรมตามความสนใจ และในวันพระ วันสำคัญทางศาสนาทาง ผู้อำนวยการโรงเรียนผู้สูงอายุจะนิมนต์พระมาเทศน์ และให้ผู้สูง อายุมาร่วมทำบุญใส่บาตร

ขั้นหลังการทดลอง

ผู้วิจัยทำการประเมินความสามารถในการรู้คิดของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistical package for social sciences) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติสำหรับทดสอบสมมติฐาน ใช้ independent t-test และ paired t-test ในการทดสอบเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการรู้คิด ซึ่งมีการกระจายของข้อมูลเป็นโค้ง

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 7 คน (ร้อยละ 58.33) มีอายุ 64-89 ปี อายุเฉลี่ย 75.88 ปี (SD=7.52) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่มีการศึกษา ระดับประถมศึกษา จำนวน 7 คน (ร้อยละ 58.33) รองลงมาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา/ปวช.ขึ้นไป มี จำนวน 2 คน (ร้อยละ 16.67) และไม่ได้รับการศึกษามีจำนวน 3 คน (ร้อยละ 25) กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง7 คน (ร้อยละ 58.33) มีอายุ 64-89 ปี อายุเฉลี่ย 75.88 ปี (SD=7.52) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่มีการศึกษา ระดับประถมศึกษา จำนวน 7 คน (ร้อยละ 58.33) รองลงมาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา/ปวช.ขึ้นไป มี จำนวน 2 คน (ร้อยละ 16.67) และไม่ได้รับการศึกษามีจำนวน 3 คน (ร้อยละ 25)

ตารางที่ 1 ความสามารถในการรู้คิดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการกระตุ้นการรู้คิดของผู้สูงอายุ

ความสามารถในการรู้คิด	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
กลุ่มทดลอง (n=12)	18.50	4.66	20.93	5.02	-4.53	.001
กลุ่มควบคุม (n=12)	19.56	4.21	19.37	4.36	0.27	.794

จากตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการรู้คิดก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Paired t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการรู้คิดของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมการกระตุ้นการรู้คิดสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) และค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการรู้คิดของกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรมการกระตุ้นการรู้คิดสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) เช่นกัน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความสามารถในการรู้คิดของผู้สูงอายุหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

	กลุ่มทดลอง (n=12)		กลุ่มควบคุม (n=12)		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ความสามารถในการรู้คิด	20.93	5.02	19.37	4.36	-0.93	.355

จากตารางที่ 2 พบว่าค่าเฉลี่ยความสามารถในการรู้คิดหลังเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ independent t-test พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p >.05$)

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการกระตุ้นการรู้คิดมีความสามารถในการคิดสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่2) อธิบายได้ว่าการกระตุ้นการรู้คิดส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความสามารถทางสมองดีขึ้นในด้านของความจำกระบวนการคิด ทักษะ การบริหารจัดการ การวางแผน การตัดสินใจ การสื่อสาร และทักษะทางสังคมดีขึ้น ซึ่งการกระตุ้นการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะเริ่มแรกจะช่วยป้องกันและชะลออาการของภาวะสมองเสื่อมไม่ให้รุนแรงมากขึ้น โดยการกระตุ้นการรู้คิดช่วยให้เซลล์ประสาทในสมองมีการฟื้นฟู เพิ่มการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองโดยเฉพาะสมองส่วนหน้าที่ควบคุมการคิดความจำ สติปัญญา บุคลิกภาพ ความรู้สึก และอารมณ์ และสมองส่วนฮิปโปแคมปัสทำ ให้เกิดการยืดหยุ่นและทำงานได้ดีขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ธัญญรัศม์ สังข์สำราญ (2553) อีกหลายเรื่องที่พบว่าการกระตุ้นการรู้คิดในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีผลให้ความสามารถในการรู้คิดสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p.05) โดยพบว่าค่าเฉลี่ยความสามารถในการรู้คิดใกล้เคียงกันระหว่างก่อนและหลังการทดลอง (ตารางที่ 2) แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมต่างๆ ซึ่งเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลโรงเรียนผู้สูงอายุจัดอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เช่น การสวด มนต์ไหว้พระ การออกกำลังกาย และการทำงานอดิเรก ยังอาจไม่เพียงพอที่จะกระตุ้นการรู้คิดและฟื้นฟูสภาพสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ แต่อาจคงความสามารถในการรู้คิดไม่ให้ถดถอยลงได้ ดังรายงานที่พบว่า การออกกำลังกาย การทำงานอดิเรก ช่วยลดการถดถอยของการรู้คิดได้ (Wang HX และคณะ, 2012) อย่างไรก็ตามการเปรียบเทียบความสามารถในการรู้คิดของผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าไม่แตกต่างกัน (p>.05) (ตารางที่ 3) ซึ่งอาจเนื่องจากระยะเวลาของการเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองสั้น จึงอาจทำให้การพัฒนาการรู้คิดยังไม่เห็นความแตกต่างอย่างชัดเจน

ข้อเสนอแนะ

1. การนำผลการวิจัยไปใช้

โปรแกรมการกระตุ้นการรู้คิดเป็นโปรแกรมที่ช่วยให้ความสามารถในการรู้คิดของผู้สูงอายุดีขึ้น ควรดำ เนินการอย่างต่อเนื่องโดยพัฒนาให้เป็นกิจกรรมที่กระทำเป็นประจำในศูนย์ที่ดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันและฟื้นฟูภาวะสมองเสื่อม

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรทำการวิจัยเพื่อทดสอบผลของโปรแกรมการกระตุ้นการรู้คิดต่อความสามารถในด้านอื่นร่วมด้วยและดำเนินโปรแกรมให้นานขึ้น

2.2 ควรศึกษาเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการกระตุ้นการรู้คิดในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระดับต่างๆ

2.3 ควรมีการวิจัยติดตามผลระยะยาวของ โปรแกรมการกระตุ้นการรู้คิดต่อความสามารถในการรู้คิด ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เสี่ยงหรือมีภาวะสมองเสื่อม

เอกสารอ้างอิง

Ahlskog JE, Geda YE, Graff-Radford NR, Petersen RC. **Physical exercise as a preventive or disease-modifying treatment of dementia and brain aging**. Mayo Clin Proc 2011;86:876-84.

Wang HX, Xu W, Pei JJ. Leisure activities, **cognition and dementia**. Biochim Biophys Acta 2012;1822(3):482-91.

ชนาณิศฐ์ อุประ, พิพัฒน์ ลักษมีจรัลกุล, พิศิษฐ์ วัฒนสมบูรณ์, ดุสิต สุจิรารัตน์. **สภาวะสุขภาพและ การปฏิบัติด้านสุขอนามัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุแห่งหนึ่ง กรุงเทพมหานคร**. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2554;41(Suppl 1):S76-86

ธัญญรัศม์ สังข์สำราญ. **การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถทางด้านการ รู้คิดของผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในสถานที่พักผู้สูงอายุ** [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต]. สมุทรปราการ: มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ; 2553.

แนวทางการพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย โรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในเขตสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ ดอยตุง ตำบลแม่ฟ้าหลวงอำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย

นภาพร ราชวงศ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯดอยตุง ตำบลแม่ฟ้าหลวง อำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม(Participatory Action Research :PAR) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาแนวทางในการพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในเขตสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯดอยตุง ตำบลแม่ฟ้าหลวง อำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงรายประชากรการวิจัย เลือกแบบเจาะจงได้แก่ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 367 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 10 คน ผู้นำชุมชน 10 คน ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ร่วมดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแม่ฟ้าหลวง จำนวน 25 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบสังเกต แบบสัมภาษณ์ แบบบันทึกการสนทนากลุ่มหรือประเด็นในการสนทนากลุ่ม แบบรายงานเวชระเบียนผู้ป่วย แบบบันทึกการประชุม การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการแก้ไขปัญหาการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่มีการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ ได้เปิดโอกาสให้ทีมสหสาขาวิชาชีพ ครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่าย เข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่การวิเคราะห์สถานการณ์ชุมชน เพื่อนำข้อมูลมาวางแผนพัฒนาระบบงาน มีการวางแผนปฏิบัติการร่วมกัน ปฏิบัติการในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันจนถึงการประเมินติดตามผล เกิดนวัตกรรมเชิงกระบวนการที่นำรูปแบบสู่การปฏิบัติในชุมชนอย่างมีส่วนร่วมและมีการประเมินผลร่วมกัน ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยเกิดการยอมรับและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทิศทางที่ถูกต้อง และสามารถเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยมากขึ้น จนส่งผลทำให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้เข้ามารับการรักษาอย่างต่อเนื่องไม่ขาดยาจากร้อยละ 66.98 เป็นร้อยละ 86.08 และร้อยละ 98.29 ในปีพ.ศ. 2561-2563 ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน รุนแรงเฉียบพลัน อันอาจทำให้ผู้ป่วยและครอบครัว การสูญเสียทั้งชีวิตและทรัพย์สินได้จากร้อยละ 2.97 เป็นร้อยละ 1.8 และร้อยละ 1.65 ในปีพ.ศ. 2561-2563 ตามลำดับ ความพึงพอใจของผู้รับบริการเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 68 เป็นร้อยละ 73 และร้อยละ 85 ในปีพ.ศ. 2561-2563 ตามลำดับ กระบวนการดำเนินงานเกิดการประสานงาน การถ่ายทอดข้อมูลอย่างมีส่วนร่วมจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ลงสู่ครอบครัวและญาติ ผ่านภาคีเครือข่าย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน และ นำสู่การเข้าถึงบริการใกล้บ้านใกล้ใจอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

คำสำคัญ: แนวทางการพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การมีส่วนร่วม

บทนำ

ในปัจจุบันนี้ประเทศไทยมีผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่ส่งผลกระทบอย่างมากต่อระบบสาธารณสุขของประเทศไทย โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ซึ่งมีผลกระทบทางสังคม อันเนื่องมาจาก อัตราการเสียชีวิต และทุพพลภาพของประชากรเพิ่มขึ้น และผลกระทบทางเศรษฐกิจซึ่งเกิดจาก ภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นตามมา

สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯดอยตุง ตำบลแม่ฟ้าหลวง อำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย เป็นสถานีอนามัยในชุมชนพื้นที่สูง ดูแลรับผิดชอบ 9 หมู่บ้าน 10 กลุ่มบ้าน ประชากรในพื้นที่รวมทั้งสิ้น 2,969 คน จำนวน 673 หลังคาเรือน เป็นชนชาติพันธุ์อาข่าและลาหู่ นับถือ บรรพบุรุษ ศาสนาคริสต์นิกายโปรแตสแตนท์ โรมันคาธอลิก และศาสนาพุทธ ตามลำดับ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม รองลงมาคือ อาชีพรับจ้าง รายได้เฉลี่ยประมาณ 20,000 – 30,000 บาท/คน/ปี มีข้อมูลผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำนวน 212 ราย 308 ราย และ 367ราย ในปี 2561-2563 ตามลำดับ ในปีพ.ศ. 2563 ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำนวน 367 ราย เป็น โรคเบาหวานจำนวน 11 คน โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 109ราย โรคความดันโลหิตสูง 237 ราย (สรุปผลงานประจำปี 2563) โดยมีสาเหตุหลักจากการมีกิจกรรมทางกายน้อยลง การรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม ส่วนหนึ่งพบว่ามีประวัติการเจ็บป่วยในพ่อแม่ ญาติสายตรงร่วมด้วย

ในระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯดอยตุงแต่เดิม เมื่อคัดกรองพบผู้สงสัยเป็นป่วยรายใหม่จะส่งไปรับการตรวจวินิจฉัยที่โรงพยาบาลแม่จัน ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยรายใหม่และรับการรักษา จนผู้ป่วยสามารถรักษาระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือดในระดับดี ผู้ป่วยสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะได้รับการส่งกลับมารับยาต่อเนื่องที่สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ ดอยตุง จนครบรอบ 1 ปี จะส่งผู้ป่วยกลับไปตรวจสุขภาพประจำปีที่โรงพยาบาลแม่จัน สถานีอนามัยสามารถส่งผู้ป่วยกลับไปพบแพทย์ได้ทันทีเมื่อพบผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนหรือไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตหรือระดับน้ำตาลในเลือดตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในแนวปฏิบัติ ส่วนผู้ป่วยสิทธิข้าราชการ ประกันสังคม ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือดตามเกณฑ์ได้ และผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน ให้รับบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรงพยาบาลแม่จัน จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรายใหม่ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ มีผู้ป่วยไม่ยอมรับการเจ็บป่วย ไม่เข้าระบบการรักษา บางรายเข้ารักษาแต่ไม่สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ บางราย มีทัศนคติด้านลบต่อการกินยา หลายรายไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ ครอบครัว ชุมชนและภาคีเครือข่ายยังมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยน้อย มีมุมมองว่าผู้ป่วยที่ต้องมารับยาตามนัดต่อเนื่องว่าเป็นภาระแก่ครอบครัว การขาดการรักษาที่ต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับความดันหรือระดับน้ำตาลในเลือดได้ ผู้ป่วยไม่ได้ตรวจสุขภาพประจำปีตามชุดสิทธิประโยชน์ ได้เกิดอาการกำเริบ ส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน รุนแรงเฉียบพลัน ส่งผลทำให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีการสูญเสียทั้งชีวิต ทรัพย์สินเกิดขึ้น

เมื่อวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2561 ได้มีการเปลี่ยนแปลงทางนโยบายให้ประชากรสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเขตอำเภอแม่ฟ้าหลวง ที่แต่เดิมขึ้นทะเบียนหน่วยบริการประจำเป็นโรงพยาบาลแม่จัน

ได้โอนย้ายมาขึ้นทะเบียนหน่วยบริการประจำเป็นโรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวง ซึ่งการขึ้นทะเบียนสิทธิดังกล่าวมีผลกระทบต่อการบริหารจัดการในระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯดอยตุงในภาพรวม โดยโรงพยาบาลแม่จันได้ทยอยส่งผู้ป่วยที่ดูแลอยู่กลับไปรักษาที่หน่วยบริการประจำคือโรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวง ทำให้กลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกลุ่มที่ต้องไปรับบริการต่อเนื่องที่โรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวงด้วยตนเอง ต้องเดินทางยากลำบาก ไปในเส้นทางคดเคี้ยว ในระยะทาง ร่วม 40 กิโลเมตรเศษ ไม่มีรถโดยสารประจำทางที่ใช้บริการโดยสะดวก ต้องให้ญาติไปส่งหรือจ้างเหมารถรับส่ง ต่างจากเดิมที่ไปโรงพยาบาลแม่จัน ที่สามารถเดินทางไปในเส้นทางที่สะดวกกว่าและมีรถโดยสารประจำทางเดินทางระยะทางเพียง 27 กิโลเมตร การเปลี่ยนแปลงนี้ ส่งผลต่อความสามารถในการเข้าถึงบริการของประชาชนมากขึ้น ทำให้ประชาชนในเขตรับผิดชอบไม่พึงพอใจ เกิดกระแสการต่อต้านการย้ายสิทธิประชากรสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีการแอบย้ายสิทธิ์ไปอยู่เขตอำเภอแม่จัน ในขณะที่ตัวอยู่จริงที่ในพื้นที่อำเภอแม่ฟ้าหลวง ทำให้ส่งผลกระทบทางลบต่อการบริหารจัดการงานบริการสาธารณสุขโดยรวมของทั้งเครือข่ายบริการสุขภาพแม่ฟ้าหลวง และเครือข่ายบริการสุขภาพแม่จัน ในขณะเดียวกันโรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวง ก็ประสบปัญหาเรื่องการขาดแคลนบุคลากรคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ด้านสถานที่คลินิกที่ให้บริการผู้ป่วยมีพื้นที่คับแคบ ไม่สามารถรองรับการบริการกับผู้ป่วยโรคที่ติดต่อเรื้อรังที่ส่งกลับมาได้อย่างพอเพียง

แนวทางการแก้ไขปัญหาจึงจำเป็นที่จะต้องพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงบริการได้โดยสะดวก ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ เน้นการทำงานเชิงรุก ประสานความร่วมมือจากทีมสหสาขาวิชาชีพที่ร่วมดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแม่ฟ้าหลวง ภาคีเครือข่ายประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือผู้ดูแลผู้ป่วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชนโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ซึ่งกระบวนการวิจัยลักษณะนี้ทำให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่การวางแผนร่วมกัน ปฏิบัติการในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันจนถึงการประเมินติดตามผล เป็นการสร้างทีมที่ที่มุ่งให้เกิดการทำงานเชื่อมประสานกันอย่างเป็นระบบ ให้ความสำคัญกับการมีสุขภาพที่ดีของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการรักษา เชื่อมโยงไปสู่ ชุมชน โดยคาดหวังว่าระบบที่พัฒนาขึ้นเป็นนวัตกรรมเชิงกระบวนการทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

วัตถุประสงค์

เพื่อหาแนวทางการพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในเขตสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯดอยตุง ตำบลแม่ฟ้าหลวง อำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย

ประชากรการวิจัย

เลือกแบบเจาะจงได้แก่ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือผู้ดูแลจำนวน 367คน ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ร่วมดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแม่ฟ้าหลวงจำนวน 25 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 10 คน ผู้นำชุมชน 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ได้แก่ แบบสังเกต แบบสัมภาษณ์ แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม แบบรายงาน เวชระเบียนผู้ป่วย แบบบันทึกการประชุม

วิธีการศึกษา

เป็นการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้ ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ร่วมดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแม่ฟ้าหลวง ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่าย มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยตนเอง ดำเนินการตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในช่วงเดือน กุมภาพันธ์ 2561 ถึง เดือนสิงหาคม 2563 ดังนี้

1. ขั้นวางแผน (Plan)

1.1 ผู้วิจัยเลือกพื้นที่ศึกษาด้วยวิธีเจาะจง คือพื้นที่ในเขตดูแลรับผิดชอบ 9 หมู่บ้าน 10 กลุ่ม
บ้านของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯดอยตุง

1.2 ประสานงานกับ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือผู้ดูแลผู้ป่วย อสม. ผู้นำชุมชน ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ร่วมดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแม่ฟ้าหลวง โรงพยาบาลแม่จัน เพื่อขอความร่วมมือในด้านต่างๆเช่น การขอข้อมูล การประสานความร่วมมือในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย เป็นต้น

1.3 วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย การวิเคราะห์ระบบ ฐานข้อมูลผู้ป่วย ข้อมูลสถานการณ์โรค จำนวนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวนผู้ขาดนัด จำนวนผู้ขาดยา ระบบบริการ และการเข้าถึงระบบบริการ โดยศึกษาเอกสารรายงานที่เกี่ยวข้องที่ได้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลเบื้องต้น จากสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯดอยตุง โรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวง และโรงพยาบาลแม่จัน

2. ขั้นปฏิบัติการ (Act) และสังเกตการณ์ (Observe)

2.1. ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อค้นหาปัญหาและวางแผนแก้ไขปัญหาชุมชนแบบมีส่วนร่วม มีผู้เข้าร่วมประชุม ประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม)ผู้นำชุมชน สหสาขาวิชาชีพและผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เครือข่ายบริการสุขภาพแม่ฟ้าหลวง โดย ใช้ระยะเวลาในการประชุม 2 วัน ณ ห้องประชุมสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯดอยตุง มีขั้นตอนคือ

2.1.1.ค้นหาปัญหาแบบมีส่วนร่วมในประเด็นปัญหาการเข้าถึงบริการ รวมถึงบริบทการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่เป็นมาใน อดีต ปัจจุบัน และแนวทางการพัฒนาในอนาคตในประเด็น ระบบบริการ ระบบยา ระบบการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ระบบการติดตามและควบคุมการกำกับการรับยา ช่องทางในการให้บริการปรึกษาเรื่องการดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ระหว่างโรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัย ครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่าย การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

2.1.2.กระตุ้นผู้ที่เข้าร่วมประชุมเกิดความคิดว่าต้องการแก้ไขปัญหาระบบการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของชุมชนได้อย่างไร มีวิธีการหรือขั้นตอนในรายละเอียดอย่างไร มีการกำหนดระยะเวลาอย่างไร กำหนดใครเป็นผู้รับผิดชอบและชาวบ้านจะให้ความร่วมมือในแผนได้อย่างไร ให้ร่วมกันคิดหาแนวทางเพื่อวางแผนการแก้ไขปัญหา

2.1.3.นำเสนอผลที่ได้จากการร่วมคิดนั้นเสนอต่อที่ประชุมและสรุปผลร่วมกันเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหา

2.1.4.วางแผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยชุมชนมีส่วนร่วม

2.2. นำแนวทางที่ได้พัฒนาระบบร่วมกันไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 367 ราย ติดตามผลโดยใช้เครื่องมือแบบบันทึกรายงานการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นระยะเวลา 6 เดือน และแบบสังเกตการมีส่วนร่วม

3. ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect)

3.1 นำข้อมูลที่ได้จากสรุปรายงาน การสังเกต การสัมภาษณ์โดยการบันทึกของผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย มาวิเคราะห์ การตรวจสอบผลลัพธ์และประเมินวิธีแก้ปัญหาที่เลือกใช้ เมื่อตรวจสอบและประเมินผลแล้วหากวิธีการแก้ไขปัญหานั้นใช้ได้ผลแก้ปัญหานั้นได้ ก็นำวิธีการนั้นมาเพื่อใช้แก้ไขปัญหาที่มีลักษณะเดียวกันในอนาคตต่อไป แต่ถ้าหากวิธีการแก้ไขปัญหานั้นไม่ได้ผลก็จะมีการคิดหาวิธีการแก้ไขปัญหาแบบใหม่มาใช้ต่อไป

3.2 นำข้อสรุปผลการดำเนินการนำเสนอต่อหน่วยงาน และชุมชน

4. การประเมินประสิทธิผลของกระบวนการที่พัฒนาขึ้น

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ปัญหาสถานการณ์ผู้ป่วย พบว่า สภาพปัญหาผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากเดิม 212 คน เป็น 308คน และ 367คน ในปีพ.ศ. 2561-2563 ตามลำดับ ปัญหาการเข้าถึงบริการที่ร่วมกันวิเคราะห์ได้พบว่า ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพจากระบบที่เป็นอยู่ เนื่องจากการเดินทางของผู้ป่วยที่ต้องมารับบริการด้วยตนเองที่โรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวง ยากลำบาก ต้องใช้เวลาในการเดินทางยาวนาน ไม่มีรถโดยสารประจำทาง ในผู้ป่วยที่ขาดผู้ดูแล มีฐานะยากจนก็ไม่สามารถไปโรงพยาบาลได้ ในโรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวงพื้นที่บริการค่อนข้างคับแคบ มีการขาดแคลนบุคลากร ส่งผลทำให้การให้บริการมีระยะเวลารอคอยที่ยาวนาน ทำให้ผู้รับบริการไม่สามารถอดทนรอคอยได้ ยังขาดแนวทางการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ชัดเจน ช่องทางในการให้บริการปรึกษาเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ระหว่างโรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัย ครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่ายยังไม่ชัดเจน ครอบครัว ชุมชนและภาคีเครือข่ายยังมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยน้อย มีมุมมองว่าผู้ป่วยเป็นภาระแก่ครอบครัวและชุมชน นอกจากนี้ยังมีปัญหาการไม่ยอมรับการเจ็บป่วยของตัวเอง ไม่ยอม เข้ารับการรักษา หรือ ยอมรับเข้ารับการรักษา แต่จัดการเรื่องการกินยาด้วยตัวเองไม่ได้ กินยาไม่ถูกต้อง ขาดการกำกับดูแลเรื่องการกินยาที่ต่อเนื่อง การขาดการรักษาที่ต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตหรือระดับน้ำตาลในเลือดตามเป้าหมายการรักษา ส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน รุนแรงเฉียบพลัน ส่งผลทำให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีการสูญเสียทั้งชีวิต ทรัพย์สินเกิดขึ้น

2 .ผลตามแนวทางการพัฒนาและการวางแผนปฏิบัติการ มีช่องทางการสื่อสารสองทางที่ส่งผลให้เกิดการร่วมกันของทุกภาคส่วน ครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่ายเกิดการวางแผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนาระบบการจัดบริการ นำไปสู่การพัฒนาระบบบริการและการดำเนินการตามระบบบริการที่พัฒนาขึ้นร่วมกัน คือ

2.1. พัฒนาระบบฐานข้อมูล โดยเก็บข้อมูลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นระบบเป็นปัจจุบัน มีความเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างข้อมูลของชุมชน สถานีอนามัยและโรงพยาบาลชุมชน

2.2. พัฒนาระบบบริการให้ผู้รับบริการเข้าถึงได้สะดวกมากขึ้น โดยในตั้งแต่เดือนธันวาคม2561 ถึงเดือน มิถุนายน 2563 ได้จัดบริการหน่วยเคลื่อนที่โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเครือข่ายดอยตุง ณ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯดอยตุง มุ่งเน้นบริการรักษาพยาบาล และจ่ายยาตามแผนการรักษาแก่ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยสหสาขาวิชาชีพจากโรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวง มีใช้การระบบ VPN เพื่อเชื่อมโยงฐานข้อมูลการบริการโปรแกรม HosXPของโรงพยาบาล เพื่อรองรับการเข้ารับบริการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในพื้นที่เครือข่ายดอยตุง เดือนละ 1 ครั้งให้บริการผู้ป่วย 60-80 ราย/วัน แต่ก็ยังประสบปัญหา สัญญาณไม่เสถียร ทำให้ระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยนาน ไม่สามารถหมุนเวียนผู้ป่วยให้เข้ารับการรักษาได้อย่างทั่วถึง ต้องใช้บุคลากรเป็นจำนวนมากในการออกหน่วยแต่ละครั้ง มีความยุ่งยากในการขนเวชภัณฑ์ยาไปกลับ

และในเดือน กรกฎาคม 2563 ได้พัฒนามาเป็นคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเครือข่ายดอยตุง ให้บริการโดยผ่านโปรแกรม JHCIS ของสถานีอนามัย เดือนละ 3 ครั้ง สามารถให้บริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ 60 ราย/วัน ปรับลดบุคลากร ใช้บุคลากรของสถานีอนามัยและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลในเครือข่ายเป็นหลัก มีเพียงแพทย์ เภสัชกร และโภชนากรจากโรงพยาบาลร่วมออกให้บริการเท่านั้น ภายใต้แนวทางการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ชัดเจน มีการจัดระบบคลังยาที่ใช้ในการรักษาในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังไว้ที่สถานีอนามัย เพื่อแก้ไขปัญหาการขนยาไปกลับ สามารถให้บริการผู้ป่วยได้ 60 ราย/วัน ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายเข้ารับการรักษาได้อย่างทั่วถึงมากยิ่งขึ้น

2.3. พัฒนาระบบการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ในการตรวจสุขภาพประจำปีผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ให้สถานีอนามัย นัดหมายผู้ป่วยเก็บสิ่งส่งตรวจ ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวง แพทย์จะคัดกรองผลการตรวจสุขภาพนั้นเพื่อจัดกลุ่มให้ผู้ป่วยเข้าพบแพทย์ตามลำดับความเร่งด่วน ที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเครือข่ายดอยตุงต่อไป

2.4. ในปี 2563 พัฒนาระบบการติดตามผู้ป่วย และควบคุมการกำกับการกินยา ในผู้ป่วยบางรายที่กินยาด้วยตัวเองไม่ได้ กินยาไม่ถูกต้อง ทีมจะมอบหมายให้คนในครอบครัวดูแล ในรายครอบครัวไม่สามารถกำกับดูแลเรื่องการกินยาที่ต่อเนื่องได้ ทางสถานีอนามัยโดยทีมหมอครอบครัวประจำหมู่บ้านได้ทำการจัดยากิน prepack แบบ one day dose โดยใช้รูปแบบปฏิทินยา โดยยึดความสะดวกของผู้ป่วยเป็นหลัก ให้ครอบครัว อสม.หรือผู้นำชุมชน เป็นผู้ติดตามกำกับดูแลเรื่องการกินยา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาต่อเนื่องถูกต้องครบถ้วนตามแผนการรักษา

2.5.พัฒนาช่องทางในการให้บริการปรึกษาเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ระหว่างโรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัย ครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่าย โดยพัฒนาให้มีระบบบริการปรึกษาหลายช่องทาง ง่ายต่อการติดต่อ โดย ในเวลาราชการรับบริการที่สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯดอยตุง กรณีเร่งด่วนโทรศัพท์สายตรงกับ หมอครอบครัวประจำหมู่บ้านทั้งในและนอกเวลาราชการ กรณีไม่เร่งด่วนใช้การติดต่อทางระบบไลน์กลุ่มงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และไลน์กลุ่ม อสม. ได้

2.6.พัฒนาระบบการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นกลุ่มเป้าหมายในการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ในปี 2563 มีการเยี่ยมบ้านติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ และภาคีเครือข่าย เกิดการรับรู้สภาพปัญหาที่แท้จริง เข้าใจถึงบริบทของผู้ป่วยและครอบครัว และให้การดูแลช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม มีการจัดการรายกรณี ในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่ขาดผู้ดูแล ครอบครัวเปราะบางมีปัญหาซ้ำซ้อน เพื่อที่จะดูแลผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างครอบคลุมมากขึ้น

2.7. พัฒนารูปแบบการถ่ายทอดข้อมูลและองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแก่ครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่าย โดยการอบรมอสม.เชี่ยวชาญโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การเยี่ยมสำรวจบ้านผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยร่วมกัน สร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ทำให้ครอบครัว ชุมชน ภาคีเครือข่ายมีมุมมองใหม่ต่อผู้ป่วย เกิดการยอมรับ เกิดความเห็นอกเห็นใจ ให้การดูแลช่วยเหลือกันต่อไป เป็นการนำแนวทางการพัฒนาไปสู่

การปฏิบัติและสะท้อนการปฏิบัติ ทำให้ผู้ป่วยมีช่องทางเข้าถึงระบบบริการที่ควรได้รับอย่างสะดวก การมีครอบครัว ชุมชน ภาคีเครือข่ายให้การเอาใจใส่ ช่วยกันดูแล ให้กำลังใจ สนับสนุน ทำให้ผู้ป่วยยอมรับการเจ็บป่วย เข้ารับการรักษา การเกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเอง การกินยาตามแผนการรักษา การมาตรวจตามนัด รวมถึงการมาตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนที่จำเป็นในแต่ละปี ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน รุนแรงเฉียบพลัน อันอาจทำให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีการสูญเสียทั้งชีวิตและทรัพย์สินได้

3. ผลลัพธ์การนำรูปแบบไปใช้ มีการประเมินการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายกับการจัดบริการกับกลุ่มเป้าหมาย ผลลัพธ์ลดปัญหากับกลุ่มเป้าหมายในประเด็น ความสามารถในการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยและครอบครัว การเปลี่ยนแปลงของสภาพผู้ป่วย ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้เข้ามารับการรับการรักษาอย่างต่อเนื่องไม่ขาดยาเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 66.98 เป็นร้อยละ 86.08และร้อยละ 98.29 ในปีพ.ศ. 2561-2563 ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน รุนแรงเฉียบพลัน จากร้อยละ 2.97 เป็นร้อยละ 1.8 และร้อยละ1.65 ในปีพ.ศ. 2561-2563 ตามลำดับ ความพึงพอใจของผู้รับบริการ เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 68 เป็นร้อยละ 73 และร้อยละ 85 ในปีพ.ศ. 2561-2563 ตามลำดับ กระบวนการดำเนินงานเกิดการประสานงาน การถ่ายทอดข้อมูลอย่างมีส่วนร่วมลงสู่ครอบครัว ผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน และภาคีเครือข่ายทั้งในและนอกพื้นที่ นำสู่การเข้าถึงบริการใกล้บ้านใกล้ใจอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

อภิปรายผลการวิจัย

การให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย โดยดำเนินงานอย่างสอดคล้องกับบริบทและวิถีชีวิตชุมชน มีการดำเนินงานอย่างเป็นระบบตั้งแต่การจัดทำฐานข้อมูลที่ถูกต้อง เป็นปัจจุบัน มีความเชื่อมโยง การวิเคราะห์สถานการณ์ชุมชน เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนพัฒนาการดำเนินงาน การนำรูปแบบสู่การปฏิบัติในชุมชน และการประเมินผลที่เน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชนมาเป็นหลักคิดในการทำงาน เกิดการยอมรับว่าเป็นปัญหาของชุมชน ทำให้เกิดการแสวงหาแนวทางแก้ไขปัญหาเพื่อให้จัดการบริการให้ตรงกับปัญหาผู้ป่วย นำสู่การเข้าถึงบริการใกล้บ้านใกล้ใจ อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ทำให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้เข้ารับการเข้าถึงบริการที่ครอบคลุม และมีประสิทธิภาพ อยู่ในพื้นที่สังคมที่เคยเติบโตและรายรอบด้วยผู้คนที่เป็นมิตร มีแต่ความเอื้ออาทร ให้การสนับสนุน ให้กำลังใจ ช่วยเหลือ ดูแล เช่นลูกหลาน ญาติมิตร ให้กลับมาดูแลตัวเอง มีสุขภาพที่ดีต่อไป

เอกสารอ้างอิง

แก้วตา สังขชาติ. **การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่มีพื้นที่เป็นฐานและประชาชน เป็นศูนย์กลาง**. -- สงขลา : มูลนิธิสุขภาพภาคใต้, 2562.

กรมควบคุมโรคสำนักโรคไม่ติดต่อ. (2558). **คู่มือการจัดบริการสุขภาพ “กลุ่มวัยทำงาน” แบบบูรณาการ** 2558.พิมพ์ครั้งที่1.สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก กรุงเทพฯ

กรมควบคุมโรคสำนักโรคไม่ติดต่อ. (2552).**แนวทางการดำเนินงาน ป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ โดยยึดชุมชนเป็นฐาน (CBI).**สำนักพิมพ์บริษัท อิโมชั่น อาร์ต จำกัด

จินตวีร์เกษมศุข. (2554).**การสร้างกระบวนการมีส่วนร่วม**.คณะนิเทศศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีปทุม. เอกสารประกอบการเรียนรู้ด้วยตนเอง.

สร้างพลังใจ เลิกได้ ด้วยนิโคติน

ภญ.สมศุกร์ ปาลกะวงศ์ ณ อยุธยา, พว.กัลยา สังวาลย์ทอง
โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่องนี้ เป็นการวิจัยรายกรณีศึกษา แบบวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ เพื่อเพิ่มโอกาสในการับบริการเลิกบุหรี่ และ ความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ ของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการคลินิกเลิกบุหรี่ของโรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร จำนวน 23 ราย โดยผู้ป่วยทั้งหมดสมัครใจที่จะเข้าโครงการเลิกบุหรี่ด้วยหมากฝรั่งนิโคติน ที่ไม่สามารถเลิกได้ด้วยการใช้ยาอม หรือ ยาชงหญ้าดอกขาว โดยผู้ป่วยทั้งหมดจะได้รับการซักประวัติการสูบบุหรี่ ประเมินระดับการติดนิโคติน โดยใช้แบบฟอร์มประเมินและติดตามการติดนิโคติน หลังจากนั้นผู้ป่วยจะได้รับการอธิบายถึงข้อดีข้อเสียของหมากฝรั่งนิโคติน เพื่อประกอบการตัดสินใจในการใช้หมากฝรั่งนิโคติน เมื่อผู้ป่วยตัดสินใจใช้หมากฝรั่ง ผู้ป่วยจะได้รับหมากฝรั่งนิโคตินขนาด 2 mg prn เมื่อต้องการอยากสูบบุหรี่ ครั้งแรกจะได้รับ 45 tab และนัดติดตาม 1 สัปดาห์, 2 สัปดาห์, 1 เดือน, 2 เดือน และ 3 เดือน รวมทั้งหมด 5 ครั้ง

การทำโครงการเลิกบุหรี่ด้วยหมากฝรั่งนิโคติน พบว่า มีผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการทั้งหมด 23 คน เป็นชาย 22 คน อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 20 – 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 69.56% สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 73.91 มีอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 39.13 เป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 26.08 สูบบุหรี่มากกว่ากว่า 10 ปี ร้อยละ 69.56 ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ได้ 5 คน นาน 3 เดือน คิดเป็นร้อยละ 21.74 และ 4 คน นาน 1 เดือน คิดเป็นร้อยละ 17.39 แรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ ได้แก่ครอบครัว 3 ราย, สุขภาพ 5 ราย, สังคม 1 ราย จำนวนหมากฝรั่งนิโคตินเฉลี่ยต่อคนที่เลิกสูบได้ 60 – 70 ชิ้น ใช้เฉลี่ยต่อวัน 3-5 ชิ้น/คน อาการถอนนิโคตินที่พบ เฉื่อยชา เพลีย ไม่สดชื่น คิดช้าลง น้ำหนักเพิ่ม หงุดหงิด นอนไม่หลับ อุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่ไม่ได้ ไม่มีความตั้งใจที่จะเลิก ถูกกระตุ้นจากคนรอบข้าง(เพื่อน พ่อ แม่ สูบ) เครียด มีโรคประจำตัว (paranoid) ความเคยชินในการสูบ มีปัญหาเรื่องฟันในการเคี้ยวหมากฝรั่ง ผลข้างเคียง จากการใช้หมากฝรั่ง ได้แก่ คอแห้ง น้ำลายเยอะ ระคายเคืองกระเพาะอาหาร กลิ่นหมากฝรั่ง(ใช้ยาอมหญ้าดอกขาวแทน) ทุกคนใช้หมากฝรั่งร่วมกับยาอมหญ้าดอกขาว และชารางจืด ระยะเวลาเฉลี่ยที่เลิกได้ 2 สัปดาห์ ถึง 1 เดือน

บทนำ

การสูบบุหรี่มีโทษต่อร่างกายหลายด้าน นำมาซึ่งโรคร้ายต่างๆ ที่ส่งผลต่อการเสียชีวิต ไม่ใช่เพียงผู้ที่สูบเท่านั้นที่ได้รับผลกระทบ คนรอบข้างเองก็ได้รับโทษไม่น้อยเช่นกัน ในควันบุหรี่มีสารก่อมะเร็ง เป็นหนึ่งในโรคร้ายที่คร่าชีวิต นอกจากโรคมะเร็งก็ยังมีโรคอื่นๆ ที่เกิดจากควันบุหรี่ ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคถุงลมโป่งพอง และยังเพิ่มความถี่ความรุนแรงให้กับอาการหอบหืด และภาวการณ์ตายฉับพลันในทารกแรกเกิด เป็นต้น

ข้อมูลจากมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ในประเทศไทย พบว่า เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี เข้าสู่วงจรการสูบบุหรี่สูงถึง 400,000 คน ซึ่งใน 10 คนที่สูบบุหรี่ 7 คน จะเลิกไม่ได้ตลอดชีวิต และ 3 คน จะติดการสูบบุหรี่เฉลี่ย 20 ปี ถึงจะเลิกได้ โทษของควันบุหรี่ แบ่งออกเป็น ควันบุหรี่มือหนึ่ง ควันบุหรี่มือสอง และควันบุหรี่มือสาม ควันบุหรี่มือหนึ่งคือควันที่ผู้สูบดูดเข้าสู่ร่างกายด้วยตนเอง ควันบุหรี่มือสองคือควันที่ผู้สูบพ่นออกมาและฟุ้งกระจายอยู่ในอากาศ ทำให้ผู้ที่อยู่โดยรอบที่สูดดมเข้าไปและได้รับสารพิษ ส่วนควันบุหรี่มือสามเป็นควันที่ตกค้างอยู่ตามสถานที่ต่างๆ เฟอร์นิเจอร์ สิ่งของ เสื้อผ้า และวัตถุอื่นๆ ทำให้สารพิษเกาะติดอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีการสูบบุหรี่ ส่งผลเสียต่อผู้อาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมนั้น ควันบุหรี่สามารถเล็ดลอดทางหน้าต่าง ท่อระบายน้ำ และอื่นๆ มาได้

ทั้งนี้ประเทศไทย โดยคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบแห่งชาติ มีมติเห็นชอบให้ทุกหน่วยงานดำเนินการขับเคลื่อนกิจกรรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ตามประเด็นรณรงค์ที่ว่า เลิกสูบลดเสี่ยง เพื่อลดโอกาสการแพร่กระจายของโรคดังกล่าว ซึ่งข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก พบว่า ผู้ป่วยโควิด 19 ที่สูบบุหรี่มีโอกาสที่อาการทรุดลงและเสียชีวิตมากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่สูงถึง 14 เท่า และได้มอบหมายให้กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการขับเคลื่อนคลินิกเลิกบุหรี่แบบครบวงจร ให้มีการเปิดให้บริการ ณ สถานพยาบาลในสังกัดทั่วประเทศ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึง

ทางองค์การอนามัยโลกได้มอบรางวัล World No Tobacco Day Award 2020 เนื่องในวันงดสูบบุหรี่โลก วันที่ 31 พฤษภาคม 2563 แก่ นายอนุทิน ชาญวีรกูล รองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ที่มีนโยบายสนับสนุนการควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทย และมอบรางวัลฯ ให้แก่ คณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค ที่มีนโยบายสนับสนุนการบังคับใช้การควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ของประเทศไทยอย่างจริงจัง และในโอกาสวันงดสูบบุหรี่โลก ประเทศไทยใช้วิกฤตการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในครั้งนี้ เป็นโอกาสเริ่มต้นการเลิกสูบบุหรี่ เพราะการสูบบุหรี่หรือบุหรี่ไฟฟ้านอกจากจะทำลายสุขภาพของตัวเองและคนรอบข้างแล้ว ยังเป็นการเพิ่มค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็น หากประชาชนต้องการเลิกบุหรี่ สามารถรับคำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ โทรฟรีสายด่วนเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ โทร.1600 หรือเข้ารับบริการเลิกบุหรี่ได้ที่สถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ"

ดังนั้น โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร ในฐานะที่เป็นสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้เปิดบริการคลินิกเลิกบุหรี่มานานกว่า 10 ปี จึงได้ถือโอกาสปีนี้ ทำคลินิกเลิกบุหรี่ในเชิงรุกมากขึ้น โดย

ใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่นิโคติน เพื่อสร้างความมั่นในในการเลิกบุหรี่ให้กับผู้ป่วยและประชาชน ภายใต้แนวคิด “สานพลัง สร้างการเรียนรู้ มุ่งสู่สุขภาวะ”

วัตถุประสงค์

1) เพื่อเพิ่มโอกาสในการับบริการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วย
2) เพื่อความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วย

วิธีการวิจัย

รายกรณีศึกษา แบบวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research)

ผลการวิจัย

พบว่าจำนวนคนที่เข้าโครงการตั้งแต่ 1/11/62 – 11/9/63(10 เดือน) จำนวน 23 คน ดังตารางต่อไปนี้

หัวข้อการประเมิน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	22	96
หญิง	1	4
อายุ		
น้อยกว่า 20 ปี	0	0
ระหว่าง 20-60 ปี	16	70
มากกว่า 60 ปี	7	30
สิทธิการรักษา		0
ข้าราชการ	1	4
บัตรทอง	17	74
ประกันสังคม	12	52
อื่น ๆ	3	13
อาชีพ		0
รับราชการ	1	4
เกษตรกรรม	9	39
รับจ้างทั่วไป	6	26
อื่นๆ เช่น พนักงานบริษัท	7	30

หัวข้อการประเมิน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
DM	5	22
Paranoid schizophrenia	2	9
HT	6	26
GERD	1	4
Thyrotoxicosis	1	4
Amphetamine dependence	3	13
ภูมิแพ้	1	4
ไม่มีโรคประจำตัว	4	17
ระยะเวลาที่สูบบุหรี่		
น้อยกว่า 5 ปี	0	0
ระหว่าง 5 – 10 ปี	7	30
มากกว่า10 xu	16	70
ระดับการติดนิโคติน		0
ต่ำ	4	17
ปานกลาง	12	52
สูง	7	30
%PEFR		
% PEFR < 80 ก่อนเข้าโครงการ	6 ราย	
% PEFR > 80 หลังเข้าโครงการ	5 ราย	

แรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ สามารถเลิกบุหรี่ได้ 5 คน นาน 3 เดือน และ 4 คน นาน 1 เดือน พบว่าเกิดจากครอบครัว 3 ราย , สุขภาพ 5 ราย และ สังคม 1 ราย

จำนวนหมากฝรั่งนิโคตินเฉลี่ยต่อคนที่เลิกสูบได้ อยู่ที่ 60 – 70 ชิ้น ใช้เฉลี่ยต่อวัน 3-5 ชิ้น/คน จำนวนผู้ป่วยที่เลิกบุหรี่ได้ใน 3 เดือนทั้งหมด 5 คน อาการถอนนิโคตินที่พบ คือ เฉื่อยชา เพลีย ไม่สดชื่น คิดช้าลง น้ำหนักเพิ่ม หงุดหงิด นอนไม่หลับ อุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่ไม่ได้ คือ ไม่มีความตั้งใจที่จะเลิก ถูกกระตุ้นจากคนรอบข้าง(เพื่อน พ่อ แม่ สูบ) เครียด มีโรคประจำตัว(paranoid) ความเคยชินในการสูบ มีปัญหาเรื่องฟันในการเคี้ยวหมากฝรั่ง และ ADR จากการใช้หมากฝรั่ง คือ คอแห้ง น้ำลายเยอะ ระคายเคืองกระเพาะอาหาร กลิ่นหมากฝรั่ง(ใช้ยาอมหญ้าดอกขาวแทน) ทุกคนใช้หมากฝรั่งร่วมกับยาอมหญ้าดอกขาวและชารางจืด ระยะเวลาเฉลี่ยที่เลิกได้ 2 สัปดาห์ ถึง 1 เดือน

อภิปราย สรุป และข้อเสนอแนะ

จากการทำโครงการเลิกบุหรี่ด้วยนิโคติน พบว่าการใช้หมากฝรั่งนิโคตินช่วยสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยในการเลิกสูบบุหรี่ เนื่องจากมีผู้ป่วยที่เข้าโครงการบางส่วนเล่าให้ฟังถึงความตั้งใจที่จะเลิกบุหรี่มาหลายปี แต่ไม่กล้าหยุดสูบโดยไม่มียาช่วย กลัวจะมีการถอนแล้วทำให้เสียชีวิต รวมถึงผู้ป่วยหลายรายกลัวผลข้างเคียงที่เกิดจากการเลิกสูบบุหรี่แบบหักดิบ ดังนั้นการทำให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงอาการในช่วงเวลาต่างๆที่เกิดขึ้นหลังหยุดสูบบุหรี่ และการให้ยาช่วยบรรเทาอาการ รวมถึงการให้นิโคตินทดแทน จึงทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจที่จะเลิกบุหรี่ได้ง่ายขึ้น และลดอาการที่เกิดจากการถอนนิโคตินด้วยหมาฝรั่งนิโคติน

สรุป

การทำโครงการเลิกบุหรี่ด้วยหมากฝรั่งนิโคติน พบว่า มีผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการทั้งหมด 23 คน เป็นชาย 22 คน อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 20 – 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 69.56% สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 73.91 มีอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 39.13 เป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 26.08 สูบบุหรี่มากกว่ากว่า 10 ปี ร้อยละ 69.56 ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ได้ 5 คน นาน 3 เดือน คิดเป็นร้อยละ 21.74 และ 4 คน นาน 1 เดือน คิดเป็นร้อยละ 17.39 แรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ ได้แก่ครอบครัว 3 ราย, สุขภาพ 5 ราย, สังคม 1 ราย จำนวนหมากฝรั่งนิโคตินเฉลี่ยต่อคนที่เลิกสูบได้ 60 – 70 ชิ้น ใช้เฉลี่ยต่อวัน 3-5 ชิ้น/คน อาการถอนนิโคตินที่พบ เฉื่อยชา เพลีย ไม่สดชื่น คิดช้าลง น้ำหนักเพิ่ม หงุดหงิด นอนไม่หลับ อุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่ไม่ได้ ไม่มีความตั้งใจที่จะเลิก ถูกกระตุ้นจากคนรอบข้าง(เพื่อน พ่อ แม่ สูบ) เครียด มีโรคประจำตัว (paranoid) ความเคยชินในการสูบ มีปัญหาเรื่องฟันในการเคี้ยวหมากฝรั่ง ผลข้างเคียง จากการใช้หมากฝรั่ง ได้แก่ คอแห้ง น้ำลายเยอะ ระคายเคืองกระเพาะอาหาร กลิ่นหมากฝรั่ง(ใช้ยาอมหญ้าดอกขาวแทน) ทุกคนใช้หมากฝรั่งร่วมกับยาอมหญ้าดอกขาว และชารางจืด ระยะเวลาเฉลี่ยที่เลิกได้ 2 สัปดาห์ ถึง 1 เดือน

ข้อเสนอแนะ

ข้อจำกัดในการทำโครงการนี้ คือ การทำงานเชิงรุก เนื่องจากยังมีประชนบางกลุ่มที่ไม่สะดวกมารับยาที่โรงพยาบาลเนื่องจากเสียเวลามาก ต้องผ่านหลายขั้นตอนกว่าจะได้เข้าคลินิกบุหรี่ และต้องเดินทางมาที่โรงพยาบาลตามนัด บางคนบ้านอยู่ไกลโรงพยาบาล แต่ถ้าเปิดให้บริการที่ รพ.สต.จะทำให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้มากขึ้น แต่ปี 2563 ด้วยสถานการณ์ covid-19 จึงทำให้การทำงานเชิงรุกทำได้แค่ 11% ดังนั้นผู้รับผิดชอบโครงการนี้จึงได้วางแผนทำโครงการเลิกบุหรี่เชิงรุกต่อในปี 2564

ผลการสร้างเสริมแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อการลดความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด

พ.ว อรุณี ไชยเมือง และ พว. ปุณญณิน เขื่อนเพ็ชร์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลแม่ลาว

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด แบบ One-group intervention study วัดผลก่อนและหลัง ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรังที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยมี CVD risk > 10% จำนวน 30 คน ระยะเวลาดำเนินการระหว่าง เดือนกรกฎาคม 2562 - ตุลาคม 2562 โดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม (Motivational Interviewing: MI) เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย 1) โปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อการลดความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด 2) สื่อนำเสนอภาพนิ่ง ความรู้เรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด 3)โมเดลอาหาร DASH 4) โปรแกรม Thai CVD Risk score เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด 2) แบบบันทึกการติดตามความดันโลหิตด้วยตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบระดับไขมันในเลือดและค่าความดันโลหิตหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มโดยใช้สถิติ Paired – Samples T-test ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยระดับไขมันในเลือด(Cholesteral) ลดลงลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($P < 0.001$) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Systolic blood pressure(SBP) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)

บทนำ

โรคหัวใจและหลอดเลือด(Cardiovascular diseases) เป็นสาเหตุการป่วยและการเสียชีวิตอันดับต้นๆของประชากรไทย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดผิดปกติ การสูบบุหรี่ การขาดการออกกำลังกายและพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม จากข้อมูลการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลแม่ลาวปี 2561 พบว่า สาเหตุส่วนหนึ่งเกิดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 42,ภาวะไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 10 โรคเบาหวานร้อยละ 5 ตามลำดับ จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบปัจจัยเกี่ยวข้อง ได้แก่ การควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีโรคร่วม เช่น โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ขาดความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองซึ่งการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดได้

วัตถุประสงค์

1.เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

2.เพื่อศึกษาผลของการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อการลดความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

วิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง One-group intervention study ชนิดกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรังระหว่างเดือน พฤษภาคม 2562 – เดือนมิถุนายน 2562 และมีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยมี CVD risk > 10 % สมัครใจเข้าร่วมโครงการจำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1) โปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อการลดความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด
2) สื่อนำเสนอภาพนิ่ง ความรู้เรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด
3) โมเดลอาหาร DASH
4) โปรแกรม Thai CVD Risk score

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด
2) แบบบันทึกการติดตามความดันโลหิตด้วยตนเอง

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1) สัปดาห์ที่ **1** ผู้วิจัยและทีมสุขภาพได้จัดกิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการและให้ความรู้เรื่องการลด

ความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักในปัญหา สะท้อนคิดและเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เกิดกระบวนการเรียนรู้และตั้งเป้าหมายในการป้องกันความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด

2) สัปดาห์ที่ 2**-11** ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเองที่บ้าน

3) สัปดาห์ที่ 4,8 นัดติดตามในคลินิกโรคเรื้อรังเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ส่งเสริมกำลังใจ ให้คำปรึกษา เพื่อให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง

4) สัปดาห์ที่ **12** นัดติดตามประเมินผล

5) เก็บรวบรวมข้อมูล

6) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความเสี่ยงต่ำ ค่าความเสี่ยงสูงมาก เปรียบเทียบระดับไขมันในเลือดและค่าความดันโลหิตหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มโดยใช้สถิติ Paired – Samples T-test

ผลการวิจัย

จากการติดตามประเมินผลหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อการลดความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับไขมันในเลือด(Cholesteral) ลดลงลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Systolic blood pressure(SBP) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบระดับไขมันในเลือดและค่าความดันโลหิตสูงก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (N=30)

เกณฑ์การประเมิน	**ก่อนการทดลอง (n=30)**	**หลังการทดลอง (n=30)**	**P Value**
Cholesteral	226.53(±21.3)	187.76(±32.5)	‹ 0.001
SBP	136.50(±14.7)	124.40(±9.8)	‹ 0.001

กลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดลดลง โดยกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงจากร้อยละ 33.33 ลดลงร้อยละ 13.33 กลุ่มเสี่ยงต่ำเพิ่มขึ้น ร้อยละ 36.67 ไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงสูงมากต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของการประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดก่อนและหลัง (N=30)

การประเมินโอกาสเสี่ยง	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
กลุ่มเสี่ยงต่ำ(CVD Risk <10%)	-	-	11	36.67
กลุ่มเสี่ยงปานกลาง(CVD Risk 10- <20 %)	17	56.67	15	50.00
กล่มเสี่ยงสูง(CVD Risk 20-<30%)	10	33.33	4	13.33
กลุ่มเสี่ยงสูงมาก(CVD Risk 30-<40%)	3	10.00	-	-

อภิปราย สรุป และข้อเสนอแนะ

การสร้างเสริมแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Motivational Interviewing: MI) เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดตระหนักในปัญหาและเกิดกระบวนการเรียนรู้ ร่วมกับการตั้งเป้าหมายและเลือกปฏิบัติในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อป้องกันความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด สามารถนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ และควรมีการติดตามในระยะยาวต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. **แนวปฏิบัติสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการจัดบริการคัดกรองและเสริมทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อในสถานบริการสาธารณสุขและชุมชน**, สำนักโรคไม่ติดต่อ 2552
2. รัตนาภรณ์ศิริเกต. **ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2558
3. สำนักควบคุมโรคไม่ติดต่อ. **แนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือด**. กรุงเทพฯ:องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.2556.

ผลการประเมินพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยงในช่วงปฐมวัย

Results of assessing the development of at-risk children

นางสาว ชลันธร ไชยเมือง
งานส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลแม่จัน

บทคัดย่อ

คลินิกสุขภาพเด็กดี WBC งานส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลแม่จัน มีการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่มีพัฒนาการปกติและกระตุ้นพัฒนาการเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า โดยเฉพาะเด็กกลุ่มเสี่ยงที่แรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย โดยใช้คู่มือ DAIM ในการประเมินพัฒนาการและให้คำแนะนำในการฝึกพัฒนาการเพื่อให้เด็กมีพัฒนาการสมวัยหรือเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้ากลับมาสมวัยตามปกติ

บทนำ

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่12 (พ.ศ.2560-2564) ได้มุ่งเน้นการพัฒนากลุ่มเด็กปฐมวัยให้มีทักษะทางสมองการเรียนรู้ ทักษะชีวิตและสังคมที่ดีเพื่อให้เติบโตอย่างมีคุณภาพ จากการสำรวจโดยกรมอนามัยกระทรวง สาธารณสุขในปีพ.ศ.2553-2558 พบว่าเด็กวัยแรกเกิดถึง 3 ปี มีพัฒนาการไม่สมวัยร้อยละ 28-32 โดย พัฒนาการที่ล่าช้าที่สุดคือพัฒนาการด้านภาษา ในปีพ.ศ.2559 กรมสุขภาพจิตตั้งเป้าหมายว่า เด็กต้องมีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 85

ปัญหางานอนามัยแม่และเด็กที่ผ่านมา ในปีงบประมาณ 2560-2562 ยังมีเด็กกลุ่มเสี่ยงน้ำหนักน้อยกว่า 2500 กรัม (LBW) เพิ่มมากขึ้น ร้อยละ 5.96 6.92 และ 7.81(เกณฑ์เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 7) มีผลกระทบด้านพัฒนาการ บางรายอาจพบความผิดปกติด้านการเจริญเติบโตและพัฒนาการล่าช้าเมื่อเปรียบเทียบกับทารกอายุเท่ากัน เนื่องจากเกิดก่อนกำหนด ทารกกลุ่มนี้ ส่วนใหญ่มักมีปัญหาด้านการทรงตัว พัฒนาการ ยืน เดิน วิ่งช้ากว่าทารกปกติ ดังนั้นการให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวระหว่างตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด ตลอดจนการดูแลทารก 0-5 ปี รวมถึงการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล เป็นสิ่งสำคัญที่ต้องให้มีการดูแลอย่างมีคุณภาพโดยได้รับการดูแลจากทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้เกิดความสำเร็จในการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็กตามตัวชี้วัดที่สำคัญ ลดการเกิดอุบัติการณ์ หรือภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

คลินิกสุขภาพเด็กดี WBC งานส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลแม่จัน มีการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่มีพัฒนาการปกติและกระตุ้นพัฒนาการเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าในเด็กกลุ่มเสี่ยงที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยโดยใช้เครื่องมือ DAIM ผู้ปกครองจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่มีพัฒนาการปกติและการกระตุ้นพัฒนาการเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า พร้อมกับการฝึกเพิ่มเติมกับสหวิชาชีพตามความเหมาะสม

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลการประเมินพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยงในช่วงปฐมวัย

วิธีการวิจัย

การวิจัยเป็นการศึกษาแบบ retrospective cohort study ในเด็กที่มีความเสี่ยงต่อพัฒนาการล่าช้า(แรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย) ตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 1 ปี ที่มารับบริการที่คลินิกสุขภาพดี WBC โรงพยาบาลแม่จัน ตั้งแต่ปี 2560-2562 จำนวน 165 ราย ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยทั้งข้อมูลที่จัดเก็บแบบเอกสารและข้อมูลสารสนเทศบันทึกข้อมูลทั่วไปและข้อมูล พัฒนาการเด็กที่อายุ 2,4,6,9,12,18,30,42เดือน ประเมินด้วยเครื่องมือDAIMโดยพยาบาลที่ผ่านการฝึกอบรมการใช้เครื่องมือบันทึกอายุที่สังเกตเห็นพัฒนาการในแต่ละด้านล่าช้าและอายุที่พัฒนาการ ด้านนั้นกลับมาเป็นปกติ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ร้อยละ

ผลการวิจัย

พบว่าเด็กแรกคลอดน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2500 กรัมที่มารับบริการที่โรงพยาบาลแม่จันจำนวน 165 ราย เด็กกลุ่มเสี่ยงมีพัฒนาการล่าช้า 56 ราย (ร้อยละ 33.94) โดยพบพัฒนาการล่าช้า ทางด้านการใช้ภาษามากที่สุด 34 ราย (ร้อยละ 60.71) รองลงมาคือ ด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ 15 ราย (ร้อยละ 26.79)และด้านความเข้าใจภาษา 7 ราย (ร้อยละ 12.5) อายุที่ตรวจพบว่าเริ่มมีพัฒนาการล่าช้าอยู่ในช่วง 9 เดือนถึง 18 เดือน และอายุที่พบว่าพัฒนาการด้านนั้นดีขึ้นอยู่ในช่วง 18 เดือน ถึง 30 เดือน

อภิปราย สรุป และข้อเสนอแนะ

เด็กกลุ่มเสี่ยงมีพัฒนาการล่าช้าด้านภาษาและการใช้ภาษาเนื่องจากขาดการกระตุ้น ผู้ดูแลเด็กเป็นผู้สูงอายุ ผู้เลี้ยงดูมักพูดคุยกับเด็กน้อยและมีความเชื่อในการจัดการปัญหาพูดช้าที่ไม่ถูกต้อง ผู้ปกครองมีความตระหนักในเรื่องพัฒนาการน้อยกว่าด้านสุขภาพและความไม่เข้าใจถึงความสำคัญในการกระตุ้นพัฒนาการ และเด็กกลุ่มเสี่ยงมีพัฒนาการล่าช้าด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่เนื่องจากขาดการกระตุ้น ผู้ปกครองใช้ล้อวงและการอุ้มเด็กมากเกินไป เมื่อได้รับรับคำแนะนำการฝึกพัฒนาการตามคู่มือ DAIM หลังจากได้รับการกระตุ้นพัฒนาการหรือฝึกทักษะที่เคยล่าช้าพบว่า พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่กลับมาปกติ

เอกสารอ้างอิง

กรมอนามัย. **กรมสุขภาพจิตรณรงค์ส่งเสริมพัฒนาการเด็กตั้งเป้าเด็กไทยพัฒนาการสมวัย** [อินเทอร์เน็ต].2558

กระทรวงสาธารณสุข. **คู่มือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยง.** กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์องค์การ สงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2560.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. **แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่สิบสอง**

พัฒนาระบบคงคลังโลหิตด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศ

นางสาวเกตุตะวัน จอมคำ
นักเทคนิคการแพทย์ปฏิบัติการ โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า

บทคัดย่อ

โรงพยาบาลเวียงป่าเป้าเป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 60 เตียง งานธนาคารเลือดยังไม่มีจุดรับบริจาคโลหิต ทำให้ต้องสำรองโลหิตจากการสนับสนุนของหน่วยงานรัฐ เพื่อให้สามารถบริหารระบบคงคลังโลหิตให้เพียงพอต่อความต้องการ จะต้องทราบปริมาณโลหิตที่จะสำรองไว้ในแต่ละเดือน แต่ละสัปดาห์ และมีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเข้าช่วยในการบริการจัดการ ซึ่งแต่เดิม การบันทึกคงคลังเป็นแบบบันทึกลงสมุดประจำเดือน สำรองโลหิตตามปริมาณที่ต้องการใช้ใน 1 เดือน แต่พบว่ายังไม่เพียงพอเนื่องจากความต้องการใช้โลหิตที่มากขึ้น มีคลินิกพิเศษเช่น คลินิกโรคไต วิธีการดำเนินการ จะรวบรวมข้อมูลการใช้โลหิตจำนวน 26 เดือนย้อนหลัง เพื่อคำนวณหาปริมาณที่ใช้โลหิตเฉลี่ยต่อเดือน และคำนวณหาปริมาณโลหิตสำรองคงคลังสำหรับ 7 วัน นำข้อมูลที่ได้มาออกแบบสารสนเทศออนไลน์ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลที่เข้าใจง่าย และสะดวก ต่อการบริหารจัดการคงคลัง ผลการดำเนินการ พบว่าปริมาณโลหิตสำรองเฉลี่ยต่อเดือน หมู่เลือด A=7 units หมู่เลือด B=10 units หมู่เลือด O=12 units หมู่เลือด AB = 3 units โดยทางห้องปฏิบัติการจะสำรองโลหิตจากกาชาดเชียงใหม่ให้ครบตามจำนวน หากพบว่าระหว่างเดือนมีการใช้โลหิตในปริมาณมากจนมีปริมาณ ในคลังต่ำกว่าจำนวนขั้นต่ำที่ต้องสำรองคือ หมู่เลือด A= 2 units หมู่เลือด B=3 units หมู่เลือด O=3 units หมู่เลือด AB = 1 units ทางห้องปฏิบัติการจะดำเนินการขอสนับสนุนจากทางโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ เป็นรายสัปดาห์ และพบว่าการนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาช่วยในการบริหารคงคลัง ทำให้สะดวกต่อการเข้าถึงข้อมูล ลดการโทรศัพท์มาสอบถามคลังโลหิตเจ้าหน้าที่ไม่ต้องเปิดตู้เย็นบ่อยครั้งเพื่อนับจำนวนคงคลัง สามารถทราบวันหมดอายุของโลหิตล่วงหน้า สามารถจัดการกับโลหิตที่ใกล้หมดอายุโดยการแลกเปลี่ยนโลหิตหรือประสานผู้ป่วยที่มีประวัติการเติมบ่อยครั้งเพื่อเข้ามารับการเติมโลหิตหากมีภาวะซีดก่อนเวลานัดหมาย ในผู้ป่วยที่นัดหมายเติมเลือดได้จัดสรรจำนวนโลหิตให้เพิ่มขึ้นมากกว่าจำนวนเฉลี่ยต่อเดือนตามวันเวลาที่นัดหมาย ดังนั้นผู้ป่วยที่ได้นัดเติมที่มีโลหิตเติมทุกครั้งที่มาตามนัดและไม่พบอุบัติการณ์จากโลหิตไม่เพียงพอ

บทนำ

โลหิตและส่วนประกอบของโลหิตเป็นสิ่งสำคัญ ที่ช่วยเหลือชีวิตผู้ป่วยในภาวะวิกฤติขาดโลหิตได้เป็นอย่างดี แต่เนื่องจากโรงพยาบาลเวียงป่าเป้าเป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 60 เตียง ที่อยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาลศูนย์เชียงราย ประมาณ 91 กม. ซึ่งหากไม่มีการสำรองโลหิตให้เพียงพอสำหรับผู้ป่วยภาวะฉุกเฉิน ผู้ป่วยอาจจะมีอันตรายถึงชีวิตในระหว่างการส่งต่อได้ อีกทั้งความต้องการในการใช้โลหิตเพิ่มมากขึ้นจากการเปิดให้บริการคลินิกพิเศษต่างๆเช่น คลินิกโรคไต คลินิกโรคเรื้อรังเบาหวาน ความดัน ที่มีผู้ป่วยภาวะซีด ด้วยเหตุนี้ทางห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลเวียงป่าเป้าได้เล็งเห็นถึงความสำคัญดังกล่าว จึงพัฒนาระบบคงคลังเพื่อให้สามารถบริหารและจัดสรรโลหิตให้เพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วย โดยนำเอาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาช่วยในการพัฒนาระบบคงคลัง เพื่อให้ง่ายต่อการเข้าถึงข้อมูล เป็นประโยชน์ต่อการบริหารจัดการโลหิตที่ใกล้หมดอายุและบริหารจำนวนคงคลังให้เพียงพอต่อความต้องการ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อหาปริมาณโลหิตสำรองที่เหมาะสมสำหรับโรงพยาบาลเวียงป่าเป้า
2. เพื่อนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้เพื่อให้ง่ายต่อการเข้าถึงข้อมูล สะดวกต่อการบริการจัดการระบบคงคลังโลหิต

วิธีดำเนินการ

1. เพื่อให้ทราบอัตราการใช้โลหิต คำนวณปริมาณโลหิตเฉลี่ยต่อเดือน และคำนวณหาปริมาณโลหิตสำรองคงคลังสำหรับ 7 วัน
2. รวบรวมข้อมูลปริมาณโลหิตในคลังเพื่อนำข้อมูลมาใช้ร่วมกับระบบสารสนเทศ ผ่านทางออนไลน์ google drive ที่สามารถเปิดดูได้ทุกจุดที่รับบริการ และจัดทำ QR code เพื่อให้ง่านต่อการเข้าถึงข้อมูลโดยออกแบบให้แสดงถึงข้อมูลของปริมาณโลหิตแต่ละชนิดในคลัง วันหมดอายุ รายชื่อผู้ป่วยนัด

ผลการดำเนินการ

1. จากการศึกษา รวบรวมข้อมูลและคำนวณตามสูตรพบว่า
   1.1 ปริมาณโลหิตสำรองเฉลี่ยต่อเดือน หมู่เลือด A=7 units หมู่เลือด B=10 units หมู่เลือด O=12 units หมู่เลือด AB = 3 units
   1.2 ปริมาณโลหิตสำรองที่เหมาะสมสำหรับ 7 วัน(ปัดเป็นจำนวนเต็ม)หมู่เลือด A=2 units หมู่เลือด B=3units หมู่เลือด O=3 units หมู่เลือด AB = 1 units

2.ออกแบบระบบสารสนเทศที่แสดงข้อมูลคงคลังโลหิต เพื่อให้ง่ายต่อการบริหารจัดการซึ่งผู้ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้แก่แพทย์และพยาบาล ทางห้องปฏิบัติการจะอัพเดตข้อมูลทุกครั้งที่มีการจ่ายเลือด มีระบบจองโลหิตล่วงหน้า เพื่อจัดสรรโลหิตให้เพียงพอเมื่อถึงเวลานัดหมายและได้แบ่งโซนข้อมูลสำหรับ

แพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ ออกจากกัน โดยในส่วนของเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการจะแสดงรายละเอียดเพิ่มเติม เช่น ชนิดของถุงโลหิตจำนวนถุงเลือดสำหรับหญิงตั้งครรภ์ดังแสดงรูป 1 และ 2

3. จัดทำ QR code เพื่อให้ง่ายต่อการเข้าถึงข้อมูล รูปที่ 3

4. จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ได้รับเลือดตามนัด ปี 2563 เป็น 0 ราย

จำนวนโลหิตที่หมดอายุ ปี 2563 เป็น 0 ราย

รูปที่ 1 แสดงผลในส่วนของแพทย์และพยาบาล

คลังเลือด อัพเดตล่าสุด13.9.63 เวลา 14.20 น.

งานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า (อัพเดตทุกครั้งเมื่อมีการจ่ายเลือด)

สำหรับแพทย์และพยาบาล

		พร้อมจ่าย	ฉุกเฉิน	รวม	คนไข้จองประจำเดือน พ.ค.-มิ.ย.-63	EXP.ใกล้สุด			
หมู่เลือด	A	2	2	4		28.9.63		A	2
	B	2	3	5	อริศรา18/9, พีรพงศ์ (11/9ล่าสุด) พับทุกเดือน(1/9ล่าสุด)	18.9.63	minimum stock	B	3
	O	2	3	5	คุณธรรม(25/9),ประเวศน์, นัญธิดา (24/11) , กิตติพงศ์(1/10), ปราณปรียา(30/10), ภูวรินทร์ (16.10)	18.9.63		O	3
	AB	1		1		19.9.63		AB	1

รูปที่ 2 แสดงผลในส่วนของเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ

สำหรับเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ **ให้แก้ไขตัวเลขในช่องสีส้มเท่านั้น นอกนั้นเป็นการใช้สูตรห้ามแก้ไข (จำนวนที่ใส่ไม่รวมคนไข้นัด)

หมู่เลือด	จำนวนทั้งหมด		
A		ฉุกเฉิน	2
PRC	0	จ่ายได้	2
LPRC	5	LR	1
รวม	5		

หมู่เลือด	จำนวนทั้งหมด		
O		ฉุกเฉิน	3
PRC	0	จ่ายได้	2
LPRC	6	LR	1
รวม	6		

B		ฉุกเฉิน	3
PRC	0	จ่ายได้	2
LPRC	6	LR	1
รวม	6		

AB		จ่ายได้	1
PRC	0	โทรเรียกเติม/มาตามนัด	
LPRC	1		
รวม	1		

ฉุกเฉิน= มีเลือดฉุกเฉิน

จ่ายได้= สามารถใช้เลือดได้

LR=เฉพาะผู้ป่วยตกเลือดห้องคลอด

รูปที่ 3QR code เข้าสู่ระบบคงคลังโลหิต

ข้อเสนอแนะ

1. ระบบสารสนเทศสามารถปรับเปลี่ยน เพิ่มเติมข้อมูลได้ เพื่อให้สะดวกต่อการบริหารจัดการ
2. จำนวนโลหิตควรคำนวณใหม่ทุกรอบปี เนื่องจากปริมาณการใช้ที่เพิ่มมากขึ้น จำนวนโลหิตสำรองเฉลี่ยต่อเดือนจะมากขึ้นด้วย จำนวนโลหิตที่มีการใช้ปริมาณน้อยลงเช่น AB อาจถูกปรับให้น้อยลง เพื่อลดจำนวนถุงเลือดที่ใกล้หมดอายุแล้วไม่ได้ใช้

เอกสารอ้างอิง

1. Blood utilization management.In:Brecher ME,editor. Technical Mannual 15 th . Bethesda: American Asssociation of blood banks;2005:89-92
2. การศึกษาหาปริมาณโลหิตสำรองที่เหมาะสมของโรงพยาบาลตำรวจ: วารสารโลหิตวิทยาและเวชศาสตร์บริการโลหิต ปีที่ 20 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม-กันยายน 2553:169-177
3. การศึกษาปริมาณโลหิตและส่วนประกอบโลหิตสำรองที่เหมาะสมของโรงพยาบาลแพร่:วารสารโรงพยาบาลแพร่ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 มกราคม- มิถุนายน 2554 :124-132

โครงการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx) รพ.สต.แม่ไร่

นายณรงค์ชัย ใจวงศ์ ตำแหน่งนักวิชากรสาธารณสุขชำนาญการ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ไร่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย

บทคัดย่อ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ไร่ มีประชากรในพื้นที่ตำบลแม่ไร่ จำนวนทั้งหมด 11,224 คน มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์ ทั้งคนพื้นราบ ชนเผ่าอาข่า ชนเผ่าไตหย่า เป็นต้น และพื้นที่ตำบลแม่ไร่ เป็นพื้นที่ติดต่อกับชายแดน และประเทศเพื่อนบ้าน ทำให้มีความเสี่ยงในด้านของการนำเข้าของสารเสพติด อีกทั้งประชาชนชาติพันธุ์มีความเชื่อเกี่ยวกับการใช้สารสารเสพติดในการรักษาโรค ทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ไร่ จึงได้เลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเฉพาะเจาะจง คือผู้ใช้สารเสพติดในชุมชน เพื่อเป็นการสร้างการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx)

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในผู้ใช้สารเสพติดในชุมชนพื้นที่หมู่บ้านดงมะตื๋น หมู่ที่ 5 และบ้านห้วยไร่ หมู่ที่ 6 ตำบลแม่ไร่ จำนวน 19 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 84.21 ส่วนใหญ่ อายุ 51-60 ปี ร้อยละ 31.58 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ซึ่งมีประชากรในสองหมู่บ้านทั้งหมด 5,615 คน 1,152 ครัวเรือน โดยใช้วิธีการเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อ ลดการตีตราผู้ใช้สารเสพติดในชุมชนอีกทั้งยังเป็นการให้กำลังใจ ระหว่างครอบครัว เครือญาติ และชุมชนกับผู้ที่ใช้สารเสพติดที่คิดจะเลิกใช้สารเสพติด เริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2562 ถึง31 กรกฎาคม 2563 โดยมีการเก็บข้อมูลในเชิงปริมาณจากการสัมภาษณ์ของกลุ่มเป้าหมาย 19 คน และข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนาแบบกลุ่มของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และครอบครัว ชุมชนของผู้ใช้สารเสพติด ดังนี้คือ โดยหลักการของการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx) นั้นมี 1.มีการคัดกรองในชุมชน และการวางแผนการบำบัดรักษารายบุคคลที่จะทำให้สามารถเข้าใจถึงความต้องการของผู้ใช้สารเสพติดละคน และช่วยให้ผู้ใช้สารเสพติดมีส่วนร่วมในการบาบัดรักษามากขึ้น 2.การมีส่วนเกี่ยวข้องของชุมชน การมีส่วนร่วม และการปฐมนิเทศผู้ป่วย สมาชิกในชุมชนทุกคนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมให้ชุมชนมีการเปลี่ยนแปลงทั้งระบบการช่วยเหลือ การสนับสนุนทางสังคม และการระดมทุนจากชุมชน 3.การลงเยี่ยมบ้านของผู้ใช้สารเสพติด เพื่อเป็นการให้กำลังใจและติดตามการดำเนินชีวิต ลดการตีตราของคนในชุมชน

จากการศึกษาการดำเนินงานพบว่า ครอบครัว ชุมชนและภาคีเครือข่ายรับรู้ร่วมกันถึงปัญหาที่เกิดจากการใช้สารเสพติดในชุมชน ดังตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาคือ ผู้ใช้สารเสพติดสามารถเลิกใช้สารเสพติดได้ และสามารถใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และชุมชนคอยเฝ้าระวังการใช้สารเสพติดในชุมชน สร้างกำลังใจ ดูแลผู้ที่ต้องการเลิกใช้สารเสพติดให้สามารถเลิกได้ตลอดชีวิต ซึ่งมีผู้ที่สามารถเลิกได้คิดเป็นร้อยละ 15.79

บทนำ

สถานการณ์ยาเสพติดโลก จากรายงาน World Drug Report 2018 ของ สำนักงานป้องกันยาเสพติด และปราบปรามอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Office on Drugs and Crime : UNODC) พบว่า ยาเสพติดมีการแพร่กระจายไปทั่วโลก พื้นที่ที่พบการแพร่ระบาดมากที่สุดจะอยู่บริเวณประเทศในแถบ ภูมิภาคเอเชียตะวันออก เอเชียตะวันออกเฉียงใต้และทวีปยุโรป นอกจากนี้ยังพบในประเทศออสเตรเลียอีกด้วย ในปีค.ศ. 2016 พบว่า มีผู้ใช้ยาเสพติดทั่วโลก 275 ล้านคน คิดเป็น 5.6% ของประชากรโลก ซึ่งยังเป็น อัตราคงที่ และเมื่อจำแนกตามชนิดยาเสพติด พบว่า กัญชาเป็นตัวยาที่มีผู้ใช้มากที่สุด 192 ล้านคน รองลงมา คือ กลุ่มฝิ่นและอนุพันธุ์ของฝิ่น 53 ล้านคน และกลุ่มยาเสพติดสังเคราะห์ที่มีส่วนผสมของแอมเฟตามีน (Amphetamine – type stimulants : ATS) 34 ล้านคน เอ็กซ์ตาซี 21 ล้านคน และโคเคน 18 ล้านคน

ยาเสพติดเป็นภัยร้ายแรงต่อสังคมและประเทศชาติ เป็นปัญหาเชิงโครงสร้างก่อให้เกิดปัญหาสังคม มีผลเสียต่อบุคคลครอบครัว ชุมชน สังคมโดยรวม ส่งผลกระทบต่อการดารงชีวิต ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ความสงบสุขของประชาชน(The 7th NEU National Conference 2020 (NEUNC 2020) May 30, 2020 North Eastern University~ 587 ~)และความมั่นคงของชาติ ปัจจุบันยาเสพติดยังคงมีการแพร่ระบาดในพื้นที่และมีแนวโน้มขยายตัวเพิ่มมาก โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงาน สำหรับประเทศไทยได้มีการสำรวจ เพื่อคาดประมาณจำนวนประชากรผู้ใช้สารเสพติดในประเทศ ปี 2559 โดยคณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด พบว่า มีประชากรที่ใช้สารเสพติด ประมาณ 1.4 ล้านคน และในจานวนนี้อนุมานว่าประมาณ 3 แสนคน เป็นกลุ่มที่จาเป็นต้องได้รับการดูแลรักษา กลุ่มวัยที่พบว่ามีการแพร่ระบาดของยาเสพติด เป็นกลุ่มวัยรุ่นและวัยทางานช่วงอายุ 12-44 ปี ดังนั้นรัฐบาลจึงได้ยกปัญหายาเสพติดให้เป็นวาระแห่งชาติ มียุทธศาสตร์ดาเนินงานทั้งเชิงปูองกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยดำเนินงานแก้ไขปัญหายาเสพติดตามแนวทาง UNGASS 2016 คือ สังคมที่ปราศจากการใช้ยาเสพติดในทางที่ผิดและดำเนินการบำบัดผู้เสพยาเสพติดที่ไม่มีคดีอาญาอื่นร่วม โดยถือว่า“ผู้เสพ คือ ผู้ป่วย ไม่ใช่อาชญากร”(กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

จังหวัดเชียงรายในเดือนตุลาคม 2562 ถึงเดือนมกราคม 2563 มีปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติดในกลุ่มเด็กและเยาวชนและผู้ใช้แรงงาน จำนวน 1,634 คน อำเภอแม่จัน 54 คน และในตำบลแม่ไร่ มีผู้ใช้สารเสพติด 4 คน ประเภทยาเสพติดที่ใช้มาก คือ ยาบ้า เฮโรอีนโดยเฉพาะปัญหาการใช้ยาเสพติดในกลุ่มวัยทางาน กลุ่มลูกจ้าง ผู้ใช้แรงงาน ผลเสียของยาเสพติดที่ส่งกระทบต่อสุขภาพบุคคลทั้งร่างกายและจิตใจ ครอบครัว ผู้ประกอบการ และประชาชนทั่วไป ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินจากอุบัติเหตุบนท้องถนนหรือแม้แต่ในสถานประกอบการอันเนื่องจากการใช้ยาเสพติดของลูกจ้าง ผู้ใช้แรงงาน หากผู้ใช้ยาเสพติดกลุ่มนี้ไม่ได้รับการบำบัดรักษา ย่อมส่งผลกระทบรุนแรงต่อร่างกายและจิตใจ แล้วยังอาจถูกไล่ออกจากงานได้เนื่องจากไม่มีประสิทธิภาพในการปฏิบัติหน้าที่ทำให้ผลผลิตของสถานประกอบการลดลง ฝ่าฝืนระเบียบของสถานประกอบกิจการ อาจเกิดอุบัติเหตุในการทำงานและความเสียหายอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุ

ที่เกิดขึ้นในสถานประกอบการ ส่งผลให้ครอบครัวที่อยู่เบื้องหลังยังพลอยได้รับความเดือดร้อน ทั้งยังเป็นแบบอย่างที่ไม่เหมาะสมกับบุตรหลานในครอบครัวอีกด้วย

จากปัญหาและผลกระทบดังกล่าว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ไร่ ได้ให้ความสำคัญในการบริการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดผลการดำเนินงานด้านการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพผู้ติดยาเสพติดในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ไร่ ในปี 2559 – 2562 พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟู จำนวน 35,10,3 คน และในเดือน 1 กรกฎาคม 2562 – 31 กรกฎาคม 2563 มีผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลางในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ไร่ จำนวนทั้งหมด 19 คนและส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีประวัติเคยเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูมาแล้วอย่างน้อยหนึ่งครั้ง ส่วนใหญ่อาชีพ รับจ้าง ผู้ใช้แรงงาน ยาเสพติดที่ใช้มากคือยาบ้า การประเมินผลการบำบัดหลังการบำบัดฟื้นฟูได้กลับไปใช้ชีวิตในชุมชนและส่วนหนึ่งยังคงมีปัญหาการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ ปัญหายาเสพติด ถือเป็นปัญหาสังคมที่มีความซับซ้อน ดังนั้นการดำเนินงานการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดต้องอาศัยความร่วมมือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีการดำเนินงานเชิงบูรณาการ และหน่วยบริการบำบัดรักษาควรมีการพัฒนารูปแบบการให้บริการทั้งเชิงรับและเชิงรุกเพิ่มทางเลือกในการรับบริการ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงบริการ และนาผู้เสพยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบาบัดฟื้นฟู มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น โดยไม่หวนกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ ส่งผลดีต่อสุขภาพของบุคคล สามารถกลับมาทำงานได้อย่างเต็มศักยภาพ อันจะเป็นผลดีต่อครอบครัว สังคมและประเทศชาติโดยรวม ต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษา 9 ขั้นตอนดังนี้

1. การเข้าถึงการบริการรักษา การทำงานเชิงรุกให้เกิดช่องทาง ในการเข้าถึงบริการได้ง่าย เป็นที่ยอมรับ สำหรับผู้ใช้สารเสพติดทุกคนที่ต้องการได้รับการสนับสนุน

2.การตรวจคัดกรอง การประเมินการวินิจฉัยและการวางแผนการรักษา ที่จะทำให้เข้าใจถึงความต้องการของผู้ใช้สารเสพติด และช่วยให้ผู้ใช้สารเสพติดมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษามากขึ้น

3.การบำบัดรักษาผู้ใช้ยาเสพติด โดยการใช้ยาเมทาโดน โดนมีการคำนวณการใช้ยาจากเภสัชกรโรงพยาบาลแม่จัน

4.การบำบัดรักษาผู้ใช้ยาเสพติดการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย มีกระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ใช้ยาเสพติด การคำนึงถึงสิทธิมนุษยชน และศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ และลดการตีตรา

5. กลุ่มเป้าหมายกลุ่มย่อย มีแนวปฏิบัติในการดูแลช่วยเหลือ กลุ่มที่ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ เช่น กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มผู้หญิง ผู้ที่มีโรคร่วมทั้งทางกาย จิต คนชายขอบ และควรคำนึงถึงประเพณีและวัฒนธรรมที่แตกต่างกันด้วย

6. การรักษาพฤติกรรมการติดยาเสพติดและความยุติธรรมทางอาญา พฤติกรรมการติดยาเสพติดนับเป็นสถานะสุขภาพ และผู้ป่วยที่ติดยาแต่ละคนควรจะได้การบาบัดรักษาในระบบการดูแลสุขภาพแทนการดำเนินคดีทางอาญา

7.การมีส่วนเกี่ยวข้องของชุมชน การมีส่วนร่วม และการปฐมนิเทศผู้ป่วย สมาชิกในชุมชนทุกคนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมให้ชุมชนมีการเปลี่ยนแปลงทั้งระบบการช่วยเหลือ การสนับสนุนทางสังคม และการระดมทุนจากชุมชน

8. มีระบบการพัฒนาคุณภาพเพื่อปรับปรุงระบบการให้บริการบาบัดรักษาผู้ใช้ยาและสารเสพติด ซึ่งนับเป็นสิ่งสำคัญที่ชุมชนต้องกำหนดข้อปฏิบัติ กฎ กติกาที่ชัดเจน

9. ระบบการบำบัดรักษา มีการกำหนดวันให้ผู้ใช้สารเสพติดมารับยาเมทาโดน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ไร่

ผลการวิจัย

ผลลัพธ์ของการดำเนินงาน พบว่าครอบครัว ชุมชนและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการเลิกใช้สารเสพติด ซึ่งผลของการฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx) รพ.สต.แม่ไร่ นั้น มีทั้งหมดจำนวน 19 คน สามารถเลิกได้ 3 คน คิดเป็นร้อยละ 15.79 และยังดำเนินการกินยาเมททาโดนต่อเนื่อง 4 คน กลับไปอยู่ประเทศพม่า 2 คน และถูกดำเนินคดี 2 คน และอีก 10 คนนั้น ยังมีกรใช้สารเสพติดในบ้างครั้งที่มีอาการป่วย เพราะเป็นความเชื่อของเหล่าชาติพันธุ์ในการใช้สารเสพติดเพื่อรักษาอาการป่วย และทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ไร่ จะยังดำเนินการเพื่อลดปัญหาการใช้ยาเสพติดในชุมชนต่อไป

ข้อเสนอแนะ

การดำเนินงานครั้งต่อไป จะบูรณาการร่วมกับโครงการร้อยใจรักษ์ และนำเสนอให้เทศบาลตำบลแม่ไร่ มีส่วนร่วมในการดำเนินการร่วมกัน

การพัฒนารูปแบบบริการคลินิกรับยาต้านไวรัส เอช ไอ วี โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง

ชยุตา สาตราคม
โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง

บทนำ

โรคเอดส์ เป็นโรคติดที่มีผลกระทบต่อร่างกายจิตใจ เศรษฐกิจและสังคมจากการรายงานขององค์การอนามัยโลก ปี 2558พบว่าทั่วโลกมีผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี จำนวน 36.7 ล้านคน(ปุญญาพัฒน์, 2563) สิ่งที่สำคัญประการหนึ่งคือ การได้รับการดูแลทางการแพทย์ อย่าง ถูกต้อง เหมาะสม ต่อเนื่อง ตั้งแต่ เดือนตุลาคม 2557 ประเทศไทย ได้ประกาศใช้เกณฑ์เริ่มรักษาด้วยยาต้าน เอช ไอ วีแก่ผู้ตรวจพบการติดเชื้อทุกคนทันที ที่ตรวจพบเชื้อ และเมื่อผู้ติดเชื้อ พร้อมที่จะกินยาต้านไวรัส เอช ไอวี ทั้งนี้เป็นตามแนวคิดการรักษา เป็นการป้องกันTreatment as Prevention จึงมีความจำเป็นที่ต้องปรับหรือ พัฒนารูปแบบบริการระบบการดูแลให้มีลักษณะ ครบถ้วน ของสภาพปัญหาต่างๆ โดยดูแลอย่างต่อเนื่องครอบคลุมทุกช่วงเวลาทางด้านการพยาธิสภาพของโรคสถานบริการสุขภาพสังคมชุมชนภายใต้กระบวนการการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยครอบครัวชุมชนแกนนำผู้ติดเชื้อและผู้ให้บริการ

อำเภอเวียงเชียงรุ้งจังหวัดเชียงรายประกอบไปด้วย 3 ตำบล มีประชากรรวม 40,000 คน รายงานประจำปีการให้บริการของโรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้งพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเอดส์ผู้ติดเชื้อมารับบริการอย่างต่อเนื่องที่คลินิกยาต้านไว้รัสเออาวีจำนวน 286 คน ในจำนวนนี้ เป็นกรณีเปิดเผย 200 กว่าคน และรับยา ทุกวันจันทร์โดยระบบบริการ ยังไม่ได้เป็นระบบการบริการเบ็ดเสร็จ ณ จุดเดียวOne Stop Service ซึ่งมีการซักประวัติ ติดตามการรักษาที่ คลินิกรับยาต้านไว้รัสเออาวีแต่ผู้ป่วยต้องไปรับยาที่แผนกผู้ป่วยนอกบางกรณีทำให้เกิดความไม่กล้ามาตรวจ ติดตามซ้ำ เกิดความอายความกดดันความเครียดจึงหลบซ่อนปกปิดและอยู่ในชุมชนผู้ป่วยที่ปกปิดอาจนำไปสู่การขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง การหลบซ่อนซ่อนในการรับประทานยาทำให้การรับประทานยาต้านขาดความต่อเนื่องและไม่ตรงเวลาและผู้ป่วยที่เริ่มรับประทานยาเกิดความไม่มั่นใจในการรับประทานยาการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง การเก็บรักษายาไม่ถูกวิธีการรับประทานยาผิดนัด คนในครอบครัวไม่ให้ความร่วมมือ และไม่ทราบวิธีการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีเกิดการดื้อยาและมีภาวะแทรกซ้อนจนต้องเปลี่ยนสูตรยาที่สูงขึ้นพบโรคติดเชื้อฉวยโอกาส การทำงานเชิงรุกที่น้อยขาดการประสานงานกับภาคีเครือข่ายทำให้เจ้าหน้าที่เข้าไม่ถึงตัวผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์เหล่านั้น ดังนั้น ทีมการดูแลรักษา ผู้ป่วยติดเชื่อเอชไอวีจึงได้มีการทบทวนระบบ การดูแลผู้ป่วยเอชไอวีให้มีคุณภาพส่งเสริมแกนนำในการดูแลผู้ป่วยผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างต่อเนื่องครบถ้วนมีการพัฒนากลุ่มเครือข่ายให้มีความเข้มแข็งยั่งยืนในการบริหารจัดการและดูแลกันเองอย่างถูกต้อง และมีคุณภาพ

วัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย

เพื่อพัฒนาระบบบริการคลินิกรับยาต้านไวรัส เอช ไอ วี โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้งให้มีประสิทธิภาพ

วิธีการศึกษาวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยก่อรูป Formative Researchซึ่งจะมีการพัฒนารูปแบบการบริการคลินิกรับยาต้านไวรัส ARV จากการศึกษาข้อมูล และบริบทการให้บริการรูปแบบเดิมโดยเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากกลุ่มตัวอย่าง และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย นำไปสู่การพัฒนาระบบให้บริการที่สอดคล้องกับบริบทที่ได้ และนำไปวัดเปรียบเทียบประสิทธิภาพระบบเดิมและระบบใหม่ การศึกษาครั้งนี้ดำเนินผ่านการจัดการระบบบริการทางคลินิกย้าต้านไวรัส ARV โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง ศึกษาในกลุ่มกลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อ เอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์จำนวน 286 คน และทำการสัมภาษณ์เชิงลึก Inadept Interview ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 140คน รวมไปถึงการทำ การสนทนากลุ่ม Focus Group Discussionในกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย คือ แพทย์ พยาบาล ผู้ประสานงานเภสัชกร ชันสูตรและรังสี แกนนำผู้ติดเชื้อ การทำการศึกษานี้ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบฟอร์มการบันทึกผลการติดตามการบริการในคลินิกรับยาต้าน ไวรัส การเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง จะทำโดยผู้วิจัยที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการให้บริการในคลินิก รวมถึงคำถามเชิงโครงสร้างสำหรับการสนทนากลุ่มสำหรับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ข้อมูลจากการวิเคราะห์ข้อมูลจะมีการนำไปพัฒนากลุ่มเครือข่ายให้มีความเข้มแข็งยั่งยืนในการบริหารจัดการและดูแลกันเองอย่างถูกต้อง และมีคุณภาพ มีการวัดผลการศึกษาก่อนและหลังการนำรูปแบบที่พัฒนาไปใช้โดยประเมินจากการเข้ารับการบริการ สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพข้อมูลจะได้รับการวิเคราะห์โดยการลงรหัสตัวแปร Code และใช้การวิเคราะห์เชิงพรรณนาข้อมูลเชิงพรรณนาเกี่ยวกับปัจจัยด้านลักษณะทางประชากรและสังคม ในด้านความถี่และความถูกต้อง สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การใช้สัดส่วนสัดส่วนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

จากการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ นำไปสู่การพัฒนาระบบการให้บริการให้ยาต้านไวรัสรูปแบบใหม่ดังต่อไปนี้

1.วางระบบการเข้าถึงบริการ จัดห้องให้บริการปรึกษาและการตรวจบริการเป็นระบบการบริการเบ็ดเสร็จ ณ จุดเดียวOne Stop Serviceให้บริการตรวจตามขั้นตอนการให้บริการคลินิกยาต้านไวรัส โดยจัดบริการคลินิกยาต้านไวรัส 4 ครั้ง/เดือน ทุกสัปดาห์ในวันจันทร์ เวลา 08.30-15.00 น. พร้อมทำกิจกรรมทำงานเป็นทีม แพทย์ พยาบาล ผู้ประสานงานเภสัชกร ชันสูตรและรังสี แกนนำผู้ติดเชื้อ

2. ระบบขอรับคำปรึกษาโดยสามารถติดต่อประสานงานกับแพทย์โรงพยาบาลศูนย์เชียงรายประชานุเคราะห์ ทางโทรศัพท์ได้ ในรายที่มีความเร่งด่วนของปัญหา

3.พัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการดูแล และการให้บริการปรึกษา

4.จัดทำ CQI เรื่องการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ AIDS updateในทีมสหวิชาชีพระดับโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเวียงเชียงรุ้ง โดยใช้ระบบ LINE GROUP

5. ทีมผู้ดูแลกำหนดแนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ แบบองค์รวมโดยมีแกนนำผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์กลุ่มมิตรสัมพันธ์อำเภอเวียงเชียงรุ้ง ร่วมให้บริการ มีการเยี่ยมบ้านในชุมชนแบบเพื่อนช่วยเพื่อทำให้อัตราการขาดนัดลดลงอัตรา ARV success rate: Viral Load < 50 coppies/ul อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด

6. จัดระบบการติดตามผลการรักษาและเฝ้าระวังผลข้างเคียงและภาวะ ADR จากการรักษาด้วยยาต้านไวรัสตามการรับประโยชน์การให้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์ที่ได้รับThailand National Guidelines on HIV/AIDS Treatment and Prevention 2017 ได้แก่

<u>ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังไม่ได้เริ่มยาต้านไวรัส</u>

1. การตรวจพื้นฐาน CBC, FBS, Cr, Chol, TG, SGPT/ALTไม่เกิน 1 ครั้ง/ปี/รายการ/ปี
2. การตรวจ CD4ไม่เกิน 2 ครั้ง/คน
3. การถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest X-Ray : CXR)เพื่อคัดกรองวัณโรคในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ลกะเบียนรายใหม่ทุกราย

<u>ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่อยู่ระหว่างรับยาต้านไวรัส</u>

1. การตวจพื้นฐาน ประกอบด้วย CBC, FBS, Cr, Chol, TG, SGPT/ALT
   - อายุต่ำกว่า 35 ปี และ ไม่มีโรคประจำตัวไม่เกิน 1 ครั้ง/ปี/รายการ/ปี
   - อายุต่ำกว่า 35 ปี และ มีโรคประจำตัวไม่เกิน 2 ครั้ง/ปี/รายการ/ปี
   - อายุตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไปไม่เกิน 2 ครั้ง/ปี/รายการ/ปี
2. การตรวจ CD4
   - กรณีผู้ป่วยเริ่มยาต้านไวรัสปีแรกไม่เกิน 2 ครั้ง/ปี
   - กรณีผู้ป่วยรับยาต้านไวรัสในปีถัดไป

     CD4>350 cells/mm และ VL <50 copies/ml ไม่เกิน 1 ครั้ง/ปี

     CD4 s 350 cells/mm หรือ VL z 50 copies/ml ไม่เกิน 2 ครั้ง/ปี
3. การตรวจ HIV Viral Load
   - กรณีผู้ป่วยเริ่มยาต้านไวรัสปีแรกไม่เกิน 2ครั้ง/ปีสามารถตรวจได้หลังเริ่มยาต้านไวรัสครบ 90 วันกรณีเริ่มการรักษาครั้งแรกด้วยยา Abacavir สามารถตรวจก่อนเริ่มยาได้
   - กรณีผู้ป่วยรับยาต้านไวรัสในปีถัดไป
   - กรณีผู้ป่วยมีผล VL <50 copies/mlไม่เกิน 1 ครั้ง/ปี
   - กรณีผู้ป่วยมีผล VL มากกว่าหรือเท่ากับ 50 copies/mlไม่เกิน 2 ครั้ง/ปี3.กรณีผู้ป่วยเปลี่ยนสูตรยาเนื่องจากเกิดการดื้อยาหลังเปลี่ยนสูตรยา มากกว่า 90 วันตรวจเพิ่มได้ 1 ครั้ง
   - กรณีผู้ติดเชื้อหญิงที่ตั้งครรภ์สามารถตรวจเพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในทารกได้ที่อายุครรภ์ มากกว่า 32 สัปดาห์

4. การตรวจ HIV Drug Resistance

- กรณี VL 2 1,000 copies/ml หลังทนยาสม่ำเสมอมากกว่า 6 เดือน ไม่เกิน 1 ครั้ง/ปี

หมายเหตุ กรณีการตรวจที่ได้สิทธิมากกว่า 1 ครั้ง การตรวจแต่ละครั้งต้องห่างกันมากกว่า 90 วัน

7. ระบบส่งต่อ

7.1 นัดหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้พบแพทย์ประจำคลินิกรับยาต้านโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ในรูปแบบนัดออนไลน์

7.2 ส่งใบปรึกษาโดยผู้ป่วยไม่ไปเป็นการติดต่อกันเฉพาะผู้เกี่ยวข้อง

7.3 โทรศัพท์ปรึกษาโดยแพทย์โรงพยาบาลชุมชน ถึง แพทย์เฉพาะทางโรคติดเชื้อ โดยระบุเฉพาะบุคคล และแพทย์ประจำ

8. ด้านการส่งเสริมสุขภาพและการคัดกรองโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

8.1 คัดกรองวัณโรคในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

8.2 ตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจในผู้ป่วยวัณโรค

8.3 ตรวจติดตามสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (PAP smear / ตรวจเต้านม) ในกลุ่มผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์หญิง1 ครั้ง/ปีโดยการซักถามที่คลินิก และนัด ตามที่ผู้ป่วยสะดวก (รพ/ รพ.สต)

8.4 การให้คำปรึกษาเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การวางแผนครอบครัว การลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการรับและการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีโดยการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์การตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์การเปิดเผยผลเลือดต่อคู่สมรสและครอบครัว การเข้าถึงบริการตรวจสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ โดยการตรวจ CD4 และคัดกรองวัณโรค 2 ครั้ง/ปี การคัดกรองภาวะซึมเศร้า

8.5 ส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย โดยกลุ่มแกนนำได้นำไปแจกในหมู่บ้านของตนเอง และกระจายถุงยางอนามัยในโรงเรียน โรงแรม และสถานบริการในอำเภอ

8.6 ให้ความรู้ความเข้าใจให้แก่ญาติในการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน

9. ด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจ เครือข่ายผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์

9.1 จัดอบรมให้ความรู้เพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์1 ครั้ง/ ปี โดยประสาน อปท ในพื้นที่เพื่อให้ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์สามารถบริหารจัดการการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและต่อเนื่อง

9.2เพิ่มทักษะการให้การปรึกษา แบบเพื่อนช่วยเพื่อน ให้แก่ อาสาสมัครกลุ่มผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์กลุ่มมิตรสัมพันธ์โดย กลุ่มมิตรสัมพันธ์ ระดับจังหวัด และประเทศ

9.3จัดทำโครงการในโรงเรียน / วัด / ชุมชน (โครงการสำรวจกลุ่มเป้าหมายและนำไปสู่ระบบบริการการตรวจเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๓โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย)

9.4 ส่งเสริมแกนนำในการเยี่ยมบ้านให้มีประสิทธิภาพ การติดตามเยี่ยมบ้านโดยแกนนำผู้ติดเชื้อโดยการใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Self Help Group) มาช่วยให้ผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อได้มี

โอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เรียนรู้ที่จะเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม เนื้อหาเน้นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การเสริมสร้างกำลังใจ การส่งเสริมให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพื่อให้ผู้ติดเชื้อ/ ผู้ป่วยเอดส์ยอมรับตนเองและสามารถอยู่ในสังคมได้

9.5 เสริมพลังอำนาจให้แก่ญาติในการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านโดยการให้ความรู้ในชุมชนร่วมกับอำเภอเคลื่อนที่

9.6ร่วมรณรงค์ในวันเอดส์โลก วันวาเลนไทม์วันอสม. แกนนำร่วมรณรงค์การป้องกันการติดเชื้อ HIV รายใหม่ในกลุ่มเสี่ยง เช่น แกนนำของกลุ่มให้คำปรึกษา และลงพื้นที่แจกถุงยางให้กลุ่มวัยแรงงาน เยาวชน วัยรุ่น นักเรียน นอกจากนี้ยังมีกลุ่มมิตรสัมพันธ์ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ที่เข้มแข็งให้คำปรึกษาในชุมชนตนเอง เนื่องจากสถานการณ์ COVID จึงเผยแพร่สื่อต่าง ๆ ผ่าน ระบบ FANPAGE FACEBOOK เพื่อนใจวัยรุ่น เวียงเชียงรุ้ง

9.7 ผู้ประสานงานเอดส์ โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้งเป็นวิทยากรให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์ในโรงเรียน สถานศึกษา องค์กรต่างๆ และประชาชนตามสถานที่ต่างๆเช่น โรงเรียน ในชุมชน การอยู่ร่วมกันในชุมชน

อภิปราย สรุป และข้อเสนอแนะ

การพัฒนารูปแบบบริการคลินิกรับยาต้านไวรัส เอช ไอ วี โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง อย่างครอบคลุม ครบถ้วนตามสภาพปัญหาและดูแลอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมทุกช่วงเวลาตั้งแต่การประชาสัมพันธ์เพื่อให้ผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอช ไอ วีมีโอกาสเข้าถึงบริการได้สะดวก รวดเร็ว และเป็นความลับ อีกทั้งด้านการดำเนินโรค ผู้ให้บริการได้ปรับระบบการบริการยังเป็นระบบการบริการเบ็ดเสร็จ ณ จุดเดียวOne Stop Service ทำให้ผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี กล้ามาตรวจ มีการทำงานเชิงรุกเพิ่มขึ้นและการประสานงานระหว่างภาคีเครือข่ายที่ต่อเนื่อง รวมถึงการพัฒนาสถานบริการสู่ครอบครัว สังคม ชุมชน ภายใต้กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน แกนนำผู้ติดเชื้อเพื่อนช่วยเพื่อน กลุ่มเครือข่ายให้มีความเข้มแข็งและยั่งยืนในการบริหารจัดการดูแลกันเอง ส่งผลให้ผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อ HIV กล้าเปิดเผยตัวในชุมชนของตน มีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพของตนที่บ้าน การปฏิบัติตัวถูกต้อง กินยาถูกวิธี มาตามนัด บุคคลในครอบครัวให้ร่วมมือการดื้อยาและมีอาการแทรกซ้อนจนต้องเปลี่ยนสูตรยาลดลง และโรคติดเชื้อฉวยโอกาสลดลง

ตามการศึกษาของสุภาพร พ.ศ. 2563 พบว่า ผู้ป่วยรับย้าต้านเอชไอวี มีความต้องการทราบข้อมูลเรื่องยาในระดับสูงมากที่สุดมากกว่าร้อยละ 40 โดยที่สะดวกจะรับข้อมูลจากช่องทางของพยาบาลผู้ประสานงานผู้ป่วยเอชไอวีอินเทอร์เน็ตสื่อสังคมออนไลน์และเภสัชกรที่โรงพยาบาลตามลำดับ แต่จะเลือกเชื่อถือข้อมูลจากพยาบาลผู้ประสานงาน ผู้ป่วยเอชไอวีมากที่สุด ดังนั้นระบบการให้บริการในคลินิกให้ยาต้านไว้รัส จึงจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาให้มีประสิทธิภาพ ระบบการให้คำปรึกษายังมีความสำคัญต่อบุคคลสิ่งแวดล้อมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เช่น คู่นอน ซึ่งตามหลักแล้วผู้ที่ติดเชื้อรายใหม่ ต้องมีการให้ความสำคัญต่อคู่นอนของผู้ติดเชื้อ โดยระบบบริการต้องพัฒนาเพื่อให้ผู้ติดเชื้อเปิดเผยข้อมูล และ

สนับสนุนให้คู่นอนได้รับการบริการจากคลินิกเพิ่มมากขึ้น (อรุณ และ ชนัตถา, 2563) ซึ่งจะเห็นประโยชน์ของการพัฒนาระบบการให้บริการจะเพิ่มประสิทธิผลของการกินยาต่อเนื่องและสม่ำเสมอของผู้ติดเชื้อเช่นกันซึ่งเป็นสิ่งที่ติดตามกันมายาวนาน(จินตนา และคณะ, 2563)

จากการศึกษาครั้งนี้ควรนำผลการศึกษาไปสู่การพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ครอบคลุมถึงชุมชนให้ใกล้ชิดเพิ่มขึ้น พัฒนาศักยภาพบุคลากรทีมงาน ด้านการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์สร้างศูนย์เรียนรู้ด้านเอดส์ในชุมชนต้นแบบ โดยผ่านการทำกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบกลุ่มเพื่อสร้างความตระหนักในการรักษาต่อเนื่อง จัดทำโครงการ ห้องให้คำปรึกษา ในโรงเรียน การเยี่ยมบ้านโดยทีมผู้ดูแลและโครงการ Mobile VCT โดยมีการวัดประสิทธิภาพที่เกิดขึ้นจริงจากระบบการพัฒนาดังกล่าวนี้ให้ชัดเจนยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

จินตนา ทิพทัส และคณะ. (2551). **ระบบบริการส่งเสริมและดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ต่อการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอในโรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดน่าน**. *วารสารสาธารณสุขล้านนา*, 4(3), 399-408.

ปุญญาพัฒน์ แสงวงค์ดี. (2563). **วิกฤติการณ์โลกกรณีการแพร่ระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่: บทบาทของ องค์การอนามัยโลก สถานการณ์ในประเทศไทย และ New Normal**. *Journal of Social Synergy*, 11(1), 88-108.

สุภาพร หอมดี และ ณัฏฐิญา ค้าผล. (2563). **ความต้องการข้อมูลด้านยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ ที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ชุตินฺธโรอุทิศ**. *วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์*, 16(1), 46-63.

อรุณ สิทธิประภาพรและ ชนัตถา พลอยเลื่อมแสง. (2563). **การพัฒนากระบวนการส่งเสริมการเข้าถึงยาต้านไวรัสของคู่นอนผู้ติดเชื้อเอชไอวี**. *Thai Bulletin of Pharmaceutical Sciences*, 15(1), 1-16.

การปรับปรุงระบบการนัดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แผนกกายภาพบำบัด โรงพยาบาลพาน

นายธีรินทร์ ทองโรจน์
แผนกกายภาพบำบัด โรงพยาบาลพาน

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) คือ ภาวะที่ทำให้เซลล์สมองถูกทำลาย ซึ่งมีสาเหตุมาจากหลอดเลือดสมองตีบ อุดตัน หรือแตกส่งผลให้สมองสูญเสียการทำหน้าที่จนเกิดอาการของอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือร้ายแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ นับเป็นภาวะที่ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงเป็นอย่างมาก และนอกจากจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยแล้วยังมีผลต่อคนในครอบครัวและบุคคลรอบข้างด้วย โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการนัดหมายผู้มารับบริการงานกายภาพบำบัดให้สามารถนัดผู้ป่วยได้ตามความเหมาะสมของแต่ละราย และเพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่สามารถเข้ารับบริการทางกายภาพบำบัดได้อย่างต่อเนื่อง และวิธีการวิจัย ทำการวิจัยโดยการเก็บข้อมูลการนัดหมายเข้ารับการฟื้นฟูกลุ่มโรคระบบประสาทที่มารับบริการที่แผนกกายภาพบำบัด โรงพยาบาลพานตั้งแต่เดือนตุลาคม 2562 ถึงพฤศจิกายน 2563 โดยใช้แบบประเมินการนัดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อเป็นการกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ทำการนัดหมายผู้ป่วยตามผลคะแนนที่ได้ ผู้ทำการวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลและสถิติการนัดหมายผู้ป่วยนำมาแปรผลและสรุปผล ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยทั้ง 17 รายมีจำนวนครั้งในการนัดหมายเข้ารับการรักษาฟื้นฟูที่แผนกกายภาพบำบัด โรงพยาบาลพานทั้งหมด 120 ครั้ง สามารถทำการนัดหมายได้ตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ 109 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 90.83 จากผลการวิจัยดังกล่าวจึงสามารถอภิปราย และสรุปผลการวิจัยได้ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่สามารถเข้ารับบริการทางกายภาพบำบัดได้อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากในช่วง 3-6 เดือนแรกหลังจากที่เริ่มป่วยเป็นช่วงที่สมองสามารถฟื้นตัวได้มากที่สุด ดังนั้นการได้รับการฟื้นฟูที่เหมาะสมได้อย่างต่อเนื่องจะสามารถส่งผลให้ผู้ป่วยมีโอกาสกลับมามีคุณภาพชีวิตได้มากยิ่งขึ้น ซึ่งผู้ประเมินควรจะต้องทำการประเมินผู้ป่วยที่มารับบริการทุกครั้ง เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการฟื้นฟูจะมีการเปลี่ยนแปลงทางอาการได้ ทำให้ผลการประเมินอาจเปลี่ยนแปลงได้ในแต่ละครั้ง แต่เนื่องจากสถานการณ์โรคโควิด 19 ที่ผ่านมาทำให้ผู้ป่วยหลายรายขอหยุดการมาฟื้นฟูที่โรงพยาบาลทำให้ไม่สามารถเก็บข้อมูลต่อได้ จึงมีช่วงเวลาการเก็บข้อมูลเพียง 6 เดือน และจำนวนผู้ป่วยที่ทำการเก็บข้อมูลมีน้อย ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไปควรเพิ่มจำนวนตัวอย่างและระยะเวลาในการเก็บข้อมูลให้มากกว่านี้

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) คือ ภาวะที่ทำให้เซลล์สมองถูกทำลาย ซึ่งมีสาเหตุมาจากหลอดเลือดสมองตีบ อุดตัน หรือแตก ทำให้ขัดขวางการลำเลียงเลือดซึ่งนำออกซิเจนและสารอาหารไปเลี้ยงเซลล์สมอง ส่งผลให้สมองสูญเสียการทำหน้าที่จนเกิดอาการของอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือร้ายแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ นับเป็นภาวะที่ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงเป็นอย่างมาก และนอกจากจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยแล้วยังมีผลต่อคนในครอบครัวและบุคคลรอบข้างด้วย

การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถรักษาได้หลายวิธีขึ้นอยู่กับประเภทและอาการของผู้ป่วย การทำกายภาพบำบัดนับว่าเป็นอีกวิธีหนึ่งในการรักษาซึ่งนอกจากจะช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้เป็นอย่างดีแล้วยังสามารถช่วยฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้สามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและทำให้ผู้ป่วยกลับมาช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้นอีกด้วย

จากการศึกษาของนวรัชต์ อุตรารัชต์กิจและคณะพบว่าการได้รับการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันและเรื้อรังสามารถทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองมากขึ้น[1]

งานกายภาพบำบัดโรงพยาบาลเปิดให้บริการทุกวันในเวลาราชการตั้งแต่เวลา 8 : 00 – 16 : 00 น. โดยจะทำการรักษาฟื้นฟูแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในช่วงเวลา 8 : 30 – 12 : 00 น. มีนักกายภาพบำบัด 4 คนและผู้ช่วยนักกายภาพบำบัด 3 คนคอยให้บริการ จากข้อมูลการให้บริการในปี 2562 มีผู้มารับบริการทั้งสิ้น 3427 ราย ผู้ป่วยเฉลี่ยต่อวัน 107.56 คน ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยป่วยโรคหลอดเลือดสมองมารับการรักษาเป็นจำนวนถึง 337 ราย

ในการรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแต่ละครั้งจะใช้เวลาประมาน 1 ชั่วโมงต่อผู้ป่วย 1 คน และเนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่ต้องใช้ระยะเวลาในการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน รวมไปถึงจำนวนผู้ป่วยที่มีจำนวนมากจึงทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถมารับบริการอย่างต่อเนื่องได้ทางกลุ่มงานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลพาน จึงได้จัดทำแบบประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อจำแนกประเภทของผู้ป่วยและความถี่ในการเข้ามารับบริการที่เหมาะสม โดยในแบบประเมินนั้นจะประกอบไปด้วยการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel Index),การประเมินระยะเวลาหลังเกิดโรค (Onset of symptom) และการประเมินเป้าหมายของการฝึกทางกายภาพบำบัด (Goal of treatment)

การประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันหรือ Barthel Index นั้นถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายไม่ว่าจะเป็นการนำมาประเมินกับผู้สูงอายุ ผู้พิการรวมไปถึงผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากการศึกษาของ I-Ping Hsueh และคณะพบว่า Barthel Index นับเป็นเครื่องมือสำคัญที่มีความน่าเชื่อถือและความเที่ยงตรงสูง เพียงพอต่อการนำไปใช้ประเมินผู้ป่วยโรคเส้นเลือดสมองในประเทศไต้หวัน[2]

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการฟื้นฟูโดยเฉพาะในช่วง 6 เดือนแรกจะสามารถช่วยส่งเสริมการฟื้นตัวได้ดี ลดโอกาสในการเกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งจะเป็นอุปสรรคต่อการฟื้นฟู จากการศึกษาของ

Margaret M.และคณะได้ทำการสรุปว่าช่วงเวลาที่ดีที่สุดที่จะเริ่มทำการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองคือถ้าอาการของผู้ป่วยทางคลินิกคงที่แล้วให้เริ่มให้เร็วที่สุด[3]

วัตถุประสงค์

1.เพื่อให้งานกายภาพบำบัดสามารถนัดผู้ป่วยได้ตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย

2.เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่สามารถเข้ารับบริการทางกายภาพบำบัดได้อย่าง

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงเชิงพรรณนา โดยศึกษาจากข้อมูล ย้อนหลัง ทำการวิจัยและเก็บข้อมูลที่แผนกกายภาพบำบัด โรงพยาบาลพาน กลุ่มประชากรคือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่เข้ารับการรักษา ณ แผนกกายภาพบำบัด โรงพยาบาลพานตั้งแต่เดือนตุลาคม 2562 ถึงมีนาคม 2563 โดยมีเป้าหมายคือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการป่วยในช่วง 6 เดือนแรกได้รับการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องตามเกณฑ์ที่กำหนดไม่ต่ำกว่า 80% โดยมีวิธีทำการวิจัยดังนี้

1. เมื่อมีผู้ป่วยมารับบริการการรักษาฟื้นฟูทางระบบประสาทที่แผนกกายภาพบำบัด โรงพยาบาลพาน เจ้าหน้าที่กายภาพบำบัดจะทำการประเมินผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินการนัดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อเป็นการกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน โดยใช้ตัวชี้วัดและการให้คะแนนดังนี้

1.1 การประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel Index)

สร้างขึ้นโดย Mahonney และ Bathel เป็นแบบประเมินที่ใช้ในการประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความก้าวหน้าในการดูแลตนเองและการเคลื่อนไหวในผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การหวีผม การลุกจากที่นอน การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การเคลื่อนที่ภายในบ้าน และการเดินขึ้นลงบันได 1 ชั้น

1.1.1 ผู้ป่วยที่ มีผลรวม คะแนน ADL ตั้งแต่ 15 คะแนน ขึ้นไป ได้ 3 คะแนน

1.1.2 ผู้ป่วยที่ มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 9-14 คะแนน ได้ 2 คะแนน

1.1.3 ผู้ป่วยที่ มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0-8 คะแนน ได้ 1 คะแนน

1.2 การประเมินระยะเวลาหลังเกิดโรค (Onset of symptom)

1.2.1 ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาหลังเกิดโรคอยู่ในช่วง 0 - 3 เดือน ได้ 3 คะแนน

1.2.2 ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาหลังเกิดโรคอยู่ในช่วง 3 - 6 เดือน ได้ 2 คะแนน

1.2.3 ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาหลังเกิดโรคอยู่ในช่วง 6 เดือนขึ้นไป ได้ 1 คะแนน

1.3 การประเมินเป้าหมายของการฝึกทางกายภาพบำบัด (Goal of treatment)

1.3.1 เพื่อการฟื้นฟูส่งเสริม ได้ 3 คะแนน

1.3.2 เพื่อการป้องกันไม่ให้อาการทรุดลง ได้ 1 คะแนน

2. เมื่อทำการประเมินเสร็จเรียบร้อยแล้ว ให้นำคะแนนที่ได้จากการประเมินมารวมกัน ผู้ป่วยที่ผลรวมของคะแนนตามเกณฑ์ประเมินทั้ง 3 ข้อ อยู่ในช่วง 7-9 คะแนน จะทำการนัด 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ผู้ป่วยที่ผลรวมของคะแนนตามเกณฑ์ประเมินทั้ง 3 ข้อ ได้ 6 คะแนน จะทำการนัด 1-2 ครั้งต่อเดือนและผู้ป่วยที่ผลรวมของคะแนนตามเกณฑ์ประเมินทั้ง 3 ข้อ อยู่ในช่วง 3-5 คะแนน จะทำการนัด 1 ครั้งต่อเดือน

3. ทำการนัดหมายผู้ป่วยตามเกณฑ์คะแนนที่ประเมินได้เพื่อนัดหมายให้มารับบริการในครั้งต่อไป โดยทำการบันทึกสถิติจำนวนผู้ป่วยที่สามารถนัดมารับการรักษาได้และไม่สามารถนัดมารักษาได้ตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้

4. ผู้ทำการวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลและสถิติการนัดหมายผู้ป่วยนำมาแปรผลและสรุปผล

ผลการวิจัย

ผู้ทำการวิจัยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยจำนวน 17 เป็นเพศชาย 12 รายและเพศหญิง 5 รายรายที่มารับบริการที่แผนกกายภาพบำบัดตั้งแต่เดือนตุลาคม 2562 ถึง มีนาคม 2563 ผู้ป่วยที่มีผลการประเมินในระดับ 3-5 คะแนน 11 ราย 6 คะแนน 4 ราย และ7-9 คะแนน 2 ราย

จากการทดลองพบว่าผู้ป่วยทั้ง 17 รายมีจำนวนครั้งในการนัดหมายเข้ารับการรักษาฟื้นฟูที่แผนกกายภาพบำบัด โรงพยาบาลพานทั้งหมด 120 ครั้ง สามารถทำการนัดหมายได้ตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ 109 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 90.83

อภิปราย สรุป และข้อเสนอแนะ

การทดลองครั้งนี้จัดทำขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่สามารถเข้ารับบริการทางกายภาพบำบัดได้อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากในช่วง 3-6 เดือนแรกหลังจากที่เริ่มป่วยเป็นช่วงที่สมองสามารถฟื้นตัวได้มากที่สุด ดังนั้นการได้รับการฟื้นฟูที่เหมาะสมได้อย่างต่อเนื่องจะสามารถส่งผลให้ผู้ป่วยมีโอกาสกลับมามีคุณภาพชีวิตได้มากยิ่งขึ้น แต่เนื่องการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นจำเป็นต้องใช้ระยะเวลาต่อเนื่องยาวนานเพื่อให้สมองได้เกิดการเรียนรู้และจากจำนวนผู้ป่วยที่มีเพิ่มมากขึ้นในแต่ละวัน ทำให้ผู้ป่วยที่มาทำกายภาพบำบัดที่หน่วยงานมีจำนวนเพิ่มขึ้นในขณะที่ผู้ป่วยเก่าก็ยังไม่สามารถที่จะทำการจำหน่ายออกได้ ดังนั้นจึงจำเป็นที่จะต้องมีการคัดแยกผู้ป่วยที่เหมาะสมเพื่อให้การดูแลฟื้นฟูที่สัมพันธ์กับอาการและศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ซึ่งผู้ประเมินควรจะต้องทำการประเมินผู้ป่วยที่มารับบริการทุกครั้ง เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการฟื้นฟูจะมีการเปลี่ยนแปลงทางอาการได้ ทำให้ผลการประเมินอาจเปลี่ยนแปลงได้ในแต่ละครั้ง แต่เนื่องจากสถานการณ์โรคโควิด 19 ที่ผ่านมาทำให้ผู้ป่วยหลายรายขอหยุดการมาฟื้นฟูที่โรงพยาบาลทำให้ไม่สามารถเก็บข้อมูลต่อได้ จึงมีช่วงเวลาการเก็บข้อมูลเพียง 6 เดือน และจำนวนผู้ป่วยที่ทำการเก็บข้อมูลมีน้อย ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไปควรเพิ่มจำนวนตัวอย่างและระยะเวลาในการเก็บข้อมูลให้มากกว่านี้

เอกสารอ้างอิง

1. นวรัชต์ อุตรารัชต์กิจ, นัดดา รีชีวะ, พรรณเพชร ศิริรัตน์, พิธากร ธำรงเลาหะพันธุ์, วารี จิรอดิศัย.*(2016).* **ผลการฟื้นฟูสมรรถภาพของการใช้งานรยางค์บนและล่างในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันและระยะเรื้อรังณ รพ.รามาธิบดี.** J Thai Rehabil Med 2016; 26(2): 47-53

2. I-Ping Hsueh, Ming-Mei Lee, and Ching-Lin Hsieh.(2001).**HsiehPSYCHOMETRIC CHARACTERISTICS OF THE BARTHEL ACTIVITIES OF DAILY LIVING INDEX IN STROKE PATIENTS**(J Formos Med Assoc :526–32)

3. Margaret M. Mweshi, Hastings K. Shula, Loveness A. Nkhata, Brian Chiluba.(2016). **The Best Time to Start Stroke Rehabilitation: Journal of Preventive and Rehabilitative Medicine.vol1**,No1, pp.7-12

ผลของการจัดกิจกรรมฐานการเรียนรู้ เพื่อสร้างเสริมความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนอนุบาลเวียงป่าเป้า ตำบลเวียง อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย

นางสาวพัชรี ธรรมยืน และ นางศิริกาญจน์ คำศรีสุข
กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย

บทนำ

เด็กและเยาวชนที่อยู่ในช่วงกำลังเจริญเติบโตและมีการเรียนรู้ การดูแลและการส่งเสริมสุขภาพให้มีความสมบูรณ์ จะทำให้มีสมรรถภาพในการเรียน มีความสามารถเรียนรู้ได้อย่างเต็มที่ ร่างกายเจริญเติบโตและมีพัฒนาการได้อย่างสมวัย ซึ่งจะทำให้เป็นผู้ใหญ่ที่มีศักยภาพในหน้าที่การงาน ในทางตรงกันข้าม หากไม่ดูแลสุขภาพหรือทำกิจกรรมที่มีความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพจะทำให้เกิดการเจ็บป่วยตามมา ทำให้เกิดอุปสรรคต่อการเรียนรู้ สูญเสียโอกาสหลายๆ อย่าง รวมทั้งทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสุขภาพ การเจ็บป่วยและการเกิดปัญหาด้านสุขภาพจะลดน้อยลง (ปิยะนุช จิตตนูนท์, 2553) หากบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมที่ถูกต้องตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ ซึ่งต้องมีการปลูกฝังในวัยเด็ก เพื่อให้เป็นสุขนิสัยเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ในอนาคต

สถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มวัยเรียน อายุ 7-14 ปี จังหวัดเชียงราย (กองสุขศึกษา, 2559) พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเด็กวัยเรียน อายุ 7-14 ปี ของจังหวัดเชียงรายโดยภาพรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ และมีระดับพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติ ปีในภาพรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ และจากการศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติระหว่างนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ตำบลเวียง อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย ปี พ.ศ. 2560 (เกศินี นามแดง, 2560) พบว่าระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ และผลการประเมินพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก

ในการศึกษาครั้งครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษา การจัดการเรียนรู้แบบศูนย์การเรียน (Learning Center) เป็นการสอนที่เน้นความสำคัญของนักเรียนยึดนักเรียนเป็นศูนย์กลาง และใช้เทคนิคการจัดการเรียนการสอนที่ใช้สื่อประสม (Multi Media Approach) และกระบวนการกลุ่ม (Group Process) เป็นสิ่งสำคัญ เพื่อส่งเสริมการเรียนการสอนให้มีชีวิตชีวา ผู้เรียนจะเกิดการเรียนรู้ พัฒนาสติปัญญาจากการกระทำกิจกรรมและการศึกษาด้วยตนเอง โดยแต่ละศูนย์มีชุดการสอนให้นักเรียนแต่ละกลุ่มหมุนเวียน เรียนจนครบทุกศูนย์ (กรมวิชาการ 2527:214) ผู้วิจัยจึงต้องการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมด้านสุขภาพในกลุ่มวัยเรียน โดยประยุกต์ใช้รูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบศูนย์การเรียน มาใช้ในการดำเนินการจัดกิจกรรมฐานการเรียนรู้ ตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ แก่

นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนอนุบาลเวียงป่าเป้า เพื่อสร้างเสริมความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ เพื่อให้นักเรียนมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ สามารถปฏิบัติตนตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ ได้อย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ สามารถชี้แนะต่อบุคคล ครอบครัว และชุมชน นำไปปฏิบัติตามเพื่อการมีสุขภาพดี

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของการจัดกิจกรรม ฐานการเรียนรู้ ตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ ต่อระดับความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ปีการศึกษา 2562 โรงเรียนอนุบาลเวียงป่าเป้า ตำบลเวียง อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย

วิธีดำเนินการ

ใช้วิธีการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ไม่อิสระต่อกัน กลุ่มตัวอย่าง คือนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับ ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ปีการศึกษา 2562 โรงเรียนอนุบาลเวียงป่าเป้า ตำบลเวียง อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2562 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2563 จำนวน 76 คน โดยใช้วิธีการแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียน สำหรับโรงเรียนส่งเสริมสุขบัญญัติแห่งชาติในตำบลจัดการคุณภาพชีวิต กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ เชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังการจัดกิจกรรมฐานการเรียนรู้ เพื่อสร้างเสริมความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ โดยใช้สถิติ Paired t-teat

กลุ่มประชากรที่จะศึกษา ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ประกอบด้วย

ก. เพศ ชายและหญิง

ข. อายุ อายุระหว่าง 10 -12 ปี

จ. จำนวน 76 คน

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

1) นักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับ ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนอนุบาลเวียงป่าเป้า ตำบลเวียง อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย

2) สามารถอ่านออก เขียนภาษาไทยได้

3) สมัครใจในการเข้าร่วมกิจกรรม

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

1) ไม่มาเรียนในวันที่มีการเก็บข้อมูล

2) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การควบคุมการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1) แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียน สำหรับโรงเรียนส่งเสริมสุขบัญญัติแห่งชาติในตำบลจัดการคุณภาพชีวิต กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย 3 ตอน

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบประเมิน จำนวน 4 ข้อ

ตอนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 36 ข้อ

ตอนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ จำนวน 10 ข้อ

2) โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียน สำหรับโรงเรียนส่งเสริมสุขบัญญัติแห่งชาติในตำบลจัดการคุณภาพชีวิต กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

3) สื่อแผ่นภาพ หลักสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

4) โมเดลอาหารและโมเดลฟัน

5) แบบทดสอบความรู้ ตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ จำนวนฐานละ 10ข้อ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยอ้างอิงข้อมูลจากกองสุขศึกษา กรมสนับสุนนบริการสุขภาพ

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1) เสนอโครงการวิจัยเพื่อรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

2) จัดทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการจัดเก็บข้อมูลการวิจัยในนักเรียนชั้นประถมศึกษา
ปีที่5 โรงเรียนอนุบาลเวียงป่าเป้า ตำบลเวียง อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย

3) ประสานครูประจำชั้นเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและนัดหมายวันเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล

4) จัดทำหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้ปกครองนักเรียน

5) เข้าพบผู้ปกครองและนักเรียนเพื่อชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัยและขออนุญาตดำเนินการวิจัย พร้อมทั้งให้ผู้ปกครองลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

6) ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูล ดังนี้

- จัดเก็บแบบสอบถาม ครั้งที่ 1 โดยดำเนินการเก็บในนักเรียน ชั้นป.5/1 ชั้นป.5/2 และชั้นป.5/3 สถานที่โรงเรียนอนุบาลเวียงป่าเป้า โดยให้นักเรียนเป็นผู้ทำแบบสอบถามด้วยตนเอง หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ทันที มีทีมผู้วิจัยประจำห้องเรียน ห้องละ1 คน ระยะเวลาทำแบบสอบถาม 1 ชั่วโมง

- วิเคราะห์ข้อมูล แบบสอบถาม ครั้งที่ 1 โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปของกองสุขศึกษา

- ดำเนินการจัดกิจกรรมฐานการเรียนรู้ ตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ แก่นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่5 โรงเรียนอนุบาลเวียงป่าเป้า ทีมวิทยากรชี้แจงรายละเอียดกิจกรรม เป็นรูปแบบการจัดกิจกรรมฐานการเรียนรู้ โดยแบ่งนักเรียนเป็น 6 กลุ่ม กลุ่มละประมาณ 12-13 คน แบ่งกลุ่มนักเรียนคละตามห้อง โดยให้นักเรียนนับลำดับเลขกลุ่ม 1-6 ตามลำดับ ซึ่งมีจำนวน 3 ฐาน ประกอบไปด้วย

ฐานที่ 1 การดูแลทำความสะอาดร่างกายของตนเอง การดูแลรักษาฟัน การล้างมือที่ถูกวิธี และการเลือกบริโภคอาหารอย่างถูกวิธี

ฐานที่ 2 โทษและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการติดอบายมุข การป้องกันอันตรายจากอุบัติเหตุ การออกกำลังกายที่เหมาะสมตามวัย

ฐานที่ 3 การสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัว การทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใส การสำนึกต่อส่วนรวมร่วมสร้างสรรค์สังคม

ในแต่ละฐานจะใช้เวลาฐานละ 20 นาที นักเรียนกลุ่มที่1และกลุ่มที่2 เข้าฐานที่ 1 , นักเรียนกลุ่มที่3และกลุ่มที่4 เข้าฐานที่ 2,นักเรียนกลุ่มที่5และกลุ่มที่6 เข้าฐานที่ 3 นักเรียนแต่ละกลุ่มต้องเวียนฐานให้ครบทั้ง 3 ฐานตามลำดับ แต่ละฐานจะมีการให้ความรู้โดยเจ้าหน้าที่กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า ฐานละ2 คน และมีการทำแบบทดสอบความรู้ที่ทางผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวนฐานละ 10 ข้อ ข้อละ 1 คะแนน เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมมีการสรุปกิจกรรมภาพรวมแต่ฐานและสรุปคะแนนแต่ละกลุ่ม มอบของรางวัลให้กับกลุ่มที่ทำคะแนนได้มากที่สุด อันดับ1 อันดับ2และอันดับ3 ตามลำดับ

- สรุปและวิเคราะห์ข้อมูลการจัดกิจกรรม ฐานการเรียนรู้ ตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ แก่นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่5 โรงเรียนอนุบาลเวียงป่าเป้า

- จัดเก็บแบบสอบถาม ครั้งที่ 2 นับระยะเวลาหลังจากการดำเนินการจัดกิจกรรมฐานการเรียนรู้ 2 สัปดาห์ โดยดำเนินการเก็บในนักเรียน ชั้นป.5/1 ชั้นป.5/2 และชั้นป.5/3 สถานที่โรงเรียนอนุบาลเวียงป่าเป้า โดยให้นักเรียนเป็นผู้ทำแบบสอบถามด้วยตนเอง หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ทันที มีทีมผู้วิจัยประจำห้องเรียน ห้องละ 1 คน ระยะเวลาทำแบบสอบถาม 1 ชั่วโมง

- วิเคราะห์ข้อมูล แบบสอบถาม ครั้งที่ 2 โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปของกองสุขศึกษา

- วิเคราะห์และประเมินผลของการจัดกิจกรรมฐานการเรียนรู้ เพื่อสร้างเสริมความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนอนุบาลเวียงป่าเป้า ตำบลเวียง อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย

ผลการดำเนินการ

การวิเคราะห์ข้อมูลผลของการจัดกิจกรรมฐานการเรียนรู้ตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ ต่อระดับความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพ ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ปีการศึกษา 2562 โรงเรียนอนุบาลเวียงป่าเป้า พบว่า

- คะแนนหลังการทดสอบความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
- คะแนนหลังการทำแบบทดสอบพฤติกรรมด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.001

อภิปรายผล สรุป และข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาเรื่องผลของการจัดกิจกรรมฐานการเรียนรู้ เพื่อสร้างเสริมความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ปีการศึกษา 2562 โรงเรียนอนุบาลเวียงป่าเป้า ตำบลเวียง อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย พบว่าระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพหลังการทำกิจกรรมฐานการเรียนรู้ตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการจัดกิจกรรมฐานการเรียนรู้เป็นการประยุกต์โดยการนำรูปแบบการสอนแบบศูนยการเรียนรู้ ซึ่งเปนนวัตกรรมที่ยึดหลักทฤษฎีการเรียนรู้และสื่อการสอน 2 ทฤษฎี ด่วยกัน คือทฤษฎีกระบวนการกลุมเปนการใหผู่เรียนศึกษาเนื้อหาด่วยวิธีการทำงานกลุม โดยเชื่อวาการทำงานกลุมหรือรวมมือกับผูอื่นจะชวยใหประโยชนตอการทำงานในชีวิตจริงมาก และทฤษฎีสื่อประสมเมื่อผูเรียนได่เรียนผานประสาทสัมผัสหลายดาน จะชวยรักษาระดับความสนใจและชวยใหเกิดความคงทนในการเรียน

การศึกษาครั้งนี้สามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาความรอบรู้และพฤติกรรมด้านสุขภาพแก่นักเรียน เพื่อให้นักเรียนมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ สามารถปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพของตนเองตามหลักสุขบัญญัติได้อย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ อันจะนำมาสู่การมีสุขภาพที่ดีได้ถูกต้องและยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2561). **แนวทางการดำเนินงานสุขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ การส่งเสริมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ปีงบประมาณ 2561**.

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). **การเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเด็กและเยาวชน อายุ 7-14 ปี และกลุ่มประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป** .ฉบับปรับปรุง ปี 2561. นนทบุรี: กองสุขศึกษา.

ณรงค์ กาญจนะ. (2017). **วิธีสอนโดยใช้ศูนย์การเรียน (Learning Center)** [ออนไลน์]. เข้าได้ถึงจาก http://skruteachingmethods.blogspot.com/p/blog-page_26.html. สืบค้น 10 ตุลาคม 2562.

นุชจรินทร์ สุทธิวโรตมะกุล (2018). **ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพ อิทธิพลของครอบครัวและกลุ่มเพื่อนกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กวัยเรียน**[ออนไลน์]. เข้าได้ถึงจาก http://www.western.ac.th/media/attachments/2018/08/20/13-2.pdf. สืบค้น 9 กันยายน 2562.

วัลลภา วาสนาสมปอง และคณะ. (2558). **ผลของการสอนสุขศึกษาด้วยรูปแบบการเรียนรู้แบบร่วมมือที่มีต่อความรู้เรื่องสุขบัญญัติแห่งชาติของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4** ประชุมวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.

สุนิสา พรมป่าชัด.(2556). **พฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนบ้านร้านตัดผม ตำบลสองพี่น้อง อำเภอท่าแซะ จังหวัดชุมพร**.

Kasinee Namdang et.al. (2017). Health literacy and health behavior on the national health disciplines survey among elementary students, Wiang sub-district, Wiangpapao district,Chiangrai.

การศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลแม่เจดีย์ อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย

The Satisfaction of Patient to Health Promoting Hospital in Maechedi Sub-district, Wiang Pa Pao District, Chiang Rai Province

นางสาวณัฐชยา ขาวฟอง ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุข
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่เจดีย์ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเวียงป่าเป้า

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยสู่การพัฒนางานประจำ (R2R) โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) แบบตัดขวาง (cross-sectional study) เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่เจดีย์ อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย กลุ่มตัวอย่างคือผู้มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่เจดีย์ อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย จำนวน 246 คน โดยจากการสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (accidental sampling) เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถาม ระหว่างวันที่ 1 มกราคม – 31 สิงหาคม 2563 วิเคราะห์โดยใช้สถิติ คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตฐาน โดยนำเสนอเป็นผลคะแนนร้อยละ ของการบริการในด้านต่างๆ ผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจในภาพรวม อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 73.98 ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 26.02 ไม่พบระดับน้อย และเมื่อพิจารณาความพึงพอใจรายด้าน 4 ด้าน ในระดับมาก เรียงตามลำดับ ได้แก่ 1) ด้านคุณภาพบริการ คิดเป็นร้อยละ 84.76 2) ด้านพฤติกรรมบริการ คิดเป็นร้อยละ 80.08 3) ด้านอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อม 78.91 และ 4) ด้านความสะดวกรวดเร็ว คิดเป็นร้อยละ 64.06 ซึ่งจากการศึกษานี้สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ใช้บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่เจดีย์ มีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ คุณภาพและพฤติกรรมการบริการที่ดี ของเจ้าหน้าที่ และสถานที่พร้อมสำหรับให้บริการ สิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีของทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ และเสนอแนะให้หน่วยงานควรเพิ่มเติมนโยบายด้านการบริการที่สะดวกและรวดเร็ว ถูกต้อง แม่นยำ ต่อผู้มารับบริการ

บทนำ

การพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีขีด ความสามารถมากขึ้นในเรื่องบริการปฐมภูมิ มิได้เพียงแต่ปรับ บริการจากที่ทำอยู่เดิมให้ดีขึ้นแต่เป็นการปรับระบบบริการให้ แตกต่างจากระบบปัจจุบันที่ผู้ป่วยจำนวนมาก ไปรับบริการที่ โรงพยาบาลขนาดใหญ่ทั้งในอำภอ และจังหวัดอย่างแออัด จนไม่สามารถให้บริการได้อย่างมีคุณภาพ นอกจากจะทำให้ค่าใช้จ่าย สูงโดยไม่จำเป็น และอาจต้องใช้เวลาในการรอรับบริการนาน ที่ สำคัญคุณภาพบริการในหลายๆกรณียังเป็นปัญหา เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สามารถรับบริการที่ดีกว่าที่โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล ซึ่งหมายความรวมถึงระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านที่ เรียกว่า Home Health Care หรือ Home Ward ซึ่งมีกรณี ตัวอย่างมากมายที่สามารถพิสูจน์ให้เห็นว่าทีมสหวิชาชีพที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถดูแลผู้ป่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีกว่าการดูแลในระบบเดิมที่ซึ่งโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีข้อจำกัดมากมาย ในการให้บริการที่ล้นเกินศักยภาพของระบบที่มี รวมถึงการทำงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเชิงรุก โดยเฉพาะการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นภาระโรค (Disease Burden) ลำดับต้นๆ ของประเทศและ ในระยะยาวจะยิ่งเป็นปัญหามากยิ่งขึ้น “หากไม่มีระบบบริการที่ครอบคลุมและ มีคุณภาพมากพอก็จะเกิดความหายนะต่อระบบสุขภาพของ ประเทศไทยได้” (กระทรวงสาธารณสุข, 2554)

การบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นบริการเพื่อ ให้บริการแก่ประชาชนทั้งในสถานบริการและบริการเชิงรุก ซึ่งเป็นการดูแลในชุมชน แต่เมื่อผู้มารับบริการมากขึ้น ย่อมส่งผลและเกิดปัญหาด้านบริการด้วยมีข้อจำกัด ด้านบุคลากร สถานที่ และขั้นตอนบริการต่างๆ ส่งผลให้ผู้รับบริการได้รับการบริการ ล่าช้า และไม่เข้าใจในการให้บริการทำให้ความพึงพอใจในการให้บริการก็น้อยลง ซึ่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นบริการด่านแรกที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนที่สุด ประชาชนสามารถ เข้าถึงบริการได้ง่าย และการจัดระบบบริการสามารถตอบสนองความต้องการ ของประชานได้ นอกจากนี้การให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งเป็นหน่วย บริการปฐมภูมิ ที่ให้บริการครอบคลุมในด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและรักษาโรค รวมทั้งคุ้มครองผู้บริโภค เป็นที่พึ่งของประชาชน การให้ความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพบริการจึงเป็นสิ่งสำคัญ การศึกษานี้เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่เจดีย์ อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาคุณภาพบริการ และรูปแบบการให้บริการที่มีประสิทธิภาพและตรงตามความต้องการของผู้รับบริการ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจโดยรวมของผู้ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่เจดีย์ อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย
2. เพื่อช่วยในการวางแผน และพัฒนารูปแบบในการให้บริการที่มีประสิทธิภาพต่อไปในอนาคต

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยสู่การพัฒนางานประจำ (R2R) โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) แบบตัดขวาง (cross-sectional study) กลุ่มตัวอย่างคือประชาชนหรือผู้มารับบริการ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่เจดีย์ อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย จำนวน 246 คน โดยจากการ สุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (accidental sampling) เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถาม ระยะเวลาดำเนินการระหว่างวันที่ 1 มกราคม – 31 สิงหาคม 2563 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่เจดีย์ โดยแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 ด้านการให้บริการ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านคุณภาพบริการ ด้านพฤติกรรมบริการ ด้านความสะดวกรวดเร็ว และด้านอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อม โดยการให้คะแนน 3 ระดับ คือ มาก 3คะแนน ปานกลาง 2 คะแนน น้อย 1 คะแนน จากนั้นเก็บรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของแบบสอบถาม และนำข้อมูลที่ได้วิเคราะห์โดยใช้สถิติ คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตาฐาน โดยนำเสนอเป็นผลคะแนนร้อยละ ของการบริการในด้านต่างๆ

ผลการวิจัย

จากกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่เจดีย์ จำนวน 246 คน พบว่าเพศหญิง 145 คน คิดเป็นร้อยละ 58.94 และเพศชาย 101 คน คิดเป็นร้อยละ 41.06 กลุ่มอายุที่มารับบริการมากที่สุด อายุ 50 ปี ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 28.86 รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 41 – 50 ปี คิดเป็นร้อยละ 22.76 ตามด้วยกลุ่มอายุ 31 – 40 ปี 21 – 30 ปี และน้อยกว่า 21 ปี ตามลำดับ ซึ่งส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 37.41 รองลงมาคือ รับจ้างทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 21.95 อื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 19.11 ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 9.35 นักเรียน/นักศึกษา คิดเป็นร้อยละ 7.72 และข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ คิดเป็นร้อยละ 4.47

ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่เจดีย์ โดยความพึงพอใจในภาพรวม อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 73.98 ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 26.02 ไม่พบระดับน้อย และเมื่อพิจารณาความพึงพอใจรายด้าน 4 ด้าน ในระดับมาก เรียงตามลำดับ ได้แก่ 1) ด้านคุณภาพบริการ คิดเป็นร้อยละ 84.76 2) ด้านพฤติกรรมบริการ คิดเป็นร้อยละ 80.08 3) ด้านอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อม 78.91 และ 4) ด้านความสะดวกรวดเร็ว คิดเป็นร้อยละ 64.06 จะเห็นว่าด้านที่มีความพึงพอใจน้อยสุดคือ ด้านความสะดวกรวดเร็ว

ผลการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นข้อมูลสำคัญในการช่วยวางแผน และพัฒนารูปแบบการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่เจดีย์ ให้มีประสิทธิภาพและตรงต่อความต้องการของผู้ใช้บริการในพื้นที่มากขึ้น

อภิปราย สรุป และข้อเสนอแนะ

ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่เจดีย์ อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย ผลการศึกษาพบว่าความพึงพอใจในภาพรวม อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 73.98 ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 26.02 ไม่พบระดับน้อย และเมื่อพิจารณาความพึงพอใจรายด้าน 4 ด้าน ในระดับมาก เรียงตามลำดับ 1) ด้านคุณภาพบริการ คิดเป็นร้อยละ 84.76 2) ด้านพฤติกรรมบริการ คิดเป็นร้อยละ 80.08 3) ด้านอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อม 78.91 และ 4) ด้านความสะดวกรวดเร็ว คิดเป็นร้อยละ 64.06 จะเห็นว่าด้านที่มีความพึงพอใจน้อยสุดคือ ด้านความสะดวกรวดเร็ว ซึ่งจากการศึกษานี้สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ใช้บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่เจดีย์ มีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ คุณภาพและพฤติกรรมการบริการที่ดี ของเจ้าหน้าที่ และสถานที่พร้อมสำหรับให้บริการ สิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีของทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ อีกทั้งนี้ความสะดวกรวดเร็วของการบริการ ซึ่งพบว่าเวลาที่ใช้บริการต่อครั้ง ใช้เวลาค่อนข้างนาน ปัจจัยที่ทำให้เกิดความล่าช้าในการให้บริการขึ้นอยู่กับ จำนวนผู้รับบริการ ระยะเวลาในการซักถามอาการ ซักประวัติ รับฟังปัญหาความรุนแรงของโรค วิธีการตรวจรักษา และการให้คำแนะนำ

ในการศึกษาครั้งนี้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่เจดีย์ ควรรักษามาตรฐานในการให้บริการและการลดการแออัดในการรับบริการ และควรเพิ่มเติมนโยบายด้านการบริการที่สะดวกและรวดเร็วถูกต้อง แม่นยำ ต่อผู้มารับบริการ และในการศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเพื่อที่จะให้นำข้อมูลมาวิเคราะห์ วางแผน ปรับปรุง และพัฒนารูปแบบการบริการให้มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง และตรงตามความต้องการของผู้รับบริการ

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2554). **คู่มือบริหารจัดการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล**. นนทบุรี: กระทรวง.

กิจภรณ์ เอื้อตรงจิต, อรสา พันธ์ภักดี, และอภิญญา ศิริพิทยาคุณกิจ. (2555). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้น สูง. วารสารสภาการพยาบาล, 27(2), 5-16.

สุมลรัตน์ กลั่นการดี.(2547).**ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง 2 ต่อการใช้สิทธิบัตรสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท.**มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

อาภรณ์รัตน์ เลิศไผ่รอด. (2554). **ความพึงพอใจของประชาชนต่อการบริการสาธารณะตามหลักสาราณียธรรมขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองกรด จังหวัดนครสวรรค์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพุทธศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารจัดการคณะสงฆ์บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณ ราชวิทยาลัย.

อักษรศิลป์ พรมเกษ. (2558). **คุณภาพการให้บริการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนวมินทร์ กรุงเทพมหานคร**. สารนิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารงานสาธารณสุข) มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น.

Gronroos. C.(1990). **Service Management and Marketing**. The Nature of Service and Service Quality. Sweden : Stockholm University

การพัฒนาระบบบริการเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ปราศจากเชื้อ โรงพยาบาลแม่สาย

ปัทมา ชัยชุมภู พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ และ นางวิไลพร คิดอ่าน
งานการพยาบาลป้องกันการติดเชื้อและจ่ายกลาง กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลแม่สาย

บทคัดย่อ

งานจ่ายกลางได้ติดรายงานอุบัติการณ์ในปีงบประมาณ 2560-2561พบว่าเกิดอุบัติการณ์การบริหารจัดการเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อจำนวนมาก ดังนั้นงานจ่ายกลางจึงมีความสนใจในการพัฒนาระบบบริการเครื่องมือ วางระบบงานใหม่ตั้งแต่กระบวนการรับ-ส่งอุปกรณ์ปราศจากเชื้อ, กระบวนการล้าง และกระบวนการ Stock จากการพัฒนาพบว่าอัตราการ Re-sterile ลงได้ร้อยละ 9.06 ไม่พบอุบัติการณ์ความไม่ทันเวลาของเครื่องมือบริษัทที่ใช้ในการผ่าตัดกระดูกและข้อ การรับเครื่องมือสกปรกและส่งอุปกรณ์ปราศจากเชื้อสามารถเพิ่มจำนวนหน่วยให้บริการได้มากขึ้น สืบเนื่องมาจากมีการหมุนเวียนเครื่องมือในระบบมากขึ้น ไม่ต้องเร่งรีบในการล้างทำความสะอาด และทำปราศจากเชื้อ บุคลากรจึงสามารถจัดสรรในการรับ-ส่งเครื่องมือแพทย์ได้ อุบัติการณ์ความไม่เพียงพอของปราศจากเชื้อพบลดลงร้อยละ 38.46

บทนำ

หน่วยงานจ่ายกลางเป็นหน่วยงานที่สำคัญที่สุดแห่งหนึ่งในสถานพยาบาล เป็นศูนย์กลางของสถานพยาบาลที่รวบรวมอุปกรณ์การแพทย์ที่ใช้แล้วเข้าสู่กระบวนการทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อก่อโรคที่ปนเปื้อน ก่อนนำไปใช้ในการตรวจรักษาผู้ป่วย จึงเกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยตรง หน่วยงานจ่ายกลางที่มีระบบและการดำเนินการที่มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ จะลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากอุปกรณ์การแพทย์ ลดต้นทุนค่าใช้จ่ายด้านวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ อำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงานของหน่วยงานต่างๆ รวมทั้งสนับสนุนการบริหารจัดการภายในโรงพยาบาลได้เป็นอย่างดี (สถาบันบำราศนาดูร กรมควบคมโรค, 2559) แต่เนื่องด้วยปัจจุบันความซับซ้อนของการบริหารจัดการอุปกรณ์การแพทย์มีเพิ่มมากขึ้น เนื่องมาจากเทคโนโลยีด้านการแพทย์มีการพัฒนาขึ้นอย่างรวดเร็ว อุปกรณ์การแพทย์จึงมีหลากหลายชนิด และเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้การบริหารจัดการชุดอุปกรณ์การแพทย์ปราศจากเชื้อมีความยุ่งยากมากขึ้น ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนจากการบริหารจัดการ อาทิเช่น ล้างไม่สะอาด ไม่พร้อมใช้ ไม่เพียงพอ เป็นต้น ดังรายงานผลการปฏิบัติงานของงานจ่ายกลาง โรงพยาบาลแม่สาย (2561) จากการติดตามรายงานอุบัติการณ์ในปีงบประมาณ 2560-2561 พบจำนวนการ Re-sterile 958 ชิ้น อุบัติการณ์ความไม่ทันเวลาของเครื่องมือบริษัท จำนวน 3 ครั้ง อุบัติการณ์ความไม่พร้อมใช้ของปราศจากเชื้อ จำนวน 6 ครั้ง และอุบัติการณ์ความไม่เพียงพอของปราศจากเชื้อ จำนวน 13 ครั้ง และงานจ่ายกลางสามารถรับ-ส่งอุปกรณ์การแพทย์เพื่อทำปราศจากเชื้อได้เพียง 6 หน่วยงาน เนื่องจากหน่วยงานมีบุคลากร 6 คน ด้วยกรอบอัตรากำลังที่จำกัด และกระบวนการทำงานที่หลากหลายขั้นตอน กระบวนการทำงานที่หลากหลาย ส่งผลให้หน่วยงานจ่ายกลางต้องมีการพัฒนาระบบงานเพื่อลดความคลาดเคลื่อนดังกล่าว และเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานภายใต้ทรัพยากรที่จำกัด ซึ่งในปัจจุบันกระบวนการหนึ่งที่ได้รับความนิยมในการปรับปรุงพัฒนาระบบงาน คือ ระบบการจัดการแบบลีน(LEAN)

ระบบการจัดการแบบลีนเป็นแนวคิดที่ได้รับการพิสูจน์และยอมรับในเชิงประจักษ์ ถึงความสำเร็จในการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง มีกิจกรรมหรือวิธีการที่มุ่งเน้นการให้คุณค่ากับมุมมองของผู้รับบริการ ลดความสูญเปล่าในกระบวนการทำงานให้เปลี่ยนไปสู่การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะทำให้เกิดความสำเร็จในระยะยาว มีการประเมินและวิเคราะห์กระบวนการให้บริการเพื่อหาแนวทางในการปรับปรุง โดยมีหัวใจสำคัญคือ การเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานได้มีส่วนร่วมในการแก้ไขปรับปรุงงานนั้นๆ การสร้างการมีส่วนร่วมนี้ จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความเต็มใจที่จะพัฒนาและปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยจะส่งผลดีกับตัวผู้ปฏิบัติงานเอง ทั้งในเรื่องของความสะดวก รวดเร็วได้ผลงานที่มีคุณภาพลดความสูญเปล่าเพื่อให้เหลือเนื้อแท้ในการทำงาน อันจะส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความพึงพอใจในงานเพิ่มขึ้น และสามารถเพิ่มความพึงพอใจในการรับบริการของผู้รับบริการได้ ทั้งนี้ขั้นตอนการสร้างระบบลีนแบ่งออกเป็น 7 ระยะ (พาณี สีตกะลินม 2556) ดังนี้ 1)การเตรียมความพร้อมด้านต่างๆ ได้แก่ สถานที่ เครื่องมืออุปกรณ์ที่จำเป็นบุคลากรและช่องทางการสื่อสารภายในระหว่างสมาชิกผู้ดำเนินโครงการ รวมถึงการฝึกอบรมให้ความรู้ของระบบลีนแก่ผู้บริหารและคณะทำงาน 2)การระบุคุณค่าของสินค้าและบริการที่ลูกค้าต้องการทั้ง

ภายนอกและภายใน แล้วสรุปเป็นข้อกำหนด ส่วนประกอบ กระบวนการ และรายละเอียดการปฏิบัติงาน โดยใช้เทคนิคการถ่ายทอดความต้องการของลูกค้าสู่ผลิตภัณฑ์ (Quality Function Deployment : QFD) 3)การสำรวจสถานะปัจจุบันของกระบวนการทั้งหมด แล้วสรุปบนแผนภาพกระแสคุณค่า (Value Stream Mapping) เพื่อระบุปัญหา และนำไปใช้ในการวางแผนพัฒนากระแสคุณค่าในขั้นตอนถัดไป 4)การประเมินสภาพของกระบวนการ ตัวชี้วัดผล และเป้าหมายของโครงการตามแนวทางของระบบลีน (LEAN Assessment) เพื่อนำไปใช้ประกอบการวางแผนพัฒนากระบวนการ 5)การวางแผนและดำเนินการปรับปรุงกระบวนการตามแผนภาพกระแสคุณค่าอนาคต (Future Value Stream Mapping) ร่วมกับการใช้เครื่องมือพัฒนาที่เหมาะสม (ตามโครงสร้างของระบบข้างต้น) โดยพิจารณากิจกรรมที่ไม่เพิ่มคุณค่าและเป็นความสูญเปล่าในทุกขั้นตอนจากภาพกระแสคุณค่า (Value Stream Mapping) ที่สร้างขึ้น 6)การขับเคลื่อนกิจกรรมตามกระแสคุณค่า (Value Stream) อย่างต่อเนื่อง เน้นเฉพาะสิ่งที่ลูกค้าต้องการ โดยการควบคุมระบบการผลิตแบบลีน 7)การสร้างระบบคัมบัง (Kunban) ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญของระบบดึง การสร้างคุณค่าและกำจัดความสูญเปล่าอย่างต่อเนื่อง ด้วยการค้นหาความสูญเปล่าที่มองไม่เห็น แล้วปรับปรุงกระบวนการด้วยระบบการผลิตแบบลีน พร้อมทั้งขยายผลสู่บริเวณอื่นๆ ไปจนถึง Supply Chain อันได้แก่ ลูกค้า ผู้ส่งมอบ และผู้รับเหมาช่วงการผลิต

ในต่างประเทศมีการนำแนวคิดลีนมาประยุกต์ใช้กันอย่างกว้างขวาง อาทิคลินิกเคลฟแลนด์ รัฐโอไฮโอ ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้นำแนวคิดลีนมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบปฏิบัติการทำให้ปราศจากเชื้อ ทำให้สามารถเพิ่มสัดส่วนกิจกรรมที่สร้างมูลค่าต่อกิจกรรมที่ไม่เพิ่มมูลค่าจากร้อยละ 14 เป็นร้อยละ 22 ช่วยลดจำนวนชุดเครื่องมือที่ผิดพลาดลงได้ร้อยละ 26 และสามารถลดเวลาที่ใช้ในระบบปฏิบัติการทำให้ปราศจากเชื้อได้ร้อยละ 24 (Duenyas, 2009) ส่วนประเทศไทยมีการนำแนวคิดลีนมาประยุกต์ใช้ในหลายองค์กร อาทิ การนำแนวคิดลีนมาใช้ในการปรับปรุงประสิทธิภาพในการให้บริการในคลินิกจักษุโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ให้มีความรวดเร็วมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ให้บริการมีทัศนะที่ดีต่อระบบลีนทั้งในด้านการบริหารจัดการและด้านปฏิบัติงาน ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในการรับบริการ การสื่อสารต่อผู้รับบริการ และสถานที่ให้บริการในระดับมาก (อรสา โพธิ์ชัยเลิศ, 2554)

ดังนั้นงานจ่ายกลางจึงมีความสนใจในการพัฒนางานโดยใช้ระบบ LEAN เข้ามาช่วยในการวิเคราะห์และวางระบบงาน เพื่อการพัฒนางานให้ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบบริการทำปราศจากเชื้อที่ถูกต้องตามมาตรฐาน เพียงพอ และพร้อมใช้
2. เพื่อศึกษาผลของระบบปฏิบัติการทำให้ปราศจากเชื้อที่พัฒนาขึ้น โดยการเปรียบเทียบจำนวนชุดอุปกรณ์ที่ไม่มีคุณภาพระหว่างก่อนและหลังการใช้ระบบที่พัฒนาขึ้น

วิธีการวิจัย

1. รูปแบบของการวิจัย: เป็นการวิจัยและพัฒนา(Research and Development)
2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่างประชากรในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย
   2.1 ชุดอุปกรณ์การแพทย์จากงานจ่ายกลางในช่วงตุลาคม 2561 ถึง กันยายน 2563
   2.2 เจ้าหน้าที่งานจ่ายกลางจำนวน 6 คน ICN 1 คน
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ประเภท ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้
   3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ การประเมินและวิเคราะห์กระบวนการให้บริการแบบลีน (LEAN)
   3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่
      1) แบบบันทึกจำนวนชุดอุปกรณ์ที่ไม่มีคุณภาพ ประกอบด้วย วัสดุที่ใช้ห่อมีคราบมองเห็นได้ สภาพหีบห่อที่ไม่สมบูรณ์ มีรอยชำรุดมีความชื้นหรือหยดน้ำภายในหรือภายนอกห่ออุปกรณ์ภายในห่อไม่สะอาดมีคราบสกปรกหรือมีสิ่งแปลกปลอมภายในห่ออุปกรณ์เครื่องมือภายในห่อ ไม่พร้อมใช้งานเช่น เสื่อมสภาพ/ชำรุด จำนวนหรือชนิดไม่ถูกต้องฉลากหน้าห่อระบุไม่ครบถ้วนหรือระบุไม่ถูกต้อง เป็นต้น
4. การเก็บข้อมูล รวบรวมข้อมูลโดยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้
   4.1 ระยะก่อนการพัฒนาระบบ ผู้วิจัยรวบรวมอุบัติการณ์นำอุบัติการณ์จำนวน 992 ครั้ง มาวิเคราะห์เพื่อจัดหมวดหมู่ของอุบัติการณ์ เพื่อเตรียมนำเสนอแก่เจ้าหน้าที่ที่เข้าร่วมการประชุม
   4.2 ระยะพัฒนาระบบ ผู้วิจัยดำเนินการประชุมเจ้าหน้าที่งานจ่ายกลางจำนวน 6 คน ICN 1 คน นำเสนอผลการวิเคราะห์อุบัติการณ์ที่ผู้วิจัยได้จัดหมวดหมู่ไว้ และนำมาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ซึ่งกันและกันตามแนวคิดแบบลีน (LEAN) แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบการบริการเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ปราศจากเชื้อโดยเน้นการใช้การจัดการแบบลีน ประกอบด้วย 1) Define & Measure 2) Value stream 3)Improve system flow and Quality 4) Pull system หลังจากนั้นกำหนดแนวทางการปรับระบบงาน
   4.3 ระยะทดลองใช้ระบบ นำแนวทางตามข้อตกลงเพื่อการปรับระบบงานสู่การปฏิบัติ
   4.4 ระยะประเมินผล ติดตามผลการบริหารจัดการชุดอุปกรณ์การแพทย์ปราศจากเชื้อ

ผลการวิจัย

1. ผลการทบทวนกระบวนการทำงานตามแนวคิดแบบลีน (LEAN) ในวันที่ 20 พฤศจิกายน 2562

ขั้นตอนการทำงาน	การผลิตที่มากเกิน (Over production)	การรอคอย (Waiting)	การขนส่ง (Transportation)	กระบวนการที่ทำแล้วไม่เกิดคุณค่า (Non Value Added Processing)	สินค้าคงคลังที่มากเกินไป(Excess Inventory)	ของเสีย(Defects)	การเคลื่อนไหวที่มากเกินไป (Excess Motion)
รับของสกปรก		√ เครื่องมือบริษัททำไม่ทันเวลาผ่าตัด					√ เครื่องมือมีน้อย Sterile ไม่ทัน
ล้าง				√ เครื่องมือน้อย ล้างรีบเร่งไม่สะอาด			
แพ็ค	√ ผ้าก๊อส ไม้พันสำลี ผลิตจำนวนมาก อายุสั้น Re บ่อย					√ ของนานๆใช้ Re บ่อย	
นึ่ง		√ ของ EO รอ 3 วัน					
แจกจ่าย			√ บางหน่วยงาน				

2. ระบบการทำงานที่เปลี่ยนแปลงผลจากการทบทวนการทำงานตามแนวคิดแบบลีน (LEAN) กำหนดให้เริ่มดำเนินการตั้งแต่ 1 ธันวาคม 2562 เป็นต้นไป

<u>กระบวนการรับ-ส่งอุปกรณ์ปราศจากเชื้อ</u>

- กำหนดระยะเวลาส่งของปราศจากเชื้อของ OR เป็น 3 เวลา ได้แก่ 8.30 น., 11.00 น.และ 15.00 น.
- กำหนดเวลารับเครื่องมือสกปรก OR เวลา 9.00 น., และ 13.30 น.
- เครื่องมือผ่าตัดจากบริษัทหาก Set ผ่าตัดเข้าเครื่องมือต้องได้บ่ายโมงวันก่อนผ่าตัด Set ผ่าตัดบ่ายเครื่องมือได้ก่อน 9.00 น.วันผ่าตัด

<u>กระบวนการล้าง</u>

เครื่องมือล้างโดยล้างน้ำเปล่าเพื่อล้างคราบสกปรก ตามด้วยแช่เอนไซม์ ตามด้วยล้างเครื่อง Ultrasonic และตรวจสอบก่อน pack

<u>กระบวนการล้าง</u>

กำหนดห่ออุปกรณ์เพียง 2 ชนิดคือ 1) ห่อผ้า 2 ชั้น 2 ผืน 14 วัน 2) ห่อด้วยซองซิล 6 เดือน (ชุดอุปกรณ์ใช้ไม่บ่อยห่อด้วยซองซิล)

<u>กระบวนการ Stock</u>

- เครื่องมือกลุ่มที่ต้องทำปราศจากเชื้อด้วย EO มีการ Stock เพื่อรับแลกให้พร้อมใช้ ได้แก่ สายยางเหลือง และ Ambu – bag และวัสดุที่มีจำนวนน้อย ได้แก่ ชุด ICD
- เครื่องมือของ OR ให้ทบทวนและจัดซื้อให้เพียงพอ เพิ่ม Set Basic และ แบตเตอรี่ของปืนผ่าตัด
- ทบทวน Cost ของปราศจากเชื้อ โดยการจัดซื้อแบบสำเร็จรูปคุ้มค่ากว่า ได้แก่ ไม้พันสำลี ผ้าก๊อส Top ก๊อส ถุงมือ และกระบอกฉีดยา

3. เปรียบเทียบจำนวนชุดอุปกรณ์ที่ไม่มีคุณภาพระหว่างก่อนและหลังการใช้ระบบที่พัฒนาขึ้น

ตารางที่1 เปรียบเทียบจำนวน ร้อยละของความพึงพอใจต่อระบบบริการเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ปราศจากเชื้อ

กระบวนการ	ก่อนการดำเนินการ (N=101,633)		หลังการดำเนินการ (N=24,270)		p-value
	N	(%)	N	(%)	
จำนวนชุดอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์(ชิ้น)	101,633		24,270		
จำนวนการ Re-sterile (ชิ้น)	958	0.94	31	0.13	
อุบัติการณ์ความไม่ทันเวลาของเครื่องมือบริษัท	3	0.003	0	0	
จำนวนหน่วยงานที่มีการรับอุปกรณ์สกปรกโดยงานจ่ายกลาง(หน่วยงาน)	6	66.67	9	100	
จำนวนหน่วยงานที่ส่งอุปกรณ์ปราศจากเชื้อโดยงานจ่ายกลาง(หน่วยงาน)	6	66.67	9	100	
อุบัติการณ์ความไม่พร้อมใช้ของปราศจากเชื้อ	6	0.006	2	0.008	
อุบัติการณ์ความไม่เพียงพอของปราศจากเชื้อ	13	0.013	0	0	

อภิปรายผล สรุป และข้อเสนอแนะ

จากการพัฒนาพบว่าสามารถลดอัตราการ Re-sterile ลงได้จากร้อยละ 0.94 เป็น 0.13 ไม่พบอุบัติการณ์ความไม่ทันเวลาของเครื่องมือบริษัทที่ใช้ในการผ่าตัดกระดูกและข้อ การรับเครื่องมือสกปรกและส่งอุปกรณ์ปราศจากเชื้อสามารถเพิ่มจำนวนหน่วยให้บริการได้ครบทุกหน่วยงานที่มีการใช้อุปกรณ์การแพทย์ปราศจากเชื้อ สืบเนื่องมาจากมีการหมุนเวียนเครื่องมือในระบบมากขึ้น ไม่ต้องเร่งรีบในการล้างทำความสะอาด และทำปราศจากเชื้อ บุคลากรจึงสามารถจัดสรรในการรับ-ส่งเครื่องมือแพทย์ได้ หลังการดำเนินการไม่พบอุบัติการณ์ความไม่เพียงพอของปราศจากเชื้อ ซึ่งในช่วงการทดลองระบบพบความไม่เพียงพอในอุปกรณ์ในชุด ICD ซึ่งในงานจ่ายกลางมีให้หมุนเวียนน้อย และ Set พ่นยาที่ต้องรอคอยระยะเวลาการอบแก๊ส EO ทำให้หมุนเวียนไม่ทัน จึงได้มีการขออนุมัติจัดซื้อให้เพียงพอ และปัญหาสำคัญที่ต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วน คือ อุบัติการณ์ความไม่พร้อมใช้ของปราศจากเชื้อ วิเคราะห์พบว่าเกิดใน 2 กรณี คือ มีคราบบนอุปกรณ์จากการล้าง และการจัดชุดอุปกรณ์ไม่ถูกต้อง ซึ่งต้องดำเนินการแก้ไขต่อไป

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าหน่วยงานควรมีการเพิ่มความชำนาญด้านเครื่องมือผ่าตัด ด้านการจัดหาอุปกรณ์ที่ต้องมีการหมุนเวียนบ่อย และอุปกรณ์ที่ต้องใช้ระยะเวลาในการทำปราศจากเชื้อนานให้เพียงพอต่อการหมุนเวียน เช่น สายยางที่ต้องอบแก๊ส ควรมีการเปลี่ยนชนิดของวัสดุที่ทำจากยางเป็นกลุ่มซิลิโคนหากเป็นไปได้ เพื่อให้ใช้การทำปราศจากเชื้อด้วยระบบไอน้ำแทนอบแก๊ส เพื่อลดระยะเวลารอคอย และควรมีการพัฒนาระบบการล้างเครื่องมือตั้งแต่ระบบน้ำ และกระบวนการล้าง

เอกสารอ้างอิง

พาณี สีตกะลินม. (2556).**คุณภาพบริการสุขภาพกับระบบลีน** (Quality Services with Lean System). จุลสารสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพออนไลน์. ฉบับที่3 ปี 2556. สืบค้นเมื่อ 28 ธันวาคม 2562 จาก https://www.stou.ac.th/Schools/Shs/booklet/book56_3/hospital.html

สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค. (2559). **แนวทางการพัฒนาหน่วยจ่ายกลาง**. สืบค้นเมื่อ 28 ธันวาคม2562 จาก http://hpc11.go.th/web60/cluster_environment60/?wpdmpro=.....94

อรสา โพธิ์ชัยเลิศ. (2554). **ผลของระบบลีนต่อคุณภาพการให้บริการ**. วิทยานิพนธ์พัฒนาแรงงาน และสวัสดิการมหาบัณฑิต สาขาวิชาสงคมสงเคราะห์ศาสตร์มหาวิทยาลยธรรมศาสตร์.

Duenyas, I.(2009).**Lean Process Improvement at Cleveland Clinic**. Available from : www.wdi.umich.edufile.

ผลการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับยา Warfarin โรงพยาบาลเชียงแสน อ.เชียงแสน จ. เชียงราย

Pharmaceutical Care in WARFARIN Clinic of CHIANG-SAEN Hospital; Chiangrai Province

วัชรินทร์ ไชยถา, ภาวนา ใจระวัง, มณีรัตน์ ใจรัตน์

กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลเชียงแสน

บทคัดย่อ

โรงพยาบาลเชียงแสน ได้เข้าร่วมเป็นโรงพยาบาลในเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเชียงราย-เชียงแสน โดยเริ่มต้นจากการดูแลผู้ป่วยกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยา WARFARIN มาตั้งแต่ปี 2557 โดยได้รับการสนับสนุนเครื่องตรวจการแข็งตัวของเลือด Point of care ที่ใช้ตรวจติดตาม INR เพื่อประเมินผล เฝ้าระวังและปรับขนาดยาของผู้ป่วยที่ได้รับยา Warfarin จากโรงพยาบาลเชียงรายฯ กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลเชียงแสน จึงได้ทำการจัดตั้งคลินิกบริบาล ผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Warfarin Clinic) ด้วยการใช้เครื่อง Point of Care (POC) ในการตรวจติดตามค่า INR เพื่อการปรับขนาดยาแก่ผู้ป่วยที่เหมาะสม และได้มีลำดับการพัฒนางานระบบการดูแลผู้ป่วยรับโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลเชียงแสน เรื่อยมาตั้งแต่การเจาะเลือดเองโดยเครื่อง Point of care มาเป็น เครื่อง Semi-Auto ซึ่งตรวจโดยนักเทคนิคการแพทย์ มีการสำรองยา และเบิกยาทดแทนจากระบบกองทุนยาร่วมระดับจังหวัด สื่อสารข้อมูล ประวัติการปรับยาผู้ป่วยด้วยระบบ Internet –Base ร่วมกันในเครือข่าย จนกระทั่งปี งบประมาณ 2560 ได้รับการสนับสนุนให้มีกองทุนยาร่วมระดับจังหวัด ช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงยาต้านการแข็งตัวของเลือดได้มากยิ่งขึ้น

การให้บริการผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดนั้น กลุ่มงานเภสัชกรรมฯ โรงพยาบาลเชียงแสน ได้เปิดบริการในรูปแบบ Warfarin Clinic มีการส่งพบเภสัชกรเพื่อทวนสอบการใช้ยา และปรับขนาดยาตามค่า INR หรือแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวกับยาของผู้ป่วยที่พบก่อนส่งพบแพทย์ โดยรูปแบบการให้บริบาลทางเภสัชกรรมในรูปแบบคลินิกนั้นได้เริ่มต้นการบริการจากทุกวันพฤหัสบดี ขยายเป็นทุกวันจันทร์ พุธ และพฤหัสบดี รวมทั้งผู้ป่วยที่จำเป็นต้องติดตาม INR อย่างใกล้ชิดในทุกวัน ไม่เว้นวันหยุดราชการ โดยกระบวนการเหล่านี้ มีการใช้แนวคิด Medication Reconciliation เข้ามาใช้ดูแลยาเดิมและประวัติการรับยาอื่นๆของผู้ป่วยด้วย เภสัชกรคีย์ยาและวิธีใช้ยา Warfarin ก่อนส่งพบแพทย์ เพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยาแก่ผู้ป่วย ด้วยกระบวนการเหล่านี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ให้ผู้ป่วยได้รับการปรับขนาดยาได้เข้าเป้าหมายเพิ่มขึ้น และลดการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่ร้ายแรง โดยผลการบริบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดนั้น พบมีค่า INR เข้าเป้าคิดเป็นร้อยละ 35.51, 40.67, 41.29, 43.30, 46.14 และ 41.59 ในปีงบประมาณ 2558, 2559, 2560, 2561, 2562 และ 2563 (ข้อมูล ณ ส.ค. 2563) ตามลำดับ และพบมีร้อยละของระยะเวลาที่ค่า INR อยู่ในช่วงรักษา (Time in Therapeutic Range : TTR) มีค่าเฉลี่ยคิดเป็น

ร้อยละ 50.01, 52.28, 54.90, 54.37, 57.52 และ 56.91 ในปีงบประมาณ 2558, 2559, 2560, 2561, 2562 และ 2563 (ข้อมูล ณ ส.ค. 2563) ตามลำดับ

นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยที่มี INR นอกเป้า โดย INR <1.5 พบว่ามีผู้ป่วยเป็นจำนวนร้อยละ 18.10, 11.94, 13.98, 14.54, 13.57 และ 14.20 ในปีงบประมาณ 2558, 2559, 2560, 2561, 2562 และ 2563 (ข้อมูล ณ ส.ค. 2563) ตามลำดับ และ INR >5 พบว่าผู้ป่วยเป็นจำนวนร้อยละ 2.86, 5.22, 3.76, 1.98, 2.74 และ 2.43 ในปีงบประมาณ 2558, 2559, 2560, 2561, 2562 และ 2563 (ข้อมูล ณ ส.ค. 2563) ตามลำดับ

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังเชื่อมโยงถึงการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ STEMI และ NSTEMI ซึ่งปัจจุบันโรงพยาบาลเชียงแสนได้เข้าร่วมเป็นเครือข่าย Fast Track และมีการให้ยาละลายลิ่มเลือดในโรงพยาบาลเชียงแสนหลังได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์โรคหัวใจโรงพยาบาลศูนย์เชียงรายประชานุเคราะห์ ระบบดังกล่าวทำให้โรงพยาบาลเชียงแสนต้องพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาล ให้มีความเชี่ยวชาญและสามารถดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจที่ถูกต้อง เหมาะสมตามบริบทของโรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหัวได้รับความปลอดภัยในการใช้ยา และที่สำคัญที่สุดคือ ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตรอดกลับคืนสู่อ้อมกอดของครอบครัวและชุมชนต่อไป ซึ่งทางโรงพยาบาลเชียงแสนจะยังคงยืนหยัดให้การดูแลผู้ป่วยด้วยการดูแลที่ได้มาตรฐาน และจะพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยทุกกลุ่มโรคต่อไปไม่หยุดยั้ง

บทนำ

ยา warfarin เป็นยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดรับประทานที่มีประโยชน์อย่างมากในการป้องกันและรักษาภาวะลิ่มเลือดอุดตัน โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องรับประทานยาติดต่อกันเป็นเวลานานหรืออาจจะตลอดชีวิต เป็นที่ทราบกันดีอยู่แล้วว่า warfarin เป็นยาที่มีช่วงในการรักษาที่แคบมีเภสัชจลนศาสตร์และเภสัชพลศาสตร์ที่ซับซ้อน การตอบสนองต่อยาของผู้ป่วยแต่ละคนมีความแตกต่างกัน เป็นยาที่มีโอกาสสูงในการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาต่อยา ยาต่ออาหารหรือผลิตภัณฑ์อาหารเสริม สมุนไพร ได้ง่าย และสามารถก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ โดยเฉพาะภาวะเลือดออกซึ่งอาจส่งผลต่ออวัยวะบางส่วนทำให้เสียการทำงานอย่างถาวรหรือรุนแรงถึงแก่ชีวิต ในขณะใช้ยาต้องมีการติดตามค่าทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินประสิทธิภาพและความปลอดภัยของยาอย่างสม่ำเสมอ ผู้ป่วยที่ได้รับยาชนิดนี้จึงควรรับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากทีมสหวิชาชีพเพื่อให้ได้ผลการรักษาสูงสุดและปลอดภัย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการปรับขนาดยาต้านการแข็งตัวของเลือดได้เข้าถึงเป้าหมายเพิ่มขึ้น
2. เพื่อลดการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่ร้ายแรงจากการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ และเป็นการเก็บข้อมูลแบบไปข้างหน้า ภายหลังได้เข้าร่วมเป็นโรงพยาบาลในเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเชียงราย-เชียงแสน โดยเริ่มต้นจากการดูแลผู้ป่วยกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยา WARFARIN มาตั้งแต่ปี 2557 โดยได้รับการสนับสนุนเครื่องตรวจการแข็งตัวของเลือด Point of care ที่ใช้ตรวจติดตาม INR เพื่อประเมินผล เฝ้าระวังและปรับขนาดยาของผู้ป่วยที่ได้รับยา Warfarin จากโรงพยาบาลเชียงรายฯ ต่อมากลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภคโรงพยาบาลเชียงแสน ได้มีทำการจัดตั้งคลินิกบริบาล ผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Warfarin Clinic) ด้วยการใช้เครื่อง Point of Care (POC) ในการตรวจติดตามค่า INR เพื่อการปรับขนาดยาแก่ผู้ป่วยที่เหมาะสม และได้มีลำดับการพัฒนางานระบบการดูแลผู้ป่วยรับโรคหัวใจและหลอดเลือดโรงพยาบาลเชียงแสน เรื่อยมาตั้งแต่การเจาะเลือดเองโดยเครื่อง Point of care มาเป็น เครื่อง Semi-Auto ซึ่งตรวจ โดยนักเทคนิคการแพทย์ มีการสำรองยา และเบิกยาทดแทนจากระบบกองทุนยาร่วมระดับจังหวัด สื่อสารข้อมูล ประวัติการปรับยาผู้ป่วยด้วยระบบ Internet –Base ร่วมกันในเครือข่าย จนกระทั่งปีงบประมาณ 2560 ได้รับการสนับสนุนให้มีกองทุนยาร่วมระดับจังหวัด ช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงยาต้านการแข็งตัวของเลือดได้มากยิ่งขึ้น

การให้บริการผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดนั้น กลุ่มงานเภสัชกรรมฯ โรงพยาบาลเชียงแสน ได้เปิดบริการในรูปแบบ Warfarin Clinic มีการส่งพบเภสัชกรเพื่อทวนสอบการใช้ยา และปรับขนาดยาตามค่า INR หรือแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวกับยาของผู้ป่วยที่พบก่อนส่งพบแพทย์ โดยรูปแบบการให้

บริบาลทางเภสัชกรรมในรูปแบบคลินิกนั้นได้เริ่มต้นการบริการจากทุกวันพฤหัสบดี ขยายเป็นทุกวันจันทร์ พุธ และพฤหัสบดี รวมทั้งผู้ป่วยที่จำเป็นต้องติดตาม INR อย่างใกล้ชิดในทุกวัน ไม่เว้นวันหยุดราชการ โดยกระบวนการเหล่านี้ มีการใช้แนวคิด Medication Reconciliation เข้ามาใช้ดูแลยาเดิมและประวัติการรับยาอื่นๆของผู้ป่วยด้วย เภสัชกรคีย์ยาและวิธีใช้ยา Warfarin ก่อนส่งพบแพทย์ เพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยาแก่ผู้ป่วย

ผลการวิจัย

ผลการบริบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดนั้น พบมีค่า INR เข้าเป้าคิดเป็นร้อยละ 35.51, 40.67, 41.29, 43.30, 46.14 และ 41.59 ในปีงบประมาณ 2558, 2559, 2560, 2561, 2562 และ 2563 (ข้อมูล ณ ส.ค. 2563) ตามลำดับ และพบมีร้อยละของระยะเวลาที่ค่า INR อยู่ในช่วงรักษา (Time in Therapeutic Range : TTR) มีค่าเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 50.01, 52.28, 54.90, 54.37, 57.52 และ 56.91 ในปีงบประมาณ 2558, 2559, 2560, 2561, 2562 และ 2563 (ข้อมูล ณ ส.ค. 2563) ตามลำดับ ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีค่า INR เข้าเป้า

นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยที่มี INR นอกเป้า โดย INR <1.5 พบว่ามีผู้ป่วยเป็นจำนวนร้อยละ 18.10, 11.94, 13.98, 14.54, 13.57 และ 14.20 ในปีงบประมาณ 2558, 2559, 2560, 2561, 2562 และ 2563 (ข้อมูล ณ ส.ค. 2563) ตามลำดับ และ INR >5 พบว่าผู้ป่วยเป็นจำนวนร้อยละ 2.86, 5.22, 3.76, 1.98, 2.74 และ 2.43 ในปีงบประมาณ 2558, 2559, 2560, 2561, 2562 และ 2563 (ข้อมูล ณ ส.ค. 2563) ตามลำดับ

อภิปราย สรุป และข้อเสนอแนะ

จากการพัฒนาระบบการให้บริการและบริบาลทางเภสัชกรรมในรูปแบบคลินิก WARFARIN ของโรงพยาบาลเชียงแสนนั้นทำให้ประสิทธิภาพในการควบคุม INR ของผู้ป่วยเข้าเป้าหมายได้เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับระยะเวลาที่ค่า INR อยู่ในช่วงรักษามีค่าสูงสุด (Time in Therapeutic range : TTR) แต่พบว่า ในปีงบประมาณ 2563 นั้นมีค่าลดลง อาจเป็นผลมาจากสถานการณ์ COVID -19 ที่ส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถมารับการบริการได้ตามกำหนดเวลา และผู้ป่วยส่วนใหญ่จำเป็นต้องยืดระยะเวลาการนัดให้ยาวขึ้น นานเกิน 8 สัปดาห์ โดยตามทฤษฎีพบว่า ระยะเวลาที่ดีที่สุดในการติดตามและนัดผู้ป่วยคือ ไม่เกิน 4 สัปดาห์

ส่วนค่า INR ที่น้อยกว่า 1.5 นั้นพบปีงบประมาณ 2563 มีจำนวนเพิ่มขึ้น ส่วนหนึ่งมาจากการได้เริ่มยา WARFARIN ที่รพ.เชียงแสน ซึ่งมีการติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตาม Protocol และมีการขยายกลุ่มผู้ป่วยที่เริ่มยา WARFARIN ในผู้ป่วย Stroke แต่ส่งผลให้ INR > 5 ซึ่งจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออดผิดปกติลดลงได้

โรงพยาบาลเชียงแสนยังมีความจำเป็นในการพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาล เพื่อให้มีความเชี่ยวชาญและสามารถดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจที่ถูกต้อง เหมาะสมตามบริบทของโรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้

ผู้ป่วยโรคหัวได้รับความปลอดภัยในการใช้ยา และที่สำคัญที่สุดคือ ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตรอดกลับคืนสู่อ้อมกอดของครอบครัวและชุมชนต่อไป ซึ่งทางโรงพยาบาลเชียงแสนจะยังคงยืนหยัดให้การดูแลผู้ป่วยด้วยการดูแลที่ได้มาตรฐาน และจะพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลในการขยายการดูแลผู้ป่วยทุกกลุ่มโรคต่อไปไม่หยุดยั้ง

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. **แนวทางการรักษาผู้ป่วยด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดรับประทาน พ.ศ. 2553**. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 21-6
2. สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย). **แนวทางการบริบาลเภสัชกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด**. (พิมพ์ครั้งที่ 1). 2559 : 30-3,129-35
3. วันเพ็ญ มูลอินต๊ะ. **การพัฒนาระบบบริบาลผู้ป่วยในคลินิกวาร์ฟารินโรงพยาบาลพะเยา**. (Internet) Available file:///C:/Users/DELL/Downloads/217595 (13/9/2563).

การศึกษากระบวนการบำบัดฟื้นฟูสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน(CBTx) ในรูปแบบค่ายอาสาทำดี อำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย

อรรถพล โพธิป้อม
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย

บทนำ

อำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย เป็นชุมชนกลุ่มชาติพันธุ์พื้นที่สูงที่มีความหลากหลายทางเชื้อชาติ ศาสนาและวัฒนธรรม มีอาณาเขตติดกับแนวชายแดนประเทศเพื่อนบ้าน รวมระยะทาง ๘๙ กิโลเมตร ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงในการลักลอบนำยาเสพติดเข้ามาในพื้นที่มากขึ้น และมีการใช้จนกลายเป็นผู้ติด ที่ผ่านมาหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้พยายามบำบัดรักษาอย่างเต็มที่ ในพื้นที่โดยใช้รูปแบบที่หลากหลาย แต่ยังมีอัตราการเสพซ้ำสูง

มูลนิธิแม่ฟ้าหลวง ในพระบรมราชูปถัมภ์ จึงร่วมกับสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย อำเภอแม่ฟ้าหลวง อำเภอแม่สาย อำเภอแม่จัน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่ฟ้าหลวง และส่วนราชการในพื้นที่ได้กำหนดการดำเนินกิจกรรม การบำบัดฟื้นฟูสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมขอชุมชนตามโครงการร้อยใจรักษ์ อาสาทำดีรุ่นที่ ๓ ดอยตุง ขึ้น โดยใช้รูปแบบ Community based treatment and rehabilitation : CBTx. ในการบำบัดรักษา ผู้วิจัยจึงสนในศึกษารูปแบบการบำบัดรักษาครั้งนี้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษา กระบวนการบำบัดฟื้นฟูสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ โดยมุ่งเน้นแนวคิดเรื่อง การบำบัดฟื้นฟูสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยเน้นด้านการให้บริการสาธารณสุขที่จะลดผลกระทบทางลบที่เกิดจากการใช้ยาเสพติดและป้องกันอันตรายจากผู้ที่ใช้ยาเสพติด และสามารถหยุดการใช้ยาหรือปลอดจากยาเสพติดโดยเด็ดขาด โดยใช้ระยะเวลาในการเรื่อง การบำบัดฟื้นฟูสารเสพติดแบบค่ายอาสา 60 วัน และการติดตามหลังการบำบัดในระยะเวลา 1 ปี

กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจง (Purposive sampling) ประกอบด้วย ผู้ป่วยกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดที่สมัครใจเข้ารับการบำบัดจำนวน 60 คน และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน 20 คน

เครื่องมือที่ใช้

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเชิงคุณภาพ ได้แก่

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นคำถามปลายปิด ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน
2. แบบสอบถามพฤติกรรมเชิงลึก มีประเด็นหลักของแนวคำถาม คือ
    2.1 รูปแบบของการบำบัดรักษาที่เหมาะสม
    2.2 การวิเคราะห์ตัวกระตุ้น ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม
    2.3 ทักษะการปฏิเสธ และการสร้าง เสริมแรงจูงใจ
    2.4 Health Education
    2.5 การมีส่วนร่วม ครอบครัว ชุมชน

กระบวนการบำบัดรักษามีขั้นตอนต่อไปนี้

กระบวนการที่ 1 ค้นหา

- รับทราบปัญหาทั่วไป
- แก้ไขปัญหาพื้นฐาน เช่น น้ำ ไฟฟ้า ถนน
- ชุมชนเชื่อมั่นไว้ใจ เปิดเผยข้อมูล ประชาคม
- ชุมชนเปิดใจ บอกข้อมูลผู้เสพ

กระบวนการที่ 2 คัดกรอง

- การคัดกรองที่บ้าน
- คัดกรองผู้เสพ (อายุ เพศ ระยะเวลาที่เสพ)
- แยกประเภทยาที่เสพ
- ทำความเข้าใจผู้เสพและชุมชน
- สร้างฝัน ความหวัง และจุดประกาย
- เปิดใจ สมัครใจเข้าร่วมเอง
- แจ้งเงื่อนไขและทำสัญญา

กระบวนการที่ 3 บำบัด

- รักษาแบบเรียบง่าย ประหยัด
- บูรณาการร่วม (สบยช. รพธ.ชม. สธ. ทหาร ตำรวจ ปปส. ปกครอง ชุมชน)
- ดูแลให้กำลังใจ และให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง 60 วัน
- ตรวจปัสสาวะ 4 ครั้ง
- พักร่วมกันที่ศูนย์บำบัดชั่วคราวชุมชน

- **กิจกรรมคู่ขนาน ญาติมาเยี่ยมสร้างขวัญกำลังใจ ลดสภาวะความเครียด**

กระบวนการที่ 4 ฝึกอาชีพ

- ให้ความรู้ ฝึกอาชีพ
- ลงมือปฏิบัติจริง
- ทำงานตามภูมิสังคม
- เนื้องานมีประโยชน์ต่อชุมชนและผู้บำบัด
- ทักษะที่ได้สามารถสร้างรายได้

กระบวนการที่ 5 ล้างบ้าน

- ตรวจยาเสพติดในบ้าน
- ผู้บำบัดเป็นผู้อนุญาตและพาไปตรวจบ้าน

กระบวนการที่ 6 ล้างใจ

- คุยกับครอบครัวและญาติ ผู้นำชุมชน ชาวบ้าน ให้มีความเข้าใจ เปิดใจรับให้โอกาส และยอมรับผู้เสพว่าเป็นคนดี

กระบวนการที่ 7 กวาดบ้าน

- สร้างกฎระเบียบชุมชน
- ตักเตือนผู้เสพและผู้ค้ารายย่อยในชุมชน
- ถ้าไม่เลิก ทำการกวาดล้างผู้เสพและผู้ค้ารายย่อยในชุมชนโดยกฎหมายบ้านเมือง

กระบวนการที่ 8 ส่งฮีโร่กลับบ้าน

- ญาติ ผู้นำ ชุมชนให้การต้อนรับอาสาทำดีกลับบ้านเหมือนฮีโร่ (เพราะชนะใจตัวเอง) ตามศาสนาประเพณีวัฒนธรรมของชุมชน

กระบวนการที่ 9 ติดตาม

- ติดตามให้กำลังใจ ส่งเสริมอาชีพ อย่างต่อเนื่อง
- ติดตาม ตรวจสอบเป็นระยะ 1,000 วัน

กระบวนการที่ 10 ขยายผล

- โครงการอาสาทำดีขยายผลในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

ผลการศึกษา

จากการศึกษาพบว่า เริ่มกระบวนการค้นหาผู้ใช้ยาเสพติด โดยใช้กระบวนการที่ 1 การค้นหา โดยปลัดอำเภอเป็นหัวหน้าชุดปฏิบัติการ และทีมประกอบด้วยผู้นำชุมชน แกนนำสุขภาพ เจ้าหน้าที่ตำรวจและทหารในพื้นที่ ดำเนินการค้นหา ประชาชมโดยได้ผู้ใช้ยาเสพติดที่อยู่ในชุมชน โดยสมัครใจเข้ารับการบำบัด

เริ่มดำเนินการบำบัดโดยใช้ทีมสหวิชาชีพ ในการบำบัดรักษา เป็นค่ายแบบปิด บุคคลภายนอกไม่สามารถเข้ามาได้ เว้นแต่ได้รับอนุญาตจากเจ้าหน้าที่ โดยรับอาสาชุมชน ในวันที่ 16 พฤษภาคม 2562 และปล่อยอาสากลับสู่ชุมชนในวันที่ 16 กรกฎาคม 2562

จากการศึกษาผลของการบำบัดรักษาพบว่ามีอาสาทำดีจำนวน 60 ราย เพศชาย 55 ราย คิดเป็นร้อยละ 91.66 เพศหญิงจำนวน 5 ราย ร้อยละ 8.33 ผลการตรวจปัสสาวะก่อนการบำบัดพบ METและ MOR ในปัสสาวะทุกราย

ผลการศึกษารูปแบบของการบำบัดรักษาพบว่า เป็นรูปแบบการบำบัดรักษาตามแบบครอบครัวและชุมชนเป็นพื้นฐานในการช่วยเหลือตนเอง การเรียนรู้ร่วมกันสามรถเพิ่มประสบการณ์ชีวิต เพิ่มคุณค่าในตนเอง พัฒนาการเคารพตัวเอง การเรียนรู้เรื่องต่างๆ รวมถึงการอยู่ร่วมกัน เคารพกัน ช่วยเหลือซึ่งกันและกันเพื่อให้เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ โดนเน้นมิติด้านสังคม จิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรมของผู้บำบัดโดยมีระยะของการบำบัดดังนี้

1. การบำบัดด้วยยา เป็นการดูแลผู้ติดยาเสพติดเพื่อให้บรรเทาจากอาการถอนพิษยา และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเป็นอันตรายขากผู้บำบัดได้อย่างเหมาะสม โดยใช้เมทาโดนในการทดแทน

2. ฟื้นฟูสมรรถภาพ มุ่งให้ผู้บำบัดหลุดพ้นจากการติดยาเสพติดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ช่วยให้เขาสามารถกลับไปใช้ชีวิตที่มีคุณค่าในสังคม ซึ่งคำนึงถึงการบำบัดฟื้นฟูในด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคม การทำงาน และอาชีพ

3. การวิเคราะห์ตัวกระตุ้น ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม พบว่าผู้บำบัดสามารถชี้แนะ ชักนำให้อาสาคิด วิเคราะห์ แยกแยะเหตุการณ์ต่างๆในชีวิต สามรถรับมือและเผชิญกับสิ่งกระตุ้นที่อาจทำให้กลับไปใช้ยาเสพติด รวมถึงการจัดการสิ่งกระตุ้นของตนเอง และเรียนรู้สิ่งกระตุ้นของผู้อื่นพร้องกับเสนอแนะแนวทางจัดการสิ่งกระตุ้นได้

4. ทักษะการปฏิเสธ และการสร้างเสริมแรงจูงใจ พบว่าเป็นสร้างแรงจูใจในการเลิกยาเสพติด โดยการกำหนดจุดมุ่งหมายที่ชัดเจนว่าอยากเลิกเพราะอะไร สามรถชี้ให้เห็นผลติกรรมที่จะส่งผลในอนาคตได้ การสร้างเป้าหมายของชีวิต และเขียนคำสัญญากับตัวเองไว้ โดยเปิดโอกาสให้ทุกคนได้เล่าเป้าหมายในชีวิตและการเลิกยาเสพติด พร้อมอธิบายขั้นตอนในการเริ่มต้น ซึ่งสามรถเรียนรู้ เพิ่มเติมในกลุ่มได้

5. ด้าน Health Education พบว่า ผู้รับการบำบัดได้รับความรู้เรื่องสุขวิทยาส่วนบุคคล ความรู้เรื่องโทษและพิษภัยของยาเสพติด โรคสมองติดยา ความรู้เรื่องสุขวิทยาส่วนบุคคล ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรควัณโรค โรคตับอักเสบบี และซี ซึ่งสามารถเรียนรู้ และใช้ได้จริง

6. การมีส่วนร่วม ครอบครัว ชุมชน เป็นการบำบัดที่ใช้การมีส่วนร่วมของคนในครอบครัว ซึ่งครอบคลุมประเด็นทั้ง๖ ด้าน ประกอบด้วย การแก้ไขปัญหาร่วมกัน การสื่อสาร บทบาทหน้าที่ภายในครอบครัว การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ และการควบคุมพฤติกรรม ซึ่งสามรถทำให้เข้าใจผู้ใช้ยาเสพติดในลักษณะความคิด ความรู้สึก พฤติกรรม และลักษณะบุคลิกภาพมากขึ้น

ผลที่เกิดขึ้นต่อผู้เข้ารับการบำบัด

1. ระหว่างการบำบัดไม่ทุกข์ทรมาน เนื่องจากได้รับยาเมทาโดนทดแทน ในปริมาณที่เหมาะสม
2. ได้รับการตรวจร่างกาย CXR EKG ตรวจเลือดเบื้องต้น รับรู้โรค พยาธิสภาพของตัวเอง
3. ในรายที่เจ็บป่วย ได้รับการรักษา และทานยาต่อเนื่อง
4. มี Health Education เพิ่มขึ้น
5. มีอาชีพที่เหมาะสม สร้างรายได้ ไม่กลับไปเสพซ้ำ

ผลที่เกิดขึ้นต่อครอบครัว

1. ครอบความสุขมากขึ้น มีความสุขมากขึ้น
2. สัมพันธภาพในครอบครัวดีขึ้น พูดคุย ห่วงใยกันมากขึ้น

ผลที่เกิดขึ้นต่อสังคม ชุมชน

1. ให้โอกาสผู้ใช้ยาเสพติดในการปรับเปลี่ยนตัวเอง มุมมองต่อผู้ใช้ยาเปลี่ยนไป
2. ลดความขัดแย้ง กับเจ้าหน้าที่ของรัฐ ผู้นำชุมชน
3. ชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน มีความปลอดภัยมากยิ่งขึ้น ปลอดยาเสพติด

เอกสารอ้างอิง

เกสร สมพฤกษ์. (2534). **พฤติกรรมการใช้และยาเสพติดของชาวเขาบ้านห้วยน้ำดังอำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่** : ความคิดเห็นของครอบครัวผู้ติดฝิ่น และเฮโรอีนที่มีต่อการป้องกันบำบัด . รายงานค้นคว้าอิสระหลักสูตรสาธารณสุขมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ขจัดภัย บุรุษพัฒน์ . (2538) . **ชาวเขา** . กรุงเทพ ฯ : สำนักงานแพร่วิทยา . .

จรัส สุวรรณเวลา . (2525) **ปัญหาการติดยาเสพติดในประเทศไทย** . กรุงเทพ : โรงพิมพ์สาเจริญพานิช.

ฉัตรทิพย์ นาถสุภา . (2540) . **วัฒนธรรมกับขบวนการเปลี่ยนแปลงสังคม** . สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย .

ชนิตา รักษ์พลเมือง . (2532). **การศึกษาเพื่อพัฒนาประเทศ** . กรุงเทพ : สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์

ชนิตา รักษ์พลเมือง . (2534) . **พื้นฐานการศึกษา หลักการและแนวคิดทางสังคม** . ภาควิชาสรัตถศึกษา

ทิพาวดี เอมะวรรธนะ.(2548) **จิตวิทยาการปรึกษาสำหรับผู้ปฏิบัติงานยาเสพติด**. นนทบุรี : สหมิตปริ้นติ้ง

นเรศ สงเคราะห์สุข . (2540) . **การแก้ไขปัญหาสารเสพติดโดยแนวทางวัฒนธรรมชุมชน**. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ .

มูลนิธิรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์. (2554) **การลดอันตรายจากการใช้ยา ในประเทศไทย.**กรุงเทพ : ศูนย์วิจัยสุขภาพในเขตเมือง:

วันทนีย์ จันทร์เอี่ยม .(2536). **กระบวนการเรียนรู้ทางสังคมที่ส่งผลต่อการใช้ยาเสพติด** . วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ .

วาสนา บุญญูประภา . (2545) **การเรียนรู้ทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติดของชาวเขา** . วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ .

สถาบันธัญญารักษ์.(2558) **การลดอันตรายที่ครอบคลุมแบบรอบด้าน** : กองทุนโรคเอดส์รอบผนึกรวม

สถาบันธัญญารักษ์.(2552) **แนวทางการปฏิบัติการให้เมทาโดนระยะยาว ในผู้เสพเฮโรอีน**: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สถาบันธัญญารักษ์. (2562) การบำบัดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตามโครงการร้อยใจรักษ์

สุเมธ องค์วรรณดี และคณะ. (2558) **มาตรฐานศูนย์บริการชุมชน สมุทรสาคร**: บอร์น ทู บีฯ.

สัญญา สัญญาวิรัตน์ . (2540) . **ทฤษฎีและกลยุทธ์การพัฒนา** .สำนักพิมพ์จุฬาลงกรมหาวิทยาลัย.

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด . (2534) **คู่มือการจัดทำแผนป้องกันและปราบปรามยาเสพติดระดับจังหวัด** . กรุงเทพ : โรงพิมพ์สำนักงาน ป.ป.ส.

อรัญ สุวรรณบุบผา . (2523) **มาตรการควบคุมการแพร่ระบาดของฝิ่นในชนกลุ่มน้อยทางภาคเหนือของประเทศไทย**. วิทยานิพนธ์ วิทยาลัยกองทัพบก สถาบันวิชาการทหารชั้นสูง.

อุทัย หิรัญโต . (2526) **สังคมวิทยาประยุกต์** . กรุงเทพ : สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์

.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อโรคหนอนพยาธิของนักเรียน โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนในเขตอำเภอแม่ฟ้าหลวง

Factors related to parasitic infection of Border Patrol Police School students in Mae Fah Luang District.

นางนภาพร จันต๊ะขัติ

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่ฟ้าหลวง

บทคัดย่อ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ นักเรียนโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ถึงชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในอำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย ที่มีการตรวจโรคหนอนพยาธิเป็นประจำทุกปี ทำการเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เป็นกลุ่มที่ตรวจอุจจาระพบการติดเชื้อโรคหนอนพยาธิได้จำนวน 32 คนและทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางของ เครซี่และมอร์แกนจากประชากร(นักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย คือระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ถึง ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6) ที่มีการตรวจอุจจาระไม่พบหนอนพยาธิ ทั้งนักเรียนชายและนักเรียนหญิง ได้จำนวน 175 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 207 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามความรู้และแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคหนอนพยาธิของนักเรียนโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนในเขตอำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย มี 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ความรู้ ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพ

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้เป็นกลุ่มที่มีผลการตรวจพบโรคหนอนพยาธิ โดยมีความรู้เรื่องโรคหนอนพยาธิอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 64.4 มีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อโรคหนอนพยาธิอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 76.3 ผลการทดสอบสมมุติฐาน พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่ทำให้เกิดการติดเชื้อโรคหนอนพยาธิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ แหล่งน้ำดื่มและความรู้

บทนำ

การติดเชื้อหนอนพยาธิก็ยังคงเป็นปัญหาที่มีความสำคัญทางด้านสาธารณสุข ทั้งในเขตชนบทและชุมชนเมือง การติดเชื้อหนอนพยาธิส่งผลกระทบโดยตรงต่อวิถีชีวิตของผู้ติดเชื้อ หากเกิดการติดเชื้อในกลุ่มวัยเรียนจะส่งผลถึงการเจริญเติบโต และการพัฒนาสติปัญญา (WHO, 1997) จากการสำรวจทางระบาดวิทยาของโรคหนอนพยาธิใน 75 จังหวัดของประเทศไทยเมื่อปี 2552 พบคนไทยร้อยละ 18 เป็นโรคหนอนพยาธิ พบมากภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 26 ภาคเหนือ ร้อยละ 18 ชนิดของพยาธิที่พบส่วนใหญ่เป็นพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 9 พยาธิปากขอ ร้อยละ 7 และพยาธิไส้เดือน ร้อยละ 1 ที่สำคัญ 2 ภาคนี้ยังพบอัตราติดโรคพยาธิใบไม้ตับสูงกว่าที่อื่นๆ คือ ร้อยละ 17 และ 10 ตามลำดับ อีกทั้งผู้ที่เคยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับและกินยารักษาพยาธิแล้ว กลับมาเป็นซ้ำอีกสูงถึงร้อยละ 12 (HISO 2552) ทั้งนี้ปัญหาความรุนแรงของการติดเชื้อหนอนพยาธิอาจขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น ความเชื่อ ประเพณี และพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน สาเหตุส่วนใหญ่เป็นเพราะการกินไม่ถูกสุขลักษณะ สุขาภิบาล สิ่งแวดล้อมไม่ดี ไม่ถ่ายอุจจาระลงในส้วม ไม่สวมรองเท้าเมื่อเดินบนพื้นดิน มือสกปรก กินอาหารไม่สะอาด ปรุงไม่สุก กินเนื้อสุกๆดิบๆ ส่งผลให้มีการแพร่กระจายของการติดเชื้อหนอนพยาธิหากเป็นมากจนเรื้อรังมีโอกาสเป็นมะเร็งและตายได้ (กรมควบคุมโรค.โรคติดต่อทั่วไป,2550)

สมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ทรงมีพระราชดำริให้ดำเนินการควบคุมโรคหนอนพยาธิในนักเรียนและเยาวชนโดยกำหนดพื้นที่ในการพัฒนา 2 แผนการพัฒนา ได้แก่ 1) พื้นที่แผนการพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดาร เรียกโดยย่อว่า แผน กพด. มีพื้นที่ดำเนินการ 55 จังหวัดทั่วประเทศ จำนวน 844 โรงเรียน กลุ่มเป้าหมายเป็นนักเรียนและเยาวชน และ 2) พื้นที่ในแผนภูฟ้าพัฒนา จังหวัดน่านทั้งนี้ทางสำนักพระราชวังบรรจุอยู่ในแผนพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดารตามพระราชดำริฯ ฉบับที่ 4 เป็นแผนระยะยาว 10 ปี เพื่อผลักดันการพัฒนาให้ต่อเนื่องเป็นรูปธรรมมากขึ้นเริ่มจาก ปี 2550 ถึงปี 2559 มีเป้าหมายสูงสุดของการพัฒนาเด็ก เยาวชนและประชาชนในพื้นที่ถิ่นทุรกันดาร และพื้นที่ภูฟ้าพัฒนาให้มีโอกาสที่ดีขึ้น มีสุขภาพแข็งแรงสามารถดูแลตนเองได้อย่างสมดุลทั้งร่างกายและจิตใจ (คู่มือปฏิบัติงานโครงการควบคุมโรคหนอนพยาธิในโครงการตามพระราชดำริสมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, สำนักงานโรคติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข,2559)

ผลการดำเนินงานควบคุมโรคหนอนพยาธิในโครงการตามพระราชดำริฯ แสดงให้เห็นถึงอัตราชุกของโรคหนอนพยาธินักเรียนและเยาวชน มีแนวโน้มลดลงจากการเริ่มดำเนินการในปี 2545 ที่พบอัตราการติดโรคหนอนพยาธิในนักเรียนร้อยละ 26.80 เหลือ ร้อยละ 10.10 ในปี 2557 ร้อยละ 6.74 ในปี 2558 และร้อยละ 9.80 ในปี 2559 (คู่มือปฏิบัติงานโครงการควบคุมโรคหนอนพยาธิในโครงการตามพระราชดำริสมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, สำนักงานโรคติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.2559)

ผลการดำเนินงานควบคุมโรคหนอนพยาธิในโครงการตามแนวพระราชดำริฯ ในการตรวจโรคหนอนพยาธิให้กับนักเรียนโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน ในอำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย พบว่า ในปี พ.ศ.2557 ถึง พ.ศ. 2559 ตรวจพบหนอนพยาธิในนักเรียนจำนวนร้อยละ 4.61, ร้อยละ 12.68, และร้อยละ 7.96 ตามลำดับ โดยพบภาวะโภชนาการเด็กวัยเรียนในอำเภอแม่ฟ้าหลวง พ.ศ. 2559 ถึง พ.ศ.2561 พบ สูงดีสมส่วน ร้อยละ20, ร้อยละ 55.73 และร้อยละ 48.91 ตามลำดับ ภาวะผอม พบร้อยละ 13.33, ร้อยละ 2.6 และร้อยละ 4.35 ตามลำดับ ภาวะอ้วน พบร้อยละ 13.33, ร้อยละ 7.81 และร้อยละ 18.48 ตามลำดับ ภาวะเตี้ย พบร้อยละ 33.33, ร้อยละ 13.02 และร้อยละ 24.64 ตามลำดับ ซึ่งภาวะโภชนาการกับการติดเชื้อโรคหนอนพยาธิมีความสอดคล้องกับงานวิจัยของสุวารี ประเสริฐ ,2536 ที่ทำการศึกษาในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 – 6 จำนวน 166 คนที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ พบว่าเคยเป็นโรคหนอนพยาธิร้อยละ 46.4 ซึ่ง การมีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์แสดงถึงภาวะที่ร่างการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอทำให้มีผลกระทบต่อขนาดของร่างกายทำให้น้ำหนักลดลง เป็นตัวบ่งชี้ภาวะโภชนาการที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

เด็กในวัยเรียนเป็นวัยที่กำลังมีการเจริญเติบโตทั้งทาง ด้านร่างกาย และสติปัญญา ดังนั้นสุขภาพและอนามัยจึงมี ความสำคัญอย่างยิ่ง เด็กมีภาวะทุพโภชนาการจะมีผลทำให้ การเจริญเติบโตช้าร่างกายไม่แข็งแรงเกิดโรคภัยไข้เจ็บได้ง่าย พัฒนาการทางด้านสติปัญญาลดลง ก่อให้เกิดปัญหาในการรับรู้ และเรียนรู้ ทำให้เป็นภาระแก่ครอบครัวและเป็นอุปสรรคในการพัฒนาประเทศ เพราะขาดประชากรที่มีคุณภาพ ภาวะทุพโภชนาการนั้นมีสาเหตุมาจากทั้งทางตรงและทางอ้อม สาเหตุทางตรงได้แก่การบริโภคอาหารที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการ ของร่างกาย หรือการที่ร่างกายไม่สามารถดูดซึมอาหารได้ หรือ การดูดซึมลดลง เช่นการเป็นโรคพยาธิ เป็นต้น

ปัจจุบันยังได้มีการตรวจพบหนอนพยาธิในเด็กนักเรียนในโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนในเขตรับผิดชอบของอำเภอแม่ฟ้าหลวงอยู่ ซึ่งการตรวจพบหนอนพยาธิ ยังพบไปถึงยังบุคคลในครอบครัวของเด็กนักเรียนด้วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อโรคหนอนพยาธิของนักเรียนโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนในเขตอำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย เพื่อเป็นข้อมูลในการกำหนดแนวทางในการดูแลสุขภาพและไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันและควบคุมโรคหนอนพยาธิต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อโรคหนอนพยาธิของนักเรียนโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนในเขตอำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อโรคหนอนพยาธิของนักเรียนโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนในเขตอำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ นักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลาย คือ ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ถึงชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน อำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย

จำนวนนักเรียนโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ถึงชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในอำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย มี จำนวน 7 โรงเรียนที่มีการตรวจโรคหนอนพยาธิเป็นประจำทุกปี ได้แก่

1. โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน สังวาลย์วิท 8	จำนวน	39	คน
2. โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน เจ้าพ่อหลวงอุปถัมภ์ 4	จำนวน	36	คน
3. โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน บ้านนาโต่ (วปรอ. 344 อุปถัมภ์)	จำนวน	86	คน
4. โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน บำรุงที่ 112	จำนวน	42	คน
5. โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน บำรุงที่ 87	จำนวน	14	คน
6. โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน ศรีสมวงค์	จำนวน	8	คน
7. โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน เจ้าพ่อหลวงอุปถัมภ์ 3	จำนวน	129	คน
	รวม	354	คน

2 กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างโดยนำโครงร่างวิจัยเสนอขอรับรองต่อคณะกรรมการจริยธรรมของคณะกรรมการจริยธรรมของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเชียงราย เมื่อได้รับการรับรองจริยธรรมแล้วผู้วิจัยได้ทำหนังสือการขออนุญาตในการทดสอบเครื่องมือวิจัยและการรวบรวมข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย ถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงราย เพื่อขออนุญาตทำการศึกษาทดสอบเครื่องมือวิจัยและเก็บข้อมูลวิจัย ในเขตพื้นที่อำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย

2.1 ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย (คือระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ถึง ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6) ทั้งนักเรียนชายและนักเรียนหญิง จำนวน 32 คน ซึ่งเป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายที่ตรวจอุจจาระพบการติดเชื้อโรคหนอนพยาธิ

2.2 ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางของเครซี่และมอร์แกน จากประชากร(นักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย คือระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ถึง ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6) ที่มีการตรวจอุจจาระไม่พบหนอนพยาธิ ทั้งนักเรียนชายและนักเรียนหญิง ได้จำนวน 175 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 207 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามความรู้และแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคหนอนพยาธิของนักเรียนโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนในเขตอำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย มี 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ความรู้ ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพ

แบบสอบถามทั้ง 3 ส่วนนี้ มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของนักเรียน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้นที่กำลังศึกษา การศึกษาของบิดา การศึกษาของมารดา อาชีพของบิดา มารดา รายได้ของครอบครัว ลักษณะห้องน้ำที่บ้าน แหล่งน้ำดื่ม และการสัมผัสสัตว์เลี้ยง

2. ความรู้ จำนวน 8 ข้อ ใช้แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียน โรงเรียนในโครงการตามพระราชดำริ ตามคู่มือปฏิบัติงาน โครงการควบคุมโรคหนอนพยาธิในโครงการตามพระราชดำริสมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี โดยตอบว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ลักษณะคำถามเป็นความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อโรคหนอนพยาธิ

เกณฑ์การให้คะแนนเป็นดังนี้

ถ้าเป็นคำถามวัดความรู้เชิงบวก (ข้อ1,2,3,5,6,7)

ใช่ ได้ 1

ไม่ใช่ ได้ 0

ถ้าเป็นคำถามวัดความรู้เชิงบวก (ข้อ 4,8)

ใช่ ได้ 0

ไม่ใช่ ได้ 1

การแปลผลคะแนน เป็นดังต่อไปนี้

ถ้าคะแนนอยู่ระหว่าง 0-5 คะแนน (ต่ำกว่าร้อยละ 61ลงมา) หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับไม่ดี

ถ้าคะแนนอยู่ระหว่าง 6-8 คะแนน (ร้อยละ 61 ขึ้นไป) หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับดี

3. พฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 13 ข้อ ประยุกต์มาจากแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนโรงเรียนในโครงการตามพระราชดำริ ตามคู่มือปฏิบัติงาน โครงการควบคุมโรคหนอนพยาธิในโครงการตามพระราชดำริสมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี โดยคำถาม

แต่ละข้อเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ คือ ไม่เคย บางครั้ง บ่อย บ่อยมาก ประจำ โดยได้กำหนดมาตราส่วนประเมินค่า ไว้ดังนี้

ไม่เคย หมายถึง นักเรียนไม่ปฏิบัติเช่นนั้นเลย

นาน ๆ ครั้ง หมายถึง นักเรียนปฏิบัติเช่นนั้นอาทิตย์ละ 1 – 2 ครั้ง

บางครั้ง หมายถึง นักเรียนปฏิบัติเช่นนั้นอาทิตย์ละ 3 – 4 ครั้ง

บ่อยครั้งหมายถึง นักเรียนปฏิบัติเช่นนั้นอาทิตย์ละ 5 – 6 ครั้ง

เป็นประจำ หมายถึง นักเรียนปฏิบัติเช่นนั้นทุกวัน

โดยมีเกณฑ์อ้างอิงมาจาก ธีรภัทร์ เสรีรังสรรค์ (2549 : 184) ในการประเมินค่าในการแปลความหมายสำหรับเกณฑ์การให้คะแนนเป็นดังนี้

ถ้าเป็นคำถามวัดพฤติกรรมสุขภาพในเชิงบวก(ข้อ 1,2,3,4,8,9,10,11,12,13) การให้คะแนนเป็นดังนี้

ไม่เคย ได้ 1 คะแนน

นาน ๆ ครั้ง ได้ 2 คะแนน

บางครั้ง ได้ 3 คะแนน

บ่อยครั้งได้ ได้ 4 คะแนน

เป็นประจำ ได้ 5 คะแนน

ถ้าเป็นคำถามวัดพฤติกรรมสุขภาพในเชิงลบ (ข้อ5,6,7) การให้คะแนนเป็นดังนี้

ไม่เคย ได้ 5 คะแนน

บางครั้ง ได้ 4 คะแนน

บ่อย ได้ 3 คะแนน

บ่อยมาก ได้ 2 คะแนน

ประจำ ได้ 1 คะแนน

การแปลผลการให้คะแนนเป็นดังนี้

ถ้าคะแนนอยู่ระหว่าง 0-40 คะแนน (ต่ำกว่าร้อยละ 61 ลงมา) หมายถึง มีพฤติกรรมทางสุขภาพที่ไม่ดี

ถ้าคะแนนอยู่ระหว่าง 41-65 คะแนน(ร้อยละ 61 ขึ้นไป) หมายถึง มีพฤติกรรมทางสุขภาพที่ดี

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เมื่อผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามซึ่งประกอบด้วยส่วนต่าง ๆ เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการวิจัยดังกล่าวข้างต้น จากนั้นผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จเสนอให้อาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัยพิจารณา

2. เมื่อได้ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาแล้ว ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับนักเรียนโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนสังวาลย์วิท 8 จำนวน 30 คน ที่ไม่ได้ถูกเลือกเป็น

ตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ และได้ทำการคำนวณความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) โดยวิธีของครอนบาช (Cronbach) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Coefficient of Alpha)

แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ได้ค่าความเชื่อมั่นของสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.87 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพได้ค่าความเชื่อมั่นของสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.82 และได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.8 ซึ่งถือว่าอยู่ในเกณฑ์ดี เพราะเครื่องมือที่มีค่าความเที่ยงที่ดีควรมีค่าตั้งแต่ 0.8 ขึ้นไป(สำนักทดสอบทางการศึกษา,สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน)

ขั้นตอนและวิธีการรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมของสาธารณสุขจังหวัดเชียงรายแล้ว ผู้วิจัยขออนุญาตรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงเรียนทั้ง 7 โรงเรียน และเข้าชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูลและขออนุญาตทดสอบเครื่องมือวิจัยต่อผู้อำนวยการโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนสังวาลย์วิท 8.

2. ผู้วิจัยแนะนำตนเอง แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อขอความความยินยอมให้เด็กเข้าร่วมวิจัยจากบิดามารดา เพื่อขอความสมัครใจจากเด็ก และแจ้งสิทธิ์ในการตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยพร้อมกับพิทักษ์สิทธิ์ของเด็กในการเข้าร่วมวิจัยและให้บิดามารดาลงนามในใบยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยและเด็กลงนามในใบสมัครใจเข้าร่วมวิจัย โดยผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลทั่วไปของเด็กด้านข้อมูลทั่วไปจากงานทะเบียนของโรงเรียน

3. เมื่อบิดามารดายินยอมและเด็กสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยได้นำข้อมูล ผลการตรวจหาการติดเชื้อหนอนพยาธิทางห้องปฏิบัติการของนักเรียนจำนวน 1 ครั้ง

4. ผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามให้เด็กที่มีผลการตรวจอุจจาระพบว่ามีการติดเชื้อหนอนพยาธิจำนวน 32 คน เพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องในการตอบแบบสอบถาม

5. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะทำการรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยปรับมาจากแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียน โรงเรียนในโครงการตามพระราชดำริ มาจากหนังสือคู่มือ โครงการควบคุมโรคหนอนพยาธิในโครงการตามพระราชดำริสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาสยามบรมราชกุมารี

6. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการแจกแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพแก่นักเรียน โดยเก็บข้อมูลจากประชากรซึ่งเป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนในเขตอำเภอแม่ฟ้าหลวง ที่ตรวจอุจจาระพบการติดเชื้อโรคหนอนพยาธิ จำนวน 32 คน ซึ่งนักเรียนเป็นผู้ตอบแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพด้วยตัวเอง (Self Administer Questionnaire) จนครบทุกข้อและไม่มีการอธิบายเพิ่ม ใช้เวลาประมาณ 20 นาที ผู้วิจัยทำการตรวจสอบแบบสอบถามโดยตรวจสอบความครบถ้วนของคำตอบ หากพบว่าคำตอบข้อใดขาดหายไปผู้วิจัยได้ให้อาสาสมัครตอบจนครบทุกข้อ

7. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้จะทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อการวิจัย สำหรับไมโครคอมพิวเตอร์

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติดังนี้

1. การนำเสนอข้อมูลทั่วไปของนักเรียน วิเคราะห์โดยค่าความถี่ วิเคราะห์โดยค่าร้อยละ วิเคราะห์โดยค่าเฉลี่ย (Mean) และวิเคราะห์โดยค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. การทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปร ใช้สถิติ Chi-Square

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยและอภิปรายผลการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อโรคหนอนพยาธิของนักเรียนโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนในเขตอำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย ประกอบ ด้วย

ตอนที่ 1. ข้อมูลทั่วไป

ตอนที่ 2. ความรู้

ตอนที่ 3. พฤติกรรมสุขภาพ

ตอนที่ 1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อโรคหนอนพยาธิ จำนวน 32 คนและไม่ติดเชื้อจำนวน 175 คน

อายุ กลุ่มตัวอย่าง อายุอยู่ระหว่าง 10 – 12 ปี คิดเป็นร้อยละ 78.7 อายุอยู่ระหว่าง 13 – 15 ปี คิดเป็นร้อยละ 21.3

เพศ กลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 50.2 เป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 49.8

กลุ่มตัวอย่าง กำลังศึกษาอยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 คิดเป็นร้อยละ 24.6 กำลังศึกษาอยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 คิดเป็นร้อยละ 41.1 และกำลังศึกษาอยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 คิดเป็นร้อยละ 34.3

ระดับการศึกษาของบิดากลุ่มตัวอย่าง ไม่ได้รับการศึกษา คิดเป็นร้อยละ 56.5 จบชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 15.9 จบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 12.6 จบชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 10.6 จบระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 4.3

ระดับการศึกษาของมารดากลุ่มตัวอย่าง ไม่ได้รับการศึกษา คิดเป็นร้อยละ 64.3 จบชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 15.0 จบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 8.2 จบชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 10.1 จบระดับอนุปริญญา คิดเป็นร้อยละ 1.0 และจบระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 1.4

อาชีพของผู้ปกครองกลุ่มตัวอย่าง ทำอาชีพเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 52.2 ทำอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 37.7 ทำอาชีพค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 6.3 รับราชการ คิดเป็นร้อยละ 1.9 และว่างงาน คิดเป็นร้อยละ 1.9

รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง ไม่มีรายได้ คิดเป็นร้อยละ 1.9 มีรายได้น้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 29.5 มีรายได้อยู่ระหว่าง 3,001 – 5,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 38.6 มีรายได้อยู่ระหว่าง 5,001 – 7,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 16.4 มีรายได้อยู่ระหว่าง 7,001 – 10,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 7.2 และมีรายได้มากกว่า 10,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 6.3

ห้องน้ำ/ห้องส้วมที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง บ้านของกลุ่มตัวอย่างมีห้องน้ำใช้ คิดเป็นร้อยละ 89.4 และไม่มีห้องน้ำใช้ คิดเป็นร้อยละ 10.6

แหล่งน้ำดื่ม กลุ่มตัวอย่างบริโภคน้ำฝน คิดเป็นร้อยละ 10.1 บริโภคน้ำประปาภูเขา คิดเป็นร้อยละ 65.2 บริโภคน้ำจากห้วย หนอง คลอง บึง คิดเป็นร้อยละ 22.7 และซื้อน้ำจากโรงงานน้ำดื่ม คิดเป็นร้อยละ 1.9

สัตว์เลี้ยง กลุ่มตัวอย่างมีการเลี้ยงสัตว์ คิดเป็นร้อยละ 93.7 ไม่มีการเลี้ยงสัตว์ คิดเป็นร้อยละ 6.3

กลุ่มตัวอย่างเลี้ยงแมว คิดเป็นร้อยละ 86.0 มีการสัมผัสแมว คิดเป็นร้อยละ 98.8 ไม่มีการสัมผัส คิดเป็นร้อยละ 1.2

กลุ่มตัวอย่างเลี้ยงสุนัข คิดเป็นร้อยละ 62.8 มีการสัมผัสสุนัข คิดเป็นร้อยละ 97.7 ไม่มีการสัมผัส คิดเป็นร้อยละ 2.3

กลุ่มตัวย่างเลี้ยงวัว/ควาย คิดเป็นร้อยละ 4.3 มีการสัมผัสวัว/ควาย คิดเป็นร้อยละ 55.6 ไม่มีการสัมผัสวัว/ควาย คิดเป็นร้อยละ 44.4

กลุ่มตัวอย่างเลี้ยงไก่/เป็ด คิดเป็นร้อยละ 56.0 มีการสัมผัสไก่/เป็ด คิดเป็นร้อยละ 39.7 ไม่มีการสัมผัสไก่/เป็ด คิดเป็นร้อยละ 60.3

กลุ่มตัวอย่างเลี้ยงหมู คิดเป็นร้อยละ 24.2 มีการสัมผัสหมู คิดเป็นร้อยละ 10.0 ไม่มีการสัมผัส คิดเป็นร้อยละ 90.0

ตอนที่ 2 ความรู้

ในการใช้แบบวัดความรู้เรื่องโรคหนอนพยาธิ กับกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามการวัดความรู้เรื่องโรคหนอนพยาธิ ตอบถูกมากที่สุด คือ การขับถ่ายในส้วมป้องกันการแพร่ระบาดของโรคหนอนพยาธิได้ คิดเป็นร้อยละ 91.5 รองลงมาคือ การตอบคำถามการล้างมือด้วยสบู่และน้ำบ่อยๆ ทำให้ไม่เป็นโรคหนอนพยาธิ ตอบถูก คิดเป็นร้อยละ 84.1 และคำถามปลาน้ำจืดเกล็ดขาวมีตัวอ่อนของพยาธิใบไม้ในตับอยู่ ตอบถูก คิดเป็นร้อยละ 76.8 ตามลำดับ ส่วนคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกน้อยที่สุด คือ กินอาหารที่ปรุงด้วยเนื้อสัตว์ป่าแบบดิบๆไม่เป็นโรคหนอนพยาธิ ตอบถูก คิดเป็นร้อยละ 43.5

ตอนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพ

ในการใช้แบบสอบถามสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า นักเรียนถ่ายอุจจาระลงในส้วมทุกครั้ง ในการปฏิบัติ ตอบไม่เคย คิดเป็นร้อยละ 1.9 นานๆครั้ง คิดเป็นร้อยละ 3.9 บางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 32.4 บ่อยครั้งคิดเป็นร้อยละ 11.6 เป็นประจำคิดเป็นร้อยละ 50.2

นักเรียนสวมรองเท้าเมื่อออกนอกบ้านทุกครั้ง ในการปฏิบัติ ไม่มีนักเรียนตอบว่าไม่เคย ตอบว่านานๆครั้ง คิดเป็นร้อยละ 4.3 บางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 22.2 บ่อยครั้งคิดเป็นร้อยละ 24.6 เป็นประจำคิดเป็นร้อยละ 48.8

นักเรียนล้างมือก่อนกินอาหาร ในการปฏิบัติ ตอบไม่เคย คิดเป็นร้อยละ 6.8 นานๆครั้ง คิดเป็นร้อยละ 4.8 บางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 21.7 บ่อยครั้งคิดเป็นร้อยละ 25.6 เป็นประจำคิดเป็นร้อยละ 41.1

นักเรียนล้างมือหลังการขับถ่ายอุจจาระ ในการปฏิบัติ ตอบไม่เคย คิดเป็นร้อยละ 4.8 นานๆครั้ง คิดเป็นร้อยละ 4.8 บางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 25.6 บ่อยครั้งคิดเป็นร้อยละ 14.5เป็นประจำคิดเป็นร้อยละ 50.2

นักเรียนกินอาหารที่ปรุงจากปลาน้ำจืดเกล็ดขาวแบบไม่สุกด้วยความร้อน ในการปฏิบัติ ตอบไม่เคย คิดเป็นร้อยละ 59.9นานๆครั้ง คิดเป็นร้อยละ 13.0 บางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 9.7 บ่อยครั้งคิดเป็นร้อยละ 9.7 เป็นประจำคิดเป็นร้อยละ 7.7

นักเรียนกินอาหาร (ลาบ หลู้ ส้า ก้อย แหนม)ที่ปรุงจากเนื้อสัตว์ (หมู วัว ควาย สัตว์ป่า ฯลฯ) แบบไม่สุกด้วยความร้อน ในการปฏิบัติ ตอบไม่เคย คิดเป็นร้อยละ 61.8 นานๆครั้ง คิดเป็นร้อยละ 14.5 บางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 18.4 บ่อยครั้งคิดเป็นร้อยละ 4.3 เป็นประจำคิดเป็นร้อยละ 1.0

นักเรียนกินอาหารที่ปรุงจากปูน้ำจืดแบบไม่สุกด้วยความร้อน ในการปฏิบัติ ตอบไม่เคย คิดเป็นร้อยละ 65.7 นานๆครั้ง คิดเป็นร้อยละ 9.2 บางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 15.0 บ่อยครั้งคิดเป็นร้อยละ 6.3 เป็นประจำคิดเป็นร้อยละ 3.9

นักเรียนล้างผักและผลไม้ก่อนกิน ในการปฏิบัติ ตอบไม่เคย คิดเป็นร้อยละ 3.4 นานๆครั้ง คิดเป็นร้อยละ 9.7 บางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 15.9 บ่อยครั้งคิดเป็นร้อยละ 12.6 เป็นประจำคิดเป็นร้อยละ 58.5

นักเรียนตัดเล็บอาทิตย์ละ 1 ครั้ง ในการปฏิบัติ ตอบไม่เคย คิดเป็นร้อยละ 3.4 นานๆครั้ง คิดเป็นร้อยละ 19.3 บางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 24.2 บ่อยครั้งคิดเป็นร้อยละ 39.6 เป็นประจำคิดเป็นร้อยละ 13.5

นักเรียนส่งอุจจาระตรวจหาไข่หนอนพยาธิ ในการปฏิบัติ ตอบไม่เคย คิดเป็นร้อยละ 13.0 นานๆครั้ง คิดเป็นร้อยละ 24.2 บางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 17.9 บ่อยครั้งคิดเป็นร้อยละ 17.9 เป็นประจำคิดเป็นร้อยละ 27.1

นักเรียนทำความสะอาดเสื้อผ้าเครื่องแต่งกายก่อนนำมาสวมใส่ในแต่ละวัน ในการปฏิบัติ ตอบไม่เคย คิดเป็นร้อยละ 2.4 นานๆครั้ง คิดเป็นร้อยละ 9.7 บางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 18.8 บ่อยครั้งคิดเป็นร้อยละ 23.7 เป็นประจำคิดเป็นร้อยละ 45.4

นักเรียนมีการซักผ้าห่ม ทำความสะอาดที่นอน หรือผึ่งแดด ในการปฏิบัติ ตอบไม่เคย คิดเป็นร้อยละ 5.8 นานๆครั้ง คิดเป็นร้อยละ 15.9 บางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 33.3 บ่อยครั้งคิดเป็นร้อยละ 30.9 เป็นประจำคิดเป็นร้อยละ 14

นักเรียนมีการซักทำความสะอาดผ้าเช็ดหน้า ผ้าเช็ดตัวก่อนนำมาใช้ ในการปฏิบัติ ตอบไม่เคย คิดเป็นร้อยละ 3.4 นานๆครั้ง คิดเป็นร้อยละ 19.3 บางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 44.0 บ่อยครั้งคิดเป็นร้อยละ 20.8 เป็นประจำคิดเป็นร้อยละ 12.6

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ที่ใช้ในการศึกษาการติดเชื้อโรคหนอนพยาธิของนักเรียนโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนในเขตอำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย

การวิเคราะห์ส่วนนี้ต้องการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ (ตัวแปรต้น) ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้น ลักษณะห้องน้ำที่บ้าน แหล่งน้ำดื่ม การมีสัตว์เลี้ยงที่มีความสัมพันธ์กับความรู้เรื่องโรคหนอนพยาธิ โดยทำการวิเคราะห์ด้วยไค-สแควร์ (Chi-square)

การวิเคราะห์ส่วนนี้ต้องการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ (ตัวแปรต้น) ลักษณะห้องน้ำที่บ้าน แหล่งน้ำดื่ม การสัมผัสสัตว์เลี้ยงที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่ทำให้เกิดการติดเชื้อโรคหนอนพยาธิ

ความสัมพันธ์ระหว่างแหล่งน้ำดื่มกับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า แหล่งน้ำดื่มมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การวิเคราะห์ส่วนนี้ต้องการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย (ตัวแปรต้น) ได้แก่ ความรู้ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่ทำให้เกิดการติดเชื้อโรคหนอนพยาธิ

ความรู้กับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผลการศึกษา

การติดเชื้อโรคหนอนพยาธิของนักเรียนโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนอำเภอแม่ฟ้าหลวง จากการตรวจอุจจาระในแต่ละครั้ง พบว่า นักเรียนในโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนยังมีการตรวจพบการติดเชื้อหนอนพยาธิอยู่ และเมื่อทำการทดสอบความรู้ของนักเรียนเกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคหนอนพยาธิอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 64.4 และเมื่อทำการตอบคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรม พบว่า พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อโรคหนอนพยาธิอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 73.3 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฉัตรลดา ดีพร้อมและเพชรรัตน์ ศิริสุวรรณ (2560) พบว่าทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 71.08 การรับรู้โทษของการบริโภคปลาดิบอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 87.95.และ พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 81.93 และสอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐยาน์ บุญมาก และคณะ(2560) พบว่า พฤติกรรมเกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิ

ของ หมู่บ้านหนองแวง ตำบลโพนเขวา อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ โดยการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการ ป้องกันโรคหนอนพยาธิของประชาชนอยู่ในระดับมากที่สุด

จากการทดสอบสมมุติฐาน เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ (ตัวแปรต้น) ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้น ที่มีความสัมพันธ์กับความรู้เรื่องโรคหนอนพยาธิในกลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อโรคหนอนพยาธิ พบว่า เพศ อายุ ระดับชั้น ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้เรื่องโรคหนอนพยาธิในกลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อโรคหนอนพยาธิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่ง เพศหญิง มีความรู้เรื่องโรคหนอนพยาธิอยู่ในระดับดี มากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 66.35 นั้นแสดงว่า การรับรู้เรื่องของความรู้เรื่องโรคหนอนพยาธิของเพศหญิงดีกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ สมจิตร ศรีศุภรและคณะ(2536) ได้ศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อหนอนพยาธิลำไส้ในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษา จังหวัดสมุทรสงคราม พบว่าปัจจัยที่มีไม่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อหนอนพยาธิลำไส้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ อายุ ชั้นเรียน ภาวะโภชนาการ พฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการใช้ส้วม พฤติกรรมการสวมรองเท้า และการได้รับยาถ่ายพยาธิมาก่อน(P>.05) และอายุระหว่าง 13 - 15 ปี มีคะแนนความรู้อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 79.55 ส่วนช่วงอายุ 10 - 12 ปี มีคะแนนความรู้อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 56.44 ซึ่งไม่สอดคล้องกับ กู้เกียรติ สุขขี(2551) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมอนามัยกับการติดเชื้อหนอนพยาธิ ของนักเรียนโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน อำเภอสวนผึ้ง จังหวัดราชบุรี พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อหนอนพยาธิ(P>.05)

การวิเคราะห์ส่วนนี้ต้องการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ (ตัวแปรต้น) ได้แก่ ลักษณะห้องน้ำที่บ้าน แหล่งน้ำดื่ม การสัมผัสสัตว์เลี้ยงที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่ทำให้เกิดการติดเชื้อโรคหนอนพยาธิ พบว่า ลักษณะห้องน้ำที่บ้าน การสัมผัสสัตว์เลี้ยง ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้เรื่องโรคหนอนพยาธิในกลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อโรคหนอนพยาธิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการศึกษาแหล่งน้ำดื่มและความรู้ พบว่า มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้เรื่องโรคหนอนพยาธิในกลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อโรคหนอนพยาธิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พฤติกรรมการถ่ายอุจจาระในห้องส้วมไม่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อหนอนพยาธิปฏิเสธสมมติฐานที่ว่า พฤติกรรมถ่ายอุจจาระในห้องส้วมมีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อหนอนพยาธิ สอดคล้องกับงานวิจัยของจิต และคณะแต่ไม่สอดคล้องกับ การศึกษาปัจจัยเสริมที่ช่วยในการติดเชื้อและการแพร่กระจายของโรคหนอนพยาธิที่ติดต่อทางเดินอาหารโดยจำลอง หริณสุตและสุวัชร วัชรเสถียร ได้อธิบายว่าพฤติกรรมอนามัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อหนอนพยาธิทางเดินอาหารได้แก่ พฤติกรรมการสร้างที่พักอาศัย พฤติกรรมการกิน พฤติกรรมการถ่ายและการใช้ส้วม การสวมรองเท้า และอาชีพ (Harinasuta C. et al. 1964 : 396 – 400) ที่เป็นเช่นนั้นเพราะนักเรียนที่มีพฤติกรรมไม่ถ่ายอุจาระในห้องน้ำนั้น มีน้อย (ร้อยละ 8.1) ส่วนใหญ่จะถ่ายอุจจาระในห้องส้วมและแต่ละบ้าน ส่วนใหญ่จะมีส้วมใช้เกือบทุกหลังเนื่องจากมีการรณรงค์ให้สร้างส้วมที่ถูกสุขลักษณะให้ครบทุกหลังคาเรือน กลุ่มตัวอย่างบางคนที่บ้านไม่มีห้องน้ำก็จะไปใช้ห้องน้ำของเพื่อนบ้านแทน

แหล่งน้ำดื่ม สอดคล้องกับการศึกษาของ กู้เกียรติ สุขขี (2551) พบว่า พฤติกรรมการบริโภคน้ำการบริโภคน้ำฝน น้ำประปา น้ำห้วย หนอง คลอง บึง และไม่ต้มก่อนดื่ม ไม่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อหนอนพยาธิ ซึ่ง ปฏิเสธสมมติฐาน เนื่องจากอาจเป็นเพราะน้ำห้วย หนอง คลองบึง ที่นักเรียนบริโภคในขณะนั้น มีปริมาณของไข่พยาธิในระยะแพร่เชื้อน้อยหรือไม่มีเลย ประกอบกับน้ำในลำห้วยมีลักษณะไหลไปตลอดเวลา จึงทำให้พฤติกรรมไม่เป็นไปตามสมมติฐาน หรือหลักการแพร่ระบาดของการติดเชื้อหนอนพยาธิ

ความรู้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่ทำให้เกิดการติดเชื้อโรคหนอนพยาธิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐยาน์ บุญมาก และคณะ (2560) พบว่า ความรู้ไม่มี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหนอนพยาธิ โดยมีค่า r=.011, P=.89 เนื่องจาก ความรู้เป็นความสำคัญที่ทำให้เกิดพฤติกรรมที่ดีเกิดขึ้น

การศึกษาพบว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคมี ความสอดคล้องกับ Becker (1974) ซึ่งกล่าวว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคจะขึ้นกับปัจจัย 3 ประการ คือ การรับรู้ของบุคคล ปัจจัยร่วมและปัจจัยที่มีผลต่อความน่าจะกระทำดังนี้

1) การรับรู้ของบุคคล ซึ่งจะส่งผลโดยตรงต่อ ความพร้อมที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหนอนพยาธิ ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของ โรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน การรับรู้ อุปสรรคของการปฏิบัติตน

2) ปัจจัยร่วมซึ่งจะส่งผลโดยอ้อมต่อแนวโน้มที่ จะกระทำพฤติกรรมการป้องกันโรค ได้แก่ ปัจจัยด้าน ประชากร ด้านจิตสังคม เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ระยะเวลาเป็นโรค ฐานะทางสังคม เป็นต้น

3) ปัจจัยที่มีผลต่อความน่าจะกระทำ หรือสิ่ง ชักนำให้ปฏิบัติซึ่งจะมีผลโดยอ้อมต่อแนวโน้ม ที่จะกระทำพฤติกรรมการป้องกันโรค ได้แก่ ความรู้ที่ได้จาก สื่อมวลชน คำแนะนำ ความเจ็บป่วย ของสมาชิกในครอบครัว หรือเพื่อนฝูง

ดังนั้นสรุปได้ว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคเป็นการกระทำใดๆ ของบุคคลโดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อป้องกัน การเกิดโรค ป้องกันการดำเนินของโรค และการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเพื่อให้สุขภาพแข็งแรง

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การที่จะช่วยให้นักเรียนไม่ติดเชื้อโรคหนอนพยาธิ ทำได้ดังนี้

1. การให้ความรู้ เรื่องการป้องกันการติดเชื้อโรคหนอนพยาธิแก่นักเรียนในโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน เนื่องจากมีผลคะแนนความรู้ที่อยู่ในระดับดีน้อยและยังพบว่าระดับชั้นมีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อโรคหนอนพยาธิ ซึ่งสัมพันธ์กับผลของการใช้แบบวัดความรู้ ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคหนอนพยาธิอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 37.5 และกลุ่มที่มีความรู้เรื่องโรคหนอนพยาธิอยู่ในระดับไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 62.5 นั้นแสดงถึง นักเรียนยังขาดความรู้ความรู้เรื่องของโรคหนอนพยาธิอยู่

2. ในเรื่องของการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคหนอนพยาธิ นั้น ในการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัว อย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อโรคหนอนพยาธิอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 68.8 และกลุ่มที่มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 31.2 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าถึงแม้จะมีความรู้เรื่องโรคหนอนพยาธิไม่ดี แต่สามารถปฏิบัติตนให้มีพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อโรคหนอนพยาธิได้โดยอาศัยการเลียนแบบ จากตัวอย่างซึ่งตัวอย่างก็คือผู้ปกครองและครู

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคหนอนพยาธิไม่ดี ดังนั้นในการทำวิจัยครั้งต่อไปควรเน้นเรื่องของการให้ความรู้แก่นักเรียนและผู้ปกครอง ให้มีการติดตามผลการให้ความรู้เพื่อให้นักเรียนมีความรู้เรื่องโรคหนอนพยาธิอย่างชัดเจน จนนำไปสู่การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคหนอนพยาธิและจะได้นำความรู้นี้ไปสู่คนใสนครอบครัว

2. การศึกษาบุคคลในครอบครัวของกลุ่มที่ตรวจพบโรคหนอนพยาธิ เพื่อจะได้นำไปสู่วิธีการป้องกันการเกิดโรคหนอนพยาธิให้กับคนในชุมชนได้

3. ควรมีการศึกษาและติดตามระยะยาวสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อโรคหนอนพยาธิ เพื่อจะได้ศึกษาความสัมพันธ์และตัวแปรต่างๆ ได้ชัดเจนขึ้น

การนำไปใช้ประโยชน์

จากผลการศึกษา พบว่า ควรมีการส่งเสริมด้านความรู้เรื่องโรคหนอนพยาธิให้กับประชาชนทั่วไปเข้าใจในเรื่องของการป้องกันโรคและเรื่องของน้ำดื่มน้ำใช้ในครัวเรือน โดย การจัดการประชุมชี้แจงประชาชนในพื้นที่ และเครือข่ายการทำงานในพื้นที่ ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐและภาคเอกชนในพื้นที่ เพื่อทำความเข้าใจ และให้เห็นปัญหาที่เกิดขึ้น แล้วร่วมกันวางแผนการดำเนินกิจกรรมในพื้นที่ พร้อมทั้งมีการตรวจอุจจาระของประชาชนในพื้นที่เพื่อหาโรคหนอนพยาธิ แล้วจัดกิจกรรมการกินยาถ่ายพยาธิพร้อมกันทั้งพื้นที่ และจัดการรณรงค์เรื่องของน้ำดื่มสะอาด และจัดทำแผนงานพัฒนาน้ำดื่มสะอาดขึ้นมาร่วมมือกันระหว่างเครือข่ายประชาชน หน่วยงานของรัฐและเอกชนในพื้นที่ร่วมกันวางแผนปฏิบัติงานเพื่อทำน้ำดื่มสะอาดในพื้นที่ โดยเฉพาะการจัดการในโรงงานน้ำดื่มในชุมชนที่มีคุณภาพ เน้นให้มีการตรวจคุณภาพน้ำดื่มและประชาชนทุกครัวเรือนได้ดื่มน้ำสะอาด หลังจากได้มีการดำเนินการแก้ไขน้ำดื่มสะอาดในชุมชนและได้ให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคหนอนพยาธิในประชาชนแล้ว ทำการตรวจอุจจาระของประชาชนในพื้นที่อีกครั้ง เพื่อตรวจหาการติดเชื้อโรคหนอนพยาธิในประชาชน

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข.กรมควบคุมโรค.**คู่มือความรู้เรื่องโรคหนอนพยาธิ**.กรุงเทพฯ: ศักดิโสภาการพิมพ์, 2550

กู้เกียรติ สุขขี.(2551).**ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมอนามัยกับการติดเชื้อหนอนพยาธิของนักเรียนโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน อำเภอสวยผึ้ง จังหวัดราชบุรี**.วิทยานิพนธ์ วท.ม.(วิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ), มหาวิทยาลัยศิลปากร, กรุงเทพฯ

ณัฏฐวุฒิ แก้วพิฑูลย์และสรญา แก้วพิฑูลย์. (2553).**การติดเชื้อหนอนพยาธิในลำไส้ในกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในบ้านทุ่งบอน ต.บุ่งหวาย อ.วารินชำราบ จ.อุบลราชธานี**.วารสารวิชาการ มอบ. ปีที่ 12 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม - สิงหาคม 2553): 29-38.

พูลศรี พงศ์มานบุตร และคณะ.(2540). **ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหนอนพยาธิในพระภิกษุสามเณร จังหวัดเชียงใหม่**. กลุ่มงานระบาดวิทยา สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 10

บังอร ฉางทรัพย์. (2549). **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ของประชาชนในชุมชนคลองเตย กรุงเทพมหานคร**.วิทยานิพนธ์ดุษฎีบัณฑิต สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. กรุงเทพฯ

บริษัทนี้ดี จำกัด ธีม. **พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง**. สืบค้นเมื่อ7 กันยายน 2561 จาก http://003400health.blogspot.com/2016/11/blog-post_85.html

พลากร พุทธรักษ์และกฤษฎา ศิริสภาภรณ์.(2557). **ความชุกของการติดหนอนพยาธิและโปรโตซัวในผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ในปี พ.ศ. 2554 ถึง พ.ศ. 2556**.รายงานผลการวิจัย, โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต,ปทุมธานี

ลดาชาติ แต่งพงษ์โสรัถ และคณะ.(2552).**ความชุกของโรคติดเชื้อหนอนพยาธิในพื้นที่ตำบลชำสูง จังหวัดขอนแก่น ประเทศไทย**. รายงานผลการวิจัย,มหาวิทยาลัยมหาสารคาม,มหาสารคาม

กองโรคติดต่อทั่วไป.(2541). **ปรสิตหนอนพยาธิทางการแพทย์ ทฤษฎีและปฏิบัติการ**.กรุงเทพฯ:การศาสนา. กรมการศาสนา

วัชรพงษ์ เรือนคำ. (2557). **ผลของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ แบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรม และการมีส่วนร่วมในการป้องกัน และควบคุมโรคหนอนพยาธิของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน : กรณีศึกษาตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย**. รายงานผลการวิจัย, มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย,เชียงราย

วรรณชัย มณีบุญยัง และคณะ.(2548). **การศึกษาความชุกความรุนแรงโรคหนอนพยาธิโรคหนอนพยาธิในนักเรียนเขตตำบล ตะนาวศรีและตำบลสวนผึ้ง**.The journal of tropical medicine and parasitology 2005.

สมจิตร ศรีศุกรและคณะ.(2536).**ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคหนอนพยาธิลำไส้ในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษา จังหวัดสมุทรสงคราม**.วารสารวิชาการสาธารณสุข2, (กุมภาพันธ์ 2536):106-112)

สารานุกรรมไทยสำหรับเยาวชน.**โรคหนอนพยาธิ**.สืบค้นเมื่อ 7 กันยายน 2561, จาก http://saranukromthai.or.th/sub/book/book.php?book=10&chap=2&page=t10-2-infodetail18.html

สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค.(2559).**คู่มือปฏิบัติงานโครงการควบคุมโรคหนอนพยาธิในโครงการตามพระราชดำริสมเด็กพระเทพรัตนราชสุดาฯสยามบรมราชกุมารี สำหรับบุคลากรสาธารณสุข**.กรุงเทพฯ

กระติกวัคซีน Smart Enjoy Use

พงศกร อินยม

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีโพธิ์เงิน

บทนำ

การให้บริการวัคซีน เป็นหนึ่งบริการที่สำคัญในการให้บริการของหน่วยบริการสาธารณสุข การให้วัคซีนที่มีคุณภาพส่งผลต่อความปลอดภัยและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคแก่ผู้รับบริการ และการบริหารจัดการวัคซีนที่ดียังส่งผลต่อคุณภาพของวัคซีนและคุณภาพการให้บริการด้วย

การบริหารจัดการวัคซีนที่มีคุณภาพประกอบด้วยการจัดการหลายกระบวนการได้แก่ ระบบลูกโซ่ความเย็น (Cold Chain) การควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพวัคซีน การเตรียมวัคซีนและการปนเปื้อน เป็นต้น โดยการให้บริการวัคซีนมีทั้งในสถานบริการและนอกสถานบริการ ซึ่งอุปกรณ์รักษาความเย็น หรือได้แก่ กระติกวัคซีน มีความจำเป็นอย่างยิ่งและมีผลต่อคุณภาพของวัคซีนโดยตรง โดยกระติกวัคซีนที่มีใช้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้รับการรับรองมาตรฐานระบบลูกโซ่ความเย็นขององค์กรเภสัชกระทรวงสาธารณสุขแล้ว แต่ด้านการใช้งานยังคงติดปัญหาเรื่องความสะดวก อุปกรณ์เสริมและขั้นตอนการใช้งานอยู่(ภิรมย์ บุญชำนาญ) นอกจากระบบลูกโซ่ความเย็นแล้ว การเตรียมวัคซีนของบุคลากรยังส่งผลต่อคุณภาพของวัคซีนและการให้บริการวัคซีนควรมีการสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการด้วย (ภญ.ปิยะนาถ เชื้อนาคและคณะ สถาบันวัคซีนแห่งชาติ) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีโพธิ์เงินพบปัญหาในการให้บริการวัคซีน โดยเฉพาะการให้บริการนอกสถานที่เช่นงานอนามัยโรงเรียนและจากการสำรวจข้อมูลจากบุคลากรผู้ให้บริการในพื้นที่ยังพบปัญหาด้านการให้บริการวัคซีนอยู่ และมีความกังวลในการให้บริการ จึงได้พัฒนานวัตกรรมกระติกวัคซีน Smart Enjoy Use ขึ้น นำไปสู่การศึกษาความสามารถในการคงอุณหภูมิ ความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อกระติกวัคซีนดังกล่าว

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษานวัตกรรมกระติกวัคซีน Smart Enjoy Use ในการรักษาอุณหภูมิในการให้บริการวัคซีน
2. เพื่อศึกษาผลการนำไปใช้ของนวัตกรรมกระติกวัคซีน Smart Enjoy Use

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

1. วิเคราะห์ปัญหาและประชุมเพื่อหาแนวทางจัดการปัญหา
2. สืบค้นข้อมูลและทบทวนวรรณกรรมเพื่อประกอบข้อมูลในการทำนวัตกรรม
3. จัดเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ สร้างนวัตกรรม
4. ศึกษาข้อมูลอุณหภูมิในกระติกวัคซีนที่แปรผันตามเวลาในรูปแบบที่กำหนด
5. วัดผลและเก็บรวบรวมข้อมูล บันทึกอุณหภูมิทุก 10 นาที แสดงผลเป็นกราฟ, วัน เวลา และอุณหภูมิที่บันทึก แสดงข้อมูลทางสถิติ
6. รวมรวมผลการทดลองใช้นวัตกรรมและความพึงพอใจ
7. สรุปผลการศึกษานวัตกรรมกระติกวัคซีน Smart Enjoy Use

การทดสอบประสิทธิภาพและผลการดำเนินการ

ผลการทดสอบการใช้นวัตกรรมวัดผล 2 ด้านได้แก่

ตารางที่ 1 ด้านความสามารถในการคงอุณหภูมิตามระบบลูกโซ่ความเย็น

การวัดนาที	วัดแบบที่ 1		การวัดชม.	วัดแบบที่ 2	
	แบบปกติ อุณหภูมิ	นวัตกรรม อุณหภูมิ		แบบปกติ อุณหภูมิ	นวัตกรรม อุณหภูมิ
10 นาที	4.5	4.8	1 ชม.	3.5	3.5
20 นาที	3.8	3.9	2 ชม.	3.5	3.5
30 นาที	4.1	4	3 ชม.	3.8	3.9
40 นาที	4.1	4.1	4 ชม.	4.0	4.2
50 นาที	4.1	4.1	5 ชม.	4.5	4.7
60 นาที	4.2	4.2	6 ชม.	4.9	5.2
70 นาที	4.2	4.2	7 ชม.	5.6	5.8
80 นาที	4.3	4.3	8 ชม.	6.7	6.9
90 นาที	4.3	4.4			
100 นาที	4.5	4.5			
110 นาที	4.5	4.5			
120 นาที	4.5	4.6			

จากตารางที่ 1 พบว่า การวัดแบบที่ 1 แบบปกติ มีความสามารถในการคงอุณหภูมิ ใน 2 ชั่วโมง โดยการวัดทุก 10 นาที เฉลี่ย เท่ากับ 4.26 องศาเซลเซียส และตัวนวัตกรรม มีความสามารถในการคงอุณหภูมิ ใน 2 ชั่วโมงโดยการวัดทุก 10 นาที เฉลี่ย เท่ากับ 4.30 องศาเซลเซียส ในขณะที่การวัดแบบที่ 2 แบบปกติ มีความสามารถในการคงอุณหภูมิ ใน 8 ชั่วโมงโดยการวัดทุก 1ชั่วโมง เฉลี่ย เท่ากับ 4.56 องศา

เซลเซียส และตัวนวัตกรรม มีความสามารถในการคงอุณหภูมิ ใน 8 ชั่วโมงโดยการวัดทุก 1ชั่วโมง เฉลี่ยเท่ากับ 4.71 องศาเซลเซียส

ตารางที่ 2 แสดงความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ ต่อการใช้นวัตกรรมกระติกวัคซีน

	หัวข้อความพึงพอใจ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	ค่อนข้างน้อย	น้อย
1	ท่านมีความพึงพอใจต่อนวัตกรรม	9 (90.00)	1 (10.00)	0	0	0
2	ความสะดวกต่อการใช้งาน	8 (80.00)	2 (20.00)	0	0	0
3	รูปทรงและความสวยงาม	6 (60.00)	3 (30.00)	1 (10.00)	0	0
4	ความคงทนของนวัตกรรม	6 (60.00)	3 (30.00)	1 (10.00)	0	0
5	ความคุ้มค่าต่อการสร้างนวัตกรรม	8 (80.00)	2 (20.00)	0	0	0
6	ทัศนคติด้านการลดการปนเปื้อน	7 (70.00)	2 (20.00)	1 (10.00)	0	0

จากตารางที่ 2 พบว่าความพึงพอใจเฉลี่ยของผู้ให้บริการ อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 73.33 รองลงมาได้แก่ระดับมาก ร้อยละ 21.67 และระดับปานกลาง ร้อยละ 5.00

สรุปวิเคราะห์ผลการศึกษา

การพัฒนานวัตกรรมกระติกวัคซีน Smart Enjoy Use สามารถคงอุณหภูมิได้ตามมาตรฐานการบริหารวัคซีนในกระติกวัคซีน ที่อุณหภูมิ ไม่เกิน 2-8 องศาเซลเซียสและไม่แตกต่างกับกระติกแบบเดิมมากนัก โดยมีความแตกต่างของอุณหภูมิ เฉลี่ยอยู่ที่ 0.04 องศาเซลเซียสใน 2 ชั่วโมง และพบว่าการใช้นวัตกรรมดังกล่าวทำให้ผู้ใช้นวัตกรรม มีความพึงพอใจ อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 73.33 โดยมีความพึงพอใจมากที่สุดภาพรวม ร้อยละ 90.00 และพึงพอใจมากที่สุดร้อยละ 60.00 ในความสวยงามของนวัตกรรมและความคงทนของสิ่งประดิษฐ์ โดยผู้จัดทำจะดำเนินการแก้ไขในด้านดังกล่าวต่อไป ซึ่งการใช้นวัตกรรมดังกล่าวยังสามารถแก้ไขปัญหาการให้บริการวัคซีนนอกสถานที่ ทำให้สามารถทราบอุณหภูมิของกระติกวัคซีนได้ทันทีที่เปิดกระติก เพิ่มความมั่นใจของผู้ให้บริการและผู้รับบริการในการได้รับวัคซีน และการสร้างนวัตกรรมที่มีราคาถูกเลือกใช้วัสดุที่ไม่ดูดซับความร้อนหรือความเย็น ทำให้อุณภูมิของกระติกวัคซีนไม่เปลี่ยนไป สอดคล้องกับการศึกษาของ**ภิรมย์ บุญชำนาญ เรื่องหีบ เย็นเย็น** ที่มีการสร้างหีบส่งยาในโรงพยาบาลสกลนคร และพบว่าแผ่นบอร์ดพลาสติก ทำให้อุณหภูมิในหีบเย็นเย็น เปลี่ยนไปน้อยที่สุด และสอดคล้องกับการศึกษาของ **ภญ.ปิยะนาถ เชื้อนาคและคณะ บทความสถาบันวัคซีนแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข** เรื่องการใส่แผ่นน้ำแข็ง (ice pack) ลงในกระติกวัคซีนมีผลต่อการควบคุณอุณหภูมิของวัคซีนโดย ice pack ที่ออกจากตู้แช่แข็งแล้วใส่ลงในกระติกวัคซีนเลยจะทำให้อุณหภูมิในกระติกวัคซีนต่ำกว่า 2 องศาเซลเซียสซึ่งไม่เป็นตามมาตรฐาน และ ice packจะมีสามารถในการคงความเย็นของกระติกวัคซีน

หากเปิดกระติกวัคซีนบ่อยๆ ได้ดีที่สุด คือ 2 ชั่วโมง และอุณหภูมิในกระติกจะมีความแตกต่างกันหลังผ่านไป 2 ชั่วโมงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัญหาและข้อเสนอแนะ/โอกาสพัฒนา

1. อำเภอป่าแดดเป็นอำเภอขนาดเล็กและมี จนท.ผู้ให้บริการน้อย ทำให้การศึกษาในกลุ่มเป้าหมายทำได้จำกัด

2. ผลิตนวัตกรรมจากวัสดุที่แข็งแรงคงทนขึ้นและทำการทดสอบด้านอุณหภูมิอีกครั้ง

เอกสารอ้างอิง

ภิรมย์ บุญชำนาญ (2559) . **หีบ เย็นเย็น** . ฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน โรงพยาบาลพังโคน จ.สกลนคร

ภญ.ปิยะนาถ เชื้อนาคและคณะ (2559) . **วัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็น**. สถาบันวัคซีนแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข

อ.ศยามล รมพิพัฒน์ (2559) . **ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพของวัคซีน** . คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ศูนย์รังสิต ,แหล่งที่มา : http://guruvaccine.com/elearn/5-2-/ . สืบค้นเมื่อวันที่ 8 มีนาคม 2563

เข็มขัดช่วยซัพพอร์ต Urostomy Support Belt.

กรรณิการ์ ตาขัน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเล่าลิ่ว

บทนำ

นวัตกรรมเข็มขัดช่วยซัพพอร์ตสำหรับผู้ที่มีถุงปัสสาวะติดหน้าท้อง ได้จัดทำขึ้นเนื่องจากทางผู้ประดิษฐ์ได้พบปัญหาในการดูแลผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ที่มีรูเปิดปัสสาวะทางหน้าท้อง ที่มีปัญหาแป้นติดหน้าท้องและวัสดุรองรับปัสสาวะรั่วซึมบ่อย และมีการเปลี่ยนแป้นติดหน้าท้อง 1-2 วัน/ ชิ้น ทำให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาในแต่ละรอบการรักษาของการนัดรอบ 3 เดือน ประมาณ 22,000 บาท/ครั้ง ทำให้เกิดภาระความรับผิดชอบในการติดตามจ่ายค่ารักษาที่มากเกินความจำเป็น และประกอบกับปัญหาการรั่วซึมของแป้นปัสสาวะทางหน้าท้องทำให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันได้ไม่สะดวก ขาดความมั่นใจในการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนเนื่องจากวิตกกังวลเรื่องกลิ่นปัสสาวะที่ส่งกลิ่นเหม็น กังวลเรื่องการเลื่อนหลุดของแป้นติดหน้าท้อง ประกอบอาชีพทำสวน ทำไร่ ได้ไม่สะดวก ซึ่งจะเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการรั่วซึมได้ง่ายมากยิ่งขึ้น ภายหลังการใช้ “เข็มขัดช่วยซัพพอร์ตสำหรับผู้ที่มีถุงปัสสาวะติดหน้าท้อง” 3 เดือน โดยเข็มขัดช่วยรัดหน้าท้องนี้นอกจากจะช่วยพยุงไม่ให้แป้นเลื่อนหลุดแล้วยังช่วยรับน้ำหนักถุงรองปัสสาวะที่เชื่อมต่อกับแป้นติดหน้าท้อง ทำให้สามารถลดการรั่วซึมของปัสสาวะบริเวณแป้นติดวัสดุรองรับปัสสาวะได้ดีขึ้น ระยะเวลาการใช้งานนานขึ้น 6-8 วัน/ชิ้น สามารถลดปริมาณการใช้งานของตัวแป้น จากจำนวน 15-20 ชิ้น/เดือน เหลือเพียงเดือนละ 4-5 ชิ้น ทำให้ผู้ป่วยมีความกังวลลดลง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดการเสียเวลาในการติดวัสดุ และยังช่วยลดค่าใช้จ่ายอีกด้วย

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

ใช้รูปแบบการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล Deming Cycle; PDCA แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน คือ Plan : ศึกษาสถานการณ์ภาวะแทรกซ้อน รูปแบบการดูแลรักษาพยาบาล นวัตกรรมเดิมและผลการดำเนินงาน ในผู้ป่วยมีรูเปิดปัสสาวะทางหน้าท้อง พบว่าแป้นติดหน้าท้องและวัสดุรองรับปัสสาวะรั่วซึมได้ง่าย ทำให้ต้องเสียเวลาในการติดวัสดุ มีความวิตกกังวลขาดความมั่นในการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนเนื่องจากมีกลิ่นเหม็นปัสสาวะติดตามกางเกงและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล Do, Action : เข็มขัดช่วยซัพพอร์ตสำหรับผู้ที่มีถุงปัสสาวะติดหน้าท้อง ครั้งที่ 1 ใช้ผ้าอ้อมเด็กซึ่งเป็นสำลี ติดปลายเข็มขัดด้วยกระดุม ประเมินพบว่า ผ้ามีความยืดหยุ่นมากและกระดุมทำให้ติดไม่ไม่กระชับและไม่ช่วยพยุงแป้นติดหน้าท้องระยะเวลาการใช้งาน ติดได้ 1-2 วันเท่าเดิม ประดิษฐ์ผ้ารัดหน้าท้อง ครั้งที่ 2 ปรับผ้าเป็นผ้าฝ้ายเขียวของทางโรงพยาบาล มีช่องถุงผ้าสำหรับรองรับถุงใส่น้ำปัสสาวะ ใส่ตีนตุ๊กแกช่วยให้เลื่อนขนาดเหมาะกับเอวได้ดีขึ้นประเมินพบว่าใช้ได้ดีขึ้นสะดวก กระชับ ระยะเวลาการใช้งาน ติดได้ 6-8 วัน Check : นำนวัตกรรมใช้

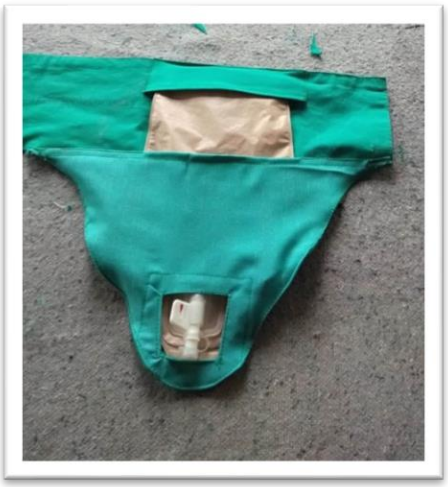
กับผู้ป่วยผู้ป่วยที่มีปัญหา ระหว่างเดือนมิถุนายน 2563 – สิงหาคม 2563 จำนวน 1 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลระยะเวลาการใช้งาน โดยการสังเกต การสัมภาษณ์ และสอบถามความพึง

วัสดุที่ใช้ในการประดิษฐ์

1. ผ้าฝ้ายเขียวของโรงพยาบาลที่เหลือใช้ 1 ชิ้น
2. ตีนตุ๊กแก 2 ชิ้น
3. เครื่องจักรเย็บผ้า 1 เครื่อง
4. กรรไกร 1 อัน
5. สายวัด 1 เส้น
6. ไม้บรรทัด 1 อัน

วิธีการประดิษฐ์

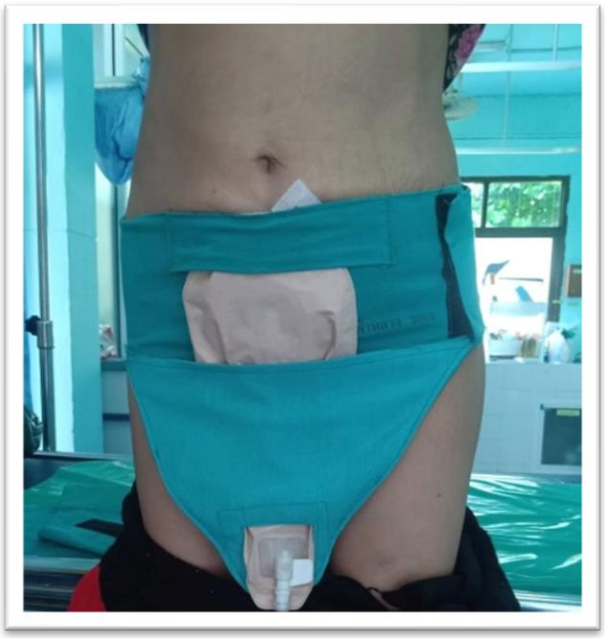
1. วัดขนาดรอบสะโพกตำแหน่งแนวเดียวกับรุเปิดปัสสาวะ ขนาด 74 เซนติเมตร
2. วัดขนาดความกว้างของฐานแป้นติดหน้าท้อง 10 เซนติเมตร
3. วัดขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางของแป้นติดกับถุงปัสสาวะ 6.5 เซนติเมตร
4. วัดขนาดความกว้าง ยาว ของถุงระบายใส่ปัสสาวะ ยาว 27 เซนติเมตร กว้าง 20 เซนติเมตร
5. ตัดผ้าตามขนาด แบ่งเป็น 2 ชิ้น ชิ้นแรกเจาะรูตรงกลางตามขนาดที่วัด เพิ่มความหนาของผ้าบริเวณปากขอบอีก 1 ชั้น ชิ้นที่ 2 ประกอบเป็นถุงรองรับน้ำปัสสาวะ ปลายเปิดเป็นรูเปิดระบายปัสสาวะทิ้ง
6. เย็บติดตีนตุ๊กแก ปลายผ้าทั้งสองข้าง



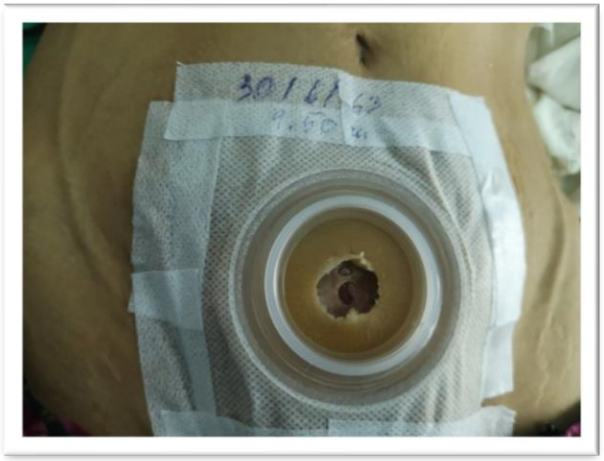
ด้านนอก

ด้านใน

ครั้งที่ 1



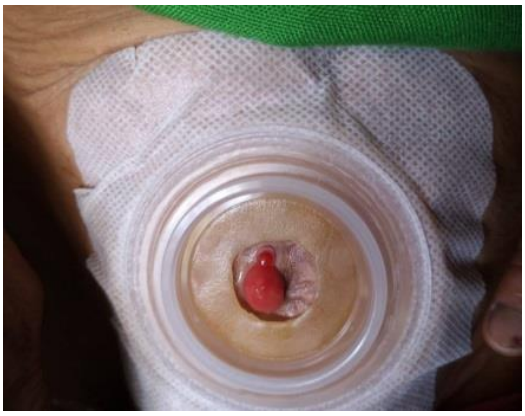
ครั้งที่ 2



ทำตารางจดบันทึกวันเวลาที่เปลี่ยน

วิธีการใช้งาน

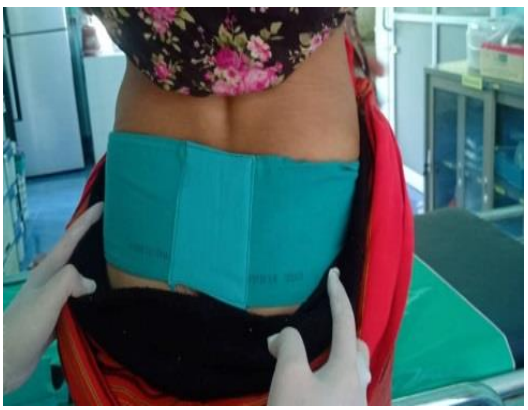
เตรียมพื้นผิวหนัง



ติดแป้นหน้าท้อง

นำถุงรองปัสสาวะสอดในช่องแล้ว

นำไปกดติดกับแป้นหน้าท้อง



ติดตีนตุ๊กแกด้านข้างให้กระชับ

การทดสอบประสิทธิภาพ

1. สามารถลดปริมาณการใช้งานของตัวแป้นลง
2. ระยะเวลาการใช้งานที่เพิ่มขึ้น
3. ความพึงพอใจของผู้ใช้นวัตกรรม

ผลการทดสอบ	ก่อนใช้นวัตกรรม 3 เดือน	หลังใช้นวัตกรรม 3 เดือน
จำนวนแป้นที่ใช้ต่อเดือน	15-20 ชิ้น/เดือน	4-5 ชิ้น
ระยะเวลาการใช้งาน	1-2 วัน	6-8 วัน

สรุป

การใช้นวัตกรรมเข็มขัดช่วยซัพพอร์ตสำหรับผู้ที่มีถุงปัสสาวะติดหน้าท้องเป็นทางเลือกในการปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะกับสรีระวิทยาของบุคคลนั้นๆ มีที่รองรับถุงรองรับปัสสาวะ ช่องเปิดระบายปัสสาวะทิ้งโดยไม่ต้องแกะเข็มขัดออกจากตัวผู้ป่วย ใช้ง่าย สะดวก สามารถใส่และถอดได้ด้วยตนเอง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ เข้าร่วมกิจกรรมในสังคมได้ ลดความวิตกกังวลเรื่องปัสสาวะรั่วซึม และยังลดค่าใช้จ่ายอีกด้วย จากการสังเกตผู้ป่วยใช้นวัตกรรมอย่างต่อเนื่อง และจากการสอบถาม ผู้ป่วยมีความพึงพอใจระดับมากที่สุด

เอกสารอ้างอิง

ทิพย์มาศ ป้อมแสน. (2561). **การดูแลลำไส้เปิดทางหน้าท้องสำหรับปัสสาวะ คลินิกออสโตมีและแผล**. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. หน้า 1 – 13.

สมพร วรรณวงศ์. (2559). **ปัญหาการติดวัสดุรองรับปัสสาวะในผู้ป่วยอ้วนที่ได้รับการผ่าตัดรูเปิดปัสสาวะทางหน้าท้อง: ความท้าทายในการดูแล**. ใน: วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้.สงขลา. หน้า 207 - 219.

การใช้ผ้าริบบิ้นช่วยยืดเหยียดลดอาการปวดบ่าไหล่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่คาวหลวง ตำบลสันกลาง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย

ภัทราภรณ์ แสนหลง
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่คาวหลวง

บทนำ

ปัญหาอาการปวดบ่าไหล่เป็นปัญหาที่พบได้บ่อย อาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ ซึ่งอาการบ่งชี้พบว่ามีอาการปวดบริเวณต้นแขน ปวดด้านหลังหัวไหล่ ปวดบริเวณต้นคอ ซึ่งในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่คาวหลวง ร้อยละ 90 (องค์การบริหารส่วนตำบลสันกลาง, 2563) ของประชากรประกอบอาชีพเกษตรกรรม จึงทำให้มีอาการปวดตามกล้ามเนื้อต่าง ๆ นอกจากนี้เพื่อพิจารณาข้อมูล ผู้มารับบริการในที่มีอาการปวดบ่าไหล่ ได้ทั้งผู้ชายผู้หญิง โดยเฉพาะกลุ่มวัยกลางคน และกลุ่มผู้สูงอายุ จากข้อมูลในปี 2563 นั้นมีจำนวนมากกว่า 70 คน (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่คาวหลวง, 2563) จากการศึกษาผลงานวิชาการที่ผ่านมาในแก้ไขปัญหาดังกล่าว พบว่าการนำผ้าริบบิ้นมาใช้ช่วยยืดเหยียดลดอาการปวดบ่าไหล่นี้ เป็นแนวคิดที่ถูกนำมาประยุกต์ดัดแปลงใช้เป็นอุปกรณ์สำหรับการออกกำลังกายช่วยยืดเหยียดลดอาการปวดบ่าไหล่ เนื่องจากมีราคาไม่แพง หาซื้อได้ง่าย และพกพาไม่ลำบาก ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีแนวคิดในการจัดทำนวัตกรรมการใช้ผ้าริบบิ้นช่วยบริหารยืดเหยียดลดอาการปวดบ่าไหล่ขึ้น เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อได้อย่างมีประสิทธิภาพ และลดปัญหาการปวดบ่าไหล่ของประชาชนในพื้นที่ได้

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาการใช้ผ้าริบบิ้นช่วยยืดเหยียดลดอาการปวดบ่าไหล่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่คาวหลวง ตำบลสันกลาง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

1) ขั้นตอนและวิธีการสร้างนวัตกรรม

1.1) วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ ได้แก่ ผ้าริบบิ้น สายวัด ไฟแช็ก กรรไกร

1.2) วิธีการประดิษฐ์นวัตกรรมผ้าริบบิ้น

1.2.1 นำสายวัดมาวัดกับผ้าริบบิ้นประมาณ1.5 เมตร หรือให้พอดีกับความกว้างยาวของแขน2ข้าง

1.2.2 ใช้กรรไกรตัดผ้าริบบิ้นตามที่วัดไว้

1.2.3 นำไฟแช็กมาลนไฟที่ปลายริบบิ้นทั้ง 2 ด้าน เพื่อไม่ให้ผ้าหลุดลุ่ย

2) วิธีการนำนวัตกรรมไปใช้

การทดสอบประสิทธิภาพ

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่มีอาการปวดคอ บ่าไหล่ ที่มารับการรักษาที่งานคลินิกแพทย์แผนไทยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่คาวหลวง ตำบลสันกลาง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย ในช่วง เวลาระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2562 – 30 กันยายน 2563 จำนวนที่คัดเลือกทำการศึกษา 30 คน

วิธีการทดสอบ

1. ผู้ป่วยที่มีอาการปวดบ่าไหล่และมีระดับความปวดเมื่อยบริเวณบ่าคอไหล่แขนตั้งแต่ระดับปวดเล็กน้อยขึ้นไป จำนวน 30 คน ใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่คาวหลวง ปีงบประมาณ 2363

2. ทดลองใช้ 1 ครั้ง ครั้งละ 10 ท่า 10 วินาทีต่อท่า หรือ นับ1-10

3. ทดสอบผลก่อนหลัง โดยทำการวัด ระดับความเจ็บปวด ก่อนและหลังใช้นวัตกรรม และระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการหลังการใช้นวัตกรรม

ผลการทดสอบ

ผลการทดสอบวัดระดับความเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาจำนวน 30 ตัวอย่าง พบว่า โดยภาพรวม ค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความเจ็บปวดของกลุ่มตัวอย่างน้อยลง จากค่าเฉลี่ย 5.62 คะแนน (SD=0.95) ก่อนทดลอง ลดลงเป็น ค่าเฉลี่ย 4.47 คะแนน (SD=0.78) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการทดสอบวัดระดับความเจ็บปวดระหว่างก่อน และหลังใช้นวัตกรรม

การทดสอบ	ก่อนใช้		หลังใช้	
	mean	(SD)	mean	(SD)
ผลการทดสอบนวัตกรรม	5.62	0.78	4.47	0.95

ผลการทดสอบความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา 30 ตัวอย่าง พบว่า โดยภาพรวมหลังการใช้นวัตกรรมระดับความพึงพอใจของผู้ใช้นวัตกรรมผ้าริบบิ้น อยู่ในระดับ ดี (ค่าเฉลี่ย 4.38 คะแนน SD=0.43) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สรุปผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้นวัตกรรมผ้าริบบิ้น

คะแนน	mean	(SD)	ระดับความพึงพอใจ
ความพึงพอใจภาพรวม	**4.38**	**0.43**	ดี

สรุปผลการศึกษา

การใช้ผ้าริบบิ้นช่วยยืดเหยียดลดอาการปวดบ่าไหล่ สามารถนำมาช่วยในการลดอาการปวดบ่าไหล่ได้ ทั้งสามารถสร้างความพึงพอใจต่อผู้รับบริการได้เป็นอย่างดี

เอกสารการอ้างอิง

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลล้านแม่คาวหลวง. (2563). **รายงานประจำปีงบประมาณ 2563**. เชียงราย: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลล้านแม่คาวหลวง.

องค์การบริหารส่วนตำบลสันกลาง. (28 สิงหาคม 2563). **ข้อมูลทั่วไปตำบล**. เข้าถึงได้จาก องค์การบริหารส่วนตำบลสันกลาง: http://www.sanklangphan.go.th/index.php

ตลับยาเตือนความจำ

เรณู ดวงเนตร
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านด้ายหนองหล่ม

บทนำ

แรงบันดาลใจของการทำตลับยา เริ่มต้นจากประสบการณ์ในการทำงานประจำวันที่พบปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยสูงอายุ ต้องกินยามากกว่าสิบชนิดต่อวัน ทั้งยาโรคความดัน เบาหวาน ไขมัน ทำให้คิดจะจัดยาใช้กล่องยาให้สะดวกต่อการกิน คนเรามีโอกาสจะลืม รับประทานยาโดยเฉพาะเมื่อตนเองไม่ได้ป่วย หรือบางคนมีโรคประจำตัวที่จะต้องรับประทานยาทุก วัน ดังนั้นควรจะคิดแผนไว้เลยว่าจะกินยาวันละเม็ดทุกวันโดยไม่ให้ลืมได้อย่างไร จากการสอบถามผู้ป่วยที่มารับยา NCD ในสถานบริการเกี่ยวกับ การต้องรับประทานยาทุกวัน มักจะมีคำตอบว่า เป็นคนขี้ลืม ลืมรับประทานยาในมื้อนั้น หรือบางคนจำไม่ได้ว่ารับประทานแล้วหรือยัง มีโอกาสที่รับประทานยาซ้ำใน มื้อนั้น บางคนบอกว่าต้องไปทำงานนอกบ้านบ้าง ซึ่งหลาย ๆ คนจะมีวิธีกันลืมที่แตกต่างกันตาม คำแนะนำจากเภสัชกร จากแพทย์ให้ใช้เครื่องช่วยเตือนความจำ เช่นฟังชั่นนาฬิกาปลุกใน โทรศัพท์มือถือ หรือให้จัดตารางกินยาให้สอดคล้องกับกิจวัตรประจำวัน เช่น หลังแปรงฟัน หรือหลัง อาหารเช้า ใช้ปฏิทิน แต่ถ้าเป็นผู้สูงอายุ ที่ไม่มีลูกหลานหรือคนใกล้ชิดที่พอจะช่วยเตือนให้กินยาได้ เพราะต้องออกไปทำงาน หาเงินตั้งแต่เช้ากลับถึงบ้านก็ค่ำมืดทำให้ลืมกินยา หรือ กินแล้วกินอีกเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นได้ แต่ก็ไม่ได้ถือว่าเป็นเรื่องปกติที่ต้องเป็น ดังนั้น การหาที่ใส่ยาที่แบ่งไว้ในแต่ละมื้อ แบ่งออกเป็นส่วน ๆ ตามเวลาการกินยา เช่น เช้า กลางวัน เย็น และก่อนนอน แล้วใส่ยาลงในตลับดังกล่าว เป็นอีกวิธีหนึ่งที่ได้แนะนำสำหรับผู้ป่วย ฉะนั้นการจัดหาวัสดุสำหรับใส่ยาให้เหมาะสม กับภาวะเศรษฐกิจในปัจจุบัน และเป็นวัสดุที่เหลือใช้ หาง่าย ประหยัดเพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาของการลืมกินยาในผู้สูงอายุ

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

1. นำตลับใส่Strip สำหรับตรวจFBS ที่ใช้หมดแล้วมาเช็ดทำความสะอาด
2. ทำสติกเกอร์สี วิธีกินยา สำหรับติดข้างตลับ
3. ให้คำแนะนำ วิธีใช้ และแจกให้ผู้ป่วยสูงอายุหรือญาติ

การทดสอบประสิทธิภาพ

ประชากรที่ศึกษา	ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขต รพ.สต.บ้านด้ายหนองหล่ม จำนวน 170 คน
กลุ่มที่ศึกษา	ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่พบปัญหาในการลืมกินยา และอ่านหนังสือไม่ได้ จำนวน 30 คน
เครื่องมือที่ใช้	“ ตลับยาเตือนความจำ” และ แบบประเมิน ความพึงพอใจของผู้ป่วยในการใช้ตลับยา
สถานที่ศึกษา	ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในรพ.สต.บ้านด้ายหนองหล่ม จำนวน 30 คน
ช่วงเวลาที่ศึกษา	ระหว่างเดือน ตุลาคม 2562 ถึง เดือน เมษายน 2563
การวิเคราะห์ข้อมูล	การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติแจกแจงจำนวน และร้อยละ

สรุปผล

ตลับยาเตือนความจำเป็นนวัตกรรมที่สามารถประเมินการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ผลดีและปลอดภัย ประหยัด ลดปัญหาการลืมกินยาและป้องกันการกินยาซ้ำซ้อน ทำให้โรคไม่ให้ลุกลามจนเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือเป็นอันตรายรุนแรงถึงขั้นพิการและเสียชีวิตและ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังสามารถรับประทานยาได้อย่างถูกต้อง

เอกสารอ้างอิง

https://med.mahidol.ac.th/nursing/ACNER/admin/file_doc/20180430102135.pdf

รีโมทปรอทแม่นาค รุ่น2020

สารภี นพคุณ

ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองแม่จัน กลุ่มงานปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลแม่จัน

บทนำ

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรน่า 2019 (COVID-19) ซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่ในระบบทางเดินหายใจ ที่มีการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วไปทั่วโลกตั้งแต่เดือน มกราคม 2563 ที่ผ่านมา ได้ส่งผลกระทบเป็นวงกว้างต่อภาวะเศรษฐกิจ สุขภาพจิต และการดำรงชีวิตประจำวันของประชาชนและส่งผลกระทบการทำงานของหน่วยงานต่างๆ ที่ให้บริการแก่ประชาชน ที่ต้องมีการปรับเปลี่ยนระบบการทำงาน เพื่อป้องกันการระบาดของโรค รัฐบาลได้มีแนวทาง นโยบายเพื่อการควบคุมโรคด้วยการให้ประชาชน ด้วยการอยู่บ้าน ลดเชื้อ เพื่อชาติและ การใช้มาตรการทางสังคมคือการใส่หน้ากากอนามัย การล้างมือและการใช้หลักการ Social Distancing คือการเว้นระยะห่างทางสังคมอย่างน้อย 1-2 เมตร และการกำหนดให้มีการวัดไข้ก่อนการเข้าใช้บริการในสถานบริการและหน่วยงานต่างๆ เช่น โรงพยาบาล รพ.สต ตลาดสด โรงเรียน อำเภอ การตั้งด่าน และในงานศพ

ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองแม่จันเป็นหน่วยงานปฐมภูมิ(PCU) ของโรงพยาบาลแม่จัน ให้บริการในระบบเครือข่ายสุขภาพอำเภอ ในพื้นที่ตำบลแม่จัน มีจำนวน 14 หมู่บ้าน 3,097 หลังคาเรือน ประชากร 18,016 คน ได้มีการปรับระบบการให้บริการเพื่อลดการระบาดของโรค โดยให้สอดคล้องกับแผนรับมือกับโรคระบาดของกรมอนามัยและกรมควบคุมโรค มุ่งเน้นการทำกิจกรรมในชุมชน มีการการบูรณาการการทำงานร่วมกับเครือข่ายสุขภาพอำเภอ โดยการออกให้ความรู้แก่ประชาชนร่วมกับ อสม ในกิจกรรม อสม. เคาะประตูบ้าน ต้านภัยโควิด-19 การออกชุมชนเพื่อให้ความรู้แก่ครอบครัวของผู้เสียชีวิตที่จะจัดพิธีศพ ซึ่งกิจกรรมที่สำคัญในงานคือการวัดไข้ให้แก่ผู้มาร่วมงาน กิจกรรมการตรวจสุขภาพโดยการวัดไข้ให้แก่ผู้ที่เดินทางกลับมาจากพื้นที่เสี่ยงและได้รับการกักตัว การวัดไข้ผู้ใช้บริการในตลาดสด ห้างร้านต่างๆ รวมไปถึงการทำงานร่วมกับภาคอำเภอในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโดยเจ้าหน้าที่ ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) อำเภอแม่จัน ที่มีการจัดเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในอำเภอแม่จัน ผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกันไปปฏิบัติหน้าที่ประสานงาน เฝ้าระวัง ควบคุมโรค โดยการซักประวัติการเดินทาง และการตรวจคัดกรองไข้ให้แก่ประชาชนที่เดินทางข้ามพื้นที่ภายในจังหวัดเชียงราย ที่ด่านตรวจกิ่วสะไต อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย

การวัดไข้ให้แก่ผู้รับบริการทั่วไปจะเป็นการวัดไข้โดยใช้ปรอทวัดไข้อินฟาเรด ที่ใช้วัดไข้บริเวณหน้าผาก เป็นเครื่องมือที่สามารถวัดค่าได้โดยมีระยะห่าง 5-10เซนติเมตร ที่นิยมใช้กันจะเป็นปรอทวัดไข้ที่มีลักษณะรูปร่างคล้ายปืน โดยผู้ใช้งานต้องแต่งกายด้วยชุดอุปกรณ์ป้องกัน ยืนเว้นระยะห่างเพียงเล็กน้อยกับผู้ที่จะได้รับการวัดไข้เพื่อจับบริเวณที่จับและยื่นมือออกไปวัดไข้ให้สุดแขน เมื่อต้องปฏิบัติหน้าที่โดยการยืนเป็นระยะเวลานานทำให้มีอาการอ่อนล้าเมื่อยบริเวณแขนและขา ส่วนการวัดไข้ที่ด่านตรวจกิ่วสะไต จะเป็น

การตรวจคัดกรองไข้ให้แก่ผู้ที่เดินทางข้ามพื้นที่ภายในจังหวัดเชียงราย และผู้ที่สัญจรไปมาซึ่งอาศัยอยู่บริเวณนั้น ผู้ที่ขับขี่รถที่มีขนาดใหญ่เครื่องมือที่ใช้วัดไข้มีความยาวจำกัดไม่สามารถยื่นไปถึงตัวผู้ขับขี่ ทำให้ผู้ขับขี่และผู้โดยสารมาด้วยต้องลงจากรถเพื่อทำการวัดไข้ บางครั้งบางสถานที่เจ้าหน้าที่จะเป็นผู้ปีนขึ้นไปบนรถเพื่อทำการวัดไข้เอง โดยปีนขึ้นบนล้อรถ หรือใช้นั่งร้านที่ทำขึ้นเองอย่างง่าย ภายใต้แสงแดดและอากาศร้อน ส่วนการวัดไข้ให้กับผู้ขับขี่รถที่มีขนาดเล็กเจ้าหน้าที่ต้องเข้าใกล้รถเพื่อทำการยื่นมือเข้าไปในรถ เพื่อทำการวัดไข้ให้แก่ผู้โดยสารภายในตัวรถ การวัดไข้แบบนี้เสี่ยงต่อการติดเชื้อ เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ เจ้าหน้าที่ไม่มีความสุขในการปฏิบัติงาน มีความไม่พึงพอใจ ต้องใช้เวลานานในการปฏิบัติงานแต่ละครั้ง ส่งผลต่อการจราจรทำให้มีรถติดเป็นทางยาว

ดังนั้น ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองแม่จัน โรงพยาบาลแม่จัน จึงได้คิดค้นนวัตกรรมเพื่อช่วยในการในการวัดไข้เพื่อให้เป็นไปตามหลักการของ Social Distancing ที่ต้องมีเว้นระยะห่างทางสังคม โดยควรอยู่ห่างกัน1-2 เมตร เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อ และสามารถวัดไข้ในทุกสถานที่ ใช้งานง่ายและรวดเร็ว

วัตถุประสงค์

เพื่อผลิตนวัตกรรมให้เหมาะสมต่อการคัดกรองไข้ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

1. วิธีดำเนินการ

1.1.การออกแบบมือจับปรอท นวัตกรรมรีโมทปรอทแม่นาค รุ่น 2020 เพื่อให้ตรงตามหลักการ Social Distancing โดยต้องมีความยาวเกิน 1 เมตร ใช้งานง่าย สะดวก มีน้ำหนักเบา

1.2.การเตรียมวัสดุ อุปกรณ์ที่นำมาประดิษฐ์ นวัตกรรมรีโมทปรอทแม่นาค รุ่น 2020

1.2.1 ด้ามจับจากอุปกรณ์เครื่องพ่นยา ราคา 140 บาท

1.2.2 ท่อน้ำพีวีซี ราคา 50 บาท

1.2.3 มือห้ามรถจักรยาน ราคา 110 บาท

1.2.4 น๊อตตัวเล็ก 4 ตัว ราคา 40 บาท รวมต้นทุนในการประดิษฐ์ 340 บาท

1.3.การประดิษฐ์นวัตกรรมรีโมทปรอทแม่นาค รุ่น 2020

1.3.1. นำด้ามจับจากอุปกรณ์เครื่องพ่นยา มาปรับแต่งเป็นด้ามไว้สำหรับต่อพ่วงกับมือห้ามรถจักรยาน และทำให้มีความยาว เกิน 1 เมตร

1.3.2. ใช้ท่อน้ำ PVC มาตัดให้มีความยาวพอเหมาะและปรับแต่งให้เข้ากับรูปทรงของปรอทที่มีลักษณะรูปร่างคล้ายปืน เพื่อให้สามารถประคองตัวปรอท และสามารถอ่านตัวเลขบนหน้าปัดได้ในระยะไกล

1.3.3. นำด้ามจับเครื่องพ่นยา ที่ปรับแต่งไว้แล้ว มาต่อพ่วงกับท่อน้ำพีวีซีที่ขึ้นรูปไว้

1.3.4. ใช้มือห้ามรถจักรยานมาประกอบเข้ากับด้ามจับเครื่องพ่นยาสำหรับเป็นที่บีบบังคับตัวกดสั่งงาน

1.3.5.ใช้สายห้ามรถจักรยาน มาทำเป็นสายตัวเชื่อมเพื่อช่วยในการสั่งงานในการบังคับในการบีบปรอท

1.4 วิธีการใช้สิ่งประดิษฐ์ :

1.4.1 เปิดปุ่มการทำงานของตัวปรอท

1.4.2 จับบริเวณมือจับที่ด้ามจับอุปกรณ์เครื่องพ่นยา และยื่นมือออกไปจนสุดแขน จะได้ระยะห่างระหว่างผู้วัดไข้และผู้ที่ถูกวัดไข้ 2 เมตร โดยประมาณ

1.4.3 ออกแรงกดบีบบริเวณมือห้ามรถจักรยานเพียงเล็กน้อย

1.4.4 อ่านตัวเลขที่อยู่บนหน้าปัดปรอท และแจ้งผลให้แก่ผู้ที่ถูกวัดไข้

การทดสอบประสิทธิภาพ

การวัดไข้โดยใช้นวัตกรรมรีโมทปรอทแม่นาค รุ่น 2020 สามารถนำมาใช้เป็นอุปกรณ์ในการตรวจคัดกรองไข้ในหน่วยงาน ชุมชน และด่านคัดกรอง ที่ใช้ได้กับรถทุกขนาด เป็นอุปกรณ์ช่วยป้องกันโรคโควิด-19 โดยใช้หลักการเว้นระยะห่างทางสังคม Social Distancing มีน้ำหนักเบา ใช้งานง่าย สะดวก ทำให้เจ้าหน้าที่มีความสุขในการปฏิบัติงาน มีความพึงพอใจหลังการใช้งาน 100 %

สรุป

การใช้นวัตกรรมรีโมทปรอทแม่นาค รุ่น2020 ร่วมกับการใส่หน้ากากอนามัย ในการปฏิบัติงาน ทำให้เจ้าหน้าที่มีความมั่นใจในการทำงาน ด้วยหลัก Social Distancing สามารถทำงานอย่างได้มีประสิทธิภาพ และมีความสุขในการทำงาน ปลอดภัยต่อการติดเชื้อโรคโควิด -19

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข นิยามการเฝ้าระวังและสอบสวน (Patient Under Investigation : PUI) และ การตรวจทางห้องปฏิบัติการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 **สืบค้นวันที่10 กรกฎาคม 2563 จาก https://tmc.or.th/covid19/download/pdf/covid19_04042563.pdf**

กระทรวงสาธารณสุข (2563) **คู่มือการปฏิบัติตามมาตรการผ่อนปรนกิจการและกิจกรรมเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด19 สำหรับประเภทกิจการและกิจกรรมกลุ่ม1(สีขาว)** พิมพ์ครั้งที่ 1 สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์ กรุงเทพฯ

แถลงการณ์ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย ร่วมกับ สมาคมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย**(2563)** แนวทางการปฏิบัติสำหรับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในสถานการณ์การระบาดของโรคติดต่ออันตราย จากไวรัส COVID-19 ฉบับที่ 1

ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์อมร ลีลารัศมี. **เรื่องน่ารู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อ COVID-19 จากเชื้อไวรัส SARS-CoV-2** สืบค้นวันที่10 กรกฎาคม 2563 จาก https://tmc.or.th/covid19/download/pdf/tmc- covid19-19.pdf

แผ่นพยุงแขน พยุงขา พัฒนากล้ามเนื้อแข็งแรงดี

Support arm support leg develop good muscle tone

มาลีจิตร์ ชัยเนตร และอรุณ ใต้ฟ้าพูล

ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (COC) กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลแม่ลาว

บทนำ

จากการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงของพยาบาลเยี่ยมบ้านศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (COC) และทีมสหสาขาวิชาชีพ พบว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ผู้สูงอายุ ผู้พิการที่มีปัญหาแขน ขา อ่อนแรงเพิ่มมากขึ้น และญาติผู้ป่วยช่วยบริหารแขนขาให้ผู้ป่วยที่บ้านโดยให้ผู้ป่วยดึงรอกบริหารแขน ขา ที่อ่อนแรง แต่พบว่าผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว ใช้เวลาทำไม่นาน หรือไม่ค่อยทำ เมื่อสอบถามสาเหตุและจากการสังเกตผู้ป่วยพบว่า ขณะดึงรอกที่มีเชือกร้อยอยู่ในการใช้มือจับดึงรอกและขาคล้องอยู่กับผ้าขาวม้า ผ้าอื่นๆหรือเชือก ที่มีที่บ้านนำมาประยุกต์ใช้ ผู้ป่วยใช้ไม่สะดวกและเจ็บขณะดึงบริหารแขน ขา และแขน ขา จะหลุดตกได้ง่าย จึงเกิดความท้อแท้ เบื่อหน่ายและไม่ค่อยบริหารแขน ขา ด้วยวิธีดังกล่าว ดังนั้นพยาบาลเยี่ยมบ้านศูนย์ดูแลต่อเนื่องจึงได้แนะนำให้จิตอาสาทำนวัตกรรม แผ่นพยุงแขน แผ่นพยุงขา สำหรับผู้ป่วยผู้สูงอายุ ผู้พิการ ที่มีปัญหาแขนขาอ่อนแรง ใช้เป็นแผ่นรองในการบริหารแขน ขา พบว่า หลังการทดลองใช้ผู้ป่วย ผู้สูงอายุ ผู้พิการ บริหารแขนขาบ่อยครั้งขึ้น และ นานขึ้นไม่เจ็บ สะดวกและง่ายในการนำไปใช้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีแรงกล้ามเนื้อแขนขาดีขึ้น สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้นทุกราย (BI Score เพิ่มขึ้น) ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรมอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

ปี พ.ศ 2558-2560 ทำแผ่นพยุงแขน พยุงขาเป็นแผ่นรองและมีผ้าคาดแผ่นรองสำหรับผูกกับเชือกดึงรอก ทดลองใช้กับผู้ป่วย ผู้สูงอายุ ผู้พิการแขนขาอ่อนแรง พบว่าแผ่นรองแขนเวลาดึงรอกแขนจะเคลื่อนไหลไปมาทำให้การบริหารแขนไม่สะดวก และแผ่นรองขามีขนาดเล็กและสั้นเกินไป

ปี พ.ศ 2561-2562 ปรับแผ่นพยุงแขน ทำเป็นผ้าคาดมาด้านหน้าแขน และใช้ตีนตุ๊กแกติด สามารถปรับขนาดให้พอดีกันแขนเพื่อความกระชับข้อมือไม่ให้เคลื่อนไหลไปมา ทำให้ผู้ป่วยสามารถบริหารแขนได้สะดวกและบริหารแขนได้นานขึ้น และปรับขนาดแผ่นรองขาให้กว้างและยาวขึ้นช่วยทำให้พยุงขาได้ดีมากขึ้น

ขั้นตอนการทำนวัตกรรม

1. ออกแบบนวัตกรรมแผ่นพยุงแขน พยุงขา สำหรับผู้ป่วยแขนขาอ่อนแรง โดยเตรียมวัสดุอุปกรณ์ ได้แก่ ผ้าคอตตอน ผ้าสำลีหนา ฟองน้ำหนา เข็ม ด้าย กรรไกร โดยมีวิธีการทำแผ่นพยุง ดังนี้

- เตรียมผ้า ฟองน้ำ ตัดในรูปแบบที่ออกแบบไว้ จากนั้นนำฟองน้ำวางบนผ้า ตัดผ้าเลยแผ่นฟองน้ำออกมาประมาณ 1 นิ้ว แล้วเย็บติดกันให้แน่น
- ตัดผ้า 2 เส้น ขนาด 2 นิ้ว x15 นิ้ว ไว้สำหรับเย็บติดกับแผ่นพยุงที่เตรียมไว้
- ติดตีนตุ๊กแกที่แผ่นพยุง ขนาด 2x6 นิ้ว เพื่อใช้ติดรัดแขน เวลาใช้งานแขนและข้อมือจะได้ไม่หลุดหรือเคลื่อน
- นำเชือกไนลอน ด้านหนึ่งผูกกับแผ่นพยุงแขน พยุงขา
- นำปลายเชือกไนลอนอีกด้านหนึ่งผูกกับไม้ที่เตรียมไว้
- นำเชือกไนลอนไปต่อกับรอก ให้ผู้ป่วยดึง ขึ้น – ลง เป็นจังหวะ ช้าๆ บริหารครั้งละ 5-10 นาที

การทดสอบประสิทธิภาพ

การทดสอบและประเมินผลการใช้นวัตกรรม ในผู้ป่วย 15 รายที่มีค่า BI Score 0-11 คะแนน จำนวน 15 ราย หลังการใช้นวัตกรรมระยะเวลา 6 เดือน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบประเมินการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) วัดผลก่อนหลังการใช้นวัตกรรม

2. แบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรม

3. นวัตกรรม “แผ่นพยุงแขน แผ่นพยุงขา พัฒนากล้ามเนื้อแข็งแรงดี”

ตารางที่ 1 ตารางแสดงคะแนน ADL ก่อนและหลังการใช้นวัตกรรม

คนที่	ADL (คะแนน)		การแปลผล
	ก่อน	หลัง	
1	9	20	กลุ่มเป้าหมายมี ADL เพิ่มขึ้น 11 คะแนน
2	4	18	กลุ่มเป้าหมายมี ADL เพิ่มขึ้น 14 คะแนน
3	0	12	กลุ่มเป้าหมายมี ADL เพิ่มขึ้น 12 คะแนน
4	8	16	กลุ่มเป้าหมายมี ADL เพิ่มขึ้น 8 คะแนน
5	0	6	กลุ่มเป้าหมายมี ADL เพิ่มขึ้น 6 คะแนน
6	10	20	กลุ่มเป้าหมายมี ADL เพิ่มขึ้น 10 คะแนน
7	7	16	กลุ่มเป้าหมายมี ADL เพิ่มขึ้น 9 คะแนน
8	3	15	กลุ่มเป้าหมายมี ADL เพิ่มขึ้น 12 คะแนน
9	11	20	กลุ่มเป้าหมายมี ADL เพิ่มขึ้น 9 คะแนน
10	10	20	กลุ่มเป้าหมายมี ADL เพิ่มขึ้น 10 คะแนน
11	2	18	กลุ่มเป้าหมายมี ADL เพิ่มขึ้น 16 คะแนน
12	9	20	กลุ่มเป้าหมายมี ADL เพิ่มขึ้น 11 คะแนน
13	10	20	กลุ่มเป้าหมายมี ADL เพิ่มขึ้น 10 คะแนน
14	6	14	กลุ่มเป้าหมายมี ADL เพิ่มขึ้น 8 คะแนน
15	4	20	กลุ่มเป้าหมายมี ADL เพิ่มขึ้น 16 คะแนน

จากตารางที่ 1 แสดงระดับการทำกิจวัตรประจำวัน โดยประเมินจาก ADL ที่มีผลต่อประสิทธิภาพนวัตกรรมพบว่า กลุ่มเป้าหมายมีค่า ADL เพิ่มขึ้นทุกคน จากเป็นกลุ่มติดเตียง เป็นกลุ่มติดบ้าน ติดสังคม

ตารางที่ 2 ผลการประเมินความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรม แผ่นพยุงแขน พยุงขา ในผู้ป่วยแขนขาอ่อนแรง

รายการประเมินความพึงพอใจ	ระดับความพึงพอใจ (n = 15)					ค่าเฉลี่ย	แปลผลความพึงพอใจ
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)		
1.ท่านมีความพึงพอใจต่อรูปแบบ ขนาด ความสวยงาม ของนวัตกรรม อยู่ในระดับ	12	3	0	0	0	4.80	มากที่สุด
2.ท่านมีความพอใจต่อความสะดวกในการใช้เครื่องนวัตกรรม อยู่ในระดับ	13	2	0	0	0	4.87	มากที่สุด
3.นวัตกรรมมีความแข็งแรง/คงทน	14	1	0	0	0	4.93	มากที่สุด
4.นวัตกรรมมีความปลอดภัยต่อท่าน	14	1	0	0	0	4.93	มากที่สุด
5.นวัตกรรมมีความประหยัด/คุ้มค่า	12	3	0	0	0	4.80	มากที่สุด
6.นวัตกรรมสามารถใช้งานได้จริงและมีประโยชน์ต่อท่าน	10	5	0	0	0	4.67	มากที่สุด
7.นวัตกรรมสามารถช่วยให้ท่านบริหารแขน/ขาได้เอง	11	4	0	0	0	4.73	มากที่สุด
8.นวัตกรรมมีความเหมาะสมในการใช้งานสอดคล้องกับอาการของท่าน	14	1	0	0	0	4.93	มากที่สุด
9.นวัตกรรมสามารถทำให้ท่านเคลื่อนไหวข้อต่อได้มากขึ้น	13	2	0	0	0	4.87	มากที่สุด
10.นวัตกรรมช่วยให้อาการปวดของท่านลดลง	5	5	5	0	0	4.00	มาก
11.ท่านมีความพึงพอใจโดยรวมในการใช้นวัตกรรม อยู่ในระดับ	11	4	0	0	0	4.73	มากที่สุด
ค่าเฉลี่ย						**4.75**	**มากที่สุด**

สรุปผล

แผ่นพยุงแขน แผ่นพยุงขา พัฒนากล้ามเนื้อแข็งแรงดี สามารถใช้สำหรับผู้ป่วยแขนขาอ่อนแรงได้ดีทั้งที่บ้านและโรงพยาบาล สะดวกสบาย ราคาประหยัด นวัตกรรมสามารถนำมาใช้ได้จริง ช่วยส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพกล้ามเนื้อแขนขาให้มีแรงมากขึ้น ประโยชน์สูง ประหยัดสุด ช่วยสร้างความสุข และรอยยิ้มแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ทีมงานมีความสุขใจที่ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและความพิการ ช่วยทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

บรรณฑวรรณ หิรัญเคราะห์. (2549). **ผลของการฟื้นฟู สภาพที่บ้านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่บัณฑิต วิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

งานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทย์ศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. (2553). **วงล้อเสริมแรง.** ค้นเมื่อ 9 เมษายน 2559, จากโรงพยาบาลมหาราชนคร เชียงใหม่ คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เว็บไซต์ : http://www.med.cmu.ac.th/hospital/nintmed/2012/k-wheel.html

การพัฒนาและการใช้นวัตกรรม “แผ่นพยุงแขน แผ่นพยุงขา พัฒนากล้ามเนื้อแข็งแรงดี”

นำนวัตกรรมแผ่น Support แขนขาไปใช้ที่งานเวชกรรมฟื้นฟูในโรงพยาบาล

นำนวัตกรรมแผ่น Support แขนขาไปใช้แก่ผู้ป่วยที่บ้าน

บทเรียนที่ได้รับในการพัฒนานวัตกรรม

การเป็นพยาบาลเยี่ยมบ้านดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง (ติดบ้านติดเตียง) ต้องมองปัญหาผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ

นวัตกรรม“ Support แขน Support ขา พัฒนากล้ามเนื้อแข็งแรงดี” ใช้สำหรับผู้ป่วยแขนขาอ่อนแรงทั้งที่บ้านและโรงพยาบาล สะดวก สบาย ราคาประหยัด

นวัตกรรมต้องสามารถใช้ได้จริงทดลองใช้กับผู้ป่วยจริงและพัฒนานวัตกรรมอย่างต่อเนื่อง

นวัตกรรม Support แขน Support ขา พัฒนากล้ามเนื้อแข็งแรงดี ”ประโยชน์สูง ประหยัดสุด ช่วยสร้างความสุข และรอยยิ้มแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ทีมงานมีความสุขใจที่ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและความพิการแก่ผู้ป่วย

ทำฟันปลอดภัยด้วยหมวกคลุมศีรษะสำหรับงานฟุ้งกระจายทางการแพทย์

วิลาสินี บุญลาภทวีโชค และณิชาภา สิริ
หน่วยงานทันตกรรม โรงพยาบาลแม่จัน

บทคัดย่อ

จากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในประเทศไทยที่ผ่านมา ส่งผลกระทบต่อการจัดการรักษาทางทันตกรรมที่ฟุ้งกระจายในผู้ป่วยฉุกเฉิน ประกอบกับปัญหาการขาดแคลนชุดอุปกรณ์ป้องกันความปลอดภัยส่วนบุคคล (PPE: Personal Protective Equipment) ทางหน่วยงานจึงได้จัดทำหมวกคลุมศีรษะสำหรับงานฟุ้งกระจายทางการแพทย์ขึ้น เพื่อให้สามารถให้การรักษาทางทันตกรรมแก่ผู้ป่วยได้ และบุคลากรปลอดภัย รวมทั้งนำผลงานและความรู้ที่ได้ไปเผยแพร่แก่หน่วยงานอื่นๆ ให้เกิดประโยชน์ต่อไป

บทนำ

ในช่วงเดือนมีนาคมถึงพฤษภาคมที่ผ่านมา เกิดสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในประเทศไทย โดยไวรัสดังกล่าวสามารถแพร่จากคนสู่คนผ่านทางละอองน้ำมูก น้ำลาย จากจมูกหรือปากซึ่งออกมาเมื่อผู้ป่วยไอ จามหรือพูด (WHO, 2020) ส่งผลกระทบต่อการให้การรักษาทางทันตกรรมที่ฟุ้งกระจายในผู้ป่วยฉุกเฉิน จึงได้มีการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับชุดอุปกรณ์ป้องกันความปลอดภัยส่วนบุคคล ให้เป็นไปตามมาตรฐานหลักขององค์กรอนามัยโลก เพื่อให้สามารถให้การรักษาทางทันตกรรมแก่ผู้ป่วยได้ และบุคลากรปลอดภัย ประกอบด้วย ชุดกาวน์รัดคลุมศีรษะ หน้ากากกรองอนุภาคขนาด 3 ไมครอนชนิดเอ็นที่มีประสิทธิภาพการกรองที่ 95 เปอร์เซ็นต์ (N-95) แว่นตาหรือแว่นครอบตา กระบังป้องกันหน้า (Face Shield) ถุงมือตรวจโรค และถุงหุ้มขา แต่ในช่วงเวลาดังกล่าวสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิดของประเทศไทยอยู่ในระยะที่ 2 หมายถึง การพบผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย ไม่ได้ออกไปติดเชื้อจากต่างประเทศ โดยเป็นการติดเชื้อต่อมาจากผู้ที่ติดเชื้อจากต่างประเทศมาอีกทอดหนึ่ง เช่น การพบผู้ติดเชื้อที่ทำงาน หรืออาศัยใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อที่เดินทางกลับมาจากประเทศกลุ่มเสี่ยง อย่าง คนขับรถแท็กซี่ที่รับผู้โดยสารต่างชาติที่ติดเชื้อ และ ญาติพี่น้องที่อาศัยอยู่ร่วมบ้านเดียวกันกับผู้ที่เพิ่งกลับมาจากการท่องเที่ยวในประเทศเสี่ยง เป็นต้น ทำให้ทุกสถานบริการมีความต้องการใช้ชุดกาวน์ รัดคลุมศีรษะเป็นจำนวนมาก ทำให้เกิดความขาดแคลน หน่วยงานทันตกรรม โรงพยาบาลแม่จัน จึงได้จัดทำหมวกคลุมศีรษะสำหรับงานฟุ้งกระจายทางการแพทย์ขึ้น โดยได้รับความร่วมมือจากทางภาคเอกชนในการสนับสนุนอุปกรณ์ และผ้ากระดาษกันน้ำ องค์ความรู้ด้านการจัดทำหมวกคลุมศีรษะจากองค์การอนามัยโลก แหล่งข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลแฮย์วูด (Heywood Hospital) และเว็บเมกเกอร์ฮาบิแทด (Maker's Habitat) นำมาบูรณาการให้เหมาะสมกับบริบท เป็นหมวกคลุมศีรษะสำหรับงานฟุ้งกระจายทางการแพทย์ที่จัดทำโดยเจ้าหน้าที่หน่วยงานทันตกรรม โรงพยาบาลแม่จัน

วัตถุประสงค์

เพื่อให้สามารถให้การรักษาทางทันตกรรมที่ฟุ้งกระจายในผู้ป่วยฉุกเฉินขณะเกิดสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้

นิยาม

หมวกคลุมศีรษะสำหรับงานฟุ้งกระจายทางการแพทย์ หมายถึง อุปกรณ์ที่คลุมศีรษะและคอ เพื่อป้องกันละอองน้ำที่ฟุ้งกระจาย โดยจะคลุมไหล่หรือไม่ก็ได้ และแนะนำให้แยกชิ้นกับกาวน์หรือคลุมกาวน์ เพื่อให้สามารถถอดแยกออกได้อย่างปลอดภัยไม่ปนเปื้อน จาก WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Personal protective equipment for use in a filovirus disease outbreak: Rapid advice guideline. I.World Health Organization. ISBN 978 92 4 154972 1

คุณสมบัติ

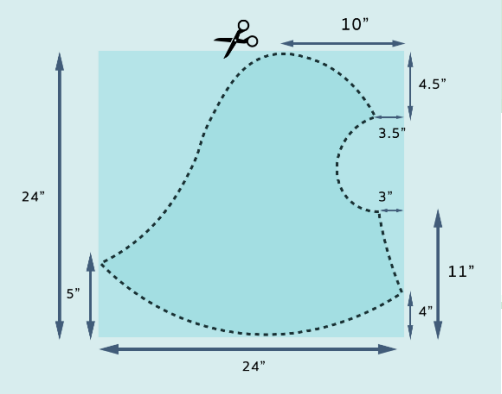
1. เป็นแบบใช้ครั้งเดียว
2. กันน้ำได้
3. สามารถปรับให้พอดี และคงสภาพหลังจากปรับแล้ว
4. คลุมส่วนบนของกาวน์

วัสดุอุปกรณ์

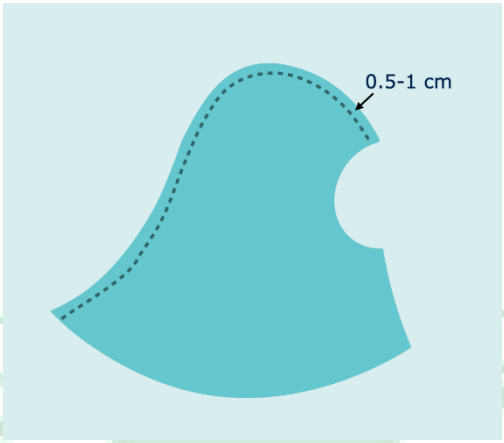
1. ผ้ากระดาษกันน้ำ
2. กระดาษกล่องหรือกระดาษแข็งสำหรับทำแบบ
3. ปากกา
4. ดินสอเขียนผ้า
5. ด้าย
6. ด้ายยางยืด
7. กรรไกร
8. เครื่องหนีบซอง
9. จักรเย็บผ้า

วิธีการ

1. วาดแบบลงในกระดาษกล่องหรือกระดาษแข็งตามขนาด ด้วยปากกาแล้วตัดแบบ

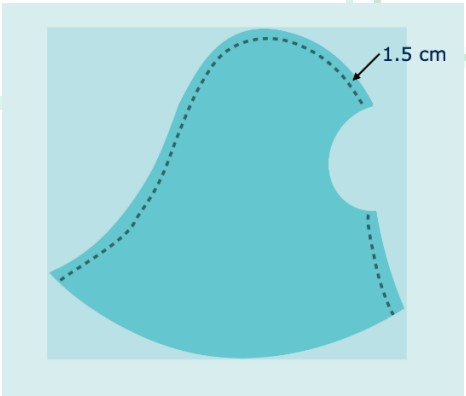


2. นำแบบที่ตัดมาวางบนผ้า ขีดเส้น แล้วตัดห่างจากเส้นที่ขีดไว้ประมาณ 1.5 เซนติเมตรโดยรอบ ยกเว้นบริเวณโค้งด้านหน้าและด้านล่างตามรูป

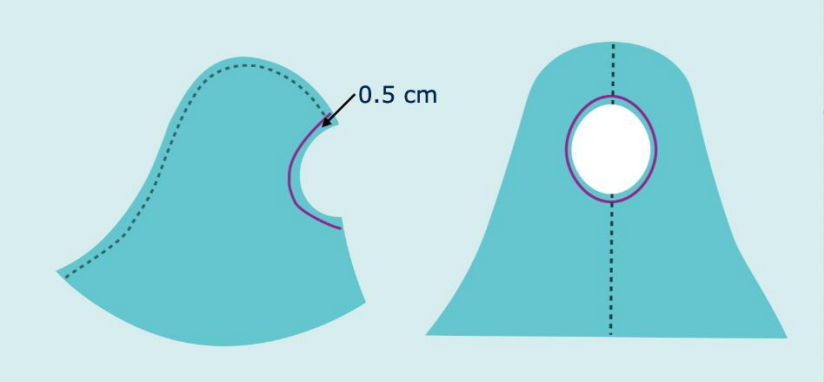


3. นำผ้าที่ตัดด้านมัน (ด้านที่เคลือบกันน้ำ) ประกบกันให้ด้านที่เป็นกระดาษอยู่ด้านนอก

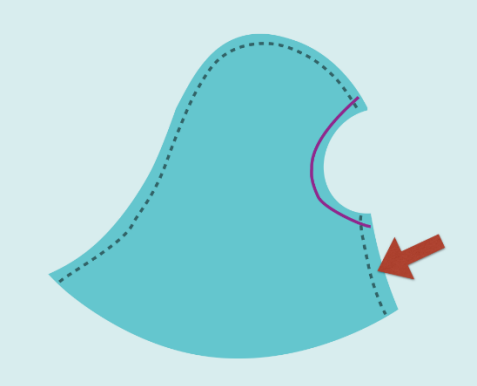
4. เย็บตามรอยวาดบริเวณขอบด้านบน และด้านหลังด้วยด้ายธรรมดาตามเส้นประ ให้ห่างจากขอบประมาณ 0.5 - 1 เซนติเมตร



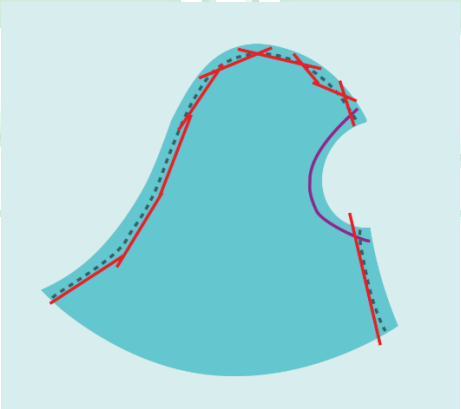
5. เย็บด้านหน้าด้วยด้ายยางยืด โดยคลี่ออกเป็นวงกลมตามรูป



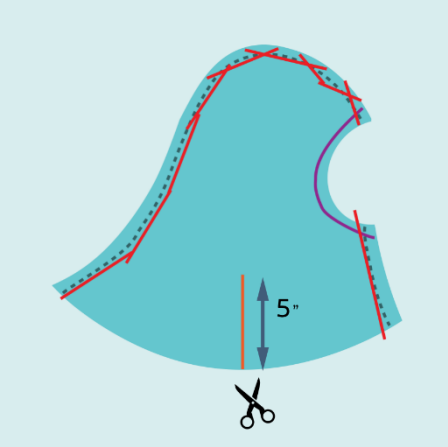
6. พับแล้วเย็บตามรอยประบริเวณใต้คางตามรูป



7. ทำการหนีบด้วยเครื่องหนีบซองซีลด้านในรอยเย็บ เพื่อป้องกันการซึมของของเหลวตามเส้นสีแดงในรูป



8. ตัดบริเวณไหล่ตามรอยปากกาสีส้ม เพื่อให้ใส่สะดวก ไม่ขัดขวางการทำงาน



ผลงาน

หมวกคลุมศีรษะสำหรับงานฟุ้งกระจายทางการแพทย์ จำนวน 500 ชิ้น โดยส่งมอบให้แก่ โรงพยาบาลรือเสาะจังหวัดนราธิวาส โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ สาธารณสุขจังหวัดเชียงราย และหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาลแม่จัน

เอกสารอ้างอิง

1. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/251426/9789241549721-eng.pdf?sequence=1&ua=1
2. https://www.heywood.org/education/covid19-coronavirus-updates/ppe-making/protective-hoods
3. https://www.health.state.mn.us/facilities/patientsafety/infectioncontrol/ppe/index.html

การพัฒนาระบบการแจ้งเตือนภัยอัตโนมัติ เครื่องวัดอุณหภูมิในตู้เย็นเก็บเวชภัณฑ์ยา ภายใต้หลักการอินเตอร์เน็ตในทุกสิ่ง

The Development of automatic alarm system Refrigerated thermometers store medical supplies Under Internet of Things Principle

ณัฐพงศ์ ไชยรัตน์
งานซ่อมบำรุง โรงพยาบาลป่าแดด

บทนำ

โรงพยาบาลป่าแดด เป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง ในจังหวัดเชียงราย ให้บริการแบบผสมผสานทั้งด้านการรักษาพยาบาล ฟื้นฟู สภาพ ส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค ดูแลสุขภาพประชากรอำเภอป่าแดด ซึ่งการปฏิบัติงานทางการแพทย์ในโรงพยาบาล จำเป็นจะต้องมีวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ และเครื่องมือทางเทคโนโลยี ที่สอดคล้องกับภารกิจของโรงพยาบาล ซึ่งมีราคาแพง ดังนั้นการเก็บรักษาวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ต่าง ๆ จึงเป็นเรื่องที่สำคัญที่ต้องพิจารณาถึง ความชื้น และอุณหภูมิ เนื่องจากเป็นปัจจัยหลักที่ก่อให้เกิดความเสียหาย ต่อวัสดุและอุปกรณ์ทางการแพทย์ หากอุณหภูมิและความชื้น ไม่ได้รับการควบคุม อาจจะทำให้เกิดปัญหาหลายด้าน อาทิ ซึ่งหากความชื้นสูงหรือต่ำเกินไปเป็นเวลานาน ทำให้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ลัดวงจรและเสียหาย เครื่องมือจะทำงานผิดปกติไม่เสถียร และไม่ทำงานตามโปรแกรมที่ตั้งไว้ หากปล่อยไว้นาน ๆ ทำให้วงจรเป็นสนิมและเสื่อมสภาพเกิดการชำรุดในที่สุด ซึ่งต้องเสียค่าใช้จ่ายในการบำรุงรักษาเพิ่มขึ้น การเสื่อมสภาพของเวชภัณฑ์ยา การเกิดเชื้อรา ได้ง่าย (ศูนย์การเรียนรู้วิทยาศาสตร์โลกและดาราศาสตร์, 2561)

ห้องเก็บวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ต่าง ๆ ที่มีความจำเป็นในการควบคุมความชื้น และอุณหภูมิ เช่น ห้องคลังยาและเวชภัณฑ์ ค่าความชื้นไม่เกิน 60 เปอร์เซ็นต์ และ อุณหภูมิระหว่าง 25-30 องศาเซลเซียส ตู้เย็นเก็บวัคซีนอุณหภูมิระหว่าง 2-8 องศาเซลเซียส ตู้เย็นช่องแช่แข็งวัคซีนอุณหภูมิระหว่าง -15 ถึง -25 องศาเซลเซียส ห้องปฏิบัติการ ค่าความชื้นไม่เกิน 60 เปอร์เซ็นต์ และอุณหภูมิระหว่าง 22-25 องศาเซลเซียส ห้องคลังเก็บห่ออุปกรณ์ที่ผ่านกระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อ ความชื้นไม่เกิน 35-70 และ อุณหภูมิระหว่าง 18-22 องศาเซลเซียส ห้องคอมพิวเตอร์แม่ข่าย ความชื้นไม่เกิน 60 เปอร์เซ็นต์ และ อุณหภูมิระหว่าง 18-22 องศาเซลเซียส เป็นต้น (กองวิศวกรรมการแพทย์, มปป. และ สถาบันมาตรวิทยาแห่งชาติ, 2560) ในปัจจุบันพบว่า การใช้งานเครื่องวัดอุณหภูมิและความชื้น ผู้ใช้งานต้องทำการตรวจสอบผลการตรวจวัดจากเครื่องเอง ยังไม่มีเครื่องมือ ที่มีประสิทธิภาพพอที่จะสามารถตรวจจับพร้อมกับแจ้งเตือนภัย ในกรณีเมื่อค่าความชื้นอุณหภูมิห้อง อุณหภูมิใน สูงหรือต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน

หลักการอินเตอร์เน็ตในทุกสิ่ง (Internet of Things: IOT) ที่ได้ประยุกต์ใช้กับการพัฒนาเครื่องวัดอุณหภูมิและความชื้น พร้อมการแจ้งเตือนภัยอัตโนมัตินั้น ได้ใช้หลักการเขียนโปรแกรมด้วยภาษาซี ลงบนบอร์ดโครคอนโทลเลอร์ ให้สามารถควบคุมอุปกรณ์แจ้งเตือน อุณหภูมิ,ความชื้น,ควบคุมการเปิด-ปิดไฟ,ลำโพง

เสียง และพัฒนาต่อโดยใช้โมดูล WiFi เชื่อมต่อเพื่อส่งข้อมูลผ่านทางอินเทอร์เน็ตไปยังผู้ใช้งาน (ทันพงษ์ ภู่รักษ์ , 2560) โดยตรงโดยผู้ใช้จะทราบปัญหา อันเนื่องจากค่าความชื้นและอุณหภูมิผิดปกติได้ด้วยเวลาอันรวดเร็ว (Real time) และสามารถที่จะดำเนินการจัดการกับปัญหานั้นได้อย่างรวดเร็วต่อไป (ประภาส สุวรรณเพชร, มปป.)

ในการนี้ ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษา การพัฒนาเครื่องวัดอุณหภูมิและความชื้นพร้อมการแจ้งเตือนภัยอัตโนมัติภายใต้หลักการอินเตอร์เน็ตในทุกสิ่ง เพื่อใช้ในการแจ้งเตือนควบคุมความชื้น และอุณหภูมิให้อยู่ในระดับมาตรฐาน นำไปสู่การลดความเสียหาย และเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานบริการของโรงพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาระบบการแจ้งเตือนภัยอัตโนมัติ เครื่องวัดอุณหภูมิและความชื้นในตู้เย็นเก็บเวชภัณฑ์ยา ภายใต้หลักการอินเตอร์เน็ตในทุกสิ่ง

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

ในการสร้างเครื่องวัดอุณหภูมิและความชื้นในตู้เย็นเก็บเวชภัณฑ์ยา ภายใต้หลักการอินเตอร์เน็ตในทุกสิ่ง ผู้ศึกษามีความสนใจที่จะพัฒนาระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติ โดยใช้โมดูล WiFi เชื่อมต่อเพื่อส่งข้อมูลผ่านทางอินเทอร์เน็ตไปยังผู้ใช้งานโดยตรง (ทันพงษ์ ภู่รักษ์, 2560) ผู้ใช้งานจะทราบ ค่าอุณหภูมิ ความชื้นโดย พร้อมบันทึกผลที่วัดได้รายวัน และแจ้งเตือนค่าผิดปกติผ่านกลุ่มไลน์ผู้ใช้งาน ให้ทราบปัญหา ได้ด้วยเวลาอันรวดเร็ว (Real time) และสามารถที่จะดำเนินการจัดการกับปัญหานั้นได้อย่างรวด ซึ่งปัจจุบันอุปกรณ์เหล่านี้มีราคาถูกลงและสามารถหาซื้อได้ตามร้านอิเล็กทรอนิกส์ และร้านคอมพิวเตอร์ทั่วไป ซึ่งวิธีการสร้างอุปกรณ์ประกอบด้วยวัสดุ อุปกรณ์ดังต่อไปนี้

1) Mocrocontrollor Wi-Fi +โปรแกรม
2) Shield microcontroller
3) Adaptor 5V 40A
4) Sensor Temperrature dht22
5) Digital Temperature Temp Sensor Probe
6) DC-DC Power Module Multi Output Voltage Conversio
7) OLED LCD LED Display Module
8) DC Jack 5.5x2.1mm ตัวเมีย แบบขัวต่อหัวกดล็อค
9) Relay 5v 6 channal relay module
10) ตัวต้านทาน 4.7K 1/4W Metal film 1%
11) ชุดเซตท่อหด พร้อมกล่องอุปกรณ์ สำหรับหุ้มสายไฟ

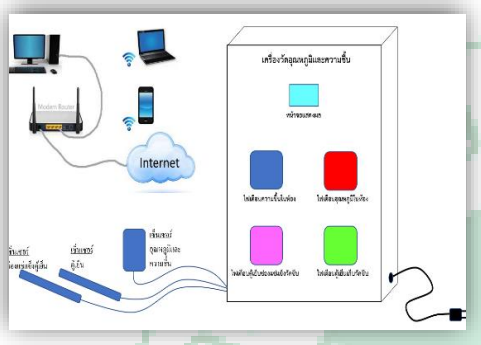
12) ตู้ใส่วงจร กันน้ำ

13) สายไฟอ่อนต่อวงจร 30AWG

14) Buzzer LED ไฟพร้อมสัญญาณเสียงเตือนภัย

ขั้นตอนการสร้าง

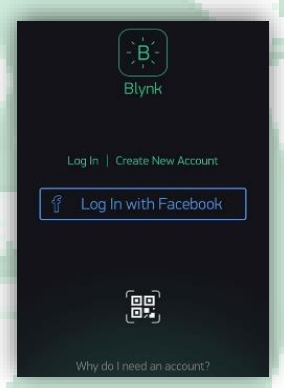
การสร้างเครื่องวัดอุณหภูมิและความชื้นในตู้เย็นเก็บเวชภัณฑ์ยา ภายใต้หลักการอินเตอร์เน็ตในทุกสิ่ง นั้นมีขั้นตอนการดำเนินการดังต่อไปนี้

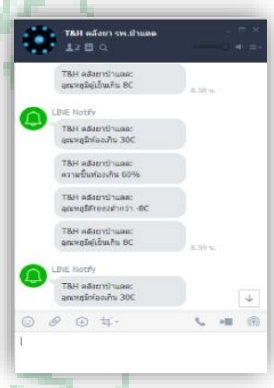


1. ออกแบบตู้ควบคุม และการต่ออุปกรณ์ไฟฟ้า-อิเล็กทรอนิกส์

2. เขียนโปรแกรมด้วยภาษา C ในคอมพิวเตอร์ ต่อสาย micro USB จากคอมพิวเตอร์เข้ากับบอร์ดไมโครคอนโทรลเลอร์ เพื่อทำการ Install โปรแกรม

3.เขียนโปรแกรม Blynk เพื่อใช้แสงผลออนไลน์

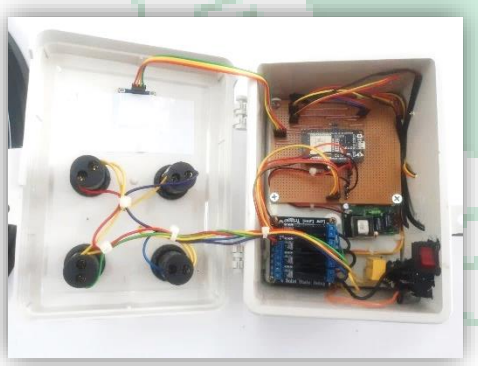




4.เขียนโปรแกรมแจ้งเตือนผ่านไลน์กลุ่มผู้รับผิดชอบ

5. นำบอร์ดไมโครคอนโทรลเลอร์ ประกอบไว้ในตู้ควบคุม และต่อไฟเลี้ยงบอร์ด

6. นำโมดูลรีเลย์ต่อสายไฟจัมเปอร์เข้ากับบอร์ดไมโครคอนโทรลเลอร์ แล้วบัดกรีสายลำโพงเสียง และ ไฟLED

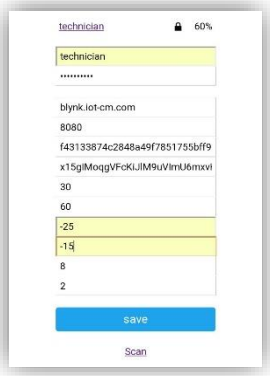


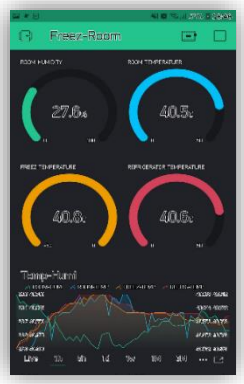
7. ต่อสายไฟจัมเปอร์หน้าจอ LCD เข้ากับบอร์ด และเจาะหน้าตู้ควบคุม เพื่อใส่หน้าจอ LCD แสดงผล

8. ต่อสายเซ็นเซอร์วัดอุณหภูมิตู้เก็บวัคซีน วัดอุณหภูมิช่องแช่แข็ง วัดอุณหภูมิห้องและค่าความชื้นบริเวณจัมเปอร์ด้านข้างตามช่อง

9. นำเครื่องวัดอุณหภูมิและความชื้นไปติดตั้งกับ ต่อไฟฟ้า AC 220v เข้าเครื่องเปิดสวิทช์ไฟ เพื่อทำการทดลอง

10. เปิดสวิทช์ไฟแล้วรอประมาณ 30วินาที แล้วเชื่อมต่อ wifi ชื่อ **Smart Hospital** จากนั้นเปิดหน้าอินเตอร์พิมพ์ 192.168.4.1 เพื่อทำการตั้งค่า การแจ้งเตือนอุณหภูมิและความชื้น ซึ่งรายละเอียดดูตามคู่มือ





11. เมื่อเชื่อมต่อแล้วหน้าจอ เครื่องอุณหภูมิและความชื้นจะแสดงที่วัดได้ และเปิดใน Application มือถือ ชื่อ Blynk ก็จะปรากฏ ค่าอุณหภูมิและความชื้น จากนั้นทำการทดลองต่อไป

การทดสอบประสิทธิภาพ

ในการทดลองในครั้งนี้ จะทำการควบคุมให้สภาพแวดล้อมในขณะทดลอง ภายในห้องปรับอุณหภูมิให้อยู่ในช่วง 25-30 องศาเซลเซียส ความชื้นสัมพัทธ์ ใช้งาน 60 เปอรเซ็นต ตู้เย็นควบคุมความเย็นอยู่ที่อุณหภูมิอยู่ระหว่าง 2-8 องศาเซลเซียส และควบคุมความเย็นช่องแช่แข็งวัคซีนอยู่ที่อุณหภูมิอยู่ระหว่าง -15 ถึง -25 องศาเซลเซียส (กองวิศวกรรมการแพทย์, มปป. และ สถาบันมาตรวิทยาแห่งชาติ, 2560)

หลักการพิจารณาผลจากตารางรายงานผลจะเห็นวามีชองของ STD , UUC ,ระบบการแจ้งเตือน

STD คือ ชองแสดงคาที่ยอมรับวาเปนคาที่ถูกตอง

UUC คือ คาที่ไดจากเครื่องมือที่สอบเทียบที่วัดผลจาก STD แล้วเครื่องแสดงผลตามตาราง UUC

X คือ สถานะไม่ทำงาน

/ คือ สถานะทำงาน

การทดสอบประสิทธิภาพ (ก่อนใช้งาน)

การเตรียมห้องการทดลอง เลือกห้องออฟฟิศงานซ่อมบำรุง ทำการทดลอง เพราะห้องมีเครื่องปรับอากาศใช้ในการควบคุมอุณหภูมิภายในห้องให้อยู่ในช่วง 25-30 องศาเซลเซียส มีพัดลมความชื้นควบคุมความชื้นไม่เกิน 60 เปอร์เซ็นต์ มีตู้เย็น 2 ประตู ควบคุมอุณหภูมิภายในตู้เย็นและช่องแช่แข็ง โดยแล้วนำระบบการแจ้งเตือนภัยอัตโนมัติเครื่องวัดอุณหภูมิในตู้เย็นเก็บเวชภัณฑ์ยา ต่อสายเซนเซอร์ไว้ยังจุดที่ต้องการวัดค่า (ความยาวไม่เกิน 3 เมตร) โดยการต่อไฟ 220V AC จากUPS และเปิด Warm เครื่องทิ้งไว้ 10 นาที หลังจากนั้นเริ่มทำการทดลอง แบ่งเป็น 4 การทดลองดังนี้ (กองวิศวกรรมการแพทย์, มปป.)

1. <u>การทดลองวัดค่าอุณหภูมิในห้องและระบบแจ้งเตือน</u> โดยเทียบค่า STD จากเครื่องวัดอุณภูมิและความชื้น และใช้เครื่องปรับอากาศในการเพิ่ม-ลด ค่าอุณภูมิให้ห้อง ให้อยู่ในช่วง 24-33 องศาเซลเซียส เมื่อค่าอุณหภูมิเกินค่าที่ตั้งไว้ เครื่องจะแจ้งเตือนอัตโนมัติด้วยเสียงลำโพง ไฟกระพริบ และแจ้งเตือนผ่านไลน์กลุ่มผู้รับผิดชอบ ทำการทดลองจดบันทึกการเปลี่ยนแปลง (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การทดลองวัดค่าอุณภูมิในห้องและระบบแจ้งเตือน โดยใช้ระบบการแจ้งเตือนภัยอัตโนมัติเครื่องวัดอุณหภูมิในตู้เย็นเก็บเวชภัชภัณฑ์ยา ภายใต้หลักการอินเตอร์เน็ตในทุกสิ่ง

STD. (°C)	ทดสอบครั้งที่ 1				ทดสอบครั้งที่ 2				ทดสอบครั้งที่ 3			
	UCC. (°C)	ระบบแจ้งเตือน			UCC. (°C)	ระบบแจ้งเตือน			UCC. (°C)	ระบบแจ้งเตือน		
	วัดค่าได้	เสียง	ไฟ	ไลน์กลุ่ม	วัดค่าได้	เสียง	ไฟ	ไลน์กลุ่ม	วัดค่าได้	เสียง	ไฟ	ไลน์กลุ่ม
24.4	24.6	x	x	x	24.5	x	x	x	24.2	x	x	x
25.2	25.3	x	x	x	25.2	x	x	x	25.1	x	x	x
26.0	26.1	x	x	x	26.1	x	x	x	26.2	x	x	x
27.1	27.2	x	x	x	27.2	x	x	x	27.5	x	x	x
28.0	28.4	x	x	x	28.3	x	x	x	28.1	x	x	x
29.4	29.8	x	x	x	29.2	x	x	x	29.8	x	x	x
30.5	30.2	x	x	x	30.5	x	x	x	30.6	x	x	x
31.8	31.5	/	/	/	31.2	/	/	/	31.3	/	/	/
32.4	32.3	/	/	/	32.2	/	/	/	32.7	/	/	/
33.2	33.1	/	/	/	33.2	/	/	/	33.5	/	/	/

1. การทดลองวัดค่าอุณหภูมิในห้องและระบบแจ้งเตือน โดยเทียบค่า STD จากเครื่องวัดอุณภูมิและความชื้น และใช้เครื่องปรับอากาศในการเพิ่ม-ลด ค่าอุณภูมิให้ห้อง ให้อยู่ในช่วง 24-33 องศาเซลเซียส เมื่อค่าอุณหภูมิเกินค่าที่ตั้งไว้ เครื่องจะแจ้งเตือนอัตโนมัติด้วยเสียงลำโพง ไฟกระพริบ และแจ้งเตือนผ่านไลน์กลุ่มผู้รับผิดชอบ ทำการทดลองจดบันทึกการเปลี่ยนแปลง (ตารางที่ 1)

2. การทดลองวัดค่าความชื้นในห้องและระบบแจ้งเตือน โดยเทียบค่า STD จากเครื่องวัดอุณภูมิและความชื้น โดยใช้เศษผ้าชุบน้ำมาดๆ ไดร์เป่าผม บริเวณหัวเซนเซอร์ เพื่อการเพิ่ม-ลด ค่าความชื้นให้อยู่ในช่วง 56-65 เปอร์เซ็นต์ เมื่อค่าความชื้นเกินค่าที่ตั้งไว้ เครื่องจะแจ้งเตือนอัตโนมัติด้วยเสียงลำโพง ไฟกระพริบ และแจ้งเตือนผ่านไลน์กลุ่มผู้รับผิดชอบ ทำการทดลองจดบันทึกการเปลี่ยนแปลง (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การทดลองวัดค่าความชื้นในห้องและระบบแจ้งเตือน โดยใช้ระบบการแจ้งเตือนภัยอัตโนมัติเครื่องวัดอุณหภูมิในตู้เย็นเก็บเวชภัณฑ์ยา ภายใต้หลักการอินเตอร์เน็ตในทุกสิ่ง

STD. (%)	ทดสอบครั้งที่ 1				ทดสอบครั้งที่ 2				ทดสอบครั้งที่ 3			
	UCC. (%)	ระบบแจ้งเตือน			UCC. (%)	ระบบแจ้งเตือน			UCC. (%)	ระบบแจ้งเตือน		
	วัดค่าได้	เสียง	ไฟ	ไลน์กลุ่ม	วัดค่าได้	เสียง	ไฟ	ไลน์กลุ่ม	วัดค่าได้	เสียง	ไฟ	ไลน์กลุ่ม
56	56.4	x	x	x	56.6	x	x	x	56.5	x	x	x
57	57.3	x	x	x	57.3	x	x	x	57.4	x	x	x
58	58.2	x	x	x	58.3	x	x	x	58.3	x	x	x
59	59.3	x	x	x	59.4	x	x	x	59.2	x	x	x
60	60.5	x	x	x	60.4	x	x	x	60.7	x	x	x
61	61.6	/	/	/	61.5	/	/	/	61.9	/	/	/
62	62.6	/	/	/	62.5	/	/	/	62.5	/	/	/
63	63.2	/	/	/	63.1	/	/	/	63.2	/	/	/
64	64.0	/	/	/	64.1	/	/	/	64.1	/	/	/
65	65.1	/	/	/	65.1	/	/	/	65.2	/	/	/

3. การทดลองวัดค่าอุณหภูมิในช่องแช่แข็งและระบบแจ้งเตือน โดยเทียบค่า STD จากเครื่องวัดอุณภูมิที่ยอมรับว่าเป็นค่าที่ถูกต้อง โดยปรับเทอร์โมสตัท เพิ่ม-ลด ค่าอุณภูมิในตู่เย็น ให้อยู่ในช่วง -13 ถึง -27 องศาเซลเซียส เมื่อค่าอุณหภูมิเกินค่าที่ตั้งไว้ เครื่องจะแจ้งเตือนอัตโนมัติด้วยเสียงลำโพง ไฟกระพริบ และแจ้งเตือนผ่านไลน์กลุ่มผู้รับผิดชอบ ทำการทดลองจดบันทึกการเปลี่ยนแปลง (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 3 การทดลองวัดค่าอุณหภูมิในช่องแช่แข็งและระบบแจ้งเตือน โดยใช้ระบบการแจ้งเตือนภัยอัตโนมัติเครื่องวัดอุณหภูมิในตู้เย็นเก็บเวชภัณฑ์ยา ภายใต้หลักการอินเตอร์เน็ตในทุกสิ่ง

STD. (°C)	ทดสอบครั้งที่ 1				ทดสอบครั้งที่ 2				ทดสอบครั้งที่ 3			
	UCC. (°C)	ระบบแจ้งเตือน			UCC. (°C)	ระบบแจ้งเตือน			UCC. (°C)	ระบบแจ้งเตือน		
	วัดค่าได้	เสียง	ไฟ	ไลน์กลุ่ม	วัดค่าได้	เสียง	ไฟ	ไลน์กลุ่ม	วัดค่าได้	เสียง	ไฟ	ไลน์กลุ่ม
-13.2	-13.7	/	/	/	-13.8	/	/	/	-13.7	/	/	/
-14.3	-14.5	/	/	/	-14.7	/	/	/	-14.6	/	/	/
-15.2	-15.3	x	x	x	-15.6	x	x	x	-15.5	x	x	x
-16.7	-16.8	x	x	x	-16.7	x	x	x	-16.8	x	x	x
-17.5	-17.4	x	x	x	-17.8	x	x	x	-17.6	x	x	x
-18.3	-18.1	x	x	x	-18.0	x	x	x	-18.2	x	x	x
-19.4	-19.2	x	x	x	-19.5	x	x	x	-19.4	x	x	x
-20.5	-20.6	x	x	x	-20.4	x	x	x	-20.5	x	x	x
-21.5	-21.8	x	x	x	-21.8	x	x	x	-21.9	x	x	x
-22.4	-22.6	x	x	x	-22.5	x	x	x	-22.4	x	x	x
-23.7	-23.8	x	x	x	-23.6	x	x	x	-23.7	x	x	x
-24.6	-24.9	x	x	x	-24.8	x	x	x	24.9	x	x	x
-25.3	25.8	x	x	x	-25.4	x	x	x	25.5	x	x	x
-26.7	-26.7	/	/	/	-26.8	/	/	/	-26.9	/	/	/
-27.5	27.8	/	/	/	-27.6	/	/	/	-27.6	/	/	/

4. การทดลองวัดค่าอุณหภูมิในตู้เย็นช่องธรรมดาและระบบแจ้งเตือน โดยเทียบค่า STD จากเครื่องวัดอุณภูมิที่ยอมรับว่าเป็นค่าที่ถูกต้อง โดยปรับเทอร์โมสตัท เพิ่ม-ลด ค่าอุณภูมิในตู่เย็นให้อยู่ในช่วง 0-10 องศาเซลเซียส เมื่อค่าอุณหภูมิเกินค่าที่ตั้งไว้ เครื่องจะแจ้งเตือนอัตโนมัติด้วยเสียงลำโพง ไฟกระพริบ และแจ้งเตือนผ่านไลน์กลุ่มผู้รับผิดชอบ ทำการทดลองจดบันทึกการเปลี่ยนแปลง (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การทดลองวัดค่าอุณหภูมิในตู้เย็นช่องธรรมดาและระบบการแจ้งเตือน โดยใช้ระบบการแจ้งเตือนภัยอัตโนมัติ เครื่องวัดอุณหภูมิในตู้เย็นเก็บเวชภัณฑ์ยา ภายใต้หลักการอินเตอร์เน็ตในทุกสิ่ง

STD. (°C)	ทดสอบครั้งที่ 1				ทดสอบครั้งที่ 2				ทดสอบครั้งที่ 3			
	UCC. (°C)	ระบบแจ้งเตือน			UCC. (°C)	ระบบแจ้งเตือน			UCC. (°C)	ระบบแจ้งเตือน		
	วัดค่าได้	เสียง	ไฟ	ไลน์กลุ่ม	วัดค่าได้	เสียง	ไฟ	ไลน์กลุ่ม	วัดค่าได้	เสียง	ไฟ	ไลน์กลุ่ม
0.4	0.2	/	/	/	0.1	/	/	/	0.4	/	/	/
1.7	1.5	/	/	/	1.1	/	/	/	1.3	/	/	/
2.3	2.5	x	x	x	2.2	x	x	x	2.5	x	x	x
3.1	3.3	x	x	x	3.3	x	x	x	3.2	x	x	x
4.3	4.5	x	x	x	4.7	x	x	x	4.6	x	x	x
5.6	5.2	x	x	x	5.3	x	x	x	5.2	x	x	x
6.4	6.7	x	x	x	6.3	x	x	x	6.6	x	x	x
7.8	7.6	x	x	x	7.1	x	x	x	7.4	x	x	x
8.5	8.6	x	x	x	8.2	x	x	x	8.7	x	x	x
9.1	9.4	/	/	/	9.6	/	/	/	9.6	/	/	/
10.3	10.5	/	/	/	10.3	/	/	/	10.9	/	/	/

การทดสอบประสิทธิภาพ (ภาคสนาม ในห้องคลังยาและเวชภัณฑ์)

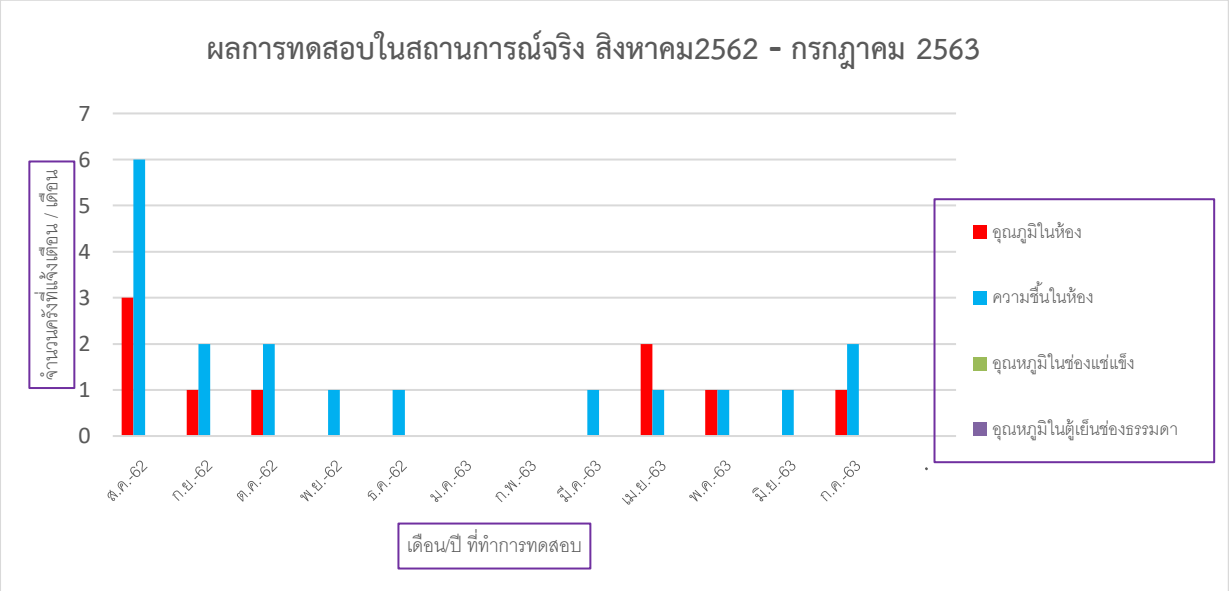
1. นำระบบการแจ้งเตือนภัยอัตโนมัติ เครื่องวัดอุณหภูมิในตู้เย็นเก็บเวชภัณฑ์ยา ภายใต้หลักการอินเตอร์เน็ตในทุกสิ่ง ไปติดตั้งในคลังยาโรงพยาบาลป่าแดด

2. การตั้งค่าให้แจ้งเตือนจะใช้ค่ามาตรฐานของห้องห้องคลังยาและเวชภัณฑ์ คือต้องมีค่าอุณหภูมิห้องไม่เกิน 30 องศาเซลเซียส และค่าความชื้นไม่เกิน 60 เปอร์เซ็นต์ ค่าอุณหภูมิในตู้เย็นอยู่ในช่วง 2 ถึง 8 องศาเซลเซียส ค่าอุณหภูมิในช่องแช่แข็ง อยู่ในช่วง -15 ถึง -25 องศาเซลเซียส เมื่อค่าอุณหภูมิหรือค่าความชื้นเกินหรือต่ำกว่าค่ามาตรฐานที่ตั้ง

ไว้ เครื่องจะแจ้งเตือนอัตโนมัติด้วยเสียงลำโพง และไฟ LED กระพริบ และไลน์กลุ่มผู้รับผิดชอบ

3. จัดทำคู่มือการใช้งานเบื้องต้น และข้อแนะนำเมื่อมีการแจ้งตือน เป็นรูปแบบเอกสาร และรหัส QR Code

ผลการทดสอบภาคสนาม ระบบแจ้งเตือนภัยอัตโนมัติ เครื่องวัดอุณหภูมิในตู้เย็นเก็บเวชภัณฑ์ยา ภายใต้หลักการอินเตอร์เน็ตในทุกสิ่ง ในสถานการณ์จริง สิงหาคม2562 - กรกฎาคม 2563



ผลการทดสอบภาคสนามในห้องคลังยาและเวชภัณฑ์ ตั้งแต่ สิงหาคม2562 - กรกฎาคม 2563 พบว่าค่าเฉลี่ยในการแจ้งเตือน เฉลี่ย 6.75 ครั้งต่อเดือน ส่วนใหญ่มีตรวจจับเรื่องค่าความชื้นสูงเกินกว่าปกติที่ตั้งไว้ และทุกครั้งผู้รับผิดชอบได้ดำเนินการแก้ไขในทันทีแล้ว

สรุปผล

การประดิษฐ์และทดสอบ ระบบการแจ้งเตือนภัยอัตโนมัติ เครื่องวัดอุณหภูมิในตู้เย็นเก็บเวชภัณฑ์ยา ภายใต้หลักการอินเตอร์เน็ตในทุกสิ่ง ผลการทดลอง สรุปได้ดังต่อไปนี้

จากการทดลอง ระบบการแจ้งเตือนภัยอัตโนมัติ เครื่องวัดอุณหภูมิในตู้เย็นเก็บเวชภัณฑ์ยา ภายใต้หลักการอินเตอร์เน็ตในทุกสิ่ง เป็นเครื่องมือตรวจวัดและแจ้งเตือน เมื่อพบปัญหาความชื้นในห้อง อุณหภูมิในห้อง อุณหภูมิตู้เย็นในช่องแช่แข็ง และอุณหภูมิตู้เย็นในช่องธรรมดา ผิดปกติได้เป็นอย่างดี และสามารนำไปติดตั้งใช้งานจริงได้ทุกห้องที่ต้องการทราบค่าความชื้นในห้อง อุณหภูมิในห้อง อุณหภูมิตู้เย็นในช่องแช่แข็ง และอุณหภูมิตู้เย็นในช่องธรรมดา เพราะมีหน้าจอ LCD แสดงผลเป็นตัวเลข และดูผ่านแอพพลิเคชั่นมือถือ ให้ผู้รับผิดชอบได้จดบันทึกค่าอุณหภูมิและความชื้นตลอด 24 ชั่วโมง นอกจากนี้ผลการทดลองระบบแจ้งเตือนเมื่อพบค่าอุณหภูมิและความชื้นผิดปกติ เครื่องจะมีเสียงเตือน และไฟ LED ติดกระพริบ และระบบแจ้งเตือน

ผ่านไลน์ จนกว่าค่าที่วัดได้จะกลับมาเป็นค่าตามมาตรฐานที่ตั้งไว้อีกครั้ง ให้ผู้รับผิดชอบทราบ พร้อมกับเข้ามาดำเนินการหาสาเหตุที่เกิดขึ้น และทำการแก้ไขปัญหาได้ทันเวลา ป้องกันความเสียหายที่เกิดจากค่าอุณหภูมิและค่าความชื้นไม่เป็นไปตามมาตรฐานของแต่ละห้อง

ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า จากการเริ่มดำเนินการติดตั้งใช้จริง ณ ห้องคลังยาและเวชภัณฑ์ โรงพยาบาลป่าแดด สามารถแจ้งเตือนอุณหภูมิ และความชื้นผิดปกติได้เป็นอย่างดี จากการเฝ้าระวังในช่วงเดือน สิงหาคม2562 - กรกฎาคม 2563 ที่ผ่านมาสามารถตรวจวัดแจ้งเตือน กรณี ความชื้นในห้อง อุณหภูมิในห้อง อุณหภูมิตู้เย็นในช่องแช่แข็ง และอุณหภูมิตู้เย็นในช่องธรรมดา ผิดปกติได้ พร้อมทั้งจัดการปัญหาที่ได้เฉลี่ย 6.75 ครั้งต่อเดือน จึงสรุปได้ว่าระบบการแจ้งเตือนภัยอัตโนมัติ เครื่องวัดอุณหภูมิในตู้เย็นเก็บเวชภัณฑ์ยา ภายใต้หลักการอินเตอร์เน็ตในทุกสิ่ง ใช้งานได้จริงในห้องคลังยาและเวชภัณฑ์ ในโรงพยาบาลป่าแดด

เอกสารอ้างอิง

ทันพงษ์ ภู่รักษ์ (2560). **เอกสารประกอบการเรียนวิชาไมโครคอนโทรลเลอร์**. (ค้นเมื่อวันที่ 25 ตุลาคม 2562) จาก http://www.sbt.ac.th/new/sites/default/files/TNP_Unit_10.pdf

ประภาส สุวรรณเพชร (มปป.). **เรียนรู้และลองเล่น Arduino เบื้องต้น.** (ค้นเมื่อวันที่ 25 ตุลาคม 2562) จาก http://www.thephyllconnect.com/images/Arduino/KruPraphasArduinoBook.pdf

วิศวกรรมการแพทย์, กอง (มปป.). **คู่มือสอบเทียบเครื่องมือแพทย์**. (ค้นเมื่อวันที่ 10 พฤศจิกายน 2561) จาก http:// http://medi.moph.go.th/center4/files/man%20cal.pdf

ศูนย์การเรียนรู้วิทยาศาสตร์โลกและดาราศาสตร์ **(2561). ความชื้นสัมพัทธ์.** (ค้นเมื่อวันที่ 10 พฤศจิกายน 2561) จาก .http://www.lesa.biz/earth/atmosphere/humidity

สถาบันมาตรวิทยาแห่งชาติ (2560). **มาตรวิทยาอุณหภูมิเบื้องต้น**. (ค้นเมื่อวันที่ 21 พฤศจิกายน 2561) จาก http://www.nimt.or.th/main/?p=12206

เฝือกเย็น

Slab cool

ณิชกานต์ สุรินเปา

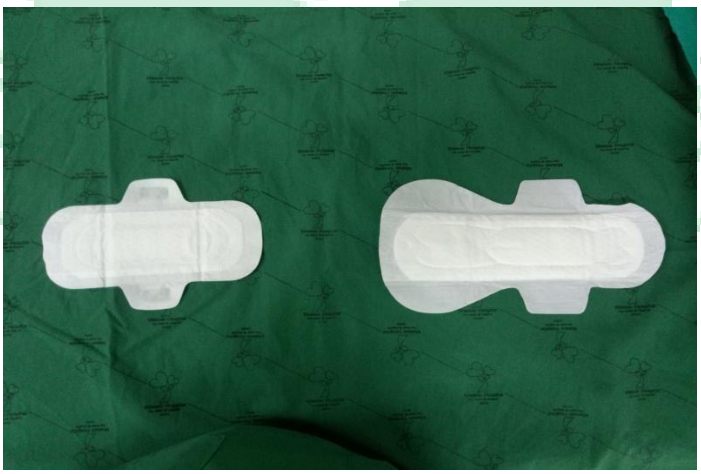
งานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลแม่สาย

บทนำ

เนื่องด้วยหน่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลแม่สาย ให้บริการให้บริการด้านศัลยกรรมกระดูก โดยบางส่วนของการให้บริการศัลยกรรมกระดูกที่มีการใส่ Slab หรือเผือกอ่อนที่มีแผลเปิดและได้รับการตกแต่งแผลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้ป่วยจะต้องใส่ Slab หรือเผือกอ่อนไว้ตลอดเวลา ทำให้ Slab มีกลิ่นและอับชื้น ผู้ป่วยบางรายมีแผลที่ซึมเปื้อนติด Slab มีผลทำให้เกิดร้อนคันที่ผิวและแผลใน Slab ดังนั้น ทางทีมงานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล จึงได้คำนึงถึงความสะอาดและการป้องกันการติดเชื้อของแผล และผู้รับบริการพึงพอใจ สุขสบายขึ้น จึงนำผ้าอนามัยแบบสูตรเย็นรองด้านในเพื่อเปลี่ยนลดการเกิดเชื้อโรค มีความเย็นลดอาการคันบริเวณผิวหนัง

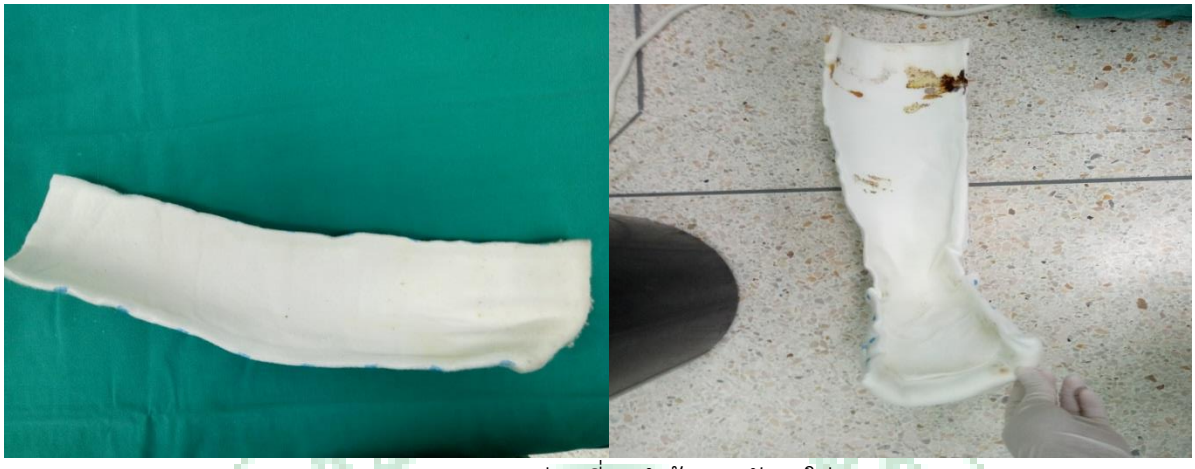
วิธีการพัฒนานวัตกรรม

1. เตรียมผ้าอนามัยที่ใช้ภายนอกโดยเลือกผลิตภัณฑ์ที่ซึ่งผ่านมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม (สำนักงานมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม, 2547) ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามีกระบวนการควบคุมมาตรฐานความปลอดภัยที่ออกโดยกระทรวงสาธารณสุข (กระทรวงสาธารณสุข, 2549) ซึ่งทำให้มั่นใจในความสะอาด และนำผ้าอนามัยมาพัฒนานวัตกรรม โดยเลือกขนาดต่างๆ เพื่อปรับใช้ให้พอดีกับขนาดของ ดังนี้



รูปภาพ ผ้าอนามัยขนาดต่างๆจัดเตรียมไว้

2. นำผ้าอนามัยแต่ละขนาดมาใส่รองด้านใน Slab ให้พอดีตามขนาดของ Slab



รูปภาพ Slab ก่อนที่จะนำผ้าอนามัยมาใส่

รูปภาพ Slab หลังนำผ้าอนามัยมาใส่รองด้านใน Slab

การทดสอบประสิทธิภาพ

นำนวัตกรรมมาใช้กับผู้ป่วยที่ใส่ Slab และยินยอมในการจัดหาผ้าอนามัยสูตรเย็นมาเอง ตั้งแต่เดือน กันยายน 2562 – สิงหาคม 2563 วิเคราะห์ผลงานหลังหลังทดลองใช้พบว่า ผู้ป่วย ทั้งหมด 35 รายที่ยินยอมรับการใช้นวัตกรรมนี้ พบว่าบริเวณ Slab ไม่ปนเปื้อนสารคัดหลั่งจากแผล ไม่มีกลิ่นอับชื้นจากแผล ลดอาการคัน ผู้ป่วยพึงพอใจอย่างมากและสุขสบายขึ้นจากอาการคัน ร้อยละ 100 เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนใช้ ไม่พบผู้ป่วยที่มีอาการระคายเคือง

สรุป การประยุกต์ใช้ผ้าอนามัยเย็นกับ Slab ส่งผลให้ผู้รับบริการลดความไม่สุขสบายและมีความพึงพอใจ ซึ่งจะพัฒนาเป็นงานวิจัยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2549). **ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 42 (พ.ศ. 2549) เรื่องผ้าอนามัย** Retrieved Septembe, 14, 2019 from https://dl.parliament.go.th/backoffice/viewer2300/web/previewer.php.

มาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม. **ผ้าอนามัยที่ใช้ภายนอก.** Retrieved Septembe, 14, 2019 from http://research.rid.go.th/vijais/moa/fulltext/TIS295-2547.pdf.

ถุงมือมหัศจรรย์

ขวัญฤดี พูลสมบัติ
งานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของ

บทนำ

การเจ็บครรภ์คลอดเกิดจากมดลูกหดรัดตัวทำให้เกิดการบางและเปิดขยายของปากมดลูก เป็นอาการปวดที่บริเวณหน้าท้อง หลังส่วนล่าง และร้าวไปถึงต้นขา ทำให้ผู้คลอดเกิดความไม่สุขสบายเป็นอย่างมาก การเจ็บครรภ์คลอดจึงสร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้คลอด โดยเฉพาะการเจ็บครรภ์ในระยะที่ 1 ของการคลอด ซึ่งเริ่มตั้งแต่มดลูกเริ่มมีการหดรัดตัวสม่ำเสมอ ปากมดลูกเริ่มเปิดขยายไปจนถึงปากมดลูกเปิดขยายหมด 10 เซนติเมตร โดยเฉพาะผู้คลอดครรภ์แรกจะใช้เวลาค่อนข้างนานกว่าผู้คลอดครรภ์หลังเนื่องจากบริเวณปากมดลูกยังไม่เคยเปิดขยายตัวมาก่อน ทำให้การเปิดขยายของปากมดลูกเป็นไปได้ ช้าๆใช้เวลานาน ซึ่งปกติจะใช้เวลาเฉลี่ยประมาณ 14 ชั่วโมง แบ่งเป็นระยะปากมดลูกเปิดช้า (latent phase) ใช้เวลาเฉลี่ย 8 ชั่วโมง ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (Active phase) ใช้เวลาเฉลี่ย 6 ชั่วโมง (คณาจารย์วิทยาลัยสังกัดสถาบันพระบรม ราชชนก , 2548) เมื่อมีการการหดรัดตัวของมดลูกที่รุนแรงขึ้น ส่งผลให้เกิดความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้คลอดรู้สึกทุกข์ทรมานและไม่สุขสบายต้องการวิธีบรรเทาความเจ็บปวดมาช่วยในระยะรอคลอดนี้

ปัจจุบันมีผลงานวิจัยหลายฉบับสนับสนุนว่าการใช้ความร้อนในรูปแบบการประคบความร้อนสามารถช่วยลดความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ ซึ่งเป็นทางเลือกหนึ่งที่ไม่ต้องใช้ยาแก้ปวด ช่วงอุณหภูมิที่เหมาะสมในการใช้ความร้อนเพื่อหวังผลในการรักษา คือ 40 - 50 องศาเซลเซียส ซึ่งเป็นอุณหภูมิที่ร้อนเฉพาะบริเวณผิวหนัง (superficial heat) จะสามารถลงไปในเนื้อเยื่อได้ประมาณ 1 เซนติเมตรจากผิวหนัง ซึ่งพบว่าปลอดภัยกับมารดาและทารกในครรภ์ เช่น การประคบร้อน (warm compression) การประคบร้อนที่ผิวหนังทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิที่ผิวหนังบริเวณกว้าง ทำให้เกิดการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ในบริเวณผิวหนังที่เพียงพอ ทำให้ลดการนำสัญญาณประสาทของ C fiber ทั้ง afferent fiber และ efferent fiber ทำให้การนำสัญญาณประสาทของความเจ็บปวดไปที่สมองลดลงทำให้รู้สึกเจ็บปวดน้อยลงตามทฤษฎีควบคุมประตู (ศศิธร พุ่มดวง, 2546; Melzack & Wall, 1965) นอกจากนี้ความร้อนกระตุ้นให้มีการหลั่งสาร endorphin ลดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ ลดอาการปวดจากการเกร็งค้างของกล้ามเนื้อ ทำให้เกิดการผ่อนคลาย (สรัสวดี มรรควัลย์,2549) ระยะเวลาที่ใช้ในการประคบควรนาน 15-30 นาที เพื่อให้เนื้อเยื่อมีความร้อนในระดับที่เหมาะสม (ชมพูนุช ศรีไกรยุทธ และวรรณเฉลิม ชาววัง, 2561)

การบรรเทาความเจ็บปวดในระยะรอคลอดเป็นบทบาทของพยาบาล งานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของ จึงสนใจศึกษาผลของการใช้ความร้อนประคบบริเวณหน้าท้อง โดยประคบตั้งแต่บริเวณยอดมดลูกจนถึงหัวหน่าวเพื่อบรรเทาอาการเจ็บปวดในผู้คลอดระยะที่ 1 ของการคลอด จึงได้จัดทำนวัตกรรมถุงมือมหัศจรรย์ขึ้น

วัตถุประสงค์ของนวัตกรรม

เพื่อบรรเทาอาการเจ็บครรภ์คลอดในระยะที่ 1 ของการคลอด

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

1) ประชุมทบทวนในหน่วยงานวิเคราะห์ปัญหา และศึกษางานวิจัยเพิ่มเติม

2) จัดทำนวัตกรรมถุงมือมหัศจรรย์หมอนลดปวดเพื่อบรรเทาอาการเจ็บครรภ์คลอดในระยะที่ 1 ของการคลอดให้แก่ผู้คลอดที่มาคลอดโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของ โดยใช้ถุงถั่วเขียว ซึ่งจากการศึกษาถั่วเขียวมีคุณสมบัติในการกักเก็บความร้อนและกระจายความร้อนได้ดี

<u>วัสดุอุปกรณ์และต้นทุนการผลิต</u>

1. ถุงมือผ้ากันความร้อน 1 ข้าง ราคา 20 บาท
2. ผ้าโทเรตัดสี่เหลี่ยม ขนาด 7 x 5 เซนติเมตร ราคา 2 บาท
3. ผ้ายืนส์ขนาด 6 x 4 เซนติเมตร 2 ผืน ราคา 16 บาท
4. เมล็ดถั่วเขียวแห้ง 250 กรัม 12 บาท

รวมต้นทุนการผลิตถุงมือมหัศจรรย์ 1 ชิ้น ราคา 50 บาท

<u>วิธีการประดิษฐ์</u>

1. เย็บผ้าโทเรติดกับถุงมือผ้ากันความร้อนโดยเย็บปิดสามด้าน เว้นช่องว่างไว้หนึ่งด้านสำหรับสอดใส่ถุงถั่วเขียว

2. เย็บถุงถั่วเขียวด้วยผ้ายืนส์

ประเมินผลการใช้นวัตกรรม

การทดสอบประสิทธิภาพ

เริ่มดำเนินการตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2563 ถึง 30 กรกฎาคม 2563 กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้คลอดเจ็บครรภ์คลอดในระยะที่ 1 ของการคลอดที่มาคลอดโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของ โดยเริ่มตั้งแต่มดลูกเริ่มมีการหดรัดตัวสม่ำเสมอ ปากมดลูกเริ่มเปิดขยายไปจนถึงปากมดลูกเปิดขยายหมด 10 เซนติเมตร จำนวน 20 ราย

<u>การใช้งาน</u>

1. นำถุงถั่วเขียวเข้าไมโครเวฟที่อุณหภูมิ 800 วัตน์ นาน 2 นาที จากการวัดอุณหภูมิ จะได้ถั่วเขียวที่อุณหภูมิ 40-50 อุณหภูมิ ได้นานประมาณ 25 นาที หลังจากนั้นอุณหภูมิจะลดต่ำลงแต่ยังคงให้ความอุ่นอยู่นานประมาณ 45 นาที

2. นำถุงถั่วเขียวสอดใส่ช่องว่างผ้าโทเร จะได้นวัตกรรมถุงมือมหัศจรรย์

3. นำถุงมือมหัศจรรย์ไปประคบบริเวณหน้าท้องตั้งแต่ยอดมดลูกถึงหัวหน่าวนาน 20- 30 นาทีต่อครั้ง

4. เมื่อใช้งานในส่วนถุงมือผ้า หากเปื้อนสามารถนำไปซักและกลับมาใช้ใหม่ได้ ในส่วนถุงถั่วเขียวสามารถนำกลับมาใช้ซ้ำได้มากกว่า 20 ครั้งจนกว่าถั่วเขียวเปื่อย

สรุปผลสำเร็จของการใช้นวัตกรรม

เริ่มดำเนินการตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2563 ถึง 30 กรกฎาคม 2563 นวัตกรรมบรรลุตามวัตถุประสงค์ คือ สามารถใช้บรรเทาอาการเจ็บครรภ์แก่ผู้คลอดเจ็บครรภ์คลอดในระยะที่ 1 ของการคลอดจำนวน 20 รายได้ ดังนี้

1) ผู้คลอดเจ็บครรภ์คลอดลดลงในระยะปากมดลูกเปิดช้า (latent phase ปากมดลูกเปิดตั้งแต่ 1-4 เซนติเมตร) จากการใช้ Numeric Rating Scale (NRS) ในการประเมิน คะแนนเฉลี่ย Pain score 3- 6 คะแนน ลดลงเหลือ Pain score 2-4 คะแนน

2) ผู้คลอดเจ็บครรภ์คลอดลดลงในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (Active phase ปากมดลูกเปิดตั้งแต่ 5-10 เซนติเมตร) จากการใช้ Numeric Rating Scale (NRS) ในการประเมิน คะแนนเฉลี่ย Pain score 6- 10 คะแนน ลดลงเหลือ Pain score 5-9 คะแนน

3) ผู้คลอดรู้สึกผ่อนคลายมากขึ้น และสามารถเผชิญต่ออาการเจ็บครรภ์คลอดได้อย่างเหมาะสม

4) ผู้คลอดมีความพึงพอใจต่อการใช้ถุงมือมหัศจรรย์ร้อยละ 80

5) นวัตกรรมถุงมือมหัศจรรย์สามารถบรรเทาปวดในระยะ latent phase ได้ดีกว่าระยะ Active phase

เอกสารอ้างอิง

รังสินี พูลเพิ่ม, อุบลรัตน์ ระวังโค และขวัญเรือน ด่วนดี. (2556). **ผลของการใช้ผ้าขนหนูชุบน้ำอุ่นประคบหน้าท้องต่อการลดความเจ็บปวดและการลดระยะเวลาของระยะปากมดลูกเปิดเร็วในมารดาครรภ์แรก.** *วารสารพยาบาลทหารบก.* 14(3), 68-75.

รังสินี พูลเพิ่ม. (2557). **การนำความร้อนไปใช้ในการลดความเจ็บปวดระยะที่ 1 ของการคลอด.** *วารสารพยาบาลทหารบก.* 15(2), 23.

ศศิธร พุ่มดวง. (2546). **การลดปวดในระยะคลอดโดยไม่ใช้ยา.** *สงขลานครินทร์เวชสาร.* 21 (4), 292-297.

Edwards, B. (2014). *The Chemical Reactions That Make Hand Warmers Heat Up*. Retrieve 13 July 2020 from https://www.wired.com/2014/12/whats-inside-hot-hands/.

คู่มือผู้ช่วยข้างเก้าอี้ไม่ยากอย่างที่คิด E-book

วรัญญา อินทะวงศ์
โรงพยาบาลเวียงแก่น

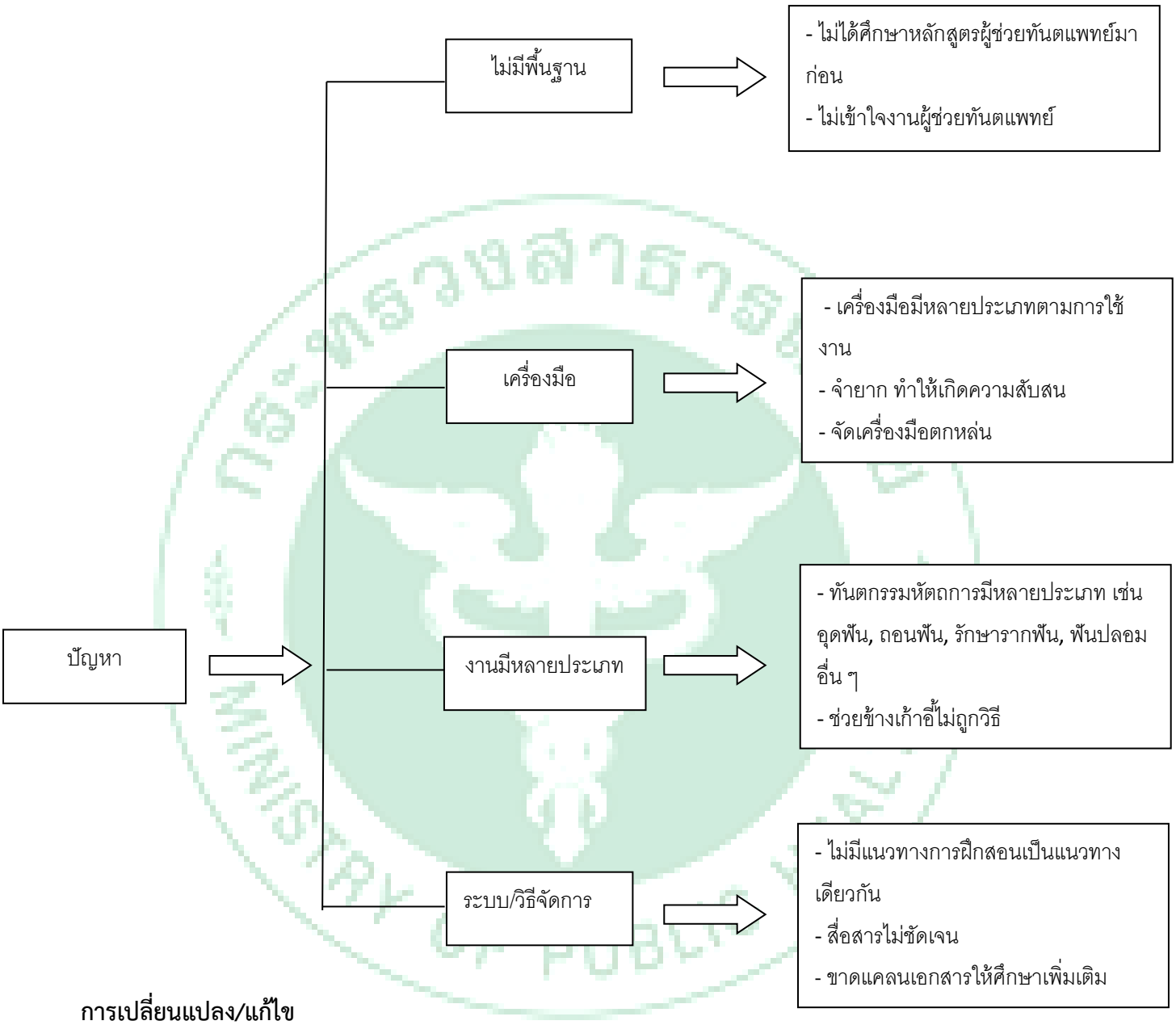
บทนำ

เนื่องจากฝ่ายทันตกรรมมักรับลูกจ้างสายงานอื่นที่ไม่ใช่ผู้ช่วยทันตแพทย์เข้ามาทำงาน ลูกจ้างที่เข้ามาทำงานเป็นผู้ช่วยทันตแพทย์ส่วนใหญ่ไม่มีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับงานผู้ช่วยข้างเก้าอี้ ชื่อเรียกเครื่องมือทันตกรรมมาก่อน ถึงแม้จะมีพี่เลี้ยงสอนโดยผู้ช่วยทันตแพทย์ในบางเรื่อง หากแต่จะศึกษาเพิ่มเติมด้วยเองยังไม่มีแนวทางหรือคู่มือชี้นำการทำงาน ทำให้การทำงานล่าช้า ไม่เข้าใจบริบทของงาน เช่น จัดเรียงเครื่องมือทันตกรรมผิดที่ เข้าช่วยข้างเก้าอี้ไม่ถูกตำแหน่ง การจัดการความปลอดภัยที่ไม่ถูกต้องปัญหาเหล่านี้อาจก่อให้เกิดความผิดพลาดในการทำงาน ดังนั้นจึงได้จัดทำคู่มือผู้ช่วยข้างเก้าอี้ขึ้นมาเพื่อให้ศึกษางานผู้ช่วยทันตแพทย์พื้นฐานได้อย่างเข้าใจและสามารถทบทวนเนื้อหาได้ทุกเมื่อ

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ลูกจ้างที่เข้ามาฝึกปฏิบัติเป็นผู้ช่วยทันตแพทย์เข้าใจงานผู้ช่วยทันตแพทย์และทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถเข้าใจงานผู้ช่วยทันตแพทย์และนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

การค้นหาปัญหาและสาเหตุ/ปัญหา



การเปลี่ยนแปลง/แก้ไข

กิจกรรมพัฒนา

1. สังเกตปัญหาที่มักพบบ่อยในลูกจ้างที่ฝึกปฏิบัติเป็นผู้ช่วยทันตแพทย์
2. สอบถามความต้องการในประเด็นที่จะศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อพัฒนาตนเอง
3. สัมภาษณ์เทคนิค, การจำเครื่องมือ และระบบการช่วยข้างเก้าอี้จากผู้ช่วยทันตแพทย์ที่เชี่ยวชาญในงาน
4. รวบเอกสารเพื่อจัดทำคู่มือผู้ช่วยข้างเก้าอี้ไม่ยากอย่างที่คิด E-book

ผลของการดำเนินงาน

หลังจากเริ่มดำเนินการจัดทำคู่มือผู้ช่วยข้างเก้าอี้ E-book ตั้งแต่เดือนกันยายน 2563 พบว่าหลังจากลูกจ้างที่ฝึกงานเป็นผู้ช่วยทันตแพทย์ได้ศึกษาข้อมูลจากคู่มือแล้วมีความเข้าใจงานผู้ช่วยทันตแพทย์ดีขึ้น ลดความผิดพลาดในการทำงาน หากต้องการทบทวนสามารถเปิดอ่านได้ทันทีเนื่องมีการบันทึกหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ คู่มือผู้ช่วยข้างเก้าอี้ไม่ยากอย่างที่คิดไว้ในโทรศัพท์จึงง่ายต่อการทบทวนเนื้อหาได้ทุกที่ ทุกเวลา

ปัญหาอุปสรรค/ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไขอนาคต

ในการจัดทำคู่มือผู้ช่วยข้างเก้าอี้ไม่ยากอย่างที่คิด E-book เป็นหนังสืออิเล็กทรอนิกส์โทรศัพท์บางรุ่นยังไม่รองรับหนังสืออิเล็กนิกส์นี้ทำให้เกิดปัญหาในการเข้าถึงเพื่อศึกษาข้อมูล อีกทั้งปัจจุบันมีเทคโนโลยีเพิ่มเข้ามามากมายเพื่อช่วยลดขั้นตอนการทำงานให้ง่ายและสะดวกรวดเร็วขึ้น ผู้ช่วยทันตแพทย์ส่วนใหญ่ยังไม่มีความเชียวชาญในการใช้เทคโนโลยี จึงแนะนำให้หมั่นศึกษาและปรับปรุงข้อมูลตลอดเวลาเพื่อให้เท่าทันสถานการณ์โลกปัจจุบัน

บทเรียนที่ได้รับ

การจัดทำคู่มือผู้ช่วยข้างเก้าอี้ไม่ยากอย่างที่คิด E-book สามารถทำให้ลูกจ้างที่เข้ามาทำงานเป็นผู้ช่วยทันตแพทย์มีความเข้าใจในความรู้พื้นฐาน เมื่อมีความรู้พื้นฐานแล้วจึงนำไปสู่เรียนรู้เรื่องงานผู้ช่วยทันตแพทย์ด้านอื่น ๆ ได้อย่างง่ายดายและปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้อง

สื่อรัก...(สุขภาพ) ฉบับภาษาม้ง

สารภี ศรชัยปัญญา
กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลเวียงแก่น

บทนำ

อำเภอเวียงแก่นเป็นพื้นที่ ที่ติดกับประเทศเพื่อนบ้าน อย่างเช่น ประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ผู้มารับบริการในโรงพยาบาลเวียงแก่น จึงมีความหลากหลายทาง ชาติพันธุ์ ภาษา และวัฒนธรรม ซึ่งในกลุ่มชาติพันธุ์ทั้งหมดนี้ส่วนใหญ่คือ กลุ่มชาติพันธุ์ม้ง และภาษาที่ใช้สื่อสารในชีวิตประจำวันส่วนใหญ่จะเป็นภาษาท้องถิ่นของตนเอง มีเพียงภาษาไทย ภาษาเดียวที่ถูกใช้เป็นสื่อกลางในการสื่อสาร ซึ่งผู้มารับบริการบางส่วน โดยเฉพาะกลุ่มชาติพันธุ์ม้งในประเทศไทยที่ไม่ได้เรียนหนังสือ และกลุ่มชาติพันธุ์ม้งจากประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ที่ไม่สามารถอ่านภาษาไทยได้ แต่สามารถอ่าน-เขียนภาษาม้งได้

กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลเวียงแก่น ให้ความสำคัญกับการให้การรักษา ร่วมกับการให้สุขศึกษา ซึ่งจะใช้สื่อภาพพลิกและโมเดลฟันต่างๆ ร่วมเป็นสื่อกลางในการให้ความรู้แก่ผู้มารับบริการ การจัดทำสื่อภาพพลิกภาษาม้ง จึงเป็นทางเลือกหนึ่ง สำหรับกลุ่มผู้มารับบริการที่เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง ที่ไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้

ดังนั้นผู้จัดทำจึงได้คิดนวัตกรรมโดยมีชื่อว่า “สื่อรัก...(สุขภาพ) ฉบับภาษาม้ง” เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายสามารถอ่านออก เข้าใจในเนื้อหา และฝึกทักษะการดูแลสุขภาพช่องปาก ได้อย่างถูกวิธี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้กลุ่มชาติพันธุ์ม้ง สามารถอ่านออก และเข้าใจในเนื้อหา
2. เพื่อการเรียนรู้ และฝึกทักษะการดูแลสุขภาพช่องปาก สามารถนำไปปฏิบัติตามได้อย่างถูกวิธี

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

1. รวบรวมเนื้อหาที่จะใช้ในการจัดทำสื่อ
2. ทำการแปลเนื้อหา จากภาษาไทย เป็นภาษาม้ง
3. เรียบเรียงเนื้อหา และจัดทำโดยใช้ โปรแกรม Power point
4. ปริ้นท์เนื้อหา ทำการเข้าเล่ม

การทดสอบประสิทธิภาพของนวัตกรรม

1. โดยการให้กลุ่มเป้าหมาย ได้ทดลองอ่านเนื้อหาในสื่อฉบับภาษาม้ง ที่จัดทำขึ้นมา
2. ใช้แบบทดสอบความพึงพอใจและความเข้าใจในเนื้อหา
3. แบบทดสอบความพึงพอใจ อยู่ในระดับ **มากกว่าร้อยละ 80**

หัวข้อประเมิน	ร้อยละความพึงพอใจ (%)				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
ด้านอุปกรณ์					
1. กระทัดรัด สวยงาม น่าอ่าน	0	0	4	81	15
ด้านเนื้อหา					
2. เนื้อหากระชับ เข้าใจง่าย	0	0	5	84	11
3. รูปภาพประกอบสวยงาม น่าสนใจ	0	0	10	80	10
4. สามารถนำไปปฏิบัติตามตามได้ง่าย	0	0	3	86	11
(คะแนนรวมเฉลี่ย)	**0**	**0**	**5**	**83**	**12**

เกณฑ์ความพึงพอใจ

80 - 100 % ระดับพอใจมากที่สุด **(ผ่านเกณฑ์)**
70 - 79 % ระดับพอใจมาก
60 – 69 % ระดับพอใจปานกลาง
50 - 59 % ระดับพอใจน้อย

จากตารางพบว่าความพึงพอใจของกลุ่มเป้าหมายต่อการใช้งานนวัตกรรม เรื่อง **“สื่อรัก...สุขภาพ ฉบับภาษาม้ง”** ผ่านเกณฑ์ที่ ร้อยละ 80 โดยได้ระดับความพึงพอใจมากที่สุด ที่ร้อยละ 83

ประโยชน์ / การนำไปใช้ / ผลสำเร็จของนวัตกรรม

1. ใช้เป็นสื่อ เพื่อการให้ความรู้ด้านทันตสุขภาพในกลุ่มงานทันตกรรม
2. กลุ่มเป้าหมายสามารถอ่านออก และมีความรู้ความเข้าใจในเนื้อหามากขึ้น
3. สามารถนำไปปฏิบัติตามได้อย่างถูกวิธี

ปัญหาอุปสรรค

1. สื่อที่จัดทำเป็นสื่อสิ่งพิมพ์ที่มีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง
2. ความชำนาญในการจัดทำสื่อ ยังมีไม่เพียงพอ ควรศึกษาเพิ่มเติม

เว็บแอพพลิเคชั่น“ รักษ์ไต ML” รู้ทัน ป้องกันโรคไต

ปุณญณิน เขื่อนเพ็ชร์
คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลแม่ลาว

บทนำ

โรคไตเสื่อม เป็นภาวะโรคที่ส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อตัวผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีพฤติกรรมหลายอย่างที่เป็นต้นเหตุและนำไปสู่การเกิดการเสื่อมของไต ได้แก่ การกลั้นปัสสาวะบ่อยๆ การรับประทานยาอย่างไม่ระมัดระวัง ดื่มน้ำน้อย รับประทานอาหารไขมันสูง รับประทานอาหารรสเค็มจัด เป็นต้น จากการปฏิรูประบบสุขภาพไปสู่ยุคThailand 4.0 ที่เน้นการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการเข้าถึงการดูแลสุขภาพ เว็บแอพพลิเคชั่น “รักษ์ไต ML” จึงได้พัฒนาขึ้นเพื่อเป็นเครื่องมือในการให้ความรู้และประเมินพฤติกรรมเสี่ยงโรคไต ซึ่งจะสะท้อนโอกาสที่น่าจะเกิดโรคไตเสื่อม ทำให้ทราบถึงพฤติกรรมของตนเองตลอดจนการคาดการณ์ระดับ พฤติกรรมเสี่ยงของตนเองได้ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความตระหนักในการปฏิบัติพฤติกรรมเสี่ยงเพื่อป้องกันไตเสื่อม

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

ขั้นตอนที่ 1 จัดทำฐานข้อมูลในส่วนที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคไตเรื้อรัง การออกแบบเว็บแอพพลิเคชั่น โดยการประเมินปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมต่อการเกิดโรคไต 8 ข้อ ให้ความรู้สาเหตุและการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันการเสื่อมของไต ประเมินระดับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตเสื่อม ซึ่งในด้านเนื้อหาได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านได้แก่ แพทย์ผู้รับผิดชอบคลินิกโรคไตเรื้อรัง 1 ท่าน พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 1 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง 1 ท่าน โดยให้ค่าคะแนนเป็น 3, 2,1, และ 0 ตามลำดับ ดังนี้

พฤติกรรม	ความถี่ในการมีพฤติกรรม			
	เป็นประจำ (3)	บ่อยครั้ง (2)	นานๆครั้ง (1)	ไม่เคย(0)
1.ดื่มน้ำน้อย				
2.รับประทานอาหารรสเค็มจัด				
3.กลั้นปัสสาวะ				
4.รับประทานยาอย่างไม่ระมัดระวัง				
5.สูบบุหรี่				
6.ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์				
7.รับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง				
8.รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง				

การแปลผลระดับความเสี่ยงเป็น 3 ระดับคือ เสี่ยงน้อย เสี่ยงปานกลาง และเสี่ยงสูง ดังนี้

0 - 8 หมายถึง ระดับความเสี่ยงน้อย

9 -16 หมายถึง ระดับความเสี่ยงปานกลาง

17-24 หมายถึง ระดับความเสี่ยงสูง

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาเว็บแอพพลิเคชั่น ทำการพัฒนาเว็บแอพลิเคชั่นในระบบปฏิบัติการ window 10 ในส่วนของเว็บแอพพลิเคชั่นที่พัฒนาขึ้นนั้น แบ่งออกเป็น 2 ส่วนหลัก ได้แก่ ส่วนของการตรวจสอบไฟล์แบบทดสอบและส่วนของการวิเคราะห์แบบทดสอบโดยใช้ภาษาพีเอชพี(PHP)ในการเขียนโปรแกรม ซึ่งในส่วนของระบบได้มีการเพิ่มเติมความรู้เรื่องไต สาเหตุที่จะทำให้เกิดการเสื่อมของไต และการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้ส่งผลเสียต่อการเกิดภาวะไตเสื่อม

ขั้นตอนที่ 3 การทดสอบประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือส่วนแรก ประเมินความสมบูรณ์ของแอพพลิเคชั่นฯโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้รับผิดชอบคลินิกโรคไตเรื้อรัง 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ 1 ท่าน พยาบาลผู้จัดการรายกรณีเบาหวาน ความดันโลหิตสูง 1 ท่าน จากนั้นนำร่องใช้ Application ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มประชาชนทั่วไป กลุ่มบุคลากรสาธารณสุข กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จากการสุ่มประเมินความพึงพอใจผู้ใช้งานจำนวน 30 คน พบว่าผู้ใช้งานเว็บแอพพลิเคชั่น “ รักษ์ไต ML” มีความพึงพอใจจำแนกตามประเด็น รายข้อ ดังนี้

ประเด็นรายข้อ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.สะดวกและง่ายในการใช้งาน	13(43.33)	12(40.00)	5(16.67)		
2.ผลการประเมินสามารถบอกแนวการปฏิบัติเพื่อป้องกันไตเสื่อม	15(50.00)	14(46.67)	1(3.33)		
3.ข้อมูลที่ได้รับเป็นประโยชน์	16(53.53)	14(46.67)			
4.ข้อมูลน่าเชื่อถือ	14(46 .67)	16(53.53)			

สรุป

เว็บแอพพลิเคชั่น “ รักษ์ไต ML” เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นในยุค Thailand 4.0 เพื่อให้ประชาชนทั่วไปหรือกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ทราบถึงพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเสื่อมของตนเอง ช่วยให้รับรู้และเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งก่อให้เกิด ผลลัพธ์ คือ ผู้รับการประเมินได้รับทราบระดับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเสื่อมของตนเอง และสามารถใช้เป็นเครื่องมือในการดูแลสุขภาพประชาชนที่เกี่ยวข้อง เพื่อเฝ้าระวังและป้องกัน การเกิดโรคไตเสื่อมได้ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ทวีศิริวงศ์และ อุดม ไกรฤทธิชัย. **กลเม็ดเคล็ดลับ ทำ อย่างไรไตไม่วาย.** กรุงเทพฯ:สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย; 2548
2. กล้าเผชิญ โชคบำรุง(2556). **แบบประเมินระดับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเสื่อม**" วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ ปีที่ 35 ฉบับที่ 1 (มกราคม-มีนาคม) 2555 Volume 35 No.1 (January-March) 20123.
3. คู่มืออาสาสมัครประจำครอบครัว(อสค.)**กลุ่มดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (**CKD) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

คุ้มเปลี่ยนสีหลังคาเรือนปฏิบัติดีปลอดลูกน้ำ

ปรียาภรณ์ ขาววัด

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปงน้อย

บทนำ

ยุงลายเป็นพาหะนำเชื้อของการเกิดโรคไข้เลือดออกในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวจะต้องอาศัยหลักของการทำงานที่เชื่อมโยงกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐและเอกชนร่วมกับชุมชนในพื้นที่ในการควบคุมและป้องกันโรค โดยเฉพาะการใช้มาตรการต่างๆ ที่รองรับ ที่เน้นการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำในแต่ละหลังคาเรือน กระตุ้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการกำจัดและควบคุมอย่างจริงจังต่อเนื่อง ส่งผลให้การเกิดของลูกน้ำชนิดต่างๆ ในแต่ละคุ้มมีจำนวนที่ลดลงหรือไม่เกิดขึ้น ที่ผ่านมาในการสำรวจค่าดัชนีลูกน้ำในหลังคาเรือนของแต่ละคุ้มของอสม.ยังมีแนวโน้มที่มีความเสี่ยงของการพบลูกน้ำเกินเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด อาจจะเป็นเพราะปัจจัยหลายๆอย่างตามบริบทพื้นที่ เช่น ประชาชนขาดความรู้ความเข้าใจของการควบคุม ขาดความตระหนักในการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำ หรือแม้แต่ระบบการติดตามรายงานผลสำรวจข้อมูลการพบแหล่งเกิดลูกน้ำในหลังคาเรือนที่มีความเสี่ยง เพื่อต้องการรับทราบหรือคืนข้อมูลให้ อสม.แต่ละคุ้มที่ตนเองดูแล ไม่มีความต่อเนื่องและทันเหตุการณ์ ส่งผลให้อสม.แต่ละคุ้ม เข้าไปควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำล่าช้า

โดยที่ผ่านมาในทางปฏิบัติของการทำงาน อสม.ผู้รับผิดชอบประจำคุ้ม พบประเด็นปัญหาดังนี้

1. เครื่องมือการตรวจสอบข้อมูล แอพพลิเคชั่น อสม.ออนไลน์ มีขั้นตอนการรายงานและแจ้งเตือนค่อนข้างจะยุ่งยากและซับซ้อน กล่าวคือ เมื่อมีการวิเคราะห์และแปรผลข้อมูลความเสี่ยงร้อยละของบ้านที่สำรวจพบลูกน้ำ (ค่า HI) เกินเกณฑ์ที่มาตรฐานที่กำหนด อสม.ประจำคุ้มจะเข้าไปอ่านค่าหรือตรวจสอบข้อมูลได้ลำบาก อาจจะเป็นเพราะเครื่องมืออุปกรณ์การสื่อสาร โทรศัพท์ และสัญญาณเครือข่ายรองรับที่แตกต่างกัน มีการแปรผลลำบาก

2. ตัวผู้ใช้แอพพลิเคชั่น อสม.ออนไลน์ (ผู้ปฏิบัติ) ส่วนใหญ่จะเป็น อสม.กลุ่มที่มีอายุการทำงานเกิน 20 ปีขึ้นไป ที่มีความคุ้นเคยกับการรายงานในรูปแบบการกรอกเขียน ไม่มีความชำนาญในการใช้แอพพลิเคชั่น รวมทั้งสภาพร่างกายที่ไม่เอื้ออำนวย เช่น อายุ ความจำ สายตา เกิดความไม่คล่องตัวในการเข้าไปตรวจสอบข้อมูลของแอพพลิเคชั่น อสม.ออนไลน์ที่ตนเองรับผิดชอบ บางครั้งต้องอาศัยบุตรหลานหรือญาติพี่น้องช่วยเหลือ

จากประเด็นปัญหาที่กล่าวมานี้ทางทีมงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปงน้อย จึงได้มีการนำเอาแอพพลิเคชั่น อสม.ออนไลน์ที่เป็นประเด็นปัญหาเบื้องต้นนี้ มาดัดแปรงประยุกต์ต่อยอดเป็นนวัตกรรมคุ้มเปลี่ยนสีหลังคาเรือนปฏิบัติดีปลอดลูกน้ำ

วิธีการพัฒนานวัตกรรม

การดัดแปรงประยุกต์ใช้ข้อมูลจากแอพพลิเคชั่น อสม.ออนไลน์ที่เป็นประเด็นปัญหา มาต่อยอดเป็นนวัตกรรมคุ้มเปลี่ยนสีหลังคาเรือนปฏิบัติดีปลอดลูกน้ำ โดยใช้เกณฑ์ของค่ารอยละของบานที่สำรวจพบลูกน้ำ (ค่า HI) ที่ อสม.แต่ละคุ้มรับผิดชอบ มากำหนดเป็นนวัตกรรมคุ้มเปลี่ยนสีหลังคาเรือนปฏิบัติดีปลอดลูกน้ำ แบ่งเป็น 3 ระดับคือ

1. หลังคาเรือนที่มีค่ารอยละของบานที่สำรวจพบลูกน้ำ (ค่า HI) เท่ากับ 0 แทนด้วยสัญญาลักษณ์หลังคาเรือน สี เขียว

2. หลังคาเรือนที่มีค่ารอยละของบานที่สำรวจพบลูกน้ำ (ค่า HI) ตั้งแต่ร้อยละ 1 - 5 แทนด้วยสัญญาลักษณ์หลังคาเรือนสี เหลือง

3. หลังคาเรือนที่มีค่ารอยละของบานที่สำรวจพบลูกน้ำ (ค่า HI) เกินร้อยละ 5 แทนด้วยสัญญาลักษณ์หลังคาเรือนสีแดง

เพื่อแจ้งเตือนอสมในแต่ละคุ้มรับทราบ และดำเนินการเฝ้าระวังการเกิดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำนวัตกรรมคุ้มเปลี่ยนสีหลังคาเรือนปฏิบัติดีปลอดลูกน้ำ เริ่มดำเนินการตั้งแต่เดือน มิถุนายน 2563 จนถึงปัจจุบัน แบ่งระยะเวลาของการรายงานและติดตามสำรวจสัปดาห์ละหนึ่งครั้งในพื้นที่ของบ้านป่าลัน หมู่ที่ 5 จำนวน 212 หลังคาเรือน ประชากรทั้งหมด 928 คน ที่มีการเกิดปัญหาของการระบาดของโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ติดต่อกัน 2 ครั้งในห้วงระยะเวลาใกล้เคียงกัน มี อสม.ประจำคุ้มดูแลและติดตามรายงาน จำนวนทั้งสิ้น 16 คน แบ่งระยะเวลาของการรายงานและติดตามสำรวจสัปดาห์ละหนึ่งครั้ง

นวัตกรรมนี้ใช้หลักการง่ายๆในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของหลังคาเรือน เน้นการกำจัดและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำ ตามมาตรการ 5 ป., 3 ก., 1 ข. ที่มีการขับเคลื่อนในระดับหลังคาเรือน โดยให้ อสม.และผู้นำประจำคุ้ม ออกติดตามสำรวจ มีการรายงานผลการสำรวจทางแอพพลิเคชั่น อสม.ออนไลน์ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบดำเนินการตรวจสอบวิเคราะห์ข้อมูลและแปรผลความเสี่ยงที่พบแต่ละคุ้ม แทนสัญญาลักษณ์ สีเขียว สีเหลือง สีแดง ในรูปตารางสี ตามผลการประเมินความเสี่ยง และแจ้งให้อสม.ในแต่ละคุ้มรับทราบ ผ่านทางแอพพลิเคชั่นไลน์ กรณีพบความเสี่ยงจากสีที่แทนด้วยสัญญาลักษณ์ อสม.ประจำคุ้มจะต้องดำเนินการเข้าไปควบคุมป้องกันตามมาตรการคุ้มสีที่กำหนดไว้อย่างทันท่วงที

การทดสอบประสิทธิภาพ

1. ประเมินความพึงพอใจ ก่อน - หลัง สำหรับผู้เข้าร่วมนวัตกรรม
2. ค่าร้อยละของบ้านที่สำรวจลูกน้ำมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น

สรุป

อสม.ประจำคุ้ม มีเครื่องมือช่วยในการตรวจสอบผลเข้าใจได้ง่ายและรวดเร็ว สามารถนำข้อมูลที่ได้รับไปแก้ไขปัญหาได้เหมาะสมตามความเสี่ยงที่แทนด้วยสัญญาลักษณ์คุ้มสี เป็นการบูรณาการเพื่อแก้ไขปัญหาของการเกิดโรคไข้เลือดออกในชุมชน ที่มียุงลายเป็นพาหะนำโรค และเป็นอีกช่องทางหนึ่งในการสื่อสารที่สะดวก รวดเร็ว นำไปสู่การ **รู้เร็ว แจ้งเร็ว ควบคุมเร็ว**

เอกสารอ้างอิง

AIS Digital for thais สาธารณสุข.2563.**รายงานการสำรวจลูกน้ำยุงลาย.**สืบต้นเมื่อวันที่ 1 มิถุนายน 2563./ จาก https://phc.ais.co.th

ศูนยปองกันควบคุมโรคไขเลือดออกฯกลุมงานควบคุมสัตวและแมลงนำโรคกองควบคุมโรคติดตอ สำนักอนามัย.2560**. คูมือ แนวทางการดำเนินงานเรื่องโรคไขเลือดออก ปงบประมาณ 2561**.สืบค้นเมื่อวันที่ 28 พฤษภาคม 2563. จาก http://www.oic.go.th/FILEWEB / CABINFOCENTER9 /DRAWER022/GENRAL/DATA0000/0000749.dpf

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย
Chiang Rai Provincial Health Office

ภาพถ่ายเล่าเรื่อง

Delivery เราก็มีนะ!

ชื่อ-สกุล น.ส.กรกมล เล้ากุลวิเชษฐ

ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ

หน่วยงาน / สังกัด *โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ยาว*

สถานที่ถ่ายภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ยาว

เนื่องด้วยบริบทของตำบลแม่ยาวเป็นพื้นที่ภูเขาเป็นส่วนมากทำให้การเดินทางมารพ.สต.ของคนไข้เป็นเรื่องค่อนข้างลำบากไม่ว่าจะเป็นถนนหนทางที่เป็นดินลูกรัง พาหนะที่คนไข้บางคนไม่มี ร่วมถึงตัวคนไข้บางคนที่ไม่สามารถนั่งรถมาที่รพ.สต.ได้ ทำให้ทางเราเล็งเห็นถึงการ “Delivery” ถึงบ้านคนไข้ อย่างเช่นเคสคนไข้ติดเตียงที่ญาติไม่สามารถมาเอาของได้ เราจึงนำของไปให้คนไข้เองเพื่อลดภาระคนไข้ที่ต้องเดินทางมาหาเรา เพราะการเดินทางของไปหาคนไข้ไม่มีค่าใช้จ่าย ร่วมถึงเป็นการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก ทำให้เราได้ค้นพบผู้ป่วยที่ยากลำบากในการเข้าถึงรพ.สต.อีกหลายเคส

การ “Delivery” ของรพ.สต.เราไปด้วยใจ ถึงอากาศจะร้อน ฝนจะตก ถนนหนทางจะลำบากแค่ไหนเราก็ไม่หวั่น รถยนต์เข้าไม่ถึงเราก็ขับมอเตอร์ไซค์ไปหา คนไข้มาหาไม่ได้เราจะไปหาเอง! ถามว่าฝนตกกลัวมั้ย? กลัวรถล้มแน่นอนค่ะ แดดร้อนกลัวมั้ย? กลัวค่ะ กลัวไม่สวย กลัวหน้าเป็นฝ้า ครีมก็แพง แต่หน้าที่ก็คือหน้าที่ หลังจากจบภารกิจคนไข้ได้รับของ เห็นรอยยิ้มของคนไข้และญาติ ทำให้เราหายเหนื่อยและหายร้อนได้ในทันที ทุกงานที่เราทำเราทำด้วยความเต็มใจเพื่อคนไข้

ดูแลเชิงรุก บุกถึงบ้าน ประสานหัวใจ ห่วงใยดุจญาติมิตร

ชื่อ-สกุล ภญ. ภาวนา ใจระวัง

ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ

หน่วยงาน / สังกัด กลุ่มงานเภสัชกรรมฯ รพ.เชียงแสน

สถานที่ถ่ายภาพ ต.ศรีดอนมูล อ.เชียงแสน จ.เชียงราย

การดูแลและรักษาพยาบาล ไม่จำเป็นต้องเกิดขึ้นภายในโรงพยาบาลเท่านั้น และนี่จึงเป็นอีกหนึ่งบทบาทหน้าที่ของเภสัชกร ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลเชียงแสน ที่ได้เข้าไปดูแลผู้ป่วยที่ยากต่อเข้าถึงการรักษาในโรงพยาบาล การให้การช่วยเหลือ และสนับสนุนจากโรงพยาบาลเชียงราย ซึ่งเป็นโรงพยาบาลพี่เลี้ยงของเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด (WARFRARIN) เชียงราย-เชียงแสน จึงเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะช่วยให้การดูแลนั้นครบวงจร และไปถึงมือผู้ป่วยอย่างครอบคลุม นำสู่ความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างยั่งยืน เรายังคงยืนหยัดและร่วมมือพัฒนาระบบเครือข่ายหัวใจ เชียงราย-เชียงแสน ให้ผู้ป่วยได้เข้าถึง แม้อยู่ในที่ห่างไกล

ชื่อภาพถ่าย “ทุกลมหายใจคือรัก”

ชื่อ-สกุล: นางสาวอารีรัตน์ ใจหาญ

ตำแหน่ง: นักวิชาการสาธารณสุข

หน่วยงาน/สังกัด: โรงพยาบาลเชียงแสน

สถานที่ถ่ายภาพ: ณ ตำบลป่าสัก อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย

จากภาพจะเห็นได้ว่า ในปัจจุบัน โรงพยาบาลเชียงแสน มีการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนด้วยการบูรณาการตั้งเป้าหมายร่วมกัน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลที่ครอบคลุม ยั่งยืน ภายใต้บรรยากาศ “คนเชียงแสนใส่ใจ ไม่ทอดทิ้งกัน” โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง ติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง สร้างความเข้าใจ เพื่อพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเองตามศักยภาพที่มีอยู่ โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพให้การสนับสนุนร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว ในการดูแลตนเองให้มีประสิทธิภาพ เพื่อตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการในระดับที่สามารถพึ่งตนเองให้ได้มากที่สุด ซึ่งอาจเน้นให้ผู้ป่วยแสวงหาและใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ อันจะนำไปสู่ระบบสังคมแห่งการดูแลกันและเอื้ออาทรซึ่งกันและกันในที่สุด

เภสัชกรห่วงใย ดูแลหัวใจดุจญาติมิตร

ชื่อ-สกุล ภญ. ภาวนา ใจระวัง

ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ

หน่วยงาน / สังกัด กลุ่มงานเภสัชกรรมฯ รพ.เชียงแสน

สถานที่ถ่ายภาพ หอผู้ป่วยใน 2 โรงพยาบาลเชียงแสน อ.เชียงแสน จ.เชียงราย

ส่วนหนึ่งของการให้บริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดในโรงพยาบาลชุมชนที่ห่างไกล ที่ยากแก่การเข้าถึงการรักษาด้วยยา WARFARIN และการตรวจติดตามผลของยาได้ โรงพยาบาลเชียงรายฯ ในฐานะพี่เลี้ยง ได้สนับสนุนอุปกรณ์ในการตรวจ INR ของผู้ป่วยที่สามารถนำไปตรวจผู้ป่วยได้ถึงในทุกที่ นำสู่การบริหารจัดการผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด ที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงยาและการรักษาได้ที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน เป็นอีกหนึ่งเครือข่ายที่ช่วยดูแลผู้ป่วยโดยไม่เลือกชนชั้น หรือความใกล้ไกลจากความเจริญทางการแพทย์ ไม่ว่าคุณจะเป็นใคร พวกเราครือข่ายหัวใจเชียงราย-เชียงแสน จะดูแลคุณในทุกวินาทีแม้ในพื้นที่ห่างไกลความเจริญ

กระทรวงสาธารณสุขห่วงใย ใส่ใจชาวบ้าน ช่วยต้าน COVID 19

ชื่อ-สกุล นางสาวกีรณา แซ่อิน

ตำแหน่ง พนักงานประจำห้องยา

หน่วยงาน / สังกัด รพ.เชียงแสน

สถานที่ถ่ายภาพ ริมแม่น้ำโขง อ.เชียงแสน จ.เชียงราย

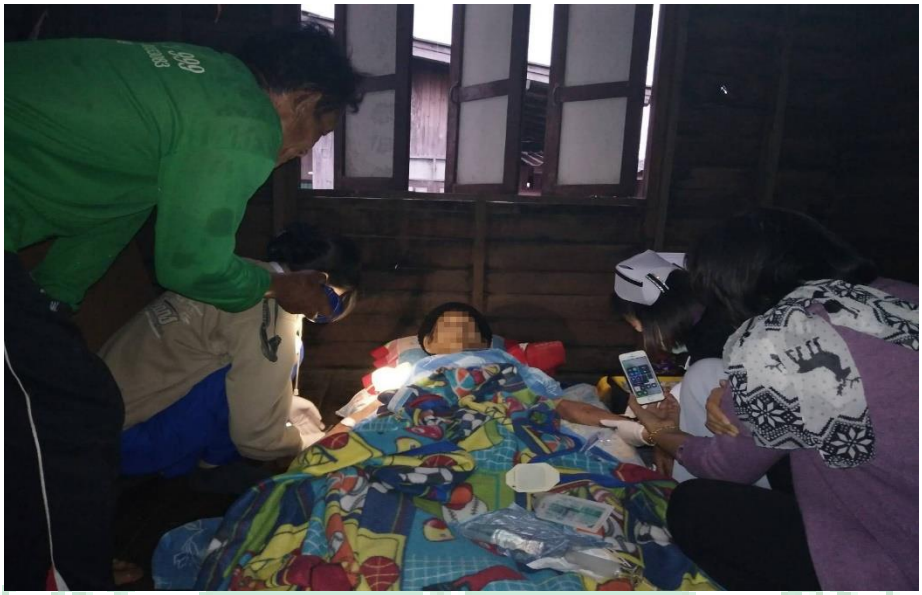
อีกบทบาทหนึ่งของงานสาธารณสุขชายแดน และด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย คือการคอยตรวจตราเฝ้าระวัง โรค COVID 19 ไม่ให้เข้ามาทำร้ายประชาชนในผืนแผ่นดินไทย เปรียบเสมือยามของแผ่นดินที่คอยดูแล ห่วงใยทุกคน ให้ปลอดโรคปลอดภัยและ มีสุขภาพที่ดี

พลังสร้างคุณค่า

ชื่อเจ้าของผลงาน : นางนิชานันท์ อุปถะ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม
โรงพยาบาลป่าแดด อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย
สถานที่ถ่ายภาพ : บ้านผู้ป่วยในเขต ต.โรงช้าง อ.ป่าแดด จ.เชียงราย

การได้เห็นรอยยิ้มผ่านแววตาอย่างมีความหวัง ของผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้เรามีความสุขทุกครั้งเมื่อออกเยี่ยมบ้าน วันนี้ก็เช่นกันกับภารกิจในการออกไปทำแผลให้กับผู้ป่วยที่บ้าน ถึงแม้ว่าก่อนที่ผู้ป่วยจะออกจากรพ.เราจะฝึกให้ญาติมีความมั่นใจ สามารถทำแผลเองได้และเตรียมความพร้อมในการดูแลที่บ้านเป็นอย่างดีแล้ว แต่การออกไปติดตามเยี่ยม ย่อมแสดงให้เห็นว่าพวกเรามีความห่วงใย ไม่ทอดทิ้ง เราสามารถช่วยแบ่งเบาภาระให้กับญาติได้แม้จะเป็นช่วงระยะเวลาสั้น ๆ เพราะนั่นหมายถึงกำลังใจไม่ว่าจะเป็นการสื่อความหมายด้วยวิธีใดก็ตาม เราจะบอกกับผู้ป่วยและญาติเสมอว่า เมื่อความเจ็บป่วยได้เกิดขึ้นกับตัวเราหรือคนในครอบครัวเราแล้ว เราต้องยอมรับ ตั้งรับอย่างมีสติ และต่อสู้ให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤตไปให้ได้ คอยดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน คอยประคับประคองดูแลกันให้ดีที่สุด เพราะเมื่อถึงเวลาที่จะต้องสูญเสีย เราจะได้ภูมิใจกับสิ่งที่เราได้ทำให้กับคนที่เรารัก อาจมีบ้างที่ผู้ป่วยและครอบครัวรู้สึกเหนื่อย ท้อ หรือหมดหวัง ขอเพียงให้รับรู้ว่าพวกเราทีมเยี่ยมบ้านจะคอยเติมพลังให้ในวันที่ล้า เพื่อให้คนที่อยู่ได้ลุกขึ้นมาสร้างคุณค่าให้กับตัวเองอีกครั้ง.

แสงสุดท้าย



ชื่อเจ้าของผลงาน : นางนิชานันท์ อุปถะ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม
โรงพยาบาลป่าแดด อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย
สถานที่ถ่ายภาพ : บ้านผู้ป่วยในเขต ต.โรงช้าง อ.ป่าแดด จ.เชียงราย

การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวภายใต้บริบทและพื้นฐานของชีวิต คือสิ่งที่ทางทีมเยี่ยมบ้านได้ยึดถือและปฏิบัติมาโดยตลอด วาระสุดท้ายในชีวิตของคุณตา ที่ได้ผ่านร้อน ผ่านหนาว ผ่านคลื่นลมมรสม การพบเจอปัญหาและอุปสรรคมากมาย และการได้สร้างสิ่งต่าง ๆไว้ให้กับลูกหลาน เมื่อถึงเวลาที่คุณตาต้องจากโลกนี้ไป ท่านเพียงต้องการแค่ความสงบ ในวันที่เราออกเยี่ยมบ้าน คุณตานอนแน่นิ่ง ไม่รู้สึกตัว เพื่อให้คุณตาได้มีสติกลับคืนมา การแก้ไขภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำโดยทีมแพทย์ฉุกเฉินเกิดขึ้นทันที หลังจากทีมเยี่ยมบ้านได้ประสานไป ภายใต้ความมืดสลัวภายในบ้าน แสงไฟที่เราช่วยกันสาดส่อง ทำให้คุณตาได้รับความช่วยเหลือ จากที่นอนแน่นิ่ง มือของคุณตาเริ่มขยับ เปลือกตาเริ่มกระพริบ แต่ยังสื่อสารไม่ได้ ความดันโลหิตต่ำ ชีพจรเต้นแรงและเร็ว หายใจยังเป็นปกติ เราแจ้งญาติ อธิบายอาการของคุณตา พร้อมที่จะนำส่ง รพ.ญาติใช้เวลาพูดคุยกันไม่นาน ได้แจ้งว่า จะไม่พาตาไปรพ.ขอดูแลกันเองที่บ้าน เพราะนั่นคือความต้องการของคุณตา พวกเรารับฟังและเคารพในการตัดสินใจของคุณตาที่ได้บอกกับหลานไว้ อย่างน้อยเราก็ได้ช่วยต่อลมหายใจเพื่อให้คุณตาและครอบครัวได้สื่อสารกันอีกครั้ง แสงไฟที่สาดส่องให้กับคุณตาในวันนี้ คงเป็นแสงครั้งสุดท้ายที่จะทำให้คุณตาได้รับรู้ในสิ่งที่ครอบครัวจะได้บอกกล่าว และได้ทำตามเจตนารมณ์ที่คุณตาต้องการ หนึ่งวันต่อมา คุณตาได้จากโลกนี้ไปอย่างสงบท่ามกลางครอบครัว และการดูแลจากลูกหลานเป็นอย่างดี.

EMSวุ่นวายกับพยาบาลชายขับรถ

นางสาวพนาวัน พรหมเผ่าและนางสาวหทัยรัตน์ นิยมาศ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลป่าแดด

สถานที่ถ่ายภาพ : บ่อขยะเทศบาลตำบลป่าแดด อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย

กริ๊งๆ เสียงโทรศัพท์ดังขึ้น “สะหวัดดีเจ้า ห้องฉุกเฉินโรงบาลป่าแดดเจ้า”“โรงบาลป่าแดดจากศูนย์สั่งการเน้อ ออกเหตุหน่อยเจ้า คนไข้ถูกต่อต่อยจำนวนมากตี่บ่อขยะเทศบาลป่าแดด เบอร์โทร 089-XXXXXXX เน้อ”ในขณะนั้นพนักงานขับรถที่อยู่เวรไปส่งผู้ป่วยรักษาต่อที่โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จึงโทรตามพนักงานขับรถที่ไม่อยู่เวร หลังวางสายของการตามพนักงานขับรถคนสุดท้าย น้องพยาบาลตะโกนบอก ตามใครไม่ได้เลย คนที่รับสายก็อยู่นอกพื้นที่ ความหวังพังครืนไปต่อหน้า ภายใต้ความกดดันที่มหาศาล ความกังวลที่ผู้ป่วยมีโอกาสช็อกจากอาการแพ้สูง เอาไงต่อดี ทุกคนในเวรก็หันมามองหน้ากัน เสี้ยววินาทีนั้นน้องพยาบาลชายได้ตัดสินใจเอ่ยขึ้นว่า “ถ้าบ่อมีไผ ผมพอขับรถได้ เดียวผมขับเอง ปะปี้ไปกันเตอะ” ต่อมา พนักงานขับรถที่ไม่ได้มีตำแหน่งเป็นพนักงานขับรถเมื่อไปถึงจุดเกิดเหตุพบว่าผู้ป่วยอยู่ในภาวะช็อกจากการแพ้รุนแรง มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ วัดความดันโลหิตไม่ได้ เหงื่อแตกตัวเย็น มีผื่นแดงทั่วตัว อาเจียน อุจจาระราด และซึม จึงรีบให้การพยาบาลก่อนนำส่งโรงพยาบาลป่าแดด และดูแลจนพ้นภาวะวิกฤตจนเข้าพักรักษาตัวในตึกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลป่าแดดเพื่อสังเกตอาการ วันต่อมาผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน ผู้ป่วยและญาติแวะมาที่งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน เพื่อขอบคุณที่ให้การช่วยเหลือ

จากเหตุการณ์นี้ทำให้ต้องขอบคุณทีมงาน เวรวันนั้นที่ร่วมกันตัดสินใจแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าให้การช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างทันท่วงที และขอบคุณผู้ป่วยรายนี้เพราะหากไม่เกิดเหตุการณ์นี้เราคงไม่รู้ถึงปัญหาในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของเรา และทำให้ทางโรงพยาบาลป่าแดดมีการพัฒนางานบริการโดยปรับให้มีอัตรากำลังสำรองของพนักงานขับรถเพิ่มขึ้น

ถอยดีกว่า

ชื่อ- สกุล นางธิดารัตน์ เอกปัตต์

ตำแหน่ง เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขชำนาญงาน

หน่วยงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลธารทอง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพาน

สถานที่ถ่ายภาพ โรงเรียนธารทองวิทยา ตำบลธารทอง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย

“จะถอยทำไมครับลูก” “รู้ครับว่าไม่เจ็บแต่ก็อดจะเสียวไม่ได้ ขอถอยก่อนนะครับ” ฟลูออไรด์วานิชมีประสิทธิภาพในการป้องกันฟันผุร้อยละ 43 ในฟันแท้ ดังนั้นเราจึงควรให้เด็กในโรงเรียนได้รับฟลูออไรด์ร้อยเปอร์เซ็นต์ แม้การทำงานจะพบอุปสรรคจากความกลัวของเด็กน้อย แต่เพื่อให้เด็กไทยมีสุขภาพฟันที่ดี หนูๆจะถอยยังไง หมอฟันไม่เคยถอยนะค่ะ

““**อยู่บ้านหยุดเชื้อเพื่อชาติ** Stop Covid - 19”

ชื่อ-สกุล : นางณัฐวรานี แสงจันทร์วัฒนา
ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หน่วยงาน :งานผู้ป่วยนอก กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลแม่ลาว จังหวัดเชียงราย
สถานที่ถ่ายภาพ : งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแม่ลาว จังหวัดเชียงราย

งานผู้ป่วยนอกเป็นงานบริการด่านหน้า มีหน้าที่หลักในการให้บริการผู้ป่วยทุกโรค ทุกเพศ ทุกวัย ไม่ว่าสถานการณ์ปกติ หรือโรคระบาด บทบาทสำคัญของงาน OPD ยังคงต้องการคัดกรอง การให้คำปรึกษา การให้สุขศึกษา Empowerment ร่วมกับสหสาขา IC ก็มา SRRT ก็พร้อมเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับความรู้ นำสู่การปฏิบัติ พร้อมรับมือกับโรคระบาด เพื่อเราจะก้าวข้ามวิกฤติ Covid -19 ไปด้วยกัน อยู่บ้านหยุดเชื้อเพื่อชาติค่ะ

“ทายาทชุดขาว”

ชื่อ-สกุล : นางสายสมร ภัทรจิตรานนท์
ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หน่วยงาน : งานผู้ป่วยนอก กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลแม่ลาว
สถานที่ถ่ายภาพ : งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแม่ลาว จังหวัดเชียงราย

อีกหนึ่งภารกิจที่สำคัญบนเส้นทางสีขาว ของชาวพยาบาล คือบทบาทการเป็นครูพี่เลี้ยง สอนและนิเทศนักศึกษาพยาบาล เพื่อส่งต่อความเป็นวิชาชีพ ทั้งวิชาการ หัตถการ ศีลธรรม จริยธรรม มาตรฐานการให้บริการ ฯลฯ งานนี้ไม่ง่าย แต่ผลลัพธ์ที่ได้ โคตรจะคุ้ม กว่าที่นาง ๆ จะได้สวมหมวกขาว ก้าวเดินได้อย่างสง่างาม ด้วยขาของตัวเอง จากรุ่นสู่รุ่น ทำเอาครูพี่เลี้ยงเหนื่อยไปตามๆ กัน แม้วันนี้จะบ่น จะเบื่อ แต่ก็ยินดีทุกครั้งที่ได้เห็นความสำเร็จของน้อง ๆ ที่เติบโตได้อย่างงดงาม เพราะพวกเธอก็คือ “ทายาทชุดขาว”

“ปฐมพยาบาลใจ เมื่อมีภัยพิบัติ”

PSYCHOLOGICAL FIRST AID

ชื่อ-สกุล: นางพิกุล ทองรักษ์

ตำแหน่ง: พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

หน่วยงาน: งานสุขภาพจิต กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลแม่ลาว

สถานที่ถ่ายภาพ: หมู่ที่ 9 ตำบลป่าก่อดำ อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย

จากสถานการณ์วิกฤตภัยพิบัติต่างๆที่เกิดขึ้นในพื้นที่ วิกฤติที่เกิดขึ้นได้ส่งผลกระทบชาวบ้านโดยตรง โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อสภาพจิตใจ ตั้งแต่ระดับเล็กน้อยไปจนถึงระดับรุนแรง ทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจอำเภอแม่ลาว (MCATT.: Mental Health Crisis Assessment and Treatment Team) ได้เข้าใจปัญหาพี่น้องชาวบ้านที่ต้องประสบกับวิกฤตภัยพิบัติที่เกิดขึ้น ส่งผลกระทบทางร่างกายและจิตใจ ความตกอกตกใจ ความหวาดกลัว ความอดอยาก ความหิว ที่พักอาศัย ที่หลับที่นอน ก่อให้เกิดความเครียดความวิตกกังวล การได้เข้าไปให้การช่วยเหลืออย่างทันท่วงที “การปฐมพยาบาลจิตใจ” จึงเป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็นอย่างเร่งด่วนครอบคลุมทั้งทางกายทางใจและทางสังคมโดยคำนึงถึงมนุษยธรรม

“ชุดป้องกันโควิด-19ของคุณยาย”

ชื่อ-สกุล : นางกฤติกา ชนประชา
ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หน่วยงาน :งานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลแม่ลาว
สถานที่ถ่ายภาพ : งานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลแม่ลาว จังหวัดเชียงราย

วันหนึ่งในช่วงเดือนมีนาคม สถานการณ์ โควิด-19 ระบาดหนักในประเทศไทย โรงพยาบาลแม่ลาวได้บริการผู้ป่วยแบบ **New normal** ในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คุณยายมาตรวจด้วยชุดป้องกันโควิด-19 แบบจัดเต็ม หมอ พยาบาล เห็นแล้วชื่นใจ ถามคุณยายว่า “จะใดใส่ชุดนี้มา” คุณยายบอกว่า “กลัวติดโควิด เห็นคนอื่นใส่ในทีวี จึงใส่แมส ถุงมือ ถุงเท้า เสื้อกันฝน มาตรวจที่โรงพยาบาลแม่ลาว” แสดงให้เห็นว่าคุณยาย มีความรู้ และตระหนัก ป้องกันตัว พร้อมรับมือกับโรคระบาด ***เราบุคลากรทางการแพทย์และคุณยายหนึ่งในประชาชนคนไทย พ้นภัยโควิด-19 เราทุกคนพร้อมจะก้าวข้ามวิกฤติ*** *Covid -19* ***ไปด้วยกัน***

“ผมยังไหว”

ชื่อ-สกุล นางสาวรุ้งลาวัลย์ กาวิละ

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

หน่วยงาน / สังกัด งานดูแลต่อเนื่องที่บ้าน(COC) โรงพยาบาลแม่ลาว

สถานที่ถ่ายภาพ บ้านผู้ป่วย ต.บัวสลี

สืบเนื่องจากภารกิจดูแลผู้ป่วยที่บ้านในระยะประคับประคอง (Palliative Care) มีภาวะหายใจเหนื่อยหอบ อ่อนเพลีย กินอาหารได้น้อย ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ผู้ป่วยชายไทยวัย59ปี ตัวคนเดียว แยกทางกับภรรยามานานแล้ว อาศัยอยู่บ้านหลังเล็กๆในที่ดินของพี่สาว มีพี่สาวและหลานสาวคอยดูแล เมื่อผู้ป่วยถึงคราวที่ล้มป่วยลงและทำการรักษาพบว่า มีภาวะโรคทางระบบไหลเวียนเลือดและระบบหายใจ ผู้ป่วยปฏิเสธการนอนพักรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากไม่มีคนดูแล จึงส่งทีมเยี่ยมบ้านไปดูแลต่อเนื่องที่บ้านใช้บ้านเป็นหอผู้ป่วย โดยรพ.สนับสนุนให้ยืมเครื่องผลิตออกซิเจนไฟฟ้าไปใช้ที่บ้านและอุปกรณ์พ่นยาที่บ้าน ระหว่างที่พักรักษาตัวที่บ้านอาการดีขึ้นตามสภาพผู้ป่วย จนมาถึงวันหนึ่ง วันที่ตัวข้าพเจ้าพยาบาลประจำตัวผู้ป่วยถึงคิวที่ต้องเข้ารับการผ่าตัดด้วยโรคของระบบสืบพันธุ์ทำให้พักการไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วย 1 เดือน หลังจากที่ครบกำหนดลาป่วย ยังมีอาการเจ็บตึงของแผลเป็นบางครั้งเวลานั่งกับพื้น จึงได้ออกไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยอีกครั้ง ครั้งนี้ไม่เหมือนครั้งที่ผ่านมา จิตอาสาแจ้งว่าผู้ป่วยมีอาการหายใจเหนื่อยมากขึ้น ขอพยาบาลไปดูอาการที่บ้านให้ด้วย เมื่อไปถึงที่บ้านผู้ป่วย พบผู้ป่วยนอนตัวงอกับพื้นซีเมนต์ มีอาการหายใจเหนื่อยจึงได้จัดท่าทางให้ผู้ป่วยนั่งพิงผนังบ้านใกล้หน้าต่างที่ลมพัดเย็นสบายพร้อมกับให้การพยาบาลที่บ้านและสอบถามอาการผู้ป่วยเป็นช่วงๆ ระหว่างนั้นผู้ป่วยได้พูดออกมาว่า **“ผมยังไหว หมอไหวไหม”** นั่นหมายถึงผู้ป่วยได้ถามพยาบาลถึงอาการหลังผ่าตัด พยาบาลจึงตอบกลับด้วยน้ำเสียงที่ให้กำลังใจว่า **“ไหวสิ สบายมากแผลนิดเดียวเอง เราจะช่วยเป็นให้กำลังใจกันและกันนะ”** ทั้งๆที่ในตอนนั้นข้าพเจ้า รู้สึกเจ็บแปลับๆที่แผลผ่าตัดหน้าท้องซึ่งยาวไม่น้อยกว่า 30 ซม.

ความประทับใจของภาพนี้คือ แม้ผู้ป่วยจะป่วยกาย แต่ยังมีจิตใจที่เข้มแข็งเอื้ออาทรห่วงใยตัวพยาบาลเจ้าของไข้ บ่งบอกถึงสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาล ผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

บทเรียนที่ได้รับครั้งนี้คือ **ความเจ็บป่วยเป็นเรื่องที่เรา “ปฏิเสธไม่ได้”แต่เราเลือกที่จะ “ไม่ทุกข์” เพราะมันได้**

“อยู่นานๆได้ไหม”

ชื่อ-สกุล นางสาวรุ้งลาวัลย์ กาวิละ
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หน่วยงาน / สังกัด งานดูแลต่อเนื่องที่บ้าน(COC) โรงพยาบาลแม่ลาว
สถานที่ถ่ายภาพ บ้านผู้ป่วย ต.บัวสลี

ได้รับแจ้งจิตอาสาเยี่ยมบ้านว่ามีผู้ป่วยสูงอายุ มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ อ่อนเพลียมาก ไม่ยอมมารักษาที่โรงพยาบาล พยาบาลจึงได้ออกติดตามเยี่ยมอาการที่บ้าน เมื่อไปถึงที่บ้านของผู้ป่วยซึ่งเป็นบ้านปูนชั้นเดียว ผู้ป่วยอาศัยอยู่บุตรสาว สามีเสียชีวิตไปนานแล้ว มีโรคประจำตัวเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ บุตรสาวและญาติได้โน้มน้าวใจให้ไปรักษาที่โรงพยาบาลแล้วแต่ผู้ป่วยไม่ยอมไป บอกแต่เพียงว่าห่วงบ้านและอยากจะขอตายอยู่ที่บ้านขอแค่มีหมอไปดูแลที่บ้านก็พอ พยาบาลจึงได้ทำการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและโน้มน้าวใจให้เห็นความสำคัญของการรักษาในอาการฉุกเฉินที่ต้องรีบรักษาหลังจากอาการทุเลาแล้วไม่นานจะได้กลับมาพักต่อที่บ้านพร้อมอยู่กับครอบครัวอย่างอบอุ่น ระหว่างที่นั่งพูดคุยกัน ผู้ป่วยได้หันกลับตะแคงตัวเอาขามาพาดหน้าตักของพยาบาลและกอดขาพยาบาลไว้เหมือนกลัวพยาบาลจากไปใน เวลานั้น แล้วพูดว่า **“อยู่นานๆได้ไหม เดี๋ยวยายไปรักษาแล้วหมอต้องอยู่ที่บ้านรอยายก่อนนะ อย่าเพิ่งไปไหน”** สุดท้ายผู้ป่วยยินยอมที่จะไปรักษาโรงพยาบาลโดยมีรถฉุกเฉินของโรงพยาบาลมารับที่บ้านในเวลาต่อมา

ความประทับใจของภาพนี้คือ

สัมพันธภาพที่ดีและความไว้วางใจระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยและผู้ดูแลที่บ้าน เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยหายป่วยทั้งกายและใจร่วมกับการช่วยเหลือของจิตอาสาและคนในชุมชน

บทเรียนที่ได้รับครั้งนี้คือ

ความไว้วางใจของผู้ป่วย คือผลผลิตของความรักและศรัทธาในวิชาชีพการสาธารณสุขไทย

การบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์..ของทีมหมอครอบครัวอำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย

ชื่อ-สกุล ภญ.ไพลิน สาระมนต์ สกุลนิธิเมธา
ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ
หน่วยงาน / สังกัด โรงพยาบาลเวียงแก่น
สถานที่ถ่ายภาพ เขตพื้นที่รพ.สต.ผาแล บ้านผาแล ต.ปอ

“ ความจริง ความดี ความงาม : ทำอย่างไรได้หมอ....ตื่นเช้ามาต้องรีบดูแลแม่ มีลูกชายคอยช่วยค่ะ ...แต่พอเขาไปโรงเรียน พี่ก็คอยปัด กวาด เช็ดถูบ้าน ดูแลแม่ต่อ....เหนื่อยก็พักนอนก่อน พอมีแรงขึ้นมาก็ค่อยๆ มาทำต่อค่ะ....เหนื่อย....ช่วงก่อนแม่สุขภาพดีอยู่ก็ไม่เหนื่อยมาก แต่ช่วงนี้แม่ไม่ค่อยสบาย ..... ต้องอดทน ค่อยๆ ทำไปค่ะ... ” เธอ (ผู้พิการทางตา ตั้งแต่กำเนิด) ผู้ทำหน้าที่ลูก แม่ของลูกชาย ภรรยา แม้กายจะไม่พร้อม แต่ ใจ ไม่ได้มืดบอดไปด้วย ” ทีมดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง (COC) ทีมหมอครอบครัว นำโดยพญ.ชนกพร ใจปินโต พยาบาลวิชาชีพเพ็ญนิภา ใจคำ ได้รับการประสานงานจากพยาบาลวิชาชีพวัชรี นาระถี ว่ามีแม่อุ๊ย.”ป่วยติดบ้าน ขาดนัด ขาดยาคลินิกโรคความดันโลหิตสูง ตอนนี้พยาบาลวิชาชีพประสานญาติให้มารับยาแล้ว ...อยากขอให้แพทย์และทีมหมอครอบครัวลงไปเยี่ยมคนไข้ที่บ้านเพื่อดูอาการป่วยเพิ่มเติม การใช้ยา ฝึกกายภาพร่างกายเพิ่มเติม

ทีมหมอครอบครัวประกอบด้วยแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักกายภาพ นักแพทย์แผนไทย นำโดยพยาบาลวิชาชีพหรือหมอนุ้ย...ของคนบ้านผาแลนำทีมงานพวกเราไป พบบ้านตั้งอยู่บนเนิน มีหญิงสาววัยราว ๆ 45 ปี ตาบอดทั้งสองข้างมาเปิดประตูต้อนรับทีมหมอครอบครัวจากการสังเกต พบว่ามีไม้ไผ่ด้ามยาพาดวางให้เธอจับตามรีมทางเดินนอกบ้าน ทางเดินหน้าบ้าน เธอพาพวกเราเข้าไปหาแม่อย่างคล่องแคล่ว ไม่แพ้คนตาครบ เธอเล่าว่า พ่ออุ๊ย ผู้ให้กำเนิดเธอได้ล้มป่วย และเพิ่งเสียชีวิตไป ปัจจุบันเธออยู่บ้านนี้ 3 คน คือ แม่อุ๊ย ลูกชายวัย 18 ปี และเธอ ส่วนสามีไปทำงานรับจ้างอยู่จ.เชียงใหม่ พระเต๋า ลูกชายคนโตไปจำวัดอยู่ จ.เชียงใหม่กำลังศึกษาต่อ ดังนั้น เธอจึงทำหน้าที่ทำงานบ้าน กวาด ถูบ้าน ซักผ้า ไปเอาฟืนในป่า มาใช้สอย

ในครอบครัว เธอคอยดูแลครอบครัว ..คอยเอาอาหารให้พ่ออุ๊ยที่เสียชีวิตไปแล้ว และแม่และมีลูกชายคนเล็กคอยช่วยเหลือห่างๆ หากไม่ได้ไปโรงเรียน หรือทำธุระ ..เธอเล่าว่าปีหน้าลูกชายคนเล็กมีแผนไปเรียนต่อที่ จ.เชียงใหม่ การดูแลแม่ที่ป่วย และตัวเองกำลังหารือกันกับคนในครอบครัว

ทีมหมอครอบครัวได้สัมภาษณ์ วัดความดันโลหิต ตรวจร่างกาย ทบทวนการใช้ยา สอนกายภาพร่างกายเพิ่มเติม และให้คำแนะนำอื่น ๆ การนัดหมายให้ผู้ป่วยมารับยาครั้งต่อไป ขอบคุณผู้ป่วย ญาติ เจ้าหน้าที่รพ.สต.ผาแล และทีมงานหมอครอบครัว

ยา ...ของแม่ : แม่ ผู้เยียวยา (สมุนไพร) ทุกอย่างของลูก หลาน และครอบครัว

ชื่อ-สกุล ภญ.ไพลิน สาระมนต์ สกุลนิธิเมธา
ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ
หน่วยงาน / สังกัด โรงพยาบาลเวียงแก่น
สถานที่ถ่ายภาพ เขตพื้นที่รพ.สต.ผาแล บ้านผาแล ต.ปอ

แม่เฒ่าชาวไทยภูเขาเผ่าม้ง กำลังเตรียมยาสมุนไพรม้ง ...และปรุงยาสมุนไพรม้ง...ที่ได้รับการสืบทอดมาจากบรรพบุรุษของเขาและเธอให้หลาน ลูก เอาไว้รักษาอาการเจ็บป่วยเบื้องต้น..... ” ผมทำใจแล้วหมอคนเราเกิดมาก็ต้องตาย.....ตอนนี้เป็นห่วงแค่ลูกๆ....ยังเล็กอยู่.....ผมใช้ยาตามที่รพ.ให้มา.. มีเพื่อนบ้านเอายาสมุนไพรมาให้ก็ใช้บรรเทาอาการปวด ผมมีอาการผิดปกติมาประมาณ 2 ปีแล้วครับ.....ก็ใช้ยาที่เพื่อนให้มาใช้ยาของแม่ช่วยบรรเทาอาการ .....ตอนนี้ก็ใช้ยาของรพ.ร่วมด้วย...”

ทีมดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง (COC) ทีมหมอครอบครัว ร่วมกันออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยชายคู่วัย 43 ปี ป่วยด้วยโรคมะเร็งลำไส้ระยะสุดท้าย ...ทีมหมอครอบครัวประกอบด้วยแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักกายภาพ นักแพทย์แผนไทย นำโดยพยาบาลวิชาชีพหรือหมอนุ้ย...ของคนบ้านหนองเตา ทีมหมอครอบครัวได้สัมภาษณ์ วัดความดันโลหิต ตรวจร่างกาย ทบทวนการใช้ยา สอนกายภาพร่างกายเพิ่มเติม และให้คำแนะนำอื่น ๆ การนัดหมายของแพทย์ของรพ.ของรัฐ

สัมผัสได้ถึงความห่วงใยของพ่อ แม่ น้องสาว ..ของผู้ป่วย...การพยายามเยียวยา..คนรัก ลูก พี่.. ของครอบครัวเขาและเธอ ด้วยองค์ความรู้ด้านสมุนไพรพื้นบ้าน สมุนไพรชาติพันธุ์ม้งที่ครอบครัว มีการถ่ายทอดสืบต่อกันมา....ถึงแม้รู้ทั้งรู้ว่า...ความจริง ที่รักษาไม่หาย ...แต่ทุกคนพยายามเยียวยากันและกัน

ทีมงานหมอครอบครัว / ทีมงานดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง เราได้ดูแล้วว่า ...อาการข้างเคียงจากยาที่เขาและเธอใช้เยียวยามีน้อย หรือ ท้องผูกบ้าง .....แต่อาการปวดดีขึ้น หรือ ไม่เกิดอันตรายกับเขา และเธอ เราได้สอบถามความรู้ด้านสมุนไพรพื้นบ้านเพิ่มเติมจากเขา ผู้ป่วยยืนยันจะขอใช้ต่อ เราไม่ห้าม แต่ขอให้แจ้งทีมงานเปิดช่องทางไว้ให้ติดต่อกลับทีมงานหมอครอบครัว

ขอบคุณผู้ป่วย ญาติ เจ้าหน้าที่รพ.สต.ผาแล และทีมงานหมอครอบครัว และความรู้ด้านสมุนไพรพื้นบ้าน

“รอวันฝันเป็นจริง”

ชื่อ-สกุล นาง ชยุตา สาตราคม
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หน่วยงาน / สังกัด โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง
สถานที่ถ่ายภาพ โรงเรียนเวียงเชียงรุ้งวิทยาคม อ. เวียงเชียงรุ้ง จ.เชียงราย

การทำงานวัยรุ่นทำให้เราเรียนรู้ตลอดเวลา ไม่เพียงพยาบาลวัยรุ่นอย่างเราที่ออกไปให้ความรู้ออกไปแชร์ประสบการณ์ ออกไปเล่าสิ่งที่เกิดขึ้นกับวัยรุ่นทั่วโลกและทั่วประเทศไทย ให้ลูก ๆได้เรียนรู้ไปกับเรา สิ่งที่เกิดขึ้นทุกๆครั้งที่ออกไปหาเขา เรามีแต่ได้กับได้

ได้หนึ่ง คือได้ประสบการณ์การออกไปจับไมค์ ไปเป็นวิทยากร ไปเพิ่มทักษะการพูดต่อหน้าชุมชน หาลูกเล่นอย่างไรให้เด็กไม่หลับ โดยเฉพาะตอนบ่าย หลังรับประทานอาหารกลางวัน ช่วงปราบเซียน

ได้สอง คือการได้ออกจากโรงพยาบาลไปเปิดหูเปิดตาสร้างโลกใบใหม่ ใบที่ไม่ได้มีแต่เรื่องสาธารณสุข ได้ออกไปคุยในเรื่องที่คนนอกพื้นที่สีขาวของเราเขาคุยกัน การสร้างเครือข่ายสำคัญมาก ในปัจจุบัน เพราะเราไม่สามารถเปลี่ยน เด็ก 1 คนได้ด้วยการทำงานอยู่แต่ในโรงพยาบาล

ได้สาม คือการได้สร้างเสริมองค์ความรู้ใหม่ๆ ในการดูและเด็กและวัยรุ่น ทั้งในด้าน ความเสี่ยงตามวัย ความเสี่ยงในโลกโซเชี่ยล ความเสี่ยงในชีวิตประจำวัน ปฏิเสธไม่ได้เลยว่า 30++ ปีก่อนหน้านี้ เรา ไม่เคยเสี่ยงแบบที่ลูก ๆของเราเสี่ยงในปัจจุบัน

ได้ สี่ ได้สร้าง Personal Branding หรือการสร้างภาพจำที่ดีงามในด้านเด็กและเยาวชนให้กับองค์กรของเรา ซึ่งก็คือ โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง

ได้ห้า ข้อสุดท้าย คือการได้คุณค่าตัวเองกลับคืนมา เด็ก ๆเหมือนผ้าขาว เวลาหัวเราะ เขาหัวเราะเหมือนไม่เคยรู้จักทุกข์ เวลาเล่น เล่นสุดๆแบบไม่กลัวเสียภาพพจน์ แค่เราเอาตัวกลับไปเป็นเด็กน้อย สักพักเราก็ลืมตัวตน ลืมหัวโขนเราไป มีแม้เพียง หนึ่งคน ที่ชีวิตเปลี่ยนไปในทางที่ดีเพียงเพราะเราเป็นใบเบิกทางนั่นก็เป็นของขวัญที่คนทำงานภาคภูมิใจ

ภาพฝัน ภาพวันที่คนทำงานวัยรุ่นมองไว้ไกลๆตา คือการสร้างคนดีให้อยู่เหนือคนไม่ดี เราพยายามสร้างสรรค์ ฝึกเด็กและเยาวชน เพื่อติดอาวุธ เสริมสร้างพัฒนาศักยภาพ ของแกนนำเยาวชน รุ่นต่อรุ่น เพื่อสักวันหนึ่ง ฝันของพวกเรา คนทำงานวัยรุ่น จะเป็นจริง ในสักวัน

ข้างหลังภาพ

ชื่อ-สกุล นางดวงดาว เตชะนันท์

ตำแหน่ง นักเทคนิคการแพทย์ ชำนาญการ.

หน่วยงาน / สังกัด. โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า

สถานที่ถ่ายภาพ ห้องจุลชีววิทยา กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ รพ.เวียงป่าเป้า

คำบรรยายภาพ .....ข้างหลังภาพ คือ การเพาะเลี้ยงจุลชีพตัวร้ายทำลายชีวิตมนุษย์ ที่ไม่สามารถมองเห็นด้วยตาเปล่าที่เรียกว่า bacteria การเพาะเลี้ยงที่ต้องถะนุถนอมฟูกฟักด้วยอาหารหลากหลายชนิดที่เจ้าวายร้ายชอบ ภายใต้อุณหภูมิที่อบอุ่น ร้อนเกินไป เย็นเกินไป ออกซิเจนมากเกินไปน้อยเกินไป เจ้าวายร้ายก็จะไม่เจริญเติบโตดั่งใจหมาย นักเทคนิคการแพทย์ คนเบื้องหลัง ต้องคอยดูแลดูการเจริญเติบโตอย่างระมัดระวัง ภายใต้อันตรายที่เกิดขึ้นได้ทุกเวลาจากการติดเชื้อจากเจ้าวายร้าย แต่เราก็ป้องกันตัวเองตามหลัก universal precaution

นักเทคนิคการแพทย์คนเบื้องหลัง เมื่อถนอมเลี้ยงดูเจ้าวายร้ายจนเติบใหญ่จะต้องทำหน้าที่เป็นนักวิเคราะห์ข้อมูลการเจริญเติบโต รูปร่าง สีสัน การใช้อาหาร การเกิดปฏิกิริยาในหลอดทดลอง เพื่อให้ทราบชื่อสกุลของเจ้าวายร้ายให้ได้อย่างถูกต้อง เพื่อจะได้สวมบทบาทเป็นฆาตกรได้อย่างแยบยล หาวิธีวางยาฆ่าเจ้าวายร้ายด้วยกลุ่มยาที่ถูกกลุ่ม ส่งมอบผลตัวยาที่มีประสิทธิภาพที่ดีและเหมาะสมที่สุดในการรักษาผู้ป่วยต่อไป

2 P safety

ชื่อ-สกุล นางดวงดาว เตชะนันท์
ตำแหน่ง นักเทคนิคการแพทย์ ชำนาญการ
หน่วยงาน / สังกัด .โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า
สถานที่ถ่ายภาพ ห้องเจาะเลือด กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ รพ.เวียงป่าเป้า

เมื่อ covid -19 เป็นข่าวใหญ่ตามสื่อ social ต่างๆว่ามีการระบาดจนกระจายออกนอกประเทศจีน ต้นทาง จนกลายเป็น pandemic ที่ไม่สามารถหยุดยั้งได้ ไม่มีข้อมูลการแผ่กระจายที่ชัดเจนไม่มีข้อมูล การรักษา ไม่สามารถหยุดยั้งได้ด้วยวัคซีน ไม่รู้วันที่สิ้นสุดแต่เรารู้วันเริ่มต้น เฉกเช่นเดียวกับการทำงานที่มีความเสี่ยง 2 P safety เป็นคำตอบที่จะเริ่มต้นป้องกันให้เกิดความปลอดภัยทั้งผู้รับและผู้ให้บริการ ภาระงานการให้บริการที่ใกล้ชิดแทบจะหน้าประชิดติดกันระหว่างผู้ให้บริการและรับบริการวันละร้อยๆราย การทดลองทดสอบ ประดิษฐ์สิ่งใกล้ตัวมาใช้ในห้องปฏิบัติการเกิดขึ้นทันที พลาสติดแผ่นใหญ่ถูกตรึงกั้นอากาศระหว่างห้องโดยผ่านการปรึกษาเจ้าหน้าที่อาชีวอนามัย เจาะช่องพอให้มือลอดผ่านได้ ทดสอบการวางแขนเพื่อความสะดวกในการให้บริการ คำตอบที่ดีที่สุด ณ.เวลานี้ คือ 2 Psafety

เราจะไม่ทิ้งกัน

ชื่อ-สกุล นางพีระดา ชัยวรรณะ
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ
หัวหน้างานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
หน่วยงาน / สังกัด โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า
สถานที่ถ่ายภาพ สถานการณ์น้ำท่วมอำเภอเวียงป่าเป้า

วันที่ 3 สิงหาคม 2563 เวลา 7.00 น. ได้รับแจ้งจากญาติว่ามีผู้สูงวัยอายุ 93 ปี ติดอยู่ในบ้านซึ่งอาศัยอยู่คนเดียว น้ำจะท่วมถึงในตัวบ้านแล้ว ทางทีมกู้ชีพโรงพยาบาลเวียงป่าเป้าจึงออกเหตุเพื่อให้ความช่วยเหลือทันที ขณะไปถึงที่เกิดเหตุบริเวณบ้านป่าบง หมู่ที่ 5 พบว่ายายอาศัยอยู่คนเดียว น้ำขึ้นสูงประมาณ 120 เซนติเมตร ญาติที่อาศัยอยู่ข้างบ้านได้แต่ร้องไห้เพราะ สงสารยายกลัวยายจะถูกน้ำท่วม เพราะน้ำเริ่มที่เพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ จึงได้ประสานไปยังทีมกู้ภัยอำเภอเวียงป่าเป้าเพื่อขอเรือพายจำนวน 1 ลำ ใช้เวลาประสานประมาณ 2 ชั่วโมง เรือและทีมกู้ภัยเข้ามาให้การช่วยเหลือ เพราะเจ้าหน้าที่บางส่วนเมื่อยล้าจากการปฏิบัติงานเมื่อคืนก่อน และจำนวนเรือมีน้อยเพราะมีประชาชนจำนวนมากที่ต้องรอคอยความช่วยเหลือทั้งอำเภอเวียงป่าเป้า สุดท้ายยายก็ได้รับความช่วยเหลืออย่างปลอดภัยและนำยายมาพักอาศัยที่โรงพยาบาล จำนวน 2 คืน และกลับบ้านในเวลาต่อมาเพราะ สถานการณ์น้ำท่วมเข้าสู่ภาวะปกติแล้ว

จากใจถึงใจ

ชื่อ-สกุล นางพีระดา ชัยวรรณะ
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ
หัวหน้างานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
หน่วยงาน / สังกัด โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า
สถานที่ถ่ายภาพ สถานการณ์น้ำท่วมอำเภอเวียงป่าเป้า

วันที่ 2 สิงหาคม 2563 เวลา 14.00 น. ระหว่างเดินทางกลับจากที่ไปส่งน้องพยาบาลซึ่งย้ายกลับไปทำงานที่อำเภอป่าแดด ได้รับประสานจากหน่วยกู้ภัยอำเภอเวียงป่าเป้าว่า ขณะนี้เกิดน้ำท่วมปริมาณที่มีน้ำสูงมากและมีชาวบ้านติดอยู่ในน้ำจำนวน 6 คน และน้ำเชี่ยวมากที่ตำบลแม่เจดีย์ใหม่ และถนนสายเชียงราย-เชียงใหม่ถูกตัดขาด หลายแห่ง ในฐานะที่ปฏิบัติงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชจึงมีความห่วงใยเป็นอย่างยิ่ง ในความปลอดภัยทั้งชีวิตและทรัพย์สินของประชาชนที่ประสบอุทกภัยในครั้งนี้ จึงได้ประสานท่านผู้อำนวยการนายแพทย์สิทธิศักดิ์ คำศรีสุข และหัวหน้าฝ่ายบริหารเพื่อเตรียมอุปกรณ์และยาที่จำเป็น ที่จะออกปฏิบัติงานโรงพยาบาลสนามที่เขตตำบลแม่เจดีย์ใหม่

เวลา 16.10 น.ทีมแพทย์และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเวียงป่าเป้าจำนวน 11 คน ถึงที่เกิดเหตุบริเวณปากทางเข้าหมู่บ้านโฮ่ง ตำบลแม่เจดีย์ใหม่ พบว่าน้ำไหลแรงและเชียวมาก และทราบข่าวดีว่าชาวบ้านที่ติดอยู่ในน้ำจำนวน 6 คน ได้รับการช่วยเหลือจนปลอดภัย จึงได้ประสานท่านนายกองค์การส่วนบริหารตำบลแม่เจดีย์ใหม่เพื่อหาสถานที่ในการตั้งหน่วยปฐมพยาบาล และให้การช่วยเหลือชาวบ้านที่ติดอยู่ในบ้าน และผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือโดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องใช้ออกซิเจนและต้องดูดเสมหะ เพราะไฟฟ้าถูกตัดขาดทั้ง

หมู่บ้านเพื่อป้องกันไฟฟ้าลัดวงจร ประชาชนที่ได้รับความช่วยเหลือดีใจมากที่ทางทีมโรงพยาบาลเวียงป่าเป้าได้เข้าไปให้ความช่วยเหลือ จนถึงเวลา 22.00 น.ประชาชนตำบลแม่เจดีย์ใหม่ทุกคนปลอดภัย จึงย้ายโรงพยาบาลสนามมาที่ตำบลเวียงกาหลงเพราะน้ำได้ไหลลงมาทางทิศเหนืออย่างต่อเนื่อง จึงประสานท่านนายอำเภอเวียงป่าเป้า ให้ประชาชนที่อยู่อาศัยอยู่ฝั่งทางทิศตะวันออกของถนน ให้รีบอพยพมาฝั่งทิศตะวันตกเพื่อความปลอดภัยของทุกคน ทีมแพทย์โรงพยาบาลเวียงป่าเป้าได้ปฏิบัติหน้าที่ถึงเวลา 24.00 น. ทุกคนปลอดภัยจึงยกเลิกการออกปฏิบัติการโรงพยาบาลสนาม

ความเอื้ออาทร ผ่านกระจกหน้าต่างรถ EMS

ชื่อ-สกุล ศิริกาญจน์ คำศรีสุข
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หน่วยงาน/สังกัด โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า
สถานที่ถ่ายภาพ บ้านหมู่ 6 ต.เวียง อ.เวียงป่าเป้า

รถ EMS คันนี้แต่เดิมเป็นรถที่ใช้ส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลเวียงป่าเป้า อายุประมาณ 10 กว่าปี ซึ่งถ้าจะให้วิ่งใช้รับส่งผู้ป่วยในระยะทางไกลอาจไม่ปลอดภัย ดังนั้นจึงถูกส่งต่อมอบให้กับเทศบาลตำบลเวียงป่าเป้าเพื่อใช้รับส่งผู้ป่วยในพื้นที่ระยะใกล้ภายในตำบลเวียง ซึ่งทางเทศบาลตำบลเวียงป่าเป้าจะใช้รถคันนี้ช่วยเหลือรับและส่งผู้ป่วยที่เดินทางมาโรงพยาบาลลำบาก หรือหากมีผู้ป่วยที่จะได้กลับบ้านรถคันนี้ก็จะเป็นพาหนะนำผู้ป่วยกลับบ้านไปหาครอบครัวที่อบอุ่น จึงถือได้ว่าเป็นการส่งต่อรถ EMS เพื่อต่อยอดเติมบุญให้บริการผู้ป่วย ไม่ว่าเวลาจะผ่านไปสักกี่ปี หากมองผ่านกระจกหน้าต่างรถ EMS บานนี้ก็ยังคงเห็นภาพความเอื้ออาทรอยู่เสมอ

รวมใจเป็นหนึ่ง เป็นที่พึ่งยามวิกฤต

ชื่อ-สกุล นพ.สิทธิศักดิ์ คำศรีสุข
ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
หน่วยงาน/สังกัด โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า
สถานที่ถ่ายภาพ บริเวณที่สวนถั่วแระในหมู่บ้าน ต.แม่เจดีย์มใหม่ อ.เวียงป่าเป้า

ช่วงต้นเดือนสิงหาคม 2563 ได้เกิดอุทกภัยครั้งใหญ่ที่สร้างความเสียหายให้กับอำเภอเวียงป่าเป้า พื้นที่ต้นทางน้ำคือตำบลแม่เจดีย์ใหม่เกิดน้ำท่วมฉับพลันทำให้ประชาชนไม่ทันตั้งตัวเข้าไปทำงานในสวนถั่วแระ แต่ไม่สามารถออกจากพื้นที่ได้ ต้องช่วยเหลือตนเองในการเอาชีวิตรอดไม่มีแม้อาหารและน้ำ ติดอยู่นาน จนในที่สุดญาติออกตามหาพบมีอาการอ่อนเพลีย เป็นลม จึงโทรเรียก 1669 เพื่อนำตัวส่งโรงพยาบาล ทางทีมกู้ชีพกู้ภัยโรงพยาบาลเวียงป่าเป้าร่วมกับจิตอาสาได้ช่วยกันนำตัวผู้ประสบภัยส่งโรงพยาบาลเวียงป่าเป้า เพราะความร่วมแรงร่วมใจของทุกฝ่ายจึงช่วยลำเลียงผู้ป่วยออกจากพื้นที่สวนถั่วแระ แม้ทางจะเป็นหลุมและร่องน้ำ เดินลำบาก แต่ผู้ให้การช่วยเหลือทุกคนต่างก็มีจุดมุ่งหมายเดียวกันคือช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย

รักแรกพบ

ชื่อ-สกุล พรพิมล ต๊ะต้องใจ
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หน่วยงาน / สังกัด..โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า.
สถานที่ถ่ายภาพ .ห้องคลอด รพ.เวียงป่าเป้า

ความห่วงใย ที่แม่มีให้ลูก

จิตพันผูก คิดถึงลูกมา 9 เดือน

ความเป็นแม่ เป็นบทบาทที่ท้าทายสำหรับผู้หญิงทุกคน แม่ผูกพันกับลูกในท้อง ตั้งแต่เริ่มรู้ว่าตั้งท้อง จนถึง 9 เดือนที่ให้กำเนิดลูก วันเกิดลูก คือนาทีชีวิต คือรักแรกพบ ที่คน 2 คนที่ผูกพันกันมา ได้เห็นหน้ากันครั้งแรก

แม่รู้สึกแปลกๆ เมื่อแรกพบ

แค่ได้สบตาลูก ก็พาใจให้หวั่นไหว

มันอบอุ่น อบอวลทั่วหัวใจ

ความรู้สึกรัก เกิดขึ้นทันทีทันใด เมื่อได้เจอ

“หาให้เจอ”

ชื่อ สายสุดา เชื้อเมืองพาน
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข
สังกัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเชียงของ
สถานที่ถ่ายภาพ บ้านเวียงหมอก

จ๊ะเอ๋ ! .....เธออยู่ไหน ? (น้องลูกน้ำยุงลาย) ฉันจะหาเธอให้เจอ เพราะเธอคือวายร้าย พาหะนำโรคไข้เลือดออก

ใกล้บ้านใกล้ใจ อยู่ลำบากแค่ไหนหมออนามัยก็ไปถึง

ชื่อ-สกุล เอื้องลาวัลย์ ก้อนแก้ว
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
หน่วยงาน / สังกัด รพ.สต.บ้านสองพี่น้อง / สสอ.เชียงของ
สถานที่ถ่ายภาพ บ้านสองพี่น้อง ม.5 ต.ริมโขง อ.เชียงของ จ.เชียงราย

หญิงไทยอายุ 69 ปี ชาวเขาเผ่าลาหู่ มีโรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูง เดินไม่ได้ ขาไม่มีแรง ปวดเข่า เวียนศรีษะบ่อย ออกจากบ้านไปไหนไม่ได้ แขนมีแรงช่วยขยับตัวไปมาภายในบ้านได้ รับประทานอาหาร อาบน้ำ ถ่ายอุจจาระเองได้แต่ไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้ ปัสสาวะเล็ดไม่รู้ตัว ใช้การขับถ่ายลงใต้ถุนบ้าน พูดจารู้เรื่อง แต่ต้องพูดเสียงดังเพราะหูได้ยินไม่ชัด พูดภาษาไทยไม่ได้ พูดได้แต่ภาษาชนเผ่าลาหู่ ต้องใช้ล่ามในการสื่อสาร

โรคความดันโลหิตสูงเคยรับการรักษาจาก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของ แต่ด้วยปัญหาค่าใช้จ่ายในการเดินทาง จึงไม่ได้ไปรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ในครอบครัวอาศัยอยู่ 3 คน คือ ผู้ป่วย ลูกสาวและลูกเขย ลูกคนอื่นๆไม่ได้มาดูแล และช่วยเหลือค่าใช้จ่าย ผู้ดูแลคือลูกสาวคนที่อยู่ร่วมบ้านด้วย สภาพบ้านหลังเล็กๆ เก่าผุพังทำด้วยไม้ฟาก มีรูตามฝาผนังและพื้นบ้าน มีปัญหาด้านค่าใช้จ่ายไม่พอใช้ อาชีพลูกสาวและลูกเขย คือ ทำสวนทำไร่และรับจ้างทั่วไป ซึ่งลูกสาวต้องอยู่ดูแลจึงไม่ได้ไปทำงาน ค่าใช้จ่ายจึงไม่พอใช้มีเงินหลักรายเดือนจากเงินเดือนผู้สูงอายุของผู้ป่วยเดือนละ 600 บาท

ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้เบื่อหน่ายไม่อยากมีชีวิตอยู่ ด้วยสภาพของโรคและปัญหาค่าใช้จ่าย ลูกคนอื่นไม่มาดูแลไม่ได้ออกบ้านไหนมานาน ไม่ได้พูดคุยกับคนอื่น นอกจากคนที่อาศัยอยู่ร่วมบ้าน

การเดินทางที่แสนพิเศษ

ชื่อ-สกุล นางสาวณัฏฐิรา ปาลี
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
หน่วยงาน / สังกัด รพสต.บ้านไร่ /สสอ.เชียงแสน
สถานที่ถ่ายภาพ บ้านธารทอง ม.11 ต.แม่เงิน อ.เชียงแสน จ. เชียงราย

นโยบาย และ ยุทธศาสตร์สุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข เน้นในด้านการตอบสนองต่อความเหลื่อมล้ำ และ วิกฤตสุขภาพ จนสามารถทำให้ปัญหาการเข้าถึงบริการ และปัญหาสุขภาพ รพ.สต.เราจึงเล็งเห็นความสำคัญและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้ด้อยโอกาสในชุมชนต่อไป

อยู่ห่างๆ อย่างห่วงๆ

ชื่อ-สกุล นางเกศรินทร์ รัตน์น้ำหิน

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

หน่วยงาน / สังกัด รพ.สต.บ้านไร่/สสอ.เชียงแสน

สถานที่ถ่ายภาพ บ้านธารทอง ม.11 ต.แม่เงิน อ.เชียงแสน จ. เชียงราย

โควิด-19 ใครๆก็กลัว แต่เราเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสุขภาพของประชาชนย่อมต้องมาก่อนเสมอ ในครั้งนี้ในพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต.บ้านไร่ พบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ซึ่งอยู่ในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 ทีม SRRTและ อสม. จึงลงพื้นที่เพื่อทำการสอบสวนและควบคุมโรคไข้เลือดออก และใช้มาตรการรักษาระยะห่างทางสังคม

“ขอบคุณครับ”

ชื่อ-สกุล นางสาวแอนนิชชา สิงห์คะนัน

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

หน่วยงาน / สังกัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสบรวก /สสอ.เชียงแสน

สถานที่ถ่ายภาพ จุดสกัดผู้ลักลอบเข้าเมืองและป้องกันโรคติดเชื้อ COVID-19 บ้านวังลาว หมู่ที่ 4 ตำบลเวียง อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย

”ขอบคุณครับ“ แววตาของเด็กน้อยที่สื่อถึงคำขอบคุณจากใจ ที่คุณลุงผู้ใหญ่บ้านและพี่ อสม 4 หมู่ที่. .ภาระหน้าที่ของ อสม .หมอ หมอรู้มั้ยว่าทำไมผมถึงสมัครมาเป็น อสม“ บ้านวังลาว หันมาพูดว่า ผมทำแล้วผมรู้สึกอิ่มใจ การได้เห็นแววตาของผู้ที่เราให้บริการหรือแม้กระทั่งเมื่อกี้ ผมรู้สึกนะ รู้สึกถึงคำขอบคุณของเด็กน้อยที่ออกมาจากแววตาผู้ใหญ่บ้านที่มีหมวกอีกใบในตำแหน่งอาสาสมัคร ” ได้หันมาพูดพร้อมทั้งน้ำตาคลอเบ้า ทำเอาเราคนฟังแอบซึ้งใจไปด้วย .สาธารณสุขหรือ อสม

ภารกิจที่ถูกสั่งตรงลงมาในรูปแบบคำสั่ง โรคติดต่อทำให้ผู้ปฏิบัติงานตามที่คณะกรรมการ ”ด่วนที่สุด“ จังหวัดเชียงรายมอบหมายภารกิจมาให้ตั้งจุดสกัดคนลักลอบเข้าเมืองและจุดคัดกรองป้องกันโรคติดเชื้อ COVID-19 ซึ่งประกอบด้วยหน่วยงานต่างๆในพื้นที่ รวมไปถึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุข ที่ร่วมปฏิบัติการกับฝ่ายปกครอง ฝ่ายความมั่นคง ด้วยพื้นที่ของบ้านวังลาว หมู่ที่ ตำบลเวียง อำเภอเชียง 4 แสน จังหวัดเชียงราย เป็นพื้นที่ที่ติดต่อกับประเทศเมียนมาร์ บริบทของพื้นที่สามารถเดินข้ามผ่านน้ำรวกเข้ามาในประเทศไทยได้เลย จึงทำให้พื้นที่บ้านวังลาวเป็นอีกหนึ่งจุดเสี่ยงในการลักลอบเข้าประเทศของชาวเมียน เกิดโรคระบาดมาร์ ซึ่งกำลังดเป็นวงกว้าง ประชาชนชาวเมียนมาร์เกิดความตระหนกหนีเข้ามาบ้านญาติพี่น้องที่เป็นคนไทยในพื้นที่ เพื่อป้องกันคนในชาติ ภารกิจนี้จึงใหญ่หลวงนัก แต่ละฝ่ายจัดกำลังสลับสับเปลี่ยนกันเพื่อมาประจำจุดสกัดตลอด คัดกรองโรคตชั่วโมง ในบทบาทภารกิจของสาธารณสุข การ 24ดเชื้อ COVID-19 ทุกคนทุกรายโดยไม่เลือกปฏิบัติ

การปฏิบัติงานในครั้งนี้ไม่มีกำหนดการ ไม่มีระยะเวลาว่าจะอีกยาวนานถึงแค่ไหน กำลังกายกำลังใจของผู้ปฏิบัติงานเป็นสิ่งสำคัญ เหนือสิ่งอื่นใดนอกเหนือจากการปฏิบัติตามคำสั่งที่ได้รับมอบหมายแล้ว ใจที่พร้อมจะสู้เพื่อปกป้องพี่น้องประชาชนคนไทยให้ปลอดภัยจากโรคเป็นสิ่งสำคัญที่สุด กำลังใจที่ได้จากแววตาของเด็กน้อยครั้งนี้ เติมพลังให้พี่ๆที่ปฏิบัติงานตลอดทั้งวันทั้งคืน กายใจที่เหนื่อยล้าได้รับพลังนั้นต่อยอดการปฏิบัติหน้าที่อย่างเต็มความสามารถต่อไป แม้ว่าจะยาวนานอีกสักแค่ไหน เราพร้อมที่จะทำเพื่อพี่น้องชาวไทยทุกคน **”ขอบคุณครับ“**

“ เอื้ออาทร”

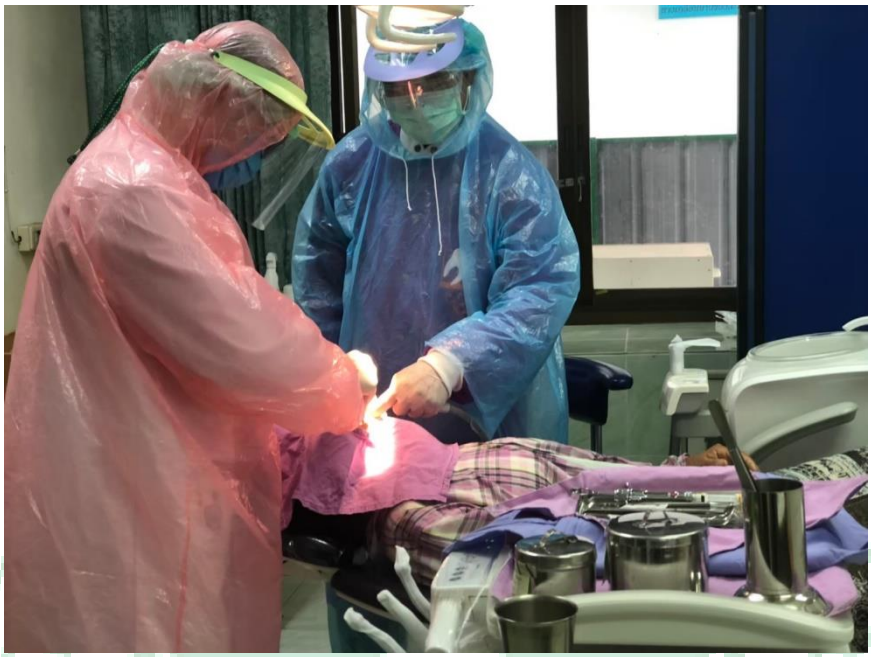
ชื่อ-สกุล นางสาวณิชณภัทร โกเสนตอ
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ
หน่วยงาน / สังกัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเวียงแก้ว
ต.ศรีดอนมูล อ.เชียงแสน จ.เชียงราย 57150
สถานที่ถ่ายภาพ บ้านผู้ป่วยติดเตียง

ปัจจุบันเราจะพบว่ามีผู้สูงอายุที่มีภาวการณ์เจ็บป่วยและเป็นผู้ป่วยติดเตียง และยังอาศัยอยู่ตามลำพังกับคู่ชีวิตที่เป็นผู้สูงอายุเหมือนกัน ไม่ต้องกล่าวถึงการพาตัวไปรักษาที่โรงพยาบาลจะไปอย่างยากลำบากแค่ไหน แค่การช่วยเหลือตัวเองยังทำได้อย่างยากลำบาก

การเยี่ยมบ้าน ดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุ เป็นบทบาทหน้าที่ของพยาบาลชุมชน แต่เหนือสิ่งอื่นใด คือต้องมีใจรักในสิ่งที่ทำ เพราะคนกลุ่มนี้ ต้องได้รับการดูแลกันแบบยาวนาน จนกว่าจะหายหรือจะจนกว่าวาระสุดท้ายของชีวิต

ทุกครั้งที่ออกไปทำแผลผู้ป่วย ชายสูงอายุติดเตียงรายนี้ จะเห็นถึงความรัก ความผูกพัน ที่ตาและยายมีให้ต่อกัน ส่งต่อความรู้สึกดีๆมายังผู้ที่เข้ามาดูแล เป็นอีกพลังใจที่ทำให้เรารู้สึกได้ถึงความเอื้ออาทรที่ครอบครัวมีต่อกัน และยังสร้างให้เราเกิดจิตใจที่เอื้ออาทรต่อผู้ป่วยแบบไม่รู้ตัว

“Fight covid-19 together”



ชื่อ-สกุล นายอรรถพล เชิดชน
ตำแหน่ง เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขชำนาญงาน
หน่วยงาน / สังกัด รพ.สต.บ้านแซว / สสอ.เชียงแสน
สถานที่ถ่ายภาพ รพ.สต.บ้านแซว

ภาพการให้บริการผู้ป่วยที่เข้ารับบริการทางทันตกรรม ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในบริบทของปฐมภูมิ ภายใต้ข้อจำกัดในการอุปกรณ์ป้องกันเชื้อที่มีจำกัดในการให้บริการผู้ป่วยเพื่อช่วยเหลือให้ประชาชนในพื้นที่บรรเทาอาการหรือหายจากอาการป่วยจากปัญหาสุขภาพช่องปาก ในช่วงตามประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขตท้องที่ทั่วราชอาณาจักรไทยตั้งแต่วันที่ ๒๖ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๓ โดยที่รัฐบาลได้ดำเนินการตามมาตรการต่างๆ อันจำเป็นเพื่อป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ หรือ โรคโควิด-๑๙

นาทีทอง

ชื่อ-สกุล นายไกรษร ท้าวน้อย
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
หน่วยงาน / สังกัด รพ.สต.บ้านไร่ /สสอ.เชียงแสน
สถานที่ถ่ายภาพ บ้านโค้งงาม ม.7 ต.โยนก อ.เชียงแสน จ. เชียงราย

งานสุขภาพจิตในชุมชน ไม่สามารถจะเลือกสถานที่หรือช่วงเวลาได้ หากล่วงเลยเวลาช่วงนาทีทองนี้ไป อาจทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาที่ต่อเนื่องและอาจมีอาการกำเริบได้ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคนไข้เองและชุมชน ผู้ป่วยจิตเวชรายนี้ต้องได้รับการรักษาโดยการฉีดยาอย่างต่อเนื่อง ทีมสุขภาพ รพ.สต.โยนกได้ออกติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยรายนี้หลายครั้งแต่ไม่พบ ครั้งนี้โชคดีที่ระหว่างเดินทางกลับจากการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยรายอื่นได้พบผู้ป่วยรายนี้โดยบังเอิญ และได้เรียกให้ผู้ป่วยรายนี้รับการรักษาทันที จึงได้เกิดภาพนี้ขึ้นมา “ช่วงเวลานาทีทอง”

น้องใหม่ (New Kid)

ชื่อ-สกุล นายประกาศ ทนทาน

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

หน่วยงาน / สังกัด รพ.สต.บ้านร่มโพธิ์ไทย / สสอ.เทิง

สถานที่ถ่ายภาพ หน่วย พอ.สว. บ้านเล่าตาขาว ม.21 ต.ตับเต่า

ในงานอนามัยโรงเรียน จะมีการให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคขั้นเสริมในเด็กนักเรียนชั้น ป.1 และป.6 การเจาะเลือดตรวจหาปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่น(Hematocrit) ในเด็กชั้น ป.1 การเสริมธาตุเหล็ก และการตรวจสุขภาพเด็กนักเรียนทุกชั้นเรียน ตั้งแต่เด็กชั้นอนุบาลเป็นต้นไป ดังนั้น ในต้นเทอมแรกทุกปี เราก็จะได้พบกับ **“น้องใหม่”** คือเด็กที่เพิ่งเข้าเรียนชั้นอนุบาลใหม่ ๆ ยังไม่เคยมีประสบการณ์ว่าตนเองจะต้องถูกตรวจสุขภาพ ทั้งตรวจความสะอาดผิวหนัง เล็บ ตรวจเหา ตรวจตา ตรวจหู ตรวจช่องปาก ต่าง ๆ มากมาย โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือที่ได้ยินคุณครูเรียกว่า “หมอ” นั้น ก็ทำให้ประสบการณ์หรือสิ่งที่จำฝังใจจากการถูกฉีดวัคซีน(ขั้นพื้นฐาน) ในช่วงอายุ 0-4 ปี หรือจากที่พ่อแม่ผู้ปกครองเคยใช้คำว่า “หมอจะฉีดยา” มาขู่ให้เด็กกลัว เวลาดื้อหรือซนผุดขึ้นมาในมโนสำนึกในทันทีทันใด พร้อมกันนั้นก็ตอบสนองท่าทีด้วยการหลับตาร้องไห้ โดยไม่สนใจที่จะรับฟังใดเหตุผล ๆ หรือแม้แต่จะให้ความสนใจใน “ขนม” ที่ทางเจ้าหน้าที่นำมาหลอกล่อและแจกให้เลยแม้แต่น้อย แต่ถึงกระนั้น การร้องไห้ของ **“น้องใหม่”** รายนี้ ก็ช่วยให้การตรวจสุขภาพช่องปากและฟันในครั้งนี้ ผ่านพ้นไปได้ด้วยดี

CG ที่หมายถึง Child – Grandmother

ชื่อ-สกุล นายประกาศ ทนทาน

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

หน่วยงาน / สังกัด รพ.สต.บ้านร่มโพธิ์ไทย / สสอ.เทิง

สถานที่ถ่ายภาพ หน่วย พอ.สว. บ้านเล่าตาขาว ม.21 ต.ตับเต่า

ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver) หรือที่เราเรียกกันจนติดปากว่า CG หมายถึง บุคคลที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่คณะอนุกรรมการ LTC หรือคณะอนุกรรมการอื่นภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ สปสช. เห็นชอบ โดยมีการกำหนดขอบเขตบทบาทหน้าที่ไว้อย่างชัดเจน มีค่าตอบแทนผ่านทางองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่สำหรับย่า-เหลนคู่นี้ ที่อยู่ในพื้นที่ ๆ ทางท้องถิ่นยังไม่ได้เข้าร่วมโครงการ Long Term Care (LTC) เรากำลังพยายามสร้าง **CG ที่หมายถึง Child – Grandmother** ที่มีสายสัมพันธ์ทางสายเลือดระหว่างย่าทวดกับเหลน ให้เป็นยุวชน Caregiver แม้ต่างรุ่น ต่างวัย แต่ใช้หัวใจแห่งความผูกพัน ความรู้สึก ความรัก ความกตัญญูเป็นตัวกำหนดบทบาทหน้าที่ ช่วยเหลือดูแลกันช่วยแบ่งเบาภาระกันภายในครอบครัวตามบริบทของวิถี วัฒนธรรม ประเพณีและความเชื่อต่าง ๆ สืบต่อ ๆ กันไปจากรุ่นสู่รุ่น ไม่มีสิ้นสุด โดยมีค่าตอบแทนเป็นความสุข ที่ไม่อาจตีค่าออกมาเป็นตัวเงินได้

สุขคือรางวัล

ชื่อ-สกุล นางสาวลัดดาวัลย์ หม่องพิชัย

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

หน่วยงาน / สังกัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเทิง

สถานที่ถ่ายภาพ หมู่บ้านราษฎร์ภักดี ต.ตับเต่า อ.เทิง จ.เชียงราย

คำบรรยายภาพ ในช่วงโรคระบาด Covid-19 การเข้าถึงชุมชนเป็นเรื่องยุ่งยาก การติดตามดูแลเยี่ยมบ้านและส่งเสริมความรู้ในเรื่องโรคระบาด จึงเป็นหน้าที่ของหมออนามัยบนพื้นที่สูง ที่จะปฏิบัติหน้าที่ในช่วงของโรคระมาด แม้จะทำงานบนพื้นฐานของความเสี่ยง แต่ก็ยังคงตั้งใจเข้าปฏิบัติด้วยความพร้อมและสุขหัวใจ

“เธอจะได้ในสิ่งที่ลงมือทำ ไม่ใช่สิ่งที่เฝ้าร้องขอ”

สัมผัสได้จากหัวใจ

ชื่อ-สกุล นางสาวลัดดาวัลย์ หม่องพิชัย

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

หน่วยงาน / สังกัด *สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเทิง*

สถานที่ถ่ายภาพ หมู่บ้านพญาเลาอู ต.ตับเต่า อ.เทิง จ.เชียงราย

คำบรรยายภาพ ในยุควิกฤต โรคระบาด Covit-19 และในวิกฤตชีวิตของคนในชุมชน มีความเสี่ยงสูงต่อชีวิตประชาชนเทียบเท่ากัน ในบทบาทของหมออนามัยไม่สามารถปฏิเสธภาระหน้าที่ที่จะปฏิบัติได้ แม้ในสถานการณ์โรคระบาดกับความกลัวที่ทองไม่เห็น แต่ชีวิตขอคนไข้ถือว่าสำคัญกว่าความกลัว

สิ่งที่ดีและสวยงามที่สุดในโลก มองไม่เห็นและจับต้องไม่ได้ แต่จะรู้สึกได้จากหัวใจ

เยี่ยมให้กำลังใจผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง

ชื่อ-สกุล นายสมบูรณ์ วงศ์ทิพย์
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
หน่วยงาน / สังกัด สสอ.ป่าแดด
สถานที่ถ่ายภาพ ตำบลโรงช้าง อำเภอป่าแดด

สภาพสังคมในปัจจุบันประเทศไทย เข้าสู่สังคมเมืองที่มีการแข่งขันกันตลอดเวลา ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้ด้อยโอกาสและผู้ป่วยติดเตียง จำนวนมากขาดการดูแลเอาใจใส่ถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพังหรืออยู่กับเด็กในวัยเรียนและก่อนวัยเรียน โดยบุตรหลานวัยทำงาน ต้องดิ้นรนออกไปทำงานนอกพื้นที่ เพราะสภาพเศรษฐกิจในปัจจุบันเกิดการชะลอตัว ครองชีพเครื่องอุปโภค บริโภค มีราคาสูง รายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่ายทำให้บุตรหลานไม่มีเวลาดูแลเอาใจใส่ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาสและผู้ป่วยติดเตียง บางรายปล่อยให้ ดำเนินชีวิตอยู่เพียงลำพังด้วยเงินเบี้ยยังชีพเท่านั้น คนพิการ ผู้ด้อยโอกาสและผู้ป่วยติดเตียง หลายรายในสังคมมีโรคประจำตัวหรือต้องเป็นผู้ติดเตียง ไม่มีโอกาสได้ออกมาทำกิจกรรมร่วมกับกลุ่มหรือชมรมต่างๆ บางรายอาจเกิดความน้อยใจหรือหมดกำลังใจที่จะดำเนินชีวิตต่อไป ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาสและผู้ป่วยติดเตียง ควรได้รับการดูแลด้านสุขภาพ เพื่อสร้างความเชื่อมั่น สร้างขวัญกำลังใจ โดยการให้ความรู้ ทำความเข้าใจกับผู้ดูแลให้มากขึ้น เพื่อให้ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาสและผู้ป่วยติดเตียง ไม่รู้สึกโดดเดียว และมีกำลังใจพร้อมที่จะต่อสู้กับชีวิตด้วยสุขภาพจิตที่ดีขึ้น

อำเภอป่าแดด ได้มีการจัดทำโครงการเยี่ยมบ้านแบบบูรณาการ โดยมีทุกภาคส่วนราชการ เข้ามามีส่วนร่วมในการเยี่ยมบ้าน นำโดยท่านนายอำเภอ เจ้าคณะอำเภอ เจ้าอาวาส ท้องที่ ท้องถิ่น แต่การดำเนินการไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากเวลาในการทำงานไม่ตรงกัน ทำให้การเยี่ยมบ้านไม่ต่อเนื่องและหยุดไป

กลุ่มแบ่งปันรอยยิ้มสู่สังคม โดยการริเริ่มของพระสมุห์ประจักษ์ จกฺขณ โสภีหรือตุ๊พล เจ้าอาวาสวัดสันกอง ตำบลโรงช้าง อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย ได้ชักชวนเยาวชน นักเรียน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขฯลฯ

และผู้ที่มีจิตศรัทธา ออกเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยติดเตียง และ ผู้ด้อยโอกาสในสังคม ในเขตพื้นที่อำเภอป่าแดด โดยไม่ได้ใช้งบประมาณจากทางราชการ โดยทีมงาน และผู้มีจิตศรัทธาช่วยกันบริจาค เป็นของเยี่ยมบ้าน ในทุกตำบลของอำเภอป่าแดด การออกเยี่ยมบ้านแต่ละครั้งทีมงานก็จะประสานงานกันทางออนไลน์ และประสานผู้ใหญ่บ้านหรือคนที่อยู่ในหมู่บ้าน ในพื้นที่ เพื่อจะได้นำพาไปเยี่ยมบ้านที่ทางหมู่บ้านได้เตรียมไว้ จะออกเยี่ยมในตอนเย็น หลังทุกคนจากเสร็จสิ้นภารกิจในการปฏิบัติงานของตนเอง จะได้ไม่รบกวนเวลาของแต่ละคนในกลุ่ม ยานพาหนะที่ใช้ในการออกเยี่ยมบ้าน ก็ใช้รถยนต์ของทางวัดและรถส่วนตัวแต่ละคนในกลุ่ม ออกพร้อมกันเป็นทีมงาน มีเวลาว่างช่วงไหนพร้อมกันก็จะออกเยี่ยม เฉลี่ยเดือนละ 3-4 ครั้ง การออกแต่ละครั้งก็จะบอกว่าผู้สูงอายุว่ามาเยี่ยมให้กำลังใจ ขอพร เพื่อเป็นสิริมงคลแก่ลูกหลาน

นอกจากออกเยี่ยมบ้านในหมู่บ้านแล้ว ทางกลุ่มแบ่งปันรอยยิ้มยังออกเยี่ยมผู้ป่วยในตึกผู้ป่วยในร่วมกับทางโรงพยาบาลป่าแดด เดือนละ 1 ครั้ง มีของเยี่ยม แล้วพระก็จะผูกด้ายข้อมือ สร้างขวัญกำลังใจให้ผู้ป่วย มีกำลังใจ สุขภาพจิตดีขึ้น

หมอเป็นเหตุ สังเกตได้

ชื่อ-สกุล นางสาวสุวรรณี ทิพย์โชติ

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ.

หน่วยงาน / สังกัด รพสต.แม่ต๋ำ สสอ.พญาเม็งราย

สถานที่ถ่ายภาพ โรงเรียนบ้านป่าม่วง

ทุกปี รพสต.แม่ต๋ำ จะออกให้บริการตรวจอนามัยโรงเรียน นักเรียนจะกลัวการตรวจฟันมากที่สุด ทันตาภิบาลให้อ้าปาก เขาจะอ้าไปจนกว่าทันตาภิบาลจะบอกให้หยุด เมื่อใดที่เราลืมบอกให้เขาหยุด เขาก็จะอ้าค้างไว้เหมือนในรูป

ขุมทรัพย์ “หม้อนึ่ง”

ชื่อ-สกุล นางสาววิลาวัลย์ สุริยะ

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

หน่วยงาน / สังกัด รพสต.บ้านห้วยก้าง สสอ.พญาเม็งราย

สถานที่ถ่ายภาพ บ้านห้วยก้างศรีชุมหมู่ 10 ตำบลไม้ยา อำเภอพญาเม็งราย

เข้าสู่ฤดูฝนหลายคนคงได้ยินข่าว “โรคไข้เลือดออก” โรคติดเชื้อที่มีสาเหตุมาจากไวรัสเดงกี่ ซึ่งมียุงลายเป็นพาหะ ซึ่งต้องบอกว่าโรคนี้อันตรายถึงชีวิตถ้าได้รับการรักษาไม่ทันท่วงที แต่คุณป้องกันได้ด้วยการช่วยกันกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายหาหะร้ายนำโรคไข้เลือดออกไม่ให้แพร่ระบาดมาสู่คนกัน

ณ หมู่บ้านแห่งหนึ่ง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้ออกชุมชนร่วมกับอสม. เพื่อตรวจและค้นหาลูกน้ำยุงลายในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบของ รพสต. ห้วยก้าง ตำบลไม้ยา อำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย ในช่วงเช้าเราได้นัดรวมพลที่ รพสต.ห้วยก้าง และเริ่มออกเดินทางไปที่บ้านห้วยก้างศรีชุมหมู่ที่ 10 และระหว่างที่ อสม.ได้เดินสำรวจพื้นที่ก็มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับยุงลาย

ยุงลายจะวางไข่ในภาชนะที่มีขอบ มีผนัง ห้วยหนองที่มีน้ำขังตามธรรมชาติจึงไม่ใช่แหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ยุงลายจะวางไข่ในน้ำใส น้ำนิ่ง ยุงลายจะใช้เวลาฟักตัว 7 และการป้องกันไม่ให้เป็นโรคไข้เลือดออก คือ ต้องการควบคุมการเกิดยุงลายได้แก่ 1) การควบคุมและกำจัดลูกน้ำยุงลาย ปิดภาชนะเก็บน้ำด้วยฝาปิด หรือถ้าไม่มีฝาปิด ก็วางคว่ำลง เปลี่ยนน้ำในแจกันดอกไม้สดบ่อย ๆ และการใส่เกลือลงน้ำในจานรองขาตู้กับข้าว 2) การป้องกันไม่ให้ยุงลายกัดและการกำจัดยุงลายตัวแก่ ได้แก่ ติดมุ้งลวด หน้าต่าง ปัดกวาดมุมอับ

ของบ้านเป็นประจำ เสื้อผ้าที่ใส่แล้วซักทันที นอนกางมุ้งไม่ว่ากลางวันหรือกลางคืน ควนนั่งเล่นในที่ที่มีลมพัดผ่านและโล่ง มีแสงสว่างพอ สวมเสื้อผ้า แขนยาวเมื่อเข้าสวนหรือบริเวณรอบบ้าน และการใช้สมุนไพรไล่ยุง การใช้ผงซักฟอก โรยใส่ลงในแหล่งน้ำขัง การใส่ทรายสารเคมี

บทสนทนา

อสม. : มาเพ้ๆๆๆๆๆ เจอขุมทรัพย์ตางเพ้

จนท : ขุมทรัพย์อะหยังเจ้า

อสม. : ขุมทรัพย์หม้อนึ่ง 5555

หลังจากที่คุณลุงตะโกนเรียกให้มาดูขุมทรัพย์ ทุกคนต่างมารวมตัวกันที่เดียวกัน และลองใช้ไฟสายส่องไข้ไปในหม้อนึ่ง ปรากฏว่า เจอ ลูกน้ำอยู่ในหม้อนึ่ง และจึงช่วยกันคว่ำกำจัดลูกน้ำยุงลายจนหมด

จากนั้น จนท. ก็ได้ให้ความรู้ต่อว่ายุงลายไม่ได้มีแต่ทำให้เกิดโรคไข้เลือดออกนะ ยังมีอีก 2 โรคที่มียุงลายเป็นพาหะ 3 โรคร้ายที่มียุงลายเป็นพาหะ ได้แก่ โรคไข้ปวดข้อยุงลาย หรือ โรคชิคุนกุนยา (Chikungunya) และ โรคไข้ติดเชื้อไวรัสซิกา (Zika Virus Disease)

“ ผู้รับสุขใจเพียงใด ผู้ให้สุขใจยิ่งกว่า ”

ชื่อ-สกุล นางสาวภัทรวดี กุมาระ
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ
หน่วยงาน / สังกัด รพ.สต.บ้านขุนห้วยแม่เปา สสอ.พญาเม็งราย
สถานที่ถ่ายภาพ บ้านกระแล หมู่ 7 ต.แม่เปา อ.พญาเม็งราย จ.เชียงราย

มันจุกที่อก..น้ำตาของความปลื้มปิติ ตื้นตันใจ เมื่อได้รับการช่วยเหลือของครอบครัวต่างด้าว ซึ่ง เป็นบุคคลที่ไม่มีสัญชาติ ต้องอาศัยอยู่แบบหลบ ๆ ซ่อน ๆ เมื่อยามเจ็บป่วย ก็ไม่เคยไปรับการรักษาทั้งที่ รพ.สต และ โรงพยาบาล ไม่เคยได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยงานราชการ เนื่องจากกลัวตำรวจ หรือเจ้าหน้าที่ของรัฐ จากหน่วยงานทางราชการจับ..ปู่และเหย่อ(ปู่ = คำเรียกผู้สูงอายุผู้หญิง เหย่อ = คำเรียกผู้สูงอายุผู้ชาย) เป็นครอบครัวชนเผ่าม้ง ที่อพยพเข้ามาอาศัยในแผ่นดินไทย มากกว่า 20 ปี ไม่นับถือศาสนาใด ๆนับถือ ผี

เมื่อมีกิจกรรมแบ่งปันรอยยิ้มสังกัดวัดสันกองพัฒนาราม ต.โรงช้าง อ.ป่าแดด โดยพระครูศรีรัตนโสภณ เจ้าอาวาสวัดม่อนป่าสัก ต.ดงเจน อ.ภูกามยาว จ.พะเยา พระสมุห์ประจักษ์ วิจกฺขณโสภี เจ้าอาวาสวัดสันกองพัฒนาราม ต.โรงช้าง อ.ป่าแดด เณรจำนวน 3 รูป ร่วมกับทีมเยี่ยมบ้านโรงพยาบาลพญาเม็งราย ทีมเยี่ยมบ้าน รพ.สต บ้านขุนห้วยแม่เปา และคณะอสม.ในพื้นที่ ได้เข้าไปเยี่ยมให้กำลังใจพร้อมมอบเครื่องอุปโภคและบริโภคที่จำเป็นในชีวิตประจำวัน “ปันสุขเคลื่อนที่ ปันรอยยิ้มด้วยใจ”

ภาพที่เห็นหลังจากที่ได้รับมอบของจากพระสงฆ์และเจ้าหน้าที่ทีมเยี่ยมบ้านแล้ว คือปู่และเหย่อร้องไห้ ..ร้องออกมาด้วยความตื้นตันใจ..แม้ทุกคนที่ออกเยี่ยมบ้านจะสื่อสารกับปู่และเหย่อไม่เข้าใจ ซึ่งได้อสม.ในพื้นที่ที่เป็นตัวกลางช่วยในการสื่อบอกว่า..มันจุกอยู่ที่อก..ตื้นตันใจมาก ..ไม่รู้จะขอบคุณยังไงแล้ว ที่ให้เขามากขนาดนี้ เพราะชีวิตที่ผ่านมาลำบากมาก ไม่กล้าไปขอความช่วยเหลือจากใคร

งานเยี่ยมบ้านด้วยหัวใจ..ในวันนั้น..มีทั้งรอยยิ้มปนคราบน้ำตาของผู้รับ และที่สุขใจยิ่งกว่า คือผู้ให้ ที่ได้รับความอิ่มเอิบ อิ่มสุข อิ่มใจ ในสิ่งที่ได้ทำ **“ ไม่มีความสุขอะไรยิ่งใหญ่ไปกว่าความสุขที่ได้จากการเป็นผู้ให้ ”**

แปรงฟันให้เด็กมันดู

ชื่อ-สกุล นางสาววารุณี นันตา
ตำแหน่ง เจ้าพนักงานทันตสาธรณสุข
หน่วยงาน / สังกัด รพ.สต.สันติสุข สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพาน
สถานที่ถ่ายภาพ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อบต.สันติสุข

ผู้ใหญ่ทุกคนล้วนแต่เคยผ่านวัยเด็กมาแล้ว ย่อมรู้ดีว่าเด็กมองดู ผู้ใหญ่เป็นต้นแบบ และในการสร้างสุขนิสัยพฤติกรรมสุขภาพที่ดีก็เช่นกัน หากสิ่งที่ทำสร้างแรงบันดาลใจให้คนอื่น เรียนรู้มากขึ้น ปฏิบัติมากขึ้น ดิฉันเชื่อว่า ในอนาคตเด็กในวันนี้จะมีสุขภาวะได้แน่ “เพราะตัวอย่างที่ดีมีค่ามากกว่าคำสอน”

ทำดี แม้ไม่มีคนเห็น ก็เป็นบุญ

ชื่อ-สกุล นางสาวสุธาสินี ลือใจ
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หน่วยงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านร่องคต
สังกัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพานจังหวัดเชียงราย
สถานที่ถ่ายภาพ บ้านร่องคต หมู่10 ตำบลเมืองพาน จังหวัดเชียงราย

“เมื่อมีโอกาส และมีงานทำ เราควรเต็มใจทำ โดยไม่จำเป็นต้องตั้งข้อแม้ หรือเงื่อนไขอันได ไว้ให้เป็นเครื่องกีดขวาง เพราะฉะนั้น การทำงานด้วยใจรัก แม้จะไม่มีใครเห็น ก็เป็นบุญ ”

สูงแค่ไหนไม่หวั่น

ชื่อ-สกุล นางสาวมินรดา อุ่นหน้อย
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข
หน่วยงาน / สังกัด.รพ.สต.บ้านร่องธาร สสอ.พาน.
สถานที่ถ่ายภาพ ด่านปูแกง ต.แม่เย็น อ.พาน จ .เชียงราย

ในช่วงสถานการณ์การเกิดโรคระบาด โควิด – 19 ยังมีบุคลากรทางสาธารณสุขที่ต้องทำงานต่อสู้กับโรคโควิด – 19 เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่ของตนรอดพ้น ปลอดภัยจากโรคภัย เพราะการเฝ้าระวังการเกิดโรคหรือภัยสุขภาพ รวมถึงการควบคุมป้องกันโรค คือ “หัวใจสำคัญการของการทำงานระบาดวิทยา”ไม่ว่าจะสูงแค่ไหนเมื่อลงมือทำด้วยใจรักก็ไม่มีคำว่ากลัว

“ไม่ว่าจะงานไหนเราไม่เคยหวั่น”

ชื่อ-สกุล นายพิรุณ เกษม
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
หน่วยงาน / สังกัด รพ.สต.สันติสุข สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพาน
สถานที่ถ่ายภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสันกลาง

การเป็นพยาบาลวิชาชีพไม่ได้มีดีเพียงแค่งานฟื้นฟู สร้างเสริมสุขภาพ และรักษาป้องกันโรค เพียงอย่างเดียว เพราะในการปฏิบัติงานไม่ว่าจะมีงานไหนเข้ามาเราไม่เคยหวั่น เพราะ ผมเชื่อว่าไม่ว่าจะงานไหน ๆ เราก็ทำได้อย่างเต็มที่แล้วเต็มความสามารถ **“การทำงานไม่ว่าจะอยู่จุดไหน เราก็ทำมันได้อย่างเต็มที่”**

“แนวหน้า Covid -19”

ชื่อ-สกุล นายพิรุณ เกษม

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

หน่วยงาน / สังกัด รพ.สต.สันติสุข สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพาน

สถานที่ถ่ายภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสันกลาง

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19-ในปัจจุบันมีความรุนแรงทั้งภายในและภายนอกประเทศ ซึ่งส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญต่อวิถีชีวิตของคนไทย ในบทบาทของผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขจึงจะต้องมีหน้าที่ในการตอบโต้กับการระบาดของโรค Covid 19– ป้องกันมิให้ประชาชนไทยพบกับการแพร่ระบาดของโรค และในภาพสื่อถึงการทำงานสาธารณสุขที่เป็นด่านหน้าคัดกรองและป้องกันโรคในงานรับเสด็จ สมเด็จพระสังฆราชประเทศศรีลังกา มหานายะกะ เพราะผมเชื่อว่า**“ประชาชนจะปราศจากโรคเมื่อสาธารณสุขเรามั่นคงและเข้มแข็ง”**

ร้อยปีก็ยังไหว

ชื่อ – สกุล นายวิทยา สีฟ้า

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

หน่วยงาน/สังกัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่คาวหลวง

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพาน

สถานที่ถ่ายภาพ บ้านเลขที่ 141 หมู่ 12 ต.สันกลาง อ.พาน จ.เชียงราย

ในสังคมปัจจุบันมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก ทีมสุขภาพรพ.สต.บ้านแม่คาวหลวงได้ออกเยี่ยมและดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง ผู้สูงอายุต้องได้รับการดูแลเป็นอย่างดี คุณยายทวดมีอายุถึง 100 ปี มีความสุขกาย สบายใจ อยู่กับลูกหลานอย่างมีความสุข คุณยายบอกเคล็ดลับให้อายุยืนและสุขภาพดีว่า “กินผักต่างๆที่ปลูกเอง ไม่กินของมึนเมา ทำจิตใจให้ผ่องใส ทำบุญทำทาน และสวดมนต์ทุกวัน” พร้อมทั้งชู 2 นิ้วและบอกกับพวกเราว่าจะอยู่กับลูกหลานเหลนไปอีกนาน

บั้นปลายของชีวิต

ชื่อ นางสาวสุดารัตน์ วงค์ไชย
ตำแหน่ง แพทย์แผนไทย
หน่วยงาน รพ.สต.ทรายขาว
สถานที่ถ่ายภาพ พื้นที่ตำบลทรายขาว

ผู้สูงอายุหรือผู้สูงวัยเป็นวัยบั้นปลายของชีวิต ซึ่งผู้ที่อยู่ในวัยนี้มักจะมีปัญหาสุขภาพทั้งทางพยาธิสภาพทางกายทางใจรวมไปถึงปัญหาการใช้ชีวิตในสังคมซึ่งบางคนเป็นข้าราชการที่เกษียณบางคนเป็นชาวบ้านธรรมดาหาเช้ากินค่ำบางคนลูกหลานเป็นผู้ดูแล ซึ่งคนเหล่านี้จะมีการดำรงชีวิตที่แตกต่างกันออกไปและในการดำรงชีวิตนั้นส่งผลต่อสภาพจิตใจโดยตรงดังคำที่ว่า “จิตเป็นนายกายเป็นบ่าว” บางครอบครัญาติอยู่ร่วมกันได้พูดคุยได้ทำกิจกรรมร่วมกันทำให้มีความสุขจึงไม่เจ็บป่วยเพราะมีกำลังใจจากครอบครัวและในบางครอบครัวลูกๆไปทำงานที่ต่างจังหวัดเนื่องด้วยเหตุจำเป็นเพื่อหาเงินมาใช้จ่ายจึงให้พ่อแม่อยู่บ้านขาดการทำกิจกรรมร่วมกันของครอบครัวซึ่งสาเหตุเหล่านี้ทำให้เกิดการเจ็บป่วยของกลุ่มบุคคลช่วงวัยนี้ เพราะวัยนี้จะมีอารมณ์ที่แปรปรวนเนื่องจากอายุที่มากขึ้น มักจะขี้น้อยใจ อารมณ์ขึ้นๆลงๆ คิดมาก เอาแต่ใจตัวเองเหมือนเด็ก ดังนั้นการพูดคุยดูแลและเอาใจใส่จึงเป็นสิ่งที่สำคัญในการดูแลกลุ่มวัยนี้ การที่ได้มีกิจกรรมให้ทำร่วมกันทำให้ได้ปลดปล่อยความเครียด จึงเป็นสิ่งที่ดีสำหรับผู้สูงวัย เพื่อลดปัญหาทางสุขภาพและเสริมสร้างกำลังใจที่ดีแก่กลุ่มผู้สูงวัย

สิ่งที่ประทับใจในภาพนี้ คือการที่ได้มีโอกาสไปทำกิจกรรมสร้างรอยยิ้มและเสียงหัวเราะให้กลุ่มผู้สูงวัย การที่ได้สร้างปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มผู้สูงวัย ได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้ ซึ่งทุกคนได้ให้ความสนใจในหัวข้อที่ให้ความรู้และตั้งใจปฏิบัติตาม ทำให้มีกำลังใจในการปฏิบัติหน้าที่อย่างมีความสุข

ตัวเล็กแต่ใจใหญ่

ชื่อ-สกุล นางสาววราพร คล้ายสิทธิ์
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข
หน่วยงาน / สังกัด รพ.สต.บ้านงิ้วเฒ่า สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพาน
สถานที่ถ่ายภาพ วัดงิ้วเฒ่า

ปัจจุบันโรคไข้เลือดออกกำลังระบาดหนัก การป้องกันที่ดีคือการทำลายแหล่งลูกน้ำยุงลายซึ่งในภาพเจ้าหน้าที่ รพบ้านงิ้วเฒ่า สามารถใช้สารเคมีเทลงในแทงค์น้ำได้แต่สารเคมีที่ใส่ลงไปก็มีวันที่หมด.สต. ประสิทธิภาพและเพื่อเป็นการป้องกันการเกิดแหล่งลูกน้ำยุงลายที่ถาวร เจ้าหน้าที่จึงเลือกที่จะคว่ำแทงค์น้ำที่ไม่ได้ใช้ไม่ให้เกิดน้ำขังเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายต่อไป ดังภาพเปรียบเสมือนงานที่ทำนั้นจะยากลำบากแค่ไหนแต่เพื่อประโยชน์ของประชาชน พวกเราหมออนามัยตัวเล็กๆผู้ที่ถูกลืมอยู่บ่อยครั้งก็พร้อมที่จะทำและพัฒนาให้ดีขึ้นต่อไป

จ๊ะเอ๋.....อ๊บๆ

ชื่อ-สกุล นายพิเชษฐ์ พรมตัน
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข ปฏิบัติการ
หน่วยงาน / สังกัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอยงาม/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพาน
สถานที่ถ่ายภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอยงาม

ในช่วงวิกฤติการระบาดของ Covid -19 เกิดภาวะขาดแคลนอาหารในชุมชน แต่อาหารที่ปลอดภัยเป็นสิ่งที่หายากยิ่งกว่า การเป็นแกนนำสุขภาพด้านการบริโภคเป็นสิ่งที่ บุคลากรสาธารณสุขควรเป็นแบบอย่าง “สวนมีสุข” จึงกำเนิดขึ้นเพื่อเป็นต้นแบบเศรษฐกิจแบบผสมผสานปลอดสารเคมี มีการปลูกผัก เลี้ยงไก่พันธุ์ไข่ กบ และปลา คำว่า “มีสุข” มีความหมายสื่อถึง การมีความสุขในการร่วมกันทำงาน และมีสุขภาพที่ดี ผลผลิตที่ได้บางส่วนนำไปแบ่งปันผู้มารับบริการส่งผลให้ “มีสุข” ทั้งผู้ให้และผู้รับ

ใกล้ชิด ใกล้ใจ ห่วงใยสุขภาพ

ชื่อ-สกุล นางนันทพร ยารวง
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หน่วยงาน/สังกัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวง้ม /สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพาน
สถานที่ถ่ายภาพ บ้านผู้ป่วยในตำบลหัวง้ม อ.พาน จ.เชียงราย

การดูแลผู้ป่วยดุจญาติมิตร ผู้ป่วยโรคเรื้อรังทุกรายในเขตบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวง้ม ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ติดบ้านเดินไม่ได้ ยากจน ไม่สามารถเดินทางมารับบริการการเจาะเลือดประจำปีที่สถานบริการได้ ทีมงานสุขภาพออกให้บริการดูแลด้วยใจ สุขใจในรอยยิ้ม พานไม่ทิ้งกัน

จ้างด้วยเงินก็ได้แค่งาน อยากให้อยู่ด้วยกันนานๆ ต้องจ้างด้วยใจ

ชื่อ-สกุล นางดวงใจ ปัญเจริญ

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

หน่วยงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเวียงห้าว

สังกัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพาน

สถานที่ถ่ายภาพ บ้านร่มโพธิ์งาม หมู่ที่ 7 ต. เวียงห้าว อ.พาน จ. เชียงราย

“ จ้างด้วยเงินก็ได้แค่งาน อยากให้อยู่ด้วยกันนานๆ ต้องจ้างด้วยใจ”

งานบ้างอย่างถ้าไม่มีใจรักมันก็หนัก ถ้าไม่อยากให้งานหนักจงรักงานที่ทำ ทำทุกอย่างด้วยใจ แล้วเราจะได้ใจกลับมา .ขอบคุณความเป็นหมออนามัย

บริการถึงที่ จากใจหมออนามัย

ชื่อ-สกุล นายวรุฒ ดวงจิตร
ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุข
หน่วยงาน / สังกัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสันมะเค็ด อำเภอพาน จังหวัด เชียงราย
สถานที่ถ่ายภาพ วัดสันนคร หมู่ที่3 ตำบลสันมะเค็ด อำเภอพาน จังหวัด เชียงราย

การดูแลสุขภาพถือว่าเป็นสิ่งที่สำคัญและมีหลากหลายวิธี การคัดกรองสุขภาพประจำปีถือว่าเป็นการหาสาเหตุ ป้องกันโรค และลดความเสี่ยงก่อนเกิดโรค ดังนั้นทุกคนควรได้รับการตรวจคัดกรองโดยทั่วกัน แต่อาจจะมีข้อจำกัดบางอย่างในความไม่สะดวกเข้ารับบริการอย่างทั่วถึง เช่น เดียวกับการให้บริการคัดกรองสุขภาพพระสงฆ์ที่วัดสันนคร หมู่3 ตำบลสันมะเค็ด เพราะเป็นการให้บริการสุขภาพเชิงรุกถึงที่วัด พร้อมให้ความรู้เบื้องต้นและวิธีการดูแลสุขภาพห่างไกลโรคภัย

หลังสู้ฟ้าหน้าสู้เพื่อช่องปาก

ชื่อ-สกุล นางสาวมณฑิณี อักษรดิษฐ์
ตำแหน่ง เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข.
หน่วยงาน / สังกัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสันมะเค็ด อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย
สถานที่ถ่ายภาพ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านกล้วย อำเภอพาน จังหวัด เชียงราย

สำนวนไทยคำว่า หลังสู้ฟ้าหน้าสู้ดิน คงไม่ได้ใช้กับอาชีพสันหลังของชาติ เฉกเช่นชาวนาเพียงอย่างเดียวแต่ยังสามารถใช้กับอาชีพทันตาภิบาลได้เช่นเดียวกัน เพราะว่าในทุกอิริยาบถในการทำงานนั้นหลังจะชี้สู้กับฟ้าแต่ใช้สายตาในการตรวจหารอยโรคฟันผุ ทันตาภิบาลจึงได้อุทิศตนเพื่อรับใช้ประชาชน แม้ว่าร่างกายจะได้รับความเสียหายจากการทำงานที่ฝืนธรรมชาติก็ตาม

มนุษย์อวกาศที่ปฏิบัติงานบนพื้นโลก

ชื่อ-สกุล นางสาวพรพญา เตปิน
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
หน่วยงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจริญเมือง **สังกัด**สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพาน
สถานที่ถ่ายภาพ ด่านปูแกงด่านคัดกรองโควิด-19 ตำบลแม่เย็น อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย

ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 (โควิด-19) ของประเทศไทยที่ผ่านมา ด่านปูแกงเป็นด่านคัดกรองโควิด-19 ผู้ที่เดินทางเข้าสู่จังหวัดเชียงรายผ่านถนนพหลโยธิน ซึ่งมีผู้เดินทางไม่ต่ำกว่าวันละ 2,000 คน ในการปฏิบัติงานคัดกรองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอพาน แม้สภาพอากาศไม่เอื้ออำนวยก็ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้คำแนะนำแก่ผู้เดินทางมาจากพื้นที่ระบาดหรือจังหวัดเสี่ยงตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุข ในการกักตัวเพื่อไม่ให้นำเชื้อโรคเข้ามาแพร่ระบาดในพื้นที่จังหวัดเชียงราย ไม่ว่าจะเป็นฝนตกจนน้ำท่วมที่พักข้างถนน ลมแรงจนเต็นท์ที่พักปลิวหรือแดดร้อนระอุจากพื้นถนนยางมะตอย ก็ต้องหาอุปกรณ์ป้องกันตัวเอง เช่น หมวกและเสื้อคลุมกันแดด เฟสชิว หน้ากากอนามัย ถุงมือยาง รองเท้าบูท เสื้อกันฝน และผลัดเปลี่ยนกันปฏิบัติงานจนจบเวรไม่สามารถหยุดได้ ก็เหมือนมนุษย์อวกาศที่ต้องปฏิบัติงานในสภาพอากาศที่เลวร้ายหรือสภาพแวดล้อมที่อันตราย

ไม้พิเศษปราบลูกน้ำ

ชื่อ-สกุล น.ส.ชฎาธร มะโนวรรณ์
ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน
หน่วยงาน / สังกัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่อ้อ/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพาน
สถานที่ถ่ายภาพ บ้านโป่งทะลาย หมู่ 4 ตำบลแม่อ้อ อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย

แม้เป็นเพียงไม้ไผ่ธรรมมาแต่สิ่งที่ทำให้พิเศษเพราะไม้ไผ่เก่าๆนี้สามารถลดปริมาณยุงให้น้อยลงได้แต่ที่พิเศษกว่านั้นคือความร่วมมือ ร่วมใจกันกำจัดทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายให้หมด เพื่อป้องกันการเกิดโรคในชุมชน

ทุ่มเทด้วยใจ.....สายเลือดฟ้า-ขาว

ชื่อ-สกุล น.ส.วิรันตรี ก่ำใจ

ตำแหน่ง เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขชำนาญงาน

หน่วยงาน / สังกัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าหุ่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพาน

สถานที่ถ่ายภาพ ด่านตรวจ ปูแกง อ.พาน

ความรู้สึกระหว่างการทำงานใครจะรู้ว่าครั้งหนึ่งในชีวิตที่ต้องพบเจอกับสถานการณ์การระบาดของ... ขาวที่เปรียบเสมือนด่านหน้า มาร่วม-เป็นการทำงานบนท้องถนน ของสายเลือดนักรบเสื้อฟ้า ๑๙ โรค โควิด ช่วยกันหมุนเวียนผลัดเปลี่ยนกันไปคัดกรองวัดไข้ รถทุกคันที่ขับผ่าน ร่วมกับ อสมผู้นำชุมชน และทุก . เดือน ๓ งาน เป็นระยะเวลาหน่วย**"ในการทำงานต่อสู้ภัยโรคโควิด สิ่งที่สัมผัสได้ คือความมุ่งมั่น ๑๙ ความเสียสละ และความทุ่มเทของทุกคนด้วยใจจึงเป็นชีวิตที่น่าจัดจำยิ่ง"**

“ใครมา เรายิง”

ชื่อ-สกุล นายอนุชิต มโนวงศ์
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
หน่วยงาน/สังกัด รพ.สต.บ้านป่าบง สสอ.พาน
สถานที่ถ่ายภาพ บ้านป่าปี้ ต.เจริญเมือง อ.พาน

“ใครมา เรายิง” คงเป็นคำที่ใช้พูดแทนการทำงานของหมออนามัยในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด–19 ได้เป็นอย่างดี ด้วยการที่เป็นบุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่ทำงานในระดับปฐมภูมิ หมออนามัยจึงต้องทำหน้าที่เป็นด่านหน้าในการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรค โดยเฉพาะการออกคัดกรอง ติดตามและให้คำแนะนำผู้ที่เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยง ซึ่งไม่ว่าบุคคลเหล่านั้นจะเป็นใคร มาจากไหน อายุเท่าไหร่ เมื่อเข้ามาในพื้นที่ หมออนามัยพร้อมยิงทุกคน

กว่าจะถึงจุดหมาย

ชื่อ-สกุล นายอนุรักษ์ สุริยะจักร์

ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน

หน่วยงาน / สังกัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทานตะวัน/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพาน

สถานที่ถ่ายภาพ ศาลพระจี้กง หน่ำพิ้งฮง

หากการทำงานด้านสาธารณสุขเปรียบได้กับการออกกำลังกาย แล้วทำให้ร่างกายแข็งแรงไปสู่เส้นชัย เพื่อให้ได้มาซึ่งการมีสุขภาวะที่ดีของประชาชน การดูแลสุขภาพตนเองก็เช่นกัน คงถึงจุดหมายในสักวัน ถ้าลงมือทำ

“จิตอาสา เราทำความดี ด้วยหัวใจ”

ชื่อ-สกุล นางหทัยทิพย์ มโนวงศ์
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
หน่วยงาน / สังกัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพาน
สถานที่ถ่ายภาพ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพาน

จิตอาสา หรือ จิตสาธารณะ หมายถึง จิตสำนึกเพื่อส่วนรวม เพราะคำว่า “สาธารณะ” คือ สิ่งที่มิได้เป็นของผู้หนึ่งผู้ใด จิตสาธารณะจึงเป็นความรู้สึกถึงการเป็นเจ้าของในสิ่งที่เป็นสาธารณะ ในสิทธิและหน้าที่ที่จะดูแล และ บำรุงรักษาร่วมกัน รวมถึงจิตของคนที่รู้จักความเสียสละ ความร่วมมือ ร่วมใจ ในการทำประโยชน์เพื่อส่วนรวม จะช่วยลดปัญหาที่เกิดขึ้นในสังคม ช่วยกันพัฒนาคุณภาพชีวิต เพื่อเป็นหลักการในการดำเนินชีวิต ช่วยแก้ปัญหาและสร้างสรรค์ให้เกิดประโยชน์สุขแก่สังคม ซึ่งในภาพเป็นจิตอาสาร่วมกันทำความสะอาดและปรับปรุงภูมิทัศน์สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพาน จังหวัดเชียงราย นอกจากจะทำให้บ้านเมืองสะอาดเรียบร้อยแล้ว เรายังได้มีโอกาสเห็นท่านสาธารณสุขอำเภอลงมาลุยงานบ้านๆ แบบนี้ด้วย

“แสงแห่งอุดมการณ์”

ชื่อ-สกุล นางศิริพร คุยเพียภูมิ
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
หน่วยงาน / สังกัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่ท่าเรือ
สถานที่ถ่ายภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่ท่าเรือ

ท่ามกลางสถานการณ์โควิด-19 การรวมคนจำนวนมากย่อมมีความเสี่ยง ในขณะเดียว กันการให้บริการผู้ป่วยก็ยังคงเป็นภารกิจสำคัญที่ต้องทำ ในช่วงเดือน มีนาคม 2563 มีกิจกรรมตรวจสุขภาพประจำปีของกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังประจำปี เจ้าหน้าที่จึงเตรียมความพร้อมในการให้บริการผู้ป่วยเพื่อให้สอดรับกับมาตรการป้องกันโรคโควิด-19 ลดความแออัดโดยนัดผู้ป่วยมาแต่เช้าตรู่ ความมืดมิดมิอาจขวางกั้นการทำงาน ของเจ้าหน้าที่แม้จะเป็นช่วงเวลาที่ใครหลายๆคนยังคงพักผ่อน หรือต้องปฏิบัติภารกิจอีกบทบาท แต่ในยามที่จำเป็น หมออนามัยอย่างเราๆก็ต้องละทิ้งสิ่งเหล่านั้นเพื่อมาสวมบทบาทของการเป็นหมอของพี่น้องประชาชน เพราะหัวใจหลักสำคัญคือการดูแลสุขภาพประชาชน ซึ่งฝังอยู่ในจิตวิญญาณของคนที่เลือกจะมาอยู่ในวิชาชีพนี้ เพราะถ้า “โคมไฟให้แสงสว่างมากในยามมืดมิดฉันท์ใด หมออนามัยก็เป็นเหมือนแสงสว่างแห่งความรักและหวังดีต่อประชาชนฉันท์นั้น .

เบื้องหลังความสำเร็จของการควบคุมไข้เลือดออก

ชื่อ-สกุล นางนงลักษณ์ จันทร์แก้ว

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ

หน่วยงาน / สังกัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโล๊ะป่าห้า อำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย

สถานที่ถ่ายภาพ หมู่ที่ 11 บ้านท่ากอซ๊อ

จากสถานการณ์ไข้เลือดออกที่รุนแรงในปัจจุบัน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโล๊ะป่าห้า ได้ดำเนินการควบคุมไข้เลือดออกอย่างเข้มแข็ง โดยความร่วมมือของเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่ ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโล๊ะป่าห้า ประกอบไปด้วย 9 หมู่บ้าน เมื่อปี พ.ศ. 2562 พบผู้ป่วยไข้เลือดออกจำนวน 3 ราย ในส่วนของการดำเนินการควบคุมนั้น หลังได้รับแจ้งจากทีมระบาดจังหวัดเชียงราย ทางเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโล๊ะป่าห้า ได้ร่วมกับเครือข่าย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ตลอดจนประชาชนในหมู่บ้านนั้นๆ ได้ดำเนินการฉีดพ่นยากำจัดยุงแบบกระป๋องสเปรย์ในบริเวณบ้านของผู้ป่วยทันที แล้วแจ้งไปยังองค์การบริหารส่วนตำบลแม่ข้าวต้ม เพื่อทำการพ่นหมอกควันตามแผนการควบคุมไข้เลือดออกพร้อมได้ทำการสำรวจและกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายไปพร้อมกัน ในการดำเนินงานควบคุมไข้เลือดออกในรอบปีที่ผ่านมา ประสบความสำเร็จได้ด้วยดี ไม่มีผู้ป่วยใหม่ในหมู่บ้านเดียวกันอีกเลย จนถึงปี พ.ศ. 2563 นี้ ยังไม่พบผู้ป่วยไข้เลือดออกในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโล๊ะป่าห้าแม้แต่คนเดียว คงเนื่องมาจากการดำเนินงานควบคุมป้องกันไข้เลือดออก ที่ต่อเนื่อง ตลอดจนมีเครือข่ายสุขภาพที่เข้มแข็งในพื้นที่ ทำให้พื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโล๊ะป่าห้าเป็นพื้นที่ปลอดไข้เลือดออกจนถึงวันนี้

หายเหาด้วยหัวหอม

ชื่อ-สกุล นางสาวนันทิกานต์ ศุภอังกูร
ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ
หน่วยงาน / สังกัด สสอ.เมืองเชียงราย
สถานที่ถ่ายภาพ รพ.สต.ป่าอ้อดอนชัย

หนูเป็นเหา ใช่ว่าหนูสกปรก ถึงกำจัดหายหมด ก็เป็นได้ ถ้าใกล้เหา
เพราะติดง่าย ต้องระวัง เพื่อน ๆ เรา ที่เป็นเหา อยู่ไกลไว้ ปลอดภัยดี

เหา เป็นแมลงที่มีมาแต่ยุคโบราณ "สมัยพระเจ้าเหา" หลายคนอาจเคยเป็นเหา เมื่อสมัยเด็กๆ บางคนอาจเคยเป็นหลายครั้งด้วยซ้ำ ซึ่งเหาพบได้บ่อยในช่วงปฐมวัย – ชั้นประถมศึกษา เหมือนดังกรณีของน้องนาว “ โอ๊ย!! คัน คันที่สุด คันเป็นจุดๆ ไม่อาจหยุดเกาได้ แม่จ๋า ช่วยหนูด้วย แมลงสัตว์กัดต่อยบนหัวหนู ” เสียงน้องนาวร้องเรียกแม่เสียงดัง แม่ตกใจรีบมาดู “อู้ฮู่! ไข่เหาเล็กจิ๊ด ขาวเทา แม่เหาตัวดำ คลานยั๊ยเยี๊ยเต็มไปหมด” แม่รีบนำน้องนาวนอนหนุนตัก เรียก “พ่อจ๋าช่วยด้วย หาเหาให้หนูหน่อย” คุณแม่เล่าถึงเหตุการณ์เมื่อวันก่อนหน้านี้ของน้องนาวให้ฟัง หลังจากมารับบริการกำจัดเหาด้วยสมุนไพรหอมแดง ซึ่งถือว่า หอมแดง เป็นพืชผักที่คนไทยนิยมนำมาใช้ปรุงอาหารเพื่อเพิ่มรสชาติ สามารถปลูกได้ตลอดปี เป็นพืชสมุนไพรที่หาง่ายที่สุดมีอยู่ทุกบ้าน อีกอย่างยังมีสารสำคัญในการกำจัดเหาได้ เพียงแค่นำมาปั่น คั้นเอาน้ำหอมแดงมาหมักผม ทิ้งไว้ 2 ชั่วโมง ก็สามารถกำจัดเหาได้ จัดเป็นทางเลือกหนึ่งในการใช้สมุนไพรพื้นบ้านมาดูแลสุขภาพคนในชุมชนได้เป็นอย่างดี

“ไข่ผำ ”พืชพื้นบ้านแสนธรรมดากับความล้ำค่าทางจิตใจ

ชื่อ สกุล-นางสาวน้ำฝน บุญเป็ง
ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ
หน่วยงาน สังกัด /โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสันทราย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย
สถานที่ถ่ายภาพ อาคารอเนกประสงค์บ้านป่ากล้วยเหนือ หมู่ เชียงราย.เมือง จ.สันทราย อ.ต 11

เมื่อวันที่ ที่ผ่านมา 2563 กันยายน 10ได้มีโอกาสเป็นวิทยากรโครงการอบรมการบริโภคผักปลอดภัย กายใจแข็งแรง ในพื้นที่บ้านป่ากล้วย หมู่ พืชผักที่ทางผู้ ตำบลสันทราย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย 11 จัดเตรียมมาประกอบการอบรมมีหลากหลายชนิด แต่ที่สะดุดตาและผู้เข้าร่วมอบรมหลายๆคนไม่รู้จัก หรือนานๆทีจะได้เห็น คือ ไข่ผำหรือไข่น้ำ เอาละสิจะอธิบายอย่างไร ต้องมีคนถามประโยชน์และสรรพคุณแน่ๆ งานนี้ต้องขอขอบคุณ Google ที่ช่วยให้ข้อมูลดีๆ เพื่อส่งต่อไปยังผู้เข้าอบรมทั้งหมด ท่าน 50การเป็นวิทยากรต้องมีความรู้รวบตัวมากๆ และที่สำคัญงานนี้ได้ไข่ผำไปทำอาหาร หลังจากไม่ได้ทานมากว่า ปี 10“ไข่ผำ” พืชพื้นบ้านแสนธรรมดากับความล้ำค่าทางจิตใจ เม็ดกลมๆ สีเขียว เบาราวกับปุยนุ่น ละเอียดจนไม่สามารถประเมินด้วยตาได้ว่า เส้นผ่านศูนย์กลางมีรัศมีเท่าไหร่ แต่ทว่าสิ่งเล็กๆ เหล่านี้เมื่อรวมกันแล้วมักเป็นสิ่งยิ่งใหญ่เสมอ

ยิ้มพิมพ์ใจ (Smile)

ชื่อ-สกุล นางสาวศรีสุข เหมวรรธนบูรณ์
ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ
หน่วยงาน / สังกัด รพ.สต.ท่าสุด สสอ.เมืองเชียงราย
สถานที่ถ่ายภาพ บ้านแม่ข้าวต้มท่าสุด หมู่10

ทุกครั้งที่ออกเยี่ยมบ้าน สิ่งที่ได้รับกลับมาเสมอเนื่องจากคำว่า “ขอบคุณ” ก็คือ “รอยยิ้ม” รอยยิ้มจากญาติผู้ดูแล รอยยิ้มจากคนที่เราไปเยี่ยม วันนี้ก็เช่นเคยทีมเจ้าหน้ารพ.สต. ออกเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ ซึ่งบริบทในชุมชนตำบลท่าสุด ผู้สูงอายุมักอาศัยอยู่เพียงลำพัง เนื่องจากบุตรหลานต้องออกไปทำงานหาลี้ยงชีพ เฉกเช่นดังผู้สูงอายุคู่นี้ต้องอาศัยอยู่ที่บ้านเพียงสองคน อุ้ยผู้ชายอายุ 83 ปี มีโรคประจำตัว “เบาหวาน” รับยาที่รพ.สต.ท่าสุด ตามองไม่ค่อยเห็นเวลาเดินต้องใช้ไม้เท้า การรับประทานยาจะใช้ความจำในลักษณะของเม็ดยา ประกอบกับมีหลานอยู่บ้านอีกหลังมาช่วยในการจัดยาให้ ส่วนอุ้ยผู้หญิง อายุ 82 ปี โรคประจำตัว “ความดันโลหิตสูง” รับยารพ.สต.ท่าสุด สามารถรับประทานยาเองได้ เมื่อไปถึงบ้านอุ้ยสองคน สิ่งแรกที่สัมผัสได้ คือความรู้สึกอบอุ่น สบายใจ “สวัสดีค่ะคุณหมอ มาแอ่วไกลเนาะ” “มาๆคุณหมอ มานั่งแพ้” เพื่อบ้านที่นั่งอยู่บนศาลานั่งเล่นตรงบริเวณลานบ้านพูดคุยกันอย่างสนุกสนาน ทักทายเมื่อเราเดินเข้าไปในบ้านของอุ้ยสองคน บ้านเป็นลักษณะบ้านไม้ 2 ชั้น มีบริเวณบ้านกว้างขวาง รอบบริเวณบ้านเป็นลำน้ำห้วย ด้านข้างจะมีต้นไผ่ 3 กอ มีต้นไม้หลากหลายชนิด ทำให้บรรยากาศร่มรื่น ผ่อนคลาย อยากแอ่นกายนอนพักยาวๆ อาจด้วยสภาพแวดล้อมที่น่าอยู่จึงทำให้เจ้าบ้านมีอารมณ์ดี ยิ้มแย้มแจ่มใส เป็นผู้สูงอายุที่ดูสุขภาพดี และเนื่องจากมีเพื่อนบ้านมาแวะเวียนเที่ยวหาอยู่บ่อยๆ จึงทำให้ไม่เกิดความเงียบเหงา ถึงแม้ลูกหลานจะไม่ได้อยู่ด้วยแต่อุ้ยสองคนก็มีเพื่อนบ้านที่คอยรักและคอยสร้างเสียงหัวเราะ หลังจากพูดคุยให้คำปรึกษาเรื่องสุขภาพเสร็จแล้ว ก่อนกลับอุ้ยสองคนยกมือไหว้ กล่าวคำ “ขอบคุณ” แต่สิ่งที่สำคัญที่สุดสำหรับทีมเจ้าหน้าที่ คือเสียงหัวเราะที่เกิดขึ้นในระหว่างที่เราสนทนา รอยยิ้มที่ยิ้มทักทายตอนเดินเข้าไปหาและตอนเราเดินจากไป มันคือแรงกำลังใจของคนทำงาน เพื่อให้ทำงานหน้าที่ต่อไปอย่างมีความสุข

ฤดูกาล โควิด-19 (Covid-19 season)

ชื่อ-สกุล นายประวิตร หลักไม้
ตำแหน่ง พนักงานธุรการ
หน่วยงาน / สังกัด รพ.สต.ท่าสุด สสอ.เมืองเชียงราย
สถานที่ถ่ายภาพ บ้านแม่ข้าวต้มท่าสุด หมู่ 3

ในช่วงที่โรคโควิด-19 ระบาด ได้รับมอบหมายจากผอ.รพ.สต.ให้ทำหน้าที่เป็นทีมดำเนินการคัดกรอง แยกกัน กักกัน หรือคุมไว้สังเกตการณ์ระบาดของโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทุกๆ เช้าทีมต้องออกตรวจด่านในชุมชน อธิบายวิธีการคัดกรองโควิด-19 อัพเดทสถานการณ์ปัจจุบันเกี่ยวกับโรคโควิด-19 เพื่อให้ได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง เนื่องจากบางครั้งพี่น้องชาวบ้านอาจจะได้รับข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง บางคนก็หวาดกลัวจนเกินเหตุ บางคนก็ไม่ได้ตระหนักเท่าที่ควร หน้าที่ของทีมคือการสร้างความเข้าใจให้กับพี่น้องในชุมชน เพื่อที่จะได้เฝ้าระวังและป้องกันตัวเองจากโรคระบาดได้ ตลอดช่วงระยะเวลาที่โรคCovid-19 ระบาดทีมฯ ทำหน้าที่สุดความสามารถ แม้อาจจะไม่ดีร้อยเปอร์เซ็นต์ ด้วยเนื้องานเราไม่ได้ทำแค่ตรงนี้ เรายังมีงานอื่นๆ อีกมากมายที่ต้องรับผิดชอบ เหนื่อยไหม? ตอบเลยเหนื่อยมาก ยิ่งช่วงเดือนเม.ย.-พ.ค. ให้กักตัวคนเดินทางกลับจากต่างจังหวัด เจอคนหลากหลายประเภท แต่เมื่อย้อนกลับไปรู้สึกดีใจและภูมิใจ ที่เราได้เป็นส่วนหนึ่งในการรับมือกับโรคระบาด Covid-19 ให้ผ่านพ้นไปได้ด้วยดี แม้ว่าช่วงนี้สถานการณ์ในประเทศอาจจะดีขึ้นแล้ว แต่ทีมเราเองก็ยังคงทำงานเฝ้าระวังโรคระบาดอยู่เสมอ พร้อมให้คำแนะนำในการดำเนินชีวิตแบบวิถีชีวิตใหม่ (New Normal) ให้คนในชุมชนได้เข้าใจ

ภาพถ่าย โรค(โลก) ต้องจดจำ

ชื่อ-สกุล นางสาวมนัสนันท์ จริยะยรรยง

ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ

หน่วยงาน / สังกัด สสอ.เมืองเชียงราย

สถานที่ถ่ายภาพ ท่าอากาศยานนานาชาติแม่ฟ้าหลวงเชียงราย

โควิด-19 หรือโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เริ่มต้นที่เมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย ประเทศจีน ตั้งแต่วันที่ 30 ธันวาคม 2562 ณ เวลานี้คงไม่มีใครไม่รู้จัก แต่ ณ เวลานั้น ช่วงที่มีการระบาดที่ประเทศจีนอย่างรุนแรง และระบาดไปทั่วโลก แต่ประเทศไทยยังไม่ปิดประเทศ ยังมีเที่ยวบินจากประเทศจีนเข้ามาอยู่เรื่อยๆ กรมควบคุมโรค จึงมีมาตรการเฝ้าระวังคัดกรอง และป้องกันโรคจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยได้มีการแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ออกปฏิบัติงานเฝ้าระวังคัดกรองผู้โดยสารที่เดินทางมาจากประเทศจีนทุกเที่ยวบิน ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2563 จนสถานการณ์จะดีขึ้น ณ ท่าอากาศยานนานาชาติแม่ฟ้าหลวง จังหวังเชียงราย ซึ่งข้าพเจ้าเป็นหนึ่งในทีมคัดกรองด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ ณ เวลานั้นในใจกลัวไปหมด เนื่องจากเรายังไม่มีความรู้เรื่องโรคนี้ดี และมีข้อมูลเกี่ยวกับโรคนี้น้อยมาก ที่สำคัญคือ ไม่มีวัคซีนป้องกันด้วย เวลาไปปฏิบัติหน้าที่ก็จะระมัดระวังตัวให้มาก แต่ก็ยังมีคำถามในใจเหมือนทุกๆคนว่า “เราติดหรือยัง” แต่ทั้งนี้ทั้งนั้นภารกิจนี้ก็จบลงไปด้วยดี ภาพนี้ ถ่าย ณ ด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ ท่าอากาศยานนานาชาติเชียงราย วันจันทร์ที่ 2 มีนาคม 2563 ผู้โดยสารสายการบิน Sichuan Airline เมืองต้นทาง Chengdu ลงเครื่อง เวลา 11.10 น. มีผู้โดยสารที่อุณหภูมิเกิน 37.5 องศาเซลเซียส 1 ราย ซึ่งในวันนั้นข้าพเจ้ารับหน้าที่อยู่จุดคัดกรองซ้ำ ใจหนึ่งก็กลัวว่าผู้โดยสารจะมีเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือไม่ แต่อีกใจก็คิดว่าผู้โดยสารคงใส่เสื้อผ้าหนาแล้วเดินมาด้วยคงจะร้อน เลยทำให้อุณหภูมิร่างกายสูง แต่พอให้ผู้โดยสารรายนี้นั่งพัก 5 นาที แล้ววัดอุณหภูมิซ้ำ รู้สึกโล่งขึ้นมาทันทีที่เห็นค่าอุณหภูมิที่ปรากฏว่า “ปกติ” แล้ว ณ เวลานั้นข้าพเจ้าเข้าใจถึงความรู้สึกกังวลใจของผู้โดยสารเลยว่าเขาก็คงจะลุ้นเหมือนกับเรา และคงจะโล่งใจไปพร้อมๆกับเรา เป็นการปฏิบัติหน้าที่ที่ลุ้นตลอดเวลาและเป็นประสบการณ์ที่ดี ว่าครั้งหนึ่งเราเคยปฏิบัติหน้าที่นี้ ซึ่งเป็นหนึ่งในความภาคภูมิใจในชีวิตการทำงานของข้าพเจ้า

ผู้ป่วยเบาหวานกับเท้าแสนรัก

ชื่อ-สกุล นางสาวปณิฎา เหมวรรธนบูรณ์
ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ
หน่วยงาน / สังกัด สสอ.เมืองเชียงราย
สถานที่ถ่ายภาพ รพ.สต.บ้านรวมมิตร

รพบ้านรวมมิตร ตั้งอยู่ในเขตตำบลแม่ยาวเป็นพื้นที่ภูเขาเป็นส่วนมาก ประกอบไปด้วย.สต. หลากหลายชาติพันธุ์ แต่คงไม่มีความแตกต่างในด้านปัญหาสุขภาพ คือ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คือ โรคเบาหวาน)DM) และโรคความดันโลหิตสูง)HT) เป็นภัยเงียบที่ส่งผลกระทบทำให้เกิดความพิการและตายก่อนวัยอันควร ในพื้นที่ รพบ้านรวมมิตร.สต. เองก็จะเจอปัญหาผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี และพบว่าผู้ป่วยขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน ในพื้นที่รับผิดชอบ มีผู้ป่วยที่ถูกตัดขา ด้วยโรคเบาหวาน ทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านรวมมิตรได้เล็งเห็นถึงปัญหาซึ่งอาจจะเกิดขึ้นกับประชากรในเขตรับผิดชอบ จึงจัดทำสมุนไพรแช่เท้านี้ขึ้นมาเพื่อป้องกันแล้วฟื้นฟูให้กับผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงนี้ จึงได้หาแนวทางและกระบวนการที่จะนำมาใช้ในการแก้ไขปัญหา “สมุนไพรแช่เท้า” มาใช้ในการดูแลเท้าผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางเท้า ที่ระดับเสี่ยงปานกลางและเสี่ยงสูง เพื่อให้ลดภาวะแทรกซ้อนในเท้าผู้ป่วยเบาหวานทำให้เท้าสะอาด ลดการติดเชื้อดับกลิ่นเท้า รักษาแผล กระตุ้นการไหลเวียนของเลือด คลายเส้น คลายกล้ามเนื้อ ลดอาการชาของเท้า และคลายเครียดจากกลิ่นสมุนไพร ที่มีน้ำมันหอมระเหย และให้ผู้ป่วยเบาหวานมีทักษะ สามารถดูแลเท้าของตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกได้

ซึ่งกิจกรรมนี้สร้างความพึงพอใจให้กับผู้ป่วยเป็นอย่างมาก เพราะช่วยลดอาการปวดเท้าชาผู้ป่วยได้จริง และสมุนไพรเป็นเรื่องใกล้ตัว สามารถนำไปปฏิบัติต่อที่บ้านได้ ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น มีความสุข หมอก็สุขใจ “ ”นั่นคือรางวัลยิ่งใหญ่ของหมอ ผู้ปฏิบัติงาน

สุขที่ได้ทำ

ชื่อ-สกุล นางสาววลัยพร นันทะไสย
ตำแหน่ง แพทย์แผนไทย ปฏิบัติการ
หน่วยงาน / สังกัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่กรณ์ อ.เมือง จ.เชียงราย
สถานที่ถ่ายภาพ บ้านแม่สาด หมู่ 4 ต.แม่กรณ์ อ.เมือง จ.เชียงราย

เคยไหม เวลาออกเยี่ยมบ้าน ลงชุมชน แล้วเห็นคนไข้อาการดีขึ้นในแต่ละครั้ง มันเป็นความสุขเล็กๆ ของแพทย์แผนไทยคนหนึ่งที่คอยหล่อเลี้ยงให้มีกำลังใจสู้ต่อเพื่อการหายจากการเจ็บป่วยของคนไข้ในความดูแลของตน

ครั้งนี้เป็นการเยี่ยมบ้านหญิงชราวัย 82 ปี ที่อาศัยอยู่กับลูกชายพิการทางสติปัญญา และสายตาที่มองเห็นไม่ชัดเนื่องจากเป็นต้อเนื้อ และเลี้ยงสุนัขอีก 3 ตัว ทั้งหมดอาศัยอยู่ในบ้านหลังเล็กๆ ท้ายหมู่บ้าน หญิงชรานอนติดเตียง ด้วยอาการปวดเอวแบบไม่ทราบสาเหตุ ปฏิเสธการประสบอุบัติเหตุ ปฏิเสธโรคประจำตัว เคสนี้เป็นเคสที่ต้องใช้เวลาและความสม่ำเสมอในการรักษา

ฉันวางแผนการรักษาโดยการทำหัตถบำบัด ประคบสมุนไพร และทำท่ากายบริหาร สัปดาห์ละ 2 ครั้ง รักษาอยู่นานกว่า 3 เดือน วันนี้หญิงชราสามารถนั่ง และทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเองบนที่นอน เป็นอีกครั้งที่ฉันภาคภูมิใจ ที่ได้เห็นคนไข้กลับมาช่วยเหลือตัวเองได้อีกครั้ง

ความภาคภูมิใจและความสุขเล็กๆครั้งนี้เป็นพลังที่ยิ่งใหญ่ให้ฉันมีแรงทำงานเพื่อคนไข้ต่อไปนานๆ

กักตัวที่ไหน ตามไปจนเจอ

ชื่อ-สกุล นางนงลักษณ์ จันทร์แก้ว
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ
หน่วยงาน / สังกัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโล๊ะป่าห้า อำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย
สถานที่ถ่ายภาพ สวนสับปะรด หมู่ที่ 21 บ้านเวียงกลาง

โรคอุบัติการณ์ใหม่ยังคงเกิดขึ้นในโลกใบนี้อยู่ตลอดเวลา โคโรน่าไวรัส 2019 ก็เป็นอีกโรคหนึ่งที่ส่งผลกระทบไปทั่วโลก ตั้งแต่ ปี 2562 จนถึงปัจจุบัน ประเทศไทยก็เป็นหนึ่งในประเทศทั่วโลกที่ได้รับผลกระทบนั้น แต่ในด้านร้ายก็มีด้านดีให้เห็น จากการทำงานในพื้นที่พบว่า การระบาดของ โคโรน่าไวรัส 2019 ที่ผ่านมาทำให้ได้เห็นการช่วยเหลือเกื้อกูลกันของคนไทย การช่วยเหลือกันในทุกด้าน แสดงให้เห็นว่าถึงจะมีปัญหาอะไรเข้ามา คนไทยยังคงมีความรัก ความสามัคคีกัน หน่วยงานสาธารณสุขที่ขาดเวชภัณฑ์และวัสดุทางการแพทย์ ทางเอกชน และประชาชนก็ได้จัดหามาให้ส่วนหนึ่ง ได้เห็นถึงการลุกขึ้นมาป้องกันตนเองจากโรคนี้ด้วยการ สวมหน้ากากอนามัย ล้างมือบ่อยๆ รักษาระยะห่าง ลดการเข้าชุมชนแออัด ตลอดจนการเป็นหูเป็นตาปกป้องพื้นที่ของตนเอง โดยแจ้งทางผู้นำ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ เมื่อมีคนที่เดินทางมาจากต่างถิ่นเข้ามา เพื่อเข้าไปให้คำแนะนำในการกักตัว รายนี้ก็เช่นกัน หากไม่มีประชาชนแจ้งมา เจ้าหน้าที่อาจไม่พบเห็นก็เป็นได้ เนื่องจากเป็นผีน้อยที่แอบเข้ามากักตัวในสวนสับปะรดท้ายหมู่บ้านที่เข้าไปในปาลึก ห่างจากหมู่บ้านออกไปประมาณ 5-6 กิโลเมตร ไม่มีไฟฟ้า ไม่มีน้ำ เป็นเพียงกระท่อมโล่งๆ ผู้ที่แจ้งเบาะแสมาสังเกตเห็นว่าพ่อของผีน้อยรายนี้ ได้นำน้ำและอาหาร เข้าไปในสวนสับปะรดทุกวัน ทั้งๆที่ก่อนหน้านี้ ไม่ได้ไป จึงมีการแจ้งให้ทางเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโล๊ะป่าห้า เข้าไปตรวจสอบและเข้าไปคัดกรองอาการเบื้องต้นทันที ซึ่งพบว่ามีสุขภาพแข็งแรงดี ไม่มีอาการผิดปกติใดๆ หลังจากนั้นจึงได้รับแจ้งจากส่วนกลางว่าให้กักตัวผีน้อยรายนี้ ซึ่งทางพื้นที่ได้พบและดำเนินการไปก่อนหน้านี้แล้ว

ไม่จนใจ

ชื่อ-สกุล นางสาวพรพรรณ เจริญปัญญากิจ

ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุข

หน่วยงาน / สังกัด รพ.สต.พระราชทาน

สถานที่ถ่ายภาพ บ้านแม่คี ต.ป่าซาง อ.แม่จัน จ.เชียงราย

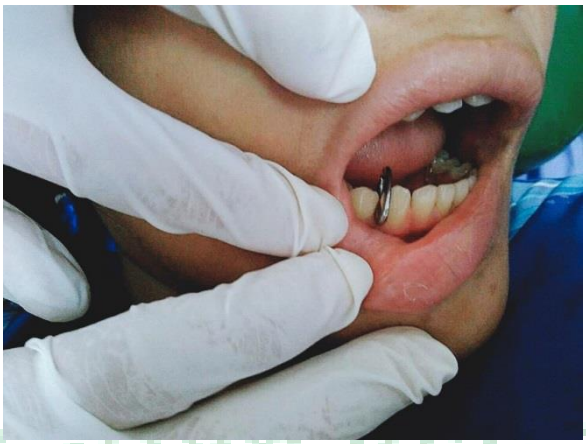
ลุงเสาร์คำ เรือนถา ชายหัวใจแกร่งที่อาศัยอยู่ในบ้านหลังเก่าๆ มุงสังกะสี ที่ไร้แสงไฟฟ้า แม้ไม่มีพร้อมทั้งทรัพย์สินเงินทองและญาติพี่น้อง แต่ลุงเสาร์คำยังคงสู้ชีวิตไม่จนหนทาง อีกทั้งมีผู้นำชุมชน อสมณสุข คอยยื่นมือประคองช่วยให้ลุงมีสุขภาพดี ตรงนี้ทุกครั้งที่ลุงนั่ง สีหน้ายิ้มและเจ้าหน้าที่สาธาร . แย้ม แบบนี้ทุกครั้งที่ไปเยี่ยม ลุงไม่เคยบ่นให้ได้ยินเลยว่า“น้อยใจในโชคชะตา” แต่ลุงกลับบอกทุกครั้งว่า “บุญหนักหนาแล้วหมอ ที่ได้เกิดมาเป็นคน”

ไฟนี้ที่รอคอย

ชื่อ-สกุล นางสาวมาลินี จินโกษ
ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ
หน่วยงาน / สังกัด สาธารณสุขอำเภอแม่จัน/รพ.สต.พระราชทาน
สถานที่ถ่ายภาพ บ้านป่าห้า ม.6 อ.แม่จัน

ผู้ป่ายรายนี้มีอาการท้องผูก ปวดหลังร้าวลงขา เดินไปไหนมาไหนไม่สะดวกต้องใช้ไม้เท้า เนื่องจาก 1 เดือนที่ผ่านมาประสบอุบัติเหตุ ทำให้รู้สึกทุกข์ทรมาร จึงต้องหาทางรักษาด้วยวิธีการต่างๆ แต่อาการยังไม่ดีขึ้น จึงหันมารักษาด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย โดยใช้หัตถการเผายาที่ท้องและบริเวณเอว ทำไป 5 รอบ โดยทำหัตถการวันเว้นวัน ผลการรักษา ในรอบที่ 2 อาการท้องผูกหาย สามารถกลับมาขับถ่ายได้ปกติ รอบที่ 4 อาการปวดลดลง สามารถเดินไปไหนมาไหนโดยไม่ต้องใช้ไม้เท้า

ห่วง (เหล็ก) ใย



ชื่อ-สกุล นางสาวสุภัคพิม ชัยมูลมั่ง
ตำแหน่ง เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข
หน่วยงาน / สังกัด *สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่จัน*
สถานที่ถ่ายภาพ ห้องทันตกรรม รพ.สต.พระราชทาน

เด็กผู้หญิงตัวเล็กเดินเข้ามาในห้องทันตกรรมพร้อมกับคุณครูประจำชั้น มือกุมปิดบริเวณริมฝีปาก สอบถามทราบว่าเด็กหญิงพยายามช่วยเพื่อนแกะสร้อยข้อมือ โดยใช้ฟันกัดห่วงเหล็กเพื่อให้สร้อยคลายออก แต่ห่วงเหล็กหลุดมาล็อคติดกับซอกฟัน ระหว่างทำการรักษาเด็กหญิงมีสีหน้าที่กังวล ผ่านไปประมาณ 10 นาที สามารถดึงห่วงเหล็กออกมาจากซอกฟันได้ รอยยิ้มและความดีใจของเด็กหญิงในตอนนั้นคงจะเปรียบเหมือนสุภาษิตที่ว่า “ยกภูเขาออกจากอก”

Dental examination

ชื่อ-สกุล นางสาวพจนา แจ้วิสอน

ตำแหน่ง พนักงานช่วยเหลือคนไข้

หน่วยงาน / สังกัดสาธารณสุขอำเภอแม่จัน/รพ.สต.พระราชทาน

สถานที่ถ่ายภาพ โรงเรียนบ้านป่าซาง

ฟันเป็นอวัยวะที่สำคัญเป็นส่วนประกอบของใบหน้า คนเราใช้ฟันเพื่อบดเคี้ยวอาหารให้ละเอียด ใช้ในการออกสียงให้ชัดเจนและช่วยให้ใบหน้าของเราดูสวยงาม ดังนั้นเราควรให้ความสำคัญกับฟันและสุขภาพช่องปากตั้งแต่ฟันน้ำนมซี่แรกขึ้น เราจึงมีงานอนามัยโรงเรียนจัดให้มีเจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุขเข้ามาปฏิบัติหน้าที่ดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีและแข็งแรงให้กับเด็กไทย

เรียนรู้ ด้วยตัวเอง

ชื่อ-สกุล นางสาวอรนุช เมืองซายมูล
ตำแหน่ง พนักงานช่วยเหลือคนไข้
หน่วยงาน / สังกัด สาธารณสุขอำเภอแม่จัน/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพระราชทาน
สถานที่ถ่ายภาพ โรงเรียนบ้านป่าซาง ต.ป่าซาง

คำนี้ยังคงใช้ได้ทุกยุคทุกสมัย ”สุขภาพดีไม่มีขาย ใครอยากได้ต้องทำเอง“การตรวจสุขภาพด้วยตัวเองเป็นอีกเรื่องสำคัญที่กระทรวงสาธารณสุขเล็งเห็น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำหน้าที่รับนโยบายต่อในการดูแลสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มวัย ให้สามารถตรวจสุขภาพด้วยตัวเองเบื้องต้นได้ รวมไปถึงกลุ่มวัยเรียน จากการสนใจและความตั้งใจของนักเรียน จะส่งผลทำให้เด็ก เมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่มีสุขภาพที่ดีและความรู้ที่ได้รับการสอนจากเจ้าหน้าที่ ไปปฏิบัติได้ในอนาคต ได้อย่างมีคุณภาพ

อิ่มใจ สบายกาย

ชื่อ-สกุล จุฬาลักษณ์ สร้อยเสพ
ตำแหน่ง พนักงานช่วยการพยาบาล
หน่วยงาน / สังกัด สาธารณสุขอำเภอแม่จัน/รพ.สต.พระราชทานตำบลป่าซาง
สถานที่ถ่ายภาพ บ้านแม่คีหลวง หมู่9 ต.ป่าซาง อ.แม่จัน จ.เชียงราย

การแพทย์และการรักษามีหลากหลายแขนง อีกหนึ่งการเจ็บป่วยของกล้ามเนื้อ การนวดเป็นการรักษาอีกแขนงหนึ่งของการแพทย์ที่ได้ผลดี และรู้สึกถึงการผ่อนคลายสบายตัวทันทีหลังจากการนวด การทำงานตามหน้าที่ ทุกๆ ครั้ง ข้าพเจ้าจำคำสอนของอาจารย์ที่ว่า เวลาที่เรานวดให้ใครก็ตาม ให้คิดว่านวดให้พ่อแม่ปู่ย่าตายายหรือญาติของเรา สิ่งที่สำคัญที่สุดในทุกครั้งคือ คนไข้หายปวดเมื่อยและอาการดีขึ้น “เราจะรู้สึกอิ่มใจ” ทุกครั้ง

นว.ทอผ้า

ชื่อ-สกุล นางสาวเพ็ญพิชญา จอมคำ

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข

หน่วยงาน / สังกัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยมะหินฝน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่จัน**สถานที่ถ่ายภาพ** โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยมะหินฝน อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย

ภาพนี้เป็นภาพของน้องวา นวก.สาธารณสุขสาวสวยของรพ.สต.ที่กำลังเย็บหน้ากากผ้าในช่วงต้นเดือนเมษายน เป็นช่วงที่กำลังมีการแพร่ระบาดของโควิด-19 ในประเทศเป็นครั้งแรก ทำให้หน้ากากอนามัยขาดแขลน คนที่มีฝีมือเย็บผ้าเป็นก็มีแต่คนขับรถรีเฟอร์น้องวาเป็นนักวิชาการจึงต้องมาหัดเย็บเพื่อช่วยกันผลิตให้ทันกับความต้องการใช้ในขณะนั้น ทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยมะหินฝนจึงได้นำงบจากกองทุนช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะพึ่งเพียงและได้รับบริจาคเงินจากผู้ใจบุญอีกจำนวนหนึ่งมาซื้อวัสดุและอุปกรณ์เพื่อทำหน้ากากผ้าแจกจ่ายให้กับประชาชน ในพื้นที่ เน้นไปที่กลุ่มที่มีโรคเรื้อรังก่อน เช่นกลุ่มผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหอบหืด โรคเบาหวาน ผู้สูงอายุ และ เด็ก 0-5 ปี ซึ่งครั้งนี้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยมะหินฝนผลิตหน้ากากผ้าได้ถึง 1500 ชิ้น

ทีมล่า หาโควิด

ชื่อ-สกุล นางสาวเพ็ญพิชญา จอมคำ

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข

หน่วยงาน / สังกัด..โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยมะหินฝน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่จัน

สถานที่ถ่ายภาพ บ้านปางผักฮี้ หมู่12 ตำบลป่าตึง อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย

ภาพนี้เป็นของพี่ก้อย (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ)น้องวา (นักวิชาการสาธารณสุข) ผอ.พรพรรณ ปันมูลศิลป์ ออกปฏิบัติงานเพื่อตรวจสุขภาพและวัดอุณหภูมิ เนื่องจากหมู่บ้านเป็นซอยแคบและเป็นทางลาดชัน จึงต้องเดินเท้าไปแต่ล่ะบ้านของชาวบ้าน บ้านปางผักฮี้ที่ถูกล็อคดาวน์ กักตัวเนื่องจากบ้านปางผักฮี้พบผู้ป่วยโควิด-19 จำนวน 3 รายและมีแนวโน้มที่จะแพร่กระจาย จึงทำให้นายอำเภอแม่จันได้สั่งให้มีการล็อคดาวน์บ้านปางผักฮี้เป็นเวลา 14 วัน ตั้งแต่วันที่ 3 เมษายน 2563 ถึง 17 เมษายน 2563 มีบ้านที่ถูกล็อคดาวน์ทั้งหมู่บ้าน 141 หลังคามีอยู่ 18 หลังคาเรือนที่มีสมาชิกในบ้านกลับจากต่างจังหวัดและกรุงเทพมหานคร มีผู้สัมผัสร่วมบ้านถือเป็นกลุ่มเสี่ยงทั้ง 82 ราย ตรวจสุขภาพและวัดอุณหภูมิ ตลอดเวลาที่กักตัว 14 วันไม่พบอาการผิดปกติ ทำให้ไม่มีผู้ป่วยโควิด-19 เพิ่มขึ้น

O2 sat with Covid-19

ชื่อ-สกุล นางสาววสี ยะกันมูล

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

หน่วยงาน / สังกัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยมะหินฝน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่จัน.

สถานที่ถ่ายภาพ บ้านปางผักฮี้ หมู่12 ตำบลป่าตึง อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย

ภาพนี้เป็นภาพขณะที่ไปทำการตรวจวัดปริมาณ ออกซิเจนในเลือดของผู้ป่วยโควิด-19 รายแรกของอำเภอ แม่จันหลังจากเข้ารับการรักษาและตรวจไม่พบเชื้อแล้วกลับมาพักตัวสังเกตอาการต่อที่บ้าน 14 วัน ระหว่างนั้นผู้ป่วยได้โทรปรึกษาแพทย์โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ว่าตนเองมีอาการหายใจเหนื่อยหอบ รู้สึกอ่อนเพลีย ทาง โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ได้โทรมาประสาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยมะหินฝน ซึ่งเป็นเขตพื้นที่รับผิดชอบให้ออกไปตรวจเยี่ยมผู้ป่วยและทำการวัดปริมาณออกซิเจนในเลือด เพื่อรายงานให้แพทย์โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ทราบและวินิจฉัยต่อไป .

เพื่อนเจ็บฉันก็เจ็บ

ชื่อ-สกุล นางสาววสี ยะกันมูล

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

หน่วยงาน / สังกัด .โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยมะหินฝน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่จัน

สถานที่ถ่ายภาพ โรงเรียนบ้านห้วยมะหินฝน หมู่14 ตำบลป่าตึง อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย

ภาพนี้เป็นภาพออกให้บริการฉีดวัคซีนในโรงเรียนบ้านห้วยมะหินฝน ในนักเรียนชั้น ป.6 นักเรียนหญิงคนที่ถูกฉีดนี้ยืนดูเพื่อนให้คนอื่นฉีดก่อน รอจนเป็นคนสุดท้าย เพื่อนผู้หญิงที่ยืนข้างที่สูงกว่าก็มายืนให้เพื่อนกอดเป็นกำลังใจให้เพื่อให้รีบฉีด แต่ดูแล้ว จะเสียวที่เห็นเข็ม หรือเจ็บที่โดนเพื่อนบีบก็ไม่รู้นะ....

โควิดก็มี ไข้เลือดออกก็มา

ชื่อ-สกุล นางสาวธีรมาศ เจริญจันทมณี
ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติงาน
หน่วยงาน / สังกัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสามแยก
สถานที่ถ่ายภาพ ตำบลแม่สลองใน อำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย

ช่วงที่มีโรคระบาดไวรัสโคโรน่า 2019 หรือโควิด ระบาด ทำให้ผู้คนต่างก็กลัวกันทั้งนั้น ลูกหลานที่เคยทำงานต่างประเทศ ต่างจังหวัด ก็ทยอยกลับบ้านเกิด ทุกคนกลัวว่าถ้าออกไปพบเจอผู้คนมากมาย หรือไปในที่คนแออัดก็เสี่ยงที่อาจจะติดโรคโควิดได้ ในขณะเดียวกันโรคไข้เลือดออกก็เกิดการระบาดด้วยเช่นกัน ผู้ที่เป็นโรคไข้เลือดออกก็ไม่อยากไปตรวจรักษาที่โรงพยาบาล เพราะโรงพยาบาลมีผู้ป่วยด้วยโรคต่างๆมากมาย ทำให้ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกได้แต่รับประทานยาลดไข้ และพักอยู่กับบ้าน ทำให้เกิดการระบาดอย่างควบคุมโรคไม่ได้ ทีมควบคุมโรคต้องเปลี่ยนจากการพ่นหมอกควัน มาเป็นการพ่นละอองฝอย ULV แทน ถึงแม้ว่าบ้านของผู้คนจะอยู่ห่างไกลแค่ไหน ทีมควบคุมโรคก็จะเข้าไปให้ถึงพื้นที่เพื่อควบคุมป้องกันการระบาดของโรคไข้เลือดออกให้ได้ เพื่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของประชาชนในพื้นที่ต่อไป

รอยยิ้ม

ชื่อ-สกุล นางสาว ตรีชฎา วงษ์ขาว
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
หน่วยงาน / สังกัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านด้าย
สถานที่ถ่ายภาพ บ้านสันปูเลย ม.5 ต.บ้านด้าย

การได้เป็นส่วนหนึ่งในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ให้เป็นผู้สูงที่มีสุขภาพที่ดี สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขนั้น นอกจากจะเป็นถือเป็นการทำงานให้เกิดประสิทธิภาพอย่างเต็มความภาคภูมิแล้ว สิ่งที่ได้เป็นผลตอบแทนที่มีค่า ในอีกรูปแบบหนึ่ง คือ รอยยิ้ม ของผู้สูงอายุ ที่ได้รับการดูแล รอยยิ้มที่เกิดจากความยินดีเมื่อเห็นเราไปเยี่ยมเยือน รอยยิ้มที่เกิดจากความรู้สึกดีใจที่รู้ว่าสุขภาพของตนเองนั้นยังแข็งแรง รอยยิ้มที่มาจากความรู้สึกเหล่านี้ ล้วนเป็นผลตอบแทนที่ทำให้ผู้รับรอยยิ้มนั้นมีความสุข มีกำลังใจในการทำงานมากยิ่งขึ้น

ภาพเก่าที่ไม่เคยเล่าให้ใครฟัง “เวรกรรมทันตา”

ชื่อ-สกุล นางสาววรารัตน์ เงินเย็น
ตำแหน่ง เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข
หน่วยงาน / สังกัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่สาย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโป่งงาม
สถานที่ถ่ายภาพ หมู่บ้านสันเกล็ดทอง ตำบลโป่งงาม อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

เมื่อพูดถึง ทันตาภิบาล เชื่อว่าหลายๆท่านคงไม่รู้จักว่าเขาเหล่านั้นเป็นใคร ทำหน้าที่อะไร อยู่ที่ไหน ทันตาภิบาล คือ เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ซึ่งส่วนใหญ่จะปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หน้าที่หลักๆ คือ เน้นการดูแลส่งเสริมป้องกัน การอุดฟัน ถอนฟัน ขูดหินน้ำลาย งานส่งเสริมป้องกันนั้นเริ่มต้นตั้งแต่ตั้งครรภ์ จนกระทั่งสูงอายุ เช่นเดียวกับเด็กน้อยคนนี้ หนึ่งในกลุ่มเด็กโป่งงามตำบลฟันดี ที่เรื่องราวเริ่มต้นจากการออกเยี่ยมบ้านเด็กโป่งงามตำบลฟันดีที่ผ่านมา

เด็กน้อยผู้ไร้เดียงสา ที่ไม่รู้เลยว่าแม่ของตัวเองนั้นพิการทางการสื่อสารตั้งแต่เด็ก และไม่รู้เลยว่าที่ตัวเองเกิดมานั้น มาจากการที่แม่ถูกข่มขืนจนเป็นคดีความ ถึงแม้เด็กอาจจะเกิดมาด้วยความไม่พร้อม แต่เขาก็ยังโชคดีที่มีคนรอบข้างที่พร้อม มีคุณตา คุณยาย พร้อมที่จะดูแลให้เขาเป็นเด็กที่ดีในอนาคต และด้วยที่เราเป็นทันตาภิบาล แน่นอนค่ะว่าก่อนที่เราจะออกไปเยี่ยมบ้านเด็กน้อยคนนี้ เราจะไปด้วยคำถามที่ว่า “ทำไมคุณพ่อคุณแม่ของเด็กคนนี้ไม่เคยพาลูกมาตรวจฟัน ทาฟลูออไรด์ที่ รพ.สต.ด้วยตัวเองเลย” แต่แล้ว การที่เราได้ออกไปเยี่ยมบ้าน ได้ออกไปจากห้องสี่เหลี่ยมเล็กๆที่เรานั่งทำฟันอยู่ทุกวัน จึงได้รู้ว่า “ชีวิตจริง มันยิ่งกว่าในละคร” ได้รู้เลยว่า ทำไมพ่อกับแม่ของเด็กไม่สามารถพาเด็กมาตรวจฟัน ทาฟลูออไรด์เอง ทั้งๆที่ คุณตา คุณยายที่พาเด็กมาก็แทบจะสื่อสารกันไม่เข้าใจเลย วันนี้จึงได้รู้แล้วว่ามันดีมากแค่ไหนแล้วที่ คุณตา คุณยายพาเด็กมาทั้งๆที่เรื่องฟันเป็นเพียงเรื่องเล็กๆ ที่ไม่อาจเทียบได้กับปัญหาชีวิตที่เขาต้องเจอได้เลย

และถ้าหากไม่ใช่เป็นเพราะ เวรกรรมของทันตา ที่ต้องทำตามนโยบายของรัฐ ทำตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นกระทรวงที่สร้างพื้นฐานการทำงานได้ดี แต่ก็ยังคงไม่ใช่กับเหล่าทันตาภิบาล

ที่ยังคงไม่มีความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน ยังคงเป็นกลุ่มเล็กๆที่ถูกมองข้ามอยู่เสมอ จนทำให้บรรดาเหล่า

ทันตาภิบาล หรือ เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข มีคำพูดที่ติดปากกันว่า มันคงเป็น “เวรกรรมทันตา” ที่ต้องมาเจออะไรแบบนี้ แต่แล้ววันนี้ ของขวัญที่เราได้มาจาก “อาผิ่” หรือคุณยายในภาษาชนเผ่าอาข่า ได้ลบคำว่า เวรกรรมทันตาออกไป ของขวัญที่ไม่ใช่สิ่งของ เงินทอง แต่เป็นเพียง “คำขอบคุณที่มาจากใจ” คำขอบคุณที่มอบให้ทันตาภิบาลตัวน้อยๆอย่างเราที่ไปหาเขา ได้พูดคุย และได้รับรู้ปัญหาชีวิตจริงๆที่เขาต้องเจอ ตามหลักศาสตร์พระราชาที่เราได้ใช้ในการทำงาน คือการ “เข้าใจ เข้าถึง พัฒนา” และด้วยหลักการทำงานที่เราเอามายึดเหนี่ยวจิตใจ ตามหลักปรัชญาในหลวงราชการที่9 ที่ทรงตรัสไว้ว่า “เมื่อมีโอกาสและมีงานทำ ควรเต็มใจทำ โดยไม่จำเป็นต้องตั้งข้อแม้ หรือเงื่อนไขอันใดไว้ให้เป็นเครื่องกีดขวาง คนที่ทำงานได้จริงๆนั้น ไม่ว่าจะจับงานสิ่งใด ย่อมทำได้เสมอ ถ้ายิ่งมีความเอาใจใส่ มีความขยัน และมีความซื่อสัตย์สุจริต ก็ยิ่งจะช่วยให้ประสบผลสำเร็จในงานที่ทำสูงขึ้น” และถ้าไม่ใช่เป็นเพราะ “เวรกรรมทันตา” ก็คงจะไม่มีภาพที่อาจดูธรรมดา แต่เต็มไปด้วยความหมายมากมายมาเล่าให้ทุกคนได้ฟังในวันนี้ ขอบคุณค่ะ

“หมอเหมือนหมอน”

ชื่อ-สกุล สิริพร ศรีดวงใจ
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
หน่วยงาน / สังกัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยไคร้ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่สาย
สถานที่ถ่ายภาพ 219 ม.2 บ้านห้วยไคร้ใหม่ ตำบลห้วยไคร้ อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

คุณยายวัย 69 ปี ชาวพม่า ย้ายมาอยู่กับสามีที่ประเทศไทย 35 ปีก่อน ไม่มีบุตร สามีเสียชีวิต 8 ปีก่อน อาศัยอยู่เพียงลำพัง มีแมวเป็นเพื่อน เวลาไปเยี่ยมบ้านจะเห็นยายนั่งอยู่หน้าบ้านทุกครั้ง มีวันหนึ่งขณะที่พูดคุยให้กำลังใจยาย ยายมองหน้า ยิ้ม แล้วก้มหน้าลง และพูดขึ้นมาว่า “หมอเหมือนหมอน ถึงยายยังไม่ได้นอนก็รู้สึกหลับฝันดี”ทำให้ดิฉันรู้ว่าการที่เราเป็นรอยยิ้มหรือความสุขของใครสักคน เพียงมองให้เห็นหัวใจของเขาเท่านี้เราก็อาจ ช่วยแบ่งเบาความทุกข์ของเขาได้ ทำให้เรามีความสุขยิ่งกว่า

NEW NORMAL วิถีชีวิตใหม่ ต้านภัยโควิด 2019

ชื่อ-สกุล นางเรณู ดวงเนตร

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ.ชำนาญการ

หน่วยงาน / สังกัด รพ.สต.บ้านด้ายหนองหล่ม สสอ.เวียงชัย

สถานที่ถ่ายภาพ บ้านด้าย หมู่ 4 ต.เวียงชัย....อ.เวียงชีย..จ.เชียงราย

เพื่อเป็นการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อไวรัสโควิด 2019 แต่ชีวิตก็ต้องดำเนินต่อไป ปากท้องก็เป็นสิ่งสำคัญ เมื่อหยุดทำงานไม่ได้ จำเป็นต้องออกไปทำมาหากิน จึงต้องมีการป้องกันตัวเอง โดยสวมหน้ากากอนามัยเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโควิด

หมอครอบครัว ใกล้บ้านใกล้ใจ.สุขใจทั้งผู้ให้และผู้รับ

ชื่อ-สกุล นางเรณู ดวงเนตร

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ.ชำนาญการ

หน่วยงาน / สังกัด รพ.สต.บ้านด้ายหนองหล่ม สสอ.เวียงชัย

สถานที่ถ่ายภาพ บ้านด้าย หมู่ 4 ต.เวียงชัย อ.เวียงชัย..จ.เชียงราย

หมอครอบครัว เป็นจุดเริ่มต้นของการปฏิรูประบบบริการสุขภาพในทศวรรษนี้ที่เพิ่มคุณภาพต่อยอด บริการสุขภาพให้มีความทั่วถึง ช่วยลดปัญหาโรคร้ายแรงต่างๆ ได้เนื่องจากเมื่อมีหมอครอบครัว ประชาชนจะได้รับการดูแล ส่งเสริมสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม เป็นมิตรทางกาย จิตใจ และ สังคม มีการตรวจคัดกรองโรค ดูแลต่อเนื่องทำให้พบปัญหาสุขภาพเร็วขึ้น การดูแลรักษาก็จะไม่ยากอีกต่อไป

เราไม่ทิ้งกันยุคโควิด19

ชื่อ-สกุล นางนรา สังข์แสง

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

หน่วยงาน / สังกัด รพ.สต.เมืองชุม สสอ.เวียงชัย

สถานที่ถ่ายภาพ บ้านผู้ป่วยนางบัวไหล่ น่วมศิริ บ้านเลขที่ 293 หมู่ 6 ต.เมืองชุม..อ.เวียงชัย..จ.เชียงราย

พยาบาลชุมชนได้ให้บริการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ที่บ้าน เพื่อดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ติดบ้านติดเตียง ในชุมชน ที่ไม่สามารถไปรับบริการที่สถานบริการได้เนื่องจากอยู่บ้าน 2 คนกับสามีที่พิการและไม่มีคนดูแล.... และจากสถานการณ์ การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 รพ.มีมาตรการให้ผู้ป่วยเว้นระยะห่างทางสังคม

ทั้งนี้เป็นการป้องกันการติดเชื้อ โควิด19 ผู้ป่วยได้รับบริการอย่างทั่วถึง เท่าเทียมเสมอภาค และครอบคลุม “เราไม่ทิ้งกัน”

บริการทุกระดับประทับใจ

ชื่อ-สกุล นางนรา สังข์แสง

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ.ชำนาญการ

หน่วยงาน / สังกัด รพ.สต.เมืองชุม สสอ.เวียงชัย

สถานที่ถ่ายภาพ ลานจอดรถ รพ.สต.เมืองชุม ต.เมืองชุม..อ.เวียงชัย..จ.เชียงราย

บริการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ลานจอดรถ เพื่อดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบพิการ แขน ขาข้างขวา ต้องใช้ไม้ 3 ขาช่วยพยุงเดินได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่อย่างสะดวก รวดเร็ว ประทับใจ

ฝนจะตก..แดดจะออก..ไม่ย่อท้อ เพราะเราคือ

อสม.จิตอาสาฆ่ายุงลาย ในยุคโควิด 2019

ชื่อ-สกุล นางสุภาพร ใจอ้าย

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

หน่วยงาน / สังกัด รพ.สต.บ้านด้ายหนองหล่ม สสอ.เวียงชัย

สถานที่ถ่ายภาพ หมู่ที่ 20 ตำบลเวียงชัย อ.เวียงชัย จ.เชียงราย

เป็นการรณรงค์ประชาสัมพันธ์การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 2019 โดยใช้รถอีแต๋น ซึ่งเป็นพาหนะคู่กายของชุมชน ขับเคลื่อนไปๆๆ....ทุกหมู่บ้านพร้อมลงสำรวจลูกน้ำยุงลาย ทำลายแหล่งเพาะพันธ์ยุง และ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคโควิด 2019 ไปด้วย นำโดย อสม. และผู้นำท้องถิ่น เพื่อให้ประชาชนเกิดความตระหนักถึงพิษภัยของโรคไข้เลือดออกและป้องกันการแพร่กระจายของโรคโควิด 2019 ...

ร่วมแรงร่วมใจต้านภัยโควิด-2019

ชื่อ-สกุล นางสุภาพร ใจอ้าย

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

หน่วยงาน / สังกัด รพ.สต.บ้านด้ายหนองหล่ม สสอ.เวียงชัย

สถานที่ถ่ายภาพ ร.ร.อนุบาลเวียงชัย อ.เวียงชัย จ.เชียงราย

เพื่อเป็นการคัดกรอง และ เฝ้าระวังการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19ในชุมชน และในโรงเรียน ทุกภาคส่วนไม่ว่าจะเป็นในส่วน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในพื้นที่ ในโรงเรียน และหน่วยงานราชการอื่น รวมทั้งตำรวจในตำบล จึงร่วมมือร่วมใจกันอย่างเต็มที่

เสียงจาก รอยยิ้ม

ชื่อ-สกุล นางสาวอรทัย สุดเล็ก
ตำแหน่ง เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขชำนาญงาน
หน่วยงาน / สังกัด. สสอ.เวียงป่าเป้า
สถานที่ถ่ายภาพ.หมู่ที่ 14 ตำบลป่างิ้ว

ณ บ้านหลังเล็กๆ กลางทุ่งนาอันสงบ มีสามี-ภรรยา คู่หนึ่ง ภรรยาล้มป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ไม่สามารถดูแลตนเองได้ และหวังเพียงแต่ให้มีผู้ดูแลที่เข้าใจและใส่ใจ สามีผู้เป็นที่รักคอยอยู่เคียงข้างมาเสมอ เธอผู้ไม่ย่อท้อต่อชีวิต เป้าหมายสูงสุด คือต้องการที่จะกลับมามีชีวิตที่แข็งแรงอีกครั้ง การดูแลสุขภาพ จึงเป็นสิ่งที่สามีคิดว่าจะทำให้ภรรยาของเขาดีขึ้นได้ แต่ด้วยอาการปวดแสบในช่องปากทำให้ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ เนื่องจากอาหารเป็นหนึ่งในปัจจัย 4 ในการดำรงชีวิต แต่ด้วยลำพังเพียงตัวเขาเองคงไม่เพียงพอที่จะดูแลได้อย่างถูกต้อง ในช่วงเวลาที่หัวใจอ่อนล้า เกือบหมดแรง จะมีใครบ้างที่สามารถมาช่วยเขาได้ แว็ปหนึ่งในความคิดตอนนั้นคือ “หมอครอบครัว” ดังนั้นเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของหมอครอบครัว จึงได้ยื่นมือเข้ามาให้ความช่วยเหลือ เริ่มต้นจากการสาธิตการแปรงฟันที่ถูกวิธีให้แก่ผู้ดูแล เพื่อหวังให้ผู้ดูแลสามารถแปรงฟันให้แก่ผู้ป่วยได้ด้วยตนเอง ลดความเจ็บปวด และดูแลสุขภาพช่องปากของภรรยาได้อย่างยั่งยืนต่อไป สิ่งที่ญาติผู้ป่วยเรียกติดปากว่า “หมอฟัน”สัมผัสได้คือความสุข ที่อยู่ภายใต้รอยยิ้มของสามีที่สื่อความหมาย บอกถึง ความปลื้มปิติ ความภาคภูมิใจในการดูแลภรรยาได้ และคำขอบคุณที่มาจากรอยยิ้มนั้นก็เพียงพอแล้วที่จะทำให้ “หมอฟันตัวเล็กๆ” มีกำลังใจที่ช่วยเหลือผู้ป่วยในชุมชนต่อไป

สุดท้ายนี้“จงจำไว้ว่า ชีวิตมักคืนให้ ในสิ่งที่เราให้ออกไปทุกสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตเรา ไม่ใช่เหตุบังเอิญ... หากแต่ เป็นกระจกสะท้อนการกระทำของเราเอง”

หมอครอบครัว ห่วงใยผู้สูงวัย เข้าใจ เข้าถึง พึ่งได้

ชื่อ-สกุล นางวัชรี วิชัยศิริ
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หน่วยงาน / สังกัด.สสอ.เวียงป่าเป้า
สถานที่ถ่ายภาพ.หมู่ที่ 9 ตำบลป่างิ้ว

ทันทีที่ได้รับการประสานจาก จิตอาสา อสม.กิ่งก้านการดูแลสุขภาพในชุมชนของเรา ว่ามีผู้สูงอายุคู่สามี ภรรยา ไม่มีคนดูแล ภรรยาป่วยเป็นโรคลมชักและมีปัญหาสุขภาพจิต กินยาไม่ต่อเนื่อง “คุณหมอใหญ่” ที่ชาวบ้านเรียกกันติดปาก พร้อมทีมฯ ได้ออกเยี่ยมบ้าน คุณตา สามีผู้ป่วยได้เล่าให้คุณหมอฟังว่า ภรรยาเป็นโรคลมชักมานานและมีปัญหาสุขภาพจิต หลงๆ ลืมๆ อยู่กันสองคน มีบุตรชาย1คนแต่เสียชีวิตแล้ว จากการพูดคุย ซักถามปัญหา ผป.กินยาไม่ต่อเนื่องเพราะทะเลาะกับหลานสาว จึงไม่มีใครไปรับยาที่ รพ.ให้ มีอาการทางจิตกำเริบ กระบวนการแก้ไขปัญหา เริ่มจากประสานงาน แผนกสุขภาพจิต รพ.วปป. เบิกยาให้แก่ผู้ป่วย ชวนญาติพูดคุยปรับความเข้าใจ ดูแลต่อเนื่อง ติดตามเยี่ยมบ้านโดย อสม. ให้กำลังใจผู้ดูแล ภายใต้กลวิธีดำเนินการ ดูแลครอบคลุมทุกมิติ รักษา ส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟู แบบองค์รวม ต่อเนื่อง และผสมผสาน ทั้งผู้ป่วยและครอบครัว อย่างใกล้ชิดประดุจญาติมิตรและทั่วถึง ประสานงานรับ – ส่งต่อ ผู้ป่วยในทุกระดับ ลดทุกข์ เพิ่มสุข ให้แก่ครอบครัว และ ชุมชน เพื่อการมี คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

โดยมีเป้าหมาย คือ มีทีมหมอครอบครัว ประจำตัวทุกครัวเรือน “ประชาชนอุ่นใจ มีญาติทั่วไทยเป็นทีมหมอครอบครัว”

ไกลแค่ไหนเราก็ไปถึง

ชื่อ-สกุล นายเอกมล อินตุ้ย
ตำแหน่ง พนักงานรักษาความปลอดภัย
หน่วยงาน / สังกัด กลุ่มงานบริหาร
สถานที่ถ่ายภาพ บ้านผู้ป่วย

ในกลางดึกคืนหนึ่งเมื่อเสียงโทรศัพท์ในห้องฉุกเฉินของเวรบ่ายดังขึ้น รับแจ้งจากศูนย์นเรนทรให้ออกรับผู้ป่วย มีอาการมีไข้อ่อนแรงขยับแขนขาไม่ได้ในหมู่บ้านแห่งหนึ่ง เมื่อรถได้ออกไปรับคนไข้ เหตุการณ์ที่พบคือเป็นทางทุรกันดารอยู่ในป่าสวนยางห่างจากถนนหลัก 3-4 กิโลเมตร กลัวจะไปถึงใช้เวลานานมากเพราะเป็นถนนลูกรังและไม่มีแสงสว่าง พอไปถึงพบกระท่อมเล็กๆ หลังหนึ่งในสวนยางพารา ที่มืดสนิทไม่มีแม้แต่แสงไฟ เมื่อรถฉุกเฉินได้จอดสนิท เราได้ลงไปรับคนไข้ในกระท่อมหลังนั้น ได้เห็นภาพคนไข้นอนนิ่งอยู่พร้อมกับลูกน้อยที่นอนดูดนมแม่อยู่ ซึ่งเป็นคนไข้ที่เราได้รับแจ้ง พร้อมกับคนในครอบครัว ที่อยู่รวมกัน 10 คนในกระท่อมหลังเล็กๆ ที่ไม่มีไฟฟ้า พบเป็นชาวเขาเผ่ามูเซอ ที่มารับจ้างกรีดยางที่นี้มา4ปี แล้วก็พูดภาษาไทยได้บางคน คนที่พูดไทยได้ แจ้งว่า คนไข้มีอาการเครียดไม่ยอมกินอาหารเป็นเวลา 2 วันแล้ว พร้อมกับมีไข้และไม่มีแรงที่จะขยับร่างกายช่วยตัวเองได้ เราได้นำคนไข้ขึ้นบอร์ดแล้วนำเข้ารถฉุกเฉิน แนะนำตัวเข้าสู่โรงพยาบาล

“เด็กในวันนี้ คือผู้ใหญ่ในวันหน้า”

ชื่อ-สกุล นายธีรพงศ์ อภิวงษ์งาม
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข
หน่วยงาน / สังกัด สสอ.ดอยหลวง
สถานที่ถ่ายภาพ โรงเรียนกิตติคุณดอยหลวง ต.โชคชัย อ.ดอยหลวง จ.เชียงราย

เป็นเรื่องธรรมดาที่มนุษย์เราจะกลัวการเปลี่ยนแปลง เพราะสิ่งที่เปลี่ยนไปนั้นทำให้เรารู้สึกไม่คุ้นเคย ไม่แน่ใจ เราไม่มีทางรู้เลยว่าสิ่งใหม่ ๆ ที่เข้ามาแทนที่สิ่งเก่านั้นจะเป็นอย่างไร จะดีกว่า พอกัน หรือแย่กว่า เด็ก ๆ ก็เช่นกัน เขารู้สึกหวาดกลัว กังวลใจกับสิ่งที่เขาเผชิญเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง ชีวิตวิถีใหม่ของการเปิดเทอมวันแรกดูจะเป็นเรื่องแปลกใหม่และยังไม่คุ้นชินสำหรับเด็ก ๆ เพราะไม่ว่าพวกเขาจะหันไปทางไหน ก็จะเจอโปสเตอร์หรือสติกเกอร์รณรงค์ป้องกันโควิด-19 เต็มไปหมด นอกจากนี้ เด็ก ๆ ยังต้องสวมหน้ากากอนามัยขณะเรียน อีกทั้งโต๊ะเก้าอี้ก็ถูกจัดไว้ให้นั่งห่างกันกว่าเดิม หรือแม้แต่การเข้าแถวเคารพธงชาติตอนเช้าก็ต้องมีระยะห่างทางสังคมที่ไม่เหมือนเดิม เพื่อรักษาระยะห่าง ซึ่งการดำเนินการต่าง ๆ เหล่านี้ สอดคล้องกับคู่มือแนวปฏิบัติสำหรับการเปิดภาคเรียนใหม่ เพื่อปกป้องเด็ก ๆ จากโควิด-19 แต่แม้จะเต็มไปด้วยข้อกำหนดต่าง ๆ และการปรับตัวกับชีวิตวิถีใหม่ในโรงเรียน เด็ก ๆ ต่างบอกเป็นเสียงเดียวกันว่า พวกเขาดีใจที่ได้กลับไปเรียนที่โรงเรียนอีกครั้ง

ภาคผนวก

.

คำสั่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

ที่ ๑๘๕ / ๒๕๖๓

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการจัดประชุมวิชาการ นำเสนอผลงาน และนวัตกรรม
บุคลากรสาธารณสุข จังหวัดเชียงราย ประจำปี ๒๕๖๓

กระทรวงสาธารณสุขได้วางแผนยุทธศาสตร์ระยะ๒๐ ปี(ด้านสาธารณสุขภายใต้ยุทธศาสตร์การพัฒนาสู่ความเป็นเลิศ ๔ ด้าน คือ ด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภค ด้านบริการ ด้านบุคลากรและด้านบริหารด้วยธรรมาภิบาลและได้ถ่ายทอดสู่การปฏิบัติภายใต้การดำเนินงานร่วมกันตามค่านิยมองค์กร MOPH เพื่อนำไปสู่เป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” การพัฒนางานวิจัย เป็นกระบวนการสำคัญในการพัฒนางานและควบคู่ไปกับการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในองค์กรและสนับสนุนให้เกิดผลงานวิชาการโดยใช้หลักการทางวิชาการและการเรียนรู้ร่วมกันอย่างเป็นระบบมุ่งเน้นให้เกิดประโยชน์กับผู้รับบริการเป็นสำคัญและเป็นการยกระดับความรู้ความสามารถของบุคลากรตามแนวคิดของกระทรวงสาธารณสุข ดังนั้นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงรายได้ ร่วมกับสมาคมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย จังหวัดเชียงราย จึงจัดประชุมวิชาการ นำเสนอผลงาน นวัตกรรมบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดเชียงราย ประจำปี ๒๕๖๓

เพื่อให้การประชุมวิชาการฯดังกล่าวเป็นไปด้วยความเรียบร้อย บรรลุวัตถุประสงค์ และมีประสิทธิภาพ จึงแต่งตั้งคณะกรรมการจัดประชุมวิชาการ นำเสนอผลงาน และนวัตกรรม บุคลากรสาธารณสุข จังหวัดเชียงราย ประจำปี ๒๕๖๓ ดังนี้

๑. คณะกรรมการอำนวยการ

๑.๑	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงราย	สสจ.เชียงราย	ประธานกรรมการ
๑.๒	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์	รพศ.เชียงรายฯ	รองประธานกรรมการ
๑.๓	นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)	สสจ.เชียงราย	กรรมการ
๑.๔	นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) (คนที่๒)	สสจ.เชียงราย	กรรมการ
๑.๕	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	สสจ.เชียงราย	กรรมการ
๑.๖	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ(ด้านส่งเสริมพัฒนา)	สสจ.เชียงราย	กรรมการ
๑.๗	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ(ด้านบริการทางวิชาการ)	สสจ.เชียงราย	กรรมการ
๑.๘	ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านทันตสาธารณสุข)	สสจ.เชียงราย	กรรมการ
๑.๙	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	สสจ.เชียงราย (รองนพ.สสจ.ชร.)	กรรมการ
๑.๑๐	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง	จังหวัดเชียงราย	กรรมการ
๑.๑๑	สาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง	จังหวัดเชียงราย	กรรมการ
๑.๑๒	หัวหน้ากลุ่มงาน/งาน	สสจ.เชียงราย	กรรมการ
๑.๑๒	หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล	สสจ.เชียงราย	กรรมการและเลขานุการ

หน้าที่

ให้คำปรึกษา แนะนำ คณะกรรมการจัดประชุมวิชาการฯ และสนับสนุนให้การจัดประชุมวิชาการฯเป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุวัตถุประสงค์

๒. คณะกรรมการฝ่ายวิชาการและดำเนินการประชุมวิชาการ

๒.๑	นายเอกชัย คำลือ	นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)	ประธานกรรมการ
๒.๒	นายกฤษดา ปาสำลี	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการ
๒.๓	นายรัฐนันท์ พลรัฐ	นักทรัพยากรบุคคล	กรรมการ
๒.๔	นางสาวณภัทรารัตน์ สารทอง	เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน	กรรมการ
๒.๕	นางกัญญ์วรา โชลิตกุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๒.๖	นายอนุพงษ์ พูลพร	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	กรรมการ
๒.๗	นางเมธาพร อินเทพ	นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ	กรรมการ
๒.๘	นางอุไรวรรณ ชัยมินทร์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการและเลขานุการ
๒.๙	นายสุธรรม คำวะรัตน์	นักทรัพยากรบุคคล	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ

หน้าที่

๑. กำหนดรูปแบบการดำเนินงานและกำหนดการประชุมวิชาการฯ และ

๒. กำหนดรูปแบบ หลักเกณฑ์การนำเสนอผลงานวิชาการในแต่ละกลุ่มเนื้อหา

๓. จัดทำproceeding ให้เป็นไปตามข้อกำหนด หลักเกณฑ์ และแนวทางการนำเสนอผลงานวิชาการ

๔. บรรณาธิการบทคัดย่อจัดทำเป็นรูปเล่มในรูปแบบ PDF files เพื่อเผยแพร่งานวิชาการประสานงาน

๕. จัดเตรียมรายชื่อและป้ายชื่อวิทยากรและผู้เข้าประชุม

๖. จัดทำใบประกาศและโล่สำหรับผู้นำเสนอผลงานวิชาการ

๗. จัดทำสูจิบัตรงานประชุมวิชาการ

๘. ประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องในเชิงวิชาการตลอดทั้งการสรุปและประเมินผลรูปแบบการนำเสนอผลงานวิชาการ วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค เพื่อนำมาพัฒนาและปรับปรุง ในการวางแผนการจัดประชุมครั้งต่อไป

๓. คณะกรรมการฝ่ายลงทะเบียน/คัดกรอง Covid-๑๙ และงานการเงิน

๓.๑	นายสยามราชย์ ฟูเจริญกัลยา	หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล	ประธานกรรมการ
๓.๒	นางแสงสี โปทา	เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน	กรรมการ
๓.๓	นางสาวเบญจวรรณ สุตะวงค์	เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีปฏิบัติงาน	กรรมการ
๓.๔	นางสาวจิราพร ไชยชมภู	นักวิชาการเงินและบัญชี	กรรมการ
๓.๕	นายณัฐกิตต์ เชงกำ	นักวิชาการเงินและบัญชี	กรรมการ
๓.๖	นายประยูร โปราหา	เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน	กรรมการ
๓.๗	นางผุสดี ชัยศิลปิน	เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน	กรรมการ
๓.๘	นางสาวจิตรลดา เตชะสีบ	เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน	กรรมการ
๓.๙	นางสาวปิยะพร กำไลเพ็ชร	นักทรัพยากรบุคคล	กรรมการ
๓.๑๐	นางสุกัญญา เนตรวงค์	นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ	กรรมการและเลขานุการ
๓.๑๑	นางสาวกัลยา ยกย่อง	นักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ

มีหน้าที่

๑. วางแผนและกำหนดรูปแบบ วิธีการรับลงทะเบียนผู้เข้าประชุมวิชาการ และตรวจคัดกรอง Covid-19 ผู้เข้าร่วมประชุมวิชาการ ฯ

๒. จัดระบบลงทะเบียน on line และอยู่ประจำโต๊ะลงทะเบียนหน้างาน

๓. ประสานงานระหว่างฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับผู้นำเสนอผลงานทุกประเภท

๔. คณะกรรมการฝ่ายสถานที่ โสตทัศนูปกรณ์

๔.๑	นายบุญมี แก้วจันทร์	รองนายแพทย์สาธารณสุข จ.ชร.	ประธานกรรมการ
๔.๒	นายวิเชียร สุวรรณรัตน์	สาธารณสุขอำเภอเมืองเชียงราย	รองประธานกรรมการ
๔.๓	นายนรินทร์ สุริยนต์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการ
๔.๔	นายภูมิ คำชุ่ม	นักทรัพยากรบุคคล	กรรมการ
๔.๕	นายธนาณัติ ลุกลาม	นักทรัพยากรบุคคล	กรรมการ
๔.๖	นายจีระศักดิ์ ฝึกฝน	นักทรัพยากรบุคคล	กรรมการ
๔.๗	นายประสิทธิ์ ชัยมินทร์	ผู้ช่วยช่างทั่วไป สสจ.เชียงราย	กรรมการ
๔.๘	เจ้าหน้าที่ยานพาหนะ/ซ่อมบำรุง	สสจ.เชียงราย	กรรมการ
๔.๙	นายถนอมศักดิ์ ชัยมินทร์	สาธารณสุขอำเภอเวียงเชียงรุ้ง	กรรมการและเลขานุการ
๔.๑๐	นายวิชัย ภิระบรรณ์	นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

มีหน้าที่

๑. จัดสถานที่ประชุม จัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ เครื่องโสตทัศนูปกรณ์ต่างๆที่ใช้ในการดำเนินการประชุมวิชาการฯ

๒. ประสานงานเรื่องจัดสถานที่ประชุม สิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การจัดประชุมวิชาการฯเป็นไปด้วยความเรียบร้อย

๕. คณะกรรมการฝ่ายพิธีการ

๕.๑	นายวัชรพงษ์ คำหล้า	นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)	ประธานกรรมการ
๕.๒	นายศักดิ์ดา ธานินทร์	สาธารณสุขอำเภอแม่จัน	กรรมการ
๕.๓	นายประพันธ์ ใจบาน	สาธารณสุขอำเภอพญาเม็งราย	กรรมการ
๕.๔	นางสาวธัญญ์วรัตศ์ หมื่นตื้อ	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	กรรมการ
๕.๕	นายภูริภัทร์ ธีระลักษณ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการ
๕.๖	นางสาวเกศราพร ชิไสยา	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	กรรมการ
๕.๗	นางสาวกติกา เสตะกสิกร	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	กรรมการ
๕.๘	นางมัตติกา ปิงเมือง	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	กรรมการ
๕.๙	นายณพวรรธน์ รัชตพิสิฐกร	เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขชำนาญงาน	เลขานุการ
๕.๑๐	นายบรรจบ ใจระวัง	ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอเชียงแสน	ผู้ช่วยเลขานุการ

หน้าที่

๑. ดำเนินการในพิธีการ กิจกรรม ขั้นตอนต่างๆ ของการประชุมวิชาการฯ ให้เป็นไปด้วยความเรียบร้อย

๒. จัดพิธีกรประจำห้องประชุมต่างๆ

๓. บริหารจัดการของที่ระลึก ใบประกาศและโล่รางวัลสำหรับวิทยากรและผู้นำเสนอผลงานวิชาการ

๖. คณะกรรมการฝ่ายปฏิคมและต้อนรับ

๖.๑	นางเสาวนีย์ เปลี่ยนพานิช	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา)	ประธานกรรมการ
๖.๒	นางสุรีย์ ลิขิตลิขสิทธิ์	นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการพิเศษ	รองประธานกรรมการ
๖.๓	นางสาวสัภยา ไชยราช	เภสัชกรปฏิบัติการ	กรรมการ
๖.๔	นางปาณิสรา แสงคุณบัญญา	เจ้าพนักงานธุรการปฏิบัติงาน	กรรมการ
๖.๕	นางสาวอทิตยา ยศชูสกุล	นักจัดการงานทั่วไป	กรรมการ
๖.๖	นางฉัตรฤทัย น้อยหมอ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการ
๖.๗	นางสาวรุจิรา แสนดี	ทันตแพทย์ปฏิบัติการ	กรรมการ
๖.๘	นางวิไลพร สุริยนต์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการ
๖.๙	นางสาวจุไรรัตน์ ณ สุวรรณ	เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขชำนาญงาน	กรรมการและเลขานุการ
๖.๑๐	นางสาวมยุรี กันนา	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

มีหน้าที่

๑. จัดทีมต้อนรับผู้เข้าประชุม

๒. ดูแลอาหารว่างและเครื่องดื่ม อาหารกลางวัน สำหรับคณะกรรมการ วิทยากร ผู้นำเสนอผลงานและผู้เข้าประชุม

๓. อำนวยความสะดวกให้กิจกรรมการประชุมวิชาการฯให้เป็นไปด้วยความเรียบร้อย

๗. คณะกรรมการฝ่ายสื่อมวลชน ช่างภาพและประชาสัมพันธ์

๗.๑	นายสนิท อินทะรังษี	หัวหน้างานประชาสัมพันธ์	ประธานกรรมการ
๗.๒	นายสุชาติ สารทอง	เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษา	กรรมการ
๗.๓	นายอิทธิกร ธรรมวงค์	เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษาชำนาญงาน	กรรมการ
๗.๔	นายอภิสิทธิ์ วงศ์ชัย	เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษา	กรรมการ
๗.๕	นายสันติชัย ชื่นจิต	เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษาปฏิบัติงาน	กรรมการ
๗.๖	นายนิธินัย ไชยแก้ว	เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษาชำนาญงาน	กรรมการและเลขานุการ
๗.๗	นายนพดล ทิพย์ขันธ์	เจ้าพนักงานเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ปฏิบัติงาน	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

หน้าที่

๑. จัดทำป้ายประชาสัมพันธ์การจัดประชุมวิชาการ

๒. ประชาสัมพันธ์การจัดงานประชุมวิชาการฯ ผ่านสื่อต่างๆทั้งก่อนและระหว่างประชุมวิชาการ

๓. ประสานงานสื่อมวลชนร่วมทำข่าวในวันจัดงานประชุมวิชาการ

๔. อำนวยความสะดวกแก่สื่อมวลชนที่มาร่วมทำข่าวในงาน

๕. ประชาสัมพันธ์ข้อมูลต่างๆ ระหว่างประชุมวิชาการ

๖. ถ่ายภาพงานประชุมวิชาการทั้งในภาพรวมและประจำห้องนำเสนอผลงานทุกประเภท

๗. งานอื่นๆ ที่ได้รับมอบหมาย

๘. คณะกรรมการฝ่ายประเมินผล

๘.๑	นางสาวมาลีวัลย์ ศรีวิลัย	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการวิชาการ)	ประธานกรรมการ
๘.๒	นางรัชฎาภรณ์ วัชรประภาพงศ์	หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ฯ	รองประธานกรรมการ
๘.๓	นายจักรวาล อยู่ภู	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการ
๘.๔	นายสมบัติ อนุเคราะห์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการ
๘.๕	นางสาวประจักษ์จิตต์ คำบุญส่ง	นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ	กรรมการ
๘.๖	นายหณุสิทธิ์ เหมืองหม้อ	หัวหน้างานระบาดวิทยา	กรรมการและเลขานุการ

หน้าที่

๑. จัดทำแบบประเมินผลการประชุมวิชาการ

๒. ดำเนินการประเมินผลและรายงานผลต่อที่ประชุมคณะกรรมการ

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๑๕ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๓

(นายทศพร บุญทอง)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย
Chiang Rai Provincial Health Office

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

เลขที่ 424 หมู่ที่ 5 บ้านหนองยาว ตำบลท่าสาย อำเภอเมือง

จังหวัดเชียงรายโทร 053-910-000 โทรสาร 053-910-345