



วารสารวิชาการ
สาธารณสุขอุบลราชธานี

Ubonratchathani Public Health Journal

ปีที่ 22 ฉบับที่ 1 เดือนตุลาคม 2567 – มีนาคม 2568

ISSN : 0859-5038

รูปแบบการส่งบทความวิชาการ วารสารวิชาการสาธารณสุขอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ปี 2568

รูปแบบการส่งบทความ รายละเอียดหัวข้อ หรือเนื้อหาที่ปรากฏในผลงานให้เป็นไปตามเกณฑ์วิชาการทั่วไป ไม่เกิน 10 หน้ากระดาษ แบบตัวอักษร TH sarabun ขนาด 16 พอยต์ ส่วนประกอบหัวข้อหลักๆ เรียงตามลำดับดังนี้

ชื่อเรื่อง : ใช้ทั้งภาษาไทย หรือ / และภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้วิจัย : ใช้ภาษาไทย

สถานที่ทำงานหรือสถานศึกษา : ใช้ภาษาไทย หรือภาษาอังกฤษ

บทคัดย่อ : (ภาษาไทย และหรือภาษาอังกฤษ) เป็นการสรุปสาระสำคัญของเรื่อง โดยเฉพาะวัตถุประสงค์ วิธีการและผลการวิจัย

บทนำ : เขียนความสำคัญของปัญหา การตรวจเอกสาร (Literature review) เฉพาะส่วนที่เกี่ยวกับงานในส่วนสำคัญเท่านั้น

วัตถุประสงค์ : เขียนจุดมุ่งหมายของงานวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย : เขียนระเบียบวิธีการวิจัย อุปกรณ์และวิธีการ แต่ไม่จำเป็นต้องอธิบายถึงวิธีการที่ถือว่าเป็นแบบฉบับ รวมทั้งวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล โดยเขียนกระชับไม่ควรพรรณนา

ผลการวิจัย : ผลการวิจัย จะเขียนโดยแสดงข้อมูลที่สำคัญและจำเป็น ส่วนตาราง กราฟ หรือรูปภาพมีเนื้อหาได้ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

อภิปรายผลหรือวิจารณ์ : ให้อภิปรายถึงความสอดคล้องของผลการศึกษากับวรรณกรรมที่ได้ทบทวนมา

กิตติกรรมประกาศ : มีหรือไม่มีก็ได้

เอกสารอ้างอิง : ให้เขียนตามรูปแบบ Vancouver Style โดยเอกสารที่นำมาอ้างอิงได้มาจากแหล่งที่มีการตีพิมพ์ชัดเจน จะเป็นวารสาร หนังสือ หรือแหล่งข้อมูล อินเทอร์เน็ตก็ได้ ทั้งนี้ ผู้เขียนต้องรับผิดชอบความถูกต้องของเอกสารอ้างอิงทั้งหมด

การส่งบทความวิชาการ : ส่งเป็นหนังสือราชการจากหน่วยงานต้นสังกัด พร้อมทั้งแนบบทความวิชาการ และส่งไฟล์บทความวิชาการทาง Line ID : wisanupop หรือ E-mail : sm12pop@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ : คุณวิชณ สุภคร 08-1547-8735

บทบรรณาธิการ

การวิจัยและพัฒนาเป็นกระบวนการที่สำคัญในการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจ และนวัตกรรมใหม่ๆ ในการบริการสาธารณสุข นำไปสู่การปรับปรุงกระบวนการทำงานในด้านต่างๆ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชน เช่น การบริการสุขภาพ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่ โดยเฉพาะในยุคที่โลกกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจ รวมถึงการระบาดของโรคที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตและสุขภาพของประชาชน ช่วยให้บุคลากรสามารถสร้างองค์ความรู้ใหม่ๆ และนำนวัตกรรมไปใช้ในการปรับปรุงและพัฒนาการบริการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น รวมทั้งการวิจัยที่มีคุณภาพจะสามารถนำไปสู่การพัฒนาแผนงานและนโยบายที่เหมาะสมกับสภาพพื้นที่และปัญหาสุขภาพอย่างแท้จริง และสามารถตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วารสารวิชาการสาธารณสุขอุบลราชธานีฉบับนี้ เป็นวารสารเพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการด้านการแพทย์และการสาธารณสุข ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญจำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนาเพื่อให้ทันยุคทันสมัยและมีความก้าวหน้าเสมอ คุณค่าด้านวิชาการในวารสารจะมีประโยชน์สำหรับผู้สนใจศึกษาค้นคว้าในนามสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี และกองบรรณาธิการขอขอบคุณเจ้าของบทความทุกท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ข้อเสนอแนะเพื่อความสมบูรณ์ของบทความ และทุกฝ่ายที่ได้สนับสนุนให้วารสารฉบับนี้สำเร็จตามเป้าหมาย เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุดในพัฒนาระบบสาธารณสุขและคุณภาพชีวิตของประชาชนในจังหวัดอุบลราชธานีอย่างยั่งยืน

ธีระพงษ์ แก้วภมร

บรรณาธิการ

วารสารวิชาการสาธารณสุขอุบลราชธานี

Ubonratchathani Public Health Journal

ปีที่ 22 ฉบับที่ 1 ตุลาคม 2567 - มีนาคม 2568

คณะกรรมการตรวจเอกสาร

ดร.นายแพทย์สาโรช สมชอบ

นายอุทัย นิปัจการสุนทร

นายพิทักษ์ ทองทวน

ดร.วีรพันธ์ ซื่อสัตย์

ดร.รุ่งรัตน์ พลະไกร

นางสาววราภรณ์ สมดี

นางสาววัชรินทร์ กรวยสวัสดิ์

นางสุคนธา ไพเราะ

นายภัทรพล ทองไทย

นางดวงเดือน จันทสุรีย์วิช

นายแพทย์ชัยวัฒน์ ดาราสิขมน์

เภสัชกรคำภีร์ เขตมนตรี

นายบดินทร์ บุญจันทร์

ดร.จักรพงษ์ ปิติโชคโกคินท์

ดร.เฉลิมขวัญ ขุนทวี

นางสาวนวรรตน์ สิงห์คำ

นางสาวนิรมล กมุทชาติ

นางเยาวลักษณ์ โภคละทวีพงศ์

นางนาฏนภา ภูบุญคง

นางพรรณธิดา หล้าวงษ์

นางพรรษา ชื่นชุมผล

ทันตแพทย์หญิงอุมาพร รุ่งรัมย์ทวิมานะ

ดร.วิจิต พุ่มจันทร์

ดร.ชนาธิป ศรีสุระ

นางสาวสุกมล วงศ์คุณ

นางสาวผกายดาว พรหมสุรีย์

นางสาววรรณรัตน์ ชนะศรีรัตนกุล

นางปาริตา วรากรโอร

นางสาวกิตติยาพร ทองไทย

นางเกตุศิรินทร์ ฉิมพลี

บรรณาธิการ

นายแพทย์ธีระพงษ์ แก้วภมร

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ดร.วิโรจน์ เขมรัมย์

กองบรรณาธิการ

นายยศชน ทองมูล

นางธิดารัตน์ บุญทรง

นายวิษณุ สุภคร

นายธนสิทธิ์ สนั่นเมือง

ISSN 0859-5038

ปีที่จัดทำ 2568

สารบัญ

การประยุกต์ใช้ Sigma metrics เพื่อประเมินและวางแผนควบคุมคุณภาพ ของเครื่องตรวจวิเคราะห์นับเม็ดเลือดอัตโนมัติในห้องปฏิบัติการโลหิตวิทยา โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา จังหวัดอุบลราชธานี Application of Sigma metrics to assess and plan analysis quality control of Complete Blood Count Analyzer in Hematology Laboratory at The 50 th Anniversary Mahavajiralongorn Hospital, Ubon Ratchathani Province กัลยาณี ธนาพร.....	1
การวิเคราะห์สาเหตุการคืนยา และการพัฒนาแนวทางการจัดการด้านยา ที่มีมูลค่าคืนยาสูงของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี กรณีศึกษา: ยารักษาโรคสมองและลมชัก Analysis of causes of drug return and developing guidelines for the management of medicines with high return value of the Sunpasitthiprasong Hospital, Ubon Ratchathani Province : a case study of neurological and antiepileptic medication ธัญพร มณีนิล.....	13
ผลการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการใช้ยาลดความดันโลหิตในผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายอำเภอนาเยีย จังหวัดอุบลราชธานี Effects of Empowerment Program on Health Behaviors Using Antihypertensive Drugs among Hypertensive Patients at Sub-district Health Promoting Hospitals, Na Yia District, Ubon Ratchathani Province รัฐธนา มังคละพลัง.....	24
การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบมีส่วนร่วม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก่งเค็ง อำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี Development of a participatory diabetes care model Kaeng Keng Subdistrict Health Promoting Hospital Kut Khao Pun District Ubon Ratchathani Province Suthipong Khotwantha.....	36
การพัฒนาแบบการป้องกันและควบคุมโรคของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) และหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) ระดับอำเภอ จังหวัดอุบลราชธานี The Communicable Diseases Prevention and Control Model Development of District Surveillance and Rapid Response Team (SRRT) and Communicable Disease Control Unit (CDCU), Ubon Ratchathani Province. ประพนธ์ บุญไชย.....	47

<p>การพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอนาดาล จังหวัดอุบลราชธานี Development of The Model Health Care for Elder Natan By Community Participation Natan District Ubonratchathani Province สัมพันธ์ กุลศิโรรัตน์.....</p>	59
<p>รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านสร้างหอม ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี The development model for prevention and control of dengue fever by community participation in Sanghom, Huaikha subdistrict, Buntharik district, Ubon Ratchathani วสันต์ ตาคำ.....</p>	73
<p>ผลของการทับหม้อเกลือต่อการลดความเครียดของมารดาหลังคลอด อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี Effects of Hot salt pot compression on Reducing Postpartum Stress Among Mothers in Don Mod Daeng District, Ubon Ratchathani Province ลลิตศักดิ์ หลักทอง.....</p>	85
<p>การพัฒนาารูปแบบการให้ความรู้การปฏิบัติตัวของหญิงหลังคลอด โรงพยาบาลดอนมดแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี Development of a model for providing knowledge about the practice of Postpartum mother Don Mod Daeng Hospital, Don Mot Daeng District, Ubon Ratchathani Province. พิทยา บรรพตาทิ.....</p>	94
<p>สถานการณ์เชื้อ Klebsiella pneumoniae และเชื้อ Escherichia coli ที่ดื้อต่อยา Carbapenem ที่แยกจากผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม Situation of Carbapenem Resistance in Klebsiella pneumoniae and Escherichia coli among Patients Admitted in Det-Udom Crown Prince hospital นิธิศรดา บุรมาถ</p>	103
<p>ประสิทธิผลของการเปลี่ยนยาต้านเอชไอวีเป็นชนิด TLD ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ Effectiveness of Switching to TLD Antiretroviral Therapy in HIV-Infected Patients at 50th Anniversary Mahavajiralongkorn Hospital พิมพ์กมล เกียรติสุนนท์.....</p>	114

ผลการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ด้วยระบบพี่เลี้ยงคุณภาพ QRT
โดยเครือข่ายความร่วมมือในพื้นที่ของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดอุบลราชธานี
Results of Hospital Quality Development with the Quality Representative Team
For Community Hospitals by Quality Learning Network in Ubon Ratchathani Province.

พิชญภา ฮงทอง127

การประยุกต์ใช้ Sigma metrics เพื่อประเมินและวางแผนควบคุมคุณภาพ ของเครื่องตรวจวิเคราะห์นับเม็ดเลือดอัตโนมัติในห้องปฏิบัติการโลหิตวิทยา โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

Application of Sigma metrics to assess and plan analysis quality control of Complete Blood Count Analyzer in Hematology Laboratory at The 50th Anniversary Mahavajiralongorn Hospital, Ubon Ratchathani Province

กัลยาณี ธนาพร

กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก

โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

บทคัดย่อ

การควบคุมคุณภาพการตรวจวิเคราะห์ถือเป็นสิ่งสำคัญในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยเฉพาะการตรวจวิเคราะห์ความสมบูรณ์ของเลือด (CBC) ซึ่งเป็นการทดสอบที่ใช้บ่อยในการประเมินสถานะทางสุขภาพของผู้ป่วย การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการควบคุมคุณภาพการตรวจ CBC ด้วยเครื่องตรวจวิเคราะห์เม็ดเลือดอัตโนมัติ Mindray BC-6200 โดยนำ Sigma metrics มาประยุกต์ใช้ในห้องปฏิบัติการโลหิตวิทยา โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

ผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลการตรวจ CBC 6 รายการ ได้แก่ White Blood Cell (WBC), Red Blood Cell (RBC), Hemoglobin (HGB), Hematocrit (HCT), Mean Corpuscular Volume (MCV) และ Platelet Count (PLT) ด้วยเครื่อง Mindray BC-6200 (unit 1 และ unit 2) ระหว่างเดือนมิถุนายนถึงกรกฎาคม 2567 โดยใช้สารควบคุมคุณภาพ 3 ระดับ, ข้อมูลผลการประเมินคุณภาพ EQA และค่า %TEa เพื่อคำนวณค่า Sigma metric ของแต่ละรายการ และเลือกใช้กฎ Westgard ที่เหมาะสมจาก Normalized OPSpecs chart แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์และหาสาเหตุกรณีค่า Sigma metric ต่ำกว่า 4 พร้อมเสนอแนวทางแก้ไขในการควบคุมคุณภาพในช่วงเดือนสิงหาคมถึงกันยายน 2567 จากนั้นเปรียบเทียบ

การใช้ Sigma metric quality control กับ Traditional 2SD quality control ในการควบคุมคุณภาพในช่วงเดือนตุลาคมถึงพฤศจิกายน 2567

ผลการวิเคราะห์พบว่าในเดือนมิถุนายนถึงกรกฎาคม 2567 ค่า Sigma metric ของเครื่อง Mindray BC-6200 (unit 1) มีค่า Sigma metric > 6 ร้อยละ 16.7, ค่า Sigma metric 5 – 5.9 ร้อยละ 50 และค่า Sigma metric น้อยกว่า 4 ร้อยละ 33.3 ส่วนเครื่อง Mindray BC-6200 (unit 2) ค่า Sigma metric > 6 ร้อยละ 16.7, ค่า Sigma metric 5 – 5.9 ร้อยละ 16.7, ค่า Sigma metric 4 – 4.9 ร้อยละ 16.7 และค่า Sigma metric น้อยกว่า 4 ร้อยละ 50 จากนั้นวิเคราะห์หาสาเหตุและหาแนวทางแก้ไขกรณีค่า Sigma metric ต่ำกว่า 4 พบว่าในเดือนสิงหาคมถึงกันยายน 2567 ค่า Sigma metric ของเครื่องทั้ง 2 เครื่องมีการปรับตัวดีขึ้น โดยค่า Sigma metric มากกว่า 4 ขึ้นไป ในเครื่อง Mindray BC-6200 (unit 1) เพิ่มขึ้น 2 รายการทดสอบ คิดเป็นร้อยละ 50 และเครื่อง Mindray BC-6200 (unit 2) เพิ่มขึ้น 1 รายการทดสอบ คิดเป็นร้อยละ 33.3 เมื่อทำการศึกษาจำนวนการออกนอกการควบคุม (out of control) พบว่าวิธีการควบคุมคุณภาพโดยใช้ Sigma metric quality control planning สามารถลดขั้นตอน

การทำการควบคุมคุณภาพภายใน เมื่อเปรียบเทียบกับวิธีการควบคุมคุณภาพโดยใช้ Traditional 2SD quality control

การพัฒนา Sigma metric ในรายการตรวจที่มีค่า Sigma metric น้อยกว่า 4 โดยทั้งสองเครื่องมีการปรับตัวที่ดีขึ้นและแสดงความสามารถที่ดีขึ้นจากการใช้ Sigma metric ในการควบคุมคุณภาพ ซึ่งพบว่าเครื่อง Mindray BC-6200 (unit 1) มีผลพัฒนาที่ดีขึ้นกว่าเครื่อง Mindray BC-6200 (unit 2) ทำให้การควบคุมคุณภาพง่ายขึ้น ด้วยการใช้กฎที่ยืดหยุ่นและสะดวกต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรในห้องปฏิบัติการ แม้ว่ายังพบปัญหา % CV และ % Bias ที่สูงในรายการตรวจ RBC และ HCT ของเครื่อง Mindray BC-6200 (unit 2) ซึ่งต้องพัฒนาการควบคุมคุณภาพต่อไป การใช้ Sigma metric ช่วยลดขั้นตอนการควบคุมคุณภาพภายในและลดความผิดพลาดในการตรวจวิเคราะห์ ส่งผลให้ผลการตรวจมีความแม่นยำ และสามารถนำไปใช้ในการรักษาผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : ความสมบูรณ์ของเลือด (CBC), Sigma metric, OPSpecs Chart

บทนำ

การตรวจวิเคราะห์ความสมบูรณ์ของเลือด (CBC) เป็นการทดสอบที่ช่วยวินิจฉัย ติดตามการรักษา และพยากรณ์โรค โดยผลการตรวจต้องมีความถูกต้อง แม่นยำ และน่าเชื่อถือ ซึ่งต้องอาศัยการควบคุมคุณภาพ ทั้งก่อนการตรวจ (Pre-analysis) ระหว่างการตรวจ (Analysis) และหลังการตรวจ (Post-analysis) การควบคุมคุณภาพประกอบด้วย การควบคุมคุณภาพภายในห้องปฏิบัติการ (Internal Quality Control, IQC) และการควบคุมคุณภาพจากภายนอก (External Quality Assessment, EQA) หรือการเปรียบเทียบผลระหว่างห้องปฏิบัติการ (Inter-Laboratory Comparison) หรือการทดสอบความชำนาญ (Proficiency Testing :PT) หากพบข้อผิดพลาดต้องตรวจสอบสาเหตุและแก้ไขทันที⁽¹⁾

การควบคุมคุณภาพภายในห้องปฏิบัติการ (IQC) ถือเป็นหัวใจสำคัญในการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ

โดยใช้กราฟ Shewhart (Levey-Jennings Chart) ในการวิเคราะห์สารควบคุมคุณภาพวันละ 1 ครั้ง อย่างน้อย 20 วัน โดยคำนวณค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และแสดงผลบนกราฟพร้อมเส้น mean, mean \pm 2SD (Warning line), mean \pm 3SD (Action line) โดยแกน x เป็นเวลา (วัน) หรือ run number แกน y เป็นค่าตรวจวิเคราะห์สารควบคุมคุณภาพ ในวันต่อๆ ไปวิเคราะห์สารควบคุมคุณภาพ แล้ว plot ลงบนกราฟและแปลผลโดยใช้ กฎของ Westgard (Westgard Rules)⁽²⁾ และเมื่อค่า control ไม่อยู่ในเกณฑ์ตามกฎของ Westgard เช่น 1_{25} , 1_{35} ต้องวิเคราะห์ว่าเป็น Systemic error หรือ Random error และหาสาเหตุของ error การแก้ไขต้องทำการวิเคราะห์ให้ใหม่จนกว่าจะไม่มีปัญหา ก่อนจะทำการตรวจวิเคราะห์สิ่งส่งตรวจผู้ป่วย การใช้แนวคิด Sigma metrics ร่วมกับกฎ Westgard ช่วยลดความคลาดเคลื่อนและการสูญเสีย ลดเวลาการแก้ไข และเพิ่มความปลอดภัยในการแปลผลให้กับผู้ป่วย รายการที่มีค่า Sigma metric \geq 6-sigma จัดเป็นรายการทดสอบที่มีความสามารถระดับโลก (worldclass performance) สามารถใช้กฎเดียวในการควบคุมคุณภาพ ขณะที่ค่า Sigma metric \leq 4-sigma จัดเป็นรายการทดสอบที่มีความสามารถต่ำ และจำเป็นต้องใช้กฎหลายกฎ (multi rules) ประกอบกันในการประเมินอย่างเข้มงวด⁽³⁾ การนำ Sigma metrics มาใช้ช่วยพัฒนาคุณภาพวิธีวิเคราะห์ ลดต้นทุน งบประมาณ และเวลา ทำให้ห้องปฏิบัติการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ห้องปฏิบัติการงานโลหิตวิทยา โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มทวชิราลงกรณ มีการควบคุมคุณภาพทั้งภายใน (IQC) และจากองค์กรภายนอก (EQA) แต่ยังไม่ได้นำ Sigma metrics มาใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมคุณภาพ และยังไม่เคยมีการทำ Quality control planning โดยการควบคุมคุณภาพภายในเดิมใช้ Traditional 2SD quality control เป็นเครื่องมือพื้นฐานสำหรับการประกันคุณภาพ โดยให้ค่าอยู่ในกรอบ \pm 2SD ซึ่งมีข้อจำกัด เช่น ความไวมากเกินไปและขาดความยืดหยุ่นในการจัดการกับรายการทดสอบที่แตกต่างกัน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจนำแนวคิด Sigma metrics

ซึ่งเป็นระบบการควบคุมคุณภาพระดับโลก มาใช้ใน ห้องปฏิบัติการเพื่อปรับปรุงการควบคุมคุณภาพให้เป็น มาตรฐานสากล โดยประเมินความสามารถของการ ทดสอบ CBC และเลือกกฎที่เหมาะสม ทำให้สามารถ ตั้งเป้าหมายและแนวทางการแก้ไขปัญหาได้ชัดเจน นำไปสู่การควบคุมคุณภาพที่มีประสิทธิภาพ⁽⁴⁾ และรักษาไว้ซึ่ง คุณภาพผลการตรวจวิเคราะห์ การศึกษานี้มีจุดมุ่งหมาย เพื่อใช้ Sigma metrics ในการพัฒนาระบบควบคุม คุณภาพการตรวจ CBC โดยเปรียบเทียบกับการใช้ Traditional 2SD quality control เพื่อประเมิน ผลกระทบจากการเปลี่ยนวิธีการควบคุมคุณภาพ ทั้งในแง่ การลดเวลาและภาระงานในการควบคุมคุณภาพภายใน การคำนวณค่าของ Sigma metrics สำหรับแต่ละรายการ ทดสอบสามารถบ่งบอกถึงคุณภาพของการทดสอบและ เครื่องมือที่ใช้ รวมถึงช่วยระบุความคลาดเคลื่อนและ ปรับปรุงการควบคุมคุณภาพให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งผลให้การตรวจวิเคราะห์ถูกต้อง แม่นยำ รวดเร็ว และ คุ่มค่า ลดภาระงานของเจ้าหน้าที่ เพิ่มความมั่นใจในการ รายงานผล และสร้างความน่าเชื่อถือแก่ผู้รับบริการในโรง พยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรวิทยาคาร

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินความสามารถของห้องปฏิบัติการ งานโลหิตวิทยาในการตรวจวิเคราะห์ความสมบูรณ์ของ เลือด (Complete Blood Count, CBC) โดยเครื่องตรวจ วิเคราะห์เม็ดเลือดอัตโนมัติ ด้วยการใช้ Sigma metric
2. เพื่อวางแผน (QC planning) ในการเลือกใช้ QC procedure ซึ่งรวมถึง control rule และจำนวน สารควบคุมคุณภาพ (N) ที่เหมาะสมรวมถึงการนำ operating specification chart (OPSpecs Chart) มาช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมคุณภาพการตรวจ วิเคราะห์ ทำให้เกิดประโยชน์และคุ่มค่าสูงสุด

วิธีการดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SSJ.UB

2567 - 153 ซึ่งการศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงทดลอง โดยใช้ข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective data) ของ การตรวจวิเคราะห์ความสมบูรณ์ของเลือด (CBC) โดย เครื่องตรวจวิเคราะห์เม็ดเลือดอัตโนมัติ 6 รายการ ทดสอบ ได้แก่ WBC, RBC, HGB, HCT, MCV และ PLT โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

1. รวบรวมข้อมูลผลการควบคุมคุณภาพภายใน (IQC) โดยใช้สารควบคุมคุณภาพ 3 ระดับ ได้แก่ BC-6D Low, BC-6D Normal, BC-6D High ในช่วงระยะเวลา เดือนมิถุนายนถึงกรกฎาคม 2567 ใช้ Lot no. MB0524A และเดือนสิงหาคมถึงกันยายน 2567 ใช้ Lot no. MB0724A แล้วหาค่า imprecision (% CV) โดยใช้สูตร ดังนี้

$$\% CV = SD / MEAN \times 100$$

สำหรับเกณฑ์ในการยอมรับค่า % CV ในการ ทดสอบระหว่างวัน (Between-day imprecision) คือ % CV ต้องไม่เกิน 0.33 เท่า ของค่า TEa (Allowable Total Error ; ค่าความผิดพลาดที่ยอมรับได้)⁽⁵⁾

2. รวบรวมข้อมูลผลการควบคุมคุณภาพภายนอก ห้องปฏิบัติการ (EQA) จากกองทดสอบความชำนาญ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ช่วงเดือนตุลาคม 2566 ถึงเดือนกันยายน 2567 รวมข้อมูลย้อนหลังต่อเนื่อง เป็นเวลา 3 รอบ จำนวน 6 ผลการทดสอบ แล้วหาค่า inaccuracy (% bias) โดยใช้สูตรดังนี้

$$\% BIAS = \frac{[Lab\ result - Assigned\ value]}{Assigned\ value} \times 100$$

Lab result หมายถึง ค่าที่วิเคราะห์ส่งตรวจ ของห้องปฏิบัติการ

Assigned value หมายถึง ค่าเฉลี่ยของผลการ วิเคราะห์ของสมาชิกโครงการ⁽⁶⁾

3. การคำนวณหาค่า Sigma metrics โดยใช้สูตร ดังนี้

$$Sigma\ metric = (\% TEa - \% Bias) / \% CV$$

TEa (Allowable Total Error) คือ ค่าความ ผิดพลาดทั้งหมดที่เกิดขึ้นในการวิเคราะห์ โดยมีสาเหตุ จากความไม่แม่นยำ (imprecision) ซึ่งเกิดจากความ ผิดพลาดแบบสุ่ม (Random Error) และความไม่ถูกต้อง

(inaccuracy) ซึ่งเกิดจากความผิดพลาดของระบบ (Systemic Error)⁽⁷⁾ ในที่นี้ได้เลือก TEa ตามความเหมาะสมของข้อมูล โดยใช้ค่าจากสถาบันของ Clinical Laboratory Improvement Amendments (CLIA)⁽⁸⁾ สำหรับรายการตรวจ WBC, RBC, HGB, HCT, PLT และใช้ค่า TEa จาก The European Society for External Quality Assessment (ESFEQA) สำหรับรายการตรวจ MCV

4. เลือกใช้กฎ Westgard rule ที่เหมาะสมจาก Normalized OPSpecs chart โดยการ plot ค่าของ normalized inaccuracy ลงบนแกน Y และค่าของ normalized imprecision ลงบนแกน X ของ Normalized OPSpecs chart ในการควบคุมคุณภาพในช่วงเดือนมิถุนายนถึงกรกฎาคม 2567

4.1) การหาค่า Normalized inaccuracy (y) โดยใช้สูตรดังนี้

$$\text{Normalized inaccuracy} = (\% \text{ bias} / \text{TEa}) \times 100$$

4.2) การหาค่า Normalized imprecision (x) โดยใช้สูตรดังนี้

$$\text{Normalized imprecision} = (\% \text{ CV} / \text{TEa}) \times 100$$

5. วิเคราะห์ข้อมูลและหาสาเหตุกรณีค่า Sigma metric ต่ำกว่า 4 พร้อมหาแนวทางแก้ไขในการควบคุมคุณภาพในช่วงเดือนสิงหาคมถึงกันยายน 2567

6. การศึกษาเปรียบเทียบการใช้ Sigma metric quality control planning และ Traditional 2SD quality control ในการควบคุมคุณภาพในช่วงเดือนตุลาคมถึงพฤศจิกายน 2567

ผลการวิจัย

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการควบคุมคุณภาพภายในของเครื่องตรวจวิเคราะห์เม็ดเลือดอัตโนมัติ ในช่วงระยะเวลาเดือนมิถุนายนถึงกรกฎาคม 2567 ผลการคำนวณหาค่า % CV (precision) ทุกรายการตรวจวิเคราะห์ พบว่า ค่า % CV ของ WBC, RBC, HGB, HCT, MCV และ PLT ของเครื่อง Mindray BC-6200 (unit 1) เท่ากับ 2.47, 1.27, 1.16, 1.41, 0.53 และ 4.3 ตามลำดับ และของเครื่อง Mindray BC-6200 (unit 2) เท่ากับ 2.89, 1.27, 1.11, 1.26, 0.64 และ 4.85 ตามลำดับ

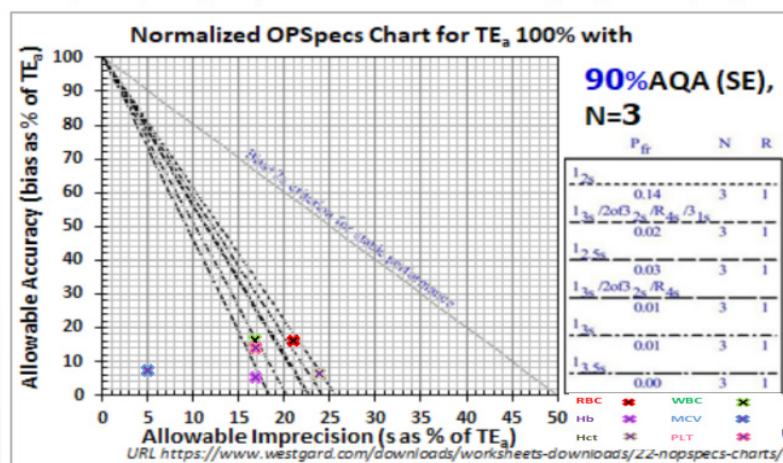
จากผลการประเมินคุณภาพโดยองค์กรภายนอกห้องปฏิบัติการ (EQA) นำค่า % Bias (inaccuracy) ทั้งหมด 3 รอบติดต่อกัน จำนวน 6 ผลการทดสอบ มาทำการหาค่าเฉลี่ย พบว่า ค่าเฉลี่ย % Bias (% Average bias) ของ WBC, RBC, HGB, HCT, MCV และ PLT ของเครื่อง Mindray BC-6200 (unit 1) เท่ากับ 2.35, 0.97, 0.36, 0.43, 0.75 และ 3.46 ตามลำดับ และของเครื่อง Mindray BC-6200 (unit 2) เท่ากับ 0.88, 1.41, 0.63, 1.97, 1.35 และ 8.37 ตามลำดับ

จากนั้นนำค่าเฉลี่ย %Bias, ค่าเฉลี่ย %CV และ %TEa ทั้งหมดมาคำนวณค่า Six-sigma จะได้ค่า Six-sigma ดังนี้ WBC, RBC, HGB, HCT, MCV และ PLT ของเครื่อง Mindray BC-6200 (unit 1) เท่ากับ 5.11, 3.97, 5.74, 3.95, 17.32 และ 5 ตามลำดับ และของเครื่อง Mindray BC-6200 (unit 2) เท่ากับ 4.88, 3.61, 5.74, 3.19, 13.44 และ 3.43 ตามลำดับ แสดงข้อมูลดังตารางที่ 1 นำมาวางแผนการควบคุมคุณภาพ (Quality Control Planning) โดยใช้ Normalized OPSpecs Chart แสดงดังรูปที่ 1, 2A และ 2B หลังจากที่ได้ OPSpecs Chart ของแต่ละ parameter แล้วจะเป็นการตัดสินใจเพื่อการควบคุมคุณภาพต่อไป

ตารางที่ 1 ข้อมูลผลการศึกษา Sigma metric quality control planning ของการตรวจวิเคราะห์ความสมบูรณ์ของเลือด (CBC) ในเครื่อง Mindray BC-6200 เดือนมิถุนายนถึงกรกฎาคม 2567

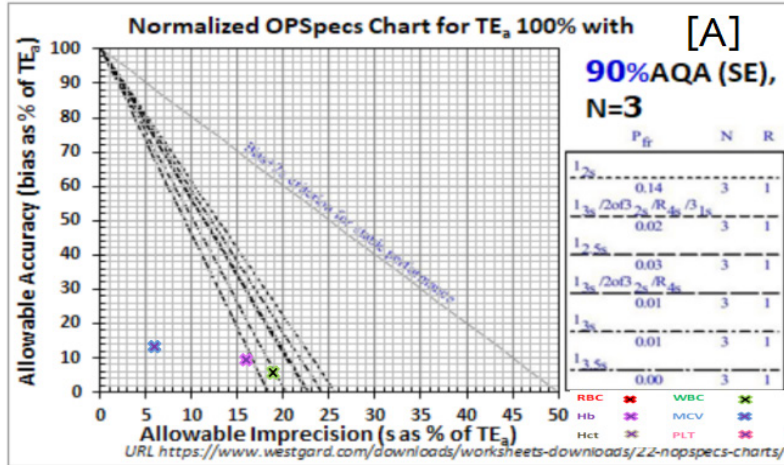
Parameters	% TEa	Average % Bias	Average % CV	ระดับ Sigma	การวางแผนการควบคุมใช้ Control rule	Reference TEa
Mindray BC-6200 (unit 1)						
WBC	15	2.35	2.47	5.11	1 _{3s} , Pfr< 0.01, N=3, R=1	CLIA
RBC	6	0.97	1.27	3.97	1 _{2s} , Pfr< 0.14, N=3, R=1	CLIA
HGB	7	0.36	1.16	5.74	1 _{3.5s} , Pfr= 0.00, N=3, R=1	CLIA
HCT	6	0.43	1.41	3.95	1 _{2s} , Pfr< 0.14, N=3, R=1	CLIA
MCV	10	0.75	0.53	17.32	1 _{3.5s} , Pfr= 0.00, N=3, R=1	ESFEQA
PLT	25	3.46	4.3	5	1 _{3s} , Pfr< 0.01, N=3, R=1	CLIA
Mindray BC-6200 (unit 2)						
WBC	15	0.88	2.89	4.88	1 _{3s} , Pfr< 0.01, N=3, R=1	CLIA
RBC	6	1.41	1.27	3.61	1 _{3.5s} , 2of3 _{2s} , R _{4s} , Pfr< 0.01, N=3, R=1	CLIA
HGB	7	0.63	1.11	5.74	1 _{3.5s} , Pfr= 0.00, N=3, R=1	CLIA
HCT	6	1.97	1.26	3.19	1 _{2s} , Pfr< 0.14, N=3, R=1	CLIA
MCV	10	1.35	0.64	13.44	1 _{3.5s} , Pfr= 0.00, N=3, R=1	ESFEQA
PLT	25	8.37	4.85	3.43	1 _{2.5s} , Pfr< 0.03, N=3, R=1	CLIA
WBC	15	0.88	2.89	4.88	1 _{3s} , Pfr< 0.01, N=3, R=1	CLIA

Summary of Quality Planning : Complete Blood Count from Automate Hematology Analyzer BC-6200 (unit 1) ปี 2024

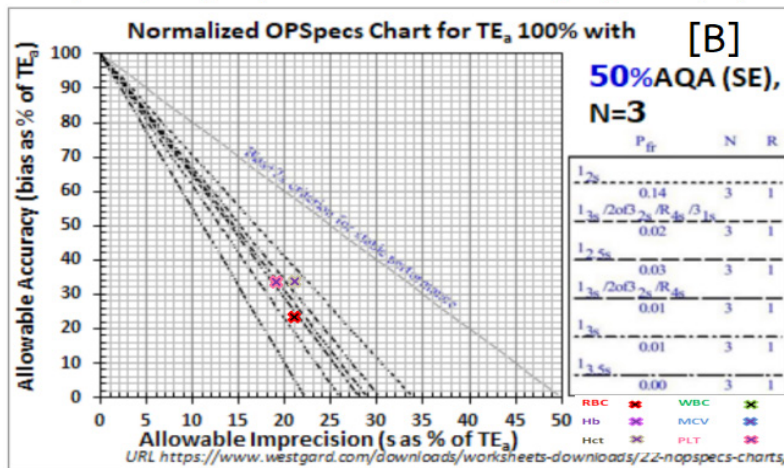


รูปที่ 1 OPSpecs Chart ของ เครื่อง Mindray BC-6200 (unit 1) เดือนมิถุนายนถึงกรกฎาคม 2567

Summary of Quality Planning : Complete Blood Count from Automate Hematology Analyzer BC-6200 (unit 2) ปี 2024



Summary of Quality Planning : Complete Blood Count from Automate Hematology Analyzer BC-6200 (unit 2) ปี 2024



รูปที่ 2A, 2B OPSpecs Chart ของเครื่อง Mindray BC-6200 (unit 2) เดือนมิถุนายนถึงกรกฎาคม 2567

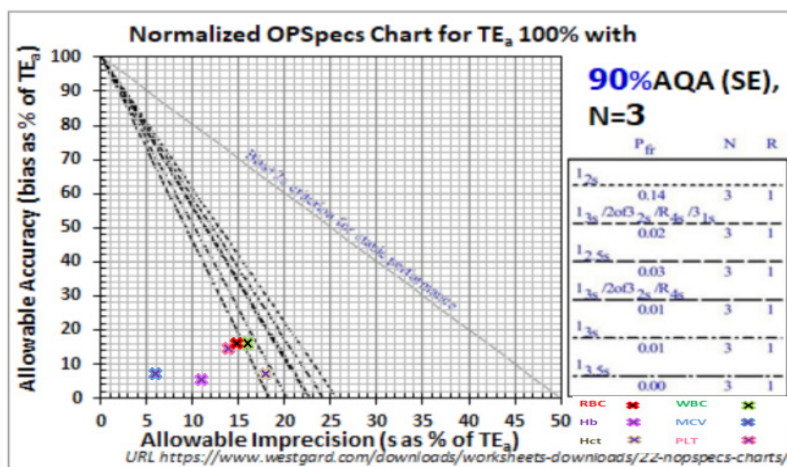
ผลการควบคุมคุณภาพในช่วงเดือนมิถุนายนถึงกรกฎาคม 2567 เมื่อคำนวณหาค่า Sigma metric และเลือกกฎที่ใช้สำหรับการควบคุมคุณภาพแล้ว ในรายการตรวจที่มีค่า Sigma metric น้อยกว่า 4 ได้นำมาหาสาเหตุและแนวทางแก้ไขในการควบคุมคุณภาพ ซึ่งพบว่าการควบคุมคุณภาพภายในตั้งแต่เดือนสิงหาคมถึงกันยายน 2567 ผลการคำนวณหาค่า % CV (precision) ทุกรายการตรวจวิเคราะห์ พบว่า ค่า % CV ของ WBC, RBC, HGB, HCT, MCV และ PLT ของเครื่อง Mindray BC-6200 (unit 1) เท่ากับ 2.36, 0.89, 0.79, 1.1, 0.6 และ 3.55 ตามลำดับ และของเครื่อง Mindray BC-6200 (unit 2) เท่ากับ 2.24, 1.25, 0.89, 1.26, 0.7 และ 3.59

จากนั้นนำค่าเฉลี่ย %Bias, ค่าเฉลี่ย %CV และ %TEa ทั้งหมดมาคำนวณค่า Six-sigma จะได้ค่า Six-sigma ดังนี้ WBC, RBC, HGB, HCT, MCV และ PLT ของเครื่อง Mindray BC-6200 (unit 1) เท่ากับ 5.35, 5.64, 8.44, 5.07, 15.47 และ 6.06 ตามลำดับ และของเครื่อง Mindray BC-6200 (unit 2) เท่ากับ 6.29, 3.67, 7.16, 3.2, 12.39 และ 4.63 ตามลำดับ แสดงข้อมูลดังตารางที่ 2 นำมาวางแผนการควบคุมคุณภาพ (Quality Control Planning) โดยใช้ Normalized OPSpecs Chart แสดงดังรูปที่ 3, 4A และ 4B หลังจากที่ได้ OPSpecs Chart ของแต่ละ parameter แล้วจะเป็นการตัดสินใจเพื่อการควบคุมคุณภาพต่อไป

ตารางที่ 2 ข้อมูลผลการศึกษา Sigma metric quality control planning ของการตรวจวิเคราะห์ความสมบูรณ์ของเลือด (CBC) ในเครื่อง Mindray BC-6200 เดือนสิงหาคมถึงกันยายน 2567

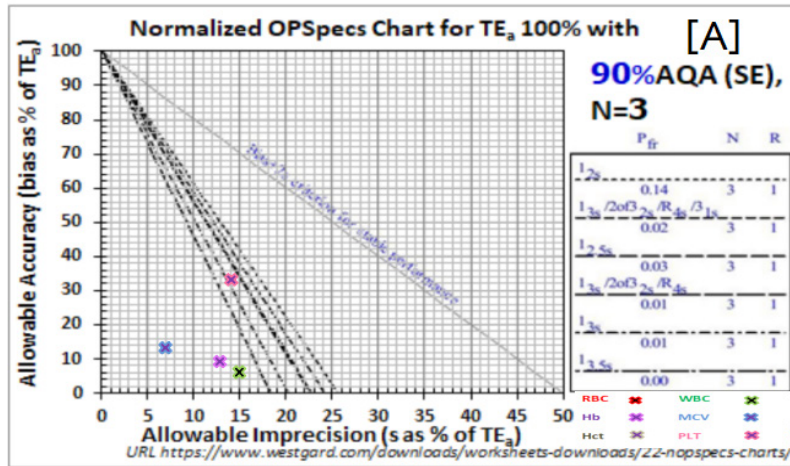
Parameters	% TEa	Average % Bias	Average % CV	ระดับ Sigma	การวางแผนการควบคุมใช้ Control rule	Reference TEa
Mindray BC-6200 (unit 1)						
WBC	15	2.35	2.36	5.35	1 _{3s} , Pfr< 0.01, N=3, R=1	CLIA
RBC	6	0.97	0.89	5.64	1 _{3.5s} , Pfr= 0.00, N=3, R=1	CLIA
HGB	7	0.36	0.79	8.44	1 _{3.5s} , Pfr= 0.00, N=3, R=1	CLIA
HCT	6	0.43	1.1	5.07	1 _{3s} , Pfr< 0.01, N=3, R=1	CLIA
MCV	10	0.75	0.6	15.47	1 _{3.5s} , Pfr= 0.00, N=3, R=1	ESFEQA
PLT	25	3.46	3.55	6.06	1 _{3.5s} , Pfr= 0.00, N=3, R=1	CLIA
WBC	15	0.88	2.24	6.29	1 _{3.5s} , Pfr= 0.00, N=3, R=1	CLIA
RBC	6	1.41	1.25	3.67	1 _{3.5s} , 2of3 _{2s} , R _{4s} Pfr< 0.01, N=3, R=1	CLIA
HGB	7	0.63	0.89	7.16	1 _{3.5s} , Pfr= 0.00, N=3, R=1	CLIA
HCT	6	1.97	1.26	3.2	1 _{2s} , Pfr< 0.14, N=3, R=1	CLIA
MCV	10	1.35	0.7	12.39	1 _{3.5s} , Pfr= 0.00, N=3, R=1	ESFEQA
PLT	25	8.37	3.59	4.63	1 _{3.5s} , 2of3 _{2s} , R _{4s} Pfr< 0.01, N=3, R=1	CLIA

Summary of Quality Planning : Complete Blood Count from Automate Hematology Analyzer BC-6200 (unit 1) ปี 2024

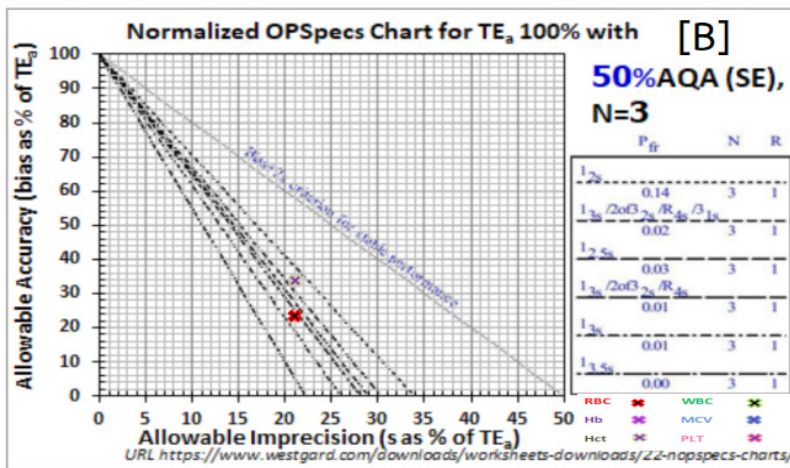


รูปที่ 3 OPSpecs Chart ของ เครื่อง Mindray BC-6200 (unit 1) เดือนสิงหาคมถึงกันยายน 2567

Summary of Quality Planning : Complete Blood Count from Automate Hematology Analyzer BC-6200 (unit 2) ปี 2024



Summary of Quality Planning : Complete Blood Count from Automate Hematology Analyzer BC-6200 (unit 2) ปี 2024



รูปที่ 4A, 4B OPSpecs Chart ของ เครื่อง Mindray BC-6200 (unit 2) เดือนสิงหาคมถึงกันยายน 2567

เมื่อศึกษาเปรียบเทียบจำนวนการออกนอกการควบคุม (out of control) จากวิธีการควบคุมคุณภาพโดยใช้ Sigma metric quality control planning และ Traditional 2SD quality control ตั้งแต่เดือนตุลาคมถึงพฤศจิกายน 2567 พบว่าการควบคุมคุณภาพโดยใช้ Sigma metric จะสามารถลดขั้นตอนการทำการควบคุมคุณภาพภายในได้ เมื่อเทียบกับวิธี Traditional 2SD ในแต่ละรายการตรวจ โดยเครื่อง Mindray BC-6200

(unit 1) พบว่า WBC, RBC, HGB, HCT, MCV และ PLT มีจำนวนที่ออกนอกการควบคุมคุณภาพด้วยวิธี Traditional 2SD ที่มากกว่าเมื่อการควบคุมคุณภาพด้วยวิธี Sigma metric ส่วนเครื่อง Mindray BC-6200 (unit 2) พบว่า WBC, RBC, HGB, MCV และ PLT มีจำนวนที่ออกนอกการควบคุมคุณภาพด้วยวิธี Traditional 2SD ที่มากกว่าเมื่อการควบคุมคุณภาพด้วยวิธี Sigma metric แสดงข้อมูลดังในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ข้อมูลเปรียบเทียบผลการศึกษาการออกนอกการควบคุม (out of control) ของการควบคุมคุณภาพการตรวจวิเคราะห์ความสมบูรณ์ของเลือด เดือนตุลาคมถึงพฤศจิกายน 2567

Test	Mindray BC-6200 (unit 1)		Mindray BC-6200 (unit 2)	
	Traditional 2SD	Sigma metric	Traditional 2SD	Sigma metric
	จำนวนนอกการควบคุม	จำนวนนอกการควบคุม	จำนวนนอกการควบคุม	จำนวนนอกการควบคุม
WBC	13	0	7	0
RBC	7	0	10	2
HGB	9	0	13	0
HCT	6	1	4	4
MCV	18	0	13	0
PLT	11	0	10	1

อภิปรายผลและวิจารณ์

การนำแนวคิด Six Sigma มาประยุกต์ใช้ในการควบคุมคุณภาพห้องปฏิบัติการ โดยใช้ค่า Sigma metric ของแต่ละรายการในการตรวจวิเคราะห์ CBC เป็นตัวชี้วัดความสามารถของเครื่องตรวจวิเคราะห์เม็ดเลือดอัตโนมัติ หากค่า Sigma metric สูงแสดงว่าเครื่องมีความสามารถในการตรวจวิเคราะห์ดี ความผิดพลาดต่ำ แต่หากต่ำ แสดงว่ามีความผิดพลาดสูง การควบคุมคุณภาพทั้งด้าน Precision และ Accuracy จึงสำคัญในการวางแผนควบคุมคุณภาพ การเลือก control rules และจำนวนสารควบคุม (N) ต้องยึดหลักการตรวจจับความผิดพลาดสูง ($P_{ed} \geq 90\%$) และผลเดือนลงต่ำ ($P_{fr} < 5\%$) ห้องปฏิบัติการควรตั้งเป้าหมาย Sigma อย่างน้อย 4 sigma และหากค่า Sigma ต่ำ ควรวิเคราะห์หาสาเหตุและปรับปรุงคุณภาพเครื่องมือให้ดีขึ้น⁽⁹⁾

การประเมินคุณภาพการตรวจวิเคราะห์จากการควบคุมคุณภาพโดย ค่า Sigma metric ของแต่ละรายการทดสอบทางโลหิตวิทยาด้วยเครื่องตรวจวิเคราะห์เม็ดเลือดอัตโนมัติ ตั้งแต่เดือนมิถุนายนถึงกรกฎาคม พ.ศ. 2567 ของเครื่อง Mindray BC-6200 (unit 1) ดังนั้นค่า Sigma metric มากกว่า 6 (คิดเป็นร้อยละ 16.7) คือ

MCV แสดงถึงความสามารถในการตรวจวิเคราะห์ในระดับดีเลิศ (world class performance), ค่า Sigma metric 5 – 5.9 (คิดเป็นร้อยละ 50) คือ WBC, HGB และ PLT แสดงถึงความสามารถในการตรวจวิเคราะห์ในระดับดีเยี่ยม (excellent performance), ค่า Sigma metric น้อยกว่า 4 (คิดเป็นร้อยละ 33.3) คือ RBC และ HCT แสดงถึงความสามารถในการตรวจวิเคราะห์ในระดับปานกลาง (marginal performance) ส่วนผลเครื่อง Mindray BC-6200 (unit 2) ดังนั้น ค่า Sigma metric มากกว่า 6 (คิดเป็นร้อยละ 16.7) คือ MCV แสดงถึงความสามารถในการตรวจวิเคราะห์ในระดับดีเลิศ (world class performance), ค่า Sigma metric 5 – 5.9 (คิดเป็นร้อยละ 16.7) คือ HGB แสดงถึงความสามารถในการตรวจวิเคราะห์ในระดับดีเยี่ยม (excellent performance), ค่า Sigma metric 4 – 4.9 (คิดเป็นร้อยละ 16.7) คือ WBC แสดงถึงความสามารถในการตรวจวิเคราะห์ในระดับดี (good performance), ค่า Sigma metric น้อยกว่า 4 (คิดเป็นร้อยละ 50) คือ RBC, HCT และ PLT แสดงถึงความสามารถในการตรวจวิเคราะห์ในระดับปานกลาง (marginal performance)

ในกรณีที่ว่า Sigma metric น้อยกว่า 4 ควรใช้กฎควบคุมคุณภาพที่เข้มงวดและเพิ่มจำนวนครั้งในการตรวจสอบควบคุมคุณภาพ^(10,11) เพื่อวางแผนการทำงานอย่างรัดกุม ห้องปฏิบัติการต้องตรวจสอบว่าเกิดความผิดพลาดแบบสุ่ม (random error) หรือแบบระบบ (systemic error) ซึ่งการแก้ไขจะแตกต่างกัน โดยที่ systemic error เป็นปัญหาหลักในเครื่องอัตโนมัติ ส่วน random error สามารถควบคุมได้ดีโดยผู้ใช้งาน สาเหตุของ systemic error ได้แก่ สารมาตรฐาน (calibrators), น้ำยาตรวจวิเคราะห์ (reagents), การเปลี่ยน lot น้ำยา และการเปลี่ยนอะไหล่เครื่อง⁽¹²⁾

การวิเคราะห์หาสาเหตุและแนวทางแก้ไขเพื่อพัฒนาการควบคุมคุณภาพในช่วงเดือนมิถุนายนถึงกรกฎาคม พ.ศ. 2567 ในรายการตรวจที่ Sigma metrics น้อยกว่า 4 พบว่า เครื่อง Mindray BC-6200 (unit 1) มี 2 รายการทดสอบ คือ RBC และ HCT ส่วนเครื่อง Mindray BC-6200 (unit 2) มี 3 รายการทดสอบ คือ RBC, HCT และ PLT ได้ทบทวนหาสาเหตุและแนวทางแก้ไขเพื่อให้ได้ผลดีขึ้นในการพัฒนา Sigma metrics โดยเฉพาะการทำ IQC ที่มีการทำโดยมีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานหลายคนหมุนเวียนกัน ทำให้พบว่ารายการทดสอบดังกล่าวมีค่า %CV ที่ค่อนข้างสูง และยังมี %Bias ที่สูงด้วย จึงทำให้การคำนวณค่า Sigma metrics ได้ค่าต่ำ เป็นเหตุให้ต้องทบทวนขั้นตอนการดำเนินการทั้งทางด้าน Precision และ Accuracy รวมทั้งปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญของเครื่องตรวจวิเคราะห์ ตามข้อสรุปในการดำเนินการที่อาจมีผลกระทบต่อกระบวนการควบคุมคุณภาพ ดังต่อไปนี้ ทบทวนขั้นตอนการเตรียมและทดสอบการควบคุมคุณภาพ (IQC) และสรุปเป็นแนวทางเพื่อให้เจ้าหน้าที่ทุกคนปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน ดังนี้ เมื่อนำสารควบคุมคุณภาพสำหรับทำ IQC ออกจากตู้เย็น ต้องวางในอุณหภูมิห้องนาน 15 นาที จากนั้นผสมด้วยการหมุนด้วยฝ่ามือ (Rotate) ประมาณ 20 วินาที และผสมด้วยการพลิกหลอดกลับขึ้นลง (Invert) เบาๆ ประมาณ 8-10 ครั้ง เพื่อให้สารควบคุมคุณภาพผสมเข้ากันดี เมื่อทำการทดสอบเรียบร้อยแล้ว ก่อนเก็บให้ผสมอีก 5 ครั้ง การเก็บในตู้เย็นต้องเก็บแบบตั้งหลอดขึ้น ห้ามนอนหลอดเนื่องจากเวลาผสม

จะเข้ากันได้ยาก และสารควบคุมคุณภาพที่ใช้ต้องไม่หมดอายุ โดยจะหมดอายุหลังจากเปิดใช้งาน 15 วัน, ขั้นตอนการเตรียมและทดสอบ EQA ดังนี้ เมื่อนำสารควบคุมคุณภาพสำหรับทำ EQA ออกจากตู้เย็น ต้องวางในอุณหภูมิห้องนาน 15-20 นาที จากนั้นหมุนด้วยฝ่ามือ 15 วินาที เพื่อให้สารควบคุมคุณภาพผสมเข้ากัน แล้วจึงทำการทดสอบ, ทบทวนการแก้ไขสิ่งไม่สอดคล้องกับข้อกำหนดเมื่อค่า IQC ออกนอกช่วงที่กำหนด หรือ EQA ไม่อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับ, มีการตรวจสอบและ update lot control ให้ถูกต้องตรงกันทุกครั้ง, ทำการบำรุงรักษาเครื่องมือ (maintenance) อย่างสม่ำเสมอ ทั้งประจำวัน, ประจำสัปดาห์ และประจำเดือน รวมทั้งทำ preventive maintenance อย่างเคร่งครัดตามเอกสารของเครื่องตรวจวิเคราะห์

จากนั้นเมื่อได้ทำการประเมินการควบคุมคุณภาพ โดย ค่า Sigma metric ของแต่ละรายการทดสอบทางโลหิตวิทยาด้วยเครื่องตรวจวิเคราะห์เม็ดเลือดอัตโนมัติ ตั้งแต่เดือนสิงหาคมถึงกันยายน 2567 ของเครื่อง Mindray BC-6200 (unit 1) พบว่า ค่า Sigma metric มากกว่า 6 คือ HGB, MCV และ PLT (คิดเป็นร้อยละ 50) แสดงถึงความสามารถในการตรวจวิเคราะห์ในระดับดีเลิศ (world class performance), ค่า Sigma metric 5 – 5.9 คือ WBC, RBC และ HCT (คิดเป็นร้อยละ 50) แสดงถึงความสามารถในการตรวจวิเคราะห์ในระดับดีเยี่ยม (excellent performance) ส่วนผลเครื่อง Mindray BC-6200 (unit 2) พบว่า ค่า Sigma metric มากกว่า 6 (คิดเป็นร้อยละ 50) คือ WBC, HGB และ MCV แสดงถึงความสามารถในการตรวจวิเคราะห์ในระดับดีเลิศ (world class performance), ค่า Sigma metric 4 – 4.9 (คิดเป็นร้อยละ 16.7) คือ PLT แสดงถึงความสามารถในการตรวจวิเคราะห์ในระดับดี (good performance), ค่า Sigma metric น้อยกว่า 4 (คิดเป็นร้อยละ 33.3) คือ RBC และ HCT แสดงถึงความสามารถในการตรวจวิเคราะห์ในระดับปานกลาง (marginal performance)

จะเห็นได้ว่า เมื่อทำการพัฒนาในรายการตรวจที่มี Sigma metric น้อยกว่า 4 ให้มี Sigma metric เพิ่มขึ้น โดยเครื่อง Mindray BC-6200 (unit 1) เพิ่มขึ้น

2 รายการทดสอบ คิดเป็นร้อยละ 50 ส่วนเครื่อง Mindray BC-6200 (unit 2) เพิ่มขึ้น 1 รายการทดสอบ คิดเป็นร้อยละ 33.3 ซึ่งทำให้การควบคุมคุณภาพง่ายขึ้น โดยสามารถเลือกใช้กฎที่ง่ายและยืดหยุ่นสูง ทำให้สะดวกและง่ายต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรในห้องปฏิบัติการ แต่ทางห้องปฏิบัติการยังพบปัญหาในรายการตรวจ RBC และ HCT ของเครื่อง Mindray BC-6200 (unit 2) ซึ่งพบว่า % CV และ %Bias ยังค่อนข้างสูงอยู่ จึงต้องทำการพัฒนาการควบคุมคุณภาพต่อไป

การศึกษาเปรียบเทียบจำนวนการออกนอกการควบคุม (out of control) จากวิธีการควบคุมคุณภาพ โดยใช้ Sigma metric quality control planning และ Traditional 2SD quality control สามารถลดขั้นตอนการทำการควบคุมคุณภาพภายในได้ เมื่อเทียบกับวิธี Traditional 2SD เนื่องจากข้อจำกัดการใช้ Traditional 2SD คือ เป็นกฎที่มีโอกาสตรวจพบความผิดพลาดได้สูง และขณะเดียวกันก็ทำให้เกิดการเตือนลงได้สูงด้วย⁽¹³⁾ ซึ่งเมื่อเทียบกับ Sigma metric หากรายการใดมีค่า Sigma metric ที่สูงจะสามารถเลือกกฎที่นำมาใช้ในการควบคุมคุณภาพที่ง่าย และมีความยืดหยุ่นสูง สามารถตรวจจับความคลาดเคลื่อนที่สูง และลดการเกิดการนอกการ

ควบคุม (out of control) ที่เกิดจากความคลาดเคลื่อนแบบสุ่ม ทำให้ลดภาระในขั้นตอนการควบคุมคุณภาพ และยังลดความเสี่ยงจากวิธีผิดพลาดของวิธีวิเคราะห์

ดังนั้นการพัฒนาการควบคุมคุณภาพโดยการประยุกต์ใช้ Sigma metric ในการควบคุมคุณภาพห้องปฏิบัติการช่วยประเมินความสามารถในการตรวจวิเคราะห์ โดยรายการทดสอบที่มีค่า Sigma metric สูงแสดงถึงคุณภาพดีและความผิดพลาดต่ำ ซึ่งสามารถเลือกใช้กฎที่มีความเข้มงวดต่ำได้ การประยุกต์ใช้ Sigma metric ช่วยให้ห้องปฏิบัติการเลือกกฎที่เหมาะสมและยืดหยุ่น ลดภาระงานบุคลากร และช่วยประหยัดงบประมาณในการทดสอบสารควบคุมคุณภาพ⁽¹⁴⁾ รวมถึงลดค่าใช้จ่ายในการทดสอบซ้ำและเพิ่มความเชื่อมั่นให้ผู้ใช้บริการ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ๕๐ พรรษามหาชิริาลงกรณ นักเทคนิคการแพทย์และเจ้าหน้าที่กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก ที่ให้การสนับสนุนและอนุญาตในการนำข้อมูลมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กุลนารี สิริสาธา. **The vital prerequisite of hematology laboratory quality control: Know why + Know how.** กรุงเทพฯ: โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาบุคลากรทางห้องปฏิบัติการเวชศาสตร์ชั้นสูง; 2555.
2. Westgard JO, Westgard Rules and multirules [Internet]. Wisconsin: Paulo Pereira; 2019; [cited 2020 Jan 20]. Available from: <http://www.westgard.com/multirule.htm>
3. ทศนีย์ สิริธัญญ์สกุล. การประเมินความสามารถของห้องปฏิบัติการโลหิตวิทยาและเคมีคลินิกของโรงพยาบาลตรัง ด้วย Six Sigma Metric. วารสารเทคนิคการแพทย์ 2561;46(1):6349-74.
4. Thipchatyothin N. The planning of quality and the using control rules for the actual use of internal quality control in routine hematological analysis at Central Medical Laboratory Department, BMA General Hospital, Bangkok. J Med Tech Assoc Thai 2011; 39: 3789-98.
5. Westgard JO.,Carey R.N. and Wold S. Criteria for judging precision and accuracy in method development and evaluation. Clin Chem 1974; 20: 825-833
6. Kumar BV, Mohan T. Sigma metrics as a tool for evaluating the performance of internal quality control in clinical chemistry laboratory. J Lab Physicians. 2018 Apr-Jun;10(2):194-199.
7. Westgard JO, Westgard SA. The quality of Laboratory testing today: an assessment of metrics for analytical quality using performance data from proficiency testing surveys and the CLIA criteria for acceptable performance. Am J ClinPathol 2006; 125: 343-54.
8. CLIA proficiency testing criteria for acceptable analytical performance, as printed in the federal Register February 28, 1992; 57(40) : 7002-186. These guide-line for acceptable performance can be used as Analytical Quality Requirements in the Westgard QC Design and Planning process. <http://www.westgard.com/clia.htm>
9. ยุพาพิน อ้นทอง, เบญจวรรณ รุ่งเรือง, พลากร พุทธิรักษ์. การประเมินประสิทธิภาพและการวางแผนการควบคุมคุณภาพของเครื่องตรวจวิเคราะห์ที่นับเซลล์เม็ดเลือดโดยใช้ Sigma Metric ในห้องปฏิบัติการหน่วยโลหิตวิทยา โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จังหวัดปทุมธานี. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2559; 24(4):661-72.
10. กาญจนา กิจบุรณะ. การวางแผนการควบคุมคุณภาพเพื่อประเมินความสามารถของห้องปฏิบัติการเคมีคลินิกกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. วารสารเทคนิคการแพทย์ 2556; 41: 4576-87.
11. สุมณฑา สุผล. การวางแผนควบคุมคุณภาพในห้องปฏิบัติการโลหิตวิทยา คลินิกโดยใช้ Sigma Metric และ OPSpecs Chart. J Med Tech Assoc Thailand 2559;44(2):5608-19.
12. Westgard O. Quality Control: How Labs Can Apply Six Sigma Principles To Quality Control Planning. Clinical Laboratory News January 2006; 10-12
13. สุดารัตน์ มโนเชียวพินิจ, โสภณ สิริสาธา , กุลนารี สิริสาธา. Analytical Performance Verification. กรุงเทพฯ: บริษัท เอช.ที.พี.เพรส. จำกัด; 2554.
14. ศรันภัสร์ ขาวงามเดชาวัฒน์ และพีไลวรรณ ศิริพฤกษ์พงษ์. ประสิทธิภาพของ QC Procedure ที่ได้จากการใช้ OPSpec Chart และ Sigma Metric QC Planing Tool. วารสารเทคนิคการแพทย์ 2556; 41(2):4548-63.

การวิเคราะห์สาเหตุการคืนยา และการพัฒนาแนวทางการจัดการด้านยา ที่มีมูลค่าคืนยาสูงของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี กรณีศึกษา: ยารักษาโรคสมองและลมชัก

Analysis of causes of drug return and developing guidelines
for the management of medicines with high return value
of the Sunpasitthiprasong Hospital, Ubon Ratchathani Province :
a case study of neurological and antiepileptic medication

ธัญพร มณีนิล

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

บทคัดย่อ

ยาเหลือใช้เป็นปัญหาในระบบบริหารจัดการด้านยาที่ส่งผลกระทบต่องบประมาณ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ได้ขอรับยาเหลือใช้โดยให้ผู้ป่วยนำมาคืนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 และพบว่าปริมาณและมูลค่ายาคืนที่เพิ่มมากขึ้น ยาคืนส่วนใหญ่เป็นยารักษาโรคสมองและลมชักซึ่งมีราคาแพง การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สาเหตุการคืนยากลุ่มรักษาโรคสมองและลมชัก และพัฒนาแนวทางการบริหาร การสั่งใช้ยา และการจ่ายยาเพื่อป้องกันปัญหาหาเหลือใช้ รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ แบ่งการวิจัยเป็น 3 ระยะ และใช้เทคนิคการวิจัยเชิงคุณภาพ ได้แก่ การสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่นำยามาคืนที่โรงพยาบาล 30 คนด้วยแบบสอบถาม กึ่งโครงสร้าง และการสนทนากลุ่ม แพทย์ เภสัชกร เพื่อพัฒนาแนวทางการให้บริการ ทำการวิจัยระหว่างตุลาคม 2564 ถึงตุลาคม 2567 ผลการศึกษา พบว่า ระยะที่ 1 กลุ่มตัวอย่างนำยามาคืน คิดเป็นมูลค่า 141,765.5 บาท โดยผู้ป่วยสิทธิเบิกได้มีมูลค่ายาคืนสูงสุด สาเหตุหลักของการคืนยา คือ การได้รับยาเกินวันนัด การได้ยาซ้ำซ้อน ผู้ป่วยเสียชีวิต และผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการใช้ยา ระยะที่ 2 จัดการสนทนากลุ่มของแพทย์และเภสัชกร และพัฒนาแนวทางการบริหารจัดการด้านยา ได้แก่ การให้เภสัชกร

ตรวจสอบปริมาณยาเหลือและจ่ายยาในปริมาณตามที่แพทย์นัด แก้ปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา เป็นต้น ระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์ พบว่า การตรวจสอบปริมาณยาเหลือและจ่ายยาในปริมาณตามที่แพทย์นัด โดยเภสัชกรระหว่างมกราคม ถึง ตุลาคม 2567 สามารถป้องกันการจ่ายยาเกินให้แก่ผู้ป่วยคิดเป็นมูลค่า 275,231.88 บาท

Abstract

Leftover medicine is a problem in the pharmaceutical management system that impacts the budget. The Sunpasitthiprasong Hospital, Ubon Ratchathani Province has been requesting patients to return leftover medicines since 2015, and it has been found that the volume and value of returned medications are increasing. Most of the returned medications are for treating neurological diseases and epilepsy, which are expensive. This research aims to analyze the causes of returning medications for neurological and epilepsy treatments and to

develop strategies for drug management, prescription, and dispensing to prevent the issue of leftover medications. The research is an action research study divided into three phases, using qualitative research techniques, including semi-structured interviews with 30 patients who returned medications to the hospital and focus group discussions with doctors and pharmacists to develop service guidelines. The research was conducted from October 2021 to October 2024. The results showed that in Phase 1, the total value of returned medications was 141,765.5 baht, with patients under the reimbursement scheme returning the highest value of medications. The main reasons for returning medications were receiving excessive medications for the appointment date, receiving duplicate medications, patient death, and non-compliance with medication usage. In Phase 2, focus group discussions with doctors and pharmacists were held to develop strategies for pharmaceutical management, including having pharmacists check the remaining medication quantities and dispense medications according to the doctor's appointment schedule, as well as addressing non-compliance with medication use. In Phase 3, the outcome evaluation found that from January to October 2024, having pharmacists verify the remaining medication quantities and dispensing medications according to the doctor's appointment schedule prevented excess medication distribution to patients, amounting to a value of 275,231.88 baht.

คำสำคัญ : ยาเหลือใช้, การคืนยา, สาเหตุ, การจัดการด้านยา

Keywords : leftover medicine, drug return, cause, drug management

บทนำ

ยาเหลือใช้ เป็นปัญหาสำคัญที่กระทบต่อระบบสาธารณสุข ทั้งด้านมูลค่าความสูญเสียด้านยา¹⁻³ ปัญหาด้านความไม่ร่วมมือในการใช้ยาที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ในการรักษาด้วยยา⁴⁻⁵ รวมถึงผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมจากการกำจัดยาด้วยวิธีการที่ไม่เหมาะสม⁶⁻⁸ ปัญหาดังกล่าวได้รับความสนใจจากหลากหลายประเทศทั่วโลก ทั้งในทวีปยุโรป⁹ ออสเตรเลีย² แอฟริกา⁶ และเอเชีย¹⁰ ในประเทศไทยมีการศึกษาปัญหายาเหลือใช้มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 โดย สุวรรณิ เจริญพิชิตนันท์³ ซึ่งได้ทำการวิเคราะห์ยาเหลือใช้จากยาที่ผู้ป่วยนำมาบริจาคที่โรงพยาบาลรัฐบาลแห่งหนึ่งเป็นระยะเวลา 3 เดือน พบว่ามีจำนวนยาเหลือใช้มากถึง 1,550 รายการ และมีมูลค่ารวม 140,202 บาท ในขณะที่พยอม วงศ์ภูวรักษ์ และคณะ¹¹ ได้ทำการสำรวจยาเหลือใช้ของประชาชนในจังหวัดสงขลา พบว่า สาเหตุหลักของการมียาเหลือใช้คือ ผู้ป่วยคิดว่าไม่จำเป็นต้องใช้ยาอีกต่อไปเนื่องจากไม่มีอาการหรือหายจากโรคแล้ว โรคที่เป็นไม่รุนแรง และไม่จำเป็นต้องใช้ยาให้หมด อีกทั้งผู้จ่ายยาไม่ได้ย้าว่าต้องใช้จนหมด และการศึกษาของพัทธรวิภา สุวรรณพรหม และคณะ¹² พบว่าจาก 281 ครั้วเรือนของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในอำเภอสนทราญ จังหวัดเชียงใหม่ มี 253 ครั้วเรือน (ร้อยละ 90.0) ที่มียาเหลือใช้ในครั้วเรือนคิดเป็นมูลค่า 51,391.69 บาท เพื่อแก้ไขปัญหายาเหลือใช้ของผู้ป่วยโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ได้ดำเนินการขอรับยาเหลือใช้ที่ผู้ป่วยนำมาคืนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 ซึ่งมีวิธีการดำเนินการรับยา และจัดการยาเหลือใช้ที่ได้รับบริจาคจากผู้ป่วย เช่น รับยาบริจาคจากผู้ป่วยและญาติ และดำเนินการคัดแยกยาไม่หมดอายุเพื่อนำกลับมาใช้ใหม่ หรือทิ้งทำลายหากไม่สามารถใช้ได้โดยในปีงบประมาณ 2562 และ 2563 พบว่า รายการยาคืนที่มีมูลค่าสูงสุด 10 อันดับแรกส่วนใหญ่เป็นยาในกลุ่มยารักษาโรคสมองและลมชัก ได้แก่ Entacapone, Levetiracetam เป็นต้น แม้การจัดการยาคืนจะเป็นผลดีที่สามารถประหยัดค่าใช้จ่ายด้านยาจากการนำยากลับมาใช้ใหม่ แต่ปริมาณและมูลค่ายาคืนที่เพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี อาจสะท้อนถึงปัญหาความร่วมมือในใช้ยาของผู้ป่วย หรือปัญหาในระบบการสั่งใช้ยา และการจ่ายยาของโรงพยาบาลเอง

วัตถุประสงค์

เพื่อวิเคราะห์สาเหตุการคืบคานที่มีมูลค่าคืบคานสูงกรณีศึกษาในกลุ่มยารักษาโรคสมอง และลมชักที่เหลื่อใช้ของผู้ป่วยให้แก่โรงพยาบาล และเพื่อพัฒนาแนวทางการบริหารจัดการยา การสั่งใช้ยา และการจ่ายยาในยากรักษาโรคสมองและลมชัก

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) แบ่งการวิจัยเป็น 3 ระยะ ได้แก่

ระยะ 1 วิเคราะห์สาเหตุการมียาเหลื่อใช้ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยหรือญาติ ที่นำยามาคืบคานในรายการยา กลุ่มโรคสมองและลมชัก ณ ห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก 1 โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ทำการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยการประมาณการค่าสัดส่วน ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยทำการสุ่มอย่างง่ายเพื่อเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถามกึ่งโครงสร้างที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ 2 ท่าน และเภสัชกร 1 ท่าน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม 2565 – มีนาคม 2565

ระยะ 2 การพัฒนาแนวทางการบริหารจัดการยา การสั่งใช้ยา และการจ่ายยา โดยการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) แพทย์ เภสัชกรที่เกี่ยวข้องกับการสั่งใช้ยา และการจ่ายยากรักษาโรคสมองและลมชัก จำนวน 5 คน โดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงใช้เวลาสนทนากลุ่ม 2.5 ชั่วโมง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ กรอบคำถามการสนทนาที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ 2 ท่าน และเภสัชกร 1 ท่าน ประเด็นการสนทนาประกอบด้วย สาเหตุของการมียาเหลื่อใช้ ข้อเสนอแนะในการพัฒนาการสั่งใช้ยา และการจ่ายยาเพื่อลดปัญหาการมียาเหลื่อใช้ ทำการสนทนากลุ่มในเดือนพฤษภาคม 2565 และพัฒนาแนวทางรวมถึงการ

ใช้แนวทางที่พัฒนาขึ้นระหว่างเดือนมิถุนายน 2565 ถึง ตุลาคม 2567

ระยะ 3 การประเมินผลลัพธ์การดำเนินงาน โดยการคำนวณมูลค่าการประหยัดได้จากการไม่จ่ายยาเกินวันนัดของแพทย์ ระหว่างเดือนมกราคม ถึงตุลาคม 2567 และการรายงานผลการดำเนินงานอื่นๆ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

ประเด็นทางจริยธรรม

การวิจัยนี้ได้ขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี วันที่รับรอง 9 ธันวาคม 2564 รหัสโครงการ 072/64 S

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 สถานการณ์และสาเหตุของปัญหาการคืบคานในกลุ่มรักษาโรคสมอง และลมชักของผู้ป่วย โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

1.1 ปริมาณยาและมูลค่ายาคืบคาน

จากการเก็บข้อมูลผู้เข้าร่วมวิจัย จำนวน 30 คน โดยการสัมภาษณ์ ระหว่างเดือนมกราคม – มีนาคม 2565 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้นำยามาคืบคานส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 22 คน (ร้อยละ 73.3) มีอายุระหว่าง 21-70 ปี แบ่งเป็นญาติผู้ป่วย 16 คน (ร้อยละ 53.3) และเป็นผู้ป่วยเอง 14 คน (ร้อยละ 46.7) เป็นยาของผู้ป่วยที่มีสิทธิการรักษาพยาบาล ดังนี้ สิทธิบัตรทอง 19 คน (ร้อยละ 63.3) สิทธิเบิกได้ 10 คน (ร้อยละ 33.3) และประกันสังคม 1 คน (ร้อยละ 3.4) รายการยาที่นำมาคืบคานมีมูลค่ารวมทั้งสิ้น 141,765.5 บาท แบ่งตามสิทธิการรักษา ดังนี้ เบิกได้ 72,197.00 บาท บัตรทอง 67,168.50 บาท และประกันสังคม 2,400 บาท ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 รายการยาขึ้นและมูลค่ายาขึ้น จำแนกตามสิทธิการรักษา (N=30)

ลำดับ	รายการยา	ราคาต่อหน่วย (บาท)	ปริมาณยาขึ้น (เม็ด/ขวด)	ราคารวม (บาท)
สิทธิการรักษา: เบิกได้ (N=10)				72,197.00
1	Clonazepam tablet 0.5 mg (RIVOTRIL-L)	1.00	200	200.00
2	Levetiracetam tablet 500 mg (LECETAM)	12.00	50	600.00
3	Clopidogrel GPO tablet 75 mg	2.75	528	1,452.00
4	Galantamine 8 mg PR capsule (REMINYL)-NF	92.50	140	12,950.00
5	Sodium valproate 60 ml- Depakine 200 mg/ml	166.00	3	498.00
6	Depakine crono 500 mg-sodium valproate	13.00	90	1,170.00
7	Tanakan tablet [NF]	7.25	900	6,525.00
8	Vitamin B complex tablet	0.50	570	285.00
9	Simvastatin 20 mg tablet	1.00	475	475.00
10	Memantine 5mg/Pump/0.5mL,100mL,200 Pump	6,946.00	2	13,892.00
11	Rivastigmine patch 5 mg [EXELON] -NF	87.50	142	12,425.00
12	Lansoprazole 30 mg (PREVACID) -[NF]	46.00	28	1,288.00
13	aspirin 81 mg tablet	0.50	189	94.50
14	Cilostazol SR 100 mg (PLETAAL SR-NF)	38.00	390	14,820.00
15	Nicergoline tablet 30 mg-[NF]	10.50	240	2,520.00
16	Montelukast 10 mg-L	4.25	168	714.00
17	CACO3 1250 mg tablet (BONACAL)	1.00	600	600.00
18	Baclofen 10 mg tablet	1.50	60	90.00
19	Folic acid 5 mg tablet	0.50	60	30.00
20	BERODUAL FORTE	6.00	20	120.00
21	Lactulose syrup 100 ml	53.00	4	212.00
22	Theophylline 200 mg tablet (THEO-DUR)	1.50	255	382.50
23	Piracetam 400 mg capsule (NOOTROPIL)	1.50	143	214.50
24	Atorvastatin 40 mg tablet	1.75	62	108.50
25	Senosides 7.5 MG tablet (SENOLAX)	1.50	90	135.00
26	VITAMIN-D2-20,000IU-ERGOCALCIFEROL	3.00	30	90.00
27	Zinc sulfate 25 mg tablet (ZINC POSE)	2.25	120	270.00
28	Ciprofloxacin 250 mg tablet-L [ED*]	1.00	36	36.00
สิทธิการรักษา: บัตรทอง (N=19)				67,168.50
1	Vitamin B 1-6-12 tablet-NF	1.00	150	150.00
2	Carvedilol 12.5 mg tablet	3.50	27	94.50
3	Clonazepam 2 mg tablet (CONVULSIL)	1.75	200	350.00
4	Phenytoin 50 mg capsule (Dilantin) *HAD	3.50	60	210.00
5	Hydralazine 25 mg tablet (APRESOLINE)	1.50	70	105.00
6	Aspirin 81 mg tablet	0.50	60	30.00

ลำดับ	รายการยา	ราคาต่อหน่วย (บาท)	ปริมาณยา (เม็ด/ขวด)	ราคารวม (บาท)
7	Atorvastatin 40 mg tablet	1.75	100	175.00
8	Clonazepam 0.5 mg tablet (RIVOTRIL-L)	1.00	920	920.00
9	Entacapone 200 mg tablet (COMTAN)	24.50	160	3,920.00
10	Depakine crono 500 mg-sodium valproate	13.00	1,190	15,470.00
11	Folic acid 5 mg tablet	0.50	150	75.00
12	Lactulose syrup 100 ml	53.00	3	159.00
13	Lamotrigine 50 mg tablet (Lamictal -L)	13.00	390	5,070.00
14	Levetiracetam 500 mg tablet (LECETAM)	12.00	1,380	16,560.00
15	Levodopa 200 mg + Benserazide 50mg (VOPAR)	8.00	70	560.00
16	Omeprazole 20 mg capsule (LOSEC)	1.50	40	60.00
17	MADOPAR HBS 125 mg capsule	8.75	60	525.00
18	Multivitamin tablet	1.00	150	150.00
19	Phenobarbital 60 MG tablet	0.50	130	65.00
20	Phenytoin 100 mg capsule (DILANTIN) *HAD	4.25	580	2,465.00
21	Risperidone 2 mg tablet	4.5	120	540.00
22	Ropinirole PR tab 2 mg (REQUIP PD 24 HR)	14.00	336	4,704.00
23	Sodium vaproate 60 ml (DEPAKINE 200MG/ML)	166.00	6	996.00
24	Topiramate 50 mg (PRADOX)	8.50	1,620	13,770.00
25	Warfarin 5 mg tablet	3.00	90	270.00
26	Zinc sulfate 25 mg tablet (ZINC POSE)	2.25	100	225.00
27	Vitamin B 1-6-12 tablet -NF	1.00	150	150.00
สิทธิการรักษา: ประกันสังคม (N=1)				2,400.00
1	Levetiracetam 500 mg tablet (LECETAM)	12	200	2,400.00

หมายเหตุ : HAD คือ ยาที่มีความเสี่ยงสูง (high alert drug)

1.2 สาเหตุของการคืนยาในกลุ่มโรคสมองและลมชัก

สาเหตุของการนำยามาคืนของผู้ป่วยและญาติ พิจารณาจากการคืนยา 1 ครั้ง สามารถจำแนกได้หลายสาเหตุ พบว่า การคืนยาส่วนใหญ่เกิดจากการบริหารจัดการยาของโรงพยาบาล จำนวน 16 คน (ร้อยละ 53.3) ในจำนวนดังกล่าวเป็นการได้รับยาเกินจากวันนัดสะสมมากถึง 8 คน รองลงมา คือ การไม่ใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วย จำนวน 10 คน (ร้อยละ 33.3) และจากสาเหตุอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยเสียชีวิต หรือมีการรับยาจากสถานพยาบาลรัฐแห่งอื่นร่วมด้วย จำนวน 7 คน (ร้อยละ 23.3) ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของสาเหตุการคินยาของผู้ป่วย

สาเหตุของการคินยา	จำนวน (ร้อยละ)
3.1 จากปัญหาการบริหารจัดการยาของโรงพยาบาล	16 (53.3)
1. ได้รับยาเกินจากวันนัดสะสมมาเรื่อย	8
2. ได้รับยาเดียวกันจากหลายแผนกในรอบปกติ	3
3. ได้รับยาซ้ำกันในช่วงเวลาใกล้กัน	2
4. แพทย์สั่งยากันซึกให้ผู้ป่วยใช้เมื่อมีอาการ แต่ผู้ป่วยไม่มีอาการซึก	2
5. แพทย์สั่งยาผิดในใบสั่งยาใบที่ 2 ที่ส่งยาทางไปรษณีย์	1
3.2 จากการไม่กินยาตามสั่ง	10 (33.3)
1. ลืมกินยา	4
2. กินยาผิดขนาด เนื่องจากแพทย์ปรับขนาดยาแล้ว แต่ผู้ป่วยยังกินขนาดยาเดิม	5
3. หยุดกินยาเอง เนื่องจากเข้าใจผิด	1
3.3 อื่นๆ	7 (23.3)
1. ผู้ป่วยเสียชีวิต	6
2. รับประทานกรพ.อื่น และมีนัดรับยาที่รพ.สรรพสิทธิประสงค์	1
3.4 แพทย์สั่งหยุดใช้ยา	3 (10.0)
3.5 เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	2 (6.7)

ระยะที่ 2 การพัฒนาแนวทางการจัดการด้านยาที่มีมูลค่าคินยาสูง

ผู้วิจัยได้จัดการสนทนากลุ่มระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการสั่งใช้ยาและการจ่ายยา ในรายการยากลุ่มโรคสมองและลมชัก ประกอบด้วย แพทย์ 2 คน และเภสัชกร 3 คน ในเดือนพฤษภาคม 2565 โดยนำข้อมูลสาเหตุการคินยาที่ไม่เหมาะสมและต้องได้รับการแก้ไข มาจัดเรียงลำดับความสำคัญโดยใช้เกณฑ์การพิจารณาขนาดของปัญหาและความเป็นไปได้ในการแก้ไขปัญหา จากนั้นร่วมกันเสนอแนวทางการป้องกันปัญหาดังกล่าว สรุปสาเหตุที่ควรหาแนวทางในการป้องกันปัญหา ดังนี้

- 1) ปัญหาการได้รับยาเกินวันนัดของแพทย์
- 2) ปัญหาการสั่งยาซ้ำซ้อนทั้งภายในแผนก

เดียวกันและจากหลายแผนกในโรงพยาบาล

3) ปัญหาการไม่ใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยอันเนื่องมาจากตัวผู้ป่วยเอง

4) ปัญหาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

ทั้งนี้ ผลจากการสนทนากลุ่มจึงได้เสนอแนวทางการปฏิบัติงาน ดังนี้

1. แนวทางการแก้ไขปัญหาการได้รับยาเกินวันนัด การได้รับยาซ้ำซ้อนของผู้ป่วย และการมียาเหลือใช้ที่ส่งจ่ายตามอาการ โดยมีรายละเอียดแต่ละจุดบริการ ดังนี้

1.1 แนวทางการสั่งจ่ายยาของแพทย์ ให้แพทย์ผู้สั่งจ่ายยา

- 1) สอบถามข้อมูลยาเหลือใช้จากผู้ป่วย และระบุจำนวนที่ต้องการสั่งใช้ในใบสั่งยา โดยในใบสั่งยาจะเพิ่มข้อมูลระบุจำนวนยาเหลือใช้ และจำนวนที่จ่ายไป
- 2) หากพบว่าผู้ป่วยมียาเหลือใช้จำนวนมาก และไม่ต้องการสั่งยาเพิ่ม ให้ระบุปริมาณยาเพียง 1 เม็ด เพื่อให้ยังคงให้มีประวัติการสั่งยาต่อ
- 3) ให้แพทย์สั่งจ่ายยาให้ตรงตามแผนก เพื่อป้องกันการได้รับยาซ้ำซ้อนระหว่างแผนก
- 4) ให้แพทย์ตรวจสอบประวัติการสั่งยาครั้งล่าสุดของผู้ป่วยก่อนสั่งยา เนื่องจากห้องบัตรอาจ reprint ประวัติการสั่งยาไม่เป็นปัจจุบัน
- 5) กรณีมีใบสั่งยาใบที่ 2 (refill) ที่มีการเปลี่ยนแปลงการสั่งยาจากใบสั่งยาที่ 1 ให้ตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงในใบสั่งยาที่ 2 ให้ถูกต้อง
- 6) กรณีแพทย์สั่งจ่ายยาตามอาการ เช่น ยา Clonazepam ที่สั่งจ่ายเมื่อมีอาการชัก ให้แพทย์สอบถามผู้ป่วยในครั้งถัดไปว่ามีอาการหรือไม่ หากไม่มีอาการอาจหยุดสั่งยาหรือลดปริมาณการสั่งยานั้น

1.2 แนวทางการตรวจสอบใบสั่งยา ให้เภสัชกรทำการตรวจสอบใบสั่งยาก่อนป้อนข้อมูลจำนวนยาที่จะสั่งในแต่ละครั้ง โดยให้มีการดำเนินการดังนี้

- 1) ตรวจสอบประวัติรับยาก่อนลงข้อมูลในระบบ โดยตรวจสอบการได้รับยาจากแผนกเดียวกันย้อนหลัง 1 เดือน หรือตรวจสอบการได้รับยาใน visit ล่าสุด เพื่อเป็นการป้องกันการจ่ายยาซ้ำซ้อน หากพบปัญหาให้ทำการ consult กับแพทย์ผู้สั่งยา
- 2) เภสัชกรคิดราคายาให้ตรงตามจำนวนวันนัด โดยสามารถปัดจำนวนได้มากที่สุดไม่เกิน 5 วัน
- 3) กรณีเป็นใบสั่งยาใบที่ 2 (refill) ให้ตรวจสอบการจ่ายยาให้ถึงวันนัด หากใบสั่งยานั้นสั่งยาเกินวันนัดสามารถตัดทอนลงได้ตามความเหมาะสม
- 4) กรณีการส่งยาทางไปรษณีย์โดยแพทย์สั่งยาและแยกใบสั่งยาเป็น 2 ใบ เภสัชกรจะต้องตรวจสอบความถูกต้องของใบสั่งยาทั้ง 2 ใบให้ถูกต้องตรงกัน

1.3 แนวทางการจ่ายยา ให้เภสัชกรที่จ่ายยา

- 1) เน้นสอบถามถึงข้อมูลยาเหลือใช้ และค้นหาปัญหาจากการใช้ยา (DRP) ของผู้ป่วย หากพบปัญหาให้ส่งผู้ป่วยไปยังห้อง counseling
- 2) ตรวจสอบใบสั่งยาใบที่ 2 กับผู้ป่วย กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงการสั่งจ่ายยาในใบสั่งยาที่ 1
- 3) กำชับให้ผู้ป่วยแจ้งแก่แพทย์ว่ามียาเหลือทุกครั้งที่ได้รับการตรวจ
- 4) กรณีที่แพทย์สั่งหยุดใช้ยาเดิมหรือลดขนาด/ปริมาณการจ่ายยาจากเดิม ให้เภสัชกรสอบถามยาเหลือและให้ผู้ป่วยนำยากลับมาคืนในนัดครั้งต่อไป

2. แนวทางการแก้ไขปัญหาการไม่ใช้ยาตามสั่งของแพทย์

ให้เภสัชกร ณ จุดจ่ายยาสอบถามประวัติการใช้ยาร่วมกับการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย กรณีพบว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา ให้ส่งต่อเภสัชกรที่ทำหน้าที่ counseling ต่อไป

3. แนวทางการแก้ไขปัญหาการไม่ใช้ยาอันเนื่องมาจากการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา

ให้เภสัชกร ณ จุดจ่ายยาสอบถามประวัติการแพ้ยาของผู้ป่วยทุกราย กรณีพบว่าผู้ป่วยมีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ให้สอบถามซักประวัติ และทำการลงบันทึกข้อมูลประวัติการแพ้ยา และอธิบายการแพ้ยา ให้ผู้ป่วยรับทราบและเข้าใจ แจ้งปรึกษาแพทย์ หรือให้ผู้ป่วยพบแพทย์อีกครั้งเพื่อปรับเปลี่ยนยา

ระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์จากการดำเนินการตามแนวทางที่พัฒนาขึ้น

หลังจากได้นำแนวทางการจัดการด้านยาที่มีมูลค่าค่านยาสูงมาดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565 ถึงตุลาคม 2567 พบว่ามีผลลัพธ์ในการดำเนินการที่เป็นรูปธรรมดังนี้

1. การจ่ายยาในปริมาณตามวันนัดของแพทย์ในครั้งถัดไป

เมื่อปฏิบัติตามแนวทางการแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยการจ่ายยาในปริมาณตามวันนัดของแพทย์ในครั้งถัดไปตาม

แนวทางที่พัฒนาขึ้น โดยเภสัชกรได้ทำการตรวจสอบปริมาณยาเหลือและจ่ายยาในปริมาณตามที่แพทย์นัดจากใบสั่งยาทุกใบของทุกแผนกในโรงพยาบาล และเมื่อสุ่มเก็บข้อมูลจากใบสั่งยา 248 ใบจากทั้งหมด 83,346 ใบเพื่อประมาณมูลค่าประหยัดได้ พบว่าทำให้มีมูลค่าที่ประหยัดได้จากการไม่จ่ายยาเกินวันนัดระหว่างเดือนมกราคม-ตุลาคม 2567 เป็นมูลค่ารวม 275,231.88 บาท (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 มูลค่ายาที่ประหยัดได้จากการจ่ายยาตามวันนัดของแพทย์ในใบสั่งยา ระหว่างเดือนมกราคม-ตุลาคม 2567

เดือน	ปริมาณยาที่ประหยัดได้ (เม็ด)	มูลค่ายาที่ประหยัดได้ (บาท)
มกราคม	197	2,159.92
กุมภาพันธ์	115	3,571.06
มีนาคม	265	10,909.70
เมษายน	642	95,801.87
พฤษภาคม	301	4,797.12
มิถุนายน	675	84,641.34
กรกฎาคม	1210	20,731.74
สิงหาคม	505	12,325.07
กันยายน	194	7,459.97
ตุลาคม	1040	32,834.08
รวมทั้งสิ้น	5,144	275,231.88

2. การตรวจสอบความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย

พบว่า ผู้ป่วยทุกรายได้รับการสอบถามประวัติการใช้ยาเพื่อประเมินความร่วมมือในการใช้ยา หากพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาไม่ร่วมมือในการใช้ยา จะได้รับการ counseling โดยเภสัชกรในทุกราย

3. การตรวจสอบการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

ผู้ป่วยทุกรายได้รับการสอบถามถึงอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา กรณีพบว่าผู้ป่วยมีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ให้สอบถามซักประวัติ และทำการลงบันทึกข้อมูลประวัติการแพ้ยา และอธิบายการแพ้ยาให้ผู้ป่วยทราบและเข้าใจ แจ้งปรึกษาแพทย์หรือให้ผู้ป่วยพบแพทย์อีกครั้งเพื่อปรับเปลี่ยนยา

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มุ่งหมายเพื่อวิเคราะห์สาเหตุที่ผู้ป่วยนำยากลับรักษาโรคสมองและลมชักที่เหลือใช้มาคืนให้แก่โรงพยาบาล และเพื่อพัฒนาแนวทางการบริหารจัดการ การสั่งใช้ยา และการจ่ายยาในกลุ่มรักษาโรคสมองและลมชักเพื่อแก้ไขปัญหาสาเหตุของการมียาเหลือใช้ที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย โดยแบ่งการวิจัยเป็น 3 ระยะ โดยมีผลการศึกษาที่สำคัญ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สาเหตุของการคืนยาในกลุ่มโรคสมองและลมชัก พบว่าสาเหตุที่ไม่เหมาะสมที่ทำให้ผู้ป่วยมียาเหลือใช้และต้องนำยามาคืนโรงพยาบาลประกอบด้วย ปัญหาการบริหารจัดการยาของโรงพยาบาล เช่น การสั่งยาเกินวันนัดของแพทย์ การจ่ายยาซ้ำซ้อนจากแผนกเดียวกันและหลายแผนก การสั่งยาเพื่อบรรเทา

อาการโดยที่ผู้ป่วยไม่มีอาการ เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบ ปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย หรือการเกิด อาการไม่พึงประสงค์ ทำให้ผู้ป่วยหยุดใช้ยาด้วยตนเอง จึงทำให้มียาเหลือใช้ สาเหตุดังกล่าวสอดคล้องกับ ผลการศึกษาของ ญธร ชัยญาคุณาพฤกษ์ และคณะ¹³ วุฒิรัตน์ ธรรมวุฒิ และพรเพ็ญ ลือวิฑูรส¹⁴ วรรณพร เจริญโชคทวี และคณะ¹⁵ และการศึกษาของปรารณา ชามกานนท์ และคณะ¹⁶ ซึ่งสาเหตุเหล่านี้สามารถแก้ไขได้โดยมีแนวทางการ ให้บริการที่เหมาะสมของแพทย์และเภสัชกรที่เกี่ยวข้อง ในการศึกษาพบว่า สาเหตุหลักของการมียาเหลือใช้ คือ การที่แพทย์สั่งยาเกินวันนัด สอดคล้องกับผลการศึกษา ของปรารณา กุลชูศักดิ์¹⁷ และพุทธิชาติ ฉันทภักทรางกูร และคณะ¹⁸ ทั้งนี้ ในการพัฒนาแนวทางการแก้ไขปัญหา ในระยะที่ 2 จึงมุ่งเน้นแก้ไขปัญหาดังกล่าว

จากข้อมูล พบว่า ผู้ป่วยนอกที่ใช้สิทธิการรักษา แบบเบิกได้นั้นมีมูลค่ายาเกินสูงสุด ซึ่งสอดคล้องกับผล การศึกษาของพุทธิชาติ ฉันทภักทรางกูร และคณะ¹⁸ ที่พบว่าผู้ป่วยนอกสิทธิข้าราชการหรือเบิกจ่ายตรงเป็นผู้ที่มีความชุกของการมียาในครอบครองเกินจำเป็นมากที่สุด (ร้อยละ 62.3) เมื่อเปรียบเทียบกับสิทธิการรักษาอื่น นอกจากนี้ยังพบว่ายาที่จ่ายให้แก่สิทธิการรักษาแบบเบิกได้ มักมีราคาแพงจึงทำให้ยาเกินมีมูลค่าสูงตามไปด้วย

ระยะที่ 2 มีการพัฒนาแนวทางการบริหารจัดการ ยา การสั่งยา และการจ่ายยาเพื่อแก้ไขสาเหตุที่ไม่เหมาะสม ข้างต้น ดังนี้ 1) กำหนดแนวทางการตรวจสอบใบสั่งยา เพื่อปรับลดหรือเพิ่มปริมาณยาให้เหมาะสมตามวันนัด ของแพทย์ การกำหนดแนวทางการสั่งยาเพื่อลดความ ซ้ำซ้อนในการจ่ายยา และกำหนดแนวทางการจ่ายยา 2) กำหนดให้เภสัชกรตรวจสอบความร่วมมือในการใช้ยา ของผู้ป่วย โดยเฉพาะยาที่มีการปรับเปลี่ยนขนาดวิธีใช้ยา

และทำการ counseling ผู้ป่วยที่มีปัญหาในการใช้ยา และ 3) กำหนดให้เภสัชกรสอบถามถึงอาการไม่พึงประสงค์ กับผู้ป่วยทุกราย

ระยะที่ 3 ทำประเมินผลลัพธ์ พบว่า การตรวจสอบ ยาเหลือใช้และจ่ายยาในปริมาณที่เหมาะสมตามวันนัด ระหว่างเดือนมกราคมถึงตุลาคม 2567 สามารถประหยัด ค่ายาได้เป็นมูลค่า 275,231.88 บาท และมีการตรวจสอบ ความร่วมมือในการใช้ยา รวมถึงประเมินการเกิดอาการ ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในผู้ป่วยทุกราย

การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัด คือ มีการเก็บข้อมูล ปริมาณ และมูลค่าที่คืนยาเฉพาะในกลุ่มยาสมองและยา กันชัก และเก็บข้อมูลเฉพาะกับผู้ที่มาคืนยา จำนวน 30 ราย จึงอาจไม่สะท้อนถึงสาเหตุของการมียาเหลือใช้ของ ผู้ป่วยได้ทั้งหมด ซึ่งควรมีการเก็บข้อมูลการคืนยาของ ผู้ป่วยในกลุ่มยาสำคัญ และมีมูลค่าสูงอีกในอนาคต นอกจากนี้พบว่า รายการยาคืนบางตัวเป็นยาที่มีความ เสี่ยงสูง หรือ High alert drug (HAD) ด้วย ดังนั้น ในอนาคตอาจต้องมีการทบทวนแนวทางการสั่ง และการจ่ายยาในกลุ่มดังกล่าวกรณีผู้ป่วยนอก นอกจากนี้ ในการแก้ไขปัญหาการมียาเหลือใช้อาจดำเนินการผ่าน การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยเภสัชกร ซึ่งพบว่าสามารถ ลดปัญหาการใช้ยาเกินในครัวเรือนได้ เพื่อให้การแก้ไข ปัญหาที่มีความครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นายแพทย์อัครม อารยา วิชาพันธ์, นายแพทย์จำลอง กิตติวรเวช, เภสัชกรหญิง ชุติมา แก้วจันทิก, เภสัชกรหญิงพัชรี กาญจนวัฒน์ และ คุณสุวารี เจริญมุขยพันธ์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ต่อการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Braund R, Chuah F, Gilbert R, Gn G, Soh A, Tan LY, et al. **Identification of the reasons for medication returns.** N Z Fam Physician 2008; 35(4) : 248-52.
2. Braund R, Gn G, Matthews R. **Investigating unused medications in New Zealand.** Pharm World Sci 2009; 31(6) : 664-9.
3. สุวรรณณี เจริญพิชิตนันท์. **โครงการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาจากการบริจาคมยาเพื่อผู้ป่วยอนาถา.** วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข 2541; 6(1) : 15-24.
4. Langley C, Marriott J, Mackridge A, Daniszewski R. **An analysis of returned medicines in primary care.** Pharm World Sci 2005; 27(4) : 296-9.
5. Wongpoowarak P, Wanakamane U, Panpongtham K, Trisdikoon P, Wongpoowarak W, Ngorsuraches S. **Unused medications at home - Reasons and costs.** Int J Pharm Pract 2004; 12(3) : 141-8.
6. Auta A, Omale S, Shalkur D, Abiodun AH. **Unused medicines in Nigerian households: Types and disposal practices.** J Pharmacol Pharmacother 2011; 2(3) : 195-6.
7. Tong AYC, Peake BM, Braund R. **Disposal practices for unused medications in New Zealand community pharmacies.** J Prim Health Care 2011; 3(3) : 197-203.
8. Braund R, Peake MB, Shieffelbien L. **Diposal practices for unused medications in New Zealand.** Environment International 2009; 35(6) : 952-955.
9. Ekedahl ABE. **Reasons why medicines are returned to Swedish pharmacies unused.** Pharm World Sci 2006; 28 : 352-8.
10. Chien HY, Ko JJ, Chen YC, Weng SH, Yang WC, Chang YC, et al. **Study of medication waste in Taiwan.** Journal of Experimental & Clinical Medicine 2013; 5(2) : 69-72.
11. โปยม วงศ์ภูวรักษ์, จารุวี กาญจนศิริธำรง. **Unused medicines. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปี การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ครั้งที่ 12; 15-18 มีนาคม 2554; ศูนย์การประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี. กรุงเทพมหานคร: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน); 2554. หน้า 384-6.**
12. พัทธวีภา สุวรรณพรหม, นราวดี เนียมหุ่น, ปรรธนา ชามภูษ, ชบาไพโร โปธิ์สุยะ, หทัยกาญจน์ เขาวนพูนผล, สกนธ์ สุภากุล และคณะ. **ปริมาณและมูลค่ายาเหลือใช้โรคเรื้อรังในครัวเรือน ตำบลสันทรายหลวง อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่. ไทยเภสัชสารและวิทยาการสุขภาพ 2555; 7(1) : 22-28.**
13. ณธร ชัยัญญาคุณาพฤกษ์, ปิยะรัตน์ นิมพิทักษ์พงศ์, นภวรรณ เจียรพิรพงษ์, ปิยะเมศ ดิลกธรสกุล. **การศึกษาขนาดและผลกระทบทางการคลังของการครอบครองยาเกินจำเป็นและการแก้ปัญหาเชิงนโยบาย. [อัดสำเนา]. พิษณุโลก : คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2555.**
14. วุฒิรัตน์ ธรรมวุฒิ, พรเพ็ญ ลือวิทวัส. **การสำรวจปริมาณและมูลค่ายาเหลือใช้ในผู้ป่วยนอก ภาควิชาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช. เวชบันทึกศิริราช 2557; 7(1) : 20-25.**
15. วรณพร เจริญโชคทวี, ทศพล เลิศวัฒน์ชัย, วินิตา รอดเหตุภัย, ศิริกัญญา กอบวรธนะกุล. **การวิเคราะห์และจัดการปัญหายาเหลือใช้ในเขตชุมชนเมือง. วชิรเวชสาร 2556; 57(3) : 147-160.**
16. ปรรธนา ชามพูนท, หทัยกาญจน์ เขาวนพูนผล, พัทธวีภา สุวรรณพรหม. **ยาเหลือใช้และพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในจังหวัดเชียงใหม่. ไทยเภสัชสารและวิทยาการสุขภาพ 2554; 6(2) : 105-111.**

17. ปรรณนา กุศลชู้ศักดิ์. การศึกษาปัญหายาเหลือใช้ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลเขวาสันจิหวัดชัยภูมิ. ชัยภูมิเวชสาร 2565; 42(1) : 66-74.
18. พุทธชาติ ฉันทภัทรางกูร, ศีระพร ทองโปร่ง, มนัญญา ทองมี. ผลการสำรวจยาเหลือใช้ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลบางสะพาน ประจวบคีรีขันธ์. วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล 2561; 3(1) : 119-125.
19. คณะทำงานจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552- 2553. บัญชีรายจ่ายสุขภาพของประเทศไทย พ.ศ. 2552-2553 [อัดสำเนา]. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, กระทรวงสาธารณสุข, 2555.
20. มลฤดี มณีรัตน์, อรอนงค์ วลีขจรเลิศ, ภาณุมาศ ภูมาศ, พงษ์ศักดิ์ สง่าศรี. ผลของการเยี่ยมบ้านโดยนิตินิติเภสัชศาสตร์ต่อความรู้ ความร่วมมือในการใช้ยา และปัญหาขยะในครัวเรือน. วารสารเภสัชกรรมไทย 2553; 2(1) : 24-34.

ผลการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการใช้ยาลดความดันโลหิต
ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
เครือข่ายอำเภอนาเยีย จังหวัดอุบลราชธานี
Effects of Empowerment Program on Health Behaviors
Using Antihypertensive Drugs among Hypertensive Patients
at Sub-district Health Promoting Hospitals, Na Yia District,
Ubon Ratchathani Province

รัชฎษา มังคละพลัง
โรงพยาบาลนาเยีย

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อน-หลังการทดลอง วัดจุดประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนต่างๆตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการใช้ยาลดความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายอำเภอนาเยีย จำนวน 64 คน ดังนี้ กลุ่มควบคุมจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาคู จำนวน 32 คน และกลุ่มทดลองจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเรือง จำนวน 32 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม - ธันวาคม 2567 กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสันประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1. การค้นพบสภาพการณ์จริง 2. การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3. การตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ และ 4. การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา และทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยด้วยสถิติ t-test

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้พลังอำนาจของตนเองและด้านพฤติกรรมการใช้ยาลดความดันโลหิตของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .05$ และคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้พลังอำนาจของตนเองและด้านพฤติกรรมการใช้ยาลดความดันโลหิตหลังได้รับโปรแกรมของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .05$

คำสำคัญ : การเสริมสร้างพลังอำนาจ การรับรู้ ความดันโลหิตสูง

Abstract

The objective of the empowerment program is to encourage the patients to control blood pressure levels as normal. The quasi-experimental research was designed with a before-after assessment comparing the differences in the mean scores according to the empowerment program on health behaviors

using antihypertensive drugs among the patients with hypertension. Sixty-four hypertensive patients with uncontrolled blood pressure receiving health care services at Na Yia sub-district health promoting hospital participated in this study. The control group was 32 patients joining at Na Du sub-district health promoting hospital and the experimental group was 32 patients participating at Na Rueang sub-district health promoting hospital. Data was collected from October to December 2024. The empowerment program based on Gipson's framework composed of four stages including discovering reality, critical reflection, taking charge and holding on was used to investigate the behaviors of experimental group. The instrument used to collect data was the questionnaire analyzing descriptive statistics as well as comparing the means of two samples with independent sample t-test.

The result revealed the effectiveness of the empowerment program to the awareness and health behavior modification for patients with hypertension. The uncontrollable hypertensive patients after participating in the empowerment program had a higher mean score of health behavior than those who did not receive the program statistically significant ($p < .05$). Moreover, the mean score of experimental group was higher than control group after joining the program statistically significant ($p < .05$).

Key word : Empowerment, Awareness, Hypertension

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในปัญหาของโรคเรื้อรังด้านสาธารณสุขระดับโลก คนส่วนใหญ่ไม่รู้ตัวเนื่องจากโรคดังกล่าวมักไม่มีอาการใดๆ จึงเป็นภัยเงียบกว่าที่เรารู้ตัวว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงก็อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงขึ้นแล้ว โรคความดันโลหิตสูงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ของโลกต่อการเสียชีวิตและความพิการของประชากร และพบการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยจากปี ค.ศ.1990 ถึง ค.ศ. 2019 เป็นสองเท่าจาก 650 ล้านคน เป็น 1.3 พันล้านคน⁽¹⁾ สถานการณ์ความชุกของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงประเทศไทยในปี พ.ศ. 2557 เท่ากับร้อยละ 24.7 เพิ่มขึ้นร้อยละ 15 เมื่อเทียบกับปี 2552 หรือคิดเป็นจำนวน 1.8 ล้านคน โดยเพศชายมีความชุกและอุบัติการณ์สูงมากกว่าเพศหญิงหลังจากปี พ.ศ.2558⁽²⁾ รายงานประชากรอายุ 35 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่และขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2564 จำนวน 13,828 คนปี 2565 จำนวน 13,781 คน ปี 2566 มีจำนวน 14,410 คน จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมดในปีงบประมาณ 2564 มีจำนวน 7,917,776 คนปีงบประมาณ 2565 มีจำนวน 8,320,011 คน ส่วนปีงบประมาณ 2566 มีจำนวน 8,761,447 คน⁽³⁾ สถิติการเสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูงของประชากรไทยในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2563 - 2565 พบว่ามีร้อยละ 27.50 (1,368 คน) , 32.96 (1,640 คน) และ 32.80 (1,636 คน)⁽⁴⁾ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี 2557 มีการประเมินค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล พบว่า ประเทศไทยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเกือบ 80,000 ล้านบาทต่อปี ต่อจำนวนผู้ป่วยประมาณการ 10 ล้านคน⁽⁵⁾ การศึกษาต้นทุนบริการผู้ป่วยนอกรายโรคจากการศึกษาต้นทุนรายโรคระยะที่ 1 โดยแหล่งข้อมูลต้นทุนผู้ป่วยนอกรายบุคคลของโรงพยาบาล 40 แห่งรวม 4 ปีงบประมาณ (2561-2564) หากไม่นับรวมการตรวจรับบริการตรวจสุขภาพและโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา พบว่า โรคที่พบบ่อยและต้นทุนบริการผู้ป่วยนอกสูง

3 อันดับแรก คือ โรคความดันโลหิตสูง ต้นทุนเฉลี่ยต่อครั้ง 964 บาท ต้นทุนรวม 1,436.7 ล้านบาท โรคเบาหวาน 1,312 บาท ต้นทุนรวม 1,344.0 ล้านบาท และโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ห้า 2,021 บาท ต้นทุนรวม 1,089.6 ล้านบาท⁽⁶⁾

สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงของจังหวัดอุบลราชธานี พบว่าจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงระหว่างปี พ.ศ. 2564 – 2566 จำนวน 176,476 คน, 186,440 คน และ 191,780 คน ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ข้อมูลประชากรอำเภอเมือง ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2566 พบว่ามีทั้งหมด 70,903 คน⁽⁷⁾ จากการรายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 รอบที่ 2 ประเด็นที่ห้า ลดป่วยลดตาย และสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ หัวข้อสาขาโรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง(NCD) เขตสุขภาพที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 อำเภอเมืองมีอัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงคิดเป็น 1,641 คนต่อแสนประชากร ซึ่งสูงเป็นอันดับหนึ่งของจังหวัด⁽⁸⁾ โดยนโยบายการลดความแออัดและระยะเวลาการรอคอย ด้วยวิธีการส่งต่อผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังไปรับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน เพื่อเพิ่มความสะดวกให้กับผู้ป่วย ซึ่งบทบาทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนั้น เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิด้านสุขภาพที่สำคัญ และใกล้ชิดชุมชนมากที่สุด จึงเป็นจุดเชื่อมต่อระหว่างหน่วยงานบริการสุขภาพทุกระดับกับชุมชน โดยใช้หลักการทำงานเชิงรุกร่วมกับชุมชนในการจัดการโรคเรื้อรัง มุ่งเข้าไปจัดการที่ปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมปัจจัยที่สร้างสุขภาพในระดับชุมชนที่จะเป็นแรงหนุนเสริมโอกาสให้กับระดับบุคคลในการปรับเปลี่ยนและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้โดยที่ชุมชนเป็นเจ้าของปัญหาด้วยตนเอง⁽⁹⁾ จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ติดต่อของอำเภอเมือง ข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน 2567 ถึง 30 สิงหาคม 2567 มีจำนวน 3,357 คน และจากการสำรวจยาเหลือใช้ในเขตพื้นที่ตำบลนาเยี่ย ระหว่างเดือนมิถุนายน - กรกฎาคม 2567 พบว่ามีผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้ความร่วมมือนำยาเหลือใช้มาคืน จำนวน 43 คน เป็นยาทั้งหมด 2,412 เม็ด โดยยาเหลือใช้แบ่งเป็นยาลดความดันโลหิต

จำนวน 931 เม็ด ยาลดไขมันในเลือด 763 เม็ด ยาเบาหวาน 427 เม็ด และยาอื่นๆ 291 เม็ด ยาเหลือใช้เหล่านี้อาจสะท้อนถึงปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ปลอดภัยของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิวัฒน์ ถาวรวัฒนยงค์ และคณะ⁽¹⁰⁾ ที่ได้ศึกษาการสำรวจยาเหลือใช้และปัจจัยที่เป็นสาเหตุกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ตำบลหนองปากโลง อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มียาเหลือใช้มากที่สุด คือ กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ส่วนพฤติกรรมที่น่าจะเป็นสาเหตุของยาเหลือใช้มากที่สุด คือ การลืมหินยา

การเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้มีภาวะความดันโลหิตสูง เป็นกระบวนการช่วยให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงค้นพบและใช้ศักยภาพหรือความสามารถของตนเอง ในการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงภายใต้ปัจจัยต่างๆ ตามแนวคิดของกิบสัน (1991 อ้างในกุนนที พุ่มสงวน)⁽¹¹⁾ ซึ่งได้กล่าวว่า การสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพ คือ กระบวนการช่วยเหลือบุคคลในการควบคุม ปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ และคุณภาพของชีวิตให้บุคคลตระหนักในศักยภาพของตนเองในการดูแลรักษาสุขภาพ การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการทางสังคมที่เพิ่มความสามารถของบุคคลจากการยอมรับ การชื่นชม การส่งเสริมและพัฒนา โดยอาจจะเกิดขึ้นจากการเรียนรู้ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนตามแนวคิดของกิบสัน (1995 อ้างใน ปรีดา สุทธิประภา)⁽¹²⁾ คือ 1. การค้นพบสภาพการณ์จริง 2. การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3. การตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ และ 4. การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ การที่บุคคลจะสามารถเข้าสู่กระบวนการ การเสริมสร้างพลังอำนาจได้มากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัยซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้อง หรือมีอิทธิพลต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคลนั้น ประกอบด้วยปัจจัยภายในบุคคล และปัจจัยระหว่างบุคคล การเสริมพลังเป็นกระบวนการทางสังคมจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและการนำไปสู่การมองเห็นคุณค่าของตนเองและผู้อื่น เป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถหรือพัฒนาบุคคลให้มีทักษะ มีโอกาสเข้าถึงทรัพยากรที่จำเป็น มีพลังอำนาจที่จะกระทำเพื่อไปสู่การเปลี่ยนแปลง

สถานการณ์ที่เผชิญอยู่ให้ดีขึ้น⁽¹³⁾ จากผลการศึกษาของไปรมากลิ่นนิรัญ⁽¹⁴⁾ การเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลน้ำรอบ อำเภอบึงสามพัน จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมในการดูแลตนเองหลังเข้าร่วมการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าการได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอนาเยี่ยให้มีพฤติกรรมการใช้ยาลดความดันโลหิตที่ถูกต้องเหมาะสม โดยการจัดโปรแกรมสุขภาพศึกษาที่จะช่วยเสริมสร้างพลังอำนาจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเพราะถ้าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องเหมาะสมแล้วจะสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ซึ่งจะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคและช่วยลดปัญหาหาซื้อยากินในพื้นที่

วัตถุประสงค์

1. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้พลังอำนาจของตนเอง และพฤติกรรมการใช้ยาลดความดันโลหิต ภายในกลุ่มทดลอง
2. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้พลังอำนาจของตนเอง และพฤติกรรมการใช้ยาลดความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมติฐานของงานวิจัย

1. ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้พลังอำนาจของตนเอง สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม
2. ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาลดความดันโลหิต สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของตนเองต่อพฤติกรรมการใช้ยาลดความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง รูปแบบการวิจัยเป็นแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two groups Pretest - Posttest Design) ระยะเวลาเก็บข้อมูล 2.5 เดือน ระหว่างเดือนตุลาคม - ธันวาคม 2567

ประชากร ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบชนิดที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตตามเกณฑ์ปกติได้ ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายอำเภอนาเยี่ย จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างเดือนมิถุนายน - สิงหาคม 2567

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบชนิดที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตตามเกณฑ์ปกติได้ สุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่ายโดยการจับสลากเลือกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผลการจับสลากได้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาตุ่เป็นกลุ่มควบคุม และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเรืองเป็นกลุ่มทดลอง ขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยกรณี 2 กลุ่มประชากรที่เป็นอิสระต่อกัน⁽¹⁵⁾ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 32 คน แล้วทำการสุ่มผู้ป่วยโดยการจับสลากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลละ 32 คน

เกณฑ์การคัดเข้า

1. เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตตามเกณฑ์ปกติได้ โดยข้อมูลประวัติจากแบบบันทึกสุขภาพของผู้ป่วย
2. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ เบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ หรือภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
3. มีการรับรู้ดี สามารถอ่านออก และเขียนภาษาไทยได้ชัดเจน

เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้ป่วยที่ขอลอนตัวออกระหว่างการศึกษาวิจัย
2. ผู้ป่วยที่แพทย์ส่งตัวไปรักษาต่อที่อื่น หรือย้ายถิ่น
3. ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงเกิดขึ้น

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของตนเองต่อพฤติกรรม การใช้ยาลดความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้วิจัยได้ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารตำรางานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และสร้างตามแนวคิดของการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibbson,1995 อ้างในปริดา สุทธิประภา)⁽¹²⁾

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพระดับ

การศึกษา อาชีพหลักในปัจจุบัน ประวัติครอบครัวระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และรายการยาลดความดันโลหิตที่ใช้

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามด้านการรับรู้พลังอำนาจของตนเอง มี 15 ข้อ คะแนนเต็ม 45 คะแนน แบ่งเป็นคำถามเชิงบวก 10 ข้อ และคำถามเชิงลบ 5 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 2, 3, 7, 12 และ 14 โดยมีคำตอบให้เลือก 3 ตัวเลือก คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย โดยเกณฑ์การประเมินระดับการรับรู้ ลักษณะคำถามเป็นแบบ Likert โดยใช้แบบอิงเกณฑ์ของ Bloom (1997 อ้างในชนิการ์ต ทรัพย์ภรากรณ)⁽¹⁶⁾ มีเกณฑ์แบ่งคะแนน ดังนี้

เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามมาก โดยคำถามเชิงบวกได้ 3 คะแนน คำถามเชิงลบได้ 1 คะแนน

ไม่แน่ใจ หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามน้อย โดยคำถามเชิงบวกได้ 2 คะแนน คำถามเชิงลบได้ 2 คะแนน

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยคำถามเชิงบวกได้ 1 คะแนน คำถามเชิงลบได้ 3 คะแนน

คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (น้อยกว่า 27 คะแนน)	ระดับการรับรู้ต่ำ
คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79 (ระหว่าง 27-35 คะแนน)	ระดับการรับรู้ปานกลาง
คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (36 คะแนนขึ้นไป)	ระดับการรับรู้มาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามด้านพฤติกรรมการใช้ยาลดความดันโลหิตสูง มี 15 ข้อ คะแนนเต็ม 45 คะแนน เป็นคำถามเชิงบวก 8 ข้อ คำถามเชิงลบ 7 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1, 2, 3, 8, 11, 12 และ 14 คำถามมีลักษณะการวัดปริมาณความถี่ในการปฏิบัติ โดยแต่ละข้อจะมี 3 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติเลย โดยให้ผู้ตอบตอบเพียง 1 ตัวเลือก มีเกณฑ์การประเมินความถี่ในการปฏิบัติ ลักษณะคำถามเป็นแบบ Likert โดยใช้แบบอิงเกณฑ์ของ Bloom (1997 อ้างในชนิการ์ต ทรัพย์ภรากรณ)⁽¹⁶⁾ มีเกณฑ์แบ่งคะแนน ดังนี้

ปฏิบัติทุกครั้ง	หมายถึง	ท่านมีพฤติกรรมหรือการปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน หรือปฏิบัติตั้งแต่ 4 - 7 วันต่อสัปดาห์ โดยคำถามเชิงบวกได้ 3 คะแนน คำถามเชิงลบได้ 1 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ท่านมีพฤติกรรมหรือการปฏิบัติเป็นบางครั้ง หรือท่านมีพฤติกรรมหรือการปฏิบัติตั้งแต่ 1-3 วันต่อสัปดาห์ โดยคำถามเชิงบวกได้ 2 คะแนน คำถามเชิงลบได้ 2 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติเลย	หมายถึง	ท่านไม่เคยมีพฤติกรรมหรือไม่เคยปฏิบัติเลยในสัปดาห์ โดยคำถามเชิงบวกได้ 1 คะแนน คำถามเชิงลบได้ 3 คะแนน

คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (น้อยกว่า 27 คะแนน)	ระดับการปฏิบัติตัวน้อย
คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79 (ระหว่าง 27-35 คะแนน)	ระดับการปฏิบัติตัวปานกลาง
คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (36 คะแนนขึ้นไป)	ระดับการปฏิบัติตัวดี

ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยและการเก็บข้อมูล

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SSJ.UB 2567-161 หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงได้นำหนังสือแจ้งการขออนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัยในพื้นที่ ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์การดำเนินวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาตุ๋ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเรือง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และอนุญาตดำเนินการวิจัย

2. ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูล โดยการสอบถามความสนใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยรูปแบบการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ของการเข้าร่วมโครงการวิจัย เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างในเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยจึงชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมโครงการ พร้อมให้ลงชื่อเพื่อยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย

3. ขั้นตอนการ ดังนี้

3.1 กลุ่มควบคุม กิจกรรม คือ การได้รับบริการตามปกติของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยมารับบริการที่คลินิก NCD ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาตุ๋ตามที่แพทย์ได้นัดไว้ มีการบริการซักประวัติ วัดระดับความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัดชีพจร เข้าพบแพทย์เพื่อรับบริการตรวจรักษา รับประทาน และรับบัตรนัด กลับบ้าน กลุ่มควบคุมจะทำการทดสอบ 2 ครั้งด้วยชุดทดสอบที่เป็นแบบสอบถามเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง โดยครั้งที่ 1 และ 2 ห่างกัน 10 สัปดาห์ ถือว่าเป็นการทดสอบก่อนและหลังการทดลอง

3.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยนัดกลุ่มทดลอง ทำการแนะนำตนเองเพื่อสร้างสัมพันธภาพ แล้วทำการวัดระดับความดันโลหิตของกลุ่มสมาชิกแล้วทดสอบด้วยแบบสอบถามก่อนการดำเนินกิจกรรม

กิจกรรมที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) เป็นการดำเนินการค้นพบสภาพการณ์จริง และเป็นขั้นตอนการสะท้อนคิดอย่างมีวิจักษณ์ญาณของกลุ่มสมาชิกผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองจัดกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการจัดกิจกรรม แจ้งผลการวัดความดันโลหิต ฉายวีดิทัศน์เรื่องความดันโลหิตสูง บรรยายประกอบสื่อสไลด์เรื่องความรู้การใช้ยาลดความดันโลหิต เสนอตัวแบบด้านดี ถ่ายทอดประสบการณ์การเป็นโรคความดันโลหิตสูง การอภิปรายกลุ่มให้สมาชิกได้ซักถาม ผู้วิจัยอธิบายให้คำตอบ ให้กำลังใจ สร้างความเชื่อมั่นในการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ สร้างพลังบวกให้สมาชิกในการปฏิบัติตนในการใช้ยาลดความดันโลหิตที่ถูกต้องเหมาะสม

กิจกรรมที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) เป็นการตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม และลงมือปฏิบัติ ซึ่งกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับกลุ่มสมาชิกโดยการจัดกิจกรรมกลุ่ม โดยทบทวนองค์ความรู้ของกิจกรรมที่ 1 บรรยายสถานการณ์ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตทั่วโลกและในประเทศไทย ผลเสียทั้งต่อสุขภาพ และผลกระทบต่อประเทศชาติ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน ผู้วิจัยสรุปแนวทางการดูแลสุขภาพและการใช้ยาของสมาชิก แจกคู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และการใช้ยาลดความดันโลหิต ติดคิวอาร์โค้ดคู่มือการดูแลตนเองและคิวอาร์โค้ดระบบไลน์ของผู้วิจัยเพื่อให้สมาชิกได้ส่งข้อความผ่านระบบไลน์มาสอบถามปัญหาการใช้ยา และใช้ติดตามผู้ป่วยในการปฏิบัติตน และการใช้ยา

กิจกรรมที่ 3 (ระหว่างสัปดาห์ที่ 4 ถึง 10) เป็นการดำเนินการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติตนอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับกลุ่มสมาชิกโดยการติดตามและกระตุ้นเตือนผู้ป่วยในการปฏิบัติตน

การใช้ยาลดความดันโลหิต โดยการเยี่ยมบ้าน 2 ครั้ง (สัปดาห์ที่ 4 และ 10) และการติดตามทางโทรศัพท์หรือผ่านระบบไลน์ 2 ครั้ง (สัปดาห์ที่ 6 และ 8)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนน การรับรู้พลังอำนาจของตนเอง และพฤติกรรมการใช้ยาลดความดันโลหิตในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Paired Sample t-test หากการกระจายข้อมูลไม่ปกติ ใช้สถิติ Wilcoxon signed rang test ในการทดสอบ

3. การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนน การรับรู้พลังอำนาจของตนเอง และพฤติกรรมการใช้ยาลดความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Independent Sample t-test หากการกระจายข้อมูลไม่ปกติ ใช้สถิติ Mann-whiney U Test ในการทดสอบ

ผลวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.38 มีอายุเฉลี่ย 60.62 ปี (S.D. = 6.99) สถานภาพคู่ ร้อยละ 81.25 จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 53.13 ส่วนใหญ่

ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 59.38 พบประวัติการมีญาติสายตรงป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 53.13 ระยะเวลาป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ 5-10 ปี ร้อยละ 43.75 การบริหารยาส่วนใหญ่จัดยารับประทานเอง ร้อยละ 84.37 จำนวนรายการยาลดความดันโลหิตที่ผู้ป่วยได้รับจากสถานบริการส่วนใหญ่มีจำนวน 3 รายการ ร้อยละ 43.75

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.12 มีอายุเฉลี่ย 59.03 ปี (S.D.= 8.38) สถานภาพคู่ ร้อยละ 71.87 จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 56.25 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 53.12 พบประวัติการมีญาติสายตรงป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 56.25 ระยะเวลาป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ 5-10 ปี ร้อยละ 56.25 การบริหารยาส่วนใหญ่จัดยารับประทานเอง ร้อยละ 93.75 จำนวนรายการยาลดความดันโลหิตที่ผู้ป่วยได้รับจากสถานบริการ ส่วนใหญ่มีจำนวน 4 รายการ ร้อยละ 37.50

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจของตนเองและพฤติกรรมการใช้ยาลดความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลอง

เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนการรับรู้พลังอำนาจของตนเอง และพฤติกรรมการใช้ยาลดความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการที่ได้รับโปรแกรม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .05$ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจของตนเองและพฤติกรรมการใช้ยาลดความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลอง

กลุ่มทดลอง	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		T-test	P-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
การรับรู้พลังอำนาจของตนเอง	29.09	2.96	36.03	3.78	11.39	<0.001
พฤติกรรมการใช้ยาลดความดันโลหิตสูง	32.28	4.91	39.59	2.99	-9.36	<0.001

* P-value < .05

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจของตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

คะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจของตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติระดับ $P < .05$ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจของตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

การรับรู้พลังอำนาจของตนเอง	กลุ่มควบคุม (n=32)		กลุ่มทดลอง (n=32)		T-test	P-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
ก่อนได้รับการทดลอง	30.03	4.02	29.09	2.96	-1.52	0.32
หลังได้รับการทดลอง	29.96	40.7	36.0	3.78	6.80	<0.001

* P-value <.05

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาลดความดันโลหิตหลังได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาลดความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติระดับ $P < .05$ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาลดความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

พฤติกรรมการใช้ยาลดความดันโลหิต	กลุ่มควบคุม (n=32)		กลุ่มทดลอง (n=32)		T-test	P-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
ก่อนการทดลอง	31.87	4.94	32.28	4.91	0.22	0.82
หลังการทดลอง	32.75	5.00	39.59	2.99	6.15	<0.001

* P-value <.05

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการใช้ยาลดความดันโลหิตรายด้านหลังได้รับโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทั้งในด้านพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องเหมาะสมตามคำสั่งแพทย์ และด้านพฤติกรรมการเก็บรักษายาและการพกพาสำหรับพร้อมใช้ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .05$ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาลดความดันโลหิตรายด้านของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หลังได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

พฤติกรรมการใช้ยาลดความดันโลหิต	กลุ่มควบคุม (n=32)		กลุ่มทดลอง (n=32)		T-test	P-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
1. ด้านพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องเหมาะสมตามคำสั่งแพทย์	26.31	4.29	31.53	2.71	-5.81	0.002
2. ด้านพฤติกรรมการเก็บรักษาและการพกพาสำหรับพร้อมใช้	6.44	1.83	8.06	0.84	-4.56	<0.001

* P-value <.05

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาเรื่องผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการใช้ยาลดความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายอำเภอนาเยีย จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงในด้านการรับรู้พลังอำนาจของตนเอง และด้านพฤติกรรมการใช้ยาลดความดันโลหิต จึงสรุปได้ว่าการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการรับรู้พลังอำนาจของตนเองและพฤติกรรมการใช้ยาลดความดันโลหิตที่ดีขึ้น เมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการบริการตามปกติ ซึ่งได้อภิปรายผลการศึกษาตามสมมติฐานการวิจัยได้ดังนี้

1. ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้พลังอำนาจของตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่าควบคุม

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้พลังอำนาจของตนเองหลังการทดลองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานของงานวิจัย ผลของการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ดังกล่าวเกิดจากการได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในขั้นตอนการสะท้อนคิดอย่างมีวิจาร์ณญาณเป็นการพยายามทบทวนเหตุการณ์สถานการณ์อย่างรอบคอบ เพื่อตัดสินใจและจัดการกับ

ปัญหาได้อย่างเหมาะสมเมื่อบุคคลสามารถค้นพบปัญหาตามสภาพการณ์จริง และเกิดความรู้สึกคับข้องใจ ในการดูแลตนเอง จะส่งผลให้บุคคลได้พัฒนาตนเองขึ้น กลับมาประเมินปัญหา และคิดพินิจพิเคราะห์ถึงสถานการณ์หรือสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งหมดในแง่มุมต่างๆ ให้เกิดความเข้าใจชัดเจนเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหา และการเปลี่ยนแปลงที่ดี จึงกล่าวได้ว่าขั้นตอนนี้มีความสำคัญที่จะนำไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม และช่วยให้บุคคลมีการรับรู้ถึงพลังอำนาจในตนเองโดยผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมการเสนอตัวแบบด้านดี การอภิปราย ตอบข้อซักถามให้กับกลุ่มสมาชิกเพื่อสร้างกำลังใจในการแก้ปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิยะการ แสงหัวช้าง วิไลวรรณ แสงธรรม และวิไลวรรณ วงศ์เจริญ⁽¹⁷⁾ ที่ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจและพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในตำบลห้วยขมิ้น อำเภอหนองแค จังหวัดสระบุรี แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 คน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของจรรยาจุกดิ์ วงษ์ลี⁽¹⁸⁾ ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

ความดันโลหิตสูง ตำบลคลองหินปูน อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว โดยกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 30 คน ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่สถานอนามัยคลองตาสุตรเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ และผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่สถานอนามัยคลองปูนเป็นกลุ่มทดลอง ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านพฤติกรรมการใช้ยาลดความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการใช้ยาลดความดันโลหิตสูงหลังการทดลองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการใช้ยาลดความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานของงานวิจัยผลของการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดจากการได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยบุคคลจะตัดสินใจเลือกวิถีการปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ เพื่อควบคุมและจัดการกับปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง มีการเผชิญหน้าเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้อื่นเพื่อเป็นสิ่งที่ช่วยประกอบการตัดสินใจด้วยตนเอง ซึ่งบุคคลจะมีทางเลือกหลายวิธีการขึ้นอยู่กับการแสวงหาแนวทางแก้ไขปัญหาของแต่ละบุคคล โดยใช้เหตุผลของแต่ละบุคคลซึ่งอาจจะมีความแตกต่างกัน ดังนั้น สิ่งที่คิดว่าทำแล้วเป็นผลดีกับตนเอง ก็จะทำการเรียนรู้ในการแก้ปัญหาจากการใช้ประสบการณ์เดิม และการเรียนรู้ร่วมกับบุคคลอื่น การเรียนรู้ในการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมโดยจะไม่ย่อท้อต่อความตั้งใจในการดูแลตนเอง โดยผู้วิจัยได้ติดตามและให้กำลังใจผู้ป่วยผ่านการโทรสอบถามตอบคำถามของผู้ป่วยผ่านระบบไลน์ และการเยี่ยมบ้าน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ พลังใจในการปฏิบัติของตนมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิณา

จำริญบุญ⁽¹⁹⁾ ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้ การรับรู้พลังอำนาจ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงปานกลางในชุมชนของพื้นที่ตำบลโพหนอง อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการศึกษาแบบสองกลุ่มวัดสองครั้งก่อนหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงปานกลางต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการมีพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของวรดาทองสุข⁽²⁰⁾ ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย และระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้โดยศึกษาในพื้นที่ตำบลหนองจิก และตำบลหนองกก อำเภอศีร์ษะมาศ จังหวัดสุโขทัย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 2 กลุ่มๆ ละ 30 คน กลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองจิก และกลุ่มควบคุม คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกก ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้หลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุม และสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลนาเยีย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพนาเรือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพนาตุ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพนาเยีย ที่อนุญาตและสนับสนุนข้อมูลที่เป็นประโยชน์สำหรับการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World health organization.(2023). **A global report on hypertension : the race against a silent killer** Killer, Geneva: World HealthOrganization; (online) (cited 24 July 2024) Available from <https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/hypertension-report>
2. กองโรคไม่ติดต่อ. (2563). **รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562**. สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์
3. กระทรวงสาธารณสุข. (2567). **HDC Dashboard**. สืบค้นวันที่ 24 กรกฎาคม 2567, เข้าถึงได้จาก <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>
4. กองโรคไม่ติดต่อ,กรมควบคุมโรค. (2567). **จำนวนและอัตราการตายโรคด้วย 5 โรคไม่ติดต่อปี 2561-2565**. สืบค้นวันที่ 2 สิงหาคม 2568 เข้าถึงได้จาก: <https://www.ddc.moph.go.th/dncd/news.php?news=39911>
5. สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีการแพทย์. **การทบทวนวรรณกรรม สถานการณ์ปัจจุบัน และรูปแบบการบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง**. บริษัท อาร์ตคอลลอร์ไฟท์ จำกัด
6. สำนักพัฒนากลุ่มโรคร่วมไทย. (2566). **ต้นทุนบริการผู้ป่วยนอกรายโรคจากข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคลจาก การศึกษา ต้นทุนรายโรคระยะที่ 1**. สืบค้นวันที่ 24 กรกฎาคม 2568 เข้าถึงได้จาก :<https://www.tcmc.or.th>
7. สำนักบริการทะเบียนกรมการปกครอง. (2567). **ข้อมูลประชากรจังหวัดอุบลราชธานี ปี 2566**. สืบค้นวันที่ 24 กรกฎาคม 2568 เข้าถึงได้จาก <https://www.opsmoac.go.th/ubonratchathani-dwl-files-461091791203>
8. กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค (สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี). (2567). **รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2566**. สืบค้นวันที่ 24 กรกฎาคม 2568 เข้าถึงได้จาก https://inspection.moph.go.th/e-inspection/file_report_summary/2023-07-24-03-28-01.pdf
9. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. **แนวทางการดำเนินงาน NCD ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล**. สืบค้นวันที่ 24 กรกฎาคม 2567เข้าถึงได้จาก [http://ncdclinicplus.ddc.moph.go.th/assets/FILES/แนวทางการดำเนินงาน%20NCD%20ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล%20\(โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล\)%20.pdf](http://ncdclinicplus.ddc.moph.go.th/assets/FILES/แนวทางการดำเนินงาน%20NCD%20ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล%20(โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล)%20.pdf)
10. วิวัฒน์ ถาวรพัฒน์ และคณะ. **การสำรวจยาเหลือใช้และปัจจัยที่เป็นสาเหตุกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ตำบลหนองปากโลง อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม**. วารสารวิชาการสาธารณสุข. ปีที่21 ฉบับที่ 6 (พฤศจิกายน - ธันวาคม 2555) : 1140
11. กุณนที พุ่มสงวน. **การสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพ : บทบาทที่สำคัญของพยาบาล**. วารสารพยาบาลทหารบก ปีที่ 15 ฉบับที่ 3 (ก.ย. - ธ.ค. 2557) : 86-90
12. ปรีดา สุทธิประภา. (2566). **ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการปฏิบัติการบริการส่งมอบยาให้กับผู้ที่มีภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน**. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
13. ช่อทิพย์ บรมธนรัตน์. (2557). **การสร้างพลังทางการบริหาร. จุลสารสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ออนไลน์. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. ฉบับที่ 1 2557. สืบค้นวันที่ 28 สิงหาคม 2567 เข้าถึงได้จาก : <https://www.stou.ac.th/Schools/Shs/booklet/book571/PbHealth571.pdf>**

14. ไปรมา กลิ่นนิรัญ. (2558). ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ตำบลน้ำรอบ อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี.
15. อรุณ จิรวัดนกุล. (2546). การคำนวณขนาดตัวอย่าง. ชีวสถิติ. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น : โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา ; 273-279
16. ชนิการ์ต์ ทรัพย์ภรากรณ์. (2560). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องของพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ของประชากรกลุ่มเสี่ยงตำบลเวียงยอง อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
17. วิยะการ แสงหัวช้าง, วิไลวรรณ แสงธรรม และวิไลวรรณ วงศ์เจริญ. (2560). ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ต่อการรับรู้พลังอำนาจและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง. วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย. ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. ปีที่ 11 ฉบับที่ 3 ประจำเดือนกันยายน - ธันวาคม; 159-172
18. จรูญศักดิ์ วงษ์ลี. (2560). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ตำบลคลองหินปูน อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว. วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์.
19. วีณา จำเริญบุญ. (2560). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้ การรับรู้พลังอำนาจ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงปานกลางในชุมชน. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
20. วรดา ทองสุก. (2562). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกายและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยศิลปากร

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบมีส่วนร่วม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก่งเค็ง อำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี

Development of a participatory diabetes care model Kaeng Keng Subdistrict Health Promoting Hospital Kut Khao Pun District Ubon Ratchathani Province

สุทธิพงษ์ โคตรวันทา

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก่งเค็ง
อำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาบริบท การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบมีส่วนร่วม 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบมีส่วนร่วม และ 3) เพื่อประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบมีส่วนร่วมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก่งเค็ง เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ กลุ่มตัวอย่าง คือ 1) บุคลากรสาธารณสุข และภาคีเครือข่ายในชุมชน 2) ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 50 คน เก็บข้อมูลระหว่างตุลาคม - ธันวาคม 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบ Paired t-test และวิเคราะห์เนื้อหาในส่วนข้อมูลคุณภาพ

ผลการศึกษา พบว่า 1) ความรู้เรื่องโรคเบาหวานของผู้ป่วย ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < 0.05$) 2) พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($p < 0.05$) 3) ค่าระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบฯ แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ 4) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบมีส่วนร่วม คือ (1) การชั่งน้ำหนัก/วัดส่วนสูง/ประเมินสัญญาณชีพ (2) ให้ความรู้โดยใช้สื่อประกอบ

เกี่ยวกับโรคเบาหวาน (3) การบอกเล่าประสบการณ์จากบุคคลต้นแบบที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (4) การตรวจรักษาจากแพทย์ (5) การประเมินพฤติกรรมดูแลตนเอง (6) การติดตามทางโทรศัพท์โดยเจ้าหน้าที่ และ (7) การเยี่ยมบ้านโดยเครือข่ายชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ดังนั้น บุคลากรสาธารณสุข หรือผู้ที่เกี่ยวข้องควรนำรูปแบบดังกล่าวไปใช้ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและมีการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานในชุมชนต่อไป

คำสำคัญ: การพัฒนา การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน แบบมีส่วนร่วม รูปแบบ

Abstract

The objectives of this research are 1) to study the context of participatory diabetes care 2) to develop a model for participatory diabetes care and 3) to evaluate the participatory care model for diabetes patients at Kaeng Keng Subdistrict Health Promoting Hospital. It is action research. The sample groups are 1) public health personnel and network partners in the community 2) Diabetic patients. By purposive

selection of 50 people, data were collected between October - December 2024. The research tool was a questionnaire. Data was analyzed by percentage, mean and standard deviation, paired t-test statistics, and content analysis in the quality data section.

The research results found that :

1) Knowledge of patients about diabetes was found before and after developing the model. They are significantly different at the .05 level. ($p < 0.05$) 2) The self-care behavior of patients was found to be different before and after the development of the model, with a statistical significance at the .05 level. ($p < 0.05$) 3) The blood sugar level values before breakfast were found to be different before and after the development of the model without statistical significance. 4) The participatory care model for diabetes patients is (1) Weighing/measuring height/evaluating vital signs (2) providing knowledge using media about diabetes (3) telling experiences from a prototype that can control blood sugar levels (4) Medical examination by a doctor, (5) Self-care behavior assessment, (6) Telephone follow-up by staff, and (7) Home visits by community networks. and public health officials. Therefore, such a model should be used to encourage patients to take care of themselves and behave themselves. To further prevent complications from diabetes in the community.

Keywords : Development, Diabetes care, Participatory, Model

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของคนทั่วโลก⁽¹⁾ นอกจากนี้ยังคาดว่าปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้ป่วยโรคเบาหวานถึง 500 ล้านคน⁽²⁾ สำหรับประเทศไทย ประชาชนไทยวัยผู้ใหญ่ป่วยเป็นโรคเบาหวานถึง 4.8 ล้านคน และหลายรายเกิดภาวะแทรกซ้อน สหพันธ์เบาหวานนานาชาติได้คาดการณ์ว่าใน พ.ศ. 2583 ประเทศไทยจะมีผู้ป่วยเบาหวานสูงถึง 5.3 ล้านคน⁽³⁾ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะไม่ทราบว่าเป็นผู้ป่วยจึงไม่ได้ดูแลตนเอง ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและทำให้เกิดอาการป่วยและตายก่อนวัยอันควร ซึ่งมีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มากกว่าร้อยละ 70 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด⁽⁴⁾ โรคเบาหวานเป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของต่อมไร้ท่อที่ตับอ่อน ซึ่งไม่สามารถผลิตหรือหลั่งฮอร์โมนอินซูลินออกมาให้มากเพียงพอที่จะใช้เปลี่ยนน้ำตาลที่ร่างกายให้เกิดเป็นพลังงานได้ จึงทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากกว่าปกติ และเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากมายจากที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จนเกิดการเสียหายของอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย⁽⁵⁾ ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ หรือใกล้เคียงปกติได้ จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งชนิดเฉียบพลัน และชนิดเรื้อรัง ซึ่งภาวะแทรกซ้อนชนิดเฉียบพลัน ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ หรือภาวะน้ำตาลในเลือดสูง การที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเรื้อรังยาวนานทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย เช่น ไตวาย จอประสาทตาเสื่อมเกิดตามัว ตาบอด โรคหลอดเลือด หัวใจตีบ หลอดเลือดสมองตีบ ส่งผลให้ผู้ป่วยทุพพลภาพ รวมถึงการเสียชีวิต นอกจากนี้การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจ คือ เกิดภาวะซึมเศร้า สิ้นหวัง ท้อแท้ รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจำนวนมาก และใช้ระยะเวลาในการรักษานาน⁽⁶⁾

จากการศึกษาสถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานในประเทศไทยในปี 2560 พบผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี มีเพียงร้อยละ 37.90 ถ้าการควบคุมสถานะของโรคได้ไม่ดีจะทำให้เกิดปัญหาภาวะแทรกซ้อนทั้งเรื่องของตา ไต สมอ หรือเท้า และข้อมูลพื้นฐานจาก HDC ปีงบประมาณ 2560 พบอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวานเป็น 418.02 ต่อแสนประชากร⁽⁷⁾ ดังนั้น เป้าหมายสำคัญของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน คือ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงกับปกติมากที่สุด ถึงแม้จะไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่ไม่รุนแรง และสามารถควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ จากการศึกษาข้อมูลผู้ป่วยโรคเบาหวานของจังหวัดอุบลราชธานี ในปี 2565 -2567 พบว่า มีผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 114,694 ราย 109,931 ราย และ 118,096 ราย ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากปีที่ผ่านมา และพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่มีภาวะแทรกซ้อนจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน โดยในปี 2565 -2567 พบผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน จำนวน 3,971 ราย 4,668 ราย และ 3,668 ราย ตามลำดับ⁽⁷⁾

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก่งเค็ง มีผู้ป่วยโรคเบาหวานในปี 2567 จำนวน 55 คน พบว่ามีภาวะแทรกซ้อนทางตา จำนวน 3 คน ไต จำนวน 1 คน และภาวะแทรกซ้อนทางเท้า 2 คน⁽⁸⁾ ซึ่งการจัดบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก่งเค็ง มีการให้บริการคลินิกโรคเรื้อรัง 2 เดือนต่อ 1 ครั้ง โดยมีแพทย์และเภสัชกรออกให้บริการตรวจรักษาและจ่ายยาให้กับผู้ป่วย มีการติดตามระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) และการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางตา และเท้าอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ซึ่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก่งเค็ง ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนยังขาดความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล

ในเลือดให้อยู่ในระดับปกติได้ จึงเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคนำไปสู่การเสียชีวิตในที่สุด จึงต้องปรับกลวิธีในการดำเนินงานโดยเน้นการทำงานเชิงรุก ด้วยการประสานความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายเพื่อร่วมวางแผนปฏิบัติการให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้เพิ่มขึ้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบมีส่วนร่วมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก่งเค็ง อำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อพัฒนารูปแบบและกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมกับโรคและภาวะเจ็บป่วย สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบมีส่วนร่วมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก่งเค็ง อำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบมีส่วนร่วมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก่งเค็ง อำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี
3. เพื่อประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบมีส่วนร่วมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก่งเค็ง อำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามกรอบแนวคิดของ Stephen Kemmis และ McTaggart⁽⁹⁾ ร่วมกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งเป็นรูปแบบการบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เน้นการดูแลแบบองค์รวมเชื่อมโยงหน่วยบริการที่มีการดูแลที่มีมาตรฐานตั้งแต่โรงพยาบาลจนถึงชุมชน เน้นการทำงานอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีแก่ผู้ป่วย และแนวคิดการจัดการตนเอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลกุดข้าวปุ้น จำนวน 175 คน บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก่งเค็ง จำนวน 8 คน ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่รับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก่งเค็ง จำนวน 272 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก่งเค็ง จำนวน 79 คน รวมประชากรในการศึกษาวิจัยทั้งสิ้น จำนวน 534 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยไม่ใช้ความน่าจะเป็น คัดเลือกผู้เข้าร่วมแบบเจาะจงตามเงื่อนไขของการกำหนดคุณสมบัติของประชากรที่ถูกเลือกมาศึกษา โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างที่เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก่งเค็ง อำเภอ กุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 20 คน ประกอบด้วย กลุ่มบุคลากรสาธารณสุข และภาคีเครือข่ายในชุมชน โดยการเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ 1) กลุ่มบุคลากรสาธารณสุขจากโรงพยาบาลกุดข้าวปุ้น จำนวน 7 คน (แพทย์ 1 คน, เภสัชกร 1 คน, พยาบาลวิชาชีพ 3 คน, นักโภชนาการ 1 คน และนักกายภาพบำบัด 1 คน) 2) กลุ่มบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก่งเค็ง จำนวน 5 คน และ 3) ภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย จำนวน 8 คน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 8 หมู่บ้านๆ ละ 1 คน

2. กลุ่มตัวอย่างในการประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก่งเค็ง อำเภอ กุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 30 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งเพศชายและเพศหญิงได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานและรับการรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

- ตำบลแก่งเค็ง 2) ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (ระดับน้ำตาลในเลือด 2 ครั้งสุดท้ายที่มารักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก่งเค็ง มากกว่า 140 mg/dL) 3) ไม่มีโรคแทรกซ้อนจากการป่วยเป็นโรคเบาหวาน และ 4) ยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และเกณฑ์ในการคัดออก ได้แก่ 1) ผู้ป่วยขอยกเลิกหรือถอนตัวออกโครงการวิจัย และ 2) มีภาวะเจ็บป่วยในระหว่างศึกษาวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบบันทึกการสนทนากลุ่มเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบมีส่วนร่วมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก่งเค็ง

2. เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบมีส่วนร่วมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก่งเค็ง โดยใช้แบบสอบถาม 2 ชุด ได้แก่

- 2.1 แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก่งเค็ง อำเภอ กุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพ การสมรส การศึกษาสูงสุด ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวาน น้ำหนัก และส่วนสูง ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ และเติมคำในช่องว่าง จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า (ค่า FBS) ซึ่งเก็บข้อมูลก่อนและหลังการศึกษา โดยผู้วิจัยกำหนดค่าระดับน้ำตาลในเลือด ดังนี้ 1) ระดับน้ำตาลในเลือดระหว่าง 70-130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร 2) ระดับน้ำตาลในเลือดระหว่าง 130-180 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และ 3) ระดับน้ำตาลในเลือดเกิน 180 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

ส่วนที่ 3 แบบทดสอบเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามให้เลือกตอบว่า “ถูก” หรือ “ผิด” โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือก

ตอบเพียงคำตอบเดียว จำนวน 20 ข้อ ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน และใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับความรู้ของ Bloom⁽¹⁰⁾

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเอง ประกอบด้วย พฤติกรรมในเรื่องการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การควบคุมปัจจัยเสี่ยง การมาตรวจตามนัด และการเฝ้าระวังโรค ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ เกณฑ์การพิจารณาการวัดระดับพฤติกรรม การดูแลตนเอง ในการวิจัยครั้งนี้ใช้เกณฑ์และการแปลความหมายค่าเฉลี่ย⁽¹¹⁾

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับความพึงพอใจ ต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก่งเตี้ย ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

2.2 แบบสอบถามสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ และภาคีเครือข่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับ ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษาสูงสุด สถานภาพ การสมรส ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ และเติมคำ ในช่องว่าง จำนวน 4 ข้อ และ ส่วนที่ 2 แบบสอบถาม เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน แบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ มีส่วนร่วมเป็นประจำ มีส่วนร่วมเป็นบางครั้ง และไม่เคยมีส่วนร่วม

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้เสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อุบลราชธานี และได้ผ่านการเห็นชอบโดยสอดคล้อง กับคำประกาศเฮลซิงกิงจากคณะกรรมการพิจารณา จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อุบลราชธานี เมื่อวันที่ 2 ตุลาคม 2567 เอกสารรับรอง เลขที่ SSJ.UB 2567 - 158 รหัสโครงการ SSJ.UB 158

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้โปรแกรม คอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และข้อมูลเชิงคุณภาพ มีขั้นตอน ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย ด้วยการแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับ โรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาล ในเลือด ก่อนและหลังการพัฒนา รูปแบบ โดยใช้ Paired t-test

ผลการวิจัย

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 56.67 เพศชาย จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 43.33 มีอายุ 51 - 60 ปี จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 40 โดยที่มีอายุ เฉลี่ยเท่ากับ 55.78 อายุสูงสุดเท่ากับ 69 ปี และอายุ ต่ำสุดเท่ากับ 25 ปี มีสถานภาพสมรส จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 53.33 การศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 46.67 ซึ่งส่วนใหญ่มี ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวาน 6 -10 ปี จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 53.33 ส่วนใหญ่มีน้ำหนัก 61-70 กิโลกรัม จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 43.33 มีส่วนสูง 151-160 เซนติเมตร จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 40.00
2. ผลการศึกษาตามกรอบแนวคิดของ Stephen Kemmis และ McTaggart 4 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นวางแผน (Planning) พัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน วิเคราะห์สถานการณ์ การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบมีส่วนร่วมโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลแก่งเตี้ย อำเภอภูพาน จังหวัด อุบลราชธานี มีบุคลากร 8 คน รับผิดชอบดูแลประชาชน 8 หมู่บ้าน ประชากร 4,918 คน เพศหญิง 2,4415 คน เพศชาย 2,503 คน โรคเรื้อรังพบเป็นอันดับ 1 ของพื้นที่ คือ โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 232 คน อันดับ 2 คือ

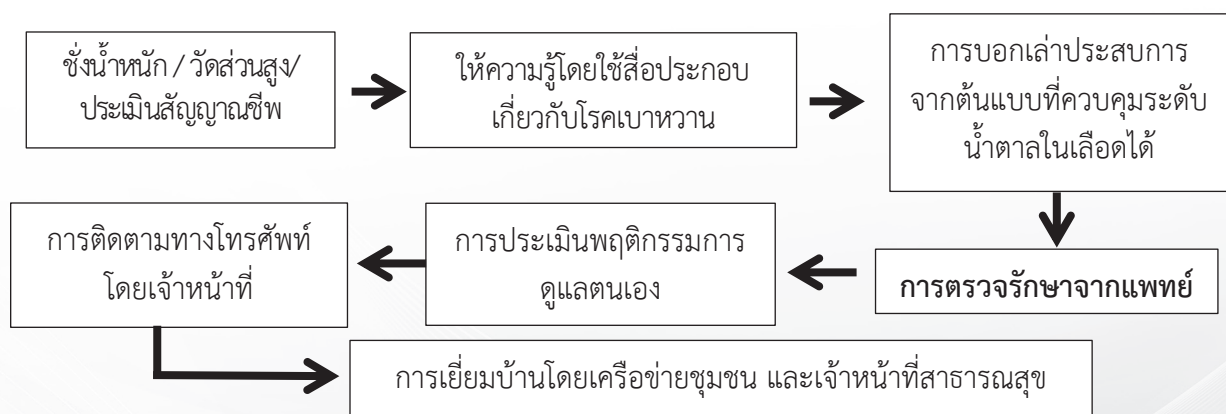
โรคเบาหวาน จำนวน 55 คน มีภาวะแทรกซ้อนทางตา จำนวน 3 คน ไต จำนวน 1 คน และภาวะแทรกซ้อนทางเท้า 2 คน มีการจัดบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก่งเค็งในแบบเดิม มีการให้บริการคลินิกโรคเรื้อรัง 2 เดือนต่อ 1 ครั้ง โดยมีแพทย์และเภสัชกรออกให้บริการตรวจรักษาและจ่ายยาให้กับผู้ป่วย และมีการติดตามระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) และการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางตา และเท้า อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ซึ่งจากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยขาดความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และชุมชนยังขาดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติได้ จึงเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค นำไปสู่การเสียชีวิตในที่สุด จึงจำเป็นต้องปรับกลวิธีในการดำเนินงานโดยเน้นการทำงานเชิงรุก ด้วยการประสานความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย เพื่อร่วมวางแผนปฏิบัติการให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้เพิ่มขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นปฏิบัติ (Action) ปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบมีส่วนร่วมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก่งเค็ง อำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี ได้แก่ 1) การตรวจรักษาจากแพทย์ 2) ให้ความรู้โดยใช้สื่อประกอบเกี่ยวกับ

โรคเบาหวาน(สาเหตุอาการภาวะแทรกซ้อนการปฏิบัติตัวในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายการจัดการกับความเครียด การควบคุมปัจจัยเสี่ยง การมาตรวจตามนัด และการป้องกันการเกิด โรคแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน) 3) การบอกเล่าประสบการณ์จากต้นแบบที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ 4) การประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเอง 5) การติดตามทางโทรศัพท์โดยเจ้าหน้าที่ และ 6) การเยี่ยมบ้านโดยเครือข่ายชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) สังเกตและมีการติดตามผลการดำเนินงาน เป็นระยะเก็บรวบรวมข้อมูล ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด และความพึงพอใจรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบมีส่วนร่วมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก่งเค็ง

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นการสะท้อนผล (Reflection) โดยการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อคืนข้อมูลให้กับชุมชน รวมทั้งร่วมกันถอดบทเรียนหลังจากการปฏิบัติตามแผนได้มีการปรับและพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบมีส่วนร่วมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก่งเค็ง เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และพื้นที่ในการดำเนินการ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบมีส่วนร่วม

การประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบมีส่วนร่วมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก่งเค็ง อำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า 1) ความรู้เรื่องโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < 0.05$) 2) พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ก่อนการพัฒนาโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง หลังการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยรวมอยู่ในระดับมาก ซึ่งก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($p < 0.05$) 3) ค่าระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า (FBS) ก่อนและหลังการพัฒนาฯ พบว่า ก่อนและหลังการพัฒนาฯ แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยหลังพัฒนารูปแบบฯ ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดไม่แตกต่างจากก่อนพัฒนารูปแบบฯ 4) ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบมีส่วนร่วมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก่งเค็ง อำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด และ 5) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบมีส่วนร่วมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก่งเค็ง อำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย (1) การชั่งน้ำหนัก / วัดส่วนสูง/ประเมินสัญญาณชีพ (2) ให้ความรู้โดยใช้สื่อประกอบเกี่ยวกับโรคเบาหวาน (3) การบอกเล่าประสบการณ์จากต้นแบบที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (4) การตรวจรักษาจากแพทย์ (5) การประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง (6) การติดตามทางโทรศัพท์โดยเจ้าหน้าที่ และ (7) การเยี่ยมบ้านโดยเครือข่ายชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ดังนั้น ควรนำแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวานโดยอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนไปใช้ในการส่งเสริมให้ผู้ที่ เป็นเบาหวานให้สามารถดูแลตนเอง และมีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานในชุมชนต่อไป

อภิปรายผล

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีประเด็นที่น่าสนใจที่ผู้วิจัยนำมาอภิปรายผล ดังนี้

1. ค่าระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า (FBS) ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบมีส่วนร่วม พบว่า ก่อนการพัฒนาผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับพอใช้ ภายหลังจากพัฒนาพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดระดับพอใช้ เช่นเดียวกัน และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบฯ แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยหลังพัฒนารูปแบบฯ ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดไม่แตกต่างจากก่อนพัฒนารูปแบบฯ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของกฤษฎณา ศิริวรรณ⁽¹²⁾ ได้ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนากิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานในพื้นที่ รพ.สต. ชมสะอาด อ. เมยวดี จ. ร้อยเอ็ด พบว่า หลังการพัฒนากิจกรรม ค่าระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงอยู่ในระดับปกติร้อยละ 62.5 ผู้วิจัยมีความคิดเห็นว่าการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นสิ่งที่สำคัญ โดยเฉพาะการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม และการสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วยให้เห็นคุณค่าในตนเอง และมีความตระหนัก รวมทั้งมีพลังอำนาจในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ประสบผลสำเร็จ ดังนั้น จึงควรมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อการควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงกับเกณฑ์ปกติมากที่สุด เพื่อป้องกันความเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นได้ และเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนต่อไป

2. ความรู้เรื่องโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ก่อนการพัฒนาแบบอยู่ในระดับปานกลาง

และหลังการให้ความรู้พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง สำหรับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ก่อนและหลังการพัฒนาแบบ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < 0.05$) ซึ่งหมายความว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานก่อนและหลังการพัฒนาแบบ มีความรู้แตกต่างกันโดยที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานหลังการพัฒนาแบบมีความรู้เพิ่มขึ้นกว่าก่อนพัฒนาแบบฯ ผู้วิจัยมีความคิดเห็นว่า ความรู้เป็นค่าที่ทำความเข้าใจได้ยากเนื่องจากมีความเป็นนามธรรมสูงทำให้หลายคนเกิดความสับสน ซึ่งความรู้ คือ สิ่งที่น่าไปใช้จะไม่หมด แต่กลับจะยิ่งงอกเงยหรืองอกงามขึ้น แต่ความรู้จะไม่มีประโยชน์เลยถ้าไม่นำไปสู่การกระทำหรือการตัดสินใจ ดังนั้น การที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคอาการแสดงของโรค รวมถึงภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถดูแลตัวเองเบื้องต้นได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจุฑาทงศ์ เตชะสีบ⁽¹³⁾ ได้ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาแบบการดูแลโดยมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้ที่เป็นเบาหวาน พบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่างภายหลังได้รับรูปแบบการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวานโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 74.0 และสอดคล้องกับการศึกษาของหทัยรัตน์ กันหาชิน⁽¹⁴⁾ ได้ศึกษาการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานี พบว่า การดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องของผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดีขึ้นส่งผลให้ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมลดลง

3. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า ก่อนการพัฒนาผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และหลังการพัฒนาพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยรวมอยู่ในระดับมาก และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานก่อนและหลังการพัฒนาแบบฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($p < 0.05$) โดย

หลังพัฒนารูปแบบฯ ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าก่อนพัฒนารูปแบบฯ ผู้วิจัยมีความคิดเห็นว่า การที่บุคคลมีความรู้เรื่องโรค หรือความเจ็บป่วยที่ตนเองเผชิญอยู่ จะเห็นความสำคัญในการดูแลสุขภาพ และให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรืออาการไม่พึงประสงค์ต่างๆ ที่จะเกิดขึ้น และส่งเสริมพฤติกรรมต่างๆ ทางด้านสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเดือนธิดา ศรีเสมอ⁽¹⁵⁾ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของพระภิกษุสูงอายุโรคเบาหวาน ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ด้านสุขภาพสามารถส่งเสริมให้พระภิกษุสูงอายุโรคเบาหวานมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของพงศธร ทิพย์อุทัย⁽¹⁶⁾ ได้ศึกษาการพัฒนาแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของกลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวานในชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า กลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวานมีความมั่นใจและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้น มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับสูง และสอดคล้องกับการศึกษาของชื่นรัมย์ คมสรรค์ และบุญสิทธิ์ ไชยชนะ⁽¹⁷⁾ ได้ศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลสุคติรินทร์ พบว่า ภายหลังการทดลองใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพตนเอง ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการบริโภคอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกายและการจัดการอารมณ์ สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < 0.05$)

4. ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบมีส่วนร่วม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก่งเต็ง อำเภอภูคดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ผู้วิจัยมีความคิดเห็นว่า ความพึงพอใจเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความสำเร็จที่ทำให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้อย่างมีประสิทธิภาพ อันเป็นผลจากการได้รับการตอบสนองต่อแรงจูงใจหรือความต้องการของแต่ละบุคคลในแนวทาง

ที่เขาต้องการ ซึ่งจะเห็นได้ว่ารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบมีส่วนร่วมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก่งเค็ง อำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานีสามารถตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรัตนา เสนาหนอก⁽¹⁸⁾ ที่ได้ศึกษาผลของโรงเรียนเบาหวานสามัคคีต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ความพึงพอใจในการรับบริการและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการรับบริการมีมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < 0.05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของการพัฒนากระบวนการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานขึ้นใจประสาทตาโดยใช้แนวคิดลีน (Lean concept) พบว่า คะแนนความพึงพอใจของบุคลากรหลังการประยุกต์ใช้แนวคิดลีนมีค่าเพิ่มขึ้นจาก 56.90 คะแนน (S.D.=3.08) เป็น 65.90 คะแนน (S.D.=5.88) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p\text{-value} < 0.01$)

5. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบมีส่วนร่วมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก่งเค็ง อำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย 1) การชั่งน้ำหนัก / วัดส่วนสูง/ประเมินสัญญาณชีพ 2) ให้ความรู้โดยใช้สื่อประกอบเกี่ยวกับโรคเบาหวาน 3) การบอกเล่าประสบการณ์จากบุคคลต้นแบบที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ 4) การตรวจรักษาจากแพทย์ 5) การประเมินพฤติกรรมดูแลตนเอง 6) การติดตามทางโทรศัพท์โดยเจ้าหน้าที่ และ 7) การเยี่ยมบ้านโดยเครือข่ายชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งกระบวนการพัฒนารูปแบบในการบริการครั้งนี้ เป็นผลสำเร็จจากการปรับรูปแบบและระบบการบริการที่เน้นการสร้างการมีส่วนร่วมที่ครอบคลุมทั้งระบบ เน้นการทำงานเชื่อมประสานกับชุมชนและเครือข่ายในพื้นที่ โดยมีกลไกการสนับสนุนที่ดีของหน่วยบริการและทีมผู้ดูแลทั้งในและนอกสถานบริการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Tsai RT et al⁽¹⁹⁾ พบว่า องค์ประกอบของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 องค์ประกอบ ได้แก่ การสนับสนุนการดูแลตนเองก็สามารถพัฒนาผลลัพธ์ทางคลินิกและพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วย รวมทั้ง

สามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยด้วย และสอดคล้องกับการศึกษาของจุฑาทพงค์ เตชะสีป⁽¹³⁾ ได้ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้ป่วยที่เป็นเบาหวาน ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานส่งผลให้ผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและมีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคเบาหวานดีขึ้น ดังนั้น ควรนำแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนไปใช้ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานให้สามารถดูแลตนเอง และมีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานในชุมชนต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. จากผลการศึกษาวิจัยผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ก่อนการพัฒนารูปแบบอยู่ในระดับปานกลาง และหลังการพัฒนารูปแบบพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ความรู้เรื่องโรคเบาหวานเป็นพื้นฐานที่สำคัญในการที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถดูแลสุขภาพตนเองหรือมีพฤติกรรมที่เหมาะสมได้ ดังนั้น บุคลากรสาธารณสุขหรือผู้ที่เกี่ยวข้องต้องตระหนักและให้ความสำคัญในเรื่องความรู้พื้นฐานของโรคเบาหวาน และหากวิธีหรือแนวทางที่จะทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้ในเรื่องดังกล่าว เพื่อการดูแลสุขภาพตนเองที่ดีส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน

2. จากผลการศึกษาวิจัยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า ก่อนการพัฒนาผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และหลังการพัฒนา พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยรวมอยู่ในระดับมาก ดังนั้น บุคลากรสาธารณสุข และภาคีเครือข่ายในชุมชนที่เกี่ยวข้องต้องกระตุ้น ส่งเสริม และสร้างความตระหนักในเรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการนำแนวคิดที่ได้จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้มาประยุกต์ให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยโรคเบาหวานและบริบทของพื้นที่

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การจัดกิจกรรมในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน ควรมีกิจกรรมเพื่อพัฒนาความสามารถ รวมทั้งความเชื่อมั่นที่ก่อให้เกิดความรู้สึกสามารถควบคุมชีวิตของตนเองได้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมอย่างยั่งยืนและเป็นต้นแบบในการดำเนินงานในชุมชน

2. ควรมีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่เป็นปัญหาทางด้านสุขภาพในพื้นที่ เพื่อพัฒนาระบบการดูแลรักษาที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุขและสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. **ประเด็นสารณรงค้วินเบาหวานโลก ปี 2560**. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข, 2560.
2. ระพีพันธุ์ ชาติจันทิก. **การพัฒนาความรู้และทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและครอบครัวในตำบลโคกสูง อำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์**,ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2560.
3. ศุภาวดี พันธุ์หนองโพ. **การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ภายใต้รูปแบบการจัดการโรคเรื้อรัง ในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลขุนหาญ อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ**.ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, 2562.
4. ชัชชาติ รัตตสาร. (2560). **สถานการณ์ปัจจุบัน และความร่วมมือเพื่อ ปฏิรูปการดูแลรักษาโรคเบาหวานในประเทศไทย การยกระดับมาตรฐานการดูแลรักษา และ ขยายการเข้าถึงการรักษาโรคเบาหวาน นำไปสู่สังคมสุขภาพที่ยั่งยืน**. กรุงเทพฯ: บริษัท โนวา นอร์ดิสค์ ฟาร์มา (ประเทศไทย).
5. American Diabetes Association [ADA], **Diagnostic and classification of diabetes mellitus**. Diabetic Care, 33(S1), S62-S67, 2010.
6. นุชรี อาบสุวรรณ และนิตยา พันธุ์เวทย์, **ประเด็นสารณรงค้วินเบาหวานโลกปี 2558**. กรุงเทพมหานคร : เครือข่ายวิจัยกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย, 2558.
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. **ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ : HDC**. (ออนไลน์). สืบค้นเมื่อวันที่ 25 กรกฎาคม 2567 จาก <https://hdc.moph.go.th/ubn/public/standard-report-detail/137a726340e4dfde7bbbc5d8aeee3ac3> ,2567.
8. **โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก่งเค็ง .สรุปผลการดำเนินงานปีงบประมาณ2567 (รอบ 6 เดือน)**. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก่งเค็ง, 2567.
9. Kemmis, S & McTaggart, R. **The Action Research Planer (3rd)**. Victoria:Deakin University,1988.
10. Bloom,Benjamin S.,et al. **Hand book on Formative and Summative Evaluation of Student Learning**. New York: Mc Graw-Hill Book Company. 1971.
11. บุญใจ ศรีสถิตนรากร. **การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย : คุณสมบัติ การวัดเชิงจิตวิทยา**. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2555.
12. กฤษณา ศิริวรรณ. **การพัฒนากิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานในพื้นที่ รพ.สต.ชมสะอาด อ.เมยวดี จ. ร้อยเอ็ด**. รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2559.

13. จุฑาทพงศ์ เตชะสืบ. การพัฒนารูปแบบการดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้ที่เป็นเบาหวาน. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2560.
14. หทัยรัตน์ กันหาชิน. การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานี. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2563.
15. เดือนธิดา ศรีเสมอ . ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของพระภิกษุสูงอายุโรคเบาหวาน.พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยบูรพา,2562.
16. พงศธร ทิพย์อุทัย. การพัฒนาแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของกลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวานในชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดกาฬสินธุ์. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2562.
17. ชื่นรัมย์ คมสรรค์ และบุญสิทธิ์ ไชยชนะ. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลสุคริณ ด้วยเทคนิคการวางแผนแบบมีส่วนร่วม(AIC). วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 3, 179–193., 2559.
18. รัตนา เสนาหนอก. ผลของโรงเรียนเบาหวาน สัมคิตต่อพฤติกรรมจัดการตนเองความพึงพอใจในการรับบริการและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 38(2), 2566.
19. Tsai RT, et al. **Spliceosome disassembly catalyzed**. by Prp43 and its associated components
20. Ntr1 and Ntr2. **Genes Dev**, 19(24), 2991–3003.,2005.

การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคของทีมเฝ้าระวัง สอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) และหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) ระดับอำเภอ จังหวัดอุบลราชธานี

The Communicable Diseases Prevention and Control Model
Development of District Surveillance and Rapid Response Team (SRRT)
and Communicable Disease Control Unit (CDCU),
Ubon Ratchathani Province.

ประพนธ์ บุญไชย

กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) และหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) ระดับอำเภอ จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มเป้าหมายรวม 149 คน ประกอบไปด้วย ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วระดับอำเภอ จำนวน 63 คน และหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อระดับอำเภอ จำนวน 86 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถาม การดำเนินงาน แบบสัมภาษณ์ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงาน แบบสังเกตการณ์และแบบบันทึกกิจกรรม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Paired t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วและหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อระดับอำเภอ จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย 1) การเฝ้าระวัง 2) การตรวจสอบเพื่อยืนยันข้อเท็จจริงหรือการสอบสวนโรค 3) การรายงานทางระบาดวิทยา 4) การตอบโต้เพื่อระงับเหตุและควบคุมโรค กระบวนการในการพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่ 1) ทบทวนปัญหาและวิเคราะห์สถานการณ์

2) วางแผนดำเนินงานและจัดทำแผนปฏิบัติการ 3) ดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ 4) สังเกตและบันทึกผล 5) ประเมินผลการดำเนินงาน 6) ถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การประเมินผลหลังการนำรูปแบบไปใช้พบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบ ค่าเฉลี่ยคะแนนการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่า = 2.32, SD = 0.25) หลังการพัฒนารูปแบบอยู่ในระดับสูง (ค่า = 2.51, SD = 0.27) ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค พบว่า ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% แสดงให้เห็นว่าผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วและหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อระดับอำเภอ จังหวัดอุบลราชธานี หลังการพัฒนารูปแบบสูงกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ เจ้าหน้าที่ที่มีทักษะและความเชี่ยวชาญในการดำเนินงานจากประสบการณ์ในการปฏิบัติงานจริง การพัฒนาความรู้และแนวทางปฏิบัติอย่างต่อเนื่องโดยทีมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีและสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10

จังหวัดอุบลราชธานี และการมีส่วนร่วมของเครือข่าย
ในระดับชุมชนและหน่วยงานรัฐอื่นๆ ที่ร่วมดำเนินการ

คำสำคัญ : การป้องกันและควบคุมโรค, ทีมเฝ้าระวัง
สอบสวนเคลื่อนที่เร็ว, หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ

Abstract

This action research aimed to develop the communicable diseases prevention and control model of district Surveillance and Rapid Response Team (SRRT) and Communicable Disease Control Unit (CDCU), Ubon Ratchathani Province. This study included of the Surveillance and Rapid Response Team with 63 individuals and the Communicable Disease Control Unit with 86 individuals (Total 149). The research instruments consisted of the questionnaire in operation, an interview form on success factors in operation, observation form, activity record form. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics such as frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired t-tests. The qualitative data were evaluated using content analysis.

The results showed that the disease prevention and control model of the Surveillance and Rapid Response Team and the Communicable disease control unit in Ubon Ratchathani Province consisted of 1) Surveillance 2) Investigation to confirm the facts or disease investigation 3) Epidemiological reporting 4) Response to suppress and control the disease. The development of model consists of 6 activities 1) Problem consideration and situation analysis 2) Model development planning 3) Implementation in practice 4) Observe and record results 5) Performance evaluation 6) Considerations leading to process

improvements. Evaluation after using the model found that before developing the model. The overall mean score for disease prevention and control operations was at a moderate level ($\bar{X} = 2.32$, $SD = 0.25$). After the development of the model is at a high level ($\bar{X} = 2.51$, $SD = 0.27$). The results of comparing the differences in the mean scores for disease prevention and control operations found that before and after the model development was significantly different ($p < 0.05$) at the 95% confidence level. It shows that the results of the communicable diseases prevention and control model of district Surveillance and Rapid Response Team (SRRT) and Communicable Disease Control Unit (CDCU), Ubon Ratchathani Province, after the development of the model is higher than before the development of the model.

The key success factors were the staffs have the skills and experience to investigation and disease control, the continue improvement of knowledge and guidelines by provincial and region 10 SRRT and the participation of networks in the community level and other government agencies to participate in the operation.

Keywords : Disease prevention and control, Surveillance and Rapid Response Team, Communicable Disease Control Unit

บทนำ

การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อเดิมเป็นภารกิจหนึ่งของระบบบริการสาธารณสุขที่กระทรวงสาธารณสุข พึงจัดให้กับประชาชน โดยดำเนินการผ่านกรมควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต่อมา พ.ร.บ.กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครอง

ส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ได้กำหนดให้การป้องกันโรคและ ระวังโรคติดต่อเป็นหน้าที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ต้องดำเนินการ และภายหลังการปฏิรูประบบราชการ พ.ศ. 2545 กระทรวงสาธารณสุขได้ปรับบทบาททำ หน้าที่กำหนดยุทธศาสตร์ ควบคุมกำกับ และสนับสนุน วิชาการ และได้กำหนดนโยบายให้มีทีมเฝ้าระวังสอบสวน เคลื่อนที่เร็ว ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2548 ทั้งในระดับอำเภอ ระดับจังหวัด ระดับเขต และส่วนกลาง นอกจากทีมเฝ้าระวัง สอบสวนเคลื่อนที่เร็วมีบทบาทเป็นเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน ด้านการเฝ้าระวัง สอบสวน ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ ในพื้นที่ระดับอำเภอ แล้วยังมีการจัดตั้งหน่วยปฏิบัติ การควบคุมโรคติดต่อตาม พ.ร.บ.ควบคุมโรคติดต่อ 2558 ในขณะที่ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วเกิดขึ้น ตาม พ.ร.บ.กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 และการ ปฏิรูประบบราชการ พ.ศ. 2545 ทีมเฝ้าระวังสอบสวน เคลื่อนที่เร็วจึงเป็นโครงสร้างการทำงานด้านการป้องกัน และควบคุมโรคในสภาวะปกติทั่วไป ซึ่งมีจุดเด่นที่สำคัญ คือ มีความคล่องตัวและฉับไวในการปรับเปลี่ยนบุคลากร ได้ทันที⁽¹⁾

การดำเนินงานของจังหวัดอุบลราชธานีได้มีการ มอบอำนาจให้สาธารณสุขอำเภอ หรือผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชุมชนสามารถพิจารณาคัดเลือกบุคคลเข้าร่วม ปฏิบัติการในทีม โดยเสนอคำสั่งแต่งตั้งให้นายอำเภอ พิจารณาลงนาม จากสถานการณ์การระบาดของโรค ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งถูกประกาศเป็นโรคติดต่อ อันตราย ตั้งแต่ พ.ศ. 2563 ภารกิจของทีม SRRT ในการ ตอบสนองเหตุการณ์เน้นการเฝ้าระวัง หยุดหรือจำกัด การแพร่ระบาดของโรคโดยเร็ว แต่ไม่ได้มีภารกิจในการ ควบคุมโรคจนเสร็จสมบูรณ์ เจ้าหน้าที่ประจำหน่วยปฏิบัติ การควบคุมโรคติดต่อถูกกำหนดให้เป็นหน่วยปฏิบัติการ ในขณะที่เกิดสถานการณ์ฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข และ การตอบโต้เหตุฉุกเฉิน กรณีเกิดการระบาด เป็นกลุ่มก้อน จำนวนมาก เป็นหน่วยปฏิบัติการภาคสนามหน่วยหนึ่ง ในโครงสร้างระบบบัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรคได้กำหนดเกณฑ์มาตรฐานการทำงานของ ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วและมีการดำเนินการ ออกติดตามประเมินมาตรฐานอย่างต่อเนื่องทุก 3 ปี⁽²⁾

จังหวัดอุบลราชธานี มีทีมเฝ้าระวังสอบสวน เคลื่อนที่เร็ว ระดับอำเภอ 25 ทีม มีคำสั่งแต่งตั้งโดยนายอำเภอเป็น ผู้ลงนามออกคำสั่ง มีการจัดทีมและคณะทำงานตาม บริบทพื้นที่ในทุกอำเภอ แต่ทั้งนี้ยังไม่มีคุณสมบัติแต่งตั้ง เป็นหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ มีจำนวนทั้งสิ้น 127 คน และมีหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ 76 ทีม มีเจ้าหน้าที่ที่มีคุณสมบัติและถูกแต่งตั้งโดยผู้ว่าราชการ จังหวัด มีจำนวนทั้งสิ้น 364 คน เพื่อดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคในการบริหารสถานการณ์การระบาดของ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และโรคติดต่ออันตราย ของจังหวัดอุบลราชธานี จากกรณีเหตุการณ์ติดตามด้าน การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในระดับอำเภอ พบประเด็นปัญหาในการดำเนินงาน ดังนี้ การจัดโครงสร้าง และแต่งตั้งคณะทำงานมีความหลากหลายและไม่ชัดเจน ในการกำหนดบทบาทหน้าที่ บุคลากรขาดความเข้าใจ ในการดำเนินงานการตรวจสอบข่าวและการรายงานเหตุการณ์ ผิดปกติ นอกจากนี้ยังพบปัญหาในระดับอำเภอส่วนใหญ่ ไม่ได้ดำเนินการโดยใช้เกณฑ์การตรวจสอบข่าว และ เกณฑ์การสอบสวนโรคอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร การนำเสนอสถานการณ์หรือการแจ้งเตือนภัยขาดความ ต่อเนื่องและไม่ทันต่อสถานการณ์ ส่วนใหญ่ยังไม่มี การส่ง รายงานการสอบสวนโรคหรือนำเสนอในเวทีวิชาการ และ ในปี 2566 จังหวัดอุบลราชธานี มีทีมเฝ้าระวังสอบสวน เคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ที่ต้องเข้ารับการประเมินมาตรฐาน ทีม SRRT จากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัด อุบลราชธานี จำนวน 6 ทีม ได้แก่ ทีม SRRT อำเภอ บุนนาค ม่วงสามสิบ ดอนมดแดง โพธิ์ไทร โขงเจียม และ สว่างวีระวงศ์ เนื่องจากมีการประเมินรับรองมาตรฐาน ในครั้งก่อนครบ 3 ปี และหมดอายุการรับรองมาตรฐาน จากประเด็นปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษา และพัฒนารูปแบบการดำเนินงานของทีมเฝ้าระวัง สอบสวนเคลื่อนที่เร็วและหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรค ติดต่อระดับอำเภอ ในจังหวัดอุบลราชธานี โดยเลือก 6 อำเภอเป้าหมายที่จะรับการประเมินมาตรฐาน SRRT ในปี 2566 เป็นพื้นที่ศึกษา ทั้งนี้เพื่อพัฒนาการดำเนินงาน ให้เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน มีประสิทธิภาพ เหมาะสม และสอดคล้องกับสถานการณ์

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) และหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) ระดับอำเภอ จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้รูปแบบวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยประยุกต์แนวคิดของ Kemmis และ McTaggart ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) มาพัฒนาเป็นกระบวนการดำเนินงาน ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2566 - เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2566 ซึ่งมีขั้นตอนการวิจัย ประกอบด้วย 1) การทบทวนปัญหาและวิเคราะห์สถานการณ์ 2) การวางแผนปฏิบัติการ 3) การนำแผนสู่การปฏิบัติ 4) การสังเกตผลการดำเนินงาน และ 5) การสะท้อนผลการดำเนินงาน

ประชากรและกลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ทั้งหมด 181 คน ประกอบด้วย

1. ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วระดับอำเภอ คือ เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว และยังไม่มีความสัมพันธ์หรือถูกแต่งตั้งเป็นเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรค ประกอบด้วย อำเภอ บุณฑริก ม่วงสามสิบ ดอนมดแดง โพธิ์ไทร โขงเจียม และสว่างวีระวงศ์ จำนวน 72 คน

2. หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อระดับอำเภอ คือ เจ้าหน้าที่ประจำหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ ประกอบด้วย อำเภอ บุณฑริก ม่วงสามสิบ ดอนมดแดง โพธิ์ไทร โขงเจียม และสว่างวีระวงศ์ จำนวน 109 คน

กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการศึกษา ทั้งหมด 149 คน คำนวณขนาดกลุ่มเป้าหมายจากสูตรการคำนวณของ ทาโรยามาเน การสุ่มกลุ่มเป้าหมายใช้วิธีการสุ่มแบบหลายชั้นจากกลุ่มประชากรทั้ง 2 กลุ่ม ประกอบด้วย

1. ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ระดับอำเภอ ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ในทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วอำเภอ บุณฑริก ม่วงสามสิบ ดอนมดแดง โพธิ์ไทร โขงเจียม และสว่างวีระวงศ์ จำนวน 63 คน

2. หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) ระดับอำเภอ ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ อำเภอ บุณฑริก ม่วงสามสิบ ดอนมดแดง โพธิ์ไทร โขงเจียม และสว่างวีระวงศ์ จำนวน 86 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้แก่แบบสอบถาม การดำเนินงาน แบบสัมภาษณ์ปลายเปิดที่มีผลต่อการดำเนินงาน แบบสังเกตการณ์ และแบบบันทึกกิจกรรมในการดำเนินงาน ป้องกันและควบคุมโรคของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วและหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อระดับอำเภอ จังหวัดอุบลราชธานี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความสอดคล้องของเนื้อหา (IOC) ค่าความสอดคล้องของเนื้อหามีค่าความสอดคล้องทุกข้อเท่ากับ 1.0 การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ⁽³⁾ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.93 และตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้าทั้งด้านข้อมูล (Data triangulation) บุคคลด้านผู้วิจัย (Investigator triangulation) โดยมีผู้สังเกตหลายคนและด้านวิธีการ (Methodological triangulation) โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีที่แตกต่างกันเพื่อรวบรวมข้อมูลเรื่องเดียวกัน⁽⁴⁾

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด สถิติเชิงอนุมานใช้ Paired t-test ในการวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เอกสารรับรองเลขที่ SSJ. UB 2565 – 198.1 รับรองวันที่ 27 ธันวาคม 2565

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 การทบทวนปัญหาและวิเคราะห์สถานการณ์ (Problem analysis) มีขั้นตอน ดังนี้

1. ประชุมชี้แจงการดำเนินงาน ผู้วิจัยได้ประชุมชี้แจงความเป็นมาและวัตถุประสงค์การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วและหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคระดับอำเภอให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกคนได้รับทราบ

2. ทบทวนปัญหาและวิเคราะห์สถานการณ์ ปัจจุบันของการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วและหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อระดับอำเภอ ก่อนการพัฒนารูปแบบร่วมกับ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกคน พบว่า การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค มีขั้นตอนดังนี้ 1) การเฝ้าระวัง 2) การตรวจสอบเพื่อยืนยันข้อเท็จจริง หรือการสอบสวนโรค 3) การรายงานทางระบาดวิทยา 4) การตอบโต้เพื่อระงับเหตุและควบคุมโรค การดำเนินงานพบปัญหาอุปสรรค ได้แก่ เจ้าหน้าที่ขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องการเขียนรายงานสอบสวนโรคและบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงาน มีภาระงานที่มาก และมีการเปลี่ยนแปลงแนวทางการปฏิบัติงานบ่อย

ส่วนที่ 2 การวางแผนปฏิบัติการ (Planning)

จัดประชุมระดมสมองเพื่อให้ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว และหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อระดับอำเภอ มีส่วนร่วมในการหาแนวทางแก้ไขปัญหาเพื่อพัฒนาการดำเนินงาน โดยมีแผนปฏิบัติการดังนี้

1. แผนพัฒนาบุคลากรทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) และหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) ระดับอำเภอ เพื่อให้มีความรู้

ความเข้าใจในการดำเนินงานป้องกันโรคที่ถูกต้อง ชัดเจน เป็นไปตามเกณฑ์ ที่กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข กำหนด และสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. แผนพัฒนาศักยภาพทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) โดยการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยี เพื่อสร้างการรับรู้สถานการณ์โรค และมีทักษะในการรวบรวม จัดเก็บ การวิเคราะห์ และการรายงานทางระบาดวิทยา และ การใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน

3. แผนพัฒนาพี่เลี้ยง (Coach) เพื่อติดตามการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคในระดับตำบล และพื้นที่ เพื่อสนับสนุนวิชาการแก่ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วและหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อระดับอำเภออย่างต่อเนื่อง

ส่วนที่ 3 การนำแผนสู่การปฏิบัติ (Action)

การนำแผนปฏิบัติการไปปฏิบัติจริงโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนและสาธารณสุขอำเภอ 6 อำเภอ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี จัดประชุมชี้แจงทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว และหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อระดับอำเภอ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องให้ทราบถึงแผนปฏิบัติการที่ได้ร่วมกันจัดทำขึ้นและขอความร่วมมือในการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการที่ร่วมกันกำหนด

1. การดำเนินงานตามแผนพัฒนาบุคลากรทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วและหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อในระดับอำเภอ โดยการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรค ให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานในหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อระดับอำเภอ มีเนื้อหาหลักสูตรเกี่ยวข้องกับ การพัฒนาองค์ความรู้ด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค การเรียนรู้วิชาชีวสถิติ และการนำเสนอข้อมูลทางระบาดวิทยา พัฒนาความเชี่ยวชาญในการเก็บส่งตรวจ และการนำเสนอตัวอย่างตามมาตรฐานกรมควบคุมโรค และพัฒนาศักยภาพด้านการเขียนรายงานการสอบสวนโรค และเสนอคำสั่งต่อผู้ว่าราชการจังหวัด เพื่อแต่งตั้งบุคคล

ที่ผ่านการอบรมให้ปฏิบัติหน้าที่ในหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ

2. การดำเนินงานตามแผนพัฒนาศักยภาพทีมตระหนักรู้สถานการณ์ โดยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานในหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อระดับอำเภอ มีเนื้อหาหลักสูตรเกี่ยวข้องกับการพัฒนาองค์ความรู้ด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค การเรียนรู้วิชาชีวิตสถิติ และการนำเสนอข้อมูลทางระบาดวิทยา พัฒนาความเชี่ยวชาญในการเก็บสิ่งส่งตรวจ และการนำส่งตัวอย่างตามมาตรฐานกรมควบคุมโรค และพัฒนาศักยภาพด้านการเขียนรายงานการสอบสวนโรค และเสนอคำสั่งต่อผู้ว่าราชการจังหวัดเพื่อแต่งตั้งบุคคลที่ผ่านการอบรมให้ปฏิบัติหน้าที่ในหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ

3. การดำเนินงานตามแผนพัฒนาพี่เลี้ยง ในแต่ละอำเภอพิจารณาคัดเลือกเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานใน หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อระดับอำเภอๆ ละ 2 คน ซึ่งเป็นเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อและปฏิบัติงานในหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ เพื่อนำมาพัฒนาศักยภาพโดยใช้แนวทางการทำหน้าที่บทบาทพี่เลี้ยง เพื่อติดตาม การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคในระดับตำบล

ส่วนที่ 4 การสังเกตผลการดำเนินงาน (Observation)
โดยมีการประเมินผลการดำเนินงาน ดังนี้

1. การทบทวนปัญหาและวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงาน โดยมีการประชุมชี้แจงความเป็นมาและวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานแก่ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว และหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อระดับอำเภอและผู้เกี่ยวข้องพบว่า ผู้เกี่ยวข้องทุกคนได้ทบทวนเป้าหมายและร่วมกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน พร้อมให้ความร่วมมืออย่างเต็มกำลังความสามารถเพื่อให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ

2. การวางแผนปฏิบัติการ โดยจัดประชุมเพื่อระดมสมองให้ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว และ หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อระดับอำเภอ

เป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันเพื่อกำหนดทิศทาง การพัฒนางานร่วมกัน และได้กำหนดแผนปฏิบัติการ 3 แผนงาน ดังนี้ 1) แผนพัฒนาบุคลากรทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วและหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อระดับอำเภอ เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจและทักษะในการปฏิบัติงาน 2) แผนพัฒนาศักยภาพทีมตระหนักรู้สถานการณ์ ด้านการรวบรวม จัดเก็บ การวิเคราะห์ และการรายงานทางระบาดวิทยา โดยการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยี 3) แผนการพัฒนาพี่เลี้ยง เพื่อติดตามการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคในระดับตำบลและพื้นที่ และได้มีการกำหนดแผนปฏิบัติการและผู้รับผิดชอบอย่างชัดเจน

3. การนำแผนสู่การปฏิบัติ โดยมีผลการดำเนินงาน ดังนี้

1) การพัฒนาบุคลากรในทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วและหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อในระดับอำเภอ จำนวน 149 คน ได้แก่ ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วระดับอำเภอ จำนวน 63 คน และหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อระดับอำเภอ จำนวน 86 คน ทำให้มีการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคได้ตามมาตรฐานมากขึ้น มีการเขียนรายงานที่ถูกต้อง ข้อเสนอแนะสอดคล้องกับผลการสอบสวนและส่งรายงานทันเวลาตามเกณฑ์เพิ่มขึ้น ร้อยละ 90.2

2) การพัฒนาศักยภาพทีมตระหนักรู้สถานการณ์ โดยมีเจ้าหน้าที่ศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอ ผู้ทำหน้าที่ทีมตระหนักรู้สถานการณ์จากโรงพยาบาลชุมชน และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 14 คน เพื่อรวบรวมข้อมูลทางระบาดวิทยาของผู้ป่วยได้ข้อมูลสาระสำคัญครบถ้วน บุคคล เวลา สถานที่ ข้อมูลการป่วยตามลำดับเหตุการณ์ และเกณฑ์ที่ทีมเฝ้าระวัง สอบสวนควบคุมโรคและภัยสุขภาพ เพื่อใช้เป็นแนวทางตัดสินใจในการออกปฏิบัติงาน และเพื่อเชื่อมโยงข้อมูลจากระดับอำเภอสู่ระดับจังหวัด ตรวจจับการระบาดของโรคในระบบเฝ้าระวัง แจ้งเตือนผลการตรวจจับการระบาดไปยังผู้เกี่ยวข้อง แจ้งเตือนข่าวหลังตรวจสอบแล้วพบความผิดปกติไปยังผู้บริหารหรือผู้เกี่ยวข้องให้รับทราบหรือร่วมจัดการปัญหาได้ทันเหตุการณ์ มีการรายงาน

สถานการณ์ทั้งหมด 18 เหตุการณ์ ให้ผู้บริหารรับทราบ และสั่งการแก้ไขปัญหา

3) การดำเนินงานตามแผนการพัฒนา พี่เลี้ยง มีการติดตามการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค ในระดับตำบลและพื้นที่อำเภอ จำนวน 18 ครั้ง โดยมีประเด็นติดตามได้แก่ 1) การตรวจสอบและยืนยันข่าว 2) การติดตามกลุ่มเสี่ยงสัมผัสโรค 3) การติดตามสอบสวนโรคเบื้องต้นในกลุ่มผู้สัมผัสและการเก็บตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ

4. การประเมินผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว และหน่วยปฏิบัติการ

ควบคุมโรคติดต่อระดับอำเภอ จำนวน 149 คน ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการพัฒนาแบบค่าเฉลี่ยคะแนนการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่า = 2.32, SD = 0.25) หลังการพัฒนาแบบค่าเฉลี่ยคะแนนการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคในภาพรวมเพิ่มมากขึ้นอยู่ในระดับสูง (ค่า = 2.51, SD = 0.27) ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพบว่า ก่อนและหลังการพัฒนาแบบค่าเฉลี่ยคะแนนการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วและหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อระดับอำเภอ จำแนกรายด้าน (N = 149)

การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		t	p
	\bar{x}	(S.D.)	\bar{x}	(S.D.)		
ด้านความพร้อม	2.42	0.38	2.53	0.39	-10.410	0.000
ด้านความเป็นทีม	2.31	0.37	2.37	0.41	-7.201	0.000
ด้านความสามารถ	2.32	0.25	2.50	0.27	-9.001	0.000
ด้านผลงาน	2.23	0.27	2.64	0.32	-13.520	0.000
ภาพรวม	2.32	0.25	2.51	0.27	-17.570	0.000

ผลการจำแนกระดับการดำเนินงานเพื่อป้องกันและควบคุมโรคของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว และหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อระดับอำเภอ ก่อนการพัฒนาแบบระดับการดำเนินงานส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 63.8 ระดับปานกลางร้อยละ 36.2 และระดับต่ำร้อยละ 0.0 หลังการพัฒนาแบบมีการดำเนินงานส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 77.2 ระดับปานกลางร้อยละ 22.8 และระดับต่ำร้อยละ 0.0 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของระดับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว และหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อระดับอำเภอ (N = 149)

การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สูง	95	63.8	115	77.2
ปานกลาง	54	36.2	34	22.8
ต่ำ	0	0.0	0	0.0
\bar{X} , S.D. , Min-Max	2.32, 0.25, 1.82-2.97		2.51, 0.27, 1.83-3.00	

การเปรียบเทียบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วและหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อระดับอำเภอ ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ พบว่า ทุกข้อคำถามมีค่าเฉลี่ยคะแนนการดำเนินงานหลังการพัฒนามากกว่าก่อนการพัฒนา กิจกรรมที่มีการพัฒนาได้มากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลังการพัฒนา คือ ท่านใช้เกณฑ์ที่ทีมเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคและภัยสุขภาพใช้เป็นแนวทางตัดสินใจออกปฏิบัติงานโดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนการพัฒนา เท่ากับ 1.97 (S.D = 0.49) หลังการพัฒนา เท่ากับ 2.84 (S.D.=0.63) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วและหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อระดับอำเภอ จำแนกรายข้อ (N = 149)

ข้อ ที่	การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา		
		\bar{X}	S.D.	ระดับการดำเนินงาน	\bar{X}	S.D.	ระดับการดำเนินงาน
ด้านความพร้อม							
1	มีการประชุมสมาชิกทีมเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคและภัยสุขภาพ	2.56	0.68	สูง	2.68	0.48	สูง
2	มีผู้ทำหน้าที่หัวหน้าทีมบริหารจัดการทีมเฝ้าระวังสอบสวนโรค	2.64	0.48	สูง	2.74	0.46	สูง
3	มีการสอบสวนโรคตามมาตรการควบคุมโรคเบื้องต้น	2.30	0.67	ปานกลาง	2.44	0.64	สูง
4	มีการประสานงานจากทีมเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคตลอดเวลาเพื่อปฏิบัติงานกรณีเร่งด่วน	2.63	0.61	สูง	2.71	0.53	สูง
5	มีการเตรียมความพร้อมก่อนออกปฏิบัติงานได้ถูกต้องและเหมาะสม	1.97	0.62	ปานกลาง	2.08	0.54	ปานกลาง
ด้านความเป็นทีม							
6	มีการใช้ฐานข้อมูลที่เป็นต่อการปฏิบัติงาน	2.49	0.52	สูง	2.57	0.54	สูง
7	ทีมได้รับการสนับสนุนยานพาหนะที่สามารถนำออกปฏิบัติงานได้ทันที	2.24	0.60	ปานกลาง	2.26	0.62	ปานกลาง
8	ได้รับสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ (PPE) ที่จำเป็นต่อการสอบสวนโรค	2.19	0.62	ปานกลาง	2.26	0.63	ปานกลาง
9	ได้รับการจัดสรรงบประมาณเพื่อใช้ในการสอบสวน ควบคุมโรค	2.20	0.59	ปานกลาง	2.23	0.57	ปานกลาง
10	มีการฝึกปฏิบัติทักษะที่จำเป็นในการสอบสวนโรค	2.40	0.49	สูง	2.47	0.48	สูง

ข้อ ที่	การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา		
		\bar{X}	S.D.	ระดับการ ดำเนินงาน	\bar{X}	S.D.	ระดับการ ดำเนินงาน
11	มีการฝึกซ้อมแผนการสอบสวนโรค ของหน่วยงาน	2.33	0.53	ปานกลาง	2.37	0.56	สูง
12	มีการซ้อมแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ร่วมกับหน่วยงานอื่น	2.32	0.52	ปานกลาง	2.43	0.54	สูง
ด้านความสามารถในการปฏิบัติงาน							
13	มีการรับแจ้งข่าวจากเครือข่าย เช่น โรงเรียน ศูนย์เด็กเล็ก ผู้ปกครอง อสม. ประชาชน	2.28	0.52	ปานกลาง	2.42	0.45	สูง
14	มีการตรวจสอบข่าวที่ได้รับแจ้ง	2.24	0.43	ปานกลาง	2.38	0.28	สูง
15	มีการแจ้งข่าวให้ผู้บริหาร ให้รับทราบและร่วมจัดการปัญหา	2.43	0.58	สูง	2.67	0.34	สูง
16	มีการตรวจจัดการระบาดของโรค ในระบบเฝ้าระวัง	2.42	0.38	สูง	2.59	0.35	สูง
17	มีการแจ้งเตือนผลการตรวจจัดการระบาด ไปยังผู้เกี่ยวข้อง	2.40	0.42	สูง	2.58	0.32	สูง
18	มีการคัดกรอง ค้นหาผู้ป่วย ผู้สัมผัส และเก็บตัวอย่าง	2.36	0.53	สูง	2.50	0.48	สูง
19	มีการสำรวจสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุน ให้เกิดการระบาดของโรค	2.11	0.39	ปานกลาง	2.36	0.35	สูง
ด้านผลงาน							
20	ใช้เกณฑ์ทีมเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรค ใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติงาน	1.97	0.49	ปานกลาง	2.84	0.63	สูง
21	มีการรวบรวมข้อมูลทางระบาดวิทยา ของผู้ป่วย ด้านบุคคล เวลา สถานที่	2.37	0.48	สูง	2.79	0.38	สูง
22	มีการควบคุมโรค เช่น การให้วัคซีน การให้ยา ป้องกัน ให้สุขศึกษา และพฤติกรรมเสี่ยง	2.39	0.42	สูง	2.82	0.29	สูง
23	สามารถสอบสวนโรคภายใน 48 ชั่วโมง นับจากวันรับรักษาหรือภายใน 24 ชั่วโมง นับจากวันที่ได้รับแจ้งข่าวการระบาด	2.54	0.56	สูง	2.88	0.54	สูง
24	มีการเขียนรายงานสอบสวนโรคเบื้องต้น รายงานผู้บริหารภายใน 48 ชม.	2.43	0.51	สูง	2.86	0.48	สูง
25	มีการเขียนรายงานสอบสวนโรค ได้อย่างมีคุณภาพตามเกณฑ์	1.58	0.48	ต่ำ	1.65	0.69	ต่ำ

ส่วนที่ 5 การสะท้อนผลการดำเนินงาน (Reflection)

เพื่อหาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. รูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว และหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อระดับอำเภอ ได้แก่ 1) การเฝ้าระวังโรค 2) การตรวจสอบเพื่อยืนยันข้อเท็จจริงหรือการสอบสวนโรค 3) การรายงานทางระบาดวิทยา 4) การตอบโต้เพื่อระงับเหตุและควบคุมโรคตามมาตรฐานขั้นตอนและหลักวิชาการ

2. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน ได้แก่ 1) เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานมีไม่เพียงพอในช่วงที่มีระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 2) วัสดุอุปกรณ์ในการสอบสวนและควบคุมโรคไม่เพียงพอในช่วงระบาด 3) มีการเปลี่ยนแปลงแนวทางการปฏิบัติในช่วงที่มีระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 บ่อยครั้ง

3. ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว และหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อระดับอำเภอ ได้แก่ 1) ทักษะและความเชี่ยวชาญในการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ 2) การพัฒนาความรู้และแนวทางปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง 3) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายการทำงาน แกนนำในระดับชุมชนและหน่วยงานรัฐอื่นๆ ที่ร่วมดำเนินการ

4. ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วและหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อระดับอำเภอ ได้แก่ 1) ควรมีการสร้างทีมปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อระดับตำบล เพื่อให้การดำเนินงานในระดับตำบลหรือพื้นที่ที่มีผู้ปฏิบัติงานอย่างเพียงพอและสามารถดำเนินการได้อย่างมีมาตรฐาน 2) ควรมีการพัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชนและแกนนำชุมชนเพื่อป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่ เนื่องจากมีบทบาทสำคัญในการติดตามข่าวสารและเฝ้าระวังเหตุการณ์ในชุมชนร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 3) ควรสร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยเฉพาะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด

อภิปรายผล

ผลการศึกษาการพัฒนาแบบการป้องกันและควบคุมโรคของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วและหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อระดับอำเภอ มีผลการดำเนินงานโดยอาศัยกลไกการเชื่อมโยงการทำงานด้านการเฝ้าระวังโรคในระดับอำเภอและตำบล หน่วยปฏิบัติการย่อยและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคมีขั้นตอนการพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย 1) การทบทวนปัญหาและวิเคราะห์สถานการณ์ 2) การวางแผนปฏิบัติการ 3) การนำแผนสู่การปฏิบัติ 4) การสังเกตผลการดำเนินงาน และ 5) การสะท้อนผล การดำเนินงานนำไปสู่การปรับปรุงแก้ไขการปฏิบัติงาน ส่งผลให้ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วและหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อระดับอำเภอได้ทราบสถานการณ์และทบทวนแนวทางการปฏิบัติ เพื่อให้สามารถพัฒนางานให้เป็นไปตามมาตรฐานและแนวทางปฏิบัติงานร่วมกัน มีการจัดทำแผนการดำเนินงานที่มีความสอดคล้องกับสถานการณ์ และมีแนวทางการเชื่อมโยงตามบทบาทภารกิจที่ชัดเจน ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงาน ได้แก่ ทักษะและความเชี่ยวชาญในการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ การพัฒนาความรู้และแนวทางปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในระดับชุมชนและหน่วยงานรัฐอื่นๆ ที่ร่วมดำเนินการ ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการทบทวนและปรับปรุงการดำเนินงานให้เป็นไปตามมาตรฐานและเกิดการเรียนรู้มากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของอภิรัตน์ โสกาปัง⁽⁵⁾ ได้ศึกษาวิจัยเรื่องการพัฒนาหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ ช่วยให้เห็นที่สามารถควบคุมการระบาดของโรคได้มีประสิทธิภาพและรวดเร็วขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัย ของกาญจนา ยิ่งชาว⁽⁶⁾ ปราณี ศรีบุญเรือง, กล้านรงค์ วงษ์พิทักษ์⁽⁷⁾ ที่พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสำเร็จของการดำเนินงานของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว คือ การได้รับการฝึกอบรมให้มีความรู้ความเข้าใจ มีทักษะประสบการณ์ และมีความเป็นทีม รวมถึงการได้รับความร่วมมือจากประชาชนและหน่วยงานเครือข่าย และสอดคล้องกับ

งานวิจัยของระนอง เกตุดาว, อัมพร เทียงตรงดี, ภาสินี โทอินทร์⁽⁸⁾ ได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอและภาคีเครือข่ายอย่างเข้มแข็ง ข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน ได้แก่ การสร้างทีมปฏิบัติการควบคุมโรคระดับตำบลเพื่อให้การดำเนินงานในระดับตำบลหรือพื้นที่มีผู้ปฏิบัติงานอย่างเพียงพอ และสามารถดำเนินการได้อย่างมีมาตรฐานตามที่กำหนด ควบคู่กับการพัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชนและแกนนำชุมชนเพื่อป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ และการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคในระดับตำบลต้องมีการดำเนินการเพื่อตอบโต้ระงับเหตุหรือควบคุมโรคเบื้องต้นในพื้นที่ และสอดคล้องกับงานวิจัยของบัณฑิต เกียรติจารุรงค์⁽⁹⁾ และประเสริฐ ไหลหาโคตร⁽¹⁰⁾ ได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค พบว่า การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในการดำเนินกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องจะทำให้การดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้

ควรมีการพัฒนาารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว และหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อระดับอำเภออย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์การระบาดของโรคที่มีการเปลี่ยนแปลง รูปแบบที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ ควรมีการนำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วและหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคในระดับตำบลด้วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาและพัฒนาารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว และหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อในเขตเมือง และระดับตำบลที่มีการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสู่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. **ประกาศคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติเรื่อง หลักเกณฑ์การจัดตั้งหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ พ.ศ. 2559.** [ออนไลน์] 2559 [อ้างเมื่อ 8 ธันวาคม 2565]. จาก https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor/c74d97b01eae257e44aa9d5bade97baf/files/005_2gcd
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. **มาตรฐานและแนวทางปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ปี 2563.** [ออนไลน์] 2563 [อ้างเมื่อ 10 ธันวาคม 2565]. จาก https://ddc.moph.go.th/doe/journal_detail.php?publish=11193
3. บุญชม ศรีสะอาด. **การวิจัยเบื้องต้น.** พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2543.
4. สุภางค์ จันทวานิช. **วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ.** พิมพ์ครั้งที่ 9 กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2542.
5. อภิรัตน์ ไส่กำปัง. **การพัฒนาหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคระดับอำเภอ เขตสุขภาพที่ 9 ช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019.** วารสารวิชาการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา 2564; 27(3): 74-85.
6. กาญจนา ยิ่งขาว. **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสำเร็จของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ระดับตำบล จังหวัดชัยภูมิ.** วารสารวิชาการ สคร. 9 2558; 24(2): 26-35.
7. ปราณิ ศรีบุญเรือง, กล้าณรงค์ วงศ์พิทักษ์. **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ตำบลตาเกษ อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดศรีสะเกษ.** วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา 2563; 5(1): 10-25.
8. ระนอง เกตุดาว, อัมพร เทียงตรงดี, ภาสินี โทอินทร์. **การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี.** วารสารวิชาการสาธารณสุข 2564; 30(1): 53-61.
9. บัณฑิต เกียรติจตุรงค์. **การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) อำเภอเมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา.** วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น 2564; 3 (2): 193-206.
10. ประเสริฐ ไหลหาโคตร. **การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้านโดยทีม SRRT ระดับตำบล บ้านหนองหญ้าปล้อง ตำบลบ่อใหญ่ อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม.** วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2559; 13(3): 43-50.

การพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี

Development of The Model Health Care for Elder Natan
By Community Participation Natan District Ubonratchathani Province

สัมพันธ์ กุลศิริโรรัตน์

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาตาล

จังหวัดอุบลราชธานี

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการใช้ชุมชนเป็นฐาน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี มีเนื้อหา 2 ส่วน คือ 1) การพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน 2) การประเมินผลการมีส่วนร่วม ความพึงพอใจ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มอย่างง่าย ได้แก่ ตัวแทนชุมชนหรือภาคีเครือข่ายสุขภาพ 40 คน ผู้สูงอายุที่ 100 คน ศึกษาเดือนตุลาคม 2566 – กันยายน 2567 เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามเพื่อสัมภาษณ์เชิงลึก แบบประเมินการมีส่วนร่วม แบบประเมินความพึงพอใจ และแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ใช้สถิติเชิงพรรณนา และใช้สถิติทดสอบ Paired t-test สำหรับเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลัง

ผลการศึกษาผ่านกระบวนการพัฒนา 2 วรรจบ ได้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอนาตาล เรียกว่า “2HOME CARES model : Health Care for Elder by Community Model” ประกอบด้วย 1) องค์กรภาคีเครือข่ายจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในชุมชน 2) ทีมงานด้านสาธารณสุขสนับสนุนความรู้และทักษะการดูแล 3) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและพัฒนาการอำเภอร่วมดูแล 4) เวทีเสวนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 5) สถานที่ตั้งศูนย์

อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน 6) มีช่องทาง การติดต่อประสานงานและร่วมมือ 7) กิจกรรมในรูปแบบ “ชุมชนช่วยชุมชนโดยชุมชน” โดยพัฒนาศักยภาพของบุคคลทุกวัยในการดูแลผู้สูงอายุ หลังพัฒนาได้นารูปแบบไปใช้พบว่า หลังการพัฒนาารูปแบบด้านการมีส่วนร่วม มีค่าคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการพัฒนาารูปแบบมากกว่าก่อนการพัฒนา ($\bar{x} = 3.99$, S.D.= 0.5) ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการพัฒนาารูปแบบระหว่างก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .021 ($t = 2.23$, P-value < .05) ความพึงพอใจของของชุมชนต่อารูปแบบพบว่า หลังการพัฒนา มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากโดยค่าเฉลี่ยความพึงพอใจเพิ่มขึ้น ($\bar{x} = 37.88$, S.D. = 6.66) คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับคุณภาพชีวิตที่ดี ($\bar{x} = 96.10$, S.D.= 12.39) ก่อนพัฒนาคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับกลาง ($\bar{x} = 68.74$, S.D.= 8.22) หลังการพัฒนาได้ารูปแบบที่ชัดเจนส่งผลให้เกิดการมีส่วนร่วมมากขึ้นส่งผลให้มีความพึงพอใจต่อารูปแบบภาพรวมอยู่ในระดับมาก ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนข้อเสนอแนะ คือ ควรจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพเอื้อต่อการเยียวยาการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรังร่วมด้วย

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพ ชุมชน การมีส่วนร่วม

บทนำ

ปัจจุบันความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุขพัฒนาอย่างรวดเร็วทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงลักษณะโครงสร้างของประชากรซึ่งพบว่าสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นทั้งโลกและประเทศไทย⁽¹⁾ ในปี พ.ศ. 2573 คาดว่าไทยจะมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นร้อยละ 25 หรือประมาณ 17.8 ล้านคนของประชากร และสถิติในปี พ.ศ. 2559 กระทรวงสาธารณสุขมีการประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 6,394,022 คน พบว่าเป็นกลุ่มติดสังคมร้อยละ 79 และเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 12 ติดเตียง ร้อยละ 9 รัฐบาลจึงมุ่งเน้นการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงให้ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม^(1,2) การดูแลสุขภาพและการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุจะเป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุให้มีสุขภาพที่ดีและที่สำคัญ คือ การมุ่งลดความเจ็บป่วยในกลุ่มผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนควรเป็นการดูแลที่ชุมชนมีส่วนร่วมซึ่งมีเป้าหมาย คือ การเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและผู้ดูแล⁽³⁾

จังหวัดอุบลราชธานี ปี พ.ศ. 2566 มีประชากร 1,402,429 คน มีผู้สูงอายุ 244,784 คน คิดเป็นร้อยละ 17.45 อำเภอนาตาล มีประชากร 37,252 คน มีผู้สูงอายุ 4,658 คน คิดเป็นร้อยละ 12.50 ผลประเมินความสามารถการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (ADL) ของผู้สูงอายุ ปี 2566 พบว่า ติดสังคม 4,333 คน คิดเป็นร้อยละ 97.39, ติดบ้าน 106 คน คิดเป็นร้อยละ 2.38 และติดเตียง 10 คน คิดเป็นร้อยละ 0.22 จากการวิเคราะห์ข้อมูลในกลุ่มผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้น้อย ต้องการความช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว การรับประทานอาหาร การจัดสิ่งแวดล้อม ส่วนกลุ่มสูงอายุติดบ้านมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตในสังคมซึ่งมีโรคเรื้อรังที่ควบคุมไม่ได้หรือมีภาวะแทรกซ้อน การดำเนินผู้สูงอายุของจังหวัดอุบลราชธานีเน้นดูแลผู้สูงอายุติดสังคมและติดเตียง ช่องว่างปัญหาที่พบในกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดบ้าน คือ รูปแบบการดูแลสุขภาพในชุมชนและบริการสุขภาพของผู้สูงอายุติดบ้านยังไม่มีรูปแบบแนวทางที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม

มีการดำเนินงานเน้นกิจกรรมการให้ความรู้และพัฒนาศักยภาพแก่แกนนำที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุ กิจกรรมการเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแต่ยังไม่ครอบคลุมขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย การดูแลสุขภาพและป้องกันโรคเน้นเชิงรับมากกว่าเชิงรุก⁽⁴⁾ จากปัญหาดังที่กล่าวมา ผู้วิจัยจึงต้องการที่จะพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนอำเภอนาตาลที่ยั่งยืนนั้นประชาชนและชุมชนต้องพึ่งพาตนเองในด้านต่างๆ เปิดโอกาสให้ประชาชนและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมให้มากที่สุด^(5, 6)

การศึกษาพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี จะทำให้ได้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตามบริบทความต้องการของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งอาศัยกระบวนการที่จะทำให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาแบบมีส่วนร่วมของชุมชนที่จะให้เกิดกระบวนการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการบริการด้านสุขภาพในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุอันเป็นการส่งเสริมและสร้างเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบท สภาพปัญหา สถานการณ์ ความต้องการในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอ นาตาล จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอ นาตาล จังหวัดอุบลราชธานี
3. เพื่อศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอ นาตาล จังหวัดอุบลราชธานี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอ นาตาล จังหวัดอุบลราชธานี เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR)⁽⁷⁾ โดยประยุกต์ใช้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของ Fisher,

Bennett-Levy & Irwin⁽⁸⁾ ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) ขั้นตอนที่ 2 ปฏิบัติการ (Action) ขั้นตอนที่ 3 การติดตามผล (Monitoring) และขั้นตอน 4 การประเมินผลและสะท้อนผล (Evaluation and Reflection) ในการพัฒนาผู้ศึกษาวิจัยได้ใช้แนวคิดการใช้ชุมชนเป็นฐานร่วมด้วย^(9,10) การศึกษานี้ครอบคลุมเนื้อหา 2 ส่วน คือ 1) การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี 2) ผลต่อภาวะสุขภาพ ความพึงพอใจ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ซึ่งมีขั้นตอน และวิธีการดำเนินงาน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning)

1. การศึกษาสภาพทั่วไปของชุมชน อำเภอนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี ศึกษาการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ศึกษาสภาพการมีส่วนร่วมของชุมชนในด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนและสถานการณ์ สภาพปัญหาของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอนาตาล จังหวัดอุบลราชธานีก่อนการวิจัย

2. ติดต่อประสานงานและแจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษากับบุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3. คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายขอความสมัครใจในการร่วมกระบวนการวิจัยในเดือนกันยายน พ.ศ. 2566 ด้วยการพิจารณาตามคุณสมบัติและยินดีเข้าร่วมพร้อมทั้งประชุมคณะกรรมการเพื่อซักซ้อมความเข้าใจร่วมกัน

4. สร้างสัมพันธภาพระหว่างทีมผู้ร่วมวิจัย แจ้งกำหนดการและวิธีการดำเนินการศึกษา และอธิบายให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบว่าท่านมีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมศึกษาโดยไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานและความดีความชอบที่จะได้รับ จากนั้นจึงถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการศึกษา เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยสมัครใจ จึงให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้

5. จัดเตรียมเอกสาร และอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน ได้แก่ แผนงาน โครงการที่เกี่ยวข้องแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัย และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของชุมชน

6. กำหนดแผนการดำเนินงาน โดยการจัดทำโครงการและกำหนดกิจกรรมประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม การแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน (Structure) และการสร้างองค์กรประชาชน (Local People's Organization)

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action)

1. ดำเนินการจัดทำโครงการและกิจกรรมการวิจัย ผู้วิจัยได้จัดประชุมระดมสมองเพื่อจัดทำรายละเอียดโครงการวิจัย ซึ่งได้ข้อสรุปว่าจะมีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน (Structure) และการสร้างองค์กรประชาชน (Local People's Organization) มีการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี ปีงบประมาณ 2567

2. การปฏิบัติตามแผนการดำเนินกิจกรรมพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตามแผนงานโครงการ ที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อจัดทำแผนแบบมีส่วนร่วม แล้วจัดประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research)

3. ผู้ศึกษาทำการวิเคราะห์ร่วมกันกับผู้ร่วมวิจัย เรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้แบบสอบถามและสัมภาษณ์แบบเจาะลึกการมีส่วนร่วมจากขั้นตอนที่ 1 ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แล้วสะท้อนให้กลุ่มผู้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกันแสดงความคิดเห็น

4. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโดยมีกิจกรรม คือ การสร้างเครือข่ายในการติดต่อสื่อสาร (Social Network) และการอบรมให้ความรู้เรื่องหลักการและแนวคิดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านแก่ผู้เข้าร่วมโครงการทั้งหมด การฝึกปฏิบัติการดูแลสุขภาพ

ผู้สูงอายุ จากสถานการณ์จริง การระดมความคิดระดมสมอง ในการหาแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอนาตาล จังหวัดอุบลราชธานีให้เกิดประสิทธิภาพผ่านกระบวนการ จัดการคุณภาพ ประสพการณ์ และการเรียนรู้จากการปฏิบัติ

5. ดำเนินการสร้างร่างคู่มือและรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

6. เมื่อได้ร่างรูปแบบแล้วจึงนำรูปแบบไปใช้แล้ว ศึกษาผลการพัฒนา

ขั้นตอนที่ 3 การติดตามผล (Monitoring) โดย กำหนดการติดตามการดำเนินงานเดือนละ 1 ครั้ง ซึ่งมี กิจกรรมการติดตามผล คือ ผู้ศึกษาและผู้ร่วมศึกษาในครั้งนี้ ร่วมกันติดตามผลการดำเนินการปฏิบัติตามแผน โดยการ นำรูปแบบที่ได้จากการทำกลุ่ม จากการอบรมและสื่อต่างๆ ไปพัฒนาและใช้เป็นรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน

ขั้นตอน 4 การประเมินผลและสะท้อนผล (Evaluation and Reflection)

1. ผู้ศึกษาและผู้ร่วมศึกษา ร่วมกันสรุปสภาพปัญหา และหาแนวทางการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอ นาตาล จังหวัดอุบลราชธานี

2. จัดกิจกรรมกลุ่มระดมสมอง ถอดบทเรียน ปัญหา แนวทางแก้ไขพัฒนา ปัจจัยแห่งความสำเร็จแล้ว นำมาพัฒนาปรับปรุง แก้ไข และสร้างรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ให้สอดคล้องกับบริบท สถานการณ์และสภาพปัญหา

3. ประเมินสภาพการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอำเภอ นาตาล โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ก่อนและหลังการ ดำเนินการวิจัย

4. การประเมินผลความพึงพอใจและผลการ ดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอำเภอ นาตาล โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

5. ประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้แบบวัดคุณภาพ ชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREE - THAI) เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต ซึ่งคุณภาพชีวิต หมายถึง การประเมินค่าที่เป็นจิตินสัย (Subjective)

6. กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลสุขภาพ จัดเวทีเรื่อง “แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลสุขภาพกลุ่ม ผู้สูงอายุ อำเภอ นาตาล”

7. ส่วนการสะท้อนผลโดยการสนทนากับ ผู้สูงอายุในชุมชน การจัดประชุมภาคีเครือข่ายที่มี ส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน การวิเคราะห์ และพัฒนาแนวทางการดำเนินงานต่อไป

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรมี 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 กลุ่มชุมชนหรือ ภาคีเครือข่ายสุขภาพ ผู้นำชุมชนและชุมชน รวม 100 คน กลุ่มที่ 2 คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งหมด ทั้งเพศหญิง และเพศชาย ที่อาศัยอยู่ในอำเภอ นาตาล จังหวัดอุบลราชธานี รวม 4,658 คน

กลุ่มตัวอย่างใช้การสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลาก และใช้เกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออก โดย สามารถสื่อสารอ่านออกเขียนได้ ร่วมทำกิจกรรมระดม สมองได้ ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ชุมชนหรือภาคีเครือข่ายสุขภาพ รวมทั้งบุคลากรเจ้าหน้าที่สาธารณสุข : จากการสุ่มและใช้ เกณฑ์คัดเข้าออกได้ 36 คน แต่ผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มตัวอย่าง 40 คน ลดความคลาดเคลื่อน/สูญหายของข้อมูล ส่วน ผู้สูงอายุอำเภอ นาตาล มี 4 ตำบล ตามเขตปกครองของ กระทรวงมหาดไทย ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่าง 2 ตำบล โดยเลือกพื้นที่ตำบลนาตาล และตำบลพังเคน เนื่องจาก มีผู้สูงอายุมากตามลำดับร่วมกับมีเกณฑ์การคัดเข้า คือ ตำบลที่ให้ความร่วมมือ มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ มีกลุ่มชุมชนและกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุเพียงพอต่อการศึกษ เพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของขนาด กลุ่มตัวอย่างและกลุ่มประชากร มีส่วนร่วมในการดูแล ผู้สูงอายุ กลุ่มที่ 2 คือ ผู้สูงอายุ ร่วมกับมีเกณฑ์การคัดเข้า คือ เป็นกลุ่มที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือตนเองได้ หรือต้องการ ความช่วยเหลือบางส่วน หรือเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ที่ติดสังคมหรือติดบ้าน เกณฑ์คัดออก คือ ผู้สูงอายุกลุ่ม ติดเตียง โดยจากการสุ่มและใช้เกณฑ์คัดเข้าออกได้ 92 คน แต่ผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มตัวอย่าง 100 คน เพื่อลดความคลาดเคลื่อน หรือการสูญหายของข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุในพื้นที่ที่เข้าร่วมโครงการที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ลักษณะคำถามแบบเลือกตอบ และเติมลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลสภาพการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน แบ่งเป็น 3 ด้าน รวมทั้งสิ้นจำนวน 30 ข้อ ดังนี้ ด้านที่ 1 การมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินงาน จำนวน 10 ข้อ ด้านที่ 2 การมีส่วนร่วมดำเนินงาน จำนวน 10 ข้อ ด้านที่ 3 การมีส่วนร่วมประเมินผลงาน จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลสภาพปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนอำเภอนาตาล ต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอำเภอ นาตาล ประกอบด้วยคำถาม 4 ข้อ

2. แบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการ ทั้งแบบกลุ่มและแบบบุคคลเป็นแบบสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยคำถาม 9 ข้อ เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก ผู้ดูแลภาระเลี้ยงดูคนในครอบครัว และรายได้เฉลี่ยของครอบครัว

ส่วนที่ 2 ข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ครอบคลุมคำถาม 3 ข้อ เกี่ยวกับโรคประจำตัว การเจ็บป่วยในปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต และการดูแลรักษา

ส่วนที่ 3 ข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตามแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREE-THAI)⁽¹¹⁾ ประกอบด้วย ข้อคำถามที่วัดตามแบบภาวะวิสัย (Perceived Objective) และอัตวิสัย (Self-report Subject) รวมจำนวน 26 ข้อ

3. แบบบันทึกข้อมูลการประชุมกลุ่มจากการระดมสมองตามคู่มือการระดมสมอง แนวคำถามในการระดมสมอง โดยการสร้างแนวคำถามหลัก คำถามรอง และคำถามเจาะลึก ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นและตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนผู้วิจัยใช้เครื่องบันทึกเสียงบันทึกขณะการทำระดมสมอง และสรุปผลที่ได้จากการระดมสมองลงในแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

4. แบบบันทึกการสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม เป็นเครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลในระยะแรกของการทำวิจัย โดยการสำรวจพื้นที่ในหมู่บ้าน ได้แก่ สภาพแวดล้อมของหมู่บ้าน วิถีชีวิตแผนที่หมู่บ้าน การคมนาคม จำนวนประชากร ข้อมูลทางด้านสุขภาพ และแบบบันทึกการสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการสังเกตการณ์ดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่ การร่วมแสดงความคิดเห็น การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอำเภอ นาตาล

5. แบบประเมินความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมวิจัย ในโครงการต่อการมีส่วนร่วมและรูปแบบ ซึ่งเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกตระหนักและเห็นความสำคัญของชุมชนที่มีต่อการดูแล และสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ทำให้เกิดความพึงพอใจของการเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ⁽¹²⁾ ซึ่งใช้แบบวัดความพึงพอใจการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีจำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 50 คะแนน ข้อคำถามเป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale)

เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และหาความเที่ยงหรือความเชื่อมั่น โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alphacoefficient) ของแบบสอบถามการมีส่วนร่วม เท่ากับ 0.87 และแบบประเมินความพึงพอใจ เท่ากับ 0.84

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยเสนอโครงการวิจัยรวมทั้งเครื่องมือและร่างรูปแบบการวิจัยเพื่อรับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของ

คณะกรรมการควบคุมด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลนาตาล และดำเนินการวิจัยตามหลักการของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เป็นสำคัญ ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยคำนึงถึงหลักความเคารพในบุคคล หลักคุณประโยชน์ และไม่ก่อให้เกิดอันตราย ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย เลขที่ จธ.นต.06/2566 ลงวันที่ 5 ตุลาคม 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการประมวลผลข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้ค่าสถิติเชิงพรรณนา และข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ดังนี้

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการจัดกลุ่มระดมสมองนำมาจัดหมวดหมู่ของข้อมูลและวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) วิเคราะห์ความเชื่อมโยงระหว่างกลุ่มข้อมูล และการสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย (Induction analysis) ผู้วิจัยวิเคราะห์จากการสังเกต ผลการดำเนินกิจกรรม การสนทนากลุ่ม และการประชุมสรุปบทเรียน โดยนำภาพสะท้อนของผู้เข้าร่วมโครงการเป็นการอ้างอิง และวิเคราะห์ความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้วิธีการจับประเด็น จัดกลุ่มข้อมูล วิเคราะห์ความเชื่อมโยงระหว่างกลุ่มข้อมูล และการสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย (Induction analysis)

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ วุฒิการศึกษา ระยะเวลาของการเจ็บป่วยวิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลการมีส่วนร่วมต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานร่วมกับทดสอบค่าที (Paired t-test) เปรียบเทียบคะแนนการมีส่วนร่วมก่อนและหลังพัฒนา วิเคราะห์ข้อมูลการประเมินความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายผลการวัดความพึงพอใจ ได้แก่ ค่าอัตราส่วนร้อยละ (Percentage)

เพื่อแสดงอัตราส่วนของผู้ตอบแบบสอบถามแต่ละข้อคำถาม ค่าเฉลี่ย (mean) เพื่อหาความเป็นกลางของระดับความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) เพื่อวัดการกระจายของคะแนนจากแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลาง ส่วนแบบประเมินคุณภาพชีวิต WHOQOL - 26 วิเคราะห์และเปรียบเทียบด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานก่อนและหลังการวิจัย

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) สำหรับข้อมูลทั่วไป นำเสนอด้วยสถิติพื้นฐาน ได้แก่ จำนวน การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าต่ำสุด-สูงสุด

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) สำหรับเปรียบเทียบความรู้และทักษะของเจ้าหน้าที่/บุคลากร ระหว่างก่อนและหลังดำเนินการ ด้วยสถิติทดสอบที (Paired t-test) ในการเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการวิจัย กำหนดค่าความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของชุมชน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน ประกอบด้วยตัวแทนผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านที่ได้รับเลือกกว่าเป็นแกนนำหมู่บ้าน 5 คน ตัวแทนผู้นำหมู่บ้าน 5 คน นักบริบาลผู้สูงอายุ (Care Giver: CG) หรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) 5 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 5 คน ตัวแทนคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่หรือท้องถิ่น 5 คน เจ้าหน้าที่จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 5 คน และเจ้าหน้าที่จากเครือข่ายสุขภาพและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน เช่น เจ้าหน้าที่จากสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุบลราชธานี 2 คน เจ้าหน้าที่สหวิชาชีพจากโรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 8 คน รวมจำนวน 40 คน

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิง 24 คน (ร้อยละ 60) เพศชาย 16 คน (ร้อยละ 40) ส่วนมากมีอายุ 41-50 ปี (ร้อยละ 62.50) อายุเฉลี่ย 45.45 ปี ($\bar{x} = 45.45$, S.D. = 6.62) อายุต่ำสุด 28 ปี อายุสูงสุด 57 ปี สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 80) การศึกษาสูงสุดระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 42.50) และรองลงมา คือปริญญาตรี (ร้อยละ 40) อาชีพรับราชการ/พนักงานของรัฐ (ร้อยละ 37.50) รองลงมาคือ ประกอบธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 25) มีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 20,000 บาท (ร้อยละ 82.50) รายได้ต่ำสุด 9,000 บาทต่อเดือน รายได้สูงสุดต่อเดือน 43,000 บาท รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 37,003 บาท มีประสบการณ์ดูแลผู้สูงอายุมากกว่า 10 ปี (ร้อยละ 52.50) ระยะเวลาการดูแลผู้สูงอายุต่ำสุด 2 ปี สูงสุด 16 ปี เฉลี่ย 9.58 ปี

ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านชุมชน ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษาที่เป็นผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 100 คน ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงเขตเทศบาลและเขตตำบลนาตาล ตำบลพังเคน ที่ได้รับการคัดเลือกและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59 เพศชาย ร้อยละ 41 ส่วนมากมีอายุ 60-70 ปี (ร้อยละ 49) รองลงมาคือ มีอายุช่วง 71- 80 ปี ร้อยละ 45 และมีอายุมากกว่า 80 ปี ร้อยละ 6 อายุต่ำที่สุด 62 ปี อายุสูงสุด 83 ปี มีอายุเฉลี่ย 70.78 ปี ($\bar{x} = 70.78$, S.D. = 4.84) สถานภาพเป็นหม้าย (ร้อยละ 54) การศึกษาสูงสุดระดับมัธยมศึกษาหรือต่ำกว่า (ร้อยละ 46) และรองลงมาคือระดับ ปวส.หรือเทียบเท่า (ร้อยละ 34) ส่วนมากเป็นเกษตรกร (ร้อยละ 77.00) รองลงมาคือ รับราชการ/พนักงานของรัฐ (ร้อยละ 22) รายได้ต่อเดือน 10,000-20,000 บาท (ร้อยละ 45) รองลงมาคือ มากกว่า 20,000 บาท (ร้อยละ 29) รายได้ต่ำสุด 2,000 บาทต่อเดือน รายได้สูงสุดต่อเดือน 30,000 บาท รายได้เฉลี่ย 8,166.90 บาทต่อเดือน ($\bar{x} = 8166.90$, S.D. = 7438.815) ระยะเวลาการเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงส่วนมาก 5 ปี - 10 ปี (ร้อยละ 52.50) รองลงมาคือ มากกว่า 3 ปี - 5 ปี ระยะเวลาในการเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านจนถึงปัจจุบันต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 14 ปี เฉลี่ย 6.15 ปี ($\bar{x} = 6.15$, S.D. = 3.16)

ผลการศึกษารูปได้ดังนี้

1. การศึกษาบริบทและสภาพปัญหา ความต้องการในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนอำเภอนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี : ปัญหาที่พบ คือขาดการมีส่วนร่วมและบูรณาการร่วมกันของชุมชนภาคีเครือข่าย รวมทั้งผู้ดูแลในชุมชนที่เป็นบุคคลในครอบครัวหรืออาสาสมัครต่างหน่วยหรือองค์กร หรือชุมชนต่างจัดกิจกรรม การจัดกิจกรรมที่ไม่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุแต่จัดกิจกรรมโครงการขึ้นตามงบประมาณที่จัดสรรไว้ เช่น การจัดอบรมให้ความรู้การดูแลผู้สูงอายุแบบบรรยายนั่งอบรมโดยจัดแบบห้องเรียน ไม่มีบรรยากาศของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หรือการฝึกทักษะการดูแลทำให้ไม่เข้าใจและไม่จำหลักการดูแล รวมทั้งบางอย่างเป็นกิจกรรมผู้ดูแลไม่สามารถทำได้เพราะขาดอุปกรณ์ เช่น การวัดความดันเพื่อเฝ้าระวังโรคผู้ดูแลเองไม่มีเครื่องมือวัดและบางคนมีเครื่องมือแต่ใช้ไม่เป็นหรือแปลค่าไม่ได้ ญาติขาดความรู้และทักษะการดูแลเบื้องต้น เช่น การพุงหรือการเคลื่อนย้าย นโยบายองค์กรของรัฐ เช่นเทศบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยังไม่มียุทธศาสตร์ที่ชัดเจนที่จะขับเคลื่อนมีลงพื้นที่เยี่ยมบ้านเป็นครั้งคราวนานๆ ครั้ง

ดังนั้น ทุกภาคส่วนควรร่วมกันในการขับเคลื่อนและพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ อำเภอ นาตาล ให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม ครอบคลุมความต้องการและจัดกิจกรรมที่เสริมสร้างคุณภาพชีวิตให้มีมากยิ่งขึ้นต่อไป

2. กระบวนการการพัฒนา รูปแบบและการนำรูปแบบไปใช้สรุปได้ว่า : กระบวนการพัฒนาทั้งหมด 2 วงรอบตามกระบวนการ PAME ผ่านขั้นตอนการวางแผน (Plan) โดยการสนทนากลุ่ม/ประชุมเชิงปฏิบัติการผู้เกี่ยวข้องในการพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอ นาตาล แล้วออกแบบสร้างรูปแบบและแผนการพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอ นาตาล หลังจากนั้นเข้าสู่การดำเนินการ (Action) สร้างรูปแบบและปฏิบัติการตามแผนการพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอ นาตาล โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และติดตาม (Monitoring) ติดตาม

ผลประเมินความก้าวหน้าเดือนละ 1 ครั้ง ผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลสุขภาพจัดเวทีเรื่อง “แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ” สู่การประเมินผล (Evaluation) ประเมินผลรูปแบบความเหมาะสมและการมีส่วนร่วมและประเมินผลความพึงพอใจ ผลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ แล้ววิเคราะห์ประเมินผลสู่ปรับปรุงแก้ไขปัญหาและอุปสรรคเพื่อสะท้อนสู่การวางแผนพัฒนารูปแบบ เมื่อสังเกตการปฏิบัติตามรูปแบบในทุกระยะพบว่า เกิดการมีส่วนร่วมกันของคนในชุมชนและภาคีเครือข่ายเกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานแบบบูรณาการร่วมกันของชุมชนเน้นการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน สมาชิกในครอบครัว ผู้นำชุมชนร่วมกันดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งมีองค์กรทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนร่วมกันเป็นการทำงานที่เข้มแข็ง ส่วนผู้สูงอายุและผู้ดูแลเองได้มีส่วนร่วมในการเสนอความต้องการ เสนอปัญหา ทำให้การจัดกิจกรรมดูแลได้ตรงประเด็นและตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้ตรงประเด็น ได้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดอุบลราชธานี รูปแบบนี้เรียกว่า “2HOME CARES model : Health Care for Elder by Community Model” ประกอบด้วย Health คือ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ Holistic คือ การดูแลแบบองค์รวม Organization : Local people คือ สร้างองค์กรประชาชนดูแลผู้สูงอายุ Management คือ การจัดการร่วมกันทั้งรัฐ ชุมชนและภาคีเครือข่าย Elderly care คือ สร้างหลักการดูแลผู้สูงอายุ Community Participation คือ กิจกรรมชุมชนช่วยชุมชนโดยชุมชน Action and Area Base คือ การร่วมกันปฏิบัติการและพัฒนาตามศักยภาพพื้นที่ Responds คือ จัดกิจกรรมที่ตอบสนองความต้องการชุมชน Equipment คือ มีเครื่องมือ/กายอุปกรณ์สนับสนุน Social Network คือ ภาคีเครือข่ายและช่องทางสื่อสาร โดยทุกองค์ประกอบเน้นกิจกรรมตามบริบทชุมชน ซึ่งจากกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอหาดใหญ่ในครั้งนี้ การบริหารจัดการแผนงานที่ต้องประสานการขอรับการสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติม เนื่องจากเป็นแผนงานโครงการที่เกี่ยวกับการบริหารจัดการและการดูแลที่ครอบคลุมอย่างไรก็ตามในการวิจัยครั้งนี้ได้มีภาคีเครือข่ายสุขภาพ

เข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนการดำเนินงานเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นกว่าเดิม⁽¹²⁾ การส่งเสริมให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุจึงจัดกิจกรรมในรูปแบบ “ชุมชนช่วยชุมชนโดยชุมชน” เพื่อสร้างความตระหนักและพัฒนาศักยภาพของบุคคลในทุกวัยในชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ โดยให้ชุมชนประเมินปัญหาของชุมชนเอง หาวิธีแก้ไขด้วยทรัพยากรต่างๆ ของชุมชน แผนงานด้านการดูแลสุขภาพยังเป็นการสนับสนุนงบประมาณให้แก่สถานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นผู้ดูแล สนับสนุนให้เกิดชมรมด้านการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ชุมชนมีนโยบายสาธารณะด้านสิ่งแวดล้อมและบริการสุขภาพที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนเป็นฐาน เน้นการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนและภาคีเครือข่ายสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดีขึ้นภายใต้บริบทของชุมชนนั้นๆ⁽¹³⁾ การมีส่วนร่วมของประชาชนก่อให้เกิดกระบวนการและโครงสร้างที่ประชาชนสามารถที่จะแสดงออกซึ่งความต้องการของตน การจัดลำดับความสำคัญการเข้าร่วมในการพัฒนา และได้รับประโยชน์จากการพัฒนานั้น โดยเน้นการให้อำนาจในการตัดสินใจแก่ประชาชนในชนบท และเป็นกระบวนการกระทำที่ประชาชนมีความสมัครใจเข้ามามีส่วนในการกำหนดการเปลี่ยนแปลงเพื่อประชาชนเอง โดยให้ประชาชนได้มีส่วนในการตัดสินใจเพื่อตนเอง ทั้งนี้โดยมิใช่การกำหนดกรอบความคิดจากบุคคลภายนอก โดยรูปแบบ “2HOME CARES model : Health Care for Elder by Community Model” ประกอบด้วย :

- 1) สร้างองค์กรประชาชน โดยการรวบรวมกลุ่มประชาชนในชุมชนเป็นแบบทางการหรือไม่เป็นทางการ ซึ่งเป็นการจัดตั้งกลุ่มประชาชนให้มีส่วนร่วมในการระดมพลังความคิดเห็น วางแผนร่วมกัน ตัดสินใจและร่วมปฏิบัติ ร่วมรับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุ กำหนดการสร้างองค์กรประชาชน (Local People's Organization) เป็นชมรมผู้สูงอายุในชุมชนโดยทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนและร่วมกันจัดกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุร่วมกัน⁽¹⁴⁾
- 2) มีเครือข่ายในการติดต่อสื่อสารกันระหว่างบุคคลที่อยู่ในชุมชน มีการเสริมสร้างเครือข่ายทางสังคม

(Social Network) เป็นสิ่งสำคัญในการปฏิบัติงานเพื่อป้องกันแก้ไขปัญหาพื้นฟูและพัฒนาศักยภาพ

3) จัดการฝึกอบรมให้องค์กรประชาชนมีความรู้ความเข้าใจ และความสามารถและทักษะในการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะด้านการดูแลสุขภาพ การเคลื่อนย้าย การออกกำลังกายและโภชนาการ

4) การแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานอย่างชัดเจนโดยให้ประชาชนในชุมชนเป็นผู้พิจารณาคัดเลือก และกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ โดยทำเป็นคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการการดูแลผู้สูงอายุ

5) กำหนดกรอบกิจกรรมและดำเนินกิจกรรมสำหรับกลุ่มเป้าหมาย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ให้เกิดความพึงพอใจ สามารถสนองต่อความต้องการของกลุ่มเป้าหมายได้เป็นอย่างดี ที่สำคัญควรเน้นกิจกรรมที่จะช่วยทำให้กลุ่มเป้าหมายอยู่ในครอบครัวและชุมชนของตนได้อย่างมีความสุข

6) การติดต่อประสานงาน และร่วมมือกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การประสานงานควรมีทุกระดับตั้งแต่องค์กรประชาชนไปจนถึงการกำหนดนโยบายที่สำคัญต้องประสานให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชน

7) การดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนโดยจัดสถานที่ในชุมชน เป็นที่รวมสมาชิกในชุมชนจึงร่วมกันพัฒนาชุมชนของตนเองโดยใช้พลังของกลุ่มคน ใช้ทรัพยากรในชุมชนให้เป็นประโยชน์มากที่สุด

8) จัดกิจกรรมในรูปแบบ “ชุมชนช่วยชุมชน” เพื่อสร้างความตระหนักและพัฒนาศักยภาพของบุคคลในทุกระดับในชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ โดยให้ชุมชนประเมินปัญหาของชุมชนเอง หาวิธีแก้ไขด้วยทรัพยากรต่างๆ ของชุมชน แล้วองค์กรปกครองท้องถิ่นเข้ามาสนับสนุนระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

9) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยและยากไร้ โดยจัดกิจกรรมเชิงรุกติดตามเฝ้าระวัง ส่งเสริม ป้องกัน และรักษากลุ่มผู้สูงอายุ รวมทั้งสอนให้ญาติและลูกหลานสมาชิกในครอบครัวร่วมกันดูแล

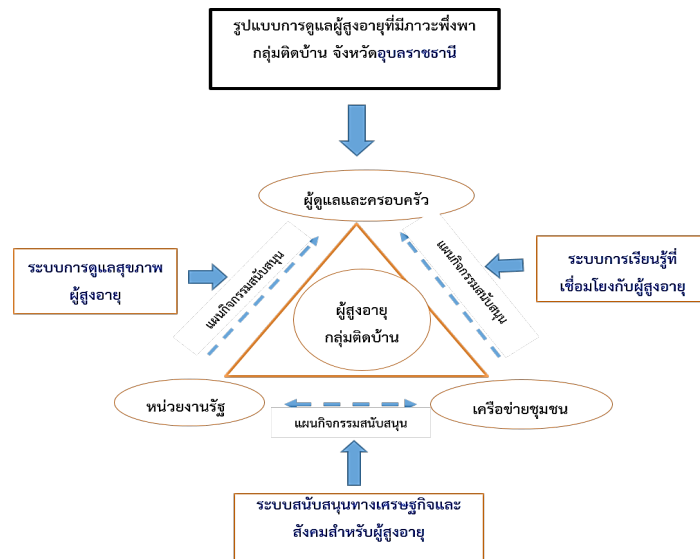
10) ตั้งศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชนขึ้นเพื่อเป็นศูนย์กลางของการจัดกิจกรรมต่างๆ สำหรับผู้สูงอายุกับบุคคลภายในชุมชน มีการบริหารงานโดยสมาชิกในชุมชน และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้พัฒนาด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมและภูมิปัญญา กิจกรรมภายในศูนย์ฯ เช่น การให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ การออกกำลังกาย และโภชนาการ การถ่ายทอดภูมิปัญญาของผู้สูงอายุ นันทนาการ กิจกรรมทางศาสนา ประเพณี วัฒนธรรม ตลอดจนการบำเพ็ญประโยชน์แก่สาธารณะของผู้สูงอายุ

11) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ “การดูแลสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ อำเภอนาดาล จังหวัดอุบลราชธานี”

12) ร่วมกันจัดหาเครื่องกายอุปกรณ์และเครื่องติดตามสัญญาณชีพ โดยการบริจาคหรือการสนับสนุนจากองค์กรเอกชนเกิดการดำเนินงานแบบมีภาคีส่วนร่วม เกิดเครือข่ายดำเนินงาน จัดทำทะเบียนรายการอุปกรณ์แล้ว แจกจ่ายอุปกรณ์ในการช่วยพยุงและเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุร่วมด้วย

13) จัดตั้งศูนย์กายอุปกรณ์ อุปกรณ์ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนโดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้รับผิดชอบดูแลและบริหารจัดการ

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอนาดาล จังหวัดอุบลราชธานีนั้น ควรมีระบบสนับสนุนโดยการเชื่อมโยงแบบบูรณาการใน 3 ระบบ ได้แก่ 1) ระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 2) ระบบการเรียนรู้ที่เชื่อมโยงกับผู้สูงอายุ และ 3) ระบบสนับสนุนทางเศรษฐกิจและสังคมสำหรับผู้สูงอายุ โดยมีผู้เกี่ยวข้องส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholder) จาก 3 ภาคส่วน คือ ผู้ดูแลและครอบครัว เครือข่ายชุมชนและหน่วยงานรัฐ ซึ่งแต่ละภาคส่วนนั้นมีการสนับสนุนและประสานงานกันในการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการบริการสุขภาพและทางสังคมเพื่อการดูแลผู้สูงอายุให้เป็นองค์รวมทางด้านร่างกายจิตและสังคม ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี

หลังจากการพัฒนาารูปแบบผลการเปรียบเทียบ ค่าคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .021 ($t = 2.23$, $P\text{-value} < .05$) ในทุกๆ ด้าน โดยหลังการพัฒนาารูปแบบมีค่าคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนมากกว่าก่อนการพัฒนา ($\bar{x} = 3.99$, $S.D. = 0.50$) ในทุกๆ ด้าน ทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการร่วมวางแผน ด้านการร่วมดำเนินงาน และด้านการร่วมประเมินผลงาน ผู้สูงอายุในชุมชนมีคะแนนคุณภาพชีวิต ตาม

องค์ประกอบแต่ละด้านรวมทั้งการแบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอนาตาล พบว่าหลังมีการพัฒนามีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับคุณภาพชีวิตที่ดี ($\bar{x} = 96.10$, $S.D. = 12.39$) ซึ่งก่อนการพัฒนาารูปแบบผู้สูงอายุ มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับกลาง ๆ ($\bar{x} = 68.74$, $S.D. = 8.22$) ส่วนรายด้านหลังการพัฒนา พบว่า ด้านจิตใจมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดี ($\bar{x} = 24.12$, $S.D. = 1.94$) ส่วนด้านสุขภาพกาย ด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับกลาง แต่มีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยสูงขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนาในทุกๆด้าน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการพัฒนาารูปแบบ

องค์ประกอบ	คุณภาพชีวิต ก่อนการพัฒนา	ระดับ คุณภาพชีวิต	คุณภาพชีวิต หลังการพัฒนา	ระดับ คุณภาพชีวิต
1. ด้านสุขภาพกาย	17.63	กลาง	25.06	กลางๆ
2. ด้านจิตใจ	15.74	กลาง	24.12	ดี
3. ด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคม	8.45	กลาง	10.65	กลางๆ
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	22.21	กลาง	28.39	กลางๆ
คุณภาพชีวิตโดยรวม	68.74	คุณภาพชีวิต กลาง	96.10	คุณภาพชีวิต ที่ดี

ชุมชนและกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจของชุมชนต่อรูปแบบและการมีส่วนร่วมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอนาตาล ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่าหลังการพัฒนาแบบชุมชนมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากในทุกๆ ข้อการประเมิน และเมื่อเทียบกับก่อนการพัฒนาแบบพบว่ามีความพึงพอใจระดับน้อยทุกข้อ โดยค่าเฉลี่ยความพึงพอใจเพิ่มขึ้น ($\bar{x}=37.88$, S.D. = 6.66) และข้อที่พึงพอใจมากที่สุด คือ ได้มีส่วนร่วมในประเมินผลการใช้รูปแบบในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านในครั้งนี้อย่างยอมรับและพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งเห็นว่ามียุทธศาสตร์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ดีครอบคลุมชัดเจนขึ้น ผู้สูงอายุยังได้รับการยอมรับจากตัวผู้สูงอายุและความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่บ้านที่ได้รับการดูแลจากผู้ดูแลในภาพรวมอยู่ในระดับมาก

จากการดำเนินการพัฒนารูปแบบจนได้รูปแบบที่ชัดเจนส่งผลเกิดการมีส่วนร่วมที่มากขึ้นและชัดเจนภาคประชาชน โดยชุมชนและภาคีเครือข่ายภาครัฐและเอกชนเกิดการบูรณาการขับเคลื่อนร่วมกันจนส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างชัดเจนในด้านสุขภาพจิต ส่วนด้านสุขภาพร่างกายและสิ่งแวดล้อมยังคงต้องเน้นการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพ เอื้อต่อการเยียวยาการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรังร่วมด้วย

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาบริบทและสภาพปัญหา ความต้องการในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนอำเภอ นาตาล จังหวัดอุบลราชธานี : การมีส่วนร่วมจะให้บริการเยี่ยมบ้านบ้างนานๆ ครั้ง ยังไม่มีส่วนร่วมในการวางแผน การร่วมกิจกรรม หรือการประเมินผลติดตามผลการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนร่วมกัน รวมทั้งยังขาดข้อมูลพื้นฐานในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ขาดการบูรณาการร่วมกันขององค์กรและชุมชนในการมีส่วนร่วมกันดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของของพัชรภรณ์พัฒนา⁽¹⁵⁾ และกิตติวงศ์ สาสวด⁽¹⁶⁾ ที่ได้ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในศูนย์การเรียนรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเขต

สุขภาพที่ 4 และศึกษาเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตโดยรวมแตกต่างกันตามการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง กลุ่มตัวอย่างในชุมชนต้องการพัฒนาชุมชนของตนเองโดยใช้พลังของกลุ่มคนใช้ทรัพยากรในชุมชนให้เป็นประโยชน์มากที่สุด และต้องบูรณาการมีส่วนร่วมกันของท้องถิ่นและประชาชนและภาครัฐอื่นๆ เช่น โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ พัฒนาอำเภอ/จังหวัดโดยร่วมกัน ชุมชนต้องการสร้างองค์กรประชาชน โดยการรวบรวมกลุ่มประชาชนในชุมชนเป็นแบบทางการหรือไม่เป็นทางการ ซึ่งเป็นการจัดตั้งกลุ่มประชาชนให้มีส่วนร่วมในการระดมพลังความคิดเห็น วางแผนร่วมกัน ตัดสินใจและร่วมปฏิบัติ ร่วมรับผิดชอบในการปฏิบัติตามมติของกลุ่มผู้นำในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ อยากให้มีมีเครือข่ายในการติดต่อสื่อสารกันระหว่างบุคคลที่อยู่ในชุมชน มีการเสริมสร้างเครือข่ายทางสังคมเป็นสิ่งสำคัญในการปฏิบัติงานเพื่อป้องกันแก้ไขปัญหาฟื้นฟู และพัฒนาศักยภาพ การเสริมสร้างเครือข่ายทางสังคม ต้องการฝึกอบรมให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ และความสามารถและทักษะในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เฉพาะด้าน การเตรียมความพร้อมในการดูแลสุขภาพผู้ดูแลในบทบาทผู้ดูแลจะช่วยให้มีทักษะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ดี ช่วยลดความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองได้ ชุมชนมีความต้องการสนับสนุนจากบุคลากรภาครัฐ เอกชน หรือองค์กรที่เกี่ยวข้องในการติดตามดูแลผู้ดูแลที่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของธัญญาณี โชติการณ์ และคณะ⁽¹⁷⁾ ที่ศึกษาเรื่องการพัฒนาแบบระบบการบริการแบบดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการสุขภาพในชุมชนจังหวัดกาฬสินธุ์ สอดคล้องกับการศึกษาของสุปราณี บุญมี ชัยวุฒิ บัวเนี้ยว และสุพิตรา เศลวัตนะกุล⁽¹⁸⁾ ที่ได้ศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนเปือย จังหวัดสุรินทร์ สอดคล้องกับการศึกษาของบัวพา บัวระภา เรื่องรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชน ตำบลสร้างก่อ อำเภอภูพาน จังหวัดอุดรธานี⁽¹⁹⁾

กระบวนการพัฒนารูปแบบและการนำรูปแบบไปใช้สรุปได้ว่า: รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเนตาล จังหวัดอุบลราชธานี หลังจากการพัฒนารูปแบบผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสูงชันก่อนการพัฒนามีในทุกๆ ด้าน โดยหลังการพัฒนารูปแบบมีค่าคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนมากกว่าก่อนการพัฒนา ได้แก่ ด้านการร่วมวางแผน ด้านการร่วมดำเนินงาน และด้านการร่วมประเมินผลงาน ผู้สูงอายุในชุมชนมีคะแนนคุณภาพชีวิตตามองค์ประกอบแต่ละด้าน รวมทั้งการแบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับคุณภาพชีวิตที่ดี ชุมชน และกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจของชุมชนต่อรูปแบบและการมีส่วนร่วมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก อภิปรายได้ว่ารูปแบบมีความเหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการของชุมชนและยังช่วยขับเคลื่อนการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสังวาล งามโพธิ์⁽²⁰⁾ ที่ศึกษาเรื่องการพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม 7 ขั้นตอน ประกอบด้วย (1) การศึกษาปัญหา (2) การจัดเวทีแลกเปลี่ยนอย่างมีส่วนร่วม (3) การวางแผนอย่างมี

ส่วนร่วม (4) การคืนข้อมูลให้ชุมชน (5) การประชาคม (6) การดำเนินการตามแผน (7) การประเมินผล ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับสูง มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ อาชีพ รายได้สุทธิต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ สุขภาพของผู้สูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชุมชน และการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ดังนั้น ควรมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การปฏิบัติตัวด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการความเครียดให้กับผู้สูงอายุเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาและพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนในกรณีมีโรคประจำตัวที่ต้องการการดูแลเฉพาะ เช่น แสงสว่างกับการใช้ยาฉีดลดระดับน้ำตาล หองน้ำผู้สูงอายุที่บ้านและในชุมชน รวมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อตามคุณภาพชีวิตที่ยั่งยืน
2. ควรผลักดันให้เกิดนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทุกๆ กลุ่ม โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียง และด้อยโอกาสหรือยากไร้ให้เข้าถึงบริการสุขภาพที่ครอบคลุม หรือเน้นการค้นหาเพื่อให้บริการเชิงรุกอย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2566**. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย ; 2566.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. **รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทยพ.ศ.2566** . กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ ; 2566.
3. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564**. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง ; 2564.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. **เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศผลการดำเนินงาน รอบปกติ ครั้งที่ 1/2566**. อุบลราชธานี : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. 2566.
5. Tousignant, M., N. Dubuc R. and C. Coulomb. **Home-care Programmes for Older Adults with Disabilities in Canada : How Can we Assess the Adequacy of Services Provided Ompared with the Needs of Users?.** Health & Social Care in the Community ; 2023 : 15(1), 1-7, January.
6. Tokuda Y. & Hinohara S. **Geriatric Nation and Redefining the Elderly in Japan**. International Journal of Gerontology 2008 : 2(4), 154–15.
7. Kemmis, S., & McTaggart, R. **The action research planner (3rd ed.)**. Victoria , Australia : Deakin University Press ; 1988.
8. Fisher, K., Bennett-Levy, J., & Irwin, R. **What a GAS! Action research as a peer support process for postgraduate students**. UltiBASE ; 2003.
9. Boyle, Geraldine. **Facilitatng Choice and Control for Older People in Long-term Care**. Health & Social Care in the Community ; 2024 : 12(3), 212–220, May.
10. ศิริประภา หล้าสิงห์ สุมัทนา กลางคาร และ ศิรินาถ ตงศิริ. **การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน**. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2563 ; 6(2) : 29 – 40.
11. อรนิษฐ์ แสงทองสุข. **การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย กรณีศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานีและนนทบุรี**. รายงานการวิจัยมหาวิทยาลัยศรีปทุม; 2562.
12. ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์ อมรรัตน์ รัตนสิริ บังอรศรี จินดาวงค์ และคณะ. **พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอาศัยในชุมชนชนเมือง จังหวัดขอนแก่น**. ศรีนครินทร์เวชสาร 2561 ; 33(2): 153 – 60.
13. ศิริวรรณ อรุณทิพย์ไพฑูรย์. **สังคมสูงวัย ความท้าทายประเทศไทย**. [อินเทอร์เน็ต]. 20 เมษายน 2564 [อ้างถึง 15 พฤศจิกายน 2567]; <http://www.dop.go.th/th/know/3/276>.
14. วิยะดา อุทธะคำ และ ศิวัช ศรีโสภากุล. **แนวทางการบริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุในอำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น**. JRKSA [อินเทอร์เน็ต]. 3 เมษายน 2564 [อ้างถึง 15 พฤศจิกายน 2067];6(4):150-61. available at: <https://so02.tci-thaijo.org/index.php/JRKSA/article/view/247801>
15. พัชราภรณ์ พัฒนะ. **คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในศูนย์การเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 4**. พุทธชินราชเวช สาร 2562; 36(1) : 21 – 33.
16. กิตติวงศ์ สาสวด. **ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดภาคตะวันออกเฉียง**. วารสารชุมชนวิจัย. 2560; 11(2): 21 – 38.

17. ถมณญาณิ โขติการณิ ธีรศักดิ์ ภูจอมแจ้ และวิภาวี เหล่าจตุรพิศ. การพัฒนารูปแบบระบบการบริการแบบดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการสุขภาพในชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2567 ; 4 (1) : 14-27.
18. สุปราณี บุญมี ชัยวุฒิ บัวเนี้ยว และสุพิศรา เศลวัตนะกุล. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนเปือย อำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์. วารสารวิชาการ สาธารณสุขชุมชน 2562 ; 5(4) : 38-49.
19. บัวพา บัวระภา. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชน ตำบลสร้างก่ออำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ 2559 ; 17(2) : 57-70.
20. สัจจวาล จ่างโพธิ์. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. *journalkorat* [อินเทอร์เน็ต]. 2 กุมภาพันธ์ 2022 [อ้างถึง 20 ธันวาคม 2024];7(2):165-83. available at: thaijo.org/index.php/journalkorat/article/view/254335

รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบมีส่วนร่วมของชุมชน
บ้านสร้างหอม ตำบลห้วยข่า อำเภอบუნทรริก จังหวัดอุบลราชธานี
The development model for prevention and control of dengue fever
by community participation in Sanghom, Huaikha subdistrict,
Buntharik district, Ubon Ratchathani

วสันต์ ตาดำ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองเม็ก

อำเภอบუნทรริก จังหวัดอุบลราชธานี

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อจัดทำรูปแบบในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านสร้างหอม ตำบลห้วยข่า อำเภอบუნทรริก จังหวัดอุบลราชธานี รวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม และใช้กระบวนการ A-I-C จากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้นำชุมชน 6 คน อสม.25 คน หัวหน้าคุ้มในชุมชน 10 คน นักวิชาการสาธารณสุข อบต.ห้วยข่า 1 คน รวม 42 คน ศึกษาข้อมูล 3 ส่วน ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมโดยใช้กระบวนการ A-I-C และการประเมินรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านสร้างหอม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติ paired t-test

ผลการศึกษา พบว่า การมีส่วนร่วมของประชาชน ร้อยละ 97.6 การออกกฎเกณฑ์ของชุมชน ร้อยละ 95.2 การประชาสัมพันธ์ ร้อยละ 95.2 ชุมชนมีความตระหนักในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 97.6 เมื่อดำเนินการด้วยกระบวนการ A-I-C ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน สถานการณ์การระบาดของโรคไข้เลือดออกในพื้นที่และพื้นที่ใกล้เคียงทำให้ประชาชนมีความตื่นตัวและตระหนักในเรื่องของอันตรายจากโรค และให้ความร่วมมือในการป้องกันการเกิดโรคไข้เลือดออกมากขึ้น ซึ่งจากการสุ่มค่า HI และค่า CI พบว่ามีค่าลดลงมองเห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการดำเนินการป้องกันและควบคุม

โรคไข้เลือดออก เกิดเป็นรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และกำหนดข้อตกลงร่วมกันของชุมชนบ้านสร้างหอม ตำบลห้วยข่า อำเภอบუნทรริก จังหวัดอุบลราชธานี

คำสำคัญ : โรคไข้เลือดออก กระบวนการ A-I-C รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรค

Abstract

This study is an operational one. The objective is to create a model for prevention and control of dengue fever with the participation of the Ban Sang Hom community, Huai Kha Subdistrict, Buntharik District, Ubon Ratchathani Province. Data were collected through focus group discussions. and use the A-I-C process. From the people involved, there are 6 community leaders, 25 village health volunteers, 10 community lifeguard leaders, 1 public health department head, a total of 42 people. The results of the study are divided into 3 parts: general information, development of a participation model using the A-I-C process, and evaluation of a model for prevention and control

of dengue fever with the participation of the Ban Sang Hom community. Data analysis for model evaluation used descriptive statistics and paired t-test statistics.

The results of the study found that Public participation 97.6 percent, issuing community rules 95.2 percent, public relations 95.2 percent, community awareness of dengue fever prevention 97.6 percent. Study results show that. When carried out with the A-I-C process, it creates participation of people in the community. The situation of the outbreak of dengue fever in the area and nearby areas has made people alert and aware of the dangers of the disease. and cooperate more in preventing the occurrence of dengue fever. which from sampling the HI and CI values were found to have decreased. See the importance of participating in the prevention and control of dengue fever. It was born as a model for prevention and control of dengue fever through community participation. and establish a mutual agreement among the Ban Sang Hom community, Huai Kha Subdistrict, Buntharik District, Ubon Ratchathani Province.

Keywords : Dengue fever, A-I-C process, Disease prevention and control model.

บทนำ

สถานการณ์โรคไข้เลือดออกของประเทศไทย ปี 2563 (ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม – 26 ธันวาคม 2563) มีรายงานผู้ป่วยสะสม จำนวน 71,210 ราย (อัตราป่วยเท่ากับ 107.40 ต่อประชากรแสนคน) มีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิต 52 ราย อัตราตายเท่ากับ 0.08 ต่อประชากรแสนคน อัตราป่วยตายร้อยละ 0.07 ภาคที่มีอัตราป่วยสูงสุดคือ ภาคเหนือ (อัตราป่วยเท่ากับ 127.67 ต่อประชากรแสนคน) รองลงมา คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

(อัตราป่วยเท่ากับ 127.62 ต่อประชากรแสนคน) ภาคกลาง (อัตราป่วยเท่ากับ 95.51 ต่อประชากรแสนคน) และภาคใต้ (อัตราป่วยเท่ากับ 62.93 ต่อประชากรแสนคน) สำหรับสถานการณ์โรคไข้เลือดออก ปี 2563 ของจังหวัดอุบลราชธานี (ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม – 31 ธันวาคม 2563) มีรายงานผู้ป่วยสะสม จำนวน 1,755 ราย (อัตราป่วยเท่ากับ 93.52 ต่อประชากรแสนคน) ไม่มีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิต สถานการณ์โรคไข้เลือดออกของอำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างปี พ.ศ. 2560 - 2563 พบ อัตราป่วยเท่ากับ 32.50, 240.1, 405 และ 83.86 ต่อแสนประชากรตามลำดับ พบผู้เสียชีวิต ปี 2556, 2558, 2561, 2562 และ 2563 จำนวน 3, 1, 1, 2 และ 0 ราย และในปี 2562 ผู้ป่วยเสียชีวิต 1 รายนั้น เป็นผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเสียชีวิตอยู่ในหมู่บ้านสร้างหอม ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี ในช่วงปี พ.ศ. 2560 – 2563 หมู่บ้านสร้างหอม มีอัตราป่วยโรคไข้เลือดออก 0, 47.27, 425.46 และ 126.06 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มค่อนข้างสูง^(1,2) และเมื่อสังเกตแนวโน้มความชุกของน้ำยุงลายในบ้าน วัดโรงเรียน พบว่า ค่าความชุกของลูกน้ำยุงลายในบ้าน (HI) สูงเกินร้อยละ 10 และยิ่งเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง ซึ่งมีโอกาสที่จะเกิดโรคอื่นๆ ที่มียุงลายเป็นพาหะนำโรค เช่น โรคติดเชื้อไวรัสซิกาที่มีรายงานผู้ป่วยในปัจจุบันและพื้นที่เสี่ยงใกล้เคียง

ผู้วิจัยได้ศึกษาบทบาทการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จากรายงานการประเมินผลการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกภาพรวมระดับประเทศ⁽³⁾ พบว่า ชุมชนที่มีอุบัติการณ์การเกิดโรคไข้เลือดออกต่อจะมีพฤติกรรมในการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับครัวเรือนดีกว่าชุมชนที่มีอุบัติการณ์โรคไข้เลือดออกสูง และจากการศึกษารูปแบบในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกพบว่า กระบวนการและกิจกรรมที่ทำให้เกิดความสำนึกป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เกิดจากการมีส่วนร่วมของประชาชน การออกกฎเกณฑ์ของชุมชน การมีผู้รับผิดชอบอย่างชัดเจน การประชาสัมพันธ์มีองค์กรภาคีเครือข่ายและประชาชนมีความตระหนักในการป้องกัน

โรคไข้เลือดออก^(4,5,6)ทำให้เกิดการพัฒนาในการดำเนินงาน ป้องกันโรคไข้เลือดออกในระดับชุมชน มีการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ ที่ดีขึ้น

กระบวนการ A-I-C (Appreciation influence control) เป็นเทคนิคการระดมความคิดด้วยกระบวนการ สร้างพลัง และกระตุ้นการยอมรับของชาวบ้านให้ร่วมพัฒนา หมู่บ้าน⁽⁷⁾ โดยจะให้ความสำคัญต่อความคิดและการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชนบนพื้นฐานแห่งความเท่าเทียมกัน เพื่อระดมความคิดในการวางแผนพัฒนาโดยประชาชน⁽⁸⁾ กระบวนการมีส่วนร่วมนั้นอาจมีหลากหลายรูปแบบขึ้นอยู่กับบริบท หรือสภาพแวดล้อมของแต่ละชุมชน โดยการระดมความคิดด้วยเทคนิคกระบวนการ A-I-C (Appreciation Influence Control) เน้นกลไกการป้องกันโรคไข้เลือดออก ก่อนฤดูกาลระบาด⁽⁹⁾ ซึ่งมีกระบวนการและกิจกรรมที่ทำให้เกิดความสำเร็จในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในระดับชุมชน ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมของประชาชน การออกกฎเกณฑ์ของชุมชน การมีผู้รับผิดชอบอย่างชัดเจน การประชาสัมพันธ์ มีองค์กรภาคีเครือข่าย และประชาชน มีความตระหนักในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มีตัวชี้วัดความสำเร็จ คือ ค่าดัชนีความชุกชุมของลูกน้ำ ยุงลายในชุมชนมีค่าต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กระทรวง สาธารณสุขกำหนด ซึ่งประสิทธิภาพในการลดปริมาณ ยุงพาหะจะทำให้โอกาสในการแพร่เชื้อของยุงพาหะ ลดลง และลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก และ ประชาชนในชุมชนมีความพึงพอใจ มีความรู้และสามารถ ปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกดีขึ้น ซึ่งเกิดจากความร่วมมือ การผสมผสานแนวคิด ระหว่าง ประชาชน องค์กรชุมชน และองค์กรภาครัฐในการเสริม พลังกันในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับ ชุมชน ด้วยเหตุผลข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษารูปแบบ การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบมีส่วนร่วม ของชุมชน บ้านสร้างหอม ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณขริก

จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อสร้างรูปแบบการดำเนินงาน ควบคุมป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคติดต่อที่มีุงลาย เป็นพาหะนำโรค ให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่อย่างมี ประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

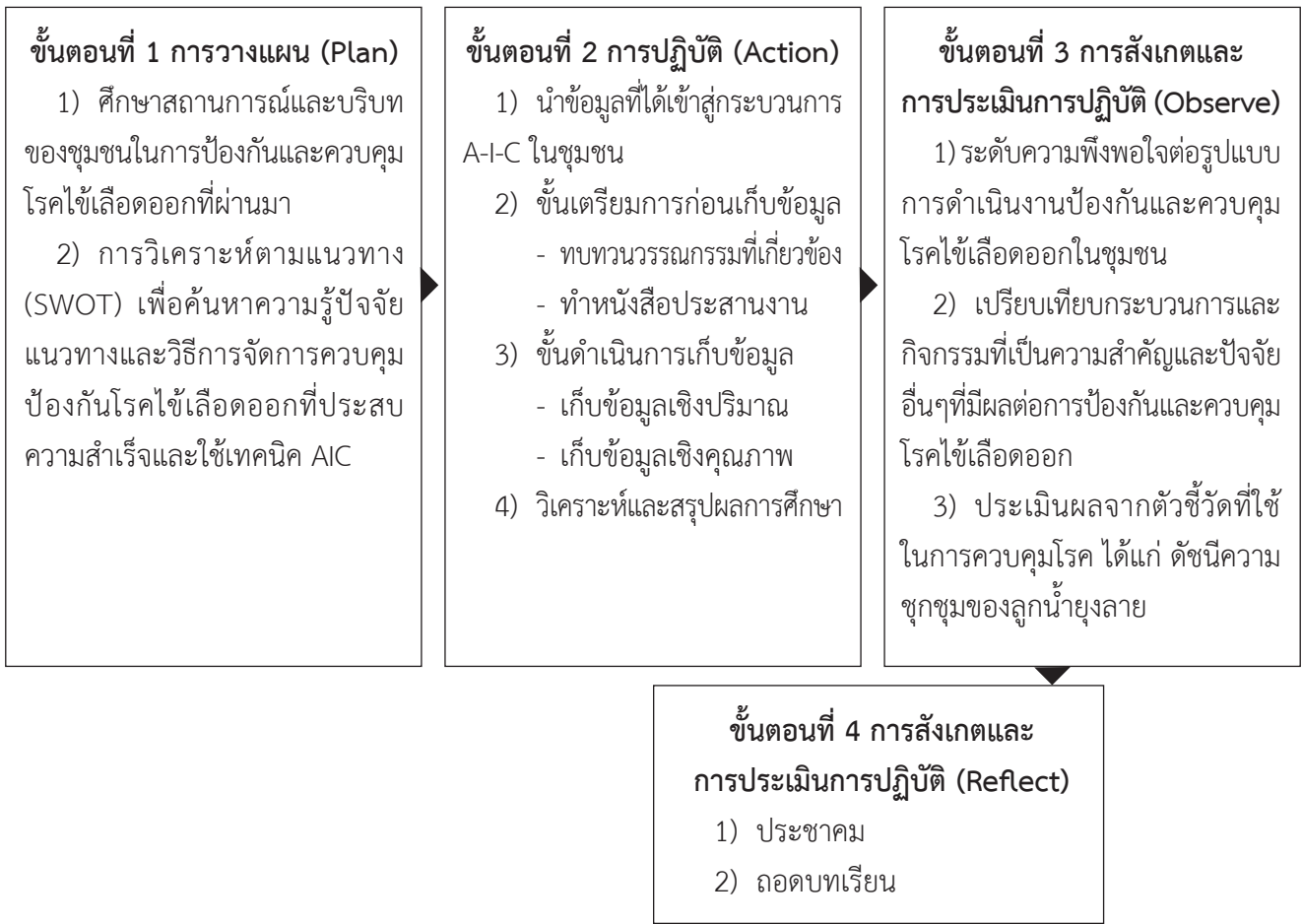
เพื่อศึกษารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกแบบมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านสร้างหอม ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณขริก จังหวัดอุบลราชธานี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาการป้องกันและ ควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านสร้างหอม ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณขริก จังหวัด อุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษากระบวนการป้องกันและควบคุม โรคไข้เลือดออกแบบมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านสร้างหอม ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณขริก จังหวัดอุบลราชธานี
3. เพื่อศึกษาผลการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกแบบมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านสร้างหอม ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณขริก จังหวัดอุบลราชธานี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเพื่อศึกษารูปแบบการ มีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกด้วยเทคนิคการระดมความคิดตามกระบวนการ A-I-C (Appreciation Influence Control) ที่คำนึง ถึงกระบวนการหรือกิจกรรมที่เป็นกระบวนการ และ กิจกรรมที่ทำให้เกิดความสำเร็จของการดำเนินงาน การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับชุมชน ดังแผนภูมิต่อไปนี้



ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบมีส่วนร่วมของชุมชนที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการและกิจกรรมที่ทำให้เกิดความสำเร็จของการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนด้วยเทคนิคการระดมความคิดตามกระบวนการ A-I-C (Appreciation Influence Control) เพื่อได้รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านสร้างหอม ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

1. ผู้นำชุมชนบ้านสร้างหอม โดยคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ คือ ดำรงตำแหน่งผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน และสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล หมู่บ้านละ 3 คน รวม 6 คน⁽¹⁰⁾
2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน บ้านสร้างหอม รวม 25 คน
3. ประชาชนในเขตพื้นที่ กำหนดในเกณฑ์คัดเลือก คือ เป็นหัวหน้าคุ้มบ้านสร้างหอม รวม 10 คน
4. หัวหน้ากองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยข่า จำนวน 1 คน

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่

1. เป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชน สามารถติดต่อสื่อสารกับคนอื่นในชุมชนได้
2. เป็นบุคคลที่เป็นที่ยอมรับและเคารพนับถือในชุมชน สามารถเป็นตัวแทนของคนในชุมชนในการให้ข้อมูล วิเคราะห์ปัญหา หาแนวทางการแก้ปัญหา ร่วมปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหา และประเมินผลการปฏิบัติได้
3. มีการศึกษาระดับอ่านออกเขียนได้
4. เป็นผู้สมัครใจและสามารถเข้าร่วมการทำวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่

ผู้ที่ยกเลิกการสมัครใจ หรือของดการให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามการวิจัย แบบประเมินความพึงพอใจ แนวทางการสนทนากลุ่ม แบบสังเกตแบบมีส่วนร่วม การบันทึก และแบบสำรวจความซุกของลูกน้ำยุงลาย

1. แบบสอบถามการวิจัย ประกอบด้วย

1.1 ข้อมูลเกี่ยวกับคุณลักษณะของประชากร จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ และตอบคำในช่องว่าง

1.2 แบบทดสอบความรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จำนวน 20 ข้อ โดยเป็นแบบเลือกตอบใช่ หรือไม่ใช่

1.3 แบบสอบถามการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) แบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ ระดับมาก ระดับปานกลาง ระดับน้อย และไม่ได้ปฏิบัติ

ระดับมาก หมายถึง เมื่อมีการปฏิบัติ หรือมีการกระทำกิจกรรมต่างๆ นั้นได้เป็นส่วนใหญ่ ระดับปานกลาง หมายถึง เมื่อมีการปฏิบัติ หรือมีการกระทำกิจกรรมต่างๆ นั้นได้เป็นบางส่วน ระดับน้อย หมายถึง เมื่อมีการปฏิบัติ หรือมีการกระทำกิจกรรมต่างๆ นั้นได้เพียงเล็กน้อย ไม่ได้ปฏิบัติ หมายถึง ไม่มีการปฏิบัติ หรือมีการกระทำกิจกรรมต่างๆ

1.4 แบบสอบถามกระบวนการและกิจกรรมที่ทำให้เกิดความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมของประชาชน การออกกฎเกณฑ์ของชุมชน การมีผู้นำที่เข้มแข็ง และมีกรรมการผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน การประชาสัมพันธ์ มีภาคีเครือข่าย การสนับสนุนจากองค์กร ภาคีเครือข่ายอย่างพอเพียงและต่อเนื่อง และประชาชนมีความตระหนักในการป้องกันโรคไข้เลือดออก จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วน (rating scale) แบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ ระดับมาก ระดับปานกลาง ระดับน้อย และไม่ได้ปฏิบัติ

ระดับมาก หมายถึง เมื่อมีการปฏิบัติ หรือมีการกระทำกิจกรรมต่างๆ นั้นได้เป็นส่วนใหญ่ ระดับปานกลาง หมายถึง เมื่อมีการปฏิบัติ หรือมีการกระทำกิจกรรมต่างๆ นั้นได้เป็นบางส่วน ระดับน้อย หมายถึง เมื่อมีการปฏิบัติ หรือมีการกระทำกิจกรรมต่างๆ นั้นได้เพียงเล็กน้อย ไม่ได้ปฏิบัติ หมายถึง ไม่มีการปฏิบัติ หรือมีการกระทำกิจกรรมต่างๆ

2. แบบประเมินความพึงพอใจ

ใช้ประเมินความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมและรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบเติมคำในช่องว่าง

3. แนวทางการสนทนากลุ่ม (group discussion guideline)

ใช้สำหรับการสนทนากลุ่มในกระบวนการ A-I-C

4. แบบสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Observation)

เป็นเครื่องมือที่สำคัญในการดำเนินการวิจัยในทุกขั้นตอน เพื่อประเมินผลในการดำเนินงานของแต่ละขั้นตอนที่สะท้อนให้เห็นถึงความคิดเห็น การวางแผน แนวทางแก้ไขปัญหา และการประเมินผล รวมถึงการสังเกตทางด้านกายภาพและสิ่งแวดล้อมในชุมชน

5. การบันทึก (Record)

ผู้วิจัยทำการบันทึกการดำเนินงานทุกขั้นตอน ทุกกิจกรรม ได้แก่ การจดบันทึก การบันทึกภาพ และบันทึกภาพและเสียง

6. แบบสำรวจความชุกของลูกน้ำยุงลาย

ใช้แบบฟอร์มการสำรวจของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งใช้ในการประเมินดัชนีความชุกชุมของลูกน้ำยุงลาย ได้แก่ ค่า House Index (HI) และ Container Index (CI) ซึ่งค่าเหล่านี้เป็นตัวชี้วัดความสำเร็จในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของเครื่องมือ โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงของเนื้อหา หาค่าความสอดคล้อง (Index of Consistency : IOC) และนำข้อเสนอจากผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อความสมบูรณ์ มีความเหมาะสมสู่การนำไปใช้การวิจัย

2. ตรวจสอบความเชื่อมั่นของข้อมูล (Reliability) นำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยไปทดลองใช้ (Try out) ที่บ้านสร้างม่วง ตำบลหนองสะโน อำเภอบუნทรบุรี ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะทางสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรมที่คล้ายคลึงกับผู้ให้ข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย แล้วนำมาวิเคราะห์ ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (Alpha Coefficient) ของ Cronbach⁽¹¹⁾ ในการวิเคราะห์ค่าความน่าเชื่อถือ (Reliability) ของแบบสอบถามกำหนดให้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α -Coefficient) ของครอนบาช (Cronbach) มีค่ามากกว่า 0.7 ทำการทดสอบความน่าเชื่อถือ (Reliability) โดยใช้แบบสอบถามจำนวน 20 ชุด เพื่อหาค่าของครอนบาช (Cronbach) เท่ากับ 0.92 ซึ่งมีค่ามากกว่า 0.7

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ

1. ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะของประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ โดยการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage)

2. ข้อมูลกระบวนการและกิจกรรมที่ทำให้เกิดความสำเร็จของการดำเนินการ และความรู้การปฏิบัติตัวในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ประกอบด้วย

การมีส่วนร่วมของประชาชน การออกกฎเกณฑ์ของชุมชน การมีผู้นำที่เข้มแข็ง และมีกรรมการผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน การประชาสัมพันธ์ มีภาคีเครือข่าย การสนับสนุนจากองค์กรภาคีเครือข่ายอย่างพอเพียงและต่อเนื่อง และประชาชนมีความตระหนักในการป้องกันโรคไข้เลือดออก เพื่อแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกในชุมชน

3. ข้อมูลดัชนีวัดความชุกของลูกน้ำยุงลาย โดยการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติเชิงพรรณนาร้อยละ

ข้อมูลเชิงคุณภาพ

เป็นข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มและการสังเกตพฤติกรรม ข้อมูลที่จะนำมาตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล มีการจัดหมวดหมู่ตามประเด็นปัญหา และทำการตีความหมายจากข้อมูลที่ได้ โดยการวิเคราะห์เนื้อหาของข้อมูล (content analysis)

จริยธรรมวิจัย/การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เอกสารรับรองเลขที่ S.S.J.UB 2565-103 ลงวันที่รับรอง 31 สิงหาคม 2565 และได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ของการวิจัย หลังจากนั้นจึงขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง โดยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การเก็บข้อมูลในครั้งนี้ ขึ้นอยู่กับความสมัครใจและความยินยอมของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการไม่เข้าร่วมวิจัย หรือขอถอนตัวออกจากการวิจัยได้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ พร้อมทั้งให้ความมั่นใจว่า ข้อมูลที่ได้ จะเก็บเป็นความลับไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล และรายงานผลการวิจัยเป็นภาพรวม

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษามีจำนวน 42 คน พบว่าเป็นเพศชาย ร้อยละ 14.28 และเพศหญิง ร้อยละ 85.72 สถานภาพสมรส ร้อยละ 90.48 เป็นผู้นำชุมชน ร้อยละ 14.29 อาสาสมัครสาธารณสุข ร้อยละ 59.52 และเป็นประชาชนในหมู่บ้าน ร้อยละ 23.81 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ คือ ประถมศึกษา มัธยม

ตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย และปริญญาตรี ร้อยละ 66.67, 19.05, 9.52 และ 4.76 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 73.8 มีรายได้ระหว่าง 5,000- 10,000 บาท/เดือน ในรอบ 2 ปีที่ผ่านมา มีสมาชิกในบ้านไม่เคยเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก คิดเป็นร้อยละ 100.0 แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของข้อมูลทั่วไป กลุ่มประชากรตัวอย่าง (n=42)

ข้อมูลทั่วไป	ร้อยละ
เพศ	
ชาย	14.3
หญิง	85.7
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษา	66.7
มัธยมศึกษาตอนต้น	19.1
มัธยมศึกษาตอนปลาย	9.5
ปริญญาตรี	4.7
อาชีพ	
เกษตรกร	73.8
รับจ้าง	11.9
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	11.9
อื่นๆ	2.4
รายได้ต่อเดือนของครอบครัว	
น้อยกว่า 5,000 บาท	64.3
5,001 – 10,000 บาท	33.3
10,001 – 15,000 บาท	2.4
ในรอบ 2 ปีที่ผ่านมา มีสมาชิกในบ้านเคยเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก	
เคย	0.0
ไม่เคย	100.0

2. รูปแบบการมีส่วนร่วมโดยใช้กระบวนการ A-I-C ของชุมชนบ้านสร้างหอม ตำบลห้วยข่า อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี จากการดำเนินงานป้องกันควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออกโดยอาสาสมัครสาธารณสุขปี 2565 พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และหัวหน้าคุ้มบ้านสร้างหอม มีความรู้การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก และการปฏิบัติกรณิการระบาดของโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูงถึงร้อยละ 96.7 แต่ยังไม่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ กล่าวคือ ยังคงมีการระบาดของโรคไข้เลือดออกและมีแนวโน้มการระบาดที่มากขึ้น ในปี 2564 พบการระบาดของโรคไข้เลือดออกของอำเภอบุญทริก มีอัตราป่วย เท่ากับ 301.93 ต่อแสนประชากร และในปี 2565 (มกราคม-กรกฎาคม) มีอัตราป่วยโรคไข้เลือดออกเท่ากับ 120.77 ต่อแสนประชากร จะเห็นว่า โรคไข้เลือดออกของอำเภอบุญทริก ยังคงมีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้น และจากการสำรวจเพื่อวิเคราะห์ปัญหา และสาเหตุของปัญหาในการป้องกันและควบคุม

โรคไข้เลือดออก ผลการสำรวจความรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่าง บ้านสร้างหอม ตำบลห้วยข่า อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ส่วนใหญ่มีองค์ความรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ถึงร้อยละ 96.7 การปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง และมีการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับน้อย ปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่า กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นว่าปัจจัยความสำเร็จส่วนใหญ่ คือ การมีส่วนร่วมของประชาชน ชุมชนมีความตระหนักในการป้องกันโรคไข้เลือดออก การออกกฎเกณฑ์ของชุมชน และการประชาสัมพันธ์ ตามลำดับ ซึ่งร้อยละปัจจัยความสำเร็จการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกบ้านสร้างหอม ตำบลห้วยข่า อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ร้อยละปัจจัยความสำเร็จการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของบ้านสร้างหอม ตำบลห้วยข่า อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี

ปัจจัยความสำเร็จการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	ร้อยละ
การมีส่วนร่วมของประชาชน	64.3
การออกกฎเกณฑ์ของชุมชน	78.7
การมีผู้นำที่เข้มแข็ง และมีกรรมการผู้รับผิดชอบอย่างชัดเจน	88.1
การประชาสัมพันธ์	78.7
การสนับสนุนจากองค์กรภาคีเครือข่ายอย่างพอเพียงและต่อเนื่อง	92.9
ชุมชนมีความตระหนักในการป้องกันโรคไข้เลือดออก	64.3

3. รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านสร้างหอม ตำบลห้วยข่า อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี ได้ใช้เทคนิคการระดมความคิดด้วยกระบวนการ A-I-C โดยผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วย ผู้นำหมู่บ้าน อสม. และประชาชน แบ่งกลุ่มต่างๆ กัน ตามความเหมาะสม มีการเลือกประธานกลุ่ม และเลขากลุ่ม ให้สมาชิกแนะนำตัว ร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับสถานการณ์โรคไข้เลือดออกและร่วมตัดสินใจเลือกแนวทางในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก แล้วนำมาสรุปร่วมกัน ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การระดมความคิดด้วยกระบวนการ A-I-C ของชุมชน บ้านสร้างหอม ตำบลห้วยข่า อำเภอบุญศรี จังหวัดอุบลราชธานี

ขั้นตอน Appreciation : A	ขั้นตอน Influence : I	ขั้นตอน Control : C	แผนงาน/โครงการ
คืนข้อมูล/ทบทวนสถานการณ์ใช้เลือดออกที่ผ่านมา และปัญหาที่เกี่ยวข้อง			
- ประชาชนในชุมชน ขาดแผนงานในการดูแล ป้องกันโรคไข้เลือด ไม่เห็นความสำคัญ ของการป้องกันและ ควบคุมโรค	สมาชิกทุกคนร่วมประชุม แสดงความเห็นเกี่ยวกับ แนวทางกิจกรรมในการ สร้างความสำเร็จ ด้านการป้องกันและ ควบคุมโรคไข้เลือดออก	เลือกแนวทางสมัครใจ ในการดูแลของชุมชน ในการป้องกัน โรคไข้เลือดออก และ จัดทำแผนปฏิบัติการ	โครงการรณรงค์ ชุมชนปลอด ลูกน้ำยุงลาย กิจกรรม 1. กำหนดผู้รับผิดชอบ 2. รณรงค์กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ ยุงลายในบ้าน วัด และโรงเรียน 3. ประเมินค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย ในหมู่บ้าน (HI) และ CI ในวัด 4. กำหนดข้อตกลงร่วมกันเพื่อ สร้างความร่วมมือในชุมชน

4. รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบมีส่วนร่วมของชุมชน และกำหนดข้อตกลงร่วมกัน เพื่อสร้างความร่วมมือในชุมชน จากกระบวนการ A-I-C โดยรายละเอียด ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 กิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านสร้างหอม ตำบลห้วยข่า อำเภอบุญศรี จังหวัดอุบลราชธานี

กิจกรรม	การ ดำเนินการ	รายละเอียดกิจกรรม	กลุ่ม เป้าหมาย	ผู้ดำเนินการ	การประเมินผล
เข้าร่วมกิจกรรมปรับ สภาพแวดล้อมของบริเวณบ้าน	สัปดาห์ละ 1 ครั้ง	ทำความสะอาดรอบๆ บ้าน คว่ำภาชนะที่มีน้ำขัง	บ้าน	เจ้าของบ้าน	สุ่มค่า HI, CI, BI โดย อสม.
ประกวดหมู่บ้านสะอาด ปลอดโรคไข้เลือดออก	1 ครั้ง/ปี	หมู่บ้านที่มีสถานการณ์ โรคไข้เลือดออกน้อยที่สุด	หมู่บ้าน	สสอ./อปท.	รายงานสถานการณ์ โรคไข้เลือดออกประจำปี
เข้าร่วมประชุมและแจ้ง สถานการณ์โรคไข้เลือดออก ในชุมชน	เดือนละ 1 ครั้ง	แจ้งสถานการณ์ โรคไข้เลือดออกในชุมชน	ผู้ใหญ่บ้าน	สสอ./อปท.	รายงานการประชุม
รณรงค์ ประชาสัมพันธ์ความรู้ ในการป้องกันควบคุม โรคไข้เลือดออก และ สถานการณ์ในชุมชน	สัปดาห์ละ 1 ครั้ง	เปิดคลิปเนื้อหาประกอบด้วย อาการของโรคการป้องกัน และควบคุมโรคและ สถานการณ์โรคไข้เลือดออก ของแต่ละชุมชน	ประชาชน ในหมู่บ้าน	ผู้ใหญ่บ้าน/ อสม./สสอ.	แบบสอบถามความรู้/ การปฏิบัติในการป้องกัน และควบคุมโรค
มีการใช้ทรายอะเบท ในการกำจัดลูกน้ำยุงลาย ทุกครัวเรือน	สัปดาห์ละ 1 ครั้ง	แจกทรายอะเบท	บ้าน	เจ้าของบ้าน	ค่า HI/CI

นำรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ทดลองใช้ 3 เดือน เริ่มตั้งแต่ 1 กันยายน - 31 พฤศจิกายน 2565

4. ประเมินผลรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านสร้างหอม ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี ระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่พัฒนาขึ้นอยู่ในระดับพึงพอใจมาก คิดเป็นร้อยละ 97.6 ความพึงพอใจต่อการจัดกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนที่ผ่านมาในภาพรวม อยู่ในระดับพึงพอใจมาก คิดเป็นร้อยละ 96.4 โดยแต่ละกิจกรรมแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความพึงพอใจต่อกิจกรรมการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

กิจกรรม	ร้อยละ
การมีส่วนร่วมของประชาชน	97.6
การออกกฎเกณฑ์ของชุมชน	95.2
การประชาสัมพันธ์	95.2
ชุมชนมีความตระหนักในการป้องกันโรคไข้เลือดออก	97.6

5. เปรียบเทียบกระบวนการและกิจกรรมที่เป็นความสำเร็จและปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ดัชนีความชุกชุมของลูกน้ำยุงลาย ทำการประเมินค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายในหมู่บ้าน (House index: HI) โดยอาสาสมัครสาธารณสุข รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4 จากผลการสำรวจค่า HI พบว่า หลังจากการใช้รูปแบบป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในบ้านสร้างหอม ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี ค่า HI มีแนวโน้มลดลง และมีค่าต่ำกว่าร้อยละ 10 ในเดือนกันยายน 2565

ตารางที่ 6 ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายในบ้านสร้างหอม ตำบลห้วยข่า อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี ก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ

หมู่บ้าน	ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายในหมู่บ้าน (HI)				
	ก่อนใช้		หลังใช้		
	ก.ค. 65	ส.ค. 65	ก.ย. 65	ต.ค. 65	พ.ย.65
บ้านสร้างหอม	22.34	18.18	8.52	7.85	7.50

อภิปรายผล

จากการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) รูปแบบในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการและกิจกรรมที่ทำให้เกิดความสำเร็จของการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนด้วยเทคนิคการระดมความคิดตามกระบวนการ A-I-C (Appreciation Influence Control) เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านสร้างหอม ตำบลห้วยข่า อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งในแต่ละกิจกรรมมีบุคลากรในพื้นที่ ผู้นำชุมชน อาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เข้าร่วมปรึกษาหารือให้ข้อมูล ข้อเสนอแนะและร่วมดำเนินการในการพัฒนาครั้งนี้ จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพการทำงานให้เกิดการมีส่วนร่วมของคนในหมู่บ้าน สถานการณ์การระบาดของโรคไข้เลือดออกในพื้นที่และพื้นที่ใกล้เคียงทำให้ประชาชนมีความตื่นตัวและตระหนักในเรื่องของอันตรายจากโรค และให้ความร่วมมือในการป้องกันการเกิดโรคไข้เลือดออกมากขึ้น ซึ่งจากการสุ่มค่า HI และค่า CI พบว่า มีค่าลดลงสอดคล้องกับผลการศึกษาของจตุพร เลิศฤทธิ์⁽¹²⁾ ศึกษาการพัฒนาแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการส่งเสริมสมรรถนะและการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการระบาดของโรค ได้แก่ การมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชน

การประเมินรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านสร้างหอม ตำบลห้วยข่า อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี ความพึงพอใจต่อรูปแบบในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่พัฒนาขึ้นอยู่ในระดับพึงพอใจมาก คิดเป็น

ร้อยละ 96.8 ความพึงพอใจต่อการจัดกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนที่ผ่านมาในภาพรวมอยู่ในระดับพึงพอใจมาก เนื่องจากประชาชนได้ร่วมกันแก้ไขปัญหาของชุมชน ใช้กิจกรรมการมีส่วนร่วมเข้ามาในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของบรรจบ พรหมสา⁽¹³⁾ ซึ่งศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่เหมาะสมสำหรับหมู่บ้านโนนรัง ตำบลนาคำ อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม แบบเน้นการไม่ใช้สารเคมีโดยใช้เกณฑ์ค่าดัชนีลูกน้ำที่พบในบ้านน้อยกว่า 10 และค่าดัชนีลูกน้ำที่พบในวัดและโรงเรียนเท่ากับ 0 จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า รูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่เหมาะสมสำหรับหมู่บ้านสร้างหอม ตำบลห้วยข่า อำเภอบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี ได้แก่ การใช้กระบวนการมีส่วนร่วมและการสร้างความตระหนักว่าการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเป็นหน้าที่ของทุกคน การดำเนินงานมีการวางแผนดำเนินการตามแผน ประเมินผลและปรับปรุงวิธีการอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ควรเข้ามา มีบทบาทในการวางแผน สนับสนุนการดำเนินงาน เพื่อให้เกิดการปฏิบัติงานที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของชุมชน
2. นำรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และกำหนดข้อตกลงร่วมกันของชุมชนที่เกิดขึ้นไปปฏิบัติในพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน
3. ศึกษาวิจัยในโรคอื่นๆ ที่เป็นปัญหาในพื้นที่ด้วยกระบวนการและรูปแบบเช่นเดียวกัน

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขอำเภออุบลราชธานี, (2564) **สถานการณ์โรคไข้เลือดออก อำเภออุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี.**
2. กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, (2564) **สถานการณ์โรคไข้เลือดออก จังหวัดอุบลราชธานี.**
3. สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค, (2554) **รายงานสถานการณ์.**
4. ปวีตร ชัยวิสิทธิ์. (2551). **รูปแบบการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านทรายทอง ตำบลรั้ว อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดชุมพร. : สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครราชสีมา.**
5. สุวัฒน์ เรกระโทก. (2553). **การพัฒนาแบบการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในเขตพื้นที่สถานีอนามัยบ้านหนองใหญ่ ตำบลห้วยบง อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา. วิทยาลัยพยาบาลสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพัฒนาศักยภาพชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.**
6. ธนกร จีระออน. (2553). **รูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในระดับชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์. สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.**
7. อเนก วัดแย้ม, (2564) **เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม ฉบับที่ 6 (หน้าที่ 10-15)**
8. จีระศักดิ์ เจริญพันธ์. (2553). **การจัดการสาธารณสุขในชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 8. มหาสารคาม : สารคามการพิมพ์-สารคามแปเปอร์**
9. ชารี ยะวร (2562) **การใช้เทคนิค A-I-C ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาความสามารถในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ฉบับที่ 12 (หน้าที่ 12-15)**
10. รพ.สต.หนองเม็ก, (2565) **รายงานประชากรแยกตามอายุ เพศ รายหมู่บ้าน.**
11. Cronbach, L. J. (1990). **Essentials of psychological testing (5th ed.).** New York : Harper Collins Publishers. (pp.202-204)
12. จตุพร เลิศฤทธิ. (2561). **การพัฒนาแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการเสริมสร้างสมรรถนะและการมีส่วนร่วมของชุมชน ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน 1(1):118-30.**
13. บรรจบ พรหมสา. (2557). **การพัฒนาแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกบ้านโนนรัง อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดนครพนม. วารสารโรงพยาบาลนครพนม ฉบับที่ 3 (หน้าที่ 67-79)**

ผลของการทับหม้อเกลือต่อการลดความเครียดของมารดาหลังคลอด อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี

Effects of Hot salt pot compression on Reducing Postpartum Stress Among Mothers in Don Mod Daeng District, Ubon Ratchathani Province

ลลิตาศิภัต์ หลักทอง

กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
โรงพยาบาลดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อเปรียบเทียบระดับความเครียดก่อนและหลังการดูแลด้วยการทับหม้อเกลือ 2) เพื่อเปรียบเทียบระดับความเครียดระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลด้วยวิธีการทับหม้อเกลือกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาล

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ศึกษามารดาหลังคลอดที่คลอดปกติ ณ โรงพยาบาลชุมชน 2 แห่งในจังหวัดอุบลราชธานี ไตรมาส 1 ปีงบประมาณ 2565 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย มารดาหลังคลอดที่คลอดปกติ อายุ 15-40 ปี จำนวน 96 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน จากโรงพยาบาลดอนมดแดง ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย รวมถึงการทับหม้อเกลือ ขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน 16 วัน และกลุ่มควบคุม 20 คนจากโรงพยาบาลเชิงใน จังหวัดอุบลราชธานี ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลปกติ ประเมินความเครียดในวันที่ 1 และวันที่ 17 หลังคลอดด้วยแบบประเมินที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (IOC = .91) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า มารดาหลังคลอดในกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 27.3 ปี (SD = 4.5) และกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 26.9 ปี (SD = 4.8) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายถึงประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ร้อยละ 63.5) อาชีพหลักของมารดา คือ เกษตรกรรม และรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 54.7) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 58.3) โดยส่วนใหญ่อาศัย

อยู่ในครอบครัวใหญ่หรืออยู่กับญาติ (ร้อยละ 71.8) และมีระยะเวลาการนอนเฉลี่ย 5.8 ชั่วโมงต่อคืน กลุ่มทดลองมีความเครียดเฉลี่ยหลังการดูแลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\bar{x} = 32.43$) เมื่อเทียบกับก่อนการดูแล ($\bar{x} = 61.85$, $p < 0.01$) และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ($\bar{x} = 36.50$) กลุ่มทดลองมีความเครียดเฉลี่ยต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\bar{x} = 32.43$, $p < 0.01$)

ดังนั้น การดูแลด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยควบคู่กับการพยาบาลมาตรฐานช่วยลดความเครียดในมารดาหลังคลอดได้อย่างชัดเจน ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของภูมิปัญญาไทยในการฟื้นฟูสุขภาพและส่งเสริมศักยภาพการดูแลทารก สนับสนุนการบูรณาการศาสตร์การแพทย์แผนไทยในระบบสุขภาพ และเป็นฐานสำหรับการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในอนาคต

คำสำคัญ : ความเครียด มารดาหลังคลอด การแพทย์แผนไทย การทับหม้อเกลือ

Abstract

This study aimed to evaluate the effect of hot salt pot compression, a Thai traditional medicine practice, on postpartum stress levels by comparing stress levels before and after treatment, as well as between mothers receiving standard nursing care and those receiving Thai traditional postpartum care.

This quasi-experimental study was conducted among postpartum mothers with normal deliveries at two community hospitals in Ubon Ratchathani Province during the first quarter of the 2022 fiscal year. The sample consisted of 96 postpartum mothers aged 15-40 years. The experimental group included 20 mothers from Don Mod Daeng Hospital who received Thai traditional postpartum care, including hot salt pot compression, for 16 days. The control group consisted of 20 mothers from Khueang Nai Hospital who received standard postpartum nursing care. Stress levels were assessed on postpartum Day 1 and Day 17 using a validated stress assessment tool (IOC = .91). Data were analyzed using descriptive statistics and the independent t-test.

The results indicated that the experimental group had a significantly lower mean stress score after the intervention ($\bar{x} = 32.43$) compared to before the intervention ($\bar{x} = 61.85$, $p < 0.01$). Additionally, the experimental group had significantly lower stress levels ($\bar{x} = 36.50$) compared to the control group ($\bar{x} = 32.43$, $p < 0.01$).

Thus, integrating Thai traditional medicine with standard nursing care effectively reduces postpartum stress. These findings highlight the importance of Thai traditional wisdom in maternal health recovery and infant care, supporting the integration of Thai traditional medicine into the healthcare system and serving as a foundation for further research in this area.

Keywords: stress, postpartum mother, Thai traditional medicine, hot salt pot compression

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความเครียดในมารดาหลังคลอดเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่มีความสำคัญระดับสาธารณสุขทั่วโลก^(1,3,4,5) โดยความเครียดมักปรากฏเด่นชัดในช่วง 2 สัปดาห์แรกหลังคลอด และจะค่อย ๆ ลดลงตามระยะเวลาจนถึงประมาณ 6 สัปดาห์⁽²⁾ อย่างไรก็ตาม ระดับความเครียดที่เพิ่มสูงขึ้นในระยะเริ่มต้นนี้ส่งผลลบต่อบทบาทและหน้าที่ของมารดาหลังคลอดในหลายมิติ อาทิ การสร้างความสัมพันธ์กับทารกแรกคลอด การให้นมบุตร การดูแลสุขภาพของตนเอง ตลอดจนส่งผลให้การปรับตัวสู่ภาวะปกติล่าช้า^(3,4,5) ความเครียดอาจรบกวนกระบวนการผูกพันระหว่างมารดาและทารก และลดทอนคุณภาพในการเลี้ยงดูบุตร⁽⁶⁾ โดยเฉพาะมารดาที่เพิ่งมีบุตรคนแรก ซึ่งต้องเผชิญหน้ากับการปรับเปลี่ยนบทบาทครั้งสำคัญในชีวิตที่อาจยังขาดประสบการณ์^(3,4,5)

ในบริบทประเทศไทย การใช้ศาสตร์การแพทย์แผนไทยในการดูแลสุขภาพมารดาหลังคลอดได้รับความสนใจมากขึ้น เนื่องจากเป็นภูมิปัญญาดั้งเดิมที่ผ่านการถ่ายทอดรุ่นสู่รุ่น และสามารถบูรณาการเข้ากับการดูแลสุขภาพทางการแพทย์บาลสมัยใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽⁷⁾ กระบวนการดูแลสุขภาพมารดาหลังคลอดด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย เช่น การนวดไทย การอบสมุนไพร การประคบสมุนไพร และการทาบหม้อเกลือ ไม่เพียงช่วยให้อึดใจเข้าสู่ได้เร็วและขับน้ำคาวปลาออกอย่างมีประสิทธิภาพเท่านั้น แต่ยังมีส่วนช่วยลดความเครียด ผ่านกลไกการปรับสมดุลร่างกายและจิตใจ⁽⁷⁾

แนวคิดการจัดการกับอาการ (Symptom Management) ของ Dodd และคณะ⁽⁸⁾ ระบุว่า การจัดการกับอาการความเครียดควรเน้นไปที่ทั้งสาเหตุและอาการพร้อมกัน การบูรณาการศาสตร์การแพทย์แผนไทยมาใช้ร่วมกับการให้คำแนะนำหลังคลอดเชิงปฏิบัติ (Complementary Therapy) จึงเป็นกลยุทธ์หนึ่งที่สามารถนำไปใช้เพื่อช่วยลดความเครียดของมารดาหลังคลอดได้โดยประโยชน์ของการนวดและการอบสมุนไพร จะช่วยให้ระบบไหลเวียนโลหิตดีขึ้น กล้ามเนื้อคลายตัวและลดการคั่งของกรดแลคติก⁽⁹⁾ นอกจากนี้ สารหอมระเหย

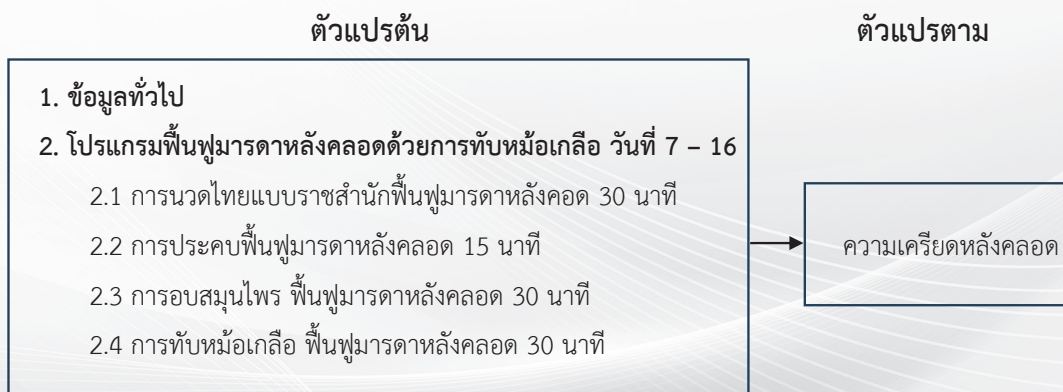
จากกลุ่มประคบสมุนไพรยังสามารรถกระตุ้นการหลั่งสารสื่อประสาทที่ให้ความรู้สึกผ่อนคลายและอารมณ์เชิงบวก⁽¹⁰⁾ สำหรับพื้นที่อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลดอนมดแดง ได้ดำเนินการคลินิกแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกมานานกว่า 10 ปี ให้บริการนวดไทย อบ ประคบสมุนไพร การทาบหม้อเกลือ และให้คำปรึกษาด้านสุขภาพสำหรับมารดาหลังคลอดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 แม้ว่าสถิติในปี พ.ศ. 2565 จะพบว่ามียุติบัตรมารดาหลังคลอดจำนวน 96 ราย เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลดอนมดแดงและในจำนวนนี้มีเพียง 22 รายเท่านั้น (22.91%) ที่รับบริการด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย⁽¹¹⁾ ซึ่งยังถือว่าน้อย อุปสรรคส่วนหนึ่งมาจากความไม่เข้าใจในกระบวนการรับบริการและความยุ่งยากด้านการเดินทาง การให้บริการเชิงรุกในชุมชนจึงเป็นแนวทางสำคัญที่จะเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการ ลดภาระผู้รับบริการ และส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดได้รับการดูแลทางกายและจิตใจได้ครบถ้วนกว่าเดิม

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาและประเมินผลของการดูแลมารดาหลังคลอดด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัดการกับอาการความเครียด โดยหวังว่าจะช่วยพัฒนากลยุทธ์การรักษาและการดูแลสุขภาพมารดาหลังคลอดอย่างเหมาะสม ตลอดจนยกระดับคุณภาพชีวิตของมารดาและเพิ่มคุณภาพการดูแลทารกแรกคลอดในระยะยาวให้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1) เพื่อเปรียบเทียบระดับความเครียดก่อนและหลังการดูแลด้วยการทาบหม้อเกลือ

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดวิจัย

2) เพื่อเปรียบเทียบระดับความเครียดระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลด้วยวิธีการทาบหม้อเกลือกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาล

สมมุติฐานการวิจัย

1. ระดับความเครียดของมารดาหลังคลอดที่ได้รับการดูแลด้วยการทาบหม้อเกลือจะลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการดูแล
2. ระดับความเครียดของมารดาหลังคลอดที่ได้รับการดูแลด้วยการทาบหม้อเกลือจะต่ำกว่าระดับความเครียดของมารดาหลังคลอดที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ขอบเขตของการวิจัย

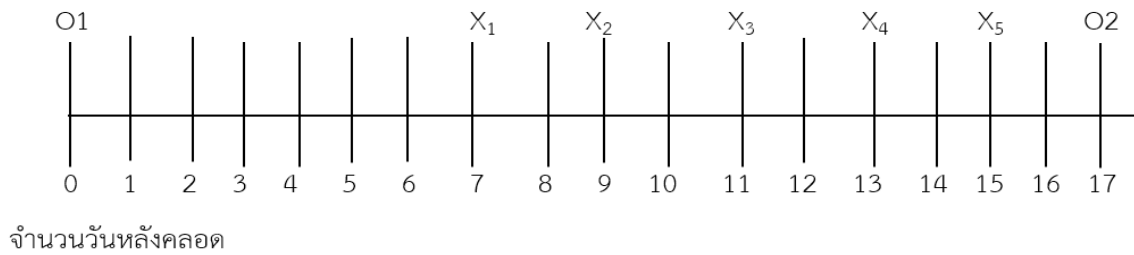
ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ มารดาหลังคลอดที่คลอดปกติ อายุ 15-40 ปี จำนวน 96 คน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้มารดาหลังคลอด คลอดปกติ อายุ 15-40 ปี อำเภอดอนมดแดงเป็นกลุ่มทดลอง 20 คนและกลุ่มควบคุมจากโรงพยาบาลเชิงใน จังหวัดอุบลราชธานี 20 คน ได้มาโดยการสุ่มแบบจับฉลาก ทำการศึกษาภายหลังการได้รับอนุมัติการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เอกสารรับรองเลขที่ SSJ.UB 2565-155

ระยะเวลาการดำเนินการ

เดือนตุลาคม 2565 – ธันวาคม 2566

รูปแบบวิจัย



ภาพที่ 2 แผนภาพการทดลอง

O1 หมายถึง การประเมินความเครียดของมารดาหลังคลอดครั้งที่ 1 ก่อนได้รับการดูแลโดยการทับหม้อเกลือ 1 วันหลังคลอด

$X_1 - X_5$ หมายถึง จำนวนครั้งในการดูแลมารดาหลังคลอด โดยการทับหม้อเกลือ รวมจำนวน 5 ครั้ง

O2 หมายถึง การประเมินความเครียด ครั้งที่ 2 หลังได้รับการดูแลโดยการทับหม้อเกลือ 16 วันหลังคลอด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับอายุระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ เฉลี่ยต่อเดือน สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการนอนหลับของมารดาหลังคลอดในช่วง 1 วัน และหลังคลอด โดยผู้วิจัยศึกษาจากแฟ้มประวัติของมารดาหลังคลอด

2. แบบประเมินความเครียด ในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ที่จัดทำโดยกระทรวงสาธารณสุข ฉบับปี 2548 เป็นเครื่องมือที่มารดาสามารถใช้ประเมินความเครียดของตนเองได้ในบริบทครอบครัว ซึ่งประกอบด้วย คำถามทั้งหมด 20 ข้อ เป็นเครื่องมือที่ให้ผู้ตอบประเมินตนเอง (Self-report questionnaire)

ลักษณะของข้อคำถาม

ข้อคำถามในแบบประเมินนี้เป็น Rating Scale แบบให้ผู้ตอบเลือกตามระดับความรู้สึกเกี่ยวกับความเครียดที่พบในชีวิตประจำวัน โดยมีตัวเลือกทั้งหมด 4 ระดับ ดังนี้
ไม่เคยเลย = 0 คะแนน หมายถึง ผู้ตอบไม่เคยพบความรู้สึกนั้นเลย ไม่เคยมีเหตุการณ์หรือประสบการณ์ที่ทำให้รู้สึกเช่นนั้น

เป็นครั้งคราว = 1 คะแนน หมายถึง ผู้ตอบพบความรู้สึกนี้เป็นบางครั้ง ไม่บ่อย และไม่มีความต่อเนื่อง

เป็นบ่อยๆ = 2 คะแนน หมายถึง ผู้ตอบพบความรู้สึกนี้บ่อยครั้ง มักเกิดขึ้นซ้ำๆ แต่ไม่ถึงกับเป็นประจำ

เป็นประจำ = 3 คะแนน หมายถึง ผู้ตอบพบความรู้สึกนี้เป็นประจำในชีวิตประจำวัน เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นบ่อยและสม่ำเสมอ

การให้คะแนนและการแปลผล

ผู้วิจัยจะรวมคะแนนทั้ง 20 ข้อ โดยคะแนนรวมที่ได้จะอยู่ระหว่าง 0-60 คะแนน อ้างอิงจากแบบประเมินความเครียดในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก โดยกระทรวงสาธารณสุข ฉบับปี 2548 ซึ่งสามารถแปลผลคะแนนได้ดังนี้

0-5	คะแนน เครียดน้อยกว่าปกติ
6-17	คะแนน เครียดในระดับปกติ
18-25	คะแนน เครียดสูงกว่าระดับปกติเล็กน้อย
26-29	คะแนน เครียดสูงกว่าระดับปกติปานกลาง
30-60	คะแนน เครียดสูงกว่าระดับปกติมาก

ตัวเลือกแต่ละตัวมีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้ตอบสามารถระบุระดับของความรู้สึกที่รู้สึกเครียดในสถานการณ์ต่างๆ ซึ่งช่วยให้ผู้ประเมินสามารถแยกแยะระดับความเครียดและความรุนแรงของความรู้สึกเครียด

ได้อย่างละเอียด ทำให้การวางแผนการดูแลและการบำบัดสามารถปรับให้เหมาะสมกับความต้องการของมารดาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เครื่องมือดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพมารดาหลังคลอดโดยประยุกต์ใช้การแพทย์แผนไทย ประกอบด้วย การนวด การประคบ การอบสมุนไพร การทำหม้อเกลือ ผู้วิจัยได้ดำเนินการจากการฟื้นฟูสุขภาพมารดาหลังคลอดด้วยการแพทย์แผนไทยมีขั้นตอนดังนี้⁽¹³⁾

- 1) การนวดไทยแบบราชสำนักหลังคลอด ใช้เวลา 45 นาที
- 2) การประคบสมุนไพรหลังคลอด ใช้เวลา 30 นาที
- 3) การอบสมุนไพรหลังคลอด ใช้เวลา 15 นาที
- 4) การทำหม้อเกลือหลังคลอด ใช้เวลา 45 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยนำข้อมูลมาประมวลผลและวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดความมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ข้อมูลทั้งหมดได้รับการวิเคราะห์ด้วยสถิติดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) เพื่อใช้ในการบรรยายลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ทำการวิเคราะห์โดยใช้ความถี่ ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) อธิบายคุณลักษณะตัวแปร
2. วิเคราะห์ความแตกต่างคุณลักษณะทั่วไป ข้อมูลการคลอดของกลุ่มตัวอย่างในเรื่องอายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรสรายได้เฉลี่ยของครอบครัว โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-Square), t-test
3. เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของระดับความเครียดหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของการทำหม้อเกลือต่อการลดความเครียดของมารดาหลังคลอด กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ มารดาหลังคลอดที่คลอดปกติ อายุ 15-40 ปี เข้ารับการรักษาหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลดอนมดแดง จำนวน 20 ราย โดยใช้กลุ่มควบคุมจากโรงพยาบาลเชิงใน จังหวัดอุบลราชธานี 20 ราย

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยมีลักษณะทางประชากรศาสตร์ที่คล้ายคลึงกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยมารดาหลังคลอดที่เข้าร่วมการศึกษามีช่วงอายุระหว่าง 15-40 ปี โดยค่าเฉลี่ยอายุของกลุ่มทดลองอยู่ที่ 27.3 ปี (SD = 4.5) และกลุ่มควบคุมอยู่ที่ 26.9 ปี (SD = 4.8) ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ ระดับการศึกษาของมารดาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายถึงประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) คิดเป็นร้อยละ 63.5 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ขณะที่ร้อยละ 21.9 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ส่วนอาชีพของมารดาหลังคลอดพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในภาคเกษตรกรรมและรับจ้างทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 54.7 รองลงมาคือ กลุ่มที่เป็นพนักงานบริษัทหรือเจ้าของกิจการขนาดเล็ก ร้อยละ 30.2 และที่เหลือเป็นแม่บ้านหรือไม่ได้ประกอบอาชีพประจำ

ด้านรายได้เฉลี่ยต่อเดือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 58.3 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ามารดาหลังคลอดในกลุ่มตัวอย่างนี้ส่วนใหญ่มีฐานะปานกลางถึงค่อนข้างต่ำ นอกจากนี้ ลักษณะครอบครัวของมารดาส่วนใหญ่อยู่ในรูปแบบครอบครัวขยายหรืออาศัยอยู่กับญาติ คิดเป็นร้อยละ 71.8 ซึ่งอาจส่งผลต่อการได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์และการดูแลหลังคลอดในระดับที่แตกต่างกันสำหรับระยะเวลาการนอนหลับหลังคลอด พบว่า มารดาหลังคลอดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีชั่วโมงการนอนเฉลี่ยอยู่ที่ 5.8 ชั่วโมงต่อคืน โดยไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่ม

การดูแลมารดาหลังคลอดด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย โดยเฉพาะการบำบัดหม้อเกลือ ส่งผลให้ระดับความเครียดของมารดาลดลงอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อพิจารณาตามกรอบแนวคิดแต่ละกิจกรรม พบว่า การฟื้นฟูสุขภาพมารดาหลังคลอดด้วยการบำบัดหม้อเกลือ ซึ่งดำเนินการต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 16 วัน โดยให้การดูแลจำนวน 5 ครั้ง สามารถช่วยปรับสมดุลร่างกาย ส่งเสริมการไหลเวียนของโลหิต และช่วยลดอาการตึงเครียดของกล้ามเนื้อ นอกจากนี้ กระบวนการดูแลอื่น ๆ เช่น การนวดไทยแบบราชสำนักหลังคลอด ซึ่งใช้เวลา 45 นาทีต่อครั้ง มีบทบาทสำคัญในการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ลดอาการปวดเมื่อย และกระตุ้นการทำงานของระบบไหลเวียนโลหิต ขณะที่การประคบสมุนไพร ซึ่งใช้เวลา 30 นาทีต่อครั้ง มีส่วนช่วยในการบรรเทาอาการปวดและลดอาการบวมของมารดาหลังคลอด รวมถึงช่วยฟื้นฟูเนื้อเยื่อที่ได้รับผลกระทบจากการคลอดบุตร

ผลการเปรียบเทียบระดับความเครียดก่อนและหลังการดูแล พบว่า มารดาหลังคลอดในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความเครียดลดลงจาก 61.85 ก่อนการดูแลเหลือเพียง 32.43 หลังการดูแล ซึ่งลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน พบว่า กลุ่มทดลอง

มีระดับความเครียดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ โดยค่าเฉลี่ยความเครียดในกลุ่มควบคุมอยู่ที่ 36.50 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มทดลอง ผลลัพธ์เหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่าการใช้ศาสตร์การแพทย์แผนไทยควบคู่กับการดูแลหลังคลอดแบบมาตรฐานสามารถช่วยลดความเครียดของมารดาหลังคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เมื่อพิจารณากระบวนการฟื้นฟูสุขภาพในภาพรวม พบว่า กิจกรรมการดูแลที่ใช้ศาสตร์การแพทย์แผนไทย ส่งเสริมให้เกิดความสมดุลของร่างกายและจิตใจในมารดาหลังคลอดอย่างเป็นองค์รวม ความร้อนจากการบำบัดหม้อเกลือร่วมกับสารสำคัญจากสมุนไพรช่วยให้กล้ามเนื้อผ่อนคลาย ลดภาวะตึงเครียด และปรับสมดุลระบบไหลเวียนโลหิต ขณะเดียวกันการนวดไทยและการประคบสมุนไพรยังช่วยกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิต ลดอาการปวดและความเมื่อยล้า ทำให้ร่างกายฟื้นตัวได้เร็วขึ้น โดยกระบวนการเหล่านี้ล้วนสอดคล้องกับแนวคิดการจัดการกับอาการ⁽⁷⁾ ซึ่งเน้นให้ความสำคัญกับการจัดการกับอาการทั้งในระดับร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย การบูรณาการศาสตร์การแพทย์แผนไทยเข้ากับการดูแลมารดาหลังคลอดจึงมีศักยภาพในการช่วยลดความเครียดและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดได้อย่างชัดเจน ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับดังนี้ คือ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของมารดาหลังคลอด ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

กลุ่มทดลอง	\bar{x}	S.D.	P-value
ก่อนการทดลอง	61.85	10.61	.00
หลังการทดลอง	32.43	3.38	

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่า มารดาหลังคลอดในกลุ่มทดลองมีระดับความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยค่าเฉลี่ยความเครียดหลังการทดลอง ($\bar{x} = 32.43$) ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยก่อนการทดลอง ($\bar{x} = 61.85$) อย่างชัดเจน สะท้อนให้เห็นว่าการหัตถการที่ใช้ในกลุ่มทดลองสามารถลดระดับความเครียดของมารดาหลังคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอาจมาจากกลยุทธ์การดูแลที่เน้นความต้องการเฉพาะบุคคลของมารดา ส่งเสริมให้เกิดความผ่อนคลายทางร่างกายและจิตใจ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนเครียดของมารดาหลังคลอดก่อนเข้าร่วมการทดลองและภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

	ก่อนการทดลอง (\bar{x})	หลังการทดลอง (\bar{x})	S.D.	P-value
กลุ่มควบคุม (n=20)	62.72	36.5	14.49	.43
กลุ่มทดลอง (n=20)	61.85	32.43	10.61	

จากตารางที่ 2 พบว่าหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของมารดาหลังคลอดในกลุ่มควบคุม ($\bar{x} = 36.50$, $SD = 14.49$) ยังคงสูงกว่ากลุ่มทดลอง ($\bar{x} = 32.43$, $SD = 10.61$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าการดูแลด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย โดยเฉพาะการบำบัดมือเกลือ มีประสิทธิภาพในการลดระดับความเครียดของมารดาหลังคลอดได้ดีกว่าการพยาบาลตามมาตรฐาน การลดลงของความเครียดในกลุ่มทดลองอาจเกิดจากผลของความร้อนและสารสำคัญจากสมุนไพรที่ช่วยให้ระบบไหลเวียนโลหิตดีขึ้น ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และลดภาวะตึงเครียด ทั้งทางร่างกายและจิตใจ

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งมุ่งเน้นการพิจารณาผลของการจัดการกับอาการด้วยการบำบัดมือเกลือต่อการลดความเครียดของมารดาหลังคลอด ผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ โดยเริ่มจากสมมติฐานข้อที่ 1 ซึ่งระบุว่า ความเครียดของมารดาหลังคลอดในกลุ่มที่ได้รับการจัดการกับอาการด้วยการบำบัดมือเกลือ นั้น จะลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง

ผลการวิจัยยืนยันตามสมมติฐานข้างต้น โดยพบว่าระดับความเครียดของมารดาหลังคลอดที่ได้รับการบำบัดมือเกลือลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เมื่อเปรียบเทียบกับค่าก่อนการทดลอง กล่าวคือ การจัดการกับอาการด้วยการบำบัดมือเกลือมีลักษณะของการจัดการความเครียดโดยมุ่งเน้นให้มารดาหลังคลอดเป็นศูนย์กลาง ซึ่งผู้วิจัยในฐานะแพทย์แผนไทยมีบทบาทสำคัญทั้งในเชิงรุกและเชิงรับ โดยเฉพาะในช่วง 2 สัปดาห์แรกหลังคลอดที่มารดาอาจขาดความสามารถหรือโอกาสในการบรรเทาความเครียดด้วยตนเอง การเข้ามามีบทบาทของผู้วิจัยในช่วงเวลาดังกล่าวจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะมารดาหลังคลอดแต่ละรายอาจมีการรับรู้และประเมินความเครียดที่แตกต่างกัน สืบเนื่องจากปัจจัย

หลากหลาย ทั้งด้านสภาพร่างกาย จิตใจ สังคม วัฒนธรรม และสภาพแวดล้อมที่ต่างกันไป⁽⁸⁾

ในกระบวนการนี้ ผู้วิจัยได้ทำการประเมินทั้งความต้องการ ประสบการณ์ และการรับรู้ความเครียดของมารดาหลังคลอดเป็นรายบุคคล ทำให้ทราบว่าแต่ละคนมีความหมายและความรุนแรงของความเครียดที่ไม่เหมือนกัน อีกทั้งยังตอบสนองต่อความเครียดได้แตกต่างกัน กระบวนการค้นหาสาเหตุที่แท้จริงของความเครียดจึงเป็นขั้นตอนที่สำคัญเพื่อวางแผนการดูแลให้เหมาะสม ทั้งนี้เพื่อให้การช่วยเหลือโดยการบำบัดมือเกลือและการจัดการความเครียดอื่น ๆ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับสภาพการณ์เฉพาะตัวของมารดาหลังคลอด

ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในบริบทอื่นๆ เช่น การศึกษาของอภินันท์ กองทอง⁽¹⁴⁾ ซึ่งได้ทำการวิจัยเกี่ยวกับระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและการให้ความรู้ต่อความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกที่ได้รับรังสีรักษา จำนวน 30 ราย โดยมีการประเมินระดับความเครียดทั้งก่อนและหลังการแทรกแซงในวันที่ 1 วันที่ 5 และวันที่ 30 ของการรักษา ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า ค่าเฉลี่ยความเครียดในกลุ่มทดลองที่ได้รับ

การสนับสนุนและความรู้ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในวันที่ 5 ของการรักษา

นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของสายไหม ตุ่มวิจิตร⁽¹³⁾ ที่ทำการวิจัยเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยต่อความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 ราย และกลุ่มทดลอง 20 ราย ผลการศึกษาพบว่า คะแนนความเครียดของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อเทียบกับก่อนการทดลอง และยังต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับเดียวกัน ผลดังกล่าวเป็นเครื่องยืนยันว่าการจัดการกับอาการโดยเน้นความเป็นศูนย์กลางของผู้ป่วยและใช้วิธีการแทรกแซงที่สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยนั้น ๆ สามารถลดความเครียดได้อย่างแท้จริง

เมื่อพิจารณาข้อมูลเชิงประจักษ์จากงานวิจัยก่อนหน้า ประกอบกับผลการศึกษาครั้งนี้จะเห็นได้ว่าการจัดการความเครียดในมารดาหลังคลอดด้วยการทั่วมือเกลือ ซึ่งเป็นหนึ่งในแนวทางการแพทย์แผนไทยบูรณาการร่วมกับการให้ความรู้ การสนับสนุน และการประเมินปัจจัยเฉพาะบุคคล มีศักยภาพในการลดความเครียดได้อย่างมีนัยสำคัญ การค้นพบนี้เป็นหลักฐานเพิ่มเติมที่ตอกย้ำถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยโดยมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การประเมินเป็นรายบุคคล และการเลือกใช้วิธีการแทรกแซงที่สอดคล้องกับความต้องการเฉพาะตัวของผู้รับบริการ

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานด้านสาธารณสุขและสถานบริการสุขภาพควรพิจารณาบูรณาการศาสตร์การแพทย์แผนไทย โดยเฉพาะการทั่วมือเกลือ เข้ากับกระบวนการดูแลมารดาหลังคลอดอย่างเป็นระบบ เนื่องจากผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่ามีศักยภาพในการลดความเครียด ซึ่งส่งผลดีต่อการปรับตัวของมารดาในการดูแลตนเองและทารกแรกคลอด

2. ควรพัฒนาระบบการให้บริการเชิงรุกในชุมชน เพื่อลดอุปสรรคด้านการเดินทางและเพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการ โดยอาจจัดหน่วยบริการเคลื่อนที่หรือบริการนอกสถานพยาบาลร่วมกับการสื่อสารให้ความรู้ เพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับประโยชน์และขั้นตอนการดูแลมารดาหลังคลอดด้วยการแพทย์แผนไทย

3. ส่งเสริมการฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขให้มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการใช้ศาสตร์การแพทย์แผนไทยสำหรับการดูแลมารดาหลังคลอด ทั้งในมิติของการนวด อบ ประคบสมุนไพร และการทั่วมือเกลือ รวมถึงการประเมินสาเหตุของความเครียด เพื่อสามารถตอบสนองต่อความต้องการรายบุคคลได้ดียิ่งขึ้น

4. ผู้บริหารนโยบายทางสาธารณสุขควรผลักดันให้งานแพทย์แผนไทยเป็นส่วนหนึ่งของแนวทางมาตรฐานในการดูแลมารดาหลังคลอด เช่น ออกแนวปฏิบัติที่ชัดเจน หรือบรรจุการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยในชุดสิทธิประโยชน์ทางสาธารณสุข

5. ควรดำเนินการวิจัยแบบติดตามระยะยาว เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการใช้การแพทย์แผนไทยในการดูแลมารดาหลังคลอดในระยะ 3 เดือน 6 เดือน หรือนานกว่านั้น เพื่อตรวจสอบถึงความยั่งยืนของผลการลดความเครียดและผลกระทบต่อพัฒนาคุณภาพชีวิต

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความอนุเคราะห์และสนับสนุนจากหลายภาคส่วน ผู้วิจัยขอแสดงความขอบคุณอย่างยิ่งต่อบุคคลและหน่วยงานดังต่อไปนี้

ขอขอบพระคุณมารดาหลังคลอดทุกท่านที่เข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งได้กรุณาสละเวลาและให้ข้อมูลอันมีค่าอย่างยิ่ง รวมถึงยินยอมรับบริการทางการแพทย์แผนไทยตามแนวทางที่กำหนดไว้ โดยความร่วมมือดังกล่าวมีส่วนสำคัญยิ่งต่อความสมบูรณ์ของผลการศึกษา

ขอขอบคุณคณะผู้บริหารและบุคลากรทางสาธารณสุข โรงพยาบาลดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี ที่ได้ให้การสนับสนุนทั้งในด้านสถานที่ อุปกรณ์

กระบวนการวิจัย และข้อมูลสถิติต่างๆ รวมถึงการอำนวยความสะดวกในการจัดบริการในชุมชน ตลอดจนการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ขอขอบคุณ หัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ที่ได้ถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย ให้คำแนะนำ ตลอดจนให้ความช่วยเหลือในเชิง

วิชาการ และร่วมเป็นส่วนหนึ่งในการวางแผน ดำเนินการ และประเมินผลการบริการมารดาหลังคลอดตามแนวทางวิธีการแพทย์แผนไทย

ขอขอบคุณอาจารย์ที่ปรึกษาและคณาจารย์จากสถาบันการศึกษาที่ผู้วิจัยสังกัด ซึ่งได้ให้คำปรึกษา แนะนำ และชี้แนะแนวทางการวิจัย ทั้งในด้านทฤษฎี วิธีวิทยา ตลอดจนการปรับปรุงต้นฉบับให้ได้มาตรฐานทางวิชาการ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. **Maternal health**. WHO; 2021. Available from: <https://www.who.int/>
2. Ruchala PL, Halstead L. **Postpartum fatigue: The lived experience**. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 1994;23(2):83-87. doi:10.1111/j.1552-6909.1994.tb01888.x.
3. Troy NW, Dalgas-Pelish P. **The postpartum period: A time of personal transition**. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 1997;26(2):126-131. doi:10.1111/j.1552-6909.1997.tb02698.x.
4. Troy NW. **The effect of postpartum fatigue on maternal role attainment**. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 1999;28(2):144-152. doi:10.1111/j.1552-6909.1999.tb01975.x.
5. Troy NW. **Postpartum fatigue : A multidimensional approach**. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2003;32(2):250-257. doi:10.1177/0884217503252035.
6. Gardner DL, Campbell DW. **Stress, coping, and health in women: A review of the literature**. Health Care Women Int. 1991;12(1):3-14. doi:10.1080/07399339109515924.
7. Department of Thai Traditional and Alternative Medicine. **Thai traditional medicine guidelines**. Ministry of Public Health; 2020. Available from: <https://dtam.moph.go.th>
8. Dodd MJ, Janson S, Facione N, Faucett J, Froelicher ES, Humphreys J. **Advancing the science of symptom management**. J Adv Nurs. 2001; 33(5) : 668-76. doi:10.1046/j.1365-2648.2001.01697.x.
9. Tulman L, Fawcett J. **Women's health during and after pregnancy : A theory-based study of adaptation to change**. New York: Springer; 1988.
10. Apantree K. **Stress management through aromatherapy massage in breast cancer patients undergoing chemotherapy**. [Master's thesis]. Chulalongkorn University ; 2004.
11. กลุ่มงานแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลดอนมดแดง. **สถิติการดูแลมารดาหลังคลอดด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ประจำปี 2022**. [Postpartum care statistics 2022 using Thai traditional medicine]. Ubon Ratchathani: Don Mod Daeng Hospital; 2022.
12. สถาบันการแพทย์แผนไทย. **แนวทางการฟื้นฟูสุขภาพมารดาหลังคลอดด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย** [Guidelines for postpartum recovery using Thai traditional medicine]. Bangkok: Ministry of Public Health; 2008.
13. สายไหม ตุ่มวิจิตร. **ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยต่อความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัด** [Master's thesis]. Mahidol University; 2004.
14. อภันตรี กองทอง. **ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและการให้ความรู้ต่อความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกที่ได้รับรังสีรักษา** [Master's thesis]. Mahidol University; 2001.

การพัฒนารูปแบบการให้ความรู้การปฏิบัติตัวของหญิงหลังคลอด โรงพยาบาลดอนมดแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี

Development of a model for providing knowledge about the practice
of Postpartum mother Don Mod Daeng Hospital,
Don Mot Daeng District, Ubon Ratchathani Province.

พิทยา บรรพตาริ
โรงพยาบาลดอนมดแดง

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อพัฒนารูปแบบการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวแก่หญิงหลังคลอดที่โรงพยาบาลดอนมดแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี 2) เพื่อส่งเสริมให้หญิงหลังคลอดมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง ลดภาวะแทรกซ้อน ลดการเสียชีวิตหลังคลอด และ 3) เพิ่มความพึงพอใจในบริการโดยใช้แนวคิดการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง PDCA (Plan-Do-Check-Act) วิธีการศึกษา ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงหลังคลอดที่คลอดปกติทางช่องคลอดจำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบข้อมูลถูกรวบรวมผ่านแบบสอบถามและการสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบค่า t-test

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 20-30 ปี มีระดับการศึกษาส่วนมากอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย หญิงหลังคลอดที่ได้รับการให้ความรู้ในรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความรู้ในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยมีค่าเฉลี่ยความรู้ก่อนการพัฒนา 5.3 และหลังการพัฒนา 8.7 นอกจากนี้ ความพึงพอใจในบริการของกลุ่มหญิงหลังคลอดยังเพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ย 7.0 เป็น 9.2 ขณะเดียวกันอัตราการเกิดภาวะเสี่ยงหลังคลอด เช่น การติดเชื้อที่แผลฝีเย็บและการอักเสบของระบบทางเดินปัสสาวะ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

รูปแบบการให้ความรู้การปฏิบัติตัวหลังคลอดของหญิงหลังคลอดที่พัฒนาขึ้นช่วยส่งเสริมให้หญิงหลังคลอด

สามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มความพึงพอใจในการรับบริการอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : การให้ความรู้, การปฏิบัติตัวหลังคลอด, หญิงหลังคลอด, ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด

Abstract

This research aimed to: 1) develop a knowledge model for postpartum self-care at Don Mod Daeng Hospital, Don Mod Daeng District, Ubon Ratchathani Province; 2) enhance postpartum mothers' knowledge and self-care skills in order to reduce complications and maternal mortality; and 3) increase satisfaction with postpartum care services. The study applied the continuous quality improvement concept using the PDCA (Plan-Do-Check-Act) cycle. The participants consisted of 60 postpartum mothers with normal vaginal deliveries, divided into pre- and post-intervention groups. Data were collected using questionnaires and interviews, and analyzed using descriptive statistics and t-tests.

The results showed that postpartum mothers who received the newly developed knowledge model demonstrated a statistically

significant increase in self-care knowledge ($p < 0.001$), with mean scores increasing from 5.3 to 8.7. Furthermore, the satisfaction level with services increased from a mean score of 7.0 to 9.2. At the same time, the incidence of postpartum complications—such as perineal wound infections and urinary tract inflammation—significantly decreased.

Conclusion The developed knowledge model effectively enhanced postpartum mothers' self-care ability, reduced complications, and increased satisfaction with the healthcare services provided.

Keywords: Selfcare model, postpartum care, postpartum maternal, postpartum complications

บทนำ

การพัฒนาประเทศให้มั่นคงและยั่งยืนจำเป็นต้องมีประชากรที่มีคุณภาพ การดูแลสุขภาพประชากรวัยเจริญพันธุ์ โดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดถือเป็นส่วนสำคัญในการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตของประชากรอย่างมีคุณภาพ การเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพที่มีมาตรฐานและเท่าเทียมสามารถลดความเสี่ยงหลังคลอด ได้แก่ การติดเชื้อแผลฝีเย็บ ซึ่งพบว่าเป็นหนึ่งในสาเหตุการเสียชีวิตของมารดาที่สามารถป้องกันได้⁽¹⁾

ข้อมูลของโรงพยาบาลดอนมดแดงในปี 2565 พบว่า หญิงหลังคลอด 70 ราย มีภาวะเสี่ยงร้อยละ 2.80 โดยสาเหตุหลัก คือ การติดเชื้อแผลฝีเย็บ และในปี 2566 พบหญิงหลังคลอด 63 ราย มีภาวะเสี่ยงเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 3.15 สอดคล้องกับงานวิจัยของทัศนีย์ ตันติวิไล⁽²⁾ ที่พบว่า อัตราการอักเสบของแผลฝีเย็บหลังคลอดอยู่ที่ 16.7% นอกจากนี้ ข้อมูลปี 2567 ของงานอนามัยแม่และเด็ก กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลดอนมดแดง พบว่า ภาวะเสี่ยงมักเกิดในช่วง 7 วันแรก

หลังจากออกจากโรงพยาบาล ได้แก่ การติดเชื้อแผลฝีเย็บ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น

จากการสำรวจ หญิงหลังคลอด 30 รายที่เข้ารับบริการในปี 2567 ได้แสดงความคิดเห็นว่าต้องการความรู้ในการดูแลตนเอง เช่น การดูแลแผลฝีเย็บ การทำความสะอาดร่างกาย การดูแลเต้านม และการฟื้นฟูร่างกายให้กลับสู่สภาพเดิม อย่างไรก็ตาม การให้ความรู้ในปัจจุบันยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนและเนื้อหาที่เหมาะสม ทำให้มารดาหลังคลอดจดจำและปฏิบัติได้ยาก นำไปสู่การขาดความมั่นใจในการดูแลตนเอง เพื่อแก้ไขปัญหาลดระดับคุณภาพการบริการ งานอนามัยแม่และเด็ก แม้จะมีความพยายามในการพัฒนาระบบการให้ความรู้ แต่สถิติยังคงแสดงให้เห็นว่าภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากปี 2565 มีหญิงหลังคลอดที่เกิดภาวะเสี่ยง ร้อยละ 2.80 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 3.15 ในปี 2566 โดยเฉพาะการติดเชื้อแผลฝีเย็บ และการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ซึ่งสะท้อนว่าการให้คำแนะนำที่เป็นอยู่ในปัจจุบันยังไม่สามารถลดความเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ดังนั้น โรงพยาบาลควรพัฒนารูปแบบการให้ความรู้ที่มีโครงสร้างชัดเจนขึ้น โดยกำหนดมาตรฐานการให้คำแนะนำที่บุคลากรสามารถใช้เป็นแนวทางเดียวกัน พัฒนาเครื่องมือและสื่อที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย รวมถึงมีระบบติดตามผลหลังจากออกจากโรงพยาบาล ไม่ว่าจะเป็นการโทรติดตาม อบรมเพิ่มเติม หรือใช้แพลตฟอร์มออนไลน์ในการให้ข้อมูล หากสามารถปิดช่องว่างเหล่านี้ได้ก็จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มความมั่นใจให้แก่หญิงหลังคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อพัฒนารูปแบบการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของหญิงหลังคลอด โรงพยาบาลดอนมดแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี
- 2) เพื่อส่งเสริมให้หญิงหลังคลอดมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง ลดภาวะแทรกซ้อน ลดการเสียชีวิตหลังคลอด
- 3) เพื่อเพิ่มระดับความพึงพอใจในบริการ

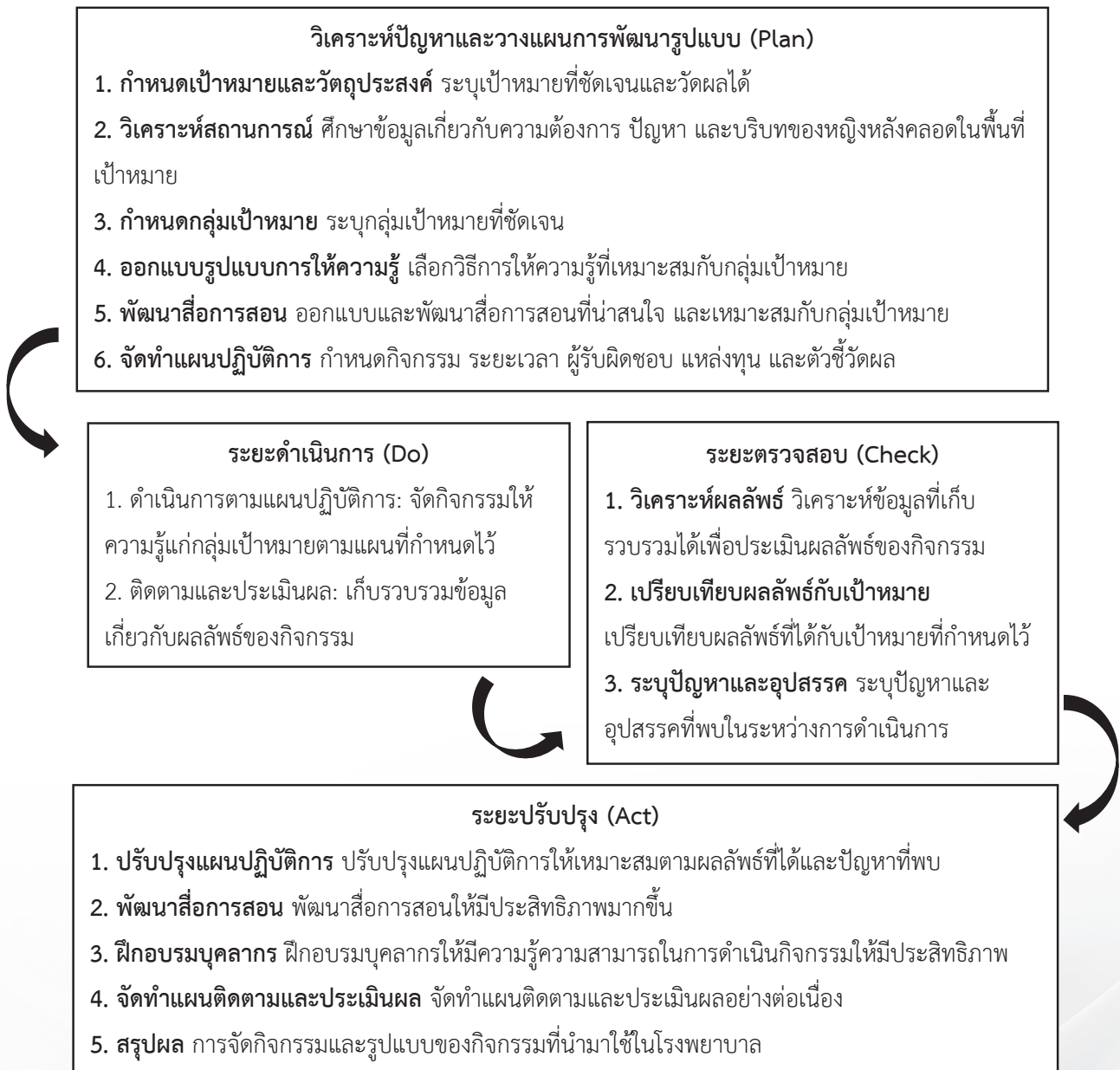
ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ ศึกษาเฉพาะหญิงหลังคลอดที่คลอดปกติ และไม่มีภาวะผิดปกติหลังคลอด ตั้งแต่หลังคลอดในโรงพยาบาล จนถึง 7 วัน หลังคลอด จำนวน 60 ราย ที่โรงพยาบาลดอนมดแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี

คำถามของการศึกษา

1. รูปแบบการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของหญิงหลังคลอดที่พัฒนาขึ้น
2. สามารถเพิ่มความรู้และทักษะในการดูแลตนเองของหญิงหลังคลอดได้หรือไม่
3. รูปแบบการให้ความรู้ดังกล่าวสามารถลดอัตราการภาวะเสี่ยงหลังคลอดในหญิงหลังคลอดได้หรือไม่

กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อพัฒนารูปแบบการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวแก่หญิงหลังคลอด โรงพยาบาลดอนมดแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี 2) เพื่อส่งเสริมให้หญิงหลังคลอดมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง ลดภาวะแทรกซ้อน ลดการเสียชีวิตหลังคลอด และ 3) เพิ่มความพึงพอใจในบริการ โดยใช้แนวคิดการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง PDCA (Plan-Do-Check-Act) มาใช้ในกระบวนการพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พยาบาลประจำห้องคลอดและพยาบาลผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม ร่วมกันประเมินและวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาของการให้บริการหญิงหลังคลอด ร่วมกันกำหนดแนวทางในการพัฒนาปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้และประเมินผลที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาโดยผู้ศึกษานำเสนอวิธีการดำเนินการศึกษา เป็น 5 ส่วน ดังนี้

1. ประชากร

หญิงหลังคลอด ที่คลอดปกติทางช่องคลอดที่โรงพยาบาลดอนมดแดง ปี 2567

2. กลุ่มตัวอย่าง

หญิงหลังคลอด ที่คลอดปกติทางช่องคลอดที่โรงพยาบาลดอนมดแดง โดย แบ่งเป็น 2 ช่วงการศึกษา ดังนี้

1. ช่วงก่อนดำเนินการพัฒนารูปแบบการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวแก่หญิงหลังคลอด เป็นหญิงที่คลอดปกติทางช่องคลอดไม่มีภาวะผิดปกติหลังคลอด ซึ่งคลอดที่โรงพยาบาลดอนมดแดง จำนวน 60 ราย และได้รับความรู้ตามรูปแบบเดิมก่อนการพัฒนารูปแบบ ช่วงเวลาที่ศึกษา ภายหลังจากที่ได้รับพิจารณาอนุมัติโครงการจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ สสจ. อุบลราชธานี โดยได้รับอนุมัติโครงการจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ เลขที่ SSJ.UB 2567-122

2. ช่วงดำเนินการพัฒนารูปแบบการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวแก่หญิงหลังคลอด เป็นหญิงที่คลอดปกติทางช่องคลอดไม่มีภาวะผิดปกติหลังคลอด ซึ่งคลอดที่โรงพยาบาลดอนมดแดง และได้รับความรู้ตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

3. การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังจากได้รับพิจารณาอนุมัติโครงการจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกำหนดเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกอย่างชัดเจน เพื่อให้ได้กลุ่มหญิงหลังคลอดที่ตรงกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยมากที่สุด ทั้งนี้กลุ่มหญิงหลังคลอดทั้ง 2 กลุ่ม ที่คลอดโรงพยาบาลดอนมดแดง ทั้งก่อนและหลังการดำเนินการพัฒนารูปแบบนั้นผู้ศึกษาได้กำหนดคุณสมบัติของผู้เข้าร่วมศึกษาไว้ ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

- 1) มารดาคลอดทางช่องคลอดที่โรงพยาบาลดอนมดแดง
- 2) ไม่มีภาวะผิดปกติหลังคลอด
- 3) ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาตั้งแต่ต้นจนถึงสิ้นสุดการศึกษา
- 4) สามารถพูด ฟังอ่าน เขียนภาษาไทยได้

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

- 1) มีโรคประจำตัวที่รุนแรง เช่น มีภาวะซึมเศร้าหรือโรคทางจิตอื่นๆ
- 2) เข้าร่วมวิจัย ไม่ครบตามแผน

4. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้แบ่งเครื่องมือออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา และเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ดังนี้

4.1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา ประกอบด้วย สื่อและอุปกรณ์การสอนเพื่อพัฒนารูปแบบการให้ความรู้แก่หญิงหลังคลอด โดยผ่านการประชุมร่วมกับทีมสุขภาพเพื่อกำหนดเนื้อหาและวัตถุประสงค์ให้สอดคล้องกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสมของเนื้อหาและภาษา จากนั้นปรับปรุงตามคำแนะนำและนำไปทดลองใช้กับหญิงหลังคลอด จำนวน 30 ราย ณ โรงพยาบาลतालสุ่ม เพื่อตรวจสอบความเข้าใจและความง่ายในการปฏิบัติ ก่อนนำไปใช้จริง ประกอบด้วย

4.1.1 แผนการสอนเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของหญิงหลังคลอด เพื่อเป็นแนวทางให้พยาบาลใช้ในการสอนและให้คำแนะนำแก่หญิงหลังคลอด ให้มีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถดูแลตนเองเมื่อกลับบ้านได้อย่างเหมาะสม ครอบคลุมเนื้อหา ได้แก่ การพักผ่อนและการทำงาน การรับประทานอาหาร การรักษาความสะอาดร่างกาย การดูแลแผลฝีเย็บ น้ำคาวปลา การบริหารร่างกายหลังคลอด การมีเพศสัมพันธ์ การมีประจำเดือน การสังเกตอาการผิดปกติ และความสำคัญของการมาตรวจตามนัด

4.1.2 คู่มือการดูแลตนเองหลังคลอด สำหรับหญิงหลังคลอด เป็นคู่มือที่หญิงหลังคลอดสามารถนำกลับไปทบทวนและฝึกปฏิบัติที่บ้าน เนื้อหาครอบคลุมการดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ หลังคลอด ให้หญิงหลังคลอดสามารถนำความรู้ไปใช้ได้อย่างต่อเนื่อง

4.1.3 แผ่นภาพประกอบการสอน สื่อภาพประกอบที่สอดคล้องกับแผนการสอน ช่วยให้หญิงหลังคลอดเข้าใจง่ายขึ้น และจดจำข้อมูลได้ดียิ่งขึ้น

4.2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

4.2.1 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของหญิงหลังคลอด ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา และประสบการณ์คลอด ลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) และเติมคำ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของหญิงหลังคลอด จำนวน 19 ข้อ รูปแบบใช่/ไม่ใช่ (True/False) หากตอบถูกให้ 1 คะแนน ผิดให้ 0 คะแนน คะแนนเต็ม 19 คะแนน ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.81 และกำหนดระดับความรู้เป็น 3 ระดับตามเกณฑ์ของ Bloom⁽³⁾ คือ

ความรู้ระดับมาก 15.11–19.00 คะแนน

หรือ \geq ร้อยละ 80

ความรู้ระดับปานกลาง: 11.40–15.10 คะแนน

หรือ ร้อยละ 60–79

ความรู้ระดับน้อย: น้อยกว่า 11.40 คะแนน

หรือ $<$ ร้อยละ 60

4.2.2 แบบสอบถามการปฏิบัติตัวหลังคลอดที่บ้าน (ภายใน 1 สัปดาห์)

แบบสอบถามจำนวน 23 ข้อ ใช้เครื่องหมายถูก (✓) ในข้อที่ปฏิบัติตามที่กำหนดให้ 1 คะแนน และหากไม่ปฏิบัติตามให้ 0 คะแนน คะแนนเต็ม 23 คะแนน ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.80 และแบ่งระดับการปฏิบัติตัวตามเกณฑ์ของ Bloom⁽³⁾ ดังนี้

- ปฏิบัติตัวระดับดี 18.40–23.00 คะแนน หรือ \geq ร้อยละ 80

- ปฏิบัติตัวระดับปานกลาง 13.80–18.39 คะแนน หรือ ร้อยละ 60–79

- ปฏิบัติตัวระดับน้อย น้อยกว่า 13.80 คะแนน หรือ $<$ ร้อยละ 60

4.2.3 แบบประเมินความพึงพอใจของหญิงหลังคลอดต่อรูปแบบการให้ความรู้

แบบประเมินความพึงพอใจถูกสร้างขึ้นเพื่อประเมินความคิดเห็นของหญิงหลังคลอดที่ได้รับการให้ความรู้ตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสะท้อนคุณภาพของเนื้อหา วิธีการสอน ความเหมาะสมของสื่อ และการนำไปใช้ในการดูแลตนเองหลังคลอด

แบบประเมินฉบับนี้ประกอบด้วย 7 ข้อคำถาม เป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (Likert Scale) ตั้งแต่ระดับ “มากที่สุด” (5 คะแนน) ถึง “น้อยที่สุด” (1 คะแนน) โดยครอบคลุมหัวข้อต่อไปนี้

1. ความเหมาะสมของเนื้อหาในการให้ความรู้

2. ความชัดเจนของวิธีการสอน

3. ความเพียงพอของระยะเวลาในการให้ความรู้

4. ทักษะการสื่อสารของบุคลากรผู้ให้ความรู้

5. ความน่าสนใจและประโยชน์ของสื่อ/คู่มือ

6. การนำความรู้ไปใช้ในการดูแลตนเองที่บ้าน

7. ความพึงพอใจโดยรวมต่อรูปแบบการให้ความรู้ คะแนนรวมทั้งหมดเท่ากับ 35 คะแนน โดยมีการกำหนดเกณฑ์การแปลผล ดังนี้

ระดับความพึงพอใจมากที่สุด : 31–35 คะแนน

ระดับความพึงพอใจมาก : 26–30 คะแนน

ระดับความพึงพอใจปานกลาง : 21–25 คะแนน

ระดับความพึงพอใจน้อย : 15–20 คะแนน
ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด : ต่ำกว่า 15 คะแนน
ความเชื่อมั่นของแบบประเมินนี้ผ่านการตรวจสอบ
โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านและมีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's
Alpha) เท่ากับ 0.87 แสดงว่าเครื่องมือมีความเชื่อถือได้
ในระดับดี

ขั้นตอนการศึกษา

วางแผน (Plan) กำหนดเป้าหมายชัดเจนในการ
เพิ่มพูนทักษะหญิงหลังคลอดให้ได้ร้อยละ 80 ภายใน
6 เดือน

วิเคราะห์สถานการณ์ ศึกษาข้อมูลความต้องการ
และปัญหาจากหญิงหลังคลอดและสังเกตการให้คำแนะนำ
ของพยาบาลเพื่อระบุปัญหา

พัฒนาสื่อและรูปแบบการสอน โดยใช้เวทีประชุม
ระดมสมองร่วมกับทีมบุคลากรสุขภาพ จัดทำรูปแบบ
การให้ความรู้ที่เป็นระบบและมีสื่อประกอบ

ดำเนินการ (Do) พัฒนาสมรรถนะพยาบาลด้าน
การสอนและให้คำแนะนำ

ใช้สื่อการสอนที่เหมาะสม แบ่งการสอนออกเป็น
3 ครั้ง ระยะเวลาครั้งละ 30 นาที ในช่วง 24, 48 ชั่วโมง
และวันจำหน่าย

จัดทำขั้นตอนปฏิบัติการสอน และพัฒนาสื่อ
การสอน เช่น แผนการสอน ภาพพลิก และคู่มือสำหรับ
หญิงหลังคลอด

ประเมินผล (Check) ประเมินความรู้หญิงหลัง
คลอดในวันที่จำหน่าย โดยใช้แบบสอบถาม

ประเมินการปฏิบัติตัวหลังคลอดภายหลัง
กลับบ้าน 7 วัน เพื่อวัดผลลัพธ์จริง

ปรับปรุง (Act) นำผลการประเมินมาประชุม
ร่วมกับทีมสุขภาพเพื่อปรับปรุง แก้ไข และวางแผนพัฒนา
ต่อเนื่องในอนาคต

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาดำเนินการเก็บรวบรวม
ข้อมูลที่แผนกห้องคลอด โรงพยาบาลดอนมดแดง ผู้ศึกษา
ได้ดำเนินงานเป็นขั้นตอนตามลำดับ ดังนี้

1. คัดเลือกผู้เข้าร่วมการศึกษาที่แผนกห้องคลอด
ตามคุณสมบัติที่กำหนด

2. จัดกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดย
ทีมสุขภาพจัดทำขั้นตอนในการให้ความรู้หญิงหลังคลอด
ให้เหมาะสมตามบริบท โดยกำหนดเวลาในการให้ความรู้
ซึ่งพัฒนาให้สอดคล้องกับมาตรฐานการดูแลหญิงหลังคลอด
ของสภาการพยาบาล⁽⁴⁾ การกำหนดช่วงเวลาเริ่มจาก
แบ่งการให้ความรู้ออกเป็น 3 ครั้ง ให้ความรู้ ครั้งละ
30 นาที การสอนเป็นการให้ความรู้แบบรายบุคคล
สามารถซักถามข้อสงสัยได้ตลอด การให้ความรู้เวลา
การสอนแบ่งเวลา ดังนี้ รับย้ายจากห้องคลอด 2 ชั่วโมง
หลังคลอด สอบถามเกี่ยวกับความรู้ในการปฏิบัติตัว
หลังคลอด, ภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด การให้ความรู้
ครั้งที่ 1 เรื่องการพักผ่อนและการทำงาน การรักษา
ความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร, ภายใน
48 ชั่วโมงหลังคลอด การให้ความรู้ครั้งที่ 2 เรื่องการสังเกต
แผลฝีเย็บ และน้ำคาวปลาการวางแผนครอบครัวการบริหาร
ร่างกายภายหลังคลอด, ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน การให้ความรู้
ครั้งที่ 3 เรื่องการมีเพศสัมพันธ์ และการมีประจำเดือน
การสังเกตอาการผิดปกติหลังคลอด การมาตรวจตามนัด
หลังคลอด จากนั้นให้คู่มือการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่
บ้าน ประเมินผลการให้ความรู้โดยใช้แบบสอบถามความรู้
เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของหญิงหลังคลอดและ 7 วัน
หลังคลอดเมื่อไปอยู่ที่บ้าน ติดตามโดยใช้แบบสอบถาม
เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังคลอด

3. ภายหลังระยะดำเนินการ สอบถามข้อคิด
เห็นและข้อเสนอแนะจากทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องต่อรูปแบบ
ที่พัฒนาขึ้นใหม่ โดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็น
ต่อการใช้รูปแบบการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของ
หญิงหลังคลอด

4. นำข้อมูลที่ได้อามาวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนก
ตาม 1) อายุ 2) การศึกษา 3) อาชีพ 4) ประสบการณ์
การคลอด 6) ประสบการณ์ทำงานวิเคราะห์โดยการแจกแจง
ความถี่ และร้อยละ

2. ข้อมูลความรู้การปฏิบัติตัวของหญิง
หลังคลอด วิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ หาค่า

เฉลี่ย (\bar{x}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ก่อนและหลังการพัฒนาแบบการให้ความรู้

3. แบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของหญิงหลังคลอดที่บ้าน

3.1 นำคะแนนการปฏิบัติตัวของหญิงหลังคลอด มาคำนวณ แจกแจงความถี่หาค่าร้อยละก่อนและหลังการพัฒนาแบบการให้ความรู้

3.2 นำคะแนนการปฏิบัติตัวของหญิงหลังคลอด มาจัดระดับการปฏิบัติตัว หาค่าเฉลี่ย (\bar{x}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ก่อนและหลังการพัฒนาแบบการให้ความรู้

4. แบบประเมินความพึงพอใจของหญิงหลังคลอดต่อรูปแบบการให้ความรู้

นำคะแนนความพึงพอใจในแต่ละด้าน ได้แก่ ความเหมาะสมของเนื้อหา วิธีการสอน ระยะเวลา ความสามารถของผู้สอน สื่อประกอบ และการนำไปใช้จริง มาคำนวณแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (\bar{x}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) พร้อมทั้งแปลผลระดับความพึงพอใจตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

สรุปผลการศึกษา

ผลการศึกษา สรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างหญิงหลังคลอดที่เข้าร่วมโครงการ จำนวน 60 ราย ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 20-30 ปี การศึกษาส่วนมากอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายและประกาศนียบัตรวิชาชีพ ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปและแม่บ้านเป็นหลัก ประมาณครึ่งหนึ่งเป็นมารดาครั้งแรก ขณะที่อีกครึ่งหนึ่งเคยมีประสบการณ์ในการคลอดบุตรมาก่อน

ผลการประเมินความรู้ของหญิงหลังคลอดก่อนการพัฒนาแบบ พบว่า มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เท่ากับ 5.3 คะแนน และภายหลังได้รับการให้ความรู้ตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 8.7 คะแนน ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการให้ความรู้ที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มระดับความรู้ของหญิงหลังคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ด้านการปฏิบัติตัวหลังคลอด ภายในระยะเวลา 7 วันหลังกลับบ้าน พบว่าหญิงหลังคลอดที่ได้รับการสอนด้วยรูปแบบใหม่มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวสูงขึ้นอย่างชัดเจนเมื่อเทียบกับกลุ่มก่อนการพัฒนา สะท้อนให้เห็นว่าหญิงหลังคลอดสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการดูแลตนเองจริงได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง

ผลการประเมินความพึงพอใจของหญิงหลังคลอดที่ได้รับการให้ความรู้ตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น พบว่ามีระดับความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับ “มากที่สุด” โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 9.2 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนก่อนการพัฒนา ซึ่งอยู่ที่ 7.0 คะแนน แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการให้ความรู้ที่เป็นระบบ ชัดเจน และมีสื่อประกอบสามารถสร้างความประทับใจและความพึงพอใจในการรับบริการได้สูงขึ้น

นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด เช่น การติดเชื้อที่แผลฝีเย็บและการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญภายหลังการพัฒนาแบบการให้ความรู้ โดยสะท้อนจากสถิติย้อนหลังในปี 2565 และ 2566 ซึ่งพบว่าภาวะเสี่ยงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่ภายหลังจากการดำเนินโครงการ แนวโน้มดังกล่าวมีการปรับลดลงอย่างชัดเจน สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการให้ความรู้ที่มีรูปแบบชัดเจนและดำเนินการโดยทีมสุขภาพที่มีความพร้อม

สรุปได้ว่า รูปแบบการให้ความรู้ที่พัฒนาขึ้นในครั้งนี้สามารถเพิ่มความรู้ เพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงหลังคลอด ลดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ เหมาะสมแก่การนำไปใช้จริงในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนและสามารถขยายผลในหน่วยบริการสุขภาพอื่นได้ต่อไป

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการให้ความรู้ที่พัฒนาขึ้นส่งผลให้หญิงหลังคลอดมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และสามารถนำความรู้ไปใช้ในการดูแลตนเองได้จริงภายหลังกลับบ้าน ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยข้อที่ 1 และ

ข้อที่ 2 ที่ต้องการพัฒนารูปแบบการให้ความรู้และเสริมสร้างทักษะในการดูแลตนเองของหญิงหลังคลอด ทั้งนี้กระบวนการพัฒนารูปแบบตามแนวคิด PDCA ที่ประกอบด้วย การวางแผนร่วมกับทีมสุขภาพ การพัฒนาสื่อและแผนการสอนที่เป็นระบบ ตลอดจนการให้ความรู้แบบต่อเนื่องเป็นระยะ ช่วยให้หญิงหลังคลอดสามารถจดจำข้อมูล นำไปใช้ได้จริง และเข้าใจบริบทของตนเองมากยิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับหลักการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ที่ต้องการเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับชีวิตจริงและสามารถนำไปใช้ได้ทันที Knowles⁽⁵⁾

ผลการประเมินความพึงพอใจของหญิงหลังคลอดต่อการได้รับความรู้จากรูปแบบที่พัฒนาขึ้นอยู่ในระดับมากที่สุด โดยหญิงหลังคลอดรู้สึกว่าการเรียนมีความเหมาะสม เข้าใจง่าย มีระยะเวลาเพียงพอ และสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลตนเองได้จริง ซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ข้อที่ 3 ที่มุ่งเพิ่มความพึงพอใจในการให้บริการหลังคลอด ทั้งนี้พบว่าสื่อการสอน เช่น แผ่นภาพและคู่มือที่ใช้ มีผลต่อความเข้าใจและช่วยให้หญิงหลังคลอดสามารถทบทวนความรู้ได้แม้อยู่ที่บ้าน ซึ่งสนับสนุนแนวทางของ Bastos⁽⁶⁾ ที่ชี้ว่าการใช้สื่อการเรียนรู้ที่เหมาะสมสามารถเพิ่มระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการได้อย่างมีนัยสำคัญ

นอกจากนี้ ยังพบว่าอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อแผลฝีเย็บและการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ มีแนวโน้มลดลงหลังได้รับการให้ความรู้ในรูปแบบใหม่ เมื่อเทียบกับข้อมูลในช่วงก่อนการพัฒนา ซึ่งแสดงให้เห็นว่าความรู้ที่เหมาะสมสามารถนำไปสู่การลดความเสี่ยงทางสุขภาพได้อย่างเป็นรูปธรรม สอดคล้องกับงานของ Bhutta⁽⁷⁾ และ Ten⁽⁸⁾ ที่ระบุว่า การให้ข้อมูลเชิงรุกและเน้นการมีส่วนร่วมของมารดาสามารถลดภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การดำเนินงานในครั้งนี้นี้ยังพบว่า การมีส่วนร่วมของทีมสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลประจำห้องคลอด และผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กที่ได้รับการอบรม

และมีแผนการสอนที่เป็นระบบ สามารถช่วยลดความแปรปรวนในการให้ความรู้ และส่งผลให้ผู้รับบริการได้รับข้อมูลที่ตรงตามมาตรฐานและเข้าใจง่ายขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับอัญชลี สุวรรณภูมิ⁽⁹⁾ ที่พบว่าเมื่อบุคลากรทางการแพทย์มีแนวทางการให้ความรู้ที่ชัดเจน จะส่งผลต่อความรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติตนของหญิงหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญ

โดยสรุป รูปแบบการให้ความรู้ที่พัฒนาขึ้นสามารถตอบสนองวัตถุประสงค์ของการวิจัยทั้ง 3 ข้อได้อย่างครอบคลุม ทั้งในด้านการเพิ่มความรู้และทักษะในการดูแลตนเองของหญิงหลังคลอด ลดอัตราภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมความพึงพอใจของผู้รับบริการ อีกทั้งยังเป็นแนวทางที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้และขยายผลในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนอื่นๆ ได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการนำรูปแบบการให้ความรู้ที่พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้และดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้หญิงหลังคลอดได้รับข้อมูลและสามารถปฏิบัติตัวหลังคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยควรบูรณาการเข้ากับงานประจำของบุคลากรในห้องคลอดและงานอนามัยแม่และเด็กอย่างเป็นระบบ

2. ควรจัดการอบรมหรือการพัฒนาศักยภาพพยาบาลและทีมสุขภาพเพื่อให้มีความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการให้คำแนะนำแก่มารดาหลังคลอดอย่างมีมาตรฐาน ตลอดจนฝึกฝนทักษะการสื่อสารและการสอนที่เน้นความเข้าใจง่ายและเป็นมิตรต่อผู้รับบริการทุกๆ 3 เดือน

3. ควรพิจารณาพัฒนาและปรับปรุงสื่อการสอนอย่างต่อเนื่อง เช่น การใช้สื่อวีดิทัศน์ แอปพลิเคชัน หรือสื่อดิจิทัลอื่น ๆ ที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย เพื่อให้หญิงหลังคลอดสามารถทบทวนข้อมูลด้วยตนเองที่บ้าน ทำให้การเรียนรู้ไม่จำกัดเฉพาะช่วงเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. ศิริลักษณ์ ศรีประเสริฐ. **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดในหญิงหลังคลอด โรงพยาบาล สวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์.** [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2562.
2. ทศนี ดันติทวีโชค. **ผลการเยี่ยมบ้านเพื่อเตรียมมารดาครรภ์แรกและสมาชิกในครอบครัวต่อการปฏิบัติตนในระยะหลังคลอด** [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2536.
3. Bloom BS. **Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals.** New York: Longman; 1971.
4. สภาการพยาบาล. (2550). **แนวทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์ตามบทบาทหน้าที่: การพยาบาลในระยะหลังคลอด.** กรุงเทพฯ: สภาการพยาบาล.
5. Knowles MS, Holton EF, Swanson RA. **The adult learner: The definitive classic in adult education and human resource development.** 8th ed. Routledge; 2015.
6. Bastos MH, Freitas PF, Ribeiro VS. **Women's satisfaction with childbirth care in a Brazilian birth centre.** *Midwifery.* 2009; 25(5) : 500–7.
7. Bhutta ZA, Darmstadt GL, Hasan BS, Haws RA. **Community-based interventions for improving perinatal and neonatal health outcomes in developing countries: A review of the evidence.** *Pediatrics.* 2005;115(2 Suppl):519–617.
8. Ten Hoop-Bender P, De Bernis L, Campbell J, Downe S, Fauveau V, Fogstad H, et al. **Improvement of maternal and newborn health through midwifery.** *Lancet.* 2014; 384(9949) : 1226–35.
9. อัญชลี สุวรรณภูมิ. **ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังคลอดต่อความรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติตนของมารดาหลังคลอด.** *วารสารพยาบาลศาสตร์.* 2550; 25(2) : 66–74.

สถานการณ์เชื้อ Klebsiella pneumoniae และเชื้อ Escherichia coli
ที่ดื้อต่อยา Carbapenem ที่แยกจากผู้ป่วยใน
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม
Situation of Carbapenem Resistance in Klebsiella pneumoniae
and Escherichia coli among Patients Admitted in
Det-Udom Crown Prince hospital

นิธิศสรา บุรมาถ

กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

บทคัดย่อ

การศึกษาสถานการณ์เชื้อ Klebsiella pneumoniae และเชื้อ Escherichia coli ที่ดื้อต่อยา Carbapenem จากผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ และแผนความไวของเชื้อ CRKP และเชื้อ CREC เพื่อเป็นแนวทางการจัดการเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล และเป็นข้อมูลให้แพทย์เลือกใช้ยาต้านจุลชีพได้อย่างเหมาะสม เป็นการศึกษาโดยการเก็บข้อมูลย้อนหลังในผู้ป่วยที่พบเชื้อ CRKP และ CREC ใน พ.ศ. 2564 – 2566 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพื้นฐานความถี่ และร้อยละ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์ และการทดสอบที

ผลการศึกษาพบเชื้อ Klebsiella pneumoniae และ Escherichia coli รวมในปี พ.ศ. 2564 - 2566 3,731 สายพันธุ์ โดยพบเป็นเชื้อ CRKP 340 สายพันธุ์ ร้อยละ 17.37 พบมากในเสมหะ ร้อยละ 69.12 แผนกอายุรกรรม ร้อยละ 72.35 เพศชาย ร้อยละ 59.71 และวัย 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 62.94 พบเชื้อ CREC 242 สายพันธุ์ ร้อยละ 13.64 พบมากในปีสสาวะ ร้อยละ 72.73 แผนกอายุรกรรม ร้อยละ 76.03 เพศชายและหญิงเท่ากัน และอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 64.46 และพบว่าอายุ 15-59 ปี และ 60 ปีขึ้นไป พบเชื้อดื้อยา CRKP และ CREC มากกว่าอายุ <15 ปี ผู้ป่วยติดเชื้อ CRKP และ

CREC มีระยะเวลาวันนอนมากกว่าผู้ป่วยติดเชื้อไม่ดื้อยา และพบผู้ป่วยติดเชื้อ CRKP มีอัตราตายมากกว่าผู้ป่วยติดเชื้อไม่ดื้อยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แผนความไวต่อสารต้านจุลชีพของเชื้อ CRKP และ CREC พบให้ผลไวต่อยา Amikacin ร้อยละ 59.47 และ ร้อยละ 85.00 ตามลำดับ จากผลการวิจัยนี้จึงต้องมีแนวทางและมาตรการในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและควบคุมป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลต่อไป

คำสำคัญ: สถานการณ์เชื้อดื้อยา, Carbapenem Resistant Klebsiella pneumoniae (CRKP), Carbapenem Resistant Escherichia coli (CREC)

บทนำ

เชื้อ Klebsiella pneumoniae และเชื้อ Escherichia coli เป็นเชื้อในวงศ์ Enterobacteriaceae ซึ่งเป็นเชื้อประจำถิ่นที่มีมากในลำไส้ จึงเป็นสาเหตุสำคัญของการติดเชื้อในผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงโดยเฉพาะการติดเชื้อในโรงพยาบาล ได้แก่ การติดเชื้อในกระแสเลือด การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อปอดอักเสบ และการติดเชื้อที่ผิวหนัง⁽¹⁾ ซึ่งในปัจจุบันการติดเชื้อ K. pneumoniae และเชื้อ Escherichia coli ที่ดื้อต่อยากลุ่ม Carbapenem

กำลังเป็นปัญหาที่สำคัญทั่วโลก เนื่องจาก Carbapenem เป็นยาในกลุ่มที่ออกฤทธิ์กว้าง ทำให้มีการนำยามาใช้อย่างกว้างขวางทำให้เกิดเชื้อดื้อยาจำนวนมาก^(2,3,4,5)โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม มีรายงานการพบเชื้อ Carbapenem Resistant Enterobacteriaceae อย่างต่อเนื่อง และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่ยังไม่มีการศึกษาสถานการณ์ของเชื้อ CRE ชนิดต่างๆ ที่สำคัญ

ประเทศไทยมีระบบการติดตามและเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพโดยศูนย์เฝ้าระวังเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพแห่งชาติ (National Antimicrobial Resistance Surveillance Thailand [NARST]) จากข้อมูลสถานการณ์เชื้อดื้อยาด้านจุลชีพย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2562 - 2566) พบเชื้อ *K. pneumoniae* ที่ดื้อต่อยา Carbapenems คือ ดื้อยา Ertapenem ร้อยละ 16.6, 15.0, 15.4, 18.3, 14.4 ดื้อยา Imipenem ร้อยละ 13.5, 12.3, 12.6, 15.4, 10.8 และดื้อยา Meropenem ร้อยละ 15.4, 13.7, 13.5, 17.0, 13.7 ตามลำดับ และพบเชื้อ *Escherichia coli* ที่ดื้อต่อยา Carbapenems คือ ดื้อยา Ertapenem ร้อยละ 4.5, 5.9, 4.8, 6.7, 4.3 ดื้อยา Imipenem ร้อยละ 3.9, 4.3, 3.7, 6.1, 3.7 และดื้อยา Meropenem ร้อยละ 3.9, 4.8, 4.1, 5.5, 3.7 ตามลำดับ⁽⁶⁾

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาสถานการณ์เชื้อ *Klebsiella pneumoniae* และเชื้อ *Escherichia coli* ที่ดื้อต่อยา Carbapenem ที่แยกจากผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ซึ่งเป็นเชื้อในกลุ่ม Enterobacteriaceae ที่พบมากที่สุดอันดับหนึ่งและอันดับสองตามลำดับ เพื่อประโยชน์ต่อแพทย์ในการเลือกใช้ยาต้านจุลชีพที่เหมาะสมในการรักษาโรคติดเชื้อจากแบคทีเรียวงศ์ Enterobacteriaceae รวมถึงทราบปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นข้อมูลเชิงระบาดวิทยาสำหรับการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพในโรงพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์เชื้อ *Klebsiella pneumoniae* และเชื้อ *Escherichia coli* ที่ดื้อต่อยา Carbapenem ที่แยกจากผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

2. เพื่อศึกษาแผนความไวของเชื้อ *Klebsiella pneumoniae* ดื้อยา กลุ่ม Carbapenem (CRKP) และเชื้อ *Escherichia coli* ดื้อยา กลุ่ม Carbapenem (CREC) ในผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

3. เพื่อเป็นแนวทางการจัดการเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล และเป็นข้อมูลให้แพทย์เลือกใช้ยาต้านจุลชีพได้อย่างเหมาะสม ลดอุบัติการณ์ปัญหาการติดเชื้อ *Klebsiella pneumoniae* ดื้อยา กลุ่ม Carbapenem (CRKP) และเชื้อ *Escherichia coli* ดื้อยา กลุ่ม Carbapenem (CREC) ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

วิธีการดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี รหัสโครงการวิจัยที่ SSJ.UB 11.026 เอกสารรับรองเลขที่ SSJ.UB 2567-11.026 ซึ่งงานวิจัยนี้เป็นการศึกษาโดยการเก็บข้อมูลย้อนหลัง Retrospective descriptive study โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ รายงานข้อมูลของผู้ป่วยที่ส่งตรวจเพาะเชื้อแบคทีเรียที่พบเชื้อ *Klebsiella pneumoniae* และเชื้อ *Escherichia coli* ที่ดื้อต่อยา Carbapenem ที่แยกจากผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2564 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566

ผู้วิจัยใช้วิธีการตรวจจำแนกชนิดเชื้อแบคทีเรียและทดสอบความไวของเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพด้วยเครื่องอัตโนมัติ Vitek®2 XL system ที่ใช้ในการตรวจวิเคราะห์จำแนกชนิดเชื้อแบคทีเรียพร้อมทั้งมีความสามารถในการระบุความไวของเชื้อกับยาด้านจุลชีพได้ทั้งในค่า MIC (Minimum inhibitory concentration) และ S, I, R แปลผลอ้างอิงตาม Clinical Standard Institute หรือ CLSI M100 และบันทึกข้อมูลทางจุลชีววิทยาในโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยนำข้อมูลที่ได้มากรองเอาจำนวนสิ่งส่งตรวจที่ส่ง 2 ครั้งในเวลาเดียวกันออก และเลือกมาเฉพาะผลเพาะเชื้อที่ขึ้นเชื้อ *Klebsiella*

pneumoniae คือยา กลุ่ม Carbapenem (CRKP) และเชื้อ Escherichia coli ที่ดื้อต่อยา Carbapenem (CREC) การวิเคราะห์ข้อมูลโดยคำนึงถึงข้อมูลผู้ป่วยไม่ซ้ำราย (First isolate)

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยใช้ข้อมูลรายงานของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้ส่งตรวจเพาะเชื้อจากหอผู้ป่วยต่างๆ ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ที่พบเชื้อแบคทีเรีย Klebsiella pneumoniae คือยา กลุ่ม Carbapenem (CRKP) และเชื้อ Escherichia coli ที่ดื้อต่อยา Carbapenem (CREC) แบบย้อนหลัง

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

รวบรวมข้อมูลจากห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาคลินิก ช่วงปี 2564-2566 ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป จากแบบฟอร์มที่พิมพ์ออกจากระบบโปรแกรมคอมพิวเตอร์สารสนเทศของห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ซึ่งตรงกับที่รายงานเก็บไว้ในระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล และลงนามรับรองโดยนักเทคนิคการแพทย์ผู้ตรวจ และผู้ออกผลการตรวจจึงดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อหาสถิติต่างๆ ทั้งสถิติพื้นฐาน และสถิติพิกัดสมมติฐาน โดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้ ตรวจสอบความถูกต้องของ

ข้อมูล เลือกข้อมูลที่จะนำมาวิเคราะห์ ตัดข้อมูลที่ซ้ำออก จัดระเบียบของข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการใช้ฟังก์ชัน MATCH, ฟังก์ชัน COUNTIFS และฟังก์ชัน SUMIFS สรุปข้อมูลแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละของข้อมูลทั่วไปที่ต้องการศึกษา วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ด้วยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มวัยของผู้ป่วยกับการดื้อต่อยา Carbapenem และการดื้อต่อยา Carbapenem กับการตายของผู้ป่วยในระหว่างการรับรักษาเป็นผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาล ใช้ Chi-square:⁽⁷⁾ และหาค่าการทดสอบที (T-test) เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาวันนอนในโรงพยาบาล ระหว่างผู้ป่วยที่ไม่ดื้อต่อยา Carbapenem กับผู้ป่วยที่ดื้อต่อยา Carbapenem ใช้ สูตร $t - test$ ⁽⁸⁾

ผลการวิจัย

จากการศึกษา พบว่า สถานการณ์เชื้อ Klebsiella pneumoniae และเชื้อ Escherichia coli ที่ดื้อต่อยา Carbapenem ที่แยกจากผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษา ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2564 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566

ตารางที่ 1 การติดเชื้อ Klebsiella pneumoniae และติดเชื้อ Escherichia coli ที่ดื้อต่อยากลุ่ม Carbapenem ที่แยกได้จากสิ่งส่งตรวจต่างๆ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2564 ถึง 31 ธันวาคม 2566

เชื้อแบคทีเรีย	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	รวม
Klebsiella pneumoniae	571	947	439	1,957
Klebsiella pneumoniae (CRKP)	92	180	68	340
ร้อยละ	16.11	19.01	15.49	17.37
Escherichia coli	591	733	450	1,774
Escherichia coli (CREC)	79	114	49	242
ร้อยละ	13.37	15.55	10.89	13.64

จากผู้ป่วยในที่ตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ พบเชื้อ *Klebsiella pneumoniae* และเชื้อ *Escherichia coli* จำนวน 3,731 ราย พบเชื้อ *Klebsiella pneumoniae* ทุกไอโซเลตที่แยกได้ทั้งหมด 1,957 ไอโซเลต เป็นเชื้อ *Klebsiella pneumoniae* ตื้อยา กลุ่ม Carbapenem (CRKP) จำนวน 340 ไอโซเลต ร้อยละ 17.37 จำแนกตามรายปี ร้อยละ 16.11, 19.01, 15.49 ตามลำดับ และเชื้อ *Escherichia coli* ทุกไอโซเลตที่แยกได้ทั้งหมด 1,774 ไอโซเลต เป็นเชื้อ *Escherichia coli* ตื้อยา กลุ่ม Carbapenem (CREC) จำนวน 242 ไอโซเลต ร้อยละ 13.64 จำแนกตามรายปี ร้อยละ 13.37, 15.55 และ 10.89 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลการติดเชื้อ *Klebsiella pneumoniae* และติดเชื้อ *Escherichia coli* ที่ื้อต่อยากลุ่ม Carbapenem ที่แยกได้จากสิ่งส่งตรวจต่างๆ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2564 ถึง 31 ธันวาคม 2566

เชื้อแบคทีเรีย	เพศ	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	รวม
<i>Klebsiella pneumoniae</i> (CRKP)	ชาย	53	107	43	203
	ร้อยละ	57.61	59.44	63.24	59.71
	หญิง	39	73	25	137
	ร้อยละ	42.39	40.56	36.76	40.29
<i>Escherichia coli</i> (CREC)	ชาย	38	61	22	121
	ร้อยละ	48.10	53.51	44.90	50.00
	หญิง	41	53	49	121
	ร้อยละ	51.90	46.49	55.10	50.00

ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล ผู้ป่วยติดเชื้อ CRKP เป็นผู้ป่วยเพศชายมากกว่าผู้ป่วยเพศหญิง โดยพบผู้ป่วยเพศชาย ร้อยละ 59.71 จำแนกตามรายปีร้อยละ 57.61, 59.44 และ 63.64 ตามลำดับ พบผู้ป่วยเพศหญิง ร้อยละ 40.29 จำแนกตามรายปีร้อยละ 42.39, 40.56, และ 36.76 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 จำแนกกลุ่มวัยของผู้ป่วยติดเชื้อ Klebsiella pneumoniae และติดเชื้อ Escherichia coli ที่ติดต่อยากลุ่ม Carbapenem ที่แยกได้จากสิ่งส่งตรวจต่างๆ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2564 ถึง 31 ธันวาคม 2566

เชื้อแบคทีเรีย	กลุ่มวัย	การติดต่อยา	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	รวม
Klebsiella pneumoniae	น้อยกว่า 15 ปี (วัยเด็ก)	ติดต่อยา	0 (2.17%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)
		ไม่ติดต่อยา	20	10	3	33
		รวม	20	10	3	33
	15-59 ปี (วัยทำงาน)	ติดต่อยา	32 (34.78%)	66 (36.67%)	28 (41.18%)	126(37.06%)
		ไม่ติดต่อยา	166	265	123	544
		รวม	198	331	151	680
	60 ปีขึ้นไป (วัยสูงอายุ)	ติดต่อยา	60 (65.22%)	114(62.33%)	40 (58.82%)	214(62.94%)
		ไม่ติดต่อยา	293	492	245	1030
		รวม	353	606	285	1,244
เชื้อแบคทีเรีย	กลุ่มวัย	การติดต่อยา	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	รวม
Escherichia coli	น้อยกว่า 15 ปี (วัยเด็ก)	ติดต่อยา	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)
		ไม่ติดต่อยา	20	9	6	35
		รวม	20	9	6	35
	15-59 ปี (วัยทำงาน)	ติดต่อยา	22 (27.85%)	41 (35.96%)	23 (46.94%)	86 (35.54%)
		ไม่ติดต่อยา	165	226	152	543
		รวม	187	267	175	629
	60 ปีขึ้นไป (วัยสูงอายุ)	ติดต่อยา	57 (72.15%)	73 (64.04%)	26 (53.06%)	156(64.46%)
		ไม่ติดต่อยา	327	384	243	954
		รวม	384	457	269	1,110

เมื่อนำมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มวัยของผู้ป่วยกับการติดต่อยา กลุ่ม Carbapenem ในผู้ป่วยที่ตรวจพบเชื้อ Klebsiella pneumoniae พบว่า

1) วัยสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ติดต่อยากลุ่ม Carbapenem มากกว่ากลุ่มวัยเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2) วัยทำงาน (15-59 ปี) ติดต่อยากลุ่ม Carbapenem มากกว่ากลุ่มวัยเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3) กลุ่มวัยทำงาน (15-59 ปี) ติดต่อยากลุ่ม Carbapenem ไม่แตกต่างกันกับกลุ่มวัยผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มวัยของผู้ป่วยกับการติดต่อยา กลุ่ม Carbapenem ในผู้ป่วยที่ตรวจพบเชื้อ Escherichia coli พบว่า

- 1) วัณโรคอายุ 60 ปีขึ้นไป ติดต่อยากลุ่ม Carbapenem มากกว่ากลุ่มวัณโรคอายุน้อยกว่า 15 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
- 2) วัณโรคทำงาน (15-59 ปี) ติดต่อยากลุ่ม Carbapenem มากกว่ากลุ่มวัณโรคอายุน้อยกว่า 15 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
- 3) กลุ่มวัณโรคทำงาน (15-59 ปี) ติดต่อยากลุ่ม Carbapenem ไม่แตกต่างกันกับกลุ่มวัณโรคอายุ 60 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4 อัตราตายต่อพันของผู้ป่วยติดเชื้อ *Klebsiella pneumoniae* และติดเชื้อ *Escherichia coli* ที่ติดต่อยากลุ่ม Carbapenem ที่แยกได้จากสิ่งส่งตรวจต่างๆ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2564 ถึง 31 ธันวาคม 2566

เชื้อแบคทีเรีย	ปี พ.ศ.	ผู้ป่วยที่ไม่ติดยา			ผู้ป่วยที่ติดยา			จำนวนเท่า อัตราตาย ผู้ป่วย ที่ติดยาต่อที่ ไม่ติดยา
		จำนวนป่วย	จำนวนตาย	อัตราต่อพัน	จำนวนป่วย	จำนวนตาย	อัตราต่อพัน	
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	2564	479	39	81.42	92	6	65.22	0.80:1
	2565	767	50	65.19	180	24	133.33	2.04:1
	2566	371	18	48.52	68	10	147.06	3.03:1
	รวม	1617	107	66.17	340	40	117.65	1.78:1
<i>Escherichia coli</i>	2564	512	23	44.92	79	8	101.27	2.25:1
	2565	619	40	64.62	114	9	78.95	1.22:1
	2566	401	26	64.84	49	4	81.63	1.26:1
	รวม	1532	89	58.09	242	21	86.78	1.49:1

เมื่อนำข้อมูลจำนวนการตายของผู้ป่วยมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์อัตราตายผู้ป่วยที่ไม่ติดยากับผู้ป่วยที่ติดยา กลุ่ม Carbapenem พบว่า

- 1) ผู้ป่วยติดเชื้อ CRKP อัตราตายมากกว่าผู้ป่วยติดเชื้อ *Klebsiella pneumoniae* ที่ไม่ติดยา Carbapenem อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
- 2) ผู้ป่วยติดเชื้อ CRKP อัตราตายสูงกว่า CREC อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ผู้ป่วยติดเชื้อ *Escherichia coli* ที่ไม่ติดยา Carbapenem
- 3) ผู้ป่วยติดเชื้อ CREC อัตราตายไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 5 จำนวนวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยติดเชื้อ *Klebsiella pneumoniae* และติดเชื้อ *Escherichia coli* ที่ดื้อต่อยากลุ่ม Carbapenem ที่แยกได้จากสิ่งส่งตรวจต่างๆ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2564 ถึง 31 ธันวาคม 2566

เชื้อแบคทีเรีย	ปี พ.ศ.	ผู้ป่วยที่ไม่ดื้อยา			ผู้ป่วยที่ดื้อยา			จำนวนเท่าเฉลี่ยวันนอนผู้ป่วยที่ดื้อยาต่อที่ไม่ดื้อยา
		จำนวน	จำนวนวันนอน	เฉลี่ยวันนอน	จำนวน	จำนวนวันนอน	เฉลี่ยวันนอน	
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	2564	479	5,637	11.77	92	2,695	29.29	2.49:1
	2565	767	8,636	11.26	180	4,918	27.32	2.43:1
	2566	371	3,998	10.78	68	1,831	26.93	2.50:1
	รวม	1617	18,271	10.62	340	9,444	27.78	2.46:1
<i>Escherichia coli</i>	2564	512	5,162	10.08	79	2,316	29.32	2.91:1
	2565	619	6,297	10.17	114	2,611	22.90	2.25:1
	2566	401	4,012	10.00	49	1,210	24.69	2.47:1
	รวม	1532	15,471	10.10	242	6,137	25.36	2.51:1

เมื่อนำข้อมูลจำนวนวันนอนของผู้ป่วยมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ผู้ป่วยที่ไม่ดื้อยากับผู้ป่วยที่ดื้อยา กลุ่ม Carbapenem พบว่า

- 1) ผู้ป่วยติดเชื้อ CRKP มีระยะเวลาวันนอนรักษาในหอผู้ป่วยในมากกว่าผู้ป่วยติดเชื้อ *Klebsiella pneumoniae* ที่ไม่ดื้อยา กลุ่ม Carbapenem อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
- 2) ผู้ป่วยติดเชื้อ CREC มีระยะเวลาวันนอนรักษาในหอผู้ป่วยในมากกว่าผู้ป่วยติดเชื้อ *Escherichia coli* ที่ไม่ดื้อยา กลุ่ม Carbapenem อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
- 3) ผู้ป่วยติดเชื้อ CRKP มีระยะเวลาวันนอนรักษาในหอผู้ป่วยในไม่แตกต่างกันกับผู้ป่วยติดเชื้อ CREC อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 6 ผลทดสอบความไวของเชื้อ Klebsiella pneumoniae และติดเชื้อ Escherichia coli ที่ดื้อต่อยากลุ่ม Carbapenem ต่อสารต้านจุลชีพ (ข้อมูลผลการทดสอบ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2564 ถึง 31 ธันวาคม 2566)

ชนิดของเชื้อ	Percentage of antimicrobial susceptibilities of CRE (No. of isolate tested)										
	AK	GM	CTX	CAZ	CRO	CIP	ETP	MEM	IPM	TZP	SXT
K.pneumoniae (CRKP) (n=340)	59.47 (338)	49.83 (297)	0.99 (302)	6.18 (340)	2.36 (339)	6.18 (340)	3.86 (311)	30.00 (340)	28.24 (340)	7.85 (331)	14.33 (300)
E.coli (CREC) (n=242)	85.00 (240)	20.20 (203)	1.42 (211)	8.71 (241)	3.31 (242)	5.42 (240)	5.56 (216)	12.03 (241)	14.94 (241)	8.55 (234)	17.87 (207)

AK-Amikacin, GM-Gentamicin, CTX-Cefotaxime, CAZ-Ceftazidime, CRO-Ceftriaxone, CIP-Ciprofloxacin, ETP-Ertapenem, MEM-Meropenem, IPM-Imipenem, TZP-Piperacilin/Tazobactam, SXT-Sulfamethoxazole/Trimethoprim

จากตารางที่ 6 พบว่าผลการทดสอบความไวต่อสารต้านจุลชีพของเชื้อ CRKP ให้ผลดื้อ (Resistant) ต่อยาในกลุ่ม Cephalosporins (CTX-Cefotaxime, CAZ-Ceftazidime, CRO-Ceftriaxone), Carbapenem (ETP-Ertapenem, MEM-Meropenem, IPM-Imipenem) Fluoroquinolone (CIP-Ciprofloxacin) β -lactamase/ β -lactamase inhibitor (TZP-Piperacilin/Tazobactam) และยา SXT-Sulfamethoxazole/Trimethoprim ยกเว้นยาในกลุ่ม Aminoglycoside ยังให้ผลไวต่อยา AK-Amikacin ร้อยละ 59.47 และ GM-Gentamicin ร้อยละ 49.83 และในลักษณะเดียวกัน เชื้อ CREC ให้ผลดื้อ (Resistant) ต่อยาเกือบทุกชนิด ยกเว้นยา AK-Amikacin ยังให้ผลไว ร้อยละ 85.00

สรุปผลการศึกษา

การศึกษาสถานการณ์เชื้อ Klebsiella pneumoniae และเชื้อ Escherichia coli ที่ดื้อต่อยา Carbapenem ที่แยกจากผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ 2564 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ 2566 จำนวน 3,731 สายพันธุ์ สามารถสรุปผลการศึกษา ดังนี้

1) พบเชื้อ CRKP มากกว่าเชื้อ CREC เชื้อ CRKP พบมากที่สุดจากเสมหะ ส่วนเชื้อ CREC พบมากที่สุดจาก ปัสสาวะ ส่งตรวจจากแผนกหอผู้ป่วยอายุรกรรมมากที่สุด ผู้ป่วยติดเชื้อ CRKP พบมากที่สุดในผู้ป่วยเพศชาย ส่วนผู้ป่วยติดเชื้อ CREC พบในผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิง ใกล้เคียงกัน ผู้ป่วยติดเชื้อ CRKP และ CREC พบมากที่สุดในกลุ่มวัยสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า กลุ่มอายุในช่วงกลุ่มวัยทำงาน (15-59 ปี) และกลุ่มวัยผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป พบเชื้อดื้อยา CRKP และ CREC มากกว่า กลุ่มวัยเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี และพบว่า ผู้ป่วยติดเชื้อ CRKP และ CREC มีระยะเวลาวันนอนรักษาในหอผู้ป่วยในมากกว่าผู้ป่วยติดเชื้อที่ไม่ดื้อต่อยากลุ่ม Carbapenem และพบว่าผู้ป่วยติดเชื้อ CRKP มีอัตราการตายมากกว่าผู้ป่วยติดเชื้อ Klebsiella pneumoniae ที่ไม่ดื้อต่อยา Carbapenem โดยพบว่าผู้ป่วยติดเชื้อ CRKP อัตราตายสูงกว่าผู้ป่วยติดเชื้อ CREC อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2) ผลการทดสอบความไวต่อสารต้านจุลชีพของเชื้อ CRKP พบว่าให้ผลดื้อ (Resistant) ต่อยาเกือบทุกกลุ่ม ยกเว้นยาในกลุ่ม Aminoglycoside ให้ผลไวต่อยา AK-Amikacin สูงสุดร้อยละ 59.47 และในลักษณะเดียวกัน เชื้อ CREC ให้ผลดื้อ (Resistant) ต่อยาเกือบทุกชนิด ยกเว้นยา AK-Amikacin ให้ผลไวสูงสุด ร้อยละ 85.00

3) เชื้อที่พบเป็นปัญหามากที่สุด คือ เชื้อดื้อยา CRKP ในระบบทางเดินหายใจส่วนล่างที่พบมากในผู้ป่วยเพศชาย และมีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีผลต่อวันนอนและการรักษาที่ยาวนานขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตมากขึ้น

จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนถึงปัญหาเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลที่สำคัญ เนื่องจากเชื้อ CRKP และเชื้อ CREC เป็นเชื้อดื้อยาที่ต้องควบคุมพิเศษ เมื่อมีความชุกสูงขึ้น คณะทำงานการจัดการเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลควรวางมาตรการเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อเพื่อเป็นแนวทางการจัดการเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ

อภิปรายผลและวิจารณ์

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มวัยของผู้ป่วยกับการพบเชื้อดื้อยา CRKP และ CREC พบว่า กลุ่มอายุในช่วงกลุ่มวัยทำงาน (15-59 ปี) และกลุ่มวัยผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป พบเชื้อดื้อยา CRKP และ CREC มากกว่ากลุ่มวัยเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่กลุ่มวัยทำงาน (15-59 ปี) และกลุ่มวัยผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป พบเชื้อดื้อยา CRKP และ CREC ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา⁽⁹⁾ ที่พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อดื้อยาหลายขนาน โดยปัจจัยด้านอายุพบว่า อายุ 45-60 ปี มีแนวโน้มติดเชื้อดื้อยาหลายขนานมากกว่า เนื่องจากความไวของการรับเชื้อมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอตามช่วงอายุที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้สูงวัยระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายจะเสื่อมลง มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ของระบบต่างๆในร่างกายลดลง ส่งผลให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของโรงพยาบาลราชวิถี⁽¹⁰⁾ ที่พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยา ไม่มีความแตกต่างกัน

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์จำนวนวันนอน และจำนวนการตายของผู้ป่วยกับจำนวนผู้ป่วยที่ไม่ดื้อยา และผู้ป่วยที่ดื้อยา กลุ่ม Carbapenem พบว่า ผู้ป่วยติดเชื้อ CRKP มีระยะเวลาวันนอนรักษาในหอผู้ป่วยในมากกว่าผู้ป่วยติดเชื้อ *Klebsiella pneumoniae* ที่ไม่ดื้อยา

กลุ่ม Carbapenem อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และพบว่าผู้ป่วยติดเชื้อ CRKP อัตราตายมากกว่าผู้ป่วยติดเชื้อ *Klebsiella pneumoniae* ที่ไม่ดื้อยา Carbapenem อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และพบว่าผู้ป่วยติดเชื้อ CREC มีระยะเวลาวันนอนรักษาในหอผู้ป่วยในมากกว่าผู้ป่วยติดเชื้อ *Escherichia coli* ที่ไม่ดื้อยา กลุ่ม Carbapenem อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ผู้ป่วยติดเชื้อ *Escherichia coli* ที่ไม่ดื้อยา Carbapenem และผู้ป่วยติดเชื้อ CREC อัตราตายไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และพบว่าผู้ป่วยติดเชื้อ CRKP อัตราตายสูงกว่าผู้ป่วยติดเชื้อ CREC อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโรงพยาบาลศิริราช⁽¹¹⁾ ที่พบว่า การติดเชื้อ CRE มีความสัมพันธ์กับ Morbidity (อัตราป่วย) และ Mortality (อัตราตาย) ที่เพิ่มขึ้น โดยผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อ CRKP มีอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น 4 เท่าเมื่อเทียบกับการติดเชื้อนี้ที่ไม่ดื้อยา และสอดคล้องกับการศึกษาผลกระทบด้านสุขภาพและเศรษฐศาสตร์จากการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในประเทศไทย⁽¹¹⁾ จากข้อมูลการติดเชื้อของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลทุกระดับ จำนวน 1,023 แห่ง ที่พบว่ามี การติดเชื้อในโรงพยาบาลจากแบคทีเรียสำคัญ 5 ชนิด คือ *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa* และ *Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus* และพบผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพเสียชีวิต ร้อยละ 71 ของผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อในโรงพยาบาล และพบจำนวนวันเฉลี่ยที่อยู่ในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพแต่ละชนิด

การทดสอบความไวต่อสารต้านจุลชีพของเชื้อ CRKP พบว่าให้ผลดื้อ (Resistant) ต่อยาเกือบทุกกลุ่มที่ทดสอบยกเว้นยาในกลุ่ม Aminoglycoside เป็นกลุ่มยาที่ให้ผลความไวสูงสุด โดยเฉพาะยา AK-Amikacin ให้ผลความไวเป็นร้อยละ 59.47 และในลักษณะเดียวกันเชื้อ CREC ให้ผลดื้อ (Resistant) ต่อยาเกือบทุกชนิด ยกเว้นยา AK-Amikacin ยังให้ผลไวสูงสุด ร้อยละ 85.00 สอดคล้องกับการศึกษาของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช⁽¹²⁾ ในปี 2564 พบเชื้อ CRKP ผลความไว

ต่อยา AK-Amikacin ร้อยละ 75 และเชื้อ CREC ผลความไวต่อยา AK-Amikacin ร้อยละ 75 รวมทั้งสอดคล้องกับรายงานของโรงพยาบาลอุตรดิตถ์⁽¹³⁾ ในปี 2563 พบเชื้อ CRKP ผลความไวต่อยา AK-Amikacin ร้อยละ 87.8 จากผลความไวของเชื้อจะเป็นข้อมูลให้แพทย์พิจารณาเลือกใช้ยาต้านจุลชีพที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อ CRKP และเชื้อ CREC

ข้อเสนอแนะ

1) จากการศึกษาพบเชื้อที่เป็นปัญหาหนักที่สุดคือ เชื้อดื้อยา CRKP ในระบบทางเดินหายใจส่วนล่างที่พบมากในผู้ป่วยเพศชาย และมีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีผลต่อวันนอนและการรักษาที่ยาวนานขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตมากขึ้น ซึ่งสะท้อนถึงปัญหาเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลที่สำคัญ เนื่องจากเชื้อ CRKP และเชื้อ CREC เป็นเชื้อดื้อยาที่ต้องควบคุมพิเศษ เมื่อมีความชุกสูงขึ้น คณะทำงานการจัดการเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลควรมีการวางมาตรการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ เพื่อเป็นแนวทางการจัดการเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ

2) ผลการทดสอบความไวต่อสารต้านจุลชีพของเชื้อ CRKP และเชื้อ CREC สามารถเป็นข้อมูลให้แพทย์เลือกใช้ยาต้านจุลชีพได้อย่างเหมาะสม เพื่อลดอุบัติการณ์การติดเชื้อ CRKP และเชื้อ CREC ในโรงพยาบาลสมเด็จพระ

พระยุพราชเดชอุดมให้สอดคล้องกับแผนงานพัฒนาแผนยุทธศาสตร์การจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพของประเทศไทย

3) การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ไม่มีข้อมูลที่ระบุได้ว่าผู้ป่วยที่พบเชื้อ CRKP และเชื้อ CREC เป็นการติดเชื้อจากชุมชนหรือการติดเชื้อในโรงพยาบาล อีกทั้งไม่ได้ระบุว่าเป็น infection หรือ colonize รวมถึงไม่มีการตรวจในระดับยีนดื้อยาว่าเชื้อ CRKP และเชื้อ CREC ที่พบมียีนดื้อยาชนิดใดหรือเป็นการดื้อยาด้วยกลไกอื่นๆ เพื่อช่วยในการแยกผู้ป่วยหรือควบคุมการระบาด ดังนั้น ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลสำหรับการศึกษาในเชิงลึกต่อยอดต่อไปในอนาคต เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ด้านเชื้อดื้อยาในการวางแผนการควบคุม ป้องกันการแพร่เชื้อดื้อยาอย่างผสมผสานที่เป็นระบบในระดับชาติและระดับพื้นที่ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม เจ้าหน้าที่งานจุลชีววิทยา เจ้าหน้าที่กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก และเจ้าหน้าที่กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ ที่ให้การสนับสนุนและอนุญาตในการนำข้อมูลมาใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. พุทธิชาติ ชันดี, กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ. Update of carbapenem-resistant enterobacteriaceae. **หน่วยโรคติดเชื้อ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์. มหาวิทยาลัยมหิดล, คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล.**
2. นิตยา อินทราวัฒนา, มุทิตา วนาภรณ์. **โรคติดเชื้อในโรงพยาบาลและสถานการณ์การดื้อยา.** Journal of medicine and health sciences. April 2015;22(1)81-9.
3. ชลดา ผิวม่วง. **อุบัติการณ์ การติดเชื้อแบคทีเรียกลุ่ม enterobacteriaceae ที่ดื้อต่อยา carbapenams โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี.** วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. มิถุนายน 2559;30(2).
4. ภคินันท์ สาดสี. **ความชุกของเชื้อ carbapenem resistant enterobacteriaceae ในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก.** วารสารสถาบันบำราศนราดูร. 2562;13(2)78-85.
5. ปรีชาติ บุญรอด, อภิวัฒน์ พรศิริวัฒนากุล. **สถานการณ์ความชุกของเชื้อดื้อยา Carbapenem resistant enterobacteriaceae (CRE) และยีนดื้อยา Carbapenemase ในโรงพยาบาลเลิดสิน.** วารสารกรมการแพทย์, เมษายน-มิถุนายน 2566; 48(2)13-9.
6. National antimicrobial resistant surveillance center. **National Prevalence of Bacterial Infection Dashboard.** Thailand. [Internet]. [cited 2025 March 8] Available from; <https://narst.dmsc.moph.go.th/>
7. อุมาพร จันทศร. **สถิติที่ไม่ใช้พารามิเตอร์.** สำนักพิมพ์ฟิสิกส์เซ็นเตอร์; 2542.
8. ชูศรี วงศ์รัตน์. **เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย.** กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2537.
9. ทรรศนีย์ นครชัย. **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อดื้อยาหลายขนานในผู้ป่วยมะเร็งโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี.** วารสารการพยาบาลสุขภาพและการศึกษา, มกราคม-เมษายน 2561; 1(1)23-9.
10. Kwanmuang O, Juntabua P, Kanjanayotin A. **Incidence and factors associated with carbapenem-resistant enterobacteriaceae and vancomycin-resistant enterococci in rajavithi hospital.** Journal of yhe department of medical services. 2022;47(3)81-9.
11. Phumart P, Phodha T,Thamlikitkul V, et al. **Health and economic impacts of antimicrobial resistant infections in Thailand : A preliminary study.** Journal of health systems research. 2555; 6(3)352-60
12. นายสุทธิพร คงเพ็ญ. **การตรวจหาเชื้อในวงศ์ enterobacteriaceae ที่ดื้อต่อยา carbapenem ที่แยกจากผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช.** Journal of medicine and health sciences. April 2015; 1(3)56-67.
13. วิภา น้อยท่าช้าง, วีระพงศ์ ปรัชชญาสิทธิกุล, และรัตนา ลาวัง. **สถานการณ์เชื้อ klebsiella pneumoniae ดื้อยา กลุ่ม carbapenem ในโรงพยาบาลอุดรดิตริต์ระหว่างปี พ.ศ. 2558-2560.** วารสารสถาบันบำราศนราดูร. 2563;14(1)1-9

ประสิทธิผลของการเปลี่ยนยาต้านเอชไอวีเป็นชนิด TLD ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

Effectiveness of Switching to TLD Antiretroviral Therapy in HIV-Infected Patients at 50th Anniversary Mahavajiralongkorn Hospital

พิมพ์กมล เกียรติสุนนท์

กลุ่มงานอายุรกรรม

โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

บทคัดย่อ

การศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้เป็นการวิจัยย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาข้อมูลด้านชีวสังคม ด้านภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา 2) เพื่อศึกษาผลของการเปลี่ยนยาต้านเอชไอวีเป็นชนิด TLD ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา และ 3) เพื่อเปรียบเทียบระหว่างค่าระดับไขมันในเลือด ระดับน้ำตาลในเลือด ผลการตรวจการทำงานของตับ และผลการตรวจการทำงานของไตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาสูตรเดิมกับสูตร TLD โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่าง คือ บันทึกวินิจฉัยผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2564 ถึง 30 กันยายน 2566 โดยการคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 85 คน ทำการศึกษาเดือนเมษายน - กันยายน 2567 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 75.30 มีอายุ 31 - 40 ปี ร้อยละ 30.60 โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 39.05 ซึ่งส่วนใหญ่พบว่า ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 87.10 มีน้ำหนัก 51 - 60 กิโลกรัม ร้อยละ 38.80 มีค่า CD 4 ระหว่าง 501 - 1,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ร้อยละ 41.20 ซึ่งส่วนใหญ่ไม่มีโรคร่วม ร้อยละ 68.24 และได้รับการรักษาด้วยสูตรยา TEEVIR ร้อยละ 88.20

ประสิทธิผลของการเปลี่ยนยาต้านเอชไอวีจากสูตรเดิมเป็นสูตร TLD ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา พบว่า 1) ระดับไขมันในเลือด ชนิด Total cholesterol, Triglyceride, HDL และ LDL ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาสูตรเดิมกับสูตร TLD แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาสูตรเดิมกับสูตร TLD แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 3) การทำงานของตับ พบว่าค่าการทำงานของตับ ชนิด AST ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาสูตรเดิมกับสูตร TLD แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วน ALT ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาสูตรเดิมกับสูตร TLD แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 4) การทำงานของไต พบว่าการทำงานของไตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาสูตรเดิมกับสูตร TLD แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าสูตรยา TLD มีแนวโน้มทำให้ระดับไขมันในเลือดลดลงหรือคงที่ ดังนั้น การควบคุมระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ จึงเป็นเป้าหมายสำคัญในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือดต่อไป

คำสำคัญ : ยาต้านเอชไอวี, ประสิทธิภาพ, ผู้ติดเชื้อเอชไอวี

Abstract

This Retrospective descriptive research have a purpose 1) To study the bio-social data on health status of HIV-infected people at the 50th Anniversary of Mahidol University Hospital. 2) To study the effect of changing anti-HIV drugs to TLD type in HIV-infected people at the 50th Anniversary of Mahidol University Hospital. and 3) To compare between blood lipid levels, blood sugar levels, liver function test results and kidney function test results of HIV-infected people who received the original formula and the TLD formula at the 50th Anniversary of Mahidol University Hospital. The sample group was the medical records of patients receiving antiretroviral drugs from October 1, 2021 to September 30, 2023, by purposive selection, totaling 85 people. The study was conducted from April to September 2024. The statistics used for data analysis were percentage, mean, standard deviation, and Paired t-test.

The research results .

The majority of the sample were male (75.30%), aged 31-40 years (30.60%), with an average age of 39.05. Most of them were found to be non-smokers (87.10%). They weighed 51 - 60 kilograms (38.80 percent), had a CD4 value between 501 - 1,000 cells per cubic millimeter (41.20 percent), and most of them had no comorbidities (68.24 percent) and received treatment with the TEEVIR drug regimen (88.20 percent).

The effectiveness of changing anti-HIV drugs from the original formula to the TLD formula in HIV-infected patients at the 50th Anniversary of Mahidol University Hospital found

that 1) the blood lipid levels, Total cholesterol, Triglyceride, HDL and LDL, of HIV-infected patients who received the original formula and the TLD formula were significantly different at the .05 level. 2) Blood sugar levels (FBS) of HIV-infected patients receiving the original regimen and the TLD regimen were significantly different at the .05 statistical level. 3) Liver function : It was found that the liver function values of AST type of the HIV-infected patients who received the original formula and the TLD formula were significantly different at the statistical level of .05, while the ALT values of the HIV-infected patients who received the original formula and the TLD formula were not significantly different at the statistical level of .05. 4) Kidney function It was found that the kidney function of HIV-infected patients who received the original formula and the TLD formula were significantly different at the .05 statistical level. This study found that the TLD drug regimen tends to decrease or stabilize blood lipid levels. Therefore, controlling blood lipid levels to be within normal range is an important goal in the care of HIV-infected people to prevent and reduce the risk of cardiovascular disease.

Keywords: HIV antiretroviral drugs, effectiveness, HIV-infected patients

บทนำ

ปัจจุบันการติดเชื้อไวรัสเอชไอวียังคงเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของโลก จากรายงานขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2560 พบว่ามีจำนวนผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี จำนวน 36.9 ล้านคน โดยพบผู้ติดเชื้อสูงที่สุด คือ แอฟริกาตะวันออกและแอฟริกาใต้ จำนวน 19.0 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 51 สำหรับภูมิภาคเอเชียแปซิฟิกพบผู้ติดเชื้อจำนวน 5.1 ล้านคน คิดเป็น

ร้อยละ 14 เชื้อเอชไอวีในประเทศไทย พบว่า มีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรทั่วไป มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงสูงในกลุ่มเฉพาะหรือกลุ่มประชากรหลัก ในปี 2561 มีการคาดประมาณว่า ประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่ จำนวน 430,000 ราย ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่เกิดขึ้น จำนวน 5,000 ราย/ปี ผู้ติดเชื้อเสียชีวิตจากเอชไอวี จำนวน 13,800 ราย/ปี และในปี 2560 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่กำลังได้รับยาต้านไวรัสอยู่ จำนวน 323,784 ราย คิดเป็นร้อยละ 75 ของผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีแล้ว ประเด็นสำคัญ คือ ยังมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รู้ว่าติดเชื้อเอชไอวีแล้วอีก ร้อยละ 25 หรือจำนวน 115,826 ราย ที่ยังไม่ได้กินยาต้านไวรัส ซึ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มนี้มีโอกาสที่จะถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีสู่ผู้อื่น⁽¹⁾ และจากการศึกษาของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่า โรคเอดส์และเอชไอวียังคงมีการระบาดอย่างต่อเนื่อง คาดว่ายังมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังไม่ทราบสถานะการติดเชื้อของตนเองและยังไม่ได้เข้าสู่ระบบการรักษา ทำให้กลุ่มเหล่านี้ถ่ายทอดเชื้อไปยังคู่นอนต่อไป โดยในปี พ.ศ. 2568 คาดประมาณว่าจะมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ จำนวน 8,862 คน โดยการติดเชื้อรายใหม่ส่วนใหญ่เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ระหว่างชายกับชายมากกว่า ร้อยละ 60 มีผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์ จำนวน 10,217 คน และมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีสะสมที่ยังคงมีชีวิตอยู่ จำนวน 568,565 คน⁽²⁾

โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 5 และเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายที่เป็น Node ในการดูแลรักษาผู้ป่วยในเขตอุบลราชธานี ตอนเหนือ 12 อำเภอ และมีคลินิกให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์ หรือผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ตั้งแต่ปี 2551 - ปัจจุบัน ซึ่งจากการศึกษาข้อมูล ปี 2565 -2566 พบว่ามีผู้ป่วยโรคเอดส์หรือผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยา TLD ในคลินิกของโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ จำนวน 227 คน และ 123 คน ตามลำดับ ซึ่งอาจมีผลหรือภาวะแทรกซ้อนต่อผู้ป่วย เช่น ระบบหัวใจและหลอดเลือด ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นบุคลากรทางด้านสาธารณสุข ที่มีหน้าที่ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์ หรือผู้ป่วยติดเชื้อ

เอชไอวี จึงมีความสนใจที่จะศึกษาประสิทธิผลของการเปลี่ยนยาต้านเอชไอวีเป็นชนิด TLD ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาและลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาข้อมูลด้านชีวสังคม ด้านภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ
2. เพื่อศึกษาผลของการเปลี่ยนยาต้านเอชไอวีเป็นชนิด TLD ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ
3. เพื่อเปรียบเทียบระหว่างค่าระดับไขมันในเลือด ระดับน้ำตาลในเลือด ผลการตรวจการทำงานของตับ และผลการตรวจการทำงานของไตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาสูตรเดิมกับสูตร TLD โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยย้อนหลังเชิงพรรณนา (Retrospective descriptive research) โดยเก็บข้อมูลย้อนหลังเป็นเวลา 2 ปี ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2564 ถึง 30 กันยายน 2566 ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 6 เดือน ในช่วงระหว่างเดือนเมษายน 2567 ถึงกันยายน 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคเอดส์ของโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2564 ถึง วันที่ 30 กันยายน 2566 จำนวน 3,979 คน⁽³⁾

กลุ่มตัวอย่าง คือ บันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคเอดส์ของโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2564 ถึง วันที่ 30 กันยายน 2566 โดยวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง และเก็บ

รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย จำนวน 85 คน ได้แก่ เวชระเบียนผู้ป่วยนอกของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ที่มีอายุ 20 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคเอดส์ของโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2566 ได้รับการรักษาด้วยสูตรยาต้านไวรัสชนิด TEEVIR และได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนและหลังการศึกษาครบถ้วน เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเดียวกัน เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ เวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่ตามไม่ได้ และเวชระเบียนผู้ป่วยที่มีข้อมูลไม่สมบูรณ์เพียงพอต่อการรักษา เช่น ขาดรายละเอียดประวัติการรับการรักษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลด้านชีวสังคมของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วย เพศ อายุ ประวัติการสูบบุหรี่ ลักษณะเป็นคำถามแบบปลายเปิดและปลายปิด

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลด้านภาวะสุขภาพของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วย น้ำหนัก ค่า CD4 โรคร่วม และสูตรยาต้านเอชไอวีก่อนเปลี่ยนยา

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการเปลี่ยนยาต้านเอชไอวีเป็นชนิด TLD ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ประกอบด้วย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ระดับไขมันในเลือด ระดับน้ำตาลในเลือด ผลการทำงานของตับ และผลการตรวจการทำงานของไต

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ทำบันทึกถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อขออนุญาตในการใช้ และเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคเอดส์ของโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

2. ประสานขอเวชระเบียนผู้ป่วยในของเวชระเบียนผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคเอดส์ และจากงานเวชระเบียนของโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

3. ผู้วิจัยได้ศึกษาบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคเอดส์ของโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ย้อนหลังเป็นเวลา 2 ปี ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2564 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2566 ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 6 เดือน ในช่วงระหว่างเดือน เมษายน 2567 ถึงกันยายน 2567 เพื่อหาตัวแปรที่มีความสำคัญในการนำมาวิเคราะห์วิจัยและดูความครบถ้วนของข้อมูลที่บันทึกไว้

4. ผู้วิจัยนำผลการศึกษาที่ได้หลังจากวิเคราะห์ข้อมูลไปเขียนสรุปรายงานการศึกษาวิจัย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี และได้ผ่านการเห็นชอบโดยสอดคล้องกับคำประกาศเฮลซิงกิง จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เมื่อวันที่ 19 มีนาคม 2567 เอกสารรับรองเลขที่ SSJ.UB 2567 - 60 รหัสโครงการ SSJ.UB 60

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่บันทึกลงข้อมูลในโปรแกรมสำเร็จรูป เพื่อนำมาวิเคราะห์ทางสถิติโดยมีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลด้านชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ ประวัติการสูบบุหรี่ ซึ่งข้อมูลที่ได้นำไปวิเคราะห์หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลด้านภาวะสุขภาพ ได้แก่ น้ำหนัก ค่า CD4 โรคร่วม และสูตรยาต้านเอชไอวีก่อนเปลี่ยนยา ซึ่งข้อมูลที่ได้นำไปวิเคราะห์หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างค่าระดับไขมันในเลือด ระดับน้ำตาลในเลือด ผลการตรวจการทำงานของตับ และผลการตรวจการทำงานของไตของผู้ติดเชื้อ

เอชไอวีที่ได้รับยาสูตรเดิมกับสูตร TLD โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏ โดยใช้ Paired t-test

ผลการศึกษาวิจัย

จากการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยสามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ด้านชีวสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 75.30 มีอายุ 31 - 40 ปี จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 30.60 โดยมีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 39.05 (S.D = 12.10) อายุมากที่สุด เท่ากับ 76 ปี และอายุน้อยที่สุดเท่ากับ 18 ปี ซึ่งส่วนใหญ่พบว่า ไม่สูบบุหรี่ จำนวน 74 คน คิดเป็นร้อยละ 87.10

2. ด้านภาวะสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีน้ำหนัก 51 - 60 กิโลกรัม จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 38.80 มีค่า CD 4 ระหว่าง 501 - 1,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 41.20 ซึ่งส่วนใหญ่ไม่มีโรคร่วม จำนวน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 68.24 ได้รับการรักษาด้วยสูตรยา TEEVIR จำนวน 75 คน คิดเป็นร้อยละ 88.20

3. ผลการศึกษาประสิทธิภาพของการเปลี่ยนยาต้านเอชไอวีเป็นชนิด TLD ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏ โดยการเปรียบเทียบ

ระหว่างค่าระดับไขมันในเลือด ประกอบด้วย Total cholesterol (TC), Triglyceride (TG), HDL (High-density lipoprotein) และ LDL (Low-density lipoprotein), ระดับน้ำตาลในเลือด ผลการตรวจการทำงานของตับ และผลการตรวจการทำงานของไตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาสูตรเดิมกับสูตร TLD โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏ โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.1 ค่าระดับไขมันในเลือดประกอบด้วย Total cholesterol (TC), Triglyceride (TG) HDL (High-density lipoprotein) และ LDL (Low-density lipoprotein) ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาสูตรเดิมกับสูตร TLD โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏ พบว่า

1) ระดับไขมันในเลือด ชนิด Total cholesterol (TC) ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาสูตรเดิมกับสูตร TLD แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งแสดงให้เห็นว่ายาสูตร TCD มีต่อระดับไขมันในเลือด ชนิด Total cholesterol (TC) ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยาสูตร TCD มีค่าเฉลี่ยของไขมันในเลือดชนิด Total cholesterol (TC) น้อยกว่ายาสูตรเดิม ซึ่งเป็นผลดีต่อกลุ่มตัวอย่าง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างค่าระดับไขมันในเลือด ชนิด Total cholesterol (TC) ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาสูตรเดิมกับสูตร TLD โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏ (n = 85)

กลุ่มตัวอย่าง	\bar{X}	S.D	df	t	Sig.
ยาสูตรเดิม	215.34	91.876	84	5.396	.000
ยาสูตร TLD	166.46	39.433			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2) ระดับไขมันในเลือดชนิด Triglyceride (TG) ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาสูตรเดิมกับสูตร TLD แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ยาสูตร TCD มีผลต่อการเพิ่มค่าระดับไขมันในเลือดชนิด Triglyceride (TG) ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยาสูตร TCD มีค่าเฉลี่ยของไขมันในเลือด ชนิด Triglyceride (TG) น้อยกว่ายาสูตรเดิม ซึ่งเป็นผลดีต่อกลุ่มตัวอย่าง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างค่าระดับไขมันในเลือด ชนิด Triglyceride (TG) ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาสูตรเดิมกับสูตร TLD โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรราช (n = 85)

กลุ่มตัวอย่าง	\bar{X}	S.D	df	t	Sig.
ยาสูตรเดิม	203.52	99.532	84	9.061	.000
ยาสูตร TLD	144.15	104.091			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3) ระดับไขมันในเลือดชนิด HDL (High-density lipoprotein) ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาสูตรเดิมกับสูตร TLD แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งแสดงให้เห็นว่ายาสูตร TCD มีผลต่อค่าระดับไขมันในเลือดชนิด HDL (High-density lipoprotein) ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยาสูตร TCD มีค่าเฉลี่ยของไขมันในเลือด ชนิด HDL (High-density lipoprotein) มากกว่ายาสูตรเดิม ซึ่งเป็นผลดีต่อกลุ่มตัวอย่างดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างค่าระดับไขมันในเลือด ชนิด HDL (High-density lipoprotein) ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาสูตรเดิมกับสูตร TLD โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรราช (n = 85)

กลุ่มตัวอย่าง	\bar{X}	S.D	df	t	Sig.
ยาสูตรเดิม	43.67	11.984	84	2.016	.047
ยาสูตร TLD	45.73	11.141			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4) ระดับไขมันในเลือดชนิด LDL (Low-density lipoprotein) ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาสูตรเดิมกับสูตร TLD แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งแสดงให้เห็นว่ายาสูตร TCD มีผลต่อค่าระดับไขมันในเลือดชนิด LDL (Low-density lipoprotein) ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยาสูตร TCD มีค่าเฉลี่ยของไขมันในเลือด ชนิด LDL (Low-density lipoprotein) น้อยกว่ายาสูตรเดิม ซึ่งเป็นผลดีต่อกลุ่มตัวอย่างดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างค่าระดับไขมันในเลือด ชนิด LDL (Low-density lipoprotein) ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาสูตรเดิมกับสูตร TLD โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรราช (n = 85)

กลุ่มตัวอย่าง	\bar{X}	S.D	df	t	Sig.
ยาสูตรเดิม	105.29	30.531	84	6.961	.000
ยาสูตร TLD	89.58	31.000			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.2 ค่าระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาสูตรเดิมกับสูตร TLD โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา พบว่า ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาสูตรเดิมกับสูตร TLD แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งแสดงให้เห็นเป็นว่ายาสูตร TCD มีผลต่อค่าระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยาสูตร TCD มีค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่ายาสูตรเดิม ซึ่งเป็นผลดีต่อกลุ่มตัวอย่าง ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาสูตรเดิมกับสูตร TLD โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา (n = 85)

กลุ่มตัวอย่าง	\bar{X}	S.D	df	t	Sig.
ยาสูตรเดิม	118.38	33.560	84	7.732	.000
ยาสูตร TLD	100.66	27.760			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.3 ผลการตรวจการทำงานของตับของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาสูตรเดิมกับสูตร TLD โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) ค่าการทำงานของตับ ชนิด AST ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาสูตรเดิมกับสูตร TLD โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา พบว่า ค่าการทำงานของตับชนิด AST ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาสูตรเดิมกับสูตร TLD แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งแสดงให้เห็นเป็นว่ายาสูตร TCD มีผลต่อการทำงานของตับชนิด AST ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยาสูตร TCD มีค่าเฉลี่ยของการทำงานของตับชนิด AST น้อยกว่ายาสูตรเดิม ซึ่งเป็นผลดีต่อกลุ่มตัวอย่าง ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างค่าการทำงานของตับ ชนิด AST (Aspartate transaminase) ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาสูตรเดิมกับสูตร TLD โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา (n = 85)

กลุ่มตัวอย่าง	\bar{X}	S.D	df	t	Sig.
ยาสูตรเดิม	51.58	24.586	84	5.013	.000
ยาสูตร TLD	42.22	17.150			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2) ค่าการทำงานของตับ ชนิด ALT ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาสูตรเดิมกับสูตร TLD โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา พบว่า ค่าการทำงานของตับชนิด AST ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาสูตรเดิมกับสูตร TLD แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งแสดงให้เห็นเป็นว่ายาสูตร TCD ไม่มีผลต่อการทำงานของตับชนิด ALT ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างค่าการทำงานของตับ ชนิด ALT (Alanine transaminase) ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาสูตรเดิมกับสูตร TLD โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราลงกรณ (n = 85)

กลุ่มตัวอย่าง	\bar{X}	S.D	df	t	Sig.
ยาสูตรเดิม	34.02	34.287	84	0.926	.357
ยาสูตร TLD	31.42	20.247			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.4 ผลการตรวจการทำงานของไตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาสูตรเดิมกับสูตร TLD โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราลงกรณ พบว่า การทำงานของไตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาสูตรเดิมกับสูตร TLD แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งแสดงให้เห็นว่ายาสูตร TLD มีผลต่อการทำงานของไตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีน้อยกว่ายาสูตรเดิม โดยจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยาสูตร TLD มีค่าเฉลี่ยของการทำงานของไตน้อยกว่ายาสูตรเดิม ซึ่งเป็นผลดีต่อกลุ่มตัวอย่าง ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างค่าการทำงานของไตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาสูตรเดิมกับสูตร TLD โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราลงกรณ (n = 85)

กลุ่มตัวอย่าง	\bar{X}	S.D	df	t	Sig.
ยาสูตรเดิม	0.9773	0.219	84	7.318	.000
ยาสูตร TLD	0.8829	0.229			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาประสิทธิภาพของการเปลี่ยนยาต้านเอชไอวีเป็นชนิด TLD ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราลงกรณ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดมีประเด็นที่น่าสนใจ ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาอภิปรายผล ดังนี้

1. การศึกษาประสิทธิภาพของการเปลี่ยนยาต้านเอชไอวีจากสูตรเดิมเป็นสูตร TLD (Tenofovir disoproxil fumarate, Lamivudine, Dolutegravir) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราลงกรณ พบว่าการเปลี่ยนสูตรยาดังกล่าวมีผลดีต่อระดับไขมันในเลือดของผู้ป่วย โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1 ระดับไขมันในเลือดชนิด Total cholesterol (TC) ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาสูตรเดิมกับสูตร TLD แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าสูตร TLD มีผลดีต่อการควบคุมระดับไขมันในเลือด โดยเฉพาะ Total cholesterol ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ผู้วิจัยมีความคิดเห็นว่ารระดับ Total Cholesterol (TC) ที่ลดลงในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับสูตร TLD อาจเนื่องมาจาก Dolutegravir ซึ่งเป็นส่วนประกอบหลักของสูตร TLD มีผลกระทบต่อการเผาผลาญไขมันน้อยกว่ายาในสูตรเดิม เช่น Efavirenz หรือ Protease Inhibitors (PI) ที่มีแนวโน้มเพิ่มระดับ

ไขมันในเลือด การลดลงของ TC มีความสำคัญ เนื่องจาก ระดับ TC ที่สูงสัมพันธ์กับความเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด การควบคุมระดับ TC ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติจึงเป็นเป้าหมายสำคัญในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของประเทศไทยปี 2564 - 2565 แนะนำให้ใช้สูตร TLD เป็นสูตรแรกในการรักษา เนื่องจากควบคุมไวรัสได้ดีและมีผลข้างเคียงน้อย⁽⁴⁾ สอดคล้องกับการศึกษาเปรียบเทียบผลการรักษาและการเปลี่ยนแปลงระดับไขมันในเลือดเมื่อเปลี่ยนการรักษาด้วยยา Efavirenz เป็น Rilpivirine พบว่า ระดับ Total Cholesterol ลดลงเฉลี่ย 27.27 mg/dL (95% CI: -38.74 ถึง -15.81) และ HDL-C ลดลงเฉลี่ย 5.75 mg/dL (95% CI: -8.58 ถึง -2.92)⁽⁵⁾ ดังนั้น ผลการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำมาสนับสนุนการใช้สูตร TLD เป็นแนวทางหลักในการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีของโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรราช เพื่อกำหนดระดับไขมันในเลือดและลดความเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด

1.2 ระดับไขมันในเลือด ชนิด Triglyceride (TG) ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาสูตรเดิมกับสูตร TLD แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ยาสูตร TCD มีผลต่อการเพิ่มค่าระดับไขมันในเลือดชนิด Triglyceride (TG) ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยาสูตร TCD มีค่าเฉลี่ยของไขมันในเลือดชนิด Triglyceride (TG) น้อยกว่ายาสูตรเดิม ผู้วิจัยมีความคิดเห็นว่าสูตร TLD ส่งผลดีต่อการควบคุมระดับไขมันในเลือดชนิดไตรกลีเซอไรด์ อาจลดความเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูงและโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งเป็นผลข้างเคียงที่พบได้บ่อยในผู้ติดเชื้อที่รับยาต้านไวรัสรุ่นเก่าซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีในไทย พบว่า ผู้ที่ใช้สูตร PI (เช่น Lopinavir/ritonavir) มี ระดับ TG สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ⁽⁶⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาในจีน พบว่า กลุ่มที่ใช้ TLD มีค่า TG เฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มที่ใช้ Efavirenz หรือ Lopinavir อย่างมีนัยสำคัญ⁽⁷⁾

1.3 ระดับไขมันในเลือดชนิด HDL (High-density lipoprotein) ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาสูตรเดิมกับสูตร TLD แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งแสดงให้เห็นว่ายาสูตร TCD มีผลต่อค่าระดับไขมันในเลือดชนิด HDL ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยาสูตร TCD มีค่าเฉลี่ยของไขมันในเลือด ชนิด HDL มากกว่ายาสูตรเดิม ซึ่งเป็นผลดีต่อกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยมีความคิดเห็นว่าสูตร TLD อาจมีผลเชิงบวกต่อการปรับสมดุลไขมันในเลือด โดยเฉพาะการเพิ่มระดับ HDL ซึ่งมีบทบาทในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยที่ HDL หรือไขมันดี มีหน้าที่ช่วยขนส่งคอเลสเตอรอลส่วนเกินจากหลอดเลือดกลับไปที่ตับเพื่อกำจัดออก และระดับ HDL สูงมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่ลดลงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการให้ยาต้านไวรัสแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2564 แนะนำสูตร TLD เป็นสูตรแรกในการรักษา เนื่องจากมีผลกระทบต่อเมตาบอลิซึมน้อย และมีข้อมูลว่าการใช้สูตรเก่า เช่น d4T หรือ AZT มีผลทำให้ระดับ HDL ลดลง ขณะที่สูตร TDF และ DTG มีผลดีต่อระดับไขมันในเลือด⁽⁸⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่ม Protease Inhibitors เช่น LPV/r มีผลลด HDL และเพิ่ม TG ในขณะที่สูตรที่มี TDF และ DTG ส่งผลดีต่อ HDL⁽⁹⁾ และพบว่ากลุ่มที่ได้รับสูตร TLD มี HDL สูงกว่ากลุ่มที่ใช้ EFV หรือ LPV อย่างชัดเจน⁽¹⁰⁾ นอกจากนั้นยังพบว่าการเปลี่ยนจากสูตร d4T หรือ AZT ไปเป็น TDF/3TC/EFV หรือ TLD ทำให้ระดับ HDL เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ⁽¹¹⁾

1.4 ระดับไขมันในเลือดชนิด LDL (Low-density lipoprotein) ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาสูตรเดิมกับสูตร TLD แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งแสดงให้เห็นว่ายาสูตร TCD มีผลต่อค่าระดับไขมันในเลือดชนิด LDL ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยาสูตร TCD มีค่าเฉลี่ยของไขมันในเลือด ชนิด LDL น้อยกว่ายาสูตรเดิม ซึ่งเป็นผลดีต่อกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยมีความคิดเห็นว่าสูตร TLD ส่งผลเชิงบวกต่อการควบคุมระดับ LDL ซึ่งช่วยลดความ

เสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะยาว โดยที่ LDL หรือไขมันไม่ดี เป็นตัวการสำคัญที่นำคอเลสเตอรอลไปสะสมในผนังหลอดเลือด และระดับ LDL ที่สูงเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ (atherosclerosis, heart attack, stroke) ดังนั้นเมื่อเปลี่ยนจากสูตรเดิม (เช่น AZT หรือ d4T ร่วมกับ NNRTIs หรือ PIs) มาเป็นสูตร TLD จึงพบว่า LDL ลดลงอย่างชัดเจน สอดคล้องกับผลการศึกษาของผู้ป่วยที่เปลี่ยนมาใช้สูตร TLD มีค่าเฉลี่ยของ LDL ลดลงจาก baseline⁽¹²⁾

2. ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาสูตรเดิมกับสูตร TLD โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา พบว่า ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาสูตรเดิมกับสูตร TLD แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งแสดงให้เห็นว่ายาสูตร TCD มีผลต่อค่าระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยาสูตร TCD มีค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่ายาสูตรเดิม ซึ่งเป็นผลดีต่อกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยมีความคิดเห็นว่าสูตรยา TLD มีผลดีต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่าสูตรยาเดิม สาเหตุอาจมาจากส่วนประกอบของยาในสูตร TLD โดยเฉพาะ Dolutegravir (DTG) ซึ่งเป็นยาในกลุ่ม integrase strand transfer inhibitors (INSTIs) ที่มีการรายงานว่าส่งผลข้างเคียงต่อน้ำตาลในเลือดน้อยกว่ายาต้านไวรัสบางกลุ่ม เช่น Protease Inhibitors (PIs) ที่มักอยู่ในสูตรยาเก่าและมีแนวโน้มทำให้เกิด Insulin resistance หรือ Hyperglycemia ได้มากกว่า โดยที่ DTG มีผลต่อการควบคุมเมตาบอลิซึมของกลูโคสน้อยกว่ายาต้านไวรัสอื่น ๆ⁽¹³⁾ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่า FBS ลดลงในกลุ่มที่ใช้ TLD สอดคล้องกับการศึกษาของ Zash et al. พบว่า DTG ไม่สัมพันธ์กับภาวะน้ำตาลในเลือดสูงในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เริ่ม ART ใหม่⁽¹⁴⁾ สอดคล้องกับรายงานผลการติดตามผู้ป่วยที่เปลี่ยนสูตรยาเป็น TLD ในคลินิกเอชไอวี โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น⁽¹⁵⁾ พบว่า หลังจากเปลี่ยนสูตรยาเป็น TLD ระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดของผู้ป่วยส่วนใหญ่มีแนวโน้มลดลง โดยเฉพาะในผู้ที่เคยใช้สูตรที่มี PI และสอดคล้องกับการศึกษาผลของสูตรยาต้านไวรัสต่อภาวะ

ไขมันและน้ำตาลในเลือดของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในคลินิกโรงพยาบาลระดับอำเภอ โดยศึกษาเปรียบเทียบผลของสูตรยาต้านไวรัสแบบเก่ากับสูตร TLD ต่อภาวะเมตาบอลิซึมพบว่า กลุ่มที่ใช้ TLD มีระดับ FBS ต่ำกว่ากลุ่มที่ใช้ EFV หรือสูตรเดิมอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญ⁽¹⁶⁾ นอกจากนี้ต้องระวังในการใช้ยาต้านไวรัสที่มีผลต่อเมตาบอลิซึม และแนะนำให้ใช้ TLD ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน⁽¹⁷⁾

3. การศึกษาประสิทธิผลของการเปลี่ยนยาต้านเอชไอวีจากสูตรเดิมเป็นสูตร TLD ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา พบว่าการเปลี่ยนสูตรยาดังกล่าวมีผลดีต่อการทำงานของตับของผู้ป่วย โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.1 ค่าการทำงานของตับชนิด AST ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาสูตรเดิมกับสูตร TLD โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา พบว่า ค่าการทำงานของตับชนิด AST ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาสูตรเดิมกับสูตร TLD แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งแสดงให้เห็นว่ายาสูตร TLD มีผลต่อการทำงานของตับชนิด AST ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยาสูตร TLD มีค่าเฉลี่ยของการทำงานของตับชนิด AST น้อยกว่ายาสูตรเดิม ซึ่งเป็นผลดีต่อกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยมีความคิดเห็นว่า ระดับเอนไซม์ AST (Aspartate Aminotransferase) ซึ่งเป็นตัวชี้วัดความเสียหายของเซลล์ตับ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาสูตรเดิมกับสูตร TLD โดยกลุ่มที่ได้รับสูตร TLD มีระดับ AST เฉลี่ยต่ำกว่า ซึ่งสะท้อนถึงการทำงานของตับที่ดีกว่า โดยที่สูตรยา TLD เป็นสูตรที่ใช้ Dolutegravir (DTG) ที่เป็นยาในกลุ่ม integrase strand transfer inhibitor (INSTI) ที่มีโปรไฟล์ความเป็นพิษต่อดับต่ำกว่ายาในกลุ่ม NNRTI อย่างชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการให้ยาต้านไวรัสแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย พ.ศ. 2566 ที่พบว่าสูตร TLD เป็นสูตรมาตรฐาน เนื่องจากมีผลข้างเคียงต่อดับน้อย⁽¹⁸⁾ และสอดคล้องกับ World Health Organization ที่พบว่า Dolutegravir (DTG) มีอัตราการเกิดโรคตับอักเสบจากพิษ (พิษต่อดับ) หรือ Hepatotoxicity ต่ำ⁽¹⁹⁾

3.2 ค่าการทำงานของระดับชนิด ALT ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาสูตรเดิมกับสูตร TLD โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี พบว่า ค่าการทำงานของระดับชนิด ALT ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาสูตรเดิมกับสูตร TLD แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งแสดงให้เห็นว่ายาสูตร TLD ไม่มีผลต่อการทำงานของระดับชนิด ALT ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้วิจัยมีความคิดเห็นว่า แม้ว่าระดับ ALT ในกลุ่มที่ได้รับยา TLD จะไม่แตกต่างจากสูตรเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่จากหลักฐานทางคลินิกและแนวทางสากล สูตร TLD ยังคงถือว่ามีความปลอดภัยด้านระดับที่ดี โดยเฉพาะเมื่อพิจารณาพร้อมกับค่า AST ที่ลดลงชัดเจน ทำให้การใช้สูตร TLD ยังคงเป็นแนวทางที่แนะนำในปัจจุบัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ร่วมกับวัณโรคในประเทศไทย พบว่า Dolutegravir มีความปลอดภัยดีต่อระบบตับ โดยไม่มีการเพิ่มขึ้นของ ALT อย่างมีนัยสำคัญ⁽²⁰⁾

4. การทำงานของไตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาสูตรเดิมกับสูตร TLD โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี พบว่า การทำงานของไตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาสูตรเดิมกับสูตร TLD แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งแสดงให้เห็นว่ายาสูตร TLD มีผลต่อการทำงานของไตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีน้อยกว่ายาสูตรเดิม โดยจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยาสูตร TLD มีค่าเฉลี่ยของการทำงานของไตน้อยกว่ายาสูตรเดิม ซึ่งเป็นผลดีต่อกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยมีความคิดเห็นว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยาสูตร TLD อาจเกิดจาก Dolutegravir (DTG) ซึ่งเป็นส่วนประกอบของสูตร TLD มีผลต่อการขนส่งของ creatinine ในท่อไต โดยไม่ส่งผลกระทบต่อการทำงานของไตจริง ๆ ดังนั้น การลดลงของค่าการทำงานของไตอาจไม่สะท้อนถึงการทำงานของไตที่แยกลง แต่เป็นผลจากกลไกของยา DTG ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าสูตร TLD มีประสิทธิภาพและความปลอดภัยดี โดยไม่มีผลกระทบต่อการทำงานของไตอย่างมีนัยสำคัญ⁽²¹⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้ยาทีโนโฟเวียร์กับการเกิดภาวะการทำงานของไตบกพร่องและโรคไตเรื้อรังในผู้ใหญ่ไทยที่ติดเชื้อเอชไอวี พบว่าอัตราอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะการทำงานของไต

บกพร่องในกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับยาทีโนโฟเวียร์ คือ 27.66/1,000 คน-ปี และ 5.54/1,000 คน-ปี อัตราอุบัติการณ์ของการเกิดโรคไตเรื้อรังในกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับยาทีโนโฟเวียร์ คือ 4.52/1,000 คน-ปี และ 2.29/1,000 คน-ปี จากการวิเคราะห์ด้วย Mixed model method พบว่า ค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไตของผู้ป่วยลดลงทั้ง 2 กลุ่ม โดยกลุ่มที่ได้รับยาทีโนโฟเวียร์มีค่าเฉลี่ยของอัตราการกรองของไตน้อยกว่า 1.92 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร (p-value = 0.022) อัตราการกรองของไตลดลงอย่างรวดเร็วในช่วง 2-3 ปีแรกหลังเริ่มได้รับยาทีโนโฟเวียร์ การตรวจติดตามการทำงานของไตอย่างใกล้ชิดจะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดภาวะความผิดปกติของไตในอนาคต⁽²²⁾

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า สูตรยา TLD มีแนวโน้มทำให้ระดับไขมันในเลือดโดยเฉพาะ triglycerides และ cholesterol ลดลงหรือคงที่และยังไม่มีข้อมูลที่บ่งชี้ว่า TLD ส่งผลกระทบต่อระดับน้ำตาลในเลือด ดังนั้น การควบคุมระดับน้ำตาล และระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ จึงเป็นเป้าหมายสำคัญในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือดต่อไป

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพของการเปลี่ยนยาต้านเอชไอวีเป็นชนิด TLD ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาวิจัย

1) จากการศึกษาก่อนเปลี่ยนสูตรยาต้านไวรัสไปเป็น TLD เป็นแนวทางที่เหมาะสมในการควบคุมระดับไขมันในเลือดของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ควรมีการติดตามผลในระยะยาว เพื่อประเมินผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวม เช่น น้ำหนักตัว ระดับน้ำตาล และความดันโลหิต

2) จากการศึกษาค้นคว้า การเลือกใช้สูตรยาต้านไวรัสที่ไม่เพิ่มระดับไขมันในเลือด เช่น TLD ดังนั้น ควรได้รับการพิจารณาเป็นลำดับแรก โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มี

ความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจควรมีการติดตามค่า Triglyceride เป็นระยะเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน

3) ควรมีการติดตามค่าระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยที่ได้รับยาสูตรต่างๆ อย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และควรมีการศึกษาถึงผลของ TLD ต่อระบบเมตาบอลิซึมและปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยยาต้านไวรัสเอชไอวีรายเก่าและรายใหม่ โรงพยาบาล ๕๐ พรรษามหาชิราลกรณ

2) ควรขยายขอบเขตการศึกษา ให้ครอบคลุมผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานหรือภาวะเมตาบอลิซึมผิดปกติ เพื่อประเมินว่าสูตรยาต้านไวรัส อาจมีผลต่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

3) การวิจัยครั้งต่อไปควรพิจารณาเพิ่มขอบเขตการศึกษาและตรวจสอบปัจจัยที่อาจมีผลต่อผลลัพธ์ เช่น พฤติกรรมการใช้ชีวิต ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง หรือการศึกษาผลในผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงสูง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนและช่วยในการพัฒนาวิธีการรักษาผู้ป่วย HIV ในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. **สถานการณ์การคาดประมาณผู้ติดเชื้อเอชไอวี (รายงานผู้ตรวจราชการ)**. นนทบุรี : กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ; 2561.
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. **การพยากรณ์โรคและภัยสุขภาพ ปี 2568**. (ออนไลน์). สืบค้นข้อมูลเมื่อวันที่ 30 เมษายน 2568. จาก <https:ddc.moph.go.th/uploads/publish/1668020250117052323.pdf> ; 2568.
3. โรงพยาบาล ๕๐ พรรษามหาชิราลกรณ. **สรุปผลงานการดำเนินงานประจำปี 2566** . โรงพยาบาล ๕๐ พรรษามหาชิราลกรณ ; 2566.
4. พิษณุตม์ เชียงคำ. **ยาต้านเอชไอวีสูตร TLD**. คลังข้อมูลยา. คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ; 2566.
5. ปิยนุช สมตน และ วรภัทรา สุธนันท์. **เปรียบเทียบผลการรักษาและการเปลี่ยนแปลงระดับไขมันในเลือดเปลี่ยนการรักษาด้วยยา Efavirenz เป็น Rilpivirine**. วารสารสถาบันบำราศนราดูร. 11(3) (กันยายน - ธันวาคม) ; 2561.
6. Wongsanen, T. **Dyslipidemia among Thai HIV-infected adults receiving antiretroviral therapy**. Siam University ; 2017.
7. Song, C., et al. **Association between Antiretroviral Regimens and Hypertriglyceridemia in HIV Patients in China**. *Lipids in Health and Disease*, 23(1), 68 ; 2024.
8. กรมควบคุมโรค. **แนวทางการให้ยาต้านไวรัสแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2564**. กระทรวงสาธารณสุข ; 2564.
9. Riddler, A., et al. **Impact of antiretroviral therapy on lipid profiles**. *The New England Journal of Medicine*, 356(23), 2522–2531; 2007.
10. Song, C., et al. **Effects of Antiretroviral Regimens on Lipid Profiles**. *Lipids in Health and Disease*, 23(1), 68; 2024.
11. Martinez, E., et al. **Changes in lipid profiles after switching to TDF-containing regimens**. *AIDS Research and Human Retroviruses*, 24(3), 347–352 ; 2008.

12. Hoffmann, C. J., et al. **Effects of switching to Dolutegravir-based ART on lipid profiles.** The Lancet HIV, 6(11),e778–e787 ; 2019.
13. Lake, J. E., et al. **Metabolic and endocrine adverse events with integrase inhibitors in people living with HIV.** AIDS, 35(2), 171-180;2021.
14. Zash, R., et al. **Update on Dolutegravir safety in pregnancy and birth outcomes.** New England Journal of Medicine, 382(10), 933–945 ; 2020.
15. โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น. **รายงานการติดตามผู้ป่วยเอชไอวีที่เปลี่ยนสูตรยาต้านไวรัสเป็น TLD ในคลินิก ARV ปีงบประมาณ 2565.** ขอนแก่น: งานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น ; 2565.
16. วารสารวิชาการสาธารณสุข. **ผลของสูตรยาต้านไวรัสต่อภาวะไขมันและน้ำตาลในเลือดของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในคลินิกโรงพยาบาลระดับอำเภอ.** วารสารวิชาการสาธารณสุข, 31(3), 45–55 ; 2565.
17. สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย. **แนวทางการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วม เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง.** กรุงเทพฯ: สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย ; 2564.
18. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. **แนวทางการให้ยาต้านไวรัสแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย พ.ศ. 2566.** กรุงเทพฯ: สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, กรมควบคุมโรค ; 2566.
19. World Health Organization. **Update on Dolutegravir and integrase inhibitors: Evidence summary.** Geneva: WHO. (ออนไลน์). สืบค้นเมื่อวันที่ 29 เมษายน 2568 จาก <https://www.who.int/publications/i/item/9789240022273> ; 2021.
20. Avihingsanon, A., Manosuthi, W., Pinyakorn, S., Jiamsakul, A., & Phanuphak, P. **The safety and efficacy of dolutegravir-based ART among Thai PLHIV with tuberculosis co-infection: A real-world study.** Thailand Ministry of Public Health ; 2022.
21. Nuntasaeen, T., Soontornpas, R., & Meesing, A. **Effectiveness and Safety of a Single-tablet Regimen of Antiretroviral Drugs Containing Dolutegravir (DTG), Lamivudine (3TC) and Tenofovir Disoproxil Fumarate (TDF) in Adult Patients with HIV Infection and AIDS at Srinagarind Hospital: A Retrospective Cohort Study.** Srinagarind Medical Journal, 39(6), 123-130 ; 2024.
22. จิรายุ วิสูตรานุกูล. **ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้ยาทีโนโฟเวียร์กับการเกิดภาวะการทำงานของไตบกพร่องและโรคไตเรื้อรังในผู้ใหญ่ไทยที่ติดเชื้อเอชไอวี.** Chulalongkorn University Theses and Dissertations (Chula ETD). 9091.(ออนไลน์). สืบค้นเมื่อวันที่ 30 เมษายน 2568 จาก <https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd/9091> ; 2019.

ผลการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ด้วยระบบพี่เลี้ยงคุณภาพ QRT โดยเครือข่ายความร่วมมือในพื้นที่ของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดอุบลราชธานี

“ Results of Hospital Quality Development with the Quality Representative Team For Community Hospitals by Quality Learning Network in Ubon Ratchathani Province.

พิชญานา ฮงทอง

กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลด้วยระบบพี่เลี้ยงคุณภาพ โดยเครือข่ายความร่วมมือในพื้นที่ของโรงพยาบาลชุมชน และศึกษาระดับความรู้ ทักษะของพี่เลี้ยงคุณภาพและทีมนำคุณภาพ กลุ่มตัวอย่าง คือ โรงพยาบาลที่จะขอรับการรับรองและต่ออายุการรับรอง 6 แห่ง พี่เลี้ยงคุณภาพจำนวน 30 คน ทีมนำคุณภาพจำนวน 180 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความรู้ ทักษะในกระบวนการพัฒนาคุณภาพ และแบบสำรวจความคิดเห็นต่อกระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Paired t- test

ผลการศึกษาพบว่า โรงพยาบาลที่เข้าร่วมกิจกรรม 6 แห่ง ผ่านการรับรอง 3 แห่ง ผ่านการต่ออายุการรับรอง 2 แห่ง รอประเมิน 1 แห่ง พี่เลี้ยงคุณภาพมีระดับค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ ก่อนเข้าร่วมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=2.28$, S.D.=0.25) หลังเข้าร่วมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}=3.73$, S.D.= 0.45) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.05$ ทีมนำคุณภาพก่อนเข้าร่วมมีระดับค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ อยู่ในระดับต่ำ ($\bar{x}=1.41$, S.D.=0.29) หลังเข้าร่วมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=3.14$, S.D.= 0.41) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.05$ มีความคิดเห็นด้วยต่อกระบวนการ

พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลด้วยระบบพี่เลี้ยงระดับมากที่สุด ($\bar{x}=4.31$, S.D.=0.83) การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลด้วยระบบพี่เลี้ยงคุณภาพ โดยเครือข่ายความร่วมมือในพื้นที่ของโรงพยาบาลชุมชน ส่งผลให้โรงพยาบาลผ่านการรับรอง HA เพิ่มขึ้น พี่เลี้ยงคุณภาพและทีมนำคุณภาพ มีระดับความรู้ ทักษะในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น ดังนั้น จึงควรพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลด้วยระบบพี่เลี้ยงคุณภาพ QRT โดยเครือข่ายความร่วมมือในพื้นที่ของโรงพยาบาลชุมชนในทุกโรงพยาบาล

คำสำคัญ : การพัฒนาคุณภาพ ระบบพี่เลี้ยง เครือข่ายความร่วมมือ

Abstract

This Action Research was to study the Results of Hospital Quality Development using a Quality Mentor System through a local cooperation network of community Hospitals and to study the level of knowledge and skills of Quality Mentors and Quality Representative Team: QRT. The sample consisted of 1 hospital

applying for certification, 5 hospitals renewing their certification, 30 QRT, and 180 Quality Leadership Team. Data was collected using a knowledge and skills questionnaire on the quality development process and a survey on opinions on the Hospital Accreditation development process. Descriptive data analysis included numbers, percentages, means, standard deviations, and Paired t-test statistics.

The study results found that 3 participating hospital was certified, 2 passed the certification renewal, and 1 was awaiting evaluation. The Quality Mentors had a moderate mean score of knowledge and skills before joining ($\bar{x}=2.28$, S.D.=0.25) and a high level after joining ($\bar{x}=3.73$, S.D.= 0.45), which were significantly different at $p<0.05$. The quality leader team before joining had a low mean score of knowledge and skills ($\bar{x}=1.41$, S.D.=0.29) and after joining, they were at a moderate level ($\bar{x}=3.14$, S.D.= 0.41), which were significantly different at $p<0.05$. They had the highest opinion on the hospital quality development process with the mentor ($\bar{x}=4.31$, S.D.=0.83). The development of hospital quality with the quality mentor system through the collaborative network in the community hospital area resulted in more hospitals being certified HA. The quality mentors and quality leader teams had a high level of knowledge, skills, and Skills for improving hospital quality are increasing. Therefore, hospital quality development should be carried out with a QRT quality mentoring system by a network of cooperation in community hospitals in every hospital.

Keywords : Quality Development, Mentor System, Collaborative Network

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุข ประกาศนโยบายตามแผนพัฒนายุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560–2579) โดยมีเป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” โดยกระทรวงสาธารณสุขวางกรอบแนวคิดการพัฒนาระบบสาธารณสุขให้มีความเชื่อมโยงกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี แผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 แผนยุทธศาสตร์ประกอบ ด้วยยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้าน คือ 1) ด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion, Prevention & Protection Excellence) 2) ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) 3) ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และ 4) ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) เป้าหมายแผนงานที่ 11 โครงการที่ 39 โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านการรับรอง Hospital Accreditation ชั้น 3 ร้อยละ 100⁽¹⁾ ในปี 2567 จังหวัดอุบลราชธานี มีโรงพยาบาลชุมชนที่รับผิดชอบในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 22 แห่ง ผ่านการรับรองแล้ว 19 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 86.36 อยู่ระหว่างขอรับรองชั้น 3 จำนวน 2 แห่ง (ขอรับรองใหม่ 1 แห่ง ส่งเอกสารขอต่ออายุก่อนหมดอายุล่วงหน้า 6 เดือนไม่ทันตามห้วงเวลา จำนวน 1 แห่ง) โรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองแล้วต้องรับการตรวจประเมินเพื่อต่ออายุการรับรอง จำนวน 8 แห่ง⁽²⁾ ซึ่งการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) : สรพ. มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้ระบบบริการสุขภาพเกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง มีความปลอดภัยและมีผลลัพธ์สุขภาพที่ดี⁽³⁾ ปัญหาสรรคในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของจังหวัดอุบลราชธานี ภายหลังจากสถานการณ์เกิดโรคระบาดโควิด 19 จนถึงในปัจจุบัน มีดังนี้ 1) ด้าน สรพ. มีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาปรับปรุงเครื่องมือคุณภาพบ่อย เช่น การปรับคู่มือมาตรฐานโรงพยาบาล จากฉบับที่ 4 เป็นฉบับที่ 5 ปรับแบบฟอร์มประเมินตนเอง (Self Assessment Report : SAR 2000 เป็น SAR 2022) พัฒนาและปรับปรุงมาตรฐาน 2P Safety เป็น 3P Safety และเน้นการพัฒนา

ตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย 9 ข้อ

- 2) ด้านโรงพยาบาลมีการเปลี่ยนแปลงผู้อำนวยการโรงพยาบาลและเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบงานคุณภาพ การพัฒนาด้านความรู้ ทักษะ การขับเคลื่อนงานคุณภาพ ไม่ต่อเนื่อง ขาดการควบคุมกำกับติดตามการแผนพัฒนาคุณภาพและการจัดทำรายงานข้อเสนอแนะ
- 3) ด้านบุคลากรในโรงพยาบาล ขาดความรู้ความเข้าใจ ต่อเกณฑ์และกระบวนการพัฒนาคุณภาพที่ปรับปรุงใหม่
- 4) ด้านการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล มีน้อยลง
- 5) จังหวัดอุบลราชธานีเป็นจังหวัดขนาดใหญ่ ที่มีโรงพยาบาลชุมชนจำนวนมาก
- 6) มีบุคลากร Quality Coach ที่ปรึกษากระบวนการพัฒนาคุณภาพจาก สรพ. จำนวน 1 คน ไม่เพียงพอกับขนาดพื้นที่ของจังหวัด
- 7) โรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองแล้วต้องรับการตรวจประเมินเฝ้าระวังคุณภาพภายใน 1 ปี 6 เดือนหลังการรับรอง และต้องรับการตรวจประเมินเพื่อต่ออายุการรับรอง เมื่อครบ 3 ปี⁽⁴⁾ ซึ่งเป็นภาระงานที่หนักมาก จึงมีการนำแนวคิดการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กระบวนการพัฒนาคุณภาพ ด้วยระบบพี่เลี้ยงคุณภาพ โดยเครือข่ายความร่วมมือของโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่จังหวัด มาใช้ในการขับเคลื่อนและพัฒนาความรู้ ซึ่งเชื่อว่า “ระบบพี่เลี้ยง” (Mentoring System)⁽⁵⁾ เป็นระบบที่ดูแลช่วยเหลือ สนับสนุนและให้คำปรึกษากับบุคลากรที่มีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่าโดยผู้ที่ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงต้องมีความรู้เชี่ยวชาญในงานและมีประสบการณ์การทำงานที่มากกว่าผู้ที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลเพื่อฝึกฝนทักษะสำคัญ สรพ. ได้จัดโครงการสานพลังเครือข่ายความร่วมมือในพื้นที่เพื่อพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล จังหวัดอุบลราชธานี ได้เข้าร่วมโครงการและมีการจัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Quality Learning Network : QLN) ในการขับเคลื่อนและกระตุ้นให้โรงพยาบาลมีการพัฒนายกระดับคุณภาพเพิ่มขึ้น โดยมีโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองแล้วเป็นแม่ข่าย (Node Management) พัฒนาบุคลากรที่มีคุณสมบัติเป็น พี่เลี้ยงคุณภาพ (Quality Representative Team: QRT) และมี Quality Coach ร่วมจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้งานคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อช่วยเหลือในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลให้ก้าวผ่านปัญหาจนได้รับการรับรองคุณภาพ HA⁽⁶⁾

ปัจจุบันโรงพยาบาลมีแนวโน้มที่จะไม่ผ่านการรับรองเพิ่มมากขึ้น เมื่อใกล้ถึงกำหนดการขอต่ออายุการรับรองต้องเร่งทบทวนข้อมูลเอกสารต่างๆ ข้อมูลไม่สมบูรณ์ ไม่เพียงพอ บุคลากรขาดความรู้ ทักษะ ไม่ผ่านการประเมิน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาผลการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลด้วยระบบพี่เลี้ยงคุณภาพ QRT โดยเครือข่ายความร่วมมือในพื้นที่ของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดอุบลราชธานีขึ้น

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลด้วยระบบพี่เลี้ยงคุณภาพ QRT โดยเครือข่ายความร่วมมือของพื้นที่ของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทักษะของพี่เลี้ยงคุณภาพ QRT และที่มำนำคุณภาพของโรงพยาบาลชุมชนในเรื่องการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

- 1) โรงพยาบาลชุมชนทั้งหมด จำนวน 22 โรงพยาบาล สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เฉพาะโรงพยาบาลที่จะขอรับการรับรองและต่ออายุการรับรองในห้วงเดือนกันยายน 2567 - มีนาคม 2568 จำนวน 6 โรงพยาบาล
- 2) พี่เลี้ยงคุณภาพ QRT ในระบบคุณภาพทุกคนทั้งหมด จำนวน 70 คน สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากที่ยังปฏิบัติงานในระบบคุณภาพและร่วมกิจกรรม QLN จากโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 30 คน
- 3) ทีมนำคุณภาพ จำนวนทั้งหมด 310 คน จากโรงพยาบาลชุมชนที่จะขอรับการรับรอง และขอต่ออายุการรับรองในปี 2567 ทั้งหมด จำนวน 8 โรงพยาบาล โรงพยาบาลละ 30 คน รวม 240 คน จำนวน ขนาดกลุ่มตัวอย่างมาจากตารางคำนวณสำเร็จรูปของ Krejcie & Morgan⁽⁷⁾ กำหนดให้สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร เท่ากับ 0.5 ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ ร้อยละ 5 และระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 สามารถคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างกับประชากร

ที่มีขนาดเล็กได้ตั้งแต่ 10 ขึ้นไป ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 172 ราย ผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 15 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (Polit & Hungler)⁽⁸⁾ ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 197 คน ร่วมกิจกรรมจริง 180 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. โรงพยาบาลที่เข้าร่วมกิจกรรมคือ โรงพยาบาลที่จะขอรับรองและขอต่ออายุการรับรองช่วงเดือนกันยายน 2567- มีนาคม 2568
2. พี่เลี้ยงคุณภาพ QRT คือ บุคลากรที่เข้าร่วมโครงการสานพลังเครือข่ายความร่วมมือในพื้นที่เพื่อพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล จาก สรพ. และเข้าร่วมกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในโรงพยาบาลที่จะดำเนินการขอรับการรับรองคุณภาพหรือต่ออายุการรับรองคุณภาพ ในปี 2567
3. ทีมนำคุณภาพ คือ บุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านคุณภาพในโรงพยาบาลชุมชนที่มีอายุงานตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป

เกณฑ์การคัดออก

พี่เลี้ยงคุณภาพ QRT ที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ร่วมกับทีมพี่เลี้ยงคุณภาพจังหวัดมากกว่า 2 ครั้ง ทีมนำคุณภาพที่มีอายุงานน้อยกว่า 2 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยใช้แบบสอบถามเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 เป็นข้อคำถามข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล ได้แก่ ขนาดเตียง จำนวนบุคลากร จำนวนครั้งที่รับการประเมิน ผลการประเมินในแต่ละครั้ง การสนับสนุนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กระบวนการพัฒนาคุณภาพ การจัดการกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในองค์กร การสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากร

ส่วนที่ 2 เป็นข้อคำถามข้อมูลทั่วไปของพี่เลี้ยงคุณภาพ QRT และทีมนำด้านคุณภาพประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา ระยะเวลาที่ปฏิบัติราชการ ประสบการณ์

การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ตำแหน่งความรับผิดชอบ ในกระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ประวัติการอบรม การมีส่วนร่วมกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลร่วมกับทีมพี่เลี้ยงคุณภาพ

ส่วนที่ 3 เป็นข้อคำถามแบบประเมินระดับความรู้ ทักษะ สำหรับพี่เลี้ยงคุณภาพและทีมนำคุณภาพ เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ประกอบด้วย ความรู้แนวคิดคุณภาพ เครื่องมือคุณภาพ แนวคิดการพัฒนา มาตรฐาน HA การบริหารจัดการความเสี่ยง แนวคิดการประยุกต์ใช้ 3-P safety มาตรฐานสำคัญ จำเป็นต่อความปลอดภัย 9 ข้อ กระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ทักษะการอ่าน ทักษะการวิเคราะห์ ทักษะการมองภาพใหญ่ ทักษะการสร้างความสัมพันธ์ ทักษะการสังเกต ทักษะการตั้งคำถาม ทักษะการฟัง ทักษะการทบทวน Case การทบทวนเวชระเบียน การวิเคราะห์ Recommendation การจัดทำ Service Profile การวางแผนการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การเยี่ยมชม สัมภาษณ์หน่วยงาน รวมจำนวน 22 ข้อ เป็นการวัดรายข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert's rating scale)⁽⁹⁾ แบ่งเป็น 5 ระดับ

ส่วนที่ 4 เป็นข้อคำถามแบบประเมินความคิดเห็น ต่อกระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ด้วยระบบพี่เลี้ยงคุณภาพ เป็นการวัดรายข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert's rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ

การแปลผลคำถามส่วนที่ 3 เป็นการวัดระดับความรู้ ทักษะ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert's rating scale)⁽⁹⁾ แบ่งเป็น 5 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยของเบสท์⁽¹⁰⁾

เกณฑ์ ความรู้ ทักษะ

ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33

หมายถึง ระดับต่ำ

ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.66

หมายถึง ระดับปานกลาง

ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.67 – 5.00

หมายถึง ระดับสูง

การแปลผลคำถามส่วนที่ 4 เป็นการวัดระดับความคิดเห็นจากมาตราส่วนประมาณค่า (Likert's rating scale)⁽⁹⁾ แบ่งเป็น 5 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยของเบสท์⁽¹⁰⁾

เกณฑ์ ระดับความคิดเห็นด้วย

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.80

หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 1.81 – 2.60

หมายถึง เห็นด้วยน้อย

คะแนนเฉลี่ย 2.61 – 3.40

หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.41 – 4.20

หมายถึง เห็นด้วยมาก

คะแนนเฉลี่ย 4.21 – 5.00

หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แบบสอบถามจากแบบประเมินความรู้และทักษะการเป็นผู้เยี่ยมสำรวจของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) : สรพ.⁽¹¹⁾ และมีผู้ทรงคุณวุฒิเป็น Quality Coach และพี่เลี้ยงคุณภาพ QRT ที่มีความรู้ความชำนาญด้านคุณภาพโรงพยาบาล จำนวน 3 ท่าน ในการรับรองเครื่องมือ มีค่า CVI = 0.82 ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา ครอนบาช = 0.91

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยใช้รูปแบบวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยประยุกต์แนวคิดของ Kemmis และ McTaggart⁽¹²⁾ และแนวคิดการพัฒนาคุณภาพของ Deming หรือวงจรเดมมิง ซึ่งเป็นวงจรพัฒนาพื้นฐานหลักของการพัฒนาคุณภาพทั้งระบบด้วยกระบวนการ PDCA ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก คือ 1) การวางแผนเพื่อไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (Planning) 2) การปฏิบัติการตามแผน (Action) 3) สังเกตการณ์ (Observation) และ 4) สะท้อนกลับ (Reflection) กระบวนการและผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และปรับปรุงแผนการปฏิบัติงาน (re-planning) โดยดำเนินการเช่นนี้ต่อไป จำนวน

3 วงรอบ ใช้ระยะเวลาดำเนินการวิจัย 7 เดือน ระหว่างวันที่ 1 กันยายน 2567 – 31 มีนาคม 2568 ดังนี้

ขั้นที่ 1 การวางแผน (Planning) เป็นการกำหนดจุดมุ่งหมาย แนวทางปฏิบัติของเครือข่ายความร่วมมือในพื้นที่โดยอาศัยการคาดคะเน แนวโน้มผลลัพธ์ จากการทบทวนปัญหาและวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ในอดีต การสรุปถอดบทเรียนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในเดือนสิงหาคม 2567 มีประเด็นปัญหาที่ต้องแก้ไขตามประสบการณ์ทั้งทางตรงและทางอ้อมของโรงพยาบาลที่ร่วมกิจกรรม QLN พบว่า โรงพยาบาลขาดการวางแผนการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ขาดการควบคุมกำกับติดตามการพัฒนา การจัดทำ Quality Improvement Plan ไม่สอดคล้องตาม Recommendation การสรรหาบุคลากรเป็นพี่เลี้ยงคุณภาพที่มีคุณสมบัติที่เหมาะสม การทบทวนความรู้ ทักษะ ในการจัดกระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล การพัฒนาศักยภาพพี่เลี้ยงคุณภาพ เพื่อให้มีความรู้ ทักษะ ให้มีความมั่นใจ การบริหารจัดการในองค์กร การวางแผนการใช้งบประมาณและทรัพยากร ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลกับโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการก่อนการจัดกิจกรรม QLN

ขั้นที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) เป็นขั้นตอนการลงมือปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ตามกระบวนการ QLN กับโรงพยาบาลที่ร่วมโครงการ ทีมพี่เลี้ยงคุณภาพศึกษาข้อมูลจากการประเมินตนเอง (Self Assessment Report) Hospital Profile วิเคราะห์ข้อมูล มีการประชุมทีมพี่เลี้ยง Before Action Review เรียนรู้ประเด็นที่โรงพยาบาลต้องพัฒนา Brife ประเด็นสำคัญที่ต้องมุ่งเน้นในการพัฒนา แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการนำเสนอข้อมูลของโรงพยาบาล แลกเปลี่ยนเรียนรู้หน่วยงานด้วย Quality Coach และพี่เลี้ยงคุณภาพ After Action Review หลังแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อให้พี่เลี้ยงคุณภาพและทีมนำคุณภาพ จัดเก็บข้อมูลผลการแลกเปลี่ยน ทำความเข้าใจและนำไปปรับปรุงการพัฒนาตามบริบทของโรงพยาบาล และควบคุมการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามแผน

ขั้นที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation) เป็นขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการ

พัฒนา คุณภาพตามมาตรฐาน HA ของที่เลี้ยงคุณภาพ
ที่มำนำคุณภาพของโรงพยาบาล ประเมินการตอบสนอง
ต่อกิจกรรม กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนา
คุณภาพโรงพยาบาลด้วยระบบที่เลี้ยงคุณภาพ ในประเด็น
วิธีการเยี่ยมเสริมพลัง (Trace, Presentation Coaching)
การทำความเข้าใจข้อเสนอแนะ ความรู้ ทักษะ การนำ
มาตรฐาน HA สู่อำนาจปฏิบัติ

ขั้นที่ 4 การสะท้อนกลับ (Reflection) เป็นขั้น
ของการให้ข้อมูลถึงข้อบกพร่องที่สังเกตและผลการ
ปฏิบัติงานตามที่วางแผนการไว้ ตลอดจนวิเคราะห์เกี่ยวกับ
ปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยอุปสรรคการพัฒนา เพื่อนำมา
พัฒนาวิธีการเยี่ยมเสริมพลัง การแก้ไขข้อบกพร่องแล้วนำไป
ปรับปรุงกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กระบวนการ
พัฒนาคุณภาพ นำสู่การปฏิบัติแลกเปลี่ยนเรียนรู้ก่อน
เยี่ยมเสริมพลังประเด็นที่ได้เรียนรู้ด้วย Before Action
Review การ Brief การเรียนรู้ขณะเยี่ยมและการทำ
After Action Review ประเมินผลการพัฒนาคุณภาพ
ที่เลี้ยงคุณภาพ และประเมินการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล
และความคิดเห็นต่อกระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล
ด้วยระบบที่เลี้ยงคุณภาพนำข้อมูล ข้อเสนอแนะนำไป
ปรับปรุงกระบวนการในรอบต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่
กำหนด ดำเนินการใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวม
ข้อมูลจากกลุ่มเป้าหมายที่เลี้ยงคุณภาพ กลุ่มเป้าหมาย
ที่มำนำคุณภาพของโรงพยาบาลในพื้นที่ตามเกณฑ์การคัด
ตัวอย่างเข้าร่วมวิจัยก่อนดำเนินการวิจัย

2. จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กระบวนการ
พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามแผนของโรงพยาบาลที่
คัดเลือกใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลจาก
กลุ่มเป้าหมายที่เลี้ยงคุณภาพ และที่มำนำคุณภาพของ
โรงพยาบาลที่เข้าร่วมกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ตาม
เกณฑ์การคัดตัวอย่างเข้าร่วมวิจัยหลังเสร็จสิ้นตามแผน

3. รวบรวมข้อมูลจากการอบรมทำให้ความรู้
ที่เลี้ยงคุณภาพ และจากการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้
QLN ใช้แบบสอบถามในการจัดเก็บข้อมูลแล้วนำมา
วิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)
ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน (S.D) สำหรับอธิบายข้อมูลคุณสมบัติที่สำคัญ
ของกลุ่มเป้าหมาย

2. สถิติเชิงอนุมาน Pair t-test ใช้ในการ
เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนของตัวแปรความรู้
ทักษะ ความคิดเห็นต่อกระบวนการพัฒนาคุณภาพ
โรงพยาบาล ในการประเมินกลุ่มเดียวกัน ก่อน - หลัง
กำหนดระดับการมีนัยสำคัญที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้รับการรับรองจริยธรรม
การทำวิจัยในมนุษย์ จากมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และ
ผ่านการรับรองให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการ
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดอุบลราชธานี เอกสารรับรองเลขที่ SSJ.UB
2567-146 รับรองวันที่ 2 กันยายน 2567 ถึงวันที่ 1
กันยายน 2568 และได้ให้ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการวิจัย
แก่กลุ่มตัวอย่าง โดยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านคำชี้แจงการ
เข้าร่วมวิจัย สมัครใจยินยอมเข้าร่วมการวิจัย สามารถ
ปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบ
ข้อมูลทั้งหมดเก็บเป็นความลับและจะนำมาใช้เพื่อ
วัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยเท่านั้นเมื่อตกลงยินยอม
แล้วจึงดำเนินการจัดเก็บข้อมูลต่อไป

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 1 โรงพยาบาลที่เข้าร่วม
โครงการ จำนวน 6 โรงพยาบาล เป็นโรงพยาบาลขนาด
ไม่เกิน 60 เตียง ผ่านการรับรองแล้ว 1 ครั้ง จำนวน 3 แห่ง
รับรองมาตรฐานใหม่ 3 โรงพยาบาล มีการสนับสนุน
กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทุก รพ. มีการสนับสนุน
ให้บุคลากรเข้ารับการพัฒนาศักยภาพไม่ครอบคลุม
ร้อยละ 50

2. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน
26 คน (ร้อยละ 86.67) กลุ่มอายุมากที่สุดระหว่าง
30 - 45 ปี จำนวน 25 คน (ร้อยละ 83.33) จบการศึกษา
ปริญญาตรี ร้อยละ 100 ที่มำนำคุณภาพ จำนวน 180 คน

ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 161 คน (ร้อยละ 89.44) กลุ่มอายุระหว่าง 35 - 50 ปี จำนวน 152 คน (ร้อยละ 84.44) การศึกษาส่วนใหญ่จบปริญญาตรี จำนวน 172 คน (ร้อยละ 95.34) ประสบการณ์การทำงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลมากกว่า 5 ปี จำนวน 163 คน (ร้อยละ 90.56)

3. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลระดับความรู้ ทักษะ ของพี่เลี้ยงคุณภาพและทีมงานคุณภาพของโรงพยาบาล และผลของกระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลด้วยระบบพี่เลี้ยงคุณภาพ QRT ดังนี้

ตารางที่ 1 ผลการประเมินความรู้ ทักษะ ของพี่เลี้ยงคุณภาพด้านกระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล จำแนกรายด้าน (n = 30)

ประเด็นการประเมิน	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		t	p
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.		
ด้านความรู้	2.24	0.27	3.86	0.37	-10.331	0.000
ด้านทักษะ	2.32	0.29	3.59	0.43	-6.031	0.000
ภาพรวม	2.28	0.25	3.73	0.45	-7.79	0.000*

* p<0.05

ผลการประเมินระดับความรู้ ทักษะ ของพี่เลี้ยงคุณภาพ QRT ก่อนการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลโดยเครือข่ายความร่วมมือในพื้นที่ พบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ อยู่ในระดับปานกลาง (\bar{x} =2.28, S.D.=0.25) หลังการร่วมกิจกรรมค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ อยู่ในระดับสูง (\bar{x} =3.73, S.D.= 0.45) ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังการพัฒนาศักยภาพแตกต่างกัน โดยหลังการร่วมกิจกรรมพบว่าพี่เลี้ยงคุณภาพมีความรู้ ทักษะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05)

ตารางที่ 2 ผลการประเมินระดับความรู้ ทักษะ ของทีมงานคุณภาพของโรงพยาบาลในเรื่องการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล จำแนกรายด้าน (n = 180)

ประเด็นการประเมิน	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		t	p
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.		
ด้านความรู้	1.56	0.31	3.32	0.40	-9.753	0.000
ด้านทักษะ	1.26	0.28	2.44	0.47	-8.402	0.000
ภาพรวม	1.41	0.29	3.14	0.41	-8.905	0.000*

* p<0.05

ผลการประเมินความรู้ ทักษะของบุคลากรโรงพยาบาลก่อนการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล โดยเครือข่ายความร่วมมือในพื้นที่ของโรงพยาบาลชุมชน พบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ อยู่ในระดับต่ำ (\bar{x} =1.41, S.D.=0.29) หลังการร่วมการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้มีการพัฒนาเพิ่มค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ อยู่ในระดับอยู่ในปานกลาง (\bar{x} =3.14, S.D.= 0.41) ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนน

ความรู้ก่อนและหลังการร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลมีความแตกต่างกันบุคลากรโรงพยาบาลหลังการร่วมกิจกรรมมีความรู้ ทักษะเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ตารางที่ 3 ผลการประเมินความคิดเห็นของทีมนำคุณภาพต่อกระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลด้วยระบบพี่เลี้ยงคุณภาพ QRT (n=180)

ลำดับ	ประเด็นคำถาม	\bar{x}	S.D.	ระดับ ความเห็น
1	ความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลด้วยระบบพี่เลี้ยงคุณภาพ มีความคุ้มค่ากับเงินงบประมาณที่จ่าย	4.51	0.78	มากที่สุด
2	ผู้บังคับบัญชาสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ รพ.ระบบพี่เลี้ยงคุณภาพ	4.31	0.85	มากที่สุด
3	ความพึงพอใจต่อการพัฒนาคุณภาพ รพ. ด้วยระบบพี่เลี้ยงคุณภาพ	4.38	0.88	มากที่สุด
4	ความมั่นใจในความรู้ความสามารถของพี่เลี้ยงคุณภาพ จาก รพ.ในเครือข่าย	4.23	0.82	มากที่สุด
5	ความคิดเห็นต่อกระบวนการพัฒนาคุณภาพ รพ. ด้วยระบบพี่เลี้ยงคุณภาพ จะส่งผลให้ รพ.ผ่านการรับรอง รพ. HA และผ่านการรับรองซ้ำ	4.33	0.78	มากที่สุด
6	การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลด้วยระบบพี่เลี้ยง ที่ส่งผลต่อความสำเร็จ ในด้านต่างๆ ของ รพ.	4.23	0.79	มากที่สุด
7	การเข้าร่วมกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กระบวนการพัฒนาคุณภาพด้วยระบบพี่เลี้ยง ระหว่าง รพ. มีประโยชน์ต่อการพัฒนาศักยภาพของพี่เลี้ยงคุณภาพ และบุคลากร รพ.	4.36	0.76	มากที่สุด
8	การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลด้วยระบบพี่เลี้ยงคุณภาพ เน้นการวิเคราะห์ปัญหา การหาแนวทางในการป้องกันปัญหาและพัฒนาการทำงานให้ดียิ่งขึ้น	4.21	0.94	มาก
9	ความเหมาะสมของรูปแบบ เนื้อหา ในการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่าง รพ.	4.21	0.92	มากที่สุด
10	การพัฒนาคุณภาพ รพ. ด้วยระบบพี่เลี้ยงคุณภาพ QRT ทำให้ท่านมีความเข้าใจในการทำงานคุณภาพในส่วนของงานที่ท่านรับผิดชอบ	4.28	0.76	มากที่สุด
ค่าเฉลี่ย		4.31	0.83	มากที่สุด

จากตารางที่ 3 ระดับความคิดเห็นของทีมนำคุณภาพเห็นด้วยต่อกระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลด้วยระบบพี่เลี้ยงคุณภาพ QRT โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.31$, S.D.=0.83) และมีระดับความคิดเห็นด้วยในระดับมากต่อประเด็นการวิเคราะห์ปัญหาการหาแนวทางในการป้องกันปัญหาและพัฒนาการทำงานให้ดียิ่งขึ้น ($\bar{x} = 4.21$, S.D.=0.94)

อภิปรายผล

จากการศึกษาผลการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ด้วยระบบพี่เลี้ยงคุณภาพ QRT โดยเครือข่ายความร่วมมือในพื้นที่ของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า โรงพยาบาลชุมชนผ่านการรับรองระดับมาตรฐานรับรองอายุ 3 ปี 3 แห่ง ผ่านการรับรองต่ออายุ 2 แห่ง รอรับการประเมิน 1 แห่ง ผลการศึกษาระดับความรู้ ทักษะของพี่เลี้ยงคุณภาพ QRT ก่อนร่วมกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ด้วยระบบพี่เลี้ยงคุณภาพ QRT โดยเครือข่ายความร่วมมือในพื้นที่ของโรงพยาบาลชุมชน มีระดับค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=2.28$, S.D.=0.25) หลังร่วมกิจกรรมมีระดับค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}=3.73$, S.D.= 0.45) หลังการร่วมกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ส่งผลให้พี่เลี้ยงคุณภาพมีระดับความรู้ ทักษะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และที่มนำคุณภาพของโรงพยาบาลชุมชน ก่อนร่วมกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีระดับค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{x}=1.41$, S.D.=0.29) หลังการร่วมกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ส่งผลให้ที่มนำคุณภาพของโรงพยาบาลชุมชน มีระดับค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะในระดับปานกลาง ($\bar{x}=3.14$, S.D.= 0.41) จะเห็นว่าบุคลากรของโรงพยาบาลชุมชน มีความรู้ ทักษะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนผลการประเมินความคิดเห็นของทีมนำคุณภาพของโรงพยาบาลต่อกระบวนการ พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ด้วยระบบพี่เลี้ยงคุณภาพ QRT พบว่า มีระดับความคิดเห็นโดยรวมเห็นด้วยต่อกระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ด้วยระบบพี่เลี้ยงคุณภาพ อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}=4.31$, S.D.=0.83) ประกอบด้วยความคิดเห็นต่อผู้บังคับบัญชาให้การสนับสนุน มีความคุ้มค่ากับเงินงบประมาณที่จ่าย มีความพึงพอใจ มีความมั่นใจในความรู้ความสามารถของพี่เลี้ยงคุณภาพ ความเหมาะสมของรูปแบบ เนื้อหากระบวนการของ พี่เลี้ยงคุณภาพส่งผลต่อความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับผลการศึกษาของกัลยาณี สุเวทเวทิน⁽¹³⁾

ซึ่งได้ศึกษากระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล HA จังหวัดอำนาจเจริญ พบว่าการใช้ระบบพี่เลี้ยงในการพัฒนา ทำให้จังหวัดอำนาจเจริญผ่านการรับรอง HA ร้อยละ 100 ในปี 2556 และความคิดเห็นของทีมพัฒนาคุณภาพในระบบพี่เลี้ยงต่อความสำเร็จ พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา และมีความคุ้มค่ากับเงินงบประมาณ อยู่ในระดับมากที่สุด และเห็นควรมีการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล และพัฒนาทักษะการปฏิบัติงานเพื่อกระตุ้นการพัฒนา งานอย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับผลการศึกษาของสุนันท์นีย์ หอมเลย⁽¹⁴⁾ ที่พบว่า การเพิ่มองค์ความรู้ในการพัฒนาคุณภาพและเพิ่มแรงจูงใจให้เจ้าหน้าที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชน สอดคล้องกับเตือนใจ แสร้งสินธุ์⁽¹⁵⁾ ที่ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดศรีสะเกษ ผลการศึกษาเป็นไปในทิศทางเดียวกันว่า ผู้บริหารหรือผู้นำมีส่วนสำคัญที่ทำให้การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลประสบความสำเร็จ สอดคล้องกับแนวคิดของ Lussier ที่เห็นว่า ผู้นำการเปลี่ยนแปลงคือ ผู้ที่มีความสามารถในการกระตุ้นสร้างแรงบันดาลใจ เห็นด้วยกับการสร้างความเชื่อมั่นศรัทธาให้บุคลากรทุ่มเทพฏิบัติงานทุกอย่างด้วยความเต็มใจ สอดคล้องกับผลการศึกษาของจุฑาสินี สัมมานันท์⁽¹⁶⁾ เห็นด้วยมากที่สุดกับการเพิ่มองค์ความรู้ในการพัฒนาคุณภาพและเพิ่มแรงจูงใจให้เจ้าหน้าที่จะส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล สอดคล้องกับแนวความคิด 3C- PDCA ของอนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล⁽¹⁷⁾ การบริหารคุณภาพองค์กรมุ่งไปสู่การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ (learning organization) การให้บริการที่เป็นเลิศ (excellency) จะนำไปสู่ความอยู่รอดขององค์กรในระยะยาวต้องมีเป้าหมายร่วมกัน ผู้ปฏิบัติงานได้รับการเสริมพลังให้มีความรู้และอำนาจในการตัดสินใจแก้ปัญหา หรือปรับปรุงงานในส่วนที่ตนเองรับผิดชอบ และองค์กรมีวัฒนธรรมของการเรียนรู้และพัฒนาอย่างไม่หยุดยั้ง

ดังนั้นการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลให้ผ่านการรับรองคุณภาพและมีความยั่งยืนของจังหวัดอุบลราชธานี ได้ดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลด้วยระบบพี่เลี้ยงคุณภาพ QRT โดยเครือข่ายความร่วมมือของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นแนวทางที่เหมาะสมในการพัฒนาศักยภาพของทีมพี่เลี้ยงคุณภาพให้มีความรู้ ทักษะในงานคุณภาพ สามารถสอนให้คำแนะนำ ปรึกษากับผู้ถูกดูแลที่เป็นบุคลากรของโรงพยาบาลให้มีการพัฒนาความรู้ ทักษะในการดำเนินงาน เกิดการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างบุคลากรในเครือข่ายที่จะส่งผลให้จังหวัดอุบลราชธานี ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลได้อย่างมั่นคงและยั่งยืน จึงเห็นควรมีการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ด้วยระบบพี่เลี้ยงคุณภาพ QRT โดยเครือข่ายของโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ในจังหวัดอุบลราชธานีต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้นำควรสนับสนุนให้บุคลากรได้รับการพัฒนาศักยภาพแนวคิดพื้นฐานการพัฒนาคุณภาพที่ทันสมัย
2. ควรสร้างแรงจูงใจให้กับบุคลากรในรูปแบบต่างๆ เช่น การให้กำลังใจและส่งเสริมจุดเด่น การประกวดผลงาน นวัตกรรมใหม่ๆ ในทุกระดับ เพื่อกระตุ้นให้เกิดกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และการยกย่องยินดีกับความสำเร็จของบุคลากรเพื่อให้กำลังใจบุคลากร
3. โรงพยาบาลควรนำข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาจากการเยี่ยมสำรวจของ สรพ. มาจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพ และมีการติดตามประเมินผลความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่องทุกไตรมาส

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษารูปแบบการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลที่ยั่งยืน โดยใช้ตัวแปรอื่นๆ เช่น การบริหารจัดการความเสี่ยง การใช้มาตรฐานสำคัญจำเป็น การใช้วัฒนธรรมองค์กร และการสื่อสารในองค์กร เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560-2579), ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2 (พ.ศ. 2561).
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. เอกสารรับการตรวจราชการรอบที่ 2 กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ และรูปแบบบริการ, ปีงบประมาณ 2567.
3. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5. พิมพ์ครั้งที่ 2 (ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 2 เมษายน 2565).
4. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). ประกาศระเบียบคณะกรรมการว่าด้วยหลักเกณฑ์ และวิธีการในการประเมินการพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล, 16 ต.ค. 2566.
5. ศุภวิทย์ ภาชินันทร (เซนเซเล็ก), พญ.ญานี โชคสมงาม. (2564). “KM KNOWLEDGE MANAGEMENT”.
6. วราภรณ์ สักกะโต. กระบวนการ Quality Learning Network : QLN , เอกสารอัดสำเนา 20 ธ.ค. 2563.
7. Krejcie, R.V., & D.W. Morgan. (1970). “Determining Sample Size for Research Activities”. Educational and Psychological Measurement. 30(3) : 607 – 610.
8. Polit GF, Hungler BP. Nursing research principles and method. 6th ed. Philadelphia: Lippincott ; 1999.
9. Rensis A. (1961). ลิเคิร์ตสเกล (Likert Scale) 5 ระดับโดย เร็นซิส เอ.ลิเคิร์ต (Rensis A.Likert) Likert, New Patterns of Management.
10. New York : McGraw-Hill Book Company Inc.www.cmruir.cmru.ac.th > bitstream > เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของเบสท์ (Best,1977).
11. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). คู่มือผู้เยี่ยมชมสำรวจ (SURVEYOR HANDBOOK) 2020. (หน้า149-159)
12. วิทยาลัยเทคโนโลยีอักษรพัทยา กระทรวงศึกษาธิการ. คู่มือการจัดทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ.
13. กัลยาณี สุเวทเวทิน. บทความวิจัยการศึกษากระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล HA (Hospital Accreditation) จังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม ปีที่ 15 ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2561.
14. สุนันทินีย์ หอมเลย. ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดเพชรบุรี. วารสารวิชาการและพยาบาลวิทยาลัยบรมราชชนนี จักรีรัช ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2564.
15. เตือนใจ แสร้งสินธุ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
16. จุฑาสินี สัมมานันท์. ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล: กรณีศึกษาโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการเชิงกลยุทธ์ คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 2560
17. อนุวัฒน์ ศุภชุตีกุล. ประยุกต์ใช้ 3C-PDSA. เอกสารอัดสำเนา 20 ธ.ค. 2563.