



สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

วารสารวิชาการ

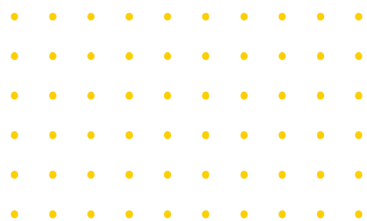
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

Academic Journal

of Mahasarakham Provincial Public Health Office

ปีที่ 8 ฉบับที่ 17 มิถุนายน 2567 – กันยายน 2567

Vol.8 No.17 June 2024 – September 2024



วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

เจ้าของ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม	
ที่ปรึกษา	ดร.นายแพทย์พิทักษ์พงศ์ พายูหะ นายแพทย์หัสชา เนือยทอง นายพรสิทธิ์ ทวยนันท์ ทันตแพทย์วิวัฒน์ ศรีวัฒนา เภสัชกรบุญถม ปาปะแพ ดร.เพชรวรรณ คุณกุลรัตน์ นายฤทธิรงค์ เรืองฤทธิ์ นายวิหวัศ ละอองทอง	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านทันตสาธารณสุข) เภสัชกรเชี่ยวชาญ (ด้านเภสัชสาธารณสุข) รักษาการ นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการวิชาการ) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ (ด้านบริการทางวิชาการ) รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการพิเศษ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
บรรณาธิการ	ดร.สัจด์ เชื้อลิ้นฟ้า	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
รองบรรณาธิการ	ดร.รัชณีวิภา จิตรากุล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
กองบรรณาธิการ	ศ.ดร.วงศา เล้าหศิริวงศ์ ผศ.ดร.พญ.ศิรินาถ ตงศิริ ผศ.ดร.ภญ.ชนัดดา พลอยล้อมแสง รศ.ดร.สุมัทนา กลางคาร รศ.ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต ผศ.ดร.ชาญชัยณรงค์ ทรงศาศรี ผศ.ดร.รังสรรค์ สิงห์เลิศ รศ.ดร.ณรงค์ฤทธิ์ โสภา ผศ.ดร.นิสากร วิบูลชัย ดร.ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์ ดร.อัจฉรา มีนาสันติรักษ์ ดร.ธีรศักดิ์ พาจันท์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

ฝ่ายจัดการ	ดร.รัชนีวิภา จิตรากุล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
	นางสาวสิริมาพร นาศพัฒนา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
	นายสุเมธ ระโยธี	นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ
	นางสาวณัฐรญา ไชยคำภา	นักวิชาการสาธารณสุข

กำหนดออก ราย 4 เดือน (ตุลาคม-มกราคม, กุมภาพันธ์-พฤษภาคม, มิถุนายน-กันยายน)

สำนักงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ถนนเลี้ยวเมืองมหาสารคาม-ร้อยเอ็ด
ตำบลแวงน่าง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม 44000
โทร. 0-4377-7811, 0-4377-7972-313 โทรสาร 0-4377-7811
E-mail address: Journal.mk2560@gmail.com, Journal.mk2560@yahoo.com

ความคิดเห็น ข้อมูล และบทสรุปต่างๆ ที่ลงตีพิมพ์ในวารสารสำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดมหาสารคาม เป็นของผู้เขียนบทความ และมีได้แสดงว่าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
และคณะผู้จัดทำเห็นพ้องด้วยทั้งหมด

บทบรรณาธิการ

วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามฉบับที่สิบเจ็ดนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม เป็นแหล่งตีพิมพ์ผลงานทางวิชาการของ บุคลากรสาธารณสุข พัฒนาวิชาการให้เป็นที่ยอมรับทางวิชาการในระดับสากล พร้อมทั้งเพื่อให้เกิด ความร่วมมือทางวิชาการระดับกระทรวงสาธารณสุขและระดับหน่วยงานด้านการศึกษา โดยกำหนดให้เป็น วารสารราย 4 เดือน จัดพิมพ์ในรอบเดือนมกราคม พฤษภาคม และกันยายน งานวิจัยที่มีความสำคัญ ได้แก่ รายงานผู้ป่วย (Case Report) จำนวน 1 เรื่อง ได้แก่ 1) การรักษาฟันแท้หลุดจากเบ้าฟันที่มีระยะเวลา ฟันห่างนอกช่องปากมากกว่า 60 นาที : รายงานผู้ป่วย รายงานเบื้องต้น (Preliminary Report) จำนวน 1 เรื่อง ได้แก่ 1) โครงการพัฒนาจัดทำโปรแกรมฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อน (Lep Base) นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article) จำนวน 11 เรื่อง ได้แก่ 1) การพยาบาลผู้ป่วยที่มีการตั้งครรภ์นอกมดลูก : กรณีศึกษา 2) แบบประเมินมาตรฐานสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อน ระดับชาติ 3) การพัฒนารูปแบบการดูแลรักษา ผู้ป่วยวัณโรคที่อยู่อาศัยหลายขนาน โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัด มหาสารคาม 4) ผลการดำเนินงานบริหารเภสัชกรรมในผู้ป่วยวัณโรคโรงพยาบาลอุดรฯ จังหวัดมหาสารคาม 5) การพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับการใช้เทคโนโลยีในการติดตามสุขภาพ ทางไกล (Telehealth) โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม 6) การพัฒนารูปแบบโรงเรียน ผู้สูงอายุเพื่อการส่งเสริมสุขภาพในผู้ต้องขังสูงอายุเรือนจำกลางสงขลา 7) การประเมินผลการดำเนินงาน พัฒนาระบบการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ (AMR) และระบบหยุดยาปฏิชีวนะอัตโนมัติโรงพยาบาลบรบือ 8) การพัฒนาโปรแกรมชะลอไตเสื่อมด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทยในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 9) การพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้านที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม บ้านหนองแวง ตำบลแวงน่าง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม 10) การพัฒนารูปแบบประสพการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชไม่ป่วยซ้ำ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน รพ.สต.บ้านหนองบัวสันต ตำบลหนองบัวสันต อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม 11) ประสิทธิภาพ ของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพ จังหวัดมหาสารคาม ปี 2566

ทั้งนี้ ขอกราบขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่างๆ จากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย มหาสารคาม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก และวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์ และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ที่ให้ข้อเสนอแนะ ปรับปรุงแก้ไขให้งานวิจัยมีคุณภาพมากขึ้น ซึ่งมุ่งหวังให้วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม เข้าสู่มาตรฐานทางวิชาการ กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่าวารสารนี้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพงานวิจัยและการเผยแพร่ ผลงานให้มีการใช้ประโยชน์ที่มากขึ้น เพื่อการพัฒนาสาธารณสุขต่อไป

ดร.สัจด์ เชื้อกลิ่นฟ้า

บรรณาธิการ

วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

สารบัญ	หน้าที่
Contents	Page
บทบรรณาธิการ	
รายงานผู้ป่วย	
Case Report	
การรักษาฟันแท้หลุดจากเบ้าฟันที่มีระยะเวลาฟันแห้งนอกช่องปากมากกว่า 60 นาที : รายงานผู้ป่วย Treatment of Avulsed Permanent tooth with prolonged extraoral dry time over 60 minutes : Case report ชุตินา จันทร์เพ็ญ* Chutima Janpen *	1
รายงานเบื้องต้น	
Preliminary Report	
โครงการพัฒนาจัดทำโปรแกรมฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อน (Lep Base) The development of a national database of leprosy patients to effectively control leprosy (Lep Base) พจนานา ชาญภูกิตติกุล ¹ , ชุตินา พงเดช ² , ศิรามาศ รอดจันทร์ ³ , ธีระศักดิ์ หุ่นชัยภูมิ ⁴ , กุสุมา อนุพันธ์ ⁵ , วันชัย ชื่นเนียม ⁶ Pojana Thanyakittikul ¹ , Shutivan Ponladech ² , Siramas Rodchan ³ , Thirasak Hoonchaiyaphum ⁴ , Kusuma Anuphan ⁵ , Wanchai Chuenniam ⁶	9
นิพนธ์ต้นฉบับ	
Original Article	
การพยาบาลผู้ป่วยที่มีการตั้งครรภ์นอกมดลูก : กรณีศึกษา Nursing care for a patient with ectopic pregnancy : Case Study สมจิตร เอียดเกลี้ยง* Somchit Eadklieng *	31
แบบประเมินมาตรฐานสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อน ระดับชาติ Development of a practical guideline for evaluating the standards of national leprosy node. พจนานา ชาญภูกิตติกุล ¹ , ชุตินา พงเดช ² , สราญจิต วิมูลชาติ ³ Pojana Thanyakittikul ¹ , Shutivan Ponladech ² , Saranjit Wimoolchart ³	45

สารบัญ Contents	หน้าที่ Page
<p>การพัฒนาแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน โดยการมีส่วนร่วม ของทีมสหวิชาชีพ อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม The development of a care model for multidrug-resistant tuberculosis patients through the participation of a multidisciplinary team in Phayakkhaphumphisai District, Mahasarakham Province. กุสุมาลย์ ศรีภูวงษ์* Kusuma Sriphuwong*</p>	63
<p>ผลการดำเนินงานบริหารเภสัชกรรมในผู้ป่วยวัณโรคโรงพยาบาลกุตรัง จังหวัดมหาสารคาม The effects of pharmaceutical care in tuberculosis patients at Kudrang hospital, Mahasarakham province นิพนพานี อุดมสุข* Nippanee Udomsuk*</p>	79
<p>การพัฒนาแบบการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับการใช้เทคโนโลยี ในการติดตามสุขภาพทางไกล (Telehealth) โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม The development of a self-management model for diabetes patients combined with the use of Telehealth technology for remote health monitoring at Phayakkhaphumphisai Hospital, Mahasarakham Province. สมควร ธนาพิบูลย์ผล* Somkhuan Tanapibunphol*</p>	90
<p>การพัฒนาแบบโรงเรียนผู้สูงอายุเพื่อการส่งเสริมสุขภาพในผู้ต้องขังผู้สูงอายุ เรือนจำกลางสงขลา Development of a school model for the elderly to promote health among elderly prisoners at Songkhla Central Prison เพ็ญศิริ อัดถาววงศ์¹, ศิริเพ็ญ หนูสาย², พิทยา หนูเพชร³, วิทวา สมสุข⁴ นิชรีกรณ์ เจะดูหมั่น⁵, ภัชลดดา สิทธิคง⁶ และคณะ Phensiri Atthawong¹, Siripen Nusai², Phittaya Noopatch³, Wittawa Somsuk⁴, Nichareekorn Jeduman⁵, Phatlada Sittikong⁶ et al.</p>	104

สารบัญ Contents	หน้าที่ Page
การประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาระบบการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ (AMR) และระบบหยุดยาปฏิชีวนะอัตโนมัติโรงพยาบาลบรบือ Evaluation of the Development of Antimicrobial Resistance (AMR) Management and the Autostop Antibiotic System at Borabue Hospital ณัฐถากรณ์ เห่งี่ยมสมบัติ* Nutthakorn Ngiamsoibat*	114
การพัฒนาโปรแกรมชะลอไตเสื่อมด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทย ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 Development of a Program to Delay Renal Failure Using Traditional Thai Medicine for Patients with Chronic Kidney Disease at Somdejprasangkharach XVII Hospital ผานิต เยี่ยมสวัสดิ์* Phanit Yiamsawat*	125
การพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม บ้านหนองแวง ตำบลแวงน่าง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม Development of self-management models to promote the health of homebound elderly who are at risk of falling in Nhong Wang Village, Tambon Wang-Nang, Muang district, Maha Sarakham Province. สุกัญญา วัฒนประไพจิตร* Sukanya Wattanaprapaijit*	137
การพัฒนารูปแบบประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชไม่ป่วยซ้ำ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน รพ.สต.บ้านหนองบัวสันต ตำบลหนองบัวสันต อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม Developing a self-care experience model for psychiatric patients to prevent relapse by community participation Nong Bua Santu Subdistrict Health Promoting Hospital Nong Bua Santu Subdistrict Yang Si Surat District Maha Sarakham Province พรนิภา ไมตรีแพน ¹ , รัฎฐบัณฑิต ไมตรีแพน ² Pornipa Maitreepan ¹ , Ratthabundit Maitreepan ²	152

สารบัญ Contents	หน้าที่ Page
ประสิทธิผลของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพ จังหวัดมหาสารคาม ปี 2566 Effectiveness of the Maha Sarakham Provincial Health System Strategic Plan, Year 2023 รัชณีวิภา จิตรากุล ¹ , สงัด เชื้อลิ้นฟ้า ² , ศุภนาถ รัตนดาตาศ ³ Rutchaneevipa Jittrakun ¹ , Sangud Chualinfa ² , Suppanart Ratanadadas ³	165
การเตรียมและส่งต้นฉบับ	199

รายงานผู้ป่วย

Case Report

การรักษาฟันแท้หลุดจากเบ้าฟันที่มีระยะเวลาฟันแห้งนอกช่องปากมากกว่า 60 นาที : รายงานผู้ป่วย Treatment of Avulsed Permanent tooth with prolonged extraoral dry time over 60 minutes : Case Report

ชุตินา จันทร์เพ็ญ*
Chutima Janpen*

บทคัดย่อ

บทนำ : การบาดเจ็บที่เกิดจากฟันแท้หลุดจากเบ้าฟันพบมากในเด็ก ส่วนใหญ่พบในฟันดัดบนซี่กลางซึ่งมีผลต่อความสวยงามของใบหน้า

วัตถุประสงค์ : เพื่อเป็นการปลูกฟันกลับเข้าสู่เบ้าฟันทันที ซึ่งเป็นวิธีการรักษาที่แนะนำและให้การพยากรณ์โรคที่ดี อย่างไรก็ตามการใส่ฟันกลับทันทีอาจไม่สามารถทำได้ จึงจำเป็นต้องใช้แนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมและให้การรักษาอย่างรวดเร็ว

วิธีการศึกษา : นำเสนอการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective study design) รูปแบบรายงานผู้ป่วย (case report) ที่มีฟันหลุดจากเบ้า นานกว่า 60 นาที จำนวน 1 ราย เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนแผนกทันตกรรมย้อนหลังในช่วงระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2565 ถึงวันที่ 1 สิงหาคม 2566 ณ คลินิกทันตกรรม โรงพยาบาลพังงา

ผลการศึกษา : รายงานผู้ป่วยฉบับนี้ได้นำเสนอการใส่ฟันดัดบนด้านซ้ายซี่กลางกลับเข้าสู่เบ้าฟันในผู้ป่วย 1 ราย ซึ่งฟันที่หลุดอยู่นอกช่องปากนานเกิน 60 นาที ก่อนจะนำมาเก็บในนมจืดเย็น 3 ชั่วโมง แล้วรักษาโดยการใส่ฟันกลับเข้าที่ด้วยการเข้าเฟือกด้วยลวดเหล็กกล้าไร้สนิมและคอมโพสิทเรซิน หลังจากรักษา รากฟัน 10 วัน นัดติดตามดูอาการทุก 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน พบฟันไม่โยกไม่ปวด ไม่มีการละลายของรากฟัน ติดตามระยะ 1 ปี พบการละลายของรากฟันเล็กน้อย

สรุป : ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการปลูกฟันแท้เข้าสู่เบ้าฟัน ขึ้นอยู่กับระยะเวลาฟันแห้งนอกช่องปาก และตัวกลางในการเก็บฟัน พบว่า ระยะเวลาฟันแห้งนอกช่องปากน้อยกว่า 60 นาทีเป็นระยะเวลาที่ดีที่สุดในการรักษาฟันให้ประสบความสำเร็จและตัวกลางที่ใช้ในการเก็บฟันที่ดีและหาได้ง่ายได้แก่ นมจืดเย็น

คำสำคัญ : ฟันหลุดจากเบ้าฟัน, ระยะเวลาที่ฟันอยู่นอกช่องปาก

* ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลพังงา

Abstract

Background : Avulsion of the permanent tooth is one of the injuries of the tooth which is commonly found in children. It generally occurs in the maxillary central incisor which affects facial esthetics.

Objectives : Immediate replantation of the avulsed tooth is recommended treatment and results in good prognosis. However, this ideal treatment may not be always possible. As a result of this ; proper guideline and urgency treatment methods are necessary.

Methodology : Case report of maxillary left central incisor which was prolonged extraoral dry time more than 60 minutes; retrospective study design from dental OPD card during 1 August 2022 to 1 August 2023 at Dental clinic Phangnga hospital

Results : This report presented a case of maxillary left central incisor which was prolonged extraoral dry time more than 60 minutes before immersed in cold plain milk for 3 hours. After that the avulsed tooth was replanted and splinted with stainless steel wire and resin composite and the endodontic treatment after 10 days. The follow up visit is every 1 month, 3 months and 6 months was asymptomatic and the root was not resorped. For 1 year of follow up visit a small resorption of root was occurred.

Conclusion : Factors success rate of replantation for the avulsed tooth is the extraoral dry time and the media solution. The proper extraoral dry time less than 60 minutes and the proper media solution which is available in any place is cold plain milk.

Keywords : avulsed tooth, extraoral dry time.

บทนำ

ฟันหลุดจากเบ้า (Avulsed tooth) เป็นอุบัติเหตุที่ฟันทั้งซี่หลุดออกจากเบ้าฟัน ทำให้เกิดความเสียหายต่อเนื้อเยื่อในฟัน (Pulp) และเอ็นยึดปริทันต์ (Periodontal ligament) พบได้ร้อยละ 0.5 – 1.6 ของอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นกับฟันในชุดฟันแท้ พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง⁽¹⁻³⁾ พบมากสุดในช่วงอายุ 6 - 15 ปี⁽¹⁾ โดยพบในฟันตัดบน ซี่กลางมากที่สุด⁽¹⁻²⁾ เมื่อเกิดภาวะฟันหลุดจากเบ้าฟัน การใส่ฟันกลับเข้าสู่เบ้าฟันทันทีเป็นการรักษาที่เหมาะสมที่สุด มีผลการศึกษาที่พบว่าเมื่อใส่ฟันกลับภายใน 5 นาที ประสาทฟันกลับมามีชีวิตได้และมีการพยากรณ์โรคดีที่สุด⁽⁴⁾ ส่วนอีกผลการศึกษาหนึ่งพบว่า ระยะเวลาที่ฟันอยู่นอกช่องปากก่อนใส่ฟันกลับเข้าสู่เบ้าฟันน้อยกว่า 15 นาที ทำให้อัตราการรอดชีวิตของปริทันต์หายได้⁽⁵⁾ ปัจจัยหลักที่สำคัญ ที่ทำให้การปลุกฟันเข้าสู่เบ้าฟันประสบความสำเร็จ หรือล้มเหลว คือระยะเวลาที่ฟันอยู่นอกช่องปาก (Extraoral Dry Time)⁽⁶⁾ และตัวกลางที่ใช้ในการเก็บฟัน แนวทางปฏิบัติของ International Association of Dental Traumatology Guideline (IADT) ปี ค.ศ. 2020 ได้เสนอวิธีการจัดการฟันหลุดจากเบ้าก่อนใส่ฟันกลับ โดยพิจารณาจากการเจริญพัฒนาของรากฟัน และควมมีชีวิตของเอ็นยึดปริทันต์ เนื่องจากฟันปลายรากเปิด มีโอกาสเกิดเลือดมาเลี้ยงใหม่ได้มาก ทำให้เนื้อเยื่อในฟัน (Pulp) อาจคืนควมมีชีวิต แต่จะไม่พบลักษณะดังกล่าวในฟันปลายรากปิด ส่วนควมมีชีวิตของเอ็นยึดปริทันต์จะขึ้นกับชนิดของสารละลายตัวกลางเก็บฟันและระยะเวลาฟันแห้งนอกช่องปาก โดยให้นิยามว่า ฟันหลุด จากเบ้าที่เอ็นยึดปริทันต์ยังมีชีวิต คือ ฟันที่ได้รับการใส่กลับเข้าเบ้าทันทีหรือใส่กลับภายใน 15 นาทีหลังฟันหลุดจากเบ้า ส่วนกรณีที่เอ็นยึดปริทันต์อาจยังคงควมมีชีวิต คือ ฟันที่เก็บในสารละลายตัวกลางเก็บฟันที่เหมาะสมและมีระยะเวลาฟันแห้งนอกช่องปาก

น้อยกว่า 60 นาที และกรณีที่เอ็นยึดปริทันต์ไม่มีชีวิต จะพบในฟันที่มีระยะเวลาฟันแห้งนอกช่องปากมากกว่า 60 นาที ดังนั้นแนวทางปฏิบัติของ IADT ปี ค.ศ. 2020 จึงเสนอแนวทางการรักษาและจัดการฟันหลุดจากเบ้าก่อนใส่กลับออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มที่หนึ่ง คือ ฟันที่ใส่กลับเข้าเบ้าฟันทันทีก่อนพบทันตแพทย์ กลุ่มที่สอง คือ ฟันที่เก็บในสารละลาย ตัวกลางเก็บฟันที่เหมาะสมและฟันที่มีระยะเวลาฟันแห้งนอกช่องปากน้อยกว่า 60 นาที และกลุ่มที่สาม คือ ฟันที่มีระยะเวลาฟันแห้งนอกช่องปากมากกว่า 60 นาที⁽⁷⁾

ในกลุ่มที่หนึ่ง เนื่องจากฟันถูกใส่กลับมาแล้ว ทันตแพทย์ควรสำรวจรอบๆ ด้วยสารละลายนอร์มอลซาลินหรือน้ำยาบ้วนปากคลอรีนเฮกซิดีน และตรวจสอบตำแหน่งของฟันว่าอยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้องหรือไม่ หากฟันอยู่ในตำแหน่งที่ไม่ถูกต้องให้ฉีดยาชาโดยไม่ต้องนำฟันออกทั้งสิ้น แต่ใช้วิธีขยับฟันไปมาในเบ้าฟันให้อยู่ตำแหน่งที่ถูกต้องภายใน 48 ชั่วโมง ส่วนในกลุ่มที่สอง ฟันถูกเก็บในสารละลายตัวกลางเก็บฟันที่เหมาะสมและมีระยะเวลาฟันแห้งนอกช่องปากน้อยกว่า 60 นาที การจัดการก่อนใส่ฟันกลับ เริ่มจากนำฟันไปล้างด้วยนอร์มอลซาลิน หรือน้ำยาบ้วนปากคลอรีนเฮกซิดีน โดยให้ไหลผ่านเพื่อกำจัดสิ่งปนเปื้อนและเอ็นยึดปริทันต์ที่ไม่มีชีวิตออกไป ซึ่งในกลุ่มที่สามฟันที่มีระยะเวลาฟันแห้งนอกช่องปากมากกว่า 60 นาที มีวิธีการจัดการฟันที่หลุดจากเบ้าเช่นเดียวกับกลุ่มที่สอง⁽⁷⁾ ขั้นตอนต่อมา การตรวจสอบเนื้อเยื่อโดยรอบและกระตุกเบ้าฟัน ก่อนใส่ฟันกลับในกลุ่มที่สองและกลุ่มที่สาม โดยฉีดยาชาที่ไม่มีส่วนผสมของยาบ้วนปากคลอรีนเฮกซิดีน ล้างสิ่งสกปรกและเลือดที่แข็งตัวด้วยนอร์มอลซาลิน หรือน้ำยาบ้วนปากคลอรีนเฮกซิดีน เพื่อให้เห็นชัดเจนโดยไม่จำเป็น ต้องนำลิ้มเลือดในเบ้าฟันออก ประเมินการแตกหักของกระตุกเบ้าฟันและประเมินว่าสามารถใส่ฟันกลับได้หรือไม่ ถ้ามี

การแตกหักของกระดูกเบ้าฟัน ให้ใช้เครื่องมือปลายมนดันให้กระดูกส่วนที่แตกกลับเข้าตำแหน่งเดิมก่อนใส่ฟันกลับเข้าเบ้าฟัน โดยใช้แรงเบาๆ ดันฟันกลับเข้าสู่ตำแหน่งเดิม ตรวจการสบฟันไม่ให้เกิดการกัดขวางการสบสูง และถ่ายภาพรังสีเพื่อตรวจสอบตำแหน่งฟันหลังใส่ฟันกลับ กรณีที่พบเหงือกฉีกขาดให้เย็บเข้าที่ยึดฟันข้างเคียงด้วยฝือกฟันชนิดยืดหยุ่น (Flexible splint) โดยใช้ลวดไร้สนิมร่วมกับเรซินคอมโพสิต (Composite resin) เพื่อให้ฟันมีการเคลื่อนได้เล็กน้อยในขณะที่เกิดการหายของเอ็นยึดปริทันต์ และเนื้อเยื่อในฟัน โดยใช้ระยะเวลายึดฟันอย่างน้อย 2 สัปดาห์ การรักษา รากฟันในฟันหลุดจากเบ้าที่ปลายรากฟันปิดจะต้องได้รับการรักษารากฟันทุกกรณี โดยให้เริ่มรักษาประมาณ 2 สัปดาห์หลังใส่ฟันกลับ⁽⁷⁾

ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ในภาวะฟันหลุดจากเบ้าฟัน ได้แก่ ประสาทฟันตาย คลองรากฟันตีบ และการละลายของรากฟันซึ่งการละลายของรากฟันพบได้หลายชนิด ได้แก่ การละลายของรากฟันที่ผิวด้านนอกของราก (Surface root resorption) การละลายของรากฟันที่มีการอักเสบร่วมด้วย (inflammatory root resorption) และการละลายของรากฟันที่ถูกแทนที่ด้วยกระดูก (replacement root resorption) ดังนั้นควรเตรียมความพร้อมและอุปกรณ์ที่เหมาะสมในการจัดการภาวะฟันหลุดจากเบ้าฟัน อันเป็นภาวะฉุกเฉินอย่างเหมาะสม เพื่อเพิ่มความสำเร็จของการรักษาและลดโอกาสการสูญเสียฟันของผู้ป่วย บทความนี้ได้รายงานผู้ป่วย 1 ราย ที่ได้รับอุบัติเหตุฟันตัดแท้ บนด้านซ้ายซี่กลางหลุดจากเบ้าฟันทั้งซี่ และฟันตัดแท้บนด้านขวาแตกหักเกือบทะลุโพรงประสาทฟันแต่ไม่หลุดจากเบ้าฟัน

วิธีการศึกษา รูปแบบรายงานผู้ป่วย (case report) ที่มีฟันหลุดจากเบ้า นานกว่า 60 นาที จำนวน 1 ราย ดำเนินการศึกษาในช่วงระหว่างวันที่ 10 กรกฎาคม 2566 ถึงวันที่

31 สิงหาคม 2566 ณ คลินิกทันตกรรม โรงพยาบาลพังงา

รายงานผู้ป่วย

รายงานผู้ป่วย เด็กนักเรียนชายไทย อายุ 10 ปี ภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่เกาะแห่งหนึ่ง จังหวัดพังงา มาพบทันตแพทย์ด้วยอาการสำคัญคือ ฟันหลุดจากเบ้าฟัน 1 ซี่ ปฏิเสธโรคประจำตัว และการแพ้ยา จากการซักประวัติ พบว่าวิ่งเล่นกับเพื่อน แล้วลื่นหกล้ม ฟันหน้าบนหลุดจากเบ้า 1 ซี่ และฟันแตก 1 ซี่ หลังเกิดเหตุผ่านไป 30 นาที คุณครูมาพบเจอได้นำฟันที่หลุดใส่ถุงพลาสติกเก็บแบบแห้งและแจ้งผู้ปกครอง แล้วนำผู้ป่วยไปที่โรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชนได้โทรศัพท์ประสานและขอคำแนะนำมายังทันตแพทย์โรงพยาบาลพังงา จึงนำฟันมาแช่ในนมจืดเย็นแล้วให้ส่งตัวผู้ป่วยพร้อมฟันมารักษาต่อที่โรงพยาบาลพังงา

จากการซักประวัติและตรวจผู้ป่วยพบว่า ระยะเวลาการนำฟันที่หลุดมาแช่ในนมจืดใช้เวลานานกว่า 60 นาที และเดินทางมาโดยเรือโดยสารเพื่อมารับการรักษาที่โรงพยาบาลพังงาใช้เวลาอีก 3 ชั่วโมง จากการตรวจพบว่า ฟันซี่ 21 หลุดจากเบ้าฟัน ฟันครบสมบูรณ์ในเบ้าฟันมีลิมเลือดไม่มีการฉีกขาดของเหงือกและเนื้อเยื่อ ในช่องปากตำแหน่งอื่นไม่พบการแตกหักของกระดูกเบ้าฟัน ฟันซี่ 11 มีการแตกหักของตัวฟันด้านลิ้นไม่โยกมีเลือดซึมด้านขอบเหงือก ส่วนฟันซี่อื่นๆ ไม่พบการแตกหักและโยก กัดสบได้ตามปกติ กระดูกขากรรไกร ไม่แตกหัก

จากการตรวจภาพรังสีโดยการถ่ายภาพรอบปลายราก (periapical film) พบว่า ฟันซี่ 21 หลุดจากเบ้าทั้งซี่ ไม่พบชิ้นส่วนใดหลงเหลืออยู่ในเบ้าฟันฟันซี่ 11 ไม่เคลื่อนที่ ไม่พบการแตกหักของรากฟันแต่พบการแตกหักของตัวฟันเกือบทะลุโพรงประสาทฟัน จากนั้นได้ทำการรักษาโดยฉีดยาชา บริเวณฟันซี่ 11 และ 21

ล้างทำความสะอาดแผลที่เบ้าฟันด้วยนอร์มอล
ซาไลน์ ส่วนฟันที่หลุดซึ่งแช่อยู่ในนมจึงนำมา
ล้างด้วยนอร์มอลซาไลน์ก่อนนำมาใส่กลับใน
เบ้าฟันซึ่งศุการสบฟัน แล้วยึดฟันด้วยลวดสแตนเลส
ขนาด 0.014 มม. และเรซินคอมโพสิต ถ่ายภาพ
รังสีเอกครั้งเพื่อยืนยันว่าฟันได้ใส่ถูกตำแหน่งแล้ว
ให้ยาปฏิชีวนะ Amoxicillin 250 mg. 3 ครั้งต่อวัน
หลังอาหารนาน 7 วัน แนะนำให้ผู้ป่วยงดใช้
ฟันหน้ากัด และกินอาหารอ่อน และนัดอีก 10 วัน
มาทำการรักษารากฟัน

ครบวันที่ 10 นัดมาตรวจซ้ำ พบว่า ฟันซี่
21 ยังโยกพอประมาณ และได้ทำการรักษาราก
ฟันซี่ 21 และประเมนฟันซี่ 11 แล้วควรจะ
ได้รับการรักษารากฟันด้วยจึงทำการรักษาราก
ฟันซี่ 11 และ 21 และใส่แคลเซียมไฮดรอกไซด์

ถ่ายภาพรังสีเก็บไว้นัดมาติดตามผลการรักษา
4 สัปดาห์

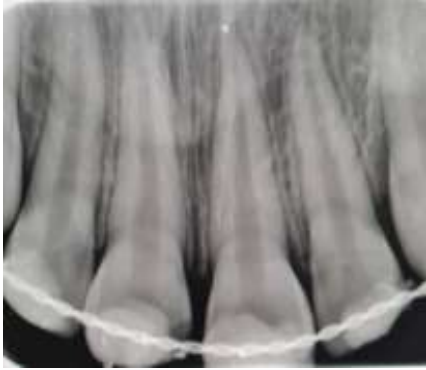
ครบ 4 สัปดาห์ ตรวจพบว่า ฟันซี่ 21
ระดับการโยกอยู่ในเกณฑ์ปกติเคาะไม่ปวด
ฟันซี่ 11 เคาะไม่ปวด ไม่บวม พบรากฟันและ
กระดูกโดยรอบอยู่ในเกณฑ์ปกติจึงได้นำผิวอก
ฟันออก และอุดคลองรากฟันด้วยกัตตาเปอร์ชา
ทั้งสองซี่ ถ่ายภาพรังสีเก็บไว้ หลังจากนั้นนัด
ผู้ป่วยมาดูอาการ 3 เดือน 6 เดือน ไม่มีอาการ
ปวด ไม่โยก ฟันที่ใส่กลับเข้าที่สามารถใช้งานได้
เป็นปกติ ถ่ายภาพรังสี พบรากฟันและกระดูก
อยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีการละลายของรากฟัน
ติดตามผล 1 ปี พบการละลายของรากฟันซี่ 11
และฟันซี่ 21 เล็กน้อย ไม่โยก ไม่ปวด



รูปที่ 1 ภาพช่องปากของผู้ป่วยก่อนรักษา



รูปที่ 2 ภาพรังสีของฟันและกระดูกเบ้าฟัน
ก่อนรักษา



รูปที่ 3 ภาพรังสีหลังใส่ฟันกลับเข้าเบ้า
และยึดด้วยลวดสแตนเลส 10 วัน



รูปที่ 4 ภาพหลังจากครบ 4 สัปดาห์
นำลวดยึดฟันออกและรักษา
รากฟันซี่ 11 และ 21 แล้ว



รูปที่ 5 ภาพรังสีฟันซี่ 11 และ 21 หลังจาก
รักษารากฟันแล้ว 3 เดือน



รูปที่ 6 ภาพรังสีฟันซี่ 11 และ 21
หลังจากรักษา 6 เดือน



รูปที่ 7 ภาพรังสีฟันซี่ 11 และ 21 หลังจาก
รักษา 1 ปี และอุดฟันซี่ 11 แล้ว
พบการละลายตัวของรากฟันซี่ 11
และ 21 เล็กน้อย



รูปที่ 8 ภาพถ่ายผู้ป่วยหลังการรักษา 1 ปี
ไม่พบการยื่นยาวของฟันซี่ 11
และ 21

วิจารณ์

เมื่อเกิดอุบัติเหตุฟันหลุดจากเบ้าฟัน ซึ่งจำเป็นต้องรักษาแบบฉุกเฉินและเร่งด่วน ทันตแพทย์ ควรมีข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยและลักษณะ การเกิดอุบัติเหตุให้มากที่สุด โดยเฉพาะระยะเวลา ที่ฟันอยู่นอกช่องปากและการแช่ฟันด้วย ตัวกลางเก็บฟันเนื่องจากเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อ ความสำเร็จในการรักษา เพื่อให้ทันตแพทย์ ตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากมีผลการศึกษาที่พบว่าควรใส่ฟันกลับ ภายใน 15 นาที หากไม่สามารถทำได้ควรเก็บ ฟัน ในตัวกลางเก็บฟันที่เหมาะสม เพื่อคงสภาพ ความมีชีวิตของเซลล์เอ็นยิดปริทันต์ เนื่องจาก หากยังมีเซลล์เอ็นยิด ปริทันต์หลงเหลืออยู่จะ ทำให้รากฟันละลายน้อยกว่าการปล่อยให้ ฟันแห้ง ซึ่งจากผลการศึกษาของ Hiltz และ Trope พบว่า น้ำนมจืดสามารถคงสภาพเซลล์เอ็นยิด ปริทันต์ได้นาน 6 ชั่วโมง โดยมีเซลล์หลงเหลืออยู่ ร้อยละ 68.2 และเป็นตัวกลางที่หาได้ง่าย ในขณะที่ Hank's balanced salt solution สามารถคงสภาพเซลล์เอ็นยิด ปริทันต์ได้นาน 24 ชั่วโมง โดยมีเซลล์หลงเหลืออยู่ ร้อยละ 71.3 และ Viaspan สามารถคงสภาพเซลล์เอ็นยิด ปริทันต์ได้นานถึง 168 ชั่วโมง โดยมีเซลล์ หลงเหลืออยู่ ร้อยละ 37.6

ส่วนขั้นตอนการใส่ฟันกลับเข้าสู่เบ้าฟัน ได้ทำตามแนวทางปฏิบัติของ International Association of Dental Traumatology (IADT) โดยผู้ป่วยคนนี้ได้ใส่ฟันกลับเข้าสู่เบ้าฟันหลังจาก ฟันถูกเก็บแบบแห้งเป็นเวลามากกว่า 60 นาที ก่อนจะนำมาแช่ในนมจืดเย็นและได้เข้าฝือกฟัน ภายหลัง การใส่ฟันหลุดจากเบ้ากลับเข้าที่มี จุดประสงค์ เพื่อยึดฟันให้อยู่กับที่โดยควรยึดฟัน แบบกึ่งยึดแน่น ซึ่งวิธีนี้ทำให้ฟันเคลื่อนเช่นเดียวกับ ฟันธรรมชาติ ไม่ทำให้รากฟันละลาย ในขณะที่ การเข้าฝือกฟันแบบยึดแน่นเป็นเวลานาน มีโอกาส ทำให้รากฟันละลายได้

การให้กินยาปฏิชีวนะมีจุดประสงค์ เพื่อกำจัดแบคทีเรียไม่ให้เข้าสู่เนื้อเยื่อและไม่ให้ เกิดการอักเสบของรากฟันด้วยซึ่งในผู้ป่วยคน นี้ ได้ให้ยา amoxicilin ขนาด 500 มิลลิกรัม 3 ครั้งต่อวัน หลังอาหาร นาน 7 วัน

ระดับการเจริญเติบโตของรากฟัน มีผลต่อวิธีการรักษาและการพยากรณ์โรคโดย ฟันที่ปลายรากฟันเปิดและการสร้างรากฟันยังไม่ เสร็จสมบูรณ์นั้น ประสาทฟันอาจกลับมามีชีวิต จึงควรติดตามผลก่อน ในขณะที่ฟันที่ปลายราก ฟันปิดและการสร้างรากฟันเสร็จสมบูรณ์แล้ว ควรได้รับการรักษาคลองรากฟันทันทีเพื่อป้องกัน การเกิดภาวะแทรกซ้อน และช่วยให้เอ็นยิด ปริทันต์หายดีกว่า อย่างไรก็ตาม การรักษา คลองรากฟันทันทีก่อนใส่ฟันกลับอาจจะมี ข้อจำกัดในกรณีที่คลองรากฟันซับซ้อน

ในผู้ป่วยคนนี้หลังจากรักษา 3 เดือน 6 เดือน ไม่พบฟันโยก รากฟันไม่ละลายและ ติดตามผล 1 ปี ไม่พบฟันโยก มีการละลายของ รากฟันซี่ 11 และ ฟันซี่ 21 เล็กน้อย อย่างไรก็ตาม หากพบฟันซี่ 21 งอกต่ำกว่าระดับการสบฟัน ของฟันซี่ 11 มากกว่า 1 มิลลิเมตร ควรพิจารณา ทำ Decoronation สรุปได้ว่าแม้ว่าการเกิด รากฟันละลายแทนที่ด้วยกระดูกและการเกิด ฟันงอกต่ำกว่าระดับการสบฟัน จะไม่สามารถ หลีกเลียงได้ในกรณีที่ ฟันหลุดจากเบ้าและ เก็บแห้งเป็นเวลานาน การใส่ฟันกลับเข้าสู่เบ้าฟัน ยังเป็นการรักษาที่ดี ในการเก็บรักษากระดูกเบ้าฟัน ก่อนศัลยกรรมและใบหน้าจะเจริญเต็มที่ต่อไป

สรุป

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการ รักษาฟันแท้หลุดจากเบ้า คือระยะเวลาฟันแห้ง นอกช่องปาก (extraoral dry time) ชนิดของ สารละลายตัวกลางเก็บฟัน (Storage media) ปริมาณเอ็นยิดปริทันต์ที่ถูกทำลาย ระดับ

การเจริญพัฒนาของรากฟัน พบว่า ปัจจัยที่สำคัญที่สุด คือ ระยะเวลาฟันแทงนอกช่องปากโดยมีรายงานว่าระยะเวลาฟันแทงนอกช่องปาก 15 – 20 นาที จะเกิดการสูญเสียสายรากฟันได้ ร้อยละ 10 ขณะระยะเวลาฟันแทง นอกช่องปากมากกว่า 2 ชั่วโมง จะเกิดการสูญเสียสายรากฟันได้มากถึง ร้อยละ 95 ในกรณีที่ไม่สามารถนำฟันกลับเข้าฟันได้ทันที การแช่ฟันในสารละลายตัวกลางเก็บฟันจะเป็นการรักษาสภาพของเซลล์ปริทันต์บริเวณรากฟันโดยชนิดของสารละลายตัวกลางเก็บฟันที่ใช้ในปัจจุบัน มีหลายชนิดแต่ที่หาได้ง่ายในสถานที่เกิดอุบัติเหตุทั่วไป ได้แก่ น้ำนมจืดเย็น

การให้ความรู้ในเรื่องการปฐมพยาบาลเบื้องต้นกรณีเกิดฟันหลุดจากเหง้าฟัน เป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งแก่ผู้ป่วย ผู้ปกครอง หรือคุณครู ให้สามารถจัดการกับเหตุการณ์ดังกล่าวได้อย่างทันท่วงทีก่อนไปพบทันตแพทย์เพื่อการรักษาต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- Guedes OA, Borges AH, Bandeca MC, de Araujo Estrela CR, de Alencar AG, Estrela CR. Analysis of 261 avulsed permanentteeth of patients treated in a dental urgencyservice. J Dent Res Rev 2015; 2(1): 9-25.
- Bastone EB, Freer TJ, McNamara JR. Epidemiology of dental trauma: A reviewof the literature. Aust Dent J 2000; 45(1): 2-9.
- Tzigkounakis V, Merglova V, Hecova H, Netolicky J. Retrospective clinical study of 90 avulsed permanent teeth in 58 children. Dent Traumatol 2008; 24(6): 598-602.
- Andreasen JO, Borum MK, Jacobsen HL, Andreasen FM. Replantation of 400 avulsed permanent incisors. 2. Factorsrelated to pulpal healing. Endod Dent Traumatol 1995; 11(2): 59-68.
- Werder P, Von Arx T, Chappuis V. Treatment outcome of 42 replantedpermanent incisors with a median follow-upof 2.8 years. Schweiz Monatsschr Zahnmed 2011; 121(4): 20-312.
- Nene KS, Bendgude V. Prognosis of replanted avulsed permanent incisors: A systemic review. Int J predod Rehabil 2018; 3(2): 9-87.
- นิโลบล บุญโกย, อุทัยวรรณ อารยะตระกูลลิขิต, เบญจมาภรณ์ ปีตานูวัฒน์ และ เสาวลักษณ์ ลีम्मณฑล. การรักษาฟันหลุดจากเหง้าที่มีระยะเวลาฟันแทงนอกช่องปากนาน : รายงานผู้ป่วย. วิทยาลัยทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2566; 26(2) พฤษภาคม - สิงหาคม 2566: 95-106.

รายงานเบื้องต้น

Preliminary Report

โครงการพัฒนาจัดทำโปรแกรมฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อน (Lep Base) The development of a national database of leprosy patients to effectively control leprosy (Lep Base)

พจนนา ธัญญกิตติกุล¹, ชุติวลัย พลเดช², ศิรามาศ รอดจันทร์³,
ธีระศักดิ์ หุ่นชัยภูมิ⁴, กุสุมา อนุพันธ์⁵, วันชัย ชื่นเนียม⁶

Pojana Thanyakittikul¹, Shutiwani Pongladech², Siramas Rodchan³,
Thirasak Hoonchaiyaphum⁴, Kusuma Anuphan⁵, Wanchai Chuenniam⁶

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ในการพัฒนาฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อนในระดับประเทศ ให้สามารถใช้ในการจัดทำสารสนเทศ (Health Informatics) ต่างๆ ประกอบการตัดสินใจในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเรื้อน อันประกอบด้วยข้อมูลต่างๆ ต่อไปนี้ ฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ได้รับการวินิจฉัย ผู้สัมผัสโรคเรื้อน (ใกล้ชิด) ผู้ป่วย ผู้ป่วยที่ได้รับการได้รับสงเคราะห์และได้รับการส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิต คลังยารักษาโรคเรื้อน โดยทำร่างข้อมูล (Data Structure) ดังกล่าว นำเสนอต่อเครือข่ายผู้เกี่ยวข้องในระดับเขต และส่วนกลาง จากนั้นนำมติจากการประชุมเครือข่ายเสนอต่อกรมการพัฒนาฐานข้อมูลระดับประเทศเพิ่มเติม โดยมีความเชื่อมโยงกับฐานข้อมูลกองระบาดด้วย

ผลการศึกษา : การพัฒนาฐานข้อมูลให้มีความเชื่อมโยงกับกองระบาดเข้าถึงได้ง่ายในผู้รับผิดชอบระดับพื้นที่ สถาบันราชประชาสมาสัย ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเบื้องต้น มีการตรวจสอบแบบสามเส้ากับผู้รับผิดชอบระดับเขต และทีมตระหนักรู้ (Watch Team) ของกรมควบคุมโรค เพื่อยืนยันความถูกต้องและคืนกลับข้อมูลแก่ผู้รับผิดชอบได้รวดเร็ว การออกแบบระบบ ในการบริหารจัดการฐานข้อมูลโรคเรื้อน ดังนี้ ผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ โดยมีการแจกแจงข้อมูลรายละเอียดที่จำเป็นต่อการป้องกัน ควบคุมโรคเรื้อน ผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน มีรายละเอียดการตรวจผู้สัมผัสโรคทั้ง 3 กลุ่ม แสดงผลออกมาเป็น Dashboard GIS แผนที่ และกราฟ การศึกษาครั้งนี้จะสมบูรณ์ครบถ้วน ควรต่อยอดโดยให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องสามารถเพิ่มข้อมูล ใช้ข้อมูลในระบบประมวลผล ของฐานข้อมูลโรคเรื้อนที่พัฒนาขึ้นมาด้วย

คำสำคัญ : ฐานข้อมูลโรคเรื้อน, สารสนเทศโรคเรื้อน, การพัฒนา

Abstract

This study aims : develop a national database of leprosy patients to be used to compile various health information for decision-making in leprosy prevention and control operations, consisting of the following data : a database of diagnosed leprosy patients, leprosy (close) contacts, patients receiving assistance and promotion of quality of life development, and leprosy drug storage. The data structure was drafted and presented to the network of relevant persons and central levels. The resolutions from the network meeting were then presented to the national database development committee, which was further linked to the Epidemiology Division database.

The study results : Developing the database to be linked with the Epidemiology : Easily accessible to those responsible at the local level. Raj Pracha Samasai Institute can quickly and accurately verify the accuracy of the initial data. There is a triangular verification with the responsible persons at the district level and the Watch Team of the Department of Disease Control to confirm the accuracy and the responsible persons quickly. Database system's design to access the database for managing the leprosy database is as follows: New leprosy patients, with the distribution of necessary detailed information for prevention and control of leprosy. To screening with 3 contacts groups, will be displayed as a dashboard. The results can be reported in GIS, maps and graphs. This study will be very complete and useful. Should be further developed by allowing those involved to add data and use data in the processing system of the developed leprosy database.

Keywords : leprosy database, leprosy informatics, development

บทนำ

สถาบันราชประชาสมาสัย เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการป้องกันควบคุมโรคเรื้อน ในระดับประเทศ ในปี 2566 อัตราความชุกโรคเรื้อนเท่ากับ 0.03 ต่อ 10,000 ประชากร (ความชุกโรคเรื้อน คือ 180 ราย) ในปี 2557 – 2566 มีการค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อน รายใหม่ จำนวน 208, 187, 163, 164, 125, 119, 89, 62, 73 และ 82 ราย ตามลำดับ จากข้อมูลดังกล่าว การค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ในแต่ละปี มีแนวโน้มค่อยๆ ลดลงแต่ในปีที่ผ่านมาคือปี 2566 กลับเริ่มมีผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ เพิ่มมากขึ้น น่าจะเนื่องจากระหว่างปี 2563 – 2565 เกิดเหตุการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ขึ้น ส่งผลให้การค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ลดลงอย่างเห็นได้ชัด แม้ว่าปี 2566 จะมีผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นจากปีก่อนๆ แต่ได้มีการกำหนดค่าเป้าหมายจำนวนการค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ 106 ราย ซึ่งการค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ ในปี 2566 ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ขณะเดียวกันมีแนวโน้มของสัดส่วนผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่มีความพิการระดับ 2 สูงขึ้น โดยในปี 2557 – 2566 พบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่มีความพิการระดับ 2 จำนวน 31, 27, 24, 26, 25, 18, 9, 8, 12 และ 22 ราย ตามลำดับ อีกทั้งเมื่อคำนวณเป็นค่าสัดส่วนผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่มีความพิการระดับ 2 ในปี 2557 – 2566 คือ ร้อยละ 14.9, 14.4, 14.7, 15.9, 20.0, 15.1, 10.1, 12.9, 16.44 และ 26.83 ตามลำดับ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 19.13) แสดงให้เห็นว่าแนวโน้มของค่าสัดส่วนผู้ป่วยโรคเรื้อน รายใหม่ที่มีความพิการระดับ 2 ยังไม่เป็นไปตามมาตรฐานของสหพันธ์โรคเรื้อนนานาชาติ (ILEP: The Interpretation of Epidemiological Indicators in Leprosy) ซึ่งไม่ควรเกินร้อยละ 10

จะเห็นว่า การเก็บข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อน มีความจำเป็นที่จะต้องจัดเก็บรายละเอียดของ

ข้อมูลให้สมบูรณ์มากที่สุด เพื่อเป็นประโยชน์ต่อ งานป้องกันควบคุมโรคเรื้อน ในระดับประเทศ แต่ในความเป็นจริง ประสบปัญหาในการจัดเก็บฐานข้อมูลโรคเรื้อนในมิติต่างๆ มากมายดังนี้ ฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ได้รับการวินิจฉัย ผู้สัมผัสโรคเรื้อน (ใกล้ชิด) ผู้ป่วย ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งเคราะห์และได้รับการส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิต คลังยารักษาโรคเรื้อน และใช้เวลาค่อนข้างนานกว่าจะประมวลผลสารสนเทศเพื่อใช้ในการวางแผนการทำงานได้ เนื่องจากเป็นระบบ manual ทั้งหมด ทำให้บางครั้งไม่ทันต่อเหตุการณ์ สถาบันราชประชาสมาสัย จึงคิดจัดทำพัฒนาฐานข้อมูลโรคเรื้อนระดับประเทศขึ้นมาเพื่อใช้ดำเนินการต่างๆ เกี่ยวกับข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อน และผู้สัมผัสโรคเรื้อนที่สามารถใช้งานเพื่อเพิ่มความรวดเร็วแม่นยำ ครบถ้วน เน้นให้มีความใกล้เคียงระบบเอกสารหรือแฟ้มข้อมูลที่ผู้ปฏิบัติงานส่วนหน้าในปัจจุบันมากที่สุด รวมถึงมีฐานข้อมูลคลังยาที่เชื่อมโยงระหว่างสถาบันราชประชาสมาสัยกับสำนักงานควบคุมโรคทั้ง 13 แห่ง การติดตามการรับประทายรักษาโรคเรื้อนของผู้ป่วย การติดตามการใช้ยาเพื่อดูภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา ข้อมูลส่วนบุคคล ทั้งของผู้ป่วยและผู้สัมผัสโรคเรื้อนร่วมบ้าน ข้อมูลการล่าช้าในการวินิจฉัย ฯลฯ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้มีการกระจัดกระจาย ยังไม่เป็นระบบดิจิทัล ทำให้ยากแก่การเข้าถึงข้อมูล และการประมวลผลเมื่อนำมาทำสารสนเทศ (Health Informatics) หรือสรุปต่างๆ ส่งผลให้การดำเนินงานด้านการป้องกันการควบคุมโรคเรื้อนในประเทศไทยมีประสิทธิภาพไม่เพียงพอ การพัฒนาระบบฐานข้อมูลในครั้งนี้ ต้องการให้ใช้เวลาศึกษาาระบบใหม่น้อยลง รวมถึงสามารถนำข้อมูลมาประมวลผลสร้างสารสนเทศ สำหรับผู้ปฏิบัติงานนำไปใช้ได้สะดวก ถูกต้อง รวดเร็ว และมี

ประสิทธิภาพมากขึ้นรวมถึงมีความปลอดภัยของข้อมูลสูง บุคคลที่ไม่เกี่ยวข้องไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้โดยง่าย ซึ่งผู้ที่ปฏิบัติงาน โรคเรื้อนในแต่ละสำนักป้องกันควบคุมโรคในส่วนภูมิภาค และส่วนกลาง จะต้องมีการยืนยันตัวตน (Identify) ทุกครั้ง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อน ในระดับประเทศ

ขอบเขตการศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้

1. ผู้รับผิดชอบงานป้องกันควบคุมโรคเรื้อนระดับเขต จำนวน 13 เขต
2. คณะกรรมการดำเนินงานโครงการจัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อน จำนวน 14 ราย

วิธีการศึกษา

ด้านการพัฒนาผู้ปฏิบัติงานโรคเรื้อน ทั้งในส่วนภูมิภาค 13 ราย และส่วนกลาง 13 ราย (คณะกรรมการดำเนินงานโครงการจัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อน) มาร่วมประชุมปรึกษาหารือ และ Standardized องค์ความรู้โรคเรื้อน และจัดทำตัวชี้วัด งานป้องกันควบคุมโรคเรื้อน ให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น อีกทั้งสื่อสารชี้แจงให้ทราบวัตถุประสงค์ ของการปรับเปลี่ยนระบบในการรายงาน โดยมีวิธีการศึกษา ดังต่อไปนี้

1. ดำเนินการจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานโครงการจัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อน ซึ่งอยู่ภายใต้การกำกับของอธิบดีกรมควบคุมโรค
2. ดำเนินการประชุมกับเครือข่ายเพื่อหาข้อมูล Data Structure ในประเด็นที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นข้อมูลนำเข้า ในการประชุมคณะกรรมการพัฒนาฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อนฯ

3. จัดทำร่าง Data Structure ของงานป้องกันควบคุมโรคเรื้อน ที่ได้จากมติที่ประชุมอีกครั้งหนึ่ง

4. จัดส่งเอกสาร Data Catalog ที่ได้จากการทบทวนในที่ประชุม ให้แก่ผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อนในระดับเขต ทั้ง 13 เขต รวมทั้งส่วนกลาง และคณะกรรมการพัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อน เพื่อขอความเห็นชอบอีกครั้งหนึ่ง

รูปแบบการศึกษา

การศึกษาค้นคว้านี้ เป็นการพัฒนาระบบฐานข้อมูลโรคเรื้อน เพื่อการควบคุมโรคเรื้อนอย่างมีประสิทธิภาพ โดยนำความคิดเห็นในเรื่องข้อมูลที่ต้องใช้เพื่องานป้องกันควบคุมโรคเรื้อนจากเครือข่ายในระดับสำนักงานป้องกันควบคุมโรค 13 เขต และคณะกรรมการดำเนินงานพัฒนาโปรแกรมฐานข้อมูลโรคเรื้อน ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญในการพัฒนาระบบฐานข้อมูลทั้งหมดของงานโรคเรื้อนงานระบาด และงานเทคโนโลยีสารสนเทศ 14 ท่าน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

Data Catalog ที่มีการจัดทำร่าง โดยขอความคิดเห็นจากผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อนในสำนักงานป้องกันควบคุมโรคเรื้อนระดับเขต ในการประชุมออนไลน์ และพัฒนาต่อเนื่องในคณะกรรมการพัฒนาระบบฐานข้อมูลโรคเรื้อนฯ โดยมีประเด็นข้อมูลดังนี้

1. ฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อน
2. ฐานข้อมูลผู้สัมผัสโรคเรื้อน ทั้ง 3 กลุ่ม (ผู้สัมผัสโรคที่บ้าน ผู้สัมผัสโรคที่เป็นเพื่อนบ้าน ผู้สัมผัสโรคที่มีกิจกรรมทางสังคมร่วมกัน)
3. ฐานข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการได้รับสงเคราะห์
4. ฐานข้อมูลคลังยารักษาโรคเรื้อน
5. ฐานข้อมูลประกอบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง หรือเป็นส่วนเสริมของระบบ เช่น ฐานข้อมูลผู้เกี่ยวข้องกับระบบ, ฐานข้อมูลสถานพยาบาล

ฐานข้อมูลประกอบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องหรือเป็นส่วนเสริมของระบบ ฐานข้อมูลเอกสารต่างๆ ฯลฯ

6. โดยให้มีความเชื่อมโยงในผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่กับฐานข้อมูล D506 ให้สามารถนำข้อมูลออก (Export data) มาตรวจสอบกับทีมตระหนักรู้ (Watch Team) โดยฐานข้อมูลทุกฐานที่สถาบันราชประชาสมาสัยจัดทำสามารถเชื่อมโยงถึงกันได้

ผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการพัฒนาฐานข้อมูลโรคเรื้อนในระดับประเทศ ให้มีความทันสมัยทันต่อเหตุการณ์เข้าถึงง่าย แปรผลจากระบบเพื่อเตรียมให้พื้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลตามสิทธิของตนเองแบบ Real time ทำให้งานป้องกันควบคุมโรคเรื้อนยั่งยืน คงอยู่กับประเทศไทยสืบไป โดยทีมวิจัย ได้จัดให้ผู้เชี่ยวชาญโรคเรื้อนมาให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่างทั้งสอง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อนประจำสำนักงานป้องกันควบคุมโรค 1 - 12 และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคเรื้อนเขตเมือง (สปคม.) รวมเป็น 13 ท่าน เป็นเพศชาย 1 ท่าน เพศหญิง 12 ท่าน มีอายุเฉลี่ย 41.3 ปี ประสบการณ์ในการทำงานโรคเรื้อน เฉลี่ย 7 ปี 7 วัน

โดยพบว่า ผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อนในส่วนภูมิภาค มีความเข้าใจ และมีความรู้ความเข้าใจโรคเรื้อน และตัวชี้วัดในงานป้องกันควบคุมโรคเรื้อน เพิ่มมากขึ้นก่อนการให้ความรู้ คิดเป็นร้อยละ 65 อีกทั้งมีความพึงพอใจต่อการพัฒนาครั้งนี้ถึง ร้อยละ 85

1.2 คณะกรรมการดำเนินงานโครงการจัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อน จำนวน 14 ราย เป็นแพทย์เฉพาะทางระบาดวิทยา จากกองระบาด 4 ท่าน เป็นผู้แทนจากกองดิจิทัล กรมควบคุมโรค 1 ท่าน เป็นผู้รับผิดชอบงานป้องกัน ควบคุมโรคเรื้อน จากสถาบันราชประชาสมาสัย จำนวน 9 ท่าน มีอายุเฉลี่ย 36 ปี 6 เดือน

โดยพบว่า คณะกรรมการดำเนินงานโครงการจัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อน มีความเข้าใจ และมีความรู้ ความเข้าใจโรคเรื้อน และตัวชี้วัดในงานป้องกันควบคุมโรคเรื้อน เพิ่มมากขึ้นก่อนการให้ความรู้ คิดเป็นร้อยละ 85 อีกทั้งมีความพึงพอใจต่อการพัฒนาครั้งนี้ ถึงร้อยละ 85

ส่วนที่ 2 Data Catalog งานป้องกันควบคุมโรคเรื้อน ระดับประเทศ

2.1 คำอธิบาย Data Structure ของฐานข้อมูลโรคเรื้อน สถาบันราชประชาสมาสัย

ทีมวิจัย ได้จัดประชุม โดยให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม เข้าร่วมประชุมทั้งออนไลน์และออนไซต์ เพื่อระดมสมอง ประสพการณ์จากการทำงาน สร้างองค์ประกอบที่เกี่ยวข้อง และเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อนนั่น ซึ่งจำเป็นจะต้องบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยนั้นๆ อย่างเป็นระบบ พร้อมทั้งกำหนดตัวแปรที่สำคัญในงานป้องกันควบคุมโรคเรื้อน และสิ่งสำคัญคือที่อยู่อาศัยขณะเป็นโรค เพื่อประโยชน์ในการชี้เป้าพื้นที่เป้าหมายในการทำงานต่อไป ดังนี้

NO	ตัวแปร (ไทย)	ตัวแปร (อังกฤษ)	รหัส Code	คำอธิบาย
รายงานผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่				
1	วัน เดือน ปีที่ บันทึก	Date Record	วัน เดือน ปี	วัน เดือน ปี ที่บันทึกข้อมูล
2	สถานะการ รักษา	Code Registration	1 = กำลังรักษา 2 = จำหน่าย	แสดงสถานะของการรักษา
3	เขต	Reginal	1-13 = สคร. ที่ 1-13	รหัสของ สคร. ที่รับผิดชอบ ครั้งแรก
4	โรงพยาบาลที่ ผู้ป่วยรับยา รักษาครั้งแรก	Start-treatment Hospital	ชื่อโรงพยาบาล	ชื่อโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยรับยา รักษาในครั้งแรก
5	โรงพยาบาลที่ รับส่งต่อ	Referred Hospital	ชื่อโรงพยาบาล	ชื่อโรงพยาบาลที่รับส่งต่อ เพื่อรักษาต่อเนื่อง (ไม่นับ ส่งต่อเพื่อวินิจฉัยและกลับไป รับยาที่เดิม)
6	วันที่ส่งต่อ	Date Referred	วัน เดือน ปี	วัน เดือน ปี ที่ส่งต่อ
7	เลขประจำตัว ประชาชน	CID/ Passport No.	เลขประจำตัว ประชาชน/ หมายเลข Passport	เลขบัตรประจำตัวประชาชน ในกรณีต่างชาติระบุหมายเลข Passport
8	ชื่อ	Name	ชื่อ	ชื่อ ของผู้ป่วย
9	นามสกุล	Surname	นามสกุล	นามสกุล ของผู้ป่วย
10	เพศ	Sex	1 = ชาย 2 = หญิง	เพศ
11	วัน เดือน ปี เกิด	Date of Birth	วัน เดือน ปี	วัน เดือน ปี (พ.ศ.) เกิดของ ผู้ป่วย
12	อายุ	Age	อายุ	อายุ ณ วันที่ถูกวินิจฉัย (เต็มปี)
13	สัญชาติ	Nationality	1 = ไทย 2 = เมียนมาร์ 3 = ลาว 4 = กัมพูชา อื่นระบุ	หากมีเลขประจำตัวบัตร ประชาชน 13 หลัก ให้ระบุ เป็น “สัญชาติไทย” ต่างชาติ ให้ ระบุสัญชาติ
14	บ้านเลขที่	House Number	บ้านเลขที่	บ้านเลขที่ปัจจุบัน
15	หมู่	Moo	หมู่ที่	หมู่ที่อยู่ปัจจุบัน
16	ชื่อหมู่บ้าน	Village	หมู่บ้าน	ชื่อหมู่บ้านปัจจุบัน

NO	ตัวแปร (ไทย)	ตัวแปร (อังกฤษ)	รหัส Code	คำอธิบาย
17	ตำบล	Subdistrict	ตำบล	ชื่อตำบลปัจจุบัน
18	อำเภอ	District	อำเภอ	ชื่ออำเภอปัจจุบัน
19	จังหวัด	Province	จังหวัด	ชื่อจังหวัดปัจจุบัน
20	ระยะเวลา ตั้งแต่เริ่มมี อาการจนถึง ได้รับการ วินิจฉัย	Since of Onset	นาน.....เดือน.....ปี	ระบุระยะเวลาตั้งแต่เริ่ม ปรากฏอาการจนกระทั่งได้รับ การวินิจฉัยว่า เป็นโรคเรื้อน เป็นจำนวนเดือนหรือ จำนวนปี
21	ความเชื่อมโยง ทางระบาด วิทยา	Epidemiological linkage	1 = พบความ เชื่อมโยง (ถ้าเลือก 1 ให้ระบุ ว่าสัมผัสกับผู้ป่วย ต้นตอครั้งสุดท้าย ผ่านมาแล้วกี่ปี กรณีผู้ป่วยต้นตอ รักษาแล้ว ให้นับ วันที่เริ่มรักษาของ ผู้ป่วยต้นตอเป็น วันสัมผัสครั้ง สุดท้าย) 1.1) ปี 2 = ไม่พบความ เชื่อมโยง	พบความเชื่อมโยง = มีความ เชื่อมโยงทางระบาดวิทยากับ ผู้ป่วยก่อนหน้ารายอื่น เช่น เคยสัมผัสผู้ป่วยโรคเรื้อน มาก่อน ไม่พบความเชื่อมโยง = ไม่มี ความเชื่อมโยงทางระบาดวิทยา กับผู้ป่วยก่อนหน้ารายอื่น
22	แหล่งแพร่ กระจายเชื้อ	Source of Transmission	1 = ติดในจังหวัด 2 = ติดจากนอก จังหวัด 3 = ติดจากนอก ประเทศ 4 = ไม่ทราบ แหล่งที่มา	ติดในจังหวัด = ผู้ป่วย โรคเรื้อนรายใหม่ที่คาดว่า ได้รับเชื้อมาจากการ แพร่กระจายในจังหวัด เดียวกัน เช่น ติดจากคน ในบ้าน หรือ เพื่อนบ้าน ติดจากนอกจังหวัด = ผู้ป่วย โรคเรื้อนรายใหม่ที่คาดว่า ติดมาจากนอกจังหวัดที่ผู้ป่วย อาศัยอยู่ เช่น ปัจจุบันอาศัย อยู่ใน กทม. แต่เคยสัมผัสร่วมบ้าน

NO	ตัวแปร (ไทย)	ตัวแปร (อังกฤษ)	รหัส Code	คำอธิบาย
				<p>กับผู้ป่วยโรคเรื้อนสมัยอยู่ต่างจังหวัด</p> <p>ติดจากนอกประเทศ = ผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่คาดว่าติดมาจากต่างประเทศ โดยพิจารณาจาก</p> <p>1) อพยพมาจากประเทศที่ยังคงมีการระบาดของโรคเรื้อน (กรณีย้ายมาประเทศไทยเกิน 15 ปี ให้ถือว่าได้รับเชื้อภายในประเทศ) หรือ</p> <p>2) เคยไปอาศัยอยู่ประเทศที่ยังคงมีการระบาดของโรคเรื้อนนาน 6 เดือนขึ้นไป ในช่วงเวลา 15 ปีที่ผ่านมา</p>
23	การขึ้นทะเบียนรักษา	Register Status	0 = New 1 = Relapse 2 = Re-instate 3 = New and contact (ถ้าเลือก 3 ให้ระบุว่าเป็น contact จากประเภทไหน 3.1 สัมผัส ร่วมบ้าน 3.2 สัมผัสจากเพื่อนบ้าน 3.3 สัมผัสจากบุคคลที่มีกิจกรรมทางสังคมร่วมกัน)	New = ผู้ป่วยใหม่ที่ไม่เคยรักษามาก่อน Relapse = ผู้ป่วยที่เคยกินยาครบและกลับเป็นซ้ำหลังหยุดยา 1 ปีขึ้นไป Re-instate = ผู้ป่วยที่เคยกินยาไม่ครบ ขาดยาเกิน 1 ปี และกลับมารักษาใหม่ New and contact = ผู้ป่วยใหม่ที่ไม่เคยรักษามาก่อนและเป็นผู้สัมผัสโรค สัมผัสโรคที่บ้าน (Household contact): ผู้ป่วยเคยพักอาศัยในบ้านหลังเดียวกับผู้ที่มีประวัติป่วยเป็นโรคเรื้อนเป็นระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ก่อนผู้ที่มีประวัติป่วยเป็นโรคเรื้อนจะ

NO	ตัวแปร (ไทย)	ตัวแปร (อังกฤษ)	รหัส Code	คำอธิบาย
				ได้รับการรักษาสัมผัส เพื่อนบ้าน (Neighboring contact): ผู้ป่วยเคยพักอาศัย อยู่ในบริเวณรอบๆ บ้านรัศมี 20 เมตร ที่มีผู้มีประวัติป่วย เป็นโรคเรื้อนพักอาศัยเป็น ระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ก่อนผู้ที่มีประวัติป่วยเป็น โรคเรื้อนจะได้รับการรักษา สัมผัสจากบุคคลที่มีกิจกรรม ทางสังคมร่วมกัน (Social contact) : ผู้ป่วยเคยมี กิจกรรมทางสังคมร่วมกันกับ ผู้ที่มีประวัติป่วยเป็นโรคเรื้อน เป็นเวลาอย่างน้อย 3 ชั่วโมง ต่อวัน ไม่ต้องติดต่อกัน เป็นเวลา 3 วันต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือน ขึ้นไป ก่อนผู้ที่มีประวัติป่วย เป็นโรคเรื้อนจะได้รับการ การรักษา
24	วิธีตรวจพบ	Mode of case finding	1= มาตรวจเอง 2= ตรวจผู้สัมผัส โรคร่วมบ้าน 3= สํารวจหมู่บ้าน	มาตรวจเอง = มีอาการสงสัย มาตรวจที่โรงพยาบาลด้วย ตนเอง ตรวจผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน/ สํารวจหมู่บ้าน = ได้รับการ คัดกรองโดยเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข และส่งมาตรวจที่ โรงพยาบาล (ในกรณีที่เป็นผู้สัมผัสโรคร่วม บ้านแล้วถูกตรวจพบจากการ สํารวจหมู่บ้านให้ใส่ รหัส 2)
25	ชนิดโรค	Type	I, TT, BT, BB, BL, LL	ชนิดโรคของโรคเรื้อน
26	รอยโรค	Lesion	จำนวนรอยโรค	ระบุจำนวนเป็นตัวเลข

NO	ตัวแปร (ไทย)	ตัวแปร (อังกฤษ)	รหัส Code	คำอธิบาย
27	การทำ Slit skin smear	Slit skin smear	0 = ไม่ได้ทำ 1 = ได้ทำ	ได้ทำ Slit skin smear หรือไม่
28	BI score	BI Score	ผลลบ = negative ผลบวก = ระบุ ค่า BI เฉลี่ย	ผลตรวจ Slit-skin smear เฉลี่ย PB เฉลี่ย 3 จุด (ตั้งหู 2 จุด รอยโรค 1 จุด) MB เฉลี่ย 4 จุด (ตั้งหู 2 จุด รอยโรค 2 จุด)
29	การทำ Biopsy	Biopsy	0 = ไม่ได้ทำ 1 = ได้ทำ	ได้ทำ Biopsy หรือไม่
30	ผล Biopsy	Biopsy result	ผลลบ = negative ผลบวก = positive	ผลลบ = ไม่พบโรคเรื้อน ผลบวก = พบโรคเรื้อน จากการ biopsy
31	ความพิการตา	Eye deformity	0 = ไม่พิการ 1 = ระดับ 1 2 = ระดับ 2	ระดับความพิการสูงสุดที่ตา
32	ความพิการมือ	Hand deformity	0 = ไม่พิการ 1 = ระดับ 1 2 = ระดับ 2	ระดับความพิการสูงสุดที่มือ
33	ความพิการเท้า	Foot deformity	0 = ไม่พิการ 1 = ระดับ 1 2 = ระดับ 2	ระดับความพิการสูงสุดที่เท้า
34	ระดับความพิการสูงสุด	Highest grade deformity	0 = ไม่พิการ 1 = ระดับ 1 2 = ระดับ 2	สรุป ระดับความพิการสูงสุดของ ตา มือ หรือเท้า
การติดตามผู้สัมผัส				
35	ผู้สัมผัส	Contacts	จำนวนผู้สัมผัส (ให้ Link ไปหน้า ทะเบียนผู้สัมผัส โรค)	ระบุจำนวนผู้สัมผัสโรค
การรักษา				
36	วัน เดือน ปีที่เริ่มยา MDT	Date start MDT	วัน เดือน ปี	วัน เดือน ปีที่เริ่มยา MDT

NO	ตัวแปร (ไทย)	ตัวแปร (อังกฤษ)	รหัส Code	คำอธิบาย
37	กลุ่มการรักษา	Treatment category	1 = PB 2 = MB	PB = Paucibacillary เขื่อน้อย MB = Multibacillary เขื่อนมาก
38	สาเหตุ จำหน่าย	Discharge status	1 = Complete 2 = OOC 3 = Death 4 = เปลี่ยนการ วินิจฉัย 5 = ไม่สมัครใจ รักษา	สาเหตุที่จำหน่ายออกจาก ทะเบียนรักษา Complete = รักษาครบตาม หลักเกณฑ์ OOO = ขาดการรักษา ติดต่อกันตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป Death = ตาย เปลี่ยนการวินิจฉัย = เปลี่ยน การวินิจฉัย ไม่สมัครใจรักษา = ไม่สมัคร ใจรักษา
39	วันที่จำหน่าย	Date Discharge	วัน เดือน ปี	วันเดือนปีที่จำหน่าย
40	Slit skin smear ใน วันที่จำหน่าย ออก	Slit skin smear at discharge date	0 = ไม่ได้ทำ 1 = ได้ทำ	ได้ทำ Slit skin smear ในวันที่จำหน่ายหรือไม่
41	BI score ใน วันที่จำหน่าย ออก	BI score at discharge date	ผลลบ = negative ผลบวก = ระบุ ค่า BI เฉลี่ย	ผลการตรวจ Slit-skin smear
42	ความพิการตา ในวันที่ จำหน่าย	Eye at discharge date	0 = ไม่พิการ 1 = ระดับ 1 2 = ระดับ 2	ระดับความพิการสูงสุดที่ตา ในวันที่จำหน่าย
43	ความพิการมือ ในวันที่ จำหน่าย	Hand at discharge date	0 = ไม่พิการ 1 = ระดับ 1 2 = ระดับ 2	ระดับความพิการสูงสุดที่มือ ในวันที่จำหน่าย
44	ความพิการเท้า ในวันที่ จำหน่าย	Foot at discharge date	0 = ไม่พิการ 1 = ระดับ 1 2 = ระดับ 2	ระดับความพิการสูงสุดที่เท้า ในวันที่จำหน่าย

2.2 การติดตามการรับยารักษาโรคเรื้อน (Multidrug Therapy)

สำหรับการติดตามการรับยารักษาโรคเรื้อน (Multidrug Therapy) ในที่ประชุมจำเป็นต้องอาศัยความเชี่ยวชาญด้านโรคเรื้อนของผู้รับผิดชอบโรคเรื้อนในส่วนกลาง

และส่วนภูมิภาค โดยจะต้องมีการผู้ควบคุมสต็อกยาในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ขณะเดียวกัน ผู้ที่ดูแลผู้ป่วยที่กำลังอยู่ในช่วงของการรับประทานยาจำเป็นต้องเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาร่วมด้วย

NO	ตัวแปร	รหัส	คำอธิบาย
1	ชื่อ - นามสกุล		
2	ที่อยู่อาศัย		
3	อายุ (ปี)		
4	รับยา MB/PB		
5	ชื่อสถานบริการที่รับยา (อยู่ในความรับผิดชอบของ สคร. ไต)		
6	ล็อตของยา MDTที่ได้รับ		
7	วันหมดอายุ		
8	วิธีการรับยา(มาด้วยตนเอง/ญาติมารับแทน)		
9	อาการแพ้ยา		
10	วันที่มารับยา ครั้งแรก		
11	วันที่มารับยาครั้งต่อไป		MB สามารถรับยา 24 เดือนใน 36 เดือน PB สามารถรับยา 6 เดือนใน 9 เดือน
12	ผู้ป่วยได้รับข้อมูล การเฝ้าระวังตนเอง ขณะรับประทานยา		
13	ตัดสต็อกยา MDT		
14	นัดหมายมารับยาครั้งต่อไป		ให้มีการแจ้งเตือนในระบบ
15	สต็อกยา MDT ของแต่ละสคร.		แต่ละ สคร. จะสามารถดูได้เฉพาะของตนเอง
16	สต็อกยา MDT ของสรส.		เพื่อป้องกันยา Expire ทำระบบ First in - first out

2.3 ข้อมูลผู้สัมผัสโรคเรื้อนทั้ง 3 กลุ่ม
คำอธิบาย : Data Structure
ของฐานข้อมูลผู้สัมผัสโรคเรื้อน คือ ผู้สัมผัสโรคครอบครัวร่วมบ้าน (Household contact) ผู้สัมผัสโรคที่เป็นเพื่อนบ้าน (Neighbouring contact) และ

ผู้สัมผัสโรคที่มีกิจกรรมทางสังคมร่วมกันเป็นประจำ (Social contact) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มได้นำข้อมูลของสถาบันราชประชาสมาสัยมาปรับใช้และสร้างขึ้นมา เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงกับฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อน

NO	ตัวแปร (ไทย)	ตัวแปร (อังกฤษ)	รหัส Code	คำอธิบาย
รายงานผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน				
1	ชื่อ	House_Name	ชื่อ	ชื่อของผู้ป่วย
2	นามสกุล	House_Surname	นามสกุล	นามสกุลของผู้ป่วย
3	เพศ	House_Sex	1 = ชาย 2 = หญิง	เพศ
4	อายุ	House_Age	อายุ	อายุ ณ วันที่ถูกวินิจฉัย (เต็มปี)
5	ความสัมพันธ์	House_relations	1 = บิดา 2 = มารดา 3 = สามี 4 = ภรรยา 5 = บุตร 6 = พี่ 7 = หลาน 8 = ปู่ 9 = ย่า 10 = ตา 11 = ยาย 12 = ผู้อาศัย 13 = อื่นๆ	ความสัมพันธ์เป็นกับผู้ป่วย
6	ระยะเวลาที่สัมผัสโรค	House_period	นาน.....เดือน.....ปี	ระยะเวลาที่สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังตั้งแต่เริ่มแสดงอาการของโรคในตอนแรกเป็นต้นมาจนถึงปัจจุบัน ก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับการรักษา
7	ผลการตรวจร่างกาย ปีที่ 1 ...	House_result s 1	ปกติ หรือว่า สงสัย	ผลการตรวจร่างกาย ปีที่ 1
8	ผลการตรวจร่างกาย ปีที่ 2 ...	House_result s 2	ปกติ หรือว่า สงสัย	ผลการตรวจร่างกาย ปีที่ 2
9	ผลการตรวจร่างกาย ปีที่ 3 ...	House_result s 3	ปกติ หรือว่า สงสัย	ผลการตรวจร่างกาย ปีที่ 3
10	ผลการตรวจร่างกาย ปีที่ 4 ...	House_result s 4	ปกติ หรือว่า สงสัย	ผลการตรวจร่างกาย ปีที่ 4

NO	ตัวแปร (ไทย)	ตัวแปร (อังกฤษ)	รหัส Code	คำอธิบาย
11	ผลการตรวจ ร่างกาย ปีที่ 5 ...	House_result s 5	ปกติ หรือว่า สงสัย	ผลการตรวจร่างกาย ปีที่ 5
12	ผลการตรวจ ร่างกาย ปีที่ 6 ...	House_result s 6	ปกติ หรือว่า สงสัย	ผลการตรวจร่างกาย ปีที่ 6
13	ผลการตรวจ ร่างกาย ปีที่ 7...	House_result s 7	ปกติ หรือว่า สงสัย	ผลการตรวจร่างกาย ปีที่ 7
14	ผลการตรวจ ร่างกาย ปีที่ 8 ...	House_result s 8	ปกติ หรือว่า สงสัย	ผลการตรวจร่างกาย ปีที่ 8
15	ผลการตรวจ ร่างกาย ปีที่ 9 ...	House_result s 9	ปกติ หรือว่า สงสัย	ผลการตรวจร่างกาย ปีที่ 9
16	ผลการตรวจ ร่างกาย ปีที่ 10...	House_result s 10	ปกติ หรือว่า สงสัย	ผลการตรวจร่างกาย ปีที่ 10
17	อาการที่สงสัย และระยะเวลาที่ เริ่มเป็น			
18	วินิจฉัยโรคเรื้อน			
19	สาเหตุจำหน่าย จากผู้สัมผัสโรค/ ว.ด.ป			

2.4 ข้อมูลผู้ป่วยพิการจากโรคเรื้อน
ได้รับการสงเคราะห์
สำหรับข้อมูลในส่วนนี้กลุ่มตัวอย่าง
ทั้งสอง ได้นำข้อมูลการสงเคราะห์ที่ กรมควบคุมโรค

รับผิดชอบให้การสงเคราะห์แก่ผู้ประสบปัญหา
จากโรคเรื้อน มาพิจารณาจัดทำ

NO	ตัวแปร	รหัส	คำอธิบาย
1	เลขที่รับ	เลขที่รับ สค.1	เลขที่หน่วยงานรับคำร้อง สค. 1 ออกให้ ในการรับคำร้อง
2	วันที่รับ	วัน เดือน ปี ที่จัดทำ สค.1	วันที่จัดทำ สค.1
3	สถานที่รับคำร้อง	ชื่อหน่วยงานที่รับคำร้อง	หน่วยงานผู้รับคำร้อง สค.1
4	หน่วยงานคัดกรอง	ชื่อหน่วยงานที่คัดกรอง	หน่วยงานที่คัดกรอง
5	ชื่อ	ชื่อผู้ขอรับสงเคราะห์	ชื่อผู้ขอรับสงเคราะห์
6	สกุล	สกุลผู้ขอรับสงเคราะห์	สกุลผู้ขอรับสงเคราะห์
7	อายุ	อายุ (ปี)	อายุ (ปี) ผู้ขอรับการสงเคราะห์
8	เกิดพ.ศ.	ปี พ.ศ.	ปี พ.ศ. เกิดของผู้ขอรับการสงเคราะห์

NO	ตัวแปร	รหัส	คำอธิบาย
9	ภูมิสำเนา	บ้านเลขที่ หมู่ ตำบล อำเภอ จังหวัด ตาม ภูมิสำเนาเกิด	ที่อยู่ตามภูมิสำเนาบ้านเลขที่ หมู่ ตำบล อำเภอ จังหวัด ตามภูมิสำเนาเกิด
10	ชนิดโรค	ชนิดโรคเรื้อน TT/ BT/ BB/ BL/ LL	ชนิดโรคเรื้อน TT/ BT/ BB/ BL/ LL ตามที่แพทย์วินิจฉัย
11	ผลการตรวจเชื้อ	ค่า BI เฉลี่ย	ค่า BI เฉลี่ยจากการตรวจด้วยวิธี SSS 4 ตำแหน่ง
12	วันที่	วัน เดือน ปี ที่จัดทำ สค.2	วัน เดือน ปี ที่จัดทำ สค.2
13	รูปถ่าย	รูปถ่ายขนาด 3 x 4 ซม.	รูปถ่ายหน้าตรงขนาด 3 x 4 ซม. ไม่สวมหมวกและแว่นตาสีเข้ม จำนวน 1 รูป
14	มือขวา	1 = มีคะแนนความพิการ 1 คะแนน 2 = มีคะแนนความพิการ 2 คะแนน 6 = มีคะแนนความพิการ 6 คะแนน	มือได้ 1 คะแนนเมื่อนิ้วนางและหรือ นิ้วก้อยมีความพิการ กุด และหรือ แผลเรื้อรัง และหรือ นิ้วมืองอ มือได้ 2 คะแนนเมื่อนิ้วชี้และหรือ นิ้วกลาง มีความพิการ กุด และหรือแผล เรื้อรัง และหรือ นิ้วมืองอ มือได้ 6 คะแนนเมื่อนิ้วหัวแม่มือมีความ พิการ กุด และหรือนิ้วมืองอ และหรือ ข้อมือตกร
15	มือซ้าย	1 = มีคะแนนความพิการ 1 คะแนน 2 = มีคะแนนความพิการ 2 คะแนน 6 = มีคะแนนความพิการ 6 คะแนน	มือได้ 1 คะแนนเมื่อนิ้วนางและหรือ นิ้วก้อยมีความพิการ กุด และหรือ แผล เรื้อรัง และหรือ นิ้วมืองอ มือได้ 2 คะแนนเมื่อนิ้วชี้และหรือ นิ้วกลาง มีความพิการ กุด และหรือแผล เรื้อรัง และหรือ นิ้วมืองอ มือได้ 6 คะแนนเมื่อนิ้วหัวแม่มือมี ความพิการ กุด และหรือนิ้วมืองอ และหรือ ข้อมือตกร
16	เท้าขวา	1 = มีคะแนนความพิการ 1 คะแนน 2 = มีคะแนนความพิการ 2 คะแนน 3 = มีคะแนนความพิการ 3 คะแนน	เท้าได้ 1 คะแนนเมื่อมีความพิการเท้าขวา และนิ้วเท้างอ เท้าได้ 2 คะแนนเมื่อมีความพิการ กุด และหรือ มีแผลที่นิ้ว เท้าได้ 3 คะแนนเมื่อมีความพิการ แผล เรื้อรังที่ได้ฝ่าเท้า และหรือ เท้าตกรข้อไม่ติด

NO	ตัวแปร	รหัส	คำอธิบาย
		6 = มีคะแนนความพิการ 6 คะแนน	เท้าได้ 6 คะแนนเมื่อมีความพิการ เท้า ตกข้อติด และหรือเท้าผิดปกติ และหรือขาดนิ้ว
17	เท้าซ้าย	1 = มีคะแนนความพิการ 1 คะแนน 2 = มีคะแนนความพิการ 2 คะแนน 3 = มีคะแนนความพิการ 3 คะแนน 6 = มีคะแนนความพิการ 6 คะแนน	เท้าได้ 1 คะแนนเมื่อมีความพิการเท้าชา และนิ้วเท้างอ เท้าได้ 2 คะแนนเมื่อมีความพิการ กุด และหรือ มีแผลที่นิ้ว เท้าได้ 3 คะแนนเมื่อมีความพิการ แผลเรื้อรังที่ใต้ฝ่าเท้า และหรือ เท้าตก ข้อไม่ติด เท้าได้ 6 คะแนนเมื่อมีความพิการ เท้า ตกข้อติด และหรือเท้าผิดปกติ และหรือ ขาดนิ้ว
18	ตาขวา	1 = มีคะแนนความพิการ 1 คะแนน 2 = มีคะแนนความพิการ 2 คะแนน 6 = มีคะแนนความพิการ 6 คะแนน	ตาได้ 1 คะแนนเมื่อมีความพิการ ตาหลับไม่สนิท ตาได้ 2 คะแนนเมื่อมีความพิการตามัว (นับนิ้วที่ระยะ 6 เมตรหรือ 20 ฟุต ไม่ได้) ตาได้ 6 คะแนนเมื่อมีความพิการ ตาบอดสนิท
19	ตาซ้าย	1 = มีคะแนนความพิการ 1 คะแนน 2 = มีคะแนนความพิการ 2 คะแนน 6 = มีคะแนนความพิการ 6 คะแนน	ตาได้ 1 คะแนนเมื่อมีความพิการ ตาหลับไม่สนิท ตาได้ 2 คะแนนเมื่อมีความพิการตามัว (นับนิ้วที่ระยะ 6 เมตรหรือ 20 ฟุต ไม่ได้) ตาได้ 6 คะแนนเมื่อมีความพิการ ตาบอดสนิท
20	ใบหน้า	2 = มีคะแนนความพิการ 2 คะแนน 4 = มีคะแนนความพิการ 4 คะแนน	ใบหน้าได้ 2 คะแนนเมื่อมีความพิการ หน้าสิงโตหรือหน้าย่นมาก ใบหน้าได้ 4 คะแนนเมื่อมีความพิการ อัมพาต ปากเบี้ยวมาก หรือ จมูกยุบ
21	รวมคะแนนทางด้านการแพทย์	รวมคะแนนทางด้านการแพทย์ที่ได้	คะแนนรวมทางด้านการแพทย์ เป็น คะแนนความพิการที่ มือ เท้า ตา และ ใบหน้า รวมกัน มีคะแนนเต็ม 40 คะแนนผู้ป่วยพิการจากโรคเรื้อรังต้องมี คะแนนความพิการไม่ต่ำกว่า 12 คะแนนจึงจะผ่านเกณฑ์รับสงเคราะห์

NO	ตัวแปร	รหัส	คำอธิบาย
22	อายุ	1 = มีคะแนน 1 คะแนน 2 = มีคะแนน 2 คะแนน 4 = มีคะแนน 4 คะแนน	ได้ 1 คะแนนเมื่อมีอายุต่ำกว่า 40 ปี ได้ 2 คะแนนเมื่อมีอายุตั้งแต่ 40-65 ปี ได้ 4 คะแนนเมื่อมีอายุมากกว่า 65 ปี
23	สภาพที่อยู่อาศัย	0 = มีคะแนน 0 คะแนน 1 = มีคะแนน 1 คะแนน 2 = มีคะแนน 2 คะแนน 4 = มีคะแนน 4 คะแนน	ได้ 0 คะแนน เมื่อพบว่าไม่มีบ้านเป็นของตนเอง / เชิง /เช่า และมีสภาพบ้านมั่นคงแข็งแรง ได้ 1 คะแนน เมื่อพบว่าไม่มีบ้านเป็นของตนเอง / เชิง /เช่า และมีสภาพบ้านทรุดโทรม ได้ 2 คะแนน เมื่อพบว่าอาศัยบ้านคนอื่น ได้ 4 คะแนน เมื่อพบว่าไม่มีบ้านและอาศัยคนอื่นไม่ได้ หรือที่พักอาศัยชั่วคราว
24	การประกอบอาชีพและหรือรายได้	0 = มีคะแนน 0 คะแนน 2 = มีคะแนน 2 คะแนน 4 = มีคะแนน 4 คะแนน	ได้ 0 คะแนน เมื่อพบว่ามีอาชีพประจำและหรือรายได้ที่แน่นอน ได้ 2 คะแนน เมื่อพบว่ามีอาชีพไม่แน่นอนและหรือรายได้ที่ไม่แน่นอน ได้ 4 คะแนน เมื่อพบว่าไม่มีอาชีพและหรือไม่มีรายได้
25	ผู้ที่ต้องอุปการะ	0 = มีคะแนน 0 คะแนน 2 = มีคะแนน 2 คะแนน	ได้ 0 คะแนน เมื่อพบว่าไม่มีผู้ที่ต้องอุปการะ ได้ 2 คะแนน เมื่อพบว่ามีผู้ที่ต้องอุปการะ
26	ผู้ให้อุปการะ	0 = มีคะแนน 0 คะแนน 1 = มีคะแนน 1 คะแนน	ได้ 0 คะแนน เมื่อพบว่าไม่มีผู้ให้อุปการะ ได้ 1 คะแนน เมื่อพบว่าไม่มีผู้ให้อุปการะ
27	ประวัติการกระทำผิดกฎหมายว่าด้วยขอตาน	0 = มีคะแนน 0 คะแนน 2 = มีคะแนน 2 คะแนน	ได้ 0 คะแนน เมื่อพบว่าไม่มีประวัติขอตาน ได้ 2 คะแนน เมื่อพบว่าไม่มีประวัติขอตาน
28	ทรัพย์สินในครอบครองเครื่องปรับอากาศ	0 = มีคะแนน 0 คะแนน 1 = มีคะแนน 1 คะแนน	ได้ 0 คะแนน เมื่อพบว่าไม่มีเครื่องปรับอากาศ ได้ 1 คะแนน เมื่อพบว่าไม่มีเครื่องปรับอากาศ

NO	ตัวแปร	รหัส	คำอธิบาย
29	ทรัพย์สินในครอบครอง รถยนต์ รถจักรยานยนต์	0 = มีคะแนน 0 คะแนน 1 = มีคะแนน 1 คะแนน	ได้ 0 คะแนน เมื่อพบว่ามีรถยนต์ หรือ รถจักรยานยนต์ ได้ 1 คะแนน เมื่อพบที่ไม่มีรถยนต์ หรือ รถจักรยานยนต์
30	ทรัพย์สินในครอบครอง ที่ดินอาศัยและหรือ ที่ดินทำกิน	0 = มีคะแนน 0 คะแนน 1 = มีคะแนน 1 คะแนน	ได้ 0 คะแนน เมื่อพบว่ามีที่ดินอาศัย และหรือที่ดินทำกิน ได้ 1 คะแนน เมื่อพบที่ไม่มีที่ดินอาศัย และหรือที่ดินทำกิน
31	รวมคะแนนเต็มทางด้าน สังคมและเศรษฐกิจ	รวมคะแนนเต็มทางด้าน สังคมและเศรษฐกิจที่ได้	รวมคะแนนเต็มทางด้านสังคมและ เศรษฐกิจเต็ม 20 คะแนน
32	รวมคะแนน	รวมคะแนนที่ได้	รวมคะแนนทางการแพทย์รวมกับ คะแนนทางด้านสังคมและเศรษฐกิจเต็ม 60 คะแนน ผู้ป่วยพิการจากโรคเรื้อน ต้องมีคะแนนทางการแพทย์รวมกับ คะแนนทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ ไม่ต่ำกว่า 25 คะแนนขึ้นไปถึงจะผ่าน เกณฑ์รับสงเคราะห์
33	ความต้องการของผู้ป่วย	ระบุความต้องการผู้ป่วย	
34	ความเห็นของ คณะกรรมการคัดกรอง	ระบุความเห็นของ คณะกรรมการคัดกรอง	คณะกรรมการคัดกรองให้ความเห็น รับสงเคราะห์หรือไม่รับสงเคราะห์ หากรับสงเคราะห์ระบุด้วยว่าเป็น ประเภทชุมชนทั่วไปหรืออยู่ใน สถานโรคเรื้อนไหน
35	ความเห็นของ กรรมการกลาง	ระบุความเห็นของ กรรมการกลาง	กรรมการกลางพิจารณาผ่านเกณฑ์หรือ ไม่ผ่านเกณฑ์รับสงเคราะห์

2.5 การติดตามคุณภาพชีวิตผู้ประสบ ปัญหาจากโรคเรื้อน

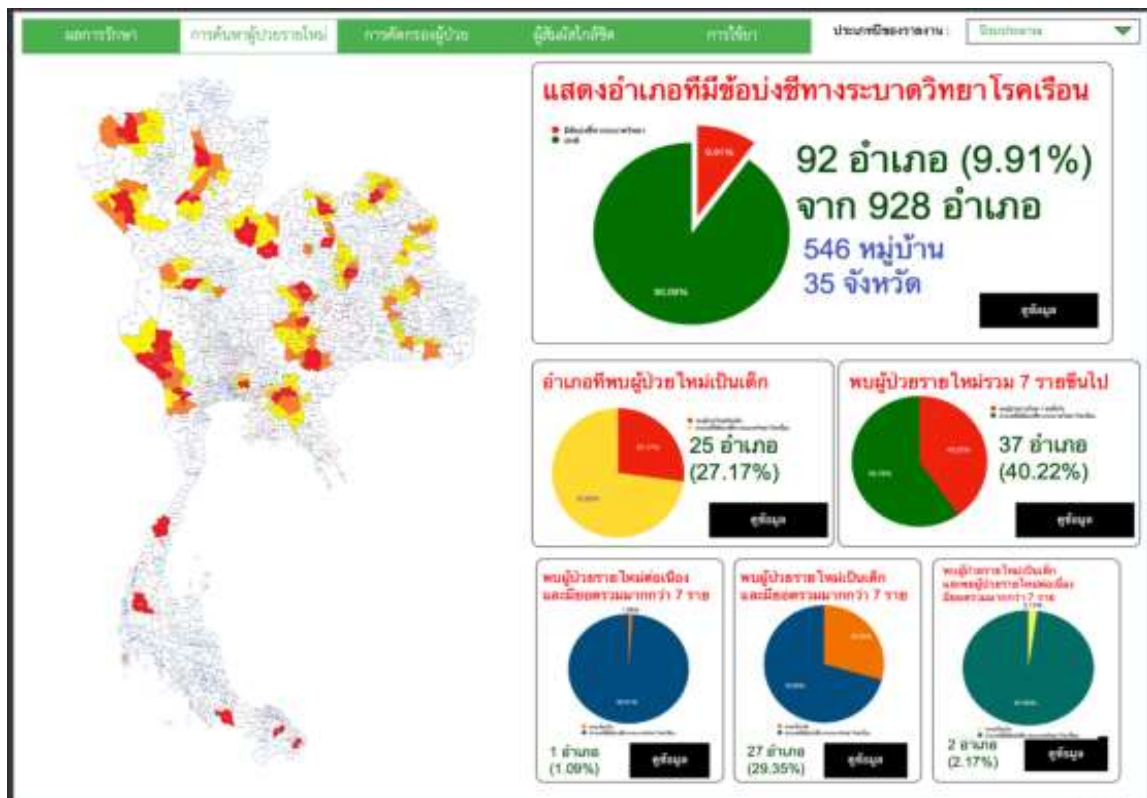
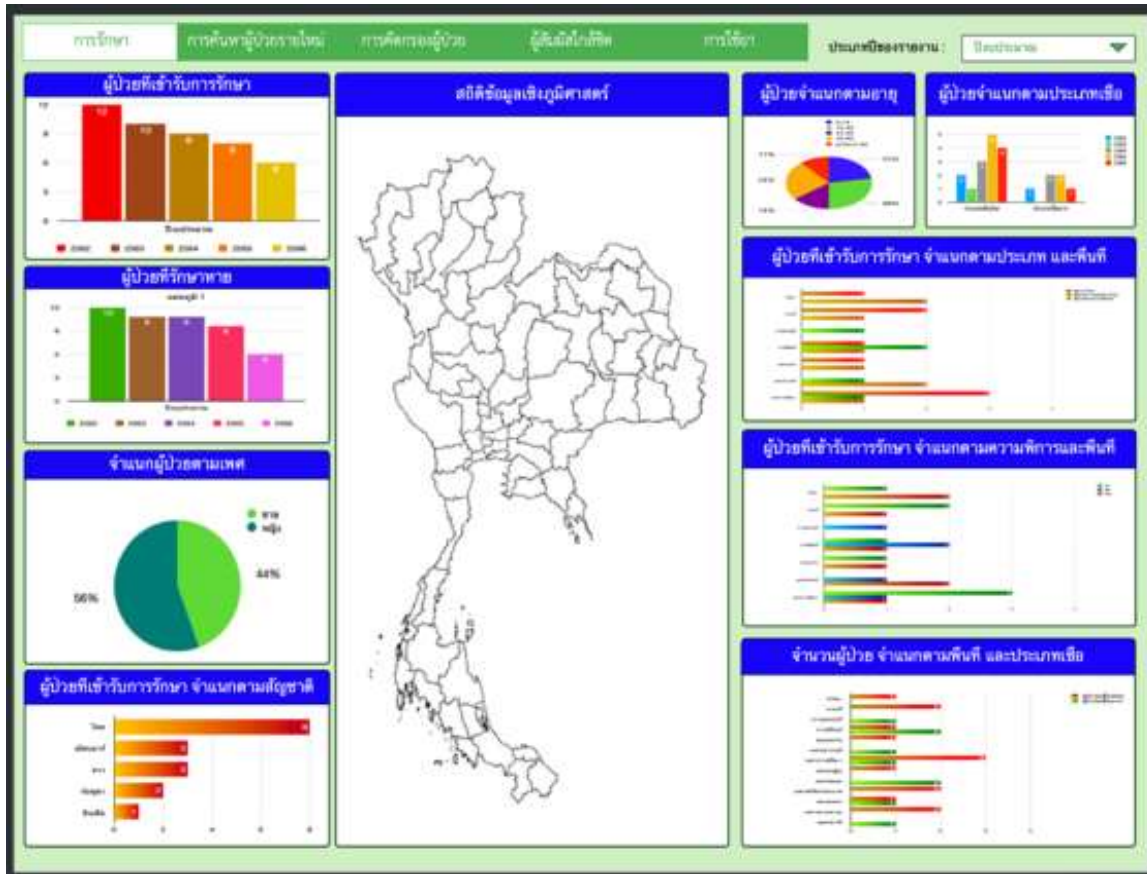
การติดตามคุณภาพชีวิตของ
ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน จัดเป็นประเด็นที่มัก
ถูกละเลย ดังนั้น เพื่อให้การดูแลผู้ประสบปัญหา
จากโรคเรื้อนครบวงจรจำเป็นต้องมีประเด็น

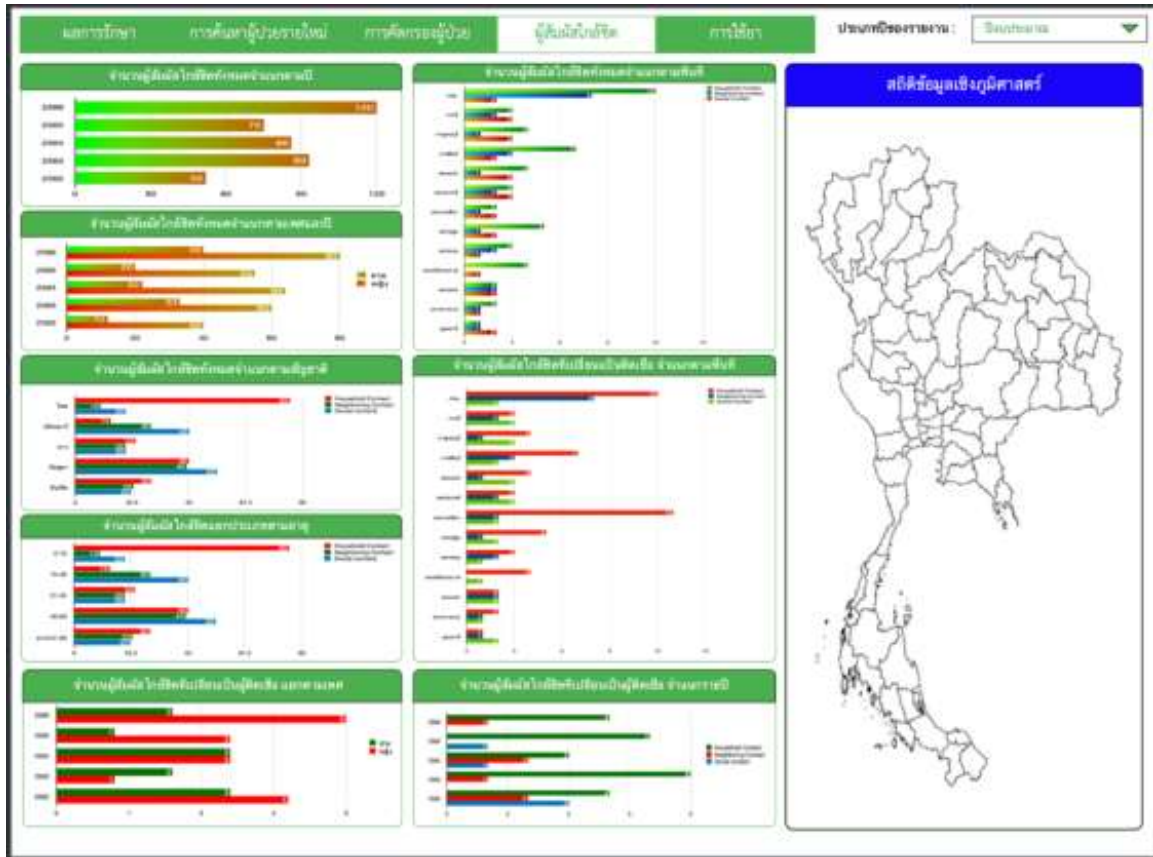
คุณภาพชีวิตเข้ามาเกี่ยวข้อง ซึ่งกรมควบคุมโรค
มีข้อมูลค่อนข้างน้อย และกระจัดกระจายอยู่กับ
ผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อนทั้งในส่วนกลาง และ
ส่วนภูมิภาค ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการจัดเก็บ
อย่างเหมาะสมต่อไป

NO	รหัส คำอธิบาย
1	ชื่อ - นามสกุล
2	จังหวัด
3	อายุ (ปี)
4	ระดับความพิการ
5	มีแผลหรือไม่
6	รับการสงเคราะห์จากกรมควบคุมโรคหรือไม่
7	ที่พักอาศัย
8	กิจกรรม/รายการที่ท่านได้รับการฟื้นฟูสภาพฯ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต/ สุขภาพ
	1. ความพิการหรืออาการป่วยด้วยโรคเรื้อรังทำให้ท่านสามารถทำสิ่งต่างๆ ในชีวิตได้มากน้อยเพียงใด
	2. ท่านรู้สึกไม่สบายใจ เช่น เหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล บ่อยแค่ไหน
	3. เมื่อมีปัญหาต้องการความช่วยเหลือช่วยเหลือ ท่านพอใจกับการ ช่วยเหลือที่ได้รับจากคนอื่นๆแค่ไหน
	4. ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีหรือไม่ในแต่ละวัน
	5. ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อาศัยอยู่ตอนนี้มากน้อยเพียงใด
	6. ท่านพึงพอใจต่อสถานพยาบาลที่ท่านไปใช้ 15 เป็นประจำในเวลา เจ็บป่วย 16 มากน้อยเพียงใด (ในเรื่องของ 17 คุณภาพ, ความพร้อม, 18 ความยาก/ง่ายในการไปใช้บริการฯลฯ)
	7. ท่านมีโอกาสดำรงพักผ่อนคลายเครียด (เช่น อ่านหนังสือ ดูทีวี ไปหาเพื่อน ฯลฯ) มากน้อยเพียงใด
	8. ในความพิการหรือการเป็นโรคนั้น ท่านสามารถเดินทางไปไหนมาไหนใน ชีวิตประจำวัน ตามที่ต้องการได้ดีเพียงใด
	9. ท่านพอใจชีวิตความเป็นอยู่โดยทั่วไปของท่านแค่ไหน
	10. ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อยเพียงใด

2.6 Dashboard แสดงให้เห็นว่า
สามารถรายงานผลแบบ GIS แผนที่ และกราฟ

ทีมวิจัยได้ลองจัดทำ Dashboard
เพื่อประเมินว่าขาดข้อมูลส่วนใด ที่จำเป็นต้องใช้
ในงานป้องกันควบคุมโรค





อภิปรายผล

เนื่องจากระบบการป้องกันควบคุมโรคเรื้อนระดับประเทศ ยังไม่เคยจัดทำในรูปแบบการรายงานแบบดิจิทัล และ real time มาก่อน ดังนั้นการรวบรวมข้อมูลด้านงานระบาดทั้งหมดจึงต้องอาศัยผู้ปฏิบัติงานในปัจจุบัน ซึ่งจัดเป็นผู้เชี่ยวชาญโรคเรื้อนระดับหนึ่ง จะเห็นว่าผู้รับผิดชอบในระดับสคร. มีประสบการณ์การทำงานโรคเรื้อนเพียง 7 ปีกว่า ซึ่งนับว่ายังมีความเชี่ยวชาญค่อนข้างน้อยและเป็นผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อนหน้าใหม่จำนวนกว่าครึ่งหนึ่งของผู้รับผิดชอบทั้งหมด ทั้งนี้ยังพอมือผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อนรายเก่าที่มีประสบการณ์มากกว่า 10 ปี เป็นจำนวนถึง 5 ท่าน ที่พอจะช่วยนำพาทิศทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเรื้อนของประเทศไทยได้ตามหลักเกณฑ์ ขณะเดียวกันคณะกรรมการดำเนินงานโครงการจัดทำฐานข้อมูล

ผู้ป่วยโรคเรื้อน จำนวน 14 ราย ซึ่งเป็นทั้งแพทย์ทางระบาดวิทยา และผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อนของสถาบันราชประชาสมาสัย ก็มีประสบการณ์มากกว่าคือ 15 ปี 8 เดือน สะท้อนให้เห็นว่า งานป้องกันควบคุมโรคเรื้อนของประเทศไทยอยู่ในระยะวิกฤติ (crisis) จริงๆ แล้วก็อาจเป็นไปได้ ดังนั้นการพัฒนาฐานข้อมูลโรคเรื้อนจำเป็นจะต้องดำเนินการต่อไปอย่างเร่งด่วน เพื่อให้เป็นโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพสามารถใช้ได้จริง เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคเรื้อน ของประเทศไทยต่อไป

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติและในการศึกษา ครั้งต่อไป

1. ควรมีการทดลองการใช้ระบบปฏิบัติการนี้
ซึ่งในอนาคตควรทำในรูปแบบแอปพลิเคชัน
ให้ผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อนทั้งในระดับเขต และ
ส่วนกลางเข้าถึงได้ง่าย สามารถเข้าถึงได้เฉพาะ
พื้นที่ที่ตนรับผิดชอบ

2. ควรมีการ maintenance ระบบให้
สามารถใช้งานได้ตลอด และพัฒนาระบบฐานข้อมูล
ให้มีความทันสมัยอย่างต่อเนื่อง

3. สถาบันราชประชาสมาสัย ควร
มอบหมายผู้รับผิดชอบ ดูแลระบบฐานข้อมูลให้
ชัดเจน

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค.
คู่มือการตรวจรับรองคุณภาพการกำจัด
โรคเรื้อน นนทบุรี: โรงพิมพ์สำนักงาน
พระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2549.
2. สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค.
คู่มือการวินิจฉัยและรักษาโรคเรื้อน. พิมพ์
ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์พระพุทธศาสนา
แห่งชาติ; 2553.
3. สถาบันราชประชาสมาสัย. แผนยุทธศาสตร์
งานโรคเรื้อน 5 ปี (พ.ศ. 2566 – 2570).
สถาบันราชประชาสมาสัย; 2567. (อัดสำเนา)
4. [WHO] Towards zero leprosy. Global
leprosy (Hansen's Disease) strategy
2021-2030. [Internet]. [Cited 2021 Apr
15]. Available from: [https://
www.who.int/publications/i/item/
9789290228509](https://www.who.int/publications/i/item/9789290228509).
5. World Health Organization. Towards
zero leprosy Global Leprosy
(Hansen's disease) Strategy 2021-2030
[Internet]. Geneva. World Health
Organization; 2021 [cite 2021 Oct 15].
30 p. Available from: [https://
www.who.int/publications/i/item/978
9290228509](https://www.who.int/publications/i/item/9789290228509)

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีการตั้งครรภ์นอกมดลูก : กรณีศึกษา
Nursing care for a patient with ectopic pregnancy : Case Study

สมจิตร เอียดเกลี้ยง*
Somchit Eadklieng*

บทคัดย่อ

บทนำ : การตั้งครรภ์นอกมดลูกเป็นการตั้งครรภ์ที่เกิดจากการฝังตัวของไข่ที่ผสมแล้ว นอกโพรงมดลูกและเจริญเป็นตัวอ่อน ถือเป็นโรคทางนรีเวชที่มีความเสี่ยงสูง หากได้รับการตรวจวินิจฉัยรักษาล่าช้า อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยที่มีการตั้งครรภ์นอกมดลูก จำนวน 2 ราย

วิธีการศึกษา : ศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีการตั้งครรภ์นอกมดลูก จำนวน 2 ราย เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ร่วมกับการสังเกต วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล วางแผน ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลการศึกษา : กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วยที่มีการตั้งครรภ์นอกมดลูก ซึ่งได้รับการรักษาที่แตกต่างกันคือได้รับการรักษาด้วยยาและการผ่าตัด ซึ่งส่งผลต่อภาวะแทรกซ้อนและการดูแลของพยาบาลที่แตกต่างกัน กรณีศึกษารายที่ 1 พบปัญหาไม่สุขสบายจากอาการปวดท้อง เสี่ยงต่อภาวะช็อคจากการแตกของถุงตั้งครรภ์ ผู้ป่วยและญาติเผชิญภาวะเครียดมีความวิตกกังวล เสี่ยงต่อการเกิดผลข้างเคียงของยา Methotrexate ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 พบปัญหาเสี่ยงต่อภาวะช็อคจากการเสียเลือดในช่องท้อง ชีตจากการเสียเลือดระหว่างผ่าตัด ไม่สุขสบายจากปวดแผล ผู้ป่วยและญาติเผชิญภาวะเครียดมีความวิตกกังวล กรณีศึกษาทั้งสองรายมีอาการดีขึ้นผ่านพ้นภาวะวิกฤติ เฝาระวังอาการเปลี่ยนแปลง ไม่มีภาวะแทรกซ้อน หลังจกให้การพยาบาลผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นผ่านพ้นภาวะวิกฤติ

คำสำคัญ : การพยาบาล ตั้งครรภ์นอกมดลูก

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลตรัง

Abstract

Background : An ectopic pregnancy occurs when a fertilized egg implants outside the uterus and develops into an embryo. It is considered a high-risk gynecological disease. Delaying diagnosis and treatment could lead to the patient's death.

Objective : To study and compare the use of nursing procedures for two patients with ectopic pregnancies.

Methods : Study of nursing care for two patients with ectopic pregnancies. Data were collected from medical records and interviews with patients and relatives. together with observation Content analysis Set nursing diagnoses, plan nursing actions, and evaluate nursing outcomes.

Results : Both case studies involved patients with ectopic pregnancies. They receive distinct treatments, specifically medication and surgery. This leads to distinct complications and necessitates different nursing care approaches. The first case study reported experiencing discomfort due to stomach pain. The rupture of the gestational sac poses a risk of shock. Patients and relatives are stressed and concerned. There is a risk of side effects from methotrexate. The second case study revealed that the patient was at risk of shock due to blood loss in the abdominal cavity, paleness due to blood loss during surgery, discomfort from wound pain, and stress and concern from patients and relatives. Both case studies improved after the crisis. Watch out for changes in symptoms and no complications after providing nursing care; the patient's symptoms improved, and they passed the crisis.

Keywords : Nursing, Ectopic pregnancy

บทนำ

การตั้งครรภ์นอกมดลูก เป็นการตั้งครรภ์ที่เกิดจากการฝังตัวของไข่ที่ผสมแล้ว (fertilized ovum) นอกโพรงมดลูกและเจริญเป็นตัวอ่อน ถือเป็นโรคทางนรีเวชที่มีความเสี่ยงสูง หากได้รับการตรวจวินิจฉัยรักษาล่าช้า อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ โดยมีอุบัติการณ์แตกต่างกันไปในแต่ละภูมิภาค โดยเฉลี่ยพบระหว่าง 1:64 ถึง 1:222 หรือ 4.5 ถึง 15.6 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ราย ข้อมูลระหว่างปี 1997 - 2002 ขององค์การอนามัยโลก พบว่าอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 4.9 และเป็นสาเหตุที่สำคัญของการเสียชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ในช่วงไตรมาสแรก ร้อยละ 26 และ ร้อยละ 93 ของผู้เสียชีวิตมีสาเหตุจากการตกเลือด⁽¹⁾ ภาวะนี้สาเหตุ ร้อยละ 10 ของการเสียชีวิตที่สัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ทั้งหมด และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตถึง ร้อยละ 75 ของการตั้งครรภ์ในไตรมาสแรก⁽²⁾ ในสหรัฐอเมริกาพบอุบัติการณ์การตั้งครรภ์นอกมดลูกเพิ่มขึ้น 5 เท่า จากปี ค.ศ. 1970 ถึง 1989 เนื่องจากการตื่นตัวในการสืบค้น การพัฒนาเทคโนโลยีที่ดีขึ้น การคุมกำเนิดที่ป้องกันการตั้งครรภ์ปกติ เช่น ห่วงอนามัยการทำหมันที่ล้มเหลว เทคโนโลยีช่วยเหลือผู้มีบุตรยากการเพิ่มขึ้นของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการทำแท้ง จากข้อมูลสถิติของโรงพยาบาลตรังในปี พ.ศ. 2564 - 2566 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูก 78, 63 และ 85 ตามลำดับ⁽³⁾ ซึ่งผู้ป่วยที่มีการตั้งครรภ์นอกมดลูกที่เข้ามารับการรักษาจะได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดหรือการรักษาด้วยยา

กลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงสูงต่อการตั้งครรภ์นอกมดลูก ได้แก่ ผู้ที่มีประวัติการผ่าตัดท่อนำไข่ตั้งครรภ์หลังทำหมัน เคยตั้งครรภ์นอกมดลูก ติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน ตั้งครรภ์ขณะใส่ห่วงคุมกำเนิด โดยผู้ป่วยร้อยละ 50 มีอาการ 3 อย่าง คือ เลือดออกจากช่องคลอดผิดปกติ ปวดท้อง และขาดประจำเดือน อาการที่พบบ่อยที่สุด คือ ปวดท้องหรือปวดบริเวณท้องน้อย⁽⁴⁾

อาจหายไปหรือปวดอยู่ตลอดเวลาในกรณีที่มีเลือดออกในช่องท้องจำนวนมาก ทำให้มีการปวดร้าวไปที่หัวไหล่ จะมาพบแพทย์ด้วยอาการหน้ามืด คล้ายจะเป็นลม หากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องและทันท่วงทีก็อาจเป็นอันตรายถึงชีวิต การวินิจฉัยการตั้งครรภ์นอกมดลูกจำเป็นต้องอาศัยประวัติ อาการแสดง และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพิ่มเติม โดยเฉพาะการตรวจเพื่อยืนยันการตั้งครรภ์ และการตรวจอัลตราซาวด์ยืนยันตำแหน่งของถุงตั้งครรภ์ การรักษามีทั้งแบบไม่ผ่าตัดและวิธีการผ่าตัด⁽⁵⁾ ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดอย่างเร่งด่วน มิเช่นนั้นอาจอันตรายถึงชีวิตได้

การตั้งครรภ์นอกมดลูกเกิดบริเวณท่อนำไข่ 3 ส่วน โดยส่วนที่พบบ่อยที่สุด คือ ampulla (ร้อยละ 75 - 80) รองลงมา คือ ส่วน isthmic (ร้อยละ 12), fimbria end (ร้อยละ 5) และ interstitial (ร้อยละ 2 - 3)⁽⁵⁾

การวินิจฉัยการตั้งครรภ์นอกมดลูกจำเป็นต้องอาศัยการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติเพิ่มเติมเสมอ จะไม่สามารถวินิจฉัยจากเพียงการซักประวัติและตรวจร่างกายเท่านั้น โดยการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง (อัลตราซาวด์) เป็นการตรวจที่สำคัญที่สุด ถ้าเห็นการตั้งครรภ์อยู่ในหรือนอกโพรงมดลูกก็สามารถวินิจฉัยได้เลยโดยไม่ต้องตรวจเพิ่มเติมอีก แต่ถ้าไม่เห็นถุงการตั้งครรภ์ต้องอาศัยการตรวจ beta-human chorionic gonadotropin (3-hCG) ร่วมด้วยนอกจากนี้ จะใช้การตรวจ β -hCG ในเลือด เมื่อ β -hCG >1,500 มิลลิยูนิต ต่อมิลลิลิตร (mIU/mL) จะต้องเห็นถุงการตั้งครรภ์ในโพรงมดลูกเมื่อตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงทางช่องคลอด หรือ β -hCG >6500 มิลลิยูนิต ต่อมิลลิลิตร จะต้องเห็นถุงการตั้งครรภ์ในโพรงมดลูกเมื่อตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงทางหน้าท้อง ถ้าไม่เห็นแสดงว่าเป็นการตั้งครรภ์นอกมดลูก (นิยมตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงทางช่องคลอดมากกว่า เพราะสามารถ

ให้การวินิจฉัยได้เร็วกว่า) การขูดมดลูก (dilatation and curettage) เพื่อนำเนื้อที่ได้ส่งตรวจทางพยาธิวิทยา ถ้าพบ villi แสดงว่าเป็นการตั้งครรภ์ผิดปกติในโพรงมดลูก แต่ถ้าไม่พบแสดงว่าเป็นการตั้งครรภ์นอกมดลูกซึ่งต้องทำการรักษาต่อไป การส่องกล้องตรวจในอุ้งเชิงกราน (laparoscopy) เป็นวิธีมาตรฐานหลัก (gold standard) ในการวินิจฉัย การตั้งครรภ์นอกมดลูก เนื่องจากเข้าไปมองเห็นพยาธิสภาพโดยตรง แต่เป็นวิธีที่รุกราน (invasive) และมีโอกาสที่จะตรวจไม่พบความผิดปกติได้เนื่องจากก้อนมีขนาดเล็ก และอาจเป็นการตั้งครรภ์ตรงตำแหน่งอื่นที่ไม่ใช่ท่อ นำไข่ได้ ปัจจุบันจึงไม่นิยมใช้ในการวินิจฉัย⁽⁶⁾

การรักษา มีทั้งหลายรูปแบบ^(5,6) ได้แก่

1) การรักษาแบบประคับประคองและสังเกตอาการ ซึ่งจะได้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีอาการ ไม่มีหลักฐานที่บ่งบอกว่ามีเลือดออกในช่องท้อง มีค่า β -hCG < 1,000 มิลลิวินิต ต่อ มิลลิลิตร เมื่อติดตาม β -hCG แล้วค่าลดลงมากกว่า ร้อยละ 50 ในเวลา 7 วัน

2) การรักษาด้วยยา ปัจจุบันใช้ methotrexate ในการรักษาการตั้งครรภ์นอกมดลูก โดยยาออกฤทธิ์เป็น folic acid antagonist ไปยับยั้ง dihydrofolate reductase ยับยั้งขบวนการสร้าง DNA จึงมีประสิทธิภาพ ในการต้านการเจริญของ trophoblast อัตราสำเร็จของการรักษาด้วยยา คือ ขนาดก้อนไม่ควรมีขนาดใหญ่กว่า 4 เซนติเมตร การเต้นของหัวใจทารก ถ้าเต้นอยู่จะมีโอกาสล้มเหลวสูง ระดับ B-hCG ไม่ควรเกิน 5,000 - 10,000 มิลลิวินิตต่อ มิลลิลิตร (ยิ่งค่าน้อยโอกาสสำเร็จยิ่งสูง คือ ถ้า β -hCG < 1,000 มิลลิวินิตต่อ มิลลิลิตร โอกาสสำเร็จ ร้อยละ 98, 1,000 - 4,999 มิลลิวินิตต่อ มิลลิลิตร โอกาสสำเร็จ ร้อยละ 92, 5,000 - 10,000 มิลลิวินิตต่อ มิลลิลิตร โอกาสสำเร็จ ร้อยละ 87 และถ้า > 15,000 มิลลิวินิตต่อ มิลลิลิตร โอกาสสำเร็จเหลือเพียง ร้อยละ 68) ในรายที่มีเลือดออกในช่องท้อง บ่งบอก

ว่ามีการแตกของก้อน มีการทำงานของตับและไตผิดปกติ มีความผิดปกติทางเม็ดเลือด ไม่สามารถมาตรวจติดตามการรักษาได้ถือเป็นข้อห้ามในการใช้ methotrexate ทั้งสิ้น ดังนั้นก่อนเริ่มยาต้องทำการตรวจเลือดดูระดับ β -hCG, CBC (ต้องมี WBC > 2,000 เซลล์ ต่อ ลูกบาศก์ มิลลิเมตร (cells/mm³) และ platelet > 100,000 cells/mm), BUN, creatinine, liver function test และ Rh (กรณี Rh- ควรให้ Anti-D ด้วย) 3) การรักษาด้วยการผ่าตัด สามารถทำได้ทั้งการผ่าตัดทางหน้าท้องและการผ่าตัดผ่านกล้อง สำหรับกรณีการตั้งครรภ์ที่ท่อ นำไข่ มีวิธีการผ่าตัด คือ การผ่าตัดแบบ salpingectomy เป็นการผ่าตัดที่เก็บท่อ นำไข่ไว้เพื่อการตั้งครรภ์ในอนาคต (conservative surgery) โดยจะกรีดเปิดท่อ นำไข่ บริเวณด้าน antemesosalpinx ยาวประมาณ 1 - 1.5 เซนติเมตร จากนั้นทำการคีบเอาชิ้นเนื้อการตั้งครรภ์ออก แล้วทำการห้ามเลือดด้วยจี้ไฟฟ้า ปล่อยแผลไว้ให้หายเองโดยไม่ต้องเย็บปิด และการผ่าตัดแบบ salpingectomy เป็นการตัดท่อ นำไข่ข้างที่เกิดการตั้งครรภ์นอกมดลูกออก จะทำในรายที่ไม่ต้องการมีบุตรแล้ว เป็นการตั้งครรภ์นอกมดลูกซ้ำในท่อ นำไข่ ข้างเดิมและท่อ นำไข่ที่มีความเสียหายรุนแรงมีอาการเลือดออกอย่างมาก ไม่สามารถควบคุมได้ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบ salpingectomy จะมีโอกาสเกิดการหลงเหลือเนื้อเยื่อการตั้งครรภ์ได้ ดังนั้นผู้ป่วยจะต้องรับการตรวจติดตาม β -hCG ทุกสัปดาห์จนกว่าจะไม่พบ (โดยส่วนใหญ่จะหายไป ใน 20 วัน)

การตั้งครรภ์นอกมดลูกเป็นภาวะวิกฤตที่ปรากฏอาการแสดงที่มีความรุนแรงถึงแก่ชีวิตจากการตกเลือดภายในช่องท้องได้ ส่วนใหญ่จะเริ่มต้นรักษาด้วยการผ่าตัด นับได้ว่าเป็นการพยาบาลที่ยุ่งยากและซับซ้อน เนื่องจากลักษณะของโรคและการรักษาที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยและ

ครอบครัว ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ที่ให้การดูแลปฏิบัติการพยาบาลต่างๆ ในการเฝ้าสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นในทุกขั้นตอนของการรักษาพยาบาล จำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสภาพผู้ป่วยและอธิบายความจำเป็นในการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยและญาติให้รับทราบ และต้องมีความชำนาญในการประเมินสภาพร่างกายอย่างละเอียด ติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด สังเกตการตอบสนองของผู้ป่วย เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนตามระบบ เน้นความสำคัญอยู่ที่ความปลอดภัยของผู้ป่วย สามารถทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่พบภาวะแทรกซ้อน ในกลุ่มที่อาการยังไม่แน่ชัด ต้องมีการเฝ้าสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด เพราะการดำเนินของโรคอาจนำไปสู่ภาวะที่มีการแตกของถุงที่อยู่นอกมดลูกได้ พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ที่ให้การดูแลปฏิบัติการพยาบาลต่างๆ ในการเฝ้าสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นในทุกขั้นตอนของการรักษาพยาบาล เพื่อให้การรักษาพยาบาลเป็นไปตามมาตรฐาน ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพจำเป็นต้องมีสมรรถนะที่เพียงพอในการดูแลตั้งแต่ระยะแรกรับจนถึงจำหน่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับผู้ป่วยที่มีการตั้งครรภ์นอกมดลูกเพื่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด ตลอดจนการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เพื่อส่งเสริมให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ลดภาวะแทรกซ้อนและการไม่กลับมาได้รับการรักษาซ้ำ โดยยึดหลักการพยาบาลแบบองค์รวม คำนึงถึงประเด็นทางจริยธรรมสิทธิภายใต้กฎหมายที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นเพื่อให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกผู้ศึกษาในฐานะเป็นผู้นำด้านการพยาบาล จึงสนใจศึกษาในหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูก เพื่อจะได้นำข้อมูลมาใช้พัฒนาแนวทางในการพยาบาลครรภ์นอกมดลูกให้มีประสิทธิภาพ เกิดความปลอดภัยแก่

ผู้ป่วย ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ส่งผลให้ ความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตลดลง

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยที่มีการตั้งครรภ์นอกมดลูก จำนวน 2 ราย

วิธีการศึกษา

คัดเลือกโรคที่ต้องการศึกษา และขอรับรองจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลตรัง เลขที่ ID023206-2567 ศึกษาค้นคว้าหาข้อมูล จากตำราทางการแพทย์ ตำราทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง ทบทวนความรู้เกี่ยวกับภาวะตั้งครรภ์นอกมดลูก และขอแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิทางการแพทย์และทางการพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูล และวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล วางแผนทางการพยาบาล จากนั้นศึกษาแฟ้มประวัติผู้ป่วย 2 ราย เก็บรวบรวมข้อมูล จากการซักประวัติผู้ป่วย ตามแบบแผนสุขภาพ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การรักษาของผู้ป่วย เพื่อให้ได้ข้อมูลครอบคลุมและครบถ้วน นำแผนการพยาบาลมาใช้กับกรณีศึกษา ประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล ปรับปรุงแก้ไข การปฏิบัติงานการพยาบาล และสรุปผลการศึกษาคณะศึกษา

ผลการศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1

หญิงไทย สถานภาพสมรสคู่ อายุ 31 ปี สถานภาพสมรสคู่ อาชีพรับจ้าง อาการสำคัญมาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดท้องน้อยด้านขวา ทะลุหลัง 5 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล (วันที่ 17 พฤษภาคม 2567) ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ให้ประวัติปวดท้องน้อยด้านขวาทะลุหลัง ไม่มีไข้ ไม่มีปัสสาวะแสบขัด ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด

ประจำเดือนครั้งสุดท้ายวันที่ 4 เมษายน 2567 เป็นระยะเวลา 4 วัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต เมื่อ 2 ปีก่อน เคยผ่านการคลอด 2 ครั้ง โดยการผ่าตัดคลอด ร่วมกับการทำหมันในการตั้งครรภ์ที่ 2 ตรวจร่างกาย E4V5M6 ความดันโลหิต 127/86 mmHg ชีพจร 76 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที น้ำหนัก 69 กิโลกรัม ส่วนสูง 169 เซนติเมตร ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC Hct 37.3%, Plt 355,000 per cu.mm, WBC 10, 150/cu.mm, BUN = 10 mg/dl, Cr = 0.6 mg/dl, K = 3.8 mmol/l, Na = 138 mmol/l, Cl = 103 mmol/l CO₂ = 23 mmol/l β -hCG 1827.31 mIU/mL ผลการตรวจอัลตราซาวด์ พบ minimal fluid in RLQ No intrauterine sac could identified 4.5 x 4.7 x 4.3 cm hypoechoic lesion right laterally to uterus วินิจฉัยว่าเป็นตั้งครรภ์นอกมดลูก อายุครรภ์ 6 สัปดาห์ แพทย์พิจารณารับไว้ในโรงพยาบาล

แรกวันที่แผนกนรีเวช ให้ผู้ป่วยนอนพัก ให้สารน้ำ 0.9% NSS 1,000 ml rate 120 ml/hr. เฝ้าระวังสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด ให้งดน้ำงดอาหาร เจาะ Hct ทุก 6 ชั่วโมง ติดตาม β -hCG ใน 48 ชั่วโมง วันที่ 2 ของการรักษา ผู้ป่วยปวดท้องลดลง แพทย์ให้ยาเมโทเทรกเซท (Methotrexate) 135 mg ทาง

กล้ามเนื้อ งดน้ำและอาหารระหว่างมื้อ เจาะ Hct ทุก 6 ชั่วโมง อยู่ระหว่าง 35 - 37% หลังให้ยาติดตาม β -hCG ในวันที่ 4 และ 7 วันที่ 4 ของการรักษา ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดท้อง ไม่มีเลือดออก มีอาการเวียนศีรษะเล็กน้อย Hct อยู่ระหว่าง 32 - 33% ได้ β -hCG 481 mIU/ml วันที่ 5 ของการรักษา ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องเล็กน้อย มีเลือดออกทางช่องคลอด ขณะลุกนั่งมีอาการเวียนศีรษะ ติดตาม Hct ทุก 8 ชั่วโมง Hct อยู่ระหว่าง 32 - 33% วันที่ 7 ของการรักษา β -hCG 114.35 mIU/ml ซึ่งปัญหาสุขภาพที่สำคัญของผู้ป่วย คือ เสี่ยงต่อภาวะข้อคจากท่อน้ำไข้แตก ผู้ป่วยและญาติเผชิญภาวะเครียดมีความวิตกกังวล เสี่ยงต่อการเกิดผลข้างเคียงของยา Methotrexate ไม่สุขสบายจากอาการปวดท้อง หลังจากให้การพยาบาลผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นผ่านพ้นภาวะวิกฤติ เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงไม่มีภาวะแทรกซ้อนซ้ำ ได้รับการดูแลแบบองค์รวม สามารถฟื้นฟูร่างกายและจิตใจ ได้รับคำแนะนำและมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลแพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน และนัดติดตามอาการอีก 1 สัปดาห์ รวมเวลารักษาตัวในโรงพยาบาล 8 วัน

ตารางที่ 1 การพยาบาลสำหรับกรณีศึกษารายที่ 1

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมพยาบาล
<p>1. ผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงต่อภาวะช็อกจากการแตกของถุงตั้งครรภ์ ข้อมูลสนับสนุน ตรวจอัลตราซาวนด์ พบ minimal fluid in RLQ No intrauterine sac could identified 4.5 x 4.7 x 4.3 cm hypoechoic lesion right laterally to uterus สัญญาณชีพ ชีพจร 96 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปรอท</p> <p>เป้าหมาย ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อก</p>	<ol style="list-style-type: none">1. ประเมินอาการช็อก ได้แก่ เหงื่อออก ตัวเย็น ระดับความรู้สึกตัวลดลง2. ให้สารน้ำและเลือดทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา3. ประเมินระดับความปวดและภาวะช็อค4. เจาะเลือด เพื่อตรวจหาหมู่เลือด CBC electrolyte5. ประเมินค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน ควรมีค่าไม่ต่ำกว่า 95% <p>การประเมินผล กรณีศึกษาที่ 1 ไม่เกิดภาวะช็อก ความดันโลหิต 83/50 - 128/70 mmHg, ชีพจร 100 - 110 ครั้ง/นาที, หายใจ 20 - 24 ครั้ง/นาที, Oxygen sat 96 - 97 % ปลายมือปลายเท้าอุ่น ไม่กระสับกระส่าย capillary refill time 2 วินาที</p>
<p>2. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการและการรักษา ข้อมูลสนับสนุน สีหน้าแสดงความวิตกกังวล หน้าหน้าวิตกกังวล ผู้ป่วยบอกกลัวจะตั้งครรภ์ไม่ได้</p> <p>เป้าหมาย ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลลดลง</p>	<ol style="list-style-type: none">1. สร้างสัมพันธภาพ พูดคุยและซักถามผู้ป่วยและญาติเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติบอกความรู้สึก และความวิตกกังวล2. ให้ข้อมูลเรื่องการรักษาและพยาธิสภาพของโรค เพื่อให้เข้าใจการดำเนินของโรค และเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง3. อธิบายเหตุผลในการเตรียมความพร้อมด้านร่างกายให้ผู้ป่วยและญาติทราบ ได้แก่ การเตรียมพร้อมเพื่อผ่าตัดฉุกเฉิน การเจาะเลือด การงดน้ำและอาหาร การให้สารน้ำ และการให้เลือด <p>การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลลดลงยอมรับแผนการรักษา</p>
<p>3. เสี่ยงต่อการเกิดผลข้างเคียงของยา Methotrexate ข้อมูลสนับสนุน ได้รับยาเมโธเทรกเซท</p> <p>เป้าหมาย ผู้ป่วยปลอดภัยจากผลข้างเคียงของยา</p>	<ol style="list-style-type: none">1. ดูแลบริหารยาตามแผนการรักษาและเฝ้าระวังติดตามผลข้างเคียง อาจทำให้เกิดผลข้างเคียงที่พบได้ทั่วไป เช่น ประจำเดือนมาไม่ปกติ คลื่นไส้ ปวดท้อง ปวดศีรษะ วิงเวียน รู้สึกเหนื่อยล้า ตาพร่ามัว เป็นต้น2. เฝ้าระวังอาการแพ้ยา เช่น มีผื่นคัน หายใจลำบาก มีอาการบวมที่ใบหน้าริมฝีปาก ลิ้น ลำคอ รู้สึกแสบร้อนที่ดวงตา หรือมีอาการแพ้ที่ผิวหนังอย่างรุนแรง ปวดตามผิวหนัง มีผื่นแดงหรือมวงกระจายตามร่างกาย โดยเฉพาะใบหน้าและช่วงบนของลำตัว ซึ่งอาจทำให้เกิดแผลพุพองหรือฉีกขาดได้3. เฝ้าระวังและบันทึกสัญญาณชีพ4. ตรวจติดตามระดับ serum hCG <p>การประเมินผล ผู้ป่วยมีอาการเวียนศีรษะ หลังจากนั้นไม่มีอาการใด</p>

ตารางที่ 1 การพยาบาลสำหรับกรณีศึกษารายที่ 1 (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมพยาบาล
<p>4. ไม่สุขสบายจากอาการปวดท้อง ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยบอกปวดท้อง สีหน้าคิ้วขมวด Pain Score เท่ากับ 9/10 คะแนน เป้าหมาย ผู้ป่วยอาการปวดลดลง</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ดูแลจัดท่านอนให้สุขสบายลดสิ่งกระตุ้นจัดบรรยากาศ สิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการพักผ่อน 2. ประเมินระดับความรุนแรงของอาการปวดโดยการซักถามใช้ Pain Score ด้วย Numeric Scale 3. ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน จากการได้รับยาและประเมินระดับความรุนแรงของอาการปวดซ้ำ 4. แนะนำและสอนการเคลื่อนไหวโดยใช้มือกุ่มท้องเพื่อลดการ กระทบกระเทือนแผล 5. แนะนำการใช้เทคนิค Breathing exercise เพื่อผ่อนคลายจาก อาการปวด <p><u>การประเมินผล</u> กรณีศึกษาสีหน้าแจ่มใส อาการปวดแผลทุเลาลง Pain Score ลดลง</p>
<p>5. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตน หลังจากกลับบ้าน ข้อมูลสนับสนุน มีสีหน้าวิตกกังวล และสอบถามพยาบาลบ่อยครั้งเรื่อง การปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน เป้าหมาย ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตน หลังจากกลับบ้าน</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินความรู้ ความเข้าใจผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว เมื่อกลับไปอยู่บ้าน 2. อธิบายถึงสาเหตุของโรคที่เป็นเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ เกี่ยวกับอาการและสาเหตุของการเกิดโรคเพื่อจะได้นำไปปฏิบัติตัว ได้อย่างถูกต้อง 3. แนะนำ เรื่องการพักผ่อนให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 6 - 8 ชั่วโมง เพื่อให้ร่างกายฟื้นฟูได้ดียิ่งขึ้น แนะนำการออกกำลังกาย ที่เหมาะสมตามสภาพของผู้ป่วย แนะนำการรับประทานยา ตามแผนการรักษา 4. นัดติดตามอาการอีก 1 สัปดาห์ 5. สังเกตอาการผิดปกติ เช่น มีเลือดออก ปวดท้องเพิ่มขึ้นให้รีบมา โรงพยาบาล <p><u>ประเมินผล</u> ผู้ป่วยและญาติรับฟัง สามารถบอกการปฏิบัติตนเมื่อ กลับไปอยู่บ้านได้</p>

กรณีศึกษาครั้งที่ 2

หญิงไทย สถานภาพสมรสคู่ อายุ 36 ปี อาชีพรับจ้าง อาการสำคัญมาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดท้องน้อยมากมา 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล (วันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2567) ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ให้ประวัติปวดท้องน้อยด้านซ้าย ลักษณะบีบไม่ร้าวไปส่วนไหน ประจำเดือนครั้งสุดท้ายวันที่ 25 มกราคม 2567 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต เคยตั้งครรภ์ 3 ครั้ง คลอดปกติ คุมกำเนิดแบบใช้ฮอร์โมนโดยยาคุมกำเนิดชนิดรับประทาน ตรวจร่างกาย E4V5M6 ความดันโลหิต 112/73 mmHg ชีพจร 98 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 32 ครั้ง/นาที น้ำหนัก 64 กิโลกรัม ส่วนสูง 165 เซนติเมตร ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC Hct 37%, Plt 251,000 per cu.mm, WBC 10,500/cu.mm, BUN = 10 mg/dl, Cr = 0.57 mg/dl, K = 3.7 mmol/L, Na = 137 mmol/L, Cl = 102 mmol/L, Co2 = 21 mmol/L ผลการตรวจอัลตราซาวด์ พบมีของเหลวและเลือดในช่องท้อง สูตินรีเวชกรรมวินิจฉัยว่าเป็นตั้งครรภ์นอกมดลูกขณะนอนพักที่หอผู้ป่วยเพื่อสังเกตอาการ ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องมากขึ้นและมีสัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง ต้องรับการผ่าตัดเร่งด่วนโดยตัดท่อนำไข่และรังไข่ข้างซ้ายออก Rupture pregnancy with hypovolemic shock ให้การรักษาโดยให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NaCl 1000 ml IV rate 150 ml/hr. งดน้ำและอาหาร เฝ้ารอสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด ให้เตรียม PRC 2 unit Cefazoline 2 gm ทางหลอดเลือดดำก่อนไปห้องผ่าตัด ผ่าตัดด้วย explore lap with TR ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดโดยการระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว (general Anesthesia with E.T tube) เวลา ใช้เวลาผ่าตัด 2 ชั่วโมง 20 นาที

ประมาณการเสียเลือดในขณะผ่าตัด 1,850 ml ให้ PRC 2 unit, ให้สารน้ำ 0.9 NSS 1,800 ml, Urine ออก 100 ml หลังผ่าตัดผู้ป่วยอยู่ห้องฟักฟื้นเพื่อสังเกตอาการ 1 ชั่วโมง ผู้ป่วยตื่นดี หายใจสะดวกดี สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต 118/64 mmHg ชีพจร 102 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที Oxygen Sat 99% ให้ oxygen mask 6 lit /min ปวดแผลผ่าตัดมาก Pain Score 10 คะแนน ได้รับยาแก้ปวด MO 4 mg ทางหลอดเลือดดำ อาการปวดทุเลา ส่งกลับหอผู้ป่วย ผู้ป่วยตื่นดี ไม่ปวดแผลมาก หลังผ่าตัดวันที่ 1 Hct 32%, หลังผ่าตัดวันที่ 2 ผู้ป่วยเริ่มลุกนั่งและเดินได้เล็กน้อย ปวดแผลผ่าตัดพอทนและผล วันที่ 5 หลังผ่าตัด ไม่มีไข้ ท้องไม่อืด แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน รวมระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล 5 วัน นัดฟังผล Patho วันที่ 13 มีนาคม 2567 และผู้ป่วยมาตามนัด ผล pathological diagnosis : Fallopian tube left resection : tubal pregnancy with rupture

ปัญหาสุขภาพที่สำคัญของผู้ป่วย คือ มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดในช่องท้อง ชีตจากการเสียเลือดระหว่างผ่าตัด ไม่สุขสบายจากปวดแผล ผู้ป่วยและญาติเผชิญภาวะเครียดมีความวิตกกังวลก่อนและหลังผ่าตัดฉุกเฉิน ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นผ่านพ้นภาวะวิกฤติเฝ้ารออาการเปลี่ยนแปลงไม่มีภาวะแทรกซ้อนซ้ำอีกผู้ป่วยได้รับการพยาบาลต่อเนื่องแบบองค์รวมสามารถฟื้นฟูร่างกายจิตใจได้รับคำแนะนำและมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล รวมเวลารักษาตัวในโรงพยาบาล 4 วัน จากการติดตามหลังการจำหน่าย พบแผลผ่าตัดไม่มีภาวะแทรกซ้อน

ตารางที่ 2 การพยาบาลสำหรับกรณีศึกษารายที่ 2

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมพยาบาล
<p>1. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อกจากการเสียเลือด (hemorrhagic hypovolemic shock)</p> <p><u>ข้อมูลสนับสนุน</u> มีเลือดออกในช่องท้องเนื่องจากท่อน้ำไขแตกจากการตั้งครุภัณฑ์นอกมดลูก สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 104/70 - 112/73 mmHg, ชีพจร 90 - 116 ครั้ง/นาที, หายใจ 20 - 28 ครั้ง/นาที</p> <p><u>เป้าหมาย</u> ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อก</p> <p><u>ข้อมูลสนับสนุน</u> สีหน้าแสดงความวิตกกังวล หน้าน้ำคิ้วขมวดผู้ป่วยบอกเป็นการผ่าตัดฉุกเฉินกลัวจะได้รับอันตรายถึงชีวิต</p> <p><u>เป้าหมาย</u> ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลลดลง</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินอาการช็อก ได้แก่ เหงื่อออก ตัวเย็น ระดับความรู้สึกตัวลดลง 2. งดน้ำและอาหารเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด 3. ให้สารน้ำและเลือดทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา 4. ใส่สายสวนปัสสาวะ สังเกตสีและปริมาณของปัสสาวะซึ่งปัสสาวะควรออกมากกว่า 30 cc/hr. 5. ประเมินระดับความปวดและภาวะซีด 6. เจาะเลือด เพื่อตรวจหาหมู่เลือด CBC electrolyte 7. ให้ออกซิเจน mask with bag 6 ลิตรต่อนาที 8. ประเมินค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน ควรมีค่าไม่ต่ำกว่า 95 % <p><u>การประเมินผล</u> กรณีศึกษาไม่เกิดภาวะช็อก สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 112/73 - 128/70 mmHg, ชีพจร 90 - 100 ครั้ง/นาที, หายใจ 20 - 24 ครั้ง/นาที, Oxygen sat 96 - 97 % ปลายมือ ปลายเท้าอุ่น ไม่กระสับกระส่าย capillary refill time 2 วินาที การตั้งครุภัณฑ์นอกมดลูก เพื่อให้เข้าใจการดำเนินของโรค และเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. อธิบายเหตุผลในการเตรียมความพร้อมด้านร่างกายให้ผู้ป่วยและญาติทราบ ได้แก่ การเตรียมบริเวณผ่าตัด การใส่สายสวนปัสสาวะ การเจาะเลือด การงดน้ำและอาหารการให้สารน้ำ และการให้เลือด 2. ให้ข้อมูลถึงการให้ยาระงับความรู้สึกขณะผ่าตัด การให้ยาระงับปวดหลังออกจากห้องผ่าตัด และการดูแลเพื่อลดความกังวลแก่ผู้ป่วยและญาติการ <p><u>การประเมินผล</u> ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลลดลงยอมรับแผนการรักษา</p>
<p>2. เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากภาวะซีดจากการเสียเลือดและหลังได้รับยาระงับความรู้สึก</p> <p><u>ข้อมูลสนับสนุน</u> มีภาวะซีดค่า Hct = 32% เสียเลือดจากการผ่าตัด 1,850 ml.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. จัดทำนอนหัวสูง เพื่อให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่ 2. ดูแลให้ได้รับออกซิเจน mask with bag 6 lit/min 3. ประเมินลักษณะการหายใจ ระดับความรู้สึกตัว และติดตามค่า SpO2 4. ตรวจวัดสัญญาณชีพเมื่อรับจากห้องผ่าตัดทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมง 4 ครั้ง และเมื่อพบอาการผิดปกติที่จะนำไปสู่ภาวะพร่องออกซิเจนรายงานแพทย์ทันที

ตารางที่ 2 การพยาบาลสำหรับกรณีศึกษารายที่ 2 (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมพยาบาล
<p><u>เป้าหมาย</u> ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะพร่องออกซิเจน</p>	<p>5. เฝ้าระวังและติดตามอาการเปลี่ยนแปลงที่นำไปสู่ภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนพบผิดปกติรายงานแพทย์ได้แก่ กระสับกระส่าย ผุดลุกผุดนั่ง หายใจไม่สม่ำเสมอความดันโลหิตสูงและหัวใจเต้นเร็วขึ้น</p> <p><u>การประเมินผล</u> ไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิกายปกติ ทั้ง 2 กรณีศึกษา</p>
<p>3. ภาวะช็อคจากการเสียเลือดหลังการผ่าตัด</p> <p><u>ข้อมูลสนับสนุน</u> มีภาวะช็อคค่า Hct = -32 %</p> <p><u>เป้าหมาย</u> ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อค</p>	<p>1. ดูแลบริหารสารน้ำและเลือดตามแผนการรักษาและเฝ้าระวังติดตามภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับสารน้ำและเลือด</p> <p>2. เฝ้าระวังและประเมินอาการเลือดออกในช่องท้องซ้ำเลือดออกทางช่องคลอด และเลือดออกจากแผลผ่าตัดหน้าท้อง</p> <p>3. เฝ้าระวังและบันทึกสัญญาณชีพเมื่อรับจากห้องผ่าตัดทุก 15 นาที 4 ครั้งทุก 30 นาที 2 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมง 4 ครั้ง และทุก 2 - 4 ชั่วโมง</p> <p>พบอาการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกตินำไปสู่ภาวะช็อครายงานแพทย์ทันที</p> <p><u>การประเมินผล</u> สัญญาณชีพปกติ ไม่พบเลือดออกในช่องท้องและทางแผลผ่าตัดหน้าท้องได้รับ PRC 2 unit พบผล Hct. เพิ่มขึ้น Hct = 34%</p>
<p>4. ปวดแผลระดับรุนแรงเนื่องจากเนื้อเยื่อร่างกายและเส้นประสาทในช่องท้องได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัดทางหน้าท้อง</p> <p><u>ข้อมูลสนับสนุน</u> ผู้ป่วยบอกปวดแผลสีหน้าคิ้วขมวด Pain Score เท่ากับ 9/10 คะแนน</p> <p><u>เป้าหมาย</u> ผู้ป่วยอาการปวดลดลง</p>	<p>1. ดูแลจัดท่านอนให้สุขสบายลดสิ่งกระตุ้นจัดบรรยากาศสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการพักผ่อน</p> <p>2. ประเมินระดับความรุนแรงของอาการปวดโดยการซักถามใช้ Pain Score ด้วย Numeric Scale</p> <p>3. ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา เมื่อระดับ Pain Score มากกว่า 7/10 คะแนน เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาและประเมินระดับความรุนแรงของอาการปวดซ้ำเมื่อ Pain Score มากกว่า 4/10 คะแนน ดูแลให้ได้รับยาบรรเทา (paracetamol 500 mg. 1 tab ทุก 6 ชั่วโมง) เมื่อผู้ป่วยรับประทานได้</p> <p>4. แนะนำและสอนการเคลื่อนไหวโดยใช้มือกุ่มแผลหรือใช้ผ้ารัดหน้าท้องพยุงไว้เพื่อลดการกระทบกระเทือนแผล</p> <p>5. แนะนำการใช้เทคนิค Breathing exercise เพื่อผ่อนคลายจากอาการปวด</p> <p><u>ประเมินผล</u> กรณีศึกษาสีหน้าแจ่มใส ได้รับการระงับปวดด้วย Morphine 4 mg IV prn ทุก 6 ชั่วโมงตามแผนการรักษา ไม่เกิดอาการข้างเคียงหลังได้รับยา อาการปวดแผลทุเลาลง Pain Score ลดลง โดยวันที่ 1 - 3 หลังผ่าตัด Pain Score 6/10, 5/10 และ 4/10 คะแนน ตามลำดับ</p>

ตารางที่ 2 การพยาบาลสำหรับกรณีศึกษารายที่ 2 (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมพยาบาล
<p>6. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังจากกลับไปบ้าน</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน มีสีหน้าวิตกกังวล และสอบถามพยาบาลบ่อยครั้ง</p> <p>เรื่องการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน เป้าหมาย ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังจากกลับไปบ้าน</p>	<p>1. ประเมินความรู้ ความเข้าใจผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน</p> <p>2. อธิบายถึงสาเหตุของโรคที่เป็นเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้เกี่ยวกับอาการและสาเหตุของการเกิดโรคเพื่อจะได้นำไปปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง</p> <p>3. แนะนำการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ เพื่อซ่อมแซม ส่วนที่สึกหรอ ได้แก่ ข้าว เนื้อ สัตว์ ไข่ นม ผักและผลไม้</p> <p>แนะนำ เรื่องการพักผ่อนให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 6 - 8 ชั่วโมง เพื่อให้ร่างกายฟื้นฟูได้ดียิ่งขึ้น แนะนำการออกกำลังกายที่เหมาะสมตามสภาพของผู้ป่วย แนะนำการรับประทานยาตามแผนการรักษา จนครบการวางแผนครอบครัว และการงดมีเพศสัมพันธ์ 6 สัปดาห์หลังผ่าตัด</p> <p><u>ประเมินผล</u> ผู้ป่วยและญาติรับฟัง สามารถบอกการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้</p>

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบและวิเคราะห์กรณีศึกษา 2 ราย

รายการเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
สาเหตุ	เคยผ่าตัดทำหมัน	ไม่ทราบสาเหตุ
อาการ	อาการปวดท้องด้านขวาทะลุหลัง	อาการปวดท้องน้อยมาก
การวินิจฉัย	ตรวจอัลตราซาวด์และ β -hCG วินิจฉัย Ectopic pregnancy	ตรวจอัลตราซาวด์ วินิจฉัย Rupture pregnancy with hypovolemic shock
การรักษา	รักษาด้วยยา methotrexate	รักษาด้วยการผ่าตัด

วิจารณ์

การดูแลกรณีศึกษาทั้งสองราย พบว่ามีแผนการพยาบาลที่แตกต่างกันเล็กน้อยเนื่องจากการรักษาที่แตกต่างกัน กรณีศึกษาที่ 1 มีถูกการตั้งครุภัณฑ์นอกมดลูกแต่มีข้อบ่งชี้ที่สามารถให้ยาเพื่อการรักษาได้ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 มีภาวะ

ถูกตั้งครุภัณฑ์แตกและมีภาวะช็อคจากการเสียเลือด การดูแลเพื่อแก้ไขภาวะช็อคจึงมีความสำคัญไปด้วย ต้องติดตามการเปลี่ยนแปลงจนผู้ป่วยปลอดภัยถึงแม้กรณีศึกษาทั้งสองรายจะมีความเหมือนกันในเรื่องของการสิ้นสุดความต้องการการตั้งครุภัณฑ์แล้ว

แต่แพทย์พิจารณาในเรื่องการรักษาที่แตกต่างกัน จากอาการที่ต่างกันโดยกรณีศึกษาครั้งที่ 1 ผู้ป่วยเคยทำหมันและไม่มีเลือดออก ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง ส่วนกรณีศึกษาครั้งที่ 2 ซึ่งตั้งครรภ์หลายครั้งและมีอายุมาก มีปัญหาเรื่อง เศรษฐฐานะ ไม่ได้วางแผนครอบครัว เนื่องจากคิดว่า อายุมากไม่น่าจะตั้งครรภ์แล้ว จึงต้องให้ข้อมูลที่จำเป็นในการรักษาและแพทย์พิจารณาผ่าตัด เนื่องจากมีการแตกของถุงตั้งครรภ์และเพื่อการ ทำหมันด้วย ในกรณีศึกษาทั้งสองรายจำเป็นต้อง เฝ้าระวังภาวะช็อคจากการแตกของถุงตั้งครรภ์ด้วย ถึงแม้จะมีการเฝ้าระวังแล้วแต่พบปริมาณเลือดที่ กรณีศึกษาที่ 2 จำนวน 1800 มิลลิเมตร แต่ยังไม่พบ ภาวะช็อคได้ จากการดูแลการช่วยเหลือผู้ป่วย ผู้ป่วย ไม่เกิดภาวะ shock ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เมื่อเกิดภาวะวิกฤตสามารถแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพและรวดเร็วทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยและ ลดอันตราย

จะเห็นว่าการตั้งครรภ์นอกมดลูกเป็น ภาวะวิกฤตหากเกิดการแตกของถุงตั้งครรภ์ นำไปสู่ ภาวะช็อคได้ การวินิจฉัยการตั้งครรภ์นอกมดลูก จำเป็นต้องอาศัยประวัติ อาการ อาการแสดง และ การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม โดยเฉพาะการ ตรวจเพื่อยืนยันการตั้งครรภ์ และการตรวจอัลตราซาวด์ ยืนยันตำแหน่งของถุงตั้งครรภ์ จะเห็นได้ว่าการ วินิจฉัยการตั้งครรภ์นอกมดลูกมีหลายขั้นตอน⁽⁸⁾ ประกอบกับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย ไม่จำเพาะชัดเจน จึงมีโอกาที่ทำให้การวินิจฉัย การตั้งครรภ์นอกมดลูกล่าช้าและผิดพลาดได้ง่าย เพราะเมื่อมีการแตกของถุงตั้งครรภ์จะทำให้มี เลือดออกในช่องท้อง ต้องได้รับการรักษาด้วยการ ผ่าตัดอย่างเร่งด่วน มิเช่นนั้นอาจอันตรายถึงชีวิตได้⁽⁶⁾ พยาบาลมีบทบาทในการใช้กระบวนการพยาบาล แก้ปัญหาและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งต้อง เฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดเมื่อเกิดภาวะวิกฤตสามารถ

แก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพและรวดเร็วทำให้ ผู้ป่วยปลอดภัยและลดอันตราย ดังนั้นพยาบาลต้อง มีความรู้ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยและมีทักษะ ทางคลินิก (clinical skill) ทั้งความรู้เรื่องของพยาธิ สรีรวิทยาการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่เกิดขึ้น โรคประจำตัวผู้ป่วยรวมไปถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจ เกิดขึ้นได้จากการได้รับยาหรือการผ่าตัด

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการบริหารงาน เสนอแผนการ ปรับปรุงการดูแลที่มีประสิทธิภาพ โดยมีการประชุม ปรึกษาทางการพยาบาลเป็นประจำอย่างน้อย เดือนละ 1 ครั้ง รวมถึงทบทวนแนวปฏิบัติการดูแล ผู้ป่วยที่มีการตั้งครรภ์นอกมดลูกให้แก่บุคลากร ทางด้านสุขภาพสามารถปฏิบัติงานได้อย่างเป็น ทิศทางเดียวกัน

2. การปฏิบัติการพยาบาล

2.1 จัดทบทวนแผนการพยาบาลและ ทักษะการดูแลผู้ป่วยที่มีการตั้งครรภ์นอกมดลูกแก่ พยาบาลเป็นประจำ เพื่อให้เกิดความคล่องตัวและ มีการวางแผนเตรียมความพร้อมในการช่วยเหลือ ของทีมสุขภาพ

2.2 พยาบาลต้องมีความไวในการ ประเมินความเสี่ยงต่อการแตกของถุงที่อยู่บริเวณ นอกมดลูก โดยเฉพาะในรายที่มีอาการยังไม่แน่ชัด ต้องมีการเฝ้าสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด เพราะการ ดำเนินของโรคอาจนำไปสู่ภาวะที่มีการแตกของ ถุงท้องนอกมดลูกได้

2.3 พยาบาลนรีเวชต้องมีไหวพริบ และความไวในการตัดสินใจ รวมถึงความพร้อมของ ทีมผู้ให้การช่วยเหลือ ความพร้อมของเครื่องมือและ อุปกรณ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพในกรณีฉุกเฉิน เพราะ การตั้งครรภ์นอกมดลูกอาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้

3. ด้านสิ่งสนับสนุนการพยาบาล ควรมีการจัดทำสื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์นอกมดลูกในกลุ่มเสี่ยง รวมถึงจัดเตรียมยาสารน้ำ ให้อยู่ในตำแหน่งที่ง่ายต่อการหยิบใช้งาน และมีพร้อมใช้ตลอดเวลา

4. การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเกี่ยวข้องกับการวางแผนครอบครัว ตลอดจนส่งเสริมความตระหนักในการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องเหมาะสมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

เอกสารอ้างอิง

1. Vicken P Sepilian, Michel E Rivlin. Ectopic Pregnancy. Retrieved January 7, 2014 from <http://emedicine.medscape.com/article/2041923-overview#aw2aab6b2b5>
2. Ali, S.K., Ali, A.A., &Soomar, S.M. Diagnosis and management of ectopic pregnancy - A Basic view through literature. Critical Care Obstetrics and Gynecology 2019; 5 (2) Retrieved from DOI: 10.21767/2471-9803.1000174
3. งานเวชระเบียน โรงพยาบาลตรัง. สถิติหอผู้ป่วยนรีเวช โรงพยาบาลตรัง. ตรัง: โรงพยาบาลตรัง; 2566.
4. ตรึงภพ เลิศบรรณพงษ์. ตำราสูติศาสตร์ Modern textbook of obstetrics. กรุงเทพฯ: ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา: คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาลมหาวิทยาลัยมหิดล; 2560.
5. นุชจรินทร์ ทองโรจน์. การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูก: กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม; 2563; 17(2): 41-128.
6. มรุต ญาณารณพ, พจนีย์ ผดุงเกียรติวิวัฒนา และ พงศพร มณีรัตน์. นรีเวชวิทยาคลินิก เล่ม 1. กรุงเทพฯ: กลุ่มงานสูตินรีเวชศาสตร์ โรงพยาบาลราชวิถี; 2566.
7. กิติรัตน์ เตชะไตรศักดิ์ และคณะ. ตำรานรีเวชวิทยา. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลมหาวิทยาลัยมหิดล; 2560.
8. เพ็ญศรี ละออ. การพยาบาลผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือด. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2565; 5(2): 83-172.

แบบประเมินมาตรฐานสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อน ระดับชาติ
Development of a practical guideline for evaluating the standards of
national leprosy node.

พจนา ธัญญกิตติกุล¹, ชุติวลัย พลเดช², สราญจิต วิมูลชาติ³
Pojana Thanyakittikul¹, Shutiwani Ponldech², Saranjit Wimoolchart³

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคู่มือประเมินรับรองสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อนระดับชาติ (National Leprosy Node) โดยคณะกรรมการประเมินรับรองฯ จัดทำร่าง คู่มือประเมินสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อน ระดับชาติ มีการพิจารณาปรับแก้ 3 ครั้ง โดยใช้แนวทาง แนวคิด 3C-PDSA/DALI มาประยุกต์ใช้ จากนั้นนำมาทดลองประเมิน ณ สถาบันราชประชาสมาสัย ส่วนพระประแดง

ผลการศึกษา : ร่างคู่มือที่นำมาประเมินมีเนื้อหาครอบคลุมโดยพิจารณาทุกมิติที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนที่กำลังรักษาและเฝ้าระวัง ดังนี้ 1. การจัดระบบการสนับสนุน กำกับ ประเมินผล การพัฒนาคุณภาพการบริการยังประเมินไม่ถึงกิจกรรม คะแนนในแต่ละหัวข้อยังไม่มี ความชัดเจน 2. มาตรฐานคุณภาพงาน มีความครอบคลุมทุกวิชาชีพ 3. ตัวชี้วัดของ Case holding และ Physical and Psycho-social rehabilitation ครบถ้วนตามมาตรฐานโรงพยาบาล พบว่าคู่มือประเมินนี้เรื่องการวัดตัวชี้วัดและหลักฐานในเชิงคุณภาพ ไม่ครอบคลุมเพียงพอ ทีมผู้วิจัยเสนอปรับคู่มือ มีข้อเสนอแนะในการทำการประเมินสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อนระดับชาติ ควรทำโดยผู้เชี่ยวชาญโรคเรื้อน ควรมีการประเมินสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อนระดับชาติอย่างต่อเนื่อง และสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อนระดับชาติ ควรสร้างตัวชี้วัดที่สะท้อนว่ามีความเชื่อมโยงระหว่างงานเชิงรุกและเชิงรับ นำคู่มือนี้ไปขยายผล ใช้แต่ละโรงพยาบาลที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อน สถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อนระดับชาติควรเป็นที่ปรึกษาการรักษาโรคเรื้อน จัดกิจกรรมนิเทศโรงพยาบาลในส่วนภูมิภาค

คำสำคัญ : โรคเรื้อน, มาตรฐานสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อน ระดับชาติ, คู่มือประเมิน

¹⁻³สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค

Abstract

This study aimed to develop a national leprosy specialized services by the National Leprosy Certification Committee. The draft of the certification manual was created and revised using the 3C-PDSA/DALI approach. It was then piloted at Raj Pracha Samasai Institute, Phra Pradaeng.

The study found : Draft manual comprehensively covered all aspects related to the care and surveillance of leprosy, aligning with the objectives of comprehensive service systems as defined by the national leprosy specialized service : developed included :

1. Enabling doctors and nurses to screen and diagnose leprosy accurately and promptly.
2. Ensuring the safety of leprosy cases from treatment complications.
3. Preventing increased disability.
4. Providing holistic physical, mental, and social rehabilitation for cases with disabilities.

The study identified that the standards for support systems, quality development, and evaluation were not clearly., the standards and indicators for case holding and physical and psycho-social rehabilitation met hospital standards. However, the manual's qualitative measurement of indicators was insufficient, and the evidence required for certification was not comprehensive enough. Proposed the following adjustments and recommendations for the manual :

1. National leprosy service evaluations should be conducted by leprosy experts.
2. Evaluations should be conducted at least biennially, with indicator reviews to keep them up to date.
3. Indicators should be created to reflect the link between proactive and reactive work in national leprosy services.

Policy recommendations :

1. Adapting the national leprosy service certification manual to the context of regional hospitals.
2. National leprosy services should act as consultants of leprosy care.
3. Supervision activities for regional hospitals.

Keywords : leprosy, national leprosy specialized service certification, evaluation manual from

บทนำ

การป้องกันควบคุมโรคเรื้อนในประเทศไทยบรรลุเป้าหมายตาม WHO ในปี 2537⁽¹³⁾ แม้จะมีจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่มีแนวโน้มลดลงในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา แต่พบว่าองค์ความรู้โรคเรื้อนในทุกมุมมอง ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขก็ลดลงตามด้วย เพื่อให้สามารถคงไว้ซึ่งบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญด้านการรักษาในทุกมิติ จึงจำเป็นต้องสร้างมาตรการและมาตรฐานในการรักษา กำหนดวิธีการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อน เพื่อให้เป็นต้นแบบ ให้มีความทันสมัย

สถาบันราชประชาสมาสัย เป็นหน่วยงานเดียวในประเทศไทยที่รับผิดชอบงานป้องกันควบคุมโรคเรื้อน ดังนั้น สถาบันราชประชาสมาสัย จำเป็นต้องสร้างระบบทั้งเชิงรุกและเชิงรับในการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ ภายใต้สภาวะความชุกโรคต่ำ ซึ่งทีมนำของการพัฒนาคุณภาพบริการ ได้มีการวิเคราะห์และจัดทำแนวทางการปฏิบัติงานตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยอ้างอิงมาตรฐานการปฏิบัติงานจาก INDIAN ASSOCIATION OF LEPROLOGISTS (IAL)⁽¹²⁾ เพื่อการพัฒนากระบวนการครบวงจรสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อนระดับประเทศ ให้สามารถดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมได้อย่างครบวงจร ดังนั้นเพื่อให้ระบบการพัฒนาสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อน ระดับประเทศ มีมาตรฐานตามสากลโลกตามมาตรฐานแต่ละวิชาชีพ และสอดคล้องกับการพัฒนาคุณภาพการบริการ Hospital Accreditation⁽⁶⁾ ซึ่งมีเป้าหมายในการพัฒนา ดังนี้ เป้าหมายที่ 1 เจ้าหน้าที่สามารถคัดกรอง วินิจฉัยโรคเรื้อนได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว โดยเป้าหมายนี้มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานของทั้งแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพ เป้าหมายที่ 2 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ในการรักษาโรคเรื้อน เป้าหมายที่ 3 ผู้ป่วยไม่เกิดความพิการเพิ่มขึ้นระหว่างรักษาด้วยยา MDT เป้าหมายนี้เป็นเป้าหมายหลักของ WHO คือ Zero Disability⁽¹⁹⁾ เพื่อให้ระบบฯ สามารถเฝ้าระวังไม่ให้เกิดความ

พิการระหว่างการรักษา โดยการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงด้วยการตรวจประเมินความพิการในผู้ป่วยโรคเรื้อนทุกรายและทุกครั้งที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อนมารับยา ณ สถานบริการ เป้าหมายที่ 4 ผู้ป่วยที่มีความพิการจากโรคเรื้อนได้รับการฟื้นฟูสภาพทั้งทางกาย จิต สังคม ทีมผู้วิจัย เล็งเห็นถึงความสำคัญในการรักษามาตรฐาน จึงคิดพัฒนาคู่มือประเมินมาตรฐานสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อน ระดับชาติ การคงไว้ให้ได้มาตรฐานของสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อน ในส่วนภูมิภาค ควรมีต้นแบบมาจากสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อน ระดับชาติ (Leprosy National Node) เพื่อเป็นการรักษามาตรฐานในแต่ละวิชาชีพ ให้คงอยู่ต่อไปในประเทศไทยสืบไป

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

เพื่อพัฒนาคู่มือประเมินตรวจรับรองการเป็นสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อนระดับชาติ มีมาตรฐานตามสหสาขาวิชาชีพ

วิธีการศึกษา

1. ดำเนินการจัดตั้งคณะกรรมการตรวจประเมินรับรองเป็นสถานพยาบาลเชี่ยวชาญโรคเรื้อนระดับชาติ (Leprosy National Node) ซึ่งอยู่ภายใต้การกำกับของอธิบดี กรมควบคุมโรค
2. ดำเนินการจัดตั้งคณะทำงานตรวจประเมินรับรองเป็นสถานพยาบาลเชี่ยวชาญโรคเรื้อนระดับชาติ (National Node)
3. เลขานุกรณฯ และทีมผู้ช่วยเลขาฯ คณะกรรมการตรวจประเมินรับรองเป็นสถานพยาบาลเชี่ยวชาญโรคเรื้อนระดับชาติ (National Node) จัดทำร่าง คู่มือประเมินสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อน ระดับชาติ เพื่อเสนอให้คณะกรรมการฯ พิจารณาปรับแก้เป็นจำนวน 3 ครั้ง โดยใช้แนวทางการประยุกต์แนวคิด 3C-PDSA/DALI มาประยุกต์ใช้⁽⁶⁾ และองค์ความรู้โรคเรื้อนที่ได้มาตรฐานตามสหสาขาวิชาชีพ^(3,14,18)

4. นำร่างคู่มือประเมินสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อน ระดับชาติ ที่ปรับแก้แล้วมาลงใช้ประเมินจริง ณ สถาบันราชประชาสมาสัย โดยพิจารณาทุกมิติที่เกี่ยวข้อง ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนที่กำลังรักษาและเฝ้าระวัง ตามเป้าหมายงานบริการตรวจรักษา ที่มีระบบบริการครบวงจรตามความหมายของสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อนระดับประเทศ ซึ่งการจัดระบบบริการ มีการพัฒนาตามเป้าหมายของระบบบริการ^(6,8,10)

รูปแบบการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการทดลองใช้คู่มือประเมินที่สร้างขึ้นมาโดยคณะกรรมการตรวจประเมินรับรอง โดยได้รับการแต่งตั้งจากกรมควบคุมโรค อันประกอบไปด้วย ข้าราชการบำนาญ ผู้ซึ่งเชี่ยวชาญโรคเรื้อน (แพทย์ 1 ท่าน และนักวิชาการสาธารณสุข 1 ท่าน)/ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค 1 ท่าน/ อาจารย์ทางคลินิกผิวหนังคณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล 1 ท่าน/อาจารย์ทางคลินิกภาควิชาอายุรศาสตร์เขตร้อน คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล 1 ท่าน รวมจำนวนทั้งสิ้น 5 ท่าน โดยก่อนเข้าเยี่ยม คณะกรรมการ PCT Leprosy ส่งเอกสารประเมินตนเอง ซึ่งแสดงถึงความพร้อม ให้เข้าเยี่ยม รวมทั้งเยี่ยมคลินิก พูดคุยกับผู้รับผิดชอบของแต่ละคลินิก ระยะเวลาในการทดลองใช้เป็นเวลา 1 วัน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

ร่างคู่มือประเมินมาตรฐานสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อนระดับชาติ จัดทำตามมาตรฐานการตรวจรับรองคุณภาพการกำจัดโรคเรื้อน⁽²⁾ และอ้างอิงมาตรฐานการปฏิบัติงานจาก INDIAN ASSOCIATION OF LEPROLOGISTS (IAL)⁽¹⁴⁾ ดังนี้

1. มาตรฐานของการจัดระบบการสนับสนุน กำกับ ประเมินผล การพัฒนาคุณภาพการบริการ ประกอบไปด้วย 7 ข้อคำถามคำถามจะเป็นการสำรวจการบริหารจัดการองค์กร

โครงสร้างการทำงาน การจัดสรรทรัพยากร การพัฒนาทรัพยากรบุคคล และการวัดผลปฏิบัติงานขององค์กร โดยการสัมภาษณ์

2. มาตรฐานคุณภาพงานมาตรฐานนี้ ข้อคำถามแต่ละข้อ ประเมินในเรื่องมีแผนบริหารจัดการอัตรากำลังลงสู่ผู้ปฏิบัติ มีผู้รับผิดชอบงานในแต่ละคลินิก และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการบริการผู้ป่วยโรคเรื้อน รวมทั้งสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบ ในแต่ละคลินิก ในเรื่ององค์ความรู้โรคเรื้อนที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

3. มาตรฐาน และตัวชี้วัดของ Case holding และ Physical and Psycho-social rehabilitation โดยแบ่งเป็นแต่ละด้านของการประเมินผลประกอบการ เป็นการเก็บตัวชี้วัดตามกิจกรรมการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนของแต่ละคลินิก ตามข้อบ่งชี้ 20 ข้อ ซึ่งประกอบด้วยตัวชี้วัด 22 ตัว แต่ละตัวชี้วัด มีเกณฑ์การให้ระดับคะแนน ดังนี้

- 1) มี Template ตัวชี้วัด ให้คะแนนเท่ากับ 1
- 2) มีผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด ให้คะแนนเท่ากับ 2
- 3) มีหลักฐานการจัดเก็บข้อมูล ให้คะแนนเท่ากับ 3
- 4) มีการวิเคราะห์ตัวชี้วัด ให้คะแนนเท่ากับ 4

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1. คณะกรรมการประเมินตรวจรับรองการเป็นสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อน ประกอบด้วย ข้าราชการบำนาญผู้ซึ่งเชี่ยวชาญโรคเรื้อน (แพทย์ 1 ท่าน และนักวิชาการสาธารณสุข 1 ท่าน)/ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค 1 ท่าน/ อาจารย์ทางคลินิกผิวหนัง คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล 1 ท่าน/ อาจารย์ทางคลินิกภาควิชาอายุรศาสตร์เขตร้อน

คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล 1 ท่าน รวมจำนวนทั้งสิ้น 5 ท่าน มีอายุเฉลี่ย 57.4 ปี มีประสบการณ์การทำงานโรคเรื้อนเฉลี่ย 21 ปี เป็นเพศชาย 1 ท่าน เพศหญิง 4 ท่าน เป็นแพทย์ ด้านตจวิทยา 4 ท่าน นักวิชาการสาธารณสุข จบการศึกษาศุภฤกษ์บัณฑิตด้าน Health Social Sciences 1 ท่าน

2. กลุ่มเจ้าหน้าที่ สถาบันราชประชาสมาสัย ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนามาตรฐานการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อน ประกอบด้วย คณะผู้บริหาร จำนวน 6 ท่าน มีอายุเฉลี่ย 42 ปี ประสบการณ์การทำงานโรคเรื้อนเฉลี่ย 20 ปี 8 เดือน เป็นเพศชาย 1 ท่าน เพศหญิง 5 ท่าน และผู้ปฏิบัติงานของแต่ละคลินิก จำนวนทั้งสิ้น 9 ท่าน มีอายุเฉลี่ย 46 ปี ประสบการณ์การทำงานโรคเรื้อนเฉลี่ย 18 ปี เป็นเพศชาย 1 ท่าน เพศหญิง 8 ท่าน ผู้ให้บริการสหสาขาวิชาชีพมีระดับความพึงพอใจจากการได้รับการประเมินรับรองมาตรฐานการเป็นสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อนในระดับมาก (มากกว่า 80%) เนื่องจากรู้สึกว่าการพัฒนาเป็นที่ยอมรับในระดับสากล

ส่วนที่ 2 ผลการทดลองใช้ คู่มือประเมินสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อนระดับชาติ

1. มาตรฐานของการจัดระบบการสนับสนุน กำกับ ประเมินผล

การพัฒนาคุณภาพการบริการในภาพรวมของการประเมิน หมวดมาตรฐานของการจัดระบบการสนับสนุน กำกับ ประเมินผลการพัฒนาคุณภาพการบริการ พบว่า มีความครอบคลุมในประเด็นที่สะท้อนให้ทราบว่าผู้บริหารรับรู้ รับทราบ จัดโครงสร้างองค์กรที่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน แต่แบบประเมินไม่ได้แยกรายข้อในการให้คะแนนว่า มี ไม่มี หรือว่ายังไม่สมบูรณ์

2. มาตรฐานคุณภาพงาน

การบริหารจัดการของผู้บริหาร ในเรื่อง คน เงิน ของ การมอบหมายงานแก่ผู้ปฏิบัติงาน

การกำหนดตัวชี้วัด และกำกับผลการปฏิบัติงานค่อนข้างชัดเจน เนื่องจากเป็นเรื่องที่อยู่ในกรอบของการมีมาตรฐานการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อน สอดคล้องกับมาตรฐานการตรวจรับรองคุณภาพการกำจัดโรคเรื้อน⁽²⁾ และอ้างอิงมาตรฐานการปฏิบัติงานจาก INDIAN ASSOCIATION OF LEPROLOGISTS (IAL)⁽¹⁴⁾ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความพร้อมด้านการนำไปสู่การปฏิบัติของผู้บริหาร

3. มาตรฐาน และตัวชี้วัดของ Case holding และ Physical and Psycho-social rehabilitation

ตัวชี้วัดในแต่ละด้าน มีความครอบคลุมในประเด็นที่ต้องการเฝ้าระวัง ในเรื่องความปลอดภัยของผู้รับบริการ การปฏิบัติให้ได้ตามมาตรฐานวิชาชีพ แต่กระบวนการให้คะแนนของผลประกอบการตาม Template ของแต่ละตัวชี้วัด มีระดับการให้คะแนน เป็น 4 ระดับ เป็นปัญหาในการตัดสินใจในการให้คะแนน : ซึ่งกำหนดเป้าหมายเป็นร้อยละ

อภิปรายผล

แบบประเมินนี้ เรื่อง การวัดตัวชี้วัด อาจจะวัดในเชิงคุณภาพไม่เพียงพอ อีกทั้งหลักฐานที่จำเป็นต้องเก็บ เพื่อนำมาตรวจสอบยังไม่ครอบคลุมเพียงพอ แต่อย่างไรก็ตาม คู่มือการประเมินฯ นี้ สะท้อนให้เห็นว่า มีการกำกับดูแลทางคลินิก (Clinical governance)⁽⁶⁾ ซึ่งเป็นขอบเขตที่สถานพยาบาลควรมี เพื่อใช้แสดงความรับผิดชอบในการธำรงคุณภาพ และมาตรฐานงานบริการ เพื่อยกระดับคุณภาพงานบริการอย่างต่อเนื่องด้วยกระบวนการจัดงานคลินิกบริการอย่างเหมาะสม

ภายใต้การกำกับของคณะกรรมการพัฒนาสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อน ระดับชาติ และควรมีการรายงานผลการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ

ทีมผู้วิจัย จึงได้นำข้อเสนอแนะจากคณะกรรมการประเมินรับรองการเป็นสถานบริการ

เชี่ยวชาญโรคเรื้อรัง มาปรับปรุงคู่มือประเมินสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อรัง ระดับชาติ ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น คือ ในมาตรฐานของการจัดระบบการสนับสนุน กำกับ ประเมินผลการพัฒนาคุณภาพการบริการ ปรับเพิ่มระดับการให้คะแนน เป็น 0 - 2 โดย 0 หมายถึง ไม่มี 1 หมายถึง มี และ 2 หมายถึง มีอย่างไ้บ้าง ส่วนการเก็บตัวชี้วัด ปรับกระบวนการเก็บตัวชี้วัดใช้แนวคิดของ ยูภาพร เทพสุรียานนท์⁽¹⁾ เป็นการผสมผสานวิธีประเมิน (Hybrid Evaluation Approach) ซึ่งจะสามารถช่วยพัฒนาระบบการประเมินการปฏิบัติงานให้มีแนวทางที่ชัดเจน มีความเหมาะสมและเป็นไปได้ มีมาตรฐานการประเมินในแนวทางเดียวกัน และมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับนักวิชาการหลายท่าน เช่น อลงกรณ์ มีสุทธา⁽⁹⁾ ในการนำแนวคิดการผสมผสานวิธีประเมิน มาพัฒนาระบบการประเมินผสมผสานวิธีการและเครื่องมือในการประเมิน เป็นการตรวจสอบแบบสามเส้า และข้อมูลที่ได้มีความน่าเชื่อถือ บริสุทธิ์ ยุติธรรม และตรวจสอบได้ สอดคล้องกับ Grote⁽¹²⁾ และ Gander⁽¹¹⁾ สามารถนำผลการประเมินไปใช้ในการพัฒนาตนเองและผู้บริหารนำไปใช้พัฒนาระบบบริการ เพื่อเกิดประสิทธิภาพต่อองค์กร และการพัฒนาระบบบริการอย่างแท้จริง และประเมินภายใต้หลักการกัลยาณมิตร คุณภาพ จริยธรรม คุณธรรม โดยทีมผู้วิจัยได้ปรับคู่มือการประเมินอีกครั้ง ตามข้อเสนอแนะ

เกณฑ์การให้คะแนน

คะแนน	0.2	0.4	0.6	0.8	1
ร้อยละ	<70	75	80	85	≥90

เพิ่มการตรวจสอบเอกสาร คือ น.ส.3 OPD Card ป.พ.1 และ 2 ใ้บนำทาง พร้อมทั้งสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มารับบริการ และเพื่อเพิ่มความสมบูรณ์

จากคณะกรรมการ ผู้ตรวจประเมินรับรองการเป็นสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อรัง ระดับชาติ เพื่อให้มีความสมบูรณ์ เหมาะสมมากยิ่งขึ้น ดังนี้

1. มาตรฐานของการจัดระบบการสนับสนุน กำกับ ประเมินผล การพัฒนาคุณภาพการบริการเพิ่มระดับการให้คะแนนในทุกหัวข้อ ยกเว้นข้อ 7.4 ดังนี้ ระดับ 0 = ไม่มี ระดับ 1 = มีกิจกรรม ระดับ 2 = มีกิจกรรม และมีผลการดำเนินงานของกิจกรรมนั้นๆ สำหรับในหัวข้อที่ 6 เพิ่มเอกสารตรวจสอบ คือ ใ้บนำทาง และ OPD card สำหรับในหัวข้อที่ 7.4 ไม่มีการให้คะแนน สัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบในแต่ละคลินิก เป็นข้อมูลเพื่อประกอบความเข้าใจของหน่วยงานนั้น เอกสารนี้ จะสะท้อนถึงการรับรู้ ยอมรับ และพร้อมสนับสนุน การพัฒนา งานบริการให้เป็นสถานบริการเชี่ยวชาญ โรคเรื้อรัง ระดับชาติ

2. มาตรฐานคุณภาพงาน ไม่มีการปรับเพิ่ม

3. มาตรฐาน และตัวชี้วัดของ Case holding และ Physical and Psycho-social rehabilitation

ทุกตัวชี้วัดเพิ่มวิธีการให้คะแนนแบบร้อยละ ซึ่งเป็นการนำวิธีการให้คะแนน แบบ hybrid⁽¹⁾ มาตรฐาน และตัวชี้วัดของ Case holding และ Physical and Psycho-social rehabilitation มาปรับใช้ เพื่อให้สอดคล้องกับการวัดตัวชี้วัด ดังนี้

ของการดูแลรักษาเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรัง จึงเพิ่มตัวชี้วัดอีก 3 ตัว คือ ร้อยละของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีปัญหาความพิการ ตา มือ เท้า

ได้รับการดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ (เป้าหมาย >85) ให้แตกตัวชี้วัดนี้ เป็นแต่ละอวัยวะ คือ ตา มือ เท้า และเพิ่มตัวชี้วัดเรื่องการตีตรา ดังนี้ ร้อยละของการคัดกรองการตีตราในผู้ป่วยโรคเรื้อนที่กำลังรักษา (เป้าหมาย >85) รายละเอียดตามตารางแนบ

คู่มือประเมินสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อนระดับชาติ (ปรับหลังการทดลอง)

1. มาตรฐานของการจัดระบบการสนับสนุน กำกับ ประเมินผล การพัฒนาคุณภาพการบริการ

1) มีโครงสร้างกรรมการบริหาร เพื่อพัฒนาสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อน ระดับชาติ ตรวจสอบว่ามีเอกสาร ดังนี้ คำสั่งแต่งตั้ง ผู้บริหาร ในสถาบันราชประชาสมาสัย เป็นคณะกรรมการ เพื่อพัฒนาสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อน ระดับชาติ ซึ่งเอกสารนี้จะสะท้อนถึงการรับรู้ ยอมรับ และพร้อมสนับสนุน การพัฒนางานบริการให้เป็นสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อน ระดับชาติ

ระดับ 0 = ไม่มีคำสั่งแต่งตั้ง คณะกรรมการพัฒนาสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อน

ระดับ 1 = มีคำสั่งแต่งตั้ง คณะกรรมการพัฒนาสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อน แต่ไม่มีการประชุมไม่มีผลการปฏิบัติงาน

ระดับ 2 = มีคำสั่งแต่งตั้ง คณะกรรมการพัฒนาสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อน มีผลการปฏิบัติงาน มีรายงานการประชุมในแต่ละครั้ง

2) มีคณะกรรมการดำเนินงานพัฒนางานบริการให้เป็นสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อนระดับชาติ ตรวจสอบว่ามีเอกสาร ดังนี้

คำสั่งแต่งตั้ง คณะทำงาน เพื่อดำเนินการการพัฒนางานบริการให้เป็นสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อนระดับชาติ

ระดับ 0 = ไม่มีคำสั่งแต่งตั้ง คณะทำงาน เพื่อดำเนินการการพัฒนางานบริการให้เป็นสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อนระดับชาติ

ระดับ 1 = มีคำสั่งแต่งตั้ง คณะทำงาน เพื่อดำเนินการการพัฒนางานบริการให้เป็นสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อนระดับชาติ แต่ไม่มีผลการดำเนินงาน เช่น ประชุม ทบทวน วางแผน การพัฒนา

ระดับ 2 = มีคำสั่งแต่งตั้ง คณะทำงาน เพื่อดำเนินการการพัฒนางานบริการให้เป็นสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อนระดับชาติ มีผลการดำเนินงาน เช่น ประชุม ทบทวน วางแผน การพัฒนา มีผลการปฏิบัติงาน มีรายงานการประชุมในแต่ละครั้ง

3) มีการนิเทศ และติดตามผลงาน ตรวจสอบว่ามีเอกสาร ดังนี้

มีเอกสารรายงานการนิเทศ การดำเนินงานตามมาตรฐานวิชาชีพจากองค์กรทางวิชาชีพ ในแต่ละสาขาวิชาชีพ

ระดับ 0 = ไม่มีเอกสารรายงานการนิเทศการดำเนินงานตามมาตรฐานวิชาชีพจากองค์กรทางวิชาชีพ ในแต่ละสาขาวิชาชีพ

ระดับ 1 = มีเอกสารรายงานการนิเทศการดำเนินงานตามมาตรฐานวิชาชีพจากองค์กรทางวิชาชีพ ในแต่ละสาขาวิชาชีพ แต่ไม่มีการติดตามผลการปฏิบัติงาน

ระดับ 2 = มีเอกสารรายงานการนิเทศการดำเนินงานตามมาตรฐานวิชาชีพจากองค์กรทางวิชาชีพ ในแต่ละสาขาวิชาชีพ มีผลการปฏิบัติงาน มีรายงานการนิเทศในแต่ละครั้ง

4) การพัฒนาองค์ความรู้ให้กับ ผู้รับผิดชอบงาน ตรวจสอบว่ามีเอกสาร ดังนี้

- โครงการพัฒนาองค์ความรู้ แก่ทุกวิชาชีพ ในสถาบันราชประชาสมาสัย ทั้งในและนอกสถาบัน

- โครงการพัฒนาองค์ความรู้ แก่เครือข่าย เช่น ตจแพทย์ ผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อน ในทุกระดับ ทั้งในและนอกสถาบัน

- โครงการจัดประชุมเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ แก่เจ้าหน้าที่ในแต่ละคลินิกหรือแต่ละวิชาชีพ

ระดับ 0 = ไม่มีเอกสารโครงการซึ่งแสดงให้เห็นว่ามีการพัฒนาศักยภาพในการทำงานของเจ้าหน้าที่ในแต่ละวิชาชีพ

ระดับ 1 = มีเอกสารโครงการซึ่งแสดงให้เห็นว่ามีการพัฒนาศักยภาพในการทำงานของเจ้าหน้าที่ในแต่ละวิชาชีพ ไม่ครบทุกวิชาชีพ

ระดับ 2 = มีเอกสารโครงการซึ่งแสดงให้เห็นว่ามีการพัฒนาศักยภาพในการทำงานของเจ้าหน้าที่ในแต่ละวิชาชีพ ครบทุกวิชาชีพ

5) มีการประเมินและสรุปผลการปฏิบัติงาน ตรวจสอบว่ามีเอกสาร ดังนี้

- สรุปรายงานผลการดำเนินงานของแต่ละคลินิก

- ผลการประเมินสมรรถนะของแต่ละวิชาชีพ

ระดับ 0 = ไม่มีสรุปรายงานผลการดำเนินงาน ของแต่ละคลินิก/ผลการประเมินสมรรถนะ ของแต่ละวิชาชีพ

ระดับ 1 = มีสรุปรายงานผลการดำเนินงาน ของแต่ละคลินิก/ผลการประเมินสมรรถนะ ของแต่ละวิชาชีพ (อย่างใดอย่างหนึ่ง)

ระดับ 2 = มีสรุปรายงานผลการดำเนินงาน ของแต่ละคลินิก/ผลการประเมินสมรรถนะ ของแต่ละวิชาชีพ

6) มีระบบข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน ตรวจสอบว่ามีเอกสาร ดังนี้

- น.ส.3

- OPD card

- ทะเบียนผู้ป่วยใหม่/

เฝ้าระวัง/ผู้ป่วยพิการ

- ไบรนาทาง

เอกสารส่งต่อแต่ละคลินิก เช่น ผู้ป่วยมีปัญหา ภาวะเห่อ (Reaction) ตามแผนการรักษา จำเป็นต้อง ใช้อา Prednisolone ใน การรักษา ดังนั้นจำเป็นต้องมีการตรวจตา เพื่อค้นหาว่าผู้ป่วยมีภาวะต้อหิน ต้อกระจก หรือไม่ เนื่องจากเป็นผลกระทบจากการใช้อา Prednisolone

ระดับ 0 = ไม่มีเอกสารใดๆในการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างคลินิก

ระดับ 1 = มีเอกสารส่งต่อ แต่ไม่ครบสมบูรณ์

ระดับ 2 = มี น.ส.3 / ทะเบียนผู้ป่วยใหม่/ เฝ้าระวัง/ผู้ป่วยพิการ/ OPD card/ ไบรนาทาง และเอกสารที่จำเป็นในแต่ละกรณี

7) มีระบบการจัดสรร และสนับสนุนทรัพยากรที่เหมาะสม

เนื่องจากการที่มีระบบการจัดสรร และสนับสนุนทรัพยากรที่เหมาะสม จะเป็นสิ่งที่สะท้อนว่า ผู้บริหารฯ ให้ความสำคัญกับการพัฒนาสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อนระดับชาติ ให้ได้มาตรฐาน และเป็นที่ยอมรับในระดับประเทศ ตรวจสอบว่ามีเอกสารดังนี้

7.1 แผน หรือเอกสาร จัดซื้อจัดจ้าง เกี่ยวกับอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ ของแต่ละคลินิกที่มีการให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อน

ระดับ 0 = ไม่มีแผน หรือเอกสาร จัดซื้อ จัดจ้าง เกี่ยวกับอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ ของแต่ละคลินิกที่มีการให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อน

ระดับ 1 = มีแผน หรือเอกสาร จัดซื้อ จัดจ้าง เกี่ยวกับอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ ของแต่ละคลินิกที่มีการให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อน ไม่ครบทุกคลินิก

ระดับ 2 = มีแผน หรือเอกสาร จัดซื้อ จัดจ้าง เกี่ยวกับอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ ของแต่ละคลินิกที่มีการให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อน ครบทุกคลินิก

7.2 แผนการพัฒนาบุคลากร
ด้านองค์ความรู้โรคเรื้อน

ระดับ 0 = ไม่มีแผนการ
พัฒนาบุคลากร ด้านองค์ความรู้โรคเรื้อน
ระดับ 1 = มีแผนการพัฒนา
บุคลากร ด้านองค์ความรู้โรคเรื้อน ไม่ครบทุกวิชาชีพ
ระดับ 2 = มีแผนการพัฒนา
บุคลากร ด้านองค์ความรู้โรคเรื้อน ครบทุกวิชาชีพ

7.3 แผนการจัดสรรเงิน งบประมาณ
เงินบำรุง

ระดับ 0 = ไม่มีแผนการ
จัดสรรเงินงบประมาณ เงินบำรุง
ระดับ 1 = มีแผนการ
จัดสรรเงินงบประมาณ เงินบำรุง ไม่ครบทุกคลินิก

ระดับ 2 = มีแผนการ
จัดสรรเงินงบประมาณ เงินบำรุง ครบทุกคลินิก

7.4 สัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบแต่ละ
คลินิก ในเรื่องของการต้องการทรัพยากรที่เพิ่มขึ้น
ในการพัฒนางาน

ข้อนี้ สัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบ
ในแต่ละคลินิก เป็นข้อมูลเพื่อประกอบความเข้าใจ
ของหน่วยงานนั้น (ข้อนี้ไม่มีคะแนน)

2. มาตรฐาน และตัวชี้วัดของ Case
holding และ Physical and Psycho-social
rehabilitation

กิจกรรม	ข้อบ่งชี้	ตัวชี้วัด	1	2	3	4	แหล่งข้อมูล
การดูแล รักษา ผู้ป่วย	1. ผู้ป่วย ได้รับการ วินิจฉัยที่ ถูกต้องตาม CPG	1. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเรื้อนได้รับการวินิจฉัยที่ ถูกต้อง ตาม CPG (เป้าหมาย >85)					➤ น.ส.3 ➤ CPG ➤ OPD Card ➤ โบรณาทาง
		1) มี Template ตัวชี้วัด 2) มีผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด 3) มีหลักฐานการจัดเก็บข้อมูล 4) มีการวิเคราะห์ตัวชี้วัด 5) เกณฑ์การให้คะแนน					
		คะแนน	0.2	0.4	0.6	0.8	1
		ร้อยละ	<70	75	80	85	≥90
		2. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเรื้อนได้รับการวินิจฉัย แล้ว ได้ระบบการส่งต่อ เพื่อ screening ภาวะแทรกซ้อน ตาม CPG (เป้าหมาย >85)					➤ น.ส.3 ➤ CPG ➤ OPD Card ➤ โบรณาทาง
		1) มี Template ตัวชี้วัด 2) มีผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด 3) มีหลักฐานการจัดเก็บข้อมูล 4) มีการวิเคราะห์ตัวชี้วัด 5) เกณฑ์การให้คะแนน					
		คะแนน	0.2	0.4	0.6	0.8	1
		ร้อยละ	<70	75	80	85	≥90

กิจกรรม	ข้อบ่งชี้	ตัวชี้วัด	1	2	3	4	แหล่งข้อมูล											
การดูแล รักษา ผู้ป่วย (ต่อ)	2. ผู้ป่วย โรคเรื้อน รายใหม่ ได้รับการ วินิจฉัย ภายใน 3 เดือน หลังจาก มาตรวจ ครั้งแรก	3. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ ได้รับการ วินิจฉัยล่าช้าไม่เกิน 3 เดือน หลังจากมาตรวจ ครั้งแรก (เป้าหมาย > 85) 1) มี Template ตัวชี้วัด 2) มีผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด 3) มีหลักฐานการจัดเก็บข้อมูล 4) มีการวิเคราะห์ตัวชี้วัด 5) เกณฑ์การให้คะแนน					➤ ฐาน ข้อมูล ➤ ตัวชี้วัด NN											
		<table border="1"> <tr> <td>คะแนน</td> <td>0.2</td> <td>0.4</td> <td>0.6</td> <td>0.8</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ</td> <td><70</td> <td>75</td> <td>80</td> <td>85</td> <td>≥90</td> </tr> </table>	คะแนน	0.2	0.4	0.6	0.8	1	ร้อยละ	<70	75	80	85	≥90				
คะแนน	0.2	0.4	0.6	0.8	1													
ร้อยละ	<70	75	80	85	≥90													
	3. ผู้ป่วย ได้รับการ รักษาด้วย ยา MDT อย่าง สม่ำเสมอ และ ครบถ้วน ตามเกณฑ์ ➤ PB รับยา 6 ครั้ง ใน 9 เดือน ➤ MB รับยา 24 ครั้ง ใน 36 เดือน ผู้ป่วย Relapse	4. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเรื้อนที่กำลังรักษาได้รับ ยา MDT ครบถ้วน สม่ำเสมอ (เป้าหมาย > 85) 1) มี Template ตัวชี้วัด 2) มีผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด 3) มีหลักฐานการจัดเก็บข้อมูล 4) มีการวิเคราะห์ตัวชี้วัด 5) เกณฑ์การให้คะแนน					➤ น.ส.3 ➤ สมุด MB PB											
		<table border="1"> <tr> <td>คะแนน</td> <td>0.2</td> <td>0.4</td> <td>0.6</td> <td>0.8</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ</td> <td><70</td> <td>75</td> <td>80</td> <td>85</td> <td>≥90</td> </tr> </table>	คะแนน	0.2	0.4	0.6	0.8	1	ร้อยละ	<70	75	80	85	≥90				
คะแนน	0.2	0.4	0.6	0.8	1													
ร้อยละ	<70	75	80	85	≥90													
	4. ผู้ป่วย ใหม่มีความ พิการระดับ 2 (ไม่นำมา คิดคะแนน)	5. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ ที่ได้รับ การวินิจฉัยล่าช้าเกิน 3 เดือน (หลังจากมา ตรวจครั้งแรก)มีความพิการระดับ 2 1) มี Template ตัวชี้วัด 2) มีผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด 3) มีหลักฐานการจัดเก็บข้อมูล 4) มีการวิเคราะห์ตัวชี้วัด 5) เกณฑ์การให้คะแนน					➤ ฐานข้อมูล ➤ ตัวชี้วัด NN											

กิจกรรม	ข้อบ่งชี้	ตัวชี้วัด					แหล่งข้อมูล	
		1	2	3	4	5		
การดูแล รักษา ผู้ป่วย (ต่อ)		คะแนน	0.2	0.4	0.6	0.8	1	
		ร้อยละ	<70	75	80	85	≥90	
	5. ผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการรักษา มีปัญหา ต้องได้รับการติดตามตามข้อบ่งชี้	6. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเรื้อนที่อยู่ระหว่างการรักษา มาตรวจตามนัด (เป้าหมาย >85) 1) มี Template ตัวชี้วัด 2) มีผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด 3) มีหลักฐานการจัดเก็บข้อมูล 4) มีการวิเคราะห์ตัวชี้วัด 5) เกณฑ์การให้คะแนน						➤ น.ส.3 ➤ ป.พ.1 ➤ ป.พ.2
		คะแนน	0.2	0.4	0.6	0.8	1	
		ร้อยละ	<70	75	80	85	≥90	
	6. ผู้ป่วยทุกรายต้องได้รับการตรวจเชื้อโรคเรื้อน โดยวิธี Slit Skin Smear ตามเกณฑ์	7. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจเชื้อโรคเรื้อนโดยวิธี Slit Skin Smear ตามเกณฑ์ (เป้าหมาย >85) 1) มี Template ตัวชี้วัด 2) มีผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด 3) มีหลักฐานการจัดเก็บข้อมูล 4) มีการวิเคราะห์ตัวชี้วัด 5) เกณฑ์การให้คะแนน						➤ น.ส.3 ➤ OPD Card ➤ ป.พ.1 ➤ ป.พ.2
		คะแนน	0.2	0.4	0.6	0.8	1	
		ร้อยละ	<70	75	80	85	≥90	
	7. ผู้ป่วยโรคเรื้อนระหว่างการรักษา ได้รับการตรวจประเมินร่างกาย เพื่อป้องกันความพิการตามคู่มือ	8. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเรื้อนระหว่างการรักษา ได้รับการตรวจประเมินร่างกาย เพื่อป้องกันความพิการ (เป้าหมาย >85) 1) มี Template ตัวชี้วัด 2) มีผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด 3) มีหลักฐานการจัดเก็บข้อมูล 4) มีการวิเคราะห์ตัวชี้วัด 5) เกณฑ์การให้คะแนน						➤ น.ส.3 ➤ OPD Card ➤ ป.พ.1 ➤ ป.พ.2
		คะแนน	0.2	0.4	0.6	0.8	1	
		ร้อยละ	<70	75	80	85	≥90	

กิจกรรม	ข้อบ่งชี้	ตัวชี้วัด	1	2	3	4	แหล่งข้อมูล											
การดูแล รักษา ผู้ป่วย (ต่อ)	การวินิจฉัย และรักษา โรคเรื้อรัง	9. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่ในระหว่าง รักษา มีระดับความพิการลดลง/คงที่ (เป้าหมาย >85) 1) มี Template ตัวชี้วัด 2) มีผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด 3) มีหลักฐานการจัดเก็บข้อมูล 4) มีการวิเคราะห์ตัวชี้วัด 5) เกณฑ์การให้คะแนน					➤ น.ส.3 ➤ OPD Card ➤ ป.พ.1 ➤ ป.พ.2											
		<table border="1"> <tr> <td>คะแนน</td> <td>0.2</td> <td>0.4</td> <td>0.6</td> <td>0.8</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ</td> <td><70</td> <td>75</td> <td>80</td> <td>85</td> <td>>90</td> </tr> </table>	คะแนน	0.2	0.4	0.6	0.8	1	ร้อยละ	<70	75	80	85	>90				
คะแนน	0.2	0.4	0.6	0.8	1													
ร้อยละ	<70	75	80	85	>90													
	8. ผู้ป่วย โรคเรื้อรัง ที่มีปัญหา ความพิการ ตา มือ เท้า ได้รับการ ดูแลอย่าง ถูกต้อง เหมาะสม ตาม มาตรฐาน วิชาชีพ	10. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีปัญหาความ พิการ มือ เท้า ได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ (เป้าหมาย >85) 1) มี Template ตัวชี้วัด 2) มีผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด 3) มีหลักฐานการจัดเก็บข้อมูล 4) มีการวิเคราะห์ตัวชี้วัด 5) เกณฑ์การให้คะแนน					➤ น.ส.3 ➤ OPD Card ➤ ป.พ.1 ➤ ป.พ.2											
		<table border="1"> <tr> <td>คะแนน</td> <td>0.2</td> <td>0.4</td> <td>0.6</td> <td>0.8</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ</td> <td><70</td> <td>75</td> <td>80</td> <td>85</td> <td>>90</td> </tr> </table>	คะแนน	0.2	0.4	0.6	0.8	1	ร้อยละ	<70	75	80	85	>90				
คะแนน	0.2	0.4	0.6	0.8	1													
ร้อยละ	<70	75	80	85	>90													
		- ร้อยละของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีปัญหา ความพิการ มือ เท้า ได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ (เป้าหมาย >85) 1) มี Template ตัวชี้วัด 2) มีผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด 3) มีหลักฐานการจัดเก็บข้อมูล 4) มีการวิเคราะห์ตัวชี้วัด 5) เกณฑ์การให้คะแนน					➤ น.ส.3 ➤ OPD Card ➤ ป.พ.1 ➤ ป.พ.2											
		<table border="1"> <tr> <td>คะแนน</td> <td>0.2</td> <td>0.4</td> <td>0.6</td> <td>0.8</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ</td> <td><70</td> <td>75</td> <td>80</td> <td>85</td> <td>>90</td> </tr> </table>	คะแนน	0.2	0.4	0.6	0.8	1	ร้อยละ	<70	75	80	85	>90				
คะแนน	0.2	0.4	0.6	0.8	1													
ร้อยละ	<70	75	80	85	>90													
	9. ผู้ป่วย โรคเรื้อรังที่ กำลังรักษา มีปัญหา ADR (Adverse Drug)	11. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ ถูกวินิจฉัยว่ามี ปัญหา ADR ได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ (เป้าหมาย >85) 1) มี Template ตัวชี้วัด 2) มีผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด 3) มีหลักฐานการจัดเก็บข้อมูล					➤ น.ส.3 ➤ OPD Card ➤ ป.พ.1 ➤ ป.พ.2											

กิจกรรม	ข้อบ่งชี้	ตัวชี้วัด	1	2	3	4	แหล่งข้อมูล		
การดูแล รักษา ผู้ป่วย (ต่อ)	Reaction) ได้รับการ ดูแลอย่าง ถูกต้อง เหมาะสม ตาม มาตรฐาน วิชาชีพ	4) มีการวิเคราะห์ตัวชี้วัด 5) เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน	0.2	0.4	0.6	0.8	1	
		ร้อยละ	<70	75	80	85	≥90		
	10. ผู้ป่วย โรคเรื้อน มีปัญหา Reaction ได้รับการ ดูแลอย่าง ถูกต้อง เหมาะสม ตาม มาตรฐาน (เข้าถึง บริการได้ รวดเร็ว)	12. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเรื้อนมีปัญหา Reaction ได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง เหมาะสม ตามมาตรฐาน (เป้าหมาย >85) 1) มี Template ตัวชี้วัด 2) มีผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด 3) มีหลักฐานการจัดเก็บข้อมูล 4) มีการวิเคราะห์ตัวชี้วัด 5) เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน	0.2	0.4	0.6	0.8	1	➤ น.ส.3 ➤ OPD Card ➤ ป.พ.1 ➤ ป.พ.2
		ร้อยละ	<70	75	80	85	≥90		
	11. ผู้ป่วย ที่กำลัง รักษา/ เฝ้าระวัง ได้รับ บริการให้ การปรึกษา	13. ร้อยละของผู้ป่วยที่กำลังรักษา/เฝ้าระวัง ได้รับบริการให้การปรึกษา ตามความต้องการ ที่จำเป็น (เป้าหมาย >85) 1) มี Template ตัวชี้วัด 2) มีผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด 3) มีหลักฐานการจัดเก็บข้อมูล 4) มีการวิเคราะห์ตัวชี้วัด 5) เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน	0.2	0.4	0.6	0.8	1	➤ น.ส.3 ➤ OPD Card ➤ ป.พ.1 ➤ ป.พ.2
		ร้อยละ	<70	75	80	85	≥90		
	12. ผู้ป่วย โรคเรื้อน ได้รับการ แก้ไขความ พิการและ ฟื้นฟู สมรรถภาพ ตามความ	14. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเรื้อนได้รับการแก้ไข ความพิการและฟื้นฟูสมรรถภาพ ตามความ ต้องการจำเป็น (เป้าหมาย >85) 1) มี Template ตัวชี้วัด 2) มีผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด 3) มีหลักฐานการจัดเก็บข้อมูล 4) มีการวิเคราะห์ตัวชี้วัด 5) เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน	0.2	0.4	0.6	0.8	1	➤ น.ส.3 ➤ OPD Card ➤ ป.พ.1 ➤ ป.พ.2
		ร้อยละ	<70	75	80	85	≥90		

กิจกรรม	ข้อบ่งชี้	ตัวชี้วัด	1	2	3	4	แหล่งข้อมูล	
การดูแล รักษา ผู้ป่วย (ต่อ)	ระยะ เฝ้าระวัง ได้รับทราบ อาการที่ จำเป็นต้อง รับมาพบ แพทย์	3) มีหลักฐานการจัดเก็บข้อมูล 4) มีการวิเคราะห์ตัวชี้วัด 5) เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน	0.2	0.4	0.6	0.8	1
		ร้อยละ	<70	75	80	85	≥90	
	17. ผู้ป่วย ที่มีความ พึงการระดับ 1 ขึ้นไป ทุกรายที่ กำลังรักษา ได้รับการ ตรวจ ประเมิน ความพึงการ อย่างน้อย ทุก 3 เดือน	19. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีความพึงการระดับ 1 ขึ้นไปที่กำลังรักษา ได้รับการตรวจประเมิน ความพึงการอย่างน้อยทุก 3 เดือน (เป้าหมาย >85) 1) มี Template ตัวชี้วัด 2) มีผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด 3) มีหลักฐานการจัดเก็บข้อมูล 4) มีการวิเคราะห์ตัวชี้วัด 5) เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน	0.2	0.4	0.6	0.8	1
			ร้อยละ	<70	75	80	85	≥90
	18. ผู้ป่วย ที่มีความ พึงการระดับ 1 ขึ้นไปทุก รายที่อยู่ใน ระยะเฝ้า ระวัง ได้รับ การตรวจ ประเมิน ความพึงการ อย่างน้อย ทุก 6 เดือน	20. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีความพึงการระดับ 1 ขึ้นไปที่อยู่ในระยะเฝ้าระวัง ได้รับการตรวจ ประเมินความพึงการอย่างน้อยทุก 6 เดือน (เป้าหมาย >85) 1) มี Template ตัวชี้วัด 2) มีผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด 3) มีหลักฐานการจัดเก็บข้อมูล 4) มีการวิเคราะห์ตัวชี้วัด 5) เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน	0.2	0.4	0.6	0.8	1
			ร้อยละ	<70	75	80	85	≥90
	19. ผู้ป่วย ที่มีความ พึงการระดับ 1 ขึ้นไป ทุกราย ที่พ้นระยะ เฝ้าระวัง ได้รับการ	21. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีความพึงการระดับ 1 ขึ้นไป ที่พ้นระยะเฝ้าระวัง ได้รับการตรวจ ประเมินความพึงการอย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง (เป้าหมาย >85) 1. มี Template ตัวชี้วัด 2. มีผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด 3. มีหลักฐานการจัดเก็บข้อมูล 4. มีการวิเคราะห์ตัวชี้วัด						

➤ นส 3
➤ สัมภาษณ์
ผู้ป่วย

➤ นส 3
➤ สัมภาษณ์
ผู้ป่วย

➤ นส 3
➤ สัมภาษณ์
ผู้ป่วย

กิจกรรม	ข้อบ่งชี้	ตัวชี้วัด	1	2	3	4	แหล่งข้อมูล												
การดูแล รักษา ผู้ป่วย (ต่อ)	ตรวจ ประเมิน ความพิการ อย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง	5. เกณฑ์การให้คะแนน	<table border="1"> <tr> <td>คะแนน</td> <td>0.2</td> <td>0.4</td> <td>0.6</td> <td>0.8</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ</td> <td><70</td> <td>75</td> <td>80</td> <td>85</td> <td>≥90</td> </tr> </table>				คะแนน	0.2	0.4	0.6	0.8	1	ร้อยละ	<70	75	80	85	≥90	
คะแนน	0.2	0.4	0.6	0.8	1														
ร้อยละ	<70	75	80	85	≥90														
	20. ผู้ป่วย ที่กำลัง รักษา ระยะเฝ้า ระวัง และ พ้นระยะ เฝ้าระวังที่ มีโรคเห่อ/ เส้นประสาท อักเสบ/ มีแผล/ กำลังรับยา Prednisolone ได้รับการ ติดตาม ตรวจความ พิการ ทุก 1 เดือน	22. ร้อยละของผู้ป่วยที่กำลังรักษา ระยะ เฝ้าระวัง และพ้นระยะเฝ้าระวังที่มีโรคเห่อ/ เส้นประสาทอักเสบ/มีแผล/กำลังรับยา Prednisolone ได้รับการติดตามตรวจความ พิการ ทุก 1 เดือน (เป้าหมาย >85) 1) มี Template ตัวชี้วัด 2) มีผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด 3) มีหลักฐานการจัดเก็บข้อมูล 4) มีการวิเคราะห์ตัวชี้วัด 5) เกณฑ์การให้คะแนน	<table border="1"> <tr> <td>คะแนน</td> <td>0.2</td> <td>0.4</td> <td>0.6</td> <td>0.8</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ</td> <td><70</td> <td>75</td> <td>80</td> <td>85</td> <td>≥90</td> </tr> </table>				คะแนน	0.2	0.4	0.6	0.8	1	ร้อยละ	<70	75	80	85	≥90	➤ นส 3 ➤ สัมภาษณ์ ผู้ป่วย
คะแนน	0.2	0.4	0.6	0.8	1														
ร้อยละ	<70	75	80	85	≥90														
	21. ผู้ป่วย ที่กำลัง รักษา โรคเรื้อน ได้รับการ คัดกรอง การติตรา	- ร้อยละของการคัดกรองการติตราในผู้ป่วย โรคเรื้อนที่กำลังรักษา (เป้าหมาย >85) 1) มี Template ตัวชี้วัด 2) มีผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด 3) มีหลักฐานการจัดเก็บข้อมูล 4) มีการวิเคราะห์ตัวชี้วัด 5) เกณฑ์การให้คะแนน	<table border="1"> <tr> <td>คะแนน</td> <td>0.2</td> <td>0.4</td> <td>0.6</td> <td>0.8</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ</td> <td><70</td> <td>75</td> <td>80</td> <td>85</td> <td>≥90</td> </tr> </table>				คะแนน	0.2	0.4	0.6	0.8	1	ร้อยละ	<70	75	80	85	≥90	➤ น.ส.3 ➤ OPD Card ➤ ป.พ.1 ➤ ป.พ.2
คะแนน	0.2	0.4	0.6	0.8	1														
ร้อยละ	<70	75	80	85	≥90														

**ตัวหนังสือสีฟ้า = สิ่งปรับปรุงเพิ่มเติม หลังการทดลอง

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1. ในการทำการประเมินสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อน ระดับประเทศ ควรทำโดยผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเรื้อน แบบเฉพาะเจาะจง ไม่ควรให้เพียงแต่ผู้เชี่ยวชาญด้านการสร้างมาตรฐานการดูแลรักษาทั่วไปเท่านั้น

2. ควรมีการประเมินสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อน ระดับชาติ อย่างน้อย ปีเว้นปี และทบทวนตัวชี้วัด ให้มีความทันสมัยอยู่เสมอ เพื่ออ้างอิงไว้ซึ่งความเป็นมาตรฐานสากล และอ้างอิงไว้ซึ่งความเชี่ยวชาญโรคเรื้อน

3. เนื่องจากสถาบันราชประชาสมาสัย เป็นผู้รับผิดชอบหลัก ในงานป้องกันควบคุมโรคเรื้อนของประเทศไทย ทั้งงานเชิงรุกและเชิงรับ สถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อน ควรสร้างตัวชี้วัดที่สะท้อนว่ามีความเชื่อมโยงระหว่างงานเชิงรุก และเชิงรับ เช่น ผู้เชี่ยวชาญด้านคลินิกฯ ของสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อนระดับชาติ ออกนิเทศร่วมกับงานเชิงรุก หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับงาน ป้องกันควบคุมโรคเรื้อนของสถาบันราชประชาสมาสัย แก่พื้นที่ในส่วนภูมิภาค

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. สถาบันราชประชาสมาสัย ควรนำคู่มือประเมินสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อนระดับประเทศ ไปขยายผล ปรับใช้ ตามบริบทของแต่ละโรงพยาบาลในส่วนภูมิภาคที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อนเข้ารับบริการรักษา

2. สถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อนระดับประเทศ ควรเป็นที่ปรึกษาในด้านการให้บริการรักษาโรคเรื้อนที่มีภาวะแทรกซ้อน การจัดการผู้ป่วยโรคเรื้อนในทุกๆมิติ อีกทั้งสามารถรับส่งต่อในรายที่ โรงพยาบาลในส่วนภูมิภาคไม่สามารถบริหารจัดการได้อย่างเหมาะสม

3. เมื่อสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อนระดับชาติ มีความเข้มแข็งแล้ว ควรจัดกิจกรรมนิเทศงานโรงพยาบาล ในส่วนภูมิภาคที่มีคนไข้โรคเรื้อนเข้ารับบริการรักษา หรือโรงพยาบาลที่

เป็นสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อน ระดับเขต เพื่อให้โรงพยาบาลดังกล่าวมีมาตรฐานตามสหสาขาวิชาชีพ ในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ยุภาพร เทพสุรียนนท์. แนวคิดการผสมผสานวิธีประเมิน (Hybrid Evaluation Approach). [อินเทอร์เน็ต] [cited 10 มี.ค. 2566] แหล่งข้อมูล: <http://www.acn.ac.th/articles/mod/forum/discuss.php?d=81>
2. สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค. คู่มือการตรวจรับรองคุณภาพการกำจัดโรคเรื้อน. นนทบุรี: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2549.
3. สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค. คู่มือการวินิจฉัยและรักษาโรคเรื้อน. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์พระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2553.
4. สถาบันราชประชาสมาสัย. ผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์งานโรคเรื้อน 6 ปี (พ.ศ. 2558 – 2563). สถาบันราชประชาสมาสัย; 2563. (อัดสำเนา).
5. สถาบันราชประชาสมาสัย. แผนยุทธศาสตร์งานโรคเรื้อน 5 ปี (พ.ศ. 2566 – 2570). สถาบันราชประชาสมาสัย; 2567. (อัดสำเนา)
6. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน); 2564.
7. สมศ. เตรียมประเมินคุณภาพภายนอกรอบใหม่ Hybrid ลดภาระสถานศึกษา. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 21 เม.ย. 2566]. Available from: <https://eduguidenews.com/th/articles/282756>

8. สราญจิต วิมูลชาติ, จุมพล ตันตวิงชากิจ, บุษบัน เชื้ออินทร์, รุจิรา เพิ่มัญญกรรม และ พงนา ัญญุกิตติกุล. การพัฒนาระบบบริการครบวงจรสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อนระดับประเทศ The development of national leprosy specializes facility to provide comprehensive. [นิพนธ์ต้นฉบับ]. วารสารกรมควบคุมโรค 2566; 49(2); 326-338.
9. อลงกรณ์ มีสุทธา. การประเมินผลการปฏิบัติงานฉบับปรับปรุง. กรุงเทพฯ: สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี (ไทย-ญี่ปุ่น); 2551.
10. Brakel WHv, Sihombing B, Djarir H, Beise K, Kusumawardhani L, Yulihane R, et al. Disability in people affected by Leprosy: the role of impairment, activity, social participation, stigma and discrimination. Glob Health Action; 2012. <https://www.tandfonline.com/doi/epdf/10.3402/gha.v5i0.18394?needAccess=true&role=button>
11. Gander S. L. Beyond mere competency: Measurement Proficiency with Outcome Proficiency Indicator Scales. Performance Improvement, 2006; 45(4); 38-44.
12. Grote D. The complete guide to performance appraisal. New York: AMACOM; 1996.
13. ILEP The Interpretation of Epidemiological Indicators in Leprosy. London; 2001.
14. Kumar B, Kar HK. IAL Text of leprosy. 2nd edition [Internet]. New Delhi. The Health Sciences Publisher; 2016. [cite2021 Oct 15]. 774. Available from: <https://www.amazon.com/lal-Textbook-Leprosy-Bhushan-Kumar/dp/9351529916?asin=B09HK8HZ87&revisionId=&format=4&depth=1>
15. Pandey A, Rathod H, Intergration of Leprosy into GHS in India: A Follow up study (2006-2007). Leprosy Review [Internet]. 2010. [cited 2021 Oct 15]; 81(4): 306-17. Available from: <https://leprosyreview.org/article/81/4/30-6317>
16. WHO. Interruption of transmission and elimination of leprosy disease. Technical guidance [Internet]. [cited2003jul19]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789290210467>.
17. [WHO]. Leprosy Elimination Monitoring Tool. The Leprosy Elimination Monitoring Tool accompanies the WHO Technical guidance on interruption of transmission and elimination of leprosy disease. 2023. [Internet]. [cited 2003 Jul 19]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789290210474>.
18. Wijesinghe TS, Wijessinghe PR. Integration of leprosy services into the General Health Service in Sri Lanka: overcoming challenges to implementation in a remote district. WHO South-East Asia Journal of Public Health [Internet]. 2013 [cited 2021 Oct 15]; 2(1): 63-7. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329773/seajphv2n1_p63.pdf?sequence=1&isAllowed=y
19. World Health Organization. Towards zero leprosy Global Leprosy (Hansen's disease) Strategy 2021-2030 [Internet]. Geneva. World Health Organization; 2021 [cite2021Oct15]. 30p. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789290228509>

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การพัฒนาแบบแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน โดยการมีส่วนร่วม
ของทีมสหวิชาชีพ อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

The development of a care model for multidrug-resistant tuberculosis patients
through the participation of a multidisciplinary team in Phayakkhaphumphisai District,
Mahasarakham Province.

กุสุมาลย์ ศรีภูวงษ์*
Kusuma Sriphuwong*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน
โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

วิธีการศึกษา : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2566 – มีนาคม 2567 กลุ่มตัวอย่าง
1) ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย จำนวน 61 คน 2) ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน จำนวน 3 คน
เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่ แนวทางการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานด้วยสูตรยาระยะสั้น
9 เดือน เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล 1) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก 2) โปรแกรม NTIP 3) แบบประเมินอาการ
ข้างเคียงของยา 4) แบบสอบถามความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่
จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา : พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 3 ประเด็น ดังนี้ 1) พัฒนามาตรฐาน
และรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน 2) พัฒนาทรัพยากรบุคคลทีมสหวิชาชีพ 3) การตรวจ
ติดตามการรักษาและการดูแลช่วยเหลือ ผลการดำเนินงาน พบว่า ผู้ป่วยรักษาหาย 1 ราย รักษาครบ 1 ราย
และกำลังรักษา 1 ราย ทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจระดับมากต่อการใช้รูปแบบดังกล่าว

บทสรุป : รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานนี้ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างมี
ประสิทธิภาพ และไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิต

คำสำคัญ : รูปแบบการดูแล, ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน, ทีมสหวิชาชีพ

*นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

Abstract

Objective : To develop and evaluate a care model for patients with multidrug-resistant tuberculosis with the participation of a multidisciplinary team. Phayakkhaphum Phisai District Maha Sarakham Province

Study method : Action research From June 2023 - March 2024 , sample group 1) multidisciplinary team and network partners, totaling 61 people 2) 3 patients with multidrug-resistant tuberculosis. Research tools include treatment guidelines for multidrug-resistant tuberculosis patients with a 9-month short-term drug regimen. Data collection tools: 1) in-depth interview form 2) NTIP program 3) drug side effect assessment form 4) satisfaction questionnaire Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, including number, percentage, mean, and standard deviation. Qualitative data used content analysis method.

Results : It was found that the developed model consisted of 3 issues as follows: 1) Develop standards and models of care for patients with multidrug-resistant tuberculosis. 2) Develop human resources for multidisciplinary teams. 3) Monitoring treatment and providing care and support. The results of the work revealed that 1 patient was cured, 1 patient was completely cured, and 1 patient is currently being treated. The multidisciplinary team had a high level of satisfaction with the use of this model.

Conclusion : This model of care for patients with multidrug-resistant tuberculosis This allows patients to receive effective treatment. and no patient died

Keywords : Care model, multidrug-resistant tuberculosis patients, multidisciplinary team

บทนำ

วัณโรค เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย *Mycobacterium tuberculosis* เกิดได้ในทุกอวัยวะของร่างกาย ส่วนใหญ่มักเกิดที่ปอด ร้อยละ 80 ซึ่งสามารถแพร่เชื้อได้ง่าย ติดต่อกันจากคนสู่คนผ่านทางอากาศ (Airborne transmission) เมื่อผู้ป่วยวัณโรคปอด หลอดลม หรือกล่องเสียง ไอ จาม พูดคังๆ ตะโกน หัวเราะ หรือร้องเพลงทำให้เกิดละอองฝอย (Droplet nuclei) ฟุ้งกระจายออกมา ละอองฝอยที่มีขนาดใหญ่จะตกลงสู่พื้นดินและแห้งไป ละอองฝอยที่มีขนาดเล็ก 1 – 5 ไมโครเมตร จะลอยและกระจายอยู่ในอากาศ ซึ่งผู้อื่นสูดหายใจเอาละอองฝอยที่มีเชื้อวัณโรคเข้าไป อนุภาคขนาดใหญ่จะติดอยู่ที่จมูกหรือลำคอ ซึ่งมักไม่ก่อให้เกิดโรค แต่อนุภาคขนาดเล็กๆ จะเข้าไปสู่ถุงลมในปอด อาการสำคัญของวัณโรคปอด เช่น ไอเรื้อรัง มากกว่า 2 สัปดาห์ เจ็บหน้าอก ไอมีเลือด หรือเสมหะปน น้ำหนักลด ไข้ เหงื่อออกผิดปกติตอนกลางคืน อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย เบื่ออาหาร เป็นต้น⁽¹⁾ จากรายงานในปี พ.ศ. 2560 โดยองค์การอนามัยโลก คาดการณ์ว่า อุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค (รายใหม่ และกลับเป็นซ้ำ) สูงถึง 10.4 ล้านคน (140 ต่อแสนประชากร) และมีจำนวนผู้ป่วยวัณโรค เสียชีวิตสูงถึง 1.7 ล้านคน สำหรับจำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี 1.03 ล้านคน (10%) ของผู้ป่วยวัณโรคทั้งหมดโดยเสียชีวิตปีละ 4 แสนคน⁽²⁾ ประเทศไทย เป็น 1 ใน 14 ประเทศ ที่ถูกจัดเป็นกลุ่มประเทศที่มีภาระวัณโรคสูง (high burden countries) ได้แก่ มีภาระโรควัณโรค (TB) วัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี (TB/HIV) และวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR-TB) สูง จากรายงานองค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2563⁽²⁾ ได้คาดประมาณว่าจะพบผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา MDR/RR-TB คิดเป็นร้อยละ 1.7 ในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และร้อยละ 10 ในผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาวัณโรคมาก่อน⁽³⁾ การรักษาวัณโรคดื้อยาหลายขนานมีความยุ่งยากและค่าใช้จ่ายสูงกว่าการรักษาวัณโรคที่ยังไวต่อยา (DS-TB) หลายเท่า

และมีผลสำเร็จของการรักษาน้อยกว่า เมื่อเปรียบเทียบทั้งในเรื่องของผลสำเร็จของการรักษา และค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้น พบว่า 1) การรักษาวัณโรค DS-TB ใช้ระยะเวลา 6 เดือน ค่ายารวม 4 ชนิด ประมาณ 2,000 – 4,000 บาท รักษาสำเร็จได้เกือบทุกราย 2) การรักษา MDR-TB ต้องใช้ระยะเวลาอย่างน้อย 20 เดือน โดยจะต้องฉีดยาทุกวันอย่างน้อย 6 เดือน ค่ายารวม 5 ชนิด ประมาณ 2 แสนบาท รักษาสำเร็จได้ประมาณ ร้อยละ 75 และ 3) การรักษา XDR-TB ต้องใช้ระยะเวลาอย่างน้อย 20 เดือน โดยจะต้องฉีดยาทุกวันอย่างน้อย 8 เดือน ค่ายารวม 5 ชนิด ประมาณ 1.2 ล้านบาท รักษาสำเร็จได้เพียงประมาณ ร้อยละ 50⁽⁴⁾ นโยบายของการควบคุมวัณโรคดื้อยาหลายขนานของประเทศ

การรักษา MDR-TB นั้นต้องใช้ระยะเวลานาน โดยเฉพาะการรักษาแบบระยะยาว จะใช้เวลาในการรักษาอย่างน้อย 18 เดือน ต้องใช้ยาต้านวัณโรคที่มีประสิทธิภาพอย่างน้อย 5 ชนิดในช่วงระยะเข้มข้น (Intensive phase) และอย่างน้อย 4 ชนิดในช่วงระยะต่อเนื่อง จึงส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ผู้ให้การรักษา ผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชนและผู้ใกล้ชิด ดังนั้นการดูแลรักษาวัณโรคดื้อยาทุกชนิดจะต้องเริ่มต้นจากตัวผู้ป่วยเอง และสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะหากกินยาไม่สม่ำเสมอหรือไม่ครบสูตร จะทำให้เชื้อดื้อยาพัฒนาไปมากขึ้น จึงจำเป็นต้องมีผู้ทำหน้าที่กำกับให้ผู้ป่วยกินยาต่อหน้าทุกวัน (Directly observed treatment; DOT) ซึ่งในปัจจุบันโรงพยาบาลจะขอความร่วมมือให้ผู้ป่วยรักษาแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลในระยะแรก เพื่อสังเกตการกินยา ผลข้างเคียงของยาอย่างน้อย 1 เดือน และจนกว่าจะตรวจไม่พบเชื้อในเสมหะ 2 ครั้ง ห่างกัน 1 สัปดาห์ และดำเนินกิจกรรมการควบคุมโรคในพื้นที่ไปพร้อมกัน การทำความเข้าใจกับชุมชนไม่ให้เกิดการตีตรากับผู้ป่วยและความตื่นตระหนก นอกจากนี้ชุมชนก็อาจเข้ามามีส่วนร่วมในดูแลผู้ป่วยได้เช่นกัน เช่น การดูแล

ทางด้านจิตใจ ซึ่งสำคัญไม่แพ้การรักษาทางด้านร่างกาย รวมถึงการช่วยเหลือทางสังคม เช่น การสร้างรายได้ การให้กำลังใจผู้ป่วย และครอบครัว สิ่งเหล่านี้จะส่งผลให้ผลการรักษา MDR-TB ในพื้นที่ประสบความสำเร็จเพิ่มขึ้น

สถานการณ์วัณโรคดื้อยาหลายขนานในจังหวัดมหาสารคาม ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 - 2565 พบผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน จำนวน 10, 6 และ 5 ราย ตามลำดับ และในปี 2564 - 2566 ซึ่งมีแนวโน้มลดลง เนื่องจากเผชิญกับสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด - 19 อย่างหนักจึงมีกิจกรรมการคัดกรองวัณโรคน้อยลง สำหรับพื้นที่อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย พบผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานอย่างต่อเนื่อง⁽⁵⁾ โดยปี 2559 - 2563 มีรายงานผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน ขึ้นทะเบียนรักษาต่อเนื่อง 4 ราย เป็นผู้ป่วยสูงอายุ จำนวน 2 ราย โดย 1 ราย อาศัยอยู่ในพื้นที่ ได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่ และชุมชน ส่วนผู้ป่วยสูงอายุอีก 1 ราย บุตรสาวรับตัวไปเพื่อรับการรักษาที่จังหวัดจันทบุรี ผลการรักษาทั้ง 2 ราย พบว่ารักษาหาย (Cured) ส่วนผู้ป่วยอีก 2 ราย อยู่ในวัยแรงงาน ได้แก่ ผู้ป่วยชาย มีปัญหาติดสุรา รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาทำให้ขาดยา ไม่มีญาติดูแล และอีก 1 ราย เป็นผู้ป่วยหญิงที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ย้ายไปทำงานที่กรุงเทพฯ ขาดติดตามเฝ้าระวังด้านพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อดูการตอบสนองต่อการรักษาและเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา ผลการรักษาทั้ง 2 รายนี้ พบว่าเสียชีวิตในระหว่างการรักษา

ผู้ศึกษาในฐานะอายุรแพทย์ ซึ่งมีหน้าที่หลักในการรับผิดชอบคลินิกโรควัณโรค จึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม เพื่อค้นหาและยืนยันวินิจฉัยผู้ป่วยวัณโรคที่สงสัยดื้อยา และให้การรักษาที่เหมาะสม

เพื่อให้ผู้ป่วยหายจากโรคและไม่แพร่เชื้อวัณโรค ดื้อยาแก่ผู้อื่นต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม
3. เพื่อประเมินผลรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ของ Kemmis & Mc Taggart⁽⁶⁾ โดยศึกษาในพื้นที่ อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ระยะเวลาดำเนินการศึกษา เดือน มิถุนายน 2566 - มีนาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาคั้งนี้แบ่งประชากรและกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย

1. กลุ่มที่ร่วมพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน ผู้วิจัยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ประกอบด้วย

1.1 บุคลากรทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล ได้แก่ (1) อายุรแพทย์ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แพทย์ประจำการ และ Mr.TB รวม 4 คน (2) หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล, หัวหน้ากลุ่มงานปฐมภูมิและองค์กรรวม, พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหน่วยงานละ 1 - 2 คน ที่มีประสบการณ์

ทำงานอย่างน้อย 1 ปี ได้แก่ OPD ER IPD หน่วยปฐมภูมิ และศูนย์คุณภาพ รวม 11 คน (3) สหวิชาชีพจากหน่วยงานอื่น ได้แก่ เภสัชกร นักโภชนาการ นักเทคนิคการแพทย์ นักรังสีการแพทย์ นักวิชาการสาธารณสุข และนักวิชาการคอมพิวเตอร์ รวม 6 คน รวมทั้งสิ้น 21 คน

1.2 บุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ได้แก่ (1) สาธารณสุขอำเภอ 1 คน ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ 2 คน รวม 3 คน (2) บุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทำงานอย่างน้อย 2 ปี รวม 20 คน รวมทั้งสิ้น 23 คน

1.3 ตัวแทน อสม.ทุก รพ.สต.ๆ ละ 1 คน รวมทั้งสิ้น 20 คน

2. กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคติดต่อหลายขนาน ที่อยู่ในความดูแลของโรงพยาบาลพศกภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ในช่วงเวลาที่ทำการวิจัยทุกราย จำนวน 3 คน

ขั้นตอนการวิจัยแบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้

วงรอบที่ 1 (เดือน มิถุนายน – พฤศจิกายน 2566)

ระยะที่ 1 ระยะวางแผน (Plan)

ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ 1) แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) สาขาโรคติดต่อ 2) แนวทางการควบคุมโรคประเทศไทย พ.ศ. 2561 จัดประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานวิจัยแก่ผู้เกี่ยวข้อง หลังจากนั้นทำการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา ตามรายละเอียดดังนี้

1.1 ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อหลายขนาน เช่น สถิติผู้มารับบริการ การเข้าถึงบริการ การขาดการรักษาหาย รักษาล้มเหลว รักษาครบ และเสียชีวิตจากรายงานของระบบสนับสนุนต่างๆ เช่น

ด้านงบประมาณ กิจกรรมโครงการ และจากรายงานการประชุมทบทวนของทีมสหวิชาชีพ

1.2 ประชุมระดมสมองร่วมกับทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อทราบความต้องการในการจัดรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดต่อหลายขนานในโรงพยาบาล และการดูแลต่อเนื่องในชุมชน และปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคติดต่อหลายขนาน

1.3 สัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มญาติผู้ป่วยโรคติดต่อหลายขนาน และภาคีเครือข่ายชุมชนเพื่อทราบความต้องการการดูแล ได้แก่ ความต้องการในการเข้ารับบริการ ความต้องการในกระบวนการดูแล ในวันที่รับบริการและการติดตามดูแลต่อเนื่องบ้าน

1.4 สัมภาษณ์อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อทราบการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดต่อหลายขนาน หลังจากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อนำสู่การพัฒนาในระยะที่ 2 ต่อไป

ระยะที่ 2 ระยะปฏิบัติ (ACT)

ทำการพัฒนาระบบ มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่สรุปได้จากขั้นตอนที่ 1 คั้นข้อมูลผ่านการประชุมคณะกรรมการผู้รับผิดชอบงานโรคของโรงพยาบาล ร่วมคิด ร่วมวางแผน หาข้อยุติในแนวทางที่จะนำไปปฏิบัติจากความคิดเห็นส่วนใหญ่ เสนอต่อการตัดสินใจข้อมูลจากการปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 2 นำระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดต่อหลายขนานที่ร่วมกันพัฒนาในขั้นตอนที่ 1 ไปใช้เป็นระยะเวลา 3 เดือน

ระยะที่ 3 ระยะสังเกต (Observe)

ทำการติดตามสังเกตแบบมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดต่อหลายขนาน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากการให้บริการ การดูแล

ต่อเนื่อง การติดตามในชุมชน รวมถึงแบบรายงานการดูแลผู้ป่วย

ระยะที่ 4 ประเมินผล (Reflection)

ผลการประเมินหลังการนำระบบไปทดลองใช้พบว่า ทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบเกิดการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน แต่พบปัญหากระบวนการส่งต่อข้อมูลที่ล่าช้า และการติดตาม ดูแลต่อเนื่องที่ไม่เข้มข้น และเกิดการตีตราจากชุมชน

วงรอบที่ 2 (เดือนธันวาคม 2566 – เดือนมีนาคม 2567) ได้ดำเนินการดังนี้

ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อคืนข้อมูลและระดมสมองร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาต่อเนื่องร่วมกัน หลังจากนั้นติดตามสังเกตประเมินผล ขณะดูแลติดตามผู้ป่วย โดยจากการประเมินกระบวนการและผลการดำเนินงาน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แนวทางการรักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วยยาหลายขนานด้วยสูตรระยะสั้น 9 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก สทนากลุ่ม การประชุมระดมสมองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน

2. โปรแกรมรายงานข้อมูลวัณโรคของประเทศไทย (National Tuberculosis Information Program : NTIP) คือ โปรแกรมรูปแบบ online ในการลงข้อมูล Electronic based ใช้ในการจัดเก็บข้อมูลการคัดกรอง การตรวจวินิจฉัย การขึ้นทะเบียนการรักษาวัณโรค/วัณโรคด้วยยา และยังสามารถส่งต่อข้อมูลการรักษาไปยังโรงพยาบาลอื่นๆ ได้

3. แบบประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เป็นแบบติดตามอาการไม่พึงประสงค์ทั้งที่มีอาการผิดปกติและไม่มีอาการผิดปกติทุกเดือน ที่พัฒนามาจากโรงพยาบาลมหาสารคาม ประกอบด้วย อาการทางคลินิกและอาการทั่วไป อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เช่น ความดันโลหิต ซีดจาง อาการใจสั่น แน่นหน้าอก หูอื้อ หูแว่ว ตามัว ตาลาย มีผื่น คัน คลื่นไส้อาเจียน ปวดกล้ามเนื้อ ปวดข้อ

4. แบบประเมินความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพต่อรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วยยาหลายขนานโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำนวน 10 ข้อ (5 ด้าน) โดยเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) กำหนดค่าน้ำหนักคะแนน 5 ระดับ ซึ่งตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ 1) อาจารย์จากวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม 1 ท่าน 2) สาธารณสุขอำเภอพยัคฆภูมิพิสัย 3) อายุรแพทย์โรงพยาบาลมหาสารคาม 1 ท่าน ได้ค่า IOC = 0.6 - 1 หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้ (Try out) ในบริบทที่ใกล้เคียงกันก่อนนำไปใช้จริง แล้วนำข้อมูลมาหาคุณภาพของเครื่องมือด้วยสูตรการหาค่าความเชื่อมั่นแบบ Cronbach's alpha ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ 0.80

5. โปรแกรมคอมพิวเตอร์ HosXP

การวิเคราะห์ข้อมูล ทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ มีรายละเอียดดังนี้

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยประมวลคำสำคัญและเชื่อมโยงความเป็นเหตุเป็นผลของข้อมูล แล้วนำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่ มีการตรวจสอบ

ข้อมูลที่ได้จึงมีความมั่นใจในความถูกต้อง และความน่าเชื่อถือของข้อมูล ตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) โดยใช้หลายวิธีการในการเก็บข้อมูล และเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมศึกษาตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยของโรงพยาบาล พญัศภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม เลขที่ 06/2566 ลงวันที่ 30 มิถุนายน 2566 การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ที่มิวิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์และสอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ให้เวลาในการตัดสินใจก่อนเข้าร่วมดำเนินกิจกรรมทุกขั้นตอน ไม่เปิดเผยนามผู้ให้ข้อมูล ข้อมูลเก็บเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมรวมทั้งให้อิสระผู้ร่วมศึกษาถอนตัวหรือยุติการเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกเวลาที่รู้สึกไม่สะดวก

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน อำเภอพญัศภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานที่ขึ้นทะเบียนในโรงพยาบาล พญัศภูมิพิสัย จำนวน 3 ราย พบว่าเป็นเพศชาย จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 66.67) เพศหญิง 1 ราย

(ร้อยละ 33.33) มีอายุเฉลี่ย 63.3 ปี (S.D = 6.51) สูงสุด 70 ปี อายุต่ำสุด 57 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 100 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 100 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนๆ ละ 2,533 บาท (S.D = 832.67) สูงสุด 3,200 บาท ต่ำสุด 1,600 บาท จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 100 มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ร้อยละ 100 ไม่เคยสัมผัสผู้ป่วยวัณโรคมาก่อน ร้อยละ 100 มีผู้กำกับการกินยาตลอดการรักษา ร้อยละ 100 และผู้ป่วยทุกรายยินยอมหรือเต็มใจที่จะกินยาในการรักษา มีน้ำหนักเฉลี่ย 52.33 กิโลกรัม (S.D. = 5.51) น้ำหนักมากที่สุด 58 กิโลกรัม และน้อยที่สุด 47 กิโลกรัม และได้รับการตรวจเชื้อเอชไอวีก่อนการรักษาทุกราย

2. การพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน

รูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน อำเภอพญัศภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม มีประเด็นการพัฒนา 3 ประเด็น ประกอบด้วย 1) พัฒนามาตรฐานและจัดรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน ภายใต้แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติปี 2564 2) พัฒนาทรัพยากรบุคคล ทีมสหวิชาชีพ ตามสมรรถนะแต่ละวิชาชีพ และ 3) การตรวจติดตามการรักษาและการดูแลช่วยเหลือ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 รูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคคอตีบหลายขนานโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ

ประเด็น	สถานการณ์ ปัญหา	การพัฒนา	ผลลัพธ์
1. พัฒนา มาตรฐานและ จัดรูปแบบการ ดูแลรักษา ผู้ป่วยวัณโรค คอตีบ หลายขนาน	ขาดรูปแบบ การดูแลผู้ป่วย วัณโรคคอตีบ หลายขนาน ที่ชัดเจน และ มีมาตรฐาน	พัฒนาการดำเนินงานภายใต้ แนวทางการดำเนินงาน ควบคุมวัณโรคแห่งชาติ ปี 2564 ดังนี้ 1. การขึ้นทะเบียนผู้ป่วย วัณโรคคอตีบ 2. การใช้ยาในการรักษา วัณโรคคอตีบ 3. การตรวจติดตาม ระหว่างการรักษา 4. การเฝ้าระวังและ ติดตามเชิงรุกด้านความ ปลอดภัยของยา (aDSM) 5. การประเมิน ผลการรักษาของผู้ป่วย วัณโรคคอตีบ	1. มีเครือข่ายห้องปฏิบัติการชั้นสูง วัณโรคระดับโรงพยาบาลชุมชน ระดับ จังหวัดและสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ 7 2. มีระบบการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค คอตีบหลายขนานในระบบ NTIP 3. มีแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อเข้ารับ ยารักษาวัณโรคคอตีบที่โรงพยาบาล มหาสารคาม 4. มีแบบประเมินเพื่อติดตามอาการ ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาอย่าง ใกล้ชิดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 5. ผู้ป่วยวัณโรคคอตีบหลายขนาน มีผลการรักษาหาย (cured) และรักษา ครบ (treatment complete)
2. พัฒนา ทรัพยากร บุคคลทีม สหวิชาชีพ ตามสมรรถนะ แต่ละวิชาชีพ	บุคลากรขาด องค์ความรู้ด้าน MDR-TB ระบบ การดูแลแบบ DOT ไม่มี ประสิทธิภาพ ขาดการติดตาม ประเมินผล	พัฒนาศักยภาพทีมสหวิชาชีพ ตามสมรรถนะ	ทีมสหวิชาชีพประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิค การแพทย์ นักรังสีวิทยา นักโภชนาการ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุข โดยมีบทบาทดังนี้ - แพทย์ เป็นหัวหน้าทีมในการดูแล รักษา ส่งตรวจต่างๆ เพื่อการยืนยัน วินิจฉัย และส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับยาที่ โรงพยาบาลมหาสารคาม อธิบาย แผนการรักษาให้กับผู้ป่วย ญาติ และ ทีมสหวิชาชีพ - เภสัชกร รับประสานการบริหาร ยาต่อเนื่องจาก โรงพยาบาล มหาสารคาม แนะนำให้ความรู้เรื่องยา อาการข้างเคียง การเก็บยา อาการ

ตารางที่ 1 รูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ (ต่อ)

ประเด็น	สถานการณ์ ปัญหา	การพัฒนา	ผลลัพธ์
			<p>ผิดปกติที่ต้องพบแพทย์ก่อนนัด การ จัดยาแบบ daily dose</p> <ul style="list-style-type: none">- พยาบาลวิชาชีพ ประสานข้อมูล ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการแก่ ผู้บริหาร ทีมสอบสวนโรค การส่งต่อ เพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ติดตาม เยี่ยมบ้าน ให้ข้อมูล- พยาบาลคลินิกวัณโรค ใฝ่ระวัง ผู้มีเหตุอันควรสงสัยผู้ป่วยวัณโรค ดื้อยา ขึ้นทะเบียนรักษา บันทึกข้อมูล การวินิจฉัยรักษา และจัดทำรายงาน ให้คำปรึกษา และให้สุขศึกษาแก่ ผู้ป่วยและญาติในการปฏิบัติตัว ส่งต่อ หรือให้คำปรึกษาผู้ป่วยเพื่อตรวจการ ติดเชื้อโรคที่เกี่ยวข้อง ติดตามผลการ ตรวจต่างๆ ระหว่างการรักษา- นักเทคนิคการแพทย์ ตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ และติดตามผู้ป่วย ประสานงานกับสำนักงานป้องกัน ควบคุมโรคที่ 7 เพื่อส่งเสมหะตรวจ Culture- นักโภชนาการ ประเมินภาวะทาง โภชนาการของผู้ป่วย จัดหรือแนะนำ อาหารให้สอดคล้องกับแผนการรักษา- พยาบาลป้องกันการ แพร่กระจายเชื้อ ให้คำปรึกษาแก่ทีม ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ จากผู้ป่วย และการป้องกันส่วนบุคคล ร่วมทีมเยี่ยมผู้ป่วย และให้คำแนะนำ การแพร่กระจายเชื้อในบ้าน และ ชุมชน

ตารางที่ 1 รูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคคือยาหลายขนานโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ (ต่อ)

ประเด็น	สถานการณ์ ปัญหา	การพัฒนา	ผลลัพธ์
3. การตรวจ ติดตามการ รักษาและการ ดูแลช่วยเหลือ	- แนวทางการ ติดตามผู้ป่วย ไม่ชัดเจน - ผู้ป่วยขาดนัด ขาดยา - ผู้ป่วยมี ปัญหาทาง เศรษฐกิจ		<p>- ทีม CDCU สอบสวนวัณโรค คือยาภายใน 24 ชั่วโมง รวบรวม ข้อมูล ติดตามตรวจคัดกรองผู้สัมผัส ร่วมบ้านใกล้ชิด วิเคราะห์ สรุป รายงานการสอบสวนเพื่อเสนอวิธีการ แก้ปัญหา และแนวทางการควบคุมโรค</p> <p>- เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล และอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน วางแผน ร่วมกับชุมชนในการรับผู้ป่วยมาดูแล ต่อที่บ้าน ติดตามเยี่ยมบ้าน และ กำกับกำกับการกินยาต่อหน้าเจ้าหน้าที่ ตลอดการรักษา ประสานช่วยติดตาม ตรวจคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้าน และ ผู้สัมผัสใกล้ชิด ประสานโรงพยาบาล เพื่อตรวจตามนัดหรือเมื่อมีปัญหา การดูแลผู้ป่วย ดูแลสิ่งแวดล้อมใน บ้านเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ สร้างความรอบรู้เรื่องวัณโรคในชุมชน</p> <p>- มีช่องทางการขอรับงบประมาณการ ช่วยเหลือผู้ป่วย ได้แก่ กองวัณโรค/ สำนักงานพัฒนาสังคม และความ มั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) / อปท.</p> <p>- กำกับกำกับการกินยาวัณโรคต่อหน้า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยให้ DOT ยา Dose แรก ตอนเช้าที่บ้านโดย อสม. (ก่อนอาหารเช้า) และยาหลังอาหารเช้า ให้มา DOT ที่รพ.สต. ต่อหน้า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขพร้อมกับฉีดยา ยาหลังอาหารเย็นและก่อนนอนให้ Video call ต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข</p>

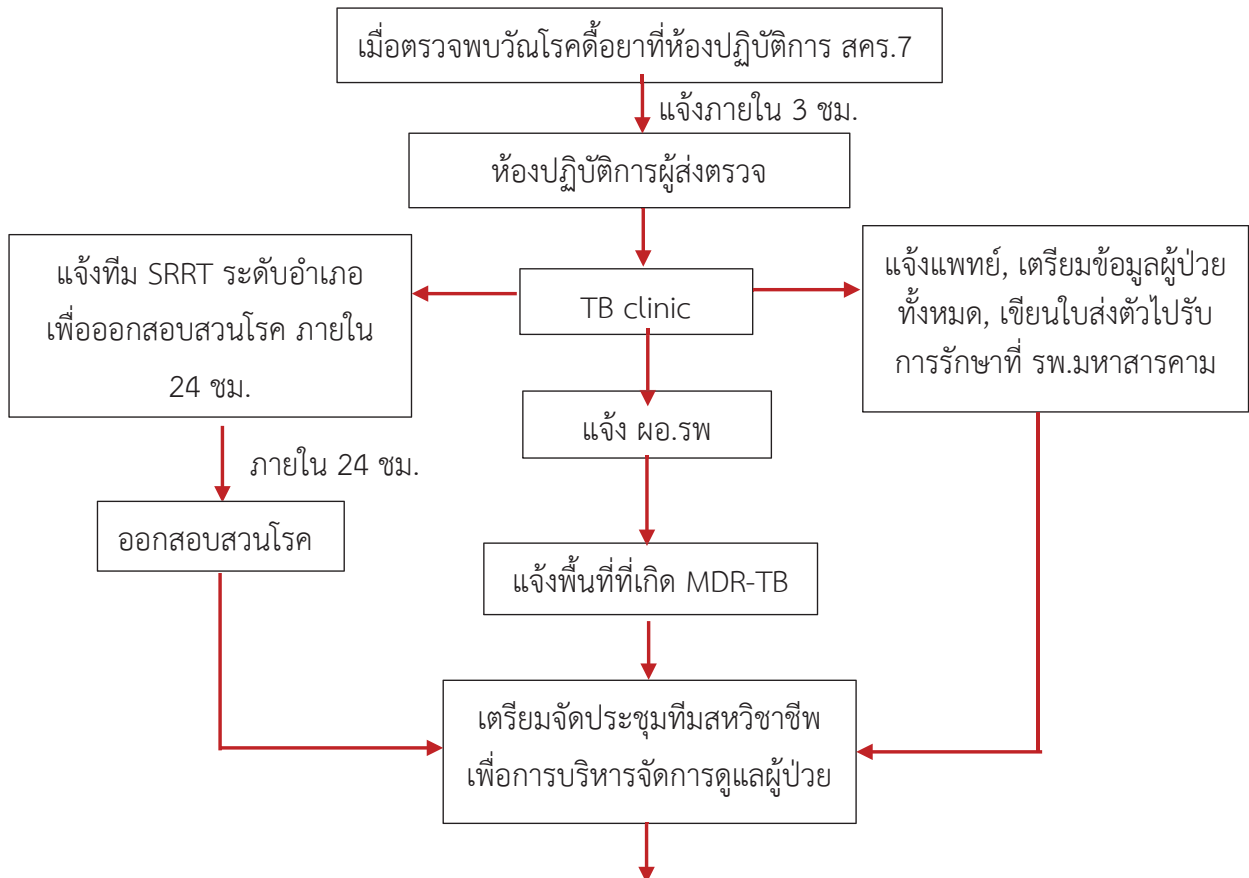
ตารางที่ 1 รูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคื้อยาหลายขนานโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ (ต่อ)

ประเด็น	สถานการณ์ ปัญหา	การพัฒนา	ผลลัพธ์
			<ul style="list-style-type: none">- ให้ผู้ป่วยงดเดินทางออกนอกบ้าน/ ที่พักอาศัยจนกว่าผล C/S จะเป็นลบ ติดต่อกัน 2 ครั้งห่างกัน 30 วัน หรือ จำกัดการเดินทางออกนอกบ้าน/ที่พัก อาศัยจนกว่าจะครบกำหนดการรักษา อย่างน้อย 20 เดือน- งดการเดินทางโดยรถสาธารณะ (เมื่อไปรับการรักษาที่ รพ. มหาสารคาม ให้ รพ.พัยคหภูมิพิสัย อนุเคราะห์รถรับ-ส่งผู้ป่วย)

สรุปจากการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคื้อยาหลายขนานโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ เป็นการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคื้อยาตั้งแต่การคัดกรอง ค้นหาผู้มีเหตุสงสัย MDR-TB เก็บเสมหะส่งตรวจวินิจฉัยยืนยันที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 เมื่อตรวจพบเชื้อวัณโรคื้อยา แจ้งผลแก่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคระดับอำเภอภายใน 3 ชั่วโมง รายงานผู้อำนวยการโรงพยาบาลทราบ แพทย์เตรียมข้อมูลผู้ป่วยเพื่อ

ส่งรับยาโรงพยาบาลมหาสารคาม พร้อมทั้งประสานทีมสอบสวนโรคในชุมชนภายใน 24 ชั่วโมง กำกับ การรับประทานยาต่อหน้า โดยเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขอย่างเคร่งครัด พร้อมทั้งเฝ้าระวัง อากาศไม่พึงประสงค์ การติดตามผลการ รักษาเป็น ระยะเวลาตามมาตรฐาน อีกทั้งยังมีการช่วยเหลือ สนับสนุนรถนำส่งหรือสนับสนุนงบประมาณใน การเหมารถเพื่อการเข้าถึงการรักษาอย่างต่อเนื่อง จนครบการรักษาโดยการรักษา ซึ่งสามารถอธิบาย ได้ดัง ภาพที่ 1

ภาพที่ 1 แนวทางการดูแลผู้ป่วย MDR-TB อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม



1. ให้สุศึกษาและคำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจ มีความตระหนักรับผิดชอบ มีวินัยในการฉีดยา / กินยาสม่ำเสมอ สามารถปฏิบัติตัวได้เหมาะสม
2. มีช่องทางการขอรับงบประมาณการช่วยเหลือผู้ป่วย ได้แก่ กองวัณโรค / สำนักงานพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) / อปท.
3. ติดตามผู้สัมผัสร่วมบ้านและของผู้ป่วยให้มาตรวจคัดกรอง
4. ให้ผู้ป่วยงดเดินทางออกนอกบ้าน / ที่พักอาศัยจนกว่าผล C/S จะเป็นลบ ติดต่อกัน 2 ครั้งห่างกัน 30 วัน หรือจำกัดการเดินทางออกนอกบ้าน / ที่พักอาศัยจนกว่าจะครบกำหนดการรักษาอย่างน้อย 20 เดือน
5. งดการเดินทางโดยรถสาธารณะ (เมื่อไปรับการรักษาที่ รพ.มหาสารคาม ให้ รพ.พยัคฆภูมิพิสัย อนุเคราะห์รถรับ-ส่ง ผู้ป่วย
6. กำกับการกินยาวัณโรคต่อหน้าเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยให้ DOT ยา Dose แรกตอนเช้าที่บ้านโดย อสม. (ก่อนอาหารเช้า) และยาหลังอาหารเช้าให้มา DOT ที่ รพ.สต. ต่อหน้าเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พร้อมกับฉีดยา ยาหลังอาหารเย็นและก่อนนอนให้ Video call ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขดู

3. ผลการประเมินรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน โดยการมีส่วนร่วมของ ทีมสหวิชาชีพ อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

3.1 ผลลัพธ์ด้านการดูแลรักษา พบว่า รายที่ 1 รักษาหาย (cured) รายที่ 2 รักษาครบ (treatment completed) และรายที่ 3 อยู่ระหว่างการรักษา ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์การดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน

รายการ	รายที่ 1 (ชาย)	รายที่ 2 (หญิง)	รายที่ 3 (ชาย)
การขึ้นทะเบียน	MDR-TB New วันที่ 26 มิถุนายน 2566	MDR-TB New วันที่ 23 มีนาคม 2566	MDR-TB after failure วันที่ 5 ตุลาคม 2566
สูตรยาที่ใช้ในการรักษา	4-6 Km-Mfx-Pto-Cfz- Z-H (high-dose)-E / 5 Mfx-Cfz-Z-E	4-6 Km-Mfx-Pto-Cfz- Z-H (high-dose)-E / 5 Mfx-Cfz-Z-E	4-6 Km-Mfx-Pto-Cfz- Z-H (high-dose)-E / 5 Mfx-Cfz-Z-E
การตรวจติดตามระหว่าง การรักษาวัณโรคดื้อยา	- ส่งเพาะเชื้อ ผล Growth	- ส่งเพาะเชื้อ ผล Growth	- ส่งเพาะเชื้อ ผล Growth
การเฝ้าระวังและติดตาม เชิงรุกด้านความปลอดภัย ของยา (aDSM)	ผิวคล้ำ ค้นตามร่างกาย	ผิวคล้ำ ค้นตามร่างกาย ปวดตามข้อ	ค้นตามร่างกาย
การประเมินผลการรักษา ของผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา หลายขนาน	รักษาหาย (cured)	รักษาครบ (treatment completed)	ประเมินผลไม่ได้ (not evaluated) อยู่ใน ระหว่างการรักษา

3.2 ผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจ พบว่าทีมสหวิชาชีพมีระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานในทุกด้านและภาพรวมอยู่ในระดับมาก ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพต่อรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (n = 64)

ตัวแปร	\bar{X}	S.D	แปลผล
ด้านการบริหารจัดการ	4.56	0.51	ระดับมาก
ด้านกิจกรรมบริการ	4.64	0.55	ระดับมาก
ด้านการจัดทำมาตรฐานแนวทางปฏิบัติ	4.58	0.57	ระดับมาก
ด้านการพัฒนาบุคลากร	4.66	0.51	ระดับมาก
ด้านการสนับสนุนอื่นๆ	4.52	0.53	ระดับมาก
รวมทุกด้าน	4.59	0.53	ระดับมาก

วิจารณ์

จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคคอตีบหลายขนาน โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ได้มีการพัฒนาขึ้นเป็นลำดับอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่มีกฎหมาย 2566 - มีนาคม 2567 โดยใช้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นหลักสำคัญในการสร้างการมีส่วนร่วม สร้างความร่วมมือร่วมใจ ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ และลงมือปฏิบัติร่วมกัน เพื่อมุ่งพัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพได้มาตรฐาน ทำให้ ผู้ป่วยวัณโรคคอตีบหลายขนานได้รับการรักษาหาย รักษาครบ ส่งผลที่ดีต่อผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน

รูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคคอตีบหลายขนานโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 1) พัฒนามาตรฐานและจัดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคคอตีบหลายขนาน 2) พัฒนาทรัพยากรบุคคลทีมสหวิชาชีพ ตามสมรรถนะแต่ละวิชาชีพ และภาคีเครือข่าย 3) การตรวจติดตามการรักษา และการดูแลช่วยเหลือ จากการพัฒนาส่งผลให้ผู้ป่วยวัณโรคคอตีบหลายขนานในพื้นที่ทั้ง 3 ราย ได้รับการรักษาหายและรักษาครบโดยสุทธยาระยะสั้น 9 เดือนภายในเวลาที่กำหนด สอดคล้องกับการศึกษาของ นพดล พิมพ์จันทร์⁽⁷⁾ ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคคอตีบหลายขนานในชุมชนกรณีศึกษา อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์ พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วย MDR-TB ในชุมชน มี 5 ขั้นตอน คือ 1) การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้ดูแลผู้ป่วยในด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยต่อเนื่องที่ชุมชนและการส่งต่อข้อมูลทั้งในสถานบริการและในชุมชน 2) การรักษาด้วยการมีพี่เลี้ยงดูแลการรับประทานยาต่อหน้า ต้องเป็นคนที่ผู้ป่วยไว้วางใจและมีจำนวนมากกว่า 1 คน และใช้ระบบรายงานผ่านแอปพลิเคชัน 3) การให้กำลังใจผู้ป่วยและ

ครอบครัว โดยเฉพาะกรณีที่มีปัญหายุ่งยากและซับซ้อน จะดำเนินการด้วยรูปแบบการจัดการรายกรณี โดยสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายในชุมชน 4) การจัดการสิ่งแวดล้อมในครัวเรือนของผู้ป่วย และในชุมชนตามบริบท และ 5) การมีระบบการนัดหมายบริการ การเยี่ยมบ้านโดยใช้แผนการดูแลผู้ป่วยรายกรณีและการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อตรวจติดตามการรักษา ผลจากการทดลองใช้รูปแบบพบว่า ผู้ป่วย MDR-TB มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับดี ผลการรักษาเมื่อระยะเวลาผ่านไป 6 เดือน มีผลการเพาะเชื้อเป็นลบ ติดต่อกัน 2 ครั้ง สอดคล้องกับการศึกษาของเสถียร เชื้ออลี และคณะ⁽⁸⁾ ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคคอตีบหลายขนานชนิดรุนแรงและชนิดรุนแรงมาก เขตสุขภาพที่ 10 พบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคคอตีบหลายขนานชนิดรุนแรงและชนิดรุนแรงมาก ที่พัฒนาขึ้น ได้แก่ การจัดตั้งคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญดูแลผู้ป่วย การพัฒนาศักยภาพทีม กำหนดบทบาทและพัฒนาแนวปฏิบัติร่วมกัน จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน ในระยะที่ดำเนินโครงการ พบผู้ป่วยวัณโรคคอตีบหลายขนานชนิดรุนแรงและชนิดรุนแรงมาก จำนวน 18 ราย รักษาหาย 13 ราย และอยู่ในระหว่างการรักษา 5 ราย เกิดเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วย เครือข่ายระบาดวิทยาการสอบสวนควบคุมโรค และรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคคอตีบหลายขนานชนิดรุนแรงและการศึกษาของชัยวัฒน์ ฟ้าสว่าง⁽⁹⁾ ศึกษากระบวนการรักษาผู้ป่วยวัณโรคคอตีบหลายขนานชนิดรุนแรง (Pre XDR-TB) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอไฉน จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยวัณโรคคอตีบหลายขนานชนิดรุนแรง (Pre XDR TB) จำนวน 1 ราย ระดับความเข้าใจต่อระบบการรักษาผู้ป่วยวัณโรคคอตีบหลายขนานชนิดรุนแรง (Pre XDR TB) ของ

ภาคีเครือข่ายก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง หลังดำเนินการอยู่ในระดับมากที่สุด และเมื่อเปรียบเทียบความเข้าใจต่อระบบการรักษาผู้ป่วยวัณโรคคือยาหลายขนาน ชนิดรุนแรง (Pre XDR TB) ของภาคีเครือข่าย ก่อนและหลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยมากกว่าก่อนดำเนินการ ผู้ป่วยหายจากโรค (อัตราการรักษาสำเร็จ 100%) ผู้สัมผัสร่วมบ้านได้รับการคัดกรอง ครบ 100% ได้รับการดูแลจาก รพ.สต. อสม. อบต. เพื่อนบ้านไม่รังเกียจ ไม่ตีตรา

สรุป

การพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคคือยาหลายขนานโดยการมีส่วนร่วมของ ทีมสหวิชาชีพ อำเภอพยุหะภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ครั้งนี้นำแนวคิด แนวทางการรักษาผู้ป่วยวัณโรคคือยาหลายขนาน ด้วยสูตรยาระยะสั้น 9 เดือน มาเป็นแนวทางการพัฒนาด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ จนเกิดการพัฒนารูปแบบการดูแลที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ที่สามารถทำให้เกิดรูปแบบการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพ บรรลุวัตถุประสงค์และเกิดประสิทธิผล ตามที่ได้มีการกำหนดไว้ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง และมีผลลัพธ์ด้านการดูแลรักษา ทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจในการจัดบริการที่พัฒนาขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณบุคลากรโรงพยาบาลพยุหะภูมิพิสัย ทีมสหวิชาชีพและบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในเครือข่ายบริการสุขภาพพยุหะภูมิพิสัยทุกท่าน ที่ร่วมกันพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยวัณโรคคือยาหลายขนานให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่

ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับบริการที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2561 (National Tuberculosis Control Programme Guideline, Thailand, 2018). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2561.
2. World Health Organization. Global tuberculosis report 2020. Geneva, Switzerland: WHO; 2020.
3. สมบัติ แทนประเสริฐสุข, จิตรลดา อุทัยพิบูลย์, ก่อพงษ์ ทศพรพงษ์, จันจิรา สุขะสิริฐิษัณนิช และ วัลภา จุลเวช. ระบาดวิทยาเชิงพรรณนาวัณโรคคือยาหลายขนาน โรงพยาบาลมะการักษ์ ปี 2550 - 2558. วารสารควบคุมโรค 2560; 4(3): 12-400.
4. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการเลือกใช้สูตรยารักษาวัณโรคคือยาฉบับปรับปรุงพ.ศ. 2563. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2563.
5. ระบบข้อมูลสารสนเทศโรงพยาบาลพยุหะภูมิพิสัย. รายงานผู้ป่วยวัณโรคคือยาหลายขนาน. มหาสารคาม; 2565.
6. Kemmis, S. & Mc Taggart, R. The Action Research Planner. (3rd ed.) Victoria : Brown Prior Anderson Nation library of Australia Cataloging in Publication Data; 1990.
7. นพดล พิมพ์จันทร์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคคือยาหลายขนานในชุมชนกรณีศึกษา อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2567; 9(1): 576-585.

8. เสถียร เชื้อลี, จิรพันธุ์ อินยาพงษ์, ทนันทน์ นาคนิกร. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงและชนิดรุนแรงมาก เขตสุขภาพที่ 10. วารสารควบคุมโรค. 2566; 49(4): 778-789.
9. ชัยวัฒน์ ฟ้าสว่าง. ระบบการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง (Pre XDR-TB) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอคำชะอี จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2565; 7(2): 143-149.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ผลการดำเนินงานบริหารเภสัชกรรมในผู้ป่วยวัณโรคโรงพยาบาลกุตุรัง จังหวัดมหาสารคาม
The effects of pharmaceutical care in tuberculosis patients at
Kudrang hospital, Mahasarakham province

นิพนานี อุดมสุข*
Nippanee Udomsuk*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานบริหารเภสัชกรรมในผู้ป่วยวัณโรคโรงพยาบาลกุตุรัง จังหวัดมหาสารคาม

วิธีการศึกษา : เป็นการศึกษาวิจัยเชิงเปรียบเทียบ (Comparative study) แบบ before and after intervention study ซึ่งแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มก่อนได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนย้อนหลัง ระหว่างเดือนตุลาคม 2565 – กันยายน 2566 จำนวน 84 ราย และกลุ่มหลังได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม ซึ่งรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริหารทางเภสัชกรรมระหว่างเดือนตุลาคม 2566 - เมษายน 2567 จำนวน 48 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐาน แบบบันทึกการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยา แบบบันทึกการติดตามปัญหาจากการใช้ยา และแบบบันทึกการจัดกิจกรรมบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยวัณโรค

ผลการศึกษา : กลุ่มหลังได้รับการบริหารเภสัชกรรมรักษาหายจากวัณโรค 48 ราย (ร้อยละ 100) มากกว่ากลุ่มก่อนได้รับการบริหารเภสัชกรรม 82 ราย (ร้อยละ 97.62) ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.223$) ความร่วมมือในการใช้ยามากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95 ในกลุ่มหลังได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม 48 ราย (ร้อยละ 100) มากกว่ากลุ่มก่อนได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม 62 ราย (ร้อยละ 73.81) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ปัญหาการใช้ยาในกลุ่มก่อนได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมพบอาการไม่พึงประสงค์จากยามากที่สุด 64 ราย (ร้อยละ 76.19) มากกว่ากลุ่มหลังได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม 12 ราย (ร้อยละ 25.00) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และด้านการจัดกิจกรรมบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยวัณโรค มีการให้ความรู้ด้านยาวัณโรคแก่ผู้ป่วยวัณโรคมากที่สุดร้อยละ 40.32 ซึ่งปัญหาดังกล่าวสามารถแก้ไขได้ด้วยเภสัชกรทั้งหมด

*เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลกุตุรัง จังหวัดมหาสารคาม

บทสรุป : การศึกษานี้ พบว่าผลการดำเนินงานบริหารเภสัชกรรมในผู้ป่วยวัณโรคโรงพยาบาลกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์การรักษาที่ดีขึ้น ติดตามเฝ้าระวังปัญหาจากการใช้ยา อาการไม่พึงประสงค์จากยา และเป็นแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคร่วมกับทีมสหวิชาชีพในเครือข่ายสุขภาพอำเภอกุดรังอีกด้วย

คำสำคัญ : การบริหารทางเภสัชกรรม, ผู้ป่วยวัณโรค, ปัญหาจากการใช้ยา, อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

Abstract

Objectives : To study the effects of pharmaceutical care in tuberculosis patients at Kudrang hospital, Mahasarakham province

Methods : This is a comparative study with a before and after intervention study, which is divided into 2 groups: the group before receiving pharmaceutical care. Data were collected from retrospective medical records between October 2022 - September 2023 for 84 cases and the group after received pharmaceutical care. which collected information about pharmaceutical care between October 2023 - April 2024, totaling 48 cases. Data were collected using a basic data recording form. Form for monitoring adverse drug reactions , Form of drug related problems and a form recording pharmaceutical care activities for tuberculosis patients.

Results : The group after receiving pharmaceutical care recovered from tuberculosis, 48 cases (100%), more than the group before receiving pharmaceutical care, 82 cases (97.62%), not statistically significant ($p=0.223$). Medication compliance was greater than or equal to 95 percent in the group receiving pharmaceutical care 48 cases (100 percent) more than the group before receiving pharmaceutical care 62 cases (73.81 percent) with statistical significance ($p < 0.05$). Drug related problems in the group before receiving pharmaceutical care had the highest number of adverse drug reactions 64 cases (76.19%) more than those in the group after receiving pharmaceutical care 12 cases (25.00%) with statistical significance ($p < 0.05$). And in terms of organizing pharmaceutical care activities in tuberculosis patients. Most knowledge about antituberculosis drugs was provided to TB patients at 40.32%. This problem can be solved by all pharmacists.

Conclusion : This study found that the results of pharmaceutical care in tuberculosis patients at Kut Rang Hospital, Maha Sarakham Province results in better treatment results. This can be used as a guideline for developing drug use problems, adverse reactions from anti-TB drugs, caring for tuberculosis patients in collaboration with the multidisciplinary team in Kut Rang District.

Keywords : Pharmaceutical care, tuberculosis patients, drug related problems , adverse drug reactions

บทนำ

วัณโรคเป็นโรคติดต่อและเป็นปัญหาสำคัญสาธารณสุขของประเทศไทย องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้วัณโรคอยู่ในภาวะฉุกเฉินสากลและต้องการการแก้ไขอย่างเร่งด่วน⁽⁹⁾ แนวทางการรักษาวัณโรคในปัจจุบันสำหรับผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรค จะทำการรักษาโดยใช้ยาต้านวัณโรคที่เป็นสูตรยาระยะสั้น ซึ่งใช้ยาในการรักษา 2 ระยะ คือ ในช่วง 2 เดือนแรกเป็นการรักษาระยะเข้มข้น ซึ่งใช้ยา จำนวน 4 ชนิด คือ Isoniazid (H), Rifampicin (R), Pyrazinamide (Z) และ Ethambutol (E) และในช่วง 4 เดือนต่อมาเป็นการรักษาระยะต่อเนื่องใช้ยา 2 ชนิด คือ Isoniazid (H) และ Rifampicin (R)⁽⁹⁾ จากแบบแผนการรักษาดังกล่าวจะเห็นว่าผู้ป่วยวัณโรคจำเป็นที่จะต้องรับประทานยาติดต่อกันเป็นระยะเวลาจนถึง 6 เดือน และต้องรับประทานยาร่วมกันหลายชนิดจึงก่อให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับอันตรกิริยาระหว่างยา การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เช่น ผื่นคันตามร่างกาย คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ตับอักเสบ การมองเห็นที่ผิดปกติ เป็นต้น อาจเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยหยุดยาเองก่อนกำหนด รวมไปถึงการไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลให้ระยะเวลาในการรักษานานขึ้น มีโอกาสเกิดความล้มเหลวในการรักษาและปัญหาวัณโรคดื้อยา⁽⁹⁾

การบริหารทางเภสัชกรรม เป็นความรับผิดชอบของเภสัชกรโดยตรงที่มีต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยยา โดยกิจกรรมการบริหารทางเภสัชกรรมเริ่มตั้งแต่การสั่งใช้ยาของแพทย์ โดยเภสัชกรให้ความรู้ ให้คำปรึกษาด้านยา ค้นหาปัญหาจากการใช้ยา ติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยาและติดตามผลการรักษา ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ซึ่งจากบทบทวนวรรณกรรมพบว่า การให้บริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยวัณโรคทำให้ผลลัพธ์ของการรักษาดีขึ้น

ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยา สามารถแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาได้มากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอีกด้วย เช่น การศึกษาของภมร เลิศวรวิทย์⁽⁵⁾ ได้ศึกษาผลของการบริหารทางเภสัชกรรมต่อความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรค อำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่ พบว่า ผลการรักษาเมื่อสิ้นสุดการรักษาในกลุ่มทดลองหลังได้รับการดำเนินบริหารทางเภสัชกรรมสามารถรักษาหายมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และปัญหาจากการใช้ยาในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)⁽⁵⁾

จากการวิเคราะห์ระบบการบริหารเภสัชกรรมในผู้ป่วยวัณโรคโรงพยาบาลกุดรัง มีการดำเนินการให้บริการ ตรวจรักษา และจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วยวัณโรคแบบ One Stop Service มาตั้งแต่ปี 2563 จนถึงปัจจุบัน มีผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกวัณโรคเป็นจำนวน 288 ราย แต่ยังคงพบปัญหาจากการใช้ยา ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาที่มีแนวโน้มที่สูงขึ้นและยังไม่มีมีการรวบรวมข้อมูลผลการให้บริการทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์ใช้ระบบการบริหารเภสัชกรรมในคลินิกวัณโรคร่วมกับแนวคิด medication compliance โดยผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการให้ความร่วมมือในการใช้ยา รับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ พัฒนาการดำเนินงานบริหารเภสัชกรรมในผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการที่คลินิกวัณโรคโรงพยาบาลกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม อันจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยวัณโรคได้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยหายจากวัณโรค และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

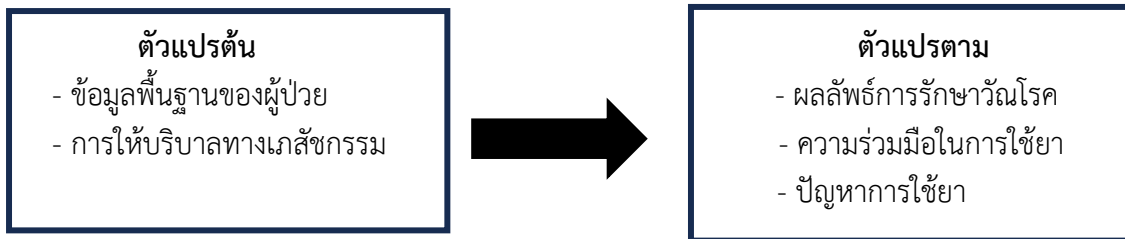
วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์การรักษา
วัณโรคระหว่างกลุ่มผู้ป่วยก่อนได้รับการบริหาร
เภสัชกรรมกับกลุ่มหลังได้รับการบริหารเภสัชกรรม

2. เพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการใช้
ยาระหว่างกลุ่มผู้ป่วยก่อนได้รับการบริหาร
เภสัชกรรมกับกลุ่มหลังได้รับการบริหารเภสัชกรรม

3. เพื่อเปรียบเทียบปัญหาจากการใช้ยา
ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยก่อนได้รับการบริหารเภสัชกรรม
กับกลุ่มหลังได้รับการบริหารเภสัชกรรม

กรอบแนวคิดการวิจัย



รูปแบบการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลการดำเนินงาน
บริหารเภสัชกรรมในผู้ป่วยวัณโรคโรงพยาบาลอุดร
จังหวัดมหาสารคาม โดยมีรูปแบบการวิจัยเชิงเปรียบเทียบ
(Comparative study) แบบ before and after
intervention study

กลุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มก่อนได้รับการบริหารเภสัชกรรม
- ศึกษาจากข้อมูลย้อนหลังใน
เวชระเบียนผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการที่คลินิก
วัณโรคในโรงพยาบาลอุดร จังหวัดมหาสารคาม
ตั้งแต่ช่วงเดือนตุลาคม 2565 – กันยายน 2566
2. กลุ่มหลังได้รับการบริหารเภสัชกรรม
- ศึกษาในผู้ป่วยวัณโรคที่มารับ
บริการและได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมที่คลินิก
วัณโรคในโรงพยาบาลอุดร จังหวัดมหาสารคาม
ระหว่างเดือนตุลาคม 2566 - เมษายน 2567

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่
การศึกษา

1. มีอายุ 18 ปีขึ้นไป
2. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น
วัณโรครายใหม่
3. ได้รับยาต้านวัณโรคสูตรยามาตรฐาน
ทั้ง 4 สูตรการรักษา

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจาก
การศึกษา

1. ผู้ป่วยที่ไม่สมัครใจเข้าร่วมการศึกษา
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้าน
วัณโรคมามาก่อน
3. ผู้ป่วยที่ถูกส่งตัวไปรักษาต่อที่
โรงพยาบาลอื่นๆ หลังจากได้รับยาต้านวัณโรค

วิธีการดำเนินการศึกษา

1. กลุ่มก่อนได้รับการบริหารเภสัชกรรม

- ศึกษาจากข้อมูลย้อนหลังในเวชระเบียนผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการที่คลินิกวัณโรคในโรงพยาบาลอุดรฯ จังหวัดมหาสารคาม ตั้งแต่ช่วงเดือนตุลาคม 2565 – กันยายน 2566

2. กลุ่มหลังได้รับการบริหารเภสัชกรรม

- ศึกษาในผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการและได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมที่คลินิกวัณโรคในโรงพยาบาลอุดรฯ จังหวัดมหาสารคามระหว่างเดือนตุลาคม 2566 - เมษายน 2567

- เก็บข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมการศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง สถานภาพ ระดับการศึกษา ชนิดของวัณโรคที่เป็น สูตรยารักษา วัณโรค ประวัติการดื่มสุรา ประวัติการสูบบุหรี่ โรคประจำตัวอื่นๆ ผู้ที่ทำหน้าที่กำกับการรับประทานยา ประวัติการใช้ยาสมุนไพร ยาชุด และประวัติการแพ้ยา

- เก็บข้อมูลผลทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ผลตรวจเสมหะ (AFB) ผลตรวจการทำงานของตับ (LFT) และผลการตรวจการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี (Anti-HIV)

- เภสัชกรผู้รับผิดชอบคลินิกวัณโรคมีการดำเนินกิจกรรมบริหารเภสัชกรรมกับผู้ป่วยวัณโรคทุกราย ดังนี้

- จัดยาต้านวัณโรครวมในซองเดียวกัน (DOTs package) ในแต่ละวันแก่ผู้ป่วยให้ครบตามจำนวนวันนัด

- ให้คำแนะนำและส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการรักษา โดยอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงอาการ แนวทางการรักษา อาการไม่พึงประสงค์จากยา และเน้นย้ำกับผู้ป่วยว่าวัณโรคเป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายขาดได้หากผู้ป่วยรับประทานยาสม่ำเสมอและมาตรวจตามนัดต่อเนื่องจนครบการรักษา

- กำกับ ติดตามความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยแต่ละราย โดยประเมินจากการสัมภาษณ์ การทานยาของผู้ป่วยและนับจำนวนของยาที่ผู้ป่วยนำมาด้วยทุกครั้ง

- กำกับ ติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยาและให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่ออาการไม่พึงประสงค์จากยาและการจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดภาวะผิดปกติแก่ผู้ป่วยวัณโรคเฉพาะราย

- ค้นหาและบันทึกปัญหาจากการใช้ยาและเมื่อพบปัญหาจากการใช้ยา เภสัชกรให้คำปรึกษาและแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วยเฉพาะรายในแบบบันทึกการจัดกิจกรรมบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยวัณโรคในคลินิกวัณโรคโรงพยาบาลอุดรฯ

- รวบรวมผลการศึกษา วิเคราะห์สรุปผล และอภิปรายผลการศึกษา เพื่อพัฒนาระบบการบริหารเภสัชกรรมในผู้ป่วยวัณโรคโรงพยาบาลอุดรฯในลำดับถัดไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยวัณโรค

- แบบบันทึกการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านวัณโรค

- แบบบันทึกการติดตามปัญหาจากการใช้ยาผู้ป่วยวัณโรค

- แบบบันทึกการจัดกิจกรรมบริหารเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยวัณโรค

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมทางสถิติสำเร็จรูปในการประมวลผลวิเคราะห์โดยสถิติเชิงพรรณนา คือ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ(%) และใช้สถิติ T-test กำหนดค่า P-value <0.05 ถือว่ามีนัยสำคัญทางสถิติทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม

การพิทักษ์สิทธิทางจริยธรรม

งานวิจัยเรื่องนี้ได้รับการรับรองการขอจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มหาสารคาม เอกสารรับรองเลขที่ 3/2567

ผลการศึกษา

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มก่อนได้รับการ บริบาลทางเภสัชกรรมจำนวน 84 ราย ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง 64 ราย (ร้อยละ 76.19) มีอายุ ระหว่าง 61 - 70 ปี 29 ราย (ร้อยละ 34.52) มี สภาพภาพสมรส 52 ราย (ร้อยละ 61.90) ไม่มีโรค ประจำตัวอื่นๆ 43 ราย (ร้อยละ 51.20) กลุ่มผู้ป่วย วัณโรคปอด 78 ราย (ร้อยละ 92.86) การรักษาด้วย ยาสูตร CAT 1 : 2 HRZE/4HR 80 ราย (ร้อยละ 95.24) ผลตรวจการติดเชื้อเอชไอวีเป็นผลลบ 84 ราย (ร้อยละ 100) ผลตรวจการทำงานของตับอยู่ใน ระดับปกติ 78 ราย (ร้อยละ 92.86) และระดับ ผิดปกติ 4 ราย (ร้อยละ 4.76) 48 ราย (ร้อยละ 100)

ส่วนกลุ่มหลังได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรม จำนวน 48 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 38 ราย (ร้อยละ 79.17) มีอายุระหว่าง 61 - 70 ปี 20 ราย (ร้อยละ 41.67) มีสภาพภาพสมรส 26 ราย (ร้อยละ 54.17) ไม่มีโรคประจำตัวอื่นๆ 30 ราย (ร้อยละ 62.50) กลุ่มผู้ป่วยวัณโรคปอด 46 ราย (ร้อยละ 95.83) การรักษาด้วยยาสูตร CAT 1 : 2 HRZE/4HR 48 ราย (ร้อยละ 100) ผลตรวจการติดเชื้อเอชไอวีเป็น ผลลบ 48 ราย (ร้อยละ 100) ผลตรวจการทำงานของตับอยู่ในระดับปกติ 48 ราย (ร้อยละ 100)

ผลการให้บริบาลทางเภสัชกรรมใน ผู้ป่วยวัณโรค

ผลลัพธ์การรักษา กลุ่มก่อนได้รับการ บริบาลทางเภสัชกรรมพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้หายจาก วัณโรค 82 ราย (ร้อยละ 97.62) ซึ่งน้อยกว่า กลุ่มหลังได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรม 48 ราย (ร้อยละ 100) เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ

พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($p = 1.01$)

ความร่วมมือในการใช้ยา โดย ประเมินจากการสัมภาษณ์การทานยาของผู้ป่วย ร่วมกับการนับชองยาที่นำมาด้วย ในกลุ่มก่อนได้รับการ บริบาลทางเภสัชกรรม พบว่า ความร่วมมือใน การรับประทานยามากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 95 62 ราย (ร้อยละ 73.81) ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มหลังได้รับการ บริบาลทางเภสัชกรรม 48 ราย (ร้อยละ 100) เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่า มีความ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ปัญหาจากการใช้ยา กลุ่มก่อนได้รับการ บริบาลทางเภสัชกรรม ส่วนใหญ่พบปัญหา อาการไม่พึงประสงค์จากยามากที่สุด 64 ราย (ร้อยละ 76.19) อันดับรองลงมา คือ ปัญหาไม่ได้รับ ยาตามแพทย์สั่ง 20 ราย (ร้อยละ 23.81) และ ปัญหาการใช้ยาที่พบน้อยที่สุด คือ ปัญหาอันตรายกิริยา ระหว่างยา 2 ราย (ร้อยละ 2.38) กลุ่มหลังได้รับการ บริบาลทางเภสัชกรรม พบปัญหาอาการไม่พึง ประสงค์จากยามากที่สุด 12 ราย (ร้อยละ 25.00) อันดับรองลงมา คือ ปัญหาไม่ได้รับยาตามแพทย์สั่ง 4 ราย (ร้อยละ 12.50) และไม่พบปัญหาอันตรายกิริยา ระหว่างยา ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ปัญหาอาการไม่พึงประสงค์จากยา กลุ่มก่อนได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมพบปัญหา อาการไม่พึงประสงค์ 64 ราย (ร้อยละ 76.19) โดย อาการไม่พึงประสงค์ระดับไม่รุนแรงพบมากที่สุด คือ ปัสสาวะมีสีส้มแดง 18 ราย (ร้อยละ 21.43) จากการใช้ยา Rifampin มากกว่ากลุ่มหลังได้รับการ บริบาลทางเภสัชกรรม พบปัญหาอาการ ไม่พึงประสงค์ 12 ราย (ร้อยละ 25.00) โดยอาการ ไม่พึงประสงค์ระดับไม่รุนแรงพบมากที่สุด คือ อาการคันตามร่างกายแต่ไม่มีผื่นหรือมีผื่นเล็กน้อย 6 ราย (ร้อยละ 8.33) และอาการไม่พึงประสงค์

ระดับรุนแรงพบมากที่สุดในกลุ่มก่อนได้รับการ
บริหารทางเภสัชกรรม คือ ภาวะตับอักเสบ 4 ราย
(ร้อยละ 4.77) ซึ่งพบในผู้ป่วยที่ได้รับยา Rifampin,
Pyrazinamide และผู้ป่วยที่มีประวัติดื่มสุรา
ร่วมด้วย มากกว่ากลุ่มหลังได้รับการบริหารทาง
เภสัชกรรมที่ไม่พบอาการไม่พึงประสงค์ระดับรุนแรง
ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ปัญหาไม่ได้รับยาตามแพทย์สั่ง

กลุ่มก่อนได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมพบปัญหา
ไม่ได้รับยาตามแพทย์สั่ง 20 ราย (ร้อยละ 23.81)
โดยผู้ป่วยไม่ได้รับยาโรคประจำตัวอื่นๆ รวมด้วย 12
ราย (ร้อยละ 14.29) ผู้ป่วยไม่ได้รับยาบรรเทา
อาการอื่นๆ รวมด้วย 6 ราย (ร้อยละ 9.52) และ
ผู้ป่วยไม่ได้รับยาครบตามวันนัดตามแพทย์สั่ง 2 ราย
(ร้อยละ 2.38) มากกว่ากลุ่มหลังได้รับการบริหารทาง
เภสัชกรรม พบปัญหาไม่ได้รับยาตามแพทย์สั่ง 4 ราย
(ร้อยละ 12.50) โดยผู้ป่วยไม่ได้รับยาโรคประจำตัวอื่นๆ
รวมด้วย 4 ราย (ร้อยละ 12.50) ซึ่งแตกต่างกันอย่าง
มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

**ปัญหาได้รับยาถูกต้องแต่ขนาดสูง
เกินไป** กลุ่มก่อนได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม
พบปัญหาได้รับยาถูกต้องแต่ขนาดสูงเกินไป 12 ราย
(ร้อยละ 25.00) ซึ่งเป็นการสั่งใช้ยา Rifampin 6 ราย
(ร้อยละ 12.50) และ Pyrazinamide 6 ราย
(ร้อยละ 12.50) โดยแพทย์ผู้สั่งใช้ยาไม่ได้คำนึงถึง
ขนาดยาตามน้ำหนักของผู้ป่วยเฉพาะรายอาจ
ก่อให้เกิดภาวะตับอักเสบจากยาได้ กลุ่มหลังได้รับ
การบริหารทางเภสัชกรรมพบปัญหาได้รับยาถูกต้อง
แต่ขนาดสูงเกินไป 2 ราย (ร้อยละ 4.17) ซึ่งเป็นการ
สั่งใช้ยา Pyrazinamide 2 ราย (ร้อยละ 4.17) ซึ่ง
แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

**ปัญหาได้รับยาถูกต้องแต่ขนาดน้อย
เกินไป** กลุ่มก่อนได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมพบ
ปัญหาได้รับยาถูกต้องแต่ขนาดน้อยเกินไป 10 ราย

(ร้อยละ 11.90) ซึ่งเป็นการสั่งใช้ยา Rifampin 8 ราย
(ร้อยละ 9.52) และ Ethambutol 2 ราย (ร้อยละ
2.38) ซึ่งอาจมีผลต่อการรักษาวัณโรค กลุ่มหลัง
ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมพบปัญหาได้รับยา
ถูกต้องแต่ขนาดน้อยเกินไป 1 ราย (ร้อยละ 2.08)
ซึ่งเป็นการสั่งใช้ยา Rifampin 1 ราย (ร้อยละ 2.08)
ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ปัญหาอันตรกิริยาระหว่างยา กลุ่มก่อน
ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมพบปัญหาอันตรกิริยา
ระหว่างยา 2 ราย (ร้อยละ 2.38) ซึ่งเป็นอันตรกิริยา
ระหว่างยา Rifampin และ Phenytoin กลุ่มหลัง
ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมไม่พบปัญหา
อันตรกิริยาระหว่างยาซึ่งไม่แตกต่างกันแบบมี
นัยสำคัญทางสถิติ ($p = 1.01$)

**กิจกรรมการดำเนินงานบริหารทาง
เภสัชกรรม** ในกลุ่มที่ได้รับการบริหารทาง
เภสัชกรรมมีการดำเนิน กิจกรรมการดำเนินงาน
บริหารทางเภสัชกรรม 124 ครั้ง โดยกิจกรรมที่
ดำเนินการมากที่สุด ได้แก่ การให้ความรู้ด้านยาแก่
ผู้ป่วยวัณโรค 50 ครั้ง (ร้อยละ 40.32) อันดับรองลงมา
คือ ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคร่วมกับทีม
สหวิชาชีพในเครือข่ายอำเภออุดรฯ 48 ครั้ง (ร้อยละ
38.72) ซึ่งปัญหาดังกล่าวสามารถแก้ไขปัญหาได้
ด้วยเภสัชกรทั้งหมด

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่า ในกลุ่มก่อนได้รับ
การบริหารทางเภสัชกรรมสามารถหายจากวัณโรค
82 ราย (ร้อยละ 97.62) น้อยกว่ากลุ่มหลังได้รับการ
บริหารทางเภสัชกรรม 48 ราย (ร้อยละ 100) ไม่มี
ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.223$)
ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของภมร เลิศวรวิทย์⁽⁵⁾ ซึ่ง
ผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดในกลุ่มหลังได้รับการ
บริหารทางเภสัชกรรมในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช

เด่นชัดสามารถรักษาหาย ร้อยละ 76.6 มากกว่ากลุ่มก่อนได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

กลุ่มหลังได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมมีความร่วมมือในการรับประทานยามากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 95.48 ราย (ร้อยละ 100) มากกว่ากลุ่มก่อนได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม 62 ราย (ร้อยละ 73.81) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของหทัยถวิล สนธิสมบัติ⁽¹⁰⁾ ศึกษาการบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยวัณโรคในโรงพยาบาลโพธิพิสัย พบว่า ในกลุ่มหลังได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมมีความร่วมมือในการใช้ยามากกว่ากลุ่มก่อนได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม ร้อยละ 38.00 และใกล้เคียงกับการศึกษาของนิสารัตน์ คาค้าง⁽³⁾ มีความร่วมมือในการใช้ยาในกลุ่มหลังได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม (ร้อยละ 95.9) มากกว่ากลุ่มก่อนได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม (ร้อยละ 92.4)

ปัญหาจากการใช้ยาในกลุ่มก่อนได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม ส่วนใหญ่พบปัญหาอาการไม่พึงประสงค์จากยามากที่สุด 64 ราย (ร้อยละ 76.19) มากกว่ากลุ่มหลังได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม 12 ราย (ร้อยละ 25.00) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของภมร เลิศวรวิทย์⁽⁵⁾ พบปัญหาอาการไม่พึงประสงค์จากยาในกลุ่มก่อนได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมมากกว่ากลุ่มหลังได้รับบริหารทางเภสัชกรรม (ร้อยละ 71.91) โดยอาการไม่พึงประสงค์ระดับไม่รุนแรงพบมากที่สุดในกลุ่มก่อนได้รับบริหารทางเภสัชกรรม คือ ปัสสาวะมีสีส้มแดง 18 ราย (ร้อยละ 21.43) จากการใช้ยา Rifampin ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของทิวาวรรณ สุกุลจันทร์⁽²⁾ พบอาการเหนื่อยอ่อนเพลียมากที่สุด 38 ราย (ร้อยละ 15.1) กลุ่มหลังได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม พบอาการไม่พึงประสงค์ระดับไม่รุนแรงพบมากที่สุด คือ อาการคันตามร่างกายแต่ไม่มีผื่นหรือมีผื่นเล็กน้อย

6 ราย (ร้อยละ 8.33) ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของทิวาวรรณ สุกุลจันทร์⁽²⁾ พบอาการผื่นคันตามร่างกาย 12 ราย (ร้อยละ 22.20)

อาการไม่พึงประสงค์ระดับรุนแรงพบมากที่สุดในกลุ่มก่อนได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมคือ ภาวะตับอักเสบ 4 ราย (ร้อยละ 4.77) ซึ่งพบในผู้ป่วยที่ได้รับยา Rifampin และ Pyrazinamide และผู้ป่วยที่มีประวัติดื่มสุราร่วมด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของภมร เลิศวรวิทย์⁽⁵⁾ พบภาวะตับอักเสบในกลุ่มก่อนได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมมากกว่ากลุ่มได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม ร้อยละ 3.13

กลุ่มก่อนได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมพบปัญหาไม่ได้รับยาตามแพทย์สั่ง 20 ราย (ร้อยละ 23.81) โดยผู้ป่วยไม่ได้รับยาโรคประจำตัวอื่น ๆ ร่วมด้วย 12 ราย (ร้อยละ 14.29) ผู้ป่วยไม่ได้รับยาบรรเทาอาการอื่น ๆ ร่วมด้วย 6 ราย (ร้อยละ 9.52) และผู้ป่วยไม่ได้รับยาครบตามวันนัดตามแพทย์สั่ง 2 ราย (ร้อยละ 2.38) ซึ่งแตกต่างกับกลุ่มหลังได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม พบปัญหาไม่ได้รับยาตามแพทย์สั่ง 4 ราย (ร้อยละ 12.50) ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของภัทริกา ทศนวิจิตร⁽⁶⁾ พบปัญหาไม่ได้รับยาตามแพทย์สั่ง 15 ครั้ง (ร้อยละ 9.30) โดยผู้ป่วยไม่ได้รับยาโรคประจำตัวอื่น ๆ ร่วมด้วย 4 ราย (ร้อยละ 12.50) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

กลุ่มก่อนได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมพบปัญหาได้รับยาถูกต้องแต่ขนาดสูงเกินไป 12 ราย (ร้อยละ 25.00) ซึ่งเป็นการสั่งใช้ยา Rifampin 6 ราย (ร้อยละ 12.50) และ Pyrazinamide 6 ราย (ร้อยละ 12.50) โดยแพทย์ผู้สั่งใช้ยาไม่ได้คำนึงถึงขนาดยาตามน้ำหนักของผู้ป่วยเฉพาะรายอาจก่อให้เกิดภาวะตับอักเสบจากยาได้ ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของหทัยถวิล สนธิสมบัติ⁽¹⁰⁾ พบมีการสั่งใช้ยา Pyrazinamide สูงกว่าขนาดปกติ 8 ราย (ร้อยละ

5.30) กลุ่มหลังได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมพบปัญหาได้รับยาถูกต้องแต่ขนาดสูงเกินไป 2 ราย (ร้อยละ 4.17) ซึ่งเป็นการสั่งใช้ยา Pyrazinamide 2 ราย (ร้อยละ 4.17) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

กลุ่มก่อนได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมพบปัญหาได้รับยาถูกต้องแต่ขนาดน้อยเกินไป 10 ราย (ร้อยละ 11.90) ซึ่งเป็นการสั่งใช้ยา Rifampin 8 ราย (ร้อยละ 9.52) และ Ethambutol 2 ราย (ร้อยละ 2.38) ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของกฤติมา โภชนสมบูรณ์⁽¹⁾ พบปัญหาดังกล่าว 22 ราย (ร้อยละ 10.43) กลุ่มหลังได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมพบปัญหาได้รับยาถูกต้องแต่ขนาดน้อยเกินไป 1 ราย (ร้อยละ 2.08) ซึ่งเป็นการสั่งใช้ยา Rifampin 1 ราย (ร้อยละ 2.08) ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของกฤติมา โภชนสมบูรณ์⁽¹⁾ พบปัญหาได้รับยา Rifampin ในขนาดน้อยเกินไป 3 ราย (ร้อยละ 1.42) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

กลุ่มก่อนได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมพบปัญหาอันตรกิริยาระหว่างยา 2 ราย (ร้อยละ 2.38) ซึ่งเป็นอันตรกิริยาระหว่างยา Rifampin และ Phenytoin ต้องมีการเฝ้าระวังระดับยาและอาการข้างเคียงของ Phenytoin ร่วมด้วย และไม่พบปัญหาอันตรกิริยาระหว่างยาในกลุ่มหลังได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม ซึ่งทั้งสองกลุ่มไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 1.01$) ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของทิวาวรรณ สุกุลจันทร์⁽²⁾ พบปัญหาอันตรกิริยาระหว่างยา Isoniazid Rifampin และ Ethambutol กับยาอื่น และแตกต่างกับการศึกษาของศิริรัตน์ บุญจรัส⁽¹⁰⁾ พบปัญหาอันตรกิริยาระหว่างยา Rifampin กับ Glibenclamide ร้อยละ 7.70 และ Ethambutol กับยา Alumina Magnesia ร้อยละ 1.80 อีกทั้งแตกต่างกับการศึกษาของนิตารัตน์ คำด้วง⁽³⁾ ในกลุ่มหลังได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมเกิดปัญหา

อันตรกิริยาระหว่างยา ร้อยละ 23.53 มากกว่ากลุ่มก่อนได้รับบริหารทางเภสัชกรรม ร้อยละ 12.50

กลุ่มที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมมีการดำเนินกิจกรรมการดำเนินงานบริหารทางเภสัชกรรม 124 ครั้ง โดยกิจกรรมที่ดำเนินการมากที่สุด ได้แก่ การให้ความรู้ด้านยาแก่ผู้ป่วยวัณโรค 50 ครั้ง (ร้อยละ 40.32) ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของทิวาวรรณ สุกุลจันทร์⁽²⁾ พบว่า ส่วนมากเป็นกิจกรรมการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วย ร้อยละ 62.10

สรุปผลการศึกษา

การศึกษานี้ พบว่าผลการให้บริหารเภสัชกรรมในผู้ป่วยวัณโรคโรงพยาบาลอุดรฯ จังหวัดมหาสารคาม ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์การรักษที่ดีขึ้น ส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยา ติดตามเฝ้าระวังปัญหาจากการใช้ยาและอาการไม่พึงประสงค์จากยา และยังเป็นแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคร่วมกับทีมสหวิชาชีพในเครือข่ายสุขภาพอำเภออุดรฯ ทำให้ผู้ป่วยวัณโรคมีความปลอดภัยในการใช้ยาอีกด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรฯ กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภคและบุคลากรทางการแพทย์ทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องในคลินิกวัณโรคโรงพยาบาลอุดรฯ และผู้ร่วมงานทุกท่านที่ช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. กฤติมา โภชนสมบูรณ์. ผลลัพธ์ของการบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยวัณโรคในคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช. วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง 2560; 171-179.
2. ทิวาวรรณ สกุลจันทร์. ผลของการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยวัณโรคที่คลินิกวัณโรคโรงพยาบาลยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ (วิทยานิพนธ์การศึกษาหลักสูตรเภสัชศาสตร์มหาบัณฑิต (เภสัชกรรมชุมชน)). อุบลราชธานี: มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี; 2551.
3. นิสารัตน์ คาคั่ว และ ศุภวรรณ พงศ์พัฒน์วุฒิ. ผลของการให้บริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคปอดของโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 จังหวัดสุพรรณบุรี (วิทยานิพนธ์การศึกษาหลักสูตรเภสัชศาสตร์มหาบัณฑิต (เภสัชกรรมชุมชน)). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2560.
4. เบญจวรรณ สายพันธ์, เจริญ ชูโชติถาวร และรัตนา ชัยสุขสุวรรณ. ผลการรักษาและอาการอันไม่พึงประสงค์จากยาของการรักษาวัณโรคด้วยวิธี DOTS ในโรงพยาบาลโรคทรวงอก. วารสารโรงพยาบาลโรคทรวงอก 2560; 5(3): 29-33.
5. ภมร เลิศวรวิทย์. ผลของการบริหารทางเภสัชกรรมต่อความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปี 2564 อำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่. วารสารโรงพยาบาลแพร่ 2564; 28(2): 102-115.
6. ภัทริกา ทศนวิจิตร. ผลทางคลินิกของการบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยวัณโรคของโรงพยาบาลางาว จังหวัดลำปาง. (วิทยานิพนธ์การศึกษาหลักสูตรเภสัชศาสตร์มหาบัณฑิต). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2546.
7. ศิริรัตน์ บุญจรัส. ผลให้การบริบาลทางเภสัชกรรมในคลินิกวัณโรคโรงพยาบาลเชียงใหม่. วารสารวัณโรค โรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤต 2549; 295-308.
8. สารีณีย์ กฤตยานันต์, รุ่งเพชร สกุลบำรุงศิลป์, ศุภกิจ วงศ์วิวัฒน์นุกิจ และ วิศาล สุทธิพัฒน์นงกูร. ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดพิษต่อตับจากยาต้านวัณโรคในผู้ป่วยคนไทย. ไทยเภสัชสาร 2560; 26(3-4): 121-128.
9. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค. แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2564. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2561.
10. หทัยถวิล สนธิสมบัติ. การบริหารทางเภสัชกรรมและปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาผู้ป่วยวัณโรคในโรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย. วารสารองค์การเภสัชกรรม 2560; 44(1): 15-25.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การพัฒนาแบบการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับการใช้เทคโนโลยี
ในการติดตามสุขภาพทางไกล (Telehealth) โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม
The development of a self-management model for diabetes patients combined with
the use of Telehealth technology for remote health monitoring
at Phayakkhaphumphisai Hospital, Mahasarakham Province.

สมควร ธนาพิบูลย์ผล*
Somkhuan Tanapibunphol*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อการพัฒนาและศึกษาผลของรูปแบบการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน
ร่วมกับการใช้เทคโนโลยีในการติดตามสุขภาพทางไกล (Telehealth)

วิธีการศึกษา : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ตั้งแต่ เดือนตุลาคม 2566 - มิถุนายน 2567 กลุ่มตัวอย่าง
ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพ จำนวน 12 คน ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 672 คน เครื่องมือดำเนินงานวิจัย
ได้แก่ รูปแบบการจัดการตนเองผู้ป่วยเบาหวาน เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ โปรแกรมเทคโนโลยี
ติดตามสุขภาพทางไกล ประกอบด้วย 1) Application 2) Line Program Zoom meeting และ
3) Program HosXP ดำเนินการ 4 ระยะ ได้แก่ การวางแผน ปฏิบัติการ การสังเกต และการสะท้อนผล
วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย เปรียบเทียบโดยใช้สถิติ
pai t-test

ผลการศึกษา : พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการดูแลรักษาผ่านทางระบบ
แพทย์ทางไกลติดตามสุขภาพ ให้ความรู้ คำแนะนำในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมโดยพยาบาลผู้จัดการ
รายกรณี พบว่าผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 672 คน มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองรวมทุกด้าน
เพิ่มขึ้นจาก 2.64 เป็น 4.37 ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดเฉลี่ย (HbA1C) ลดลงจาก 8.49 เป็น 7.69 ทีม
สหวิชาชีพมีความพึงพอใจจากระดับปานกลางเป็นระดับมาก ผู้ป่วยเบาหวานมีความพึงพอใจจากระดับ
ปานกลางเพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

บทสรุป : รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการดูแลรักษาผ่านทางระบบแพทย์ทางไกลนี้
ทำให้ผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และคุมโรคได้ดีขึ้น

คำสำคัญ : รูปแบบการดูแล ผู้ป่วยเบาหวาน เทคโนโลยีในการติดตามสุขภาพทางไกล

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

Abstract

Objective : To develop and study the results of a self-management model in diabetic patients combined with the use of technology for remote health monitoring (Telehealth).

Study method : Action research from October 2023 - June 2024. Sample group. Including a multidisciplinary team of 12 people, 672 patients with type 2 diabetes. Research tools include self-management models for diabetic patients. Data collection tools include telehealth monitoring technology programs consisting of 1) Application 2) Line Program Zoom meeting and 3) Program HosXP operates in 4 phases: planning, action, observation and reflection. Quantitative data analysis Using descriptive statistics including number, percentage, average, comparing using pai t-test statistics.

Results of the study : It was found that the care model for diabetic patients receiving care through the telemedicine system monitors their health, provides knowledge and advice on appropriate behavior by case manager nurses. It was found that there were 672 diabetic patients. People had an average increase in self-care behavior from high levels of self-care from 2.64 to 4.37. The average blood sugar level (HbA1C) decreased from 8.49 to 7.69. The multidisciplinary team's satisfaction went from moderate to high. Diabetes patients' satisfaction increased from a moderate level to a high level. which increased significantly at the 0.05 level

Conclusion : Model of care for diabetic patients who receive care through this telemedicine system. Patients are encouraged to self-manage, resulting in appropriate health behaviors. and better disease control

Keywords : care model, Diabetic patients, Technology for remote health monitoring

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Disease) ที่มีอุบัติการณ์และความชุกที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลก รวมถึงในประเทศไทย โดยพบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 มากกว่า ร้อยละ 90 จากจำนวนผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานทั้งหมด (International Diabetes Federation) ซึ่งจุดมุ่งหมายหลัก ที่สำคัญของการรักษาพยาบาลโรคเบาหวาน คือการควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดให้อยู่ในระดับที่ปกติเนื่องจากอาจช่วยชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวานได้โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต และเท้า⁽¹⁾

การจัดการสุขภาพตนเอง (Self-management) ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้า การออกกำลังกาย และการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างไรก็ตามความสำเร็จในการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานจะเกิดขึ้นได้ย่อมต้องอาศัยความร่วมมือเป็นอย่างดีระหว่างผู้ป่วย และผู้มีส่วนได้เสียในการให้บริการทางสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพที่ล้วนแต่จำเป็นต้องมีความรอบรู้ทางสุขภาพรอบด้านในการส่งเสริมต่อการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อกำหนดรูปแบบกลยุทธ์ ในการให้คำแนะนำที่เกี่ยวข้องกับการจัดการสุขภาพของตนเองแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน เช่น ปัจจัยระดับบุคคลของผู้ป่วยที่จำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง เพื่อการจัดการสุขภาพของตนเอง ในขณะที่ผู้มีส่วนได้เสียในการให้บริการทางสุขภาพถือเป็นปัจจัยสำคัญในระดับสังคม

ที่ต้องมีส่วนร่วมในการสนับสนุนงบประมาณ และมีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพ⁽²⁾ เป็นต้น

นับตั้งแต่เกิดการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั่วโลกระหว่างปีพุทธศักราช 2563 จนกระทั่งปัจจุบัน พบว่า สถานการณ์การแพร่ระบาดของกล่าวส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย และด้านการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง จากการสำรวจข้อมูลเกี่ยวกับมุมมองของพยาบาล จำนวน 1,829 ราย ที่ทำงานด้านโรคเบาหวานใน 27 ประเทศแถบยุโรป โดยแบบสำรวจทางออนไลน์ที่ถูกแปลเป็นภาษาต่างประเทศ 17 ภาษา พบว่าการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลต่อร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยเฉพาะอย่างยิ่งผลกระทบทางจิตใจที่พบว่า มีความวิตกกังวลของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ร้อยละ 82 มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 49 ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเฉียบพลัน ร้อยละ 39 และมีภาวะแทรกซ้อนเท้าจากโรคเบาหวาน ร้อยละ 18⁽³⁾ ซึ่งสัมพันธ์กับการให้การดูแลและการส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองแก่ผู้ป่วยโดยผู้ให้บริการทางสุขภาพที่จำเป็นต้องลดน้อยลงเป็นอย่างมาก เนื่องจากการกำหนดมาตรการเพื่อควบคุมการระบาดของโรคที่ทำให้การเข้ารับบริการแบบเผชิญหน้า (Face to Face) เป็นไปอย่างลำบากมากขึ้น พยาบาลผู้ป่วยเบาหวานแถบยุโรป 27 ประเทศต่างเห็นพ้องต้องกันว่า การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้การส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเอง การให้สุขศึกษา และการช่วยเหลือเยียวยาจิตใจแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานลดลง ร้อยละ 31, 63 และ 34 ตามลำดับ นอกจากนี้ มาตรการจำกัดการเคลื่อนย้ายบุคคล (Lockdown) ส่งผลทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานจำเป็นต้องอยู่ในพื้นที่ จำกัดของบริเวณที่อยู่อาศัยซึ่งอาจส่งผลให้

การจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีประสิทธิภาพน้อยลงจนเกิดภาวะพฤติกรรมเนือยนิ่ง (Sedentary lifestyle)

การแพทย์ทางไกล (Telemedicine) มีการใช้อย่างแพร่หลาย และเป็นเครื่องมือสำคัญของบุคลากรทางสุขภาพในการส่งเสริม สนับสนุน ช่วยเหลือผู้ป่วยเบาหวาน และครอบครัวให้สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง ช่วยเพิ่มผลลัพธ์ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยดีขึ้น ลดการมาอนโรงพยาบาลด้วยภาวะฉุกเฉินจากโรคเบาหวาน การนำ Telemedicine มาเป็นเครื่องมือช่วยในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ในรูปแบบของวิดีโอสมาร์ตโฟน ข้อความเสียง ที่มีการสื่อสารสองทางระหว่างผู้ป่วย และทีมบุคลากรสุขภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความสม่ำเสมอในการบริหารยาด้วยตนเองเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการตนเอง และมีค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมลดลง นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับการนำเอาการบริการสุขภาพทางไกลมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งในแต่ละการศึกษาจะให้ผลลัพธ์ที่แตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับวิธีการ หรือรูปแบบของ Telemedicine และพบว่าการใช้ telemonitoring ร่วมกับการ feedback ได้ผลลัพธ์ที่ดีในการจัดการเบาหวาน ถ้ามีการโต้ตอบแบบ real time หรือ synchronous ยิ่งเพิ่มผลลัพธ์ที่ดียิ่งขึ้น ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าการได้รับการรักษาแบบปกติ เพิ่มคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้นในผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพทางไกล ประโยชน์หรือข้อดีของการให้บริการสุขภาพทางไกล นอกจากผลลัพธ์ทางคลินิกและสุขภาพของผู้ป่วยแล้ว ยังมีประโยชน์ในด้านอื่นอีก ได้แก่ 1) การลดค่าใช้จ่าย และ เวลาจากการเดินทางไปโรงพยาบาล 2) เป็นการช่วยปรับปรุง การเข้าถึงการรักษาสำหรับผู้ที่อยู่ห่างไกล 3) เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงการดูแลป้องกันสุขภาพของตนเองได้ง่ายขึ้น 4) การเพิ่ม

ความสะดวกสบาย และการเป็นส่วนตัว และ 5) การชะลอการแพร่กระจายของการติดเชื้อจากโรงพยาบาล

โรงพยาบาลพัยคณภูมิพิสัย เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง พบผู้ป่วยเบาหวานจำนวนสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยปี 2564 - 2566 พบ 4,889 ราย, 5,132 ราย และ 5,276 ราย ตามลำดับ⁽⁴⁾ มีผู้รับบริการที่คลินิกเบาหวานเฉลี่ย 96 คนต่อวัน เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถส่งรับยาตามเกณฑ์รับยาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มีภาวะแทรกซ้อนทางไต หัวใจ และหลอดเลือด ตา และเท้า ผู้ที่มีสิทธิ์การรักษา ข้อจำกัดครอบครัว และผู้ที่ไม่สมัครใจ ทำให้เกิดความแออัด ระยะเวลารอคอยนาน อีกทั้งสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งเป็นการแพร่ระบาดครั้งใหญ่ ตั้งแต่ต้นปี 2563 แม้สถานการณ์ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทยในช่วงเดือนสิงหาคม - กันยายน 2565 โดยรวมคลี่คลายลง มีการผ่อนคลายมาตรการป้องกันควบคุมโรคในประเทศเพื่อให้ประชาชนใช้ชีวิตใกล้เคียงภาวะปกติมากที่สุด แต่ยังคงใส่ใจในการป้องกันตัวเองจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เนื่องจากมีการกลายพันธุ์เป็นสายพันธุ์ใหม่ มีความสามารถในการแพร่เชื้อเพิ่มขึ้น และหลบภูมิคุ้มกันได้มากขึ้นอีกด้วย ส่งผลต่อการจัดรูปแบบการให้บริการให้ได้รับการดูแลตามมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง จำเป็นต้องปรับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในยุควิถีใหม่ซึ่งสอดคล้องกับทิศทางขององค์การอนามัยโลก⁽⁵⁾ ที่มุ่งหวังให้เกิดผลลัพธ์ของการบริการสุขภาพแบบเน้นคุณค่า (Value-based healthcare) สร้างวิถีใหม่ในบริการทางการแพทย์ (New normal medical service) โดยการนำเทคโนโลยีทางการสื่อสารให้เกิดประโยชน์สูงสุด

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจนำแนวคิดการพัฒนาารูปแบบการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน

ร่วมกับการใช้เทคโนโลยีในการติดตามสุขภาพทางไกล (Telehealth) ให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยมีกระบวนการในการติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง ช่วยเพิ่มปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรสุขภาพกับผู้ป่วย ลดการสัมผัสเชื้อ และลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาที่โรงพยาบาลของผู้ป่วยก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมมากขึ้น ส่งผลให้ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับการใช้เทคโนโลยีในการติดตามสุขภาพทางไกล (Telehealth) โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม
3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับการใช้เทคโนโลยีในการติดตามสุขภาพทางไกล (Telehealth) โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ของ Kemmis & Mc Taggart, R.⁽⁶⁾ ศึกษาในพื้นที่อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ระยะเวลาดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม 2566 - มิถุนายน 2567

ขั้นตอนการดำเนินงาน

การรูปแบบการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับการใช้เทคโนโลยีในการติดตามสุขภาพทางไกล (Telehealth) มีรายละเอียดขั้นตอนการดำเนินงาน 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 เตรียมการ ดำเนินการเดือนตุลาคม - ธันวาคม 2566

ศึกษาสถานการณ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม โดยการสัมภาษณ์บุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานทั้งในโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพยัคฆภูมิพิสัย และพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 5 แห่ง โดยใช้แบบสัมภาษณ์ปลายเปิด ซึ่งประยุกต์ขึ้นภายใต้กรอบแนวคิดระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (6 building block) เพื่อให้ได้ข้อมูลความต้องการ และส่วนขาด (gap analysis)

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบ ดำเนินการเดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ 2567

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงาน โปรแกรมการแพทย์ทางไกล ประกอบด้วย Application ในระบบ จำนวน 3 Application ได้แก่

2.1.1 Application Line (สำหรับผู้ป่วยและญาติ ผู้ดูแล)/ Line Official Accounted (สำหรับพยาบาลผู้จัดการรายกรณี) สำหรับใช้เพื่อการติดต่อสื่อสาร ให้ข้อมูลต่างๆ หรือใช้โต้ตอบกลับระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแล

2.1.2 Program Zoom meeting สำหรับใช้เพื่อการตรวจรักษาทางไกลแบบทันที โดยการพูดคุยสนทนาและเห็นภาพนำเสนอภาพการเจ็บป่วย เห็นอาการแสดงที่เป็นในปัจจุบันได้ทันที สามารถบันทึก และส่งจัดเก็บข้อมูลแบบอิเล็กทรอนิกส์ รวมถึงการประมวลผลแบบระบบคลาวด์ (Cloud) การบริหารจัดการแฟ้มผู้ป่วยอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Medical Record : EMR) ด้วยระบบคลาวด์ (Cloud)

2.1.3 Program HosXP สำหรับให้แพทย์/ผู้ตรวจรักษาหรือบุคลากรทางการแพทย์ ใช้บันทึกผลการรักษาผู้ป่วยให้เป็นปัจจุบัน เป็นโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นใช้สำหรับสถานพยาบาล สถานีอนามัย และโรงพยาบาล

เพื่อเก็บข้อมูลผู้ป่วยและช่วยบุคลากรทาง
การแพทย์ในการให้บริการผู้ป่วย

2.2 กำหนดเกณฑ์คัดเลือก
กลุ่มเป้าหมาย ในการรูปแบบการจัดการตนเองใน
ผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับการใช้เทคโนโลยีในการ
ติดตามสุขภาพทางไกล (Telehealth) ดังนี้ เป็น
ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับรักษาในคลินิก
เบาหวาน โรงพยาบาลพยุหะภูมิพิสัย จังหวัด
มหาสารคาม ทำการคัดเลือกแบบ เฉพาะเจาะจง
เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีนั้รับยา
ระหว่างเดือนตุลาคม 2566 - มิถุนายน 2567
จำนวน 672 คน มีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้
เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion
Criteria)

- 1) เป็นโรคเบาหวานชนิด
ที่ 2 ที่มีประวัติการรักษาอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี
- 2) รักษาโรคเบาหวานด้วย
ยารับประทาน
- 3) มีระดับน้ำตาลเฉลี่ย
สะสมในเลือด (HbA1c) ในปีงบประมาณ 2566
และมีผลการตรวจระดับน้ำตาล หลังอดอาหาร
อย่างน้อย 1 ครั้ง
- 4) มีเบอร์โทรศัพท์ที่
สามารถติดต่อได้
- 5) นำมาแบ่งเป็นกลุ่มตาม
เกณฑ์การจัดบริการคลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูง
วิถีใหม่แบบยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง กรมการแพทย์
เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มควบคุมโรคได้ดี (Good
Control) คือ กลุ่มที่มีระดับน้ำตาลหลังอดอาหาร
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 130 mg/dl และระดับน้ำตาล
เฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) น้อยกว่า 7 mg%
2) กลุ่มควบคุมโรคได้ปานกลาง คือ กลุ่มที่มีระดับ
น้ำตาลหลังอดอาหาร มากกว่า 130 mg/dl และ
ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) มากกว่า
หรือเท่ากับ 7 mg% และ 3) กลุ่มควบคุมโรคได้ไม่ดี
(Poor Control) คือ กลุ่มที่มีระดับน้ำตาลหลังอด
อาหาร มากกว่า 130 mg/dl และระดับน้ำตาล

เฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) มากกว่าหรือเท่ากับ
8 mg%

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion
Criteria)

- 1) ผู้ป่วยโรคเบาหวาน
ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลด้วยตนเอง
- 2) ผู้ป่วยที่ต้องนัดติดตาม
ค่าทางห้องปฏิบัติการในห้วงระยะเวลาสั้น
อย่างต่อเนื่องเพื่อปรับยา
- 3) ไม่มีเบอร์โทรศัพท์หรือ
มีเบอร์โทรศัพท์แต่ติดต่อไม่ได้

2.3 กำหนดบทบาทหน้าที่ ดังนี้
ทีมบุคลากร ประกอบด้วย

- 1) แพทย์ เวชศาสตร์
ครอบครัว มีหน้าที่ ตรวจรักษาผู้ป่วยเบาหวานตาม
แนวปฏิบัติทางคลินิกโดยใช้การแพทย์ทางไกล
- 2) เกสัชกร มีหน้าที่
แนะนำการใช้ยา และจัดส่งยาทางไปรษณีย์แก่
ผู้ป่วย
- 3) พยาบาลผู้จัดการ
รายการ มีหน้าที่ ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานที่ต้อง
เข้ารับบริการด้วยการแพทย์ทางไกล และ
ติดตามสุขภาพ ให้ความรู้ คำแนะนำในการปฏิบัติ
พฤติกรรมที่เหมาะสมในการจัดการตนเองของ
ผู้ป่วยเบาหวานในรายที่ยังคงมีปัญหาค่าจำเป็นต้อง
ได้รับการติดตามต่อเนื่อง ช่องทาง Application
line และ VDO Calling
- 4) พยาบาลประจำคลินิก
เบาหวาน มีหน้าที่ ให้คำแนะนำหลังการตรวจ
พร้อมนัดหมายการพบแพทย์ครั้งต่อไป พร้อมทั้ง
บันทึกข้อมูลการดูแลรักษาด้วยรูปแบบการแพทย์
ทางไกลในระบบ HosXP
- 5) นักวิชาการคอมพิวเตอร์
ทำหน้าที่ จัดหาเครื่องมือ อุปกรณ์ ดูแล และ
เชื่อมโยงระบบการสื่อสารระหว่างโรงพยาบาล
พยุหะภูมิพิสัย และสถานีสภาพในพื้นที่ 5 แห่ง
ดังกล่าว

6) ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพยัคฆภูมิพิสัย ทำหน้าที่ประสานงานความร่วมมือจากพื้นที่ ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชน แกนนำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข

7) พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง ให้คำปรึกษาแก่อาสาสมัครสาธารณสุขในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยเบาหวานในสถานภาพที่เขตพื้นที่รับผิดชอบ

8) อาสาสมัครสาธารณสุข ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการกระบวนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับบริการด้วยรูปแบบการแพทย์ทางไกล ได้แก่ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว วัดความดันโลหิต เจาะปลายนิ้วเพื่อวัดระดับน้ำตาลในเลือด นับเม็ดยาที่เหลือของผู้ป่วย และบันทึกในสมุดประจำตัวของผู้ป่วย พร้อมทั้งส่งข้อมูลทางไลน์ให้กับพยาบาลประจำคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย ก่อนวันนัดตรวจรักษาไม่เกิน 1 สัปดาห์

2.4 กำหนดแนวทางปฏิบัติ

1) อาสาสมัครสาธารณสุข ส่งข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานทาง Application Line ให้แก่พยาบาลประจำคลินิกเบาหวานก่อนวันนัดหมาย 1 วัน

2) พยาบาลประจำคลินิกเบาหวานทำการเปิด visit เพื่อนำผู้ป่วยเข้าระบบบริการในระบบ HosXP ในวันนัดหมาย

3) พยาบาลประจำคลินิกเบาหวานทำการบันทึกข้อมูลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานในระบบ HosXP ร่วมกับการใช้ระบบ Zoom meeting พร้อมทั้งประเมินความเสี่ยงซ้ำจากการซักถามผู้ป่วยในแต่ละราย

4) นำส่งผู้ป่วยเข้าห้องตรวจแพทย์ในระบบ Zoom meeting

5) แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ตรวจรักษาผู้ป่วยเบาหวานตามแนวปฏิบัติทางคลินิกโดยใช้เทคโนโลยีติดตามสุขภาพทางไกล สถานีสุขภาพทั้ง 5 แห่ง กำหนดแห่งละ 1 วัน/เดือน ใช้เวลาครั้งละ 4 ชั่วโมง โดยใช้โปรแกรม Hosxp ควบคุมกับการตรวจรักษาผ่านระบบ Zoom meeting

6) พยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกเบาหวานให้คำแนะนำหลังการตรวจพร้อมนัดหมายการพบแพทย์ครั้งต่อไป

7) ทีมเภสัชกรให้คำแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วย

8) จัดส่งยาทางไปรษณีย์ เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานได้รับยาในวันถัดไป

9) จัดระบบให้คำปรึกษาผ่านช่องทาง Application line และ VDO Calling เพื่อติดตามสุขภาพ ให้ความรู้ คำแนะนำในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมในการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในรายที่ยังคงมีปัญหาก็จำเป็นต้องได้รับการติดตามต่อเนื่อง โดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณี

นำรูปแบบที่สร้างขึ้นเสนอผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน คือ 1) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย 2) แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และ 3) หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล เพื่อพิจารณาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity) นำมาปรับปรุงตามคำชี้แนะ และทดลองใช้รูปแบบการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับการใช้การแพทย์ทางไกล (Telemedicine) จำนวน 10 ราย

ระยะที่ 3 ใช้รูปแบบ เดือน มีนาคม - พฤษภาคม 2567

นำรูปแบบการพัฒนา รูปแบบการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับการใช้การแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ไปใช้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 20 แห่ง พร้อมทั้งเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 4 ประเมิน และสรุปผล

ดำเนินงาน ดำเนินการ เดือนมิถุนายน 2567

ประเมินผลลัพธ์ สรุปผลการดำเนินงาน และจัดทำสรุปรายงานการดำเนินงาน ตามรูปแบบการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน ร่วมกับการใช้การแพทย์ทางไกล (Telehealth)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกการเก็บข้อมูลจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์โปรแกรม HosXP ของโรงพยาบาลพืชมณีพิสัย ตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2566 - 30 มิถุนายน 2567 ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระยะเวลาป่วย เป็นเบาหวาน รูปแบบยาที่ใช้รักษา และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม เพื่อเปรียบเทียบผลการพัฒนาระบบบริการก่อนและหลังให้บริการด้วยการแพทย์ทางไกล

2. แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพการจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา และการออกกำลังกาย ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) จำนวน 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ปฏิบัติเป็นประจำ (5 คะแนน) บ่อยครั้ง (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) น้อยที่สุด (1 คะแนน) โดยเกณฑ์ที่นำมาใช้แปลความหมายของค่าเฉลี่ย ได้กำหนดเกณฑ์ไว้ดังนี้

คะแนน 1.00 - 1.50 หมายถึง ปฏิบัติระดับ น้อยที่สุด

คะแนน 1.51 - 2.50 หมายถึง ปฏิบัติระดับ น้อย

คะแนน 2.51 - 3.50 หมายถึง ปฏิบัติระดับ ปานกลาง

คะแนน 3.51 - 4.50 หมายถึง ปฏิบัติระดับ มาก

คะแนน 4.51 - 5.00 หมายถึง ปฏิบัติระดับ มากที่สุด

3. แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการจัดการตนเองผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับการแพทย์ทางไกล ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ 1) การให้บริการการแพทย์ทางไกล 2) การให้คำอธิบายการสอบถามอาการ การปฏิบัติตัว ตอบข้อสงสัย ชัดเจน เข้าใจง่าย 3) การได้รับยา เอกสารสะดวก ถูกต้อง ทันเวลา 4) การส่งยาทางไปรษณีย์ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการมาโรงพยาบาล 5) การส่งยาทางไปรษณีย์ช่วยลดระยะเวลาการรอคอยของการมาโรงพยาบาล 6) การส่งยาทางไปรษณีย์ช่วยลดความแออัดของโรงพยาบาล และ 7) อยากให้มีโครงการระบบบริการการแพทย์ทางไกลและจัดส่งยาทางไปรษณีย์ต่อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) จำนวน 5 ระดับ ตั้งแต่มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด (5 คะแนน) มีความพึงพอใจในระดับมาก (4 คะแนน) มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง (3 คะแนน) มีความพึงพอใจในระดับน้อย (2 คะแนน) มีความพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด (1 คะแนน) โดยเกณฑ์ที่นำมาใช้แปลความหมายของค่าเฉลี่ย ได้กำหนดเกณฑ์ไว้ดังนี้⁽⁶⁾

คะแนน 1.00 - 1.50 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับ น้อยที่สุด

คะแนน 1.51 - 2.50 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับ น้อย

คะแนน 2.51 - 3.50 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับ ปานกลาง

คะแนน 3.51 - 4.50 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับ มาก

คะแนน 4.51 - 5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับ มากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงทางเนื้อหา (Content Validity) ผู้ศึกษาได้นำเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แนวทางการพยาบาลทางไกล ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน หัวหน้าพยาบาล หลังจากได้รับข้อเสนอแนะทำการแก้ไขตามคำแนะนำให้เหมาะสมกับบริบทผู้ป่วย ค่าคะแนน CVI เท่ากับ 0.96

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้ศึกษานำแบบประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการพยาบาลทางไกล ไปทดสอบกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 10 คน แล้วนำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งแบบประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.88 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการพยาบาลทางไกล ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.90

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณโดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ และสถิติเชิงอนุมานใช้สถิติ Paired t-test สำหรับการวิเคราะห์ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) โดยประมวลคำสำคัญ และเชื่อมโยงความเป็นเหตุเป็นผลของข้อมูลแล้วนำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่มีการตรวจสอบข้อมูลที่ได้จนมีความมั่นใจในความถูกต้อง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยของโรงพยาบาล พยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม เลขที่ 17/2566 ลงวันที่ 15 ตุลาคม 2566 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ทีมวิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์และสอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ให้เวลาในการตัดสินใจก่อนเข้าร่วมดำเนินกิจกรรมทุกขั้นตอน ไม่เปิดเผยนามผู้ให้ข้อมูล ข้อมูลเก็บเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมรวมทั้งให้อิสระผู้ร่วมศึกษาถอนตัวหรือยุติการเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกเวลาที่รู้สึกไม่สะดวก

ผลการศึกษา

ผู้วิจัยขอนำเสนอผลการศึกษา ตามรายละเอียด ดังนี้

1. วิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์

พบว่า โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย เป็นโรงพยาบาลขนาด 90 เตียง ระบบบริการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ ประชากรทั้งหมด 78,360 ราย (ประชากรกลางปี 2565) ผู้ป่วยเบาหวานจำนวนสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยปี 2564 - 2566 พบ 4,889 ราย, 5,132 ราย และ 5,276 ราย ตามลำดับ⁽⁴⁾ มีผู้รับบริการที่คลินิกเบาหวานเฉลี่ย 96 คนต่อวัน เครือข่ายในระบบบริการ จำนวน 20 รพ.สต. ส่วนมากเป็นพื้นที่ชนบททางไกลตัวอำเภอ โดย รพ.สต. ที่ให้บริการไกลที่สุด ได้แก่ รพ.สต. หนองหว้าเต่า ระยะทาง 27 กิโลเมตร รองลงมาคือ รพ.สต.เมืองเตา ระยะทาง 25 กิโลเมตร การคมนาคมถนนที่ยังเป็นถนนลูกรังที่เป็นหลุมเป็นบ่อในบางพื้นที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งฤดูฝนที่ทำให้การเดินทางมีความยากลำบากมากยิ่งขึ้น และเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากการสัญจรดังกล่าว อีกทั้งมีรถโดยสารประจำทางวันละ 1 เที่ยวที่ต้องออกจากบ้านแต่เช้าตรู่ และต้องเดินทางกลับประมาณ 10.30 น. และถ้าหากต้องใช้ระยะเวลาการรอคอยในการตรวจ รอรับยา 4 - 5 ชั่วโมง

ที่เลยเวลาดังกล่าว จำเป็นต้องเหมารถรับจ้าง เทียบละประมาณ 300 - 500 บาท โรงพยาบาล พยัคฆภูมิพิสัย มีผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อที่ขึ้นทะเบียน รักษาเข้ารับบริการจำนวนมาก โดยเฉลี่ย 127 คน ต่อวัน ทำให้ต้องเกิดความแออัด เสี่ยงต่อการติดเชื้อ ทางลมหายใจหรือการสัมผัส อีกทั้งผู้ป่วยส่วนมาก เป็นผู้สูงอายุที่ถูกลานต้องไปทำงาน หรือรับจ้าง ที่ต่างจังหวัด หากญาติไม่ว่าง ไม่มีเวลาหรือมีเวลา ว่างไม่ตรงกับวันนัดของผู้ป่วย หรือแม้กระทั่ง บางรายไม่มีผู้ดูแลเลยทำให้ผู้ป่วยบางรายถึงกับ ขาดนัด ขาดยา ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดได้ หรือหากมีผู้ดูแลพามาโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายยังต้องเพิ่มขึ้น

2. การพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับการใช้เทคโนโลยี ในการติดตามสุขภาพทางไกล (Telehealth)

การดำเนินงานวิจัยเรื่อง "การพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับการใช้เทคโนโลยีในการติดตามสุขภาพทางไกล (Telehealth) โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม" ได้มีการพัฒนารูปแบบ บริการคลินิกเบาหวานที่ใช้โปรแกรม การแพทย์ทางไกล 3 แอปพลิเคชัน ได้แก่ 1) Line สำหรับการสื่อสาร 2) Zoom สำหรับการตรวจรักษาทางไกล และ 3) Hos XP สำหรับบันทึกผลการรักษา คัดเลือกผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 672 คน ตามเกณฑ์การคัดเข้า และคัดออก ที่ชัดเจน เช่น ประวัติการรักษาอย่างต่อเนื่อง และการควบคุมระดับน้ำตาล มีการแบ่งบทบาทหน้าที่ ของทีมบุคลากร ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาล และนักวิชาการคอมพิวเตอร์ โดยแต่ละคน มีหน้าที่ชัดเจนในการดูแลและติดตามผู้ป่วย

ตามแนวทางปฏิบัติกำหนดขั้นตอนการส่งข้อมูล จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ไปยังพยาบาล และการตรวจรักษาผู้ป่วยโดย แพทย์ผ่านระบบออนไลน์ รวมถึงการจัดส่งยาให้ ผู้ป่วย เน้นการให้ความรู้และการสนับสนุนผู้ป่วย ในการจัดการตนเอง โดยใช้เทคโนโลยีในการ ติดตามสุขภาพอย่างต่อเนื่อง การฝึกอบรมผู้ป่วย เกี่ยวกับการใช้แอปพลิเคชันและอุปกรณ์ติดตาม สุขภาพ รวมถึงการสร้างระบบสนับสนุน ช่องทาง ศึกษาเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากทีม แพทย์และผู้เชี่ยวชาญ เพื่อสร้างความมั่นใจ และ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพของ ตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ

การนำรูปแบบการจัดการตนเอง ผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับการแพทย์ทางไกลไปใช้ใน ผู้ป่วยเบาหวานตามคุณสมบัติที่ผู้วิจัยได้กำหนด เกณฑ์คัดเข้า ที่เข้ารับการรักษา ติดตาม อาการต่อเนื่องที่คลินิกเบาหวาน อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ตั้งแต่เดือนมีนาคม - พฤษภาคม 2567 พบว่า

2.1 ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ที่ตรวจรักษา และติดตามต่อเนื่องผ่าน ทางระบบแพทย์ทางไกล และการจัดระบบ ให้ คำปรึกษาผ่านช่องทาง Application line และ VDO Calling เพื่อติดตามสุขภาพ ให้ความรู้ คำแนะนำในการปฏิบัติ พฤติกรรมที่เหมาะสมใน การจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

2.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมสุขภาพ ด้านการรับประทาน อาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย ก่อนและหลัง การพัฒนา

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา และการออกกำลังกาย ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 627)

พฤติกรรมสุขภาพ	\bar{X}	S.D	แปลผล	t	p-value
ด้านการรับประทานอาหาร					
ก่อนพัฒนา	2.56	0.12	ปานกลาง	14.01	<0.001
หลังพัฒนา	4.28	0.11	มาก		
ด้านการรับประทานยา					
ก่อนพัฒนา	2.68	0.11	ปานกลาง	10.86	<0.001
หลังพัฒนา	4.40	0.10	มาก		
ด้านการออกกำลังกาย					
ก่อนพัฒนา	2.68	0.11	ปานกลาง	10.59	<0.001
หลังพัฒนา	4.44	0.10	มาก		
รวมทุกด้าน					
ก่อนพัฒนา	2.64	0.11	ปานกลาง	14.07	<0.001
หลังพัฒนา	4.37	0.06	มาก		

จากตารางที่ 1 พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร ก่อนพัฒนาเท่ากับ 2.56 (S.D. = 0.12) และหลังการพัฒนาเท่ากับ 4.28 (S.D. = 0.11) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ด้านการรับประทานยาของก่อนพัฒนาเท่ากับ 2.68 (S.D. = 0.11) และหลังการพัฒนาเท่ากับ 4.40 (S.D. = 0.10) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($p < 0.05$) และด้านการออกกำลังกายก่อนการพัฒนาเท่ากับ 2.68 (S.D. = 0.11) และหลังการพัฒนาเท่ากับ 4.44 (S.D. = 0.10) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เช่นกัน และเมื่อรวมคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพทุกด้านพบว่าก่อนพัฒนาเท่ากับ 2.64 (S.D. = 0.11) และหลังการพัฒนาเท่ากับ 4.37 (S.D. = 0.06) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

2.3 ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 627)

ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C)	\bar{X}	S.D	t	p-value
ก่อนพัฒนา	8.49	0.19	10.00	<0.001
หลังพัฒนา	7.69	0.17		

จากตารางที่ 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนการพัฒนาเท่ากับ 8.49 (S.D. = 0.19) และหลังการ

พัฒนาลดลงเท่ากับ 7.69 (S.D. = 1.17) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

2.4 ด้านความพึงพอใจ

ตารางที่ 3 ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อรูปแบบการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับการใช้เทคโนโลยีในการติดตามสุขภาพทางไกล (Telehealth) (n = 627)

ตัวแปร	\bar{X}	S.D	แปลผล
1. การให้บริการการแพทย์ทางไกล	4.56	0.51	ระดับมาก
2. การให้คำอธิบายการสอบถามอาการ การปฏิบัติตัว ตอบข้อสงสัย ชัดเจน เข้าใจง่าย	4.64	0.55	ระดับมาก
3. การได้รับยา เอกสารสะดวก ถูกต้อง ทันเวลา	4.58	0.57	ระดับมาก
4. การส่งยาทางไปรษณีย์ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการมา โรงพยาบาล	4.66	0.51	ระดับมาก
5. การส่งยาทางไปรษณีย์ช่วยลดระยะเวลาการ รอคอยของการมาโรงพยาบาล	4.52	0.53	ระดับมาก
6. การส่งยาทางไปรษณีย์ช่วยลดความแออัดของ โรงพยาบาล	4.58	0.52	ระดับมาก
7. อยากให้มีโครงการระบบบริการการแพทย์ ทางไกลและจัดส่งยาทางไปรษณีย์ต่อ	4.57	0.53	ระดับมาก
รวมทุกด้าน	4.59	0.53	ระดับมาก

จากตารางที่ 3 พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับการใช้เทคโนโลยีในการติดตามสุขภาพทางไกล (Telehealth) ภาพรวมอยู่ในระดับมาก

วิจารณ์

จากการพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับการใช้เทคโนโลยีในการติดตามสุขภาพทางไกล (Telehealth) พบว่าพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนและหลังการพัฒนา แตกต่างกัน อันเนื่องจากการส่งเสริมการจัดการตนเอง โดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ทำให้

ผู้ป่วยเบาหวานมีการติดตามตนเอง ประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเองช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ดียิ่งขึ้นเช่นเดียวกับการศึกษาของศิริลักษณ์ ฤงทอง⁽⁷⁾ ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง เพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานต่อพฤติกรรม การจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และการศึกษาของปณิตตา สิงห์สังเวียน และคณะ⁽⁸⁾ ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมบริโภคอาหาร และการ

ออกกำลังกายและอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดเฉลี่ย (HbA1C) จาก 8.51 ลดลงเป็น 7.16 4. ทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจจากระดับปานกลางเพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก ส่วนผู้ป่วยเบาหวานมีความพึงพอใจ ภาพรวมระดับปานกลางเพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก

สรุป

การพัฒนาารูปแบบการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับการใช้เทคโนโลยีในการติดตามสุขภาพทางไกล (Telehealth) โรงพยาบาลพัยคณภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ครั้งนี้ นำแนวคิดการจัดการตนเอง ร่วมกับการใช้เทคโนโลยีติดตามสุขภาพทางไกล (Telehealth) มาเป็นแนวทางการพัฒนาด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ จนเกิดการพัฒนารูปแบบการดูแลที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ที่สามารถทำให้เกิดรูปแบบการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพ บรรลุวัตถุประสงค์และเกิดประสิทธิผลตามที่ได้มีการกำหนดไว้ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง และมีผลลัพธ์ด้านการดูแลรักษา ทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจในการจัดบริการที่พัฒนาขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณบุคลากรโรงพยาบาลพัยคณภูมิพิสัย ทีมสหวิชาชีพและบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในเครือข่ายบริการสุขภาพพัยคณภูมิพิสัยทุกท่าน ที่ร่วมกันพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับการใช้เทคโนโลยีในการติดตามสุขภาพทางไกล (Telehealth) โรงพยาบาลพัยคณภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานได้รับบริการที่ดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Leelawattana, R. Pratipanawatr, T. & Bunnag, P. Thailand diabetes registry project: prevalence of vascular complications in long-standing type 2 diabetes. Journal of Medical Association Thai. 2006; 89: 54-59.
2. Aschner, P. New IDF Clinical Practice Recommendations for Managing Type 2 Diabetes in Primary Care. Diabetes Research and Clinical Practice. 2017; 132: 169-170.
3. Forde, R. Arente, L. Ausili, D. et al. The impact of the COVID-19 pandemic on people with diabetes and diabetes services: A pan-European survey of diabetes specialist nurses undertaken by the Foundation of European Nurses in Diabetes survey consortium. Diabet Med. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/dme.14498>
4. งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลพัยคณภูมิพิสัย. รายงานสถิติการบริการโรงพยาบาลพัยคณภูมิพิสัย ประจำปี 2565 [ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาสารคาม: โรงพยาบาลพัยคณภูมิพิสัย; 2565.
5. World Health Organization. Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274628>

6. Kemmis, S., & McTaggart, R. Participatory action research: Communicative action and the public sphere. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), The Sage handbook of qualitative research Sage Publications; 2005. 559-603.
7. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2560.
8. ศิริลักษณ์ ฤงทอง. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2556.
9. ปณิตตา สิงห์สังเวียน, วรวรรณ ทิพย์วาริรัมย์, และยุวรงค์ จันทรวิจิตร. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายและอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ 2562; 13(3): 50-64.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การพัฒนา รูปแบบโรงเรียนผู้สูงอายุเพื่อการส่งเสริมสุขภาพในผู้ต้องขังสูงอายุเรือนจำกลางสงขลา
Development of a school model for the elderly to promote health
among elderly prisoners at Songkhla Central Prison

เพ็ญศิริ อัทธาวงศ์¹, ศิริเพ็ญ หนูสาย², พิทยา หนูเพชร³, วิทวา สมสุข⁴
นิชรีกรณ์ เจาะดุษมน⁵, ภัชลดา สิริติคอง⁶ และคณะ
Phensiri Atthawong¹, Siripen Nusai², Phittaya Noopatch³, Wittawa Somsuk⁴,
Nichareekorn Jeduman⁵, Phatlada Sittikong⁶ et al.

บทคัดย่อ

ผู้ต้องขังสูงอายุในเรือนจำเป็นกลุ่มเปราะบาง ไม่มีครอบครัวดูแล มีปัญหาทั้งสุขภาพร่างกาย จิตใจ การจัดการสุขภาพมีข้อจำกัดด้วยบริบท เรือนจำกลางสงขลา มีผู้ต้องขังสูงอายุ ร้อยละ 1.6 พบว่ามีโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 11.67 และ ร้อยละ 41.67 มีความเสี่ยงโรคหัวใจหลอดเลือดถึง ร้อยละ 48.37 หากไม่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพที่ดี มีโอกาสเจ็บป่วย เป็นภาระตามมาได้ โรงพยาบาลสงขลา แม่ข่ายส่งเสริมสุขภาพผู้ต้องขังสูงอายุเฉพาะ ซึ่งไม่เคยมีการดำเนินการในเรือนจำมาก่อน ถือเป็นความท้าทายในการจัดกิจกรรมในสถานที่ที่เข้มงวด ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการส่งเสริมสุขภาพ พัฒนารูปแบบโรงเรียนผู้สูงอายุเพื่อการส่งเสริมสุขภาพในผู้ต้องขังสูงอายุเรือนจำกลางสงขลา และศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบโรงเรียนผู้สูงอายุเพื่อการส่งเสริมสุขภาพในผู้ต้องขังสูงอายุเรือนจำกลางสงขลา เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมซึ่งดำเนินการ เดือนมิถุนายน ถึง พฤศจิกายน 2565 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ต้องขังสูงอายุ คัดเลือกแบบจำเพาะเจาะจง จำนวน 60 คน เครื่องมือวิจัย คือ รูปแบบกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 15 ด้าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เนื้อหา และความถี่ ร้อยละ ผลการศึกษา เกิดรูปแบบโรงเรียนผู้สูงอายุเพื่อการส่งเสริมสุขภาพในผู้ต้องขังสูงอายุเรือนจำกลางสงขลา และประสิทธิผลของรูปแบบโรงเรียนผู้สูงอายุ พบว่า ก่อนเข้าโครงการ การคุม DM ร้อยละ 42.8 และหลัง ร้อยละ 100 การคุม HT ก่อน ร้อยละ 60.0 และหลัง ร้อยละ 84.0 การนอนไม่หลับ ก่อน ร้อยละ 26.7 และหลัง ร้อยละ 16.6 ภาวะซึมเศร้า ก่อน ร้อยละ 20.0 และหลัง ร้อยละ 6.67 มีปัญหาช่องปาก ก่อน ร้อยละ 83.3 และหลัง ร้อยละ 75.0 เสี่ยงภาวะหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลัง เท่าเดิม ร้อยละ 15.0 สรุปได้ว่าผู้ต้องขังสูงอายุทุกรายเข้าร่วมโครงการฯ ส่วนใหญ่มีผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพดีขึ้น

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ, วิทยาลัยผู้สูงอายุ, การส่งเสริมสุขภาพ, ผู้ต้องขังสูงอายุ

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลสงขลา

²⁻⁶พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลสงขลา

Abstract

Elderly prisoners in prison are a vulnerable group. There are no family to take care of. They have problems in both physical and mental health. There are many limitations due to the prison context. In Songkhla Central Prison, 1.6% of prisoners are elderly. It was found that 11.67% of them have diabetes and 41.67% have hypertension. Additionally, 48.37% are at risk of cardiovascular diseases. Without proper health promotion, there is a high chance they will fall ill, leading to further burdens. Songkhla Hospital has initiated a specialized health promotion program for elderly prisoners, a practice that has never been implemented in prisons before. This represents a significant challenge in conducting activities in such a strict environment. The researcher is interested in studying the issues and needs for health promotion among elderly prisoners, developing a health promotion model, and examining the effectiveness of this model. This is developmental research conducted from June to November 2022. The sample group is elderly prisoners. A total of 60 people were selected using a specific method. The research tool was a model of school activities for the elderly. Data were collected using a screening form to assess the health status of the elderly in 15 areas. Data were analyzed using content analysis and frequencies and percentages. The results of the study were the emergence of a school model for the elderly. The effectiveness of the school model for the elderly before joining found that, 42.8% of the elderly prisoners could manage their diabetes which increased to 100% after the program. Hypertension management improved from 60.0% before the program to 84.0% after. The incidence of insomnia decreased from 26.7% before the program to 16.6% after. Depression rates decreased from 20.0% before the program to 6.67% after. Oral health problems decreased from 83.3% before the program to 75.0% after. The risk of stroke remained the same at 15.0% before and after the program. In conclusion, all elderly prisoners who participated in the program showed overall improvements in health outcomes.

Keywords : model development, school elderly, health promotion, elderly prisoners

บทนำ

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society)⁽¹⁾ ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2548⁽²⁾ จนถึงปัจจุบัน ปี พ.ศ. 2565 ประชากรไทยมีจำนวน 68,380,632 คน ประชากรกลุ่มสูงอายุนั้นมีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวน 11,789,098 คน หรือ คิดเป็นร้อยละ 17 ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นกับหลายประเทศในโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เกิดปัญหาด้านสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ทำให้มีรายจ่ายด้านค่าเบี้ยยังชีพ สวัสดิการ และสุขภาพที่เสื่อมถอย⁽³⁾ จึงมีนโยบายส่งเสริมคุณภาพชีวิตของประชากรกลุ่มนี้ โดยไม่จำกัด สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุในเรือนจำเป็นกลุ่มเปราะบางที่กระทำผิด โดยเฉพาะในกลุ่มคดีอาชญากรรมส่วนใหญ่ทำให้ต้องโทษเป็นระยะเวลาเกินกว่า 20 ปี จึงเกิดกลุ่มผู้ต้องขังสูงอายุในเรือนจำที่มีอายุมากกว่า 60 ปี เพิ่มขึ้น และมีอายุมากที่สุดถึง 84 ปี เฉลี่ย อายุ 68 ปี⁽⁴⁾

จากข้อมูลการคัดกรองสุขภาพของประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่า ร้อยละ 10 มีปัญหา การขึ้นลงบันได การกลืนอุจจาระหรือปัสสาวะไม่ได้ และปัญหาการหกล้ม ร้อยละ 24 ต้องการคนดูแลปรนนิบัติ โดยเฉพาะผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป และ ร้อยละ 4 ของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ไม่สามารถหาคนดูแลปรนนิบัติได้⁽⁵⁾ จึงมีการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี สนับสนุนให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอย่างมั่นคงและมีศักดิ์ศรี การเสริมสร้างสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีหลักประกันรายได้ที่มั่นคงและยั่งยืน⁽⁶⁾ ในส่วนของการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ต้องขังสูงอายุในเรือนจำ โรงพยาบาลสงขลาในฐานะโรงพยาบาลแม่ข่าย มีบทบาทหน้าที่ร่วมในการจัดบริการด้านสุขภาพของผู้ต้องขังเรือนจำกลางสงขลา ซึ่งมีจำนวนผู้ต้องขังสูงอายุถึง 60 คน คิดเป็นร้อยละ 1.68 (ผู้ต้องขังทั้งหมด 3,556 คน ข้อมูล มิถุนายน 2565) และพบว่ามีโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 11.67 และ

41.67 มีความเสี่ยงโรคหัวใจหลอดเลือด ถึงร้อยละ 48.37 จึงได้นำแนวทางการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพการดำเนินการคล้ายกับผู้สูงอายุทั่วไปในสังคมข้างนอก โดยนำแนวทางการจัดกิจกรรมรูปแบบโรงเรียนผู้สูงอายุ มาประยุกต์ใช้ในเรือนจำกลางสงขลา ควบคู่กับการช่วยเหลือสนับสนุนจากทุกภาคส่วน โดยมุ่งเน้นให้ผู้ต้องขังสูงอายุ เป็นศูนย์กลาง ป้องกันการป่วยด้วยโรคเรื้อรังได้ และมีสุขภาพอนามัยที่สมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ⁽⁷⁾ คลายความวิตกกังวล มีอายุยืนนานจนกระทั่งได้กลับออกไปสู่ครอบครัว และใช้เวลาในช่วงปัจฉิมวัย ทบทวนตนเองในสิ่งที่ทำไป และสามารถถ่ายทอดประสบการณ์ดีๆ ให้แก่ลูกหลาน หรือบุคคลอื่น ในอันที่จะไม่ทำให้คนเหล่านั้นต้องประสบกับชะตากรรมเช่นตนได้อีกทั้งช่วยให้ผู้ต้องขังสูงอายุมีสุขภาพที่ดี ดังนั้นทีมผู้วิจัยโรงพยาบาลสงขลา ร่วมกับเรือนจำกลางสงขลา จึงได้มีการจัดทำโครงการ การพัฒนารูปแบบโรงเรียนผู้สูงอายุเพื่อการส่งเสริมสุขภาพในผู้ต้องขังสูงอายุเรือนจำกลางสงขลา “ผู้สูงอายุ สุขใจ สูงวัยอย่างมีคุณค่า” (เพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้ต้องขังสูงอายุ) ขึ้น โดยการมีส่วนร่วมที่สำคัญ ได้แก่ ผู้บัญชาการและเจ้าหน้าที่เรือนจำกลางสงขลา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พยาบาลผู้เกี่ยวข้อง อาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ (อสรจ.) โรงพยาบาลสงขลาแม่ข่ายฯ รวมทั้งภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพ และที่สำคัญ คือ ตัวของผู้ต้องขังสูงอายุเอง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ความต้องการ การส่งเสริมสุขภาพในผู้ต้องขังสูงอายุเรือนจำกลางสงขลา
2. เพื่อพัฒนารูปแบบโรงเรียนผู้สูงอายุเพื่อการส่งเสริมสุขภาพในผู้ต้องขังสูงอายุเรือนจำกลางสงขลา

3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบโรงเรียนผู้สูงอายุเพื่อการส่งเสริมสุขภาพในผู้ต้องขังสูงอายุเรือนจำกลางสงขลา

กรอบแนวคิดการศึกษา

ใช้กรอบแนวคิดการจัดการเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วม โดยผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง มี 3 ขั้นตอน คือ 1) ศึกษาสถานการณ์ ความต้องการรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพฯ ด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus group) 2) นำมาสร้างรูปแบบโรงเรียนผู้สูงอายุสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำมีการพัฒนารูปแบบ 3 วงรอบ มี 5 ห้องเรียน หลักสูตร (มี 5 กลุ่มวิชา) อสรจ. ประจำห้องเรียน มีระบบ Tele Med/ Tele Rehab/Tele consult/Intercom มีใบงานและการสรุปการเรียนรู้แต่ละวัน 3) ถอดบทเรียนปรับปรุงแบบโรงเรียนผู้สูงอายุเพื่อการส่งเสริมสุขภาพในผู้ต้องขังสูงอายุเรือนจำกลางสงขลา ให้สอดคล้องกับความต้องการผู้สูงอายุ ปรับแก้ไขปัญหาอุปสรรค ประเมินผล วัตถุประสงค์ และดำเนินการอย่างต่อเนื่องปีที่สอง และมีการขยายผลไปยังเรือนจำอื่นๆ ในเขตพื้นที่

วิธีการศึกษา

1. รูปแบบการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participation Action Research) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) ระยะเตรียมการ 2) ระยะดำเนินการ และ 3) ระยะติดตามและประเมินผล ระยะเวลา มิถุนายน 2565 ถึง พฤศจิกายน 2565

2. กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ต้องขังสูงอายุทั้งหมดในช่วงเวลานั้น คัดเลือกแบบจำเพาะเจาะจง จำนวน 60 คน

คณะทำงาน จำนวน 24 คน

เจ้าหน้าที่ผู้คุม จำนวน 106 คน

3. ขั้นตอนการวิจัย แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน

ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ระยะเตรียมการ

1) จัดตั้งคณะทำงานผู้เกี่ยวข้องหลายภาคส่วน ในโครงการฯ

2) ศึกษาสถานการณ์ ความต้องการส่งเสริมสุขภาพ รูปแบบการจัดกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุของผู้ต้องขังสูงอายุ เพื่อรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ ความพร้อมของ อสรจ. สถานพยาบาลในเรือนจำ โดยการสนทนากลุ่ม (Focus group) ด้วยการใช้แนวคำถาม จำนวน 7 ข้อคำถาม ที่ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 3 ท่าน และหาค่าความสอดคล้องของวัตถุประสงค์โครงการฯ ซึ่งมีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 16 คน ประกอบด้วย ตัวแทนผู้ต้องขังสูงอายุ จำนวน 3 คน พยาบาลประจำเรือนจำจำนวน 3 คน พยาบาลผู้รับผิดชอบงานในเรือนจำกลุ่มการพยาบาลชุมชน รพ.สงขลาแม่ข่าย จำนวน 3 คน ตัวแทน อสรจ. จำนวน 5 คน ตัวแทนผู้คุม จำนวน 3 คน และสรุปผลจากข้อเสนอแนะโดยเน้น ผู้ต้องขังสูงอายุเป็นศูนย์กลาง เพื่อร่างรูปแบบโรงเรียนผู้สูงอายุเพื่อการส่งเสริมสุขภาพมีกิจกรรมตามข้อเสนอแนะ

3) จัดประชุมคณะกรรมการและคณะทำงาน เพื่อจัดเตรียมเอกสารต่างๆ และชี้แจงผู้เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 2 ระยะดำเนินการ

ร่างรูปแบบกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ต้องขังสูงอายุในเรือนจำกลางทั้งหมด 60 คน มีชื่อตามสมาชิกกลุ่ม “โรงเรียนหาดแก้วสูงวัยสุขใจ สูงวัยอย่างมีคุณค่า” จากข้อเสนอของกลุ่มผู้ต้องขังสูงอายุเอง สู่การปฏิบัติ เริ่มเปิดโรงเรียน และห้องเรียน ตั้งแต่ เดือน มิถุนายน 2565 เป็นต้นมา ประกอบด้วย

1) ประชุมชี้แจง แนวทางการดำเนินงาน โรงเรียนผู้สูงอายุเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ แก่ผู้เกี่ยวข้อง

2) เตรียมความพร้อม ผู้ต้องขัง
สูงอายุ/ผู้ดูแล อาสาสมัครเรือนจำ (อสรจ.) ใน
สัดส่วน จำนวน 2 คน ต่อ 1 ห้องเรียน

3) ประชุมระดมสมองผู้เกี่ยวข้อง
(ทีมพยาบาลเรือนจำ พยาบาล รพ.แม่ข่าย
นักวิชาการสาธารณสุข อสรจ. และผู้เกี่ยวข้อง)
จัดทำหลักสูตรและจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ
โดยเปิดโรงเรียน ทุกวันพุธเวลา 9.00–11.00 น.

4) จัดทำเอกสาร แบบประเมิน
สุขภาพผู้ต้องขังสูงอายุในด้านต่างๆ เอกสารการ
จัดกิจกรรม สันทนาการ ไปงาน เป็นต้น

5) สรรหาผู้ต้องขังสูงอายุที่
สมัครใจและเป็นที่ยอมรับของเพื่อนๆ ทำหน้าที่
ครูใหญ่โรงเรียน หัวหน้าห้องเรียน ตั้งชื่อโรงเรียน
“หาดแก้วสูงวัย” มีห้องเรียน จำนวน 5 ห้องเรียน
คือ ห้องเรียนกลุ่มชลาทัศน์ กลุ่มนางเงือก กลุ่ม
พญานาค กลุ่มเขาน้อย และกลุ่มถนนนางงาม
โดยชื่อเกิดจากปรึกษาหารือกัน และได้ข้อสรุป
ของผู้ต้องขังสูงอายุเอง แต่ละห้องเรียนมีสมาชิก
10 - 12 คน และมี อสรจ. ประจำห้อง มีการแบ่ง
หน้าที่รับผิดชอบ เป็นหัวหน้าห้องเรียน เลขาคณะ
และจัดทำรายชื่อสมาชิกแต่ละห้องเรียน สัญลักษณ์
ทำประจำกลุ่มห้องเรียน

6) มีการจัดกิจกรรมเปิดโรงเรียน
เป็นประจำอย่างต่อเนื่อง ตามแผนปฏิบัติงาน
เน้นการส่งเสริมสุขภาพแผนการจัดกิจกรรม
คัดกรองสุขภาพ 9 ด้าน ประมวลผล ส่งต่อ ปรึกษา
สหสาขาวิชาชีพ แพทย์เฉพาะทาง นักกายภาพ
นักโภชนาการ นักจิตวิทยา การใช้เทคโนโลยี
ทางการสื่อสารทางไกล Tele Med และระบบ
จัดการเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน

7) หลังจากนำแผนไปสู่การ
ปฏิบัติและหากมีปัญหาอุปสรรคจะมีการประชุม
After Action Review ตอนเย็นของทุกวันพุธ

ขั้นตอนที่ 3 ระยะติดตาม และ ประเมินผล

การเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ
ของผู้สูงอายุ ประเมิน ทุก 6 เดือน ตั้งแต่ เดือน
มิถุนายน ถึง พฤศจิกายน 2565

ระยะเวลาดำเนินงาน ในระยะ
เวลา 6 เดือนแรก (มิถุนายน – พฤศจิกายน 2565)
รอบสอง ธันวาคม ถึง ปัจจุบัน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือการคัดกรองประเมินสภาวะ
สุขภาพของผู้สูงอายุ 15 ด้าน⁽⁸⁾ ประกอบด้วย การ
ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
(ADL)⁽⁹⁾ การตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน ความดัน
โลหิตสูง ความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด
การคัดกรองการได้ยิน การคัดกรองสุขภาพช่องปาก
และฟัน การคัดกรองสภาวะทางตา การประเมิน
ภาวะกระดูกพรุน การคัดกรองข้อเข่าเสื่อม
การประเมินสมรรถภาพสมอง การประเมินภาวะ
ซึมเศร้า การประเมินภาวะหกล้ม การประเมิน
ปัญหาการกลืนปัสสาวะ การประเมินภาวะขาด
สารอาหารการประเมินปัญหาการนอน การประเมิน
ช่วงอายุ การประเมินน้ำหนัก การประเมินส่วนสูง
และการประเมินค่า BMI

การเก็บรวบรวมข้อมูล

โดยการศึกษาข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุ
การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
สรุปและอภิปรายผลการวิจัย มีการนำผลการ
คัดกรองสุขภาพมาหาแนวทางการจัดการด้านการ
ส่งเสริมสุขภาพและมีการเตรียมนัดหมายกรณีต้อง
ส่งต่อเพื่อการตรวจรักษาต่อเนื่อง และมีการ
ประสาน Mobile Clinic ผู้สูงอายุ ของแพทย์
เฉพาะทางเพื่อเข้ามาจัดบริการในเรือนจำให้การ
ดูแลต่อไป มีการจัดทำโครงการวิจัยและเสนอผ่าน
ทางคณะกรรมการจริยธรรม และมอบหมาย
บทบาทหน้าที่ผู้รับผิดชอบในแต่ละภาคส่วน

ที่เกี่ยวข้อง การติดตามประเมินผลการดำเนินการ และแก้ไขปัญหาอุปสรรค นำไปสู่การพัฒนา และจัดระบบการให้บริการสุขภาพแก่ผู้ต้องขังสูงอายุที่เหมาะสม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative data) ได้แก่ การประชุมและสนทนากลุ่ม นำข้อมูลที่รวบรวมได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ ความถูกต้อง จัดหมวดหมู่โดยการวิเคราะห์ โครงสร้างและเนื้อหา (Content analysis) ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative data) ได้แก่ ข้อมูลประเมินสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 15 ด้าน วิเคราะห์เป็นค่าจำนวน และค่าร้อยละ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับรองผ่านคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสงขลา เลขรับรอง (SKH IRB 2022-Nrt-IN3-1040)

ผลการศึกษา

จากการศึกษาพบว่า ผู้ต้องขังสูงอายุ จำนวน 60 คน เป็นเพศชายทั้งหมด อายุเฉลี่ยต่ำสุด คือ 60 ปี ร้อยละ 18.33 และอายุเฉลี่ยสูงสุด คือ 84 ปี ร้อยละ 3.33 ผลจากการส่งเสริม

พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุในรูปแบบโรงเรียนผู้สูงอายุ ด้านสุขภาพ คือ การคุมภาวะ DM ก่อนและหลังเข้าร่วมโรงเรียนฯ ควบคุมได้จำนวน 3 และ 7 คน คิดเป็นร้อยละ 42.8 และร้อยละ 100 ตามลำดับ การคุมภาวะ HT ก่อนและหลังเข้าร่วมโรงเรียนฯ ควบคุมได้ จำนวน 15 และ 21 คน คิดเป็นร้อยละ 60.0 และ ร้อยละ 84.0 ตามลำดับ เสี่ยงภาวะหลอดเลือดสมอง (CVA) ก่อนและหลัง เข้าร่วมโรงเรียนฯ คะแนนเท่าเดิม จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 15.0 ด้านการได้ยิน ก่อนและหลัง เข้าร่วมโรงเรียนฯ คะแนนเท่าเดิม จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 6.67 ภาวะสมองเสื่อม ก่อนและหลัง เข้าร่วมโรงเรียนฯ คะแนนเท่าเดิม จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 8.33 ปัญหาการนอนหลับ ก่อนและหลัง เข้าร่วมโรงเรียนฯ นอนไม่หลับ จำนวน 16 และ 10 คน คิดเป็นร้อยละ 26.7 และร้อยละ 16.6 ตามลำดับ มีภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลัง เข้าร่วมโรงเรียนฯ มีจำนวน 12 และ 4 คน คิดเป็นร้อยละ 20.0 และ ร้อยละ 6.67 ตามลำดับ มีปัญหาช่องปากก่อนและหลัง เข้าร่วมโรงเรียนฯ มีจำนวน 50 และ 45 คน คิดเป็นร้อยละ 83.3 และ ร้อยละ 75.0 ตามลำดับ และมีแว่นอ่านหนังสือ ก่อนและหลัง เข้าร่วมโรงเรียนฯ มีจำนวน 49 และ 60 คน คิดเป็นร้อยละ 81.0 และ ร้อยละ 100 ตามลำดับ แสดงรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการคัดกรองสุขภาพของผู้ต้องขังสูงอายุ ก่อน-หลังเข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ

ด้านสุขภาพ	DM ควบคุมได้(คน)	BP ควบคุมได้(คน)	เสี่ยง CVA (คน)	การได้ยิน (คน)	ปัญหาช่องปาก (คน)	สมองเสื่อม (คน)	ต้องการแว่น (คน)	ปัญหาการนอน (คน)	ซึมเศร้า (คน)
ก่อน (%)	3 (42.8)	15 (60.0)	9 (15.0)	4 (6.67)	50 (83.3)	5 (8.33)	49 (81.0)	16 (26.7)	12 (20.0)
หลัง 6 เดือน (%)	7 (100)	21 (84.0)	9 (15.0)	4 (6.67)	45 (75.0)	5 (8.33)	ได้รับทุกคน (100)	10 (16.6)	4 (6.67)

การประเมินความพึงพอใจต่อด้านต่างๆ
ได้แก่

1. สุขภาวะทางจิตใจและอารมณ์ พบว่า มีความเบิกบาน สนุกสนานเพลิดเพลิน อารมณ์ดี และมีความสุข เกิดทักษะการทำงานเป็นทีม อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 53.4 เท่ากัน และเกิดประสบการณ์เป็นผู้นำและผู้ตามที่ดี อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 1.7

2. สุขภาวะทางความคิด พบว่า กระตือรือร้นในการเรียนรู้ ได้เรียนรู้สิ่งใหม่ๆ มากที่สุด ร้อยละ 60 รองลงมา คือ เคารพความคิดเห็นของผู้อื่น และหลักประชาธิปไตย มากที่สุด ร้อยละ 55 และ รู้จักคิดพิจารณาอย่างไตร่ตรองอย่างมีเหตุและผลน้อยที่สุด ร้อยละ 3.3

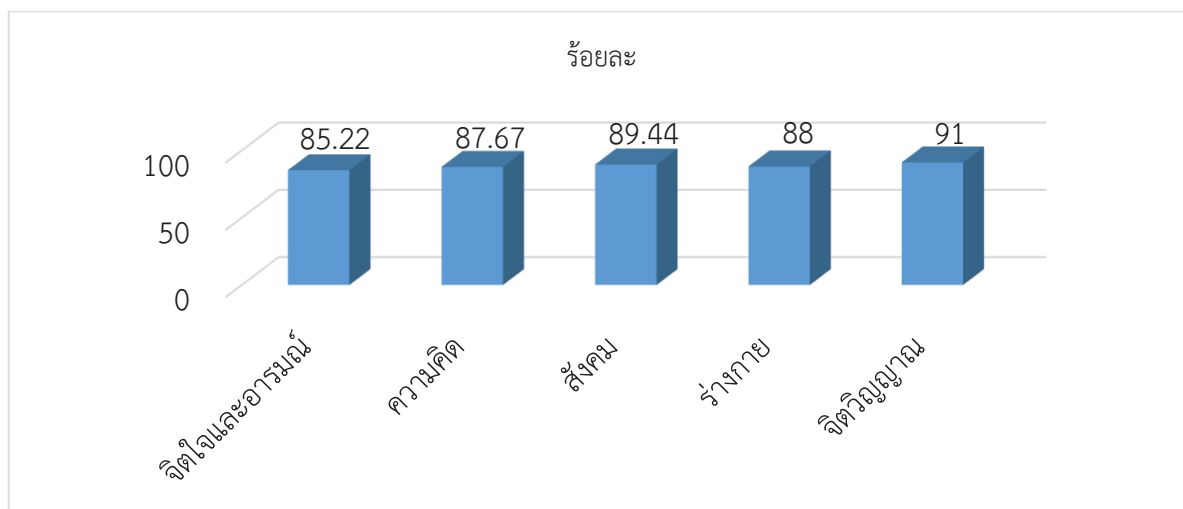
3. สุขภาวะทางสังคม พบว่า รู้สึกมีคุณค่าในการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม มากที่สุด ร้อยละ 63.3 รองลงมา มีน้ำใจช่วยเหลือกันและกัน ระหว่างสมาชิกในกลุ่ม-นอกกลุ่ม มากที่สุด ร้อยละ 58.3

4. สุขภาวะทางร่างกาย พบว่า ช่วยให้ มีสมรรถภาพทางกายดีขึ้น ได้ออกกำลังกาย ร่างกาย แข็งแรง ไม่เจ็บป่วยง่าย มากที่สุด ร้อยละ 65 และ น้อยที่สุด ร้อยละ 1.67 รองลงมา รู้จักวิธีการ ป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น มากที่สุด ร้อยละ 60

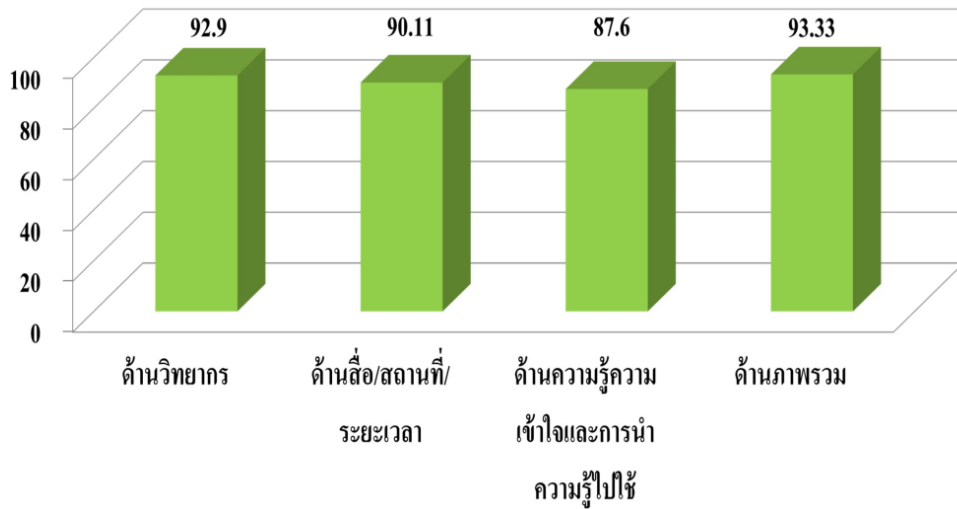
5. สุขภาวะทางจิตวิญญาณ พบว่า มีความรักสามัคคี ประองดอง มุ่งมั่นในการทำ กิจกรรมกลุ่มให้ประสบความสำเร็จ มากที่สุด ร้อยละ 66.7 รองลงมา เห็นคุณค่าในตัวเองมากขึ้น มากที่สุด ร้อยละ 61.66 และ ระดับน้อย ร้อยละ 1.67

ซึ่งสรุปโดยรวมจากสุขภาวะทั้ง 5 ด้าน ร้อยละ 88.26 พึงพอใจมากที่สุด คือ ด้านสุขภาวะทางจิตวิญญาณ ร้อยละ 91 รองลงมา คือ ด้าน สุขภาวะทางความคิด ร้อยละ 87.67 และด้าน สุขภาวะทางร่างกาย ร้อยละ 88 ตามลำดับ ส่วนด้านที่มีระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด คือ สุขภาวะทางจิตใจและอารมณ์ ร้อยละ 85.22 แสดงรายละเอียด ในแผนภูมิที่ 1

แผนภูมิที่ 1 ระดับความพึงพอใจของผู้ต้องขังสูงอายุ ด้านสุขภาวะ



แผนภูมิที่ 2 ระดับความพึงพอใจของผู้ต้องขังสูงอายุ ด้านที่มจัดกิจกรรม



ผลลัพธ์เชิงคุณภาพ

1. เกิดรูปแบบโรงเรียนผู้สูงอายุในการส่งเสริมสุขภาพ สำหรับผู้ต้องขังสูงอายุเรือนจำกลางสงขลา มีหลักสูตรที่สอดคล้องกับบริบทในเรือนจำและเกิด อสรจ. เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุประจำแดน

2. การเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ จากคัดกรองโรคเรื้อรังและการส่งต่อผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 100 มีผู้พิการทางการพูดได้รับการฟื้นฟูอาการดีขึ้น และสุขภาพจิตของผู้สูงอายุดีขึ้นทุกราย การมีส่วนร่วมครบทุกคน

3. การประเมินความพึงพอใจ สิ่งที่เป็นไปตามคาดหมาย คือ ผู้ต้องขังสูงอายุมีความพึงพอใจมาก ดังคำกล่าว “พวกเราเผื่อใจให้ถึงวันพุธที่มีกิจกรรมโรงเรียนครับ” “พวกเราเหมือนต้นไม้เหี่ยวเฉา กิจกรรม รร. เหมือนน้ำรดให้ชุ่มชื่น” และมีผู้ต้องขังสูงอายุ 2 คน ที่ชอบแยกตัวกลับมาร่วมกับกลุ่มได้และมีความสุข

4. สิ่งที่ไม่เป็นไปตามคาดหมาย คือ การจัดบางกิจกรรมจัดได้ไม่สะดวก เพราะข้อจำกัดของสถานที่

5. สิ่งที่เกิดคาดหมาย เกิด อสรจ. เชี่ยวชาญช่วยด้านการฟื้นฟู ฝึกพูดผู้ป่วย post stroke และ อสรจ. ดูแลผู้สูงอายุ และมีองค์กร

เอกชนเข้ามามีส่วนร่วมบริจาคสื่อ เพื่อให้ผู้ต้องขังสูงอายุใส่ในวันมาโรงเรียน

วิจารณ์

เกิดรูปแบบนวัตกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นรูปธรรมชัดเจน มีการแต่งกายที่แสดงให้เห็นเป็นสัญลักษณ์ของโรงเรียนผู้สูงอายุเกิดขึ้น โดยได้รับการบริจาคสื่อที่มีชื่อโรงเรียน “หาดแก้ว สูงวัย” สกรีนไว้ด้านหลัง ผู้สูงอายุในเรือนจำกลางทุกคน ได้มีกิจกรรมร่วมกันทุกวันพุธ และทุกคนเผื่อใจให้ถึงวันที่มีกิจกรรมเปิดโรงเรียน ทำให้ทราบว่าผู้ต้องขังสูงอายุทุกคนต้องการและพึงพอใจต่อกิจกรรมอยากให้มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้สูงอายุในเรือนจำได้รับการคัดกรองภาวะสุขภาพครบทุกคน 100 เปอร์เซ็นต์ รวมทั้งได้รับการส่งต่อและรักษาเพิ่มเติมจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านในสหสาขา

อาจมีการเพิ่มจำนวนวันที่จัดกิจกรรมเปิดโรงเรียนให้มากขึ้นกว่า 1 ครั้ง ทุกวันพุธต่อสัปดาห์ และด้วยภาระหน้าที่ของบุคลากรโรงพยาบาลแม่ข่ายที่มีความจำกัดในการเข้ามาจัดกิจกรรมให้ไม่ได้ในบางครั้ง ดังนั้น ทำให้ต้องมีการเสริมศักยภาพของพยาบาลประจำเรือนจำให้

สามารถเป็นพี่เลี้ยงให้กับทีมผู้ต้องขัง หรือ อสรจ. ให้ดำเนินกิจกรรมกันเองอย่างต่อเนื่องได้ และพัฒนา อสรจ. เป็นครู ก. ต่อไป

มีรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ต้องขังสูงอายุที่เกิดขึ้นจากการมีส่วนร่วมของผู้ต้องขังเองและจากหลายภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง มีการทำงานเป็นทีมและเกิดความร่วมมือที่ดีจากเจ้าหน้าที่กรมราชทัณฑ์และผู้เกี่ยวข้องในการทำโครงการนี้ มีการพัฒนาองค์ความรู้ของ อสรจ. ในเรือนจำร่วมกับกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

ข้อยุติ

เรือนจำมีข้อจำกัดของอาคารสถานที่ ผู้ต้องขังที่มีจำนวนมากอยู่รวมกัน บางครั้งไม่สามารถจัดกิจกรรมที่ต้องใช้สถานที่ที่กว้างขวางได้ และ อสรจ. เป็นทีมร่วมจัดกิจกรรมโรงเรียน ผู้สูงอายุมีการพันโทษทำให้ต้องเปลี่ยนคนใหม่ ต้องทำความเข้าใจกันใหม่ เรียนรู้หลักการและวิธีปฏิบัติใหม่ๆ เพิ่มเติมเป็นอุปสรรคกับความต่อเนื่องได้

กิตติกรรมประกาศ

โรงพยาบาลสงขลา ผู้บัญชาการและเจ้าหน้าที่เรือนจำกลาง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แพทย์/พยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข/นักกายภาพ/นักจิตวิทยาผู้เกี่ยวข้อง อาสาสมัครสาธารณสุข เรือนจำ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สรุปผลการทำงานของผู้สูงอายุในประเทศไทย. [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [สืบค้นเมื่อ 15 มิถุนายน 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://www.nso.go.th/>
2. กรมอนามัย. รายงานประจำปี 2564 สำนักอนามัยผู้สูงอายุ. [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [สืบค้นเมื่อ 16 มิถุนายน 2565]. แหล่งข้อมูล: https://drive.google.com/file/d/1fOBXRT2Hm79L-8L_4qgcivB1Y6K-RBR8/view
3. กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. สังคมผู้สูงอายุในปัจจุบันและเศรษฐกิจในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [สืบค้นเมื่อ 15 มิถุนายน 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://www.dop.go.th/th/know/15/926>
4. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. JHCIS. เวอร์ชัน V 3.99.00-PHR-E-ALert. (นนทบุรี): กระทรวงสาธารณสุข; 2567. [เข้าถึงเมื่อ 16 มิถุนายน 2565]. JHCISDB: JHCIS เรือนจำและทัณฑสถานสงขลา.
5. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. สังคมสูงวัย. [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [สืบค้นเมื่อ 15 มิถุนายน 2565]. แหล่งข้อมูล: https://www.m-society.go.th/ewtadmin/ewtmsso_web/article_attach/20463/21073.pdf
6. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564. [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [สืบค้นเมื่อ 20 มิถุนายน 2565]. แหล่งข้อมูล: https://ipsr.mahidol.ac.th/wp-content/uploads/2022/05/Elderly-Situation-2021-20220725_compressed.pdf
7. Denham, M. J. The elderly in continuing-care units. In: Chapman And Hall. Care of the long- stay el- derly patient. 2nd ed. London: Springer Science Business Media; 1991. 3-11.

8. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564 [อินเทอร์เน็ต] 2564. [สืบค้นเมื่อ 20 มิถุนายน 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://apps.hpc.go.th/dl/web/upFile/2021/03-10169-20210309160752/2e32f087f6466b7bbec2f2846d6ba9fa.pdf>
9. กระทรวงสาธารณสุข. แบบประเมินคัดกรอง Barthel ADL. [อินเทอร์เน็ต] [สืบค้นเมื่อ 20 มิถุนายน 2565]. แหล่งข้อมูล: http://203.157.185.18/download/hosxp/HOSxP&HOSxP_PCU

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาระบบการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ (AMR)
และระบบหยุดยาปฏิชีวนะอัตโนมัติโรงพยาบาลบรบือEvaluation of the Development of Antimicrobial Resistance (AMR) Management and
the Autostop Antibiotic System at Borabue Hospital

ณัฐถากรณ์ เห่งี่ยมสมบัติ*

Nutthakorn Ngiamsoombat*

บทคัดย่อ

การดื้อยาต้านจุลชีพเป็นปัญหาใหญ่ที่ส่งผลกระทบต่อทั่วโลก เมื่อมีการเจ็บป่วยจากการติดเชื้อ อาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ โรงพยาบาลบรบือจึงได้มีการพัฒนาระบบการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพและระบบหยุดยาปฏิชีวนะอัตโนมัติ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการดำเนินงานเบื้องต้นของการพัฒนาระบบการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ AMR ของโรงพยาบาลอย่างบูรณาการ โดยทำการวิจัยแบบ retrospective cohort study วิเคราะห์ข้อมูลของโรงพยาบาลบรบือ ย้อนหลังในช่วงเดือนมกราคม 2564 ถึง ธันวาคม 2565 ประเมินผลลัพธ์จากคะแนนการประเมินตนเองและอัตราการเกิดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในกระแสเลือด สัดส่วนการเกิดการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพและปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะรูปแบบฉีด พบว่าโรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม ได้ดำเนินการตามโครงการพัฒนาการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ AMR อย่างบูรณาการขั้น intermediate ในปี 2565 โดยสัดส่วนการเกิดการติดเชื้อดื้อยาลดลงจากร้อยละ 13.89 เป็น 8.78 ($P = 0.043$) และจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อ 8 ชนิด ในกระแสเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากร้อยละ 49.86 เป็น 40.00 ($P = 0.012$) ปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะชนิดฉีดในผู้ป่วยใน (DDD ต่อ 100 วันนอน) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ gentamicin, streptomycin, Piperacillin/Tazobactam, clindamycin, ampicillin, metronidazole, Ceftazidime ($P = 0.005, 0.020, 0.039, 0.010, 0.009, 0.013$ และ 0.014 ตามลำดับ) อัตราการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในกระแสเลือดไม่แตกต่างกันทางสถิติ

คำสำคัญ : การจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ, เชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ, ยาปฏิชีวนะ

Abstract

Antimicrobial Resistance (AMR) has become a significant global issue, impacting hospitals worldwide that have led to increased mortality. Borabue Hospital has developed a system for managing antimicrobial resistance (AMR) and the Autostop Antibiotic. This study was conducted using a retrospective cohort study, collecting data from the hospital between January 2021 to December 2022. The study compared patient data with self-assessment scores, incidence of Antimicrobial Resistance, proportion of antimicrobial resistant infections and amount of injection antibiotics used. It was found that the implementation of the AMR management system in intermediate stage in 2022. AMR management program and the Autostop Antibiotic System were associated with decreasing incidence of antimicrobial resistance from 13.89% to 8.78% ($P = 0.043$). The number of patients with bloodstream infections caused by 8 different species significantly decreased from 49.86 to 40.00 ($P = 0.012$). Additionally, there was a significant reduction in the use of injectable antibiotics for inpatients (measured in DDD per 100 patient-days), including gentamicin, streptomycin, piperacillin/tazobactam, clindamycin, ampicillin, metronidazole, and ceftazidime ($P = 0.005, 0.020, 0.039, 0.010, 0.009, 0.013$ and 0.014). The Incidence of Antimicrobial Resistance in the bloodstream was slightly decreased with no statistical significance.

Keywords : Antimicrobial resistance (AMR) management program, Antimicrobial resistance, Antibiotic

บทนำ

การใช้ยาต้านจุลชีพในการรักษาโรคติดเชื้อ ทำให้โอกาสการเกิดเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้นทุกครั้ง เมื่อมีการใช้ยาซึ่งเกิดจากการที่เชื้อโรคมักกลไก การปรับตัวเพื่ออยู่รอด และเมื่อเชื้อดื้อยานี้มีการ แพร่กระจาย จะทำให้ออกาสเกิดผู้ติดเชื้อนี้มากขึ้น การรักษายากขึ้น ค่าใช้จ่ายสูงขึ้นด้วย ดังนั้นการ กำหนดนโยบายในการจัดการเชื้อดื้อยา รวมทั้ง การกำกับการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสม และ การมีมาตรฐานจุลชีพที่มีประสิทธิภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญ จากข้อมูลของศูนย์ป้องกันและควบคุมโรค สหรัฐอเมริการายงานว่า ในแต่ละปีในสหรัฐอเมริกา มีคนอย่างน้อย 2.8 ล้านคนติดเชื้อแบคทีเรียหรือ เชื้อราที่ดื้อยาปฏิชีวนะและส่งผลให้มีผู้เสียชีวิต มากกว่า 35,000 คน⁽¹⁾ การดื้อยาต้านจุลชีพ (antimicrobial resistance : AMR) เป็นปัญหา ระดับโลก เชื้อสามารถสร้างกลไกที่ทำให้เกิด เชื้อดื้อยา และแพร่กระจายต่อไปได้เป็นวงกว้าง สำหรับประเทศไทย ได้มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560 - 2564 โดยผ่านความเห็นชอบจาก คณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 17 สิงหาคม 2559 ให้เป็น ยุทธศาสตร์แห่งชาติ เพื่อแก้ปัญหาการดื้อยาต้าน จุลชีพของประเทศไทยอย่างบูรณาการ⁽²⁾ โดย กระทรวงสาธารณสุขได้เห็นความสำคัญของ ปัญหาเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพจึงได้มีนโยบายการ จัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพโดยเริ่มดำเนินการ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560 กระทรวงสาธารณสุข มีการพัฒนาระบบการจัดการการดื้อยา ต้านจุลชีพในโรงพยาบาลอย่างบูรณาการ และเป็นไปในทิศทางเดียวกัน สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุขได้จัดทำแบบประเมินการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ ซึ่งเป็นแนวทางในการดำเนินงาน AMR โดยประกอบด้วย 5 กิจกรรมการพัฒนา ระบบบริการให้มีการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ ได้แก่ (1) กลไกการจัดการเชื้อดื้อยาอย่างบูรณาการ (2) การเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาทางห้องปฏิบัติการ

(3) การควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพ (4) การเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน โรงพยาบาล (5) การวิเคราะห์/สังเคราะห์ข้อมูล อย่างบูรณาการ ในแต่ละกิจกรรมมีค่าคะแนน เท่ากับ 100 คะแนน รวมเป็น 500 คะแนนเต็มใน การแปลผลจะแบ่ง เป็น 4 ระดับดังนี้

ระดับ 1 หมายถึง 0 – 149 คะแนน แปลผลเป็นมีการดำเนินการได้ไม่เพียงพอ (inadequate)

ระดับ 2 หมายถึง 150 – 249 คะแนน และข้อบังคับ Basic > 0 คะแนน แปลผลเป็น มีการดำเนินการพื้นฐาน (basic)

ระดับ 3 หมายถึง 250 – 349 คะแนน และข้อบังคับ basic และ Intermediate > 0 คะแนน แปลผลเป็นมีการดำเนินการปานกลาง (intermediate)

ระดับ 4 หมายถึง 350 – 500 คะแนน และข้อ basic และ intermediate > 0 คะแนน แปลผลเป็นมีการดำเนินการขั้นสูง (advance)⁽³⁻⁵⁾

ในงบประมาณ 2564 โรงพยาบาล บรบือ จึงกำหนดแผนการพัฒนางานการป้องกัน การติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR) โดยเน้นพัฒนากระบวนการตามข้อกำหนดในแบบ ประเมินตนเอง (self-assessment) ของกระทรวง สาธารณสุขพัฒนาระบบสู่การจัดการในระดับ intermediate และเพิ่มระบบ autostop antibiotic ใน HosXP (ระบบคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาล บรบือ) โดยคาดหวังว่ากระบวนการดังกล่าว มีความครอบคลุมรอบด้านในลดการเกิดเชื้อดื้อยา จุลชีพและการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่เหมาะสม แต่ทั้งนี้ กระบวนการดังกล่าวยังไม่เคยมีการวิเคราะห์ ผลลัพธ์และประสิทธิภาพจากการดำเนินงานว่า สามารถลดการใช้ยาปฏิชีวนะที่เกินจำเป็น ลดอัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดหรือ สามารถลดปัญหาเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพได้จริง หรือไม่โดยเฉพาะอย่างยิ่งเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ

ที่สำคัญที่ใช้เป็นสัญญาณเตือนระดับประเทศ จำนวน 8 ชนิด ได้แก่ *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Salmonella spp.*, *Enterococcus faecium* และ *Streptococcus pneumoniae*⁽⁶⁸⁾ ดังนั้นผู้วิจัยจึงคาดหวังว่างานวิจัยนี้จะช่วยให้สามารถตอบได้ว่ากระบวนการดำเนินงานการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการที่กระทรวงสาธารณสุขจัดทำขึ้น และระบบ autostop antibiotic สามารถลดปัญหาเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพได้หรือไม่รวมทั้งสามารถเป็นแนวทางในการพัฒนางานการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทยต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินผลการดำเนินงานเบื้องต้นของโครงการพัฒนาระบบการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR) ตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขในโรงพยาบาลบรบือ โดยประเมินจากผลลัพธ์ใน 3 ประเด็น ได้แก่ (1) อัตราการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในกระแสเลือด (2) สัดส่วนการเกิดการติดเชื้อดื้อยา (3) ปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะผู้ป่วยใน (DDD/100 วันนอน)

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบงานวิจัย

Retrospective cohort study เพื่อประเมินผลการดำเนินงานเบื้องต้นของโครงการพัฒนาระบบการจัดการ AMR บูรณาการตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โครงการพัฒนาระบบการจัดการ AMR บูรณาการจะมีผลปฏิบัติในโรงพยาบาล ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลผลการประเมินการดำเนินงาน AMR โรงพยาบาลบรบือจากการประเมินตนเองของผู้รับผิดชอบ

ตัวชี้วัด AMR โดยที่ข้อมูลดังกล่าวถูกพิจารณาแล้ว ในขั้นตอนการรับตรวจราชการกรณีปกติของกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564 ในส่วนของอัตราการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพและจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพนั้น ผู้วิจัยคัดเลือกจากผู้ป่วยในทุกรายที่ส่งผลเพาะเชื้อแบคทีเรียในกระแสเลือด (hemoculture) และได้รับการยืนยันผลการเพาะเชื้อจากแพทย์อายุรกรรม ในส่วนของปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะจะประเมินผลจากค่า DDD/100 วันนอนของยาปฏิชีวนะรูปแบบยาคิดทุกรายการที่สั่งใช้ในหอผู้ป่วยใน โดยกลุ่มตัวอย่างได้มาจากช่วงเวลาตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2564 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2565 โดยเก็บข้อมูลต่างๆ เพื่อมาวิเคราะห์ตัวชี้วัด คือ อัตราการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในกระแสเลือด จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อ 8 ชนิด ในกระแสเลือด และสัดส่วนการเกิดการติดเชื้อดื้อยา ปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะผู้ป่วยใน (DDD/100 วันนอน) ของปี 2564 และ 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS โดยกำหนดค่า $\alpha = 0.05$ ในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติประเมิน ผลการดำเนินงาน AMR อย่างบูรณาการของกลุ่มตัวอย่างจะใช้สถิติเชิงพรรณนาโดยแสดงข้อมูลภาพรวมของโรงพยาบาลบรบือ ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลอัตราการติดเชื้อดื้อยา ต้านจุลชีพในกระแสเลือด และข้อมูลการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ซึ่งเป็นข้อมูลเชิงลักษณะ (categorical data) แสดงผลในรูปจำนวนนับ ร้อยละ และทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ chi square และ ส่วนผลต่าง DDD ซึ่งเป็นข้อมูลเชิงจำนวน (numerical data) แสดงผลในรูปค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ independent t-test

ผลการศึกษา

ผลการดำเนินงานตามแบบประเมินตนเอง self-assessment การดำเนินงานการจัดการเชื้อดื้อยา ก่อนการดำเนินงานตามแบบประเมินตนเอง self-assessment ปี 2564 โรงพยาบาลบรบือ พบว่า คะแนนเท่ากับ 212 โดยไม่ตกข้อบังคับแปลผลได้ว่ามีการดำเนินงานในระดับ basic และหลังการดำเนินงาน ปี 2565 พบว่า ได้คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 258 โดยไม่ตกข้อบังคับแปลผลได้ว่ามีการดำเนินงานในระดับ intermediate

โดยหลังการดำเนินงานมีการเพิ่มคะแนนประเด็นที่ยังได้คะแนนน้อย ได้แก่ การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและระบบจัดการ AMR ของโรงพยาบาล และนำไปสู่มาตรการของโรงพยาบาลในการแก้ไขปัญหา AMR อย่างบูรณาการ และกลไกการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ เช่น มีการเพิ่มการวิเคราะห์และติดตามตัวชี้วัดหลัก อัตราป่วย อัตราตายจากเชื้อดื้อยา อัตราการติดเชื้อดื้อยา CREC ตามข้อมูล แสดงตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการดำเนินงานตามแบบประเมินตนเอง self-assessment

หัวข้อการดำเนินงาน	ก่อนการดำเนินงาน (ปี 2564)	หลังการดำเนินงาน (ปี 2565)
กลไกการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ	27	47
การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ	47	53
การเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล	73	73
การกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาล	55	65
การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและระบบจัดการ AMR ของโรงพยาบาลและนำไปสู่มาตรการของโรงพยาบาลในการแก้ปัญหา AMR อย่างบูรณาการ	0	20
คะแนนรวม	212	258
การแปลผล	Basic	Intermediate

หลังการดำเนินการตามแบบประเมินตนเองผลที่ได้จากการส่งเพาะเชื้อในกระแสเลือดของผู้ป่วยใน (inpatient) มีร้อยละการพบเชื้อลดลงจาก 17.99 เป็น 17.78 ($P = 0.867$) และอัตราการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในกระแสเลือด ลดลง 27.86 เป็น 21.80 ($p = 0.240$) ไม่มีความแตกต่าง

ทางสถิติ แต่จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อ 8 ชนิด ในกระแสเลือดลดลงจาก ร้อยละ 49.86 เป็น 40.00 ($P = 0.0012$) และสัดส่วนการเกิดเชื้อดื้อยาลดลง ร้อยละ 13.89 ในปี 2564 เป็น 8.78 ในปี 2565 ($p = 0.043$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลที่ได้จากการส่งเพาะเลี้ยงเชื้อในกระแสเลือดของผู้ป่วยใน (inpatient)

ผลที่ได้จากการส่งเพาะ เชื้อในกระแสเลือด	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)		P-value
	ปี พ.ศ. 2564 (n = 2040)	ปี พ.ศ. 2565 (n = 1856)	
พบเชื้อ	367 (17.99)	1673 (82.01)	0.867
ไม่พบเชื้อ	1673 (82.01)	1526 (82.21)	

ตารางที่ 3 การติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้ป่วยใน

การติดเชื้อในกระแสเลือดของ ผู้ป่วย	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)		P-value
	ปี พ.ศ. 2564 (n = 367)	พ.ศ. 2565 (n = 330)	
ประเภทเชื้อ			
พบเชื้อ 8 ชนิด	183 (49.86)	132 (40.00)	0.012
ไม่พบเชื้อ 8 ชนิด	184 (50.14)	1724 (60.00)	
ประเภทเชื้อ			
เชื้อ 8 ชนิดที่ดื้อต่อยาเป้าหมาย	51 (13.89)	29 (8.78)	0.043
เชื้อที่ไม่ดื้อยา	316 (86.11)	301 (91.22)	
การติดเชื้อในกระแสเลือดของ ผู้ป่วย	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)		P-value
	ปี พ.ศ. 2564 (n = 183)	พ.ศ. 2565 (n = 132)	
ประเภทเชื้อ			
เชื้อ 8 ชนิดที่ดื้อต่อยาเป้าหมาย	51 (27.86)	29 (21.80)	0.240
เชื้อ 8 ชนิดที่ไม่ดื้อต่อยาเป้าหมาย	132 (72.14)	103 (78.20)	
จำแนกเชื้อ 8 ชนิด			
Acinetobacter baumannii	2 (1.09)	3 (2.27)	0.672
Pseudomonas aeruginosa	18 (9.83)	4 (3.03)	0.008
Klebsiella pneumoniae	33 (18.03)	23 (17.42)	0.403
Staphylococcus aureus	11 (6.01)	17 (12.87)	0.177
Escherichia coli	110 (60.10)	80 (60.60)	0.126
Salmonella spp.	5 (2.73)	1 (0.75)	0.221
Enterococcus faecium	2 (1.09)	1 (0.75)	1.000
Streptococcus pneumonia	2 (1.09)	1 (0.75)	0.672

เชื้อจุลชีพ 8 ชนิด ที่เป็นเป้าหมาย พบว่ามีจำนวน 4 เชื้อ ที่มีสัดส่วนการดื้อยาด้านจุลชีพที่ลดลง ได้แก่ Klebsiella pneumonia, Salmonella spp, Enterococcus faecium และ Pseudomonas aeruginosa, Streptococcus pneumonia โดยเชื้อที่มีสัดส่วนการดื้อยาด้านจุลชีพลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ Pseudomonas aeruginosa จากร้อยละ 9.83 เป็น 3.03 (P = 0.008) ส่วนเชื้อ Klebsiella pneumonia, Salmonella spp, Enterococcus faecium, Streptococcus pneumonia

พบว่าการดื้อยาด้านจุลชีพลดลง แต่อย่างไรก็ตามพบว่าไม่มีความแตกต่างทางสถิติ (0.403, 0.221, 1.000, 0.672 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 3 อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดจาก 27.86 ในปี 2564 เป็น 21.80 ในปี 2565 ไม่มีความแตกต่างทางสถิติ (p = 0.240) เชื้อ Acinetobacter baumannii, Staphylococcus aureus, Enterococcus faecium, Streptococcus pneumonia ไม่พบการดื้อยาก่อนและหลังดำเนินงาน ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลทางจุลชีววิทยาและความไวต่อยาต้านจุลชีพ (จากการส่ง Hemoculture) จำแนกเชื้อ

ผลทางจุลชีววิทยาและความไว ต่อยาต้านจุลชีพจำแนกเชื้อ	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)		P-value
	ปี พ.ศ. 2564 (n = 367)	ปี พ.ศ. 2565 (n = 330)	
Acinetobacter baumannii resistance	รวมปี 64 (n = 2) 0 (0)	รวมปี 65 (n = 3) 0 (0)	NA
S,I	2 (100)	3 (100)	
Pseudomonas aeruginosa resistance	รวมปี 64 (n = 18) 4 (22.22)	รวมปี 65 (n = 4) 0 (0)	0.554
S,I	14 (77.78)	4 (100)	
Klebsiella pneumoniae resistance	รวมปี 64 (n = 33) 8 (24.24)	รวมปี 65 (n = 23) 3 (13.04)	0.496
S,I	25 (75.76)	20 (86.96)	
Staphylococcus aureus resistance	รวมปี 64 (n = 11) 0 (0)	รวมปี 65 (n = 17) 0 (0)	NA
S,I	11 (100)	17 (100)	
Escherichia coli resistance	รวมปี 64 (n = 110) 37 (36.63)	รวมปี 65 (n = 80) 26 (32.5)	0.056
S,I	73 (66.37)	54 (67.5)	
Enterococcus faecium resistance	รวมปี 64 (n = 2) 0 (0.00)	รวมปี 65 (n = 1) 0 (0.00)	NA
S,I	2 (100.00)	1 (100.00)	
Streptococcus pneumonia Resistance	รวมปี 64 (n = 2) 0 (0)	รวมปี 65 (n = 3) 0 (0)	NA
S,I	2 (100)	3 (100)	

ปริมาณการใช้ยาต้านจุลชีพ จากตาราง
ที่ 5 ในปี พ.ศ. 2564 พบว่า มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะ
โดยส่วนใหญ่มีแนวโน้มลดลงจาก 4.178 ± 3.07
เป็น 2.681 ± 2.76 แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ
($p = 0.876$) โดยรายการยาปฏิชีวนะที่มีค่าเฉลี่ย

DDD/100 วันนอน ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
ได้แก่ gentamicin, streptomycin, Piperacillin/
Tazobactam, clindamycin, ampicillin,
metronidazole, Ceftazidime ($P = 0.005, 0.020,$
 $0.039, 0.010, 0.009, 0.013$ และ 0.014 ตามลำดับ)

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย DDD/100 วันนอน จำแนกรายตัวยา

ตัวยา	$\bar{x} \pm SD$		P-value
	พ.ศ. 2564 ก่อนดำเนินงาน	พ.ศ. 2565 หลังดำเนินงาน	
กลุ่ม Aminoglycoside			
Amikacin	0.36 ± 0.26	0.01 ± 0.01	0.056
Gentamicin	0.24 ± 0.14	0.01 ± 0.01	0.005
Streptomycin	0.08 ± 0.10	0.01 ± 0.01	0.020
กลุ่ม BLBIs			
Piperacillin/Tazobactam	0.01 ± 0.017	0.002 ± 0.015	0.039
Amoxicillin/Clavulanate	0.73 ± 0.32	0.71 ± 0.35	0.890
กลุ่ม Cephalosporin			
Cefazolin	0.15 ± 0.024	0.13 ± 0.035	0.224
Ceftazidime	0.155 ± 0.04	0.127 ± 0.049	0.014
Ceftriaxone	1.21 ± 0.35	1.00 ± 0.30	0.146
Cefotaxime	1.78 ± 1.57	0.82 ± 0.49	0.166
กลุ่ม Carbapenem			
Meropenem	0.01 ± 0.01	0.01 ± 0.01	0.793
Imipenem/Cilastatin	0.034 ± 0.01	0.035 ± 0.01	0.907
กลุ่ม Betalactam			
Penicillin G	0.003 ± 0.003	0.001 ± 0.001	0.129
Ampicillin	0.53 ± 0.25	0.32 ± 0.13	0.009
Cloxacillin	0.05 ± 0.035	0.17 ± 0.009	0.507
กลุ่ม Fluoroquinolone			
Ciprofloxacin	0.04 ± 0.02	0.045 ± 0.008	0.985
กลุ่ม Lincomycin			
Clindamycin	0.35 ± 0.09	0.25 ± 0.07	0.010
กลุ่ม Nitroimidazole			
Metronidazole	0.22 ± 0.05	0.17 ± 0.04	0.013
รวม	4.178 ± 3.07	2.681 ± 2.76	0.876

อภิปรายผล

เมื่อนำแบบประเมินตนเองของกระทรวงสาธารณสุขมาประเมินโรงพยาบาลก่อนการดำเนินงาน เมื่อปี พ.ศ. 2564 พบว่า โรงพยาบาลบรบือมีการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการระดับ Basic 212 คะแนน และเมื่อดำเนินการพัฒนางานตาม self-assesment เป็นเวลา 1 ปี พบว่าในการประเมินช่วงเดือนธันวาคม 2565 โรงพยาบาลบรบือมีการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการระดับ intermediate 258 คะแนน ซึ่งผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข แต่อย่างไรก็ตามผลการดำเนินงานดังกล่าวเป็นการประเมินเชิงกระบวนการ ยังไม่มีการประเมินผลลัพธ์โดยพิจารณาจากจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อ 8 ชนิด โดยในงานวิจัยนี้จะเป็นการประเมินผลจากข้อมูลการติดเชื้อในกระแสเลือดที่ได้รับการยืนยันเท่านั้น เพื่อตัดข้อมูลที่เป็นการประเมินผลจากข้อมูลการติดเชื้อในกระแสเลือดที่ได้รับการยืนยันเท่านั้น เพื่อตัดข้อมูลที่เป็นการประเมินผลจากข้อมูลการติดเชื้อในกระแสเลือดที่ได้รับจากการยืนยันเท่านั้น เพื่อตัดข้อมูลที่เป็นการประเมินผลจากข้อมูลการติดเชื้อในกระแสเลือดที่ได้รับจากการยืนยันเท่านั้น เพื่อตัดข้อมูลที่เป็นการประเมินผลจากข้อมูลการติดเชื้อในกระแสเลือดที่ได้รับจากการยืนยันเท่านั้น

มั่นใจว่าผลที่นำมาวิเคราะห์เป็นการติดเชื้อก่อโรคจริง โดยพบว่าโรงพยาบาลบรบือ มีจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดลดลงจาก 17.99 ในปี 2564 เป็น 17.78 ในปี 2565 แต่ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p = 0.867$) แต่พบว่าจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อ 8 ชนิด ในกระแสเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจาก ร้อยละ 49.83 ในปี 2564 เป็น 40.00 ในปี 2565 ($p = 0.012$) และสัดส่วนการเกิดการติดเชื้อดื้อยาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากร้อยละ 13.89 ในปี 2564 เป็น 8.78 ในปี 2565 ($p = 0.043$) ในส่วนอัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดมีแนวโน้มลดลงจาก 27.86 ในปี 2564 เป็น 21.80 ในปี 2565 แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.240$) โดยเชื้อดื้อยา 8 ชนิด โดยส่วนใหญ่ มีแนวโน้มลดลงโดยพบว่าเชื้อ *Pseudomonas aeruginosa* ลดลง ร้อยละ 9.83 ในปี 2564 3.03 ในปี 2565 ($p = 0.008$) มีเพียงเชื้อ *Ainocinobacter baumannii*, *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli* ที่สูงขึ้นแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.672$,

0.177 และ 0.126 ตามลำดับ) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการพัฒนางานตาม self-assessment จากระดับ basic สู่ระดับ intermediate โรงพยาบาลบรบือได้มีการดำเนินการกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาล เช่น การอบรมบุคลากรในเรื่อง ASP มีการประเมินผลการดำเนินงานสะท้อนกลับในคณะกรรมการ PTC และคณะกรรมการ AMR การดำเนินด้านกลไกการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ มีเป้าหมายหลักและเป้าหมายรองทั้งการเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ การกำกับดูแลใช้ยาต้านจุลชีพ รวมทั้งการเพิ่มระบบยาปฏิชีวนะหยุดอัตโนมัติ autostop antibiotic ในระบบคอมพิวเตอร์ HosXp ของโรงพยาบาลบรบือ เพื่อแจ้งเตือนแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร ให้ทราบวันที่จะหยุดการใช้ยาใน medication administration record โดยทำตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยเข้านอนโรงพยาบาลและการแจ้งเตือนแพทย์ทางใน autostop line group รวมทั้งการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อ 8 ชนิด ลดลงและสัดส่วนการเกิดการติดเชื้อดื้อยาลดลง เมื่อพิจารณาในส่วนผลลัพธ์ของปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะรูปแบบฉีดในหน่วยของ DDD/100 วันนอน พบว่ายาปฏิชีวนะในทุกกลุ่มมีแนวโน้มลดลง โดยเฉพาะ gentamicin, streptomycin, Piperacillin/ Tazobactam, clindamycin, ampicillin, metronidazole, Ceftazidime ($P = 0.005, 0.020, 0.039, 0.010, 0.009, 0.013$ และ 0.014 ตามลำดับ) ซึ่งอาจจะเป็นผลจากการประเมินตนเองในเรื่องการกำกับการใช้ยาในโรงพยาบาล การใช้ใบ DUE ในการสั่งยา Piperacillin/ Tazobactam, Ceftazidime และ clindamycin โดยการใช้ยาตามแบบแผนหรือการใช้ยาที่สมเหตุผลจะช่วยชะลอการเกิดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ⁽⁹⁾ ส่วนยา cloxacillin, ciprofloxacin, Imipenem/Cilastatin มีการใช้ยาปริมาณสูงขึ้นแต่ไม่มีความสำคัญทางสถิติ ดังนั้นเป้าหมายในการดำเนินการเพื่อพัฒนาจะต้องให้ความสำคัญในยาที่ปฏิชีวนะที่ออกฤทธิ์กว้าง

ข้อเสนอแนะ

นอกจากนี้ประเด็นที่ควรพัฒนางานในครั้งถัดไป คือ การวิเคราะห์สังเคราะห์สถานการณ์และระบบการจัดการ AMR โดยการนำข้อมูลมาเสนอในคณะกรรมการ AMR และ PTC นั้นจะต้องมีการนำมาใช้ประโยชน์จากข้อมูลไม่ว่าจะเป็น antibiogram แนวทางการใช้ยาในโรคติดเชื้อต่างๆ ปริมาณการใช้ยา DDD เพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาได้ตรงประเด็นได้⁽¹⁰⁾

สรุป

การดำเนินงานตามโครงการพัฒนาระบบการจัดการเชื้อต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ AMR ตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข โดยดำเนินการตามแบบตนเองผลการดำเนินงานเบื้องต้นพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่ติดเชื้อ 8 ชนิด ในกระแสเลือดลดลง สัดส่วนการเกิดการติดเชื้อดื้อยาลดลง และปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะชนิดฉีดในผู้ป่วยใน (DDD/100 วันนอน) ลดลงด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Emerging and Zoonotic Infectious Diseases (NCEZID), Division of Healthcare Quality Promotion (DHQP). Available: <https://www.cdc.gov/drugresistance/about.html>.
2. กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงเกษตรและสหกรณ์. แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564. [ออนไลน์]. (ม.ป.ป.). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 26 พฤษภาคม 2567] เข้าถึงได้จาก <http://narst.dmsc.moph.go.th/documentation/AMR%20strategy%202560-2564.pdf>.
3. วิษณุ ธรรมลิขิตกุล. คู่มือการควบคุมและป้องกันแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดตีไซน; 2558.
4. วีรวรรณ ลุวีระ. การดื้อยาปฏิชีวนะของแบคทีเรีย. สงขลานครินทร์เวชสาร 2549; 24(5): 453-459.
5. วิษณุ ธรรมลิขิตกุล. การดื้อยาต้านจุลชีพ: ความสำคัญต่อระบบสุขภาพ. เวชบัณฑิตศิริราช 2554; 4(3): 96-97.
6. วิษณุ ธรรมลิขิตกุล. รายงานสถานการณ์การดื้อยาต้านจุลชีพของแบคทีเรียก่อโรคที่สำคัญของโรงพยาบาลในประเทศไทย พ.ศ. 2554 - 2555. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดตีไซน; 2558.
7. วิษณุ ธรรมลิขิตกุล. รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการควบคุมและป้องกันการดื้อยาต้านจุลชีพในประเทศไทย Thailand Antimicrobial Resistance Containment and Prevention Program. [ออนไลน์]. (2563). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 6 มีนาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/4700/hs2339.pdf?sequence=3&isAllowed=y>.
8. สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักบริหารการสาธารณสุข. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) สาขาการพัฒนาระบบบริการใหม่มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Service Plan : Rational Drug Use). 2559. กรุงเทพฯ: กลุ่มงานพัฒนาระบบสนับสนุนบริการสำนักบริหารการสาธารณสุข; 2559.

9. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. วิกฤตเชื้อดื้อยาสู่การใช้ยาอย่างสมเหตุผล. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 12 เมษายน 2567]. สืบค้นจาก : https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=article_detail&subpage=article_detail&id=493
10. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการประเมินการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการในโรงพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัดงานพิมพ์; 2565.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การพัฒนาโปรแกรมชะลอไตเสื่อมด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทย
ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17

Development of a Program to Delay Renal Failure Using Traditional Thai Medicine
for Patients with Chronic Kidney Disease at Somdejprasangkharach XVII Hospital

ผาณิต เยี่ยมสวัสดิ์*
Phanit Yiamsawat*

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยแบบวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อพัฒนาโปรแกรมชะลอไตเสื่อมด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทยในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 2) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมชะลอไตเสื่อมด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทยในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ปัญหา อุปสรรค และความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพไตเสื่อม ระยะที่ 2 พัฒนาโปรแกรมชะลอไตเสื่อมด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทย ระยะที่ 3 ประเมินผลการใช้โปรแกรมชะลอไตเสื่อมด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทย ประชากรในการศึกษา ในครั้งนี้คือผู้ป่วยที่มีภาวะไตเสื่อม ระยะที่ 3 ที่มีระดับ eGFR ≥ 30 และ ≤ 59 มิลลิเมตร/นาที/1.73 เมตร² คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 44 คน เป็นกลุ่มทดลอง เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมชะลอไตเสื่อมด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทย และแบบบันทึกค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) ก่อนและหลังการเข้าโปรแกรม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา สถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบ t-test

ผลการวิจัยพบว่า พบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการกิจกรรมให้ความรู้ ออกกำลังกาย ทำสมาธิ และบริการแพทย์แผนไทยได้แก่ การอบสมุนไพร การพอกยา การนวดฝ่าเท้า นวดตัว 2) โปรแกรมที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย การให้ความรู้ ออกกำลังกาย ทำสมาธิบำบัด และได้รับหัตถการด้านการแพทย์แผนไทย การกดจุดสะท้อนเท้า ติดต่อกันจำนวน 12 สัปดาห์ จากสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข และแพทย์แผนไทย 3) โปรแกรม สามารถเพิ่มอัตราการกรองไต และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นโปรแกรมชะลอไตเสื่อมด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทยสามารถฟื้นฟูไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้

คำสำคัญ : โปรแกรมชะลอไตเสื่อม, ไตเรื้อรัง, การแพทย์แผนไทย

Abstract

This research focuses on research and development objectives related to renal rehabilitation in patients with Chronic Kidney Disease. Specifically, it aimed to achieve 2 key objectives: 1) to investigate the current situations, problems, and needs associated with renal rehabilitation in patients with Chronic Kidney Disease and 2) to evaluate the effectiveness of program to delay kidney impairment in Thai traditional medicine for patients with Chronic Kidney Disease. The study separate into 3 phases. Phase 1 investigate the current situations, problems, and needs associated with renal rehabilitation in patients with kidney impairment. Phase 2 developing for program by using Thai traditional medicine. Finally, Phase 3 assesses the outcomes of this program. The study's population consists of patients with Stage 3 kidney impairment, with estimated glomerular filtration rates (eGFR) ranging from ≥ 30 to ≤ 59 mL/min/1.73 m². Purposive sampling is used to select the 44 samples. The research tools include the program to delay kidney impairment using Thai traditional medicine and the recording form for glomerular filtration rate (eGFR) before and after program participation. Statistical methods employed for data analysis comprise descriptive statistics and t-test.

The research findings revealed that 1) the sample group expressed a demand for activities such as education, exercise, meditation, and Thai traditional medical services including herbal compress, cupping therapy, and foot massage, 2) the developed program included knowledge dissemination, exercise, meditation therapy, and Thai traditional medical procedures for 12 weeks, conducted by a multidisciplinary team, and 3) the program significantly improved kidney filtration rates and self-care behaviors statistically ($p < 0.05$). Thus, the developed program, incorporating Thai traditional medicine, could renal rehabilitation in patients with Chronic Kidney Disease.

Keywords : Delaying Renal Failure Program, Chronic Kidney Disease, Traditional Thai Medicine

บทนำ

โรคไตวายเรื้อรัง (CKD) เป็นปัญหาสุขภาพที่เพิ่มขึ้นทั่วโลก โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่าโรคนี้ ส่งผลกระทบต่อประชากรโลกประมาณ 9.1% และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตกว่า 1.2 ล้านคนต่อปี ปัจจัยเสี่ยงหลักที่นำไปสู่โรคไตเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัญหาที่พบบ่อยในกลุ่มผู้ป่วยโรคไต⁽¹⁾ สำหรับในประเทศไทย โรคไตวายเรื้อรังถือเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญเช่นกัน โดยข้อมูลจากการสำรวจช่วงปี 2559 - 2566 ระบุว่า มีอัตราการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยถึง 28% จากประชากรทั้งหมด โดยพบว่าผู้ป่วยระยะที่ 1 ซึ่งมีความผิดปกติของการรั่วของโปรตีนอัลบูมินในปัสสาวะ คิดเป็นอัตราสูงสุด นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับปานกลางประมาณ 6.4% และในระดับรุนแรงเพียง 0.2% ของประชากรทั้งหมด การป้องกันโรคไตวายเรื้อรังและการรักษาในระยะเริ่มต้นจึงเป็นสิ่งสำคัญในการลดความรุนแรงและป้องกันการเสื่อมของไตในอนาคต⁽²⁾ โรคไตวายเรื้อรังเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และสร้างภาระหนักในระบบสาธารณสุขของไทย เนื่องจากการรักษามีค่าใช้จ่ายสูงและต้องดูแลต่อเนื่อง ในปี 2566 มีผู้ป่วยที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตจำนวน 3,356 คนต่อประชากรหนึ่งล้านคน ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคนี้ อีกทั้งยังพบผู้ป่วยรายใหม่ที่ต้องรับการบำบัดทดแทนไตจำนวน 21,861 คนในปีเดียวกัน นอกจากนี้ มีเพียงร้อยละ 1.62 ของประชากรเท่านั้นที่ทราบว่าตนเองป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรัง ความตระหนักรู้ที่ต่ำที่ทำให้ผู้ป่วยหลายคนไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที ทำให้ไตเสื่อมสภาพอย่างรวดเร็วและต้องเข้ารับการบำบัดทดแทนไต⁽³⁾

กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายในการดูแลสุขภาพประชาชนโดยมุ่งเน้นการสร้างเสริมป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อมากกว่าการรักษาพยาบาลเมื่อป่วยแล้ว โดยคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการ (Service plan) ได้บูรณาการดำเนินงานของสาขาโรคไม่ติดต่อ (โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด) ร่วมกับสาขาไตและสาขาการช้ยาอย่างสมเหตุผล เพื่อร่วมกันดูแลสุขภาพประชาชน สร้างความรู้และความตระหนัก เกี่ยวกับโรคไต เพื่อลดผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่และชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพ และได้รับการบำบัดทดแทนไตอย่างทั่วถึง รวมทั้งพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์การคัดกรองความเสี่ยงโรคไตควบคู่กับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน หรือกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงให้ได้รับการตรวจและวินิจฉัยอย่างทันท่วงที ลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคไตเรื้อรัง โดยตั้งเป้าให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 และป้องกันการเกิดผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ด้วยการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงให้ได้ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90 ขยายพื้นที่การดำเนินงานป้องกันโรคไตในชุมชน ตลอดจนมีการเฝ้าระวังและให้ความรู้เกี่ยวกับการช้ยาอย่างสมเหตุผล และพัฒนาแผนการป้องกันควบคุมโรคไตเรื้อรังในระยะ 10 ปี ภายใต้ชื่อ “ทศวรรษการป้องกันโรคไต” พร้อมทั้งสนับสนุนให้ประชาชนได้รับการ ประเมินความเสี่ยงต่อโรคไตใน 10 ปีข้างหน้า ด้วยแบบประเมิน THAI CKD RISK SCORE⁽⁴⁾

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease) หมายถึง ภาวะที่มีค่าการทำงานของไตต่ำกว่า 60 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร² เป็นระยะเวลามากกว่าหรือเท่ากับ 3 เดือน โดยอาจมีหรือไม่มีอาการแสดงของพยาธิสภาพที่ไต หากผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานและตรวจพบไมโครอัลบูมินในปัสสาวะ หรือหากไม่เป็นโรคเบาหวานและตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะมากกว่า 500 มิลลิกรัมต่อวัน หรือมากกว่า 500 มิลลิกรัมต่อกรัมของครีเอตินินในทางปฏิบัติการตรวจคัดกรองผู้ป่วยทั่วไปเพื่อประเมินความเสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรังนิยมใช้การตรวจปัสสาวะเพื่อตรวจหาโปรตีนรั่วในปัสสาวะ หรือใช้แผ่นตรวจพิเศษเพื่อตรวจหาไมโครอัลบูมิน นอกจากนี้ยังมีการตรวจวัดครีเอตินินในเลือดเพื่อนำมาคำนวณหาค่าการทำงานของไตอีกด้วย⁽⁵⁾ กลวิธีในการชะลอการเสื่อมของไตแบ่งเป็นสองประเภทหลัก คือการรักษาด้วยยา อาทิ ยาลดความดันโลหิต เช่น ACE inhibitors และ ARBs, ยาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด, และยาลดไขมันในเลือด เช่น Statins และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ควบคุมอาหารโดยลดเกลือและโปรตีน, ออกกำลังกายสม่ำเสมอ, เลิกบุหรี่, และตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ การจัดการอย่างมีประสิทธิภาพช่วยยืดอายุการทำงานของไตและปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ⁽⁶⁾

สถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ของโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 มีผู้ป่วยเบาหวานมารักษาปี 2563 มีผู้ป่วยจำนวน 7,242 คน ปี 2564 มีผู้ป่วยจำนวน 7,336 คน ปี 2565 มีผู้ป่วย จำนวน 7,625 คน และที่มีภาวะแทรกซ้อนทางโรคไต ปี 2563 ผู้ป่วยทั้งหมด 1,056 ราย ปี 2564 มีผู้ป่วยจำนวน 1,091 คน ปี 2565 มีผู้ป่วย จำนวน 1,201 คน มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การชะลอไตเสื่อม

โดยใช้ศาสตร์การแพทย์แผนไทย ถือเป็นทางเลือกหนึ่งที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการนวดกดจุดสะท้อนเท้า (foot reflexology) ทำให้ปริมาณการไหลเวียนเลือดในร่างกายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งบ่งชี้ถึงผลดีของการนวดในแง่ของการปรับปรุงการไหลเวียนเลือด⁽⁷⁾ จากหลักฐานเชิงประจักษ์ดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้นำวิธีการด้านการแพทย์แผนไทยมาประยุกต์ใช้โดยผสมผสาน ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มารักษาที่คลินิกความดัน เบาหวาน โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 เพื่อชะลอ ไตเสื่อม อันจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพ การดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรัง ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมชะลอไตเสื่อมด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทยในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมชะลอไตเสื่อมด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทยในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยมีกระบวนการวิจัยและพัฒนา แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ปัญหา อุปสรรค และความต้องการของผู้ป่วยไตเรื้อรัง เพื่อใช้เป็นข้อมูลสร้างโปรแกรมชะลอไตเสื่อมด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทย

ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมชะลอไตเสื่อมด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทยในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 ที่ประยุกต์มาจากทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพ

ของเพนเดอร์ เป็นชุดกิจกรรม มีขั้นตอนการพัฒนา ดังนี้

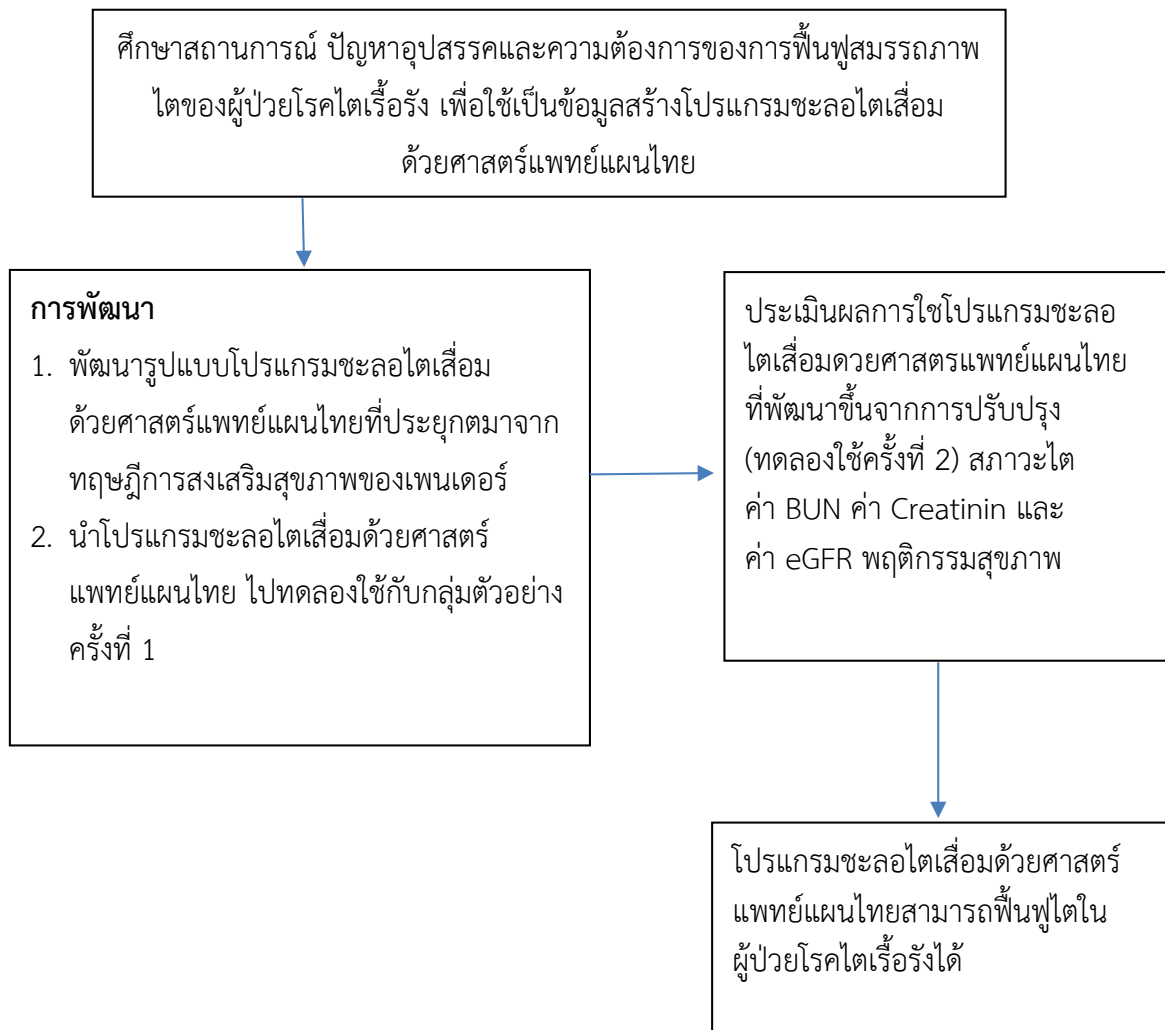
1. ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรม ที่เกี่ยวกับทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ และรูปแบบโปรแกรมชะลอไตเสื่อมด้วยศาสตร์ แพทย์แผนไทย

2. นำโปรแกรมชะลอไตเสื่อม ด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทย ไปทดลองใช้กับ กลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 1 ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำนวน

10 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลแล้วนำไปปรับปรุง โปรแกรม

ระยะที่ 3 ประเมินผลการใช้ โปรแกรมชะลอไตเสื่อมด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทย ที่พัฒนาขึ้นจากการปรับปรุง จากการทดลอง ครั้งที่ 1 โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เก็บข้อมูล 2 ครั้ง ก่อนและหลังการเข้าโปรแกรม คัดเลือก กลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 44 ราย

กรอบแนวคิดดำเนินการวิจัย



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

1) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เกณฑ์การคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง มีคุณสมบัติ เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง มารักษาที่คลินิกความดัน เบาหวาน โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 จำนวน 8 คน 2) ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำนวน 8 คน 3) ทีมสหวิชาชีพ แพทย์พยาบาล นักโภชนาการ และแพทย์แผนไทย เกณฑ์การคัดเลือก เป็นทีมที่ทำงานร่วมกันในคลินิกความดัน เบาหวาน จำนวน 8 คน ยินยอมเข้าร่วมวิจัย

ระยะที่ 2 ทดลองใช้โปรแกรม ครั้งที่ 1 กับกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำนวน 10 คน มีเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) เพศชาย หรือ เพศหญิง 2) ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ระยะที่ 3 ที่มีระดับ eGFR \geq 30 มิลลิเมตร/นาที่/1.73 เมตร² 3) ผู้ป่วยยังไม่ได้เข้าการบำบัดทดแทนไต 4) ยินดีเข้าร่วมงานวิจัยด้วยความสมัครใจ เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ 1) มีอาการปวดศีรษะ หน้ามืด ตาลาย มีอาเจียนร่วมด้วย 2) มีแผลที่ฝ่าเท้า 3) โรคผิวหนังที่มีอาการคัน กลาก เกลื้อน เริ่ม

ระยะที่ 3 ประเมินผลการใช้โปรแกรมชะลอไตเสื่อมด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทยที่พัฒนาขึ้นจากการปรับปรุง จากการทดลองครั้งที่ 1 โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างมีเกณฑ์การคัดเลือกเช่นเดียวกับการทดลองใช้รูปแบบครั้งที่ 1 กลุ่มตัวอย่างในการทดลองโปรแกรมครั้งที่ 2 จำนวน 44 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวการคำถามสนทนากลุ่ม จำนวน 7 ข้อ ประกอบไปด้วย 1) การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะไตเรื้อรัง รูปแบบเดิม 2) ปัญหาและอุปสรรค 3) ความต้องการ 4) ความต้องการการใช้ศาสตร์แพทย์แผนไทย 5) ประสบการณ์การใช้

ศาสตร์แพทย์แผนไทย 6) ความคิดเห็นเกี่ยวกับโปรแกรมชะลอไตเสื่อมด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทย

2. แบบสอบถามผู้เข้าร่วมโปรแกรมชะลอไตเสื่อมด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทย ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ เส้นรอบเอว น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นไตเสื่อม ระดับความเสื่อมของไต ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แบบสอบถามงานวิจัยเรื่องโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางพูน อำเภอบึงสามพัน จังหวัดบึงสามพัน⁽⁸⁾ ประกอบด้วยคำถาม 43 ข้อ แบ่งเป็น ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 7 ข้อ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 7 ข้อ การออกกำลังกาย 7 ข้อ ด้านโภชนาการ 5 ข้อ การพัฒนาจิตวิญญาณ 12 ข้อ การจัดการความเครียด 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ

3. การประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ได้มีการดำเนินการเจาะเลือดจากหลอดเลือดดำโดยพยาบาลวิชาชีพ และนำตัวอย่างเลือดส่งวิเคราะห์ที่กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 ซึ่งผ่านการสอบเทียบเครื่องมือแพทย์และเครื่องมือทางห้องปฏิบัติการจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

สำหรับการตรวจสอบเครื่องมือที่ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ รูปแบบโปรแกรม และแบบสอบถาม เสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาที่ต้องการศึกษา โดยตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และ

ความครอบคลุมของเนื้อหา ค่าดัชนีความสอดคล้อง
รายข้ออยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 ส่วนแบบประเมิน
พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม
นำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่มีลักษณะ
คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้ว
นำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร
สัมประสิทธิ์ อัลฟาครอนบาค (Cronbach's
alpha coefficient) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป
ทางสถิติ ซึ่งได้ค่าเท่ากับ 0.83

การรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา
(Research and Development) อนุวัติจาก
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยใน
มนุษย์ วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และ
สาธารณสุข กาญจนภิเษก เอกสารรับรองเลขที่
KMPHT-66010008 โดยมีกระบวนการเก็บ
รวบรวมดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 กระบวนการ Research (R1)

1) การวิเคราะห์ (Analyze)

1.1) ศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง
และค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการชะลอไต

1.2) (ร่าง) แนวคำถามการ
สัมภาษณ์เชิงลึก

1.3) ให้ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน
ตรวจ (ร่าง) แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก

1.4) สร้างแนวคำถามการ
สัมภาษณ์เชิงลึกตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

1.5) ประสานกลุ่มตัวอย่าง
เพื่อสัมภาษณ์เชิงลึก

1.6) จัดการสัมภาษณ์เชิงลึก
กับกลุ่มตัวอย่าง

1.7) วิเคราะห์สถานการณ์
ปัญหาและความต้องการ โดยการวิเคราะห์
เนื้อหา (Content Analysis)

2) การออกแบบ (Design)

2.1) ทบทวนวรรณกรรม
เกี่ยวกับการชะลอไต

2.2) (ร่าง) โปรแกรมชะลอ
ไตเสื่อมด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทยในผู้ป่วย
โรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช
องค์ที่ 17

ระยะที่ 2 กระบวนการ

Development (D1) และ Research (R2)

1) การพัฒนา (Develop)

1.1) ให้ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน
ตรวจ (ร่าง) โปรแกรมชะลอไตเสื่อมด้วยศาสตร์
แพทย์แผนไทยในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาล
สมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17

1.2) สร้างโปรแกรมชะลอ
ไตเสื่อมด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทยในผู้ป่วย
โรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช
องค์ที่ 17 ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

1.3) นำโปรแกรมชะลอ
ไตเสื่อมด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทยไปทดลองใช้
ครั้งที่ 1 ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาล
สมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17

1.4) ปรับโปรแกรมชะลอ
ไตเสื่อมด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทยในผู้ป่วย
โรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช
องค์ที่ 17 ตามคำแนะนำของกลุ่มตัวอย่างที่
ทดลองใช้ครั้งที่ 1

ระยะที่ 3 กระบวนการ

Development (D2)

1) การนำไปใช้ (Implement)

2) ชี้แจงวัตถุประสงค์การ
พิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และรายละเอียด
เกี่ยวกับการทดลองใช้โปรแกรมชะลอไตเสื่อม
ด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทยในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17

3) ตรวจร่างกายและให้กลุ่มตัวอย่าง
ทำแบบสอบถามก่อนการทดลอง

4) ให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรม
ชะลอไตเสื่อมด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทย ในผู้ป่วย
โรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17
ระยะที่ 4 กระบวนการ Research (R3)

1) การประเมินผล (Evaluation)

2) ตรวจร่างกายและให้กลุ่มตัวอย่าง
ทำแบบสอบถามหลังการทดลอง

3) วิเคราะห์ผลของการใช้โปรแกรม
ชะลอไตเสื่อมด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทย ในผู้ป่วย
โรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม
โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปใช้ สถิติ
เชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่
หาค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean)
และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

3. การเปรียบเทียบผลก่อน-หลังการ
ทดลองใช้สถิติทดสอบกลุ่มที่ แบบไม่เป็นอิสระ
ต่อกัน (Dependent t-test)

ผลการศึกษา

1. การรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
รูปแบบเดิมเป็นการให้ความรู้ผู้ป่วย แต่ไม่มีทีม
สหวิชาชีพในการทำงานร่วมกัน และไม่มี
การประเมินความรู้ของผู้ป่วย โดยมีปัญหาของการ
รักษา คือ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่ถูกต้อง ไม่ปฏิบัติตาม
คำแนะนำ ไม่ออกกำลังกาย ไม่ควบคุม
การรับประทานอาหาร ดื่มสุราแอลกอฮอล์ หรือ
แม้แต่การใช้ยาทางเลือกอื่นๆ ที่ส่งผลต่อไต
รวมไปถึงการไม่มาตามนัด จึงต้องการระบบ

การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่มีการแนะนำการ
ปฏิบัติตัวของญาติและผู้ป่วย การรับประทาน
อาหาร สมุนไพร ออกกำลังกาย การรับประทานยา
ให้ตรงตามแพทย์สั่ง จัดเมนูอาหาร การลด
ความเครียด การลดบวมที่เท้า การเคลื่อนไหวและ
ออกกำลังกาย การนัดผู้ป่วยไต และการใช้สมุนไพร

2. โปรแกรมชะลอไตเสื่อมด้วยศาสตร์
แพทย์แผนไทย ประกอบด้วย การดูแล และให้
ความรู้ในการดูแลสุขภาพจากสหวิชาชีพ ได้แก่
แพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข และ
แพทย์แผนไทย โดยมีกิจกรรมให้ความรู้
ออกกำลังกาย ทำสมาธิบำบัด และได้รับหลักการ
ด้านการแพทย์แผนไทย กดจุดสะท้อนเท้า
ติดต่อกัน 12 สัปดาห์

3. กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย
จำนวน 23 คน (52.30%) เพศหญิง จำนวน 21
คน (47.70%) ส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน
39 คน (88.60%) รองลงมา อายุ 51 - 59 ปี
จำนวน 5 คน (11.40%) ส่วนใหญ่มีการศึกษาใน
ระดับประถมศึกษา จำนวน 34 คน (77.30%)
ระดับมัธยมหรือเทียบ จำนวน 6 คน (13.60%)
ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 23 คน
(52.30%) อาชีพเกษตรกร จำนวน 8 คน
(18.20%) ส่วนใหญ่รายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง
5,001 - 10,000 บาท จำนวน 20 คน (45.50%)
รายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท จำนวน 17 คน (38.60%)
ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูง
43 คน (97.90%) รองลงมา คือ โรคไขมันในเลือดสูง
จำนวน 33 คน (75.00%) โดยก่อนการทดลอง
กลุ่มตัวอย่างมีค่า eGFR เฉลี่ยอยู่ที่ 42.99
(S.D. = 10.27) หลังการทดลองพบว่า มีค่า eGFR
เฉลี่ยอยู่ที่ 46.49 (S.D. = 11.12) เมื่อนำค่าเฉลี่ย
ก่อนและหลังมาเปรียบเทียบกัน พบว่า มีความ
แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย eGFR, BUN และ Creatinin ก่อน-หลัง เข้าร่วมโปรแกรม (n = 44)

	ข้อมูล	\bar{X}	S.D.	t	p-value
ค่า eGFR	- ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	42.99	10.27	-3.049	0.004*
	- หลังเข้าร่วมโปรแกรม	46.49	11.12		
ค่า BUN	- ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	19.73	5.51	0.354	0.725
	- หลังเข้าร่วมโปรแกรม	19.42	5.22		
ค่า Creatinin	- ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	1.42	0.32	-0.831	0.411
	- หลังเข้าร่วมโปรแกรม	1.57	1.29		

*P-value<0.01

ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ภาพรวม เฉลี่ยอยู่ที่ 3.14 (S.D. = 0.41) หลังการทดลอง พบว่ามีค่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ภาพรวม เฉลี่ยอยู่ที่ 3.38 (S.D. = 0.73) เมื่อนำค่าเฉลี่ย

ก่อนและหลังมาเปรียบเทียบกัน พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าทุกด้าน มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย eGFR, BUN และ Creatinin ก่อน-หลัง เข้าร่วมโปรแกรม (n = 44)

ข้อมูล		\bar{X}	S.D.	t	p-value
ความรับผิดชอบ	- ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	2.61	0.67	-6.961	.000*
	- หลังเข้าร่วมโปรแกรม	2.92	0.80		
สุขภาพ	- ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	2.97	0.57	-8.432	.000*
	- หลังเข้าร่วมโปรแกรม	3.34	0.77		
การออกกำลังกาย	- ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	2.68	0.60	-6.721	.000*
	- หลังเข้าร่วมโปรแกรม	2.98	0.80		
โภชนาการ	- ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	3.45	0.49	-11.297	.000*
	- หลังเข้าร่วมโปรแกรม	3.95	0.46		
การพัฒนাজิต	- ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	3.50	0.56	-10.755	.000*
	- หลังเข้าร่วมโปรแกรม	3.73	0.65		

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย eGFR, BUN และ Creatinin ก่อน-หลัง เข้าร่วมโปรแกรม (n = 44) (ต่อ)

	ข้อมูล	\bar{X}	S.D.	t	p-value
การจัดการกับ	- ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	3.49	0.50	-5.832	.000*
ความเครียด	- หลังเข้าร่วมโปรแกรม	3.74	0.65		
คะแนนรวม	- ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	3.14	0.41	-2.062	.045*
ทุกด้าน	- หลังเข้าร่วมโปรแกรม	3.38	0.73		

*P-value<0.01

การอภิปรายผล

1. สถานการณ์การรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 พบว่า กลุ่มตัวอย่างต้องการระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะไตเสื่อม ที่ประกอบด้วย การให้ความรู้ อาหารตามธาตุเจ้าเรือน น้ำผักปั่น การทำกิจกรรม ออกกำลังกาย ทำสมาธิบำบัด รวมไปถึงหัตถการแพทย์แผนไทย ได้แก่ การอบสมุนไพร การพอกยา การนวดกดจุดสะท้อนเท้า ซึ่งถือได้ว่าการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเป็นสิ่งที่ควรดำเนินการอย่างยิ่ง เพราะการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องย่อมชะลอการเสื่อมของไตได้มากที่สุด⁽⁷⁾ นอกจากนี้การนำหัตถการด้านการแพทย์แผนไทยมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยได้มีความรู้สึกละอองคลาย จากภาวะเครียดจากโรค ปรับสมดุลของการทำงานต่างๆ ของร่างกายได้เป็นอย่างดี⁽⁹⁾

2. รูปแบบโปรแกรมชะลอไตเสื่อมด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทยในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 จังหวัดสุพรรณบุรี ประกอบด้วย การดูแล และให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพจากสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข และแพทย์แผนไทย ติดต่อกันจำนวน 12 สัปดาห์ อธิบายได้ว่า การใช้องค์ความรู้เพียงด้านเดียว (Single scient) มีข้อจำกัดที่

ทำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังไม่สามารถชะลอไตเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ การดูแลจึงควรใช้องค์ประกอบเป็นทีมสหวิชาชีพ ที่คอยดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (Holistic care) ทั้งการพยาบาล หัตถการรักษา ทัศนกรรม แพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก เพื่อการรักษาส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และส่งต่อไปยัง⁽¹⁰⁾ สอดคล้องกับการศึกษารูปแบบบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในจังหวัดจันทบุรี ที่พบว่ารูปแบบบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตเรื้อรังจังหวัดจันทบุรีที่เหมาะสม ประกอบด้วย 1) การแพทย์แผนปัจจุบัน ประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพ คลินิกชะลอไตเสื่อมที่มีประสิทธิภาพและทีมรักษไต 2) การแพทย์วิถีพุทธ ประกอบด้วย วิธีหลัก วิธีรอง และวิธีเสริม 3) กระบวนการมีส่วนร่วม ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมด้านการวางแผน การมีส่วนร่วมด้านการดำเนินงานและการมีส่วนร่วมด้านการประเมินผล⁽¹¹⁾

3. ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมชะลอไตเสื่อมด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทย

โปรแกรมชะลอไตเสื่อมด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทยสามารถเพิ่มค่า eGFR ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่าเนื่องจากโปรแกรกดังกล่าวประกอบไปด้วย

การทำสมาธิบำบัด อาหารตามธาตุเจ้าเรือน น้ำผักปั่น การนวดกดจุดสะท้อนเท้าและการให้ความรู้ เพราะการให้ความรู้ที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วยสามารถช่วยชะลอภาวะไตเสื่อมได้ ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตัวเองที่ดีขึ้น เช่น การปฏิบัติตามคำแนะนำการรับประทานอาหารที่ตรงกับโรค การใช้ยาที่เหมาะสม และการปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสมในชีวิตประจำวัน⁽⁷⁾ การออกกำลังกายสามารถชะลอภาวะไตเสื่อมได้ เพราะการออกกำลังกายช่วยควบคุมระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการทำงานของไต การออกกำลังกายยังช่วยเพิ่มความแข็งแรงและความยืดหยุ่นของร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่ดีขึ้นและส่งผลดีต่อสุขภาพไต⁽¹²⁾ และการนวดกดจุดสะท้อนเท้ามีผลโดยตรงต่อการไหลเวียนเลือดไปที่ไต การไหลเวียนที่ดีขึ้นช่วยนำสารอาหารและออกซิเจนไปเลี้ยงไตได้ดีขึ้น ช่วยชะลอการเสื่อมของไตและสนับสนุนการทำงานของไตได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽⁷⁾ สอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนล้างไต ที่พบว่าผู้ป่วยที่ใช้โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง มีอัตราการกรองของไต ลดลง <math>< 5 \text{ cc/min/1.73m}^2/\text{ปี}</math> ร้อยละ 96.87 มีอุบัติการณ์เกิดภาวะไตลดลงอย่างรวดเร็วเป็น 0.04 เท่าของกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยทางสถิติค่า P value <math>< 0.001</math>⁽¹⁴⁾

โปรแกรมชะลอไตเสื่อมด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทยสามารถเพิ่มค่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่าเนื่องจากโปรแกรมมีการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมเป็นระยะๆ จึงทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำได้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะ

ไตเสื่อมระยะที่ 1 ถึง 3 หลังการทดลอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้น (p-value <math>< 0.001</math>) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองมีคะแนนการดูแลตนเองก่อนการได้รับโปรแกรมอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 63 หลังการได้รับโปรแกรมมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดี ร้อยละ 92 (p-value <math>< 0.001</math>)⁽¹⁵⁾

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการวิจัยนำไปใช้

1. สามารถนำไปจัดทำแนวเวชปฏิบัติเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17
2. สามารถนำรูปแบบโปรแกรมไปส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง มีพฤติกรรมทางสุขภาพที่ดีขึ้น และมีความรู้เกี่ยวกับโรคและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น เพื่อป้องกันเข้าสู่การบำบัดทดแทนไต

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมในระยะยาว แล้วมีตัวชี้วัดที่หลากหลายมิติเพิ่มมากขึ้น เพื่อยืนยันประสิทธิผลให้ชัดเจน
2. การศึกษาควรมีการกำหนดกลุ่มควบคุมเพื่อเป็นการข้อมูลยืนยันผลของการใช้โปรแกรมในการดูแลทางสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. Filipka, A., Bohdan, B., Wieczorek, P. P., & Hudz, N. Chronic kidney disease and dialysis therapy: incidence and prevalence in the world. *Pharmacia* 2021; 68(2): 463- 470.
2. Thai-SEEK Group. Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai adult population: Thai SEEK study. *Nephrol Dial Transplant*. 2010.

3. ศิริวรรณ สิงหศิริ, เพ็ญจันทร์ โสมหงษ์ และ นงศ์นุช โสมหงษ์. การสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 3 คลินิกอายุรกรรม งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพธิ์ชัย จังหวัดหนองคาย. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2024; 9(3): 395-401.
4. เกียรติภูมิ วงศ์จิต. สธ. ร่วมกับภาคีเครือข่ายรณรงค์วันไตโลก ปี 2565 “เสริมสร้างภูมิความรู้ควบคู่ การดูแลไต” [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 10 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก <https://pr.moph.go.th/index.php?url=pr/detail/2/04/171762/>
5. Yongpet, R., & Seangpraw, K. Factors Associated with Motivation, Biomarkers, and Preventive Behaviors of Diabetic Nephrotic Complications Among Diabetic Patients in Rural Areas of Chiang Rai Province. 2024.
6. กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. คู่มือปฏิบัติการเพื่อดำเนินงานลดโรคไตเรื้อรัง (CKD) ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2559.
7. ธนารัตน์ ศรีผ่องงาม, วิชัย อิงพินิจพงษ์, จตุรรัตน์ กันต์พิทยา, กมลวรรณ ตั้งวรพงษ์ชัย. ผลทันทีของการนวดฝ่าเท้าที่มีต่อการไหลเวียนเลือดของไตในผู้ที่มีสุขภาพดี การเปรียบเทียบผลการทดลองก่อนและหลัง. วารสารกายภาพบำบัด 2556; 35(3): 141-147.
8. เพ็ญพร ทวีบุตร, พัชราพร เกิดมงคล และขวัญใจ อำนางสัตย์เชื้อ. ผลของโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะเริ่มต้น. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2560; 31(1): 129-145.
9. มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิมา โรงเรียนอายุรเวท. หัตถเวชกรรมแผนไทย (นวดแบบราชสำนัก). กรุงเทพฯ: พิมพ์ศรพันธ์ตั้ง เซ็นเตอร์; 2548.
10. ยงยุทธ ธิติสินธิ. การพัฒนารูปแบบบริการในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทุกระยะแบบครบวงจรที่หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิด้วยแนวคิดการพัฒนาองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ กรณีศึกษาสอน พิภูลทอง. วารสารสหวิชาการเพื่อสุขภาพ 2566; 5(1): 55-68.
11. ธวัช วิเชียรประภา, วรณีย์ เดียววิเศษ และชัยยนต์ ประดิษฐ์ศิลป์. รูปแบบบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในจังหวัดจันทบุรี. วารสารวิจัยรำไพพรรณี 2566; 17(1): 151-164.
12. คนรัตน์ เดโฝเชซซ์. ผลของโปรแกรมออกกำลังกายเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในชุมชน อำเภอเมืองจังหวัดอุดรธานี. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 2566; 8(1): 423-427.
13. ชมัย ปินะเก และ นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่ออัตราการกรองของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนล้างไต. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2566; 20(1): 242-251.
14. ชลาภัทร คำพิมาน, นายพัฒนชัย รัชอินทร์. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชะลอไตเสื่อม ของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 1 ถึง 3 ตำบลคงขวาง อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม. วารสารโรงพยาบาลนครพนม 2560; 4(2): 42-49.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การพัฒนาารูปแบบการจัดการตนเองในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน
ที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม บ้านหนองแวง ตำบลแวงนาง อำเภอมือเมือง จังหวัดมหาสารคาม
Development of self-management models to promote the health of homebound
elderly who are at risk of falling in Nhong Wang Village, Tambon Wang-Nang, Muang
district, Maha Sarakham Province.

สุกัญญา วัฒนประไพจิตร์*
Sukanya Wattanaprapaijit*

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาารูปแบบการจัดการตนเองในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ประเมินก่อนและหลังการพัฒนาและปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คัดเลือกโดยใช้วิธีแบบเจาะจงจากผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและมีภาวะเสี่ยงพลัดตกหกล้มจากการประเมิน Thai Falls Risk Assessment test (Thai-FEAT) จำนวน 30 คน เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการจำแนกประเภทข้อมูล เชื่อมโยงและสร้างข้อสรุป

ผลการวิจัย พบว่า กระบวนการพัฒนาารูปแบบการจัดการตนเองในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ 1) ตั้งเป้าหมาย 2) รวบรวมข้อมูล 3) ประมวลผลข้อมูล 4) การตัดสินใจ 5) ลงมือปฏิบัติ และ 6) สะท้อนการปฏิบัติ พบว่ารูปแบบการจัดการตนเองในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม บ้านหนองแวง ตำบลแวงนาง อำเภอมือเมือง จังหวัดมหาสารคาม ภายใต้แนวคิด Chair Model ประกอบด้วย C : Community มีการประชุมคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุค้นหาข้อมูลปัญหาของผู้สูงอายุติดบ้านเพื่อจัดแบ่งพื้นที่การดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน แบ่งเป็น 5 คุ่ม h : heart จับคู่ดูแลสุขภาพกันเองและเพื่อส่งเสริมออกกำลังกายร่วมกัน ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกินอาหารลดหวาน มัน เค็ม ถ้ามื้อ แลกเปลี่ยนข่าวสารให้กำลังใจซึ่งกันและกัน จำนวน 15 คู่ a : appreciate มีทีมพี่เลี้ยงติดตามเสริมแรง เสริมพลังใจแก่ผู้สูงอายุและมีการบันทึกข้อมูลสุขภาพของตนเอง ในสมุดบันทึกสุขภาพ i : implement เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ แกนนำสุขภาพ (Health Maker) ประจำคุ้ม ให้ความรู้และฝึกทักษะเรื่องออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุโดยใช้เก้าอี้ ยืดเหยียดประกอบเพลงพื้นบ้าน 5 วันต่อสัปดาห์ ระยะเวลา 3 เดือน ประเมินสถานะสุขภาพ การบริโภคอาหารที่เหมาะสม ลด หวาน มัน เค็ม Health Maker ผู้สูงอายุและญาติร่วมกันจัดสภาพบ้านเรือนให้เหมาะสมเพื่อลดอุบัติเหตุหกล้ม r : resource sharing มีการใช้ทรัพยากรร่วมกัน ทั้งจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ และ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน, พัฒนารูปแบบ, การจัดการตนเอง, เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอมือเมือง จังหวัดมหาสารคาม

โดยสรุป ปัจจัยที่ทำให้เกิดความสำเร็จในครั้งนี้ ประกอบด้วย 4 ปัจจัย 1) ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านเกิดความมั่นใจในการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนและรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หลังการประเมินตามขั้นตอนที่ได้วางแผนในการจัดการสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันการหกล้มเป็นไปตามเป้าหมาย มีแกนนำสุขภาพ (Health Maker) ที่เข้มแข็ง 2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณและเป็นเจ้าภาพหลัก 3) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสนับสนุนและเป็นพี่เลี้ยง 4) ประชาชนในชุมชนให้ความร่วมมือทุกกระบวนการ

Abstract

This action research aimed to study the development procedure of a self-management model for the health promotion of home-bound elderly at risk of falling. Evaluate before and after the development and the factors affecting based on the theory of self-management Creer (2000). The samples used purposive sampling were 30 home-bound elderly at risk of falling with the Thai Falls Risk Assessment Test (Thai-FEAT). Collected data from both quantitative and qualitative then analyzed by descriptive statistics, including frequency distribution, numbers, percentage, mean, standard deviation, and quantitative data analysis by categorizing, linking, and concluding.

The results of the development procedure of a self-management model for the health promotion of home-bound elderly at risk of falling consisted of 6 elements 1) Setting a goal, 2) Collecting the data, 3) Processing, 4) Decision making, 5) Making a process and 6) Reflection revealed that the self-management model for the health promotion of home-bound elderly at risk of falling in Nhong Wang Village, Tambon Wang-Nang, Muang district, Maha Sarakham Province under the concept of CHAIR Model consists of C : Community, there was a meeting of senior citizens club to reflect the problem data of home-bound elderly for allocate caring area divided into 5 clusters. H : Heart, 15 pairs by health care paired up with other elderly for promoting physical activities and modifying feeding behavior to reduce sweet, oil, and salty alongside information exchanging to support each other. A : APPRECIATE, there was a mentoring team to follow, reinforce, and empower for elderly and self-health recording in the health record book. I : Implement, to build self-confidence in home-bound elderly to participate in activities. Health Makers in each cluster provide knowledge and practice exercise skills for the elderly by using a chair. Stretching with folk songs 5 days a week for 3 months. Health conditions assessment and proper food consumption by reducing sweet, oil, and salty. Also reduced the risk of falling by arranged household conditions through cooperation between Health Makers and kin. R : Resource sharing, by sharing the combined resource from Health Security funds and Thai Health Promotion Foundation.

In conclusion, the success factors consisted of 4 factors : 1) home-bound elderly have self-confidence and self-esteem to participate in community activities after achieving a thorough assessment of self-management of falling prevention. 2) The local Administrative was the host and budget supported. 3) Sub-district health promotion hospitals contribute and be mentors. 4) The members of the community cooperate in every process.

Keywords : Home-bound elderly, Development Model, Self-Management, Risk of Falling

บทนำ

ในสถานการณ์ปัจจุบันได้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากร ส่งผลให้จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง ซึ่งตามคำนิยามขององค์การสหประชาชาติ (UN) ที่กำหนดไว้ว่าประเทศใดที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป สัดส่วนเกิน ร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ ถือว่าประเทศนั้นได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) ข้อมูลจากการสำรวจสถิติประชากรโลกของสหประชาชาติ พบว่า ในปี ค.ศ. 2001 มีประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกประมาณ 1,016 ล้านคน (ร้อยละ 13 ของประชากรโลก) และสหประชาชาติ คาดประมาณว่าอีก 20 ปีข้างหน้า 1 ใน 5 ของประชากรโลกจะเป็นผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) การสูงวัยของประชากรเป็นปรากฏการณ์ที่มีผลกระทบต่อวิถีชีวิตและความเป็นอยู่ของผู้คนทั้งโลก⁽¹⁾

พ.ศ. 2564 จำนวนประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทย ร้อยละ 17.81 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ร้อยละ 3.6 ต่อปี สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2564 คาดการณ์ว่า พ.ศ. 2568 และ พ.ศ. 2578 จำนวนประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 20.66 และ 28.55 ตามลำดับ ดังนั้นการเตรียมการเพื่อรองรับสถานการณ์สังคมผู้สูงอายุจึงเป็นประเด็นสำคัญ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพ ส่งผลกระทบต้องบประมาณด้านการรักษาพยาบาล สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย คาดประมาณการงบประมาณสำหรับการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เฉลี่ยประมาณ 15,000 ล้านบาทต่อปี

สุขภาพผู้สูงอายุไทย ประจำปี 2564 จากการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 7,689,605 คน หรือ ร้อยละ 87.30 จำแนกตามความสามารถสำหรับการทำกิจวัตรประจำวัน 1) กลุ่มติดสังคม (Active Aging) 7,452,274 คน หรือ ร้อยละ 96.91

2) กลุ่มติดบ้าน 192,290 คน หรือ ร้อยละ 2.50
3) กลุ่มติดเตียง 45,287 คน หรือ ร้อยละ 0.59
พบว่าผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 14.77 โรคเบาหวาน ร้อยละ 11.97 โรคหัวใจและโรคหลอดเลือด ร้อยละ 34.01 และภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 1.42 ภาวะสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ พ.ศ. 2563 - 2564 พบว่าผู้สูงอายุมีฟันแท้เพียงพอต่อการบดเคี้ยวอย่างน้อย 20 ซี่ 4 คู่สบ ร้อยละ 58.6 และ 60.0 ตามลำดับ อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุจำนวนมากยังมีปัญหาสุขภาพช่องปาก เช่น ฟันผุ ฟันโยก และโอกาสสูญเสียฟันตลอดเวลา เคยพลัดตกหกล้ม ร้อยละ 3.5 และ ร้อยละ 45.3 นอนหลับกลางคืนรวม 4 - 6 ชั่วโมง ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : BMI) สามารถแบ่งได้ดังนี้ 1) ผอม (< 18.5 กก./ม²) ร้อยละ 11.6 2) ปกติ (18.5 - 22.9 กก./ม²) ร้อยละ 48.2 3) น้ำหนักเกิน (23.0 - 24.9 กก./ม²) ร้อยละ 39.3 4) น้ำหนักเกินมาตรฐาน (> 24.9 กก./ม²) ร้อยละ 0.9 ในส่วนของสวัสดิการด้านสุขภาพที่ผู้สูงอายุได้รับ 1) บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 75 2) สิทธิประกันสังคม/กองทุนทดแทน ร้อยละ 18 3) สวัสดิการข้าราชการ ร้อยละ 7 ตามลำดับ สุขภาพจิตของผู้สูงอายุโดยจำแนกตามเพศ 1) ระดับต่ำกว่าปกติแบ่งเป็นเพศชาย ร้อยละ 4.37 และเพศหญิง ร้อยละ 2.83 2) ระดับปกติแบ่งเป็นเพศชาย ร้อยละ 46.72 และเพศหญิง ร้อยละ 48.22 3) ระดับสูงกว่าปกติแบ่งเป็นเพศชาย ร้อยละ 48.91 และเพศหญิง ร้อยละ 48.95 การพักอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับบุตรหลาน ร้อยละ 43 ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับญาติ ร้อยละ 29 ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 16 ผู้สูงอายุที่พักอาศัยคนเดียว ร้อยละ 11 และผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับผู้ดูแล ร้อยละ 1 ซึ่งสภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัยที่เอื้อต่อการลดความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้ม

1) บ้านมีราวจับบันไดร้อยละ 62.2 2) ห้องน้ำที่บ้านมีราวจับ ร้อยละ 52.8 3) ทางเดินในบ้านมีแสงสว่างเพียงพอ ร้อยละ 70.3 และ 4) ทางเดินรอบบ้านมีแสงไม่เพียงพอ ร้อยละ 53.3⁽²⁾

จากข้อมูลของกรมควบคุมโรค พบว่าการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับสองรองจากอุบัติเหตุจากการขนส่ง มีผู้เสียชีวิตมากกว่า 1,000 รายต่อปี ผู้สูงอายุกว่า ร้อยละ 30 หกล้มทุกปี หรือกว่า 3 ล้านคน และร้อยละ 20.0 ของผู้ที่หกล้มได้รับบาดเจ็บ หรือกว่า 6 แสนคน ขณะที่ผู้สูงอายุที่พักอยู่เนอส์ซิ่งโฮม หกล้มสูงกว่าผู้สูงอายุในชุมชนถึง 2 เท่า และ ร้อยละ 35 ของผู้ที่หกล้มและบาดเจ็บไม่สามารถเดินได้ ซึ่งเกิดเหตุมากที่สุดในทุกปี ร้อยละ 42.1 ขณะเวลา 15.00 - 17.59 น. เกิดมากที่สุด และข้อมูลของกรมควบคุมโรค พบว่าเพศชายเสียชีวิตสูงกว่าเพศหญิง 3.5 เท่า ขณะที่ความชุกของการพลัดตกหกล้มเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย 1.6 เท่าเป็นอันดับ 1 ของผู้ป่วยใน ผู้สูงอายุเรียกและใช้บริการ 1669 ด้วยสาเหตุการพลัดตกหกล้มกว่า 5 หมื่นครั้งต่อปี ส่วนใหญ่หกล้มนอกบ้าน ร้อยละ 65.0 หกล้มภายในบ้าน ร้อยละ 31.0 ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการลื่น สะดุด หรือก้าวพลาด บนพื้นระดับเดียวกัน ร้อยละ 65.4 ขณะที่ตกลงหรือล้มจากบันไดและขั้นบันไดอยู่ที่ ร้อยละ 5.6 ผลจากการหกล้ม มีแผลถลอกอาการฟกช้ำ รุนแรงจนทำให้กระดูกหัก ทพพลภาพ และยังมีส่งผลต่อครอบครัวเพิ่มภาระในการดูแลระยะยาว มีค่าใช้จ่ายสูง

กระทรวงสาธารณสุข ได้แสดงจำนวนและอัตราผู้ป่วยใน (IPD) สาเหตุจากการพลัดตกหกล้ม (W00-W19) ในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ต่อประชากรผู้สูงอายุแสนคน จำแนกตามเขตสุขภาพ และภาพรวมประเทศปี พ.ศ. 2563 - 2566 ซึ่งโดยรวมทั้งประเทศ ในปี 2563 มีจำนวน 58,763 ราย เป็นอัตรา 587.63 ปี 2564 จำนวน 60,108 ราย เป็นอัตรา 601.08 ปี 2565 จำนวน 63,246 ราย เป็นอัตรา 632.46 และปี 2566 จำนวน 65,484

ราย เป็นอัตรา 654.84 ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 7 ปี 2563 มีจำนวน 6,872 ราย เป็นอัตรา 687.20 ปี 2564 จำนวน 7,016 ราย เป็นอัตรา 701.16 ปี 2565 จำนวน 7,253 ราย เป็นอัตรา 725.3 และปี 2566 จำนวน 7,484 ราย เป็นอัตรา 748.40 มีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี ส่วนข้อมูลแสดงจำนวนและอัตราการเสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ต่อประชากรแสนคน ปี พ.ศ. 2563 - 2566 ในเขตพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม พบว่า ในปี 2563 มีจำนวน 16 ราย เป็นอัตรา 13.68 ปี 2564 จำนวน 18 ราย เป็นอัตรา 16.74 ปี 2565 จำนวน 21 ราย เป็นอัตรา 18.42 และปี 2566 จำนวน 25 ราย เป็นอัตรา 22.67 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

จากผลกระทบที่ได้กล่าวมาข้างต้น รัฐบาลไทยได้เล็งเห็นความสำคัญของสังคมวัยผู้สูงอายุ นโยบายหลักของรัฐด้านสุขภาพของประเทศให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี⁽³⁾ โดยมุ่งเน้นแผนงานด้านผู้สูงอายุแบบบูรณาการร่วมกับชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การเตรียมความพร้อมของประชากร เพื่อวัยสูงอายุอย่างมีทิศทางที่สอดคล้องกับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564) ที่ได้กำหนดนโยบายแผนงานมุ่งขับเคลื่อนการดำเนินการด้านผู้สูงอายุ อย่างเป็นรูปธรรมผ่านภาคส่วนต่างๆ ทั้งภาครัฐ ภาคสังคม และภาคประชาชน ให้เกิดผลสัมฤทธิ์ได้อย่างดียิ่ง อย่างไรก็ตามที่ผ่านมาในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุเป็นแบบแยกส่วน ขาดการมีส่วนร่วม และไม่มีการบูรณาการระหว่างหน่วยงาน โดยการดูแลสุขภาพและความเจ็บป่วยนั้นเป็นภาระหน้าที่หลักของกระทรวงสาธารณสุข การดูแลในมิติทางสังคมและจิตสวัสดิการเป็นหน้าที่ของกระทรวงมหาดไทย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในชุมชน (Long Term Care : LTC) ขึ้น

เป็นปฏิบัติการที่ใช้ในการดูแล ส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู ให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีโดยทั่วกันเพื่อเป็นการกำหนดทิศทาง นโยบาย ยุทธศาสตร์ และมาตรการต่างๆ ที่ใช้ดำเนินการด้านผู้สูงอายุให้ชัดเจน มีการจำแนกผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ได้ 3 กลุ่มคือ กลุ่ม 1 กลุ่มติดสังคมหรือกลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่นได้สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในสังคมได้ กลุ่ม 2 กลุ่มติดบ้านผู้สูงอายุ กลุ่มที่ยังช่วยเหลือตัวเองได้บ้างแต่ช่วยเหลือผู้อื่นไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในสังคมได้น้อย กลุ่ม 3 ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง หรือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้⁽⁴⁾

จังหวัดมหาสารคามมีแนวโน้มผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับโครงสร้างประชากรของประเทศ ในปี พ.ศ. 2565 – 2567 ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นร้อยละ 16.73, 17.35, 17.81 ตามลำดับ สถานการณ์จำนวนผู้สูงอายุจังหวัดมหาสารคาม มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี ในปี พ.ศ. 2562 - 2564 มีจำนวน ร้อยละ 16.75, 17.48, 17.98 ตามลำดับ สถานการณ์จำนวนผู้สูงอายุอำเภอเมืองมหาสารคาม มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปี พ.ศ. 2562 – 2564 จำนวนผู้สูงอายุ ร้อยละ 18.39, 19.58, 20.61 ตามลำดับ และในพื้นที่ตำบลแวงน่าง ในปี พ.ศ. 2562 – 2564 จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น 18.79, 21.58, 22.62 ตามลำดับ ซึ่งเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แบบ (Completely Aging Society) แล้ว

โรคและปัญหาการเจ็บป่วยที่สำคัญในผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัว คือ โรคเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง/ หลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 33.30, 23.70 และ 12.96 ตามลำดับ⁽⁵⁾ จากการคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุพบว่ามีปัญหาสุขภาพ คือ โรคปวดข้อและกระดูก มีปัญหาทางการเคลื่อนไหว ร้อยละ 91 เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ร้อยละ 8.52 มีปัญหาการกลืน

และการขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ ร้อยละ 90⁽⁴⁾ และจากผลจากการคัดกรองพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุทั้ง 8 ข้อ⁽⁴⁾ มีผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพพึงประสงค์ประเด็นกิจกรรมทางกาย ไม่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 62.3 นับว่าเป็นอีกหนึ่งสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้มได้ง่าย ซึ่งสอดคล้องข้อมูลสถิติงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอเมืองมหาสารคาม พ.ศ. 2564⁽⁶⁾ ซึ่งส่วนใหญ่จะมีปัญหาเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง

ที่ผ่านมารูปแบบการจัดการตนเองในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม เนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านเป็นผู้สูงอายุ ที่ช่วยเหลือตนเองได้หรือต้องการความช่วยเหลือบางส่วน มีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตในสังคมมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานหรือต่อเนื่องบางประการ ทำให้ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นบ้างบางส่วน เช่น ในการเคลื่อนไหว นอกจากนี้ยังมีกลุ่มอาการของผู้สูงอายุ (geriatric syndrome) ที่มีผลต่อการเคลื่อนที่และการเข้าสังคม ทางด้านร่างกาย เช่น การมีความยากลำบากในการเคลื่อนที่ ทางด้านจิตใจ เช่น มีภาวะซึมเศร้า ทางด้านสติปัญญา การคิดรู้ เช่น ภาวะหลงลืมและสมองเสื่อม ในด้านสังคม ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านนี้ เป็นกลุ่มที่มีส่วนร่วมกับสังคมน้อยเนื่องจากมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดอันตราย เช่น ไม่สามารถไปร่วมกิจกรรมที่วัดได้ เช่น เดิม ซึ่งยังขาดรูปแบบการจัดการตนเองในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ที่ชัดเจนเหมาะสม ผู้สูงอายุยังขาดความรู้ความตระหนัก และทักษะในการสร้างเสริมสุขภาพตนเองที่ถูกต้อง

จากปัญหาที่ได้กล่าวมาทั้งหมดนี้ ผู้วิจัยสนใจและเล็งเห็นความสำคัญในการที่จะศึกษาและพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มที่เหมาะสมสอดคล้องกับสภาพพื้นที่ชุมชนบ้านหนองแวง ตำบลแวงน่าง อำเภอเมือง

จังหวัดมหาสารคาม ด้วยรูปแบบการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านเพื่อสร้างความเข้าใจ และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองอย่างเป็นกระบวนการ โดยมีบุคลากรทางสาธารณสุขเข้าให้ความรู้และความช่วยเหลือ สนับสนุนการจัดการตัวเองของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ซึ่งจะสามารถนำไปประยุกต์ใช้และพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเองเพื่อให้สามารถหลีกเลี่ยงอุบัติเหตุ พร้อมทั้งสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพของตนเองให้สามารถวางแผนจัดการตนเองต่อไปได้ โดยผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านต้องมีความรู้ ความเข้าใจ ในภาวะสุขภาพของตนเอง ผ่านการรวบรวมข้อมูล เพื่อให้การวางแผนการลงมือปฏิบัติอีกทั้งยังต้องประเมินผลการจัดการวางแผนนั้นด้วย เมื่อลงมือปฏิบัติแล้วจะต้องมีการประเมินผลสะท้อนอีกครั้ง เพื่อเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่วางแผนเอาไว้ อันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดำเนินชีวิตในชุมชนต่อไปอย่างมีความสุข ตามศักยภาพอย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี และมีคุณภาพชีวิตที่ดียาวนานต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม บ้านหนองแวง ตำบลแวงน่าง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดการตนเองในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม บ้านหนองแวง ตำบลแวงน่าง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม บ้านหนองแวง ตำบลแวงน่าง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

3. เพื่อประเมินการพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม บ้านหนองแวง ตำบลแวงน่าง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

4. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม บ้านหนองแวง ตำบลแวงน่าง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

การดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม บ้านหนองแวง ตำบลแวงน่าง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม โดยประยุกต์ใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ Mc Taggart⁽¹⁵⁾ ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection) โดยอาศัยทฤษฎีการจัดการตนเอง (Self-Management) ของ Creer⁽¹⁾ ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2565 ถึง เดือนกันยายน 2565 วิธีดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ขึ้นเตรียมการ ศึกษาสถานการณ์การจัดการตนเองในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ใช้การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) และการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ Thai Falls Risk Assessment test (Thai-FEAT) และให้การบ้านผู้สูงอายุโดยเป็นแบบบันทึกการสังเกตตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมในหนึ่งสัปดาห์ต่อจากนี้ ดำเนินการวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ดำเนินการระหว่างวันที่ 9 กรกฎาคม 2565

จากแบบประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ (กมลรัตน์ กิตติพิมพานนท์, 2554 น.158) เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบแล้วจึงปรับปรุงเนื้อหาตามข้อเสนอแนะ ค่า IOC ของแบบสัมภาษณ์ พบว่าข้อคำถามทุกข้อมีค่า IOC ≥ 0.67 และมีค่าผลรวมเท่ากับ 0.88 ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการทดสอบสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านเท่ากับ 0.748 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน เท่ากับ 0.781

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน รวบรวมข้อมูลโดยแบบบันทึกสุขภาพด้วยตนเอง การสังเกต แบบสอบถาม และการประเมินสุขภาพ

2. การศึกษาปัญหาและความต้องการในการจัดการตนเองดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน รวบรวมข้อมูลโดยกิจกรรมการจัดประชุมกลุ่ม การสอบถามการสนทนากลุ่มและบันทึกข้อมูล

3. การวางแผน รวบรวมข้อมูลโดยการสังเกตและบันทึกข้อมูลจากการเสนอกิจกรรมในการดูแลสุขภาพ

4. การปฏิบัติการ รวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถามภาวะสุขภาพผู้สูงอายุก่อนร่วมกิจกรรมและแบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

5. การสังเกตผลการปฏิบัติงาน รวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถามภาวะสุขภาพหลังร่วมกิจกรรม การสังเกต การสอบถาม และการบันทึกข้อมูล

6. การสะท้อนผลปฏิบัติ รวบรวมข้อมูลโดยการถอดบทเรียนรูปแบบการจัดการตนเองในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

7. การประเมินรูปแบบการจัดการตนเองในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม บ้านหนองแวง ตำบลแวงน่าง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม รวบรวมโดยแบบสอบถามภาวะสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านก่อนและหลังการพัฒนา

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม เลขที่ 8/2567

การวิเคราะห์ข้อมูล

ระยะที่ 1 สถานการณ์การจัดการตนเองในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม บ้านหนองแวง ตำบลแวงน่าง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ คือการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ คือ การศึกษาปัญหาและความต้องการในการจัดการตนเองในการสร้างเสริมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ได้แก่ การจำแนกประเภทข้อมูล ประมวลความเชื่อมโยงและการสร้างข้อสรุป

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการจัดการตนเองในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ คือการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนและประเมินภาวะสุขภาพ ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ คือ ศึกษา รูปแบบการจัดการตนเองในการสร้างเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่เสี่ยงต่อการพลัดตก หกล้ม ได้แก่ การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ด้วยการ จำแนกประเภทข้อมูล เชื่อมโยงความสัมพันธ์และ สร้างบทสรุปรูปแบบการจัดการตนเองในการ สร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่เสี่ยง ต่อการพลัดตกหกล้ม

ระยะที่ 3 การประเมินรูปแบบการจัดการ ตนเองในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้านที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

วิเคราะห์เปรียบเทียบ ภาวะสุขภาพ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านก่อนและหลังการพัฒนา รูปแบบ ด้วยสถิติทดสอบ t-test ที่ระดับความเชื่อมั่น $p < 0.05$

วิเคราะห์เชิงคุณภาพ คือ การศึกษา รูปแบบการจัดการตนเองในการสร้างเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่เสี่ยงต่อการพลัดตก หกล้ม ได้แก่ การจำแนกประเภทข้อมูล เชื่อมโยง ความสัมพันธ์และสร้างบทสรุปรูปแบบการจัดการ ตนเองในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์การจัดการตนเองในการ สร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม บ้านหนองแวง ตำบล แวงนาง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.30 อายุเฉลี่ย 71 ปี S.D. = 7.40 อายุต่ำสุด 61 ปี สูงสุด 91 ปี กลุ่มอายุ 61 - 70 ปีมากที่สุด ร้อยละ 56.7 ทุกคนในกลุ่มนับถือศาสนาพุทธ สถานภาพ สมรสส่วนใหญ่เป็นหม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่ ร้อยละ 53.30 รองลงมา คือ มีสมรส ร้อยละ 36.70 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่คือประถมศึกษา ร้อยละ 83.30 บางส่วนไม่ได้รับการศึกษา ร้อยละ 10.0

อาชีพส่วนใหญ่ไม่มี ร้อยละ 56.70 รองลงมาคือ รับจ้าง ร้อยละ 40.0 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1,000 บาท ร้อยละ 73.33 รายได้หลักมาจากเบี้ยยังชีพ ร้อยละ 53.34 รองลงมา จากลูกหลาน ร้อยละ 43.33 โดยร้อยละ 96.67 ระบุว่ารายได้ไม่เพียงพอ ด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่ ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 40.0 รองลงมา คือ ข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 26.7 และเบาหวาน ร้อยละ 16.7 ผู้สูงอายุกลุ่มที่มีประวัติหกล้มใน 6 เดือน ที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เคยหกล้ม 1 ครั้ง ร้อยละ 53.30 โดยส่วนมาก ล้มนอกบ้าน ร้อยละ 90.30 สาเหตุหลัก คือ ลื่น ร้อยละ 96.80 บาดเจ็บที่สะโพก ร้อยละ 40.0 และขาเข่า ร้อยละ 33.33 ส่วนใหญ่รักษาที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้เคียงบ้าน ร้อยละ 93.33 สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มที่ไม่มีประวัติหกล้มใน 6 เดือน ที่ผ่านมามีประเมินด้วย Thai-FEAT พบว่าส่วนใหญ่ มีความเสี่ยงปานกลาง ร้อยละ 46.66 รองลงมา คือ ความเสี่ยงมาก ร้อยละ 36.67 ด้านการจัดการ ตนเอง ผู้สูงอายุออกกำลังกายที่บ้าน เช่น แกว่งแขน ยกขา เดินเกาะราว การบริโภคอาหารมักเป็น อาหารที่ลูกหลานเตรียมให้ เช่น ปลาแห้ง ผักลวก แต่ผู้สูงอายุไม่ค่อยเจริญอาหาร การผ่อนคลาย ความเครียดทำโดยการสวดมนต์ ฟังหมอลำ หรือดู โทรทัศน์ การนอนหลับ มักไม่เป็นเวลา ง่วงนอนแต่ กลับนอนไม่หลับ นอกจากนี้ ผู้สูงอายุต้องการ กิจกรรมทางกายที่สนุก มีเพื่อนคุย และอยากมีความมั่นใจในการเข้าสังคมโดยไม่กลัวการหกล้ม จากการวิเคราะห์ปัญหา พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มติด บ้านขาดการจัดการตนเองในการสร้างเสริม สุขภาพ เนื่องจากขาดความมั่นใจ รู้สึกไม่มีคุณค่า เป็นภาระลูกหลาน และกลัวการหกล้ม นอกจากนี้ ผู้สูงอายุถูกปล่อยให้อยู่คนเดียวเมื่อสมาชิก ครอบครัวไปทำงาน การทำงานของหน่วยงาน สาธารณสุขและหน่วยงาน ท้องถิ่นไม่มีการบูรณาการ ส่งผลให้ปัญหาต่างๆ ไม่ได้รับการแก้ไข เพื่อแก้ปัญหา จึงมีการจัดประชุมคณะกรรมการเมื่อวันที่ 9 กรกฎาคม 2565

โดยใช้กระบวนการ Focus Group เพื่อกำหนดแผนดำเนินงาน เช่น การประเมินความเสี่ยงและพฤติกรรมในการป้องกันการหกล้ม

2. กระบวนการพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้านที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม บ้านหนองแวง ตำบลแวงน่าง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม การสนทนากลุ่มกับผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน พบว่าปัญหาอุปสรรคในการดูแลสุขภาพตนเองมีหลายด้าน โดยในด้านสุขภาพ ผู้สูงอายู้สึกว่าสุขภาพร่างกายเสื่อมถอย ทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างเต็มที่และรู้สึกเบื่อหน่ายหรือเหงา ด้านรายได้ก็เป็นปัญหาสำคัญ เนื่องจากรายได้จากเบี้ยยังชีพไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพและการรักษาพยาบาล นอกจากนี้ยังมีอุปกรณ์ช่วยเดิน เช่น ไม้เท้า แต่กลับไม่สะดวกในการใช้งาน และสภาพแวดล้อมภายในและภายนอกบ้านก็ไม่เหมาะสมต่อการดำเนินชีวิต ซึ่งทำให้มีความเสี่ยงที่จะเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย ในการสำรวจความต้องการและความคาดหวังของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุต้องการการปรับปรุงสภาพแวดล้อมในบ้านเพื่อความปลอดภัย เช่น การติดราวจับเพื่อช่วยในการเดิน และอยากมีกิจกรรมที่ทำร่วมกับเพื่อนๆ เพื่อส่งเสริมสุขภาพและลดความเหงา เมื่อประเมินความรู้และพฤติกรรมด้านสุขภาพก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่าผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองในระดับไม่ดี โดยมีคะแนนเฉลี่ย 9.8 S.D. = 4.39 และพฤติกรรมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีบางกิจกรรมที่ผู้สูงอายุไม่เคยทำ เช่น การตรวจวัดสายตาและการดูแลแสงสว่างในบ้าน ในการพัฒนาแผนปฏิบัติการ ผู้วิจัยได้ใช้เครื่องมือชุดการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีการจัดทำแผนการเรียนรู้ที่ครอบคลุมการป้องกันการหกล้ม การหลงลืม ความซึมเศร้า และการดูแลโภชนาการสำหรับผู้สูงวัย หลังจากการดำเนินกิจกรรมตามแผน

พบว่าผู้สูงอายุมีความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มขึ้น และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มีความปลอดภัยและสุขภาพดีขึ้น

3. ประเมินการพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้านที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม บ้านหนองแวง ตำบลแวงน่าง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม พบว่า หลังการพัฒนา ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน มีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 16.33 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.02 อยู่ในระดับดี จากเดิมอยู่ในระดับไม่ดี เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า ผู้สูงอายุตอบถูกน้อยที่สุด เรื่องการกินอาหารที่มีรสหวาน จัดทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน การกินอาหารที่มีกากใย เช่น ผัก ผลไม้ เป็นประจำทุกวัน ช่วยให้ระบบขับถ่ายดี ป้องกันโรคมะเร็งและช่วยป้องกันโรคภาวะไขมันในเลือดสูง จำนวน 16 คนเท่านั้น สอดคล้องกับข้อมูลจากการสอบถาม พบว่า กินข้าวไม่กินหวาน เหมือนไม่ได้กินข้าว หลังกินข้าวต้องตามด้วยของหวานหรือผลไม้ ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านหลังร่วมกิจกรรม พบว่า ช่วยเหลือตัวเองได้บ้างส่วนใหญ่อยู่นะระดับมาก ร้อยละ 60.0 รองลงมาช่วยเหลือตัวเองได้บ้างระดับปานกลาง ร้อยละ 33.30 เมื่อพิจารณารายบุคคล พบว่า คะแนน ADL เพิ่มขึ้น ช่วยเหลือตัวเองได้เพิ่มมากขึ้น จาก 10 คะแนน เป็น 18 คะแนน จำนวน 1 คน และ 19 คะแนน จำนวน 1 คน และเปลี่ยนสภาพเป็นผู้สูงอายุติดสังคม รวม 2 คน พฤติกรรมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านหลังร่วมกิจกรรม ที่ปฏิบัติเป็นประจำ 5 อันดับแรก ได้แก่ 1. สวมรองเท้าที่ปลอดภัย 2. ออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 30 นาที ร้อยละ 100 เท่ากัน 3. ออกกำลังกายที่เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การเพิ่มความสามารถในการทรงตัว ร้อยละ 90.0 4. ถ้ามีการเปลี่ยนท่าต่างๆ การลุกนั่ง การลุกยืนอย่างช้าๆ และถูกวิธีด้วย

ความมั่นใจไม่รีบเร่ง และ 5. ใช้ที่ยึดเกาะกับสิ่ง
พยุงที่มั่นคงขณะเอื้อมมือ หรือก้มลง ร้อยละ 80.0
เท่ากัน ส่วนพฤติกรรมที่ไม่เคยปฏิบัติ 2 อันดับ
ได้แก่ 1) ปรึกษาแพทย์ทุกครั้งเมื่อมีปัญหาเรื่อง
การรับประทานยา หรือผลข้างเคียงของยา เช่น
เวียนศีรษะ หน้ามืด ร้อยละ 90.0 และ 2) การซื้อยา
รับประทานเอง เช่น ยานอนหลับ ร้อยละ 86.7 ซึ่ง
โดยภาพรวมแล้วมีพฤติกรรมในการป้องกันการ
การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน
หลังร่วมกิจกรรม อยู่ในระดับมาก

4. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนารูปแบบ
การจัดการตนเองในการสร้างเสริมสุขภาพของ
ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม
บ้านหนองแวง ตำบลแวงน่าง อำเภอเมือง จังหวัด
มหาสารคาม ปัจจัยที่ทำให้เกิดความสำเร็จ
ประกอบด้วย 4 ปัจจัย 1) ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน
เกิดความมั่นใจในการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน
และรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ตนเป็นที่พึ่งแห่งตน
จิตเป็นนาย กายเป็นบ่าว หลังการประเมิน ตามขั้นตอน
ที่ได้วางแผนในการจัดการสุขภาพตนเองเพื่อ
ป้องกันการหกล้มเป็นไปตามเป้าหมาย 2) มีแกนนำ
สุขภาพ (Health Maker) ที่เข้มแข็ง องค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณ และเป็นเจ้าภาพหลัก
3) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สนับสนุนและ
เป็นที่เลี้ยง 4) ประชาชนในชุมชนให้ความร่วมมือ
ทุกกระบวนการ

อภิปรายผล

ผลจากการวิจัยพัฒนารูปแบบการจัดการ
ตนเองในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
กลุ่มติดบ้านที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม บ้านหนองแวง
ตำบลแวงน่าง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม
มีประเด็นที่น่าสนใจอภิปรายผล ดังนี้

1. สถานการณ์การจัดการตนเองใน
การสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มติดบ้านที่เสี่ยงต่อ
การพลัดตกหกล้ม บ้านหนองแวง จากการศึกษา
วิจัย พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพและ

มีรายได้หลักจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและการช่วยเหลือ
จากลูกหลาน ทำให้ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่าย
ประจำเดือน ประวัติการพลัดตกหกล้มภายใน
6 เดือนที่ผ่านมา พบว่า ส่วนใหญ่เคยล้ม 1 ครั้ง
เกิดบริเวณนอกบ้านจากการลื่นล้ม นอกจากนี้ ยังมี
ประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง ข้อเข่าเสื่อม และ
เบาหวาน สอดคล้องกับงานวิจัยของพิศสมัย บุญเลิศ⁽⁷⁾
ที่พบว่าปัญหาสุขภาพกายเสื่อมตามอายุ มักเกี่ยวกับ
โรคเรื้อรัง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง หัวใจ
ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ต้อกระจก ไต สมอเสื่อม
ข้ออักเสบจากข้อเสื่อม การหกล้ม มะเร็ง และ
เนื้องอก การวิเคราะห์สถานการณ์พบว่าผู้สูงอายุ
กลุ่มติดบ้านที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม พบว่า
ไม่มีการจัดการตนเองในการสร้างเสริมสุขภาพ
เนื่องจากขาดความมั่นใจ รู้สึกไม่มีคุณค่า เก็บตัว
ว่างงาน เป็นภาระลูกหลาน ขาดแรงบันดาลใจ
กลัวการหกล้ม ไม่รู้ว่าการหกล้มป้องกันได้ และ
ถูกปล่อยให้อยู่คนเดียวในช่วงกลางวัน สอดคล้อง
กับการศึกษาของนริสา วงศ์พนารักษ์⁽⁸⁾ ซึ่งพบว่า
การเปลี่ยนแปลงทางสังคมของผู้สูงอายุทำให้
บทบาทลดลง ขาดการติดต่อสื่อสารกับสังคม
ส่งผลให้รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่าและสูญเสีย
บทบาทในการตัดสินใจ รวมถึงความมั่นใจใน
ตนเอง

2. การพัฒนารูปแบบการจัดการตนเอง
ในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน
ที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มบ้านหนองแวง พบว่า
มี 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ขึ้นเตรียมการก่อนการ
วิจัย (Preliminary phase)

ศึกษาสถานการณ์การดูแล
สุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่เสี่ยงต่อการพลัดตก
หกล้ม วิเคราะห์ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน
การจัดการตนเองในการสร้างเสริมสุขภาพของ
ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม
สภาพปัญหาแนวทางปฏิบัติในการจัดการ
ตนเองในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

กลุ่มติดบ้านที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม การสนทนากลุ่ม (Group Discussion) ใช้เวลาในการสนทนาประมาณ 60 นาที ศึกษาสถานการณ์ การจัดการตนเองในการสร้างเสริมสุขภาพของ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ให้การบ้านโดยเป็นแบบบันทึกการสังเกตตนเอง เกี่ยวกับพฤติกรรมในหนึ่งสัปดาห์ต่อจากนี้ ในเรื่อง เกี่ยวกับการออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การผ่อนคลายความเครียดและการนอนหลับ

ขั้นที่ 1 การวางแผน (Planning)

ประชุมคณะทำงานเชิงปฏิบัติการโดยใช้ Focus Group เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและประเมินความเสี่ยงจากการหกล้ม พบว่าการแก้ไขปัญหาผู้สูงอายุเน้นการจัดการตนเองเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจและเปลี่ยนพฤติกรรม โดยมี Health Maker ให้ความรู้และช่วยพัฒนาทักษะการดูแลตนเองและป้องกันอุบัติเหตุ การประเมินผลต้องทำอย่างต่อเนื่องและเปรียบเทียบกับเป้าหมาย สอดคล้องการศึกษาของ วิโชติ ผ่าผิวดี ที่วิเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน และยุวดี รอดจากภัย ที่ศึกษาการพัฒนาชุมชนและครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ โดยเน้นบทบาทของผู้ดูแล

ขั้นที่ 2 ปฏิบัติการ (Action)

จัดประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานและประเมินความรู้ก่อนการพัฒนา (Pre-test) ดำเนินกิจกรรมตามแผนที่กำหนด จำนวน 4 แผนงาน ได้แก่ แผนการเรียนรู้ ไม่ล้ม ออกกำลังกาย จากกิจวัตรประจำวัน ประเภทการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ได้แก่ การเดิน กายบริหาร รำมวยจีน ข้อควรระวังในการออกกำลังกาย เช่น หยุดเมื่อรู้สึกเหนื่อยหรือล้า แผนการเรียนรู้ ไม่ล้ม เพลงประกอบท่าเต้นเพื่อเตือนความจำและป้องกันการหลงลืม ให้ผู้สูงอายุแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเล่าประสบการณ์ แผนการเรียนรู้ ไม่ล้มเศร้า กิจกรรมลดเครียด เช่น ความสุข 5 มิติ แผนการเรียนรู้ กินข้าวอร่อย โภชนาการของผู้สูงอายุ เช่น

การรับประทานให้ครบ 5 หมู่ สุขภาพช่องปาก เช่น การแปรงฟันอย่างถูกวิธี

ขั้นที่ 3 การสังเกต (Observation)

เข้าร่วมสังเกตการณ์และประเมินภาวะสุขภาพ

ขั้นที่ 4 การสะท้อน (Reflection)

รูปแบบการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มมีความร่วมมือดี แต่ต้องการกระตุ้นจากผู้อื่นผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมาย เริ่มมีความมั่นใจในตนเองและความหวังว่าจะกลับไปแข็งแรงตามเดิม การประเมินผลตนเอง เทียบกับเป้าหมายมีข้อจำกัดบางประการ เช่น ขาดอุปกรณ์ในการออกกำลังกาย ซึ่งผู้วิจัยจะสนับสนุนเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ดียิ่งขึ้น

ระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนา

รูปแบบการจัดการตนเองในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม บ้านหนองแวง ตำบลแวงน่าง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

3. ผลการประเมินการพัฒนา รูปแบบ

การจัดการตนเองในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ในบ้านหนองแวง พบว่า รูปแบบการจัดการตนเองได้ปรับเปลี่ยนทัศนคติของผู้สูงอายุและทำให้พวกเขามีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองและความสามารถ ในการทำกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของชดช้อย วัฒนะ⁽¹²⁾ ที่พบว่ากิจกรรมสนับสนุนการจัดการตนเองที่ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการตนเอง ช่วยเพิ่มความรู้และสมรรถนะในการควบคุมโรค ส่งผลให้สุขภาพดีขึ้นและลดความเสี่ยงการเกิดโรค จากการพิจารณารายบุคคล พบว่าผู้สูงอายุติดบ้าน จำนวน 2 คน มีคะแนนจาก 10 คะแนน เป็น 18 และ 19 คะแนน และเปลี่ยนสภาพเป็นผู้สูงอายุติดสังคม การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านจัดการตนเองจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะบรรลุเป้าหมายในการพัฒนาทักษะ

ความรู้ และความเชื่อมั่นในการดูแลสุขภาพของตนเอง นอกจากนี้ การค้นหาและสอบถามปัญหาจากครอบครัวเพื่อแก้ไขอุปสรรค โดยร่วมงานกับผู้ดูแลหลักในครอบครัว โดยเฉพาะบุตรหลาน จะช่วยให้การจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมีประสิทธิภาพมากขึ้น Health Maker ควรให้ความรู้และช่วยเหลือในการจัดการตนเองเพื่อลดความเสี่ยงการพลัดตกหกล้ม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉรพรรณ ค้ายาศิ⁽¹³⁾ ที่พบว่า การสร้างสัมพันธ์ภาพและการให้ความรู้ผ่านวิธีทัศน์ทำให้ผู้ป่วยเอดส์สามารถจัดการการรับประทานยาต้านไวรัสได้สำเร็จและมีประสิทธิภาพ

4. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในบ้านหนองแวง ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ตั้งเป้าหมาย 2) รวบรวมข้อมูล 3) ประมวลผลข้อมูล 4) การตัดสินใจ 5) ลงมือปฏิบัติ และ 6) สะท้อนการปฏิบัติ การพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองนี้ใช้แนวคิด Chair Model ซึ่งประกอบด้วย Community มีการประชุมคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุเพื่อติดตามปัญหาและจัดแบ่งพื้นที่การดูแลผู้สูงอายุติดบ้านเป็น 5 คุ่ม Heart จับคู่ดูแลสุขภาพซึ่งกันและกัน ส่งเสริมการออกกำลังกายร่วมกัน และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกินอาหารที่ลดหวาน มัน เค็ม โดยมี 15 คู่ Appreciate มีทีมพี่เลี้ยงติดตามเสริมแรงและบันทึกข้อมูลสุขภาพในสมุดบันทึก Implement แคนนำสุขภาพ (Health Maker) ให้ความรู้และฝึกทักษะการออกกำลังกายด้วยการใช้เก้าอี้ ยึดเหยียด และประกอบเพลงพื้นบ้าน 5 วันต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลา 3 เดือน Resource Sharing ใช้ทรัพยากรร่วมกันจากกองทุนหลักประกันสุขภาพและ สสส. ปัจจัยที่ทำให้เกิดความสำเร็จ ประกอบด้วย 4 ปัจจัย ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมีความมั่นใจในการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนและรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง 2) แคนนำสุขภาพ (Health Maker) ที่

เข้มแข็ง 3) การสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ 4) การให้ความร่วมมือจากประชาชนในชุมชนในทุกกระบวนการ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561 - 2580 (ฉบับประกาศราชกิจจานุเบกษา). กรุงเทพมหานคร: 2561.
2. กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข สำนักส่งเสริมสุขภาพ. วิธีชีวิตใหม่ห่างไกลโควิด-19. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
3. วิพรรณ ประจวบเหมาะ และ ชลธิชา อัครนิรันดร์. การเปลี่ยนแปลงทางประชากรและข้อมูลสถิติที่สำคัญเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ใน มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) และวิทยาลัยประชากรศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. รายงานประจำปีสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2554. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์พงษ์พาณิชย์เจริญผล; 2555.
4. รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์. รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในเขตเทศบาลเมืองมหาสารคาม. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, คณะสาธารณสุขศาสตร์; 2559.
5. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแวง ตำบลแวงน่าง. รายงานการตรวจราชการกรณีปกติ ประจำปี 2557. มหาสารคาม: 2567.
6. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองมหาสารคาม. รายงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปี 2559. มหาสารคาม: 2564.

7. พิศสมัย บุญเลิศ. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน ตำบลสิงห์โคก อำเภอกษัตริย์ จังหวัดร้อยเอ็ด. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น; 2559.
8. นริสา วงศ์พนารักษ์. การสร้างเสริมสุขภาพทางจิตในสังคมผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2556; 6(2): 160-164.
9. วิโชติ ผ่าผิวดี. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยภาคีผู้สูงอายุในชุมชนบ้านหนองเสือ ตำบลศรีสุข อำเภอสำโรงพา จังหวัดสุรินทร์ (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2556.
10. ยุวดี รอดจากภัย. รูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ. รายงานการวิจัย. คณะสาธารณสุขศาสตร์: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2557.
11. จิราภา ศรีนุกูล. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของพนักงานการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, คณะสาธารณสุขศาสตร์; 2561.
12. ชดช้อย วัฒนะ. การสนับสนุนการจัดการตนเอง: กลยุทธ์ในการส่งเสริมการควบคุมโรค. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี 2558; 26 (1): 117-127.
13. อัจฉรพรรณ ค้ายาดี. การพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองอย่างมีส่วนร่วมต่อความสม่ำเสมอของการใช้ยาต้านไวรัสในผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลบ้านไร่ จังหวัดอุทัยธานี (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต). คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2553.
14. Creer, L. T. Self-Management of Chronic Illness. In Boekaerts, M., Pintrich, P. R., & Zeidner, M. (Eds.). Handbook of Self-Regulation. San Diego, CA: Academic Press. 2000: 601-629.
15. Kemmis, S. and McTaggart, R. The Action Research Reader. 3rd ed. Geelong: Deakin University Press; 1990.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การพัฒนาแบบประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชไม่ป่วยซ้ำ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
รพ.สต.บ้านหนองบัวสันต ตำบลหนองบัวสันต อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม
Developing a self-care experience model for psychiatric patients to prevent relapse
by community participation Nong Bua Santu Subdistrict Health Promoting Hospital
Nong Bua Santu Subdistrict Yang Si Surat District Maha Sarakham Province

พรนิภา ไมตรีแพน¹, รัธบัณฑิต ไมตรีแพน²
Pornipa Maitrepan¹, Ratthabundit Maitrepan²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการเฝ้าระวังอาการ
ผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน รพ.สต.บ้านหนองบัวสันต ระยะเวลาดำเนินการ เดือน มกราคม
2564 – กันยายน 2565 ดำเนินการพัฒนาโดยวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา ประสบการณ์การดูแลตนเอง
ของผู้ป่วยจิตเวชไม่ป่วยซ้ำ จากการทบทวนการดูแลผู้ป่วย สัมภาษณ์เชิงลึก ประชุมเตรียมความพร้อมและ
สร้างความเข้าใจ คั้นข้อมูลสู่ชุมชน นำเสนอข้อมูลสภาพปัญหาการดูแลในพื้นที่รับผิดชอบ ร่วมกันออกแบบ
แนวทางดำเนินงานติดตามสรุปผล ถอดบทเรียนทุก 2 เดือน เครื่องมือการวิจัย แบบประเมินสภาพจิตของ
ผู้ป่วยจิตเวช แบบสัมภาษณ์คำถามปลายเปิด แบบสัมภาษณ์ แบบสังเกต แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยและ
แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณ : จำนวน ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์
เชิงเนื้อหา และตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยวิธีสามเส้า

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย (1) ปรับการทำงานของงานสุขภาพจิต
และจิตเวช โดยให้พยาบาลวิชาชีพประจำ รพ.สต. เป็นผู้รับผิดชอบหลัก (2) พัฒนาศักยภาพพยาบาลวิชาชีพ
ให้ผ่านการอบรมสาขาสุขภาพจิตและจิตเวชหลักสูตรระยะสั้น 3 วัน (3) พัฒนาศักยภาพเครือข่าย
สุขภาพจิตชุมชนทั้งในระดับหมู่บ้านให้มีความรู้ ทักษะ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านอย่างมีประสิทธิภาพ
(4) คั้นข้อมูลให้กับชุมชนที่มีผู้ป่วยจิตเวชที่มีการกำเริบบ่อยๆ พร้อมกับเสวนา ประชุมระดมสมอง
เพื่อร่วมกันออกแบบการดูแลเฝ้าระวังโดยชุมชนและกระตุ้นปรับเปลี่ยนทัศนคติของชุมชนให้เกิด
ความตื่นตัวและตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน (5) ถอดบทเรียนเพื่อจัดทำรูปแบบ
การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน (6) ชุมชนเป็นผู้ค้นหา คัดกรองผู้ป่วย ระบุปัญหาและความต้องการผู้ป่วย
(7) ติดตามและประเมินผลใช้ระบบการติดต่อประสานงานหลายช่องทางปรับปรุงกิจกรรมการดำเนินงาน
ประเมินผลเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง ประเมินผลพบว่า (1) ประชาชนทั่วไปมีความรู้สึกเป็นเจ้าของมีศักยภาพ
ในการค้นหาคัดกรองให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเกิดเครือข่ายงานสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน (2) ผู้ป่วยจิตเวช
ในชุมชน ได้รับการค้นหา คัดกรอง เพื่อนำผู้ป่วยเข้ารับการรักษา โดยพยาบาลในพื้นที่และชุมชนมีส่วนร่วม

¹เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน, ²พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ สสอ.ยางสีสุราช

(3) ด้านผลลัพธ์การดูแล พบผู้ป่วยจิตเวช 25 คน ที่ได้รับการดูแลที่บ้านภายหลังสิ้นสุดการดำเนินการพัฒนาระบบบริการส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นอย่างชัดเจนโดยสามารถดูแลตนเองได้ 24 คน ส่วนอีก 1 คน ไม่ดีขึ้น เนื่องจากดื่มสุรา สูบบุหรี่แล้วมีอาการทางจิตกำเริบ 1 คน ไม่มีอุบัติเหตุฆ่าตัวตาย ทำร้ายตนเองและผู้อื่น

คำสำคัญ : เฝาระวัง, จิตเวช, ชุมชน

Abstract

This action research aims to develop and evaluate a model for monitoring symptoms of psychiatric patients with community participation. Nong Bua Santu Subdistrict Health Promoting Processing period: January 2021 - September 2022 Conduct development by analyzing problem situations Self-care experience of psychiatric patients so that they do not get sick again from reviewing patient care In-depth interview Meeting to prepare and create understanding Return information to the community Present information on care problems in area of responsibility Jointly design operational guidelines Follow up on results lesson learned Every 2 months research tools Mental status assessment form for psychiatric patients Interview format with open-ended questions Interview form Observation form Patient record form Home visit record form for data analysis Quantitative data : Quantity of qualitative data Use content analysis and check the reliability of the information by triangular method

The results of the study found that Developed format Developed format together with (1) Adjust the work of mental health and psychiatry By having professional nurses stationed at the Subdistrict Health Promoting Hospital is the main responsible person (2) Develop the potential of professional nurses To undergo training in the field of mental health and psychiatry Short course 3 days (3) Develop the potential of community mental health networks Community mental health at the village level To have knowledge Skills Effective care for psychiatric patients at home (4) Return information to communities with psychiatric patients who frequently relapse Along with a discussion and meeting Brainstorm to jointly design community-based surveillance and stimulate changes in community attitudes to create awareness and realize the importance of caring for psychiatric patients in the community (5) Lessons learned to create a model for caring for psychiatric patients in the community (6) The community is the searcher Screening patients Identify patient problems and needs (7) Monitor and evaluate Use a multi-channel coordination system Improve operational activities Continuous periodic evaluation of operations Evaluation found that (1) The general public has a sense of belonging Has the potential to search and filter Provide assistance to patients A network of mental health and psychiatric work in the community was born (2) Psychiatric patients in the community Get searched filtered To bring patients into care by nurses in the area and the community is involved (3) Results of care Found 25 psychiatric patients receiving care at home After the end of service system development For the most part there have been clear changes for the better 24 people were able to take care of themselves, while another 1 person did not improve Due to drinking alcohol and smoking, 1 person had relapsed psychotic symptoms There were no incidences of suicide. Harm yourself and others

Keywords : surveillance, psychiatry, community

บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในประชากรทั่วโลก โดยพบว่าโรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่พบได้มากที่สุด และโรคจิตเภท ก็เป็นโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยที่สุดในประเทศไทย⁽¹⁾ แต่มีเพียงครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยที่สามารถเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลในประเทศกำลังพัฒนาทั่วโลก มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 10 เท่านั้น ที่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ และผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาทั่วโลก 1 ใน 3 มีประวัติการกลับเข้ารับรักษาซ้ำ และมีอาการรุนแรงตลอดชีวิต ที่เหลือ 2 ใน 3 จะมีอาการเรื้อรังตลอดชีวิต ผลกระทบของโรคจิตเภทเกิดขึ้นต่อบุคคล ครอบครัว และชุมชน ส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพของผู้ป่วย ก่อให้เกิดภาวะโรคเรื้อรังและความพิการมีความพร้อมในการปฏิบัติหน้าที่ประจำวัน บกพร่องในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และทักษะการเข้าสังคม ส่งผลต่อครอบครัวที่ต้องแบกรับภาระในการดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานาน เป็นตราบาป (Stigma) ครอบครัว ถูกตีตรา ญาติรู้สึกอับอายที่มีผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในครอบครัว ชุมชนได้รับผลกระทบหรือความเสียหาย เตือนร้อนรำคาญ ชุมชนรู้สึกรังเกียจและกลัว รู้สึกไม่ปลอดภัย อีกทั้งยังมีทัศนคติ

กรมสุขภาพจิต ได้พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยโดยประยุกต์โครงการลดช่องว่างทางสุขภาพจิตขององค์การอนามัยโลก มาปรับใช้กับบริบทของสังคมไทย ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น จาก ร้อยละ 48.80 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 57.20 หากแต่การดูแลรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนยังต่ำ โดยเฉพาะโรคจิตเภท (Schizophrenia) หากไม่ได้รับการดูแลต่อเนื่องจะทำให้เกิดอาการกำเริบซ้ำ เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล รวมทั้งก่ออาชญากรรม ความรุนแรงในสังคม ปัญหาอีกประการ คือ ปัญหาโรคซึมเศร้าซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในปัจจุบันและ

อนาคต พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง⁽¹⁾

การดำเนินโรคของผู้ป่วยจิตเภท มี 5 แบบคือ หายขาดไม่กลับเป็นซ้ำ หายโดยกลับเป็นซ้ำ หายแต่ไม่สามารถเข้าสังคมได้ มีความบกพร่องในบุคลิกภาพ เป็นเรื้อรังแต่ไม่มีอาการรุนแรงนาน 2 ปี และเป็นเรื้อรังมีการเสื่อมของบุคลิกภาพ (Sadock and Sadock, 2000) ซึ่งปัญหาการป่วยซ้ำพบว่า มาจากผู้ป่วย ไม่มีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภทและยา มีทัศนคติต่อโรคและยาจิตเวชไม่ดี ตลอดจนสัมพันธภาพครอบครัวและชุมชนไม่ดี ขาดความตระหนักในการรับประทานยา ใช้สารเสพติด ความเครียดของผู้ป่วย ขาดการดูแลตนเองเพื่อป้องกันอาการกำเริบ ญาติหวาดกลัว เบื่อหน่าย ท้อแท้ ในการดูแล ผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจโรคจิตเภทและยา ไม่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วย มีทัศนคติไม่ดีต่อผู้ป่วย ผู้ดูแลที่มาส่งและรับผู้ป่วยไม่ใช่ผู้ดูแลหลัก ชุมชนไม่ยอมรับผู้ป่วยให้ทำงาน ไม่ช่วยเหลือทางสังคมขาดความตระหนักและความรู้เรื่องโรคจิตเภท และพบว่าปัจจัยทำนายอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเอง สถานภาพสมรส การแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม และในชุมชนมีผู้ป่วยจิตเภทบางส่วนสามารถดูแลตนเองได้ดีอยู่ร่วมกันในชุมชนได้โดยไม่มีอาการป่วยซ้ำ

ผู้ป่วยสุขภาพจิตที่มีอาการกำเริบจะส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชนอย่างต่อเนื่องจากการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชในเขตรับผิดชอบ รพ.สต.หนองบัวสันต มกราคม 2564 – กันยายน 2565 มีจำนวน 25 คน ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการทางจิตกำเริบในรอบ 3 ปี ที่ผ่านมามีจำนวน 1 คน มีอาการ 2 - 3 ครั้ง/ปี จากการที่ผู้วิจัยได้ปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยรายกรณี (Case Management) และการดูแลที่บ้าน (Home Care) ในระหว่าง เดือนตุลาคม 2564 – ธันวาคม 2565

ในเขตรับผิดชอบ รพ.สต.หนองบัวสันทู โดยดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง 1 คน ที่มีอาการทางจิตกำเริบ นำส่งโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โดยเจ้าหน้าที่ตำรวจ เคยเข้ารับการรักษาซ้ำ 2 ครั้ง ภายในระยะเวลา 4 เดือน ผลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชพบว่าหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลจิตเวช ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพจากหน่วยงาน สาธารณสุข จากชุมชน มีการสนับสนุนทางสังคม มีพยาบาลติดตามให้การดูแลที่บ้านผู้ป่วย ผู้ป่วยรับยาต่อเนื่อง สามารถดำเนินชีวิตประจำวันประกอบอาชีพได้ และอยู่ในชุมชนได้นานขึ้น ประสพการณ์นี้ชี้ให้เห็นว่า การดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยใช้วิธีการการดูแลผู้ป่วยรายกรณี และการดูแลที่บ้านและการมีส่วนร่วมของชุมชน ช่วยเหลือผู้ป่วยได้จริง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงขยายการดำเนินงานจากระดับบุคคลมาเป็นองค์กรภาคี เครือข่ายการมีส่วนร่วม โดยพัฒนาให้มีระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ที่บ้านขึ้นในชุมชน ซึ่งการพัฒนานี้สอดคล้องกับเป้าหมายของการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต มุ่งเน้นการทำงานเชิงรุก โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อการพัฒนารูปแบบประสพการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชไม่ป่วยซ้ำ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน รพ.สต.บ้านหนองบัวสันทู ตำบลหนองบัวสันทู อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต สามารถเกิดอาการป่วยกำเริบซ้ำได้ ทำให้การทำหน้าที่ต่างๆ ลดลง ประกอบกับนโยบายกรมสุขภาพจิตให้ผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบรักษาตัวในโรงพยาบาลระยะสั้นลง และส่งเสริมให้กลับไปอยู่ในชุมชนร่วมกับครอบครัวมากขึ้น ในบางรายอาจยังมีความบกพร่องในการดูแลตนเองจนเกิดการกำเริบซ้ำ แต่ก็มีไม่น้อยที่สามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติในชุมชนโดยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี โดยผู้ป่วยจิตเภทมีการดูแลเพื่อป้องกันอาการกำเริบ โดยการรับประทานยา ใช้สารเสพติดหลายชนิด และการ

ทะเลาะวิวาทที่รุนแรงกับครอบครัว เป็นสาเหตุให้เกิดอาการกำเริบ การประกอบอาชีพมีรายได้เป็นของตนเอง และมีกิจกรรมร่วมกับคนในครอบครัว ชุมชนทำให้ผู้ป่วยภาคภูมิใจที่สุด

การดูแลตนเอง เป็นพฤติกรรมกรรมการดูแลคนทั้งคนอย่างเป็นองค์รวม โดยรวมทั้งกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองด้านร่างกายและด้านจิตใจของ Hill and Smith (1990) และแนวคิดการดูแลตนเองของ Orem (2001) ร่วมกับแนวคิดของพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านสุขภาพจิต ประกอบด้วย การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีคุณภาพ การใช้เวลาว่างอย่างมีประสิทธิภาพ การเตรียมเผชิญปัญหา การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเอง ด้านร่างกาย การปฏิบัติศาสนกิจ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่ในกลุ่มจิตเภทไม่ป่วยซ้ำมีไม่มาก การใช้งานวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา ซึ่งเป็นระเบียบวิธีการวิจัยรูปแบบหนึ่งของวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อทำความเข้าใจประสพการณ์ของแต่ละบุคคล และศึกษาโลกของการดำเนินชีวิตอยู่ เป็นทั้งปรัชญาและวิธีการสืบค้นและอธิบายโดยตรง จากปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งหมด รวมตลอดถึงประสพการณ์ของมนุษย์ ตามสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้น โดยไม่คำนึงถึงทฤษฎีหรือคำอธิบาย อีกระจากแนวคิดเดิมและการคาดการณ์ต่างๆ มากที่สุด จะทำให้เราเข้าใจการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทไม่ป่วยซ้ำมากที่สุด

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบประสพการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชไม่ป่วยซ้ำ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน รพ.สต.หนองบัวสันทู อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

วิธีดำเนินการวิจัย

วิธีการศึกษา ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้แนวคิดของ Kemmis & Mc Taggart ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ วางแผน ปฏิบัติการ สังเกตการณ์ ประเมินผล และแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) ดำเนินการ 2 วนรอบ ระยะเวลา ดำเนินการวิจัย เดือน ตุลาคม 2565 - กรกฎาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา : การศึกษาคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มที่ร่วมพัฒนารูปแบบประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชไม่ป่วยซ้ำ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน คือ แพทย์เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ภาศึเครือข่าย นายยก อบต. ส.อบต. ผู้นำชุมชน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อสม. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 65 คน

2. ผู้ป่วยจิตเวชไม่ป่วยซ้ำ จำนวน 25 คน ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 20 คน รวมกลุ่ม ตัวอย่างทั้งหมด 110 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบประเมินสภาพจิตของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย และแบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน แบบสัมภาษณ์คำถามปลายเปิด แบบสัมภาษณ์ แบบสังเกตแบบบันทึกข้อมูล และแบบประเมินการมีส่วนร่วม

ความสำคัญของปัญหา

ด้านผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล	ด้านชุมชน	ด้านเจ้าหน้าที่
(ผู้ป่วยจิตเวชไม่ป่วยซ้ำ 25 คน) 1. ผู้ป่วยกระจายอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ทั้ง 7 หมู่บ้าน ทำให้มีการดูแลไม่ครอบคลุม 2. ผู้ป่วยมีพฤติกรรมใช้สารเสพติด ดื่มสุรา กาแฟ และสูบบุหรี่เป็นประจำทุกวัน 3. ญาติผู้ดูแลขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพราะอายุเมื่อเพื่อนบ้านไม่ให้การยอมรับ 4. ผู้ป่วยบางรายไม่มีญาติคอยช่วยเหลือดูแลอาศัยอยู่เพียงคนเดียวตามลำพัง	1. ชุมชนไม่ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยจิตเวช 2. คนในชุมชนคิดว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเวชไม่ใช่หน้าที่ของตนเองแต่เป็นหน้าที่ของ จนท.สาธารณสุข เพียงฝ่ายเดียว 3. ชุมชนยังขาดทักษะการเฝ้าระวังอาการของผู้ป่วยจิตเวชเมื่อมีอาการกำเริบ 4. สิ่งแวดล้อมในชุมชนที่เป็นปัจจัยกระตุ้น 4.1 คนในชุมชนตั้งวงดื่มเหล้าสูบบุหรี่เป็นประจำทุกวัน 4.2 ชุมชนมีแหล่งมั่วสุมยาเสพติด	1. เจ้าหน้าที่บางคนยังขาดทักษะการเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยจิตเวช 2. หน่วยงานมีนโยบายการดำเนินงานสุขภาพจิตและจิตเวชตามโครงการของจังหวัดไม่ได้ดำเนินการต่อเนื่องไม่ได้กำหนดผู้รับผิดชอบโดยตรงไม่มีแนวทางการดำเนินงานระหว่างองค์กรที่เกี่ยวข้องในชุมชน

ขั้นตอนการวิจัย วงรอบที่ 1 เดือนตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566

1. ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชในเขตรับผิดชอบ รพ.สต.หนองบัวสั่นตุ
2. วิเคราะห์สถานการณ์/สภาพปัญหาของผู้ป่วยจิตเวช
3. ทบทวน Case ความรู้ แนวคิด ทฤษฎี รายงานผลการวิจัยบทความวิชาการ นโยบายต่างๆ
4. สัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มร่วมพัฒนาเพื่อสรุปปัญหาและจัดรูปแบบการเข้าถึงการรักษาผู้ป่วยจิตเวช
5. คั้นข้อมูลประชุมเชิงปฏิบัติการระดมสมอง และกำหนดกิจกรรม

1. ถ่ายทอดนโยบายผ่านเวทีประจำเดือน สร้างเครือข่ายการดูแล ผู้ป่วยจิตเวช **“ทีมแบ่งปันรอยยิ้มในชุมชน”**
2. อบรมบุคลากรสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ ให้ผ่านการอบรมสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช หลักสูตรระยะสั้น
3. พัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน ทั้งในระดับหมู่บ้านให้มีความรู้ทักษะ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านอย่างมีประสิทธิภาพ
4. กำหนดบทบาทร่วมกันถึงหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช
5. ติดตามเยี่ยมบ้านแบบทีมสหวิชาชีพ แบ่งเป็น 2

ระยะ ดังนี้

- ระยะเยี่ยมที่บ้าน สัปดาห์ที่ 1
- ระยะดูแลต่อเนื่องสัปดาห์ที่ 3



- หลังการการนำรูปแบบการเข้าถึงผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านไปทดลองใช้แล้ว พบว่า ปัญหาและอุปสรรค คือ

1. ผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่มีทั้งสิ้น 25 คน โดยกระจายอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ทั้ง 7 หมู่บ้าน ทำให้มีการดูแลไม่ครอบคลุม
2. ผู้ป่วยบางรายไม่มีญาติคอยช่วยเหลือดูแลอาศัยอยู่เพียงคนเดียวตามลำพัง
3. หน่วยงานมีนโยบายการดำเนินาสุขภาพจิตและจิตเวชตามโครงการของจังหวัดเป็นครั้งคราว ไม่ได้ดำเนินการต่อเนื่องไม่ได้กำหนดผู้รับผิดชอบโดยตรง
4. ชุมชนมีความเข้าใจว่า รพ.สต. ไม่มีหน้าที่ดูแลสุขภาพจิตเวชโดยตรง ไม่มีแนวทางการดำเนินงานระหว่างองค์กรที่เกี่ยวข้องในชุมชน

ติดตาม สังเกตการณ์ปฏิบัติงานจริงในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช 25 คน โดย **“ทีมแบ่งปันรอยยิ้มใน**

ชุมชน”

ด้านดำเนินงาน : การส่งต่อข้อมูลล่าช้า
ด้านผู้ป่วย : พบผู้ป่วยมีอาการกำเริบ (เป็นผู้ป่วยจิตเวชอยู่เพียงลำพัง 2 ราย ครอบครัวยุติกัน) ทำให้ขาดผู้ดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยไม่ต่อเนื่อง

วงรอบที่ 2 มีนาคม 2566 - กรกฎาคม 2566

นำปัญหาจากวงรอบที่ 1 มาวิเคราะห์ ช่วยกันสรุป พบปัญหา คือ

ด้านชุมชน : ไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพราะถือว่าไม่ใช่หน้าที่ของตนเอง ไม่เห็นความสำคัญของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

ด้านผู้ป่วย/ญาติผู้ดูแล : ขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพราะอายุเมื่อเพื่อนบ้านไม่ให้การยอมรับ

ด้านบุคลากร : ไม่มีการแบ่งหน้าที่ที่ชัดเจน เจ้าหน้าที่บางท่านยังขาด ทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

1. จัดทำคู่มือ สื่อความรู้เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยจิตเวชการดูแลและเข้าถึงการรักษาที่ถูกต้อง
2. ให้คำปรึกษาในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยทีมสหวิชาชีพ
3. พัฒนาศักยภาพ จนท. ให้ผ่านการอบรมสุขภาพจิตและจิตเวชหลักสูตรระยะสั้นเพื่อให้มีองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นและเป็นผู้ประสานการดูแล
4. สร้างนวัตกรรม **“กล่องปันสุข”** เก็บยาจิตเวชและใบบันทึกการให้ยาใช้ในการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยจิตเวช ญาติ และ จนท. เบิกยาตามใบนัดของ รพ.
5. สร้างเครือข่ายดูแลจาก รพ.แม่ข่าย สู่ รพ.สต./ชุมชนกำหนดบทบาทที่ชัดเจน
6. ถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทบทวน ประชุมทุก 2 เดือน



1. ประชาชนทั่วไปรู้สึกเป็นเจ้าของมีศักยภาพในการค้นหา คัดกรองให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเกิดเครือข่ายงานสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน
2. ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ได้รับการค้นหา คัดกรอง เพื่อนำผู้ป่วยเข้ารับการดูแลรักษาโดยพยาบาลในพื้นที่และชุมชนมีส่วนร่วม
3. ด้านผลลัพธ์การดูแล พบผู้ป่วย จำนวน 25 คน ที่ได้รับการดูแลที่บ้านภายหลังสิ้นสุดการดำเนินการพัฒนาระบบบริการ ส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน โดยสามารถดูแลตนเองได้ จำนวน 24 คน อีก 1 คน ไม่ดีขึ้น
4. เนื่องจากดื่มสุราสูบบุหรี่แล้วมีอาการทางจิตกำเริบ 1 คนอุบัติเหตุการฆ่าตัวตาย ทำร้ายตนเองและผู้อื่น

ติดตาม สังเกตจากการปฏิบัติงานจริง ในสัปดาห์ที่ 1 และ 3 ในการเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จำนวน 25 ราย และญาติผู้ดูแลโดย **“ทีมแบ่งปันรอยยิ้มในชุมชน”**

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ประสบการณ์การดูแลตนเอง
ของผู้ป่วยจิตเวชไม่ซ้ำ

1. การพัฒนาการรู้จักตนเอง
2. การติดต่อสื่อสารที่มี
ประสิทธิภาพ
3. การใช้เวลาอย่างมี
ประสิทธิภาพ
4. การเตรียมการเผชิญกับ
ปัญหา
5. การพัฒนาระบบสนับสนุน
ทางสังคม
6. การดูแลตนเอง
ด้านร่างกาย
7. การปฏิบัติกิจกรรม
ทางศาสนา

การไม่ป่วยซ้ำ
ของผู้ป่วยจิต

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช
ไม่ป่วยซ้ำในชุมชนโดยการมีส่วนร่วม

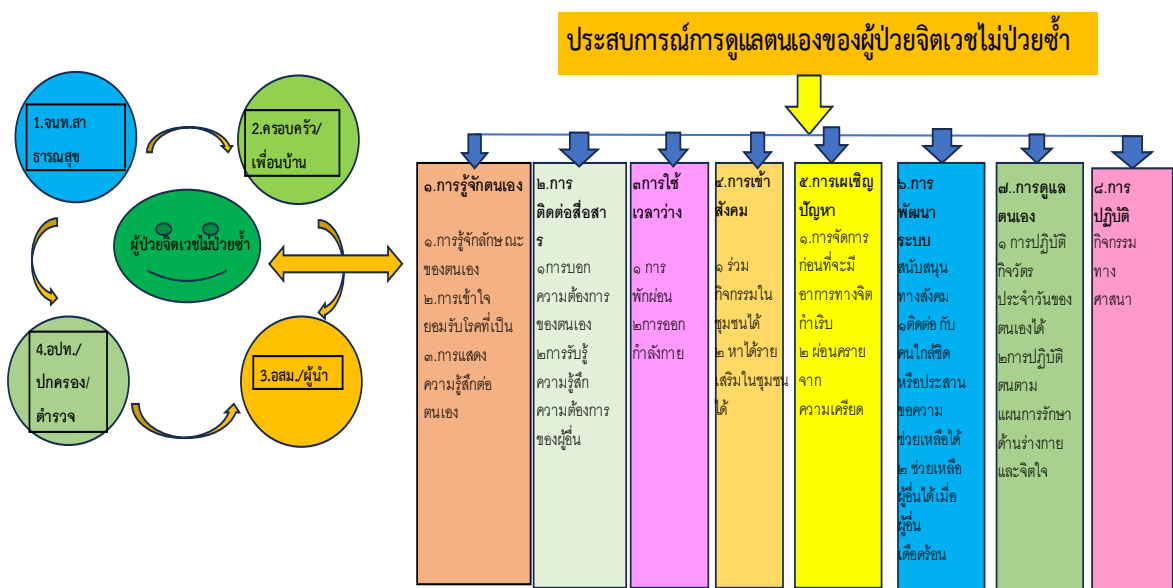
- ของชุมชน รพ.สต.บ้านหนองบัวสันตุ
1. ปรับการทำงานของงานสุขภาพจิต
และจิตเวช โดยให้พยาบาลวิชาชีพ
ประจำ รพ.สต. เป็นผู้รับผิดชอบหลัก
 2. พัฒนาศักยภาพพยาบาลวิชาชีพ
ให้ผ่านการอบรมสาขาสุขภาพจิตและ
จิตเวชหลักสูตรระยะสั้น 3 วัน
 3. พัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพจิต
ชุมชนทั้งในระดับหมู่บ้านให้มีความรู้
ทักษะ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน
อย่างมีประสิทธิภาพ
 4. คัดเลือกข้อมูลให้กับชุมชนที่มีผู้ป่วยจิตเวช
ที่มีการกำเริบบ่อยๆ พร้อมกับเสวนา
ประชุมระดมสมอง เพื่อร่วมกันออกแบบ
แนวทางการดูแลเฝ้าระวังโดยชุมชนและ
กระตุ้นปรับเปลี่ยนทัศนคติของชุมชน
ให้เกิดความตื่นตัวและตระหนักถึง
ความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยจิตเวช
ในชุมชน
 5. ถอดบทเรียนเพื่อจัดทำรูปแบบการ
ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน
 6. ชุมชนเป็นผู้ค้นหาปัญหา ระบุปัญหา
และความต้องการผู้ป่วย/ครอบครัว
 7. แบ่งบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย
 8. ติดตามและประเมินผลใช้ระบบการ
ติดต่อประสานงานหลายช่องทาง
ปรับปรุงกิจกรรมการดำเนินงาน
ประเมินผลเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง

ภาคีเครือข่ายเกิดการกำหนดบทบาทที่ชัดเจนในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ซึ่งเรียกว่า “การพัฒนารูปแบบประสบการณ์การ

ดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชไม่ป่วยซ้ำ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน” สามารถสรุป ได้ดังตาราง

บทบาทและระดับการมีส่วนร่วม	จนท. สาธารณสุข	ครอบครัว/เพื่อนบ้าน	อสม./ผู้นำ	อปท./ปกครอง/ตำรวจ
การดูแลผู้ป่วยจิตเวชไม่ป่วยซ้ำ	<ul style="list-style-type: none"> - ให้ความรู้การดูแลผู้ป่วยแก่ชุมชน - ประชาคมค้นหาปัญหาสู่การพัฒนาการดูแล - ดูแลยาผิด - ประสานข้อมูลกับ รพช./ชุมชน - พี่เลี้ยงชุมชน 	<ul style="list-style-type: none"> - ดูแลการกินยา, อาหาร, สิ่งแวดล้อม - ติดตาม, ฝึกระวังการหลบหนีต่างถิ่น - ส่งเสริมกิจกรรมในชุมชน 	<ul style="list-style-type: none"> - ฝึกระวังการหลบหนี - ดูแลติดตามการกินยา - ส่งเสริมอาชีพในชุมชนกิจกรรมสาธารณสุข - ประสานงานเจ้าหน้าที่ 	<ul style="list-style-type: none"> - สนับสนุนและนำส่งโรงพยาบาล - สนับสนุนค่าใช้จ่ายการเดินทาง - เข้าระงับเหตุการณ์นำตัวส่ง รพ. มีผู้ป่วยมีอาการกำเริบ - อาละวาด ทำลายตนเอง หรือทำร้ายผู้อื่น

แนวทางการพัฒนารูปแบบประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชไม่ป่วยซ้ำ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน รพ.สต.หนองบัวสันต อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม



ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช ไม่ป่วยซ้ำ พบว่า

ผู้ป่วยจิตเวชไม่ป่วยซ้ำ ได้ให้ความหมายของการดูแลตนเองไว้ 2 ประการ คือ การไม่ป่วยซ้ำ อาการกำเริบและการมีร่างกายแข็งแรง รวมถึงยังสามารถมีคำแนะนำให้กับเพื่อนผู้ป่วยจิตเวชคนอื่นได้ การถ่ายทอดประสบการณ์ผ่านการเรียนรู้ของผู้ป่วยที่ให้ข้อมูลแสดงให้เห็นว่า การที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง โดยมีการส่งเสริม ป้องกัน และรักษาสุขภาพของตนเอง เพื่อไม่เป็นภาระใคร ส่งผลให้ไม่เกิดการป่วยซ้ำที่ต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับ Orem (1991) กล่าวว่า การดูแลตนเอง เป็นกิจกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้อย่างมีเป้าหมายของบุคคล เป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยบุคคลจะจัดการกับตนเองหรือสิ่งแวดล้อม เพื่อควบคุมปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพัฒนาการ การดำเนินชีวิต หรือความผาสุกของบุคคลนอกจากนี้ Hill and Smith กล่าวว่า การดูแลตนเอง เป็นความตั้งใจของบุคคลที่จะรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตน เพื่อป้องกันโรค ควบคุมโรค หรือรักษาโรค ซึ่งเกิดจากร่างกายในตัวเองของบุคคล ดังนั้นจากการให้ความหมายดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงความสำคัญที่ผู้ป่วยให้ข้อมูลรับรู้และคงไว้ซึ่งการดูแลตนเองที่ดี

1. ด้านชุมชน : ประชาชนทั่วไปมีความรู้สึกเป็นเจ้าของศักยภาพในการให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย เกิดเครือข่ายการดูแลงานจิตเวชในชุมชน เกิดการแบ่งบทบาทหน้าที่รับผิดชอบร่วมกัน เช่น การควบคุมการกินยาจัดหาอาหารให้ผู้ป่วยที่ขาดการดูแล

2. ด้านการดูแล : ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนได้รับการดูแล ติดตามการกินยา ฉีดยา โดยการมีส่วนร่วมทำให้ผู้ป่วยไม่กลับมาป่วยซ้ำ

3. ด้านผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย : ผู้ป่วยจิตเวช 25 คน ได้รับการดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยสามารถดูแลตนเองได้ 24 คน

เป็นผู้ป่วยไม่กลับมาป่วยซ้ำ (ร้อยละ 90 %) ได้รับความวิตเวชอย่างต่อเนื่อง 100% ไม่มีอุบัติการณ์ฆ่าตัวตาย ทำร้ายตนเอง และผู้อื่น พบผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบทางจิต 1 ราย เนื่องจากดื่มสุราแล้ว จึงมีอาการซึ่งปัจจุบันอยู่ระหว่างขั้นตอนการบำบัดสุราในคลินิกยาเสพติด รพ.ยางสีสุราช

เรื่องเล่าแห่งความสำเร็จ จากกรณีผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการทางจิตกำเริบในรายที่ไม่มีญาติคอยดูแล ชุมชนไม่ใส่ใจทำให้เกิดปัญหาผู้ป่วยขาดยามีอาการทางจิตกำเริบ มีพฤติกรรมชอบไปอาละวาดในเขตโรงพยาบาลต่างถิ่น มีปัญหาเกิดขึ้นในชุมชนตามมาหลายอย่าง หลังจากดำเนินการประชาคมวางแผนแบ่งบทบาทการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและภาคีเครือข่ายชุมชน พบว่า ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น เนื่องจากมีการแบ่งหน้าที่กันอย่างชัดเจนชุมชนให้ความใส่ใจดูแล ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาอาการทางจิตดีขึ้น ทำให้ไม่มีปัญหาผู้ป่วยจิตเวชไปอาละวาดในเขตโรงพยาบาลต่างถิ่นและชุมชนอีกเหมือนอย่างที่ผ่านมา

ผลงานที่ภาคภูมิใจ จากงานวิจัยการพัฒนาแบบแผนการเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยจิตเวช โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน รพ.สต.บ้านหนองบัวสันต อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม ได้ผ่านการคัดเลือกให้เป็นผลงานวิชาการดีเด่นกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2565 และได้ต่อยอดมาเป็นผลงานวิชาการดีเด่นในเรื่องการพัฒนาแบบแผนประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชไม่ป่วยซ้ำ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน รพ.สต.บ้านหนองบัวสันต ตำบลหนองบัวสันต อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม ประจำปี 2566

การขยายผลและความยั่งยืน

1. จากการพัฒนาเครือข่ายชุมชนของ รพ.สต.หนองบัวสันต ได้มีการขยายผลสู่ รพ.สต. อื่นๆ ในพื้นที่อำเภอยางสีสุราช

2. ปัจจุบันการดำเนินการดูแล/เฝ้าระวังโดยเครือข่ายชุมชนยังดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

ได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก อบต. ทุกปีในการเสริมความรู้ให้ชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและใช้ชีวิตในชุมชนได้อย่างปกติสุขที่สำคัญไม่กลับไปป่วยซ้ำ

ข้อเสนอแนะ

1. การดำเนินงานดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน จะทำให้ประสบความสำเร็จได้เพราะอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและครอบครัวมากที่สุด
2. ผลการวิจัยดังกล่าวสามารถนำมาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน เพื่อป้องกัน การป่วยซ้ำได้

อภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนาแบบประสิทธิผลการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชไม่ป่วยซ้ำโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่ปรับประยุกต์ตาม แนวทางการดำเนินงานมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต ให้สอดคล้องสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ช่วยให้การเฝ้าระวัง คัดกรองภาวะสุขภาพจิตประชาชน มีประสิทธิภาพมากขึ้น สามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการทางจิตเวชได้อย่างเป็นรูปธรรม ค้นพบกลุ่มเสี่ยง สามารถส่งต่อเพื่อรับบริการที่เหมาะสม ส่วนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนก็มีประสิทธิภาพมากขึ้น ผู้ป่วยไม่ขาดยา ได้รับการดูแลที่เหมาะสมเป็นรายกรณี และการมีส่วนร่วมของภาคี เครือข่ายในชุมชน เป็นคำตอบสำคัญ ซึ่งจะช่วยให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน โดยพบสภาพปัญหาการดำเนินงานจิตเวชชุมชนที่สำคัญ คือ อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยจิตเวชายังอยู่ในระดับต่ำในขณะที่รูปแบบการดำเนินงานยังคงดำเนินการในลักษณะตั้งรับในสถานบริการ และการแก้ไขปัญหารายกรณี การดำเนินงานตามผังการดำเนินงานของกรมสุขภาพจิต (Algorithm) ไม่ได้นำไปสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่อย่างจริงจัง โดยการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ ทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

องค์กรชุมชนและภาคประชาสังคม รวมถึงภาครัฐที่เกี่ยวข้องภายใต้บริบทและวิถีของพื้นที่ ปัญหาอีกประการหนึ่ง พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทในระดับต่ำ ยังคงเป็นปัญหาสำคัญ จรุง สุรารักษ์⁽¹⁾ ที่ได้ศึกษาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่ายสุขภาพจิตในโรงพยาบาลปากคาด จังหวัดบึงกาฬ จากการศึกษาพบว่าในภาพรวมแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิต มีการส่งเสริมและให้ความรู้เรื่อง โรคจิตแก่ชุมชน ใส่ใจดูแล ออกเยี่ยมบ้านพบปะ พูดคุยให้กำลังใจกับผู้ป่วยด้านจิตเวชโดยออกร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งจากโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีบุคลากรทางสาธารณสุขในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีระบบคัดกรอง ใช้แบบคัดกรองโรคจิต การรักษาเน้นการให้สุขศึกษา คำปรึกษาแก่กลุ่มเสี่ยงและครอบครัวมีการส่งต่อจิตแพทย์และการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ของเครือข่ายสุขภาพจิตในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลปากคาด จังหวัดบึงกาฬ มีปัญหา 3 ด้าน คือ ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ และด้านการให้บริการ สอดคล้องกับการศึกษาของหทัยกาญจน์ เสี่ยงเพราะ⁽⁸⁾ ที่ได้ศึกษาวิจัยการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่กลับมารักษาซ้ำโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและเพื่อศึกษาผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่กลับมารักษาซ้ำ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ตำบลพระแก้ว ผลภายหลังการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช พบว่าทำให้ผู้ป่วยมีการกินยาสม่ำเสมอและความสามารถโดยรวมดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยปัจจัยความสำเร็จในการวิจัยครั้งนี้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการออกมาตรการ และใช้มาตรการนั้นภายในชุมชน นอกจากนั้นยังมีการสร้างและดำเนินงานเครือข่าย ดูแลผู้ป่วยร่วมกัน รวมถึงการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องและมีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนในการดำเนินงานในชุมชนอย่างจริงจัง

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต. คู่มือผู้เข้าอบรมหลักสูตร การเข้าถึงบริการและดูแลผู้ป่วยโรคจิต สำหรับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข ฉบับปรับปรุง 2560. พิมพ์ครั้งที่ 5. บริษัท ดินาคูมีเดียพลัสจำกัด; 2560.
2. จรุง สุรารักษ์. การดูแลผู้ป่วยจิตเวชของ เครือข่ายสุขภาพจิตในโรงพยาบาลปากคาด จังหวัดบึงกาฬ. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกัน แห่งประเทศไทย 2558; 5(3); 282- 290.
3. ทนงค์ดี ราชเจริญ และพรพร โนนจ้อย. ความรู้ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้เกี่ยวกับ โรคจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขต คลินิกหมอครอบครัวแก้วโนนคานาสุข จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนา ระบบสุขภาพ 2564; 14(2) พฤษภาคม – สิงหาคม 2564: 247-255.
4. จิตวันต์ หงส์กิตติยานนท์, ลักษณะ ยอดกลกิจ และมาลินี ชมชื่น. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ในชุมชน จังหวัดนนทบุรี. วารสารบทความย่อ กลุ่มวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีในการ ประชุมวิชาการและนำเสนอผลการวิจัย ระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 6. 2562; 212-223.
5. พัฒนี ศรีโอษฐ์ และภาสินี ไทอินทร์. ผลของ กิจกรรมการสอนสุขภาพจิตที่เน้นการฝึก ทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย จิตเภทในชุมชน. วารสารวิจัยและพัฒนา ระบบสุขภาพ 2564; 14(2) พฤษภาคม – สิงหาคม 2564: 310-319.
6. โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. คู่มือการจัด กิจกรรมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการ ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน. อุบลราชธานี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2545.
7. ศรีนรัตน์ จันทพิมพ์ และชนิษฐา นันทบุตร. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชน. วารสาร การพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2561; 36(2) เมษายน-มิถุนายน 2561.
8. ศิริพร จิรวัดน์กุล และคณะ. สมรรถนะ ที่จำเป็นของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช. วารสารวิจัยทางการ พยาบาล 2540; 1(1): 13–18.
9. หทัยกาญจน์ เสี่ยงเพราะ. การพัฒนารูปแบบ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่กลับมารักษาซ้ำ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. วารสาร การแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2564; 36(2); 413-426.
10. ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1-13 และ 15 กรมสุขภาพจิต. รูปแบบการดำเนินงานทางการดำเนินงานและ พัฒนาสุขภาพจิตในชุมชนสำหรับองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นไปใช้ในชุมชน. มปป.

ประสิทธิผลของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566 Effectiveness of the Maha Sarakham Provincial Health System Strategic Plan, Year 2023

รัชณีวิภา จิตรากุล¹, สนต์ เชื้อลั่นฟ้า², ศุภนาถ รัตนดาตาส³
Rutchaneevipa Jitrakul¹, Sa-ngud Chualinfa², Suppanart Ratanadadas³

บทคัดย่อ

แผนยุทธศาสตร์เป็นเครื่องมือกำหนดแนวทางการบริหารให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อม เพื่อให้เกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพสูงสุด การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผล ผลลัพธ์ ปัญหา การดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566 และแนวทางพัฒนาเพื่อเพิ่มประสิทธิผลของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดในปี 2567 เป็นการศึกษาแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) ประชากร คือ (1) ผลการดำเนินงานของปี 2566 ตามตัวชี้วัดใน 6 ประเด็น ยุทธศาสตร์ของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอทุกแห่ง (2) ผู้ประสานแผนงานในกลุ่มงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ จำนวน 13 แห่ง กลุ่มตัวอย่างกำหนดโดยการสุ่มแบบเจาะจงตามเกณฑ์ เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพกับผู้ให้ข้อมูลหลัก เครื่องมือเป็นแบบตรวจสอบผลงานและแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนาและเชิงอนุมาน งานวิจัยพบว่า ภาพรวมทั้ง 6 ยุทธศาสตร์มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน 4.02 (ระดับดีมาก) ยุทธศาสตร์ที่มีผลการประเมินสูงสุด คือ ยุทธศาสตร์ที่ 5 บุคลากรเป็นเลิศ มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน 4.98 (ระดับดีมาก) รองลงมา คือ ยุทธศาสตร์ที่ 3 ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน 4.13 (ระดับดีมาก) ยุทธศาสตร์ที่ 6 บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน 3.99 (ระดับดี) ยุทธศาสตร์ที่ 4 บริการเป็นเลิศ มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน 3.84 (ระดับดี) ยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนาขีดความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองแก่ประชาชน ชุมชน อย่างเข้มแข็งและยั่งยืน มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน 3.17 (ระดับดี) อำเภอที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินสูงสุด 3 อันดับแรก คือ (1) บรบือ (2) กุฉินารายณ์ (3) แกดคำ เชียงยืน นาเชือก มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน 4.20, 4.16 และ 4.14 ซึ่งอยู่ในระดับดีมาก

การเปรียบเทียบเป้าหมายผลลัพธ์สุขภาพด้วยค่า LE/HALE ระดับจังหวัดและระดับอำเภอ ปี 2566 ที่กำหนดไว้ตามประกาศเป้าหมายของจังหวัดมหาสารคาม กับผลค่า LE/HALE ปี 2566 พบว่า ภาพรวมจังหวัดค่า LE มีค่าเท่ากับ 74.90 ปี ซึ่งไม่บรรลุเป้าหมายที่กำหนด โดยผลงานต่ำกว่าเป้าหมาย 0.10 ปี ส่วนค่า HALE มีค่าเท่ากับ 67.87 ปี ซึ่งบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด โดยผลงานมากกว่าเป้าหมาย 0.37 ปี ภาพรวมรายอำเภอ พบว่า ค่า LE บรรลุตามเป้าหมาย จำนวน 5 อำเภอ คือ นาหว้า บรบือ แกดคำ พยัคฆภูมิพิสัย และกันทรวิชัย ส่วนที่เหลือ 7 อำเภอไม่บรรลุเป้าหมาย อำเภอที่บรรลุเป้าหมายสูงสุด คือ กันทรวิชัย โดยผลงานมากกว่าเป้าหมาย 1.61 ปี สำหรับอำเภอที่ไม่บรรลุเป้าหมายมากที่สุด คือ นาเชือก

¹นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

²นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ

³นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

ผลงานต่ำกว่าเป้าหมาย 2.07 ปี สำหรับภาพรวมค่า HALE รายอำเภอ พบว่า มี 5 อำเภอที่บรรลุค่าเป้าหมาย คือ นาหว้า บรบือ แกดำ พยัคฆภูมิพิสัย และกันทรวิชัย ส่วนที่เหลือ 7 อำเภอไม่บรรลุเป้าหมาย โดยอำเภอกันทรวิชัยสามารถบรรลุเป้าหมายสูงสุดซึ่งผลงานมากกว่าเป้าหมาย 1.11 ปี สำหรับอำเภอที่ไม่บรรลุเป้าหมายมากที่สุด คือ อำเภอชื่นชม ซึ่งผลงานต่ำกว่าเป้าหมาย 1.96 ปี ความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566 กับผลลัพธ์การดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินผลตัวชี้วัดรวมทุกยุทธศาสตร์ไม่มีความสัมพันธ์กับค่า LE และ HALE ของประชาชนรายอำเภอในจังหวัดมหาสารคาม ($r = 0.052$, $p\text{-value} = .866$ และ $r = 0.066$, $p\text{-value} = .831$) ตามลำดับ

การวิจัยนี้ค้นพบปัญหาการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566 จำนวน 6 ปัญหาสำคัญ คือ (1) ครอบคลุมในการจัดทำแผนปฏิบัติการหน่วยงานระดับจังหวัดและระดับอำเภอต้องเสร็จเรียบร้อยภายในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณนั้นๆ (2) ครอบคลุมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์และตัวชี้วัดล่าช้า โดยต้องเสร็จเรียบร้อยก่อนเริ่มปีงบประมาณนั้นๆ (3) ครอบคลุมในการดำเนินงานตามโครงการมีระยะเวลาสั้น จำนวน 4 - 6 เดือน (4) ครอบคลุมการประเมินผลการปฏิบัติราชการประจำปี ยังไม่ครบ 12 เดือน ซึ่งใช้ผลงานสะสมจำนวน 11 เดือนเท่านั้น (5) ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานที่เป็นการวัดผลลัพธ์การดำเนินงานในบางตัวยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมายได้ในรอบปีเดียว (6) ตัวชี้วัดที่เป็นการวัดกระบวนการดำเนินงานต้องลดจำนวนให้น้อยลง เพราะไม่สามารถสะท้อนผลลัพธ์สุขภาพได้อย่างชัดเจน และค้นพบแนวทางพัฒนาเพื่อเพิ่มประสิทธิผลของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดในปี 2567 จำนวน 7 แนวทางสำคัญ คือ (1) การแสดงผลตัวชี้วัดเป็นรายไตรมาสและรายเดือน (2) การเสนอความก้าวหน้าต่อทีมผู้บริหารระดับจังหวัดและระดับอำเภอเดือนละ 1 ครั้ง (3) การประกาศเป็นนโยบายของผู้ว่าราชการจังหวัดในเป้าหมายและตัวชี้วัดที่มีผลกระทบต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชาชน (4) การทบทวนถอดบทเรียนกรณีผลการดำเนินงานตัวชี้วัดที่ไม่บรรลุตามเป้าหมายไตรมาสละ 1 ครั้ง (5) การสร้างขวัญกำลังใจผลการดำเนินงานในระดับแผนงานให้กับผู้ปฏิบัติงานระดับจังหวัดและระดับ CUP (6) การติดตามความคืบหน้าต่อผู้ปฏิบัติงานในระดับเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอเดือนละ 1 ครั้ง (7) การประสานความร่วมมือบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมिनอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กับระดับทุติยภูมิอย่างเข้มข้นและต้องมีประสิทธิผลเพิ่มมากขึ้น

คำสำคัญ : ประสิทธิผล, ผลลัพธ์, แผนยุทธศาสตร์, ระบบสุขภาพจังหวัด

Abstract

The strategy is a tool to set management guidelines in accordance with the environment for maximum efficiency and efficiency. This research aims to assess the effectiveness, result. The problems of the 2023 Maha Sarakham Provincial Health System Strategic Plan and the development guidelines for improving the effectiveness of the 2024 Provincial Health System Strategic Plan, was mixed methods research. The population is (1) the performance of 2023, according to the six strategic indicators of every district health service network. (2) Plan coordinator in the work group of the Provincial Public Health Office and the district health service network, totaling 13 locations. The sample group was determined by purposive random sampling according to criteria. Qualitative data were collected with key informants. Tools were work performance inspection form and interview form. Data analysis by descriptive and inferential statistics. The research found that the total of 6 strategies averaged the evaluation score 4.02 (very good level). The highest evaluation strategy is Strategy 5, People Excellent, 4.98 (very good level), followed by Strategy 3, Health Promotion, Disease Prevention and Consumer Protection Excellent, 4.13 (very good level) Strategy 6, Governance Excellent, evaluation scores 3.99 (good level). Strategy 4 Service Excellent with an average evaluation score of 3.84 (good level). Strategy 1 Strong and sustainable development of self-health management capabilities for people, communities, and average evaluation score 3.17 (good level). Districts with the highest three evaluation scores: (1) Borabue (2) Kudrang (3) Kae Dam, Chiang Yuen, Na Chueak with the evaluation scores of 4.20, 4.16 and 4.14 Which is a very good level.

Comparing the health outcomes target with the provincial and district LE/HALE values in 2023 as set by the announcement of the target of Maha Sarakham province with the 2023 LE/HALE values of 74.90 years, which did not meet the target. The performance was 0.10 years below the target and the HALE value was 67.87 years of achievement with more than 0.37 years of achievement. Overall, it was found that the LE value reached the target of 5 districts: Nadun, Borabue, Kae Dam, Phayakkhaphumphisai and Kantharawichai. The remaining 7 districts failed to achieve the highest goal, Kantharawichai, with more than the goal 1.61 years, Na Chueak Districts that failed to meet their target of 2.07 years. Overall, 5 districts reached their HALE target of Nadun, Borabue, Kae Dam, Phayakkhaphumpisai and Kantharawichai, while the remaining 7 districts failed to meet their HALE target. Kantaravichai District was able to achieve the highest HALE target with more than the target of 1.11 years. For the district that did not achieve its target the most was Chuen Chom District, performance was 1.96 years below the HALE target.

The correlation between the performance of the 2023 Maha Sarakham Provincial Health System Strategic Plan and the results of the 2023 Maha Sarakham Provincial Health System Strategic Plan found that the average evaluation score of all strategies does not correlate with the LE and HALE values of the people in Maha Sarakham Province ($r= 0.052$, $p\text{-value}= .866$ and $r= 0.066$, $p\text{-value}= .831$) This research discovered six major problems in implementing the 2023 Maha Sarakham Provincial Health System Strategic Plan: (1) The time frame for establishing provincial and district level action plans must be completed within the first quarter of the year. (2) The time frame for preparing the strategic plan and indicators was delayed. This must be completed before the start of that fiscal year. (3) The project implementation period is short for 4 - 6 months. (4) The annual government performance evaluation period is not over 12 months. (5) Some performance indicators that measure performance results have not been achieved in a single year. (6) The performance indicators must be minimized. Because it cannot clearly reflect health outcomes and has found seven key ways to improve the effectiveness of the Provincial Health System Strategy in 2024, namely (1) Display of indicators on a quarterly and monthly basis. (2) Presenting progress to the provincial and district management teams once a month. (3) The announcement is a provincial governor's policy on goals and indicators that affect public health outcomes. (4) Reviewing lessons learned from performance indicators that do not meet targets once a quarter. (5) Building morale and performance at the plan level for provincial and CUP level workers. (6) Follow up on progress of workers at the district health service network once a month. (7) Coordination of primary health service outside the Ministry of Public Health with the secondary level intensively and must be more effective.

Keywords : Performance, Results, Strategic Plan, Provincial Health System

บทนำ

แผนยุทธศาสตร์เป็นเครื่องมือในการกำหนดแนวทางการบริหารให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลสูงสุด การวางแผนยุทธศาสตร์จึงเป็นการหาแนวทางที่ใช้ความสามารถองค์กรกับโอกาสและอุปสรรคที่เกิดการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม⁽¹⁾ แผนยุทธศาสตร์เป็นแผนงานที่ผู้บริหารระดับสูงใช้เป็นเครื่องมือในการบริหารองค์การ⁽²⁾ แผนยุทธศาสตร์ของหน่วยงานเป็นสิ่งที่สำคัญแต่การประเมินผลแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าวยิ่งมีความสำคัญ ซึ่งหลักการของการบริหารงานแบบมุ่งเน้นผลงานภาครัฐมีหลักการ คือ การใช้แผนยุทธศาสตร์เป็นเครื่องมือในการบริหารโดยยึดความสำเร็จของผลลัพธ์มากกว่าวิธีการ⁽³⁾ การบริหารเชิงกลยุทธ์เป็นกระบวนการซึ่งรวมกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกันสามประการ คือ การวิเคราะห์เชิงกลยุทธ์ การกำหนดกลยุทธ์ การปฏิบัติตามกลยุทธ์และการควบคุม เป็นศาสตร์และศิลป์ในการกำหนดกลยุทธ์ การปฏิบัติตามกลยุทธ์ การประเมินผลกลยุทธ์⁽⁴⁻⁵⁾ การบริหารเชิงกลยุทธ์จึงเป็นการวางแผนการดำเนินการและการควบคุมในแนวทางเชิงกลยุทธ์ที่ช่วยให้การบริหารเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลเพื่อนำไปใช้ในการบริหารสู่ความเป็นเลิศ⁽⁶⁾ และการบริหารหรือจัดการในลักษณะที่มีการวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม⁽⁷⁻⁸⁾ โดยเป็นการดำเนินการหรือกำหนดนโยบายให้สอดคล้องกับโอกาสการเปลี่ยนแปลงของแวดล้อมสอดคล้องกับจุดแข็งขององค์กรแล้วฉลาดรู้ จักเลือกใช้คน ทรัพยากรที่เหมาะสมกับโอกาสและสถานการณ์⁽⁸⁾ ซึ่งการกำกับติดตามและประเมินผลการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติภายใต้บทบาทของภาคีการพัฒนาสุขภาพทุกภาคส่วนในทุกระดับให้บังเกิดผลตามวิสัยทัศน์และเป้าหมายที่กำหนดไว้ จำเป็นต้องมีระบบการติดตามกำกับและประเมินผลที่เป็นระบบครบวงจร เชื่อมโยงจากระดับนโยบาย

สู่ระดับปฏิบัติการและจากระดับชาติไปสู่จังหวัด พื้นที่ชุมชนและประชาชน⁽⁹⁾

การประเมินเป็นกระบวนการรวบรวมข้อมูลให้อยู่ในรูปที่สามารถตีความได้ เพื่อใช้เป็นฐานสำหรับนำไปสู่การตัดสินใจขั้นประเมินผลการประเมินของการวัดผลเป็นการประเมินที่ได้พัฒนาขึ้นตามหลักวิทยาศาสตร์ของการวัดโดยเน้นความเป็นปรนัย ความเที่ยงตรงของการวัด ความเป็นมาตรฐานของเครื่องมือการวัด และการตีความหมายจากคะแนนที่วัดได้และเป็นกระบวนการของการรวบรวมข้อมูลให้เป็นระบบระเบียบเพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับนำไปสู่การตัดสินใจขั้นประเมินผล ส่วนการประเมินผลเป็นการตัดสินใจคุณค่าที่เกี่ยวกับความดีงามหรือความมีประโยชน์จากพฤติกรรมของบุคคลนั้นๆ อันเป็นกระบวนการตัดสินใจขั้นสุดท้าย รวมถึงกระบวนการตัดสินใจคุณค่าของสิ่งใดสิ่งหนึ่งอย่างมีหลักเกณฑ์และเป็นกระบวนการในการตัดสินใจโดยใช้ข้อมูลจากการประเมิน⁽¹⁰⁾ ประสิทธิภาพคือความสามารถขององค์การที่จะดำเนินการให้บรรลุเป้าหมาย ซึ่งมาตรการที่ใช้ในการวัดประสิทธิผลขององค์การตั้งอยู่บนวิธีการและเป้าหมาย โดยใช้ประโยชน์จากทรัพยากรอย่างคุ้มค่า สมาชิกเกิดความพอใจในงานและองค์การโดยส่วนรวมสามารถปรับตัวและพัฒนา⁽¹¹⁾ ประสิทธิภาพยังบ่งชี้ถึงการให้ทรัพยากรขององค์กรให้บรรลุเป้าหมายประสิทธิผล จึงมุ่งทำให้เกิดการทำสิ่งที่ถูกต้องและประสิทธิภาพ เป็นวิธีการจัดสรรทรัพยากรเพื่อให้เกิดความสิ้นเปลืองน้อยที่สุด โดยสามารถบรรลุจุดมุ่งหมายและใช้ทรัพยากรต่ำสุด⁽¹²⁾ การทำกิจกรรมการดำเนินงานขององค์กรสามารถสร้างผลงานได้สอดคล้องกับเป้าหมาย วัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ล่วงหน้าทั้งในส่วนของผลผลิตและผลลัพธ์ เป็นกระบวนการเปรียบเทียบผลงานจริงกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ ก่อให้เกิดผลผลิตและผลลัพธ์ที่ตรงตามความคาดหวังที่กำหนดไว้ล่วงหน้าไว้มากน้อยเพียงใด

การมีประสิทธิผลของหน่วยงานจึงมีความเกี่ยวข้องกับผลผลิตและผลลัพธ์ของการดำเนินงาน⁽⁵⁾ และประสิทธิผลยังหมายถึงความสามารถในการบรรลุวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายของนโยบายจากการพิจารณาทางเลือกโดยใช้ประสิทธิผลเป็นหลักเกณฑ์ทำได้โดยการวิเคราะห์ทางเลือกนั้นว่าสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ได้⁽¹³⁾

กฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 กำหนดให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีอำนาจหน้าที่โดยข้อที่ 3 คือ กำกับ ดูแล ประเมินผลและสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่จังหวัด เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามกฎหมาย มีการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและมีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ⁽¹⁴⁾ โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะต้องประเมินผลงาน และผลลัพธ์การพัฒนาสุขภาพประชาชนในจังหวัด ซึ่งภารกิจการประเมินผลเป็นภารกิจหลักของกลุ่มพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุขซึ่งต้องกำหนดแนวทางการดำเนินงานประเมินผลให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ถูกต้องตามหลักวิชาการ โดยครอบคลุมการประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุขทุกระดับตั้งแต่ระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล ประเมินสถานสุขภาพ แผนยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติงานประจำปี การดำเนินงานตามนโยบายเร่งรัด รวมทั้งการประเมินผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งการประเมินผลเป็นกระบวนการดำเนินงานด้านการควบคุม กำกับ เพื่อติดตามความก้าวหน้าของงานด้านภารกิจ รวมทั้ง ประเมินกระบวนการและผลลัพธ์ดำเนินงานด้านสาธารณสุขสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ โดยกลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุขเป็นตัวกลางในการนำนโยบายมาแปลงเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติของหน่วยงานระดับพื้นที่ เป็นหน่วยงานกลางในการนำนโยบาย

แนวทางของหน่วยงานเผยแพร่เชื่อมโยงบูรณาการกับส่วนราชการต่างๆ ในจังหวัด⁽¹⁵⁾

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566 โดยมีวิสัยทัศน์ คือ คนมหาสารคามมีสุขภาพดี เครือข่ายมีส่วนร่วมในการจัดระบบบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐาน องค์กรและบุคลากรด้านบริการสุขภาพมีคุณภาพภายใต้วิถีพอเพียง ขับเคลื่อนด้วยหกประเด็นยุทธศาสตร์ พร้อมทั้งกำหนดระบบประเมินผลแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคามเมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ⁽¹⁶⁻¹⁷⁾ การประเมินผลประสิทธิผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคามในรอบปีเทียบเป้าหมายที่กำหนด เพื่อประเมินผลสำเร็จและร่วมกันกำหนดแนวทางที่จะยกระดับประสิทธิผลในปีถัดไปของระดับจังหวัดและอำเภอ และเพื่อให้เป็นไปตามนโยบายของผู้ว่าราชการจังหวัดที่ต้องการยกระดับการดำเนินงานให้มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นและมุ่งให้เกิดนวัตกรรมการดำเนินงานทั้งองค์กร จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องประเมินประสิทธิผลของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566 ขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อประเมินประสิทธิผลของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566
2. เพื่อประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566
3. เพื่อรวบรวมปัญหาการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566 และกำหนดแนวทางพัฒนาเพื่อเพิ่มประสิทธิผลของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดในปี 2567

ความสำคัญของการวิจัย

1. เพื่อเป็นข้อเสนอแนะเกี่ยวกับประสิทธิผลการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566

2. เพื่อเป็นข้อสรุปเสนอแนะของระดับจังหวัดในการวางแผนการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2567 - 2570 ให้เป็นไปตามนโยบายการดำเนินงานของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ที่จะต้องยกระดับการดำเนินงานให้มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นและมุ่งสู่การเกิดนวัตกรรมการดำเนินงานในทุกงาน

3. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับหน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ ทุกสังกัด ในการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2567 - 2570

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตของเนื้อหา โดยเนื้อหาประสิทธิผลของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566 ประกอบด้วย 6 กลุ่มเนื้อหาตาม 6 ประเด็นยุทธศาสตร์ รวมจำนวน 23 ตัวชี้วัดหลัก 72 ตัวชี้วัดย่อย คือ

1. ตัวชี้วัดประสิทธิผลการดำเนินงานของประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนาขีดความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองแก่ประชาชน ชุมชน อย่างเข้มแข็งและยั่งยืน จำนวน 1 ตัวชี้วัดหลัก 4 ตัวชี้วัดย่อย

2. ตัวชี้วัดประสิทธิผลการดำเนินงานของประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 การระดมพลังเครือข่ายทุกระดับร่วมสร้างเมืองแห่งพลังความดีสู่การมีสุขภาพดีและความสุขที่ยั่งยืน ไม่กำหนดตัวชี้วัดเพื่อการประเมินผล

3. ตัวชี้วัดประสิทธิผลการดำเนินงานของประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 ส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ จำนวน 7 ตัวชี้วัดหลัก 20 ตัวชี้วัดย่อย

4. ตัวชี้วัดประสิทธิผลการดำเนินงานของประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 บริการเป็นเลิศ จำนวน 11 ตัวชี้วัดหลัก 39 ตัวชี้วัดย่อย

5. ตัวชี้วัดประสิทธิผลการดำเนินงานของประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 5 บุคลากรเป็นเลิศ จำนวน 1 ตัวชี้วัดหลัก

6. ตัวชี้วัดประสิทธิผลการดำเนินงานของประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 6 บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล จำนวน 3 ตัวชี้วัดหลัก 9 ตัวชี้วัดย่อย

ขอบเขตของกลุ่มเป้าหมาย

ประชากรที่ใช้ประเมินผล คือ (1) ผลการดำเนินงานของรอบปีงบประมาณ 2566 ตามตัวชี้วัดใน 6 ประเด็นยุทธศาสตร์ จำนวน 23 ตัวชี้วัดหลัก 72 ตัวชี้วัดย่อยของทุกอำเภอ (13 อำเภอ/13 CUP) ที่มาจากผลการประเมินตัวชี้วัดการปฏิบัติราชการในระดับอำเภอตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566 และ (2) ผู้ประสานแผนงานในระดับกลุ่มงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 14 กลุ่มงาน จำนวน 42 คน และระดับเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ (CUP) จำนวน 13 แห่งๆ ละ 5 คน จำนวน 65 คน รวมทั้งหมด 107 คน โดยกลุ่มตัวอย่างสุ่มแบบเจาะจงตามเกณฑ์กำหนดทั้งหมดของประชากร

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ประสิทธิผลของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566 หมายถึง ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดในแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566 ประกอบด้วย เนื้อหา 6 ประเด็นยุทธศาสตร์ จำนวน 23 ตัวชี้วัดหลัก 72 ตัวชี้วัดย่อย ประกอบด้วย (1) ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดในประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนาขีดความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองแก่ประชาชน ชุมชน อย่างเข้มแข็งและยั่งยืน จำนวน 1 ตัวชี้วัดหลัก 4 ตัวชี้วัดย่อย (2) ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดในประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 การระดมพลังเครือข่าย

ทุกระดับร่วมสร้างเมืองแห่งพลังความดี สู่การมีสุขภาพดีและความสุขที่ยั่งยืน ซึ่งไม่กำหนดตัวชี้วัดเพื่อการประเมินผล (3) ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดในประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 ส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ จำนวน 7 ตัวชี้วัดหลัก 20 ตัวชี้วัดย่อย (4) ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดในประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 บริการเป็นเลิศ จำนวน 11 ตัวชี้วัดหลัก 39 ตัวชี้วัดย่อย (5) ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดในประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 5 บุคลากรเป็นเลิศ จำนวน 1 ตัวชี้วัดหลัก (6) ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดในประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 6 บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล จำนวน 3 ตัวชี้วัดหลัก 9 ตัวชี้วัดย่อย

2. ผลลัพธ์การดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566 หมายถึง ผลลัพธ์การดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคามที่ทำนายด้วยค่าดัชนีสถานะสุขภาพ จำนวน 2 ตัว คือ (1) อายุคาดเฉลี่ย (Life Expectancy: LE) ของประชาชนรายอำเภอในจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566 (2) อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health adjusted life expectancy: HALE) ของประชาชนรายอำเภอในจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566

3. ปัญหาการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566 หมายถึง ปัญหาการดำเนินงานที่รวบรวมจากการสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดระดับจังหวัดและระดับเครือข่ายบริการสุขภาพพระดบอำเภอที่เกิดจากการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566

4. แนวทางพัฒนาเพื่อเพิ่มประสิทธิผลของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดในปี 2567 หมายถึง แนวทางพัฒนาที่รวบรวมจากการสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดระดับจังหวัดและระดับเครือข่ายบริการสุขภาพพระดบอำเภอในการเพิ่มประสิทธิผลของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดในปี 2567

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยแบบผสมผสานโดยมีทั้งวิจัยเชิงปริมาณและวิจัยเชิงคุณภาพ (Mixed Methods Research)⁽¹⁸⁾

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างของการวิจัย (1) ผลการดำเนินงานของปี 2566 ตามตัวชี้วัดใน 6 ประเด็นยุทธศาสตร์ จำนวน 23 ตัวชี้วัดหลัก 72 ตัวชี้วัดย่อย ของเครือข่ายบริการสุขภาพพระดบอำเภอ (CUP) ทุกแห่ง จำนวน 13 แห่ง ที่มาจากการประเมินผลตัวชี้วัดการปฏิบัติราชการระดับเครือข่ายบริการสุขภาพพระดบอำเภอ ตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัด ปี 2566 (2) ผู้ประสานแผนงานในระดับกลุ่มงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 14 กลุ่มงาน จำนวน 42 คน และระดับเครือข่ายบริการสุขภาพพระดบอำเภอ จำนวน 13 แห่งๆ ละ 5 คน จำนวน 65 คน รวมทั้งหมด 107 คน

กลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจงทั้งหมดของประชากร สำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึกเลือกเฉพาะที่เป็นบุคคลให้ข้อมูลหลัก (Key Person) คือ กลุ่มผู้บริหารหน่วยงาน (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/สาธารณสุขอำเภอ/หัวหน้ากลุ่มงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) กลุ่มผู้ปฏิบัติงาน (หัวหน้างานแผนของโรงพยาบาล/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/กลุ่มงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบตรวจสอบผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566 แปรผลระดับผลการดำเนินงาน โดยใช้เกณฑ์ของบุญชม ศรีสะอาด⁽¹⁹⁾ ในการแปลความหมายระดับผลการดำเนินงาน 5 ระดับ ที่คิดจากคะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุดหารด้วยจำนวนชั้น คือ คะแนน 4.01 – 5.00 (ระดับดีมาก) คะแนน 3.01 – 4.00 (ระดับดี) คะแนน 2.01 – 3.00 (ระดับปานกลาง) คะแนน 1.01 – 2.00 (ระดับไม่ดี) และคะแนน 0 – 1.00 (ระดับไม่ดีอย่างยิ่ง)

2. แบบสัมภาษณ์ปัญหาการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566 และกำหนดแนวทางพัฒนาเพื่อเพิ่มประสิทธิผลของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดในปี 2567

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ข้อมูลเชิงคุณภาพนำมาสรุปเรียบเรียงและจัดหมวดหมู่⁽²⁰⁾

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม เลขที่จริยธรรมการวิจัย 8/2565 วันที่ 21 มีนาคม 2565 โดยผู้วิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์และสอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ผลการประเมินประสิทธิผลของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมินการปฏิบัติราชการภาพรวม 6 ยุทธศาสตร์ ตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566

ผลการศึกษา พบว่า ภาพรวม 6 ยุทธศาสตร์ มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน 4.02 (ระดับดีมาก) ยุทธศาสตร์ที่มีผลการประเมินเฉลี่ยสูงสุด คือ ยุทธศาสตร์ที่ 5 บุคลากรเป็นเลิศ มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน 4.98 (ระดับดีมาก) รองลงมา คือ ยุทธศาสตร์ที่ 3 ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน 4.13 (ระดับดีมาก) ยุทธศาสตร์ที่ 6 บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน 3.99 (ระดับดี) ยุทธศาสตร์ที่ 4 บริการเป็นเลิศ มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน 3.84 (ระดับดี) ยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนาขีดความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองแก่ประชาชน ชุมชน อย่างเข้มแข็งและยั่งยืน มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน 3.17 (ระดับดี) ส่วนยุทธศาสตร์ที่ 2 การระดมพลังเครือข่ายทุกระดับร่วมสร้างเมืองแห่งพลังความดีสู่การมีสุขภาพดีและความสุขที่ยั่งยืน ไม่กำหนดตัวชี้วัดเพื่อประเมินผลของปีงบประมาณ 2566 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนและระดับผลการประเมินผลตัวชี้วัดภาพรวม 6 ยุทธศาสตร์ ตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566

ที่	ยุทธศาสตร์	จำนวนตัวชี้วัดหลัก	จำนวนตัวชี้วัดหลักที่ไม่บรรลุเป้าหมาย	จำนวนตัวชี้วัดย่อย	จำนวนตัวชี้วัดย่อยที่ไม่บรรลุเป้าหมาย	ค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน	ระดับผลการประเมิน
1	ยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนาขีดความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองแก่ประชาชน ชุมชน อย่างเข้มแข็งและยั่งยืน	1	-	4	1 (25%)	3.17	ดี
2	ยุทธศาสตร์ที่ 2 การระดมพลังเครือข่ายทุกระดับร่วมสร้างเมืองแห่งพลังความดี สู่การมีสุขภาพดีและความสุขที่ยั่งยืน (Goodness Power Healthy & Happiness City)	ไม่กำหนดตัวชี้วัดเพื่อการประเมินผล	-	ไม่กำหนดตัวชี้วัดเพื่อการประเมินผล	-	-	-
3	ยุทธศาสตร์ที่ 3 ส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภค เป็นเลิศ (Prevention Promotion & Protection Excellence)	7	-	20	5 (25%)	4.13	ดีมาก
4	ยุทธศาสตร์ที่ 4 บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)	11	1 (9%)	39	4 (10%)	3.84	ดี
5	ยุทธศาสตร์ที่ 5 บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)	1	-	-	-	4.98	ดีมาก
6	ยุทธศาสตร์ที่ 6 บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)	3	-	9	1 (11%)	3.99	ดี
ค่าเฉลี่ยรวม 6 ยุทธศาสตร์		23	1	72	11	4.02	ดีมาก
ร้อยละ		-	4.34	-	15.28	-	-

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมินการปฏิบัติราชการแยกรายยุทธศาสตร์ จำนวน 6 ยุทธศาสตร์ ตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566

2.1 ค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมินการปฏิบัติราชการยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนาขีดความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองแก่ประชาชน ชุมชน อย่างเข้มแข็งและยั่งยืน พบว่า

ค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมินการปฏิบัติราชการของตัวชี้วัดในยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนาขีดความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองแก่ประชาชน ชุมชน อย่างเข้มแข็งและยั่งยืน มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน 3.17 (ระดับดี) มีทั้งหมด 1 ตัวชี้วัด โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมินตัวชี้วัดหลัก (ตัวชี้วัดที่ 1) คือ ร้อยละ 80 ของประชาชนทุกกลุ่มวัยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ

(66 เนื้อหา) และได้รับการประเมินผล Body composition ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 เพื่อมุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน 3.17 (ระดับดี) และมีตัวชี้วัดย่อยคือ 1.1 ร้อยละของประชาชนทุกกลุ่มวัย มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีผลการประเมินเฉลี่ย 4.51 (ระดับดีมาก) 1.2 ร้อยละของประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการประเมินผล Body Composition

มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน 3.13 (ระดับดี) 1.3 ความสำเร็จของการส่งเสริมความรอบรู้ด้านการบริโภคผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพจากการดำเนินกิจกรรม อย.น้อย ในมีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน 4.42 (ระดับดีมาก) และ 1.4 ร้อยละ 60 ของประชาชนมีพฤติกรรมที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน 0.62 (ระดับไม่ดีย่างยิ่ง) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนและระดับผลการประเมินผลตัวชี้วัดของยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนาขีดความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองแก่ประชาชน ชุมชน อย่างเข้มแข็งและยั่งยืน

ลำดับตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	ค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน	ระดับผลการประเมิน
1	ร้อยละ 80 ของประชาชนทุกกลุ่มวัยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (66 เนื้อหา) และได้รับการประเมินผล Body composition ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 เพื่อมุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข	3.17	ดี
1.1	ร้อยละของประชาชนทุกกลุ่มวัยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ	4.51	ดีมาก
1.2	ร้อยละของประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการประเมินผล Body Composition	3.13	ดี
1.3	ความสำเร็จของการส่งเสริมความรอบรู้ด้านการบริโภคผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพจากการดำเนินกิจกรรม อย.น้อย ในโรงเรียน	4.42	ดีมาก
1.4	ร้อยละ 60 ของประชาชนมีพฤติกรรมที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน	0.62	ไม่ดีอย่างยิ่ง
	ค่าเฉลี่ย	3.17	ดี

2.2 ค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมินการปฏิบัติราชการยุทธศาสตร์ที่ 3 ส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Prevention Promotion & Protection Excellence) พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมินการปฏิบัติราชการของตัวชี้วัดในยุทธศาสตร์ที่ 3 ส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมินการปฏิบัติราชการรวมทุกตัวชี้วัด 4.13 (ระดับดีมาก) มีทั้งหมด 7 ตัวชี้วัด โดยรายละเอียดมีดังนี้ ตัวชี้วัดที่มีค่าเฉลี่ยคะแนน

ผลการประเมินสูงสุด คือ ตัวชี้วัดที่ 7 ความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ที่มีคุณภาพมีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน 4.99 (ระดับดีมาก) รองลงมา คือ ตัวชี้วัดที่ 2 ความสำเร็จของการดำเนินงานมอบของขวัญปีใหม่ปี 2566 ของจังหวัดมหาสารคามมีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน 4.66 (ระดับดีมาก) ตัวชี้วัดที่ 6 ความสำเร็จของการดูแลสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุคุณภาพ มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน 4.59 (ระดับดีมาก) ตัวชี้วัดที่ 8 ความสำเร็จของการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมใน

สถานบริการสาธารณสุข (GREEN & CLEAN Hospital Challenge) อาชีวอนามัย และอาหารปลอดภัย มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน 4.36 (ระดับดีมาก) ตัวชี้วัดที่ 3 ความสำเร็จของการพัฒนากลุ่มสตรี และเด็กปฐมวัย มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน 3.76 (ระดับดี) ตัวชี้วัดที่ 4 ความสำเร็จของการดำเนินงาน

การพัฒนา กลุ่มเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน 3.32 (ระดับดี) และตัวชี้วัดที่ 5 ความสำเร็จของการดำเนินงาน การพัฒนา กลุ่มวัยทำงาน มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน 3.24 (ระดับดี) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยคะแนนและระดับผลการประเมินผลตัวชี้วัดของยุทธศาสตร์ที่ 3 ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Prevention Promotion & Protection Excellence)

ลำดับ ตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	ค่าเฉลี่ย คะแนนผลการ ประเมิน	ระดับ ผลการ ประเมิน
2	ความสำเร็จของการดำเนินงานมอบของขวัญปีใหม่ ปี 2566 ของจังหวัดมหาสารคาม	4.66	ดีมาก
2.1	ความสำเร็จของการดำเนินงานเด็กเป็นสินทรัพย์ของชุมชน ในตำบลเปี่ยมสุข	4.69	ดีมาก
2.2	ผู้ที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีและใช้ไม้เท้าพยุงกาย	4.83	ดีมาก
2.3	ผู้สูงอายุมีโภชนาการปกติ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50	4.46	ดีมาก
3	ความสำเร็จของการพัฒนา กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย	3.76	ดี
3.1	ความสำเร็จของการพัฒนา กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย	4.34	ดีมาก
3.2	ความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กเพื่อเด็กอัจฉริยะ	4.59	ดีมาก
3.3	ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 3 ปีฟันดีไม่มีผุ (caries free)	2.35	ปานกลาง
4	ความสำเร็จของการดำเนินงานการพัฒนา กลุ่มเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น	3.32	ดี
4.1	ร้อยละของเด็กอายุ 6 - 14 ปี สูงดีสมส่วน	2.30	ปานกลาง
4.2	ร้อยละของโรงเรียนพัฒนาเป็นโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ	3.29	ดี
4.3	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15 - 19 ปี	5.00	ดีมาก
4.4	ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี	2.94	ปานกลาง
4.5	ความสำเร็จของการป้องกันการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี	3.09	ดี
5	ความสำเร็จของการดำเนินงานการพัฒนา กลุ่มวัยทำงาน	3.24	ดี
5.1	ร้อยละวัยทำงานอายุ 18 - 59 ปี มีดัชนีมวลกายและรอบเอวปกติ	2.98	ปานกลาง
5.2	ความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCDs)	2.21	ปานกลาง
5.3	ความสำเร็จของการดำเนินงานคัดกรองผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป	3.84	ดี
5.4	ความสำเร็จของการดำเนินงานคัดกรองผู้สูบบุหรี่ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป	3.92	ดี

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยคะแนนและระดับผลการประเมินผลตัวชี้วัดของยุทธศาสตร์ที่ 3 ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Prevention Promotion & Protection Excellence) (ต่อ)

ลำดับ ตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	ค่าเฉลี่ย คะแนนผลการ ประเมิน	ระดับ ผลการ ประเมิน
6	ความสำเร็จของการดูแลสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุคุณภาพ	4.59	ดีมาก
6.1	ร้อยละผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะสมองเสื่อม และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	4.59	ดีมาก
6.2	ร้อยละผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะเสี่ยง พัลตตกหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	4.58	ดีมาก
7	ความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ที่มีคุณภาพ	4.99	ดีมาก
8	ความสำเร็จของการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมในสถานบริการ สาธารณสุข (GREEN & CLEAN Hospital Challenge) อาชีวอนามัย และอาหารปลอดภัย	4.36	ดีมาก
8.1	ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนามาตรฐานสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป)	4.46	ดีมาก
8.2	ความสำเร็จของการดำเนินงานตาม พ.ร.บ. ควบคุมโรคจากการ ประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562	4.62	ดีมาก
8.3	ร้อยละสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด	4.00	ดี
	ค่าเฉลี่ย	4.13	ดีมาก

2.3 ค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน การปฏิบัติราชการยุทธศาสตร์ที่ 4 บริการเป็นเลิศ (Service Excellence) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนน ผลการประเมินการปฏิบัติราชการของตัวชี้วัดใน ยุทธศาสตร์ที่ 4 บริการเป็นเลิศ มีค่าเฉลี่ยคะแนน ผลการประเมินการปฏิบัติราชการรวมทุกตัวชี้วัด 3.84 (ระดับดี) มีทั้งหมด 11 ตัวชี้วัด โดยรายละเอียด มีดังนี้ ตัวชี้วัดที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ตัวชี้วัดที่ 11 ความสำเร็จของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน 4.81 (ระดับดีมาก) รองลงมา คือ ตัวชี้วัดที่ 18 ความสำเร็จของการ ดำเนินงานโครงการพระราชดำริ มีค่าเฉลี่ยคะแนน ผลการประเมิน 4.67 (ระดับดีมาก) ตัวชี้วัดที่ 19 ความสำเร็จของการดำเนินงานการแพทย์แผนไทย

การแพทย์ทางเลือก และเมืองสมุนไพร มีค่าเฉลี่ย คะแนนผลการประเมิน 4.57 (ระดับดีมาก) ตัวชี้วัด ที่ 14 ความสำเร็จของการขับเคลื่อนเพื่อพัฒนาสู่ สู่จังหวัดไชย้อย่างสมเหตุสมผล (RDU province) มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน 4.48 (ระดับดี มาก) ตัวชี้วัดที่ 12 ความสำเร็จของการจัดบริการ คลินิกกัญชาทางการแพทย์ มีค่าเฉลี่ยคะแนนผล การประเมิน 4.46 (ระดับดีมาก) ตัวชี้วัดที่ 9 ความสำเร็จ ของการดำเนินงานระบบสุขภาพปฐมภูมิ มีค่าเฉลี่ย คะแนนผลการประเมิน 4.11 (ระดับดีมาก) ตัวชี้วัด ที่ 13 ความสำเร็จของการดำเนินงานสุขภาพจิต และยาเสพติด มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน 4.02 (ระดับดีมาก) ตัวชี้วัดที่ 15 ความสำเร็จของ การป้องกัน ควบคุม และรักษาผู้ป่วยวัณโรค มีค่าเฉลี่ย

คะแนนผลการประเมิน 3.66 (ระดับดี) ตัวชี้วัดที่ 10
ความสำเร็จของการลดป่วย ลดตาย มีค่าเฉลี่ย
คะแนนผลการประเมิน 3.43 (ระดับดี) ตัวชี้วัดที่ 17
ความสำเร็จของการดำเนินงานระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
และการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน มีค่าเฉลี่ย

คะแนนผลการประเมิน 3.38 (ระดับดี) และตัวชี้วัด
ที่ 16 PCU/NPCU ที่ขึ้นทะเบียนผ่านเกณฑ์การ
ประเมินมาตรฐานงานสุขภาพช่องปากขั้นต่ำ
มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน 0.54 (ระดับไม่ดี
อย่างยิ่ง) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยคะแนนและระดับผลการประเมินผลตัวชี้วัดของยุทธศาสตร์ที่ 4 บริการเป็นเลิศ
(Service Excellence)

ลำดับ ตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	ค่าเฉลี่ย คะแนนผลการ ประเมิน	ระดับ ผลการ ประเมิน
9	ความสำเร็จของการดำเนินงานระบบสุขภาพปฐมภูมิ	4.11	ดีมาก
9.1	ความสำเร็จของการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่าย หน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562	3.55	ดี
9.2	ความสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและ เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิตามนโยบาย ประชาชนคนไทย มีหมอมือประจำตัว 3 คน	4.02	ดีมาก
9.3	ความสำเร็จของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในการพัฒนาคุณภาพมาตรฐาน บริการปฐมภูมิ พ.ศ. 2566	4.92	ดีมาก
9.4	ความสำเร็จของการดำเนินงาน อสม.หมอมือประจำบ้าน อสค.ชุมชนและ ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต	3.95	ดี
10	ความสำเร็จของการลดป่วย ลดตาย	3.43	ดี
10.1	ระดับความสำเร็จของการลดป่วย ลดตาย จากโรคหลอดเลือดสมอง	1.50	ไม่ดี
10.2	ระดับความสำเร็จของการลดป่วย ลดตาย จากโรคหลอดเลือดหัวใจ	1.65	ไม่ดี
10.3	ความสำเร็จของการดูแลทารกแรกเกิด	4.94	ดีมาก
10.4	ความสำเร็จของการดำเนินงานโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง	4.56	ดีมาก
10.5	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	4.77	ดีมาก
10.6	ร้อยละของประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไปที่มาใช้บริการ ได้รับการตรวจ ช่องปากและคัดกรองรอยโรคในช่องปาก	3.48	ดี
11	ความสำเร็จของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ	4.81	ดีมาก
11.1	ระดับความสำเร็จการพัฒนาระบบบริการเครือข่ายทุติยภูมิ (Secondary care cluster: SCC)	4.94	ดีมาก
11.2	ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วย ประคับประคองอย่างมีคุณภาพ	4.68	ดีมาก

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยคะแนนและระดับผลการประเมินผลตัวชี้วัดของยุทธศาสตร์ที่ 4 บริการเป็นเลิศ (Service Excellence) (ต่อ)

ลำดับ ตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	ค่าเฉลี่ย คะแนนผลการ ประเมิน	ระดับ ผลการ ประเมิน
11.3	ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care ได้รับการบริหารพื้นสภาพ และติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน	5.00	ดีมาก
11.4	การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน ภายใต้ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เน้น Stroke STEMI Sepsis	4.43	ดีมาก
11.5	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานบริจาคอวัยวะ	5.00	ดีมาก
12	ความสำเร็จของการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์	4.46	ดีมาก
12.1	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์	4.78	ดีมาก
12.2	ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับยา กัญชาทางการแพทย์	4.19	ดีมาก
12.3	ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลสังกัด สป.สธ. ในการบันทึกข้อมูลในระบบรายงานอาการและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์ กัญชา ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) และกรมการแพทย์	4.42	ดีมาก
13	ความสำเร็จของการดำเนินงานสุขภาพจิตและยาเสพติด	4.02	ดีมาก
13.1	ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	3.31	ดี
13.2	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (ปี 65 ไม่เกิน 8.0 ต่อแสนประชากร)	4.47	ดีมาก
13.3	ร้อยละผู้ป่วยยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดและได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate)	4.28	ดีมาก
14	ความสำเร็จของการขับเคลื่อนเพื่อพัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU province)	4.48	ดีมาก
14.1	การประเมินโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล	4.58	ดีมาก
14.2	การประเมินการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน	4.39	ดีมาก
15	ความสำเร็จของการป้องกัน ควบคุมและรักษาผู้ป่วยวัณโรค	3.66	ดี
15.1	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	3.61	ดี
15.2	อัตราการเสียชีวิต (Dead rate)	2.26	ปานกลาง
15.3	ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	4.77	ดีมาก
15.4	ร้อยละการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยง 7 กลุ่ม ได้รับการคัดกรองด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก	3.64	ดี
15.5	ร้อยละของการดำเนินงานคุณภาพโรงพยาบาลด้านการดูแลรักษาวัณโรค ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน	4.03	ดีมาก
16	PCU/NPCU ที่ขึ้นทะเบียนผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐานงานสุขภาพช่องปากขั้นต่ำ	0.54	ไม่ดี อย่างยิ่ง

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยคะแนนและระดับผลการประเมินผลตัวชี้วัดของยุทธศาสตร์ที่ 4 บริการเป็นเลิศ (Service Excellence) (ต่อ)

ลำดับ ตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	ค่าเฉลี่ย คะแนนผลการ ประเมิน	ระดับ ผลการ ประเมิน
17	ความสำเร็จของการดำเนินงานระบบการแพทย์ฉุกเฉินและ การป้องกันอุบัติเหตุทางถนน	3.38	ดี
17.1	อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน	3.55	ดี
17.2	อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน Triage level 1 ภายใน 24 ชม.	3.69	ดี
17.3	ความสำเร็จของโรงพยาบาลทุกระดับที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ	4.03	ดีมาก
17.4	ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	2.24	ปานกลาง
18	ความสำเร็จของการดำเนินงานโครงการพระราชดำริ	4.67	ดีมาก
18.1	ร้อยละคะแนนการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหา โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี	4.65	ดีมาก
18.2	ความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และ พระราชานุเคราะห์ ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ	4.69	ดีมาก
19	ความสำเร็จของการดำเนินงานการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือกและเมืองสมุนไพร	4.57	ดีมาก
19.1	ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	4.29	ดีมาก
19.2	ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วย การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (Community base)	4.75	ดีมาก
19.3	ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษา ด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	4.20	ดีมาก
19.4	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาเมืองสมุนไพร	4.77	ดีมาก
19.5	จำนวนงานวิจัยสมุนไพร/งานวิจัยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ ทางเลือกที่นำไปใช้จริงทางการแพทย์หรือการตลาด	4.85	ดีมาก
	ค่าเฉลี่ย	3.84	ดี

2.4 ค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน
การปฏิบัติราชการของยุทธศาสตร์ที่ 5 บุคลากร
เป็นเลิศ (People Excellence) พบว่า ค่าเฉลี่ย
คะแนนผลการประเมินการปฏิบัติราชการของ
ตัวชี้วัดในยุทธศาสตร์ที่ 5 บุคลากรเป็นเลิศ มีค่าเฉลี่ย

คะแนนผลการประเมินการปฏิบัติราชการรวมทุก
ตัวชี้วัด 4.98 (ระดับดีมาก) มีทั้งหมด 1 ตัวชี้วัด
คือตัวชี้วัดที่ 20 ความสำเร็จของการดำเนินงาน
องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ มีค่าเฉลี่ยคะแนน
ผลการประเมิน 4.98 (ระดับดีมาก) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยคะแนนและระดับผลการประเมินผลตัวชี้วัดของยุทธศาสตร์ที่ 5 บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)

ลำดับ ตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	ค่าเฉลี่ย คะแนนผลการ ประเมิน	ระดับ ผลการ ประเมิน
20	ความสำเร็จของการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ	4.98	ดีมาก
	ค่าเฉลี่ย	4.98	ดีมาก

2.5 ค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมินการปฏิบัติราชการของยุทธศาสตร์ที่ 6 บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมินการปฏิบัติราชการของตัวชี้วัดในยุทธศาสตร์ที่ 6 บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาลมีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมินการปฏิบัติราชการรวมทุกตัวชี้วัด 3.99 (ระดับดีมาก) มีทั้งหมด 3 ตัวชี้วัด โดยรายละเอียด

มีดังนี้ ตัวชี้วัดที่ 21 ความสำเร็จของการพัฒนาองค์กรคุณภาพ มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน 4.99 (ระดับดีมาก) ตัวชี้วัดที่ 22 ความสำเร็จของการพัฒนาระบบดิจิทัลสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน 3.41 (ระดับดี) และตัวชี้วัดที่ 23 ความสำเร็จการดำเนินงานด้านการเงินการคลังสุขภาพของหน่วยบริการ มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน 3.59 (ระดับดี) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยคะแนนและระดับผลการประเมินผลตัวชี้วัดของยุทธศาสตร์ที่ 6 บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

ลำดับ ตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	ค่าเฉลี่ย คะแนนผลการ ประเมิน	ระดับ ผลการ ประเมิน
21	ความสำเร็จของการพัฒนาองค์กรคุณภาพ	4.99	ดีมาก
21.1	ความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA)	4.96	ดีมาก
21.2	ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3	5.00	ดีมาก
21.3	สถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินตามนโยบาย EMS (Environment Modernization and Smart Service)	5.00	ดีมาก
21.4	การพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการระดับจังหวัดโรคหลอดเลือดสมอง (Healthcare Network Accreditation: HNA)	5.00	ดีมาก
22	ความสำเร็จของการพัฒนาระบบดิจิทัลสุขภาพ	3.41	ดี
22.1	ร้อยละการส่งข้อมูลศูนย์ข้อมูลกลางด้านสุขภาพของประชาชน	4.49	ดีมาก
22.2	ร้อยละของประชาชนไทยมี ดิจิทัลไอดี เพื่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ	2.43	ปานกลาง
22.3	การจัดบริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ ในกลุ่มเป้าหมายที่กำหนด	3.29	ดี

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยคะแนนและระดับผลการประเมินผลตัวชี้วัดของยุทธศาสตร์ที่ 6 บริหารเป็นเลิศ
ด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) (ต่อ)

ลำดับ ตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	ค่าเฉลี่ย คะแนนผลการ ประเมิน	ระดับ ผลการ ประเมิน
23	ความสำเร็จการดำเนินงานด้านการเงินการคลังสุขภาพของ หน่วยบริการ	3.59	ดี
23.1	หน่วยบริการมีประสิทธิภาพทางการเงินการคลัง (คะแนน)	3.91	ดี
23.2	หน่วยบริการมีศูนย์จัดเก็บรายได้ที่มีคุณภาพระดับดีมาก (คะแนน)	3.27	ดี
	ค่าเฉลี่ย	3.99	ดี

**3. ค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน
การปฏิบัติราชการของภาพรวมยุทธศาสตร์ ใน
6 ยุทธศาสตร์ ตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพ
จังหวัดมหาสารคาม ปี 2566 แยกรายอำเภอ**

ผลการประเมินตัวชี้วัดการ
ปฏิบัติราชการใน 6 ยุทธศาสตร์ ตามแผนยุทธศาสตร์
ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566
แยกรายอำเภอ พบว่า มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการ
ประเมินของทุกอำเภอ 4.02 (ระดับดีมาก) โดย
รายละเอียดแยกรายอำเภอ ดังนี้

3.1 อำเภอเมืองมหาสารคาม มี
ค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมินเฉลี่ยรวมทั้ง
6 ยุทธศาสตร์ คือ 3.74 (ระดับดี) โดยยุทธศาสตร์
ที่ได้คะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ยุทธศาสตร์ที่ 5
บุคลากรเป็นเลิศ มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน
5.00 (ระดับดีมาก) รองลงมา คือ ยุทธศาสตร์ที่ 3
ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภค
เป็นเลิศ มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน 4.05
(ระดับดีมาก) ยุทธศาสตร์ที่ 6 บริหารเป็นเลิศด้วย
ธรรมาภิบาล มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน
3.99 (ระดับดี) ยุทธศาสตร์ที่ 4 บริการเป็นเลิศ
มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน 3.58 (ระดับดี)
ส่วนยุทธศาสตร์ที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน
น้อยที่สุด คือ ยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนาขีดความสามารถ
ในการจัดการสุขภาพตนเองแก่ประชาชน ชุมชน

อย่างเข้มแข็งและยั่งยืน มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการ
ประเมิน 2.26 (ระดับปานกลาง)

3.2 อำเภอแกดำ มีค่าเฉลี่ยคะแนน
ผลการประเมินเฉลี่ยรวมทั้ง 6 ยุทธศาสตร์ คือ
4.14 (ระดับดีมาก) โดยยุทธศาสตร์ที่ได้คะแนน
เฉลี่ยมากที่สุด คือ ยุทธศาสตร์ที่ 5 บุคลากรเป็นเลิศ
มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน 4.90 (ระดับดีมาก)
รองลงมา คือ ยุทธศาสตร์ที่ 6 บริหารเป็นเลิศด้วย
ธรรมาภิบาล มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน
4.18 (ระดับดีมาก) ยุทธศาสตร์ที่ 3 ส่งเสริมสุขภาพ
ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ มีค่าเฉลี่ย
คะแนนผลการประเมิน 4.13 (ระดับดีมาก)
ยุทธศาสตร์ที่ 4 บริการเป็นเลิศ มีค่าเฉลี่ยคะแนน
ผลการประเมิน 3.78 (ระดับดี) ส่วนยุทธศาสตร์ที่มี
ค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมินน้อยที่สุด คือ
ยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนาขีดความสามารถใน
การจัดการสุขภาพตนเองแก่ประชาชน ชุมชน
อย่างเข้มแข็งและยั่งยืน มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการ
ประเมิน 3.69 (ระดับดี)

3.3 อำเภอโกสุมพิสัย มีค่าเฉลี่ย
คะแนนผลการประเมินเฉลี่ยรวมทั้ง 6 ยุทธศาสตร์
คือ 3.66 (ระดับดี) โดยยุทธศาสตร์ที่ได้คะแนน
เฉลี่ยมากที่สุด คือ ยุทธศาสตร์ที่ 5 บุคลากรเป็นเลิศ
มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน 5.00 (ระดับดีมาก)
รองลงมา คือ ยุทธศาสตร์ที่ 6 บริหารเป็นเลิศด้วย
ธรรมาภิบาล มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน

3.12 อำเภอภูตวัง มีค่าเฉลี่ยคะแนน ผลการประเมินเฉลี่ยรวมทั้ง 6 ยุทธศาสตร์ คือ 4.16 (ระดับดีมาก) โดยยุทธศาสตร์ที่ได้คะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ยุทธศาสตร์ที่ 5 บุคลากรเป็นเลิศ มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน 4.90 (ระดับดีมาก) รองลงมา คือ ยุทธศาสตร์ที่ 3 ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน 4.38 (ระดับดีมาก) ยุทธศาสตร์ที่ 4 บริการเป็นเลิศ มีค่าเฉลี่ยคะแนน ผลการประเมิน 3.89 (ระดับดี) ยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนาขีดความสามารถ ในการจัดการสุขภาพ ตนเองแก่ประชาชน ชุมชน อย่างเข้มแข็งและ ยั่งยืน มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน 3.88 (ระดับดี) ส่วนยุทธศาสตร์ที่มีค่าเฉลี่ยคะแนน ผลการประเมินน้อยที่สุด คือ ยุทธศาสตร์ที่ 6 บริหาร เป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการ ประเมิน 3.77 (ระดับดี)

3.13 อำเภอชื่นชม มีค่าเฉลี่ยคะแนน ผลการประเมินเฉลี่ยรวมทั้ง 6 ยุทธศาสตร์ คือ 4.08 (ระดับดีมาก) โดยยุทธศาสตร์ที่ได้คะแนน เฉลี่ยมากที่สุด คือ ยุทธศาสตร์ที่ 5 บุคลากรเป็นเลิศ มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน 5.00 (ระดับดีมาก) รองลงมา คือ ยุทธศาสตร์ที่ 3 ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ มีค่าเฉลี่ย คะแนนผลการประเมิน 4.19 (ระดับดีมาก) ยุทธศาสตร์ที่ 6 บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน 4.11 (ระดับดีมาก) ยุทธศาสตร์ที่ 4 บริการเป็นเลิศ มีค่าเฉลี่ยคะแนน ผลการประเมิน 3.79 (ระดับดี) ส่วนยุทธศาสตร์ที่มี ค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมินน้อยที่สุด คือ ยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนาขีดความสามารถใน การจัดการสุขภาพตนเองแก่ประชาชน ชุมชน อย่างเข้มแข็งและยั่งยืน มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการ ประเมิน 3.34 (ระดับดี) ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ยคะแนนและระดับผลการประเมินผลตัวชี้วัดใน 6 ยุทธศาสตร์ของแผนยุทธศาสตร์ระบบ สุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566 แยกรายอำเภอ

ที่	อำเภอ	ค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน						ค่าเฉลี่ย คะแนน ผลการ ประเมิน	ระดับ ผลการ ประเมิน
		ยุทธ ศาสตร์ ที่ 1	ยุทธ ศาสตร์ ที่ 2	ยุทธ ศาสตร์ ที่ 3	ยุทธ ศาสตร์ ที่ 4	ยุทธ ศาสตร์ ที่ 5	ยุทธ ศาสตร์ ที่ 6		
1	เมือง	2.26	-	4.05	3.58	5.00	3.79	3.74	ดี
2	แกดำ	3.69	-	4.13	3.78	4.90	4.18	4.14	ดีมาก
3	โกสุมพิสัย	2.58	-	3.15	3.70	5.00	3.88	3.66	ดี
4	กันทรวิชัย	2.25	-	4.18	4.11	5.00	4.20	3.95	ดี
5	เขียงยืน	3.27	-	3.97	4.04	5.00	4.43	4.14	ดีมาก
6	บรบือ	3.59	-	4.36	3.98	5.00	4.06	4.20	ดีมาก
7	นาเชือก	3.69	-	4.09	3.98	5.00	3.92	4.14	ดีมาก
8	พยัคฆภูมิ พิสัย	2.90	-	4.58	3.90	5.00	3.70	4.02	ดีมาก
9	วาปีปทุม	2.74	-	4.01	3.51	5.00	4.25	3.90	ดี
10	นาดูน	3.72	-	4.30	3.66	5.00	3.74	4.08	ดีมาก
11	ยางสีสุราช	3.31	-	4.30	3.87	5.00	3.89	4.07	ดีมาก

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ยคะแนนและระดับผลการประเมินผลตัวชี้วัดใน 6 ยุทธศาสตร์ของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566 แยกรายอำเภอ (ต่อ)

ที่	อำเภอ	ค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน						ค่าเฉลี่ย คะแนน ผลการ ประเมิน	ระดับ ผลการ ประเมิน
		ยุทธศาสตร์ ที่ 1	ยุทธศาสตร์ ที่ 2	ยุทธศาสตร์ ที่ 3	ยุทธศาสตร์ ที่ 4	ยุทธศาสตร์ ที่ 5	ยุทธศาสตร์ ที่ 6		
12	กุตุรง	3.88	-	4.38	3.89	4.90	3.77	4.16	ดีมาก
13	ชื่นชม	3.34	-	4.19	3.79	5.00	4.11	4.08	ดีมาก
	ค่าเฉลี่ย	3.17	-	4.13	3.83	4.98	3.99	4.02	ดีมาก

ค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมินผลการปฏิบัติราชการรายอำเภอภาพรวมของ 6 ประเด็นยุทธศาสตร์ของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566 ค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมินเฉลี่ยรวมของทุกอำเภอ 4.02 (ระดับดีมาก) อำเภอที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมินสูงสุด 3 อันดับแรก คือ (1) อำเภอบรบือ มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน 4.20 (ระดับดีมาก) (2) อำเภอกุตุรง มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน 4.16 (ระดับดีมาก) และ (3) อำเภอ

แกดำ อำเภอเชียงยืน อำเภอนาเชือก มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน 4.14 (ระดับดีมาก) ส่วน 3 อันดับท้ายของอำเภอที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมินต่ำสุด คือ อำเภอโกสุมพิสัย มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน 3.66 (ระดับดี) อำเภอเมืองมหาสารคาม มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน 3.74 (ระดับดี) และอำเภอวาปีปทุม มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน 3.90 (ระดับดี) ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมินผลการปฏิบัติราชการ ลำดับที่และระดับผลการประเมินผลของอำเภอ ภาพรวมทั้งหมดของ 6 ประเด็นยุทธศาสตร์ของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566 แยกรายอำเภอ

ที่	อำเภอ	ค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน ผลการปฏิบัติราชการ	ลำดับที่	ระดับ ผลการประเมิน
1	บรบือ	4.20	1	ดีมาก
2	กุตุรง	4.16	2	ดีมาก
3	แกดำ	4.14	3	ดีมาก
4	เชียงยืน	4.14	3	ดีมาก
5	นาเชือก	4.14	3	ดีมาก
6	นาइन	4.08	4	ดีมาก
7	ชื่นชม	4.08	4	ดีมาก
8	ยางสีสุราช	4.07	5	ดีมาก
9	พยัคฆภูมิพิสัย	4.02	6	ดีมาก

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมินผลการปฏิบัติราชการ ลำดับที่และระดับผลการประเมินผลของอำเภอ ภาพรวมทั้งหมดของ 6 ประเด็นยุทธศาสตร์ของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566 แยกรายอำเภอ (ต่อ)

ที่	อำเภอ	ค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมินผลการปฏิบัติราชการ	ลำดับที่	ระดับผลการประเมิน
10	กันทรวิชัย	3.95	7	ดี
11	วาปีปทุม	3.90	8	ดี
12	เมือง	3.74	9	ดี
13	โกสุมพิสัย	3.66	10	ดี
	ค่าเฉลี่ยรวมทุก CUP	4.02		ดีมาก

ส่วนที่ 2 ผลลัพธ์การดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566

การประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566 โดยใช้ค่าดัชนีสถานะสุขภาพจำนวน 2 ตัว คือ (1) อายุคาดเฉลี่ย (Life Expectancy: LE) ของประชาชนรายอำเภอในจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566 (2) อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health adjusted life expectancy: HALE) ของประชาชนรายอำเภอในจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566 โดยเรียงลำดับจากอำเภอที่มีค่าอายุคาดเฉลี่ยมากที่สุด พบว่า ลำดับที่ 1 นาตูนมีอายุคาดเฉลี่ย 76.45 ปี อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี 69.83 ปี โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินผล 4.08 (ลำดับ 4) ลำดับที่ 2 ปรือมีอายุคาดเฉลี่ย 76.07 ปี อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี 69.58 ปี โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินผล 4.2 (ลำดับ 1) ลำดับที่ 3 แกดำมีอายุคาดเฉลี่ย 75.35 ปี อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี 69.01 ปี โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินผล 4.14 (ลำดับ 3) ลำดับที่ 4 พยัคฆภูมิพิสัยมีอายุคาดเฉลี่ย 75.32 ปี อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี 69.15 ปี โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินผล 4.02 (ลำดับ 6) ลำดับที่ 5 กันทรวิชัยมีอายุคาดเฉลี่ย 75.31 ปี อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี 69.16 ปี โดยมี

ค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินผล 3.95 (ลำดับ 7) ลำดับที่ 6 เมืองมีอายุคาดเฉลี่ย 75.29 ปี อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี 68.89 ปี โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินผล 3.74 (ลำดับ 9) ลำดับที่ 7 วาปีปทุม มีอายุคาดเฉลี่ย 75.13 ปี อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี 68.83 ปี โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินผล 3.9 (ลำดับ 8) ลำดับที่ 8 ชื่นชมมีอายุคาดเฉลี่ย 74.95 ปี อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี 68.74 ปี โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินผล 4.08 (ลำดับ 4) ลำดับที่ 9 กุดรังมีอายุคาดเฉลี่ย 74.52 ปี อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี 68.46 ปี โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินผล 4.16 (ลำดับ 2) ลำดับที่ 10 โกสุมพิสัยมีอายุคาดเฉลี่ย 73.92 ปี อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี 67.96 ปี โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินผล 3.66 (ลำดับ 10) ลำดับที่ 11 เขียงยืนมีอายุคาดเฉลี่ย 73.82 ปี อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี 67.89 โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินผล 4.14 (ลำดับ 3) ลำดับที่ 12 นาเชือกมีอายุคาดเฉลี่ย 73.43 ปี อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี 67.57 ปี โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินผล 4.14 (ลำดับ 3) ลำดับที่ 13 ยางสีสุราชมีอายุคาดเฉลี่ย 73.17 ปี อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี 67.37 ปี โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินผล 4.07 (ลำดับ 5) ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ยคะแนนและระดับผลการประเมินผลตัวชี้วัดใน 6 ยุทธศาสตร์ของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566 และค่า LE/HALE ปี 2566 แยกรายอำเภอ โดยเรียงลำดับอำเภอด้วยค่า LE ปี 2566 จากมากที่สุดไปน้อยที่สุด

ลำดับที่	อำเภอ	ค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน						ค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน	ค่า LE ปี 2566	ค่า HALE ปี 2566
		ยุทธศาสตร์ที่ 1	ยุทธศาสตร์ที่ 2	ยุทธศาสตร์ที่ 3	ยุทธศาสตร์ที่ 4	ยุทธศาสตร์ที่ 5	ยุทธศาสตร์ที่ 6			
1	นาดูน	3.72	-	4.3	3.66	5	3.74	4.08	76.45	69.83
2	บรบือ	3.59	-	4.36	3.98	5	4.06	4.2	76.07	69.58
3	แกดดำ	3.69	-	4.13	3.78	4.9	4.18	4.14	75.35	69.01
4	พยัคฆภูมิพิสัย	2.9	-	4.58	3.9	5	3.7	4.02	75.32	69.15
5	กันทรวิชัย	2.25	-	4.18	4.11	5	4.2	3.95	75.31	69.16
6	เมือง	2.26	-	4.05	3.58	5	3.79	3.74	75.29	68.89
7	วาปีปทุม	2.74	-	4.01	3.51	5	4.25	3.9	75.13	68.83
8	ชื่นชม	3.34	-	4.19	3.79	5	4.11	4.08	74.95	68.74
9	กุตุรง	3.88	-	4.38	3.89	4.9	3.77	4.16	74.52	68.46
10	โกสุมพิสัย	2.58	-	3.15	3.7	5	3.88	3.66	73.92	67.96
11	เชียงยืน	3.27	-	3.97	4.04	5	4.43	4.14	73.82	67.89
12	นาเชือก	3.69	-	4.09	3.98	5	3.92	4.14	73.43	67.57
13	ยางสีสุราช	3.31	-	4.3	3.87	5	3.89	4.07	73.17	67.37
	ค่าเฉลี่ย	3.17	-	4.13	3.83	4.98	3.99	4.02	74.90	67.87

การเปรียบเทียบเป้าหมายอายุคาดเฉลี่ย (LE) และอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (HALE) ระดับจังหวัดและระดับอำเภอปี 2566 ของจังหวัดมหาสารคาม ตามประกาศจังหวัดมหาสารคาม ประกาศวันที่ 21 มีนาคม พ.ศ. 2567 กับผลค่า LE/HALE ปี 2566 และผลการบรรลุเป้าหมายของค่า LE/HALE ปี 2566 ภาพรวมจังหวัดและรายอำเภอ พบว่า ภาพรวมจังหวัดค่า LE ไม่บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ในปี 2566 โดยผลงานต่ำกว่าเป้าหมายจำนวน 0.10 ปี ส่วน

ค่า HALE บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ในปี 2566 ผลงานมากกว่าเป้าหมาย จำนวน 0.37 ปี โดยภาพรวมรายอำเภอ พบว่า ค่า LE บรรลุตามเป้าหมายปี 2566 จำนวน 5 อำเภอ คือ นาดูน บรบือ แกดดำ พยัคฆภูมิพิสัย และกันทรวิชัย ส่วนที่เหลือ 7 อำเภอไม่บรรลุเป้าหมาย อำเภอที่บรรลุเป้าหมายสูงสุด คือ อำเภอกันทรวิชัย บรรลุเป้าหมายโดยผลงานมากกว่าเป้าหมาย จำนวน 1.61 ปี สำหรับอำเภอที่ไม่บรรลุเป้าหมายมากที่สุด คืออำเภอนาเชือก ผลงานต่ำกว่าเป้าหมาย

จำนวน 2.07 ปี สำหรับภาพรวมค่า HALE รายอำเภอ พบว่า มี 5 อำเภอที่บรรลุค่าเป้าหมายปี 2566 คือ นาดูน ปรบือ แกด้า พยัคฆภูมิพิสัย และกันทรวิชัย ส่วนที่เหลือ 7 อำเภอไม่บรรลุเป้าหมาย โดย

อำเภอกันทรวิชัยบรรลุเป้าหมายสูงสุดโดยผลงานมากกว่าเป้าหมาย จำนวน 1.11 ปี สำหรับอำเภอที่ห่างเป้าหมายที่สุด คือ อำเภอชื่นชมซึ่งผลงานต่ำกว่าเป้าหมายจำนวน 1.96 ปี ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมินใน 6 ยุทธศาสตร์ของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566 และเป้าหมาย/ผล/ผลการบรรลุเป้าหมายของค่า LE/HALE ปี 2566 แยกรายอำเภอ โดยเรียงลำดับอำเภอด้วยผลค่า LE ปี 2566 จากมากที่สุดไปน้อยที่สุด

ลำดับที่	อำเภอ	ค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน	เป้าหมาย LE ปี 2566	ผลค่า LE ปี 2566	ผลต่างของผลกับเป้าหมาย LE	ผลการบรรลุเป้าหมาย LE ปี 2566	เป้าหมาย HALE ปี 2566	ผลค่า HALE ปี 2566	ผลต่างของผลกับเป้าหมาย HALE	ผลการบรรลุเป้าหมาย HALE ปี 2566
1	นาดูน	4.08	75.46	76.45	0.99	บรรลุ	69.47	69.83	0.36	บรรลุ
2	ปรบือ	4.2	74.98	76.07	1.09	บรรลุ	69.00	69.58	0.58	บรรลุ
3	แกด้า	4.14	74.70	75.35	0.65	บรรลุ	68.78	69.01	0.23	บรรลุ
4	พยัคฆภูมิพิสัย	4.02	74.27	75.32	1.05	บรรลุ	68.54	69.15	0.61	บรรลุ
5	กันทรวิชัย	3.95	73.70	75.31	1.61	บรรลุ	68.05	69.16	1.11	บรรลุ
6	เมือง	3.74	76.07	75.29	-0.78	ไม่บรรลุ	69.82	68.89	-0.93	ไม่บรรลุ
7	วาปีปทุม	3.9	76.19	75.13	-1.06	ไม่บรรลุ	69.90	68.83	-1.07	ไม่บรรลุ
8	ชื่นชม	4.08	77.00	74.95	-2.05	ไม่บรรลุ	70.70	68.74	-1.96	ไม่บรรลุ
9	กุตุรง	4.16	75.12	74.52	-0.6	ไม่บรรลุ	69.24	68.46	-0.78	ไม่บรรลุ
10	โกสุมพิสัย	3.66	74.56	73.92	-0.64	ไม่บรรลุ	68.85	67.96	-0.89	ไม่บรรลุ
11	เขียงยืน	4.14	74.37	73.82	-0.55	ไม่บรรลุ	68.57	67.89	-0.68	ไม่บรรลุ
12	นาเชือก	4.14	75.50	73.43	-2.07	ไม่บรรลุ	69.37	67.57	-1.8	ไม่บรรลุ
13	ยางสีสุราช	4.07	75.21	73.17	-2.04	ไม่บรรลุ	69.19	67.37	-1.82	ไม่บรรลุ
	ค่าเฉลี่ย	4.02	75.00	74.90	-0.1	ไม่บรรลุ	67.50	67.87	0.37	บรรลุ

ความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิภาพการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566 กับผลลัพธ์การดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566 พบว่า ยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนาขีดความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองแก่ประชาชน ชุมชน อย่างเข้มแข็ง และยั่งยืน มีความสัมพันธ์กันสูงมากในเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินผลตัวชี้วัดรวมทุกยุทธศาสตร์ของแผนยุทธศาสตร์ระบบ

สุขภาพจังหวัด ($r = 0.834$, $p\text{-value} = .001$) และยุทธศาสตร์ที่ 3 ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ มีความสัมพันธ์กันสูงในเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินผลตัวชี้วัดรวมทุกยุทธศาสตร์ของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัด ($r = 0.678$, $p\text{-value} = .011$) โดยค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินผลตัวชี้วัดรวมทุกยุทธศาสตร์ของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัด ไม่มีความสัมพันธ์กับอายุคาดเฉลี่ย (LE) และอายุคาดเฉลี่ยของการมี

สุขภาพดี (HALE) ของประชาชนรายอำเภอในจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566 ($r = 0.052$, $p\text{-value} = .866$ และ $r = 0.066$, $p\text{-value} = .831$ (ตามลำดับ)) และอายุคาดเฉลี่ย (LE) ของประชาชนรายอำเภอในจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566 มีความสัมพันธ์

กันสูงมากในเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (HALE) ของประชาชนรายอำเภอในจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566 ($r = 0.996$, $p\text{-value} = .001$) ดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ความสัมพันธ์ระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนและระดับผลการประเมินผลตัวชี้วัดใน 6 ยุทธศาสตร์ของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566 และค่า LE/HALE ปี 2566

ผลการประเมิน		ย.1	ย.3	ย.4	ย.5	ย.6	เฉลี่ยรวม	LE	HALE
ย.1	Pearson (r)	1	.388	.202	-.480	-.085	.834**	-.024	-.039
	p-value		.190	.507	.097	.783	.000	.938	.899
ย.3	Pearson (r)		1	.293	-.163	-.200	.678*	.366	.390
	p-value			.331	.595	.512	.011	.218	.188
ย.4	Pearson (r)			1	-.012	.249	.547	-.255	-.193
	p-value				.968	.412	.053	.400	.528
ย.5	Pearson (r)				1	.037	-.343	-.049	-.050
	p-value					.905	.252	.874	.871
ย.6	Pearson (r)					1	.189	-.100	-.098
	p-value						.537	.745	.750
เฉลี่ยรวม	Pearson (r)						1	.052	.066
	p-value							.866	.831
LE	Pearson (r)							1	.996**
	p-value								.000
HALE	Pearson (r)								1
	p-value								

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

ส่วนที่ 3 ปัญหาการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566 และแนวทางพัฒนาเพื่อเพิ่มประสิทธิผลของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดใน ปี 2567

ผลการประเมินปัญหาการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566 พบว่า ปัญหาที่หนึ่ง ครอบคลุมในการจัดทำแผนปฏิบัติการหน่วยงานระดับจังหวัดและระดับอำเภอต้องเสร็จเรียบร้อยภายในไตรมาสที่ 1

ภายในเดือนธันวาคมของปีงบประมาณนั้นๆ (ร้อยละ 24.20) ปัญหาที่สอง ครอบคลุมเวลาการจัดทำแผนยุทธศาสตร์และตัวชี้วัดล่าช้าโดยต้องเสร็จเรียบร้อยก่อนเริ่มปีงบประมาณนั้นๆ (ร้อยละ 21.46) ปัญหาที่สาม ครอบคลุมเวลาในการดำเนินงานตามโครงการมีน้อยประมาณมีแค่ 4 - 6 เดือนและมีผลต่อการใช้งบประมาณไม่หมดตามโครงการทั้งระดับจังหวัดและระดับ CUP (ร้อยละ 17.35) ปัญหาที่สี่ ครอบคลุมเวลาการประเมินผลการปฏิบัติ

ราชการประจำปี ยังไม่ครบ 12 เดือน โดยใช้ผลงานสะสมจำนวน 11 เดือนเท่านั้น (ร้อยละ 14.16) ปัญหาที่ห้า ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานที่เป็นการวัดผลลัพธ์การดำเนินงาน ในบางตัวยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมายได้ในรอบปีเดียว (ร้อยละ 13.24) ปัญหาที่หก ตัวชี้วัดที่เป็นการวัดกระบวนการดำเนินงานควรลดจำนวนให้น้อยลง เพราะทำให้ไม่สามารถสะท้อนผลลัพธ์การดำเนินงานได้อย่างชัดเจน (ร้อยละ 9.59)

แนวทางพัฒนาเพื่อเพิ่มประสิทธิผลของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดในปี 2567 พบว่าลำดับที่ 1 คือ การแสดงผลตัวชี้วัดเป็นรายไตรมาสและรายเดือน (ร้อยละ 21.43) ลำดับที่ 2 คือ การเสนอความก้าวหน้าต่อทีมผู้บริหารระดับจังหวัดและระดับอำเภออย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง (ร้อยละ 19.39) ลำดับที่ 3 คือ การประกาศเป็นนโยบายของผู้ว่าราชการจังหวัดในเป้าหมายและตัวชี้วัดที่มีผลกระทบต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (LE/HALE) ของประชาชน (ร้อยละ 16.33) ลำดับที่ 4 คือ การทบทวนถอดบทเรียนกรณีผลการดำเนินงานตัวชี้วัดที่ไม่บรรลุตามเป้าหมาย อย่างน้อยไตรมาสละ 1 ครั้ง (ร้อยละ 14.63) ลำดับที่ 5 คือ การสร้างขวัญกำลังใจผลการดำเนินงานในระดับแผนงานให้กับผู้ปฏิบัติงานระดับจังหวัดและระดับ CUP (ร้อยละ 12.24) ลำดับที่ 6 คือ การติดตามความคืบหน้าต่อผู้ปฏิบัติงานในระดับเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภออย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง (ร้อยละ 9.86) ลำดับที่ 7 คือ การประสานความร่วมมือบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมिनอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขกับระดับทุติยภูมิอย่างเข้มข้น (ร้อยละ 6.12)

อภิปรายผล

1. การอภิปรายผลการวิจัยประสิทธิผลของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566 ดังนี้ ประสิทธิภาพของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม

ปี 2566 ภาพรวม 6 ยุทธศาสตร์ที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน 4.02 (ระดับดีมาก) โดยสอดคล้องกับการวิจัยของอุดม บุษพาทาเตสงัด เชื้อลิ้นฟ้า และรัชณีวิภา จิตรากุล⁽²¹⁾ ที่ประเมินแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2565 ที่พบผลการประเมินรวมทุกยุทธศาสตร์มีค่าเท่ากับ 4.05 (ระดับดีมาก) และการวิจัยของศักรินทร์ ทองภูธรณ์ คิมหันต์ ยงรัตนกิจสงัด เชื้อลิ้นฟ้า และรัชณีวิภา จิตรากุล⁽²²⁾ ที่ทำการประเมินแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคามปี 2558-2561 ในรอบปีงบประมาณ 2558 ที่พบว่าคะแนนประเมินผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ภาพรวมทั้งสามประเด็นยุทธศาสตร์มีค่าเท่ากับ 4.07 จากผลการวิจัยนี้พบว่ายุทธศาสตร์ที่มีผลการประเมินเฉลี่ยสูงสุดคือ ยุทธศาสตร์ที่ 5 บุคลากรเป็นเลิศ มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน 4.98 (ระดับดีมาก) รองลงมา คือ ยุทธศาสตร์ที่ 3 ส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน 4.13 (ระดับดีมาก) ยุทธศาสตร์ที่ 6 บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน 3.99 (ระดับดี) ยุทธศาสตร์ที่ 4 บริการเป็นเลิศ มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน 3.84 (ระดับดี) ยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนาขีดความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองแก่ประชาชน ชุมชน อย่างเข้มแข็งและยั่งยืน มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน 3.17 (ระดับดี) ส่วนยุทธศาสตร์ที่ 2 การระดมพลังเครือข่ายทุกระดับร่วมสร้างเมืองแห่งพลังความดีสู่การมีสุขภาพดีและความสุขที่ยั่งยืน ไม่กำหนดตัวชี้วัดเพื่อประเมินผลของปีงบประมาณ 2566 จากตัวชี้วัดทั้งหมดของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคามปี 2566 จำนวน 142 ตัวชี้วัด โดยนำมาประเมินผลจำนวน 23 ตัวชี้วัดหลัก ไม่บรรลุเป้าหมาย 1 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 4.34) ตัวชี้วัดย่อยที่ใช้ประเมินผล จำนวน 72 ตัวชี้วัด ไม่บรรลุเป้าหมายจำนวน 11 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 15.28)

สอดคล้องกับรายงานประเมินผลแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก (พ.ศ. 2560 - 2564) ของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข⁽²³⁾ ที่ใช้ตัวชี้วัดสะท้อนความสำเร็จของแผนฯ จำนวน 59 ตัวชี้วัด บรรลุเป้าหมาย จำนวน 24 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 40.7) ไม่บรรลุเป้าหมาย จำนวน 35 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 59.3) โดยตัวชี้วัดของงานวิจัยนี้ที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย จำนวน 11 ตัวชี้วัด ซึ่งการวิจัยนี้ผู้วิจัยไม่ได้แบ่งระดับความรุนแรงของการไม่บรรลุเป้าหมาย ซึ่งมีการศึกษาของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่รายงานผลการพัฒนาเครื่องแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข⁽²⁴⁾ ที่แบ่งเป็น 4 กลุ่ม คือ (1) ตัวชี้วัดที่ต่ำกว่าค่าเป้าหมายระดับวิกฤต (สีแดง) คือ มีผลงานต่ำกว่าร้อยละ 50.9 ของค่าเป้าหมายที่กำหนด (2) ตัวชี้วัดที่ต่ำกว่าเป้าหมายระดับเสี่ยง (สีส้ม) คือ มีผลงานร้อยละ 50.0 - 75.9 ของค่าเป้าหมาย (3) ตัวชี้วัดที่ต่ำกว่าค่าเป้าหมาย (สีเหลือง) คือ ผลงานร้อยละ 76 - 99.9 ของค่าเป้าหมาย (4) ตัวบรรลุตัวชี้วัดที่บรรลุค่าเป้าหมาย (สีเขียว) คือ ตัวชี้วัดที่มีผลการดำเนินงานเท่ากับค่าเป้าหมาย (ร้อยละ 100) หรือมากกว่า

1.1) ประสิทธิภาพของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566 ยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนาขีดความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองแก่ประชาชน ชุมชนอย่างเข้มแข็งและยั่งยืน ที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน 3.17 (ระดับดี) มีทั้งหมด 1 ตัวชี้วัด โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมินตัวชี้วัดหลัก (ตัวชี้วัดที่ 1) คือ ร้อยละ 80 ของประชาชนทุกกลุ่มวัยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (66 เนื้อหา) และได้รับการประเมินผล Body composition ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 เพื่อมุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน 3.17 (ระดับดี) และมีตัวชี้วัดย่อย คือ 1.1 ร้อยละของประชาชนทุกกลุ่มวัย มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ

มีผลการประเมินเฉลี่ย 4.51 (ระดับดีมาก) 1.2 ร้อยละของประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการประเมินผล Body Composition มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน 3.13 (ระดับดี) 1.3 ความสำเร็จของการส่งเสริมความรอบรู้ด้านการบริโภคผลิตภัณฑ์ และบริการสุขภาพจากการดำเนินกิจกรรม อย.น้อย ในมีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน 4.42 (ระดับดีมาก) และ 1.4 ร้อยละ 60 ของประชาชนมีพฤติกรรมที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน 0.62 (ระดับไม่ดีย่างยิ่ง) ซึ่งยุทธศาสตร์นี้ไม่บรรลุเป้าหมายจำนวนหนึ่งตัวชี้วัดย่อย คิดเป็นร้อยละ 25 โดยจะสอดคล้องกับรายงานประเมินผลแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก (พ.ศ. 2560 - 2564) ของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข⁽²³⁾ ที่พบว่ายุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ มีตัวชี้วัดจำนวน 34 ตัวชี้วัด ตัวชี้วัดที่ใช้ในการประเมิน แผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก (พ.ศ. 2560 - 2564) จำนวน 23 ตัวชี้วัด บรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ฯ ระยะแรก จำนวน 8 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 34.8) ไม่บรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ฯ ระยะแรก จำนวน 15 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 65.2)

1.2) ประสิทธิภาพของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566 ยุทธศาสตร์ที่ 3 ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ ที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมินการปฏิบัติราชการรวมทุกตัวชี้วัด 4.13 (ระดับดีมาก) มีทั้งหมด 7 ตัวชี้วัด โดยรายละเอียดมีดังนี้ ตัวชี้วัดที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมินสูงสุด คือ ตัวชี้วัดที่ 7 ความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพมีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน 4.99 (ระดับดีมาก) รองลงมา คือ ตัวชี้วัดที่ 2 ความสำเร็จของการดำเนินงานมอบของขวัญปีใหม่ปี 2566 ของจังหวัดมหาสารคามมีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน 4.66 (ระดับดีมาก)

ตัวชี้วัดที่ 6 ความสำเร็จของการดูแลสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุคุณภาพ มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน 4.59 (ระดับดีมาก) ตัวชี้วัดที่ 8 ความสำเร็จของการจัดการด้านสิ่งแวดล้อม ในสถานบริการสาธารณสุข อาชีวอนามัย และอาหารปลอดภัย มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน 4.36 (ระดับดีมาก) ตัวชี้วัดที่ 3 ความสำเร็จของการพัฒนากลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน 3.76 (ระดับดี) ตัวชี้วัดที่ 4 ความสำเร็จของการดำเนินงานการพัฒนากลุ่มเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน 3.32 (ระดับดี) และตัวชี้วัดที่ 5 ความสำเร็จของการดำเนินงานการพัฒนากลุ่มวัยทำงาน มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน 3.24 (ระดับดี) ซึ่งยุทธศาสตร์ นี้ไม่บรรลุเป้าหมาย จำนวน 5 ตัวชี้วัดย่อย คิดเป็นร้อยละ 25 โดยจะสอดคล้องกับรายงานประเมินผล แผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก (พ.ศ. 2560 - 2564) ของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข⁽²³⁾ ที่พบว่ายุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ มีตัวชี้วัดจำนวน 34 ตัวชี้วัด ตัวชี้วัดที่ใช้ในการประเมิน แผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก (พ.ศ. 2560 - 2564) จำนวน 23 ตัวชี้วัด บรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ฯ ระยะแรก จำนวน 8 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 34.8) ไม่บรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ฯ ระยะแรก จำนวน 15 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 65.2)

1.3) ประสิทธิภาพของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566 ยุทธศาสตร์ที่ 4 บริการเป็นเลิศ ที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมินการปฏิบัติราชการรวมทุกตัวชี้วัด 3.84 (ระดับดี) มีทั้งหมด 11 ตัวชี้วัด โดยรายละเอียดมีดังนี้ ตัวชี้วัดที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมินสูงสุด คือ ตัวชี้วัดที่ 11 ความสำเร็จของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน 4.81 (ระดับดีมาก) รองลงมา คือ ตัวชี้วัดที่ 18 ความสำเร็จของการดำเนินงานโครงการ

พระราชดำริ มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน 4.67 (ระดับดีมาก) ตัวชี้วัดที่ 19 ความสำเร็จของการดำเนินงานการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และเมืองสมุนไพร มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน 4.57 (ระดับดีมาก) ตัวชี้วัดที่ 14 ความสำเร็จของการขับเคลื่อนเพื่อพัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน 4.48 (ระดับดีมาก) ตัวชี้วัดที่ 12 ความสำเร็จของการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน 4.46 (ระดับดีมาก) ตัวชี้วัดที่ 9 ความสำเร็จของการดำเนินงานระบบสุขภาพปฐมภูมิ มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน 4.11 (ระดับดีมาก) ตัวชี้วัดที่ 13 ความสำเร็จของการดำเนินงานสุขภาพจิตและยาเสพติด มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน 4.02 (ระดับดีมาก) ตัวชี้วัดที่ 15 ความสำเร็จของการป้องกัน ควบคุม และรักษาผู้ป่วยวัณโรค มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน 3.66 (ระดับดี) ตัวชี้วัดที่ 10 ความสำเร็จของการลดป่วย ลดตาย มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน 3.43 (ระดับดี) ตัวชี้วัดที่ 17 ความสำเร็จของการดำเนินงานระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน 3.38 (ระดับดี) และตัวชี้วัดที่ 16 PCU/NPCU ที่ขึ้นทะเบียนผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐานงานสุขภาพช่องปากขั้นต่ำ มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน 0.54 (ระดับไม่ใช้อย่างยิ่ง) ซึ่งยุทธศาสตร์นี้ไม่บรรลุเป้าหมาย จำนวน 1 ตัวชี้วัดหลัก คิดเป็นร้อยละ 9 และตัวชี้วัดย่อยที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย จำนวน 4 ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ 10 ซึ่งสอดคล้องกับรายงานประเมินผลแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก (พ.ศ. 2560 - 2564) ของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข⁽²³⁾ ที่พบว่ายุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ มีตัวชี้วัดจำนวน 56 ตัวชี้วัด ตัวชี้วัดที่ใช้ในการประเมิน แผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก (พ.ศ. 2560 - 2564) จำนวน 24 ตัวชี้วัด บรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ฯ

ระยะแรก จำนวน 8 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 33.3) ไม่บรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ฯ ระยะแรก จำนวน 16 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 66.7)

1.4) ประสิทธิภาพของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566 ยุทธศาสตร์ที่ 5 บุคลากรเป็นเลิศ ที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมินการปฏิบัติราชการรวมทุกตัวชี้วัด 4.98 (ระดับดีมาก) มีทั้งหมด 1 ตัวชี้วัดคือตัวชี้วัดที่ 20 ความสำเร็จของการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน 4.98 (ระดับดีมาก) โดยบรรลุเป้าหมายทุกตัวชี้วัด ซึ่งจะไม่สอดคล้องกับรายงานประเมินผลแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก (พ.ศ. 2560-2564) ของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข⁽²³⁾ ที่พบว่ายุทธศาสตร์ด้านบุคลากรเป็นเลิศ มีตัวชี้วัดจำนวน 6 ตัวชี้วัด ตัวชี้วัดที่ใช้ในการประเมินแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก (พ.ศ.2560 - 2564) จำนวน 3 ตัวชี้วัด บรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ฯ ระยะแรก จำนวน 2 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 66.7) ไม่บรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ฯ ระยะแรก จำนวน 1 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 33.3)

1.5) ประสิทธิภาพของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566 ยุทธศาสตร์ที่ 6 บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล ที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมินการปฏิบัติราชการรวมทุกตัวชี้วัด 3.99 (ระดับดีมาก) มีทั้งหมด 3 ตัวชี้วัด โดยรายละเอียดมีดังนี้ ตัวชี้วัดที่ 21 ความสำเร็จของการพัฒนาองค์กรคุณภาพ มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน 4.99 (ระดับดีมาก) ตัวชี้วัดที่ 22 ความสำเร็จของการพัฒนาระบบดิจิทัลสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน 3.41 (ระดับดี) และตัวชี้วัดที่ 23 ความสำเร็จการดำเนินงานด้านการเงินการคลังสุขภาพของหน่วยบริการ มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน 3.59 (ระดับดี) ซึ่งยุทธศาสตร์นี้ไม่บรรลุเป้าหมาย จำนวนหนึ่งตัวชี้วัดย่อย คิดเป็นร้อยละ 11 ซึ่งสอดคล้องกับรายงานประเมินผล

แผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุข ระยะแรก (พ.ศ. 2560 - 2564) ของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข⁽²³⁾ ที่พบว่ายุทธศาสตร์ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล มีตัวชี้วัดจำนวน 20 ตัวชี้วัด ตัวชี้วัดที่ใช้ในการประเมินแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุข ระยะแรก (พ.ศ. 2560 - 2564) จำนวน 9 ตัวชี้วัดบรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ฯ ระยะแรก จำนวน 6 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 66.7) ไม่บรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ฯ ระยะแรก จำนวน 3 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 33.3)

1.6) ประสิทธิภาพของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566 รายงานภาพรวมของ 6 ประเด็นยุทธศาสตร์ ที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมินเฉลี่ยรวมของทุกอำเภอ 4.02 (ระดับดีมาก) อำเภอที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมินสูงสุด 3 อันดับแรก คือ (1) อำเภอบรบือ มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน 4.20 (ระดับดีมาก) (2) อำเภอกุฉินชัย มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน 4.16 (ระดับดีมาก) และ (3) อำเภอแกดำ อำเภอเชียงยืน อำเภอนาเชือก มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน 4.14 (ระดับดีมาก) ส่วน 3 อันดับท้ายของอำเภอที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมินต่ำสุด คือ (10) อำเภอโกสุมพิสัย มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน 3.66 (ระดับดี) (9) อำเภอเมืองมหาสารคาม มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน 3.74 (ระดับดี) และ (8) อำเภอวาปีปทุม มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมิน 3.90 (ระดับดี)

2. การประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566 โดยใช้ค่าดัชนีสถานะสุขภาพจำนวน 2 ตัว คือ (1) อายุคาดเฉลี่ย (Life Expectancy: LE) ของประชาชนรายอำเภอในจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566 (2) อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health adjusted life expectancy: HALE) ของประชาชนรายอำเภอในจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566⁽²⁵⁾ โดยเรียงลำดับจากอำเภอที่มีค่าอายุคาดเฉลี่ยมากที่สุด พบว่า ลำดับที่ 1 นาอุดมอายุ

คาดเฉลี่ย 76.45 ปี อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี 69.83 ปี โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินผล 4.08 (ลำดับ 4) ลำดับที่ 2 ปรบปีมีอายุคาดเฉลี่ย 76.07 ปี อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี 69.58 ปี โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินผล 4.2 (ลำดับ 1) ลำดับที่ 3 แกดามีอายุคาดเฉลี่ย 75.35 ปี อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี 69.01 ปี โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินผล 4.14 (ลำดับ 3) ลำดับที่ 4 พัยคฆมิพิสัยมีอายุคาดเฉลี่ย 75.32 ปี อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี 69.15 ปี โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินผล 4.02 (ลำดับ 6) ลำดับที่ 5 กัทรวิชัยมีอายุคาดเฉลี่ย 75.31 ปี อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี 69.16 ปี โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินผล 3.95 (ลำดับ 7) ลำดับที่ 6 เมืองมีอายุคาดเฉลี่ย 75.29 ปี อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี 68.89 ปี โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินผล 3.74 (ลำดับ 9) ลำดับที่ 7 วาปีปทุมมีอายุคาดเฉลี่ย 75.13 ปี อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี 68.83 ปี โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินผล 3.9 (ลำดับ 8) ลำดับที่ 8 ชื่นชมมีอายุคาดเฉลี่ย 74.95 ปี อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี 68.74 ปี โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินผล 4.08 (ลำดับ 4) ลำดับที่ 9 กุตรังมีอายุคาดเฉลี่ย 74.52 ปี อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี 68.46 ปี โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินผล 4.16 (ลำดับ 2) ลำดับที่ 10 โกสุมิพิสัยมีอายุคาดเฉลี่ย 73.92 ปี อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี 67.96 ปี โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินผล 3.66 (ลำดับ 10) ลำดับที่ 11 เชียงยีนมีอายุคาดเฉลี่ย 73.82 ปี อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี 67.89 โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินผล 4.14 (ลำดับ 3) ลำดับที่ 12 นนาเชือกมีอายุคาดเฉลี่ย 73.43 ปี อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี 67.57 ปี โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินผล 4.14 (ลำดับ 3) ลำดับที่ 13 ยางสิสุราชมีอายุคาดเฉลี่ย 73.17 ปี อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี 67.37 ปี โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินผล 4.07 (ลำดับ 5) โดยผู้วิจัยให้ความเห็น

ว่าตัวชี้วัดที่ใช้ในการประเมินผลการปฏิบัติราชการที่ผ่านมายังไม่กระทบโดยตรงกับผลลัพธ์ทางสุขภาพสุดท้ายของประชาชนในพื้นที่อำเภอ คือ ประชาชนมีค่าอายุคาดเฉลี่ยและอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีเพิ่มขึ้น โดยดูจากค่าความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566 กับผลลัพธ์การดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินผลตัวชี้วัดรวมทุกยุทธศาสตร์ของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัด ไม่มีความสัมพันธ์กับอายุคาดเฉลี่ย (LE) และอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (HALE) ของประชาชนรายอำเภอในจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566 ($r = 0.052$, $p\text{-value} = .866$ และ $r = 0.066$, $p\text{-value} = .831$) ตามลำดับ

3. ปัญหาการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566 พบว่า ปัญหาที่หนึ่ง ระยะเวลาในการจัดทำแผนปฏิบัติการหน่วยงานระดับจังหวัดและระดับอำเภอต้องเสร็จเรียบร้อยภายในไตรมาสที่ 1 ภายในเดือนธันวาคมของปีงบประมาณนั้นๆ (ร้อยละ 24.20) ปัญหาที่สอง ระยะเวลาการจัดทำแผนยุทธศาสตร์และตัวชี้วัดล่าช้าโดยต้องเสร็จเรียบร้อยก่อนเริ่มปีงบประมาณนั้นๆ (ร้อยละ 21.46) ปัญหาที่สาม ระยะเวลาในการดำเนินงานตามโครงการมีน้อยประมาณมีแค่ 4 - 6 เดือน และมีผลต่อการใช้งบประมาณไม่หมดตามโครงการทั้งระดับจังหวัดและระดับ CUP (ร้อยละ 17.35) ปัญหาที่สี่ ระยะเวลาการประเมินผลการปฏิบัติราชการประจำปี ยังไม่ครบ 12 เดือน โดยใช้ผลงานสะสม จำนวน 11 เดือนเท่านั้น (ร้อยละ 14.16) ปัญหาที่ห้า ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานที่เป็นการวัดผลลัพธ์การดำเนินงาน ในบางตัวยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมายได้ในรอบปีเดียว (ร้อยละ 13.24) ปัญหาที่หก ตัวชี้วัดที่เป็นการวัดกระบวนการดำเนินงานควรลดจำนวนให้น้อยลง เพราะทำให้ไม่สามารถสะท้อนผลลัพธ์การดำเนินงานได้อย่าง

ชัดเจน (ร้อยละ 9.59) จะสอดคล้องกับการวิจัยของศักกรินทร์ ทองภูธรณ์ คิมหันต์ ยงรัตนกิจ สงัด เชื้อลื่นฟ้า และรัชณีวิภา จิตรากุล⁽²²⁾ ในวิจัยการประเมินแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคามปี 2558 - 2561 ในรอบปีงบประมาณ 2558 และการวิจัยของอุดม บุปผาทาเต สงัด เชื้อลื่นฟ้า และรัชณีวิภา จิตรากุล⁽²¹⁾ ในวิจัยการประเมินแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคามปี 2565 แต่ลดความรุนแรงของปัญหาการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดลงมาได้ตามลำดับ แต่บางปัญหาไม่พบขึ้นอีกหากเทียบกับงานวิจัยในพื้นที่มหาสารคามที่ผ่านมา เรื่อง การประเมินประสิทธิผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามกลุ่มวัยของจังหวัดมหาสารคามปี 2557 ของสงัด เชื้อลื่นฟ้า รัชณีวิภา จิตรากุล ประวีติ แปลงมาลัย และปาริชาติ ปกิธนะ⁽²⁶⁾

แนวทางพัฒนาเพื่อเพิ่มประสิทธิผลของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดในปี 2567 พบว่า ลำดับที่ 1 คือ การแสดงผลตัวชี้วัดเป็นรายไตรมาสและรายเดือน (ร้อยละ 21.43) ลำดับที่ 2 คือ การเสนอความก้าวหน้าต่อที่ผู้บริหารระดับจังหวัดและระดับอำเภออย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง (ร้อยละ 19.39) ลำดับที่ 3 คือ การประกาศเป็นนโยบายของผู้ว่าราชการจังหวัด ในเป้าหมายและตัวชี้วัดที่มีผลกระทบต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (LE/HALE) ของประชาชน (ร้อยละ 16.33) ลำดับที่ 4 คือ การทบทวนถอดบทเรียนกรณีผลการดำเนินงานตัวชี้วัดที่ไม่บรรลุตามเป้าหมายอย่างน้อยไตรมาสละ 1 ครั้ง (ร้อยละ 14.63) ลำดับที่ 5 คือ การสร้างขวัญกำลังใจผลการดำเนินงานในระดับแผนงานให้กับผู้ปฏิบัติงานระดับจังหวัดและระดับ CUP (ร้อยละ 12.24) ลำดับที่ 6 คือ การติดตามความคืบหน้าต่อผู้ปฏิบัติงานในระดับเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภออย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง (ร้อยละ 9.86) ลำดับที่ 7 คือ การประสานความร่วมมือบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมินอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กับระดับทุติยภูมิ

อย่างเข้มข้น (ร้อยละ 6.12) ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไปในงานวิจัยของอุดม บุปผาทาเต สงัด เชื้อลื่นฟ้า และรัชณีวิภา จิตรากุล⁽²¹⁾ ในวิจัยการประเมินแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2565

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัด (กลุ่มงาน) และระดับ CUP ต้องวิเคราะห์เชิงระบบ เพื่อทบทวน/ปรับเปลี่ยนกลยุทธ์การดำเนินงานตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์และต้องวิเคราะห์เชิงระบบเพื่อเพิ่มกลยุทธ์การดำเนินงานยกระดับตัวชี้วัดที่มีผลการประเมินในระดับดีให้เป็นระดับดีมากและเพิ่มกลยุทธ์การดำเนินงานยกระดับตัวชี้วัดที่มีผลการประเมินในระดับดีมากให้เป็นการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice) และเกิดนวัตกรรมในรอบปีถัดไป

2. จังหวัดและ CUP ต้องยกระดับประสิทธิผลของการดำเนินงานเพื่อให้ผลลัพธ์การดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ซึ่งใช้ค่าดัชนีสถานะสุขภาพ จำนวน 2 ตัว คือ (1) อายุคาดเฉลี่ย (Life Expectancy: LE) ของประชาชนรายอำเภอในจังหวัดมหาสารคาม (2) อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health adjusted life expectancy: HALE) ของประชาชนรายอำเภอในจังหวัดมหาสารคาม โดยให้ค่าดัชนีสถานะสุขภาพทั้งสองตัวเพิ่มขึ้นตามเป้าหมายที่กำหนด ทั้งภาพรวมระดับจังหวัดและระดับอำเภอ

3. จังหวัดและ CUP ต้องเพิ่มประสิทธิภาพของระบบการวางแผน การถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ เพื่อลดปัญหาการดำเนินงานที่ไม่สอดคล้องกับกรอบเวลา

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ (1) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามและรองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม (2) ผู้บริหารสาธารณสุขระดับอำเภอของจังหวัดมหาสารคาม (3) ผู้บริหารสาธารณสุขระดับกลุ่มงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม (4) ผู้ประสานแผนงานในระดับกลุ่มงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 15 กลุ่มงาน (5) ผู้ประสานแผนงานในระดับเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ (CUP) 13 แห่ง ที่ร่วมดำเนินการและให้ข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. วัฒนา วัฒนพงศ์. ระบบการวางแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการแบบองค์รวม. วารสารพัฒนบริหารศาสตร์ 2545; 42: 33-90.
2. จันทรรัตน์ ไตรย์ปักษ์. การศึกษากิจกรรมการวางแผนกลยุทธ์ของฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ภาคกลาง. (วิทยานิพนธ์ พย.ม.). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2539.
3. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการบริหารงานแบบมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ด้านสุขภาพสำหรับจังหวัดทดลองระยะ 2. ม.ป.ท.: ม.ป.พ., 2546.
4. ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคนอื่นๆ. การบริหารเชิงกลยุทธ์และกรณีศึกษา ฉบับมาตรฐาน. กรุงเทพมหานคร: ซีระฟิล์มและไซเท็กซ์; 2542.
5. สุพจน์ ทรายแก้ว. การจัดการภาครัฐแนวใหม่. พระนครศรีอยุธยา: เทียนวัฒนา; 2545.
6. พวงรัตน์ เกษรแพทย์. การวางแผนกลยุทธ์สำหรับนักการศึกษา. กรุงเทพมหานคร: สุวีริยาสาส์น; 2543.
7. ทิพาวิดี เมฆสุวรรณค์. กล้าคิด กล้าทำ กล้านำ กล้าเปลี่ยน. กรุงเทพมหานคร: เอ็กซ์เปอร์เน็ท; 2544.
8. สมชาย ภคภาสน์วิวัฒน์. กลยุทธ์การแข่งขันของธุรกิจ. กรุงเทพมหานคร: มติชน; 2544.
9. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555 - 2559. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2555.
10. เยาวดี ราชชัยกุล วิบูลย์ศรี. การประเมินโครงการแนวคิดและแนวปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2546.
11. ธงชัย สันติวงษ์. การบริหารงานบุคคล. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช; 2537.
12. ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ. องค์การและการจัดการ. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ธรรมสาร จำกัด; 2545.
13. ศุภชัย ยาวะประภาส. นโยบายสาธารณะ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์; 2540.
14. กฎกระทรวง แบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560. (2560, 14 มิถุนายน). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 134.
15. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานการปฏิบัติงาน (Standard Operating Procedure: SOP) กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์; 2554.

16. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. การขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพ จังหวัดมหาสารคาม ปี 2566 และตัวชี้วัด การดำเนินงานด้านสาธารณสุข ปี 2566 สู่อำเภอ การปฏิบัติในระดับอำเภอ ปีงบประมาณ 2566. มหาสารคาม: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มหาสารคาม; 2566.
17. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. คู่มือการประเมินผลการปฏิบัติราชการ (KPIs) ระดับอำเภอ ประจำปีงบประมาณ 2566 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. มหาสารคาม: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มหาสารคาม; 2566.
18. วัลนิกา ฉลากบาง. การวิจัยแบบผสมผสาน Mixed Methods Research. วารสารมหาวิทยาลัย นครพนม 2560; 7: 124-132.
19. บุญชม ศรีสะอาด. การแปลผลเมื่อใช้เครื่องมือ รวบรวมข้อมูลแบบมาตราส่วนประมาณค่า. มหาสารคาม: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัย มหาสารคาม; 2535.
20. สุมัทนา กลางคาร และวรวพจน์ พรหมสัตยพรต. หลักการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. พิมพ์ ครั้งที่ 6. มหาสารคาม: สารคามการพิมพ์- สารคามเปเปอร์; 2553.
21. อุดม บุษพาทาเต สัจด์ เชื้อลิ้นฟ้า และรัชณีวิภา จิตรากุล. การประเมินแผนยุทธศาสตร์ระบบ สุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2565. วารสาร วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2566; 16: 159-173.
22. ศักกรินทร์ ทองภูธรณ์ คิมหันต์ ยงรัตนกิจ สัจด์ เชื้อลิ้นฟ้า และรัชณีวิภา จิตรากุล. การประเมินแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพ จังหวัดมหาสารคามปี 2558-2561 ในรอบ ปีงบประมาณ 2558. วารสารวิจัยและพัฒนา ระบบสุขภาพ 2559; 8: 1-9.
23. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานการ ประเมินแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ระยะแรก (พ.ศ. 2560 -2564) นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2566.
24. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการ พัฒนาระบบแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: เทพอักษรพริ้นติ้ง; 2566.
25. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. ข้อมูลสถานะสุขภาพประชาชนจังหวัดมหาสารคาม เพื่อขับเคลื่อนเป้าหมายสถานะสุขภาพใน ระยะกลางและระยะยาวของจังหวัดมหาสารคาม ปี 2567. มหาสารคาม: สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดมหาสารคาม; 2567.
26. สัจด์ เชื้อลิ้นฟ้า รัชณีวิภา จิตรากุล ประวัติ แปลงมัลย์ และปารีชาติ ปกิธิณะ. การ ประเมินประสิทธิผลการดำเนินงานส่งเสริม สุขภาพและป้องกันโรคตามกลุ่มวัยของ จังหวัดมหาสารคาม ปี 2557. วารสารวิจัย และพัฒนาระบบสุขภาพ 2558; 7: 114-120.

การเตรียมและส่งต้นฉบับ

เพื่อตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

นายสัจด์ เชื้อลิ้นฟ้า นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
ภารกิจจัดทำวารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

1. ประเภทบทความ

1.1 นิพนธ์ต้นฉบับ (original article) เป็น รายงานผลการศึกษา ค้นคว้า วิจัย ควรประกอบด้วย ลำดับเนื้อเรื่องดังต่อไปนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อผู้ประพันธ์ บทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ บทนำ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิเคราะห์ ข้อยุติ กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 10 หน้าพิมพ์

1.2 บทปฏิทัศน์ (review article) เป็น บทความที่ทบทวนหรือรวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งจากวารสารหรือหนังสือต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ ประกอบด้วย บทนำ วิธีการสืบค้น ข้อมูล เนื้อหาที่ทบทวน บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง อาจมีความเห็นของผู้รวบรวมเพิ่มเติมด้วยก็ได้ ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 10 หน้าพิมพ์ กระดาษ เอ 4

1.3 บทความพิเศษ (special article) เป็น บทความประเภทที่ปฏิทัศน์กับบทความพื้นวิชาที่ไม่สมบูรณ์พอที่จะบรรจุเข้าเป็นบทความชนิดใดชนิดหนึ่ง หรือเป็นบทความแสดงข้อคิดเห็นเกี่ยวโยงกับเหตุการณ์ปัจจุบันที่อยู่ในความสนใจของมวลชนเป็นพิเศษ

1.4 บทความฟื้นฟูวิชา (refresher course) เสนอความรู้ในองค์ความรู้จำเพาะเรื่องที่น่าสนใจหรือฟื้นฟูเพิ่มเติมความรู้ใหม่ๆ ทำนองเดียวกับนำเสนอในการประชุมพื้นวิชา หรือการจัดอบรมแพทย์ (training course) เป็นคร่าวๆ ไป

1.5 รายงานเบื้องต้น (preliminary report) หรือรายงานสังเขป (short communication) เป็นการนำเสนอรายงานผลการศึกษาวิจัยที่ยังไม่เสร็จสมบูรณ์ ต้องศึกษาต่อเพื่อเก็บข้อมูลเพิ่มเติมหรือศึกษาเสร็จแล้ว กำลังเตรียมต้นฉบับสมบูรณ์

1.6 รายงานผู้ป่วย (case report) เป็นการรายงานผู้ป่วยที่ไม่ธรรมดา หรือที่เป็นโรคหรือกลุ่มอาการโรคใหม่ ที่ไม่เคยรายงานมาก่อนหรือพบไม่บ่อย และต้องมีหลักฐานชัดเจนอย่างครบถ้วน บางครั้งถึงบันทึกเวชกรรม (clinical note) ซึ่งเป็นบทความรายงานผู้ป่วยที่มีลักษณะเวชกรรม (clinical feature) และ/หรือการดำเนินโรค (clinical course) ที่ไม่ตรงแบบที่พบบ่อย โครงสร้างบทความรายงานผู้ป่วย ประกอบด้วย บทนำ พรรณนาผู้ป่วย (case description) วิเคราะห์หรือข้อสังเกต และเอกสารอ้างอิง

1.7 ปกิณกะ (miscellany) เป็นบทความขนาดเล็กที่เนื้อหาอาจเข้าข่าย หรือไม่เข้าข่าย บทความต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้น เช่น บันทึกเวชกรรม เวชกรรมทันยุค บทปริทัศน์ รายงานผลศึกษาวิจัยโดยสังเขป หรือรายงานเบื้องต้นก็ได้

1.8 จดหมายถึงบรรณาธิการ (letter to the editor) หรือจดหมายโต้ตอบ (correspondence) เป็นเวทีใช้ติดต่อตอบโต้ระหว่างนักวิชาการผู้อ่านกับเจ้าของบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารในกรณีผู้อ่านมีข้อคิดเห็นแตกต่าง ต้องการชี้ให้เห็นความไม่สมบูรณ์หรือข้อผิดพลาดของรายงานและบางครั้งบรรณาธิการอาจวิพากษ์สนับสนุนหรือโต้แย้ง

2. การเตรียมต้นฉบับ

2.1 ปกชื่อเรื่อง (title page)

ประกอบด้วย

2.1.1 ชื่อเรื่อง ควรสั้น กระชับรัดกุมและสื่อเป้าหมายหลักของการศึกษา ไม่ใช่คำย่อ ความยาวไม่เกิน 100 ตัวอักษร พร้อมช่องไฟ ถ้าชื่อยาวมากตัดเป็นชื่อเรื่องรอง (subtitle) ชื่อเรื่องต้องมีภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่ต้องใส่วลีที่นำเปื้อน เช่น “การศึกษา...” หรือ “การสังเกต...”

2.1.2 ชื่อผู้นิพนธ์ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ)

2.1.3 หน่วยงานหรือสถาบันที่ผู้นิพนธ์ทำงาน

2.1.4 ชื่อและที่อยู่ของผู้นิพนธ์ ที่ใช้ติดต่อเกี่ยวกับต้นฉบับและบทความที่ตีพิมพ์แล้ว

2.1.5 แหล่งทุนสนับสนุนการศึกษา

2.2 บทคัดย่อ เป็นเนื้อความย่อตามลำดับโครงสร้างของบทความ ได้แก่ บทนำ วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา ผลการศึกษาและวิจารณ์ไม่เกิน 250 คำ หรือ 15 บรรทัด ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์ มีความหมายในตัวเองไม่ต้องหาความหมายต่อ ต้องเป็นประโยคอดีต (เฉพาะภาษาอังกฤษ) ไม่ควรมีคำย่อ ต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทคัดย่อภาษาไทยของบทความภาษาอังกฤษให้ใส่ ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์เป็นภาษาไทยไว้เหนือเนื้อความย่อ

2.3 คำสำคัญหรือคำหลัก (key words)

ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อ เป็นหัวข้อเรื่องสำหรับทำดัชนีเรื่อง (subject index) ของปีวารสาร (volume) และดัชนีเรื่องสำหรับ Index Medicus โดยใช้ Medical Subject Headings (MeSH) terms ของ U.S National Library of Medicine เป็นแนวทางการให้คำสำคัญหรือคำหลัก

2.4 บทนำ (introduction) เป็นส่วนหนึ่งของบทความที่บอกเหตุผล นำไปสู่การศึกษา แต่ไม่ต้องทบทวนวรรณกรรมมากมายที่ไม่เกี่ยวกับจุดมุ่งหมายของการศึกษา เป็นส่วนที่

อธิบายให้ผู้อ่านรู้ปัญหา ลักษณะ และขนาดเป็นการนำไปสู่ความจำเป็นในการศึกษาวิจัยให้ได้ผล เพื่อแก้ไขปัญหาหรือตอบคำถามที่ตั้งไว้ หากมีทฤษฎีที่จำเป็นต้องใช้ในการศึกษา อาจวางพื้นฐานไว้ในส่วนนี้ได้ และให้รวมวัตถุประสงค์ของการศึกษาเป็นร้อยแก้วไว้ในส่วนท้ายของบทนำ ไม่ใส่ผลการศึกษาและสรุป

2.5 วิธีการศึกษา (Methodology) เขียนชี้แจงแยกเป็น 2 หัวข้อใหญ่ คือ วัสดุ และวิธีการศึกษา

2.5.1 หัวข้อวัสดุ ให้บอกรายละเอียดของสิ่งนำมาศึกษา อาทิ ผู้ป่วย คนปกติ สัตว์ พืช รวมถึงจำนวนและลักษณะเฉพาะของตัวอย่างที่ศึกษา เช่น เพศ อายุ น้ำหนัก ต้องบอกถึงอนุญาตจากผู้ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาและการยอมรับจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการศึกษาสิ่งมีชีวิต ตลอดจนอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการศึกษา

2.5.2 หัวข้อวิธีการศึกษา เริ่มด้วยรูปแบบแผนการศึกษา (study design, protocol) เช่น randomized double blind, descriptive หรือ quasiexperiment การสุ่มตัวอย่าง เช่น การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย แบบหลายขั้นตอน วิธีหรือมาตรการที่ใช้ศึกษา (interventions) เช่น รูปแบบการศึกษารักษา ชนิดและขนาดของยาที่ใช้ ถ้าเป็นมาตรการที่รู้จักทั่วไป ให้ระบุในเอกสารอ้างอิงเป็นวิธีใหม่ อธิบายให้ผู้อ่านเข้าใจแล้วนำไปใช้ต่อได้ ให้ระบุเครื่องมือ/อุปกรณ์ และหลักการที่ใช้ในการศึกษาเชิงคุณภาพ/ปริมาณให้ชัดเจน และกระชับ เช่น แบบสอบถาม การทดสอบความเชื่อถือ วิธีการเก็บข้อมูล วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้

2.6 ผลการศึกษา (results) แจ้งผลที่พบตามลำดับหัวข้อของแผนการศึกษาอย่างชัดเจน ดูได้ง่าย ถ้าผลไม่ซับซ้อนไม่มีตัวเลขมากบรรยายเป็นร้อยแก้ว แต่ถ้าตัวเลขมาก ตัวแปรมากควรใช้ตาราง หรือแผนภูมิโดยไม่ต้องอธิบายตัวเลขในตารางซ้ำอีกในเนื้อเรื่อง ยกเว้นข้อมูลสำคัญๆ

แปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์และสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้อย่างจำกัด

2.7 วิจารณ์ (discussion) เริ่มด้วยวิจารณ์ผลการศึกษาดูตรงกันข้ามวัตถุประสงค์ สมมติฐานของการวิจัย หรือแตกต่างไปจากผลงานที่มีผู้รายงานไว้ก่อนหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น วิจารณ์ผลที่ไม่ตรงตามที่คาดหวังอย่างไม่ปิดบัง อาจแสดงความเห็นเบื้องต้นตามประสบการณ์หรือข้อมูลที่ตนมีเพื่ออธิบายส่วนที่โดดเด่นแตกต่างเป็นพิเศษได้ แล้วจบบทความด้วยข้อยุติบางวารสารแยกข้อยุติเป็นหัวข้อต่างหาก

2.8 ข้อยุติ (conclusion) ผลที่ได้ตรงกับวัตถุประสงค์ การวิจัยหรือไม่ ให้ข้อเสนอแนะที่นำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์หรือให้ประเด็นคำถามการวิจัยต่อข้อยุติอาจใส่ไว้ในหัวข้อเดียวกันกับวิจารณ์ก็ได้

2.9 ตาราง ภาพ และแผนภูมิ สอดแทรกไว้ในเนื้อเรื่อง

2.10 กิตติกรรมประกาศ (acknowledgments) มีเพียงย่อหน้าเดียว แจ้งให้ทราบว่ามี การช่วยเหลือที่สำคัญจากที่ใดบ้าง เช่น ผู้บริหาร ผู้ช่วยเหลือทางเทคนิคบางอย่าง ผู้สนับสนุนทางการวิจัยเท่าที่จำเป็น แต่การใส่ชื่อคนช่วยมากๆ ทำให้บทความด้อย ความภูมิฐาน เพราะผู้อ่านจะอนุมานว่างานส่วนใหญ่มีคนช่วยทั้งหมด

2.11 เอกสารอ้างอิง (references) ดูในหัวข้อการเขียนเอกสารอ้างอิง

2.12 การตั้งค่าน้ำกระดาษ ด้านบน-ซ้าย 3 ซม. ด้านล่าง-ขวา 2.5 ซม.

2.13 ขนาดตัวหนังสือ TH Sarabun PSK 16

3. การเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) โดยใช้ตัวเลขในวงเล็บหลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรกและเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการ

อ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม ห้ามใช้คำย่อในเอกสารอ้างอิงยกเว้นชื่่อต้นและชื่่อวารสาร บทความที่บรรณาธิการรับตีพิมพ์แล้วแต่ยังไม่เผยแพร่ ให้ระบุ “กำลังพิมพ์” บทความที่ไม่ได้ตีพิมพ์ให้แจ้ง “ไม่ได้ตีพิมพ์” **หลีกเลี่ยง “ติดต่อบุคคล”** มาใช้อ้างอิง เว้นแต่มีข้อมูลสำคัญมากที่หาไม่ได้ทั่วๆ ไปให้ระบุชื่่อ และวันที่ติดต่อบในวงเล็บท้ายชื่่อเรื่องอ้างอิง

ชื่่อวารสารในการอ้างอิง ให้ใช้ชื่่อย่อตามรูปแบบของ U.S. Nation Library of Medicine ที่ตีพิมพ์ใน Index Medicus ทุกปี หรือในเว็บไซต์ <http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/liji.html>

การเขียนเอกสารอ้างอิงในวารสาร วิชาการ มีหลักเกณฑ์ ดังนี้

3.1 วารสารวิชาการ

ลำดับที่. ชื่่อผู้นิพนธ์. ชื่่อเรื่อง. ชื่่อวารสาร ปีที่พิมพ์; ปีที่: หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

วารสารภาษาไทย ชื่่อผู้นิพนธ์ให้ใช้ชื่่อเต็มทั้งชื่่อและชื่่อสกุล ชื่่อวารสารเป็นชื่่อเต็ม ปีที่พิมพ์เป็นปีที่พุทธศักราช วารสารภาษาอังกฤษใช้ชื่่อสกุลก่อนตามด้วยอักษรย่อตัวหน้าตัวเดียวของชื่่อตัวและชื่่อรอง ถ้ามีผู้นิพนธ์มากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่่อเพียง 6 คนแรก และตามด้วย et al. (วารสารภาษาอังกฤษ) หรือและคณะ (วารสารภาษาไทย) ชื่่อวารสารให้ใช้ชื่่อย่อตามแบบของ Index Medicus หรือตามแบบที่ใช้ในวารสารนั้นๆ เลขหน้าสุดท้ายใส่เฉพาะเลขท้ายตามตัวอย่างดังนี้

3.1.1 เอกสารจากวารสารวิชาการ

1. วิทยา สวัสดิ์วิฑูมิพงศ์, พัชรี เงินตรา, ปราณิ มหาศักดิ์พันธ์, ฉวีวรรณ เชาวเกียรติพงศ์, ยุวดี ตาทิพย์. การสำรวจความครอบคลุมและการใช้บริการตรวจหามะเร็งปากมดลูกในสตรีอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ปี 2540. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2541; 7: 20-6.

2. Russell FD, Coppell AL, Davenport AP. In Vitro enzymatic processing of Radiolabelled big ET-1 in hi=uman kidney as a food ingredient. *Biochem Pharmacol* 1998; 55: 697-701.

3.1.2 องค์การเป็นผู้นิพนธ์

1. คณะผู้เชี่ยวชาญจากสมาคมอุรเวชแห่งประเทศไทย. เกณฑ์การวินิจฉัยและแนวทางการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพทางกายของโรคระบบการหายใจเนื่องจากการประกอบอาชีพ. *แพทยศาสตร์* 2538; 24: 190-204.

3.1.3 ไม่มีชื่อผู้นิพนธ์

1. Coffee drinking and cancer of the pancreas (editorial). *BMJ* 1981; 283: 628.

3.1.4 บทความในฉบับแทรก

1. วิชัย ตันไพจิตร. สิ่งแวดล้อมโภชนาการกับสุขภาพ ใน: สมชัย บวรกิตติ, จอห์น ฟิโลฟัทส, บรรณาธิการ. *เวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม. สารศิริราช* 2539; 48 (ฉบับผนวก): 153-61.

วิธีการเขียนฉบับแทรก

1. *Environ Health Perspect* 1994; 102 Suppl 1: 275-82.

2. *Semin Oncol* 1996; 23 (1 Suppl 2): 89-97.

3. *Ann Clin Biochem* 1995; 32 (pt 3): 303-6.

4. *N Z Med J* 1994; 107 (986 pt 1): 377-8.

5. *Clin Orthop* 1995; (320): 110-4.

6. *Curr Opin Gen Surg* 1993: 325-33.

3.1.5 ระบุประเภทของบทความ

1. บุญเรือง นิยมพร, ดำรง เพ็ชรพลาย, นันทวัน พรหมผลิน, ทวี บุญโชตสมชัย, บวรกิตติ, ประหยัด ทศนาภรณ์. แอลกอฮอล์กับอุบัติเหตุบนท้องถนน (บทบรรณาธิการ). *สารศิริราช* 2539; 48: 616-20.

2. Enzenberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinsons disease (letter). *Lancet* 1996; 347: 1337.

3.2 หนังสือ ตำรา หรือรายงาน

3.2.1 หนังสือหรือตำราผู้นิพนธ์เขียน ทั้งหมด

ลำดับที่. ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

- หนังสือแต่โดยผู้นิพนธ์

1. ธงชัย สันติวงษ์. องค์การและการบริหารฉบับแก้ไขปรับปรุง. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช; 2535.

2. Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

- หนังสือมีบรรณาธิการ

1. วิชาญ วิชาศัย, ประคอง วิชาศัย, บรรณาธิการ. *เวชปฏิบัติในผู้ป่วยติดเชื่อเอดส์. พิมพ์ครั้งที่ 1.* กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิเด็ก; 2535.

2. Norman IJ, Redfern SJ, editors. *Mental health care for elderly people.* New York: Churchill Livingstone; 1996.

3.2.2 บทหนึ่งในหนังสือตำรา

ลำดับที่. ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่องใน. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้า (หน้าแรก-หน้าสุดท้าย).

1. เกียงศักดิ์ จีระแพทย์. การให้สารน้ำและเกลือแร่ ใน: มนตรี ตูจันดา, วินัย สุวัตติ, อรุณ วงษ์จิราษฏร์, ประอร ขวลิตธำรง, พิภพ จิริภิญโญ, บรรณาธิการ. *กุมารเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2.* กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2540. 424-7.

2. Phillpps SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. 465-78.

3.3 รายงานการประชุม สัมมนา

ลำดับที่. ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปีประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

1. อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, งามจิตต์ จันทรสาศิต, บรรณาธิการ. นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ครั้งที่ 2 เรื่อง ส่งเสริมสุขภาพ: บทบาทใหม่แห่งยุคของทุกคน; 6-8 พฤษภาคม 2541; ณ โรงแรมโบ๊เบ๊ทาวเวอร์. กรุงเทพมหานคร: ดีไซน์; 2541.

2. Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International congress of EMG and clinical Neuro-physiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

3. Bengtsson S, Solheim BG, Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992. 1561-5.

3.4 รายงานการวิจัย พิมพ์โดยผู้ใช้น

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. เมืองที่พิมพ์: หน่วยงานที่พิมพ์/แหล่งทุน; ปีที่พิมพ์. เลขที่รายงาน.

1. ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์, ศุภสิทธิ์ พรธนาบุญไธย. การพัฒนากลไกการจ่ายเงินที่มีประสิทธิภาพในระบบสาธารณสุขด้วยกลุ่มวิจัยวิจัยโรคร่วม. กรุงเทพมหานคร: กองโรงพยาบาลภูมิภาค/สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขไทย/องค์การอนามัยโลก; 2540.

2. Smith P, Golladay K. Payment for durable medical equipment billed during skilled nursing facility stays. Final report. Dallas (TX): Dept. of Health and Human Services (US). Office of Evaluation and Inspections; 1994. Report No: HHSIGOEI69200860.

3.5 วิทยานิพนธ์

ลำดับชื่อ. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง (ประเภทปริญญา). ภาควิชา, คณะ. เมือง: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้รับปริญญา.

1. ชยชัย ชาลี. ต้นทุนในการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลรัฐบาล: ศึกษาเฉพาะกรณีตัวอย่าง 4 โรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์ปริญญาเศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต). ภาควิชาเศรษฐศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2530.

2. Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization (dissertation). St. Louis (MO): Washington Univ; 1995.

3.6 สิ่งพิมพ์อื่นๆ

3.6.1 บทความในหนังสือพิมพ์

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ชื่อหนังสือพิมพ์ วันเดือนปีที่พิมพ์; ส่วนที่: เลขที่หน้า (เลขคอลัมน์).

1. เพลิงมรกต. หมอ. หนังสือพิมพ์ไทยรัฐวันที่ 30 สิงหาคม 2539; 23. (คอลัมน์ 5).

2. Lee G. Hospitalization tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. The Washington Post 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col.5).

3.6.2 กฎหมาย

1. พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง 2532. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 37 พ.ศ. 2532, ราชกิจจานุเบกษาเล่มที่ 106, ตอนที่ 129. (ลงวันที่ 15 สิงหาคม 2532).

2. Preventive Health Amendments of 1993. Pub L No. 103-188, 107 Stat. 2226. (Dec 14, 1993).

3.6.3 พจนานุกรม

1. พจนานุกรมราชบัณฑิตสถาน พ.ศ. 2525. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: อักษรเจริญทัศน์; 2538. หน้า 545.

2. Stedman's medical dictionary. 26th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. Apraxia; p. 199-20.

3.7 วิดีทัศน์

ลำดับที่. ชื่อเรื่อง (วีดีทัศน์). เมืองที่ผลิต: แหล่งผลิต; ปีที่ผลิต.

1. HIV+/AIDS: the facts and future (videocassette). St. Louis (MO): Mosby-year Book; 1995.

3.8 สื่ออิเล็กทรอนิกส์

- ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสารหรือชนิดของสื่อ [serial online] ปีที่พิมพ์ [วัน เดือน ปี ที่ค้นข้อมูล]; ปีที่ (เล่มที่ถ้ามี): [จำนวนหน้าหรือ จำนวนภาพ]. แหล่งข้อมูล: URL address under-lined

1. Morse SS. Factors in the emergence of infectious disease. Emerg Infect Dis [serial online] 1995 Jan-Mar [cited 1999 Dec 25]; 1(1): [24 Screens]. Available form: URL: <http://www.cdc.gov/ncidoc/EID/eid.htm>

2. Garfinkel PE, Lin E, Goering p. Should amenorrhoea be necessary for the diagnosis of anorexia nervosa? Br J Psych [serial online] 1996 [cited 1999 Aug 17]; 168 (4): 500-6. Available form: URL: <http://biomed.Niss.ac.uk>

- กรณีที่ไม่ปรากฏชื่อผู้พิมพ์ให้เริ่มต้นจากอ้างอิง

1. National Organization for Rare Disease [online]. 1999 Aug 16 [cited 1999 Aug 21]; Available form: URL: <http://rarediseases.org/>

2. Royal College of General Practitioners. The primary health care team. [online]. 1998 [cited 1999 Aug 22]; [10 screen]. Available form: URL: <http://rcgp.org.uk/informat/publicat/rcf0021.ht>,

3. Zand J. The natural pharmacy: herbal medicine for depression [online]. [1999?] [cited 2001 Aug 23]; [15 screens]. Available form: URL: <http://www.health.net/asp/templates/Article.asp?Page Type= Article & Id= 920>

- Web based/online Databases

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสารหรือชนิดของสื่อ [online]. โรงพิมพ์ถ้ามี. แหล่งข้อมูล: ชื่อเรื่องและฐานข้อมูลถ้ามี. [วัน เดือน ปี ที่ค้นข้อมูล].

Kirkpatrick GL. Viral infections of the respiratory tract. In: Family Medicine. 5thed. [online], 1998. Available form: Stat! Ref. Jackson (WY): Teton Data System; 2001. [cited 2001 Aug 31].

- CD-ROM

Clinical pharmacology 2000 [CD-ROM]. Version 2.10. [cited 2001 Aug 7]; Gainesville(FL): Gold standard Multimedia; 2001.

- Book on CD-ROM

- The Oxford English dictionary [book on CD-ROM]. 2nd ed. New York (NY): oxford university Press; 1992.

- Paracetamol Martindale's: the extra pharwacopoeia. In: International Healthcare Series [CD-ROM]. [cited 1998 Sep 3]; Englewood (co): Micromedex; 1998.

- Journal on CD-ROM

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร (ชื่อย่อ) [Serial on CD-ROM] ปี; เล่มที่: หน้า.

Gershon ES. Antisocial behavior. Arch Gen Psychiatry [Serial on CD-ROM]. 1995; 52: 900901.

- Other Software

Format: Title (1 space) medium in square brackets [eg. Computer program, Computer file.] Version. Place of production: Producer; Year.

- Epi Info [computer program]. Version 6. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 1994.

4. ตาราง ภาพ และแผนภูมิ

ตาราง ภาพและแผนภูมิ ที่จัดและนำเสนอ ได้ครบถ้วน จะกระตุ้นความสนใจผู้อ่านบทความ และทำให้เข้าใจเนื้อหาบทความได้รวดเร็ว ส่วนมากผู้อ่านจะอ่านชื่อเรื่อง บทคัดย่อ พิจารณา ตารางและรูปภาพก่อนตัดสินใจว่าจะอ่าน บทความต่อไปได้หรือไม่

4.1 ตาราง

ตารางเน้นการจัดระเบียบของคำพูด ตัวเลขและเครื่องหมายต่างๆ บรรจุลงในคอลัมน์ เพื่อแสดงข้อมูล และความสัมพันธ์ของข้อมูล แนวทางการจัดทำตาราง มีดังนี้

- แยกแต่ละตารางออกจากเนื้อหา บทความ ตารางละหนึ่งกระดาษ และไม่ควรถือตารางเป็นภาพถ่าย

- หัวคอลัมน์ เป็นตัวแทนอธิบาย ข้อมูลในคอลัมน์ ควรจะสั้นหรือย่อๆ และอธิบาย รายละเอียดในเชิงอรรถ (footnote) ได้ตาราง

- แถว (rows) เป็นข้อมูลที่สัมพันธ์ กับคอลัมน์หัวแถว (row headings) ใช้ตัวเข้มจะ ทำให้เด่นขึ้น

- เชิงอรรถ จะเป็นคำอธิบายรายละเอียด ที่บรรจุในตารางได้ไม่หมด ไม่ควรใช้เลขกำกับ เพราะอาจสับสนกับเลขขอเอกสาร อ้างอิง ให้ใช้ เครื่องหมายตามลำดับ *+±§#¶

- เมื่อผู้อ่าน อ่านตารางแล้วควร เข้าใจได้สมบูรณ์ โดยแทบไม่ต้องหาความหมาย เพิ่มเติมในบทความ ดังนั้น ชื่อตารางควรสั้นได้ ใจความ คอลัมน์เรียงลำดับความสำคัญ (เวลาที่ ศึกษา, การดำเนินโรค) จากซ้ายไปขวา เรียงลำดับ ของแถวจากบนลงล่าง

- บทความหนึ่งเรื่องควรมีตาราง ไม่เกิน 3-5 ตาราง หรือเนื้อหา 1,000 คำต่อ 1 ตาราง ถ้ามีตารางมากจะทำให้ไม่ชวนอ่าน จัดหน้ายากลำบาก ใช้เวลามากและสิ้นเปลือง ถ้าผู้พิมพ์มีข้อมูลมากให้เลือกเฉพาะข้อมูลที่ ปรากฏในตารางลงในเนื้อหาอีก อาจจะมี ตารางข้อมูลอื่นๆ แยกไว้ถ้าผู้อ่านสนใจจึงจะส่งให้

- ต้องขออนุญาต และแสดงความ ขอบคุณ กรณีนำข้อมูลในตารางมาจากบทความ ของผู้อื่น

4.2 ภาพและแผนภูมิ

ภาพและแผนภูมิ จะสื่อความหมายได้ ชัดเจน เน้นจุดสำคัญ และมีประสิทธิภาพและ แนวทางดังนี้

- ภาพหรือแผนภูมิ ต้องคมชัด เป็น ภาพขาว-ดำ ภาพสีไม่ควรใช้เพราะสิ้นเปลือง และ ภาพสีจะตีพิมพ์ไม่ชัดเจน

- ขนาดโดยทั่วไปใช้ 5 x 7 นิ้ว ไม่ควร ใหญ่เกิน 8 x 10 นิ้ว ไม่ตัดขอบ ไม่ติดกระดาษรอง ไม่เขียนรายละเอียดหลังรูปภาพ ไม่มีวนรูปภาพ ควรทำเครื่องหมายเล็กๆ ไว้ที่ขอบรูปภาพ และ

เขียนคำอธิบายไว้ต่างหาก บรรณาธิการจะเป็น
ผู้เจ้าของเรื่อง ชื่อเรื่องไว้หลังรูปภาพทันทีที่ได้รับ
ต้นฉบับเพื่อป้องกันการสับสน ที่ไม่แนะนำให้
เจ้าของเรื่องเขียนหลังภาพ เพราะอาจจะเขียน
หนักมือเกินไปทำให้รอยเขียนปรากฏด้านหน้าภาพ
และคุณภาพของรูปภาพเสียไป

5. การส่งต้นฉบับ

ต้นฉบับที่ส่งให้บรรณาธิการ ส่งทาง
E-mail: Journal.mk2560@gmail.com
แจ้งรายละเอียดบางประการ อาทิ สถานที่อยู่
หมายเลขโทรศัพท์ของผู้พิมพ์ ที่กองบรรณาธิการ
จะติดต่อได้ เมื่อผู้เขียนย้ายที่อยู่หรือเดินทางไป
จากสถานที่อยู่เดิมเป็นเวลานาน ควรแจ้งให้
บรรณาธิการทราบด้วย

6. การปรับแก้ต้นฉบับ

โดยทั่วไป ผู้อ่านบทความ (reviewer) จะ
ตรวจสอบความถูกต้อง และครบถ้วนด้านวิชาการ
แล้วส่งให้ผู้เขียนปรับแก้ สิทธิในการปรับแก้
ต้นฉบับเป็นของผู้เขียน แต่กองบรรณาธิการสงวน
สิทธิในการตีพิมพ์เฉพาะที่ผ่านความเห็นชอบตาม
รูปแบบและสาระของกองบรรณาธิการเท่านั้น
ทั้งนี้มีการประสานงานเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง
ด้านวิชาการและอื่นๆ ประมาณสองครั้ง

7. การตรวจทานต้นฉบับก่อนตีพิมพ์ (final proof)

ผู้เขียนต้องตรวจทางพิสูจน์อักษรในลำดับ
สุดท้าย เพื่อให้ความเห็นชอบในความถูกต้อง
ครบถ้วนของเนื้อหา ก่อนตีพิมพ์

8. ข้อมูลการติดต่อสื่อสาร

8.1 วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
มหาสารคาม

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
ถนนเลี้ยวเมืองมหาสารคาม-ร้อยเอ็ด ตำบลแวงน่าง
อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

E-mail: Journal.mk2560@gmail.com

8.2 ผู้ประสานงาน:

นายสงัด เชื้อลิ้นฟ้า

เบอร์โทรศัพท์ 083-4170860

E-mail: Sangudchua@yahoo.com

นางสาวณัฐรุจา ไชยคำภา

เบอร์โทรศัพท์ 087-2231536

E-mail: chai.natruja@gmail.com